

فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي

The effectiveness of a program based on some habits of mind to develop the
academic resilience among university student's underachievers

إعداد

أ/ هبة حسين أحمد حسن عمران

باحثة ماجستير بقسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

مستخلص البحث

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٠) من الأطفال الذكور ذوي الشلل الدماغي الملتحقين بمركز نبض للعلاج الطبيعي ولتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بمدينة إيتاي البارود محافظة البحيرة، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٣-٦) سنوات، لديهم قصوراً واضحاً في مهارات تناول الطعام والشراب، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية وقوامها (٥) أطفال، والثانية ضابطة وقوامها (٥) أطفال، واشتملت أدوات الدراسة على ما يلي: مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء: الإصدار الخامس. تعريب وتقنين/ صفوت فرج (٢٠١٠)، ومقياس مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة)، والبرنامج القائم على العلاج الوظيفي في تحسين بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن مهارات تناول الطعام والشراب بشكل ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستمر الأثر الايجابي للبرنامج على المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة.

الكلمات المفتاحية: الشلل الدماغي- مهارات تناول الطعام والشراب - العلاج الوظيفي.

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا



Abstract

The study aimed to reveal the effectiveness of a program based on occupational therapy in improving the eating and drinking skills of children with cerebral palsy. To rehabilitate children with special needs in the city of Itay Al-Baroud, Al-Buhaira Governorate, their ages ranged between (3-6) years, and they have clear deficiencies in Eating and drinking skills, they were divided into two groups, the first experimental group consisting of (5) children, and the second control group consisting of (5) children. The study tools included the following: Stanford-Binet Intelligence Scale: Fifth Edition. Arabization and codification / Safwat Farag (2010), the measure of self-care skills for children with cerebral palsy (prepared / researcher), and the program based on occupational therapy in improving some self-care skills of children with cerebral palsy (prepared / researcher). The results of the study resulted in a significant improvement in the eating and drinking skills of the experimental group after applying the program compared to the control group, and the positive effect of the program on the experimental group continued during the follow-up period.

Keywords: cerebral palsy - eating and drinking skills - occupational therapy

مجلة العلوم المتقدمة
للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

أولاً : المقدمة

تُعد الإعاقة بوجه عام من القضايا الهامة التي باتت تُورق كافة المجتمعات المتحضرة منها والنامية، فهي قضية ذات أبعاد مختلفة، قد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية والتطور في المجتمعات المختلفة، ومن هذا المنطلق فإن رعاية الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة أصبح أمراً مُلحاً تحتمه الضرورة الإجتماعية والإنسانية، حيث يتوجب إيلاء الفئات الخاصة القدر المناسب من الرعاية والإهتمام حتى يتسنى لهم الإدماج في المجتمع إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم.

ويُعد الشلل الدماغي أحد أشد وأصعب الإعاقات لما له من تأثير ليس فقط على الفرد المُصاب به وإنما أيضاً على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، وذلك لما تفرضه تلك الإعاقة على المصاب بها من عدد غير محدود من المشكلات الحركية والعصبية، وما يصحبها من تشوهات في الأطراف، كما أنها قد تكون مصحوبة بشلل أو عدم توازن حركي (عبدالرحمن سيد، ٢٠١١، ٦-٣).

يُعد القصور في مهارات رعاية الذات من السمات البارزة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، حيث يعانون من عجزاً واضحاً في الإعتماد على أنفسهم في اشباع حاجاتهم المتعلقة بالتغذية (الطعام والشراب)، والنظافة الشخصية، وقضاء الحاجة، وارتداء الملابس وخلعها، والأمان الذاتي، دون مساعدة الآخرين (Burgess, Boyd, Zixiani, Ware & Sakzewski, 2019, 570).

ويُعد القصور في مهارات تناول الطعام والشراب من السمات البارزة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، حيث يعانون عجزاً واضحاً في الإعتماد على أنفسهم في اشباع حاجاتهم المتعلقة بالطعام والشراب، وتتراوح نسبة انتشار مشكلات تناول الطعام والشراب لديهم ما بين (٢٧٪ إلى ٩٠٪)، مما يستلزم تصميم وتنفيذ البرامج التدريبية والتأهيلية لهم (Sellers, Mandy, Pennington, Hankins & Morris, 2014, 446).

وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات مثل: (Benfer, Weir, Bell, Ware, Davies & Boyd, 2017; Sellers, Bryant, Hunter, Campbell & Morris, 2017; Sellers, Pennington, Bryant, Benfer, Weir & Morris, 2022; Van Hulst, Snik, Jongerius, Sellers, Erasmus & Geurts, 2017)، من معاناة الأطفال ذوي الشلل الدماغي من مشكلات عديدة خاصة بتناول الطعام والشراب تتمثل في جوانب قصور مختلفة في التحكم الحركي وتنسيق المص والشرب والعض والمضغ والبلع.

والعلاج الوظيفي وسيلة علاجية تُركز على مساعدة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة على تطوير وتحسين مهاراتهم المختلفة بهدف الوصول إلى أعلى درجات الاستقلالية وبالتالي الدمج المجتمعي الصحيح (Larkin, Hawkins & Collins, 2016, 535)؛ حيث يعمل على إعادة التوازن إلى حياة الإنسان الذي تَعرض لأي خلل في الأداء الوظيفي عن طريق تحسين أو اكتساب المهارات اللازمة للوصول إلى أعلى قدر من الإستقلالية، والقيام بالمهام والأدوار بكفاءة.

لذا فإن فاستخدام العلاج الوظيفي مع الأطفال ذوي الشلل الدماغي قد يكون له عظيم الأثر في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لديهم، مما يُمكنهم من الإستقلالية والإعتماد على الذات، فيسهل عليهم التكيف مع الواقع المحيط، وهذا هو منطلق الدراسة الحالية.

ثانياً: مشكلة الدراسة

نبعت مشكلة الدراسة من خلال دراسة الباحثة في مجال التربية الخاصة، ومن خلال القراءات الإستطلاعية التي قامت بها عن الأطفال ذوي الشلل الدماغي، ومن خلال الزيارات الميدانية لبعض مؤسسات التربية الخاصة والتأهيل مثل مركز نبض للعلاج الطبيعي ولتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بمدينة إيتاي البارود محافظة البحيرة، وتبين أن لديهم قصور واضح في مهارات الرعاية الذاتية اليومية بشكل واضح. ومن خلال الإطلاع والمتابعة لبعض التقارير الصادرة عن المنظمات الأهلية والصحية والدراسات المعنية بإنتشار اضطراب الشلل الدماغي، فقد تبين للباحثة ارتفاع معدل انتشار اضطراب الشلل الدماغي بشكل متسارع للغاية يستدعي الإنتباه، (National Institute of Neurological Disorders & Stroke, 2011)، ووفقاً لمنظمة (Cerebral Palsy Guidance, 2019) فإنه يصاب من (٢-٣) أطفال لكل (١٠٠٠) مولود بالشلل الدماغي، ويعيش الآن حوالي (٧٦٤٠٠٠) شخص مصاب بالشلل الدماغي على مستوى العالم، منهم (٥٠٠.٠٠٠) من الأطفال والمراهقين، وكل عام يتم تشخيص ما بين (٨٠٠٠ - ١٠٠٠٠) طفل مصاب بالشلل الدماغي. ويتم تشخيص (١٢٠٠ - ١٥٠٠) طفل في سن ما قبل المدرسة بالشلل الدماغي كل عام.

فيُعد القصور في مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي وبخاصة مهارات تناول الطعام والشراب من المشكلات الهامة التي يعاني منها أطفال الشلل الدماغي والتي تؤدي إلى العديد من الجوانب السلبية لديهم مثل: الأوقات الطويلة لتناول الوجبات، فقدان الوزن أو عدم زيادة الوزن، احتقان أثناء الوجبات (انسداد)، الاختناق، سيلان اللعاب، التعب، صعوبات في فتح وإغلاق الفم، حركات الفك غير المنسقة، وألم عند البلع (Glader & Stevenson, 2019, 34).

تقييم فعالية التدريب الوظيفي على المضغ بالمقارنة مع العلاج القياسي في مجموعة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي: مراجعة منهجية للتجارب العشوائية ذات الشواهد

فقد أشارت نتائج دراسة **Scarpato, Staiano, Molteni, Terrone, Mazzocchi & Agostoni (2017)** إلى نسبة القصور في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من ٣٠٪ إلى ٩٠٪.

ويأتي دور العلاج الوظيفي لإعادة التوازن إلى حياة الإنسان الذي تعرض لأي خلل في الأداء الوظيفي، عن طريق تحسين أو اكتساب المهارات اللازمة لإعادة استقلالته أو الوصول إلى أقصى حد من الاستقلالية، ويساعده في تعامله مع المرض وممارسة أنشطته ووظائفه اليومية وقيامه بالمهام والأدوار بكفاءة (سمية حسين ملكاوي، ٢٠١٧، ٢٤). وبناء على ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

وتأسيسا على ما سبق يُمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

ما فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي؟
وتتفرع منه الأسئلة الفرعية التالية:

١. هل توجد اختلافات جوهرية في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي من أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي؟
٢. هل توجد اختلافات جوهرية في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي من المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي؟
٣. هل يستمر اثر برنامج العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي في نهاية فترة المتابعة؟

ثالثا: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. التعرف على مدى فعالية البرنامج القائم على العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي.
٢. في اكساب بعض مهارات رعاية الذات (مهارات تناول الطعام والشراب ومهارات ارتداء.

٣. التحقق من استمرار فعالية البرنامج بعد شهرين من تطبيقه.

رابعاً: أهمية الدراسة

١. تُقدم الدراسة إطاراً نظرياً لفئة الشلل الدماغي، الذي يعتبر من أهم الإعاقات خطورة وانتشاراً، من حيث تتناول الدراسة تلك الإعاقة من جوانبها.
٢. إلقاء الضوء على أهمية البرامج التدريبية ودورها الهام والمؤثر في تنمية المهارات المختلفة للطفل ذوى الشلل الدماغي وبخاصة مهارات تناول الطعام والشراب.
٣. يستفيد من هذه الدراسة بشقيها النظرى والعملى كل العاملين والمهتمين بمجال التربية الخاصة (أخصائيين تربوية خاصة، أخصائيين العلاج الطبيعي، أولياء أمور) في إعداد وتطبيق الخطط التربوية الفردية للأطفال ذوى الشلل الدماغي.
٤. ندرة الدراسات العربية في حدود علم الباحثة- التي تناولت العلاج الوظيفى مع الأطفال ذوى الشلل الدماغي.
٥. ندرة الدراسات العربية في حدود علم الباحثة- التي تناولت مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.

خامساً: مصطلحات الدراسة

١. الشلل الدماغى (Cerebral Palsy)

مجموعة متنوعة من الاضطرابات التي تؤثر على قدرة الطفل على الحركة والمحافظة على وضعه وتوازنه، ويرجع السبب في هذه الاضطرابات إلى إصابة الدماغ بالأذى قبل الولادة أو اثناء الولادة أو خلال الخمس سنوات بعد الولادة، ولا تُتَلَف هذه الإصابة عضلات الطفل أو الأعصاب التي تربطها بالحبل الشوكى وإنما تضر بقدرة الطفل على السيطرة على العضلات، كما تسبب إصابة الدماغ مشاكل أخرى حسب موقعها وشدتها، وتتضمن هذه المشاكل الإعاقة العقلية والنوبات المرضية والإضطرابات اللغوية و عوق التكلم ومشاكل فى الرؤية والسمع (محمد أحمد صالح، ومحمد يعقوب خليل، ٢٠١٧، ٢١)، وتُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الطفل الذى تم تشخيصه طبيباً بأنه يعانى من الشلل الدماغى بتصنيفاته المختلفة.

٢. مهارات تناول الطعام والشراب (Eating and Drinking Skills)

المهارات العملية التي تُمكن الطفل أو البالغ من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً بذاته مندمجاً فى المجتمع بإيجابية، وتختلف برامج ومناهج ذوى الإحتياجات الخاصة عن برامج ومناهج العاديين من حيث محتوى تلك

البرامج وطرق تدريسها، والمناهج هنا تأخذ شكلاً فردياً وتدرس بطريقة فردية، ويستطيع الطفل من خلالها الإعتناء بنفسه، ومن ثم التعامل مع البيئة المحيطة والاندماج بشكل سليم وإيجابي مع المجتمع المحيط (Chiu, Buckeridge, Lee & Sellers, 2022, 6439)، وتُعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: قدرة الطفل ذو الشلل الدماغي على تمييز الطعام والشراب الذي يؤكل ويُشرب والذي لا يؤكل ولا يُشرب، وتناول الطعام والشراب بشكل صحيح باستخدام الأدوات المختلفة دون مساعدة من الآخرين.

٣. العلاج الوظيفي (Occupational Therapy)

تُعرفه المنظمة البريطانية للمعالجين الوظيفيين بأنه: التخصص الذي يوفر الدعم العملي لمساعدة الأفراد على التحسن وتخفيف العقبات التي تمنعهم من أداء الأنشطة (الوظائف) التي تهتمهم، مما يساعدهم على زيادة مستوى الإستقلالية والرضا في جميع جوانب الحياة (سمية حسين ملكاوى، ٢٠١٧، ٢٥)، وتُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه مجموعة من الإجراءات والتدريبات التي من شأنها تيسير المشاركة بالحياة اليومية للأطفال ذوي الشلل الدماغي، من خلال استخدام وظيفة كل عضو من أعضاء الإنسان، وزيادة قدرة الطفل على تحقيق الإستقلالية بحياته اليومية وتقليل اعتماده على الآخرين.

سادساً: الإطار النظري والدراسات السابقة

أ. الإطار النظري

١. الشلل الدماغي

الشلل الدماغي هي مجموعة غير متجانسة من المتلازمات التي تنتج عن تجلط المخ في فترة ما قبل الولادة داخل الرحم وما بعد الولادة، مما يؤدي إلى اضطرابات حسية وإدراكية وسلوكية، بالإضافة إلى مشاكل عضلية هيكلية وعضلية (Aleshina, 2014, 120).

ويُعرفه المعهد الوطني للإضطرابات العصبية والسكتة الدماغية بأنه يشير إلى مجموعة من الاضطرابات العصبية التي تظهر في الطفولة المبكرة أو الطفولة المبكرة وتؤثر بشكل دائم على حركة الجسم وتنسيق العضلات والتوازن، حيث يؤثر الشلل الدماغي على أجزاء الدماغ الذي يتحكم في حركات العضلات، وعلى الرغم من أن الشلل الدماغي قد لا يتم اكتشافه إلا بعد شهور أو سنوات، إلا أنه تظهر العلامات المبكرة للشلل الدماغي عادة قبل بلوغ الطفل سن ٣ سنوات، والأكثر شيوعاً هي عدم وجود تنسيق العضلات عند أداء الحركات الطوعية (ترنج)؛ عضلات شديدة أو ضيقة وردود فعل مبالغ فيها (التشنج)؛ المشي مع قدم واحدة أو جر الساق؛ المشي على أصابع القدم، مشية ملتوية، أو مشية

"مقصية"، وتشمل الأعراض العصبية الأخرى التي تحدث بشكل شائع لدى الأفراد المصابين بالشلل الدماغي النوبات، وفقدان السمع وضعف البصر، ومشكلات في المثانة، والألم والأحاسيس غير الطبيعية، ويعاني عدد صغير من الأطفال من مرض الشلل الدماغي نتيجة لتلف في الدماغ في الأشهر أو السنوات القليلة الأولى من العمر، والتهابات في المخ مثل التهاب السحايا الجرثومي أو التهاب الدماغ الفيروسي، أو إصابة في الرأس من حادث سيارة أو سقوط أو سوء معاملة الأطفال. الاضطراب ليس تقديمياً، وهذا يعني أن تلف الدماغ عادة لا يزداد سوءاً بمرور الوقت **National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).**

- تصنيفات الشلل الدماغي

هناك العديد من التصنيفات التي تناولت ذوى الشلل الدماغي:

١- التصنيف الفسيولوجي (وفقاً لنمط الإصابة وطبيعتها): يندرج تحت هذا التصنيف أربعة أنواع مختلفة من الشلل الدماغي وذلك طبقاً لمكان الإصابة.

-الشلل الدماغي التشنجي: يعد حوالي (٧٠-٨٠%) من المصابين بالشلل الدماغي يعانون من شلل دماغي تشنجي وفيه تكون العضلات متيبسة، مما يجعل الحركة صعبة. وعند تأثر كلا القدمين قد يعاني الطفل من صعوبة في المشي لأن العضلات المشدودة في الوركين، والرجلين تجعل الرجلين تدوران للداخل، وتتحركان في حركة مقصية نحو الركبتين (سام مادوكس، ٢٠١٧، ١١).

-الشلل الدماغي الالتوائي أو التخبطي: يمثل حوالي (٢٠%) من حالات الشلل الدماغي، ويتميز بظهور حركات لولبية، أو التوائية وخاصة عندما يرغب الطفل في القيام بأى حركة إرادية، وتكون الإصابة الدماغية في هذا النوع من الشلل الدماغي في الدماغ الأوسط، وتكثر حركة المصاب بهذا النوع من الشلل، وتخف الحركة في حالة الإسترخاء، وتختفي أثناء النوم، أما الشلل العضلي يكون في أدنى حدوده مع إنبساط في أصابع اليد وإبتعادها عن بعضها البعض (عوني هناندة، وسهام الخفش، ٢٠٠٥، ٦).

-الشلل الدماغي التخليجي (اللاتوازني): يمثل حوالي من (٥-١٠%) من حالات الشلل الدماغي ينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات، والتوازن، وتكون حركات الطفل غير متزنة، يسير بخطوات واسعة، ويسقط بسهولة لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منظمة في العينين، وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشى ويده ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه لذا يتم وصفهم بالسكراري (عصام حمدي الصفي، ٢٠٠٧، ٣٤).

- الشلل الدماغي المختلط : يمثل حوالى مابين (١٠ - ١٥ %) من حالات الشلل الدماغي حيث تكون الإصابة قد حدثت فى أكثر من منطقة دماغية ويصبح هناك خلط بين أكثر من نوع واحد مثل التشنج التخطي والخزع التشنجى وغيرها (محمد فوزى يوسف، ٢٠١١، ٤٧).

٢. مهارات تناول الطعام والشراب

تُعد مهارات تناول الطعام والشراب أحد أهم جوانب الرعاية الذاتية التى تساعد على العيش المستقل، وهي الرعاية التي يهتم بها الأفراد تجاه صحتهم وسعادتهم، وتؤثر الصعوبة في الأداء المستقل على النتائج الكلية للفرد المصاب بالاضطراب وتمثل عبئاً على أسرته.

- مفهوم مهارات رعاية الذات:

هى مجموعة من المهارات التى تمكن الفرد من التكيف على نحو إيجابى فى المحيط الذى يعيش فيه من خلال التعامل بفاعلية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها بما يساعد على تعزيز الصحة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية (Maenner, Smith, Hong, Makuch, Greenberg, Mailick et al., 2013, 9).

- مجالات رعاية الذات:

كما ذكرت جيهان مصطفى (٢٠٠٨) أن مهارات الرعاية الذاتية التى يجب تعليمها للأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة تشتمل على المجالات التالية:

- النظافة الشخصية: وتشمل دخول المرحاض، غسل وتجفيف اليدين، غسل الفم والأسنان، تمشيط الشعر، مسح وتنظيف الأنف، قص الأظافر، الاستحمام، النظافة أثناء الدورة الشهرية للبنات، حلاقة الذقن للأولاد.

- ارتداء الملابس: وتشمل خلع ولبس الشراب، خلع الحذاء ولبس الحذاء، خلع البنطلون ولبس البنطلون، - خلع ولبس القميص، فتح وغلق السوستة، فك وتزوير الأزرار، عدل الملابس الداخلية والخارجية، كى الملابس.

- الأكل والشرب: ويشمل الأكل بالمعلقة مع عدم تساقط من الفم، الأكل بالشوكة واستعمال السكين، شرب السوائل بالكوب، شرب السوائل من الصنبور، شرب السوائل بالشليمو، وتحضير وجبة بسيطة.

- السلامة الشخصية: وتشمل صعود السلم ونزوله، استخدام السكين، السير بحرص فى الطريق العام، المرور فى الشارع بمساعدة إشارات المرور، الحرص فى سكب السوائل الساخنة، الحرص فى ركوب ونزول الأتوبيس، إسعاف الجروح والتعرف على المواد السامة وتجنب أخطارها.

كما وضع أمير إبراهيم القرشى (٢٠١٣، ١٩٥ - ١٩٦) تصنيف مهارات الرعاية الذاتية كما يلي:

- مهارات تناول الطعام وتشمل: (مهارات استعمال أدوات المائدة، ومهارات تناول الطعام فى الأماكن العامة، ومهارات تناول السوائل، ومهارات آداب المائدة).
- مهارات استعمال المرحاض: مهارات المظهر العام وتشمل (مهارة وضع الجسم أثناء الوقوف، ومهارة ارتداء الملابس، ومهارة العناية بالملابس، ومهارة لبس الحذاء).
- مهارات النظافة وتشمل: مهارة غسل اليدين والوجه ومهارة الإستحمام ومهارة الصحة الشخصية.
- مهارات التنقل وتشمل: مهارة الإحساس بالإتجاهات ومهارة استعمال المواصلات العامة.
- مهارات استقلالية متفرقة وتشمل: (مهارة استخدام التليفون، مهارة الخدمات البريدية، مهارة الإسعافات الأولية، مهارة معرفة المؤسسات العامة).
- وتتناول الباحثة فى الدراسة الحالية مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

٣. العلاج الوظيفى

- مفهوم العلاج الوظيفى:

فن وعلم تسهيل المشاركة بالحياة اليومية من خلال استخدام الوظيفة وتمكين الانسان من أداء الوظائف التي تحسن الصحة والعافية، وتمكين المجتمع ليكون عادلاً ودامجاً لكل الأشخاص ليتمكنوا من المشاركة بوظائف الحياة اليومية بكل امكانياتهم(سمية حسين ملكاوى، ٢٠١٧، ٢٥).

قدم(The Merriam-Websters Collegiate Dictionary) تعريفات لست كلمات لفهم العلاج الوظيفى:

- (١) مهنة: نشاط يرتبط به الفرد
 - (٢) العلاج: علاج مرض أو إعاقة (عدم القدرة).
 - (٣) هدف: النهاية التي يوجه إليها الجهد.
 - (٤) النشاط: الحالة أو الموضوع المشارك فيه.
 - (٥) الإستقلالية: الإعتماد على الذات.
 - (٦) وظيفة: الفعل الملائم لشخص على وجه التحديد دون غيره.
- وبالتالى فالعلاج الوظيفى هو تدريب يستخدم نشاط ذو هدف محدد لتحفيز الإستقلالية لوظيفة ما(Jane, 2012, 15).

– هدف العلاج الوظيفي:

يهدف العلاج الوظيفي إلى:
تطوير استقلالية الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية والحد من الإعتماد على الغير، وتحسين قدرات الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية ودمج الطفل في مجتمعه والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة (Agatell & Mason, 2015, 33-34).
ويكمن دور العلاج الوظيفي كوسيلة علاجية تركز على مساعدة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بتطوير مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل البصري والتتبع البصري التي تهدف إلى زيادة مدة التركيز لديه، والمهارات المعرفية والإدراكية، للوصول إلى أعلى درجات الاستقلالية وبالتالي الدمج المجتمعي الصحيح (Larkin, Hawkins & Collins, 2016).

– اجراءات العلاج الوظيفي:

- ١) الفحص: يتضمن جمع المعلومات وقياس قدرات الأطفال، ونقاط القوة والضعف.
 - ٢) التخطيط: يترتيب المعلومات التي تم الحصول عليها، ثم وضع خطة العلاج، مع توضيح الأهداف والأنشطة التي بواسطتها يتم الوصول للأهداف.
 - ٣) التطبيق: العملية الفعلية للعلاج (وضع الخطة موضع التطبيق).
 - ٤) تقييم: يتم تقييم خطة العلاج التي وضعت ومدى النجاح في تحقيق الأهداف (خولة أحمد، ٢٠١٥، ٢٨).
- ب. الدراسات السابقة

١) دراسات تناولت مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي

دراسة (Ketelaar, Gorter, Westers, Hanna & Verhoef, 2014) أشارت إلى وجود قصوراً بارزاً لدى ذوي الشلل الدماغي في مهارات رعاية الذات، وقد هدفت الدراسة إلى وصف تطور قدرات التنقل والرعاية الذاتية لدى الأطفال الصغار المصابين بالشلل الدماغي، وللتفحص ما إذا كان تطور قدرات التنقل والرعاية الذاتية يختلف باختلاف شلل الدماغي من حيث وظائف مميزة للحركة الإجمالية مستويات نظام التصنيف، تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل من ذوي الشلل الدماغي، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٤) سنوات، أسفرت نتائج الدراسة عن أنه على الرغم من الاختلافات الكبيرة بين الأفراد في تطوير قدرات التنقل والرعاية الذاتية لدى الأطفال الصغار المصابين بالشلل الدماغي، فقد تم العثور على مسارات تنموية مميزة للأطفال في مستويات مختلفة من نظام تصنيف الوظائف الحركية، واختلف التغير المقدر كل شهر بشكل كبير

حسب مستوى نظام تصنيف الوظائف الإجمالي للمحرك لكلا النتيجتين، وأن المسارات التنموية لمستويات نظام تصنيف وظائف المحرك الإجمالي مفيدة في التواصل بين المهنيين وأيضاً في مناقشة التوقعات وتحديد الأهداف مع الأسر فيما يتعلق بالتنقل والرعاية الذاتية في الحياة اليومية للأطفال الصغار المصابين بالشلل الدماغي.

دراسة (Kyeongwon, Jin & Dae-Hyun, 2017) أشارت إلى القصور الواضح في مهارات رعاية الذات لدى ذوى الشلل الدماغي، وقد هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الحركة ومهارات الرعاية الذاتية لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وقد تكونت عينة الدراسة من (٦٣) من الأطفال ذوى الشلل الدماغي، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-١١) عاماً، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن العلاقة الطردية الواضحة بين التحسن في مهارات الحركة والتنقل والتحسن في مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.

دراسة (Saquette, De Santana, Da Silva, Gonçalves, Queiroz, Da Silva, et al., 2018) أشارت إلى القصور الواضح في مهارات رعاية الذات والتنقل الوظيفي لدى ذوى الشلل الدماغي، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج تعليمي لمقدمي الرعاية الأولية في تحسين مهارات الرعاية الذاتية والتنقل لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، تكونت عينة الدراسة من (٢٣) من الأطفال الذكور والإناث ذوى الشلل الدماغي، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١-١٢) سنة، تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين الأولى تتكون من (٢٩) طفلاً تم تطبيق البرنامج التعليمي لمقدمي الرعاية الأولية وإعادة التأهيل التقليدي، والثانية تتكون من (٣١) طفلاً تم تطبيق إعادة التأهيل التقليدية وحدها، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج تعليمي لمقدمي الرعاية الأولية في تحسين مهارات الرعاية الذاتية والتنقل لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

دراسة (Lazarieva, Kushchenko, Muszkieta & Zukow, 2018) أشارت إلى القصور الواضح في مهارات رعاية الذات والتنقل الوظيفي لدى ذوى الشلل الدماغي، وقد هدفت الدراسة إلى استكشاف تطور الرعاية الذاتية والتنقل الوظيفي بعد الجراحة متعددة المستويات في الأطفال والمراهقين المصابين بالشلل الدماغي التشنجي وتحديد العوامل التي تؤثر على هذه النتائج، تكونت عينة الدراسة من (٣٤) من الأطفال والمراهقين المصابين بالشلل الدماغي، بواقع (٢٢ من الذكور، و١٢ إناث)، وقد تم تقييمهم قبل الجراحة، وفي الشهر الثاني، وفي الشهر السادس، وبعد مرور عام، وبعد مرور ١٨ شهراً، وبعد سنتين بعد الجراحة، وقد تم تقييم الرعاية الذاتية من خلال الإصدار الهولندي لتقييم جرد الأطفال، وقد أسفرت النتائج انخفاضاً كبيراً في مهارات الرعاية الذاتية والتنقل الوظيفي بعد شهرين من إجراء العملية الجراحية متعددة المستويات أحادية الحدث، متبوعة بزيادة ملحوظة بعد مرور من ٦ أشهر إلى عام، ثم زيادة كبيرة في من عام إلى ١٨ شهراً، وقد

أثرت النتيجة الأولية وقوة العضلات الأولية ومستوى نظام تصنيف الوظائف الحركية والعمر وعدد التدخلات الجراحية بشكل كبير على اتجاهات الوقت للرعاية الذاتية و / أو التنقل الوظيفي.

دراسة (Smits, Gorter, Riddell, Voorman, Rosenbaum, Palisano, et al., 2019)

أشارت إلى القصور الواضح في المهارات الحركية ومهارات رعاية الذات لدى ذوى الشلل الدماغي، وقد هدفت الدراسة إلى وصف مسارات النمو من القدرة على الحركة والرعاية الذاتية في عينة كبيرة من الأطفال والمراهقين المصابين بالشلل الدماغي من هولندا وكندا، تكونت عينة الدراسة من (٥٥١) شخصاً يعانون من الشلل الدماغي، يواقع (٣٢١) فرداً من برنامج أبحاث إعادة تأهيل الأطفال في هولندا و(٢٣٠) فرداً من دراسة المراهقين لجودة الحياة والتنقل والتمرين بكندا، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٧-١) سنة، مع توفر بيانات طولية لمدة تصل إلى ٤ سنوات، تم تحليل البيانات الطولية، أسفرت نتائج الدراسة عن العلاقة الوثيقة بين القدرة الحركية ومهارات الرعاية الذاتية، وأهمية النمو السليم في تحسين المهارات الحركية ومهارات رعاية الذات لدى ذوى الشلل الدماغي، وأنه يمكن أن يستند إلى التنبؤ بالتنقل والقدرة على الرعاية الذاتية إلى حد كبير على مسارات النمو للأطفال والمراهقين المصابين بالشلل الدماغي.

٢) دراسات تناولت العلاج الوظيفي مع مهارات رعاية الذات

دراسة (Wohlers, 2012) هدفت إلى الكشف عن التدخل العلاجي التأهيلي الأكثر فعالية ونجاح للإستخدام مع الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (٥٥) طفلاً من الأطفال الذى يعانون من اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-١٢) سنة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن العلاج الوظيفي من أفضل العلاجات في تنمية وتحسين المهارات المختلفة لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وبخاصة مهارات الرعاية الذاتية والمهارات الحركية والإجتماعية، حيث وُجد تحسناً ملحوظاً في جوانب الرعاية الذاتية (تناول الطعام والشراب، وارتداء وخلع الملابس، والنظافة الشخصية، وغيرها)، والمهارات الحركية (الدقيقة، والأساسية)، ومهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي.

دراسة (Kas, Duportail, Meirte, Meeus, D'hooghe, Nagels, et al., 2016) هدفت إلى

الكشف عن فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي للإدارة الذاتية مقابل الاسترخاء واثره على الأداء والرضا لمهارات أنشطة الحياة اليومية (تناول الطعام والشراب، النظافة الشخصية، الامان الذاتى، ارتداء الملابس، الذهاب للأماكن المختلفة، وغيرها)، لدى الأفراد الذين يعانون من التعب المرتبط بالتصلب المتعدد، تكونت عينة الدراسة من (٣١) مريضاً مصاباً بمرض التصلب المتعدد، تم تقسيمهم إلى (١٧) مريضاً تعرضوا لبرنامج

العلاج الوظيفي للإدارة الذاتية، و(١٤) مريضاً تعرضوا لبرنامج الإسترخاء، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كلا التدخلتين في تحسين الأداء والرضا عن الأنشطة اليومية، وأن التدخل من خلال برنامج العلاج الوظيفي كان أكثر فعالية عنه في التدخل من خلال الإسترخاء.

دراسة (Johnson & Berhow, 2018) هدفت إلى الكشف عن فعالية استخدام العلاج الوظيفي في تطوير برنامج لمعالجة وتحسين أنشطة الحياة اليومية (كالتنقل والسلامة داخل المنزل، وإعداد الوجبات، وارتداء الملابس، والأمان الذاتي، وغيرها). لدى المرضى ذوى الشلل الرعاش، من خلال زيادة و/أو الحفاظ على الاستقلال والسلامة أثناء المهام اليومية في أولئك الذين يعانون من الشلل الرعاش، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من المصابين بمرض شلل الرعاش، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج الوظيفي في تحسين مهارات الحياة اليومية التي تمكنهم من الوصول إلى أكبر قدر من الإستقلال في ممارسة أنشطة الحياة اليومية ورعاية الذات كالتنقل والسلامة داخل المنزل، وإعداد الوجبات، وارتداء الملابس، واستخدام الحمام، وغيرها.

دراسة (Iwamoto, Y., Imura, T., Suzukawa, T., Fukuyama, H., Ishii, T., Taki, S., et al., 2019) هدفت إلى الكشف عن فعالية استخدام مزيج من روبوت الطرف العلوي الخارجي والعلاج الوظيفي في تحسين مهارات وأنشطة الحياة اليومية لدى مرضى السكتة الدماغية الحادة، تكونت عينة الدراسة من (١٢) مريضاً بالسكتة الدماغية الحادة في الدراسة، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى المجموعة (أ) والمجموعة (ب)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحسين وظيفة المحرك الطرف العلوي ومهارات وأنشطة الحياة اليومية، على وجه الخصوص، خلع الملابس الجزء العلوي من الجسم، خلال الجمع بين الطرف المساعد والعلاج الوظيفي، وأن الجمع بين الأطراف المساعدة المختلطة والعلاج الوظيفي يؤثر بشكل إيجابي في تحسين أنشطة وظيفة الحياة اليومية.

دراسة (Parham, Clark < Watling & Schaaf, 2019) هدفت إلى الكشف عن فعالية تدخلات العلاج الوظيفي لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التكامل الحسي والمعالجة الحسية، تكونت عينة الدراسة من حالة لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد يعاني من صعوبات في القيام بوظائف الحياة اليومية، والمشاركة المتعلقة بالتحديات في التكامل الحسي، وتم التدخل من خلال برنامج العلاج الوظيفي من خلال المعالج الوظيفي المدرسي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج الوظيفي في تحسين مهارات الحياة اليومية وقدرة الطفل على القيام بالأنشطة اليومية، فضلاً عن تحسين المشكلات الحسية التي يعاني منها الطفل.

دراسة (Fox & Collodge, 2019) هدفت إلى تحديد احتياجات الأطفال في أنظمة التبني والرعاية من خلال إنشاء أداة فحص لإحالتهم إلى خدمات العلاج الوظيفي، ففي الولايات المتحدة (الولايات المتحدة)، ارتفع عدد الأطفال بالتبني إلى ١,٨ مليون طفل، ويعتبر هؤلاء الأطفال معرضون للخطر الدائم بسبب تجارب حياتهم، لذا يأتي دور المعالجون الوظيفيون للتعامل معهم من خلال مجالات مختلفة تشمل: المشاركة الاجتماعية، وأنشطة الحياة اليومية، والتعليم، والأنشطة الأساسية للرعاية الذاتية، واللعب، والنوم، استخدمت الدراسة موارد مثل قواعد بيانات المكتبة بجامعة **North Dakota Harley**، والكتب المدرسية، وجمعية العلاج الوظيفي الأمريكية، وغيرها من المصادر الموثوقة لتحديد البيانات والمعلومات، وتم استخدام نموذج بيئة الأداء البشري لتوجيه تطوير المشروع حيث تم تصميم أداة فحص إحالة العلاج الوظيفي، لتشمل تقييماً للأطفال في مجالات مختلفة أهمها مجالات أنشطة الحياة اليومية، ورعاية الذات، واللعب، والنوم، والتعليم وغيرها.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

وفي ضوء ماسبق، فإنه يتضح أن استراتيجية العلاج الوظيفي تعد من أفضل استراتيجيات العلاج لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، والتي تساعد على اكتساب وتحسين المهارات المختلفة لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، كما تساعد على التقليل والحد من جوانب القصور لديهم، لذلك من الضروري استخدام برامج التدخل القائمة على العلاج الوظيفي في تأهيل الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وهذا ما تهدف الدراسة الحالية إلى تطبيقه حيث تقوم بتصميم برنامج تدريبي قائم على العلاج الوظيفي لتحسين بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وبالتالي يتضح أهمية دور العلاج الوظيفي في تحسين مهارات الرعاية الذاتية من حيث مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، هناك علاقة قوية بين نظرية نموذج الإنسان وبين مهارات التفاعل الاجتماعي والمهام المهمة واليومية. فروض الدراسة

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي في مقياس مهارات تناول الطعام والشراب لصالح القياس البعدي.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس مهارات تناول الطعام والشراب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي في مقياس مهارات تناول الطعام والشراب.

سابعاً: إجراءات الدراسة

١. منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، والذي يقوم على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر، متغير مستقل ومتغير تابع، واستخدمت الباحثة التصميم شبه التجريبي ذي المجموعتين التجريبية والضابطة.

٢. عينة الدراسة

تألفت عينة الدراسة الأساسية من (١٠) أطفال من الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات، ومعاملات ذكائهم ما بين (٨٥-٩٣).

٣. أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة ما يلي:

١. مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء: الإصدار الخامس. تعريب وتقنين/ صفوت فرج (٢٠١٠).
 ٢. مقياس مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة).
 ٣. برنامج قائم على العلاج الوظيفي في تحسين بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة).
- وفيما يلي عرض لكل أداة:

١. مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء: الإصدار الخامس (صفوت فرج، ٢٠١٠).

مقياس ستانفورد بينيه هو اختبار ذكاء يتم إدارته بشكل فردي تم تنقيحه من مقياس بينيه-سيمون الأصلي بواسطة ألفريد بينيه وتيودور سيمون. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء هو الآن في نسخته الخامسة - **Stanford Binet Intelligence Scales, Fifth Edition (SB5)**، والتي تم إصدارها في عام ٢٠٠٣.

- هدف المقياس:

اختبار للقدرة المعرفية والذكاء يستخدم لتشخيص القصور التنموي أو الفكري لدى الأطفال الصغار.

- وصف المقياس:

مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء: الإصدار الخامس **Stanford - Binet Intelligence Scales, Fifth Edition (SB5)** تعريب وتقنين (صفوت فرج ، ٢٠١٠)، يتألف من عشرة اختبارات، موزعين على

خمسة عوامل، لكل عامل اختباران أحدهما لفظي والآخر غير لفظي، والعوامل الخمسة التي يستند عليها المقياس هي:

١. الاستدلال السائل **Fluid Reasoning**.
٢. المعارف **Knowledge**.
٣. الاستدلال الكمي **Quantitative Reasoning**.
٤. التجهيز البصري المكاني **Visual – Spatial Processing**.
٥. والذاكرة العاملة **(Roid, 2003) Working Memory**.

- صدق وثبات المقياس

وقد بلغ تقنين المقياس في المجتمع المصري على عينة عشوائية بلغ حجمها ٣٦٥٠ فرداً تراوحت أعمارهم من عامين حتى أكبر من ٧٠ سنة (صفوت فرج، ٢٠١٠، ٥٩)، وقدم معرب الاختبار من الدلائل والشواهد ما يشير إلى صدق المقياس سواء الصدق الظاهري، أو صدق المضمون، أو صدق المحك، أو الصدق العملي، أو الصدق التلازمي، وتدل مؤشرات الصدق المختلفة أن المقياس في صورته العربية صادق إلى حد بعيد، حيث تم تطبيق الصورتين الرابعة والخامسة على ١٧٥ طفلاً بمتوسط عمري للذكور (٩,٥) سنة وأسفرت النتائج عن معاملات ارتباط للعوامل المختلفة بين الصورتين تراوحت من (٠,٧٩) إلى (٠,٨٩) (صفوت فرج، ٢٠١٠، ٩٩).

وفيما يتعلق بحساب الثبات، قام معرب الاختبار بحساب قيم معاملات الثبات عن طريق التجزئة النصفية للاختبارات العشرة الفرعية فتراوحت من (٠,٧٨) إلى (٠,٩١) (صفوت فرج، ٢٠١٠، ١٠٩)، كما قام كذلك بحساب الثبات عن طريق الارتباط الداخلي لمستويات الاختبار اللفظية وغير اللفظية وحساب ثبات الاتساق الداخلي (الارتباط بين المتغير والدرجة الكلية) للاختبار والتجزئة النصفية (القسم النصفية) للمستويات العمرية المختلفة للاختبارات والدرجة الكلية، وكذلك المؤشرات العملية الخمسة بالإضافة إلى المجالين اللفظي وغير اللفظي وللبطارية المختصرة وذلك من خلال ٤٦ مرحلة عمرية امتدت من سن سنتين حتى فوق ٧٥ سنة كما قام (صفوت فرج، ٢٠١٠، ١٣٦) بحساب قيم الخطأ المعياري للعينة الكلية (ن=٣٦٥٠) لنسبة الذكاء الكلية، والمختصرة، واللفظية وغير اللفظية، وللعوامل الخمسة استناداً على قيم معاملات الثبات حيث تراوحت مع التقريب من (٣) إلى (٥).

أما المعايير فقد قام معرب المقياس بتقديم جداول الدرجات الموزونة لكل اختبار من الاختبارات العشرة بمتوسط (١٠) وانحراف معياري (٣)، وذلك لكل مدى عمري محدد، وجداول المؤشرات العاملة أو نسب الذكاء لكل من العوامل الخمسة بمتوسط (١٠٠) وانحراف معياري (١٥)، وجدولين آخرين لكل من المجالين اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى جدول المعايير أو نسب الذكاء الاجمالية، وجداول الثلاثة الأخيرة كانت أيضاً بمتوسط (١٠٠) وانحراف معياري (١٥)، وذلك وفقاً للإصدار الأصلي للمقياس.

وقد اقتصرت اقتصرت الباحثة على استخدام الاختبارات غير اللفظية فقط من مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء من أجل التحقق من تجانس المجموعة التجريبية قبل بداية البرنامج، نظراً لعدم ملائمة المقاييس اللفظية للأطفال ذوي الشلل الدماغي، وتم الاستعانة بالأخصائي النفسي داخل مركز لتأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بمدينة إيتاي البارود محافظة البحيرة، وذلك لخبرته في تطبيق المقياس مع أطفال العينة قيد الدراسة، كما حضرت الباحثة أثناء التطبيق للتأكد من دقة التطبيق الوصول إلى نتائج موثوق فيها.

٢. مقياس مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة).

- هدف المقياس:

يهدف هذا المقياس إلى تقييم مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي بناء على المعلومات المستمدة من تقديرات الآباء و/أو المعلمين.

- مصادر إعداد المقياس:

• الإطلاع على بعض الدراسات والبحوث السابقة، ومنها:

قامت الباحثة بالإطلاع على بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مثل: (أحمد محمد عاطف، ٢٠٢٠؛ أمل عبدالفتاح فؤاد، ٢٠١٨؛ عاطف عبدالله

بحراوى، ٢٠٢٠؛ **Baker, Stavropoulos, Baker & Blacher, 2021; Clarke, McCauley &**

Lord, 2021; Cruz-Torres, Duffy, Brady, Bennett & Goldstein, 2020; Duncan,

Liddle & Stark, 2021).

• الإطلاع على بعض المقاييس التي تناولت مهارات رعاية الذات لاضطرابات المعالجة الحسية، ومنها:

قامت الباحثة بالإطلاع على بعض المقاييس الخاصة بمهارات الحياة اليومية مثل: مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ وليد جمعة عثمان، ٢٠١٨)، وكان الهدف منه هو تقدير

درجة مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومقياس المهارات الإستقلالية لدى الطفل الذاتوي (إعداد/ محمد أحمد مصباح، ٢٠١٨)، وكان الهدف منه قياس درجة بعض المهارات الإستقلالية لدى الأطفال الذاتويين في مرحلة الطفولة المبكرة، ومقياس مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ مريم عمران المهدي، ٢٠٢٢) وكان الهدف منه تقييم درجة مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- وصف المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات العربية والأجنبية، وبعض المقاييس الخاصة بمهارات رعاية الذات، جاءت ضرورة إعداد مقياس مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي للأسباب التالية:

١. عدم توفر مقاييس منشورة لمهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي.
 ٢. عدم اشتمال المقاييس التي اطلعت عليها الباحثة على جميع أبعاد مهارات رعاية الذات.
- فجاء مقياس رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي ليتضمن تقدير مهارات رعاية الذات للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الوالدين والمعلمين، حيث يشمل أربعة أبعاد أساسية، بإجمالي (٢٧) عبارة، وفيما يلي تعريف إجرائي لهذه الأبعاد:

(١) البُعد الأول "مهارات تناول الطعام والشراب": وتعنى قدرة الطفل ذو الشلل الدماغي على تمييز الطعام والشراب الذي يؤكل ويُشرب والذي لا يؤكل ولا يُشرب، وتناول الطعام والشراب بشكل صحيح باستخدام الأدوات المختلفة دون مساعدة من الآخرين، ويضم العبارات من (١-٦).

(٢) البُعد الثالث "مهارات ارتداء الملابس": وتعنى قدرة الطفل ذو الشلل الدماغي على ارتداء وخلع الملابس (القميص، والبنطلون، والجورب، والحذاء) بشكل سليم دون مساعدة من الآخرين، ويضم العبارات من (٧-١٣).

(٣) البُعد الثاني "مهارات النظافة الشخصية": وتعنى قدرة الطفل ذو الشلل الدماغي على الإعتناء بنظافته الشخصية من خلال غسل وتجفيف اليدين، وغسل الفم والأسنان دون مساعدة من الآخرين، ويضم العبارات من (١٤-٢٠).

(٤) البُعد الثاني "مهارات استخدام المراض": وتعنى قدرة الطفل ذو الشلل الدماغي على الإستخدام الصحيح للمرحاض من خلال طلب الذهاب للمرحاض، سحب الملابس الداخلية للأسفل، الجلوس بشكل

صحيح على المرحاض، الاغتسال بشكل صحيح، وسحب الملابس الداخلية للأعلى دون مساعدة من الآخرين، ويضم العبارات من (٢١-٢٧).

- الكفاءة السيكومترية للمقياس

تم اتخاذ عدة اجراءات في سبيل التحقق من صدق المقياس وثباته حيث طُبّق على عينة من الأطفال قوامها (٢٠) طفلاً من الأطفال ذوى الشلل الدماغى تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات، على النحو التالى:

- الصدق

اعتمدت الباحثة في حساب صدق المقياس على ما يلي:

- الاتساق الداخلي:

وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول (١) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (١) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس العناية بالذات

م	الأبعاد	مهارات تناول الطعام والشراب	مهارات ارتداء الملابس	مهارات النظافة الشخصية	مهارات استخدام المرحاض	الدرجة الكلية
	مهارات تناول الطعام والشراب	١				
	مهارات ارتداء الملابس	٠,٦٣٧**	١			
	مهارات النظافة الشخصية	٠,٦٥٩**	٠,٨٣١**	١		
	مهارات استخدام المرحاض	٠,٥٢٣**	٠,٩٢٦**	٠,٧٤٣**	١	
	الدرجة الكلية	٠,٧٩٧**	٠,٩٥٤**	٠,٩٠٧**	٠,٨٩٧**	١

يتضح من الجدول (١) ما يلي: أن معاملات الارتباط تراوحت بين (٠.٥٢٣ - ٠.٩٥٤)، وبذلك تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.

وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة، والبعد الذي ينتمي إليه تلك المفردة، ويوضح جدول (٢) معاملات الارتباط بين المفردة والبعد الذي ينتمي إليه:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

معامل الارتباط	البعد الرابع	معامل الارتباط	البعد الثالث	معامل الارتباط	البعد الثاني	معامل الارتباط	البعد الأول
٠,٧٤٤**	٣١	٠,٦٤٥**	٢١	٠,٦٥٠**	١١	٠,٧٨١**	١
٠,٧٤٢**	٣٢	٠,٧٢٦**	٢٢	٠,٣٣٢**	١٢	٠,٨٨٤**	٢
٠,٦٢٢**	٣٣	٠,٧٧٧**	٢٣	٠,٧١٤**	١٣	٠,٥٨٤**	٣
٠,٧٨٠**	٣٤	٠,٦٨٧**	٢٤	٠,٦٨٣**	١٤	٠,٦٢٤**	٤
٠,٧٨١**	٣٥	٠,٦٥٦**	٢٥	٠,٦٢١**	١٥	٠,٥٢٦**	٥
٠,٥١٤**	٣٦	٠,٧٧٣**	٢٦	٠,٨٢١**	١٦	٠,٨٥٠**	٦
٠,٥٢٥**	٣٧	٠,٥١٥**	٢٧	٠,٣٦٨**	١٧	٠,٧٧٧**	٧
٠,٧٥٥**	٣٨	٠,٦٧١**	٢٨	٠,٨٧٠**	١٨	٠,٥٥٣**	٨
٠,٥٤٥**	٣٩	٠,٧٠١**	٢٩	٠,٤٩٣**	١٩	٠,٨٦٩**	٩
٠,٦٧٤**	٤٠	٠,٥٦٣**	٣٠	٠,٨٥٢**	٢٠	٠,٦٥١**	١٠

يتضح من الجدول (٢) ما يلي: أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (٠,٣٣٢ ، ٠,٨٨٤)، وأن هذه القيم ليست

جميعها مقبولة، وبذلك سوف يتم حذف العبارات التي تقل عن ٠,٥، للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.

كذلك تم حساب معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية، ويوضح جدول (١)

معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٣) معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس العناية بالذات

معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
٠,٦٥٥**	٢١	٠,٣٣٦**	١
٠,٧١٣**	٢٢	٠,٨١٩**	٢

٠,٧٣٢**	٢٣	٠,٥٢٥**	٣
٠,٦١٤**	٢٤	٠,٣٧٦**	٤
٠,٥٥٢**	٢٥	٠,٥٣٤**	٥
٠,٧٤١**	٢٦	٠,٧٠٣**	٦
٠,٦٦٩**	٢٧	٠,٦١٧**	٧
٠,٤١٦**	٢٨	٠,٤١٩**	٨
٠,٤٩٣**	٢٩	٠,٨٣١**	٩
٠,٣٦٧**	٣٠	٠,٤٣٩**	١٠
٠,٧٠٣**	٣١	٠,٦٨٦**	١١
٠,٧٢٧**	٣٢	٠,٤٣٣**	١٢
٠,٥٣٥**	٣٣	٠,٦٨٣**	١٣
٠,٦٨٧**	٣٤	٠,٥٣٧**	١٤
٠,٧٧٧**	٣٥	٠,٦٥٤**	١٥
٠,٣٥٧**	٣٦	٠,٨٢٦**	١٦
٠,٤٢٤**	٣٧	٠,٤٠٦**	١٧
٠,٦٧١**	٣٨	٠,٨٠٩**	١٨
٠,٤٩١**	٣٩	٠,٣٣٢**	١٩
٠,٥٦١**	٤٠	٠,٨١٢**	٢٠

وحدة النشر العلمي

يتضح من الجدول السابق (٣) ما يلي: أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (٠,٣٦٣-٠,٨٣١)، وأن معظم هذه القيم ليست مقبولة، وسوف يتم حذف القيم الأقل من ٠,٥.

جدول (٤) التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس العناية بالذات

رقم العبارة	العبارة	العوامل		
		الاول	الثاني	الثالث
٣١	يطلب الطفل استخدام المراض.	٠,٩١٧		
٣٥	يسحب الطفل ورق المراض من اللفه.	٠,٨٨٨		
٢٠	يستطيع الطفل خلع الحذاء بمفرده.	٠,٨٤١		
٣٤	يجلس الطفل على المراض.	٠,٨٠٤		
٣٢	يعطى الطفل إشارات محدده عند الحاجة إلى الحمام.	٠,٧٣٧		
١٦	يخلع الطفل الجورب دون مساعدة.	٠,٦٦٠		
٢٦	يغلق الطفل حنفية المياه.	٠,٦٢٤		
١٨	يستطيع الطفل فك /ربط الشريط .	٠,٦٠٢		
٢٣	يغسل الطفل يده ووجهه بالماء.	٠,٥٥٧		
٧	يشرب الطفل من الكوب مستخدما كلتا يديه .	٠,٨٨٧		
٦	يستطيع الطفل حمل الكوب دون مساعدة الآخرين .	٠,٨٥٣		
١١	يفتح/يغلق الطفل زراير القميص .	٠,٨٠٦		
٢	يضع الطفل الطعام بالملعقة وينقله إلى فمه.	٠,٧٨٨		
١٥	يرتدى الطفل الجورب بمفرده.	٠,٧٦٥		
٩	يشرب الطفل دون إراقه.	٠,٧٦٤		
٢٢	يفتح الطفل حنفية المياه بمفرده.	٠,٦٨٠		
٣٨	يسحب الطفل الملابس الداخليه لأعلى بمفرده.	٠,٩١٤		
٣٣	يسحب الطفل الملابس الداخليه للأسفل بمفرده.	٠,٨٧٥		
٢١	يرفع الطفل أكمام القميص.	٠,٨٧١		
٤٠	يستخدم الطفل الحمام بشكل مستقل دون مساعدة الآخرين.	٠,٨١٥		
١٣	يرتدى الطفل البنطلون بطريقة صحيحة.	٠,٨٠٩		
١٤	يسحب الطفل البنطلون خارج القدم.	٠,٧٢٢		
٢٥	لايبيلل الطفل ملابسه أثناء الغسيل.	٠,٧٠٤		
٢٧	يستخدم الطفل القوطة فى التنشيف بعد غسل اليدين والوجه.	٠,٥٨٠		
٣	يأكل الطفل دون أن يسقط الطعام.	٠,٦٢٦		

٠,٥٣٣				يستطيع الطفل التمييز بين الأطعمة (الحلو والمالح، والسخن والبارد).	٥
٠,٥٢٦				يمسك الطفل الصابونه ويدلك بيده.	٢٤

جدول (٥) الجذر الكامن معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس العناية بالذات

العامل	total	cumulative
١	١٤,٩٧٠	١٧,٦٢٤
٢	٥,٦٦٤	٣٥,١٩٢
٣	٣,٨٣٥	٥١,٥٧٩
٤	٣,٢٨٩	٦٣,٣٤١

من جدول (٥) عوامل بقيم الجذر الكامن لها اكبر من الواحد الصحيح كما تم التوصل على نسب تفسير التباينات من التباين الكلي لكل عامل على حدة والاربع عوامل تكشف ما نسبته ٦٣,٣٤١ وهي نسبة مرتفعة، وتعد قيم **Eigenvalues** معيار لكل مكون لما يستطيع ان يكتشفه من تباين فكلما زادت قيمة **Eigenvalues** كلما زاد التباين الذي يتم تفسيره او يكتشفه العامل.

- الثبات

استخدمت الباحثة لحساب الثبات الطرق التالية:

معامل ثبات ألفا كرونباخ

استخدمت الباحثة لحساب الثبات على العينة الاستطلاعية معامل ألفا كرونباخ، ويوضح جدول (٦) معامل الثبات لكل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية:

جدول (٦) معاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس العناية بالذات

م	البُعد	معامل الثبات
١	مهارات تناول الطعام والشراب	٠,٨٩٥
٢	مهارات ارتداء الملابس	٠,٨٥٢
٣	مهارات النظافة الشخصية	٠,٨٥٩
٤	مهارات استخدام المراحيض	٠,٨٥٧
	الدرجة الكلية	٠,٩٥٤

باستقراء الجدول السابق (٦) يتضح ما يلي:

أن قيمة معامل ألفا لكرونباك بالنسبة لأبعاد المقياس المستخدم تراوحت بين (٠.٨٥٢ و ٠.٨٩٥)، وبلغت قيمتها للمقياس ككل (٠.٩٥٤)، وهي قيم مقبولة مما يؤكد صلاحية استخدام هذا المقياس.

معامل ثبات ألفا بحذف درجة المفردة:

استخدمت الباحثة لحساب الثبات على العينة الاستطلاعية معامل ثبات ألفا بحذف درجة المفردة، ويوضح جدول (٧)

جدول (٧) قيم معامل ثبات ألفا بحذف درجة المفردة لمقياس العناية بالذات

رقم المفردة	معامل ثبات ألفا بحذف درجة المفردة	رقم المفردة	معامل ثبات ألفا بحذف درجة المفردة
١	٠,٩٥٤**	٢١	٠,٩٥٣**
٢	٠,٩٥١**	٢٢	٠,٩٥٢**
٣	٠,٩٥٣**	٢٣	٠,٩٥٢**
٤	٠,٩٥٤**	٢٤	٠,٩٥٣**
٥	٠,٩٥٣**	٢٥	٠,٩٥٣**
٦	٠,٩٥٢**	٢٦	٠,٩٥٢**
٧	٠,٩٥٣**	٢٧	٠,٩٥٢**
٨	٠,٩٥٤**	٢٨	٠,٩٥٤**
٩	٠,٩٥١**	٢٩	٠,٩٥٣**
١٠	٠,٩٥٤**	٣٠	٠,٩٥٤**
١١	٠,٩٥٢**	٣١	٠,٩٥٢**
١٢	٠,٩٥٤**	٣٢	٠,٩٥٢**
١٣	٠,٩٥٢**	٣٣	٠,٩٥٣**
١٤	٠,٩٥٣**	٣٤	٠,٩٥٢**
١٥	٠,٩٥٣**	٣٥	٠,٩٥٢**
١٦	٠,٩٥١**	٣٦	٠,٩٥٤**
١٧	٠,٩٥٤**	٣٧	٠,٩٥٢**
١٨	٠,٩٥١**	٣٨	٠,٩٥٤**
١٩	٠,٩٥٤**	٣٩	٠,٩٥٣**
٢٠	٠,٩٥١**	٤٠	٠,٩٥٣**

وباستقراء الجدول السابق (٧) يتضح ما يلي:

أن قيم معاملات الثبات تراوحت بين (٠,٩٥١** - ٠,٩٥٤**)، وأن جميع هذه المعاملات مقبولة، مما يؤكد صلاحية استخدام هذا المقياس.

طريقة التجزئة النصفية

تعتمد هذه الطريقة على قسمة نتائج تطبيق الاختبار إلى جزئين متساويين ثم حساب معامل الارتباط بين هذين الجزئين ويكون هذا المعامل هو معامل الثبات. وفي هذه الحالة نحصل على معامل ثبات نصف الاختبار، وعليه يتعين علينا تعديل هذا المعامل الناتج أو تصحيحه حتى نحصل على معامل ثبات الاختبار ككل.

وهناك عدة طرق لتجزئة الاختبار فقد يستخدم النصف الأول من الاختبار في مقابل النصف الثاني، أو قد تستخدم الأسئلة ذات الأرقام الفردية في مقابل الأسئلة ذات الأرقام الزوجية، ويعتبر التقسيم إلى فردي وزوجي أفضل من التقسيم إلى نصفين متساويين وذلك لتدرج مستوي الصعوبة في الاختبار.

وهناك عدة طرق تستخدم لتصحيح معامل ثبات نصفي الاختبار منها معادلة سبيرمان- براون وتقتض أن التغيرات في درجات نصفي الاختبار متساوية تماماً أي تفترض تكافؤ ثباتهما، وهو افتراض يصعب في كثير من الأحيان توافره حتى ولو بدا نصف الاختبار على درجة كبيرة من التكافؤ بالفعل. وعلي ذلك صيغت معادلة "جتمان" **Guttman** التي تأخذ في الاعتبار احتمال تباين النصف الأول للاختبار عن تباين النصف الثاني الأمر الذي لا يتحقق في حالة معادلة "سبيرمان و براون". وفيما يلي يعرض الجدول (٨) معاملات ثبات المقياس.

جدول (٨) معاملات ثبات المقياس.

معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان براون	N
٠,٨٦٠	٠,٩٨٤	٤٠

جدول (٩) معامل ثبات التجزئة النصفية

المعامل المقياس	التجزئة النصفية		قيمة (ر)	سبيرمان و براون Spearman & Brown	جتمان Guttman
	النصف الأول	النصف الثاني			
لمقياس العناية بالذات	٠,٩٠٣	٠,٩١٣	٠,٩٦٨	٠,٩٨٤	٠,٩٨٢

باستقراء الجدول السابق (٩) يتضح ما يلي:

أن معاملات الثبات للاختبار تراوحت بين (٠.٩٠٣ : ٠.٩٨٤) وهي معاملات ثبات عالية ودالة إحصائياً تدعو للثقة في صحة النتائج، وأن محك جليفورد لقبول التشبعات الدالة وهو اكبر من او يساوي ثلاثة من عشرة في المية.

- معامل الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق:

تم حساب ثبات المقياس من خلال استخدام طريقة إعادة التطبيق، بعد فاصل زمني مقداره أسبوعين، وبلغ معامل الثبات للمقياس (**٠.٨٢٦) وهو معامل دال إحصائياً مما يدعو للثقة في صحة استخدام المقياس.

الصورة النهائية للمقياس

بعد حساب الخصائص السيكومترية للمقياس، وما ترتب عليها من حذف المفردات التي تقل عن ٥,٠، أصبح المقياس في صورته النهائية* يتكون من (٢٧) مفردة موزعة على اربع ابعاد، البعد الأول يتكون من ٦ عبارات، والبعد الثاني يتكون من ٧ عبارات، والبعد الثالث يتكون من ٧ عبارات، والبعد الرابع يتكون من ٧ عبارات، ويوضح جدول (١٠) توزيع المفردات على الأبعاد:-

جدول (١٠) الصور النهائية لمقياس العناية بالذات

م	المجالات	المفردات	العدد
١	مهارات تناول الطعام والشراب	٢، ٣، ٥، ٦، ٧، ٩	٦
٢	مهارات إرتداء الملابس	١١، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٨، ٢٠	٧
٣	مهارات النظافة الشخصية	٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧	٧
٤	مهارات استخدام المراض	٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٨، ٤٠	٧
	الإجمالي		٢٧

تصحيح المقياس/ يتم تصحيح المقياس بإعطاء درجة واحدة للاختيار (نادرا)، ودرجتين للاختيار (أحيانا)، وثلاث درجات للاختيار (دائما)، وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس بين (٢٧ - ٨١).

٣. برنامج قائم على العلاج الوظيفي في تحسين بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي (إعداد/ الباحثة).

- مفهوم البرنامج

هو مجموعة من الخطوات والإجراءات المحددة والمنظمة التي تستند في أساسها على نظرية التكيف الوظيفي وفنيات تعديل السلوك والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدة الأطفال ذوي الشلل الدماغي على تحسين بعض مهارات رعاية الذات لديهم لكي يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم في حياتهم اليومية دون الإحتياج لاحد من خلال بعض الإستراتيجيات التي تساعدهم في تحقيق القدرة على الإعتتماد على أنفسهم.

قامت الباحثة بتصميم برنامج قائم على العلاج الوظيفي لتحسين بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي حيث تدرجت الأنشطة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المعقد من خلال طرق مثيرة ومشوقة للطفل حيث استخدمت الباحثة فيديوهات ومجسمات صممت خصيصاً للبرنامج.

- أهداف البرنامج

- الهدف العام للبرنامج

• يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين بعض مهارات رعاية الذات لدي عينة من الأطفال ذوي الشلل الدماغي الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣ - ٦) سنوات وذلك من خلال الإعتتماد على نظرية الوظيفة البشرية وفنيات تعديل السلوك .

• قياس مدى فاعلية برنامج العلاج الوظيفي في تنمية مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي

- الأهداف الإجرائية للبرنامج

• تدريب الأطفال ذوي الشلل الدماغي على كيفية تناول الطعام والشراب بطريقة صحيحة.

• تدريب الأطفال ذوي الشلل الدماغي على كيفية إرتداء الملابس بطريقة صحيحة.

• تدريب الأطفال ذوي الشلل الدماغي على مهارات النظافة الشخصية.

• تدريب الأطفال ذوي الشلل الدماغي على مهارات استخدام المراض.

- الأهداف الفرعية للبرنامج

- الأهداف المعرفية للبرنامج

- أن يعرف الطفل أهمية مهارات رعاية الذات لديه.
- الأهداف السلوكية للبرنامج
- التدريب على بعض الأنشطة الخاصة بمهارات رعاية الذات.
- أن يتفاعل الطفل مع الباحثة بطريقة ايجابية.
- أن يعتمد الطفل على نفسه في أداء أنشطة الرعاية الذاتية.
- الأهداف الوجدانية للبرنامج
- انا يتعرف الأطفال على الباحثة وتتعرف عليهم.
- أن يجتهد الطفل في العمل الذي يقوم به.
- أن يشعر الطفل بالألفة والاطمئنان أثناء الجلسة.
- أن يشعر الطفل بالثقة بالنفس.
- مصادر إعداد البرنامج:
- الإطار النظري للدراسة والذي تناول المفاهيم والنظريات المختلفة الخاصة بمتغيرات الدراسة.
- الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اطلعت عليها الباحثة وتناولت متغيرات الدراسة .
- الإطلاع على بعض البرامج التي اهتمت بتحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى كما فى دراسات (سارة أحمد مصطفى، وداليا ممدوح ابراهيم، ٢٠٢١؛ عبير بكرى فراج، ٢٠١٩؛ كريم منصور عسران، ٢٠١٩؛ إيمان أشرف أحمد حسان، ٢٠١٧؛ Kyeongwon, Jin & Dae- Hynn, 2017; Lazarieva, Kushchenko, Muszkieta & Zukow, 2018; Smits, Gorter, Riddell, Voorman, Rosenbaum, Palisano, et al., 2019).
- الإطلاع على بعض البرامج القائمة على العلاج الوظيفى لتحسين مهارات العناية بالذات كما فى دراسات : نادية عويس، ٢٠١٨؛ محمد النوبى، ٢٠١٨؛ أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١٧، Kas, Duportail, Meirte, Meeus, D'hooghe, Nagels, et al.,(2016); Johnson & Berhow, 2018; Parham, Clark & Watling & Schaaf, 2019) لإطلاع على مجموعة من الكتب والمراجع التي استفادت منها الباحثة فى اختيار وكتابة أنشطة البرنامج منها:
- جمال الخطيب، ومنى الحديدى (٢٠٠٤). برنامج تدريبي للاطفال المعاقين. القاهرة: دار الفكر.

- أمير إبراهيم القرشى (٢٠١٣). التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ. القاهرة: عالم الكتب.
- رياض عبد الرحمن الصلاحات (٢٠١٧). خطوات نحو الاستقلالية تدريس مهارات الحياة اليومية للاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. عمان: دار بداية للنشر.
- سمية حسين ملكاوى (٢٠١٧). مقدمة فى العلاج الوظيفى. عمان: دار آذار.
- محمد صلاح عبد الله (٢٠١٩). أسس العلاج الوظيفى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠١٩). مهارات الحياة للأشخاص ذوى الاعاقة. عمان: دار الفكر.
- تحديد جوانب القصور الأساسية فى مهارات العناية بالذات التى يتسم بها الأطفال ذوى الشلل الدماغى من خلال استطلاع آراء أولياء الأمور وخصائى الأطفال ذوى الشلل الدماغى بمراكز الرعاية .
- الزيارات الميدانية التى قامت بها الباحثة للمراكز التأهيلية للأطفال ذوى الشلل الدماغى مثل (مؤسسة دكتور ماجد مجدى بالقاهرة، مركز نور الحياة للشلل الدماغى بالقاهرة، مركز بكره احلى بينا بالبحيرة، مركز التدخل المبكر بالبحيرة، مركز يلا نبدأ بالبحيرة، مركز ابنى بالبحيرة).

- أهمية البرنامج

يساعد برنامج العلاج الوظيفى فى تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الاطفال ذوى الشلل الدماغى لانه عندما نبدأ فى تعديل السلوك مبكرًا يأتي بنتائج أسرع وأفضل وابقى اثرًا فى المراحل العمرية اللاحقة كما يزيد البرنامج من قدرة الأطفال ذوى الشلل الدماغى فى الإعتماد على أنفسهم.

- الخدمات التى يقدمها البرنامج

- (١) الخدمات التأهيلية والإرشادية، وتمثل فى:
 - الخدمات التدريبية التأهيلية المباشرة التى تقدم للأطفال ذوى الشلل الدماغى لمساعدتهم فى تحسين مهارات العناية بالذات.
 - الخدمات الإرشادية المباشرة لأمهات الأطفال ذوى الشلل الدماغى من خلال تزودهم بالطرق الصحيحة للتعامل مع أطفالهن.

٢) الخدمات الوقائية: حيث يساعد البرنامج الأطفال ذوي الشلل الدماغي على تحسين مهارات العناية بالذات مما يساعدهم على الاعتماد على أنفسهم في القيام بأدوار الحياة اليومية وعدم الإحتياج إلى مساعدة من الآخرين مما يدعم ثقتهم بأنفسهم .

٣) الخدمات الإنسانية: تتمثل في الإهتمام بفئة الأطفال ذوي الشلل الدماغي الذين هم في حاجة إلى رعاية وتدريب على أنشطة الرعاية الذاتية ومراعاة مشاعرهم وتقبلهم في جميع ظروفهم ، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم وتأهيلهم بالشكل المناسب .

- فلسفة البرنامج

استمدت فلسفة برنامج العلاج الوظيفي على الجمع بين جانبين أساسيين:

١. نظرية "الوظيفة البشرية" كأحدى نظريات العلاج الوظيفي المبنية على الوظيفة، وتهدف إلى فهم الوظيفة وأهميتها في حياة الإنسان، وتحليلها إلى عناصرها وكيفية تهيئة البيئة الملائمة لها وقد تناولتها الباحثة بالشرح التفصيلي في الفصل الثاني من الدراسة الحالية.
٢. فنيات "تعديل السلوك" كأحدى النظريات التطبيقية التي تساعد في فهم دور ممارسة العلاج الوظيفي في تحسين النواحي الجسمية والنفسية والذهنية وغيرها عند الفرد.

- الفنيات المستخدمة في البرنامج

تنوعت الفنيات المستخدمة في برنامج العلاج الوظيفي لتجمع بين فنيات نظرية الوظيفة البشرية وفنيات تعديل السلوك ، وفيما يلي بعض منها :

١. المناقشة: يقصد بها ضرورة الحوار المتبادل بين الأخصائية وبين الطفل من جهة، وبين الأخصائية والقائم بالرعاية (الأم) من جهة أخرى، وتتميز المناقشة بالعديد من الآثار الإيجابية التي تتمثل في:

- جذب اهتمام وانتباه الطفل نحو المتحدث.
- تنمية مهارات التفكير والإبتكار لدى الطفل.
- فهم أعمق لمحتوى الجلسة وتنظيم المعلومات.
- كسر حدة الملل.
- اكتساب العديد من المهارات والمفاهيم.
- يحث هذا الأسلوب الإيجابية والتفاعل الإيجابي والإفعال بين المعالج والطفل.

• تنمى الطرق الصحيحة للمناقشة والإنصات للمتحدث واحترام رأى الغير (سمية حسين ملكاوى، ٢٠١٧، ٨٨).

٢. التعديل البيئى: حيث يتيح العلاج الوظيفى إمكانية المشاركة من خلال تعديل المهمة أو البيئة أو اسلوب إنجازها من أجل تعزيز الإنخراط فى الوظيفة بالإعتماد على قدرات المريض وحاجاته، والتعديل البيئى هنا يعنى إعادة تشكيل البيئة المادية لدعم الأداء فى مجالات الوظيفة المختلفة، وهذا يشمل إعادة تشكيل المعدات والوسائل المختلفة والتعديلات البسيطة التى يقوم بها المعالج، كتعديل الأدوات : كالمعلقة، أو القلم بزيادة حجم القبضة أو إضافة جزء لتسهيل القبضة (سمية حسين ملكاوى، ٢٠١٧، ٩٢).

- الوسائل والأنشطة المستخدمة فى البرنامج

قامت الباحثة بالإستعانة بمجموعة من الوسائل والأدوات بما يخدم أهداف البرنامج وأنشطته وهى تختلف حسب احتياج كل نشاط ، وهذه الوسائل هى:

• وسائل لفظية

(توجيهات، وتوضيح الأهداف، وشرح).

• وسائل بصرية

(فيديوهات).

• وسائل حسية

(أطباق، ملاعق مخصصة، صندوق المعززات، قميص، بنطلون، حذاء، شراب، لوحة خشبية لشريط حذاء، لوحة خشبية لزرابير، مكعب سوسته وشريط واسكوتش).

- نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها :

١. النتائج الخاصة بالفرض الأول ومناقشتها

ينص الفرض الأول على ما يلي: توجد اختلافات جوهرية فى مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى من أفراد المجموعة التجريبية فى القياسيين القبلى والبعدى، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار ولكوكسون لعينتين مرتبطتين وإيجاد قيمة (Z)، وذلك لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسيين القبلى والبعدى لأفراد المجموعة التجريبية على مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى، ويتضح ذلك من الجدول (١١)

جدول (١١) قيمة (Z) ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي (ن=٥)

حجم التأثير (D)	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	البيانات الإحصائية	
						القياس	القياس
٠.٩٣ حجم التأثير كبير	٠,٠٤	٢,٠٤	١٥	٣	٥	القبلي (الرتب)	تناول الطعام والشراب
						البعدي (الرتب) (الموجبة)	

الجدول (١١) يُظهر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية لمهارات تناول الطعام والشراب في القياسين القبلي والبعدي، حيث كانت قيمة (Z): (٣.٩٣)، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي في القياسين القبلي والبعدي، والشكل (١) يوضح هذه النتيجة بوضوح أكثر، وهذه النتيجة تؤدي إلى قبول الفرض الأول.

جدول رقم (١٢) قيمة "ت"، η^2 ، d وحجم التأثير

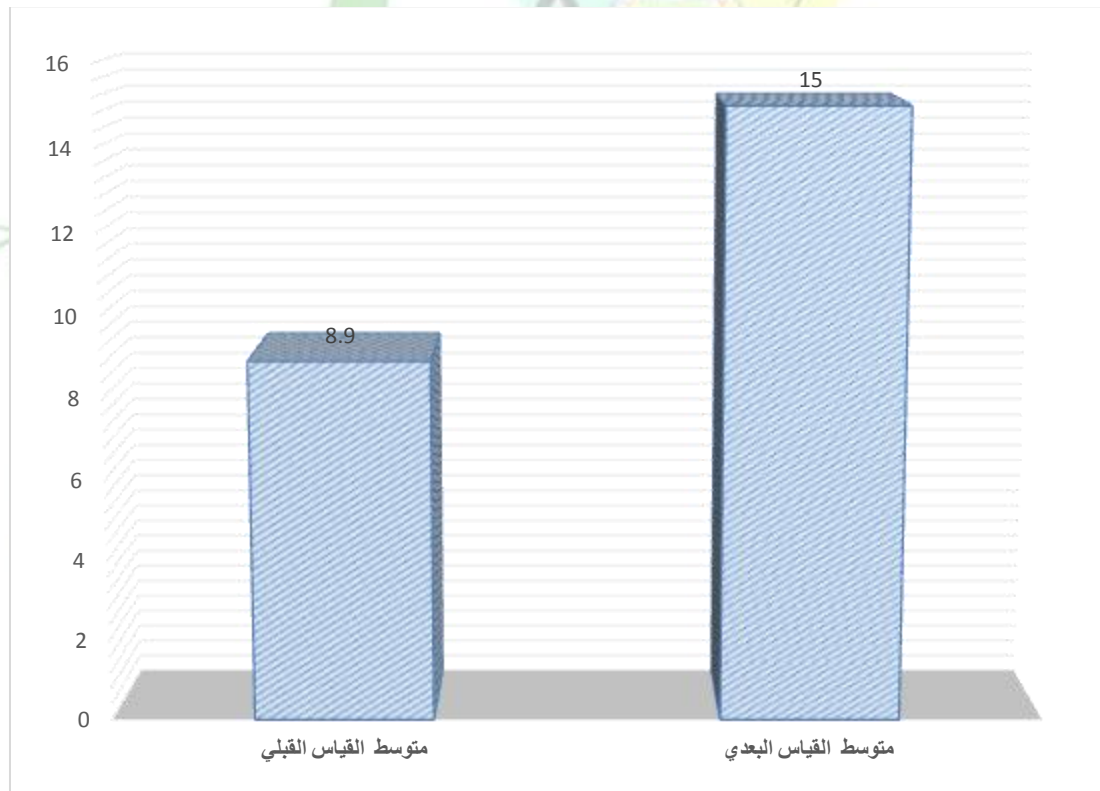
حجم التأثير	قيمة d	قيمة " η^2 "	قيمة "Z"	الأبعاد
كبير جدا	٢,٣	٠,٥	٢,٠٤	تناول الطعام والشراب

ويبين جدول (١٢) أن قيمة η^2 لمستوى برنامج التدخل (٠,٥) وقيمة d تساوي ٣,٢، مما يشير إلى أن حجم تأثير برنامج التدخل كانت بنسبة تأثير (٥٠%) في المتغير التابع "مهارات تناول الطعام والشراب" لدى الأطفال نوى الشلل الدماغي وهي نسبة مرتفعة تقع في نطاق حجم التأثير الكبير لمستويات حجم التأثير سألقة الذكر.

جدول رقم (١٣) يوضح نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي للبرنامج مهارات تناول الطعام والشراب

البُعد	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة التحسن
تناول الطعام والشراب	٨,٩	١٥	٤٠,٧

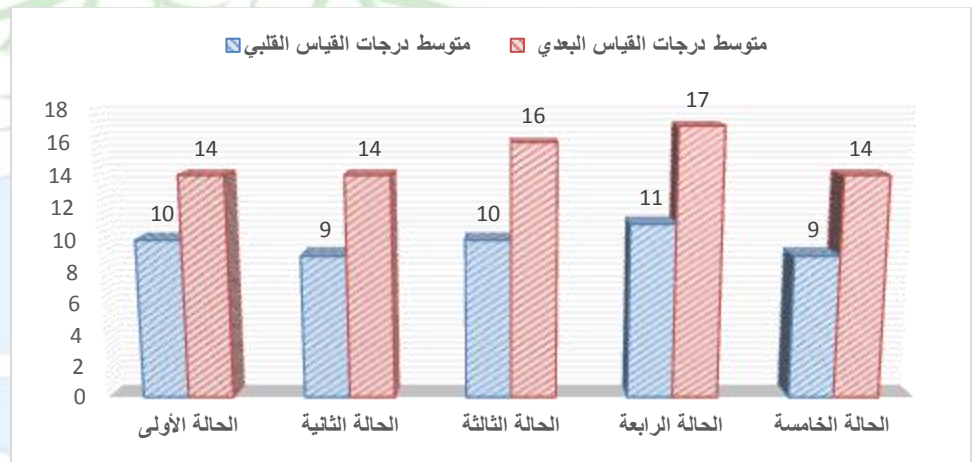
باستقراء الجدول السابق (١٣) والذي يوضح نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي للبرنامج لمهارات تناول الطعام والشراب، حيث تبين أن نسبة التحسن بلغت (٣١,٧%)، حيث كانت قيمة متوسط القياس القبلي (٤٦,٢%)، بينما بلغت قيمة متوسط القياس البعدي (٦٧,٦%).



جدول رقم (١٤) يوضح نسب التحسن بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد القياس على مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي

رقم الحالة	متوسط درجات القياس القبلي	متوسط درجات القياس البعدي	نسبة التحسن
الحالة الأولى	١٠	١٤	٤٠
الحالة الثانية	٩	١٤	٥٥,٦
الحالة الثالثة	١٠	١٦	٦٠
الحالة الرابعة	١١	١٧	٥٤,٥
الحالة الخامسة	٩	١٤	٥٥,٦

باستقراء الجدول السابق (١٤) والذي يوضح نسب التحسن بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد القياس على كل بعد من أبعاد مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي، حيث تبين أن نسب التحسن تراوحت بين (٤٠% إلى ٦٠%).



شكل (١) الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد القياس على مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي

نتائج حساب فاعلية استخدام البرنامج

لحساب استخدام فاعلية البرنامج قامت الباحثة بما يلي:

١ - حساب متوسطات درجات المبحوثين عينة البحث في مقياس مهارات تناول الطعام للمقياس في التطبيقين القبلي والبعدي.

٢ - حسابه باعتماد على نسبة الكسب المعدل لبلاك والمتمثلة في المعادلة التالية:

$$\text{نسبة الكسب المعدل لبلاك} = \frac{\text{ص-س}}{\text{د-س}} + \frac{\text{ص+س}}{\text{د}}$$

حيث أن: ص= الدرجة في الاختبار البعدي. س= الدرجة في الاختبار القبلي.
د=النهاية العظمى للاختبار.

ويقترح بلاك في هذا الشأن أن يكون الحد الفاصل لهذه النسبة هو ١.٢% حتى يمكن اعتبار فاعلية المنهج

مقبول.

جدول رقم (١٥) يوضح النسب المعدلة للكسب

البعد	متوسط درجات التطبيق القبلي	متوسط درجات التطبيق البعدي	النهاية العظمى	النسبة المعدلة للكسب
تناول الطعام والشراب	٨,٩	١٥	١٨	٢

باستقراء الجدول السابق (١٥) يتبين فاعلية برنامج التدخل المهني في تحسين مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي ككل حيث جاء متوسط درجات التطبيق القبلي (٨,٩) أما متوسط درجات التطبيق البعدي (١٥)، وهي نسبة كبيرة حيث إنها تقترب من النهاية العظمى للمقياس ككل (١٨)، وتؤكد علي ذلك النسبة المعدلة للكسب وهي (٢).

- تفسير نتائج الفرض الأول

جاءت نتائج الفرض الأول بأنه/ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية لمهارات تناول الطعام والشراب في القياسين القبلي والبعدي.

وتتفق نتائج الفرض مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي اتفقت على عدد من النتائج، ومن أهمها: أهمية تصميم البرامج التدريبية المختلفة لتحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، فقد أشارت نتائج دراسة (Myrhaug, Odgaard-Jensen & Jahnsen, 2019) التي هدفت إلى تقييم الآثار الإضافية طويلة المدى لدورات التعليم الموصل المتعدد متبوعة بالممارسة التقليدية على المهارات الوظيفية لمهارات رعاية الذات (تناول الطعام والشراب) ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وقد جاءت النتائج بالآثار الإيجابية لبرامج ودورات لدورات التعليم الموصل المتعدد متبوعة بالممارسة التقليدية على المهارات الوظيفية لمهارات رعاية الذات (تناول الطعام والشراب) ونوعية الحياة للأطفال ذوي الشلل الدماغي. وهو الأمر الذي أكدته نتائج دراسة (Morgan, Fetters & Adde, 2021) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية التدخل المبكر للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٠-٢) سنة مع أو المعرضين لخطر الإصابة بالشلل الدماغي، وقد أسفرت نتائجها عن فعالية استخدام برامج التدخل المبكر في تحسين جوانب رعاية الذات لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وبخاصة جوانب تناول الطعام والشراب والنظافة الشخصية.

وهو ما أيدته نتائج دراسة (Acar, Ejraei, Turkdoğan, Enver, Öztürk & Aktaş, 2022) التي هدفت إلى تأثير برنامج قائم على نهج العلاج النمائي العصبي على مهارات تناول الطعام والشراب والبلع للمصابين بالشلل الدماغي، والتي أسفرت نتائجها عن التحسن الملحوظ في مهارات تناول الطعام والشراب والبلع لدى المصابين بالشلل الدماغي عقب تطبيق البرنامج القائم على النهج العلاجي النمائي العصبي عليهم.

فيما أشارت نتائج دراسة (Banzato, Cerchiari, Pezzola, Ranucci, Scarfò & Galeoto, 2022) التي هدفت إلى تقييم فعالية تدريب المضغ الوظيفي بالمقارنة مع العلاج القياسي في مجموعة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وقد أسفرت نتائجها عن فعالية التدريب على المضغ الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب مقارنة بالعلاج القياسي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

كما بينت نتائج دراسة (Kapoor & Shivalingaiah, 2023) ذات الأمر، حيث هدفت الدراسة إلى استكشاف فعالية التمارين الحركية والتمارين العضلية التحسسية لتحسين قدرات البلع وقدرات تناول الطعام والشراب لدى طفل مصاب بالشلل الدماغي، وجاءت النتائج بالتحسن الملحوظ في قدرات البلع وتناول الطعام والشراب والتي تُرجمت إلى زيادة الوزن وردود فعل إيجابية من الوالدين.

كما تُفسر الباحثة تلك النتائج من خلال تنفيذ البرنامج التدريبي في بيئة آمنة لا تسبب الشعور بالقلق أو الضغط النفسي من قبل الأطفال، والذي بدوره يؤديان إلى زيادة السلوك المستهدف (تحسين مهارات رعاية الذات) لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي.

وقد لاحظت الباحثة أن بعض الأطفال من العينة وبعد تكرار الجلسات أظهروا تحسناً ملحوظاً وذلك من خلال رد فعل ذويهم حيث إن أبنائهم استجابوا بشكل كبير للبرنامج وظهر هذا بشكل ملحوظ في مقدرة طفلهم على تعميم ما تم تعلمه من البرنامج في المنزل ومع الأسرة لأن تكرار الموقف والتأكيد عليه قد زاد من فاعليته.

٢. النتائج الخاصة بالفرض الثاني ومناقشتها

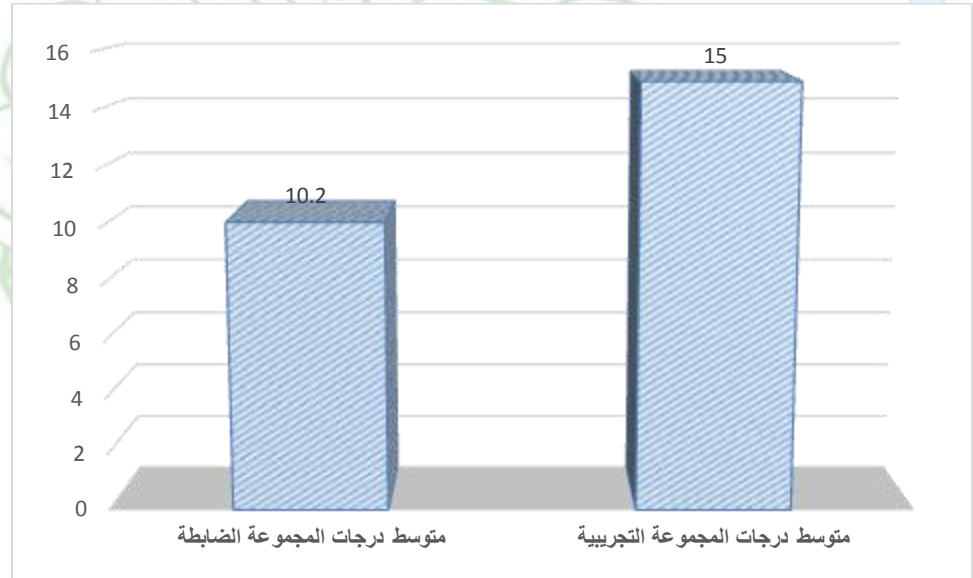
ينص الفرض الثاني على ما يلي: اختلافات جوهريّة في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي من المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتنى للمقارنة بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي، ويتضح ذلك من الجدول (١٦)

جدول (١٦) قيم (Z, W, U) ودلالاتها الإحصائية للفرق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لمهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي .

مستوى الدلالة	Z	W	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	البيانات	
							الإحصائية	القياس
٠,٠٠٨	٢,٧	١٥	٠	١٥	٣	٥	الضابطة	تناول الطعام
				٤٠	٨	٥	التجريبية	والشراب

يتضح من الجدول (١٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٠) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة لمهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي لصالح المجموعة التجريبية، حيث كانت قيمة (z) للفروق بين رتب درجات المجموعات التجريبية والضابطة (٤,٥)، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يدل على أنه اختلافات جوهريّة في مهارات تناول الطعام لدى الأطفال

ذوى الشلل الدماغي من المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى، والشكل (١) يوضح هذه النتيجة بوضوح أكثر، وهذه النتيجة تؤدى إلى قبول الفرض الثانى. والشكل التالى يوضح الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فى مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.



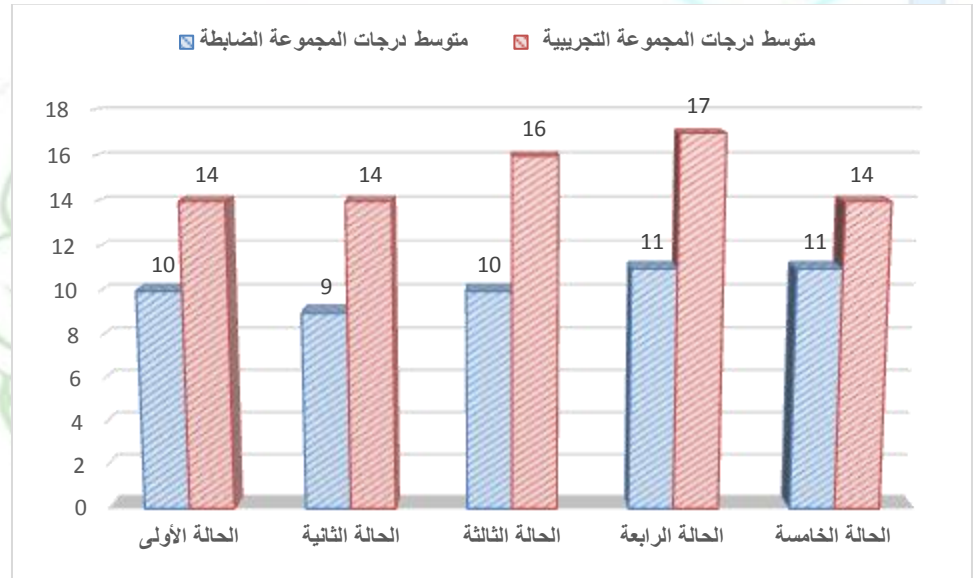
الشكل (٢) الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فى مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.

جدول رقم (١٧) يوضح نسب التحسن بين متوسط رتب المجموعة الضابطة

ومتوسط رتب المجموعة التجريبية فى مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي

رقم الحالة	متوسط درجات المجموعة الضابطة	متوسط درجات المجموعة التجريبية	نسبة التحسن
الحالة الأولى	١٠	١٤	٤٠
الحالة الثانية	٩	١٤	٥٥,٦
الحالة الثالثة	١٠	١٦	٦٠
الحالة الرابعة	١١	١٧	٥٤,٥
الحالة الخامسة	١١	١٤	٢٧,٣

باستقراء الجدول السابق (١٧) والذي يوضح نسب التحسن بين متوسط رتب المجموعة الضابطة ومتوسط رتب المجموعة التجريبية، حيث تبين أن نسب التحسن تراوحت بين (٢٧,٣% إلى ٦٠%).



شكل (٣) الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين

التجريبية والضابطة لمهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي

- تفسير نتائج الفرض الثاني

جاءت نتائج الفرض الثاني بأنه/ وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠٠٠) بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة لمهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي لصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق نتائج الفرض مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي اتفقت على عدد من النتائج، ومن أهمها: أهمية تصميم التدخل التدريبى من خلال برامج العلاج الوظيفى لتحسين مهارات رعاية الذات بشكل عام، ومهارات تناول الطعام والشراب بشكل خاص، فقد أشارت نتائج دراسة نتائج دراسة (Kas, Duportail, Meirte, Meeus, D'hooghe, Nagels, et al., 2016) التى هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفى للإدارة الذاتية مقابل الاسترخاء واثره على الأداء والرضا لمهارات أنشطة الحياة اليومية (تناول الطعام والشراب، النظافة الشخصية، الامان الذاتى، ارتداء الملابس، الذهاب للأماكن المختلفة، وغيرها)، لدى الأفراد الذين يعانون من التعب المرتبط بالتصلب المتعدد، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كلا التدخلتين في

تحسين الأداء والرضا عن الأنشطة اليومية، وأن التدخل من خلال برنامج العلاج الوظيفي كان أكثر فعالية عنه في التدخل من خلال الإسترخاء.

وكذلك بينت دراسة (Johnson & Berhow, 2018) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية استخدام العلاج الوظيفي في تطوير برنامج لمعالجة وتحسين أنشطة الحياة اليومية (كمهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات التنقل والسلامة داخل المنزل، وارتداء الملابس، والأمان الذاتي، وغيرها). لدى المرضى ذوى الشلل الرعاش، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج العلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات التنقل والسلامة داخل المنزل، وارتداء الملابس، والأمان الذاتي، وغيرها التي تمكنهم من الوصول إلى أكبر قدر من الإستقلال في ممارسة أنشطة الحياة اليومية ورعاية الذات.

فيما أيدت تلك النتائج أيضا دراسة (Iwamoto, Y., Imura, T., Suzukawa, T., Fukuyama, H., Ishii, T., Taki, S., et al., 2019) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية استخدام مزيج من روبات الطرف العلوي الخارجي والعلاج الوظيفي في تحسين مهارات تناول الطعام والشراب والنظافة الشخصية لدى مرضى السكتة الدماغية الحادة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحسين وظيفة المحرك الطرف العلوي وتحسين مهارات تناول الطعام والشراب والنظافة الشخصية، وأن الجمع بين الأطراف المساعدة المختلطة والعلاج الوظيفي يؤثر بشكل إيجابي في تحسين أنشطة وظيفة الحياة اليومية.

كما أتفقت نتائج دراسة (Parham, Clark & Watling & Schaaf, 2019) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية تدخلات العلاج الوظيفي لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التكامل الحسي والمعالجة الحسية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج الوظيفي في تحسين مهارات رعاية الذات ومهارات تناول الطعام والشراب وقدرة الطفل على القيام بالأنشطة اليومية، فضلاً عن تحسين المشكلات الحسية التي يعاني منها الطفل. كما تُفسر الباحثة تلك النتائج باعتماد البرنامج التدريبي على فنيات تدريبية قائمة على فنيات العلاج الوظيفي وفنيات النظرية السلوكية، كالتعزيز المادي والمعنوي، والحث الجسدي، والتكرار، وتأخير التعزيز لحين صدور الاستجابة، مما كان له أثر فعال في تحسين مهارات رعاية الذات لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

كما كان لاستخدام الباحثة النمذجة الفيلمية من خلال عرض فيديو قصير كان له دور فعال مع الأطفال ذوى الشلل الدماغى لأن قدرتهم على الانتباه تكون لفترات قصيرة.

٣. النتائج الخاصة بالفرض الثالث ومناقشتها

ينص الفرض الثالث على ما يلي: يستمر اثر برنامج العلاج الوظيفى فى تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى أفراد المجموعة التجريبية فى نهاية فترة المتابعة، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار ولكوسون لعينتين مرتبطتين وايجاد قيمة (Z)، وذلك لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتتبعي أفراد المجموعة التجريبية، ويتضح ذلك من الجدول (١)

جدول (١٨) قيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد

المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعي مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى.

(٥=ن)

القياس	البيانات الإحصائية			
	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z) مستوى الدلالة
تناول الطعام والشراب	١	١	١	٠.٣٢
	٠	٠	٠	

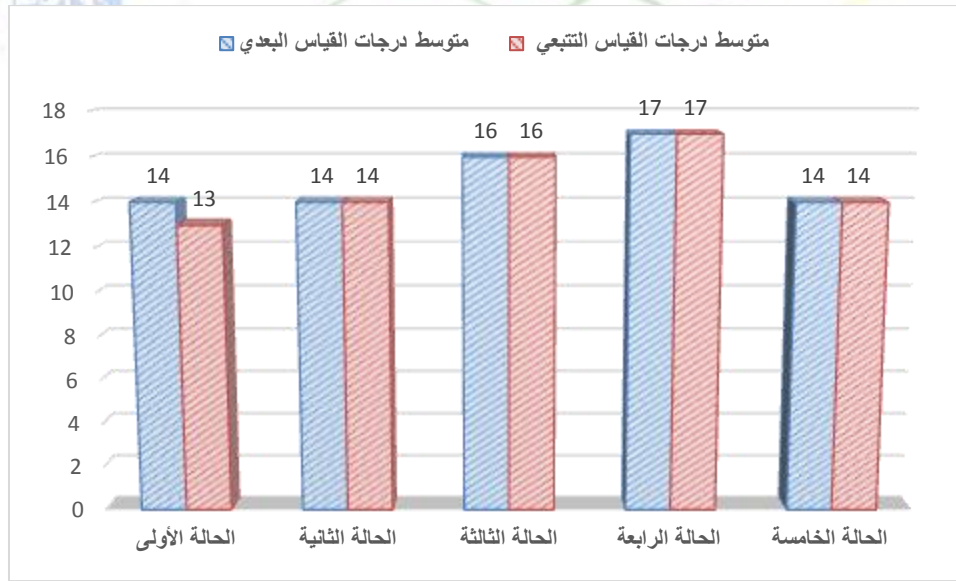
الجدول (١٨) يُظهر أنه لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى فى القياسين البعدى والتتبعي، حيث كانت قيمة (Z): (١)، وهى غير دالة، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى فى القياسين البعدى والتتبعي، والشكل (١) يوضح النتيجة بوضوح أكثر، وهذه النتيجة تؤدى إلى قبول الفرض الثالث.

جدول رقم (١٩) والذي يوضح نسب التحسن بين متوسط القياس

البعدى والتتبعي مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغى

رقم الحالة	متوسط درجات القياس البعدى	متوسط درجات القياس التتبعي	نسبة التحسن
الحالة الأولى	١٤	١٣	٧,١
الحالة الثانية	١٤	١٤	٠
الحالة الثالثة	١٦	١٦	٠
الحالة الرابعة	١٧	١٧	٠
الحالة الخامسة	١٤	١٤	٠

باستقراء الجدول السابق والذي يوضح نسب التحسن بين متوسط القياس البعدي والتتبعي مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي، حيث تبين أن نسب التحسن تراوحت ما بين (٠% إلى ١٧%).



شكل (٤) الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية للقياسين البعدي والتتبعي لمهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي طبقاً لدرجات كل حالة

- تفسير نتائج الفرض الثانى

جاءت نتائج الفرض الثانى بأنه/ لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية مهارات تناول الطعام لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي في القياسين البعدي والتتبعي. وتتفق نتائج الفرض مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التى أكدت على فعالية البرامج التدريبية فى تحسين مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي واستمرارية تلك النتائج بعد مرور فترة من المتابعة، فقد أشارت نتائج دراسة (Khamis, Badawi, Morgan & Novak, 2023) التى هدفت إلى الكشف عن آثار العلاج المبكر المكثف للأطفال المصابين بالشلل الدماغي وعسر البلع الفموي، والتى جائت نتائجها بفعالية برنامج التدخل المبكر للأطفال ذوى الشلل الدماغي فى تحسين مهارات البلع الفموي ومهارات تناول الطعام والشراب لديهم.

وتفسر الباحثة استمرار الأثر الإيجابى للنتائج بعد انقضاء فترة المتابعة بالعديد من الأسباب ومنها: اتجاه الباحثة بصفة مستمرة إلى تقديم تغذية راجعية ومعالجة الأخطاء مع أطفال الشلل الدماغي بالمجموعة التجريبية

وتعديل سلوكهم إلى الأفضل، فإذا قام الطفل بتصرف عدواني تقوم الباحثة باظهار علامات الإستياء على وجهها وتعديل السلوك السلبي إلى إيجابي وتعزيز السلوك الإيجابي والتنوع في التعزيز إما مادي أو معنوي. كما كان لإعتماد البرنامج التدريبي على مواد وأدوات متوافرة في البيئة الطبيعية المحيطة بالطفل، والانطلاق من حاجات الطفل ورغبته في المعززات، في خلق فرص لتحسين المهارات المستهدفة (تحسين مهارات رعاية الذات) لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي، كما استخدمت الباحثة الأنشطة المحسوسة لتثيير انتباه الأطفال وتحبيبهم في الجلسات.

فكانت للأنشطة المستخدمة في برنامج العلاج الوظيفي دوراً كبيراً في تفسير النتائج، حيث راعت الباحثة:

- اختيار أنشطة البرنامج بما يتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال وخصائصهم.
 - استخدام أنشطة تساعد الأطفال ذوى الشلل الدماغي على الإنتباه والتركيز اثناء الجلسات.
 - تهيئة البيئة واعدادها جيداً.
 - التعاون مع الأمهات في الجلسة وبعد الجلسة ساعد على تكرار القيام بالأنشطة مما كان له اثراً إيجابياً في نتائج الدراسة واستمرارها.
 - التدرج في الأنشطة من السهل إلى الصعب مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.
- وكان لاستخدام الباحثة الكروت المصورة لأنشطة تناول الطعام والشراب أثراً إيجابياً في نتائج الدراسة تمثل في سهولة وسرعة تعرفهم على المفاهيم والأفعال المطلوبة، وقد ظهر ذلك من خلال التحسن الملحوظ في مهارات تناول الطعام والشراب لدى الأطفال ذوى الشلل الدماغي.
- كما استخدمت الباحثة القصص والأغاني لحث الطفل على التقليد والنمذجة اثناء الجلسات، مما أدى إلى وجود تغيير إيجابي في سلوكيات الأطفال وتعاونهم بشكل ملحوظ مع الباحثة اثناء الجلسات.

للصحة النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا

المراجع

١. أمير إبراهيم القرشي (٢٠١٣). التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ. القاهرة: عالم الكتب.
٢. جيهان مصطفى (٢٠٠٨). التوحد كتاب اليوم السلسلة الطبية. القاهرة: دار اخبار اليوم.
٣. خولة أحمد (٢٠١٥). البرامج التربوية للأفراد ذوى الإحتياجات الخاصة. ط٢. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
٤. سام مادوكس (٢٠١٧). دليل مصادر الشلل الدماغى. الولايات المتحدة الامريكية: مؤسسة كريستوفر ودانا رايف.
٥. سمية حسين ملكاوى (٢٠١٧). مقدمة فى العلاج الوظيفى. الأردن: المكتبة الوطنية.
٦. عبدالرحمن محمد سيد (٢٠١١). الإعاقة البدنية. الرياض: دار الزهراء.
٧. عصام حمدى الصفدى (٢٠٠٧). الإعاقة الحركية والشلل الدماغى. الأردن: دار اليازورى العلمية للنشر والتوزيع.
٨. عونى هناندة، وسهام الخفش (٢٠٠٥). دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغى. عمان: دار يافا العلمية.
٩. محمد أحمد صالح، ومحمد يعقوب خليل (٢٠١٧). سيكولوجية الأطفال ذوى الشلل الدماغى. المنصورة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
١٠. محمد فوزى يوسف (٢٠١١). متلازمة الشلل الدماغى. الإمارات العربية المتحدة: الشارقة.
١١. وليد جمعة عثمان (٢٠١٤). فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة قناة السويس.

12. Acar, G., Ejraei, N., Turkdoğan, D., Enver, N., Öztürk, G. & Aktaş, G. (2022). The Effects of Neurodevelopmental Therapy on Feeding and Swallowing Activities in Children with Cerebral Palsy. *Dysphagia*, 37, 800–811.

13. Aleshina, A. (2014). Physical Rehabilitation of Children with CP. Youth Scientific Bulletin of Lesya Ukrainka Eastern European National University. Physical Education and Sport, 16(1), 120-126.
14. Agatell, N., Mason, E. (2015). Looking Backward, Thinking Forward: Occupational Therapy and Autism Spectrum Disorders. OTJR: Occupation, Participation and Health; Thousand Oaks, 35(1), 34-41.
15. Akyurek, G., Gurlek, S., Ozturk, L. & Bumin, G. (2023). The effect of parent-based occupational therapy on parents of children with cerebral palsy: a randomised controlled trial. International Journal of Therapy and Rehabilitation, 30, 1-12.
16. Banzato, A., Cerchiari, A., Pezzola, S., Ranucci, M., Scarfò, E. & Galeoto, G. (2022). Evaluation of the Effectiveness of Functional Chewing Training Compared with Standard Treatment in a Population of Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Children, 9(12), 1-13.
17. Benfer, K., Weir, K., Bell, K., Ware, R., Davies, P. & Boyd, R. (2017). The Eating and Drinking Ability Classification System in a population-based sample of preschool children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology, 59(6), 647-654.
18. Burgess, A., [Boyd, R.](#), [Ziviani, J.](#), [Ware, R.](#) & [Sakzewski, L.](#) (2019). Self-care and manual ability in preschool children with cerebral palsy: a longitudinal study. [Developmental Medicine & Child Neurology](#), 61(5), 570-578.
19. Cerebral Palsy Guidance (2019). Cerebral Palsy Prevalence and Incidence. Retrieved 2/10/2019 from/ <https://www.cerebralpalsyguidance.com/cerebral-palsy/research/prevalence-and-incidence/>

20. Chiu, H., Buckeridge, K., Lee, T. & Sellers, D. (2022). Reliability and validity of the Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) for children with cerebral palsy in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 44(21), 6438-6444.
21. Fox, A. & Kollodge, E. (2019). An Occupational Therapy Referral Screening Tool for Children in Adoptive and Foster Care Placements. Master. [University of North Dakota](#).
22. Glader, L. & Stevenson, R. (2019). *Children and Youth with Complex Cerebral Palsy: Care and Management*. USA: Mac Keith Press.
23. Guyard, A., Fauconnier, J., Mermel, M. & Cans, C. (2011). Impact on parents of cerebral palsy in children: a literature review. *Archives de Pediatrie*, 18(2), 204-214.
24. [Iwamoto, Y.](#), [Imura, T.](#), [Suzukawa, T.](#), [Fukuyama, H.](#), [Ishii, T.](#), [Taki, S.](#), et al. (2019). Combination of Exoskeletal Upper Limb Robot and Occupational Therapy Improve Activities of Daily Living Function in Acute Stroke Patients. [Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases](#), 28(7), 2018-2025.
25. Johnson, M. & Berhow, E. (2018). Occupational Therapy's Involvement with the YMCA in Developing a Program to Address Activities of Daily Living in Those with Parkinson's Disease. Master, University of North Dakota.
26. Kapoor, P. & Shivalingaiah, S. (2023). Improving swallowing function in a child with cerebral palsy: A single case study on the efficacy of intervention strategies. *Indian Journal of Child Health*, 10(2), 26–28.
27. Kas, D., [Duportail, M.](#), [Meirte, J.](#), [Meeus, M.](#), [D'hooghe, M.](#), [Nagels, G.](#), et al. (2016). The effectiveness of a self-management occupational therapy intervention on activity performance in individuals with multiple sclerosis-related fatigue: a



- randomized-controlled trial. [International Journal of Rehabilitation Research](#), 39(3), 255-262.
28. [Ketelaar, M.](#), [Gorter, J.](#), [Westers, P.](#), [Hanna, S.](#) & [Verhoef, M.](#) (2014). Developmental trajectories of mobility and self-care capabilities in young children with cerebral palsy. *The Journal of pediatrics*. 164(4). 769-774.
29. Khamis, A., Badawi, N., Morgan, C. & Novak, A. (2023). Baby Intensive Early Active Treatment (babiEAT): A Pilot Randomised Controlled Trial of Feeding Therapy for Infants with Cerebral Palsy and Oropharyngeal Dysphagia. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 1-13.
30. [Kyeongwon, K.](#), [Jin, Y.](#) & [Dae-Hyun, J.](#) (2017). Relationship Between Mobility and Self-Care Activity in Children With Cerebral Palsy. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(2), 266-272.
31. Larkin, W., Hawkins, R. & Collins, T. (2016). Using trial-based functional analysis to design effective interventions for students diagnosed with autism spectrum disorder. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 534-547.
32. [Lazarieva, O.](#), [Kushchenko, O.](#), [Muszkieta, R.](#) & [Zukow, W.](#) (2018). Development of everyday occupations of children with cerebral palsy using occupational therapy and physical therapy. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(4), 2358-2363.
33. Morgan, C., Fetters, L. & Adde, L. (2021). Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy. *International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews*. *JAMA Pediatr*, 175(8), 846-858.
34. Myrhaug, H., Odgaard-Jensen, J. & Jahnsen, R. (2019). The long-term effects of conductive education courses in young children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(2), 111-119.



35. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2019). Prevalence of Cerebral Palsy, Retrieved 28/9/2019 from/ <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/cerebral-palsy?search-term=Prevalence%20of%20Cerebral%20Palsy>
36. [Parham, L., Clark, G., Watling, R. & Schaaf, R.](#) (2019). Occupational Therapy Interventions for Children and Youth With Challenges in Sensory Integration and Sensory Processing: A Clinic-Based Practice Case Example. *American Journal of Occupational Therapy*, 73, 1-9.
37. [Saquette, M., De Santana, A., Da Silva, C., Gonçalves, K., Queiroz, R., Da Silva, C., et al.](#) (2018). [Addition of an educational programme for primary caregivers to rehabilitation improves self-care and mobility in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial.](#) *Clinical Rehabilitation*, 32(10), 778-787.
38. Scarpato, E., Staiano, A., Molteni, M., Terrone, G., Mazzocchi, A. & Agostoni, C. (2017). Nutritional assessment and intervention in children with cerebral palsy: A practical approach. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 68, 763-770.
39. Sellers, D., Bryant, E., Hunter, A., Campbell, V. & Morris, C. (2017). The Eating and Drinking Ability Classification System for cerebral palsy: A study of reliability and stability over time. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 12(2), 123-131.
40. Sellers, D., Mandy, A., Pennington, L., Hankins, M. & Morris, C. (2014). Development and reliability of a system to classify the eating and drinking ability of people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(3), 245-251.



41. Sellers, D., Pennington, L., Bryant, E., Benfer, K., Weir, K. & Morris, C. (2022). Mini-EDACS: Development of the Eating and Drinking Ability Classification System for young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(7), 897-906.
42. [Smits, D., Gorter, J., Riddell, C., Voorman, J., Rosenbaum, P., Palisano, R., et al. \(2019\).](#) Mobility and self-care trajectories for individuals with cerebral palsy (aged 1–21 years): a joint longitudinal analysis of cohort data from the Netherlands and Canada. [Lancet Child and Adolescent Health](#), 3(8), 548-557.
43. Van Hulst, Snik, D., Jongerius, P., Sellers, D., Erasmus, C. & Geurts, A. (2017). Reliability, construct validity and usability of the Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) among Dutch children with Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 11(2), 115-124.
44. Wohlers, N. & Stephenson, B. (2012). What Is The Most Effective Occupational Therapy Intervention to Use With Children Who Have Autism Spectrum Disorder and Sensory Under-Responsivity In An Inclusive Classroom? Master, The College of St. Scholastica Duluth.

مجلة العلوم النفسية والتربية الخاصة

تصدر عن
وحدة النشر العلمي
كلية التربية
جامعة طنطا