

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
فرع الأرتوفونيا



مدى فعالية البروتوكول العلاجي المقترح لعلاج اضطرابات
البلع لدى المصابين بحبسة بروكا الراجعة للسكتة الدماغية
الفئة العمرية تتراوح بين 55 و 65 سنة
دراسة عيادية لحالتين

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الأرتوفونيا
تخصص : علم الأعصاب اللغوي العيادي

إشراف الأستاذ:
لعمارة محمد إسماعيل

إعداد الطالبين:
براهيمي محمد
بن حمو كاتية

السنة الجامعية 2019 - 2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ
الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

﴿فَتَبَسَّمْ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾

سورة النمل الآية : 19

أنتقدم بالشكر لله عز وجل على عونه وتوفيقه لنا في أداء و إتمام هذا العمل، وأشكر قدرته ولطفه لتسخيره لنا عباده من الأولياء الصالحين في تجسيد هذا الواجب لطلب العلم فكانوا لنا سندا ونورا أنار لنا دروب حياتنا، فلهم جزيل الشكر وجعلها لهم صدقة جارية يوم لا ينفع جاه أو مال إلا عملا خالصا وعلما نافعا ونخص منهم :

كرم و تفضل الأستاذ المشرف "العمارة محمد إسماعيل" على قبوله الإشراف على هذا العمل في عز ضغوطاته وواجباته ونشكره على ما علمنا إياه من حكم في البحث والتدبر في الدراسة.

صبر و كرم أساتذتي بنصائحهم ومساعدتهم، والأجمل في مساعدتهم ابتسامتهم في تقديم يد العون.

كما نشكر كل أساتذة جامعة مولود معمري بتأمده وموظفيها عامة، وأساتذة الأرتوفونيا خاصة.

نشكر لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر.

كما نتقدم بالشكر إلى المفحوصين و لعائلاتهم.

محمد وكاتية

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى :

من سهرت الليالي ولم تتم، إلى من نورت دربي بدعائها وأضاءت قلبي بابتسامتها إلى نبع
الحنان "أمي" ربي يشفيها.

إلى من ضحى ولم يتعب، كافح ولم يسأم، إلى من رسم لي طريقا بدايته علم ومساره صبر
ونهايته نجاح، إلى لواء الأمان "أبي" رحمه الله.

إلى كل أفراد عائلتي شهرة، ثنينة، حياة، رادية، أكسل، عمتي وردية وتسعديت، وعمي
عصمان أطال الله في عمرهم.

إلى كل من يحمل لقب "براهيمي" صغير وكبير.

إلى كل زملائي من شاركني طلو الحياة ومرها وبادلني الإخلاص والوفاء، فكانوا لي نعم
الرفقاء أستضيء بأرائهم، وأتشجع بأقوالهم، جزاهم الله خير الجزاء.

إلى من قاسمتني وشاركتني هذا العمل في السراء والضراء "كاتية" الله يحفظها.

وإلى كل من علمني حرفا أو قدم لي نصحا.

بِحلم

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى :

من قال فيهما المولى عز وجل "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا..."
إلى من سهرت على تربيّتي، إلى منبع الحب والعطف والحنان، أمي الغالية رحمها الله.
إلى من حملني على أكتافه طفلة، أبي رحمه الله.

إلى كل أفراد عائلتي بالأخص أختي ويزة وعائلتها أطال الله في عمرهم.

إلى كل أصدقائي في الجامعة.

بالتأكيد أهدي عملي للحالات التي تعاني من اضطرابات البلع ولعائلتهم حفظهم الله.

وإلى من قاسمني عناء ومرح العمل "محمد" وإلى عائلته.

كاتبة

- ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية البروتوكول العلاجي المقترح في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا، ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج (الشبه) تجريبي، وقد استخدمنا اختبار تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام وأجريت الدراسة على عينة قوامها 2 حالة مصابة بحبسة بروكا تتراوح أعمارها بين 55 و65 سنة. وقد انطلقت الدراسة من إشكالية مفادها هل للبروتوكول العلاجي المقترح فعالية في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا؟، وللإجابة عن هذا التساؤل تم صياغة فرضية مفادها : للبروتوكول العلاجي المقترح فعالية في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا، وبعد جمع البيانات وتحليلها ومناقشتها، جاءت النتائج كالتالي :

- للبروتوكول العلاجي المقترح فعالية في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.

Résumé d'étude en français :

La présente étude visait à révéler l'efficacité du protocole thérapeutique proposé dans le traitement des troubles de la déglutition chez les personnes aphasiques (Type Broca). Et afin d'atteindre cet objectif, une approche quasi - expérimentale a été utilisée. Et nous avons utilisé le test de chercheur **Lhasni Ibtissam**, et l'étude a été menée sur un échantillon de 2 cas d'aphasie de Broca âgée de 55 et 65 ans. L'étude a démarré avec une problématique : le protocole de traitement proposé est-il efficace dans le traitement des troubles de la déglutition chez les personnes souffrant d'aphasie de Broca?, Pour répondre à cette question, une hypothèse a été formulée ainsi : Le protocole thérapeutique proposé est efficace dans le traitement des troubles de la déglutition chez les personnes atteintes d'aphasie de Broca. En les analysant qualitativement, les résultats confirment que : Le protocole thérapeutique proposé est efficace dans le traitement des troubles de la déglutition chez les patients souffrant d'aphasie de Broca.

Study summary in English:

The present study aimed to reveal the effectiveness of the proposed therapeutic protocol in treatment of swallowing disorders in patients with aphasia (Broca type), and in order to achieve this goal, a quasi-experimental approach was used. And we used the test of researcher **Lhasni Ibtissam**, And the study was conducted on a sample of 2 cases of aphasia from Broca aged 55 and 65 years old.

The study started from the problem : is the proposed treatment protocol effective in the treatment of swallowing disorders in people suffering from Broca's aphasia?, To answer this question, a hypothesis was formulated as follows : The proposed therapeutic protocol is effective in treatment of swallowing disorders in people with Broca's aphasia. By qualitatively analysing them, The results confirm that :

The proposed therapeutic protocol is effective in treatment of swallowing disorders in patients suffering from Broca's aphasia.

الفهرس

كلمة الشكر

الإهداء

ملخص البحث

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

20.....مقدمة

الجزء الأول : الجانب النظري

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

1- إشكالية الدراسة.....26

2- فرضيات الدراسة.....30

3- أسباب اختيار الموضوع.....31

4- أهداف الدراسة.....32

5- أهمية الدراسة.....33

6- حدود الدراسة.....33

7- تحديد المفاهيم الإجرائية.....34

الفصل الثاني : السكتة الدماغية والحبسة

تمهيد

المبحث الأول : السكتة الدماغية

- 1- تعريف السكتة الدماغية.....37
- 2- أسباب السكتة الدماغية.....37
- 3- أنواع السكتة الدماغية.....38
- 4- أعراض السكتة الدماغية.....40
- 5- تشخيص السكتة الدماغية.....41

المبحث الثاني : الحبسة

- 1- لمحة تاريخية عن الحبسة.....43
- 2- تعاريف الحبسة.....46
- 3- أنواع الحبسة.....47
- 4- أسباب الحبسة.....52
- 5- أعراض الحبسة.....55

خاتمة

الفصل الثالث : البلع واضطراباته

تمهيد

المبحث الأول: البلع

- 1- تعريف البلع.....64
- 2- التشريح البنيوي والوظيفي لأعضاء البلع.....65
- 3- الوظائف المرتبطة بعملية البلع.....74
- 4- أزمنة البلع.....76
- 5- الحركة الحلقية المريئية.....85
- 6- التحكم العصبي لعملية البلع.....85
- 7- التحكم المحيطي لعملية البلع.....86

المبحث الثاني: اضطرابات البلع

- 1- تعريف اضطرابات البلع.....88
- 2- أسباب اضطرابات البلع.....88
- 3- أعراض اضطرابات البلع.....91
- 4- أنواع اضطرابات البلع.....92
- 5- تشخيص اضطرابات البلع.....94

خاتمة

الفصل الرابع: البروتوكول العلاجي

تمهيد

- 1- تعريف البروتوكول العلاجي.....99
- 2- أهمية تصميم البروتوكول العلاجي.....99
- 3- خصائص البروتوكول العلاجي.....99
- 4- فاعلية البروتوكولات العلاجية.....100
- 5- خطوات تقويم البروتوكول العلاجي.....101
- 6- أهمية التقويم في البروتوكول العلاجي.....102
- 7- أبعاد التقويم في البروتوكولات العلاجية.....102
- 8- متغيرات التقويم في البروتوكولات العلاجية.....103
- 9- طرق التقويم في البروتوكولات العلاجية.....103
- 10- أسباب ومبررات التخطيط.....103
- 11- قيمة وهدف تقويم البروتوكولات.....104
- 12- أنواع التقويم.....105
- 13- إجراءات التقويم.....105
- 14- طرق التقويم.....106
- 15- أساليب التقويم.....106
- 16- النقاط الأساسية لكتابة التقرير التقويمي للبروتوكولات العلاجية.....106

- 17- خطوات عرض بيانات التقويم.....108
- 18- استراتيجيات تحليل البيانات الكمية والكيفية.....108
- 19- العوامل التي تؤثر على تاريخ العلاج.....108
- 20- طرق جمع بيانات النتيجة.....109

خاتمة

الجزء الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية.....114
- 2- منهج الدراسة.....115
- 3- مجال الدراسة.....116
- 4- وسائل الدراسة.....117
- 5- تقديم عينة الدراسة.....146
- 6- الخصائص السيكميترية.....147

خاتمة

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- 1- عرض وتحليل النتائج.....152

- 2- مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس القبلي.....165
- 3- مناقشة نتائج البروتوكول العلاجي المطبق على الفئة المصابة باضطرابات البلع.165
- 4- مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس البعدي.....166
- 5- مناقشة الفرضيات الجزئية.....167
- 6- استنتاج عام.....171

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق

فهرس الأشكال

- 1- شكل يمثل أنواع الجلطة الدماغية.....39
- 2- شكل يمثل التجويف الفمي.....66
- 3- شكل يمثل الأسنان.....68
- 4- شكل يمثل الغدد اللعابية.....70
- 5- شكل يمثل البلعوم.....71
- 6- شكل يمثل غضاريف الحنجرة.....73
- 7- شكل يمثل أزمنة البلع.....81
- 8- شكل يمثل مسار البلع (الفم، البلعوم، المريء).....85
- 9- شكل يمثل تدليك داخل الفم (الحنك).....136
- 10- شكل يمثل تدليك داخل الفم (اللثة).....137
- 11- شكل يمثل تدليك داخل الفم (اللسان).....137
- 12- شكل يمثل التدليك الفمي - الوجهي.....138
- 13- شكل يمثل التدليك باستعمال تقنية روود (استعمال مكعبات الثلج).....139
- 14- شكل يمثل التنفس البطني.....143
- 15- شكل يمثل الوضعية.....144

16- شكل يمثل كيفية تقديم الملاعة من الأسفل.....145

17- شكل يمثل خفض رأس المريض.....145

فهرس الجداول

1- جدول يمثل خصائص عينة الدراسة.....146

2- جدول يمثل قائمة الأساتذة المحكمين.....147

فهرس الملاحق

- 1- ملحق بروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة "لحسني إ".....182
- 2- ملحق خاص بالبروتوكول العلاجي الذي لعلاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.....194
- 3- ملحق خاصة بإدراك الأنواع الأساسية.....207
- 4- ملحق خاصة بالإدراك الشمي.....212
- 5- ملحق خاصة بوظيفة البلع (السوائل والغذاء).....216
- 6- ملحق خاصة بالأدوات المستعملة في التديك.....221
- 7- ملحق ملاحظات الأساتذة.....226
- 8- ملحق بروتوكول تقييم وظيفة البلع (في القياس القبلي والبعدي).....232

مقدمة

مقدمة :

يلعب الغذاء دوراً حيوياً في جسم الإنسان، بحيث أنه يعتبر منبع الطاقة لكل رد فعل كيميائي للخلايا، فنستعمل الطاقة للتقلص العضلي ولإيصال المنبهات العصبية في عملية الإفرازات بعد أن تطراً عليه تحولات، فيجب أن تفتت إلى جزئيات لكي تسهل عملية البلع وتميرها إلى باقي الأعضاء الأخرى فهي تستعمل كطاقة في جسم الإنسان وكذلك القيام بالأعمال اليومية.

بحيث هناك 26 عضلة في الفم والرقبة والحنجرة والمريء يتحكم فيها الدماغ عند استهلاك الطعام والسوائل وتتلقى الأعصاب التي تتحكم في هذه العضلات إشارات من الدماغ حتى تتمكن من العمل بطريقة منسقة¹.

وكذلك فإن هذا العمل المنجز للتخرج مهتم بدوره بالبلع الذي عرف على أنه "آلية تسمح بمرور اللعاب من بلعة الطعام أو السائل من تجويف الفم إلى المعدة مع حماية الجهاز التنفسي"، وكذلك عرف على أنه "فعل ابتلاع اللعاب والسوائل أو المواد الصلبة مصحوبة بالمضغ نجد الوقت أو المرحلة الفموية وهي مرحلة إرادية تليها المرحلة البلعومية ثم المريئية"².

¹ <https://ar.aprobay.com>

لانج، "السيطرة على جذع الدماغ من مراحل البلع- عسر البلع"، 2009.

² Leys D, Henon H, Kauai, Cordolians M. A, «Post strok dementia lan cet», 2005, P. 752.

لكن قد يحدث اضطراب على مستوى عملية البلع جراء الإصابة بالصدمة الدماغية التي تعتبر عبئاً ثقیلاً على المصاب، فهي تمثل السبب الثاني للوفاة بنسبة 9%¹. والسبب الرابع والرئيسي للإعاقة طويلة المدى والسبب الثاني للخوف والسبب الرئيسي كذلك للكآبة.

لكن قد يحدث اضطراب على مستوى عملية البلع وذلك الإصابة بالصدمة الدماغية التي بدورها تؤدي إلى حدوث خلل على مستوى الجهاز العصبي لدى الإنسان فتصاب المناطق المسؤولة عن البلع فتسبب ما يسمى بعسر البلع الذي قالت فيه Michel Guattari « عندما لا يمكن أداء هذه الوظيفة الطبيعية والثقافية بأمان يعاني المريض من إعاقة جسدية واجتماعية مؤلمة²»، بالإضافة إلى عسر البلع نجد الحبسة التي تعتبر كنتيجة لشلل المناطق المسؤولة عن الكلام في المخ وبالتالي فهما إضرابان مصاحبان للصدمة الدماغية الحادة ومن أجل التكفل بهما نحتاج إلى أدوات واختبارات وبروتوكولات للقيام بعملية التقييم ومن هنا انطلق موضوع بحثنا الذي تمحور حول فرضية "اقتراح بروتوكول علاجي لاضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا".

انقسمت دراستنا إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي :

الجانب النظري يضم أربعة فصول :

¹Hackett M, L Yapa, C Parag .V Anderson, «Frequency of depression after a stroke», a systematic review of observational studies, 2005, P. 36.

²Marcel Alix Festal, «Trouble de la déglutition : sans consensus ,quel bilan réaliser pour les patients hémiparétiques», Pour obtenir diplôme d'état de masseur kinésithérapeute, institution régionale de formation aux métiers de rééducation et de réadaptation, pays de la loir, 2014-2015, P. 20.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة الذي يحتوى على إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة أسباب اختيار الموضوع، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، وأخيراً تحديد المفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني: حاولنا الإلمام بموضوع السكتة الدماغية والحبسة الذي يضم مبحثين، الأول يتمثل في السكتة الدماغية، تعرضنا فيه إلى تعريف السكتة الدماغية، أسبابها، أنواعها أعراضها، وتشخيصها ثم انتقلنا إلى المبحث الثاني ألا وهو الحبسة أين عرضنا لمحة تاريخية حول الحبسة، تعاريفها، أنواعها، أسبابها، أعراضها.

الفصل الثالث: تناولنا فيه مبحثين، الأول يتمثل في البلع حيث تطرقنا فيه إلى تعريف البلع، التشريح البنيوي والوظيفي لاضطرابات البلع، الوظائف المرتبطة بعملية البلع أزمانه البلع، التحكم العصبي لعملية البلع، التحكم المحيطي.

والمبحث الثاني المتمثل في اضطرابات البلع، والذي تناولنا فيه تعريف اضطرابات البلع أسبابها، أعراضها، أنواعها، أخيراً التشخيص.

الفصل الرابع: عرضنا فيه البروتوكول العلاجي الذي يتضمن: تعريف البروتوكول العلاجي وأهمية تصميمه، خصائصه، خطوات تقويمه، أهمية تقويمه، إبعاد تقويمه متغيرات تقويمه طرق تقويمه، أسباب ومبررات التخطيط، قيمة وهدف تقويم البروتوكولات أنواع، وإجراءات وطرق وأساليب تقويمه، نقاط كتابة تقرير تقويم البروتوكول العلاجي، خطوات عرض

بيانات التقييم، استراتيجيات تحليل البيانات الكمية والكيفية، العوامل التي تؤثر على تاريخ العلاج، طرق جمع بيانات النتيجة.

الجانب التطبيقي والذي يتكون من فصلين، الفصل الأول: يتمثل في الإجراءات المنهجية للدراسة الذي يتضمن: الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، مجال الدراسة، أدوات الدراسة تقديم عينة الدراسة، الخصائص السيكومترية.

الفصل الثاني: الخاص بعرض النتائج وتحليلها ومناقشتها والذي يتضمن عرض وتحليل النتائج، مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس القبلي، مناقشة نتائج البرتوكول العلاجي المطبق على الفئة المصابة باضطرابات البلع، مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس البعدي، استنتاج عام.

الجانب النظري

الفصل الأول: الفصل التمهيدي

- 1- الإشكالية.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- أهمية الدراسة.
- 6- حدود الدراسة.
- 7- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة.

1- الإشكالية :

الجهاز العصبي هو حملة من الاتصالات المعقدة للغاية، يمكنها إرسال وتلقي كميات هائلة من المعلومات في وقت واحد عن طريق مجموعة من الأعصاب والخلايا المعروفة باسم الخلايا العصبية التي بدورها تنقل إشارات بين أجزاء الجسم المختلفة.

لكن هذا الجهاز قد يكون عرضة للأمراض والإصابات ومشاكل عديدة فنجد أكثر من 600 مرض قد يصيب هذا الجهاز، وأبرزها الزهايمر، الأورام والصدمة الدماغية.

وقد سلطنا الضوء في دراستنا هذه على الصدمات الدماغية (AVC)، التي تصيب الدماغ والتي عرفها الأطباء على أنها خلل مفاجئ في تدفق الدم، إلى جزء من الدماغ يساهم بدوره في إحداث خلل في مهام الجسم والتي يمكن أن تتلف أجزاء الدماغ المسؤولة عن إنتاج الكلام والسيطرة على عضلات الفم والحلق أثناء الصدمات الرأسية. يؤثر هذا الضرر بعد ذلك على كيفية استجابة العضلات والأعصاب المرتبطة بها للرسائل الواردة من الدماغ أو من الضغط ومحفزات المنعكسات في الحلق والذي يؤدي بدوره إلى حدوث عسر البلع الذي عرف حسب المنظمة العالمية أنه خلل في الجهاز الهضمي ويتدرج تحت التصنيف الدولي للأمراض. والذي يعتبر على أنه من بين الاضطرابات المصاحبة للصدمة الدماغية وقد أثبتت الدراسات أن كبار السن هم الأكثر تضررا لأن مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية تزداد مع تقدم العمر، بحيث أبرز الباحثون أن كبار السن المصابين بالسكتة الدماغية سواء كانت بسبب نزيف دموي أو جلطة دماغية معرضون للإصابة باضطرابات البلع من 37%

إلى 78% من الحالات. 5 إلى 10% من كبار السن الذين يعيشون في مؤسسات من نقص التغذية نتيجة لاضطرابات البلع¹. ومع ذلك يتأثر عدد متزايد من البالغين تحت سن 64 عاما على مستوى العالم وفقا لدراسة أجوين في 119 دولة ازداد عدد الصدمات الدماغية بلع في سنة (1990) 25% إلى 31% لدى الفئة العمرية (20-64) سنة ارتفعت بنسبة 25% في 20 سنة الماضية² وكذلك أكد باحثون أمريكيون أن معدل حدوث عسر البلع لدى الفئة المصابة بالسكتة الدماغية يتراوح بين 37% إلى 78%³، وبينت هذه الدراسة خطورة التهاب رئوي حاد للمصاب بالديسفاجيا.

بالإضافة إلى دراسة قدمت من طرف **"Royaune umi"** أثبتت أن 11% يعانون من اضطراب البلع بعد الصدمة الدماغية بنسبة 40% إلى 70%.

ونجد من بين الاضطرابات الناجمة عن السكتة الدماغية الحبسة التي عرفت على أنها اضطراب لغوي يتراوح من صعوبة إيجاد كلمات الشخص إلى فقدان القدرة على التعبير عن نفسه بشكل كامل. وهو ناتج عن تلف الدماغ والذي يحدث في معظم الحالات بسبب السكتة الدماغية، يعتمد التعافي على شدة الإصابة. بينت الدراسات أن الاضطرابات

¹ Salti A, Jonson L, Yifter lindgren E, Wissing U, Osterberg K, et Gederholm T, «Nutritional status and a 3 years follow up in elderly receiving support at home gerontology», 2005, P. 51.

² Feign V, L Frozen, far M H, Krishnamurthy R, G A Connor, M Bennet, D A Murray «Global and regional burden of stok during 1990–2010 findings from the global burden deseas study », 2013, P. 10.

³ Martino R, Floey N, Bhogel S, Diamant N, Peachley M, et Teasel, «Dysphagia after a strok incidence diagnostic and plumonia complication stroke », 2005, P. 36.

اللغوية(الأفازيا) بنسبة أكبر من 20% في حالات الصدمة الدماغية، والتي تتمثل في اللغة الشفوية والكتابية الفهم، التعبير¹، حيث أكدت دراسة (Pedrant et al) أن الحبسة بعد السكتة الدماغية ذات شلل نصفي حاد تمس اللغة من حيث الفهم (حبسة فيرنكي) التعبير(حبسة بروكا) وحبسة مختلطة، حسب الباحث يمكن أن نجد حبسة فيرنكي بنسبة 32%، بروكا بنسبة 16% والمختلطة بنسبة 12%².

وقد قدم العديد من الباحثين الأجانب اختبارات لتقييم وظيفة البلع لدى المصاب بالصدمة الدماغية، فوجد الباحثان (Dniel et al) اقترحا اختبار الماء (Test de l'eau) لتقييم عملية البلع لدى المصاب لكن لم يتم تحديد كمية الماء المقدمة للمفحوص، ومن هذا الأمر أبدى (Osawa et al) اهتماما بهذه المسألة وقاموا بتقديم قيمة 30 ml كأفضل كمية من حيث الفحص.

ونجد (Trapel et al) قاموا بتطوير اختبار "Gugging swallow test" وبينوا ضرورة البدء بمواد غير سائلة في عملية التقييم، ذلك كي لا نضع الجهاز التنفسي للمفحوص في خطر.

¹ Englter et al, «Sévérité initiale des troubles aphasiques et récupération a trois mois de l'AVC étudeperspectif », obtenir certificat de capacité d'orthophoniste département d'orthophonie, Université de Bordeaux, 2013-2014, P. 17.

² Marie Alex Festa, «Trouble de la déglutition : sans consensus quel bilan réaliser pour les patients hémiplegique aphasique », pour obtenir diplôme d'état de masseur kinésithérapeute institution régional de formation aux métiers de rééducation et de réadaptation, 2014-2015 P. 15.

Barnes– Yeush Hospital. Strook Dysphagia قدموا اختبار **Edmiston et al** screen (BHJ.SDS) الذي يمكننا من التعرف على المرضى المعرضون لمسالك خاطئة أثناء عملية البلع، إضافة إلى هذا نجد اختبار Water swallow test الذي قدم من طرف **depippo et al** سنة 1992، يتمثل هذا الاختبار في تقديم كمية من الماء مقدرة ب 90 ml بدون مقاطعة، وفي حالة حدوث سعال أو ظهور صوت رطب لدى المفحوص يكون دليلا على وجود مسالك خاطئة. وكذلك اختبار (Test sans réalimentation) (Echelle clinique de fausse route)، قدم من طرف **(Guinvarch et al)** والذي يقوم كذلك على تقييم عملية البلع وذلك من خلال التعرف على المسالك الخاطئة¹.

وانطلاقا من هذا الصدد ونظرا لما رأيناه من نقص في الاختبارات والأدوات في مجال اضطرابات البلع في البيئة الجزائرية حاولنا اقتراح بروتوكول علاجي لمعالجة اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا، والذي يهدف بدوره من خلال البنود المقدمة إلى تحسين وضعية المصاب والتقليل من حدة الإصابة وكذلك إعادة تأهيل المناطق المصابة.

وانطلاقا من كل ما سبق ذكره كانت تساؤلاتنا كما يلي :

¹ Zou zou, «Accident vasculaire cérébraux AVC conséquence fonctionnel et dysphagie associée», Thèse pour obtenir le grade de docteur spécialité biologie de sante environnementépidémiologieécole doctorale science – technologie –sante universite de limoge, 2009, P. 14.

التساؤل العام :

- هل البروتوكول العلاجي المقترح فعال في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين

بحبسة بروكا الراجع عن الاصابة بالسكتة الدماغية في الوسط العيادي الجزائري؟

التساؤلات الجزئية:

1- هل هناك تغير على مستوى الفحص الحسي- حركي للمنطقة الفمية الوجهية؟

2- هل يتواجد فرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمرحلة الانعكاسية ؟

3- هل هناك فرق في القياس القبلي والبعدي للقدرات الحسية لدى المفحوص؟

4- هل هناك اختلاف بين نتائج القياس القبلي والبعدي للاضطرابات الملاحظة في الزمن

الفموي؟

5- هل هناك اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مستوى المضغ وتكوين البلعة؟

6- هل هناك فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في الزمن اللساني؟

7- هل هناك فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في بلع السوائل؟

2- فرضيات الدراسة :

وللإجابة عن التساؤلات المطروحة تم صياغة الفرضيات التالية :

الفرضية العامة:

البروتوكول العلاجي المقترح فعال في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة

بروكا الراجع عن الاصابة بالسكتة الدماغية في الوسط العيادي الجزائري.

الفرضيات الجزئية:

- 1- هناك تغير على مستوى الفحص الحسي - حركي للمنطقة الفموية - الوجيهية.
- 2- يتواجد فرق بين نتائج القياس القبلي والبعدي للمرحلة الانعكاسية.
- 3- هناك فرق في القياس القبلي والبعدي للقدرات الحسية لدى المفحوص.
- 4- هل هناك اختلاف بين نتائج القياس القبلي والبعدي للاضطرابات الملاحظة في الزمن الفموي.

- 5- هناك اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مستوى المضغ وتكوين البلعة.
- 6- هناك فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في الزمن اللساني.
- 7- هناك فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في بلع السوائل.

3- أسباب اختيار الموضوع:

نظرا لأهمية الموضوع، وما لحظناه من نقص للوسائل والأدوات للتكفل بمثل هذا النوع من الاضطراب، وذلك بعد احتكاكنا بالعديد من الأخصائيين الأرتوفونيين من بعض ولايات الوطن (تيزي وزو، الجزائر العاصمة، بليدة، وهران)، فقد أثار اهتمامنا مما جعل دراستنا تنصب حوله للتعلم فيه، محاولين الإلمام بأهم جوانبه، ورغبةً في مساعدة هذه الفئة

قمنا بجمع العديد من النشاطات والتمارين للتكفل بهذا الاضطراب (عسر البلع لدى المصابين بحبسة بروكا).

4- أهداف الدراسة :

إن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو الكشف عن مدى فعالية البروتوكول العلاجي المقترح لتحسين عملية البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.

- معرفة مدى مساهمة البروتوكول في علاج اضطرابات البلع.
- تسليط الضوء على الفئة المصابة بمثل هذه الاضطرابات، كذلك تحسيس وتوعية المجتمع بضرورة الاهتمام بها.
- الإجابة على التساؤلات المطروحة في الإشكالية والتأكد من صحة أو خطأ فرضيات الدراسة.
- تحقيق عمل علمي يعود بالفائدة على الفئة المصابة باضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.
- تشجيع المختصين الأروطونيين لبناء بروتوكولات علاجية تساعد في الكفالة الأروطونية.
- إثراء البحوث العلمية والمكتسبات لكل من الدارسين وأصحاب الاختصاص.

5- أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة في أهمية الموضوع الذي تدرسه، وهو اقتراح بروتوكول لعلاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.

- الدراسة تحث على العمل للوصول إلى نتائج مرضية في تحسين عملية البلع لدى الفئة المصابة بالحبسة (بروكا).

- توفير أساليب علاجية فعالة تساعدنا في الكشف عن فعالية البروتوكول العلاجي في تحسين عملية البلع لدى المصاب بحبسة بروكا.

6- حدود الدراسة :

- الدراسة تبحث في موضوع مدى فعالية البروتوكول العلاجي المقترح في تحسين عملية البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.

- أُخْتِيرَتِ العينة بطريقة قصدية حيث تكونت من حالتين تتراوح أعمارهن ما بين (55 و65 سنة).

- أُجريت هذه الدراسة النظرية خلال موسم 2019-2020، فيما يخص الدراسة التطبيقية أُجريت في بداية شهر نوفمبر إلى غاية نهاية شهر ديسمبر.

- تحددت الدراسة مكانياً في ديار المفحوصين (A domicile)، بدائرة وازية، تيزي وزو.

7- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة :

- البروتوكول العلاجي المقترح : هو خطة محددة تشمل مجموعة من التمارين التي تهدف إلى تحسين وظيفة البلع لدى المصابين بحبسة بروكا.
- الحبسة : هي اضطراب ناتج عن إصابة في المناطق المسؤولة عن اللغة من نصف الكرة المخية المسيطرة.
- حبسة بروكا : هو اضطراب فقدان القدرة على فهم الكلام أو التواصل.
- اضطراب البلع : هو صعوبة تمرير الطعام بمختلف أنواعه من الفم إلى المعدة.
- البلع : هو عملية يتم من خلالها انتقال الطعام أو الشراب، أو الريق من الفم إلى المعدة.
- السكتة الدماغية : تحدث عند نقص تدفق الدم، إلى أحد أجزاء الدماغ.

الفصل الثاني: السكتة الدماغية والحبسة

تمهيد الفصل

المبحث الأول : السكتة الدماغية

- 1- تعريف السكتة الدماغية.
- 2- أسباب السكتة الدماغية.
- 3- أنواع السكتة الدماغية.
- 4- أعراض السكتة الدماغية.
- 5- تشخيص السكتة الدماغية.

المبحث الثاني : الحبسة

- 1- لمحة تاريخية عن الحبسة
- 2- تعاريف الحبسة
- 3- أنواع الحبسة
- 4- أسباب الحبسة
- 5- أعراض الحبسة

خاتمة الفصل

تمهيد الفصل:

اللغة ملكة يتميز بها الإنسان عن غيره من الكائنات الحية، إذ بها يحقق التواصل مع الآخرين، لكن هذه الأخيرة تتعرض إلى تشوهات تحلّ بوظيفتها العادية، ومن بينها نجد الحبسة التي تعد من أكثر الاضطرابات العصبية انتشاراً، إذ يعاني الشخص المصاب بالحبسة من عدم فهم الكلمات الموجهة له، كما يعاني من خلط بين الأصوات التي تحمل معاني قليلة، ومن المعروف أن السكتة الدماغية من أكثر أسباب الإصابة بالحبسة، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

المبحث الأول: السكتة الدماغية

1- تعريف السكتة الدماغية (AVC) :

السكتة الدماغية أو الحادثة الدماغية الوعائية أو الجلطة الدماغية¹ : هي عند نقص تدفق الدم وتغذيته إلى أحد أجزاء الدماغ والذي يؤدي إلى موت الخلايا².

2- الأسباب:

يمكن تقسيم أسباب الأمراض الدماغية الوعائية إلى : تصلب الشرايين، الانسداد، تمدد الأوعية الدموية، حالات التدفق المنخفض وأسباب أخرى نادرة، وتشمل عوامل الخطر الرئيسية :

- ارتفاع ضغط الدم : هو السبب الأكثر أهمية لأنه يضر ببطانة الأوعية الدموية كاشفا الكولاجين، حيث الصفائح الدموية تتجمع لبدء إصلاح الوعاء. إذ استمر ارتفاع ضغط الدم يمكن أن تتغير بنية الأوعية الدموية بحيث تصبح (ضيقة، مشوه)³.

يؤثر ضغط الدم إلى تدفق الدم في الأوعية الدموية التي اعترها الضيق حيث تحدث السكتة الدماغية، ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يسبب تمزق الأوعية مما يؤدي إلى نزيف داخل الجمجمة.

¹ <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422512> (Access medicine, Brain attack), Archived from original on November 24, 2006, accessed on September 1, 2015.

² www.webteb.com (Stroke, Cerebrovascular accident) أطلع عليه 12 نوفمبر 2018 بتاريخ 05 نوفمبر 2015

³ Medicine : A Guide for Healthcare professionals and patients. Springer. Science and Business Media,4 Mai 2016, P.142.

- السكتة الدماغية تحدث عادة مع بداية مفاجئة لعجز عصبي، وتعزي إلى آفة مرضية في الأوعية الدموية¹، الأعراض العصبية تحدث في غضون ثوان لأن الخلايا العصبية تفتقر إلى الجليكوجين، لذلك يترافق الأمر مع فشل سريع للطاقة.
- التدخين، تناول الكحول، استعمال المخدرات.
- استخدام حبوب منع الحمل أو علاج هرموني آخر.
- مستويات مرتفعة من هوموسيستين (Homocysteine)، وهو نوع من الأحماض الأمينية.
- فرط الكولسترول : إذا كان مستوى الكولسترول في الدم 200 مليغرام لكل ديسلتر أو أكثر.
- السمنة المفرطة : إذا كانت قيمة مؤشر كتلة الجسم 30 (BMI) أو أكثر.
- السكري.

3- أنواع السكتة الدماغية :

هناك نوعان رئيسيان من السكتة الدماغية :

- 3-1- السكتة الدماغية الإقفارية (AVC ischémique) : وهي سبب نقص تدفق الدم.
 - 3-2- السكتة الدماغية النزفية (AVC hémorragique) : وهي سبب النزيف
- الدماغي يؤدي هذا إلى ألا يعمل جزء من الدماغ بشكل سليم وقد تشمل علامات وأعراض

¹ Accessmedicine.mhmedical.com (AVC, vaisseaux sanguines), Une archive qu'ils ont écrite le 01 décembre 2017, consultée en 05 novembre 2018.

السكتة الدماغية عدم القدرة على تحريك أو الشعور بأحد أطراف الجسم ومشاكل الفهم أو الكلام والشعور بالدوران.

الجلطة الدماغية الإقفارية



الجلطة الدماغية النزيفية



ملحق رقم 08 : شكل يمثل أنواع الجلطة الدماغية الرئيسية

3-3- أنواع فرعية من السكتة الدماغية :

- نوبة نقص تروية عابرة (TIA) : هذه الحالة الذي يتم فيها استعادة تدفق الدم بسرعة وأنسجة المخ يمكن أن تتعافى تماما والأعراض تعد عابرة فقط، دون ترك أية آثار¹. من أجل تشخيص هذه الحالة يجب حل جميع العلامات العصبية والأعراض خلال 24 ساعة دون وجود أدلة على أي سكتة ناتجة عن نقص التروية في تصوير الدماغ².

¹Olivier Xavier, « Accident vasculaire cérébral et réanimation », 2^{ème} édition, 1992, PP.175-179.

²Jl. Vincent et C. Martin, « AVC et diagnostic, la prise en charge », Paris, 2^{ème} édition 1996 P.112.

- سكتة دماغية تعد أكثرها شيوعاً، عادة ما تسبب في تجلط الدم في الأوعية الدموية أو انسداد وعاء دموي من مصدر الشرايين القريبة أو من القلب، الذي يسد تماماً أي من الأوعية الدموية في الدماغ. يجب أن تستمر العلامات والأعراض العصبية أو مظاهر احتشاء الدماغ، لفترة أطول من 24 ساعة وذلك يظهر أساساً من خلال تقنيات التصوير.

- نرف تحت العنكبوتية حيث يتسرب الدم من الأوعية الدموية مباشرة في أو حول الدماغ وتنتج الأعراض العصبية من تأثير الكتلة الدم على البنى العصبية، أو من الآثار السامة للدم على أنسجة المخ أو عن طريق زيادة الضغط داخل الجمجمة من ضغط داخل القحف.

4- أعراض السكتة الدماغية¹ :

- صعوبات في المشي (**Difficulté à marcher**) : إذا أصيب شخص بالسكتة الدماغية، فقد يتعثر، يشعر بدوخة يفقد توازنه أو يفقد قدرة التنسيق (بين الحواس، الحركة والكلام).

- شلل في جانب واحد من الجسم (**Paralysie d'un côté du corps**) : إذا أصيب شخص بالسكتة الدماغية، قد يفقد الإحساس أو يشعر بشلل نصفي (شلل في جانب واحد من الجسم).

- صعوبات في الرؤية (**Difficulté à voir**) : إذا أصيب شخص بالسكتة الدماغية، فقد يعاني من تشوش الرؤية بشكل مفاجئ، قد يفقد الرؤية للحظات قليلة، أو الرؤية المزدوجة.

¹ Annie Rochette, J S. N Philippe, « Une vie après L'AVC », Marseille, 2^{ème} édition, sans année, P.157.

- **الصداع (Mal de crane)** : الصداع الذي يظهر فجأة ودون سابق إنذار، أو الصداع غير العادي، الذي قد يكون مصحوباً بتشنج في الرقبة، آلام في الوجه، آلام بين العينين تقيؤ فجائي أو تغيرات في الحالة الإدراكية.

- **صعوبة البلع (Dysphagie)** : إذا أصيب شخص بالسكتة الدماغية، فقد يصبح لديه صعوبات في بلع الطعام، وتمرير السوائل بصفة سليمة. وهذا النوع من الأعراض سنتطرق إليه في المذكرة.

- **صعوبات في التكلم (Aphasie)** : إذا أصيب شخص بالسكتة الدماغية، فقد يصبح كلامه متثاقلاً أو قد يفقد القدرة على إيجاد الكلمات المناسبة لوصف ما يحدث له ومعه (وهذا ما يسمى بالحبسة **Aphasie**). وهذه الأخيرة سنتطرق إليها في الجزء الثاني من هذا الفصل.

5- تشخيص السكتة الدماغية¹ (Diagnostic de LAVC) :

قبل بدء العلاج، على الطبيب المُعالج معرفة نوع السكتة الدماغية التي حدثت وأي المناطق في الدماغ تأثرت بها أو تضررت جراءها، كما ينبغي قبل بدء العلاج، استبعاد ونفي أسباب محتملة أخرى، مثل الأمراض في الدماغ.

¹ JI. Vincent et C. Martin, « AVC et diagnostic, la prise en charge », Paris, 2^{ème} édition 1996, P.169.

الفحوصات التالية هي فحوصات التفرّس (Scanner)، الأكثر شيوعاً القادرة على تحديد درجة خطر التعرض لسكتة دماغية، ولكن يمكنها أيضاً أن تشكل وسيلة تشخيص، في حال كان الشخص قد أصيب بسكتة دماغية :

- فحص جسماني.

-تصوير بموجات فوق صوتية للشريان السباتي(échographie de l'artère carotide).

- تصوير الشرايين (Artériographie).

- تصوير مقطعيّ مُحَوَسَّب (CT) .

- تصوير بالرنين المغناطيسي (IRM).

- تخطيط صدى القلب (Echocardiographie).

المبحث الثاني: الحبسة (L'aphasie)

1-لمحة تاريخية عن الحبسة (Aperçu historique de l'aphasie) :

الحبسة تمس اللغة الشفوية والكتابية في جميع مستوياتها لذلك من الصعب إعطاء

تعريف محدد لها كونها تتجم عن الإصابة الدماغية¹.

ميدان الحبسة عرف نقاشات عديدة وحادة تضم تيارين هامين وهما :

التيار الترابطي والتيار الديناميكي (Courant corrélatif et courant dynamique)

التيار الأول وهو الترابطي يصف الحبسة حسب معطيات طبية تشريحية وفيزيولوجية

ومن أهم رواده نجد "قال Gall" (1758-1828) الذي يرى أن الفصوص الدماغية لدى

الإنسان تتكون من عدد هائل من الأعضاء المستقلة فيما بينها، ولكل عضو وظيفة عقلية

خاصة به ومنه نشأ مفهوم الحدبات لقال في 1758².

في عام 1881 أكد "بوريو J. Boullaut" على فكرة Gall وأوضح أن العضو

المسؤول عن نطق الأصوات موجود في الفصيصة الأمامية Lobe antérieure للدماغ³.

بعدها جاء "مارك ماركس Marc Max" (1770-1837) وأكد على الدراسات السابقة حيث

¹ Ronald J., "Troubles du langage. Diagnostic et rééducation", Ed, Pierre Mardaga, 1977 P.132.

² Lecours A.R. et Lhermitte F., Loc.cit., PP.27-31.

³ Lecours A.R. et Lhermitte F., Loc.cit., PP.29-31.

أضاف إليها أن إصابة النصف الأيسر للدماغ تسبب فقدان الذاكرة اللفظية للشخص¹. وفي نفس التيار قام "بروكا Broca" (1861) بإعطاء اسم (Aphémie) الاضطراب مكتسب يمس اللغة المنطوقة، واعتمد في ذلك على أسس تشريحية بحثية، حيث توصل إلى أن إصابة الجزء الخلفي للتلفيف الجبهي الأيسر للدماغ يؤدي عنه الأنارتريا (Anarthrie)². بدأ التيار الترابطي يفقد مكانته بظهور أعمال "لوردا Lordat" (1870-1773) عندما تحدث عن (Alalie) إذ يعتبرها حبسة انتقالية (Aphasie transitoire) لأنها تمس اللغة من خلال اضطراب التعبير والفهم، إذ أن الرسالة اللغوية تتم من خلال مجموعة من القوانين الفونولوجية، المرفولوجية، والتركييبية، ويقول أن (Alalie) اضطراب في أحد القوانين³. كما أن "تروسو Trosseau" (1867-1861) قام بنقد أعمال "بروكا" إذ توصل أن الحبسي يفقد في آن واحد ودرجات متفاوتة ذاكرة الكلمات وذاكرة الأفعال، ويبقى محتفظ بالقدرات الأخرى، كما يميز بين اضطراب الكلام وأن هناك:

(L'alalie mécanique, L'aphémie, L'amnésie verbale l'alogie)⁴

ظهرت نظريات جديدة تؤكد على فهم نظام النشاط العقلي وعلاقته بالإصابة نجد "باستين Bastian" (1869) الذي أكد على وجود علاقة بين النشاط الدماغى والتفكير واللغة.

¹Lecours A.R. et Lhermitte, F., Loc. Cit., PP.29-31.

² Lecours A.R. et Lhermitte, F., Loc. Cit., PP.29-31.

³Lecours A.R. et Lhermitte, F., Loc. Cit., PP.29-31.

⁴ Signoret J., « Langage et Aphasie », De Boeck Université. Paris, 1996, P.26.

جاء "فرنكي Wernicke" (1874) ليميز بين اللغة والفكر ويرى أن إصابة التلفيف الصدغي الأول عند اليمنى يؤدي إلى حبسة، وتكون متبوعة بفقدان الذاكرة السمعية للكلمات وكذا فهم اللغة، ومنه وضع جدولاً إكلينيكياً للحبسة¹.

كما يرى "ديجورين Déjerine" وتلامذته أن هناك ستة (6) أنواع من الحبسة وهي :
الحبسة الحركية بروكا، الحبسة الحسية لفرنكي، الحبسة تحت القشرية، الصمم اللفظي والحبسة الكلية².

ظهور التيار الديناميكي مرتبط بأعمال "بيير ماري Pierre Marie" بنشره المقال (Révision de la question d'aphasie) عام (1906) إذ يرى أن الحبسة توجد في نصف الكرة المخية المسيطر في منطقة قريبة من شق سيلفيوس وأعطى لها اسم (Quadrilatère).

كما يرى أن الحبسي يفقد دلالة الكلمات تنقص في قدراته الفكرية³.

"هاد Head" (1861-1940) بين أن الحبسة اضطراب على مستوى الصياغة والتعبير الرمزي، أي أنه فقدان لقدرة الترميز وأوضح أن هناك أنواع أخرى للحبسة، وتتمثل في : حبسة لفظية، حبسة اسمية، حبسة تركيبية ودلالية⁴.

¹ Signoret J., Loc. Cit., PP.28-29.

² Signoret J., Loc. Cit., PP.28-29.

³ Lecours A.R et Lhermitte F. loc. Cit., PP.36-43.

⁴ Signoret J., Loc. Cit., PP.28-29.

الحبسة حسب "نصيرة زلال" عبارة عن تلاشي العلاقة بين الوضع المستعمل والحسبي وعلاقته بالآخر، وهذا التلاشي راجع إلى وجود اضطراب في العملية المعقدة للمراقبة الاختيارية والمتطلبة اللازمة لمختلف مراحل برمجة اللغة، فالتعبير عند الحسبي يتم وفق معدل شدة مراقبة اللغة¹.

2- تعاريف الحبسة (Définitions de L'aphasie) :

2-1- التعريف الأول (Première définition) : تعرف الحبسة بأنها فقدان كلي أو جزئي للقدرات اللغوية، الاستيعابية، أو التعبيرية أو كليهما نتيجة عطب المراكز المخية المسؤولة عنهما، بسبب حادث أو نزيف أو جلطة دموية أو بأسباب أخرى².

2-2- التعريف الثاني (La deuxième définition) : نعني بالحبسة فقدان التعبير بالكلام أو بالألفاظ، أو التوقف عن التعبير بكتابة وفهم معنى الكلام الصادر من الآخرين نتيجة إصابة في الجهاز العصبي المركزي، وتم تقسيم الحبسة إلى أشكال مختلفة بناء على العرض الظاهر أو المحتوى اللغوي أو الجزء المصاب المسبب للتوقف، سواء الحسي أو الحركي³.

¹ Nacera Zellal, « Trouble de la Gestalt verbal dans les syndromes Aphasiques L'horthophoniste », FNO, N° 122. Paris VI, 1992, P.21.

² مصطفى نوري القمش، "الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة"، دار الفكر للطباعة والتوزيع، الأردن، ط 1 2000 ص 156.

³ مراد علي عيسى، وليد السيد خليفة، "كيف يتعلم المخ نو اضطرابات الكلام"، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر، ط 1 2007، ص 54.

3-أنواع الحبسة (Les types d'aphasie) :

3-1-الحبسة الحركية بروكا (Broca) :

التعريف الأول : يرتبط هذا النوع غالبا بالأجزاء الأمامية لنصف الكرة المخية الأيسر ويتصف هذا النوع بأنه يشمل على أكثر من المنطقة المعروفة تقليديا باسم بروكا، غالبا ما يوصف كلام الحبسي بأنه نحوي، هذا بالإضافة إلى إنتاج كلام غير طلق، وتصاب القدرة (Agrammatisme) على التكرار أو التقليد، ويوصف السلوك الكلامي اللانحوي باستعمال الأفعال أدوات الربط مثل حروف الجر والنهايات التصريفية والاشتقاقية كما يُظهر الشخص المصاب أخطاء صوتية ونطقية مع المحاولات التي يقوم الشخص بالتصحيح الذاتي¹.

التعريف الثاني :

هو العجز عن الحركة الإرادية لأعضاء الكلام على الرغم من عدم وجود شلل في هذه الأعضاء، ولكن توجد إصابة في التلفيف الجبهي الثالث F3 من المخ وفي المنطقة (44) من خريطة برودمان والتي تقع في المنطقة الجبهية أو الفصوص الجبهية، والمعروف أن هذه المنطقة هي المسؤولة عن الحركة و عن تنشيطها وعملها، و لهذا فإنها مسؤولة عن

¹ إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، "اضطرابات الكلام واللغة"، ساحة الجامع الحسيني، عمان، الأردن، ط 1، بدون سنة، ص

السلوك اللغوي، ومن ثم قد تسمى أحيانا بالحبسة اللفظية أو الشفوية (Aphasie verbal) لفقدان القدرة على التعبير الحركي الكلامي¹.

3-2-2- الحبسة الحسية فيرنكي (Wernicke) :

3-2-1- التعريف الأول:

تنتج حبسة فيرنكي في الأجزاء الخلفية لنصف الكرة المخية اليسرى حول مناطق السمع في الفص الصدغي، يمتاز المصاب بها بطلاقة زائدة، وإعاقة الفهم السمعي وخطب الكلام وذلك باستعمال كلمات غير مقصودة، ويمتاز الكلام بأنه مشدود وتظهر الطلاقة والانفجار السريع لسلسلة الجمل مع الوقفات الصعبة، إذ تظهر بوضوح خلال المحادثات التي تتطلب تبادل الأدوار، كذلك الفهم السمعي مصاب حيث تظهر اضطرابات في المراقبة الذاتية وفي الإدراك خلال إنتاج الكلام².

3-2-2- التعريف الثاني :

تتميز حبسة فيرنكي بطلاقة الكلام وأحيانا (Logorrhéique) مع غياب الاضطرابات النطقية واضطرابات كبيرة في الفهم وإنتاجات غنية بالدواخل، وهذا يسمى بالרטانة.

¹ سهيل محمد سلامة شاش، "اضطرابات التواصل - تشخيص أسباب العلاج"، زهراء الشرق، مصر، ط 1، 2007، ص 183-184.

² إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 251.

المصاب بحبسة فيرنكي يسمع ولكن لا يدرك معنى الكلام الذي يسمعه وهذا ما يسمى بالصمم اللفظي التام. يكون هناك اضطرابات في الحساسية مع ضعف الحقل البصري الجانبي وتأتي خاصة لدى كبار السن¹.

3-3- الحبسة التواصلية (Aphasie de conduction) :

هذا النوع يمتاز بالسيولة، تظهر عيوب التسمية التي تتراوح من البسيط إلى الشديد، وإعاقة الفهم والإدراك السمعي.

تنتج هذه الحبسة عن تلف في الحزيمة المقوسة (Le fuseau arqué)، وهي حزمة من الألياف أسفل سطح القشرة الدماغية المتصلة بمنطقة فيرنكي وبروكا².

3-4- الحبسة النسيانية (Aphasie Amnésique) :

إن المصاب بهذا النوع من الحبسة يكون غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات التي تقع في مجال إدراكه، مثال : إذا عرض الفاحص أمام المفحوص نظارات ويطلب منه اسمه فإن المفحوص يؤكد على معرفته له لكن لا يتذكره الآن، وبعد عرض متكرر للنظارات يشير هذا الأخير إلى عينيه، أي يلجأ إلى ذكر الغرض الذي يستعمل فيه³.

³ Français Eustache, sivane Faure, « Manuel de neuropsychologie », Dunaud, Paris, 2^{ème} Edition, P.100.

² إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، المرجع السابق، ص 282.

² مصطفى فهمي، "أمراض الكلام"، مكتبة مصر الفجالة للطباعة، مصر، بدون طبعة، بدون سنة، ص ص 67-68.

3-5- الحبسة تحت لحائية الحركية (Aphasie hypothalamique cinétique) :

هي حبسة تتميز بانعدام السيولة و نقص اللغة، المريض يبدي نقص الاستعداد في كل أعماله اليومية.

إن الإصابات الدماغية المسؤولة عن الحبسة التحت لحائية الحركية، قد تصل إلى القشرة (Suplémoteutaire) وخاصة الباحة الحركية (Promoteurs) وأيضا القشرة ما قبل الجبهية للنصف المخي الأيسر¹.

3-6- الحبسة التحت لحائية الحسية (Aphasie hypothalamique sensorielle)

هذا النوع من الحبسة يتميز بالسيولة في الكلام مرفوقة بكثير من البرافازيا المعنوية، وأحيانا البرافازيا الصوتية، التحولات الشفوية المستمرة كذا الاستعمال الخاطئ لأدوات النحو والتركيب، مما يؤدي إلى عدم التناسق في الكلام، يمتاز بظاهرة القولية ولا يوجد أي اضطراب نطقي لديه ويحفظ على اللغة الأوتوماتيكية، كذلك وجود اضطراب في اللغة المكتوبة.

الاضطرابات العصبية المصاحبة لهذا النوع من الحبسة تتميز في عجز حسي وانقطاع متكرر للحقل البصري.

أما عن منطقة الإصابة المسؤولة عن هذا النوع من الحبسة فهي المناطق المجاورة لباحة فرنيكي².

¹Français Eustache, Sivane Faure, OP. Cit., P.101.

² François Eustache, sivane faire, OP. Cit., PP.101-102.

3-7- الحبسة الكلية (Aphasie Totale):

يعكس هذا النوع من الحبسة الكلامية مستوى شدة أكثر من نوعية مميزة للاضطراب ويظهر المصاب خلل شديد جدا في القدرات اللغوية في كافة أنحاء النماذج الكلامية، والفهم ويمتاز التعبير الفمي بأنه مضطرب بدرجة شديدة والذي يشمل فقط كلمات محدودة، ويظهر كذلك الشخص إعاقة كبيرة في القدرة على التكرار والتقليد والتسمية، هذا إضافة إلى الفهم والإدراك السمعي المحدودين، والذي قد يكون مقتصر على كلمات محدودة وأشباه الجمل قصيرة، كما أن الاضطراب يشمل الكتابة والقراءة أيضا¹.

3-8 فقدان القدرة على التعبير بالكتابة (Perte de la capacité d'exprimer par écrit)

تكون هذه الظاهرة مصحوبة عادة بالشلل في الذراع اليمنى، إلا أن الذراع اليسرى سليمة فإن المصاب يتعذر عليه بالكتابة بها. ترجع العلة في هذه الحالات إلى وجود إصابة أو تلف في مركز حركة اليدين الموجود في التلفيف الجبهي الثاني للدماغ².

²- محمد حولة « الأرطفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت » دار هومة للطباعة، النشر والتوزيع، الجزائر، 2007 ص 52.

³- مصطفى دوري القمش، المرجع السابق، ص 158.

4- أسباب الحبسة :

4-1- الحوادث الدماغية الوعائية (AVC) :

يطلق مرض أو حادث وعائي دماغي على مجموع الأسباب، والعواقب المرضية المتميزة بتغير بنية الأوعية المغذية للدماغ، والتي تنقل الدم الذي يغذيه، سواء يتعلق الأمر بحبس الشرايين بواسطة (Thrombose) أو (Embolie) أو خلل في الغشاء الداخلي للوعاء مما يؤدي إلى الإنقاص في حركته أو نشاطه وبذلك يكون هناك تسيير غير طبيعي للدورة الدموية نتيجة تغيير في الضغط الدموي.

إن النقص في التدفق الدموي عبر الأوعية، له عواقب وخيمة وآنية في البنية الدماغية وينجم عنها خلل وظيفي هام، يمكن التغلب عنه بالكفالة الشاملة، بينما تصبح الإصابة دائمة عندما تتكرر التوقفات الغير عادية، إذا فالنشاط الغير العادي للدورة الدموية بصفة عامة يؤدي إلى إعاقة دائمة.

*تخثر الدم (Thrombose cérébrale) :

هو انسداد أحد أو مجموعة من الشرايين المؤدية للدماغ على مستوى الجدار الوعائي فعندما تعم الإصابة كل المساحات التي يغذيها الشريان الأيسر ما يسمى بالحبسة التامة وتكون مصحوبة بعجز حسي حركي يمس النصف الأيمن من الجسم، في حين إذا انحصرت الإصابة في المنطقة الأمامية من هذا الشريان فقد يؤدي هذا إلى حبسة بروكا

مصحوبة بشلل نصفي، بينما إصابات التفرغات الخلفية لمنطقة سيلفيوس ينجم عنه حبسة فيرنكي مصحوبة بتلف في إحدى المجالات البصرية (Hémianopsie).

***الانسداد الوعائي (embolie cérébrale) :**

هو انسداد مفاجئ للوعاء الدموي المغذي للدماغ بسبب اختراق الجسم غريب متحرك نقلته الدورة الدموية، يؤدي هذا بطبيعة الحال إلى السير الغير الطبيعي للدم في الشريان مما يؤدي إلى إصابة دماغية¹.

4-2- النزيف الوعائي الداخلي (Hémorragie vasculaire interne) :

*** النزيف الناتج عن ارتفاع الضغط الشرياني (Saignement dû à une pression artérielle élevée) :**

هذا النزيف ينتج عن تقطع أحد شعب الشريان الموجود في القشرة الدماغية والتدفق الدموي الناتج عن الإصابة يؤدي إلى القضاء على جزء من البنية الدماغية وتدهور أوعية الغشاء.

***النزيف الناتج عن تنفخ الشريان (Saignement causé par une obstruction de l'artère)**

هو عبارة عن مرض يمس الجهة الداخلية للوعاء الدموي المغذي للدماغ، وعند فتقه يحدث النزيف نتيجة تشوه خلقي لشبكة الشرايين والأوردة.

¹ Carine Ali, Denis Vivien, Benoit Rroussel, « Neuro-information, les promesses des cellules gliales », Bio futur, Mai 2007, PP.33-34.

4-3- الصداع النصفي (Les migraines) :

هو نوع من الصداع يتموقع في نصف الدماغ، فإنه قد يسبب في بعض الأحيان الإصابة بالحبسة.

4-4- الصدمة الدماغية (Traumatisme cérébral):

الصددمات الدماغية سواء كانت مرفقة بكسر في الجمجمة أو لا، فإنها غالبا تكون مرفوقة بإصابة مجهرية مما يسبب حبسة حسب مكان، طبيعة وحجم الصدمة¹.

4-5- الورم الدماغي (Tumeur au cerveau) :

سواء كان الورم خبيث أو غير خبيث، فإن هذه الكتلة التي تتكون بالتدريج تؤدي إلى التغيير والضغط على الدماغ مسببة حبسة.

4-6- الأمراض التطورية (Les maladies développementales) :

هذه الأمراض تسبب فقدان التدريجي للخلايا العصبية، كذلك نلاحظ تدهور تدريجي للوظائف الذهنية عند إصابة كلية أو جزئية لهذه الخلايا، مثل الانتباه والذاكرة كمرض الزهايمر (Alzheimer).

4-7- الأمراض التعفننية (Les Maladies infectieuses) :

سواء كانت من أصل بكتيري أو طفيلي أو فطري، فقد تسبب في ظهور حبسة.

²Carine Ali, Denis Vivien, Benoit Rroussel, «Neuro-information, Les promesses des cellules gliales», Bio Futur, Mai 2007, PP. 33-34.

4-8- الأمراض الأيضية والتسممات (Les maladies métaboliques et intoxication)

هذه الأمراض بكل أنواعها قد تؤدي إلى ظهور حبسة¹.

5- أعراض الحبسة (Symptômes de l'aphasie) :

اضطراب الحبسة يتميز بأعراض كبيرة و متنوعة، فمعرفة نوع الحبسة يتوقف على

أعراضها وفيما يلي سنحاول عرض أهمها :

5-1- أعراض خاصة بالتعبير الشفهي (Symptômes spécifiques à l'expression orale) :

اضطراب مجرى الكلام (Perturbation du cours de la parole) : قد يكون

باتجاه التقليل، بحيث يكون هذا المجرى بطيئاً يتميز بتوقفات عديدة، أو العكس باتجاه سريع يتميز بالسرعة، والمصاب ينطلق في الكلام بدون أي مثير خارجي مما يصعب توقيفه نلاحظ هذا الحبسة الحسية.

5-2- التقليل الكمي للغة (Réduction quantitative de la langue) : هو فقر في

الإنتاج اللغوي، إذ يظهر على شكل قولبية.

¹- Lecours A-R-Lhermitte F, « L'aphasie », De Boech, Paris, 1992, PP. 332-333.

- القولية (Stéréotypes) : هي عبارة عن مقطع لغوي يردده الحبسي في الوضعيات الخطائية، إذ تظهر بصفة آلية، وهذا قد يكون كلمة موجودة أو غير موجودة في القاموس اللغوي، إذ يمكن أن تختفي بعد أسابيع أو أشهر، كما يمكنها البقاء عدة سنوات.

- الخرس الحبسي (Mutisme aphasique) : يتمثل في عدم وجود كلي للإنتاج اللغوي، و هذا العرض راجع إلى الأسباب الوعائية أو الصدمات.

- نقص الكلمات (Manque de mots) : المصاب يجد صعوبة في استحضار الكلمات التي يريد توظيفها، بالتالي يستعمل كلمات شائعة، إذ يظهر هذا في اختبارات تسمية الصور.

- المثابرة (Persévérance) : صيغة آلية يستعملها الحبسي في حالة التعب والإرهاق إذ يمكن أن تظهر في جميع الأشكال اللغوية.

- إصابة النغمة (Blessure au ton) : تكون من الناحية النفسية¹.

- تحولات اللغة الشفوية (Changements de langue orale) : عبارة عن إنتاج خاطئ للكلمات وتحتوي على :

أ- تحولات صوتية (Transformations phonologiques) : تتمثل في أخطاء على مستوى المقاطع الصوتية المكونة للكلمات فتتعرض للحذف، التبديل والقلب. مثال :/خبز/ تتطق /خزب/

¹ محمد حولة، المرجع السابق، ص 56.

ب- تحولات نطقية (Changements de discours) : وهي عبارة عن تبديل كلمة بكلمة أخرى، وتنقسم إلى قسمين :

ب-1- تحولات نطقية دلالية (Changements de discours sémantiques) :

وهي عبارة عن تبديل الكلمة بكلمة أخرى تشترك في المعنى.

مثال : /ملعقة/ بدلالة /فرشاة/

ب-2- تحولات نطقية شكلية (Transformations d'accrétion

morphologique) : تبديل كلمة بكلمة تشبهها.

مثال : نار/ فار

- الأخطاء النحوية التركيبية (Erreurs syntaxiques) : الحبسي يقوم بإنتاج عبارات

غير مطابقة لقواعد النحو وتبسيط البيانات التركيبية، ويتجلى هذا في غياب أدوات الربط

استعمال أفعال بدون صرفها، السرد الشفوي عادي ولكن استعمال البيانات يكون أفعال بدون

صرفها، السرد الشفوي عادي ولكن استعمال البيانات يكون مشوه.

5-2- أعراض خاصة بالفهم الشفوي (Symptômes spécifiques à la compréhension orale) : نجد :

- الصمم اللفظي (Surdité verbale): هو عبارة عن خلل في التعرف على المنبهات السمعية المكوّن للغة الشفوية، إذ نجد المصاب إليه صعوبة في فهم الرسالة اللسانية الشفوية، إنه يفشل في بنود الاختبارات الخاصة بالترار والإملاء ولا يميز بين الأصوات¹.

5-3- أعراض خاصة بالتعبير الكتابي (Symptômes d'expression) :

هذه الإصابة تظهر اضطراب على مستوى سياق الكتابة من الناحية الكمية، كما أن مجرى الكتابة يكون بطيء والإنتاج الكتابي ضعيف.

5-4- أعراض خاصة بالفهم الكتابي (Symptômes spécifiques à la compréhension écrite) : نجد :

- عمى القراءة (Cécité de lecture) : عبارة عن عجز في القراءة بسبب خلل عصبي-مخي.

- تعبير الكتابة (Expression écrite): هو صعوبة أو استحالة الكتابة.

5-5- أهم الأعراض العصبية و النفسية المصاحبة للحبسة :

- البراكسيا (Apraxie) : هي عدم القدرة على استحضر الحركات اللازمة لسلوك معين مما يؤدي إلى سوء تنظيم الحركات، ونجد منها :

¹- محمد حولة، المرجع السابق، ص ص 56-58.

أ- البراكسيا فكرية (**Apraxie édéotoiré**) : المصاب يعجز عن القيام بالحركات المتسلسلة و المعقدة لاستعمال شيء معين.

ب- البراكسيا فكرية- حركية (**Apraxie idéomotrice**) : المصاب يقوم بحركات آلية لكن إذا طلب منه القيام بها، فإنه يعجز عن ذلك.

ج- البراكسيا بنائية (**Apraxie constructive**) : يتمثل في صعوبة بناء ونقل رسومات خاصة بالأشكال الهندسية.

د- البراكسيا عملية اللباس (**Apraxie de l'habillage**) : عدم التمكن من وضع اللباس بصفة صحيحة.

هـ- البراكسيا فمية ووجهية (**Apraxie bucco-faciale**) : هي استحالة التنفيذ الإداري لبعض الحركات الفمية اللسانية أو الوجهية على أساس تعليمة شفوية أو تقليد¹.

- الشلل النصفي (**Hémi-paralysie**) : يتمثل في الضعف العضلي لجانب واحد من الجسم، بالنسبة للوجه فالشلل يظهر على الجهة السفلية والفم يكون متوجه نحو الجانب الأيمن.

- الأفتوزيا (**Les agnosies**) : توجد في ثلاثة أشكال :

أ- الأفتوزيا السمعية (**Agnosie acoustique**) : تتمثل في عدم التمكن من التعرف على دلالة الأصوات.

¹- محمد حولة، المرجع السابق، ص ص 59-64.

ب- الأفتوزيا البصرية (Agnosie optique) : تتمثل في عدم التمكن من التعرف على الأشياء المرئية.

د- الأفتوزيا اللمسية (Agnosie tactile) : تتمثل في عدم التمكن من التعرف على الأشياء انطلاقاً من لمسها¹.

¹- محمد حولة، المرجع السابق، ص ص 63-65.

خاتمة الفصل:

بعدما تطرقنا إلى فصل السكتة الدماغية والحبسة ومعرفة معظم أسبابهما وأهم أعراضهما، سنحاول التطرق إلى عنصر لا يقل أهمية ألا وهو البروتوكول العلاجي.

الفصل الثالث: البلع واضطراباته

تمهيد

المبحث الأول: البلع

- 1- تعريف البلع.
- 2- التشريح البنيوي والوظيفي لأعضاء البلع.
- 3- الوظائف المرتبطة بعملية البلع.
- 4- أزمة البلع.
- 5- الحركة الحركية المريئية.
- 6- التحكم العصبي للبلعة.
- 7- التحكم العصبي.

المبحث الثاني: اضطرابات البلع.

- 1- تعريف اضطرابات البلع.
- 2- أسباب اضطرابات البلع.
- 3- أعراض اضطرابات البلع.
- 4- أنواع اضطرابات البلع.
- 5- تشخيص اضطرابات البلع.

خاتمة

تمهيد :

تناول الطعام وبلعه يعتبر أحد المتطلبات الأساسية الأولية في حياتنا، بالتالي عملية البلع آلية معقدة يتم من خلالها انتقال الطعام أو الشراب من الفم إلى البلعوم ثم المريء، وتكون مصحوبة بغلق لسان المزمار. وإذا فشل هذا الأخير في الغلق أثناء عملية البلع قد يحدث اختناق، وبطبيعة الحال يحدث عسر البلع.

لذا قمنا بتشخيص هذا القسم من الدراسة لإلقاء الضوء على مفاهيم البلع واضطراباته، بما في ذلك التشريح البنيوي والوظيفي لاضطرابات البلع، الوظائف المتعلقة بالبلع، أزمناة البلع وكيفية تشخيص اضطرابات البلع.

المبحث الأول : البلع العادي

1- تعريف البلع :

حسب قاموس الأرطوفونيا (Dictionnaire d'orthophonie)¹ :

هو عملية ابتلاع اللعاب والسوائل، أو المواد الصلبة مصحوبة بالمضغ.

حسب (Andre Allali et François le Huche)² :

البلع بالنسبة لهما : هو مجموعة من الأفعال التي تضمن انتقال الأطعمة الصلبة أو السائلة من الفم إلى المعدة، مروراً بالمريء والبلعوم، وكذلك بلع اللعاب الذي يعتبر فعلاً متكرراً ليلاً ونهاراً.

كما عرفوه بأنه : عملية يتم من خلالها انتقال الطعام أو الشراب من الفم إلى البلعوم ثم المريء وتكون مصحوبة بغلق اللسان المزماري³.

¹ Frederik Brin, Catherine Courier, Emmanuelle Ledrelli, Véronique Massy, Dictionnaire d'orthophonie, 2 Ed.

² François le huche, Andre Allali, «Anatomieet physiologie de la voixet dela parole», Ed Masson, PP. 159.

³ حمداني أزهار، «اثر التدخل المبكر للتكفل الأرطوفوني في اضطرابات التغذية والبلع عند الأطفال المصابين بالشقوق الحنكية»، ماستر، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، 2019/2018، ص 33.

حسب (Thierry Rousseau):

عرف البلع على أنه : فعل ميكانيكي يحقق نقل الأغذية بضمان المجاري التنفسية، فهذه الوظيفة الحيوية تكون فعلا لمدة 20 إلى 30 دقيقة، من ساعة إلى ساعتين في اليوم، ذلك حسب الوجبات المتناولة. كما أن تحقيقها يحتاج مزامنة وتنسيق ما بين مختلف الظواهر التي تكون تبعية حركية ناتجة عن مراقبة عصبية معقدة¹.

2- التشريح البنيوي والوظيفي لأعضاء البلع :

2-1- التجويف الفمي (La cavité buccal) :

أو ما يدعى بالفم، وهو الجزء الأول من الجهاز الهضمي يحده من الأمام الشفتين من الجانبين الخدود، من الأعلى الحنك ومن الأسفل اللسان².
يتكون التجويف الفمي من :

- اللسان.

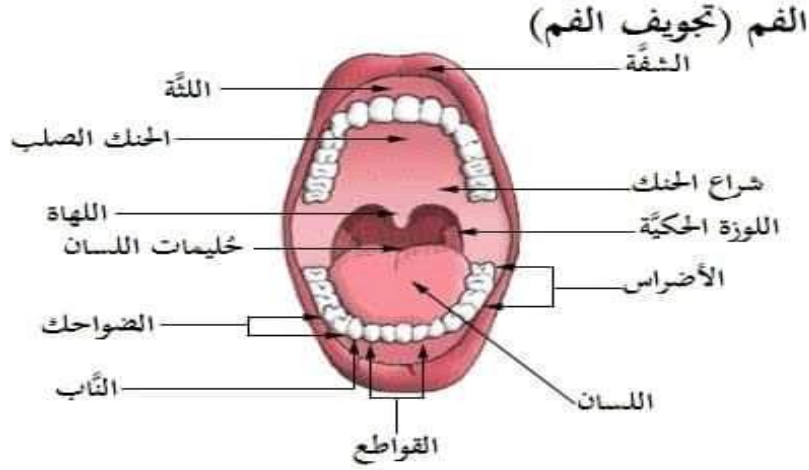
- قاع الفم.

- الأسنان.

- شراع الحنك.

¹ Rousseau Thierry «Les approches thérapeutiques en orthophonie » Ed Larousse , Paris 2005, P129.

² Elain N,Maried, «Anatomie et physiologie humain», 4 Ed, de boek université, 1999, p. 859.



ملحق رقم 01 : شكل يمثل التجويف الفمي

1-1-2- اللسان وقاع الفم (La langue et la plancher buccal) :

يثبت اللسان على قاع الفم بطية مخاطية (Repli muqueux)، يتواجد في جانبه

السفلي ما يدعى بالمكبح (Le frein linguale)، وظهره مغطى بحليمان خيطية (Des papilles filiformes)

الخيط المتوسط يقسم اللسان إلى قسمين في الوسط من الأمام إلى الخلف على

شكل (V) بحيث تشكل الحليمان دوراً هاماً في التذوق.

تثبت قاعدة اللسان بواسطة العظم اللامي (L'os hyoïde)، الذي يشكل الجزء

الخلفي والثابت يستجيب للوجه الحنجري اللسان المزماري الذي يدفعه للخلف عند البلع لحماية الحنجرة.

يتكون اللسان من 15 عضلة مرتبة حول هيكل عظمي ليفي (Ostéo-fibreux)

وهي :

2-1-1-1- العضلات الجوهرية (Les muscles intrinsèques) :

التي تنشأ من مسك اللسان ذاته وتدخل فيه، هي المسؤولة عن بعض الحركات

الصغيرة للسان وتسمح بإجراء تعديلات دقيقة للشكل والموضع وهي :

- اللسان العلوي (Linguale supérieure).

- اللسان السفلي (Linguale inférieure).

- العرضي والعمودي (Le transverse et le verticale).

2-1-1-2- العضلات الخارجية (Les muscles extrinsèques) :

التي تنشأ من العظام والأغشية المخاطية تشكل قاع الفم وتسمح بانتقال اللسان في

كل الاتجاهات.

2-1-2- الأسنان (Les dents) :

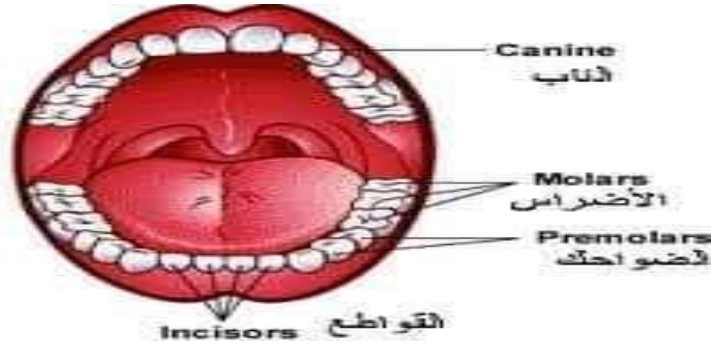
هي أعضاء صلبة بلون أبيض منظمة فيما بينها في قوسين خلفيين مفتوحين، الأول

علوي يتواجد في عظم الفك (Maxillaire)، والآخر في الجهة السفلية (Mandibulaire)

هذه الأقواس مغطاة بواسطة غشاء مخاطي سميك يتمثل في اللثة (La gencive).

كل سن عضو حي يمثل تجويف مركزي يحتوي على لب الأسنان، وكذلك تتكون من

عناصر أخرى كالأوعية الدموية والأعصاب.



ملحق رقم 02 : شكل يمثل الأسنان

2-1-3- شراع الحنك (Le voile de palais) :

هو حاجز عضلي يمتد خلف الحنك العظمي متحرك ومنقبض، فهو عضلة عاصرة تشارك في البلع والنطق لأنه يضمن الختم بين تجويف الفم والبلعوم الأنفي، تتضمن خمس أزواج من العضلات وهي :

2-1-3-1- العضلات الرافعة للحاجب (Les muscles élévateurs du voile) :

تسمح بتقلصها للحنك الرخو بالارتفاع وإغلاق الفوهة داخل البلعوم.

2-1-3-2- عضلات الحنك البلعومي (Les muscles palato-pharyngien) :

تسمح بإنزال الحنك الرخو وإغلاق الفوهة داخل البلعوم أثناء البلع وتمنع إرجاع الطعام إلى التجويف الأنفي.

2-1-3-3- العضلات المتوترة للحنك (Les muscles tenseur du voile) :

كل واحدة تتكون من طبقتين، الطبقة السطحية (La couche superficielle)، والممتدة من الأنبوب الغضروفي إلى اللفافة الحنكية تسمح بالتوتر. والطبقة العميقة لها دور أساسي بحيث تسمح بفتح قناة (Eustache).

2-1-3-4 - عضلات الحنك اللساني (Les muscles palato-glosse) :

لها دور في إنزال الحنك الرخو ورفع الجزء الخلفي للسان وتضييق برزخ الحلق.

2-1-3-5 - العضلات الفوقية (Les muscles uvulaire) :

تسمح بالارتفاع، يتم إدخالها على الصفاق الحنكي (L'aponévrose palatine)

وتنتهي في اللهاة الحنكية (L'uvule palatine)، التي تسمح برفعها.

2-2 - الغدد اللعابية (Les glandes salivaires) :

تنتج اللعاب الذي يقوم بترطيب الأغشية المخاطية للجهاز الهضمي العلوي للمشاركة

في المرحلة الأولى من الهضم وتسهيل تقدم الطعام من البلعوم إلى المريء. هناك ثلاث

غدد لعابية وهي :

2-2-1 - غدة تحت الفك (La glande su mandibulaire) :

تتواجد في قاع الفم في قناة (Warton)، تنتهي بالقرب من المكبح.

2-2-1 - غدة تحت اللسان (La glande sublinguale) :

تقع بين الفك السفلي واللسان.

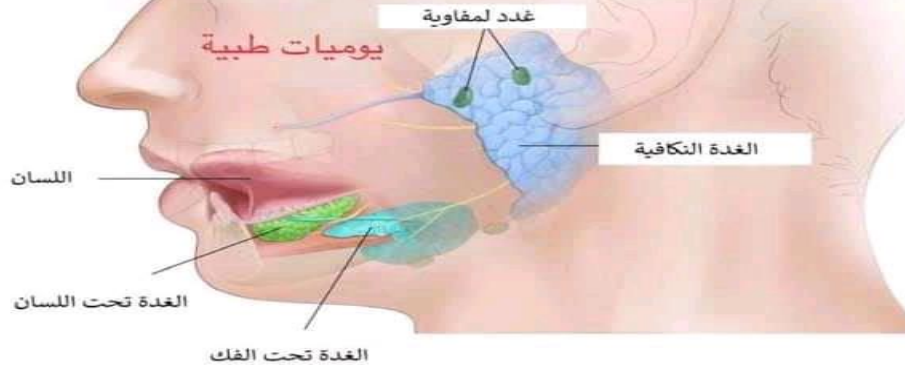
2-2-3 - الغدة النكفية (La glande parotide) :

هي أكبر الغدد اللعابية. تتوضع في الوجه إلى الأسفل والأمام من الأذن بحيث

تغطي فرع الفك السفلي. تفرز الغدة النكفية اللعاب في جوف الفم من أجل تسهيل عملية

المضغ والبلع.

الغدد اللعابية



ملحق رقم 03 : شكل يمثل الغدد اللعابية

2-3- البلعوم (Le pharynx) : هي قناة تربط بين التجويف الفمي والمريء وتجويف الأنف مع الحنجرة¹.

2-3-1- البلعوم الأنفي (Le rhinopharynx) :

الجهة العلوية للمريء التي تمتد من قاعدة الجمجمة إلى الحافة السفلية للحنك الرخو تحتوي على جدران :

يتكون من الجدار العلوي والخلفي و الجانبي، وأمامي وسفلي، يعتبر البلعوم الأنفي تجويف هوائي والتي لها قبل كل شيء دور في التنفس والتصويت، وتساهم كذلك في تهوية الأذن الوسطى.

2-3-2- البلعوم الفموي (L'oropharynx) : يقع خلف الفم أسفل البلعوم الأنفي فوق

البلعوم السفلي يحده من الأعلى شارع الحنك ومن الأسفل الحافة العلوية للسان المزمار

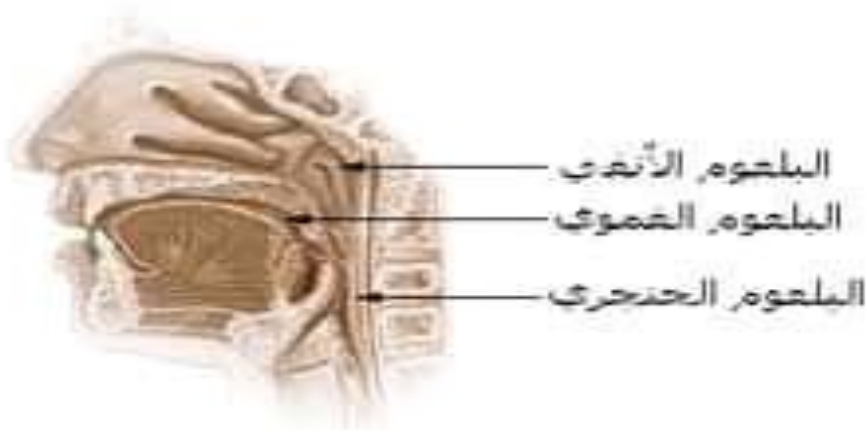
¹ David, Macfarlane, «l'anatomie en orthophonie parole,voix et déglutition »,EdMassonPP.40-42.

يتصل من الأمام مع تجويف الفم من خلال الحدود المشتركة مع بروز الحلق (L'isthme de gosier)

2-3-3- البلعوم السفلي (L'hypo pharynx):

هو الجزء السفلي للمريء يمر خلف الحنجرة يتدخل في وظيفة الجهاز الهضمي بقدر ما يتدخل في ممر بلعة الطعام.

البلعوم



ملحق رقم 04 : شكل يمثل البلعوم

2-3-4- المريء (L'œsophage) :

هو أنبوب عضلي يبلغ طوله 25 cm^1 ، يقوم بربط البلعوم مع المعدة بالتحديد

العضلة العاصرة العلوية للمريء بالعضلة العاصرة السفلية¹.

¹ Elaine N Mariel, «anatomie et physiologie humain » 4 Ed, de boek université, 1999, P. 866.

2-3-5- الحنجرة (Larynx) :

يبلغ طول الحنجرة 5 cm تقريبا هذا يعني 3 إلى 6 فقرات الرقبة، يقع في الجزء

الأمامي من الرقبة أمام البلعوم فوق القصبة الهوائية².

2-4- غضاريف الحنجرة (Les cartilages laryngés) :**2-4-1- الغضاريف الداعمة (Les cartilages de soutien) : تتمثل في :**

الغضروف الحلقي (Le cartilage)، الغضروف الدرقي Le cartilage

(thyroïde)، غضروف لسان المزمار، التي تلعب دوراً أساسياً في التنفس.

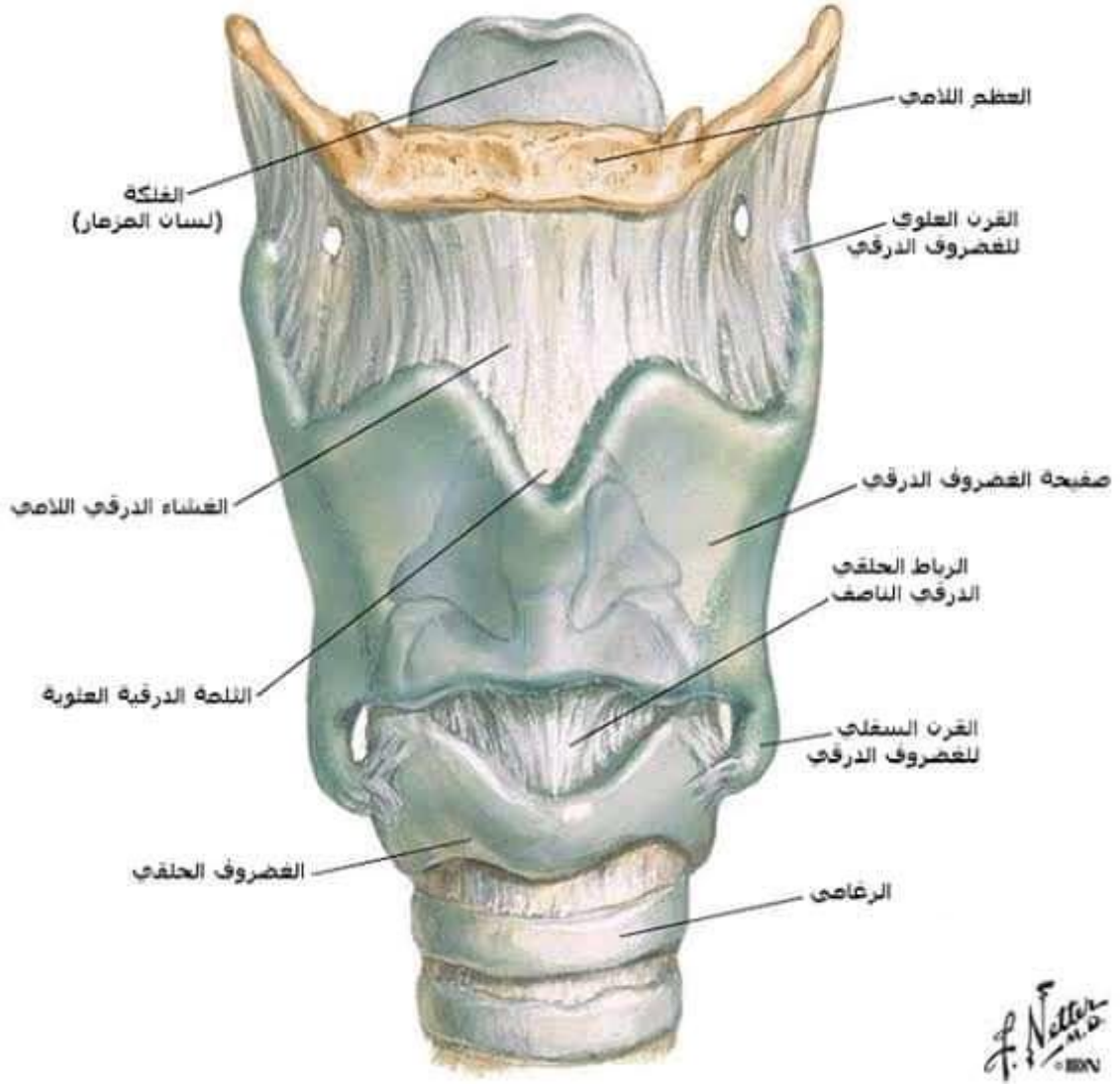
2-4-2- الغضاريف المتحركة (Les cartilage mobiles) :

الغضروف الطرجهالي الذي يلعب دوراً أساسياً في التصويت والبلع فهي تسمح

بتقريب الحبال الصوتية وإغلاق المزمار.

¹ Alexandra Gilazgue Marine, Gourguechon, « l'auto –entraînement dans la prise en charge de la dysphagie suite AVC proposition d'un livret de prise en charge et essai de 10 patients», master institut de l'orthophonie université de Lille, 2016, P. 9.

² David, Macfarlane, «l'anatomie en orthophonie, parole, voix et déglutition», Ed Masson P.40.



ملحق رقم 05 : شكل يمثل غضاريف الحنجرة

2-5- طبقات الحنجرة (Les étages de larynx) :

2-5-1- الطبقة فوق المزمارية (L'étage supra-glottique) : يمثل الجزء

الموجود فوق الأحبال الصوتية بين حافة اللسان المزماري وبطينات مورقان (Morgane).

2-5-2- الطبقة المزمارية (L'étage glottique) : يتوافق مع الأحبال الصوتية، كل

واحدة من الأحبال الصوتية يقابله رباط صوتي مزدوج بواسطة العضلة الصوتية، الطيتان

متجاورتان من الأمام ويتم إدراجها من الخلف، تسمى المساحة الموجودة بين الطيتين أو الأحبال الصوتية بالمزمار.

2-3-5- الطبقة تحت المزمار (L'étage infra-glottique) :

يمتد من الجانب السفلي من الأحبال الصوتية إلى القصبة الهوائية وهو أضيق مكان في الجهاز الحنجري.

3- الوظائف المرتبطة بعملية البلع (Les fonctions associées à la déglutition)

3-1- التنفس (la respiration) :

يستخدم الأكل والتنفس نفس الممر تقريبا، التنسيق بين هذه الوظيفتين أمر حيوي ولذلك يمنع مرور الطعام إلى الرئتين.

تستمر مرحلة انقطاع التنفس من 0,5 إلى 2,5 ثانية، مع إغلاق المزمار لحماية الحنجرة عن طريق لسان المزمار وقاعدة اللسان وكذلك حماية المجاري الهوائية، وهو ناتج عن الترابط الهيكلي والوظيفي العصبي بين البلع والتنفس.

3-2- المضغ (la mastication) :

منعكس طوعي ودائما ما يكون فيه الوعي أثناء مضغ الطعام الموجود في تجويف الفم الذي يتم سحقه وإزالته بواسطة الأسنان، الذي يختلط مع اللعاب ليتحول إلى وعاء الطعام متجانس وقادر للدفع نحو البلعوم والمريء، وذلك بفضل عمل عضلات المضغ

وحركات المفصل الصدغي الفكي- (Mouvement de l'articulation temporo-mandibulaire)

يمكن ابتلاع الأطعمة السائلة من دون مضغ، لكن إذا كان المضغ مستحيلا أو غير فعال عندما يكون ضروريا يمكن أن يسبب تغيرا تدريجيا في سلوك الأكل، بالإضافة إلى تقرحات في المعدة.

يمكن أن يكون المضغ صعبا وذلك لعدة أسباب :

- عدوى فطرية.
- كسر الفك.
- استئصال الورم.
- اضطرابات في حركة اللسان.
- اضطرابات حركية للحلق.
- اضطرابات في إفرازات اللعاب.

3-3- اللعاب (la salivation):

يساعد اللعاب علي ترطيب الغشاء المخاطي للفم وتلين بلعة الطعام أثناء القيام بعملية البلع والأعمال التحضيرية للبلع، ويقوم اللعاب بفضل مكوناته بحماية الأسنان من المواد الحمضية الناتجة عن البلع.

3-4-الطعم (la gustation):

هو حاسة كيميائية مرتبطة بإدراك مستقبلات متخصصة براعم التذوق الوضعة على مستوى اللسان وكذلك على مستوى البلعوم أو الحنك الرخو.

3-5-السعال (la toux) : يعرف على أنه « زفير مفاجئ وصاخب يسبق أو لا يسبق

نفسا عميقا بينما يكون المزمار مغلقا إلى حد ما »، وهو نتيجة لانقباض متقطع في تجويف البطن مما يؤدي إلى سعال انعكاسي¹.

4- أزمنة البلع :**4-1- الزمن الفمي (le temps buccal) :**

مجموعة حركات إرادية ثم أوتوماتكية - إرادية، أين تكون عملية التنفس الأنفي مستمرة يرتبط زمن هذه الرحلة بالخواص الفيزيائية للغذاء كثافة أو تمييه الغذاء، فهي شبه معدومة عند السوائل مثلا وقد تكون مطولة لأسباب تذوقية.

4-1-1- تحضير البلعة :

بعد مسك الغذاء يتحول هذا الأخير، بحركة الخدين المتناسقة، اللسان والفكين عند المضغ وبمساعدة الترطيب إلى لقمة متجانسة مشابهة للعصيدة وجاهزة للبلع.

¹Amélie Spenle, «la prise en charge orthophonique de la dysphagie consécutive a une chirurgie carcinologique bucco-pharyngé-laryngée», faculté médecine, Université de henry pioncer Nancy, 2010, PP. 16-28.

يتم الحفاظ عليها داخل الفم بفضل عمل صارتين : الصارة الفمية الأمامية وذلك بانسداد الشفتين والصارة الفمية الخلفية المتشكلة بتقارب الخلفية لمؤخرة اللسان، شراع الحنك وقاعدة اللسان، تساعد الأولى في اجتناب سيلان اللعاب أما الثانية فتمنع المرور البكر للأغذية إلى البلعوم.

للسان دور أساسي، إذ انه يتدخل بالتناوب على مستوي أجزائه الثلاثة والمتمثلة في الجزء الأمامي، الجزء الأوسط، والمؤخر مما يسمح بتمييز ثلاث مراحل متتالية :

4-1-1-1- المرحلة اللسانية الفمية :

يرتفع اللسان لينطبق مع ذروة النخروب (la crête alvéolaire) من الجزء الأمامي للحنك الأعلى خلف القواطع العليا.

هذه الحركة مدعمة بتصلب وارتفاع عضلات قاع الفم، والذي يسمح بارتكاز أفضل لطرف اللسان مع ارتفاع لمقدمة اللسان ينخفض الجزء الخلفي لهذا الأخير، مما يسمح للكمة بالتدحرج على ظهر¹.

4-1-1-2- المرحلة المتوسطة :

يوصل الجسم اللساني التصاقه بالحنك العظمي ثم الغشائي، من الأمام إلى الخلف جاذبا معه البلعة نحو الخلف.

¹ لحسني ابتسام، "اضطرابات البلع عند الراشد والأطفال الكبار المصابين بإعاقة من أصل عصبي (صدمة دماغية، حادث وعائي، داء الباركنسون)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2 الجزائر، 2011-2012، ص 41.

أثر ذلك يحدث تقلص الغصمة، الذي يرتفع ويتصلب، فيتصل بالجدار الخلفي لوسط البلعوم، فينغلق بذلك الممر نحو الحرقوة.

في هذه الأثناء تكون الصارتان الفمية واللهاوية في حالة انسداد، يرتفع الجدار البلعومي بفضل العضلة القابضة العليا، إلى أن يلاقي الحد الخلفي الأفقي لشراع الحنك فيشكل حوية أو انتفاخ ترسم طي مستعرض (Repli transversal).

4-1-1-3- المرحلة الخلفية :

بينما تتقدم نقطة الاتصال اللسانية- الحنكية إلى الخلف، تتقلص قاعدة اللسان وتتحرك نحو الأمام، تعبر البلعة سطح الدعائم الخلفية، فتسمح بانتقال البلعة في تجويف وسط البلعوم للرواق اللوزي (Loge amygdalienne) هذه الأخيرة متباعدة، تبدأ في التقرب فتحصر اللهاة التي كانت قد تصلبت آنفا¹.

تتشابك نهاية الزمن الأول الشفهي - الفمي، مع بداية المرحلة البلعومية، والتي تنطلق عادة بعد اجتياح الدعائم الخلفية، بينما يواصل اللسان اندفاعه نحو الخلف ليتواصل مع الجدار الخلفي للبلعوم، مرفوقا بتقلص (mylo hyoïdien) الذي سيحمل العظم اللامي إلى الأعلى ونحو الأمام، يقدر زمن هذه المرحلة بـ 1/2 ثا.

إبقاء الغذاء داخل التجويف الفمي وبالتالي الحفاظ على المسالك الهوائية، عملية تؤمنها من الأمام الانغلاق الفمي فيمنع سيلان اللعاب، من الخلف الانسداد اللساني اللهاوي

¹ Woisard V, Puech M, « la réhabilitations de la déglutition chez l'adulte », Solal, Marseille 2003, PP.39-40.

حيث يوضع الجزء المتوسط للسان على الغلصمة التي تكون منخفضة يمنع هذا الانسداد دخول البلعة وسط البلعوم والحرقة.

الحركات اللازمة لتحقيق هذه المرحلة هي حركات أبرا كسيا اكتسابها في مرحلة الطفولة الصغرى، فأصبحت تدريجياً شبه آلية لكنها تبقى دائماً خاضعة للتحكم الإرادي. لذة عملية الأكل مرتبطة أساساً بهذا الزمن، إذ تلعب عملية المضغ وعملية الترضيب دوراً هاماً في المستقبلات الذوقية والشمية¹.

4-2- الزمن البلعومي :

تعتبر هذه المرحلة أوتوماتيكية²، انعكاسية تشمل مجموعة الحوادث الواقعة ما بين لحظة تخطي البلعة لمضيق الحنجرة إلى مرورها عبر الصارة العليا للمريء، وهو زمن أساسي في عملية البلع، لذا يجب أن يكون عمل مختلف الأعضاء المتدخلة في تأمين مرور اللقمة عبر الملتقي الهوائي - الهضمي متناسقاً تماماً، إذ يبدأ بمنعكس البلع الذي ينطلق بمرور الغذاء وتلامسه مع المستقبلات الحسية لمضيق الحنجرة ووسط البلعوم، الموجودة على مستوى قاعدة اللسان³.

لمنعكس البلع نتائج شتى :

¹ Woisard V, Puech M, «la réhabilitations de la déglutition chez l'adulte », Solal, Marseille 2003, PP. 43-45.

²Bleekx D, « Dysphagie : évaluation et rééducation de trouble de la déglutition », DE BOECK, BRUXELLE, 2001, PP.8.

³ C. Buchman I, Brihayes S, Tessier C, « déglutition après chirurgie partielle du larynx » Solal, Paris, 1998, P. 36.

- تتراجع قاعدة اللسان وبحركة كباسة (Mouvement de piston) تدفع البلعة التي كانت قد اخترقت وسط البلعوم.

- بالتعاون مع تراجع قاعدة اللسان تبدأ التقلصات الاستدارية البلعومية التي تأتي باللقمة إلى مدخل المريء.

- في نفس الوقت، تتمدد العضلة الصارة العلوية للمريء بمساعدة ارتفاع الحنجرة¹.

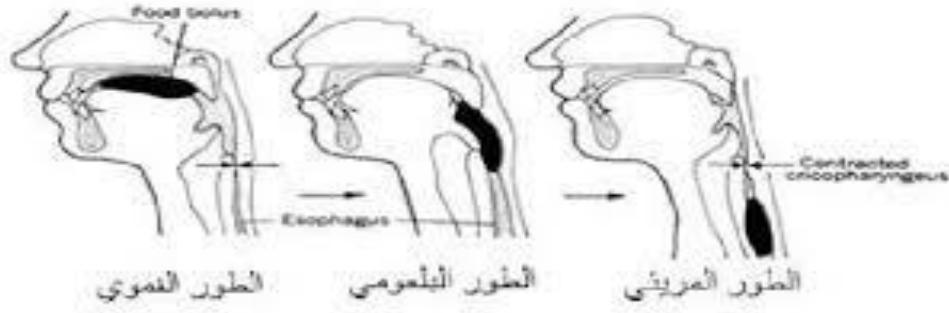
في الزمن نفسه على مستوى حماية المسالك الهوائية، يرتفع الحنك اللين ويمنع انسداد سقف الحنك البلعومي أي الارتداد الأنفي، يتوقف التنفس بانطلاق منعكس البلع ترتفع الحنجرة لتصل إلى حد قاعدة اللسان، يدوم هذا الزمن ثانية واحدة.

4-3- الزمن المريئي:

تعتبر هذه المرحلة كسابقتها انعكاسية لا إرادية، تبدأ عند دخول الغذاء في المريء، حينها تسترجع آلية التنفس ويكون هذا غالبا من خلال زفير، تدفع مجموعة التقلصات المريئية باللقمة إلى المعدة، ينتهي هنا البلع وتبدأ مرحلة الهضم المدة تكون بين 8 إلى 20 ثا².

¹Woisard V, peuch M, « la réhabilitations de la déglutition chez l'adulte », Solal Marseille, 2003, PP. 43.

¹⁷ لحسني ابتسام، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تحت عنوان "اضطرابات البلع عند الراشد والأطفال الكبار المصابين بإعاقة من أصل عصبي (صدمة دماغية، حادث وعائي، داء الباركنسون)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2 الجزائر، 2011-2012، ص 41.



اطوار البلع الرئيسية

ملحق رقم 06 : شكل يمثل أزمنة البلع

4-4-4 مسار البلعة :

4-4-4-1 وضع الأكل في الفم والإمساك الفمي : يتطلب إدخال الغذاء في التجويف الفمي

فتح الفكين و الشفتين في آن واحد، هذه الحركة الإرادية ناتجة عن نية الأكل وباقتزاب الغذاء المدرك بالعين أو الإحساس اللمسي لليد.

4-4-4-2 الاحتجاز الفمي للغذاء : بمجرد وضع الغذاء في الفم، تتدنى الشفتين فتغلق

الصارة الفمية الأمامية، لتمنع بذلك أي تسرب من التجويف الفمي بانخفاض شراع الحنك الذي يلتصق باللسان مشكلا بذلك الصارة الفمية الخلفية، تعتبر هذه الصارة حماية للجهاز التنفسي، لأنها تسمح بالتنفس أثناء المضغ أو مسك الطعام داخل الفم.

4-4-4-3 المضغ : يمسك اللسان بالغذاء و يدفعه أسفل الأضراس حيث تتم عملية المضغ

وسحق الغذاء بالعمل المتناسق والدقيق لعضلات المضغ، الوجنتين واللسان الذي يدفع من جهة إلى الأكل تحت الأسنان، عندما تصل أجزاء الغذاء إلى الحد الأمتل من التقطيع يزداد

التحام اللقمة فيسهل جمعها فوق اللسان ودفعها نحو البلعوم والمريء، تسمح تجزئة الغذاء باستكشاف أفضل للمذاق وتحسن الهضم.

4-4-4- ترطيب الغذاء : أثناء هرس الغذاء تغلف الإفرازات اللعابية الجزئيات و تربطها لتكون منها لقمة موحدة التركيب، مرتبطة لزجة وسهلة البلع، يسمح الترطيب، الذي يحدث بفضل حركات اللسان واللحباب، بمزج الجزئيات وانحلال السكريات السريعة، كما يساهم في إدراك الطعم الكيميائي.

4-4-5- الطعم أو الذوق : يستطيع اللسان أن يتعرف على الذوق الكيميائي بفضل حليمات ذوقية التي تكشف عن المذاق الحلو، المر، المالح، الحمضي، تسمح هذه القدرات الفطرية على كشف المذاقات القاعدية الأربعة بالتعرف على الأغذية الضرورية للجسم (سكر وملح). وكذا بحماية الجسم من الأطعمة الخطرة و التي غالبا ما تكون مرة، إضافة إلى هذه الحليمات هناك عدة مستقطبات حسية، تغني الإدراك الذوقي وتساهم في التلذذ :

- مستقطبات لمسية، حرشة الغذاء، إدراك الفقاعات والانقباض.
- مستقطبات حرارية للحر والبارد.
- مستقطبات مؤلمة للبهارات والتوابل الحارة.
- مستقطبات الكبس والضغط في الأسنان، العظام وعضلات المضغ لتقدير المميزات الفيزيائية للغذاء (صلب، لين، مطاطي) وكذا حجم الأجزاء.

تساهم أعضاء ووظائف أخرى في إدراك الفيزيائي- الكيميائي، وبالتالي في التلذذ أو عدم التلذذ :

- الأنف : فيما يتعلق بالرائحة، وهي الأكثر تعقيدا أو أكثر عددا من الذوق.
- البلعوم : الذي يحتوي على بعض المستقطبات الذوقية، كما يسمح بإدراك التقلصات العضلية أثناء مرور اللقمة عبر الحلق.
- السمع : لسماع صوت الأطعمة تحت الأسنان، صوت الفقاعات أو ببساطة صوت الطعام عند الطهو، التحضير أو أثناء الأكل.
- البصر : للاستمتاع بطريقة تقديم الطعام وألوانه.
- الكلام : للتعليق حول ما نحسه وندركه أو لوصف طبق شههي.
- الذاكرة : لاستعادة الذكريات مقارنة الإدراك السابق بالإحساس الحالي.
- القشرة الدماغية : لحل رموز المذاق، هذه الخطوة عبارة عن نشاط معرفي فعلي ناتج عن التعلم.

4-4-6- دفع القمة : عند الانتهاء من المضغ، يجمع اللسان المتحرك اللقمة فوق جزءه الأوسط ويكبسه مع الحنك بارتكازه في خلف القوس السني العلوي، وبفضل تقلصات عضلات سقفية الفم ويدفعه نحو مضيق الحنجرة، يتم هذا الدفع بفضل حركة ذهاب وإياب اللسان عند البالغ أما عند الرضيع يتم الكبس من الخلف إلى الأمام في حركات مص- بلع.

4-4-7- انطلاق منعكس البلع :

ما دامت اللقمة في الفم تبلغ الوحدات الحسية للعصب الثلاثي التوأم، مركز البلع القشري والدماغ أن اللقمة لازالت غير جاهزة للبلع، عند بلوغ هذه الأخيرة مضيق الحنجرة ووصولها إلي البلعوم فإنها تنشط المستقبلات الحسية للعصب اللساني البلعومي الموجودة على قاعدة اللسان، فيحرر المركز العصبي، المتواجد في البصلة السيسائية، البلع الحنجري- البلعومي يعتبر هذا منعكس لأنه فطري عند انطلاقه لا يمكن إيقافه.

4-4-8- الحماية الحنجرية : تتغلق الحنجرة عند وصول اللقمة فوق قاعدة اللسان، بمد

ما كانت مفتوحة أثناء المضغ للسماح بالتنفس، تلتصق الأحبال الصوتية عالقة بذلك المسارات الهوائية، تندفع الغضاريف المتحركة للحنجرة (الطرجهالي) إلى الأمام في الرواق الحنجري تسحب الحنجرة نحو الأعلى وإلى الأمام من قبل العضلات فوق اللامية فتصبح تحت حماية قاعدة اللسان، يتوقف البلع الحنجري - البلعومي أثناء التنفس على مستوى الصارة العليا للمريء:

ترتخي الصارة العليا للمريء عند بداية التقصص البلعومي أثناء البلع، تؤدي حركة الحنجرة إلى الأمام إلى الابتعاد الغضروف الحلقي عن (rachis cervical) وتحرر فتحة فم المريء.

تمر اللقمة المدفوعة من قبل الحركة الحلقية لبلعوم عبر المريء، فتدفعها الحركة الحلقية المريئية نحو المعدة.

5- الحركة الحلقية المريئية :

تتزامن موجة تقلص المريء وموجة تقلص البلعوم، غير أن سرعة الانتقال تكون اقل بسبب الطبيعة الملساء للشعيرات العضلية المريئية، لا تبقى أي رواسب بعد دفع اللقمة في المريء ودخولها إلى المعدة.



ملحق رقم 07 : شكل يمثل مسار البلع (الفم، البلعوم، المريء)

6- التحكم العصبي للبلعة :

قد تأخذ عملية البلع شكل تسلسل مقلوب ودقيق جدا لمجموعة حركات متتالية تتطلب تنسيق معقد ما بين مختلف عضلات التجويف الفمي، البلعوم الحنجرة والمريء، غير أنها قد تكون في بدئها وتكييف شدتها ومدتها بطريقة إرادية أو انعكاسية.

يفسر (Lozan et Guatterie) التحكم العصبي للبلع بتحكم على مستويين من

الجهاز العصبي :

مستوى الحركة الانعكاسية اللاإرادي، والذي لا يمكن إيقافه عند السلسلة الحركية، يرأس العمليات المريئية البلعومية.

مستوى تحكم إرادي، ينطلق من القشرة يتمثل في النشاط الفمي وانطلاق إرادي لمنعكس البلع.

توجد المسارات الأساسية لعملية على مستوى المؤخرة (le rhombencéphale) البصلة بالخصوص وعجرة المخ (La protubérance).

يمكن تقسيم هذا المركز إلى ثلاث طوابق :

- طابق حسي مورد والذي يمثل الطريق الرئيسي للواردات المتدخلة في البلع.
- طابق حركي ناقل يحتوي على الخلايا العصبية (Preganglionnaires) والعصبونات المحركة المتدخلة في عملية البلع.
- طابق مكامل (Intégrateur) : مكون من شبكة أعصاب مسؤولة عن تنظيم السلسلة الحركية للبلع¹.

7- التحكم المحيطي (Le contrôle périphérique) : لا يمكن تحديد طبيعة المنبه

المؤدي إلى انطلاق عملية البلع بدقة، فالبلعة في حد ذاتها ليست بضرورة حيث يمكن

¹ Lzan V, Guatrie M, « faciliter la déglutition, colloque déglutition dysphagie », BORDEAUX 1993, PP. 74.

الاكتفاء بالضغط على مستوى اللسان، البلعوم، اللهاة أو الحنجرة لانطلاق المنعكس كذلك قد يحدث نتيجة الحركة الخارجية للحنجرة¹.

تتدخل في عملية البلع خمسة أزواج عصبية وهي :

ثلاثي التوائم Le trijumeauV

العصب الوجهي Le facialIV

العصب اللساني البلعومي Le glosso pharyngienIV

العصب الرئوي المعدي Le pneumogastrique X

العصب تحت اللساني Le grand hypoglosse XII

كل هذه الأعصاب مختلطة، إذ أنها تحتوي على جذوع حسية وحركية، ما عدى

العصب تحت اللساني فهو حركي فقط².

تمر المسارات الموردة الحسية (les voies afférentes sensitives) عبر هذه

الأعصاب الدماغية، حيث تنتقل إلى مركز البلع الموجودة في قشرة المخ، معلومات حسية

وحواسية، التي ستسمح بطريقة آلية :

- انطلاق منعكس البلع مباشرة عند وصول البلعة إلى المخاطية الفموية البلعومية.

- تغيير حركة البلع حسب حجم ولزاجة البلعة.

¹⁹ لحسني ابتسام، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تحت عنوان "اضطرابات البلع عند الراشد والأطفال الكبار المصابين بإعاقة من أصل عصبي (صدمة دماغية، حادث وعائي، داء الباركنسون)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2 الجزائر، 2011-2012، ص 41.

² Senez C, « rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition », Solal Marseille 2002, PP. 44.

المبحث الثاني : البلع المضطرب

1- تعريف اضطرابات البلع :

تعريف القاموس الطبي : الدسفاجيا هي اضطراب البلع مرتبط بصعوبات ومشاكل في تمرير القمة الغذائية من الفم إلى المعدة¹.

تعريف "Oliver heral":

يقصد باضطراب البلع صعوبة في انجاز فعل البلع حتى يكون مصحوب بعائق أو توقف أثناء بلع الأغذية الصلبة (fausses routes) كلي أو الأم مع احتمال حدوث مسالك خاطئة والسوائل، وحتى اللعاب، وكل شذوذ يمس مراحل مرور الغذاء من الفم إلى المعدة².

2- أسباب اضطرابات البلع :

هناك أسباب عديدة تؤدي إلى اضطرابات البلع، وتختلف حسب الإصابة نذكر من بينها :

● الإصابات العصبية (les troubles neurologique) :

الخلل يكمن في كل مستويات التحكم العصبي ومن بين نتائج هذا الخلل ظهور اضطرابات البلع والتغذية في المستويات التالية :

¹La rousse médicale, loc ,cit, P.296.

² Olivier heral, «trouble de communication et de la déglutition en neurologie de l'adulte» castre, P. 26.

- إصابات جذع الدماغ (atteinte du tronc cérébrale) :

تمس هذه الإصابة الأنوية داخل الأعصاب الجمجمة، وتمثل جدول من الأعراض كالاستجابة اللاإرادية، الشلل نقص التوتر العضل وقد يكون سببها الحوادث الوعائية للجذع الفقاري القاعدي أو أورام سرطانية تدهورية.

- إصابة العصب تحت لساني (IXI) : يؤدي إلي شلل جزء من اللسان، ما ينتج عدم استطاعة دفع العجين الغذائي.

- إصابة العصب الحائر (X) : أي شلل نصفي لغشاء الحنك (تسرب الأغذية إلى المجاري التنفسية العلوية) وشلل أحادي الجهة للحلق (يسبب ذلك اضطرابات في الحركة الدورية).

- إصابة العصب اللساني البلعومي (IX) : أي اضطراب منعكس البلع .

- إصابة العصب الوجهي (IIV) : أي إصابة العضلات الدائرية للشفتين ما يسبب سيلان الأغذية إلى خارج الفم.

- إصابة العصب الثلاثي التوأم (V) : أي اضطراب حسي على مستوى الغشاء المخاطي للتجويف الفمي، شلل عضلات المضغ وجزء من غشاء الحنك .

● الإصابة تحت لحائية (Lésion sous corticale) :

إن أفضل مثال على الخلل الوظيفي المتطور لمراحل البلع الثلاث مرض الباركنسون:

. المرحلة الفموية : نجد فيها سيلان اللعاب وخروج الأغذية من الفم، وهذا راجع إلى

اضطراب الحركة اللسانية التي تؤدي إلى دفع الأغذية إلى الجهة الأمامية، رغم قيام ذوق

اللسان بدفعها للجهة الخلفية إذ لما تتدخل الحركة المضطربة للقاعدة يؤدي إلى دفع الأغذية مرة أخرى للجهة الأمامية وبالتالي منعكس البلع لا ينشط كما ينبغي.

. **المرحلة الحلقية** : تتميز بعدم اكتمال ارتفاع المنطقة اللهوية، حيث أنها ترتفع ارتفاعا بطيئا ما يسبب ركود الأغذية في الحلق وأيضا تأخر ارتفاع الحنجرة وهذا ما يؤدي إلى حدوث مجاري خاطئة، وكذا سوء انفتاح المصرة العلوية للمريء.

. **المرحلة المريئية** : في هذه المرحلة يحدث مشكل علي مستوي الحركات الدودية وانفتاح المصريات المريئية.

الإصابات التدهورية (lésion dégénérative) :

أو غيرها (la sclérose en plaque) في هذا النوع من الإصابات مثل التصلب اللويحي، هذه لاضطرابات منتشرة ومعتمدة على تطور المرض وبسبب التدهور المتزايد في أنسجة الدماغ نجد فقدان بعض المناطق أو الأجهزة في الدماغ مما يؤدي إلى اضطرابات سلوكية محددة.

3- أعراض اضطرابات البلع (Symptôme de troubles de la déglutition) :

الأعراض الموضوعية (Symptômes objectifs) : من خلال ملاحظة المريض أثناء

تناوله لوجبه الغذائية، يمكن فهم طبيعة اضطرابات البلع والتعرف على الميكانيزمات

الفيزيوميترية، وتتمثل هذه الأعراض في:

- سيلان اللعاب خارج التجويف الفمي.

- صعوبة في مضغ الأغذية الصلبة

- المجاري الخاطئة : والتي يمكن تعريفها على أنها مرور اللعاب أو الأغذية الصلبة أو

السائلة أو الكثيفة إلى المجاري التنفسية.

_السعال : الذي هو عبارة عن رد فعل يحدث بسبب إحساس المريض باختناق قبل أو أثناء

أو بعد البلع.

الأعراض الذاتية (Auto-symptômes) :

التي هي من العلامات الدالة على وجود اضطرابات البلع بحيث أن الديسفاجيا تؤثر

سلبا على الوضعية التنفسية وتناول الأغذية، يمكن تصنيف الأعراض الذاتية حسب

مستويات وهي :

● تناول الوجبة الغذائية :

- فقدان الشهية.

- تغيير كيفية تناول الوجبات الغذائية وذلك بتطويل مدة تناول الوجبة.

● حالة التغذية :

- ارتفاع حرارة الجسم.
- الإحساس بالجوع الدائم خاصة بعد تناول الوجبة الغذائية.

● حالة التنفس :

- تعفن الرئتين.
- إفساد التفرعات الرئوية¹.

4- أنواع اضطرابات البلع :

ينقسم عسر البلع حسب المنطقة المصابة إلى نوعين : اضطراب فموي بلعومي

واضطراب مريئي :

4-1- اضطراب البلع الفموي البلعومي (Oropharyngée): هذا الاضطراب ينبع من

خلل في الأداء العصبي أو العضلي في الفم والحنجرة، ضعف أو خلل في التناسق بين

فعالية العضلات التي تساهم في عملية البلع : عضلات الفم، اللسان، الحنجرة، والبلعوم.

صعوبة كهذه في عملية البلع تظهر في أمراض الأعصاب مثل مرض الباركنسون

وشلل الأطفال بعد سكتة دماغية، وفي أمراض عضلية مختلفة المرضى المصابون بخلل

المرحلة من مراحل عملية البلع، يجدون صعوبة في بداية عملية البلع، يعانون من الكحة أو

¹ بن لالي سامية، كايس صبرينة، « دور إعادة التربية الأروطوفونية في تحسين البلع عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية IMC » لنيل شهادة ليسانس في الأروطونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2013-2014 ص 42-45.

يستنشقون الطعام (محتوى الأكل أو اللعاب يدخل إلى داخل الجهاز التنفسي) مما يؤدي إلى الإصابة بأمراض في الرئتين.

4-2- اضطراب البلع المرئي (Esophagial) :

هذه الحالة قد تكون نتيجة لاضطراب انسدادى، مثلا بسبب أورام في المريء، تضيقات حميدة ووجود رتوج في المريء.

هنالك أمراض تسبب خلا في حركة المريء يمكن أن تؤدي إلى عسر البلع مثل تعذر إرخاء (Achalasia).

في هذا المرض هناك اضطراب في استرخاء مصرة المريء السفلية وانقباض عضلات المريء، أبرز الأمراض التي تمس بموجات انقباض المريء نجد مرض ارتجاع المريء الذي ترجع فيه إفرازات حامضية من المعدة إلى المريء وتؤدي إلى ضرر في المريء وإلى عسر البلع نتيجة لذلك، مرض السكري الذي يحصل فيه ضرر للأعصاب والعضلات في المريء المصابون بهذا النوع من عسر البلع، يشكون عادة من إحساس بالطعام أنه عالق في المريء ولا ينزل إلى المعدة.

5- تشخيص عسر البلع (Diagnostiquer la dysphagie) :

هنالك عدة فحوصات من الممكن أن تساعد في تحديد سبب عسر البلع :

5-1- تصوير المريء (L'oesophagographie) : يبتلع المريض مادة (باريوم الذي

يمكن رؤيته في تصوير الأشعة)، إذا كان هناك خلل في انتقال الباريوم في المريء، فمن

الممكن أن يظهر هذا في الصورة.

5-2- تنظير الجهاز الهضمي العلوي (Gastrosopie) :

يتم إدخال جهاز مرن مثبتة كاميرا على طرفه، بعد التخدير الخفيف و الموضعي للبلعوم

حتى يصل إلى المريء والمعدة، هذا الفحص يعتبر ناجحا لتشخيص الأمراض العضوية في

المريء مثل : التضيقات على أنواعها، الأورام والالتهابات المختلفة، في هذا الفحص بطانة

هنالك إمكانية أخذ عينة المريء (La biopsie)، وفحص العامل الذي سبب المشكلة بشكل

دقيق.

5-3- فحص التنظير التآلقي (videofluoroscopy) : تصوير بالأشعة يبتلع المريض

خلاله أنواعا مختلفة من الأطعمة : سائل، عصيديّ (شبيه بالعصيدة) وصلب، يتم خلطها

بمادة تباينية، ويتم الحصول في نهايته على شريط يوضح بدقة، عملية البلع في جوف الفم

الحنجرة والمريء، هذا الفحص ناجح لاكتشاف أي خلل في مرحلة الفم والحنجرة من مراحل

البلع. كما يمكن اكتشاف حصول استنشاق لمواد غذائية إلى المسالك التنفسية.

5-4- فحص تقييم البلع بواسطة منظار الألياف البصري : في هذا الفحص يتم إدخال منظار داخلي (endoscope) هو عبارة عن أنبوب رفيع يحتوي على ألياف بصرية عن طريق الأنف، ثم يتم إدخاله إلى المنطقة التي تقع فوق الأوتار الصوتية ومدخل المريء. يُطلب من المريض أن يبلع، ويمكن رؤية مرور الطعام خلال بلعه كما يمكن أيضا رؤية بقايا الطعام في منطقة البلعوم والجهاز التنفسي بعد انتهاء عملية البلع¹.

¹www.Webteb.com (Diagnosing dysphagia) Article written on August 12, 2014, accessed on December 18, 2018.

خاتمة :

بعءما تطرقنا إلى فصل البلع العاءى والبلع المضطرب سنحاول التطرق فى الفصل الموالى إلى إصاءة ذات أصل عصبى المتمثلة فى السكة الدماغىة وما ىنجم عنها كعرض مثل الءبسة.

الفصل الرابع : البروتوكول العلاجي

تمهيد

- 1- تعريف البروتوكول العلاجي.
- 2- أهمية تصميم البروتوكول العلاجي.
- 3- خصائص البروتوكول العلاجي.
- 4- فعالية البروتوكولات العلاجية.
- 5- خطوات تقويم البروتوكول العلاجي.
- 6- أهمية التقويم في البروتوكول العلاجي.
- 7- أبعاد التقويم في البروتوكولات العلاجية.
- 8- متغيرات التقويم في البروتوكولات العلاجية.
- 9- طرق التقويم في البروتوكولات العلاجية.
- 10- أسباب ومبررات التخطيط.
- 11- قيمة وهدف تقويم البروتوكولات.
- 12- أنواع التقويم.
- 13- إجراءات التقويم.
- 14- طرق التقويم.
- 15- أساليب التقويم.
- 16- النقاط الأساسية لكتابة التقرير التقويمي للبروتوكولات العلاجية.
- 17- خطوات عرض بيانات التقويم.
- 18- استراتيجيات تحليل البيانات الكمية والكيفية.
- 19- العوامل التي تؤثر على تاريخ العلاج.
- 20- طرق جمع بيانات النتيجة.

خلاصة الفصل

تمهيد :

سيتناول هذا المبحث تعريف البروتوكولات العلاجية، أهمية تصميمها، خصائصها

وفاعليتها، أسس وخطوات وأهداف تقويمها.

1- تعريف البروتوكولات العلاجية :

التعريف اللغوي:

البروتوكول : الورقة الجامعة للحساب، والحساب والخطة المرسومة لعمل ما¹.

التعريف الاصطلاحي :

البروتوكول العلاجي : هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تسير وفق تسلسل

منطقي، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض، وتتحدد خطوات أي بروتوكول من خلال

الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج.

2- أهمية تصميم البروتوكول العلاجي :

تتحدد أهمية تصميم البروتوكولات العلاجية في مجموعة من النقاط الأساسية وهي:

- إعطاء صورة شاملة للمعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل مع

الحالة.

- ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من

مراحل تطور الحالة.

- تحديد المهام المطلوبة من المعالج في كل جلسة، وآليات تنفيذها.

- مساعدة المريض على الاقتناع بأهمية الجلسات التي تقدم له نظراً لارتباطها فيما بينها.

3- خصائص البروتوكول العلاجي :

يتميز البروتوكول العلاجي الجيد بكل من :

¹معجم اللغة العربية، معجم الوسيط، وزارة التربية والتعليم، مصر، 1994، ص 47.

3-1- الوضوح : فكل ما يتضمنه البروتوكول من تفاصيل لابد وأن يكون واضحا من حيث الصياغة، وآليات التنفيذ.

3-2- التحديد : ونعني به تحديد الهدف العام من البروتوكول بكل دقة، تحديدا إجرائيا، حتى يمكن للمعالج قياس مدى نجاح التدخلات التي تمت مع الحالة.

3-3- يتضمن أيضا التحديد الفترة الزمنية المتوقعة للبروتوكول : حيث يُقيم المعالج من خلال الجلسة التمهيديّة المدة المتطلبة للحصول على نتائج إيجابية مع الحالة المحددة.

3-4- صياغة الأهداف العلاجية لكل جلسة بوضوح وبطريقة إجرائية.

3-5- تحديد التدخلات العلاجية المناسبة لطبيعة الحالة، وشرح آليات استخدامها.

3-6- تحديد الأسلوب المتبع في قياس التحسن لدى المريض².

4- فاعلية البروتوكولات العلاجية :

تزداد فعالية البروتوكولات العلاجية، كلما توافرت مجموعة من العوامل أهمها :

- وجود أهداف واضحة للبروتوكول العلاجي.
- وجود أهداف واضحة أيضا للفرد المشارك في البروتوكولات.
- وجود بيئة عمل تشجع الاستقلالية في التفكير والحركة وتدعم عمليات التغيير.

² حسن قاسم، "فعالية بروتوكول علاجي في تنمية قدرات الذاكرة النشطة عند أطفال يعانون من صعوبات التعلم (القراءة والكتابة)"، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1 "الحاج لخضر"، باتنة، 2014-2015، ص ص 70-71.

- تزداد فاعلية برنامج التدريب، كلما اقتربت وعكست فعليا واقع المهام التي يمارسها المعالج.

- تقويم البروتوكول العلاجي.

* **التقويم** : عملية تتضمن في البداية مقارنة بين حالتين ما هو كائن ويجب أن يكون وتؤدي إلى اقتراح التعديلات التي يجب القيام بها، فهي تقيس الفارق الموجود بين النتائج المختلفة والأهداف المسطرة، كما أنها تكشف عن أسباب هذا الفارق وبالتالي تسمح لنا بتصور التصحيحات الملائمة. وتتمثل في :

- الاختصار في زمن العلاج.
- المساهمة في التأهيل البدني.
- تحسين البروتوكول.
- تقدير لانجازات.
- معاونة المعالج في تقويم مختلف مراحل البروتوكول.
- تسير التقويم الذاتي للأفراد.
- تصنيف الأفراد.

5- خطوات تقويم البروتوكول العلاجي :

- تحديد الهدف من التقويم بدقة.
- تحديد المعايير أو المحكات.

- قياس المعايير.

- تحديد منطق التقويم.

- جمع البيانات : هو عملية جمع وقياس المعلومات حول المتغيرات المستهدفة في نظام قائم، والذي يمكن الفرد بعد ذلك من الإجابة على الأسئلة ذات الصلة، وتقييم النتائج، أو هو أحد مكونات البحث في جميع مجالات الدراسة بما في ذلك العلوم الفيزيائية، والاجتماعية والإنسانية.

- تحليل البيانات : هو عملية الفحص والتدقيق للبيانات، وتمشيطها لتكون أكثر دقة، وإعادة تشكيلها، وتخزينها أيضاً لنحصل ونستنبط في النهاية على معلومات يمكن على أساسها اتخاذ وتحديد القرارات.

- تحديد النتائج.

6- أهمية التقويم في البروتوكول العلاجي :

- الكشف عن مدى فعالية ونجاح العملية العلاجية.

- تقرير مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة.

- دراسة مدى نمو شخصية المفحوص ومدى التغيير الذي يطرأ على حالته ومدى توافقه النفسي.

7- أبعاد التقويم في البروتوكولات العلاجية :

- تقويم العملية : يصف جميع النشاطات والتمارين.

- تقويم الناتج : تقويم انجازات البروتوكول.

- تقويم آثار البروتوكول : ليحدد الآثار بعيدة المدى والآثار غير المقصودة للبروتوكول.

8- متغيرات التقويم في البروتوكولات العلاجية :

- الفاحص.

- المفحوص.

- المشكلة.

- ظروف العمل العلاجي.

- طريقة العلاج.

9- طرق التقويم في البروتوكولات العلاجية :

- الدراسات والبحوث.

- مقارنة طرق العلاج المختلفة.

- دراسة التغيرات السلوكية.

- رأي العاملين.

- رأي العملاء.

10- أسباب ومبررات التخطيط :

- أن يكون أساسا للعمل.

- أن يكون أساسا للتنظيم.

- أن يقدم أساسا لاتخاذ القرار.

- أن يقدم أساسا للالتزام.

- أن يقدم أساسا لتقويم البروتوكول.

11- قيمة وهدف تقويم البروتوكولات :

عرف "جيبسون وميتشيل" تقويم البروتوكول العلاجي على أنه : "مجموعة منهجية

من جمع وتحليل البيانات، الأنشطة التي يتم إجرائها لتحديد قيمة البروتوكول من أجل

مساعدة الإدارة والتخطيط للبرنامج ودعم المسؤولية العامة".

* إن أنشطة التقويم تجعله من الممكن :

- إجراء الأحكام المناسبة بشأن جهود وفعالية وكفاءة تلك البروتوكولات.

- تحدد قيمة البروتوكول وتمنح فرصة لاستكشاف الأساليب أو الإستراتيجيات البديلة

الأخرى لتحقيق بعض الأهداف المرجوة أم لا.

- تقديم دليل موضوعي عما إذا كان البروتوكول قد استوفى الأهداف المرجوة أم لا.

- يتيح فرصة للتخصيص للبرنامج واتخاذ القرار.

* التقويم سوف يساعد في فحص ما يلي :

- فاعلية البروتوكول المقترح.

- نقاط القوة والضعف في البروتوكول.

- تقديم التقارير والمتابعة.

- استجابة البروتوكول للاحتياجات المتغيرة.

* يمكن اتخاذ الخطوات التالية لتقويم البروتوكول الحالي :

- تحديد أنشطة العلاج والتوجيه الحالية.

- تحديد من يتم الخدمة معهم.

- تحديث النتائج.

- جمع التصورات.

12- أنواع التقويم :

هناك نوعين للتقويم هما :

- التقويم التكويني :

يتم هذا النوع من التقويم خلال تخطيط وتصميم البروتوكول العلاجي، تعديله

وتحسينه، وتحديد نقاط القوة و الضعف التي يعاني منها.

- التقويم التلخيصي :

تقويم البرنامج المكتمل، يلخص نقاط القوة والضعف في البروتوكول.

13- إجراءات التقويم :

- تحديد الأهداف المراد تقييمها.

- وضع خطة التقويم.

- تطبيق خطة التقويم.

- استخدام النتائج.

* من الضروري مراعاة مايلي إذا أردنا أن تؤتي إجراءات التصميم ثمارها :

- تحديد توقيت التقييم.

- تحديد المراد تقويمه بدقة.

- تحديد الشخص المقدم له التقييم لخدمته.

- التخطيط لدراسة التقييم.

- تحديد كيفية تقديم تقرير عن دراسة التقييم.

14- طرق التقييم :

- الأسلوب (القياس) القبلي والبعدي.

- طريقة المقارنة.

- طريقة الكيفية.

15- أساليب التقييم :

الملاحظات، المقابلات الشخصية، الاستبيانات.

16- نقاط كتابة تقرير تقويمي للبروتوكول العلاجي:

- ملخص تنفيذي.

- وصف البروتوكول العلاجي.

- طريقة التقييم.

- النتائج.

- التفسير والتأمل.

- التوصيات.

* **الملخص التنفيذي** : هو وثيقة قصيرة من الصفحة أو صفحتين يظهر في بداية تقرير التقييم النهائي، ويحتوي على عرض عام للبروتوكول ويلقي الضوء على النتائج الرئيسية والتوصيات من التقييم، ويمنح القارئ إحساساً بمحتوى التقرير بدون أن يضطر إلى قراءة الوثيقة بأكملها.

* **لماذا نكتب ملخصاً تنفيذياً؟**

- الملخص التنفيذي يوجز ما يتوقعه القارئ في التقرير.

- قد يستخدم الملخص على حدة بعيداً عن التقرير.

* **ما الذي يشمل عليه الملخص التنفيذي؟**

- غرض البروتوكول العلاجي المقترح.

- أنشطة وتمارين البروتوكول العلاجي والبيئة.

- غرض التقييم.

* **ما الذي يدرج في جزء وصف البروتوكول العلاجي؟**

- شرح كيفية توجيهه وتطبيق البروتوكول.

- عرض عام للبروتوكول.

- أهداف البروتوكول العلاجي بصفة عامة.

- أهداف بنود البروتوكول.

17- خطوات عرض بيانات التقويم :

- مراجعة أهداف البروتوكول المقترح.

- القراءة وبعناية مشددة البيانات التي جمعتها.

- تحليل البيانات وتنظيمها.

18- استراتيجيات تحليل البيانات الكيفية، والكمية :

* الكيفية : تحليل المحتوى، دراسة الحالة.

* الكمية : التكرارات، المتوسطات، النسب المئوية.

19- العوامل التي تؤثر على تاريخ العلاج :

السن، العنوان، المهنة، الجانبية، نوع الإصابة، اللغة، العرقية.

* تقويم العملية: تحدد ما إذا كان البروتوكول ينفذ كما هو مخطط له، ويهدف إلى الإجابة

عن سؤال أساسي. "من يخدمهم التقويم وما الذي حدث بالبروتوكول".

* تتناول تقويمات النتيجة القضايا التالية :

- الاختبارات القبلية.

- الاختبارات البعدية.

* المكونات الأساسية لتقويم النتيجة :

- الأهداف.

- الغايات.

- النتائج.

* هناك قضيتين أساسيتين يتعلقان بلب تصميم كل تقويمات النتيجة :

- ملاحظة الأفراد القبلية، والبعدية في البروتوكول.

- مجموعة المقارنة.

20- طرق جمع بيانات النتيجة :

- المناهج الكيفية : مثل المقابلات الشخصية والجماعية.

- المناهج الكمية : مثل السجلات الموجودة، الاستطلاعات.

والاستطلاعات : هي أكثر طرق جمع المعلومات استخداما لتقويمات النتيجة³.

خلاصة الفصل :

حاولنا في هذا الفصل عرض ملخص عن البروتوكولات العلاجية وكيفية تقويمها،

وقدمنا وصفاً مجملًا للبروتوكولات، والفصل الموالي خصصناه للإجراءات المنهجية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج الدراسة.

3- مجال الدراسة.

4- أدوات الدراسة.

5- تقديم عينة الدراسة.

6- الخصائص السيكميتريية.

خلاصة

تمهيد :

من أجل تقديم المساعدة لأي شخص يعاني من اضطراب لا بد من فهم وتحليل الاضطراب من جميع نواحيه، لأن الفرد بحد ذاته يكون في صدد صراع داخلي جراء اضطرابه، عندئذ يتوجب علينا كمختصين أرطوفونيين أن نكون في حالة استماع تام للمريض وتحسيسه بقيمته الإنسانية، فبعد التشخيص والعلاج يعود المريض ولو نسبيا إلى حياته العادية مما يوفر له الراحة الجسمية والنفسية.

ففي هذا الفصل سيتم عرض إجراءات الدراسة الميدانية، فبفضل ما يحمله هذا الفصل من أهمية في تحديد قدرة الباحث أدوات بحثه في الحصول على نتائج أقرب للمصادقية العلمية.

حاولنا التطرق في هذا الفصل إلى تحديد المنهج المتبع والمناسب لهذا البحث وعينة البحث والحدود المكانية، الزمنية والبشرية، وأدوات البحث وكيفية تصميمها في الجانب التطبيقي.

1 - الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي، نظرا لارتباطها المباشر بالميدان، فهي تعد أول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على الميدان وعلى الظروف والإمكانيات المتوفرة، بالإضافة إلى أنها تسمح بالتعرف على المشكلات التي يمكن أن تظهر قبل القيام بالدراسة التطبيقية في ما يمكن من حل هذه المشكلات غير المتوقعة في هذه المرحلة من الدراسة.

ولهذا قبل الشروع في العمل الميداني قمنا بدراسة استطلاعية حيث تقرينا من عدة مراكز ومؤسسات خاصة ومستشفيات في كل من تيزي وزو، الجزائر العاصمة، البلدية وهران، التي يتواجد بها المصابين بالحبسة والذين لديهم اضطرابات البلع (La dysphagie)، لكن وللأسف الشديد وبسبب جائحة كورونا لم نجد أي مفحوص هناك، مما جعلنا نتوجه إلى ديارهم (A domicile)، بموافقة من أوليائهم أين قمنا باختيار وضبط العينة المناسبة لبحثنا.

أهداف الدراسة :

- التعرف على ميدان الدراسة.
- معرفة صعوبات التطبيق التي من شأنها تحدد قيمة البحث.
- ضبط إشكالية الدراسة المستهدفة.
- تحديد الأدوات والأساليب التي تستعملها في الدراسة الأساسية.

- ربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي.

2- منهج الدراسة :

إذا أردنا القيام بأي دراسة علمية لابد من إتباع خطوات فكرية منظمة وعقلانية تهدف إلى بلوغ نتيجة ما وهذا بإتباع منهج معين يتناسب مع طبيعة الدراسة التي سنتطرق إليها يعني أن المنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة كما اختياره لا يأتي من قبيل الصدفة أو لميل و رغبة الباحث إلى المنهج دون الآخر بل أن طبيعة الموضوع وميدان الدراسة هما اللذان يحددان نوعية المنهج المتبع وهذا من أجل الوصول إلى معلومات دقيقة، ونتائج موضوعية.

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج (شبه) التجريبي، ويعرف هذا المنهج بأنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية، تم تفسيرها بطريقة موضوعية و بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة، بمعنى أن هذا المنهج يرتكز على تجربة لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية¹.

3- مجال الدراسة :

كأي دراسة علمية واضحة المعالم، لا بد من توضيح مجالات، أبعاد وحدود إجراء هذه الدراسة، وأهم هذه المجالات نذكر مايلي :

¹عباس وآخرون، "منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات"، المكتبة الأكاديمية للنشر، الأردن، بدون طبعة 2007، ص 74.

3-1- المجال المكاني :

تم انجاز الجانب التطبيقي من الدراسة في ديار المفحوصين (A domicile) بالضبط في دائرة واضية ولاية تيزي وزو.

3-2- المجال البشري :

تضم الدراسة حالتين تعاني من حبسة حركية (بروكا) مصحوبة باضطرابات البلع، القصد من ذلك هو التوجه بنظرة علمية مدروسة نحو طبيعة الظاهرة المرضية وما يعترها من سلوكيات وتحليلها وتفسيرها.

3-3- خصائص عينة الدراسة :

أخذنا بالاعتبار في اختبار حالات الدراسة مايلي :

- أصل الحبسة أن تكون إصابة دماغية محددة على مستوى منطقة بروكا.
- الإطلاع على الملف الطبي الكامل لكل حالة مع طلب تقرير حول فحص الرؤية، والسمع عند الحالتين.
- اخترنا لهذه الدراسة حالتين تعاني من الحبسة مصحوبة باضطرابات البلع لدى فئة كبار السن تتراوح أعمارهن بين 55-66.
- المقابلة مع أهل الحالتين للتأكد أن كلاهما لم تكن تعاني من مشاكل أو اضطرابات البلع قبل إصابتهما بالحبسة.
- تم اختيار حالتين إناث دون أن يكون الجنس معيارا في الدراسة.

- تم اختيار الحالات المحافظة على مستوى من الفهم الذي يسمح لها بفهم التعليم.
- تم اختيار حالات الناطقة والتي تفهم اللغة القبائلية.

3-4- المجال الزمني :

تم إجراء هذه الدراسة في الفترة الممتدة من بداية شهر نوفمبر 2020 إلى غاية نهاية شهر ديسمبر 2020.

4- وسائل الدراسة :

4-1- الملاحظة : وهي عملية مراقبة ومشاهدة السلوك والظواهر والمشكلات ومكوناتها المادية ومتابعة سيرتها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط هادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ لسلوك الظاهرة¹.
حيث وضحنا الملاحظة كأداة البحث وذلك بغية :

- جمع المعلومات عن الحالات من خلال الملاحظة المباشرة لسلوكاتها.
- الاطلاع على الملفات الطبية (الملاحظة غير المباشرة).

¹ رجاء وحيد دويدري، "البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية"، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2000، ص 149.

4-2- المقابلة : هي عبارة عن لقاء أو حوار يدور بين الباحث والذي يتم فيه مقابلته ويبدأ الحوار بتكوين علاقة وطيدة بينهما ليتضمن الباحث الحد الأدنى من التعاون المستجيب ثم يشرح الغرض من المقابلة¹.

وقد قمنا بمايلي :

- المقابلة مع أولياء الحالات.

- المقابلة مع مختصة أرطوفونية.

4-3- بروتوكول تقييم وظيفة البلع : موجه لفحص المصابين بإعاقة من أصل عصبي (الحبسة)، تم إنشاؤه من طرف الباحثة "لحسني" سنة 2011-2012 في مذكرة تخرجها لنيل شهادة الماجستير في الأرطوفونيا تحت إشراف "الدكتور ح الحسين".

تم تقديم بروتوكول تقييم وظيفة البلع بطريقة فردية وذلك بمساعدة الأخصائية

الأرطوفونية الحالة تلو الأخرى وفي مكان هادئ، حيث استغرقتنا مع كل حالة حوالي 30 إلى 45 دقيقة بمعدل أربع مرات في الأسبوع.

قمنا بطرح الأسئلة للمفحوص بالترتيب، وقمنا بذلك من دون أن نعلم الحالة أننا نطبق

اختبار عليها، وذلك من أجل أن تكون في حالة عادية ولا يسبب ذلك نوعا من القلق

والتوتر، قدمنا الأسئلة باللغة القبائلية الواحدة تلو الأخرى، كان واضحا وبصوت عالي

ومفهوم.

¹ رجاء وحيد دويدري، "البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية"، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، الطبعة

الأولى، 2000، ص 151.

- كيفية ظهور الإصابة : فجأة تدريجيا غير ذلك

- التطور الحالي للإصابة : تفاقم تراجع ثابتة

- الاضطرابات المصاحبة : اضطرابات في البلع :

اضطرابات حركية : ماهي :

اضطرابات معرفية : ما هي :

غيرها من الاضطرابات : ماهي :

II. تاريخ اضطرابات البلع :

1- هل يعاني المصاب من اضطرابات في البلع؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة ب نعم، هل تكمن هذه الصعوبات في بلع : السوائل : مثل :

الصلب : مثل :

الريق : مثل :

2- هل ظهرت هذه الاضطرابات أو الصعوبات مع بداية الإصابة؟ نعم لا

3- الذاكرة : هل يبدو أن المصاب يعاني من صعوبات في حفظ السؤال أو التعليم؟

ناقصة شبه معدومة سليمة

4- الفهم : التأكد من إمكانية فهم المصاب للتعليمات وغيرها للتحقق من إمكانية مواصلة

إعادة التربية. سليم تعليمات بسيطة اضطراب حاد

- هل المصاب يعاني من اضطراب الحبسة : نعم لا في حالة نعم أي نوع؟

III. الفحص الحسي - حركي للمنطقة الفمية - الوجهية :

1. الحركة الإرادية : تتم هذه الاختبارات بإعطاء تعليمة + تقليد

1-1- الشفتين :

- تقديم الشفتين نحو الأمام (قبلة) 0 1 2 3
- إبراز الأسنان 0 1 2 3
- التبسم (دون إبراز الأسنان) 0 1 2 3
- إغلاق الشفتين مع مسك شيء ما (مخفض الأسنان مثلا) 0 1 2 3

1-2- اللسان :

- إخراج اللسان 0 1 2 3
- رفع اللسان باتجاه الأنف 0 1 2 3
- وضع اللسان باتجاه الذقن 0 1 2 3
- وضع اللسان نحو اليمين 0 1 2 3
- وضع اللسان نحو اليسار 0 1 2 3
- اصطفاك اللسان بالحنك (Claquer la langue) 0 1 2 3

1-3- الوجنتين :

- نفخ الوجنتين 0 1 2 3
- نفخ الخد الأيمن 0 1 2 3

- نفخ الخد الأيسر 0 1 2 3

1-4- الفكين :

- فتح الفم كلياً 0 1 2 3

- تحريك الفكين نحو اليمين 0 1 2 3

- تحريك الفكين نحو اليسار 0 1 2 3

1-5- الحنجرة :

- بلع الريق لملاحظة ارتفاع الحنجرة 0 1 2 3

2. الحركة الانعكاسية :

2-1- المنعكسات الطبيعية : نلاحظ أثناء المقابلة أو من خلال المعلومات المقدمة من

طرف العائلة.

- وجود منعكس البلع 0 1 2 3

- وجود منعكس السعال 0 1 2 3

- وجود منعكس الارتداد يختبر بإدخال (مخفض اللسان في الفم فوق اللسان) 0 1 2 3

2-2- المنعكسات المرضية :

- منعكس المص : يقرب الفاحص مخفض اللسان من فم المفحوص ويرى إن اقترب هذا

الأخير منه ليمصه 0 1 2 3

- منعكس العض : يدخل الفاحص مخفض اللسان في فم المفحوص ويلاحظ إذا ما قام هذا

الأخير منه ليعضه 0 1 2 3

3. القدرات الحسية : الإدراك الحسي، التذوق والشم

3-1-1- الإدراك الحسي (اللمسي والحراري) : بالنسبة للإدراك اللمسي، يطلب الفاحص من

المفحوص إغماض العينين، ثم يقوم بالضغط على المنطقة المختبرة بواسطة مخفض اللسان

وعلى المفحوص التعرف على المنطقة الملموسة. أما فيما يخص اختبار الحرارة، فيتم

استعمال ملعقة باردة جدا (تكون قد وضعت مسبقا في الثلجة)، ثم يقوم الفاحص بملامستها

لمنطقة معينة وعلى المفحوص التعرف عليها.

3-1-1- الوجنتين :

الجهة اليمنى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

الجهة اليسرى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

3-1-2- الشفتين :

الجهة اليمنى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

الجهة اليسرى : اللمس 0 1 2 3

0 1 2 3 الحرارة

3-1-3- اللسان :

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليمنى :

0 1 2 3 الحرارة

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليسرى :

0 1 2 3 الحرارة

3-1-4- شرع الحنك :

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليمنى :

0 1 2 3 الحرارة

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليسرى :

0 1 2 3 الحرارة

3-2- إدراك الأذواق الأساسية : نحتاج إلى عود أذن مبلل بماء محلى (به سكر)، ماء به

ملح وعصير ليمون.

0 1 2 3 ماء محلى -

0 1 2 3 ماء مالح -

0 1 2 3 عصير ليمون -

3-3- الإدراك الشمي : نحتاج إلى حبات من البن (القهوة)، فنيليا، وزعتر جبلي، نطلب من المفحوص التعرف على هذه المكونات من خلال الرائحة (مع إغماض عينيه لاجتناب التعرف البصري). يمكن تعويض هذه بالمستخلصات السائلة.

- البن 0 1 2 3

- الفانيليا 0 1 2 3

- الزعتر الجبلي 0 1 2 3

IV. وظيفة البلع :

1. المحاولة الغذائية :

يمكن إجراء المحاولة الغذائية فقط في حال توفر الشروط الثلاث الآتية :

- مستوى انتباه المصاب كاف.
- وجود منعكس البلع أو على الأقل إمكانية البلع الإرادي.
- وجود منعكس السعال أو على الأقل إمكانية السعال الإرادي.

1-1-الماء :

الغذاء	الكمية			
	1/2ملعقة صغيرة	ملعقة صغيرة	1 ملعقة كبيرة	جرعة بالكأس
الماء	~	~	~	~
	~	~	~	~
	~	~	~	~
	~	~	~	~

بلع غير سليم

بلع سليم

مسالك خاطئة

1-2- الغذاء :

نوع الغذاء	الكمية		
	1/2ملعقة صغيرة	1 ملعقة كبيرة	1 ملعقة كبيرة
الغذاء	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~
	~	~	~

بلع غير سليم

بلع سليم

مسالك خاطئة

2. تقييم وظيفة البلع :

من خلال ملاحظة التجربة الغذائية يمكن تقييم وظيفة البلع.

2-1- المرحلة الفمية :

- الزمن الفمي - تحضير البلعة :

مسك الغذاء :

الاضطرابات الملاحظة والميكانيزمات المفحوصة :

- تسرب أنفي (ارتداد أنفي) خلل في الانسداد اللهوي الحلقي 0 1 2 3
- تسرب فمي (تريق) خلل في الانسداد الأمامي للتجويف الفمي 0 1 2 3
- بقايا على مستوى الفم أو الوجنتين خلل في النقل الفمي 0 1 2 3
- بقايا على مستوى (Les vallécules) خلل في النقل أو الانطلاق البلعومي، تظهر من خلال صوت مبلل. 0 1 2 3
- انحصار (Blocage) على مستوى الفم أي خلل في : بداية الزمن الفمي أو التحكم والنقل الفمي أو في بداية الزمن البلعومي 0 1 2 3
- انحصار على مستوى البلعوم نقص في الدفع اللساني أو البلعومي أو خلل في عمل الصارة العليا للمريء 0 1 2 3
- مسالك خاطئة قبل البلع تحكم غير سليم في البلعة أو تأخر في انطلاق الزمن البلعومي 0 1 2 3

- مسالك خاطئة أثناء البلع خلل في الانسداد اللهوي الحنجري 0 1 2 3
- مسالك خاطئة بعد البلع خلل في : الانسداد الحنجري ما فوق اللهوي أو في النقل البلعومي أو في عمل الصارة العليا للمريء 0 1 2 3

.V. الاختبارات المكتملة :

- قياس السوائل La manométrie

- La nasofibroskopie

- La vidéoradioscopie

- La radioscopie

- حركة فتح الفم 0 1 2 3

- حركة إغلاق الفم 0 1 2 3

تكوين البلعة والمضغ :

- حركة صعود و نزول الفك السفلي 0 1 2 3

- حركات اللسان لجمع البلعة فوق جزئه الأمامي 0 1 2 3

الزمن اللساني :

- دفع اللسان نحو البلعوم 0 1 2 3

- بداية الزمن البلعومي (انطلاق إرادي للبلع البلعومي / غياب حركات الذهاب

والإياب للسان) 0 1 2 3

2-2- المرحلة البلعومية :

- انطلاق منعكس البلع : يتمثل في الزمن ما بين تقلص اللسان لدفع البلعة وصعود

الحنجرة. نقدم للمفحوص عدة ملاعق من الياغورت الطبيعي ونلاحظ.

- حماية المسارات الهوائية و التناسق تنفس - بلع :

وقف أو حبس التنفس 3 / / 0

زفير مباشر بعد البلع 3 / / 0

2-3- المرحلة المريئية :

انفتاح الصارة العليا للمريء : لا يمكن ملاحظتها إلا بالاختبارات الشبه الإكلينيكية مثل

La vidéo radioscopie

غيرها :

القرارات المتخذة :

نوع الغذاء :

الوضعية المناسبة :

عدد الحصص الأسبوعية المقررة :

ملاحظات أخرى :

نظام تنقيط بروتوكول تقييم وظيفة البلع :

-الفحص الحسي-الحركي للمنطقة الفمية-الوجهية :

الحركة الإرادية :

0 : الحركة الصحيحة.

1 : غير تامة أو غير متوازنة.

2 : لا يستطيع المفحوص القيام بالحركة إلا إذا وجهه الفاحص فيقلده.

3 : لا يقوم بالحركة بتاتاً.

الحرقة الانعكاسية :

0 : منعكس وجود.

1 : منعكس ناقص أو متأخر.

2 : منعكس موجود لكن غير تام أو جد متأخر.

3 : منعكس غائب تماماً.

المنعكسات المرضية :

0 : منعكس معدوم.

1 : منعكس موجود بصفة متناوبة.

2 : منعكس موجود في أغلب الأوقات.

3 : منعكس موجود دائماً.

- القدرات الحسية : الإدراك الحسي، التذوق والشم.

الإدراك الحسي (اللمسي والحراري) :

0 : التحفيز مدرك.

1 : التحفيز مدرك لكن نلاحظ تردد في تحديد موضعه.

2 : يدرك المفحوص التحفيز بصعوبة أو بصفة خاطئة.

3 : لا يدرك المفحوص التحفيز.

إدراك الأنواق الأساسية :

0 : الإدراك الذوقي طبيعي.

1 : يتعرف المصاب على الطعم المقدم إليه لكن بعد تردد طفيف.

2 : يتعرف المصاب على الطعم المقدم إليه لكن بعد عدة محاولة وتردد محفز.

3 : لا يتعرف المصاب على الطعم.

الإدراك الشمي :

0 : الإدراك الشمي طبيعي.

1 : يتعرف المصاب على الرائحة المقدم لكن بعد تردد طفيف.

2 : يتعرف المصاب على الرائحة بعد عدة محاولات وتردد كبير.

3 : لا يتعرف المصاب على الرائحة.

- وظيفة البلع :

المرحلة الفمية :

0 : فتح / غلق الفم سليم.

1 : فتح / غلق الفم الجزئي بالتالي عرقلة إدخال الطعام إلى الفم أو تسريه.

2 : فتح / غلق الفم ممكن لكن يتحضر من قبل الفاحص.

3 : فتح / غلق الفم غير ممكن.

حركة صعود ونزول الفك السفلي :

0 : حركة منتظمة.

1 : حركة غير منتظمة أو ضعيفة.

2 : حركة غير منتظمة وضعيفة.

3 : حركة معدومة.

- حركات اللسان لجمع البلعة فوق جزئه الأمامي :

التقييم يتم من الملاحظة واللمس تحت الفك السفلي لملاحظة التقلصات المنتظمة

للقاع الفمي.

0 : منتظمة وفعالة.

1 : غير منتظمة لكنها تبقى فعالة.

2 : غير منتظمة تؤدي بدفع الأكل خارج الفم أو نحو الخدين.

3 : الحركة شبه معدومة.

- دفع الغذاء نحو البلعوم :

0 : الحركة موجودة.

1 : حركة جزئية أو مكررة لكنها تبقى فعالة مع بقاء الرواسب.

2 : الحركة غير منتظمة وغير فعالة مع بقاء رواسب مهمة بين الحنك واللسان.

3 : الحركة شبه معدومة.

- بداية الزمن البلعومي (انطلاق إرادي للبلع البلعومي / غياب حركات ذهاب وإياب

(اللسان)

0 : انطلاق البلع البلعومي (تقلص اللسان لدفع البلعة) عند الأكل بلعة.

1 : انطلاق البلع البلعومي بصفة غير آلية لكنه موجود على الأقل مرة عند كل بلعتين.

2 : حركات ذهاب وإياب اللسان أو عدم انطلاق البلع البلعومي، إلا مرة في ثلاث بلعات

فما فوق.

3 : غياب التقلصات اللسانية وبالتالي عدم انطلاق البلع البلعومي.

المرحلة البلعومية : انطلاق منعكس البلع :

0 : زمن طبيعي يساوي 1ثا.

1 : زمن أطول من العادي ما بين 1 و2ثا.

2 : زمن أطول يفوق 2ثا.

3 : غياب تام للصعود الحنجري.

- حماية المسارات الهوائية والتناسق تنفس- بلع 0 / 3

0 : تناسق تنفس- بلع جيد. وقف التنفس أثناء البلع وزفير مباشر بعد البلع.

3 : خلل في التناسق تنفس- بلع. راجع إلى غياب وقف التنفس أثناء البلع أو إلى استرجاع

سريع للتنفس قبل نهاية البلع دون زفير مما قد يؤدي إلى وقوع مسالك خاطئة.

الاضطرابات الملاحظة والميكانيزمات المفحوصة :

0 : اضطراب غائب.

1 : اضطراب طفيف جدا يكاد ألا يكشف.

2 : اضطراب موجود لكن بقلة.

3 : اضطراب واضح.

4-4-4 - أداة البحث

* البروتوكول العلاجي لاضطرابات البلع الذي اقترحناه :

Protocole de rééducation de la dysphagie chez l'aphasique

4-4-1 - تعريف (PRDA) :

تم إعداد هذا البروتوكول على ضوء الأطر النظرية لاضطرابات البلع والدراسات

السابقة إلى جانب الاطلاع على اختبار تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام، ومن ثم

العمل على إعداد مجموعة من التمارين رغبة في علاج مثل هذه الاضطرابات وفقا لحاجيات المصابين بالحبسة لها.

4-4-2- الهدف من البروتوكول :

يهدف البروتوكول بصفته العامة إلى علاج وتحسين وظيفة البلع لدى المصابين بالحبسة وبصفته الخاصة تعلم أساليب البلع كمسك البلعة وعدم خروجها من داخل الفم، ضبط موضع الجسم والرأس، كما تساعد التمارين في تنسيق العضلات المسؤولة عن البلع أو إعادة تحفيز الأعصاب التي تسبب ارتجاع البلع.

* اقتراح بنود البحث من المراجع التالية :

- اكتساب الصوت المرئي ل Françoi le Huche سنة 2001.
- بروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام.
- بروتوكول التكفل الأرطوفوني باضطرابات البلع والصوت بعد استئصال الحنجرة الجزئي للأستاذة طيار شهيناز.
- Test de Guaterie et Lozano, 1997, « Unité de rééducation de la déglutition CHU Bourdeaux ».

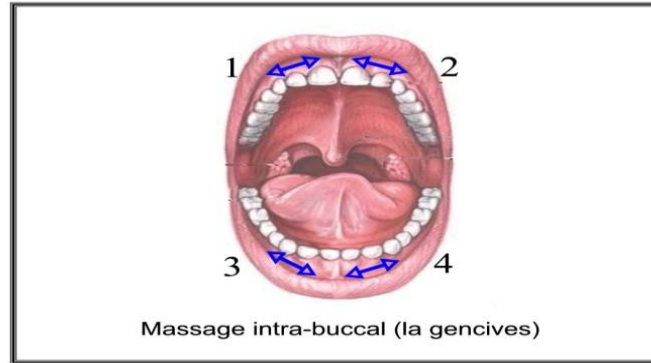
4-4-3- الإطار الزمني للبروتوكول :

مدة تطبيقه : 07 أسابيع.

عدد الجلسات في الأسبوع : 4 حصص.

1-1-2- اللثة (La gencive) :

- تدليك اللثة العليا من اليسار ثم اليمين.
- تدليك اللثة السفلية من اليسار ثم اليمين.



ملحق رقم 10: يمثل تدليك داخل الفم (اللثة)

1-1-3- اللسان (La langue) :

- تدليك وسط اللسان.



ملحق رقم 11: يمثل تدليك داخل الفم (اللسان)

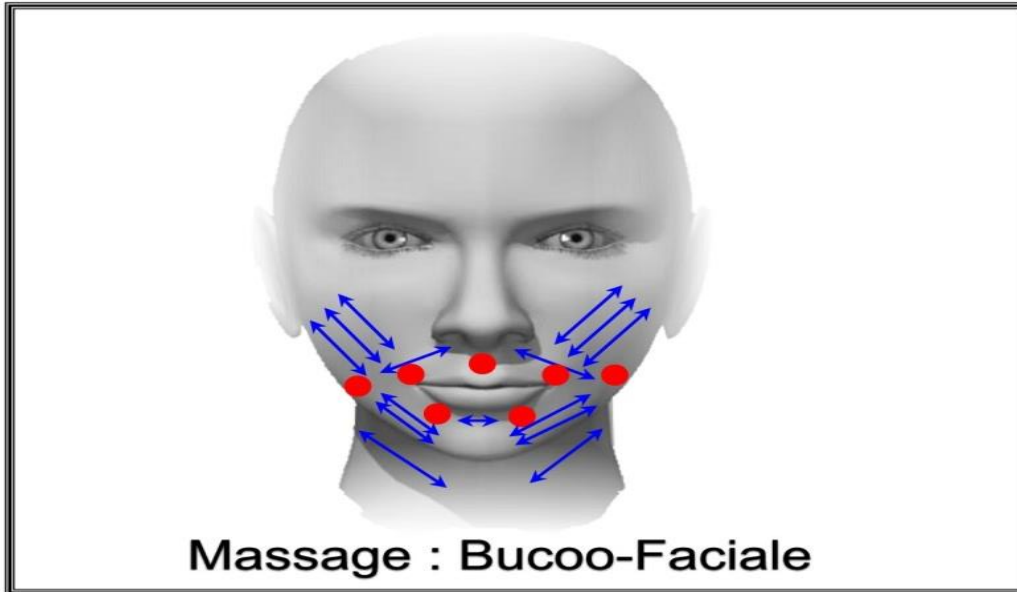
1-2- التدليك الفمي الوجهي (Les massages boccu-facial) :

- تدليك الوجنتين.

- تدليك الشفا العليا والسفلية.

- تدليك الفكين.

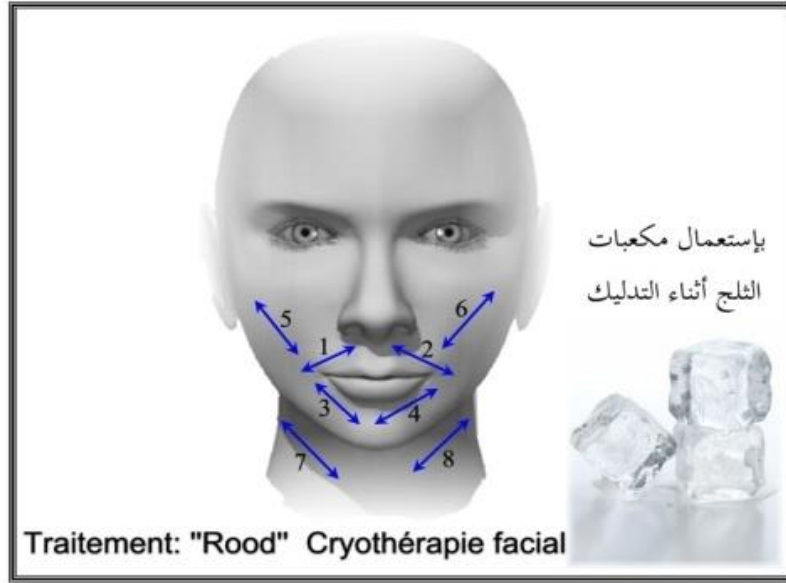
- تدليك الرقبة.



ملحق رقم 12 : يمثل التدليك الفمي - الوجهي

1-2-تقنية روود (Rood) :

يهدف التدليك باستعمال تقنية روود أو العلاج بتبريد الوجه إلى ترطيب الجلد الموجود في المنطقة الفمية الوجهية كما يقوم بتخفيف التورم في هذه المنطقة، بحيث تنشط قطع الثلج هذه عند تمريرها على الوجه الدورة الدموية، و تشد الجلد، وتمنع ترهله، كما تقاوم ظهور التجاعيد و آثار الشيخوخة على الوجه. وتتبع نفس الخطوات السابقة.



ملحق رقم 13 : يمثل التدليك باستخدام تقنية روود (استعمال مكعبات الثلج)

2- إرخاء الرقبة (**La détente cervicale**): تهدف تمارين إرخاء الرقبة إلى زيادة مجال الحركة للرقبة بحيث يصبح من الممكن لفها لأقصى حدّ ممكن، وتساهم في تقوية عضلات الرقبة والكتفين والعمود الفقري، كما تعطي الدعامة للرأس حيث إن الرقبة هي المنطقة التي يستند عليها الرأس. وهذه التمارين تتمثل في :

- خفض الذقن إلى الأسفل ثم رفعه إلى الأعلى، انحناء الرأس والرقبة على الصدر مع فتح الفم إلى أقصى درجة، ثم إرجاع الرأس إلى الخلف وهذا لضمان تقلص عضلات الرقبة.

- انحناء الرأس جانبا بدون الاستدارة على جهة اليمين واليسار، وضع الأذن اليمنى على الكتف الأيمن ثم الأذن اليسرى على الكتف الأيسر مع لمس الذقن كلا الكتفين.

- إدارة الرأس قليلا إلى اليمين والشمال حيث يلامس الذقن الكتف الأيمن والأيسر على التوالي، إدارة الرأس كلياً من اليمين إلى اليسار ثم العكس حيث يجب أن يلامس الذقن الصدر، ثم الكتف الأيمن ثم الأيسر.

- - خفض الذقن ثم فتح الفك السفلي ثم رفع الرأس تدريجياً وفي هذه الوضعية يتم غلق الفك السفلي، ليقوم المريض بتطبيقها سواء في وضعية الجلوس أو الوقوف لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 ثانية.

* هذه التمارين خاصة بمنطقة الرقبة والرأس، إذ تتم في البداية بصورة بطيئة ثم تدريجياً تزيد سرعتها إذ تسمح بإرخاء العضلات، كما تنشط العضلات المسؤولة على البلع.

3- إرخاء الكتفين (La détente scapulaire): تهدف مثل هذه التمارين إلى تمديد عضلات الذراعين والكتف وعضلات الرقبة، وتساعد في تخفيف الألم كما تعمل على تحرير تصلب الكتفين.

نعرض على الحالة مجموعة من التمارين المتعلقة بالكتف، كل تمرين يعاد من 4 إلى 5 مرات.

- تحريك الكتف الأيمن إلى الأمام ثم الأيسر.
- تحريك الكتف الأيمن إلى الخلف ثم الأيسر.
- تحريكهما إلى الأمام ثم إلى الخلف مع بعض ثم واحداً تلو الآخر، رفع الكتف الأيمن ثم الكتف الأيسر.

- رفع الكتف الأيمن ثم الكتف الأيسر.
 - رفع كلا الكتفين إلى الأعلى بصفة متتابعة، ثم إرخائها بشدة.
 - إدارة الكتف الأيمن من الأمام إلى الخلف ثم العكس.
 - إدارة الكتف الأيسر من الأمام إلى الخلف ثم العكس.
 - إدارة كلا الكتفين من الأمام إلى الخلف ثم العكس في نفس الوقت.
- 4- أبراكسيا الفمية الوجهية (La praxie bucco-facial) : في مجملها تساعد على تقوية جهاز النطق.

4-1- أبراكسيا اللسانية (La praxie linguale) :

- إخراج اللسان من الفم إلى أقصى حد ثم إدخاله إلى الداخل
- رفع ذوق اللسان إلى الأنف ثم إنزاله إلى الذقن دون لمس الشفاه.
- لمس شرع الحنك باللسان من الأمام إلى الخلف ثم العكس.
- إدارة اللسان مع الشفاه دون لمس الفكين.
- إصدار الصوت باللسان بشدة.
- إدارة اللسان مع حواف الأسنان من الداخل والخارج، ومن الأعلى إلى الأسفل.

4-2- تمارين خاصة بتقوية اللسان أو قاعدة اللسان (Tonification) :

- إرجاع القسم الخلفي من اللسان إلى أقصى حد للحلق وإلى عمق الفم.

- حركات مقاومة معاكسة لقاعدة اللسان وذلك باستخدام حافظ اللسان الذي يوضع في جانب ومقدمة الذوق، حيث يتم مقاومته بقاعدة اللسان وذلك بمحاولة دفعه.
- وضع اللسان داخل أحد الخدين ومحاولة دفعه إلى الخارج حيث يقوم الفاحص بحركة معاكسة، وذلك يدفع اللسان عن طريق وضع الأصابع في الخد.
- إعادة بعض المقاطع التي تنشط قاعدة اللسان عدة مرات :
- KRA-KRO-KRU-KRI-KRE-KROU-AKRA-AKRO-AKRU-AKRI-AKRE-AKROU

4-3- أبراكسيا الشفوية (La praxie labiale) :

- مجموعة من التمارين المتتابة الخاصة بالشفاه تقوم على تقوية المنطقة الفمية الوجهية وبالتالي فهي تساعد في إعادة تربية البلع عددها 10 حركات متتابة.
- إحداث ضجيج وذلك حسب وضعية إنتاج الصائت U، ا، A دون صوت.
 - إحداث ضجيج وذلك بوضع الشفة العليا على السفلية.
 - وضع الشفة العليا فوق السفلية، وإدخالها داخل الفم ثم العكس.

4-4- أبراكسيا الخدين (La praxie des joues) :

- مجموعة من التمارين متتابة تهدف إلى تقوية حركة الخدين، وكذا الزيادة من مرونة المنطقة الوجهية الفمية.
- نفخ الخد الأيمن ثم الأيسر ثم الأيمن ثم الأيسر بالتتابع.

- نفخ الخدين معا لتشكيل تفاحة.

- إدخال الخدين.

4-5- أبراكسيا الفكين (Apraxie des mâchoires):

- خفض الفك السفلي إلى الأسفل ببطء، ثم رفعه تدريجيا ثم القيام بهذه الحركة تدريجيا.

- تحريك الفك إلى اليمين ثم إرجاعه إلى الخلف.

5- التنفس البطني (La respiration abdominale):

تمارين التنفس البطني تساهم في حل الكثير من المشاكل النفسية والجسدية،

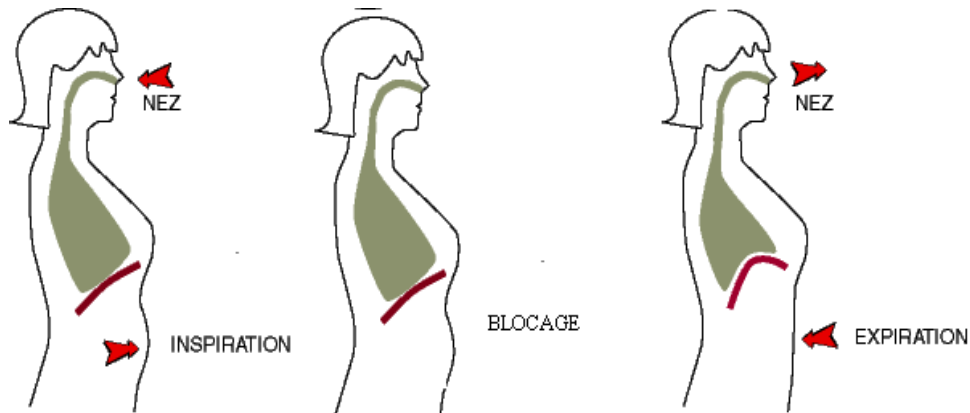
والحصول على جسم صحي ومتوازن.

وتكون على النحو التالي :

- شهيق، بطن منتفخ، هواء يدخل.

- مسك، البطن يبقى منفوخا، دون الضغط.

- زفير، رجوع البطن إلى حالته الطبيعية، خروج الهواء.

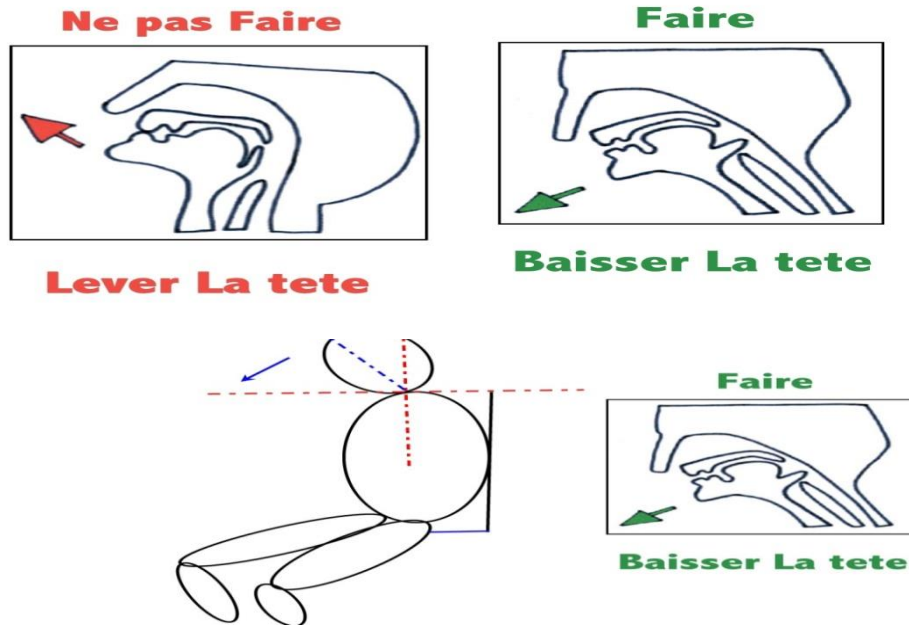


ملحق رقم 14: يمثل التنفس البطني

6- تقديم وجبة الطعام (Offrir un repas) :

6-1- الوضعية :

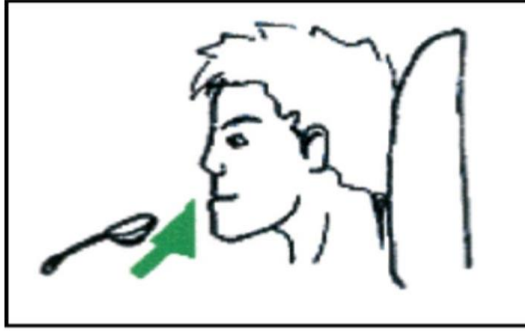
- يجلس المفحوص في وضعية جيدة.
- تكون الطاولة في شكل مناسب.
- تقديم الوجبة بشكل مناسب.
- يكون المكان هادئ، وذلك من أجل تركيز المصاب على الأكل فقط وعدم تشتيت انتباهه.
- التأكد من ذوق الطعام.
- احترام ذوق المصاب.



ملحق رقم 15: يمثل الوضعية

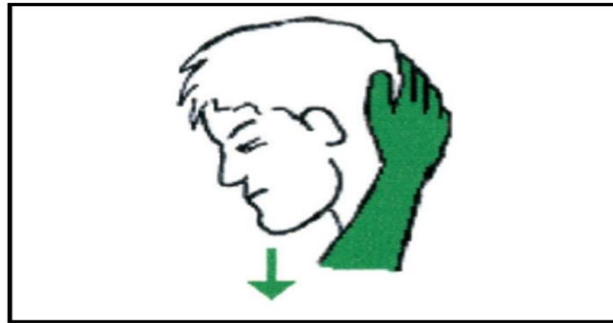
6-2- أثناء تقديم الطعام :

- نجلس أمام المريض.
- نقدم قضمات صغيرة للمصاب.
- نقدم الملعقة من الأسفل كما هو موضح في الملحق.



ملحق رقم 16: يمثل كيفية تقديم الملعقة من الأسفل

- نخفض رأس المريض.
- نصر على المضغ الجيد للطعام ثم البلع.
- نأخذ فترة من الراحة بعد كل وجبة.
- نطلب من المفحوص السعال من وقت لآخر.
- لا ندعه يتكلم أثناء الأكل.



ملحق رقم 17 : يمثل خفض رأس المريض

6-3- بعد الوجبة :

- نأخذ صينية الأكل.
- لا نترك أي أكل أو شراب أمام المريض.
- نترك المريض يجلس لمدة 20 دقيقة بعد الأكل.

5- تقديم عينة الدراسة :

الحالات	- المستوى التعليمي	لغة التواصل	المهنة	سبب الإصابة	نتائج الفحص الأرتو فوني	الاضطرابات المصاحبة
(ح-ي) 64 سنة	- الابتدائية - متزوجة - أنثى	- القبائلية	- ربة بيت	- AVC	- حبسة بروكا	-اضطرابات البلع
(ت-ن) 55 سنة	- الابتدائية - متزوجة - أنثى	- القبائلية	- ربة بيت	- AVC	- حبسة بروكا	-اضطرابات البلع

جدول رقم 1 : يمثل خصائص عينة البحث

6- الخصائص السيكومترية للمقياس :

6-1- صدق المحكمين :

لقد قمنا بعرض نسخ من البروتوكول العلاجي لاضطرابات البلع في صورته الأولية على 05 أساتذة في جامعة مولود معمري بتامة تخصص أرطوفونيا للتأكد من صحته.

الاسم واللقب	التخصص	الرتبة
أ- صحراوي نادية	- أرطوفونيا	- أستاذة محاضرة خبيرة في الميدان العصبي
أ- عمرون سعيدة	- أرطوفونيا	- أستاذة مساعدة
أ- حسيان محمد	- أرطوفونيا	- أستاذ محاضر
أ- بارة سيد أحمد	- أرطوفونيا	- أستاذ محاضر
أ- بلهوشات كريم	- أرطوفونيا	- أستاذ محاضر

جدول رقم 2 : يمثل قائمة الأساتذة المحكمين

6-2- نتائج صدق المحكمين :

ووفقا لآرائهم، قمنا ببعض التعديلات وهي :

6-2-1- ملاحظات الأساتذة صحراوي :

- ذكر الإطار النظري المعتمد عليه في بناء البروتوكول العلاجي.
- تقديم لكل تمرين الهدف منه، والأدوات المستخدمة إن وجدت.

6-2-2-2- ملاحظات الأستاذة عمرون :

من حيث التقنيات فهي متنوعة ومتعددة تخدم الغرض، لكن من حيث منهجية البروتوكول الموضوع ينقصه :

- الخلفية النظرية للتقنيات المقترحة.
- الجدول الزمني المسطر لتطبيق هذه التقنيات، كم حصة، وماهي التقنيات المقترحة لكل حصة.
- وضع الأهداف الخاصة لكل تقنية حتى يتجلى كيفية تقييم فعالية التقنيات الموضوع.
- كان من المستحسن وضع الصور التوضيحية عقب كل تقديم، بدل من وضعها في الملاحق حتى يتسنى للقارئ الفهم الجيد.

6-2-3- ملاحظات الأستاذة حسيان:

- بعد اطلاعي على البروتوكول المقترح من طرف الطالبين براهيم محمد وبن حمو كاتية نقول أن هذا البروتوكول يمكن تطبيقه لعلاج اضطرابات البلع لدى المصابين بالحبسة، نظرا لكون بنوده ملائمة لما وضع البروتوكول لأجله ولكونه واضح ومفهوم من حيث طريقة التطبيق. إلا أن هناك بعض الملاحظات منها.
- وضع لكل بند الهدف المراد من تطبيقه والمدة الزمنية الملائمة واللازمة لكل بند.

6-2-4- ملاحظات الأستاذ بارة :

- يجب تقديم اسم البروتوكول.
- يجب تقديم المحاور التي يتكون منها.
- يجب تقديم البنود التي يتكون منها.
- ماهي النظريات العلمية المعتمد عليها.
- يجب مراعاة المكونات الثقافية والاجتماعية والعقائدية.
- اقتراح إدماج تمارين التي يقوم بها المصاب لوحده.
- يجب إضافة تمارين لتنشيط البلعوم.
- يجب إضافة تمارين لتنشيط الحنجرة.

6-2-5- ملاحظات الأستاذ بلهوشات :

محتوى البرنامج يغطي احتياجات تدريب آلية البلع عند الحبسي، فقط بالنسبة للشق الخاص بوجبة الطعام لم تحددوا هل أنه يوجد طعام خاص بتمارين الكفالة، أم أن ذلك يخص أي نوع من الأكل.

6-3- ثبات المطبقين :

وفقا لآراء المحكمين يمكن استخدام هذا البروتوكول العلاجي لاضطرابات البلع لدى المصابين بالحبسة.

خلاصة الفصل :

اكتسبت الدراسة الاستطلاعية أهمية كبيرة في الدور الذي لعبته في التأكد من الأدوات التي سيتم استخدامها في البحث والمنهج الذي ستسير على خطاه، بحيث تعتبر الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها في بحثنا الحالي مرجعا مهما سمح لنا بتطبيق الأدوات التي يستعين بها الباحث في البحث وتجاريه، كل ذلك كان من أجل استبعاد كل الصعوبات والعراقيل التي من الممكن أن تؤثر على صحة النتائج وأخذ الاحتياطات تحسباً لكل طارئ قد يحدث في دراستنا الميدانية، كما قمنا بالتوضيح في هذا الفصل كل الإجراءات التي سعيينا من أجل القيام بها.

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- .I عرض وتحليل النتائج.
- .II مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس القبلي.
- .III مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع في القياس البعدي.
- .IV مناقشة نتائج البروتوكول العلاجي المطبق لعلاج اضطرابات البلع لدى المصابين بالحبسة (بروكا).
- .V مناقشة الفرضيات الجزئية.
- .VI استنتاج عام.

I- عرض وتحليل نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع لدى الحسبي في القياس القبلي :

1- عرض نتائج الخاصة بالحالة الأولى (ي-ح) :

تبلغ الحالة (ي-ح) 64 سنة من العمر، الساكنة بواضية ولاية تيزي وزو، ربة بيت، أم لـ 3 إناث و 7 ذكور، أصيبت بصدمة دماغية (AVC) في شهر سبتمبر 2020، تزن حوالي 70 كغ، ظهرت الإصابة لدى الحالة فجأة صاحبها اضطرابات في البلع (بلع الريق، السوائل الصلب).

تعاني الحالة من حبسة بروكا، لاحظنا أن الذاكرة والفهم لديها سليمتان، كانت في البداية تعاني من اضطرابات حركية.

1-1- تحليل نتائج بند الفحص الحسي- الحركي للمنطقة الفمية- الوجيهية :

1-1-1- الحركة الإرادية :

الشفيتين :

- فيما يخص تقديم الشفتين وإبراز الأسنان نلاحظ أن المفحوصة لا تقوم بالحركة، إلا بعد توجيه الفاحص لها لتقلده.
- التبسم لا تقوم بالحركة تماما.
- إغلاق الشفتين مع مسك شيء ما نلاحظ أن هذه الحركة التي تقوم بها غير تامة، وغير متوازنة.

اللسان :

- فيما يخص إخراج اللسان لاحظنا أن المفحوصة لا تقوم بإخراج لسانها إلا إذا وُجِعت من طرف المفحوص.
- بالنسبة لرفع اللسان باتجاه الأنف، لاحظنا أن المفحوصة لم تتمكن بالقيام بالحركة.
- كذلك وضع اللسان باتجاه الذقن، و اللسان نحو اليمين لاحظنا أن الحركة غير متوازنة وغير تامة عند قيامها بها.
- وضع اللسان نحو اليسار لم تقم المفحوصة بالحركة.
- بالنسبة لاصطفاف اللسان بالحنك لاحظنا أن الحالة لم تتمكن القيام بالحركة.

الوجنتين :

- أخفقت المفحوصة القيام بجميع الحركات كنفخ الوجنتين، نفخ الخد الأيمن، نفخ الخد الأيسر.

الفكين :

- فيما يخص فتح الفم بشكل كلي كانت حركة القيام بها غير تامة.
- بالنسبة لتحريك الفكين نحو اليمين كانت الحالة تقوم بالحركة لكن بعد توجيهها من قبل الفاحص لتقلده.
- أخفقت الحالة من تحريك فكها نحو اليسار.

الحجرة :

- تقوم بالحركة بعد توجيه الفاحص لها.

1-1-2- الحركة الانعكاسية :

المنعكسات الطبيعية :

- منعكس البلع : ناقص ومتأخر.

- منعكس السعال : موجود لكن غير تام ومتأخر.

- منعكس الارتداد : ناقص.

المنعكسات المرضية :

- بالنسبة لمنعكس المص موجود في أغلب الأوقات، كذلك منعكس العض.

1-1-3- القدرات الحسية :

1-1-3-1- الإدراك الحسي اللمسي والحراري :

- لاحظنا أن التحفيز غير مدرك للحالة لكل من اللمس والحرارة في الجهة المصابة

لكنه مدرك في الجهة السليمة في كل من الوجنتين، الشفتين، اللسان، وشرع الحنك.

1-1-3-2- إدراك الأنواق الأساسية :

- الحالة هنا لم تتمكن من التعرف على الماء المحلى، والماء الملح، لكنها تعرف على

عصير الليمون، وذلك بعد عدة محاولات وتردد كبير.

1-1-3-3- الإدرارك الشمي :

- لم تتعرف الحالة على المكونات ذات الروائح القوية المقدمة لها (البن، فانيليا، الزعتر الجبلي).

1-2-1- وظيفة البلع :

1-2-1- المرحلة الفموية :

- مسك الغذاء : لاحظنا لدى الحالة حدوث تسرب أنفي أثناء الأكل وأحيانا حدوث تزيق.

- لاحظنا تواجد بقايا الطعام على مستوى الفم.

- أحيانا يحدث انحصار على مستوى الفم، وأحيانا يحدث في الزمن البلعومي.

- لم تتواجد مسالك خاطئة قبل البلع، أثناء البلع أحيانا تتواجد، لكن بعد البلع لاحظنا غيابها.

- بالنسبة لحركة فتح الفم وإغلاقه كانت غير متزنة.

1-2-2- تكوين البلع والمضغ :

- فيما يخص صعود ونزول الفك السفلي كانت الحركة غير منتظمة وضعيفة.

- حركة اللسان لجمع البلعة كانت ضعيفة وغير منتظمة كذلك.

1-2-3- الزمن اللساني :

- بالنسبة لدفع اللسان نحو البلعوم كانت الحركة غير منتظمة وضعيفة.

- بداية حركة الزمن البلعومي كانت ضعيفة وغير منتظمة.
- في وظيفة البلع : لاحظنا في الزمن الفمي تواجد ارتداد أنفي، بقايا على مستوى الوجنتين أحيانا تواجد انحصار على مستوى الفم وأحيانا على مستوى البلعوم، عدم تواجد مسالك خاطئة، فيما يخص حركة فتح الفم وإغلاقه كانت الحركة غير متزنة، نفس الشيء في تكوين البلعة والمضغ، في الزمن اللساني كانت تدفع البلعة بشكل صعب جداً ولاحظنا غياب حركات الذهاب والإياب للسان.

2- عرض وتحليل نتائج اختبار تقييم وظيفة البلع لدى الحبسي في القياس البعدي :

2-1- تحليل نتائج بند الفحص الحسي- الحركي للمنطقة الفمية- الوجيهية :

2-1-1- الحركة الإرادية :

الشففتين :

بالنسبة للشففتين لاحظنا تطور على مستوى العديد من الحركات فقد تمكنت الحالة من تكوين قبلة، إبراز أسنانها، كذلك إغلاق الشفتين مع مسك شيء ما. بالنسبة للتبسم استطاعت الحالة القيام بالحركة بعد التوجيه من المفحوص.

اللسان :

تمكنت الحالة من إخراج اللسان بشكل جيد، بالنسبة لرفع اللسان باتجاه الأنف والذقن تمكنت من ذلك بعد التوجيه من طرف المفحوص. فيما يخص وضع اللسان نحو اليمين

تمت بشكل جيد، كذلك نحو اليسار تمكنت الحالة من القيام بحركة اصطفااف اللسان بالحنك بعد توجيهه المفحوص.

الوجنتين :

قامت المفحوصة بنفخ الوجنتين.

قامت المفحوصة بنفخ الخد الأيمن والخد الأيسر.

الفكين :

قامت الحالة بفتح الفم بشكل كلي.

قامت المفحوصة بتحريك الفكين نحو اليسار بعد توجيهها من طرف المفحوص.

لم تتمكن المفحوصة من تحريك الفكين نحو اليمين.

الحنجرة :

تمكنت المفحوصة من بلع الريق بشكل جيد.

2-1-2- الحركة الانعكاسية :

المنعكسات الطبيعية :

لاحظنا وجود منعكس البلع، السعال، والارتداد.

المنعكسات المرضية :

منعكس المص موجود

منعكس العض موجود

2-1-3- القدرات الحسية (الإدراك الحسي، التذوق والشم) :

2-1-3-1- الإدراك الحسي (اللمسي والحراري) :

التحفيز مدرك في كل من الوجنتين، الشفتين، اللسان، وشرع الحنك، في كلا الجهتين

اليمنى واليسرى.

2-1-3-2- إدراك الأذواق :

تمكنت المفحوصة من التعرف على المكونات الثلاثة المقدمة لها بعد ما قامت من

تذوقتها.

2-3-1-3- الإدراك الشمي :

تمكنت المفحوصة من التعرف على مكونين بشكل جيد (البن والزعر الجبلي)

الثالث (فانيليا) تعرفت عليه بعد تردد طفيف.

2-2- وظيفة البلع :

2-2-1- الزمن الفمي :

لاحظنا غياب التسرب الأنفي، لم يتواجد هناك أي تريق، وليس هناك بقايا على

مستوى الفم لم يكن هناك انحصار على مستوى الفم، لم يكن هناك انحصار على مستوى

الفم، تحسن على مستوى الانطلاق البلعومي وانعدام المسالك الخاطئة (قبل، أثناء، وبعد

البلع).

حركة فتح وإغلاق الفم كانت جيدة.

حركة نزول وصعود الفك السفلي كانت جيدة.

تحسن حركة اللسان لجمع البلعة فوق جزئه الأمامي.

2-2-2- الزمن اللساني :

تحسنت حركة دفع اللسان نحو البلعوم كذلك حركة بداية الزمن البلعومي.

2-2-3- المرحلة البلعومية :

لاحظنا وجود التنفس والزفير بعد البلع.

3- عرض النتائج الخاصة بالحالة الثانية (ن - ت) :

تبلغ الحالة (ن - ت) 55 سنة من العمر، الساكنة بواضية ولاية تيزي وزو، ربة بيت،

أم ل 3 إناث و 4 ذكور، أصيبت بصدمة دماغية (AVC) في شهر جويلية 2020، تزن

حوالي 80 كيلوغرام، ظهرت الإصابة لدى الحالة تدريجيا صاحبها اضطرابات في البلع

(بلع الريق السوائل والصلب).

تعاني الحالة من حبسة بروكا، لاحظنا أن الذاكرة والفهم لديها سليمة، كانت في

البداية تعاني من اضطرابات حركية.

3-1- عرض وتحليل نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع لدى الحبسي في القياس القبلي:

3-1-1- تحليل نتائج بند الفحص الحسي- الحركي للمنطقة الفمية- الوجهية :

3-1-1-1- الحركة الإرادية :

الشفيتين :

فيما يخص تقديم الشفتين وإبراز الأسنان والتبسم، لاحظنا عدم قيام المفحوصة بالحركة، إلا بعد توجيه الفاحص لها فتقلده.

فيما يخص إغلاق الشفتين مع مسك شيء ما، لا تقوم المفحوصة بالحركة بتاتاً.

اللسان :

- إخراج اللسان لا تقوم به إلا إذا وجهها الفاحص.
- رفع اللسان باتجاه الأنف، لم تستطع المفحوصة القيام بالحركة.
- كذلك وضع اللسان باتجاه الذقن لا تقوم بهذه الحركة إلا إذا وجهها الفاحص.
- كانت حركة اللسان نحو اليسار واليمين غير تامة وغير متوازنة.

الوجنتين :

فيما يخص نفخ الوجنتين كانت الحركة غير متوازنة وغير تامة بحيث استطاعت الحالة من نفخ الخد الأيمن لكن لم تستطع نفخ الخد الأيسر.

الفكين :

معظم الحركات كانت غير متوازنة.

الحنجرة :

نلاحظ أن ارتفاع الحنجرة غير متوازن.

3-1-1-2- الحركة الانعكاسية :

المنعكسات الطبيعية :

فيما يخص منعكس البلع والسعال موجود لكن جد متأخر ومنعكس الارتداد ناقص أو

متأخر.

المنعكسات المرضية :

نلاحظ أن منعكس المص موجود في أغلب الأحيان.

منعكس المص موجود بصفة متناوبة.

3-1-2- القدرات الحسية :

3-1-2-1- الإدراك الحسي (اللمسي والحراري) :

بالنسبة للوجنتين، واللسان، الشفتين، شرع الحنك، الجهة اليمنى التحفيز مدرك، أما

في الجهة اليسرى التحفيز غير مدرك.

3-2-1-3- إدراك الأنواق الأساسية :

فيما يخص الماء المحلى المفحوصة تدرك الذوق لكن بعد عدة محاولات وتردد كبير.

الماء المالح لم تتعرف عليه.

عصير الليمون تعرفت عليه.

3-1-2-3- الإدرارك الشمي :

لم تتعرف المفحوصة على مختلف المكونات المقدمة لها من بن، وفانيليا، زعتر جبلي.

3-2-3- وظيفة البلع :

3-1-2-3- المرحلة الفمية :

الزمن الفمي - تحضير البلعة : مسك الغذاء :

من بين الاضطرابات الملاحظة : لاحظنا تسرب فموي (تريق) خصوصا أثناء بلع السوائل أحيانا تواجد بقايا على مستوى الفم، كذلك خلل في نقل والانطلاق البلعومي وأحيانا يحدث انحصار على مستوى الفم، والبلعوم، أحيانا تتواجد مسالك خاطئة قبل وأثناء، وبعد البلع.

3-2-2-3- تكوين البلعة والمضغ :

فيما يخص صعود ونزول الفك السفلي لاحظنا تواجد حركة غير منتظمة، وضعيفة، أما بالنسبة لحركات اللسان لجمع البلعة، فقد كانت الحركة غير منتظمة.

3-2-3- الزمن اللساني :

فيما يخص دفع اللسان نحو البلعوم وبداية الزمن البلعومي كانت الحركة ضعيفة.

3-2-4- المرحلة البلعومية :

لاحظنا وجود حبس التنفس وانطلاق زفير بعد البلع ولو بشكل قليل.

4- عرض وتحليل نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع لدى الحبسي في القياس البعدي :

4-1-1- تحليل نتائج بند الفحص الحسي- الحركي للمنطقة الفمية- الوجيهية :

4-1-1- الحركة الإرادية :

الشفيتين :

لاحظنا أن الحلة قامت بمعظم الحركات.

اللسان :

تمكنت الحالة من وضع اللسان باتجاه الذقن، كذلك نحو اليمين، وتمكنت أيضا من

رفع اللسان باتجاه الأنف بعد تقليد الفاحص، كذلك نفس الشيء بالنسبة لوضع اللسان نحو

اليسار، كما نجحت الحالة في إصطفاق اللسان بالحنك.

الوجنتين : قامت المفحوصة بمعظم الحركات.

الفكين : كذلك نجحت في جميع الحركات.

الحنجرة : تحسنت حالة البلع لدى الحالة.

4-1-2- الحركة الانعكاسية :

المنعكسات الطبيعية :

لاحظنا تواجد منعكس البلع، والسعال، كذلك الارتداد.

المنعسات المرضية :

لاحظنا تواجد منعكس المص والعض في القدرات الحسية.

4-1-3- القدرات الحسية :

4-1-3-1- الإدراك الحسي :

نجحت الحالة في القيام بجميع الحركات في كل البنود (الشفنتين، الوجنتين، اللسان،

وشراع الحنك).

4-1-3-2- إدراك الأذواق الأساسية:

تعرفت على كل الأذواق المقدمة كلها.

4-1-3-3- الإدراك الشمي :

تعرفت على جميع الروائح.

4-2- وظيفة البلع :

4-2-1- الزمن الفمي :

لاحظنا غياب الترياق وعدم تواجد بقايا على مستوى الفم، والبلعوم، اختفاء الانحصار

على مستوى الفم.

تحسنت حركة فتح وإغلاق الفم، كذلك عملية تكوين البلعة والمضغ.

4-2-2- الزمن اللساني :

تحسنت عملية دفع اللسان نحو البلعوم، وبداية الزمن البلعومي.

4-2-3- المرحلة البلعومية :

لاحظنا تواجد التنفس والزفير أثناء البلع.

II- مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسنى ابتسام للحالتين في

القياس القبلي :

- بعد تحليل النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق بروتوكول تقييم وظيفة البلع توصلنا

إلى القول أن الحالات تعاني من اضطرابات البلع فيما يخص بلع السوائل، الريق والصلب

ففي بنود الفحص الحسي - حركي للمنطقة الفمية - الوجهية، لاحظنا أن الحالات تعاني

من صعوبة في أداء معظم الحركات، كذلك بالنسبة للإدراك الحسي التحفيز غير مدرك

لاحظنا غياب حاسة الشم، والتذوق لدى الحالتين.

وفيما يخص وظيفة بلع السوائل لاحظنا سيلان الماء خارج الفم، مع ارتداء أنفي، بالنسبة

لبلع الغذاء لاحظنا خروج الطعام من الفم لدى كلا الحالتين، وهذا راجع إلى صعوبة تكوين

البلعة والمضغ، كذلك انطلاق منعكس البلع في المرحلة البلعومية.

III- مناقشة نتائج بروتوكول تقييم وظيفة البلع للحالتين في القياس البعدي :

بعد تحليل النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيقنا بروتوكول تقييم وظيفة البلع في

القياس البعدي، وبعد رؤيتنا للنتائج وتحليلها، توصلنا إلى القول أن هناك تحسن ملحوظ في

عملية البلع لدى حالات الحبسة، فكانت نتيجة الاختبار البعدي جيدة لكلا الحالتين، عكس

نتائج القياس القبلي، إذ لاحظنا أداء معظم الحركات في الفحص الحسي - حركي للمنطقة

الفمية الوجهية (الشفنتين، اللسان، الوجنتين، شرع الحنك، الحنجرة)، تواجد المرحلة الانعكاسية (المنعكسات المرضية والطبيعية)، تحسن في القدرات الحسية (الإدراك الحسي، التذوق والشم)، وكذلك تطور في مستوى عملية البلع (السوائل، الريق، والصلب)، والذي كان منعدم في القياس القبلي.

IV- مناقشة نتائج البروتوكول العلاجي المطبق لعلاج اضطرابات البلع لدى المصابين بالحبسة (بروكا) :

- انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها وبعد تطبيقنا للقياس القبلي، قمنا بتطبيق البروتوكول العلاجي الذي اقترحناه لمعالجة اضطرابات البلع لدى المصابين بالحبسة على الحالتين. وبفضل الملاحظات التي قمنا بتسجيلها وتقويم بعض التفسيرات في ضوء بعض الدراسات السابقة، تبين أن الحالتين المصابة بالحبسة تظهر عليهما اضطرابات البلع قبل تطبيقنا للبروتوكول العلاجي عليهما.

ولكن نظراً لتعريض الحالتين للبروتوكول أي بعد تطبيقنا هذا الأخير عليهما، توصلنا أن كلا الحالتين قد حققنا تقدماً ملحوظاً على مستوى كل البنود خاصة وظيفة البلع. وهذا يعني أن البروتوكول العلاجي الذي اقترحناه دور فعال في تنشيط عملية البلع لدى المصاب بالحبسة.

ومن هذا كله نستطيع القول أن الفرضية العامة قد تحققت، لكن هذه النتيجة تبقى مقتصرة على حالات البحث الحالي، إذ لا يمكن تعميمها على كل الحالات.

V- مناقشة الفرضيات الجزئية :

1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى : هناك تغير على مستوى الفحص الحسي حركي للمنطقة الفمية الوجهية.

حسب مآرأناه من نتائج لدى الحالتين فيما يخص بند الفحص الحسي الحركي للمنطقة الفمية الوجهية، لاحظنا ضعف في تقليد المفحوص للفاحص في تأدية الحركة الإرادية لكل من (الشفيتين اللسان الوجنتين الفكين الحنجرة)، وأحيانا غياب الحركات بتاتا وذلك في القياس القبلي، وبعد تطبيق القياس البعدي : لاحظنا قدرة الحالتين على تأدية معظم الحركات بشكل جيد، ومن هنا نتطرق للقول أن الفرضية القائلة : أن هناك تغير على مستوى الفحص الحسي الحركي للمنطقة الفمية الوجهية قد تحققت.

2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية : يتواجد فرق بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمرحلة الانعكاسية.

حسب ما لاحظناه أثناء المقابلة وذلك أثناء تطبيق القياس القبلي، رأينا أن تواجد المنعكسات الطبيعية (منعكس السعال ومنعكس البلع) كانت بشكل طفيف وأحيانا يختفي تماما، أما بالنسبة للمنعكسات المرضية، (منعكس العض ومنعكس المص) تواجدت بشكل خفيف جدا وبعد مدة من الكفالة، تم تطبيق القياس البعدي لاحظنا وجود كل من المنعكسات الطبيعية والمرضية بحيث يمكننا إثبات الفرضية.

3- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة : هناك فرق في القياس القبلي والبعدي للقدرات الحسية لدى المفحوص.

حسب ما رأيناه من نتائج في القياس القبلي، للإدراك الحسي (اللمس والحرارة) لاحظنا أن التحفيز غير مدرك في المنطقة المصابة عكس المنطقة السليمة، فيما يخص كذلك إدراك الأذواق الأساسية في القياس القبلي، لم تستطع الحالتين إدراك الأذواق (ماء محلى وماء مالح) إلا أنها وبعد ترددات كبيرة استطاعت أن تدرك طعم عصير الليمون، أما بالنسبة للإدراك الشمي فشلت الحالتين في التعرف على روائح المكونات المقدمة لها (بن فانيليا زعتر جبلي) وبعد أن طُبِقَ القياس البعدي عليهما، أبدت الحالتين تحسن كبير إذ تم إدراك التحفيز في الإدراك الحسي بحيث تم إدراك الأذواق الأساسية كاملة، وكذلك تم التعرف على روائح المكونات المقدمة لها ومن نقول أن الفرضية صادقة.

4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة : هناك اختلاف في نتائج القياس القبلي والبعدي للاضطرابات الملاحظة في الزمن الفموي لدى المفحوص.

بعد ملاحظة التجربة الغذائية رأينا في الزمن الفموي لدى الحالتين حدوث ارتداد أنفي وتريق تسرب الأكل خارج الفم أثناء تحضير البلعة، أحيانا يحدث انحصار على مستوى الفم وتأخر في انطلاق منعكس البلع ومسالك خاطئة قبل البلع، وهذا في القياس القبلي وفي القياس البعدي، لاحظنا أن هذه الاضطرابات قد خفت بشكل ملحوظ إذ أصبحت الحالتين

تستطيع تحضير البلعة دون تسرب الأكل خارج الفم دون حدوث ارتداد أنفي ودون حدوث اضطرابات أخرى، ومن هنا نقول أن الفرضية صحيحة.

5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة : هناك اختلاف بين القياس القبلي والبعدي على مستوى المضغ وتكوين البلعة.

لاحظنا أثناء المضغ وتكوين البلعة لدى المفحوص في القياس القبلي، حدوث تريق وتسرب الطعام من الفم بحيث تواجه الحالتين صعوبة في ذلك، وبعد تطبيق القياس البعدي تمكنت الحالتين من القيام بالمضغ وتكوين البلعة بشكل جيد، وأخيرا نتطرق إلى إثبات الفرضية المطروحة.

6- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة : هناك فرق بين القياس القبلي والبعدي للزمن اللساني.

بعد ما رأينا نتائج القياس القبلي، التي كانت فيها الحالتين تعاني من صعوبة في أداء الحركات المطلوبة منها في الزمن اللساني أصبحت أحسن في القياس البعدي، إذ أن دفع البلعة نحو البلعوم كان جيد، كذلك انطلاق الزمن البلعومي أصبح أفضل مما كان عليه ومن هنا نثبت الفرضية المطروحة.

7- مناقشة الفرضية الجزئية السابعة : هناك فرق في القياس القبلي والبعدي لبلع السوائل

حسب ما رأيناه خلال بلع السوائل لدى الحالتين، لاحظنا تسرب بعض الماء خارج الفم، وبعد رؤية نتائج القياس البعدي، لاحظنا أن المياه قد تم بلعها دون أن يواجه المفحوص صعوبة في ذلك ومن هنا نتطرق للقول أن الفرضية صادقة.

VI- استنتاج عام :

على ضوء النتائج المتحصل عليها من خلال التطبيق القبلي والبعدي للبروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة "لحسني إ"، وانطلاقاً من الفرضية التي تنص أن البروتوكول العلاجي دور فعال في علاج اضطرابات البلع لدى الحبسي في الوسط العيادي الجزائري، يمكننا القول أن البروتوكول العلاجي الذي تم في غضون ستة أسابيع على الحالتين تعاني من اضطرابات البلع، قد أحرز نتائج إيجابية وفعالة في تحسين عملية البلع لدى الحبسي، فقد تجسد الاضطراب لدى الحالتين من عدة نواحي، من خلال تطبيق القياس القبلي وذلك في الفشل بالقيام بالعديد من الحركات، في الفحص الحسي الحركي للمنطقة الفموية الوجيهة وكذلك اضطراب في مستوى بلع السوائل والقيام بوظيفة البلع، وفي القياس البعدي تبين أن أداء الحالتين أصبح أحسن وأفضل من أدائهما فيما سبق، ومنه نستنتج أن البروتوكول العلاجي المقترح فعال في علاج اضطرابات البلع لدى الحبسي في الوسط العيادي الجزائري.

الخاتمة

خاتمة :

تندرج دراستنا ضمن الدراسات التي تهتم بالبلع لدى المصاب بحبسة بروكا، وقد هدفت إلى تحسين وظيفة البلع من خلال اقتراح بروتوكول علاجي لاضطرابات البلع لدى هذه الفئة وذلك لأن البلع يعتبر من الوظائف الأساسية لدى الفرد، بحيث أن الدراسات والأبحاث المقدمة من طرف العديد من الباحثين، أثبتت فعالية الاختبارات والبروتوكولات العلاجية في تقييم وظيفة البلع بعد الإصابة بالصدمة الدماغية الحادة، بحيث نجد الباحثان **Warner et al** قد قدما دراسة حول فعالية Yale swallow Protocol بروتوكول وظيفة البلع ل "يال" الذي ينص على إعطاء 90ml من الماء للمفحوص مع تقييم القدرات المعرفية والشفوية له ومن أجل القيام بهذه الدراسة قاما بإدراج 52 مريض مصاب بعسر البلع بعد سكتة دماغية حادة أجريت الدراسة في مستشفى جامعة "نيو هيفن" **New heaven**، الفئة العمرية كانت ما بين 18 إلى 94 سنة متوسط العمر كان 62 سنة، أثبتت الدراسة فعالية البروتوكول بنسبة 95% للنتبؤ بحدوث مسالك خاطئة. وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق القياس البعدي على الحالتين توصلنا للقول أن البروتوكول العلاجي المقترح فعال في علاج اضطرابات البلع لدى المصابين بحبسة بروكا، ومن هنا نقدم بعض الاقتراحات للباحثين القادمين منها :

- العمل على توسيع هذا البحث وتطبيقه على عدد أكبر من الحالات.
- العمل على تكييف بروتوكولات علاجية في هذا المجال على البيئة الجزائرية.
- العمل على توفير مراكز خاصة تهتم بهذه الفئة وذلك من أجل تحسين جودة الحياة لديهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

المراجع باللغة العربية :

- 1- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، "اضطرابات الكلام واللغة"، ساحة الجامع الحسيني عمان، الأردن، الطبعة الأولى، بدون سنة.
- 2- اكتساب الصوت المرئي Françoise Le Huche, 2001.
- 3- بروتوكول التكفل الأرطوفوني باضطرابات البلع والصوت بعد استئصال الحنجرة الجزئي للأستاذة طيار شهيناز.
- 4- بروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام.
- 5- بن لامي سامية ، كايس صبرينة، « دور إعادة التربية الأرطوفونية في تحسين البلع عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية الدماغية IMC » ، لنيل شهادة ليسانس في الأرطوفونيا كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو 2013-2014.
- 6- حسن قاسم، "فعالية بروتوكول علاجي في تنمية قدرات الذاكرة النشطة عند أطفال يعانون من صعوبات التعلم (القراءة، والكتابة)"، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1 "الحاج لخضر"، باتنة، 2014-2015.

- 7- حمداني أزهار، «أثر التدخل المبكر للتكفل الأرطوفوني في اضطرابات التغذية والبلع عند الأطفال المصابين بالشقوق الحنكية»، ماستر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، 2018/2019.
- 8- رجاء وحيد دويدري، "البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية"، دار الفكر المعاصر، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2000.
- 9- سهيل محمد سلامة شاش، "اضطرابات التواصل تشخيص أسباب العلاج"، زهراء الشرق مصر، الطبعة الأولى، 2007.
- 10- سورة النمل الآية رقم 19.
- 11- سورة الإسراء من الآية 23 إلى الآية 25.
- 12- عباس وآخرون، "منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات"، المكتبة الأكاديمية للنشر، الأردن، بدون طبعة.
- 13- لحسني ابتسام، "اضطرابات البلع عند الراشد والأطفال الكبار المصابين بإعاقة من أصل عصبي (صدمة دماغية، حادث وعائي، داء الباركنسون)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2011-2012.
- 14- محمد حولة، "الأرطوفونيا علم اضطرابات اللغة، الكلام والصوت"، دار هومة للطباعة النشر والتوزيع، الجزائر، بدون طبعة، 2007.

15- مراد علي عيسى، وليد السيد خليفة، "كيف يتعلم المخ ذو اضطرابات الكلام" دار

الوفاء للطباعة والنشر، مصر، الطبعة الأولى، 2007.

16- مصطفى فهمي، "أمراض الكلام"، مكتبة مصر الفجالة للطباعة، مصر، بدون طبعة

بدون سنة.

17- مصطفى نوري القمش، "الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة"، دار الفكر

للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2000.

18- معجم اللغة العربية، معجم الوسيط، وزارة التربية والتعليم، مصر، 1994.

المراجع باللغة الفرنسية :

19- Alexandra Gilazgue Marine, Gourguechon, « L'auto – entrainement dans la prise en charge de la dysphagie suite AVC proposition d'un livret de prise en charge et essai de 10 patients», master institut de l'orthophonie université de Lille, 2016.

20- Amélie spenle, «La prise en charge orthophonique de la dysphagie consécutive a une chirurgie carcinologique bucco-pharyngé-laryngée» faculté médecine, université de henry pioncer Nancy, 2010.

21- Annie Rochette, J S. N Philippe, « Une vie après L'AVC » Marseille 2^{ème} édition, sans année.

22- Bleekx d, « Dysphagie :évaluation et rééducation de trouble de la déglutition », DE BOECK, BRUXELLE, 2001.

23- C Buchman l, Brihayes s, Tessier C, « Déglutition après chirurgie partielle du larynx », Solal, Paris, 1998.

24- Carine Ali, Denis viven, Benoit Rroussel, « Neuro-information, les promesses des cellules gliales », Bio futur, Mai 2007.

- 25- David, Macfarlane, «L'anatomie en orthophonie, parole, voix et déglutition », Ed Masson, Sans Année.
- 26- Elaine N Mariel, «Anatomie et physiologie humain » 4^{ème} Ed, de boek université, 1999.
- 27- Englter et al, «Sévérité initiale des troubles aphasiques et récupération a trois mois de l'AVC étude perspectif », obtenir certificat de capacité d'orthophoniste département d'orthophonie université de Bordeaux 2013-2014.
- 28- Feign V L Frozen far M H Krishnamurthy R G A Connor M Bennet D A Murray, «Global and regional burden of stok during 1990-2010 findings from the global burden deseas study », 2013.
- 29- Français Eustache, sivane Faure, « Manuel de neuropsychologie » Dunaud, Paris, 2=^{ème} Edition, sans année.
- 30- François le huche, Andre Allali, «Anatomie et physiologie de la voix et de la parole», Ed Masson, 1997.
- 31- Frederik Brin, Catherine Courier, Emmanuelle Ledrelli Véronique Massy, Dictionnaire d'orthophonie, 2 Ed.
- 32- Hackett M, L Yapa, C Parag . V Anderson, «Frequency of depression after a stroke», a systematic revieu of observational studies, 2005.
- 33- Jl. Vincent et C. Martin, « AVC, diagnostic, et la prise en charge » Paris, 2^{ème} édition, 1996.
- 34- La rousse médicale, Loc., Cit.
- 35- Lecours A-R-Lhermitte F, « L'aphasie », De Boech, Paris, 1992.
- 36- Leys. D, Henon H Kauai, Cordolians M. A, «Post strok dementia lancet» 2005.
- 37- Lzan V, Guatrie M, « Faciliter la déglutition, colloque déglutition dysphagie », BORDEAUX, 1993.

- 38- Marie Alex Festa, « Trouble de la déglutition : sans consensus quel bilan réaliser pour les patients hémiparétiques aphasiques », pour obtenir diplôme d'état de masseur kinésithérapeute institution régional de formation aux métiers de rééducation et de réadaptation, 2014-2015.
- 39- Mariel Alix Festal, « Trouble de la déglutition : sans consensus, quel bilan réaliser pour les patients hémiparétiques », Pour obtenir diplôme d'état de masseur kinésithérapeute, institution régional de formation aux métiers de rééducation et de réadaptation, pays de la loir, 2014-2015.
- 40- Martino R, Floey N, Bhogel S, Diamant N, Peachley M et Teasel « Dysphagia after a stroke incidence diagnostic and pneumonia complication stroke », 2005.
- 41- *Medicine : A Guide for Healthcare professionals and patients.*
- 42- Nacera Zellal, « Trouble de la gestal verbale dans les syndromes aphasiques, L'orthophoniste », FNO, N°122. Paris VI, 1992.
- 43- Olivier heral « Trouble de communication et de la déglutition en neurologie de l'adulte », castre.
- 44- Olivier Xavier, « Accident vasculaire cérébral et réanimation » 2^{ème} édition, 1992.
- 45- Ronald J., « Troubles de langage. Diagnostic et rééducation » Ed Pierre Mardaga, 1977.
- 46- Rousseau Thierry, « Les approches thérapeutiques en orthophonie », Ed Larousse, Paris, 2005.
- 47- Salti A, Jonson L, yifterlindgren E, wissing U, osterberg K et Gederholm T, « Nutritional status and a 3 years follow up in elderly receiving support at home gerontology », 2005.
- 48- Senez C, « Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition », Solal, Marseille, 2002.
- 49- Signoret J., « Langage et aphasie », De Boeck université. Paris 1996.

- 50- Stroke, Cerebrovascular accident أرشيف كتب يوم 12 نوفمبر 2018 أطلع عليه (www.webteb.com) بتاريخ 05 نوفمبر 2015
- 51- Test de Guetterie et Lozano, « Unité de rééducation de la déglutition » CHU Bordeaux, 1997.
- 52- WoisardV Peuch M, « La réhabilitations de la déglutition chez l'adulte » Solal, Marseille, 2003.
- 53- Zou zou, «Accident vasculaire cérébraux AVC conséquence fonctionnel et dysphagie associée», Thèse pour obtenir le grade de docteur spécialité biologie de sante environnement épidémiologie école doctorale science – technologie –sante université de limoge, 2009.
- 54- Springer. Science and Business Media, 4 Mai 2016.
- 55- <https://ar.aprobay.com> "السيطرة على جذع الدماغ من مراحل البلع- عسر البلع"، 2009.
- 56- [Www.Webteb.com](http://www.webteb.com) (Diagnosing dysphagia) Article written on August 12, 2014, accessed on December 18, 2018.
- 57- [Www.Ratmxv.blogspot.com](http://www.Ratmxv.blogspot.com) (AVC, vaisseaux sanguines), Une archive qu'ils ont écrite le 01 décembre 2017, consultée en 05 novembre 2018.
- 58- <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422512> (Access medicine, Brain attack), Archived from original on November 24, 2006, accessed on September 1, 2015.

الملاحق

ملحق بروتوكول تقييم وظيفة البيع

للباحثة "حسني إ"

بروتوكول تقييم وظيفة البلع

الاسم : اللقب :

تاريخ إجراء الفحص :

السّن :

العنوان :

المهنة :

الجانبية :

نوع الإصابة :

الوزن الحالي :

مجموع المعلومات آت من المقابلة مع المصاب، المحيط العائلي أو الطبي، وكذلك الملاحظة والإطلاع على الملف الطبي.

- التقييم الكمي حسب سلم ذو 4 مستويات موجود في نهاية الميزانية.

1. الاختبارات :

1. الميزانية :

السوابق المرضية :

تاريخ الإصابة :

- تاريخ ظهور الإصابة :

- كيفية ظهور الإصابة : فجأة تدريجيا غير ذلك

- التطور الحالي للإصابة : تقاوم تراجع ثابتة

_ الاضطرابات المصاحبة : اضطرابات في البلع :

اضطرابات حركية : ماهي :

اضطرابات معرفية : ما هي :

غيرها من الاضطرابات : ماهي :

II. تاريخ اضطرابات البلع :

- هل يعاني المصاب من اضطرابات في البلع؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة ب نعم، هل تكمن هذه الصعوبات في بلع : السوائل : مثل :

الصلب :مثل :

الريق : مثل :

- هل ظهرت هذه الاضطرابات أو الصعوبات مع بداية الإصابة؟ نعم لا

- الذاكرة : هل يبدو أن المصاب يعاني من صعوبات في حفظ السؤال أو التعليمات؟

ناقصة شبه معدومة سليمة

- الفهم : التأكد من إمكانية فهم المصاب للتعليمات وغيرها للتحقق من إمكانية مواصلة

إعادة التربية. سليم تعليمات بسيطة اضطراب حاد

- هل المصاب يعاني من اضطراب الحبسة : نعم لا في حالة نعم أي نوع؟

III. الفحص الحسي - حركي للمنطقة الفمية - الوجهية :

1. الحركة الإرادية : تتم هذه الاختبارات بإعطاء تعليمة + تقليد

الشفيتين :

- تقديم الشفتين نحو الأمام (قبلة) 0 1 2 3
- إبراز الأسنان 0 1 2 3
- التبسم (دون إبراز الأسنان) 0 1 2 3
- إغلاق الشفتين مع مسك شيء ما (مخفض الأسنان مثلا) 0 1 2 3

اللسان:

- إخراج اللسان 0 1 2 3
- رفع اللسان باتجاه الأنف 0 1 2 3
- وضع اللسان باتجاه الذقن 0 1 2 3
- وضع اللسان نحو اليمين 0 1 2 3
- وضع اللسان نحو اليسار 0 1 2 3
- اصطفاق اللسان بالحنك (Claquer la langue) 0 1 2 3

الوجنتين :

- نفخ الوجنتين 0 1 2 3
- نفخ الخد الأيمن 0 1 2 3

- نفخ الخد الأيسر 0 1 2 3

الفكين :

- فتح الفم كلياً 0 1 2 3

- تحريك الفكين نحو اليمين 0 1 2 3

- تحريك الفكين نحو اليسار 0 1 2 3

الحنجرة :

- بلع الريق لملاحظة ارتفاع الحنجرة 0 1 2 3

2. الحركة الانعكاسية :

المنعكسات الطبيعية : نلاحظ أثناء المقابلة أو من خلال المعلومات المقدمة من طرف العائلة.

- وجود منعكس البلع 0 1 2 3

- وجود منعكس السعال 0 1 2 3

- وجود منعكس الارتداد يختبر بإدخال (مخفض اللسان في الفم فوق اللسان) 0 1 2 3

المنعكسات المرضية :

- منعكس المص : يقرب الفاحص مخفض اللسان من فم المفحوص و يرى إن اقترب هذا

الأخير منه ليمصه 0 1 2 3

- منعكس العض : يدخل الفاحص مخفض اللسان في فم المفحوص ويلاحظ إذا ما قام هذا

الأخير منه ليعضه 0 1 2 3

3. القدرات الحسية : الإدراك الحسي، التذوق والشم

الإدراك الحسي (اللمسي والحراري) : بالنسبة للإدراك اللمسي، يطلب الفاحص من

المفحوص إغماض العينين، ثم يقوم بالضغط على المنطقة المختبرة بواسطة مخفض اللسان

وعلى المفحوص التعرف على المنطقة الملموسة. أما فيما يخص اختبار الحرارة، فيتم

استعمال ملعقة باردة جدا(تكون قد وضعت مسبقا في الثلجة)، ثم يقوم الفاحص بملامستها

لمنطقة معينة وعلى المفحوص التعرف عليها.

الوجنتين :

الجهة اليمنى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

الجهة اليسرى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

الشففتين :

الجهة اليمنى : اللمس 0 1 2 3

الحرارة 0 1 2 3

الجهة اليسرى : اللمس 0 1 2 3

0 1 2 3 الحرارة

اللسان :

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليمنى

0 1 2 3 الحرارة

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليسرى

0 1 2 3 الحرارة

شراع الحنك :

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليمنى

0 1 2 3 الحرارة

0 1 2 3 اللمس : الجهة اليسرى

0 1 2 3 الحرارة

إدراك الأذواق الأساسية : نحتاج إلى عود أذن مبلل بماء محلى (به سكر)، ماء به ملح

وعصير ليمون.

0 1 2 3 - ماء محلى

0 1 2 3 - ماء مالح

0 1 2 3 - عصير ليمون

الإدراك الشمي : نحتاج إلى حبات من البن (القهوة)، فنيليا، وزعتر جبلي، نطلب من المفحوص التعرف على هذه المكونات من خلال الرائحة (مع إغماض عينيه لاجتتاب التعرف البصري). يمكن تعويض هذه بالمستخلصات السائلة.

- البن 0 1 2 3

- الفانيليا 0 1 2 3

- الزعتر الجبلي 0 1 2 3

IV. وظيفة البلع :

1. المحاولة الغذائية :

يمكن إجراء المحاولة الغذائية فقط في حال توفر الشروط الثلاث الآتية :

- مستوى انتباه المصاب كاف.

- وجود منعكس البلع أو على الأقل إمكانية البلع الإرادي.

- وجود منعكس السعال أو على الأقل إمكانية السعال الإرادي.

الماء :

جرعة بالكأس	1 ملعقة كبيرة	ملعقة صغيرة	1/2 ملعقة صغيرة	الغذاء	
				الكمية	
				تثخين	الماء
				تكثيف 2	
				تكثيف 1	
				مميّه	

مسالك خاطئة بلع سليم بلع غير سليم

الغذاء :

1 ملعقة كبيرة	1 ملعقة كبيرة	1/2 ملعقة صغيرة	نوع الغذاء	
			الكمية	
			مهروس	الغذاء
			تعديل الوضعية	
			مطحون	
			تعديل الوضعية	
	2 سم ³	1 سم ³		
			صلب	
			تعديل الوضعية	

بلع غير سليم

بلع سليم

مسالك خاطئة

2. تقييم وظيفة البلع :

من خلال ملاحظة التجربة الغذائية يمكن تقييم وظيفة البلع.

المرحلة الفمية :

- الزمن الفمي - تحضير البلعة :

مسك الغذاء :

الاضطرابات الملاحظة والميكانيزمات المفحوصة :

- تسرب أنفي (ارتداد أنفي) خلل في الانسداد اللهوي الحلقي 0 1 2 3

- تسرب فمي (تريق) خلل في الانسداد الأمامي للتجويف الفمي 0 1 2 3

- بقايا على مستوى الفم أو الوجنتين خلل في النقل الفمي 0 1 2 3

- بقايا على مستوى (Les vallécules) خلل في النقل أو الانطلاق البلعومي، تظهر

من خلال صوت مبلل. 0 1 2 3

- انحصار (Blocage) على مستوى الفم أي خلل في : بداية الزمن الفمي أو

التحكم والنقل الفمي أو في بداية الزمن البلعومي 0 1 2 3

- انحصار على مستوى البلعوم نقص في الدفع اللساني أو البلعومي أو خلل في عمل

الصاراة العليا للمريء 0 1 2 3

- مسالك خاطئة قبل البلع تحكم غير سليم في البلعة أو تأخر في انطلاق الزمن

البلعومي 0 1 2 3

- مسالك خاطئة أثناء البلع خلل في الانسداد اللهوي الحنجري 0 1 2 3

- مسالك خاطئة بعد البلع خلل في : الانسداد الحنجري ما فوق اللهوي أو في النقل

البلعومي أو في عمل الصارة العليا للمريء 0 1 2 3

V. الاختبارات المكتملة :

- قياس السوائل La manométrie

- La nasofibroscope

- La vidéoradioscopie

- La radioscopie

- حركة فتح اللسان 0 1 2 3

- حركة إغلاق الفم 0 1 2 3

تكوين البلعة والمضغ :

- حركة صعود و نزول الفك السفلي 0 1 2 3

- حركات اللسان لجمع البلعة فوق جزئه الأمامي 0 1 2 3

الزمن اللساني :

- دفع اللسان نحو البلعوم 0 1 2 3

- بداية الزمن البلعومي (انطلاق إرادي للبلع البلعومي / غياب حركات الذهاب و الإياب

0 1 2 3 (اللسان)

المرحلة البلعومية :

- انطلاق منعكس البلع : يتمثل في الزمن ما بين تقلص اللسان لدفع البلعة وصعود الحنجرة.

نقدم للمفحوص عدة ملاعق من الياغورت الطبيعي ونلاحظ.

- حماية المسارات الهوائية و التناسق تنفس - بلع :

وقف أو حبس التنفس 0 / / 3

زفير مباشر بعد البلع 0 / / 3

المرحلة المريئية :

انفتاح الصارة العليا للمريء : لا يمكن ملاحظتها إلا بالاختبارات الشبه الإكلينيكية مثل

vidéo radioscopieLa

غيرها :

القرارات المتخذة :

نوع الغذاء :

الوضعية المناسبة :

عدد الحصص الأسبوعية المقررة :

ملاحظات أخرى :

ملحق البروتوكول العلاجي الذي

اقترحناه

* البروتوكول العلاجي لاضطرابات البلع الذي اقترحناه :

Protocole de rééducation de la dysphagie chez l'aphasique

4-4-1- تعريف (PRDA) :

تم إعداد هذا البروتوكول على ضوء الأطر النظرية لاضطرابات البلع والدراسات السابقة، إلى جانب الاطلاع على اختبار تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام، ومن ثم العمل على إعداد مجموعة من التمارين رغبة في علاج مثل هذه الاضطرابات وفقا لحاجيات المصابين بالحبسة لها.

4-4-2- الهدف من البروتوكول :

يهدف البروتوكول بصفته العامة إلى علاج وتحسين وظيفة البلع لدى المصابين بالحبسة وبصفته الخاصة تعلم أساليب البلع كمسك البلعة وعدم خروجها من داخل الفم، ضبط موضع الجسم والرأس، كما تساعد التمارين في تنسيق العضلات المسؤولة عن البلع أو إعادة تحفيز الأعصاب التي تسبب ارتجاع البلع.

* اقتراح بنود البحث من المراجع التالية :

- اكتساب الصوت المرئي ل Françoise le Huche.
- بروتوكول تقييم وظيفة البلع للباحثة لحسني ابتسام.
- بروتوكول التكفل الأرتوفاوني باضطرابات البلع والصوت بعد استئصال الحنجرة الجزئي للأستاذة طيار شهيناز.

- Test de Guaterie et Lozano, 1997, « Unité de rééducation de la déglutition CHU Bourdeaux ».

4-4-3- الإطار الزمني للبروتوكول :

مدة تطبيقه : 07 أسابيع.

عدد الجلسات في الأسبوع : 4 حصص.

مدة الجلسة الواحدة : من 30 إلى 45 دقيقة.

4-4-4- محتوى البروتوكول :

يحتوي هذا البروتوكول على مجموعة مختلفة من التمارين تهدف إلى تنسيق

العضلات المسؤولة عن البلع عند المصابين بالحبسة.

1- **التدليك (Les massages)** : هو معالجة الأنسجة الرخوة في الجسد، تُطبق تقنيات

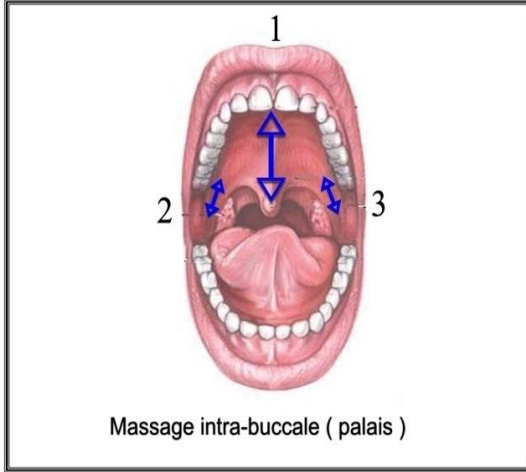
التدليك عموماً باستخدام الأيدي (الإبهام، السبابة، والوسطى)، وذلك بحركات دائرية دون

الضغط. يهدف التدليك عموماً إلى علاج الألم الجسدي أو الإجهاد. يعمل التدليك بفعالية

جيدة في تقوية عضلات الفك وتخفيف الألم و إزالة التشنج، وإرخاء المنطقة المقصودة.

ويتطلب ذلك إجلال المفحوص في وضعية تسمح للفاحص القيام بالتدليك على أحسن

وجه.



1-1-1- تدليك داخل الفم (Massages)

:(intra-buccal

: 1-1-1 - الحنك (Le palais)

- تدليك وسط الحنك.

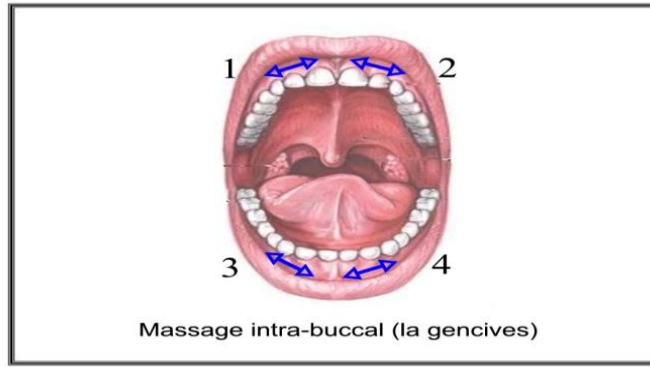
- تدليك الجهة اليمنى و اليسرى للحنك.

ملحق رقم 09 : يمثل تدليك داخل الفم (الحنك)

: 2-1-1 - اللثة (La gencive)

- تدليك اللثة العليا من اليسار ثم اليمين.

- تدليك اللثة السفلية من اليسار ثم اليمين.



ملحق رقم 10: يمثل تدليك داخل الفم (اللثة)

1-1-3 - اللسان (La langue) :

- تدليك وسط اللسان.



ملحق رقم 11: يمثل تدليك داخل الفم (اللسان)

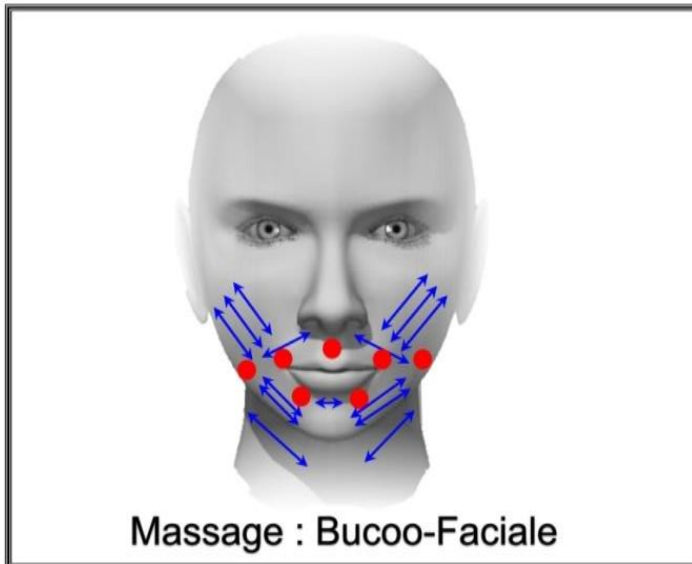
1-2 - التدليك الفمي الوجهي (Les massages boccu-facial) :

- تدليك الوجنتين.

- تدليك الشفا العليا والسفلية.

- تدليك الفكين.

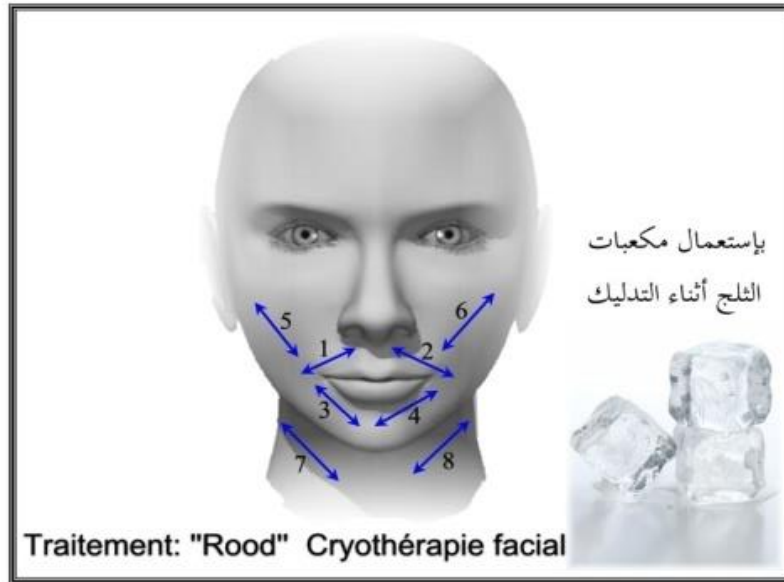
- تدليك الرقبة.



ملحق رقم 12 : يمثل التدليك الفمي - الوجهي

1-2- تقنية روود (Rood) :

يهدف التدليك باستعمال تقنية روود أو العلاج بتبريد الوجه إلى ترطيب الجلد الموجود في المنطقة الفمية الوجهية كما يقوم بتخفيف التورم في هذه المنطقة، بحيث تنشط قطع الثلج هذه عند تمريرها على الوجه الدورة الدموية، و تشد الجلد، وتمنع ترهله، كما تقاوم ظهور التجاعيد و آثار الشيخوخة على الوجه. وتتبع نفس الخطوات السابقة.



ملحق رقم 13 : يمثل التدليك باستعمال تقنية روود (استعمال مكعبات الثلج)

2- إرخاء الرقبة (La détente cervicale) : تهدف تمارين إرخاء الرقبة إلى زيادة مجال الحركة للرقبة بحيث يصبح من الممكن لفها لأقصى حدّ ممكن، وتساهم في تقوية عضلات الرقبة والكتفين والعمود الفقري، كما تعطي الدعامة للرأس حيث إن الرقبة هي المنطقة التي يستند عليها الرأس. وهذه التمارين تتمثل في :

-خفض الذقن إلى الأسفل ثم رفعه إلى الأعلى، انحناء الرأس والرقبة على الصدر مع فتح

الفم إلى أقصى درجة، ثم إرجاع الرأس إلى الخلف وهذا لضمان تقلص عضلات الرقبة.

- انحناء الرأس جانبا بدون الاستدارة على جهة اليمين واليسار، وضع الأذن اليمنى على

الكتف الأيمن ثم الأذن اليسرى على الكتف الأيسر مع لمس الذقن كلا الكتفين.

- إدارة الرأس قليلا إلى اليمين والشمال حيث يلامس الذقن الكتف الأيمن والأيسر على

التوالي، إدارة الرأس كليا من اليمين إلى اليسار ثم العكس حيث يجب أن يلامس الذقن

الصدر، ثم الكتف الأيمن ثم الأيسر.

-خفض الذقن ثم فتح الفك السفلي ثم رفع الرأس تدريجيا وفي هذه الوضعية يتم غلق الفك

السفلي، ليقوم المريض بتطبيقها سواء في وضعية الجلوس أو الوقوف لمدة تتراوح بين 20

إلى 30 ثانية.

* هذه التمارين خاصة بمنطقة الرقبة والرأس، إذ تتم في البداية بصورة بطيئة ثم تدريجيا تزيد

سرعتها إذ تسمح بإرخاء العضلات، كما تنشط العضلات المسؤولة على البلع.

3- إرخاء الكتفين (La détente scapulaire): تهدف مثل هذه التمارين إلى تمديد

عضلات الذراعين والكتف وعضلات الرقبة، وتساعد في تخفيف الألم كما تعمل على تحرير

تصلب الكتفين.

نعرض على الحالة مجموعة من التمارين المتعلقة بالكتف، كل تمرين يعاد من 4 إلى 5

مرات.

- تحريك الكتف الأيمن إلى الأمام ثم الأيسر.
- تحريك الكتف الأيمن إلى الخلف ثم الأيسر.
- تحريكهما إلى الأمام ثم إلى الخلف مع بعض ثم واحدا تلو الآخر، رفع الكتف الأيمن ثم الكتف الأيسر.

- رفع الكتف الأيمن ثم الكتف الأيسر.

- رفع كلا الكتفين إلى الأعلى بصفة متتابعة، ثم إرخائها بشدة.

- إدارة الكتف الأيمن من الأمام إلى الخلف ثم العكس.

- إدارة الكتف الأيسر من الأمام إلى الخلف ثم العكس.

- إدارة كلا الكتفين من الأمام إلى الخلف ثم العكس في نفس الوقت.

4- أبراكسيا الفمية الوجهية (La praxie bucco-facial): في مجملها تساعد على تقوية جهاز النطق.

4-1- أبراكسيا اللسانية (La praxie linguale):

- إخراج اللسان من الفم إلى أقصى حد ثم إدخاله إلى الداخل

- رفع ذوق اللسان إلى الأنف ثم إنزاله إلى الذقن دون لمس الشفاه.

- لمس شراع الحنك باللسان من الأمام إلى الخلف ثم العكس.

- إدارة اللسان مع الشفاه دون لمس الفكين.

- إصدار الصوت باللسان بشدة.

- إدارة اللسان مع حواف الأسنان من الداخل والخارج، ومن الأعلى إلى الأسفل.

4-2- تمرين خاصة بتقوية اللسان أو قاعدة اللسان (Tonification) :

- إرجاع القسم الخلفي من اللسان إلى أقصى حد للحلق وإلى عمق الفم.

- حركات مقاومة معاكسة لقاعدة اللسان وذلك باستخدام حافظ اللسان الذي يوضع في

جانب ومقدمة الذوق، حيث يتم مقاومته بقاعدة اللسان وذلك بمحاولة دفعه.

- وضع اللسان داخل أحد الخدين ومحاولة دفعه إلى الخارج حيث يقوم الفاحص بحركة

معاكسة، وذلك يدفع اللسان عن طريق وضع الأصابع في الخد.

- إعادة بعض المقاطع التي تنشط قاعدة اللسان عدة مرات :

KRA-KRO-KRU-KRI-KRE-KROU-AKRA-AKRO-AKRU-AKRI-

AKRE-AKROU

4-3- أبراكسيا الشفوية (La praxie labiale) :

مجموعة من التمارين المتتالية الخاصة بالشفاه تقوم على تقوية المنطقة الفمية الوجهية

وبالتالي فهي تساعد في إعادة تربية البلع عددها 10 حركات متتالية.

- إحداث ضجيج وذلك حسب وضعية إنتاج الصائت U، ا، A دون صوت.

- إحداث ضجيج وذلك بوضع الشفة العليا على السفلية.

- وضع الشفة العليا فوق السفلية، وإدخالها داخل الفم ثم العكس.

4-4 -أبراكسيا الخدين (La praxie des joues) :

مجموعة من التمارين متتابعة تهدف إلى تقوية حركة الخدين، وكذا الزيادة من مرونة المنطقة الوجهية الفمية.

- نفخ الخد الأيمن ثم الأيسر ثم الأيمن ثم الأيسر بالتتابع.

- نفخ الخدين معا لتشكيل تفاحة.

- إدخال الخدين.

4-5 -أبراكسيا الفكين (Apraxie des mâchoires):

- خفض الفك السفلي إلى الأسفل ببطء، ثم رفعه تدريجيا ثم القيام بهذه الحركة تدريجيا.

- تحريك الفك إلى اليمين ثم إرجاعه إلى الخلف.

5- التنفس البطني (La respiration abdominale) :

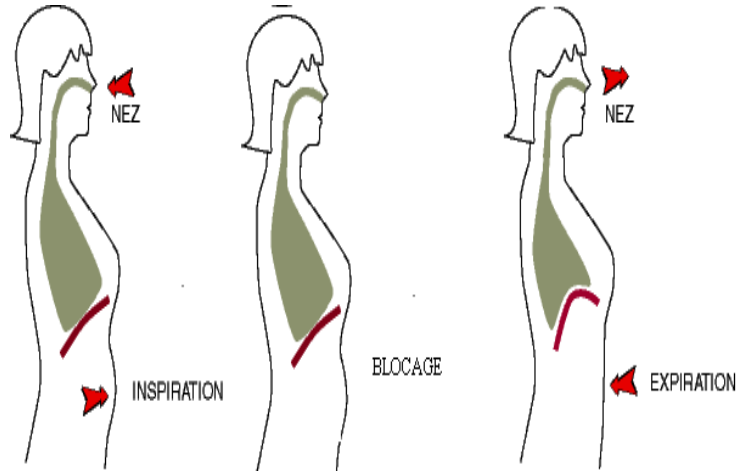
تمارين التنفس البطني تساهم في حل الكثير من المشاكل النفسية والجسدية، والحصول على جسم صحي ومتوازن.

وتكون على النحو التالي :

- شهيق، بطن منتفخ، هواء يدخل.

- مسك، البطن يبقى منفوخا، دون الضغط.

- زفير، رجوع البطن إلى حالته الطبيعية، خروج الهواء.

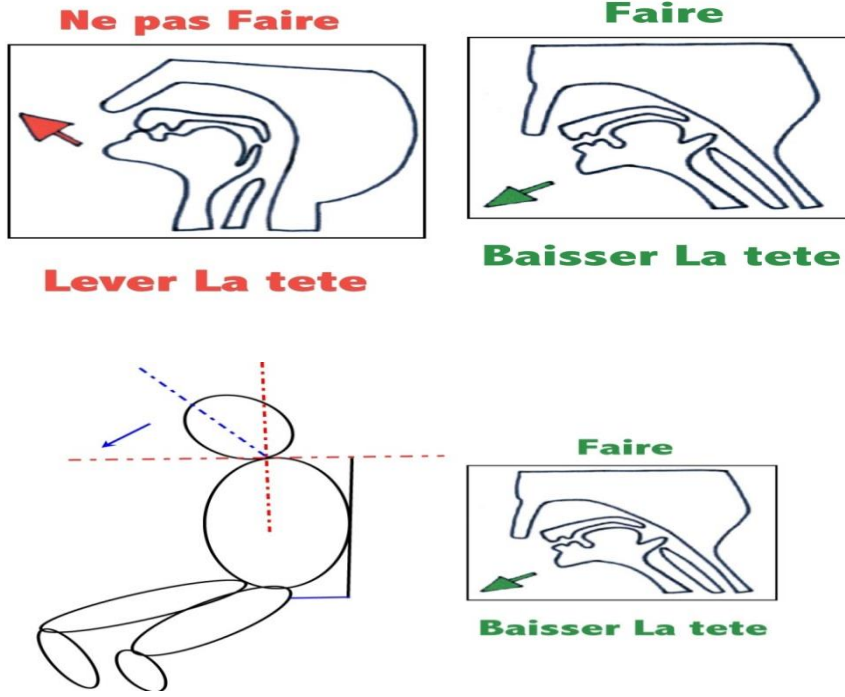


ملحق رقم 14: يمثل التنفس البطني

6- تقديم وجبة الطعام (Offrir un repas) :

6-1- الوضعية :

- يجلس المفحوص في وضعية جيدة.
- تكون الطاولة في شكل مناسب.
- تقديم الوجبة بشكل مناسب.
- يكون المكان هادئ، وذلك من أجل تركيز المصاب على الأكل فقط وعدم تشتيت انتباهه.
- التأكد من ذوق الطعام.
- احترام ذوق المصاب.



ملحق رقم 15: يمثل الوضعية

2-6- أثناء تقديم الطعام :

- نجلس أمام المريض.
- نقدم قضمات صغيرة للمصاب.
- نقدم الملعقة من الأسفل كما هو موضح في الملحق.



ملحق رقم 16: يمثل كيفية تقديم الملعقة من الأسف

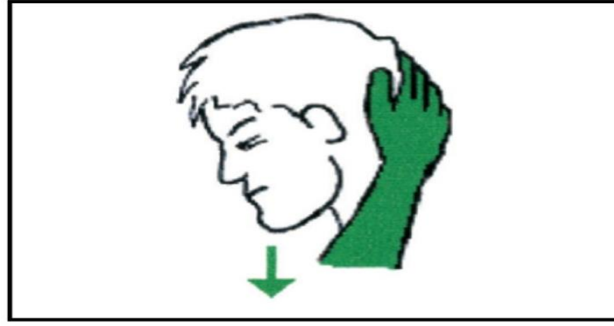
- نخفض رأس المريض.

- نصر على المضغ الجيد للطعام ثم البلع.

- نأخذ فترة من الراحة بعد كل وجبة.

- نطلب من المفحوص السعال من وقت لآخر.

- لا ندعه يتكلم أثناء الأكل.



ملحق رقم 17 : يمثل خفض رأس المريض

6-3- بعد الوجبة :

- نأخذ صينية الأكل.

- لا نترك أي أكل أو شراب أمام المريض.

- نترك المريض يجلس لمدة 20 دقيقة بعد الأكل.

ملاحق خاصة بإدراك الأذواق

الأساسية



ملحق رقم 1: یمثل ماء مالح (ماء به ملح)



ملحق رقم 2 : يمثّل ماء محلى (ماء به سكر)



ملحق رقم 3 : يمثل عصير الليمون



ملحق رقم 4 : يمثل عود أذن

ملاحق خاصة بالإدراك الشمي



ملحوق رقم 5 : يمثله البن



ملحق رقم 6: يمثل فانيليا



ملحق رقم 7 : يمثل الزعتر الجبلي

ملاحق خاصة بوظيفة البيع (السوائل والغذاء)



ملحق رقم 8 : بلع السوائل (الماء)



ملحق رقم 9 : يمثل الغذاء المطحون (الفول)



ملحق رقم 10 : يمثل الغذاء المهروس (البطاطا)



ملحق رقم 11: يمثل الغذاء الصلب (القاطو)

ملاحق خاصة بالأدوات المستعملة في التدليك



ملحق رقم 12 : يمثل القفازات الجراحية



ملحق رقم 13: يمثل معقم الأيدي (جل)



ملحق رقم 14 : يمثل زيت التدليك



ملحق رقم 15 : يمثل مكعبات الثلج الخاصة بالتدليك

ملحق ملاحظات الاساتذة

بعد الجلاء عني على البروتوكول المقترح هذا حرف
الخالصين براهيمي محمد و بنو حماة

نقول ان هذا البروتوكول ليس تطبيقا لحدس
الخرافات الباع لله المصرايين بالحديث
نظرا لطون بنوده ملائمة لما وضع البروتوكول
لاجله و لكونه واضح ومنفرد منا حيث طريقة
التطبيق . الا ان هناك بعض الملاحظات
مما

وخرج لكل بند الهدف المراد من تطبيق
و الحدثة الزمنية الملائمة والحرمة لكل بند

HALIANE MOHAMED
Docteur en ORTHOPHONIE
UMMTO



أعد بعين الوفاء لخدمة الوطن
والله اعلم
السلامة

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
فرع الأروطونيا

تخصص علم الأعصاب اللغوي العيادي

*A prendre en considération
les remarques de l'enseignant*

في :

استبيان التحكيم

اسم و لقب المحكم : يارة سيد أدر

أستاذ جامعي : ✓ أخصائي مطبق في الميدان :

نحن الطالبين "براهيمي محمد" و "بن حموي كاتية" بصدد انجاز مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في الأروطونيا تحت عنوان "اقراح بروتوكول علاجي لاضطرابات البلع لدى الحبسي".

و نتيجة لنقص وسائل تقييمية مكثفة على البيئة الجزائرية يعتمد عليها في علاج اضطرابات البلع لدى الحبسي، قمنا باقتراح البروتوكول العلاجي لهذه الفئة النصابة بمثل هذا الاضطراب.

تقبلو منا سيقا فائق احتراماتنا و تحياتنا الخالصة للمجهود المبذول لتقييم هذا العمل

ملاحظة : Protocole de Rééducation de la Dysphagie chez l'Aphasique ou PRDA

1. يجب تقديم اسم المريض وتكون
2. ...
3. ...
4. يجب تقديم الإسرة و الاسم الموجه لها
5. يجب النظر بآداب العلمية المعتمدة عليها

6- يجب مراعاة المكتوبات الثقافية والاجتماعية والعقائدية

7- اشرح اذ كان تاريخي التقييم بها المعاب لوحده

8- يجب إضافة تاريخي لتسهيل البلع

البلع تابع لوظائف الصوت

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
فرع الأروطونيا
تخصص علم الأعصاب اللغوي العيادي

في ...

استبيان التحكيم

اسم و لقب المحكم :

أستاذ جامعي : أخصائي مطبق في الميدان :

نحن الطالبين "براهيمي محمد" و "بن حمو كاتية" بصدد
انجاز مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في الأروطونيا
تحت عنوان "اقراح بروتوكول علاجي لاضطرابات البلع لدى
الحبسي".

و نتيجة لنقص وسائل تقييمية مكيفة على البيئة الجزائرية
يعتمد عليها في علاج اضطرابات البلع لدى الحبسي، قمنا
باقتراح البروتوكول العلاجي لهذه الفئة المصابة بمثل هذا
الاضطراب.

تقبلو منا مسبقا فائق احتراماتنا و تحياتنا الخالصة
للمجهود المبذول لتقييم هذا العمل.

ملاحظة :

محتوى... البرنامج... يعطى... استبيان... تحريبات
... الحبسي... البلع... الحبسي... فقط...
... للشعب... كالأغصان... بوجبة... الصغار... لهم...
... آية... يوجد... علاج... خاص... يستخرج... العفالة
... أجم... آية... ذلك... يعطى... آية... من... الآكل
... كذلك... بالنسبة... للسوائل...
... شئ... من... السار... المنوع... آية...

أفقت من طرف الأستاذ د. لهرتة كرم
أستاذ محاضر بجامعة مولود معمري
UMMTS
تاريخ

مستأن
مستأن

مستأن

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
فرع الأطفونيا
تخصص علم الأعصاب اللغوي العيادي

في

استبيان التحكيم

اسم و لقب المحكم : **عمر بن سعيدة**

أستاذ جامعي : X أخصائي مطبق في الميدان :

نحن الطالبين "براهيمي محمد" و "بن حمو كاتية" بصدد انجاز مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في الأطفونيا تحت عنوان "اقزاح بروتوكول علاجي لاضطرابات البلع لدى الحبسي".


و نتيجة لنقص وسائل تقييمية مكيفة على البيئة الجزائرية يعتمد عليها في علاج اضطرابات البلع لدى الحبسي، قمنا باقتراح البروتوكول العلاجي لهذه الفئة المصابة بمثل هذا الاضطراب.

تقبلو منا مسبقا فائق احتراماتنا و تحياتنا الخالصة للمجهود المبذول لتقييم هذا العمل.

ملاحظة :

1. من حيث التقنيات. فهي متنوعة. و متعددة. تحترم العرف، لكن من حيث منهجية البروتوكول الموضوع يتقدمه.....
2. الخلافة. الخطرية. التقنيات المقترحة.....
3. الجدول الزمني. المسطر لتطبيق هذه التقنيات. كما جسدناها هي التقنيات المقترحة. لكل حصص.....
4. وضع الأهداف الخاصة. لكن تقنية. حتى يتجلى ببلية تقييم فعالية التقنيات. الموضوع.....
5. كان طلة المستحسن و ضع الصور التوضيحية عقب كل تقديم للتقنية. يد و ضلها في الملاحق حتى يعنى للقاري الفهم الجيد.

الخاتمة: **عمر بن سعيدة**



أقر بيننا الأستاذ، هذه الملاحظات القيمة -