



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم (الجزائر)

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة الأرتوفونيا

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في تخصص امراض اللغة والتواصل

اثر التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني في اضطرابات التغذية  
والبلع عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية

الأستاذة المشرفة:

أ. يحياوي حفيظة

من إعداد:

حمداني ازهار

أ. فاخت معروف. الرتبة: استاذة محاضرة جامعة مستغانم . رئيسا

أ. يحياوي حفيظة. الرتبة: استاذة مساعدة. أ. جامعة مستغانم. مشرفا ومقرا

أ. بن حمو عبد الهادي. الرتبة: استاذ مساعد ب جامعة مستغانم. مناقشا

السنة الجامعية 2018 / 2019

أ. يحياوي حفيظة

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بعد شكري لله سبحانه وتعالى لا يسعني الا ان اتقدم بجزيل  
الشكر و الامتنان لاستاذتي الفاضلة يحياءوي حفيظة والتي  
كان لها فضل كبير في هذا العمل فهي لم تبخل بوقتها  
وبعلمها في توجيهي وغمرتني بلطفها وبطيب قلبها .  
واشكر كل من ساهم في هذا البحث من قريب و من بعيد .

## الاهداء

الى اعز ما لدي في الوجود والدايا الكريمين

الى كل من علمني، واخذ بيدي وانا لي طريق العلم  
والمعرفة

الى كل من شجعتني في رحلتي الى التميز والنجاح

الى كل من ساندني ووقف بجانبني

الى كل من قال لي لا فكان سببا في تحفيزي

الى كل من كان النجاح طريقه والتفوق هدفه والتميز سبيله

الى كل افراد عائلة حمداني وعيون

ازهار

### ملخص الدراسة:

تعتبر حالات الشقة الشفوية الحنكية تشوهات خلقية ليست نادرة بل هي من اكثر العيوب الخلقية حدوثا لكن غالبا ما يصعب تقبلها من طرف العائلة. تحتاج هذه الحالات الى عمل جماعي متكامل يتكون من فريق متخصص بما في ذلك طبيب جراح وطبيب جراحة مختص في جراحة الفم والفك ومختص ارطوفوني وطبيب الأنف والحنجرة وحتى الدعم النفسي في بعض الأحيان.

هدفت هذه الدراسة الى مساعدة الامهات و توضيح دور المختص الارطوفوني و اهمية التكفل المبكر في تاهيل البلع والتغذية والتي تعتبر من المشاكل الاولى التي يواجهها الرضيع المصاب بالشقوق الشفوية الحنكية .

وذلك باستعمال بروتوكول لتأهيل البلع والتغذية لـ "كاثرين سينيز" مع اضافة تعديلات بسيطة له .

وقمنا ايضا بتسليط الضوء على الارشاد الوالدي واهميته بالنسبة للاولياء بهدف التوجيه والمساعدة وكيفية التعامل مع المشاكل الناتجة عن الشقوق الشفوية الحنكية.

### الكلمات المفتاحية

التدخل المبكر – التكفل الارطوفوني-البلع--اضطرابات البلع والتغذية- الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية

### Le résumé

Les fentes labio-palatines sont des malformations congénitales relativement fréquentes au retentissement souvent lourd pour les familles.

Cette pathologie se trouve au carrefour de plusieurs fonctions et la prise en charge s'articule autour d'un suivi multidisciplinaire incluant chirurgie, orthopédie dento- faciale, orthophonie, surveillance ORL et parfois accompagnement psychologique.

. Cette étude a pour objectif d'aider les mères et à préciser le rôle du spécialiste orthophoniste et démontrer l'importance des soins précoces dans la rééducation de la déglutition et la nutrition, l'un des premiers problèmes rencontrés par le nourrisson souffrant de fentes labio-palatines .pour cela, nous avons utilisé un protocole thérapeutique de déglutition et de nutrition, celui de "Catherine Senez" ou nous avons apporté quelques peites modifications.

Nous avons également souligné l'orientation parentale et son importance pour les parents en matière d'orientation, d'assistance et de gestion des fissures labio-palatines, afin d'aider les parents à mieux gérer le cas de leur enfant.

Les mots clés :

Intervention précoce- la prise en charge orthophonique –la déglutition - les troubles de l'alimentation et la déglutition- les enfants atteints de fentes labio-palatines

10 ..... مقدمة

### الفصل الاول : مدخل الى الدراسة

13 ..... 1. الإشكالية

17 ..... 2. فرضيات الدراسة

18 ..... 3. أهمية الدراسة

18 ..... 4. أهداف الدراسة

19 ..... 5. الدراسات السابقة

21 ..... 6. مصطلحات الدراسة

### الفصل الثاني: الجانب التشريحي-الفيزيولوجي للشقوق الشفوية الحنكية

25 ..... 1. الحالة العادية

25 ..... 1.1 التشكل الجنيني للثة والشفة العليا

25 ..... 2. الحالة المرضية

25	1.2 تعريف الشقة الشفوية الحنكية.....
26	2.2 اسباب الشقة الشفوية الحنكية.....
27	3.2 انواع الشقة الشفوية الحنكية.....
27	1.3.2 الشقق الشفوية.....
27	1.1.3.2 احادي الجانب.....
27	2.1.3.2 ثنائي الجانب.....
28	3.1.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقق الشفوية.....
28	2.3.2 الشقق الحنكية.....
28	1.2.3.2 الشقة الحنكية.....
28	2.2.3.2 الشقة الحنكية تحت المخاطية.....
28	3.2.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقق الشفوية الحنكية.....
30	4.3.2 الشقة الشفوية الحنكية.....
30	1.4.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقق الشفوية الحنكية.....

### الفصل الثالث: البلع والتغذية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية

34	I. فيزيولوجية البلع.....
34	1. تعريف صعوبات البلع لدى الاطفال الرضع.....
34	2. انواع صعوبات البلع لدى الاطفال الرضع.....
35	3. اعراض صعوبات البلع.....
36	4. اسباب صعوبات البلع.....
36	5. البلع عند الاطفال الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية.....
37	II. التغذية والرضاعة.....
37	1. تعريف صعوبات التغذية.....

2. انواع صعوبات التغذية ..... 37
3. اعراض صعوبات التغذية لدى الاطفال ..... 38
4. التغذية عند المواليد الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية: ..... 38

### الفصل الرابع: التكفل الارطوفوني المبكر بالشقوق الشفوية الحنكية

1. اساليب الفحص لوظائف البلع والتغذية وتشخيص الاضطرابات الشفوية عند المواليد و الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية ..... 41
2. التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف التغذية عند الاطفال المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية ..... 42
- 1.2 طريقة الرضاعة ..... 42
- 2.2 التدخل الجراحي ..... 44
- 3.2 دعامات الانف ..... 48
- 4.2 بروتوكول موجه للاولياء والممارسين الارطوفونيين لاضطرابات وظائف التغذية ..... 48
3. التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف البلع عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية ..... 50
- 1.3 تعديل وضعية الراس ..... 50
- 2.3 تمارين التنفس ..... 50
- 3.3 الاكل بالملعقة ..... 50
- 4.3 الاكل باستعمال انبوب تنفس ..... 50

### الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: منهجية البحث واجراءات الدراسة

- المنهج المتبع في هذه الدراسة ..... 52
- I. مرحلة الدراسة الاستطلاعية: ..... 54

54	1. ميدان الدراسة
54	2. مجتمع الدراسة
55	3. ادوات الدراسة
59	II. مرحلة الدراسة الاساسية
59	1. ميدان الدراسة
59	2. مجتمع الدراسة
62	3. ادوات الدراسة:
63	4. خطوات اجراء الدراسة

### الفصل السادس: عرض النتائج وتحليلها

63	1. عرض النتائج ومناقشتها
63	1.1 عرض نتائج الحالة الاولى
63	2.1 عرض نتائج الحالة الثانية
63	3.1 عرض نتائج الحالة الثالثة
63	4.1 عرض نتائج الحالة الرابعة
78	-الاستنتاج العام
80	-الخاتمة
	-المراجع
	-الاشكال
	-الملاحق

## مقدمة

تعتبر الشق الشفوية الحنكية من بين الاصابات الاكثر تأثيرا على عملية التغذية والبلع عند الرضيع لانها عبارة عن تشوهات تمس التجويف الفموي. هذه الانشاقات تحدث اما في الشفة العليا او سقف الفم (الحنك) او كليهما مع بعض ، وتحدث هذه الحالة عندما لا تلتحم انسجة الوجه عند الجنين بشكل عام، فتتشكل الانسجة الضامة للبنى الجنينية المختلفة بالالتقاء والاندماج مع بعضها البعض.

وينتج الشكل الشائع المتمثل في شق الشفة من فشل التحام النتوءات الانفية المتوسطة مع نتوءات الفك العلوي خلال الاسبوع الخامس من عمر الجنين، وبالتالي يمكن يحدث نوعين : شق الشفة احادي الجانب او ثنائي الجانب، و يمكن ان يمتد الى النتوء السنخي، وبالتالي

ظهور شق قبة الحنك نتيجة الفشل في التحام الرفوف الحنكية مع بعضها البعض ومع الحاجز الأنفي أو الحنك الأولي، خلال الأسبوع التاسع من عمر الجنين.

(Ye et al,2009,44)

هذه الشقق كونها التشوهات الخلقية الأكثر شيوعا، ترتبط بالعديد من الحالات المرضية أو المتلازمات الجينية الموروثة فيفسر الاطباء انه قد ينتج عن خلل جيني أو وراثي أو بيئي. وحسب احصائيات عالمية يولد سنويا طفل يعاني من الشق الشفوي من مجموع 700 مولود اما في العالم العربي فلم تتوفر احصائيات حديثة ودقيقة حول نسبة الاطفال الذين يولدون بهذا العيب سنويا الا ان المؤشرات تؤكد وجود نسبة هامة منهم خاصة اذا ما تأملنا معدل الاشخاص الذين يخضعون سنويا لجراحات التجميل للتخلص نهائيا من هذه الشقوق.(الياس حاجوج،2006 ص75).

تختلف الشقق الشفوية الحنكية حسب شكل و درجة الاصابة، و حدوثها يؤدي الى مضاعفات متعددة في وظائف الجسم و الى عيوب خلقية في نمو الفك العلوي والانف وبالتالي المظهر العام للوجه، كما انه قد يؤدي الى اضطرابات في السمع والنطق والى مشاكل نفسية اضافة الى تغييرات في وظائف المضغ والبلع والتغذية الصحيحة والتي نعتبرها وظائف اساسية وضرورية وبالتالي خلال هذه المرحلة الحاسمة، فاي اضطراب يؤثر على نمو الطفل ويعرضه الى امراض مختلفة.

هذه المشكلات الكبرى والاولى التي يتعرض لها الاطفال الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية وبالخصوص الفتحة الكبيرة الموجودة بين الفم والانف والتي تتسبب في صعوبة في امسك حلمة الام (او المرضعة) وصعوبة في البلع ايضا. ( ياسمين عطية،2014:ص30)

و يحتاج التكفل بالرضع المصابين بالشقة الشفوية الحنكية الى عمل جماعي متكامل وفريق متعدد التخصصات يتكون من جراح التجميل، طبيب الاطفال، اخصائي تقويم الاسنان، اخصائي الانف والاذن والحنجرة، اخصائي السمعيات، اخصائي الوراثة، الاخصائي النفسي والاختصاصي الارطوفوني الذي يعتبر دوره هام في التكفل المبكر خصوصا في

اضطرابات التغذية والبلع وذلك لمنع وتقليل المضاعفات التي تعتبر من اول المشاكل التي يتعرض لها المولود المصاب بشق شفوي حنكي او احدهما.

من أجل دراسة هذا الموضوع، تم تقسيم هذا البحث الى جانبين النظري و التطبيقي حيث ضم الجانب النظري الفصل الاول والخاص بمدخل الى الدراسة الذي يشمل اشكالية البحث و اعتباراتها، أما الفصل الثاني فقد تم تخصيصه لدراسة الجانب التشريحي الفيزيولوجي للشفوف الشفوية الحنكية ، والفصل الثالث كان من أجل تعريف البلع والتغذية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية ، وتم تخصيص جزء فيه يخص التكفل الارطوفوني المبكر من أجل التعرف على المراحل والتقنيات المستعملة حديثا.

اما بالنسبة للجانب التطبيقي تم تقسيمه إلي فصلين الفصل الرابع الذي يدرس منهجية البحث و اجراءات الدراسة يهدف هذا الفصل الى الدراسة الاستطلاعية،و الفصل الخامس يحتوي على الدراسة الاساسية التي يتم خلالها عرض النتائج وتحليلها ومناقشة كل الفرضيات المتحصل عليها من خلال دراستنا، والاستنتاج عن مدى صحتها.

## الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

1. الإشكالية

2. فرضيات الدراسة

3. أهمية الدراسة

4. أهداف الدراسة

5. الدراسات السابقة

6. مصطلحات الدراسة

## الفصل الثاني : الجانب التشريحي-الفيزيولوجي للشقوق الشفوية الحنكية

1. الحالة العادية

- 1.1 التشكل الجنيني للثة والشفة العليا
- 1.2 التشكل الجنيني للحلق
2. الحالة المرضية
- 1.2 تعريف الشقة الشفوية الحنكية
- 2.2 اسباب الشقة الشفوية الحنكية
- 3.2 انواع الشقة الشفوية الحنكية
- 1.3.2 الشقة الشفوية
- 1.1.3.2 الشقة الشفوية احادية الجانب
- 2.1.3.2 الشقة الشفوية ثنائية الجانب
- 3.1.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقوق الشفوية
- 2.3.2 الشقة الحنكية
- 3.3.2 الشقة الحنكية تحت المخاطية
- 1.3.3.2 الاعراض
- 4.3.2 الشقة الشفوية الحنكية
- 1.3.3.2 الاعراض

## الفصل الثالث: البلع والتغذية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

### **I- فيزيولوجية البلع**

1. تعريف صعوبات البلع لدى المواليد والرضع
2. انواع صعوبات البلع لدى الاطفال الرضع
3. اعراض صعوبات البلع لدى الاطفال
4. اسباب صعوبات البلع

5. البلع عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

## II- التغذية

1. تعريف صعوبات التغذية

2. انواع صعوبات التغذية لدى الاطفال

3. اعراض صعوبات التغذية لدى الاطفال

4. التغذية عند المواليد الرضع المصابين بالشقوق الحنكية

## الفصل الرابع : التكفل الارطوفوني المبكر بالشقق الشفوية الحنكية

1. اساليب الفحص لوظائف التغذية و تشخيص الاضطرابات الشفوية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

2. التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف التغذية عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية

1.2 طريقة الرضاعة

2.2 التدخل الجراحي

3.2 دعامات الانف

4.2 بروتوكول موجه للاولياء و الممارسين الارطوفونيين لاضطرابات وظائف التغذية

3 . التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف البلع عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية

1.3 تعديل وضعية الراس

2.3 تمارين التنفس

3.3 الاكل باستعمال الملاعة

4.3 الاكل استعمال انبوب التنفس (la paille)

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: منهجية البحث و اجراءات الدراسة

- المنهج المتبع في هذه الدراسة

#### -I مرحلة الدراسة الاستطلاعية

1. ميدان الدراسة

2. مجتمع الدراسة

3. ادوات الدراسة

#### -II مرحلة الدراسة الاساسية

- المنهج المتبع في هذه الدراسة

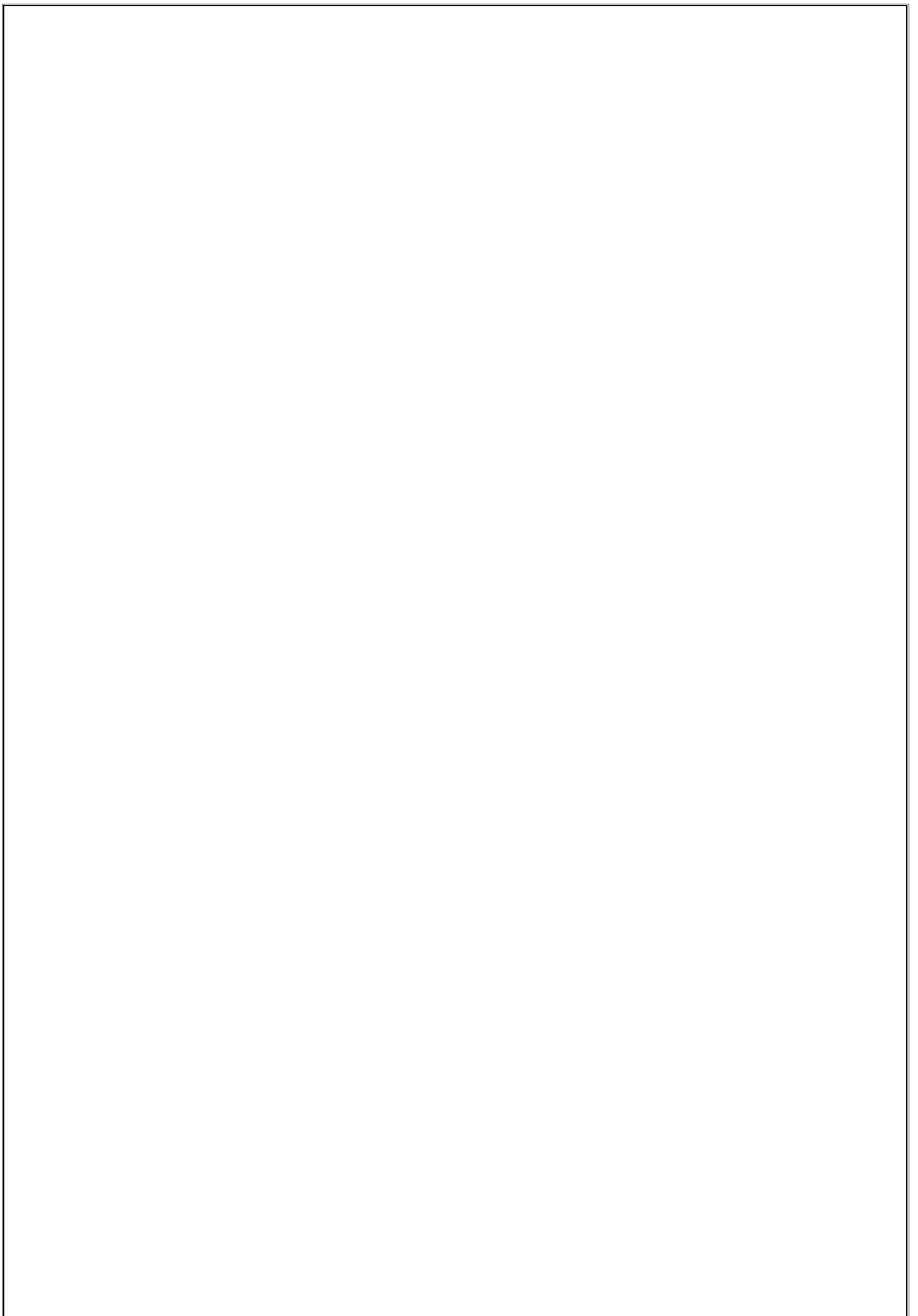
1. ميدان الدراسة

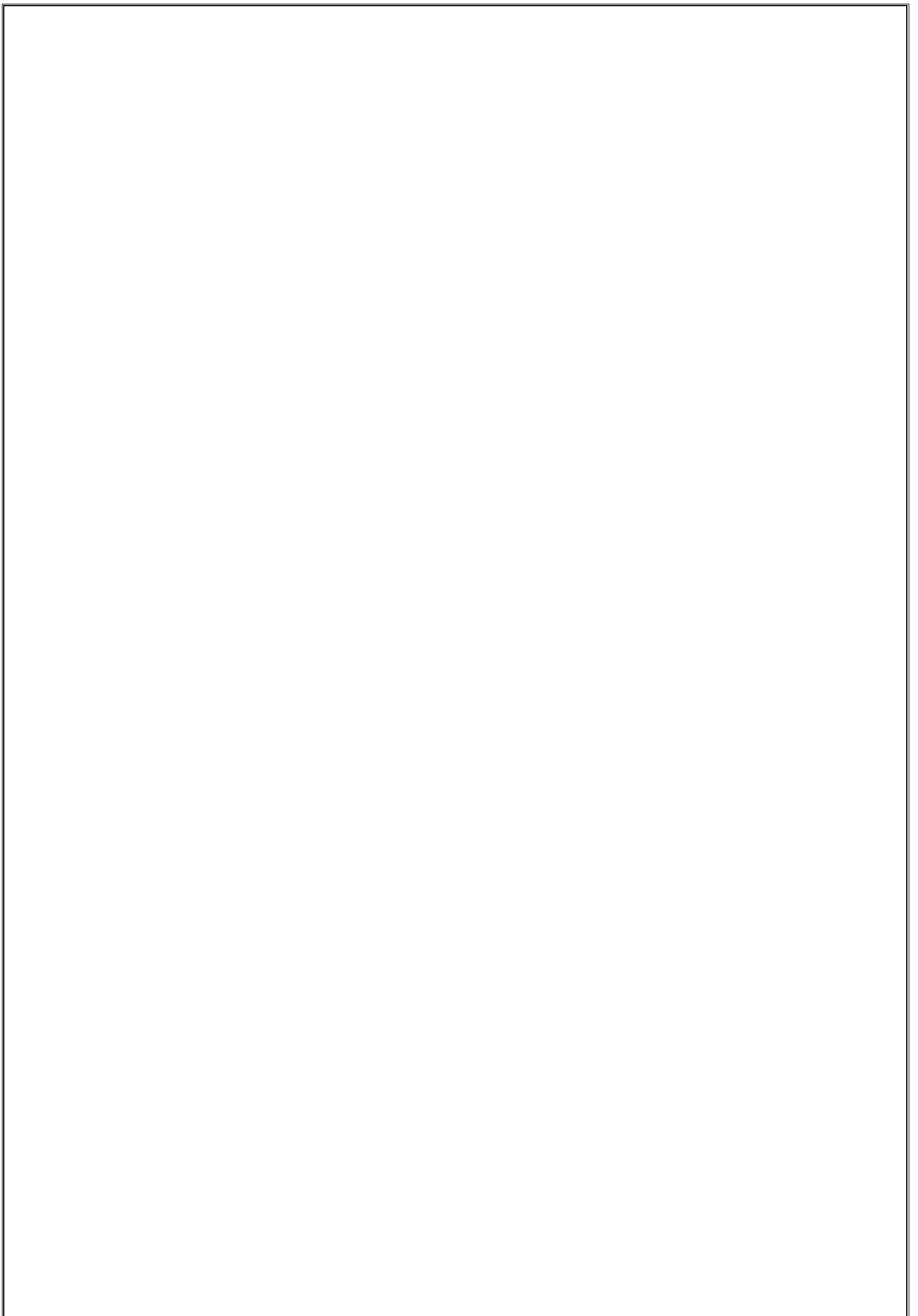
2. مجتمع الدراسة

3. ادوات الدراسة

## 4. خطوات اجراء الدراسة

مقدمة





•

•

الملاحق

## الفصل السادس: عرض النتائج وتحليلها

### 1. عرض النتائج ومناقشتها

- 1.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الاولى
- 2.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية
- 3.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة
- 4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة

- الاستنتاج العام
- الخاتمة
- المراجع
- الملاحق

الفصل الاول: مدخل الى الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. الدراسات السابقة
6. مصطلحات الدراسة

## 1. الاشكالية

يعد كل من الشق الشفوي والشق الحنكي من اشهر التشوهات على مستوى وجه الجنين او الرضيع حديث الولادة وهذه الشقوق الحنكية لها نتائج وخيمة على مستوى النطق والتغذية والبلع، فهذان الاخيران يعتبران عنصرا مهما في حياة الانسان للاستمرار في الحياة، هذه الشقوق تحدث خلال تكون الجنين في بطن امه. (paulus christian,2001,pp53-57)

عادة ما يتم التعرف على الشق الشفوي او الشق الحنكي فورا عند الولادة، فقد تظهر في ملامح وجه الطفل المولود على الشكل التالي : شق في الشفة وسقف الحلق ( يمكن ان يصيب جانبا واحدا او كلا جانبي الوجه)، شق في الشفة (يمكن ان لا يظهر الا كشق صغير كما يمكن ان يمتد من الشفة عبر اللثة العليا والحنك السفلي من الانف) و شق في سقف الفم أو الحنك (لا يؤثر على مظهر الوجه) . في حالات اقل شيوعا، لا يحدث الشق الا في عضلات الحنك الرخو، وهو الجزء الخلفي من الفم والمغطى ببطانة الفم (الشقة الحنكية تحت المخاطية)، وغالبا لا تتم ملاحظة هذا النوع من الشقوق عند الولادة، وقد لا يتم تشخيصه حتى وقت لاحق عندما تظهر على الطفل علامات اخرى.

ومن بين النتائج التي تخلفها هذه الشقوق عيوب خلقية أثناء نمو الفك العلوي والانف وبالتالي منظر الوجه، مشاكل في السمع والنطق كما يؤثر على وظائف البلع والتغذية اضافة الى ما يسببه هذا التشوه من تأثير نفسي على المصاب وعائلته. حدوث الشق الشفوي او الشق الحنكي يعود لسبب مجهول، لا يمكن منعه ولا الوقاية منه في أغلب الأحيان. يعتقد أغلب العلماء أنه يحدث نتيجة لتضامن بعض العوامل الجينية مع عوامل بيئية مختلفة تزيد من فرص الإصابة بهذا التشوه. بالطبع تزيد فرصة إصابة المولود به في حالة إصابة غيره من إخوته أو أحد أبويه، أو أقاربه بهذه المشكلة. ويربط بعض الأطباء بين تناول الأم الحامل لبعض الأدوية وبين إصابة الجنين بالتشوهات الخلقية عموماً وبشق سقف الحنك (بشكل خاص، كمضادات الصرع ومضادات التشنجات مثل الفالبروات و الأدوية المضادة لحب الشباب... الخ و قد تحدث الإصابة أيضاً كنتيجة للتعرض لبعض الفيروسات أو المواد الكيماوية أثناء تطور الجنين في الرحم، أو قد كعرض مصاحب لبعض الحالات الطبية

والمرضية الأخرى.

ينتج عن هذه الشقوق الحنكية - الشفوية أيضا صعوبات أخرى وبالأخص في التغذية والبلع حيث سجل في دراسة أجريت في سنة 2006 من قبل (Julie Reid et coll) عند اطفال لديهم ( شق شفوي، شق حنكي، ولحاء حنكي) فقدان للمهارات الغذائية ، صعوبة في المص وادخال كمية هواء مفرطة اضافة الى الطرق الخاطئة (Juvain Yves, 2003, p.350). و تختلف مشاكل التغذية حسب درجة وموقع الفتحة او الشق, فيمكن ان يؤدي تشوه الوجه الى تعقيد عملية الامتصاص بالنسبة للرضيع وبالتالي تعقيد عملية استنشاق الهواء . (Deins ,2006) وقد يواجه الطفل أيضا مشكلة في السيطرة على الحلمة وعادة ما تكون الرضاعة الطبيعية صعبة جدا (Abadie 2003)

.و في حالة الحنك الشق الشفوي ، لا يمكن للطفل إنتاج فحوة الهواء والذي يعد ضروري لامتناس الحليب بالإضافة إلى ذلك ، عدم التواصل بين تجويف الفم و تجويف الانف يمكن أن يسبب ارتداد خلال تناول الطعام. للحد من هذه المشاكل والتقليل منها يجب التكفل المبكر من قبل فريق طبي متعدد التخصصات والمتكون من طبيب الاطفال، الطبيب النفسي، طبيب الجراحة، طبيب مختص في الاذن الانف والحنجرة ، طبيب الاسنان والمختص الارطوفوني.

وما دفعنا الى اختيار هذا الموضوع ، هو ملاحظتنا لهذه الحالات خلال تربصنا في الوسط الاكلينيكي بمستشفى "كنستال" والعيادة الارطوفونية النور بولاية "سيق" والذي لاحظنا فيه ان اغلب الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية لديهم مشاكل غذائية وبلعية تؤثر على نموهم الطبيعي وعلى حياتهم اليومية.

ومن خلال كل هذه المعطيات النظرية والميدانية قمنا بطرح الاشكالية على النحو التالي:

-هل للتدخل المبكر للتكفل الارطوفوني اثر في اضطرابات التغذية وعملية البلع عند

الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية؟

## التساؤلات الجزئية

1- هل التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني له اثر في اضطرابات التغذية عند الاطفال

المصابين بالشقوق الحنكية ؟

2- هل التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني له اثر في عملية البع عند الاطفال المصابين

بالشقوق الحنكية؟

## 2.الفرضيات:

التدخل الارطوفوني المبكر له اثر كبير في التخلص من اضطرابات التغذية وعملية البلع

عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية.

## الفرضيات الجزئية

1- التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني له اثر كبير في التخلص اضطرابات

التغذية عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية.

2- التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني له اثر كبير في التخلص من اضطرابات

عملية البلع عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية.

3-التكفل بهذه الفئة باستعمال تقنيات ارطوفونية حديثة يساعد على ادماجها في

## الحياة اليومية

4-اعادة تاهيل اضطرابات التواصل الشفوية وتكييفها مع المصابين بالشقوق

الحنكية من شأنه ان يخفف من اضطرابات المريض.

### 3.اهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة كونها:

- من أوائل الدراسات التي تناولت موضوع اثر التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني في اضطرابات التغذية والبلع عند الاطفال المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية. فالدراسات التي تطرقت إلى ذات الموضوع محدودة جدا.
- من أهم المواضيع التي يهتم بها الباحث في مجال الشقوق الشفوية الحنكية كون اضطرابات البلع والتغذية تعد من المشاكل الاولى التي تواجه الرضيع المصاب.
- يتطرق بحث الدراسة الى اهم التقنيات الحديثة في التكفل الارطوفوني بهذا الاضطراب.
- تقدم هذه الدراسة بروتوكول يساعد الاولياء والمختصين في الحد من اضطرابات التغذية.

### 4.اهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة الى التأكد من صلاحية المنهج المستخدم و العينة المناسبة و كذا تطبيق الاختبارات والادوات ومعرفة الصعوبات التي يعاني منها الحالات.
- التأكد من صحة الفرضية المطروحة والتوصل الى نتائج في التكفل المبكر بالاطفال الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية.
- التعرف أكثر على مجتمع البحث وعينة الدراسة و التي تتمثل في المواليد الرضع المصابين بالشقوق الحنكية.
- التحقق من صحة أدوات جمع البيانات وتقنياتها ومدى صلاحيتها لجمع المعلومات.
- اكتشاف الصعوبات أو النقائص التي يمكن أن نصادفها خلال إجراء الدراسة الأساسية وذلك لمواجهتها أو تفاديها.

- تجميع ملاحظات خاصة ستساعدنا على تحديد خطة تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية.

## 5. الدراسات السابقة

حالات الشفة الأرنبية وشق الحنك ليست نادرة بل تعتبر من أكثر العيوب الخلقية حدوثاً.

أول تاريخ مسجل لعملية تحميل للشفة الأرنبية تمت في عام 500 قبل الميلاد. وفي التاريخ الحديث كان د. هوليه (Houlier) هو أول من أجرى خياطة لشقوق سقف الحلق في عام 1552، وبعدها بأثني عشرة عاماً كاملة بدأ المريض في العودة للمعاناة من ثقب في سقف الحلق. أما في عام 1764 أجرى طبيب الأسنان الفرنسي لو مونييه (Le Monnier) أو عملية جراحية ناجحة لإصلاح فلع الحنك من خلال بعض الغرز الجراحية البسيطة والكي الجراحي. بعدها بحوالي نصف قرن جاء فون جريف (Von Graefe) ليطور هذه الطريقة في عام 1816. أما في أمريكا، فقد أجرى الطبيب الأمريكي جيه سي وارين أول عملية لإصلاح وتحميل الشفة الأرنبية عام 1824 (ABADIE, 2003).

وأدخل الطبيب الألماني (Diffenbach) المزيد من التحسينات على هذه الطريقة عام 1828 من خلال رفع الطبقة المخاطية لسقف الحلق ليسمح بغلق شقوق سقف الحلق الصلب (hard palatal cleft) وتلاه الطبيب لانغبيك (langenbeck) الذي كان أول من قدم طريقة تكوين سقف الحلق الصناعي الذي يمكن تحريكه ليغطي ثقب سقف الحلق مؤقتاً لحين إصلاحها، وكان هذا في عام 1859. بالإضافة إلى بعض التحسينات التي أجراها على العملية والتي زادت من وصول الدم للأنسجة وقللت من مخاطر فشل العملية. (paulus christian, 2001, pp53-57)

على الرغم من النجاح الذي حققته الطريقة الجراحية لعلاج شقوق سقف الحلق، إلا أنه ثبت أنها تؤدي إلى اضطراب الكلام بطريقة ملحوظة. وقد ظلت هذه الطريقة هي الحل الوحيد لفترة طويلة، وحينها كان المريض مجبراً على الاختيار بين سوء التغذية والتهابات الأذن أو اضطرابات التخاطب. حتى جاء الأطباء فيو (Veau) وكيلنر (Kilner)، ووارديل (Wardil) فطوروا طريقة جراحية حديثة للغاية تشمل وضع نسيج طعم في أعلى الحلق

بحيث يتمتع بتروية دموية كبيرة ثم دفع هذا النسيج أماماً لتغطية سقف الحلق وإطالته. وقد كانت هناك شكوك في أن الندوب الناجمة عن هذه الطريقة تسبب تأخر في نمو الوجه لاحقاً. وبعدها طورت الطريقة الحديثة لتحميل وإصلاح الشفة الأرنبية في خمسينيات القرن التاسع عشر. (J.mercier,1998,p15)

كما اقيمت دراسة اخرى بين 1 يناير 1989 و 31 ديسمبر 1996 ،حيث تم علاج 35 حالة من الشفة المشقوقة أو الليبوباتين في وحدة التشخيص قبل الولادة بمستشفى تور الجامعي. لم تؤخذ في الاعتبار سوى فتحات اكتشفت في الرحم. وقد استبعدت عمداً من هذه الدراسة جميع الشقوق التي لم يتم كشفها أثناء الحمل وتشخيصها أثناء الولادة أو أثناء إنهاء الحمل لسبب آخر. كما تم استبعاد الملفات التي لم تكن نتائج الأطفال الخاصة بها معروفة.

كان متوسط عمر المرضى 28 عامًا مع درجات حرارة تتراوح بين 20 إلى 37 عامًا. كان متوسط التكافؤ 1 (0 إلى 5). تمت إحالة غالبية المرضى إلى المركز للتأكد من خلل تم اكتشافه سابقاً في مؤسسة أخرى وللتقييم المورفولوجي الإضافي. في الحالات الأخرى ، كانت هذه الشقوق التي تم اكتشافها أثناء الاستكشافات المنهجية أو البحث الموجه التي أجريت في مركزنا. تم ذكر مسألة مدى ملاءمة تحقيق النمط النووي في كل مرة ، وتم تحديد كل حالة على حدة ، حسب السياق ، خلال اجتماع متعدد التخصصات.

كانت المعايير التي تمت دراستها ، إلى جانب الأسرة والسوابق الشخصية للمرضى ، مدة الاكتشاف ، ومقعد وحجم الفتحة ، وعلامات الموجات فوق الصوتية المرتبطة بها ، ونتيجة النمط النووي عند تنفيذه ، ومصير الحمل وفي حالة الولادة الحية ، عدد وعمر إجراء التدخلات التصحيحية. بالإضافة إلى ذلك ، واجهت الموجات فوق الصوتية في كل مرة نتائج ما بعد الولادة أو نتائج فحوصات الأمراض.

(thibault catherine,1999,p28)

## 6. مصطلحات الدراسة

## - التدخل المبكر

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للاطفال دون السادسة من اعمارهم الذين يعانون من اعاقه او تاخر نمائي او الذين لديهم قابلية للتاخر او الاعاقه. وبالرغم من ان الاطفال الصغار في السن الذين لديهم اعاقه او تاخر يشكلون فئات غير متجانسة الا ان ثمة اوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون اليها. فهم من ناحية اطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الاطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون اساسا على اسرهم لتلبية احتياجاتهم ولذلك فان برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات اولياء الامور وقدراتهم لمساعدة اطفالهم على النمو والتعلم وفقا لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الاسرة.

جمال محمد الخطيب، 2009، ص251)

## - التكفل الارطوفوني

ويتمثل التكفل الأرطوفوني في تلك التقنيات العلاجية للسلسلة الكلامية الحاملة للغة الشفوية ذات هدف إنساني و تربوي ، بصفة عامة التكفل الأرطوفوني يهدف دائما إلي إعادة توظيف القدرات المميزة واسترجاع توظيف عادي.

ترتكز الكفالة علي اتفاق أولي بين المختص الأرطوفوني و العميل و تكون دائما مسبقة بميزانية أرطوفونية التي تحدد الأهداف المرغوبة (Frederique ,Brin, 1997,P 25).

## -البلع

البلع عملية معقدة يشترك فيها يشترك فيها حوالي 50 زوجا من العضلات اضافة الى اعصاب كثيرة وذلك من اجل

-تلقي الطعام في الفم

-نقل الطعام من الفم الى المعدة

هناك ثلاث مراحل للبلع:

-المرحلة الفموية: يجري تحصيل الطعام او السائل لعملية البلع يقوم كل من اللسان والفك بتحريك الطعام الصلب في الفم حتى يتم مضغه والمضغ يمنح الطعام القوام والحجم المناسبين ليتم بلعه.

-المرحلة البلعومية: تبدأ عند المرور السريع للطعام او السائل عبر البلعوم والبلعوم هو منطقة من الحلق تصل الفم بالمرئء والذي يدعى باسم انبوب البلع ايضا.

-المرحلة المريئية: المرئ هو الانبوب الذي ينقل الطعام الى المعدة وخلال المرحلة المريئية يمر الطعام او السائل عبر المرئء في طريقه الى المعدة.

### - اضطرابات التغذية والبلع

هي عدم القدرة على بلع الطعام او السوائل او اللعاب او صعوبة بلعها .من اعراضها:

- السعال او الاختناق

- تقاطر اللعاب

- ألم خلال عملية البع

- صعوبة التنفس او الكلام

(محمد حشاوي،2018)

- سوء التغذية... الخ

### - الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية

هم الاطفال الذين ولدو بفتحات أو انشقاقات في الشفة العليا أو سقف الفم (الحنك) أو كليهما. تحدث الشفة المشقوقة والحنك المشقوق عندما لا تلتحم أنسجة الوجه عند أحد الأجنة بشكل كامل.

إن الشفة المشقوقة والحنك المشقوق من بين التشوهات الخلقية الأكثر شيوعًا، فهما عادة ما يحدثان كتشوهات خلقية منفصلة، ولكنهما أيضًا يرتبطان بالعديد من الحالات المرضية أو المتلازمات الجينية الموروثة

(Ye et al,2009,p44).

## الفصل الثاني : الجانب التشريحي-الفيزيولوجي للشقوق الشفوية الحنكية

### 1. الحالة العادية

1.1 التشكل الجنيني للثة والشفة العليا

1.2 التشكل الجنيني للحلق

### 2. الحالة المرضية

1.2 تعريف الشقة الشفوية الحنكية

2.2 اسباب الشقة الشفوية الحنكية

3.2 انواع الشقة الشفوية الحنكية

1.3.2 الشقة الشفوية

1.1.3.2 الشقة الشفوية احادية الجانب

2.1.3.2 الشقة الشفوية ثنائية الجانب

3.1.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقوق الشفوية

2.3.2 الشقة الحنكية

3.3.2 الشقة الحنكية تحت المخاطية

1.3.3.2 الاعراض

4.3.2 الشقة الشفوية الحنكية

1.4.3.2 الاعراض

تمهيد

إن الشقة الشفوية الحنكية تشوه خلقي يمس الوجه، يؤثر على حياة الطفل المصاب والأم خاصة. و لهذا التشوه أعراض و أنواع مختلفة راجعة لأسباب عديدة. لذا يجدر بنا الاهتمام بالتعرف أولا على هذه النقاط في هذا الفصل، إضافة إلى مدى تأثير هذه الشقة الشفوية الحنكية على الجانب الجمالي الغذائي والبلعي.

## 1- الحالة العادية:

### 1.1 التشكل الجنيني للثة والشفة العليا:

تشكل الشفة العليا والثة ابتداء من الأسبوع الخامس من عمر الجنين، وذلك بالتحام كل من البراعم الجبهية- الأنفية مع البراعم الفكوية العلوية الجانبية.

### 2.1 التشكل الجنيني للحنك:

يتشكل الحنك الصلب بين الأسبوع السابع والأسبوع التاسع من حياة الجنين. وبعد تأفق اللسان والتطور الداخلي و الاستقامي للحنك الصلب، يتشكل شراع الحنك ( الحنك اللين) مكتملا باللهة. (Abadie Véronique, 2003, p.28)

## 2- الحالة المرضية:

### 1.2 تعريف الشقة الشفوية الحنكية:

هي تشوه خلقي متواجد على مستوى الفك العلوي يمس غالبا الشفة العليا، المناخر، اللثة، الحنك الصلب، أو الحنك اللين، و ينتج عن عدم الالتحام بين البراعم الوجهية البدائية للجنين. (Domart André, Bonneuf Jaques, 1989, p.103)

يظهر على شكل شق أو شقين جانبيين في الشفة الحمراء والشفة البيضاء مع اتساع المنخرين أو إحداهما. وحينما يفتح المصاب فمه، نرى أن الشقة قد تصل إلى اللهاة مروراً عبر الحنك الصلب, (Juvain Yves, 2003, p.350)

تختلف نسبة حدوثه من بلاد إلى آخر، وتقدر في الوطن العربي بحوالي 700/1 مولود . يمكن ملاحظة هذه الشقوق من خلال الأشعة عندما يكون عمر الجنين حوالي 20 أسبوعا في بطن أمه.

### 2.2 أسباب الشقة الشفوية الحنكية:

تحدث الشقة الشفوية الحنكية نتيجة عدة أسباب، منها:

#### 1.2.2 أسباب وراثية:

و هي أسباب قد أثبتت علميا، منها:

- موت الخلايا المسؤولة على تلاحم البراعم الوجهية.
- خلل كروموزومي يحدث طفرة وراثية.
- إصابة أحد أفراد العائلة.

#### 2.2.2 أسباب بيولوجية:

و هي أسباب قد أثبتت علميا، منها:

- وجود خلل أو جسم غريب في المركبات الفيزيو-كيميائية للسائل الأمنيوسي المسؤول على تشكل وجه الجنين.

(Vernel-Bonneau Françoise, Thibault Catherine, 1999,p28) .

#### 3.2.2 أسباب خارجية:

وهي أسباب لم تثبت بعد علميا:

التعرض للأشعة أثناء الحمل.

- إصابة الأم بداء السكري وإهمالها لعلاجها.
- الحمى عند الأم أثناء الحمل.
- تعاطي الأم لبعض الأدوية بدون استشارة الطبيب والتي تكون خطيرة على الجنين، (مثل: فيتامين C، المهدئات، مضادات حيوية، Phenytoin ...).
- التدخين.
- تعاطي الكحول.
- تناول فيتامين A بتركيز وكميات زائدة.
- نقص حمض الفوليك أثناء الحمل.

### 3.2 انواع الشقوق الشفوية الحنكية:

هناك عدة أشكال إكلينيكية، تختلف كل واحدة عن الأخرى، ويمكن أن ترافق بعضها

البعض، والأنواع هي كالاتي:

#### 1.3.2 الشقة الشفوية: تتشكل ابتداءً من الشهر الخامس من عمر الجنين، فهي عبارة عن عدم تلاحم

البراعم الجبهية-الأنفية مع البراعم الشفوية العلوية الجانبية، ويمكن أن تمتد هذه الشقة من الشفة الحمراء إلى الأنف ( المناخر)، وقد تكون مصحوبة بشقة لثوية.

هناك نوعان من الشقة الشفوية:

#### 1.1.3.2 الشقة الشفوية أحادية الجانب: تحدث نتيجة غياب التحام العضلات الأنفية-الشفوية أثناء

التشكل الجنيني، الذي يؤدي إلى تشوه الشفة و إحدى المنخرين للأنف، وغالبا ما تكون على اليمين.

#### 2.1.3.2 الشقة الشفوية ثنائية الجانب: هو غياب كامل لالتحام البرعم الوسط مع البراعم الجانبية للشفة

في منطقة الفك العلوي أثناء التشكل الجنيني.

### 3.1.3.2 الأعراض الناتجة عن الشقوق الشفوية:

تنتج عن الشقوق الشفوية الحنكية عدة أعراض، أهمها:

- انفجار حنجري: هو الصوت الناجم عن انغلاق البلعوم والحنجرة، حيث من الممكن انسداد مرور الهواء مؤقتاً، وذلك بأن يلتصق الوتران الصوتيان.
- نفس خشن: وهو نفس ينتج أثناء محاولة نطق التصفيريات ( الحروف التصفيرية).
- نفس أنفي (خنخنة): هو اضطراب في النطق، يعود إلى عدم إبعاد التجويف الأنفي أثناء نطق الحروف الشفوية.
- شخير أنفي: ينتج عن انسداد أنفي أو عن طريق الذبحة . (J.MERCIER , 1998 p.1)

### 2.3.2 الشقة الحنكية:

تتشكل ابتداءً من الشهر الثالث من عمر الجنين، وتنتج عن غياب الالتحام بين البراعم الحنكية، ويمكن أن تمس الحنك الصلب لوحده أو الحنك اللين أو الحنك بالكامل، وقد تكون الشقة وسطية أو على شكل قوس. (Abadie Véronique,2003, p.28)

3.3.2 الشقة الحنكية التحت-مخاطية: هي شقة حنكية مغطاة بغشاء مخاطي، تنتج عن عدم اتصال عظام الحنك الصلب، مع انقسام اللهاة إلى اثنين لسبب عدم التحام عضلات شراع الحنك على الخط الوسط اللازم. (Paulus Christian, Laurent Marielle,2001 pp.53-57)

### 1.3.3.2 الأعراض الناتجة عن الشقوق الشفوية الحنكية:

تنتج عن الشقوق الشفوية الحنكية عدة أعراض، أهمها:

- الكلام غير واضح: أحيانا يكون الكلام غير مفهوم، نتيجة اضطرابات نطقية بسبب تشوه الشفة العليا، الأسنان والحنك.
- اضطرابات سمعية: ناتجة عن التهاب قناة أوستاش الرابطة بين الحلق والأذن.
- اضطرابات صوتية: صوت خشن، رتابة النغم ( سير الكلام على نغمة وتريّة واحدة).
- اضطرابات تنفسية: حيث يسيء الطفل استعمال الهواء أثناء الكلام، ويلهث أثناء ذلك.
- تكشيرات وجهية.
- اضطرابات في البلع والمص والتهوية.
- تشوهات جمالية لما تكون الشفة العليا والمناخر مصابة.
- تشوه الأسنان الأمامية. ( مبارك مبارك، 1995. ص.194)

- صعوبات في النطق: بما أن أعضاء التصويت مصابة (الشفة، الحنك، الأسنان) وبسبب مشكل في السمع للأغلبية منهم نتيجة التهاب قناة أوستاش.
- يعوضون الحروف [g]، [d]، [b]، [k]، [t]، [p] بانفجار حنجري.
- يعوضون الحروف [s]، [z]، [ʃ]، [ʒ] بنفس حنجري حشن.
- نفس أنفي.
- اضطرابات صوتية.
- اضطرابات تنفسية.
- تكشرات وجهية أثناء الكلام ( TALANCIER Chantal, 2014, PP13-23 )

#### 4.3.2 الشقة الشفوية الحنكية

يكون الانشقاق في الشفة وسقف الفم (الحنك) معا وهو من الاكثر الحالات شيوعا كما يمكن ان يصيب جانبا واحدا او كلا جانبي الوجه.

#### 1.4.3.2 الاعراض الناتجة عن الشقوق الشفوية الحنكية

يمر المصابين بهذا التشوه الخلقي للشفة والحنك والأسنان بمراحل نمو الكلام طبيعيا. غير أن هناك اختلاف طريقة الإنتاج، وذلك لانعدام الفاصل بين التجويف الفمي والأنفي، مما يؤدي إلى إخراج الأحرف بخنّة، وهذا بالنسبة للمصابين بشقة حنكية، أما بالنسبة للمصابين بشقة شفوية، فإنهم يعانون من عدم القدرة على زيادة ضغط الهواء في الفم

لإخراج الأصوات الانفجارية بسبب وجود الفتحة، مما يؤدي إلى خروج الأحرف بشكل غير واضح.

يتميز كلام الأطفال المصابين بالشقة الشفوية الحنكية بالتالي:

- الإخراج الضعيف للأصوات.
- تيارات هواء تخرج عن طريق الأنف أو التشويش خاصة عند نطق الأحرف الانفجارية، وقد يكون تيار الهواء مسموعاً أو غير مسموع، وهو دلالة على وجود فتحة صغيرة أو عجز العضلة للتحرك بين البلعوم والحنك.
- إرجاع الأصوات إلى مؤخرة الفم عند الإنتاج، مثل: [ ] ( انفجار حنجري) في محل [d].
- تحول استبدال حرف بحرف آخر على عادة يصعب التخلص منها.
- إخراج غير محدد للأصوات التي تحتاج إلى ضغط هوائي.
- زيادة الرنين وتغير الصوت.
- نطق حرفين مختلفين في الوقت نفسه. (TALANCIER, 2014 ;p23)

#### الخاتمة

بعد تعرفنا على الشقة الشفوية الحنكية، أسبابها، أنواعها، أعراضها سنتقل إلى الفصل الموالي لتعرف على صعوبات البلع والتغذية التي يعاني منها الاطفال الرضع المصابين بالشقوق الحنكية.

الفصل الثالث: البلع والتغذية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

**I- فيزيولوجية البلع**

**1- تعريف صعوبات البلع لدى المواليد والرضع**

1.1 انواع صعوبات البلع لدى الاطفال

2.1 اعراض صعوبات البلع لدى الاطفال

3.1 اسباب صعوبات البلع

4.1 البلع عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

**II- التغذية**

**2- تعريف صعوبات التغذية**

1.2 انواع صعوبات التغذية لدى الاطفال

2.2 اعراض صعوبات التغذية لدى الاطفال

3.2 التغذية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

## تمهيد

عملية البلع والشرب السليمة تستلزم تنسيق نشاط عضلات الشفتين، اللسان، الفم، الحلق، المريء العلوي والعنق. منظومة البلع السليمة تمكن من البلع بأقل جهد ممكن وتمنع دخول المشروب والغذاء إلى المسالك التنفسية. خلفية اضطرابات البلع واثارها تكمن في عملية تطور الكائنات الحية، بما في ذلك الإنسان. الفم والحلق يستعملان للأكل والشرب، وللتنفس والتكلم، أيضا . (catherine Senez,2015:p06)

## I-فيزيولوجية البلع:

البلع هو عملية يتم من خلالها انتقال الطعام او الشراب من الفم الى البلعوم ثم المريء وتكون مصحوبة بغلق لسان المزمار .

## 1. صعوبات البلع لدى الاطفال الرضع:

يبدأ الكفاح من أجل البلع السليم عند الولادة. ويكمن السبب الرئيسي لذلك في عدم نضوج منظومة البلع، كذلك تشوهات خلقية لا يلاحظ بعضها شخص غير مهني، فروقات تشريحية، اضطرابات عصبية مثل الشلل الدماغي، وحتى اضطرابات الأكل مثل رفض الطعام. والصعوبة في البلع لدى الأطفال يمكن أن تسبب فقدان الطاقة بسهولة نسبية وقد يكون الاضطراب حادا إلى درجة إنه يشكل خطرا على الحياة. إن الاستمرار في تناول وجبة لأكثر من نصف ساعة يدل على وجود مشكلة تستلزم الاستيضاح والعلاج.

(angus c cameron ,richard p widmer,2014:p409)

## 2. أنواع صعوبة البلع

صعوبة البلع عند الأطفال الصغار قد تظهر في أحد هذه المراحل المختلفة :

مرحلة الفم : عند المص أو المضغ ومحاولة تمرير الطعام أو السوائل عبر الحلق .

مرحلة البلعوم : تبدأ عند محاولة البلع وضغط الطعام عبر البلعوم وإغلاق الممرات الهوائية لتجنب مرور الطعام أو

الشراب بها لتجنب الإصابة بالاختناق .

مرحلة المريئ : انقباض وارتخاء المريئ للسماح بالطعام والشراب بالمرور منه وإلى المعدة .

### 3. أعراض صعوبة البلع

تظهر أعراض صعوبة البلع عند الأطفال بأشكال مختلفة ، ولا تظهر عند كل الأطفال جميعها بالضرورة :

- تقوس أو تشنج في الجسم أثناء الرضاعة
- تهيج أو عدم يقظة أثناء الرضاعة .
- رفض الطعام أو السوائل .
- عدم القبول على الأطعمة بقوام مختلف (على سبيل المثال ، فقط الأطعمة المهروسة أو الحبوب المقرمشة) .
- استمرار الرضاعة أو الوجبة لوقت طويل (على سبيل المثال، أكثر من 30 دقيقة) .
- صعوبة المضغ .
- صعوبة الرضاعة من الثدي .
- السعال أو وقوف الطعام في الحلق أثناء الوجبات
- سيلان اللعاب المفرط أو خروج الطعام / السوائل من الفم أو الأنف .
- صعوبة التنفس خلال تناول الطعام والشراب
- زيادة الاحتقان أثناء وجبات الطعام .
- صوت غرغرة أجش ، أو لهات
- البصق المتكرر لأعلى أو القىء
- الالتهاب الرئوى المتكرر أو التهابات الجهاز التنفسى .

-زيادة الوزن والنمو أقل من الطبيعي

(catherine Senez,2015 :p36)

#### 4. اسباب صعوبات البلع :

- الارجاع الحمضي: يحدث عندما تتدفق محتويات المعدة الى المرئ مما يسبب اعراض مثل حرقة او الم .

- اضطرابات الجهاز العصبي (مثل الشلل الدماغي، التهاب السحايا، التهاب الدماغ)

- الشقوق الشفوية الحنكية.

-صعوبة التنفس

- الوضعية الخاطئة للام اثناء تغذية طفلها

- ضعف العضلات في الوجه والرقبة

( ياسمين عطية،2014:ص30)

#### 5. البلع عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

تعتبر صعوبات البلع من بين المشاكل التي تواجه المواليد والرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية نظرا لوجود

الفتحة او الشق الذي يسبب في عدم القدرة على البلع مما يؤدي الى مسالك خاطئة واحيانا الى دخول الحليب

الى منطقة الانف .

**II- التغذية و الرضاعة:**

تعتبر تغذية الطفل و الرضيع ضرورية ومهمة للنمو الفيزيائي والتطور العقلي السليم خاصة خلال السنة الاولى من عمر الطفل حيث ينمو الدماغ باقصى سرعة له واي اضطراب فيها يؤثر على النمو ويعرض الطفل الى امراض مختلفة. ( رضوان غزال، 2011:ص15)

**1.تعريف صعوبات التغذية لدى الاطفال**

صعوبات التغذية في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، هو رفض الطفل تناول بعض مجموعات الطعام أو القوام أو المواد الصلبة أو السوائل لمدة شهر على الأقل، مما يؤدي إلى عدم اكتساب الطفل للوزن الكافي أو النمو الطبيعي أو حدوث تأخر في النمو.

**2. انواع صعوبات التغذية:**

يُقسم اضطراب التغذية إلى ستة أنواع فرعية أخرى

اضطراب التغذية المرتبط بتنظيم الحالة النفسية.

اضطراب التغذية التبادلي (الإهمال)

فقدان الشهية عند الطفل.

النفور الحسي من الغذاء.

اضطراب التغذية المرتبط بالحالة الطبية المتزامنة.

اضطراب التغذية اللاحق للصدمة. (حمزة الجبالي، 2012: ص14)

## 3. اعراض صعوبات التغذية لدى الاطفال :

الأطفال الذين يحاولون ابتلاع مواد غذائية مختلفة غالباً ما يتقيؤون أو يكبحون أو يخنقون أثناء تناولهم الطعام. في أوقات التغذية، قد يتفاعلون سلبيًا مع محاولات إطعامهم، ويرفضون تناول الطعام.

تشمل الأعراض الأخرى انعطاف الرأس والبكاء وصعوبة في المضغ أو القيء والبصق أثناء الأكل. قد يعاني العديد من الأطفال من صعوبات في الرضاعة وقد يكونون منتقنين للأكل يصعب إرضاءهم، لكن معظمهم ما زال لديهم نظام غذائي صحي إلى حد ما. ومع ذلك، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التغذية سوف يتخلون تمامًا عن بعض مجموعات الطعام أو القوام أو السوائل الضرورية لنمو الإنسان ونموه.

يمكن أن يتطور اضطراب التغذية ببطء أشد لدى الأطفال الذين يعانون مسبقًا من هذا الاضطراب، وذلك بسبب افتقارهم إلى المدخول الغذائي. في الحالات الشديدة قد يبدو أن الطفل يشعر بأنه معزول اجتماعيًا بسبب نقص الأنشطة الاجتماعية التي تشمل الأطعمة. (حمزة الجبالي، 2012: ص 12)

## 4. التغذية عند المواليد الرضع المصابين بالشقوق الحنكية

الغذاء أساسي لحياة الطفل، وهو المشكلة الأولى والكبرى التي تواجه القائمين على رعايته في المستشفى وفي المنزل، ودرجة حدتها تختلف من حالة لأخرى، ففي حالة الشفة الارنبية الجزئية أو شق الحنك الرخو البسيط قد لا يكون هناك صعوبة في أمساك حلمة الأم أو المرزعة أو الرضاعة، ولكن المشكلة تظهر في حالة شق الحنك، فهناك فتحة كبيرة بين الفم والأنف، مما يؤدي لعدم المقدرة الكاملة على الإمساك بالحلمة، وعدم القدرة على المص والبلع، كما قد تؤدي عملية الرضاعة إلى دخول الحليب والسوائل إلى منطقة الأنف وفي بعض الاحيان رجوع الحليب من الانف، تلك المشاكل يمكن التغلب عليها أو الأقلال من تأثيراتها من خلال أتباع بعض أساليب التغذية والتي سندذكرها في الفصل القادم.

## الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي الأفضل في جميع الحالات، سواء من الناحية الغذائية في الحليب ، وزيادة الترابط بين المولود والأم ، وعادة ما ترغب الأم في إرضاع طفلها فيجب المحاولة فقد ينجح في العديد من الحالات، وعندما يكون هناك صعوبة في المص أو البلع فيجب استشارة الطاقم الطبي فقد يكون لديهم حلول لذلك، وفي بعض الاحيان ينصح بشفط حليب الأم بالشفاطة ( الحلابة ) وأعطائه للطفل عن طريق الزجاجاة، وأعادة المحاولة بعد فترة من الزمن، وفي كلا الحالات يجب حصول الطفل على كمية كافية من الحليب.

## الرضاعة الصناعية:

الكثير من الاطفال المصابين بالشفة الارنية وشق الحنك يمكنهم الرضاعة الصناعية باستخدام الزجاجاة والحلمة العادية، والبعض يحتاج إلى توسيع فتحة الحلمة ( يمكن عمل ذلك بثقب الحلمة بأبرة معقمة أبو بقطع الحلمة بشكل متعامد على شكل X باستخدام سكين معقمة) ، عند توسيع الحلمة فإن ذلك يسمح للحليب بالانسياب بسهولة وبأقل جهد للمص.

## المرضعة أو الحلمة الخاصة

هناك رضاعات ( رضاعة ) وحلمات خاصة تستخدم لبعض الاطفال المصابين بشق الحنك (ملحق ر7) ومنها:

**1-المرضعة اللينة من شركة جونسون :Mead Johnson squeezable bottle**

وهي رضاعة لينة ومرنة قابلة للضغط بحلمة لينة، وهي تسمح للأم بالضغط عند قيام الطفل بالمص مما يساعد الطفل على الرضاعة بأقل مجهود، ومن المهم عند الاستخدام أيقاف الضغط عندما يقوم الطفل بالبلع أو التنفس لمنع حدوث الشربة ( دخول الهواء لمجرى التنفس )، وتستخدم مع الأطفال ذوي المص الضعيف أو الذين يواجهون صعوبة في المص.

**2-الحلمة المرنة الطويلة : Haberman Feeder**

في هذا النوع تكون المرشعة صغيرة ولكن غير مرنة وغير قابلة للضغط، وتكون الحلمة طويلة وطرية مرنة قابلة للضغط، وهنا تقوم الأم بالضغط على الحلمة نفسها لتسهيل خروج الحليب للطفل لتقليل المجهود.

### 3- حلمة الحمامة: Pigeon nipple

وهي نوع خاص ، إحدى جوانبه قاسي يكون جهة الحنك، والجانب الآخر لين يكون جهة اللسان، ولا يحتاج إلى جهد كبير عند الرضاعة ، فمجرد ضغط اللسان يكفي لمرور الحليب، وتستخدم مع الأطفال الذين لديهم صعوبات شديدة في التغذية، خصوصاً مع الأطفال الذين لديهم فك قصير وصغير وشق حنكي مثل حالة - بيير روبرن Piere Robin Syndrome

### حلمة محقنة روس : Ross syringe nipple

الحلمة رفيعة جداً وطويلة، وتستخدم للأطفال الذين لا يستطيعون المص على الحلمة، أو يزعجهم وجود حلمة كبيرة، وتستخدم هذه الحلمة في رضاعة الطفل بعد العملية الجراحية أحياناً ، حيث تقوم الأم بوضع طرف الحلمة في الفم والضغط على الرضاعة ليخرج الحليب لفم الطفل بدون مجهود، وبهذا يستطيع الطفل من تناول غذاءه

### صفيحة الرضاعة Obturator

عندما يكون شق الحنك كبير كما في حالة شق الحنك المزدوج، وتكون اللثة والحنك الصلب مشقوق بشكل كبير، فقد يلاقي الطفل الكثير من الصعوبات عند الرضاعة مهما اختلف نوع المرشعة، ففي تلك الحالة يقوم أخصائي الاسنان بعمل طبعة للحنك ، ومن ثم عمل صفيحة من المعدن تركيب وتثبت على الحنك العلوي - وتسمى صفيحة التغذية- مما يساعد على التغذية، هذه الصفيحة ليس من السهولة تثبيتها ولا يتم عملها بشكل أعتيادي

. www.mufasser.com

## التغذية بعد الجراحة:

قد تلاحظين تغير في شكل ونوعية تغذية الطفل بعد الجراحة لعدة أيام، فقد تكون التغذية عن طريق الأنبوب الانفي مثلاً، أو تكون عن طريق استخدام الحقنة، ولكن بعد ذلك لا بد من الرجوع للتغذية عن طريق المرضعة مرة أخرى. (هبة مصطفى 2019)

بعد ان تعرفنا في هذا الفصل الى تعريف صعوبات البلع والتغذية واعراضها عند الاطفال الرضع المصابين بالشقوق الحنكية سنتطرق في الفصل الموالي الي مختلف وسائل التكفل والعلاج لهذا التشوه الخلقي .

الفصل الرابع : التكفل الارطوفوني المبكر بالشقوق الشفوية الحنكية

1. اساليب الفحص لوظائف التغذية و تشخيص الاضطرابات الشفوية عند المواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية

2. التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف التغذية عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية

1.2 طريقة الرضاعة

2.2 التدخل الجراحي

3.2 دعامات الانف

4.2 بروتوكول موجه للاولياء و الممارسين الارطوفونيين لاضطرابات وظائف التغذية

3 . التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف البلع عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية

1.3 ةتعديل وضعية الراس

2.3 تمارين التنفس

3.3 الاكل باستعمال الملعقة

4.3 الاكل استعمال انبوب التنفس (la paille)

التكفل الارطوفوني المبكر هو التدخل المبكر بتقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للاطفال دون السادسة من اعمارهم الذين يعانون من اعاقة او تاخر نمائي او الذين لديهم قابلية للتاخر او الاعاقة.

. التكفل الارطوفوني المبكر:

### 3. تعريف التكفل الارطوفوني المبكر:

وبالرغم من ان الاطفال الصغار في السن الذين لديهم اعاقة او تاخر يشكلون فئات غير متجانسة الا ان ثمة اوجه شبه كبيرة في الخدمات التي يحتاجون اليها. فهم من ناحية اطفال صغار في السن وعليه فهم كغيرهم من الاطفال في هذه المرحلة العمرية المبكرة يعتمدون اساسا على اسرهم لتلبية احتياجاتهم ولذلك فان برامج التدخل المبكر تركز بالضرورة على تطوير مهارات اولياء الامور وقدراتهم لمساعدة اطفالهم على النمو والتعلم وفقا لما يعرف بالخطوة الفردية لخدمة الاسرة.

بالنسبة للمواليد والرضع المصابين بالشقوق الحنكية و في ظل وجود لهم مشاكل على مستوى البلع و عملية التغذية سيكون التكفل المبكر بعد تقييم عام للصعوبات وسيتم التقييم بمساعدة فريق متعدد التخصصات لدراسة حالة الطفل اجمالا ومعرفة حدوده وامكانياته.

### 1.3 اساليب الفحص لوظائف التغذية و تشخيص الاضطرابات الشفوية عند المواليد والرضع المصابين

#### بالشقوق الحنكية

قبل التكفل المبكر بطفل يعاني من اضطرابات التغذية يجب تجهيز ميزانية ارطوفونية خاصة والتي بدورها تضم كل المعلومات الخاصة بالطفل بداية من رسالة التوجيه، الملف الطبي، الملاحظة، المقابلة، الميزانية ثم نجمع نتائج اساليب الفحص ونستنتج حالة المريض .

### 2.3 التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف التغذية عند اطفال مصابين بالشقوق الحنكية:

بداية تتكفل عن طريق الرضاعة وذلك بالتعامل مع الام وتوجيهها للتسهيل وتقليل مشاكل البلع والتغذية عن طريق اتباع الخطوات التالية:

### 1.2.3 طريقة الرضاعة:

- يجب حمل الطفل بشكل رأسي وبميلان 45-75 درجة، فذلك سوف يساعد على تقليل خروج الحليب إلى الأنف، كما يساعد على تقليل التراجع المعدي. ملحوق ر 2
- حاولي أن يكون رأس الطفل منحنى إلى الأمام، أي أن يكون الذقن أقرب للصدر، فذلك يساعد على سهولة المص ويقلل كمية الهواء التي يبلعها الطفل.
- ضعي يدك على خدي الطفل لتساعد الشفتين على امسك الحلمة، وذلك بوضع السبابة والإبهام على الخد والإصبع الأوسط تحت الذقن
- أجعل رأس الحلمة بعيداً عن الشق ( النصف الثاني السليم )
- توقع حدوث خروج الحليب من الأنف أو الفم خلال الرضاعة، ولا تفزعى من ذلك، وأعطي الطفل الفرصة للكحة أو العطس لأبعاد الحليب، قومي بتنظيف الفم والأنف بالمنديل، ثم أكملى الرضاعة مرة أخرى، وإذا تكررت عدة مرات فأحملي الطفل بشكل رأسي أكثر، وقد يحتاج الأمر إلى تغيير نوعية المرضعة أو الحلمة المستخدمة.
- اذا تكررت الحالة ، فيجب استشارة الممرضة أو الطبيب فقد يجدون الحلول المناسبة لخيرتهم في التعامل مع تلك الحالات ، فقد ينصح بتغيير طريقة الرضاعة، أو أستخدام مرضعة معينة.
- يجب على الأم المحافظة على جدول زمني للرضاعة، ففي الاسابيع الأولى بعد الولادة يحتاج الطفل إلى رضعة كل 2-3 ساعات على الأقل، وأن لا تستمر مدة الرضعة الواحدة عن 30 دقيقة فقد تؤدي إلى أجهاد للطفل، ويجب طلب المساعدة عند الحاجة.
- يجب تجشأ الطفل خلال وبعد كل رضعة، فالأطفال المصابين بشق الحنك يتلعون الكثير من الهواء عند الرضاعة، وهو ما قد يؤدي للتراجع أو المغص.
- يجب الاحتفاظ بالطفل في وضع رأسي بعد الرضاعة لمدة 15-30 دقيقة لتقليل حصول التراجع، ويمكن أستخدام جلسة - كرسي الأطفال.

- متابعة زيادة الوزن أسبوعياً هو المؤشر الحقيقي لحصول الطفل على ما يحتاجه من غذاء، الوزن المتوقع زيادته 10 جم يومياً ( ما عدا الأسبوع الأول بعد الولادة)

- اذا كنت تستخدمين رضاعة قابلة للضغط - فبادري بضخ الحليب مع بداية الرضعة  
- لا تضخحي الحليب في فم الطفل في فترات الراحة - اعطيه فرصة للتنفس - فقد يؤدي ذلك إلى شرقة أو أختناق

- اذا بدأ الطفل في النوم قبل نهاية الرضعة، فبادري بإيقاضه من خلال ملامعته ووخزه في قدميه

الطعام وإدخال الأطعمة الصلبة:

نتعامل معه كما نتعامل مع الأطفال الآخرين يبدأ إدخال الأطعمة المهروسة في الشهر الرابع من العمر، مثل السيريلياك والتي هي عبارة عن حبوب قمح فورية تعد كمكمل لحليب الثدي ، وذلك بأستخدام المعلقة مرة واحدة يومياً تزداد لثلاث مرات يومياً، والفائدة من تلك النوعية من الغذاء هو تعويد الطفل على المضغ وليس في قيمتها الغذائية، ومن الشهر السادس حتى التاسع يبدأ بالأغذية شبه الصلبة وبالمعلقة أيضاً، لتعويد الطفل على اختلاف الطعم والتكوين، وتلك الأغذية لها فائدة خاصة في الأطفال المصابين بشق الحنك فهي عادة لا ترتد للتجويف الأنفي، وعادة ما ننهي تلك الوجبة بشرية من الماء لتنظيف الفم من بقايا الأكل.

ومن بين النصائح المهمة التي نقدمها للامهات في هذا المجال:

-الأغذية اللينة وشبه الصلبة يجب إعطاؤها بالمعلقة وليس من خلال المرضعة

-ضعي الطفل في حضنك أو في الجلسة بشكل قائم 90 درجة

-ضعي كمية قليلة في المعلقة وأعطيتها للطفل، لا تستعجلي حتى ينهي الطفل البلع

-أجعلي الطفل يستخدم شفوية لتنظيف ما في المعلقة

-لا تجزعي أو تخافي اذا خرج الطعام من الانف، اعطيه الفرصة للكحة أو العطس

-نظفي الأنف، ثم أكمللي الاطعام مرة أخرى، يمكن محاولة تغيير وضع الطفل

–يجب الأبتعاد عن الأغذية المحتوية على البهارات أو الحامضة

Denitz-scheer M, , telle est la question devenir, Vol.19 num1,2007

### 2.2.3 التدخل الجراحي

وجود الشفة الأرنبية وشق الحنك يحتاج إلى التدخل الجراحي بالإضافة إلى التدخلات الأخرى من الطاقم العلاجي، وهي طريق طويل يحتاج إلى التعاون بين العائلة والطاقم العلاجي، ويحتاج إلى دعم الأسرة والطفل المتواصل من الناحية العلاجية والنفسية والدعم الاجتماعي.

التدخل الجراحي يعتمد على نوع الحالة وشدتها، والهدف منها تعديل وظائف الفم لحالة أقرب ما تكون للطبيعية، بالإضافة إلى تغيير الشكل الخارجي، تلك العمليات تتم على مراحل حسب نمو وتطور الطفل، فالبعض منها يتم في مرحلة مبكرة وأخرى في مرحلة الشباب، كما أن التدخل لنوع معين قد يحتاج إلى أكثر من مرحلة للحصول على التعديل الصحيح، ويمكننا توضيح المراحل العمرية للتدخل الجراحي كما يلي

العمر	التدخل الجراحي
3 أشهر	الشفة الأرنبية
6-12 شهر	فتحة سقف الحلق
11-12 سنة	سد فتحة عظمة الفك العلوي
5-10 سنوات	عمليات تقويم الأسنان
16-18 سنة	عمليات تجميل الأنف
11-12 سنة	جراحة تعديل اللثة

جراحة تعديل السمع والتهابات الأذن	6-9 اشهر
جراحة تعديل النطق:	4-5 سنوات

#### جراحة تعديل الشفة الأرنبية:

عادة ما تتم في عمر الثلاثة أشهر، مع إمكانية القيام بها قبل ذلك العمر، حيث يتم توصيل طرفي عضلة الشفة ببعضها وتعديل فتحة الأنف، هذا التعديل سوف يؤثر على نمو اللثة لتنمو بالشكل السليم في حالة الشفة الأحادية الشق، وإلى تعديل مقدمة الفك العلوي في حالة الشفة ثنائية الجانب.

تجرى العملية تحت التخدير الكامل، وبعد الأفاقه من العملية فقد يحتاج الطفل إلى بعض المسكنات لتخفيف الألم، ويمكنه الرضاعة من الأم أو المرصعة بشكل طبيعي، ويقوم الجراح بإزالة الخيوط الجراحية تحت التخدير

الموضعي في نهاية الأسبوع الأول، ويمكن ملاحظة وجود بقايا العملية على شكل ندبة أو خط وردي اللون يتناقص مع مرور الأيام، وقد يحتاج إلى جراحة تحميل لأزالته نهائياً في مرحلة لاحقة من العمر.

#### جراحة تعديل فتحة سقف الحلق:

عادة ما تتم الجراحة بين 6-12 شهر، ويمكن إجراؤها في بعض الحالات البسيطة قبل ذلك، ولكن عندما يكون شق الحنك كبيراً فقد نضطر إلى تأجيل العملية عدة أشهر حتى يتم إعطاء فرصة لجوانب الشق للنمو إلى الداخل،

وهناك أنواع متعددة من العمليات باستخدام أساليب متنوعة وجميعها تؤدي نفس الغرض المنشود وهو إغلاق الفتحة والحصول على الوظائف الطبيعية للفم.

يقوم الجراح بتقريب طرفي الفتحة من بعضها البعض، ومن ثم إغلاق الفتحة باستخدام العضلات والأغشية الموجودة في المنطقة بطبقات ثلاث هي الأغشية الأنفية والعضلة والأغشية الفمية .

تجرى العملية تحت التخدير الكامل، وبعد الأفاقة من العملية فقد يحتاج الطفل إلى بعض المسكنات لتخفيف الألم، ويمكنه الرضاعة من الأم أو المرضعة بشكل طبيعي، ولن تتأثر العملية بالرضاعة أو بكاء الطفل.

في حالات الشفة الأرنبية الكاملة مع شق الحنك فإن التدخل الجراحي للثة يتم تأجيله للحصول على النمو الكامل لها، وهو ما يؤدي إلى وجود فتحة صغيرة موصلة بين الفم والأنف ( توصيلة )، كما لوحظ أن في 10% من حالات شق الحنك لا يمكن الإغلاق الكامل للشق مما يؤدي إلى وجود فتحة بين الفم والأنف كذلك، وعادة ما يتم إغلاقه في مرحلة لاحقة من العمر ( 3-10 سنوات )، هذه الفتحة (التوصيلة) قد تؤدي إلى دخول المشروبات للأنف.

#### جراحة تعديل فتحة الأنف:

هناك نمو وتطور للعضلات والأنسجة المحيطة بفتحة الأنف، هذا التطور مستمر ويمتد إلى مرحلة الشباب، لدى فإن التدخل الجراحي المبكر قد لا يجدي نفعاً في التعديل الكامل لفتحة الأنف، ولكن لوحظ أنه مع جراحة تعديل الشفة الأرنبية فإنه يؤدي إلى تعديل فتحة الأنف وتقليل التشوه الموجود، ولكن مع استمرار وجود عيوب في شكل الأنف فعادة ما يقوم الجراح بالتدخل لتحسين هذه العيوب قبل دخول الطفل المدرسة لكي لا يكون

مسخرة للآخرين، ولكن تلك لن تكون الأخيرة، فالمصاب يحتاج إلى عملية أخرى في مرحلة تالية وحتى البلوغ 16-18 سنة.

#### جراحة تعديل اللثة:

اللثة أساسها عظام الفك العلوي، وفي حالة حدوث شق في اللثة فإن هناك مسافة بين طرفي اللثة لا يمكن جذبها وتقريبها لبعضها، ويكون هناك فجوة تحتاج إلى إغلاق، ويمكن عمل ذلك من خلال جراحة تعديل اللثة بزراعة

عظمة من عظام الحوض في الفجوة، وعادة ما تجرى تلك العملية بعد بروز الأسنان العلوية الدائمة في عمر 8 سنوات ، وعادة ما تجرى في عمر 11-12 سنة، ويقوم بإجرائها جراح التجميل أو جراح الأسنان المتخصص في جراحة الفكين.

#### جراحة تقويم الأسنان:

الأطفال المصابين بالشفة الأرنبية وشق الحنك لديهم مشاكل مختلفة ومتنوعة في حجم وعدد وشكل الأسنان اللبنية والدائمة، معتمدة على نوع وحجم الإصابة، مما يستدعي التدخل المبكر لأخصائي الأسنان، حيث يبدأ بالعلاج التقويمي في مرحلة الأسنان اللبنية، ووضع الأسنان العلوية والسفلية في مكانها الطبيعي، وقد يحتاج الأمر إلى التدخل الجراحي لتعديل الفك العلوي.

#### جراحة تعديل النطق:

جميع الأطفال المصابين بالشفة الأرنبية وشق الحنك لديهم مشاكل في النطق والكلام بدرجات متفاوتة، ومن ثم فإنهم يحتاجون لتقويم كامل للنطق والكلام من قبل متخصص في النطق والتخاطب، وقد لوحظ أن نصفهم يحتاجون إلى تدخل وتدريب لعلاج تلك المشاكل، وفي البعض يلاحظ استمرار وجود المشاكل الكلامية مثل الخنة والكلام الأنفي نتيجة لوجود فتحة في سقف الحلق، مما يستدعي التدخل الجراحي لتعديل سقف الحلق والزور

#### جراحة تعديل السمع والتهابات الأذن:

الأطفال المصابين بالشفة الأرنبية وشق الحنك لديهم مشاكل في منطقة الزور والبلعوم، وعدم كفاءة عمل قناة استاكيوس وهي قناة التهوية للأذن الوسطى، مما يؤدي إلى تجمع السوائل في الأذن الوسطى وضعف السمع المصاحب، ومن خلال المتابعة الطبية وقياس السمع للطفل يمكن معرفة وجود هذه المشكلة ، والتي تستدعي التدخل الجراحي من قِبل جراح الأنف والأذن والحنجرة لأجراء عملية لوضع أنبوبة تهوية صناعية من خلال طبلة الأذن، والتي عادة ما تسقط من تلقاء نفسها خلال 6-9 أشهر، ومع استمرار الحالة فقد يحتاج الأمر إلى وضع أنبوبة التهوية مرة أخرى، ومتابعتها.

### 3.2.3 دعامات النف:

هو جهاز تقويمي للانف والشفه وعظام الفك العلوي (الملحق ر4) حيث ان الجراح يجد صعوبة مع الاطفال المصابين بالشقوق الشفوية والحنكية في استعادة الشكل الطبيعي للانف والفه وعظام الفك، فيقوم هذا الجهاز التقويمي باعادة تشكيلها لوضع سهل على الجراح اجراء العملية واستعادة الشكل الطبيعي (ملحق ر5).

النتائج المتوقعة من الجهاز:

- استعادة الانحناء الطبيعي للغضروف الانفي.
- استقامة واطالة الحاجز الانفي.
- اطالة الشفه حتى تتم الخياطة بدون شد وذلك لتفادي عيوب الخط الجراحي فيما بعد
- تقليل الفراغ بين عظام الفك العلوي وضمهم في وضع يساعد في اصطفاف الاسنان في الوضع الصحيح.

### 4.2.3 بروتوكول موجه للاولياء و الممارسين الارطوفونيين

تم اقتراح هذا البروتوكول في عام 2015 من طرف الطبية "كاثرين سينيز" و هو موجه للاطفال من عمر 6 الى 8 اشهر

يعتمد هذا البروتوكول على 4 مراحل اساسية وهي

- التوقف على اجبار الطعام للطفل
- اطعام الطفل بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة)
- احترام ايقاع الساعة البيولوجية
- اثاره المنطقه الفميه الانفيه oro-nasale وتديلكتها طول فترة البروتوكول

التوقف على اجبار الطعام للطفل:

من الطبيعي ان تفضل الامهات تغذية اطفالهم عن طريق الفم والتخلي عن la sonde والتي يلجا اليها العديد خصوصا في هذه الفئة من العمر، لكن على الام ان تفهم بان اعطاء الاكل بالملعقة يمكن ان ياخذ اكثر من نصف ساعة والذي يعتبر وقت طويل حيث ان الوقت العادي لتغذية الطفل يكون ما بين 5 الى 10 دقائق سواء بزجاجة الرضاعة او الملعقة ليكون النمو عادي وسليم.

لهذا يجب على الام ان تلتزم بهذا الوقت حيث انه في حالة التعدي على الوقت (5 الى 10 د) يعتبر كاجبار وارغام للطفل على الاكل .

#### اطعام الطفل بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة):

يجب اعادة تكييف الطفل على الاكل بطريقة فيزيولوجية ( الفم، المرئ، المعدة) وذلك بعد ان استغنى عنها واعتمد على الاكل عن طريق la sonde

بداية يجب اشارة منطقة الفم والشفتان بمساعدة مرصعة (tétine) ملعقة او بالاصبع واعطائه شئء ليتذوقه يمكن استعمال مادة سكرية او كريمة.

#### احترام ايقاع الساعة البيولوجي:

تعويد الطفل على الاكل بصفة منتظمة (الاكل عند الحاجة) يجب على الطفل ان لا يتجاوز الحد الطبيعي للاكل لكي لا يتسبب في مشاكل صحية مثل السمنة.

#### اثارة المنطقة الفمية الانفية oro-nasale وتدليكها طول فترة البروتوكول:

يجب اثاره المطقة الفمية وهذا بلمس كل الوجه وناحية الفم- الشفتين- اللسان هذا العمل تقوم به المختصة في جو من اللعب والثقة والتبادلات ( امين ايضا يقوم بلمس وجه المختص)

اضافة الى التدليك طول فترة البروتوكول والذي يعتبر مهم جدا في التنبيه الحسي لعضلات الوجه و تقلص عضلات التفاه و الخدين.

### 3.3 التكفل الارطوفوني المبكر لوظائف البلع عند المواليد الرضع المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية

#### 1.3.3 تعديل وضعية الراس:

وذلك بمساعدة الام على ايجاد الطريقة الصحيحة للتعامل مع طفلها اثناء الرضاعة وقد سبقنا ان ذكرنا هذا مفصلا في "طريقة الرضاعة ص43" و الملحق ر 2.

#### 2.3.3 تمارين التنفس:

عن طريق استعمال تمارين خاصة وسهلة يقوم بها الطفل بصفة دائمة لتحريك عضلات الفك و تسهيل التحكم فيها (ملحق ر8).

#### 3.3.3 الاكل باستعمال الملعقة

تعتبر هذه الفترة حساسة جدا للطفل حيث ان بعض الاطفال يعترضون بقوة على استعمال الملعقة او تقبل احتكاكها بالفم خصوصا مع وجود الشق الحنكي للطفل

يقترح الاختصاصي الارطوفوني طريقة ليتمكن الطفل من البلع الصحيح الطعام و ذلك بمساعدة الام على غلق فم الطفل اثناء اعطائه الطعام بالملعقة كما هو موضح في الملحق ر (6)

#### 4.3.3 الاكل باستعمال انبوب التنفس la paille

تعتبر اخر مرحلة يقوم بها المختص الارطوفوني ابتداء من عمر 8 اشهر تساعد الطفل في فهم المخطط الفموي له و عن طريق القيام بتحفيظه عن طريق احضار مشروب مفضل له. في البداية يكون من الصعب على الطفل فهم

التعليمية ولكن ما ان يصعد القليل من المشروب و يقوم بتذوقه حتى تسهل عليه و يقوم بالشرب بطريقة صحيحة. يمكن الانتقال فيما بعد الى الشرب عن طريق الكاس

- يجب على الطفل ان يشرب باستعمال انبوب التنفس la paille كل يوم و لعدة اشهر .

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: منهجية البحث و اجراءات الدراسة

- المنهج المتبع في هذه الدراسة

#### -I مرحلة الدراسة الاستطلاعية

1. ميدان الدراسة

2. مجتمع الدراسة

3. ادوات الدراسة

#### -II مرحلة الدراسة الاساسية

- المنهج المتبع في هذه الدراسة

1. ميدان الدراسة

2. مجتمع الدراسة

3. ادوات الدراسة

4. خطوات اجراء الدراسة

سنعرض في هذا الفصل منهج الدراسة والادوات التي اتبعناها في تنفيذها ميدانيا من اجل التأكد من صحة الفرضيات، مع تعريف العينة التي قامت عليها و تقديم وصف مفصل للمراحل التي مررنا بها ثم نقوم بعرض وتحليل النتائج.

ككل بحث علمي تعرض هذا البحث الى شروط منهجية وعلمية وقد قسمناه الى مرحلتين مرحلة الدراسة الاستطلاعية ومرحلة الدراسة الاساسية :

### المنهج المتبع في هذه الدراسة:

استعملنا لهذا البحث المنهج الوصفي دراسة حالة ، يقوم هذا المنهج على اساس اختيار مجموعة صغيرة من الحالات يقوم الباحث بدراستها بشكل معمق ويتناول كافة المتغيرات بالوصف الكامل.

يعتمد هذا المنهج على جمع اكبر عدد من البيانات و المعلومات، كما تعتبر الملاحظة والمقابلة من اهم الادوات المستعملة فيه، ولا يمكن تعميم نتائج الدراسة ذلك لاهميتها الفردية وتركيزها على الحالة بعينها.  
(خالد عبد الرزاق النجار- دراسة حالة 2008 ص 25).

### I. مرحلة الدراسة الاستطلاعية

للقيام بهذا البحث شرعنا باتباع خطوات تمثلت فيما يلي:

- زيارة لعدة مستشفيات ومراكز بغرض البحث عن الحالات التي يتطلبها موضوع الدراسة، فكانت اول وجهة هي مستشفى اول نوفمبر ومستشفى البلاطو ثم مستشفى كنستال في مختلف المصالحات: مصلحة جراحة الاذن الانف والحنجرة، مصلحة طب الاطفال ومصلحة جراحة الفك والوجه اضافة الى زيارتنا لعدة عيادات ارطوفونية من بينها عيادة النور في ولاية سيق.
- ملاحظة طريقة ومنهجية المختص في التكفل الارطوفوني الخاص بالاطفال المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية وتسجيل كل الملاحظات والعوامل المؤثرة فيه.

- القيام بمقابلات مع اولياء الاطفال خصوصا مع الامهات لمعرفة المشاكل الرئيسية التي تواجههم اضافة الى ملاحظة كيفية تغذيتهم وتعاملهم لابنائهم .
- القيام بمقابلات مع الاخصائيين الارطوفونيين لجمع اكبر عدد من المعلومات وعرفة الصعوبات والمشاكل الاساسية التي تؤثر على التكفل.

### 1. ميدان الدراسة: (الحدود المكانية)

تم اجراء تربص البحث في مشافي عامة مختصة بجراحة الوجه والفكين ومشفى الاطفال وكذلك عيادة ارطوفونية متخصصة بسيق.

### 2. الحدود الزمنية

تم القيام بهذا البحث في فترة تتراوح ما بين 23.12.2018 الى غاية 07.02.2019

### 3. مجتمع الدراسة (الحدود البشرية )

يعتبر اختيار الباحث للعينة من الخطوات والمراحل الهامة للبحث والباحث يفكر في عينة البحث منذ البداية أي منذ تحديد المشكلة

تعرف العينة على أنها مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية ، و هي تعتبر جزء من الكل بمعنى انه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة ، فالعينة إذن هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله ، ووحدات العينة قد تكون أشخاصا ، كما تكون أحياء أو شوارع أو مدن أو غير ذلك.

و قد قمنا باختيار عينة تكونت من الاطفال المصابين بشقوق الشفة والشق الحنكي الذين تتراوح اعمارهم من 4 اشهر الى 3 سنوات وقد بلغ عددهم 5 اطفال. ( 3 اولاد و 2 بنات). و قد اخترنا هذه العينة على اساس العمر لان موضوعنا يهتم بالاطفال الذين خضعوا للتكفل المبكر. وفيمايلي جدول يقدم العينة وسن التكفل بها

## تقديم العينة

الرقم	الحالة	سن بداية التكفل	السن الحالي
1	امين	9 اشهر	10 اشهر
2	سارة	9 اشهر	11 اشهر
3	يونس	4 اشهر	6 اشهر
4	محمد	4 اشهر	4 اشهر
5	نوال	سنتين	سنتين و 3 اشهر

جدول رقم (2)

## 3. أدوات الدراسة

تتطلب الدراسات من الباحث الاستعانة بأدوات معينة لجمع البيانات والمعلومات الضرورية الخاصة بدراسته، وتختلف أهمية هذه الأدوات بالنسبة للباحث وذلك لارتباطها بطبيعة مشكلة البحث وفروض الدراسة والأهداف المتوخى تحقيقها من هذه الدراسة، لذلك يستعين الباحث بأداة أو بأدوات معينة دون غيرها من الأدوات ، ونظرا لطبيعة الموضوع ومختلف تغيراته ، فقد اعتمدنا في دراستنا هذه على الملاحظة والمقابلة ، والميزانية الارطوفونية والتي نعتقد أنها كافية لخدمة البحث وتفي بالغرض المطلوب.

## المقابلة:

تعرف المقابلة على أنها "تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات وأداء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية"

ونظرا لأهمية هذه الأداة في جمع الحقائق والمعلومات فقد تم الاستعانة بها أثناء دراستنا

وكانت هناك مقابلات متعددة كانت مع المختصة الارطوفونية و الاولياء خاصة و ذلك لجمع اكبر عدد من المعلومات التي تخص العينة.

## الملاحظة:

"تعتبر الملاحظة إحدى أدوات جمع البيانات ، وتستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها الا عن طريق الدراسة النظرية أو المكتبية ، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير والتجريب ، ويمكن للباحث أن ييوب الملاحظة وتسجيل ما

يلاحظه عن المبحوث سواء كان كلاما أو سلوكا"

وتجدر الإشارة هنا إلي استعملنا الملاحظة البسيطة لأنها تحدث بشكل تلقائي وفي ظروف عادية دون إخضاع التغيرات أو السلوك للضبط العلمي ، وقد تمكنا من خلال المشاهدة من جمع معلومات كثيرة افادتنا خلا بحثنا.

## الميزانية الارطوفونية:

هي العملية و الطريقة التي من خلالها يشخص الاضطراب وهي عبارة عن مجموعة من الاسئلة يطرحها المختص الارطوفوني في المقابلة مع الحالة بالاضافة الى التقارير الطبية في بعض الحالات او تطبيق اختبارات او مقاييس او التقارير النفسية . (محمد شفيق - البحث العلمي - الخطوات المنهجية لإعداد البحوث، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية. 1992 ص 114.120).

نعرض في هذا الفصل المكان والعينة و الادوات المستعملة في هذه الدراسة، كما نقدم النتائج التي توصلنا اليها في البحث ونعرض التفسيرات المناسبة في ضوء نتائج الدراسات السابقة والاطار النظري للبحث.

## II/مرحلة الدراسة الاساسية:

قمنا في هذه المرحلة بتحديد المكان الذي اقيمت فيه الدراسة والعينة و الادوات المستعملة مع ذكر الخطوات الاساسية التي اعتمدنا عليها لتطبيق هذه الدراسة.

### 1.ميدان الدراسة:

استعملنا نفس الشروط التي استعملناها خلال الدراسة الاستطلاعية السابقة بمساعدة زملاء الاخصائيين الارطوفونيين و قد اجريت هذه الدراسة في المراكز التالية:

- مستشفى اول نوفمبر مصلحة جراحة الاذن الانف والحنجرة و ومصالحة جراحة الفك والوجه.
- عيادة النور ولاية سيق.

### 2.مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة النهائية من 4 اطفال (3 اولاد و بنت) و قد قمنا باختيار العينة على اساس الشروط التالية:

-العمر: ( من 4 اشهر ال 3 سنوات)

-الاضطراب : المواليد الرضع الذين يعانون من شقوق شفوية وشقوق حنكية وشقوق شفوية حنكية.

تقديم الحالة الاولى:

التاريخ المرضي	الحالة الاولى
الاسم	امين عاشوري
تاريخ الميلاد	03 مارس 2018
فترة الحمل	الحمل كان عادي-
الولادة	الولادة تمت في الوقت المحدد ولم يكن هناك أي اضطراب او مشاكل
الوزن	كان الوزن عند الولادة 3.5 كغ
الرضاعة	وجود مشاكل في الرضاعة من الساعات الاولى من عمر الطفل
ظهور الاسنان	6-12 شهر
عدد الاخوة	2 بنات

تقديم الحالة الثانية

التاريخ المرضي	الحالة الثانية
الاسم	سارة مرسال
تاريخ الميلاد	2018-01-15
فترة الحمل	الحمل كان عادي
الولادة	الولادة تمت في الوقت المحدد ولم يكن هناك أي اضطراب او مشاكل
الوزن	كان الوزن عند الولادة 4.34 كغ

الرضاعة	وجود مشاكل في الرضاعة من الساعات الاولى من عمر الطفل
ظهور الاسنان	6-12 شهر
عدد الاخوة	بنتين و ولد

تقديم الحالة الثالثة:

التاريخ المرضي	الحالة الثانية
الاسم	يونس مفتور
تاريخ الميلاد	15 جويلية 2019
فترة الحمل	الحمل كان عادي-
الولادة	الولادة تمت في الوقت المحدد ولم يكن هناك أي اضطراب او مشاكل
الوزن	كان الوزن عند الولاة 3.5 كغ
الرضاعة	وجود مشاكل في الرضاعة من الساعات الاولى من عمر الطفل
ظهور الاسنان	6-12 شهر
عدد الاخوة	بنت

## تقديم الحالة الرابعة

التاريخ المرضي	الحالة الثانية
الاسم	محمد العربي
تاريخ الميلاد	15 اوت 2019
فترة الحمل	الحمل كان عادي-
الولادة	الولادة تمت في الوقت المحدد ولم يكن هناك أي اضطراب او مشاكل
الوزن	كان الوزن عند الولادة
الرضاعة	وجود مشاكل في الرضاعة من الساعات الاولى من عمر الطفل
ظهور الاسنان	6-12 شهر
عدد الاخوة	لا يوجد

## 3. ادوات الدراسة:

تم استعمال في هذه الدراسة :

بروتوكول "كاثرين سينيز" والذي قمنا بترجمته لمساعدة الاولياء في الاعتماد عليه مع اطفالهم و يعتمد هذا البروتوكول على 4 مراحل اساسية وهي:

- التوقف على اجبار الطعام للطفل
- اطعام الطفل بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة)
- احترام ايقاع الساعة البيولوجية
- اثاره المنطقة الفمية الانفية oro-nasale وتديلها طول فترة البروتوكول

## 4. خطوات اجراء الدراسة:

تعد الدراسة الميدانية الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها الباحث في وضع الإطار الافتراضي لبحثه منذ البداية انطلاقاً من الجانب النظري ووصولاً إلى النتائج المستخلصة من البحث ، وتعتبر الأدوات المنهجية الوسيلة التي تمكن الباحث من تحقيق أهداف الدراسة.

وتكمن قيمة النتائج التي يتحصل عليها أي باحث في دراسة ما، ومدى صحة هذه الدراسة على الإجراءات التي أتبعها وعلى الأساليب التي تم اختيارها من طرف الباحث أثناء معالجته لموضوع الدراسة ، ويتطلب هذا الموقف من الباحث عرض هذه الإجراءات والأساليب وتوضيح كيفية إتباعها وطريقة استخدامها.

بعد الملاحظة والمقابلة و تطبيق الميزانية الارطوفونية قمنا بتطبيق بروتوكول "كاثرين سينيز" للتكفل بصعوبات التغذية مع الاطفال المصابين بالشقوق الشفوية الحنكية وذلك بعد ان شرحناه شرحا مفصلا للامهات لكي يستطعن تطبيقه في البيت واتفقنا معهم على ميعاد اللقاء الاسبوعي (مرة في الاسبوع)وكانت تستغرق الحصة مدة 45 دقيقة لكل طفل، اما فيما يخص صعوبات البلع فقد حرصنا على الارشاد الوالدي لتصحيح وضعية راس الطفل اثناء الرضاعة اضافة الى تمارين التنفس و الامتصاص ( ملحق ر9) .

ومن هنا تم في هذا الفصل وضع تساؤلات الدراسة التي سيتم التحقق من صحتها أو نفيها ومتغيراتها ومجالاتها المكانية والزمنية والبشرية، ومنهج البحث المتبع من خلال الدراسة وإجراءات الدراسة الاستطلاعية التي يتم القيام بها ، واهم نتائجها وما توصلنا إليه من خلالها و الصعوبات التي واجهناها ، ثم نعرض ميدان الدراسة والعينة التي أجريت عليها الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات الملاحظة ، الاستمارة ، المقابلة.

## الفصل السادس: عرض النتائج وتحليلها

### 1. عرض النتائج ومناقشتها

#### 1.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الاولى

#### 2.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

#### 3.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

#### 4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة

- الاستنتاج العام

- الخاتمة

- المراجع

- الملاحق

1. عرض النتائج ومناقشتها

استنادا الى هدف البحث و فرضيته قمنا بعرض النتائج التي توصلنا اليها لكل حالة .

1.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الاولى:

الاسم واللقب : "امين عاشوري"

الفحص العيادي						
البنية التشريحية						
مفاصل الاسنان		مشوهة				
الشفاه		بجالة جيدة لكن اثار العملية الجراحية مازالت موجودة				
التجويف الفمي		لايزال التجويف الفمي في حالة تشوه نظرا لوجود الشق الحنكي				
اللسان		حالة عادية				
مكبح اللسان		لا يعاني امين من عقدة اللسان بمعنى اخر اللسان غير مربوط				
الحنك الصلب		يعاني امين من شق على مستوى شق الحنك				
نوعية البلع						
سائل	ممزوج	مسحوق	صلب	صلب	قطع	نصف سائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
السلوكات الغذائية						

يحفظ على الاكل في الفم	يفتح الفم اثناء البلع	يبقى فمه مفتوحا
<b>الحساسية</b>		
خارج الفم	الاهداب	الشففتين
داخل الفم	الاسنان	لا يوجد
<b>العصبية الحركية اثناء التغذية</b>		
التقيء	اللعب	مص
البلع	المضغ	الارجاع
<b>الوضعية اثناء التغذية</b>		
الجلوس في حجر الام	الجلوس على الكرسي	الجلوس على الطاولة

### تحليل مضمون المقابلة:

المقابلة الاولى كانت تخص امين الذي يبلغ من العمر 10 اشهر والذي يعاني من شقة شفوية حنكية احادية الجانب, حسب الام فانه اصغر اخوته (بنيتين) وكان الحمل مرغوب فيه.

ام امين مأكثة في البيت (مستوى بكالوريا) والاب تاجر وهو السبب الذي يمنعه من الحضور الى المستشفى.

و قد صرحت الام اثناء المقابلة بان امين عندما بلغ من العمر شهر واحد كان يتغذى حوالي 4 مرات في اليوم عن

طريق زجاجة الرضاعة وكان ياخذ من نصف الى غاية ساعة لاكمال الزجاجة ومع هذا في غالب الاوقات لا

يستطيع اكماها أي من 160 ملل يشرب فقط 100ملل اضافة الى ذلك كان يعاني من اضطراب في النوم و

اسهال مما ادى الى تعب للطفل وكابة للام واضطرت الى تغيير طرق التغذية فلجات الى الحقن (seringue).

خضع امين لعملية الشق الشفوي في عمر خمسة اشهر، حاولت الام الرجوع الى طريقة زجاجة الرضاعة لكنه رفضها ولم يستطع التعود عليها. وفي عمر 7 اشهر كان لا يزال يعاني من صعوبات متواصلة في التغذية والبلع، حيث انه لم يكن يتغذى بصفة منتظمة وكاملة ويشرب من 500 ملل الى غاية 640 ملل بدلا من 800 ملل ونوبات الغضب متواصلة اضافة الى ذلك كان يتعرض كثيرا للمسالك الخاطئة اثناء الرضاعة.

قررت الام مراجعة مختص ارطوفوني للحد من هذا الاضطراب بعد توجيهها من طرف طبيب اطفال فتوجهت الينا امين يبلغ الان 10 اشهر ، بعد الاطلاع على التاريخ المرضي وجمع اكبر عدد من المعلومات من الام، شرعت المختصة الارطوفونية في التكفل به بمعدل مرتين في الاسبوع.

#### -التكفل بصعوبات التغذية:

قمنا باعطاء للام لمحة عن بروتوكول "كاثرين سينيز" الذي يخص التغذية و سيساعدها في التعامل مع طفلها في البيت والذي ينص على الخطوات التالية :

1-التوقف باجبار امين على الاكل: حيث اكدنا على ضرورة هذه الخطوة وطلبنا من الام ان لا يقل وقت التغذية عن 10 دقائق لتكون التغذية سليمة وتسهل الهضم .

2- اطعام امين بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم،المريء،المعدة): حيث يجب اعادة تكييفه وذلك بعد ان استغنى على هذه الطريقة واعتمد بشكل كلي على الحقن.

لاحظنا في الحصص الاولى والثانية الاول رفض قاطع من طرف امين للزجاجة فقامت المختصة باستشارة منطقة الفم والشفتان وذلك بوضع بعض الشكولاتة الذائبة على الشفاه واللسان و بعد الحاح وتكرار مستمر من طرف المختصة استطاع امين ان يمسك بالزجاجة لكن بدون ادراكه لطريقة المص.

- نظرا لان امين لم يتعود بشكل فعلي على زجاجة الرضاعة سمحنا للام بان تلجا الى الحقن فقط في هذه الفترة .

- كان امين ينحذب الى الالعب الموجودة فوق المكتب وقد قمنا باستغلال هذا الشيء للتقرب منه وبناء علاقة معه لكي يسمح لنا بلمس وجهه ثم الانتقال الى الشفتان ثم اللسان في جو من اللعب و التبادلات ( امين ايضا يقوم بلمس وجهنا).

### - التكفل بصعوبات البلع:

#### 1-وضعية الراس:

أكدنا للام على ضرورة استقامة الراس اثناء الاكل فاذا سقط الراس الى الوراء البلع يكون صعبا او مستحيلا او سيسقط الاكل لوحده داخل الحلق بدون أي مجهود من الطفل .وقد اعطت المختصة بعض الاكل (مسحوق حساء) لامين بعد ان عدلت جلوسه ووضعية راسه لكن امين لم يقيم باي مجهود و بقي فمه مفتوح مع ابقاء الاكل داخله ومحاولة التخلص منه.

#### 2- التنفس:

قمنا بادراج بعض الالعب التي يشترط فيها التنفس ملحق ر 8

امين كان يقوم بالضحك كلما لعبنا معه لكنه لم يكن يفهم التعليمه ولكي يتمكن من الفهم يفهم قمنا بضم انفه لجلب انتباهه حول مرور الهواء من الفم.

#### - 3- المص:

- استعملنا انبوب مص وكان امين يحاول ان يعض على الانبوب وتعتبر هذه علامة جيدة

لاحظنا في الحصة الثالثة والرابعة والخامسة ان امين بدا في التعود على زجاجة الحليب لكن الام لازالت تساعد بالحقن ولكن ليس بشكل مستمر.

اما فيما يخص التكفل بالبلع:

فقد اصبحت الام تعتدل في الجلوس وتقوم بتغذية امين بشكل صحيح وخفت المسالك الخاطئة مقارنة مع

الاول وذلك بعض حصة الارشاد الوالدي الذي خصصناه للام

بعد ان قمنا بمتابعة امين بمعدل حصة في الاسبوع لعدة اشهر أي ما يقارب 10 حصص .

لاحظنا تحسن كبير في التغذية والبلع فقد اصبح يمسك بزجاجة الرضاعة ويقوم بشرب الحليب لوحده كما انه لم يعد يعاني من المسالك الخاطئة اضافة الى ذلك امين انتقل الى مرحلة الاكل بالملعقة واصبحت الام تعطيه اغذية اخرى مختلفة كحساء الخضر والقمح وغيرها.

## 2.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

الاسم واللقب: سارة مرسال

الفحص العيادي						
البنية التشريحية						
مفاصل الاسنان						مشوهة
الشفاه						بحالة جيدة لكن اثار العملية الجراحية مازالت موجودة
مكبح اللسان						لا تعاني سارة من عقدة اللسان بمعنى اخر اللسان غير مربوط
الحنك الصلب						لا تعاني سارة من شق على مستوى شق الحنك
نوعية البلع						
سائل	ممزوج	مسحوق	صلب	صلب	قطع	نصف سائل
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
السلوكات الغذائية						
يحافظ على الاكل في الفم		يفتح الفم اثناء البلع		يبقى فمه مفتوحا		
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

الحساسية			
خارج الفم	<input type="checkbox"/>	الاهتاب	<input type="checkbox"/>
داخل الفم	<input type="checkbox"/>	الاسنان	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
العصبية الحركية اثناء التغذية			
التقيء	<input checked="" type="checkbox"/>	اللعب	<input type="checkbox"/>
البلع	<input type="checkbox"/>	المضغ	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	المسالك الخاطئة	<input type="checkbox"/>
الوضعية اثناء التغذية			
الجلوس في حجر الام	<input checked="" type="checkbox"/>	الجلوس على الكرسي	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	الجلوس على الطاولة	<input type="checkbox"/>

### تحليل مضمون المقابلة

سارة تعاني من شق شفوي في الشفة العليا فقط هي اصغر اخوتها (بنين وولد) الام مأكثة في البيت و الاب يعمل في شركة كمحاسب، الام تقول بان العم كان يعاني من شقة شفوية ايضا.

اجريت عملية الشق الشفوي لسارة في عمر 8 اشهر تقول الام بان العملية كانت ناجحة لكنها واجهت مشاكل عند محاولة ارضاعها و قد كانت تلاحظ ان الفك السفلي لا يتحرك والمسافة بين الفكين صغيرة مما يستدعي صعوبة في الرضاعة فاصبحت تستعمل الحقتة لتغذيتها، مع العلم ان قبل اجراء العملية كانت تتغذى بالرضاعة الطبيعية بالرغم من ان الام كانت تجد صعوبات الا انها كانت تصر على ذلك.

توجهت بسارة الى طبيبها الخاص الذي قام بالعملية و الذي صرح بانه اول مرة يواجه هذه الحالة فقام بارسالها الى المختصة الارطوفونية لتساعدنا

سارة تبلغ الان 11 شهر ،اتبعت المختصة نفس المراحل السابقة فبدات بالبروتوكول الخاص بالتغذية مع التكفل بصعوبات البلع عن طريق تصحيح وضعية الراس، تمارين التنفس و المص .

### التكفل بصعوبات التغذية:

تطبيق بروتوكول "كاثرين سينيز" :

1-التوقف باجبار سارة على الاكل .

2-اطعام سارة بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم،المريء،المعدة):

لاحظنا في الحمص الاولى بكاء هيسيري لسارة عندما ارادت الام ان ترضعها فقامنا باشارة منطقة الفم والشفتان وذلك بوضع بعض الشكولاتة الذائبة على الشفاه ثم جربنا مرة اخرى اعطائها زجاجة الرضاعة .ووضع القليل من الشكولاتة فيها لكن سارة اصرت على رفض الزجاجة

نظرا لان سارة لم تتعود بشكل فعلي على زجاجة الرضاعة سمحنا للام بان تلجا الى الحقن فقط في هذه الفترة

3-احترام ايقاع الساعة البيولوجي:

خصصنا اوقات لتغذية سارة وذلك بمعدل من 5 إلى 6 وجبات (حساء مطحون) وتتكون كل وجبة من 5 ملاعق شاي صغيرة. بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الصناعية 3 مرات

اثارة المنطقة الفمية الانفية(oro-nasale) وتدليكها طول فترة البروتوكول-4

كانت سارة تتفاعل اثناء لمسنا لوجهها فتقوم بالضحك وتقليدنا ( سارة ايضا تقوم بلمس وجه المختص).فركزنا على تدليك الفك السفلي والذي كان يسبب لها مشكل في الرضاعة وقد لاحظنا ان اعصاب الفك السفلي متصلبة.

### التكفل بصعوبات البلع:

## 1-وضعية الراس:

سارة كانت تجلس بصفة صحيحة اثناء الاكل والام ايضا فلم نجد مشكل في وضعية الجلوس.

## 2- التنفس:

قامت المختصة بادراج بعض الالعاب التي يشترط فيها التنفس ملحق ر8

## 3-المص:

استعملنا انبوب مص لكن ردة فعل سارة كانت نفس ردة فعلها عندما اردنا تغذيتها بالزجاجة .

خلال الحصة الثالثة والرابعة والخامسة ركزنا فيما يخص التكفل بصعوبات التغذية على تدليك الفك السفلي  
-بعد عدة محاولات منا استطعنا ان نقتنع سارة بامسك زجاجة الرضاعة بدون البكاء وذلك عن طريق التقليد  
حيث ان سارة دائما تحمل دمية معها فاستعملتها المختصة كطريقة لجلب انتباهها (اصبحت المختصة تقوم  
بمعاملتها كطفل حقيقي وتقوم بتغذيتها عن طريق زجاجة الرضاعة) .

اما فيما يخص التكفل بالبلع:

فقد استعملنا الدمية ايضا لكي توضع سارة انبوب المص في فمها كاول خطوة.

قمنا بمتابعة سارة بمعدل حصة في الاسبوع لعدة اشهر أي ما يقارب 15 حصة . و بعد بعد ما يقارب 3 اشهر  
من المتابعة استطعنا ان نصل الى نتائج جيدة فقد اصبحت تشرب الحليب بشكل عادي بدون التعرض الى  
تشجنات و قد ساهم التدليك بشكل كبير في ارخاء عضلة الفك السفلي .

3.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

الاسم واللقب: يونس مفتور

الفحص العيادي						
البنية التشريحية						
الاسنان						تركيبها ضعيفة قابلة للتسوس.
الشفاه						بحالة جيدة لكن اثار العملية الجراحية مازالت موجودة
التجويف الفمي						لايزال التجويف الفمي في حالة تشوه نظرا لوجود الشق الحنكي
مكبح اللسان						لا يعاني يونس من عقدة اللسان بمعنى اخر اللسان غير مربوط
الحنك الصلب						يعاني يونس من شق على مستوى شق الحنك
نوعية البلع						
سائل	ممزوج	مسحوق	صلب	قطع	نصف سائل	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
السلوكات الغذائية						
يحافظ على الاكل في الفم		يفتح الفم اثناء البلع		يبقى فمه مفتوحا		
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
الحساسية						
خارج الفم	الوجنتين	الاهداب	الشفقتين			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

داخل الفم	الاسنان <input type="checkbox"/>	اللسان <input type="checkbox"/>	لا يوجد <input checked="" type="checkbox"/>
<b>العصبية الحركية اثناء التغذية</b>			
التقيء	اللعاب <input checked="" type="checkbox"/>	مص <input type="checkbox"/>	الضغط الشفوي <input type="checkbox"/>
البلع	المضغ <input type="checkbox"/>	الارجاع <input type="checkbox"/>	المسالك الخاطئة <input checked="" type="checkbox"/>
<b>الوضعية اثناء التغذية</b>			
الجلوس في حجر الام <input checked="" type="checkbox"/>	الجلوس على الكرسي <input type="checkbox"/>	الجلوس على الطاولة <input type="checkbox"/>	

### تحليل مضمون المقابلة

يونس يعاني من شق شفوي مزدوج وشق سقف الحنك ، هو اصغر اخوته ( بنت وولد) الام كانت تعمل في مدرسة لكنها توقفت للاعتناء بيونس والاب تاجر .

اجريت له عملية الشق الشفوي في عمر 4 اشهر تقول الام بان العملية لم تنجح فقد انفتح الشق مرة اخرى والسبب راجع الى ان يونس كان كثير البكاء ، عند بلوغه 8 اشهر اعيدت العملية و نجحت . اثناء هذه الفترة كانت تتم تغذيته عن طريق انبوب انفي معدي .

بعد العملية اصبحت الام تحاول تجعل يونس ياكل بطريقة فيزيولوجية، لكنها لم تحاول كثيرا خوفا من ان تفشل العملية مرة اخرى اضافة الى ذلك فقط كانت شهيته ضعيفة جدا مما جعله يفقد الوزن بشكل ملاحظ.

توجهت الام بيونس الى المختصة الارطوفونية بطلب من طبيبها الخاص الذي قام بالعملية و هو الان يبلغ 11

شهر

اتبعنا نفس المراحل السابقة فبدانا بالبروتوكول الخاص بالتغذية مع التكفل بصعوبات البلع عن طريق تصحيح وضعية الراس، تمارين التنفس و المص .

خصصنا الحصص الاولى للارشاد الوالدي اما في الحصص الثانية والثالثة والرابعة فقد قمنا ب

### التكفل بصعوبات التغذية:

وذلك تطبيق بروتوكول "كاثرين سينيز" :

1-التوقف باجبار يونس على الاكل .

2- اطعام يونس بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة):

بعد عدة محاولات تقبل يونس زجاجة الرضاعة الخاصة (ملحق ر ..) لكنه لا ياكل كثيرا (حوالي 30 ملل)

اقترحنا المختصة بعض الاغذية التي يمكن ان تساعد يونس في اكتساب الوزن مثل حساء الخضر بالاضافة الى القليل من زيت الزيتون .

3- احترام ايقاع الساعة البيولوجي: خصصنا اوقات لتغذية يونس وذلك بمعدل 5 إلى 6 وجبات (حساء

مطحون) وتتكون كل وجبة من 5 ملاعق شاي صغيرة. بالإضافة إلى الرضاعة الطبيعية أو الصناعية .

4- اثاره المنطقية الفمية الانفية (oro-nasale) وتدليكها طول فترة البوتوكول:

كان يونس يخاف كثيرا اثناء لمسنا لوجهه، تقول الام بانه تالم كثيرا عندما فشلت العملية .

اما فيما يخص بالتكفل بصعوبات البلع فقد قمنا بالعمل على

1-وضعية الراس:

قامنا بشرح للام الوضعية الصحيحة للجلوس نظرا لان الام كانت دائما تعتمد على الانبوب الانفي المعدي مما جعلها تهمل هذا الجانب.

2- التنفس:

وذلك بادراج بعض الالعب التي يشترط فيها التنفس ملحق ر 9

3- المص:

استعملنا انبوب مص قام يونس بوضعه في فمه واللعب به بدون معرفة الهدف منه.

في الحصة الخامسة والسادسة والسابعة قمنا بالتركيز على التكفل بصعوبات التغذية:

و ذلك باطعام يونس بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة)

حاجة يوسف الى الاكل اضافة الى توفير الزجاجاة الخاصة جعلته يتعلم بسرعة طريقة المص ،تعرض في البداية الى الطرق الخاطئة لكن سرعان ما خف هذا .

اما فيما يخص التكفل بالبلع:

يونس لا يزال يضع انبوب المص في فمه ويتعامل معه على اساس لعبة.

قمنا بمتابعة يونس بمعدل حصة في الاسبوع لعدة اشهر أي ما يقارب 15 حصة .

اصبح يونس ياكل بطريقة فيزيولوجية بدون الاعتماد على الحقنة وقد زاد وزنه بشكل ملاحظ لكنه لا يزال يعني من مشكل المسالك الخاطئة وبعض الصعوبات نظرا لعم اجرائه بعد لعملية الشق الحنكي بالرغم من ذلك نعتبر انه تحسن كثيرا في تغذيته .

#### 4.1 عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة:

- محمد العربي

الفحص العيادي	
البنية التشريحية	
الاسنان	تركيبها ضعيفة، قابلة للتسوس

الشفاه		بجالة جيدة لكن اثار العملية الجراحية مازالت موجودة				
التجويف الفمي		لا يوجد أي تشوه لكن اثار العملية على الشفاه لازالت موجودة				
اللسان		حالة عادية				
مكبج اللسان		لا يعاني محمد من عقدة اللسان بمعنى اخر اللسان غير مربوط				
الحنك الصلب		يعاني محمد من شق على مستوى شق الحنك				
<b>نوعية البلع</b>						
سائل	ممزوج	مسحوق	صلب	قطع	نصف سائل	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>السلوكات الغذائية</b>						
يحافظ على الاكل في الفم	يفتح الفم اثناء البلع	يبقى فمه مفتوحا				
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>الحساسية</b>						
خارج الفم	الوجنتين	الاهداب	الشففتين			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
داخل الفم	الاسنان	اللسان	لا يوجد			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>العصبية الحركية اثناء التغذية</b>						
التقيء	اللعب	مص	الضغط الشفوي			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
البلع	المضغ	الارجاع	المسالك الخاطئة			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

الوضعية اثناء التغذية		
الجلوس على الطاولة <input type="checkbox"/>	الجلوس على الكرسي <input type="checkbox"/>	الجلوس في حجر الام <input checked="" type="checkbox"/>

### تحليل مضمون المقابلة

محمد طفل يبلغ 5 اشهر وهو طفل وحيد ،الام ممرضة في المستشفى والاب استاذ في الجامعة .

يعاني محمد من شق شفوي في الشفه العليا.وقد اجريت له عملية الشق الشفوي في عمر 3 اشهر وكانت ناجحة قبل العملية كانت الام تغذي يوسف عن طريق الحقنة وواصلت على هذا حتى الوقت الحالي نظرا لان العملية حديثة .

تقول الام بانها تعرضت لصدمة عند ولادة محمد خصوصا وانه الطفل الاول فلم تكن تعرف كيفية التعامل معه مما جعلها شديدة القلق والخوف واصبحت في حالة كابة و كانت تتفادى التعامل معه خوفا من ان تسبب له الم او ان تعرضه الى المسالك الخاطئة.

### التكفل بصعوبات التغذية:

قمنا بتطبيق بروتوكول "كاثرين سينيز" لمحمد :

1-التوقف باجبار محمد على الاكل

2- اطعام محمد بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم،المرئ،المعدة):

بعد عدة محاولات تقبل محمد زجاجة الرضاعة الخاصة (الشكل ..) لكنه لا ياكل كثيرا (حوالي 30 ملل)

في البداية تعرض محمد الى المسالك الخاطئة

3- احترام ايقاع الساعة البيولوجي: خصصت المختصة اوقات لتغذية محمد وذلك بمعدل زجاجة حليب كل 3 ساعات و يجب ان يرضع من ثماني الى اثني عشر رضعة في اليوم.

لم نلجا مع محمد الى التدليك نظرا لصغر سنه.

اعتمدنا في حصصنا على الارشاد الوالدي خصوصا وان الام كانت في حالة كآبة و غير متقبلة نفسيا

حالة محمد فقمنا باطمئنائها وتوعيتها وارشادها الى طريقة التعامل معه.

### التكفل بصعوبات البلع:

#### 1-وضعية الراس:

قمنا بشرح للام الوضعية الصحيحة للجلوس نظرا لان محمد يتعرض كثيرا للمسالك الخاطئة وقد كانت مهتمة بذلك

محمد تعود على زجاجة الرضاعة حتى اننا شجعنا الام على تقديم له بعض الخضروات على شكل حساء كالبطاطس والجزر او الكرفس مع صفار البيض والقليل من زيت الزيتون وهو الان في حالة جيدة ولم يعد يتعرض للمسالك الخاطئة.

### ملاحظة

قمنا بتطبيق ميزانية تخص الحساسية الغذائية ( الملحق رقم \*) قبل تطبيق الميزانية العصبية الحركية الغذائية (الملحق رقم \*) وذلك بغرض معرفة اذا كان الاطفال يعانون من حساسية غذائية و قد توضع لنا ان جميع الحالات ليس لديهم أي نوع من الحساسية.

## الاستنتاج العام

يتضح مما سبق ذكره، و بعد عرض و تحليل نتائج الحالات الاربعة و مناقشتها في ظل منهج دراسة الحالة و في عدد الحالات المدروسة والمحددة في الزمان و المكان أنه تم التحقق من الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية.

- حيث ثبتت الفرضية الاولى على ان التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني له اثر كبير في اضطرابات التغذية عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية. هذا ما لوحظ فعلا من خلال تطبيق بروتوكول كاثرين سينيز ، و الذي يتضمن جملة من البنود، التي تمثلت في التوقف على اجبار الطعام للطفل
- اطعام الطفل بصفة عادية طبيعية فيزيولوجية (الفم، المرئ، المعدة)
- احترام ايقاع الساعة البيولوجية
- اثار المنطقة الفمية الانفية oro-nasale وتدليكها طول فترة البروتوكول

كما أنه قد تحققت الفرضية الثانية و هي مكملة للفرضية الأولى و التي تترتب علي ان التدخل المبكر له اثر كبير في التخلص من الاضطرابات كما ذكر في دراسة (Wardil et kliner1989) وبالاخص التدخل الارطوفوني والذي له دور في الحد من صعوبات عملية البلع عند الاطفال المصابين بالشقوق الحنكية و قد تم التحقق من ذلك من خلال تطبيق تمارين للتنفس و تصحيح وضعية الطفل اثناء الرضاعة.

بالإضافة إلى ثبوت الفرضية الثالثة و التي تنص على ان التكفل بهذه الفئة بعد العملية الجراحية الشفوية وقبل العملية الحنكية كما اوصحه (Abadie V2003) في دراسته باستعمال تقنيات ارطوفونية حديثة يساعد على ادماجها في الحياة اليومية، حيث ظهر هذا في نتائج البحث بعد استعمال البروتوكول والذي يعد من التقنيات الحديثة التي لم يسبق استعمالها.

أما فيما يخص الفرضية الرابعة و الاخيرة المتعلقة ب اعادة تاهيل اضطرابات التواصل الشفوية وتكييفها مع المصابين بالشقوق الحنكية من شأنه ان يخفف من اضطرابات المريض فقد تم تاييدها و ذلك استنادا إلى النتائج التي تم التوصل إليها.

وقد توصلنا من خلال تحليل و تفسير نتائج الدراسة إلى أن مجموعة الأطفال الذين يعانون من الشقوق الشفوية الحنكية والذي خضعوا لتدخل ارطوفوني مبكر اصعب عندهم تحسن كما أن التكفل قد ساعد العديد من الاولياء على التعامل مع اطفالهم، في حين أننا قد وجدنا أن الحالات التي لم تخضع الى التكفل الارطوفوني المبكر لازالت تجد صعوبات في التغذية وعملية البلع و وجدنا أن العمر يعد عامل اساسي للتخلص والحد من هذه الاضطرابات حيث يمكن للرضيع ان يتعود بسهولة على البروتوكول بالإضافة إلى المشاركة الفعالة للأولياء في هذا.

توصلنا اذن الى:

- القول أن التكفل المبكر بطفل مصاب بشق ليس بامر صعب، فبعد اخضاعه لسلسلة من العمليات الجراحية وبمساعدة فريق متخصص يتمكن الطفل من استعادة الوظيفة الطبيعية للفم والوصول الى أكثر طبيعية باقل ندبات واقل اضطرابات ممكنة.
- ان الحالات التي اتبعت البروتوكول العلاجي بطريقة صحيحة تحسنت بشكل واضح مقارنة مع الحصص الاولى وفي وقت قصير اما الحالات التي لم تحضر بشكل دائم ولم تتبع خطوات العلاج لم تجد أي تحسن.

## الخاتمة

هدفت الدراسة الحالية الى تحقيق اهداف رئيسية بسيطة و تمثلت في: توضيح اثر التدخل المبكر للتكفل الارطوفوني في اضطرابات التغذية والبلع عند المواليد الرضع المصابين بالشقوق الحنكية و دور المختص الارطوفوني في هذا المجال، تقديم بروتوكول "كاثرين سينيز" الذي يساعد في التكفل باضطرابات التغذية ، واخيرا مساعدة الامهات وتوجيههم وارشادهم الى كيفية التعامل مع اطفالهم.

نظرا لضيق الوقت لم نستطع الوصول الى نتائج نهائية بالنسبة لكل الحالات لكن من خلال تحليلنا للنتائج المستخلصة من المقابلات ووسائل البحث، و مقارنةنا للحصة الاولى مع الحصة الاخيرة لاحظنا ان التكفل الارطوفوني كان له اثر كبير في الحد والتخفيف من اضطرابات التغذية والبلع على الاطفال الذين خضعوا له. حيث توضح لنا بان الحالات التي اتبعت البروتوكول العلاجي بطريقة صحيحة تحسنت بشكل واضح مقارنة مع الحصة الاولى وفي وقت قصير اما الحالات التي لم تحضر بشكل دائم ولم تتبع خطوات العلاج لم تجد أي تحسن. ومنه يمكن ان نقول ان الفرضية التي وضعناها قد تحققت.

## المراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم عبد الله ، فرج الزريقات « النماذج والاجراءات » دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 2003 .
- 2- ابراهيم طلعت لطفي، اساليب وادوات البحث الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة،1995.
- 3- الياس حاجوج، عندما ياكل الاطفال بشراهة، مكتبة العبيكان،الرياض،2006
- 4- جمال الخطيب، التربية الخاصة في الطفولة المبكرة،دار الخطيب، مصر، 2007.
- 5- حمزة الجبالي، اساليب التغذية السليمة للطفل وطرق التغلب على مشاكل النمو، دار الاسرة،2012
- 6- رضوان غزال، تغذية الطفل، الاردن، 2011.
- 7- ( مبارك مبارك، 1995. ص.194)
- 8- محمد حجاز، الطب السلوكي المعاصر، دار العلم للملايين، بيروت، الطبعة الاولى،1989.
- 9- محمد شفيق،البحث العلمي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية،1992
- 10- محمد حثناوي،2018
- 11- ياسمين عطية،2014:ص30

## المراجع باللغة الفرنسية:

- 1- ABADIE V, Démarche pédiatrique vis-à-vis d'un nouveau-né atteint d'une fente labio –maxillaire et/ou palatine. Rééducation orthophonique.ed Masson,paris,2003.
- 2- angus c cameron ,richard p widmer,2014:p409
- 3- Borel- Maisonnay (1966), les troubles de la parole, l'année psychologique,Vol66.176-179.lille
- 4- Bourgin p.o Challet E.et al,ed Masson,paris, au rythme du jour et des saisons pour la science,2010.
- 5- Domart André, Bonneuf Jaques, 1989, p.103
- 6- Catherine senez ,rééducation des troubles de l'oralité et de la déglution, boeck supérieur,lille2,2015
- 7- Denis E, (2006), les troubles de l'oralité et des fonctions alimentaires chez le jeune enfants présentant une pathologie congénitale. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille 2.
- 8- Denitz-scheer M,manger ou ne pas manger, telle est la question devenir,Vol.19 num1,paris,2007
- 9- Frederique ,Brin, 1997,P 25.
- 10-(Juvain Yves, 2003, p.350)
- 11-J.MERCIER , 1998 p.1)
- 12-Journal de gynécologie obstetrique et biologie de la reproduction,Ed Masson,paris,1999
- 13-paulus christian,2001,pp53-57
- 14- TALANCIER Chantal, PP13-23,2014
- 15-(thibault catherine,1999,p28)

16-VERNEL-BONNEAU française, THIBAUT Catherine, les fentes  
faciales : embryologie,rééducation,accompagnement parental,Ed-  
Masson,paris,1999

مواقع الانترنت

www.mufasser.com 1.المفسر، معهد التثقيف الصحي 1995.2018

2.هبة مصطفى، طبية جراحة،4مارس 2019

semmarsidahmed,www.tajmeeli.com

## الملاحق



ملحق ر 2: الوضعية الصحيحة لطريقة الرضاعة

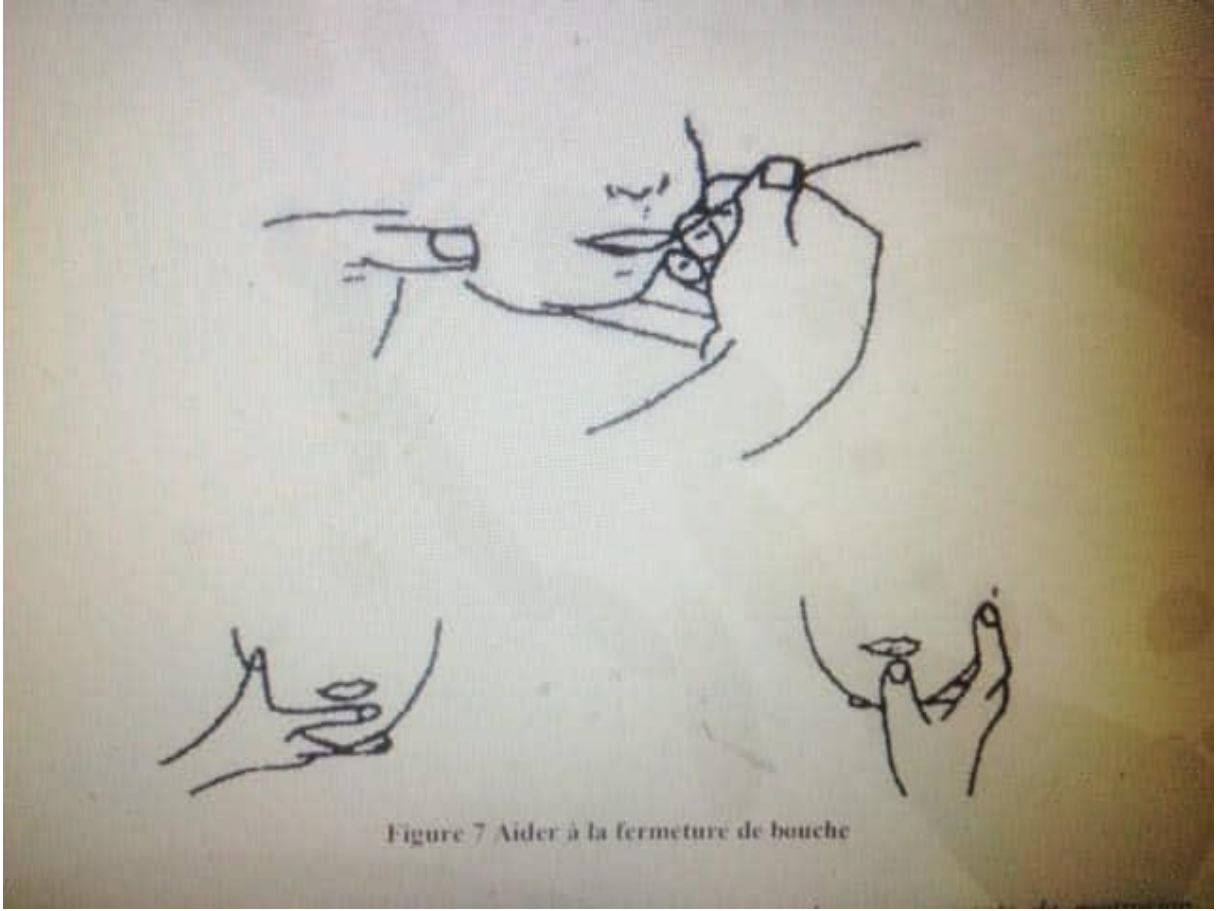


ملحق 4

الدعامات الانفية



ملحق ر 5 طفل قبل وبعد وضعه للدعامات الانفية



الملحق ر (6) مساعدة الطفل على غلق الفم اثناء الاكل بالملعقة



ملحق ر 7

mead johnson squeezable bottle على اليمين صورة لمرضعة ليننة

haberman feeder على اليسار صورة لمرضعة حلمة مرنة طويلة



pigeon nipple حلمة الحمامة



---

ملحق ر 7

حلمة محقنة روس ross syringe nipple