



قياس المعرفة والوعي الصحي والغذائي لطالبات كلية التربية  
عن الشلل الدماغي  
"دراسة مقارنة"

امل اللبان

أستاذ التغذية التطبيقية المساعد كلية التربية / جامعة ام القرى

**المخلص :**

أصبح الشلل الدماغي من أكثر الأسباب المؤدية للإعاقة الحركية عند الأطفال , ونظرا لالتحاق تلك الفئة بمدارس الدمج مع العاديين وقيام معلمات التربية الأسرية بتدريسهن ؛ لذا هدفت الدراسة قياس المعرفة والوعي الصحي والغذائي بين طالبات التربية الخاصة والتربية الأسرية بجامعة ام القرى عن الشلل الدماغي للأطفال ، وقد استخدم المنهج الوصفي المقارن ، وتم تطبيق الاستبيان لمعرفة الشلل الدماغي على 240 طالبة (130 طالبة من تخصص التربية الخاصة ، 110 طالبة من التربية الأسرية)

أظهرت النتائج أن التخصص الأكاديمي له تأثير إيجابي في الوعي والمعرفة بالشلل الدماغي بين الأطفال ، كما أظهر التحليل الإحصائي ونتائج اختبار T فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة والوعي بالصحة وإطعام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، لصالح طالبات التربية الخاصة، وتبين تردد حوالي (50%) من طالبات التربية الأسرية في الاستجابة على أسئلة معرفة الأعراض المصاحبة للشلل الدماغي ، وأن طالبات التربية الخاصة ارتفعت استجابتهن في معرفة سلوك الطفل المعوق وصعوبات التغذية الذاتية ، أكدت ( 94.6% ) من طالبات التربية الخاصة مقارنة بـ ( 69.1 % ) طالبات التربية الأسرية وبفروق ذات دلالة إحصائية معرفتهن بوضع الجسم والرأس والحوض والأطراف وجلسه بطريقة صحيحة مع ضرورة استخدام أدوات إطعام مناسبة مصنوعة من الورق والبلاستيك المقوى ، وخلصت الدراسة إلى أن للتعليم إضافة للتخصص الدقيق دورا في التعرف على أولئك الأطفال واستكشاف خصائصهم ومن ثم التدخل المبكر للحد من المضاعفات الناتجة عن ذلك ، وأوصت الباحثة بعمل برامج إرشادية لتنمية الوعي بالشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال بين طالبات الكلية عامة والتربية الأسرية على وجه الخصوص لمساعدتهن في التعرف على المرض وكيفية التدخل المبكر.

الكلمات المفتاحية : الشلل الدماغي ، التربية الخاصة ، التربية الأسرية ، الصحة ، الإطعام ، الوعي .

المقدمة :

يعد الجهاز العصبي عند الإنسان من أهم أجهزة جسمه ، إذ يقوم بالسيطرة على أجهزة الجسم المختلفة وذلك من أجل ضبط وتكييف وتنظيم العمليات الحيوية الضرورية للحياة بانتظام وتوافق تام ، وينقسم إلى ثلاثة أقسام وهي : الجهاز العصبي المركزي ويتكون من الدماغ والحبل الشوكي ، والجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي ويتكون من 12 زوج من الأعصاب تتصل بالدماغ و ثالثا الجهاز العصبي المستقل ويتم من خلاله السيطرة على الوظائف الحيوية وتنظيم عملها داخل جسم الإنسان ( السرطاوي و الصمادي ، 2018) يعد الدماغ أكبر أجزاء الجهاز العصبي المركزي ، إذ يشغل حيزا كبيرا من الجمجمة ، ويختلف وزنه من مرحلة عمرية لأخرى وباختلاف جنس الشخص ، وهو يتألف من المخ والمخيخ وجذع الدماغ ، وقد تحدثت العديد من إصابات الجهاز العصبي المركزي منها ما يصيب الدماغ ومنها ما يصيب الحبل الشوكي ومن تلك الإصابات : الصرع ، استسقاء الدماغ ، والتصلب المتعدد ، والشق الشوكي ، شلل الأطفال و الشلل الدماغي ( عبدالمعطي ، 2016)

عرف الشلل الدماغي قديما بمرض لتل (Little) نسبة للجراح الانجليزي (Little) الذي يعد أول من قام بتشخيص وتحليل حالة الشلل الدماغي في تقرير قام بنشره سنة 1860م عن 63 طفلا مصابا بمرض الشلل الدماغي ، وتغير هذا المصطلح سنة 1930م ليعرف باسم الشلل التشنجي ثم تغير مرة أخرى سنة 1940م ليعرف باسم الشلل الدماغي . (زيادات ، 2004).

تفسر التوم من الله وآخرون (2018) مصطلح الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) حيث تشير كلمة (Cerebral) إلى المخ وهو الجزء المصاب من الدماغ ( على الرغم أن الخلل الحادث في أغلب الأحيان يتعلق بالاتصالات بين قشره المخ وأجزاء الدماغ الأخرى مثل المخيخ ) أما كلمة ( Palsy) فتشير إلى الاعتلال المرتبط بالحركة ، وهو ينشأ نتيجة تلف يحدث لمراكز التحكم في الحركة داخل الدماغ الذي لايزال في مرحلة النمو ويمكن أن يحدث ذلك أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة وحتى العام الثالث من عمر الطفل تقريبا ، وبينت أن أغلب حالات الإصابة بالشلل الدماغي لا يمكن معرفة سببها الحقيقي خاصة في المراحل الخطيرة في نمو الجهاز العصبي أثناء الحمل والولادة وخلال السنوات الأولى من عمر الطفل ، يوضح (Donna,2012) أنه من الممكن إصابة الذكور أكثر من الإناث في مختلف البيئات ، ويرجع التزايد في نسبة الإصابة إلى زيادة الرعاية الصحية لناقصي الوزن والمبتسرين .

يعتبر برابح وآخرون (2018)؛ عبدالمعطي ( 2016) أن الشلل الدماغي أحد الإعاقات الجسمية وهي اضطرابات عصبية حركية ، حيث يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى اضطرابات النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من حياة الإنسان ، ففيه يفقد الطفل القدرة على التحكم في عضلاته ، ويحدث هذا عندما تُتلف الأجزاء الثلاثة من الدماغ ( القشرة الدماغية ، العقد القاعدية ، والمخيخ )

يعتبر كلا من القحطاني (2018) (نافع ، 2016) أن الشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ، يحد من القدرة على التحكم والإحساس بأطراف الجسم ويظهر بشكل عجز يصحبه غالبا اضطرابات حسية كالإعاقة البصرية أو السمعية أو العقلية أو معرفية أو انفعالية ، يحدث في أي مرحلة من مراحل تطور الجهاز العصبي سواء في مرحلة الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة. وعليه يبين (Novak,2014) أهمية ملاحظة وتقييم الحركات العامة

للمولود ابتداء من الأسبوع 10-12 من عمره في حال الشك في الإصابة ، ولا بد من التدخل المبكر لأنه يساهم في تحسين الحالة والتقليل من الآثار الضارة لها (شكل 1 ملحق).

تبين كلا من نافع (2016) و أبو حطب (2003) من خلال عرضهما للعديد من المراجع العلمية أن الشلل الدماغي ليس وراثيا ، وهناك أنواع عديدة من الشلل الدماغي يمكن أن تؤثر على أجزاء مختلفة من الجسم حسب موقع التلف وحجمه ، وتتراوح شدة الإصابة ما بين الخفيفة جدا ( حيث يتحرك المصاب كإنسان عادي ولكن بشي من عدم الانتظام ) والشديدة جدا ( حيث لا يستطيع المصاب السيطرة على حركاته ولا يستطيع المشي والكلام أو استعمال يديه ، وإذا تأثرت عضلات الفم بالشلل الدماغي فإن المصاب يجد صعوبة في الأكل والكلام . كما يمتلك كثير من المصابين مستوى ذكاء متوسط أو فوق المتوسط ولكن البعض الآخر يعاني من التخلف العقلي ومشاكل في الحركة أو السمع ، و كلما كان التدخل مبكرا كلما كان التحسن أكبر وأشمل. بينما أشارت دراسة (Zaki.,etal.,2012) إلى دور الوراثة الجينية المتتحة في الإصابة بالشلل الدماغي حيث خلص بحثها إلى اكتشاف حالات وراثية تسبب خلا في أداء الوظائف الجسمية الحركية ، وأن تلك الحالات ينتشر بينها زواج الأقارب ، وأوصت بمزيد من الدراسات في ذلك للتأكد من صحة هذه الفرضية.

صنفت العديد من المصادر العلمية والمراجع البحثية أسباب الإصابة بالشلل الدماغي إلى عدة أنواع حسب وقت حدوثها ، فقد تكون فطرية أو قد تكون مكتسبة فتحدث بعد الولادة ، وأن نسبة الشلل الدماغي الولادي أكبر بكثير من نسبة الشلل الدماغي المكتسب وبنسبة 85% . عموما يمكن تقسيم تلك العوامل كما ذكرها كلا من (السرطاوي والصمادي ، 2018 ؛ الخطيب 2018؛ التوم من الله وآخرون 2018) إلى :-

**عوامل ما قبل الولادة :** مجموعة من العوامل التي تحدث منذ لحظة الإخصاب وحتى الولادة وهي المسؤولة عن نسبة كبيرة من حالات إصابة الجنين بالشلل الدماغي ومنها : الوراثة على الرغم من أن الشلل الدماغي ليس وراثيا ، وتعرض الأم الحامل للالتهابات والأمراض المعدية كالحصبة الألمانية ، أو إصابتها بالسكري ، فقر الدم ، تسمم الحمل ، الربو الشديد ، تضخم الغدة الدرقية واضطرابات القلب ، واختلاف العامل الريزيبي ، كذلك التعرض للإشعاعات وخاصة في الثلاث الأشهر الأولى، ونقص الأكسجين عند الجنين قبل الولادة بسبب النفاذ الحبل السري،.

**عوامل مرتبطة بمرحلة الولادة :** وهي مجموعة من الأسباب التي قد تحدث منذ بداية المخاض إلى ولادة الطفل ، وتكمن هذه الأسباب وراء حوالي 45-50% من حالات الشلل الدماغي ومن تلك الأسباب : الرضوض والإصابات التي تحدث للمولود في أثناء الولادة أو النزيف . كما قد يحدث تلف دماغي بسبب تعرض رأس الجنين في أثناء الولادة إلى ضغط غير عادي وهذا يحدث في عملية الولادة السريعة جدا أو بطيئة جدا أو بسبب الولادة القيصرية ، كما أن استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة تؤثر في عملية التنفس لدى الطفل وتؤدي إلى نقص الأكسجين لديه .

**عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة:** أو ما يطلق عليها بالعوامل المكتسبة وتكون مسؤولة عن حوالي 10-15% من حالات الشلل الدماغي ومنها : الولادة قبل الأوان (الطفل المبتسر/ الخديج ) ، وإصابة المولود باليرقان بمستوى مرتفع دون تدخل علاجي ، نقص السكر في دم المولود ، إصابات الرأس الناتجة عن السقوط من أماكن مرتفعة أو حوادث السيارات أو تعرض الأطفال

للعقاب البدني العنيف ، إصابة الطفل بالأمراض المعدية كالتهاب اغشيه السحايا (الحمى الشوكية) والتهاب الدماغ ، والاضطرابات التسممية نتيجة تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق واستنشاق الغازات السامة ، أو نقص الأكسجين نتيجة اختناق الفراش أو حوادث الغرق .

**يصنف الشلل الدماغي إلى ثلاث أقسام ( شكل 2 بالملحق ) :** أحدهما مرتبط بالضعف العضلي ، أو الأطراف المصابة ، أو حسب شدة الإصابة ، إلا أن التصنيف الذي لاقى قبولا هو التصنيف الذي اقترحتة الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي والذي يقسمه إلى أربعة أنواع كما ذكرها (عبد الفتاح ، 2015؛ السرطاوي والصمادي ، 2018 ؛ براج وآخرون ، 2018):-

**1-الشلل التشنجي :** وهو أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعا حيث تصل نسبة الإصابة به إلى حوالي 70% ، وينتج عن حالات الخدج أو الولادة المبكرة ، وعند إصابة المراكز المسؤولة عن الحركة في القشرة الدماغية ، يؤدي إلى حدوث تشوهات وضعية مثل انحناء الظهر وتشوه الحوض أو الركبتين أو الأطراف ويزداد تصلب جسم المصاب خاصة عندما تتم استئثارته أو عندما يكون في وضعيات معينة ، وعندما يحاول المصاب تحريك أطرافه فإنها تتشنج وترجف بقوة وبسرعة عالية وبصورة لا إرادية وغير متناسقة ؛ مما يؤدي إلى تجنب استخدام هذه الأطراف ، ويزداد التصلب عندما يشعر الطفل بالاستياء أو الاستثارة ، ويصاحب هذا النوع من التشنج بعض الإعاقات مثل الإعاقة السمعية أو البصرية بالإضافة إلى الصرع.

**2- الشلل الالتهابي :** تصل نسبة الإصابة بهذا النوع إلى 11% ، ويتميز بظهور حركات لا إرادية لولبية خصوصا عند رغبة الطفل القيام بحركة إرادية ، وتنتج الإصابة لترسب المادة الصفراء لإصابة المولود باليرقان بعد الولادة بالقشرة الدماغية ، وعادة ما يميل المصاب إلى الوراثة ويكون الفم مفتوحا ويخرج منه اللسان ؛ مما يسمح بسيلان اللعاب مع تأخر في استخدام يديه وخاصة في إمساك الأشياء، ولكن لا يتأثر الأداء العقلي لبعده موقع الإصابة عن مراكز الدماغ العليا.

**3- الشلل غير التوازني:** تبلغ نسبة الإصابة به من 5- 7% و ينتج عن إصابة المخيخ ، وهو الجزء المسئول عن التوازن والتناسق الحركي والحسي فتتصف مشية الأطفال المصابين بالترنح وعدم التوازن ، ويظهر ارتعاش اليدين وعدم تناسق الحركات وعدم القدرة على التحكم بوضع الجسم ، ويصاحبه اضطرابات النطق والكلام والإعاقة البصرية.

**4- الشلل الدماغي المختلط :** تبلغ نسبة الإصابة به حوالي 12% و ينتج عن إصابة مجموعة من المراكز الدماغية المسؤولة عن الحركة ، ويعاني الطفل من أعراض شلل دماغي تشنجي والتواني في نفس الوقت ، أو شلل دماغي تشنجي وشلل دماغي غير توازني.

يعاني ذو الإعاقة من مشكلات تغذوية عديدة منها بطء في النمو ونقصان في الوزن أو السمنة ، مع نقص عنصر غذائي واحد أو أكثر ، وتناول أطعمة محددة من حيث النوعية والقوام ، وقد تمتد تلك المشكلات لسنوات عديدة لذلك تتم طريقة إطعامهم على أساس فردي فيما يتعلق بقوام الأطعمة المقدمة لهم ، وعليه يمكن استخدام أدوات أو أجهزة مناسبة تساعدهم على تناول الطعام بأنفسهم ، وعادة ما يحتاج المعاق لنفس العناصر الغذائية التي يحتاجها السوي ، وإن المخصصات اليومية منها بالنسبة للعمر والجنس للأصحاء تكفي احتياجات غالبية المعاقين

، كما يكون تقييم الحالة الغذائية للطفل ذي الإعاقة مشابها للطفل العادي (المدني، 2015، الغزالي، 2014)

يشتكى المعاقين بالشلل الدماغي من صعوبات في التغذية والإطعام الناتجة غالبا من المشكلات الحركية الفموية والوضع الجسماني ، فقد يعاني المعاق من مشكلة البلع والمضغ ، مما يسبب قلة المتناول من الأطعمة الصلبة ؛ وبالتالي نقص في النمو، وأوقات مجهدّة عند تناول وجبات الطعام ، وسوء التغذية المزمن ، وأمراض الجهاز التنفسي ، والموت المبكر. وعليه يحتاج إلى التدخل المبكر لتقييم الحالة الغذائية والصحية له ، والمشورة مع الوالدين ، (المدني، 2015، Adams.,et al., 2011)

يعتبر ذو الإعاقة بشكل عام من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، وتتأثر نظرتهم إلى الحياة على ما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع ، وتحتاج هذه الفئات إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة (عقل ، 2012) حيث يعد فشل النمو شائعا جدا بينهم ، وهو ناتج من مزيج من عدم كفاية المدخول الغذائي بسبب سوء البلع واضطرابات في الجهاز الهضمي ، لذا كان من الضروري مراقبة النمو وتقديم المشورة الغذائية لزيادة السرعات الحرارية مع إشراك المهنيين للمساعدة في الأكل والشرب بكفاءة (Neshat,2013).

تقدم وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية على موقعها الإلكتروني بعضا من النصائح

للتقليل من مشاكل الإطعام للمعاقين بالشلل الدماغي تمثلت فيما يلي (شكل 3 ملحق) :-

✓ **وضع المريض :** أن الوضع الطبيعي لتناول الطعام هو الجلوس المستقيم والقدرة على حفظ توازن الرأس . وفي حالة عدم قدرة المعاق على حفظ توازن الرأس قد يؤدي ذلك إلى دخول السوائل والأطعمة إلى القصبة الهوائية بدل المريء وما يعقبه من مضاعفات . ولعدم قدرته على التحكم في منطقة الوسط يمكن تثبيته بوضعه على المقعد وربط منطقة الوسط والحوض معا بالمقعد ، ويمكن أيضا وضع الأقدام على دعامة أعلى من الأرض قليلا لضمان ثبات الوضع . أما إذا كان المريض يجلس على الكرسي المتحرك فيجب ضبط وضعه، وفك الأربطة التي قد تعوق عملية تناول الطعام أو تشعره بالضيق . في حين أنه يمكن للأطفال صغار السن استعمال المقعد المرتفع المجهز بحواجز من جوانبه الأربعة . و في حالة الطفل الأكبر سناً فيمكن تثبيت صينية تناول الطعام أو اللوحة المعدة لذلك بالمقعد من الخلف عن طريق حزام ؛ حتى تبقى قريبة منه.

✓ **المص:** في حالة الأطفال المعوقين عقليا تكون قدرته على المص محدودة ، وقد تستدعي الحالة التغذية الأنبوبية وخاصة في الشهور الأولى من العمر للحصول على احتياجاته من العناصر الغذائية المختلفة . مع محاولة تقديم أطعمة بالفم مع الأنبوبة ، و تساعد المصاصة المرنة لتناول السوائل في تنمية القدرة على التحكم في عضلات الوجه والفم ، كذلك التحكم في عملية التنفس ، فقد ثبت أن استعمال مصاصة السوائل ساعدت الكثير من المرضى على تناول كفايتهم من السوائل . عموما في البداية يمكن استعمال مصاصة قصيرة ومحيطها صغير . ويجب أن ينصح المعاق بتناول شفطة واحدة في المرة حتى يستطيع الشفط المستمر .. إذا صعب الضغط على المصاصة بالشفطتين ، فيمكن المساعدة باليد ، والمصاصة - وهي عبارة عن مصاصة بلاستيك مجهزه بأنبوبة بلاستيك مرنة طولها من 3-4 سم- وتتصل بالفم وذلك لضمان عدم كسرها. كما

يمكن استعمال مصاصة أطول وزيادة محيطها , لتناول سوائل أكثر سمكا محتوية كمية أكبر من السعرات والعناصر الغذائية.

✓ **القضم والمضغ والبلع** : يمكن المريض القادر على التحكم بعمليات القضم والمضغ تناول أطعمه متنوعة في القوام وهي وجبات مقبولة . أما في حالة عدم القدرة على القضم والمضغ تقدم للمريض الأطعمة اللينة , والنصف صلبة , وينصح المريض بقضم كميته صغيرة في كل مرة , ويمكن تحريك الطعام في الفم باستعمال اللسان . و يجب مضغ وبلع كل قضمه من الطعام قبل أخذ الأخرى , وفي حالة إصابة المريض بشلل في الوجه , قد يتراكم الطعام بين الأسنان , أو في جوانب الفم وفي هذه الحالة يمكن دفع الطعام بالإصبع لمنع تراكمه . في حالة عدم القدرة على البلع يعطى المريض الغذاء عن طريق الأنبوبة . ويلاحظ المريض دائما للتأكد من تنميته قدرته على البلع , ويمكن معرفة ذلك من بلعه للعباب.

✓ **الأجهزة الخاصة بالمعوقين** : هناك أجهزة خاصة بتدريب المعوقين على عملية تناول الطعام بأنفسهم . والهدف الرئيسي من هذه الأجهزة هو تدريبهم حتى يمكن لهم الاستغناء عنها بعد فترة , والعمل بدونها إذا سمحت حالتهم بذلك . وهي من المهارات التي تحتاج إلى أجهزة مساعدة حتى يمكن استعمالها أو التدريب عليها , فاستعمال الملاعق والشوك المزودة بيد لولبية تثبت بيد المريض تفيد في حالة عدم القدرة على المسك . كذلك استعمال الشوكة أسهل بكثير من استعمال الملعقة , حيث أنه من الأسهل غز الشوكة في الطعام عن وضعه في الملعقة . هناك أيضا الملاعق والأكواب المزودة بيد مدعمة بالبلاستيك اللين أو الكاوتش أو دعامات من الخشب والإسفننج حسب احتياجات المريض . كذلك الفنجان المجهز بأذنين والخفيف الوزن حتى يمكن مسكه بسهولة من الأذنين . عموما المريض الذي يعاني من عدم القدرة على التحكم في الأطراف العلوية يمكن رفع مستوى المنضدة حتى تقلل الحركة بالنسبة لليدين بقدر الإمكان . أما الأطباق ذات الجوانب العالية يمكن استخدامها في حالة عدم القدرة على تنظيم أو تناسق حركة اليدين , تثبيت الطبق في المنضدة هام جدا لعدم انزلاقه ( شكل 4 ملحق).

يعرف الوعي الصحي بأنه اهتمام الناس وإلمامهم بالحقائق والخبرات الصحية , لمعرفة ميولهم وسلوكهم من حيث صحتهم و صحة المجتمع الذي يعيشون فيه , وتشير الحلبي (2017) إلى الوعي الصحي بأنه قدرة الفرد على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها . وأن هناك علاقة قوية بين التعليم والوعي الصحي.

تعرف الناصري ( 2008 ) الوعي (awareness) بأنه المرحلة التي يتعرف فيها الفرد على الفكرة أو الممارسة الجديدة , وتكون لديه معلومات عامة عنها , ولكن لا يعرف إلا القليل من فائدها وحدودها وإمكانية تطبيقها , وأشارت إلى أن هناك العديد من العوامل المؤثرة في الوعي الغذائي منها مستوى التعليم , وسائل الإعلام , وتوضح أن التعليم من أهم المؤثرات الاجتماعية المؤثرة على التغذية في المجتمع , فكلما ارتفع مستوى التعليم للوالدين أو القائم على إطعام الطفل كلما تحسنت الحالة الغذائية له , وأن للوالدين والمعلمين تأثير كبير في تغذية الأطفال وذلك عند قياس وعيهم الغذائي , وأكدت في عرضها لأحد الدراسات أن عمل برنامج للتوعية الغذائية قد حسن من العادات الغذائية السيئة لهم بعد ستة أشهر من الدراسة مما كان له أثر كبير في تحسين حالة أطفالهم الغذائية.

خلصت دراسة اللهيبي (2009) من الدراسات التي عرضتها أن المستوى التعليمي للوالدين من العوامل المؤثرة في الوعي الغذائي , وفي اختيار الأغذية وممارسة العادات الغذائية

والصحية السليمة (السلوك الغذائي) ، والقائم على تغذية الطفل عموماً له تأثير إيجابي على تغذيته وإطعامه ، واستنتجت من خلاصتها للعديد من الدراسات بأهمية معرفة درجة التعليم والمقدرة على الفهم للفئة المستهدفة حتى يمكن وضع البرنامج بالأسلوب المناسب الذي يمكن فهمه بسهولة واستيعابه والاستفادة منه أقصى استفادة ممكنة.

تشير الحصين (2011) إلى السلوك الغذائي بأنه : مجموعات من السلوك المتبع في اختيار وإعداد وتقديم وتناول الأغذية المختلفة والاتجاهات المرتبطة به مثل شكل ونوعيات الأطعمة التي ينبغي أن يتناولها الفرد بجميع الفئات الخاصة ، وأن هناك العديد من العوامل المؤثرة في السلوك الغذائي وهي العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والمستوى الاقتصادي والمناخ والعوامل الجغرافية . وعليه يؤكد المدني (2015) أن الطفل المعاق الذي يعاني من الشلل الدماغي يحتاج إلى رعاية طبية من تخصصات مختلفة في مجال الطب ، وخدمات غذائية وتربوية ونفسية واجتماعية وتدريبية من قبل معالجين طبيعيين ووظيفية حسب الحاجة. والبدء في البرنامج العلاجي والذاتي لإعادة تأهيل المعاق من خلال الفريق الصحي المعالج الذي يشمل اختصاصي التغذية واختصاصي معالج النطق والطب والمعالج المهني.

اتجهت وزارة التعليم في السنوات الأخيرة إلى دمج المعاقات بالشلل الدماغي سواء المتوسط أو الخفيف القابل للتعليم في مدارس الأطفال العاديين ؛ مما يستلزم معه مشاركة معلمات التربية الأسرية في تدريسهن ، ونظراً لأهمية المعرفة والوعي سواء الصحي أو الغذائي بخصائص تلك الفئة وسلوكهن الغذائي وطرق إطعامهن وعدم اقتصرها على معلمات التربية الخاصة لذا ظهرت الحاجة إلى دراسة مقارنة لمعرفة الوعي الصحي والغذائي لطالبات التربية الأسرية والتربية الخاصة بكلية التربية في جامعة أم القرى عن الشلل الدماغي.

#### مشكلة البحث وتساؤلاته

اهتمت وزارة التعليم بالمملكة العربية السعودية ببرامج دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في التعليم العام مع الأسوياء ، وقد بدأت في تطبيق برامج الدمج منذ عام 1997م ، حيث حرصت الوزارة على أن جميع المعاقين يحظون بنفس الدرجة من التعليم مع مراعاة حال المعاق وقدرته العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، ويكون الدمج مكانياً بحيث تشترك طالبات التعليم العام مع طالبات ذوي الإعاقة في النشاطات والفسحة وحصص التدبير المنزلي ( التربية الأسرية ) ويكون اشتراكهن في حدود معينة ، وإن سن القبول من ( 7 إلى 15 سنة) ، وأن يشمل الدمج جميع أنواع الإعاقات السمعية والبصرية والفكرية والحركية ، وإن من المعاقات من هي قابلة للتعليم وأخرى قابلة للتدريب ولكل منهما برنامجها المحدد( صحيفة مكة 2014) .

تعدد الدراسات التي تناولت مجال الإعاقة الحركية واللغوية للشلل الدماغي ، وتعدد متغيراتها ونتائجها وتوصياتها ومعرفة الكثير من مشكلات المعاقين بالشلل الدماغي ( محمد و احمد ، 2015) إلا أن الباحثة لم تجد دراسات علمية تناولت المعرفة والوعي الصحي والغذائي لطالبات كلية التربية بقسميها التربية الأسرية والتربية الخاصة المؤهلات للتدريس في مدارس الدمج ؛ حيث تعد هذه الدراسة ذي أهمية كبيرة على المدى القريب والبعيد . كما أن مشكلة البحث نبعث من تدريس الباحثة لبعض المقررات بقسمي التربية الخاصة والتربية الأسرية بكلية التربية بجامعة أم القرى ، حيث لاحظت افتقار الخطة الدراسية في كلا التخصصين وخاصة

تخصص التربية الأسرية إلى مقررات تنمي الوعي الصحي والغذائي لبعض الإعاقات وكيفية التعامل معها غذائيا وصحيا ؛ لذا ظهرت مشكلة البحث في التساؤل الآتي :-  
ما مستوى المعرفة والوعي الغذائي والصحي لطالبات كلية التربية عن الشلل الدماغي "دراسة مقارنة

#### **أهداف البحث :**

- قياس المعرفة والوعي الصحي بين طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة ام القرى عن ما هو الشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال وأعراضه وتصنيفاته.
- التعرف على مستوى المعرفة والوعي الصحي بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال بين عينة الدراسة.
- تقييم الوعي والسلوك الغذائي الذي يمكن أن تتبعه طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة ام القرى في إطعام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
- قياس المعرفة بطرق الإطعام الصحيحة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي بين طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة ام القرى.

#### **فروض البحث :**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة والوعي الصحي عن ما هو الشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال وأعراضه وتصنيفاته تبعا لتخصص العينة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة البحث في المعرفة والوعي الصحي بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة البحث في الوعي والسلوك الغذائي الذي تتبعه في إطعام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة البحث في المعرفة بطرق الإطعام الصحيحة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي .

#### **الأهمية النظرية :**

**تظهر الأهمية النظرية للبحث في الآتي :-**

- إزالة الاتجاهات السلبية نحو الطفل المصاب بالشلل الدماغي.
- تنمية الوعي بخصائص الطفل المصاب بالشلل الدماغي وأسباب الإصابة به.
- تعد هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي تناولت قياس الوعي لطالبات كلية التربية والمتوقع تعينهن كمعلمات بمدارس الدمج - على حد علم الباحثة - وبذلك تمثل إضافة نوعية للمكتبة العربية عامة ولذوي الاختصاص في مجال التربية والتعليم والتربية الأسرية خاصة .

#### **الأهمية التطبيقية :**

- محاولة الخروج بنتائج علمية تفيد القائمين على وضع الخطط الدراسية بكلية التربية بإدراج مقررات دراسية أساسية للكلية في كيفية الرعاية الصحية والغذائية للمعاقين عامة وذوي الشلل الدماغي خاصة .
- يمكن الاستفادة من نتائج البحث في وضع آليات وبرامج لتنمية المعرفة والوعي الصحي والغذائي وتحسين الممارسات الغذائية بطرق الإطعام بين القائمين على رعاية الأطفال المعاقين نتيجة الإصابة بالشلل الدماغي.



**مصطلحات البحث الإجرائية:**

**المعرفة:** ويقصد بها الدرجات المتحصل عليها من استجابات عينة البحث على أسئلة المقياس لمحاورة الخمس .

**الوعي:** وهي الدرجة المتحصل عليها من استجابة عينة البحث بعد إجراء التحاليل الإحصائية للمقياس.

**التربة الخاصة،** تمت الموافقة على إنشاء قسم التربية الخاصة بكلية التربية بجامعة أم القرى بتوصية مجلس التعليم العالي في الجلسة (السابعة والستين) بتاريخ 1432/12/24 هـ بقرار رقم 1432/67/17 هـ . كما تمت موافقه خادم الحرمين الشريفين ورئيس مجلس الوزراء ورئيس مجلس التعليم العالي ( حفظهم الله ) على محضر الجلسة برقم : (8439) وتاريخ : 1433/2/3 هـ . ويعد قسم التربية الخاصة بجامعة أم القرى من أحدث أقسام التربية الخاصة في المملكة إذ بدأت الدراسة فيه منذ الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي 1432-1433 هـ . وله عدة مسارات هي :

- مسار الإعاقة الفكرية (متاح للطلاب والطالبات) .
- مسار صعوبات التعلم (متاح للطلاب والطالبات) .
- مسار الاضطرابات السلوكية والتوحد (متاح للطلاب والطالبات) .
- مسار الإعاقة السمعية (متاح للطلاب والطالبات) .
- مسار الإعاقة البصرية (غير متاح) .
- مسار التفوق العقلي والموهبة (غير متاح) .

يعتمد القسم في نشاطه على مجموعة من المحاور، يمكن تلخيصها فيما يلي :

- 1- تدريس مقررات على مستوى الجامعة.
- 2- تدريس مقررات على مستوى متطلبات الكلية.
- 3- تدريس مقررات تخصصية على مستوى القسم.
- 4- المساهمة في البحث العلمي على مستوى الكلية والجامعة.
- 5- المشاركة في خدمة المجتمع من خلال تنظيم الدورات التدريبية، وورش العمل، وتقديم المحاضرات في المدارس والمؤسسات التربوية والاجتماعية الخاصة، والأهلية، والمساهمة في وسائل الإعلام المختلفة .

**التربية الأسرية:** يسعى برنامج التربية الأسرية في كلية التربية بجامعة أم القرى لإعداد كوادر تنافس للعمل في المجالات الأكاديمية والمشاريع الذاتية والمشاركة الفعالة في خدمة المجتمع من خلال البحث العلمي. ومن أهدافه:-

- \* إعداد معلمة ناجحة أكاديمياً ومهنياً وإدارياً من حيث الإلمام بالأسس العلمية بعلم التربية الأسرية نظرياً وعملياً بما يؤهلها للقيام بتدريس هذه المقررات في مراحل التعليم العام.
- \* إعداد كوادر في مجالات التربية الأسرية المختلفة والتي تشمل الغذاء والتغذية، الملابس والأنسجة، تربية الطفل والعلاقات الأسرية، إدارة المنزل واقتصاديات الأسرة، المنظومات الفنية وتطبيقها على أفراد الأسرة والمجتمع.
- \* تنمية القدرات على مهارات البحث والتحليل وتكوين اتجاه سليم للتفكير المنطقي في اتخاذ القرارات في مواقف الحياة المختلفة واكتساب السلوكيات والمهارات الشخصية الحياتية.

**الدراسات السابقة :**

تعد الدراسات السابقة من أهم المصادر العلمية التي يستفيد منها الباحث في جمع المعلومات اللازمة لإثراء بحثه ، ومن خلال قيام الباحثة بعملية بحث من قواعد المعلومات التي وفرتها جامعة ام القرى على موقعها الإلكتروني ، وكذلك الاطلاع على كثير من مواقع الشبكة العنكبوتية إلا أنها لم تجد دراسات تربط بين المعرفة والوعي الصحي والغذائي بين الطالبات الجامعيات والشلل الدماغي للأطفال ، وعليه ستتناول الباحثة مجموعة من الدراسات التي تساهم في دعم البحث في الجوانب العلمية وتصميم استبانة البحث ومنهجيته ، وذلك من خلال استقصاء هذه الدراسات وتحديد أدواتها ومنهجها والنتائج والتوصيات التي خرجت بها ، وقد تم عرض الدراسات وفقاً لسنة النشر ومن هذه الدراسات :

1- دراسة Michalska وآخرون (2018) والتي بعنوان جودة الحياة لدى الأطفال والشباب المُصابين الشلل الدماغي الرباعي وتهدف إلى وصف جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة من منظور آباء الأطفال والشباب المُصابين بالشلل الدماغي الرباعي ، واستكشاف تأثير أربعة عوامل وهي حدة المرض والإعاقة الذهنية والعمر والنوع الاجتماعي على جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة. استخدم الباحثون المنهج الوصفي وأجريت الدراسة في المراكز التعليمية في جنوب ووسط بولندا. وشملت عينة الدراسة 149 من الأطفال والشباب المُصابين بالشلل الدماغي الرباعي الشلل . تمثلت أداة الدراسة جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة ، باستخدام مقياس جودة الحياة لدى الأطفال PedsQL. وأكدت نتائج الدراسة على وجود قصور شديد في جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة لدى الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي الرباعي؛ خاصة فيما يتعلق بجودة الحياة المرتبطة بالصحة الجسدية.

2- دراسة Sedky (2018) بعنوان تقييم الحالة الصحية للغم والأسنان لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، (دراسة عرضية استكشافية) وتهدف إلى تقييم صحة الغم والأسنان لدى الأطفال المصريين المصابين بالشلل الدماغي وعلاقتها بالمهارات الحركية وأنواع الشلل الدماغي. تكونت عينة الدراسة من 62 طفلاً يعانون من الشلل الدماغي تتراوح أعمارهم من 3-12 سنوات وتم تقييم حالة الصحة الفموية وفحص الأسنان المفقودة وتسوس الأسنان والنظافة الفموية واللثة المعدلة وتقييم عيوب الوجه والفكين ومشاكل الأسنان وسيل اللعب، ثم تحديد نوع شلل الدماغ المُصاب به الطفل ومهاراته الحركية. وقد بينت النتائج أن معظم المشاركين يعانون من تسوس الأسنان وسوء نظافة الغم والتهاب حاد في اللثة . تزيد نسبة الإصابة بتسوس الأسنان وعدم نظافة الغم لدى الأطفال الذين لا يستطيعون الجلوس أو الوقوف بمفردهم . وتوصي الدراسة بأهمية رفع الوعي لدى المختصين في مجال طب الأسنان بهذه الفئة من الأطفال وإعداد برامج تدريبية لأخصائي الأسنان ومقدمي الرعاية الصحية والآباء لتثقيفهم بأهمية النظافة الفموية والفحص الدوري ووقاية صحة الغم من خلال التدخل المبكر لهؤلاء الأطفال.

3- دراسة Cardoso وآخرون (2018) بعنوان العوامل المرتبطة بالصحة العامة وصحة الغم وتأثيرها على جودة حياة الأطفال والمراهقين المصابين بالشلل الدماغي (دراسة عرضية) والتي تهدف الى استكشاف العوامل التي تؤثر على جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة وصحة الغم لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الشلل الدماغي .

تكونت عينة الدراسة من 149 شخصاً مُصاباً بالشلل الدماغي وتتراوح أعمارهم بين 2 و18 عامًا ، ومقدمي الرعاية لهم الذين قدموا معلومات حول جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة وصحة الفم والعوامل الاجتماعية والاقتصادية للمشاركين . شملت أدوات الدراسة مقياس العوامل الاجتماعية والاقتصادية الذي طبق على مقدمي الرعاية الصحية بشكل مباشر ومقياس جودة الحياة لدى الأطفال PedsQL . كشفت النتائج عن وجود مستوى ضعيف من جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة وصحة الفم لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الشلل الدماغي. تمثلت العوامل المؤثرة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة في النوع الاجتماعي وضعف إدراك الحالة الصحية، وضعف مهارات التواصل، بينما تتأثر جودة الحياة المرتبطة بصحة الفم بوجود اضطرابات قلبية والفئة العمرية والإصابة بالارتداد المعدي المرئي ، وتسوس الأسنان، وأمراض اللثة.

4- دراسة Goodwin وآخرون (2017) والتي بعنوان مساند الوقوف: اتجاه الآباء والأمهات والمهنيين نحو استخدام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لمساند الوقوف في بريطانيا . هدفت إلى تقصي أثر استخدام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لمساند الوقوف على تحسين بنية الجسم ووظائفه مثل : الحد من خطر التعرض لخلع في الفخذ وتحسين وظيفة المثانة والأمعاء وتحسين النشاط والقدرات الحركية ومشاركة الأقران والتفاعل معهم. كما هدفت الدراسة إلى معرفة توجه الآباء والأخصائيين في بريطانيا نحو استخدام المساند وفوائدها السريرية وتحديات استخدامها. شملت عينة الدراسة ثلاث مجتمعات وهم: الأطباء الذين يصفون مساند الوقوف للأطفال المصابين بالشلل الدماغي وعددهم 305 طبيبياً ؛ والأخصائيون (في مجالي الصحة والتعليم) الذين يعملون مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين يستخدمون مساند الوقوف وعددهم 155؛ وآباء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين يستخدمون مساند الوقوف وعددهم 91. تم عمل استبيان بمساعدة المشاركين في الدراسة وتوزعيه عبر الإنترنت من خلال معارفهم واتصالاتهم جميع أنحاء المملكة المتحدة البريطانية . أوضحت نتائج الدراسة وجود اتساق في الممارسات المهنية المتعلقة بوصف مساند الوقوف للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، مع عدم تمكن كل الحالات من الالتزام باستخدامها. اتفق جميع المشاركين على فوائد استخدام المساند، والتي تشمل العديد من مجالات التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة لدى الأطفال والشباب. تتمثل تحديات استخدام المساند في الحيز الذي يشغله الألم الذي يشعر به الطفل.

5- دراسة Malas وآخرون (2015) بعنوان صعوبات التغذية والبلع لدى الأطفال المُصابين بإعاقة لغوية إلى إجراء تقييم استرجاعي لاستقصاء العلاقة بين صعوبات التغذية والبلع لدى الأطفال واكتشاف وجود إعاقة لغوية في وقت لاحق. لتحقيق هدف الدراسة قام الباحثون بإجراء تحليلات بأثر رجعي للملفات العيادية لعينة تتكون من 82 طفلاً يعانون من إعاقات لغوية وتقسيمهم إلى مجموعتين فرعيتين وهما الأطفال المُصابين بإعاقات لغوية وحركية وعددهم 23 طفلاً بمتوسط عمر 4 سنوات، والأطفال المُصابين بإعاقة لغوية دون إعاقة حركية وعددهم 59 طفلاً بمتوسط عمر 5 سنوات . أكدت نتائج الدراسة على ارتفاع نسبة انتشار صعوبات التغذية والبلع مثل القدرة على تناول الطعام

وصعوبة التحكم في اللعاب لدى الأطفال المُصابين بإعاقات لغوية وحركية. وبالتالي تقترح الدراسة اعتبار صعوبات التغذية والبلع المبكرة مؤشراً لوجود إعاقة لغوية.

6- دراسة Adams وآخرون (2011) بعنوان صعوبات التغذية لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي: تدريب منخفض التكلفة لمقدمي الرعاية في دكا، بنغلاديش . بعنوان تقييم فعالية تدخل منخفض التكلفة واستخدام الحد الأدنى من التكنولوجيا بهدف تحسين ممارسات التغذية لدى مقدمي الرعاية الصحية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي المتوسط والشديد ودراسة صعوبات التغذية التي يواجهها هؤلاء الأطفال في بنغلاديش. تكونت عينة الدراسة من 37 من مقدمي الرعاية الصحية والأطفال الذين يقدمون لهم الرعاية، حيث تتراوح أعمارهم بين 1-11 عامًا، وبعد التقييم الأولي لتغذية الأطفال حضر المشاركون برنامج تدريبي مكون من ست جلسات. بدأت نتائج التدريب في الظهور بعد الجلسة الرابعة، حيث لاحظ الباحثون تحسن كبير في صحة الجهاز التنفسي لدى الأطفال والتعاون أثناء تناول وجبات الطعام وتحسن المزاج العام، بينما لم يلاحظ وجود تحسن في النمو. كما انخفض الشعور بالتوتر والضغط لدى مقدمي الرعاية الصحية بدرجة كبيرة.

7- دراسة Roon and Steenbergen (2006) بعنوان أثر استعمال المُصابين بالشلل الدماغي للملاعق سهلة الاستخدام على انسكاب الطعام والقدرة على نقله ، وهدفت إلى معرفة أثر استخدام الملاعق المعدلة على انسكاب الطعام وتحريكه (المدة المستغرقة في نقله-الخلل في الحركة) لدى المراهقين المصابين بالشلل الدماغي الرباعي. قام الباحثان بتعديل سُمْك مقبض الملاعقة (بأقطار 1 و3 و5 سم)، واستخدام مواد مختلفة (سكر أو ماء) لملاء الملاعقة بها، وتنوع حجم الوعاء الذي يجب تفريغ الملاعقة فيه (قطر 5 أو 11 سم). شارك في التجربة 12 فرد بصحة جيدة (4 ذكور و8 إناث بمتوسط عمر 25 سنة) وعشرة مرافقين مصابين بالشلل الدماغي الرباعي (5 ذكور و5 إناث بمتوسط عمر 17 سنة)، 4 منهم يستطيعون المشي ويجلس السنة الآخرون على كرسي متحرك. وكانت التجربة عبارة عن تناول الملاعقة المملوءة وإفراغها في وعاء، واستُخدم جهاز تتبع الحركة ثلاثي الأبعاد في تسجيل حركات اليد. أشارت النتائج إلى سرعة تناول المشاركين للملاعقة وتحكمهم فيها وإفراغها في الوعاء عند زيادة سمك مقبض الملاعقة، وخاصة عند ملؤها بالماء، علاوة على ذلك لم تؤد هذه السرعة في الأداء إلى زيادة في سكب الطعام. وخلصت الدراسة إلى أنه يمكن تخفيف حدة الاضطرابات الحركية لدى المُصابين بالشلل الدماغي والتي تؤدي إلى ضعف قدرتهم على تناول الطعام من خلال إجراء بعض التعديلات على الملاعق المستخدمة.

#### منهج البحث أدواته:

#### منهج البحث:

استخدام المنهج الوصفي بنوعيه (المسحي - المقارن) لمناسيته لطبيعة الدراسة ، حيث استخدم المنهج الوصفي المسحي؛ لمعرفة مستوى المعرفة والوعي الصحي والغذائي لطالبات التربية الخاصة والتربية الأسرية بكلية التربية في جامعة أم القرى عن الإعاقة الناتجة عن الشلل الدماغي للأطفال، واستخدم المنهج الوصفي المقارن ؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات استجابات عينة الدراسة على محاور الدراسة .

### مجتمع الدراسة :

تمت مشاركة (270) طالبة من قسمي التربية الخاصة والتربية الأسرية بكلية التربية في جامعة أم القرى وتمثل (33.38%) من مجتمع الدراسة والبالغ عددهن (719) طالبة بواقع (389) بقسم التربية الخاصة، (330) بقسم التربية الأسرية، وفقا للإحصائية الواردة من عمادة شؤون الطالبات خلال الفصل الدراسي الثاني 1438/1439 هـ .

### عينة الدراسة :

تم تطبيق استبانة البحث الالكترونية على عينة استطلاعية تكونت من (30) طالبة بواقع (15) من قسم التربية الخاصة، 15 من قسم التربية الأسرية) بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة (الصدق والثبات) وبعد التأكد من توافر الصدق والثبات في أداة الدراسة، تم استبعاد أفراد العينة الاستطلاعية ومن ثم التطبيق على باقي أفراد مجتمع الدراسة حيث بلغ عدد الاستبيانات (240) استبيان. وتمت تعينه عن طريق المقابلة الشخصية بعد جمع المشاركات بشكل مجموعات متفرقة في قاعات أو معامل دراسية .

### مجالات الدراسة :

❖ **المجال البشري :** طالبات كلية التربية في تخصصي التربية الأسرية والتربية الخاصة بلغ عدد المشاركات من تخصص التربية الأسرية 110 طالبة و130 طالبة من تخصص التربية الخاصة

❖ **المجال المكاني :** القاعات والمعامل الدراسية بجامعة أم القرى .

❖ **المجال الزمني :** الفصل الدراسي الثاني للعام 1439 هـ - 2018 م .

❖ **أدوات الدراسة :** تمثلت أدوات الدراسة في:-

• **الاستبيان :** يعد الاستبيان أداة مناسبة لجمع المعلومات في البحوث المسحية وقد تم بناؤه بعد الاطلاع على الدوريات والمجلات التربوية والبحوث والدراسات السابقة ، وكذلك الاطلاع على المحتوى الدراسي لبعض المقررات الدراسية في كلا من قسمي التربية الخاصة والتربية الأسرية ، وفي ضوء ذلك تم تحديد محاور الاستبيان وصياغة فقراته، وقد قسم إلى

✓ **القسم الأول** من الاستبانة شمل البيانات العامة وشملت : العمر ، التخصص الدراسي ، وجود طفل نوي احتياجات خاصة بالأسرة .

✓ **القسم الثاني:** فقرات الاستبيان وعددها (114) فقرة، توزعت على (4) محاور، كالتالي:  
-المحور الأول: لتقييم مستوى المعرفة والوعي الصحي بين المشاركات ما هو الشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال وأعراضه وتصنيفاته. وعدد فقراته (35) فقرة. وبذلك تكون الحد الاعلى من الدرجات 105 درجة والحد الأدنى 35 درجة.

-**المحور الثاني:** لتقييم المعرفة والوعي للمشاركات بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال وعدد فقراته (21) فقرة. وبذلك تكون الحد الأعلى من الدرجات 63 درجة والحد الأدنى 21 درجة.

-**المحور الثالث:** تقييم الوعي والسلوك الغذائي الذي يمكن أن تتبعه طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة أم القرى في إطعام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وعدد فقراته (35) فقرة. وبذلك تكون الحد الأعلى من الدرجات 105 درجة والحد الأدنى 35 درجة.

**-المحور الرابع:** لقياس المعرفة بطرق الإطعام الصحيحة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي بين طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة أم القرى (23) فقرة. وبذلك تكون الحد الأعلى من الدرجات 69 درجة والحد الأدنى 23 درجة. وقد تم استخدام مقياس ثلاثي لتصحيح استجابات عينة الدراسة على هذا المحور بحيث تعطي الدرجة (3) للإجابة الصحيحة، الدرجة (2) في حالة عدم التأكد (متردد)، الدرجة (1) للإجابة الخطأ. وقد قسم مستوى الوعي الى مرتفع ، متوسط ، منخفض وجدول (1) يوضح معيار الحكم على المتوسطات .

**جدول (1) معيار الحكم على المتوسطات الحسابية لاستجابات عينة الدراسة**

المتوسط الحسابي	مستوى الوعي
1 – أقل من 1.67	منخفض
1.67 – أقل من 2.34	متوسط
2.34 – 3	مرتفع

- جهاز حاسوب إلكتروني.
- جهاز واي فاي لضمان استخدام النت بصورة صحيحة .

**صدق الأداة:**

تم التأكد من صدق الاستبيان بصدق المحكمين

**1-صدق المحكمين:**

عرض الاستبيان في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة من السادة أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية جامعة أم القرى بلغ عددهم ( 4 ) محكما. وطلب من المحكمين التأكد من مناسبة الفقرات ووضوحها وانتمائها للمحور، والنظر في فئات استجابة الاستبيان وطريقة التصحيح. وبناءً على آراء المحكمين ومقترحاتهم تم تعديل صياغة بعض الفقرات لغوياً، وإضافة وحذف بعضها ليصبح عدد الفقرات في الاستبانة (114) فقرة موزعة على (4) محاور. وبهذا يمكن القول أن أداة الدراسة تتوفر بها صدق المحكمين .

**ثبات الأداة :**

تم التأكد من ثبات الاستبيان بطريقتي الفا كرونباخ والتجزئة النصفية وقد تبين من جدول (2) أن جميع قيم معامل الفا كرونباخ للثبات مرتفعة وتراوحت من (0.70 - 0.91) أما معاملات التجزئة النصفية لثبات أداة الدراسة فقد تبين أن جميع القيم مرتفعة وتراوحت من (0.72 - 0.76) وتشير إلى تمتع أداة الدراسة بالثبات .

**جدول (2): قيم معاملات الفا كرونباخ لثبات أداة الدراسة**

المحور	قيمة الفا كرونباخ
الأول	0.91
الثاني	0.92
الثالث	0.79
الرابع	0.70
الدرجة الكلية للاستبيان	0.94

**الأساليب الإحصائية:**

للإجابة عن تساؤلات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1. التكرار والنسب المئوية (%).
2. المتوسط الحسابي لحساب متوسط استجابات عينة الدراسة للفقرة / للمحور.
3. الانحراف المعياري لمعرفة مدى تشتت استجابات عينة الدراسة عن المتوسط الحسابي.
4. اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.
5. اختبار مان وتني "ي"

وقد اعتبرت الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 أو أقل.

**تحليل النتائج:**

أظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة والوعي الصحي تبعاً لتخصص العينة على غالبية أسئلة المقياس ، وفيما يلي عرض تفصيلي لتلك النتائج:-

**أولاً : البيانات العامة :**

✓ عمر العينة

اتضح من جدول (3) وجود تباين في الفئة العمرية لعينة البحث ودرجة معنوية (0.002) مما يشير إلى ارتفاع الفئة العمرية ممن تراوحت أعمارهن ما بين (20-25) عاماً بين طالبات التربية الخاصة مقارنة بطالبات التربية الأسرية ؛ حيث بلغت نسبتهن 93.1% في مقابل 81.8% على التوالي وهذا هو العمر المتوقع بين تلك الفئة.

**جدول (3)**

النسبة المئوية للفئات العمرية لعينة البحث

مستوى الدلالة	قيمة كا2	الكلية	التربية الأسرية	التربية الخاصة	الفئة العمرية
0.002 دال إحصائياً	12.17	3.8	8.2	صفر	أقل من 20 سنة
		87.9	81.8	93.1	25-20 سنة
		8.3	10	6.9	أكثر من 25

✓ انتشار الإعاقة في العائلة

وجود طفل معاق في الأسرة قد يساهم في ارتفاع الوعي بين أفرادها بأسباب الإعاقة والصفات المميزة لها ، ويتضح من جدول (4) ارتفاع نسبة وجود طفل ذوي احتياجات خاصة بين طالبات التربية الخاصة مقارنة بطالبات التربية الأسرية وبفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.0001) ، حيث بينت (23.8%) وجود شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة في عائلتها ، بينما لم تتجاوز النسبة (3.6% ) بين طالبات التربية الأسرية ، كما أظهر التحليل الإحصائي (جدول 5) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين وجود طفل ذوي احتياجات خاصة ومستوى الوعي والمعرفة بين عينة البحث وهذا مؤشر على أن وجود طفل ذوي احتياج خاص لا علاقة له بالوعي ، وإنما التخصص الدراسي قد يكون له تأثير إيجابي في الوعي والمعرفة بالشلل الدماغي بين الأطفال .

جدول (4)

النسبة المئوية لانتشار الإعاقة في عائلة عينة البحث

العبارة	التربية الخاصة	التربية الأسرية	الكلية	قيمة كا <sup>2</sup> *	مستوى الدلالة
نعم	23.8	3.6	14.6	19.53	0.000
لا	76.2	96.4	85.4		

\* استخدم اختبار مانويتني (ي)

جدول (5)

نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين متوسطات درجات استجابات عينة الدراسة حسب وجود طفل ذوي احتياجات في العائلة

المحاور	وجود حالة مصابة في العائلة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
الأول: مستوى الوعي الصحي بالشلل الدماغي للأطفال	نعم	35	2.41	0.21	1.69	238	0.09
	لا	205	2.32	0.32			
الثاني: مستوى الوعي بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال	نعم	35	2.24	0.36	0.27	238	0.79
	لا	205	2.26	0.45			
الثالث: مستوى الوعي الغذائي لعينة البحث	نعم	35	2.46	0.24	0.04	238	0.97
	لا	205	2.47	0.29			
الرابع: مستوى الوعي بالسلوك الغذائي لأطفال الشلل الدماغي	نعم	35	2.10	0.15	1.04	238	0.30
	لا	205	2.14	0.25			
الخامس: مستوى الوعي بطرق الإطعام الصحيحة لأطفال الشلل الدماغي	نعم	35	2.20	0.18	1.25	238	0.14
	لا	205	2.29	0.24			
الدرجة الكلية	نعم	35	2.29	0.17	0.14	238	0.90
	لا	205	2.28	0.26			

ثانياً : المعرفة والوعي الصحي بماهية المرض وأعراضه

لتحقيق الهدف الأول من الدراسة والذي ينص على قياس المعرفة والوعي الصحي بين طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة أم القرى عن ما هو الشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال وأعراضه وتصنيفاته. تبين من النتائج التالي :-

✓ المعرفة بما هو المرض وخصائصه :

أظهر جدول ( 6، 9 ) ارتفاع نسبة الوعي على أن الشلل الدماغي ينجم عن تشوه أو إصابة بالأنسجة العصبية في الدماغ بين طالبات قسم التربية الخاصة (79.2%) مقارنة بطالبات التربية الأسرية (49.1%) وبفروق ذات دلالة إحصائية (0.000) ، ولم تظهر فروقا إحصائية في استجابتهن بأنه مرضا وراثيا ، ونفت العينة أن معدل الإصابة ينتشر بين الإناث مقارنة بالذكور وبنسبة (43.6% ، 54.6%) بين طالبات التربية الأسرية والخاصة على التوالي.

كما تبين من الجدول تردد استجابات العينة في الصفات الجسمية التي ترافق المرض من حيث صغر الرأس وتخلف عقلي شديد عند الولادة ؛ وهذا يشير إلى ارتفاع الوعي في أن



الطفل المصاب قد لا تظهر عليه أي تغيرات جسمية عند الولادة وإنه يمكن ملاحظة حركاته بعد (10- 20) أسبوع من الولادة بصفة عامة ، كما لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.000) بين استجابات العينة في عدم وجود علاقة بين مستوى ذكاء الطفل المصاب وشدة الإصابة الجسمية ، وإن التواصل اللفظي أفضل من الأدائي . كما يتضح من الجدول تردد حوالي نصف المشاركات من التربية الأسرية في الوعي على المقياس في معرفة الأعراض المصاحبة للشلل الدماغي وبفروق ذات دلالة إحصائية مقارنة مع استجابات التربية الخاصة .

جدول (6)

النسبة المئوية لاستجابة المشاركات في ماهية الشلل الدماغي للأطفال

م	العبارة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد
1	ينجم عن تشوه أو إصابة بالأنسجة العصبية في الدماغ.	49.1	37.3	13.6	79.2	17.7	3.1
2	يكون وراثياً.	48.2	38.2	13.6	46.2	42.3	11.5
3	إصابة الإناث مقارنة بالذكور.	22.7	33.6	43.6	11.5	33.8	54.6
4	يحدث بين الأطفال عامة.	34.5	32.7	32.7	43.8	26.9	29.2
5	لا علاقة بين مستوى ذكاء المعاق وشدة إصابته الجسمية.	40.9	44.5	14.5	33.1	26.9	40.0
6	التواصل اللفظي أفضل من الأدائي بين الأطفال.	36.4	37.3	26.4	20.8	28.5	50.9
7	صغر الرأس وتخلف عقلي شديد عند الولادة.	20.0	43.6	36.4	24.6	50.0	25.4
8	يصنف إلى شلل رباعي نصفي وسفلي.	3.6	39.1	57.3	7.7	17.7	74.6
9	يصنف إلى تشنجي وتخبطي وتوازني.	17.3	34.5	48.2	3.1	27.7	69.2
10	الفم المفتوح وإخراج اللسان منه .	37.3	58.2	4.5	63.1	29.2	7.7
11	التخلف بناء على مظهرهم الخارجي .	31.8	44.5	23.6	37.7	23.1	39.2
12	صعوبات في البلع.	40.0	53.6	6.4	90.2	9.2	0.0
13	سيلان اللعاب بكميات كبيرة.	41.8	51.8	6.4	76.9	21.5	1.5
14	عدم القدرة على حفظ توازن الجسم.	52.7	40.9	6.4	86.9	13.1	0.0
15	ارتعاش لا إرادي وحركات نمطية في الأطراف.	53.6	44.5	1.8	61.5	33.8	4.6
16	تقلص العضلات وتيبسها بشكل متواصل.	35.5	64.5	0.0	64.6	33.1	2.3
17	عدم التحكم في اتزان اليد في استعمال أدوات تناول الطعام .	53.6	44.5	1.8	83.8	14.6	1.5

✓ المعرفة بالمشكلات الصحية التي تصاحب الشلل الدماغي :

يرافق عادة الشلل الدماغي بعض المشكلات الصحية والغذائية والتي تؤثر سلبيًا على نموه وتطوره ، وقد ظهر من جدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المشاركات في معرفة تلك المشكلات المصاحبة لصالح طالبات التربية الخاصة ، كما لوحظ ارتفاع نسبة المتردات في الوعي على المقياس بين طالبات التربية الأسرية مما يؤكد دور التخصص في معرفة تلك المشكلات الصحية والغذائية للمصابين ومن ثم وجود فريق طبي متخصص يكون أخصائي التغذية أحد أعضاء الفريق المعالج.

جدول (7)

النسبة المئوية لاستجابة عينة البحث بالمشكلات الصحية والغذائية التي تصاحب طفل الشلل الدماغي

م	المشكلات الصحية	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد
1	تؤثر أدوية المعاق على شهيته .	44	49.1	49.1	51.5	45.4	3.1
2	قلة استهلاك السوائل والألياف.	40.9	52.7	6.4	54.6	35.4	10.0
3	تؤثر مشاكل الإطعام على النمو والصحة العامة.	54.5	41.8	3.6	88.5	11.5	0.0
4	الإمساك	30.0	40.9	29.1	73.1	22.3	4.6
5	الإسهال.	16.4	58.2	25.5	39.2	40.8	20.0
6	الارتجاع المعدي المرئي.	39.1	49.1	11.8	40.8	50.8	8.5
7	التهابات الصدر .	27.3	62.7	10.0	30.0	44.6	25.4
8	اضطرابات في الجهاز الهضمي.	36.4	56.4	7.3	76.9	22.3	8
9	جفاف بالفم.	34.5	52.7	12.7	63.8	23.8	12.3
10	الالتهابات في الفم.	37.3	48.2	14.5	48.5	41.5	10.0
11	تسوس الأسنان.	38.2	53.6	8.2	53.1	35.4	11.5
12	فقر الدم .	14.5	49.1	36.4	15.4	46.2	38.5
13	السمنة.	35.5	36.4	28.2	49.2	38.5	12.3

✓ المعرفة بأعضاء فريق الخطة العلاجية

يعمل الفريق المعالج من ذوي الاختصاصات المختلفة على تقييم الخصائص والاحتياجات الصحية والغذائية والبدنية ، وعادة من يعاني من شلل دماغي يحتاج إلى رعاية طبية وخدمات تربوية وتدريب خاص من معالجين طبيعيين ووظيفية وغيرهم ، وقد اتضح من نتائج جدول ( 8 ، 9 ) ارتفاع نسبة استجابة المشاركات من التربية الخاصة إلى أهمية وجود اختصاصي التغذية ضمن الفريق العلاجي وحصل على المرتبة الأولى في الأهمية (97.7%) بين طالبات التربية الأسرية والخاصة على التوالي حيث يظهر دوره في تقييم الحالة الغذائية وتقديم الاستشارات الغذائية وتخطيط الوجبات الغذائية ومراقبة تحضير الأطعمة وتعديل الوجبات والتنسيق مع الطبيب لتسجيل قبول الطفل للأطعمة والتحسس من تناول بعض الأطعمة ( المدني، 2015 )، كما اتفقت (60% ، 58.5%) من المشاركات وبدون فروق معنوية على أن التدخل المبكر في العلاج الغذائي بعد الولادة يحسن من النمو والتطور العقلي والبدني للمعاق .

جدول (8) النسبة المئوية لمعرفة عينة البحث بأهمية أعضاء فريق الخطة العلاجية

م	العبرة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	متردد	لا أوافق	أوافق	متردد	لا أوافق
1	التدخل المبكر في العلاج الغذائي بعد الولادة يحسن من النمو والتطور العقلي والبدني للمعاق	60.0	28.2	.11	58.5	35.4	6.2
2	اختصاصي التغذية	70.9	27.3	1.8	97.7	2.3	0.0
3	اختصاصي معالجة النطق	53.6	37.3	9.1	66.9	18.5	14.6
4	اختصاصي العلاج الطبيعي	55.5	44.5	0.0	83.8	12.3	3.8
5	المعالج المهني	70.0	25.5	4.5	63.8	20.0	16.2

جدول (9)  
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة البحث عن المعرفة والوعي  
الصحي بما هو الشلل الدماغي واحتياجاته الصحية

الترتيب	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوعي
1	اختصاصي التغذية	2.85	0.38	مرتفع
2	تؤثر مشاكل الإطعام على النمو والصحة العامة.	2.71	0.49	مرتفع
3	اختصاصي الطب الطبيعي	2.69	0.51	مرتفع
4	عدم القدرة على حفظ توازن الجسم.	2.68	0.53	مرتفع
5	صعوبات في البلع.	2.65	0.54	مرتفع
6	يصنف إلى شلل رباعي نصفي وسفلي.	2.61	0.60	مرتفع
7	عدم التحكم في اتزان اليد في استعمال أدوات تناول الطعام .	2.68	0.50	مرتفع
8	ينجم عن تشوه أو إصابة بالأنسجة العصبية في الدماغ.	2.58	0.64	مرتفع
9	سيلان اللعاب بكميات كبيرة.	2.57	0.57	مرتفع
10	المعالج المهني	2.56	0.68	مرتفع
11	ارتعاش لا إرادي وحركات نمطية في الأطراف.	2.55	0.56	مرتفع
12	اضطرابات الجهاز الهضمي.	2.55	0.57	مرتفع
13	تقلص العضلات وتيبسها بشكل متواصل.	2.5	0.53	مرتفع
14	يؤدي البدء في العلاج الغذائي بعد الولادة إلى النمو والتطور العقلي والبدني للمعاق .	2.5	0.65	مرتفع
15	يصنف إلى شنجي وتخبطي وتوازني.	2.5	0.67	مرتفع
16	اختصاصي معالجة النطق	2.49	0.70	مرتفع
17	القم المفتوح وإخراج اللسان منه .	2.45	0.61	مرتفع
18	قد يتناول المعاق أدوية تؤثر على شهيتته .	2.4	0.61	مرتفع
19	جفاف بالفم.	2.38	0.70	مرتفع
20	الإمساك مشكلة صحيه.	2.38	0.74	مرتفع
21	تسوس الأسنان من المشاكل.	2.36	0.66	مرتفع
22	الالتهابات في الفم.	2.31	0.68	متوسط
23	الارتجاع المعدي المرني.	2.3	0.64	متوسط
24	فقر الدم .	2.23	0.69	متوسط
25	التهابات الصدر .	2.1	0.68	متوسط
26	يحدث بين الأطفال عامة.	2.09	0.84	متوسط
27	صغر الرأس وتخلف عقلي شديد عند الولادة.	2.08	0.73	متوسط
28	صغر الرأس وتخلف عقلي شديد عند الولادة.	2.08	0.73	متوسط
29	لا علاقة بين مستوى ذكاء وشدة إصابته الجسمية.	2.08	0.80	متوسط
30	التخلف بناء على مظهرهم الخارجي .	2.03	0.82	متوسط
31	الإسهال.	1.94	0.72	متوسط
32	التواصل اللفظي أفضل من الأدائي بين الأطفال.	1.88	0.82	متوسط
33	السمنة.	1.77	0.76	متوسط
34	إصابة الإناث مقارنة بالذكور.	1.67	0.75	متوسط
35	يكون وراثياً.	1.65	0.69	منخفض

**ثالثا : أسباب الإصابة بالشلل الدماغي :**

لتحقيق الهدف الثاني من البحث والذي ينص على التعرف على مستوى المعرفة والوعي الصحي بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال بين عينة الدراسة . أظهرت النتائج أن المستوى العام كان متوسطا ؛ حيث بلغ المتوسط العام لدرجات المشاركات  $(0.44 \pm 2.26)$  درجة وأوجد التحليل الإحصائي باستخدام اختبار ت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لنوع التخصص على الرغم من وجود تباين ظاهري في الدرجات المكتسبة ، فقد ارتفع متوسط درجات طالبات التربية الخاصة  $(0.34 \pm 2.29)$  درجة ( مقارنة بمتوسط درجات طالبات التربية الأسرية  $(0.53 \pm 2.18)$  درجة). كما يظهر جدول (10 ، 11 ، ) وجود تباين في استجابة المشاركات في الأسباب المؤدية إلى إصابة الطفل بالشلل الدماغي كما لوحظ ارتفاع نسب المترددات على الإجابة على أسئلة المقياس وعلى وجه الخصوص طالبات التربية الأسرية.

على الرغم من أهمية صحة وسلامة الأم الحامل من إصابتها بفقر الدم وسكري الحمل والربو وتأثير ذلك في إصابة الجنين بالشلل الدماغي إلا أنه تبين من استجابة المشاركات (جدول 10 ، 11 ) حصولها على نسب منخفضة في الوعي على أسئلة المقياس وبمراتب منخفضة وبوعي متوسط وبدون فروق معنوية. مما يشير إلى الحاجة إلى تنمية المعرفة والوعي الصحي في أسباب الإصابة بالمرض عامة.

كما يظهر من نتائج جدول (11) ارتفاع متوسط درجات المشاركات من وجهة نظرهن في أن العوامل البيئية المكتسبة كسقوط الطفل من مكان مرتفع ، اختناقه ، وحوادث السيارات وقد أحتلت المراكز الثلاثة الأولى وبفروق معنوية عند مستوى  $(0.05)$  أو اقل ، في حين حصلت عوامل ما قبل الولادة كنقص الأكسجين الناتج من التفاف الحبل السري حول عنق الطفل، وإصابة الأم بالحصبة الألمانية على المركزين الرابع والسادس بمتوسط  $(0.67 \pm 2.6)$  ،  $0.75 \pm 2.47$  درجة) وهذا يشير إلى وعي مرتفع بين المشاركات بأهمية تلك المخاطر على صحة وسلامة الجنين واحتمال إصابته بالشلل الدماغي.

**جدول (10)**

النسبة المئوية لاستجابات عينة الدراسة بالمشكلات الصحية والغذائية التي تصاحب طفل الشلل الدماغي

مستوى الدلالة	التربية الخاصة			التربية الأسرية			أسباب الإصابة	م
	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق		
0.04	16.2	40.0	43.8	19.1	52.7	28.2	قبل الولادة إصابة الأم الحامل بـ	أ
0.51	30.8	40.8	28.5	33.6	33.6	32.7	فقر الدم.	1
0.000	6.2	13.8	80.0	27.3	30.9	41.8	بالحصبة الألمانية .	2
0.53	34.6	36.9	28.5	32.7	43.6	23.6	بالسكري .	3
0.01	43.8	36.9	19.2	28.2	38.2	33.6	المعاناة من اضطرابات الربو الشديد .	4
0.97	32.3	41.5	26.2	31.8	45.5	22.7	التعرض إلى اضطرابات القلب	5
0.84	30.0	47.7	22.3	28.2	46.4	25.5	تضخم الغدة .	6
0.000	13.8	24.6	61.5	27.3	38.2	34.5	تسمم الحمل .	7
0.000	3.8	30.8	65.4	20.0	46.4	33.6	أثناء الولادة	ب
0.006	10.0	33.8	56.2	24.5	34.5	40.9	انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب.	1
0.04	60.8	26.2	13.1	45.5	31.8	22.7	الولادة القيصرية.	2
0.000	1.5	6.2	92.3	20.9	34.5	44.5	التفاف الحبل السري حول عنق الجنين.	3
0.000	9.2	29.2	61.5	27.3	36.4	36.4	استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة	4
0.002	13.1	25.4	61.5	9.1	47.3	43.6	بعد الولادة (مكتسبة)	ج
0.000	3.1	9.2	87.7	8.2	40.9	50.9	اختناق.	1
0.78	24.6	38.5	36.9	23.6	42.7	33.6	الإصابة باضطرابات رئوية.	2
0.18	13.1	34.6	52.3	10.9	46.4	42.7	تناول المواد السامة مثل الرصاص أو الزئبق.	3
0.07	13.1	32.3	54.6	9.1	46.4	44.5	استنشاق للغازات السامة مثل أول أكسيد الكربون.	4
0.01	25.4	30.0	44.6	10.9	33.6	55.5	الغرق.	5
0.01	43.1	33.8	23.1	28.2	35.5	36.4	انخفاض مستوى السكر في الدم.	6
0.05	3.1	16.9	80.0	3.6	30.0	66.4	السقوط من أماكن مرتفعة .	7
0.29	7.7	30.8	61.5	8.2	40.0	51.8	الحوادث المنزلية المختلفة	8
0.01	4.6	16.9	78.5	9.1	30.0	60.9	حوادث السيارات.	9
0.52	17.7	46.9	35.4	12.7	47.0	40.0	العقاب البدني العنيف.	10

جدول (11)

المتوسطات والانحراف المعياري لمعرفة عينة البحث بأسباب الشلل الدماغي بين الأطفال

الترتيب	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوعي
1	السقوط من أماكن مرتفعة .	2.7	0.53	مرتفع
2	اختناق.	2.65	0.58	مرتفع
3	حوادث السيارات.	2.64	0.61	مرتفع
4	التفاف الحبل السري حول عنق الجنين.	2.6	0.67	مرتفع
5	الحوادث المنزلية المختلفة	2.49	0.64	مرتفع
6	الإصابة بالحصبة الألمانية .	2.47	0.75	مرتفع
7	استنشاق الغازات السامة مثل أول أكسيد الكربون.	2.39	0.68	مرتفع
8	تناول العناصر الثقيلة السامة مثل الرصاص أو الزئبق.	2.36	0.69	مرتفع
9	انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب.	2.33	0.75	متوسط
10	استخدام العقاقير المخدرة أثناء الولادة	2.33	0.76	متوسط
11	الغرق	2.31	0.77	متوسط
12	تسمم الحمل .	2.29	0.78	متوسط
13	العقاب البدني العنيف.	2.22	0.70	متوسط
14	الاضطرابات رئوية.	2.11	0.77	متوسط
15	فقر الدم.	1.98	0.79	متوسط
16	تضخم الغدة الدرقية .	1.95	0.73	متوسط
17	التعرض إلى اضطرابات القلب	1.93	0.75	متوسط
18	الإصابة بالسكري .	1.93	0.77	متوسط
19	انخفاض مستوى السكر في الدم.	1.93	0.81	متوسط
20	المعاناة من اضطرابات الربو الشديد .	1.89	0.79	متوسط
21	الولادة القيصرية.	1.64	0.76	منخفض

رابعاً : المعرفة والوعي والسلوك الغذائي

لتحقيق الهدف الثالث والذي ينص على : تقييم الوعي والسلوك الغذائي الذي يمكن أن تتبناه طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة ام القرى في إطعام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. أظهرت النتائج أن وعي المشاركات في الدراسة كان مرتفعاً بمتوسط (2.46 ± 0.48 درجة ) ويفروق معنوية لصالح طالبات التربية الأسرية وذلك لارتفاع نسب المترددات في الإجابة على أسئلة المقياس ، حيث بلغ متوسط درجات طالبات التربية الأسرية (2.28 ± 0.14 درجة ) في مقابل (2.16 ± 0.28 درجة ) لطالبات التربية الخاصة.

أكدت المشاركات على ضرورة التدخل المبكر للمصابين بالشلل الدماغي والمشاورة مع الوالدين عند إقرار الخطة العلاجية لهم (جدول 12 ، 13) حيث حصلت على المركز الأول بنسبة (81.8% ، 95.4%) بين المشاركات من التربية الأسرية والخاصة على التوالي ، ومتوسط عام قدره (2.88 ± 0.38 درجة ) يليه في المركز الثاني ضرورة التنوع في مكونات الوجبة الغذائية ؛ لكي يحصل على جميع العناصر الغذائية بمتوسط (2.78 ± 0.47) وبنسبة (70.9% ، 89.2%) بين المشاركات من التربية الأسرية والخاصة على التوالي . ثم إظهار الخواص الحسية للطعام مثل (اللون والطعم والنكهة) لزيادة شهيته بنسبة (74.5% ، 72.3%) وبدون فروق معنوية ، مع أهمية أنه يجب الاهتمام بالأطعمة المفضلة له بنسبة (66.4% ، 64.6%).

ولأهمية قوام الأطعمة التي تقدم لتلك الفئة للتقليل من مشاكل المضغ والبلع فقد أشارت ( 64.5% ، 72.3% ) ، إلى أن احتياجه لها يعتمد على شدة الإصابة. وبمتوسط (0.59±2.63)

عند التخطيط لوجبة غذائية مناسبة للمعاقين بالشلل الدماغي يجب أن يوضع في الاعتبار مدى توفيرها للاحتياجات الغذائية له والتي عادة ما تكون مماثلة للطفل العادي إضافة إلى قبولها بين أفراد الأسرة ، وقد ظهر من النتائج أن تلك الجزئية حصلت على مستوى واعي متوسط حيث تبين أن متوسط الدرجات بلغ (0.79 ±2.12) درجة وبنسبة موافقة (44.5% ، 31.5%) للمشاركات بالتربية الأسرية والخاصة على التوالي .

### جدول (12)

النسبة المئوية لاستجابات المشاركات في المعرفة والوعي الغذائي لاحتياجات طفل الشلل الدماغي

مستوى الدلالة	التربية الخاصة			التربية الأسرية			العبارة	م
	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق		
0.000	42.3	26.2	31.5	5.5	50.0	44.5	احتياجه من العناصر الغذائية مماثلاً للطفل الطبيعي.	1
0.003	8.5	25.4	66.2	7.3	46.4	46.4	احتياجه من الطاقة يختلف عن الطفل الطبيعي.	2
0.002	1.5	3.1	95.4	1.8	16.4	81.8	احتياجه للتدخل المبكر للتقييم الغذائي والمشاورة مع الوالدين.	3
0.000	37.7	24.6	37.7	14.5	35.5	50.0	احتياجه أن تكون الوجبة الغذائية مقبولة لدى أفراد الأسرة.	4
0.86	3.1	24.6	72.3	3.6	21.8	74.5	احتياجه لإظهار الخواص الحسية للطعام مثل (اللون والطعم والنكهة) لزيادة الشهية .	5
0.002	1.5	9.2	89.2	3.6	25.5	70.9	احتياجه لتنوع في مكونات الوجبة الغذائية	6
0.000	3.1	10.8	86.2	21.8	51.8	26.4	احتياجه أن يكون قوام الطعام شبه صلب.	7
0.005	10.0	35.4	54.6	5.5	56.4	38.2	احتياجه أن يكون قوام الطعام شبه لين.	8
0.000	3.8	28.5	67.7	3.6	60.0	36.4	احتياجه أن يكون قوام الطعام شبه سائل.	9
0.006	8.5	19.2	72.3	1.8	33.6	64.5	احتياجه أن يكون قوام الطعام حسب شدة الإصابة.	10
0.02	4.6	30.8	64.6	0.0	33.6	66.4	احتياجه للاهتمام بالأطعمة المفضلة لديه.	11
0.02	4.6	27.7	67.7	0.0	30.0	70.0	احتياجه لمراعاة اختلاف النكهة في الوجبة الواحدة.	12

### جدول ( 13 )

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المشاركات في المعرفة  
والوعي الغذائي لاحتياجات طفل الشلل الدماغي

الترتيب	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	احتياجه للتدخل المبكر للتقييم الغذائي والمشورة مع الوالدين.	2.88	0.38	مرتفع
2	يحتاج إلى التنوع في مكونات الوجبة الغذائية	2.78	0.47	مرتفع
3	يحتاج إلى إظهار الخواص الحسية للطعام مثل (اللون والطعم والنكهة) لزيادة الشهية	2.7	0.53	مرتفع
4	يحتاج إلى مراعاة اختلاف النكهة في الوجبة الواحدة.	2.66	0.52	مرتفع
5	يحتاج إلى الاهتمام بالأطعمة المفضلة لديه.	2.63	0.53	مرتفع
6	يحتاج أن يكون قوام الطعام حسب شدة الإصابة.	2.63	0.59	مرتفع
7	يفضل طفل الشلل الدماغي أن يكون قوام الطعام شبه سائل.	2.5	0.57	مرتفع
8	احتياجه من الطاقة يختلف عن الطفل الطبيعي.	2.49	0.64	مرتفع
9	يحتاج أن يكون قوام الطعام شبه لين.	2.39	0.63	مرتفع
10	احتياجه ان تكون الوجبة الغذائية مقبولة لدى أفراد الأسرة	2.16	0.83	متوسط
11	احتياجه من العناصر الغذائية مماثلاً للطفل الطبيعي.	2.12	0.79	متوسط
12	يحتاج أن يكون قوام الطعام شبه صلب.	1.53	0.70	منخفض

تعد المعرفة بخصائص وسلوك طفل الشلل الدماغي أحد العوامل المؤثرة في نموه وتطوره لما يعانيه من مشاكل في القضم والمضغ والبلع وشلل في عضلات الوجه والفكين لذا أشارت (93.1% ، 56.4%) من المشاركات بالتربية الخاصة والأسرية على التوالي أن عدم القدرة على القضم أو المضغ أو المص يؤثر على تناول الأغذية. وبفروق معنوية وقد يرجع ذلك إلى أن طالبات التربية الأسرية لديهن إمام بحكم تخصصهن في كيفية التغلب على تلك المشكلة في إيجاد بدائل غذائية للتغلب عليها ، كما لوحظ أن (35.5% ، 40.8%) من المشاركات بالتربية الأسرية والخاصة على التوالي أجمعن على استعدادهن لاستخدام وسائل لمساعدته في التلقيم والبلع. وتبين من النتائج عامة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح استجابات التربية الخاصة في كيفية التعامل مع المعاق أثناء تناوله للطعام مما يشير إلى ارتفاع الوعي بين طالبات التربية الخاصة بسلوك الطفل ومن ثم معرفتهن كيفية التعامل معه. و جدول ( 14 ) يوضح ذلك :-

جدول (14)



النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث في كيفية التعامل مع طفل الشلل الدماغي أثناء تناول الطعام

م	العبارة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد
1	عدم القدرة على القضم أو المضغ أو المص يؤثر على تناول الأغذية.	56.4	43.6	0.0	93.1	6.9	0.0
2	الاستعداد لاستخدام وسائل لمساعدته في التلقين والبلع.	35.5	56.4	8.2	40.8	44.6	14.6
3	الانتباه عند إطعام نفسه.	21.8	46.4	31.8	48.5	38.5	13.1
4	إبعاد ما يشغله وقت إطعامه.	72.7	25.5	1.8	80.8	16.9	2.3
5	يرفض تغيير نوعية طعامه.	13.6	50.0	36.4	30.8	49.2	20.0
6	تشجيعه على تناول الأطعمة المتنوعة.	67.3	27.3	5.5	81.5	16.2	2.3
7	إعطاءه الوقت الكافي لتناول وجبته.	82.7	15.5	1.8	87.7	10.0	2.3
8	تقليل التغييرات المزاجية أثناء تناوله طعامه.	65.5	34.5	0.0	79.2	18.5	2.3
9	امتناعه عن الطعام إذا فرض عليه أنواع معينة من الأطعمة.	52.7	47.3	0.0	51.5	39.2	9.2

يظهر جدول (15) الممارسات المتوقعة لعينة البحث في حال رفضه للطعام المقدم فقد أشارت (43.6% ، 76.2%) وبفروق معنوية إلى استخدام وسيلة الترغيب واللين عند رفضه للطعام ، بينما نفت (57.3% ، 97.7%) استخدام أسلوب الضرب والإيذاء الجسدي وبفروق معنوية لصالح طالبات التربية الخاصة ، واتضح أنه لا يتم تركه وعدم الاهتمام بأمره عند رفضه للطعام المقدم له وبنسبة (90.8% ، 30%) وبفروق ذات دلالة إحصائية لصالح التربية الخاصة ، كما أظهرت النتائج أن تلك الممارسات ذات مستوى منخفض مما يشير إلى تفهم المشاركات بما يعانيه المعاق نتيجة إصابته. وأظهرت النتائج غير المجدولة نفي (80.8% ، 27.3%) أنها تلي رغبة الطفل اتقاء لبيكائه عند إصراره على تناول طعام واحد .

جدول (15)

النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث للممارسات المتوقعة لعينة البحث في حال رفض طفل الشلل الدماغي الطعام المقدم

م	العبارة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد
1	يتترك لا يهتم لأمره المقدم له.	22.7	47.3	30.0	3.1	6.2	90.8
2	يتم إجباره على تناوله.	18.2	40.9	40.9	3.1	29.2	67.7
3	يتم استعمال وسيلة الترغيب واللين.	43.6	43.6	12.7	76.2	20.8	3.1
4	يتم استخدام أسلوب الضرب.	23.6	19.1	57.3	0.8	1.5	97.7

يتبين من جدول (16) وجود تباين في الممارسات التي سوف تتبعها المشاركات في أوقات إطعام الطفل فقد نفت (53.8%) في مقابل (20%) من المشاركات بالتربية الخاصة والأسرية على التوالي أن يقدم الطعام في أي وقت وبفروق ذات دلالة إحصائية لصالح التربية الخاصة ، كما لوحظ ارتفاع نسبة المترددات عامة في تلك الممارسات وقد يرجع ذلك إلى عدم ممارستهم الفعلية في إطعام تلك الفئة بصفة عامة.

جدول (16) النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث للممارسات والسلوك الغذائي المتوقع في أوقات تناول طعام طفل الشلل الدماغي

م	العبارة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	متردد	لا أوافق	أوافق	متردد	لا أوافق
1	في أي وقت.	25.5	54.5	20.0	9.2	36.9	53.8
2	في وقت محدد .	42.7	31.8	25.5	74.6	20.8	4.6
3	في مكان محدد .	24.5	54.5	20.9	20.0	47.7	32.3
4	عندما يشعر بالجوع.	31.8	60.9	7.3	52.3	40.8	6.9
5	عند الرغبة في إسكاته.	18.2	52.7	29.1	2.3	12.3	85.4
6	بمفرده.	24.5	52.7	22.7	54.6	35.4	10.0
7	مع أفراد العائلة.	50.9	40.0	9.1	67.7	30.0	2.3
8	مع الخادمة أو المربية.	23.6	35.5	40.9	13.8	37.7	48.5

كما أظهرت النتائج غير المجدولة أن مستوى الوعي للمشاركات كان متوسطا بمتوسط  $(2.13 \pm 0.23)$  وبفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.000) لصالح المشاركات من التربية الأسرية ، حيث ارتفع متوسط الدرجات بين طالبات التربية الأسرية  $(2.28 \pm 0.28)$  مقارنة بين طالبات التربية الخاصة  $(2.16 \pm 0.14)$  . وهذا يرجع إلى ارتفاع نسبة المترددات في الإجابة على أسئلة المقياس .

جدول ( 17 ) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة البحث للممارسات والسلوك الغذائي المتوقع في أوقات تناول طعام طفل الشلل الدماغي

الترتيب	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوعي
1	اعطاه الوقت الكافي لتناول وجبته.	2.83	0.43	مرتفع
2	عدم القدرة على القضم أو المضغ أو المص مما يؤثر على تناول الأغذية.	2.76	0.43	مرتفع
3	إبعاد ما يشغله وقت إطعامه.	2.75	0.48	مرتفع
4	يجب تقليل التغيرات المزاجية أثناء تناوله طعامه.	2.72	0.48	مرتفع
5	تشجيعه على تناول الأطعمة المتنوعة.	2.71	0.53	مرتفع
6	مع أفراد العائلة.	2.55	0.60	مرتفع
7	يتم استعمال وسيلة الترغيب والدلع.	2.54	0.63	مرتفع
8	امتناعه عن الطعام إذا فرض عليه أنواع معينة من الأطعمة.	2.47	0.59	مرتفع
9	في وقت محدد .	2.46	0.73	مرتفع
10	عندما يشعر بالجوع.	2.36	0.61	مرتفع
11	الاستعداد لاستخدام وسيلة للمساعدة للتقييم والبلع.	2.27	0.66	متوسط
12	بمفرده.	2.25	0.71	متوسط
13	عدم رغبته تغيير نوعية طعامه.	2.05	0.71	متوسط
14	في مكان محدد .	1.95	0.70	متوسط
15	الانتباه عند اطعام نفسه.	1.85	0.75	متوسط
16	في أي وقت.	1.78	0.71	متوسط
17	مع الخادمة أو المربية.	1.73	0.75	متوسط
18	تتلى رغبته انقاء لبيكاته.	1.56	0.71	منخفض
19	يتم إجباره على تناوله.	1.55	0.67	منخفض
20	عند الرغبة في إسكاته.	1.5	0.67	منخفض
21	يترك لا يهتم لأمره المقدم له.	1.49	0.70	منخفض
22	يستخدم أسلوب الترغيب.	1.35	0.58	منخفض
23	يتم استخدام أسلوب الضرب.	1.32	0.67	منخفض

### خامسا : طرق الإطعام:

لتحقيق الهدف الرابع من الدراسة والذي ينص على قياس المعرفة بطرق الإطعام الصحيحة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي بين طالبات التربية الخاصة ، والتربية الأسرية بجامعة ام القرى ، اتضح من النتائج أن مستوى وعي المشاركات متوسطا وبفروق دالة إحصائية (0.000) لصالح طالبات التربية الأسرية حيث بلغ متوسط الدرجات (2.34 ± 0.26 ) في مقابل (2.21 ± 0.17) للمشاركات من التربية الخاصة .

لتتعرف على ما يجب القيام به عند إطعام طفل الشلل الدماغي ظهر من جدول (18) حرص واهتمام عينة الدراسة نحو الانتباه إلى وضع الجسم والرأس والحوض والأطراف وجلوسه بطريقة صحيحة. حيث أكدت ( 94.6% ) من المشاركات بالتربية الخاصة على ذلك في حين انخفضت النسبة إلى ( 69.1 % ) بين المشاركات بالتربية الأسرية وبفروق ذات دلالة إحصائية ( 0.000) . ثم استخدام أدوات إطعام مناسبة مصنوعة من الورق والبلاستيك المقوى وكانت استجابات العينة بفروق ذات دلالة إحصائية لصالح طالبات التربية الخاصة (0.01)

ولمعرفة مواصفات أدوات الإطعام المناسبة لطفل الشلل الدماغي تبين من جدول (19) ارتفاع نسبة المشاركات في أن تكون الأكواب والأطباق غير قابلة للكسر وذات قواعد ثقيلة كي تظل ثابتة ولا تنسكب محتوياتها حيث بلغت نسبة موافقتهم ( 70% ، 80.8% ) بين المشاركات بالتربية الأسرية والخاصة على التوالي وبفروق ذات دلالة إحصائية (0.002) لصالح طالبات التربية الخاصة ، وأشارت ( 55.5% ، 54.6% ) إلى ضرورة أن تكون تلك الأطباق مثبتة بمطاط مفرغ .

تباينت آراء المشاركات في مواصفات الكوب المستخدم فاخترت (70%) من طالبات التربية الأسرية أن الكوب المستخدم بغطاء (صورة 3) في حين رأت (78.5% ) من طالبات التربية الخاصة ضرورة استخدام الكوب بيدتين (صورة 4) وبفروق دالة إحصائية ، كما أوضحت (66.4% ) من عينة التربية الأسرية بأن مواصفات الملعقة/الشوكة المزودة بماسك اليد (صورة 7) تعد أحد وسائل الإطعام لتلك الفئة - بينما ارتفعت نسبة الموافقة إلى (83.8% ) بين طالبات التربية الخاصة وبفروق دالة إحصائية، ونفت (38.2%) من المشاركات من التربية الأسرية تفضيلها للسكين المتأرجحة (صورة 5) في حين ارتفعت النسبة إلى (66.2%) بين طالبات التربية الخاصة ، وفضلت المشاركات من التربية الأسرية بنسبة (35.5%) استخدام السكين ذات العجلة في مقابل ( 23.1% ) من المشاركات بالتربية الخاصة وبفروق معنوية (جدول ، 19).

تعد المعرفة بالوضع والمستوى الصحيح لمن يقوم بإطعام المعاق عاملا هاما في وقاية المعاق بالشلل الدماغي من العديد من الأمراض وعدم تعرضه للاختناق نتيجة بلع الطعام ، وقد ظهر من النتائج اختيار الصورة (10) كأفضل وضعية يتم من خلالها إطعام الطفل وبنسبة (74.5% ، 80%) بين المشاركات من التربية الأسرية والخاصة على التوالي وبفروق ذات دلالة إحصائية لصالح طالبات التربية الخاصة ، كما لوحظ ارتفاع نسبة موافقة عينة البحث على اختيار الصورة (16) وبنسبة (66.3% ، 94.6%) كوضعية مناسبة لجذع ورأس طفل الشلل الدماغي بين المشاركات بالتربية الأسرية والخاصة على التوالي (جدول 20 ، 21).

عموما تأكد من الجدول (21) حصول الصورة (16) والتي ترمز إلى الجلوس الصحيح عند إطعام المعاق على أعلى استجابة بمتوسط ( 2.86 ± 2.36 ) وبفروق دالة إحصائية

على المرتبة الأولى ، يليه ضرورة الانتباه إلى وضع الجسم والرأس والحوض والأطراف بطريقة صحيحة. بمتوسط  $(0.41 \pm 2.82)$  وبمعدل استجابة مرتفع .

جدول ( 18 ) النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث نحو ما يجب مراعاته عن إطعام طفل بالشلل الدماغي

مستوى الدلالة	التربية الخاصة			التربية الأسرية			العبارة	م
	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق		
0.10	6.2	17.7	76.2	6.4	29.1	64.5	استخدام أدوات طعام مناسبة من الورق والبلاستيك المقوى	1
0.000	صفر	5.4	94.6	1.8	29.1	69.1	الانتباه إلى وضع الجسم والرأس والحوض والأطراف بطريقة صحيحة.	2
0.000	6.9	23.1	70.0	37.3	37.3	25.5	مقدرته على الجلوس بدون أي إسناد له.	3
0.000	43.8	46.2	10.0	12.7	60.0	27.3	الاعتماد على الآخرين.	4
0.03	27.7	38.5	33.8	14.5	50.0	35.5	استخدام اليدين.	5

جدول (19) النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث نحو مواصفات أدوات الطعام المناسبة لإطعام طفل الشلل الدماغي

مستوى الدلالة	التربية الخاصة			التربية الأسرية			العبارة	م
	لا أوافق	متردد	أوافق	لا أوافق	متردد	أوافق		
0.002	4.6	14.6	80.8	0.000	30.0	70.0	أكواب وأطباق غير قابلة للكسر وذات قواعد ثقيلة كي تظل ثابتة ولا تنسكب محتوياتها.	1
0.000	1.5	10.8	87.7	5.5	35.5	59.1	استخدام الملعقة عند إطعامه.	2
0.002	15.4	30.0	54.6	2.7	41.8	55.5	الأطباق المثبتة بمطاط مفرغ (صورة 1)	3
0.02	16.2	26.2	57.7	9.1	41.8	49.1	الأطباق بحافة مرتفعة (صورة 2)	4
0.000	33.1	26.9	40.0	5.5	24.5	70.0	الكوب بغطاء (صورة 3)	5
0.04	7.7	13.8	78.5	3.6	25.5	70.9	الكوب بيدين (صورة 4)	6
0.000	66.2	23.1	10.8	38.2	24.5	37.3	السكين المتأرجحة (صورة 5)	7
0.01	55.4	21.5	23.1	36.4	28.2	35.5	السكين ذات العجلة (صورة 6)	8
0.000	3.8	12.3	83.8	0.000	33.6	66.4	المعلقة/الشوكة بماسك اليد (صورة 7)	9
0.008	30.0	16.9	53.1	17.3	31.8	50.9	الملاعق المتحركة (صورة 8)	10
0.03	13.8	28.5	57.7	5.5	40.0	54.5	الملاعق الخشبية الناعمة (صورة 9)	11

جدول (20) النسبة المئوية لاستجابات عينة البحث نحو الوضع والمستوى الصحيح لمن يقوم بإطعام طفل الشلل الدماغي

م	العبرة	التربية الأسرية			التربية الخاصة		
		أوافق	متردد	لا أوافق	أوافق	متردد	لا أوافق
1	(صورة 10)	74.5	23.6	1.8	80.0	11.5	8.5
2	(صورة 11)	33.6	49.1	17.3	79.2	15.4	5.4
3	(صورة 12)	39.1	48.2	12.7	83.1	10.8	6.2
4	(صورة 13)	64.5	22.7	12.7	86.2	9.2	4.6
5	(صورة 14)	57.3	38.5	8.2	69.2	19.2	11.5
6	(صورة 15)	22.7	61.8	15.5	73.1	18.5	8.5
7	(صورة 16)	77.3	22.7	0.000	94.6	4.6	0.8

جدول (21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة لطرق إطعام اطفال الشلل الدماغي

الترتيب	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الوعي
1	(صورة 16)	2.86	2.36	مرتفع
2	الانتباه إلى وضع الجسم ورأس والحوض والأطراف بطريقة صحيحة.	2.82	0.41	مرتفع
3	أكواب وأطباق غير قابلة للكسر وذات قواعد ثقيلة كي تظل ثابتة ولا تنسكب محتوياتها.	2.73	0.50	مرتفع
4	(صورة 10)	2.72	0.57	مرتفع
5	استخدام الملعقة عند إطعامه.	2.73	0.52	مرتفع
6	الكوب بيدين (صورة 4)	2.69	0.58	مرتفع
7	الملعقة/الشوكة بماسك اليد (صورة 7)	2.74	0.49	مرتفع
8	استخدام أدوات طعام مناسبة من الورق والبلاستيك المقوى .	2.65	0.60	مرتفع
9	(صورة 14)	2.54	0.67	مرتفع
10	الملاعق الخشبية الناعمة (صورة 9)	2.46	0.67	مرتفع
11	الأطباق المثبتة بمطاط مفرغ (صورة 1)	2.45	0.66	مرتفع
12	الأطباق بحافة مرتفعة (صورة 2)	2.41	0.71	مرتفع
13	الكوب بغطاء (صورة 3)	2.33	0.80	متوسط
14	الملاعق المتحركة (صورة 8)	2.28	0.83	متوسط
15	استخدام اليدين.	2.13	0.74	متوسط
16	الاعتماد على الآخرين.	1.88	0.68	متوسط
17	السكين ذات العجلة (صورة 6)	1.82	0.85	متوسط
18	السكين المتأرجحة (صورة 5)	1.7	0.82	متوسط
19	(صورة 15)	1.62	0.69	منخفض
20	مقدرته على الجلوس بدون أي إسناد له.	1.6	0.74	منخفض
21	(صورة 11)	1.53	0.68	منخفض
22	(صورة 12)	1.46	0.66	منخفض
23	(صورة 13)	1.32	0.62	منخفض

جدول ( 22 ) نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين متوسطات درجات استجابات مجتمع الدراسة حسب القسم الذي تدرس به عينة البحث

المحاور	القسم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
الأول: مستوى الوعي الصحي بالشلل الدماغي للأطفال	التربية الخاصة	130	2.61	0.20	3.26	238	0.00
	التربية الأسرية	110	2.46	0.45			
الثاني: مستوى الوعي بأسباب الإصابة بالشلل الدماغي للأطفال	التربية الخاصة	130	2.29	0.34	1.85	238	0.6
	التربية الأسرية	110	2.18	0.54			
الثالث: مستوى الوعي الغذائي لأطفال الشلل الدماغي	التربية الخاصة	130	2.16	0.14	4.34	238	0.000
	التربية الأسرية	110	2.28	0.28			
	التربية الأسرية	110	2.20	0.30			
الخامس: مستوى الوعي بطرق الإطعام الصحيحة لأطفال الشلل الدماغي	التربية الخاصة	130	1.99	0.16	5.31	238	0.00
	التربية الأسرية	110	2.13	0.25			

#### الخلاصة والتوصيات :

الشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال هو : عجز مدى الحياة ويؤدي إلى وفاة 5-10 من الأطفال خلال مراحل الطفولة المبكرة ، و معظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وبنسبة (60%) استطاعوا التحرك بدون مساعدات خارجية بينما (30%) يستخدمون الكراسي المتحركة ، و (10%) استخدموا أجهزة معينة (Novak, 2014) وقد اتضح من النتائج إمام عينة البحث بالشلل الدماغي للأطفال وخصائص المصابين به ، والمشكلات الصحية والغذائية التي تصيهم ويفروق ذات دلالة إحصائية لصالح طالبات التربية الخاصة (جدول 22)، وهذا يؤكد أن للتعليم إضافة للتخصص الدقيق دورا في التعرف على أولئك الأطفال واستكشاف خصائصهم ومن ثم التدخل المبكر للحد من المضاعفات الناتجة عن ذلك ، وهذا يستلزم عمل برامج إرشادية لتنمية الوعي بالشلل الدماغي الذي يصيب الأطفال بين طالبات الكلية عامة والتربية الأسرية على وجه الخصوص - لمساعدتهن في التعرف على المرض وكيفية التدخل المبكر خاصة وأن طالبات التربية الأسرية قد يصبحن معلمات في مدارس الدمج ، وقد يتعاملن مع تلك الشريحة من المعاقين ، أو قد يلتحقن بمؤسسات التأهيل الشامل والتي تقدم خدمات صحية وتأهيلية لهم - بحيث يحتوي البرنامج الإرشادي على مجموعة من الأنشطة والتدريبات التي تعمل على تطوير مهارتهن على رعاية الطفل المصاب بالشلل الدماغي في المجالات الاجتماعية والتربوية والصحية والغذائية ، حيث أكدت دراسة عبدالرزاق (2005) التي هدفت إلى تدريب الأمهات على التعامل مع مشكلات الإعاقة في المنزل من أجل تنمية قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة من المصابين بالشلل الدماغي على تكوين اتجاهات إيجابية لدى عينة البحث ، واكتساب الأمهات لمهارات التعامل مع مشكلات الإعاقة في المنزل ، كما أظهرت نتائج الملاحظة المباشرة تطورا في الأداء العملي للعينة أثناء تدريبهن للأطفال .

أصبح الشلل الدماغي من أكثر الأسباب المؤدية للإعاقة الحركية عند الأطفال وأن له العديد من الأسباب ، سواء الولادية أو المكتسبة وقد خلصت نتائج الدراسة إلى حصول العوامل البيئية المكتسبة كمسبب أساسي في الإصابة بالشلل الدماغي على المراتب الأولى من وجهة

نظر العينة وبدون فروق معنوية في متوسط إجاباتهن (جدول 22) وهذا يختلف عن الدراسات السابقة التي ذكرت أن العوامل الولادية تمثل 85 % من معدلات الإصابة ، وقد يرجع ذلك الى ان غالبية المترددات في الإجابة على هذا المقياس من طالبات التربية الأسرية في حين حصلت صحة الأم أثناء الحمل وإصابتها ببعض الأمراض المزمنة كالسكري وفقر الدم والنوبات الشديدة من الربو على استجابات منخفضة مما يستلزم عمل برامج صحية لطالبات كلية التربية بأهمية صحة وسلامة الأم في وقاية الجنين من الإصابة بالشلل الدماغي أثناء مرحلة الحمل .

تعتبر السنوات الخمس من عمر الطفل من الفترات النمائية الحرجة التي تؤثر في استجابته لخبرات التعلم واكتساب الكثير من المهارات والسلوكيات ، وأن برامج التدخل السريع التي تهدف إلى تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية ، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية من شأنها مساعدته على النمو والتعلم ، وتعمل على تفادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تنترتب على ما يعانيه الطفل من خلل يحدث قبل المدرسة (القحطاني، 2018) كما يوضح الكواري (2017) أن هناك حالات كثيرة من ذوي الإعاقة تتحسن حالتهم بالأنظمة الغذائية ، وعند اتباع الأسرة لنظام غذائي فسوف نتخطى الكثير من المشاكل التي قد تواجهه وهذا يتفق مع نتائج الدراسة حيث أكدت المشاركات على أهمية التدخل المبكر وضرورة مشاركة الوالدين في الخطة العلاجية الغذائية له مع أهمية توفير الأطعمة المفضلة لديه ومراعاة قوامها ، ومشاركة أفراد الأسرة في قبول الوجبات المقدمة له ، وأن هناك العديد من الأساليب التي يتوقع من المشاركات استخدامها في التعامل مع المعاق بالشلل الدماغي للتقليل من الآثار الناتجة من تلك الإعاقة .

يواجه المعاق بالشلل الدماغي صعوبات في التغذية والإطعام الذاتي وقت يستغرق تناول الوجبة مزيدا من الوقت والجهد كما يتسرب الطعام من فمه أثناء تناوله ، لذا يستلزم العديد من التدخلات من خلال استخدام أدوات تناول طعام مخصصة وبوصفات معينة للتقليل من تسرب الطعام وتسهيل تناوله بسرعة كافية ، وأنه يمكن الحصول عليها من المتاجر الكبيرة المخصصة لبيع أدوات المائدة ، إضافة إلى أن جلوس المعاق بطريقة سليمة تقلل من الآثار الناتجة أثناء البلع ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركات من قسم التربية الأسرية ارتفع بينهن مستوى المعرفة والوعي بأدوات وطرق الإطعام للمعاق بالشلل الدماغي وقد يرجع ذلك إلى طبيعة تخصصهن الدراسي .

**المراجع :**

- التوم من الله , آمنه صلاح – سليمان , سميح جعفر حمدي , مضوي , مضوي علي , دفع الله , حامد السيد ( 2018 ) : "أثر برنامج التمرينات العلاجية في الماء لتأهيل أطراف المصابين بالشلل الدماغي التشنجي من (3-13) سنة بولاية الخرطوم" , عمادة البحث العلمي, جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ,مجلد (19) , عدد (2) 14-1 .
- الحصين , عائشة بنت ابراهيم سالم (2011): " تقييم الحالة الغذائية للأطفال ذوي فرط النشاط وتشنت الانتباه" رساله ماجستير مقدمه الى قسم التغذية وعلوم الأطعمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي: تخصص تغذية تطبيقية , مكة المكرمة , المملكة العربية السعودية.
- الحلي , سماح احسان طه (2017) : " دور الادارة المدرسية في تنمية الوعي الصحي لدى طلبتها بمدارس وكالة الغوث الدولية بمحافظة غزه وسبل تفعيله" رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير من كلية التربية , قسم أصول التربية , ادارة تربوية من الجامعة الاسلامية , غزة.
- الخطيب , جمال (2018) : "مقدمه في الاعاقات الجسمية والصحية" كليه العلوم التربوية , دار الشروق , الجامعة الأردنية.
- السرطاوي , عبد العزيز – الصمادي , جميل (2018): " الاعاقات الجسمية والصحية" دار الفكر.
- الغزالي محمد نجاتي محمد (2014): "تغذية المعاقين" دار عالم الكتب, كليه الزراعة جامعة أسوان , جمهورية مصر العربية.
- القحطاني , هنادي حسين آل هادي (2018) : " أثر برنامج تدخل مبكر في كل من الانتباه المشترك وبعض المهارات اللغوية لدى ذوي الاعاقات المتعددة" كلية التربية , جامعة الأزهر , جمهورية مصر العربية , مجلد (180) عدد (2-1) 352-304 .
- الكواري , اليازي (2017) " التغذية لذوي الإعاقة " [http://www.qsrn.org/press/content\\_news.aspx](http://www.qsrn.org/press/content_news.aspx)
- المدني, خالد بن علي (2015أ): "العلاج الغذائي – لذوي الإعاقة العقلية والبدنية" دار المدني بجده الطبعة الثانية, جده – المملكة العربية السعودية.
- المدني , خالد بن علي (2015ب): "دليل اطعام ذوي الاعاقة" دار مدني بجده , الطبعة الثانية , جده – المملكة العربية السعودية.
- الناصرى , ابتهاج عبيد يحي (2008): " وعي الامهات بتغذية اطفالهن المصابين بفقر الدم المنجلي والبيتاثلثاسيميا في مدينه جده " بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التغذية وعلوم الأطعمة : تخصص تغذية تطبيقية , جامعه الملك عبد العزيز , جده.
- اللهيبي, نادية بنت عبدالرحمن بن صويلح ( ٢٠٠٩ ) : " فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد " رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي كلية التربية للاقتصاد المنزلي بمكة المكرمة جامعة أم القرى قسم : التغذية وعلوم الأطعمة تخصص تغذية تطبيقية, مكة المكرمة.
- أبو حطب, شاكر يوسف سليمان (2003): "تقييم خدمات العلاج الطبيعي لحالات الشلل الدماغي في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة الأردنية " " رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير, تخصص : التربية الخاصة قسم علم النفس والارشاد



- والتربية الخاصة, كلية الدراسات التربوية العليا, جامعة عمان العربية للدراسات العليا, الأردن.
- برايح , عامر- عمراني , آمال - تواتي , حياه (2018): "علاج اضطراب النطق عن طريق الحركات الفموية لدى الاطفال ذوي الاعاقة الحركية الدماغية" مجلة دراسات وابحاث , جامعة الجلفة عدد (33) ص(582-594).
- زيادات , عايد (2004) : " فاعليه برنامج تدريبي في التأهيل الحركي للأطفال ذوي الشلل الدماغي وأثره على الاتجاه نحو التعلم " رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص التربية الخاصة, قسم التربية الخاصة , كلية الدراسات التربوية العليا, جامعة عمان العربية, الأردن.
- صحيفة مكة السبت 22 ربيع الثاني 1435 - 22 فبراير 2014  
<https://makkahnewspaper.com/article/13590>
- عبد الرازق، عفاف . ( 2005 ) تجربة كاريناس مصر (التدخل المبكر من خلال المجموعات الصغيرة ) بحث مقدم إلى المؤتمر العربي الثاني، " الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية ." القاهرة، مصر.
- عبد الفتاح , حسين أحمد (2015): " دراسة وعي الفونولوجي وما يترتب عليه من اضطرابات النطق والكلام لدى عينة من المراهقين ذوي التوحد ومتلازمة دون والشلل الدماغي ممن يعانون الإعاقة العقلية" المجلة التربوية الدولية المتخصصة , دار سمات للدراسات والابحاث, مجلد (4) عدد (6) ص(145-166).
- عبد المعطي , حسن (2016): " فسيولوجيا الإعاقة " دار الزهراء , الطبعة الثالثة , الرياض. عقل , موفق محمود عبد الفتاح (2012) : " نوعية الحياه لدى أسر الاطفال ذوي الشلل الدماغي " رسالة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير, تخصص : التربية الخاصة , كلية العلوم التربوية والنفسية , جامعة عمان العربية , الأردن.
- محمد , فاديه عبد الله حاج الملك , أحمد , حسين عبد الله (2015): " فعالية برامج التأهيل النفسي في تنمية المهارات الحركية واللغوية لدى أطفال الشلل الدماغي: دراسة في مراكز التأهيل في ولاية الخرطوم , رسالة ماجستير , كلية الآداب , جامعة أم درمان الإسلامية , السودان , ص(1-152).
- نافع , أميره علي جابر عواد (2016) : " العلاقة بين ممارسه العلاج الأسري والتخفيف من حده الضغوط الأسرية لأمهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي " مجله الخدمة الاجتماعية , الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين, جمهورية مصر العربية , العدد (55) ص(205-241).

وزارة الصحة <https://www.moh.gov.sa /Health Awareness /Educational>

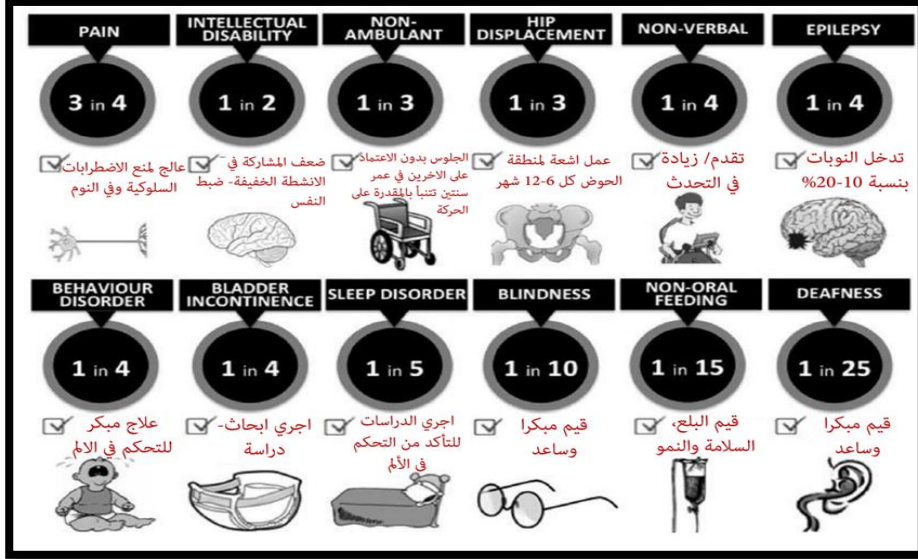
[Content/](#)

Adams, M.; Khan, N.; Begum, S. A.; Wirz, S.; Hesketh, T.; and Pring, T. (2011): Feeding difficulties in children with cerebral palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. *Child: care, health and development*, 38(6), 878-88. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01327.x.

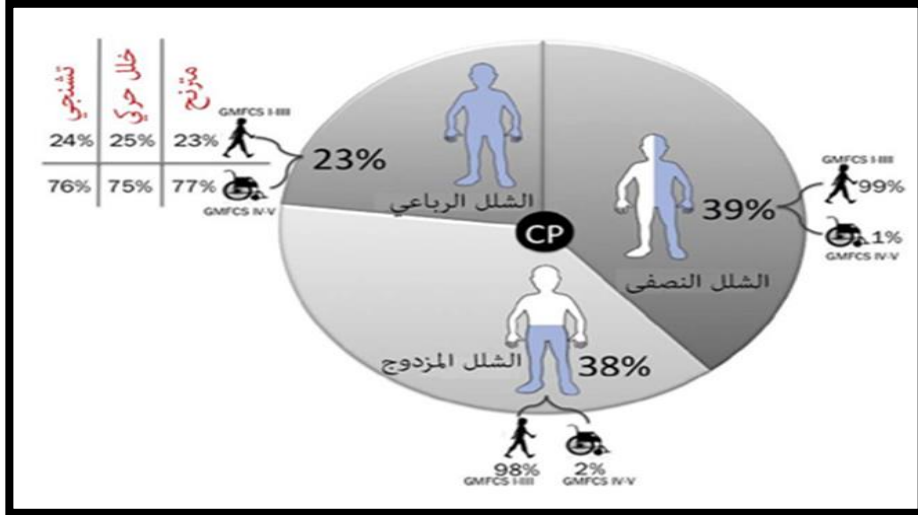
Donna Redford (2012 ) : A qualitative analysis into children experience of living with cerebral palsy, university of Glasgow, vol 1,.

- Cardoso, A.; De Medeiros, M.; Gomes, L., Martins, M.; Padilha, W.; and Cavalcanti, A; (2018): Factors associated with health and oral health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy. *Special Care Dentistry*, 38, 216–226.
- Goodwin, J.; Colver, A.; Basu, A.; Crombie, S.; Howel, D.; Parr, J.; Mccoll, E.; Kolehmainen, N.; Roberts, A. and Lecouturier, J.; Smith, J.; Miller, K.; and Cadwgan, J. (2017): Understanding frames: A UK survey of parents and professionals regarding the use of standing frames for children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 44(2), 195-202. DOI: 10.1111/cch.12505.
- Malas, K.; Trudeau, N.; Chagnon, M.; and McFarland, D. (2015): Feeding–swallowing difficulties in children later diagnosed with language impairment. *Developmental medicine and child neurology*, 57(9), 872-879. DOI: 10.1111/dmcn.12749
- Michalska, A.; Markowska, M.; Śliwiński, Z.; and Pogorzelska, J. (2018): Quality of life in children and young people with tetraplegic cerebral palsy. *Medical Studies*, 34(2), 112–119. DOI: 10.5114/ms.2018.76871.
- Neshat , Z;(2013): Cerebral palsy, InnovAiTVVolume: 7 issue: 8, page(s): 484-492.
- Novak (2014):"Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy. *J Child Neurol*;29(8):1141-56.
- Roon, D.; and Steenbergen, B. (2006): The use of ergonomic spoons by people with cerebral palsy: Effects on food spilling and movement kinematics. *Developmental medicine and child neurology*, 48(11), 888-91. DOI: 10.1017/S0012162206001940.
- Sedky, N. (2018): Assessment of oral and dental health status in children with cerebral palsy: An exploratory study. *International journal of health sciences*, 12(1), 4-14. DOI: 10.5005/jp-journals-10031-1177.
- Zaki, N; Al Mousawi ,K.M; and Al Tameemi , G; F. H.(2012): Predictors of Outcome for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Iraqi Stroke Patients. *Iraqi Academic Scientific Journal* ,Volume: 11 Issue: 4.ISSN: 16088360. Pages: 503-509.

الملاحق



شكل (1) الامراض (الاعاقات) المصاحبة للشلل الدماغي المرجع.(Novak, 2014)

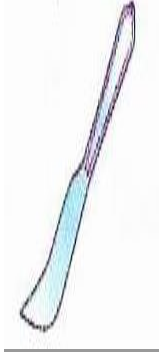


شكل (2) نسبة الشلل الدماغي من حيث طبيعة المرض وشدته.

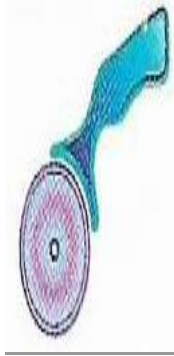
المرجع (Novak, 2014)

شكل (3) طريقة الإطعام الصحيحة.

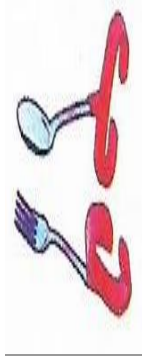
المرجع (المدني ، 2015 ب)



صورة (5)



صورة (6)



صورة (7)



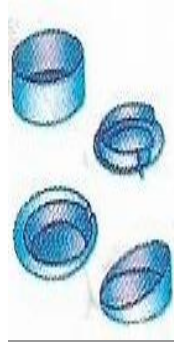
صورة (8)



صورة (9)



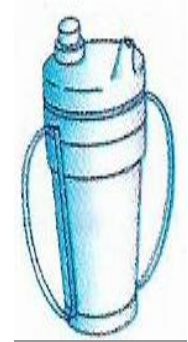
صورة (1)



صورة (2)



صورة (3)



صورة (4)

شكل (4) الأدوات المناسبة للإطعام.  
المرجع ( المدني، 2015أ)

## **Measuring Knowledge and Awareness of Health and Feeding of Children with Cerebral Palsy among Students of the College of Education: A Comparative Study**

---

### **Abstract:**

Cerebral palsy is one of the main causes of motor impairment among children. Children with cerebral palsy are enrolled in integration schools with healthy children and taught by family education teachers. The current study aims to measure knowledge and awareness of health and feeding of children with cerebral palsy among students of special education and family education at Umm Al-Qura University. The comparative descriptive approach was adopted and a questionnaire was applied to (240) students (130 special education students and 110 family education students).

The results showed that academic specialization has a positive impact on knowledge and awareness of cerebral palsy among children. Statistical analysis and t-test results demonstrated statistically significant differences in the level of knowledge and awareness of health and feeding of children with cerebral palsy, in favor of special education students. About (50%) of family education students were reluctant in responding to the questions of having knowledge of cerebral palsy symptoms. Special education students' responses showed a higher level of knowing impaired child's behavior and self-feeding difficulties. (94.6%) of special education students, compared to (69.1%) of family education students, knew the steps of feeding a child with cerebral palsy, such as adjusting body, head, pelvis and limbs posture, sitting down correctly, and using adapted feeding tools, i.e. made of reinforced paper or plastic. The study concluded that education and field of specialization play an important role in identifying children with cerebral palsy and exploring their characteristics and thus enabling early intervention to reduce its complications. It recommends developing mentoring programs to raise awareness of children with cerebral palsy, concerning its symptoms and importance of early intervention, among students of education, in general, and family education students, in particular.

**Keywords:** Cerebral palsy, special education, family education, health, feeding, awareness .

