جامعة حماه
كلية التمريض
السنة الثالثة
المادة: تمريض صحة الطفل /نظري/

العنايـة التمريضية بالطفل المصـاب بمشاكل هيكليـة

Nursing Care With The Child Who Has Problems Structure

Outline

1. **الجنف .**
2. **التهاب المفاصل الرثواني الشبابي(مجهول السبب) .**
3. **خلع الورك الولادي .**
4. **الكسور :**

خطة الرعاية التمريضية للطفل المصاب بكسر بسيط .

5. **الشلل الدماغي .**

خطة الرعاية التمريضية للطفل المصاب بشلل دماغي .

6. **الضمور العضلي الشوكي المترقي لدى الولدان - داء ويردينغهوفمان .**

الجنف

Scoliosis

هو انحناء العمود الفقري (سلسلة فقرات عظام الظهر) إلى إحدى الجانبين (اليمين أو اليسار) بزاوية درجتها أكبر من **10**درجات . و يحدث عادة بعد سن **10** سنوات و لكنه ممكن الحدوث في الأطفال الرضع .

انحناءات الجنف قابلة للتقدم (زيادة درجة الانحناء) حتى عمر **25** سنة حيث يكتمل التحام نتوءات فقرات العمود الفقري في هذا السن .

أنــواع انحناءات الجنف :

نوع انحناء الجنف يصف الفقرات المشوهة من سلسلة العمود الفقري (أي الفقرات المصابة بالانحناء) ، و كذلك جهة الانحناء (أيمن أو أيسر) . **و عليه يمكن أن يكون :**

1. انحناء صدري ، أي وجود انحناء في الفقرات الصدرية ، أيمن أو أيسر .
2. انحناء صدري مزدوج ، أي وجود انحنائين في الفقرات الصدرية واحد أيمن و الآخر أيسر أو العكس . **طفل مصاب بالجنف**
3. انحناء قطني ، أي وجود انحناء في الفقرات القطنية ، أيمن أو أيسر .
4. انحناء صدري قطني أي الانحناء يشمل

فقرات صدرية و قطنية معاً ، أيمن أو أيسر .

و الجنف هو ليس انحناء بسيط إلى إحدى الجانبين فقط و لكنه يشمل كذلك دوران فقرات العمود الفقري المصابة في البعد الثلاثي بحيث يكون جسم الفقرة ناحية الجهة المحدبة للانحناء و النتوء الشوكي للفقرة ناحية الجهة المقعرة للانحناء.

تـصـنـيـف الجنف :

ينقسم الجنف إلى **نوعين أساسيين :**

1- **جنف غير بنيوي (غير عضوي)**، و هنا لا يوجد خلل في فقرات الظهر، و لكن يمكن أن يكون الانحناء نتيجة لشد عضلي أو ناتج عن انزلاق غضروفي أو التهابات .

2 -جنف بنيوي (عضوي)، و هنا يوجد خلل و تشوهات في فقرات العمود الفقري .

و ينقسم لعدة **أنواع :**

- **الجنف الغامض (غير معروف السبب)**، و يُشكل **80 - 90 %** من حالات الجنف عامة (أي أكثرها حدوثاً و انتشارا بين الناس) و غالباً يكون الانحناء فيه صدري و إلى اليمين أو اليسار .
- **الجنف الولادي (الخَلقي)** و هذا النوع يولد الطفل مصابا به ، ينجم غالبا عن شذوذ في تكون فقرات العمود الفقري .
- **الجنف العصبي العضلي**: و أسبابه تكون إما شلل في العضلات نتيجة أمراض في الأعصاب ،أو ضعف في هذه العضلات أو تكوينها (مثال الحثَل العضلي - شلل الأطفال

أعراض و علامات الجنف :

- غالباً لا يشكو مريض الجنف من أي عرض إذا كانت زاوية الانحناء صغيرة .
- الشكوى من آلام الظهر ناتجة عن الضغط على الأعصاب التي تنشأ من الحبل الشوكي المار في الفقرات المشوهة.
- التعب بسرعة أثناء بذل المجهود البدني .
- الترنح أثناء المشي .
- عدم استواء جانبي الجسم .
- ميلان الرأس جانبياً .
- إحدى الكتفين أو إحدى جانبي الحوض يكون أعلى من الآخر .
- تشوه شكل الصدر من الأمام و من الخلف بحيث يكون أحد الجانبين بارز .

التشخيص :

يتم التشخيص بالفحص السريري و الأشعة .

التدبير العلاجي :

علاج الجنف يعتمد على شدة درجة زاوية الانحناء و نوع الجنف ، مثلاً الجنف الثانوي يكون العلاج بالدرجة الأولى موجه ضد المرض المسبب للجنف . توجد علاجات تحفظية (يتم استخدام الحزام لتصحيح الانحناء) و إذا فشلت لا يوجد علاج سوى العملية الجراحية .

التهاب المفاصل الرثواني الشبابي(مجهول السبب)

Juvenile idiopathic arthritis

التهاب المفاصل الرثواني الشبابي مرض مزمن يمتاز بالتهاب المفصل المستمر، وعلامات **التهاب** المفصل **هي** الألم ، و تورم و تحدد الحركة و تيبس المفصل والذي يحدث بعد راحة طويلة وأكثر ما تحدث هذه الظاهرة في الصباح وتسمى " التيبس الصباحي" ، وهذا الالتهاب غير معروف السبب ، وتكون بداية الأعراض قبل سن السادسة عشر من العمر .

الفزيولوجيا :في الحالة الطبيعية يكون المفصل مبطنا بغشاء رقيق ويحتوى على كمية من السوائل وعند حدوث الالتهاب (مجهول السبب) يصبح هذا الغشاء ثخينا وممتلئا بالخلايا الالتهابية ، وكذلك فإن السوائل تزيد بقدر كبير مما يؤدي إلى تورم المفصل والألم بالإضافة إلى قصور في حركة المفصل.

التهاب مفاصل رثواني

أنواع التهاب المفاصل الرثواني:

1. **الالتهاب قليل المفاصل:**

يمتاز هذا النوع بتأثر أقل من خمسة مفاصل وبغياب أي من الأعراض الشاملة أو العامة ، وهو يصيب المفاصل الكبيرة مثل الركبة والكاحل . قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة في العين

(التهاب القزحية والجسم الهدبي المزمن) . هذا النوع هو من أكثر الأنواع شيوعاً (50% من الحالات) .

2. **الالتهاب متعدد المفاصل :**

يمتاز هذا النوع بتأثر خمسة مفاصل فأكثر و لا يعاني الطفل من الأعراض الشاملة العامة السابقة الذكر . وجود بعض الأجسام المضادة في الدم والتي تعرف بـ " العامل الرثياني " يساعد في التميز بين **نوعين** من هذا **الالتهاب:** العامل الرثياني الإيجابي والعامل الرثياني السلبي . وهذا النوع يمثل حوالي 35% من الحالات .

3. **التهاب المفاصل الجهازي الشامل (داء ستيل) :**

يميز هذا النوع بالإضافة إلى التهاب المفاصل وجود الأعراض الشاملة و الجهازية . ومن **أبرز الأعراض** الشاملة ارتفاع درجة الحرارة والتي غالباً ما تتزامن مع طفح جلدي أحمر يظهر خلال نوبات الحرارة ، ومن الأعراض الأخرى ألم العضلات وتضخم الكبد والطحال والغدد الليمفاوية والتهاب الغشاء المحيط بالقلب (التأمور) والتهاب الرئتين . وهذا النوع يمثل حوالي 10% من الحالات.

التشخيص :

يشخص الأطباء مرض التهاب مفاصل الأطفال مجهول السبب عندما تكون بداية المرض قبل سن السادسة عشرة من العمر وحينما يستمر التهاب المفصل أكثر من 6 أسابيع (وذلك لاستبعاد التهابات المفاصل العارضة والتي تنتج من التهابات فيروسية غالبا) .يعتمد التشخيص على المظاهر السريرية و الصور الشعاعية و العامل الرثياني و الأجسام المضادة للنواة (ANA) و عامل HLA-B27 وهناك تحاليل و فحوصات أخرى مفيدة في تقييم الالتهابات بشكل عام ومتابعة نشاط المرض ومن ذلك سرعة ترسيب كريات الدم الحمراء .

التدبير العلاجي :

إن أهداف العلاج هي الحفاظ على وظيفة المفصل و تقديم العناية الطبية الملائمة للتظاهرات خارج المفصل .

يعتمد العلاج على نقاط مختلفة :

- **المركبات المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية :** مثل الايبوبروفين أما الأسبرين وإن كان منها وهو رخيص وفعال إلا أن استخدامه الآن أصبح قليلا جداً بسبب كثرة الآثار الجانبية .
- **مركبات الكورتيزون :** تعتبر الأكثر فاعلية في علاج الالتهاب .
- **حقن المفصل بالكورتيزون .**
- **التدخل الجراحي .**
- **إعادة التأهيل :** يعتبر إعادة التأهيل جزءا مهما من العلاج فهو يتكون من تمارين مناسبة . ومثل هذه التمارين يجب أن تبدأ في مرحلة مبكرة وأن تمارس بشكل روتيني للمحافظة على المدى الحركي ولبناء قوة العضلات لمنع وتصحيح أي تشوهات . وفي بعض الحالات فان ارتداء الدعائم والجبائر لمنع أي تشوهات قد تلحق المفصل قد يكون مفيدا .

اعتبارات تمريضية :

التشاخيص التمريضية :عدم تحمل النشاط مرتبط بالتهاب مفصلي مزمن – ألم مرتبط بالالتهاب - قصور المعرفة مرتبط بالعناية .

التداخلات التمريضية :

أهداف العناية التمريضية هي التنسيق مع العائلة و الطفل والفريق الطبي للتأكد من العلاج والمتابعة .

الطفل يدخل المشفى إذا كان :

بحاجة إلى علاج فيزيائي – عند إعادة تقويم الأدوية – الحاجة للعمل الجراحي – الجبيرة المتواصلة .

من التداخلات الأخرى :التثقيف لدعم العناية المنزلية – الأدوية – التثقيف العلاجي لأهل حول الدواء سواء في المشفى أو في المنزل – تثقيف الأهل تقييم المهارات (كالحرارة والألم) - المحافظة على الحركة عند الطفل (لتقوية العضلات مثل السباحة و ركوب الدراجة) – تعزيزالنمو والتطور الطبيعي – تعزيز التغذية الجيدة .

خلع الورك الولادي

Congenital Hip Dislocation

يتكون مفصل الورك من عظمتين : التجويف المسمى بالتجويف الحقي والطرف العلوي لعظمة الفخذ المسمى برأس عظمة الفخذ . في الوضع الطبيعي يكون هذان العظمان ملتصقان ببعضهما البعض ويزيد استقرارهما ومحافظتهما على ذلك الوضع الأربطة والعضلات المحيطة بهما ، أما في حالة الخلع الولادي يخرج رأس عظمة الفخذ من التجويف الحقي .

أنواع الخلع الوركي الولادي:

هناك نوعان من الخلع الولادي ، الخلعالشائع والذي تفوق نسبة حدوثه 98% وغالبا ما يحدث في الفترات الأخيرة من الحمل ، وإذا حدث في فترة الولادة أو ما بعدها فيكون الورك في الغالب غير مستقر في فترة

الحمل وينتج الخلع بعد ذلك ، والنوع الثاني الخلع المعقد ونسبته ضئيلة جدا ويحدث في الفترات الأولى من الحمل وتصاحبه غالبا تشوهات عظمية بالجسم مثل العمود الفقـري والأقدام وغيرها.**خلع الورك**

السبب :

السبب الأكيد غير معروف ، ولكن هناك أمور قد تساهم في حدوث الخلع ، مثل ارتخاء الأربطة المحيطة بالمفصل ووضعية الطفل في رحم الأم وقلة السائل الأمينوسي في رحم الأم وربما وضعية الطفل بعد الولادة ، وهناك احتمال أن يلعب العامل الوراثي دورا في الإصابة بالخلع الولادي فحوالي 60% من الأطفال المصابين بالخلع الولادي يكونون أول مولود للعائلة .

التشخيص :

تشخيص الإصابة يختلف حسب عمر الطفل ، فالتشخيص خلال أول شهرين بعد الولادة يتم عن طريق الفحص السريري للورك . وفي الآونة الأخيرة بدء التوجه لإجراء فحص أشعة بالموجات فوق الصوتية لمفصل الورك وذلك لاحتمالية عدم قدرة الطبيب على اكتشاف جميع المواليد المصابة عن طريق الفحص السريري فقط .أما في الطفل الأكبر سناً لاسيما عندما يبدأ الطفل بالمشي ، فان كثيراً من الحالات يتم تشخيصها من قبل الأهل ، حيث يلاحظ عرج واضح أثناء المشي وتؤكد بالأشعة السينية .

التدبير العلاجي :

يتم اختيار طريقة العلاج حسب درجة الخلع وحسب سن الطفل . و الهدف من العلاج هو وضع رأس عظمة الفخذ مرة أخرى في التجويف الحقي والمحافظة عليها حتى يتسنى للأربطة والعضلات المحيطة بالمفصل أن تحافظ على وضع المفصل الطبيعي وأن تنمو العظام بالشكل الطبيعي .

العلاج من الولادة حتى 6 أشهر :

العلاج يتكون من وضع رباط أو جهاز يساعد على ثبات المفصل . و يلبس الطفل الجهاز لمدة تتراوح بين شهرين إلى 4 اشهر بعد هذا الوقت يلبس الجهاز في الليل لمدة ثلاثة اشهر تقريبا .

العلاج من 6 أشهر إلى12 شهرا :

وعادة يتم إرجاع الخلع تحت التخدير الكامل مع عمل أشعة ملونة للورك للتأكد من وضعية الورك عند رجوعه ومن ثم وضع بنطلون جبسي لمدة 4 أشهر يغير الجبس خلالها تحت التخدير الكامل مع التأكد من وضعية المفصل أما إذا لم يتسنى إرجاع المفصل بدون جراحة فيتم إرجاعه جراحيا .

العلاج فوق سن 12 شهراً :

العلاج الجراحي يعتبر شبه ضروري في تلك الفترة وربما يتطلب أيضا عمل قطع في عظمة الحوض أو الفخذ لوضع الورك في أحسن وضع بعد الجراحة ومن ثم وضع بنطلون جبسي لمدة تقارب 4 اشهر **.جهاز تثبيت المفصل**

العناية التمريضية :

يجب ملاحظة الطفل بدقة لأي علامة من علامات خلع الورك الولادي **مثل** قصر الطرف المصاب وعدم تساوي ثنيات الفخذ ، ويجب إعطاء الوالدين إرشادات حول المحافظة على وضعية الجهاز أو الجبس ونظافتهما ،وحماية الطفل من السقوط والتعرض للصدمات ، والحضور في المواعيد المحددة للطفل حتى يأخذ الوقت الكافي مع الطبيب والتأكد من خطوات العلاج .

الكسور

Fractures

الكسر : هو تفرق اتصال العظم ، وهو عادة يحدث نتيجة قوة راضة ويسمى الكسر الرضي أو يحدث الكسر بشكل نادر نتيجة هشاشة غير طبيعية في العظم ويسمى الكسر عندئذ بالكسر المرضي .

z **الأشكال الشائعة للكسور:**

- **الكسر المعترض :** يتقاطع خط الكسر مع العظم بزاوية قائمة على محوره الطويل .
- **الكسر المائل :** يميل بشكل مستقيم ما بين المستوى الأفقي و العمودي .
- **الكسر الحلزوني :** يميل بشكل مستدير حول حافة العظم . ويتسبب عن دوران الطرف .
- **الكسر المفتت :** ينفصل جزء من العظم المكسور و يتوضع في النسج المحيطة .
- **الكسر الانضغاطي :** نتيجة رض يضغط الفقرات .
- **كسر الغصن النضير :** ينثني العظم في أحد جانبيه ويمكن أن ينكسر في الجانب الآخر .

z **أنواع الكسور :**

1. **الكسور المغلقة :**يكون الكسر مغلقا إذ لم يترافق مع تأذي في الجلد فوقه . **ويصنف** هذا النوع من الكسور **إلى :**

- **كسر كامل :** تفترق فيه قطعتا الكسر عن بعضهما .
- **كسر غير كامل :** تبقى فيه قطعتا الكسر متصلتان .

2. **الكسور المفتوحة :**هو الكسر الذي يترافق مع جرح مفتوح يظهر من خلاله قطع العظم

3. **الكسور المختلطة :**يطلق تعبير الكسر المختلط على الكسر المغلق أو المفتوح المترافق مع أذية عصبية هامة أو أذية وعائية أو أذية أعضاء كالرئة و المثانة .

أشكال الكسور الأكثر شيوعا لدى الأطفال:

1. **الانحناء :**

يحصل عندما ينحني العظم دون أن ينكسر ، ويمكن لعظام الطفل اللينة أن تنحني 45 درجة أو أكثر قبل أن تنكسر . وبعد أن يحدث الانحناء يعود العظم للاستقامة ببطء ولكن بشكل غير كامل مما يسبب بعض التشوه ويشيع الانحناء في الزند و الشظية .

2. **كسر الغصن النضير :**

يحدث عندما ينحني العظم أكثر من حدود انثنائه ، حيث ينحني الجانب المضغوط و يتفرق الجانب المتوتر مسببا كسرا شبيها بالكسر الذي يشاهد في الغصن الأخضر .

أعراض و علامات الكسور :

تتفاوت الأعراض و العلامات تبعا لمكان الكسر ونوعه . ويتم التشخيص بناء على ذكر الأهل لتعرض الطفل لرض يترافق مع ألم يزداد بالحركة **ويشاهد سريريا :**

تورم وكدمات مكان الكسر – تشوه الطرف – حركة غير طبيعية – الفرقعة – فقدان وظيفة الطرف المكسور – إيلام موضعي .

الأشكال الشائعة للكسور

التدبير الإسعافي :

يجب أن نأخذ بعين الاعتبار **ما يلي :**

تقديم الإسعافات الأولية – الإنعاش – إجراء تقييم سريري – وجود الاختلاطات المرافقة للكسر .

الإسعاف الأولي :

- وضع المريض بوضعية مريحة أثناء انتظار عربة الإسعاف .
- التأكد من سلامة الطرق الهوائية .
- تغطية أي جرح بضماد عقيم .

- السيطرة على النزف .
- تثبيت الطرف المكسور ، في كسور الطرف العلوي يمكن تثبيت الطرف بربط الذراع على الصدر ، أما في كسور الطرف السفلي فيمكن ربط كلا الطرفين معا بحيث يستعمل الطرف السليم كجبيرة للطرف المكسور .
- يجب عدم إعادة الأجزاء العظمية الناتئة من الجلد في مكان الحادث .
- يجب أن تتخذ التدابير الوقائية من الصدمة (تسكين الألم ، وإعطاء السوائل الوريدية أثناء نقل الطفل إلى المشفى) .

التدبير العلاجي :

بشكل عام تشفى معظم كسور الأطفال بشكل جيد ويندر حدوث عدم الاندمال ، ويمكن رد معظم الكسور بسهولة بإجراء شد بسيط و التثبيت حتى تأخذ حوادث الاندمال مجراها . و إن توضع نهايتي العظم المكسور بالنسبة لبعضهما يحكم سرعة الاندمال وبقاء التشوه . ويكون الاندمال سريعا وكاملا عندما توضع النهايات بجانب بعضها بينما ترك فجوة بينها يؤخر أو يمنع الاندمال .

ويمكن إجراء التسوية والتثبيت بالتمديد ثم وضع الجبيرة حتى يتم تشكل النسيج العظمي بشكل كافي . ويمكن البدء بالاعتماد على الطرف في حمل الجسم (في حال كسور الطرف السفلي) والحركات الفاعلة بهدف الحفاظ على وظيفة الطرف باكرا بعد استقرار الكسر . وإن ميل الطفل الطبيعي للنشاط يكفي عادة لتأمين الحركة الطبيعية و نادرا ما يحتاج الطفل إلى معالجة فيزيائية .

خطة الرعاية التمريضية للطفل المصاب بكسر بسيط :

التشخيص التمريضي :ألم مرتبط بالكسر .

الهدف \ النتيجة المتوقعة : تخفيف الألم - يبدي الطفل نقص الألم إلى مستوى يتقبله الطفل .

التداخلات التمريضية \ *المبررات*:

- شجع الطفل على وصف نوع الألم وموضعه .
- قيم انزعاج الطفل *لأن التقييم يعطي معلومات أساسية تساعد في التخطيط للمداخلات التمريضية* .
- غير وضعية الطفل بلطف *لإنقاص تشنج العضلات* .

- طبق الثلج حسب رأي الطبيب *لأن الثلج ينقص الألم* .
- راقب التورم وحالة التعصيب والتروية .
- أعط مسكنات الألم حسب وصفة الطبيب .

التشخيص التمريضي : عالي الخطورة للأذية مرتبط بالخطر على الحالة العصبية الوعائية ، والضغط ، وعدم الاستعمال .

الهدف \ النتيجة المتوقعة : تحقيق ترمم دون اختلاطات - الحالة العصبية الوعائية بعد الكسر سليمة – لا دليل على إصابة الجلد .

التداخلات التمريضية *المبررات*:

- **قيم حدوث الاختلاطات العصبية الوعائية :** زيادة الألم – برودة الجلد – زيادة التورم – نقص القدرة على الحركة – اضطراب الحس – نقص عودة امتلاء الأوعية .
- **قيم حدوث تخرب الجلد:** تآكلات الجلد – بقع حارة تحت الجبس – حس التخريش (*يمكن لضغط الجبس والأجهزة أن يؤدي إلى تخرب الجلد*) .
- أجري تمارين الحركة الفاعلة والمنفعلة في كل المفاصل غير المثبتة و شجع على تغيير الوضعية مع الالتزام بحدود التثبيت . *يؤدي عدم الاستعمال إلى ضمور العضلات وفقدان حركة المفصل* .

الشلل الدماغي

Cerebral Palsy

مصطلح يطلق على مجموعة من الاضطرابات تتظاهر بخلل الحركة والوضعية قد ترافقه اضطرابات في الإدراك وقصور لغوي وخلل في الذكاء .

تختلف الإمراضية والمظاهر السريرية والسير المرضي من حالة إلى أخرى . تسهم مجموعة من العوامل قبل الولادة وحول الولادة في حدوث الشلل الدماغي وعلى الرغم من أن النظرية السائدة تقول إن الشلل الدماغي ينجم عن اضطرابات حول الولادة وخاصة نقص الأكسجة أثناء الولادة فإنه من المعلوم حاليا أن الشلل ينجم عن شذوذات دماغية توجد قبل الولادة . الخدج عالي الخطورة للمرض .

الفيزيولوجية المرضية : بعض المرضى لديهم تشوهات عامة عيانية في الدماغ والبعض الأخر لديهم علائم انسداد وعائي وضمور ونقص في العصبونات .

التظاهرات السريرية : تأخر إجمالي في التطور الحركي – أداء حركي شاذ – تغيرات في المقوية العضلية – منعكسات شاذة .

التدبير العلاجي : إن الاضطراب دائم والمعالجة عرضية ووقائية .

الأهداف البعيدة للمعالجة : تأسيس الحركة والتنقل والتواصل – إصلاح العيوب المرافقة قدر الإمكان – تأمين الفرص التعليمية المناسبة لاحتياجات ومقدرات الطفل .

اعتبارات تمريضية :

التقييم :

إن الاكتشاف المبكر للشلل الدماغي هو غالبا نتيجة الملاحظة الواعية لدى الممرضة. يبدأ التحري عند الولادة، ويجب أن تلاحظ الممرضة بشكل خاص العلامات عند الوليد الذي تتضمن قصته أي من الظروف الولادية أو ما حول الولادة، التي تؤهبه للتأذي الدماغي.

قد تكون التظاهرات المعتادة لدى حديثي الولادة أعراضا لمجموعة من الحالات، غير أن الوليد الذي يبدي ضعفا في الرضاعة وصلابة وتوترا أو نقص مقوية يستحق المراقبة عن كثب. ليس من السهل تمييز هذا المرض خلال الأشهر الأولى من الحياة وغالبا لا تكون العلائم واضحة حتى يبدأ الطفل بالمشي.

خطة الرعاية التمريضية للطفل المصاب بشلل دماغي :

التشخيص التمريضي :خلل الحركة الجسمية مرتبط بالخلل العصبي العضلي .

الهدف \ النتيجة المتوقعة : يكتسب الطفل القدرة على الحركة ضمن حدود قدراته (حدد).

التداخلات \ *المبررات* :

- تشجيع الجلوس والزحف والمشي في الأعمار المناسبة .
- طبق المعالجات التي تقوي وتحسن السيطرة لتسهيل التطور الأمثل .
- ساعد الطفل في استعمال حركة تبادلية بين الساقين عند تعلم المشي .
- قدم حوافز للحركة (مثلا وضع لعبة بعيدا عن متناول الطفل) .

- تأكد من حصول الطفل على راحة ملائمة قبل محاولة ممارسة الأنشطة الحركية *لتشجيع النجاح*

.

- أمن اللعب التي تشجع على السلوك المرغوب به ، *لأن ذلك يشجع على التعاون* .
- استخدم أجهزة مساعدة – كالعكاكيز- *لتسهيل الحركة* .
- حضر الطفل والعائلة للإجراءات الجراحية إذا استطبت .تشجيع الطفل على المشي
- أجري تمارين مدى الحركة المنفعلة وتمارين التمديد والتمطط و علم الأهل كيفية إجراءها (*للوقاية من التشوهات ما أمكن وتسهيل تطور*

العضلات وليونة المفاصل) .

- أمن بيئة آمنة للطفل (مثلا عوارض عن جانبي الفراش للوقاية من السقوط) .

التشخيص التمريضي :قصور العناية بالذات - الاستحمام – اللباس – تسريح الشعر- تناول الطعام – الدخول إلى المرحاض - مرتبط بالإعاقة الجسدية .

الهدف \ النتيجة المتوقعة : يشارك الطفل في نشاطات خدمة الذات اليومية بما يتوافق مع قدراته .

التداخلات\ *المبررات* :

- شجع الطفل على الاشتراك في أعمال رعايته حسبما يسمح به عمره و مقدرته *لتسهيل التطور الأمثل*.
- اختر اللعب و الأنشطة التي تسمح للطفل بالمشاركة إلى الحد الأقصى و التي تحسن الوظيفة الحركية و التنبيهات الحسية بحيث يكون الطفل أكثر قدرة على العناية بنفسه .
- تجنب الإصرار غير المناسب *لأن الطفل قد يكون غير قادر أو غير جاهز لتحقيق الهدف* .
- شجع الأنشطة التي تطلب استعمال إحدى اليدين أو كلتاهما للتشجيع على التطور الأمثل .
- شجع استعمال آنية معدلة و أطعمة و ثياب مناسبة لتسهيل خدمة الذات .

جهاز التدريب على المشي

(مثلا : استخدام ملعقة عميقة البطن – ألبسة تفتح من الأمام مع إغلاق ذاتي بدل ذات الأزرار) .

- ساعد الوالدين في تدريب الطفل على المرحاض ،

لأن الطرق قد تحتاج إلى تعديل يناسب الحالة تبعا لقابلية الطفل .

التشخيص التمريضي : خلل التواصل الكلامي

الهدف \ النتيجة المتوقعة : يشارك الطفل في عملية التواصل ضمن حدود الخلل –يستطيع الطفل أن يعبر عن احتياجاته لمربيه.

التداخلات\ *المبررات* :

- اطلب خدمات المعالج الكلامي باكرا قبل أن يتعلم الطفل عادات سيئة للتواصل.
- تكلم مع الطفل ببطء *لإعطائه الفرصة لفهم الكلام.*
- استعمل النماذج والرسوم *لتفهيم الكلام وتسهيل الفهم.*
- علم الطفل طرق التواصل غير اللفظية (لغة الإشارة مثلا) إذا كان مصابا برتة شديدة.**اختيار الألعاب والأنشطة المناسبة للطفل**

الضمور العضلي الشوكي المترقي لدى الولدان << داء ويردينغهوفمان>>

Atrophy Werdig Hoffmann

اضطراب يتظاهر بالضعف والضياع العضلي الهيكلي المترقي**سببه** تنكس خلايا القرن الأمامي للنخاع الشوكي والنوى الحركية في جذع الدماغ . يتم توريث هذا الداء كصفة جسمية مقهورة .

إن القدرة العقلية لدى هؤلاء الأطفال سليمة .

التظاهرات السريرية :

عدم تحمل النشاط – تحدد حركات عضلات الكتف والذراعين – تقتصر الحركات الفاعلة عادة على أصابع القدمين و اليدين – تنفس حجابي مع انسحاب قصي – ضعف البكاء والسعال – تميل المفرزات للتجمع في البلعوم – عدم تطور الجلوس بمفرده أو التدحرج أو المشي .

التشخيص :

بتخطيط العضلات الكهربي ويؤكد بخزعة العضلات .

التدبير العلاجي :

عرضي ووقائي وبشكل أساسي الوقاية من الانتانات وعلاج المشاكل العظمية وأهمها الجنف .

التداخلات التمريضية :

- يحتاج الوليد أو الطفل الصغير المصاب إلى تغيير وضعيته بشكل متكرر للوقاية من الأذيات والاختلاطات وخاصة ذات الرئة .
- يجب إجراء سحب مفرزات من البلعوم والإطعام ببطء وحذر للوقاية من الاستنشاق .
- يستفيد معظم الأطفال من الكراسي المتحركة و الفرشات الخاصة و تعديل الجو المحيط .**طفل مصاب بداء ويردينغهوفمان**
- تعطى الصادات الحيوية في حال الانتان التنفسي .
- حيث أن القدرة العقلية و الذكاء لدى هؤلاء الأطفال سليمة فإن المنبهات الكلامية واللمسية والسمعية هي جوانب هامة من الرعاية .
- إن والدي الطفل المصاب بمرض مزمن ومميت يحتاجان إلى الكثير من الدعم والتشجيع

-انتهت المحاضرة-