مجلـة رؤى مستقبلية للدراسات الاجتماعية والإنسانية | ISSN: 2992 - 1449 | المجلد 02 / العــدد: 02(2025)، ص 94- 112

# التكفل الأرطفوني لأطفال الشلل الدماغي

د/نورة ونوغي[1] ، د/ حكيمة تشابونت[2]

[1] جامعة تيزي وزو (الجزائر)، nora.ouannoughi@ummto.dz

[2] جامعة تيزي وزو (الجزائر)، hakima.tachabount@ummto.dz

تاريخ الاستلام: 2025/07/08 تاريخ القبول: 2025/10/7 تاريخ النشر: 2025/10/20

**ملخص:**

يُعد الشلل الدماغي أحد أكثر أشكال الإعاقات العصبية النمائية شيوعاً عند الأطفال، حيث يتمثل في إصابة مبكرة للجهاز العصبي المركزي تؤثر على التحكم الحركي واللغوي والمعرفي. يعاني الأطفال المصابون بالشلل الدماغي غالباً من اضطرابات في النطق واللغة، صعوبات في البلع والتواصل، مما يجعل التدخل الأرطفوني ضرورياً لتحقيق اندماجهم التربوي والاجتماعي.

تهدف الدراسات الحديثة إلى إبراز دور التكفل الأرطفوني في تحسين الكفاءة التواصلية واللغوية لدى هذه الفئة، سواء داخل المراكز البيداغوجية الخاصة أو في العيادات والمستشفيات. وقد أشارت النتائج إلى أن التدخل المبكر، المتعدد التخصصات، يعد عاملاً حاسماً في رفع مستوى التكيف النفسي والتربوي والاجتماعي للطفل.

**كلمات مفتاحية:** التكفل الارطفوني – الشلل الدماغي.

**Abstract:**

Cerebral palsy is considered one of the most common developmental neurological disabilities among children. It results from early damage to the central nervous system, affecting motor, linguistic, and cognitive control. Children with cerebral palsy often suffer from speech and language disorders, as well as difficulties in swallowing and communication. This makes speech and language therapy interventions essential to promote their educational and social integration.

Recent studies highlight the importance of enhancing communicative and linguistic competence in this population, whether through specialized pedagogical centers, private clinics, or hospitals. Findings emphasize that early multidisciplinary intervention plays a decisive role in improving the level of psychological, educational, and social adaptation of the child.

1 المؤلف المرسل : نورة ونوغي

2المؤلف المرسل : حكيمة تشابونت،

**Keywords:** Orthophonic Care – Cerebral Palsy.

**مقدمة:**

تُعدّ الإعاقات الحركية العصبية (**Infirmité Motrice Cérébrale – IMC**) والإعاقات الحركية ذات الأصل العصبي (**Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale – IMOC**) من أكثر أشكال الإعاقات شيوعاً لدى فئة الأطفال، إذ ترتبط غالباً باضطرابات في النمو العصبي أو إصابات دماغية تحدث في المراحل المبكرة من الحياة. وتنعكس هذه الاضطرابات على القدرة الحركية بشكل واضح، سواء من خلال ضعف في قوة العضلات، أو صعوبات في التحكم الحركي الإرادي، أو اضطراب في التناسق العضلي والعصبي. وهو ما يؤدي إلى تقييد الاستقلالية والاعتماد على الغير في مختلف أنشطة الحياة اليومية.

تتميز هذه الإعاقات بتأثيرها متعدد الأبعاد، إذ لا يقتصر الأمر على الجانب الحركي فحسب، بل يمتد ليشمل النمو المعرفي، والقدرات التواصلية، والتكيف الاجتماعي. ومن هنا تبرز أهمية التدخل الأرطفوني الذي يسعى إلى تيسير عملية التواصل وتحسين الكفاءات اللغوية والتواصلية لهؤلاء الأطفال، بما يساهم في تعزيز استقلاليتهم واندماجهم في الوسطين الأسري والتربوي.

في السياق الجزائري، ورغم التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية والتربوية، شهد مجال التكفل بالأطفال ذوي الإعاقات الحركية العصبية تطوراً ملحوظاً خلال العقود الأخيرة، من خلال إنشاء مراكز إعادة التأهيل المتخصصة وتوسيع خدمات التكفل بالمستشفيات العمومية والجمعيات. كما أصبح التدخل الأرطفوني يشكل جزءاً أساسياً من البرامج العلاجية المتعددة التخصصات، جنباً إلى جنب مع العلاج الفيزيائي والنفسي والتربوي، من أجل ضمان تكفل شامل يراعي الحاجات الفردية لكل طفل.

إن تناول موضوع الإعاقات الحركية العصبية من منظور علمي وأرطفوني يُعدّ مدخلاً أساسياً لفهم التحديات التي يواجهها هؤلاء الأطفال وأسرهم، ولبناء استراتيجيات تدخل فعالة تضمن لهم تكافؤ الفرص في التعلم والاندماج الاجتماعي.

**الإشكالية:**

تُعتبر الإعاقات الحركية العصبية من الاضطرابات المعقدة التي تؤثر على الجوانب الحركية والمعرفية والتواصلية للطفل، مما ينعكس سلباً على قدرته على التعلم والتكيف الاجتماعي. ورغم التقدم المحقق في مجالات العلاج الطبي والحركي، يبقى الجانب الأرطفوني محورياً في ضمان التكفل الشامل، باعتباره يتولى تعزيز القدرات التواصلية واللغوية وتطوير المهارات التكيفية الضرورية للاندماج. غير أنّ الواقع الميداني يكشف عن تفاوتات في استراتيجيات التكفل الأرطفوني، وغياب نموذج موحّد يضمن استجابة فعّالة لاحتياجات هذه الفئة. وعليه، تطرح الإشكالية المركزية نفسها على النحو الآتي:

ما هو الدور الذي يضطلع به الأخصائي الأرطفوني في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة الحركية العصبية (**IMC/IMOC**)، وكيف يمكن لتدخله أن يسهم في تحسين قدراتهم التواصلية وتعزيز استقلاليتهم واندماجهم في المجتمع؟

**فرضية الدراسة:**

- يمثل التكفل الأرطفوني محوراً أساسياً في الخطة العلاجية لأطفال الشلل الدماغي.

**أهمية الدراسة:**

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها تسلّط الضوء على إحدى الفئات المهمّشة نسبياً في البحث الأرطفوني، والمتمثلة في الأطفال ذوي الإعاقة الحركية العصبية، والذين غالباً ما يواجهون تحديات مزدوجة على المستويين الحركي والتواصلي. كما تكمن أهميتها في:

- إبراز القيمة المضافة للتدخل الأرطفوني داخل فريق متعدد التخصصات (طبي، نفسي، تربوي)، من أجل ضمان تكفل شامل ومتوازن.

- المساهمة في إثراء الأدبيات العلمية الخاصة بالتكفل بالأطفال ذوي الإعاقات المعقدة في السياق الجزائري.

- تقديم مؤشرات عملية تساعد الأخصائيين الأرطفونيين على تطوير برامج تدخل أكثر فعالية تتلاءم مع الاحتياجات الفردية لكل طفل.

- دعم الجهود الوطنية في مجال التربية الدامجة والتمكين الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقات، بما يضمن لهم حق التعلم والمشاركة المجتمعية.

**أهداف الدراسة:**

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تحديد طبيعة الصعوبات التواصلية واللغوية المرتبطة بالإعاقة الحركية العصبية لدى الأطفال.

- إبراز الدور العلاجي والتأهيلي للأخصائي الأرطفوني في تحسين القدرات التواصلية والتكيفية لهذه الفئة.

- تحليل الممارسات الأرطفونية الميدانية في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة الحركية العصبية، والكشف عن مدى فعاليتها.

- اقتراح استراتيجيات تدخّل أرطفوني متكاملة تراعي الجوانب الحركية والمعرفية والاجتماعية للطفل، من أجل تعزيز استقلاليته ومشاركته في الحياة اليومية.

**مصطلحات الدراسة:**

**تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:**

- **الشلل الدماغي**: الشلل الدماغي هو "شلل المخ" أو "فالج المخ" ( **Cerebral palsy**) وهو إعاقة تؤثر على الحركة وعلى وضعية الجسم. وهو ينجم عن تلف يصيب المخ قبل ولادة الطفل أو عند الولادة، أو بعدها وهو رضيع. ولا يصيب التلف المخ بأسره بل أجزاء منه فقط، وبشكل رئيسي أجزاءه التي تسيطر على الحركات.

- **التكفل الأرطفوني**: يتمثل التكفل الأرطفوني في تلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية الحاملة للغة الشفوية، ذات هدف إنساني وتربوي، بصفة عامة التكفل الأرطفوني يهدف دائما إلى إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع توظيف عادي، ترتكز الكفالة على اتفاق أولي بين المختص الأرطفوني والعميل وتكون دائما مسبوقة بميزانية ارطوفونية التي تحدد الأهداف المرغوبة.

**1. الإعاقة الحركية الدماغية**

**1.1 تعريف الإعاقة الحركية الدماغية:**

- تعريف روندال (**J.A.RONDAL, 1977**): هي حالة غير متطوّرة وغير قابلة للشفاء، تحدث إما قبل، أثناء أو بعد الولادة، وتتميز بتمزق أو جروح على مستوى الأنسجة الدماغية مصحوبة باضطرابات حركية[3].

- الإعاقة الحركية الدماغية (**IMC**) بالفرنسية " **Infirmité motrice cérébrale**" وباللغة الانكليزية **cerebral parlys** تنجم هذه الإعاقة عن إصابة وتلف وعدم النضوج الكلي للدماغ، وتكون عادة قبل الولادة، وفي الولادة، أو مباشرة بعد الولادة، وهي نتيجة لاضطراب غير تطوري في الحركة والتنسيق، وفي العموم تجتمع في التشنجات العضلية الصلبة (تصلب العضلات الغير العادي) وصعوبة معرفية، تشنجية وهي أيضا جزء من علامات هذه الإعاقة.

- الإعاقة الحركية الدماغية (**IMC**) هي مرتبطة بتلف وإصابة في الدماغ تحدث في فترة ما قبل الولادة أو في فترة الحمل، وهي إعاقة تتعلق باضطراب حركي غير تدريجي تطوري ثانوي وما هو افتراضي هو تلف في الدماغ أي عدم نضج الدماغ الذي يسبب الإعاقة الحركية الدماغية الأساس الأول[4] .

- الإعاقة الحركية الدماغية (**IMC**) هي حالة مرضية غير تطورية مع صعوبة وإعاقة معرفية وهي في اغلب الأحيان ثانوية وتكون الإصابة في الدماغ في مرحلة الحمل وذلك في المراكز الحركية.

- مصطلح الإعاقة الحركية الدماغية (**IMC**) تتضمن مجموعة كاملة من الاضطرابات التي تؤثر على مراقبة التحكم في الحركة في خلال السنوات الأولى من الحياة، وهذا المصطلح قدم في السنوات الخمسين من طرف طبيب الأعصاب **Gay Tardieu** في سلسلة الاضطرابات العصبية الحركية من خلال سوء التنظيم في الحركة ووضعية الجسد، لا ترتبط هذه الاضطرابات في العضلات وبالأعصاب المتحكمة والقائدة، بل هو تلف يحدث في الجهاز العصبي المركزي حيث أن جزء من الدماغ تحدث فيه خسائر وفي الخلايا التي تؤثر على عضلات الجسد.

- الإعاقة الحركية الدماغية أو الإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي ( **IMC OU IMOC**):

تجتمع كل من الإعاقتين على أنهما إصابة عصبية بسبب تلف دماغي غير تطوري، ولا يمكن علاج الأنسجة المخية**Les tissus cerebraux**" " التي تتلف قبل وأثناء أو بعد الولادة، هذه الاضطرابات بالأساس حركية تنحصر في ثلاث أنواع كبيرة للإعاقة الحركية الدماغية وهي: الشلل التشنجي "**Spaciticité**" الاختلال الحركي **Athetosique**"' الشلل الاختلاجي "**Atoxie ou dsyknétique**" كما يمكن إضافة اضطراب في البصر، السمع

---

[3] J.A.RONDAL, , trouble du langage : diagnostic et rééducation», édition Serghers, Paris, 1977,1977, pp: 360-361

[4] نادر يوسف الكسواني، الشلل الدماغي التطور الإدراكي، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 11.

واللمس بالنسبة لـ **Tardieu**"" مصطلح "**IMC**" متعلق أساسا بمواضيع الذكاء العادي وتسمى أيضا الشلل الدماغي "**Paralysie cerebrale**" الذي يتضمن مواضيع الإعاقة[5].

**2.1 أسباب الإعاقة الحركية الدماغية:**

فمن الآفات الدماغية الثانوية اضطراب في الدورة الدموية **Trouble de circulation** بسبب نقص التروية (نقص في الإمدادات في الدم) أو تزيف دموي في اغلب الأحيان في المناطق الوظيفية في الأوعية الدموية الكبرى وتوجد هذه الآفات والإصابة في مستوى القشرة المخية عند الطفل وذلك حول البطلينات الدماغية عند الأطفال السابقين لأوانهم وتترك هذه الآفات تندبات ثانوية للنزيف **Lesions a des hemorragies cicatricielles secondaires** على مستوى البطينات الدماغية **"Ventricules cérébraux".**

ومن الملاحظ عند التقييم أن هناك ارتفاع في الأسباب ما قبل الولادة مرحلة الحمل، والإعاقة الحركية الدماغية هي ليست مرض وراثي ومن الأسباب التي تسبب الإعاقة الحركية الدماغية هي:

**1-2-1** الأسباب ما قبل الحمل**:**

-الزواج في سن مبكرا، عدم اكتمال نضج المرأة**.**

-زواج الأقارب**.**

-الإنجاب بعد سن الأربعين**.**

-عدم تلاؤم عامل الريزوس

2-2-1 **أسباب أثناء الحمل أو قبل الولادة:**

-خلل في موقع المشيمة**."Un defaut d'implantation placentaire"**

-التعرض للأشعة**. X**

-تشوهات الجنين**.**

-عدم توافق الدم بين الأم والطفل **"Une incompatibilité sanguine la mère et l'enfant".**

-تسمم في الدم" **"Toxication dans le sang**، والأمراض التناسلية**.**

-الحادث الدموي الدماغي **Accédant vasculaire cerebrale:** نقص التروية الدموية **AVC ischémique** أو "**AVC hemorragies**" النزيف الدموي**.**

-التشوهات الدماغية**.""Malformation cerebraux**

-العلاج الجراحي للأورام الدماغية[6] **Traitement chirurgicale de tumeurs cerebrales. (**

3-2-1 **الأسباب أثناء الولادة:**

---

[5] عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 31-32

6 أحمد سعيد، يونس ومصري عبد الحميد حنودة، رعاية الأطفال المعاقين طبيا ونفسيا واجتماعيا، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999،ص 19.

-الولادة المبكرة."**Accouchement précoce**"

-الولادة العسيرة "**Accouchement souffrance**" الآفة الدماغية التي يمكن أن تحدث صدمة توليدية."**Traumatisme obstetrical**"

-والولادة الصعبة التي تؤدي إلى نقص الأوكسجين **Hypoxie** أو إلى الاختناق **"Asphyxie".**

-النزيف الدماغي) ."**Hemorragie cerebrale**"[7]

**1-2-4 الأسباب ما بعد الولادة:**

-الأمراض التعفنية المعدية **les maladies infectieuses** التهاب السحايا **Sequelles de meningite**، الاعتلال الدماغي **Encephalopathies** المرتبط بفيروس السيدا، الحصبة الألمانية، اليرقان النووي**.Un ictére nucléaire**

-أمراض سوء التغذية.

-الإصابات الدماغية."**Traumatisme cranionne**"

-الحمى الشوكية المخية.

- الأمراض الايضية "**Les maladies métabolique**"[8].

**1-3تصنيفات الاعاقة الحركية الدماغية:**

تنقسم الإعاقة الحركية الدماغية إلى ثلاثة أقسام رئيسية فيمكن أن تظهر على شكل تشنجي أو شلل اختلاجي أو اختلال حركي أو تكون خليطا بين ثلاثة أنواع الكفل المصاب بأي بنوع من هذه الإعاقة في البداية تكون عضلاته، مرتخية ولينة، وأما التشنج والحركات لا إرادية تظهر بالتدرج مع مرور الوقت وقد يكون الطفل رخو في وضعيات معينة ومتصلبا في أخرى ولتوضيح أكثر، سنحاول سرد أهم أنواع هذه الإعاقة:

**الشلل التشنجي: Spasticité**

في هذه الحالة، القشرة الحركية المخية هي جزئيا متلفة وتمس 70% من الأطفال المصابين بهذا الشكل تتقلص عضلات الطفل المصاب بالشلل التشنجي مما يجعل جسمه صلب ومتشنج، حركاته بطيئة ومتعبة، وغير دقيقة وعادة محاولة تعبير وضع الرأس تؤدي إلى حركات أخرى لاإرادية طفيلية غير عادية في الجسم، ويزداد التشنج عندما يستثار الطفل[9].

وتختلف أنواع التشنج من طفل إلى أخر فيمكن أن تكون الإصابة:

**1-1-3 أحادية الشلل "**Monoplogie**":**

أي أن الإصابة تكون من طرف أحد ويكون الذراع أكثر عرضة للإصابة من الرجل.

**2-1-3 الكساحة** Paraplégie**:**

لا يمس الشلل إلا الأطراف السفلى وهي حالة نادرة عند الأطفال الشلل الحركي الدماغي.

---

[7] نادر يوسف الكسواني، الشلل الدماغي التطور الإدراكي، ص 19

[8] الخفش، سهام هناندة، عوني، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، الطبعة الأولى، دار يافا العلمية، عمان، 2005. ص 9.

[9] عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي،ص 33

**1-2-3 ثلاثية الشلل** Triplégie:
إصابة ثلاثة أطراف وعادة تمس عضو واحد علوي وطرفين سفليين.

**2-2-3 رباعية الشلل** Tetraplégie:
يمس الشلل كل الأطراف مما يصعب على الطفل المصاب التحكم في الرأس، إصابته بنوبات صرعيه عدم استقامة الظهر اضطرابات نطقية عادة واضطرابات بصرية.

**3-2-3 الشلل الطفولي النصفي** Hemiplégie infantile:
لا يصاب إلا جانب واحد من الجسم في الأعضاء العليا Les membres supérieurs (موقف في الانحناء Attitude en flexion الرمزي والمعصم، طي اليد فتح وإغلاق اليد، صعوبة في الإمساك واخذ الأشياء لأن الإبهام مشبك، تمديد اليد بطيء) أحيانا إصابة مراقبة الجانبية تكاد تكون منعدمة بسب ميكانزم مسؤول على الإصابة في نصف الكرة المخية، ومن العلامات المميزة لهذا النوع هي: نقص في البصر وفي الحقل البصري في كلا العينين والحول Strabisme وعمى التجسيم والتصوير Astereognosie عدم معرفة الأشياء من خلال لمس الأشكال والحجم، الاتساق والثبات اضطرابات اللغة اضطرابات البصري المكاني trouble de Visio spatiale يمكن أن يتضرر الوجه أيضا يكتسب الطفل المشي في العام الثاني من عمره مما يسمح للطفل باستقلالية الحركة.

تسود الإصابة الأعضاء العليا (الذراعين) كما تصاحبه اضطرابات بصرية حيث يفقد البصر في الجزء من مجاله البصري، واضطرابات لغوية أو ما يسمى العمى الحركي المكاني البصري.

**4-2-3 الاختلال الحركي** Athétose:
وتقدر نسبة الإصابة بهذا النوع من الشكل بـــ 20% من الأطفال المصابين وموقع الإصابة في العقد القاعدية Ganglions de la base في المخ ويصاب أيضا هذا النوع في الأعضاء العليا في الجهاز الصوتي Systeme phonatoire وهي الحنجرة arynx وذلك في طريقة توظيف الكلام والغذاء يكون صعب ويتسبب في المسالك الخاطئة Fausse routes والتي تؤدي إلى اضطرابات في البلع.

ومن أبرز أعراضه صدور حركات لاإرادية غير متناسقة ومراقبة حتى يحس بالتعب والانفعال بطيئة حركات عنيفة للقدمين والذراعين واليدين وحتى عضلات الوجه وتتحرك اليد والأصابع القدمين دون سبب وعندما يتحرك الطفل إراديا فان لحركاته تصبح سريعة ومتسعة وتتغير باستمرار أي ان هناك تغيير مستمر للضغط العضلي وتوازن الطفل يكون رديئا ويسقط بسهولة الكثير من الأطفال المصابين بالاختلال الحركي يصعب عليهم إيصال أفكارهم واحتياجاتهم.

**5-2-3 الشلل الاختلاجي** Atoxie:
ويقدر نسبة الأطفال المصابين بهذا النوع من الشكل ب 10% وموقع الإصابة في مراكز المخيخ Le cervelet centre ومن أهم خصائص هذا النوع من الإعاقة عدم التآزر الحركي فيبدي الطفل صعوبات في الجلوس والوقوف وعدم التوازن والتنسيق في الحركات ويسقط كثيرا ويستعمل يديه بصعوبة وهو شيء عادي بالنسبة للطفل الصغير ولكن بالنسبة

للشخص المصاب بالشلل الاختلاجي، هو صعب جدا ومحرج، ولكنه يستمر مدى الحياة فيبدو عديم المهارة والكفاءة[10].

**4 -أعراض الإعاقة الحركية الدماغية:**

-مشاكل في التغذية.

-نقص التنسيق الحركي في عضلات الفم.

-هذه المشاكل تضم صعوبات في مضغ الغذاء بصفة متناسقة والتي تؤدي إلى القيء **Vomir**واضطرابات في البلع.**Trouble deglutition**

-تأخير وبطيء في مراحل النمو.

-خلل واضطراب في الحبو والمشي.

-يمكن ملاحظة ضعف وشلل في الأعضاء.

-ملاحظة طريقة المشي غير عادية.

-بطيء في النمو الكلام والقدرات الاجتماعية نوبات الصرع.

-صعوبات في الكتابة والأكل والكلام وممارسة الأنشطة الأكثر استعمال باستخدام اليدين.

-مشكل في الجلوس والتنسيق مع السقوط المتردد.

-صعوبة في التعلم والتخلف العقلي الحاد والذي يؤدي هذه الأخير إلى مشاكل في التعلم.

-مشاكل في السمع.

-مشاكل في البصر والعمى.

-عندما لا يتنفس الطفل في الدقائق الأولى من ولادته يصبح رخوا ولونه ازرق يصاب بالشلل الدماغي حركي.

-صعوبات اتصالية لا يستجيب الطفل ولا يستطيع بناءا علاقات. مع الأطفال الآخرين .

-النمو بطيء مقارنة بالأطفال العادين المصاب بالإعاقة الحركية الدماغية يبدي تأخرا في التحكم في وضعية الرأس أو الجلوس أو التحرك ولا يستعمل إلا يد واحدة .

- يبكي الطفل كثيرا مما يزيد سرعة الانفعال تأثري حساس أو تهيجي سلبي[11].

**5 -الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الحركية الدماغية:**

**5-1اضطرابات عقلية:Troubles intellectuelles**

نظرا لتنوع مكان حدوث الإصابات العصبية فان الوظائف العقلية تتأثر بصفة غير منتظمة الكفاءات العقلية وإمكانيات التعلم تختلف من معاق لآخر فالبعض يمكن ان يلتحق بالدراسات العليا غير إن البعض تعلم القراءة والكتابة أمر مستحيل بالنسبة له، بالإضافي إلى صعوبة عقلية مما ينتج عنها محدودية في القدرات المعرفية والتعلم المدرسي وبالإضافة إلى اضطرابات في الذاكرة والانتباه ولتركيز.

- وبما أن الاضطرابات الحركية العصبية يمكن أن تصيب أعضاء النطق فان القياس بواسطة اختبارات يستوجب تكيفا خاص فان الذكاء بقياس باختبارات مركبة كلاسيكية مثل

---

[10] عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي ،ص 33-34

[11] عبد الرحمن العيسى، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، 1997. ص 280.

اختبار وكسلر وقد أعطى (**Barbot, 1993**) النسب التالية للمستويات العقلية من خلال الجدول التالي:

**الجدول رقم (01): يبين نسب الذكاء عند الأطفال**

| نسب الذكاء | IMCنسب الأطفال |
|---|---|
| أقل من 70 | %50 |
| بين 70 و89 | %25 |
| 90 | %25 |

### 5-2الصرع:Epilepsie

تحدث النوبات الصرعية مع فقدان الوعي عند 20% إلى 60% من الاطفال **(IMC)** فخصائصها متكررة والحوادث التي تنتج عنها تجعل حياة الأسرة والحياة الاجتماعية للطفل المعاق جد مضطربة ولكن بفضل العلاج المستمر بالأدوية يمكن الحد من النوبات القوي وهي أكثر حدوثاً عند الأطفال المتشنجين أكثر منه عند المصابين بالاحتلال الحركي[12] .

### 5-3اضطرابات الحسية:Troubles sensoriels

#### 5-3-1الإعاقة السمعية:Déficit auditif

حسب (1990 **Helias)** فإن 25% من الأطفال المصابين بالشلل الحركي العصبي يعانون من ضعف سمعي **Hypoacousie 74%** من المصابين بالاحتلال الحركي و19% من المتشنجين ويكون دائما صمم إدراكي غير متحسن للجراحة ولا بالأجهزة وتؤثر على تعلم اللغة ومن طبيعة هذا الصمم انه يجعل الطفل المصاب لا يسمع إلا الأصوات الحادة لكن يسمع الأصوات الغليظة واستجابة للكلام المسموع شبه عادي[13].

#### 5-3-2الإعاقة البصرية:Deficit visuel

يتعدى الشلل في الإعاقة الحركية الدماغية حتى العضلات البصرية حيث 69% من الأطفال المعاقين تصاب بالحول **Strabisme** وخاصة أطفال الكساحة **Paraplégie** علما أن الإصابة بحول العين تنقص من الحدة البصيرة ومنه يتضح لماذا 20% من الأطفال يعانون من الكمش وهو ظلام في العين دون أي سبب عضوي ظاهر في عينه واحدة **Amblyopie unilaterale**مما يؤدي إلى صعوبات في التثبيت البصري على الأشياء وليست له القدرة على تفسير ما ينظر إليه.

كذلك الإدراك البصري للصورة صعب لأن الحقل البصري مقلص وبالتالي صعوبة في تجسيم وتقدير وضعية الأشياء في الفضاء أو مكان معين[14].

#### 5-3-3اضطرابات لغوية:Troubles du langage

---

[12] جمال الخطيب، مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر للطباعة، عمان، 1998.ص .77

[13] Guidetti,Tourette, et Catherine, Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Paris: Armond Colin, 1999, p 34

[14] Augustin. P, Cahier de l'infirmière(3emeEd), paris: Masson, 2012 ,p 29

هذه الاضطرابات وصفا دقيقا فيقولان إنها تنتج من الإصابات العصبية التي تمس الأعضاء المسؤولة عن النطق والتصويت أو نتيجة للصمم وان تردد اصطحاب الاضطرابات اللغوية مع الاضطرابات الحركية للمصابين بتراوح بين 20 و70% حسب نوع اللغة المدروسة. فيمكن أن يكون الطفل اخرصا أو كلامه سيئ وغير مفهوم وفقر في المفردات وغياب التركيب أو يكون صوته خشن عند الأطفال المصابين بالاحتلال الحركي وعالي الشدة عند المتشنجين كما نلاحظ اضطرابات تطبيقية واضطرابات في الإيقاع الكلامي ومنه فان إعادة التربية الأرطفونية في هذه الحالات تكون منتجة إلا في حالة الشلل الرباعي فانه يتم استبدال اللغة المنطوقة بلغة آلية أو صورة[15] **les pictogrammes.**

**5-3-4اضطرابات الحساسية:troubles de la sensibilité**

أن اضطرابات الحساسية الكثير الحدوث عند هذه الفئة من المعاقين وخاصة في الشلل النصفي الطفلي.**Hémiplégie infantile**

**5-3-5اضطرابات نفسية:**

الطفل الذي يعاني من الإعاقة الحركية الدماغية والتي لها آثار سلبية كبيرة في نفسية الطفل تخلق عنده مجموعة من المشاكل النفيسة منها: القلق الحاد الاكتئاب العصبية انفعالي ويتميز بالحساسية وردود أفعال مبالغ فيها والحنان الزائد مع العدوانية الغير مراقبة[16].

**6 -تشخيص الإعاقة الحركية العصبية:**

يتضمن تشخيص الأطفال لتحديد فيما إذا كان لديهم إعاقة حركية عصبية أم لا، إجراءات متعددة يشترك فيها الأطباء والوالدين ويتم التشخيص على مستويات تبدأ عادة بالكشف والتعرف الأولي، ويفضل أن تتم في أعمار مبكرة وتنتهي بعملية التشخيص متعدد التخصصات الذي يمكنه استخدام الفحوصات الدقيقة سواء كانت طبيعية أم لا[17]. .

**6-1مستوى الكشف والتعرف الأولي:**

معلومات تستقى من والدي الطفل وخاصة أمه، وهناك مجموعة من الدلالات التي يمكن ملاحظتها على نمو الطفل وحركاته نذكر منها:

-ازرقاق لون العينين.
-صعوبة المص والبلع والمضغ.
-لا يدير الرأس تجاه الحلمة عند لمس خده.
-يتأخر بفتح فمه ليتلقف الحلمة عند مقاربتها لفمه.
-يظهر حساسية لتلامس جسده أما البكاء أو الهدوء أو تحريك الجسم.
-يظهر تقلص في الذراعين أو الساقين بشكل غير طبيعي.
-بطء الحركة وعدم القدرة على التحرك بمفرده.

---

[15] Guidetti,Tourette, Cathrine , Handicaps et développement psychologique de l'enfant, p 35

[16] عبد الرحمن العيسوي، التأهل النفسي لحالات الشلل الدماغي، الجمعية القطرية لذوي الاحتياجات الخاصة، قطر، 2010، ص 36.

[17] الخفش، هناندة، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي ، ص 10.

-ضعف وعدم القدرة على السيطرة على عضلات الرقبة.
-البكاء بطريقة مختلفة أقرب إلى الإزعاج.
-يبكي عند تغيير وضعيته.
-ترك إبهامه منقبضة داخل قبضة اليد.
-عدم الاستطاعة على تثبيت الرأس وسط الجسم.
-يعاني من متابعة الجسم الذي يتحرك أمامه.
-تأخر في استعمال اليدين وتأخر في الجلوس .
-ارتخاء في العضلات.
-يستجيب لتعابير الوجه بطريقة ملفتة للانتباه.
-لا يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء استلقائه.
-لا يستطيع الاستلقاء على بطنه مستندا على ساعديه.
-يدفع برأسه إلى الخلف عندما يحمل، ويحني ظهره عند إجلاسه .
-يقوم بحركات في اللسان داخل فمه أو خارجه.
-حاد المزاج وكثير الصراخ.
-يمد رجليه عندما يتم ثنيهما، كما سجل عليه تأخر في الوقوف.
-عدم الاستقرار في النوم.
-ضعف التركيز البصري للمثيرات.
-ارتخاء العضلات، كما نلاحظ عليه حركات تلقائية.
-تيبس في الجسم عند حمله.
-بطء بالتطور.
-تقيؤ عند البلع بشكل متكرر.
-التأخر والبطء في الكلام.
الإعاقة الحركية العصبية
-اضطرابات في النطق والسمع[18].

**6-2**مستوى التشخيص الشامل**:**

6-2-1**التشخيص الطبي**: سلسلة من الإجراءات المعتمدة للوصول إلى حكم وتشخيص دقيق، ومن هذه الإجراءات الفحوصات التالية**:**

-الفحص السريري.
-تخطيط الدماغ.
-التصوير المحوري الطبيعي.
-الأشعة السينية (الأشعة**.(X** )
-تصوير الشرايين الدماغية.
-الفحوصات المخبرية الروتينية.

[18]محمد فوزي، يوسف، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الوفاء، الشارقة، 2007، ص ص: 73-74.

يقوم بالتشخيص الطبي طبيب الأعصاب وطبيب الأطفال وذلك من أجل تأكيد أو نفي حالة الإصابة بالإعاقة الحركية المخية، وكذلك تقويم حالة الطفل في الجوانب الجسمية والحركية والصحية[19].

**6-2-2 التشخيص النفسي الحركي:**

**-التقييم الحركي**: على المعالج التعرف على مدى قدرة الحالة على تحريك عضلات معينة لازمة لوظيفة ما كالمشي والقبض والمسك والكتابة والعناية الذاتية حتى يستطيع المعالج وضع برنامجه التأهيلي والتدريبي المناسب وتقديم الإرشادات والتوعية والتعاون مع الأخصائيين الآخرين والأسرة بهدف سرعة التقدم الحالة 1996[20] .

**-تقييم المهارات الحركية والرياضية**: تشكل المهارات الحركية والرياضية أساسا جيدا لبناء العديد من مهارات الحياة اليومية والاجتماعية والأكاديمية والمهنية ومن هنا جاءت أهمية التعرف على المهارات الحركية والرياضية وقياسها وتحديدها وتنقسم المهارات الرياضية إلى قسمين: المهارات الحركية العامة والمهارات الحركية الدقيقة، وتتضمن المهارات الحركية عدد من المهارات الاستقلالية واللغوية والأكاديمية والمهنية والاجتماعية ومهارات السلامة[21].

**6-3التشخيص التربوي:**

يقوم به اختصاصي التربية الخاصة لتحديد مستوى تأثير الجوانب المعرفية والنفسية الانفعالية للمصابين بالإعاقة الحركية العصبية[22].

**6-4التشخيص الأرطفوني:**

**-الفحص النطقي :Examen d'articulation** يتم عن طريق الطلب من المفحوص أن يقوم بإعادة جميع الفونيمات وكذلك بتكرار المقاطع البسيطة المعقدة) كذلك الكلمات والجمل، فحص الكلام (التطور الفونولوجي).

**-الفحص اللغوي:**

- ✓ **الفهم الشفوي**: وهذا من خلال ملاحظة مدى اهتمام المصاب بما يقال له وما يدور حوله، كذلك قدرته على فهم التعليمات الشفوية وذلك عن طريق إعطاء الحالة مجموعة من التعليمات تنتقل من البسيط إلى المعقد.
- ✓ **التعبير الشفوي**: وذلك عن طريق استعمال الصور والمشاهد والفحص التلقائي لمعرفة الرصيد اللغوي والمفهوم الذاتي الذي يملكه ومدى استعمال الجمل وكذلك الأدوات الإعرابية .

**- فحص المكتسبات الأولية:**

---

[19] الخفش، هناندة، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، ص 11.

[20] Leroy,V, Melherbe, Déficiences Motrices et handicaps, France: Associations des paralyses de France, 1996,p93.

[21] عبد الرحمن العيسوي، التأهل النفسي لحالات الشلل الدماغي ، ص ص: 30-31

[22] الخفش، هناندة، 2005، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، ص 11.

-الصورة الجسمية عن طريق التعيين وتسمية الأعضاء الجانبية عن طريق فحص الاستعمال لليد والرجل والعين.
-الإدراك والذاكرة البصرية.
-الإدراك والذاكرة السمعية.
-الإدراك المكاني.
-الإدراك الزماني[23].

**8 -علاج الإعاقة الحركية العصبية:**

لا يوجد علاج للشلل الدماغي، ولكن هناك أشكال مختلفة من العلاج التي يمكن أن تساعد الشخص الذي يعاني من اضطراب في الوظيفة للعيش على نحو أكثر فعالية.

وبوجه عام، كلما بدأ العلاج في وقت أسبق كان أفضل للأطفال لتجاوز العقبات الخلقية أو لتعلم الطرق الجديدة للقيام بالواجبات التي تمثل تحديا لهم. تم تسجيل التدخل الأبكر الثابت خلال انتعاش الرضع حديثي الولادة في وحدة العناية المركزة. يمكن أن يشمل العلاج واحدا أو أكثر من التالي: العلاج الطبيعي، العلاج المهني؛ علاج النطق؛ عقاقير للسيطرة على التشنجات وتخفيف الألم، أو ارخاء التشنجات العضلية (على سبيل المثال البينزوديازيبينات الباكلوفين، والفينول)؛ الأكسجين تحت الضغط العالي، واستخدام البوتوكس لإرخاء العضلات المنقبضة؛ والعملية الجراحية لتصحيح التشوهات التشريحية أو للإفراج عن ضيق العضلات؛ والأقواس وغيرها من أجهزة تقويم العظام؛ والمشايات المعجلة؛ ووسائل الاتصال مثل أجهزة الكمبيوتر المرفقة بمكونات صوت على سبيل المثال، يمكن أن يساعد استخدام الإطار الواقف على تقليل التشنج وتحسين نطاق الحركة للأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغي الذين يستخدمون الكراسي المتحركة. ومع ذلك، فليس هناك سوى بعض الاستفادة من العلاج. فالعلاج غالبا للأعراض، وعادة ما يركز على مساعدة الشخص لتطوير المهارات الحركية وتعلم كيفية تعويض عدم وجودها[24].

الدعم الغذائي في وقت مبكر في دراسة أتراب واحدة عن 490 من الأطفال الخدج، تم الربط بين معدل النمو خلال الإقامة في المستشفى والوظيفة العصبية في 18 و22 شهرا من العمر. وجدت الدراسة أن هناك انخفاضا كبيرا في معدل الإصابة بالشلل الدماغي في مجموعة الأطفال الخدج الأعلى في سرعة النمو. تقترح هذه الدراسة أن التغذية والنمو الكافيين تلعب دورا وقائيا في وضع الشلل الدماغي.

برامج العلاج الطبيعي المصممة لتشجيع المريض لبناء قاعدة القوة لتحسين المشي والحركة الإرادية، جنبا إلى جنب مع برامج التمدد للحد من التقلصات. يعتقد كثير من الخبراء أن العلاج البدني مدى الحياة أمر حاسم للحفاظ على العضلات والهيكل العظمي، ومنع الخلع في المفاصل.

---

[23] غلايني، تيريزا، برنامج التدريب المنزلي للأطفال ذوي الشلل الدماغي من الولادة إلى ثلاثة سنوات، الطبعة الثانية، دار الكرم، جدة، 2010. ص 87

[24] محسن عمر أحمد، محاضرة بعنوان الإصابة الدماغية ، ص 19.

العلاج المهني يساعد على تحقيق الحد الأقصى الكفاءة الوظيفية عند البالغين والأطفال وللتكيف مع القيود والعيش بصورة مستقلة قدر الإمكان.

أجهزة تقويم العظام مثل جبيرة الكاحل والقدم غالبا ما تكون مقررة للحد من اضطرابات المشية. وجد أن هذه الجبيرة قد تحسن قياسات التحرك، بما في ذلك خفض نفقات الطاقة، وزيادة سرعة وطول الخطوة[25].

علاج النطق يساعد على التحكم في عضلات الفم والفك، ويساعد على تحسين الاتصال. كما يؤثر المرض على الطريقة التي يحرك الشخص بها ذراعيه ورجليه، فإنه يؤثر على الطريقة التي يحرك بها الفم والوجه والرأس. هذا يمكن أن يجعل من الصعب على الشخص أن التنفس؛ أو الحديث بشكل واضح، أو العض، أو المضغ وابتلاع الغذاء. وغالبا ما يبدأ علاج النطق قبل أن يبدأ الطفل في المدارس ويستمر طوال سنوات الدراسة.

العلاج بالأكسجين تحت الضغط الزائد، والذي يتم فيه استنشاق الاوكسجين المضغوط داخل غرفة الضغط العالي، وقد استخدم في إطار النظرية التي تقول إن تحسين توافر الاوكسجين الى خلايا المخ قد ينشط البعض منها لتعمل بشكل طبيعي. استخدامه لعلاج الشلل الدماغي أمر مثير للجدل. وجدت دراسة في عام 2007 أن تأثير هذا الهواء المضغوط على الشلل الدماغي لا يختلف كثيرا عن هواء الغرفة العادي.

الاستشارات الغذائية قد تساعد في الاحتياجات الغذائية عندما لا يتم الوفاء بها بسبب وجود مشاكل في تناول بعض الأطعمة.

العلاج بالتدليك وهو مصمم للمساعدة على استرخاء العضلات المتوترة، وتقوية العضلات، والحفاظ على المفاصل المرنة تستخدم تمارين التنفس أحيانا في محاولة منع الالتهابات الرئوية. هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتحديد الفوائد الصحية لهذه العلاجات للأشخاص الذين يعانون من الشلل الدماغي[26].

الجراحة للمصابين بالمرض عادةً ما تنطوي على واحد أو مزيج من الآتي:

-ارخاء العضلات المتصلبة والمفاصل الثابتة وغالبا ما يقام بها على الوركين والركبتين، وأوتار الركبة، والكاحلين. في حالات نادرة، قد تستخدم هذه الجراحة في الأشخاص الذين يعانون من تصلب المرفقين والرسغين واليدين والأصابع .

-إدخال مضخة باكلوفين أثناء فترة البلوغ الأولى، والتي عادة ما توضع في البطن اليسرى. وهذه المضخة متصلة بالحبل الشوكي، حيث أنها ترسل أجزاء من الباكلوفين لتخفيف انثناء العضلات المستمر. الباكلوفين هو من الأدوية التي تؤدي إلى ارتخاء العضلات وغالبا ما تعطى للمرضى للمساعدة في مواجهة آثار التشنج .

-إقامة الانثناءات غير الطبيعية في عظام الرجل الفخذ والساق، وهذه مضاعفة ثانوية نتيجة أثر العضلات المتصلبة على العظم وغالبا ما تؤدي إلى دخول أصابع القدم (مشية أصابع أرجل الحمام). يتم هكسر العظم (الخفض) ثم تعيينه في المحاذاة الصحيحة.

---

[25] المرجع نفسه، ص 20

[26] محسن عمر أحمد، محاضرة بعنوان الإصابة الدماغية، ص 21

-قطع الأعصاب على الأطراف الأكثر تضررا من الحركات والتشنجات، تسمى هذه العملية "رايزوتومي."

-حقن توكسين البوتولينوم (البوتوكس) في العضلات المتشنجة أو المتقلصة، لتليين العضلات وتخفيف الإعاقة والألم[27].

-كشفت دراسة حديثة أن تبريد الجسم والدماء للرضع المعرضين لخطر الإصابة بالمرض بعد الولادة بفترة قصيرة قد يقلل من نسب الوفيات والعجز.

التعليم الموصل تم تطويره في المجر من عام 1945 على أساس عمل أندراس بيتو، وهو نظام موحد لإعادة تأهيل الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العصبية بما في ذلك الشلل الدماغي، والشلل الرعاش والتصلب المتعدد، من بين حالات أخرى. ومن المفترض أن يتحسن القدرة على الحركة والثقة بالنفس والقدرة على التحمل والاستقلال، وكذلك مهارات الحياة اليومية والمهارات الاجتماعية. الموصل هو المهني الذي يسلم البرنامج بشراكة مع الآباء والأمهات والأطفال. يجب تطبيق المهارات المكتسبة خلال البرنامج على الحياة اليومية، لتطوير المهارات العاطفية والاجتماعية والإدراكية المناسبة للسن. وهذه البرامج متوفرة في المراكز المتخصصة.

بيوفيدباك هو علاج بديل يتعلم فيه المرضى كيفية التحكم بالعضلات المتضررة. يتعلم بعض الناس طرق الحد من التوتر في العضلات بهذه التقنية. البيوفيدباك لا يساعد جميع المرضى بالشلل الدماغي.

العلاج العصبي الإدراكي. وهو يقوم على مبدأين ثابتين.

-**اللدونة العصبية**: الدماغ قادر على تغيير هيكله وأدائه لتلبية الطلبات في أي بيئة معينة، وبالتالي إذا تم توفير البيئة العصبية المناسبة للطفل، سيكون لديه أفضل فرصة لإحراز تقدم.

-التعلم يمكن أن يؤدي إلى التنمية: في وقت مبكر في أوائل القرن العشرين، تم إثبات ذلك من قبل طبيب نفساني اسمه ليف فيجوتسكي. اقترح أن تعلم الأطفال هو نشاط اجتماعي، ويتحقق من خلال التفاعل مع أعضاء المجتمع الأكثر مهارة. هناك العديد من الدراسات التي تقدم دليلا على هذا الادعاء. ومع ذلك لا توجد حتى الآن دراسات محكومة عن العلاج العصبي الإدراكي.

التنميط هو شكل مثير للجدل من العلاج البديل لمرضى الشلل الدماغي. والطريقة تروج لها معاهد تحقيق الإمكانيات البشرية (**IAHP**)، وهي منظمة في فيلادلفيا غير ربحية، ولكنها تعرضت لانتقادات من قبل الأكاديمية الأميركية لطب الأطفال. تم تأييد أساليب المنظمة من قبل لينوس بولينغ، وكذلك بعض آباء الأطفال الذين عولجوا بهذه الأساليب[28].

## 2. التكفل الأرطفوني بالأطفال ذوي الإعاقات الحركية العصبية

### 1.2 مراحل التكفل الأرطفوني:

[27] محسن عمر أحمد، محاضرة بعنوان الإصابة الدماغية ، 22

[28] المرجع نفسه ، ص ص: 23-24.

**1-1-2 مرحلة التقييم الأرطفوني:(Évaluation Orthophonique)**

التكفل يبدأ دائمًا بتشخيص دقيق، يشمل:

-**المقابلة الإكلينيكية مع الأولياء:** جمع المعلومات حول الحمل، الولادة، النمو الحركي والمعرفي، والمسار العلاجي السابق.

-**الفحص الوظيفي للفم والوجه:** تقييم عضلات الوجه، اللسان، الشفاه، وآليات البلع والتنفس.

-**تقييم اللغة:**

الجانب الاستقبالي (الفهم).

الجانب التعبيري (المفردات، التراكيب، السرد).

-تقييم التواصل غير اللفظي: الإشارات، النظرات، الإيماءات.

-تقييم الصوت والكلام: مدى وجود اضطرابات نطقية(Dysarthrie) ، أو اضطرابات في التتابع الحركي.(Apraxie)

-مقياس الوظائف المعرفية واللغوية: استخدام بطاريات اختبار معيارية (مثلELO :، Boston Naming Test).

**2-1-2-مرحلة وضع البرنامج العلاجي الأرطفوني:(Plan Thérapeutique)**

-البرنامج يُصمَّم وفق نتائج التقييم ويكون فردياً(Personnalisé) ، ويرتكز على:

**الأهداف القصيرة المدى:**

-تحسين التحكم في آليات التنفس والنطق.

-تنمية القدرات التواصلية البسيطة (إيماءات – أصوات – كلمات وظيفية).

الأهداف الطويلة المدى:

-تطوير لغة وظيفية للتعبير عن الاحتياجات.

-تعزيز استقلالية الطفل في التواصل داخل الأسرة والمدرسة. (سهيلة بوعكاز زازون، 2022، ص 35(

**3-محاور التكفل الأرطفوني الأساسية:**

**3- 1التأهيل الفموي-الوجهي:(Rééducation Oro-faciale)**

-تمارين لتقوية عضلات الشفاه واللسان والفك.

-تدريبات التنفس والبلع.

-تقنيات للسيطرة على سيلان اللعاب.

**3 -2التأهيل الصوتي-الكلامي:(Rééducation Voix et Parole)**

-تقنيات لمعالجة الـ Dysarthrie عبر تدريب على الإيقاع، الشدة، وضبط مخارج الأصوات.

-تمارين الإسترخاء الصوتي (تقنية François Le Huche مثلًا).

**3-3تأهيل اللغة والتواصل:(Rééducation du Langage et Communication)**

-تنمية الفهم والاستيعاب من خلال أوامر بسيطة، صور، قصص قصيرة.

-تنمية التعبير الشفوي عبر مفردات وظيفية مرتبطة بالحياة اليومية.

-تدريب على بناء جمل تدريجية (من كلمتين إلى جمل أطول).

**4--3 التواصل البديل والمعزز (Communication Alternative et Augmentée – CAA):**

-إدخال لوحات تواصل مصورة أو تطبيقات رقمية للأطفال غير الناطقين.

-استخدام الإشارات والرموز البصرية.

**3-5-إدماج الأسرة في التكفل:**

-جلسات توجيهية للأولياء حول كيفية دعم لغة الطفل في البيت.

-تدريب الوالدين على تطبيق الاستراتيجيات الأرطفونية في المواقف اليومية (الأكل – اللعب – التواصل).

**3-6-العمل متعدد التخصصات:(Approche Pluridisciplinaire)**

-التنسيق المستمر مع أخصائي العلاج الفيزيائي (لتحسين الوضعيات الحركية).

-التعاون مع الأطباء (متابعة الحالة العصبية والطبية.(

-التنسيق مع الأخصائي النفسي والتربوي (دعم الجوانب الانفعالية والمعرفية).

**3-7التقييم المستمر:(Évaluation Continue)**

-إعادة تقييم دورية (كل 3–6 أشهر) لقياس مدى تحقيق الأهداف.

-تعديل البرنامج العلاجي حسب تطور الحالة.

بهذا الشكل يكون التكفل الأرطفوني منهجياً، علمياً ودقيقاً، ويغطي جميع أبعاد الإعاقة الحركية العصبية بما يضمن تعزيز التواصل والاستقلالية لدى الطفل[29].

**خاتمة:**

تمثل الإعاقات الحركية العصبية تحديًا كبيرًا على مستوى التكفل الأرطفوني، إذ تؤثر هذه الاضطرابات ليس فقط على الجانب الحركي، بل تمتد لتشمل الجوانب اللغوية والتواصلية التي تُعد محور عمل الأخصائي الأرطفوني. ويظهر التدخل الأرطفوني كعنصر أساسي ضمن التكفل متعدد التخصصات، كونه يهدف إلى تمكين الطفل من استخدام مهاراته اللغوية والتواصلية بأقصى قدر ممكن، وتعزيز استقلاليته داخل الأسرة والمؤسسة التربوية والمجتمع.

وفي السياق الجزائري، ورغم وجود مبادرات ومراكز متخصصة، يبقى هناك حاجة ملحة لتعزيز مكانة الأرطفونيا وتطوير أدواتها ومقارباتها العلمية، من أجل ضمان تكفل نوعي وشامل يتماشى مع المستجدات العالمية في هذا المجال.

**الاقتراحات:**

1. إعداد بروتوكولات تشخيصية دقيقة خاصة بالأطفال ذوي الإعاقات الحركية العصبية، تسمح بتحديد مستوى القدرات اللغوية والتواصلية بشكل فردي.
2. تصميم برامج تأهيلية مخصّصة تركّز على تحسين وظائف الفم-الوجه (البلع، التنفس، النطق)، إضافة إلى تطوير اللغة والتواصل البديل والمعزز.(CAA)

[29]سهيلة بوعكاز زازون، الإضطرابات الأرطوفونية في الشلل الدماغي –تشخيص وعلاج-، منشورات دار الخلدونية، الطبعة الأولى، الجزائر، 2022، ص 36.

3. تطوير أدوات تكنولوجية أرطفونية مثل التطبيقات والبرمجيات الموجهة لدعم التواصل لدى الأطفال غير الناطقين أو ذوي القدرات المحدودة.
4. إدماج الأسرة في العملية الأرطفونية عبر جلسات إرشادية وتدريبية تساعد الأولياء على تطبيق التمارين التواصلية واللغوية في الحياة اليومية.
5. إقامة ورشات تكوين مستمرة للأخصائيين الأرطفونيين حول أحدث المقاربات في التكفل بالإعاقات الحركية العصبية، مثل تقنيات التواصل البديل والذكاء الاصطناعي في الأرطفونيا.
6. تشجيع البحث العلمي الأرطفوني من خلال دراسات ميدانية تقيم فعالية البرامج العلاجية المختلفة، بما يساهم في بناء قاعدة معرفية محلية مرتبطة بالواقع الجزائري .

**الهوامش:**

**- المراجع باللغة العربية:**

1- أحمد السعيد يونس ومصري عبد الحميد حنودة، رعاية الأطفال المعاقين طبيا ونفسيا واجتماعيا، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
2- الخفش، سهام هناندة، عوني، دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي، الطبعة الأولى، دار يافا العلمية، عمان، 2005.
3- جمال الخطيب، مقدمة في الإعاقة السمعية، دار الفكر للطباعة، عمان، 1998.
4- سهيلة بوعكاز زازون، الإضطرابات الأرطوفونية في الشلل الدماغي –تشخيص وعلاج-، منشورات دار الخلدونية، الطبعة الأولى، الجزائر، 2022.
5- عبد الرحمن العيسوي، التأهل النفسي لحالات الشلل الدماغي، الجمعية القطرية لذوي الاحتياجات الخاصة، قطر، 2010.
6- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، 1997.
7- عصام حمدي الصفدي، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
8- غلايني، تيريزا، برنامج التدريب المنزلي للأطفال ذوي الشلل الدماغي من الولادة إلى ثلاثة سنوات، الطبعة الثانية، دار الكرم، جدة، 2010.
9- محسن عمر أحمد، محاضرة بعنوان الإصابة الدماغية، الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية، مستشفى المطرية التعليمي.
10- محمد فوزي، يوسف، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الوفاء، الشارقة، 2007.
11- نادر يوسف الكسواني، *

**- المراجع باللغة الأجنبية:**

**1**- Augustin. P, Cahier de l’infirmière(3emeEd), paris: Masson, 2012.
**2**- Guidetti et Tourette, et Catherine, Handicaps et développement psychologique de l’enfant, Paris: Armond Colin, 1999.
**3**- J. A. RONDAL, trouble du langage : diagnostic et rééducation», édition Serghers, Paris, 1977.
**4**- Leroy,V, Melherbe, Déficiences Motrices et handicaps, France: Associations des paralyses de France, 1996.