جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

فرع الأرطفونيا

محاولة بناء أداة تقييمية لعسر التلفظ لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية

دراسة عيادية ل 5حالات

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الارطوفونيا: علم الأعصاب اللغوي العيادي

إعداد الطالبتين:

- لعكريب نعيمة.
- كيشو ياسمين.

تحت إشراف:

د. صحراوي سارة

السنة الجامعية 2019- 2020

شكر وتقدير

نتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذين الفاضلين الدكتورة "صحراوي سارة" والدكتور"اسماعيل محمد لعمارة" اللذان كانا سندا لنا لإتمام هذه المذكرة

حيث لم يبخلا علينا بنصائحهما وتوجيههما القيم، فلهما منا خالص الشكر والدعاء وطول العمر.

كما نتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء فريق التدريس في تخصص الارطفونيا بالقطب الجامعي تامدة بجامعة مولود معمري بتيزي وزو

فلهم منا جميعا كل الثناء والعرفان والتقدير.

والشكر موصول أيضا إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة الموقرة اللذين تفضلوا بتقويم هذه المذكرة

الطالبتان: لعكريب و كيشو.

الإهداء

بسم الله الرحمان الرحيم و الصلاة والسلام على أشرف المرسلين

أتقدم بإهداء هذا العمل إلى قرة عيني والديا العزيزين، و إلى إخوتي الذين لم يبخلوا علي بأي مساندة و على رأسهم أختي جميلة و زكية.

ولا أنسى كل الأوفياء من الأصدقاء كل من سيليا، ياسمين، ياسمينة،فاطمة،كهينة،محمد،ويزة، سعاد

و إلى كل من مد لي يد المساعدة لإنجاز هذا العمل المتواضع.

نعيمة

الإهداء

أحمد الله عزوجل على منه و عونه لإتمام هذا العمل

إلى اللذان وهبان كل ما يملكان حتى أحقق لهم آمالهم، إلى من كان يدفعني قدما نحو الأمام لنيل المبتغى

إلى التي وهبت فلذة كبدها كل العطاء و الحنان التي صبرت على كل شيء،و الى التي رعتني حق الرعاية و سندي في الشدائد، أمي أطال لي الله في عمرها.

و إلى أبي رحمه الله وأسكنه فسيح جناته.

وإلى أخي الذي تقاسم معي عبء الحياة وأنيس دربي حفظه الله لي.

وإلى أصدقائي الأعزاء نعيمة، سعاد، ويزة، جيجي، رضا، سيليا وإلى إبنة عمتي لونجة.

وإلى جميع عائلة "كيشو ولحلو"

ياسمين

ملخص الدراسة:

الهدف الرئيس لهذه الدراسة يتمثل في محاولة بناء أداة تقييمية لعسر التلفظ عند الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية.

تتضمن عينة الدراسة خمسة حالات للشلل الدماغي، وثلاثون حالة للعاديين، بحيث تحتوي هذه الأداة على أربعة بنود وهي كالتالي:

- البند الأول خاص بالمقاطع الشفوية.

- البند الثاني خاص بالمقاطع اللسانية.

- البند الثالث خاص بمقاطع الخدين والفك السفلي.

- البند الرابع خاص بمقاطع الحنك الرخو.

يهدف هذا الإختبار إلى تقييم وإظهار إضطرابات الإنتاج الصوتي، ومن خلال النتائج المتحصل نستنتج أن الأداة التي تم بنائها صالحة لتقييم عسر التلفظ لدى المصابين بالشلل الدماغي باللهجة القبائلية.

الكلمات المفتاحية:

- الشلل الدماغي، عسر التلفظ، اللهجة القبائلية، البناء.

Résumé :

L’objectif principal de cette étude est l’élaboration d’un outil d’évaluation de la dysarthrie en dialecte kabyle, pour les enfants atteints d’infirmé motrice cérébral kabylo-phones.

L’échantillon soumis à cette étude est de (05) cas (IMC) et de (30) enfants normaux.

L’outil proposé comporte quatre items qui évaluent.

- les syllabes labiales.

- les syllabes linguales.

- les syllabes des joues et mandibules.

- les syllabes du voile du plais.

L’objectif de cette outil d’évaluation et de repérer les troubles de la production phonétique.

Selon les résultats obtenus, on constate que cet outil proposé est fiable pour évaluer la dysarthrie chez les enfants atteints d’infirmé motrice cérébral kabylo-phones.

-Les mots clés :

L’infirmité motrice cérébral - la dysarthrie – le dialecte kabyle – élaboration d’un test.

الفهرس

كلمة شكر

الاهداء

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

مقدمة.....1-2

الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالي

الإشكالية.....4-6

تحديد فرضيات البحث.....6-7

تحديد أهداف البحث.....7

تحديد أهمية البحث.....7-8

تحديد الدراسات السابقة.....9-10

تحديد مصطلحات البحث.....11

الجانب النظري

الفصل الاول:الشلل الدماغي

تمهيد.....14

1- تعريف الشلل الدماغي..... 15-16

2- أنواع الشلل الدماغي. 16-18

3 - أسباب الشلل الدماغي.....19-20

4- مؤشرات الإصابة بالشلل الدماغي.....21-23

5- الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي.....23-25

6- تشخيص الشلل الدماغي.....25-26

7- علاج الشلل الدماغي.....27-28
8- الوقاية من الشلل الدماغي.....28-29
الخلاصة.....30

الفصل الثاني: عسر التلفظ

تمهيد.....32
1- تعريف عسر التلفظ.....33
2-المظاهر الإكلينيكية لعسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي.....34-35
3 - أعراض عسر التلفظ.....36
4- الجهاز الفيزيائي و التنظيمات العصبية للفرد العادي.....36-39
5- الخلل الوظيفي العصبي لجهاز التصويت الذي شأنه أن يزيد من ثقل عسر التلفظ عند طفل الشلل الدماغي.....39-40
6- التقييم العيادي لعسر التلفظ.....40-43
الخلاصة.....44

الفصل الثالث :اللهجةالقبائلية

تمهيد.....46
1- تعريف اللهجة القبائلية.....47
2-النطاق الجغرافي للهجة القبائلية.....47-48
3- تعريف بعض مفاهيم علم الصوتيات.....48-49
4- مخارج الأصوات في اللهجة القبائلية.....49-54
5- النظام الصوتي الصوتمي الأمازيغي.....54-57
6- النظام الفونولوجي القبائلي.....58
7- نظام الصوتيات القبائلي.....59

الخلاصة.....60

الفصل الرابع: بناء أداة تقييمية

تمهيد.....62
1- تعريف الاختبار النفسي.....63
2- تصنيف الاختبارات النفسية.....67-63
3- مجالات استخدام الاختبارات.....68-67
4- أهداف تطبيق الاختبار.....69-68
5- الخصائص السيكو مترية للاختبارات.....74-69
6- خطوات بناء الاختبار.....83-75
الخلاصة.....84

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: المنهجية

تمهيد.....87
1- الدراسة الاستطلاعية.....88
2- منهج البحث.....88
3- مكان و زمان إجراء البحث.....89
4- عينة البحث.....89
5- وسائل و الأدوات البحث.....91-90
6- صدق و ثبات أداة البحث.....92
الخلاصة.....93

الفصل السادس: عرض و تحليل النتائج

تمهيد.....95

1- عرض و تحليل نتائج صدق و ثبات الاختبار

- نتائج (T-test).....96-98

- نتائج (Mann-Whitney) 98-102

2- تقديم و تحليل نتائج الحالات المرضية.....103-106

3-الاستنتاج..... 107-108

- خاتمة.....109

-المراجع.

4- الملاحق.

فهرس الجداول

رقم	عنوان الجداول	الصفحة
01	يمثل النظام الفنولوجي القبائلي.	58
02	يمثل الحروف القبائلية والعربية والكتابة الصوتية العالمية	59
03	يمثل عينة البحث	89
04	عرض وتحليل نتائج (T.test) الخاص ببند الأول المقاطع الشفوية.	96
05	عرض وتحليل نتائج (T.test) الخاص ببند الثاني المقاطع اللسانية.	97
06	عرض وتحليل نتائج (T.test) الخاص ببند الرابع المقاطع الحنك الرخو.	97
07	نتائج إختبار (Mann-whitney) للعينتين العادية والمرضية في بند المقاطع الشفوية.	99
08	نتائج إختبار (Mann-whitney) للعينتين العادية والمرضية في بند المقاطع اللسانية	100
09	نتائج إختبار (Mann-whitney) للعينتين العادية والمرضية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي.	101
10	نتائج إختبار (Mann-whitney) للعينتين العادية والمرضية في بند مقاطع الحنك الرخو	101

قائمة الملاحق:

-الملحق رقم (01): عرض نتائج الحالة الأولى

- الملحق رقم (02): عرض نتائج الحالة الثانية

- الملحق رقم (03): عرض نتائج الحالة الثالثة.

- الملحق رقم (04): عرض نتائج الحالة الرابعة.

- الملحق رقم (05): عرض نتائج الحالة الخامسة.

- الملحق رقم (06): تقديم أداة البحث.

- الملحق رقم (07): نتائج برنامج Spss

- الملحق رقم (08): يمثل صدق المحكمين.

مقدمة:

تعتبر الأرطوفونيا دراسة علمية للإتصال اللغوي وغير اللغوي في مختلف أشكاله العادية والمرضية، وتتطلب جهدا كبيرا وإخلاصا للميدان.

حيث يعمل الأخصائي الأرطوفوني على تربية الصوت والكلام سواء عند الأطفال أو المراهقين أو الراشدين، ويهدف الأرطوفوني إلى حصر الإضطرابات اللغوية لخلق تقنيات جديدة تفيدنا في العمل.

ويعمل الأخصائي الأرطوفوني على تشخيص الإضطرابات وتوجيه المريض حسب الحالة إلى أخصائيين آخرين لإجراء فحوصات أو إختبارات مكملة (نفساني، مساعد إجتماعي، طبيب أعصاب)، كذلك القيام بالأبحاث وبناء تقنيات جديدة التي تلعب دورا مهما في التقييم، ومن بين المجالات التي يهتم بها المختص الأرطوفونيا ونجد الإصابات العصبية التي هي متعددة ومتنوعة والتي اخترنا منها الشلل الدماغي الحركي (IMC) كموضوع بحثنا.

ويحدث الشلل الدماغي نتيجة تلف الدماغ الغير الناضج في مرحلة نموه وغالبا قبل الولادة ويتسبب في خلل الحركة وردود فعل غير طبيعية، وارتخاء في الأطراف والجذع ووضعية غير طبيعية للجسم وحركات لاإرادية، والمشي غير مستقر أو مزيج من تلك الأعراض كذلك ضعف في رؤية والسمع واضطرابات النطق التي من بينها عسر التلفظ وتحدث نتيجة لوجود شلل في العضلات و الأجهزة المسؤولة بشكل مباشر في إنتاج الكلام، وينتج هذا الشلل بسبب إصابة الدماغ في المنطقة المسؤولة عن الحركة والتي تؤدي بنفسها إلى حالة الشلل الدماغي، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الفرد المصاب بالشلل في عضلات النطق يجد صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب.

ونحن في هذا الصدد تطرقنا إلى تقييم عسر التلفظ لدى الشلل الدماغي، ونظرا لنقص الإختبارات و وسائل التقييم في الميدان لعسر التلفظ خاصة باللهجة القبائلية، حاولنا في هذه الدراسة بناء أداة تقييمية لعسر التلفظ تراعي البيئة اللسانية الثقافية لمنطقة القبائل وذلك باستعمال اللهجة القبائلية.

ولقد قمنا بتقسيم هذا العمل إلى جانب نظري وجانب تطبيقي حيث يحتوي الجانب النظري على مقدمة، ثم الفصل التمهيدي للإيطار العام للإشكالية الذي يتمثل في مدخل حول مشكل الدراسة والتي تحتوي على أهداف وأهمية الدراسة والدوافع التي أدت بنا إلى طرح موضوع البحث، وبعض الدراسات السابقة التي تناولت الشلل الدماغي وعسر التلفظ.

فيما يخص الفصل الأول، فقد خصصناه للشلل الدماغي ومفهومه، أعراضه، الأسباب، التشخيص والعلاج وكيفية الوقاية منه.

أما فيما يخص الفصل الثاني فيتضمن عسر التلفظ وأسبابه والأعراض والمظاهر الإكلينيكية لعسر التلفظ لدى الشلل الدماغي والجهاز الفيزيائي والتنظيمات للفرد العادي ثم لطفل الشلل الدماغي و في الأخير التقييم.

ثم تطرقنا إلى اللهجة القبائلية الذي هو الفصل الثالث من البحث بما أن بناء الأداة تكون عند الأطفال المتكلمين بالقبائلية حيث تناولنا لمحة عن النطاق الجغرافي لها ومخارج الأصوات والنظام الصوتي الصوتمي والفونولوجي والصوتيات القبائلية.

إضافة إلى فصل رابع يحتوي على الخطوات الهامة في بناء أداة تقييمية والخاضعة لشروط الصدق والثبات لبناء إختبار جيد.

ثم يليه الجانب التطبيقي والذي يتضمن فصلين:

- فصل تناولنا فيه الدراسة الإستطلاعية ومكان وزمان إجراء البحث وطريقة بناء الإختبار، ثم صدق وثبات الإختبار.

- وفي الأخير قمنا بتحليل وعرض نتائج البحث، فالإستنتاج ثم الخاتمة.

الإشكالية

إشكالية:

يعتبر الجهاز العصبي جهاز أساسي في تأمين الجسم بالقيام بوظائفه الكاملة كما يشكل الجزء الأهم في قدرة الإنسان على الاتصال مع العالم الخارجي، لكن تعرض الفرد في مرحلة من الحياة إلى خلل أو اضطراب يمس الدماغ سيؤدي إل سير و تعطيل هذه الوظائف ما ينتج عنه عدة إعاقات من بينها الشلل الدماغي.

حيث يعتبر الشلل الدماغي من إحدى مظاهر الإعاقة الحركية خاصة في فترة اكتمال نمو القشرة الدماغية المسئولة عن الحركة، هذا ما يؤكد لنا أن الشلل الدماغي عجز في القدرة العضلية العصبية و الناتجة عن إصابة المخ الذي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في العضلات الإرادية **(الزعبي أحمد،2003،ص،190).**

و يعرفه **"باكس"** 1964 الشلل الدماغي على أنه اضطراب في الحركة يحدث بسبب تلف في مناطق الحركة في الدماغ، و هذا الاضطراب لا يزداد سواء مع الأيام **(الكسواني،2006،ص،11).**

و يعرف **"بوباث"** 1980 الشلل الدماغي على أنه حسي حركي يحدث نتيجة عدم اكتمال نمو الدماغ قد يصاحبه مشكلات في النطق و الإبصار و السمع و أنماط متعددة من اضطرابات الإدراك و التخلف العقلي و نوبات الصرع **(الكسواني،2006،ص،11).**

و ينشأ الشلل الدماغي نتيجة لتلف الذي يحدث لمراكز التحكم في الحركة داخل الدماغ الذي لا يزال في مرحلة النمو، و يمكن أن يحدث ذلك أثناء الولادة أو بعد الولادة و حتى العام الثالث من عمر الطفل تقريبا **(ماجدة عبيد،2000،ص،20).**

و يحدث بالذات في منطقة الدماغ، و ينتج عن الشلل يصيب إما الأطراف الأربعة جميعها أو الأطراف السفلية فقط، أو يصيب جانب واحد من الجسم، أي طرف علوي أو طرف سفلي سواء الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر، و هذا الشلل ينتج عن فقدان في القدرة على التحكم في الحركات الإرادية المختلفة، و تختلف شدة الأعراض باختلاف شدة و مكان

الإصابة في الدماغ، وقد يصاحبه عطل في الأعضاء الحسية الأخرى. **(أبوالنجا،2004،ص،144)**

فأطفال الشلل الدماغي يعانون من عدة اضطرابات و مشاكل من بينها الاضطرابات النطقية (عسر التلفظ (Dysarthrie)) والتي ستكون محور دراستنا.

و يذكر D.TRUSCELLT أساسا أن اضطرابات النطق (عسر التلفظ) التي تصيب الإعاقات ذات المصدر العصبي مهما كانت الدرجة فهي صعوبة للفرد نفسه وكذلك العنصر الذي يضاعف مخاطر الإعاقة الاجتماعية.

كما يرى هؤلاء أن تقلصات العضلات تصل حتى الصوت والإنتاج الصوتي وهذا ما يجعل كلام أطفال الشلل الدماغي غير مفهوم أثناء الكلام.**(بوعكاز،2006).**

حيث أن المركبات العضلية المسؤولة عن حشد التجاويف الرنانة تؤدي إلى ظهور اضطرابات نطقية من نوع تعثرات نطقية Dysarthrie ، أما ظهور الاضطرابات النطقية للإرسالات الشفوية فهو راجع إلى عدم القدرة في التحكم في مخارج الأصوات ، كذلك وجود عجز في تعديل الفجوات الرنانة ، زيادة على ذلك فإن الشلل الكلي أو الجزئي يزيد من الاضطرابات النطقية عند بعض الأشخاص IMC. **(صغير نجوى،2018،ص،90).**

ويعرف اضطراب النطق عامة في عدم القدرة على إصدار و إخراج الصوت بطريقة صحيحة نتيجة لمشكلات في التناسق العضلي أو عيب في مخارج صوت الحروف أو لفقر في الكفاءة الصوتية أو خلل عضوي.

ولقد تناولنا في دراستنا محاولة بناء اختبار لتقييم عسر التلفظ لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية.

حيث نجد دراسات عديدة أتمت بأعمال بارزة على الساحة العلمية متطرقين إلى تكييف وبناء فعلي لاختبارات بطاريات كثيرة ،وغيرها من الدراسات التي دفعت بنا إلى العمل على بناء

أو إن صح القول محاولة بناء هذا الاختبار في ظل مجتمع قبائلي ، وبذلك فما قدمناه استوجب طرح عدة تساؤلات جوهرية والتي يمكن صياغتها كالتالي:

التساؤل الرئيسية :

- هل يمكن بناء أداة خاضعة للخصائص السيكومترية لتقييم عسر التلفظ لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية؟

التساؤلات الجزئية:

-هل بند المقاطع الشفوية صالح لتقييم عسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية ؟

-هل بند المقاطع اللسانية صالحة لتقييم عسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية ؟

-هل بند مقاطع الخدين والفك السفلي صالح لتقييم عسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية ؟

-هل بد مقاطع الحنك الرخو صالح لتقييم عسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية ؟

الفرضيات:

الفرضية العامة:

يمكن بناء أداة خاضعة للخصائص السيكومترية لتقييم عسر التلفظ لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية.

الفرضيات الجزئية:

- بند المقاطع الشفوية صالح لتقييم عسر التلفظ عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية.

- بنـد المقـاطع اللسـانية صـالحة لتقيـيم عسـر الـتلفظ عنـد الطفـل المصـاب بالشـلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية.

- بنـد مقـاطع الخـدين والفـك السـفلي صـالح لتقيـيم عسـر الـتلفظ عنـد الطفـل المصـاب بالشلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية.

- بـد مقـاطع الحنـك الرخـو صـالح لتقيـيم عسـر الـتلفظ عنـد الطفـل المصـاب بالشـلل الدماغي الناطق باللهجة القبائلية.

أهداف البحث:

يسعى بحثنا هذا إلى جملة من الأهداف التي يمكن إحصائها فيما يلي:

- محاولـة تكييـف اختبـار بطاريـة التقيـيم العيـادي لاضـطرابات النطـق علـى المجتمـع القبائلي.

- اسـتخدام هـذا الاختبـار بشـكل تـدريجي يسـاعدنا فـي تقيـيم والتعـرف علـى الاضطرابات النطقية لدى أطفال الشلل الدماغي.

- مـا مـدى تـأثير اضـطرابات النطـق (عسـر الـتلفظ) علـى عمليـة النطـق عنـد أطفـال الشلل الدماغي.

- الاسـتفادة مـن هـذا الموضـوع والتحفيـز للبحـث لأنـه موضـوع نـاقص مـن حيـث الدراسات العربية.

- التمكن من اكتساب معرفة جديدة يستفيد منها الآخرين.

أهمية البحث:

لقـد اشـتد اهتمامنـا حـول هـذا الموضـوع كـون أن هـذا الاضـطراب مـن بـين الاضـطرابات المنتشـرة، وكـذلك نقـص اختبـارات باللهجـة القبائليـة دفعنـا للقيـام بهـذا البحث.

- رصد انتباه المختصين لفتح آفاق جديدة وواعدة لتناول هذا الموضوع من خلال التحريض الإيجابي لطلاب العلم للسعي لفتح أبواب أرصدت فيما قبل في ظل أفكار محددة ومعلقة بمعتقدات قديمة غرست في مجتمعنا.

- إن بناء اختبار التقييم العيادي للعسر التلفظ يمثل كدليل جديد يهدف إلى تقديم الإكلينيكي كأداة تسمح بتقييم حدة الاضطراب ، وتحليل الإدراكي، والتحليل الصوتي، واختبار حركي، هذا الاختبار مهم خاصة للأطفال المتكلمين باللهجة القبائلية.

وهذا من أجل إثراء الوسط الإكلينيكي وإضافة الجديد خاصة للمجتمع القبائلي الذي يعاني من نقص في الاختبارات باللهجة القبائلية.

الدراسات السابقة:

1- دراسات سابقة للشلل الدماغي:

- دراسة شوفري ميلر (1980)Muller:

- دراسة اضطرابات اللغة من المعاق حركيا عصبيا وذلك رائز التربية العلاجية للغة ETL الذي قام ببنائه D.Tradieu 1971، وهو وسيلة عيادية ، دراسة النطق، القدرات الفمية، التواصل مع العالم الخارجي إلى التعبير والفهم اللغويين، حيث قام بتطبيقه على أطفال ناطقين اللغة الفرنسية من 18 شهر حتى 6 سنوات، واستخلصت الباحثة بعد تغيير هذا الاختبار وتطبيقه أن الدراسات أخطاء ميكانيكية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا، فقط غير كافية بل يجب أيضا دراسة المنوزيا على مستوى الوجه الخدين و الشفتين، كما أكدت أنه على المختص في إعادة تربية اللغة لا يمكنه تجاهل أن التربية اللغوية ماهية إلا جانب من جوانب عديدة لإعادة تربية واسعة تقف على الحنكية، المهارة، التمدرس، العاطفة.

2- دراسات سابقة لعسر التلفظ (Dysarthrie):

من بين الباحثين الذين تناولوا موضوع الديزارتيا (إضطرابات النطق) نذكر:

-Flunie (1979)، Cahuzac (1980)، Bobath(1986)، حيث كان تناولهم للديزارتيا علاجي فهو يقوم على تسهيل البنى الحركية العادية ووقف البنى الحركية المرضية، وذلك لتجنب اضطرابات البلع و اضطراب عسر التلفظ (Dysarthrie) وهذا ما عرض لنا من طرف (Launay et Borel Masonny).

- كما تناول الباحث (Lespargot 1989)، موضوع عسر التلفظ (Dysarthrie) عند الطفل المعاق حركيا عصبيا حيث تكلم عن ضعف التحكم في عضلات اللسان والاضطرابات النطقية الناتجة عليه.

- نجد أيضا (Coll و Anby) 1974 اللذان اهتما بعجز الطفل المعاق حركيا عصبيا في التحكم بالوظائف الحلقية الحنجرية وما يخلقه على وضيفة الأسنان والفك، الذي يؤدي إلى اضطرابات عسر التلفظ (Dysarthrie).

-كذلك نجد G.Tradieu حيث تكلم عن الاضطرابات الحركية الخاصة بالطفل المعاق حركيا عصبيا المتصلة بإصابات وفي البنى العصبية المحددة التي تؤدي إلى عسر التلفظ (Dysarthrie) كما قام بتحديده العوامل التي تزيد من عسر التلفظ (Dysarthrie).**(دماص،2006،ص،ص11،10)**

-حيث نجد أيضا دراسة دماص منال لنيل شهادة الماجيستر للتناول إكلينيكي أرطوفوني للعسر التلفظ (Dysarthrie) عند الطفل المعاق حركيا عصبيا باستعمال الصوتيات الفزيولوجية العربية تحت إشراف نصيرة زلال 2006-2007.

مصطلحات الدراسة:

الشلل الدماغي:

يشير الشلل الدماغي إلى أنه تغيير غير طبيعي يطرأ على الحركة أو الوظائف الحركية، ينتج عن تشوه أو إصابة الأنشجة العصبية داخل الجمجمة .

كذلك الشلل الدماغي هو مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي، أو نموه والشلل الدماغي اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر على شكل عجز حركي يصحبه غالبا اضطرابات حسية أو معرفية، أو انفعالية.

الاضطرابات النطقية:

هو خلل في طريقة نطق بعض أصوات حروف اللغة نتيجة عدم القدرة على إخراجها من مخارجها الصحيحة، ويبدو ذلك في صورة إبدال صوت حرف بصوت آخر، أو حذف صوت الحرف تماما، أو نطق صوت الحرف بطريقة مشوهة أو غير مفهومة، أو إضافة أصوات ، حروف غير موجودة في الكلام والنطق.

عسر التلفظ :

هي اضطراب نطقي ناتج عن إصابة عصبية تحدث خلال عملية الولادة، فالحركات النطقية شأنها شأن الحركات الأخرى تنفذ تحت حكم السائل العصبي الصادر من الدماغ عندما يصاب الدماغ بتلف قبل، أثناء، أو مباشرة بعد الولادة بسبب صدمة، إصابة، تسمم، أو نقص في الأكسجين.

الجانب النظري

الفصل الأول

1- تعريف الشلل الدماغي.

2- أنواع الشلل الدماغي.

3 - أسباب الشلل الدماغي

4-مؤشرات الإصابة بالشلل الدماغي.

5- الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي.

6- تشخيص الشلل الدماغي.

7- علاج الشلل الدماغي.

8- الوقاية من الشلل الدماغي.

تمهيد:

يعتبر الشلل الدماغي شكلا من أشكال الإعاقة الحركية الذي له أبعاد طبية، وإجتماعية ونفسية وتربوية وإضافة إلى بعض الإعاقات المصاحبة له التي تؤثر على حياة الفرد وتعيقه عن أداء احتياجاته بشكل طبيعي، وتزداد التحديات في تلبية تلك الاحتياجات بتقدم عمر الطفل وزيادة احتياجاته الخاصة. لذلك لجأ العلماء إلى تصنيف هذا المرض وتعريفه وأسبابه، ونتائجه والوقاية منه.

1-تعريف الشلل الدماغي:

تعددت تعريفات الشلل الدماغي و تنوعت، و تناولته من عدة جوانب، و منها ما اتفق في التعريف أو في جزء منه، و منها ما تناول جانبا دون جانب، و فيما يلي نعرض بعض التعريفات التي عرفت الشلل الدماغي:

الشلل الدماغي هو تبديل شاذ لحركة الفرد، أو تغيير في فعاليته الحركية ناشئ عن قصور أو جرح أو مرض في أنسجة الجسم**(فهمي علي،2000،ص،235).**

الشلل الدماغي هو حالة مرضية ناتجة عن تلف في الدماغ، و ذلك قبل أو أثناء أو بعد الولادة، غير قابل للتطور، يسيطر عليه الاضطراب الحركي دون عجز فكري، هكذا عرفه**(Tradieu1968).** و ذلك بهدف التمييز بين الشلل الدماغي الحركي و الاعتلال الدماغي المزمن للطفل (**encéphalopathies chroniques de l'enfance**)**(Jean Adolaph.p70).**

و في تعريف آخر للشلل الدماغي يشير إلى أنه مظهر رئيسي من مظاهر الإعاقة الحركية المرتبطة بتلف في الدماغ و المرض غير معدي و لا قابل للشفاء، يتسم المريض بالشلل و الضعف في التآزر الحركي و بالاضطرابات الحركية للحركات اللاإرادية **(سعيد حسني،2000،ص،55).**

تعريف **Chevrie Muller:**

عرف الشلل الدماغي على أنه إعاقة مرتبطة بإصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي و مكتسبته في بداية الحياة غير متطورة تؤدي إلى اضطرابات حركية متعددة و شاملة**(بواليز محمد،2000،ص،5)**

-تعريف**(كاهوزاك Cahuzac):**

إن العجز الحركي ذو المنشأ العصبي هو نتيجة مستمرة لعطب ما لكنه غير متطور و غير وراثي، و الذي يصيب الدماغ في بداية الحياة، إذ أن الأعراض المسيطرة

عند المتعرضين لهذا النوع من الإصابات تتمثل في الاضطرابات الحركية، أما الذكاء عندهم فيبقى محفوظ **(دماص منال،2007،ص،14).**

يشير **بوبان** (1980) على أنه اضطراب حسي حركي، يحدث نتيجة عدم اكتمال نمو الدماغ، قد يصاحبه مشكلات في النطق و الإبصار و السمع و أنماط مختلفة من مشكلات الإدراك و التخلف العقلي و نوبات الصرع**(كسواني،2013،ص،11).**

2-أنواع الشلل الدماغي(تصنيفات):

2-1-الشلل التشنجي أو التقلصي(Spasticty) :

يعد هذا الشلل أكثر أنواع الشلل انتشارا، فهو يمثل70%- 80% من حالات الشلل الدماغي، فيه تتسم العضلات بالتيبس**(Stiffy)** و الانقباض أو التقلص contracsted الدائم، بمعنى أو العضلة لا تكون لديها القدرة على الاسترخاء، و هو يؤثر بشدة على الرجلين فتبدو حركة الفرد أثناء المشي متداخلة –كالمقص- مع الركبة، أو تبدو و كأنها مشية دائرية أو متقاطعة **(محمد فهمي،2008،ص،238).**

2-2- الشلل الإلتوائي أو التخبطي(Athetisis) :

يطلق عليه أيضا الشلل اللاإنتظامي ، أو الشلل ضعف أو عسر الحركة الإختبارية **Dyskimetic**، أو الكنعاني و هذا النوع من الشلل يتصف بحركة بطيئة و لا يمكن التحكم فيها و تتسم بالتلوي **Wrcthing** و هذه الحركات الشاذة تؤثر على الأبدي و الأقدام و الذراعين **(محمد فهمي،2008،ص،241)**، و قد تكون الإصابة متناظرة أحيانا أي أن الإصابة لنصفي الجسم تكون متساوية أو تكون كثير من الأحيان غير متناظرة و هذا الأغلب بمعنى أن الإصابة في أحد الجانبين أشد منها في الجانب الآخر و غالبا ما تكون الإصابة في الأطراف العليا أشد من إصابة الأطراف السفلى، و في هذه الحالة لا يمكن للمريض أو للمصاب أن يتحكم في وضع رأسه **(محمد فهمي،2008،ص،240).**

2-3- الشلل الدماغي التيبسي (Rigidity) :

الشلل الدماغي التيبسي، حالة نادرة جدا تحدث فيها تشنجات شديدة جدا،تنتج عن توتر عضلي بالغ الحدة ما لم يترتب عليه تقلص العضلات و تيبسها بشكل متواصل، إن الحركة الإرادية لد هؤلاء الأطفال محدودة جدا وهم يتصفون بالمقاومة الشديدة للحركة، و لما كانت العضلات صلبة للغاية لدى هؤلاء الأطفال، فهم يوصفون بأنهم يعانون من ظاهرة التيبس الحاد و في العادة تكون الإصابة في هذا النوع رباعية و قد يصحبها صغر الرأس و تخلف عضلي شديد.

2-4- الشلل الدماغي المختلط(Mixed forms) :

هذا النوع من الشلل شائع لدى المرضى الذين لديهم عرض أو أكثر من عرض أنواع الشلل الدماغي السابق ذكرها، فقط تظهر لدى الطفل أعراض الشلل الدماغي التشنجي و الإلتوائي أو التخبطي معا، و هذا النوع من الشلل نستخدمه للأطفال الذين لا يمكن أن نحدد لهم معيارا تابتا أو محددا يمكن نسبة إليهم من أنماط الشلل الدماغي.

2-5-الشلل الرباعي أو الكلي(Quadriplegia) :

و هو شلل يتضمن كل الأطراف الأربع للإنسان: الأيدي و الساقين، و هي حالة ترتبط عادة بالشلل المخي الحاد، أو بإصابة الحبل الشوكي التي تؤدي إلى شلل من الرقبة إلى الأسفل**(محمد فهمي،2008،ص،244).**

2-6-الشلل النصفي الجانبي (الطويل) Hemiplegia:

هو أحد الأمراض العضوية التي تصيب أحد جزأي كرة المخ، فإذا حدثت الإصابة في الجانب الأيمن من المخ ظهر الشلل النصفي طوليا في الجزء الذي يسيطر عليه و هو الجانب الأيسر من الجسم، و إذا حدثت الإصابة في الجانب الأيسر من المخ ظهر الشلل النصفي في الجانب الذي يسيطر عليه و هو الجانب الأيمن من المخ، و هو ينتج عن إصابة أو تلف مراكز الحركة و النشاط في أحد قطبي المخ، و هذا

النوع من الشلل يعد الأوسع انتشارا في أمراض الدماغ و بسبب ذلك أن أغلبه يعود إلى تعرض القشرة الدماغية لآفات مثل الوجه على نفس الجانب مصحوبا بقذف الشد العضلي **Tomelessness** و يمكن أن يتجه الرأس و العينان إلى جانب الآفة **(محمد فهمي،2008،ص،245).**

2-7- الشلل النصفي السفلي(parapelegia) :

الشلل النصفي السفلي أو شلل النصف الأسفل من الجسم، أو ما يسمى (بالكساحة) تكون الإصابة في الأطراف السفلي من الجسد نتيجة تلف في الحبل الشوكي، أو قد تكون بسبب اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي كشكل من أشكال الشلل الدماغي، و إصابة الجزء الأسفل الرجلين و أسفل الجذع من الجسم تتضمن في بعض الحالات فقدان القدرة على التحكم في التبول و التبرز، و قد تكون هناك مضاعفات أخرى تتمثل في صعوبات التنفس و يعبر حجم الاضطرابات و المضاعفات عن مدى العطب الذي أصاب الجهاز العصبي المركزي**(محمد فهمي،2008،ص،245).**

2-8-الشلل الكلي السفلي (Diplegia) :

هو علة دماغية ترتبط بولادة الأطفال المبتسرين، و من أهم خصائصه أنه شلل متماثل إما بالأطراف العلوية أو الأطراف السفلية، و هذا النوع من الشلل يكون شديدا في الأطراف السفلية عنها في الأطراف العلوية (الشلل الرباعي الكلي تتأثر فيه الأطراف العلوية أكثر من السفلية).

2-9-الشلل الثلاثي (Triplegia) :

يحصل الشلل في ثلاثة أطراف، و يبقى الطرف الرابع سليما بلا إصابة وهو من أنواع الشلل الدماغي النادرة **(محمد فهمي،2008،ص،246).**

3- أسباب الشلل الدماغي:

معظمها يتعلق بالعوامل الخارجية:

3-1- أثناء الحمل:

- التهابات [خاصة الأمراض الفيروسية كالزكام، الحصبة الألمانية، الالتهاب الكبدي الوبائي].

- التسمم [من الأدوية أو من المواد الضارة لعملية التمثيل الغذائي] من الممكن أن يسبب إصابة دماغية للطفل.

3-2- أثناء الولادة:

أثناء الولادة الصعبة إذا كان الرأس لا يستطيع الخروج إلا بصعوبة أو باستخدام الملقط أو أيضا إذا كانت الولادة سريعة يمكن حدوث نزيف في المخ، وأثناء الولادة الطويلة جدا بسبب الجهد الضعيف للأم لدفع الطفل للخروج، أو صعوبة خروج رأس الطفل فظروف الدورة الدموية سيئة و الدماغ يعاني من نقص الأكسجين، فالمولود الذي يلد قبل أوانه (ولادة مبكرة) لا يبكي على الفور، ولونه ليس وردي مثل الأطفال حديثي الولادة، لكن أزرق رمادي أو أبيض. من الضروري إنعاشه فنقص الأكسجين يمكن أن يسبب ضرر دائم لخلايا الدماغ. فالأطفال الذين يلدون قبل أوانهم (ولادة مبكرة) أكثر عرضة لهذه الإصابات : نزيف الدماغ [يعتبر أكثر شيوعا] بالإضافة يبدو أن الولادة المبكرة تجعل نضج الدماغ **(Elsbeth kong et autre,sans année, p3).**

3-3- بعد الولادة:

- التهاب الدماغ بسبب الأنفلونزا، الحصبة الألمانية، السعال الديكي، أو التهاب السحايا تتلف خلايا الدماغ بشكل دائم.

- حوادث خطيرة [سقوط الرأس على الدرج، تصادم مع سيارة].غالبا ما تكون سببا في النزيف الدماغي.

- عدم توافق الدم: يرجع إلى عامل الريزوس (Rhésus) الذي يسبب دمار شامل لكريات الدم الحمراء ويرافقه اليرقان الشديد في نفس يوم الولادة. من المحتمل أن يحدد هذا اليرقان تلف الدماغ، يجب حماية هؤلاء الأطفال حديثي الولادة من اليرقان عن طريق نقل الدم(Examguino-trans-fusion) لتجنب تلف الدماغ.

- الأسباب التي ذكرناها يمكن أن تكون إلزامية. تختلف الحساسية الفردية لكل دماغ تجاه العوامل الضارة اختلافا كبيرا. وبالتالي نقص الأكسجين لمدة نصف ساعة لدى الطفل حديث الولادة قد يسبب تلف خطير ودائم على مستوى، بينما في الحالات الأخرى يبقى بدون عواقب مرئية.

- الشلل الدماغي ليس وراثي، العامل الوراثي الوحيد هو انخفاض مقاومة النسيج العصبي للتأثيرات الضارة، من النادر أن تجد في نفس العائلة اثنين أو ثلاثة أطفال مصابين بالشلل الدماغي**(Elsbeth kong et autre,p3,4).**

وهناك أسباب أخرى تؤدي إلى الشلل الدماغي نذكر منها:

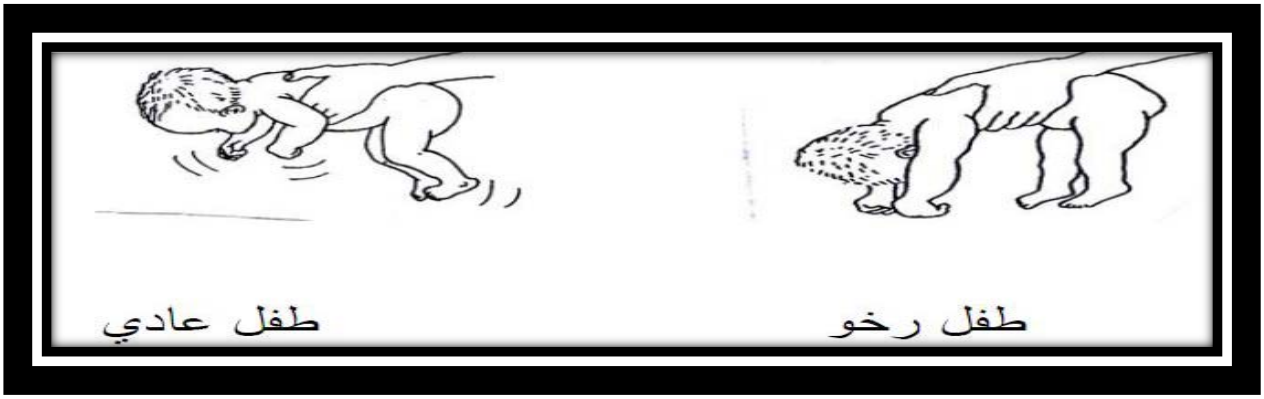
- تعاطي الأم للكحول أثناء الحمل يشكل زائد، حيث إن تعاطي الكحوليات بكثرة يؤدي إلى معاناة أجهزة كثيرة من أجهزة الجسم من بينها الجهاز العصبي.

- تدخين الأم للسجائر يؤدي إلى نقص وزن الطفل ونقص وزن الطفل يسبب اضطرابات عديدة منها الشلل الدماغي.

- سوء التغذية للأم Malnutrition يؤثر تأثيرا عكسيا Effect adversely على نمو دماغ الجنين، ويمكن أن يؤدي إلى حدوث مضاعفات تؤثر على الأعضاء وأيضا على الجهاز المركزي(**محمد فهمي،2000،ص،250).**

4- مؤشرات الإصابة بالشلل الدماغي:

كما جاء في دراسة" بالخيري وفاء "، في معظم الأحيان يكون الطفل المصاب بالشلل الدماغي وخاصة خلال الأيام الأولى من ولادته جد رخو، وقد يبدو عاديا كما يوضح الشكل:



الشكل: يوضح طفل يتدلى على شكل حرف(U) مقلوب حيث تكون حركته قليلة أو منعدمة.**(بلخيري وفاء،2005،ص،13).**

عندما لا يتنفس الطفل في الدقائق الأولى من ولادته يصبح رخوا ولونه أزرق فيصاب بالشلل الدماغي الحركي .

النمو بطيء مقارنة بالأطفال العاديين فالطفل المصاب بالشلل الدماغي الحركي يبدي تأخرا بالتحكم في وضعية رأسه، أو الجلوس أو التحرك أو لا يستعمل إلا يدا واحدا.

-صعوبة التكفل بالطفل أو الرضيع: جسمه يتشنج عندما نحمله، نلبسه أو نلعب معه، ولا يستطيع أن يلبس أو يتغذى وحده أو حتى أن يلعب وحده وهذا راجع للتشنجات التي تصيب جسمه.

- يمكن أن يكون الطفل مرتخيا طريا حتى يتخيل لنا أن رأسه يسقط أو يتشنج فجأة فيعسر علينا حمله.

- يبكي الطفل كثيرا، ويكون مضطربا أو سريع الانفعال، تأثري، تحسسي تهيجي، يكون سلبي وجد مطاوع لانفعال، لا يبتسم ولا يبكي.

-مشاكل في التغذية:

يبدي الطفل صعوبات في الرضاعة، البلع، و المضغ، يتقيأ كثيرا أو يختنق و حتى عند نموه يبدي نفس المشاكل.

-صعوبات اتصالية:

لا يستجيب الطفل كأقرانه من الأطفال بسبب رخاوته و ليونته أو تصلباته لقصور حركات يده و حركاته اللاإرادية. وهذا يجعل الطفل يتأخر في الكلام و بعض الأطفال يكون كلامهم غير مفهوم، و يظهرون بعض المشاكل النطقية حيث يصبح صعبا للأولياء فهم احتياجات الطفل.

-السمع و البصر:

تكون هاتان الحاستان في غالب الأحيان مصابتان، هذا ما يجعل عائلة الطفل المصاب تشك بقدراته العقلية، يجب مراقبة الطفل و إخضاعه لمراقبات لاطمئنانه بأنه يرى و يسمعه جيدا.**(بلخيري وفاء،2005،ص،15).**

-النوبات(الصرعية، العصبية، الانتفاضية):

تصيب أطفال الشلل الدماغي في غالب الأحيان:

-سلوك مضطرب، نلاحظ تقلبات مزاجية (انتقال من الضحك إلى البكاء)، مخاوف نوبات غضب، أو اضطرابات سلوكية أخرى و هذا يرجع إلى الإحباط(الذي يعيش فيه الطفل المصاب لأنه لا يستطيع أن يفعل ما يشاء).

-لا يفقد طفل الشلل الدماغي حاسة اللمس، أي شعوره بالحار والبارد و الألم، أو وضعيات جسمه، فإنه يمكن أن يفقد توازنه و قدراته على التحكم في حركاته بسبب إصاباته العصبية و لديه صعوبات اكتسابية تتم ببطء و بالتكرار الممل.

-ردود أفعال غير عادية:

يبدي معظم الرضاع ردود أفعال أوتوماتيكية مبكرة تختفي بعد أسابيع و الشهور الأولى لكنها تستمر عند الطفل المصاب.**(بالخيري وفاء،2005،ص،15).**

5- الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي:

التلف المخي الوظيفي الذي ينتج عن الشلل الدماغي يمكن أن يسبب أشكال أخرى متنوعة من الإعاقات سواء بشكل فردي أو في صورة مجتمعة، كما هو الحال في أشكال العجز النيرلوجي- الحركي حيث يمكن أن يؤثر الشلل على أحد الذراعين وأحد الساقين، أو كلا الذراعين والساقين، فإن التلف المخي الوظيفي قد يسبب انحرافا في الوظائف السيكولوجية التي يمكن أن تنتج عن التلف المخي الوظيفي، التخلف العقلي أو قصور في البصر أو قصور السمع أو اضطرابات في النطق أو إعاقة الإدراك البصري-الحركي.

- التخلف العقلي:

الأشكال المختلفة لاضطرابات النطق و عدم القدرة على ضبط الحركة التي تبدو واضحة على الطفل المصاب بالشلل الدماغي، كثيرا ما تعطي للتشخيص العادي انطباعا بأن هذا الطفل يعاني من تخلف عقلي، والعلاقة بين درجة الذكاء وبين درجة الإعاقة الجسمية الناتجة عن الشلل الدماغي علاقة ضعيفة، أحد الأطفال من الممكن أن تبدو عليه درجة حادة من الارتعاش أو تظهر عليه دلالات الحركة غير المضبوطة وغير المتسقة، وفي نفس الوقت قد يكون طفلا متفوقا عقليا وطفل آخر قد يكون مصابا بالشلل الدماغي بدرجة بسيطة ربما تجعل المظاهر الجسمية للإصابة غير ملحوظة للآخرين، إلا أنه قد يكون طفلا متخلفا عقليا بدرجة شديدة، فالغالبية العظمى من حالات التخلف العقلي لدى المشلولين دماغيا من المستوى البسيط.**(الصفدي،2007،ص،39).**

- الإعاقة السمعية:

من المشكلات التي تواجه القائمين بالتشخيص أو علاج حالات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، ما إذا كان التلف قد أثر على حالة السمع، ولما كان السمع لا يتضمن وظائف حركية من تلك التي تتضمنها حركة العين، وقد دلت نتائج البحث المسحية أن الإعاقة السمعية بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ليست شائعة كالاضطرابات البصرية.

- الإعاقة البصرية:

أشارت الدراسات إلى أن عددا كبيرا من الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي يعانون من إعاقات بصرية مصاحبة للشلل الدماغي.

- عيوب النطق والكلام:

أشارت الدراسات إلى أن نتيجة اضطرابات النيولوجية- الحركية، تظهر اضطرابات النطق لدى 80% تقريبا من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وأن اضطرابات النطق شائعة بين الأطفال من النوع الكنعاني أكثر مما توجد بين الأطفال من النوع التشنجي. وتأخذ مشكلات الكلام واللغة أشكالا متعددة منها:

- الحبسة.

- عسر الكلام.

- تأخذ الكلام.

- بعض الأطفال المشلولون دماغيا يعانون من عدم القدرة على اختبار الكلمات وتنظيمها.**(الصفدي،2007،ص،40).**

- الاضطرابات الإدراكية:

عرف الإدراك بأشكال مختلفة من جانب علماء مختلفين، إلا أن معظم التعاريف تضم في عملية الإدراك المشكلات الحسية السمعية والبصرية واللمسية وغرها فيما يتعلق بالأطفال المصابين بالشلل الدماغي حصل الإدراك البصري على أقصى قدر من الاهتمام والتركيز.**(الصفدي،2007،ص،41).**

6- تشخيص الشلل الدماغي:

يتضمن تشخيص الأطفال فيما إذا كان لديهم شلل دماغي أم لا، إجراءات متعددة يشترك فيها الأطباء والوالدين، ويتم التشخيص على مستويات تبدأ عادة بالكشف والتعرف الأولي، ويفضل أن تتم في أعمار مبكرة وتنتهي بعملية التشخيص الشامل والدقيق وذلك باشتراك فريق التشخيص متعدد التخصصات الذي يمكنه استخدام الفحوصات الدقيقة سواء كانت طبية أو غيرها.

- مستوى الكشف والتعرف والأولي:

معلومات تأخذ من والدي الطفل وخاصة أمه، وهناك مجموعة من الدلالات أو العلاقات التي يمكن ملاحضتها على نمو الطفل وحركاته من قبل الأم عادة منها:

- لا يرضع الطفل بصورة طبيعية.

- التأخر في السيطرة على تثبيت الرأس.

- الصراخ وحدة المزاج.

- عدم القيام بالرفس (عدم الضرب بالأيدي والأرجل) في سن الثلاثة شهور.

- تقلص غير طبيعي في الذراعين أو الساقين.

- إنحناء الظهر أثناء الجلوس.

- التأخر في الإبتسامة والمناغاة.

- لا يبلع ما يأكله بصورة جيدة.

- القيام بحركات في اللسان داخل الفم أو خارجه.

- التأخر في الوقوف والمشي.

في حالة ظهور هذه الدلالات على الأم عرض الطفل على الطبيب المختص للقيام بإجراءات التشخيص الشامل.(**عوني،2005،ص،10).**

- مستوى التشخيص الشامل:

التشخيص الطبي، سلسلة من الإجراءات المتعددة للوصول إلى حكم وتشخيص دقيق، من هذه الإجراءات الفحوصات التالية:

- الفحص السريري.

- تخطيط الدماغ.

- التصوير المحوري الطبيعي.

- الأشعة السينية.

- تصوير الشرايين الدماغية.

- الفحوصات المخبرية الروتينية.

التشخيص الطبي يقوم به طبيب الأعصاب وطبيب الأطفال وذلك من أجل تأكيد أو نفي حالة الإصابة بالشلل الدماغي، وتقوم حالة الطفل في الجوانب الجسمية والحركية والصحية.

وتشخيص تربوي نفسي يقوم به إختصاصي علم النفس والتربية الخاصة لتحديد مستوى تأثر الجوانب المعرفية والنفسية الانفعالية بالإصابة بالشلل.**(عوني،2005،ص،11).**

7- علاج الشلل الدماغي:

بعد تقويم متعدد لحالة الطفل يعد الأخصائي المعالج له توصيات بعلاجه، فإذا كان الطفل تحت سن الثانية سيكون أحد أهم توصياته البدء بتلقي خدمات التدخل المبكر (تحفيز الطفل)، وقد صممت خدمات التدخل المبكر للتخفيف من آثار الحالات العصبية التي من الممكن أن تزيد من صعوبة تعلم الطفل أو الرضيع في اكتساب المهارات النمائية، فعلى سبيل المثال يمكن للتدخل المبكر التقليل من تأثيرات التخلف العقلي على تطور تفكير الطفل أو مهاراته التواصلية و أو تخفف من تأثيرات مشاكل قوة العضلات أو المشاكل الحسية عن تطور المهارات الحركية.

ويشارك في خدمات التدخل المبكر مجموعة متنوعة من الاختصاصيين المهنيون بما في ذلك الاختصاصيون الطبيون والاختصاصيون التعليميين والاختصاصيين الطبيعيون وخبراء اضطرابات الكلام واللغة، واختصاصيو التغذية خبراء اضطرابات السمع، والعاملين الاجتماعيين.

ونظرا لعدم وجود تشابه في تأثير الشلل الدماغي على الأطفال المصابين به، نجد اختلافا واسعا بين البرامج العلاجية الفردية لكن وجود المشاكل الحركية التي يعاني منها طفل الشلل الدماغي يجعل من الأساسي توفير برنامج تمارين علاجية في معالجته، ويعمل كل من المعالج المهني وخبير الاضطرابات الكلامية واللغة مع الطفل لمساعدته على تحسين وضعيته وحركته وفقا لحاجاته، حيث من الممكن أن يوصي هؤلاء المعالجون بأجهزة خاصة لتسهيل الحركة والكلام أو تناول الطعام على الطفل، حيث يقوم المعالج الطبيعي بتطوير تمارين لمنع التعقيدات المحتملة كخلع الورك وانحناء العمود الفقري والشد الزائد.**(العبيدي،2002،ص،48).**

في بداية المرض يخضع الطفل لعدة برامج مع معالجيه، لمرتين في الأسبوع على الأقل ومع نمو الطفل تقلل هذه البرامج لكن مع مشاركة وتطوير الوالدين لمهاراته الحركية في البيت عن طريق تمارين خاصة مدربة لهم من طرف المعالجين، وإن أمكن مشاركة لعدة أشخاص لخلق جو عائلي.

ومـازال البـاحثون يدرسـون القواعـد الطويلـة الأمـد للعـلاج لكـن الجميـع متفـق علـى أن الأطفــال الــذين يلقــون معالجــة جيــدة تقــل قيــودهم الحركيــة حيــث تجــدهم يتمتعــون بوضــعيات أفضــل ونمــاء عصــبي أكثــر توازنــا و قــدرات أفضــل فــي اســتخدام الحمــام وتنــاول الطعــام وارتــداء الملابــس. تعتبــر البــرامج العلاجيــة يــد مســاعدة للوالــدين وأفــراد العائلــة مــن خــلال المعلومــات حــول مســاعدة الطفــل المصــاب للشــلل الــدماغي فــي الاســتغلال الأقصــى لقدراتــه، حيــث يمكــن المعــالجون أنفســهم نظــام دعــم للأبــوين الــذين يناضلون لمسايرة وفهم وتطوير حاجات الطفل.**(العبيدي،2002،ص،49).**

8- الوقاية من الشلل الدماغي :

تتحـد طـرق الوقايـة مـن الشـلل الـدماغي حسـب مرحلـة مـا قبـل الـولادة وأثنائهـا وبعـدها وهي كما يلي:

- المستوى الأول من الوقاية يسعى إلى تحقيق ما يلي:

- تقـديم الرعايـة الصـحية العامـة لـلأم الحامـل قبـل الـولادة وأثنائهـا و الاهتمـام بصـحتها ودراســة أمــراض أســرتها وتزويــدها بالغــذاء المناســب وضــرورة قيامهــا بالفحوصــات الدورية للتأكد من سلامة الحمل لديها.

-تحصين المرأة الحامل ضد الأمراض الفيروسية.

-تقـديم الإرشـاد المناسـب لـلأم الحامـل المتعلـق ببيـان مضـار تعـاطي الكحـول والتـدخين والتعرض للأشعة وتناول الأدوية المسببة للإجهاض وتشوهات الحمل.

- إجراء الاختبارات الجينية المتعلقة بالعامل الرئيسي قبل الزواج.

- تجنب الأم الحامل للولادة العسرة والولادة القيصرية.

- تقديم التثقيف المناسب للأم.

- وقايــة الأم الحامــل مــن التعــرض للأخطــار البيئيــة مثــل تنــاول الرصــاص أو الزئبــق **(سعيد حسني،2000،ص62).**

المستوى الثاني من الوقاية يهدف إلى ما يلي:

- الحيلولة دون تحول الضعف الجسمي إلى عجز جسمي.

- تقديم الرعاية المستمرة للطفل.

- تجنيب الطفل انخفاض مستوى سكر دمه أو ارتفاع الصوديوم فيه.

- التشخيص المبكر للإصابة بالمرض .

- عدم حمل الأم بعد الأربعين وعدم زواجها قبل السادسة عشر.

المستوى الثالث من الوقاية يهدف إلى ما يلي:

-تقديم الإرشاد والتوجيه للمصاب وأفراد أسرته بما في ذلك بتعريفهم بأسباب الإعاقة وطرق التعامل معها وبخصائص هؤلاء الأطفال.

-مساعدة أطفال هذه الفئة على التأهيل والتدريب.

-تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع نحوهم.

-توفير الأدوات والمعدات المساندة لهم.

-توفير العلاج الطبيعي لهم وكذلك العلاج المهني والنطقي واللفظي**(سعيد حسني،2000،ص63).**

خلاصة:

يتضح مما سبق أن طفل الشلل الدماغي يصنف من ذوي الاحتياجات الخاصة مما يستوجب منا كعاملين في هذا المجال تقديم العناية الخاصة في التقويم ومتابعة سلوكه، وتوفير الإمكانيات اللازمة للتكفل الجيد والحد من مشاكله، ودور الأسرة لا يقل عن دور المؤسسة من حيث عدم إهمال الطفل ومتابعة حالته عند الطبيب، الأخصائي النفسي والأرطفوني فإن هذا التعاون كفيل برعاية طفل الشلل الدماغي.

الفصل الثاني

1- تعريف عسر التلفظ.

2-المظاهر الاكلينيكية لعسر التلفظ عند الطفل الصاب بالشلل الدماغي.

3- أعراض عسر التلفظ.

4- الجهاز الفيزيائي و التنظيمات العصبية للفرد العادي.

5- الخلل الوظيفي العصبي لجهاز التصويت الذي شأنه أن يزيد من ثقل عسر التلفظ عند طفل الشلل الدماغي.

6- التقييم العيادي لعسر التلفظ.

تمهيد:

للنطق والتخاطب أهمية خاصة في حياة الفرد، فهي من أهم الوسائل للاتصال بين أفراد المجتمع لبناء العلاقات، فأي خلل يحدث على مستوى هذا الجانب سيؤدي إلى مشاكل لغوية تظهر على شكل صعوبات نطقية، وهذا عند حدوث خلل وظيفي أو فزيولوجي وهذا هو الحال بالنسبة لعملية النطق عند طفل الشلل الدماغي.

1-تعريف عسر التلفظ (dysarthrie):

تحدث عسر التلفظ (dysarthrie) نتيجة لوجود شلل في العضلات والأجهزة المسؤولة بشكل مباشر عن إنتاج الكلام. ويحدث هذا الشلل بسبب إصابة الدماغ في المنطقة المسؤولة عن الحركة والتي تؤدي بنفسها إلى حالة الشلل الدماغي، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الفرد المصاب بالشلل الدماغي في عضلات النطق يجد صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب. **(السعيد،2014، ص،411).**

ومن هنا يمكننا التطرق إلى تعريف عسر التلفظ(dysarthrie) كالتالي:

يعتبر عسر التلفظ (Dysarthrie) أحد اضطرابات طلاقة الكلام ذات المنشأ البيولوجي والتي تظهر في شكل مقاطع كلامية انفجارية متقطعة مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي (hyper nasal résonance)، وذلك نتيجة لضعف قوة العضلات المشاركة في عملية النطق والكلام وعدم تناسق العمل العضلي معها، حيث يصاحب ذلك حركات لاإرادية في الوجه الرقبة والعينين والكتفين وبعض أجزاء أخرى من الجسم كالحجاب الحاجز، وذلك عكس ما يكون في أبريكسيا اللغة. **(الفرماوي، 2010،ص،133).**

عسر التلفظ (dysarthrie) اضطراب نطقي ناتج عن إصابة عصبية تحدث خلال عملية الولادة، فالحركات النطقية مثلها مثل الحركات الأخرى تنفذ من خلال السائل العصبي الصادر من الدماغ عندما يصاب الدماغ بتلف قبل أو أثناء أو مباشرة بعد الولادة بسبب صدمة أو تسمم أو نقص في الأكسجين، هنا يعجز عن التحكم في العضلات النطقية، الشلل الجزئي أو الكلي للعضلات النطقية يؤدي إلى اضطراب يدعى عسر التلفظ (dysarthrie).**(rondal, 2003, p,841)**.

حيث يعرف عسر التلفظ(dysarthrie) بأنه اضطراب الأداء الحركي للكلام، بإصابة الجهاز العصبي المحيطي، الجهاز العصبي المركزي أو هذين المكونين.

2-المظاهر الإكلينيكية لعسر التلفظ عند طفل المصاب بالشلل الدماغي:

فيما يخص الإعاقة الحركية العصبية للأفراد الأكثر تعرضا لمشاكل عسر التلفظ (dysarthrie) هم الأطفال الذين يعانون من إصابة حركية من نوع شلل رباعي (Tétraplégique)، وذو طبيعة كنعية (Athétosique) ،أو عسر الحركة (Dyskinétique)، الإصابة خارج الهرمية (Extra pyramidal) أكثر انتشارا من الإصابة التشنجية (Spastique).

يكتسي عسر التلفظ(dysarthrie) مظاهر مختلفة وبالتالي يمكننا تحديد جدولين إكلينيكيين لهه وذلك تبعا لنوع الإعاقة الحركية العصبية ولابد من الإشارة إلى أن الفروق الفردية تلعب دور جد هام.

2-1- الكنع (Athétose):

عندما يتعلق الأمر بالكنع تخضع الحركة لقانون الكل أو لا شيء، فالانفجار الصحيح للحركات النطقية مشوش بالحركات اللاإرادية، شدة الصوت ممكن أن تكون جد مختلفة من حين لآخر ، فنسجل انحراف صوتي مبالغ على مستوى الترددات الحادة، خاصة في الحالات الانفعالية مثلا عند التعبير عن الفرح أو عن أحداث مؤثرة.

أما فيما يخص كلام الطفل الكنعي يكون غير منتظم يتميز بإنقطاعات و حركات لاإرادية على مستوى النطق، الانفجارات تكون مبالغة، كما يتم همس الانفجاريات و تعويض التسريبات بالانفجاريات.

2-2- التشنج (spasticité) :

الصعوبات عند هذه الشريحة تكمن في مراقبة الوضعيات القاعدية للنطق في حين يصعب عليهم استخراج التحويلات الخاصة بكل وضعية الأطفال المعاقين حركيا، عصبيا المصابين بالتشنج يتكلمون خلال هواء الشهيق و آخرين عملية التنفس عندهم تكون جد سطحية،

كلامهم متقطع و صوتهم يكاد لا يسمع، كلما تعرض نطقهم إلى صعوبات **(دماص،2006،ص،46).**

أما فيما يخص النطق فنجد عندهم صعوبة في إنتاج الصوامت الانفجارية،الحروف الغنية تعوض بحروف شفوية و يعود هذا إلى تصلب على مستوى الحنك، نلاحظ كذلك عند هؤلاء الأطفال أن بعض الصوامت لا تنطق بصفة كاملة (Ebauchée)، كأن النطق لا يتم على مستوى المخرج بالضبط. **(دماص،2006،ص،47).**

2-3- ديزارتريا الرخو (flasque) :

ناتج عن تلف في الخلايا العصبية الحركية المحيطية عند التقاطع العصبي العضلي المشارك في الكلام.

2-4- ديزارتريا الرنح (Ataxique) :

ناتج عن تلف في المخيخ أو المسارات الدماغية من أصل تنكسي، أو وعائي أو رضحي أو ورم، أو التهابي أو سام، أو أيضي.

2-5- ديزارتريا محدودة الحركة (Hypokinétique) :

ناتج عن تلف النوى الرمادية للجهاز العصبي، و السبب الأكثر شيوعا هو مرض باركنسون. **(Laaridh, 2018,p,28).**

2-6- ديزارتريا مفرطة الحركة (Hypérkinétique) :

ناتج عن تلف النوى الرمادية و يتعلق بالأمراض المرتبطة بالحركات اللاإرادية. **(Laaridh, 2018,p,29).**

3- أعراض عسر التلفظ (dysarthrie) :

يحدد موور (2004) عدة أعراض عسر التلفظ تتمثل في :

1-خروج الكلام بشكل ارتعاشي غير متناسق.

2- حذف الكثير من الأصوات و المقاطع، حيث تظهر مقاطع الكلمات منفصلة مع عدم تناسب التوقيت بين كل مقطع و آخر فيما يسمى بالكلام المقطعي (Sylabic speech).

3- زيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط.

4-خروج الكلام بصعوبة شديدة، حيث يحتاج المصاب لبذل المزيد من الجهد للتكلم.

5-خروج الكلام بشكل انفجاري مما يشكل صعوبة للمستمع في فهمه.

6-يصاحب خروج الكلام الكثير من الحركات اللاإرادية من بعض أجزاء الجسم. **(الفرماوي، 2010، ص،134).**

4-الجهاز الفيزيائي و التنظيمات العصبية للفرد العادي:

يتعلق الأمر أولا بالسياق الفطري، التنظيم، الحركة و القدرة حيث نلخصها في هذا المجال:

-هناك حركات معقدة موجودة أثناء الأكل تعتبر مهمة للنطق و الكلام.

-الطفل لديه مصا عاديا منذ الولادة، يتعود بسرعة على الأكل الصلب باستعمال اللسان.

-يتعلم الطفل الشراب في الكأس عند انتقاله من الرضاعة إلى الكأس.

-تسهل هذه الكفاءات بواسطة برامج حركية فطرية أين نتحسن البعض منها بفضل التجربة.

-يمكن عند الأطفال الصغار التحقق من هذا في الأيام الأولى من الحياة: حركات اللسان تتبع الإصبع داخل الفم عند الالتقاء بأحد أطرافه نحو جدار الحنك، جاذبية اللسان نحو الشفتين، المص دون تسريب الهواء **(بوعكاز،2006،ص،22).**

من ناحية الإنتاج الحركي للكلام نقف عند النقاط التالية:

-اللغة هي تركيب السلوكات الصوتية و النطقية.

-عند إصدار ولو كلمة واحدة، يجب على الفعل أن يكون دقيق و سريع مع تتابع الحركات التالية:

-فتح و غلق الفم

-انتقال اللسان للأمام، إلى الخلف حسب طريق عمودي.

-الإيقاع التنفسي للرضيع أسرع منه عند الطفل الكبير، يمنع كل إصدار صوتي مطول.

-من أجل هذا، الطفل يجب أن يتعلم أن يزفر طويلا ثم يكون الشهيق بصفة تدريجية.

-التطور الطبيعي يؤدي بالطفل العادي إلى مراقبة قوة وضعية العضلات التنفسية و تحسين تنظيم التنفس.

-على مستوى الحنجرة، يتطلب الصوت الآتي اهتزاز الأحبال الصوتية التي تتطلب التصاق جيد **(بوعكاز،2006،ص،23).**

-يتطلب الصوت الآتي من الحنجرة عبر البلعوم و الفم، كذا شدته مرتبطة بشدة تحت المزمار.

-حركة الحنك، اللسان، الخدين، الشفتين، تسمح بإصدار الفونيمان.

-الصائتات الغير الأنفية تتشكل بفضل تجويفين فمين أين اللسان يبين الحد، مع إشراك الشفتين أو تمديدهما بصفة واضحة.

-هبوط الحنك يسمح بالغنة.

-تصنف الصوامت حسب الاحتياجات الحركية للنطق من شفوية ، نطعية، حنكية، لهوية.

-إصدار المقاطع يتطلب تتابع حركات سريعة، هذا ما يفسر عند العديد من الأطفال العاديين، الميل إلى التسهيلات إلى غاية 3-4 سنوات **(بوعكاز،2006،ص،24).**

الكفاءات الفطرية و اللغوية:

-قبل أن تأخذ الإصدارات الصوتية معنى اللغة، يتمرن الرضيع تلقائيا و يصدر مبكرا مجموعة من الأصوات تقريبا متسلسلة.

-تظهر الإصدارات الصوتية ابتداءا من الشهر الثاني للنشاط العضلي.

-حركات الشفاه قبل و بعد الرضاعة، مضاعفة إلى وضعية ارتخاء للفم تشجع إصدار الأصوات المنطوقة على مستوى الشفاه ابتداءا من 24 أسبوع في نفس الفترة تظهر الصامتات.

-هذا بداية لتقطيع اللغة.

-الصوت و كذا الصراخ معمول نصفه الصعود كنداء بصفة سريعة للأم.

- للطفل قدرات سمعية محيطية و مركزية بدونها لا يمكن أن يكون كلام.

-هناك استجابة صوتية للرضيع إلى إيماءات أمه تؤكد بصحة المعلومات البصرية في العلاقة معها ابتداءا من الشهر الثالث **(بوعكاز،2006،ص25).**

-بفضل نجاه يدخل الرضيع قبل 8 أشهر في مرحلة ما قبل اللغة بنضج بيولوجي لمختلف الأنظمة الخاصة و لكن أيضا بتأثير حوار حقيقي بين الأم و طفلها.

-نحو 14-15 شهر تظهر الحروف التسريبية و تتوضع إلى غاية السنة الرابعة.

-تظهر التطورات تحت تأثير رغبة الطفل الشديد في إعادة ما يسمعه.

-أخيرا يدخل الطفل في اللغة مع بقاء أثناء بعض الأشهر للمناغاة و الرطانة ثم ظهور الكلمة الأولى.

التواصل و التفاعل:

-اللغة بدون صوت المحتوية في الإشارة تعتبر أداء تواصلي من الطفل الذي يبحث عن التفاعل مع نفسه بإيماءات توحي بالفرح أو الحزن.

-إنه من الضروري المعرفة الجيدة للمراحل المتتالية للإكتسابات و الاختلافات بين الأفراد.

-أخيرا، يجب معرفة الفرق بين ماهو راجع إلى خلل عصبي مزمن و ماهو راجع إلى تأخر في اكتساب اللغة، هذا الأخير بعد وظيفي و لكن أكثر حدوثا **(بوعكاز،2006،ص،26).**

5-الخلل الوظيفي العصبي لجهاز التصويت الذي من شأنه أن يزيد من ثقل عسر التلفظ (dysarthrie) عند طفل الشلل الدماغي:

5-1-الخلل الوظيفي العصبي للوظيفة التنفسية عند طفل المعاق حركيا عصبيا (الشلل الدماغي).

العامل المشترك لانتاج أي حرف هو النفي الذي يحدد الشدة، طرد الهواء اللازم للكلام مثبت من خلال تقلص و انقباض العضلات البطينية و البيصلعية (Intercostale).الشذوذ في الوظيفة التنفسية موجود عند الكثير من أطفال الشلل الدماغي (الأطفال المعاقين حركيا عصبيا)، هذا الشذوذ يمكن في الشلل الكلي أو الجزئي للعضلات الصدرية و البطنية أو في حركات لا إرادية أو عدم تناسق الحجاب الحاجز و العضلات التنفسية أو إلى صعوبات على مستوى حجم الهواء الزفير و الشهيق الراجع لحركات الجذع و كذلك لعدم تزامن الحركات التنفسية مع الحنجرة.

5-2-الخلل الوظيفي العصبي للوظيفة الخلفية الحنجرية لدى طفل المعاق حركيا عصبيا (الشلل الدماغي):

تعد الحنجرة مولد الاهتزازات الصوتية فالارتباط بين الوظيفة التنفسية و الحنجري يسمح بإنتاج اهتزازات، الكلام يستلزم قدرات التقلص و الاسترخاء في غاية السرعة، لتتعاقب الحروف المجهورة و المهموسة مع التحكم الكامل بالقوة المستعملة، كل إفراط في التقلص **أو**

زيادة في الانقباض يتسبب في تهميس الاضطراب الأكثر انتشارا هي تشنجات تتسبب في انغلاق الحنجرة يستبق كل إصدار صوتي.

القابضات العلوية للحلق مسؤولة عن وضعية تراجع مستمر للفك السفلي و لقاعدة اللسان لتعيق التهوية، تدلي اللسان إلى الخلف ليتسبب في اختناق مزمن (Glolloptose chronique)، انكماش البطن الأمامي (Le digastrique) يمنع إلتساق الأضراس الأمامية العلوية و السفلية مع امتداد العنق **(دماص،2006،ص،55).**

-التقييم العيادي لعسر التلفظ:

التقييم العيادي لعسر التلفظ ضروري، حيث تتضمن مناهج متميزة تعتمد على بعضها البعض، و نحدد خمسة منها:

1- يدرك المستمع عامة تشوهات الكلام لدى المتحدث الذي يعاني من خلل في النطق (عسر التلفظ)، فالكلام يمكن أن يظهر بشكل بطيء جدا أو ضعيف جدا. إظهار مثل هذه التشوهات يشكل التحليل الإدراكي للكلام.

2- يمكن أن يكون الكلام أقل اضطرابا، و انحرافا، يفهمه المستمع.تغطي اضطرابات الكلام عدة جوانب منها: الوضوح (l'intelligibilité).

3-معظم اضطراب عسر التلفظ تسبب تغيرات في إنتاج الصوامت و الصوائت، و هذا ما يشكل التحليل الصوتي.

4- يتطلب إنتاج الكلام تدخل عوامل مختلفة (المرحلة التنفسية، الحنجرة، اللسان، الشفتين، البلعوم، الفك السفلي، الحنك الرخو). يتم إجراء الفحص الحسي الحركي للعوامل بواسطة أدوات عيادية.

5- إن إدراك المريض لاضطرابه يحدد مجال التقييم الذاتي.

رغم كثرة الأساليب و الأدوات ينبغي الإجابة على الأسئلة الأربعة أثناء تقييم لعسر التلفظ.

1- ما هي حدة هذا الاضطراب(Dysarthrie) ؟.

2- ما هي أهم التغيرات (anomalie) الإدراكية الرئيسية التي تسمح بوصف الاضطراب ؟.

3- ما هو الخلل الوظيفي المؤثرات التي تبين اضطرابات الكلام ؟.

4- هل المريض مدرك لكلامه و ما هي شكواه؟. **(Rousseau, 2008, p.14)**

في نهاية التقييم يجب أن يكون من الممكن وصف الحالة الشاذة و الحصول على أدلة فيزيولوجيةمرضية (physiopathologique) لتوجيه إعادة التأهيل، كما يجب أن يتوفر في التقييم بيانات كمية للمراقبة العلاجية للمريض .

1- **التحليل الإدراكي: (l'analyse perceptive)**

التقييم الإدراكي يمكن إجراءه كليا أو تحليليا .

التحليل الكلي يسمح بجمع المعلومات الإدراكية من أول لقاء مع المفحوص، وبعض خصائص الكلام تبدو سائدة، نستطيع مثلا: نلاحظ بحة الصوت، بطء التدفق و أيضا ضجيج من الأنف (un nasonnement).

المنهج الإدراكي الكلي يشكل إذن أول خطوة في تحليل العيادي لعسر التلفظ و يسمح بإبعاد بشكل سريع الخصائص الأساسية للكلام.

التقييم الإدراكي يمكن أيضا أن يعتمد على دراسات أكثر منهجية، بفضل شبكات التقييم الموحدة. ترتبط هذه الشبكات بعدد محدد من المعايير من خلال تحديد درجة الاضطراب تأخذ معظم الشبكات جميع خصائص الكلام:(ارتفاع، الشدة، التنفس، النطق، صدى، النغمة).

تختلف مهمة التحليل الإدراكي وفقا للأدوات يمكن أن تكون اختبارات على شكل: محادثة، السرد أو القراءة. أو من خلال تسجيلات صوتية أو حتى تسجيل فيديو. لكل من هذه الأساليب

مزايا و قيود، فالتسجيل المباشر هو تقنية سريع ولكن المعلومات التي لم يتم كشف عنها من قبل الفاحص تضيع نهائيا.**(Rousseau, 2008, p.15)**

2- شدة عسرالتلفظ :(la sévérité de la dysarthrie).

عسر التلفظتشتت نقل الرسالة الشفوية، و هذا التشويش قذ يغير من المحتوى و نميز إذن تغيير في الوضوح و الفهم و فعالية الكلام.

- الوضوح:(l'intelligibilité).

يتم تعريف على أنه درجة الدقة التي يفهم بها المستمع الرسالة . يتم تعريفه من خلال حساب عدد وحدات الكلام التي يتعرف عليها المستمع.

نقص الوضوح هو أحد المعايير الرئيسية للتقييم العيادي لعسر التلفظ، غالبا ما تكون الشكوى الرئيسية للمرضى و عائلاتهم يعتبر سبب الإعاقة و يشكل، مؤشرا للشدة الذي يجب قياسها قبل أي رعاية علاجية .

- الفهم: (la compréhensibilité).

يحدد الدرجة التي يفهم بها المستمع الكلام من الاشارة الصوتية(signal acoustique) وغيرها من المعلومات التي تساهم في فهم ما تم إنتاجه. لذلك فهو يدمج بيانات إضافية فيما يتعلق بالإشارة الصوتية مثل معرفة الموضوع الذي يتم معالجته أو السياق الدلالي أو النحوي، و الايماءات و القرائن الاخرى. **(Rousseau, 2008, p.15)**

- الكفاءة: (l'efficacité).

الكفاءة تحدد كمية الرسائل الواضحة أو المفهومة المرسلة لكل وحدة زمنية، التي يمكن أن تتحلل، على سبيل المثال عن طريق تغيير الوضوح أو ابطاء التدفق.

- شدة الإدراك: (la sévérité perceptive).

تصف المفاهيم الثلاثة السابقة بشكل خاص تغيير محتوى الرسالة المنقولة. ولكن من الشائع أن تكون الكلمة واضحة و مفهومة و فعالة في نقل المعلومات، و لكنها تبدو منحرفة جدا للمستمع .ثم يبتعد عن الكلام العدي الطبيعي ليبذو غريبا. و يمكن أن يكون هذا الانحراف مصدر إعاقة و يجب و صفه في التقرير. **(Rousseau, 2008, p.16)**

3-التحليل الصوتي: (l'analyse phonétique).

يدرس التحليل الصوتي الاثار عسر تلفظ على إنتاج الصوتيات. فهي مهتمة بالاضطرابات المتعلقة بالصوامت و الصوائت. الاضطرابات الصوتية موجود في جميع أنواع عسر التلفظ تلعب دورا مهما في تقليل من مستوى الوضوح .

عادة ما يتم تميز الاضطرابات النطقية إلى نوعين:

- التشوهات: حيث يمكن التعرف على الصوت المستهدف و لكنه مشوه.

- البدائل: التي يتم فيها استبدال صوت بآخر في اطار عسر التلفظ، فإن الحالات الشاذة هي في الاساس تشوهات، في بعض الحالات يمكن التعرف على الصوتيات المنتجة في حالات أخرى، و يمكن أن يؤذي التشويه الى الاندماج مع صوت آخر.

4- تقييم المهارات الحركية للمؤثرات: (l'évaluation de la motricité des effecteurs).

يوفر تقييم المهارات الحركية للمؤثرات الكلام أول تحليل فيزيولوجي مرضي للخلل الوظيفي الذي ينطوي عليها عسر التلفظ، يمكن إجراؤه باستخدام الأدوات العيادية. و في العيادة ، تلاحظ الجودة الوظيفية للمراحلالتنفسية، و الحنجرة و فوق المزمار .

إذا كانت المحادثة مع المريض تسمح لنا بالتعرف على اضطرابات الوظيفية. من ضروري تقييم المؤثرات المختلفة المتضمنة للكلام بشكل منهجي، و إذا أمكن تحديد الاضطرابات الاولوية . هذا التحليل يجعل من الممكن تسليط للضوء على الخلل في المؤثرات و تأثيرها على الانتاج الكلام .**(Rousseau, 2008, p.16)**

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن عسر التلفظ هي الحالة التي ينطق فيها الشخص الكلام مشوها وبمعنى أكثر تحديدا حيث يجد الطفل صعوبة في إخراج الأحرف وينطقها بغير وضوح، وتتداخل مع بعضها البعض كما يجد صعوبة في إخراج صفات الصوت من النبرة والحدة والنغمة وهذا راجع إلى عدم القدرة على التحكم أو التنسيق بين العضلات التي يستخدمها الطفل أثناء الكلام.

الفصل الثالث

1- تعريف اللهجة القبائلية.

2-النطاق الجغرافي للهجة القبائلية.

3- تعريف بعض مفاهيم علم الصوتيات.

4- مخارج الأصوات في اللهجة القبائلية

5- النظام الصوتي الصوتمي الأمازيغي.

6- النظام الفونولوجي القبائلي.

7- نظام الصوتيات القبائلي.

تمهيد:

اللغة هي أداة إتصال بين الأفراد والمجتمعات، وتلعب دور هام في المجتمع خاصة لغة الأمة التي بفضلها نتعلم المكتسبات الأولية وهذا ما نجده في كل المجتمعات، من بينهم المجتمع الجزائري الذي يتميز بعدة لهجات مختلفة ، ومنها نجد اللهجة القبائلية و التي تعتبر الأكثر استخداما في المجتمع الأمازيغي، وهي لهجة قابلة للانتعاش والازدهار ويرى الباحثون في ميدان اللسانيات لغة كباقي اللغات لها حروفها الخاصة ونظامها الصوتي وهذا ما تطرقنا إليه في هذا الفصل.

1- تعريف اللهجة القبائلية:

اللغة البربرية تشكل في الوقت الحاضر عدد كبير من اللهجات المنتشرة في مساحة جغرافية شاسعة، وغالبا ما تكون متباعدة جدا عن بعضها البعض. حيث أن التبادلات اللغوية بين مختلف المجموعات الناطقة باللغة البربرية ضعيفة بسبب التباعد الجغرافي.

إن التحركات السكانية ووسائل الإعلام الحديثة فقط هي التي أعادت تأسيس الإتصال المقطوع منذ قرون.**(Chaker,1996,p.7).**

2- النطاق الجغرافي للهجة القبائلية:

كان المجال اللغوي الأمازيغي سابقا وبشكل متواصل من المحيط الأطلسي إلى مصر، ومن شمال بلاد المغرب إلى غاية أقاصي الصحراء حتى إفريقيا السوداء . و لم يتمكن الاحتلال الفينيقي و الغزو الروماني من تغيير الشخصية اللغوية للمنطقة على الرغم من استمرارها عدة قرون .وعلى النقيض من ذلك، الفتوحات الإسلامية التي استفادت من وقت أطول وخاصة من وسيلة انتشار أكثر قوة ممثلة في الدين من التوسع ببطء لكن بخطى ثابتة على حساب الفضاء الأمازيغي حتى حولته إلى كتل وتجمعات تخترقها مناطق ناطقة بالعربية كانت محدودة في البداية ثم أصبحت كبيرة أكثر فأكثر إلا أن أصبحت اليوم تشكل الأغلبية.

تشمل المنطقة الناطقة بالأمازيغية في الوقت الراهن نحو عشرة من الدول الواقعة ضمن المجموعة التي تضم بلاد المغرب والصحراء وبلاد الساحل، غير أن الجزائر والمملكة المغربية تعتبران الدولتين اللتين تحتويان على أهم نسبة من الناطقين بالأمازيغية وأين تطرح "المسألة الامازيغية بأكثر حدة.**(مسعودي،2018،ص،14).**

وأهم المناطق الناطقة بالأمازيغية بالجزائر هي: منطقتا القبائل والأوراس؛ وبالمملكة المغربية: منطقة الريف، المغرب الأوسط منطقة الشلوح، والتجمعات الصغيرة المتعددة في وسط وغرب الجزائر، في تونس فضلا عن الصحراء فالمناطق الأولى التي تضم أعدادا كبيرة من السكان غالبا ما تكون ذات كثافة سكانية عالية. كما أن استعمال اللغة الأمازيغية في الحياة اليومية يكون في بعض الأحيان تلقائيا ومطلقا، بحيث نجد أعدادا كبيرة من السكان

يتكلمون بلغة واحدة، خاصة النساء، والكبار والأطفال الذين لم يلتحقوا بعدُ بالمدارس.**(مسعودي،2018،ص،15).**

أما المناطق الثانية فتضم أعدادا تتراوح من بضعة مئات إلى بضعة آلاف نسمة متواجدين في محيط تسود فيه اللغة العربية وتربطهم به علاقات مستمرة، وحيث تنتشر فيه الازدواجية اللغوية. أما استعمال اللغة الأمازيغية في هذا المحيط فإنه لا يتعدى مجال المحيط العائلي . وفرص بقاء هذه اللغة ضمن هذه المجموعات ضئيلة جدا، وهذا راجع إلى الضغط المتزايد للغة العربية عن طريق المدرسة ووسائل الإعلام واختلاط السكان .ففي ورقلة مثلا (صحراء الجزائر)، نجد تحول السكان الناطقين بالامازيغية في ظرف عقدين من الزمن إلى أقلية لغوية منذ أن أصبحت مدينتهم " العاصمة الجزائرية للبترول" الأمر الذي ترتّب عنه مباشرة توافد جماعي لسكان المناطق الأخرى.

المجموعة الكبيرة الثالثة والأخيرة المكونة للمنطقة الناطقة بالأمازيغية تتكون من السكان الطوارق، مقسمين على عدد من البلدان الواقعة ضمن المنطقة الصحراوية – الساحلية خاصة النيجر ومالي، أما البلدان الأخرى كالجزائر (الهڤار آجر)، ليبيا (آجر)، فولتا العليا أودالن ونيجيريا.**(مسعودي،2018،ص،15).**

3- تعريف بعض مفاهيم علم الصوتيات:

3-1: الفونولوجيا (La phonologie):

الفونولوجيا جزء من علم اللغة، يدرس الأصوات الإنسانية من حيث وظيفتها في سياق الكلام، لذلك سماه بعض اللغويين(علم وظائف الأصوات) لأنه يدرس النظم الصوتية للغة معينة.**(عصام،1992،ص،35).**

2-3: الصوتيات (La phonétique):

الصوتيات هو فرع من اللسانيات يصف الأصوات كما تنطق هدفها أصوات (اللغة، الإيقاع، التنغيم)، لديها عدة فروع فرعية وهي:

1-2-3: الصوتيات النطقية(phonétique articulatoire) :

تدرس الأصوات حسب مخرج وصفة النطق.

2-2-3: الصوتيات السمعي **(phonétique auditive) :**

يصف الأصوات وفقا لإدراكها السمعي.

3-2-3: الصوتيات الفيزيائية **(phonétique acoustique):**

يصف الطبيعة الفيزيائية للأصوات وخصائصها الفيزيائية (التردد، الارتفاع، شدة). **(Merzouki,2006,p,22).**

4- مخارج الأصوات في اللهجة القبائلية:

1-4- الصوائت (Les voyelles) :

في اللهجة القبائلية يوجد أربع صوائت فقط وهي [a-i-u-e]

a- ← aman ← الماء

i- ← imi ← الفم

u- ← udem ← الوجه

e - ← eg ← ضع

إذا قارننا هذه الصوائت مع اللغة الفرنسية نلاحظ:

-i صائت أمامي ومغلق حيث يكون الفم منبسط أي أن الشفتين منبسطتين لدى النطق بالصائت.

-a صائت خلفي ومفتوح أي أن الفم يكون مفتوح بشكل أوسع من الصائت "i"

-u صائت خلفي مفتوح أي أن الشفتين تتخذان موضعا مستديرا أثناء النطق به. **(Merzouki,2006,p,26)**

1-1-4 النقاط الرئيسية لوصف الصوائت:

1- موضع اللسان.

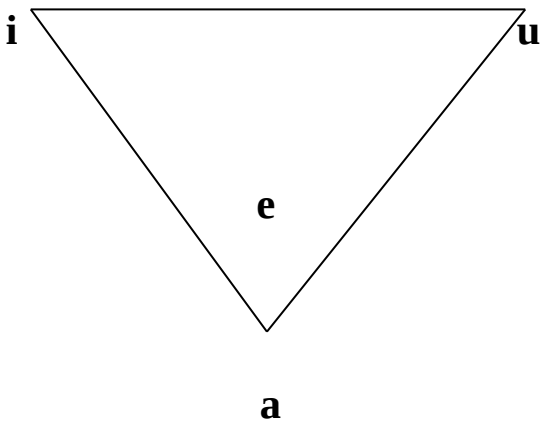
2- جزء من اللسان الذي يساهم في إنتاج الصوائت.

3- موضع الحنك.

4- موضع الشفتين.**)**

- مثال: عندما يتم يتم نطق (i) اللسان يرفع نحو الحنك.

- من ناحية أخرى عندما يتم نطق (a) اللسان يكون منخفض جدا. **(Merzouki, 2006,p,23).**



الشكل رقم(2) : المثلث الصوتي للغة الأمازغية

يشمل النظام الصوتي للهجات الشمالية (مناطق الشمال) على ثلاثة صوائت [a-u-i].

كما نشير إلى وجود صائتة أخرى (e) وهي حيادية ولا تمتلك أي خاصية فونولوجية ولا تظهر إلا لتجنب تشكيل مجموعة صوامت أي في حالة تكرار صامتين لأكثر من مرتين كما في المثال: memmis (إبنه).

يختلف نطق الصوائت الثلاثة حسب تأثير الصوامت المحيطية وموضع الصائت داخل المقطع.

1- عندما تكون الصوائت داخل المقطع مع أحد الصوامت المفخمة التالية: [ṭ-ẓ-ṛ-ṣ-ḍ] تنطق كالتالي:

-i لديه نطق قريب من (é)

-u لديه نطق قريب من (o)

مثال (i) :

/iṭij/ ← éṭèj ← الشمس

/aḍil/ ← aḍèl ← العنب

مثال (u):

aḍu ← aḍo ← الرياح

tamṭṭut ← tamṭṭot ← المرأة **(Hamouma,1987,p,17)**

2- لما تكون الصوائت:

أ-مقطع لفظي مفتوح: بمعنى تنتهي بالصائت وتنطق مفتوحة قليلا.

مثال: imi ← émé ← الفم

ب- مقطع لفظي مغلق: بمعنى تنتهي بالصامت وتنطق مغلقة.

مثال: sin ← sin ← إثنان

ul ← ul ← القلب

ونجد أيضا الصائت (e):

- تظهر في مقطع لفظي مغلق.

- إنه إختياري في البداية ومستبعد في نهاية الكلمة.

مثال: xdem ← العمل

-ظهور الصائت (e) في مواقع مختلفة:

أ- قبل حرف (صامت) الأخير من الكلمة.

مثال: udem ← الوجه

ب- في نهاية الكلمة نحو البداية، بتخطي حرفين صامتين في كل مرة.

مثال:it- sed-reɣl ← إعميه

ج- عندما تكون الشدة (بإعتبار أن الشدة في اللهجة القبائلية هي بكتابة صامتين.

مثال: ixeddem ← يعمل

د- ضمائر المخاطب والغائب للجمع المؤنث مثال: xedment ← عملن

txeddmemt ← عملتن **(Hamouma,1987,p,18)**

2-4: شبه الصوائت (Les semi-voyelles) :

-w: أثناء النطق لا يوجد عائق لمرور الهواء.

[j] ← المخرج غاري (palatales)

[w] ← المخرج طبقي (vélaires) **(Merzouki,2006,p,25).**

3-4: الصوامت (Les consonnes):

تتصف هذه الصوامت بانقباضات أو إغلاقات في الجهاز الصوتي وغالبا توصف من خلال المكان والأسلوب والجهر إلى مجهورة أو مهموسة والصوامت حركات انقباضية للكلام بينما الصوامت تمتاز بدرجات محددة لانقباض الجهاز الصوتي. والصوامت هي التي تبدأ وتنهي المقاطع وهي أكثر انقباضا من الصوائت وتتصف بطبيعة ناقلة للكلام، ويكون مكان إنتاجها وإخراجها: الشفتين، الأسنان واللثة وسقف الحلق الصلب و سقف الحلق اللين والمزمار.

توصف الصوامت من خلال مكان النطق، والطريقة النطقية والجهر.

1-3-4 مكان النطق:

-الشفوية: الشفتان العليا والسفلى.

- الشفوية السنية: الشفة السفلى مع الأسنان العليا.

- اللسانية السنية: رأس اللسان يلامس الأسنان العليا.

- اللسانية اللثوية :رأس اللسان يلامس اللثة.

- اللسانية الغارية: نصل اللسان مع سقف الحلق الصلب.

-اللسانية الطبقية: مؤخرة اللسان مع سقف الحلق اللين و الصلب.

- المزمارية: الأوتار الصوتية.**(الزريقات،2005،ص99).**

2-3-4 صفة النطق:

-إنفجارية: وتنتج من إغلاق الكلي للجهاز الصوتي حيث يتوقف تدفق الهواء كليا لوقت قصير، وبعد انتهاء انغلاق يندفع الهواء المتجمع في الخلف ليحدث انفجار هوائي مثل حرف (b).

- احتكاكية: وتنتج من مسار انقباضي ضيق حيث يمر الهواء فينتج هذه الأصوات.

- الأنفية: وتنتج من انطلاق التجويف الفمي وفتح التجويف الأنفي.(n)

- الانزلاقية: وتسمى أيضا شبه الصوائت وهي صائت يشبه الأصوات المنتجة مع انتقال نطقي تدريجي من شكل إلى آخر.(y)

- المزجية: (انفجارية، احتكاكية) وهي مزج الأصوات الانفجارية والاحتكاكية.

- المائعة: وهي قسمان هما الجانبية كما هي في صون (L) وتنتج من خلال انغلاق الوسطي كذلك فهي تهرب غلى جوانب الانغلاق الوسطي. والرائية كما في صوت (r).

- الجهرية: وتعود إلى اهتزاز الأوتار الصوتية خلال إنتاج الصوامت وتسمى الأصوات الصامتة والمنتجة خلال الاهتزازات بالأصوات المجهورة، والأصوات المنتجة بدون اهتزاز تسمى المهموسة، ونستطيع الشعور بها إذا وضعنا إصبع على الحنجرة ونطقنا بشكل مطول صوت (zzzz) و sssss). **(الزريقات ،2005،ص،100).**

5-النظام الصوتي الصوتمي الأمازيغي (système consonantique) :

النظام النطقي القبائلي يتميز بخصائص هي:

1-5 - الشدة الصوتمية (tension consonantique) :

يتفق كل من الباحثين **(L.Galand)** و **(Chaker)** على أن التفريق بين المجموعتين أي الصوامت الشديدة و الصوامت الغير شديدة يرتكز بالخصوص على المدة.

(صوت شديد) يقابله (صوت شديد)

لكن يجب أخذ نوع من الاحتياط في النتائج التي تتوصل إليه، بسبب الصعوبات النظرية التي نتلقاها عند القيام بالتفسيرات الفونولوجية نلاحظ تردد سؤال مهم، يتعلق بالمكانة الفونولوجية للصوامت هل الصوامت الشديدة عبارة عن فونيمات فردية، أو تتابع لفونيمين؟ وبعبارة أخرى، هل بإمكاننا إدخال تطابق في الشدة ضمن هذا النظام؟ وللإجابة على هذا التساؤل نعتمد على منشور **(André MARTINET)** واحد أو فونيمين **ou deux (un phonèmes). (بن موسى،2008،ص،48) "**

5-2-الانفجاريات البسيطة أو غير الشديدة (Les occlusives simples):

الانفجاريات الغير شديدة للغة الامازيغية تصبح رخوة (spirantes) في القبائلية و هذه الأخيرة تأتي من :الانفجاريات غير شديدة (non tendu) البربرية التي لم تتعرض لبروز ظاهرة الرخاوة ،(spirantisation) استعارات من اللغة العربية و اللغة الفرنسية .و فيما يخص كل هده الأصوات الانفجارية البسيطة نلاحظ فيها نوع من التطور من الناحية الفونولوجية، و في هدا المنهج التطوري الدور الرئيسي يعود غالبا إلي تأثير الاستعارات العربية فمثلا :الحرفين (t) و (q)حرفين مستعارين بكثرة من اللغة العربية لدا يجب تغيير اعتبارها كصوامت كاملة للهجة القبائلية، و التمييز بين اللفظ الشديد (tendu) و البسيط (الرخو) يكون صعب ما عدا إذا تواجد في وسط الكلمة

[vətəℓ] [vətəℓ]

(ناقص) (غاب)

(manquer) **(بن موسى،2008،ص،49)** (manquer)

[٢Ata :s] [٢Ata :n]

(مرض) (كثير)

(maladie) (beaucoup)

[٢] لا يظهر إلا في كلمة واحدة [٢ aha٢٢] ، "non "و لكن نلاحظ إن هده الكلمة تشكل زوج أخر للاسم النداء [٢aha٢] تعالي (allons).

[p] لا ينتمي إلي قاموس اللغة القبائلية و لكن استعمل في بعض الكلمات المستعارة من اللغة الفرنسية مثلا:

[٢aba :ki] [٢ apa :Ki ٢]

(الحزمة)

(Baquet) (paquer)

[b] ,[d], [g], [t], [k] معظم هده الأصوات الانفجارية البسيطة أصلية في اللهجة القبائلية. **(بن موسى،2008،ص،50)**

3-5-**الشفهيات اللهوية (les labio-vélarisé):**

$[\gamma^{w}]$ $[g^{w}]$ $[k^{w}]$ $[\chi^{w}]$

$[q^{w}]$ $[k^{w}]$ $[g^{w}]$

$[b^{w}]$ $[p^{w}]$ $[g^{w}]$ $[k^{w}]$ $[\chi^{w}]$ $[q^{w}]$

يؤكد هنا **سالم شاكر** انه بالنسبة للمعجم الخاص باللغة الامازيغية، التشفيه اللهوي (La labio-vélarisation) يظهر خصوصا بإضافة [^{w}].

و هناك ملاحظة أخري تتمثل في أن الصامتة [b^w] تنطق أيضا مهموسة [p^w] عند النساء.

4-5-الأصوات الشديدة (les sons tendues):

[**x**^{w}] [q^w] [q^w][g^w] [b^w]

5-5-الأصوات الانسدادية البسيطة (les occlusives simple):

[k^w] [g^w] [q^w] **(بن موسى،2008،ص،52)**

و لكن ليس من السهل التفريق ما بين الصوامت البسيطة و الشديدة.

6_5_الأصوات الاحتكاكية (les affriquées):

[ts] [dz] [tš] [dž]

[ts] [dz] [tš] [dž] **(بن موسى،2008،ص،52)**

6- النظام الفونولوجي القبائلي:

	الشفوية	السنية	الصفيرية	نطعية	حنكية	لهوية	حلقية	مزمارية
غيرمفخمة	b	t d	S z	C j	k g	x ɣ	ḥ ɛ	h
مفخمة		ḍ	ṣ ẓ	j̣ c				
أنفية	m	n						
اهتزازية جانبية			r ṛ l lˤ					
تقريبية	w				y			
غير مفخمة	bb	tt dd	ẓ ẓ t̲ t̲	ç ç j̣ j̣	kk gg	xx qq	ḥḥ ɛɛ	hh
مفخمة		ṭṭ						
أنفية	mm	nn						
إهتزازية جانبية			rr ṛṛ ll lˤlˤ					
	bb^{w}				gg			
غير مفخمة	p	t a	ẓ ṭ	ç j̣	k g	q		
مفخمة		ṭ						

الجدول رقم (1):يمثل النظام الفونولوجي القبائلية **(Dallet,1982,p,28)**

7- نظام الصوتيات القبائلي:

القبائلية	العربية	A.P.I	القبائلية	العربية	A.P.I
الصوامت					
B	ب	[b]	ṛ	ر	[rˤ]
C	ش	[ʃ]	s	س	[s]
C		[ʧ]	**ṣ**	ص	[sˤ]
D	ذ - د	[d]	t	ت	[t]
ḍ	ظ-ض	[ð]	ṭ	ط	[tˤ]
F	ف	[f]	t	ث	[θ]
			ṭ		[ts]
G		[g]	w	و	[w]
G		[gʷ]	x	خ	[x]
Ǧ	ج	[dʒ]	x		[χʷ]
H	ه	[h]	y	ي	[j]
ḥ	ح	[ħ]	z	ز	[z]
J		[ʒ]	ẓ		[zˤ]
K	ك	[k]	ε	ع	[ʕˤ]
K		[kʷ]			
L	ل	[l]	**الصوائت**		
M	م	[m]	a		
N	ن	[n]	i		
ɣ	غ	[R]	u		
ɣ		[Rʷ]			
Q	ق	[q]			
Q		**[qʷ]**			
R	ر	[r]			

الجدول رقم(2): يمثل الحروف القبائلية والعربية والكتابة الصوتية العالمية.

(Nait-zarrad,1995,p,51)

خلاصة:

اللهجة القبائلية تحتل مكانة بارزة في الوسط الأمازيغي، وبرغم الانتقادات التي واجهتها هذه اللهجة استطاعت فرض مكانة خاصة في الوسط الجزائري، وهذا ما دفع الباحثون اللسانيين لإنشاء وبناء قواعد صرفية، و نحوية وتركيبية لها حتى أصبحت لغة رسمية وثانية للجزائر.

ومن واجبنا نحن كأخصائيين أرطوفونيين محاولة بناء وتكييف إختبارات تقييمية باللغة القبائلية لإفادة الوسط الإكلينيكي القبائلي.

الفصل الرابع

1- تعريف الاختبار النفسي.

2- تصنيف الاختبارات النفسية.

3- مجالات استخدام الاختبارات.

4- أهداف تطبيق الاختبار.

5- الخصائص السيكو مترية للاختبارات.

6- خطوات بناء الاختبار.

تمهيد:

لقد استطاع العديد من الباحثون والعلماء استخدام القياس النفسي في شتى مجالات الحياة،وقدرة الفرد على الاستفادة من هذه الاختبارات، مع مراعاة الباحثون للعديد من الخطوات والمراحل المنهجية لبناء والحصول على اختبار يتصف بالصفات الجيدة التي تثبت صدقه وثباته، ويكون صالحا لقياس ما وضع لأجله وكذا يلاءم البيئة الاجتماعية والثقافية التي سيطبق عليه.

1-تعريف الاختبار النفسي:

من التعريفات الشائعة في أدبيات القياس النفسي للاختبار (أو الرائز) النفسي نجد تعريف "آنا أنستازي" الذي تعرفه على أنه مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك.**(امطانيوس،2016 ،ص31).**

ونجد أيضا تعريف "كرونباش" والذي يعرفه على أنه طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر.**(امطانيوس،2016،ص32).**

ويعرف الاختبار على أنه مجموعة من الأسئلة أو البنود، لكل منها إجابة واحدة فقط مثل اختبارات التحصيل والذكاء.(**سعد،1998،ص159).**

2-تصنيف الإختبارات النفسية:

نادرا ما تصنف الاختبارات أو الروائز النفسية في معزل عن المقاييس التربوية وأدوات التقويم التربوي المختلفة، وتميل أدبيات القياس النفسي والتقويم التربوي إلى النظر إليها مجتمعة بوصفها أسرة واحدة. ومن التصنيفات المهمة للاختبارات النفسية تصنيف "كرونباش" الذي يضعها ضمن فئتين أو صنفين رئيسيين اثنين هما:

2-1:إختبار أقصى الأداء tests Maximum performance:

وتتطلب هذه الفئة من الاختبارات إلى المفحوص تقديم أفضل أو أجود ما لديه للحصول على أعلى درجة، وتستعمل للكشف عن مستوى القدرة أو أقصى الأداء الذي يمكن أن يصل إليه. وتتضمن هذه الفئة اختبارات القدرات والاستعدادات المختلفة. ومن أمثلتها اختبارات القدرات العقلية العامة أو اختبارات الذكاء العام التي تتصدى لقياس "تشكيلة" واسعة من المهمات والأنشطة العقلية وتهدف إلى تحديد المستوى العقلي العام للمفحوص وتعبر عنه من خلال رقم حاصل الذكاء(أو نسبة الذكاء)، واختبارات القدرات الخاصة تتصدى التي تتصدى لقياس قدرات نوعية محددة كالقدرة اللفظية، والقدرة الميكانيكية، والقدرة العددية وغيرها. وتتضمن اختبارات القدرات الخاصة مجموعة متجانسة أو طائفة محددة من المهمات العقلية وتسمى أحيانا اختبارات القدرات الطائفية.

وكثيرا ما تتداخل هذه الاختبارات مع اختبارات الاستعدادات الفارقية Differrntial Aptitude Tests التي تسعى إلى الكشف عن الفروق في ذات الفرد في سمات معينة كالفهم اللفظي و الاستدلالي الحسابي والاستدلالي الميكانيكي. وتتيح اختبارات الاستعدادات الفارقية رسم الصفحة النفسية للفرد (البروفيل) مما يفيد في التشخيص الفارقي أو تحليل ذات الفرد وإجراء مقارنات بين القدرات أو الاستعدادات الخاصة لفرد الواحد. كما تنتمي إلى فئة اختبارات أقصى الأداء اختبارات التحصيل الدراسي بأنواعها، وبطبيعة الحال تلك الاختبارات التي يختلط فيها التحصيل بالاستعداد واختبارات التحصيل والاستعداد Combination Aptitude -Achievement **(امطانيوس،2016،ص34).**

2-2 اختبارات الأداء النمطي و الأداء العادي Tests of Typical Performance:

وهي تستخدم لمعرفة ما يحتمل أن يفعله الشخص في موقف معين وكيف يتصرف في الأوضاع العادية وليس لمعرفة ما يستطيع أن يفعله. وتبعا لذلك لا تسعى هذه الفئة من الاختبارات إلى الكشف عن أعلى مستوى من الأداء يمكن أن يصل المفحوص إليه ولا تعطي تقويما لاستجاباته بوصفها صحيحة أو خاطئة أو جيدة أو رديئة بل تهتم برصد السمات أو الخصائص السلوكية كما هي عليه. وتدخل ضمن هذه الفئة من الاختبارات، اختبارات الشخصية الكلية واختبارات الاتجاهات والميول والآراء والقيم. ويمكن تصنيف اختبارات الأداء النمطي إلى فئتين هما:

أ-أدوات الملاحظة: وتقوم على ملاحظة الآخر لسلوك الفرد،وتشمل هذه الأدوات والاختبارات والموقفية التي تقوم على الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد في مواقف مدبرة بصورة مسبقة. كما تشمل قائمة الرصد(أوقائمة الشطب)وتستعمل في تقويم الميول والاتجاهات بالإضافة إلى الصفات الشخصية وبعض مظاهر التكيف الشخصي والاجتماعي، كما تشمل أيضا سلم الرتب الذي يتميز عن قائمة الرصد في احتوائه على درجات للصفة أو الخاصية المعنية ويستعمل بدوره في تقويم سلوك الشخصية ومظاهر التكيف الشخصي والاجتماعي.

ب- تقنيات التقرير الذاتي: وتستهدف الحصول على معلومات معينة عن الفرد من الفرد ذاته بصورة مباشرة. ومن أدوات التقرير الذاتي الإستبانة أو الاستخبار Questionnaire وهي قائمة من الأسئلة التي تتناول بعض الصفات أو الموضوعات التي تتعلق بحياة الفرد ومشاعره ومعتقداته وتفضيلاته وميوله المهنية واتجاهاته. وكثيرا ما يطلق على هذا النوع من الأدوات اسم القوائم ولاسيما عندما تستعمل لقياس **(امطانيوس،2016،ص35)** الشخصية والميول، ويستعمل تبعا لذلك مصطلح قوائم الشخصية أو قوائم الميول للإشارة إليها. وعيب القوائم والاستبانات هو احتمال تزييف الإجابة بهدف الظهور بالمظهر الملائم مما أدى إلى استعمال مقاييس خاصة للكشف عن الكذب والتزوير كما هو الحال في مقياس مينيسوتا متعدد الأجوبة للشخصية.

2-3- تصنيف الاختبارات انطلاقا من شروط إجرائها:

المقصود بشروط الإجراء تلك الشروط الخاصة بتطبيق الاختبار على المفحوصين إما فرادى أو جماعات. وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين الاختبارات الفردية و الاختبارات الجمعية أن التعليمات في هذه الأخيرة تكون أبسط منها في الأولى، كما لا تتطلب الاختبارات الجمعية خبرة أو مهارة خاصة من جانب الفاحص، وهي أقل كلفة و أكثر انتشارا من الاختبارات الفردية. غير أن الاختبارات الفردية تعطي الفرصة للتواصل الحي بين الفاحص و المفحوص مما يفسح المجال لاستثارة دافعية المفحوص و ضمان ملاحظة الطرائق التي يلجأ إليها المفحوص في أدائه الاختباري و أساليب حله للمشكلات و التعرف على نوع الأخطاء التي يرتكبها.

و من شروط الإجراء ما يتصل بطريقة المفحوص في التعبير عن نفسه و إنجازه في الموقف الاختباري، كما يعبر عن نفسه شفهيا أو كتابة، أو بالكلمات و الألفاظ أو بالأداء.وهنا يمكن التمييز بين الاختبار اللفظي و اختبار الأداء، كما يمكن التمييز بين الاختبار الشفهي و الاختبار الكتابي.

و يتميز الاختبار اللفظي باعتماده على فهم و استخدام الكلمات، و يشغل المرتبة الأولى بين أدوات القياس من حيث أهميته و استخدامه في المجالات كافة، مما يشير إلى المكانة التي

يحتلها الأداء اللفظي و الأهمية الفائقة للقدرة اللفظية في ثقافتنا و حضارتنا المعاصرة.و قد يعتمد الاختبار اللفظي اللغة المكتوبة في الإجابة و يطلق عليه في هذه الحالة اختبار الورقة و القلم.و قد يعتمد اللغة المنطوقة أو التعبير الشفهي من جانب المفحوص (الاختبار الشفهي)و هو في الحالتين يتميز عن اختبار الأداء الذي يعتمد غالبا على الأداء العلمي و معالجة الأشياء يدويا كالصورة أو المكعبات أو الأدوات. و لابد من التمييز في نطاق هذا النوع الأخير من الاختبارات بين اختبارات التحصيل العملية أو الأدائية التي تقيس أنواعا معينة من الأداء المتعلم كالأداء الموسيقي و الأداء الرياضي و تحضير الطعام و الأعمال المخبرية و تشغيل الآلات و الأدوات و غيرها، و اختبارات الاستعدادات أو القدرات الملية التي كثيرا ما تسمى اختبارات الذكاء العملي أو القدرة العملية.و تجدر الإشارة إلى أن الاختبارات الأدائية من النوع الأخير قد تنتمي إلى فئة الاختبارات الغير لغوية التي تستخدم مع الأجانب أو العجزة أو الصم و لا تتطلب معرفة باللغة سواء كانت مكتوبة أو منطوقة، و قد تنتمي إلى فئة الاختبارات الغير لفظية التي تتطلب معرفة باللغة المنطوقة و لكن لا تتطلب إجادة القراءة و الكتابة كالاختبارات التي تتطلب فهم و تفسير الصور و رسوم المكعبات و غيرها.

و يمكن أن نضيف إلى شروط الإجراء الزمن المعطر للاختبار، فالاختبار إما أن يكون اختبار قوة و في هذه الحالة تكون القدرة هي العامل الأساسي و يعطى المفحوصين الوقت الكافي لإظهار أقصى ما لديهم من قدرة، و إما أن يكون اختبار سرعة و هنا يكون متغير السرعة بحد ذاته هو العامل الأساسي و يكون الغرض من الاختبار الكشف عن سرعة المفحوصين في الأداء الاختباري و التمييز بينهم تبعا لذلك(**امطانيوس، 2016،ص.ص36،37**).

2-4- تصنيف الاختبارات انطلاقا من مستوى التحديد في المهمات و الإجابات:

من الاختبارات ما يضم أسئلة محددة و تنحصر مهمة المفحوص فيها بإعطاء إجابات محددة، و منها ما يطرح أسئلة عامة و غير محددة و قد يتضمن مثيرات غامضة بحد ذاتها و ليس لها دلالة محددة، و يتطلب بالتالي إجابات حرة و غير مقيدة نسبيا. إن النوع الأول من الأدوات تنتمي الأدوات التي تندرج تحت اسم الاختبارات الموضوعية التي قد تتضمن عددا

من العبارات الصحيحة والخاطئة وتنحصر مهمة المفحوص فيها بوضع إشارة أو كلمة صح أو خاطئة كما في اختبارات صواب- خطأ أو تتضمن بنودا أو أسئلة يعطى لكل منها عدد من البدائل وتكون مهمة المفحوص في الاختبار البديل الصحيح بين تلك البدائل(اختبار الاختيار من متعدد)، وتتضمن قائمة بالمقدمات أو المسائل وقائمة أخرى بالاجابات في ترتيب مختلف عن الأولى وتتطلب المزاوجة أو المطابقة بينهما(اختبار المطابقة). كما تنتمي إلى النوع الأول من الأدوات تلك الأدوات التي يطلق عليها اسم الاختبارات المحددة البناء حيث تكون المهمات محددة و الإجابات مقيدة بالاحتمالات الواردة، وتتطلب الإجابة ب"نعم" أو "لا" أو "لا أدري" أو "موافق" أو "غير موافق" أو "موافق جدا"- "موافق" - "محايد" – "معارض" – "معارض جدا" كما في استخبارات الاتجاهات والميول وبعض مقاييس الشخصية.

وتنتمي إلى النوع الثاني من الأدوات تلك الأدوات التي تعطي الحرية للمفحوص لتأليف الإجابة من عنده والتعبير بأسلوبه، كما تنتمي إلى هذا النوع تلك الأدوات التي تنطوي على مواقف أو مثيرات غامضة وليس لها معنى محدد بالأصل ولكن تمثل مواقف من الحياة على المفحوص أن يعطيها معنى. ويطلق على هذه الاختبارات اسم الاختبارات محددة البناء جزئيا كاختبار تفهم الموضوع، بالإضافة إلى الاختبارات الإسقاطية غير المحددة في بنائها التي تضم مثيرات غامضة ولا علاقة لها بالمواقف الحياتية كاختبار الروشاخ لبقع الحبر.**(امطانيوس،2016،ص.ص39،38).**

3- مجالات استخدام الاختبارات:

اعتبر زكريا الاختبارات النفسية ذات أهمية في الوقت الحاضر بهدف وضع الفرد في نوع الدراسة أو المهنة التي تلاؤمه، حتى يتوفر له قدر كاف من التوافق الشخصي و الاجتماعي يؤدي إلى زيادة الرضا عن العمل المدرسي أو المهني من ناحية، وإلى رفع مستوى كفاءته من ناحية أخرى.

3-1- المجال التربوي: إن تحديد مستوى القدرات العقلية المختلفة ودراسة الجوانب الوجداني في شخصية الطلاب لاستخدامها في مجال التوجيه والاختيار التربوي اعتمادا على

أساليب القياس النفسي، كذلك قامت دراسات عن العمليات العقلية التي يقوم بها التلميذ أثناء تلقيه لمادة دراسية كالحساب.

3-2- المجال الإكلينيكي: يعد أحد فروع علم النفس العلاجي ويستهدف وصف الاضطرابات في مختلف مظاهر السلوك البشري ونشخصها مع طبيب الأمراض النفسية والعصبية، وهو يتناول الوظائف النفسية في اضطرابها حيث يهتم بدراسة اضطرابات الإدراك وردود الأفعال السريعة والتذكر، الحفظ والوظائف العقلية الحركية.**(عباس،1998،ص44).**

4- أهداف تطبيق الإختبار:

إن مهمة الاختبار النفسي هي التنبؤ والانتقاء والتشخيص والتقويم.

أ.التنبؤ prédiction:

عملية تستهدف بها توقع المستوى الذي سيحصله الفرد في ضوء معرفتنا للمستوى الحالي لهذا الفرد.

ب-التشخيص Diagnostic:

الاختبارات السيكولوجية تستخدم كوسيلة في تحديد جوانب القوة والضعف في قدرات الفرد وتعطي صورة واضحة عن التكوين النفسي للفرد وهي الطريقة الموصلة للعلاج.

والتشخيص يهدف إلى الوصف الموضوعي لحالة مرضية معينة.

ج-التقويم Evaluation:

يستخدم التقويم في المجال المدرسي حيث تستخدم الاختبارات التحصيلية ويهدف التقويم أو التقييم إلى معرفة أثر التدريب أو مدى تقدم الفرد في مجال معين وعلى هذا يكون التقويم تقييما لكفاءة التدريب أو لفرد معين.

د-الانتقاء Selection:

يستهدف الانتقاء اختبار الأفراد المحتمل نجاحهم أكثر من غيرهم، واستيعاب المحتمل فشلهم أكثر من غيرهم.**(عباس،1998،ص40).**

5- الخصائص السيكومترية للاختبارات النفسية:

من المواضيع الهامة التي تثار في عملية القياس هي صدق وثبات أداة القياس، ولما كان هذان الشرطان أساسيان في مصداقية وسيلة قياس الخاصية المدروسة وبالتالي الحصول على نتائج صادقة فيبقى من الضروري البحث عن التقنيات التي يتم بواسطتها تقدير ورفع مستواها في الأداة. ولما كانت البحوث في العلوم السلوكية على العموم تقيس الظواهر بطريقة مغايرة عما يقاس مثلا في العلوم الطبيعية أي بطريقة غير مباشرة فإنه يستلزم التأكد من صحة الأداة.**(مزيان،1999.ص.82).**

5-1- الصدق:

إن جميع المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية ثم بناؤها وفق أهداف وأسس معينة لقياس سمة معينة لدى الفرد، وبالتالي يجب أن توضع بنود المقاييس لتحقيق ذلك، لكن عدم تحقيق هذه المعايير يجعل من الاختبار غير صالح ويفقد مصداقيته ولتحقق من صلاحية الاختبار نلجأ إلى التحقق من صدق الاختبار، الذي يعرف كالتالي:

- تعريف جيولكسن Gulikesen 1950 : الصدق هو "إرتباط الاختبار ببعض المحكات.

- تعريف كيورتن Curton 1950 : الصدق هو "تقدير الإرتباط بين الدرجة الخام للاختبار والحقيقة الثابتة تاما.

أما التعريف العام والشائع للصدق هو أن الاختبار يعتبر صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه.**(معمرية،2007.ص.130).**

- استنادا لهذه التعاريف نجد العديد من الشروط التي إذا لم تتوفر لا يكون الاختبار صادقا وهي كالتالي:

- أن يكون الاختبار قادرا على قياس ما وضع لقياسه بمعنى أن يكون الاختبار ذات صلة وثيقة بالقدرة التي يقيسها. فالاختبار الذي صمم من أجل القدرة الرياضية على سبيل المثال يجب أن يكون واضحا أنه يقيس هذه القدرة، وذلك عن طريق مدى صلته بمكونات القدرة الرياضية وعناصرها.

- أن يكون الاختبار قادرا على قياس ما وضع لقياسه فقط بمعنى أن يكون الاختبار قادرا على أن يميز بين القدرة التي يقيسها والقدرات الأخرى التي يحتمل أن تختلط بها أو تتداخل معها. فاختبار القدرة الرياضية ينبغي أن لا يتأثر بالقدرة اللغوية على سبيل المثال حيث تصاغ الأسئلة بلغة صعبة غير مناسبة فلا يتمكن المفحوص من الإجابة على بند أو سؤال الرياضيات بسبب حاجز اللغة.

- أن يكون الاختبار قادرا على التمييز بين طرفي القدرة التي يقيسها، بمعنى أن يميز بين الأداء القوي والأداء المتوسط أو الأداء الضعيف فإذا كانت درجات الاختبار جميعها تتقارب دل ذلك على صدق ضعيف لأن الاختبار في حقيقة الأمر لم يقم بالمهمة الأساسية في عملية القياس، وهي عملية إظهار الفروق الفردية بين أفراد العينة.**(سعد،1998.ص.183).**

-أنواع الصدق:

1- صدق المرتبط بالمحك: يدل الصدق المرتبط بالمحك على مدى كفاءة الاختبار في التنبؤ بأداء الفرد في أنشطة محددة.**(عبد الخالق،1996.ص.52).**

والهدف من الصدق المرتبط بالمحك، هو معرفة ما إذا كان من الممكن إحلال الاختبار أو الإستبيان بإجراءاته البسيطة وغير المكلفة، محل المحك الذي قد يصعب الحصول عليه أو يكون مكلفا أو يتطلب وقتا وجهدا، أو يتطلب الحصول عليه الاعتماد على جهات أخرى.**(معمرية،2007.ص.140) .**

2- صدق المحتوى: يعني صدق المحتوى مدى تمثيل عناصر الاختبار وملائمتها للمحتوى الذي يقيسه، أي أنه لما كانت عناصر الاختبار عبارة عن عينة لكافة المجالات التي يعطيها

المحتوى فإن بينة الصدق هنا تعتمد على مدى تمثيل العينة (الاختبار) وكفايتها. **(النفيعي،2001.ص.37).**

3- الصدق التنبؤي: يقصد بالصدق التنبؤي قدرة الاختبار وفاعليته في التنبؤ بنتيجة معينة في المستقبل. **(الأنصاري،2000.ص.98).**

4- الصدق التلازمي: يقوم هذا النوع من الصدق المرتبط بالمحك على كشف العلاقة بين درجات الاختبار ودرجات المحك في الوقت نفسه (متلازمين). كما يشير الصدق التلازمي إلى مدى اقتران تباين درجات الاختبار بتباين درجات محك آخر يطبق في الوقت نفسه على العينة نفسها.**(بوسالم،2014.ص.65).**

5- صدق البناء أو التكوين: هذا النوع يهتم بجمع الدلائل الضرورية التي يتم بواسطتها التعرف على مدى قدرة درجة الاختبار في أن يكون مؤشرا على السمة التي يفترض أن يقيسها الاختبار أن يتناول العلاقة بين نتائج الاختبارات والمقاييس، وبين المفهوم النظري والذي يهدف الاختبار لقياسها، وهذا النوع من الصدق يشكل المرحلة النظرية أو التمهيدية في تطوير الاختبارات والمقاييس، وهو موجه لخدمة الاختبار النفسي وذلك بمحاولة الانتقال من الشك في أن الاختبار يقيس السمة التي يقيسها.**(النفيعي،2001.ص.40).**

5-2- الثبات:

تتعلق هذه الخاصية بدقة الأداة في قياسها للقدرة أو السمة المطلوبة قياسها، مما يؤدي إلى الوثوق بالدرجات التي تحصل عليها من تطبيق هذه الأداة وبالتالي قلة تأثير عوامل الصدفة أو الأخطاء العشوائية على نتائج الأداة.**(النفيعي،2001.ص.45).**

-أنواع الثبات:

1- ثبات الاستقرار: يتم الحصول على ثبات الاختبار بهذه الطريقة من خلال تطبيق الاختبار أو المقياس على مجموعة من الأشخاص ثم إعادة التطبيق مرة أخرى على نفس المجموعة بفاصل زمني معين ومن ثم حساب معامل الارتباط بين درجات الاختبار في مرتي التطبيق

والناتج يمثل معامل الثبات، وتعرف في كتب ومراجع القياس النفسي والتربوي على تسمية هذا النوع من الثبات بطريقة إعادة التطبيق.

2- ثبات التكافؤ: تتم هذه الطريقة من خلال عمل أو إيجاد صورتين متكافئتين لنفس الاختبار من حيث عدد الأسئلة وتطبيقها ونوعها ومستوى صعوبتها، وتعطي كل صورة لنفس الطلبة بنفس التعليمات والظروف الاختبارية بفاصل زمني قصير ومن ثم حساب معامل الارتباط بين الشكلين والذي بدوره يمثل معامل ثبات الاختبار أو المقياس، وتسمى بطريقة الصور المتكافئة.**(النفيعي،2001.ص.45).**

3- ثبات الاتساق الداخلي: ويتم من خلال التجزئة النصفية أو حساب تباين تكافؤ الاختبار، ويستخدم هذا الأسلوب عادة من قبل المعلمين في اختباراتهم التحصيلية، ويمتاز بالسهولة واختصار الوقت.

4- ثبات التكافئ والاستقرار: وفي هذه الطريقة يتم الحصول على ثبات تكافئ والاستقرار معا وذلك من خلال تطبيق صورتين متكافئتين للاختبار حيث يتم في البدء تطبيق الصورة الأولى، بعد فاصل زمني طويل نسبيا تطبق الصورة الأخرى ومن ثم يتم حساب معامل الارتباط بيم مجموعتي الدرجات في التطبيقين والذي يمثل بدوره معامل ثبات التكافؤ والاستقرار للاختبار، وتقدير الثبات من خلال هذه الطريقة يعطي قيمة أقل من تلك القيمة التي يعطيها أي من ثبات الاستقرار أو التكافئ.**(بن معتوق،2008.ص.32).**

العلاقة بين الصدق والثبات:

إن معامل الثبات أشمل من الصدق ، لأنه يشمل الصدق وأشياء أخرى بمعنى إذا ارتفع معامل الصدق فإن معامل الثبات يرتفع حتما ، أما إذا ارتفع معامل الثبات فقد يرتفع معامل الصدق وقد لا يرتفع ، لأن الاختبار قد يتضمن بنودا لا تقيس ما يقيسه الاختبار (بنود غير صادقة) الأمر الذي يضعف من معامل صدق الاختبار ، بينما يكون أداء المفحوصين على هذه البنود متسقا مع جميع بنود الاختبار، رغم أنها غير صادقة .

وتشير بديهيات القياس النفسي إلى أن الاختبار غير ثابت لا يمكن أن يكون صادقا لأن انخفاض ثبات الاختبار يعني أن تباين الخطأ أكثر من التباين الحقيقي، وبالطبع فإن تباين الخطأ في درجات المفحوصين لا يمكن أن يرتبط ارتباطا دالا مع أي محك على هذا كلما زاد تباين الخطأ، قل معامل الصدق لأن الصدق هو التباين الحقيقي للاختبار.

ويعد الصدق أكثر أهمية من الثبات وأكثر صعوبة في التحديد وتذكر أغلب الدراسات المنشورة بيانات عن الثبات، أكثر بكثير من بيانات الصدق، ويعزى هذا إلى أن الصدق لا يمكن حسابه بشكل مباشر كالثبات، فالثبات يمكن التحقق منه بشكل مباشر من بيانات الاختبار ولا حاجة لبيانات خارجية عكس الصدف

ويؤكد خبراء القياس النفسي على أهمية الصدق في تقييم مدى صلاحية الاختبار لاستعمال مقارنة بالثبات**(معمرية،2012.ص.261-263).**

3-5- المعيار:

المعيار هو مرجع مقنن يسمح لنا بفهم معنى الاختبار ومقارنة درجة الفرد، بدرجات أفراد عينة التقنين، أي المعايير تحدد لنا دلالة الدرجة في الاختبار فمثلا إذا حصل فرد على درجة 20 في اختبار معين فما هي دلالة هذه الدرجة؟ هل تعني أنه ممتاز في القدرة التي يقيسها الاختبار أم هو متوسط أو ضعيف؟ إن هذه الدرجة في ذاتها لا تفيدنا في الإجابة على هذا التساؤل حتى لو علمنا أن النهاية العظمى لهذا الاختبار هي 25 درجة فإن دلالة هذه الدرجة لن تتضح إلا إذا قارننا بالدرجات التي يحصل عليها أفراد العينة التي ينتمي إليها هذا الفرد.

إذا فالمعايير تختلف تبعا لاختلاف الجماعة التي ينتسب إليها الفرد، فالطالب الذي يعلو مستواه عن المتوسط بالنسبة لأقرانه في اختبار ما، قد ينخفض مستواه عن المتوسط إذا قورن بجماعة عمال، وخاصة إذا اعتمد مثل هذا الاختبار على بعض النواحي الميكانيكية التي تميز جماعة العمال عن جماعة الطلبة، وهكذا ندرك أهمية تحديد المميزات والخواص الرئيسية للجماعة التي ينتسب لها الفرد.**(يوسف،2016،ص51).**

-أنواع المعايير:

1-العمر العقلي ونسبة الذكاء:

يمكن حساب العمر العقلي بإحدى الطريقتين الآتيتين:

أ-متوسط درجات الأفراد في اختبار ما للذكاء في عمر زمني معين، حيث يطبق الاختبار على أفراد في أعمار زمنية متتالية ثم نقوم بحساب متوسط درجات كل عمر زمني.**(احمد عمر،2010،ص240).**

ب-متوسط أعمار الأفراد الذين حصلوا على درجات خام معينة في اختبار للذكاء، حيث تقوم بتطبيق الاختبار على عدد كبير من الأفراد في أعمار مختلفة ويتم تصحيح الاختبار ثم نقوم بحساب متوسط أعمار جميع الأفراد الحاصلين على الدرجة(20) مثلا ويصبح هذا المتوسط للأعمار مساوي العمر العقلي للدرجة(20) وهكذا.

2-الميئينيات:

يتسم المعيار الميئيني بعدة صفات، فهو سهل في حسابه وفهمه ويصلح لجميع الأعمار وجميع أنواع الاختبار، لذلك فهو من أهم أنواع المعايير وأكثرها استعمالا، ويعتبر المعيار الميئيني من مقاييس الرتبة حيث يرتب أفراد في مائة مستوى، لأنه يقسم المنحنى التكراري الإعتدالي على مائة مساحة متساوية.**(أحمد عمر،2010،ص241).**

3-الدرجات المعيارية:

رغم أن الميئينيات هي المعيار الأكثر شيوعا نجد أن الدرجات المعيارية تمثل المعيار الأكثر جذبا نظرا لخصائصه، فالدرجات المعيارية تعتمد في حسابها على الانحراف المعياري الكلي للدرجات الخام كوحدة أساسية للقياس، كما أنها تحتفظ بجميع خصائص الدرجات الخام من حيث شكل توزيعها.**(أحمد عمر،2010،ص242).**

6- خطوات بناء الاختبار:

يخضع تصميم و إعداد الاختبار لعدد من الاعتبارات والقواعد المنهجية، كما يتطلب تصميم الاختبار دراية واسعة وعميقة بالأساليب المختلفة ومدى مناسبة كل منهما للأغراض المختلفة.

-ويمكن أن نلاحظ أن هناك اتجاهين بارزين في تصميم الاختبارات وهي:

الاتجاه الأول: علمي نظري يهدف إلى تصميم الاختبار وفق إطار نظري محدود، وللإجابة على فروض جيدة الصياغة يقدمها العالم. ويصمم وينتخب بعناية فائقة فقرات الاختبار وفقا لمدى قربها من فروضه الأساسية.

الاتجاه الثاني: عملي أو فني وهو يرمي لمجرد تطوير الاختبارات جديدة لتكون أداة في يد الممارس أو الأخصائي النفسي بغض النظر عن اعتبارها أداة علمية للبحث.**(شاكر،2014،ص68).**

-خطة تصميم الاختبار:

تقسم خطة تصميم الاختبار إلى عدد من الخطوات المحددة وتختلف هذه الخطوات وتصنيفها من باحث لآخر. إلا أنها تتضمن في كل الحالات في البداية التي تبدأ بها وتنتهي إليها كالآتي:

1-تحديد الهدف أو الأهداف الرئيسية من الاختبار:

إن تحديد الهدف من الاختيار من حيث ميادين استخدامه والمجتمع المراد تطبيقه عليه، على جانب كبير من الأهمية فإن كان الهدف من استخدامه الاختيار في الحصول على بيانات دقيقة كان لابد من استخدام الطرق الإحصائية والفنية التي تحقق هذا الغرض، أما إذا كان المطلوب جمع بيانات سريعة أو إذا كان المفروض أن يعهد بالاختبار إلى فئة من المعلمين غير المدربين تدريبا كافيا على استخدام الاختبارات المقننة روعي في تصميم الاختبار سهولة تفسير معاييره حتى ولو أدت هذه السهولة إلى التضحية ببعض الشيء ببعض الدقة

ذلك لأن تعقيد الاختبار من ناحية التعليمات أو التصحيح سيؤدي حتما إلى أخطاء أكبر.**(شاكر،2014،ص70).**

2- تقرير محك أو معيار الدرجة:

تفرض أهداف الاختبار نوع الإطار المرجعي الذي تفسر في ضوئه درجة الفرد وما إذا كان يعد جيد الأداء أم لا ويمكن التمييز هنا بين نوعين من المحكات:

أ-المحك المرجعي: ويستخدم هذا المحك أساسا في اختبارات التحصيل ففي قياس التحصيل يتضمن إشارة إلى حدود مقبولة للأداء على متصل يبدأ قطبه الأدنى من لا كفاءة على الإطلاق وينتهي قطبه الأعلى بأداء محكم تماما وفق تعريفات وحدات الاختبار مسبقة التحديد.

وحتى يمكن تصميم اختبار جديد ذي محك مرجعي فمن الضروري العمل وفق خطوات محددة من ذلك ضرورة وضع أشكال الأداء المطلوبة بصورة صريحة ومباشرة. وضرورة تحديد محكات قبول الأداء مسبقا وفقا لبرنامج تحصيل الموضوع المعين مثلا ويجب تحليل الأداء المطلوب لعناصره المختلفة حتى يمكن تقدير جوانب تحصيل المادة أو الخبرة موضوع الاختبار وأخيرا فإن النجاح على الاختبار يتقرر من خلال مقارنة الأداء لا بأداء أفراد آخرين ولكن بمقارنته بحجم المطالب المحددة في الاختبار وما أنجز منها. وسيتم لاحقا تحديد الخطوات التفصيلية لبناء الاختبارات المحكية المرجع.

ب- المحك المعياري:تختلف الاختبارات ذات المحك المعياري عن الاختبارات المحكية المرجع في أن الدرجة الخاصة بالفرد لا تقارن وفق حجم سابق التحديد للمطلب موضوع الاختبار، وإنما تقارن بالأداء الخاص ببقية الأفراد فنحن هنا نهدف للتعرف على الوضع النسبي للفرد بين مجموعة الأفراد وبهذا تكون الدرجة الخاصة بالفرد ذات قيمة من حيث أنها تفيدنا بمدى جودة هذا الأداء بالنسبة للمجموعة المختبرة ولكنها ليست ذات فائدة من حيث الإشارة إلى مدى جودة الأداء بالنسبة للمطالب الأساسية للاختبار أو المجال موضوع القياس.**(شاكر،2014،ص71).**

3- ترجمة المفاهيم و الأهداف إلى خصائص محددة:

المطلوب في هذه الخطوة هو أن نحول الأهداف إلى سلسلة من الخطوات والأعمال لنتمكن من كتابة الفقرات المناسبة التي يمكن أن يقدم تقديرا صادقا للجوانب التي تقوم بقياسها ويتم ذلك بتحديد عينة مقننة من هذا السلوك والذي يتعين أن يمثل بشكل جيد المفهوم الذي نصمم من أجله المقياس من خلال خطوات محددة وهي:

أ-وصف السلوك المطلوب قياسه: فإذا كان المفهوم هنا هو "القدرة الحسابية" فإن وصف السلوك يكون كالآتي: يتضمن السلوك المطلوب قياسه القيام بحل عدد من المشكلات الحسابية البسيطة دون أخطاء ويمكن إجراء العمليات الحسابية جميعها أما داخليا "عقليا" أو باستخدام الورقة والقلم ويقصد (بالعمليات الحسابية البسيطة) الجمع الطرح والضرب والقسمة والنسب المئوية والكسور.

ب- تحليل السلوك المطلوب قياسه: ويقصد به تصنيف هذا السلوك للتعرف على مكانه بين أشكال السلوك الأخرى والإشارة إلى طبيعته وإلى عموميته وقابليته للتنبؤ، فإذا طبقنا مثل قدمنا هذا التحليل على "القدرة الحسابية" فيمكن أن نصل إلى أن القيام بعمليات حسابية بسيطة يتأثر بكل من الاستعداد والتدريب أو العادات المستقرة لفترة طويلة والأفراد البارزين في هذا المجال لا يحتاجون لبذل مجهود كبير لتجنب الأخطاء وحساباتهم دائما صحيحة بصورة طبيعية، والأفراد الذين يفتقدون هذه الخاصية يقعون بالخطأ بسهولة وإجاباتهم الصحيحة تعود في اعتباره القدرة الأمر إلى مراجعتهم الدقيقة وإعادة المراجعة، والواقع أن الأشخاص أصحاب الدرجة المرتفعة يتمتعون بما يمكن اعتباره على المراجعة الآلية.

ج- تقرير خصائص الفقرات: ويقصد بها التقدم نحو وصف نوع الفقرات التي يمكن أن تؤدي إلى صدق قياس وتقويم السلوك المعين فإذا تقدمنا من المثال الخاص بالقدرة الحسابية فسنجد أن قياس السلوك الحسابي يتطلب أن يتضمن الاختبار عددا كبيرا من المشكلات البسيطة نسبيا والتي تتضمن عمليات جمع وطرح وضرب وقسمة وكسور عشرية ونسب ويتعين أن لا تتضمن الفقرات مشكلات صعبة أو بها خدعة يجب معرفتها للوصول إلى الحل

ويجب أن تكون التعليمات الموجهة للمفحوص واضحة ومتضمنة وأن يعمل المفحوص حسب سرعته الخاصة.**(شاكر،2014،ص.ص73،72).**

4- تصميم فقرات مناسبة تعبر عن هذه الخصائص:

إن هناك أكثر من شكل و أسلوب يمكن أن تصاغ به فقرات الاختبار، وتتطلب كتابة فقرات مناسبة لاختبار جديد تحليل الفقرات تحليلا كيفيا من حيث شكل الفقرات ومن حيث مضمونها إلى فقرات جيدة تقيس بشكل صادق السلوك المعين كما يؤدي هذا التحليل الكيفي إلى توضيح أهمية مراعاة شروط كتابة الفقرات الجيدة. كما يتطلب الأمر تحليلا كميا يهدف لتقدير مستوى صعوبة الفقرات وانتخاب الفقرات ذات الصعوبة المناسبة لأهداف الاختبار.

-**التحليل الكيفي:** تصنف الاختبارات من حيث بنيتها إلى اختبارات محددة البنية أو الاختبارات الموضوعية التي تتميز بأن المفحوص لا يقدم فيها إجابة للفقرة بل ينتخب إحدى الإجابات من بين عدد من الاختيارات التي يقدمها الاختبار، وتعتبر موضوعية حيث أن تصحيح الاختبار يتم بدون تدخل من جانب الفاحص.

وقبل كتابة فقرات الاختبار على واضع الاختبارات أن يفكر في طول الاختبار وعدد فقراته وأن أهداف الاختبار هي التي تحدد طوله فإن كان لأجل مقارنة سريعة فلا داعي للاختبار الطويل، أما إذا كان لأجل جمع بيانات دقيقة فمن الواجب أن يكون الاختبار طويل متعدد الأسئلة.

-هناك عدد من القواعد العامة في كتابة الفقرات العامة للوصول إلى مستوى صدق جيد للاختبار منها ما يلي:

1-احتواء الفقرة الواحدة على فكرة واحدة فقط والابتعاد عن الأسئلة المزدوجة.

2-الابتعاد عن استخدام الكلمات الغريبة أو الكلمات التي تحمل أكثر من معنى واحد.

3- محاولة استخدام الصيغة الإيجابية للفقرات كلما أمكن ذلك.

4- تجنب استخدام الإطلاق في العبارات مثل دائما أبدا، حتما وفي كل مكان.

5- البساطة والسهولة وعدم الغموض.

6- الموضوعية وإمكانية تبويب الإجابات.

7- تحاشي الأسئلة الإيحائية.

8- تحاشي الأسئلة التطفلية والتي تسبب إحراجا. **(شاكر،2014،ص.ص75،74).**

-القواعد الأساسية في تصميم الفقرات:

1-أن يتضمن الاختبار فقرات تشكل بصورة جيدة عينة ممثلة للمجال الذي تهدف لقياسه.

2-أن تندرج فقرات الاختبار وفق لمحك معين. وتعني هذه الخاصية أن ترتب فقرات الاختبار من حيث الصعوبة بشكل متدرج وبحيث يكون مستوى صعوبتها موحدا بالنسبة لكل الأفراد.

3-إن ترتيب فقرات الاختبار وفق متصل المتغير موضوع القياس بطريقة تجعلنا أمام مقياس مسافات ويلاحظ هنا أن الفقرات التي يتضمنها مثل هذا تتسم بخاصية التعبير عن فروق متساوية على القدرة.

4- أن يكون الصفر على أول فقرات المقياس تعبيرا جيدا عن كمية صفرية من القدرة التي تقاس فإذا أضفنا الخاصية السابقة لهذه الخاصية يصبح مقياسها مقياس نسبة يمكن معالجة نتائجه بالعمليات الحسابية الأربعة.

5- أن تكون الفقرات بمثابة وحدات قياس ذات معنى واضح، لأن ذلك يؤدي إلى ربط وحدات القياس بالخطأ المعياري للمقياس، وهو ما يوفر ميزة تسمح لمستخدم الاختبار بترجيح أن الفروق بين الأفراد تعود أساسا إلى الخطأ في الأداء وليس لأي عامل آخر.**(شاكر،2014،ص.ص76،75).**

5-اختبار مستوى الصدق والصعوبة لفقرات الاختبار:

-التحليل الكمي:

هناك اعتباران أوليان يبرزان عند انتخاب فقرات اختبار ما.

الأول هو: هل الفقرة صادقة في قياس السمة التي نرغب في قياسها بمعنى هل تمكننا هذه الفقرة من التمييز بين الأشخاص أصحاب القدر الضئيل منها؟ ويجاب عادة على هذا السؤال من خلال الأساليب الإحصائية الخاصة بحساب صدق فقرات الاختبار.

أما الاعتبار **الثاني:** فهو هل مستوى صعوبة الفقرة مناسبة للمجموعة من الأفراد الذين سيختبرون بهذا الاختبار؟

1-صدق الفقرات: ويعني مؤشر الصدق حسن قياس الفقرة أو تمييزها في اتساق مع بقية الاختبار أو حسن تنبؤه بالمحك الخارجي، ويمكن أن نلاحظ عددا من المؤشرات الشائعة للصدق في الاستخدامات المختلفة من ذلك: نسبة المفحوصين الذين يجيبون على الفقرة إجابة مقبولة (تمييزية) أو الارتباط بين الفقرة ومحك خارجي أو الارتباط بين الفقرة وبقية الاختبار وهو محك داخلي. ونادرا ما يلجأ مصمم الاختبار إلى حساب الارتباط بين الفقرة والمحك الخارجي وقليلا ما يحسب الارتباط بين الفقرة وبقية الاختبار والأسلوب الأكثر شيوعا هو حساب القدرة التمييزية للاختبار من خلال نسبة المفحوصين الذين يتجاوزونه ودون إجراء مثل هذا التحليل لصدق الفقرات، ومهما كانت خبرة مصمم الاختبار وموضوعيته فسيظل الاختبار في حاجة إلى فحصه لتقرير هذه الخصائص التمييزية للفقرات.**(شاكر،2014،ص77).**

2- صعوبة الفقرات: إن فعالية الاختبار تتأثر بشكل مباشر في عدد من المواقف بتشتت قيم صعوبة الفقرات. وبصيغة عامة تحدد صعوبة الفقرات بحساب نسبة الأفراد الذين يجيبون على الفقرة أجابه صحيحة، فإذا كانت الإجابة على الفقرة أما صواب أو خطأ فالأسلوب المباشر لتحديد صعوبته هو حساب متوسط الدرجة عليه أو نسبة الإجابة بصواب للمجموع الكلي للأفراد، وهي تمثل الاحتمالية العملية لقدرة الجمهور المعني بالفقرة أو المتميز بالقدرة

على الإجابة عليه إجابة صحيحة. ولأن إمكانية توحيد مستوى الصعوبة بشكل حاسم في كل فقرات الاختبار تؤدي إلى آثار جانبية على كل من صدق الاختبار وتجانسه، فيتعين الاهتمام في هذه الحالة بترتيب الفقرات من حيث مستوى صعوبتها من الأسهل إلى الأصعب على أن يكون مدى الصعوبة بين أسهل وأصعب فقرة محدودا بقدر الإمكان.**(شاكر،2014،ص81).**

6-فعالية المشتتات:

المشتتات عبارة عن الخيارات الأخرى غير الصحيحة للسؤال ذي الاختيار من متعدد ويفترض في المشتتات ما يلي:

1-أن تكون جذابة وبالذات للأفراد الذين لا يعرفون الاختيار الصحيح، أي يتم اختيار أي مشتت من قبل مفحوص أو أكثر بنسبة لا تقل عن 5% من المفحوصين.

2- المشتتات عبارة عن إجابة خاطئة، لذلك فالمشتت الجيد هو الذي يكون عدد المفحوصين الذين يختارونه من الفئة العليا أقل من عددهم في الفئة الدنيا أي إنه (يميز باتجاه معاكس لتمييز الفقرة). وكلما كان هذا دليل على أن المشتت جيد.

معامل فعالية المشتت= ن ع – ن د \ ن

ن ع = عدد الأفراد في الفئة العليا الذين اختاروا المشتت.

ن د = عدد الأفراد في الفئة الدنيا الذين اختاروا المشتت.

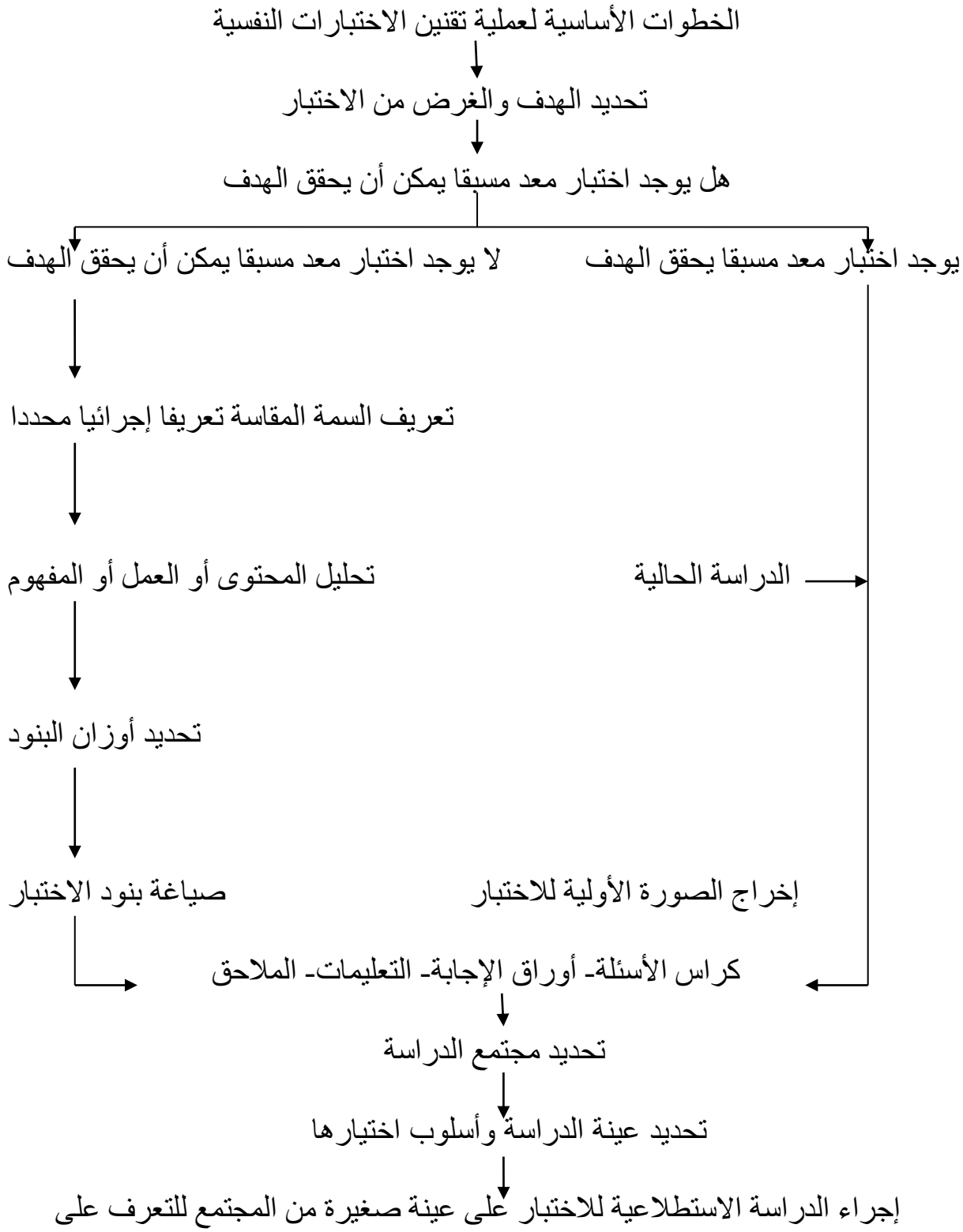
ن = عدد الأفراد في الفئتين.**(شاكر،2014،ص.ص84،83).**

7- إعداد الاختبار للاستخدام:

بعد أن ينتهي الباحث من جميع المراحل الأساسية لتصميم الاختبار يصبح من الضروري أن يضع الاختبار في صورته النهائية التي سيقدم بها إلى المفحوصين، من ذلك ما إذا كانت فقراته ستقدم في شكل بطاقات ستوضع في كتيب مستقل على أن يرافق بها صحيفة منفصلة

للإجابة، كما يجب وضع تعليمات مناسبة للاختبار قبل تجربة الاختبار.**(شاكر،2014،ص84).**

8- تقنين الاختبار:



مدى وضوح الأسئلة والتعليمات، والتعرف على الخصائص السيكومترية

للاختبار إجراء التعديلات اللازمة للاختبار

↓

تطبيق الاختبار بصورته النهائة على عينة التقنين

↓

تصحيح الاختبار وتجهيز النتائج للتحليل الإحصائي

↓

تحليل بنود الاختبار وتشمل إيجاد صعوبة كل بند،

ومعامل التمييز وتباين البند وفعالية المشتت

↓

إيجاد الخصائص السيكومترية للإختبار (الصدق و الثبات)

↓

إعداد معايير الأداء

إعداد دليل الاختبار وتجهيزه للنشر

(شاكر،2014،ص.ص90،89)

خلاصة:

تعد الاختبارات النفسية أدوات لجمع البيانات والمعلومات حول الأفراد المختبرين بهدف تشخيصهم وتصنيفهم أو إصدار الحكم على تقدماتهم ومكانتهم النسبية، من الجماعة المعيارية، ولي نستفيد من تلك الخدمات التي تقدمها هذه الاختبارات ينبغي أن ننتبه إلى حقيقة مهمة وهي أن أي أداة يمكن أن تكون مفيدة أو ضارة، بحسب كيفية بناؤها واستخدامها.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

1-الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج البحث.

3- مكان و زمان الاجراء البحث.

4- عينة البحث.

5- وسائل و الأدوات البحث.

6- صدق و ثبات أداة البحث.

تمهيد:

يعتبر المنهج التطبيقي من أكثر الأجزاء أهمية مقارنة بالأجزاء الأخرى، فلدراسة أي موضوع يفرض على الباحث إتباع منهج معين، وهذا إما يكون حسب اختلاف مشكلات البحث والأهداف المسطرة من قبل الباحث والتي يتمكن من تحقيقها علميا، لهذا فإن هذا القسم من البحث يعرض لنا أهم الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها خلال دراستنا هذه.

1- الدراسة الإستطلاعية:

في بداية بحثنا قمنا بالدراسة الاستطلاعية وهي دراسة تهدف إلى تكوين أطر نظرية يمكن اختبارها وذلك بعد تحديد واضح لمشكلة الدراسة أو البحث موضوع الاهتمام.

حيث تعتبر أول خطوة في بحثنا، والتي ساعدتنا في التعرف على الميدان فكانت البداية بحثنا المركز النفسي البيداغوجي بآيت أومالو، ثم المستشفى العمومي ببالوة وغيرها، لكن لم نجد الحالات المرغوب فيها، واضطرنا إلى البحث حتى في العيادات الخاصة لكن لم تتوفر العينة المرغوب فيها وبعد ذلك وجهونا بعض الزملاء إلى مركز المعوقين ذهنيا ببوزقن أين وجدنا حالتين، لكن لم تكن كافية وتوجهنا بعدها إلى المدرسة الاجتماعية حداق سي موحند أومقران أين وجدنا 3 حالات واكتملت بذلك عدد العينة المطلوب.

2- منهج البحث:

قمنا بإتباع في بحثنا هذا المنهج الوصفي، الذي هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد عبر فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية تنسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة.**(فارس، 2018،ص،93).**

ويهدف هذا المنهج إلى تحديد الأوصاف الدقيقة للأنشطة والأشياء والعمليات والأشخاص والمشكلات والظواهر في وضعها الذي هي عليه، وإبراز جوانب معينة فيها وتحديد العلاقات التي توجد بينها أو تحديد الصورة التي يجب أن تكون عليها هذه الظواهر في ظل معايير محددة، مع تقديم توصيات أو اقتراحات من شئنها تعديل الواقع للوصول إلى ما يجب أن تكون عليه هذه الظواهر.**(عبد الغني، 2012،ص،102).**

3- مكان وزمان إجراء البحث:

قمنا بإجراء الدراسة الميدانية لمدة شهر تقريبا، وذلك في مركزين بيداغوجيين والمتمثلين في:

- المركز الخاص بالمعوقين ذهنيا ببوزقن وهو مركز بيداغوجي يتواجد في قرية آيت سيدي عمار ببوزقن، حيث يستقبل المركز 89 حالة (أطفالا وشبابا)، منهم ما يعانون من إعاقة عقلية وعرض داون و التوحد والشلل الدماغي وغيرهم.

- مدرسة المعاقين حدا ق سي موحند أومقران بعزازقة قرية "إمجرورذ" حيث يتوافر على إضطرابات مختلفة من بينها: عرض داون، التأخر العقلي، والشلل الدماغي.

4-عينة البحث وخصائصها:

الحالات	السن	اللغة المستعملة
حكيم.ت	12سنة	القبائلية
أمال.ب	8 سنوات	القبائلية
سفيان.ت	12 سنة	القبائلية
إيناس.ق	12 سنة	القبائلية
صامي.ق	12 سنة	القبائلية

جدول رقم(03): عينة البحث

خصائصها:

أن تكون هذه العينة:

- متكلمة للهجة القبائلية.

- العينة من جنس ذكور وإناث تم اختيارها عشوائيا.

- أن يكونوا مصابين بالشلل الدماغي.

5-صعوبة البحث:

- قلة المراجع باللغة العربية خاصة فيما يخص فصل اللهجة القبائلية.

- صعوبة إيجاد الكلمات باللهجة القبائلية.

- ضيق الوقت وصعوبة التنقل في ظل جائحة كورونا.

- عدم توفر عينات حول موضوع بحثنا مما استلزم منا التنقل من مكان لآخر.

6- وسائل وأدوات البحث: (انظر الملحق رقم 06)

6-1- تعريف أداة البحث:

حاولنا في بحثنا هذا بناء أداة لتقييم عسر التلفظ لدى الشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية.

- والأداة عبارة عن 4 بنود يحتوي كل بند منها على كلمات تقدم للمفحوص وهو يقوم بإعادتها والتقييم يكون حسب إجاباتهم.

- والسبب الرئيسي الذي دفعنا لبناء هذه الأداة هو نقص الوسائل التقييمية باللهجة القبائلية في الوسط العيادي الجزائري.

6-2- طريقة بناء الأداة:

لقد اعتمدنا لبناء هذا الاختبار على عدة اختبارات من بينها اختبار **(Batterie d'évaluation clinique de dysarthrie).**

- بعد الإطلاع على مختلف نماذج مفسرة لعسر التلفظ وبالاعتماد على بعض الاختبارات باللهجة القبائلية استطعنا بناء 4 بنود للأداة حيث قدمنا الاختبار لخمسة أساتذة جامعيين، وخمسة ممارسين أرطوفونيين (أنظر الملحق رقم8) وذلك لغرض إبداء آرائهم من أجل ، وبعد أخذ الملاحظات بعين الإعتبار لنتحصل في الأخير على النسخة النهائية كالتالي:

تحتوي هذه الأداة على 4 بنود وهي كالآتي:

البند الأول: المقاطع الشفوية يحتوي على 29 كلمة.

البند الثاني: المقاطع اللسانية تحتوي على 57 كلمة.

البند الثالث: مقاطع الخدين والفك السفلي تحتوي على7 كلمات.

البند الرابع: مقاطع الحنك الرخو 77تحتوي على كلمة.

6-3- هدف الاختبار:

يهدف هذا الاختبار إلى تقييم و إظهار اضطرابات الإنتاج الصوتي.

6-4- طريقة تطبيق الاختبار:

ملاحظة: نقدم التعليمة للطفل باللهجة القبائلية وبعد التأكد من فهمه لها نقدم له الكلمات ثم يعيدها.

من أجل تطبيق هذه البنود يجلس المفحوص مقابل الفاحص على الطاولة، حيث تكون الحصة فردية وفي جو هادئ خالي من التشويش، وقبل التطبيق نقدم له بعض التمارين الفمية (اللسان ، الشفتينن الخدين والفك السفلي، الحنك الرخو) لتهيئة الطفل على تكرار الكلمات.

6-5- التوقيت:

بعد تقديم التعليمة للمفحوص والتأكد من فهمها لها. تقوم بتقديم مجموعة من الكلمات من السهل إلى الصعب وهو يقوم بإعادتها حيث تتراوح المدة الزمنية للحصة بين 45 دقيقة إلى ساعة.

6-6- التنقيط:

الإجابة الصحيحة: 1 نقطة

الإجابة الخاطئة: 0

لا توجد إجابة: 0

7- صدق وثبات أداة البحث:

يعد الصدق من الخصائص المهمة التي يجب أن يتوفر عليها الاختبار الجيد، وعامل مهم يجب التأكد منه سواء في بناء أو تكييف الاختبارات، ويشير الصدق إلى المدى الذي تكون فيه أداة القياس مفيدة لهدف معين. ولكي نقوم بالتأكد من صدق أداة بحثنا فقد اعتمدنا على الطريقة التالية:

7-1- صدق المحكمين:

ويهدف التعرف على مدى فعالية البنود، قمنا بتقديم الاختبار لمجموعة من الأساتذة والأخصائيين الأرطفونيين لغرض إبداء آرائهم وإعطاء ملاحظات أو تعديلات من أجل أن يصبح الاختبار أفضل، حيث قدمت لنا بعض الملاحظات من بينها:

- تعديل الكتابة الصوتية العالمية.

- تبيان المصدر عن البند.

- تعديل من التعليمة المقدمة للطفل.

- إيجاد كلمة باللغة العربية تقابل الديزارتريا، وتم اختيار عبارة عسر التلفظ.

7-2- ثبات الأداة:

هناك عدة طرق للتحقق من ثبات الاختبار، وفي دراستنا اعتمدنا على طريقة تطبيق وإعادة التطبيق.

- وللتحقق من صدق وتحقيق الفرضية استعملنا (Spss)، حيث: إذا كانت النتيجة أكبر من (0.05) أو أقل من (1) فالأداة صادقة.

خلاصة:

من خلال الدراسة النظرية و البحث الميداني حو تقييم عسر التلفظ لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، قمنا من خلال هذا الفصل بتسطير ورسم منهجية بحثنا وإتباع المنهجية المناسبة الخاصة بالدراسة الميدانية.

الفصل السادس

1- عرض و تحليل نتائج صدق و ثبات الاختبار.

- نتائج (T-test)

- نتائج (Mann-Whitney)

2- تقديم و تحليل نتائج الحالات المرضية.

3-الاستنتاج.

4- خاتمة.

تمهيد:

بعد التطرق إلى المنهجية المتبعة في هذه الدراسة سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات، ثم تقديم كل حالة وتحليل نتائجها (الحالات المرضية).

صدق وثبات الأداة:

- عرض وتحليل نتائج اختبار (T.test) للفروق الفردية:

1-1- الجدول رقم (04): عرض وتحليل نتائج إختبار (T.test) الخاص بالبند الأول المقاطع الشفوية.

الوظيفة	المجموع	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	F	قيمة (Sig)	T.test	قيمة (sig)
المقاطع الشفوية	الكلية	23	29	0.00	20.60	0.00	1.00	0.35
	الجزئية	**7**	28.85	0.37				

من خلال النتائج أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار تحليل التباين(F) يساوي (20.60) في حين أن قيمة (Sig) لاختبار التباين تساوي (0.00) وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05) وعليه فالتباين متجانسين (متساوي) لدى المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية. في حين أن قيمة اختبار (T.test) تساوي (1.00) وقيمة (Sig) لاختبار(T.test) تساوي (0.35) وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات كل من المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية للمقاطع الشفوية

2-1- جدول رقم(05): عرض وتحليل نتائج إختبار (T.test) الخاص بالبند الثاني المقاطع اللسانية

الوظيفة	المجموع	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	F	قيمة (Sig)	T.test	قيمة (sig)
المقاطع	الكلية	23	56.95	0.20				

اللسانية	الجزئية	**7**	57	0.00	1.30	0.26	0.54	0.59

من خلال النتائج أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار تحليل التباين(F) يساوي (1.30) في حين أن قيمة (Sig) لاختبار التباين تساوي (0.26) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه فالتباين متجانسين (متساوي) لدى المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية. في حين أن قيمة اختبار (T.test) تساوي (0.54) وقيمة (Sig) لاختبار(T.test) تساوي (0.59) وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات كل من المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية للمقاطع اللسانية.

3-1- جدول رقم(06): عرض وتحليل نتائج إختبار (T.test) الخاص بالبند الرابع لمقاطع الحنك الرخو.

الوظيفة	المجموع	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	F	قيمة (Sig)	T.test	قيمة (sig)
مقاطع الحنك الرخو	الكلية	23	76.95	0.20	1.30	0.26	0.54	0.59
	الجزئية	**7**	77	0.00				

من خلال النتائج أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار تحليل التباين(F) يساوي (1.30) في حين أن قية (Sig) لاختبار التباين تساوي (0.26) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه فالتباين متجانسين (متساوي) لدى المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية. في حين أن قيمة اختبار (T.test) تساوي (0.54) وقيمة (Sig) لاختبار(T.test) تساوي (0.59) وهو

مستوى أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات كل من المجموعة الكلية والمجموعة الجزئية لمقاطع الحنك الرخو.

ملاحظة:

نلاحظ غياب لنتائج مقاطع الخدين والفك السفلي حيث ان (T.test) لا يمكن حسابه لأن الانحراف المعياري للمجموعتين الكلية والجزئية هو (0) ومنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين.

2- عرض وتحليل نتائج (Mann.whitney) في ضوء الفرضيات:

ملاحظة :

لمعرفة صدق أو تحقيق الفرضية استعملنا برنامج Spss (Mann-whitney)لذلك استخدمنا في تحليل الفرضيات الطريقة الإحصائية والتي يمكن شرحها بطريقة أخرى فكل سؤال وفرضية يقابلها التساؤل والفرضية الإحصائية بالشكل التالي:

-التساؤلات الإحصائية التي مفادها:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند المقاطع الشفوية؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند المقاطع اللسانية؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند مقاطع الحنك الرخو؟

-الفرضيات الإحصائية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند المقاطع الشفوية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند المقاطع اللسانية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات العادية والحالات المرضية في بند مقاطع الحنك الرخو.

2-1- الجدول رقم (07): يوضح نتائج اختبار (Mann.whitney) للعينتين (العادية والمرضية) في بند المقاطع الشفوية.

المحاور	العينة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار Mann.whitney	قيمة (Sig)
المقاطع الشفوية	العادية	7	9	63	-2.952	0.003
	المرضية	5	3	15		

من خلال نتائج الجدول أعلاه والذي يوضح نتائج (مان-وتني) لاختبار المقاطع الشفوية حيث يتضح أن قيمة إختبار (مان-وتني) تساوي (2.952-) في حين أن قيمة (Sig) تساوي (0.003) وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة (0.01)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابات بين الحالات العادية والمرضية في بند المقاطع الشفوية، في حين أن متوسط متوسط الرتب عند العاديين هو (9) وبلغ مجموع رتبه (63)، أما متوسط الرتب

الخاص بالحالات المرضية قدرت ب (03) وقدر مجموع رتبه (15)، ومنه يلاحظ أن أداء الحالات العادية أعلى من أداء الحالات المرضية، وبذلك يتم قبول الفرضية الجزئية الأولى التي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بند المقاطع الشفوية بين الحالات العادية والحالات المصابة بالشلل الدماغي.

2-2- الجدول رقم (08): يوضح نتائج اختبار (Mann.whitney) للعينتين (العادية والمرضية) في بند المقاطع اللسانية.

المحاور	العينة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار Mann.whitney	قيمة (Sig)
المقاطع اللسانية	العادية	7	9	63	-3.169	0.002
	المرضية	5	3	15		

من خلال نتائج الجدول أعلاه والذي يوضح نتائج (مان-وتني) لاختبار المقاطع اللسانية حيث يتضح أن قيمة إختبار (مان-وتني) تساوي (3.169-) في حين أن قيمة (Sig) تساوي (0.002) وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة (0.01)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابات بين الحالات العادية والمرضية في بند المقاطع الشفوية، في حين أن متوسط متوسط الرتب عند العاديين هو (9) وبلغ مجموع رتبه (63)، أما متوسط الرتب الخاص بالحالات المرضية قدرت ب (03) وقدر مجموع رتبه (15)، ومنه يلاحظ أن أداء الحالات العادية أعلى من أداء الحالات المرضية، وبذلك يتم قبول الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بند المقاطع اللسانية بين الحالات العادية والحالات المصابة بالشلل الدماغي.

2-3- الجدول رقم (09): يوضح نتائج اختبار (Mann.whitney) للعينتين (العادية والمرضية) في بند مقاطع الخدين والفك السفلي.

المحاور	العينة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار Mann.whitney	قيمة (Sig)
المقاطع اللسانية	العادية	7	8.5	59.5	-2.712	0.007
	المرضية	5	3.7	18.5		

من خلال نتائج الجدول أعلاه والذي يوضح نتائج (مان-وتني) لاختبار مقاطع الخدين والفك السفلي حيث يتضح أن قيمة إختبار (مان-وتني) تساوي (2.712-) في حين أن قيمة (Sig) تساوي (0.007) وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة (0.01)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابات بين الحالات العادية والمرضية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي، في حين أن متوسط الرتب عند العاديين هو (8.5) وبلغ مجموع رتبه (59.5)، أما متوسط الرتب الخاص بالحالات المرضية قدرت ب (3.7) وقدر مجموع رتبه (18.5)، ومنه يلاحظ أن أداء الحالات العادية أعلى من أداء الحالات المرضية، وبذلك يتم قبول الفرضية الجزئية الثالثة التي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي بين الحالات العادية والحالات المصابة بالشلل الدماغي.

2-4- الجدول رقم (10): يوضح نتائج اختبار (Mann.whitney) للعينتين (العادية والمرضية) في بند مقاطع الحنك الرخو.

المحاور	العينة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار Mann.whitney	قيمة (Sig)
المقاطع	العادية	7	9	63	-3.034	0.002

اللسانية	المرضية	5	3	15		

من خلال نتائج الجدول أعلاه والذي يوضح نتائج (مان-وتني) لاختبار مقاطع الحنك الرخو حيث يتضح أن قيمة إختبار (مان-وتني) تساوي (3.034-) في حين أن قيمة (Sig) تساوي (0.002) وهو مستوى أقل من مستوى الدلالة (0.01)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاستجابات بين الحالات العادية والمرضية في بند مقاطع الخدين والفك السفلي، في حين أن متوسط الرتب عند العاديين هو (9) وبلغ مجموع رتبه (63)، أما متوسط الرتب الخاص بالحالات المرضية قدرت ب (3) وقدر مجموع رتبه (15)، ومنه يلاحظ أن أداء الحالات العادية أعلى من أداء الحالات المرضية، وبذلك يتم قبول الفرضية الجزئية الرابعة التي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بند مقاطع الحنك الرخو بين الحالات العادية والحالات المصابة بالشلل الدماغي.

3- تحليل النتائج الإحصائية للأشخاص العاديين:

بما أن العينة العاديين يتراوح عددها (30) وهي أكبر من العينة المرضية التي يتراوح عددها في (5) حالات، لذلك قمنا باختيار عينة تقدر ب(7) من بين (30)، وقد تم حساب الفروق الفردية بين الأفراد من خلال تطبيق إختبار (T.test) ولقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأشخاص العاديين(التطبيق وإعادة التطبيق).

4- تقديم وتحليل نتائج الحالات المرضية:

4-1- تقديم الحالة الأولى: (حكيم.ت) يبلغ من العمر 12 سنة.

- التحليل الكمي:

تحصلت هذه الحالة على:

- بند الأول المتمثل في المقاطع الشفوية تحصل على 5 إجابات صحيحة من بين 29 كلمة.

- البند الثاني المتمثل في المقاطع اللسانية تحصل على 4 إجابات صحيحة من بين 57 كلمة.

- البند الثالث المتمثل في مقاطع الخدين والفك السفلي لم يتحصل على أية نقطة.

- البند الرابع المتمثل في مقاطع الحنك الرخو تحصل على إجابتين صحيحتين من بين 77 كلمة.

- التحليل الكيفي:

من خلال الإجابات المتحصل عليها من طرف الحالة الأولى نلاحظ أن في جميع البنود أنه يستبد الحروف بحرف (L)، كما أن معظم الإجابات الصحيحة التي تحصل عليها كانت كلمات سهلة ذات مقطع واحد (cv - cvc) وأحيانا عندما نطلب منه إعادة الكلمة تارة ينطق الحرف الأول ممدودا وتارة أخرى يصمت لا يقدم أي إجابة.(انظر الملحق رقم1).

4-2- تقديم الحالة الثانية: (أمال.ب) تبلغ من العمر 8 سنوات.

- التحليل الكمي:

تحصلت هذه الحالة على:

- بند الأول المتمثل في المقاطع الشفوية تحصلت على 16 إجابات صحيحة من بين 29 كلمة.

- البند الثاني المتمثل في المقاطع اللسانية تحصلت على 35 إجابات صحيحة من بين 57 كلمة.

- البند الثالث المتمثل في مقاطع الخدين والفك السفلي تحصلت على 5 إجابات صحيحة من بين 7 كلمة .

- البند الرابع المتمثل في مقاطع الحنك الرخو تحصلت على 44 إجابة صحيحة من بين 77 كلمة.

- **التحليل الكيفي:**

من خلال الإجابات المتحصل عليها من طرف هذه الحالة نلاحظ أنها لديها جميع الصوامت ما عادا حرف (s z ʂ) بحيث تنطق z ← g و ʂ ← k.

وعندما تكون الحروف مركبة في كلمة تشوهها ما عادا الكلمات السهلة.(انظر الملحق رقم 02)

4-3- تقديم الحالة الثالثة: (سفيان.س) يبلغ من العمر 12 سنة.

- **التحليل الكمي:**

تحصلت هذه الحالة على:

- بند الأول المتمثل في المقاطع الشفوية تحصلت على 17 إجابة صحيحة من بين 29 كلمة.

- البند الثاني المتمثل في المقاطع اللسانية تحصلت على 12 إجابة صحيحة من بين 57 كلمة.

- البند الثالث المتمثل في مقاطع الخدين والفك السفلي تحصل على7 إجابات صحيحة من بين 7 كلمة .

- البند الرابع المتمثل في مقاطع الحنك الرخو تحصلت على 30 إجابة صحيحة من بين 77 كلمة.

- التحليل الكيفي:

من خلال الإجابات المتحصل عليها من طرف الحالة الثالثة نلاحظ صعوبة في نطق الكلمات، بالإضافة إلى إبدال الحروف حيث ينطق (θ) ب (t) ، (ð) ب (d)، (ḍ) ب (d). وغياب كلي لحرف (ṭ) سواء لوحده أو داخل الكلمة، وأحيانا لا نسجل أي إجابة.(انظر الملحق رقم03).

4-4- تقديم نتائج الحالة الرابعة: (أنابيس.ق) تبلغ من العمر 12 سنة.

- التحليل الكمي:

تحصلت هذه الحالة على:

- بند الأول المتمثل في المقاطع الشفوية تحصلت على 19 إجابة صحيحة من بين 29 كلمة.

- البند الثاني المتمثل في المقاطع اللسانية تحصلت على 27 إجابة صحيحة من بين 57 كلمة.

- البند الثالث المتمثل في مقاطع الخدين والفك السفلي تحصل على6 إجابات صحيحة من بين 7 كلمة .

- البند الرابع المتمثل في مقاطع الحنك الرخو تحصلت على 65 إجابة صحيحة من بين 77 كلمة.

- التحليل الكيفي:

من خلال النتائج المتحصل عليها للحالة الرابعة نلاحظ استبدال حرف (ð) و(ḍ) ب (d) بالإضافة إلى تكرار الصائت [a] و [i] عندما يكون في بداية الكلمة، كما أنها تستغرق بعض الوقت حتى تنطق بالكلمة مما يؤدي إلى تشويه الكلمة أو عدم وضوحها.(انظر الملحق رقم 04).

4-5- تقديم الحالة الخامسة: (صامي.ق) يبلغ من العمر 12 سنة.

- التحليل الكمي:

تحصلت هذه الحالة على:

- بند الأول المتمثل في المقاطع الشفوية تحصل على 22 إجابة صحيحة من بين 29 كلمة.

- البند الثاني المتمثل في المقاطع اللسانية تحصل على 37 إجابة صحيحة من بين 57 كلمة.

- البند الثالث المتمثل في مقاطع الخدين والفك السفلي لم يتحصل على أية نقطة.

- البند الرابع المتمثل في مقاطع الحنك الرخو تحصلت على 59 إجابة صحيحة من بين 77 كلمة.

- التحليل الكيفي:

من خلال الإجابات المتحصلة عليها من طرف الحالة الخامسة لاحظنا أن نتائج هذه الحالة مقبولة مقارنة بالحالات الأخرى إلا في بند الخدين والفك السفلي، التي لم يتحصل فيها على أية إجابة وذلك بسبب استبدال حرف (ʃ) بحرف (θ) كما لاحظنا عليه صعوبة في إعادة الكلمة حيث يستغرق بعض الوقت كأنه يهيئ نفسه.(انظر الملحق رقم 05)

الإستنتاج العام:

من خلال ما تطرقنا إليه من دراسات، والتي تناولت موضوع عسر التلفظ لدى الشلل الدماغي، والتي أكدت ضعف التحكم في العضلات الفمية الوجهية والتي تؤدي إلى عسر التلفظ، ومن خلال دراستنا التي كان الهدف منها تقييم عسر التلفظ لدى العاديين وأطفال الشلل الدماغي، ومن خلال بناء إختبار تقييم عسر التلفظ لتقييم كل من المجموعتين (العادية) و(المرضية)، وعلى ضوء ما توصلت إليه دراستنا يمكن أن نستنتج ما يلي:

الأطفال العاديين هم الأكثر استجابة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، فيما يخص البند الأول المقاطع الشفوية، فمن خلال النتائج الإحصائية المتحصلة عليها نجد أداء الأشخاص العاديين أكثر من الأشخاص المرضى، والتي دلت على وجود فروق وهذا بسبب عدم قدرة أطفال الشلل الدماغي في التحكم في مخارج الأصوات الشفوية.

بالنسبة للبند الثاني والمتمثل في المقاطع اللسانية، فإن العاديين هم الأكثر استجابة من الأشخاص المرضى، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها التي دلت على وجود فروق والإختلاف يعود إلى الصعوبات التي يواجهها أطفال الشلل الدماغي في تحريك اللسان بصفة إرادية.

وفيما يخص البند الثالث الخاص بالخدين والفك السفلي تظهر النتائج أن العاديين هم الأكثر استجابة من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها التي دلت على وجود فروق، والاختلاف يعود إلى الصعوبات التي يواجهها أطفال الشلل الدماغي سواء الذين يعانون من ارتخاء العضلات أو تقلصها.

وبالنسبة للبند الرابع والأخير، مقاطع الحنك الرخو، الأشخاص العاديين هم الأكثر استجابة من الأشخاص المرضى وذلك من خلال النتائج المتصل عليها التي دلت على وجود فروق والاختلاف يعود إلى عدم قدرة أطفال الشلل الدماغي في التنسيق بين الحركات الوجهية لنطق الكلمة.

والسبب يبقى واحد وهو عدم قدرة أطفال الشلل الدماغي في التحكم بالعضلات الفمية، سواء اللسان أو الحلق أو الحنجرة.

وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأشخاص العاديين والحالات المرضية.

وانطلاقا مما سبق وفي ظل النتائج المتحصل عليها في اختبار (Mann-whiteny)، يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى والثانية والثالثة والرابعة والتي تتضمن البنود الأربعة (المقاطع الشفوية، اللسانية، الخدين والفك السفلي، الحنك الرخو) صالحة لتقييم عسر التلفظ.

ومن هنا يمكن القول أن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة قد تحقق والمتمثل في تقييم عسر التلفظ، وذلك بتطبيق الأداة التي قمنا ببنائها، وهذا ما تؤكده النتائج المتحصل عليها من خلال برنامج (Spss)، والتي قمنا بتحليلها في ضوء الفرضيات، وبهذا قد توصلنا في الأخير إلى تحقيق الفرضية العامة المطرحة "أنه يمكن بناء أداة خاضعة للخصائص السيكومترية لتقييم عسر التلفظ لدى أطفال الشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية.

الخاتمة:

اعتمدنا في دراستنا هذه على الشلل الدماغي بشكل عام وعلى عسر التلفظ بشكل خاص إذا يعتبر الشلل الدماغي أحد الإعاقات التي مست الكثير من الأطفال.

حيث يشير الشلل الدماغي إلى نوع من العجز الحركي الذي يسبب نوع من التلف الدماغي، حيث أنه هناك العديد من أنواع الشلل تصيب الأطفال على سبيل المثال الشلل الدماغي التشنجي، حيث يعاني هؤلاء الأطفال من العديد من الصعوبات كالصعوبة في تعلم المشي أو الكلام، كما أنه يعاني من الاضطرابات النطقية من بينها عسر التلفظ التي تعتبر أحد اضطرابات طلاقة الكلام ذات المنشئ البيولوجي تظهر في شكل مقاطع كلامية ذات انفجارية مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي.

وهذا ما دفعنا للقيام بإجراء بحثنا حول هذه الفئة من الأطفال قصد تقييم عسر التلفظ لديهم حيث نجد هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بعسر التلفظ لدى الشلل الدماغي، من بينها دراسة **" دماص منال"** التي درست عسر التلفظ لدى الشلل الدماغي الناطقين باللغة العربية باستخدام الاختبار النطقي للأستاذة "نصيرة زلال" والتي توصلت إلى الأخطاء النطقية التي يرتكبها طفل الشلل الدماغي سواء من حيث المخارج أو الصفة.

ونظرا لنقص الاختبارات في الوسط الإكلينيكي الجزائري خاصة القبائلي، قمنا ببناء اختبار لتقييم عسر التلفظ لدى أطفال الشلل الدماغي الناطقين باللهجة القبائلية، والذي تتراوح أعمارهم بين (8-12 سنة)، وبعد تطبيقه والحصول على النتائج تبين لنا فعالية الاختبار في تقييم عسر التلفظ لدى أطفال الشلل الدماغي، مما يسمح بتطبيقه في الميدان من طرف الأخصائيين الأرطفونيين وذلك لتقييم العديد من الاضطرابات وليس الشلل الدماغي فقط.

لكن على الرغم من النتائج التي تحصلنا عليها نقترح إقامة المزيد من الدراسات في نفس الموضوع وعلى عينة أكبر وذات مصداقية، ولما لا تطوير، أو أفكار جديدة للاختبار الذي تم بناؤه في هذه الدراسة.

المراجع

قائمة المراجع:

- قائمة المراجع باللغة العربية:

1- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2005). إضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج)، دار الفكر، عمان، ط1.

2- أحمد عزالدين عمرو أبو النجا. (2004). ذوي الإحتياجات الخاصة الإعاقة الذهنية الحركية- البصرية- السمعية، مكتبة الإيمان،الأردن، ط1.

3- أمطانيوس نايف ميخائيل. (2016). بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية وتقنينها، دار الإعصار العلمي، عمان، ط1.

4- بدر محمد الأنصاري. (2000). قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت، دون.ط.

5- بيداء علي العبيدي. (2002). الأطفال المصابون بالشلل الدماغي "دليل الآباء والأمهات "، دارالكتاب الجامعي، فلسطين، ط1.

6- حمدي علي الفرماوي. (2010).الإعاقية العقلية، دار الصفاء، عمان،ط1.

7- سعيد حسني عزه. (2000). الإعاقة الحركية والحسية، عمان، مكتبة روعة للطباعة والنشر، ط1.

8- سوسن شاكر مجيد. (2014). أسس بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية، مركز ديبونو لتعليم التفكير، عمان، ط2.

9- عباس محمود عوض. (1998). القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية،دون.ط.

10- عبد الخالق أحمد محمد. (1996). قياس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت، دون.ط.

11- عبد الرحمان سعد. (1998). القياس النفسي والنظريات والتطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، ط3.

12- عبد العزيز بوسالم. (2014). القياس في علم النفس والتربية، دار فرطية، الجزائر، ط1.

13- عبد الغني محمد إسماعيل العمراني. (2012). دليل الباحث إلى إعداد البحث العلمي، عمان، دار الكتاب الجامعي، ط2.

14- عصام حمدي الصدفي. (2007). الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار الباروزي، الأردن، ط2.

15- فارس رشيد البياني. (2018). الحاوي في مناهج البحث العلمي، السواقي العلمية، الأردن، ط1.

16- ماجدة السيد عبيد. (2000). الإعاقة الحسية والحركية، دار الفكر، الأردن، ط1.

17- محمد أحمد عمر. (2010). القياس النفسي والتربوي، دار المسيرة، الأردن، ط1.

18- محمد عبد السلام بواليز. (2000). الإعاقة الحركية العصبية والشلل الدماغي، دار الفكر للنشر، عمان، دون ط.

19- محمد فهمي علي. (2008). الإعاقات العقلية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل "رؤية نفسية" ، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية،دون ط.

20- مزيان محمد. (1999). مبادئ في البحث النفسي والتربوي، مركز ديبونو، الأردن، ط1.

21- معمرية بشير. (2007). أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته، دار الخلدونية، الجزائر، ط2.

22- معمرية بشير. (2012). أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته، دار الخلدونية، الجزائر،دون.ط.

23- نادر يوسف الكسواني. (2006). الشلل الدماغي (التطوير الإدراكي)، دار زهراء، الأردن، دون.ط.

24- نور الدين عصام. (1992). علم وظائف الأصوات اللغوية الفونولوجيا، دار الفكر، بيروت، ط1.

25- هلا السعيد. (2014). إضطرابات التواصل اللغوي التشخيص والعلاج " دليل الآباء والمتخصصين"، مكتبة أنجلو المصرية، مصر، دون ط.

26- هناندة عوني. (2005). الشلل الدماغي، دار نافل العلمية، عمان، ط1.

الرسائل الجامعية باللغة العربية:

27- دماص منال. (2006). تناول إكلينيكي وأرطفوني للديزالرتريا عند الطفل المعاق حركيا عصبيا بإستعمال الصوتيات الفيزيولوجية،(شهادة ماجيستير)،جامعة الجزائر.

28- سهيلة بوعكاز. (2006). فحص وإعادة التربية العصبية النفسية واللسانية والمعرفية للإضطرابات الأرطفونية عند الأطفال المعاقين عصبيا، (أطروحة دكتوراه)، جامعة الجزائر.

29- عبد الرحمان النفيعي. (2001).تقنين اختبار رافن للمصفوفات المتقدم، (رسالة ماجيستير)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

30- عبد الرحمان معتوق بن عبد الرحمان زمزمي.(2008). تقنين إختبار تورانس للتفكير الإبتكاري الشكل (ب) على طلاب الصم وضعاف السمع في المرحلة المتوسطة،(أطروحة دكتوراه) جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

31- لامياء بن موسى. (2008). إضطرابات الصوت في الوسط العيادي الجزائر يتناول المعرفي الأكوستيكي للتشخيص والعلاج من خلال تقديم بروتوكول معلومات متعدد اللغات (TH-VOC)، (شهادة دكتوراه).

32- نجوى صغيري. (2018). دور إستعمال اللوغاتوم في تحسين دينامكية النطق عند المراهق المصاب بالإعاقة العصبية الحركية، جامعة الجزائر.

33- وفاء باخيري. (2005). علاقة اضطراب القدرة المكانية بقدرة الفهم اللفظي عند الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية ذات المنشئ العصبي، (شهادة ماجيستير)، جامعة الحاج لخضر.

المجلات :

34- أحمد مسعودي. (جوان العدد الرابع عشر 2018). مجلة الإنسان والمجتمع، تلمسان، كنوز للنشر.

- المراجع باللغة الفرنسية:

35- Elisabeth Kong et autre, traitement et rééducation de l’enfant infirme moteur cérébrale, paris.

36- Hamid hamouma, (1987), manuel de grammaire berbère (kabyle) paris.

37- jean Adolphe rondal et Xavier seron, (2003), trouble du langage-bases théoriques (diagnostic et rééducation), Belgique, mardaga édition.

38- jean Adolphe rondal et Xavier seron, (2007), traitement et rééducation de l’enfant infirme moteur cérébral, édition mardaga.

39- Kamel Nait-zerrad, (1995), grammaire du berbère contemporain (kabyle) morphologie, Alger, ENAG édition.

40- Thierry Rousseau, (2008), les approches thérapeutiques en orthophonie, France, ortho édition, tom 4.

41-l-gagmard et m. le métayer, (1979), rééducation des infirmes moteurs cérébraux, paris-France, expansion scientifique français.

42-Salem Chaker, (1996), manuel de linguistique berbère– syntaxe et diachronie, Alger, ENAG édition.

- مذكرات :

43- imed laaridh,(2017), évaluation de la parole dysarthrique : apport du traitement automatique de la parole face à l'expertise humaine, pour obtenir le diplôme de doctorat , université d'avignon et des pays de vaucluse.

44-Samia Merzouki. (2007). Etude phonotactique du kabyle : phonèmes kabyles et néologismes (mémoire de magistère) université Tizi ouzo.

- القواميس:

45- J.M , dallet, (1982), dictionnaire kabyle- français, paris .

الملاحق

الملحق رقم (01)
عرض نتائج الحالة الاولى

1- عرض نتائج الحالة الاولى: (حكيم.ت)

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الشفوية (Bilabiale)	**b**	bib	[bi]	0
		ṣub	[lu:]	0
		juba	[ubɑ]	0
		baya	[bɑjɑ]	1
		baṣi	[lijɑ]	0
		bla	[bɑ]	0
		bbi	[bbi]	1
	m	ma	[mɑ]	1
		am	[ɑ:]	0
		ama	[mɑ]	0
		imi	[mmi]	0
		mer	[mɑ]	0
		mil	[mi:]	0
		mel	[mi:]	0
		maḍi	[mijɑ]	0
		maca	[⁄]	0
		musa	[əlɑ]	0
		mmi	[mmi]	1
	w	wa	[wɑ]	1
		iw	[ɑ:]	0
		awi	[əwi]	0
		win	[wi]	0
		wid	[wi]	0
		wet	[⁄]	0
		wali	[li]	0
		wumi	[mmi]	0
		siwa	[wɑ]	0
		cwi	[wi]	0
		rwi	[⁄]	0
				5/29

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	t [θ]	ta	[θɑ]	1
		tin	[nɑ]	0
		tuɣ	[tu]	0
		tid	[li]	0
		tala	[lɑ]	0
		tata	[lɑ]	0
		tasa	[lɑ]	0
		tẓa	[/]	0
		ttu	[ntu]	0
	ṭ[tˤ]	ṭam	[θɑ]	0
		tiṭ	[θi]	0
		tag	[θɑ]	0
	d	ḥed	[li]	0
		sed	[/]	0
		ḥud	[/]	0
		ldi	[di]	0
		dwa	[wɑ]	0
		ddu	[ddu]	1
	d [ð]	di	[du]	0
		da	[/]	0
		ad	[lɑ]	0
		din	[li]	0
		del	[lɑl]	0
		dub	[lu]	0
		dawi	[wi]	0
		daya	[jɑ]	0
		yidi	[li]	0
		dhu	[/]	0
		dɛu	[lu]	0
		dlu	[lu]	0

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	ḍ[dˤ]	iḍ	[i]	0
		aḍu	[ɑlu]	0
		ḍiq	[ji]	0
		ḍul	[lu]	0
		ḍil	[li]	0
		ḍlu	[du]	0
		ḍḥu	[lu]	0
		qḍu	[/]	0
	n	ini	[mmi]	0
		inu	[nu]	0
		ani	[ni]	0
		nek	[ni]	0
		neɣ	[nɑ]	0
		nadi	[lu]	0
		ndu	[lu]	0
		nfu	[wu]	0
		ntu	[ntu]	1
	l	ala	[lɑ]	0
		ili	[li]	0
		ali	[lli]	0
		yal	[lɑl]	1
		lal	[lɑl]	0
		laẓ	[wɑ]	0
		laɛi	[li]	0
		lawi	[wi]	0
		lḥu	[lu]	0
		lhu	[lu]	0

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)	C [ʃ]	acu	[lu]	0
		cum	[lu]	0
		cud	[lu]	0
		cuḥ	[/]	0
		cali	[lli]	0
		cnu	[nnu]	0
		cbu	[vu]	0
				0/0
الحنك الرخو (voile du palais)	g	agu	[lu]	0
		eg	[li]	0
		agi	[wi]	0
		ger	[/]	0
		deg	[lɑ]	0
		gen	[lɑ]	0
		taga	[llɑ]	0
		gani	[/]	0
		gmi	[/]	0
		gma	[/]	0
		glu	[/]	0
	k	kul	[ntul]	0
		kem	[mmi]	0
		ker	[tɑr]	0
		Tiki	[lɑti]	0
		kra	[/]	0
		kfu	[/]	0
		ḥku	[/]	0
	r	ru	[lu]	0
		aru	[lu]	0
		ara	[lɑ]	0
		er	[l]	0
		ruḥ	[luħ]	0
		ẓer	[/]	0
		xir	[li]	0

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
0 0 0 0	[li] [əfu] [llu] [ltu]	rayi rfu rnu rku	**r**	**الحنك الرخو (voile du palais)**
0 0 0 0 0 0 0 0 0	[li] [ɑ] [li] [ʁɑ] [um] [əwi] [li] [vu] [nu]	iɣi aɣ ɣil ɣar ɣum ɣuri ɣli ɣbu ɣnu	**ɣ**	
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	[vi] [wɑ] [li] [lɑl] [vɑd] [/] [vɑ] [wɑ] [vi] [lu] [lu] [nu]	fi fa if af fad faq fat yufa ḥafi fru flu fnu	**f**	
0 0 0 0 0 0 0 0	[li] [lu] [li] [lɑw] [lɑl] [ni] [ɑ]	si usu Sin sew sel sani saɛa	**s**	

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الحنك الرخو (voile du palais)	**s**	Sya sali sni sɛu	[lɑ] [ɑ] [ni] [lu]	0 0 0 0
	z	izi ziɣ zur zem tizi zzi zwi zzu	[li] [li] [lul] [lu] [li] [li] [wi] [nu]	0 0 0 0 0 0 0 0
	v	bab jab bur baba yuba bnu bḍu bdu	[vɑv] [lɑv] [vu] [vɑvɑ] [vɑ] [nu] [lu] [/]	1 0 0 1 0 0 0 0
				2/77

الملحق رقم (02)
عرض نتائج الحالة الثانية

2- تقديم نتائج الحالة الثانية: (أمال.ب)

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الشفوية (Bilabiale)	**b**	bib	[bi]	0
		ṣub	[ʃub]	0
		juba	[dujɑ]	0
		baya	[bɑjiqɑ]	0
		baṣi	[bɑʃi]	0
		bla	[blɑ]	1
		bbi	[bbi]	1
	m	ma	[mɑ]	1
		am	[ɑm]	1
		ama	[imɑ]	0
		imi	[imi]	1
		mer	[mər]	1
		mil	[mil]	1
		mel	[/]	0
		maḍi	[mɑḍi]	1
		maca	[mɑʃɑ]	1
		musa	[muʃɑ]	0
		mmi	[mmi]	1
	w	wa	[wɑ]	1
		iw	[iw]	1
		awi	[iwi]	0
		win	[win]	1
		wid	[wi]	0
		wet	[wɑʃ]	0
		wali	[wɑli]	1
		wumi	[wɑmi]	0
		siwa	[ʃiwɑ]	0
		cwi	[ʃwi]	1
		rwi	[rwi]	1
				16/29

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[θɑ]	ta		
1	[θin]	tin		
1	[θuʁ]	tuɣ		
1	[θid]	tid		
1	[θɑlɑ]	tala	**t [θ]**	
1	[θɑθɑ]	tata		
0	[ʃɑʃɑ]	tasa		
0	[zɑ]	tẓa		
0	[su]	ttu		
1	[tˤɑm]	ṭam		**اللسانية (langue)**
0	[/]	tiṭ	**ṭ[tˤ]**	
0	[ɑg]	tag		
1	[ħəd]	ḥed		
0	[ʃəd]	sed		
1	[ħud]	ḥud		
1	[ldi]	ldi	**d**	
1	[dwa]	dwa		
1	[ddu]	ddu		
1	[ði]	di		
1	[ðɑ]	da		
1	[ɑð]	ad		
0	[hin]	din		
1	[ðəl]	del		
1	[ðuv]	dub	**d [ð]**	
0	[lɑwi]	dawi		
0	[ɑjɑ]	daya		
0	[idi]	yidi		
1	[ðhu]	dhu		
0	[lɛu]	dɛu		
1	[ðlu]	dlu		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
	ḍ[dˤ]	iḍ	[idˤ]	1
		aḍu	[adˤu]	1
		ḍiq	[idˤiq]	1
		ḍul	[dˤul]	1
		ḍil	[dˤil]	1
		ḍlu	[dlu]	0
		ḍḥu	[/]	0
		qḍu	[qdˤu]	1
اللسانية (langue)	**n**	ini	[ini]	1
		inu	[inu]	1
		ani	[ɑminə]	0
		nek	[nək]	1
		neɣ	[nəʁ]	1
		nadi	[nɑði]	1
		ndu	[ndu]	1
		nfu	[nfu]	1
		ntu	[ntuʁ]	0
	l	ala	[ɑlɑ]	1
		ili	[ini]	0
		ali	[lɑli]	0
		yal	[jɑl]	0
		lal	[lɑj]	0
		laẓ	[lɑzˤ]	1
		laɛi	[lɑʔˤi]	1
		lawi	[lɑmi]	0
		lḥu	[nħu]	0
		lhu	[lhu]	1
				35/57

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)	**C [ʃ]**	acu	[ɑʃu]	1
		cum	[ʃum]	1
		cud	[ʃud]	1
		cuḥ	[su]	0
		cali	[ʃɑli]	1
		cnu	[ʃnu]	1
		cbu	[sdu]	0
				5/7
الحنك الرخو (voile du palais)	**g**	agu	[ɑbu]	0
		eg	[əg]	1
		agi	[ɑwi]	0
		ger	[gər]	1
		deg	[jəg]	0
		gen	[gən]	1
		taga	[θɑgɑ]	1
		gani	[gɑni]	1
		gmi	[mmi]	0
		gma	[mɑ]	0
		glu	[glu]	1
	k	kul	[ul]	0
		kem	[kəm]	1
		ker	[kə]	0
		Tiki	[θiki]	1
		kra	[kra]	1
		kfu	[fu]	0
		ḥku	[ħku]	1
	r	ru	[rku]	0
		aru	[ɑru]	1
		ara	[ɑru]	1
		er	[ər]	1
		ruḥ	[ruħ]	1
		ẓer	[jər]	0
		xir	[xir]	1

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[rɑji]	rayi	**r**	**الحنك الرخو (voile du palais)**
1	[rfu]	rfu		
1	[rnu]	rnu		
1	[rku]	rku		
1	[iʁi]	iɣi	**ɣ**	
1	[ɑʁ]	aɣ		
0	[il]	ɣil		
1	[ʁɑr]	ɣar		
0	[um]	ɣum		
1	[ʁuri]	ɣuri		
1	[ʁli]	ɣli		
0	[ʁlu]	ɣbu		
0	[ʁu]	ɣnu		
1	[fi]	fi	**f**	
1	[fɑ]	fa		
1	[if]	if		
1	[ɑf]	af		
1	[fɑð]	fad		
1	[fɑq]	faq		
1	[fɑθ]	fat		
0	[ufɑ]	yufa		
1	[ɦɑfi]	ḥafi		
1	[fru]	fru		
0	[tlu]	flu		
1	[fnu]	fnu		
0	[ki]	si	**s**	
0	[uku]	usu		
0	[kin]	Sin		
0	[kəw]	sew		
0	[kəl]	sel		
0	[kəni]	sani		
0	[kəɛɑ]	saɛa		
0	[kɑli]	sali		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
	s	sya	[kjɑ]	0
		sni	[kni]	0
		sɛu	[kɛu]	0
الحنك الرخو (voile du palais)	**z**	izi	[igi]	0
		ziɣ	[giʁ]	0
		zur	[gur]	0
		zem	[gəm]	0
		tizi	[tigi]	0
		zzi	[ggi]	0
		zwi	[gwi]	0
		zzu	[ggu]	0
	v	bab	[vɑv]	1
		jab	[ʒɑv]	1
		bur	[vur]	1
		baba	[vɑvɑ]	1
		yuba	[juvɑ]	1
		bnu	[vnu]	1
		bḍu	[vdu]	0
		bdu	[vdu]	1
				44/77

الملحق رقم (03)
عرض نتائج الحالة الثالثة

3- عرض نتائج الحالة الثالثة: سفيان.ت

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الشفوية (Bilabiale)	**b**	bib	[bib]	1
		ṣub	[sˤub]	1
		juba	[/]	0
		baya	[bɑ]	0
		baṣi	[bɑsˤi]	1
		bla	[blɑ]	1
		bbi	[bbi]	1
	m	ma	[mɑ]	1
		am	[mɑː]	0
		ama	[ɑmɑ]	1
		imi	[imi]	1
		mer	[mə]	0
		mil	[mil]	1
		mel	[məl]	1
		maḍi	[mɑ]	0
		maca	[mɑʃɑ]	1
		musa	[musɑ]	1
		mmi	[mmi]	1
	w	wa	[wɑ]	1
		iw	[/]	0
		awi	[ɑwi]	1
		win	[wi]	0
		wid	[wi]	0
		wet	[wəθ]	1
		wali	[wɑli]	1
		wumi	[/]	0
		siwa	[/]	0
		cwi	[/]	0
		rwi	[/]	0
				17/29

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	t [θ]	ta	[tɑ]	0
		tin	[tin]	0
		tuɣ	[tuʁ]	0
		tid	[/]	0
		tala	[tɑlɑ]	0
		tata	[/]	0
		tasa	[tɑtɑ]	0
		tẓa	[/]	0
		ttu	[ətu]	0
	ṭ[tˤ]	ṭam	[/]	0
		tiṭ	[/]	0
		tag	[/]	0
	d	ḥed	[/]	0
		sed	[/]	0
		ḥud	[/]	0
		ldi	[ldi]	1
		dwa	[dwɑ]	1
		ddu	[ddu]	1
	d [ð]	di	[ði]	1
		da	[ðɑ]	1
		ad	[ɑð]	1
		din	[in]	0
		del	[dən]	0
		dub	[duv]	0
		dawi	[zɑwi]	0
		daya	[/]	0
		yidi	[/]	0
		dhu	[/]	0
		dɛu	[dɑʕˤu]	0
		dlu	[dɑlu]	0

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	ḍ[dˤ]	iḍ	[id]	0
		aḍu	[ɑdu]	0
		ḍiq	[di]	0
		ḍul	[dul]	0
		ḍil	[di]	0
		ḍlu	[dlu]	0
		ḍḥu	[əħu]	0
		qḍu	[/]	0
	n	ini	[ini]	1
		inu	[nu]	0
		ani	[ni]	0
		nek	[nək]	1
		neɣ	[/]	0
		nadi	[nɑ]	0
		ndu	[/]	0
		nfu	[/]	0
		ntu	[/]	0
	l	ala	[ɑlɑ]	1
		ili	[əli]	0
		ali	[əliθ]	0
		yal	[nɑl]	0
		lal	[lɑl]	1
		laẓ	[lɑl]	0
		laɛi	[/]	0
		lawi	[lɑwi]	1
		lḥu	[ɑħu]	0
		lhu	[lhu]	0
				12/57

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)	C [ʃ]	acu cum cud cuḥ cali cnu cbu	[ɑʃu] [ʃum] [ʃud] [ʃuħ] [ʃɑli] [ʃnu] [ʃvu]	1 1 1 1 1 1 1 7/7
الحنك الرخو (voile du palais)	g	agu eg agi ger deg gen taga gani gmi gma glu	[ɑfu] [əf] [ɑgi] [jər] [əg] [n] [təjɑ] [gɑni] [gmi] [gəmɑ] [glu]	0 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1
	k	kul kem ker Tiki kra kfu ḥku	[ku] [kəm] [əkər] [θiki] [kərə] [kɑfu] [tɑħku]	0 1 0 1 0 0 0
	r	ru aru ara er ruḥ ẓer xir	[lu] [ɑlu] [əlɑ] [əl] [luħ] [əl] [xir]	0 0 0 0 0 0 1

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
0	[ðɑji]	rayi	**r**	**الحنك الرخو (voile du palais)**
0	[fuθ]	rfu		
0	[ənu]	rnu		
0	[ɑku]	rku		
0	[ʁ]	iɣi	**ɣ**	
0	[ɑx]	aɣ		
0	[dʁi]	ɣil		
0	[ʁəl]	ɣar		
1	[ʁum]	ɣum		
0	[ʁuji]	ɣuri		
0	[ʁli]	ɣli		
0	[ʁnu]	ɣbu		
1	[ʁnu]	ɣnu		
1	[fi]	fi	**f**	
1	[fɑ]	fa		
0	[fi]	if		
0	[ɑ]	af		
0	[fɑl]	fad		
1	[fɑq]	faq		
1	[fɑt]	fat		
0	[fɑ]	yufa		
1	[ɦɑfi]	ḥafi		
0	[flu]	fru		
1	[flu]	flu		
1	[fnu]	fnu		
1	[si]	si	**s**	
0	[kusu]	usu		
0	[siθ]	Sin		
1	[səw]	sew		
0	[sɑ]	sel		
1	[sɑni]	sani		
1	[sɑʕˤɑ]	saɛa		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الحنك الرخو (voile du palais)	**s**	sya	[sjɑ]	1
		sni	[sni]	1
		sɛu	[sʕˤu]	1
		sɑli	[sɑli]	1
	z	izi	[idi]	0
		ziɣ	[diʁ]	0
		zur	[du]	0
		zem	[zəm]	1
		tizi	[tidi]	0
		zzi	di[]	0
		zwi	[wi]	0
		zzu	[zzu]	1
	v	bab	[jɑv]	0
		jab	[jɑv]	0
		bur	[vur]	1
		baba	[vɑvɑ]	1
		yuba	[juvɑ]	1
		bnu	[ənu]	0
		bḍu	[əvu]	0
		bdu	[ud]	0
				30/77

الملحق رقم (04)
عرض نتائج الحالة الرابعة

4- عرض نتائج الحالة الرابعة: أنابيس.ق

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الشفوية (Bilabiale)	**b**	bib	[bib]	1
		ṣub	[sˤub]	1
		juba	[uvɑ]	0
		baya	[bɑjɑ]	1
		baṣi	[bɑsˤi]	1
		bla	[lɑ]	0
		bbi	[bbi]	1
	m	ma	[ɑɑɑm]	0
		am	[ɑm]	1
		ama	[ɑɑɑmɑ]	0
		imi	[imi]	1
		mer	[məħ]	0
		mil	[mij]	0
		mel	[məl]	1
		maḍi	[nadi]	0
		maca	[mɑʃɑ]	1
		musa	[mu:sɑ]	1
		mmi	[mmi]	1
	w	wa	[wɑ]	1
		iw	[iiiw]	0
		awi	[ɑwi]	1
		win	[win]	1
		wid	[wið]	1
		wet	[əθ]	0
		wali	[wɑli]	1
		wumi	[wumi]	1
		siwa	[siwɑ]	1
		cwi	[swi]	0
		rwi	[rwi]	1
				12/29

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[θɑ]	ta	t [θ]	اللسانية (langue)
1	[θin]	tin		
1	[θuʁ]	tuɣ		
0	[id]	tid		
1	[θɑlɑ]	tala		
1	[θɑθɑ]	tata		
1	[θɑsɑ]	tasa		
0	[zɑ]	tẓa		
0	[θəttu]	ttu		
1	[tˤɑm]	ṭam	ṭ[tˤ]	
1	[θitˤ]	tiṭ		
1	[tˤɑg]	tag		
1	[ħəd]	ḥed	d	
1	[səd]	sed		
1	[ħud]	ḥud		
0	[li]	ldi		
0	[wɑ]	dwa		
1	[ddu]	ddu		
0	[di]	di	d [ð]	
0	[dɑ]	da		
0	[ɑad]	ad		
0	[dun]	din		
0	[dəl]	del		
0	[duv]	dub		
0	[dɑwi]	dawi		
0	[dɑjɑ]	daya		
0	[jidi]	yidi		
0	[dhu]	dhu		
0	[dʕˤu]	dɛu		
0	[dlu]	dlu		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	**ḍ[dˤ]**	iḍ	[id]	0
		aḍu	[ɑdu]	0
		ḍiq	[di]	0
		ḍul	[dul]	0
		ḍil	[dil]	0
		ḍlu	[dlu]	0
		ḍḥu	[dħu]	0
		qḍu	[qdu]	0
	n	ini	[ini]	1
		inu	[inu]	1
		ani	[ɑni]	1
		nek	[nək]	1
		neɣ	[nəʁ]	1
		nadi	[nɑði]	1
		ndu	[du]	0
		nfu	[fu]	0
		ntu	[ttu]	0
	l	ala	[ɑlɑ]	1
		ili	[ili]	1
		ali	[ɑli]	1
		yal	[jɑl]	1
		lal	[lɑl]	1
		laẓ	[lɑzˤ]	1
		laɛi	[lɑʔˤi]	1
		lawi	[lɑwi]	1
		lḥu	[lħu]	1
		lhu	[lhu]	1
				27/57

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)	C [ʃ]	acu	[ɑɑʃu]	0
		cum	[ʃum]	1
		cud	[ʃud]	1
		cuḥ	[ʃuħ]	1
		cali	[ʃɑli]	1
		cnu	[ʃnu]	1
		cbu	[ʃvu]	1
				6/7
الحنك الرخو (voile du palais)	g	agu	[ɑgiii]	0
		eg	[əg]	1
		agi	[ɑgi]	1
		ger	[g]	0
		deg	[də]	0
		gen	[gən]	1
		taga	[θɑgɑ]	1
		gani	[gɑni]	1
		gmi	[gmi]	1
		gma	[gmɑ]	1
		glu	[glu]	1
	k	kul	[tul]	0
		kem	[kəm]	1
		ker	[kər]	1
		Tiki	[tiki]	1
		kra	[krɑ]	1
		kfu	[kfu]	1
		ḥku	[ħku]	1
	r	ru	[ru]	1
		aru	[ɑɑru]	0
		ara	[ɑɑru]	0
		er	[ər]	1
		ruḥ	[ruħ]	1
		ẓer	[ər]	0
		xir	[xir]	1

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[rɑji]	rayi		
1	[rfu]	rfu	**r**	
1	[rnu]	rnu		
0	[rnu]	rku		
0	[iiiʁi]	iɣi		
1	[ɑʁ]	aɣ		
1	[ʁil]	ɣil		
1	[ʁɑr]	ɣar	**ɣ**	
1	[ʁum]	ɣum		
1	[ʁuri]	ɣuri		
1	[ʁli]	ɣli		
1	[ʁvu]	ɣbu		**الحنك الرخو (voile du palais)**
1	[ʁnu]	ɣnu		
1	[fi]	fi		
1	[fɑ]	fa		
1	[if]	if		
1	[ɑf]	af		
1	[fɑð]	fad		
1	[fɑq]	faq	**f**	
1	[fɑθ]	fat		
1	[jufɑ]	yufa		
1	[ħɑfi]	ḥafi		
1	[fru]	fru		
1	[flu]	flu		
1	[fnu]	fnu		
1	[si]	si		
1	[uʃu]	usu		
1	[sin]	Sin		
1	[səw]	sew	**s**	
1	[səl]	sel		
1	[sɑni]	sani		
1	[sɑʔˁɑ]	saɛa		
1	[sɑli]	sali		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
	s	sya	[sjɑ]	1
		sni	[ni]	0
		sɛu	[sʕˤu]	1
الحنك الرخو (voile du palais)	**z**	izi	[izi]	1
		ziɣ	[ziʁ]	1
		zur	[zur]	1
		zem	[zəm]	1
		tizi	[θizi]	1
		zzi	[zzi]	1
		zwi	[zwi]	1
		zzu	[zzu]	1
	v	bab	[vɑv]	1
		jab	[nəʒv]	0
		bur	[vur]	1
		baba	[vɑvɑ]	1
		yuba	[jɑvɑ]	1
		bnu	[vnu]	1
		bḍu	[vdˤu]	1
		bdu	[vdu]	1
				65/77

الملحق رقم (05)
عرض نتائج الحالة الخامسة

2-تقديم نتائج الحالةالخامسة: (صامي.ق)

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
الشفوية (Bilabiale)	**b**	bib	[bib]	1
		ṣub	[ʃub]	0
		juba	[ʒuvɑ]	1
		baya	[bɑjɑ]	1
		baṣi	[bɑʃi]	0
		bla	[blɑ]	1
		bbi	[bbi]	1
	m	ma	[mɑ]	1
		am	[ɑm]	1
		ama	[ɑmɑ]	1
		imi	[imi]	1
		mer	[mər]	1
		mil	[mil]	1
		mel	[məl]	1
		maḍi	[mɑdi]	0
		maca	[mɑʃɑ]	1
		musa	[muʃɑ]	0
		mmi	[mmi]	1
	w	wa	[wɑ]	1
		iw	[iw]	1
		awi	[ɑwi]	1
		win	[win]	1
		wid	[wid]	1
		wet	[wɑw]	0
		wali	[wɑli]	1
		wumi	[umi]	0
		siwa	[siwɑ]	1
		cwi	[wi]	0
		rwi	[rwi]	1
				22/29

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[θɑ]	ta	t [θ]	اللسانية (langue)
1	[θin]	tin		
0	[tuʁ]	tuɣ		
0	[θiθ]	tid		
1	[θɑlɑ]	tala		
1	[θɑθɑ]	tata		
0	[θɑʃɑ]	tasa		
0	[zza]	tẓa		
0	[tu]	ttu		
1	[tˁɑm]	ṭam	ṭ[tˁ]	
1	[θitˁ]	tiṭ		
0	[ta]	tag		
1	[ħəd]	ḥed	d	
1	[səd]	sed		
0	[ħu]	ḥud		
0	[ddi]	ldi		
1	[dwa]	dwa		
1	[ddu]	ddu		
1	[ði]	di	d [ð]	
1	[ðɑ]	da		
1	[ɑð]	ad		
1	[ðin]	din		
1	[ðəl]	del		
0	[bub]	dub		
0	[ɑwi]	dawi		
1	[ðɑjɑ]	daya		
1	[jiði]	yidi		
1	[ðhu]	dhu		
1	[ðʕˁu]	dɛu		
0	[lu]	dlu		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
اللسانية (langue)	ḍ[dˤ]	iḍ	[idˤ]	1
		aḍu	[adˤu]	1
		ḍiq	[dˤiq]	1
		ḍul	[dˤul]	1
		ḍil	[dˤil]	1
		ḍlu	[dˤl]	0
		ḍḥu	[dhu]	0
		qḍu	[qdu]	0
	n	ini	[ini]	1
		inu	[inu]	1
		ani	[ɑni]	1
		nek	[nək]	1
		neɣ	[nəʁ]	1
		nadi	[nɑði]	1
		ndu	[ndu]	1
		nfu	[ntu]	0
		ntu	[ntu]	1
	l	ala	[ɑlɑ]	1
		ili	[ili]	1
		ali	[ɑli]	1
		yal	[lɑl]	0
		lal	[lɑl]	1
		laẓ	[lɑzˤ]	1
		laɛi	[lɑqi]	0
		lawi	[lɑwi]	1
		lḥu	[lhu]	0
		lhu	[lhu]	1
				37/57

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
0	[ɑθu]	acu	C [ʃ]	الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)
0	[θum]	cum		
0	[θud]	cud		
0	[θuħ]	cuḥ		
0	[θɑli]	cali		
0	[θnu]	cnu		
0	[θvu]	cbu		
0/7				
1	[ɑgu]	agu	g	الحنك الرخو (voile du palais)
1	[əg]	eg		
0	[ɑwi]	agi		
1	[gər]	ger		
0	[jəg]	deg		
1	[gən]	gen		
1	[θɑgɑ]	taga		
1	[θɑgɑ]	gani		
0	[mmi]	gmi		
1	[gmɑ]	gma		
1	[glu]	glu		
0	[tul]	kul	k	
1	[kəm]	kem		
0	[tər]	ker		
1	[θiki]	Tiki		
0	[trɑ]	kra		
1	[kfu]	kfu		
1	[ħku]	ḥku		
1	[ru]	ru	r	
1	[ɑru]	aru		
1	[ɑrɑ]	ara		
1	[ər]	er		
1	[ruħ]	ruḥ		
0	[zəʁ]	ẓer		
1	[xir]	xir		

التنقيط	الكتابة الصوتية	الكلمات	الحروف	مخارج الاصوات
1	[rɑji]	rayi		
1	[rfu]	rfu	**r**	
1	[rnu]	rnu		
1	[rku]	rku		
1	[iʁi]	iɣi		
1	[ɑʁ]	aɣ		
1	[ʁil]	ɣil		
1	[ʁar]	ɣar	**ɣ**	
1	[ʁum]	ɣum		
1	[ʁuri]	ɣuri		
1	[ʁli]	ɣli		
0	[ʁnu]	ɣbu		**الحنك الرخو (voile du palais)**
1	[ʁnu]	ɣnu		
1	[fi]	fi		
1	[fɑ]	fa		
1	[if]	if		
1	[ɑf]	af		
1	[fɑð]	fad		
1	[fɑq]	faq	**f**	
1	[fɑt]	fat		
1	[jufɑ]	yufa		
1	[ħɑfi]	ḥafi		
1	[fru]	fru		
1	[flu]	flu		
0	[θnu]	fnu		
1	[si]	si		
0	[uθu]	usu		
1	[sin]	Sin		
1	[səw]	sew	**s**	
1	[səl]	sel		
1	[sɑni]	sani		
1	[sɑʔˁɑ]	saɛa		
0	[θɑli]	sali		

مخارج الاصوات	الحروف	الكلمات	الكتابة الصوتية	التنقيط
	s	sya	[sjɑ]	1
		sni	[θni]	0
		sɛu	[ɑʕˤu]	0
الحنك الرخو (voile du palais)	**z**	izi	[izi]	1
		ziɣ	[ziʁ]	1
		zur	[zur]	1
		zem	[zɑb]	0
		tizi	[θizi]	1
		zzi	[zzi]	1
		zwi	[wi]	0
		zzu	[zzu]	1
	v	bab	[vɑv]	1
		jab	[vɑv]	0
		bur	[vur]	1
		baba	[vɑvɑ]	1
		yuba	[juvɑ]	1
		bnu	[vnu]	1
		bḍu	[vdu]	0
		bdu	[vdu]	1
				59/77

الملحق رقم (06)
تقديم أداة البحث

1-المصدر:

اعتمدنا في بناء هذه أداةعلى بطارية (Batterie d’évaluation clinique de dysarthrie) التي صممت من طرف "Dr.PascalAuzou"طبيب أعصاب و " véronique Rolland-Monnoury"أورطفوني، والتي تختص في:

-تقييم الشدة.(L’évaluation de la sévérité)

-التحليل الإدراكي.(L’analyse perceptive)

-التحليل الصوتي.(L’analyse phonétique)

-اختبار الحركي.(L’examen moteur)

- التقييم الذاتي (L’auto-évaluation)

2- بند: التحليل الصوتي (l’analyse phonétique).

و قد اعتمادنا على بند التحليل الصوتي لبناء أداة لتقييم عسر التلفظ.

(Auzou, Rolland-Monnoury,2006,p.6)

2- الهدف:

يهدف هذا الاختبار إلى إظهار اضطرابات الإنتاج الصوتي .

3-الوسيلة:

يحتوي هذا البند على 170 كلمة باللهجة القبائلية مقسمة الى أربعة مراحل بدءا بنطق الكلمات من المستوى السهل إلى الصعب و تكرار :

- مخارجالاصواتالشفوية.

-مخارجالاصوات اللسانية.

- مخارجالاصوات الخدين و الفك السفلي.

- مخارجالاصوات الحنك الرخو.

4-التطبيق:

من أجل تطبيق هذا البند يجلس المفحوص مقابل الفاحص على الطاولة،حيث تكون الحصة فردية و في جو هادئ خالي من التشويش ، وقبل التطبيق تقدم له بعض التمارين الخاصة بالعضلات الفمية (اللسان، الشفتين، الخدين والفك السفلي،الحنك الرخو) لتهيئة الطفل على تكرار الكلمات.

5- التعليمة:

سأقدم لك مجموعة من الكلمات وكرر ورائي.

-التعليمة باللهجة القبائلية:

Akediniɣkra n imeslayenkeččɛawdedzeffir-iw

-التعليمة بالكتابة الصوتية العالمية:

(akədiniʁkra n iməslayənkəʧʕˤawðədzəffir-iw

6- التوقيت:

بعد تقديم التعليمة للمفحوص والتأكد من فهمها، نقوم بتقديم مجموعة من الكلمات المرتبة من السهلة الى الصعبة و هو يقوم باعدتها. حيث تتراوح المدة الزمنية للحصة بين 45 دقيقة إلى ساعة.

7- التنقيط:

-الإجابة الصحيحة: 01

-الإجابة الخاطئة: 00

-التمارين الفمية:

نقوم بهذه التمارين عن طريق التقليد.

الشفتين
-وضع الشفتين نحو الأمام على شكل you - سحب الشفتين نحو الوراء على شكل i - تحريك كل الفم من اليمين إلى اليسار. - نطق كلمةChatبصوت مرتفع. - تغطية الشفاه السفلية بالشفاه العلوية والعكس. - أخذ نفس عميق. - عض الشفاه بواسطة الأسنان واحدة تلوى الأخرى. - ابتسم من الجهة اليسرى من الجهة اليمنى. - مسك القلم بين الشفتين والأسنان تكون مغلقة (على شكل سيجارة).

اللسان
- سحب اللسان إلى الخارج. - إدخال اللسان. - سحب اللسان مقدمة اللسان نحو الأنف. - سحب اللسان وتوجيهه نحو الذقن. - تحريك مقدمة اللسان يمينا ويسارا. - طقطقت اللسان ببطء ثم بقوة(مص الحنك). - تمرير مقدمة اللسان على كل الأسنان من الأعلى إلى الأسفل. -تكرارعشرةمرات: .Ta tata – da dada – na nana Kra-kro-kri-krunkré- krou_ gr- agro- gri-gro- gré- gro، مع التركيز على "حرفR"

الخدين والفك السفلي

- نفخ الخدين ثم الضغط بالإبهام ومقاومة الضغط بالشفاه.
- تمرير الهواء من خد إلى آخر.
- تحريك الفك السفلي من اليمين إلى اليسار.
-عض الشفاه السفلية.
- عض الشفاه العلوية.
- المضغ والفم مغلوق – ثم مفتوح.
- فتح الفم وغلق الفم.

الحنك الرخو

- إدخال وإخراج اللسان بشكل مستقيم.
- أخذ نفس لأطول مدة ممكنة.
- النفخ في الكأس باستخدام المصاصة.
- النفخ بالقوة كإطفاء الشمعة.
- التثاؤب بالتناوب.
- التثاؤب بنطق الحرف AAA ، ثم التثاؤب بدون صوت.
- نفخ الخدين والحفاظ على الضغط داخل الفم.
- تكرار الأصوات التالية: A-AN* A-AN* A-AN *O-ON*O-ON*O-ON
- تكرار عدة مرات الصوت AKبرفع مؤخرة اللسان.
- تكرار:

KRA- KRO- KRU
KA- KO- KU –KI- KOU
AKA- OKO- OUKOU- IKI
AGA- OGO- IUGIU- EGUE- IGUE- IGUI
CRAQUER- CRIQUET- CROQUET

ccv		cvcv		cvc		vc(v)		cv			
KbL	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**الحروف**	**مخارج الأصوات**
bla bbi	[blɑ] [bbi]	juba baya baṣi	[ʒubɑ] [bɑjɑ] [bɑsˁi]	bib ṣub	[bib] [sˁub]					b	**الشفوية** **(bilabiale)**
mmi	[mmi]	maḍi maca tama musa ḥami	[mɑdˁi] [mɑʃɑ] [θɑmɑ] [mu:sɑ] [ħɑmi]	qim mer sem mil qam mel	[qim] [mər] [sɑm] [mil] [qɑm] [məl]	am ama imi ami	[ɑm] [ɑmɑ] [imi] [ɑmi]	ma	[mɑ]	m	
cwi rwi	[ʃwi] [rwi]	wali wumi siwa	[wɑli] [wumi] [siwɑ]	win wid wet	[win] [wið] [wəθ]	iw awi	[iw] [ɑwi]	wa	[wɑ]	w	
tẓa ttu	[θzˁɑ] [tsu]	tura tagi tira tidi tala	[θurɑ] [θɑgi] [θirɑ] [θiði] [θɑlɑ]	tin tuɣ tid	[θin] [θuʁ] [θið]			ta	[θɑ]	t [θ]	**اللسانية** **(langue)**

		tili tata tasa	[θili] [θɑθɑ] [θɑsɑ]								
				ṭam tiṭ ɣuṭ ṭag	[tˤɑm] [θitˤ] [ʁutˤ] [tˤɑg]					ṭ[tˤ]	
ldi dwa ddu	[ldi] [dwɑ] [ddu]			ḥed sed duḥ ḥud duz	[ħəd] [səd] [duħ] [ħud] [duz]					d	
dhu dɛu dlu	[ðhu] [ðʔˤu] [ðlu]	dawi daya yidi	[ðɑwi] [ðɑjɑ] [jiði]	din udi ẓid del dub	[ðin] [uði] [zˤið] [ðəl] [ðuv]	ad	[ɑð]	di da	[ði] [ðɑ]	d [ð]	

ḍlu ḍḥu ḍfi qḍu	[dˤlu] [dˤħu] [dˤfi] [qdˤu]			suḍ ḍiq ḍaɛ ḍer ḍul xiḍ ḍil	[su idˤ] [idˤiq] [idˤɑʕˤ] [dˤər] [dˤul] [xidˤ] [dˤil]	iḍ aḍu	[idˤ] [ɑdˤu]			ḍ[dˤ]	
ndu nfu ntu lḥu lhu	[ndu] [nfu] [ntu] [lħu] [lhu]	nadi laɛi lawi	[nɑði] [lɑʕˤi] [lɑwi]	nek neɣ yal lal laẓ	[nək] [nəʁ] [jɑl] [lɑl] [lɑzˤ]	ini inu ani ul ula ala ili ali	[ini] [inu] [ɑni] [ul] [ulɑ] [ɑlɑ] [ili] [ɑli]			N L	
cnu cbu	[ʃnu] [ʃvu]	cali	[ʃɑli]	cum cud cax cac	[ʃum] [ʃud] [ʃɑx] [ʃɑʃ]	acu	[ɑʃu]			C[ʃ]	**الخدين والفك السفلي (Joues et Mandibules)**

				caḍ cuḥ cix cib ḥuc	[ʃɑdˁ] [ʃuħ] [ʃix] [ʃiv] [ħuʃ]						
gmi gma glu	[gmi] [gmɑ] [glu]	taga gani	[θɑgɑ] [gɑni]	ger deg gen	[gər] [ðəg] [gən]	agu eg agi	[ɑgu] [əg] [ɑgi]			g	الحنك الرخو **(voile du palais)**
kra kfu ḥku	[krɑ] [kfu] [ħku]	Tiki	[θiki]	kul yak zik kem kan ker	[kul] [jɑk] [zik] [kəm] [kɑn] [kər]					K	
rfu rnu rku	[rfu] [rnu] [rku]	rayi	[rɑji]	yir ruḥ ẓer xir	[jir] [ruħ] [zˁər] [xir]	aru ara er	[ɑru] [ɑru] [ər]	ru	[ru]	r	
dɣa ɣli ɣni ɣbu ɣnu	[ðʁɑ] [ʁli] [ʁni] [ʁvu] [ʁnu]	ɣuri	[ʁuri]	ɣil ɣas ɣar siɣ ɣum	[ʁil] [ʁɑs] [ʁɑr] [siʁ] [ʁum]	iɣi aɣ	[iʁi] [ɑʁ]			ɣ	

				ɣab ɣiḍ	[ʁɑv] [ʁidˤ]						
fru cfu fdu flu fnu fsi	[fru] [ʃfu] [fðu] [flu] [fnu] [fsi]	yufa ḥafi	[jufɑ] [ħɑfi]	yaf yif fad faq fat	[jɑf] [jif] [fɑð] [fɑq] [fɑθ]	if af	[if] [ɑf]	fi fa	[fi] [fɑ]	f	
sya sni sɛu	[sjɑ] [sni] [sʕˤu]	sani saɛa sali	[sɑni] [sɑʕˤɑ] [sɑli]	sin sew seg sel xas suɣ	[sin] [səw] [səg] [səl] [xɑs] [suʁ]	usu	[usu]	si	[si]	S	
zzi zwi zzu zlu	[zzi] [zwi] [zzu] [zlu]	tizi	[θizi]	ziɣ zur zem	[ziʁ] [zur] [zəm]	izi	[izi]			z	

bnu bḍu bdu bɣu bru bri bru	[vnu] [vdˤu] [vðu] [vʁu] [vru] [vri] [vru]	baba yuba	[vɑvɑ] [jɑvɑ]	bab jab bur	[vɑv] [ʒɑv] [vur]					V [b]	

الكلمات المختارة للتطبيق

Ccv		cvcv		cvc		vc(v)		cv			
KbL	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**KbL**	**Api**	**الحروف**	**مخارج الأصوات**
bla bbi	[blɑ] [bbi]	juba baya baṣi	[ʒubɑ] [bɑjɑ] [bɑsˁi]	bib ṣub	[bib] [sˁub]					b	**الشفوية (bilabiale)**
mmi	[mmi]	maḍi maca musa	[mɑdˁi] [mɑʃɑ] [mu:sɑ]	mer mil mel	[mər] [mil] [məl]	am ama imi	[ɑm] [ɑmɑ] [imi]	ma	[mɑ]	m	
cwi rwi	[ʃwi] [rwi]	wali wumi siwa	[wɑli] [wumi] [siwɑ]	win wid wet	[win] [wið] [wəθ]	iw awi	[iw] [ɑwi]	wa	[wɑ]	w	

tẓa ttu	[θzˤɑ] [tsu]	tala tata tasa	[θɑlɑ] [θɑθɑ] [θɑsɑ]	tin tuɣ tid	[θin] [θuʁ] [θið]			ta	[θɑ]	t [θ]	**اللسانية** **(langue)**
				ṭam tiṭ tag	[tˤɑm] [θitˤ] [tˤɑg]					ṭ [tˤ]	
ldi dwa ddu	[ldi] [dwɑ] [ddu]			ḥed sed ḥud	[ħəd] [səd] [ħud]					D	
dhu dɛu dlu	[ðhu] [ðʕˤu] [ðlu]	dawi daya yidi	[ðɑwi] [ðɑjɑ] [jiði]	din del dub	[ðin] [ðəl] [ðuv]	ad	[ɑð]	di da	[ði] [ðɑ]	d [ð]	

ḍlu ḍḥu qḍu	[dˁlu] [dˁħu] [qdˁu]			ḍiq ḍul ḍil	[dˁiq] [dˁul] [dˁil]	iḍ aḍu	[idˁ] [ɑdˁu]			ḍ[dˁ]	
ndu nfu ntu	[ndu] [nfu] [ntu]	nadi	[nɑði]	nek neɣ	[nək] [nəʁ]	ini inu ani	[ini] [inu] [ɑni]			N	
lḥu lhu	[lħu] [lhu]	laɛi lawi	[lɑʕˁi] [lɑwi]	yal lal laẓ	[jɑl] [lɑl] [lɑzˁ]	ala ili ali	[ɑlɑ] [ili] [ɑli]			L	
cnu cbu	[ʃnu] [ʃvu]	cali	[ʃɑli]	cum cud cuḥ	[ʃum] [ʃud] [ʃuħ]	acu	[ɑʃu]			C [ʃ]	**الخدين والفك السفلي (Joues et**

											Mandibules)
gmi gma glu	[gmi] [gmɑ] [glu]	taga gani	[θɑgɑ] [gɑni]	ger deg gen	[gər] [ðəg] [gən]	agu eg agi	[ɑgu] [əg] [ɑgi]			g	
kra kfu ḥku	[krɑ] [kfu] [ħku]	Tiki	[θiki]	kul kem ker	[kul] [kəm] [kər]					k	
rfu rnu rku	[rfu] [rnu] [rku]	rayi	[rɑji]	ruḥ ẓer xir	[ruħ] [zˁər] [xir]	aru ara er	[ɑru] [ɑru] [ər]	ru	[ru]	r	**الحنك الرخو (voile du palais)**
ɣli ɣbu ɣnu	[ʁli] [ʁvu] [ʁnu]	ɣuri	[ʁuri]	ɣil ɣar ɣum	[ʁil] [ʁɑr] [ʁum]	iɣi aɣ	[iʁi] [ɑʁ]			ɣ	

fru flu fnu	[fru] [flu] [fnu]	yufa ḥafi	[jufɑ] [ħɑfi]	fad faq fat	[fɑð] [fɑq] [fɑθ]	if af	[if] [ɑf]	fi fa	[fi] [fɑ]	f	
sya sni sɛu	[sjɑ] [sni] [sʕˤu]	sani saɛa sali	[sɑni] [sɑʕˤɑ] [sɑli]	sin sew sel	[sin] [səw] [səl]	usu	[usu]	si	[si]	s	
zzi zwi zzu	[zzi] [zwi] [zzu]	tizi	[θizi]	ziɣ zur zem	[ziʁ] [zur] [zəm]	izi	[izi]			z	
bnu bḍu bdu	[vnu] [vdˤu] [vðu]	baba yuba	[vɑvɑ] [jɑvɑ]	bab jab bur	[vɑv] [ʒɑv] [vur]					V [b]	

الملحق رقم (07)

تقديم نتائج Spss

[Jeu_de_données1] C:\Users\user\Desktop\yasmine\yasmine_validite.sav

Statistiques de groupe

	partie	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
bi-labiale	1ere Application	23	29,000	,0000	,0000
	2eme application	7	28,857	,3780	,1429
Langue	1ere Application	23	56,957	,2085	,0435
	2eme application	7	57,000	,0000	,0000
joue et modebul	1ere Application	23	7,000	,0000[a]	,0000
	2eme application	7	7,000	,0000[a]	,0000
voile du palais	1ere Application	23	76,957	,2085	,0435
	2eme application	7	77,000	,0000	,0000
Total	1ere Application	23	169,9130	,41703	,08696
	2eme application	7	169,8571	,37796	,14286

a. t ne peut être calculé car les écarts types des deux groupes sont nuls.

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t p			
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne
bi-labiale	Hypothèse de variances égales	20,608	,000	1,892	28	,069	,1429
	Hypothèse de variances inégales			1,000	6,000	,356	,1429
Langue	Hypothèse de variances égales	1,304	,263	,545	28	,590	-,0435
	Hypothèse de variances inégales			-1,000	22,000	,328	-,0435
voile du palais	Hypothèse de variances égales	1,304	,263	,545	28	,590	-,0435
	Hypothèse de variances inégales			-1,000	22,000	,328	-,0435
Total	Hypothèse de variances égales	,256	,617	,317	28	,754	,05590
	Hypothèse de variances inégales			,334	10,863	,745	,05590

Test de Mann-Whitney

Rangs

	sujets	N	Rang moyen :	Somme des rangs
bi-labiale	sain	7	9,00	63,00
	Malade	5	3,00	15,00
	Total	12		
Langue	sain	7	9,00	63,00
	Malade	5	3,00	15,00
	Total	12		
joue et modebul	sain	7	8,50	59,50
	Malade	5	3,70	18,50
	Total	12		
voile du palais	sain	7	9,00	63,00
	Malade	5	3,00	15,00
	Total	12		
Total	sain	7	9,00	63,00
	Malade	5	3,00	15,00
	Total	12		

Tests statistiques[a]

	bi-labiale	Langue	joue et modebul	voile du palais	Total
U de Mann-Whitney	,000	,000	3,500	,000	,000
W de Wilcoxon	15,000	15,000	18,500	15,000	15,000
Z	-3,169	-2,952	-2,712	-3,034	-2,947
Sig. asymptotique (bilatérale)	,002	,003	,007	,002	,003
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,003[b]	,003[b]	,018[b]	,003[b]	,003[b]

a. Variable de regroupement : sujets

b. Non corrigé pour les ex aequo.

الملحق رقم (08)

صدق المحكمين