الإعاقة والخدمات ذات العلاقة

العلاج الطبيعي المكثف للأطفال المصابين بتأخر النمو في السعودية

ورقة عمل مقدمة من:

عبير المطيلق، ندى البواردي، سامية قباني، هناء السبيل

20-18 مارس
2008

ملخص

تستقبل مستشفيات المملكة أعدادا كبيرة نسبيا من الأطفال المصابين بتأخر في النمو لتلقي العلاج الطبيعي. وفي مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض بالتحديد فإن نسبة المراجعين من هؤلاء الأطفال إلى عدد الأخصائيين تعتبر عالية مما يؤدي إلى لجوء الأخصائي المعالج إلى خفض جلسات العلاج إلى مدة قد تصل إلى 30 دقيقة في الأسبوع فقط. لوحظ أن ذلك من العوامل التي أدت إلى طول مدة العلاج وزيادة في عدد الأطفال على قائمة الانتظار عدا الأثر السلبي الذي انعكس على حالة الطفل وعدم الرضا عن نتائج العلاج من قبل الأهالي.

لحل هذه المشكلة أجريت دراسة تجريبية لتطبيق علاج طبيعي مكثف خلال مدة قصيرة لأطفال مصابين بشلل الدماغ. يتكون البرنامج من 3 جلسات علاجية لمدة ساعة لكل جلسة على مدار 4 – 8 أسابيع، يتم بعدها إيقاف الجلسات لمدة شهرين والذي يقوم خلالها أهل الطفل بمتابعة التدريب على المهارات المكتسبة لدى الطفل. استخدم مقياس The Gross Motor Functional Measure (GMFM) لقياس التغير في الوظائف الحركية للطفل في أول، ومنتصف، وآخر جلسة بالإضافة إلى قياسات أخرى حسب الحالة. وصل عدد الأطفال المدرجين في هذا البرنامج إلى 45 حالة ووصلت نسبة المصابين منهم بشلل الدماغ إلى 75%، أظهروا جميعا تحسن في مقياس GMFM. تم تقييم 17 من الأطفال المعالجين بعد انتهاء البرنامج بالكامل حيث حافظ 13 منهم بنفس مستوى الوظائف الحركية. إضافة لذلك تم تقييم البرنامج من قبل الأهالي خلال استبيان تم توزيعه عليهم، حيث أظهرت النتائج نسبة رضا كبيرة عن البرنامج وأثره على تحسن حالة الأطفال. تعد هذه النتائج المبدئية مشجعة وهناك خطط قائمة لدراستها باستفاضة في المستقبل القريب.

المقدمة:

تصل نسبة الإعاقة لدى الأطفال في المملكة إلى 6,33% وتشكل الإعاقة الحركية النمط الأكثر شيوعا (3%). وتشكل إصابة الطفل بشلل الدماغ من أهم العوامل التي تسبب الإعاقة الحركية (الحازمي، السويلم، الموسى،2004). ويعد العلاج الطبيعي أحد الوسائل العلاجية الرئيسة لتحسين الوظيفة الحركية لدى هؤلاء الأطفال (Steultjens et al. 2004).

ركزت الأبحاث خلال العشرين سنة الماضية على دراسة أفضل وسائل العلاج الطبيعي لحالات شلل الدماغ بأنواعه المختلفة من حيث نوع الوسائل وتكرارها. حيث بينت الدراسات فائدة كبيرة من العلاج الطبيعي المركز وقصير المدى (Trahan & Malouin 2002).

تشكل إصابات شلل الدماغ لدى الأطفال نسبة 75% من الحالات المحولة لعيادة العلاج الطبيعي الخارجية بمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض. يتضمن العلاج الطبيعي لغالبية تلك الحالات (53%) جلسة علاج طبيعي لمدة 30 دقيقة لمرة واحدة في الأسبوع، أما باقي الحالات فتحصل على جلسة واحدة لمدة 30 دقيقة كل 2-4 أسابيع وذلك نتيجة للضغط الكبير على العيادة وعدم توفر المكان أو العدد الكافي من الأخصائيات لاستيعاب تلك الأعداد. نتج عن ذلك عدم الرضا من قبل أهالي الأطفال أو من قبل الأخصائيات المعالجات نظرا لقلة الجلسات من حيث العدد والمدة، حيث أن الجلسة لا تكفي لتقييم حالة الأطفال بالشكل الكافي أو تطبيق العلاج أو تدريب الأهالي على الطرق السليمة للتعامل مع حالة الطفل.

لهذه الأسباب تم إعداد برنامج علاج طبيعي مكثف لمدة قصيرة يركز على تنمية المهارات الحركية لدى الطفل وتدريب الأشخاص المكلفين بالعناية بالطفل (الأهل) على تطبيق التمارين في المنزل. وتهدف هذه الدراسة إلى استطلاع أثر هذا البرنامج على تحسين المهارات الحركية لدى الأطفال وتحسين أداء قسم العلاج الطبيعي.

مواد وطرق الدراسة:

هذه دراسة مبدئية استطلاعية لمعرفة أثر البرنامج المكثف على الوظيفة الحركية للأطفال المصابين بشلل الدماغ والذين يعانون من إعاقات حركية ومحولين إلى العلاج الطبيعي في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض.

البرنامج العلاجي:

مدة الجلسة ساعة واحدة على مدى 4-8 أسابيع وتوقف الجلسات بعدها وتستكمل في المنزل من قبل أهل الطفل. يدرج الطفل في البرنامج مرة أخرى بعد تقييم حالته أثناء مواعيد المراجعة الاعتيادية، تقرر بعدها الأخصائية مدى حاجته للاستمرار في البرنامج المكثف أو اعادته للبرنامج الاعتيادي.

تقييم الحالات:

تم تقييم الحالات باستخدام مقياس Gross Motor Function Measure (GMFM) على مراحل: قبل البدء بالبرنامج المكثف، بعد انتهاء الجلسات المكثفة مباشرة (4-8 أسابيع بعد أول جلسة)، 4-8 أسابيع بعد الانتهاء من الجلسات المكثفة.

مجتمع الدراسة:

شملت الدراسة الأطفال المحولين للعلاج الطبيعي في مستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض الذين لديهم إعاقات حركية بسبب شلل الدماغ الولادي. بعد تقييم الحالات وشرح البرنامج للأهالي، تم ادراج الأطفال الذين أظهروا استعدادا لاكتساب مهارات حركية جديدة والذين لديهم قدرة تحمل كافية للبرنامج المكثف. إضافة لأولئك الذين أظهر أهاليهم الرغبة والاستعداد بالمشاركة بالبرنامج.

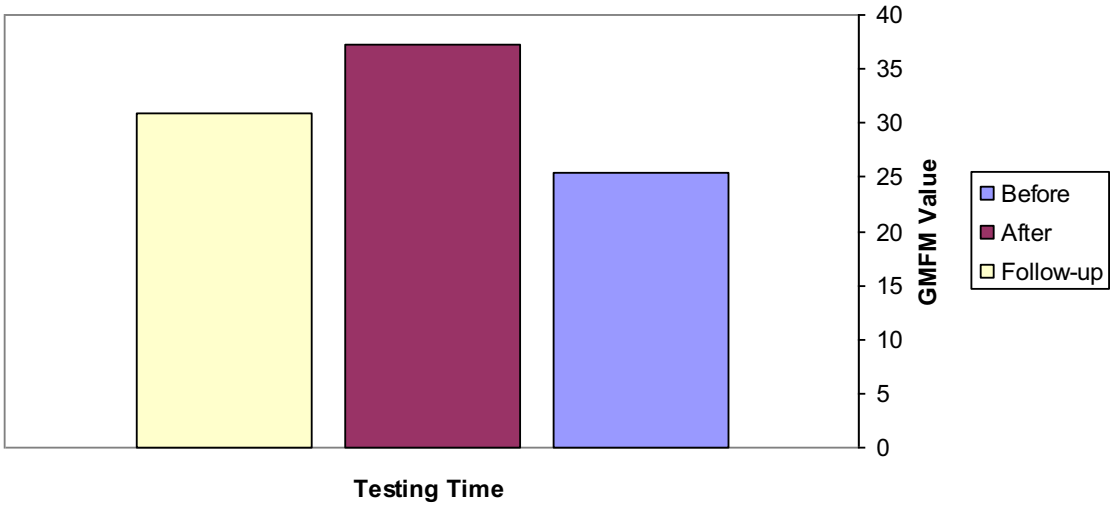
النتائج والمناقشة:

كان مجموع عدد الأطفال الذين أدرجوا في البرنامج المكثف 45 طفلا ومتوسط أعمارهم 4 سنوات (ما بين 11 و 0,7سنة). كانت النسبة الأكبر من الأطفال مصابين بشلل الأطراف السفلية التشنجي (42,5%) (جدول 1).

جدول 1: تصنيف الحالات المدرجة في البرنامج.

التصنيف	العدد	النسبة
شلل الأطراف السفلية التشنجي	20	44.44
شلل الأطراف الرباعي التشنجي	6	13.33
الشلل الارتعاشي	4	8.89
حالات أخرى	15	31.91
المجموع	45	

يبين الشكل 1 متوسط درجة الإعاقة الحركية حسب مقياس GMFM، حيث كانت قبل بداية البرنامج 25,45% وارتفعت بنسبة 11,8% بعد البرنامج مباشرة. أما في الأسابيع التي تلت البرنامج فقد استمر ارتفاع الدرجة ولكن بنسبة أقل حيث كانت نسبة التغيير بعد 4-8 اسابيع من انتهاء البرنامج 5,42%. تم إعادة ادراج 26% من الأطفال للبرنامج مرة أخرى بعد تقييمهم وذلك لانخفاض مستوى الوظيفة الحركية حسب مقياس GMFM.



شكل 1: مستوى الإعاقة الحركية حسب مقياس GMFM قبل البرنامج (العمود الأول يمين) بعد البرنامج (العمود الأوسط) و4-8 اسابيع بعد البرنامج (العمود الأخير من اليسار).

بالإضافة لذلك فقد تم استطلاع آراء الأهالي بالبرنامج من خلال سؤال مفتوح عن البرنامج، واتفقت الأغلبية على النتائج الإيجابية التي لاحظوها في حركة أطفالهم.

يتبين من هذه الدراسة الاستطلاعية المبدئية أن برنامج العلاج الطبيعي المكثف وقصير المدى يؤثر بشكل ايجابي على الأطفال من خلال التحسن الذي طرأ على مستوى الحركة لديهم. هذا التحسن انخفض قليلا أثناء فترة الاستراحة بعد العلاج المكثف إلا انه لازال نسبيا مرتفعا عن المستوى الذي كان عليه الطفل في بداية البرنامج. هذه الملاحظة تتشابه مع نتائج الدراسة التي قام بها Trahan و Malouin (2002) من حيث التحسن واستمرار يته بعد التوقف عن البرنامج. إلا أن أثر البرنامج على المدى البعيد غير معروف.

التوصيات:

- تطبيق البرنامج بشكل موسع ودراسة أثره بعيد المدى مقارنة بالطرق التقليدية للعلاج الطبيعي.
- دراسة موسعة عن أهمية تواصل الأهل (أو من يقدم العناية للطفل) مع أخصائي العلاج الطبيعي وأثر مشاركتهم في تخطيط وتنفيذ البرنامج العلاجي.

المراجع:

الحازمي، السويلم، الموسى (2004). الإعاقة بين الأطفال في المملكة العربية السعودية: معدل الانتشار، والتوزع، والأنماط، والعوامل المسببة لها. المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد العاشر، العددان4،5.

Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Lambregts BL, van den Ende CH. (2004). Occupational therapy for children with cerebral palsy: a systematic review. *Clin Rehabil*; 18(1):1-14.

Trahan J, Malouin F. (2002). Intermittent intensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a pilot study. *Dev Med Child Neurol*; 44(4):233-9