



دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة اليومية لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية

د. هيفاء محمود الأشقر¹

انتساب الباحث

¹ كلية التربية، جامعة الزهراء (عليها السلام) للبنات، العراق، كربلاء، 56001

¹haifaaalashkar311@gmail.com

المؤلف المراسل

معلومات البحث

تأريخ النشر: تشرين الأول 2025

Affiliation of Author

¹ College OF Education, Univ.. Al-Zahraa University (Peace be upon her) for Women, Iraq, Karbala, 56001.

¹haifaaalashkar311@gmail.com

¹ Corresponding Author

Paper Info.

Published: Oct. 2025

المستخلص

هدف البحث الحالي التعرف على واقع دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة اليومية لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية، تألفت عينة البحث الأولى من (40) أب وأم الذين لديهم أطفال متواجدين بمركز بالشلل الدماغي، وتألفت عينة البحث الثانية من (20) متخصص ومتخصصة (يعملون بمركز الشلل الدماغي)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي / التحليلي وطورت استبانة مكونة من (25) بنداً. وتوصل البحث إلى عدد من النتائج على الشكل الآتي: أ- آراء أولياء الأمور بالنسبة للتدخل المبكر: العلاجي (2.16) والطبيعي (2.26) والتربوي (1.97). ب- آراء المتخصصين في مراكز رعاية الشلل الدماغي بالنسبة للتدخل المبكر: العلاجي (2.84) والطبيعي (2.54) والتربوي (2.67). -وجود فروق في متوسطات درجات (أولياء الأمور) بتقديم التدخل المبكر لأطفالهم المصابين بالشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس وذلك لصالح الأم حيث بلغ المتوسط للأم (15.20) وللأب (13.16). -وجود فروق في متوسطات درجات (المتخصصين بالمركز) بتقديم التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس وذلك لصالح المتخصصات الإناث حيث بلغ المتوسط الحسابي للإناث (16.57) والذكور (14.16). كما وجد فروق لديهم تعزى لمتغير المؤهل العلمي وذلك لصالح الماجستير وما فوق . وفروق تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة وذلك لصالح (10) سنوات فأكثر في جوانب التدخل المبكر جميعها.

الكلمات المفتاحية: التدخل المبكر، الشلل الدماغي ، مقدمي الرعاية

The Role of Early Intervention to Reach Independence in the Daily Life of Children with Cerebral Palsy from the Point of View of Caregivers

¹ Dr. Haifa Mahmoud alashkar

Abstract

The aim of the current research is to identify the reality of the role of early intervention to achieve independence in the daily lives of children with cerebral palsy from the perspective of caregivers. The first research sample consisted of (40) fathers and mothers who have children present at a cerebral palsy center, and the second research sample consisted of (20) male and female specialists working at the cerebral palsy center. The researcher used the descriptive/analytical approach and developed a questionnaire consisting of (25) items. The research reached a number of results as follows : A- Parents' opinions on early intervention: Therapeutic (2.16) Physical (2.26) Educational (1.97) B- Specialists' opinions in cerebral palsy care centers on early intervention: Therapeutic (2.84) Physical (2.54) Educational (2.67)-There are differences in the average scores of (parents) in providing early intervention for their children with cerebral palsy according to the gender variable in favor of the mother, as the arithmetic mean for the mother was (15.02) and for the father (13.16).- There are differences in the average of (specialists at the center) in providing early intervention for children with cerebral palsy according to the gender variable in favor of female specialists, as the arithmetic mean for females was (16.57) and males (14.16). There are statistically significant differences attributed to the educational qualification variable in favor of the master's degree and above. significant differences attributed to the variable of the number of years of experience in favor of (10) years or more in all aspects of early intervention.

Keywords: early intervention, cerebral palsy, caregivers

المقدمة

تُعد التربية الخاصة من أبرز المجالات التي حظيت باهتمام واسع من قبل الباحثين والتربويين على مستوى العالم، نظرا لتأثيراتها العميقة على الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم ومجتمعاتهم. ونتيجة لذلك، برزت أهمية التدخل المبكر بوصفه وسيلة فعالة لدعم الأطفال المصابين وأسرهم من خلال بناء علاقات إيجابية وتنظيم اجتماعات مستمرة مع أولياء الأمور، فضلا عن إعداد هؤلاء الأطفال للاندماج في الحياة المجتمعية والتمتع بفرص تتيح لهم الاستفادة من الموارد المحيطة بهم. يُركز هذا البحث على واحد من أبرز موضوعات التربية الخاصة، وهو "الشلل الدماغي" الذي ينجم عن تلف في الدماغ، وغالبا ما يكون غير وراثي باستثناء حالات نادرة. يتمثل هذا الاضطراب في مشكلات حركية متعلقة بأنماط الحركة ووضعيات الجسم، ولا يسوء مع مرور الوقت. ومع ذلك، فإن غياب التدخل المناسب قد يؤدي إلى تدهور حالة الطفل. ومن اللافت أن الإحصائيات تشير إلى أن واحداً من بين كل (300 مولود قد يُصاب بالشلل الدماغي. ونجد أن جميع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم القدرة على الاستفادة من برامج التعليم والتدريب المبكر التي تهدف إلى مساعدتهم على التطور والنمو. يعتمد نجاح هذه البرامج على سرعة بدء التدخل ومدى التلف الذي أصاب الدماغ. فكلما كان التدخل مبكراً، كان التحسن أكثر شمولية وفعالية. وهذا ما أشار إليه (سلطان، 2016، 12) الذي أوضح أن التدخل المبكر يمكن أن يساعد الأهل في التغلب على العديد من المشكلات التي قد يواجهونها في رعاية أطفالهم. كما أثبتت برامج التدخل المبكر نجاحها في العديد من الدول مثل فرنسا، بلجيكا، بريطانيا اسكتلندا، واليابان، حيث ساهمت في تقديم رعاية متكاملة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي. تشمل هذه البرامج خدمات تأهيلية، ودعماً للأسر واستشارات لتطوير الأطفال وتنمية وعي المجتمع بقضايا الإعاقة. وعلى الرغم من النجاحات الدولية، لا تزال برامج التدخل المبكر محدودة الانتشار في سوريا، مما يؤدي إلى تأخر اكتشاف إعاقات الأطفال حتى سن الثالثة أو الرابعة أو عند دخولهم المدرسة. كما تعاني البلاد من نقص حاد في عدد المراكز المتخصصة بالتدخل المبكر، مما يحرم العديد من الأطفال من فرص التدخل العلاجي في الوقت المناسب. وجاء هذا البحث ليلسط الضوء على أهمية التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، مع التركيز على تعزيز استقلاليتهم في الحياة اليومية، من خلال برامج علاجية وتربوية شاملة تهدف إلى تحقيق تطورهم ودمجهم في المجتمع.

مشكلة البحث

تزايدت معدلات الإصابة بالشلل الدماغي على مستوى العالم، حيث تُقدر نسبة الإصابة بـ (2/1000) مولود حي. وأشارت جمعية رعاية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (2021) إلى أن عدد الحالات المسجلة في مراكزها بلغ (40) حالة، في حين وصل عدد الأطفال في المركز الحكومي للشلل الدماغي إلى (90) حالة. تعكس هذه الأرقام تحدياً كبيراً أمام المجتمع، خاصة في ظل القصور الواضح في الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال، مما يتطلب اهتماماً مكثفاً للارتقاء بجودة الرعاية (سليمان وآخرين، 2022، 15) وانطلاقاً من خبرة الباحثة في العمل مع أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وتطوعها في جمعيات متخصصة في حماية وتأهيل هؤلاء الأطفال، قامت بدراسة استطلاعية لاستطلاع رأي (11) أسرة لديهم طفل مصاب بالشلل الدماغي. أظهرت النتائج أن (86%) من أولياء الأمور أكدوا وجود قصور في الخدمات المقدمة بالمراكز وشملت المشكلات الرئيسية : عدم الأخذ بالحالة الكلية للطفل وأسرته عند تخطيط خدمات التدخل المبكر. وغياب بروتوكولات واضحة للإحالة وتبادل المعلومات والسجلات الخاصة بالأطفال. وقلة المتخصصين المؤهلين داخل المراكز، مما أدى إلى إهدار الوقت دون تحقيق تطورات ملموسة. وقلة الأجهزة التعويضية والوسائل التعليمية اللازمة لدعم الأطفال، إلى جانب افتقار البرامج التربوية التي تُعنى بتطوير مهاراتهم. وعدم توفير الدعم اللازم لمساعدة الأسر على فهم وتقبل حالة أطفالهم والتكيف معها. وفي سياق آخر، أجرت الباحثة مقابلات مع (10) من مقدمي الرعاية في جمعيات بمدينة دمشق. أظهرت المقابلات أن غالبية الأهالي يعانون من الإنكار وعدم تقبل إصابة أطفالهم في البداية، مما يؤدي إلى تأخر إيصال الطفل إلى المراكز العلاجية وهو ما ينعكس سلباً على حالته وتطورها. ويشير البحث إلى أن مشاركة الوالدين تُعد محورياً أساسياً في نجاح برامج التدخل المبكر. إذ يؤكد الباحثون (باعثمان 2016، 7؛ الشهري، 2018، 16) على أهمية تعزيز العلاقة بين الأسرة ومقدمي الخدمات. ونظراً للنقص الواضح في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، ومع التحديات التي تواجه خدمات التدخل المبكر في سوريا يسعى هذا البحث إلى تسليط الضوء على دور التدخل المبكر في تعزيز استقلالية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. ويركز البحث على تقييم الواقع الحالي للخدمات المقدمة في المؤسسات والمراكز السورية، بهدف تقديم توصيات تساهم في تحسين هذه الخدمات . لذلك جاء البحث للإجابة عن السؤال الرئيس التالي: ما دور التدخل المبكر في تحقيق استقلالية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية؟

أهمية البحث

- يسلط هذا البحث الضوء على الشلل الدماغي كإحدى القضايا الحيوية التي تستدعي اهتماما خاصا نظرا لانتشارها الواسع وتأثيرها الكبير على الأفراد والمجتمع. ويركز على أهمية التدخل المبكر في حياة الطفل المصاب وأسرته، بهدف معالجة التحديات الناجمة عن هذا الاضطراب وتقديم التأهيل اللازم الذي يمكن الطفل من الاندماج بفاعلية في مجتمعه.
- كما يُبرز البحث الأهمية البالغة للمرحلة العمرية المبكرة، حيث تُعد السنوات الأولى من حياة الطفل فترة حاسمة تتميز بوجود ما يُعرف بـ"الفرات الحرجة"، التي يكون فيها الطفل أكثر استعداداً وقابلية لاكتساب المهارات والخبرات التعليمية. ولذلك، يمثل التدخل خلال هذه المرحلة فرصة محورية لتحقيق تطور ملموس في حالته.
- توعية مقدمي الرعاية بأفضل الأساليب والممارسات التي تساهم في تحقيق تأهيل فعال للطفل المصاب، بما يعزز مهاراته الحياتية ويؤهله للوصول إلى مستوى عالٍ من الاستقلالية والتكيف مع بيئته.

أهداف البحث

- دراسة واقع الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، من خلال تحليل آراء أولياء الأمور.
- استكشاف جودة وكفاءة الخدمات المقدمة في مراكز الشلل الدماغي، من خلال آراء مقدمي الرعاية.

أسئلة البحث

- ما مدى جودة الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي وفقاً لآراء أولياء الأمور؟
- ما تقييم الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي بناءً على آراء مقدمي الرعاية في مراكز الشلل الدماغي؟

حدود البحث

- زمان ومكان البحث : تم تطبيق البحث خلال شهري أيلول وتشرين الأول /دمشق عام 2023
- الحدود البشرية: بعض أولياء الأمور والمتخصصين بمركز الشلل الدماغي للصغار (حكومي)

فرضيات البحث: تم اختبار الفرضيات عند مستوى دلالة 0.05

- لا توجد فروق بين متوسطات درجات (أولياء الأمور) على الاستبانة لصالح متغير الجنس .
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات (المتخصصين) على الاستبانة لصالح متغير الجنس .
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات (المتخصصين) على الاستبانة لصالح متغير المؤهل العلمي .
- لا توجد فروق بين متوسطات درجات (المتخصصين) على الاستبانة لصالح متغير عدد سنوات الخبرة.

مصطلحات البحث

التدخل المبكر (وفقاً لـ Allen, 2011): يُعرّف التدخل المبكر كنظام وقائي، علاجي وتربوي يُقدّم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي في سن مبكرة (دون سن السادسة)، بهدف توفير الدعم الاجتماعي والعاطفي اللازم لهم طوال حياتهم، مما يساهم في مساعدتهم على التكيف مع التحديات التي قد يواجهونها في مراحلهم العمرية المستقبلية(Allen,2011: 9).

التعريف الإجرائي للباحثة: التدخل المبكر يشير إلى مجموعة من الإجراءات المنظمةة التي تُقدّم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي دون سن السادسة لمساعدتهم في التكيف مع مشاكل الحياة المستقبلية. يتم تقييم فعالية هذه الإجراءات بناءً على الدرجة التي يحصل عليها الأفراد الذين يجيبون على الاستبانة المعدة لهذا البحث.

الشلل الدماغي وفقاً لـ (لحلو 2000) إصابة دماغية تحدث في مرحلة حرجية من تطور الدماغ سواء قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، مما يؤدي إلى صعوبات حركية مع الحفاظ على القدرات الفكرية بشكل عام. قد تترافق هذه الإصابة مع اضطرابات في التواصل، مثل صعوبات النطق، البلع، اللعب، التعلم، بالإضافة إلى مشاكل في السمع والنظر، وقد يصاحبها أيضاً الصرع.(لحلو ، 2000: 21)

التعريف الإجرائي للباحثة: الشلل الدماغي هو اضطراب عصبي حركي ناتج عن تلف في المناطق الدماغية المسؤولة عن التحكم في الحركة. يتميز هذا الاضطراب بعدم تدهوره مع مرور الوقت، مما يعني أنه لا يزداد سوءاً مع الأيام، ولكنه يؤدي إلى خلل في الوظائف الحركية والمهارات الجسدية. قد يكون هذا الاضطراب ناتجاً عن مشكلات خلال مرحلة ما قبل الولادة أثناء الولادة، أو في السنوات الأولى من الحياة. يشمل الشلل الدماغي أنواعاً متعددة مثل

- عدم التوافق بين دم الأم والأب قد يؤدي إلى مضاعفات صحية للطفل، منها الشلل الدماغي.
- الإصابة بالعدوى أثناء الحمل قد تؤدي إلى إصابة الجنين بالشلل الدماغي.

عوامل أثناء الولادة

- تعرض رأس الطفل للضغط أثناء الولادة يمكن أن يتسبب في إصابات تؤثر على الدماغ.
- الأطفال الذين يولدون قبل الأسبوع 40 من الحمل معرضون بشكل أكبر للإصابة بالشلل الدماغي.

عوامل ما بعد الولادة

الإصابات والرضوض التي يتعرض لها الرأس-الالتهابات التي تصيب الدماغ-التسمم-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. (لحلو، 2005، 22)

الكشف المبكر عن الشلل الدماغي

يتم الكشف المبكر عن الشلل الدماغي من خلال الفحص الطبي الذي يتم عند الولادة أو في الزيارات الأولى للتطعيم والمراقبة الصحية للطفل. كما يمكن اكتشافه من خلال ملاحظة الأهل لأي تطور غير طبيعي في حالة الطفل. بعد ملاحظة الأعراض المبدئية، يتم إجراء فحوصات سريرية وشعاعية دقيقة لتأكيد التشخيص، ومن ثم يبدأ التدخل التأهيلي بشكل فوري.

مفهوم التدخل المبكر وتعريفه:

يُقصد بالتدخل المبكر الكشف عن الإصابة بالشلل الدماغي في مرحلة مبكرة بعد تحديد التشخيص الأولي، ويشمل ذلك تقييم العمر الوظيفي للطفل، تطبيق برامج التدخل المبكر، مشاركة الأهل في تلك البرامج، وإجراء تقييمات ومراقبة مستمرة لحالة الطفل. يستهدف التدخل المبكر الأطفال الذين تم تشخيصهم بالشلل الدماغي، ويشمل فترة ما قبل وأثناء وبعد الولادة، وكذلك خلال السنوات الأولى من العمر (حتى سن 6 سنوات). حتى إذا لم يظهر تأخر نمو واضح في البداية، فإن احتمالية حدوث تأخر تطوري لاحق قد تصل إلى (90%) كما يشير بعض الخبراء مع التأكيد على أن التشخيص الطبي هو العامل الحاسم في هذا

النمط التشنجي، الكنعي، والرمحي، التي تختلف في تأثيراتها على الوظائف الحركية والعصبية والقدرات الأخرى.

الجانب النظري

سيتناول هذا البحث تعريف الشلل الدماغي وأسبابه وأنواعه، مع التركيز على العوامل المؤثرة في مراحل ما قبل الولادة، أثناء الولادة، وما بعد الولادة. كما سيتم استعراض مفهوم التدخل المبكر وأهميته، بالإضافة إلى البرامج المتعلقة به. سيتم أيضاً عرض نتائج الدراسات السابقة التي تناولت دور التدخل المبكر في مساعدة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وكيفية تأثيره على تحسين حياتهم وتنمية قدراتهم.

أنواع الشلل الدماغي

التشنجي: يحدث هذا النوع من الشلل الدماغي نتيجة إصابة المراكز العليا في الدماغ، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على العضلات والتحكم فيها تتسم الحركات في هذه الحالة بالبطيء والاضطراب، مما يسبب تشوهات مثل انحناء الظهر وتشوهات في الحوض أو الأطراف.

الشلل الكنعي: يتميز الشلل الكنعي بظهور حركات لولبية أو التوائية، خصوصاً عندما يحاول الطفل أداء حركة إرادية. تنشأ الإصابة الدماغية في هذا النوع في الدماغ الأوسط، وتقدر نسبة حدوثه بحوالي (20%) من حالات الشلل الدماغي. يؤدي هذا الالتواء إلى وضعيات غير مريحة ومؤلمة لجسم المصاب.

الشلل الترنحي: يحدث الشلل الترنحي نتيجة إصابة في المخيخ، الذي يعد المسؤول عن التوازن والتناسق الحركي والحسي. تبلغ نسبة حدوث هذا النوع من الشلل حوالي (10%) من الحالات. يتسم الأطفال المصابون بالشلل الترنحي بحركات غير متوازنة وترنحية، حيث يظهر لديهم انخفاض في مستوى الشد العضلي وضعف في التوازن. (القريطي، 2011: 13)

ومن أهم أسباب الشلل الدماغي:

أشار لحلو إلى أهم أسباب الشلل الدماغي:

عوامل ما قبل الولادة:

- يمكن أن تؤدي بعض الالتهابات التي تصيب الأم خلال فترة الحمل إلى زيادة خطر حدوث الشلل الدماغي.
- يشكل التعرض للأشعة أثناء الحمل أحد العوامل التي قد تساهم في حدوث الشلل الدماغي.
- نقص الأوكسجين الذي قد يتعرض له الجنين في مراحل معينة قبل الولادة يعد من الأسباب المحتملة للإصابة.

(صليحة، 2021، 6)

بلغوا ستة أشهر من العمر. تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين على النحو التالي:

المجموعة الأولى: تضمنت (40) طفلاً حصلوا على خدمات العلاج الطبيعي في مراكز متخصصة تحت إشراف أخصائيين مؤهلين وذوي خبرة في علاج حالات الشلل الدماغي. المجموعة الثانية: تضم (40) طفلاً لم يتلقوا العلاج الطبيعي من مختصين معتمدين.

بعد متابعة الأطفال لمدة عشرة أشهر، أظهرت النتائج أن: المجموعة الأولى التي تلقت العلاج الطبيعي من أخصائيين مؤهلين أظهرت تحسناً ملحوظاً في تطورهما الحركي والمعرفي. المجموعة الثانية التي لم تتلق العلاج الطبيعي أظهرت تطوراً محدوداً مقارنة بالمجموعة الأولى. وتدل هذه النتائج بوضوح على أهمية العلاج الطبيعي المبكر والمقدم بواسطة مختصين ذوي كفاءة.

دراسة بارلو وزملائه (Barlow et al , 2006) بعنوان :

the influence of the training and support programmed on the self - efficacy and psychological wellbeing of parents of children with disabilities .UK

تأثير برنامج التدريب والدعم على الثقة بالنفس والرفاهية النفسية لأباء الأطفال ذوي الإعاقة: تجربة محكمة ، المملكة المتحدة الأمريكية .

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية تدخل أولياء الأمور في تحسين سلوكيات النوم والطعام والقدرة على الحركة لدى أطفالهم المصابين بالشلل الدماغي، بالإضافة إلى قياس مستوى الكفاءة الذاتية والرضا النفسي لدى أولياء الأمور.

أداة الدراسة: تم تطوير برنامج تدريبي يهدف إلى تزويد أولياء الأمور بمهارات التدليك البسيطة التي يمكن تطبيقها مع أطفالهم في البيئة المنزلية.

عينة الدراسة: تكونت العينة من 95 من الآباء والأمهات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

المجموعة التجريبية: شملت 49 فرداً، خضعوا لبرنامج تدريبي على تقنيات التدليك تحت إشراف معالجين متخصصين.

المجموعة الضابطة: شملت 46 فرداً، لم يتلقوا أي تدريب.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الأطفال في المجموعة التجريبية قد شهدوا تحسناً ملحوظاً في مهارات العلاج بالتدليك، بالإضافة إلى تحسن في التعامل مع مشاكل النوم والطعام.

أهمية التدخل المبكر

أشار كل من (العجمي، 2011، 4؛ صليحة، 2021، 12؛ لعلوح، 2005، 8) إلى أن التدخل المبكر يلعب دوراً أساسياً في تحسين حياة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، حيث يساهم في: تحسين فرص التكيف والاندماج الاجتماعي، مما يتيح للأطفال فرصة أكبر للمشاركة الفاعلة في المجتمع. تدريب الطفل على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الكفاءة الوظيفية، مما يساعده على أداء الأنشطة اليومية بشكل مستقل. تعزيز المهارات الحركية والقدرة على التحكم الإرادي، مما يساهم في تحسين قدرات الطفل على التفاعل مع محيطه. يُعد التدخل المبكر بمثابة وقاية حيوية، حيث يساهم في مساعدة الطفل على اكتساب سلوكيات اجتماعية مقبولة تُعزز من تطور شخصيته وقدرته على التكيف.

برامج التدخل المبكر

تنقسم برامج التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: تركز على توفير الأنشطة والخدمات الطبية المناسبة للأطفال في مرحلة الرضاعة بهدف تحفيزهم وتزويدهم بالتجارب الحسية اللازمة لتطوير مهاراتهم. المرحلة الثانية: تشمل تدخل الوالدين في دورهم كمعالجين مساعدين، حيث يتم تمكينهم من تقديم الدعم والمشاركة الفعالة في العلاج.

المرحلة الثالثة: تهدف إلى تعزيز الأنظمة الداعمة داخل الأسرة من خلال التدريب والإرشاد المستمر للأهل، لضمان توفير بيئة رعاية شاملة ومتواصلة للطفل. (لعلوح، 2005، 5).

الدراسات السابقة

دراسة جاكين (Jacqueline, 2002) بعنوان " التدخل المبكر للعلاج الطبيعي لحالات الأطفال ذوي الوزن المنخفض جداً عند الولادة والذين أصيبوا بالشلل الدماغي"، واشنطن study titled “Early intervention in physical therapy for very low birth weight infants with cerebral palsy”, Washington

عينة الدراسة

شملت الدراسة (80) طفلاً يعانون من الشلل الدماغي ولديهم وزن منخفض جداً عند الولادة حيث تم متابعة هؤلاء الأطفال عندما

أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

التشابه: تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة جاكولين (Jacqueline, 2002) في تركيزها على التدخل العلاجي الطبيعي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث تم دراسة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم حوالي ستة أشهر. كما توافقت مع دراسة عبد الملاك (2010)، التي تناولت برنامجاً لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والمعاقين عقلياً، والتي شملت أطفالاً تتراوح أعمارهم بين (5 و 10) سنوات. كذلك تشابهت مع دراسة العتيق وزملائه (2017) التي تناولت العلاج التنبيهي لحالات الشلل الدماغي. بالإضافة إلى ذلك، تتشابه الدراسة الحالية مع دراسة بارلو وزملائه في نهج تدخل أولياء الأمور في العلاج المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

الاختلاف: يختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة في العينة المستهدفة، ومكان تطبيق البحث ونوعية التدخل المبكر المستخدم. بالرغم من هذه الاختلافات، تتشابه جميع الدراسات في التأكيد على فاعلية التدخل المبكر في تحسين حالات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

ثالثاً- منهجية البحث وإجراءاته

منهج البحث

اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي بهدف دراسة دور التدخل المبكر في تعزيز استقلالية حياة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك من منظور مقدمي الرعاية وأولياء الأمور. يُعرف هذا المنهج بأنه المنهج الذي يختص بدراسة ظواهر معاصرة بهدف وصفها وتحليلها وفهمها (العساف، 2010، 5).

مجتمع البحث وعينته

تكون مجتمع البحث من أولياء الأمور الذين تم اختيارهم باستخدام أسلوب العينة العشوائية. وبالنظر إلى التحديات المرتبطة بصعوبة تطبيق البحث على جميع أفراد المجتمع الأصلي، مثل الصعوبات النفسية والتحديات المنهجية، تم التركيز على التأكد من أن المشاركين لديهم أطفال في مرحلة رياض الأطفال بمراكز متخصصة. تم إرسال الاستبانة إلكترونياً، بالإضافة إلى إجراء مقابلات فردية مع المشاركين في المراكز لضمان التزامهم بالمشاركة الفعالة. بلغ العدد الإجمالي لأولياء الأمور المشاركين في البحث والذين لديهم أطفال مصابون بالشلل الدماغي (40) مشاركاً

دراسة (عبد الملاك، 2010) بعنوان ، برنامج لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والمعاقين عقلياً

عينة الدراسة: شملت الدراسة 18 طفلاً (من الذكور والإناث) تتراوح أعمارهم بين (5 و 10) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

المجموعة التجريبية: تضم (9) أطفال. المجموعة الضابطة: تضم 9 أطفال.

كما تم تضمين (16 أم و 20 مدرباً) في الدراسة، حيث تم تقسيم الأمهات والمدرسين إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة).

نتائج الدراسة: أثبتت النتائج فعالية البرنامج التدريبي في تحسين العديد من المجالات التي تم قياسها باستخدام المقياس المعد للدراسة، بينما لم تظهر فروق كبيرة في بعض المجالات الأخرى مثل اللغة والرعاية.

دراسة (العتيق وآخرون، 2017) بعنوان "فاعلية العلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية - دراسة مقارنة في مصر" هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي شامل يتضمن العلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها مع التركيز على تأثير المتغيرات النفسية والبيئية على هذه الحالات.

عينة الدراسة: تضمنت العينة (80) طفلاً وطفلة مصابين بالشلل الدماغي، تتراوح أعمارهم بين (4 و 9) سنوات، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات كما يلي: المجموعة الأولى: تم تطبيق كل من برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة.

المجموعة الثانية: تم تطبيق برنامج العلاج التنبيهي فقط. المجموعة الثالثة: تم تطبيق برنامج تعديل البيئة فقط.

المجموعة الرابعة: تمثل المجموعة الضابطة.

منهج الدراسة: اتبعت الدراسة المنهج التجريبي، حيث تم استخدام مجموعة من الأدوات لتقييم الفاعلية، بما في ذلك مقياس بورتاج، مقياس الصحة النفسية، استمارة قياس جودة الحياة البيئية والاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى استمارة دراسة الحالة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في برنامج بورتاج قبل وبعد تطبيق كل من برنامج العلاج التنبيهي وبرنامج تعديل البيئة، حيث كانت الفروق لصالح التطبيق البعدي. مما يدل على فعالية هذه البرامج في تحسين الصحة النفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

صدق وثبات الاستبانة

تم التحقق من صدق الاستبانة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين المتخصصين في المناهج وطرائق التدريس والتربية الخاصة من جامعات مختلفة، إضافة إلى موجهين تربويين ذوي اختصاص. تم تقييم مدى ملاءمة الصياغة العلمية للمؤشرات الرئيسية والفرعية ودرجة ارتباط كل بند بالخدمات المدروسة. واعتمدت الاستبانة بناءً على توافق آراء المحكمين الذين تجاوزت نسبة اتفاقهم. (80%)

الصدق البنوي

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبانة والدرجات الكلية لكل محور باستخدام معامل الارتباط بيرسون، وسُعرض نتائج هذا الحساب وكما موضح في الجدول (1).

في عام (2023). أما عينة البحث الثانية، فقد تم اختيارها باستخدام أسلوب السحب القسدي من مقدمي الرعاية المتخصصين في الشلل الدماغي. تم إجراء مقابلات مع (20) متخصصاً ومتخصصة في مركز معهد الشلل الدماغي للصغار في دمشق، بهدف جمع إجاباتهم على الاستبانة المتعلقة بالدراسة.

أداة البحث (الاستبانة)

في إطار دراسة دور التدخل المبكر في تعزيز استقلالية الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، قامت الباحثة بمراجعة الأدبيات والبحوث والدراسات السابقة ذات الصلة (الشهري، 2018، 6؛ سلطان، 2016، 19؛ لحلو، 2004، 23؛ الحسين، 2015، 17؛ صليحة، 2021، 10؛ وشاحي، 2014، 18 القريطي، 2011، 12؛ القمش، 2014، 9). استناداً إلى هذه المراجعة، تم تصميم الاستبانة لتغطي ثلاثة محاور رئيسية هي: الجانب العلاجي - الجانب الطبيعى - الجانب التربوي.

جدول (1) معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للاستبانة والدرجة الكلية لكل محور من محاور الاستبانة

القرار	معامل الارتباط	الدرجة الكلية
دال	0.823**	التدخل العلاجي
دال	0.771**	التدخل الطبيعى
دال	0.731**	التدخل التربوي

البحث.

- **ثبات الاستبانة:** تم التأكد من ثبات الاستبانة وفق معامل ثبات ألفا كرو نباخ). وكما موضح في الجدول (2).

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبانة تراوحت ما بين (0.713**-0.823**) وهي معاملات ارتباط جيدة ودالة إحصائياً عند (0.01) ما يدل على الصدق البنوي أيضاً للاستبانة وصلاحيته للتطبيق على عينة

جدول (2) يوضح معاملات الثبات لاستبانة الخدمات باستخدام (معامل ألفا)

الخدمات	عدد البنود	معامل ألفا كرو نباخ	التجزئة النصفية
التدخل العلاجي	12	0.856	0.861
التدخل الطبيعى	7	0.753	0.759
التدخل التربوي	6	0.711	0.721
البنود ككل	25	0.816	0.812

معادلة سييرمان- براون حيث تراوحت قيم معامل الثبات بالتجزئة النصفية بين (0.721 - 0.861)، بينما بلغ معامل الثبات للتجزئة النصفية لبنود الاستبانة ككل (0.812) مما يدل على ثبات مرتفع.

يتبين من الجدول أن معاملات الثبات تراوحت بين (0.711 - 0.856)، بينما بلغت قيمة معامل ثبات (الفا كرو نباخ) لبنود الاستبانة ككل (0.816)، وهي قيم عالية تشير إلى ثبات جيد للاستبانة. كما تم حساب معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام

الصورة النهائية للاستبانة:

للاستخدام في صورتها النهائية. ولتفسير الاستجابات، تم اعتماد
المعيار في الجدول وكما موضح في الجدول (3).

بعد التأكد من صدق الاستبانة وثباتها، أصبحت أداة البحث جاهزة

جدول (3) يبين 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 البحث:

الاجابة عن سؤال البحث:

السؤال الأول:

- ما واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل
الدماغي من وجهة نظر الوالدين؟
للإجابة عن السؤال الأول قامت الباحثة باستخراج المتوسطات
الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على أداة
الدراسة وكما موضح في الجدول (4).

النسب المئوية/المتوسط الحسابي/الانحراف المعياري
اختبار تحليل التباين الأحادي البعد (ANOVA) لحساب الفروق
بين أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي والخبرة.
اختبار ستودنت لحساب الفروق بين المتوسطات وفقاً لمتغير
الجنس.
معامل الترابط (بيرسون) لحساب الارتباط بين فقرات كل بعد مع
البعد ككل، وكذلك بين كل فقرة والاستبانة ككل.
معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لحساب الثبات.

جدول (4) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل المبكر للوصول إلى استقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور

الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
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

أشارت إليه دراسة (سلطان، 2016، 22) التي أكدت أن التدخل
المبكر يمكن أن يساعد الأهل في تجاوز العديد من الاضطرابات
التي قد يواجهونها.

فيما اظهر الجدول ادناه أن المتوسط الحسابي للمجال كله كان
(2.16) وانحراف معياري (0.89) جميع بنود هذا المجال كانت
منخفضة ماعدا بند (يسعى مقدمي الرعاية لمراقبة الورك النشط
والعضلات والمفاصل في حالات الشلل الدماغي) على الرتبة
الأولى بمتوسط حسابي بلغ (2.65). وكما موضح في جدول (5)

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي لجوانب التدخل
المبكر كافة كان (2.13) مع انحراف معياري قدره (0.66). وقد
تصدر التدخل الطبيعي الترتيب بمتوسط حسابي قدره (2.26)،
تلاه التدخل العلاجي بمتوسط حسابي (2.16)، في حين جاء
التدخل التربوي في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (1.97).
وتشير هذه النتائج إلى أن أولياء الأمور لا يقدمون التدخل المبكر
المناسب بالقدر الكافي لدعم أطفالهم رغم أهمية هذا التدخل في
حماية حالتهم ومنع تدهورها. كما تتناقض هذه النتائج مع ما

جدول (5) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل العلاجي المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي

الرقم	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
1	يتم تشخيص إصابة الطفل بالشلل الدماغي مبكراً من قبل مقدمي الرعاية.	2.18	0.70	5	منخفض
2	يوصي مقدمي الرعاية الوالدين بحد أدنى ساعتين من التدخلات العلاجية المتخصصة أسبوعياً في أول 24 شهراً 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 لمعضلات 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 غالباً 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 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

الطفل قادراً على الوقوف على قدميه) على الرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (2.65). وكما موضح ادناه جدول (6).

يتبين من الجدول (6) أن المتوسط الحسابي للمجال كله كان (2.26) وانحراف معياري (0.69) جميع بنود هذا المجال كانت منخفضة ماعدا عبارة (لا يستعمل دراجة الأطفال قبل أن يصبح

جدول (6) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل الطبيعي المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي

الرقم	البند	المتوسط	الانحراف	الرتبة	درجة الأثر
-------	-------	---------	----------	--------	------------

		المعياري	الحسابي		
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 رغو 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 ادناه أن المتوسط الحسابي للمجال كله كانت (1.97) وانحراف معياري (0.60) جميع بنود هذا المجال حصلت على تقدير منخفض ماعدا بند (يقوم مقدمي الرعاية بالتواصل مع الطفل المصاب لتسهيل مهارات ما قبل اللفظ من خلال اللعب) حصل على تقدير متوسط بلغ (2.63). وكما موضح في الجدول ادناه (7).

جدول (7) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل التربوي المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي

الرقم	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
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 تساعد 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 والبدلية (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

الإجابة عن السؤال الثاني:

- ما واقع تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر مقدمي الرعاية بمراكز الشلل الدماغي؟
للإجابة عن السؤال الأول قامت الباحثة باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على أداة الدراسة وفق الآتي:

يتبين من الجدول في ادناه أن المتوسط الحسابي لجوانب التدخل المبكر جميعها كانت (2.68) وانحراف معياري (0.74) وجاء

التدخل العلاجي بالترتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.84) ثم التدخل التربوي بمتوسط حسابي (2.67) ثم التدخل الطبيعي بمتوسط حسابي (2.54) وهذا يدل على أن التدخل المبكر من وجهة نظر المختصين في مركز الشلل الدماغي كان بدرجة متوسطة وهذا يخالف ما أشارت إليه كل من دراسات (العجمي، 2011: 44؛ صليحة، 2021: 7؛ لحوح 2000: 33). وكما موضح في الجدول (8)

جدول (8) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لدور التدخل المبكر للوصول إلى استقلالية في الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي من وجهة نظر المتخصصين بمراكز الشلل الدماغي

الرقم	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
1	التدخل العلاجي	2.84	0.89	1	متوسط
2	التدخل الطبيعي	2.54	0.62	3	منخفض
3	التدخل التربوي	2.67	0.76	2	متوسط
	المستوى الكلي	2.68	0.74		متوسط

اظهرت نتائج الجدول (9) أن المتوسط الحسابي للمجال ككل بلغ (2.84) مع انحراف معياري قدره (0.89). وجميع بنود هذا المجال حصلت على تقدير متوسط، مما يشير إلى أن التدخل المبكر يمكن أن يسهم بشكل فعال في تنمية قدرات الطفل العقلية والحركية، فضلاً عن تحسين سلوكه الاجتماعي والانفعالي. كما أن توفير برامج غنية بالمتغيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساهم بشكل كبير في اكتسابه للمفاهيم والمهارات الضرورية،

سواء كانت لغوية، معرفية، سلوكية، اجتماعية أو أكاديمية، وفقاً للاحتياجات الفردية لكل حالة. علاوة على ذلك فإن إعداد الوسائل المشتركة والمنسقة من مجالات طبية اجتماعية، تربوية ومهنية، والتي تهدف إلى تدريب أو إعادة تدريب الطفل، يساهم في تعزيز مستوى كفاءته الوظيفية وقدرته على أداء المهام اليومية بكفاءة، وكما موضح في الجدول (10).

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

الرقم	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
1	يتم تشخيص إصابة الطفل بالشلل الدماغي مبكراً من قبل مقدمي الرعاية .	2.80	0.85	4	متوسط
2	يوصي مقدمي الرعاية الوالدين بحد أدنى ساعتين من التدخلات العلاجية المتخصصة أسبوعياً في أول 24 شهراً لتوجيه نمو الطفل .	2.91	0.89	3	متوسط
3	يوصي المتخصصين بالمراكز الوالدين بالتدريب على المهام المحددة لرعاية الرضع والأطفال المصابين بالشلل الدماغي .	2.67	0.72	7	متوسط
4	يتم مراقبة أنشطة لعضلات ومفاصل الطفل المصاب لإدارة الألم والتصلب.	2.51	0.69	9	منخفض

5	يزيد التدخل العلاجي المبكر للشلل الدماغي من المرونة العصبية ويقلل من تطور الضعف الثانوي المرتبط بتغيير نمو العضلات والعظام.	2.50	0.65	10	منخفض
6	يعمل مقدمي الرعاية على توفير الدعم لإدارة التوتر المرتبط غالباً بأوقات الوجبات.	2.31	0.60	11	منخفض
7	يسعى مقدمي الرعاية من التعرف على محاولات التواصل التي يقوم بها الطفل المصاب.	2.96	1.00	2	متوسط
8	يسعى مقدمي الرعاية لمراقبة الورك النشط والعضلات والمفاصل في حالات الشلل الدماغي.	2.72	0.76	6	متوسط
9	يتم تقديم الخدمات الصحية المناسبة للأطفال المصابين من قبل مقدمي الرعاية	2.54	0.70	8	منخفض
10	يساعد التدخل العلاجي في تحسين خطوة التحضير للمشي المستقل للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.	2.76	0.81	5	متوسط
11	يتم العلاج بالحركة التقييدية والعلاج باليدين لتحسين جودة الحركة في اليد والذراع المصابين.	2.11	0.63	12	منخفض
12	يتم الإرشاد حول مقدار الوقت الذي يجب أن يقضيه مقدمي الرعاية كل أسبوع في القيام بالتدخل العلاجي المبكر.	2.98	0.96	1	متوسط
	الدرجة الكلية	2.84	0.89		متوسط

يتبين من الجدول (10) أن المتوسط الحسابي للمجال كله كانت موضع في ادناه:
(2.54) وانحراف معياري (0.62) اي بتقدير منخفض. وكما

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

الرقم	البند	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	درجة الأثر
1	يتم اتباع تمارين من قبل مقدمي الرعاية لحل مشاكل سيلان اللعاب وصعوبة المضغ والبلع للطفل المصاب	2.62	0.67	3	متوسط
2	يتم تدريب الطفل المصاب على مهارات النفخ: (نفخ بالون، النفخ على رغوة صابون، النفخ على شمعة ... الخ) من قبل مقدمي الرعاية	2.56	0.68	5	منخفض
3	يتم عمل مساج منزلي للطفل للمساعدة على بسط العضلات والتخفيف من حدة الآلام التي قد يعانيتها	2.63	0.76	2	متوسط
4	يتجنب وضع الطفل على ظهره فترات طويلة لأن ذلك يولد ردود فعل عكسية	2.31	0.63	7	منخفض
5	يتجنب وضعية جلوس الطفل على الركبتين لفترات طويلة	2.45	0.60	6	منخفض
6	لا يستعمل دراجة الأطفال قبل أن يصبح الطفل قادراً على	2.65	0.72	1	متوسط

الوقوف على قدميه				
7	يتم تجنب حمل الطفل لفترات طويلة متواصلة (لأن ذلك يعيق الطفل ويحد من حركته وتطوره الطبيعي)	2.60	0.69	4
	الدرجة الكلية	2.54	0.62	منخفض

ويتبين من الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي للمجال كله متوسط. وكما موضح بالجدول (11). كانت (2.67) وانحراف معياري (0.76) أي كان تقدير المجال

جدول (11) 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	درجة الأثر
1	يتم اصطحاب الطفل إلى جلسات التأهيل المعرفي والسلوكي عند ملاحظة أي مشكلات في مستوى الانتباه أو التركيز لديه.	2.72	0.94	3	متوسط
2	يتم تدريب الوالدين على أنشطة تساعد على تقبل حالات طفلهم المصاب.	2.64	0.81	4	متوسط
3	يتم تنويع المناهج وأساليب البرامج المقدمة للطفل المصاب بالشلل الدماغي.	2.76	0.75	2	متوسط
4	يتم تقديم دعم الإدراك والتعلم للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.	2.63	0.72	5	متوسط
5	يتم الوصول المبكر إلى استراتيجيات التواصل المعززة والبدلية (AAC) لزيادة مهاراتهم في التواصل إلى أقصى حد.	2.31	0.60	6	منخفض
6	يقوم مقدمي الرعاية بالتواصل مع الطفل المصاب لتسهيل مهارات ما قبل اللفظ من خلال اللعب.	2.96	1.01	1	متوسط
	الدرجة الكلية	2.67	0.76		متوسط

تفسير النتائج

برامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون سن السادسة، وكذلك نقص المتخصصين في تلك المراكز للتعامل مع حالات الأطفال المصابين. كما تفتقر تلك المراكز للأجهزة التعويضية الملائمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي. من جهة أخرى، تختلف هذه النتائج مع دراسة (شرف، 2009، 8) التي أكدت على أهمية وجود مراكز مخصصة للتدخل العلاجي المبكر، حيث أن التمرينات التأهيلية والطبية لها تأثير إيجابي في تحسين مستوى الوقوف والتوازن لدى الأطفال المصابين بحالات الشلل الدماغي. كذلك، أظهرت دراسة (محمد، 2021، 11) التأثير الإيجابي للتمرينات التأهيلية في تقليل التشنجات وزيادة القوة العضلية وتحسين زوايا مفاصل الأطراف المصابة نتيجة الحركة المستمرة.

- بالنسبة للتدخل العلاجي المبكر من وجهة نظر أولياء الأمور والمختصين بمركز الشلل الدماغي: يمكن تفسير النسب المنخفضة في التدخل العلاجي المبكر من وجهة نظر مقدمي الرعاية نتيجة لندرة المراكز الحكومية التي تقدم خدمات التدخل العلاجي المبكر للأطفال منذ الولادة وحتى سن السادسة. وإن وجدت بعض هذه المراكز، فإنها غالباً ما تفتقر إلى التدخل العلاجي المناسب، ولا يتوفر بها متخصصون قادرين على إرشاد الوالدين حول كيفية التعامل مع أطفالهم المصابين. تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات مثل دراسة (GALL, 2011: 19) ودراسة (وشاحي، 2013، 14) التي أشارت إلى قلة المراكز الحكومية التي تقدم

المصابين بالشلل الدماغي، فضلاً عن دراسة (فاندر بورغ وزملائه، 2006، 23) التي أظهرت تحسناً في التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذين خضعوا لبرنامج علاجي لتقليل سيلان اللعاب.

-فرضيات البحث:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة (أولياء الأمور) على استبانة تقييم دور التدخل المبكر للوصول لاستقلالية في الحياة للطفل المصاب تبعاً لمتغير الجنس .

يتضح من الجدول ادناه أن الفروق بين الإناث والذكور كانت دالة لصالح الإناث، حيث بلغ المتوسط الحسابي للإناث (15.02) بينما كان للذكور (13.16). يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأم تعتبر المرافق الدائم للطفل المصاب، بينما يرافقه الأب بشكل متقطع. وتعود الفروق بين جنس الولي (أب، أم) إلى الاختلافات الجوهرية في الثقافة المتعلقة بالاهتمام بأبناء كل منهما خاصة في ما يتعلق بالأمراض والإعاقات. فالعادة أن الأم تكون أكثر اهتماماً ورعايةً للطفل المعاق، بينما يواجه الآباء تحديات في تخصيص الوقت الكافي لذلك بسبب انشغالهم بأعمالهم خارج المنزل. يتوافق ذلك مع دراسة (دراز، 2015، 24) التي أظهرت أن الأمهات لديهن وعي مرتفع بالمسؤولية الأسرية تجاه أطفالهن المصابين بالشلل الدماغي. كما تتفق دراسة (شليحي وتشيكو، 2023، 27) مع هذه النتائج، حيث أكدت أن أولياء الأمور للأطفال المصابين بالشلل الدماغي يمتلكون مستوى عالٍ من الوعي بهذا الاضطراب، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة في مستوى الوعي بطرق التكفل، لصالح الإناث وكما موضح في الجدول (12).

بالنسبة للتدخل الطبيعى: يمكن تفسير القصور في التدخل الطبيعى المبكر وفقاً لنتائج جميع البنود من وجهة نظر أولياء الأمور والمتخصصين في مركز الشلل الدماغي بعدم المتابعة الجيدة وغياب الاهتمام الكافي بهذا التدخل. وتتعارض هذه النتائج مع ما أظهرته دراسة (محمد، 2011، 16) التي أكدت أن البرنامج الطبيعى التأهيلي المبكر له تأثير إيجابي على المتغيرات البدنية مثل التوازن والمرونة، وكذلك على إطالة العضلات المصابة بالتنشج. كما أكدت دراسة بارلو وزملائه (9، Barlow et al 2006) أن البرنامج الطبيعى التأهيلي قد أكسب أفراد العينة التجريبية مهارات العلاج بالتدليك، مما ساعد في التعامل مع مشكلات النوم والطعام للأطفال المصابين.

-بالنسبة للتدخل التربوي: يمكن تفسير القصور في التدخل التربوي بسبب صعوبة الوصول إلى مراكز التدخل المبكر وذلك نظراً لبُعد هذه المراكز عن منازل الأطفال، ما يعيق استفادتهم من الخدمات المقدمة مثل جلسات التخاطب وبرامج تعليم مهارات الحياة، ومهارات التواصل واللفظ من قبل المتخصصين. كما أن هذه المراكز تفتقر إلى التنوع في مناهج وأساليب برامج التدخل المبكر بالإضافة إلى غياب الأنشطة التي تساعد أولياء الأمور على قبول فكرة إصابة أطفالهم بالشلل الدماغي. تختلف هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة (عبد الملاك، 2010، 11) التي أكدت فاعلية البرنامج التطبيقي في العديد من المجالات مثل اللغة والرعاية والمهارات الحياتية. كما تخالف دراسة (عبد الرازق، 2005، 15) التي أظهرت تقدماً في المجالات اللغوية والاجتماعية للأطفال

جدول (12) نتائج اختبارات استودنت لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	قيمة الدلالة	القرار
التدخل العلاجي	الإناث	20	20.11	1.98	7.966	38	0.000	دال
	الذكور	20	18.11	1.87				
التدخل الطبيعى	الإناث	20	12.99	1.90	6.432	38	0.000	دال
	الذكور	20	11.23	1.54				
التدخل التربوي	الإناث	20	11.98	1.83	5.768	38	0.000	دال
	الذكور	20	10.14	1.76				
الدرجة الكلية	الإناث	20	15.02	1.72	8.779	38	0.000	دال
	الذكور	20	13.16	1.66				

- 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 تبعاً لمتغير الجنس

ويتبين من الجدول التالي بأن الفروق كانت لصالح المتخصصات

جدول (13) نتائج اختبارات لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	قيمة الدلالة	القرار
التدخل العلاجي	الإناث	10	22.81	1.45	8.669	18	0.001	دال
	الذكور	10	20.11	0.81				
التدخل الطبيعي	الإناث	10	13.99	1.43	6.882	18	0.002	دال
	الذكور	10	11.06	0.96				
التدخل التربوي	الإناث	10	12.93	1.50	5.310	18	0.006	دال
	الذكور	10	11.32	0.92				
الأداة ككل	الإناث	10	16.57	1.31	7.131	18	0.000	دال
	الذكور	10	14.16	1.42				

أسباب صعوبة الحصول على خدمات التدخل المبكر تكمن في عدم توفر الكوادر المتخصصة وندرة المراكز المتخصصة في التشخيص المبكر، إضافة إلى غياب أدوات الكشف المبكر أو قصورها. وهذا يؤثر بدوره على إعداد البرامج التربوية الملائمة لحالة كل طفل. كما أكدت هذه الدراسات أن الإعداد العلمي يعد أساساً محورياً لتكوين خبرة المتخصصين، حيث يساهم في تحويل المعارف النظرية إلى ممارسات عملية مع الأطفال المصابين. كما تبين أن المشرفين والمشرفات الحاصلين على شهادة الماجستير أو أعلى يمتلكون معارف ومعلومات أكثر مقارنةً بأولئك الذين يحملون مؤهلات علمية أقل، مما يبرز أهمية الخلفية العلمية والإعداد الأكاديمي في التأهيل المهني للمشرفين بالمراكز العلاجية. وكما موضح في الجدول (14).

- 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 تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

يتضح من الجدول السابق أن قيمة F المحسوبة للدرجة الكلية بلغت (5.286)، مع مستوى دلالة قدره (0.007)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في امتلاك المتخصصين بالمراكز لمهارات العمل حسب متغير المؤهل العلمي. بناءً على هذه النتائج، يتم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل. وأوضحت الباحثة أن هذه الفروق قد تعود إلى قلة عدد البرامج التدريبية التي تؤهل الأخصائيين للعمل في مراكز التدخل المبكر. وقد أشار العديد من الباحثين مثل (الظفري، 2013، 13؛ القمش، 2014، 26؛ الشهري، 2018، 28؛ القحطاني، 2022، 20) إلى أن من أبرز

جدول (14) نتائج اختبار أنوفا لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

محاو 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

			0.620	17	77.850	داخل المجموعات	
				19	96.521	المجموع	
التدخل الطبيعى	دال	0.004	14.956	80.669	2	412.390	بين المجموعات
				4.870	17	570.511	داخل المجموعات
					19	982.901	المجموع
التدخل التربوي	دال	0.021	30.144	150.774	2	760.852	بين المجموعات
				4.711	17	550.736	داخل المجموعات
					19	1311.588	المجموع
الدرجة الكلية	دال	0.007	5.286	17.559	2	1191.913	بين المجموعات
				5.330	17	1191.097	داخل المجموعات
					19	2391.01	المجموع

الخبرة الكافية قد يواجهون صعوبة في تقديم التوعية المناسبة وتوجيه أولياء الأمور إلى مصادر الخدمات المتاحة في محيطهم. كما أنهم قد لا يمتلكون المعلومات اللازمة حول الخدمات التي يمكن تقديمها في المركز لتلبية احتياجات الأطفال وأسرة سواء في المراكز أو خلال المتابعة المنزلية. بالإضافة إلى ذلك، يعانون من نقص في المعرفة المتعلقة بكيفية مساعدة الوالدين على تقبل حالة طفلهم المصاب، وكذلك كيفية تطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية لتقييم حالات الأطفال بشكل دقيق.

-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 تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة .

يتضح من الجدول رقم (15) أن قيمة F المحسوبة للدرجة الكلية بلغت (8.962) ومستوى دلالة قدره (0.029)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في امتلاك المتخصصين بالمراكز للخبرة لصالح المتخصصين ذوي الخبرة عشر سنوات فأكثر. وقد فسرت الباحثة هذه الفروق بأن المتخصصين الذين يفتقرون إلى

جدول (15) نتائج اختبار أنوفا لدلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة تبعاً 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	9.829	0.002	دال
	داخل المجموعات	50.851	17	0.411			
	المجموع	97.843	19				

التدخل الطبيعي	بين المجموعات	690.390	2	221.133	9.772	0.003	دال
	داخل المجموعات	286.077	17	2.401			
	المجموع	976.467	19				
التدخل التربوي	بين المجموعات	1027.852	2	355.422	7.069	0.027	دال
	داخل المجموعات	236.330	17	2.049			
	المجموع	1264.182	19				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1765.234	2	78.077	8.962	0.029	دال
	داخل المجموعات	573.258	17	3.039			
	المجموع	2338.492	19				

الاستنتاجات

- 1- تشير النتائج المنخفضة من طرفي مقدمي الرعاية (الأهل والمتخصصين) إلى وجود نقص في تقديم خدمات التأهيل التربوي، الطبيعي والعلاجي مما يحد من فرص الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في تحقيق الاستقلالية في الحياة اليومية.
- 2- تشير النتائج إلى نقص الوعي لدى الأهل والمتخصصين بأهمية التدخل المبكر وأفضل الممارسات في التأهيل التكاملي، مما يستدعي توفير برامج تدريبية متخصصة لكلا الطرفين.
- 3- ضعف الإمكانيات والموارد المتاحة في مراكز التأهيل، سواء من حيث عدد المختصين، التجهيزات، أو البرامج الموجهة لدعم الأطفال وأسرهم.
- 4- نقص في التنسيق والتكامل بين دور الأهل والمتخصصين، مما يؤدي إلى فجوات في تقديم الرعاية الشاملة التي يحتاجها الأطفال لتحقيق الاستقلالية.
- 5- تؤكد النتائج ضرورة تبني استراتيجيات جديدة لتحسين جودة التدخل المبكر، مثل إدماج الأسرة بشكل أكبر في برامج التأهيل، وتطوير خطط فردية تتناسب مع احتياجات كل طفل،

وتحسين التعاون بين التخصصات المختلفة لضمان تقديم رعاية أكثر شمولية وفعالية.

6- تؤكد النتائج أهمية وجود متخصصين ذو مؤهل علمي عالي وذو خبرة متعددة السنوات لدورها في دراسة الحالات ومتابعتها كونها على إطلاع مستمر بأحدث الطرق للتعامل مع مختلف الحالات للسنوات الدراسية والخبرة العملية المتراكمة التي لديهم.

التوصيات

- إجراء دراسات إضافية مشابهة في مجالات أخرى تتعلق بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، بما يساهم في تحسين نمط حياة الأطفال ودعم أسرهم.
- تنظيم مؤتمرات توعوية تركز على أهمية التدخل المبكر ودوره الحيوي في مساعدة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، بالإضافة إلى توجيه مقدمي الرعاية حول الإجراءات الواجب اتباعها للعناية بالطفل بشكل فعال.

المقترحات

متابعة أحدث التطورات في الأساليب المستخدمة في مجالات التمرينات العلاجية والطبيعية والتربوية الخاصة بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

- تنظيم دورات تدريبية متخصصة للعاملين في المراكز المتخصصة لرعاية وتأهيل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، بهدف تعزيز كفاءتهم المهنية وتمكينهم من تطبيق أحدث البرامج والاستراتيجيات للتدخل المبكر.
 - ضرورة تشجيع المؤسسات والهيئات المعنية بتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة على تشكيل لجان لدراسة وتحليل البيئة المنزلية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، لمساعدة الأسر في التعرف على المعوقات في هذه البيئة ومشاركتهم في تعديلها وتطويرها بما يتناسب مع احتياجات أطفالهم وبالتالي دعم تحقيق استقلاليتهم.
 - العمل على توفير مراكز تقدم خدمات تأهيلية شاملة (علاج طبيعى، علاج وظيفي، تنمية مهارات تخاطب، تعديل سلوك) مع مختصين في كل مجال، وتقديم هذه الخدمات مجاناً للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.
 - ضرورة إنشاء مراكز حكومية مخصصة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي تقبل مساهمات مالية رمزية من الأهالي، وتوفر لهم خدمات إرشادية وتدريبية وتأهيلية تساعد في التعامل مع أطفالهم المصابين.
- المصادر**
- المصادر باللغة 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). مستوى 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، مج4، ع (15)، إبريل.
 - الحسين، منيرة. (2015). فاعلية برنامج تدريبي في النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة بسيطة في الكويت، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي البحرين.
 - حسن، وليد. (2009). تأثير برنامج تأهيلي مقترح على مستوى بعض الحركات الأساسية والتوازن لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (CP)، مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، ع29 الجزء 2.
 - الخطيب، جمال. (1998). مقدمة في الإعاقات الجسدية والصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
 - الخطيب، جمال، الحديدي، منى. (2013). التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة المبكرة ط5 دار الفكر للنشر والتوزيع: عمان.
 - سليمان، سوزان ، وآخرين. (2022). عوامل الخطورة المرتبطة بالشلل الدماغي لدى الأطفال. التصنيف والاضطرابات المرافقة . المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث. مجلة العلوم الطبية والصيدلانية، مج (6) ع (1)
 - سلطان، طارق. (2016). التربية الخاصة للأطفال المعاقين بمراكز التدخل المبكر القاهرة: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
 - الشهري، خلود. (2018). معوقات الحصول على خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم، مجلة التربية الخاصة والتأهيل مج (6) العدد (25) الرياض.
 - شرف، يسرى. (2009). المفاهيم المتقدمة في علاج وتأهيل مرضى الشلل الدماغي. جامعة أسيوط كلية الطب - رسالة ماجستير غير منشورة .
 - شايعي، رايح، تشيكو، أمينة. (2023). مستوى الوعي بإعاقة الشلل الدماغي لدى أولياء الأطفال المصابين به من وجهة نظرهم، مجلة البحوث العلمية، جامعة يحي فارس المدينة الجزائر مج11.
 - صليحة، لالوش. (2021) التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة سوسيوولوجيا المجلد (5)، العدد (2) .
 - صالح، منى. (2017). التعرف على تأثير برنامج حسي حركي نمائي لمفصل الكتف على السلوك التكيف للأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، ع96
 - عبد الرازق، عفاف. (2005). تجربة كاريثاس مصر (التدخل المبكر من خلال المجموعات الصغيرة). بحث مقدم إلى المؤتمر العربي الثاني " الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية " القاهرة، مصر.
 - العتيق، احمد، وآخرين. (2017). فاعلية العلاج التنبهية 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.
 - العساف، صالح. (2010). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، ط3 السعودية: الرياض .
 - القريطي، عبد المطلب. (2011). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، طه. الانجلو المصرية: القاهرة.
 - القحطاني، خالد. (2022). معوقات التدخل المبكر من وجهة نظر معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم، مجلة كلية التربية بالإسماعيلية، العدد (53) مايو.
 - القمش، مصطفى، الجوالدة، فؤاد. (2014). التدخل المبكر الأطفال المعرضون للخطر عمان الاردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع .
 - لحلو، ماريو. (2000). مركز سيتي، القاهرة. اسباب الاعاقة وطرق الوقاية منها سلسلة التعريف بالإعاقة.
 - لحلو، ماريو. (2005). التقييم السريري للشلل الدماغي، ط1.
 - 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 للطفولة رسالة دكتوراه غير منشورة.
 - محمد، مصطفى. (2020). تصميم برنامج ترويجي علاجي على الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، ع96.
 - محمد، محمود. (2021). تصميم برنامج تأهيل لرفع الكفاءة الوظيفية للأطفال المصابين بالشلل النصفي الجانبي بالمرحلة السنية من 8-12 سنة ومعرفة تأثيره، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة ع96.
 - محمد، أحمد. (2019). التعرف على العلاقة ما بين التأهيل الهرمي 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.
- المصادر باللغة الانكليزية:**
- -Allen, G. (2011). Early intervention: the next steps, an independent report to Her Majesty's government by Graham Allen MP. The Stationery Office.
 - -Barlow, J., Powell, L., & Gilchrist, M. (2006). The influence of the training and support programmer on the self-efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities: A controlled trial. Complementary therapies in clinical practice, 12(1), 55-63.
 - asx025@coventry.ac.uk.
 - -Van Der Burg, J. Jongerius, P: Van limbeek, J; Van Hulst, 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.
 - -Jacqueline, E.(2002). study titled “Early intervention in physical therapy for very low birth weight infants with cerebral palsy”, American international of peer-reviewed journal of the humanities and social sciences.32(4). Washington