

تقويم الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي  
وبناء  
إستراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين في  
الأردن

إعداد  
عبد المهدي عليان الغليات

إشراف  
د. محمد صالح الإمام

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في  
التربية  
تخصص " التربية الخاصة "

كلية الدراسات التربوية العليا  
جامعة عمان العربية للدراسات العليا

٢٠٠٨

## التفويض

أنا الطالب/ عبد المهدي عليان الغليلات أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها بشكل جزئي او كلي .

الاسم : عبد المهدي عليان الغليلات

التوقيع : 

التاريخ : 2007/7/15

## قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة للطالب / عبد المهدي عليان الغليات بتاريخ 2008/5/10  
وعنوانها " تقويم الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي وبناء  
إستراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين في الأردن "

وأجيزت بتاريخ 7/7 / 2008

### التوقيع

رئيساً  
عضواً ومشرفاً  
عضواً  
عضواً



### أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور احمد احمد عواد  
الدكتور محمد صالح الإمام  
الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي  
الأستاذ الدكتور سعيد رشيد الاعظمي

## الشكر والتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

اشكر الله سبحانه وتعالى الذي ألهمني الطموح وسدد خطاي وأعاني على إنجاز هذا العمل ، الذي أمل ان يكون لبنة في دعم ورعاية الاطفال ذوي الحاجات الخاصة . وقد أعاني في هذا العمل أناس لا بد من شكرهم . وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتور محمد صالح الإمام الذي أشرف على هذا العمل وأثراه بتوجيهاته المستمرة ورأيه السديد ، والذي كان شمعة نور أنار طريقي خلال هذه المرحلة من البحث فكان لي خير عون للوصول إلى الهدف المنشود وقد تحمل ما تحمل من زلاتي ليرشدني للطريق الصحيح فكان خير معلم وخير مرشد فجزاه الله عني كل خير ، وجزيل الشكر الى الأستاذ الدكتور احمد احمد عواد الذي لم يأل جهداً في مساعدتي واتقدم سلفاً بالشكر الجزيل للسادة أعضاء لجنة المناقشة راجياً الله ان يوفقني للإفادة من تقويمهم ويلهمني من علمهم .

كما اتقدم بالشكر والتقدير الى الدكتور مخلد معاينة والدكتور فتحي جروان فهم منهل علم ولا يبخلون في اداء النصح والارشاد لكل من طرق بابهم .  
والشكر والتقدير للاستاذ محمد عودة الله ، والاختصاصيين العاملين بالمؤسسة السويدية للشلل الدماغي ممثلة بالدكتور رشيد جابر والى كل أولياء أمور أطفال عينة الدراسة الذين لم يبخلوا على الباحث بالبيانات والمعلومات لإثراء الدراسة الحالية .

## الإهداء

إلى روح والدي

إلى والدتي

إلى زوجتي وبناتي

إلى أشقائي وشقيقاتي

إلى ابني الغالي عليان

إلى كل ذوي الاحتياجات الخاصة

إلى كل العاملين في مؤسسات وجمعيات الشلل الدماغي

إلى كل هؤلاء اهدي هذا العمل المتواضع

مع كل المحبة والتقدير

الباحث

## فهرس المحتويات

### Contents

م	المخلص
س	(ABSTRACT)
١	الفصل الأول : مشكلة الدراسة واهميتها
٢	مقدمة
٣	مشكلة الدراسة
٣	عناصر مشكلة الدراسة:
٤	أهمية الدراسة:
٥	إستراتيجية التوجيه المهني :
٥	محددات الدراسة:
٧	الفصل الثاني : الاطار النظري والدراسات ذات الصلة
٨	أولاً : مقدمة
٨	المحور الأول : نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي
١٠	المحور الثاني :ما هو الشلل الدماغي (Cerebral palsy)
١٣	المحور الثالث : الأسباب والتصنيفات
٢٢	- المحور الرابع :الاعاقات والمشاكل المرتبطة بحالات الشلل الدماغي
٢٥	المحور الخامس : الخدمات الصحية
٣١	المحور السادس: الخدمات التربوية
٣٥	المحور السابع : التوجيه المهني
٣٦	ثانياً : الدراسات السابقة ذات الصلة
٣٦	أولاً: محور الدراسات التي اهتمت بالجانب الصحي :
٤٣	ثانياً : محور الدراسات التي اهتمت بالجانب التربوي
٤٥	ثالثاً : محور الدراسات التي اهتمت بالجانب الصحي والتربوي
٤٧	رابعا: محور الدراسات التي اهتمت بالتوجيه المهني
٤٧	تعليق عام على الدراسات السابقة ذات الصلة :
٥٠	الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات
٥١	منهجية الدراسة :
٥١	مجتمع الدراسة
٥٢	عينة الدراسة:
٥٤	أدوات الدراسة:
٦٣	إجراءات الدراسة :
٦٣	متغيرات الدراسة:
٦٤	المعالجة الإحصائية:
٦٥	الفصل الرابع : نتائج الدراسة
٦٦	أولاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي ينص على :
٦٨	ثانيا : النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي ينص على :
٧١	ثالثاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث والذي ينص على :
٧٩	رابعا : النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع والذي ينص على :

٨٥	خامساً : النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس والذي ينص على :
٩١	سادساً : النتائج المتعلقة بالسؤال السادس والذي ينص على :
١٠٦	الفصل الخامس : مناقشة النتائج
١٠٧	أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الأول
١٠٧	أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الثاني
١١١	أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الرابع
١١٢	أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الخامس
١١٢	أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال السادس
١١٣	التوصيات
١١٤	المراجع
١١٥	المراجع العربية
١١٧	المراجع الأجنبية :
١٢٥	الملاحق

## قائمة الجداول

الصفحة	المحتوى	الرقم
٧٣	عينة الاطفال بالمؤسسات والجمعيات المعنية بالشلل الدماغي	1
٧٤	توزيع عينة الدراسة من أولياء أمور الأطفال ذوي الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٢
٧٥	توزيع عينة الدراسة من الأخصائيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير الجنس	3
٧٦	توزيع عينة الدراسة من الأخصائيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٤
٧٩	توزيع عدد فقرات الأداة التي تقيس مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين على الأبعاد	٥
٧٩	قيم معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الأداة بعضها البعض والدرجة الكلية	٦
٨٠	معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي ، والاختبار وإعادة الاختبار، لكل بعد من أبعاد الأداة التي تقيس مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين	٧
٨٣	توزيع عدد فقرات الأداة التي تقيس مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين على الأبعاد	٨
٨٤	قيم معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس وبين الأبعاد والمجموع الكلي	٩
٨٥	معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي ، والاختبار وإعادة الاختبار، لكل بعد من أبعاد الأداة التي تقيس مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين	١٠
٩٥	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.	١١



٩٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.	١٢
١٠٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة من وجهة نظر الأخصائيين.	١٣
١٠٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الأول (الإرشادي).	١٤
١٠٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثاني (الإمكانات البشرية والمادية).	١٥
١٠٦	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثالث (التشخيصي).	١٦
١٠٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الرابع (العلاجي).	١٧
١١١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة من وجهة نظر الأخصائيين.	١٨
١١٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الأول (خدمات الكشف والتعرف).	١٩
١١٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب،	٢٠

	لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثاني (خدمات التقييم والتشخيص).	
١١٥	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثالث (خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي).	٢١
١١٧	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الرابع (الخدمات التربوية العامة).	٢٢
١٢٠	نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس	٢٣
١٢١	نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس	٢٤
١٢٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٢٥
١٢٢	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٢٦
١٢٣	نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٢٧

٢٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٢٥
٢٩	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٢٦
٣٠	نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٢٧
٣١	نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة، تبعاً لمتغير الجنس	١٢٩
٣٢	نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة، تبعاً لمتغير الجنس	١٣٠
٣٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٣١
٣٤	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٣٢
٣٥	نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية في الأبعاد الإرشادي، والإمكانات البشرية والمادية، والتشخيصي والأداة، وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	١٣٤

١٣٦	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٣٦
١٣٧	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٣٧
١٣٩	نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات الاخصائيين لمستوى الخدمات التربوية في بعد( خدمات الكشف والتعرف)والأداة ككل، وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية	٣٨

## قائمة الملاحق

الرقم	المحتوى	الصفحة
١	مقياس الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين	١٧٢
٢	مقياس الخدمات التربوية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين	١٧٦
٣	مقياس الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور	١٨٠
٤	مقياس الخدمات التربوية للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور	١٨٢
5	اسماء المحكمين على الدراسة	185

تقويم الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي وبناء

استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين في الأردن

الملخص

إعداد

عبد المهدي عليان الغليات

إشراف

د. محمد صالح الإمام

هدفت الدراسة الى تقويم الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي وبناء استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين في الأردن ، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٥٠) ولي امر ، موزعين كالتالي (١٥٤) ولي امر لأطفال من ذوي الشلل الدماغي بالمراكز الصحية ، (٤٦) ولي امر لأطفال من ذوي الشلل الدماغي بالمؤسسات التربوية ، (١١٠) أخصائيين يعملون بالمراكز الصحية ، (٤٠) أخصائياً في المؤسسات التربوية .

وتم اختيارهم من المراكز الصحية والتربوية لذوي الشلل الدماغي موزعة على محافظات المملكة المختلفة ، وقد طبقت على أفراد العينة اربعة مقاييس بعد التحقق من صدقها وثباتها ، وهي : مقياس لتقييم الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين ، مقياس لتقييم الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر اولياء الامور، ومقياس لتقييم الخدمات التربوية من وجهة نظر الاخصائيين ، والمقياس الرابع لتقييم الخدمات التربوية من وجهة نظر اولياء الامور .

وقد اظهرت نتائج الدراسة أن توافر الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور كان بدرجة متوسطة ، وتوافر الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين كان بدرجة كبيرة في بعدئ التشخيص والعلاج ودرجة متوسطة في مجالي الارشاد والامكانيات البشرية ، بينما جاء توافر الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي بدرجة متوسطة من وجهة نظر الأخصائيين ، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في تقييم الخدمات الصحية والتربوية من وجهة نظر أولياء الأمور والإخصائيين باختلاف جنس الطفل ، وجود فروق دالة إحصائياً في تقييم الخدمات الصحية

والتربوية من وجهة نظر أولياء الأمور والإحصائيين باختلاف المنطقة الجغرافية ، ومن خلال نتائج الدراسة تم التوصل الى الخطوط العريضة التي تؤهل لبناء استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين بالشلل الدماغي في الأردن .

**Evaluation of Health and Educational Services Offered to Cerebral Palsy Children and Constructing Strategy to Establish a Centre for Vocational Guidance of Cerebral Palsy People in Jordan**

**Prepared by**

**Abdel Mahdi Alyan AL- Gleilat**

**Dr. Mohammad Saleh AL- Imam**

**(ABSTRACT)**

This study aimed to evaluate health and educational services offered to cerebral palsy children and construct strategy for vocational guidance of cerebral palsied people in Jordan. The sample of the study consisted of (350) parents distributed as follows: (154) parents of cerebral palsied children at educational institutions, (110) specialists working at health centers, (40) specialists working at educational institutions.

They are chosen from health and educational centers of cerebral palsy distributed to different governorates of Jordan. Four scales were used after ensuring their validity and reliability. The four scales are: A scale to assess the health services of cerebral palsied children from specialists' perspective, a scale to assess the health services of cerebral palsied children from parents' perspective, a scale to assess the educational services of cerebral palsied children from the specialists' perspective and the fourth scale is to assess the educational services of cerebral palsied children from the parents' perspective.

The results showed that children with cerebral palsy received moderate medical and educational services from the parents perspective. Specialists believed that medical services were of the highest level in the diagnosis and therapy dimensions but were moderate in the areas of instruction and human potentials. Educational services for the children with cerebral palsy were moderate from the point of view of specialists . The findings showed that there weren't any statistically significant differences in the evaluation of medical and educational services attributed to the child's sex from the point of view of parents and specialists. There were statistically significant differences in the evaluation of medical and educational services due to geographical regions from the perspective of parents and specialists.

The researcher concluded that this study provides the basic elements that might facilitate developing a strategy for establishing a center for vocational instruction of children with cerebral palsy in Jordan.



## الفصل الأول : مشكلة الدراسة واهميتها

## الفصل الاول مشكلة الدراسة وأهميتها

### مقدمة

اهتم الأردن في الآونة الأخيرة بالتربية الخاصة لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص لكافة أبناء المجتمع الأردني حيث تهدف التربية الخاصة إلى تقديم الخدمات الصحية والتربوية لهذه الفئة التي تحتاج إلى خدمات منظمة لمساعدتهم على التكيف وسد احتياجاتهم ، علماً بأن الاهتمام كان قد انصب على الإعاقة العقلية من ناحية إنشاء المراكز واعداد الكوادر الطبية ، لكن بالنسبة لمجال الشلل الدماغي لم يحظ بالعناية المطلوبة وخاصة بالبرامج التربوية المقدمة لاطفال الشلل الدماغي .

لكن مع التطور الحضاري خاصة بعد الحرب العالمية الثانية فقد توسع الاهتمام بذوي الحاجات الخاصة بصورة عامة ، ولهذا تم إنشاء مؤسسات ومراكز تهتم بوضع برامج تربوية منظمة وهادفة لمساعدتهم على التكيف والوصول بهم إلى أقصى قدر ممكن من تحقيق قدراتهم.

وتعترض الخدمات التربوية والصحية التي تقدم لذوي الشلل الدماغي العديد من المشاكل الرئيسية، وذلك لعدم توافر برامج تدخل متخصصة لتعليم وعلاج أفراد هذه الفئة ، ويعتبر التقييم التربوي النفسي بمثابة حجر الأساس في عملية تربية الأطفال المشلولين دماغياً، ومن خلاله يمكن تحديد مدى حاجة الطفل إلى التربية الخاصة وتحديد الخدمات المناسبة ، كذلك فإن التقييم النفسي التربوي يحقق أهدافاً عامة منها تخطيط البرنامج التربوي الفردي وتحديد البديل التربوي.

ولقد أكد دومينو (Domino,2003) أن الشلل الدماغي هو اضطراب نمائي ناتج عن تلف في خلايا الدماغ ويظهر على شكل عجز في الحركة وغالبا ما يصحبه اضطرابات انفعالية أو حسية أو معرفية ويشير أيضا إلى العجز الحركي الناتج عن تلف في المخ ، لكن هناك أنواعاً أخرى من الشلل يكون سببها غير إصابة المخ بتلف ، ومن هذه الأنواع إصابة العمود الفقري بالتهابات ، ويعتبر الشلل الدماغي من الإعاقات الحركية ويعود السبب لإصابة المنطقة المسؤولة عن الحركة في الدماغ بتلف ، ولذلك فإن عدم استخدام العضلات يجعلها ضعيفة .

ومن المؤسسات التي اهتمت بالشلل الدماغي في الأردن مؤسسة العناية بالشلل الدماغي وقد بدأت بتقديم خدمات بسيطة وكانت على شكل نشرات توعية وكان لهذه التوعية نتائج ممتازة حيث أصبحت من أفضل وانجح المؤسسات التي تخدم هذه الفئة. علما بأنها بدأت في أواخر السبعينيات ( مؤسسة العناية بالشلل الدماغي ،2006 ) إلا انه بدأ التوسع في إنشاء جمعيات تعنى بأطفال الشلل الدماغي وتقديم الخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية على مستوى مناطق المملكة

الأردنية الهاشمية في ظل الزيادة السكانية وزيادة المصابين بالشلل الدماغي حيث رصد التعداد الإحصائي الأخير إن عدد المصابين ( ١٧٩٩١ ) أي بنسبة ٠,٠٤ % ، وتنوعت الخدمات المقدمة لهذه الفئة مما يستدعي مراجعة هذه الخدمات والتي تلبي احتياجات هذه الفئة بأعمارها وقدراتها المتباينة ، مما يدفع الباحث إلى وضع تصور مقترح لبناء استراتيجية وطنية نحو إنشاء مركز للتوجيه المهني لهؤلاء الأفراد في الأردن .

إن عدم وجود استراتيجيات فعالة في التوجيه المهني للأفراد المصابين بالشلل الدماغي يعد من احد الاهتمامات التي تنادي بها فلسفة التربية الخاصة لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة عبر المؤسسات المعنية سواء على الصعيد الحكومي أو الخاص ، وعبر أصحاب القرار والمسؤولين والمخططين التربويين والمهنيين والآباء . ويمتد هذا الاهتمام ليبين عدم وجود مرشدين مهنيين لتوجيه الأفراد المصابين بالشلل الدماغي نحو مهنة تناسب استعداداتهم وميولهم وقدراتهم حيث إن برامج وخدمات التوجيه المهني ومؤسسات التأهيل الحديثة والنموذجية لهذه الفئة من المجتمع تكاد تكون غير متوفرة ، إن المساعي والجهود ينبغي أن تبذل من الباحثين والتربويين من اجل التغلب على هذه الحواجز بتحديد الأولويات التي يجب أن تتحقق في التوجيه المهني لبناء استراتيجية في التوجيه المهني وما يبرر ذلك زيادة أعداد السكان وما حدث من تغيرات تقنية حديثة بالإضافة إلى الافتقار إلى الوعي والاهتمام بهذه الفئة ومدى إمكاناتهم الفعلية وما يتعلق بعالم العمل ، وتطوير التقنيات والوسائل والأنظمة المنظمة للعمل ، توسيع فرص التعليم والتوظيف لهم .

### **مشكلة الدراسة:**

الغرض من هذه الدراسة تقييم الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي وبناء استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد المصابين في الأردن

### **عناصر مشكلة الدراسة:**

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:-

- ١- ما مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور؟
- ٢- ما مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور؟

- ٣- ما مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين؟
- ٤- ما مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين؟
- ٥- هل يختلف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس؟
- ٦- هل يختلف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس؟
- ٧- ما التصور المقترح لإستراتيجية إنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد ذوي الشلل الدماغي في الأردن؟

### أهمية الدراسة:

تبدو أهمية الدراسة واضحة من كونها تركز على الاهتمام بفئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة ، ألا وهي فئة الاطفال ذوي الشلل الدماغي ، بهدف تقييم الخدمات الصحية والتربوية التي تقدم لهم في مراكز ومؤسسات الشلل الدماغي بالاردن ، وذلك من وجهة نظر أولياء الأمور والأخصائيين بتلك المراكز والمؤسسات .

كما تتضح الأهمية من خلال وضع تصور لاستراتيجية مقترحة لإنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي بالاردن ، في ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة والإطار النظري، واعتماداً على النتائج التي يتم التوصل إليها في الدراسة الحالية.

### تعريف المصطلحات :

#### الشلل الدماغي (Cerebral palsy)

تعرفه منظمة الصحة العالمية (World Health Organization ,1995) بأنه حالة تسبب إعاقة عند الأطفال. وهو عبارة عن اضطراب في التحكم في العضلات يسبب صعوبة في الحركة ، وتغيير في أوضاع الجسم المختلفة .وذلك لحدوث تلف في جزء صغير من المخ وهذا الجزء هو الذي يتحكم في الحركات في سن مبكر ، قبل ميلاد الطفل ، أو أثناء الميلاد حيث تتلقى العضلات أوامر خطأ من الجزء

التالف من المخ ، الأمر الذي يؤدي بها إلى الانقباض وهو اضطراب مزمن يؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ أو تطور غير طبيعي في خلايا محددة من منطقة الدماغ خلال الطفولة .

ويعرف الاطفال ذوو الشلل الدماغي إجرائيا بأنهم مجموعة الأطفال الذين يتلقون الخدمة في المؤسسات والجمعيات التي تعنى بهم والذين تم تشخيصهم من قبل وزارة الصحة الأردنية .

### الخدمات الصحية :

تعرف الخدمات الصحية إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها ما يتم تقديمه من خدمات لاطفال الشلل الدماغي في المراكز والمؤسسات المعنية ممثلة في مجالات : الارشاد والامكانيات البشرية والمادية ، التشخيص والعلاج ، وكما يعبر عنها بالمقياس المستخدم في الدراسة من وجهة نظر أولياء الأمور ، والأخصائيين .

### الخدمات التربوية :

تعرف الخدمات التربوية إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها ما يتم تقديمه من خدمات لاطفال الشلل الدماغي في المراكز والمؤسسات المعنية ممثلة في مجالات: خدمات الكشف والتعرف وخدمات التقييم والتشخيص ، خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي والخدمات التربوية العامة ، وكما يعبر عنها بالمقياس المستخدم في الدراسة من وجهة نظر أولياء الأمور والأخصائيين .

### مؤسسات وجمعيات الشلل الدماغي:

هي كل مؤسسة أو جمعية تعني بتقديم الخدمات الصحية والتربوية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، وتهتم برعايتهم وتدريبهم على المهارات الحياتية المختلفة ضمن برنامج متكامل خاص بهم.

### إستراتيجية التوجيه المهني :

إستراتيجية مقترحة لإنشاء مركز للتوجيه المهني لأطفال الشلل الدماغي بالأردن تستند على النتائج التي يتم التوصل إليها في الدراسة ، ومتضمنة محاور ثلاثة للخدمات الصحية والتربوية والتوجيه المهني ، وذلك في ضوء احتياجات الأطفال .

### محددات الدراسة:

تتحدد الدراسة بالمحددات التالية :

عينة أولياء أمور الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، والإخصائيين القائمين على رعاية هؤلاء الاطفال بالمؤسسات والجمعيات المعنية في محافظات الاردن .

كما تتحدد النتائج بالأدوات المستخدمة في الدراسة ، وهي مقياس الخدمات الصحية من وجهة نظر الأخصائيين ،مقياس الخدمات الصحية من وجهة نظر أولياء الأمور، ومقياس الخدمات التربوية من وجهة نظر الأخصائيين ،مقياس الخدمات التربوية من وجهة نظر أولياء الأمور .

كما تتحدد بالاستراتيجية المقترحة لإنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي في الأردن بالنتائج التي تسفر عنها الدراسة.

## الفصل الثاني : الاطار النظري والدراسات ذات الصلة

المحور الاول : نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي

المحور الثاني : ما هو الشلل الدماغي

المحور الثالث : أسباب الشلل الدماغي وتصنيفاته

المحور الرابع : الإعاقات والمشاكل المرتبطة بحالات الشلل الدماغي

المحور الخامس : الخدمات الصحية

المحور السادس : الخدمات التربوية

المحور السابع: التوجيه المهني

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

#### أولاً : مقدمة

يتناول هذا الفصل نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي ، ومن ثم التعريف بالشلل الدماغي واسبابه وتصنيفاته وخصائص الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي والإعاقات والمشكلات المرتبطة بالشلل الدماغي كذلك الخدمات الصحية والتربوية التي يمكن تقديمها لأطفال الشلل الدماغي ويستعرض الفصل الحالي هذه الموضوعات .

#### المحور الأول : نبذة تاريخية عن الشلل الدماغي

يحدث الشلل الدماغي نتيجة تلف في خلايا الدماغ في المنطقة المسؤولة عن الحركة ولهذا السبب فالإصابة بالشلل الدماغي ليست محصورة في طبقة من طبقات المجتمع وإنما تحدث في جميع الأوساط الاجتماعية وفي كل أنحاء العالم وهذه الإصابة تستمر مع الأطفال مدى حياتهم وتتسبب في عدم القدرة على التحكم في الجلوس والمشي والتوازن وذلك بسبب تلف خلايا الدماغ المسؤولة عن الحركة وهذا التلف لا يزداد ولكن تأثير هذا التلف يستمر مع الطفل ويكون واضحاً عندما يكبر الطفل . وتختلف الإصابة بالشلل الدماغي من طفل لآخر فالطفل ذو الإصابة الشديدة يحتاج إلى وقت وجهد من الأخصائيين وكذلك أولياء الأمور لتدريب هؤلاء الأطفال على الجلوس أولاً ثم الوقوف و التوازن والمشي بمساعدة الأجهزة المساندة (World Health organization, 1995) .

ومن الذين اهتموا بالشلل الدماغي العالم الانجليزي لتل ويعتبر أول من أعطى وصفاً للشلل الدماغي عندما شبه الشلل الدماغي بأنه اللغز الذي يتسبب في تصلب وشد وتشنجات في العضلات وخاصة في الأطراف السفلى الأكثر من الأطراف العلوية وهو ما يعرف الآن بالشلل التشنجي الذي يعتبر أكثر الانواع شيوعاً وقد بين ويليام جون لتل William J.Little إن سبب الشلل الدماغي ناتج عن تلف في خلايا الدماغ المسؤولة عن الحركة وهو تلف ناتج عن نقص في الأكسجين أثناء الولادة (الخطيب ، ١٩٩٢) .

وقد ازداد الاهتمام بالشلل الدماغي في اواخر القرن التاسع عشر وكان الاهتمام منصباً على التدخل الجراحي للإفادة وزيادة نشاط الحركة ، وفي بداية القرن العشرين زاد الاهتمام بالشلل الدماغي بشكل واضح على يد برونسون كروثرز (Bronson crothers) الذي طور طرق وأساليب العلاج لأطفال الشلل الدماغي وقد اعتمد بذلك على أكثر من تخصص في هذا المجال وذلك من أجل تقييم لعمل الفريق متعدد التخصصات وبعد ذلك كان للعالم وينثروب مورجان فيليبس



أحد تلاميذ كروثرز الفضل في تأسيس أول مؤسسة تعنى بالعلاج الوظيفي لأطفال الشلل الدماغي والذي أعطى كل خبرته الطبية من أجل علاج أطفال الشلل الدماغي، وقد تم إنجاز الكثير من النشاطات على يد فيليبس phelps فقد أصدر أول مجلة دورية عام (١٩٤٤) وكانت هذه المجلة مختصة بقضايا ومشكلات الشلل الدماغي وفي عام (١٩٤٦) تم فتح جمعية للشلل الدماغي تعنى بالأطفال المصابين وشارك في هذه الجمعية أطباء وأخصائيون ومهتمون بالعناية بالشلل الدماغي ومن هؤلاء طبيب الأعصاب كارلسون Carlson وأخصائي العلاج الطبيعي فاي (fay) وعلى يد phelps تم التفريق بين الشلل الذي تكون إصابته في الدماغ وبين الذي تكون إصابته في النخاع الشوكي (شلل الأطفال) وقد طالب فيليبس بمشاركة كل عضو في الفريق قبل التخطيط لوضع برنامج علاجي للطفل وطالب أيضا مشاركة أهل في هذا الفريق (American cerebral Palsy in Formatin Center 1999).

كان لعالم النفس المشهور فرويد (١٩٣٩) (Frued) الذي كان يعمل طبيباً للأعصاب الدور الكبير فمن خلال عمله كطبيب للأعصاب لاحظ فرويد إن المصابين بالشلل الدماغي تصاحبهم بعض الاضطرابات والإعاقات مثل نوبات الصرع والإعاقة العقلية واضطراب البصر وقد أبدى فرويد بعض الملاحظات على هذه الاضطرابات ، فقد يكون لهذه الاضطرابات تأثير في مراحل مبكرة قبل الولادة أي أثناء نمو المخ وفي عام (١٩٨٠) قام العلماء بعمل دراسة حكومية وقد شملت هذه الدراسة (٣٥ ألف) مولوداً من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وقد وجدوا أن نسبة المصابين بالشلل الدماغي نتيجة نقص الأكسجين كانوا ألف طفل ، وكان لهذه النتيجة الدور الكبير في تغيير الافتراضات الطبية والتقليدية عن الشلل الدماغي وعدم نجاح التدخلات الجراحية إذ اتضح الأمر وتبين أن أكثر التشوهات التي تم التدخل جراحياً لأجلها تحدث ثانياً لذا بدأت البرامج التربوية تدشاً وتندبثق من المستشفيات ، فالعاملون والأخصائيون المشرفون على هؤلاء الأطفال أدركوا أهمية البرامج التربوية المناسبة التي تتناسب مع هذه الفئة من أطفال الشلل الدماغي وبعد هذه التطورات تغير أساليب العلاج للشلل الدماغي ومن هذه الأساليب أسلوب بوبات العصبي النمائي الذي يركز على التدريب العصبي العضلي

والإصابة بالشلل الدماغي ليست معدية وهي إعاقة حركية والإعاقة الحركية ذات أبعاد نفسية وتربوية واجتماعية وإصابة الطفل بتلف في خلايا الدماغ خلال فترة نمو الدماغ ناتج عن تعرض الأم لعامل ضار مثل سوء التغذية ونقص الأكسجين والنزيف وهذه العوامل الضارة في حال حدوثها تصيب المنطقة المسؤولة عن الحركة في الدماغ مما يؤدي إلى عدم قدرة الطفل على الحركة نتيجة لإصابة المنطقة المسؤولة عن الحركة في الدماغ (مؤسسة العناية بالشلل الدماغي ،

( 2006 ) ، أن في زيادة التغير الاجتماعي والتطور التكنولوجي زيادة في المهارات وللقدرة على التكيف في مهارات الحياة فلا بد من ان يكون هناك دور كبير للمسؤولين في المجتمع بتوجيه المزيد من الاهتمام باطفال الشلل الدماغي من اجل تنمية مهاراتهم والقدرة على التكيف (الشخص، 1998).

إن الشلل التشنجي هو أكثر أنواع الشلل الدماغي الذي يصاب به الأطفال نتيجة لزيادة نشاط العضلات وإفراط الاستجابة غير المباشرة للخلية العصبية العليا للقوة المثبطة ، وقد تكون هذه الزيادة من متوسطة إلى شديدة يرافقها جحوظ العينين وهي ظاهرة تسهم في ردود الأفعال الانعكاسية كما تؤدي إلى محدودية المهارات ( الحديدي ، ١٩٩٤).

وتوجد العديد من الطرق المختلفة لعلاج العضلات التي تصاب بالشلل الدماغي التشنجي حيث يمكن استعمال عقاقير عن طريق الفم أو الحقن، وتستخدم أيضاً طريقة العلاج الجراحي، والأعصاب الانتقالية (Rice,1987,Koman,1993,et.al,Goldne,1987,young,wenger,1987)، وهناك طرق أخرى تستخدم المضادات العلاجية مع استخدام العلاج الكهربائي والعلاج الفيزيائي بتوسيع العضلات المصابة بالشلل الدماغي ( Hazelwood,et al.,1994).

إن استعمال المضادات في علاج شلل العضلات والتي يتبعها تمارين شديدة تعود إلى انخفاض مفاجئ في نشاط العضلات وكذلك فعالية العلاج الميكانيكي المباشر يؤثر في العلاج العصبي الكهربائي بحالات الشلل والتشنج الدماغي ، ويختلف العلاج تبعاً لاختلاف التعريفات .

## المحور الثاني: ما هو الشلل الدماغي (Cerebral palsy)

الشلل الدماغي هو اضطراب مزمن يؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ أو تطور غير طبيعي في خلايا محددة من منطقة الدماغ خلال الطفولة ( Patikas,et .al . 2006 )  
أما منظمة الصحة العالمية ( World Helth Organization 1992 ) فقد عرفته بأنه إصابة جزء في الدماغ مسؤول عن الحركة العصبية في مرحلة مبكرة من حياة الطفل تؤدي إلى عدم السيطرة على العضلات وبالتالي تصبح العضلات في حالة تشنج وارتخاء وتصلب وذلك للأوامر الخطأ التي تتلقاها من الدماغ وقد يصاحبها بعض الاضطرابات السمعية والسلوكية والبصرية والعقلية ، وتختلف الاصابه من طفل لآخر حسب موقع الاصابه التي تعرض لها الدماغ وهي تنقسم إلى ثلاثة أنواع :

\_ الإصابات الخفيفة: إذا وجدت تدريب على المشي و التوازن فإنها مع الوقت تصبح بسيطة وخفيفة

\_ الإصابات المتوسطة: وهذه الحالة تتسم بالصعوبة في بعض الأطراف .

\_ الإصابات الشديدة: لا يستطيع المصاب القيام بواجباته اليومية ويحتاج إلى مساعدته على كيفية الجلوس لأنه لا يستطيع وحده القيام بذلك .

والإصابة بالشلل الدماغي إصابة ثابتة ترافق الطفل مدى الحياة وهي غير قابلة للشفاء ولكن التدخلات الجراحية تساعد على عدم زيادة التشوهات في المستقبل خاصة إذا وجدت تدريباً وتأهيلاً جيدين .

### تعريف منظمه الصحة العالمية (١٩٩٣)

الشلل الدماغي هو اصابه الدماغ بتلف في الجزء الذي يتحكم في حركة الطفل في مراحل مبكرة قبل أو أثناء أو بعد الولادة ويؤدي إلى خلل واضطراب في الحركة و عدم السيطرة على عمل العضلات واضطراب في التوازن بسبب الأوامر الخطأ التي تتلقاها العضلات وتجعلها في حالة تصلب وتشنج مما يؤدي إلى عدم السيطرة على أوضاع الجسم في الجلوس والوقوف و عدم السيطرة على توازن الرأس، ويصاحب الاضطراب الحركي بعض الاضطرابات مثل السمعية والبصرية والعقلية ، كما تعرفه **W.H.O (١٩٩٥)** بأنه حالة تسبب إعاقة عند الأطفال. و هو عبارة عن اضطراب في التحكم في العضلات يسبب صعوبة في الحركة ، وتغيير في أوضاع الجسم المختلفة. وذلك لحدوث تلف في جزء صغير من المخ وهذا الجزء هو الذي يتحكم في الحركات في سن مبكر ، قبل ميلاد الطفل ، أو أثناء الميلاد حيث تتلقى العضلات أوامر خطأ من الجزء التالف من المخ ، الأمر الذي يؤدي بها إلى الانقلاب ، ويعرف إجرائياً بانهم مجموعة الأطفال الذين يتلقون الخدمة في المؤسسات والجمعيات التي تعنى بهم و يعرفه بوباث ( Bobath ) ( 1985 ) , بأنه اضطراب حسي حركي ناتج عن إصابة الدماغ بتلف في خلايا الدماغ العصبية في المنطقة المسؤولة عن الحركة قد يصاحبه مشاكل في السمع والبصر والعقل ونوبات الصرع ، كما يعرفه بول ووهمان ( Paul , Wehman 1988 ) بأنه إصابة الدماغ بتلف في خلايا الدماغ العصبية ويؤثر على حركة الأطراف العلوية والسفلية وانه ليس معدياً وليس مرضاً وقد تحدث هذه الإصابة قبل أو أثناء أو بعد الولادة ويكون الضرر حسب موقع الإصابة والتلف الذي تعرض له الدماغ وحسب منطقة التلف الذي أصاب الدماغ وتكون الحالة إما خفيفة أو متوسطة أو شديدة ومن الممكن أن تكون في أحد الأطراف أو في عدة أطراف من جسم الطفل ، ويعرفه ديفيد سكروتون ( David , Scrutton 1984 ) انه عبارة عن اضطراب أو مجموعة اضطرابات تؤثر على النمو

الحركي لجسم الطفل المصاب وإنه ليس معدياً ولا تزداد الحالة مع الوقت وإنما هو اضطرابات مختلفة حسب المنطقة المصابة في الدماغ ، **وتعرفه الجندي (١٩٩٢)** بأنه إصابة الجزء الصغير من الدماغ بعجز مما يؤدي إلى اضطراب في حركة الجسم، وتظهر أعراضه في السنوات الأولى من عمر الطفل ، وله عدة أشكال ففي بعض الحالات الشديدة تكون الإعاقة واضحة تماماً لكن في بعض الحالات البسيطة يصعب تشخيص الإعاقة وكذلك فإن الإصابة قد تؤدي إلى صعوبة في التعليم وقد تشمل الإصابة أجزاء أخرى من الدماغ تؤدي إلى الصمم وقد يتمتع طفل الشلل الدماغي بنكاء عال ولكن تبقى الإعاقة الحركية مانعاً لتطورهم الفكري والمعرفي علماً بأنه لا توجد علاقة بين المظهر الفسيولوجي أو الجسمي أو القدرات العقلية للمشلول دماغياً ، **ويعرفه سميث وآخرون** بأنه عبارة عن إصابة الدماغ بتلف في خلايا الدماغ الناتج عن إصابته في منطقة الحركة بالدماغ والتي تؤثر على الحركة والوضعيات الناتج عن إصابة الدماغ في المراحل الأولى من الولادة وغالباً يكون في الثلاث سنوات الأولى (Smith, Allen, and Pratt , 1996 )

**وقد بين جورملي وآخرون (Gormley, et al 1997)** بأنه عبارة عن خلل دماغي في الوظائف الحركية قد تحدث هذه الإصابة قبل الولادة أو أثناء الولادة أو بعد الولادة وقد تؤدي إلى اضطراب في التحكم بالعضلات وتعود لسبب الصعوبة في الحركة لوجود إصابته في جزء من خلايا الدماغ في منطقتي التحكم بحركة العضلات وقد تؤدي إلى صعوبات في التعلم أو إعاقة عقليه أو خلل في حركة العضلات.

ويذكر **الخطيب (١٩٩٨)** أن الشلل الدماغي اضطراب ناتج عن خلل في منطقة الدماغ المسؤولة عن الحركة ناتج من إصابة منطقة الوظيفة العصبية في الدماغ والشلل الدماغي هو اضطراب مزمن ولكنه ليس وراثياً يحتاج طفل الشلل الدماغي إلى برامج تأهيلية لكي لا تتدهور حالته وبالذات بالنسبة للأوضاع فإنها مهمة للطفل ليتجنب المشكلات الجسمية والشلل الدماغي هو خلل نمائي في الدماغ يؤثر على الحركة ويشكل عجزاً في الحركة وغالباً ما يصاحبه اضطراب معرفي أو انفعالي أو حسي أو وهو أيضاً مصطلح يدل على ضعف في الحركة ، وخلل في توازن الجسم ناتج عن إصابة الدماغ بتلف في خلايا الدماغ ، وقد عرفه فراج (١٩٩٦) على أنه الإعاقة الحركية العصبية والتي تصيب منطقة الحركة في الجسم بالإضافة إلى إصابته منطقة العصب التي تحد من التحكم والسيطرة على الأطراف في الجسم لان الأطراف الذي لا يستطيع الحركة بسبب تلف في خلايا الدماغ والجهاز العصبي فذلك يؤثر على وظائف العضلات والعظام في نفس الطرف، لذلك فإنه عندما يصاب الجانب الأيمن ( RT Hemiplegia ) فإنه يصيب الذراع والرجل ، وهو غير

قابل للشفاء وليس وراثياً . وليس معدياً ويستمر مدى الحياة ويطرأ تحسن بسيط في حالة البرامج التأهيلية وخاصة العلاج الطبيعي .

### المحور الثالث : الأسباب والتصنيفات

في هذا المحور يتناول الباحث الموضوع على بعدين أولهما بعد الأسباب وثانيهما بعد التصنيفات وفي بعد الأسباب فمن الصعوبة تحديد أسباب الشلل الدماغي ويعود ذلك لتداخل هذه الاسباب بعضها بعضا وتصنف هذه الاسباب الى ثلاثة تصنيفات أسباب مرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة ، وأسباب مرتبطة بمرحلة الولادة ، وأسباب مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة(الخطيب، ١٩٩٨)(مليكه، ١٩٩٨) وقد أشارت بعض الدراسات إلي أن حوالي (٣٥%) قبل الولادة و (٥٠ % )أثناء الولادة وحتى عمر شهر و (١٥ %) منها هو من النوع المكتسب ، علماً بأن بعض حالات الشلل الدماغي لا يزال غير معروف السبب (مارون ، ٢٠٠١ ) ، ويمكن استعراض اسباب الشلل الدماغي من خلال ثلاث مراحل على النحو التالي :

أ- اسباب مرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة وتبدأ هذه المرحلة منذ لحظة تكوين الجنين في الرحم حتى الشهر السابع وهي فترة تكوين المخ والجهاز العصبي المركزي(الخطيب، ١٩٩٢ ) ومن العوامل المؤدية الى اصابة الشلل الدماغ

١- نقص كمية الأوكسجين Hypoxia الواصلة إلي مخ الجنين بسبب التفاف الحبل السري حول عنقه .

٢- إصابة الأم الحامل باضطرابات الأيض مثل السكر وارتفاع ضغط الدم واضطرابات أخرى مثل الربو الشديد واضطرابات القلب وتضخم الغدة الدرقية أو تسمم الحمل.

٣- تعرض الأم الحامل للأمراض الفيروسية مثل الحصبة الألمانية وبخاصة في الأشهر

الأولي من الحمل والحميراء Rubolla أو الحلاء النطاقي Shingles

٤- عدم توافق العامل الريزي سي( -RH )وفي حالة عدم توافق العامل الريزي سي فان الاجسام المضادة تحطم كرات الدم الحمراء لدى الجنين ونتيجة لتحطم كريات الدم الحمراء فان هذه الاصابة تؤدي الى الانيميا في الدم ويعود السبب الى رفع معدل البليروبوين .

٥- الخداج وطفل الخداج هو الذي يولد وزنه أقل من (٢٥٠٠ جم) او ولادة الطفل قبل نهاية مدة الحمل وينتج عن عدة عوامل منها التهابات الكلي أو المجاري البولية والتدخين وسوء التغذية ، ويعتبر اطفال الخداج عرضة للإصابة بالشلل الدماغي ( Mark L. Batshaw , 1998 ) ، ومن الأسباب أثناء الحمل أي أمراض أو مشاكل قد تصيب الأم الحامل تؤثر على الطفل في رحم الأم وأثناء فترة نموه وثاني الأسباب أسباب أثناء الولادة وهي من الأسباب المؤدية إلى شلل دماغي

أثناء الولادة كما ان تعرض الأم للولادة العسرة يؤدي إلى اختناق الطفل ونقص الأكسجين عنده وثالثاً أسباب بعد الولادة يتعرض الطفل لالتهاب في الدماغ مثل التهاب السحايا أو الحوادث التي قد تؤذي الدماغ ( Nelson et al., 1999 )

ومن أسباب الشلل الدماغي ما يرتبط بالمراحل الآتية: **مرحلة ما قبل الولادة ، أسباب لحظة الولادة ، ما بعد الولادة .**

**مرحلة ما قبل الولادة :** وتكون منذ لحظة تكوين الجنين في رحم الأم وقد تصاب الأم أثناء هذه الفترة بمضاعفات كمرض السكري والنزيف والحصبة الألمانية وإذا كان الشلل الدماغي ناتجاً عن عوامل قبل وأثناء الولادة يسمى الشلل الدماغي الخلقى ( congital ) ويسمى الشلل الدماغي الذي يحدث بعد الولادة بالشلل المكتسب كما تشير الدراسات إلى أن حوالي ٨٥% من الشلل الدماغي وترجع أسباب ٣٥% من المصابين لمرحلة ما قبل الولادة و ٥٠% من المصابين مرتبطين بمرحلة الولادة علماً بأن نسبة من الحالات لا يزال سبب الإصابة بها غير معروف (الخطيب ١٩٩٨ )

**- فترة ما قبل الولادة :** وينتج ذلك عن حدوث مضاعفات للأم الحامل أثناء فترة الحمل كاستعمال الأدوية دون أخذ وصفة طبية من الطبيب المختص ، وإصابة الأم الحامل بالسكري والنزيف وتسمم الحمل وهذا كله قد يؤدي إلى حدوث مضاعفات تؤثر على الجنين

**- فترة الولادة :** وينتج عن تعرض الجنين للاختناق نتيجة نقص الأوكسجين أو حدوث نزيف في رأس الجنين فإن الولادة المبكرة أي قبل إتمام الشهر التاسع للولادة لها مخاطر ها التي تؤدي الى حدوث شلل دماغي بالإضافة إلى طرق الولادة ووسائل الإسعاف السريع قد تعرض الجنين للتأثر خلال عملية الولادة التي تتم تحت ظروف غير صحية ومن أهمها التي تؤدي إلى الولادة المبكرة وهي إدمان الأم على التدخين أثناء الحمل وتعاطي الكحول

**- فترة بعد الولادة :** ينتج ذلك عن إصابة الطفل بالتهاب الدماغ والاختناق والتسمم وحوادث السير ( صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني )

إن أي اضطراب يحدث في الرحم في الأشهر الأولى من الحمل وهي فترة تكوين معمار المخ يعتبر من العوامل المؤدية إلى الشلل الدماغي وإصابة الأم الحامل بالأمراض مثل السكر واضطراب القلب والربو وارتفاع ضغط الدم ومن العوامل المؤدية للشلل الدماغي سوء التغذية وتناول الأم للعقاقير والكحول، ونقص الأكسجين ( Hypoxia ) بسبب التفاف الحبل الأسري حول عنق الطفل ، تسمم الحمل والنزيف وتعرض الأم الحامل للأشعة أثناء فترة الحمل ومضاعفات عسر الولادة، ونقص الأكسجين والتهاب السحايا وإصابة الرأس نتيجة الحوادث والتهاب السحايا )

( Maclennan and Bakketeig , 1999 ) ، ومن أهم الأسباب المؤدية إلى هذا النوع من الشلل الدماغي الاختناق الذي يحدث اثناء الولادة Asphxia أو الإصابة المخية او الانخفاض في الوعي ونقص في الاكسجين ، هناك أسباب في مرحلة الولادة وأسباب في مرحلة ما بعد الولادة وأسباب قبل الولادة :و من الاسباب في مرحلة الولادة الوراثة ونقص الأكسجين والالتهابات خلال فترة الحمل وارتفاع الضغط وتعرض الأم للأشعة (Bleck Nagel ,1975) .

### ب- عوامل مرتبطة بمرحلة الولادة

وتبدأ مرحلة الولادة منذ بداية المخاض حتى ولادة الطفل وتشير الدراسات الى ان حوالي ٤٥- ٥٠% من حالات الشلل الدماغي تكمن في هذه المرحلة ، ومن الأسباب المؤدية إلى إصابة الطفل بالشلل الدماغي:

١-الإصابات والرضوض أثناء الولادة أو النزيف وهذه الأمور تحدث عندما يكون الطفل بوضع غير طبيعي داخل الرحم مثل خروج الجنين برجله بدلاً من رأسه .

٢- تعرض الدماغ الى نزيف أثناء الولادة

٣- تعرض الطفل للاختناق قد ينتج عن ذلك انسداد في مجرى التنفس لدى الطفل

٤- ان حدوث انفصال المشيمة قبل الموعد قد يسبب نقص الأكسجين في الدماغ أو التفاف الحبل السري أو انسداده كما أن سوء استخدام الهرمونات المسرعة للولادة قد تؤدي إلى تضيق الأوعية الدموية في الرحم بحيث لا يحصل الطفل على ما يكفي من الأوكسجين فيولد مصاباً بتلف في الدماغ ( منظمة الامم المتحدة للاطفال وهيئة اليونسيف، ١٩٩٤ )

### ج- عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

وهذه العوامل مسؤولة عن حوالي (١٥%) تقريباً من مجموع حالات الشلل الدماغي ، ومرحلة ما بعد الولادة تبدأ من الشهور الاولى وحتى السنوات الاولى من عمر الطفل ومن هذه الأسباب:

١- تعرض الطفل للسقوط من أماكن مرتفعة أو الحوادث المختلفة التي تؤدي الى اصابة الدماغ

٢- ارتفاع الحرارة التي قد تؤدي الى فقدان الوعي وتكون نتيجة لاصابة الدماغ بالسحايا

### Meningitis او الجلطة الدماغية Cerebral Thrombosis

٣- تناول الادوية بطريقة غير صحيحة أو تناول المواد السامة مثل استنشاق الغازات السامة مثل أول أكسيد الكربون او الرصاص أو الزئبق ، وكل هذه الاسباب تؤدي الى إصابة تلف في خلايا الدماغ (عبد الكافي، ١٩٩٣)



٤- إصابة الطفل ببعض الأمراض التي قد تؤدي للإصابة بالشلل الدماغي مثل استسقاء الدماغ Hydrocephaly (عبد الرحيم ، ١٩٩٠) .

#### أسباب بعد الولادة

لقد أشار ماكلين وباكيت ( MacIennan and Bakketeig , 1999 ) إلى إن إصابة الرأس نتيجة الحوادث ونقص الأكسجين وحوادث الدماغ مثل أورام الدماغ والتهاب الدماغ تؤدي للشلل الدماغي، كما بين إن دور أخصائي العلاج الطبيعي مع حالات الشلل الدماغي هاماً لإشرافه على وضع خطة تمارين علاجية لمساعدته على الاعتماد على نفسه وحسب قدرته ولأن هذه الحالة تحتاج إلى إعداد خطة تمارين علاجية مباشرة وأساسية منها تمارين توازن الرأس وتوازن الجلوس وتوازن الوقوف للأخذ بيد الطفل المصاب ومساعدته بالطريقة الصحيحة لتقوية عضلاته وتوازنه . تعد حالات الشلل الدماغي من الحالات التي تواجه صعوبة كبيرة وذلك لأن هذه الحالات مختلفة عن بعض ولعدة أسباب منها إن هذه الحالات غير متجانسة على سبيل المثال الذكاء فان درجة الذكاء عند أطفال الشلل الدماغي تختلف من طفل إلى آخر، وأيضا الحركات تختلف والأوضاع والإعاقة تختلف من طفل إلى آخر؛ لأن الشلل الدماغي مختلف الإعاقات وبالذات الإعاقة الحركية لذلك من أصعب ما يواجه واضعو البرامج التربوية هو التقييم التربوي في تربية المشلولين دماغيا لأنه في حالة وجود برامج تربوية لهذه الفئة فانه يصبح من السهل تحديد الخدمات التربوية المناسبة والبرامج التربوية تهتم بتطوير طفل الشلل الدماغي بالعناية بذاته .

#### أسباب أخرى للشلل الدماغي

ومن الاسباب المؤدية إلى الشلل الدماغي : الإصابة بالسكري والحصبة الألمانية وتعرض الأم الحامل للإشعاع وقد تعود إلى عوامل وراثية وتعرض الأم الحامل للأمراض المعدية ونقص الأكسجين الذي قد يؤدي إلى إصابة الدماغ بتلف وأورام الدماغ والإصابات والتهابات الدماغ وعسر الولادة والتهاب السحايا وحوادث الاختناق والتسمم (Lawson et al .,2003) ويستعرض الباحث البعد الثاني وهو بعد التصنيفات حيث تنوعت في الأدبيات التي تناولت الشلل الدماغي على النحو التالي :

#### الشلل الدماغي التشنجي(Cerebral Palsy Spastic)

و هو الأكثر شيوعا في الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي ويمكن إن يعرف التشنجي العضلي الاعتماد على سرعة زيادة قوة العضلة وتهيج السحب الانعكاسي ، وكذلك العلامة المهمة للتشنجات العضلية وعلاقتها مع الإعاقات مثل قصر العضلة ، وعلاج التشنجات العضلي غالبا ما



يكون الهدف في البداية على العلاج المتداخل ويعني أن عضلات طفل الشلل الدماغي التشنجي تكون متيبسة ( Samuel, et al 2006 ) .

وهذا النوع من الشلل الدماغي ينتج عنه إصابة المنطقة المسؤولة عن الحركة في منطقة الحركة في المخ وبالذات في منطقة الحركات الإرادية والمسؤولة عن الشد العضلي (hypotonia) مما يؤدي إلى إصابة الجسم بالتصلب ويتبع ذلك حركات وأدماط شاذة للجسم وتكون هذه الحالة واضحة في حالة تعرض الوتر للضغط مما يظهر ردود فعل انعكاسية . وينقسم هذا النوع إلى أربعة أنواع من الشلل الدماغي:

١. شلل دماغي تقلصي واحد وهذا النوع نادر .
٢. شلل دماغي تقلصي طرفي (hemplesia) وهذا النوع إما في الطرف الأيسر أو الأيمن.
٣. شلل تقلصي اثنين تكون الإصابة في الطرف السفلي أكثر من الطرف الأعلى .
٤. شلل تقلصي رباعي تكون الإصابة في الأطراف العلوية والإطراف السفلى (Bobath, 1985)

#### **الشلل الدماغي غير التوازني (Ataxia):**

هذا النوع من الشلل الدماغي تكون الإصابة فيه في منطقة المخيخ المنطقة المسؤولة عن التوازن في الدماغ مما يؤثر على المشي والجلوس بسبب عدم التوازن وهذا الوضع يؤثر على سقوط الطفل على الأرض علما بان هذا الحالة تكون طبيعية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ويعني انه لديه بعض الحركات اللاإرادية أي لا يستطيع التحكم بها لكن عند الطفل المصاب بعدم التوازن قد تصبح مشكلة في حياته ونسبة هذا الإصابة حوالي 7% (Bobath 1985) وقد تكون هذا الحالات مصحوبة بمضاعفات واضطرابات في البصر والنطق ( Captute , 1975 ) .

#### **الشلل الدماغي المختلط (Mixed type)**

ينتج هذا النوع من الشلل الدماغي عن إصابة المخيخ والدماغ الأوسط المسؤول عن الحركة وهذه الإصابة تؤدي إلى عدم التوازن وحركات غير إرادية ( Bobath , 1985 ) .

#### **الشلل الدماغي الارتخائي (Flaccid)**

هذا النوع من الشلل الدماغي يكون في حالات ارتخاء كامل وواضح في جسم طفل الشلل الدماغي لأن حركة المفاصل تكون في وضع غير طبيعي ويشمل الارتخاء كامل الجسم بحيث يكون واضحاً في حركة المفاصل حيث تكون الحركة أوسع ( Domino , 2003 )

#### **الشلل الدماغي التشنجي الرباعي :**

وهذا النوع يصيب أطراف الجسم كلها وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل التحكم في رأسه ولا يستطيع الحركة وهؤلاء المصابون يعتمدون على غيرهم في تلبية حاجاتهم ويصاحب هذا النوع بعض الأمراض مثل مشاكل التنفس التي قد تؤدي إلى الوفاة ويعود السبب المباشر لهذه الحالات وإصابة القشرة الدماغية لتدمير شديد ناتج عن نقص الأكسجين .

### الشلل الدماغى التشنجى الشقى :

وتكون في هذه الحالة الأنماط الحركية غير متماثلة وغالباً ما تكون يد الطفل المصاب مغلقة في وضع تيبس ولا يستطيع الطفل استخدامها ليساعد نفسه وفي حالة تعلم الطفل الوقوف فإنه يستخدم الأطراف السليمة لأن هذا النوع يصيب إما الطرف الأيمن أو الطرف الأيسر وتعتبر هذه الحالات من الحالات البسيطة التي إذا ما وجد برامج علاجية تأهيلية فأن الطفل يبدأ بالتحسن .

### الشلل الدماغى التخلجى:

وهو عبارة عن اضطراب في التوازن وعدم القدرة على المشي ويستخدم اليدين بوضع الامتداد إلى الأمام ليحافظ على توازنه في حالة المشي ليتغلب على تأثير الجاذبية ومن المشاكل التي يواجهها هذا النوع هو التأخر في تشخيص هذه الحالة والصعوبة في التعرف على هذا النوع من الحالات ويعود سبب ذلك لتأخر ظهور مظاهر عدم التوازن (Russman et al., 1997) .

### ويصنف الشلل الدماغى الاثيتويدي إلى نوعين :

- الشلل التوتري : يتصف بتوتر عضلي شديد  
- الشلل غير التوتري : لا يتصف بتوتر عضلي شديد بل بحركات التوائية كالحركات الدورانية والحركات الراقصة (الخطيب ١٩٩٤) ، (مليكه ١٩٩٨) .  
بالاطلاع على الدوريات والمراجع المتخصصة في مجال الشلل الدماغى أمكن تصنيفه تصنيفات عدة يتناولها الباحث على النحو التالي :

- أ- الشلل المفرد: Monoplegia ويصيب طرف واحد في الجسم بالشلل وهو نادر الحدوث .
- ب- الشلل النصفى الشقى: Hemiplegia ويصيب هذا النوع من الشلل أحد جانبي الجسم الأيمن أو الأيسر وغالباً ما تكون من النوع التشنجى .
- ج- الشلل السفلى: Paraplegia ويصيب هذا النوع الأطراف السفلية فقط ومعظمهم يعانون من ضعف حركى بسيط في الأطراف العلوية (Daniel. Hallahan and James, 1994) Kauffman ,

د- الشلل الثلاثى: Triplegia وهذا النوع يصيب أطراف ثلاثة بالشلل وهو نادر الحدوث

و- الشلل الرباعي : Quadriplegia وفي هذا النوع يصيب الأطراف الأربعة بالشلل وهؤلاء الأطفال يعانون من عدم القدرة والسيطرة على حركات الرأس بالإضافة إلي وجود بعض الاضطرابات الكلامية المصاحبة لهذا النوع (Michael. Hardman and others, 1996).

ويصنف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الإصابة الى أربعة أصناف يسردها الباحث على النحو التالي : أ- الشلل الدماغي البسيط Mild cerebral palsy : وهذا النوع من الاصابة قد لا يحتاج الى علاج او تدخلات جراحية وهو يعاني من مشكلات محدودة ويعتبر من الحالات التي يمكن أن يعتني بنفسه دون استخدام أي أجهزة مساعدة.

ب- الشلل الدماغي المتوسط Moderate cerebral palsy : وهذا النوع يتعلمون المشي باستخدام بعض الأدوات المساعدة ولكنهم يحتاجون إلى متابعة العلاج الطبيعي وتتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة وعادةً يكون النمو الحركي في هذا النوع بطيئاً

ج- الشلل الدماغي الشديد Severe cerebral palsy : وهذا النوع من الشلل الدماغي تكون الإعاقة الحركية فيه واضحة وظاهرة ولا يستطيع الطفل العناية بنفسه وتمنعه من الحركة ويصاحب هذه الإعاقة مشكلات كلامية فهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى علاج مكثف.

د- الشلل الدماغي الحاد Severe cerebral palsy : وهذا النوع يحتاج إلى عناية ورعاية دائمة بالإضافة إلى الحاجة لإشراف أخصائي العلاج الطبيعي وغالباً ما يحتاجون إلى الإقامة الدائمة في المراكز والجمعيات أو المستشفيات (الخطيب والحديدي، ١٩٩٨)

كما انه يمكن تصنيف الشلل الدماغي الى سبعة أنواع على النحو التالي :

١- الشلل الدماغي التشنجي : ويمكن تصنيفه الى أربعة أنواع يذكر منها :

أ- الشلل الدماغي التشنجي المزدوج Spastic diplegia : وتقدر نسبة الإصابة بهذا النوع (٣٣%) من مجموع حالات الإصابة بالشلل الدماغي ومن أسباب الإصابة: الولادة المبكرة وعادةً تكون الإصابة بالارجل أكثر من اليدين (John Walton, 1993)

ب- الشلل الدماغي التشنجي الرباعي Spastic Teraplegia :

ويصيب هذا النوع أطراف الجسم كلها وعادة تكون الإصابة بالأطراف العلوية أكثر من الاطراف السفلية فيكون في الاطراف العليا اشد منها في الاطراف السفلى والمصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي تواجهه صعوبات في قدرته على التحكم في وضعية رأسه وفي قدرته على الكلام وينتشر هذا النوع بمعدل (٨%) من المواليد الاحياء .

وقد يؤدي هذا النوع إلي الوفاة في نسبة تصل إلي (١٠%) تقريباً في مجموع الحالات في سن الطفولة . ومن اهم أسباب حدوث الشلل الدماغي التشنجي الرباعي حدوث تدمير شديد مزدوج في القشرة الدماغية ناتجة عن الاستسقاء المخي ونقص في الاكسجين في الدماغ

### ج- الشلل الدماغي التشنجي النصفي أو الشقي Spastic Hemiplegia:

في هذا النوع من الشلل الدماغي يمكن اكتشافه مبكراً و عادة ما تكون اليد المصابة مغلقة ولا يستطيع الطفل أن يستخدمها ليدعم نفسه كما أنه لا يستطيع استعمال رجله المصابة ويعتمد على الأطراف غير المصابة عندما يتعلم الطفل الوقوف والذي يتأخر في العادة وعندما يسقط الطفل على الأرض يحدث له توقف وتيبس في القدم والرجل ويصاحب ذلك تشوهات في وضعية الكاحل المصاب .

### د- الشلل الدماغي التشنجي السفلي :

وهذا النوع من الشلل يتمكن الطفل من التحكم بالرأس وكذلك في الكلام ، ويكون من السهل

تشخيص هذا النوع عندما يبلغ الطفل من العمر (٨) شهور (الخطيب، ١٩٩٢).

### ٢- الشلل الدماغي الالتوائي (أو الأثيتويدي) Athetoid Cerebral palsy:

يعتبر هذا النوع من الشلل الدماغي الالتوائي الأثيتويدي من الانواع الاكثر شيوعاً وتقدر نسبة انتشاره حوالي (١٧%) من مجموع حالات الشلل الدماغي وتكون حركة الطفل المصاب غير منتظمة وايضاً مستوي التوتر العضلي مستمر ومتغير وغير ثابت ، و غالباً عندما يلتقط الأشياء فانه يقوم بحركات راقصة في الذراعين غير طبيعية وخروج اللسان من الفم وقد لا يكون باستطاعة الطفل التحكم بشفتيه أو لسانه وحلقه فيسيل اللعاب من فمه وعندما يحاول المشي تظهر لديه الحركات غير المنتظمة وغير الهادفة بالاضافة الى الحركات اللاإرادية وخاصة عندما يكون الطفل متوتراً وغير مرتاح وتكون هذه الحركات قليلة في حالات الارتخاء ( Linda , 1997 )

### ٣- الشلل الدماغي التخليجي (الترنحي – اللاتوازي) (Ataxia cerebral Palsy)

وهو اضطراب الإحساس بالتوازن ، ومن صفات هذه الصفة فغالبا ما يخطئون في تقدير المسافات وهذا يؤدي إلي سقوطهم المتكرر على الأرض ومن الملاحظات على الطفل المصاب بهذا النوع المشي ويده ممتدتان إلي الأمام ليحافظ على توازنه والتغلب على تأثير الجاذبية الارضية ويمتاز هذا النوع من الاطفال بوجود ملامح عابسة على الوجه ( Samuel & James 1989) .

وفيما يتعلق بنسبة هذا النوع من الشلل الدماغي فقد اثبتت الدراسات التي دارت حوله انها كانت مختلفة فقدرها البعض ( ٢%) تقريباً من مجموع حالات الشلل الدماغي بينما يرى البعض الآخر أنها قد تصل إلي( ١٠% ) تقريباً من مجموع الحالات ، وهذا النوع يكون نتيجة إصابة المخيخ وهو الجزء المسؤول عن تنظيم التوازن وضبط الحركات في وضع الجسم

( Paul Wehman et .al , 1988, World Health organization , 1995)

أما بالنسبة للصفات الشخصية للأطفال المصابين يمثل هذا النوع فأنهم يتميزون بحب الآخرين لهم ويتمتعون بمشاعر العطف والحنان والحب الذي يقدمه الأفراد المحيطون بهم وتمتاز هذه الفئة أيضاً بتجنبهم للعزلة وميلهم للتعامل الاجتماعي في البيئة المحيطة بهم (فراج، ١٩٩٦) Samuel (&James, 1989)

#### ٤- الشلل الدماغي الارتعاشي Tremor Cerebral Palsy :

وهذا النوع يظهر على أشكال مختلفة من الشلل الدماغي وتكون ارتعاشاً خفيفاً أو شديداً كما قد يكون أو بطيئاً سريعاً وعادة يكون الارتعاش قاصراً على مجموعة معينة من العضلات وتكون هذه الحركات لإرادية وخاصة عندما يتناول الطفل لعبة معينة (عبد الرحيم، ١٩٩٠) والاهتزازات في الأفراد المصابين بالشلل الدماغي الارتعاشي تكون واضحة قد تتسبب هذه الارتعاشات حركات عضلية شاذة إما خفيفة أو شديدة (خلل التوتر العضلي Dystonic ) وكما هو الحال في حالات الشلل الدماغي فقد تؤدي هذه الارتعاشات الى مشاكل في العمود الفقري Scoliosis (المطر، ١٩٩٦، مارينو، ١٩٩٣).

#### ٥- الشلل الدماغي التيبسي : ( التصلبي ) Rigidity Cerebral Palsy

وهذا النوع من الشلل الدماغي التيبسي يعتبر من الحالات النادرة جداً ويحدث فيها تشنجات شديدة وتصلب عضلي بالغ الحدة مما يترتب عليه تقلص العضلات.وتكون الحركة الإرادية لدي هؤلاء الأطفال محدودة جداً و يتصفون بالمقاومة الشديدة للحركة ويعانون من ظاهرة التيبس الحاد وقد تكون الإصابة مصحوبة بتخلف عقلي شديد والسلوك التيبسي للعضلات و عادة تكون الإصابة رباعية ومن الممكن ان تيبس المفاصل بشكل لا يمكن تحريك هذه المفاصل (الخطيب، ١٩٩٢، المطر، ١٩٩٦).

#### ٦- الشلل الدماغي الاسترخائي ( الخائر ) Atonic Cerebral Palsy :

وهذا النوع من الشلل الدماغي هو من الحالات النادرة الحدوث التي تؤدي أداء وظيفياً مرتخياً ومترهلاً للعضلات لذلك لا يوجد تنسيق للعضلات (Michael et . al, 1998)

#### ٧- الأشكال المختلطة من الشلل الدماغي Mixed Cerebral Palsy :

وهذه الفئة يصنفون على أنهم مصابون بالشلل الدماغي المختلط عندما لا تظهر أعراض حركية  
نوع واحد وغالباً ما تكون إعاقاتهم متعددة (Michael et . al, 1998)

### التصنيفات حسب نوع الإعاقة الحركية

- الشلل الدماغي غير التوازني ( Ataxia ) ونسبته ما بين ١-٥% من حالات الشلل الدماغي  
وهذا النوع ينتج عن إصابة المخيخ لان المخيخ هو العضو المسؤول عن التوازن في جسم المصاب  
ونتيجة لذلك فان الطفل المصاب بهذا النوع من الشلل الدماغي سوف يعاني من ضعف في التوازن  
- الشلل الدماغي الاثيويدي ( Athetosis ) ونسبته ما بين ٥-١٠% من حالات الشلل الدماغي  
وينتج هذا النوع عن إصابة المخ المتوسط في الدماغ نتيجة وجود مادة صفراء مترسبة في المخ  
أثناء فترة الحمل فيختلف هذا النوع عن غيره بأن المصاب يستطيع الحركة ويكون وضعه أثناء  
الحركة بشكل اعوجاجي في اليدين والساقين وضعف في التوازن  
- الشلل الدماغي التقلصي ( Spastic ) ونسبته ما بين 60-70% من حالات الشلل الدماغي  
وينتج هذا النوع عن إصابة القشرة الدماغية في الدماغ والمصاب بهذا النوع تصبح حركته صعبة  
ومن أعراضه ازدياد كبير في شد العضلات

### - المحور الرابع: الإعاقات والمشاكل المرتبطة بحالات الشلل الدماغي

ويتناول هذا المحور الإعاقات والمشاكل المرتبطة بحالات الشلل الدماغي فقد يصاحب الإصابة  
بالشلل الدماغي مشاكل في السمع والنطق لذلك من الضروري جداً أن يقوم ولي أمر الطفل  
بمراجعة أخصائي السمع من اجل فحص السمع عند الطفل المصاب؛ لأنه في بعض الحالات قد  
يحتاج إلى استعمال سماعة طبية مساعدة للسمع وكذلك قد يتأثر النطق ، والسبب عائد إلى ضعف  
السمع وعدم إيصال المعلومة الواضحة للطفل مما يؤدي إلى بعض المشاكل في النطق علماً بأن  
الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يوجد لديهم ضعف في عضلات التنفس وعضلات الفم ويصبح  
بذلك ضعفاً في التحكم بهذه العضلات مما يؤدي إلى تأثير في النطق وتأخر ايضاً ومن المشاكل  
ايضاً التخلف العقلي ، وهذه المشكلة من المشاكل الرئيسة التي يواجهها أهالي الأطفال المصابين  
بالشلل الدماغي ، وعندما يعلم الآباء والأمهات أن طفلهم يعاني من إعاقة عقلية يسعون إلى معرفة  
ذكاء ابنهم علماً بأنه يوجد اختبارات مختلفة لكن إذا لم يستطع الطفل القيام بمهارات الاتصال وغير  
قادر على الحركة فتصبح مشكلة تحديد الذكاء ويواجه أطفال الشلل الدماغي بعض التشنجات وهي  
عبارة عن حركات لاإرادية ناتجة عن زيادة في النشاط الكهربائي للدماغ مما يؤدي إلى تشنجات  
وفقدان للوعي ويحتاجون في هذه الحالات إلى أدوية مخفضة للتشنجات ، وقد يصاحب الإصابة  
بالشلل الدماغي بعض الاضطرابات البصرية وقد يحتاج بعض الأطفال إلى استخدام النظارات

الطبية أو تدخلات جراحية لتصحيح البصر ومن مشاكل الرؤيا Vision Problem ينبغي على أولياء الأمور ملاحظة طفلهم الذي يعاني من الشلل الدماغي كأن يلاحظ عدم التركيز بعينه على الأشياء أو تذبذب المقلتين السريع اللارادي ، وقد تكون هذه المؤشرات دلائل على وجود اختلالات داخلية ، وبصفة عامة الكثير من الاطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي قد يصيبهم اضرار في الابصار، مشكلات مصاحبة لشلل الدماغي واصابة الشلل الدماغي تكون ناتجة عن تلف في خلايا الدماغ وهذا التلف لا يؤثر على المظاهر الحركية فقط بل يؤثر على عدد كبير من المظاهر النمائية مثل صعوبات التعلم وبما ان الاصابة بالشلل الدماغي نتيجة لتلف في خلايا الدماغ فمن المفترض أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم ضعف في الانتباه والادراك والاحساس ، وهذا يؤدي الى بعض الإشكالات في صعوبات التعلم ( Capute , 1975 ) اضطرابات الطعام Feeding Disorder بالاضافة الى المشاكل العضوية المرتبطة بالشلل الدماغي بيدي بعض الاطفال سلوكاً شاذاً بالامتناع عن الطعام ، كرد فعل نفسي لتحقيق الذات ، وفي هذه الحالة كلمة الأباء هي الحل في تناول الغذاء نظراً للحاجة الأكيدة لمصادر عديدة للفيتامينات والمعادن ضرورية للنماء البدني والإدراكي، ومن المشاكل أيضا التي قد تواجه طفل الشلل الدماغي الاعاقة العقلية علماً بأنه ليس من الضروري ان يكون مصاباً بالاعاقة العقلية وضعف واعراض سيلان اللعاب وبعض التعابير على الوجه ليست ذات دلالة على الاعاقة العقلية ولكن السبب قد يكون ان عضلات الفم لا تقوم بوظيفتها ، ومن الصعب قياس ذكاء طفل الشلل الدماغي لان اختبارات الذكاء التقليدية تقيس مهارات ادائية ولفظية والتي يفتقر اليها طفل الشلل الدماغي ( Capute , 1975 ) الاعاقة العقلية Mental Retardation تعني ببطء او تأخر النماء العقلي ، وحدة الاعاقة تؤثر في درجة التعلم وبالتالي القدرة على التفكير والإدراك والإنجاز ، لذا يذكر ان ثلثي الاطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من إعاقة عقلية ويوجد تحفظ على هذه النسبة نظراً لعدم دقة اختبارات التشخيص وبفضل التدخل المبكر واستخدام التقنيات الحديثة افضل استثمار القدرات الكامنة لدى اطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي رغم معاناتهم من مشاكل حركية وتواصلية حادة ، ولذا وصلت نسبة المعاقين عقلياً اقل من ٢٥% ( Cottrell ) ، والمشكلات السمعية والنطقية هي من المشاكل المصاحبة لطفل الشلل الدماغي وهم يعانون من درجات مختلفة في النطق بين صعوبة بسيطة في النطق وعدم القدرة على النطق والطفل المصاب بالشلل الغير المتوازن يكون سمعه ضعيفاً ويكون النطق ايضاً غير مناسق ووجود سيلان في اللعاب وعدم القدرة على البلع تزيد من مشاكل النطق ( Crickmag , 1977 ) و الاضطرابات اللغوية والكلامية قد يعاني الاطفال المصابون بالشلل الدماغي من صعوبة في فهم الكلمات بالتالي تذكر معاني الكلمات ، ويكون



اكتساب اللغة بطيئاً لانهم يحتاجون الى وقت في الاصغاء الى الكلمات وقد يكون ذلك ناتجاً عن ضعف ومشاكل في قوة العضلات سواءً في الوجه او الرقبة او الكتفين سببه اضطرابات في التنسيق بين العضلات التي تصدر الاصوات .

### • التدخل في علاج الشلل الدماغي

ويهدف علاج الشلل الدماغي الى مساعدة الطفل على اكتساب المهارات والقدرات الحركية الوظيفية من أجل التنقل والحركة بشكل مستقل ولتحقيق هذا الهدف لا بد من اشراك فريق من التخصصات المختلفة لوضع الخطة العلاجية وللإرشاد الأسري دور كبير في مشاركة الاسرة في عملية تقديم العلاج وذلك عن طريق تدريب الأسرة وإرشادهم على كيفية التعامل مع طفل الشلل الدماغي (عبد الرحيم، ١٩٩٠ )

#### ١- التدخل الجراحي أو الطبي

وعلاج الشلل الدماغي يقوم بتدريب الحركات وبرامج التأهيل وفي بعض الحالات التدخل الجراحي ما عدا بعض الحالات مثل الصرع حيث تعطى عقاقير للسيطرة على نوبات صرعية والتدخل الجراحي يكون في بعض الحالات مثل تطويل الأوتار في حالة قصر الوتر ليساعد الطفل على الحركة (منظمة الامم المتحدة للاطفال وهيئة اليونيسف، ١٩٩٤)

#### ٢- مدخل العلاج الحسي الحركي

وهناك العديد من النماذج العلاجية الحسية الحركية التي تطورت في ميادين العلاج الطبيعي والعلاج المهني مثل :

#### طريقة بوباث Pobath

" وقد طورتها البريطانية ألبرت بوباث وهي أخصائية في العلاج الطبيعي وزوجها كارل وهو أخصائي أعصاب وهذه الطريقة هي أكثر الطرق استخداماً وفعالية ليس في علاج الشلل الدماغي وإنما في كثير من الاضطرابات الحاصلة في الجهاز العصبي المركزي وظهرت طريقة بوباث في الأربعينات في القرن العشرين ، وسميت بـ " المنحنى العصبي النمائي ويقوم هذا المنحني العلاجي أساساً على مفهومين أساسيين هما :

١- أن أي تأخر في النمو الطبيعي يسبب تلفاً أو خللاً في خلايا الدماغ.

٢- تعتبر الحركات الانعكاسية غير الطبيعية هي السبب وراء ما يظهر من أنماط حركية غير عادية واوضاع غير طبيعية ، لذلك فإن الهدف الأساسي من العلاج العصبي هو :



ارجاع التوتر العضلي إلى المستوى العادي والتخفيف من الاستجابات الحركية غير الطبيعية (فراج، ١٩٩٦).

**طريقة رود Rood Approach** وقد هدفت إلى زيادة مستوى النشاط العضلي بطرق مختلفة منها استخدام الحرارة والتدليك والبرودة وسميت هذه الطريقة بالعلاج العصبي الفسيولوجي والتي طورتها مارجريت رود وهذه الطريقة العلاجية تقوم على مفهومين اساسيين هما :

توظيف الإثارة الحسية لتنشيط الاستجابات الحركية التي تعتمد على طبيعة الإثارة وتنشيط الاستجابات الحركية لا يتم الا وفقاً للتسلسل الطبيعي لدى الأطفال

#### • معدلات انتشار الإصابة بالشلل الدماغي في الاردن

وقد قدرتها مؤسسات الرعاية الخاصة بالشلل الدماغي ان نسبة انتشاره

(٤ إلى ٦ لكل ألف) من مواليد الأحياء في محافظات الأردن المختلفة

( منظمة الامم المتحدة للأطفال "اليونسف"، ١٩٩٤ )

#### المحور الخامس : الخدمات الصحية

وترتكز الخدمات الصحية بمعالجة المشاكل الصحية وذلك بأكتشافها مبكراً أيضاً وذلك باستخدام وسائل وأساليب علاجية مختلفة تساعد الطفل على الوصول لأفضل حالة صحية وحركية من الممكن ان يصل إليها ، وتتضمن الأساليب العلاجية على سبيل المثال : تدريبات النمو الحركي ، تدريبات علاجية تدريبات الاتزان والتوافق العضلي وتدرجات المرونة والتقوية وبرنامج الوقاية ،وكأحد أعضاء فريق التأهيل الطبي يقوم أخصائي العلاج الطبيعي بالاتي : تقييم قدرات الطفل الحركية والصحية باكتشاف المشاكل المتوقعة أو الموجودة بالفعل والقيام بالاختبارات الحركية والتطويرية والمشاركة مع باقي أعضاء الفريق التأهيلي ووضع خطة العلاج ومتابعة نتائجها وتعديلها بشكل دوري وتوفير المعلومات والتدريب اللازم لأولياء الأمور والأطفال فيما يختص ببرنامج العلاج الطبيعي ، ويتعامل العلاج الطبيعي مع كثير من الاضطرابات والإعاقات الصحية والجسدية مثل الشلل الدماغي ، الضمور العضلي ، العمود الفقري المشقوق ، والاستسقاء الدماغي ، ومشاكل العظام والمفاصل ، والاضطرابات الصحية والنفسية

[http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/40673000/jpg/\\_40673156](http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/40673000/jpg/_40673156)

[seanroake.jpg](http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/40673000/jpg/_40673156_seanroake.jpg)

أصبحت العلاجات متوافرة لعدد من الاضطرابات ،و في حالات حديثي الولادة مثل عدم توافق العامل الريزيسي الذي يؤدي إلى مهاجمة الجسم ، كما توجد أدوية للمصابين بالشلل المخي تساعد على إرخاء عضلاتهم والتحكم في تشنجاتهم إلا إن العضلات سرعان ما تعود إلى التشنج والشدة مرة أخرى،ويستعمل الدواء المعطى عن طريق الفم وحقن البوتكس (Botox). ومن طرق المعالجة :

- **المعالجة الجراحية :** وقد تفيد في بعض الحالات إجراء عملية جراحية مثل قطع الانتقائي لجذور الأعصاب الخلفية في التخفيف من تصلب عضلات المريض وجراحة وتطويل الأوتار من أجل معالجة التشوه.

- **المعالجة الصحية :** من الخدمات الصحية إن المشكلات العامة التي تصاحب النوبات الصرعية التشنجية والخلل العقلي أو العاطفي أو السمعي أو البصري أو الحسي مثل فقدان القدرة على التعرف على الأشياء باللمس كل هذه تزيد من الصعوبات التي يواجهها مرضى الشلل المخي وأسرهـم وفي دراسة لأحد علماء النفس (دنيوف) وجد إن اضطرابات الكلام تظهر لدى 70% من الأطفال المصابين بالشلل المخي وبالذات المصابين بالنوع الكنعني (athetoid) ،ونظراً لما يعانیه المعاق من عجز في كثير من الجوانب فإنه غالباً ما يكون منطويًا ميالاً إلى العزلة مما يترتب عليه الشعور بالغبرة بين أفراد أسرته وأقرانه .

ومن الخدمات التي تقدم لأطفال الشلل الدماغى العلاج الطبيعى ولمساعدة طفل الشلل الدماغى فلا بد من أن يكون هناك فريق يعملون معاً لإيجاد برامج علاجية تتوافق مع حاجات الطفل والعائلة ، اذ يقوم أخصائي العلاج الطبيعى بتعليم الطفل كيفية منع انقباض وتصلب العضلات وذلك من خلال تدريب الطفل على تمارين ومساعدته بأجهزة وجباير إذا كان ذلك ضروري لحالة الطفل .

- **المعالج المهني :** ويقوم بتطوير الحركات الدقيقة عند الطفل وذلك باستخدام أدوات لعب خاصة وينصح استعمال الأداة التي تساعد الطفل على الحركة مثل الدراجة ذات الثلاث عجلات

[http://\) www.arabspine.\( Com](http://www.arabspine.com)

ومن الأمور المهمة لتقييم حالة الطفل فحص حركة المفاصل وتقييم لخطوة الطفل واستقامة المفصل وذلك ليتجنب المشاكل العضلية التي تنتج عن إصابة الجهاز العصبي المركزي وقد تعالج بتصحيح الأوضاع وثبات المفصل وتصحيح الإعاقة وتخفيف الآلام ، ويجب على كل شخص التزويد من الأخصائيين المشاركين في رعاية هؤلاء الأطفال ومن المشاكل التي تواجه أطفال الشلل الدماغى مشكلة العلاج والتقويم لأنه في حالة تم تقييم صحيح يتم التوجه إلى الأهداف الوظيفية مثل

التدريب على ثني الظهر أو تمارين ايجابية وتقوية للعضلات ، ومن المشاكل ايضاً أن هناك توجد صلة بين مهارات الإدراك وحصيلة الفحص الإدراكي لأن أطفال الشلل الدماغي يعانون من صعوبة في الحركة والتواصل ، فلا بد من استغلال مهارات اللغة والتواصل والسبب يعود لوجود مشاكل في الرؤيا مثل الحول الداخلي والخارجي، ومن المشاكل ايضاً مشاكل السمع وتقدر نسبة حدوث مشاكل السمع ما بين ١٠-١٥ % من أطفال الشلل الدماغي وهذه المشاكل قد تؤثر على النطق وذلك لعدم وصول الكلام واضحاً لسمع الطفل مما يؤدي إلى اضطراب في الكلام ( http:// www. Eparent. Com ) .

من الخدمات الصحية التي تقدمها مراكز الشلل الدماغي للأطفال المصابين بالشلل الدماغي العلاج الكهربائي والعلاج المائي والتمارين المفيدة لتقوية العضلات ويتم تقييم الحالات بإشراف مختص في العلاج الطبيعي ويتم التقييم بعدة خطوات منها تاريخ الإعاقة وحالة المعاق النفسية والعامية وقوة العضلات وحركة المفاصل وقوة الإحساس ويتم بعد ذلك وضع خطة علاجية بإشراف الطبيب المختص والمعالج الطبيعي ويقوم أخصائي العلاج الطبيعي بتدريب الطفل على تمارين ايجابية بالمساعدة وتمارين سلبية وتمارين تقوية للعضلات والعلاج بالكهرباء وتدريب الطفل كيف يعتمد على نفسه في الحالات البسيطة .

**خدمات العلاج الوظيفي:** ويتم عن طريق العلاج بالألعاب والتمارين الرياضية والعلاج باللعب والموسيقى ويقوم أخصائي العلاج الوظيفي بتقييم حالة المعاق ويتضمن التقييم العناية بالذات والنظافة وارتداء الملابس ومهارات الاتصال وبعد ذلك يقوم الأخصائي الوظيفي بتقديم خطة علاجية شاملة لحالة المعاق وخدمات الأجهزة المساندة يقدم المركز الأجهزة المساندة للحالات التي تحتاج لأجهزة مساعدة من اجل الوصول إلى أفضل مستوى للحركة ، مثل الكراسي المتحركة والعكازات والأجهزة المساندة لها إشراف فني مختص يقوم بأخذ القياس للمعاق وضبط الأجهزة بناءً على تحويل من الطبيب المختص (الخالدي وأبو حلو، 1998 ) ، يقوم العلاج الطبيعي بتقديم عدد كبير من الخدمات وذلك بأدسن الخدمات للذين لديهم إعاقات مؤقتة أو دائمة وهذا الإعاقات تكون ما بين الإصابات الرياضية البسيطة والحالات الصعبة المعقدة مثل آلام الرقبة والظهر والفقرات القطنية وما بعد الكسور ومضاعفات الجلطات الدماغية وحوادث الدورة الدموية وأورام الدماغ وإصابات العمود الفقري ، وتوفير خدمات العلاج الطبيعي في الأسرة وذلك للمرضى الخارجين من فترة نقاهة بعد حالات الجراحة الكبيرة أو المرضى الذين يعانون من أمراض عصبية مثل مرض الأعصاب ومرض الباركنسون ويتم تحويلهم إلى قسم العلاج الطبيعي وذلك لعمل برامج إعادة تأهيل إضافية ، كما يتم علاج الحالات الروماتزمية مثل أمراض ضمور العضلات،

والتهاب المفاصل والتهاب الروماتيزم مثل انحلال الفقرات O . A علاج إمراض العظام التي يسببها البرد مثل الركبة والرطوبة بواسطة العلاج الكهربائي أو بر نامج التمارين والتوجيهات المختلفة، أيضاً تتم متابعة حالات ما بعد الجراحة مثل تبديل الركبة وتبديل الورك ، ويتم إجراء بأحدث تقنيات العلاج الكهربائي مثل التيار المتوسط، الموجات فوق الصوتية ، والموجات القصيرة ، وجر الفقرات، وحمام الشمع ، والعلاج بالطين ، وهناك تمارين وأجهزة مكتملة لتدسين قوة العضلات ومدى حركة المفاصل وتمارين إعادة التأهيل.

بدأ الاهتمام بالعلاج الطبيعي بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى على يد اليونانيين بوسائل بسيطة ولكن زاد الاهتمام أكثر بعد الحرب العالمية الثانية ويعود السبب لزيادة الإعاقات بعد هذه الحرب ويذكر أيضا إن العلاج الطبيعي يعتبر من التخصصات الطبية ولكن لا يستعمل فيه العقاقير بل يستعمل فيه الوسائل الفيزيائية والطبيعية مثل التمارين الطبية العلاجية والماء ، والحرارة ، والتلج والأمواج الصوتية ، والشمع والمساج وذلك لتأهيل المرضى جسدياً وإعادتهم إلى المجتمع لخدمة أنفسهم حسب قدرتهم

- العلاج المائي ( Hydrotherapy ) ويتم بوساطة العلاج بالماء البارد أو الساخن في البرك المعدنية .

- التمارين العلاجية ( Jenuzium ) وفي هذه القاعة يوجد أجهزة خاصة بالتمارين العلاجية مثل طاولة التوازن، وطاولة الوقوف، وفرشات طبية وطاباط طبية ومتوازي المشي ( parallel bar ) أخصائي العلاج الطبيعي : هو كل من يحمل مؤهلاً علمياً سواء دبلوم أو بكالوريوس أو شهادات عليا في اختصاص العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج الطبيعي يعمل مع فريق منهم أخصائي جراحة العظام وجراحة الأعصاب وطبيب الأطفال والأخصائي النفسي والاجتماعي وذلك لطبيعة وظيفة أخصائي العلاج الطبيعي المتداخلة في أكثر التخصصات ومعالجة أكثر المضاعفات الناتجة عن الكسور والجلطات الدماغية والإصابات الرياضية وقطع الأوتار و المصابين بالشلل الدماغى وأكثر الإعاقات الجسدية ( أبو حطب، ٢٠٠٣ ) .

### طرق الوقاية من الإصابة بالشلل الدماغى

وقد تنخفض نسبة الإصابة بالشلل الدماغى إذا تم تطبيق طرق الوقاية من الإصابة وهي كالاتي:  
العناية بالأم الحامل أثناء وقبل الحمل وتلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية قبل الحمل والفحوصات الدورية لاكتشاف أي اضطراب قد يؤدي إلى صعوبة الولادة ، المحافظة على التغذية الجيدة من اجل الحفاظ على صحة الطفل ، عدم تناول الأدوية غير الضرورية ، وتأمين المكان الصحى في حالة الولادة ، وإشراف الأخصائيين المدربين والمؤهلين للحفاظ على صحة الطفل والعناية بالطفل

الرضيع وذلك بتلقيح الطفل ضد الكزاز وشلل الأطفال والحصبة ، والفحوصات الدورية ومراقبة التغذية ، العناية بالطفل المصاب. ومن الأمور المهمة للأهل معرفتهم بالعلامات المبكرة للتهاب السحايا وهي ظهور انتباج في وسط الرأس وارتفاع الحرارة المستمر والكسل والذعاس ، فقدان الوعي فإذا لاحظ الأهل هذه الأعراض يجب الإسراع بعرض الطفل على الطبيب ويجب معرفة الأهل طريقة تعويض السوائل المفقودة للطفل في حالة تعرضه للإسهال (Bobath 1985) ، تبدأ الأعراض واضحة عند طفل الشلل الدماغي من لحظة الميلاد وخلال فترة السنة الأولى وهذه الملاحظات تساعد على اكتشاف الطفل المصاب ، ومن الأعراض الواضحة أيضاً يكون الطفل في حالة ارتخاء ، ومن أهم أعراض الطفل المصاب بالشلل الدماغي التطور البطيء مقارنة مع أقرانهم وتبدو أعراض عدم رفع الرأس وعدم توازن الجلوس واضحة لهذه الفئة في السنة الأولى.

ويعاني أطفال الشلل الدماغي الكثير من المشاكل وخاصة في التنفس والبلع والمضغ ومن المشاكل الرئيسية التي تواجه هؤلاء الأطفال صعوبات المص (poor sucking) والتي تعيق تناول الغذاء مما يؤدي الى سوء التغذية عند الطفل ، ويلاحظ صعوبة في الاتصال والتخاطب ويعود السبب لضعف العضلات المسؤولة عن حركة الوجه وتبقى هذه المشكلات حتى يكبر الطفل (كرستين ، ١٩٩٤) ، ويرى الخطيب (١٩٩٢) ان الإصابة بالشلل الدماغي لا تؤثر على الحركة فقط وإنما تؤثر على مظاهر أخرى مثل الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية ، اما بالنسبة للإعاقة العقلية المصاحبة للشلل الدماغي وهي انخفاض يكون ملحوظاً في قدرات الطفل العقلية وتشير الدراسات الى انه حوالي (٥٠%) من أطفال الشلل الدماغي يعانون من صعوبات في التعلم وتخلف عقلي ومشاكل في اللغة ويعاني هؤلاء الأطفال من الإعاقة السمعية وضعف السمع وخاصة الحالات المصابة بالنوع التشنجي والإعاقة السمعية تكون شائعة لدى المصابين بالارتعاشي وحوالي ٥٠% من اطفال الشلل الدماغي يعانون من مشكلات في البصر مثل الحول وقصر النظر، ويصاحب بعض الحالات تيبس نتيجة لعدم حركة المفاصل وبعض التشوهات التي تصاحب الإصابة بالشلل الدماغي ، وفي حالة عدم تحريك العضلات في الجزء المصاب لفترة من الوقت مما يؤدي الى إصابة هذه العضلات في تقلص وتيبس وجمود في الحركة ولذلك يحتاج طفل الشلل الدماغي الى إشراف أخصائي العلاج الطبيعي في وقت مبكر من اجل المحافظة على حركة المفاصل والعضلات ، لكن في حالة الإهمال وترك الطفل بدون معالجة فان العضلات والمفاصل سوف يصيبها التشوه والشد والتقلص مما يؤدي الى ضعف في وظيفة العضلات والمفاصل ، كما يعاني اطفال الشلل الدماغي من بعض الاضطرابات الفمية السنية ومنها سيلان اللعاب وذلك يعود لوجود ضعف في عضلات الفم والبلعوم ويعانون ايضاً صعوبات في البلع وسبب ذلك وجود ضعف

في العضلات المسؤولة عن البلعوم وكل هذه الاضطرابات تؤدي الى مشاكل في تناول السوائل والطعام (الخطيب ، ١٩٩٨) .

وقد تختلف أعراض الشلل الدماغي علماً بأن كل نوع له أعراضه المختلفة من شخص لآخر ومن هذه الأعراض والاضطرابات ، نوبات الصرع (Epilepsy) وهذ الاضطراب يصيب حوالي (٥٠%) من المصابين بالشلل الدماغي وقد تستمر هذه النوبات من ثوانٍ الى دقائق خلال النوبة ، ومن الاضطرابات ايضاً تأثيرات تربوية ان بعض المصابين يعانون من مشاكل في اللغة والكتابة وقد يواجهون صعوبة في الكلام وبعضهم يفتقر الى الدقة في الحركة وقد يكتب ببطء ويحتاج الى مساعده خاصة أثناء الامتحان.

واضطراب الحركة (Movement Disorders) .

وفي هذه الحالة تصاب العضلات بالتيبس والشلل ويصبح المصاب غير قادر على الحركة وخاصة الحركات الدقيقة ، والضعف العقلي وقد أشارت بعض الدراسات الى ان حوالي (٤٠%) من المصابين بالشلل الدماغي ذكاهم أقرب للطبيعي وبقية المصابين يعانون من إعاقة عقلية متوسطة وإعاقة عقلية بسيطة (Batshaw & perret,1992) .

ارشادات للآباء والمعلمين حول الشلل الدماغي

يمكن إرشاد آباء الأطفال ذوي الشلل الدماغي بمحاولة الجلوس مع الطفل وقضاء وقتاً كافياً معه واللعب معه يجب أن يتعلم الآباء حول الشلل الدماغي فكما تعرفت على أسباب وأنواع وتعريف الشلل الدماغي كلما ساعدة طفلك أكثر ، ويجب على الآباء والأمهات التعلم حول كل ما هو جديد بخصوص طفلك واطلب المساعدة من الأصدقاء بالخبرات وخاصة من لديهم أطفال مثل طفلك لان التعامل مع طفل الشلل الدماغي يعد عملاً مرهقاً وشاقاً ، أدبب طفلك وعامله كالطفل العادي الذي لا يعاني من أي إعاقة (Keller, & Holt,2000) .

يجب ان يتعلم المعلم كل ما يدور حول الشلل الدماغي من النشرات والكتب ويجب التواصل دائماً مع أولياء الأمور للتحديث حول حالة ابنهم ، وحاول ان تتعلم كل الاستراتيجيات التي قد تساعدك في تعليم طفل الشلل الدماغي مثل الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلمون في صعوبات التعلم (Leonard,Cadenhead & Myers , 1997) .

وتعتبر الخدمات الطبية والتأهيلية ضرورية لكل أطفال الشلل الدماغي لذلك لا بد من تقييم الطالب حركياً لتحديد برامج التدريب اليومي التي تساعد على الحركة والاعتماد على النفس وهذا التقييم يكون من واجب أخصائي العلاج الطبيعي ، اما دور أخصائي العلاج الوظيفي هو وضع خطة

علاجية لتدريب الطفل على الحركات الدقيقة والمهارات الحياتية اليومية بذلع الملابس وارتدائها وتناول الطعام والشراب ( مؤسسة العناية بالشلل الدماغي ، ٢٠٠٦ ) .

### المحور السادس: الخدمات التربوية

تركز البرامج التربوية للمشلولين دماغياً على المظاهر النمائية الحركية والانفعالية والاجتماعية والعقلية ، وتهتم أيضاً بتطوير قدرة الطفل على العناية بالذات وعلى تنمية المهارات الحياتية اليومية ، علماً بأن تعليم الأطفال ذوي الشلل الدماغي ينطوي على عدة صعوبات ؛ كونهم مجموعة غير متجانسة ، ويختلفون عن بعضهم بإعاقات متعددة وبدرجة الذكاء أيضاً فمنهم من هو متخلف ومنهم من هو ذو ذكاء طبيعي . ويعتبر التقييم التربوي النفسي بمثابة حجر الأساس في عملية تربية الأطفال المشلولين دماغياً حيث يمكن من خلاله تحديد مدى حاجة الطفل إلى التربية الخاصة وتحديد الخدمات التربوية المناسبة، والتقويم النفسي التربوي له عدة أهداف منها ، تخطيط البرامج التربوية الفردية والبديلة ( الإمام، ٢٠٠٣ ) .

ومن الخدمات التربوية تعلم الإدراك لأن عملية التعليم تبدأ تدريجياً منذ الولادة وهي عملية طويلة لأن الطفل ينبغي أن يتعلم كيفية التعامل والاستجابة والتكيف مع العالم المحيط به وبعد ذلك يتعلم الطفل كيف يحل مشاكله ويتعلم كيف يفكر ويتعلم كيف تلبى احتياجاته ، والتعلم يحتاج إلى الوقت لانه عملية طويلة ، وطفل الشلل الدماغي يعاني من صعوبة في الحركة وهذا يعيق ويقلل من اكتشافهم لما حولهم ، واكتشافهم لذواتهم وكل ذلك يتعلمه من خلال تعلم الاتصال، والاتصال يعتبر من المقومات الأساسية لتطور نمو الذوق واللغة فالإتصال يسهم في فهم المثير وإجراء التفاعل المناسب لإحداث الاستجابة المناسبة مما يؤدي الى الاعتماد على النفس وهي من النواحي المؤثرة في نمو الطفل لأن الطفل في هذه المرحلة يصبح معتمداً على نفسه في حال مساعدة الطفل وتعليمه العناية بالذات علماً بأن بعض الأطفال يحتاجون إلى مساعدة دائمة واهمية الاعتماد على النفس ينطلق من الدور الكبير جداً في تعليم الاستقلالية وتعني تعليم الطفل وتدريبه على المهارات الحياتية اليومية كإطعام نفسه وارتداء ملابسه وكثير من الوالدين يعتقدون ان الطفل لا يزال غير قادر على الاعتماد بنفسه وهذا يؤثر على تشجيع الطفل ، وللتغذية دور كبير في التغلب على الصعوبات التي يواجهها طفل الشلل الدماغي ومن هذه الصعوبات حركة الطفل بحثاً عن الثدي وتتم هذه الطريقة بأفعال انعكاسية تجعل الطفل يدير الرأس بحثاً عن الرضاعة والأفعال الانعكاسية تبقى مدى أطول عند بعض الأطفال لما يواجهونه من صعوبات في البلع ، وهناك بعض النصائح للأطفال الذين لديهم صعوبات في البلع والمص وذلك بالتدليك حول عضلات الوجه وهذا التدليك يفيد بنشاط



عضلات الوجه ويحتاج الطفل إلى وقت وصبر لإعطاء الغذاء ، وارتداء الملابس يحتاج أيضا إلى صبر .

وتقدم بعض المراكز خطة تربوية من خلال أهداف تدريسية سلوكية وصولاً إلى التعامل مع المشكلات السلوكية بطريقة صحيحة لتخفيف فرص تكرارها وحوثها بالإضافة إلى التعامل مع القضايا والمشكلات الاجتماعية والنفسية للمعاق الناتجة عن إعاقاتهم حيث يتم تقييم مستوى المعاق وذلك من أجل وضع خطة تعليمية ويكون التقييم في التعاون مع المعلمين وبعد التقييم يقوم الأعضاء كل حسب اختصاصه لتقديم الخطة التعليمية للمعاق ، وتعتبر الخدمة الاجتماعية من الخدمات التربوية وذلك لتقديم المراكز بالتعاون مع مصادر المجتمع الخدمات الاجتماعية المساعدة للمعاق ولأسرهم وذلك من أجل دمج المعاق في المجتمع ، والمركز يعتبر مرجعاً لتقديم المعلومات والخدمات الاستشارية المتعلقة بالخدمات والاجتماعية للمعاقين ودور الأخصائي الاجتماعي يقوم بدراسة اجتماعية للحالة لتقييم حالته الاجتماعية ، ولإرشاد النفسي دور في الخدمة التربوية لذلك يتم بالمركز إعداد دراسة الحالة النفسية للمعاق بإشراف أخصائي النفسي ويتم تقييم عام لشخصية المعاق وتأثير الإعاقة على تكيفه الاجتماعي والتعليمي والأسري والشخصي (الخالدي ، أبو الحلو ، 1998 )

### التجربة الاردنية في العملية التعليمية لاطفال الشلل الدماغي :

تتمثل فلسفة الخدمة التعليمية المقدمة لاطفال الشلل الدماغي بالاردن على الايمان القوي بأن هذه الفئة من الاطفال يمتلكون القدرة على التعلم والتطور اذا ما قدمت لهم برامج وخدمات تقوم على اسس علميه وتربوية تراعي احنياجاتهم واستعداداتهم وقدراتهم من خلال توفير بيئة آمنة تسهم في الارتقاء النفسي والبدني ومن هذا المنطلق تأسست المدرسة النموذجية للشلل الدماغي - واجيزت من وزارة التنمية الاجتماعية عام ١٩٩٢ في مبنى مستأجر في ضاحية الرشيد بمدينة عمان وكان عدد الاطفال آنذاك ٢٧ طفلاً وبعد صدور قانون المعاقين عام ١٩٩٣ اجيزت من وزارة التربية والتعليم فقامت بتقديم الطابق الارضي من مدرسة الشميساني الغربي ليكون مقراً للمدرسة حيث بلغ عدد الاطفال ٧٤ طفلاً تتراوح اعمارهم من (٤ - ١٥) واندسجماً مع هذه الفلسفة فإن المدرسة تسعى لتحقيق ما يلي :

تقديم الخدمات التربوية والتأهيلية لهم ، وتمثل فلسفة المدرسة بالايمان القوي بأن الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قادرون على التعلم والتطور اذا قدمت لهم برامج وخدمات تقوم على اسس عملية وتربوية صحيحة وذلك يعني بالضرورة توفير بيئة متقبلة ودافئة وآمنة يتعلم فيها الطفل وينمو الى أقصى ما تسمح به قدراته وحاجاته ، تقييم قدرات الاطفال بهدف وضع الطفل في



الصف المناسب ، تقديم الخدمات التربوية الخاصة لتطوير قدرات الأطفال الأكاديمية والاجتماعية وتعليمهم المهارات الاستقلالية ، التركيز على التواصل الاسري بين البيت والمدرسة ، تقديم الخدمات التأهيلية لتنمية وتطوير قدرات الطلاب الحركية ، ويقبل الأطفال بعد اجتيازهم التقييم الأكاديمي بالمدرسة وأن يتناسب عمره الزمني مع العمر المقبول لكل صف حيث يقبل الطفل في الروضة من عمر (٤-٧) سنوات والصف الاول الاساسي (٦-٨) سنوات ، ويتضمن كادر المدرسه جملة من التخصصات المتباينه منها : تربية خاصة ، معلم صف ، معلم اختصاص ( علوم ، فن ، اجتماعات ، تربية اسلامية ، مهني ، عربي ، رياضيات ، انجليزي ) مرشدة ، طبيب ، ممرضة ، معالج طبيعي ، معالج وظيفي .

**وتتنوع النشاطات التربويه والاجتماعيه بالمدرسه على النحو التالي :** الاحتفالات بالمناسبات الدينية والوطنية والاجتماعية ، الاشتراك في مسابقات مهنية وفنية دولية ومحلية تنظمها مؤسسات مختلفة ، عقد دورات ومحاضرات توعية للامهات والعوائل والمجتمع المحلي ، التهيئة لعملية دمج ذوي الاحتياجات الخاصة عن طريق زيارة طلابها للمدارس العادية ، القيام بالرحلات الترفيهية ، زيارات ميدانية ومهذية للمؤسسات والدوائر الرسمية وغير الرسمية والمستشفيات بهدف توعية الطلاب لمستقبلهم المهني تقوم المدرسة سنوياً بعمل افطار جماعي لطلابها في رمضان كذلك حضور المسحراتي وعمل عرض رمضاني.

ب- وتؤمن فلسفة المدرسه بعملية الدمج حيث تقوم المدرسه بدمج طلابها القادرين على مواكبة التعليم في المدارس العادية لامتلاكها القدرات الحركية والأكاديمية التي تجعل عملية دمجهم سهلة وتقوم بتابعهم واقناع المدارس بأن يكون صف الطالب في الطابق الارضي وتسهيل استعمال المرافق الصحية ، عقد دورات للحاسوب الالكتروني لطلاب المدرسة في المطبعة التي افتتحت في جمعية مؤسسة العناية بالشلل الدماغي ، الاستمرار في تأهيل الطلاب من قبل فريق التعليم الايطالي في المدرسة ، تأهيل الطلاب بالعلاج الطبيعي والوظيفي ، تزويد الطلاب بالاجهزة المعنية للحركة للاستعمال في البيت ، فحص سمع ونطق لطلاب المدرسة الذين يعانون من ضعف في السمع والنطق في جامعة عمان الأهلية، وتنوع البرامج التعليمية المقدمه في المدرسه على النحو التالي : برنامج الروضة حيث يخدم الاطفال من فئة ٤-٧ سنوات وتتمثل أهدافه : تطوير مهارات العناية بالذات ومهارات الحياة اليومية ، تطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية

، تطوير المهارات اللغوية والإدراكية ، تطوير المهارات الحركية ، وبرنامج التعليم الأساسي: ويخدم الأطفال من الفئة العمرية (٦-١٥) سنة عن طريق تقديم مناهج وزارة التربية والتعليم ضمن اساليب التربية الخاصة لتلبية احتياجات الطلاب الفردية ، برنامج غرفة المصادر حيث تقوم

المدرسة من خلال هذه الغرفة بتقديم خدماتها للطلاب الذي يعانون من تدني القدرات الاكاديمية وصعوبات تعلم وذلك باتباع الخطة التربوية الفردية .

**برنامج غرفة الحاسوب حيث وفرت المدرسه غرفه** لجميع المراحل مع اختلاف في طريقة تطبيق كل مرحلة لاستعمال الحاسوب وذلك باستخدام ادوات خاصة لذوي الاحتياجات الخاصة تمكنهم من استخدام الحاسوب بطريقة فعالة ، كما تقوم المدرسه بتقديم خدمات طبيه وتأهيليه حيث يتواجد فيها طبيب من المؤسسه يقوم بزيارة المدرسة مرة أسبوعيا لتقديم الرعاية الطبية كما ويقوم أخصائي العلاج الطبيعي بتقييم ا لطلاب حركيا لتحديد البرامج والأنشطة التدريبية التي من شأنها مساعدته على الاعتماد على النفس في المجال الحركي الكبير مثل الوقوف والمشي والتوازن ، بالإضافة الى تدريبه على استخدام الأدوات والأجهزة المساعدة والتصحيحية كالكراسي المتحركة والعكازات والجائز . أما أخصائي العلاج الوظيفي فتقوم بتخطيط واعتماد البرامج والانشطة اللازمة لمساعدة الطفل على الاعتماد على الذات في تأدية المهارات الحركية الدقيقة ومهارات الحياة اليومية الخاص بتناول الطعام والشراب وار تداء الملابس وخلعها واستخدام المرحاض والمهارات الحركية الدقيقة واللعب ، وتقوم وزارة الصحة مشكورة بتقديم العناية بصحة الأسنان من خلال مديرية الصحة السنية بالإضافة الى التطعيم ضد الامراض السارية والعلاج الطبي ، كما أن العمليه الإرشادية تقدم من خلال : مساعدة الطالب على الوصول الى حلول لمشكلاتها النفسية والاجتماعية والتكيفية ، مساعدة الطالب في فهم ذاته ( قدراته ، ميوله ، اهتماماته واحتياجاته ... الخ ) ، اعداد الطالب للاندماج بالمجتمع حتى لا يتطور قصوره الوظيفي الى حالة من العجز او الاعاقة ، وقاية الطلبة من الوقوع في الاخطاء والمشكلات المختلفة ، تزويد الطلاب بمعلومات كاملة عن فرص التدريب وفرص العمل المتاحة والمناسبة لهم في سوق العمل ، مساعدة الأهل في مواجهة الظروف والمشاكل التي يتعرضون لها نتيجة وجود طفل لديه احتياجات خاصة .

### **جمعيات ومؤسسات النشل الدماغى بالاردن**

- مركز لجنة زكاة المنارة وام نواره للنشل الدماغى -المنارة
- مركز التأهيل للعلاج الطبيعى/ الاشرافية وزارة الصحة
- مركز لجنة زكاة الوحدات للنشل الدماغى – الوحدات
- مركز لجنة زكاة وصدقات حي نزال للنشل الدماغى – حي نزال
- المؤسسة السويدية للنشل الدماغى – صويلح
- مؤسسة العناية بالنشل الدماغى – عمان
- مؤسسة العناية بالنشل الدماغى – الكرك

- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي - العقبة
- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي - المفرق
- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي - السلط
- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي - اربد
- جمعية مادبا للشلل الدماغي - مادبا
- جمعية ابن سينا للشلل الدماغي - عمان

### المحور السابع : التوجيه المهني

يعتبر التوجيه المهني من العمليات المهمة التي يجب على وزارة التربية أن توليها الاهتمام ، وذلك لحاجة الفرد الى من يوجهه لاختيار مهنة تناسب قدراته وميوله (عبد الهادي والعزة ، ١٩٩٩) .

والتوجيه المهني يعتبر امراً ضرورياً فهو من المؤشرات الاساسية للتوجيه المهني وتكمن الاهمية في التوجيه المهني الى مساعدة هؤلاء الفئة على اختيار المهن التي تناسبهم حسب قدراتهم وميولهم واستعداداتهم .

لقد بدأت حركة التوجيه المهني على يد فرانك بارسونر (١٩٠٩) وقد اهتم بارسونر لاختيار المهنة الاعتماد على نواحي القدرة والضعف من أجل اختيار مهنة مناسبة ومن الأساسيات التي ركز عليها بارسونر للتوجيه المهني هي القدرات والاستعدادات والميول ، وللتوجيه المهني دور هام في مساعدة الفرد على اتخاذ القرارات التي تناسبه وتمكنه من اختيار مهنة تضمن له الشعور بالسعادة والرضا لمساعدته على تنمية اتجاهات وقيم ايجابية نحو المهن (الداهري ، ٢٠٠٥) .

### الأهداف العامة للتوجيه المهني

- فتح المعاهد والمراكز التي تقوم على خدمة هذه الفئة بتقديم برامج التدريب والتأهيل لهم .
- إنشاء مركز لمساعدة الأفراد على اتخاذ قرارات ايجابية تساعدهم في اختيار مهنة تناسبهم .
- مساعدة الأفراد للوصول الى أعلى مستوى من التوافق النفسي والمهني وهذا يعتبر من الأهداف الرئيسية .
- توجيه الأفراد ومساعدتهم على التعرف بسوق العمل وما يتعلق بسوق العمل من تأهيل وتدريب .

- مساعدة الطلبة المتفوقين بتحسين ادائهم من خلال برامج تدريبية وتأهيلية (عبد الهادي والعزة ، ١٩٩٩)

### أهمية التوجيه المهني :

تكمن أهمية التوجيه المهني في قدرته على مساعدة الأفراد على اختيار المهن التي تناسبهم وتساعدهم على اتخاذ قرارات مهنية صحيحة، وحتى يستطيع أن يلبي الحاجات التربوية والتدريبية المتزايدة عند الناس، ليتمكنوا من التعايش مع مشكلاتهم الحياتية المعقدة، فهو يشكل ضرورة هامة خاصة في مجتمع اليوم الذي يعج بالمهن المختلفة والتطور التكنولوجي، وظهور مهن مختلفة جديدة في كل حقبة قصيرة من الزمن زانقراض مهن أخرى، الأمر الذي جعل من التوجيه المهني ضرورة ماسة لجميع المهنيين والطلبة والمدرسين والتربويين وغيرهم (الصيخان، ٢٠٠٧).

### المبادئ والأسس التي يقوم عليها التوجيه المهني

من المبادئ الأساسية للتوجيه المهني الاساس السيكولوجي فكل فرد صفات تميزه عن الاخر وطبيعة الانسان السيكولوجية مختلفة من فرد الى آخر ، ويجب ايضاً مراعاة النمو والنضج لدى الفرد في عملية التوجيه المهني ، والاساس الاجتماعي والتربوي له دور مهم في التوجيه المهني لأن الإنسان اجتماعي ، والمدرسة هي مؤسسة اجتماعية تؤثر في ميول واتجاهات الأفراد والاساس الفلسفي في التوجيه المهني يقوم على مبدأ أن كل انسان بحاجة إلى مساعدة لاختيار مهنة تناسبه ( مرسى ، ١٩٩٢ ) .

### ثانياً : الدراسات السابقة ذات الصلة

يتناول الباحث الحالي جملة من الدراسات السابقة ذات الصلة بعد إطلاعه على الدوريات والمجلات العربية والأجنبية واستخدامه لمواقع شبكة الإنترنت إلا أنه لاحظ افتقار المكتبة العربية لبحث في موضوع الدراسة الحالية وقلة الدراسات الأجنبية المهمة بدراسة تقييم الخدمات الصحية والتربوية ، ويتم إستعراض ما نشر من دراسات ذات الصلة في ثلاثة محاور أولها محور الدراسات التي اهتمت بالجانب الصحي وثانيها محور الدراسات التي اهتمت بالجانب التربوي وثالثها محور الدراسات التي اهتمت بالجانبين الصحي والتربوي على النحو التالي :

### أولاً: محور الدراسات التي اهتمت بالجانب الصحي :

بينما دراسة باولين ( Bawlien , 1990 ) والتي هدفت إلى تطوير برامج العلاج الطبيعي وتحسين خدمات العلاج الطبيعي وتكونت عينة الدراسة : من (٥٦٠) طفلاً مصابين بالشلل الدماغي تم اختيارهم عشوائياً وكانت هذه الحالات من أطفال الشلل الدماغي في السويد وتم تقديم خدمات

علاجية وتأهيلية وخدمات لأولياء أمور أطفال الشلل الدماغي ، وتم تقسيم الحالات إلى ثلاث مجموعات ، المجموعة الأولى هي مجموعة من أطفال الشلل الدماغي التشنجي لان هذا النوع هو الأكثر شيوعاً وأكثر الحالات التي تكون فيها العضلات في حالة انقباض وتيبس والمجموعة الثانية تتكون من حالات الشلل الدماغي الرنحي وهذا النوع هو نوع ارتعاشي ولا يوجد اتزان في حالة الوقوف والمشي والمجموعة الثالثة وتشمل حالات الشلل الكنعي وهذا النوع لا يمكن التركيز أو التحكم بالحركات لأنها اهتزازية ومرتجة ومترنحة ، تعرضت المجموعات لبرامج علاجية تأهيلية بالإضافة إلى برامج علاج طبيعي في المراكز وتوجيه أولياء الأمور إلى كيفية التعامل مع أطفالهم وذلك عن طريق الزيارات المنزلية والتدريب المكثف لأولياء الأمور وكانت النتائج بالنسبة لهؤلاء المجموعات نتائج ملحوظة في تحسن حالات الشلل الدماغي الذي تم توجيه أولياء أمورهم وكان التحسن ملحوظ من حيث التكلم والحركة للأطفال للمجموعات الثلاث .

وفي دراسة حنا (Hanna , ١٩٩٠) والتي هدفت الى التقييم النفسي والعلاجي للخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، تكونت العينة من (٩٠) حالة شلل مخي وقد تم توزيع العينة إلى (٦١) من الذكور و(٢٩) من الإناث وكانت أعمارهم متباينة وقد تم إجراء دراسة مفصلة للمرضى على أسباب وتطور وكيفية ظهوره وعلاقته بفترة الحمل والولادة ، كما احتوت الدراسة على فحص عصبي ونفسي واكينيكي شامل واختبار ذكاء وتم أيضاً إجراء أشعة مقطعية على (٥٠) حالة من مجموع الحالات ، وظهرت نتائج الدراسة أن نقص الأكسجين في المخ كان من أهم أسباب الشلل الدماغي ، كما أظهرت النتائج من الأشعة المقطعية أن هناك إصابات مختلفة مثل ضمور العضلات في المخ واتساع في البطن الجانبي ، كما وجد في الدراسة السيكولوجية أن (٨٧%) من الحالات مصابة بالتخلف العقلي لذلك تم تقسيم الحالات حسب اختبار الذكاء إلى (٥) حالات قابلة للتعليم (٧٠) IQ ، (٧) حالات قابلة للتدريب (٧٠-٥٠) IQ ، (٤٦) حالات تحت درجة الذكاء (٥٠) IQ (٥٠-٣٢) ، حالة إعاقة عقلية شديدة (٢٠) IQ

أما دراسة الحديدي (١٩٩٤) هدفت الى تقييم اثر برنامج خاص بالتخاطب بالإضافة إلى برنامج علاج طبيعي لحالات الشلل الدماغي وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً بين سن الرابعة وسن السابعة وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين في العدد إحدهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطه وكان البرنامج العلاجي للمجموعة الضابطة فقط في برنامج علاج طبيعي دون علاج التخاطب بينما المجموعة التجريبية فقد اشتملت على برنامج العلاج التخاطب مع علاج طبيعي وقد استخدمت الباحثة (مقياس فانيلا ند) لتقييم الذكاء -التفاعل الاجتماعي ، ونسبة معامل

اللغة – نسب الأداء الحركي الدقيق والعام مقاييس مناسبة وتم اختيار العينة من مستشفى القصر العيني قسم التخاطب ، وقد أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في حالات المجموعة التجريبية في كل المتغيرات بينما كان التحسن بالمجموعة الضابطة مقصوراً على الأداء الحركي الدقيق والعام وبمقارنة نتائج المجموعتين كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية لكل المتغيرات .

و دراسة كورنهيبر وآخريين ( Kornhaber et al 1999 ) التي كانت بعنوان استخدام طريقة الإثارة الكهربائية العصب دماغية كجزء من برنامج "جيت" لدى طفل يعاني من شلل دماغي وتخلف عقلي حاد وأجريت على طفل عمره ١٠ أعوام يعاني من شلل الدماغ وتخلف عقلي وقد خضع لهذه الطريقة لمدة أسبوع لمدة ٢٠-٣٠ دقيقة لكل جلسته وأظهرت النتيجة لقد لوحظ انه استخدام هذه الطريقة تساعد في انقباض وحركه في عضلة القدم بعد خمس جلسات من العلاج .

وفي دراسة سكير، كيشرز ، راميرز ( Scheker ,Cheshers, and Ramire 1999 ) . حيث استهدفت إلى إجراء مقارنة بين استخدام التيار الكهربائي العصبي والعضلي مع أجهزة ديناميكية في علاج الحالات التشنجية العضلية، كما استهدفت تقييم العلاج المقدم لفئة الشلل الدماغي واشتملت العينة على ١٧ طفلاً من الذين يعانون من شلل دماغي وقد توصل الباحثون إلى إن استخدام التيار الكهربائي العصبي الديناميكي يقلل التشنجات العضلية في الأطراف العلوية للأطفال الذين يعانون من شلل دماغي وقد أوصت الدراسة إلى ضرورة تقديم برامج علاجية للأطفال ذوي الشلل الدماغي سواء تم ذلك من خلال العلاج الكهربائي وتقييم الخدمات التدريبية .

وفي دراسة المهدي (٢٠٠٢, EL- Mahdy) والتي هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير الاستئارة الكهربائية على مدى تشنج العضلات والمجال الحركي في مفصل القدم ونظام المشي وتقييم مفهوم الذات على الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي التشنجي ، و أجريت الدراسة على ٦٠ طفلاً من المصابين بالشلل الدماغي التشنجي في مستشفى الأطفال الجامعي بالإسكندرية والمرجعين لعيادة الأمراض العصبية في نفس المستشفى وتم اختيار العينة عشوائياً من فئة ذوي القدرات العقلية الطبيعية وكانت أعمارهم أكثر من سنتين ولا يعانون من تيبسات عضلية ولا يتعاطون عقاقير مضادة للعضلات ولا يعانون من تشوهات عظمية وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات الأولى وتتكون من ٣٤ طفلاً مصابين بتشنج عضلي نصفي ٢٥ ذكر و ٩ إناث والثانية وتتكون من ١٩ طفلاً مصابين بتشنج عضلي للأطراف السفلى ١٤ ذكراً و ٥ إناث والثالثة تتكون من ٧ أطفال مصابين بتشنج عضلي رباعي ٥ ذكور واثنتان من الإناث وتم لهذه المجموعات فحص طبي شامل وتقييم لخطوة المشي وتقييم لمفهوم الذات وتاريخ مرض ما قبل وأثناء وبعد الولادة وتم التركيز

على ذلك وتقييم الحالة التشنجية للعضلات من خلال مقياس اشوارث المعدل والاستثارة الكهربائية لعضلات الساق الأمامية باستخدام جهاز هيدشترونك موديل بي ام ١٠٠٨ وذلك عند تردد ٣٠ هيرتز مع اتساع نبض ١٠٠ ميكروثانية ويعمل لمدة ٧ ثوانٍ ويتوقف لمدة ١٥ ثانية ولمدة ساعة يومياً يوم بعد يوم لمدة ثلاثة شهور وإعادة تقييم الحالة التشنجية وقياس زاوية مفصل الكاحل وأسلوب المشي وتقييم مفهوم الذات بعد انتهاء فترة الاستثارة الكهربائية العلاجية لعضلات الساق الأمامية. وقد أوضحت النتائج أن الاستثارة الكهربائية العلاجية لها تأثير إيجابي على تقليل تشنج العضلات وزيادة زاوية مفصل الكاحل مما يؤدي إلى زيادة المجال الحركي وتحسين أسلوب المشي وزيادة معدل مفهوم الذات للأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي .

أجرت روث (Ruth 2002) دراسة حول آلام الظهر لدى أطفال الشلل الدماغي بهدف التعرف على مدى تأثير التدريب على الظهر للوصول إلى توازن في الوقوف والجلوس لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وقد تمت هذه الدراسة في أماكن متخصصة للشلل دماغي وعلاجه في إيرلندا، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحسين وضع الجلوس عند الأطفال بزيادة قوة العضلات وحركة المفاصل لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، عينة الدراسة كانت على النحو التالي: ثلاثون طفلاً كانت أعمارهم ما بين سبع سنوات وستة شهور وستين وستة شهور وقد كان تشخيص هؤلاء الأطفال قبل البدء في الدراسة على أنهم لا يستطيعون التوازن أو الجلوس ويعانون من الإصابة بالشلل الدماغي، وبعد ذلك تم وضع برنامج تماريني علاجي لإجراء تدريبات لهؤلاء الأطفال على هذه التمارين بالطرق والوسائل المساعدة وتقوية العضلات المتحركة في أسفل الظهر وكانت مدة هذه التمارين ٢٥ أسبوعاً ، والعينة التي أخذها الباحث هي قسمان قسمٌ طَبَّقَ عليه برنامج التمارين وقسمٌ طبق عليه علاج طبيعي ولقد تم تقييم الدراسة بعد الانتهاء من المدة المقررة للبرنامج باستخدام الاختبار الذي تم إعداده من قبل الباحث لهذه الغاية وكان هذا الاختبار لتحديد درجة السيطرة على الوقوف خلال المشي وكانت النتائج للذين خضعوا لبرنامج علاج طبيعي فقط، ومن هذه النتائج نستطيع أن نقول: إن أي برنامج يهدف إلى تقوية عضلات الظهر يمكن أن يساعد على التوازن عندما يقوم هذا البرنامج على أشخاص مؤهلين ومدربين .

دراسة شريف (Sheriff,2003) وقد هدفت إلى تأثير التحسن في مدى قابلية النظر الحركي التوازني في وظائف اليد للأطفال الذين يعانون من شلل الدماغى نصفي تصليبي وقد اشتملت هذه الدراسة على مجموعة ضابطة لبرنامج تأهيلي لوظائف اليد باستخدام مقياس اختيار من - D M s p 2 وقد خضعت هذه الدراسة إلى برنامج تأهيلي استخدم بها (Rehacom system) بالإضافة



إلى برنامج تأهيلي لوظائف اليد واطهرت النتائج زيادة في الجانب الحسي النظري الحركي على الجهاز العضلي والحركي الحسي بالتعزيز الايجابي .

دراسة ايهاب ( Abd El Kafi, 2004 ) وكان عنوانها تأثير طريقتين من العلاج لتعليم المهارات الحركية عند الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي المصحوب ( dysproxia ) خلل في البرمجة لاعضاء النطق وهدفت الدراسة إلى مقارنة التأثير على ( post response ) بدون الاستجابة إلى فتره طويلة لتعليم (supination skill) في الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي المصحوب في خلل ببرمجة الأعضاء النطق (dysproxia) وشملت الدراسة على ثلاثين طفلاً يعانون من الشلل الدماغي المصحوب في خلل بالبرمجة النطقية في الأعمار من ٤-٦ سنوات شاركوا في هذه الدراسة وتم اختيار المجموعتين عشوائياً وشملت كل مجموعته على (١٥) طفلاً عشوائياً واشتملت المجموعة الأولى على (١٥) طفلاً جميعهم تلقوا ( Coucurrent feed back ) بينما المجموعة الثانية اشتملت على (١٥) طفلاً تلقوا (post response feed back) متزامن مع الطريقة بعد الاستجابة ومجموعه أخرى تتكون من ٣٠ طفلاً طبيعياً وتمثل المجموعة الضابطة وتم قياس الأطفال الذين اختيروا لهذه الدراسة بواسطة (supination,per formoncc tines) ثلاث مرات قبل وبعد ٤+٨ أسابيع تمت لمدة شهرين وخمسة أيام في الأسبوع وكانت النتائج كالاتي الحالات التي تم تطبيق بعد الاستجابة أكثر تأثر من تعلم المهارات الحركية في التدريب المتزامن مع الحركة .

وفي دراسة ساراف وآخرين ( Saraph et al , 2004 ) وكانت بعنوان إطالة الرجل كجزء من برنامج " جت " في الجراحة والذي تم استخدام تحليله في الشلل الدماغي وهدفت هذه الدراسة إلى تقسيم وضع أحد عشر طفلاً يعانون من الشلل الدماغي وقد خضعوا جميعاً إلى عملية الإطالة ، واحتوت عينة الدراسة على احد عشر طفلاً وكانت النتيجة انه باستخدام برنامج " جيت " لوحظ تحسن في حركة الأطفال ولكن كان هناك اختلافات فردية .

دراسة موريرا وآخرين ( Moreira et al., 2004 ) وكان عنوانها استخدام الليزر في علاج الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي ، وهدفت الدراسة إلى اثر طريقة Laser "Acupuncture" في علاج الأطفال الذين يعانون من إصابات في الدماغ وأقيمت الدراسة لمدة ٧ شهور وقد تمت تصنيف الأطفال حسب إعاقاتهم وتكونت العينة من ٢٩ طفلاً . ولقد أظهرت النتائج انه باستخدام هذه الطرق تم علاج ٤ من أصل ١٠ أطفال يعانون من العمى وخمسة أطفال من الصمم ولكن لوحظ تحسن طفيف لدى الأطفال الذين يعانون من إصابة في الدماغ .



بينما دراسة حسين ( Hussien, 2005 ) وقد هدفت الدراسة إلى تقييم الطرق للسيطرة على أوضاع أطفال الذين يعانون من شلل نصفي في الطرف الأيمن وتكونت عينه الدراسة من ثلاثين طفلاً تم اختيارهم في هذا الفحص وكانوا كالتالي ( ١٥ ) طفلاً طبيعياً و ( ١٥ ) طفلاً يعانون من شلل دماغي نصفي في الطرف الأيمن وتم تطبيق برنامج التوازن لجميع الأطفال من خلال وقوفهم على طاوله ( tilt board ) واخذ صورة من الامام وصورة من الجانب من خلال وضع الساكن ( static ) وضع الحركة ( Dynamic ) وظهرت النتائج فرقاً ملموساً ما بين الزاوية وإستراتيجية الحركة ما بين الأطفال الطبيعيين والأطفال المصابين بشلل دماغي نصفي .

دراسة ندا ( Nada 2006 ) وكان عنوانها برنامج تدخل لتدسين المشكلات المرتبطة بالغذاء وتناولها عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث أجريت هذه الدراسة على ( ٦٠ ) طفلاً يعانون من الإصابة بالشلل الدماغي ومشاكل وصعوبات في تناول الغذاء وظهرت هذه الدراسة أن أكثر أنواع التشنجات شيوعاً كانت من الأطفال المصابين بالتشنجات الشاملة ٤٧،٤ % وقلها شيوعاً كانت التشنجات الجزئية ٢١ % ، كما كان الطعام الصلب أكثر أنواع الطعام إعطاء للأطفال في هذه الدراسة بينما كان الطعام السائل اقلها إعطاء وكانت نسبة الذين يتعاطون ادوية ضد التشنج ٦٣.٣ % بينما ٣٦.٧ % هذه نسبة الذين لم يتعاطو مضاداً للتشنج وقد أظهرت هذه الدراسة الى ان جميع عينة الدراسة والذين كانوا يعانون من صعوبات في التغذية كانوا يعانون من صعوبات في البلع و المضغ وتناول الطعام وصعوبة في فتح الفم و ٢٠ % من هؤلاء الاطفال لم يتقبلوا الطعام الذي كان يقدم لهم ، وانه بعد برنامج التأهيل الغذائي المقدم للاطفال يوجد تحسن واضح في القدرة على الاحتفاظ بالسوائل داخل الفم وتوجد هناك قوة دافعة لسان لكن لا يوجد تحسن في اعراض تناول الطعام والبلع ومن النتائج هذه الدراسة ان هناك ٧٦ % من الاطفال الذين شملتهم الدراسة تحسنوا في وضع الجلوس في قدرة تناول الغذاء و ٢٠٥ منهم كانوا في وضع شبه الجلوس و ٣.٣ % لم يستطيعوا الجلوس اي ضلو في وضع الاستلقاء اثناء تناول وجبات الغذائية المقدمة لهم وكان هناك ايضا تغير واضح في الوزن والطول ونقص الفيتامينات في الاطفال الذين شملتهم الدراسة .

بينما دراسة آد لارس ( Adde Lars, 2006 ) وكان عنوانها تقييم عام للحركة : التنبؤ بأعراض الشلل الدماغي عيادياً ( باستخدام العيادة ) حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعليه طريقة التقييم العام للحركة ( GMA ) في التعرف على أعراض الشلل الدماغي لدى حديثي الولادة، وقد تكونت عينة الدراسة من ( ٧٤ ) طفلاً حديثي الولادة وكانت النتيجة أن أظهرت النتائج

نجاحه هذه الطريقة في الكشف المبكر عن أعراض الشلل الدماغي لدى حديثي الولادة بنسبه ٩٨ % .

وفي دراسة بارلو (Barlow, 2006) والتي كان عنوانها برامج تدريبية داعمة لأهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وهدفت إلى تقييم الخدمات التدريبية المقدمة لأهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي واشتملت العينة على ٧٠ عائلة و ٦٧ طفلاً يعانون من الشلل الدماغي، وتوصلت الدراسة إلى وجود تحسن بسيط خلال المدة التي استخدمت فيه جميع الاستبيانات التي طبقت على الأطفال والعائلات ، وجميع المشاركين في هذه البرامج استمتعوا واندمجوا مع برنامج التذكير وشعروا في تحسن في الهدوء والنوم والأكل أفضل من قبل الدراسة .

#### أما دراسة بارك وآخرين (Park et al, 2006)

وكان عنوانها تقييم تشوه وإعاقة القدم عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي حيث هدفت إلى:

أولاً : تحديد خصائص توزيع الضغط في القدم عند كثير من الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تشوه في القدم باستخدام نعل ذي نظام حساس مبرمج .

ثانياً : تحديد التغيير التي تحصل لهؤلاء الأطفال بعد عمل الجراحة اللازمة .

وتكونت العينة من ٤٤ طفلاً وقد بينت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حركة الأطفال ( المجموعة التجريبية ) الذين استخدموا نظام النعل المبرمج وقد استخدمت مقاييس ضغط القدم الديناميكي وقد لوحظ التحسن الكبير في حركة الأطفال بعد استخدام نظام النعل المبرمج وكذلك بعد إجراء الجراحة .

#### ففي دراسة كريلين وآخرين ( Kreulen et al, 2006 )

وكان عنوانها مقارنة أنماط الحركة في الساعد الأسفل المصاب لدى الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي وأنماط الحركة الصحيحة حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين أنماط حركة الساعد الأسفل الضعيف وأنماط حركة الساعد الأعلى لدى الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي ، حيث تكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال مصابين بالشلل الدماغي ذكور (٨) وإناث (٢) وعشرة أشخاص أصحاء حيث تبين من النتائج انه لقد لوحظ عجز كبير في الحركة ويوصي الباحثون بدراسة أنماط الحركة لجميع أجزاء الجسم لدى الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي وليس فقط الساعد الأسفل .

**ثانياً : محور الدراسات التي اهتمت بالجانب التربوي**  
دراسة ميلز ( Miles ,Frizzell 1990 ) والتي هدفت الى تدريب وتعليم بعض مهارات التعامل لأولياء أمور الأطفال المصابين بالشلل الدماغي و كذلك الاخصائيين بإشراف أخصائي علاج طبيعي متدرب يقوم بتدريب اولياء الامور والاختصاصيين كيف تتم معالجة حالات الشلل الدماغي وتكونت العينة من ٣٧ طفلاً تم لهؤلاء الاطفال جلسات علاج طبيعي بإشراف اخصائي علاج طبيعي ولمدة ٣ ساعات لكل جلسة وقد تم استخدام الملاحظة لمعرفة مدى الإفادة من هذه البرامج وظهرت النتائج وجود دافعية للامهات والاختصاصيين كذلك من الدعم المساند لأولياء الامور

**دراسة دونالدس ماروزس وآخرين (DONALDS Marozas and et al 1985) حيث**  
هدفت إلى التركيز على اثار العملية العكسية لعلاقة الشكل والارضية ذات اللونين الاسود والابيض لاداء الاطفال الطبيعيين وأطفال الشلل الدماغي التشنجي من الاختبار الإدراكي البصري والحركي واختبار الإدراك البصري اللاحركي وكانت عينة الدراسة عينة قصدية واختيرت هذه العينة من البرامج التعليمية للطلبة المدموجين حيث تحوي هذه الفئة عينة من الأطفال لديهم مشاكل حركية وبصرية واضطرابات إدراكية وتكونت العينة من (ن=٤٨) طفلاً أعمارهم بين الخامسة والثامنة وتم فرز لعينة المصابين بالشلل الدماغي (ن=٢٤) وعينة الأطفال العاديين (ن=٢٤) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأطفال العاديين كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عملية عكس المثيرات في اختبار الإدراك البصري اللاحركي كذلك تبين عدم وجود فروق دالة عندما قدم المثير المعتاد عليه في الأداء البصري الإدراكي وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة ناتجة عن التفاعلات بين متغيرات الدراسة فتبين وجود تفاعل ثنائي بين ترتيب شكل المثير، ونمط المثير ووجود تفاعل ثلاثي بين نمط المثير ونمط الاستجابة ، كما تبين ارتفاع أداء الأطفال المصابين بالشلل الدماغي كلما روعي ترتيب عرض الاختبار وترتيب شكل المثير ووضوح التعليمات .

**وقد هدفت دراسة فراج ( ١٩٩٦ )**

وهدفت إلى عمل مسح لأطفال الشلل الدماغي بهدف قياس درجة ذكائهم وقد تم اخذ فئة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المستفيدين من المؤسسات والجمعيات حيث تكونت من (ن=٧٢) طفلاً .

وقد توصلت إلى تصنيف ذكاء العينة على النحو التالي :

(ن=١١) حالة تعاني من تخلف عقلي شديد اقل من (٣٥) درجة ذكاء

(ن=١٣) حالة تعاني من تخلف عقلي متوسط تتراوح درجة الذكاء ما بين (٦٠-٣٥)

(ن=١٦) حالة تعاني من تخلف عقلي بسيط تتراوح درجة الذكاء ما بين (٧٠-٦٠)

ويعني هذا أن (٥٥%) من العينة متخلفون عقلياً

(ن=١٥) حالة من (٣٣) من الحالات المتبقية هي من فئة بطيئي التعلم

(ن=١٤) طفلاً مستوى ذكائهم تتراوح درجة الذكاء ما بين (١١٥-٨٥) وثلاثة أطفال درجة ذكائهم

(١٢٠) ودرجة ذكاء طفل واحد وصلت إلى (١٤٠).

كانت دراسة اوبرنجر (Obringer, 1997) والتي دارت حول أمل جديد للأطفال الذين يعانون

من الشلل الدماغي وهدفت إلى مناقشه أهميه استخدام طريقه علاجه "بوتكس" للطلبة الذين يعانون

من الشلل الدماغي وقد تمت المعالجة في ظروف عياديه متخصصة وذلك بهدف التخفيف من

الأعباء الدراسية التي يواجهها هؤلاء الطلبة عن طريق حقن هذه الإبر في كعب المريض ومن

حسنتها أنها تساعدهم على الحركة وهي طريقه آمنه ولكن تكمن المشكلة أنها باهظة الثمن ولا

تستطيع شركات التأمين تغطيه العلاج ، لقد أظهرت النتائج نجاعة هذه الطريقة في تحسين حركة

الطلبة وقدرتهم على التعايش في البيئة الصفية ولم تظهر هناك أية مضاعفات خطيرة

دراسة ايروكسون ( Erickson 2000 ) وكان عنوانها الانزلاق عن الجليد – والعلاقة بين

المهارات الكلامية والعنف وتقدير الذات عند الرجال المصابين بالشلل الدماغي والاعاقه العقلية ،

وقد هدفت هذه الدراسة إلى إيضاح العقبات التي تواجه هؤلاء الأشخاص مع زملائهم مثل الغضب

والعدوانية والإحباط. وتكونت العينة من ثلاثة رجال يعانون من الشلل الدماغي والاعاقه العقلية. وقد

أوضحت النتائج الصعوبات البالغة التي يواجهها هؤلاء الرجال من تعامل مع زملائهم أو عائلاتهم

من إحباط وعدوانية وعنف وكما أوضحت الدراسة الإفادة والتحسن الذي يمكن أن يطرأ على

هؤلاء المصابين إذا كان هناك دم اجتماعي .

دراسة ويلش وآخرين (Welsh et al, 200) وهدفت إلى التعرف على المعوقات و التي تواجه

الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي، وكانت أعمار المشاركين في هذه الدراسة ٥ سنوات بوساطة

مقياس ٦ميارين وقد لوحظ إن الأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة زادت الثقة في مشاركتهم

الاجتماعية خلاصة هذه الدراسة أثبتت أن العوائق البيئية لأطفال الشلل الدماغي ممكن التعرف

عليها وعلاج مشاكلهم

دراسة هامبلين وموسا (Hamplin, Musa, 2005) والتي هدفت إلى تخطيط وتنفيذ مشروع

يمتد لثلاث سنوات يقوم على تقديم خدمات تاهيلية لعائلات الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي،

تقييم المشروع بشكل مستمر خلال كافة مراحلها من اجل تحديد الخدمات الواجب تقديمها لإنجاح

المشروع حيث اشتملت العينة على ٢٢ طفلاً، وتوصلت الدراسة إلى إن التحسن الكبير الذي طرا على هؤلاء الأطفال وذويهم وذلك نتيجة لاكتساب أوليا الأمور خبرات التعامل الفعال مع أطفالهم وذلك جراء تلقيهم الرعاية والتوجيه المستمر من فريق العمل وقد كان هناك ايجابية وتفاعل بين فريق العمل وذوي الأطفال مما حقق أهداف البحث وتبين أهمية الرعاية والتأهيل الذي تقدمه العائلات لأطفالهم ذوي الإعاقات .

### دراسة ويليرد ( Willard 2007 )

وكان عنوانها تحديد الموهبة لدى حالتين مختلفتين من الشلل الدماغي وهدفت الدراسة إلى التحقق من استخدام طريقة علمية من اجل استكشاف الموهبة لدى طالبين يعانين من شلل دماغي وقد تم التحقق من هذين السؤالين – ما هي الوسائل التي أظهرت موهبتهما ؟

– ما هي الأساليب التي استخدمت في تطوير موهبتهما ؟

أحدهما قد خضع لبرنامج لتطوير المواهب في المرحلة الابتدائية والآخر لم يخضع له وقد تمت مراقبه هاتين الحالتين لمدة ٣ سنوات وتم إجراء المقابلات والتسجيلات الصوتية والصورية والملاحظات، وقد أظهرت النتائج انه لقد لوحظ صعوبة ملاحظه دلالات الموهبة لديهما واختلاف اثر الغرفة الصفية عليهما وكما لوحظ انه يجب على كليهما مواجهة الصعوبات وتخطيها للوصول إلى الأهداف

### ثالثاً : محور الدراسات التي اهتمت بالجانب الصحي والتربوي

دراسة أبو حطب(2003) وكان عنوانها تقييم خدمات العلاج الطبيعي لحالات الشلل الدماغي في مراكز التربية الخاصة في عمان، وهدفت الدراسة إلى التعرف على واقع خدمات العلاج الطبيعي لحالات الشلل الدماغي في مراكز التربية الخاصة في عمان ، حيث شملت عينة الدراسة على (٤٥)مركزاً موزعاً في مدينة عمان وضواحيها، واستخدم معياراً تقييمياً لواقع العلاج الطبيعي المقدم لحالات الشلل الدماغي في مراكز التربية الخاصة في عمان وتوصلت إلى النتائج التالية

- إن المرافق الموجودة في المراكز غير مناسبة لخدمة أطفال الشلل الدماغي ولا تصل إلى مستوى المعيار الذي صُمم في الدراسة .

- إن الأجهزة والوسائل المستخدمة في المركز لا تتماشى مع التطور التقني والطبي .

- إن ٢٠ % من القائمين على خدمة أطفال الشلل الدماغي غير المؤهلين وإنما يعتمدون على خبراتهم وأيضاً إن ٣٤% من أفراد مجتمع الدراسة لا يملكون خبرات في العلاج الطبيعي .

- إن مدى معرفة أخصائي العلاج الطبيعي بحالات الشلل الدماغي من حيث التعرف على خطة العلاج المقدمة ضعيفة جداً .

- إن أهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي غير راضيين عن خدمات العلاج الطبيعي المقدمة لأطفالهم ، وتقيد هذه الدراسة في إلقاء الضوء على واقع خدمات العلاج الطبيعي المقدمة لفئة أطفال الشلل الدماغي في مراكز التربية الخاصة ، وقد اهتمت دراسة (أبو حطب) بخدمات العلاج الطبيعي في مراكز التربية الخاصة وبمحافظة العاصمة فقط ، فالدراسة الحالية دراسة تقييمية لواقع الخدمات الصحية والتربوية بالمملكة الأردنية الهاشمية، حيث إن الدراسة الحالية تبحث عن واقع الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي في الجمعيات والمؤسسات الأردنية المعنية بالشلل الدماغي على وجه التحديد .

بينما دراسة فان ديربورج وآخرين (Van Der Burg, et .al . , 2006) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير علاجي لتقليل سيلان اللعاب لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في جوانب النمو العاطفي والتفاعل الاجتماعي وتقدير الذات وقد تكونت عينة الدراسة من (٤٥) طفلاً يعانون من سيلان اللعاب وكانت أعمارهم ما بين (٣-٦ سنوات) وتم إجراء الدراسة بأداة استبانته لاستطلاع آراء الوالدين نحو تأثير البرنامج العلاجي في الجانب العاطفي والتفاعل الاجتماعي وتقدير الذات على المصابين بالشلل الدماغي وأسرهم وقد وزعت الاستبانة بعد مرور ستة شهور على تطبيق البرنامج العلاجي لتخفيف من سيلان اللعاب عند هؤلاء الأطفال ، وكانت نتائج الدراسة انه كلما قلت عادة سيلان اللعاب عند الأطفال كلما زاد التواصل الاجتماعي في عينة الدراسة مقارنة مع اقرانهم وزاد ايضاً ظهور هؤلاء الأطفال في المجتمع بسبب تحسن المظهر الخارجي لدى هؤلاء الأطفال المصابين وزاد ايضاً بشكل ملحوظ علاقة هؤلاء الأطفال مع أسرهم

دراسة رضوى (Mahmoud, 2006) وكان عنوانها الدراسة اثر برامج الكمبيوتر على أداء اليد لدى المصابين بالشلل الدماغي التصليبي ، وقد هدفت الدراسة التحقق من أثر استخدام برامج الكمبيوتر التي تتطلب استخدام العصا الملدقة بالكمبيوتر لأغراض اللعب على تحسين مهارة استخدام اليد لدى الأطفال ومقارنة هذه الطريقة بالطرق القديمة . وقد تكونت العينة من ٣٠ طفلاً (٥-٧) سنوات وتم تقسيمهم إلى مجموعة طبقت عليها الطريقة الحديثة ومجموعة ضابطه استخدمت فيها الطريقة القديمة، وقد أظهرت النتائج أن استخدام برامج الكمبيوتر ذات البرامج المشوقة أدت إلى إطالة اهتمام وتزيد الطلبة وبالتالي إلى تحسن حركة، ويوصي الباحث باستخدام الطريقة الحديثة من اجل تحسين الحركة لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي .

رابعاً: محور الدراسات التي اهتمت بالتوجيه المهني دراسة أسورو وأموندسون وبورغن ( O soro,B,et.,2004 ) وقد هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن العوامل المؤثرة في اختيار المهنة لدى الطلبة وتم اختيار عينة عشوائية من مدرسة ثانوية في كيمياء وكان عدد افراد العينة ( ٤٥٠ ) طالباً وقد اظهرت النتائج ان طلاب القرى والريف كانوا يحتاجون الى طلب المساعدة من الال والمشرفيين اكثر من طلاب المدينة ، لذلك يعتبر للاهل الدور الهام في اتخاذ القرارات المهنية لدى ابنائهم وتوجيههم التوجيه الصحيح في اتخاذ هذا القرار الهام .

وفي دراسة لانزوتي وأوريل ( Lanzerotti & ell,2006 ) والتي هدفت الى التعرف والكشف عن دور الارشاد المهني للتوجيه الصحيح في اختيار المهن المختلفة وكان عنوانها " الارشاد والتطوير المهني " وتكونت عينة الدراسة من طلاب كلية بارك في المملكة المتحدة واستخدم الباحثان أسلوب المقابلات الشخصية لمعرفة أثر الإرشاد في التوجيه المهني على الطلبة في اختيار مهنة تناسب قدراتهم .

#### تعليق عام على الدراسات السابقة ذات الصلة :

من خلال عرض الدراسات ذات الصلة امكن التوصل الى جملة من الاستنتاجات التي يستفاد من خلالها في مناقشة النتائج والتوصيات التي تسفر عنها الدراسة:

- تبين ان البرامج التدريبية أدت إلى تحسن ملحوظ لدى أطفال الشلل الدماغى وأن البرامج الداعمة لاولياء الامور زادت في تحسن هؤلاء الاطفال ( Barlow , 2006 )

- الزيادة في المرونة الحركية نتيجة التدريب المتزامن مع الحركة ( Abd El Kafi , 2004 )

- زيادة في الجانب الحسى النظري الحركى على الجهاز العضلى والحركى الحسى بالتعزيز الايجابى ( Sheriff,2003 )

- ركزت بعض الدراسات على استخدام مقاييس لهم بفحص كلينكى واستخدم في الدراسة مقياس فاينلاند وهذا المقياس للذكاء الاجتماعى وليس للقدرات العقلية لانه يعتمد على السلوك وتصرفات الشخص حسب رؤية الاخرين ولا يعتمد على اداء الفرد للتعرف على قدراتهم المعرفية (Hanna , ١٩٩٠)

- توصلت بعض الدراسات الى أن تخرج بنتائج هامه وهى تقييم خدمات العلاج الطبيعى المقدمة لاطفال الشلل الدماغى لكنها تجاهلت كثيراً من الخدمات التي تقدم لهم مثل الخدمات الصحية الاخرى والخدمات التربوية وقد بينت أن المرافق الموجودة في المراكز غير مناسبة والأجهزة



والوسائل المستخدمة في المركز لا تتماشى مع التطور التقني والطبي. وإن أهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي غير راضيين عن خدمات العلاج الطبيعي المقدمة لأطفالهم ( أبو حطب، 2003 ) .

- صممت بعض الدراسات برنامجاً علاجياً طبيعياً لدى مجموعة من اطفال الشلل الدماغي الذين يعانون من عدم توازن في الجلوس ولكن يؤخذ على هذه الدراسة انها حددت فئة عمرية وتلتقي هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تقييم الاخصائيين ( Ruth , 2002 ) .

- توصلت بعض الدراسات الى ان تخرج بنتائج هامة للمجموعة التجريبية الذين استخدموا نظام النعل المبرمج وكذلك بعد إجراء الجراحة ( park et al 2006 )

- هدفت بعض الدراسات إلى تخطيط وتنفيذ مشروعات امتدت الى ثلاث سنوات تركز على تقديم خدمات تاهيلية لعائلات الأطفال الذين يعانون من شلل دماغي تميزت بنتائجها الملموسة لكثاب خبرات التعامل الفعال مع اطفالهم وذلك جراء تلقيهم الرعاية والتوجيه المستمر من فريق العمل ويؤخذ على تلك الدراسة صغر حجم العينة . ( Hamplin, Musa, 2005 )

- توصلت بعض الدراسات الى التعرف على المعوقات التي تواجه الاطفال المصابين بالشلل الدماغي ويؤخذ على هذه الدراسة اخذ فئة عمرية معينة . ( Welsh et al, 2005 )

- توصلت بعض الدراسات الى برامج تدريبية داعمة لأهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ، يمكن التوصل إلى وجود تحسن بسيط خلال المدة التي استخدمت فيه جميع الاستبيانات التي طبقت على الأطفال والعائلات . وتستفيد الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في أنها تهتم بدراسة تقييم الخدمات المقدمة في المراكز والمؤسسات . ( Barlow, 2006 )

- تبين ان استخدام علاج الليزر للاطفال الذين يعانون من إصابات في الدماغ يؤدي الى تحسن لدى الاطفال ( Moreira et al., 2004 ) .

- توصلت بعض الدراسات الى أن تخرج بنتائج جيدة لحالات التشنج العضلي بعد استخدام التيار الكهربائي العصبي والعضلي مع أجهزة ديناميكية ويؤخذ على هذه الدراسة صغر حجم العينة . ( Scheker, Cheshers and Ramire, 1999 )

- تم استكشاف موهبة اطفال الشلل الدماغي ، وقد لوحظ صعوبة ملاحظة دلالات الموهبه لديهما واختلاف اثر الغرفة الصفية عليهما وكما لوحظ انه يجب على كليهما مواجهة الصعوبات وتخطيها للوصول الى الاهداف ( Willard 2007 ) .

- توصلت بعض الدراسات الى محاولة استخدام العصا الملحقة بالكمبيوتر لا غراض اللعب للإفادة في تحسين الحركة لدى الاطفال ذوي الشلل الدماغي ( Mohmoud, 2006 ) .



- تبين وجود بعض العقبات التي تواجه هؤلاء الأشخاص مع زملائهم وتختلف هذه الدراسة عن الدراسة الحالية بأنها غير عامة ( Erickson 2000 ) .

- تم استخدام طريقة علاجية "بتوكس" لتساعد اطفال الشلل الدماغي على الحركة ويؤخذ على هذه الدراسة ان هذا العلاج باهظ الثمن ( Obringer , 1997 ) .

- تم التركيز على القيام بعمل مسح لأطفال الشلل الدماغي لقياس درجة ذكائهم وركزت على ان الشلل الدماغي قد يكون مصحوباً بإعاقة عقلية ولكنها لم توضح لنا اختبارات الذكاء المستخدمة ولا عدد المؤسسات التي تم عمل مسح لها وتلتقي هذه الدراسة والدراسة الحالية بعمل مسح للأطفال المصابين بالشلل الدماغي ( فراج، ١٩٩٦ ) .

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة فيما يأتي:

- التركيز على العينة .

- اعداد الادوات .

- مناقشة النتائج .

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في كونها تركز على الاهتمام بفئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة يحتاجون الى مزيد من الدعم والرعاية وهي فئة ذوي الشلل الدماغي والتركيز على التعرف على مستوى توافر الخدمات التربوية والصحية حيث إن توافر هذه الخدمات الصحية والتربوية يؤدي الى تحسين هؤلاء الاطفال والحد من مشاكلهم .

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تركيزها على الاهتمام ببناء استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد الذين يعانون من الشلل الدماغي وذلك بالتعرف على مستوى درجة توافر كل من الخدمات الصحية والتربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين والفائمين على أداء الخدمة ، وأولياء أمور الأطفال أنفسهم هم أكثر الناس القدرة على الحكم ، إن هذه الدراسة ركزت على وضع استراتيجية وطنية في المملكة الأردنية الهاشمية مقترحة للنهوض بالخدمات الصحية والتربوية في ضوء ما ظهر من هذه الدراسة .

## الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهجية الدراسة، ووصفاً لمجتمع الدراسة، والطريقة التي تم بها اختيار العينة وخطوات إعداد أدوات الدراسة، والطرق المستخدمة للتحقق من صدقها وثباتها، كما تم توضيح متغيرات الدراسة (المستقلة والتابعة)، وإجراءات تنفيذ الدراسة، والمعالجة الإحصائية للبيانات. وفيما يلي تفصيلٌ بذلك :

#### منهجية الدراسة :

اتباع الباحث في الدراسة الحالية المنهج المسحي الوصفي باستخدام أربعة مقاييس بهدف تقصي مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور والأخصائيين وصولاً الى بناء استراتيجية لإنشاء مركز للتوجيه المهني لهؤلاء الأفراد .

#### مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي والمتواجدين في مؤسسات وجمعيات الشلل الدماغي بالإضافة إلى الاخصائيين القائمين على رعايتهم في هذه المؤسسات والجمعيات، والجدول (١) يوضح أعداد الاطفال ذوي الشلل الدماغي المتابعين بالمؤسسات والجمعيات المعنية .

#### جدول ( ١ )

#### عينة الاطفال بالمؤسسات والجمعيات المعنية بالشلل الدماغي

المجموع	المستفيدين		المؤسسات والجمعيات
	إناث	ذكور	
٥٤٤	٢٢٣	٣٢١	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/عمان
٢٩٩	١٢٦	١٧٣	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/الزرقاء الدماغ /الزرقاء
٢٨٦	١١٩	١٦٧	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/إربد
١٢٠	٥٦	٦٤	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/العقبة

٨٨	٣٥	٥٣	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/السلط
١١٤	٥٦	٥٨	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي/الكرك
٩٨	٦٧	٣١	جمعية مادبا للشلل الدماغي
١٣٧	٩١	٤٦	جمعية ابن سينا للشلل الدماغي/عمان
١٦٨٦	٧٧٣	٩١٣	مجموع إجمالي الحالات

### عينة الدراسة:

تم اختيار عينة متيسرة من افراد مجتمع الدراسة من اولياء الامور والاختصاصيين التربويين والصحيين بالمؤسسات والجمعيات المعنية بالشلل الدماغي في الاردن بلغ قوامها (٣٥٠) فرداً موزعة مكاييلي : المجموعة الأولى تمثل أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي في المراكز الصحية وبلغ عددهم (١٥٤)، والثانية تمثل أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي في المؤسسات التربوية وبلغ عددهم (٤٦)، والثالثة تمثل الاختصاصيين الصحيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية وبلغ عددهم (١١٠)، والرابعة تمثل الاختصاصيين التربويين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المؤسسات التربوية وبلغ عددهم (٤٠)، والجدول (٤،٣،٢) توضح توزيع أفراد العينة من اولياء الامور والاختصاصيين على المراكز والمؤسسات المعنية بالشلل الدماغي بالاردن .

يوضح الجدول (٢) توزيع أفراد العينة من أولياء أمور أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية .

### جدول (٢)

توزيع عينة الدراسة من أولياء أمور الأطفال ذوي الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية

النسبة	العدد	المنطقة الجغرافية	أولياء أمور أطفال الشلل الدماغي
٣٣%	٥١	عمان	المراكز الصحية
١٦%	٢٥	السلط	
١١%	١٧	مادبا	
١٤%	٢١	الكرك	
١١%	١٧	العقبة	
٨%	١٣	المفرق	
٧%	١٠	اربد	
١٠٠%	١٥٤	المجموع	

أولياء أمور أطفال الشلل الدماغي	المنطقة الجغرافية	العدد	النسبة
المؤسسات التربوية	عمان	١٥	٣٣%
	السلط	٧	١٥%
	مادبا	٦	١٣%
	الكرك	٥	١١%
	العقبة	٦	١٣%
	المفرق	٤	٩%
	اربد	٣	٦%
المجموع	٤٦	١٠٠%	

يتضح من جدول (٢) أن عدد أولياء الأمور في العاصمة عمان (٥١) أي بنسبة ٣٣% في المراكز الصحية بينما في المؤسسات التربوية نجد ان عدد اولياء الامور ١٥ أي بنسبة ٣٣% ايضاً وهاتان اعلى نسبتي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية بالنسبة لبقية المحافظات واقل النسب في المراكز الصحية كان بمحافظة اربد بعدد (١٥) أي بنسبة ٧% وفي المؤسسات التربوية ايضاً بعدد ٣ أي بنسبة ٦% ولحاجة الدراسة الى التعرف على احصاء عدد الاخصائيين القائمين على رعاية اطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير الجنس ويتضح ذلك في الجدول (٣) التالي :

### جدول (٣)

توزيع عينة الدراسة من الأخصائيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير الجنس

الأخصائيين	الفئات	العدد	النسبة
المراكز الصحية	ذكر	٥٦	٥١%
	أنثى	٥٤	٤٩%
المجموع		١١٠	١٠٠%
المؤسسات التربوية	ذكر	٥	١٣%
	أنثى	٣٥	٨٧%
المجموع			١٠٠%

يتضح من جدول (٣) ان عدد الاناث في المراكز الصحية (٥٤) أي بنسبة ٤٩% بينما المؤسسات التربوية كان عدد الاناث ٣٥ أي بنسبة ٨٧% بينما الذكور في المراكز الصحية ٥٦ أي بنسبة ٥١% وفي المؤسسات التربوية عدد الذكور ٥ أي بنسبة ١٣% وللتعرف على توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية يوضح جدول (٤) ما يأتي :

### جدول (٤)

توزيع عينة الدراسة من الأخصائيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية

الأخصائيين	الفئات	العدد	النسبة
------------	--------	-------	--------

الأخصائيين	الفئات	العدد	النسبة
المراكز الصحية	عمان	٣٦	٣٣%
	اربد	٨	٧%
	السلط	١٧	١٥%
	مادبا	١٢	١١%
	الكرك	١٥	١٤%
	العقبة	١٢	١١%
	المفرق	١٠	٩%
المجموع		١١٠	١٠٠%
المؤسسات التربوية	عمان	١٣	٣٣%
	اربد	٣	٨%
	السلط	٦	١٥%
	مادبا	٦	١٥%
	الكرك	٥	١٣%
	العقبة	٤	١٠%
	المفرق	٣	٨%
المجموع		٤٠	١٠٠%

يتضح من الجدول (٤) أن عدد الإحصائيين في المراكز الصحية لمنطقة العاصمة عمان ٣٦ أي بنسبة ٣٣% بينما في المؤسسات التربوية يصل العدد الى ١٣ أي بنسبة ٣٣% ايضاً ، بينما يصل العدد في اربد الى ٨ أي بنسبة ٧% في المراكز الصحية وكذا في المؤسسات التربوية يصل العدد الى ٣ أي بنسبة ٨% وكذا في محافظة المفرق العدد ٣ أي بنسبة ٨% ايضاً .

### أدوات الدراسة:

الأداة الأولى: مقياس تقييم الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين.

### إعداد الصورة الأولية :

تم إعداد المقياس لتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، وذلك من خلال مراجعة الأدب السابق والقوائم والأدوات الواردة في الأبحاث والدراسات المتعلقة بالخدمات الصحية لأطفال الشلل الدماغي، مثل دراسة الحديدي ١٩٩٤ ودراسة هامبلين وموسى ( Musa,2005, Hamplin , 2005)، وكذلك دراسة ندا (٢٠٠٦).

كما تم الاطلاع على ما ورد في النشرات والأدلة الإرشادية والكتيبات التي تصدرها وزارتا التربية والتعليم والتنمية الاجتماعية في الأردن والمتضمنة المهام المنوطة بأعمال المؤسسات التي تقدم الخدمات لأطفال الشلل الدماغي.

وفي ضوء ذلك تم اعداد مقياس تقييم الخدمات الصحية بصورته الاولية مكوناً من (٦٢) فقره تمثل (خدمة صحية) موزعة في خمسة أبعاد على النحو التالي :

أولاً: البعد الإرشادي، وتالف من (١٢) فقرة.

ثانياً: بعد الإمكانيات البشرية والمادية، وتالف من (١١) فقرة.

ثالثاً: البعد التشخيصي ، وتالف من (١٢) فقرة.

رابعاً: البعد العلاجي، وتالف من (٢٠) فقرة.

خامساً: بعد الخدمات التربوية ، وتالف من (٧) فقرات.

وقد تم تصميم الاستجابة على أداة الدراسة وفق مقياس ليكرت رباعي التدرج كما يلي:

- كثير جدا ويعطى لها اربع درجات.

- كثير ويعطى لها ثلاث درجات.

- أحيانا ويعطى لها (درجتان).

- لا يحدث ويعطى لها (درجة واحدة) فقط.

#### صدق المقياس :

تم توزيع المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين منهم (٦) من أساتذة الجامعات في التربية الخاصة، و (٦) من مديري المراكز الصحية التي تعنى بأطفال الشلل الدماغي (ملحق رقم ٥)، وطلب منهم تحديد مدى ملاءمة الفقرات الواردة في المقياس للهدف الذي وضعت من أجله ، ومدى تمثيل الفقرات للأبعاد التي تتضمنها، ومدى شموليتها لجوانب البعد الواحد، ومدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، وكذلك ذكر أي تعديلات مقترحة واقتراح فقرات يرونها ضرورية وحذف الفقرات غير الضرورية (ملحق-١) .

وفي ضوء آراء لجنة المحكمين تم حذف (١١) فقرة من بينها الفقرات الخاصة بالخدمات التربوية بالإضافة إلى تعديل صياغة بعض الفقرات الأخرى ، وأصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٥١) فقره تمثل (الخدمة الصحية) موزعة في الأبعاد الاربعة كما هو موضح في الجدول (٥).

### جدول (٥)

توزيع عدد فقرات الأداة التي تقيس مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين على الأبعاد

الرقم	البعد	عدد الفقرات
١	الإرشادي	١٢
٢	الإمكانات البشرية والمادية	١٠
٣	التشخيصي	١٠
٤	العلاجي	١٩
	الأداة (الكلي)	٥١

كما تم التعرف على دلالة صدق البناء لفقرات المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بعد من الأبعاد والمجموع الكلي للمقياس ، وبلغت قيم معاملات الارتباط كما في الجدول (٦).

### جدول (٦)

قيم معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الأداة بعضها بعضا والدرجة الكلية

الكلي	العلاجي	التشخيصي	الإمكانات البشرية والمادية	الإرشادي
٠.٥٢	٠.٤٤	٠.٤١	٠.٥٣	
٠.٨٥	٠.٤٣	٠.٧٤		الإمكانات البشرية والمادية
٠.٨٨	٠.٤٩			التشخيصي
٠.٦٢				العلاجي

يظهر الجدول (٧) أن قيم معاملات الارتباط بين المجالات تراوحت ما بين (٠.٤١ - ٠.٧٥) وبالنظر لهذه القيم يلاحظ أن معاملات الارتباط جميعها موجبة القيم، وذات دلالة إحصائية، مما يشير إلى وجود اتساق داخلي بين أبعاد المقياس بعضها بعضا ، ومن جهة أخرى تشير قيم معاملات الارتباط بين كل بعد والمجموع الكلي للمقياس إلى وجود علاقة إيجابية بين كل من الأبعاد الخمسة والمجموع الكلي للمقياس ، إذ تراوحت قيم المعاملات (٠.٤٣ - ٠.٨٨). وهذه الدلالات تشير بمجموعها إلى درجة مقبولة من صدق البناء لأداة الدراسة.

### ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس لكل بعد من الأبعاد الخمسة، والمقياس ككل من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) أخصائيا صحيا من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم التحقق من الثبات بطريقتين الأولى طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، والثانية بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest)، حيث تم تطبيق المقياس، وإعادة التطبيق بعد



أسبوعين، والجدول رقم (٧) يظهر قيم معامل الثبات بالطريقتين، لكل بعد من أبعاد المقياس والمجموع الكلي.

### جدول (٧)

معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي، والاختبار وإعادة الاختبار، لكل بعد من أبعاد المقياس التي تقيس مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين

الاختبار وإعادة الاختبار	الاتساق الداخلي	المجال
٠.٨٠	٠.٨٤	الإرشادي
٠.٨٣	٠.٨٧	الإمكانات البشرية والمادية
٠.٧٨	٠.٨٥	التشخيصي
٠.٨١	٠.٨٤	العلاجي
٠.٧٨	٠.٨٥	المجموع الكلي

والقيم السابقة تدل على ان المقياس يتمتع بدرجة معقولة من الصدق والثبات .

### تقدير مستوى الخدمات الصحية :

ولأغراض تحليل البيانات، اعتمد الباحث ترتيب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية للفقرات، وحددت درجة الموافقة على مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين حسب المحك التالي:

النسب المئوية	المتوسطات الحسابية	فئات التقدير (مستوى الخدمات)
٨٥% - ١٠٠%	٤-٣.٤٠	كبيرة جدا
٧٥% - ٨٤.٧٥%	٣.٣٩-٣.٠٠	كبيرة
٦٠% - ٧٤.٧٥%	٢.٩٩-٢.٤٠	متوسطة
اقل من ٦٠%	اقل من ٢.٤٠	قليلة

وقد تم اعتماد ذلك التوزيع في كل مقاييس الدراسة الخاصة بأولياء الامور والاختصاصيين .

الأداة الثانية: مقياس تقييم الخدمات التربوية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين.

### إعداد الصورة الأولية:

تم اعداد المقياس لتقييم مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، وذلك من خلال مراجعة الأدب السابق والقوائم والأدوات الواردة في الأبحاث

والدراسات المتعلقة بالخدمات التربوية لأطفال الشلل الدماغي، مثل دراسات ( Radwa , 2006 ) ،  
(ابو حطب ، ٢٠٠٣) (Obringer , 1979) ، ودراسة ( Vander Burg et. al 2006 ) .

كما تم الاطلاع على ما ورد في النشرات والأدلة الإرشادية والكتيبات التي تصدرها  
وزارتا التربية والتعليم والتنمية الاجتماعية في الأردن والمتضمنة المهام المنوطة بأعمال  
المؤسسات التي تقدم الخدمات التربوية لأطفال الشلل الدماغي.

حيث تم إعداد أداة (مقياس) تكونت بصورتها الأولية من (٣٨) فقره (خدمة تربوية)  
موزعة في (٤) أبعاد هي :-

أولاً: بعد خدمات الكشف والتعرف ، وتالف من (٨) فقرات.

ثانياً: بعد خدمات التقييم والتشخيص، وتالف من (٩) فقرات.

ثالثاً: بعد خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي، وتالف من (١٠) فقرات.

رابعاً: بعد الخدمات التربوية العامة، وتالف من (١١) فقرة.

وقد تم تصميم الاستجابة على أداة الدراسة وفق مقياس رباعي التدرج كما يلي:

- كثير جداً ولها (٤) درجات.

- كثير ولها (٣) درجات.

- أحياناً ولها (درجتان).

- لا يحدث ولها (درجة واحدة) فقط.

#### صدق المقياس :

تم توزيع المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين منهم (٦) من أساتذة الجامعات  
في التربية الخاصة، و (٦) من مديري المؤسسات التربوية التي تعنى بأطفال الشلل الدماغي  
(ملحق-٥) ، وطلب منهم تحديد مدى ملاءمة الفقرات الواردة في الاستبانة للهدف من الأداة،  
ومدى تمثيل الفقرات للأبعاد التي تتضمنها، ومدى شموليتها لجوانب البعد الواحد، ومدى  
وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، وكذلك ذكر أي تعديلات مقترحة واقتراح فقرات يرونها  
ضرورية وحذف الفقرات غير الضرورية ( ملحق -٢).

وبعد إعادة المقياس قام الباحث بإجراء التعديلات المقترحة التي أوردتها المحكمون في توصياتهم ، حيث خرجت الأداة بشكلها النهائي وتكونت من (٣٥) فقره (خدمة تربوية) موزعة في الأبعاد الأربعة كما هو موضح في الجدول (٨).

### جدول (٨)

توزيع عدد فقرات المقياس التي تقيس مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين على الأبعاد

الرقم	البعد	عدد الفقرات
١	خدمات الكشف والتعرف	٧
٢	خدمات التقييم والتشخيص	٩
٣	خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي	٨
٤	الخدمات التربوية العامة	١١
	الأداة (الكلي)	٣٥

كما تم التعرف على دلالة صدق بناء المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين أبعاد الأداة ، وبين كل بعد من الأبعاد والأداة ككل، وبلغت قيم معاملات الارتباط كما في الجدول رقم (٩).

### جدول (٩)

قيم معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس وبين الأبعاد والمجموع الكلي

المجموع الكلي	الخدمات التربوية	خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي	خدمات التقييم والتشخيص	
٠.٧١	٠.٤٣	٠.٧٢	٠.٥٨	خدمات الكشف والتعرف
٠.٨٠	٠.٥٨	٠.٥٦		خدمات التقييم والتشخيص
٠.٨٧	٠.٦٥			خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي
٠.٨٧				الخدمات التربوية العامة

يظهر الجدول (٩) أن قيم معاملات الارتباط بين المجالات تراوحت ما بين (٠.٤٣ - ٠.٧٢) وبالنظر لهذه القيم يلاحظ أن معاملات الارتباط جميعها موجبة القيم، وذات دلالة إحصائية، مما يشير إلى أن أبعاد الأداة تشترك فيما بينها في أهم الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي ، ومن جهة أخرى تشير قيم معاملات الارتباط بين كل بعد والأداة الكلية إلى وجود علاقة إيجابية بين كل من الأبعاد الأربعة والأداة الكلية، إذ تراوحت قيم المعاملات (٠.٧١ - ٠.٨٧). وهذه الدلالات تشير بمجموعها إلى درجة مقبولة من صدق البناء لأداة الدراسة.

## ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس لكل بعد من الأبعاد الأربعة، والمجموع الكلي من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) أخصائياً تربوياً من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم التحقق من الثبات بطريقتين الأولى طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، والثانية بطريقة الاختبار، وإعادة الاختبار (test-retest)، حيث تم تطبيق المقياس، وإعادة تطبيقها بعد أسبوعين، والجدول رقم (١٠) يظهر قيم معامل الثبات بالطريقتين، لكل بعد من أبعاد الأداة والأداة ككل.

### جدول (١٠)

معاملات الثبات بطريقتي الاتساق الداخلي ، والاختبار وإعادة الاختبار، لكل بعد من أبعاد المقياس التي تقيس مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين

المجال	الاتساق الداخلي	الاختبار وإعادة الاختبار
خدمات الكشف والتعرف	٠.٧٨	٠.٧٤
خدمات التقييم والتشخيص	٠.٨٣	٠.٨٥
خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي	٠.٨٤	٠.٨٤
الخدمات التربوية العامة	٠.٨٩	٠.٧٢
الأداة الكلية	٠.٩٣	٠.٨٢

ويرى الباحث أن القيم السابقة مرتفعة ومناسبة لأغراض الدراسة الحالية

ولأغراض تحليل البيانات، اعتمد الباحث ترتيب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية للفقرات، وحددت درجة الموافقة على مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، كما ورد في مقياس الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين .

الأداة الثالثة: مقياس تقييم الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.

### إعداد الصورة الأولية:

تم إعداد المقياس لتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور، وذلك من خلال مراجعة الأدب السابق والقوائم والأدوات الواردة في الأبحاث

والدراسات المتعلقة بالخدمات الصحية لأطفال الشلل الدماغي، كما مرّ سابقاً في إعداد الأداة الأولى المتعلقة بـ (مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين).

حيث تم إعداد أداة (مقياس) تكونت بصورتها الأولية من (٢٠) فقره (خدمة صحية).

وقد تم تصميم الاستجابة على أداة الدراسة وفق مقياس رباعي التدرج كما يلي:

- كثير جداً ولها (٤) درجات.

- كثير ولها (٣) درجات.

- أحياناً ولها (درجتان).

- لا يحدث ولها (درجة واحدة) فقط.

#### صدق المقياس :

تم توزيع المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين منهم (٦) من أساتذة الجامعات في التربية الخاصة، و (٦) من مديري المراكز الصحية التي تعنى بأطفال الشلل الدماغي (ملحق-٥) ، كما مر سابقاً في التحقق من صدق الأداة الأولى المتعلقة بـ (مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين) وطلب منهم تحديد مدى ملاءمة الفقرات الواردة في المقياس للهدف من الأداة ، ومدى شموليتها، ومدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، وكذلك ذكر أي تعديلات مقترحة واقتراح فقرات يرونها ضرورية وحذف الفقرات غير الضرورية (ملحق-٣).

وبعد إعادة المقياس قام الباحث بإجراء التعديلات المقترحة التي أوردتها المحكمون في توصياتهم ، حيث خرجت الأداة بشكلها النهائي وتكونت من (١٩) فقره (خدمة صحية).

#### ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٥٠) من أولياء الأمور من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم التحقق من الثبات بطريقتين الأولى طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمة ألفا (٠.٩١)، والثانية بطريقة الاختبار، وإعادة الاختبار (test-retest)، حيث تم تطبيق المقياس، وإعادة تطبيقه بعد أسبوعين، وبلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين (٠.٨٥).

ولأغراض تحليل البيانات، اعتمد الباحث ترتيب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية للفقرات، وحددت درجة الموافقة على مستوى الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور ، كما ورد في الأدوات السابقة .

**الأداة الرابعة: مقياس تقييم الخدمات التربوية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.**  
**إعداد الصورة الأولية:**

تم إعداد المقياس لتقييم مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور ، وذلك من خلال مراجعة الأدب السابق والقوائم والأدوات الواردة في الأبحاث والدراسات المتعلقة بالخدمات التربوية لأطفال الشلل الدماغي، كما مرّ سابقاً في إعداد الأداة الثانية المتعلقة بـ (مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة أولياء الأمور).

حيث تم إعداد أداة (مقياس) تكونت بصورتها الأولية من (٢٨) فقره (خدمة تربوية).

وقد تم تصميم الاستجابة على أداة الدراسة وفق مقياس رباعي التدرج كما يلي:

- كثير جداً ويعطى لها اربع درجات.

- كثير ويعطى لها ثلاث درجات.

- أحيانا ويعطى لها (درجتان).

- لا يحدث ويعطى لها (درجة واحدة) فقط.

**صدق المقياس :**

تم توزيع المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين منهم (٦) من أساتذة الجامعات في التربية الخاصة، و (٦) من مديري المؤسسات التربوية التي تعنى بأطفال الشلل الدماغي (ملحق-٥) ، كما مر سابقا في التحقق من صدق الأداة الثانية المتعلقة بـ (مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور) وطلب منهم تحديد مدى ملاءمة الفقرات الواردة في الاستبانة للهدف من الأداة ، ومدى شموليتها، ومدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، وكذلك ذكر أي تعديلات مقترحة واقتراح فقرات يرونها ضرورية وحذف الفقرات غير الضرورية (ملحق-٤).

وبعد إعادة المقياس قام الباحث بإجراء التعديلات المقترحة التي أوردتها المحكمون في توصياتهم ، حيث خرجت الأداة بشكلها النهائي وتكونت من (٢٥) فقرة (خدمة صحية).

#### ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٥٠) من أولياء الأمور من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم التحقق من الثبات بطريقتين الأولى طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمة ألفا (٠.٩٣)، والثانية بطريقة الاختبار، وإعادة الاختبار (test-retest)، حيث تم تطبيق الأداة، وإعادة تطبيقها بعد أسبوعين، وبلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين (٠.٨٧).

ولأغراض تحليل البيانات، اعتمد الباحث ترتيب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية للفقرات، وحددت درجة الموافقة على مستوى الخدمات التربوية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور ، وكما سبق التوضيح في المقاييس السابقة .

#### إجراءات الدراسة :

- قام الباحث بمخاطبة المسؤولين المختصين بهدف الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة في مناطق المملكة المختلفة.
- حصر مجتمع الدراسة من أولياء أمور أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية، وكذلك الأخصائيين التربويين والصحيين القائمين على رعاية أطفال الشلل الدماغي في المراكز الصحية والمؤسسات التربوية، وتحديد العينة كما مر سابقاً.
- إعداد أدوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها .
- البدء في تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة من أولياء الأمور والاختصاصيين .
- تحليل البيانات الناتجة من تطبيق الأدوات ومعالجتها إحصائياً .
- الوصول الى نتائج الدراسة .
- تفسير النتائج و مناقشتها في ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة ، والخروج بالتوصيات.

#### متغيرات الدراسة:

- المتغيرات المستقلة:

١. الجنس وله مستويان:

أ. ذكر ب. أنثى

٢. المنطقة الجغرافية ولها سبعة مستويات:

- أ. عمان ب. اربد  
ج. السلط د. مادبا  
هـ. الكرك و. العقبة  
ز. المفرق.  
- المتغيرات التابعة:

١- تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي.

٢- تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي.

٣- تقديرات الأخصائيين الصحيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي.

٤- تقديرات الأخصائيين التربويين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي.

### المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، تم إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة بعد إدخال البيانات على جهاز الحاسوب لتحليلها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

١. للإجابة عن الأسئلة الأربعة الأولى في الدراسة: تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لتقديرات عينة الدراسة على الأدوات الأربع.

٢. للإجابة عن السؤالين الخامس والسادس تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية:

- لمعرفة اثر الجنس في تقديرات أفراد العينة على الأدوات الأربع تم استخدام اختبار "ت"

للعينات المستقلة (Independent Samples Test)

- لمعرفة أثر المنطقة الجغرافية في تقديرات أفراد العينة على الأدوات الأربع استخرجت

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ثم استخدام اختبار التحليل التباين الأحادي

(One Way ANOVA) للكشف عن دلالة الفروق في المتوسطات الحسابية لتقديرات

أفراد العينة في ضوء متغير المنطقة الجغرافية. وفي حال وجود فروق دالة إحصائية

وبهدف الكشف عن مصدر الفروق تم إجراء اختبار المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال

وهو ما يعرف باختصارا بـ "LSD"



## الفصل الرابع : نتائج الدراسة

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، بعد تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات وتحليلها، حيث حاولت الدراسة تقييم مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور والأخصائيين، كما حاولت الدراسة معرفة اثر متغيري الموقع الجغرافي، وجنس أولياء الأمور والأخصائيين في تقديراتهم لمستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال.

وفيما يلي عرضٌ للنتائج التي توصلت إليها الدراسة :

**أولاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي ينص على :**  
" ما مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور؟ "

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية والترتيب لكل فقرة من الفقرات الواردة في مقياس مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور، والبالغ عددها (١٩) فقرة وتم ترتيبها تنازلياً كما تم حساب مستوى درجة توافر الخدمات الصحية في المؤسسات والجمعيات المعنية بالشلل الدماغي والجدول (١١) يوضح ذلك .

#### جدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.

الرقم	الخدمات الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	المستوى
١	تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الكوادر الطبية والتمريضية والفنية الكافية.	٢.٨٠	٠.٨٧	٧٠.٠%	٨	متوسطة
٢	يقوم المركز بالتعرف على التاريخ الطبي للعائلة.	٣.٢٠	٠.٨٧	٨٠.٠%	٢	كبيرة
٣	يطلب المركز من أولياء الأمور التقارير الطبية بخصوص حالة	٣.٢٣	٠.٩١	٨٠.٨%	١	كبيرة

الرقم	الخدمات الصحية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	المستوى
	الطفل.					
٤	يقدم المركز النصائح الطبية للمصابين بالصرع الناتج عن الشلل الدماغي.	٢.٨١	٠.٩٣	٧٠.٣%	٧	متوسطة
٥	يتابع المركز الحالة الصحية للطفل.	٢.٩٦	٠.٩٨	٧٤.٠%	٤	متوسطة
٦	يقوم المركز بتحويل الطفل إلى طبيب الأسنان عند الضرورة.	٢.٢٤	٠.٩٤	٥٦.٠%	١٦	قليلة
٧	يقوم المركز بتحويل إلى أخصائي الجراحية عند الضرورة.	٢.٣٢	٠.٩٧	٥٨.٠%	١٥	قليلة
٨	يتوفر لدى المؤسسة الأخصائيين المؤهلين علمياً .	٣.٠٥	٠.٨٥	٧٦.٣%	٣	كبيرة
٩	تخطط المؤسسة لوضع البرامج العلاجية المناسبة.	٢.٩٥	٠.٧٤	٧٣.٨%	٥	متوسطة
١٠	يتوفر لدى المركز وسائل التشخيص المناسبة.	٢.٦٩	٠.٨٥	٦٧.٣%	١٢	متوسطة
١١	يقدم المركز دورات تدريبية للأخصائيين.	٢.٤٦	٠.٩١	٦١.٥%	١٤	متوسطة
١٢	يوجه المركز الطفل لتعلم مهارات الحياة اليومية الصحيحة.	٢.٧٨	٠.٩٥	٦٩.٥%	١٠	متوسطة
١٣	يتوفر لدى المركز المطعم الصحي اللازم.	١.٧٧	١.٠٠	٤٤.٣%	١٩	قليلة
١٤	يوجد بطاقة متابعة لعلاج الطفل.	٢.٦٥	١.٠٩	٦٦.٣%	١٣	متوسطة
١٥	يوجد متابعة من المركز لحالة الطفل في المنزل.	٢.١٢	٠.٩٩	٥٣.٠%	١٧	قليلة
١٦	تعقد المؤسسة دورات تدريبية لأولياء الأمور.	١.٩٧	٠.٩٥	٤٩.٣%	١٨	قليلة
١٧	اشعر بأن ابني تحسن كثيراً بعد الذهاب للمؤسسة.	٢.٨٠	٠.٩٥	٧٠.٠%	٨	متوسطة
١٨	اشعر بالراحة كلما حضرت مع ابني إلى المؤسسة.	٢.٨٤	٠.٩٠	٧١.٠%	٦	متوسطة
١٩	يسعد ابني كثيراً بالذهاب إلى المؤسسة.	٢.٧٣	٠.٩٨	٦٨.٣%	١١	متوسطة
	<b>الخدمات الصحية</b>	٢.٦٥	٠.٤٩	٦٦.٣%		متوسطة

يشير الجدول (١١) إلى أن مستوى الخدمات الصحية الكلية المقدمة لأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور كانت بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي لتقديراتهم (٢.٦٥) وبنسبة مئوية بلغت (٦٦.٣%). كما تشير تقديراتهم في الجدول (١) إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تراوح بين بدرجة كبيرة وبدرجة قليلة، فقد جاءت تقديراتهم للمفردات ( ٨،٣،٢ ) بأن الخدمات الصحية المقدمة لهم بدرجة كبيرة ، بينما المفردات ( ١٩،١٨،١٧،١٤،١٢،١١،١٠،٩،٥،٤،١ ) تعبر عن الخدمات الصحية مقدمة بدرجة متوسطة والمفردات ارقام ( ١٦،١٥،١٣،٧،٦ ) وتعبر عن الخدمات الصحية بدرجة قليلة .

حيث جاءت الخدمة الصحية رقم ٣ " حيث يطلب المركز من أولياء الأمور التقارير الطبية بخصوص حالة الطفل" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٣) وبنسبة مئوية بلغت (٨٠.٨%)، وفي الترتيب الثاني حذت الخدمة الصحية رقم ٢ " يقوم المركز بالتعرف على التاريخ الطبي للعائلة" وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٠) وبنسبة مئوية بلغت (٨٠.٠%)،

في حين جاءت الخدمة الصحية رقم ١٣ " يتوفر لدى المركز المطعم الصحي اللازم" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (١.٧٧) وبنسبة مئوية بلغت (٤٤.٣%). وجاءت الخدمة الصحية رقم ١٦ " تعقد المؤسسة دورات تدريبية لأولياء الأمور" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (١.٩٧) وبنسبة مئوية بلغت (٤٩.٣%).

### ثانياً : النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي ينص على :

"ما مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور"

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية والترتيب لكل فقرة من الفقرات الواردة في مستوى توافر الخدمات التربوية المقدمة للأطفال الشلل الدماغي ، وذلك بالنسبة لكل فقرة من فقرات المقياس والجدول (١٢) يوضح ذلك .

#### جدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.

الرقم	الخدمات التربوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	المستوى
١	يوجد بالفصل مثيرات تعمل على تشتت الانتباه للطفل	٢.٧٠	٠.٧٦	٦٧.٥%	١٧	متوسطة
٢	يذكر المعلم انه يتحرك بدون هدف في الفصل	٢.٧٦	٠.٩٠	٦٩.٠%	١٤	متوسطة
٣	يتمتع عن تأدية واجباته المدرسية في المنزل	٢.٤٦	١.٠٩	٦١.٥%	٢٢	متوسطة
٤	يذكر المعلم انه لا يشارك في المناقشات الصفية	٢.٤٦	١.٠٣	٦١.٥%	٢٢	متوسطة
٥	تدني درجات الطالب في التحصيل	٢.٥٩	١.٠٩	٦٤.٨%	٢١	متوسطة
٦	ينسى ما درسه بصفة دائمة	٢.٧٠	١.٠٩	٦٧.٥%	١٧	متوسطة
٧	تقوم المدرسة بعمل تقييم لمستوى المعاق التعليمي	٢.٩١	٠.٩٦	٧٢.٨%	١٠	متوسطة

متوسطة	١١	%٧١.٣	٠.٧٩	٢.٨٥	٨	تقوم المدرسة بتطبيق اختبارات الذكاء
متوسطة	٢٠	%٦٥.٨	٠.٧٧	٢.٦٣	٩	يوجد في المدرسة اختبارات نفسية وتحصيلية
كبيرة	٢	%٨٠.٥	٠.٧٦	٣.٢٢	١٠	يوجد تعاون ما بين الأهل والمدرسة.
كبيرة	٤	%٧٩.٣	٠.٩٣	٣.١٧	١١	تقوم إدارة المدرسة في إعداد خطة تعليمية شاملة
كبيرة	٦	%٧٧.٣	٠.٩٦	٣.٠٩	١٢	تضع المدرسة خطة تربوية للطفل

تابع جدول (١٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور.

١٣	تقدم المدرسة أنشطة تعليمية للطفل	٣.٠٧	٠.٨٥	٧٦.٨ %	٧	كبيرة
١٤	تقدم المدرسة دورات تدريبية للأخصائيين	٢.٧٤	٠.٩١	٦٨.٥ %	١٥	متوسطة
١٥	تتابع المدرسة تطور مهارات الطفل	٣.٢٤	٠.٨٥	٨١.٠ %	١	كبيرة
١٦	تتابع المدرسة مستوى اداء الطفل بالمنزل	٢.٧٢	١.٠٥	٦٨.٠ %	١٦	متوسطة
١٧	تقدم المدرسة خدمات الحاسوب التعليمية لطلاب جميع المراحل	٢.٣٠	٠.٩٦	٥٧.٥ %	٢٥	قليلة
١٨	تتخذ المدرسة القرارات المناسبة لمصلحة الطفل	٢.٩٦	٠.٩٧	٧٤.٠ %	٩	متوسطة
١٩	تعلم المدرسة الطفل القيم الدينية والاجتماعية	٣.٠٢	٠.٧٧	٧٥.٥ %	٨	كبيرة
٢٠	توجه المدرسة الطفل لتعلم مهارات الحياة اليومية الصحيحة	٣.٢٠	٠.٩١	٨٠.٠ %	٣	كبيرة
٢١	تقدم المدرسة دورات تدريبية لأولياء الأمور	٢.٨٣	١.١٢	٧٠.٨ %	١٢	متوسطة
٢٢	يقوم الأخصائي الاجتماعي بزيارات منزلية لأهالي أطفال الشلل الدماغي لإرشادهم كيف يتعاملون مع طفلهم.	٢.٤٣	١.١٣	٦٠.٨ %	٢٤	متوسطة
٢٣	تتواصل المدرسة مع المؤسسات الإعلامية لنشر التوعية	٢.٧٠	٠.٨٤	٦٧.٥ %	١٧	متوسطة
٢٤	تطبع المدرسة نشرات توعوية لمساعدة أولياء أمور أطفال الشلل الدماغي	٢.٨٣	٠.٩٠	٧٠.٨ %	١٢	متوسطة
٢٥	تتابع المدرسة تنفيذ تعليمات وإرشادات المدرسة لدى أولياء الأمور	٣.١٣	٠.٩١	٧٨.٣ %	٥	كبيرة
	الدرجة الكلية	٢.٨٣	٠.٥٠	٧٠.٨ %		متوسطة

يتضح من الجدول (١٢) أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور كانت بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي لتقديراتهم

(٢.٨٣) وبنسبة مئوية بلغت (٧٠.٨%). كما تشير تقديراتهم في الجدول (٢) إلى أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تراوح بين درجة كبيرة ودرجة قليلة، فقد جاءت تقديراتهم لـ (٨) خدمات تربوية بدرجة كبيرة و(١٦) خدمة تربوية بدرجة متوسطة. وكان هناك خدمة تربوية واحدة فقط تقدم بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة التربوية رقم ١٥ " تتابع المدرسة تطور مهارات الطفل" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٤) وبنسبة مئوية بلغت (٨١.٠%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة التربوية رقم ١٠ " يوجد تعاون ما بين الأهل والمدرسة" وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٢) وبنسبة مئوية بلغت (٨٠.٥%).

في حين جاءت الخدمة التربوية رقم ١٧ "تقدم المدرسة خدمات الحاسوب التعليمية لطلاب جميع المراحل" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٣٠) وبنسبة مئوية بلغت (٥٧.٥%). وجاءت الخدمة التربوية رقم ٢٢ "يقوم الأخصائي الاجتماعي بزيارات منزلية لأهالي أطفال الشلل الدماغي لإرشادهم كيف يتعاملون مع طفلهم" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٤٣) وبنسبة مئوية بلغت (٦٠.٨%).

### ثالثاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث والذي ينص على :

" ما مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين "

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية والترتيب لكل فقرة من الفقرات الواردة في الاستبانة التي تقيس مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، وتم ترتيبها تنازلياً حسب مستواها ووفقاً للبعد الذي وردت فيه بناء على تقديرات الأخصائيين كما يلي:

٣-أ : مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على كل ابعاد الأداة:

حيث تكونت الأداة من أربعة ابعاد وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية لكل بعد ويتضح هذا من الجدول (١٣) التالي :

### جدول (١٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل ابعاد الأداة من وجهة نظر الأخصائيين.

الرقم	الابعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	المستوى
١	الإرشادي	٢.٥٧	٠.٦٣	٦٤.٣%	٣	متوسطة
٢	الإمكانات البشرية والمادية	٢.٥٧	٠.٦٤	٦٤.٣%	٣	متوسطة
٣	التشخيصي	٣.١٩	٠.٥٦	٧٩.٨%	١	كبيرة
٤	العلاجي	٣.١٣	٠.٦٣	٧٨.٢%	٢	كبيرة
	الأداة	٢.٨٦	٠.٤٨	٧١.٣%		متوسطة

يبين الجدول رقم (١٣) أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين كانت بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي لتقديراتهم (٢.٨٥) ونسبة مئوية بلغت (٧١.٣%). وقد كانت تقديراتهم لمستوى الخدمات الصحية على الأبعاد الخمسة ما بين كبيرة، ومتوسطة حيث جاء البعد الثالث (التشخيصي) في الترتيب الأول من حيث الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وبدرجة كبيرة، وبمتوسط حسابي (٣.١٩) ونسبة مئوية (٧٩.٨%)، وجاء البعد الرابع (العلاجي) في الترتيب الثاني وبدرجة كبيرة، بمتوسط حسابي (٣.١٣) ونسبة مئوية (٧٨.٢%)، في حين جاءت تقديراتهم لمستوى الخدمات الصحية على باقي الأبعاد بدرجة تقدير متوسطة، حيث حلّ كل من البعد الأول (الإرشادي) والثاني (الإمكانات البشرية والمادية) في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٥٧) ونسبة مئوية (٦٤.٣%).

وبالنسبة لتقديرات أفراد العينة لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين في كل بعد من الأبعاد الخمسة فقد كانت كما يلي:

**٣-ب : مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الأول (الإرشادي):**

وقد تكون هذا البعد من اثنتى عشرة مفردة حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٤) التالي :



جدول (١٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الأول (الإرشادي).

الرقم	خدمات البعد الإرشادي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في لألة	المستوى
١	إلقاء محاضرات تثقيفية لأولياء أمور الأطفال	٢.٣٨	١.٠٨	%٥٩.٥	٧	٤٩	قليلة
٢	نتواصل مع أولياء الأمور الأطفال المراجعين	٣.٢٧	٠.٧٥	%٨١.٨	١	١٢	كبيرة
٣	إجراء نوات إرشادية صحية للعاملين	٢.٣٧	٠.٩٨	%٥٩.٣	٨	٥٠	قليلة
٤	القدرة على مشكلات أهالي ذوي الشلل الدماغي	٢.٦٧	٠.٨٣	%٦٦.٨	٥	٣٢	متوسطة
٥	يتوفر لدى مؤسسة الشلل الدماغي إرشادات طبية حول التعامل مع طفلهم	٣.١٥	٠.٧٨	%٧٨.٨	٢	١٨	كبيرة
٦	زيارات منزلية لأهالي أطفال الشلل الدماغي لإرشادهم كيف يتعاملون مع طفلهم	٢.٢٦	١.١٧	%٥٦.٥	١٠	٥٤	قليلة
٧	التواصل مع المؤسسات الإعلامية لنشر التوعية	٢.١٦	٠.٩٩	%٥٤.٠	١١	٥٦	قليلة
٨	تعطى إرشادات طبية لأولياء الأمور	٢.٩٦	٠.٨٦	%٧٤.٠	٣	٢٦	متوسطة
٩	تنظم دورات تدريبية لأولياء الأمور	٢.٠٨	٠.٩٣	%٥٢.٠	١٢	٥٧	قليلة
١٠	تنظم دورات تدريبية للأخصائيين	٢.٤١	٠.٩٠	%٦٠.٣	٦	٤٧	متوسطة
١١	تطبع نشرات توعوية بالجديد في مختلف حالات الشلل الدماغي	٢.٣١	٠.٩١	%٥٧.٨	٩	٥٣	قليلة
١٢	متابعة تنفيذ تعليمات وإرشادات المؤسسة لدى أولياء الأمور	٢.٧٩	٠.٨١	%٦٩.٨	٤	٣٠	متوسطة

يشير الجدول رقم (١٤) إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في البعد الإرشادي من وجهة نظر الأخصائيين تراوح بين درجة كبيرة ودرجة قليلة، فقد جاءت تقديراتهم لخدمتين بدرجة كبيرة و(٤) خدمات بدرجة متوسطة و(٦) خدمات بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ٢ " نتواصل مع أولياء الأمور الأطفال المراجعين " بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٧) وبنسبة مئوية بلغت (٨١.٨%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ٥ " يتوفر لدى مؤسسة الشلل الدماغي إرشادات

طبية حول التعامل مع طفلهم" ودرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.١٥) وبنسبة مئوية بلغت (٧٨.٨%).

في حين جاءت الخدمة رقم ٩ " تنظم دورات تدريبية لأولياء الأمور " بالترتيب الأخير، ودرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٠٨) وبنسبة مئوية بلغت (٥٢.٠%). وجاءت الخدمة رقم ٧ " التواصل مع المؤسسات الإعلامية لنشر التوعية" بالترتيب قبل الأخير، ودرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.١٦) وبنسبة مئوية بلغت (٥٤.٠%).

٣- ج : مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الثاني (الإمكانات البشرية والمادية):

وقد تكون هذا البعد من عشر مفردات حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٥) التالي :

#### جدول (١٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثاني (الإمكانات البشرية والمادية).

الرقم	خدمات بعد الإمكانات البشرية والمادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في البعد	المستوى
١	الأشخاص العاملون في مؤسسات الشلل الدماغي مؤهلون	٣.١٤	٠.٨٠	%٧٨.٥	٢	٢٠	كبيرة
٢	يتلقى العاملون في مؤسسات الشلل الدماغي الدورات التدريبية المناسبة	٢.٦١	٠.٧٨	%٦٥.٣	٤	٣٥	متوسطة
٣	تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الكوادر الطبية والتمريضية والفنية الكافية	٢.٦٢	١.٠٠	%٦٥.٥	٣	٣٤	متوسطة
٤	تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الأجهزة التشخيصية والعلاجية المناسبة	٢.٥٠	٠.٩٣	%٦٢.٥	٦	٤٤	متوسطة
٥	الميزانية المخصصة لهذه المؤسسات كاف للقيام بدورها	٢.٢٠	٠.٩٢	%٥٥.٠	٩	٥٥	قليلة
٦	تتلقى مؤسسات الشلل الدماغي العناية الكافية من المسؤولين	٢.٥٧	١.٠٤	%٦٤.٣	٥	٣٩	متوسطة
٧	تتواصل إدارات مؤسسات الشلل الدماغي مع نظيراتها في العالم المتقدم لمصلحة المراجعين	٢.٣٥	٠.٩٥	%٥٨.٨	٨	٥٢	قليلة

الرقم	خدمات بعد الإمكانات البشرية والمادية	الحسابي	انحراف المعياري	النسبة المئوية في البعد	الترتيب في البعد	الترتيب في البعد	المستوى
٨	يعي العاملون في هذه المؤسسات واجباتهم نحو الأطفال المصابين بالشلل الدماغي	٣.٢٩	٠.٦٤	٨٢.٣%	١	١١	كبيرة
٩	صممت أبنية هذه المؤسسات بالشكل المناسب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي	٢.٥٠	١.٠٢	٦٢.٥%	٦	٤٤	متوسطة
١٠	يبعث الأخصائيون في دورات خارجية متخصصة	١.٩٦	١.١٧	٤٩.٠%	١٠	٥٨	قليلة

يشير الجدول رقم (١٥) إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد الإمكانات البشرية والمادية من وجهة نظر الأخصائيين تراوح بين درجة كبيرة ودرجة قليلة، فقد جاءت تقديراتهم لخدمتين بدرجة كبيرة و(٥) خدمات بدرجة متوسطة و(٣) خدمات بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ٨ " يعي العاملون في هذه المؤسسات واجباتهم نحو الأطفال المصابين بالشلل الدماغي" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٩) وبنسبة مئوية بلغت (٨٢.٣%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ١ " الأشخاص العاملون في مؤسسات الشلل الدماغي مؤهلون" وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.١٤) وبنسبة مئوية بلغت (٧٨.٥%).

في حين جاءت الخدمة رقم ١٠ " يبعث الأخصائيون في دورات خارجية متخصصة" بالترتيب الأخير على مستوى البعد والأداة، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (١.٩٦) وبنسبة مئوية بلغت (٤٩.٠%). وجاءت الخدمة رقم ٥ " الميزانية المخصصة لهذه المؤسسات كاف للقيام بدورها" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٢٠) وبنسبة مئوية بلغت (٥٥.٠%).

د : مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الثالث (التشخيصي):

وقد تكون هذا البعد من عشر مفردات حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٦) التالي :

## جدول (١٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثالث (التشخيصي).

الرقم	خدمات البعد التشخيصي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في البعد	المستوى
١	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال التعرف على التاريخ الطبي للعائلة	٣.٥٥	٠.٦٧	٨٨.٨%	٢	٥	كبيرة جدا
٢	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال الملاحظة	٣.٤٦	٠.٦٧	٨٦.٥%	٣	٦	كبيرة جدا
٣	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال التشخيص السريري	٣.٥٩	٠.٦٤	٨٩.٨%	١	٤	كبيرة جدا
٤	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال الصور الطبقيّة و الرنين المغناطيسي	٣.١٩	١.٠١	٧٩.٨%	٥	١٦	كبيرة
٥	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال تطبيق اختبارات الذكاء	٣.٠٨	٠.٩٩	٧٦.٣%	٧	٢٤	كبيرة
٦	يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال قرار الفريق التشخيصي	٣.٢٢	٠.٨٦	٨٠.٥%	٤	١٤	كبيرة
٧	يتم فحص سمع الطفل من أخصائي السمع	٣.٠٣	١.٠٩	٧٥.٨%	٨	٢٥	كبيرة
٨	يتم تحويل الطفل إلى أخصائي الأطفال	٢.٩١	١	٧٢.٨%	٩	٢٧	متوسطة
٩	تجري اختبارات السلوك التكيفي لأطفال الشلل الدماغي	٢.٧٧	٠.٩٧	٦٩.٣%	١٠	٣١	متوسطة
١٠	تتعاون المؤسسة مع المؤسسات الصحية الرسمية في الدولة	٣.٠٩	٠.٨٣	٧٧.٣%	٦	٢١	كبيرة

يتضح من الجدول رقم (١٦) أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في البعد التشخيصي من وجهة نظر الأخصائيين تراوح بين درجة كبيرة جدا ومتوسطة، فقد جاءت تقديراتهم لـ (٣) خدمات بدرجة كبيرة جدا و (٥) خدمات بدرجة كبيرة. وخدمتين بدرجة متوسطة، حيث جاءت الخدمة رقم ٣ " يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال التشخيص السريري" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة جدا وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٥٩) وبنسبة مئوية بلغت (٨٩.٨%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ١ " يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال التعرف على التاريخ الطبي للعائلة" وبدرجة تقدير كبيرة جدا وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٥٥) وبنسبة مئوية بلغت (٨٨.٨%)، في حين جاءت الخدمة رقم ٩ " تجري

اختبارات السلوك التكيفي لأطفال الشلل الدماغي" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٧٧) وبنسبة مئوية بلغت (٦٩.٣%). وجاءت الخدمة رقم ٨ " يتم تحويل الطفل إلى أخصائي الأطفال" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٩١) وبنسبة مئوية بلغت (٧٢.٨%).

٣- هـ : مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الرابع (العلاجي):

وقد تكون هذا البعد من تسع عشرة مفردة حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٧) التالي :

#### جدول (١٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الرابع (العلاجي).

الرقم	خدمات البعد العلاجي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في الكلية	المستوى
١	التعامل مع المشكلات الصحية	٣.٢٥	٠.٧٩	٨١.٣%	٨	١٣	كبيرة
٢	تقدم نصائح طبية للمصابين بالصرع الناتج عن الشلل الأطفال	٣.٣٢	٠.٧٨	٨٣.٠%	٧	١٠	كبيرة
٣	تدريب الطفل على توازن الرأس بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي	٣.٦٦	٠.٦١	٩١.٥%	٢	٢	كبيرة جدا
٤	تدريب الطفل على توازن الجلوس بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي	٣.٦٦	٠.٥٦	٩١.٥%	٢	٢	كبيرة جدا
٥	تدريب الطفل على توازن الوقوف بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي	٣.٧١	٠.٥٨	٩٢.٨%	١	١	كبيرة جدا
٦	تدريب الطفل على العناية بذاته	٣.٢١	٠.٩٠	٨٠.٣%	٩	١٥	كبيرة
٧	تدريب الطفل على الحركات الدقيقة بإشراف أخصائي العلاج الوظيفي	٣.٤١	٠.٨٢	٨٥.٣%	٥	٨	كبيرة جدا
٨	يقوم أخصائي الأطفال بإعطاء أدوية للحد من نوبات الصرع	٣.٤٤	٠.٨٥	٨٦.٠%	٤	٧	كبيرة جدا
٩	يقوم أخصائي الأعصاب بإعطاء أدوية لتخفيف الشد العضلي	٣.٠٧	٠.٩٢	٧٦.٨%	١٢	٢٢	كبيرة
١٠	يمكن في بعض الحالات التدخل الجراحي لتطويل	٢.٩١	١.٠٥	٧٢.٨%	١٤	٢٧	متوسطة

الرقم	خدمات البعد العلاجي	تابع جدول (١٧)		النسبة المئوية	الترتيب في البعد العلاجي	الترتيب في البعد العلاجي	المستوى
		بي	ي				
	الأوتار						
١١	إعطاء الطفل تنبيهات كهربائية للشد العضلي	٢.٣٩	١.١٩	٥٩.٨%	١٩	٤٨	قليلة
١٢	استخدام الماء الساخن لأطفال الشلل الدماغي التيبسي	٢.٥٧	١.٢٤	٦٤.٣%	١٨	٣٩	متوسطة
١٣	استخدام المشدات الطبية المساعدة	٣.٣٤	٠.٩١	٨٣.٥%	٦	٩	كبيرة
١٤	تحويل الطفل للتصوير الطبقي للدماغ	٣.١٧	٠.٩٢	٧٩.٣%	١٠	١٧	كبيرة
١٥	تحويل الطفل لتخطيط الدماغ	٣.٠٦	١.٠٠	٧٦.٥%	١٣	٢٣	كبيرة
١٦	يحول الطفل إلى طبيب الأسنان عند الضرورة	٢.٥٨	١.٢٠	٦٤.٥%	١٧	٣٨	متوسطة
١٧	تتبع المؤسسات خدمات النظافة الصحية	٢.٩١	١.٠٢	٧٢.٨%	١٤	٢٧	متوسطة
١٨	تقدم نصائح للحماية الصحية للطفل	٢.٦٤	١.٠٢	٦٦.٠%	١٦	٣٣	متوسطة
١٩	متابعة الحالة الصحية للطفل	٣.١٥	٠.٨٥	٧٨.٨%	١١	١٨	كبيرة

تبين من الجدول رقم (١٧) أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في البعد العلاجي من وجهة نظر الأخصائيين تراوح بين درجة كبيرة جدا وقليلة، فقد جاءت تقديراتهم لـ (٥) خدمات بدرجة كبيرة جدا و(٨) خدمات بدرجة كبيرة، و(٥) خدمات بدرجة متوسطة. وخدمة واحدة فقط بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ٥ "تدريب الطفل على توازن الوقوف بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة جدا وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٧١) وبنسبة مئوية بلغت (٩٢.٨%)، وفي الترتيب الثاني حلت كل من الخدمة رقم ٣ "تدريب الطفل على توازن الرأس بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي" والخدمة رقم ٤ "تدريب الطفل على توازن الجلوس بإشراف أخصائي العلاج الطبيعي" وبدرجة تقدير كبيرة جدا وحصلت كل منهما على متوسط حسابي بلغ (٣.٦٦) وبنسبة مئوية بلغت (٩١.٥%).

في حين جاءت الخدمة رقم ١١ "إعطاء الطفل تنبيهات كهربائية للشد العضلي" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٣٩) وبنسبة مئوية بلغت (٥٩.٨%). وجاءت الخدمة رقم ١٢ "استخدام الماء الساخن لأطفال الشلل الدماغي التيبسي" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٥٧) وبنسبة مئوية بلغت (٦٤.٣%).

**رابعاً : النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع والذي ينص على :**  
 - ما مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والنسبة المئوية والترتيب لكل فقرة من الفقرات الواردة في الاستبانة التي تقيس مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، وتم ترتيبها تنازلياً حسب مستواها ووفقاً للبعد الذي وردت فيه بناءً على تقديرات الأخصائيين كما يلي:

**٤-أ : مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على كل بعد والأداة:**

وقد تكون هذا البعد من أربعة أبعاد حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٨) التالي :

#### جدول (١٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة من وجهة نظر الأخصائيين.

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب	المستوى
١	خدمات الكشف والتعرف	٢.٦٧	٠.٤٨	٦٦.٧%	٣	متوسطة
٢	خدمات التقييم والتشخيص	٢.٦١	٠.٦١	٦٥.٢%	٤	متوسطة
٣	خدمات الخطة التربوية والتدريب العلاجي	٢.٨٥	٠.٥٧	٧١.٢%	١	متوسطة
٤	الخدمات التربوية العامة	٢.٧٩	٠.٥٤	٦٩.٨%	٢	متوسطة
	الدرجة الكلية	٢.٧٣	٠.٤٤	٦٨.٣%		متوسطة

يشير الجدول رقم (١٨) أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين كانت بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي لتقديراتهم (٢.٧٣) ونسبة مئوية بلغت (٦٨.٣%). وقد كانت تقديراتهم لمستوى الخدمات التربوية على كل بعد من الأبعاد الأربعة بدرجة متوسطة حيث جاء البعد الثالث (خدمات الخطة التربوية والتدريب العلاجي) في الترتيب الأول من حيث الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، وبمتوسط حسابي (٢.٨٥) ونسبة

مئوية (٧١.٢%)، وجاء البعد الرابع (الخدمات التربوية العامة) في الترتيب الثاني، بمتوسط حسابي (٢.٧٩) ونسبة مئوية (٦٩.٨%)، وجاء البعد الأول (خدمات الكشف والتعرف) في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي (٢.٦٧) ونسبة مئوية (٦٦.٧%)، وحلّ في الترتيب الأخير البعد الثاني (خدمات التقييم والتشخيص) بمتوسط حسابي (٢.٦١) ونسبة مئوية (٦٥.٢%).

وبالنسبة لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في كل بعد من الأبعاد الخمسة فقد كانت كما يلي:

٤ ب : مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الأول (خدمات الكشف والتعرف):

وقد تكون هذا البعد من سبع مفردات حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (١٩) التالي :

#### جدول (١٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الأول (خدمات الكشف والتعرف).

الرقم	خدمات الكشف والتعرف	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في لائحة	المستوى
١	يشت الطالب أثناء الشرح بالحصّة .	٢.٦٥	٠.٧٤	٦٦.٣%	٥	٢٢	متوسطة
٢	يتحرك الطالب كثير في الفصل.	٢.٧٠	٠.٩١	٦٧.٥%	٢	١٩	متوسطة
٣	يهمل الطالب واجباته المدرسية .	٢.٧٠	٠.٨٢	٦٧.٥%	٢	١٩	متوسطة
٤	يتجنب الطالب المناقشات الصفية .	٢.٥٨	٠.٦٨	٦٤.٥%	٦	٢٤	متوسطة
٥	تدني درجات الطالب في التحصيل.	٢.٧٠	٠.٧٩	٦٧.٥%	٢	١٩	متوسطة
٦	يخفق الطالب في المهام المكلف بها .	٢.٥٠	٠.٦٨	٦٢.٥%	٧	٣٠	متوسطة
٧	ينسى الطالب ما درسه .	٢.٨٥	٠.٦٦	٧١.٣%	١	٨	متوسطة

يتبين من الجدول رقم (١٩) أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي

في بعد خدمات الكشف والتعرف من وجهة نظر الأخصائيين كانت جميعها بدرجة متوسطة.

حيث جاءت الخدمة رقم ٧ "ينسى الطالب ما درسه" بالترتيب الأول، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٨٥) وبنسبة مئوية بلغت (٧١.٣%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ٥ " تدني درجات الطالب في التحصيل" وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٧٠) وبنسبة مئوية بلغت (٦٧.٥%).



في حين جاءت الخدمة رقم ٦ "يخفق الطالب في المهام المكلف بها" بالترتيب الأخير، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٥٠) ونسبة مئوية بلغت (٦٢.٥%). وجاءت الخدمة رقم ٤ " يتجنب الطالب المناقشات الصفية" بالترتيب قبل الأخير، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٥٨) ونسبة مئوية بلغت (٦٤.٥%).

٤- ج : مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الثاني (خدمات التقييم والتشخيص):

وقد تكون هذا البعد من تسع مفردات حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (٢٠) التالي :

#### جدول (٢٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثاني (خدمات التقييم والتشخيص).

الرقم	خدمات التقييم والتشخيص	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في قائمة	المستوى
١	يقوم الأخصائي بالتعاون مع المعلمين لتقييم مستوى المعاق التعليمي .	٢.٨٠	٠.٩٩	٧٠.٠%	٣	١٣	متوسطة
٢	تتعاون الإدارة المدرسية في إعداد خطة تعليمية شاملة.	٢.٧٥	١.١٥	٦٨.٨%	٤	١٥	متوسطة
٣	يناقش رئيس الوحدة الأخصائيين بشأن تقييم مستوى المعاق.	٢.٥٠	١.٠١	٦٢.٥%	٧	٣٠	متوسطة
٤	يقوم الأخصائيون بتطبيق الاختبارات التحصيلية لتقييم تقدم المعاق.	٢.٨٥	٠.٨٣	٧١.٣%	١	٨	متوسطة
٥	يقوم المعلم بأعداد تقرير سنوي لمدير المركز يتضمن تقييم جمع النشاطات الأكاديمية لتطوير الوحدة	٢.٨٣	٠.٨١	٧٠.٨%	٢	١١	متوسطة
٦	يقوم المعلم برفع تقرير سنوي لمدير المركز يتضمن تقييم جميع النشاطات الأكاديمية لتطوير الوحدة.	٢.٧٢	٠.٩٣	٦٨.٠%	٥	١٨	متوسطة
٧	يتوفر بالمؤسسة العديد من الاختبارات النفسية والتحصيلية.	٢.٥٢	٠.٨٨	٦٣.٠%	٦	٢٨	متوسطة
٨	يتمكن الأخصائي من تطبيق الاختبارات النفسية والتحصيلية.	٢.٤٠	٠.٧٨	٦٠.٠%	٨	٣٢	متوسطة
٩	يقوم الأخصائي النفسي بجمع بطاريات اختبارات نفسية مقننة في الأردن لاستعمالها في عمليات التشخيص.	٢.١٠	٠.٩٦	٥٢.٥%	٩	٣٥	قليلة

يتضح من الجدول رقم (٢٠) أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد خدمات التقييم والتشخيص من وجهة نظر الأخصائيين كانت ضمن فنتي التقدير متوسطة وقليلة، فقد جاءت تقديراتهم لـ (٨) خدمات بدرجة متوسطة وخدمة واحدة فقط بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ٤ "يقوم الأخصائيون بتطبيق الاختبارات التحصيلية لتقييم تقدم المعاق" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير متوسطة، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٨٥) وبنسبة مئوية بلغت (٧١.٣%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ٥ "يقوم المعلم بأعداد تقرير سنوي لمدير المركز يتضمن تقييم جمع النشاطات الأكاديمية لتطوير الوحدة" وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٨٣) وبنسبة مئوية بلغت (٧٠.٨%).

في حين جاءت الخدمة رقم ٩ "يقوم الأخصائي النفسي بجمع بطاريات اختبارات نفسية مقننة في الأردن لاستعمالها في عمليات التشخيص" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.١٠) وبنسبة مئوية بلغت (٥٢.٥%). وجاءت الخدمة رقم ٨ "يمكن الأخصائي من تطبيق الاختبارات النفسية والتحصيلية" بالترتيب قبل الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٤٠) وبنسبة مئوية بلغت (٦٠.٠%).

#### ٤-د : مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الثالث (خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي):

وقد تكون هذا البعد من ثماني مفردات حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (٢١) التالي :

#### جدول (٢١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الثالث (خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي).

الرقم	خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في الخطة	المستوى
١	يقوم أعضاء هيئة التدريس كل حسب تخصصه بتقديم الخطة التعليمية الشاملة للمعاق ومتابعتها.	٣.٢٣	٠.٨٦	٨٠.٨%	١	٢	كبيرة
٢	يقوم أعضاء هيئة تدريس كل حسب تخصصه بتقديم تقارير الدورية التربوية لتطوير المعاق في	٢.٨٠	١.٠٢	٧٠.٠%	٥	١٣	متوسطة

						تحصيله المدرسي إلى رئيس الوحدة.	
كبيرة	٤	٣	%٧٨.٠	٠.٧٩	٣.١٢	يكون رئيس الوحدة التعليمية مسؤولاً عن حفظ جميع النشاطات التعليمية في سجل المعاق.	٣
متوسطة	٢٨	٧	%٦٣.٠	١.٠٤	٢.٥٢	يقوم أعضاء هيئة التدريس بتقديم دورات تدريبية للأخصائيين التربويين.	٤
متوسطة	١٥	٦	%٦٨.٨	١.٠١	٢.٧٥	تقوم المدرسة من خلال غرفة المصادر بتقديم خدماتها للطلاب الذين يعانون من تدني في القدرات الأكاديمية وصعوبات التعلم وذلك بإتباع الخطة التربوية الفردية.	٥
قليلة	٣٤	٨	%٥٣.٨	٠.٨٩	٢.١٥	تقدم غرفة الحاسوب خدمات تعليمية لطلاب جميع المراحل مع اختلاف في طريقة تطبيق كل مرحلة لاستعمال الحاسوب وذلك استخدم أدوات خاصة لذوي الشلل الدماغي مكنهم من استخدام الحاسوب بطريقة فعالة.	٦
كبيرة	٦	٤	%٧٦.٣	٠.٩٠	٣.٠٥	تهتم المؤسسة بتطوير الحركة للطلاب من خلال أنشطة اللعب.	٧
كبيرة	٣	٢	%٧٨.٨	٠.٨٠	٣.١٥	تهتم المؤسسة بتطوير مهارات العناية بالذات والحياة اليومية للطلاب.	٨

يشير الجدول رقم (٢١) إلى أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي من وجهة نظر الأخصائيين تراوحت بين فئتي التقدير كبيرة وقليلة، فقد جاءت تقديراتهم لـ (٤) خدمات بدرجة كبيرة، و (٣) خدمات بدرجة متوسطة وخدمة واحدة فقط بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ١ " يقوم أعضاء هيئة التدريس كل حسب تخصصه بتقديم الخطة التعليمية الشاملة للمعاق ومتابعتها" بالترتيب الأول، وبدرجة تقدير كبيرة، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٢٣) وبنسبة مئوية بلغت (٨٠.٨%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ٨ "تهتم المؤسسة بتطوير مهارات العناية بالذات والحياة اليومية للطلاب" وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.١٥) وبنسبة مئوية بلغت (٧٨.٨%).

في حين جاءت الخدمة رقم ٦ " تقدم غرفة الحاسوب خدمات تعليمية لطلاب جميع المراحل مع اختلاف في طريقة تطبيق كل مرحلة لاستعمال الحاسوب وذلك استخدم أدوات خاصة لذوي الشلل الدماغي مكنهم من استخدام الحاسوب بطريقة فعالة" بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.١٥) وبنسبة مئوية بلغت (٥٣.٨%). وجاءت الخدمة رقم ٤ " يقوم أعضاء هيئة التدريس بتقديم دورات تدريبية للأخصائيين التربويين" بالترتيب قبل

الأخير، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٥٢) وبنسبة مئوية بلغت (٦٣.٠%).

٤-هـ : مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين ، على البعد الرابع (الخدمات التربوية العامة):

وقد تكون هذا البعد من احدى عشرة مفردة حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية كما يتضح ذلك في جدول (٢٢) التالي :

### جدول (٢٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والترتيب، لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الأخصائيين، على البعد الرابع (الخدمات التربوية العامة).

الرقم	الخدمات التربوية العامة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الترتيب في البعد	الترتيب في الكلية	المستوى
١	يكون المعلم مسؤولاً عن متابعة الحالات المحالة لمصادر المجتمع التربوية لحين التأكد من اندماجها في المجتمع.	٢.٥٥	١.٠٨	٦٣.٨%	٩	٢٦	متوسطة
٢	يكون المعلم مسؤولاً عن إعداد وتهيئة مكتبة للمركز	٢.٣٨	٠.٩٠	٥٩.٥%	١١	٣٣	قليلة
٣	يوافق المدير على جميع خدمات التعليمية والإحداث إلى مصادر المجتمع التربوية	٢.٥٨	٠.٨١	٦٤.٥%	٨	٢٤	متوسطة
٤	يتابع المدير الاتصال بالمراكز والمؤسسات المذكورة لحين التأكد من إدماج المعاق في مجتمعه المحلي.	٢.٦٥	٠.٨٣	٦٦.٣%	٧	٢٢	متوسطة
٥	يقوم الأخصائي الاجتماعي في المؤسسة التربوية بإعداد برنامج سنوي يتضمن خطة تنفيذية لجميع النشاطات التي تتم وفق التقييم النفسي والاجتماعي للمعاقين .	٢.٨٥	١.٠٣	٧١.٣%	٤	٨	متوسطة
٦	يقوم اخصائي العلاج الطبيعي في المؤسسة بأعداد برنامج سنوي يتضمن خطة تنفيذية للنشاطات التي تتم وفق التقييم الحركي .	.....	.....	٧٥.٠%	٣	٧	كبيرة
٧	تهتم المؤسسة بعمل الرحلات الترفيهية للطلاب .	٣.١٠	٠.٩٣	٧٧.٥%	٢	٥	كبيرة
٨	يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاتصال بالمؤسسات الحكومية والأهلية للاطلاع على البرامج الترفيهية والترويحية الخاصة بالمعاقين حركياً.	٢.٥٥	١.٠٨	٦٣.٨%	٩	٢٦	متوسطة
٩	يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاستعانة بخدمات المجتمع التطوعية لتأمين تنفيذ البرامج الترفيهية والترويحية بعد موافقة المدير.	٢.٧٥	٠.٨٧	٦٨.٨%	٦	١٥	متوسطة
١٠	يطلب الأخصائي الاجتماعي موافقة أولياء الأمور قبل السماح للمعاقين بالذهاب في الرحلات الترويحية والترفيهية خارج محافظتهم .	٣.٤٧	٠.٧٢	٨٦.٨%	١	١	كبيرة جدا
١١	يحافظ الأخصائي الاجتماعي بجميع نشاطات المعاق الترفيهية والترويحية في سجل المعاق.	٢.٨٣	٠.٨٤	٧٠.٨%	٥	١١	متوسطة

يتضح من الجدول رقم (٢٢) أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد الخدمات التربوية العامة من وجهة نظر الأخصائيين تراوحت بين فذتي التقدير كبيرة جدا وقليلة، فقد جاءت تقديراتهم لخدمة واحدة فقط بدرجة كبيرة جدا، وخدمتين بدرجة كبيرة، و(٧) خدمات بدرجة متوسطة، وخدمة واحدة فقط بدرجة قليلة.

حيث جاءت الخدمة رقم ١٠ " يطلب الأخصائي الاجتماعي موافقة أولياء الأمور قبل السماح للمعاقين بالذهاب في الرحلات الترويحية والترفيهية خارج محافظتهم" بالترتيب الأول على مستوى البعد والأداة، وبدرجة تقدير كبيرة جدا، وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.٤٧) وبنسبة مئوية بلغت (٨٦.٨%)، وفي الترتيب الثاني حلت الخدمة رقم ٧ " تهتم المؤسسة بعمل الرحلات الترفيهية للطلاب" وبدرجة تقدير كبيرة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٣.١٠) وبنسبة مئوية بلغت (٧٧.٥%).

في حين جاءت الخدمة رقم ٢ " يكون المعلم مسؤولا عن إعداد وتهيئة مكتبة للمركز " بالترتيب الأخير، وبدرجة تقدير قليلة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٣٨) وبنسبة مئوية بلغت (٥٩.٥%). وفي الترتيب قبل الأخير جاءت كل من الخدمة رقم ١ " يكون المعلم مسؤولا عن متابعة الحالات المحالة لمصادر المجتمع التربوية لحين التأكد من اندماجها في المجتمع" والخدمة رقم ٨ " يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاتصال بالمؤسسات الحكومية والأهلية للاطلاع على البرامج الترفيهية والترويحية الخاصة بالمعاقين حركيا"، وبدرجة تقدير متوسطة وحصلت على متوسط حسابي بلغ (٢.٥٥) وبنسبة مئوية بلغت (٦٣.٨%).

**خامسا : النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس والذي ينص على :**  
" هل يختلف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس "

للإجابة عن السؤال الخامس استخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ( T-test ) وتحليل التباين الاحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغيري المنطقة الجغرافية والجنس، وتم عرضها كما يلي:

٥-أ : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس:

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير جنس الطفل (ذكر، أنثى) تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة Independent Samples T-test وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (٢٣).

#### جدول (٢٣)

نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	٣٣	٢.٥٦	٠.٤٤	١.١٩	١٥٢	٠.٢٣٦
أنثى	١٢١	٢.٦٨	٠.٥٠			

تبين النتائج في الجدول رقم (٢٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تعزى لمتغير جنس الطفل ، حيث بلغت قيمة ت المحسوبة (١.١٩) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن تقديرات أولياء الأمور ذكورا وإناثاً لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي متشابهة.

هـ ب : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس:

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير جنس الطفل (ذكر، أنثى) تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة Independent Samples T-test وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (٢٤).

#### جدول (٢٤)

نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
ذكر	١٤	٢.٧٣٤٣	٠.٦٢١٤	٠.٨٣٧	٤٤	٠.٤٠٧
أنثى	٣٢	٢.٨٦٧٥	٠.٤٣٤٣			

تبين النتائج في الجدول رقم (٢٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تعزى لمتغير جنس الطفل ، حيث بلغت قيمة ت المحسوبة (٠.٨٣٧) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن تقديرات أولياء الأمور ذكورا وإناثا لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي متشابهة.

٥-ج : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية:

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق، اربد) تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو موضح في الجدول رقم (٢٥).

#### الجدول (٢٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

العينة الكلية	اربد	المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	عمان	المنطقة الجغرافية الإحصائيات الوصفية
٢٠٦٥	٢٠٥٩	٢٠٣٥	٢٠٤٩	٢٠٥١	٢٠٥٥	٢٠٦٩	٢٠٨٧	المتوسط الحسابي
٠.٤٩	٠.٣٨	٠.٥٤	٠.٤٩	٠.٤٠	٠.٥٠	٠.٤٣	٠.٤٨	الانحراف المعياري
١٥٤	١٠	١٣	١٧	٢١	١٧	٢٥	٥١	العدد

تظهر النتائج في الجدول رقم (٢٥) وجود اختلافات (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية، ولمعرفة إذا ما كانت تلك الاختلافات الظاهرية في متوسطات تقديرات أولياء الأمور وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق، اربد) ذات دلالة إحصائية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )، وكانت النتائج كما في الجدول (٢٦).

جدول رقم (٢٦)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤.٦٨٨	٦	٠.٧٨١	٣.٦٣٦	*٠.٠٠٢
داخل المجموعات	٣١.٥٨٨	١٤٧	٠.٢١٥		
الكلية	٣٦.٢٧٦	١٥٣			

\* دالة إحصائية

تبين من النتائج الواردة في الجدول رقم (٢٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تعزى لمتغير المنطقة الجغرافية، حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٣.٦٣٦) وهذه القيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.002$ ) بمعنى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تختلف باختلاف المنطقة الجغرافية وذلك من وجهة نظر أولياء الأمور، وللكشف عن مصدر الفروق لوجود دلالة إحصائية لمتغير المنطقة الجغرافية في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية، تم إجراء مقارنات بعدية بطريقة اقل فرق دال "LCD" كما هو موضح في الجدول رقم (٢٧).

الجدول رقم (٢٧)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

المنطقة الجغرافية	عمان	السلط	مادبا	الكرك	العقبة	المفرق	اربد
س-	٢.٨٧	٢.٦٩	٢.٥٥	٢.٥١	٢.٤٩	٢.٣٥	٢.٥٩
عمان	٢.٨٧	-	*٠.٣١	*٠.٣٦	*٠.٣٨	*٠.٥٢	٠.٢٨
السلط	٢.٦٩	-	٠.١٤	٠.١٨	٠.٢٠	*٠.٣٤	٠.١٠
مادبا	٢.٥٥	-	-	٠.٠٤	٠.٠٦	٠.٢٠	٠.٠٤
الكرك	٢.٥١	-	-	-	٠.٠٢	٠.١٦	٠.٠٨
العقبة	٢.٤٩	-	-	-	-	٠.١٤	٠.١٠
المفرق	٢.٣٥	-	-	-	-	-	٠.٢٤
اربد	٢.٥٩	-	-	-	-	-	-

\* دالة إحصائية

س- = المتوسط الحسابي



تبين النتائج الواردة في الجدول رقم (٢٧) أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات الصحية كانت بين تقديرات أولياء الأمور في منطقة عمان من جهة وأولياء الأمور في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات أولياء الأمور في منطقة عمان، كذلك بين تقديرات أولياء الأمور في منطقة السلط والمفرق ولصالح منطقة السلط، وهذه النتيجة تعني أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في منطقة عمان أعلى من مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق. كما أن مستوى الخدمات الصحية في منطقة السلط أعلى من مستوى الخدمات الصحية في منطقة المفرق.

**٥- د : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية:**

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق، اربد) تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو موضح في الجدول رقم (٢٨).

**الجدول رقم (٢٨)**  
**المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية**

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	الإحصائيات الوصفية
			المنطقة الجغرافية
٠.٤٣	٣.١٤	١٥	عمان
٠.٢١	٢.٨٢	٧	السلط

٠.٣٤	٢.٧٩	٦	مادبا
٠.٥٧	٢.٧٤	٥	الكرك
٠.٦٨	٢.٤٩	٦	العقبة
٠.٥١	٢.٣٥	٤	المفرق
٠.١٧	٢.٧٩	٣	اربد
٠.٥٠	٢.٨٣	٤٦	المجموع الكلي

تظهر النتائج في الجدول رقم (٢٨) وجود اختلافات (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لتقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية، ولمعرفة إذا ما كانت تلك الاختلافات الظاهرية في متوسطات تقديرات أولياء الأمور وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق، اربد) ذات دلالة إحصائية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )، وكانت النتائج كما في الجدول (٢٩).

#### جدول رقم (٢٩)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٣.١٦٦	٦	٠.٥٢٨	٢.٦١٣	*٠.٠٣٢
داخل المجموعات	٧.٨٧٥	٣٩	٠.٢٠٢		
الكلي	١١.٠٤	٤٥			

\* دالة إحصائية

تشير النتائج في الجدول رقم (٢٩) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تعزى لمتغير المنطقة الجغرافية، حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٢.٦١٣) وهذه القيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.032$ ) بمعنى أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تختلف باختلاف المنطقة الجغرافية وذلك من وجهة نظر أولياء الأمور.

وللكشف عن مصدر الفروق لوجود دلالة إحصائية لمتغير المنطقة الجغرافية في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية، تم إجراء مقارنات بعدية بطريقة اقل فرق دال "LCD" كما هو موضح في الجدول رقم (٣٠).

### الجدول رقم (٣٠)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

المنطقة الجغرافية	عمان	السلط	مادبا	الكرك	العقبة	المفرق	اربد
س-	٣.١٤	٢.٨٢	٢.٧٩	٢.٧٤	٢.٤٩	٢.٣٥	٢.٧٩
عمان	-	٠.٣٢	٠.٣٥	٠.٤٠	*٠.٦٥	*٠.٧٩	٠.٣٥
السلط	-	-	٠.٠٣	٠.٠٨	٠.٣٣	٠.٤٧	٠.٠٣
مادبا	-	-	-	٠.٠٥	٠.٣٠	٠.٤٤	٠.٠٠
الكرك	-	-	-	-	٠.٢٥	٠.٣٩	٠.٠٥
العقبة	-	-	-	-	-	٠.١٤	٠.٣٠
المفرق	-	-	-	-	-	-	٠.٤٤
اربد	-	-	-	-	-	-	-

س- = المتوسط الحسابي

\* دالة إحصائية

تبين النتائج في الجدول رقم (٣٠) أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات أولياء الأمور لمستوى الخدمات التربوية كانت بين تقديرات أولياء الأمور في منطقة عمان من جهة وأولياء الأمور في منطقتي العقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات أولياء الأمور في منطقة عمان، وهذه النتيجة تعني أي أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في منطقة عمان أعلى من مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في منطقتي العقبة والمفرق.

**سادساً : النتائج المتعلقة بالسؤال السادس والذي ينص على :**  
 " هل يختلف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي

من وجهة نظر الأخصائيين باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس "

للإجابة عن السؤال السادس استخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية (T-test) وتحليل التباين الاحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغيري المنطقة الجغرافية والجنس، وتم عرضها كما يلي:

٦- أ: نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس:  
يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة Independent Samples T-test ، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (٣١).

### الجدول (٣١)

نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة، تبعاً لمتغير الجنس

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الإرشادي	ذكر	٥٦	٢.٤٩	٠.٥٩	١.٤١٥	١٠٨	٠.١٦
	أنثى	٥٤	٢.٦٦	٠.٦٨			
الإمكانات البشرية والمادية	ذكر	٥٦	٢.٥٨	٠.٥٨	٠.٠٨٢	١٠٨	٠.٩٣٥
	أنثى	٥٤	٢.٥٧	٠.٧٠			
التشخيصي	ذكر	٥٦	٣.١٣	٠.٥٧	١.٠٩٦	١٠٨	٠.٢٧٦
	أنثى	٥٤	٣.٢٥	٠.٥٦			
العلاجي	ذكر	٥٦	٣.٠٥	٠.٦٣	١.٣٩١	١٠٨	٠.١٦٧
	أنثى	٥٤	٣.٢١	٠.٦٣			
الأداة	ذكر	٥٦	٢.٨٠	٠.٤١	١.١٧٥	١٠٨	٠.٢٤٢
	أنثى	٥٤	٢.٩١	٠.٥٥			

تبين النتائج في الجدول رقم (٣١) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة تعزى لمتغير الجنس، حيث تراوحت قيم ت المحسوبة بين (٠.٠٤٠) و (١.٤١٥) وهذه القيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن تقديرات الأخصائيين ذكورا وإناثا لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي متشابهة.

٦- ب: نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير جنس الطفل:

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير جنس الطفل (ذكر، أنثى) تم استخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة Independent Samples T-test وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (٣٢).

#### جدول رقم (٣٢)

نتائج اختبار "ت" للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة، تبعاً لمتغير جنس الطفل

البعد	جنس الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
خدمات الكشف والتعرف	ذكر	٥	٢.٧٤	٠.٣٧	٠.٣٦٧	٣٨	٠.٧١٥
	أنثى	٣٥	٢.٦٦	٠.٥٠			
خدمات التقييم والتشخيص	ذكر	٥	٢.٤٩	٠.١٣	٠.٤٦	٣٨	٠.٦٤٨
	أنثى	٣٥	٢.٦٣	٠.٦٥			
خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي	ذكر	٥	٢.٧٣	٠.٣٥	٠.٥١	٣٨	٠.٦١٣
	أنثى	٣٥	٢.٨٦	٠.٥٩			
الخدمات التربوية العامة	ذكر	٥	٢.٨٠	٠.٣٨	٠.٠٣٩	٣٨	٠.٩٦٩
	أنثى	٣٥	٢.٧٩	٠.٥٧			
المجموع	ذكر	٥	٢.٦٩	٠.٠٧	٠.٢١٩	٣٨	٠.٨٢٨
	أنثى	٣٥	٢.٧٤	٠.٤٧			

تبين النتائج في الجدول رقم (٣٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على كل بعد والأداة تعزى لمتغير الجنس، حيث تراوحت قيم ت المحسوبة بين (٠.٠٣٩) و (٠.٥١) وهذه القيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن تقديرات الأخصائيين ذكورا وإناثاً لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي متشابهة.

#### ٦-ج : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية:

يهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، اربد، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق) تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو موضح في الجدول رقم (٣٣).

#### الجدول (٣٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

العينة الكلية	المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان	المنطقة الإحصائية	البعد
---------------	--------	--------	-------	-------	-------	------	------	-------------------	-------

العينة الكلية	المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان	المنطقة	
								الإحصائيات	
٢.٥٧	٢.٢٧	٢.٢٦	٢.٢٧	٢.٤٤	٢.٦٥	٢.٥١	٢.٩٠	المتوسط الحسابي	الإرشادي
								الانحراف المعياري	
٠.٦٤	٠.٣٥	٠.٤٩	٠.٤٨	٠.٦٨	٠.٦٥	٠.٧٠	٠.٦٣		
٢.٥٧	٢.١٢	٢.٢٩	٢.٤١	٢.٥٢	٢.٥٤	٢.٥٤	٢.٩٠	المتوسط الحسابي	الإمكانات البشرية والمادية
								الانحراف المعياري	
٠.٦٤	٠.٤٨	٠.٣٥	٠.٥١	٠.٦٠	٠.٧٣	٠.٦٧	٠.٦٤		
٣.١٩	٢.٧٧	٢.٨٦	٣.١٣	٣.١٩	٣.٢٤	٣.١٨	٣.٤١	المتوسط الحسابي	التشخيصي
								الانحراف المعياري	
٠.٥٦	٠.٧٦	٠.٥٠	٠.٥١	٠.٤١	٠.٦٩	٠.٤٥	٠.٤٦		
٣.١٣	٢.٧٨	٢.٨٣	٣.٠٦	٣.١٨	٣.١٨	٣.٠٤	٣.٣٤	المتوسط الحسابي	العلاجي
								الانحراف المعياري	
٠.٦٣	٠.٤٨	٠.٤٢	٠.٥٧	٠.٥٢	٠.٧٨	٠.٦٨	٠.٦٦		
٢.٨٦	٢.٤٨	٢.٥٧	٢.٦٩	٢.٨٤	٢.٨٩	٢.٨٢	٣.١٢	المتوسط الحسابي	الأداة
								الانحراف المعياري	
٠.٤٨	٠.٢٨	٠.٢٦	٠.٣٤	٠.٣٧	٠.٤٩	٠.٦٢	٠.٥١		

تظهر النتائج في الجدول رقم (٣٣) وجود اختلافات (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية، ولمعرفة إذا ما كانت تلك الاختلافات الظاهرية في متوسطات تقديرات الأخصائيين وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، اربد، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق) ذات دلالة إحصائية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )، وكانت النتائج كما في الجدول (٣٤).

#### جدول رقم (٣٤)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

مستوى الدلالة	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
*٠.٠٠٣	٣.٥٥٣	١.٢٥٨	٦	٧.٥٥	بين المجموعات	الإرشادي
		٠.٣٥٤	١٠٣	٣٦.٤٧٦	داخل المجموعات	
			١٠٩	٤٤.٠٢٦	الكلي	
*٠.٠٠٤	٣.٤٠٩	١.٢٢٧	٦	٧.٣٦٥	بين المجموعات	الإمكانات البشرية والمادية
		٠.٣٦	١٠٣	٣٧.٠٨٩	داخل المجموعات	
			١٠٩	٤٤.٤٥٤	الكلي	
*٠.٠١٣	٢.٨٤٦	٠.٨٢١	٦	٤.٩٢٧	بين المجموعات	التشخيصي
		٠.٢٨٩	١٠٣	٢٩.٧٢٢	داخل المجموعات	

			١٠٩	٣٤.٦٥	الكلي	
٠.١٢٣	١.٧٢٢	٠.٦٦٥	٦	٣.٩٩٢	بين المجموعات	العلاجي
		٠.٣٨٦	١٠٣	٣٩.٧٩٥	داخل المجموعات	
			١٠٩	٤٣.٧٨٧	الكلي	
*٠.٠٠٠	٤.٥٩٨	٠.٨٩٧	٦	٥.٣٨١	بين المجموعات	الأداة
		٠.١٩٥	١٠٣	٢٠.٠٩١	داخل المجموعات	
			١٠٩	٢٥.٤٧٢	الكلي	

\* دالة إحصائية

تشير النتائج في الجدول رقم (٣٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في الأبعاد (الإرشادي، والإمكانات البشرية والمادية، والتشخيصي) والأداة ككل تعزى لمتغير المنطقة الجغرافية، حيث تراوحت قيم ف المحسوبة لها بين (٢.٨٤٦) و (٤.٥٩٨) وهذه القيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في الأبعاد (الإرشادي، والإمكانات البشرية والمادية، والتشخيصي) والخدمات الصحية (الأداة) تختلف باختلاف المنطقة الجغرافية وذلك من وجهة نظر الأخصائيين. في حين لم تكن الفروق في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية على البعد العلاجي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

وللكشف عن مصدر الفروق لوجود دلالة إحصائية لمتغير المنطقة الجغرافية في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية في الأبعاد (الإرشادي، والإمكانات البشرية والمادية، والتشخيصي) والخدمات الصحية (الأداة)، تم إجراء مقارنات بعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" كما هو موضح في الجدول رقم (٣٥).

#### الجدول رقم (٣٥)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية في الأبعاد الإرشادي، والإمكانات البشرية والمادية، والتشخيصي والأداة، وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربذ	عمان	المنطقة	البعد
--------	--------	-------	-------	-------	------	------	---------	-------

٢.٢٧	٢.٢٦	٢.٢٧	٢.٤٤	٢.٦٥	٢.٥١	٢.٩٠	-س	الجغرافية	
*٠.٦٣	*٠.٦٤	*٠.٦٣	*٠.٤٦	٠.٢٥	٠.٣٩	-	٢.٩٠	عمان	الإرشادي
٠.٢٤	٠.٢٥	٠.٢٤	٠.٠٧	٠.١٤	-	-	٢.٥١	اربد	
٠.٣٨	٠.٣٩	٠.٣٨	٠.٢١	-	-	-	٢.٦٥	السلط	
٠.١٧	٠.١٨	٠.١٧	-	-	-	-	٢.٤٤	مادبا	
٠.٠٠	٠.٠١	-	-	-	-	-	٢.٢٧	الكرك	
٠.٠١	-	-	-	-	-	-	٢.٢٦	العقبة	
المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان		المنطقة الجغرافية	الإمكانات البشرية والمادية
٢.١٢	٢.٢٩	٢.٤١	٢.٥٢	٢.٥٤	٢.٥٤	٢.٩٠	-س		
*٠.٧٨	*٠.٦١	*٠.٤٩	٠.٣٨	٠.٣٦	٠.٣٦	-	٢.٩٠	عمان	
٠.٤٢	٠.٢٥	٠.١٣	٠.٠٢	٠.٠٠		-	٢.٥٤	اربد	
٠.٤٢	٠.٢٥	٠.١٣	٠.٠٢			-	٢.٥٤	السلط	
٠.٤٠	٠.٢٣	٠.١١				-	٢.٥٢	مادبا	
٠.٢٩	٠.١٢					-	٢.٤١	الكرك	
٠.١٧						-	٢.٢٩	العقبة	
المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان		المنطقة الجغرافية	التشخيصي
٢.٧٧	٢.٨٦	٣.١٣	٣.١٩	٣.٢٤	٣.١٨	٣.٤١	-س		
*٠.٦٤	*٠.٥٥	٠.٢٨	٠.٢٢	٠.١٧	٠.٢٣	-	٣.٤١	عمان	
٠.٤١	٠.٣٢	٠.٠٥	٠.٠١	٠.٠٦		-	٣.١٨	اربد	
٠.٤٧	٠.٣٨	٠.١١	٠.٠٥			-	٣.٢٤	السلط	
٠.٤٢	٠.٣٣	٠.٠٦				-	٣.١٩	مادبا	
٠.٣٦	٠.٢٧					-	٣.١٣	الكرك	
٠.٠٩						-	٢.٨٦	العقبة	
المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان		المنطقة الجغرافية	الأداة
٢.٤٨	٢.٥٧	٢.٦٩	٢.٨٤	٢.٨٩	٢.٨٢	٣.١٢	-س		
*٠.٦٤	*٠.٥٥	*٠.٤٣	٠.٢٨	٠.٢٣	٠.٣٠	-	٣.١٢	عمان	
٠.٣٤	٠.٢٥	٠.١٣	٠.٠٢	٠.٠٧		-	٢.٨٢	اربد	
٠.٤١	٠.٣٢	٠.٢٠	٠.٠٥			-	٢.٨٩	السلط	
٠.٣٦	٠.٢٧	٠.١٥				-	٢.٨٤	مادبا	
٠.٢١	٠.١٢					-	٢.٦٩	الكرك	
٠.٠٩						-	٢.٥٧	العقبة	

س- = المتوسط الحسابي

\* دالة إحصائية

تبين النتائج في الجدول رقم (٣٥) أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات على البعد الأول (الإرشادي) كانت بين تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان من جهة والأخصائيين في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان، أي أن مستوى الخدمات الصحية المتعلقة بالبعد الإرشادي في منطقة عمان أعلى منها في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق، وبالنسبة لمصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات على البعد الثاني الإمكانات البشرية والمادية فقد كانت بين تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان من جهة والأخصائيين في مناطق الكرك والعقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان،



أي أن مستوى الخدمات الصحية المتعلقة ببعد الإمكانات البشرية والمادية في منطقة عمان أعلى منها في مناطق الكرك والعقبة والمفرق. أما مصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات على البعد الثالث (التشخيصي) فقد كانت بين تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان من جهة والأخصائيين في منطقتي العقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان، أي أن مستوى الخدمات الصحية المتعلقة بالبعد التشخيصي في منطقة عمان أعلى منها في منطقتي العقبة والمفرق. وبالنسبة لمصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي على الأبعاد مجتمعة (الأداة) فقد كانت بين تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان من جهة والأخصائيين في مناطق الكرك والعقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان، أي أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي بشكل عام في منطقة عمان أعلى منها في مناطق الكرك والعقبة والمفرق.

٦-د : نتائج الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية:

بهدف الكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تبعاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، اربد، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق) تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو موضح في الجدول رقم (٣٦).

#### الجدول رقم (٣٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

العينة الكلية	المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اربد	عمان	المنطقة الإحصائيات	البعد
٢.٦٧	٢.٢٤	٢.٢٥	٢.٤٣	٢.٥٠	٢.٦٧	٢.٧٦	٣.٠٤	المتوسط الحسابي	خدمات الكشف والتعرف
٠.٤٨	٠.٣٠	٠.٦٥	٠.٤٠	٠.٣١	٠.٤٠	٠.٢٢	٠.٤١	الانحراف المعياري	
٢.٦١	٢.٢٦	٢.١٩	٢.٥١	٢.٥٢	٢.٥٠	٢.٤٤	٢.٩٨	المتوسط الحسابي	خدمات التقييم والتشخيص
٠.٦١	٠.٤٦	٠.٦٨	٠.٢٧	٠.٥٦	٠.٩٦	٠.٢٩	٠.٥١	الانحراف المعياري	
٢.٨٥	٢.٣٨	٢.٥٠	٢.٥٨	٢.٦٥	٢.٩٨	٢.٩٢	٣.١٨	المتوسط الحسابي	خدمات الخطة التربوية

٠.٥٧	٠.٥٧	٠.٢٧	٠.٢٦	٠.٦٦	٠.٦٢	٠.٢٩	٠.٥٦	الانحراف المعياري	
٢.٧٩	٢.٤٢	٢.٥٧	٢.٥٦	٢.٧٦	٢.٧٠	٢.٧٠	٣.١١	المتوسط الحسابي	الخدمات التربوية العامة
٠.٥٤	٠.١٩	٠.٥٠	٠.٦١	٠.٤٩	٠.٧٩	٠.١٤	٠.٤٦	الانحراف المعياري	
٢.٧٣	٢.٣٣	٢.٣٩	٢.٥٣	٢.٦٢	٢.٧٠	٢.٧٠	٣.٠٨	المتوسط الحسابي	الأداة
٠.٤٤	٠.٢١	٠.٣٥	٠.٢٦	٠.٣٩	٠.٥١	٠.٠٦	٠.٤٠	الانحراف المعياري	

تظهر النتائج في الجدول رقم (٣٦) وجود اختلافات (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لتقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية، ولمعرفة إذا ما كانت تلك الاختلافات الظاهرية في متوسطات تقديرات الأخصائيين وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية (عمان، اربد، السلط، مادبا، الكرك، العقبة، المفرق) ذات دلالة إحصائية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ )، وكانت النتائج كما في الجدول (٣٧).

#### جدول رقم (٣٧)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الاختلاف في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي، على كل بعد والأداة وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

مستوى الدلالة	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
*٠.٠٠٨	٣.٥٧١	٠.٥٩٦	٦	٣.٥٧٣	بين المجموعات	خدمات الكشف والتعرف
		٠.١٦٧	٣٣	٥.٥٠٤	داخل المجموعات	
			٣٩	٩.٠٧٧	الكلية	
٠.٢١٤	١.٤٨٤	٠.٥٢	٦	٣.١٢١	بين المجموعات	خدمات التقييم والتشخيص
		٠.٣٥١	٣٣	١١.٥٧	داخل المجموعات	
			٣٩	١٤.٦٩	الكلية	
٠.٠٩٢	٢.٠١٥	٠.٥٥٨	٦	٣.٣٤٧	بين المجموعات	خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي
		٠.٢٧٧	٣٣	٩.١٣٧	داخل المجموعات	
			٣٩	١٢.٤٨	الكلية	
٠.٢٦	١.٣٥٨	٠.٣٨١	٦	٢.٢٨٥	بين المجموعات	الخدمات التربوية العامة
		٠.٢٨	٣٣	٩.٢٥٥	داخل المجموعات	
			٣٩	١١.٥٤	الكلية	
*٠.٠١٢	٣.٢٩٧	٠.٤٧	٦	٢.٨٢١	بين المجموعات	الأداة

		٠.١٤٣	٣٣	٤.٧٠٧	داخل المجموعات
			٣٩	٧.٥٢٨	الكلية

\* دالة إحصائية

تشير النتائج في الجدول رقم (٣٧) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد (خدمات الكشف والتعرف) وعلى الأداة ككل تعزى لمتغير المنطقة الجغرافية، حيث كانت قيمة ف المحسوبة لبعدها خدمات الكشف والتعرف (٣.٥٧١) وللأداة ككل (٣.٢٩٧) وهما قيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ) بمعنى أن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي في بعد (خدمات الكشف والتعرف) والخدمات التربوية بشكل عام (الأداة ككل) تختلف باختلاف المنطقة الجغرافية وذلك من وجهة نظر الأخصائيين. في حين لم تكن الفروق في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية على باقي الأبعاد (خدمات التقييم والتشخيص، وخدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي، والخدمات التربوية العامة) ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.05$ ).

وللكشف عن مصدر الفروق لوجود دلالة إحصائية لمتغير المنطقة الجغرافية في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية في بعد (خدمات الكشف والتعرف) والأداة ككل، تم إجراء مقارنات بعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" كما هو موضح في الجدول رقم (٣٨).

### الجدول رقم (٣٨)

نتائج المقارنات البعدية بطريقة اقل فرق دال "LSD" للكشف عن مصدر الفروق في تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية في بعد (خدمات الكشف والتعرف) والأداة ككل، وفقاً لمتغير المنطقة الجغرافية

المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اريد	عمان	المنطقة الجغرافية	البعد
٢.٢٤	٢.٢٥	٢.٤٣	٢.٥٠	٢.٦٧	٢.٧٦	٣.٠٤	-س-	
*٠.٨٠	*٠.٧٩	*٠.٦١	*٠.٥٤	٠.٣٧	٠.٢٨	-	٣.٠٤	عمان
٠.٥٢	٠.٥١	٠.٣٣	٠.٢٦	٠.٠٩		-	٢.٧٦	اريد
٠.٤٣	٠.٤٢	٠.٢٤	٠.١٧			-	٢.٦٧	السلط
٠.٢٦	٠.٢٥	٠.٠٧				-	٢.٥٠	مادبا
٠.١٩	٠.١٨					-	٢.٤٣	الكرك
٠.٠١						-	٢.٢٥	العقبة
المفرق	العقبة	الكرك	مادبا	السلط	اريد	عمان	المنطقة الجغرافية	الأداة
٢.٣٣	٢.٣٩	٢.٥٣	٢.٦٢	٢.٧٠	٢.٧٠	٣.٠٨	-س-	
*٠.٧٥	*٠.٦٩	*٠.٥٥	*٠.٤٦	٠.٣٨	٠.٣٨	-	٣.٠٨	عمان
٠.٣٧	٠.٣١	٠.١٧	٠.٠٨	٠.٠٠		-	٢.٧٠	اريد
٠.٣٧	٠.٣١	٠.١٧	٠.٠٨			-	٢.٧٠	السلط
٠.٢٩	٠.٢٣	٠.٠٩				-	٢.٦٢	مادبا
٠.٢٠	٠.١٤					-	٢.٥٣	الكرك
٠.٠٦						-	٢.٣٩	العقبة

-س- = المتوسط الحسابي

\* دالة إحصائية

تبين النتائج في الجدول رقم (٣٨) أن مصدر الفروق الدالة إحصائياً بين تقديرات الأخصائيين لمستوى الخدمات التربوية على بعد خدمات الكشف والتعرف وعلى الأداة ككل كانت بين تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان من جهة والأخصائيين في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق من جهة أخرى، ولصالح تقديرات الأخصائيين في منطقة عمان، أي أن مستوى الخدمات التربوية المتعلقة ببعد خدمات الكشف والتعرف والخدمات التربوية بشكل عام في منطقة عمان أعلى منها في مناطق مادبا والكرك والعقبة والمفرق.

أما بالنسبة للسؤال السابع والذي يبحث في وضع تصور لاستراتيجية مقترحة لإنشاء مركز للخدمات التربوية والصحية المقدمة للأطفال الشلل الدماغي .

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية وأشارت إليه نتائج البحوث والدراسات السابقة ، الأدب النظري في الميدان وخبرة الباحث في الميدان ، وفي التساؤلات من الأول وحتى السادس عن مدى توافر بعض من الخدمات الصحية والتربوية من وجهة نظر أولياء الأمور والإخصائيين مثل خدمة التشخيص والعلاج وخدمات بعد الإمكانيات البشرية والمادية ووجود مستوى لبعض الخدمات لدرجة متوسطة مثل خدمات تربوية وخدمات ارشاد .

كما أوضحت النتائج وجود تمايز في مدى توافر الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي فيما بين محافظة العاصمة والجمعيات والمراكز المعنية في المحافظات والمناطق الأخرى في المملكة ، وذلك يدعونا إلى اقتراح استراتيجيات وطنية متكاملة لكل من الخدمات الصحية والتربوية لذوي الشلل الدماغي في ضوء الاتجاهات العالمية بضرورة دعم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة . وقد أوضحت النتائج مايلي "

- بالنسبة للخدمات التربوية.

- قلة الفصول الملحقة بمدارس التعليم الأساسي ينعكس سلباً على حال الذين يعانون من الشلل الدماغي القادرين على التعلم

- القصور في توفير البرامج التربوية للذين يعانون من شلل دماغي لا يقتصر على الجانب الكمي فقط ولكن على الجانب الكيفي لتلك البرامج من حيث القصور في فاعليتها ونجاحها

- بالنسبة للخدمات الصحية

- يعد التمويل من أكبر العقبات التي تواجه المراكز الصحية والمؤسسات التربوية

كما أشارت النتائج إلى النقص الواضح في عدد المعلمين والفنيين المتخصصة في تلبية احتياجات العمل مع ذوي الشلل الدماغي

**نحو استراتيجية مقترحة لإنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي :**

تعرف منظمة الصحة العالمية خدمات التوجيه والتأهيل المهني بأنها تعبر عن الإفادة من الخدمات المنظمة في المجالات الاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل تدريب الفرد للوصول به إلى أقصى قدراته .

كما أن التأهيل المهني هو سلسلة متتابعة من الخدمات وتهدف إلى التشغيل في مهنة تناسب قدرات المعاق وتعود عليه بالفائدة والكسب ، التدريب المهني مهم في عملية التأهيل المهني للمعاقين ويتطلب التأهيل إمكانات بشرية ومادية ، والتأهيل أيضاً هو عملية منظمة ومستمرة تهدف إلى الوصول بالفرد المعاق بالدرجة الممكنة من النواحي الاقتصادية والنفسية والتربوية والاجتماعية والمساعدة في الحصول على درجة من الإفادة في الناحية المهنية والاقتصادية والنفسية التي يمكن الحصول عليها .

**أهداف إنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي:**

الهدف العام لإنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي بالأردن هو التخفيف من الإعاقة وذلك بوضع خطة علاجية منظمة ورعاية طبية مستمرة وإتاحة الفرصة للمعاق لتطوير قدراته الجسمية والنفسية التي تعود بالنفع عليه وعلى مجتمعه.

الاهداف الفرعية :

- اعطاء المعاق الثقة بنفسه واكساب المجتمع الثقة بهم ، وزيادة التفاعل الاجتماعي لكسر طوق العزلة عن المجتمع الذي يعيش فيه من أجل التشجيع على الدمج
- التركيز على التأهيل المهني وذلك بالتدريب المنظم وتطوير هذا التدريب بما يتناسب مع قدرات المعاق واحتياجاته واحتياجات التنميه من مهن ومهارات
- ومن أهداف إنشاء المركز توفير الامكانيات المادية والبشرية للعلاج والعناية بهؤلاء الفئة والرعاية الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية لهذه الفئة
- اكساب المعرفة للمعاق وإتاحة الفرصة للتعليم في مختلف المراحل من أجل تنمية طاقات المعاق الى اقصى حد ، لتمكينهم الاعتماد على انفسهم ودمجهم في المجتمع
- زيادة التوعية لاولياء الامور وتدريبهم
- تشخيص حالة المعاق من اجل الكشف عن قدراته واستعدادته لوضع برامج للرعاية والتوجيه المهني

- التركيز على التدريب المهني لاكتساب المهارات المهنية لتمكين الفرد من الالتحاق بوظيفة او مهنة تناسب قدراته الجسمية او ممارسة عمل مناسب ، من أجل تحقيق قدر من الاستقلال الاقتصادي بما يتناسب مع احتياجات سوق العمل .

والهدف النهائي والاهم للتوجيه المهني هو تعليم المعاق وتدريبه ، فالفرد المعاق لا يمكن ان يعيش ويعتمد على نفسه الا اذا توافرت لديه مهنة تمكنه من العيش بأستقلال و عدم الاعتماد على الغير ، ولا يمكن لاي فرد ان يحصل على مهنة الا اذا حصل على تدريب وتأهيل مهني .

وظيفة المعالج المهني يعمل المعالج المهني داخل المستشفى او المركز او المؤسسة ويكون مسؤولاً عن تدريب الفرد ليكون مستقلاً وظيفياً ، وكذلك يكون مسؤولاً عن توفير المعدات الملائمة للبيئة الموجودة او الجديدة في البيت ، وللعلاج المهني دورٌ كبيرٌ في نمو الطفل المصاب بالشلل الدماغي وينصب على المهارات الحركية الدقيقة والعضلات الصغيرة مثل عضلات الالفم والقدمين ويلعب المعالج المهني دور في تعليم المهارات الحياتية اليومية مثل الاكل وارتداء الملابس ووضع الجلوس بالشكل الملائم .

ويجب تقديم خدمات التوجيه والتأهيل المهني من خلال مناهج واساليب تدريبية مهذبة على مهن متعددة مثل تنجيد الكنب، الدهان، تجليس البدي، تجليد الكتب، التريكو، صناعة الاحذية، تنسيق الزهور، بالإضافة الى خدمات التقييم والتوجيه والارشاد المهني لتحديد قدراتهم وامكاناتهم وجوانب القوة والضعف لديهم ليتم بعد ذلك توجيههم مهنياً في ضوء تلك الامكانيات - وفي ضوء النتائج التي توصلت اليها الدراسة تم وضع تصورا لاستراتيجية مقترحة لانشاء مركز للتوجيه المهني للأفراد ذوي الشلل الدماغي بالأردن، تم عرضها في فصل نتائج الدراسة .

وفي ضوء ما اسفرت عنه نتائج الدراسة ، وما تم الاطلاع عليه في الادبيات السابقة ، ونتائج البحوث والدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية ، تم وضع تصور لاستراتيجية مقترحة لانشاء مركز للتوجيه المهني لافراد الشلل الدماغي في المملكة الاردنية الهاشمية ، متضمناً ثلاثة محاور اساسية ، محور للخدمات الصحية ، ومحور للخدمات التربوية ، ومحور اخير لخدمات التوجيه المهني بهدف تحقيق الاهداف العامة من انشاء المركز .

أهداف إنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي إضافة الى ما ورد في الاطار النظري فإن الهدف العام لإنشاء مركز للتوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي بالأردن هو التخفيف من الإعاقة وذلك بوضع خطة علاجية منظمة ورعاية طبية مستمرة وإتاحة الفرصة للمعاق تطوير قدراته الجسمية والنفسية والتي تعود بالنفع على هذا الفرد وعلى مجتمعه .

اولاً : بالنسبة للخدمات الصحية

- أن تهتم وزارة الصحة بتوفير الكوادر الطبية والفنية الكافية وعقد دورات تدريبية لاولياء الامور بالإضافة الى دورات للأخصائيين وكذلك توفير وسائل التشخيص المناسبة في المراكز والجمعيات وتحويل الأطفال إلى أطباء الأسنان وأخصائي الجراحة في حالة الضرورة والتعرف على التاريخ الطبي للعائلة ومتابعة لحالة الطفل في المنزل.

- خدمات البعد التشخيصي

أن تهتم الجهات المعنية بتشخيص طفل الشلل الدماغي من خلال الملاحظة وتشخيصه ايضاً بالصور الطبقيّة والرنين المغناطيسي بالاعتماد على قرار الفريق التشخيصي وكذلك بتطبيق اختبارات الذكاء وباستشارة طبيب الأطفال وطبيب الأعصاب

- خدمات البعد العلاجي

أن تهتم وزارة الصحة بتوفير أدوية لتخفيف الشد العضلي وتدريب طفل الشلل الدماغي على توازن الرأس والجلوس بالإضافة الى اعطاء تنبيهات كهربائية لشد العضلي وتدريب الطفل على العناية بذاته وتقديم نصائح للحمية الصحية ومتابعة الحالة الصحية للطفل باستخدام المشدات الطبية المساعدة وتحويله الى اخصائي الأعصاب والعظام في حالات التدخلات الجراحية .

### ثانياً : الخدمات التربوية

أن تهتم وزارة التربية بإنشاء فصول لذوي الشلل الدماغي في الجمعيات والمؤسسات وان تهتم وزارة التربية بفتح فصول في المدارس العادية لتؤيد فلسفة الدمج وتتضمن الخدمات التربوية المقدمة للأطفال الشلل الدماغي:

### خدمات الكشف والتعرف

توفير ادوات الكشف والتعرف السريع على ذوي الاصابة بالشلل الدماغي في الفصول ،الانتباه للطفل اثناء شرح الحصة ومتابعة القيام بواجباته المدرسية بالإضافة الى اشراكه في المناقشات الصفية ، وتقييم مستواه التحصيلي والتركيز على انتباه الطفل أثناء الحصة ونشاطه داخل الغرفة الصفية .

### خدمات التقييم والتشخيص

تطبيق الاختبارات التحصيلية لتقييم تقدم المعاق والاختبارات النفسية ووضع خطة تعليمية من قبل ادارة المدرسة وإشراك المعلمين والإخصائيين كذلك بتقييم مستوى المعاق التعليمي ، وتدريب الاخصائيين على تطبيق الاختبارات التحصيلية لتقييم تقدم المعاق وزيادة النشاطات الاكاديمية ، وتدريب الاخصائي النفسي على الاختبارات النفسية في عمليات التشخيص .

### خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي

تقديم دورات تدريبية للاخصائيين التربويين من قبل هيئة التدريس بالإضافة الى تقديم أنشطة اللعب واستخدام غرفة الحاسوب بطريقة فعالة ووضع خطة تعليمية شاملة للمعاق ومتابعتها كل حسب تخصصه من أعضاء هيئة التدريس ، وتوفير الكوادر التدريسية الكافية وزيادة أنشطة اللعب لتطوير المهارات الحركية للطلاب .

**خدمات تربوية عامة :** تقديم دورات تدريبية للأخصائيين وتقديم أنشطة تعليمية للطفل بالإضافة الى إعداد خطة تعليمية شاملة وتدريب الأخصائيين على الاختبارات النفسية والتحصيلية وتوزيع نشرات على أولياء الأمور توضح مهام أولياء الأمور .



## ثالثاً: خدمات التوجيه المهني

تستند خدمات التوجيه المهني لأفراد الشلل الدماغي على مجموعة من المبادئ والأسس العامة التي يجب على الجهات المعنية مراعاتها، وهي:

- ١- تقديم الاستشارة والتوجيه للفرد لاختيار مهنة تناسب حالته الصحية .
- ٢- تقديم الرعاية الاجتماعية الملائمة لذوي الشلل الدماغي وأسره
- ٣- تقديم الدعم والمساندة لأسر ذوي الشلل الدماغي من خلال الندوات والمحاضرات والدورات التدريبية التي تهتم بتثقيفهم في رعاية أطفالهم ذوي الشلل الدماغي
- ٤- طبع منشورات وكتيبات للأسر والأخصائيين يوضح فيها ماهية الشلل الدماغي وكيفية التعرف عليه ومسبباته ، وكيفية الوقاية ، والخدمات الكثيرة التي يمكن تقديمها
- ٥- التدريب المستمر للأخصائي التربوي والمعالج المهني على كيفية دعم ورعاية أطفال الشلل الدماغي ، وتعريفهم بأحدث الاتجاهات العالمية في خدمة هؤلاء الأفراد .
- ٦- تقديم الدعم والمشورة لذوي الشلل الدماغي وأسره حول المهنة أو الحرفة التي تتلاءم مع إمكانيات وقدرات ذوي الشلل الدماغي
- ٧- تفريد المهنة وبما يتلاءم مع إمكانيات وقدرات كل فرد على حده
- ٨- توفير ورش مهنية آمنة لحرف مختلفة كالحياكة والتطريز ،التغذية ،الزراعة، الكهرباء وصيانة الأجهزة العلمية،والنجارة إلى غير ذلك من المهن والحرف التي تتلاءم مع ذوي الشلل الدماغي
- ٩- توفير المعدات والأجهزة والأدوات المطلوبة في كل من الورش المهنية
- ١٠- توفير أخصائيين مهنيين بتلك الورش ومدربين على التعامل مع ذوي الشلل الدماغي
- ١١- التوجيه المستمر للأخصائيين المهنيين ولأفراد الشلل الدماغي على كيفية الوقاية من المخاطر أثناء العمل في الورش المهنية وخارجها ، وبما يتلاءم مع مخاطر كل مهنة على حده .
- ١٢- رصد الميزانيات لبناء وتجهيز الورش المهنية المطلوبة لذوي الشلل الدماغي .
- ١٣- التوعية المهنية للأفراد وأسره بما يتضمن سلامة التدريب والأمان والكفاءة في أداء العمل.
- ١٤- لفت نظر أصحاب الشركات والمؤسسات الصناعية إلى ضرورة الاستعانة بذوي الشلل الدماغي المدربين وذلك في المهنة التي تتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم والتي تم تدريبهم عليها في مؤسسات ومراكز الشلل الدماغي .
- ١٥- التركيز على المهنة التي تتماشى مع السياسة العامة واحتياجات التنمية في المجتمع .

## الفصل الخامس : مناقشة النتائج

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج

#### أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الأول

والذي بحث عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر اولياء الامور، حيث أشارت النتائج المرتبطة ببعدها الخدمات الصحية الى توافر الخدمات بدرجة متوسطة وان كانت هناك بعض الفقرات حصلت على درجة كبيرة وهي بالتالي لا تؤثر في المستوى الكلي للبعد مع العلم بأن هناك العديد من الفقرات كانت درجة توافر الخدمات بها بدرجة قليلة ( ٦،٧،١٣،١٥،١٧ ) وذلك يشير الى تدني الخدمات الصحية في الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بالشلل الدماغي والمتمثلة في توفير الكوادر الطبية والفنية الكافية وتوفير الاخصائيين المؤهلين وتزويد هذه المراكز بدورات تدريبية للاخصائيين وكذلك لأولياء الامور من أجل القيام بواجباتهم تجاه هؤلاء الاطفال وفي حال حاجة الطفل بالزيارة المنزلية فلا بد ان يكون هناك برامج وخطط مؤسسية لتوصيل هذه الخدمة للمنازل بناء على استراتيجية وطنية للتعويض بالخدمة الصحية المقدمة لاطفال الشلل الدماغي وفي الحالة التي يكون الطفل بحاجة لاجراء عملية جراحية يقوم المركز بتحويل هذه الحالة الى المستشفيات العامة وفي حالة توفير المطعوم لدى هذه المراكز فإنه يساعد في تشجيع هؤلاء الاطفال لآخذ المطعوم في الوقت المناسب والتخفيف من العبء على أهاليهم .

وكلما كان هناك تواصل بين المركز وأولياء الامور تكون هناك نتيجة إيجابية تعود بالنفع على أطفال ذوي الشلل الدماغي ، وكذلك متابعة الطفل عن طريق بطاقة المعالجة و عدم توفر مثل هذه الخدمة يحد من تقديم الخدمة الصحية المطلوبة وهذا يوجه الى ضرورة ان تتضمن الخطة الاستراتيجية المقترحة توافر الخدمات الصحية المقدمة لأطفال الشلل الدماغي وذلك من اجل تقديم أفضل الخدمات الصحية اللازمة لهؤلاء الاطفال وهذه الخدمات تعتبر من الخدمات الأساسية لأطفال الشلل الدماغي ولتعليم الطفل المهارات اليومية فلا بد من وجود تدريبات تأهيلية لأولياء الامور لتساعدهم في التعامل مع أبنائهم ، وهذا ما أكدت عليه دراسات (ندا، ٢٠٠٦) (والحديدي، ١٩٩٤،) (ودراسة آد لارس، ٢٠٠٦) وأكدت هذه الدراسات على الحاجات للخدمات الصحية .

#### أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الثاني

والذي بحث عن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر اولياء الامور، ولقد أشارت النتائج ان توافر الخدمات التربوية كانت بدرجة متوسطة علماً بأن

بعض المفردات ظهرت بدرجة كبيرة وهي لا تؤثر على المستوى الكلي وبالرجوع الى الجدول رقم (١٣) نجد ان الفقرات التي توافرت بدرجة كبيرة ( ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٥، ١٩، ٢٠، ٢٥ ) وعدم وجود اختبارات تحصيلية وقلة خدمات الحاسوب لهذه الفئة يحد من الخدمات التربوية التي تقدم لهؤلاء الأطفال .

وكذلك عدم تقديم الدورات التدريبية للمعلمين لإرشاد أولياء الأمور والتي تساعد في تقديم الخدمة التربوية المناسبة لهؤلاء الاطفال وكل هذه الخدمات اذا لم تكن متوافرة بدرجة كبيرة فإنها تؤدي الى قصور في الخدمات التربوية ويرجع الأمر إلى عدم وجود برامج تربوية متخصصة لخدمة هؤلاء الأطفال ، ولذلك يكون لوزارة التربية دور كبير في وضع الخطط والبرامج التربوية لهذه الفئة علماً بأن الخدمات المقدمة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي مقصورة فقط على الخدمات الصحية مع العلم بأن بعض المراكز يوجد فيها مدارس تربوية فلا بد ان يكون هناك توجه لوجود خدمات تربوية متخصصة في الاستراتيجية المقترحة وبينما بينت دراسات رضوى ( Radwa , 2006 ) ودراسة ابو حطب (٢٠٠٣) اكدت عدم رضى اولياء الامور عن الخدمات التعليمية المقدمة للاطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي .

**بالنسبة للسؤال الثالث** والذي بحث عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للاطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين ، فقد يتناول الباحث تفسير النتائج من خلال خمسة ابعاد على النحو التالي :

#### **اولاً : بالنسبة للبعد التشخيصي**

أشارت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (١٤) عن درجة توافر خدمات التشخيص والعلاج بدرجة كبيرة وكانت خدمات الإرشاد والإمكانات البشرية بدرجة متوسطة وبالرجوع إلى الجدول رقم (١٧) نجد أن (٣) فقرات من بعد التشخيص كانت متوافرة بدرجة كبيرة جداً للمفردات (٣، ٢، ١) وكانت المفردات أرقام ( ٤، ٥، ٦، ٧، ١٠ ) متوافرة بدرجة كبيرة أما اقل الفقرات في توافر الخدمة فكانت بمستوى متوسط كانت الفقرات (٨، ٩)، وذلك يشير إلى مدى توافر الخدمات التشخيصية في الجمعيات والمؤسسات المعنية للأطفال ذوي الشلل الدماغي حيث أنها معظمها خدمات يجب أن تؤدي بدرجة إتقان لأنه على أساس التشخيص الدقيق تبني نتائج التدخل العلاجي فإذا كان التشخيص خطأ فبالتالي تتأثر الخدمات العلاجية المقدمة لهؤلاء الأطفال وكما أن تلك النتيجة تشير إلى اهتمام الجمعيات المعنية والتي خضعت للدراسة تهتم بجانب التشخيص لهؤلاء الأطفال إلا انه وجد قصور في توافر بعض الخدمات المرتبطة بهذا البعد والتي حصلت على درجة

متوسطة في هذا البعد ما يرتبط بتطبيق اختبارات السلوك التكيفي وتحويل الطفل إلى أخصائي الأطفال وذلك ربما يرجع إلى عدم وجود أخصائيين نفسيين مدربين على تطبيق مثل هذه الاختبارات وتصحيحها وتفسيرها .

ربما أيضاً عدم وجود أخصائي أطفال في تلك المؤسسات وبالتالي يحتاج هذا النوع من الخدمات إلى توافر أخصائيين مدربين على تطبيق الاختبارات النفسية كالمقياس التكيفي والذكاء ومقياس الشخصية وتوافر طبيب أطفال في كل مركز ومؤسسة من هذه المؤسسات حتى يكون تقييم الطفل تقييماً شمولياً وتلك أحد الخدمات الأساسية التي يجب ان يتم تضمينها في الاستراتيجية المقترحة .

### ثانياً : بالنسبة للبعد العلاجي

ويعني ذلك توفر الخدمات العلاجية المقدمة لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين بدرجة كبيرة في الجمعيات والمؤسسات المعنية بهؤلاء الاطفال ويشير ذلك الى اهتمام الجهات المعنية بتوافر كافة الاجهزة والادوات التي يحتاجها الاخصائي في برنامج التدخل العلاجي لاطفال الشلل الدماغي كما يشير ايضاً الى اهتمام المسؤولين والاختصاصيين في تلك الجمعيات بتقديم الخدمة على الوجه الاكمل وتوافر الاختصاصيين المدربين على التعامل مع افراد هذه الحالات بالاضافة الى توافر الميزانيات لشراء مستلزمات تلك الجهات وبما يعود في النهاية بالنفع على أطفال الشلل الدماغي وان كانت هناك بعض الخدمات توافرت بدرجة متوسطة وقد يري ذلك الى عدم توافر التدخلات الجراحية في الجمعيات والمؤسسات المعنية وتحول الحالات التي تحتاج الى الجراحة الى المستشفيات العامة التي يتوافر بها اخصائيون لاجراء مثل هذه العمليات الجراحية.

كما ان استخدام الماء الساخن لاطفال الشلل الدماغي غير متوافر في تلك الجمعيات بالاضافة الى عدم توافر اخصائي أسنان في هذه الجمعيات كما انه لا يوجد اشخاص مؤهلون على تقديم الارشاد الصحي الغذائي لهؤلاء الاطفال واسرهم كما أشارت النتائج الى قلة توافر الخدمات المرتبطة بإعطاء الطفل تنبيهات كهربائية للشد العضلي ومن خلال خبرت الباحث ومجال عمله في الميدان انه لا يتم استخدام هذه الطريقة العلاجية مما يشير الى صدق النتائج التي توصلت اليها هذه الدراسة وتلك من الامور الأساسية التي يجب مراعاتها عند إعداد الخطة الاستراتيجية المقترحة لتطوير الخدمات .

### ثالثاً : بالنسبة للبعد الارشادي

لقد أشارت النتائج المرتبطة بالبعد الخدمات الإرشادية الى توافر الخدمات بدرجة متوسطة وان كانت هناك بعض الفقرات حصلت على درجة كبيرة وهي بالتالي لا تؤثر في المستوى الكلي للبعد مع العلم بان هناك العديد من الفقرات كانت درجة توافر الخدمات بها بدرجة قليلة

( ١١،٧،٦،٣،١ ) وذلك يشير الى تدني الخدمة الإرشادية بجمعيات المؤسسات الشلل الدماغى والمتمثلة في دورات التدريبية والمحاضرات التثقيفية والتوعوية لأولياء الأمور بشأن تواصلهم مع الاخصائيين بالمؤسسة ودعم ورعاية أبنائهم في المنزل إضافة الى عدم وجود زيارات منزلية للاخصائيين لمنزل الاطفال لتقديم الدعم والرعاية لهم في المنزل اذا ما تتطلب الامر ذلك وقد يرفع ذلك الى عدم وجود نظام داخل المؤسسة يسمح بانتقال الاخصائي للمنازل وعدم توافر وسيلة الانتقال حيث لا يوجد العدد الكافي من الاخصائيين الذي يسمح لادارة المؤسسة بتوجيه البعض منهم الى الزيارات المنزلية ونظراً لزيادة أعداد هؤلاء الاطفال يكون من الصعب توافر مثل هذه الخدمات لجميع الاطفال ذوي الشلل الدماغى ، وبما ذلك يوجه الى ضرورة ان تتضمن الخطة الاستراتيجية المقترحة توافر الخدمات الإرشادية لأولياء أمور الاطفال ذوي الشلل الدماغى نظراً للدور المهم الذي يمكن أن تلعبه الاسرة في دعم ومساعدة أبنائها والتواصل مع الجمعيات والمؤسسات المعنية بما يعود بالنفع على ابنائهم .

#### رابعاً : بعد الإمكانيات البشرية والمادية

اشارت هذه النتائج المرتبطة ببعده الامكانيات البشرية والمادية الى توافر الخدمات بدرجة متوسطة وان كانت هناك بعض الفقرات حصلت على درجة كبيرة وهي بالتالي لا تؤثر في المستوى الكلي للبعد مع العلم ان هناك بعض الفقرات كانت درجة توافر الخدمات بها بدرجة قليلة (١٠،٧،٥) وذلك يشير الى تدني الخدمات الامكانيات البشرية والمادية في جمعيات ومؤسسات الشلل الدماغى والمتمثلة في دورات للاخصائيين وميزانية المؤسسات وذلك من اجل توفير الاجهزة التي تحتاجها هذه المراكز وزيادة خبرة الاخصائيين التي بالتالي تعود بالنفع على الاطفال وتساعد اهالي هؤلاء الاطفال لسد حاجات أبنائهم اليومية إضافة الى عدم وجود تواصل بين إدارات هذه المؤسسات والمؤسسات الاخرى المتقدمة والتي تفيد هؤلاء الاطفال في وجود تعاون وتواصل بين هذه المؤسسات لترقى خدمة هذه الفئة ومن الأمور التي يجب مراعاتها عند إعداد الخطة الاستراتيجية المقترحة لتطوير هذه الخدمات .

### أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الرابع

والذي بحث عن مستوى الخدمات التربوية المقدمة للاطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين ، وسوف يتم تفسيره من خلال عدة أبعاد والتي شملتها أداة الدراسة على النحو التالي :

#### أولاً : بعد خدمات الكشف والتعرف

اشارت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (٢٠) إلى درجة توافر خدمات الكشف والتعرف بدرجة متوسطة وبالرجوع الى الجدول رقم (٢١) نجد ان جميع الفقرات من بعد خدمات الكشف والتعرف كانت متوافرة بدرجة متوسطة وذلك يشير الى تدني خدمات الكشف والتعرف بجمعيات ومؤسسات الشلل الدماغي والمتمثلة بتدني درجات الطلاب والاختفاق بواجباتهم والاهمال بالواجبات اليومية والذي يؤثر على تعلم هؤلاء الاطفال ويعود السبب الى عدم توفير المنهاج المناسب في بعض المدارس التربوية التي تقدم خدمة الكشف والتعرف ويعزى ذلك لعدم وجود اخصائيين تربويين مؤهلين لهذه الفئة .

#### ثانياً : بعد خدمات التقييم والتشخيص

ويعني ذلك توفر الخدمات لتقييم والتشخيص المقدمة لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين بدرجة متوسطة في الجمعيات والمؤسسات المعنية لهؤلاء الاطفال ويشير ذلك الى عدم الاهتمام من الجهات المعنية لتوفير هذه الخدمات التي تحتاجها المركز لخدمة اطفال الشلل الدماغي ، ويتم التقييم لمستوى طفل الشلل الدماغي من اجل وضع خطة تعليمية ويكون التقييم بالتعاون مع المعلمين وبعد التقييم يقوم الاعضاء كل حسب اختصاصه لتقديم الخطة التعليمية للطفل والتي تعتبر من الخدمات الرئيسية لهؤلاء الاطفال ، ولذلك لا بد من تطوير الكادر المسؤول عن حالات التقييم والتشخيص ليقوم كل اخصائي بدوره المناسب لهذه الفئة لذلك من الضروري أن تتضمن الخطة الاستراتيجية المقترحة توافر خدمات التقييم والتشخيص .

#### الجوانب الصحية لافراد الشلل الدماغي

( Capute , 1975 ; Crickmag , 1977 ; Obringer, 1997 ; Erickson , 2000 )

اكدوا على ضرورة مراعاة الفروق الفردية لحالات الشلل الدماغي بتصنيفاته المتباينة وبالتالي تباين حاجاتهم من الخدمات الصحية التي ينبغي تقديمها من خلال استراتيجيات منظمة ومتطورة تراعي الرسم البياني لكل حالة صحية على حده . وقد تبين للباحث الحالي ذلك من خلال استجابات أولياء الأمور على أدوات الدراسة

### أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الخامس

والذي بحث عن اختلاف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس ، إن الخدمات التي تقدم في الجمعيات واحدة لكل من الذكور والإناث ويستفيد منها الأطفال من الجنسين سوياً ولا يجد تمييز في تقديم الخدمة على الجنس على أساس اقتناع أولياء الأمور بذلك ، والكثير من المهتمين وقد تبين من الدراسات ذات الصلة ( Hamplin,2005;Obringer,1997;Radwa,2006 ) أهمية إعداد الاخصائيين اعداداً اكاديمياً في التعامل مع حالات الشلل الدماغي وبيان دور الاخصائي في تقديم الخدمات التنموية والتي تهدف الى الحد من تفاقم النتائج المترتبة عن الاصابة .

### أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال السادس

والذي بحث عن اختلاف مستوى الخدمات الصحية والتربوية المقدمة للأطفال ذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين باختلاف المنطقة الجغرافية والجنس ، إن توافر الخدمات في عمان كانت بدرجة كبيرة أي بمتوسط حساب (٢.٤) وانحراف معياري ٠.٤٨ ويعزى ذلك لوجود مؤسسات قطاع خاص بالإضافة إلى اهتمام المسؤولين في العواصم ووجود الخدمات في عمان منذ فترة طويلة بالإضافة الى وجود اخصائيين في العمل .

أما بالنسبة للسؤال السابع من أسئلة الدراسة والذي كان الهدف منه وضع تصور مقترح لاستراتيجية لإنشاء مركز لخدمات التوجيه المهني لذوي الشلل الدماغي، فقد تم وضع التصور في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، والاطلاع على الأدب النظري المرتبط بالمجال، ونتائج البحوث والدراسات ذات الصلة، كما هو موضح في عرض نتائج الدراسة المتعلقة بالسؤال السابع في فصل النتائج.



## التوصيات

ومن خلال عرض نتائج الدراسة تم استخلاص جملة من التوصيات على النحو التالي :

- توسيع خدمات الشلل الدماغي في المحافظات المختلفة في الأردن
- تبني الجهات المعنية بالاستراتيجية المقترحة وتطويرها بهدف إنشاء مركز
- ينبغي تكثيف المناهج وفتح فصول ملحقة بالمدارس الاساسية
- ينبغي توفير الكوادر المدرسية .
- ينبغي تكيف وتعديل المباني بما يسهل مهام الافراد المصابين بالشلل الدماغي و عدم تعرضهم للحرج .
- توحيد الجهد المنوط للمؤسسات والمراكز التي لها رعاية ومتابعة لذوي الشلل الدماغي .
- ينبغي وضع الاستراتيجيات المناسبة للحد من اتساع مشاكل ذوي الشلل الدماغي .
- و من منطلق نتائج الدراسة وما توصلت اليه من توصيات يمكن للباحث أن يسرد جملة من القضايا والتي يعتقد بأنها تصلح أن تكون دراسات مستقبلية على النحو التالي :
- تصور مقترح لإدارة وتنظيم البرامج الصحية المقدمة لذوي الشلل الدماغي في المؤسسات الصحية في الأردن
- تصور مقترح لإدارة وتنظيم البرامج التربوية المقدمة لذوي الشلل الدماغي في المؤسسات التربوية .
- دراسة مشكلات ذوي الشلل الدماغي في ضوء حاجاتهم .

# المراجع

## المراجع العربية

- أبو حطب ، شاكر ( ٢٠٠٣ ) . تقييم خدمات العلاج الطبيعي للشلل الدماغي في الأردن . رسالة ماجستير ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، عمان ، الاردن .
- الجندي ، شذى ( ١٩٩٢ ) . الأوضاع الصحيحة لرعاية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي . جمعية رعاية الأطفال المصابين بالشلل الدماغي . دمشق ، الجمهورية العربية السورية .
- الحديدي ، إيمان إبراهيم (١٩٩٤) علاقة برنامج النمو العصبي بفقرات الكلام في الأطفال المصابين بالشلل الدماغي رسالة دكتوراة كلية العلاج الطبيعي ، جامعة القاهرة ، مصر .
- الإمام ، محمد صالح (٢٠٠٣) . تقييم إدراك المعلمين لاستثارة دافعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة المعلمين ورؤسائهم ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، الجزء الثاني ، العدد ٥٣ .
- الداھري ، صالح حسن أحمد (٢٠٠٥) . سيكولوجية التوجيه المهني ونظرياته . الطبعة الاولى ، عمان : دار وائل للنشر ، الاردن .
- الخالدي ، عطا ، أبو حلو ، يعقوب (١٩٩٨) . دليل الأنظمة والإجراءات في مركز اليرموك لتعليم وتأهيل المعاقين حركياً ، جامعة اليرموك ، اربد الأردن
- الخطيب ، جمال (١٩٩٢) . الشلل الدماغي دليل الآباء والمعلمين ، عمان ، الجامعة الأردنية
- الخطيب ، جمال (١٩٩٨) . مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية ، عمان ، دار الشروق للنشر والتوزيع .
- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، منى (١٩٩٨) . التدخل المبكر – مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة . دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن .
- الشخص ، عبد العزيز (١٩٩٨) . مقياس السلوك التكيفي للأطفال \_ المعايير المصرية والسعودية . الطبعة الاولى . شركة الصفحات الذهبية ، الرياض .
- الصيخان ، ابراهيم (٢٠٠٧) . فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل الميو والاتجاهات . رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، الأردن .
- عبد الرحيم ، فتحي السيد (١٩٩٠) . سيكولوجية الاطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، دار القلم ، الكويت ، ط.ع .
- عبد الكافي ، علا ابراهيم (١٩٩٣) . التعرف على الاعاقة العقلية وعلاجها واجراءات الوقاية منها ، مكتبة كلية التربية ، جامعة عين شمس .

- عبد الهادي ، جودة العزة ، سعيد حسني (١٩٩٩) التوجيه المهني ونظرياته ، عمان : مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الاردن .
- فراج ، عثمان لبيب (١٩٩٦) : الحياة الطبيعية حق للمعوقين اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين لجمهورية مصر العربية النشرة الدورية ، العدد (٤٩).
- كرستين ، مايلز (١٩٩٤) . التربية المختصة دليل تعليم الاطفال المعوقين عقلياً ، (الناشر) ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
- مارون ، كرم (٢٠٠١) . الشلل الدماغي ، مركز توفيق طيارة - للنشر- بيروت .
- ماريو رزق الله لحوح ، بشارة وحيد كبابه (١٩٩٣) . تعزيز وتحسين الطرق والوسائل المتبعة في تطور الاطفال الصغار المصابين بالشلل الدماغي ، اصدار الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المصابين ، منظمة الصحة العالمية جنيف.
- مرسي ، سيد عبد الحميد (١٩٩٢) . الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني . القاهرة : مكتبة الخاتمي ، مطبعة السعادة الظاهرة ، مصر .
- المطر ، عبد الحكيم بن جواد (١٩٩٦) . التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي ، القاهرة ، دار الفكر العربي.
- مليكة ، لويس (١٩٩٨) . الاعاقات العقلية الاضطرابات الارتقائية ، القاهرة ، مطبعة فكتور كيرلس .
- منظمة الامم المتحدة للاطفال "اليونسف" (١٩٩٤) كيف نتعامل مع الطفل المصاب بالشلل الدماغي "دليل للاباء والامهات"
- مؤسسة العناية بالشلل الدماغي (٢٠٠٦) نشرة. "خدماتنا للاطفال" عمان الاردن .

## المراجع الأجنبية :

- AACPDm.(2004). Cerebral palsy. american academy of cerebral palsy and developmental medicine. U.S.A. [www.aacpdm.org](http://www.aacpdm.org) / home basic. Html.
- Abd El-kafy, Ehab Mohamed (2000) . **Efficacy of Feedback Techniques on Learning a motor Skill in Cerebral palsied Children**
- Adde Lars , Marite Rygg , Kristin Lossius , (2006) . Movement assessment  
Predicting cerebral Palsy in clinical practice **Early Human Development** , No of p 1-6 .
- American Cerebral Balsy in Formatin Center (1999) .what is cerebral balsy. **.http; www. Cerebral balsy org :symptoms.htm.**
- Barlow Julie, Cpsychol, Lesley Powell, Cpsychol, Anna Cheshire,(2006) . The Training and Support Programme for parents of children with cerebral palsy , **Journal of Bodywork and Movement Therapies .**
- Batshaw, M.L. & perret, Y.N (Eds).(1992) . **Children with disabiliuties: A medical primer (3<sup>rd</sup> Ed)**. Baltimore: paul H. Brooks.
- Betra Bobath and Karel Bobath ( 1982 ) . **Moton Development in the different types of cerebral palsy**
- Bleck , E.E; and Nagel . D.A..(1975) . **physically Handicaped children .** Amedical Atlos For Teachers . New York , Grune and starton .
- Bawlien ,Markuin , (1990) . **the cases of cerebral palsy in Sweden between ( 1979 – 1990 ) inst for cerebral palsy Sweden .**
- Bobath . K. , (1985) . **The neurophysiological basis for the Treatment of cerebral palsy .** London , Heinemann

- Capute, A.g (1975) . cerebral palsy and Associatd Dysfunctions.In R.H.Haslam and p.j.valletutri(Eds). Medical problems in the class room , **The Teachers Role in Diagnosis and management. Baltimore university park press.**
- Crickmag Marie. C,(1977) . **speech Therapy and Bobath Approoch to cerebral palsy.** U.S.A. charles Thomas.
- Cottrell , L-R ( 1996 ) . **Jmterpersomal Jmteraction and The Development of self Jm** Handbook of Socialization Theory and Research-edited by DA Goslin Chicago Rand Mc Nally College Publishing Compang.
- David , scrutton (1984) . **Management of Motor disorder of children with cerebral palsy spastics** international Medical publication oxford Black well scientific publication L T D Philadelphia J.B Lippincottco
- Daniel p. Hallahan and games m.k (1994) . **exceptional children in troduction to special reduction** Bo ston London torate sydensu Tokyo.
- ( Domino ,( 2003) . **Functinal outcomes of strength traning in Spastic Cerebral** Archives of physical Medicine an Rehabilitation , London
- Donalds Marozas and Deborah C.May ( 1985) . **Effects of figure ground reversal** and the visual perceptual and Visio-motor performances of cerebral palsied
- EL-Mahdy, Nabil (2002) . **Effect Of Therapeutic Electrical Stimulation on Spasticity , Gait Pattern and Range of Motion in Spastic Cerebral Palsied Children PH D degree** , Institute of Post-Graduate Childhood Studies Ain Shams University .
- Erickson , Betty (2000) . Slipping on the Ice : **The Relationship between verbal skills, Aggression, and sel f- E steem** in Men with cerebral palsy and Mental Retardation . 2000-06-01 ,17p.; Paper presented at

- the Annual Meeting of the American Association on Mental Retardation (12th' Washington, D . C . , May 30-June 3 , 2000) .
- Gormley, ME, Tilton, A, and Russman, B S. (1997 ) . **cerbrel palsy : aratinal approach to atreatment protocol** and the roleof - botulinum toxin intretment .muscle nerve .,20 (supple .6 ) :181-193.
  - Hamblin ,T., Musa , I . , ( 2005) . **Family – based rehabilitation for children with cerebral palsy** : a Kolkata project . chartered society of physio therapy.published by Elsevierltd,pp 55-60.
  - Hanna, Samir Maurice (1990) . **clinical , radiological and psychological evaluation of cerebral palsy faculty of medicine Cairo university .**
  - Hezelwood ME , Brown JK , Rowe PJ , Salter PM ( 1994 ) . **The use of therapeutic electrical stimulation in the treatment of hemiplegic cerebral palsy** . Developmental Medicine and Child Neurology, 36: 661 - 673 .
  - Hussien Zeinab Ahmed,(2005) . **Evaluation of static and Dynamic postural control in cerebral palsied children , Master Degree faculty of physical Therapy Cairo university .**
  - John Walton , (1993) . **Brains Diseases of the nervous system.**oxford New york Tokyo.
  - Kandel. E.R.Shwartz, J.H. and Jessel, T.M.(2000) . **principle of Neural Science.** Furth Edition, McGraw-Hill.
  - Keller, K.A., and Holt, R(2000) . **Family guide to assistive technology.** Cambridge MA: Brookline Books: Web: [www.brookline books .com](http://www.brooklinebooks.com).
  - Kreulen.M,M.J.C. Smeulders , H.E.J. Veeger , J.J. Hage (2006) . **movement patterns of the upper extremity and trunk associated**

- with impaired forearm rotation in patients with hemiplegic cerebral palsy** compared to healthy controls , Received 7 September 2005 , Received in revised form 25 May 2006 , accepted 27 may 2006
- Kornhaber ' L. Kathirthamby ' R. cohen' H. J (1999) . **Neuromuscular Electrical stimulation .** , paper presented at the Annual Meeting of the American Association on Mental Retardation (123rd,New Orleans, LA, May 24-28 .
  - Lanzerotti, M. & Orrell, J. (2006). **The APS professional development resource guide, APS committee on careers and professional development one physics Ellipse.** College Park, UK.
  - Lawson RD,Badawi N (2003) . **Etiology of cerebral palsy.** Hand clin. Nov., 19(4):547-56 .
  - Leonard, J.F., Cadenhead, S.L. & Myers, M.E. (1997) . **Keys to parenting achild with cerebral palsy.** Hauppauge,NY:Barrons(Telephone:800-645-3476.Web: [www.barronseduc.com](http://www.barronseduc.com)).
  - Lindal Duhlop ( 1997 ) . **Introduction to early child hood special education**
  - Maclennan , A.and Bakketeig, L.S.( 1999) . **A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy : international consensus statement .** B.M.J. Middle East , 6 (66) : 97-110 .
  - Mark L.Batshaw(1998) . **children with disabilities London.**
  - Michael L.Hardman et.al(1998) . **human excaption ality Asiam Schuster company boston, London**
  - Miles , Frizzell , ( 1990 ) . Hand lin the cerebral Palsied child , **Journal Articles , Pakistan .**



- Moreira LA , Santos MT , Campos VF , Genovese WJ ,(2004) .  
**Efficiency of laser therapy applied in labial traumatism of patients with spastic cerebral palsy** , 15 Spec No:S129-33 Provideb by www.HealingLightseminars . com Training and Resources for Clinical Excellence in Energetic Therapies .
- Nada , Ayman ( 2006 ) . **Interventional Program For Correction of Feeding and Nutritional Problems in Cerebeal Palsy Children** , Ph.D degree in childhood studies Department of Medical Studies ( Ain Shams University )
- Nelson K.B, swaiman K.F. and Russman B.s.(1999) . **cerebral palsy .In: swaiman K.F. ed. Pediatric neurology : principles and practice . st. louis , mosby .**
- Obringer,S.John ,(1997) . **New Hope for Children with Cerebral Palsy**, ( 1997-11-007) ,7p . ; paper presented at the Mid – south Educational R esearch Associaion ( Memphis, TN, November 1997 ) .
- Osoro, B., et al. (2004). Career decision-making of high school students in Kenya. **International Journal for the Advancement of Counseling**. 22.(4).289-300.
- Park ,E . S . , Hyun Woo Kim, Chang Il Park, Dong – wook Rha, Chan Woo Park (2006) . **Dynamic Foot Pressure Measurements for Assessing Foot Deformity in Persons With Spastic Cerebral Palsy** ; Arch Physmed Rehabil, Vol 87,May 2006,pp 703-709.
- Patikas , D , Wolf , S . I . , Armbrust , P . Mun , K . Schuster , W . , Breher, T and Doderlein , L . ( 2006) . **Effects of a postoperative Resistive Exercise Program on the Knee extension and flexion Torque in children with cerebral Palsy** : A Randomized Clinical Trial . Archieve Physical Medicine and Rehabilitation Vol 87 , PP .

- Paul Wehman et al (1988) . **Vocational education for Multi handicapped youth with cerebral palsy** the maplepres company, york pemnsy vnia U.S.A.
- Mahmoud, Radwa Said Abdulrahman ,(2006) . **Effect of Computer Biofeedback Program on Hand Performance in Spastic Hemiparetic Cerebral Palsied Children** , B.Sc.in Physical Theraby , Faculty of Physical Therapy , Cairo University.
- Raymond J.Corsini (1987) . **Concise Emcylobedia of psychology**, copyright by John Wily.
- Rice GPA ( 1987) . **Pharmacotherapy of spasticity: some theoretical and pactical conciderations** . Canadian journal of Neurological Sciences, 14 ,510 – 512.
- Richard W.B rtmer(1990) . **students with severe diasabi lities curnet perspectives** and prcties London Toronto.
- Russman , B.s.; Tilton, A. and Gormley, M.F. ( 1997 ) . **Cerebral Palsy: A Rational Approach to a Treatment Protocol**, and the Role of Botulinum Toxin in Treatment. Muscle & Nerve, S6: 181-8.
- Ruth , marigolds,(2002) .**effect of physical training for child with cerebral palsy** ,united cerebral palsy association ,Washington
- Samuel A.kirk & Jamu,J.gallaghe.(1989). **Educating exceptional children, sixtg edition** .hou ghton m ifflin company poston dallas Geneva llumes palate Princeton , new Jersey.
- Samuel R. Pierce, Richard T. Lauer, Patricia A. Shewokis, Joseph A. Rubertone, Margo N. Orlin,(2006) . **Test –Retest Reliability of Isokinetic Dynamometry for the Assessment of Spasticity** of the Knee Floxors and Knee Extensors in Children With Cerebral Palsy, Vol 87, PP697-702
- Saraph Vinay , Ernst Bernhard Zwick , Gerhardt Steinwender , (2004) .

**Leg lengthening as part of gait improvement surgery in cerebral palsy : an evaluation using gait analysis ,**

Paediatric orthopedic unit ,Department of paediatrics ,Karl Franzens university , Anenbrugger platz 34, A- 8036 Graz, Austria Accepted 11 December 2004

- Scheker , L .R . , chesher , S . P . , and Ramirez , S . (1999) . Neuromuscular electrical stimulation and dynamic Bracing as a treatment for upper – extremity spasticity children with cerebral palsy . **Journal of Hand Surgery** 24 B : 2 : 226 – 232 .
- Sherif Abdel Aziz Ali (2007) . **Effect of visvomoter coordination on fine motor skilis in spastic hemplegic cerebral palsy children** Faculty of physical Therapy cairo university .
- Smith, JC, Allen As, and pratt , pn . (1996 ) . **occupational therapy for children** . 3rd ed ,Mosby,st Louies, pp : 128 – 132 .
- 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 After Treatment For Severe Drooling** . Center for Current Research , 48 (2):103-7.
- Welsh, S. Jarvis, D. Hammal, A. Colver (2005) . on behalf of the North of England Collaborative Cerebral Palsy Survey How might districts identify local barriers to participation for children with cerebral palsy .**Journal of the Royal Institute of Public Health.** pp 187-175
- Willard-Holt , Colleen ,( 2007) . **Potential Students with Cerebral Palsy** Collaborative. National Research Center on the Gifted and Talented , Stirrs ,CT.the University of Connecticut Office of Educational Research and Improvement (ED),Washington,DC.Sep 94

- World Health organization (1992) . the **I C D 10 Clasification of mental and behavior disorders** . Geneva
- World Health organization (1993) . **the I CD 10 classification of mental and behavior disorders** Geneva
- World Health organization, (1995) . **promoting the Development of young children with cerebeal plasy**, Geneva.
- [www.intl.elsevierhealth.com/journals/jbmt](http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/jbmt)
- [www. Arabspine.net/index.php](http://www.Arabspine.net/index.php)
- [http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/40673000/jpg/\\_40673156\\_seanroake.jpg](http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/40673000/jpg/_40673156_seanroake.jpg)
- [http:// www.arabspine. Com .](http://www.arabspine.com)
- [http:// www.eparent. Com .](http://www.eparent.com)

# الملاحق

## ملحق (١)

مقياس الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين

بيانات الاخصائيين :

الاسم :  
الجمعية أو المؤسسة:  
التخصص:  
عدد اطفال الشلل الدماغي :

تعليمات :  
نعرض عليك مجموعة من الفقرات تعبر عن الخدمات الصحية التي تقدم لاطفال الشلل الدماغي بالجمعيات والمؤسسات المعنية، يرجى التكرم بقراءتها ، وتقدير استجابتكم لمدى توافر تلك الخدمات من خلال وضع علامة ( ) امام الاختيار المناسب ( كثير جداً ، كثير ، احياناً ، لا يحدث ) .

اعلم بأن هذه البيانات سرية وتستخدم لاغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث

الباحث

لا يحدث	أحياناً	كثير	كثير جداً	العبارات
				<p><b>البعد الإرشادي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- إلقاء محاضرات تثقيفية لأولياء أمور الأطفال</li> <li>- نتواصل مع أولياء الأمور الأطفال المراجعين</li> <li>- إجراء ندوات إرشادية صحية للعاملين</li> <li>- القدرة على حل مشكلات أهالي ذوي الشلل الدماغي</li> <li>- يتوفر لدى مؤسسة الشلل الدماغي إرشادات طبية حول التعامل مع طفلهم</li> <li>- زيارات منزلية لأهالي أطفال الشلل الدماغي لإرشادهم كيف يتعاملون مع طفلهم</li> <li>- التواصل مع المؤسسات الإعلامية لنشر التوعية</li> <li>- تعطي إرشادات طبية لأولياء الأمور</li> <li>- تنظم دورات تدريبية لأولياء الأمور</li> <li>- تنظم دورات تدريبية للأخصائيين</li> <li>- تطبع نشرات توعوية بالجديد في مختلف حالات الشلل الدماغي</li> <li>- متابعة تنفيذ تعليمات وإرشادات المؤسسة لدى أولياء الأمور</li> <li>- <b>الإمكانات البشرية والمادية في المؤسسة:</b></li> <li>- الأشخاص العاملين في مؤسسات الشلل الدماغي مؤهلين</li> <li>- يتلقى العاملون في مؤسسات الشلل الدماغي الدورات التدريبية المناسبة</li> <li>- تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الكوادر الطبية والتمريضية والفنية الكافية</li> <li>- تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الأجهزة التشخيصية والعلاجية المناسبة</li> <li>- الميزانية المخصصة لهذه المؤسسات كاف للقيام بدورها</li> <li>- تتلقى مؤسسات الشلل الدماغي العناية الكافية من المسؤولين</li> <li>- نتواصل إدارات مؤسسات الشلل الدماغي مع نظيراتها في العالم المتقدم لمصلحة المراجعين</li> <li>- يعي العاملون في هذه المؤسسات واجباتهم نحو الأطفال المصابين بالشلل الدماغي</li> <li>- صممت أبنية هذه المؤسسات بالشكل المناسب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي</li> <li>- يبعث الأخصائيين في دورات خارجية متخصصة</li> </ul> <p><b>البعد التشخيصي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- يتم تشخيص ذوي الشلل الدماغي من خلال :</li> <li>- التعرف على التاريخ الطبي للعائلة</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- الملاحظة</li> <li>- التشخيص السريري</li> <li>- الصور الطبقيّة والرنين المغناطيسي</li> <li>- تطبيق اختبارات الذكاء</li> <li>- اعتماد قرار الفريق التشخيصي</li> <li>- يتم فحص سمع الطفل من أخصائي السمع</li> <li>- يتم تحويل الطفل إلى أخصائي الأطفال</li> <li>- تجرى اختبارات السلوك التكميلي لأطفال الشلل الدماغي</li> <li>- تتعاون المؤسسة مع المؤسسات الصحية الرسمية في الدولة</li> </ul> <p><b>البعد العلاجي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- التعامل مع المشكلات الصحية</li> <li>- تقدم نصائح طبية للمصابين بالصرع الناتج عن الشلل الدماغي</li> <li>- تدريب الطفل على توازن الرأس</li> <li>- تدريب الطفل على توازن الجلوس</li> <li>- تدريب الطفل على توازن الوقوف</li> <li>- تدريب الطفل على العناية بذاته</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تدريب الطفل على الحركات الدقيقة بإشراف أخصائي العلاج الوظيفي</li> <li>- يقوم أخصائي الأطفال بإعطاء أدوية للحد من نوبات الصرع</li> <li>- يقوم أخصائي الأعصاب بإعطاء أدوية لتخفيف الشد العضلي</li> <li>- يمكن في بعض الحالات التدخل الجراحي لتطويل الأوتار</li> <li>- إعطاء الطفل تنبيهات كهربائية للشد العضلي</li> <li>- استخدام الماء الساخن لأطفال الشلل الدماغي التيبسي</li> <li>- استخدام المشدات الطبية المساعدة</li> <li>- تحويل الطفل للتصوير الطبقي للدماغ</li> <li>- تحويل الطفل لتخطيط الدماغ</li> <li>- يحول الطفل الى طبيب الأسنان عند الضرورة</li> <li>- تتبع المؤسسات خدمات النظافة الصحية</li> <li>- تقدم نصائح للحماية الصحية</li> <li>- متابعة الحالة الصحية للطفل</li> </ul>
--	--	--	--	--



## ملحق (٢)

مقياس الخدمات التربوية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر الاخصائيين

بيانات الاخصائيين :

الاسم :

الجمعية أو المؤسسة:

التخصص:

عدد اطفال الشلل الدماغي :

تعليمات :

نعرض عليك مجموعة من الفقرات تعبر عن الخدمات التربوية التي تقدم لاطفال الشلل الدماغي بالجمعيات والمؤسسات المعنية، يرجى التكرم بقراءتها ، وتقدير استجابتكم لمدى توافر تلك الخدمات من خلال وضع علامة ( ) امام الاختيار المناسب ( كثير جداً ، كثير ، احياناً ، لا يحدث ) .

✓

اعلم بأن هذه البيانات سرية وتستخدم لاغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث

الباحث

لا يحدث	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	العبارات
				<p><b>الخدمات التربوية:-</b></p> <p><b>خدمات الكشف والتعرف:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- يشد الطالب اثناء الشرح بالحصّة</li> <li>- يتحرك الطالب كثيراً في الفصل</li> <li>- يهمل الطالب واجباته المدرسية</li> <li>- يتجنب الطالب المناقشات الصفية</li> <li>- تدني درجات الطالب في التحصيل</li> <li>- يخفق الطالب في المهام المكلف بها</li> <li>- ينسى الطالب ما درسه</li> </ul> <p><b>بعد خدمات التقييم والتشخيص:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- يقوم الاخصائي بالتعاون مع المعلمين لتقييم مستوى المعاق التعليمي</li> <li>- تتعاون الادارة المدرسية في اعداد خطة تعليمية شاملة</li> <li>- يناقش رئيس الوحدة الاخصائيين بشأن تقييم مستوى المعاق</li> <li>- يقوم الاخصائيين بتطبيق الاختبارات التحصيلية لتقييم تقدم المعاق</li> <li>- يقوم المعلم باعداد تقرير سنوي لمدير المركز يتضمن تقييم جميع النشاطات الاكاديمية لتطوير الوحدة</li> <li>- يقوم المعلم برفع تقرير سنوي لمدير المركز يتضمن تقييم جميع النشاطات الاكاديمية لتطوير الوحدة</li> <li>- يتوفر بالمؤسسة العديد من الاختبارات النفسية والتحصيلية</li> <li>- يتمكن الاخصائي من تطبيق الاختبارات النفسية والتحصيلية</li> <li>- يقوم الاخصائي النفسي بجمع بطاريات اختبارات نفسية مقننه في الاردن لاستعمالها في عمليات التشخيص</li> </ul> <p><b>خدمات الخطة التربوية والتدريس العلاجي</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- يقوم اعضاء هيئة التدريس كل حسب تخصصه بتقديم الخطة التعليمية الشاملة للمعاق ومتابعتها</li> <li>- يقوم اعضاء هيئة تدريس كل حسب تخصصه بتقديم التقارير الدورية التربوية لتطوير المعاق في تحصيله المدرسي الى رئيس الوحدة</li> <li>- يكون رئيس الوحدة التعليمية مسؤولاً عن حفظ جميع النشاطات التعليمية في سجل المعاق</li> <li>- يقوم اعضاء هيئة التدريس بتقديم دورات تدريبية للاخصائيين التربويين</li> <li>- تقوم المدرسة من خلال غرفة المصادر لتقديم خدماتها للطلاب</li> </ul>

- الذين يعانون من تدني في القدرات الاكاديمية وصعوبات التعلم وذلك باتباع الخطة التربوية الفردية
- تقدم غرفة الحاسوب خدمات تعليمية لطلاب جميع المراحل مع اختلاف في طريقة تطبيق كل مرحلة لاستعمال الحاسوب وذلك استخدام ادوات خاصة لذوي الشلل الدماغي تمكنهم من استخدام الحاسوب بطريقة فعالة
- تهتم المؤسسة بتطوير المهارات الحركية للطلاب من خلال أنشطة اللعب
- تهتم المؤسسة تطوير مهارات العناية بالذات والحياة اليومية للطلاب

### خدمات تربوية عامة

- يكون المعلم مسؤولاً عن متابعة الحالات المحالة لمصادر المجتمع التربوي لحين التأكد من اندماجها في المجتمع
- يكون المعلم مسؤولاً عن اعداد وتهيئة مكتبة للمركز
- يوافق المدير على جميع خدمات التعليمية والأحالات الى مصادر المجتمع التربوية
- يتابع المدير الاتصال بالمراكز والمؤسسات المذكورة لحين التأكد من ادماج المعاق في مجتمعه المحلي
- يقوم الاخصائي الاجتماعي في المؤسسة التربوية بأعداد برنامج سنوي يتضمن خطة تنفيذية لجميع النشاطات التي تتم وفق التقييم النفسي والاجتماعي للمعاقين
- يقوم اخصائي العلاج الطبيعي في المؤسسة بأعداد برنامج سنوي يتضمن خطة تنفيذية لجميع النشاطات التي تتم وفق التقييم الحركي
- تهتم المؤسسة بعمل الرحلات الترفيهية للطلاب
- يقوم الاخصائي الاجتماعي بالاتصال بالمؤسسات الحكومية والاهلية للاطلاع على البرامج الترفيهية والترويحية الخاصة بالمعاقين حركيا
- يقوم الاخصائي الاجتماعي الاستعانة بخدمات المجتمع التطوعية لتأمين تنفيذ البرامج الترفيهية والترويحية بعد موافقة المدير
- يطلب الاخصائي الاجتماعي موافقة اولياء الامور قبل السماح للمعاقين بالذهاب في الرحلات الترويحية والترفيهية خارج محافظتهم
- يحتفظ الاخصائي الاجتماعي
- بجمع نشاطات المعاق الترفيهية والترويحية في سجل المعاق

ملحق (٣)  
مقياس الخدمات الصحية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور

بيانات :  
اسم ولي الامر:  
عمر الطفل :  
اسم الجمعية أو المؤسسة:  
درجة القرابة للطفل :  
جنس الطفل :

تعليمات :  
نعرض عليك مجموعة من الفقرات تعبر عن الخدمات الصحية التي تقدم لاطفال الشلل الدماغي بالجمعيات والمؤسسات المعنية، يرجى التكرم بقراءتها ، وتقدير استجابتكم لمدى توافر تلك الخدمات من خلال وضع علامة ( ) امام الاختيار المناسب ( كثير جداً ، كثير ، احياناً ، لا يحدث ) .

اعلم بأن هذه البيانات سرية وتستخدم لاغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث

الباحث

لا يحدث	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	العبارات
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الكوادر الطبية والتمريضية والفنية الكافية</li> <li>- يقوم المركز بالتعرف على التاريخ الطبي للعائلة</li> <li>- يطلب المركز من أولياء الأمور التقارير الطبية بخصوص حالة الطفل</li> <li>- يقدم المركز النصائح الطبية للمصابين بالصرع الناتج عن الشلل الدماغي</li> <li>- يتابع المركز الحالة الصحية للطفل</li> <li>- يقوم المركز بتحويل الطفل إلى طبيب الأسنان عند الضرورة</li> <li>- يقوم المركز بتحويل الأطفال إلى أخصائي الجراحية عند الضرورة</li> <li>- تتوفر لدي المؤسسة الأخصائيين المؤهلين</li> <li>- تخطط المؤسسة لوضع البرامج العلاجية المناسبة</li> <li>- تتوفر لدى المركز وسائل التشخيص المناسبة</li> <li>- يقدم المركز دورات تدريبية للأخصائيين</li> <li>- يوجه المركز الطفل لتعليم مهارات الحياة اليومية الصحيحة</li> <li>- تتوفر لدى المركز المطعم الصحي اللازم</li> <li>- يوجد بطاقة متابعة لعلاج الطفل</li> <li>- يوجد متابعة من المركز لحالة الطفل في المنزل</li> <li>- تعقد المؤسسة دورات تدريبية لأولياء الأمور</li> <li>- اشعر ان ابني تحسن كثيراً بعد الذهاب للمؤسسة</li> <li>- اشعر بالراحة كلما حضرت مع ابني الى المؤسسة</li> <li>- يسعد ابني كثيراً بالذهاب للمؤسسة</li> </ul>

#### ملحق (٤)

مقياس الخدمات التربوية لذوي الشلل الدماغي من وجهة نظر أولياء الأمور

بيانات :

اسم ولي الامر:

درجة القرابة للطفل :

جنس الطفل :

عمر الطفل :

اسم الجمعية أو المؤسسة:

تعليمات :

نعرض عليك مجموعة من الفقرات تعبر عن الخدمات التربوية التي تقدم لاطفال الشلل الدماغي بالجمعيات والمؤسسات المعنية، يرجى التكرم بقراءتها ، وتقدير استجابتكم لمدى توافر تلك الخدمات من خلال وضع علامة ( ) امام الاختيار المناسب ( كثير جداً ، كثير ، احياناً ، لا يحدث ) .

اعلم بأن هذه البيانات سرية وتستخدم لاغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث

الباحث

لا يحدث	أحياناً	كثيراً	كثيراً جداً	العبارات
				<p><b>الخدمات التربوية والصحية :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- المعلم يذكر أن الطالب يشد أثناء الشرح بالحصّة</li> <li>- يتحرك ابني كثيراً في المنزل</li> <li>- المعلم يذكر ان الطالب لا يقوم بواجباته المدرسية</li> <li>- يذكر المعلم ان الطالب لا يشارك بالمناقشات الصفية</li> <li>- تدني درجات الطالب في التحصيل</li> <li>- ينسى الطالب ما درسه</li> <li>- يهمل الطالب الحديث الذي يملى عليه</li> <li>- تقوم المدرسة بعمل تقييم لمستوى المعاق التعليمي</li> <li>- تقوم المدرسة بتطبيق اختبارات الذكاء</li> <li>- يوجد في المدرسة اختبارات نفسية وتحصيلية</li> <li>- يوجد تعاون ما بين الاهل والمدرسة</li> <li>- تقوم ادارة المدرسة في اعداد خطة تعليمية شاملة</li> <li>- تضع المدرسة خطة تربوية خاصة للطفل</li> <li>- تقدم المدرسة أنشطة تعليمية</li> <li>- تقدم المدرسة دورات تدريبية للاخصائيين</li> <li>- تتابع المدرسة تطور مهارات الطفل</li> <li>- تضع المدرسة خطط تعليمية للمتابعة المنزلية</li> <li>- تقدم المدرسة خدمات الحاسوب التعليمية لطلاب جميع المراحل</li> <li>- تتخذ المدرسة القرارات المناسبة لمصلحة الطفل</li> <li>- تعلم المدرسة الطفل القيم الدينية والمجتمعية</li> <li>- توجه المدرسة الطفل لتعليم ممارسة حياته اليومية الصحيحة</li> <li>- تقدم المدرسة الارشادات الطبية لاولياء الامور</li> <li>- تقدم المدرسة دورات تدريبية لاولياء الامور</li> <li>- تقوم المدرسة بزيارات منزلية لاهالي اطفال الشلل الدماغي لارشادهم كيف يتعاملون مع طفلهم</li> <li>- تتواصل المدرسة مع المؤسسات الاعلامية لنشر التوعية</li> <li>- تطبع المدرسة نشرات توعوية بالجديد في مختلف حالات الشلل الدماغي</li> <li>- تتابع المدرسة تنفيذ تعليمات وارشادات المدرسة لدى اولياء الامور</li> <li>- تتوفر في مؤسسات الشلل الدماغي الكوادر الطبية والتمريضية والفنية الكافية</li> <li>- تقوم المدرسة بالتعرف على التاريخ الطبي للعائلة</li> <li>- تطلب المدرسة من اولياء الامور التقارير الطبية بخصوص حالة الطفل</li> <li>- تقدم المدرسة النصائح الطبية للمصابين بالصرع الناتج عن</li> </ul>

			<p>الشلل الدماغي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تتابع المدرسة الحالة الصحية للطفل</li> <li>- تقوم المدرسة بتحويل الطفل الى طبيب الاسنان عند الضرورة</li> <li>- تقوم المدرسة بتحويل الاطفال الى اخصائي الجراحية عند الضرورة</li> <li>- تعطي المدرسة الوقت الاضافي للوصول الى الصف</li> <li>- يتوفر لدى المؤسسة كل التقنيات المتخصصة لحالة الطفل</li> <li>- يتوفر لدي المؤسسة الاخصائيين المؤهلين</li> <li>- تخطط المؤسسة لوضع البرامج العلاجية المناسبة</li> <li>- يتوفر لدى المدرسة وسائل التشخيص المناسبة</li> <li>- يتوفر لدى المدرسة المطعم الصحي اللازم</li> <li>- يوجد بطاقة متابعة لعلاج الطفل</li> </ul>
--	--	--	---

### ملحق (٥) اسماء المحكمين على الدراسة

الاسم	التخصص	جهة العمل
أ.د. سعيد الاعظمي	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
أ.د. أحمد أحمد عواد	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
د. شاكر محاميد	علم نفس تربوي	جامعة مؤتة
د. قحطان الظاهر	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
د. ابراهيم زريقات	تربية خاصة	الجامعة الاردنية
د. مخلد معاينة	علاج طبيعي	جامعة التكنولوجيا
رشيد جابر	علاج طبيعي	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي
د. هند الفايز	علم نفس تربوي	مؤسسة العناية بالشلل الدماغي
منى شنيور	تربية	جمعية ابن سينا لشلل الدماغي
فاتن دعباس	تربية خاصة	جمعية مادبا للشلل الدماغي
د. امجد جابر	تأهيل	جمعية المفرق لشلل الدماغي



جمعية العقبة لشلل الدماغى	علاج مهني	مصطفى الخطيب
---------------------------	-----------	--------------