# دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة اليومية للاطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية

د. هيفاء محمود الاشقر
جامعة البعث - كلية التربية-سوريا
haifaaalashkar311@gmail.com

**ملخص البحث:**
-هدف البحث الحالي تعرف واقع دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة اليومية لاطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية وتم التوصل إلى مجموعة من النتائج كان أبرزها:
- جاءت جميع جوانب التدخل المبكر بدرجة منخفضة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي للتدخل الطبيعي المبكر (2.26 )والتدخل العلاجي المبكر ( (2.16 والتدخل التربوي (1.97)
- وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات درجات أولياء الأمور بتقديم التدخل المبكر لطفلهم لصالح الإناث حيث بلغ ببعد المتوسط الحسابي للأب( (88.7و للأم ((10.83
- وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات درجات المتخصصين بالمركز بتقديم التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح المتخصصات الإناث حيث بلغ ببعد المتوسط الحسابي للإناث( (13.58 والذكور((7.66
-وجود فروق دالة احصائياً في متوسطات درجات ( المتخصصين بالمركز) على استبيان التدخل المبكر تعزى لمتغير المؤهل العلمي لصالح الماجستير وما فوق في جوانب التدخل المبكر جميعها
-وجود فروق دالة احصائياً في متوسطات درجات ( المتخصصين بالمركز) على استبيان التدخل المبكر تعزى لمتغير المؤهل العلمي لصالح 10 سنوات فأكثر في جوانب التدخل المبكر جميعها
الكلمات **المفتاحية:** التدخل المبكر ، الشلل الدماغي

# The role of early intervention to achieve independence in the daily life of children with cerebral palsy From the caregivers' point of view

Dr. Haifa Mahmoud Al-Ashqar
Al-Baath University - Faculty of Education - Syria

**Abstract :**
-The current research aimed Know reality the role of early intervention to achieve independence in the daily life of cerebral palsy children from the point of view of caregivers. A set of results were reached, the most prominent of which were:
-All aspects of early intervention scored low, as the arithmetic average for early natural intervention was (2.26), early therapeutic intervention (2.16), and educational intervention (1.97).
parents -There are statistically significant differences in the average scores of - viding early intervention for their child in favor of females where the pro ) arithmetic mean for the father reached88.7) andforthemother (1083(
-There are statistically significant differences in the average scores of - rly intervention for children with cerebral specialists at the center providing ea palsy in favor of female specialists, where the arithmetic mean reached for ) females13.58) and 7.66for males (
the )-There are statistically significant differences in the average scores of - s) on the early intervention questionnaire due to the academic center's specialist

qualification variable, in favor of a master's degree and above in all aspects of early intervention

the ) -There are statistically significant differences in the average scores of-cialists) on the early intervention questionnaire due to the academic center's spe qualification variable in favor of 10 years and older in all aspects of early intervention

**Keywords :**Early intervention, cerebral palsy

**ـمقدمة البحث:**

تؤكد التربية الخاصة على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة وتكييف البيئة التربوية الخاصة بهم بما يتلاءم مع احتياجاتهم وبما يسمح بدمجهم في المجتمع فالاهتمام بهذه الفئة يمثل أحد القضايا التي لاقت اهتماماً عالمياً متزايداً في الأونة الأخيرة وذلك لما لها من آثار سلبية على كل من الفرد ذوي الإعاقة وأسرته ومجتمعه لذلك يجب إيلاء اهتمام أكبر بالوقاية من الإعاقة والتدخل المبكر لمساعدة الأطفال ودعم أسرهم وبعلاقات تشاركية أقوى مع أولياء الأمور وبدمج الأطفال في المدارس المحلية وبإعداد الأشخاص المعوقين لحياة الرشد وإتاحة الفرص لهم للإفادة من كل الخدمات المتوفرة في المجتمع وعلى وجه الخصوص لا العموم جاء هذا البحث للحديث عن أحد أهم مواضيع التربية الخاصة وهو الشلل الدماغي حيث ينتج عن تلف دماغي ، والتلف ليس وراثيا باستثناء بعض الحالات النادرة حيث أن الاضطراب يتمثل في الأنماط الحركية والأوضاع الجسمية و الاضطراب الحركي اضطراب مزمن ولكنه لا يزداد سوءاً مع الأيام ولا يعني ذلك أن حالة الطفل لن تتدهور إذا لم تقدم له الخدمات الطبية المناسبة في الوقت المناسب وتختلف آثار الشلل الدماغي من طفل لآخر فالطفل ذو الإصابة الطفيفة سيتعلم المشي مع اختلال طفيف في التوازن وقد يجد أطفال آخرون صعوبة في استعمال أيديهم أما الطفل ذو الإصابة الشديدة فقد يحتاج للمساعدة في تعلم الجلوس كما لا يستطيع أداء واجباته اليومية مستقلا بنفسه ويوجد الشلل الدماغي في كل بلد وفي كل نمط من أنماط الأسر فمن بين كل ثلاثمئة وليد يصاب أو يتعرض للإصابة بالشلل الدماغي طفل واحد ويستطيع كل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أن يستفيدوا من التعليم والتدريب المبكرين الهادفين إلى مساعدتهم على التطور وعلى الرغم من عدم وجودعلاج لهذه الفئة فان آثارها يمكن التقليل منها وذلك أمر يتوقف على سرعة البدء في مساعدة الطفل ومدى التلف الذي أصاب الدماغ فكلما كان التدخل مبكرا كلما كان التحسن اكبر واشمل ( World Health organization 1995 ) وهذا ما أشار إليه ( سلطان ، ٢٠١٦ ) بأن التدخل المبكر يساعد الأسرة على تخطي مجموعة كبيرة من المشاكل التي سيتعرضون لها أو يخفف عنها المراحل المتعددة من الاستنكار والرفض ثم الصدمة ثم الاستسلام ثم التكييف والتفاعل مع الأمر الواقع، لكن على الرغم من اهتمام العديد من الدول بتطبيق برامج التدخل المبكر التي اثبتت نجاحها في فرنسا وبلجيكا وبريطانيا واسكتلندا واليابان في رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتقديم برامج تأهيلية لهم والمشورة في كل مايخص تطورهم وسلوكهم وتنمية الوعي حول قضايا الإعاقة إلا أن هذه البرامج لا زالت محدودة الانتشار في سوريا فضلا عن ندرة المراكز المتخصصة في التدخل المبكر لدرجة أن الكثير من الأطفال لايتم اكتشاف إعاقاتهم إلا بعد سن الثالثة أو الرابعة أوعند الالتحاق بالمدرسة ،لذلك جاء هذا البحث لإلقاء الضوء على أهمية التدخل المبكر للاهتمام بالشلل الدماغي للوصول بهم للاستقلالية في الحياة

**ـمشكلة البحث :**

لقد ازدادت أعداد حالات الشلل الدماغي في العالم عموماً حيث أن نسبة حدوثه هي 1000/2مولود حي وفي فرنسا:1100 طفل مصاب جديد في العالم ( ميشيل ميتيه) وفي انكلترا : 1500 طفل جديد في العالم ( جمعية SCOPE ) وفي سوريا وبحسب كتيب (منهاج العمل الوطني لتنفيذ الاعلان العالمي حول بقاء الطفل وحمايته ونمائه خلال عقد التسعينات ) (إصدار اليونيسف دمشق ،1997 : 23) حيث أن نسبة الولادات في سوريا 42 لكل 1000 إنسان ، وعدد السكان (1500000نسمة) فإذا يوجد 630000 ولادة جديدة منه : أي الشلل الدماغي في سوريا: 1260 طفل مصاب سنويا وفق النسبة العالمية 1000/2، وقد نشرت جمعية رعاية الاطفال المصابين بالشلل الدماغي( 2021) أن عدد المراجعين الذين راجعوا

مراكزها وصل إلى ( (222 حالة شلل دماغي وعدد الاطفال في مركز الشلل الدماغي الحكومي وصل إلى ( (90وهذه الأعداد تؤكد على وجود مشكلة متعمقة في مجتمعنا ومصدر إزعاج لكل مهتم في هذا المجال و توصلت العديد من الدراسات السابقة إلى فاعلية التدخل المبكر عند تطبيقه في مرحلة ما قبل المدرسة كدراسة ( وشاحي ، ٢٠١٣ ) التي اسفرت عن تحسن

مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض " متلازمة داون "ودراسة ( حسن ، ٢٠٢١ ) التي قدمت نتائجها دليلا مشجعا على أهمية برنامج للتدخل المبكر في تنمية التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن خلال عمل الباحثة في مجال الارشاد التربوي والنفسي لأسر الاطفال ذو الشلل الدماغي ومتطوعة في بعض الجمعيات العاملة في مجال الحماية والتأهيل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي قامت بدراسة لإستطلاع رأي عدد من أولياء أمور الأطفال من ( 15 ) أسرة لديهم طفل من ذوي الشلل الدماغي وأسفرت النتائج عن أن 86 % من أفراد العينة أكدوا علىأن المراكز تعاني من قصور في الخدمات التي تقدمها

لأبنائهم و عدم الأخذ في الاعتبار الحالة الكلية للطفل واسرته عند التخطيط لخدمات التدخل المبكر و عدم وجود برتوكولات أساسية لعمليات الإحالة وتبادل المعلومات والسجلات لكل طفل الأمر الذي يؤثر علي تقدم الطفل في الجوانب الجسمية والاجتماعية والتربوية عقب

الالتحاق ببرنامج التدخل المبكر و على عدم وجود متخصصين في تلك المراكز مما يجعل ذهابهم الى المركز مضيعة للوقت وتأخر في تطور نمو الطفل و و أن هذه المراكز لم تقدم

الا خدمات محدودة لابنائهم دون توفير الأجهزة والوسائل المساعدة من أجهزة تعويضية ، او البرامج التربوية اللازمة لهم ، أومساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الشلل الدماغي كما قامت الباحثة بدراسة استطلاعية ( مقابلة شفوية) مع (10) من مقدمي الرعاية في بعض الجمعيات بمدينة دمشق تم اختيارهم عشوائيا وسؤالهم عن الخدمات التي تقدم للأطفال وعن الاعمار التي يتم مجيء الطفل المصاب بالشلل الدماغي إلى المركز وكيفية تقبل الوالدين لهذا الحالة وكانت الاجابات معظمها بأن الوالدين كان عندهم عدم تقبل وانكار بإصابة اطفالهم وهذا ما دفعهم للتأخر في إيصاله لمركز العلاج مما أدى لتدهور الحالة ، وتؤكد الباحثة على ضرورة مشاركة الوالدين وتعاونهم مع مقدمي خدمات التدخل المبكر لأنهم حجر الاساس لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال فهي تؤدي دوراً مهماً وفاعلا في نجاح هذه البرامج التي تقدم خدماتها للطفل وأسرته معاً ويتفق ذلك مع دراسة ( باعثمان، ٢٠١٦ ) ( الشهري ٢٠١٨ ) الذين أكدوا أنه لكي يتحقق التدخل المبكر الفعال لابد من تطوير العلاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج ووضع أوليات الاحتياجات سواء للطفل أو الأسرة وتخطيط الخدمات ورقابة التقدم واتخاذ القرارات، ولقلة الدراسات التي عنيت بهذا الموضوع كل ذلك دفع الباحثة إلى القيام بهذا البحث من اجل الوقوف على أهمية التدخل المبكر للارتقاء بالفرد المصاب بالشلل الدماغي إلى أعلى مستوى ممكن وبين ما هو واقع حالي في بلادنا في ما يتعلق بتلك الخدمات المقدمة من خلال مؤسسات ومراكز الشلل الدماغي، لذلك جاء البحث الآتي للتعرف على دور التدخل المبكر للوصول إلى استقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية .

**- أهمية البحث :**

- قد تؤدي نتائج البحث لإلقاء الضوء حول أهمية الموضوع( التدخل المبكر ) في حياة الطفل ذو الشلل الدماغي واسرته بالتغلب على الآثار الناجمة عن العجز واكتساب أو استعادة دوره في الحياة معتمداً على نفسه والوصول به إلى أفضل مستوى وظيفي عقلي أو جسماني أو اجتماعي
- لفت انتباه مقدمي الرعاية للطرق التي تمكنهم من التدخل المبكر في حياة الطفل المصاب بالشلل الدماغي

-أهمية الفئة العمرية التي يتناولها البحث ،فالسنوات الاولى من عمر الطفل توجد بها الفترات الحرجة وأثناء هذا الوقت يكون الطفل أكثر قابلية واستجابة لخبرات التعلم

**- أهداف البحث:**

- تعرف واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر الوالدين

- تعرف واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية بمراكز الشلل الدماغي

**- أسئلة البحث:**

- ما واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر الوالدين ؟
- ما واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية بمراكز الشلل الدماغي؟

**- حدود البحث:**

**الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث خلال شهر آيار من عام 2023

**الحدود المكانية:** مدينة دمشق

**الحدود البشرية:** بعض أولياء الأمور والمتخصصين بمركز الشلل الدماغي للصغار ( حكومي)

**الحدود الموضوعية:** التدخل العلاجي المبكر ، التدخل الطبيعي المبكر - التدخل التربوي المبكر

**- فرضيات البحث: تم اختبار الفرضيات عند مستوى دلالة 0.05**

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد العينة(أولياء الأمور) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الجنس
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد العينة(المتخصصين ) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الجنس
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد العينة(المتخصصين) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير المؤهل العلمي
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد العينة(المتخصصين) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الخبرة.

**-مصطلحات البحث:**

**وتعرف ألين ( Allen ، 2011 ) التدخل المبكر بأنه** : نظاماً وقائياً علاجياً تربويا يقدم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دون سن السادسة لمنحهم الضمان الاجتماعي والعاطفي الذي يحتاجونه لبقية حياتهم والذي بدوره يساعد هؤلاء الأطفال على مواجهة تحديات المراحل العمرية القادمة . ( Allen ،2011:32 )

**وتعرف الباحثة التدخل المبكر إجرائيا بأنه:** الإجراءات المنظمة المتخصصة التي يتم تقديمها للأطفال المصابين بالشلل الدماغي دون سن السادسة من عمرهم للمساعدتهم على مواجهة ظروف الحياة المستقبلية وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على الاستبيان المعد لهذا البحث

**-وعرف (لحلوح، 2004) الشلل الدماغي بأنه:** إصابة الدماغ في مرحلة مهمة أثناء تشكله وتطوره قبل أو أثناء أو بعد الولادة ينتج عنها عقابيل حركية مع الحفاظ على إمكانيات فكرية جيدة ، هذه الإصابة الدماغية ( في التطور النفسي الحركي و المكانيكية العفوية الفطرية ) غير مترقية يمكن أن تترافق باضطرابات في التواصل ( النطق ، البلع ، اللعاب ، التعلم والنظر والسمع ) والصرع .

**وتعرف الباحثة الشلل الدماغي إجرائيا بأنه:** مجموعة من إصابات الدماغ العضوية ينتج عنها أعراض عصبية مختلفة ويكون الشلل الحركي العارض هو الأكثر وجوداً بين هذه الأعراض فهو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة يحدث نتيجة تشوه أو تلف في
الأنسجة العصبية الدماغية مصحوباً باضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية . والشلل الدماغي هو أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي يظهر على شكل ضعف في الحركة أو شبه شلل أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ ويحدث خلال السنوات الأولى من عمر الطفل عندما تكون القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة في طور النمو ، لذلك فالشلل الدماغي هو اضطراب نمائي

**الجانب النظري:**

**انواع الشلل الدماغي:**

**-التشنجي :** وهو اصابة المراكز العليا من الدماغ حيث يفقد العقل السيطرة على العضلات والتحكم فيها وتصبح الحركات نتيجة لهذا النوع من الإصابة بطيئة ومضطربة مما يؤدي إلى حدوث تشوهات مثل

انحناء الظهر وتشوه الحوض أو الركبتين أو الأطراف ومن ابرز مظاهره : مشية المقص وتتمثل في تداخل الساقين عند البدء بالمشي بسبب تقلص عضلات الفخذ الداخلية المشي على مشط القدم ورفع الكاحل عن الارض ولا بد من الإشارة أن لم تكن الخلايا العصبية العلوية تالفة تماما قد لا يحتاج المصاب للكثير من المساعدة فهو قد يمشي ببطء أو قد يواجه بعض المشاكل عند المشي أو القفز أو عند المشي على المنحدرات وتعد هذه الإصابات طفيفة ، اما اذا كانت الخلايا العصبية الحركية العلوية تالفة تماما فقد يحتاج المصاب إلى عكاز او كرسي متحرك وتكون حالته أكثر شدة وبالنسبة للمصاب بالتيبس في جانب واحد من الجسم قد لا يتمكن من استخدام العكاز أو الكرسي المتحرك اليدوي وسيحتاج لكرسي كهربائي، أما المصاب بالتيبس في كافة أطرافه يحتاج للكرسي المتحرك والمساعدة عند تناول الطعام وارتداء الملابس ويصعب عليه تحريك الأجزاء المصابة في جسمه

**-الشلل الالتوائي أو التخبطي( الكنعي)** : يتميز هذا النوع من الشلل الدماغي بظهور حركات لولبية أو التوائية وخاصة ا يرغب الطفل في القيام بأي حركة إرادية ، وتكون الإصابة الدماغية في هذا النوع من الشلل في الدماغ الأوسط وتقدر نسبة حدوثه حوالي ( 20 % ) من حالات الشلل الدماغي ويضع هذا الالتواء جسم المصاب بوضعيات مؤلمة وغير مريحة وقد يصاب المريض بنوع آخر من الحركات اللادارية مثال احكام قبضة اليد أو عدم أحكامها فيصعب على المريض حمل او مسك الاشياء كالقلم وقد يعاني المصاب من حركات لا ارداية عشوائبة فتتحرك ذراعه وساقاه بطريقة مفاجأة وعشوائية اذا اقتصرت هذه الحركات اللادارية على يد أو قدم واحدة يمكننا تصنيف الإصابات ضمن الإصابات الطفيفة فيستخدم يده الأخرى للمسك بالاشياء الأخرى كتناول الطعام ومن المشاكل التي يعاني منها المصابون بالشلل الكنغي هي تقلب حالة العضلات بين التيبس إلى الليونة ويصعب على المصاب المحافظة على وضعيته والوقوف بشكل مستقيم ويؤثر هذا كثيرا على قدرة المصاب على الحركة

**-الشلل الترنحي** : ينتج هذا النوع عن إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق الحركي والحسي ونسبة حدوثه [ 10 % ] وتتصف حركة الأطفال المصابين بهذا النوع من الشلل بالترنح وعدم التوازن ، كما يظهر على الطفل انخفاض في مستوى الشد العضلي مصحوباً بضعف في التوازن يصدر عن المصاب ارتعاشات وحركات غير ثابتة فإذا أصيب عضلات الذراعين أو اليدين بالارتعاش ويصعب على المريض حمل الاشياء واذا أصيبت الساقين سترتعش الساقين عند الوقوف أو المشي ولن يتمكن المثال من الثبات مما يؤدي لسقوطه ولتجنب ذلك وللوصول إلى ثبات افضل يبعد المصابون بين أقدامهم عند الوقوف أو المشي وقد يصيب الترنحي عضلات الوجه أو العينين ويصعب على المصاب التحدث أو الابتلاع أو التحدق أوغير اتجاه نظره يصدر عن المصاب ارتعاشات وحركات غير ثابتة فإذا أصيب عضلات الذراعين أو اليدين بالارتعاش ويصعب على المريض حمل الاشياء واذا أصيبت الساقين سترتعش الساقين عند الوقوف أو المشي ولن يتمكن المثال من الثبات مما يؤدي لسقوطه ولتجنب ذلك وللوصول إلى ثبات افضل يبعد المصابون بين أقدامهم عند الوقوف أو المشي وقد يصيب عضلات الوجه أو العينين ويصعب على المصاب التحدث او الابتلاع أو التحدق أو وغير اتجاه نظره

**4- الشلل المختلط :** يصنف الشلل الدماغي بأنه شلل مختلط إذا ظهرت على الطفل المصاب أعراض أكثر من نوع من أنواع الشلل ، فقد يعاني الطفل من أعراض شلل دماغي تشنجي وشلل التوائي معاً ، أو شلل دماغي تشنجي وشلل دماغي غير توازني معاً ، هكذا ، وذلك تبعاً لموقع الإصابة في الدماغ ، وتقدر نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل بحوالي 20 % من حالات الشلل الدماغي ( القريطي، 2011)

**-ومن أهم أسباب الشلل الدماغي :**

**١ - عوامل ما قبل الولادة :**

أ- الوراثة : مع أن الشلل الدماغي ليس وراثياً ولكن هناك حالات من الشلل الدماغي يمكن أن يكون للوراثة دور فيها . إلا أن تلك الحالات تعتبر نادرة الحدوث .

ب- تعرض الأم للالتهابات أثناء الحمل

ج- تعرض الأم للإشعاعات .

د- نقص الأوكسجين قبل الولادة .

هـ- عدم توافق دم الوالدين ( العامل الرايزيسي ) .

و- إصابة الأم الحامل باضطرابات محددة لها علاقة بعمليات التمثيل الغذائي واضطرابات أخرى .
ي-الانتانات المكتسبة أثناء الحياة الرحمية ، أسباب حملية ، اضطراب في الملحقات ( المشيمة السائل الأمنيوسي ، الحبل السري ) .

**٢- عوامل أثناء الولادة :**

أ- تأخر الولادة .
ب- الإصابات أثناء الولادة .
ج- تعرض الرأس للضغط أثناء الولادة .
ز- انخفاض وزن الطفل
- الخداج ( ولادة الطفل قبل 40 أسبوعاً من موعد الولادة ) .
ح- نزيف الأم خلال الحمل .
د- اختناق الجنين .
هـ- نقص الاكسجين

**٣ -عوامل مابعد الولادة:**

أ- الإصابات والرضوض التي يتعرض لها الرأس .
ب- الالتهابات التي تصيب الدماغ
ج- التسمم .
د.نقص الأكسجين بعد الولادة .

الاضطرابات الأخرى التي يتعرض لها الطفل ( مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية )
- ذات الرئة الاستنشاقية ، اليرقان النووي ، أسباب استقلابية : نقص السكر - نقص كالسيوم الدم ، أسباب التهابية : التهاب السحايا الجرثومي - التهاب الدماغ ، أسباب رضية قحفية أسباب جراحية ، أسباب تجفافية

من نتائج الإحصائية التي أجراها لحلوح(في عيادته الخاصة بحلب ) على ٢٠٠ طفل مصاب كانت النسبة المئوية :

مرحلة ما قبل الولادة(9%)، مرحلة الولادة الباكرة (14%) المرحلة الولادية( 43% ) مرحلة ما بعد الولادة(28 % ) مجهولة السبب (6%) (لحلوح، 2005)

**- العلامات التي تدل على أن طفلك مصاب بالشلل الدماغي :**

**أولا- في الأطفال الأصغر من 6 أشهر من العمر:**

تأخر حركة الرأس عند حمل الطفل وهو مستلقي على ظهره
الشعور بالتيبس الدائم في العضلات
الشعور بالمرونة وعدم القدرة على التحكم
الشعور بتصلب الساقين عند حمل الطفل

**ثانياً- في الأطفال الأكبر من 6 أشهر من العمر:**

عدم قدرة الطفل على الحركة في أي اتجاه
عدم قدرة الطفل على جمع يديه معاً
مواجهة الطفل لصعوبات أثناء وضع يديه في فمه
تحريك يد واحدة فقط، بينما تظل اليد الأخرى مقبوضة طوال الوقت

**ثالثاً- في الأطفال الأكبر من 10 أشهر من العمر:**

الزحف بطريقة غير متوازنة، حيث يدفع بإحدى يديه ورجله بينما يسحب اليد والساق الأخرى
المشي على الأرداف أو القفز على الركبتين، لكنه لا يستطيع الزحف على أربع
الصعوبات التي تواجه الأم مع رضيعها المصاب بالشلل الدماغي
تعاني الأم من صعوبة في إرضاعه بسبب ضعف قدرته على المص.
يبدو المولود شديد البكاء ويصعب السيطرة على هيجانه.

وقد يبدو في بعض الحالات هامداً وخاملا فلا يتحرك مما يثير حزن الأم التي تريد ملاعبة وليدها ومداعبته، وتلاحظ الأم أن رأس المولود يكون متيبساً مقارنة مع باقي جسمه فتجد صعوبة عند الحمام الأول للمولود، وتكتشف أن مولودها لا يبدو طبيعياً ، إن مشكلة وظاهرة الرأس المتيبس تشعر الأم كأن رأس المولود سوف ينفصل عن جسمه، والتعامل معه يكون صعباً ويحتاج لرعاية خاصة ومجهودات مشتركة مع الأم والمحيطين بها، الذين يجب أن يقدموا لها الدعم النفسي والمعنوي( لحلوح،2005)

**- الكشف المبكر عن الشلل الدماغي :**

يتم الكشف المبكر إما عن طريق الطبيب فور الولادة أو بعد الولادة أو من خلال الزيارات الأولى للطفل للمراقبة واللقاح ، وإما عن طريق الأهل لدى ملاحظتهم تطور غير طبيعي لطفلهم وبعد إجراء كل ما يلزم لتأكيد الإصابة من فحوصات سريرية وشعاعية وغيرها من وسائل تساعد على التشخيص و يجب البدء فورا" بالتأهيل

**-مفهوم التدخل المبكر وتعريفه :**

ويقصد بالتدخل المبكر بأنه اكتشاف وجود الإصابة أبكر ما يمكن وبعد وضع التشخيص المبدئي يبدأ التدخل المبكر الذي يتضمن : (معرفة العمر الوظيفي ومعرفة تطبيق برامج التدخل المبكر مثل (بورتيج ) و مشاركة الأهل في البرنامج و إجراء المراقبة والتقيم المتكرر للطفل ) كما يشير مفهوم التدخل المبكر توفير خبرات تربوية واجتماعية خلال السنوات

الأولى من عمر الطفل ( حتى سن 6 سنوات ) يؤثر بشكل إيجابي على نموه في بجميع جوانبه وقام ( القريطي ، 2011 ) ، ( الخطيب ، الحديدي 28 :2083 ) ( القمش ، 2014 : 115 ) بتحديد الاعاقات المستهدفة من التدخل المبكر وسنقتصر في هذا البحث الحديث عن :

**-الأطفال ذو ظرف خطر قائم** : الذين تم تشخيصهم رسمياً وتبين وجود اضطرابات طبية محددة ، معروف في الغالب أسبابها وأعراضها . وتضم هذه الظروف بعض الاضطرابات الصبغية ، مثل زملة دوان وحالة الفينلكتيون يوريا والتشوهات الخلقية والاضطرابات العصبية( مثل الشلل الدماغي )والاضطرابات الحسية ،الأطفال في هذه الفئة ليس من الضروري أن يظهر عليهم حالياً تأخر نمائي ولكن احتمال حدوث ذلك لا يقل عن 90 % ، أو 65 % كما يذهب البعض والمحك المستخدم هنا هو التشخيص الطبي

**- أهمية التدخل المبكر: أشار كل من العجمي (2011) و ( صليحة،2021)( لحلوح،2004) بأن التدخل المبكر :**

- قد يسهم في هذه المرحلة في تنمية قدرات الطفل العقلية والحركية وتحسين سلوكه الاجتماعي والانفعالي، كما إن توفير برامج غنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية، سواء أكانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة

- يساعد الأطفال ذو الشلل الدماغي على استغلال وتحقيق أقصى مستوى ممكن من طاقاتهم وقدراتهم والاندماج في المجتمع مما يحسن من فرص التكيف والدمج الاجتماعي بما يؤهلهم للمشاركة في حياة المجتمع .

- اعداد الوسائل المشتركة والمنسقة من طبية اجتماعية وتربوية ومهنية والتي تهدف إلى تدريب أو إعادة تدريب الشخص لمساعدته على بلوغ أرفع مستوى ممكن من الكفاءة الوظيفية والمقدرة على القيام بالأعباء اليومية .

-الحصول على أفضل استقلالية في الحياة اليومية وتحسين الوظائف الحركية و السيطرة الإرادية والوقاية من حدوث التشوهات العظمية وعلاجها عند حدوثها ومعالجة الاضطرابات المرافقة والتأهيل عبر المجتمع ودمج الأطفال المصابين في المدارس العادية والتأهيل المهني وتعديل البيئة المحيطة ومساعدات الاستقلال الوظيفي .

وتضيف الباحثة بأن التدخل المبكر له دور وقائي حيوي يتمثل أساسا بمساعدة الطفل على :

-1اكتساب أنماط سلوكية مقبولة في المجتمع والمدرسة وغيرها

-2اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية

-3تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته

-4فهم مشاعره ومشاعر الآخرين
-5تطوير اتجاهات إيجابية نحو التعلم

**- برامج التدخل المبكر:**

قد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاثة مراحل رئيسية هي :

١ -المرحلة الأولى : كانت تركز على تزويد الأطفال الرضع بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم

٢ -المرحلة الثانية : أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين

٣ -المرحلة الثالثة : أصبح الاهتمام بالنظام الأسري لأنه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثرا على نمو الطفل بالتالي اصبح دعم الآسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية )لحلوح،(2005

**- الدراسات السابقة:**

**- دراسة جاكلين ( Jaklin ، 2002 ) بعنوان:** التدخل المبكر للعلاج الطبيعي لحالات الأطفال ذوي الوزن المنخفض جدا عند الولادة والذين اصيبوا بالشلل الدماغي، واشنطن

عينة الدراسة : تم تعيين 80 طفلا من ذوي الوزن المنخفض جدا عند الولادة والذين أصيبوا بالشلل الدماغي وتمت الدراسة على هؤلاء عندما اصبح عمرهم 6 شهور . وقسمت العينة إلى مجموعتين :

الأولى : 40 طفلا من العينة قدمت لهم خدمات العلاج الطبيعي في مراكز خاصة تقدم خدمة العلاج الطبيعي لحالات الشلل الدماغي بإشراف وجهود أخصائيي العلاج الطبيعي المؤهلين وذوي الخبرة .

الثانية : 40 طفل من العينة لم يقدم لها خدمات العلاج الطبيعي من قبل المختصين المؤهلين وكانت النتائج بعد الملاحظة لفترة عشرة أشهر : ١-إن المجموعة الأولى والتي قدم لها علاج طبيعي من ذوي المؤهل والخبرة كانت نسبة التطور لديهم مرتفعة .

٢- إن المجموعة الثانية كانت نسبة التطور لديهم منخفضة وبشكل واضح مما يدل دلالة واضحة على أن الفائدة من العلاج الطبيعي والمدروس ومن أهل الكفاءة والخبرة له فوائده ونتائجه الجيدة وانه لابد من أن يقدم العلاج الطبيعي للحالات المصابة بالشلل الدماغي في وقت مبكر حتى لا تفوت الفرصة على الطفل المحتاج لهذه الخدمة

**- دراسة بارلو وزملائه ( Christ Barlow , PpowelIngil ، 2006 ) بعنوان :**

the influence of the training and support programmed on the self - efficacy and psychological well being of parents of children with disabilities

هدف الدراسة: فحص فاعلية تدخل أولياء أمور الأطفال المعاقين في سلوكيات النوم والطعام والقابلية للحركة لدى أطفالهم من ذوى الشلل الدماغي ، وكذلك التعرف على الكفاءة الذاتية والرضا النفسي لدى أولياء الأمور

أداة الدراسة : تم تصميم برنامج تدريبي لإكساب أولياء الأمور مهارات التدليك البسيطة التي يمكن إستخدامها مع أطفالهم في البيئة المنزلية

عينة الدراسة: شملت العينة ( 95 ) من الأباء والأمهات ، ( 49 ) كونوا مجموعة تجريبية خضعت لبرنامج تدريبي على مهارات التدليك من قبل معالجين متخصصين في التدليك

و ( 46 ) مجموعة ضابطة

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن البرنامج التدريبي قد اكسب أفراد العينة التجريبية لمهارات العلاج بالتدليك ، والتعامل مع مشكلات النوم والطعام للأطفال

**- دراسة ( عبد الملاك ،2010 ) بعنوان:** برنامج لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ومعاقين عقليا

عينة الدراسة: تكونت العينة من ( ١٨ ) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم مابين ( 5-10 ) سنوات مقسمين إلى مجموعتين ( تجريبية وضابطة ) تتكون كل مجموعة من ( ٩ ) أطفال من الذكور والإناث . كما إشتملت العينة على الأمهات وعددهم ( 16 ) بالإضافة إلى المدربين وعددهم ( (20، وعينة الأمهات

والمدرسين مقسمين إلى مجموعتين ( تجريبية وضابطة ) وقد طبقت البرنامج على المجموعة التجريبية فقط .

وتوصلت في النتائج إلى فاعلية البرنامج التي قامت بتطبيقه على أغلب المجالات في مقياس السلوك التكيفي . ولم تجد فرق واضح على بعض المجالات مثل اللغة والرعاية .

**- دراسة ( العتيق، وآخرون ، (2017بعنوان** : فاعلية العلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية - دراسة مقارنة

**هدف الدراسة :** تصميم برنامج للعلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها وذلك في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية

**عينة الدراسة : تكونت** العينة من ( 80 ) طفل وطفلة مصابين بالشلل الدماغي وتراوحت أعمارهم ما بين ( 4 - 9 ) سنوات . وتم تقسيم العينة إلى ( 4 ) مجموعات ، تكونت كل مجموعة من ( 20 ) طفل وطفلة . المجموعة الأولى طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة ، المجموعة الثانية طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي ، والمجموعة الثالثة طبق عليها برنامج تعديل البيئة ، المجموعة الرابعة وهي المجموعة الضابطة

**منهج الدراسة** : اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي ، وتم حساب درجات برنامج بورتاج وتطبيق مقياس الحالة النفسية ، وتطبيق استمارة قياس جودة الحياة البينية على العينة
بالكامل ، وكذا تم تطبيق استمارة دراسة الحالة واستمارة نوعية الحياة البيئية والإجتماعية والإقتصادية .

**وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :**

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية لبرنامج بورتاج قبل وبعد تطبيق كلا من برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة لصالح التطبيق البعدي .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة التي طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة ، وبين عينة الدراسة التي طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي فقط لصالح العينة التي طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة لبرنامج البورتاج .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية لبرنامج بورتاج قبل وبعد تطبيق برنامج تعديل البيئة لصالح التطبيق البعدي .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة التي طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة ، وبين عينة الدراسة التي طبق عليها برنامج تعديل البيئة فقط لصالح العينة التي طبق عليها برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة لمقياس الصحة النفسية

**ثالثا-منهجية البحث وإجراءته:**

**-منهج البحث :**اقتضت طبيعة البحث الاعتماد على منهج البحث الوصفي التحليلي للتعرف على درجة دور التدخل المبكر للوصول إلى استقلالية في الحياة للطفل المصاب بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية ، وهذا المنهج يقوم على الوصف الموضوعي والمنظم والكمي لجوانب التدخل المبكر ، ويعرَّف هذا المنهج في البحث بأنّه منهج يقوم على وصف ما هو كائن وتفسيره وعلى معرفة العلاقات التي يمكن أن تحدث بين المتغيّرات في البحوث التربوية والنفسيّةWiersma,2007,p15

**- مجتمع البحث وعينته :** تكون مجتمع البحث من أولياء الأمور تم اختيارهم وفقاً لأسلوب العينة العشوائية و نظراً لصعوبة التطبيق على كل فرد من أفراد المجتمع الأصلي للبحث لعدة أسباب منها ما يتعلق بالحالة النفسية وعدم التقبل للوالدين لحالة طفلهم المصاب ومنها ما يتعلق بالأسباب المنهجية والبحثية وصعوبة تطبيق الاستبانة داخل المركز حيث اهتمت الباحثة بضرورة التأكد أن المبحوث لديه أطفال في مرحلة رياض الأطفال بالمراكز وللخروج بنتائج حقيقة . فقد تم اختيار عينة من المجتمع الذي سحبت منه ، حيث تم بعث الاستبانة إلكترونيا ومنهم تم مقابلتهم بالمراكز في مقابلات فردية لضمان جدية المشاركة ولمن يرغب في المشاركة ، وتم توزيع الاستبانات عليهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة والممكنة وكان العدد الكلي لأولياء الأمور للذين أطفالهم مصابين بالشلل الدماغي ( 40) لعام -2022 2023

**وبالنسبة لعينة البحث الثانية** : تم السحب القصدي لمقدمي الرعاية المتخصصين بالشلل الدماغي في مركز معهد الشلل الدماغي للصغار بدمشق خلال إجراء المقابلات معهم للإجابة على الاستبانة في المراكز وبلغ العدد الكلي( (20متخصص ومتخصصة

**- أداة البحث( الاستبانة) :**

قامت الباحثة بدراسة دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي وذلك من خلال دراسة بعض الأدبيات والبحوث والدراسات السابقة ذات الصلة بمجال البحث ( الشهري، )(2018سلطان، )(2016لحلوح،(2004 ( الحسين ، ) (2015صليحة ) (2021 وشاحي، (2013ضمنت محاور الاستبانة ثلاثة جوانب ( الجانب العلاجي - الجانب الطبيعي -الجانب التربوي ) عرضت الصورة الأولية على عدد من المحكمين في جامعات(دمشق الفرات، الأكاديمية العربية في الدنمارك)اذ بلغ عددهم( 5 محكمين تربويين )(ملحق رقم 2) قامت الباحثة بتعديل بعض البنود في ضوء ملاحظات السادة المحكمين ، سواءً أكان ذلك في إضافة بعض البنود أم حذفها أم تعديل صياغتها ومدى ارتباط كل منها بالمجال المناسب

**-صدق الاتساق الداخلي**: تحققت الباحثة من صدق الاتساق الداخلي بتطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (15) من الوالدين و( (15من المتخصصين بمراكز الشلل الدماغي من خارج عينة البحث وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وأيضاً معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد الاستبانة واجمالي الاستبانة واستخدم لذلك برنامجspss (جدول رقم (1

| التدخل العلاجي | | التدخل الطبيعي | | التدخل التربوي | |
|---|---|---|---|---|---|
| رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط | رقم العبارة | معامل الارتباط |
| 1-12 | 0.61-****0.80 | 1-7 | **0.50-**0.82 | 1-6 | **0.59-**0.86 |

** دال عند مستوى دلالة 0.01

ويتضح من الجدول أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات البعد دالة عند مستوى الدلالة(0,05 )والدرجة الكلية للبعد قد تراوح بين (0.50-0.86) مما يشير إلى الاتساق الداخلي للاستبانة وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للقائمة قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة. والجدول رقم(3) يوضح معاملات ارتباط كل محور من محاور الاستبانة والمحاور الأخرى وكذلك مع الدرجة الكلية مما يشير إلى الاتساق الداخلي للاستبانة وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للقائمة قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة.

**جدول رقم( (2يوضح معاملات ارتباط كل محور من محاور الاستبانة والمحاور الأخرى وكذلك مع الدرجة الكلية**

| | الدرجة الكلية | التدخل العلاجي | التدخل الطبيعي | التدخل التربوي |
|---|---|---|---|---|
| التدخل العلاجي | 0.76 | 1 | - | - |
| التدخل الطبيعي | 0.75 | 0.59 | 1 | - |
| التدخل التربوي | 0.80 | 0.58 | 0.49 | 1 |

يتضح من الجدول السابق أن جميع المحاور الفرعية ترتبط ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للأبعاد الأساسية ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يؤكد أن الاستبانة يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

**-ثبات الاستبانة:** للتحقق من ثبات الاستبانة استخدمت الباحثة معامل(ألفا كرو نباخ) وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي للاستبانة الموجهة لأولياء الأمور والمتخصصين بمراكز الشلل الدماغي الجدول (رقم (3 يوضح معاملات الثبات للاستبانة باستخدام (معامل ألفا).

**جدول رقم ( (3 يوضح معاملات الثبات للاستبانة باستخدام (معامل ألفا).**

| المجال | معامل ألفا كرونباخ |
|---|---|
| التدخل العلاجي | 0.846 |
| التدخل الطبيعي | 0.731 |
| التدخل التربوي | 0.726 |
| البنود ككل | 0.893 |

يتبين من الجدول أن معاملات الثبات تراوحت بين (0.726- 0.846) في حين بلغت قيمة معامل ثبات (الفا كرونباخ ) لبنود الاستبانة ككل( 0.893)، وهم قيم ثبات مرتفعة.

**-ثبات التجزئة النصفية:** تم استخراج معامل ثبات التجزئة النصفية والتصحيح باستخدام معادلة سيبرمان-براون، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

**جدول رقم(4 )معامل ثبات الاستبانة بمعادلة سيبرمان- براون**

| المجال | سيبرمان -براون |
|---|---|
| التدخل العلاجي | 0.843 |
| التدخل الطبيعي | 0.802 |
| التدخل التربوي | 0.792 |
| البنود ككل | 0.873 |

يتبين من الجدول السابق أن قيم معامل الثبات بالتجزئة النصفية تراوحت بين (0.792-0.802)في حين بلغت معامل الثبات بالتجزئة النصفية لبنود الاستبانة ككل (0.873).

وهذا يدل على ثبات مرتفع

**-الاستبانة في صورتها النهائية:** رتبت فقرات الاستبانة بصورتها النهائية ، وأصبحت جاهزة للاستخدام بعد إجراء التعديلات عليها تبعاً لملاحظات المحكمين(ملحق رقم1)

-ولتفسير الاستجابات اعتمد الآتي:

**جدول رقم( (6يبين فئات المتوسط الحسابي والتقدير الموافق في التعليق**

| فئات قيم المتوسط الحسابي | التقدير للتعليق |
|---|---|
| 1-2.60 | منخفض |
| 2.61-3.40 | متوسط |
| 3.41-5 | مرتفع |

**- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :**

-النسب المئوية

-المتوسط الحسابي.

الانحراف المعياري.

-اختبار تحليل التباين الأحادي البعد (ANOVA) لحساب الفروق لأفراد العينة لممارسة العوامل وفقاً لمتغير المؤهل العلمي والخبرة

- اختبار ت ستيودنت لحساب الفروق بين المتوسطات وفق متغير الجنس.

-معامل الترابط (بيرسون) لحساب معامل الارتباط بين فقرات كل بعد مع البعد ككل وكذلك معامل الارتباط بين كل فقرة والاستبانة ككل.

- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لحساب الثبات.

**-الاجابة عن سؤال البحث:**

للإجابة عن السؤال الأول قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على أداة الدراسة وفق الآتي

**جدول رقم (7 ) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل المبكر للوصول إلى استقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية**

| الرقم | المجال | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | التقدير |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | التدخل العلاجي | 2.16 | 0.61 | 2 | منخفض |
| 2 | التدخل الطبيعي | 2.26 | 0.69 | 1 | منخفض |
| 3 | التدخل التربوي | 1.97 | 0.74 | 3 | منخفض |
| | المستوى الكلي | 2.13 | 0.66 | | منخفض |

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي لجوانب التدخل المبكر جميعها كانت (2.13%)وانحراف معياري (0.66)وجاء التدخل الطبيعي بالرتبة الأولى بمتوسط حسابي (% (2.26ثم التدخل العلاجي بمتوسط حسابي (% (2.16ثم التدخل التربوي بمتوسط حسابي(1.97%)وهذا يخالف ما أشارت إليه كل من دراسات ( العجمي )(2011صليحة،)(2021لحلوح) بأن التدخل المبكر قد يسهم في هذه المرحلة في تنمية قدرات الطفل العقلية والحركية وتحسين سلوكه الاجتماعي والانفعالي، كما إن توفير برامج غنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية، سواء أكانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية وفق الاحتياجات الفردية لكل حالة، كما ان اعداد الوسائل المشتركة والمنسقة من طبية اجتماعية وتربوية ومهنية والتي تهدف إلى تدريب أو إعادة تدريب الشخص يسهم في بلوغ أرفع مستوى ممكن من الكفاءة الوظيفية والمقدرة على القيام بالأعباء اليومية .ومع ما أشارت دراسة ( سلطان ، 2016 ) أن التدخل يساعد الأسرة على تخطي مجموعه كبيره من المشاكل التي سيتعرضون لها كون وجود اي طفل معوق في اي عائله يريحها من المرور أو يخفف عنها المراحل المتعددة من الاستنكار والرفض ثم الصدمه ثم الاستسلام ثم التكييف والتفاعل مع الأمر الواقع

**جدول رقم ( 8) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل العلاجي المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي**

| | البنود | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | التقدير |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | -يتم تشخيص إصابة الطفل بالشلل الدماغي مبكرا من قبل مقدمي الرعاية | 2.18 | 0.70 | 5 | منخفض |
| 2 | - يوصي مقدمي الرعاية الوالدين بحد أدنى ساعتين من التدخلات العلاجية المتخصصة أسبوعيا في أول 24 شهرا لتوجيه نمو الطفل | 2.50 | 0.86 | 4 | منخفض |
| 3 | - يوصي المتخصصين بالمراكز الوالدين بالتدريب على المهام المحددة لرعاية الرضع والأطفال المصابين بالشلل الدماغي | 2.65 | 0.90 | 1 | متوسط |
| 4 | - يتم مراقبة أنشطة لعضلات ومفاصل الطفل المصاب لإدارة الألم والتصلب | 2.60 | 0.76 | 3 | منخفض |
| 5 | -يزيد التدخل العلاجي المبكر للشلل الدماغي من المرونة العصبية ويقلل من تطور الضعف الثانوي المرتبط بتغيير نمو العضلات والعظام . | 1.90 | 0.99 | 9 | منخفض |
| 6 | - يعمل مقدمي الرعاية على توفير الدعم لإدارة التوتر المرتبط غالبا بأوقات الوجبات | 1.86 | 0.61 | 11 | منخفض |
| 7 | - يسعى مقدمي الرعاية من التعرف على محاولات التواصل التي يقوم بها الطفل المصاب | 2.6 | 0.70 | 6 | منخفض |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | - يسعى مقدمي الرعاية لمراقبة الورك النشط والعضلات والمفاصل في حالات الشلل الدماغي | 2.63 | 1.00 | 2 | متوسط |
| 9 | - يتم تقديم الخدمات الصحية المناسبة للأطفال المصابين من قبل مقدمي الرعاية | 1.96 | 0.77 | 8 | منخفض |
| 10 | - يساعد التدخل العلاجي في تحسين خطوة التحضير للمشي المستقل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي | 1.88 | 0.66 | 10 | منخفض |
| 11 | - يتم العلاج بالحركة التقييدية والعلاج باليدين لتحسين جودة الحركة في اليد والذراع المصابين | 1.79 | 0.80 | 12 | منخفض |
| 12 | - يتم الإرشاد حول مقدار الوقت الذي يجب أن يقضيه مقدمي الرعاية كل أسبوع في القيام بالتدخل العلاجي المبكر | 1.99 | 0.91 | 7 | منخفض |
| | الدرجة الكلية | 2.16 | 0.89 | | منخفض |

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للمجال كله كان (2.16%)وانحراف معياري ( (0.89 وحصلت عبارة(يوصي المتخصصين بالمراكز الوالدين بالتدريب على المهام المحددة لرعاية الرضع والأطفال المصابين بالشلل الدماغي ) على الرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (2.65%) ويرجع النسب القليلة بالتدخل العلاجي المبكر سواء من قبل المتخصصين والوالدين لندرة المراكز الحكومية التي تقدم خدمات التدخل العلاجي المبكر منذ سن الولادة وحتى السادسة وإن وجدت فإنه لا يتوفر فيها التدخل العلاجي المناسب ولايوجد متخصصين يرشدون الوالدين لكيفية التدخل المناسب لمعالجة طفلهم المصاب وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة ( Allen , G ، 2011 ) ( وشاحي ، ٢٠١٣ ) لندرة المراكز الحكومية التي تقدم برامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة وقلة المتخصصين بالمراكز للوقوف على حالة الطفل المصاب ، لذلك لا بد من التأكيد على ضرورة إنشاء مراكز حكومية للاطفال المصابين بالشلل الدماغي وتقبل من الأهالي مبالغ زهيدة وتقدم لهم الخدمات
الإرشادية والتدريبية والتأهيلية لمساعدة أطفالهم المصابين وكيفية التعامل معهم ، و افتقار المركز للاجهزة التعويضية التي تتناسب مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وتخالف دراسة ( شرف ،2009 ) بأهمية وجود مراكز للتدخل العلاجي لاستخدام التمرينات التأهيلية و الطبية لما لها من تأثير إيجابي على تحسن مستوى الوقوف والإنزان لدى الأطفال المصابين
بحالات الشلل الدماغي ، ودراسة ( محمد، (2021التي أشارت إلى التأثير الإيجابي لتمرينات البرنامج التأهيلي المقترح في تحسين النغمة العضلية وتقليل فعل التشنج الناتج عنه تأثير برنامج التمرينات الإيجابي في زيادة القوة العضلية وحدوث تحسن في زوايا مفاصل الأطراف المصابة نتيجة الحركة المستمرة ، و التأثير الإيجابي للبرنامج التأهيلي في زيادة وتحسين المدى الحركي ،التأثير الإيجابي للبرنامج المقترح في تطوير التوازن ، حدوث تحسن في زوايا مفاصل الأطراف المصابة نتيجة الحركة المستمرة ، ودراسة ( محمد، )(2020محمد، (2019
(اسماعيل، )(2020حسن، (2009الذين أشاروا إلى فاعلية البرنامج العلاجي المبكر في تحسن بعض القدرات الوظيفية ( مسك الأشياء - رمي وركل الكرة - تناول الطعام بمفرده تحسين بعض المهارات بتصميم الحركية الأساسية ( المشي ، الحبو الوقوف ، الجلوس ) تحسن بعض مهارات التوازن والاعتماد على النفس ، ( صالح، (2017التي أكدت لفاعلية البرنامج العلاجي فيتحسن المدى الحركي لمفصل الكتف وتحسين السلوك التكيفي

**جدول رقم ( 9 ) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل الطبيعي المبكر للوصول**
**لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي**

| الرقم | البنود | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | التقدير |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | يتم اتباع تمارين من قبل مقدمي الرعاية لحل مشاكل سيلان اللعاب وصعوبة المضغ والبلع للطفل المصاب | 2.28 | 0.60 | 4 | منخفض |
| 2 | - يتم تدريب الطفل المصاب على مهارات النفخ : ( نفخ بالون ، النفخ على رغوة صابون، النفخ على شمعة ... الخ ) من قبل مقدمي الرعاية | 2.82 | 0.67 | 1 | متوسط |
| 3 | - يتم عمل مساج منزلي للطفل للمساعدة على بسط العضلات والتخفيف من حدة الآلام التي قد يعانيها | 2.37 | 0.61 | 3 | منخفض |
| 4 | - يتجنب وضع الطفل على ظهره فترات طويلة لأن ذلك يولد ردود فعل عكسية | 1.98 | 0.77 | 6 | منخفض |
| 5 | - يتجنب وضعية جلوس الطفل على الركبتين لفترات طويلة | 2.42 | 0.61 | 2 | منخفض |
| 6 | لا يستعمل دراجة الأطفال قبل أن يصبح الطفل قادراً على الوقوف على قدميه | 1.89 | 0.72 | 7 | متوسط |
| 7 | - يتم تجنب حمل الطفل لفترات طويلة متواصلة ( لأن ذلك يعيق الطفل ويحد من حركته وتطوره الطبيعي ) | 2.10 | 0.79 | 5 | منخفض |
| | الدرجة الكلية | 2.26 | 0.69 | | منخفض |

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للمجال كله كان (2.26%)وانحراف معياري ( (0.69 والقصور في التدخل الطبيعي المبكر واضح جدا في نتائج جميع البنود وهذا يخالف دراسة ( محمد،2011) بان للبرنامج الطبيعي التأهيلي المبكر أثر إيجابي على المتغيرات البدنية قيد البحث ( التوازن - المرونة ) وعلى إطالة العضلات المصابة بالتشنج و دراسة بارلو وزملائه ( 2006 ، Barlow , Ppowellngil Christ ) أن البرنامج الطبيعي قد أكسب أفراد العينة التجريبية لمهارات العلاج بالتدليك ، والتعامل مع مشكلات النوم والطعام للأطفال

**جدول رقم ( 10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل التربوي المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي**

| الرقم | البنود | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | التقدير |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | - يتم اصطحاب الطفل إلى جلسات التأهيل المعرفي والسلوكي عند ملاحظة أي مشكلات في مستوى الانتباه أو التركيز لديه. | 1.60 | 0.59 | 5 | منخفض |
| 2 | - يتم تدريب الوالدين على أنشطة تساعدهم على تقبل حالات طفلهم المصاب | 1.70 | 0.69 | 4 | منخفض |
| 3 | - يتم تنويع المناهج وأساليب البرامج المقدمة للطفل المصاب بالشلل الدماغي | 1.25 | 0.54 | 6 | منخفض |
| 4 | - يتم تقديم دعم الإدراك والتعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي | 2.38 | 0.61 | 2 | منخفض |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | - يتم الوصول المبكر إلى استراتيجيات التواصل المعززة والبديلة ( AAC ) لزيادة مهاراتهم في التواصل إلى أقصى حد | 2.29 | 0.62 | 3 | منخفض |
| 6 | - يقوم مقدمي الرعاية بالتواصل مع الطفل المصاب لتسهيل مهارات ما قبل اللفظ من خلال اللعب | 2.63 | 0.65 | 1 | متوسط |
| | الدرجة الكلية | 1.97 | 0.60 | | منخفض |

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للمجال كله كانت (1.97%)وانحراف معياري ( 0.60) ومن الممكن تفسير القصور في النتائج بأن بعد مركز التدخل المبكر عن منزل الطفل يمثل صعوبة في التردد عليه والاستفادة من خدماته من جلسات التخاطب تعليم مهارات الحياة والتواصل ومهارات اللفظ من قبل المتخصصين ، كما لا يوجد تنوع بمناهج وأساليب برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ولا أنشطة تساهم في تقبل أولياء الأمور لفكرة أن طفلهم مصاب بالشلل الدماغي ، والنتيجة تخالف دراسة ( عبد الملاك ٢٠١٠ ) إلى فاعلية البرنامج التي قامت بتطبيقه على أغلب المجالات مثل اللغة والرعاية والمهارات الحياتية

و نتائج دراسة ( عبد الرازق ٢٠٠٥ ) التي حققت تقدماً في مجالات النمو اللغوية والإجتماعية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، و ما أكدته دراسة فان در بورغ وأخرين ( Vander , .burj 2006 et al ، ) من زيادة التواصل الإجتماعي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذين تعرضوا لبرنامج علاجي لتقليل سيلان اللعاب

**-فرضيات البحث:**

**-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة)أولياء الأمور) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الجنس**

**جدول رقم (11) نتائج اختبار ت استودنت لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس**

| الأبعاد | الجنس | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة ت | درجة الحرية | قيمة الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التدخل العلاجي | الإناث | 20 | 4.55 | 1.460 | 4.996 | 38 | 0.000 | دال |
| | الذكور | 20 | 2.95 | 0.577 | | | | |
| التدخل الطبيعي | الإناث | 20 | 4.11 | 1.424 | 5.795 | 38 | 0.000 | دال |
| | الذكور | 20 | 2.76 | 0.585 | | | | |
| التدخل التربوي | الإناث | 20 | 3.98 | 0.904 | 7.132 | 38 | 0.000 | دال |
| | الذكور | 20 | 2.17 | 0.540 | | | | |
| **الدرجة الكلية** | الإناث | 20 | 10.83 | 3.373 | 6.796 | 38 | 0.000 | دال |
| | الذكور | 20 | 7.88 | 2.413 | | | | |

يتبين من الجدول السابق أن الفروق دالة لصالح الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي للإناث ( 10.83) والذكور ( 88.7)ومن الممكن تفسير النتيجة بأن الأم هي المرافق الدائم للطفل المصاب بينما الاب يرافقه من حين الى آخرا والفروق بين جنس الولي ( أب ، ام ) الى ان ثقافة الاباء عن ما يرتبط بابناءهم كالامراض والاعاقات ... الخ تختلف بشكل جوهري عن ثقافة الامهات وذلك مرده اننا دائما نجد أن الام هي الاكثر اهتماما بانها المعاق عكس الاباء الذين لا يكفيهم الوقت للاهتمام بابناءهم جراء اعمالهم في الخارج وهذا يتفق مع دراسة ( دراز،2015) بأن الأمهات لديهم وعي مرتفع بالمسؤولية الأسرية تجاه طفلهم المصاب بالشلل الدماغي ودراسة (شليحي، تشيكو، (2023إلى أن أولياء الاطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم مستوى وعي مرتفع بهذا الاضطراب و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة في مستوى الوعي بطرق التكفل حسب متغير جنس الولي لصالح الإناث

**- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة(المتخصصين في مراكز الشلل الدماغي) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الجنس**

**جدول رقم (11) نتائج اختبار ت لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس**

| الأبعاد | الجنس | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة ت | درجة الحرية | قيمة الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التدخل العلاجي | الإناث | 10 | 4.76 | 1.450 | 6.996 | 8 | 0.001 | دال |
| | الذكور | 10 | 2.95 | 0.811 | | | | |
| التدخل الطبيعي | الإناث | 10 | 4.39 | 1.433 | 7.795 | 8 | 0.002 | دال |
| | الذكور | 10 | 2.76 | 0.566 | | | | |
| التدخل التربوي | الإناث | 10 | 4.43 | 1.502 | 5.132 | 8 | 0.006 | دال |
| | الذكور | 10 | 2.31 | 0.522 | | | | |
| **الأداة ككل** | الإناث | 10 | 13.58 | 4.311 | 9.796 | 8 | 0.000 | دال |
| | الذكور | 10 | 7.66 | 2.422 | | | | |

ويتبين من الجدول السابق بأن الفروق كانت لصالح المتخصصات الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي ( (13.58والذكور ( (7.66ومن الممكن تفسير النتيجة أن المتخصصات الإناث كانوا على اتصال مع الام أكثر من الذكور وتابعوا الحالة بشكل أدق واهتمام أكبر من المتخصصين الذكور

**جدول رقم (11) نتائج اختبار أنوفا لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعا لمتغير المؤهل العلمي**

| محاور الاستبانة | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة (F) | قيمة الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التدخل العلاجي | بين المجموعات | 18.671 | 2 | 4.963 | 5.088 | 0.006 | دال |
| | داخل المجموعات | 77.850 | 37 | 0.620 | | | |
| | المجموع | 96.521 | 39 | | | | |
| التدخل الطبيعي | بين المجموعات | 412.390 | 2 | 80.669 | 14.956 | 0.004 | دال |
| | داخل المجموعات | 570.511 | 37 | 4.870 | | | |
| | المجموع | 982.901 | 39 | | | | |
| التدخل التربوي | بين المجموعات | 760.852 | 2 | 150.774 | 30.144 | 0.021 | دال |
| | داخل المجموعات | 550.736 | 37 | 4.711 | | | |
| | المجموع | 1311.588 | 39 | | | | |
| الدرجة الكلية | بين المجموعات | 90.411 | 2 | 17.559 | 3.286 | 0.007 | دال |
| | داخل المجموعات | 512.046 | 37 | 5.330 | | | |
| | المجموع | 602.457 | 39 | | | | |

- يتضح من الجدول السابق أن قيمة ف المحسوبة للدرجة الكلية تساوي ( 3.286) ومستوى الدلالة ( (0.007 وبذلك نرفض الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل ، اي انه توجد فروق دالة احصائيا في امتلاك المتخصص بالمراكز تبعا لمتغير المؤهل العلمي وقد فسر الباحثة وجود مثل هذه الفروق إلى إلى ضعف عدد البرامج التي تؤهل الاخصائيين للعمل في مراكز التدخل المبكر ، وهذا ما أشار اليه ( الظفر ي ،٢٠١٣ ) ( القمش ، ٢٠١٤ ) (الشهري ، ٢٠١٨ ) (القحطاني ٢٠٢٢ ) ان من أسباب صعوبة الحصول على خدمات التدخل المبكر هي عدم توافر الكوادر المتخصصة ، وعدم توافر مراكز متخصصة في عملية التشخيص المبكر ، وعدم توافر أدوات الكشف المبكر ، وقصوره أو تطبيق الاختبارات الرسمية

وغير الحسنة لتقويم حالات الاطفال مما ينعكس على إعداد البرنامج التربوي المناسب مكانة كل الطفل و أن الإعداد العلمي يشكل الأساس ونقطة البداية في تكوين خبرة المتخصصين وصقل تجربتهم العلمية من خلال تحويل المعارف النظرية إلى سلوكيات عملية مع الأطفال المصابين و المشرفين والمشرفات بالمركز من حملة شهادة ماجستير فأكثر لديهما معارف ومعلومات أكثر من المشرفين والمشرفات الذين يحملن مؤهلا علميا أقل ، وتؤكد هذه النتيجة أهمية الخلفية العلمية والاعداد الاكاديمي التأهيل العلمي للمشرفين والمشرفات في المركز العلاجي

**-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة)المتخصصين في مراكز الشلل الدماغي) لدور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعا لمتغير الخبرة**

**جدول رقم (11) نتائج اختبار أنوفا لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعا لمتغير الخبرة**

| محاور الاستبانة | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة (F) | قيمة الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التدخل العلاجي | بين المجموعات | 46.992 | 2 | 14.990 | 33.829 | 0.002 | دال |
| | داخل المجموعات | 50.851 | 17 | 0.411 | | | |
| | المجموع | 97.843 | 19 | | | | |
| التدخل الطبيعي | بين المجموعات | 690.390 | 2 | 221.133 | 96.772 | 0.005 | دال |
| | داخل المجموعات | 286.077 | 17 | 2.401 | | | |
| | المجموع | 976.467 | 19 | | | | |
| التدخل التربوي | بين المجموعات | 1027.852 | 2 | 355.422 | 170.069 | 0.027 | دال |
| | داخل المجموعات | 236.330 | 17 | 2.049 | | | |
| | المجموع | 1264.182 | 19 | | | | |
| الدرجة الكلية | بين المجموعات | 261.411 | 2 | 78.077 | 23.962 | 0.029 | دال |
| | داخل المجموعات | 366.046 | 17 | 3.039 | | | |
| | المجموع | 627.457 | 19 | | | | |

يتضح من الجدول السابق أن قيمة ف المحسوبة للدرجة الكلية تساوي ( 23.962)ومستوى الدلالة (0.029)وبذلك نرفض الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل ، اي انه توجد فروق دالة احصائيا في امتلاك المتخصص بالمراكز الخبرة لصالح عشر سنوات فأكثر وقد فسر الباحثة وجود مثل هذه الفروق إلى ومن الممكن أن يعود ذلك إلى أن المتخصصين ليس لديهم الخبرة الكافية بتقديم التوعية اللازمة وتوجيه أولياء الامور لمصادر تقديم الخدمات في محيط اقامتهم ، وليس لديهم المعلومات عن الخدمات التي ممكن تقديمها في المركز لتلبية احتياجات الاطفال وأسرهم وعلى تصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو أثناء المتابعة في المنزل وكيفية مساعدة الوالدين على تقبل حالة طفلهم المصاب ، كما ليس لديهم المعلومات لكيفية تطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقويم حالات الاطفال

**-مقترحات البحث:**

- إجراء المزيد من الدراسات المشابهة على التدخل المبكر للأطفال بالشلل الدماغي لما له من أهمية في تحسين نمط حياة الأطفال ومساعدة ذويه.

- متابعة التجديدات عن الأساليب الحديثة المستخدمة في مجال التمرينات العلاجية والطبيعية والتربوية الخاصة بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي .

- ضرورة تواجد وانتشار المزيد من المراكز الخاصة والحكومية وبأعمار مختلفة لرعاية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي

- تنظيم وعقد دورات تدريبية للعاملين في المراكز المتخصصة لرعاية وتأهيل ذوى الشلل الدماغي على أحدث برامج واستراتيجيات للتدخل المبكر ، وذلك لرفع كفائتهم المهنية ليتمكنوا من تحسين وتأهيل هؤلاء الأطفال

- ضرورة حث المؤسسات والهيئات المعنية بتأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة على تشكيل لجان للعمل على دراسة وفحص البيئة المنزلية للأطفال ذوى الشلل الدماغي لمساعدة الأهل في معرفة المعوقات الموجودة في هذة البيئة ومشاركتهم في تعديلها وتطويرها لتتلائم مع إمكانيات حالة طفلهم ، بما يتيح له تحقيق قدر من الإستقلالية

- العمل على توفير مراكز لتقديم الخدمات التأهيلية ( علاج طبيعي - علاج وظائفي – تنمية مهارات - تخاطب – تعديل سلوك ) وتواجد مختصين بكل مجال على حدا للأطفال ذوى الشلل الدماغي مجاناً .

**-المراجع:**

**- المراجع العربية:**

- اسماعيل، محمد .(2020). تصميم برنامج تأهيل بدني مكثف على الأطفال المصابين بضمور خلايا المخ من الدرجة الثانية والثالثة ،المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ، ع96

- باعثمان ، شروق . ( 2016 ) .مستوي رضا أولياء الأمور عن خدمات التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم من ذوي الإعاقة الفكرية وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة وصفية مجلة التربية الخاصة ، كلية علوم الإعاقة ، جامعة الزقازيق ، مج٤ ، ع ( ١٥ ) ، ابريل .

- الحسين ، منيرة. ( 2015).فاعلية برنامج تدريبي في النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى

الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة في الكويت ، كلية الدراسات العليا ، جامعة الخليج العربي البحرين.

- حسن، وليد. ( 2009). تأثير برنامج تأهيلي مفترح على مستوى بعض الحركات الأساسيه والتوازن لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ( CP ) ، مجلة أسيوط لعلوم وفنون التربية الرياضية ، العدد ٢٩ الجزء ٢

- الخطيب ، جمال.(1998). مقدمة في الإعاقات الجسدية والصحية ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن

- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، مني . ( 2013).التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ، ط 5 ، دار الفكر للنشر والتوزيع : عمان .

- عبد الرازق، عفاف .( .(2005 تجربة كاريتاس مصر ( التدخل المبكر من خلال المجموعات الصغيرة ) . بحث مقدم إلى المؤتمر العربي الثاني " الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية " القاهرة ، مصر .

- العتيق، احمد، وآخرون .( 2017). فاعلية العلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية - دراسة مقارنة ، مجلة العلوم البيئية ، مج 40 ، جامعة عين شمس

-العجمي ، نادية . ( 2011 ) . التدخل المبكر وبرنامج البورتيج . دار يافا العلمية للنشر والتوزيع .

- سلطان ، طارق . ( 2016). التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر القاهرة : دار العلم والايمان للنشر

-الشهري ، خلود . ( (2018 .معوقات الحصول على خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي

الاعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم ، مجلة التربية الخاصة والتأهيل مج ( 6 ) العدد ( ٢٥ ) الرياض .

-شرف، يسرى. ( 2009). المفاهيم المتقدمة في علاج وتأهيل مرضى الشلل الدماغي . جامعة أسيوط ، كلية الطب - رسالة ماجستير ماجستير غير منشورة

-شايحي، رابح، تشيكو، أمينة.(2023) . مستوى الوعي بإعاقة الشلل الدماغي لدى اولياء

الأطفال المصابين به من وجهة نظرهم ، مجلة البحوث العلمية، جامعة يحي فارس المدية الجزائرالمجلد 11 / العدد : 01 ( 2023 ) ، ص 534 - 553

- صليحة ، لالوش . ( ٢٠٢١ ) .التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، مجلة سوسيولوجيا ، المجلد ( 5 ) ، العدد ( ٢ ) ص ص 134-149

- صالح، منى (2017). التعرف على تاثير برنامج حسي حركي نمائي لمفصل الكتف على السلوك التكيف للأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشجني ،المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ، ع96

- القريطي ، عبد المطلب . ( .(2011 سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم طه

الانجلو المصرية : القاهرة .

- القحطاني ، خالد . ( ٢٠٢٢ ) .معوقات التدخل المبكر من وجهة نظر معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم ، مجلة كلية التربية بالاسماعيلية ، العدد ( 53 ) مايو .

- القمش ، مصطفي ، الجوالدة ، فؤاد . ( ٢٠١٤ ) .التدخل المبكر الأطفال المعرضون للخطر عمان ، الاردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع

- لحلوح، ماريو. ( .(2000 مركز سيتى ، القاهرة . اسباب الاعاقة وطرق الوقاية منها سلسلة التعريف بالإعاقة

-لحلوح، ماريو ( .(2005التقييم السريري للشلل الدماغي ،ط١

- مرزوق ، مريم .( .(2010 أثر برنامج تدريبي لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين عقلياً . جامعة عين شمس ، معهد الدراسات العليا للطفوله ، رسالة دكتوراة غير منشورة .

- محمد، مصطفى ( .(2020تصميم برنامج ترويجي علاجي على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ، ع96

- محمد، محمود.( . (2021تصميمبرنامج تأهيلب لرفع الكفاءة الوظيفية للأطفال المصابين

بالشلل النصفي الجانبي بالمرحلة السنية من 12-8ومعرفة تأثيره،المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ، ع96

-محمد، أحمد.( .(2019التعرف على العلاقة ما بين التأهيل الحرمي والمهارات الأساسية

للأطفال المصابين بالشلل الدماغي،المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ، ع96

- وشاحي ، سماح . ( 2003) .التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة

للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة القاهرة : القاهرة

**٢ -المراجع الاجنبية:**

independent -Allen , G. ( 2011 ) . Early intervention : The next steps , an - report to Her Majesty's government by Graham Allen MP . TSO Shop

lchrist . M. ( 2006 ) : the influence of the training and Barlow J powell , L. & Gi efficacy and psychological well being of -support programmed on the self parents of children with disabilities : A controlled trial complementary therapies 63 -in clinical practice , 12 ( 1 ) : 55

Van Der Burg , J. Jongerius , P : Van limbeek , J ; Van Hlulst , K. & Rotteveel , J. ( 2006 ) Social Interaction and self . Esteem of children with cerebral palsy of treatment for severe Drooling . center for current Research . 48 ( 2 ) : 103.7 .

.William , ( 2007 ) : Research methods in education an introduction ، Wiersma-