جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم الأرطوفونيا

فعالية بروتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي

دراسة ميدانية على 10 حالات

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم الأعصاب اللغوي العيادي

– من إعداد الطالبتين:

- مجاك كنزة
- خلفة إسما

– تحت إشراف الأستاذة:

صحراوي نادية

السنة الجامعية: 2022/ 2023

- **الملخص باللغة العربية:**

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فعالية بروتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة تتكون من 10 حالات، تتراوح أعمارهم ما بين 5إلى 8 سنوات، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وذلك بالإعتماد على المنهج شبه التجريبي، وقد تم الإستعانة بمجموعة من الأدوات المتمثلة في اختبار جون رافن واختبار شفري موليز والبرتوكول العلاجي لمولاي إيمان. وبعد عرض النتائج وتحليلها كيفيا وإحصائيا والإعتماد على معامل ويلكوكسون أسفرت النتائج عن:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى الفونولوجي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

- **الكلمات المفتاحية:** البروتوكول العلاجي، اللغة الشفهية، الإنتاج اللغوي، الشلل الدماغي.

- **Résumé :**

L'objectif principale de cette étude est de s'avoir l'efficacité d'un protocole thérapeutique pour améliorer la production du langage chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, et pour atteindre cette objectif nous avons choisi un échantillon de 10 sujets âgés de 05à08 ans délibérément sélectionnés. Notre étude s'est basée sur une approche quasi-expérimentale en utilisant un ensemble d'outils représentés dans le test de John Raven et le test de Chevrie Muller ainsi le protocole thérapeutique, et après avoir présenté les résultats et les avoirs analysés qualitativement et statistiquement et selon le coefficient de corrélation de Wilcoxon les résultats montre que :

- Il existe des différences statistiquement significatives entre le pré-test et post-test au niveau de la production de langage chez les enfants atteints de paralysie cérébrale au profil du post test ce qui signifie qu'il y'a une efficacité du protocole thérapeutique.

- Il existe des différences statistiquement significatives entre le pré-test et post-test au niveau d'articulation chez les enfants atteints de paralysie cérébrale au profil du post test ce qui signifie qu'il y'a une efficacité du protocole thérapeutique.

- Il existe des différences statistiquement significatives entre le pré-test et post-test au niveau phonologique chez les enfants atteints de

paralysie cérébrale au profil du post test ce qui signifie qu'il y'a une efficacité du protocole thérapeutique.

- Il existe des différences statistiquement significatives entre le pré-test et post-test au niveau linguistique chez les enfants atteints de paralysie cérébrale au profil du post test ce qui signifie qu'il y'a une efficacité du protocole thérapeutique.

Les mots clé : un protocole thérapeutique –langage orale – production de langage-la paralysie cérébrale

- **Abstract:**

The current study aimed to determine the effectiveness of a therapeutic protocol in improving linguistic production in children with cerebral palsy. To achieve this goal, a simple of 10 cases was selected, ranging in age from 5 to 8 years, using purposive sampling and a quasi-experimental approach. The study utilized several tools, including the John Raven's, Chevrie Miller and the therapeutic protocol developed by Moulay Imane. After presenting and analyzing the results qualitatively and statistically, relying on the following results were obtained:

- There were statistically significant differences between pre-measurement and post-measurement in the linguistic production level of children with cerebral palsy in favor of the post-measurement, indicating the effectiveness of the therapeutic protocol.

- There were statistically significant differences between pre-measurement and post-measurement in the articulation level of children with cerebral palsy in favor of the post-measurement, indicating the effectiveness of the therapeutic protocol.

- There were statistically significant differences between pre-measurement and post-measurement in the phonological level of

children with cerebral palsy in favor of the post-measurement, indicating the effectiveness of the therapeutic protocol.

- There were statistically significant differences between pre-measurement and post-measurement in the linguistic morphology level of children with cerebral palsy in favor of the post-measurement, indicating the effectiveness of the therapeutic protocol.

- **Keywords**: Therapeutic protocol, Oral language, Linguistic production, Cerebral palsy.

كلمة شكر

" ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين". النمل الآية "19".

لا يسعنا بعد أن وصلنا إلى إتمام هذا العمل المتواضع إلا أن نحمد الله الذي وهب الإنسان الصحة ونعمة حب المعرفة على توفيقه لنا والشكر والثناء له على ما وهبنا من النعم.

ثم نتقدم بجزيل الشكر وخالص التقدير والعرفان إلى الأستاذة الفاضلة "**صحراوي نادية**" المشرفة على هذا البحث لما قدمته من جهد وتوجيه وحسن تعليمها وتأطيرها وعلى مساعدتها لنا بتوجيهاتها وإرشاداتها القيمة التي لم تبخل بها يوما، سأله سبحانه وتعالى أن يجازيها أحسن ما يجازي به عبده.

ومن دواعي الإنصاف أن نعبر عن تقديرنا العميق من القلب إلى كل الأساتذة الأفاضل قسم الأرطوفونيا في جامعة مولود معمري تيزي وزو "تامدة"، وعرفانا بالجميل وشكرانا بالوفاء للذين ساعدونا في الدراسة الميدانية.

كما نتفضل بأسمى معاني التقدير والإفتخار لكل الأطفال المعاقين عامة و أطفال الشلل الدماغي خاصة الذين تعاملوا معنا بكل تعابير الرضى والتقبل بنا في وسطهم، وإلى كل من زرع الأمل في قلوبهم وأعاد الحياة لهم وأوقد لهم شمعة بدلا من لعن الظلام.

كما لا يفوتنا أن نتوجه بالشكر الجزيل والتقدير إلى الأساتذة أعضاء اللجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الدراسة وتقديم ملاحظاتهم القيمة وتوصياتهم.

ثم الشكر والإمتنان لكل الذين قدموا لنا يد المساعدة من قريب أو بعيد.

إهداء

" وقل ربي إرحمهما كما ربياني صغيرا"

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من ذاق حلو الحياة ومرها إلى من ناضل وجاهد لتعليمي إلى ينبوع العطاء زرع في نفسي الطموح والمثابرة إلى من ساعدني للوصول إلى هذه المرتبة إلى أبي أسأل الله العلي القدير أن يطيل الله في عمرك وأن يجعل كل ما قدمته لي في ميزان حسناتك.

إلى من أعطت الكثير لترضى بالقليل إلى من قلبها كبير يعطي بلا تأخير إلى من أهدتني بدعواتها وابتساماتها إلى الحضن الذي يستقبل دموع أفراحي وأحزاني في كل وقت إلى من أنظر إلى وجهها فيبدوا لي العمر أزهى إلى أمي الحبيبة أطال الله في عمرها وجزاها الله عني خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

إلى من يحلو العيش معهم وأسعد كثيرا بهم إلى من يحملون في عيونهم ذكريات طفولتي ونشأتي... أخواتي " نسرين، كهينة، ليديا، مريم، يسمين" وإلى قطرات العسل "ميسوم، حسام، أميليا، مايا، آيدن". إلى من أعانني وشجعني على مواصلة مسيرة العلم "بلال" حفظه الله ورعاه من كل مكروه. إلى جميع أفراد العائلة بالأخص عمي "سعيد" أطال الله في عمره وأمده بالصحة والعافية وإلى عماتي، أخوالي وخالاتي وأبنائهم وإلى جدي وجدتاي أطال الله في عمرهم.

إلى من تعلق بهم قلبي وأحببتهم حبا كثيرا كل الأطفال المصابين بالشلل الدماغي أهديهم باعتزاز هذه المذكرة اعترافا بفضلهم وأداء لبعض ما يجب من حقهم. إلى جميع صديقاتي دون ذكر الأسامي خوفا من السهو والنسيان.

إلى من ساعدتني وساندتني في الحلو والمر في إتمام هذا العمل "إسما" وكل عائلتها بالأخص أخوها "حمزة".

كنزة

إهداء

أشكر الله سبحانه وتعالى الذي أمدنا بالعافية والصبر لإتمام هذا العمل وأصلي على سيدنا محمد أزكى صلاة إلى يوم الدين.

وعملا بقول الله تعالى:" وقضى ربك أن لا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا." سورة الإسراء، الآية10

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى أعز من في الوجود أغلى من الروح ومن الحياة، إلى من لا تحلو الدنيا إلا بها منبع الحنان وبر الأماني إلى أرق قلب وأعطف كائن على الأرض "أمي الحبيبة" حفظها الله لنا وأطال في عمرها.

وإلى أشرف إنسان في الوجود، إلى من أفتخر بذكر اسمه وأحس بالعزة عند النظر في وجهه إلى من تعب لأجلي واستحمل كل المشاق إلى أعز روح تحس بي" أبي الغالي" أطال الله في عمره وأمده بالصحة والعافية.

إلى أغلى وأعز الناس إلى قلبي من تقاسمت معهم حلو الحياة ومرها إخوتي الأحبة "محمد، نوال، عبد العزيز، سلمى، والغالي الذي كان سندي أخي حمزة أمنيتي له التوفيق في حياته.

تمنياتي إلى الغاليين على قلبي العصفوران "ملك وعبد المومن" النجاح في مشوارهم الدراسي وأهدي هذا العمل إلى روح أبيهما الغالية وإلى أختي سلمى وزوجها وكل عائلتها.

إلى جدي وجدتاي أطال الله في عمرهم وإلى خالتي وبناتها "دينة وسيرين والكتكوتة إيناس" وإلى عم وعمتي وبناتهم وابنهم.

إلى كل صديقاتي وبالأخص "ثنينة وأمال وصديقة الطفولة لامية". إلى صديقتي الغالية التي شاركتني العمل كنزة وكل عائلتها الكريمة.

إسما

- فهرس المحتويات:

- كلمة شكر	
- إهداء	
- ملخص الدراسة	
- فهرس المحتويات	
- فهرس الجداول	
- فهرس الأشكال	
- مقدمة	01
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة.	
1- صياغة إشكالية الدراسة	06
2- صياغة الفرضيات	07
3- أهمية الدراسة	09
4- أهداف الدراسة	10
5- تحديد مفاهيم الدراسة	10
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإنتاج اللغوي	
- تمهيد	16
1- **اللغة الشفهية**	16
1-1- مفهوم اللغة الشفهية	16
1-2- خصائص اللغة الشفهية	18
1-3- أقسام اللغة الشفهية	19
1-4- مراحل تطور اللغة الشفهية عند الطفل	20
1-5- الجوانب الأساسية للغة الشفهية	24
1-6- إستراتيجيات إكتساب اللغة الشفهية	27
1-7- النظام اللغوي لاكتساب اللغة الشفهية	30

1-8- العوامل المؤثرة في إكتساب اللغة الشفهية	38
2- الإنتاج اللغوي	42
2-1- مفهوم الإنتاج اللغوي	42
2-2 أنواع الإنتاج اللغوي	44
2-3- مراحل الإنتاج اللغوي	46
2-4- شروط إكتساب الإنتاج اللغوي	48
2-5- عمليات إكتساب الإنتاج اللغوي	50
2-6- مستويات إكتساب الإنتاج اللغوي	52
2-7- البنى العصبية المتدخلة في الإنتاج اللغوي	55
- خلاصة الفصل	57
الفصل الثاني: فصل الشلل الدماغي	
- تمهيد	60
1- لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي	60
2- مفهوم الشلل الدماغي	63
3- أنواع الشلل الدماغي	65
4- أسباب الشلل الدماغي	73
5- أعراض الشلل الدماغي	78
6- خصائص الشلل الدماغي	79
7- الإضطرابات الخاصة التي يعاني منها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي	81
8- الإضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي	83
9- تشخيص الشلل الدماغي	87
10- الأساليب العلاجية للشلل الدماغي	91
11- الوقاية من الشلل الدماغي	93

12- الإضطرابات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي	94
- خلاصة الفصل	99
الجانب التطبيقي	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
1- الدراسة الاستطلاعية	103
2- منهج الدراسة	104
3- تقديم حالات الدراسة	105
4- مجالات الدراسة	106
5- أداوت الدراسة	107
6- الأساليب الإحصائية المستعملة	126
الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
1- عرض نتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز	129
1-1- عرض نتائج القياس القبلي للمستوى النطقي	129
1-2- عرض نتائج القياس القبلي للمستوى الفونولوجي	130
1-3- عرض نتائج القياس القبلي للمستوى اللساني اللغوي	131
2- تحليل نتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز	133
2-1- التحليل الكمي لنتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز	133
2-2- التحليل الكيفي لنتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز	134
3- عرض نتائج القياس البعدي لإختبار شفري موليز	135
3-1- عرض نتائج القياس البعدي للمستوى النطقي	135
3-2- عرض نتائج القياس البعدي للمستوى الفونولوجي	136
3-3- عرض نتائج القياس البعدي للمستوى اللساني اللغوي	137
4- تحليل نتائج القياس البعدي لإختبار شفري موليز	139
4-1- التحليل الكمي لنتائج القياس البعدي لإختبار شفري موليز	139

4-2- التحليل الكيفي لنتائج القياس البعدي لإختبار شفري موليز	140
5- التحليل الإحصائي	141
6- مناقشة وتفسير النتائج	144
6-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى	144
6-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية	145
6-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة	146
6-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة	147
- خاتمة	149
- قامة المراجع	153
- الملاحق	

❖ فهرس الجداول:

رقم الجدول	العنون	الصفحة
01	خصائص العينة	105
02	مكان إجراء الدراسة الميدانية	106
03	الزمن المستغرق في تطبيق إختبار رافن للفئات العمرية المختلفة	109
04	نسبة إتفاق المحكمين على البروتوكول المقترح	125
05	نتائج القياس القبلي في المستوى النطقي لاختبار شفري موليز	129
06	نتائج القياس القبلي في المستوى الفونولوجي لاختبار شفري موليز	130

07	نتائج القياس القبلي في المستوى اللساني اللغوي لاختبار شفري موليز	131
08	نتائج القياس البعدي في المستوى النطقي لاختبار شفري موليز	135
09	نتائج القياس البعدي في المستوى الفونولوجي لاختبار شفري موليز	136
10	نتائج القياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي لاختبار شفري موليز	137
11	نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى النطقي لاختبار شفري موليز	141
12	نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى الفونولوجي لاختبار شفري موليز	142
13	نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى اللساني اللغوي لاختبار شفري موليز	143
14	نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للإنتاج اللغوي لاختبار شفري موليز	144

- فهرس الأشكال:

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	مكونات اللغة الشفهية	31
02	فهم و إنتاج الكلام في الدماغ	51
03	مخطط لمسار إنتاج الكلام في الدماغ	56
04	طفل مصاب بالشلل الدماغي	66

05	تصنيف الشلل الدماغي تبعا للأطراف المصابة	67
06	وضعيات تشنجية لكل طفل مصاب مستلقي على ظهره	68
07	الشلل التشنجي	68
08	المشية التقليدية للطفل المصاب بالشلل الدماغي من النوع التشنجي النصفي	69
09	طفلة مصابة بالشلل التخبطي	70
10	صورة طفلة مصابة بالشلل اللاتوازي	71

❖ فهرس الملاحق:

رقم الملحق	الملاحق
01	صور إختبار جون رافن
02	نتائج إختبار جون رافن
03	صور إختبار شفري موليز
04	صور البروتوكول العلاجي
05	التحليل الإحصائي

مقدمة

- مقدمة:

أثار الشلل الدماغي اهتمام الكثير من العلماء والباحثين في مجالات علم الأعصاب وعلم النفس وعلم النفس العصبي والأرطوفونيا، حيث استطاعوا الوصول إلى نتائج مرضية من حيث تأهيل هذه الفئة ومحاولة دمجها في المجتمع من أجل التواصل والتفاعل معهم. ويعد الشلل الدماغي إحدى الإضطرابات العصبية التي تصيب المخ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة، وتنجم هذه الإضطرابات عن خلل أو تلف في الدماغ (ملحم، 2002، ص66).

كما يعتبر إصابة على مستوى الدماغ في وقت تكون فيه القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة غير مكتملة النمو، وتحدث هذه الإصابة في مرحلة مبكرة من الحياة قبل أو بعد الولادةَ، مما يؤدي إلى اضطرابات في عمل العضلات التي تتلقى معلومات وأوامر خاطئة تجعلها في صلابة أو رخاوة من دون إصابتها بالشلل ومن ثم يحدث اضطراب في الحركة وفي المحافظة على وضعية الجسم، وقد يرجعها العلماء إلى حدوث تلف مبكر في حياة الجنين داخل الرحم يؤدي إلى ضمور في قسمي المخ، وحجم الإصابة التي تحدث في الدماغ لا تتزايد ولا تتناقص أو يحصل الشلل الدماغي نتيجة حصول عطب أوتلف في مجموعة من الخلايا المخية أو الحزم العصبية التي تتحكم في مجموعة من العضلات، فمكان هذا العطب وحجمه يختلف من شخص لآخر، وعليه تكون الأعراض مختلفة حسب نوع الإصابة ومكانها ودرجة تأثيرها ومهما كانت الأعراض ودرجتها فهي تندرج تحت مسمى واحد وهو الشلل الدماغي(صحراوي ،2019، ص1).

فإصابة الدماغ تؤدي إلى مشاكل أخرى مثل المشاكل الحسية، البصرية، نقص السمع، مشاكل النطق، كذا العمليات المعرفية اللغوية. فالنمو اللغوي أحد مظاهر النمو الذي اهتم به العلماء والباحثون لما له علاقة وثيقة بمظاهر النمو الأخرى وما تؤديه من وظائف حيوية في حياة الطفل. وتعد اللغة أساس العمليات المعرفية العليا ونمو القدرات العقلية لديه،

وبهذا فهي تعتبر شرط ضروري للتعلم والإكتساب، وكذلك للتعبير عن الأفكار والمشاكل لفظيا. كما أنها تمكن الفرد من الإنتقال إلى المستويات الأكثر تجريدا والتي لا يمكن التوصل إليها إلا بعد اكتساب اللغة، فهي وسيلة أساسية في بناء التفكير وفي انتظام السلوك المعرفي، ويعرفها سودورو(sodoroue) سنة (1995) بأنها أداة تواصل تستخدم الرموز المنطوقة للتواصل من خلال الكلام والرموز المكتوبة من خلال الكتابة والرموز الإشارية من خلال لغة الإشارة (محمد سلامة شاش، 2006، ص18).

وتعتبر اللغة الشفهية رموزا اعتباطية يستخدمها الأفراد ليمثلوا الأفكار في كلمات وجمل لكي يتواصلوا مع بعضهم البعض (السرطاوي،2012،ص243). كما تتمثل اللغة الشفهية في قدرة الدماغ البشري على إنتاج الرسائل اللغوية المناسبة لإتمام عملية التواصل، ويتم ذلك عن طريق تحديد تلك الرسائل، ومن ثم إرسالها إلى العضلات المسؤولة لتظهر في النهاية على شكل كلمات أو غيرها، فإنها تمثل قدرة الفرد على التعبير باستخدام الكلام (الغزالي،2011 ، ص265).

أما الإنتاج اللغوي فهو القدرة الحركية الأكثر تعقيدا عند الإنسان، يتطلب الإستعمال المتناسق لمجموعة من الأعضاء التي تسمح بإنتاج 15 صوت في الثانية. ولأن نمو القدرات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مثير للإهتمام من أجل مساعدة هؤلاء على الإندماج والتواصل في المجتمع، فقد الهدف خلال هذه الدراسة التعرف على مدى فعالية برتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، كما قد تكون هذه الدراسة إضافة عملية في مجال البحث العلمي خاصة المتعلقة بالشلل الدماغي وكذا معرفة أثر التمرينات والتدريبات والبروتوكولات في تحسين القدرات اللغوية عند هذه الفئة، حيث تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين أحدهما نظري والثاني تطبيقي يسبقهما الفصل التمهيدي، وقد تناولنا فيه:

الفصل التمهيدي: والذي تم فيه عرض الإطار العام للدراسة الذي يتضمن إشكالية الدراسة، الفرضيات التي تجيب عن هذه التساؤلات، الإشارة إلى الأهداف والأهمية من الدراسة، تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة.

كما تناولنا في الجانب النظري ثلاثة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول: الإنتاج اللغوي أولا اللغة الشفهية والذي قدمنا فيه مفهوم اللغة الشفهية، خصائصها، أقسامها، مراحل تطورها، وكذا الجوانب الأساسية للغة الشفهية، استراتيجيات إكتسابها، النظام اللغوي لإكتسابها والعوامل المؤثرة فيها. كما تطرقت الدراسة إلى الإنتاج اللغوي وذلك بالتطرق إلى مفهومه، أنواعه ومراحله، شروط إكتسابه، عمليات ومستويات إكتسابه، البنى العصبية المتدخلة في الإنتاج اللغوي.

الفصل الثاني: الشلل الدماغي ويتضمن لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي بدءا بمفهومه، أنواعه، أسبابه، أعراضه، خصائصه، الإضطرابات الخاصة و المصاحبة له، تشخيصه، الأساليب العلاجية، الوقاية منه والإضطرابات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

أما الجانب التطبيقي والذي بدوره ينقسم إلى فصلين كالتالي:

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة، أين تم عرض الدراسة الإستطلاعية، المنهج المتبع للدراسة، عينة الدراسة ومواصفاتها، مجالات الدراسة، أدوات الدراسة مع الأساليب الإحصائية المستعملة.

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج، تم فيه عرض النتائج، تحليلها وتفسيرها.

أما في الخاتمة فقد تم التطرق إلى الهدف الرئيسي من الدراسة والنتائج المتوصل إليها ووضع بعض التوصيات والاقتراحات وأخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للإشكالية

الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية.

1. صياغة إشكالية الدراسة
2. صياغة الفرضيات.
3. أهمية الدراسة.
4. أهداف الدراسة.
5. تحديد مفاهيم الدراسة.

- **الإشكالية:**

يعتبر السلوك اللغوي هو ما يميز الإنسان عن غيره من الكائنات الحية، فالإنسان يولد مزودا بالقدرة عن التعبير على أفكاره ومشاعره بأسلوب رمزي يسمى اللغة. فاللغة عبارة عن نظام من الرموز الصوتية الاعتباطية يتم بواسطتها التعارف بين أفراد المجتمع، تخضع هذه الأصوات للوصف من حيث المخارج أو الحركات التي يقوم بها جهاز النطق، ومن حيث الصفات والظواهر الصوتية المصاحبة لهذه الظواهر النطقية (مبارك الفلق، 2004، ص20). ويعرفها أندري مارتيني (André Martinet) بأنها اتصال أو تواصل يتم من خلالها تحليل التجربة الإنسانية إلى وحدات صرفية تدعى المونيمات (Monèmes) التي تخضع لمحتوى دلالي و لتعبير صوتي مميز يلفظ بوحدات صوتية مختلفة متتابعة تسمى الفونيمات (Phonèmes) التي لها عدد محدود في كل لغة، بحيث تختلف طبيعته وعلاقتها المشتركة من لغة إلى أخرى (جرحس، 2010، ص 47).

وتعد اللغة الشفهية أولى وسائل تواصل الكائن البشري بالعالم المحيط به فضلا على أنها الأكثر استخداما في عمليات التواصل، فهي القدرة على الإنتاج والفهم اللغوي للرسالة اللسانية، ويتمثل الإنتاج اللغوي في إصدار صوتي للكلمات إبتداءا من فكرة في الدماغ، ولتحقيق ذلك يجب أن يكون قصد في التواصل واختيار المعلومات المراد قولها وربطها فيما بينها بطريقة متسلسلة مع سياق الكلام و صيغة التبادل (أندرسون، 2007، ص 241).

فالفرد يسعى لاكتساب اللغة التي تمثل طريقة ووسيلة يتصل بها مع وسطه الإجتماعي في مرحلة من مراحل نموه الأولى بمشاكل أو إضطرابات تعرقله وتمنعه عن اكتسابها، ومن بين هذه المشاكل إصابة الجهاز العصبي في بداية الحياة التي ينجز عنها عدة إعاقات متفاوتة الدرجات تمس مختلف الجوانب الجسمية والعقلية، ومن بين هذه الإعاقات نجد الشلل الدماغي الذي يعرف أنه إضطراب حسي حركي يحدث نتيجة عدم

إكتمال نمو الدماغ، قد تصاحبه مشكلات في النطق، الإبصار، السمع وأنماط متعددة من اضطرابات الإدراك والإعاقات الذهنية ونوبات الصرع ...الخ (دردور، 2022، ص18).

فمن خلال الدراسات في مجال الشلل الدماغي توصلت النتائج إلى أن ذوي الشلل الدماغي لا تتوقف إصابتهم عند الجانب الحركي وحسب وإنما تعدى ذلك لتشمل صعوبات لغوية ومشاكل على مستوى القدرات المعرفية، لكون أن النمو الحركي والحسي السليم هو أساس لنمو النواحي الإجتماعية والنفسية وغيرها، وهذا ما جاءت به دراسة (الرغيوي، 2010) أين حددت فيها الصعوبات المعرفية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وربطها بموقع الإصابة العصبية في الدماغ (الرغيوي، 2010، ص 332). كما أشار هوبرمان في دراسته إلى أن عدم التحكم بالرأس وعدم القدرة على البلع ووجود سيلان في اللعاب يزيد من مشاكل النطق (دردور، 2022، ص 05). كما توصلت نتائج دراسة سهيلة بوعكاز (2007) إلى أن إضطرابات الفهم الشفهي يرجع إلى تواجد إضطرابات معرفية مصاحبة وإلى الإصابة العصبية في حد ذاتها، أما إضطراب التعبير الشفهي فإنه يرجع إلى الصعوبات الحركية الناتجة عن الإصابة العصبية (بوعكاز، 2007، ص 387).

لكن مع هذا أثبتت العديد من الدراسات أهمية البرامج والبروتوكولات والتدريبات في تحسين عدة جوانب معرفية و لغوية ، فمن هذه الدراسات نجد دراسة حواط سلافة (2012) حول أثر برنامج علاجي في تنمية اللغة الإستقبالية عند أطفال الشلل الدماغي، أنه هناك تحسن في أداء الأطفال وارتفاع ملحوظ في القدرات اللغوية في الإخبار البعدي مقارنة بالقبلي، وذلك باستخدام أدوات ومعززات ووسائل مادية معنوية (حواط، 2012، ص 202).

كما جاء في دراسة حولة محمد (2021) في إطار إقتراح بروتوكول تدريبي أرطوفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي لدى عينة من الأطفال باختلاف الجنس، نوع الإعاقة والعمر الزمني، وقد أظهرت نتائج الدراسة نجاح البروتوكول في الكشف عن مشكل المهارات المعرفية ومهارات التواصل اللغوي (حولة، 2021، ص 223).

وفي دراسة لمريم ثابت عبد الملاك مرزوق (2010) تحت عنوان برنامج لتنمية القدرات المعرفية و السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج المقدم و ذلك بتطبيقه في أغلب المجالات في قياس السلوك التكييفي (ثابت عبد الملاك مرزوق، 2010، ص 162).

كما أثبتت دراسة صحراوي نادية (2019) والتي كانت من بين أهدافها معرفة فعالية التمرينات المقدمة في تحسين قدرة التدوير العقلي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والتي توصلت إلى أن للتمرينات فعالية في تحسين هذه القدرة لدى أطفال هذه الفئة(صحراوي، 2019).

وانطلاقا من الدراسات السابقة ومن ملاحظاتنا للواقع الميداني، جاءت الدراسة الحالية للتطرق إلى مدى فعالية بروتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي (التعبير الشفهي) لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك على الفئة العمرية التي يتراوح عمرها ما بين 5 إلى 8 سنوات. فجاءت أسئلة الدراسة كالتالي:

2- التساؤل العام:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الإنتاج اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي؟

❖ **التساؤلات الجزئية:**

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الفونولوجيا عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي؟

3- صياغة الفرضيات:

❖ **الفرضية العامة:**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الإنتاج اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي .

❖ **الفرضيات الجزئية:**

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الفونولوجيا عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في الموضوع الذي تتناوله وهو فعالية بروتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وهو موضوع يمكن الإستفادة منه في ميادين وتخصصات تطبيقية ونظرية مختلفة. كما تكمن أهمية الدراسة في وضع الجهة المعنية بفئة الشلل الدماغي في الصورة، وإبراز ما يهدد هذه الفئة من صعوبات تلزمها بروتوكولات وبرامج حديثة وفعالة ومناسبة لعلاجهم والتكفل بهم.

5- أهداف الدراسة:

- التعرف على مدى فعالية البروتوكول العلاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

- توضيح أهمية التمرين والتدريب وفعاليته في تحسين المهارات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

- التعرف أكثر على خصائص الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والاضطرابات التي تعاني منها هذه الفئة.

6- تحديد مفاهيم الدراسة:

6-1- البروتوكول العلاجي: مجموعة من الخبرات والمفاهيم والمهارات المصممة بطريقة متكاملة في ضوء خطة مرسومة ومنظمة، قائمة على أسس علمية لتقديم الخدمات المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعيا لعينة البحث التي تقدم على مدى زمني محدد (الهوارنة، 2006، ص11).

أما إجرائيا: هو البروتوكول المقدم من طرف الباحثة مولاي إيمان بهدف تحسين مهارة الإنتاج اللغوي عند أطفال الشلل الدماغي.

6- 2- اللغة الشفهية: هي عبارة عن مجموعة من الرموز الصوتية المتفق عليها بين أفراد فئة معينة أو جنس معين، وتتسم هذه الرموز بالضبط والتنظيم طبقا لقواعد محددة، لذا تحتل أهمية كبيرة بين أفراد الجنس البشري، حيث تستخدم في مواقف حياتهم لأغراض التحدث مع الآخرين والتفكير والتعبير عن المشاعر والانفعالات في المواقف الإجتماعية (الزريقات، 2005، ص51).

أما إجرائيا: هي الإنتاج اللغوي والفهم الشفهي حسب إختبار "شفري موليز".

6-3- الإنتاج اللغوي: ويعرف على أنه شكل من أشكال الإتصال المباشر الذي يحدث بين أفراد في مكان وزمان محددين، فهو أداة الإتصال السريع بين الناس وهو أصل اللغة (يوسف، 2014، ص 131).

أما إجرائيا: هي الدرجة أو النتائج التي سيتحصل عليها الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من خلال تطبيق إختبار شيفري موليز.

6-4- الشلل الدماغي: يعرف بأنه الحالة الناتجة عن إصابة جزء صغير من الدماغ الذي يتحكم في الحركة في مرحلة مبكرة من الحياة قبل أو بعد الولادة، مما يؤدي إلى إضطرابات في السيطرة على عمل العضلات التي تتلقى معلومات في الحركة وفي المحافظة على وضعية الجسم (رضا سعيد، 2005، ص 06).

أما إجرائيا: هم أولائك الأطفال الذين يعانون من مشاكل حركية ولغوية ومعرفية، والملتحقون بالمراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإنتاج اللغوي

الفصل الأول: الإنتاج اللغوي.

- تمهيد.

1- اللغة الشفهية.

1-1- مفهوم اللغة الشفهية.

1-2- خصائص اللغة الشفهية.

1-3- أقسام اللغة الشفهية.

1-4-مراحل تطور اللغة الشفهية عند الطفل.

1-5-الجوانب الأساسية للغة الشفهية.

1-6-إستراتيجيات إكتساب اللغة الشفهية.

1-7-لنظام اللغوي لاكتساب اللغة الشفهية.

1-8-العوامل المؤثرة في اكتساب اللغة الشفهية.

2- الإنتاج اللغوي.

2-1- مفهوم الإنتاج اللغوي.

2-2- أنواع الإنتاج اللغوي.

2-3- مراحل الإنتاج اللغوي.

2-4- شروط إكتساب الإنتاج اللغوي.

2-5- عمليات إكتساب الإنتاج اللغوي.

2-6- مستويات إكتساب الإنتاج اللغوي.

2-7- البنى العصبية المتدخلة في الإنتاج اللغوي.

- خلاصة الفصل.

-تمهيد:

تشكل اللغة مظهرا من مظاهر الحياة اليومية وعنصرا بارزا في حياة الأفراد، بالإضافة لكونها وسيلة للتعبير والتخاطب ،فهي تدخل في كافة فروع المعرفة والعلوم، ويمكن النظر إليها على أنها نهض الحضارة البشرية، لأنها الوسيلة الوحيدة التي تتواصل من خلالها الأجيال وتنتقل عبرها الخبرات والمعارف والمنجزات الحضارية من جيل إلى آخر، واللغة نوعان مكتوبة وشفهية. وسنحاول في هذا الفصل معرفة مفهوم اللغة الشفهية، خصائصها، أقسامها وكذا مراحل تطورها والعوامل المؤثرة في اكتسابها.

1- اللغة الشفهية:

1-1- مفهوم اللغة الشفهية:

اللغة الشفهية مجموعة من الرموز الصوتية المنطوقة ذات الدلالات المتعارف عليها بين مجموعة من الناس والتي يتم من خلالها التواصل البشري، وهي وسيلة من وسائل التفكير يتميز بها البشر عن غيرهم من المخلوقات الأخرى، والتي يمكن اكتسابها من خلال البيئة التي يعيش فيها، وتعد معيار للإبداع الفكري الإنساني والحضاري وواحدة من العمليات العقلية، والتي تتكون من خلالها عدة أنظمة متداخلة هي النظام الصوتي والنحوي، الدلالي يمكن من خلالها خزن معارفنا وتنظيمها في الذاكرة الطويلة المدى، لذلك تعد أساسا هاما للعمل والحياة في كل مكان، كما تحقق الكثير من الوظائف بين البشر مثل التواصل ونقل الأخبار والمعتقدات والحصول على العلوم والمعارف ومراقبة السلوك الإنساني وتفكيره (محمد ملحم،2010 ، ص121).

وسنقدم فيما يلي مجموعة من التعاريف التي تختلف في تحديدها للغة الشفهية :

– تعريف كيلعوغ (Kellogg): يعرفها على أنها نظام مشترك للتواصل الرمزي تحكمه قواعد ترتبط بعمليات إنتاج الأصوات من قبل المتكلم وعمليات استقبالها وترجمتها إلى دلالات من قبل السامع (الخطيب، 2005، ص24).

– تعريف غازاد (Gazad) : اعتبر اللغة الشفهية رموزا اعتباطية يستخدمها الأفراد ليمثلوا الأفكار في كلمات وجمل لكي يتوصلوا مع بعضهم البعض، فمن خلال عملية التواصل الشفهية يتم تمثيل الأشياء والأحداث والعلاقات بين الأفراد (الخطيب، 2005، ص25).

– تعريف ديسوسير (Dessaussure): يعتبر أن اللغة هي ذلك الجانب الذي يتميز بكونه اجتماعيا في ماهيته ومستقلا عن الفرد، ويعرفها بأنها مجموعة من قواعد نحوية وقوانين اجتماعية مستقرة بشكل توضعي في أدمغة الناطقين باللسان الواحد، أما الكلام فهو انجاز فردي لقواعد اللغة خاضع لحركتين آليتين متمازجتين، حركة الصوت الفيزيولوجية والحركة النفسية (الذهنية) للمتكلم للتعبير عن فكره الشخصي، فالجانب الشفهي للغة يعبر عنه بالكلام الذي يعتبر أحد وسائل التعبير، وهو مظهر من مظاهر اللغة وسلوك فردي يتجلى فيما يصدر عن الفرد من أقوال ملفوظة وأي نسق من الرموز الصوتية يأخذ الشكل المنطوق (دبه، 2001، ص71).

– تعريف لافون (Lafan) : إن اللغة ذات طبيعة فردية فهي نتاج العلمية الاتصالية وهذا ما يفترض وجود متحدث من جهة ومستمع من جهة أخرى، ويضيف أن اللغة هي في نفس الوقت انعكاس للاتصال مع الآخرين، وإدماج القوانين الضمنية التي تحتويها الاتصال وتأثير هذه القوانين عل سلوك الفرد(Guichard 1995 ,p147) .

– وتوضح ليلى كرم الدين (1989) : أن اللغة المنطوقة هي العدد الكلي للكلمات التي ينطقها الطفل ويستخدمها فعليا في حديثه في مختلف المواقف (النوبي، 2010، ص43).

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن اللغة الشفهية عبارة عن رموز اعتباطية يستخدمها الأفراد ليمثلوا الأفكار والكلمات وجمل لكي يتواصلوا مع بعضهم البعض، من خلال عملية التواصل الشفوي ويتم إيصال الأشياء والأحداث والعلاقات بين الأفراد وتشكل اللغة مظهرا من مظاهر الحياة اليومية، وعناصر بارزة في الحياة لأنها الوسيلة التي يتواصل من خلالها الأجيال .

1-2- خصائص اللغة الشفهية :

اللغة نظام عرفي مكون من رموز وعلامات يستغلها الناس لاتصال بعضهم ببعض والتعبير عن أفكارهم، أو هي الأصوات التي يحدثها جهاز النطق اللساني وتدركها الأذن فتؤدي إلى دلالات اصطلاحية معينة في مجتمع معين (علي عطية، 2006، ص162). وحسب ما يرى تشو مسكي للغة مجموعة من الخصائص التي تميزها وهي:

- **الازدواجية:** وتشير إلى أن اللغة تتضمن مستويين أولهما:

– **المستوى التركيبي:** ويتضمن العناصر ذات المعنى التي ترتبط معا لتؤلف الجمل في السياق الكلامي.

– **المستوى الصوتي:** ويتضمن الأصوات المنطوقة.

- **التحول اللغوي:** ويشير إلى قدرة الطفل أو الفرد على اللغة للتعبير عن الأشياء والأحداث عبر الأزمنة والأمكنة المختلفة.

- **الانتقال اللغوي** :وهي عملية انتقال اللغة من جيل إلى جيل آخر فهي تكتسب وفق عمليات الارتقاء اللغوي، وتطور لدى الأطفال طرائق التعبير اللغوي، وتركيب الجمل وإدراك المعاني وفق تسلسل منظم.

- **الإبداعية اللغوية:** تمثل اللغة نظاما مفتوحا يتيح للأطفال إنتاج عدد غير محدود من الجمل والتراكيب اللغوية، والإبداع في مجال استخدام اللغة للتعبير عن الفكر والمشاعر والاتجاهات والمعتقدات والأشياء (الحاج العشاوي ،2004، ص،70).

1-3- أقسام اللغة الشفهية :

إن الهدف الأساسي للغة هو التواصل مع الآخرين، فهي أساس العمل والحياة في كل مناحي المجتمع لذلك فهي مصدر من مصادر تحقيق الإنسانية، ولكي يتحقق هذا الهدف فان عملية التواصل اللغوي تتطلب من الفرد قدرة استيعاب ما يتحدثه الآخرين (اللغة الاستقبالية) وقدرته على إيصال الأفكار إلى الآخرين بلغة مفهومة ومعبرة (اللغة التعبيرية) فتنقسم اللغة الشفهية من حيث طبيعتها إلى قسمين :

1-3-1- اللغة الاستقبالية (Réceptive langage):

هي المعلومات التي يكتسبها الطفل من خلال سماع الأصوات والكلمات، وربط المعاني بالأشياء والأحداث، ويعبر عنها بمصطلح اللغة غير اللفظية، وتتمثل في قدرة الدماغ البشري على استقبال الرسائل اللغوية من قنوات الحس المختلفة ومن ثم تحليلها و فهميها وإستعابها ويرتكز الدماغ في ذلك على مخزون وافر من الذاكرة من الرموز اللغوية، وما تعبر عنه من أشياء ومفاهيم و غيرها، ومن ثم يقوم بربط الكلمات المسموعة بما يعبر عنه من أشياء وأعمال وخبرات (مالك فاضل، 2015، ص61).

وتعرفها عوض أحمد غرم الله (2014): على أنها قدرة الطفل على سماع وفهم اللغة دون نطقها ويتضمن هذا الجانب التمييز السمعي، الفهم السمعي والتذكير السمعي،

فتمثل جانب من عملية التواصل اللفظي الذي يتضمن تلقي الفرد لما يقدم إليه من معلومات وتفهمه لها (عزم الله، 2014، ص 195).

1-3-2- اللغة الإنتاجية (expressive langage):

هي اللغة الناتجة عن الفرد وكيفية تعبير الفرد عن رغباته واحتياجاته وكما تشمل اللغة التعبيرية الكلمات وقواعد اللغة التي تحدد كيفية ترابط هذه الكلمات في العبارات والجمل و الفقرات، وكذلك استخدام الإشارات والتعبيرات وتتمثل في قدرة الدماغ البشري على إنتاج الرسائل عن طريق تحديد الرسائل المناسبة، ومن ثم إرسالها إلى الأجهزة المسؤولة عن النطق لتظهر في النهاية على شكل كلمات أو غيرها، وهي قدرة الفرد على التعبير عما يريد باستخدام الكلام (مالك فاضل، 2015، ص61).

1-4- مراحل تطور اللغة الشفهية عند الطفل :

إن الإنسان لا يولد بلغة وإنما يكتسبها خلال طفولته فالطفل يكتسب اللغة بعد إتمام نضجه العضوي، العصبي، الحسي، الحركي، العقلي، الانفعالي، والاجتماعي وبمرور الطفل بمراحل النمو اللغوي يصل إلى استعمال اللغة كأداة للاتصال . فعملية تطور اللغة الشفهية عند الطفل تمر بعدة مراحل حتى يتمكن من التلفظ بكلمات كاملة وهذه المراحل تتفاوت بين طفل لآخر:

1-4-1- المرحلة ماقبل لغوية : و تنقسم إلى:

- **مرحلة الصراخ** : يرى شاتز (Chatez):

أنه لا تكون هناك في البداية لغة لدى الطفل أكثر من الصراخ، ولا تكون فيه أية قصد لنقل المعلومات كما أنه ليس هناك توقع للأثر الذي يحدثه سلوك الطفل على العالم المحيط به، هكذا تبدأ هذه المرحلة بالصرخة الأولى أي صرخة الميلاد وهي الصرخة

التي يطلقها الطفل لدى الولادة، وهي أول بادرة من بوادر قدرته على التصويت، وهي تدل على أن الوليد قد برز إلى حيز الوجود مزودا بجهاز التنفس والحنجرة الضروريين لملكة التكلم عنده، وعلى هذا فان الصراخ نقطة البداية فيما يتعلق باللغة إذ سرعان ما يكتشف الطفل أنه يستطيع بواسطة الصراخ، أن يعبر عن مختلف رغباته وحاجاته. وهذه الصرخة تختلف من طفل لآخر حسب نوع الولادة وحالة الطفل الصحية، وتكون في البداية أشبه بفعل منعكس نتيجة دخول الهواء إلى الرئتين، ثم تتحول من عملية لا إرادية إلى عملية إرادية تستطيع الأم بخبرتها تمييز صرخات الطفل المختلفة وتدرك الدلالة والمعنى لكل صرخة " فهذه الصرخة هي صرخة الجوع " وتلك صرخة بلل، وهكذا وعلى ذلك فالوظيفة التي يؤديها الصراخ خلال هذه الفترة من حياة الطفل هي وظيفة اللغة في أبسط صورها للتطور وتكتمل بعد المرور بالمراحل الآتية للنمو.

- **مرحلة المناغاة:**

هي مرحلة التلفظ الإرادي لبعض المقاطع الصوتية يتخذها الطفل غاية في حد ذاتها لا من أجل التعبير عن حاجة معينة فيكررها ولا يسأم من تكرارها وهي في غالبيتها أسلوب متعة ولهو للطفل ولأنه لا يعيش بمعزل عن الناس فان هذه البيئة الاجتماعية تلعب دورا مهما جدا في تثبيت أصوات معينة، فالطفل حوالي الشهرين يتجاوب مع أصوات محيطه بحيث يتوقف عن المناغاة حينما يناديه شخص أو يقلده أو يلتفت إلى ناحية أو مصدر الصوت وفي حوالي الشهر السادس يتطور إدراكه لمعاني الأصوات فيبكي من الصوت الراشد الناهي والصاخب، أو يبتسم للصوت الضاحك، مع الكثير من الإيماءات بالنسبة للراشد و الفرق بين فترة الصراخ والمناغاة، أن الأولى غير مقطعية في حين أن المناغاة تبدأ بشكل جلي في حوالي الشهر السادس عقب فترة الصراخ مباشرة و تصل في قمتها إلى الشهر الثامن وتسمى هذه المرحلة ب"الهدير"، والأصوات التي يناغي بها هي أحرف العلى والأحرف المتحركة، وتبدأ هذه الحروف في الظهور من مؤخرة الفم

وأهمها حرف اللام والراء، ويوجد اختلاف بين الباحثين وعلى حسب البيئة اللغوية تتحدد المقاطع الصوتية (نايل العزيز،2009، ص17).

- **مرحلة التقليد:**

أما عن مرحلة فترة التقليد فهناك اختلاف بين الباحثين ومنهم أرنولد جيزل

(Arnould Gizel) الذي يرى أن هذه الفترة تمتد من عمر خمسة أشهر تقريبا وحتى عمر الأربعين أسبوعا، أما جان بياجيه (Piaget) فانه يرى أن فترة التقليد للأصوات الآخرين تقع في أواخر السنة الأولى للميلاد وبداية السنة الثانية، هذا التضارب في الآراء حول تحديد بداية مرحلة التقليد لا يتم بصورة فجائية لأن الأصوات اللغوية هي في الواقع متداخلة ولا يمكن تحديد لكل واحدة منها زمن معين، وما يمكن القول أن الطفل ما يكاد يبلغ السنة حتى تظهر على سلوكه اللفظي بوادر التقليد، فيصبح قادرا على إعادة لفظة يلتقطها لسمعه من الكبار، وفي السنة الثانية يظل يردد الكلمات التي التقطها، وكأنه بذلك يريد أن يجعلها راسخة في ذهنه (محمد البطانية ،2005، ص29).

1-4-2- المرحلة اللغوية: و هي مرحلة تنقسم إلى مرحلتين:

- **مرحلة تعلم المفردات:**

هنا ينتقل الطفل إلى المرحلة اللغوية بكل ما في الكلمة من معنى حيث يبدأ الطفل كلمته الأولى، مع نهاية الشهر الحادي عشر من عمره تقريبا، وتعد هذه المرحلة بداية النطق عند الطفل وتتطور لديه الرموز اللغوية المتمثلة في الأشياء والأفعال والأحداث و العلاقات والأفكار. و من خصائص هذه المرحلة التعميم الزائد حيث يستخدم الطفل كلمة واحدة ليغطي عددا من المثيرات و المفاهيم وفي هذه المرحلة يفهم الطفل بعض الأوامر البسيطة ويعرف أجزاء جسمه ويشير إليها وهي مرحلة مهمة للنمو ككل تزداد فيها قدرة الطفل على الفهم ،يمشي، يبدأ الطعام لنفسه، يبدأ بالتعبير عن نفسه بكلمة تكون أساسا

مقطع أو مقطعين من السلاسل الطويلة التي كان يصدرها. إن تقليد الوالدين هو الذي يعلم الطفل خاصة إذا كان الصوت يصاحبه فعلا، مثلا: "باي باي " مع إشارة باليد للخروج، يتطلب خلق ظروف ملائمة لأن الطفل لا يكتسب الكلمة فحسب وإنما يكتسب المعنى فيها من خلال الموقف السليم.

- **مرحلة تركيب الجمل :**

لا يمكن للطفل أن يشكل جملة ما لم يكتسب حدا أدنى من المفردات ولا يصح أن نقيس الثراء اللغوي بعدد الكلمات فقط بل بكيفية استثمارها لها وكيفية توظيفها. حيث يبدأ الطفل في هذه المرحلة بالكلام ويفهم مدلولات الألفاظ ومعانيها، وفي السنة الثانية تبدأ مراحل تكوين الجملة بدءا بالكلمة الواحدة، ويدخل الأطفال مرحلة إصدار الأصوات أو التعبير عن أنفسهم بكلمتين، إذ يقوم هنا الطفل بالجمع بين كلمتين لتكوين جملة ما، وتتطور لغة الطفل في هذه المرحلة حتى مرحلة الثلاث سنوات بحيث يستطيع فهم الأفعال الأنشطة المختلفة ويستوعب القصص المصورة، ويعرف أسماء الأعضاء الصغيرة، يتقدم نموه اللغوي لديه بشكل ملحوظ مع تقدمه في العمر، وتنمو لغته الاستقبالية والتعبيرية فيستطيع الإجابة على تساؤلات الآخرين، ويستطيع اختيار الكلام المناسب للمواقف المختلفة، ويقلد الأصوات ويكمل الجمل الناقصة وغير ذلك (نايل العزيز ،2009، ص18).

1-5- الجوانب الأساسية للغة الشفهية :

تعتبر عملية فهم و إنتاج العبارات الجانبين الأساسيين للنشاط اللغوي و بمعنى العام فإن إنتاج الرسالة اللغوية تنطلق من الفكرة إلى التجسيد الصوتي لتتابع منتظم من الوحدات المعجمية، أما الفهم فهي مجموعة من العمليات التي تنطلق من العبارة، و تسمح بإيجاد الفكرة و هذا عكس ما يظهر من الوهلة الأولى، ففهم اللغة ليست ببساطة عملية عكسية للإنتاج و الوظيفتين غير متماثلتين، رغم أنهما يتقاسمان عدة عناصر من نفس الشبكة العلمية (عدى ،2017، ص45).

وبهذا فان اللغة الشفهية لها جانبين: جانب الإنتاج اللغوي وجانب الفهم الشفهي:

1-5-1- الفهم الشفهي: الفهم عامل يتعلق بالقدرة على فهم الكلمات ويقاس هذا العامل بالكشف عن مستوى معرفة الفرد لمعاني الفهم وهو النشاط الذي يخفي حقيقة النشاطات الذهنية حيث أنه عندما يكون الطفل في الإنصات فهو في حالة نشاط ذهني وذلك لأنه يتطلب عمليات عليا معقدة، ويشمل الفهم تفسير التوظيف والذاكرة اللغوية، إلا أنه يبدأ بأصوات الكلام الخام ذات بالمتكلمون يحركون شفاههم وألسنتهم ويصدرون سلسلة من الأصوات عبر الحبال الصوتية التي تصل إلى أذن المستمع، والمستمع بدوره قادر على تحليل هذه الأصوات وتحديد العمل التي نطقت والآن هذه النهاية لعملية الفهم هي الأساس إدراك سابقا، فهذا سميه البعض إدراك الكلام، كما يرتبط بالعمليات الإدراكية ارتقاء الفهم والاستيعاب، فكلاهما يعتمد على استجابات بالغة التطور والتعقيد، لكن الفهم ينفرد بأنه عملية تركيبية منظمة تكتمل فيها الخبرة ،فيشكل وحدات مركبة ذات معنى يمكن توظيفها بطريقة رمزية، والفهم عملية معرفية تتجرد فيها المفاهيم من السياقات المختلفة الآن فهمنا لما نسمعه من لآخرين أكثر من مجرد معاني الكلمات التي ندركها ولتحقيق عملية الفهم الشفهي حدد كلارك (Clark) خمس خطوات وهي :

- استقبال المعلومات المسموعة والاحتفاظ بها في الذاكرة العاملة لتحليلها إلى مكونات جميلة.
- يبدأ السامع بتحليل الألفاظ المتوفرة في الذاكرة الفاعلة إلى مكونات قصيرة تمهيدا لترميزها واستقبال المعلومات المسموعة من مصدرها (التتابع).
- تحويل المكونات الجميلة القصيرة إلى معاني (عملية الترميز) مع استمرار المرحلة الأولى والثانية.
- يقوم الفرد بتجميع معاني المكونات الجميلة القصيرة ليتكون معنى شمولي وتكاملي للجميلة كاملة.
- يتم التخلص من الصورة اللفظية للجمل، ويتم بحث معاني الجمل الكاملة والكلية إلى الذاكرة الطويلة من اجل التخزين الدائم (ميرود، 2008، ص143).

فالفهم يتحقق من خلال مراحل و هي:

- **مرحلة الإدراك:**

إدراك النص كما تم ترميزه أصلا من خلال ممارسة عمليات الإدراك وفق نظام معالجة المعلومات في الذاكرة القصيرة، وقد يكون هذا الإدراك حرفيا للنص من خلال فهم معانيه المباشرة أو يكون ضمنيا أي مراعيا المعاني غير المباشرة للنص.

- **مرحلة التمثيل:**

تمثيل معاني الكلمات والجمل الواردة في النص المسموع أو المقروء وتخزينها أو وضعها في حالة الاستعداد للاستجابة.

- **مرحلة الاستجابة:**

استخدام المعاني التي تم تمثيلها في حالة أن النص يتطلب الإجابة على سؤال موجه للسامع أو إتباع تعليمات معنية مهمة للدلالات على الفهم (العتوم، 2004، ص274).

1-5-2-الإنتاج اللغوي:

تنطلق عملية الفهم اللغوي من العبارة إلى التطور الذهني للفكرة، أما بالنسبة للإنتاج فهي عملية عكسية تنطلق من التطور الذهني إلى العبارة، وإذا اكتملنا عن إنتاج اللغة من الناحية الفيزيولوجية باعتبار الكلمات تجسيدا للعملية، فإنها بلا شك تعتبر بالقدرة الفكرية الأكثر تعقيدا عند الإنسان، فالإنتاج الشفهي يتطلب الاستعمال المتناسق لمجموعة من الأعضاء التي تسمح بإنتاج 15 صوت في الثانية ويتضمن جهاز التصويت 3 أقسام وهي:

- **الجهاز التنفسي:** مع الرئتين كعضو أساسي الذي ينتج الهواء اللازم الإنتاج أغلبية أصوات اللغة.
- **الحنجرة:** (التي تحتوي على الأوتار الصوتية) التي تنتج الطاقة الصوتية المستعملة في الكلام.
- **التجاويف فوق الحنجرة:** (التي تتمثل في الحلق، شراع الحنك واللسان، التجاويف الأنفية والشفاه) والتي تلعب دور في التصويت وأين يتم إنتاج معظم الأصوات المستعملة في الكلام .

إن التوظيف الكامل للغة يتعدى عمليات إنتاج وفهم الكلمات، فالعبارات المعزولة رغم صحتها من الجانب النحوي، إلا أنها تتطلب أيضا معرفة التنسيق بينما في خطاب منسجم، استعمال اللغة من اجل غايات اجتماعية، تم التعبير عنها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة (نظرية الأفعال اللغوية: الوعد مثلا)، اختيار الأشكال اللغوية المناسبة لنوع الخطابات التي نريدها (الوصف، السرد، الإقناع ...) ولكي تتجسد مختلف هذه المظاهر فان الأمر يتطلب عدة سنوات، وبصفة عامة يجب انتصار بلوغ السن الحادية عشر إلى الثانية عشر (عدى، 2017، ص52).

1- 6- استراتيجيات اكتساب اللغة الشفهية :

1-6-1- إستراتيجية الاستماع : في هذه العلاقة الثنائية (راشد، طفل) يقوم الطفل الناسخ للنماذج بتركيز اهتمامه على اللغة التي توجه إليه من طرف الراشد أو التي يسمعها حوله مع العلم أن انتباه الطفل لعالم الكلام والإصغاء والاهتمام بالعالم الصوتي لا يحدث بصفة سهلة، وإننا نشير في أغلب المناسبات كما في المجالات الأخرى أن الأطفال مختلفين فيها، يعتبر بالشرط الأساسي في اكتساب اللغة المتمثل في الإصغاء للغة أو العالم الصوتي بصفة عامة، ونحن هنا بصدد التكلم عن الأطفال الذين لديهم حاسة السمع و لا يعانون من مشكل سمعي (عدى، 2017، ص24).

1-6-2- إستراتيجية الفهم: هناك استراتيجيات للفهم الشفهي حسب الخمسي (1987) هما: الفهم الفوري والفهم الكلي، وتحت كل إستراتيجية نجد ثلاث استراتيجيات فرعية ويمكن توضيحها كالتالي:

- **الفهم الفوري:** تسمح هذه الإستراتيجية من الفهم بالتعرف على المستوى المعجمي

اللساني للطفل ولتقدير مستوى الفهم الفوري للطفل يجب تقييمه على ثلاث استراتيجيات وفق المخطط المقترح من طرف الباحث خمسي "(1987) و هي الإستراتيجية المعجمية، الصرفية والنحوية، القصصية .

- **إستراتيجية الفهم الصرفية –النحوية (stratégie Morphosyntaxique):**

تعتبر هذه الإستراتيجية معتدلة الصعوبة ويقصد بها استعمال المكتسبات اللغوية التي تبني القواعد النحوية، وتصريف الأفعال في مختلف الأزمنة، حيث تسمح بالتعرف على عناصر لسانية خاصة بها المفرداتية، أي أن وحدة الفهم هي الجملة في هذه الإستراتيجية.

- **الإستراتيجية القصصية (Stratégie Narrative):**

تعتبر الإستراتيجية الأكثر صعوبة ويقصد بها استعمال المكتسبات اللغوية المعقدة، والتي توصف فيها المكتسبات المعجمية، المكتسبات النحوية والصرفية، واستعمال التراكيب بمختلف أنواعها، فهي تعالج مكتسبات لسانية من نوع أعلى المفرداتية أي أن وحدة الفهم هي القصة القصيرة (Microrécit) أو الفقرة في هذه الإستراتيجية وهي الفهم الكلي (Compréhension Globale) ويقصد به النتائج التي توصل إليها من خلال استعمال استراتيجيات الفهم الفوري وكذا الاستراتيجيات التحتية للفهم الكلي، وبالتالي التعرف على المستوى الذي وصل إليه عن طريق التمثيل البياني (Profil) (ميرود، 2007، ص153).

- **الفهم الكلي:** وضعت هذه المرحلة بهدف التعرف على سلوكيات الطفل انطلاقا من

استراتيجيات تم وضعها من طرف الباحث عبد الحميد خمسي ذات علاقة بالفهم الفوري والتي من خلالها يمكن وصف وتقييم القدرة على استعمال استراتيجيات الفهم الشفهي ولقد قسمت هذه الأخيرة إلى ثلاث استراتيجيات هي كالتالي: سلوك المواظبة، سلوك تغيير التعيين، سلوك التصحيح الذاتي .

- **سلوك المواظبة:** نجد هذا السلوك الأطفال الأصغر سنا، والتي توافق عدم القدرة على

التركيز في سياق الكلام بالنسبة للعرض الأول للحادثة هذا يدل على عدم التأكد من الإجابة الصحيحة، وبالتالي عجز على المستوى اللساني المعرفي وهي إستراتيجية تهدف من خلالها إلى معرفة ما إذا كان قد توصل إلى فهم محتوى الحادثة.

- **سلوك تغيير التعيين:** يمكن أن يكتسب الطفل هذا النوع من السلوك انطلاقا من

التحليل الثاني للمحادثة أو سياق الكلام، كما يمكن أن يكتسبه من سلوك اجتماعي انطلاقا من الراشد هذا يسمح بتدخل إستراتيجية أخرى ألا وهي إستراتيجية معرفية، اجتماعية، والتي تتدخل في إنتاج و معالجة السلوك الذي يطلب من الطفل تغيير التعيين في حالة خاطئة.

- **سلوك التصحيح الذاتي:** يتطلب هذا النوع من السلوكيات اكتساب السلوك الاجتماعي

الذي يضبط هذا الأخير، يسمح هذا السلوك للطفل من المرور من الإستراتيجية المعجمية إلى الإستراتيجية الصرفية النحوية وبالتالي إلى الإستراتيجية القصصية، إن اضطراب هذا المسلك يؤدي بالضرورة إلى اضطراب الفهم الفوري للمحادثات (قالي، 2022، ص283).

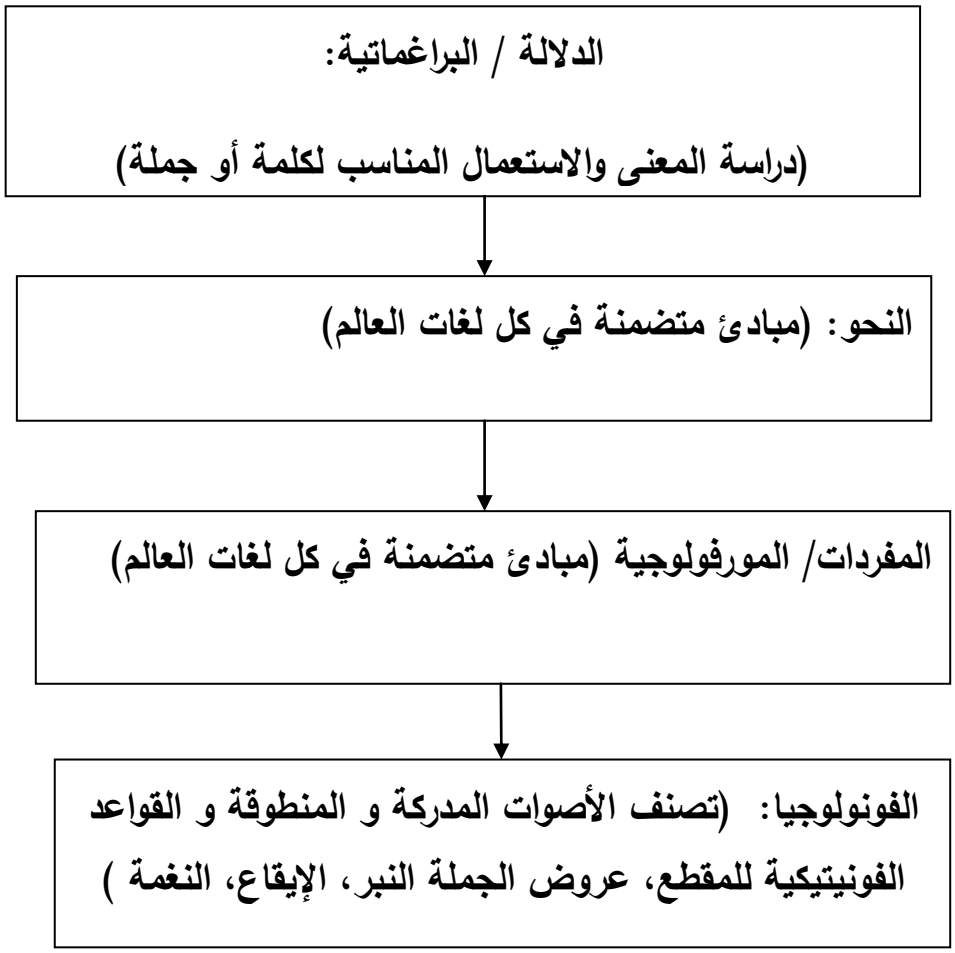
1-6-3- إستراتيجية التقليد : مثلما يقلد الطفل حركاتنا وإيماءاتنا ونشاطاتنا في الحياة اليومية، فان الطفل يقلد أصواتنا والكلمات التي يسمعها ويعاد سمعها، فقد لاحظنا منذ البداية أنه هناك تقليد متبادل بين الطفل والراشد، حيث يقوم الراشد بذلك بنوع من التنازل في استعماله للغة، فالراشد يقلد ولكنه في نفس الوقت يغير ويحسن ويصحح لغة الطفل وابتدءا من السنة الأولى أو السنتين، يقوم الطفل بتقليد وتكرار الجمل الدقيقة، ويعتبر التكرار الآني من بين الأساليب التي تسمح باكتساب وإنتاج اللغة (عدى، 2017، ص25).

1-6-4- إستراتيجية الإنتاج : يعتبر الأشخاص أن الطفل الذي بدأ في إنتاج الكلمات وتركيب الجمل أنه قد اكتسب اللغة وهذه تعتبر بوادر جيدة، ولكن قبل أن يصل الطفل إلى ذلك فانه قد استمع واستقبل وفهم واحتفظ بشكل جيد بالكلمات ومعانيها والعلاقات بينها، فالكلمات التي نطقها بخيالية وإنما هي موجودة في ذهنه منظمة مخزنة وجاهزة

للاستعمال في الوضعيات المناسبة، فالطفل يميز بين شكل كلمة تشابه مع كلمة أخرى ولكنها في نفس الوقت مختلفة عنها، وهو قد اكتشف أيضا بعض القواعد الوظيفية التي يمكن استعمالها في وضعيات متطابقة مثل استعماله لمعنى الامتلاك، أي أنه يعمم استعمال القاعدة وأحيانا يعممها بصفة مبالغة و خاطئة عندما يقول "حقيبة أنا ". وانطلاقا من هذا التعميم و الامتداد في استعمال هذه القاعدة يبني الطفل إكتسابات دلالية تؤدي بدورها إلى ظهور إبداعات عابرة، هذه الإبداعات يمكن أن نسميها بالأخطاء الجيدة فهي في الحقيقة أخطاء، ولكنها في نفس الوقت تخضع لقاعدة معينة تبين أن الطفل قد جسد بنيات منتظمة، والتي ستلعب دورا في المزيد من الاكتسابات الأخرى (بركات، 2009، ص153).

1-7- النظام اللغوي لاكتساب اللغة الشفهية :

تظهر قدرة المولود الصغير في اكتساب لغته الأم بصفة مذهلة، فخلال أعوام يكون قادرا على التحكم في النحو لهذه اللغة والذي هو نظام معقد من الخصائص الفونولوجية، المعجمية، والتركيبية والواقع أن الدراسات اللسانية والمعرفية وعرضت مسألة اكتساب اللغة والكلام بالرجوع على مكونات هذا النظام والمتمثلة في: الشكل والمحتوى والاستعمال. فالشكل يشمل الفونولوجيا، المفردات، المورفولوجيا والتركيب، أما المحتوى فيتمثل في المعنى أي دلالة اللغة وأخيرا الاستعمال أو الجانب البراغماتي بمعنى دراسة مجموعة الرموز (Codes) والتي تحكم وتنظم الرغبة في الاتصال من طرف المتكلمين، وتتجلى مكونات اللغة في المخطط التالي:



الشكل رقم(01): يوضح مكونات اللغة الشفهية.

1-7-1 اكتساب النظام الفونولوجي : يأتي الطفل إلى هذا العالم وهو مزود بميكانيزمات خاصة لاكتساب اللغة، ومنذ الميلاد فالأصوات الموسيقية وأصوات الكلام لا تتم معالجتها في نفس المناطق من الدماغ، نستطيع افتراض أنه منذ الأيام الأولى من الحياة أن معالجة أصوات الكلام تختلف عن باقي الأصوات الأخرى، فالقدرات اللغوية المذهلة تتجلى عند المولود الصغير من خلال قدرته على التعرف على التعرف على صوت أمه ويميز بين لغتين أجنبيتي فهذه القدرات في الإدراك اللغوي التي تظهر عند المولود تتخصص فيما بعد تحت تأثير لغة الأم، فيصبح قادرا على فهم أصوات هذه اللغة، فأثناء نموه اللغوي يستطيع الطفل فهم كيفية الربط وبصفة صحيحة بين العلامات الفونولوجية (تسلسل الأصوات) والمفاهيم ليتم تخزين كلمات جديدة، ويستطيع بناء

تمثيلات ذهنية واكتشاف النظم التي تحكم استعمال الكلمات من طرف الراشد، وفي المقابل فان الطفل نادرا ما يسمع كلمات معزولة، هذا ما يحتم عليه تقطيع المراسلة الصوتية بطريقة أين يعزل كل قطعة من هذه المراسلة المناسبة لكل كلمة، وللقيام بهذه العملية فالطفل يتوفر وبصفة مبكرة على قدرات فونولوجية مثل المعلومات العروضية (Les informations prosodiques) (النبر، المدة) والنظم التركيبية الخاصة بكل لغة، فكل هذه القدرات يستخدمها الطفل مبكرا حتى قبل ظهور الكلمات الأولى، ومن جهة أخرى فالطفل يستطيع استعمال الكلمات التي يعرفها من قبل قصد تقطيع الرسالة الصوتية وهذا ما يطلق عليها مصطلح " سياق المعالجة الرجعية من الأعلى إلى الأدنى، فإذا ما كنا بصدد تقطيع سلسلة كلامية مثلا فإننا لا نواجه مشكلة فيما يتعلق بالتعرف على القطعة الأولى للكلمة الأخيرة من هذه السلسلة حتى وإن كانت غير كاملة .(Delannoy , 2005 , p17)

فقد يتعرف على الكلمة أي على شكلها ونقرؤها، فنحن نقرأ كلمات كثيرة منها ما نعرف معناها ومنها ما يتدخل فيها عامل المعنى، فما هو الدور الذي يلعبه هذا الأخير ؟ يبدو وأنه يلعب دور المحرض الذي يرفع مستوى تنشيط الكلمة عن طريق عمليات معالجة رجعية من الأعلى إلى الأدنى، وقد أثبت بعض الدراسات أن الكلمات التي لها معاني متعددة يكون التعرف عليها أكبر وأسهل من الكلمات لها معاني قليلة، وقد أشار كمسباشر (Gemsbacher) أن هذه المعطيات تكون صحيحة إذا اشترك المعنى مع مألوفة الكلمة، والذي ينبغي معرفته أن ما يتم اكتسابه هنا ليس أصوتا مفردة وإنما فئات من الأصوات، فإذا التغير في أي منهما تتحول الكلمة إلى كلمة أحرى. ومن المحاولات الإثبات الوجود السيكولوجي للفونيم تلك الدراسات السيكوفيزيقية التي قدمها سلوين (slween) لتثبت أن فهم الكلام لابد أن يسبقه إدراك هذا الكلام فونولوجيا، فقد وجد بالتجريب أن تميز الكلمات المنطوقة داخل أسهل من تمييزها مقتطعة من سياقها

الصوتي، فلقد أجريت تجربة سجلت فيها حديثا ثم قطعا الشريط إلى كلمات منفصلة وطلب من المفحوصين تمييز هذه الكلمات منفصلة، وكان من المثير للدهشة أن المفحوصين استطاعوا أن يميز حوالي نصف الكلمات، وهم استطاعوا أن يميزوا كل الكلمات إذا نطقت في سياق أطول (سيد يوسف، 1990، ص89).

كما حاول الكثير من الباحثين تطبيق التحليل الفونيمي على المنطوقات ذات المعنى، لكن هناك شروطا مسبقة ضرورية للمنطوقات ذات المعنى من الكلمات، وهي أن الطفل يكون قد تعلم بالفعل أن يتعرف على الأصوات المرتبطة بموقف معين وعليه حينئذ أن يتعلم إنتاج ما يقترب من هذه الأصوات في الموقف، هذا الأداء يتطلب مهارات كبيرة في تقليد وتوحيد مخرجاته لتتطابق مع النموذج، و يبدو أن هذه المهارات تتطلب التعرف والنطق المفصل لبعض الملامح المميزة . فالطفل الذي لديه اضطراب فونولوجي إدراكي سيواجه حتما صعوبات في نموه اللغوي أكثر من هذا إذا أظهر الطفل صعوبات في بناء مخزونه اللغوي، فهذا ما يجعله يصل إلى مستوى متدني من النمو اللغوي لأنه لا يستفيد من المعلومات، فاكتساب كلمة جديدة يتضمن الاحتفاظ في الذاكرة القصيرة المدى بالمعلومة الفونولوجية ومعنى الكلمة قبل أن تكون هذين المعلومتين المرتبطتين مخزنتين في الذاكرة طويلة المدى، هذه الأخيرة يجب أن تتوفر وبصفة أساسية على قدرات عالية ضرورية للنمو اللغوي (سيد يوسف، 1990، ص 94).

1-7-2- اكتساب النحو (التركيب) : يحدث اكتساب النحو بعد إتمام اكتساب الأصوات والنطق بها، ومن المتفق عليه أن الأطفال الأسوياء غير مصابين بالصمم أو بعطب مخي، أو اضطراب جسمي أو نفسي يبدؤون المناغاة في حوالي الشهر السادس، وينطقون الكلمة الأولى في حوالي الشهر 10 إلى 12 شهرا ويركبون الكلمات من 18 شهر الى 24 شهرا و يكتسبون التراكيب تماما من 48 الى 60 شهرا، و كل الأطفال

يعبرون هذه المراحل المتتالية في نفس العمر تقريبا ويفعلون ذلك بغض النظر عن الظروف التي يتعلمون في ظلها (عماد عبد الرحمان، 2003، ص200).

حسب روسي (Rossi ,2008) أن أولى الجمل التي ينتجها الطفل تكون في الشهر 14 و18 شهرا وتكون على شكل زوج من الكلمات (couple mots) أما بناء الجملة فيتم حول كلمة محورية (Pivot) مرتبطة بكلمات أخرى، و يجب الانتظار حتى السنة الثالثة حتى تظهر بنيات لها شبه مع الجملة وتكون غالبا من ثلاث كلمات فعل، فاعل، مفعول به، فبناء الجمل الأولى يستند إلى استعداد يتمثل في التعرف على الأصناف النحوية مثل الأسماء التي تشير إلى الأشياء وإلى الكائنات الحية، والصفات التي تتمثل أساسا في النعت و الأفعال المستعملة في تسمية الأحداث أو حالا معينة، ويبدأ اكتساب التراكيب الفعلية منذ أن يضع الطفل كلمتين معا، وفي هذه المرحلة تكون مطوقاتهم المختصرة صنعهم، ولا يشترط أنهم يقلدون كلام الراشدين . وكل أطفال العالم يمرون بهذه المرحلة من اكتساب التراكيب، وعند البلوغ الثانية من العمر يستخدم الأطفال من 200 إلى 300 زوج من الكلمات ويمكن آن تعبر الجملة نفسها عن أشياء مختلفة معتمدة على السياق وإذا نظرنا إلى عينة كلام نطقها طفل وعمره 28 شهرا، ثم قارناها بعينة أخرى طفل وعمره 38 شهرا فسنلاحظ أن هناك تغييرا كبير ألحق بها في هذه الفترة القصيرة حيث يزداد طول وتعقيد منطوقات الطفل (عماد عبد الرحمان، 2003، ص205).

وقد اتضح من بعض الدراسات الطويلة أن الأطفال الصغار يحذفون نهاية الكلمات التي يستخدمها الراشدون وأن هذه الأشكال من الحذف ليست عشوائية، فالأطفال يحذفون الكلمات الصغيرة (أي يحذفون الكلمات الوظيفية) ويستخدمون الكلمات التي لها معنى فقط والتي يطلق أحد المنجزات الهامة أثناء المراحل المبكرة لاكتساب النحو، وقد قدم براون (Brown) وصفا كاملا لهذا النوع من الارتقاء النحوي لدى الأطفال، فقد لاحظ على سبيل المثال أن الأطفال يكتسبون مورفيمات معينة بترتيب واضح الانتظام وهو

يقصد بالمورفيمات الأدوات التي تساعده على إعطاء المزيد من المعنى الدقيق للكلمات التي يستخدمها فأثناء هذه الفترة يكتسب الأطفال ما يشير إلى الجمع أو ما يشير إلى الملكية، هذا التوازي في ارتقاء اللغة والمعرفة أدى ببعض المنظرين إلى القول أن ارتقاء اللغة يعتمد على مستوى الارتقاء المعرفي السابق للطفل، ومن الملاحظ أن تعلم اللغة لن يكون عملية فعالة ما لم يتعلم الطفل قواعد محددة لكل مجموعة جديدة من الكلمات التي يتعلمها، ومن المظاهر الارتقائية الأخرى في النحو قدرة الأطفال على صياغة الأسئلة، ففي هذه المراحل المبكرة يستطيع الأطفال استخدام كلمات الاستفهام (لماذا، أين؟ ...الخ) لكن دون أن يقوموا بإجراء التعديلات اللازمة للجملة لتصبح جملة استفهامية، كذلك عند استخدام النفي حيث أن كل ما يفعلونه هو وضع كلمة "ما" أو "لم" بجوار جملة خبرية مثبتة، كما يتضح بالتدريج قدرة الطفل على استخدام وفهم جمل المبني للمعلوم والمبني للمجهول وهكذا تستمر عملية اكتساب النحو حتى بعد دخول الطفل للمدرسة (عبد السلام،2009، ص 123).

1-7-3- إكتساب المعنى: لا يقتصر اكتساب الأطفال على الأصوات والتراكيب النحوية فقط وإنما يمتد لاكتساب المعنى فكما ينبغي أن تكون منطوقاتهم صحيحة نحويا يجب أن تكون ذات معنى، كما يحتاج الأطفال إلى أن يتعلموا كيف يفهمون معاني الجمل، فالمعرفة بالمفردات ليست كافية ويستخدم الأطفال أنواع متعددة من المعلومات لجعل الجمل ذات معنى، فحسب روسي (Rossi . 2008) يرى أن النحو اللغوي عند الطفل يشمل أربع مراحل :

- **المرحلة الأولى:** وتبدأ من 8 إلى 9 أشهر: فهم الكلمات الأولى.
- **المرحلة الثانية:** تبدأ من 11 إلى 13 شهر: إنتاج الكلمات الأولى.
- **المرحلة الثالثة:** تبدأ من 18 شهرا: السرعة في نمو المفردات.
- **المرحلة الرابعة:** تبدأ من 18 إلى 20 شهر: نمو النحو واستعمال الأدوات، بناء

أولى الجمل أو بداية التحكم في تكوين الكلمات (Morphologie). وللعلم فان أولى الكلمات التي يكتسبها الطفل تدل على أشياء مألوفة (Mots familiers) و تشمل على تعميمات تسمح بالتعبير عن كل الأشياء، وبالترابط مع هذا الاكتساب يستطيع الطفل اكتشاف خصائص هذه الأشياء والتي تكون مشتركة تسمح بالتفريق بينها (الفهم) وباستخلاص هذه الخصائص تصبح الأشياء المحرك لبناء المعنى فكلمة "عصفور " تستعمل من طرف الأم للإشارة إلى حيوان طائر فالعصفور يصبح إذا شيء يحلق في الهواء (سنقول لاحقا يطير) وينتقل فالسمة الدلالية المرتبطة ب "عصفور " هي من نوع إدراكي، فهذه الكلمة تشير إلى كائن متحرك والذي ينتقل بالتحليق في الهواء، فالطفل يتعلم بأن ليس كل ما يطير هو طائر، فالكيس البلاستيكي الذي تحمله الرياح في السماء ليس بعصفور، لأن هذا الأخير يمتلك خاصية كائن حي، ولاحقا ما يتعلم الطفل بأن العصفور له "ريش" والذي "يلد البيض" ...الخ، ثم بعدها يتعلم الطفل سمات جديدة فالطائر يمكن أن يكون "حمامة" أو "غراب" ...الخ، عندما يبلغ الأطفال الثالثة من العمر يفقدون العديد من أشكال توسيع المعنى، ولكي تظل لديهم مشكلة في التعامل مع الكلمات المطابقة (Antonyme) والنقائص (بارد، ساخن) فمعنى إحداهما قد يمتد ليشمل كلتيهما كما لو كانت الكلمات مترادفة (Synonyme)، وأحد التفسيرات المحتملة لذلك هو أن الأطفال يكتسبون مفاهيم عامة خاصة بالكمية (كثير، قليل)، الاتساع (واسع، ضيق) والارتفاع (طويل،قصير) ثم يعرفون أن هاتين الصفتين متناقضتين المعنى بالنسبة لنا، يمكن تطبيقها على البعد نفسه، لكنهم لم يفرزوا المعاني الكمية للصفات المعينة فالأطفال يفضلون الشيء الكثير و هذا التفضيل بالإضافة إلى المعنى القائم عن المفهوم العام يجعلهم يختارون الأكبر عندما يسألون عن الشيء الأقل، ويرى بعض الباحثين أن معاني الكلمات لا تكتسب إلا بعد أن يكون الطفل قد استطاع أن يكون صورا ذهنية ثابتة، أو مفاهيم عن الأشياء و الأحداث التي تشير إليها هذه الكلمات و إلا لما استطاع أن يعبر عن الشيء في غيابه أو يعبر عن شيء غير محدد، فالطفل الذي يقول "دادي" وأبوه غير

موجود وغير ذلك من الأصوات المتشابهة لابد أن تكون لديه صور ذهنية وأثار حسية لهذه الأشياء، الطفل إذا لا يكتسب معاني الكلمات إلا إذا تكونت لديه المفاهيم التي ترتبط بها هذه الكلمات أولا (الحاج العشاوي، 2004، ص103).

يجب إذن أن يتوفر الطفل على كفاءات مفهومة (Capacités conceptuelles) حتى يتسنى له استخلاص المعلومات من محيطه وترميزها تحت شكل من التماثلات الذهنية، هذه الكفاءات تنمو بصفة جد مبكرة عند الطفل، وتبدأ عملية تكوين المفاهيم منذ الولادة مند أن يبدأ يجذب انتباه الطفل ما يحيط به من مثيرات في البيئة التي يعيش فيها، وما يترتب على حركية من نتائج و كما يرى بياجيه (Piaget) فان مفاهيم دراسة الشيء والزمان والمكان والعدد والنسبية وغيرها إنما تنمو تدريجيا كنتيجة للتغيرات الجوهرية التي تطرأ على الطريقة التي يدرك بها الطفل العلاقات بين الأفعال و النتائج (شنافي،2010 ،ص 82).

1-7-4- اكتساب القدرات البراغماتية : تعرف البراغماتية (Pragmatique)على أنها الدراسة المعرفية،الاجتماعية، الثقافية للغة، بمعنى آخر فان هدفها هو دراسة استعمال اللغة، فالكفاءة البراغماتية تشمل جوانب عامة من التفاعلات اللفظية وتعرف على أنها "قدرة الفرد على القيام باختبارات سياقية (Des choix contextuels) والمناسبة للمحتوى، الشكل والوظيفة، وتتضمن التحكم في مهارات خاصة مثل: القدرة على تسيير تناوب الأدوار ووضع مرجع مشترك لتحضيرات حوارية، وكذلك التحكم في مهارات معرفية عامة كالمهارات المتعلقة بمعالجة المعلومة بصفة عامة، فحين التعمق في ظاهرة اللغة نجد مكانة هامة تعطى لمجموعة العناصر المسماة بالبراغماتية الاجتماعية (Socio-pragmatique) وتستعمل في وضعيات تبادل وتفاعل مع الأخر والأنماط الاجتماعية (Les routines social) والكلمات الصغيرة العلائقية هذه العناصر لها وظيفة براغماتية وتعتبر بمثابة بوادر من الأصناف المعجمية التي تأتي فيما بعد،

فالاكتساب اللغوي يتم في سياق اتصالي يتم بين الطفل والسامع هذا السياق يلعب دورا لا يمكن إهماله في اكتساب معاني الكلمات، فالطفل يستطيع أن يأخذ في حسبانه البنية الاتصالية للذي يستمع إليه وأن يقبل كذلك بأن الكلمات تتعلق باتفاق اجتماعي أكثر من هذا فميكانيزمات الانتباه المرتبة والأخذ بالحسبان الحالات الذهنية للمستمع تتدخل في اكتساب وتعلم كلمات جديدة ويلاحظ أنه في سن 18 شهر تكون نسبة الإجابات الصحيحة للطفل أكثر من الإجابات التي تأتي عن طريق الصدفة وهذا بالنسبة للأشياء التي لا يراها الطفل والحكم عليها من طرف الراشد، فالطفل إذن يأخذ بعين الاعتبار نظر الراشد ليستطيع الربط بين العلامة الفونولوجية والمرجع (شنافي، 2010، ص89).

1-8- العوامل المؤثرة في اكتساب اللغة الشفهية :

إن النمو اللغوي يختلف بين الأفراد والسبب في هذا الاختلاف يرجع إلى عدة عوامل ومعرفة هذه العوامل التي تؤثر في اكتساب اللغة يفيد في إمكانية التعرف على أهم أسباب القصور في اكتساب اللغة ومعالجة تلك الأسباب، وكذلك أسباب التفوق مما يساعد على إثرائها والمحافظة عليها، ومن أهم العوامل التي تساعد على اكتساب اللغة الشفهية عند الطفل:

1-8-1- العوامل الذاتية (الخاصة بالطفل) :

- **النضج والعمر الزمني:** أكدت الكثير من الدراسات أن اللغة اللفظية تعتمد في نموها

على نضج الأجهزة الصوتية وتدريبها على مستوى التوافق العصبي الحركي الحسي لهذه الأجهزة، وتدل الأبحاث على أن الأجهزة الصوتية المختلفة كعضلات الفم واللسان والحنجرة والشفتين والأنف تصل في نموها إلى المستوى الذي يمكنها من أداء وظيفتها قبل الميلاد، ما يكون الطفل عند ولادته مزودا بأجهزة الاستقبال التي يستقبل بها ما

يصدر عن غيره من لغة، فإذا واجه الطفل أي إعاقة بيولوجية عضوية أو قصورا في أداء الجهاز العصبي لديه تؤثر نموه اللغوي (الناشف، 2007، ص42).

وقد أكد العديد من العلماء أن عدد الأخطاء في الكلام يتناقص تدريجيا تبعا لدرجة النضج التي يصل إليها الطفل، كما يزداد عدد المفردات وطول الجملة وفقا لنموه العقلي والزمني ويزداد تعقيد التراكيب اللغوية بازدياد العمر (قاسم أنسي محمد، 2002، ص125).

- **الذكاء:** من الأمور المتفق عليها العلاقة الوثيقة بين الذكاء والتفكير من ناحية والنمو

اللغوي من ناحية أخرى ولاشك أن النمو اللغوي يلعب دورا هاما في النمو العقلي والمعرفي للطفل، فكلما نمت لغة الطفل وتطورت ارتفعت قدرته العقلية، لأن اللغة هي الأداة الرئيسية في نمو معلومات الفرد وأفكاره ومفاهيمه وقدرته على التعبير عنها وتطويرها، فالأطفال الذين يمتلكون ذكاء عالي ومرتفع يتمكنون من الكلام قبل الأطفال العاديين في الذكاء، كما يميز الأطفال الأذكياء كلمات أكثر من الطفل المتوسط والمتوسط أكثر من الضعيف، إلى جانب تخلف الأطفال الأقل ذكاء في القدرة على التمكن من الكلمات والتركيب وحجم المفردات وطول الجملة واستخدام المعاني المجردة، وإدراك الفروق بين المعاني المختلفة، بالتالي فان الأطفال الأقل ذكاء يعانون من صعوبة في سرد القصة (قاسم أنسي محمد ، 2002، ص134).

- **النوع (الجنس):** تؤكد أكثر الدراسات التي تصدت للكشف عن الفروق بين الجنسين

في مجال التطور اللغوي على وجود فرق بين الجنسين في مجال التطور اللغوي على وجود فرق لصالح الإناث في جميع جوانب التطور اللغوي، وقد فسرت مكارثي تفوق الإناث على الذكور بأن الإناث في بداية تعليم اللغة يبدأن التوحد بأمهاتهن، بينما يتوحد الذكور بالأب ونظرا إلى أن الأب في الغالب يكون بعيدا عن المنزل أكثر من الأم، فان

الذكور يحصلون على اتصال أقل بالأب، فالعلاقة الوطيدة بين الأم وابنتها تساعد البنت على تعلم الكلام في وقت مبكر وعلى نحو أفضل (كرم الدين،2004، ص88).

- **التطور الحركي:** القدرة على التحدث أو الكلام مهارة معقدة ولكنها مهارة حركية وهي

إن كانت كافية تتطلب القيام بقدر كاف من التدريب و التمرن عليها قبل إتقانها، إلا أنها كذلك لا يمكن أن تتحقق من دون حد أدنى من النضج الفسيولوجي للعضلات ولمختلف الأعضاء التي تدخل فيها، فالقدرة على التحدث تتطلب قدرة على تتطلب قدرة عالية من التآزر العضلي لأعضاء النطق، ويعتبر العلماء أن لغة الطفل الحقيقية هي البديل المختصر للحركات والاستجابات الظاهرية لأعضاء الجسم، فالإيماءات ترافق في المعتاد اللغة في مراحل تطورها المبكرة، وظهور اللغة وإتقانها يصاحبه اختصار الإيماءات والتقليل منها (أبو حليم،2005، ص168).

- **الأسباب النفسية الداخلية:** إن الاستجابات اللغوية واللفظية التي تصدر منا تعكس

حالتنا النفسية وأنماطنا الشخصية، لذلك لا غرابة لأن تؤثر الاضطرابات النفسية (الذهانية أو العصابية) في القدرة على التواصل مع الآخرين (الخطيب ، 2005، ص248.)

1-8-2- العوامل البيئية:

- **مستوى الأسرة الإجتماعي والإقتصادي:** هناك أدلة عديدة و كثيرة على وجود علاقة

واضحة ووثيقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأسرة الطفل وتطورها اللغوي، فأطفال البيئات الاجتماعية والاقتصادية العالية يتكلمون أفضل وأسرع وأدق من البيئات الدنيا، لأنهم ينشئون في بيئة مجهزة بوسائل الترفيه وتمكنهم فرصهم من التزود بعدد كبير من المفردات وتكوين عادات لغوية صحيحة (كرم الدين، 2004، ص99).

- **نوع الخبرات التي يتعرض لها الطفل:** كشفت نتائج بعض الدراسات التي أجريت حول

التطور اللغوي نفي مراحله المبكرة وجود علاقة بين ذلك التطور وبعض الخبرات التي يتعرض لها الطفل خلال مرحلة طفولته المبكرة، ومن هذه الخبرات:

- **نمط الحياة الأسرية والتفاعل بين الطفل والوالدين:** ففي دراسة قام بها "ميلر" وجد

أن الأطفال الذين حصلوا على درجات عالية على اختبار الذكاء اللفظي كانت أسرهم تحرص على تناول الوجبات مع الأطفال، كما تقوم خلال الوجبات وغيرها من المناسبات بتبادل الحديث، كما يشارك الطفل في تلك الأحاديث، أما في حالة المجموعة الثانية التي حصلت على درجات منخفضة على الاختبار نفسه، فقد وجد أن أسرهم لم تكن تتناول الوجبات معا ولم يتبادل الحديث خلال الوجبات أو في أوقات أخرى، كما أن هؤلاء الأطفال لم يشاركوا في الأحاديث القليلة التي كانت تتبادلها أسرهم (كرم الدين، 2004،ص 103).

الطفل لن يكتسب اللغة إن لم يتعرض لنماذج لغوية، فهناك دليل على أن السمع البسيط للغة ليس كافيا لاكتسابها، فتفاعلات الطفل الاتصالية مع القائمين على رعايتهم يفسر اكتساب الحصيلة اللغوية والنمو اللغوي ويسهله (قاسم أنسي محمد، 2002 ،ص 158).

- **عمر الأشخاص المحيطين بالطفل:** على الرغم من وجود بعض التناقض في نتائج

الدراسات التي حاولت الكشف عن العلاقة بين التطور اللغوي للطفل أو عمر المحيطين به إلا أن أغلب النتائج تشير إلى أن التطور اللغوي للطفل الذي يعاشر بالدرجة الأولى أكبر منه يعد أسرع من تطور الطفل الذي يعاشر الأطفال فقط (بدر، 2008، ص 155).

- **تعدد اللغات التي يتعلمها الطفل:** تؤثر اللغات التي يتعلمها الطفل خاصة في مرحلة

الطفولة المبكرة في اكتساب اللغة و نموها الطبيعي فحينما يتكلم الطفل لغتين أو حينما يضطر إلى تعلم لغة أجنبية في الوقت الذي لازال يتعلم لغته الأم، فان ذلك يريك مهاراته اللغوية في كلتا اللغتين ، وأكدت مجموعة من الدراسات أن ميلاد الأطفال في أسر تتكلم لغتين يؤدي إلى أن تكون مفرداتهم أقل من المعدل بالنسبة لأعمارهم الزمنية، و كذلك بالنسبة لكلتا اللغتين، وبالتالي فأنهم يجدون صعوبات أكثر في تعلم اللغة من الأطفال الذين تتحدث أسرهم لغة واحدة (نقاوة، 2000،ص 43).

- **الالتحاق بالروضة :** تؤدي خبرات الطفل والمؤثرات التي يتعرض لها دورا مهما في

زيادة الحصيلة اللغوية واتساع مدركاته، كما تساهم الخبرات التي تتهيأ للأطفال قبل دخولهم المدرسة الابتدائية في تطوير لغتهم وزيادة مفرداتهم إضافة إلى مساهمتها في رفع مستوي تحصيلهم الدراسي، وقد أكدت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال أهمية دور الحضانة ورياض الأطفال في إنماء خبرة الطفل واكتسابه مفردات جديدة (العزة، 2002، ص167).

2- الإنتاج اللغوي:

2-1- مفهوم الإنتاج للغوي:

نعني بإنتاج اللغة القدرة على التعبير أو تقديم منتج لغوي يتفق مع القواعد العامة لإنتاج اللغة، وبمعنى آخر إنتاج لغة مكتوبة أو منطوقة،سواء كانت تلقائية أو كاستجابة لأسئلة أو تعليمات،و بالتالي فإن إنتاج وفهم عدد لا نهائي ومتجدد من الجمل، وهنا نؤكد وجود مستويين لدراسة إنتاج اللغة: المستوى الأول دراسة إصدار الأصوات، والثاني أكثر تعقيدا من سابقه، وهو إنتاج الكلمات والجمل والمقاطع، فاكتساب اللغة لدى الطفل يبدأ

بالأصوات،ثم تبدأ هذه الأصوات بالتمايز لتصبح كلمات لها معنى، ثم تركب هذه الكلمات لتصبح جملا نحوية ذات معنى (يحياوي،2021، ص46).

تتمثل اللغة الإنتاجية في قدرة الدماغ البشري على إنتاج الرسائل اللغوية الناسبة لإتمام عملية التواصل، ويتم ذلك عن طريق تحديد الرسائل المناسبة، ومن ثم إرسالها إلى العضلات المسؤولة لتظهر في النهاية على شكل كلمات أو غيرها، وباختصار فإنها تمثل قدرة الفرد على التعبير عما يريد باستخدام الكلمات، وتتكون من ثلاثة عناصر أساسية متداخلة فيما بينها وهي: الشكل،المحتوى والإستعمال، يتألف الشكل من علم الأصوات(phonologie) وعلم القواعد (Morphologie) والنحو(Syntaxe) أما المحتوى فيتضمن المعاني والدلالات (Sémantiques)، أما الإستعمال يتضمن الوظيفة النفعية للغة (يحياوي،2021، ص 46).

تعتبر اللغة الإنتاجية أحد مظاهر التواصل اللغوي سواء كان شفهيا أو رمزيا أو من خلال الكتابة، وهي المظهر العكسي للغة الكتابية وتعتبر هذه القدرة شكلا من أشكال اكتساب اللغة و توظيفها على نحو فعال (إبراهيم يوسف، 2010، ص10).

كما تتمثل في قدرة الدماغ البشري على إنتاج الرسائل اللغوية المناسبة لإتمام عملية التواصل ويتم ذلك عن طريق تحديد الرسائل المناسبة، ومن ثم إرسالها إلى العضلات المسؤولة لتظهر في النهاية على شكل كلمات أو غيرها وباختصار فإنها تمثل قدرة الفرد على التعبير عما يريد باستخدام الكلام (فوزي محمد الخولي، 2021، ص 728).

وإذا تكلمنا عن إنتاج اللغة من الناحية الفيزيولوجية باعتبار الكلام تجسيدا للعملية فإنها بلا شك تعتبر بالقدرة الحركية الأكثر تعقيدا عند الإنسان، فالإنتاج الشفهي يتطلب الإستعمال المتناسق لمجموعة من الأعضاء التي تسمح بإنتاج 15صوت في الثانية، ويتضمن جهاز التصويت 3 أقسام وهي :

1- الجهاز التنفسي مع الرئتين لعضو أساسي الذي ينتج الهواء اللازم لإنتاج أغلبية أصوات اللغة.

2- الحنجرة (التي تحتوي على الأوتار الصوتية) التي تنتج الطاقة الصوتية المستعملة في الكلام.

3- التجاويف فوق الحنجرة (التي تتمثل في الحلق، شراع الحنك، اللسان ، التجاويف الأنفية والشفاه)، والتي تلعب دور في التصويت وأين يتم إنتاج معظم الأصوات المستعملة في الكلام (عدى، 2017، ص 50).

2-2- أنواع الإنتاج اللغوي:

لإنتاج شكلان أساسيان في حياة الإنسان وهما:

- **الإنتاج الشفوي:** وهو شكل من الإتصال المباشر الذي يحدث بين فردين أو عدة

أفراد في مكان وزمان محددين، فهو أداة الإتصال السريع بين الناس وهو أصل اللغة، ذلك أن اللغة في مرحلتها الأولى ليست سوى الحديث الشفوي، وهو أسبق من الكتابي. ويعرف أيضا أنه:هو الحديث أو الكلام وهو أسبق عن التعبير الكتابي، كما أنه أكثر استعمالا من مختلف مجالات حياة الإنسان هذا من جهة. ومن جهة أخرى هو (أشمل) عن التعبير الكتابي حيث يتضمن النطق للأصوات والكلمات وتركيب الجمل وفق قواعد لتِؤدي معنى ودلالة في سياق أو موقف معين (الصويكي، 2007، ص12).

وفي هذان التعريفين نجدهما يؤكدان على: أن اللغة الشفهية أسبق عن اللغة الكتابية وأنها أشمل من اللغة الكتابية لأنها تشمل كل بنيات اللغة، كما أنها اللغة الأكثر استعمالا في كل مجالات حياة الإنسان، وتؤدي بشكل مباشر بين شخصين أو أكثر.

وكذلك تتجلى خصوصية وأهمية اللغة الشفهية بالنسبة للغة المكتوبة للفرد سواء كانت باللغة الأولى المكتسبة أو باللغة الثانية المتعلمة. ويعرفه مجاور (1976) أنه ذلك الكلام المنطوق الذي يعبر به الفرد عما يحول في نفسه من خواطر وهواجس ومشاعر وأحاسيس وما يزخر به عقله من أراء وأفكار وما يريد أن يزود به غيره من معلومات، أو نحو ذلك بطلاقة صحة في الإنتاج والأداء.

كما يعرفه يعقوب (1996) بأنه عن الآلية التي يستخدمها الطالب لإنتاج جملة وصوغها من الأفكار والمعاني المرتبطة بموقف معين يتطلب التحدث والاتصال في قوالب لفظية مناسبة لموضوع التحدث ولحال المستمعين اخذ بعين الإعتبار قواعد الإتصال والتواصل اللغوي الفعال، ومن خلالها يتضح لنا أن الإنتاج الشفوي هو أداء الفرد للغة بطريقة منطوقة لأصوات وكلمات وجمل اللغة المكتسبة أو المتعلمة في سياق وموقف حياتي أو مدرسي معين يقرض تبليغ رسالة أو التعبير عن رأي أو الحاجة أو المشاعر أو أحاسيس (الصويكي، 2007، ص23).

- **الإنتاج الكتابي:** من الإتصال الغير المباشر الذي يحدث بين الناس في أزمنة

وأمكنة مختلفة، فالكتابة في أبسط تعريف لها هي عبارة عن رموز مرئية للأصوات اللغوية المسموعة. فكلا النوعين من التعبير ضروريان للإنسان في حياته وفي المجتمع الحديث، فالإنتاج الشفهي يساعد في تحقيق حاجاته ونطالبه المادية والاجتماعية وفي تحقيق ذاته ومكانته وقدرته على الخطاب والإقناع، أما الإنتاج الكتابي يمكنه من التأثير في الحياة العامة بأفكاره ومواقفه (علمي،2003، ص29).

2-3- مراحل الإنتاج اللغوي:

تمر عملية اللغة الإنتاجية بالمراحل التالية:

- **تخطيط الحديث (الموضوع):** هو الخطوة الأولى بالنسبة للمتحدث أن يحدد نوع

الحديث الذي يريد الدخول فيه، يحكي قصته يتحاور مع الآخرين، يعطي تعليمات...الخ، وكل نوع من هذه الأنواع له بنية مختلفة و عليه التخطيط لما ينطق به بما يناسب هذا الموضوع، وكل منطوق ينبغي أن يسهم في الحديث بنقل الرسالة الصحيحة التي خصص لها.

- **التخطيط للحملة:** بعد أن يحدد المتكلم الموضوع والرسالة التي يرغب بنقلها عليه أن يختار الجمل التي تقوم بهذه المهمة، وأن يحدد ما هو الفاعل وما هو المفعول به،

عليه أن يحدد أيضا كيف يرغب في نقل الرسالة، هل ينقلها مباشرة بالمعاني الحرفية للجملة، أو بشكل غير مباشر عن طريق الأشكال البلاغية وغير ذلك.

- **التخطيط للمكونات:** بمجرد تحديد الخصائص العامة للجملة، يمكن للمتكلم أن يخطط

لعناصرها، فيلتقط الكلمات أو المصطلحات الصحيحة ويضعها في الترتيب الصحيح، وبالرغم أن المتحدث قد يخطط الشكل العام للجملة إلا أنه يختار الكلمات المحددة لجزء تلو جزء من أجزاء الجملة (سعد، 2019، ص26).

- **البرمجة الصوتية:** بعد اختيار كلمات محددة، يقوم بصياغتها في الشكل برنامج

صوتي في الذاكرة، يصلح لكل الكلمات المكونة لعنصر من عناصر الجملة في الحال، فهي تشمل تمثيلا للمقاطع الصوتية الفعلية والنبرات والتنغيم، والتي تنفذ في الخطوة التالية.

- **النطق المفصل:** الخطوة الأخيرة هي تنفيذ مضمون البرنامج النطقي، حيث يضم ذلك

من خلال الآليات التي تضيف التتابع والتوقيت للبرنامج النطقي. وتترجم هذه الخطوة غلى أصوات مسموعة أي الكلام الذي كان ينوي التكلم إنتاجه، هذا التصور العام لكيفية إنتاج اللغة يحتاج دون شك إلى التهذيب والتعديل والتبرير، فكل ما سبق وصفه يدل على المنتج النهائي، الكلام أو اللغة، لكن ما يحدث بالفعل داخل العقل البشري مسألة معقدة لا يمكن الكشف عنها بهذا التصور البسيط، وبالتالي يمكن تصور تخطيط الكلام كعملية حل المشكلات، فعند التخطيط لما نريد قوله تكون لدينا مشكلة ضمنية ينبغي حلها وهي الأساليب اللغوية التي ينبغي أن يختارها للتأثير في المستمع بالشكل الذي يقصده. وهذا يتطلب اعتبارات تشمل ما يلي:

- **معرفة المستمع:** اعتمادا على ما يعتقد المتحدثون أن المستمعين يعرفونه أو على علم به، يشيرون إلى الأشخاص أو أحداث أخرى، ويظهر ذلك في حديثنا لاستخدام الضمائر.
- **المبدأ التعاوني:** يتوقع المتحدثون أن مستمعيهم يفترضون فيهم محاولة تحقيق التعاون

والمشاركة، لأنهم يحاولون قول الصدق وإعطاء معلومات تحقق قدرا من الوضوح والملائمة، وبناءا على ذلك يقولون جملا تحمل نوعا من السخرية والمزاح وهم واثقون من أن مستمعيهم سوف يفهمون ما يقصدونه.

- **المبدأ الواقعي:** يتوقع المتحدثون أن مستمعيهم يفترضون أنهم سوف يتكلمون عن أحداث وحالات وحقائق مفهومة.
- **السياق الإجتماعي:** تستلزم السياقات الإجتماعية المختلفة مفردات مختلفة، اعتمادا

على مركز المستمع أو مكانته واعتمادا على ما إذا كان الموقف رسميا أو غير رسمي، إذا تحدثت مع أستاذي وجب علي أن ألقي ألفاظا تختلف عن تلك التي أخاطب بها

زميلي، أو تلميذ، و كذلك الحال مع رئيسي في العمل، أو والدي في المنزل أو من هم أكبر مي سنا أو مركزا، و كذلك المفردات التي أستخدمها في حالة انفعال السرور، وغير التي أستخدمها في حالة انفعال الغضب أو الحزن مثلا.

- **الوسائل اللغوية المتاحة:** كثيرا من الأشياء التي يرغب المتكلمون في الحديث عنها

ليس لها تعبيرات لغوية جاهزة، حيث يكون المطلوب منهم أن يقوموا بإعداد تعبيرات جديدة تتناسب مع ما يريدون التحدث عنه، وتتغير ذاتها إذا ما تكرر الموقف مرة ثانية (السر طاوي، 2015، ص44).

2-4- شروط إكتساب الإنتاج اللغوي:

تتطلب اللغة الإنتاجية عدة مقومات أو شروط لإكتسابها وهي:

- **سلامة الأجهزة:** لإنتاج لغة سليمة يجب سلامة عدة أجهزة المتمثلة في:
- **سلامة الجهاز السمعي:** الجهاز السمعي يسمح بتمييز الأصوات وبالتالي وضوح

النطق، وخاصة عندما يكون المطلوب أدائه يتضمن أحكاما تمييزية للأصوات، فالجهاز السمعي هو مجموع من الوظائف توصل بالتالي إلى إدراك الاهتزازات الصوتية بعد الإحساس بها، فعندما ترتبط الموجات أو الاهتزازات الصوتية لصوان الأذن وتدخل إلى القناة السمعية فترى بداخلها حتى ترتبط بغشاء الطبلة المرن للحركة تبعا لنوع الاهتزازات، وتترك المطرقة المتصلة بالطبلة وهذه العضلة بدورها تؤدي إلى اهتزاز السندان والركاب ومن خلالها يتم تكبير هذه لاهتزازات الصوتية، حيث يعطي الطرف الثاني لعظمة الركاب النافذة البيضاوية، وعندما تتحرك الاهتزازات الصوتية(الموجات) إلى موجات كهربائية عصبية من خلال الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتي بالقوقعة، مما يؤدي بدوره إلى تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال سيل من الإشارات العصبية عبر العصب السمعي فينقله إلى مراكز السمع في الدماغ، ليتم تشفيرها ومعالجتها بفك رموزها وتفسيرها

واستخراج المعاني منها، وأي خلل في واحدة من هذه الوظائف يؤدي بالتالي إلى عطب في السمع (ذياب الجراح، 2007، ص 516).

وحدوث أي خلل فيه يؤثر على اكتساب اللغة الجيدة، فكلما كانت هذه الأخيرة جيدة كان الالتفاظ أحسن، فإذا كان الطفل غير قادر على الإستماع الجيد فإنه سيجد صعوبة في ربط الأصوات المسموعة بالكلمات التي يراها كما يجد صعوبة بالغة في تعلم الهجاء الصحيح وفي متابعة الدروس الشفوية وفي التمييز بين أساسيات الصوت وعناصره أو ربط كلامه بما يسمعه من نطق الآخرين (أبو معال، 2002، ص 23).

- **سلامة المراكز العصبية:** إن عملية الإنتاج اللغوي تعتمد على تآزر المناطق العصبية

ومراكز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت لذا فلا بد من مراقبة المراكز العصبية، فالعيوب والإصابات التي تحدث للطفل أثناء الولادة وما يعقبها من أمراض الطفولة تسبب عجز في تكوين الطفل ارتباطات صحيحة لتعلم الأصوات والكلمات وخاصة إذا ما حدث ذلك في مرحلة تعلم الكلام (زهوان و آخرون، 2007، ص202).

- **سلامة أعضاء التصويت:** إن الأصوات التي ننطق بها والتي تشكل منها الكلمات

التي نسمعها ونفهم معناها في حصيلة الحركات المتناسقة لجهاز النطق، فوجود أي خلل مثل عيوب ترتيب الأسنان أو إنتضامها أو يكون هناك عيب في النطق، وهذا الأمر يؤدي إلى خلل في اكتساب اللغة، ولكي تتحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت من سلامة المراكز العصبية أي الأعضاء التي تتحرك في حركته (شهين محمود، 2007، ص 69).

2-5- عمليات الإنتاج اللغوي:

لا بد من توفر عدة عمليات وأسس حتى يتمكن الطفل من إكتساب لغة الأم أو التلميذ من إكتساب اللغة الفصحى أو الأجنبية، وهذه العمليات تتمثل في:

- **القدرة على الكلام:** يقصد به سلامة المخ الجهاز العصبي و الحواس المسؤولة

على نقل الرسائل الحسية وتلقي الإجابة مع نمو الباحات الخاصة بالحواس واللغة في المخ، التي تعمل على تميز وفك الترميز اللغوي بطرق متعددة ودقيقة جدا، ونمو القدرة اللغوية لدى الطفل تمر على مراحل وهي:

- تحديد المعاني لكل المسميات وكل ما يحيط به عن طريق الحواس (اللمس، الشم، السمع، الرؤية، الذوق).

- تخزين المعاني في الذاكرة، وهنا التكرار يلعب دورا هاما في مساعدة خلايا الذاكرة على تخزين التفاصيل.

- **الفهم اللغوي:** يبدأ الطفل بتكوين الصورة الصوتية للكلمات كأسماء الأشخاص وكل ما يحيط به من ظروف بصورها الصوتية ليستنتج المعاني. وأخيرا يصل إلى مرحلة نمو القدرة اللغوية لدى الطفل ألا وهي الإنتاج اللغوي، فبعد تصنيف المعاني وفهم المنطوق والمحسوس انطلاقا من الصورة الصوتية للكلمة، تشتغل الحركة في الدماغ الخاصة بترجمة الرسائل اللغوية العصبية إلى أفعال منطوقة وهكذا يتمكن من نطق الكلمة.

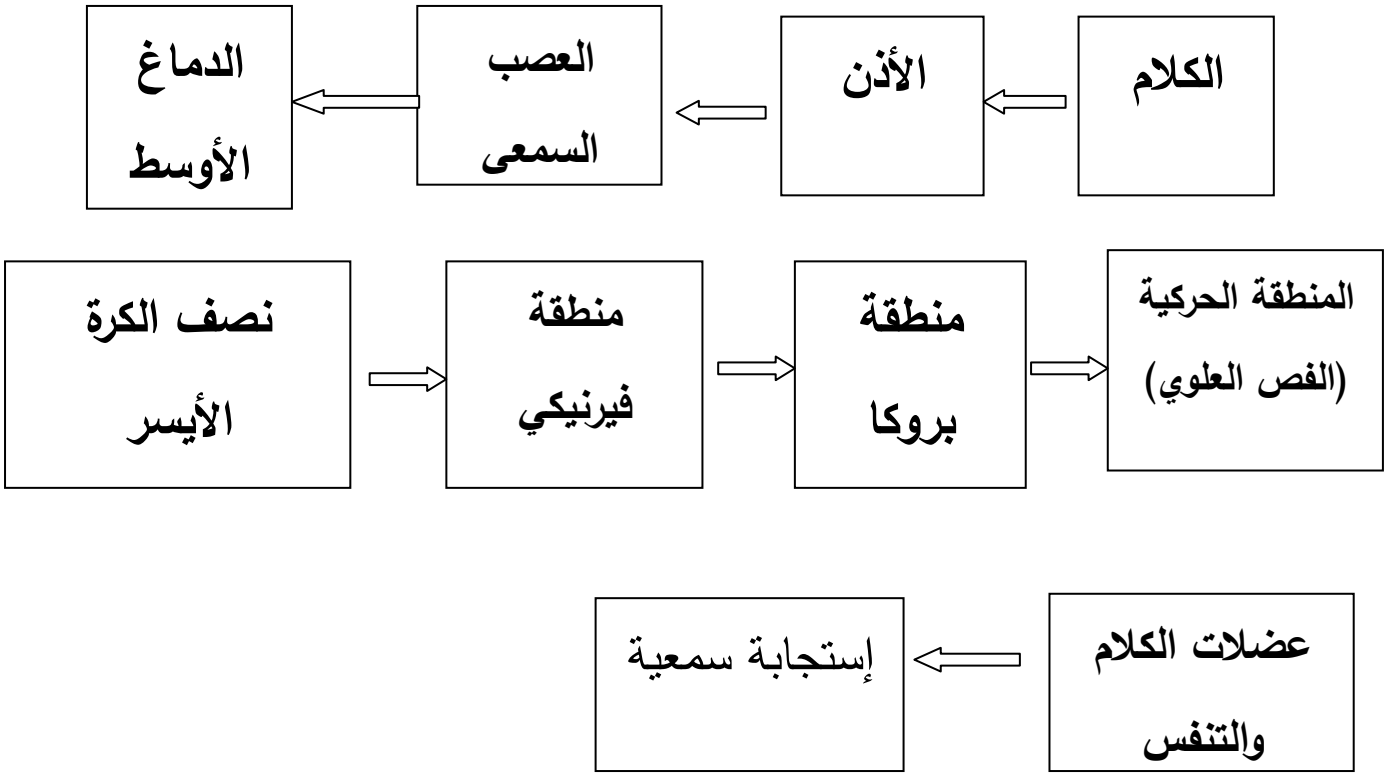
- **معرفة الكلام:** المنطلق يكون من معاش الطفل فيكون حسب كمية وتنوع الظروف

التي يعيشها إضافة إلى طبيعة الأحاسيس التي يشعر بها أثناء تجارب عديدة أو محزنة، وذلك يكون عن طريق إدراك جميع المعاني مع الحركة بصفة عامة، فمن معاشه يستخلص المعاني والمعرفة التي يكتسبها عن نفه أولا ثم عن الأشخاص والعالم المحيط

به، وتكتمل المعرفة الكلامية لدى الطفل إذا تمت لديه بشكل سليم بعض المفاهيم المتمثلة في الجانبية، المخطط الجسدي، المكان، الزمان.

- **الإرادة في الكلام:** تكون في مستوى التواصل وترتبط بالجانب العاطفي والعواطف

المكتسبة نتيجة معاش الطفل أي طبيعة ونوعية الظروف السابقة ونوعي الظروف الحاضرة، فالمعاش العاطفي للطفل يدخل في الوضعية الحاضرة، فيسمح بتحرير ودفعه للكلام أو العكس تكفه عن ذلك، ولذا فالتعلم الجيد لا أن يفتعل في حركية وفي عواطف إيجابية (عمراني، 2014، ص 123).



شكل رقم(02): يوضح فهم و إنتاج الكلام في الدماغ (الزريقات، 2005، ص105).

2-6- مستويات الإنتاج اللغوي:

هناك عدة مستويات للغة الإنتاجية منها الصوتي أو الفونولوجي، الصرفي، المورفولوجي، بالإضافة إلى المستوى النحوي التركيبي و الدلالي، وفيما يخص المعنى سنتطرق إليها بالشرح:

- **المستوى الصوتي(الفونولوجي) (Niveau phonétique):**

وهو النظام الصوتي للإنتاج اللغوي يشمل على القواعد التي تحكم وتضبط مزج أو توحيد الأصوات المختلفة، ويشمل الأصوات الكلامية ومخارج الحروف وصفاتها، طريقة تكونها، شكل الأوتار الصوتية أثناء خروجها. فالمستوى الصوتي للغة يحدد الفرق بين اللغة وكيف يعتمد الكلام على النظام الصوتي للغة، ويتعلق بحالة ناطقة وسامعه بينما تستقبل اللغة عن ارتباطها بذلك الإطار الذاتي الضيق إلى تقنين علم يجمع أصوات الدلالات الصوتية، لذلك كانت دراسة المستوى الصوتي تخضع لذات القواعد التي تستخدم في دراسة المعنى لتحديد المتوافقات و المطرقات بين الأصوات من حيث المخارج والصفات، يستخدم النوع الأول من الأصوات (الصوامت) لتشكيل وحدات لغوية أكبر وهي الجذور من المعاني اللغوية، إذ أن الجذور هي عبارة عن تركيب وحدات صوتية (صوامت) اعتمادا على معاني مقررة، إذ نجد كل جذر من جذور اللغة يعب عن معنى أولي مركزي رئيسي (الغزالي، 2003، ص51).

- **المستوى الصرفي المورفولوجي (niveau Morphologique):**

وهو يدرس الوحدات الصرفية والصيغ اللغوية، كما أنه يبحث في بناء الكلمة والكلمة تتكون من تناسق الصوتية بحيث تعطي معنى، أما إذا جاءت دون نسق لا تكون معنى، وهو المستوى الذي يأخذ فيه مستخدم اللغة تلك الجذور، ويبعث فيها الحياة ليحولها إلى مفردات (كلمات، مورفيمات)، وهي أقدر عل حمل المعنى الذي يعبر عن الحدث أو

فاعله أو من وقع عليه زمانه ومكانه، فلو أخذنا الصوامت التالية "ت"، "ب" ،"ك" فإننا نلاحظ أنها ليست ذات معنى ولكن إذا أعدنا تنسيقها وربطها في كلمة واحدة مثل "كتب" فإنها تدل حينئذ على الكتابة ولو أضفنا وحدة صوتية جديدة مثل الفتحة على الباء لزاد المعنى فأصبح اللفظ يدل على الكتابة في زمن الماضي وعلى من قام بها ولنعلم أن المستوى الصرفي مرتبط بالمستوى الصوتي، ويبرهن على ذلك على أن الوحدات الصوتية التي تنتمي أصلا للأصوات أضافت معاني جديدة على البنية الصرفية، ولكن هذا الصوت لا يأتي في سياق جملة، وتتكون الكلمات بوضع الكلمات في قوالب صرفية كل منها يعبر عن حالة معينة من حالات مقامات الإتصال اللغوي مثل الحدث (الفعل)، زمنه (ماضي، أمر، مضارع...)، محدثه (صيغة إسم الفاعل) من وقع عليه الحدث (صيغة إسم المفعول) مكانه (إسم المكان) وغيرها من قوالب مورفولوجية (صرفية) مثل الصفات، الأسماء، الأدوات وغيرها من الصيغ الإشتقاقية، ومعنى هذا أن الصرف مرتبط بالنحو أيضا، ومن هنا يمكن القول أن المستوى الصرفي مرتبط بالمستوى الصوتي وبالمستوى النحوي أيضا ورابط بينهما ولهما، يبحث من الناحية التشكيلية أو التركيبية للصيغ علاقتها التصريفية من ناحية والاشتقاقية من ناحية أخرى، فالقواعد المورفولوجية تتضمن التغيرات التي تطرأ على شكل الكلمات في حالة تغير تركيبها وذلك بتغير معانيها، ويعد المورفيم أو التصريف أصغر وحدة ذات معنى للغة، فهو لا يمكن أن يقسم و يظل محتفظ بمعناه (استيتية، 2008، ص 40).

- **المستوى النحوي التركيبي (Niveau Syntaxique):**

هو العلم الذي يختص بدراسة القواعد التي تحكم بناء الجملة وتركيبها والضوابط التي تحكم كل جزء منها وعلاقة هذه الأجزاء مع بعضها البعض وكذلك طريقة ضبط هذه الجمل وأنواعها، ويعرف في علم اللغة الحديث " بعلم التراكيب" وعلى هذا يتعلق المستوى النحوي في اللغة بتراكيب الكلمات، وتكتسب اللغة سمتها كنظام من خلال قواعدها

النحوية، بحيث يقوم المتكلم بعد أن كون المفردات، يقوم بوضع تلك المفردات في قوالب تركيبية (جمل) لتحمل المعاني الكلية للفكرة المراد التعبير عنها، وهو المستوى الذي فيه يدرك المتكلم ومنتج اللغة العلاقات التي تربط عناصر التركيب ببعضها البعض، من خلال سلسلة من العلاقات الوظيفية (النحوية) مثل الفعل وعلاماته ومدى ارتباطه بفاعله الذي يعرف وفق علامات محددة (محمد سلامة شاش، 2006، ص 28).

- **المستوى الدلالي (Niveau sémantique):**

إن اللغة كنظام تتمكن بالقليل من الألفاظ أن تستحضر ما لا حصر له من المعاني، وأن العلاقة بين الرموز اللغوية ودلالتها لا يمكن أن تكون قاصرة على المعنى الذي يمكن تقنينه أو حصره في معجم واحد أو عدة معاجم، وإنما يجب أأن تكون للغة كنظام مرن بحيث تمكن أصحابها من ترشيد استخدام الألفاظ وتحديد المعاني بالنسبة للتراكيب اللغوية الواحد لفضا كان أو جملة، وهي تحتوي أساليب اشتقاقية تمكن من إنشاء صيغ نحوية جديدة وأساليب بلاغية تجعل من المجاز أداة لإثراء المعاني وإيجاد الارتباطات بين الصورة الحسية ونحن عادة نلجأ إلى المعجم لكي نتعرف على عناصر المطابقة بين اللفظين، ويشير اللغويين في دراستهم للعلاقة بين اللفظ والمدلول على اعتبار أنها:

– **الدلالة الوضعية المعرفية:** وتقوم على المطابقة بين اللفظ وبين عناصر فهمه.

– **الدلالة التخيلية الضمنية:** وتقوم على اختبار عناصر المعنى السابق و إلحاقها بالمدلول ويتعلق المعنى اللفظي بهذا العنصر دون غيره، والتعرف على هذه العلاقة التخيلية يعتمد على قدرة معرفية تقوم على تحليل العناصر المتضمنة في معنى اللفظ واختيار ما يناسب هذا الإلحاق المجازي الذي قد يصل إلى حد الإستبدال حيث يستخدم ألفاظ في غير أماكنها باعتبار أنها تعطيها دلالتها بديلتها (محمد سلامة شاش، 206، ص30).

- **المستوى الأسلوبي:** وهو المستوى الذي يتعلق بالهيكل الأسلوبي الذي يختاره منتج اللغة لحمل فكرته التي أراد التعبير عنها، ولذا تعددت الأساليب اللغوية حسب المقام من جهة، وطبيعة المحتوى المراد التعبير عنه من جهة ثانية، ووضع المنتج من جهة ثالثة، ويكاد يجمع علماء اللغة على خصوصية أسلوب الفرد وكادوا يقولون أن لكل فرد من أفراد المجتمع اللغوي له أسلوبه المميز الذي يميزه عن غيره.

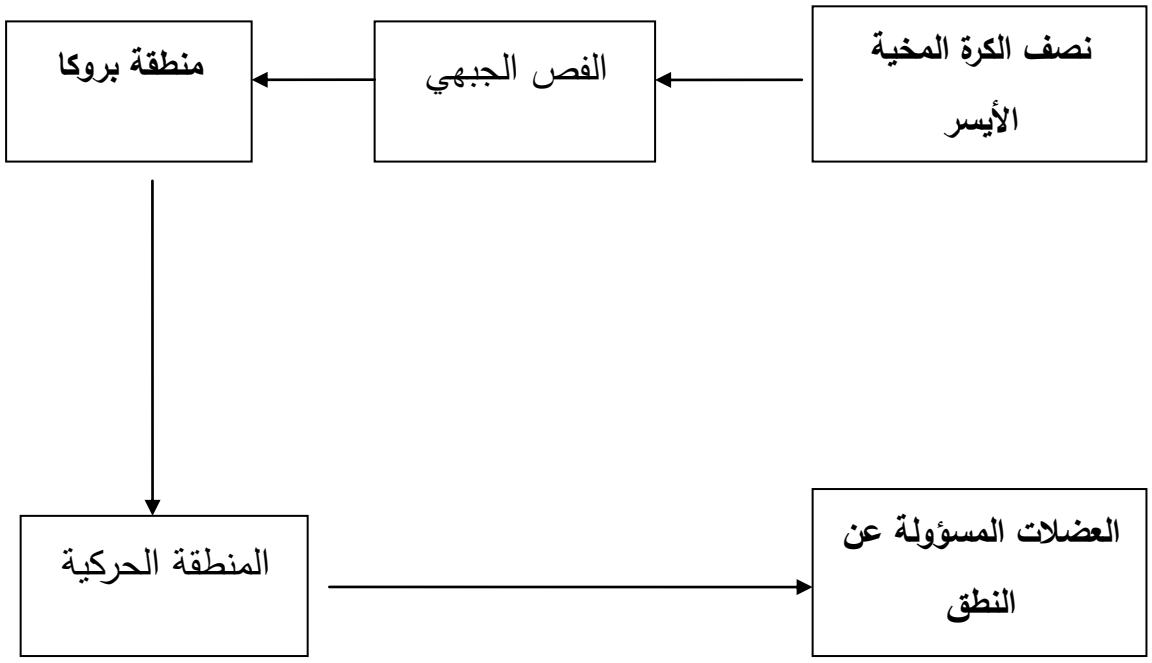
- **المستوى البياني:** عرفنا أن المستويات السابقة مرتبطة ببعضها البعض، فلأصوات تؤدي إلى كلمات والكلمات إلى جمل، والجمل تعطي معاني والمعاني ترتبط بسياق أو مقام، وأن المعاني هي غاية من المستويات وقمتها، وأن غايتها هي التعامل مع الآخرين والتأثير فيهم والتعبير عما في النفس وهنا يأتي دور البيان في كيفية التأثير والتعبير إذ أن البيان لغة مأخوذة من الإبانة والكشف (خليفة، 2009، ص 34).

2-7- البنى العصبية المتدخلة في الإنتاج اللغوي:

يعتبر التناول العصبي اللغوي من أهم المجالات لفهم الوظيفة اللغوية، إذ يهتم هذا الميدان باللغة كسلوك وعلاقته بالبنيات العصبية المسؤولة عن السلوك اللغوي، كما يختص بمعالجة المعلومات المعرفية، نموها، وتطورها عند الإنسان وهذا بالتكامل مع العلوم الفيزيولوجية والبيولوجية والنفسية (بارة، 2010، ص 54).

فبالنسبة لوظيفة الإنتاج اللغوي فهي مرتبطة بباحة قاعدية على مستوى "باحة بروكا"، فهي المسؤولة عن إنتاج الكلام، وهذا بتنظيمها العقد لسلاسل الحركية الضرورية لإنتاج الكلام، أي أن هذه الباحة مسؤولة عن إنتاج الكلام المنطوق، هذه الأخيرة تحول بدورها إلى الساحة الحركية الأولية أين يتم تنفيذها ونطقها، مع العلم أن "باحة بروكا"تعمل بالاتصال مع "باحة فيرنيكي"، رغم أنهما لا يتصلان مع بعضهما بطريقة مباشرة، فالجزء الأمامي من "باحة بروكا" والمسؤول عن إنتاج الكلام يرتبط ارتباط غير مباشر مع الجهة

الخلفية لمنطقة بروكا، فهو يمر أولا على النواة البطنية الداخلية للتلاموس، وهذا الارتباط الثنائي الاتجاه وظيفته ضمان التعديل الدلالي للإنتاج اللفظي، أما المراقبة الفيزيولوجية فهي على الأقل تتم على مستوى الحزام الذي يربط منطقة الحزمة المقوسة مع منطقة فيرنيكي بارتباط مباشر (الزريقات، 2005، ص105).



الشكل رقم (03): يمثل مخطط لمسار إنتاج الكلام في الدماغ.

من خلال هذا التناول العصبي نجد أن أولى نماذج اللغة تتسرب إلى دماغ الفرد عبر جهازه السمعي وتتوجه بسرعة إلى منطقة فيرنيكي أين تفهم الأصوات اللغوية، وتتحول إلى نسخ عقلية، وإذا رغب الفرد في الحديث فإن هذه المسخ تنتقل إلى منطقة بروكا التي تتواصل فورا مع منطقة الحركة في القشرة الدماغية التي تتحكم في حركات الوجه واللسان والفك، أي مناطق إنتاج أصوات اللغة، حيث تترجم النسخ العقلية إلى نخطط حركي لإصدار الكلام (الزريقات، 2005، ص 109).

- خلاصة الفصل:

تعتبر اللغة مظهرا هاما من مظاهر الحياة وعنصر بارز في حياة الأفراد، إضافة لكونها الوسيلة للتعبير والتخاطب بينهم، وكما تعتبر وسيلة أساسية يتواصل بها الأجيال وتنتقل عبرها الخبرات والمعارف، وتنقسم اللغة من حيث طبيعتها إلى مظهرين: الأول يسمى باللغة الإستقبالية والثاني باللغة التعبيرية التي يستخدمها الفرد للتعبير عما في ذهنه والإدلاء برأيه والهدف منها دائما تحقيق التكيف و التوافق الإجتماعي بين الأفراد وما يحيط به.

الفصل الثاني

الشلل الدماغي

الفصل الثاني: الشلل الدماغي.

- تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي.
2. مفهوم الشلل الدماغي.
3. أنواع الشلل الدماغي.
4. أسباب الشلل الدماغي.
5. أعراض الشلل الدماغي.
6. خصائص الشلل الدماغي.
7. المشاكل الخاصة التي يعاني منها أطفال الشلل الدماغي.
8. الإضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي.
9. تشخيص الشلل الدماغي.
10. علاج (الأساليب العلاجية) للشلل الدماغي.
11. الوقاية من الشلل الدماغي.
12. الإضطرابات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

- خلاصة الفصل.

-تمهيد :

الشلل الدماغي أحد الإعاقات الحركية الذي له أبعاد طبية وإجتماعية، نفسية وتربوية، وينجم عن تلف الدماغ في الأجزاء المسؤولة عن الحركة، تختلف الأضرار الناجمة عن الشلل الدماغي باختلاف موقع التلف الدماغي وشدته، وكثيرا ما ترتبط هذه الإصابات الدماغية العضلية باضطرابات سمعية، حسية، ذهنية، لكن بدرجات متفاوتة مما يستوجب إذا تكفلا خاصا وشاملا متعدد الاختصاصات، ولكي نتعرف أكثر على هذه الإعاقة سنتناول في هذا الفصل تقديم لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي، مفهومه، أنواعه، التطرق لأعراضه والأسباب المؤدية إليه، إضافة إلى الإضطرابات الخاصة به والمصاحبة له وكيفية التشخيص والوقاية من الشلل الدماغي.

1- لمحة تاريخية عن الشلل الدماغي:

إنصب الإهتمام على الإعاقة العقلية من ناحية تطور الإختبارات وتأهيل الكوادر التربوية وإنشاء المراكز التأهيلية والتربوية، وطرأت أيضا تطورات على الخدمات المقدمة للعاقين بصريا وسمعيا، أما فيما يتعلق بالشلل الدماغي، حيث هي من أكثر أشكال الشلل الدماغي شيوعا فلم يحظ بأي إهتمام تربوي، كإنشاء مراكز تربوية ووضع برامج تعليمية وتربوية خاصة، ولكن الإهتمام قد إختصر على الخدمات الطبية المساندة، وهذه مشكلة حقيقية لأهالي الأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث أن أطفالهم يصبحون في سن الدراسة، والمداس العادية تفضهم ولا توجد لديهم برامج تربوية خاصة تلبي حاجاتهم وتمكنهم من تعلم أساسيات المعرفة، من كتابة وقراءة وحساب والأنشطة المختلفة الأخرى التي تساعد الطفل المعاق على النمو و التكيف الشخصي والاجتماعي والاندماج في الحياة الإجتماعية (الكسواني،2007، ص 08).

هذا ولم يحظ الشلل الدماغي بالإهتمام الكافي إلا في القرن التاسع عشر حيث قام وليام ليتل (William Littel, 1843) بوصف الأعراض المصاحبة للشلل الدماغي وصفا طيبا، وذلك من أجل الكشف المبكر عن هذه الحالات، ومن خلال ممارسته كجراح إستطاع أن يكون على صلة بحالات الشلل الدماغي غير المعالجة والتي كانت حالة تشوهها شديدة وقد إهتم بهذه الحالات ووضعها في كتابه الذي نشره عام(1853) بعنوان التشوهات، والذي أشار فيه إلى أن حالة التشوه تعود إلى تأثير عصبي حيث وضع فرضية تقول أن السبب الرئيسي الذي يؤدي إصابة الوليد بهذا الإضطراب وإحتمالية تعرضه إلى حالة إختناق أثناء الولادة، وساد هذا الإعتقاد حتى عام (1897)، عندما إقترح سيغموند فرويد (s.Freud) ثم أحد أطباء الأعصاب، أن الولادة المتعسة ما هي إلا أحد الأعراض المصاحبة لوجود عوامل أخرى تؤثر سلبا في نمو الجنين وليست السبب الذي يؤدي إلى الإصابة بالمرض، وأثناء فترة الثمنينات من القرن الماضي أثبت المعهد الوطني للإضطرابات العصبية والسكتة الدماغية أن عددا قليلا فقط من حالات الشلل الدماغي يرجع إلى نقص الأكسيجين الذي يتعرض له المولود أثناء الولادة، ففي العام نفسه قام فرويد ببحث حول 35 حالة من حالات الشلل الدماغي فأشار إلى وجود علاقة بين أطفال الخداج و الإصابة بالشلل الدماغي، وفي عام (1900) إستمر الإهتمام بمعالجة حالات الشلل الدماغي، فقام الدكتور برن سون (Bern soun) بتطوير تمارين عضلية لمعالجة الأطفال المصابين. وفي عام (1916) طورت كولي (Collie) بعض التمارين الجسدية للشلل الدماغي وهذه التمارين لا تزال تمارس حتى هذه الأيام مع التعديلات. هذا وقد زاد الإهتمام بالمشلولين دماغيا بعد الحرب العالمية الثانية بشكل ملحوظ، حيث تم إنشاء الأكاديمية الأمريكية للعناية بالشلل الدماغي في الولايات المتحدة الأمريكية عام (1947). و تم إنشاء عيادة للشلل الدماغي في مستشفى جامعة سانتا لويس في عام (1951)، كما أنشئ مركز للشلل الدماغي يهتم بالعلاج العضوي والنطقي للمشلولين دماغيا، وقد نفذت إجراءات فعالة للوقاية من الشلل الدماغي في السويد منذ

عام (1950) حيث قامت منظمات محلية وإقليمية بالإهتمام بجميع الأطفال الذين هم عرضة للخطر وكانت النتائج فعالة فخلال عدة سنوات أصبح من الممكن القضاء على اليرقان الحاد بعد أن كان من العوامل القوية الضارة التي تسبب الشلل الدماغي خلال الأربعينات (الكسواني، 2007، ص09).

وفي عام (1960) أنشأ الدكتور فوبيا (Faubia) مدرسة علاجية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي، اعتمد في طريقته على النقاط الحركية في جسم الطفل. وفي بداية السبعينات اشتهرت طريقة الدكتور باتو (Batou) في المجر، وتعرف بمدرسة التعليم الإيطالي وقد اشتهرت هذه لمدرسة في جميع أنحاء العالم في أواخر السبعينات، ولا تزال هذه المدرسة من أشهر المدارس في علام الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وطريقتهم بدأت تطبق في اليابان و بريطانيا وأمريكا، أما في لأردن ظهر الإهتمام بالشلل الدماغي عام (1977) حيث بدأت مؤسسة العناية بالشلل الدماغي بتقديم خدماتها في ذلك العام وكانت بداية تلك الخدمات متواضعة وتقتص على إصدار نشرات التوعية، ونتيجة هذه التوعية بدأت أعداد كبيرة من المواطنين بمراجعة المؤسسة لمعالجة أطفالهم مما دفع بالمؤسسة إلى التوسع في نشاطاتها العلاجية، كما تمكنت المؤسسة بالتعاون مع وزارة الصحة من زيادة نشاطاتها وأصبحت تقدم الخدمات العلاجية الأكثر عدد من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في جميع أنحاء المملكة، وقامت مؤسسة العناية بافتتاح مدرسة الروضة النموذجية في بداية عام (1992)، حيث يتعلم فيها الأطفال القادرين على التعلم. لذا فإن معرفة الأسباب تشكل خطوة أولى في طريق توفير خدمات مناسبة للأطفال المشلولين لتلقي العلاج ومساعدة المراكز على توفير خدمات علاجية من ناحية والحد من الإصابة بالشلل الدماغي من ناحية أخرى (الكسواني، 2007، ص11).

2- مفهوم الشلل الدماغي:

يطلق مصطلح الشلل الدماغي على الإضطرابات النمائية أو العصبية، التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم إكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة (الأيوب، 2008، ص 43).

فالشلل الدماغي عبارة عن مجموعة من إصابات الدماغ العضوية، ينتج عنها أعراض عصبية مختلفة، فهو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة، يحدث نتيجة تشوه باضطرابات حسية، معرفية و انفعالية، فهو أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي، يظهر على شكل ضعف في الحركة أو شبه خلل أو عدم تناسق في الحركة، يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ، وهو لا يشمل المشكلات الحركية الناجمة عن إصابات النخاع ألشوكي (فضة، 2004، ص 07).

ويعتبر الشلل الدماغي الحركي أحد الإعاقات الجسمية الحركية والتي تصيب الجهاز العصبي المركزي، وتحدث هذه الإعاقات نتيجة ضرر يحدث لمخ الجنين في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخلقه في فترة عدم إكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة (أبو النصر، 2005، ص 21) .

عرف الشلل الدماغي الحركي أنه اضطراب نمائي ينتج عن تلف في المخ أثناء فترة الحمل أو الولادة أو بعدهما، ويظهر على شكل عجز حركي يصاحبه اضطرابات معرفية، إنعالية، حسية، كما عرف أنه شلل حركي ناشئ عن نقص أو عطب في المخ غير مكتمل النمو، يظهر في الغالب على شكل إعاقة حركية وخلل في التناسق الحركي وفقدان كلي أو جزئي للقدرة على ضبط الحركات يرافقها اضطرابات حسية، انفعالية ومعرفية (Clover et all, 2014, p383).

تعددت التعريفات لوضع تعريف شامل للشلل الدماغي فقد عرفه أنغرامر (Anagrammer, 1955) الشلل الدماغي على أنه اصطلاح يصف من الإضطرابات عند الأطفال الصغار يسببها تلف في الدماغ، وتؤدي إلى عجز في الوظائف الحركية، والشلل الحركي قد يكون شبه خلل أو حركات غير إرادية أو عدم تناسق في الحركة ويستثني من ذلك جميع المشاكل الحركية الناجمة عن النخاع الشوكي (الكسواني، 2007، ص18).

يعرفه بالعربية شفري موليز(Chevrie Muller): على أنه إعاقة مرتبطة بإصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي، مكتسبة في بداية الحياة غير متطورة تؤدي إلى إضطرابات حركية متعددة و شاملة (الكسواني، 2007، ص20).

و يعرفه كلودين ميال (Claudine miel): بأن الشلل الدماغي ذا المنشأ العصبي ليس مرض، ولكنه عرض مصاحب لاضطرابات الوضعية واضطرابات الحركة، فزيادة تشنج العضلة تتبع من إصابة منطقة المخ خصوصا في لمنطقة الهرمية.

.(Claudine,2004, p88)

كما يمكن تعريف الشلل الدماغي على أنه تغير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ينجم عن تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة في الجمجمة، وهو أيضا مجموعة من الأعراض التي تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي أو نمو الدماغ، يظهر على شكل عجز يصاحبه غالبا اضطرابات حسية حركية وانفعالية وأحيانا معرفية (حولة، 2012، ص90).

فالشلل الدماغي مصطلح شامل يتضمن مجموعة من الحالات المرضية الحركية التي لا تتدهور وغير معدية والتي تسبب عجز جسدي أثناء نمو لإنسان، وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم مرتبطة بأداء الوظائف الحركية والمخ وهو الجزء المصاب في الدماغ

(على الرغم على أن الخلل الحادث بين قشرة المخ وأجزاء الدماغ الأخرى مثل المخيخ)، وينتج عنه إما شلل يصيب الأطراف الأربعة جميعها أو الأطراف السفلية فقط، أو يصيب جانب واحد من الجسم أي الطرف العلوي الأيسر، وهذا الشلل ينتج عنه فقدان في القدرة على التحكم في الحركات الإرادية المختلفة، وتختلف شدة الأعراض باختلاف شدة ومكان الإصابة في الدماغ، وقد يصاحبه عطل في الأعضاء الحسية الأخرى (دردور، 2021، ص29).

بناءا على التعاريف السابقة فإن الشلل الدماغي ذات الأصل العصبي مرتبط بإصابة في الدماغ خلال المراحل الأولى أثناء أو بعد الولادة، تتمثل في اضطراب حركي مستقر غير تطوري، وراثي، ومن آثاره اضطراب في الوضعية و الحركات، وتصاحبه اضطرابات في العمليات العليا مثل اضطرابات إدراكية، العمى الحركي، اضطرابات حسية، لكن هذه الإصابة العصبية لا تمس القدرات العقلية (بلخيري، 2005، ص12).

3- أنواع الشلل الدماغي:

يصنف الشلل الدماغي وفقا للأطراف المصابة، شدة ودرجة الإصابة وحسب نوع الشلل الدماغي ، وفيما يلي أهم هذه التصنيفات:

3-1- تصنيف الشلل الدماغي تبعا للأطراف المصابة: يصنف كل من هلمان وكروفمان (Halman, Kaufman , 1981) الشلل الدماغي تبعا لأطراف الجسم المصابة إلى ما يلي:

3-1-1- الشلل النصفي الطولي (Hémiplégie) : تتمثل هذه الحالة في شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم، وتمثل حوالي 40 % من الحالات، تكون هذه الإصابة عادة من النوع التشنجي(ارتفاع مستوى التوتر العضلي).

3-1-2- الشلل الأحادي (Monoplégie) : يتمثل في إصابة عضو واحد من الجسم.

3-1-3- شلل الأطراف الثلاثة (Triplégie): يتمثل في إصابة ثلاثة أطراف من الجسم وهذه الحالة نادرة عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

3-1-4- الشلل الرباعي (Quadriplégie): تشمل شلل الأطراف الأربعة، وفي الغالب فإن شدة الإصابة في الأطراف العليا تكون أكبر من الأطراف السفلى، والأغلبية العظمى من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من النوع التشنجي وكثير من المصابين بالنوع التخبطي يعانون من هذا النوع.

شكل رقم(04): يوضح طفل مصاب بالشلل الرباعي.

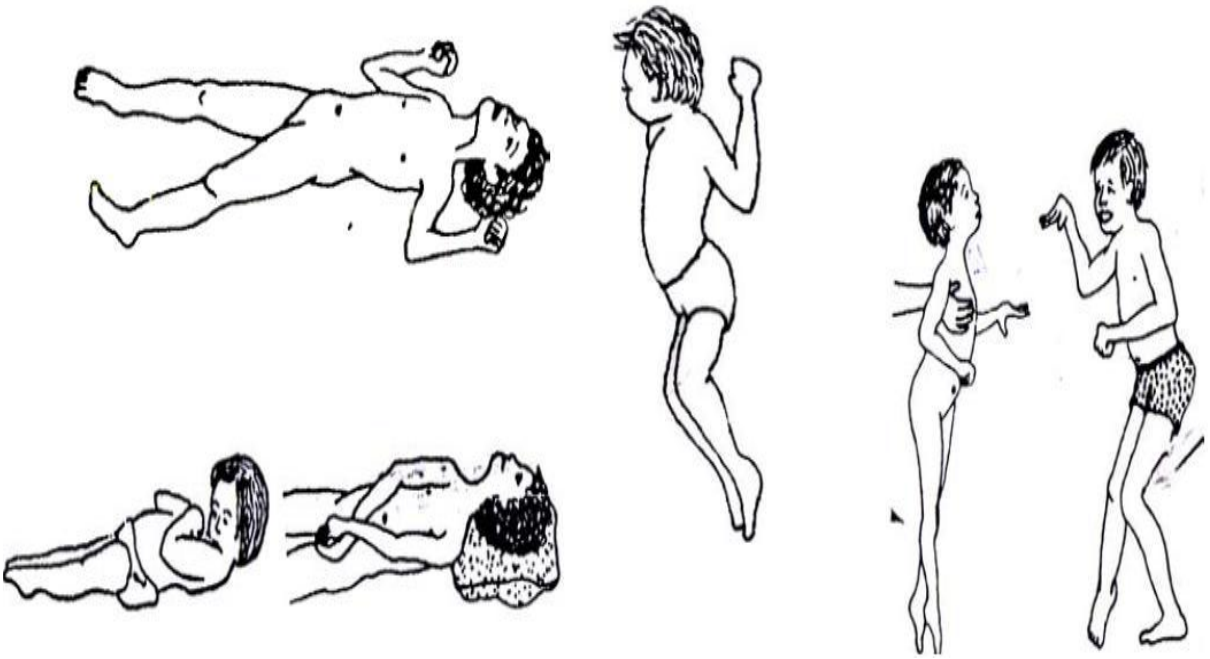
3-1-5- الشلل النصفي السفلي (Paraplégie) : يتمثل في الشلل السفلي أي شلل الرجلين و نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف حركي بسيط في الأطراف العليا أيضا، وفي هذه الحالة لا يعاني الطفل من صعوبة في الكلام أو في ضبط الرأس.

3-1-6- الشلل الكلي (Double hémiplégie): هو شلل نصفي للجسم معا. (محمد الزغبي، 2003، ص 193).

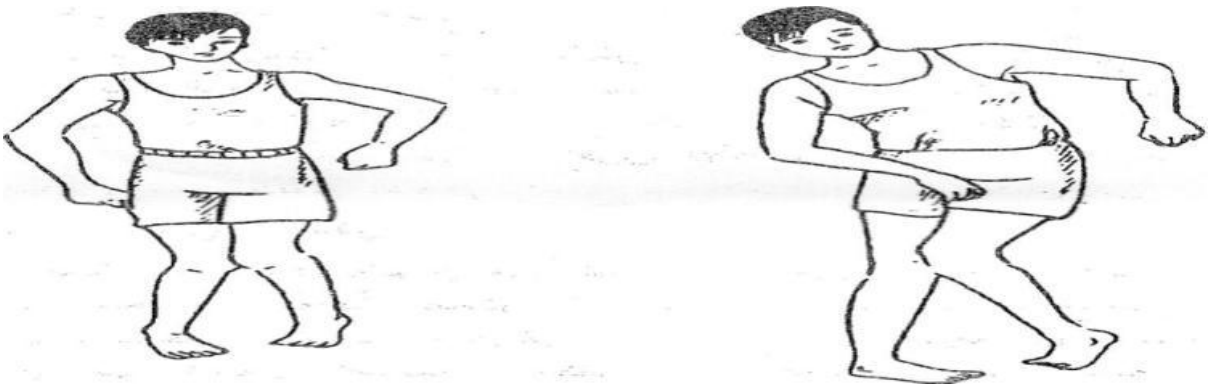
شكل رقم (05): يوضح تصنيف الشلل الدماغي تبعا للأطراف المصابة.

3-2- تصنيف الشلل الدماغي على أساس نوع الإصابة:

3-2-1- النوع التشنجي (Spastique) : يتضمن الشلل الدماغي زيادة مستوى التوت العضلي وباستجابة لعضلات للإشارة عل نحو مبالغ فيه. إن هذا النوع من الشلل الدماغي هو الأكثر شيوعا حوالي 50إلى 60% من حالات الشلل الدماغي ، وتبين الدراسات أيضا أن الغالبية العظمى من حالات الشلل الدماغي التشنجي تعزى إلى الخداج (Prématurité). إن التلف في الشلل الدماغي التشنجي يكون في المراكز المسؤولة عن الحركة في القشرة الدماغية، وبالضبط إصابة الجهاز العصبي الهرمي الذي يقوم بمراقبة الحركات الإرادية ويكون بصفة ظاهرة في الأطراف السفلية، هذا النوع غالبا ما يؤثر على السمع، البصر، والتفكير وغير ذلك. تكون عضلات الجسم من النوع التشنجي ضعيفة نتيجة عدم إستخدامها و بقائها في أوضاع معينة ولكونها ذات مدى حركي محدود، وتؤدي الحركة المفاجئة إلى انقباض شديد وهذا ما يطلق عليه إسم" انعكاس الإنبساط" . (محمد الزغبي، 2003، ص 193).



شكل رقم(06): يوضح وضعيات تشنجية لكل طفل مصاب مستلقي على ظهره .



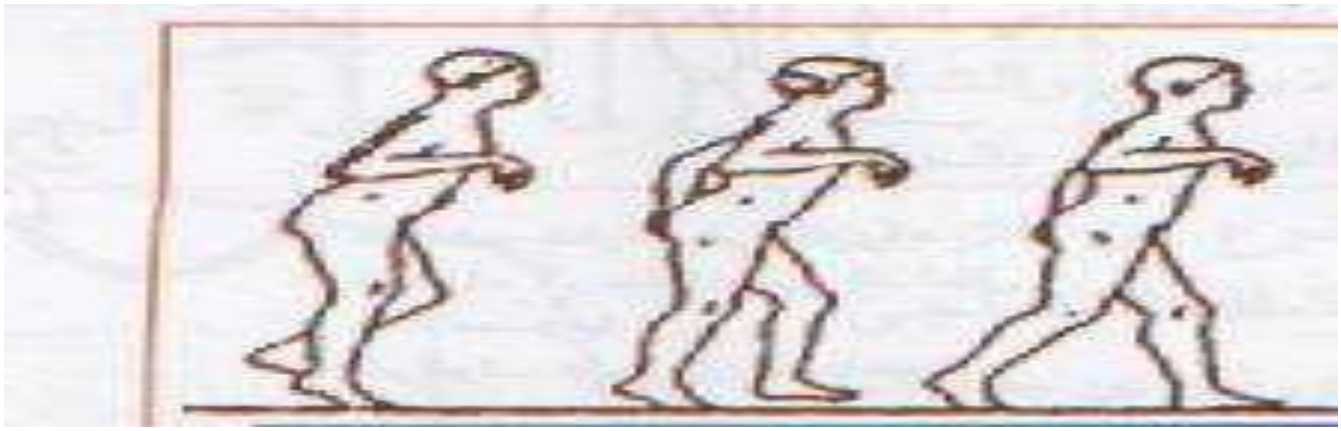
شكل رقم (07): يوضح الشلل التشنجي.

وينقسم الشلل الدماغي التشنجي إلى الأنواع الثلاثة التالية:

أ- **الشلل الدماغي التقلصي الرباعي:** في هذا النوع تكون أطراف الجسم كلها مصابة وفي العادة فإن الأطراف العليا تكون أشد منها في الأطراف السفلى، فعندما يوضع الطفل على ظهره، يحدث له انقباض شديد فيرأسه وحنقه وكتفه، ولا يستطيع أن يدفع رأسه أو

أن يدور بنفسه عند منطقة الصدر، لهذا لا يستطيع أن ينقلب على ظهره إلى الجانب أو إلى بطنه، أو الاتكاد على يديه أو ذراعيه، الأمر الذي يمنعه من الجلوس أو من دفع جسمه إلى الأعلى، وهو يشعر بخوف دائم من السقوط إلى الأرض إذا لم يتوفر له دعم خارجي.

ب- الشلل الدماغي النصفي: يكون التشخيص المبكر لهذا النوع أمر ممكن، ذلك لأن الأنماط الحركية والوضعية غير المماثلة في أطراف الجسم تتضح مبكرا، وغالبا ما تكون يد المصاب مغلقة فلا يستطيع الطفل أن يفتحها أو أن يحرك رجله المصابة.



شكل رقم (08): يوضح المشية التقليدية للطفل المصاب بالشلل الدماغي من النوع التشنجي النصفي.

ج- الشلل الدماغي الرباعي السفلي: يكون التواتر العضلي في كلا الجانبين مماثلا بشكل عام فإن قدرة الطفل عل التحكم بالرأس والكلام جيدا، إلا أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال تواجههم صعوبة ضبط حركات العينين، وتتضح الأعراض المرضية في هذا النوع عندما يبلغ عمر الطفل من 6 إلى 8 أشهر.

3-2-3- الشلل الدماغي من النوع التخبطي أو الإلتوائي (Athétosique) : يعد الشلل الدماغي التخبطي ثاني أكثر الأنواع شيوعا، إذ تقدر نسبة انتشاره بحوالي 12%. يتضمن هذا النوع حركات إلتوائية غير منتظمة وغي هادئة في العضلات وخصوصا في

العضلات القريبة من مركز الجسم، ويكون مستوى التوتر العضلي غير ثابت وهو يتغير باستمرار، تظهر هذه الحركات اللإرادية بوضوح عندما يكون الطفل متوتر غير مرتاحا وتقل في حالات الاسترخاء وتختفي أثناء النوم، ويحدث في العادة انبساط في أصابع اليد فتبتعد عن بعضها البعض، ويميل الرأس إلى الوراء ويكون الفم مفتوحا ويخرج اللسان منه، وعادة ما تظهر لدى هؤلاء الأطفال تغيرات وجهية غير عادية، فتعاني نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال من بعض أشكال الإعاقات السمعية.ونجد نوعين من الشلل الدماغي التخبطي:

أ- **النوع التواتري:** ويتصف بتواتر عضلي شديد.

ب- **النوع غير التواتري:** يتصف بحركات إلتوائية دون منها: الحركات الدورانية، الأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة وتبعا لموقع الإصابة، ينتج هذا النوع من الشلل عند إصابة العقد القاعدية في الدماغ الأوسط، وهذه المنطقة تتعرض بصفة رئيسية إلى ترسب المادة الصفراء عند زيادة نسبتها في الدم إلى 11-20 % فتترسب هذه المادة في حجيرات الدماغ الأوسط وتؤثر على عملية إصدار الأوامر الصحيحة وينجم عن الأوامر الخاطئة قيام الطفل بحركات غير إرادية (الكسواني، 2007، ص13).

شكل رقم (09) : يوضح طفلة مصابة بالشلل التخبطي.

3-2-3- الشلل الدماغي الإختلاجي أو اللاتوازي (Ataxie): تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع من 5 إلى 10 % من حالات الشلل الدماغي، وهو ناتج عن إصابة المخيخ المسؤول عن التناسق الحركي الحسي عند التوازن، وهذا ما يفسر الدوران مع صعوبة النظر للجانب مع القدرة على تتبع الأشياء بالنظر لذا تجدهم يدفقون في الأشياء التي تكون أمامهم. يعاني الطفل المصاب بهذا النوع من إنخفاظ المستوى العضلي، حركات غير متناسقة، عدم القدرة على التحكم في وضع الجسم وتصاحب عدم توازن حركات تخبطية، وتتصف مشية هؤلاء الأطفال بالترنح فهم غالبا ما يخطئون في تقدير المسافات وإدراك العمق، مما يؤدي إلى سقوطهم بشكل مستمر لذا فالطفل يمشي ويداه ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه.

شكل رقم(10): يوضح صورة طفل مصاب بالشلل اللاتوازي.

3-2-4- الشلل الدماغي المختلط (Mixte) : تبلغ نسبة الإصابة بهذا النوع بحوالي 12% وهو ينتج عن إصابة مجموعة من المراكز المسؤولة عن الحركة، فقد يكون الطفل مصاب بالشلل الدماغي من النوع التقلصي بصورة رئيسية مع فقدان التوازن أو مع حركات لا إرادية، وذلك نتيجة لإصابة كل من الدماغ الأوسط ة المخيخ.

3-2-5- الشلل الدماغي من النوع التيبسي (Rigidité) : هو نوع نادر الحدوث إلا أنه بالغ الخطورة، يتصف بانعدام الحركات الإرادية وزيادة مستوى التواتر العضلي، مما يؤدي إلى تشنج الأطراف و تقلصها وتيبسها بشكل متواصل ومقاومتها للحركة مع حدوث تشوهات شديدة، قد يصاحب هذا النوع بعض الإعاقات خاصة التخلف العقلي.

3-2-6- النوع الإرتعاشي (Pestremblements): هو نادر الحدث و ينتج عن ارتعاش الأطراف وتحركها بشلل لا إرادي، وقد يكون شديدا أو ضعيفا، كما قد يكون سريعا أو بطيئا، وتحدث هذه الحالة نتيجة عدم القدرة على مقاومة أي حركة للعضلات. (محمد البطانية، 2007، ص 381).

3-3- تصنيف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة: يصنف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة ودرجتها إلى ثلاثة أنواع:

3-3-1- الشلل الدماغي البسيط: يعاني هذا النوع من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الاعتناء بنفسه ويستطيع المشي دون إستخدام أدوات وأجهزة وأدوات مساعدة.

3-3-2- الشلل الدماغي المتوسط: يحتاج الطفل إلى أجهزة تعويضية و تدريب للمشي واستخدام اليدين، حيث يكون النمو الحركي في هذا النوع بطيئا جدا، وبشكل عام هؤلاء الأطفال بحاجة إلى خدمات علاجية للتغلب على مشكلات الكلام والعناية بالذات.

3-3-3- الشلل الدماغي الشديد: لا يستطيع المشي بسهولة وبحاجة إلى كرسي متحرك، وهؤلاء الأطفال بحاجة إلى علاج مكثف (الخطيب، 1988، ص37).

4- أسباب الشلل الدماغي:

يحدث الشلل الدماغي نتيجة عدة عوامل فقد تحدث قبل الولادة، أثناء أو بعدها مباشرة، وتشير الدراسات إلى أنه ما يقارب 90% من الحالات ترجع إلى حالات الإختناق الذي يتعرض له الجنينقبل وأثناء الولادة وفيما يلي أهم الأسباب حسب مراحل الإصابة:

4-1- العوامل المرتبطة بماقبل الولادة (Prénatale) :

4-1-1- العوامل الوراثية: يتم وراثة العجز عن طريق جنيات سائدة أو متناحية، تنتقل إلى الطفل من والدية أو أجداده، واحتمالات ظهورها في زواج الأقارب ومن الأسباب الوراثية:

- **إصابة الأم بالإضطرابات الأيضية:**

فتعرض الأم الحامل لاضطرابات الأيضية لعدم كفاءة المشية ومنها:

- **حالات تسمم الحمل** : نتيجة تورم القدمين عند الأم وارتفاع ضغط الدم ووجود كمية كبيرة من البروتيين في البول في الشهور الأولى من الحمل، فتشير هذه الأعراض إلى زيادة إحتمال تسمم الحمل.

- **المرض الكلوي المزمن:** بحيث يكون الحمل مصحوب بارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة البروتين في البول، ففي معظم الحالات الولادة تكون عسيرة.

- **الداء السكري:** عندما تكون الأم مصابة به قد تتعرض إلى الإجهاض خاصة في الأشهر الأولى من الحمل (الصفدي،2003، ص19).

- **اختلاف عامل الريزوس (RH) :**

لقد دلت الفحوص التحليلية على أن دم البشر في حوالي 86% من الحالات يحتوي على هذا المكون و أنه في حالة اختلاف دم الم عند دم الجنين قد لا تتضح خلايا الدم، وبالتالي يتأثر تكوين المخ بحيث تتسرب المادة الصفراء في حجيرات الدماغ الأوسط وبذلك يصاب الطفل بالشلل الدماغي.(محمد فهمي، 2008، ص34).

- **الحصبة الألمانية (Rubéole):**

هي من أخطر الأمراض التي تتعرض لها الأم الحامل خاصة في المراحل الأولى من الحمل أي في الشهور الثلاث الأولى من بداية الحمل، حيث تشهد هذه المرحلة بداية تكون الحواس عند الجنين، فعند إصابة الأم بالحصبة الألمانية فإن المكروب يتمكن من الوصول إلى الجنين وذلك بعد أن يخترق المشيمة ويسبب له إضطرابات في الحواس السمعية، البصرية، القلب و الدماغ، لذلك فإن معظم الأطباء عندما يتأكدون من إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية فإنهم غالبا ما ينصحونها بالإجهاض (نوري القمش، 2007، ص19).

- **نقص الأكسيجين (Anoxie):**

يعتبر نقص الأكسيجين من أهم الأسباب المؤدية للإصابة بالشلل الدماغي عند الطفل، بحيث تقدر نسبة الإصابة الراجعة إلى هذا السبب ب40 %، ونقص الأكسيجين أثناء الولادة يرجع إلى عدة أسباب منها: انفصال المشيمة، زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة العسيرة، التفاف الحبل السري حول عنق الجنين (السيد عبيد،2005، ص41).

- **تعاطي الأم للأدوية والعقاقير أثناء الحمل والإدمان:**

تؤدي الكحوليات إلى خمور الخلايا الخاصة بجدار المعدة، وهذا يسبب عسر الهضم وإيقاف إفراز العصارات الهاضمة مما سبب سوء الامتصاص مع نقص شديد في الإحتياجات الغذائية للتمثيل الغذائي، وهذا ما يؤدي إلى ضمور خلايا الجهاز العصبي التي تتلف خلايا الكبد و التصلب الشرياني مع إتلاف مباشر لخلايا المخ، ونلاحظ صغر حجم الرأس عند الولادة، كما أن التآزر الحركي الدقيق يكون ضعيف .

- **تعرض الأم للإشعاعات:**

إن تعرض الأم للإشعاعات خاصة في الأشهر الأولى من الحمل تؤدي إلى تلف دماغ الجنين، وبالتالي حدوث الشلل الدماغي خاصة أشعة X.

- **سوء التغذية للأم:**

يؤثر تأثيرا عكسيا على نمو دماغ الجنين و يمكن أن يؤدي إلى حدوث مضاعفات (Complication) وهذه المضاعفات تؤثر على الأعضاء وعلى الجهاز العصبي المركزي، فعندما يقل وزن الطفل عن 1500غ ونصف فإن هذا ربما يؤدي إلى الشلل الدماغي، علما أن الوزن الطبيعي للطفل عند الولادة 2500غ .

- **نزيف داخل دماغ الجنين:**

مثل النزيف البطيني الداخلي أو نزيف داخل الجمجمة اللذان وجدا لدى الأطفال ذوي الوزن الناقص، كما وجد لدى الأطفال الذين زاد وزنهم عند الميلاد عن 2000غ، وهذا النزيف لبطيني أو النزيف الجمجمي قد يدمر جزءا من المخ الذي يتحكم في وظائف الحركة، وبالتالي يؤدي إلى شلل دماغي، علما أن لنزيف الحادث في الدماغ نتيجة تمزق

الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ أو بسبب إصابة دماغ الجنين أثناء الحمل (محمد فهمي،2008، ص 248).

4-2- أسباب أثناء الولادة (Natale):

- **الخداج (Prématurité) :**

هذا السبب يحدث في المرحلة الثانية بحيث يمثل 30 % التي يمكن أن تكون لوحدها أو مصحوبة بحالات مرضية أثناء فترة الحمل أو الولادة، ومن المحتمل أن يرجع إلى خلل في عملية التنفس.

- **الولادة العسيرة:**

التي تستوجب في معظم الأحيان استعمال الملاقط و العمليات الجراحية، وهذا ما يؤدي إلى معاناة الجنين أثناء الولادة بسبب عدم وصول الأكسيجين إلى جسمه (البواليز،2000، ص 30).

- **اليرقان:**

ينتج عن عدم قيام الكبد بوظائفه كما ينبغي في الأيام القليلة الأولى من الحياة أو نتيجة عدم توزيع الكبد لإفرازاته في مجرى الدم، مما يسبب تلف في الدماغ غير المكتمل أو الناضج (السيد عبيد، 2005، ص 125).

- **الصدمات الجسدية:**

قد يحدث أن يصاب بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء الولادة بسبب طول عملية إستخدام أدوات خاصة أو الولادة القيصرية بسبب وضع رأس الجنين أو أكبر حجمه مقارنة بعنق الحم،مما يسب إصابة الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين.

- **العدوى التي تصيب الجنين:**

إذ تعتب إصابة الجنين بالالتهابات خاصة التهاب السحايا من العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي (نوري القمش، 2007، ص 51).

4-3- أسباب بعد الولادة (Post-natale) : هذه العوامل مسئولة عن حوالي 10إلى 15% من حالات الشلل الدماغي و من أهمها نذكر:

- **إصابة الرأس:**

تنجم هذه الإصابات من السقوط عن أماكن مرتفعة أو الحوادث المنزلية المختلفة أو حوادث السيارات، ففي هذه الحالة قد يحدث نزيف في الدماغ يترتب عنه تلف دماغي دائم.

- **التشوهات أو الإضطرابات المرضية:**

قد يصاب بها في مرحلة الطفولة المبكرة مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية.

- **الإضطرابات التسممية:**

التي تنجم عن تناول العقاقير بطريقة غير مناسبة أو تناول المواد السامة مثل الرصاص، الزأبق أو استنشاق الغازات السامة مثل أكسيد الكربون.

- **نقص الأكسيجين:**

قد يحدث نتيجة للغرق أو الاختناق أو انخفاض نسبة السكر في الدم.

- **التهاب السحايا:**

تمس أغشية الدماغ المبطنة للدماغ والحبل الشوكي، فإذا أصيبت تنتفخ وتتضخم وتسبب تحطما في أنسجة الدماغ وينتج التهاب السحايا عن أنواع مختلفة من الفيروسات.

- **ارتفاع الحرارة:**

الناتج عن الالتهابات أو عند فقدان السوائل في الإسهال، كل ذلك ممكن أن يسبب الجفاف الشديد أو الشلل الدماغي (الخطيب، 1988، ص67).

5- أعراض الشلل الدماغي:

من بين الأعراض التي تدل على وجود شلل دماغي أن النمو يعتمد على ضبط ردود الفعل الانعكاسية الأولية، وهذا ما يجعلها تختفي تدريجيا في مراحل زمنية معينة لدى الطفل العادي، أما بالنسبة للطفل الذي يعاني من المشاكل العصبية، يكون الإنعكاس متأخر في الإختفاء ولو أنها لا تستبدل بأنماط حركية أكثر تطور، وهذا وصف لبعض الأعراض الأساسية:

5-1- مشاكل في التغذية: يبدي الطفل صعوبات في الرضاعة، المضغ و البلع، يتقيأ كثيرا أو يختنق وحتى عند نموه فإنه يبدي نفس المشاكل.

5-2- صعوبات التكفل بالرضيع أو الطفل: جسمه يتشنج عندما نحمله، نلبسه أو نلعب معه ولا يستطيع أن يلبس أو يتغذى لوحده أو حتى أن يلعب لوحده وهذا راجع للتشنجات التي تصيب جسمه. كما يمكن أن يكون الطفل مرتخيا ظريا حتى يتخيل لنا أن رأسه سيسقط أو يتشنج فجأة فيعسر علينا حمله، و يبكي الطفل كثيرا ويكون مضطربا أو سريع الإنعال يكون سلبي لا يبتسم ولا يبكي.

5-3- صعوبات إتصالية: لا يستجيب الطفل كأقرانه من الأطفال بسبب رخاوته وليونته أو تصلباته لقصور حركات يده وحركاته اللاإرادية وهذا يجعل الطفل يتأخر في الكلام، وبعض الأطفال يكون كلامهم غير مفهوم و يظهرون بعض المشاكل النطقية حيث يصبح صعبا للأولياء فهم احتياجات الطفل.

5-4- السمع والبصر: تكون هاتان الخاصيتان في غالب الأحيان مصابتان، هذا ما يجعل عائلة الطفل المصاب تشك بقدراته العقلية، يجب مراقبة الطفل وإخضاعه لمراقبات للاطمئنان بأنه يرى ويسمع جيدا.

5-5- النوبات الصرعية، العصبية، الانتفاضية: تصيب الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في أغلب الأحيان، سلوك مضطرب كما نلاحظ تقلبات مزاجية (انتقال من الضحك إلى البكاء)، مخاوف، نوبات غضب أو إضطرابات سلوكية أخرى، وهذا يرجع إلى الإحباط الذي يعيش فيه الطفل لأنه لا يستطيع أن يفعل ما يشاء.

5-6- ردود أفعال غير إرادية: يبدي معظم الرضاع ردود أفعال أوتوماتيكية مبكرة تختفي بعدد أسابيع والشعور الأولي لكنها تستمر عند الطفل المصاب (إبراهيم محمد صاح، 2006، ص16).

6- خصائص المصابين بالشلل الدماغي:

6-1- الخصائص الجسمية: يتصف الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بنواحي العجز المختلفة في اضطراب نمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين والأصابع والقدمين، وعدم التوازن والجلوس والجلوس وتكون ناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، وتظهر مشاكلهم الجسمية أيضا في هشاشة العظام والتوائها، إنخفاظ معدل الوزن، مشاكل في الحجم وعدم وجود توتر مناسب للعضلات وارتقائها، عدم التآزر الحركي، المضغ واستخدام اللسان. و قد ترافق المشاكل الجسمية إضطرابات في حاستي السمع والبصر، وهؤلاء الأطفال بحاجة إلى وسائل تعويضية لكي يتمكنوا من القيام بالنشاطات التي تتعلق بحياتهم اليومية، وإلى أخصائيين في مجال العظام والعضلات ومشاكل النظر والإبصار من أجل تشخيص مشكلاتهم وتقييمها ووضع الخطط العلاجية المناسبة لهم حسب شدة ودرجة ونوع الإعاقة، وإلى خبراء في مجال التأهيل المهني لاختيار المهنة المناسبة لهم

والدفع بهم للوصول إلى أكبر قدر ممكن للإستفادة من طاقتهم الجسمية (حسني العزة، 2000، ص 39).

6-2- الخصائص العصبية: لدى هؤلاء الأطفال مشاكل تتعلق بتلف في الدماغ أو خلل وظيفي في عمل الخلايا الحركية ومشكلات في البر والسمع، ناتجة عن الإصابات العصبية المسببة كأمراض مثل: التهاب السحايا و السل و الحصبة الألمانية وغيرها، المسؤولة عن إحداث خلل في جهازهم العصبي، مشكلات خاصة كالصرع والإضطرابات العقلية، لذا فهم يعانون من مشاكل في القراءة و الكتابة في المدرسة لأن حواسهم غير سليمة.

6-3- الخصائص النفسية: يتضمن هؤلاء الأطفال بالانسحاب و الخجل و الانطواء والعزلة والإكتئاب والحزن وعدم الرضا عن الذات وعن الآخرين وبعدم الإنتباه وتشتته والقهرية، وغيرها من الإضطرابات النفسية العصبية، عدم القدرة على حل المشكلات وضبط الذات والشعور بالحرمان وهؤلاء بحاجة إلى الإرشاد الوقائي لنمائي والعلاجين للتعامل مع مراحلهم العمرية وتوفير لهم أجواء مريحة في مجال الأسرة، المدرسة والمجتمع.

6-4- الخصائص التربوية والإجتماعية: من خصائص هؤلاء الأطفال أن لديهم مشكلات في عادات الطعام واللباس وعادات في مشاكل التبول وقلة التفاعل الإجتماعي، ويعانون من نظرة المجتمع نحو قصورهم الجسمي و إحساسهم بالدونية، وعدم اللياقة وحركات غير مناسبة والحرمان الإجتماعي المتمثل في عدم مشاركتهم الفعالة في النشاطات الإجتماعية والإفراط في تناول الأطعمة التي تسبب لهم البدانة. إن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات في مجال اللغة والحواس والتعلم، فهم بحاجة إلى برامج تربوية وجهود إجتماعية مكثفة لمعالجة مشكلاتهم الإجتماعية (حسني العزة، 2000، ص41).

6-5- الخصائص التعليمية: تعتمد خصائصهم التعليمية على خصائصهم الجسمية، النفسية والعصبية، حيث أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات في الإنتباه وتشتته وصعوبة في التركيز، التذكر، الإسترجاع والإحتفاظ والنسيان وتآزر حركات الجسم، كما لديهم صعوبات في مجال التعلم حيث أنهم لا يتعلمون بسهولة ولا يتعلمون بسرعة، كما أن لديهم مشكلات في السمع و البصر أحيانا (حسني العزة، 2000، ص 45).

7- الإضطرابات الخاصة التي يعاني منها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي:

تتمثل المشاكل الخاصة والتي تميز الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي عن غيرها من العلاقات الحركية الأخرى لكونها أن هناك اضطرابات في النمو، ليس فقط في النمو الحركي بل في النمو الحسي والإنفعالي والتنفسي والإجتماعي وغيرها من التفاعلات ما بين كل مرحلة من مراحل نمو الطفل و شخصيته و بيئته، لذلك لو نظرنا إلى مطلب النمو من سن 12 سنة مثلا والتي على أساسها نحكم بمدى طبيعة نمو الطفل نجد أن الطفل المصاب يعاني من:

- صعوبة في تناول الأطعمة الصلبة.
- صعوبة في تعلم المشي أو الكلام أو الإخراج.
- لا يحاول استكشاف البيئة.
- تأخر في تعلم النطق وقد يكون معدوما.
- اضطرابات في نمو الثقة بالذات ;بالآخرين.
- عدم التميز بين الأشياء مثل الخطأ أو الصواب .
- لا يستطيع اللباس لوحده ولا يستطيع أن يحافظ على نظافة جسده.
- تأخر في الدراسة والكتابة.
- عدم تعلم المهارات الحسية والإجتماعية.

* أما من ناحية النمو الجسمي والحركي ودون تحديد العمر أو درجة الإصابة:

- صعوبة في البلع (نتيجة ضعف عضلات البلع).
- صعوبة في التآزر الحركي البصري.
- صعوبة في الإخراج .
- عدم الإستجابة للأصوات الخارجية والكثير من الحالات تعاني من حالات تشنج (صرع خفيف).
- صعوبة في رفع الرأس والجذع عند وضعه على بطنه.
- عدم التعرف على من يحيطون به ويعرف ذلك نتيجة لعدم التفاعل مع من حوله من ضحك وتآزر بري وعدم متابعة الأشياء المتحركة.
- اشتداد في الأوتار والعضلات في الأطراف والظهر أو البطن (صعوبة في حرية

حركة المفاصل) وإهمال مثل هذه التشنجات ينتج عنها تشوهات عظيمة وخاصة في الأطراف والعمود الفقري.

- عدم القدرة على الجلوس في الوقت المحدد لنموه وحتى بمساعدة الأشياء والآخرين.
- تأخر في لنهوض من وضع الجلوس والوقوف.

بالإضافة إلى هذه النقاط لا نجد أن بعض الحالات تعاني من حالات الصرع، ومن هنا نجد أن النمو الحركي والحسي السليم هو أساس نمو النواحي الإجتماعية أو النفسية أو غيرها، لذلك في حالة إصابة الطفل في نموه وخاصة في سن الطفولة المبكرة، فهذا بالتالي يؤخر حتى في جميع نواحي النمو إذ ليس فقط الحركية وإنما النواحي الإجتماعية والحسية والإنعالية له كذلك (الصفدي، 2003، ص 42).

8- الإضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي:

إن الشلل الدماغي ينتج عن تلف في الدماغ، وهذا التلف لا يؤثر على المظاهر النمائية الحركية فقط، بل يؤثر على عدد من المظاهر النمائية وتتمثل هذه الإضطرابات فيما يلي:

8-1- الإعاقة العقلية: ليس من الضروري أن يكون الشلل الدماغي مصحوبا بإعاقة عقلية، فقد يكون وجه الطفل قليل التعبير أو قد يعاني من سيلان اللعاب من فمه، وهذا لا يكون بسبب إعاقة عقلية ولكن لأن عضلات الفم لا تقوم بوظائفها العادية، ويشي "إيفان" إلى أنه إذا كانت الإصابة في قشرة الدماغ، وكانت شديدة فإن الذكاء سوف يتأثر،كما يشير إلى أن 50% من الأفراد المشلولين دماغيا لديهم ذكاء عادي، وأن 5 إلى 10% ذكائهم فوق المتوسط وحوالي 40 إلى % 45 منهم متخلفون عقليا.

وكما هو معروف فإنه من الصعب تقدير أو حساب الذكاء عند الطفل يعاني من إعاقة شديدة، حيث أن عدم قدرنه على الإستجابة لا تكون بسبب نقص في الذكاء ولكن بسبب النماذج والأشكال والحركات غير الطبيعية، والتي تمنع الحركات الناضجة من الظهور (الكسواني، 2006، ص 14).

8-2- الإعاقة السمعية: تعاني نسبة غير قليلة من المصابين بالشلل الدماغي من الإعاقة السمعية، وتشير البحوث إلى أن نسبة انتشارها لدى أطفال هذه الفئة تبلغ حوالي 15 إلى 25%، وهي الأكثر شيوعا لدى المصابين بالنوع التخبطي بسبب ارتباط النوع بالحصبة الألمانية (Rubéole) وعدم توافق الدم، في حين يحدث لدى نسبة قليلة من الأطفال المصابين بالنوع التشنجي، تظهر الإضطرابات السمعية في شكلين:

- **الصمم الإدراكي (Surdité de perception):** ويظهر خاصة في صعوبة إدراك الأصوات الحادة.

- **اختلافات معرفية سمعية(أفنوزيا سمعية)(Agnosie auditive)** : فالطفل هنا

يتعرف فقط على الأصوات الواضحة ولكنه لا يستطيع التمييز بين الفونيمات القريبة وبين الأصوات المهموسة والمجهورة، وهذا يعرقل تعلم اللغة وفهمها (الكسواني، 2006، ص17).

8-3- الإعاقة البصرية: 50% من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من مشاكل بصرية، ويمثل الحول (شلل العضلات) نسبة 40% بينما يشمل ضمور العصب البصري نسبة 20 %، إضافة إلى ذلك نجد العناصر التالية بدرجات متفاوتة، نذكر فيما يلي:

- أخطاء الإنكسار وهي الأكثر تواجد عند نوع التشنجي ومن أخطاء الإنكسار لدينا طول النظر وهي حالة تتكون فيها الصورة أمام الشبكة، فيواجه الطفل صعوبة في رؤية الأشكال البعيدة عنه في قربها من عينيه: كما نجد مشكل الإدراك البصري حيث يتميز بصعوبة التمييز البصري والتآزر البصري الحركي والتمييز بين الأشكال والألوان، إضافة إلى مشاكل على مستوى المتابعة البصرية، حيث يمثل اضطراب التتابع العيني حيث لا يكون للطفل القدرة على تحويل نظره وتوجيهه بطريقة تلقائية (البواليز، 2000، ص52).

8-4- نوبات الصرع: تحدث النوبات الصرعية مع فقدان الوعي عند 20 إلى 60% من أطفال الشلل الدماغي، وكان فرويد (Freud) أول من أشار إلى أن تلف الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من وجود نوبة ، كما لاحظ أن النوبات عند الأطفال المشلولين دماغيا، تختلف في عدة مظاهر عن عند الأفراد غير المصابين بالشلل الدماغي، بحيث أن النوبة لا تكون شديدة عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي، كما هو الحال بالنسبة بنوبات الصرع عادة حيث لا يقع المريض ولا يعض لسانه، و النوبة تنتهي دون تعب أو جهد، كما أشار ساش إلى أن50 % من الأطفال المشلولين دماغيا يعانون

من نوبات صرع، و أن 85% من هؤلاء مصابين بالشلل الدماغي النصفي.
(Guidette et all,1999,p34)

8-5- إضطرابات التواصل: إن أطفال هذه الفئة تظهر لديهم إضطرابات في النطق بنسبة 70%، وأن هذه الإضطرابات تكون شائعة بين النوع الإلتوائي أكثر مما توجد بين الأطفال من النوع التشنجي، فتأخذ إضطرابات الكلام واللغة أشكالا متعددة منها:

- اضطرابات نطقية: الطفل المصاب بالشلل الدماغي يولد لديه صعوبة في نطق الأصوات وهذا راجع إلى صعوبة في التنسيق لحركي لحركات اللسان و الشفتين.
- اضطرابات الكلام: طريقة الكلام لد الطفل المصاب بالشلل الدماغي خاصة ، يقومون بتسهيل الكلمات بحذف في أغلب الأحيان الحروف الأخيرة، ويظهر خاصة في حرف "ت" (الخطيب، 2003، ص 37).

8-6- الإضطرابات التنفسية: نجد عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إضطرابات في الوظيفة التنفسية، وهذا بسبب وجود شلل جزئي أو كامل في العضلات الصدرية أو البطنية، بالإضافة إل وجود نقص كمية الهواء الناتج عن حركات مرتبطة بالتزامن بين الحركات التنفسية وحركات الحنجرة (الخطيب، 2003، ص37).

8-7- المشكلات الصحية:

- التقيؤ أو الإسترخاء الذي يحدث نتيجة ارتخاء الصمام العضلي بين المريء والمعدة مع وجود مشاكل قي عضلات البلع، الفم فيلاحظ تكرار الإقتياء.
- الإمساك نتيجة ارتخاء العضلات وسوء التغذية.
- سيلان اللعاب وهو يحدث نتيجة شلل في عضلات الفم و البلع.
- تكرار التهاب الصدر والأذن، ففي أغلب الأحيان يكون هناك عدم توافق بين البلع

والتنفس وعدم انغلاق اللهاة، مما تؤدي بتسرب جزء قليل من الأكل واللعاب إلى الرئة.

- التهاب الأذن الوسطى نتيجة تكرار التهاب البلعوم وانسداد قناة أوستاكيوس مما يؤثر على السمع.
- التهاب اللثة ومشاكل الأسنان.
- صعوبة الأكل لعدم وجود توازن في الحركة العضلية للفم، اللسان، فيكون هناك صعوبة في المضغ و المص (بيداء، 2006، ص39).

8-8- صعوبات التعلم: من 25 إلى 50 % من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم أنواع صعوبات التعلم، من بينها صعوبات اكتساب الكتابة، القراءة، الحساب، ويظهر هذا كثيرا عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي نصف الطولي (Hémiplégie) وهذا حسب دراسة باريو، حيث وجد أن ¼ من الأطفال لديهم صعوبات في القراءة و 3/1 منهم يعانون من صعوبات في الرياضيات و الحساب، ويقول أيضا أن هذه الصعوبات الخاصة بالتعلم لها علاقة وطيدة مع اضطرابات الإدراك البصري والتنظيم الفضائي للأشياء، فكل هذه الأسباب وأخرى تؤثر على تمدرس الطفل (البيداء، 2006، ص 45).

8-9- الإضطرابات الإدراكية: تتمثل عملية الإدراك في محاولة تفسير لمعلومات التي تصل إلى الدماغ، كما أن الإدراك عملية تفكيرية مرتبطة بالبنى المعرفية لدى الفرد، وهو متأثر بميولاته و بقدراته المختلفة حيث ما يجب معرفته هو أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي لا يدرك الكل، وإنما يقتصر إدراكه على عناصر تشكل ذلك الكل، كما أن لديهم صعوبات على التمييز بين الشكل و الصورة الخلفية ، حيث بينت دراسات ستروس (Strauss) على الأطفال العاديين اللذين أجري عليهم إختبارات أن 9% يضطربون بالصورة الخلفية للشكل، بينما لوحظ ذلك عند 75% عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي (طيار، 2009، 45).

9- تشخيص الشلل الدماغي:

يتضمن تشخيص المصابين بالشلل الدماغي إجراءات عديدة يشترك فيها الأطباء والوالدين، ويتم التشخيص على مستويات تبدأ عادة بالكشف والتعرف الأولي، ويفضل أن تتم في أعمار مبكرة وتنتهي بعملية تشخيص متعدد التخصصات لذي يمكنه إستخدام الفحوصات الدقيقة سواء كانت طبيعية أم لا، فتمر مرحلة التشخيص بعدة مراحل هي:

9-1- مرحلة الكشف و العرف الأولي: في هذا المستوى يتم التعرف على الأعضاء والعلامات التي تدل على احتمال إصابة الطفل بالشلل الدماغي ومن هذه الدلالات:

- عدم تمكن الطفل من الجلوس بعد أن يتجاوز 07 أشهر.
- تأخر القدرة على المشي حتى بعد أن يبلغ عام وشهرين.
- لا يرضع بصورة طبيعية ولا يبلع ما يأكله بصورة جيدة.
- تقلص غير طبيعي في الذراعين أو الساقين مع بطء الحركة وعدم التحرك بمفرده.
- ضعف السيطرة على عضلات الرقبة مع التأخر في القدرة على تثبيت الرأس وسط الجسم.
- التأخر في استعمال اليدين وكذلك إبقاء إحدى اليدين منقبضة وإبقاء الإبهام داخل قبضة اليد.
- دفع الرأس إلى الخلف عندما يتم حمل الطفل.
- ضعف في القدرة على التركيز البصري للمثيرات المحيطة بالطفل، وعدم متبعة المثيرات البصرية المتحركة أمام الطفل.
- الصراح وحدة المزاج والتأخر في الإبتسام والمناغاة.
- اندفاع الجسم إلى الأمام إن لم يتم توفير الدعم.

كما نجد بعض العلامات الخاصة بمهارات الفهم والإدراك منها:

- عدم الانتباه أو الإهتمام بمن حوله أو عدم إصدار أصوات في السنة الأولى.
- عدم مقدرته على اللعب السليم في عمر السنتين.

* أما العلامات والمهارات اللغوية تظهر فيما يلي:

- عدم الإهتمام بالأصوات في عمر 4 أشهر.
- عدم وجود أصوات في عمر 08 أشهر.
- عدم وجود أي كلمات منطوقة في عمر 08 ونصف.
- عدم النطق بجملة مفيدة في عمر 3 سنوات.
- وجود كلمات قليلة محدودة في عمر السنتين.
- وجود اللعثمة في عمر 5 سنوات.

هناك عدة اعتبارات لا بد الأخذ بها بعين الإعتبار عند عملية التشخيص وهي:

- الشلل الدماغي يجب أن يكون راجع إلى إصابة عصبية.
- الإصابة أو الضرر يجب أن يكون تشنجيا إذ أن تشخيص الشلل لا يكون إلا إذا كان مصدر المشكلة الحركية تقدميا أو ناشئا عن حالة عصبية تدهورية أو تلفية.
- الإصابة تحدث بينما الجهاز الحركي لا يزال ينمو أثناء أو قبل أو بعد الولادة (محمد فهمي، 2008، ص 255).

9-2- مستوى التشخيص الشامل:

9-2-1- التشخيص الطبي: يكون التشخيص الطبي عن طريق القيام بعدة إختبارات منها:

- **التصوير المقطعي (Comput Tomographie):**

أداة يمكن من خلالها الحصول على معلومات عن تشخيص التشوهات الولادية والنزيف داخل الجمجمة ويمكن أن نكشف بها المناطق التي تنمو داخل المخ.

- **التصوير الصوتي فوق السمعي:**

لحديثي الولادة، ويعرف أيضا بالتخطيط الموجات فوق السمعية ويمد الطبيب بمعلومات عن الكتلة الأساسية وما يسمى بالجسم الحاسي في الدماغ، كذلك تحصل على معلومات عن النظام البطيني وكذلك إذ كان يوجد نزيف داخلي بطيني أم لا.

- **الرنين المغناطيسي (Imagerie par résonnance magnétique IRM):**

من الأسبوع الأول إلى الثالث من عمر الطفل، وهو يعطي لنا صورة أفضل من المتحصل عليهن الأشعة السينية وببعد ثالث، فالتصوير المغناطيسي، أفضل لدراسة وتقري مرض المادة البيضاء.

- **التخطيط الكهربائي للدماغ(EEG) :**

اللجوء إليه عندما يشك الطبيب أن لدى المريض نوبة صرع ويكون ذلك باستخدام ما يسمى بالإلكترودات، حيث يوضع على فروة الرأس ليسجل التيارات الكهربائية داخل الدماغ، وهو يسمح بمعرفة النشاط الكهربائي للمخ (فوقية حسن، 2008، ص136).

9-2- التشخيص التنفسي الحركي:

- **التقييم الحركي:** التعرف على مدى قدرة الحالة على تحريك عضلات معينة لازمة لوظيفة ما كالمشي والقبض والمسك والكتابة والعناية الذاتية، حتى يستطيع المعالج وضع برنامجه التأهيلي والتدريبي المناسب وتقديم الإرشادات والتوعية والتعاون مع الأخصائيين الآخرين والأسرة بهدف سرعة تقدم الحالة.
- **تقييم المهارات الحركية و الرياضية:** تشكل المهارات الرياضية والحركية أساسا جيدا لبناء العديد من المهارات الحياتية اليومية و الإجتماعية، الأكاديمية، المهنية، ومن هنا جاءت أهمية التعرف على المهارات الرياضية إلى قسمين: المهارات الحركية العامة والمهارات الحركية الدقيقة (العيسوي، 2010، ص 31).

9-3- التشخيص الأرطوفوني:

- **الفحص النطقي (Examen d'articulation):** يتم عن طريق الطلب من المفحوص أن يقوم بإعادة جميع الفونيمات وكذلك بتكرار المقاطع البسيطة والمعقدة، كذلك الكلمات والجمل، فحص الكلام(التطور الفونولوجي).
- **الفحص اللغوي:**

- **الفهم الشفهي:** وهذا من خلال ملاحظة مدى إهتمام المصاب بما يقال له وما يدور حوله، كذلك قدرته على فهم التعليمات الشفوية وذلك عن طريق إعطاء الحالة مجموعة من التعليمات تنتقل من البسيط إلى المعقد.

- **الإنتاج الشفوي:** وذلك عن طريق استعمال الصور والمشاهد والفحص التلقائي لمعرفة الرصيد اللغوي والمفهوم الذاتي الذي يملكه ومدى استعمال الجمل وكذلك استعمال الجمل.

- **فحص المكتسبات الأولية:** الصورة الجسمية عن طريق التعيين و تسمية الأعضاء الجانبية عن طريق فحص الإستعمال لليد والرجل والعين، الإدراك والذاكرة البصرية والإدراك والذاكرة السمعية، الإدراك المكاني والزماني (غلايني،2010، ص 87).

10- الأساليب العلاجية للشلل الدماغي:

يعتبر الشلل الدماغي اضطراب دائم لا يزول مع الأيام ولا يشفى، ولكن العلاج ممكن أن يتضمن بعض الأدوية لتخفيف التقلص العضلي وزيادة التناغم بينهما، وكلما كان العلاج مبكرا كلما زادت فرصة لطفل في التغلب على العجز، ويكون قادرا على تعلم المهارات الصعبة وحتى يأتي العلاج ثمارة لا بد من فريق متعدد التخصصات: طبيب الأطفال، أخصائي نفساني، طبيب العظام، أخصائي علاج طبيعي، معالج مهني لتعليم الطفل مهارات الحياة اليومية وكيفية التعامل في المدرسة والعمل، أخصائي أرطوفوني، ومن أهم الأساليب العلاجية التي تقدم للطفل المصاب بالشلل الدماغي هي:

10- العلاج الطبيعي أو الفيزيائي (La thérapie physique): هدف هذا العلاج أساسا هو مساعدة الطفل على التفاعل مع بيئته ومع القائمين على رعايته مع تقديم العون للأسرة وأيضا مساعدة الطفل على تطوير مهاراته الحركية وكذلك يساعد العلاج الفيزيائي في تعليم الآباء والقائمين على رعاية الطفل ، ويتضمن أن يقوم الطفل يوميا بتدريبات معينة الغرض منها هو تقليل منع التقلصات والتشنجات، وهذا ما يساعده على تحريك مفاصله، وفي هذا النوع من العلاج تكون هناك تدريبات للعضلات والركبة والمساعدة على الوقوف خصوصا عندما يكون الطفل على استعداد لاكتشاف البيئة.

10-1- العلاج الوظيفي: يختلف المعالج الوظيفي عن المعالج لطبيعي في تركيزه على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية وخصوصا عضلات اليدين (الأكل، للشرب، الكتابة و الرسم) وعضلات الوجه والفم، وبخبرته يقوم بتقييم حالة الطفل ومعرفة

المشكل التي يواجهها ومن ثم إيجاد الطريقة الأسهل للقيام بالعمل المطلوب، ومن أهم ما يقوم به المعالج الوظيفي:

- تقييم حالة الطفل لمعرفة قدراته والصعوبات التي يواجهها.
- التركيز على تطوير المهارات الحسية الإدراكية.
- تنفيذ البرامج اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر الحركي اليدوي.
- تدريب الطفل على أنشطة الرعاية الذاتية (الأكل، الإستحمام النظافة الشخصية، تغيير الملابس).
- تعليم الطفل كيفية استخدام الأجهزة التعويضية والأدوات التكيفية.
- تدريب الأسرة على تطبيق الاقتراحات والتدريبات التي يحتاجها الطفل (محمد الصبي، 2004، ص 30).

10-2- العلاج الأرطوفوني: يهتم المعالج الأرطوفوني بالجانب اللغوي وما يلحقه من مشاكل معرفية (الإنتباه، للغة، الذاكرة)، وكذا أساليب تعلم اللغة لغرض التواصل، حيث أن المختص الأرطوفوني يركز على الجانب الحركي الذي له علاقة مباشرة باللغة والكلام و التصويت، وكذلك يتدخل من الناحية المعرفية للغة والذي أساسها الفهم بكل أنواعه، الإدراك والذاكرة. إن عدم القدرة على الكلام بوضوح من لمشاكل الشائعة في حالات الشلل الدماغي، ويعتمد العلاج على السبب، فإذا كان السبب هي إصابة مركز الكلام في القشرة الدماغية فذلك عطل لا يمكن علاجه، لكن يجب على العائلة التركيز على كيفية التواصل مع الطفل وفهم تعبيراته غير الصوتية، كتغييرات الوجه والإشارات، أما إذا كانت المشكلة في عضلات الفم واللسان فيمكن بمساعدة الأخصائي الأرطوفوني من تدريب الطفل على الكلام (محمد الصبي، 2004، ص 45).

11- الوقاية من الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي ليست مرضا بحد ذاته، إنما عرضة للعديد من الأسباب التي يمكن منعها ومن ثم التقليل من حدتها ومنع المضاعفات أو جعلها في حدها الأدنى، فهذه الإعاقة صورة حقيقية لمستوى الخدمة الصحية والنوعية المقدمة للمواطن، فكلما زادت هذه الخدمات قلت نسبة المضاعفات وللتقليل من الإصابة بالشلل العصبي يجب إتباع أساليب علاجية وقائية على ثلاثة مستويات: تتمثل الإجراءات الوقائية فيما يلي:

11-1- المستوى الأول: الوقاية قبل الحمل (Prévention primaire): تتمثل الإجراءات الوقائية فيما يلي:

- الثقافة الصحية والرعاية الصحية العامة للوالدين وخاصة الأم أثناء الحمل وقبل الولادة.
- تحديد سن الزواج بالنسبة للإناث بعمر 18 سنة.
- إجراء فحوصات طبية قبل الزواج لتفادي الأمراض الوراثية، وكذا التأكد من عدم توافق العامل الريزوسي واتخاذ التدابير اللازمة في كلتا الحالتين قبل الزواج.
- التلقيح ضد الحصبة الألمانية تلقيح إلزامي والعناية بالصحة التطعيم الأساسي.
- متابعة الفحوصات الدورية أثناء الحمل وخصوصا ضغط الدم و السكري.
- إتباع نظام غذائي جيد وذلك للتقليل من احتمالية ولادة الخداج.
- عدم تناول الأدوية والعقاقير الطبية وكذا الشعبية دون استشارة الطبيب.
- الابتعاد عن الأماكن الملوثة ومراكز الأشعة.

11-2- المستوى الثاني: الوقاية أثناء الحمل و الولادة: التحسس والتثقيف الصحي من قبل مراكز الأمومة والطفولة ووسائل الإعلام المختلفة حول صحة الحامل وتغذيتها.

- الولادة في مراكز متخصصة وتجهيزها وتدريب الطاقم الطبي.

- إجراء فحوصات مخبرية أساسية للحامل.
- تجنب استعمال الأدوية بشكل اعتباطي وبدون استشارة الطبيب.
- علاج الأمراض التي تصيب الأم كارتفاع في الضغط والسكري والحوادث التي تؤدي إلى إصابة الجنين.
- محاولة منع الولادة العسيرة ومتابعة اليرقان عند الأطفال حديثي الولادة لمعرفة مستواه في الدم وعلاجه.

11-3- المستوى الثالث: الوقاية من المضاعفات(Prévention tertiaire):

الهدف من هذا المستوى الحد من القيود الوطنية التي تنجم عن حالة العجز وإيجاد حل دون تفاهم المشكلة العضلية وتحولها إلى عجز والسيطرة على الأعراض المصاحبة وتنمية قدرات الطفل للوصول إلى القدرات الكاملة، وتشمل هذه الإجراءات الإرشادات النفسية وكذلك توفير الأدوات و المعدات المساندة، إضافة إلى التربية لخاصة والتأهيل الأرطوفوني (ألفت، 2010، ص 30).

12- الإضطرابات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

من بين أعراض الطفل المصاب بالشلل الدماغي صعوبات اتصالية، بحيث لا يستجيب الطفل كأقرانه من الأطفال بسبب رخاوته أو ليونته أو تصلباته لقصور حركات يده وحركاته اللاإرادية، وهذا يجعل للطفل مشكل في كلامه وبعض الأطفال يكون كلامهم غير مفهوم ويظهرون بعض المشكلات النطقية، بحيث يصبح صعب للأولياء فهم احتياجات الطفل (بلخيري، 2005، ص 14).

فحسب تصنيف السيد عبيد (1999) للشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة الحركية إلى أنواع الإعاقة بسيطة، إعاقة متوسطة وإعاقة شديدة، أين وضحت أن الإعاقة المتوسطة يكون النمو الحركي بطيء جدا، إلا أن الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة

على ضبط حركة العضلات الدقيقة، ويتعلمون المشي في النهاية باستخدام أدوات مساندة أحيانا، وبشكل عام هؤلاء بحاجة إلى خدمات علاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات، كما أن الإعاقة الشديدة تحد من قدرة الطفل على العناية لذاتية والحركة المستقلة والكلام لذا فهؤلاء الأطفال هم بحاجة إلى علاج مكثف ومنظم ومتواصل (الرغيوي، 2010، ص 45).

فبالنسبة للشلل الدماغي الإرتعاشي من مظاهر هذا النوع أن الحركات اللاإرادية لا تظهر مادام المريض في حالة راحة أو سكون، قدرة العضلات على الإنبساط ولكن ببطء وعدم التركيز رغم محاولاته الجادة في التركيز، تكون الحركة أو المشية دائما متعثرة وغير متزنة الوضع العام للجسم هو ارتداء الذراعين إلى الخلف مع التواء اليد والأرجل في حالة تداخل و الرأس مرتد إلى الوراء في حالات قليلة تتأثر عضلات الارتكاز في الفك وكذلك عضلات الفتح، فتظهر مشاكل الكلام والتلعثم. كذلك الشلل الإرتخائي التوازني لا يعتبر هذا النوع من الأنواع الشائعة بالإضافة إلى إمكانية التحسس بصورة سريعة لهذه الحالة، إذ ما حدثت إصابة وكانت بسيطة ومن سمات هذا النوع عدم المقدرة على التوازن، لأن الإصابة في المخيخ تكون العضلات في حالة إرتخاء، ظهور تأتأة في الكلام في بعض الحالات، فالشلل الدماغي غير قابلة للشفاء لكن إذا قدم للمصاب برامج علاجية مبكرة، فإن حالته ستتحسن.

فالمشكلات التي يتعرض لها أطفال الشلل الدماغي أغلبهم يعاني من مشاكل في الحركة والتوازن كما لديهم العديد من المشاكل الأخرى التي تحتاج إلى متابعة مثل البصر، ألسمع، الكلام، صعوبات التعلم، الذكاء، التغذية، الصرع، عدم القدرة على الإتصال، المشاكل الإنفعالية وغيرها، هذه المشاكل مرتبطة تؤثر إحداها على الأخرى بشكل أو بآخر (العتيق، 2018، ص 238).

فاضطرابات الكلام الناتجة عن هذه الإصابة العصبية، تشير إلى الآثار في مجال الكلام و النطق الناتج من الإصابة العضوية المباشر في الجهاز العصبي، المرتبط بالمناطق المسؤولة عن لنطق عند الفرد (الأيوب، 2008، ص 67).

إذ من أشكال إضطرابات النطق التي يعاني منها الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، فقدان النطق الذي يشير إلى فقدان كلي أو جزئي في اللغة الإستقبالية أو التعبيرية، أو كلاهما خاصة إذا أصيبت المراكز الدماغية المسؤولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه الإصابة ناتجة عن نزيف أو إصابة دموية في الدماغ وما نركز عليه هنا هو جانب الإنتاج اللغوي، والذي يشمل قدرة الفرد على الإنتاج اللفظي يكون سببا عن عوامل عضوية وهو المقصود بفقدان النطق (الأيوب، 2008، ص 72).

الإضطرابات اللغوية التي تظهر عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي تكون متفاوتة في الشدة حيث تتراوح من التأخر البسيط إلى الغياب الكلي، وهذا حسب نوعية العجز الحركي وموقع لإصابة العصبية وهي كالتالي:

- **إضطراب الكلام:**

الكلام أو إرسال الأصوات المستعملة في بناء اللغة، يشمل عدة مستويات تحتاج إلى عدة ميكانيزمات معينة: النفس، التصويت، النطق و الإصابة المتمركزة في الجهاز العصبي والمسؤولة عن كل مستوى من مستويات الكلام، تنجم عنها إضطرابات عديدة نذك منها:

– **إضطرابات التنفس:** يعاني هؤلاء المعاقين من تشوهات على مستوى الوظيفة التنفسية، تتمثل في الشلل الكلي أو الجزئي للعضلات الصدرية والبطنية، ووجود حركات لاإرادية أو غير مستقلة للجهاز الحاجز ولعضلات تنفسية أخرى تؤثر على الكلام (الرغيوي،2010، ص 50).

- **إضطرابات التصويت:** يعتبر التصويت مولد الاهتزازات الصوتية وأحد مكونات الكلام المتمركزة على مستوى الحنجرة وبحكم العلاقة الموجودة بين الوظيفة العضلية التنفسية والحنجرية في تكوين هذه الاهتزازات، فإن وجود إصابة تشمل إحدى الوظيفتان أو كلاهما عند هذا المصاب تعيق السير العادي للتصويت، ففي حالة التصلب ينجز التصويت أثناء الشهيق و الصوت يكون مرتفع و مضغوط.

- **إضطرابات النطق:** المشاكل المرتبطة بالشلل الدماغي تمس كذلك سير عمل التجاويف الرنانة الفوق حنجرية والمتمثلة في الحلق، الأنف، الفم، الشفتين وفي هذا المستوى الشلل الذي يصيب العضلات المسؤولة عن تحريك تلك التجاويف هو المحدث للإضطرابات النطقية من نوع عسر التلفظ (Dysarthrie).

- **إضطرابات اللغة:** تفسر الدراسات في هذا المجال لغة لطفل المصاب بالشلل الدماغي على أنها تبلغ تطور عادي، ولكن بتأخر بالطفل العادي، والعنصر المعيق لاكتساب اللغة هي لإضطرابات الحركية.

كما نجد عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي إضطرابات البراكسيا التي تمنع اكتساب وتعلم إدماج الإشارات المعقدة والدقيقة بذكر منها:

- **البراكسيا اللسانية (Apraxie linguale):** لكي ينطق الفونيم يجب أن يتحقق تكامل جيد للمعلومات الآتية من الأذن، الوجه، اللسان وهذا يعني أنه يجب أن يكون للطفل تطور إيجابي للاقنوزيا السمعية، الوجهية و اللسانية، ولا تكون لديه إضطرابات حركية أساسية تمنعه من إصدار الكلمة، وإذ لم يكن هذه الإضطرابات، فيمكن أن يكون لديه اضطراب في فكرة الفعل: إضطراب برا كسي.

- **الأفنوزيا اللسانية (Agnosie linguale)**: يذكر شيفري موليز و تارديو أن دراسة الأخطاء الميكانيكية عند هؤلاء الأطفال فقط غير كافية، بل يجب أيضا دراسة الأفنوزيا على مستوى الوجه، الخدين، الشفتين، إلا أنه من الصعب دراسة الأفنوزيا اللسانية عند المصابين بصفة حادة وهذا لنوع من الإضطرابات تنجم عنه إضطراب نطقية.

وحسب تريسلي (Truscellt,2000) إضطراب النطق أساسا تصاحب الإعاقات ذات المصدر المركزي مهما كانت الدرجة، فهي صعوبة الفرد نفسه وكذلك العنصر الذي يضاعف مخاطر الإعاقة الإجتماعية، والإستماع كثيرا للمصاب يخلق إزعاج لأنه هناك ضياع للمراجعة المعروفة في التواصل اللغوي، لذا يجب على المستمع أن يبذل جهدا للوصول إلى فهم كلامه(الرغيوي، 2010، ص 38).

بعض المصابين على مستوى الأطراف الأربعة الإنتاج يكون ممكن لكن مضطرب، يظهرون تطور لساني فقير بينما الذكاء بصفة عامة بدون شك يبقى سليم بالتالي فالاضطراب يصبح على المستوى الفونولوجي وعلى مستوى إصدار الكلمة (بوعكاز، 2007، ص 38).

- خلاصة الفصل:

يتضح مما سبق أن الشلل الدماغي يظهر على شكل إعاقة بدنية تتطور وتؤدي إلى عجز جسدي أثناء مرحلة النمو، وذلك في أجزاء مختلفة من الجسم مرتبطة بأداء الوظائف الحركية، مما يستوجب إذا تكفلا خاصا وشاملا متعدد الإختصاصات وتوفير الإمكانيات اللازمة للتكفل الجيد والحد من مشاكله ودور الإهمال للطفل ومتابعة حالته.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة.

1. الدراسة الإستطلاعية.
2. منهج الدراسة.
3. تقديم حالات الدراسة.
4. مجالات الدراسة.
5. أدوات الدراسة.
6. الأساليب الإحصائية للدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في كل بحث علمي وأساس جوهري لبنائه وعامل مهم في نجاحه، فهي تمثل البنية الأولى للدراسة الميدانية ونظرا لأهمية هذه الخطوة قمنا بإجراء زيارة ميدانية للعديد من المراكز والجمعيات وعيادات الأرطفونية الخواص، الهدف منها هو البحث عن عينة الدراسة والتأكد من توفرها، وهذا بعد حصولنا على رخصة إجراء البحوث الميدانية. وكانت جمعية المعاقين ذهنيا "lxulaf ussirem " ببلدية إعكوران، ولاية تيزي وزو هي الوجهة الأولى أين تم استقبالنا من طرف الأخصائية الأرطفونية حيث أحاطتنا بالمعلومات عن الحالات المتواجدة، ولكن لم نجد الحالات المطلوبة، لأن عينة الدراسة لابد من توفر فيها شروط معينة أهمها السن (6 إلى 8 سنوات) ولا تعاني من اضطرابات مصاحبة. وبالتالي فقد قمنا بالاتجاه إلى مراكز أخرى المتمثلة في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا " بواقنون" والمركز الوطني أمل الحياة لحماية أطفال الشلل الدماغي المتواجد ببلدية مقلع ولاية تيزي وزو أين قمنا بمقابلة المدراء والمختصين الأرطوفونيين وعرضنا عليهم موضوع الدراسة الذي يتضمن فعالية برتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي (التعبير الشفهي) لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وعرضنا الأدوات المراد تطبيقها وزمن تطبيقها، لكن للأسف وللمرة الثانية لم نجد الحالات المطلوبة، فالحالات المتواجدة كانت تعاني من اضطرابات مصاحبة(تخلف ذهني، الصرع...)

وعليه فقد انتقلنا إلى المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا " ثفاث" المتواجد ببلدية معاتقة حيث تم إيجاد حالات مصابة بالشلل الدماغي، أين ظهر لنا أنه يمكن أن تتوفر بهم الشروط وفقا للعينة المطلوبة، كما وجدنا حالة واحدة مصابة بالشلل الدماغي في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا المتواجد ببلدية بوزقان ولاية تيزي وزو. وقمنا بزيارة أخرى إلى العيادة الأرطفونية الخاصة "محيدين جميلة"، أين وجدنا حالات مصابة بالشلل الدماغي.

ضف إلى هذا فقد قمنا بالإتجاه إلى مدرسة إيجر رمضان وإخوانه المتواجد ببلدية فريحة أين تم إيجاد حالات مصابة بالشلل الدماغي.

فتوصلنا من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى:

- تحديد موضوع الدراسة.
- ضبط فرضيات الدراسة.
- تحديد عينة الدراسة.
- تحديد إمكانية تطبيق أدوات الدراسة.
- تحديد المنهج المناسب للدراسة.

2- منهج الدراسة:

يعرف المنهج على أنه طريقة وتنظيم للبحث يشمل تخطيط العمل حول موضوع دراسة ما، فهو يتضمن مجموعة من الاجرءات الخاصة بمجالها، وعليه فان اختيار نوع المنهج في البحوث العلمية يرتبط بطبيعة المشكلة المراد دراستها، وبما أن الدراسة الحالية تعتمد على محاولة الكشف عن مدى " فعالية برتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي (التعبير الشفهي) لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الشبه تجريبي والذي يعرف على أنه طريقة بحثية تتضمن تغييرا معتمدا ومضبوطا للشروط المحددة لواقعة معينة مع ملاحظة التغيرات الناتجة عن ذلك (الرشيدي، 2000، ص95).

من بين الطرق التي يعتمد عليها المنهج شبه التجريبي المجموعة الواحدة باختبار قبلي وبعدي، وهذا ما تم الاعتماد عليه في هذه الدراسة.

3- تقديم حالات الدراسة:

تتكون عينة الدراسة الحالية من 10 حالات مصابة بالشلل الدماغي وقد قمنا باختيارهم بشكل قصدي توافقا مع شروط وسن تطبيق الاختبار، و تتمثل هذه الشروط في:

- السن: تتراوح أعمارهم ما بين 5 إلى 8 سنوات.
- ألا تعاني من إعاقات سمعية أو الصرع (Epilepsie).
- ألا تكون مصاحبة لإعاقة عقلية (IMOC).

والجدول التالي يوضح لنا خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (01): يمثل خصائص العينة.

الرقم	الحالات	السن	الجنس	نسبة الذكاء	نوع الإعاقة
01	حمزة	07 سنوات	ذكر	110	الشلل النصفي الطولي
02	آريس	06 سنوات	ذكر	95	الشلل النصفي الطولي
03	عبد الرءوف	08 سنوات	ذكر	110	شلل الأطراف الثلاثة
04	ملاك	08 سنوات	أنثى	110	الشلل النصفي الطولي
05	ريان	08 سنوات	ذكر	110	شلل الأطراف الثلاثة
06	سعيد	08 سنوات	ذكر	95	الشلل النصفي الطولي
07	إسلام	08 سنوات	ذكر	110	الشلل النصفي الطولي
08	وليد	08 سنوات	ذكر	110	شلل الأطراف الثلاثة
09	أسلاس	07 سنوات	ذكر	110	الشلل النصفي الطولي
10	أسما	05 سنوات	أنثى	95	الشلل النصفي الطولي

4- مجالات الدراسة:

4-1 المجال المكاني:

أجريت الدراسة الميدانية في عدة مراكز و جمعيات بولاية " تيزي وزو"، والجدول التالي يوضح مكان إجراء الدراسة الميدانية بالتفصيل:

جدول رقم(02): يوضح مكان إجراء الدراسة الميدانية.

المراكز	العنوان
- المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا "أحلا".	- يقع ببلدية بوزقان قرب مدرسة آيت سيدي عمر والتي تبعد عن ولاية تيزي وزو بحوالي 36 كلم.
- المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا "ثفاث".	- يقع بقرية سوق الإثنين ببلدية معا ثقا أمام متوسطة فرحي سعيد والتي تبعد عن ولاية تيزي وزو بحوالي 30 كلم.
- العيادة الأرطوفونية الخاصة محيدين جميلة.	- تقع ببلدية إعكوران دائرة عزازقة والمتواجدة أمام موقف الحافلات آيت بوهوني، والتي تبعد عن ولاية تيزي وزو ب 25 كلم.
- مدرسة إيجر رمضان و إخوانه.	- المتواجدة بثالا تجانا ببلدية فريحة أمام متوسطة ياحي بلعيد والتي تبعد عن ولاية تيزي وزو ب 14 كلم.

4-2 المجال الزمني:

تمت الدراسة الميدانية الحالية في الفترة الممتدة من 18 ديسمبر2022 إلى غاية 10 جوان 2023، بما في ذلك الدراسة الإستطلاعية.

5- أداوت الدراسة:

5-1- اختبار "جون رافن" (John Raven) الملون لقياس الذكاء :

- تقديم الإختبار:

يعد اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لرافن أحد إختبارات المصفوفات الثلاثة التي أعدها العالم الانجليزي جون رافن. ظهر اختبار المصفوفات سنة 1938، وقد استمر في تطويره حتى وفاته. ويعد هذا الاختبار من اختبارات الذكاء غير اللفظية المتحررة من أثر الثقافة الصالحة للتطبيق في مختلف البينات والثقافات، فهو اختبار لا تؤثر فيه العوامل الحضارية، ويعتمد أساسا على التطبيق الجماعي، كما يمكن أن يطبق فرديا. ويقوم هذا الاختبار على نظرية العاملين لسبيرمان (Spearman).

أعد هذا الاختبار العالم الانجليزي جون رافن John Raven عام (1947)، و تم تعديله عام(1956) استنادا إلى نظرية سبيرمان في الذكاء بهدف قياس ذكاء من عمر 5،5 إلى 11 سنة، كما تصلح مع المتخلفين عقليا وكبار السن، وصمم هذا الاختبار بألوان مختلفة، حتى تستطيع تلك البطاقات جذب انتباه الطفل المفحوص وتشويقه بدلا من تشتت انتباهه في أشياء أخرى. ويتكون هذا الاختبار من ثلاث مجموعات هي: (أ) (أب)، (ب)، وتتكون كل مجموعة من (12) مصفوفة (بندا) بمجموع قدره (36) مصفوفة، وتتكون كل مصفوفة من شكل أو نمط أساسي اقتطع منه جزء معين، ويوجد أسفله ستة أجزاء، يختار من بينها المفحوص الجزء الذي يكمل الفراغ في الشكل الأساسي.

- كيفية تطبيقه:

ينبغي أن يطبق الاختبار فرديا أو في مجموعات صغيرة تتراوح من (5 إلى 8) في حالة استخدام الاختبار مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثمان سنوات، أو الأطفال المعوقين أو المتخلفين عقليا أو كبار السن في مرحلة الشيخوخة، وذلك لضمان حسن توجيههم واستثارة

دافعيتهم والمحافظة على انتباههم أثناء التطبيق، أما بالنسبة للأطفال العاديين أكبر من ثمان (8) سنوات فيمكن تطبيق الاختبار عليهم بشكل جمعي، والاعتماد عليهم في تسجيل إجاباتهم بأنفسهم في ورقة الإجابة، مع الحرص على الطفل في عدم ترك أي صفحة من صفحات كراسة الاختبار دون إجابة، وتسجيل الإجابات في أماكنها الصحيحة.

– يبدأ الفاحص بإعطاء فكرة بسيطة عن المصفوفات، ثم يوضح طريقة تسجيل الإجابات في أماكنها من ورقة الإجابة، بعدها يفتح الفاحص كراسة الاختبار على شكل الأول (أ1) ويقول للمفحوص الشكل قطع منه جزء، وهذا الجزء المقطوع موجود في أحد الأجزاء المرسومة تحت الشكل، ويشرح له كيفية الإجابة، حتى يتوصل معه إلى الجزء الصحيح الذي يكمل الشكل الأصلي، وإذا لم يستطع الطفل تحديد الجزء الصحيح، يقوم الفاحص بزيادة الشرح حتى يتوصل الطفل إلى الحل الصحيح، ويسجل الإجابة في مكانها الصحيح، ثم يطلب الفاحص من الطفل الانتقال إلى الصفحة الموالية للشكل (المصفوفة) (أ2)، ويقدم نفس الشروح السابقة حتى يتوصل الطفل إلى الحل الصحيح للمشكلة، ويعيد نفس الشروح عند انتقاله إلى المصفوفة (أ3) حتى يتوصل الطفل إلى حل المشكلة، وعندما ينتقل الطفل إلى المصفوفة (أ4) يعطي له الفاحص فرصة كافية للإجابة، وعليه تقبلها سواء كانت صحيحة أو خاطئة دون أي تعليق ويعيد نفس الخطوات السابقة للشكل (أ4) مع الشكل (أ5)، وخلال الإجابة على المصفوفات الخمسة الأولى يمكن للفاحص استخدام المصفوفة (أ1) للشرح، إذا لم يتمكن الطفل من حل المصفوفات الخمسة الأولى، فان الاختبار بصورته الحالية لا يكون صالحا للاستخدام مع الطفل، أما إذا تمكن الطفل من أجل هذه المشكلات، فان الفاحص ينتقل إلى بقية المصفوفات ويعيد نفس التعليمات السابقة المقدمة للإجابة على الشكلين (أ4، أ5) دون استخدام الشكل (أ1) للشرح.

- زمن تطبيق الاختبار:

متوسط زمن تطبيق الاختبار لكل فئة عمرية موضح في الجدول التالي مع العلم أنه ليس له زمن محدد.

جدول رقم (03): يمثل الزمن المستغرق في تطبيق اختبار رافن للفئات العمرية المختلفة.

فئات العمر	الزمن بالدقائق
10.4 – 5.5	30
15.4 -10.5	22
24.4 -15.5	14
36.4 – 24.5	7
48.4 – 36.5	14
60.4 – 48.5	22
68.4 – 60.5	30

- كيفية تصحيح الاختبار:

- يوضع جدول كل مجموعة بجوار القسم الخاص به في ورقة الإجابة، بحيث يكون رقم كل بند(مصفوفة أو شكل) في الجدول مقابل رقم نفس البند في ورقة الإجابة.

- توضع هذه العلامة (+) أمام الإجابة الصحيحة وتوضع هذه العلامة (-) للإجابة الخاطئة.

- تجمع الإجابات الصحيحة في كل مجموعة، وتوضع أسفل الإجابة في ورقة الإجابة، والحد الأقصى لدرجة كل مجموعة يساوي (12).

– تجمع درجات المجموعات الثلاث، وتوضع في المكان المخصص لها أسفل ورقة الإجابة، والحد الأقصى للدرجة الكلية يساوي(36).

– يتم الرجوع إلى الجدول الخاص بالمعايير لاستخراج الترتيب المئيني، ويوضع في مكانه.

– **الخصائص السيكومترية لاختبار جون رافن:**

قام الباحث فؤاد أبو حطب وآخرون وبدعم من مركز البحوث التربوية والنفسية التابع لكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، بحساب صدق الإختبار عن طريق صدق المحك، حيث وجدت معاملات ارتباطه تتراوح بين(0,22–0,62). كما قام بحساب ثبات الإختبار عن طريق: طريقة إعادة الإختبار حيث تراوحت معاملات الثبات المستخرجة بين(0,87–0,96) وتدل هذه النتائج على ثبات عال للاختبار.

5–2–إختبار الإنتاج الشفوي لشفري موليز (Chevrie Miller) :

هو رائز لغوي موجه لاختبار اللغة عند الطفل بمختلف مستوياتها وهو عبارة عن مجموعة من الإختبارات، وضع سنة 1975 : ثم أعيد النظر فيه سنة 1985 نظرا لضرورة القيام بفحص دقيق يعطي نتائج حقيقية ودقيقة للقدرات اللغوية عند الطفل و هو رائز لفظي صممه كل من (CHEVRIE MILLER) (PERKANTED)، نشر الرائز من مركز علم النفس التطبيقي بباريس وهو يكشف عن النقاط السلبية والإيجابية في لغة الطفل.

ويقيس الإختبار المستويات التالية:

– المستوى النطقي (Articulation)

– المستوى الفونولوجي (Phonologique)

– المستوى اللساني (Linguistique)

- المستوى الرابع خاص بالاحتفاظ والتذكر (Rétention)

*هذا الإختبار يطبق على فئتين من الأطفال:

- الفئة الأولى (Forme P) طبق على الأطفال من 4 إلى 5 سنوات.
- الفئة الثانية (Forme G) طبق على الأطفال من 5 لإلى 8 سنوات.

ولقد إعتمدنا في بحثنا هذا على الفئة الثانية (Forme G).

- **الجوانب المتعلقة باختبار اللغة:** يهدف هذا الجانب لإلى تقم المستوى اللغو عند الطفل، و الحكم الموضوعي للطفل من حيث الفهم وإنتاج اللغة ، وهذه المستويات تتمثل في :

- **المستوى النطقي:** يختبر أو يقيس قدرات الطفل في إعادة النطق، هذا خلال تقديم قائمة من الصوائت المتمثلة في النطقية، الذولقية، والشفوية، ونطلب من الطفل تكرارها وإعادتها.
  - التعليمة: نقول للطفل "أعد ورائي"، في حالة إخفائه نعيد السلسلة مرة أخرى.
  - التنقيط: يكون بمنح نقطة واحدة(1) لكل فونيم مكرر بصفة صحيحة ونضع علامة (0) للفونيم المكرر بطريقة خاطئة.
- **المستوى الفونولوجي:** الهدف منه هو قياس إنجاز الكلام على مستوى الكلمة، واختبار التعبير الإلقائي و يحتوي على:
  - **بند التسمية:** نقدم للطفل 31 صورة، الواحدة تلو الأخرى، نطلب منه تسميتها إذا رفض

الإجابة نعطيه تعريف بسيط للشيء الموجود في الصورة، بحيث لا نقدم له الكلمة نفسها ولا تلح عليه إذا فشل في إعطائه كما لا تضعه في حالة فشل، وندون النتائج تدوينا صوتيا.

  - التعليمة: سأقدم لك مجموعة من الصور وعليك أن تحكي ما فيها، في حالة عدم الإجابة نساعد الطفل بإعطائه تعريف حول الصورة.

- التنقيط: نضع علامة (+) أمام الصور المتعرف عليها بصورة صحيحة ونضع علامة (−) أمام الصور غير المتعرف عليها.

- **إعادة الكلمات السهلة:** نعطي للطفل 46 كلمة سهلة ونطلب منه إعادتها، ويمكننا فصل المقاطع، وأن لا نعيد الكلمة مرتين، وتدخل في هذه العمليات السمعية والنطقية ثم يأتي الاحتفاظ وأخيرا الترميز ، ونقوم بنسخ الإجابة تنسيخا صوتيا.

- التعليمة: سوف أعطي لك كلمات وأنت ستعيدها ورائي.
- التنقيط: نضع علامة(+) للإجابة الصحيحة و علامة (−) للإجابة الخاطئة.

- **إعادة الكلمات الصعبة:** تختلف هذه المرحلة عن مرحلة إعادة الكلمات السهلة في كون هذه المرحلة تستعمل كلمات طويلة المقاطع ومركبة وتقدم واحدة تلوى الأخرى.

- التنقيط: يكون التنقيط:

− 0 لكلمة غير معروفة.

− 1 لكلمة مشوهة.

− 2 لكلمة مشوهة لكن فيها أخطاء.

− 3 لكلمة صحيحة.

- **المستوى اللساني:** يهتم بدراسة جانبين:

- **بند الفهم:** الهدف منه هو معرفة مستوى استيعاب وفهم التعليمة الخاصة بالبنود، بحيث يحتوي هذا البند على الفهم باستعمال البطات وفهم الألوان، فهم التشابه، فهم الإختلاف، الفهم باستعمال الأقراص وفهم الأفعال.

- **فهم الإختلاف:** يكون التنقيط:

- 2 نقطة إجابة صحيحة وشرح صحيح.

- 1 للإجابة الخاطئة وشرح منطقي.

- 0 نقطة لإجابة خاطئة وشرح خاطئ.

- **فهم التشابه:**

- 2 نقطة للإجابة الصحيحة.

- 0 نقطة للإجابة الصحيحة.

- **بند التعبير:** الهدف من هذا البند هو معرفة قدرة الحالة على التخيل على المستوى التركيبي، الشكلي، الدلالي والنفس اللغوي، وهو يحتوي على:

- **تسمية الصور:** هذا البند عبارة عن تقديم مجموعة من الصور 29 صورة، الطفل يقوم بتسميتها بالإضافة إلى كلمتين تخصان أعضاء الجسم: الذقن، الركبة.

- التعليمة: يتم تقديم الصور واحدة تلو الأخرى، ونطلب منه" ماذا ترى في الصورة".
- التنقيط: البند مقسم إلى جزأين من حيث التنقيط:

- الجزء الأول: يخص المواضيع من 7 إلى 3 والمسمى LX2.

- الجزء الثاني: يخص المواضيع الموجودة في كل القائمة والتي عددها 31 والمسمى LX3.

وقد تم التنقيط كالتالي:

- 4 نقاط لكل صورة سماها الطفل بطريقة صحيحة.

- 2 نقاط إذا كانت الكلمة تدور في نفس السياق مثل الوصف.

- 1 نقطة إذا كانت إجابة الطفل قريبة.

- 0 إجابة خاطئة.

* مجموع النقاط يحسب بعلامتين:

- **الجزء الأول:** يمس المواضيع من 7 إلى 31 والمسمى **LX2** والذي يمثل مجموع نقاطه 100 نقطة.

- الجزء الثاني: يمس المواضيع الموجودة في كل القائمة والتي عددها 31والمسمى **LX3** ويصل مجموع نقاطها 124 نقطة.

- **التعبير عن طريق سلسلة من الصور "قصة الوقوع في الوحل"**: تقدم فيها سلسلة من 5

ويطلب من الطفل أن يكون قصة ويحكيها، و الهدف منه معرفة ما إذا كانت الحالة قادرة على التحليل من الناحية الشكلية، التركيبية، الدلالية.

  - التعليمة: أنظر جيدا لهذه الصور، ثم إحكي لي ماذا تشاهد، كما يجب تشجيع الطفل

بطرح الأسئلة (ماذا يحدث؟ وبعد؟)، لكن دون تقديم مساعدات أخرى.

*ومن أجل حصولنا نتائج تبين إمكانيات عناصر العينة في حكاية القصة، فقد ركزنا

على مكونات لغوية هي عدد الكلمات، عدد الجمل، عدد الأفكار، الترابط والتسلسل، وهذه المكونات تعطى لها القيم الممثلة لها في كل حكاية.

  - التنقيط: تعطى العلامة حسب الأفكار التي يكونها الطفل حول الصور والعلامات هي بين 1 و2، أما النتيجة الكلية تكون بجمع كل تلك العناصر وتضرب *5 وتقسم على مجموع العلامات القوى وهي 20.

- **التعبير عن طريق قصة الدمية المكسرة:** وتمثل قصة دمية مكسرة، تحكي الطفل مرتين أو أكثر ثم يطلب من الطفل إعادتها.
  - التعليمة: "أعد حكاية القصة".
  - التنقيط: لقد قمنا في هذا البند بالتنقيط والتقييم على حساب عدة رؤى خاصة بأداء الطفل والمتمثلة في:

– مجموع الأفكار المتحصل عليها **DEX**.

– مجموع الكلمات المستعملة **MOT**.

*فيما يخص تنقيط الأفكار، فيكون كما يلي:

– نصف نقطة لكل فكرة أو كلمة متحصل عليها تكون قريبة للكلمات المسطرة في النص، والذي يبلغ عددها 11 كلمة مسطرة.

– نقطة على الجملة التعبيرية الموجودة في النص، وهي " في اليوم نفسه"، أو أي جملة تجعل من النص يسير وفق البنية الزمنية، ثم نجمع كل النقاط المتحصل عليها.

- **بند الاحتفاظ:** يتكون من جزأين:

- **إعادة الأرقام:** هذا البند متكون من ثلاثة مجموعات متكونة من ثلاثة سلسلات، الأولى تحتوي على ثلاثة أرقام، الثانية تحتوي على أربعة أرقام، و الأخيرة تتكون من 5 أرقام في الصنف، نعطي السلسلة الأولى والثانية أما في الصنف الآخر نعطي السلسلة الثانية والثالثة بحيث نطلب من الطفل أن يسمع جيدا ويعيد ما سمعه.

  - **إعادة جمل المهرج:** نلقي على الطفل 15 جملة، ونطلب منه أن يسمع جيدا لأنه يعيد ما يلقى عليه.

- الخصائص السيكومترية لاختبار شفري موليـر المكيف:

قامت الباحثة هواري أمينة بحساب صدق الإختبار عن طريق تطبيق الصدق (الصدق المحكمي) وذلك بعرض إختبار اللغة الشفهية على ثمانية(8) أساتذة محاضرين حيث أجرت بعض التعديلات وفقا لآرائهم ثم قامت بحساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية أين بينت النتائج المتحصل عليها عالية. أما بالنسبة للثبات تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية أين اتضح من خلاله أن معامل الثبات مرتفع أي الإختبار ثابت.

5-3- تقديم البرنامج المقترح للأطفال المصابين بالشلل الدماغي :

هو مجموعة من الخطوات المتتابعة في شكل جلسات علاجية لغرض تنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي من سن 05 إلى 07 سنوات سواء تعلق الأمر بصعوبات الفهم الشفهي أو الإنتاج اللغوي وقد إعتمدنا على ركائز تشمل مختلف جوانب الفهم اللغوي قاصدين بذلك العمليات المعرفية (الإدراك، الذاكرة، الإنتباه..) لأنها تدخل بشكل كبير في الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي.

- الفئة المستهدفة لهذا البرنامج:

يقدم هذا البرنامج للأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي الذين لديهم اضطرابات في المكتسبات اللغوية و الفهم الشفهي و تتراوح أعمارهم بين 07-06 سنة.

- أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى إنماء وتطوير الأساليب الخاصة بالفهم الشفهي والإنتاج اللغوي كما يعمل على تنمية جوانب المعرفية عديدة عن طريق العمليات المعرفية وفق استراتيجيات يتضمنها البرنامج.

- **بنود البرنامج:**

- **البند الأول:** فيه مستويين:

- **المستوى الأول:** التعرف على الصور:

- التعليمة: سأقوم (بإعطائه) صور ويجب أن تتعرف على محتوى الصور، ففي المحاولة الأولى والثانية نقوم بمساعدته ولا تنطق المحاولتين.

- **الصور الخاصة بهذا المستوى يحتوي على 34 صورة:**
  - صورة فيها: طفل.
  - صورة فيها: عين.
  - صورة فيها: أنف.
  - صورة فيها: فم.
  - صورة فيها: أذن.
  - صورة فيها: ذراع.
  - صورة فيها: رجل.
  - صورة فيها: حذاء.
  - صورة فيها: قلم.
  - صورة فيها: محفظة.
  - صورة فيها: صبورة.
  - صورة فيها: كوب.
  - صورة فيها: تلفاز.
  - صورة فيها: تفاحة.
  - صورة فيها: موز.

- صورة فيها: طماطم.
- صورة فيها: شجرة.
- صورة فيها: عصفور.
- صورة فيها: مدفئة.
- صورة فيها: حنفية.
- صورة فيها: ثلاجة.
- صورة فيها: مقلاة.
- صورة فيها: كبش.
- صورة فيها: بقرة.
- صورة فيها: فراولة.
- صورة فيها: جزر
- صورة فيها: فلفل
- صورة فيها: شروق الشمس
- صورة فيها: الليل
- صورة فيها: تساقط الثلج
- صورة فيها: شجرة تتساقط أوراقه
- صورة فيها: أسد.
- صورة فيها: فيل
- صورة فيها: دب.

- الهدف: هو التعرف على مضمون و استيعابه.

- الوقت: 45 دقيقة إلى ساعة.

- **المستوى الثاني:** الإنتباه و إدراك الفرق بين الصور.

- التعليمة: سوف أقوم بإعطائك صورتين حيث أعطيك الصورة الأولى وأتركك تتمعنها ثم أعطيك الصورة الثانية التي تحمل منعكسا طرأ على الصورة الأولى، بعدها نسأله يا ترى ما هو الإختلاف ما بين الصورتين؟

- مثال: صورة تحمل طفل ساكت و طفل يبكي بعد إعطائه الصورتين نقول يا ترى ما الشيء المختلف ما بين هذين الطفلين؟ ترى ما الذي يجري؟

- **الصور الخاصة بهذا المستوى التي تحتوي على 14 صورة:**
  - صورتين تحمل: طفل ساكت وطفل يبكي.
  - صورتين تحمل: سفينة فوق البحر وسفينة تغرق.
  - صورتين تحمل: شجرة بها أوراق وشجرة عارية من الأوراق.
  - صورتين تحمل: عصفور في الأرض وعصفور يطير.
  - صورتين تحمل: حذاء سليم وحذاء ممزق.
  - صورتين تحمل: كوب سليم وكوب مكسور.
  - صورتين تحمل: حنفية مغلقة وحنفية مفتوحة.

- الهدف: يهدف إلى تقوية التركيز وزيادة الإنتباه وإدراك الفرق.

- الوقت: 35 دقيقة.

- **البند الثاني:** المخطط الجسدي و الجانبية:

- التعليمة: سأقوم بإعطائك مخطط جسديا مفككا لطفل، أقوم فيه أنا بتركيب الصورتين الأولى والثانية اللتان تحمل إحداهما الرأس والأخرى نصف الجسد، ثم أقوم بإلقاء عليك

بعض الجمل المطابقة للصور المتفككة الباقية، حيث تقوم أنت بتعيين الصورة المناسبة لأحد الجمل التي ألقيها عليك.

وبعد تعيينها كلها سأطلب منه تركيب هذه الصور على النحو التالي: (الفم، الأنف، العين اليمنى، العين اليسرى، الحاجب الأيمن، الحاجب الأيسر، الأذن اليمنى، الأذن اليسرى، الذراع الأيمن، الذراع الأيسر، الرجل اليمنى، الرجل اليسرى).

- **الصور الخاصة بهذا البند حيث يحتوي على 10 صور:**
  - صورة فيها: وجه.
  - صورة فيها: نصف جسم.
  - صورة فيها: فم.
  - صورة فيها: أنف.
  - صورة فيها: عين يمنى.
  - صورة فيها: عين يسرى.
  - صورة فيها: أذن يمنى.
  - صورة فيها: أذن يسرى.
  - صورة فيها: ذراع أيمن.
  - صورة فيها: ذراع أيسر.
  - الهدف: التعرف على المخطط الجسدي وإدراك الجانبية.

– الوقت: 35 دقيقة.

– **البند الثالث:** التعرف على المفاهيم المكانية:

– التعليمة: تمعن في الصورة جيدا ثم حدد لي مكان القط في كل صورة أعطيها لك وبعدها سأعطيك صورتين لتحدد لي أيضا مكان الطفل فيهما.

- **الصور الخاصة بهذا البند حيث يحتوي على 07 صور:**
  - صورة فيها: القط فوق الشجرة.
  - صورة فيها: قط تحت الشجرة.
  - صورة فيها: قط أمام الشجرة.
  - صورة فيها: قط خلف الشجرة.
  - صورة فيها: طفل دخل المنزل.
  - صورة فيها: طفل خارج المنزل.
  - صورة فيها: طفل بجانب المنزل.

– الهدف: التعرف على المفاهيم المكانية.

– الوقت: 30 دقيقة.

– **البند الرابع:** هذا البند فيه مستويين:

المستوى الأول: التعرف على المفاهيم الزمانية:

– التعليمة: سأقوم بإعطائك صورتين، تمثل الصباح والأخرى تمثل الليل. عين الصورة المناسبة لكل زمن.

- **الصور الخاصة بهذا المستوى حيث تحتوي على صورتين:**
  - صورة فيها: طفل ينهض من فراشه صباحا مع إطلالة الشمس المشرقة من النافذة.
  - صورة فيها: طفل نائم في فراشه وظلمة الليل بنجومها بادية من النافذة.

– **المستوى الثاني:** التعرف على الفصول:

– التعليمة: سأقوم بإعطائك أربع صور تمثل كل واحدة فصلا من الفصول الأربعة، عليك بتحديد الصورة المناسبة لكل فصل أطلبه منك.

- **الصور الخاصة بهذا المستوى حيث يحتوي على 04 صور:**
  - صورة فيها: تتساقط أوراق الأشجار ورياح خفيفة.
  - صورة فيها: تساقط الثلوج ورجل الثلج.
  - صورة فيها: أشجار بها أوراق ومجموعة من الأزهار والفراشات.
  - صورة فيها: شاطئ بحري ومجموعة من الأطفال يسبحون.

- الهدف: الإدراك والتعرف على المفاهيم الزمانية.

- الوقت: 40 دقيقة (20 د لكل مرحلة).

- **البند الخامس:** فيه ثلاث مستويات:

- **المستوى الأول:** تصنيف الخضر والفواكه:

- التعليمة: سأعطيك مجموعة من الصور تمثل الصنفين معا "خضر وفواكه"، ستقوم أنت بتصنيفها.

- **الصور الخاصة حيث يحتوي على 06 صور:**
  - صورة فيها: طماطم.
  - صورة فيها: جزر.
  - صورة فيها: فلفل.
  - صورة فيها: تفاحة.
  - صورة فيها: موز.
  - صورة فيها: فراولة.

- **المستوى الثاني:** تصنيف الحيوانات الأليفة و المتوحشة.

- التعليمة: سأعطيك مجموعة من الصور تمثل الصنفين معا، ستقوم أنت بتصنيفها.

- **الصور الخاصة حيث يحتوي على 06 صور:**
  - صورة فيها: كبش.
  - صورة فيها: بقرة.
  - صورة فيها: قط.
  - صورة فيها: أسد.
  - صورة فيها: فيل.
  - صورة فيها: دب.

- **المستوى الثالث:** تصنيف اللوازم المنزلية و اللوازم المدرسية:

- التعليمة: سأعطيك مجموعة من الصور تمثل الصنفين معا ستقوم أنت بتصنيفها.

- الصور الخاصة حيث تحتوي على 06 صور:
  - صورة فيها: محفظة.
  - صورة فيها: قلم.
  - صورة فيها: صبورة.
  - صورة فيها: تلفاز.
  - صورة فيها: ثلاجة.
  - صورة فيها: مقلاة.

- الهدف: التمييز والتفريق بين الأصناف.

- الوقت: 01سا (20دقيقة لكل مستوى).

- يحتوي هذا البرنامج على:

- علبة تحوي كل صور البرنامج الموزعة على البنود حسب مقتضى كل بند.

– ورقة التنقيط: التي يتم من خلالها تسجيل استجابات الطفل الخاصة بكل بند وهي عبارة عن ورقة فيها جدول، يحتوي الجدول على خانات تتضمن:

أ– الخانة الأولى: البنود فلكل بند صور ولكل صورة علامة.

ب– الخانة الثانية: تتضمن صور المستوى أو البند.

ت– الخانة الثالثة: حيث تتضمن التالي:

– العلامة (0) للإجابة الخاطئة.

– العلامة (1) للإجابة الخاطئة.

– العلامة(2) للإجابة الصحيحة.

ج– الخانة الرابعة: الوقت.

حيث لكل بند وقت معين خاص به.

د– الخانة الخامسة: حيث يأتي المجموع في أسفل الجدول.

– الخصائص السيكومترية للبرنامج:

بعد بناء البرنامج في صورته الأولية، تم عرضه على مجموعة من المحكمين عددهم (07) وهم أساتذة جامعين من مختلف التخصصات في مجال علم النفس الأرطفونيا ودراجاتهم العلمية بين الدكتوراه ودرجة أستاذ التعليم العالي.

– الهدف من تحكيم هذا البرنامج:

مرت مرحلة تحكيم البرنامج بمرحلة أساسية للتأكد من صلاحيته وملائمته للهدف الذي وضع من أجله، فاستخدمت الباحثة مولاي إيمان التحكيم للتحقق من نجاعته، فبعد إعداده في

صورته الأولى، تم عرضه على عدد من الأساتذة جامعة عبد الحميد بن باديس وهذا لإبداء رأيهم في البرنامج المقترح وهذا من حيث:

- مضمون البرنامج.
- سير خطوات البرنامج.
- أهداف البرنامج.
- مدى ملائمة الزمن المتاح لكل بند أو مستوى.
- طريقة الصياغة لبنود البرنامج.

وقد تفضل الأساتذة المحكمين بتحكيم البرنامج، والجدول يوضح نسب اتفاق الأساتذة المحكمين على تحكيم البرنامج:

جدول رقم (04): يمثل نسبة إتفاق المحكمين على البروتوكول المقترح.

الرقم	الموضوع	نسبة الاتفاق
1	مضمون البروتوكول	50 %
2	سير خطوات البروتوكول	75 %
3	أهداف البروتوكول	95 %
4	مدى ملائمة الزمن المتاح لكل بند أو مستوى	35 %
5	طريقة الصياغة لبنود البروتوكول	25 %
6	موضوعات البروتوكول	100 %

تبين من خلال الجدول أن الصورة المبدئية للبروتوكول قد حصلت على نسبة اتفاق تتراوح بين (25%) إلى (100%)، وتم تحديد نسبة (75%) فأكثر للإبقاء على أي موضوع دون تعديل. أما الموضوعات التي حصلت على أقل من (75%) وجب تعديلها حسب اقتراحات المحكمين.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

وقد تم الاعتماد على بعض الأدوات الإحصائية المتمثلة في:

- **النسبة المئوية** : ويتم حسابها وفق القانون التالي :

النسبة المئوية = عدد الإجابات الصحيحة×100

العدد الكلي للإجابات

- **المتوسط الحسابي:**

وهو يساعد على معرفة مدى تماثل أو إعتدال صفات أو سلوك أفراد العينة، والمتوسط الحسابي عبارة عن مجموع درجات الأفراد على عدد الأفراد.

- **الانحراف المعياري:**

ويستخدم لمعرفة تفرق أو تناغم البيانات عن متوسطها الحسابي ويتم حسابه وفق القانون التالي: الجذر التربيعي لِ(مجموع مربعات انحراف القيم عن المتوسط)÷(عدد القيم1-).

- **إختبار ويلكوكسون وقيمة z:** لدلالة الفروق بين عينتين مترابطتين.

الفصل الرابع

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

1. عرض نتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز.

1. 1. عرض نتائج القياس القبلي للمستوى النطقي.

1. 2. عرض نتائج القياس القبلي للمستوى الفونولوجي.

1. 3. عرض نتائج القياس القبلي للمستوى اللساني اللغوي.

2. تحليل نتائج القياس القبلي لإختبار شفري موليز.

2. 1. التحليل الكمي.

2.2. التحليل الكيفي.

3. عرض نتائج القياس البعدي لإختبار شيفري موليز.

3. 1. عرض نتائج القياس البعدي للمستوى النطقي.

3. 2. عرض نتائج القياس البعدي للمستوى الفونولوجي.

4. تحليل نتائج القياس البعدي لإختبار شفري موليز.

4. 1. التحليل الكمي.

4. 2. التحليل الكيفي.

5. التحليل الإحصائي.

1- عرض نتائج القياس القبلي لاختبار شيفري موليز:

1-1- عرض نتائج القياس القبلي للمستوى النطقي:

جدول رقم (05): يمثل نتائج القياس القبلي في المستوى النطقي لاختبار شفري موليز

الحالة	النطق 6/6	مجموع المستوى النطقي 6	النسبة المئوية %
الحالة (01)	3	3	50
الحالة (02)	4	4	66.66
الحالة (03)	5	5	83.33
الحالة (04)	4	4	66.66
الحالة (05)	5	5	83.33
الحالة (06)	3	3	50
الحالة (07)	4	4	66.66
الحالة (08)	4	4	66.66
الحالة (09)	5	5	83.33
الحالة (10)	3	3	50

تبين من خلال الجدول رقم(05) أن الحالة الأولى والسادسة والعاشرة تحصلوا على نفس النتيجة 3 من ، أما الحالة الثانية والرابعة والسابعة والثامنة تحصلوا على 4، والحالة الثالثة والخامسة والتاسعة تحصلوا على 5.

1-2- عرض نتائج القياس القبلي للمستوى الفونولوجي:

جدول رقم (06): يمثل نتائج القياس القبلي في المستوى الفونولوجي لاختبار شفري موليز:

الحالة	تسمية الصور 33/33	إعادة الكلمات السهلة 45/45	إعادة الكلمات الصعبة 38/38	مجموع المستوى الفونولوجي 116	النسبة المئوية %
الحالة (01)	17	20	10	47	40
الحالة (02)	17	24	12	53	45.68
الحالة (03)	24	29	12	65	56.03
الحالة (04)	20	27	15	62	53.44
الحالة (05)	23	29	17	69	59.48
الحالة (06)	20	25	11	56	48.27
الحالة (07)	16	23	10	49	42.24
الحالة (08)	24	30	13	67	57.75
الحالة (09)	27	31	16	74	63.79
الحالة (10)	16	21	10	47	40.59

من خلال الجدول رقم(06) نلاحظ أن الحالة الأولى والثانية تحصلوا على 17 نقطة من في بند تسمية الصور، وتحصلت الحالة الثالثة والثامنة على 24. أما الحالة الرابعة والسادسة تحصلوا على 20، في حين تحصلت الحالة الخامسة على 23، وقد تحصلت كل من الحالة السابعة والعاشرة على16، والحالة التاسعة على27. كما نلاحظ أن الحالة الأولى تحصلت على 20نقطة في بند إعادة الكلمات السهلة وتحصلت الحالة الثانية على 24، وتحصلت كل من الحالة الثالثة والخامسة على29، والحالة الرابعة على 27، وقد تحصلت

الحالة السادسة على 25، في حين تحصلت الحالة السابعة على 24، والحالة الثامنة على 30، أما الحالة التاسعة تحصلت على 31، والحالة العاشرة على 21.

تبين من خلال الجدول أن الحالة الأولى والحالة السابعة والعاشرة تحصلوا على 10 نقاط في بند إعادة الكلمات الصعبة، أما الحالة الثانية والثالثة تحصلوا على 12نقطة والحالة الرابعة تحصلت على 15، فالحالة الخامسة تحصلت على 17، وقد تحصلت الحالة السادسة على 11 وقد تحصلت الحالة الثامنة على 13، كما تحصلت الحالة التاسعة على 16.

1-3-عرض نتائج القياس القبلي للمستوى اللساني اللغوي:

جدول رقم (07): يمثل نتائج القياس القبلي في المستوى اللسانس اللغوي لاختبار شفري موليز:

الحالة	تسمية الصور		التعبير عن طريق سلسلة من الصور " قصة الوقوع في الوحل" 20/20	التعبير عن طريق قصة الدمية المكسرة 6،5/6،5	مجموع المستوى اللساني اللغوي 250.5	النسبة المئوية %
	LX2 100/100	LX3 124/124				
الحالة (01)	41	60	10	3	114	45.50
الحالة (02)	39	55	11	3	108	43.11
الحالة (03)	55	67	15	2	139	55.48
الحالة (04)	53	67	13	4	137	54.69
الحالة (05)	44	68	14	5	131	52.40
الحالة (06)	38	48	11	4	101	40.31
الحالة (07)	45	55	10	3	113	45.10
الحالة (08)	46	65	14	4	129	51.49
الحالة (09)	47	69	12	5	133	53.09
الحالة (10)	39	50	9	2	100	39.92

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن الحالة الأولى تحصلت على 41 نقطة من في بند تسمية الصور LX2 في المستوى اللساني اللغوي، وتحصلت الحالة الثانية والعاشرة على 39 نقطة، أما الحالة الثالثة فتحصلت على 55، أما بالنسبة للحالة الرابعة تحصلت على 53، و الحالة الخامسة تحصلت على 44، وسجلت الحالة السادسة على 38، أما الحالة السابعة تحصلت على 45، وتحصلت الحالة الثامنة والتاسعة على 45 و47.

كما تبين من خلال الجدول أن الحالة الأولى والثانية تحصلت على 60 و53 في بند تسمية الصور LX3، أما الحالة الثالثة والرابعة والخامسة تحصلت على 67 و68 نقطة، كما تحصلت الحالة السادسة على 48، أما الحالة السابعة والثامنة سجلت 55 و65 نقطة، كما سجلت الحالة التاسعة والعاشرة 69 و50.

وفيما يخص بند التعبير عن طريق قصة الوقوع في الوحل، فقد تحلت الحالة الأولى والسابعة عل 10، أما الحالة الثانية والسادسة تحصلت على 11، أما الحالة الثالثة تحصلت على 15، وتحصلت الحالة الرابعة على 13، وتحصلت الحالة الخامسة والثامنة على 14، والحالة العاشرة تحلت على 09.

أما فيما يخص بند التعبير عن طريق قصة الدمية المكسرة فقد تحصلت الحالة الأولى والثانية والسابعة على3 ، أما الحالة الثالثة والعاشرة تحصلت على 2 كما تحصلت الحالة الرابعة والسادسة والتاسعة على 4، أما الحالة الخامسة والتاسعة تحصلت على 5.

2- تحليل نتائج القياس القبلي لاختبار شيفري موليز:

2-1- التحليل الكمي لنتائج القياس القبلي:

2-1-1- التحليل الكمي لنتائج القياس القبلي للمستوى النطقي:

من خلال نتائج الجدول نلاحظ مجموع نقاط الحالات في اختبار المستوى النطقي تتراوح ما بين (3-5) نقاط من 6 درجة كما يقابلها نسبة مئوية تتراوح ما بين(50%-83.33%)، حيث تحصلت كل من الحالة الأولى والسادسة والعاشرة على نفس النقاط 3 من 6 بنسبة مئوية تقدر ب 50% وهي نسبة منخفضة وأقل مقارنة بالنسب التي تحصلت عليها الحالة الثانية والرابعة والسابعة والثامنة فقد تحصلت على 4 نقاط بنسبة مئوية تقدر ب 66.66%. وتحصلت كل من الحالة الثالثة والخامسة والتاسعة على 5 نقاط بنسبة مئوية تقدر ب83.33% وهي نتائج متوسطة مقارنة بالحالات الأولى.

2-1-2- التحليل الكمي لنتائج القياس القبلي للمستوى الفونولوجي:

أما نتائج الحالات في المستوى الفونولوجي فهي تتراوح ما بين (47-74) نقطة من 116 بما يقابلها نسبة مئوية تتراوح بين (40.51%- 63.79%). حيث تحصلت كل من الحالة الأولى والعاشرة على 47 نقطة بنسبة مئوية تقدر ب40.51% وهي نتائج و نسب منخفضة. والحالة السابعة تحصلت على 49 نقطة بنسبة مئوية تقدر ب 42.24%، فتحصلت الحالة الثانية على 53 نقطة بنسبة تقدر ب 45.68%، والحالة السادسة على 56 نقطة بنسبة تقدر ب 48.27% وهي نسب و نتائج منخفضة مقارنة بالنسب التي تحصلت عليها كل من الحالة الرابعة والتي تحصلت على 62 نقطة بنسبة تقدر ب 53.44%، وتحصلت الحالة الخامسة على 69 نقطة و التي تقدر ب 59.48%، فالحالة التاسعة تحصلت على 74 نقطة والتي تقدر ب 63.79% وهي نتائج و نسب متوسطة.

2-1-3- التحليل الكمي لنتائج القياس القبلي للمستوى اللساني اللغوي:

أما نتائج اختبار المستوى اللساني اللغوي فالنتائج تتراوح ما بين100-139 نقطة من 250.50 درجة بما يقابلها 39.92%- 55.48%. حيث تحصلت كل من الحالة العاشرة والسادسة والثانية والسابعة على نتائج منخفضة، فالحالة العاشرة تحصلت على 100 من 250.50 بنسبة مئوية تقدر ب39.92%، والحالة السادسة على 101 نقطة بنسبة تقدر ب 40.31%، والحالة الثانية على 108 نقطة وبنسبة تقدر 43.11%، وتحصلت الحالة السابعة على 113 نقطة بنسبة تقدر ب 45.10%، وقد تحصلت الحالات الأخرى على نتائج متوسطة فالحالة الثامنة تحصلت على 129 نقطة بنسبة 51.49%، والحالة الخامسة على131 نقطة بنسبة تقدر ب52.4%، والحالة التاسعة تحصلت على 133 نقطة بنسبة تقدر ب53.09%، كما تحصلت الحالة الرابعة على 137 بنسبة تقدر ب54.69%، والحالة الثالثة تحصلت على 139 بنسبة مئوية ب55.48%، وهي نتائج مرتفعة قليلا مقارنة بالحالات الأولى.

2-2- التحليل الكيفي لنتائج القياس القبلي:

من خلال تعاملنا مع الحالات لاحظنا أن معظمها كانت لديهم بعض الصعوبات في فهم التعليمة، وكانوا يتميزون بالهدوء أثناء إجراء الإختبار، ويترددون في بعض الإجابات التي لا يعرفونها وهذا عند عدم قدرتهم على نطق بعض الحروف فيما يخص المستوى النطقي كذلك عند إعادة الكلمات السهلة و الصعبة كما كانوا يستخدمون بعض الإشارات أثناء تسمية الصور في المستوى الفونولوجي وهذا لعدم قدرتهم على التعرف عليها. كما لاحظنا أنه كان من الصعب عليهم التعبير في المستوى اللساني اللغوي عن طريق سلسلة من الصور وقصة صغيرة حيث كانوا يستغرقون وقتا طويلا لتقديم الإجابة، فيظهر عليهم التعب فلا يستطيعون إتمام الإختبار إلى النهاية.

3- عرض نتائج القياس البعدي لاختبار شيفري موليز:

3-1- عرض نتائج القياس البعدي للمستوى النطقي:

جدول رقم (08): يمثل نتائج القياس البعدي في المستوى النطقي لاختبار شفري موليز

الحالة	النطق 6/6	مجموع المستوى النطقي	النسبة المئوية %
الحالة (01)	4	4	66.66
الحالة (02)	6	6	100
الحالة (03)	6	6	100
الحالة (04)	5	5	83.33
الحالة (05)	6	6	100
الحالة (06)	5	5	83.33
الحالة (07)	5	5	83.33
الحالة (08)	6	6	100
الحالة (09)	6ذ	6	100
الحالة (10)	4	4	66.66

من خلال الجدول رقم(08) تبين أن الحالة الأولى والحالة العاشرة تحصلوا على 4 نقاط، وقد تحصلت كل من الحالة الثانية والثالثة والخامسة والحالة الثامنة والحالة التاسعة على 6 نقاط، أما الحالة الرابعة والحالة السادسة والسابعة تحصلوا على5 نقاط.

3-2- عرض نتائج القياس البعدي في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم (09): يمثل نتائج القياس البعدي في المستوى الفونولوجي لاختبار شفري موليز

الحالة	تسمية الصور 33/33	إعادة الكلمات السهلة 45/45	إعادة الكلمات الصعبة 38/38	مجموع المستوى الفونولوجي	النسبة المئوية %
الحالة (01)	24	29	15	62	53.44
الحالة (02)	26	32	15	73	62.93
الحالة (03)	28	37	16	81	69.82
الحالة (04)	29	36	17	82	70.68
الحالة (05)	30	39	18	89	76.72
الحالة (06)	27	33	13	73	62.93
الحالة (07)	23	30	14	67	57.75
الحالة (08)	27	38	15	80	68.96
الحالة (09)	30	35	18	83	71.55
الحالة (10)	24	28	14	66	56.89

من خلال الجدول رقم(09) اتضح أن الحالة الأولى والحالة العاشرة تحصلوا على 24 نقطة في بند تسمية الصور، والحالة الثانية على 26 نقطة والحالة الثالثة على 28 نقطة، أما الحالة الرابعة على 25 نقطة، بينما الحالة الخامسة والتاسعة تحصلوا على 30 نقطة، والحالة السابعة تحصلت على 23 نقطة.

أما فيما يخص بند إعادة الكلمات السهلة فنلاحظ أن الحالة الأولى تحصلت على 29 نقطة، والحالة الثانية تحصلت على 32 نقطة ، فالحالة الثالثة تحصلت على 37 نقطة، أما

الحالة الرابعة تحصلت على 36 نقطة، وقد تحصلت الحالة الخامسة على 39 نقطة، وتحصلت الحالة السادسة على 33، والحالة السابعة تحصلت على 30 نقطة، والحالة الثامنة تحصلت على 38، أما الحالة التاسعة تحصلت على 35 نقطة، والعاشرة تحصلت على 28. وتبين أن الحالة الأولى والحالة الثانية والحالة الثامنة تحصلوا على 15نقطة في بند إعادة الكلمات الصعبة، والحالة الثالثة تحصلت على 16، فالحالة الرابعة تحصلت على 17نقطة، وتحصلت الحالة الخامسة والتاسعة على18نقطة، أما الحالة السادسة على 13، والحالات السابعة والعاشرة على 14 نقطة.

3-3- عرض نتائج القياس البعدي للمستوى اللساني اللغوي:

جدول رقم (10): يمثل نتائج القياس القبلي في المستوى اللساني الغوي لاختبار شفري موليز:

الحالة	تسمية الصور		التعبير عن طريق سلسلة من الصور " قصة الوقوع في الوحل" 20/20	التعبير عن طريق قصة الدمية المكسرة 6،5/6،5	مجموع المستوى اللساني اللغوي	النسبة المئوية %
	LX2 100/100	LX3 124/124				
الحالة (01)	57	78	13	5	150	59.88
الحالة (02)	51	66	14	5	136	54.29
الحالة (03)	65	77	16	3	161	64.27
الحالة (04)	58	78	15	5	156	62.27
الحالة (05)	52	72	16	6	146	58.28
الحالة (06)	48	57	13	5	123	49.10
الحالة (07)	53	65	12	4	134	53.49
الحالة (08)	57	73	16	5	151	60.27
الحالة (09)	63	79	15	5	162	64.67
الحالة (10)	48	67	9	3	127	50.69

من خلال الجدول رقم (10) تبين لنا أن مجموعة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي تحسنت في المستوى اللساني، حيث فيما يخص تمرين تسمية الصورLX2 تحصلت الحالة الأولى والثامنة على 57، والحالة الثانية تحصلت على 51، كما تحصلت الحالة الثالثة على65، والحالة الرابعة تحصلت على 58، أما الحالة الخامسة تحصلت على 52 ، والحالة السادسة والعاشرة تحصلت على 48 ، أما بالنسبة للحالة السابعة تحصلت على 53 ، والحالة التاسعة على 6.

أما فيما يخص بند تسمية الصور LX3، فقد تحصلت الأولى والرابعة على معدل يقدر ب 78، أما بالنسبة للحالة الثانية تحصلت على 66 والحالة الثالثة تحصلت على 77، والحالة السادسة تحصلت على 57 ، أما الحالة السابعة تحصلت على 65 والحالة الثامنة تحصلت على 73، أما الحالة التاسعة تحصلت على 79، والحالة تحصلت على 67.

أما فيما يخص التعبير عن طريق قصة الوقوع في الوحل تحصلت الحالة الأولى والرابعة والسادسة على 13، أما الحالة الثانية تحصلت على 14، كما تحصلت الحالة الثالثة والخامسة والثامنة على 16، والحالة الرابعة والتاسعة تحصلت على 15، أما الحالة السابعة والعاشرة تحصلت على 12.

أما فيما يخص بند التعبير عن طريق قصة الدمية المكسرة، فقد تحصلت الحالة والثانية والرابعة والسادسة والثامنة والتاسعة على 5، وتحصلت الحالة الثالثة والعاشرة على 3 أما الحالة الخامسة تحصلت على 6، كما تحصلت الحالة السابعة على 4.

4- تحليل نتائج القياس البعدي لإختبار شيفري موليز:

4-1- التحليل الكمي لنتائج القياس البعدي:

4-1-1- التحليل الكمي لنتائج القياس البعدي للمستوى النطقي:

من خلال النتائج المتحصل عليها، نلاحظ أن الحالة الأولى والعاشرة تحصلت على 4 من 6 بنسبة مئوية تقدر ب 66.66%، أما بالنسبة للحالة الثانية والثالثة والخامسة والثامنة والتاسعة تحصلت على 6 نقاط بنسبة مئوية تقدر ب 100% وهي نسب عالية، وتحصلت الحالة الرابعة والسادسة على5 نقاط بنسبة مئوية 83.33% وهي نسب مرتفعة.

4-1-2- التحليل الكمي لنتائج القياس البعدي للمستوى الفونولوجي:

يظهر لنا من خلال نتائج الجدول أن مجموع نقاط الحالات في المستوى الفونولوجي لإختبار شيفري موليز تتراوح ما بين 62و89 من أصل 116 بما يقابلها نسب مئوية تتراوح بين 53.44% و76.72%، حيث تحصلت كل من الحالة الأولى والثانية والثالثة على 62 و73 و81 بنسبة تقدر ب 53.44% و62.93% و69.82% وهي نسب تفوق المتوسط، إذ تحصلت الحالة الرابعة والخامسة على نسب مرتفعة تقدر ب 70.68% و76.72%. أما بالنسبة للحالة السادسة والسابعة والثامنة والتاسعة والعاشرة تحصلت على 73و 67 و80 و83 و66 أي بنسب مئوية 62.93 %، 57.75 %، 68.96 %،71.55% و56.89% وهي بنسب مرتفعة.

4-1-3- التحليل الكمي لنتائج القياس البعدي للمستوى اللساني اللغوي:

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ مجموع نقاط الحالات في اختبار شيفري موليز بالنسبة للمستوى اللساني اللغوي تتراوح ما بين 123و 162 نقطة من 250.5 درجة كما يقابلها نسبة مئوية تتراوح ما بين 49.10% و64.67% حيث تحصلت كل من

الحالة الأولى والثانية والثالثة على التوالي النقاط التالية 150 و 136 و161 أي بنسبة تقدر ب 59.88 %،54.29 %، 64.27% وهي نسب تفوق المتوسط. أما الحالة الرابعة والخامسة فقد تحصلت على النقاط التالية 156و146 بنسبة تقدر ب58.28 ،%62.27% وهي نسب فوق المتوسط. أما الحالة السادسة تحصلت على 123 نقطة، أي بنسبة مئوية 49.10% وهي نسب دون المتوسط، والتاسعة والعاشرة على نتائج تتراوح بين 134و151 و162 و127 بما يقابلها نسب مئوية 53.49 %، 60.27%، 64.67%، 50.69% وهي نتائج تفوق المتوسط ونسب مرتفعة.

4-2- التحليل الكيفي لنتائج القياس البعدي:

بعد تطبيقنا للبروتوكول العلاجي الذي يهدف إلى تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذي استغرق 10 أسابيع، نلاحظ أنه كان هناك تحسن ملحوظ لفهم التعليمة بحيث كانوا يطرحون أسئلة حول المواضيع التي لا يفهمونها، ويستخدمون كلمة لا أعرف(ur zrigh ara) عند عدم التعرف على الصور أو الإجابة المطلوبة منهم، وكان سلوكهم عادي يتميزون بالهدوء أثناء أداء الإختبار، فلم نجد أي صعوبة في التعامل معهم. كما لاحظنا على وجه الخصوص أن معظم الحالات تمكنت من نطق وإعادة الحروف بطريقة سليمة وواضحة، واستطاعوا التعرف وتسمية معظم الصور وإعادة الكلمات السهلة والصعبة في المستوى الفونولوجي، و يتضح أيضا في المستوى اللساني اللغوي أين تمكنت الحالات من التعبير عن طريق قصة صغيرة وسلسلة من الصور، فهذا التحسن ظهر في الوقت المستغرق لتقديم الإجابة والقدرة على إتمام الإختبار إلى النهاية.

5- التحليل الإحصائي:

5-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

الجدول رقم(11): يمثل نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى النطقي

المستوى النطقي	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل ويلكوكسون Z	قيمة الدلالة sig	قيمة الدلالة المعتمدة
القياس القبلي	10	4.00	0.81650	-2.919	0.004	0.05
القياس البعدي	10	5.30	0.82327			

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن المتوسط الحسابي يساوي 4.00 في القياس القبلي في حين يساوي 5.30 في القياس البعدي، والانحراف المعياري يساوي 0.81650 في القياس القبلي في حين يساوي 0.82327، وأن قيمة معامل ويلكوكسون تساوي 2.919- وقيمة الدلالة تساوي 0.004= sig عند مستوى الدلالة المعتمدة 0.05

5-1-1- التحليل الإحصائي:

بما أن قيمة الدلالة معامل الفروق بين المتوسطات معامل ويلكوكسون تساوي 0.004= sig وهي أصغر من قيمة الدلالة المعتمدة 0.05 ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي، وعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي ما يعني أن الفروق لصالح القياس البعدي.

5-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

الجدول رقم(12): يمثل نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى الفونولوجي

المستوى الفونولوجي	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل ويلكوكسون Z	قيمة الدلالة sig	قيمة الدلالة المعتمدة
القياس القبلي	10	58.90	9.814399	-2.810	0.005	0.05
القياس البعدي	10	75.60	8.745798			

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن المتوسط الحسابي يساوي 58.90 في القياس القبلي في حين يساوي 75.60 في القياس البعدي، والانحراف المعياري يساوي 9.814399 في القياس القبلي في حين يساوي 8.745798، وأن قيمة معامل ويلكوكسون تساوي 2.810- وقيمة الدلالة تساوي 0.005= sig عند مستوى الدلالة المعتمدة 0.05

5-2-2- التحليل الإحصائي:

بما أن قيمة الدلالة معامل الفروق بين المتوسطات معامل ويلكوكسون تساوي 0.005= sig وهي أصغر من قيمة الدلالة المعتمدة 0.05 ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى الفونولوجي، وعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي ما يعني أن الفروق لصالح القياس البعدي.

5-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

الجدول رقم(13): يمثل نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للمستوى اللساني اللغوي

المستوى اللساني اللغوي	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل ويلكوكسون Z	قيمة الدلالة sig	قيمة الدلالة المعتمدة
القياس القبلي	10	120.50	14.93876	-2.810	0.005	0.05
القياس البعدي	10	144.60	13.89004			

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن المتوسط الحسابي يساوي 120.50 في القياس القبلي في حين يساوي 144.60 في القياس البعدي، والانحراف المعياري يساوي 14.93876 في القياس القبلي في حين يساوي 13.89004، وأن قيمة معامل ويلكوكسون تساوي 2.810- وقيمة الدلالة تساوي 0.005= sig عند مستوى الدلالة المعتمدة 0.05

5-3-1- التحليل الإحصائي:

بما أن قيمة الدلالة معامل الفروق بين المتوسطات معامل ويلكوكسون تساوي 0.005= sig وهي أصغر من قيمة الدلالة المعتمدة 0.05 ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي، وعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي ما يعني أن الفروق لصالح القياس البعدي.

5-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

الجدول رقم(14): يمثل نتائج معامل ويلكوكسون بين القياس القبلي والقياس البعدي للإنتاج اللغوي.

الإنتاج اللغوي	العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة معامل ويلكوكسون Z	قيمة الدلالة sig	قيمة الدلالة المعتمدة
القياس القبلي	10	186.40	23.39611	-2.807	0.005	0.05
القياس البعدي	10	225.50	20.62496			

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن المتوسط الحسابي يساوي 186.40 في القياس القبلي في حين يساوي 225.50 في القياس البعدي، والانحراف المعياري يساوي 23.39611 في القياس القبلي في حين يساوي 20.62496، وأن قيمة معامل ويلكوكسون تساوي 2.807- وقيمة الدلالة تساوي sig =0.005 عند مستوى الدلالة المعتمدة 0.05

5-4-1- التحليل الإحصائي:

بما أن قيمة الدلالة معامل الفروق بين المتوسطات معامل ويلكوكسون تساوي sig =0.005 وهي أصغر من قيمة الدلالة المعتمدة 0.05 ما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الإنتاج اللغوي، وعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي ما يعني أن الفروق لصالح القياس البعدي.

6- مناقشة وتفسير النتائج:

6-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

من خلال النتائج المتعلقة باختيار الفرضية التي تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي عند الأطفال المصابين بالشلل

الدماغي لصالح القياس البعدي، وهذا ما اتضح من خلال نتائج الإحصاء الوصفي فعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي، وعليه نقبل بالفرضية ما يعني أن البرنامج العلاجي المقدم له فعالية في تحسين المستوى النطقي عند أفراد هذه العينة لصالح القياس البعدي وهذا ما جاء يتوافق مع نتائج العديد من الدراسات ومن بينها دراسة دردور أسماء (2021) حول اقتراح برنامج تدريبي للقدرات المعرفية ودورها في تنمية التواصل اللفظي عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي، وكانت أهم النتائج التي أسفرت عليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي في التواصل اللفظي اللغوي لصالح القياس البعدي، ما يعني أن للبرنامج التدريبي المقترح فعالية في تحقيق التواصل اللغوي لأطفال الشلل الدماغي.

6-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

من خلال النتائج المتعلقة باختيار الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى الفونولوجي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي، وهذا ما كان واضحا من خلال نتائج الإحصاء الوصفي فعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي، وعليه نقبل بالفرضية ما يعني أن للبرنامج العلاجي فعالية في تحسين المستوى الفونولوجي لدى أفراد هذه العينة، وهذا ما جاء يتوافق مع دراسة حولة محمد (2021) في إطار اقتراح برتوكول تدريبي للطفل المصاب بالشلل الدماغي لدى عينة من الأطفال باختلاف الجنس ونوع الإعاقة والعمر الزمني وكانت أهم النتائج التي أسفرت عليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مهارات التواصل اللغوي لصالح القياس البعدي ما يعني أن

البرتوكول المقترح له فعالية في التواصل اللغوي لدى أطفال الشلل الدماغي أي ظهور تحسن على المستوى الفونولوجي لأفراد العينة.

6-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

من خلال النتائج المتعلقة باختيار الفرضية الثالثة والتي تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي، وهذا كان واضحا في نتائج اختبار شفري موليز، كما كان واضحا أيضا من خلال نتائج الإحصاء الوصفي، فعند مقارنة قيمة المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي نجد أن قيمته عند القياس القبلي أصغر من قيمته عند القياس البعدي ما يعني أن الفروق لصالح القياس البعدي، وعليه نقبل بالفرضية ما يعني للبرنامج المقدم فعالية في تحسين المستوى اللساني اللغوي عند أفراد العينة، وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة سهيلة بوعكاز (2006) والتي قامت ببناء برتوكول علاجي للغة الشفهية الذي يركز على مستوى الفهم الشفهي ومستوى الإنتاج اللغوي، وقد أسفرت أن للبرتوكول فعالية في تنمية الإنتاج اللغوي و الفهم الشفهي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

6-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

بما أن كل الفرضيات الجزئية قد تحققت هذا يعني قبول الفرضية العامة التي تقر بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي في الإنتاج اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي. أين أشارت نتائج الدراسة الحالية كما كان موضحا في الجداول السابقة، وهذا بعد ما تم تطبيق البرتوكول العلاجي المقترح على عينة الدراسة الحالية، ما يعني أن للبرتوكول المقدم فعالية في تحسين الإنتاج اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي. ويمكن تفسير نتائج هذه الدراسة بالفائدة التي تحتويها كل التدريبات والبرتوكولات العلاجية والتدريبية في تحسين القدرات اللغوية والمعرفية

عند ذوي الإعاقة وهذا ما أكدته دراسة سلافة حسن حواط (2012) حول أثر برنامج علاجي في تنمية اللغة الإستقبالية عند أطفال الشلل الدماغي، وكانت أهم النتائج التي أسفرت عليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني ظهور تحسن على مستوى اللغة الإستقبالية لدى أفراد العينة ما يعني أن للبرنامج فعالية في تحسين أدائهم وقدراتهم وذلك باستخدام معززات ووسائل مادية ومعنوية. كما توافقت مع نتائج دراسة صحراوي نادية (2019) والتي كانت من بين أهدافها معرفة فعالية التمرينات المقدمة في تحسين قدرة التدوير العقلي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، والتي توصلت إلى أن للتمرينات فعالية تحسين هذه القدرة لدى هذه الفئة من الأطفال.

خاتمة

- **خاتمة:**

تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات التي تتناول فعالية بروتوكول علاجي في تحسين الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الذي يعتبر حالة ناتجة عن إصابة جزء صغير من الدماغ الذي يتحكم في الحركة في مرحلة مبكرة من الحياة قبل أو خلال أو بعد الولادة، مما يؤدي إلى اضطرابات في عمل العضلات التي تتلقى معلومات وأوامر خاطئة تجعلها في صلابة أو رخاوة من دون إصابتها بالشلل ومن ثم يحدث اضطراب في الحركة وفي المحافظة على وضعية الجسم، كما يلاحظ نقص على المستوى الفكري ومشاكل حسية وبصرية، وعليه ضعف في المهارات اللغوية. وتعتبر هذه الأخيرة أداة تعبيرية ومن خلالها يستطيع الفرد التعبير عن حاجاته ورغباته ومشاعره، إضافة إلى أنها أداة فكرية تمد الفرد بالأفكار والمعلومات وتثير لديه أفكار ومواقف جديدة تدفعه إلى التفكير، كما أنها تمكن الفرد من الإنتقال إلى المستويات الأكثر تجريدا، والتي لا يمكن التواصل إليها إلا بعد اكتساب اللغة الشفهية التي تعد عبارة عن نسق من رموز صوتية ذات دلالات ومعنى الأشياء، تأخذ الشكل المنطوق. ولقد أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث فعالية البرامج التدريبية والتمرينات في تحسين القدرات المعرفية واللغوية، فانطلقت إشكالية هذه الدراسة من أرضية نظرية تحدد معالم القدرات اللغوية عامة وقدرة الإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك بالإطلاع على الدراسات العالمية والعربية التي أسفرت طبيعة هذه القدرات عند هذه الفئة. وهذا عن طريق قياسها وتقييمها باستخدام مقاييس خاصة لقياسها.

كما تطرقت الدراسة إلى التعرف على اللغة الشفهية وذلك بالإشارة إلى مختلف التعاريف وخصائص وأقسام اللغة الشفهية ومراحل تطورها. كما تم الإشارة إلى الجوانب الأساسية واستراتيجيات اكتساب اللغة الشفهية وإلى النظام اللغوي والعوامل المؤثرة في اكتسابها. كما تم التعرف إلى مفهوم وأنواع ومراحل وشروط اكتساب الإنتاج اللغوي وإلى عمليات ومستويات اكتسابه والبنى العصبية المتدخلة فيه. كما تطرقت الدراسة إلى لمحة

تاريخية عن الشلل الدماغي، مفهومه، أنواعه، أسبابه، أعراضه، خصائصه. كما تم التعرف على الإضطرابات الخاصة التي يعاني منها والإضطرابات المصاحبة له، تشخيصه، أساليب علاجه، الوقاية منه، الإضطرابات اللغوية عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

أما الدراسة الميدانية فقد تمت عن طريق تطبيق أدوات مناسبة للبحث والمتمثلة في اختبار الذكاء لجون رافن واختبار شفري موليز للإنتاج اللغوي وتطبيق البرتوكول العلاجي، وبعد تحليل النتائج اعتمادا على معامل الفروق بين المتوسطات ويلكوكسون على عينة تكونت من 10 حالات تتراوح أعمارهم من(5إلى8 سنوات) أسفرت النتائج:

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الإنتاج اللغوي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى النطقي لصالح القياس البعدي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى الفونولوجي لصالح القياس البعدي عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المستوى اللساني اللغوي لصالح القياس البعدي ما يعني وجود فعالية للبروتوكول العلاجي.

وبناءا على النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية نقترح ما يلي:

– أن يدرس هذا الموضوع لدى عينة أكبر تشمل مختلف الولايات و ذلك للحصول على نتائج شاملة وأكثر موضوعية.

– ضرورة البحث في مجال الشلل الدماغي لإيجاد وسائل وبرامج لتحسين القدرات المعرفية واللغوية عند هؤلاء.

– التركيز والإهتمام على فئة الشلل الدماغي من كل النواحي.

– توفير مراكز عديدة وخاصة للتكفل بهذه الفئة وتقديم يد العون لها.

– التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الحركي، النفسي، العقلي، اللغوي، المعرفي يقلل من الصعوبات وتزيد من فرص تطوير القدرات.

المراجع

- **قائمة المراجع:**

- **المراجع باللغة العربية:**

1- الأيوب، لؤي (2008). دليل الإعاقة الدليل التوحدي للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة. لبنان: الأمل للرعاية والتنمية الإجتماعية.

2- إبراهيم محمد، صاح (2006). مقدمة في الإعاقة الحركية. عمان: دار البداية ناشرون وموزعون.

3- إبراهيم يوسف، محمد (2010). صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية. مصر: مكتبة لأنجلو المصرية.

4- أبو النصر، مدحت (2005). الإعاقة الجسمية وبرامج الرعاية.(ط1). القاهرة: مجموعة النيل العربية.

5- أبو حليم، سعيد (2005). مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكر. عمان: دار أسامة.

6- أبو معال، عبد الفتاح (2002). تنمية الإستيعاب اللغوي عند الأطفال. عمان: دار الشروق للنشر و التوزيع.

7- استيتية، شريف (2008). اللسانيات، المجال والوظيفة والمنهج. عمان: جدار للكتاب العالمي.

8- أندرسون، جون (2007). علم النفس المعرفي وتطبيقاته. (ط1). الأردن، عمان: دار المعرفة الجامعية للنشر.

09- البواليز، عبد السلام (2000). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. عمان: دار الفكر للنشر.

10- بارة، سيد أحمد (2010).تصميم إختبار لغوي لقياس الإكتسابات اللغوية عند الطفل الجزائري دراسة سيكوميترية لقياس القدرات اللغوية عند تلاميذ السنة الخامسة إبتدائي. [رسالة دكتوراه]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

11- بدر، كريمان (2008). تقويم نمو الطفل. عمان: دار الفكر.

12- بركات، سلمى (2009). اللغة العربية مستوياتها وأدائها الوظيفي وقضاياها. عمان: دار البداية.

13- بلخيري، وفاء (2005). علاقة إضطراب القدرة المكانية بقدرة الفهم اللفظي عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية ذات الأصل العصبي. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المعرفي دكتوراه]. الجزائر، باتنة: جامعة الحاج لخضر.

14- بوعكاز، سهيلة (2007). البحث في إعادة التربية الوظيفية عند الطفل فحص وإعادة التربية العصبية النفسية اللسانية والمعرفية للإضطرابات الأرطوفونية عند الأطفال المعاقين عصبيا. [أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الأرطوفونيا]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

15- بيداء، علي (2006). الأطفال المصابون بالشلل الدماغي. فلسطين: دار الكتاب الجامعي.

16- جرجس، ميشال (2010). المدخل إلى علم الألسنة الحديثة. لبنان: المؤسسة الحديثة للكتاب.

17- الحاج العشاوي عبد الله، هدى (2004). أطفالنا وصعوبات اللغة واضطرابات اللغة. القاهرة: دار الشمرة للنشر.

18- حسني العزة، سعيد (2000). الإعاقة الحركية و الحسية. عمان: دار العلمية الدولية.

19- حمدي، الصفدي (2007). الإعاقة الحركية و الشلل الدماغي. عمان: دار البازودي للنشر.

20- حواط سلافة، حسن (2012). أثر برنامج علاجي في تنمية اللغة الإستقبالية عند أطفال الشلل الدماغي. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير] . سوريا، دمشق: كلية التربية.

21- حولة، محمد (2021). إقتراح بروتوكول تدريبي أرطوفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي. [مذكرة لنيل شهادة دكتوراه]. الجزائر، وهران: جامعة وهران 2.

22- الخطيب، جمال (1988). مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. الأردن: دار الشرق للنشر والتوزيع.

23- الخطيب، جمال (2003). الشلل الدماغي والإعاقة الحركية. (ط1). الأردن: دار الفكر للنشر.

24- الخطيب، جمال (2005). مقدمة في الإعاقة السمعية. عمان: دار الفكر.

25- دبه، الطيب (2001). مبادئ في اللسانيات البنيوية دراسة تحليلية إبستيمولوجية. الجزائر: دار القصبة للنشر.

26- دردور، أسماء (2021). إقتراح بروتوكول تشخيصي للطفل المصاب بالشلل الدماغي. [مذكرة مكملة لنيل شهادة دكتوراه]. الجزائر: جامعة وهران 2.

27- ذياب الجراح، عبد الله (2007). علم النفس الطفل غير العادي. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

28- الرشيدي بشير، صالح (2000). مناهج البحث التربوي. لبنان، طرابلس: مكتبة نور للنشر والتوزيع.

29- الرغيوي، عبلة (2010). دراسة نفسية عصبية للقدرات المعرفية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا بتطبيق رائز التقييم المعرفي (BEC-96) النسخة الجزائرية. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

30- الزريقات، إبراهيم (2005). إضطرابات الكلام واللغة. الأردن: دار الفكر.

31- الزغبي، محمد (2003). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم. عمان: دار زهوان.

32- زهران وآخرون (2007). المفاهيم اللغوية المفاهيم اللغوية عند الأطفال.(ط01). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

33- السرطاوي، زيدان أحمد (2012). صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية. (ط1). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

34- السرطاوي، عبد العزيز (2015). تشخيص إضطرابات التواصل وعلاجها. (ط1). لبنان: دار الكتاب الجامعي.

35- السيد عبيد، ماجدة (2005). الإعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر.

36- سعد، عبد العزيز (2019). بناء برنامج علاجي لتنمية مستويات اللغة الوظيفية عند الأطفال المتخلفين ذهنيا قابلي التعلم. [مذكرة لنيل شهادة دكتوراه]. الجزائر، سطيف: جامعة محمد لمين دبغاين2.

37- سيد يوسف، جمعة (1990). سيكيولوجية اللغة والمرض العقلي. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

38- الشافعي، ألفت (2010). الشلل الدماغي وأنواعه طرق منعه وتشخيصه.(ط01). الأردن: جامعة أوسيط.

39- شهين محمد، أمين (2007).إضطرابات النطق والكلام: التشخيص والعلاج. القاهرة: علم الكتب.

40- الصفدي، حمدي (2003). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي. عمان: دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع.

41- الصويكي، محمد علي (2007). التعبير الشفهين حقيقته واقعه وأهدافه وطرق تدريسه وتقويمه. (ط01). عمان: دار الكندي.

42- صحراوي، نادية (2019). التدوير العقلي والعلاقات الطوبولوجية دراسة مقارنة بين التلاميذ ذوي الإعاقة الحركية الدماغية والتلاميذ العاديين[مذكرة دكتوراه العلوم في علم النفس العصبي]. الجزائر: جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله.

43- طيار، شهيناز (2009). دراسة الإدراك البصري للألوان عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية العصبية من خلال تقنين رائزMTA2002.[مذكرة لنيل شهادة الماجستير]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

44- العتوم عدنان، يوسف (2004). علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

45- العتيق، أحمد مصطفى (2018). فعالية العلاج التنبيهي وتعديل البيئة لتحسين حالات الشلل الدماغي وتأهيلها في ضوء بعض المتغيرات النفسية والبيئية [أطروحة لنيل شهادة دكتوراه]. الجزائر: جامعة عين الشمس.

46- العزة، حسن (2002). سيكيولوجية النمو في الطفولة. الأردن: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

47- العيسوي الرحمان، محمد (2010). التأهيل النفسي لحالات الشلل الدماغي. قطر: الجمعية القطرية لذوي الإحتياجات الخاصة.

48- عازم الله، أحمد (2014). برنامج تدخل مبكر لتنمية بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المصحوبة بالشلل الدماغي. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير كلية التربية]. الجزائر: جامعة عين الشمس.

49- عبد السلام، زهران (2009). المفاهيم اللغوية عند الأطفال. (ط01). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

50- عبد الملاك مرزوق، مريم (2010). أثر برنامج تدريبي لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والمعاقين عقليا. [مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه]. الجزائر: جامعة عين الشمس.

51- عدى، دليلة (2017). تكييف إختبار خومسي للغة الشفهية ELO على اللغة العربية الممارسة في البيئة الجزائرية.[أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس اللغوي والمعرفي]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

52- عماد عبد الرحمان، رحيم (2003). علم النفس المعرفي. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

53- علي عطية، محسن (2006). الكافي في أساليب تدريب اللغة العربية. الأردن، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

54- عمراني، آمال (2014). علاقة الذاكرة العاملة باضطرابات البنية الفضائية لدى الطفل المصاب بعسر القراءة.[مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس اللغوي والمعرفي]. الجزائر: جامعة الجزائر 2.

55- الغزالي، عبد القادر (2003). اللسانيات ونظرية التواصل. (ط01). سوريا: دار الحوار للنشر والتوزيع.

56- غلايني، تيريزا (2010). برنامج التدريبي المنزلي لأطفال ذوي الشلل الدماغي من الولادة إلى ثلاث سنوات. الخليج: مركز أطفال الخليج ذوي الإحتياجات الخاصة.

57- فضة، وفاء (2004). أطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان: مكتبة المجتمع العبي للنشر.

58- فوزي محمد خولي، ماسية (2021). برنامج تدريبي لتحسين اللغة الإستقبالية والتعبيرية للأطفال المضطربين بطيف التوحد. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة.

59- فوزي حسن، رضوان (2008). التشخيص التكاملي والفارقي للإعاقة العقلية. عمان: دار الكتاب للنشر.

60- قاسم أنسي محمد، أحمد ((2002). اللغة والتواصل لدى الطفل. عمان: المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

61- قالي، جعلات (2022). تقييم استراتيجيات الفهم الشفهي لدى المتخلفين ذهنيا درجة بسيطة. [مذكرة لنيل شهادة دكتوراه]. الجزائر: جامعة أم البواقي.

62- الكسواني، يوسف (2007). الشلل الدماغي التطوير الحركي و الإدراكي. عمان: دار زهراء للنشر.

63- كرم الدين، ليلى (2004). اللغة عند الطفل ما قبل المدرسة نموها السليم وتنميتها. القاهرة: دار الفكر العربي.

64- مبارك الفلق، سالم (2004). اللغة العربية التحديات و المواجهة. اليمن: مركز الخضر.

65- مالك فاضل، ريما (2015). فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية بعض مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير]. دمشق: جامعة دمشق.

66- محمد البطانية، أسامة(2005). صعوبات التعلم النظرية والممارسة. (ط01). الأردن، عمان: دار المسيرة للنشر.

67- محمد البطانية، أسامة (2007). علم النفس الطفل غير العادي. عمان: دار المسيرة للنشر.

68- محمد سلامة شاش، سمير (2006). علم النفس اللغة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

69- محمد فهمي، علي (2008). الإعاقة الحركية من التشخيص و التأهيل. لبنان: دار الجامعية للنشر.

70- محمد الصبي، عبد الله (2004). الشلل الدماغي. الأردن: دار الفكر.

71- محمد ملحم، سامي (2002). صعوبات التعلم. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

72- موسى، خليفة (2009). علم الدلالة والمعاجم. المملكة العربية السعودية: مكتبة الرشد.

73- ميرود، محمد (2008). إستراتيجيات الفهم عند الطفل أحادي اللغة ومزدوج اللغة. [رسالة دكتوراه]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

74- الناشف، هدى (2007). تنمية المهارات اللغوية للأطفال ما قبل المدرسة. عمان: المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

75- النوبي، محمد (2010). مقياس إضطرابات اللغة اللفظية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

76- نايل العزيز، أحمد (2009). النمو اللغوي واضطرابات النطق والكلام. (ط01). عمان: جدار للكتاب العالمي وعلم الكتب الحديث.

77- نقاوة، عبد الرحمان (2000). برنامج للتأهيل السمعي اللفظي. جدة: مركز جدة للسمع والنطق.

78- نوري القمش، مصطفى (2007). سيكيولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. عمان: المسيرة للنشر.

79- الهوارنة، معمر (2006). مدى فعالية برنامج لعلاج التأخر اللغوي لدى عينة من تلاميذ التعلم الأساسي. [مذكرة لنيل شهادة دكتوراه]. مصر: جامعة القاهرة.

80- يحياوي، حفيظة (2021). تقييم الإنتاج اللغوي عند الطفل الحامل للزرع القوقعي من خلال استعمال الحصيلة الوالدية. [أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الأرطوفونيا]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

81- يوسف، حياة (2014). تقييم القدرات السمعية والنطقية عند الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي أو التجهيز الكلاسيكي عن طريق تطبيق تقنية. [مذكرة لنيل شهادة الماجستير]. الجزائر: جامعة الجزائر2.

- المراجع باللغة الفرنسية:

82- Clover, L; Murphy ,K; Johnson, A (2014). Assessing the contribution of birth asphyxia to cerebral palsy in term singletons. Pediatric perinat epedimiol.

83- Guichard, J (1995). Langue, Langage , Parole, Bultein d'audio phonologique. Paris.

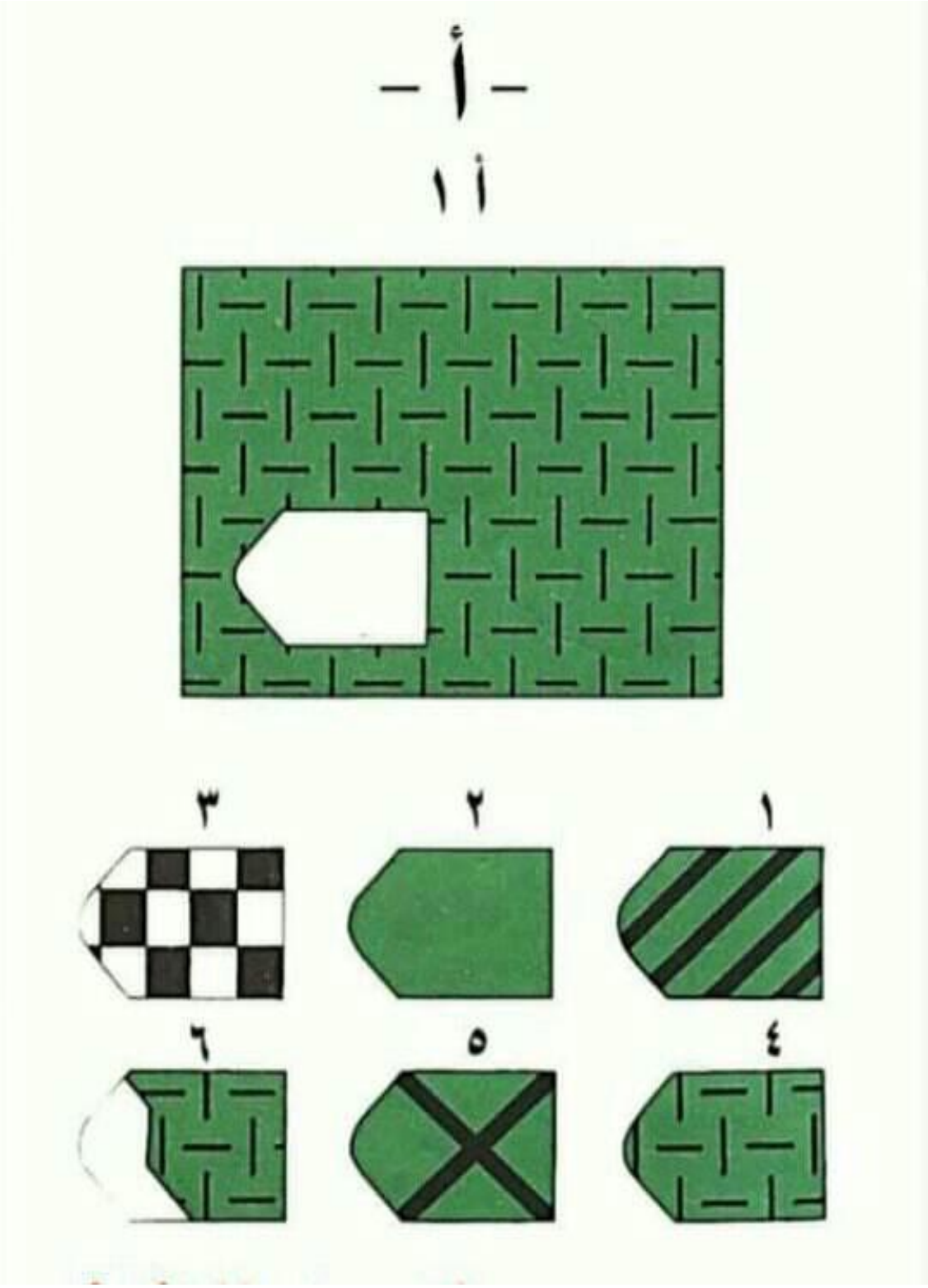
84- Guidette, M ; Tourette, C (1999). Handicaps et développement psychologique de l'enfant. Paris : Armon colin.

85- Claudine, M (2004). L'infirmité motrice d'origine cérébrale. 2éme édition. Paris : Masson.

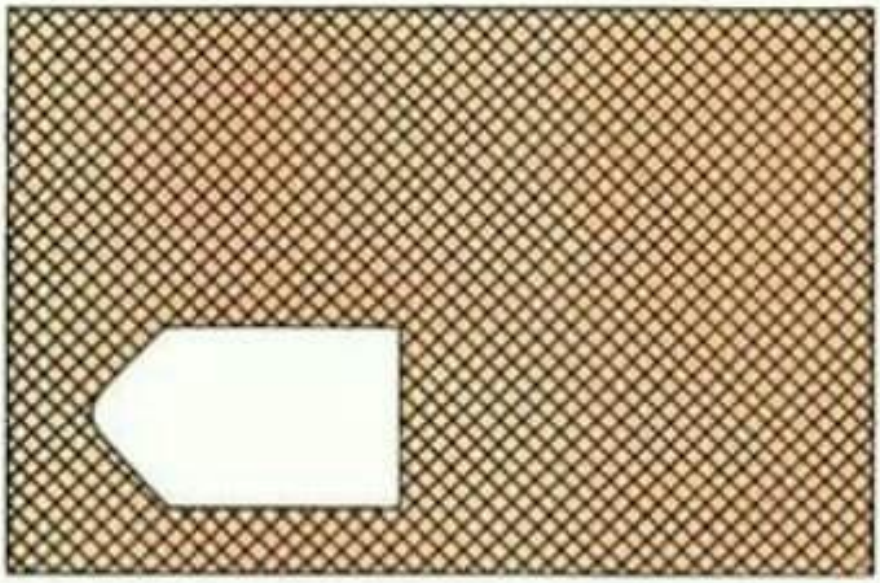
86- Dellannoy, C (2005). Application de paradigme d'amorçage à des enfants présentant un manque du mot. Mémoire de licence la logopédie. Université Catholique de Louvain. Bruxelles.

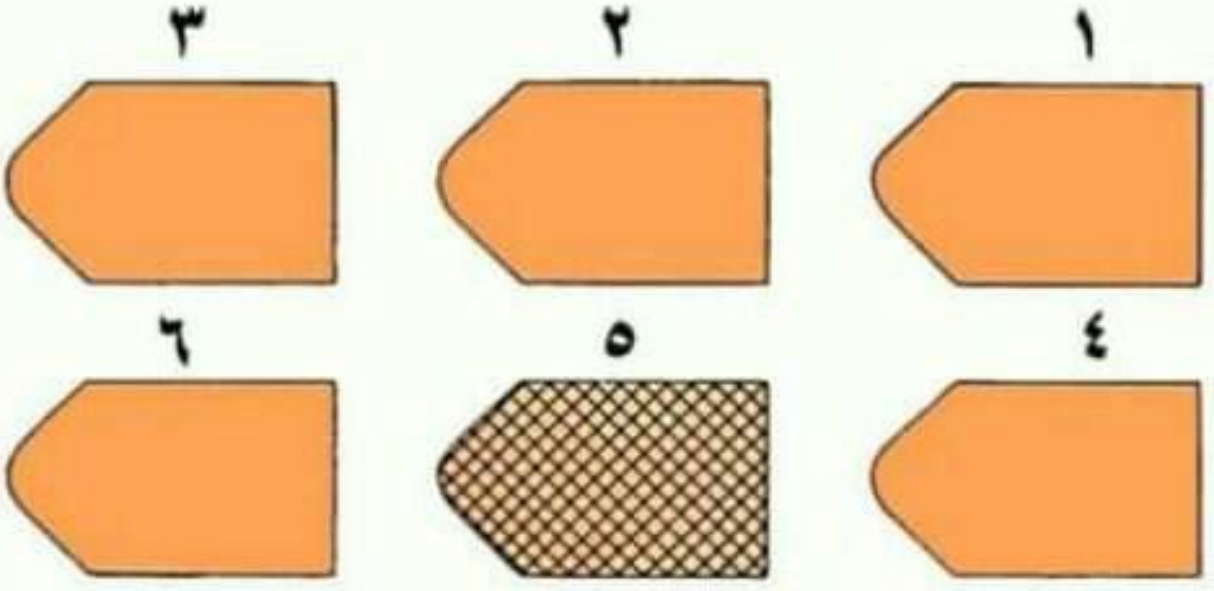
الملاحق

- ملحق رقم (01): يمثل صور إختبار "جون رافن".

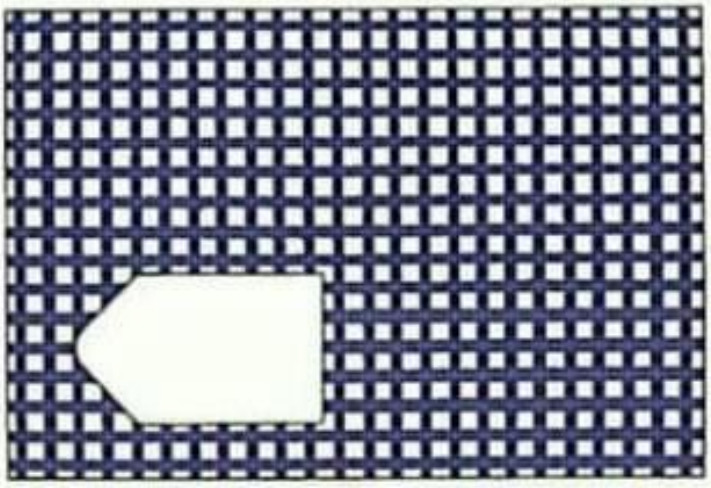


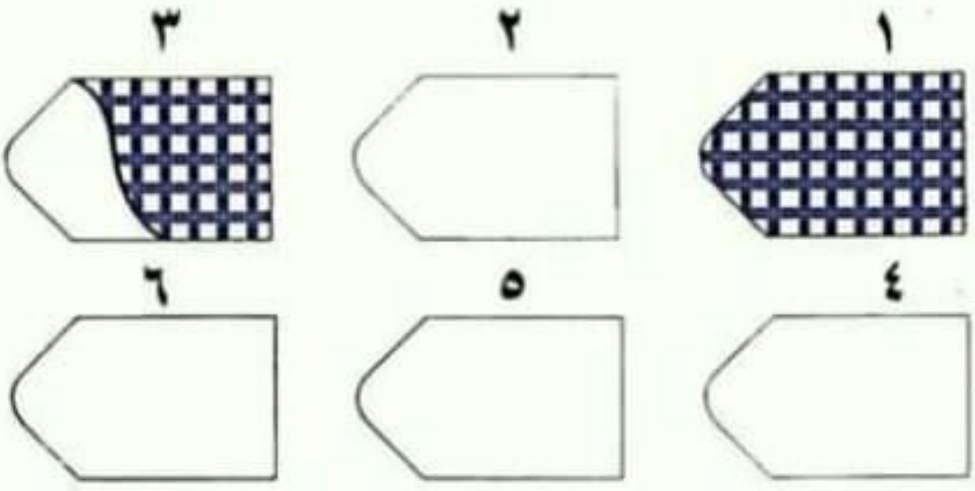
أ ٢



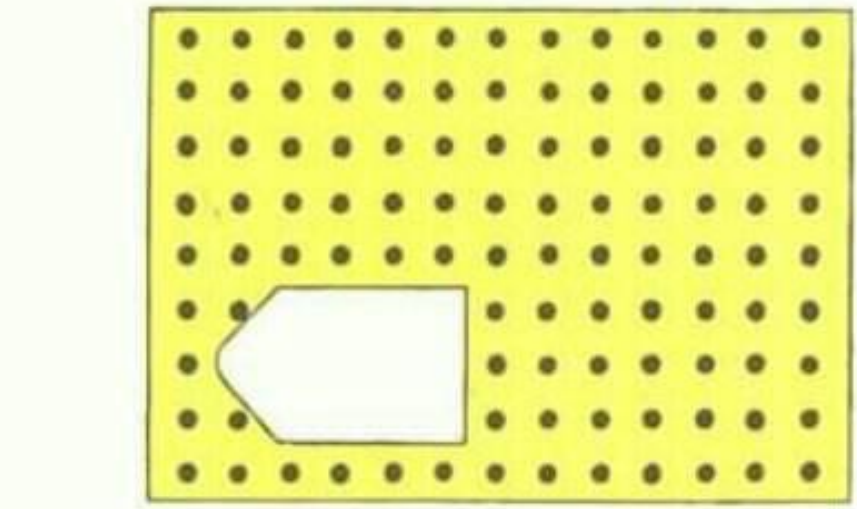


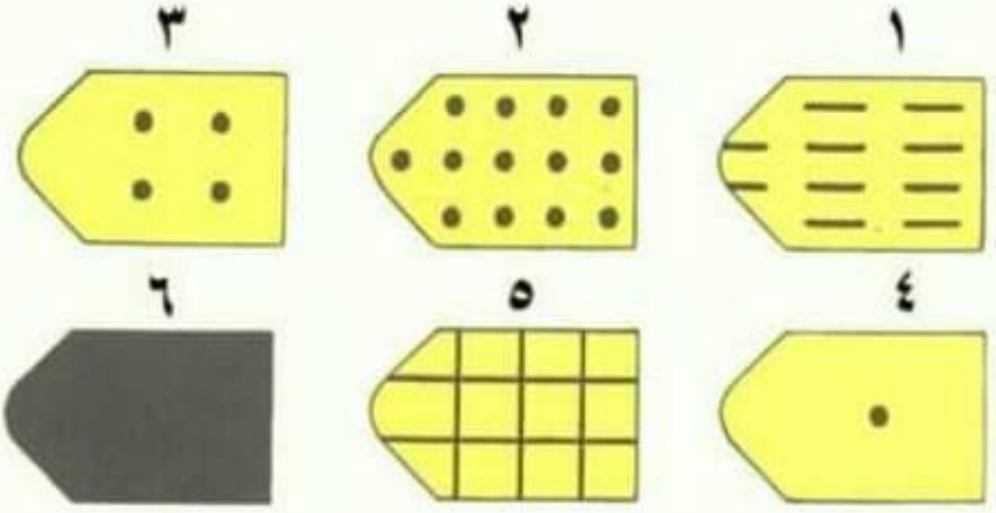
٣ أ



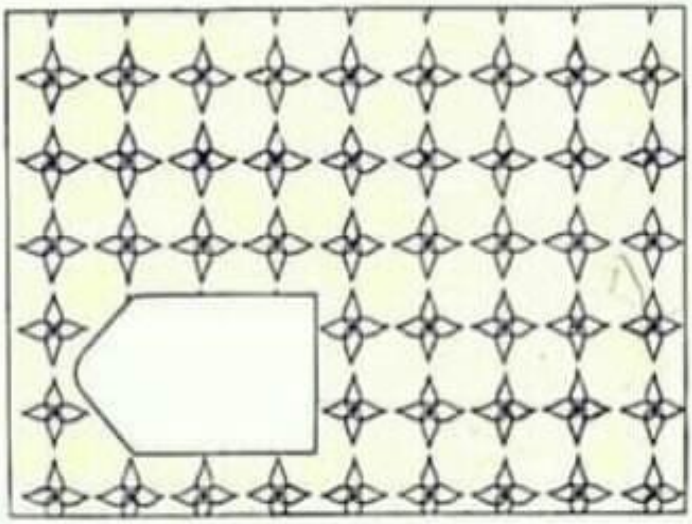


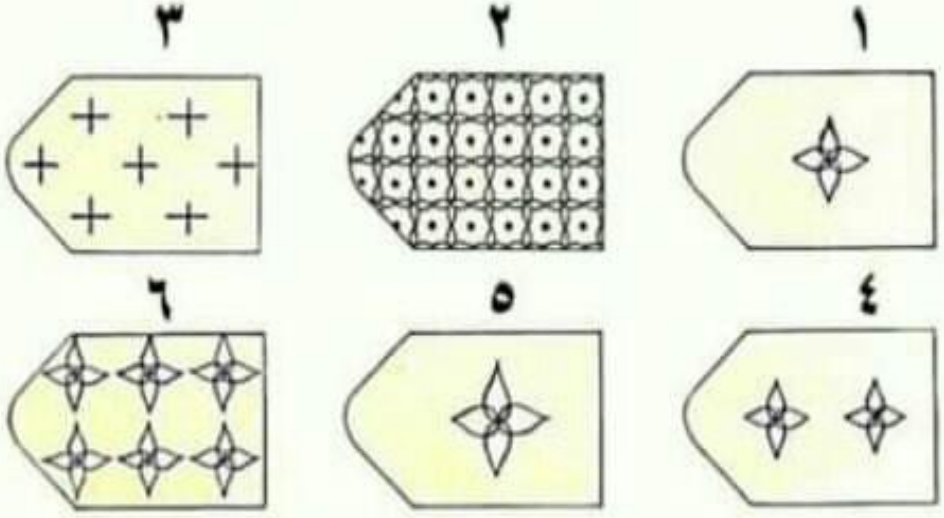
أ ٤



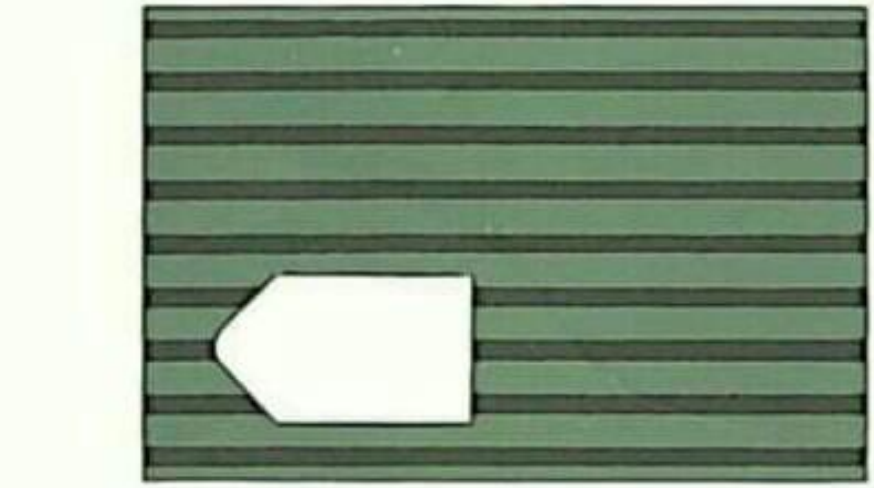


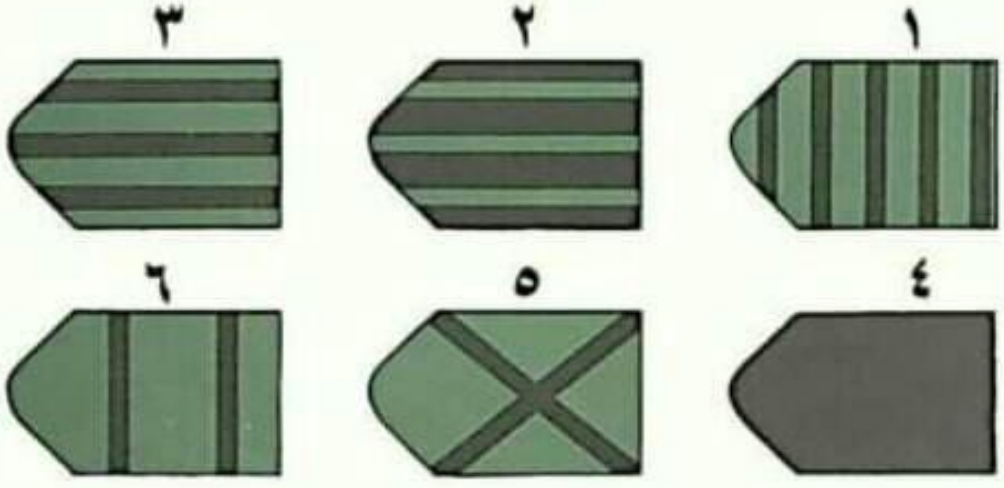
أ ٥



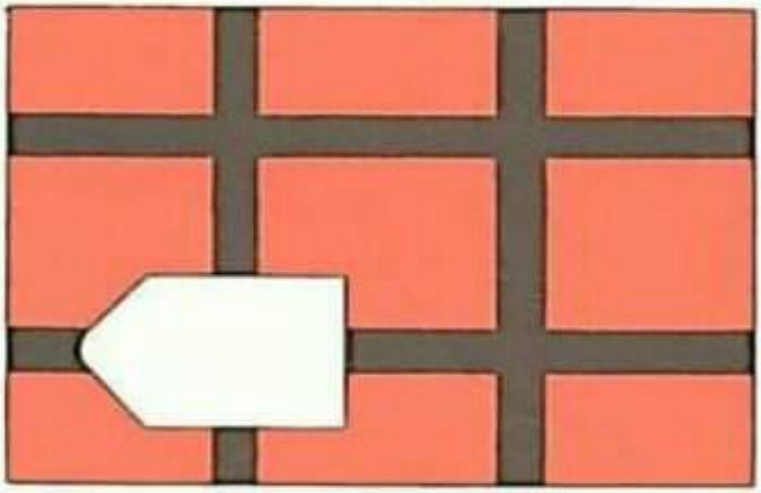


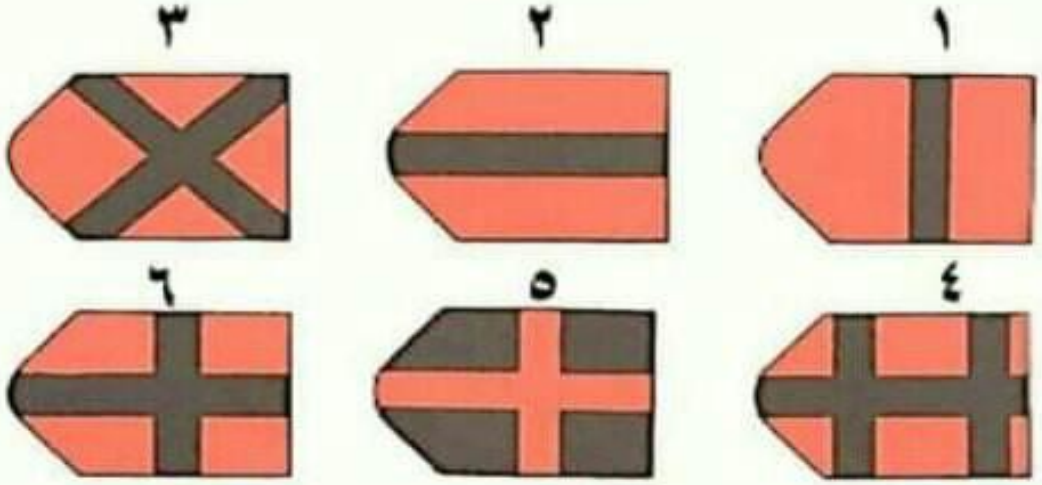
٦أ



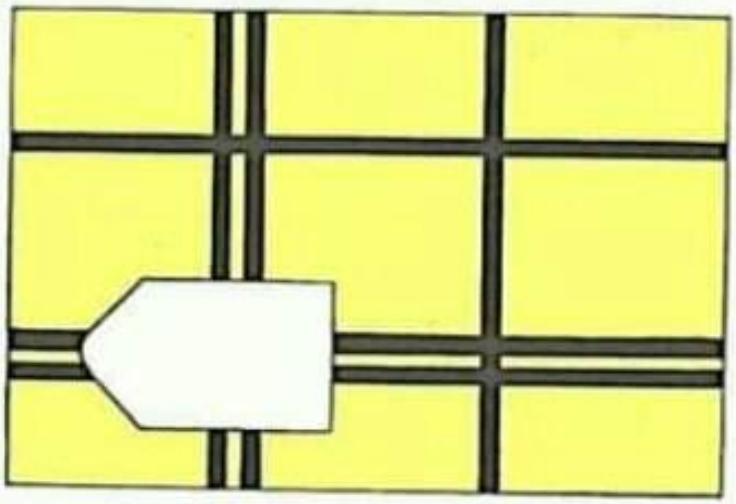


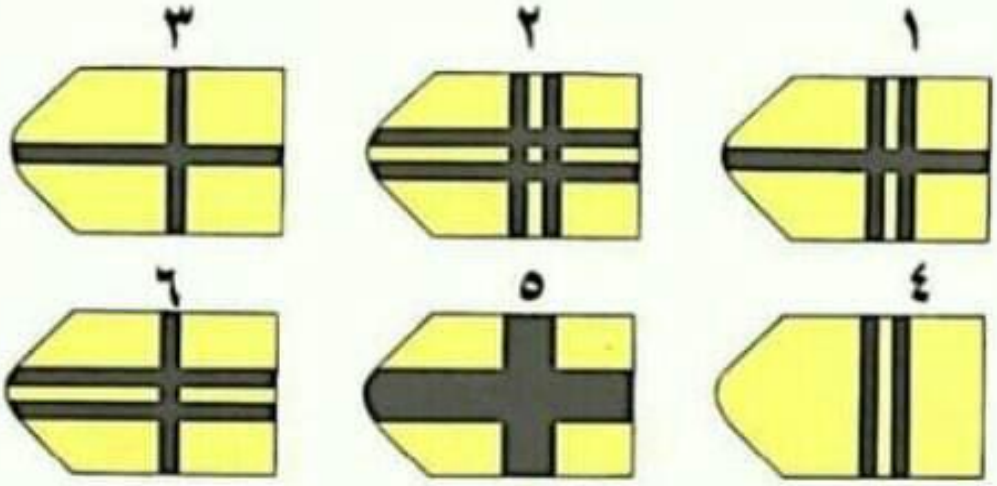
أ ٧



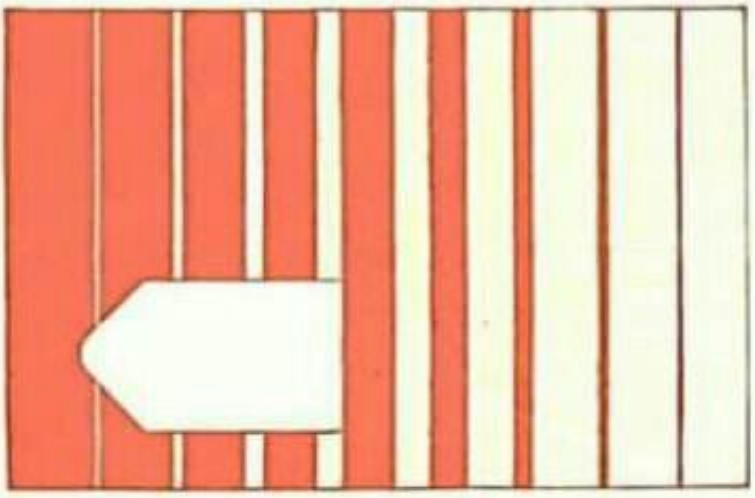


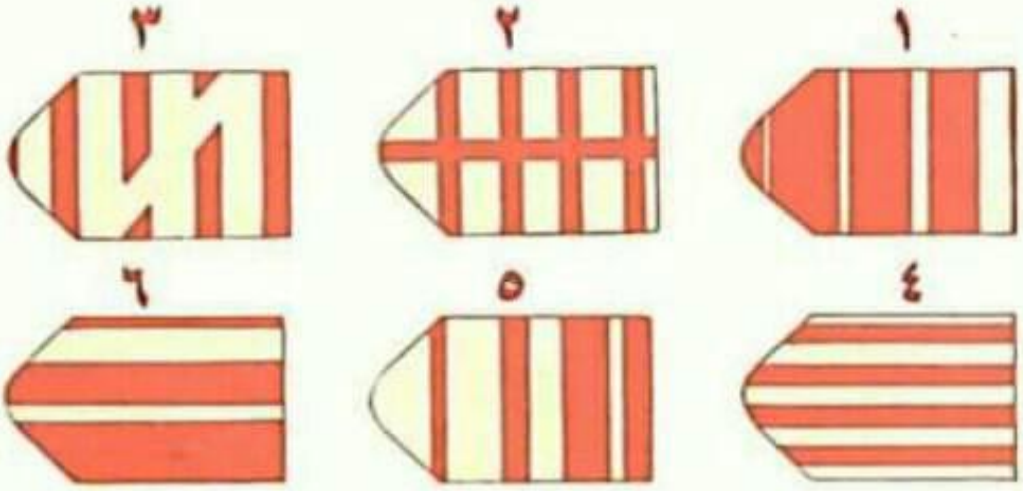
أ ٨



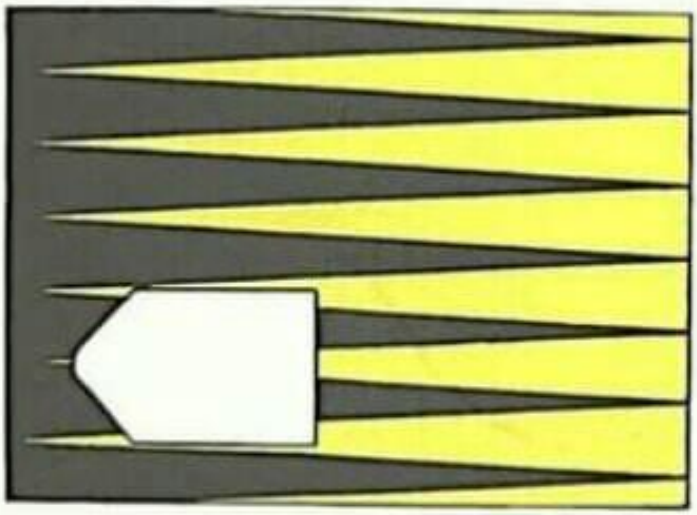


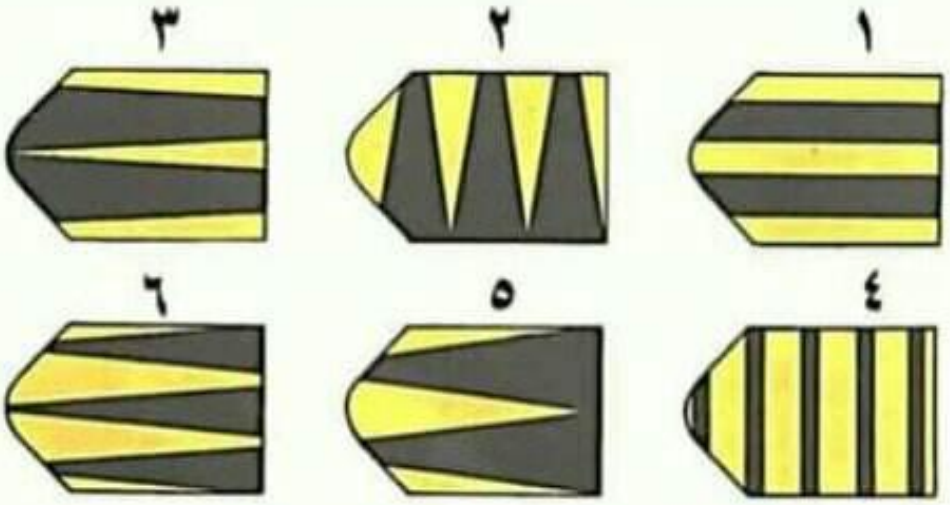
٩ أ



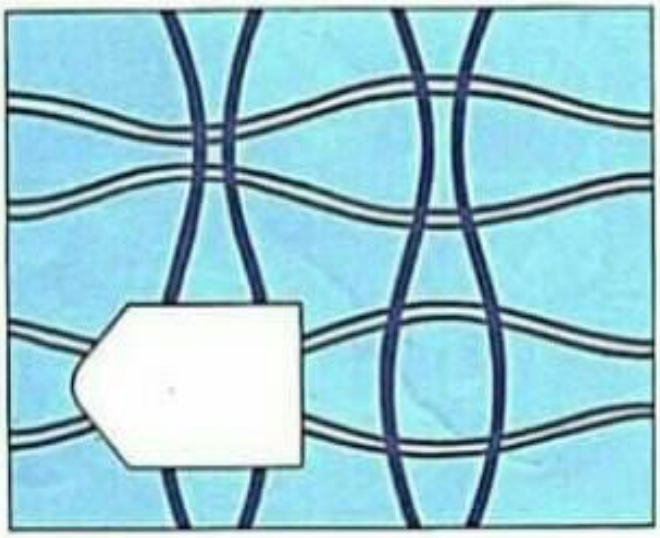


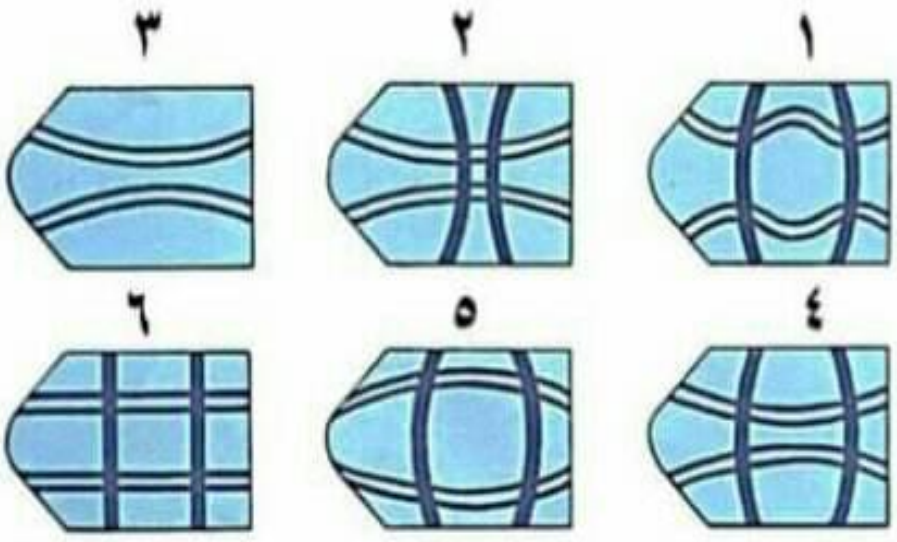
أ ١٠



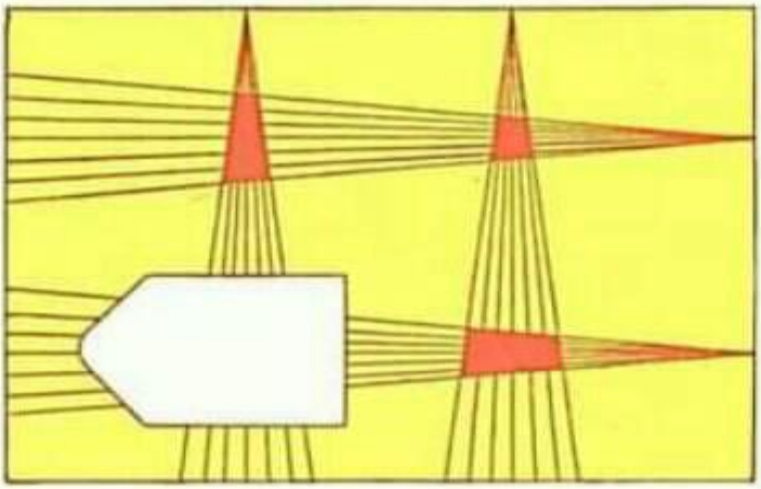


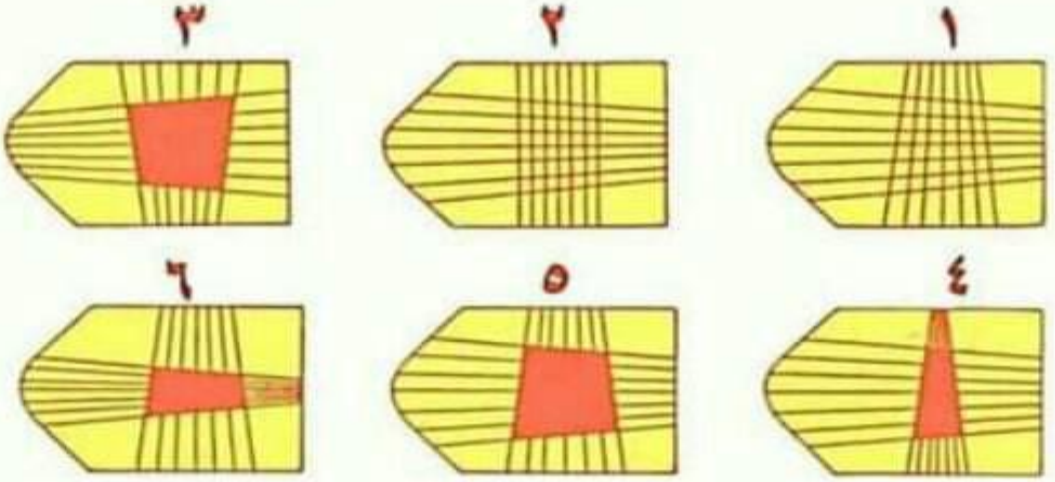
أ ١١





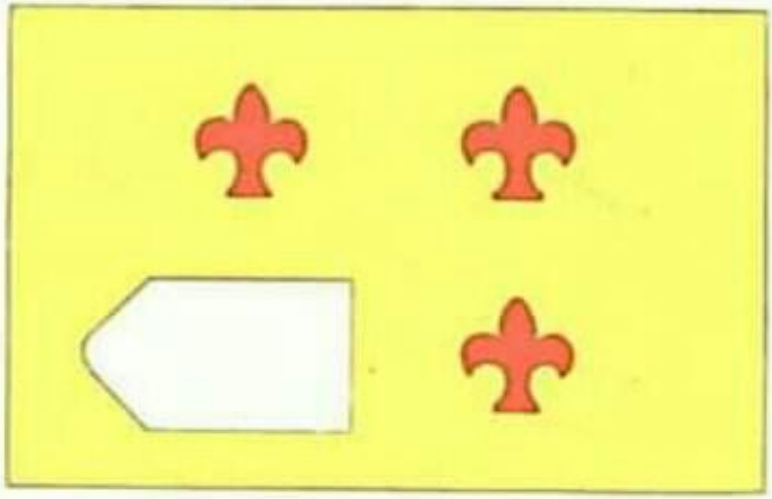
أ ١٢

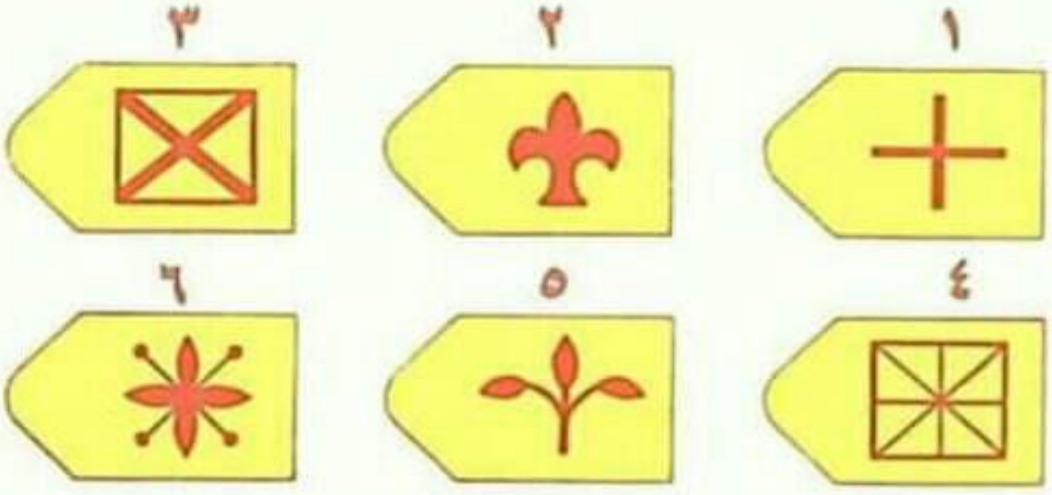




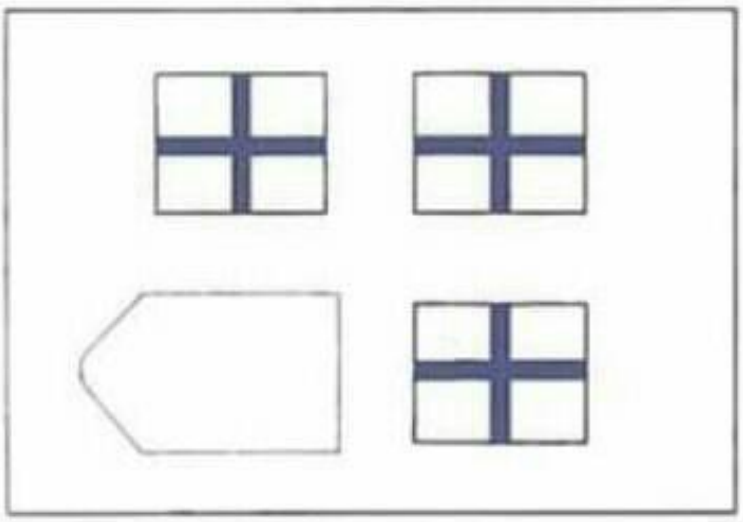
ـ ب ـ

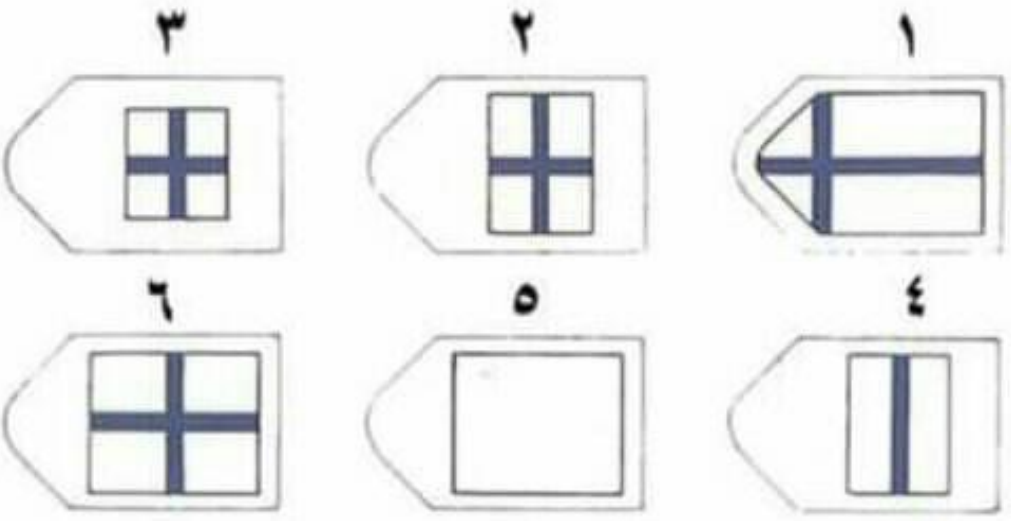
ب١



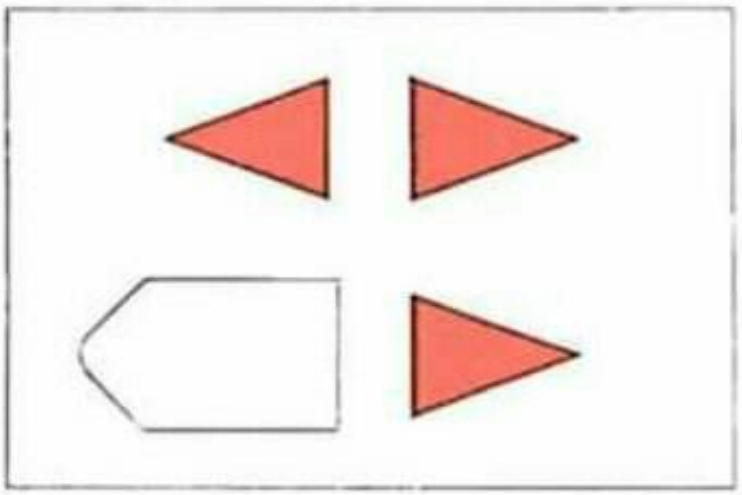


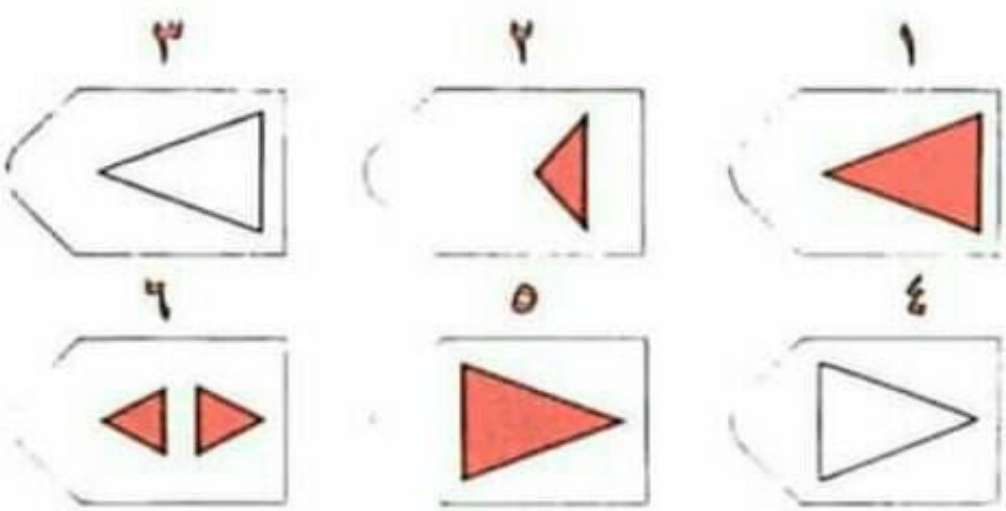
ب٢



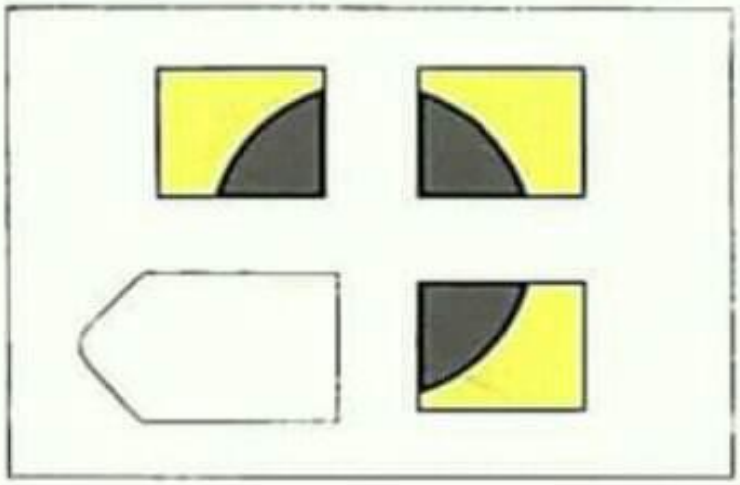


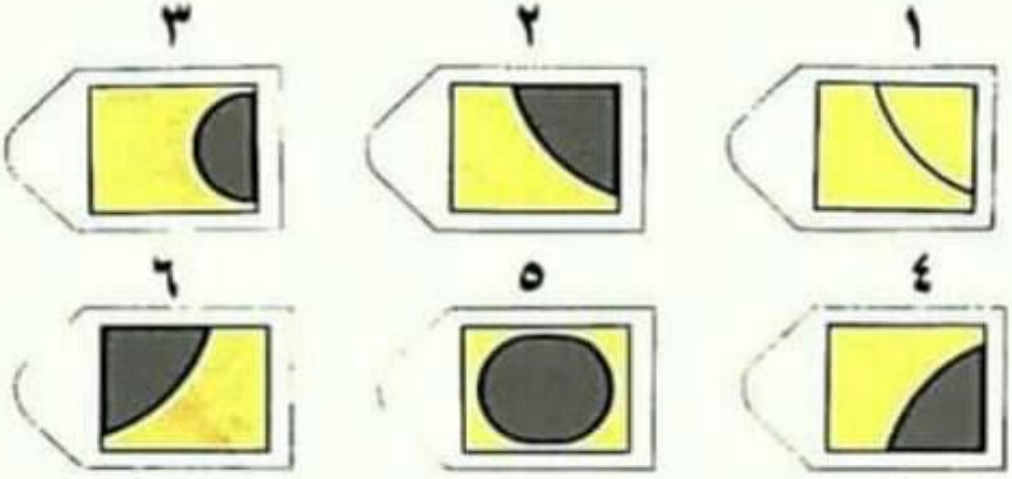
ب٣



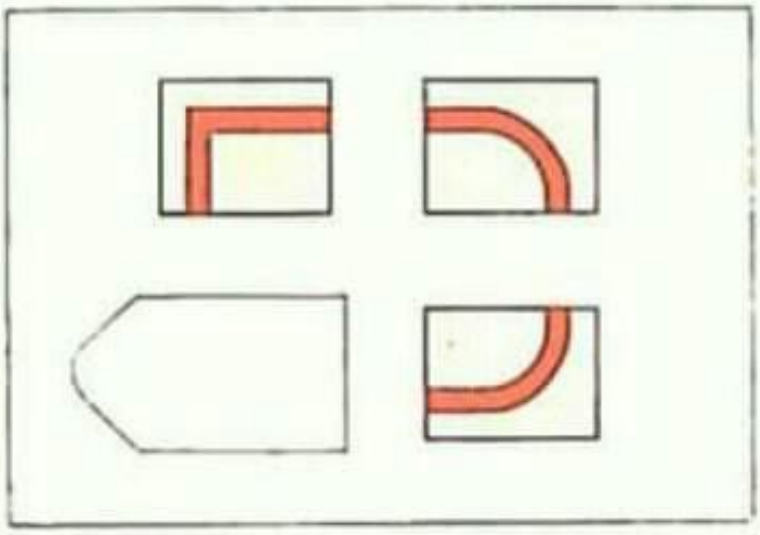


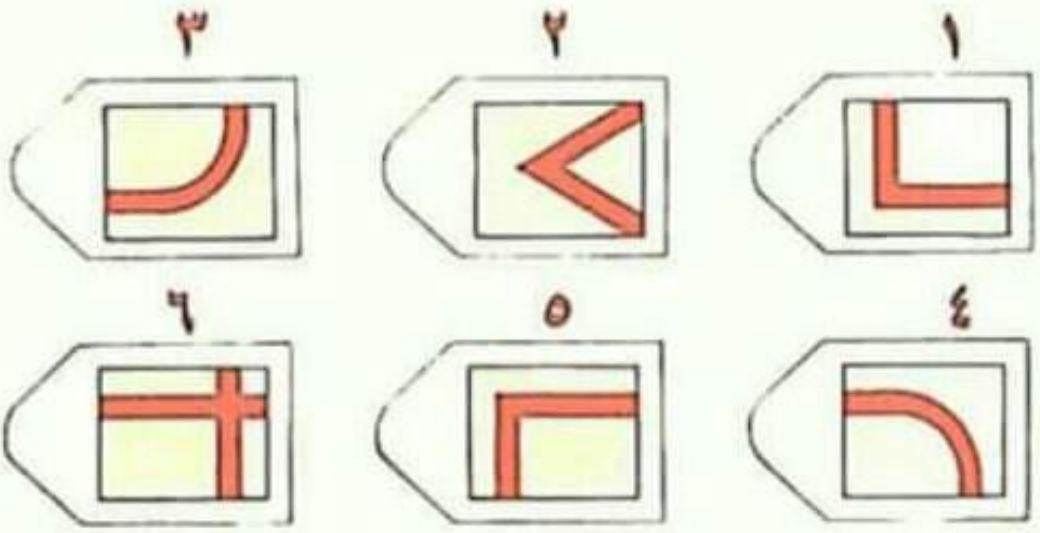
ب٤



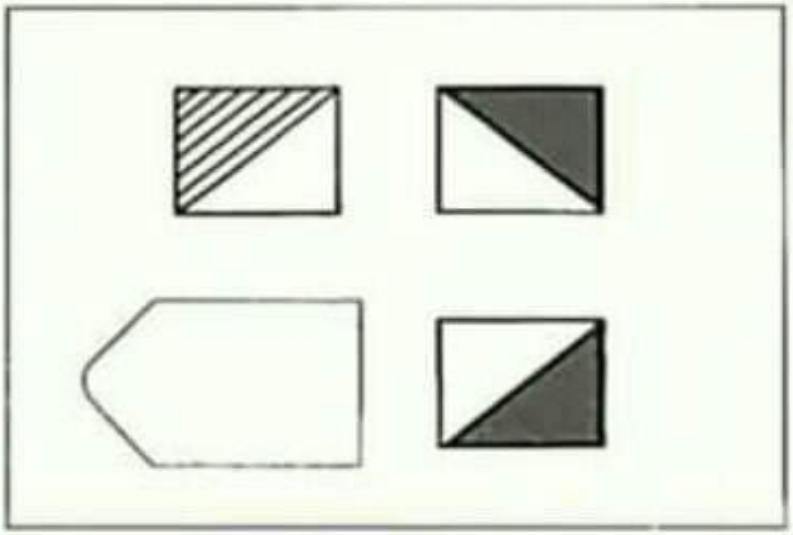


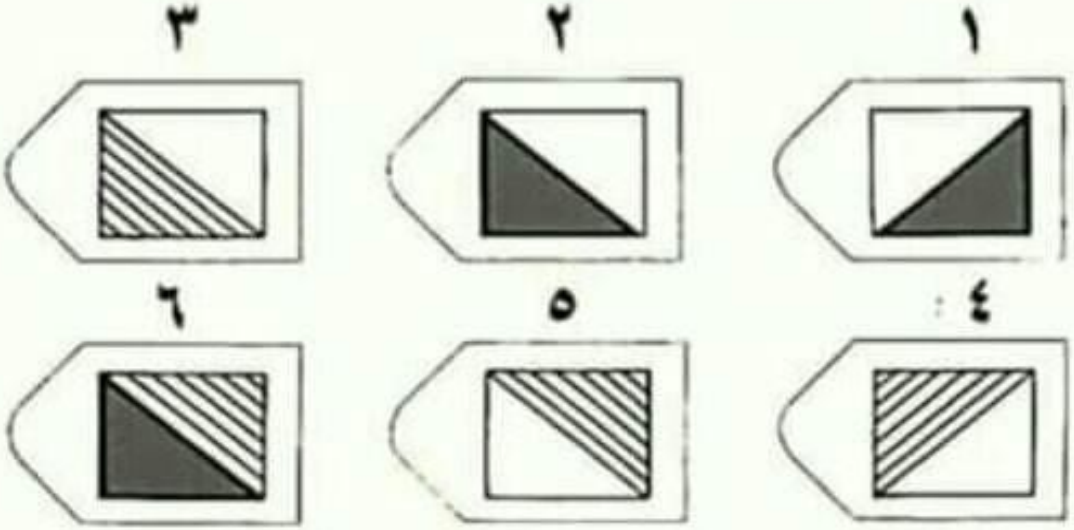
ب٥



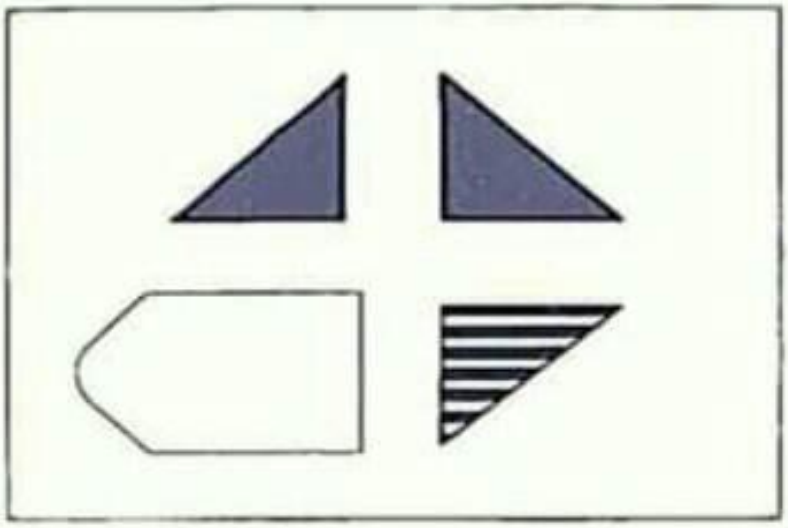


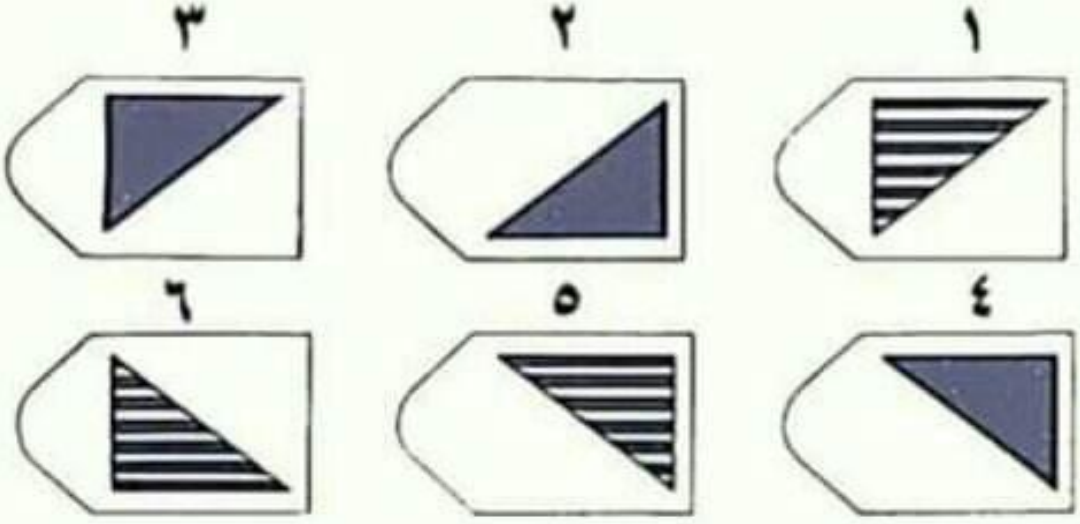
ب٦



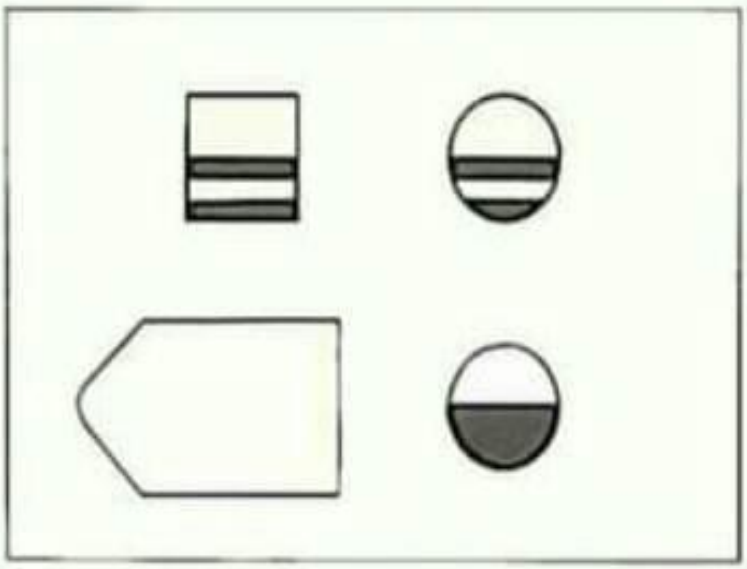


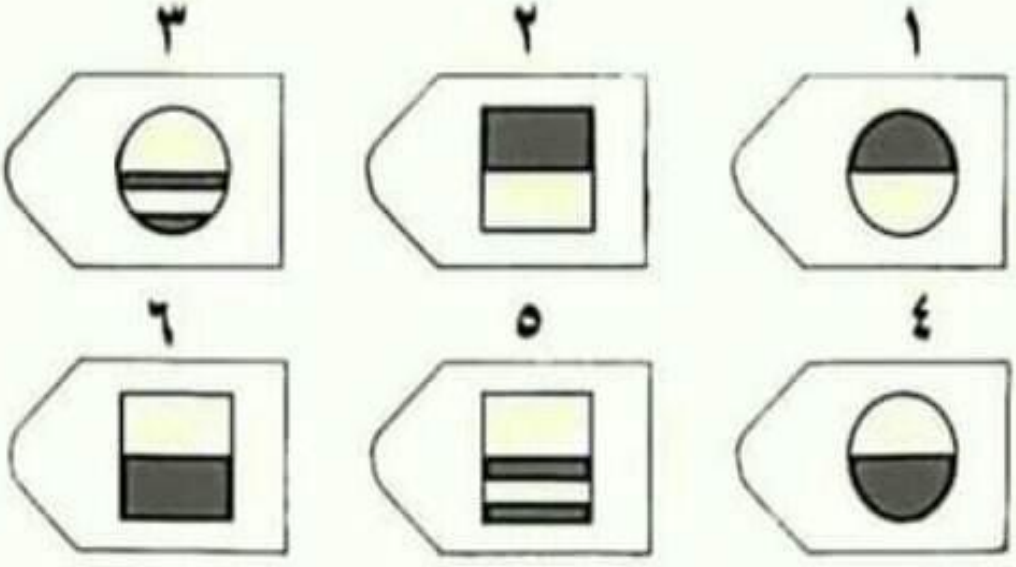
ب٧



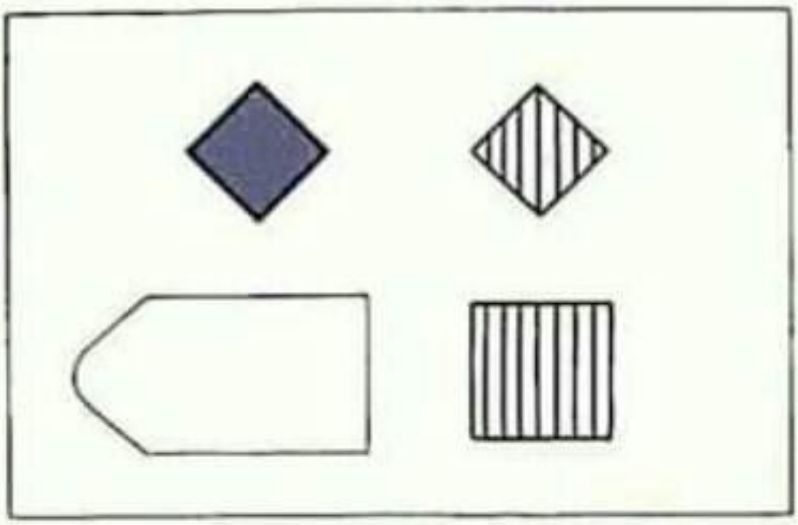


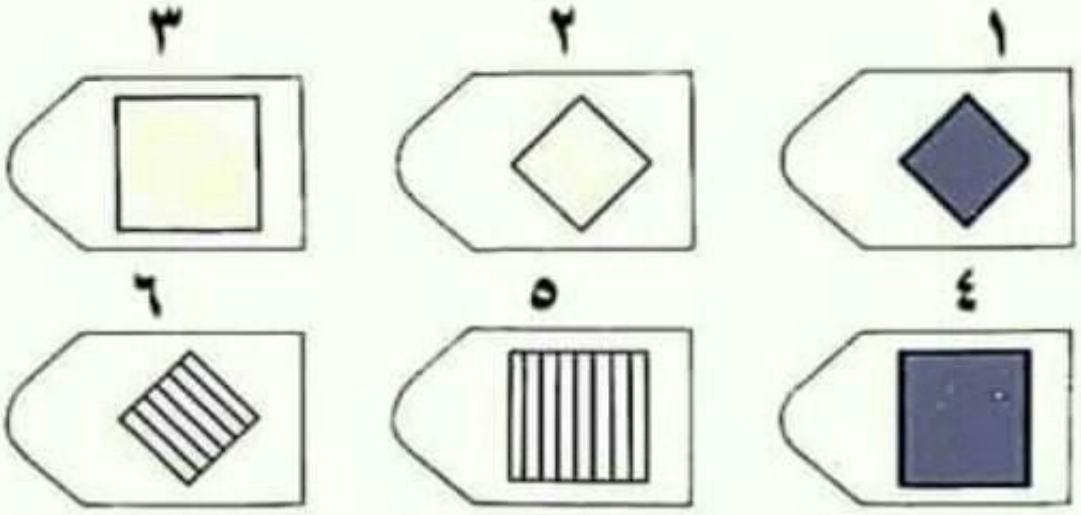
ب ٨



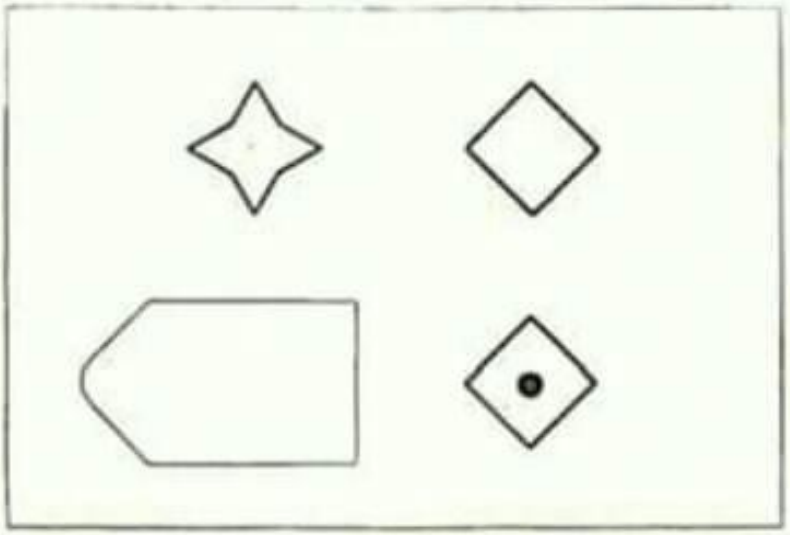


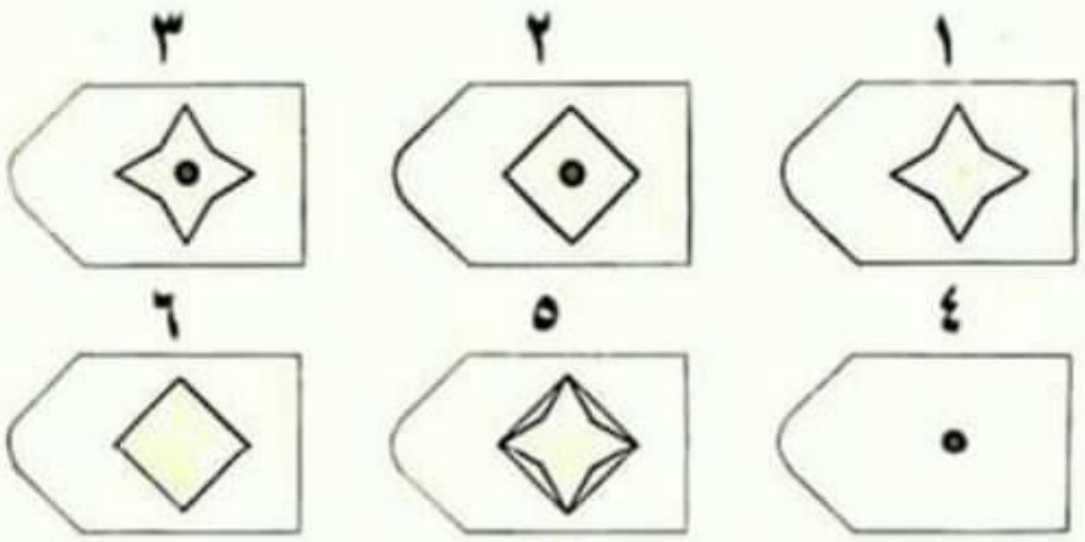
ب ٩



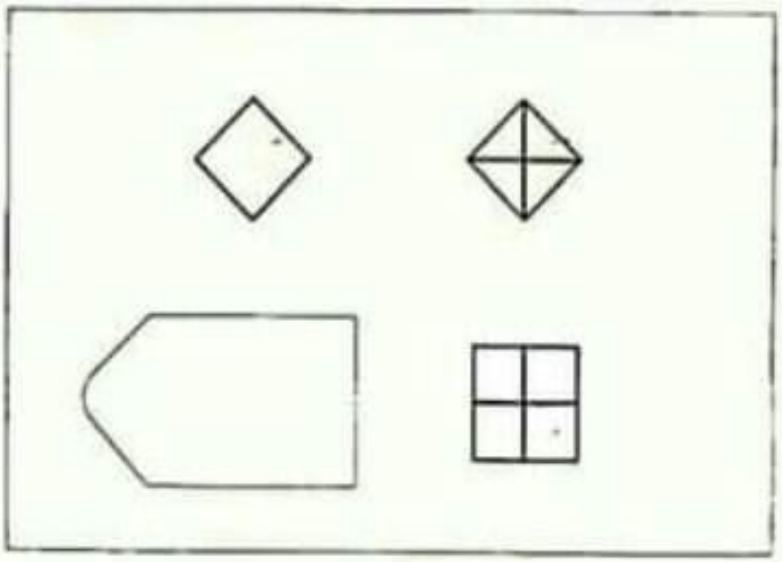


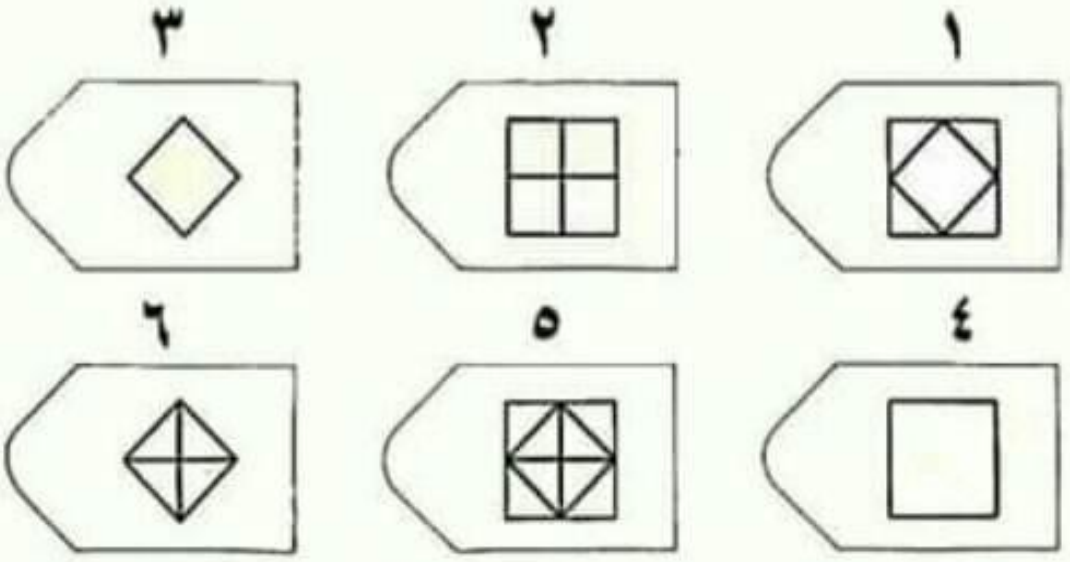
ب١٠



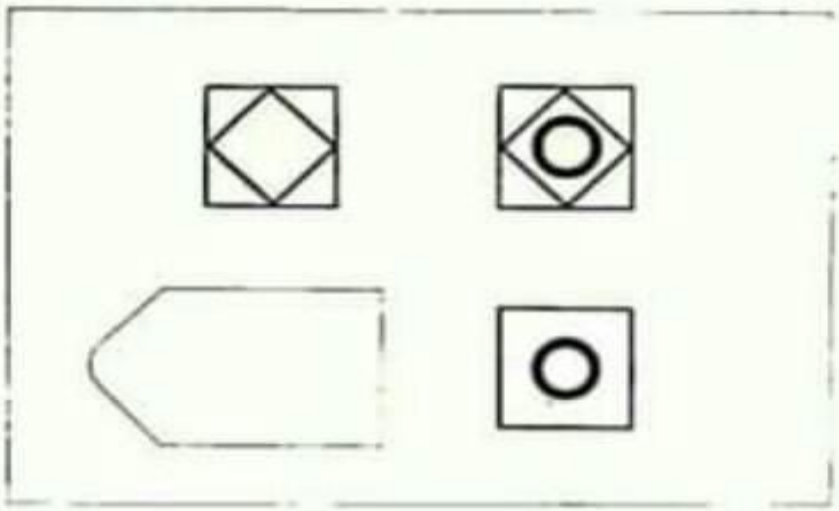


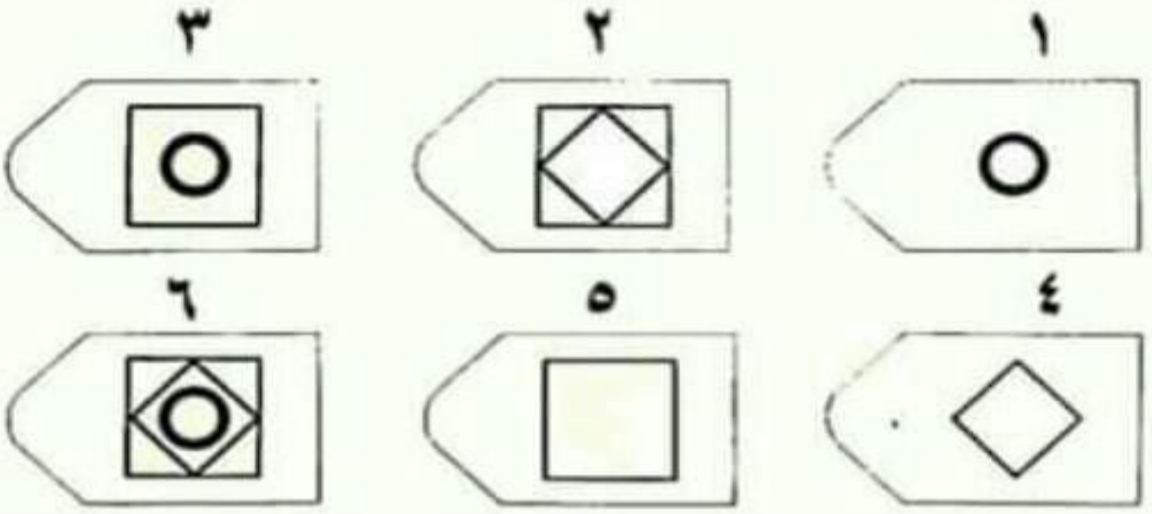
ب ١١





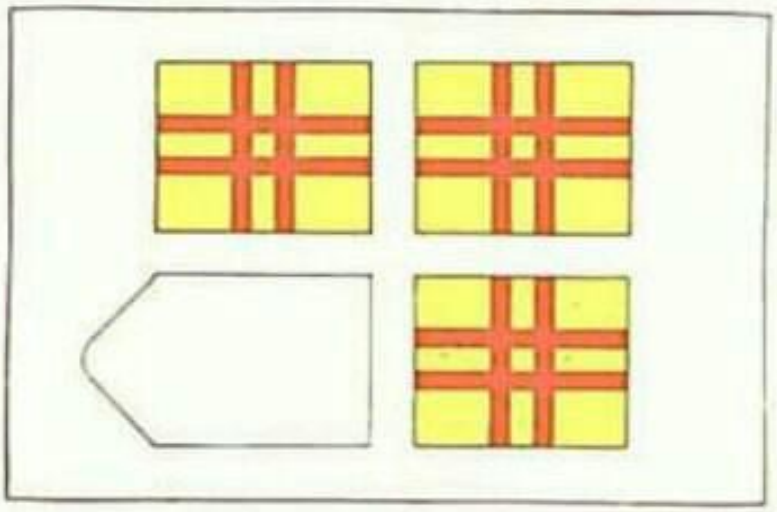
ب ١٢

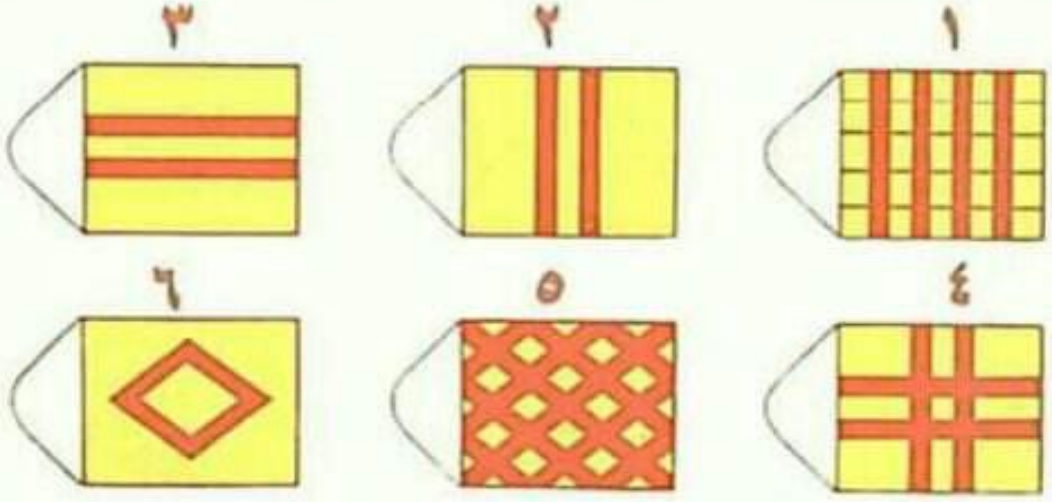




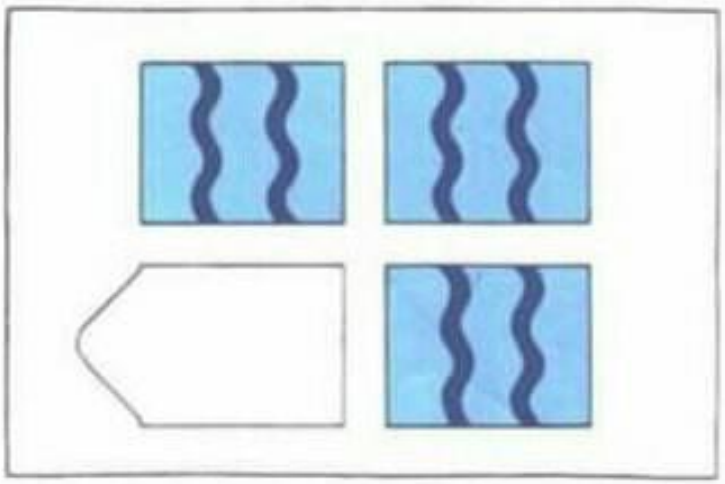
– اب –

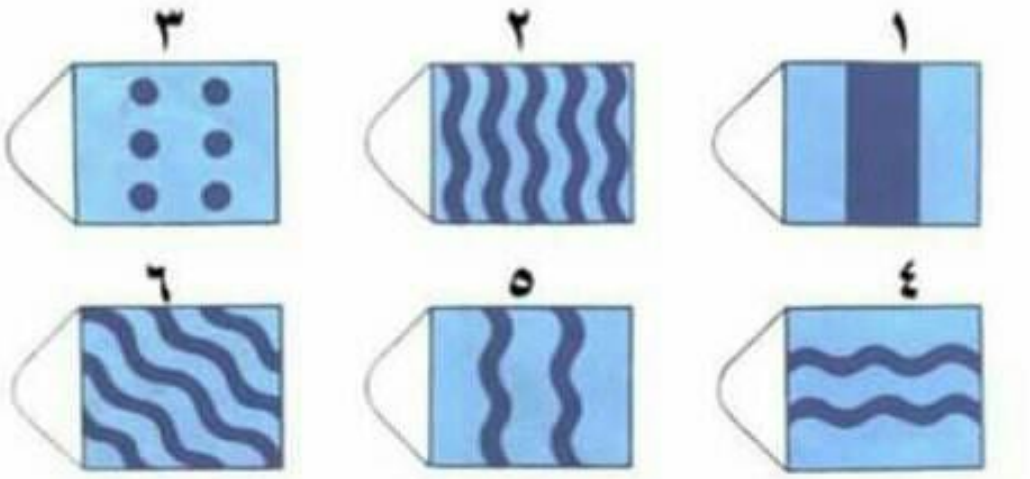
أب ١



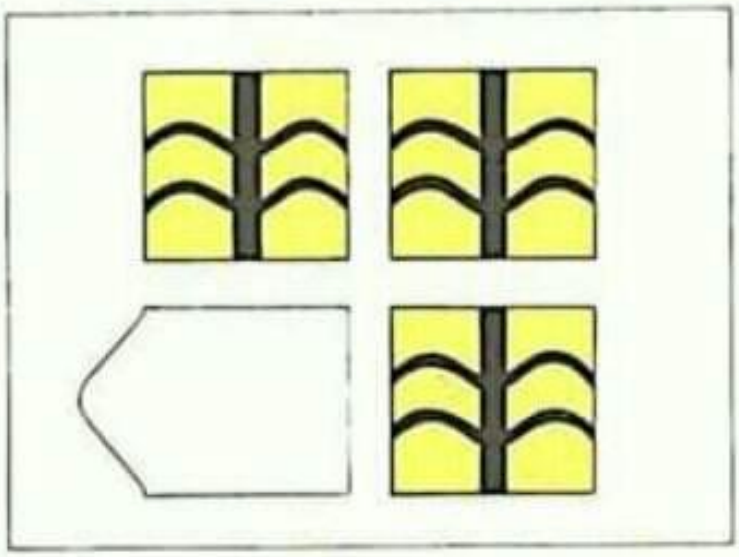


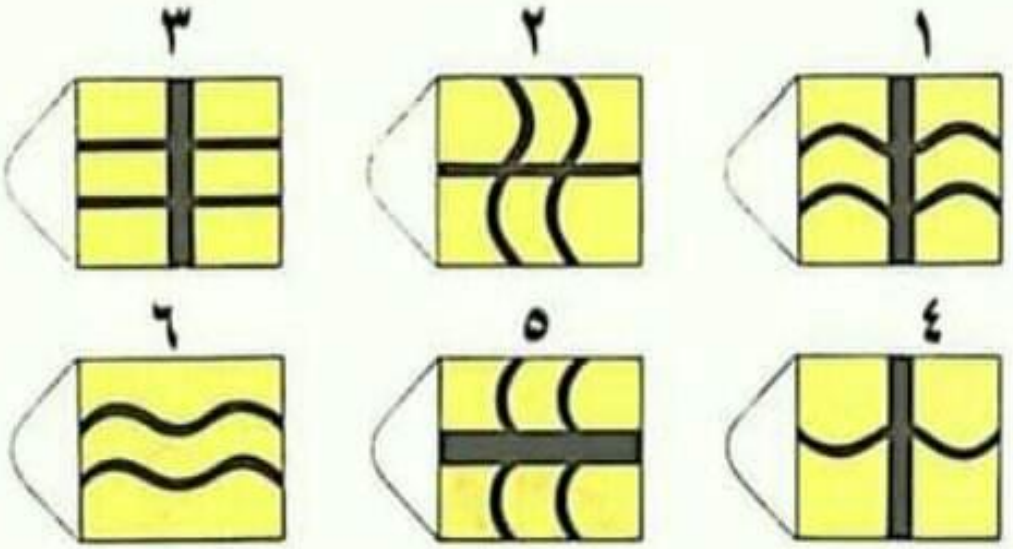
أب ٢



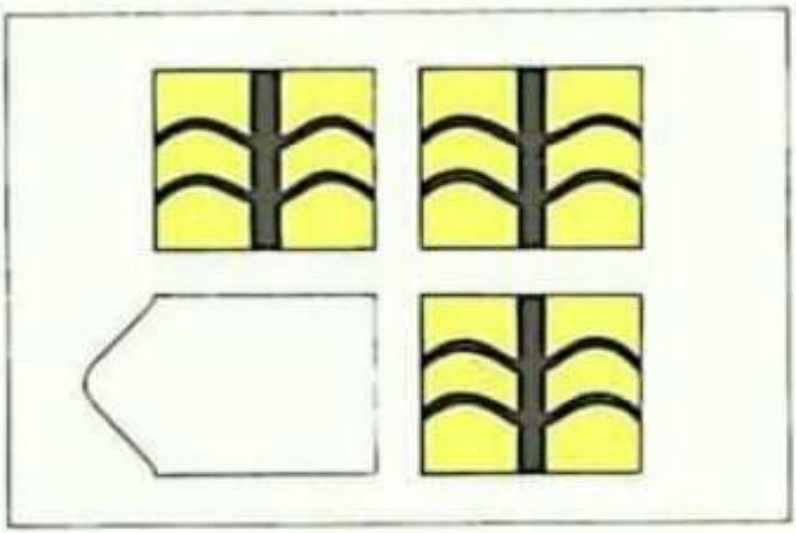


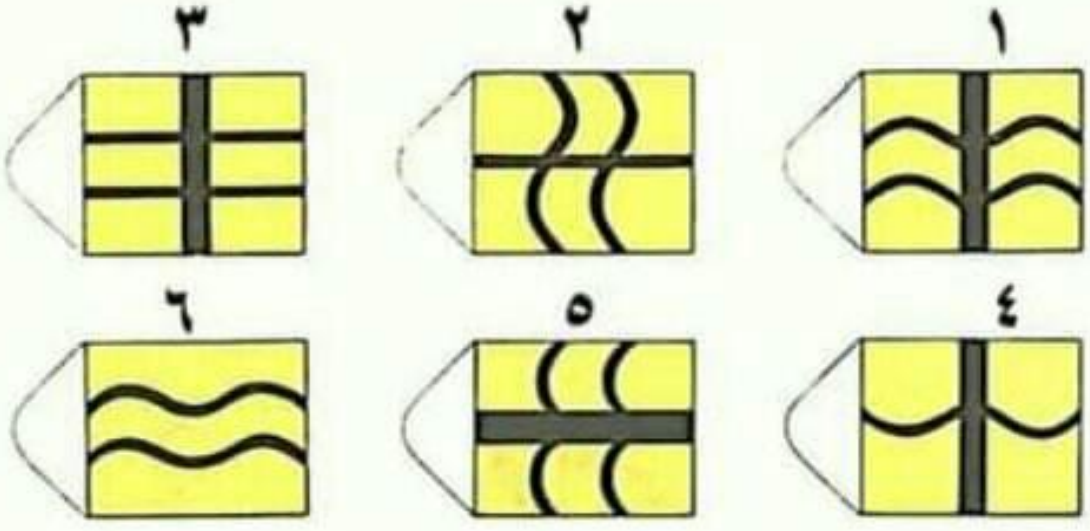
أب ٣



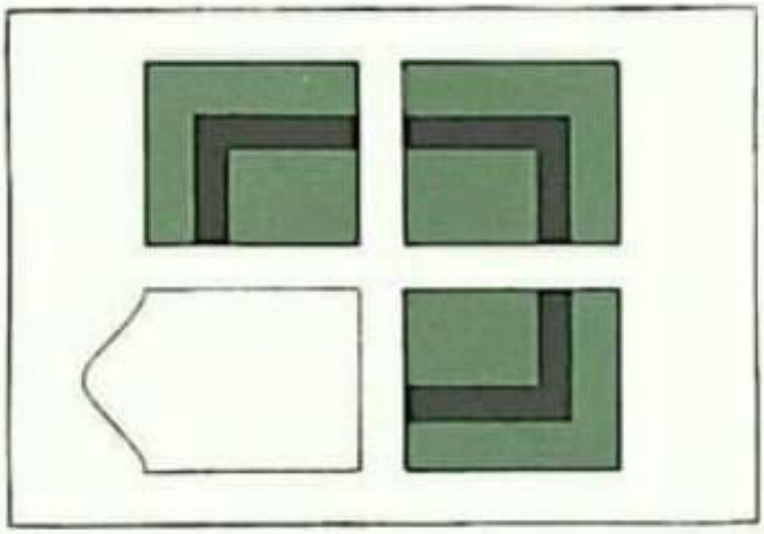


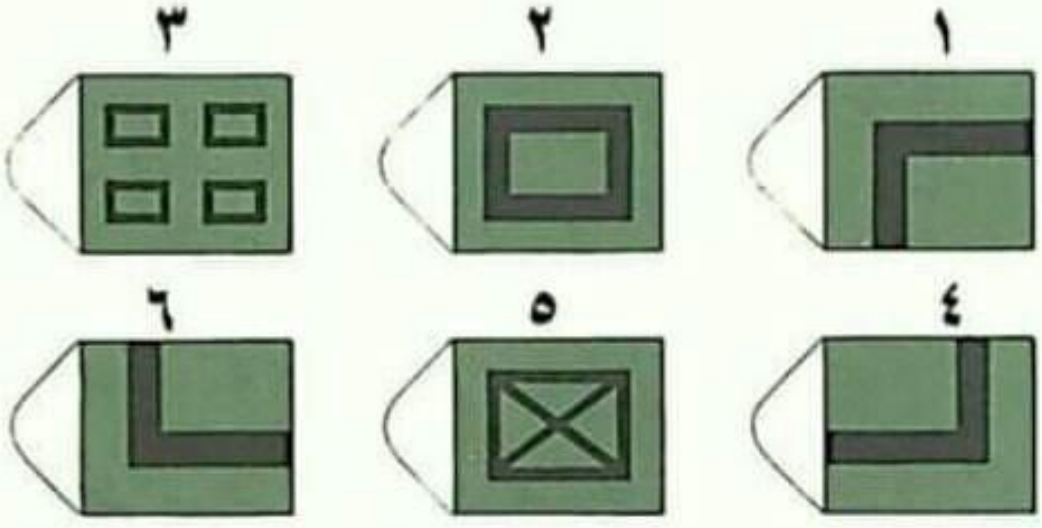
أب ٣



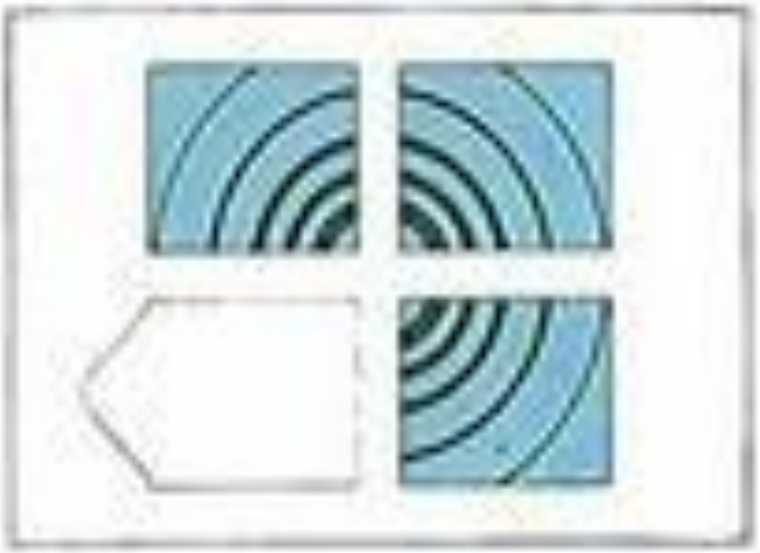


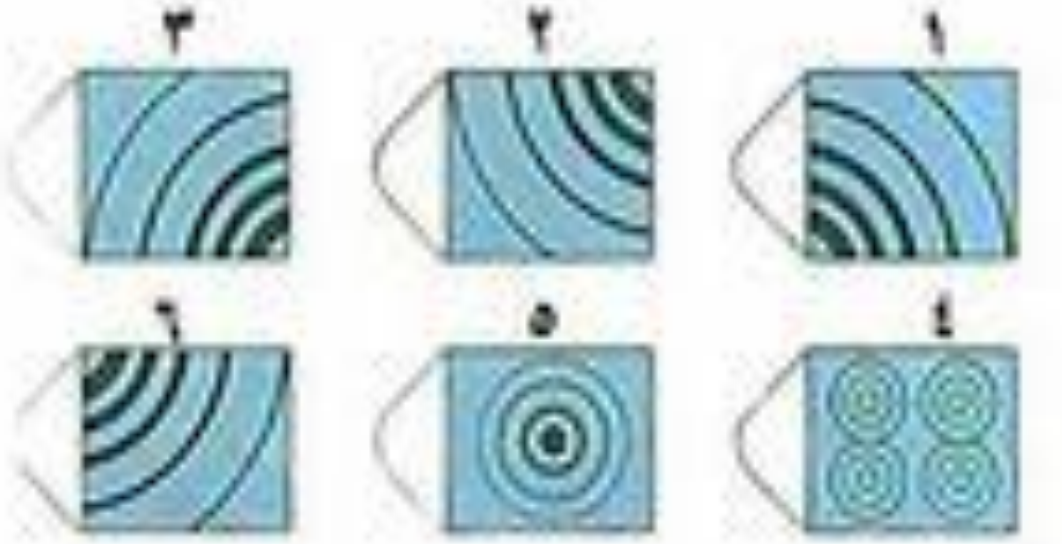
أب ٤



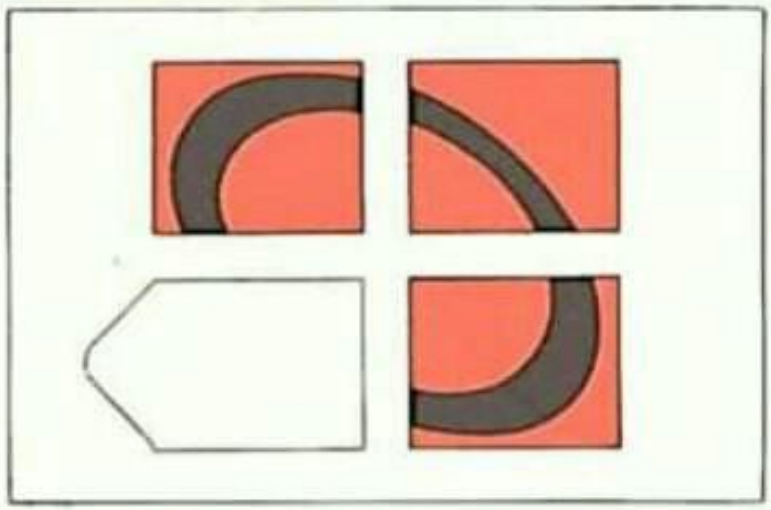


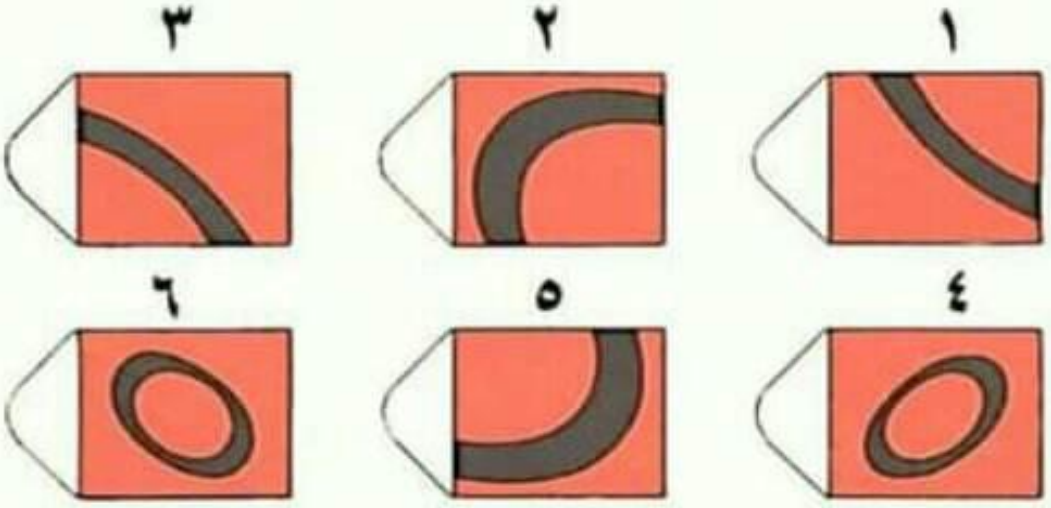
أ ب ٥



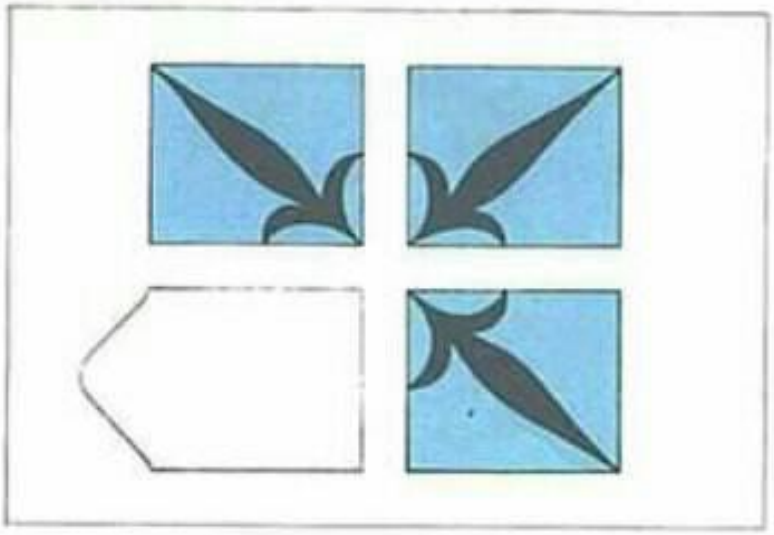


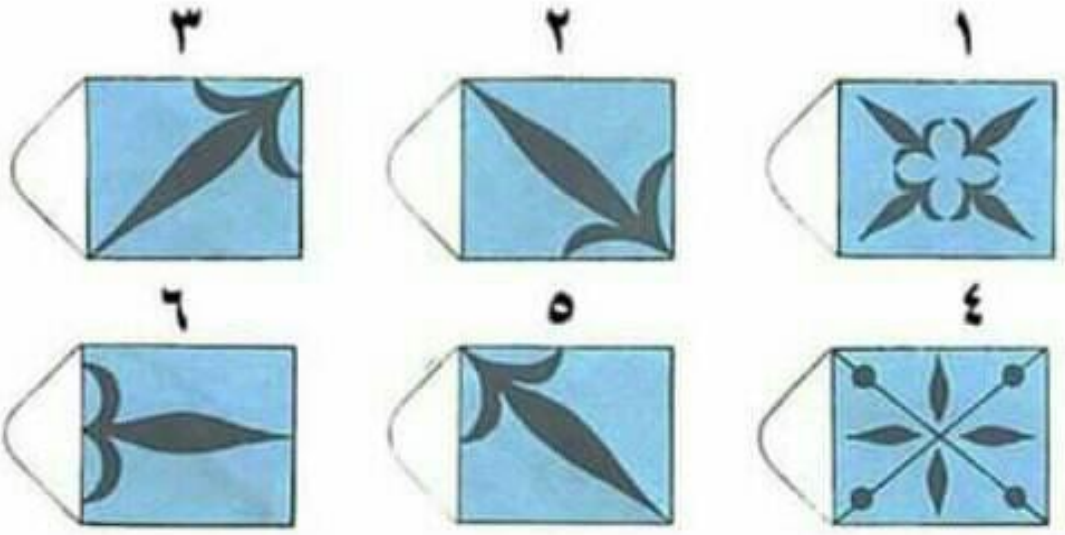
أب ٦



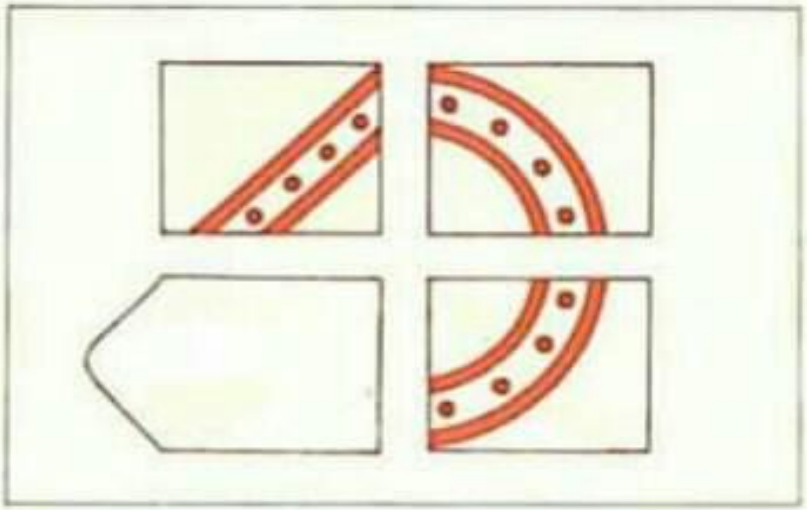


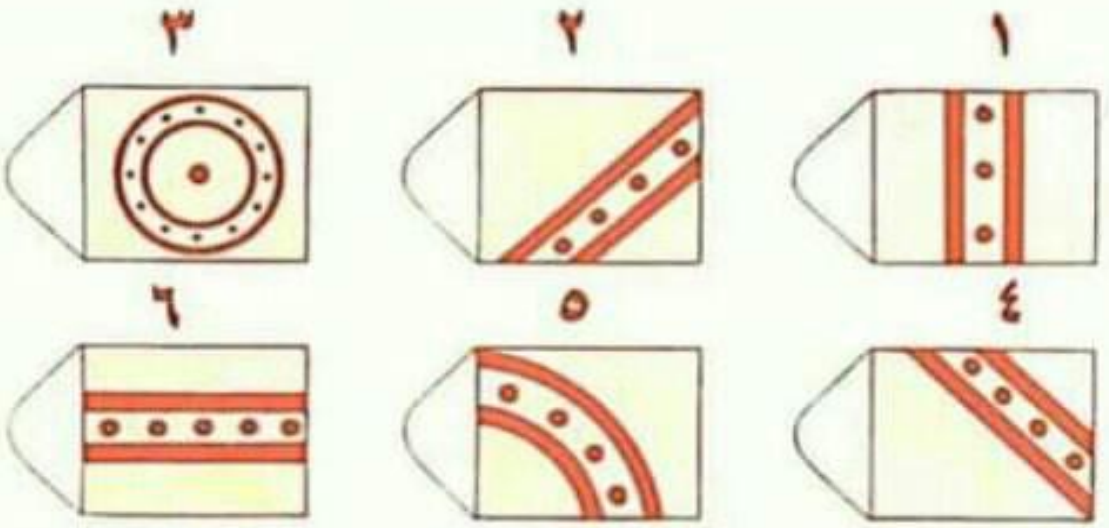
أب ٧



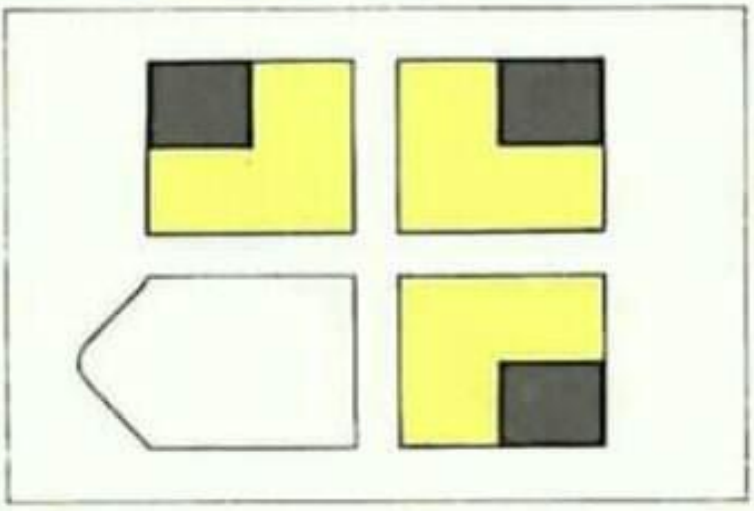


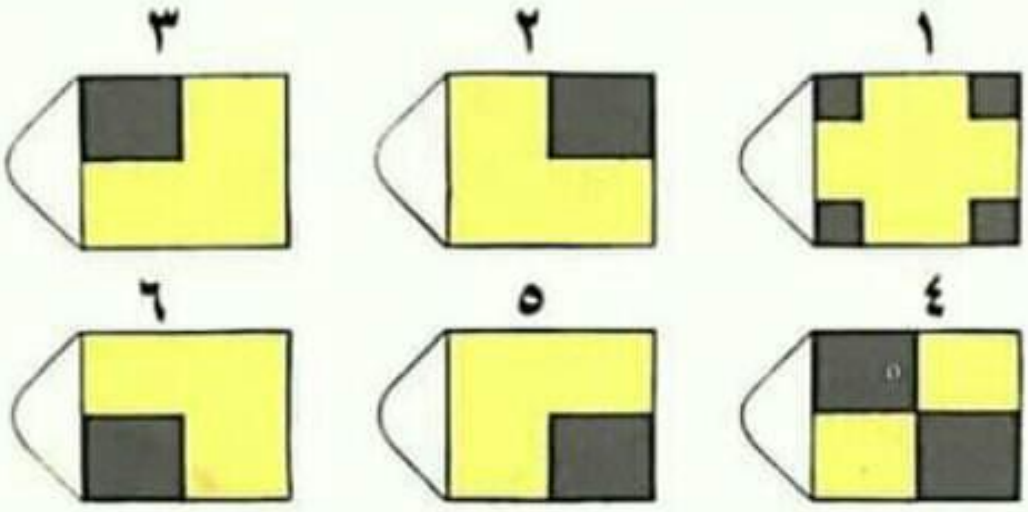
أب ٨



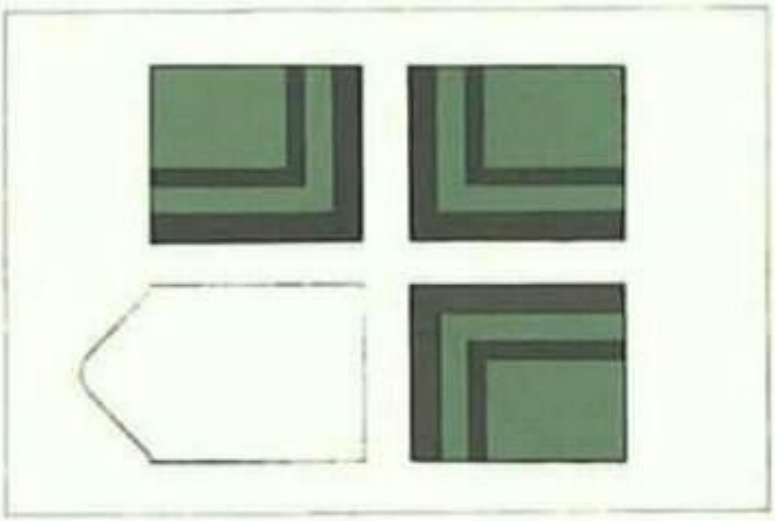


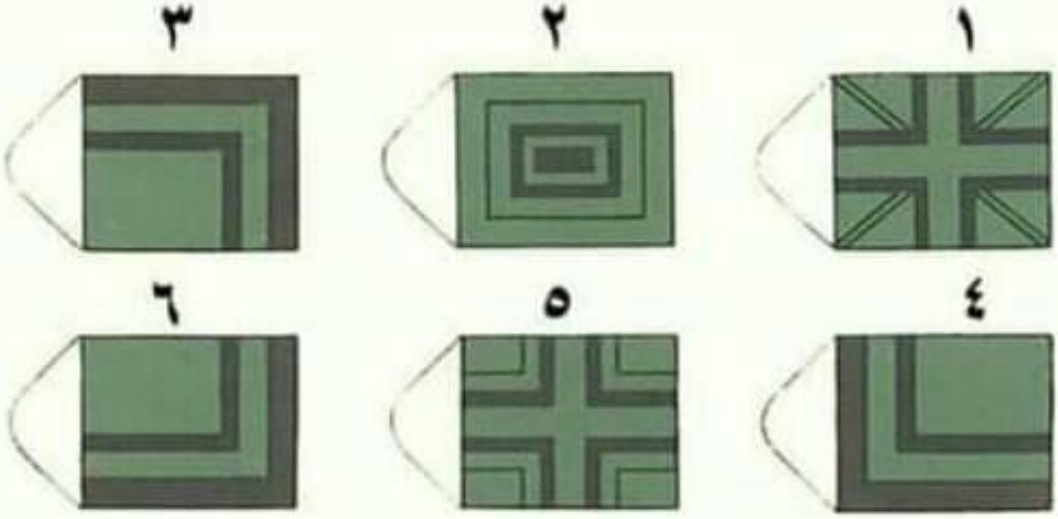
أب ٩



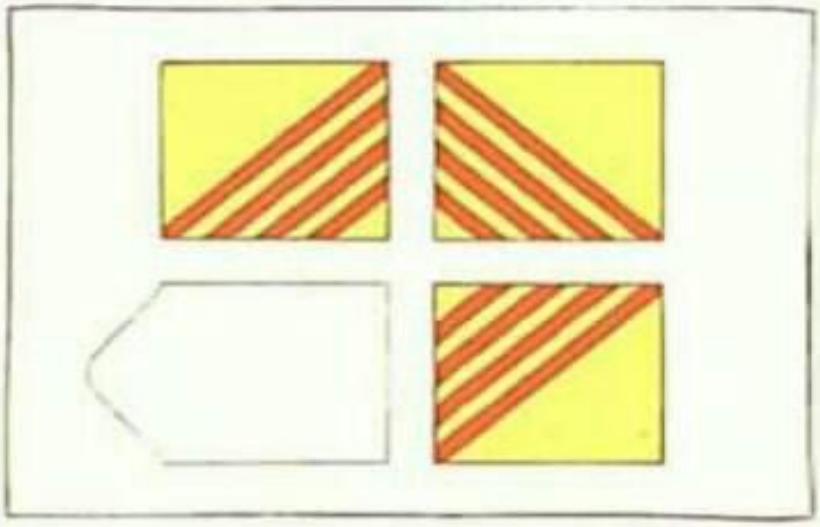


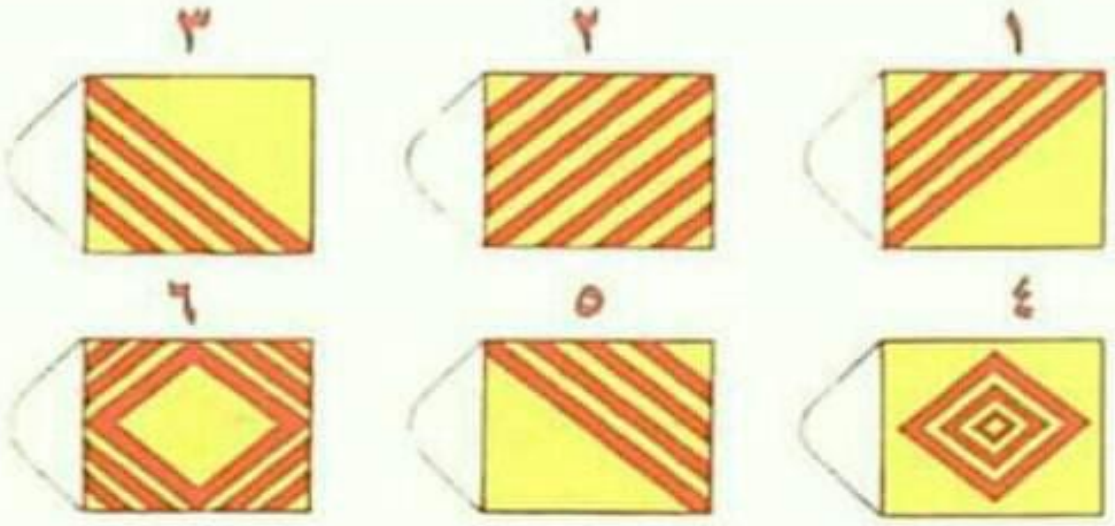
أب ١٠



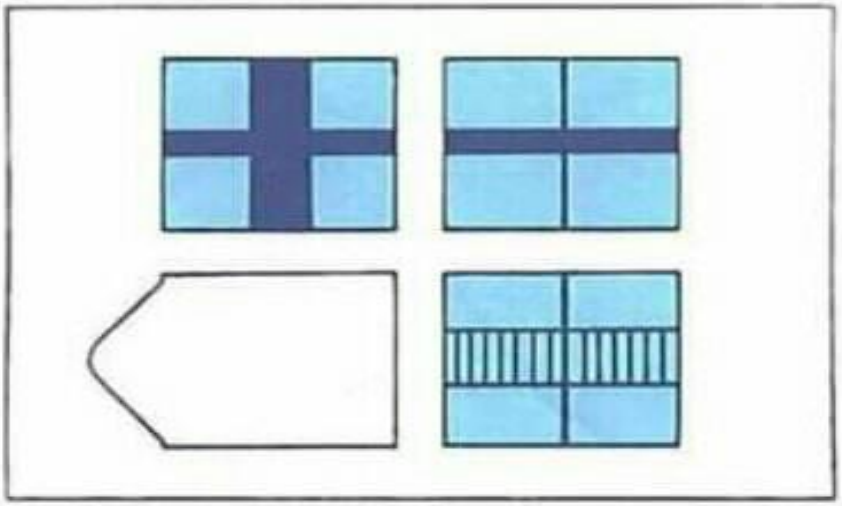


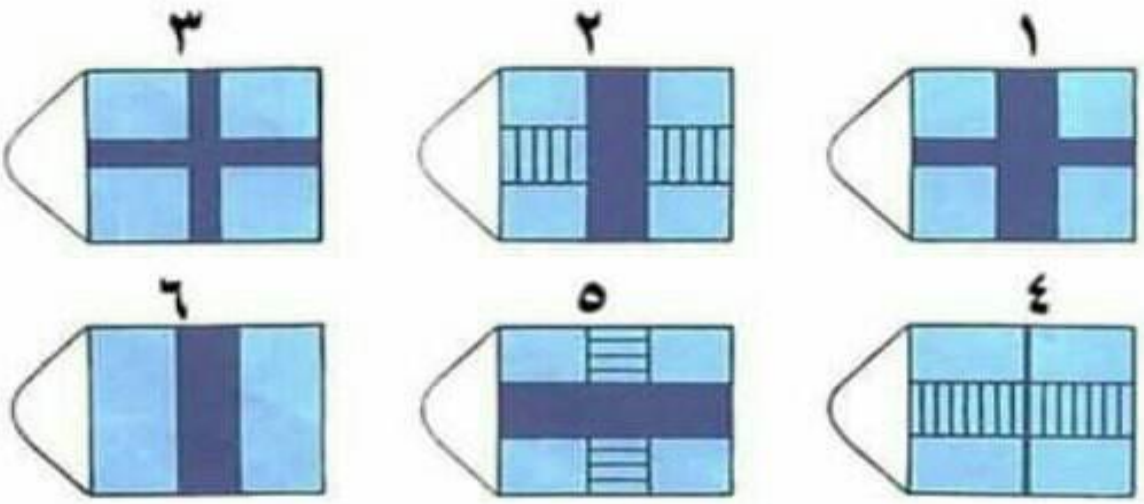
أب ١١





أب ١٢





- ملحق رقم (02): يمثل **نتائج إختبار جون رافن.**

- نتائج إختبار جون رافن للحالة الأولى (حمزة):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	−
03	+	03	+	03	+
04	+	04	+	04	−
05	+	05	−	05	+
06	+	06	+	06	+
07	+	07	+	07	−
08	−	08	+	08	+
09	+	09	−	09	+
10	+	10	−	10	−
11	*	11	+	11	−
12	+	12	+	12	−
المجموع (أ)	12/10	المجموع (أب)	12/9	المجموع (ب)	12/6

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة الثانية (أغيس):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	−
04	+	04	−	04	+
05	−	05	+	05	−
06	+	06	+	06	−
07	+	07	−	07	+
08	−	08	+	08	−
09	+	09	−	09	−
10	−	10	+	10	+
11	+	11	−	11	−
12	−	12	−	12	−
المجموع (أ)	**12/8**	**المجموع (أب)**	**12/7**	**المجموع (ب)**	**12/6**

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة الثالثة (وليد):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	−	03	+
04	+	04	+	04	−
05	+	05	−	05	+
06	+	06	+	06	−
07	−	07	+	07	+
08	+	08	+	08	+
09	+	09	+	09	+
10	+	10	+	10	+
11	+	11	−	11	+
12	−	12	+	12	−
المجموع (أ)	**12/10**	**المجموع (أب)**	**12/9**	**المجموع (ب)**	**12/9**

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة الرابعة (ملاك):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	+
04	+	04	+	04	−
05	−	05	−	05	+
06	+	06	+	06	−
07	−	07	+	07	+
08	+	08	+	08	+
09	+	09	−	09	+
10	−	10	+	10	+
11	+	11	−	11	+
12	+	12	+	12	+
المجموع (أ)	**12/9**	**المجموع (أب)**	**12/9**	**المجموع (ب)**	**12/10**

- نتائج إختبار"جون رافن" للحالة الخامسة (سعيد):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	+
04	+	04	+	04	+
05	+	05	−	05	−
06	+	06	−	06	−
07	+	07	−	07	+
08	−	08	+	08	−
09	+	09	+	09	+
10	+	10	+	10	+
11	−	11	+	11	−
12	−	12	−	12	−
المجموع (أ)	12/9	المجموع (أب)	12/8	المجموع (ب)	12/8

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة السادسة (بلعيد عبد الرءوف):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	+
04	+	04	+	04	+
05	+	05	+	05	−
06	+	06	−	06	+
07	+	07	+	07	−
08	−	08	−	08	+
09	+	09	+	09	+
10	−	10	+	10	+
11	+	11	+	11	−
12	−	12	+	12	+
المجموع (أ)	**12/9**	**المجموع (أب)**	**12/10**	**المجموع (ب)**	**12/9**

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة السابعة (ريان):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	+
04	+	04	+	04	−
05	+	05	+	05	+
06	+	06	+	06	−
07	+	07	−	07	+
08	+	08	+	08	+
09	−	09	+	09	+
10	−	10	−	10	+
11	−	11	+	11	+
12	+	12	+	12	+
المجموع (أ)	**12/9**	**المجموع (أب)**	**12/10**	**المجموع (ب)**	**12/9**

– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة الثامنة (أسما):

رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	−	03	+
04	−	04	+	04	+
05	+	05	+	05	−
06	+	06	+	06	−
07	−	07	−	07	−
08	+	08	−	08	+
09	+	09	−	09	−
10	−	10	+	10	+
11	+	11	+	11	−
12	−	12	−	12	−
المجموع (أ)	**12/8**	المجموع (أب)	**12/7**	المجموع (ب)	**12/6**

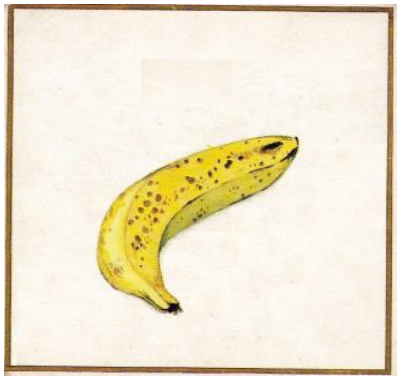
- نتائج إختبار"جون رافن" للحالة التاسعة (أسلاس):

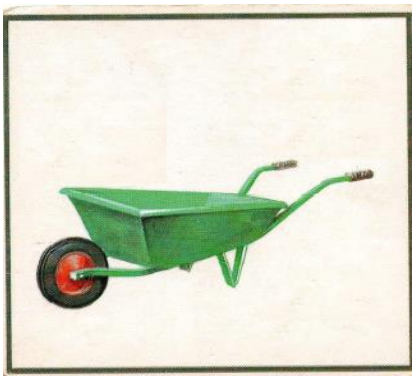
رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	−
04	−	04	+	04	+
05	+	05	−	05	+
06	−	06	+	06	+
07	+	07	+	07	−
08	+	08	+	08	+
09	+	09	−	09	+
10	+	10	−	10	+
11	−	11	+	11	+
12	+	12	+	12	+
المجموع (أ)	**12/9**	**المجموع (أب)**	**12/10**	**المجموع (ب)**	**12/9**

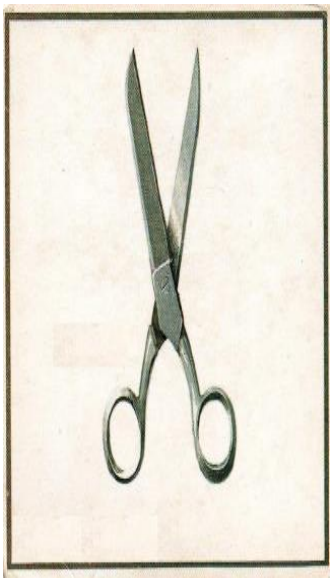
– نتائج إختبار"جون رافن" للحالة التاسعة (إسلام):

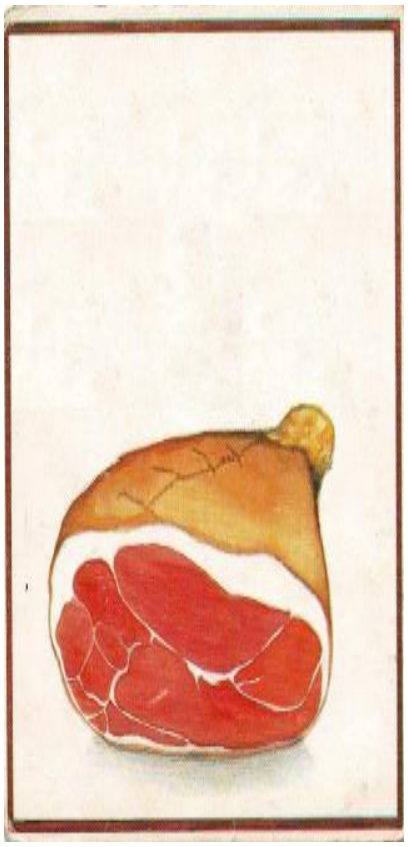
رقم البند	المجموعة (أ)	رقم البند	المجموعة (أب)	رقم البند	المجموعة (ب)
/	التنقيط	/	التنقيط	/	التنقيط
01	+	01	+	01	+
02	+	02	+	02	+
03	+	03	+	03	+
04	+	04	−	04	+
05	+	05	+	05	+
06	+	06	+	06	−
07	−	07	−	07	+
08	+	08	+	08	+
09	−	09	+	09	−
10	+	10	−	10	+
11	+	11	+	11	+
12	+	12	+	12	+
المجموع (أ)	**12/10**	**المجموع (أب)**	**12/09**	**المجموع (ب)**	**12/9**

الملحق رقم (03): يمثل صور إختبار "شفري موليز":

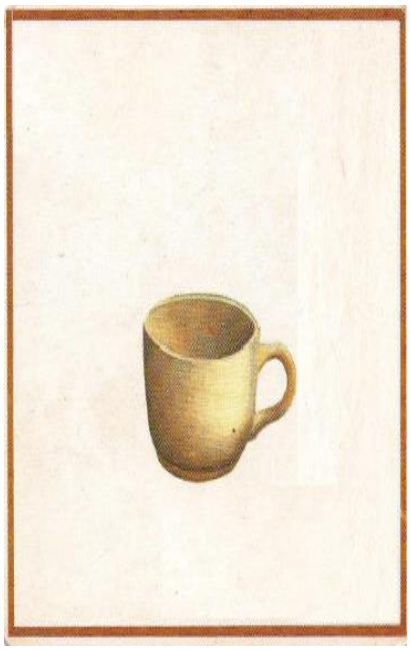


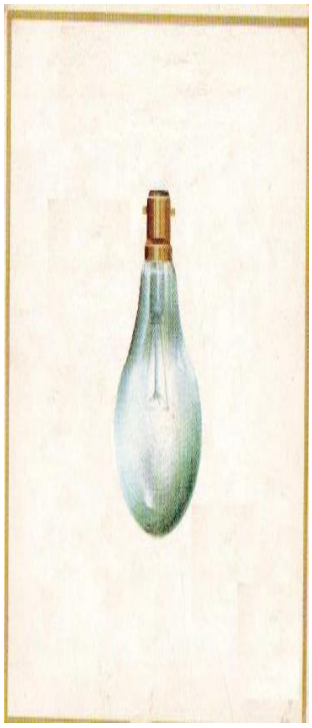


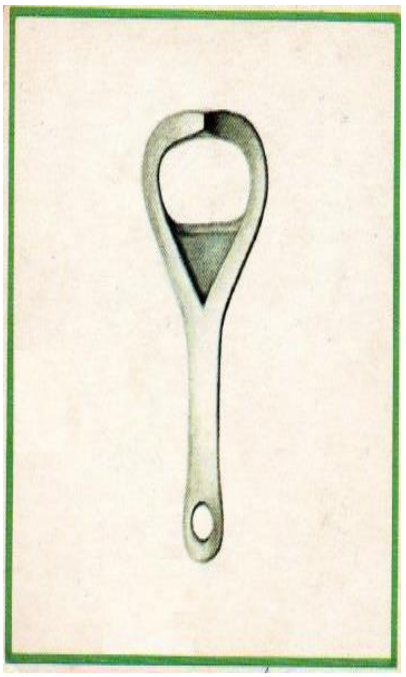


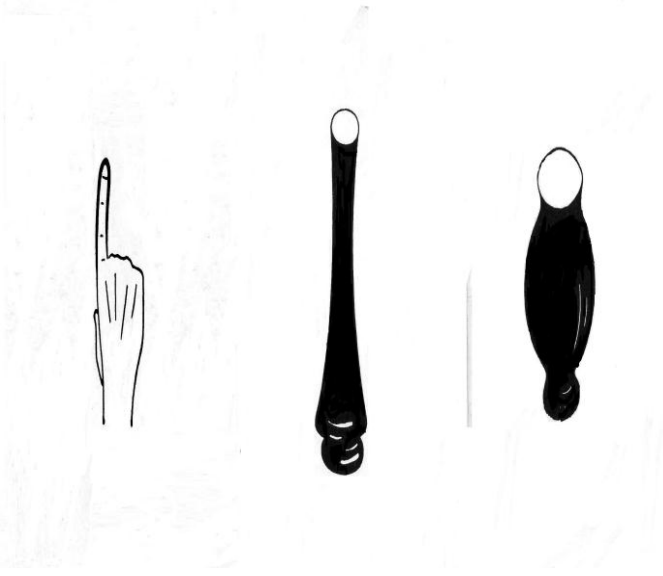


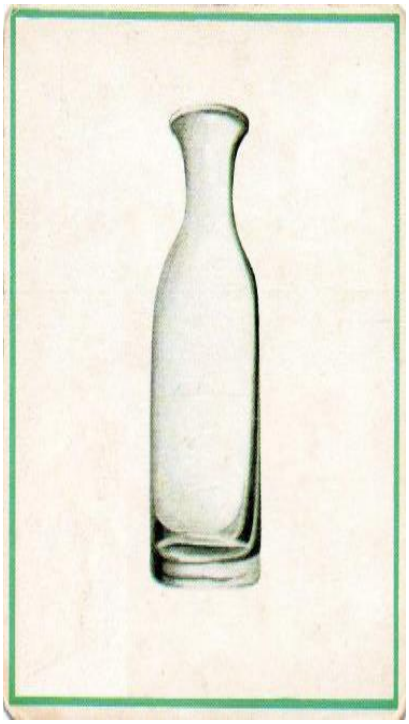
THREE STARS
SAFETY MATCHES



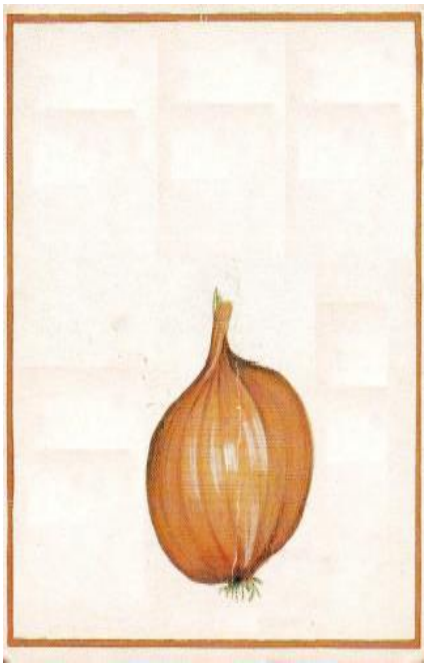


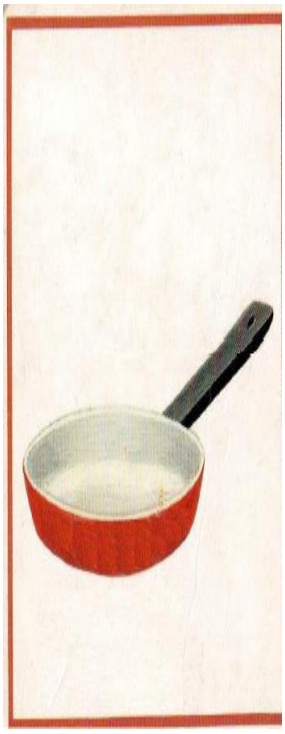


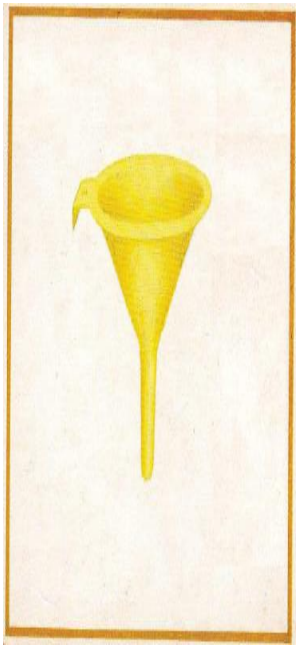


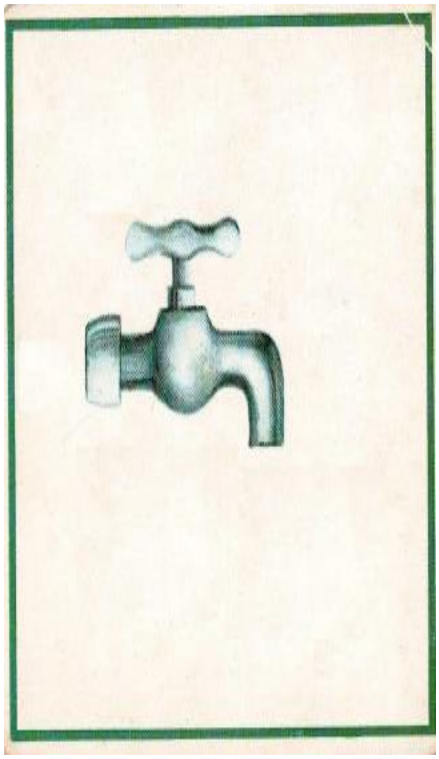


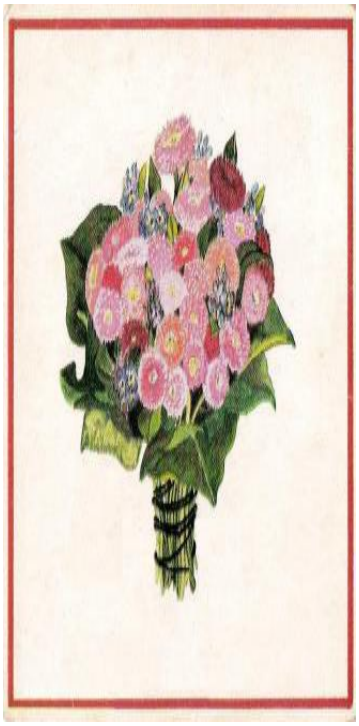
Rjeem Magazine RJEEM.COM

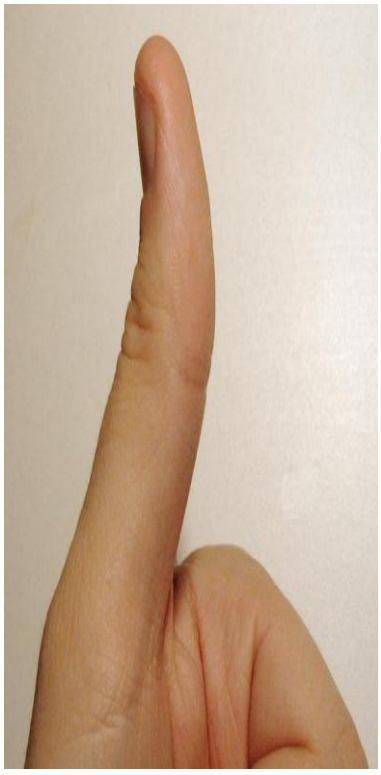


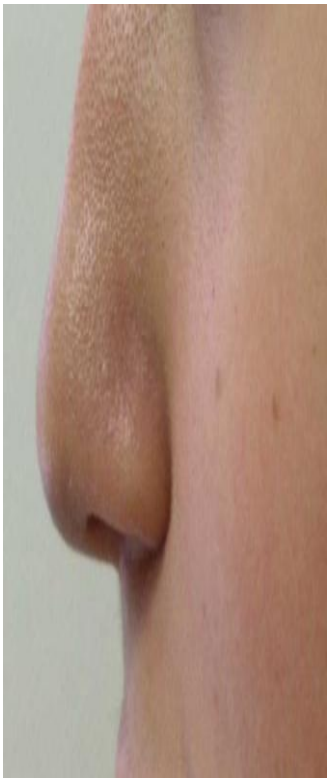










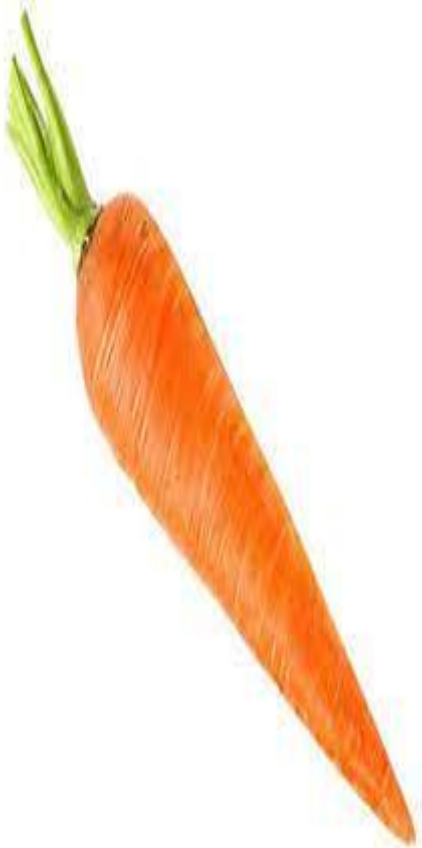


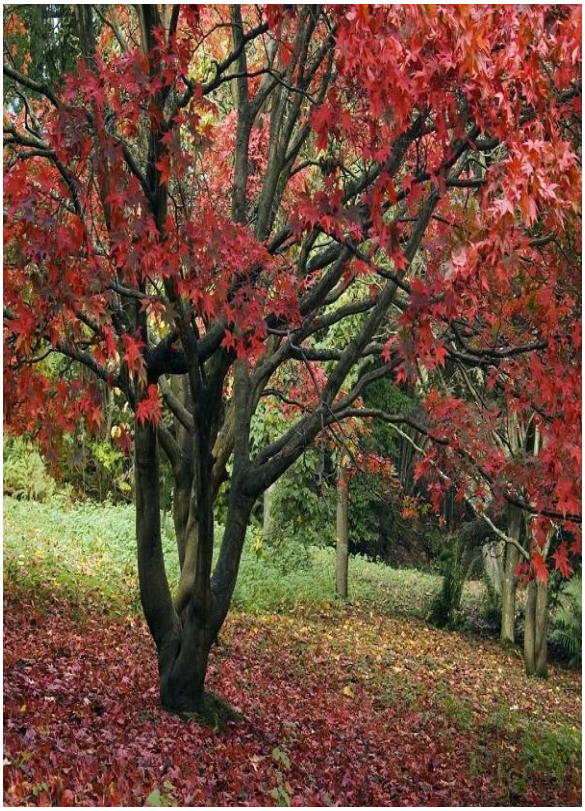
STAEDTLER
rasoplast

- **الملحق رقم (04): يمثل صور البروتوكول العلاجي:**

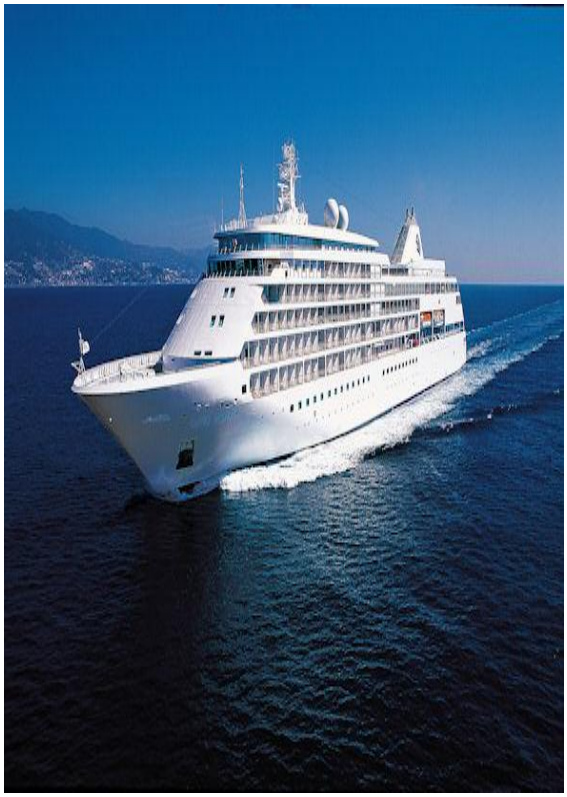
alamy - E0N9NY

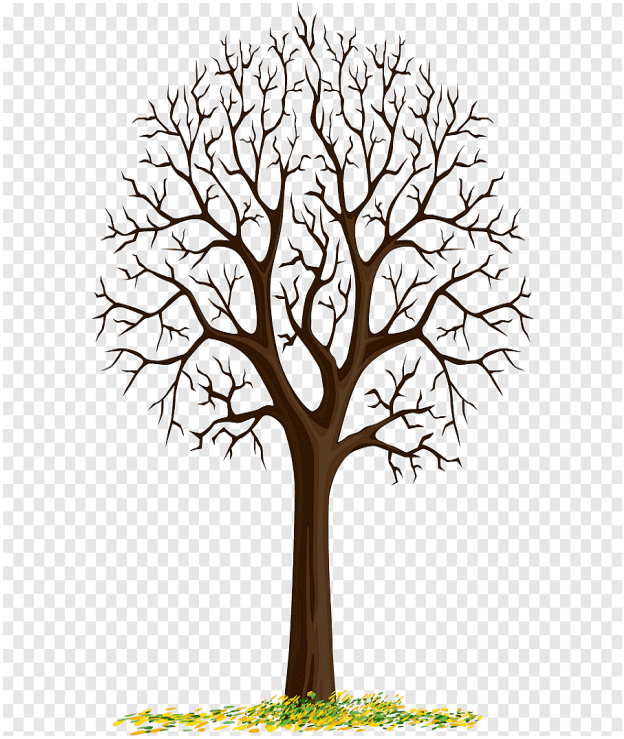
IRIS

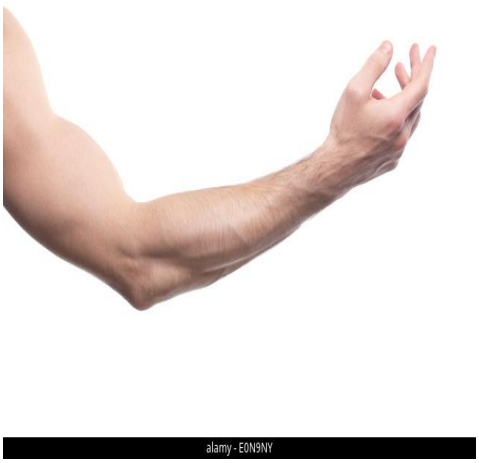




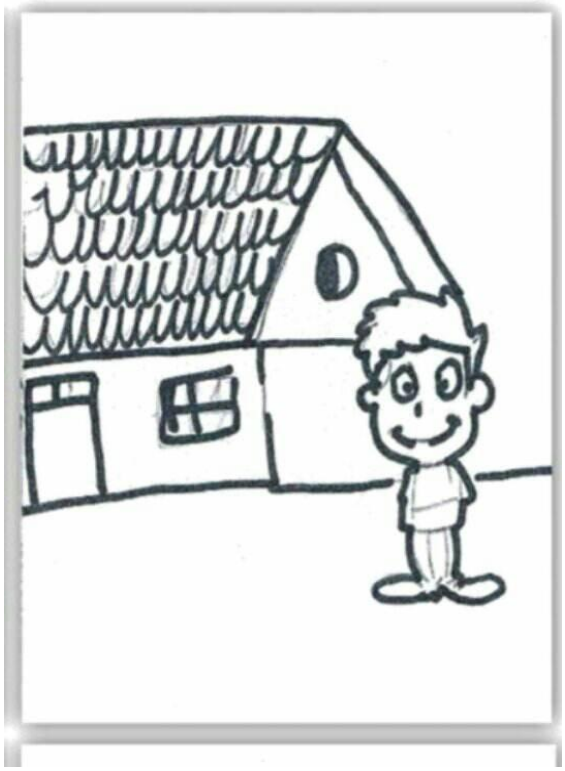
ALWAYS ON

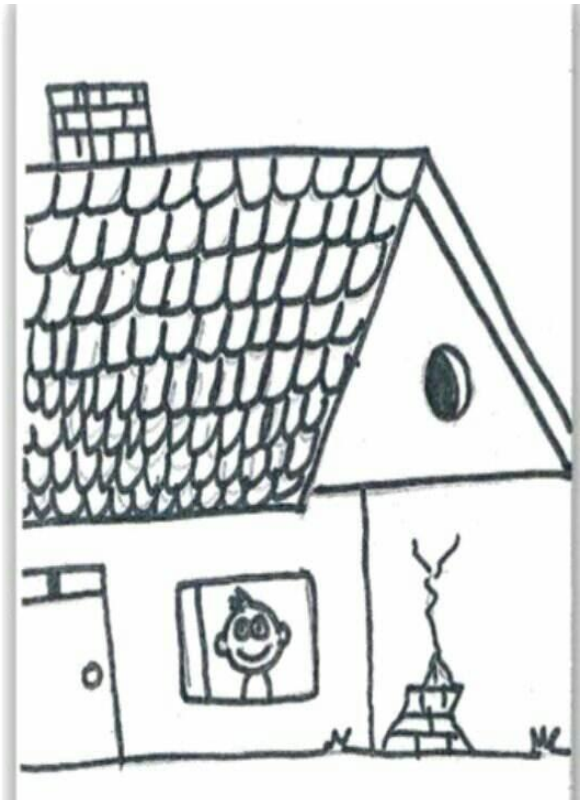





alamy - E0N9NY

Download from
Dreamstime.com





- **الملحق رقم (05): يمثل التحليل الإحصائي.**

DATASET ACTIVATE DataSet0.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
(المستوى النطقي(القياس القبلي	10	4,0000	,81650	3,00	5,00
(المستوى النطقي (القياس البعدي	10	5,3000	,82327	4,00	6,00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
المستوى النطقي (القياس البعدي) - (المستوى النطقي(القياس القبلي	Negative Ranks	0[a]	,00	,00
	Positive Ranks	10[b]	5,50	55,00
	Ties	0[c]		
	Total	10		

a. (المستوى النطقي (القياس البعدي) < المستوى النطقي(القياس القبلي

b. (المستوى النطقي (القياس البعدي) > المستوى النطقي(القياس القبلي

c. (المستوى النطقي (القياس البعدي) = المستوى النطقي(القياس القبلي

Test Statistics[a]

	المستوى النطقي (القياس البعدي) - المستوى النطقي(القياس القبلي)
Z	-2,919[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

```
NPAR TESTS
  /WILCOXON=الفونولوجي WITH  (PAIRED)1الفنولوجي
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /MISSING LISTWISE.
```

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
(المستوى الفونولوجي(القياس القبلي	10	58,9000	9,81439	47,00	74,00
(المستوى الفونولوجي(القياس البعدي	10	75,6000	8,74579	62,00	89,00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
المستوى الفونولوجي(القياس البعدي) - (المستوى الفونولوجي(القياس القبلي	Negative Ranks	0[a]	,00	,00
	Positive Ranks	10[b]	5,50	55,00
	Ties	0[c]		
	Total	10		

a. (المستوى الفونولوجي(القياس البعدي) < المستوى الفونولوجي(القياس القبلي

b. (المستوى الفونولوجي(القياس البعدي) > المستوى الفونولوجي(القياس القبلي

c. المستوى الفونولوجي(القياس البعدي) = المستوى الفونولوجي(القياس القبلي

Test Statistics[a]

	المستوى الفونولوجي(القياس البعدي) - المستوى الفونولوجي(القياس القبلي)
Z	-2,810[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

```
NPAR TESTS
/WILCOXON=اللساني WITH  (PAIRED)1اللساني
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING LISTWISE.
```

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
(المستوى اللساني(القياس القبلي	10	120,5000	14,93876	100,00	139,00
(المستوى اللساني(القياس البعدي	10	144,6000	13,89004	123,00	162,00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
المستوى اللسانى(القياس البعدي) - (المستوى اللساني(القياس القبلي	Negative Ranks	0[a]	,00	,00
	Positive Ranks	10[b]	5,50	55,00
	Ties	0[c]		
	Total	10		

a. (المستوى اللساني(القياس البعدي) < المستوى اللساني(القياس القبلي

b. (المستوى اللساني(القياس البعدي) > المستوى اللساني(القياس القبلي

c. (المستوى اللساني(القياس البعدي) = المستوى اللساني(القياس القبلي

Test Statistics[a]

	المستوى اللساني(القياس البعدي) - المستوى (اللساني(القياس القبلي
Z	-2,810[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

```
NPAR TESTS
/WILCOXON=التعبير WITH  (PAIRED)1التعبير
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING LISTWISE.
```

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
(التعبير (القياس القبلي	10	186,4000	23,39611	150,00	212,00
(التعبير(القياس البعدي	10	225,5000	20,62496	197,00	251,00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
التعبير(القياس البعدي) - التعبير (القياس القبلي)	Negative Ranks	0[a]	,00	,00
	Positive Ranks	10[b]	5,50	55,00
	Ties	0[c]		
	Total	10		

–

a. التعبير(القياس البعدي) < التعبير (القياس القبلي)

b. التعبير(القياس البعدي) > التعبير (القياس القبلي)

c. التعبير(القياس البعدي) = التعبير (القياس القبلي)

Test Statistics[a]

	التعبير(القياس البعدي) - التعبير (القياس القبلي)
Z	-2,807[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.