



جامعة محمد بن أحمد - وهران 2-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي

تحت إشراف:

- بوعكاز تركية.

من إعداد الطلبة:

- بوزيان إخلاص.

- بلعالية يسرى خضرة.

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة	العضو
رئيس اللجنة	جامعة وهران 2	أ.أجد محمد العربي
مناقشة	جامعة وهران 2	أ.حرحيرة وهيبة
مشرفة	جامعة وهران 2	أ.بوعكاز تركية

السنة الجامعية: 2022-2023.



جامعة محمد بن أحمد -وهران-2-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص أمراض اللغة والتواصل

فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي

تحت إشراف:

- بوعكاز تركية.

من إعداد الطلبة:

- بوزيان إخلص.

- بلعالية يسرى خضرة.

السنة الجامعية: 2022-2023.

إهداء 1

في جميع مراحل الحياة، يُوجد أناس يستحقُّون مَنًا كلمة امتنان و شكر الى من وضع المولى -سبحانه وتعالى- الجنة تحت قدميها ووقرها في كتابه العزيز "والدتي الحبيبة" وإلى صاحب السيرة العطرة والفكر المستنير ومن كان سببا في بلوغي التعليم العالي "والدي الكريم شفاه الله و رد اليه عافيته"، أهدي لكما هذا البحث المتواضع، فهذا ثمرة جهدكم ودعواتكم وصبركم دائما وأبدا، وحتى ان تهاونت وكُسرت كنتم ترممونني وتشجعونني، تعلمت منكم المثابرة وحب العمل وبوجودكم اكتسبت القوة عندما امر بالصعاب كنتم تبتسمون وتقولون : "مرحلة وقت فقط" لعلها خير وكما كان الحال والصابر له العاقبة الحميدة في الدنيا والآخرة فكل عمل يُعرف ثوابه إلا الصبر، قال تعالى: {إِنَّمَا يُؤْفَى الصَّابِرُونَ أَجْرُهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ} [الزمر: 10] وأخبر بمحبته للصابرين، فقال تعالى: {وَاللَّهُ يُحِبُّ الصَّابِرِينَ} [آل عمران 146]، إلى أخواتي الأعزاء وبناتهن" مريم، ألاء، هاجر، زينب ، محمد علي" وأخي حفظه الله ورعاه لنا و لعائلته، و لمن كان لهم الفضل دائما وأبدا طارق وبشرى "رحمهم الله دنيا وآخرة"

ولأصدقائي الأعزاء من بعيد وقريب بالأخص "نجاه"، وزميلتي وصديقتي وبينومتي التي شهدت كل صعبة وسهلة طوال هذا المشوار في كل مكان وزمان في الشتاء والصيف وإذ أطلت في التعبير لن اتوقف أبدا "إخلاص" والتي اسمها يُعرفها كانت نعمة الصديق الوفي، المخلص حفظك الله ورعاك، تستحقين كل الخير سعيت دون كلل واجتهدت دون تعب وفقك الله دائما وأبدا في كل ما تتمنيه.

بلعالية يسرى خضرة

إهداء 2

إلى أُمي الحنون، إلى أبي الغالي

إلى عائلتي التي أحب، أخواتي الغاليات وأخي الغالي

إلى معجزتي الذي يسكن قلبي، ومصدر الدفاء لعائلتنا أخي الحبيب "طارق" -رحمه الله-

إلى نفسي، التي اختارت هذا التخصص بحب وشغف

إلى كل من علمني حرفا ودرسني طيلة مسيرتي الدراسية، إلى أساتذتي في تخصص أرطوفونيا

إلى أستاذتي المشرفة على التأطير "بوعكاز تركية" التي ساهمت في إنجاح هذا العمل

إلى من أقدرهم وأحترمهم ولي دين أوفيههم حقه أساتذتي المشرفين على التربص والتكوين، الأستاذ عبد

الإله صغير وزوجته الفاضلة صغير بن عمارة

إلى رفيقة الجنة بإذنه "مروى رباح"

إلى من تحملت المشقة معي واختارت المواصلة رغم انعدام الطريق وكثرة العثرات "يسرى خضرة"، على

صبرها وقوة عزميتها

إلى من أراد بالارطوفونيا خيرا والى من يعمل جاهدا ليكون نفعاً لغيره

إلى جميع من لم يكتموا العلم يوما وأدوا زكاته بنشره

إخلاص بوزيان

شكر وتقدير

إن الحمد لله نحمده ونستعين به

الحمد لله والشكر لله على إتمام عملنا هذا

جعل الله نفعا لنا ولغيرنا

من لا يشكر الناس لا يشكر الله

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير لأساتذتنا المحترمين الذين درسونا خلال

مسيرتنا الجامعية 2019-2023

إلى لجنة المناقشة التي وافقت على مناقشة مذكرة تخرجنا

إلى أستاذتنا المشرفة على إنجاز هذا العمل بوعكاز تركية

إلى أستاذتنا المؤطرين على التربص والتكوين الميداني الأستاذ صغير عبد الإله وزوجته الفاضلة "مريم"

إلى الأخصائيين الذين ساعدونا في التربص الأخصائية الأرطوفونية كوثر والأخصائية فاطمة

إلى المفحوصين وأهاليهم على صبرهم وتفهمهم

ملخص الدراسة:

استهدفت هذه الدراسة موضوع فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي الذين تتراوح أعمارهم ما بين 4 سنوات إلى 8 سنوات وذلك بعد تطبيق اختبار " شوفري مولر " حيث تم تقسيم الحالات المدروسة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تخص أطفال الشلل الدماغي الذين استفادوا من التدخل المبكر أما الثانية تخص الأطفال الذين لم يستفيدوا منه، وسعينا في دراستنا هذه إلى تحقيق أهداف مختلفة تتشارك في تبيان فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال هذه الفئة وذلك بالاستعانة بالمنهج شبه التجريبي، ولإجراء هذه الدراسة تم طرح عدة تساؤلات، نذكر منها التساؤل العام:

- ما فعالية التدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي؟

ومن خلال ذلك تم التأكد من تحقق الفرضية العامة التي تنص على "توجد فعالية للتدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي". تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في المؤسسات والمراكز التي تضم أطفال الشلل الدماغي ومنه اخترنا عدة أطفال واخترنا بشكل قصدي حسب شروط الاختبار المطبق " شوفري مولر " (السن)، وذلك بهدف اختيار الحالات المناسبة لإجراء الدراسة الأساسية، وتم التوصل إلى وجود فعالية ايجابية للتدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي وذلك من خلال النتائج التالية:

- توجد فعالية للتدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي.
 - توجد فروق دالة احصائيا في المستوى النطقي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.
 - توجد فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند التسمية بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.
 - توجد فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند تكرار الكلمات السهلة بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.
- الكلمات المفتاحية: الشلل الدماغي، الإنتاج الشفهي، التدخل المبكر، النطق، التسمية، التكرار.

Study summary:

This study aimed to the subject of the effectiveness of early intervention in developing oral production among children with cerebral palsy between the ages of 4 to 8 years, after applying the "Chevrie-Muller" test, where the study sample was divided into two groups: the first group belongs to children of C.P who benefited from early intervention, while the second belongs to children who did not benefit from it. In our study, we sought to achieve various goals that share the effectiveness of early intervention to develop oral production among children of C.P, using the semi-experimental approach. To conduct this study, several questions were raised, including the general question:

- What is the effectiveness of early intervention for children with cerebral palsy in developing oral production?

Through this, it was confirmed that the general hypothesis, which states, "There is an effectiveness of early intervention for children of C.P to develop oral production," was achieved. The exploratory study was conducted in institutions and centers that include children of C.P, from which we tested several children and we intentionally chose according to the terms of the test applied by Chevrie Muller (Age), which aimed to select appropriate cases for conducting the basic study, and a positive effectiveness has been found for early intervention in developing oral production for children of C.P, through the following results:

- There is an effectiveness of early intervention in C.P children to develop oral production.
- There are statistical differences in the level of the articulation between children of C.P who benefit from early intervention and children who did not benefit from it for the benefit of early intervention children.
- There are statistical differences at the phonological level in the item of denomination between C.P children who benefit from early intervention and children who did not benefit from it for the benefit of early intervention children.
- There are statistical differences at the phonological level in the item of repetition of easy words between children of C.P who benefit from early intervention and children who did not benefit from it for the benefit of children of early intervention.

Keywords: cerebral palsy (C.P), oral production, early intervention, articulation, denomination, repetition.

قائمة المحتويات

ت	ملخص الدراسة:	.....
ج	قائمة المحتويات	.....
د	قائمة الجداول	.....
ر	قائمة الأشكال	.....
1	مقدمة	.....
3	الفصل التمهيدي: مدخل إلى الدراسة	.....
4	إشكالية الدراسة:	.....
6	الفرضيات:	.....
7	أهمية الدراسة:	.....
7	أهداف الدراسة:	.....
7	تحديد مصطلحات الدراسة:	.....
10	الجانب النظري	.....
11	الفصل الأول: الشلل الدماغي	.....
12	تعريف الشلل الدماغي:	.....
13	أسباب الشلل الدماغي:	.....
14	أنواع الشلل الدماغي:	.....
14	حسب الأطراف المصابة:	.....
15	حسب نوع الإصابة:	.....
18	حسب شدة الإصابة:	.....

19	أعراض الشلل الدماغي:
20	الاضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي:
22	الاضطرابات اللغوية لشلل الدماغي:
23	الفصل الثاني: الإنتاج الشفهي
24	تعريف اللغة:
25	مستويات اللغة:
25	مناطق اللغة في الدماغ:
27	تعريف الإنتاج الشفهي:
27	مهارات الإنتاج الشفهي:
29	مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند الطفل السوي:
33	مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند طفل الشلل الدماغي:
37	الفصل الثالث: التدخل المبكر عند الشلل الدماغي:
38	تعريف التدخل المبكر:
38	مراحل عملية التدخل المبكر:
39	مبشرات التدخل المبكر:
40	أهمية التدخل المبكر:
40	إستراتيجيات ونماذج التدخل المبكر:
41	فريق العمل الخاص بالتدخل المبكر:
46	الجانب التطبيقي

47	الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة
48	المنهج المستخدم:
48	الأدوات المستخدمة:
53	الدراسة الإستطلاعية:
53	أ-حدود الدراسة الاستطلاعية:
54	ب-إجراءات الدراسة الاستطلاعية:
54	الدراسة الأساسية:
54	حدود الدراسة الأساسية:
55	مواصفات حالات الدراسة:
57	الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج ومناقشتها
58	عرض وتحليل نتائج الحالات:
96	مناقشة وتفسير النتائج:
101	استنتاج عام:
102	خاتمة:
103	الاقتراحات:
104	المراجع
109	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل أسباب الشلل الدماغي	13
02	يمثل تصنيف حسب الشدة عند الشلل الدماغي	18
03	يمثل سير النمو الحركي واللغوي معاً	33
04	يمثل إستراتيجيات التدخل المبكر ونماذجه	41
05	يمثل خصائص المجموعة الأولى التي استفادت من التدخل المبكر	58
06	يمثل خصائص المجموعة الثانية التي لم تستفد من التدخل المبكر	58
07	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الأولى (س)	61
08	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الأولى (س)	62
09	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الأولى (س)	64
10	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الثانية (ر)	66
11	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثانية (ر)	67
12	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثانية (ر)	70
13	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الثالثة (ل)	73
14	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثالثة (ل)	74
15	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثالثة (ل)	76
16	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الرابعة (و)	79
17	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الرابعة (و)	80
18	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الرابعة (و)	82
19	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الخامسة (م)	85
20	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الخامسة (م)	86
21	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الخامسة (م)	88

91	يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة السادسة (أ).	22
92	يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة السادسة (أ).	23
94	يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة السادسة (أ).	24
98	الفروق في المستوى النطقي تبعا لنوع التدخل	25
99	الفروق في بند التسمية في المستوى الفونولوجي تبعا لنوع التدخل	26
100	الفروق في بند تكرار الكلمات السهلة في المستوى الفونولوجي تبعا لنوع التدخل	27
102	الفروق في مستوى الإنتاج الشفهي تبعا لنوع التدخل	28

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل أنواع الشلل الدماغي حسب الأطراف المصابة.	14
02	يمثل حالة تعاني من تصلب وتشنج في الحركات.	15
03	يمثل حالة تعاني من الرعاش وعدم تناسق الحركات (شلل الأيتوز)	16
04	يمثل حالة تعاني من ضعف في التوازن (شلل اختلاجي)	17
05	يمثل حالة تعاني من تصلب وتيبس في كل عضو من أعضاء الجسم.	17
06	يمثل أنواع الشلل الدماغي حسب موقع الإصابة في المخ وشدتها.	18
07	يمثل التطور البطيء للنمو الحسي الحركي عند طفل شلل دماغي	19
08	يمثل عدم تحكم الطفل برأسه	19
09	يمثل مناطق اللغة منها باحة الفهم والإنتاج الشفهي.	27
10	يمثل أهم المناطق التي يحدث فيها الإنتاج الشفهي	27
11	يمثل أنواع التمارين في إعادة التأهيل الوظيفي	44
12	نتائج الحالة (س) في بنود اختبار "شوفري مولر"	65
13	نتائج الحالة (ر) في بنود اختبار "شوفري مولر"	72
14	نتائج الحالة (ل) في بنود اختبار "شوفري مولر"	78
15	نتائج الحالة (و) في بنود اختبار "شوفري مولر"	84
16	نتائج الحالة (م) في بنود اختبار "شوفري مولر"	90
17	نتائج الحالة (أ) في بنود اختبار "شوفري مولر"	95
18	يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند المستوى النطقي عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل	96
19	يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند التسمية عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل	96
20	يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند التكرار عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل	97

97	يمثل الدوائر النسبية للدرجات الكلية عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل	21
----	--	----

مقدمة

يشكل الجهاز العصبي الجزء الأهم في جسم الإنسان الذي يمكنه من الاتصال بالعالم الخارجي لكن في حالة تعرض الفرد لخلل أو صدمة في أي مرحلة من مراحل الحياة قد تؤدي إلى اضطراب في سيرورة نظام وظائف المخ من الحس حركية، المعرفية، اللغوية لذلك ينتج عنها آثار تظهر على الإنسان كالشلل الدماغي، حيث كلمة الشلل تشير إلى الاعتلال المرتبط بالحركة وتشير كلمة "الدماغي" إلى المخ؛ وهو الجزء الذي حدثت فيه الإصابة الدماغية ويعود السبب إلى عدم اكتمال النمو أو خلل في خلايا المناطق المسؤولة عن الحركة والتوازن في الجهاز العصبي المركزي. وعادةً ما يصاحبه اضطرابات بصرية، سمعية، نوبات صرع، اضطرابات بلعية وكذلك اضطرابات في الإدراك الحسي والمعرفي واللغة ولا يكتمل النمو إلا بكل الجوانب إذ تنمو لغة الطفل من خلال محاكاته واستيعابه النشاط، فمن بين الاضطرابات التي نجدها عند الشلل الدماغي هي الاضطرابات اللغوية في كل من الفهم والإنتاج، وتعتبر اللغة أهم وسيلة للتواصل وبمعنى عام تعتبر عملية الإنتاج الشفهي عملية معقدة، تتم من خلال مراحل عديدة وتتشرك فيها مجموعة من الأجهزة العضوية، والعمليات النفسية كما تتأثر بعوامل ومتغيرات منها عوامل داخلية وذاتية تتصل بالنمو الجسمي، والفيزيولوجي، والعقلي للطفل ولعل ذلك يبرز تعدد أسباب الصعوبات التي يمكن أن تتعرض لها هذه العملية واختلافها من فرد إلى آخر، ومن صعوبة لأخرى.

ينتج عن هذه الاضطرابات الحركية خلل في مناطق اللغة مما يؤدي الى ظهور اضطرابات لغوية تعرقل عملية التواصل وهنا يكمن دور الأخصائي الأرتوفوني من حيث التكفل وبناء برامج علاجية وتخصيص أنشطة خاصة بمختلف الاضطرابات منها حالات الشلل الدماغي وترتكز هذه الأخيرة على الاعتماد على التدخل المبكر من خلال توفير المراكز والمؤسسات التي تضمن تجمع الفريق الخاص للتكفل بهذه الفئة حيث يعتبر بالغ الأهمية إذ أنه يمكن الكشف عن الشلل الدماغي في وقت مبكر بدءاً من عمر ثلاثة أشهر ومنه في هذا الوقت يتطور الدماغ بسرعة ويعتبر العمر الذهبي مما يجعله مثالياً لتسخير المرونة العصبية وإبراز قدرة الدماغ على التكيف وإعطاء فرصة أفضل للتعلم، فبالنسبة للتواصل والكلام يزيد التدخل المبكر من احتمالية نطق الطفل في سنه واستدراك نموه المتأخر، كما يعزّز هذا التدخل التطور المعرفي والنفسي ويقلل الاضطرابات السلوكية حيث عندما يتمكن الوالدان من التعرف على محاولات التواصل التي يقوم بها طفلهم، ويزيد ارتباطهم بطفلهم وثقته بهم وبنفسه ومحيطه، مما يدفعه أكثر إلى التعرف والاستكشاف كأى طفل آخر. كما نشير إلى أن هدفنا من هذه الدراسة هو التركيز على فئة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي، وذلك راجع لكونها فئة مهمشة من المجتمع، ولقلة الدراسات السابقة التي بحثت في التدخل المبكر والإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي، وعلى هذا الأساس اتبعنا منهجية منظمة، حيث احتوت الدراسة على جانبين: الجانب النظري والذي يندرج فيه 3 فصول بحيث اشتمل الفصل الأول: الشلل الدماغي من تعريف، أسباب، أنواع، الاضطرابات المصاحبة لشلل الدماغي والاضطرابات اللغوية أما بالنسبة

لفصل الثاني فيتضمن الإنتاج الشفهي واحتوى على تعريف اللغة، مستوياتها، مناطق اللغة في الدماغ، وتعريف الإنتاج الشفهي، مهاراته ومراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند كل من الطفل السوي وطفل الشلل الدماغي.

أما الفصل الثالث، تطرقنا فيه إلى التدخل المبكر عند أطفال الشلل الدماغي والذي اشتمل تعريف التدخل المبكر، مراحله، مبرراته، أهميته، وأيضاً استراتيجيات التدخل المبكر وبرامجه وكذلك فريق العمل الخاص بالتدخل المبكر.

أما الجانب التطبيقي للدراسة فنعرض فيه 3 فصول: الفصل الرابع للإجراءات الميدانية للدراسة ويحتوي على الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية التي تضم الإطار المكاني والزمني، أهداف الدراسة، تحديد حالات الدراسة، منهج الدراسة، والأدوات المستعملة.

أما الفصل الخامس والذي يضم تقديم الحالات المدروسة: مجموعة الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر ومجموعة الأطفال الذين لم يستفيدوا منه. ويحتوي الفصل السادس على عرض وتحليل النتائج، ومن ثم مناقشتها وتفسيرها على ضوء الفرضيات واستنتاج عام ثم الخاتمة بالإضافة إلى بعض الاقتراحات.

الفصل التمهيدي: مدخل إلى الدراسة

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- تحديد مصطلحات الدراسة

إشكالية الدراسة:

الشلل الدماغي هو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة يحدث نتيجة تلف في الأنسجة العصبية الدماغية مصحوبا باضطرابات حسية، معرفية ولغوية وقد أوضح تارديو (TARDIEAU: 1982) أن تطور الإنتاج الشفهي عند طفل الشلل الدماغي قد يواجه صعوبات على مستوى الجهاز التنفسي، الجهاز الصوتي وكذلك على المستوى النطقي، ونتيجة لذلك، تؤثر الاضطرابات الحركية بشكل مباشر على نمو لغة طفل الشلل الدماغي. (Soucila, 2017, p33) ومنه نحاول من خلال دراستنا تبين مدى أهمية وفعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي إذ أنه كلما اكتشف الاضطراب بشكل مبكر زادت احتمالية بروز نتيجة التكفل بشكل واضح وفعال، وضمن هذا السياق ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة والأبحاث التي تتناول متغيرات دراستنا "فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي" وبالرغم من قلتها وعدم تداولها بكثرة إلا أن البعض اعتمد على المتغيرين اما الشلل الدماغي والإنتاج الشفهي أو كل على حدى وبعض الدراسات التي اهتمت بالتدخل المبكر بالنسبة إلى الاضطرابات البلعية والنطقية عند أطفال الشلل الدماغي، فنجد دراسة **بوعكاز (2000)** أين سلطت الضوء على أهم أساليب التأهيل الأرتوفوني لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي، حيث حددت مدى فعالية التكفل الأرتوفوني المتمثل في مختلف التمرينات الفمية الوجهية، التنفسية وعلاج عسر البلع، وتأثيرها على الوظائف اللغوية والمعرفية عند هؤلاء الأطفال. فكلما نلاحظ تحسن في الوظائف الغذائية من الجانب الحركي، كلما تحسنت الحالة الصحية لديهم وذلك راجع لتحسن التغذية عندهم، إذ يصبح الأطفال قادرين على المضغ ثم البلع وتبين النتيجة الإيجابية لهذا العمل الحركي التأثير المباشر على التواصل إذ أظهر الأطفال ظهور الفونيمات الأولى ثم الكلمات حيث يتوقف سيلان اللعاب وذلك يسهل عملية الانتاج الشفهي ويسمح أيضا بإمكانية التغذية المناسبة للطفل ويؤدي إلى تحسن الكلام لديه وتحفيز مهاراته اللغوية، ومن الناحية المعرفية، أصبح الأطفال أكثر حضورا أثناء حصص العلاج الأرتوفوني مع تحسن واضح للانتباه والتركيز.

بما أن التدخل المبكر يقلل من المضاعفات وينشط المرونة العصبية ويقوم بتحفيزها فحسب القاموس الأرتوفوني يعتبر هذا التدخل هو الاكتشاف الأولي النشط باستخدام وسائل بسيطة تهدف إلى اكتشاف الاضطراب قبل شعور الشخص بالأعراض الأولى (Frédérique et les autres, 2004, page 71) فبالنسبة للتواصل والكلام فإن التدخل المبكر يزيد من احتمالية تعلم الطفل التعبير، ويعزز التطور المعرفي والنفسي ويقلل الاضطرابات السلوكية. (Cerebral palsy alliance. 2020)

ومن بين الدراسات التي خدمت التكفل الذي يعتبر بدروه خطوة هامة في التدخل المبكر نجد دراسة **درود (2017)**، حيث اعتمدت على اقتراح أساليب تشخيصية وتقنيات للعلاج تحت عنوان "اقتراح بروتوكول تشخيصي أرتوفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي الحركي"، والتي هدفت إلى اقتراح وتطبيق بروتوكول على عينة من

الأطفال المصابين بالشلل الدماغي باختلاف الجنس، نوع الإعاقة والعمر الزمني حيث يحتوي هذا البروتوكول التشخيصي على ثلاثة محاور تتمثل في: محور التشخيص الحركي، محور تشخيص القدرات المعرفية المرتبطة باللغة ومحور تشخيص جوانب اللغة إذ اظهرت نتائج هذه الدراسة نجاح هذا البروتوكول التشخيصي الأرتوفاوني بمحاورة الثلاثة بحيث كشفت عن الصعوبات اللغوية التي يعاني منها طفل الشلل الدماغي منها مشكل منعكس الغثيان، مشاكل الحركية الفمية الوجهية كالحركة الدقيقة لليد والحركة العامة، أيضا المشاكل التنفسية كسيلان اللعاب، مشكل في المهارات المعرفية وفي مهارات التواصل اللغوي.

كما نجد دراسة **مولاي وقارف (2017)** من بين الدراسات التي اهتمت بتطبيق برنامج وتبيان فعاليته في كلا من الفهم والإنتاج الشفهي تحت عنوان "فعالية برنامج لتنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي" وتم فيها إجراء قياس قبلي للفهم الشفهي باختبار خومسي 052 وتطبيق اختبار شوفري مولر بالنسبة للإنتاج اللغوي ومن ثم تطبيق البرنامج المقترح الذي يقوم على تنمية المهارات المعرفية للفهم الشفهي والإنتاج اللغوي ثم إجراء قياس بعدي لتأكيد التغيرات التي طرأت على الفهم والإنتاج لدى أطفال الشلل الدماغي والمتمثلة في تحسن مستوى الفهم والتركيز في التسمية والتكرار، والقدرة على التعبير، أيضا إثراء الرصيد اللغوي ومنه كان البرنامج المقترح ذو فعالية ايجابية في تنمية كلا من الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي.

وبينت دراسة **بن ناصر وزحاف (2022)** بعنوان "اللغة الشفهية عند الأطفال المصابين بإعاقة حركية عصبية"، أن هؤلاء الأطفال لديهم اضطرابات في كل مستويات اللغة الشفهية، وذلك بعد تطبيق اختبار شوفري مولر من خلال قياس المستوى النطقي، الفونولوجي، واللغوي اللساني، حيث أكدت نتائج الدراسة أن وجود الاضطرابات النطقية عند كل الحالات راجع إلى مشكل عضوي على مستوى الأسنان، أما على المستوى الفونولوجي الذي يحتوي على التسمية وتكرار الكلمات السهلة، فقد تبين وجود أخطاء في الحذف والقلب والإبدال.

وهذا ما دفعنا للتطرق إلى اختيار موضوع دراستنا "فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي"، حيث يعرف الشلل الدماغي أنه اضطراب عصبي يؤثر على الحركة والتوازن ويمس الكلام في بعض الحالات، وبسبب قلة الدراسات الجزائرية التي اهتمت بالإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي، والتدخل المبكر لهذه الفئة التي تعتبر مهمشة من المجتمع، تصادفت رغبتنا في محاولة لسد الفراغات التي خلفتها هذه الدراسات حول التدخل المبكر عند الشلل الدماغي ودوره في تنمية الإنتاج الشفهي، ومنه نطرح التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

- ما فعالية التدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي؟

التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق دالة احصائيا بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه على المستوى النطقي؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه على المستوى الفونولوجي في بند التسمية؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه على المستوى الفونولوجي في بند تكرار الكلمات السهلة؟

الفرضيات:

الفرضية العامة:

- توجد فعالية للتدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي.

الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة احصائيا في المستوى النطقي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

- توجد فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند التسمية بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

- توجد فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند تكرار الكلمات السهلة بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

أهمية الدراسة:

- تبيان فعالية وأهمية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي لأطفال الشلل الدماغي.
- الكشف عن الفروقات الفردية بين أطفال الشلل الدماغي الذين استفادوا من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر في تنمية مهارات اللغة الشفهية.
- ندرة وقلة الدراسات الجزائرية التي اهتمت بدراسة موضوع التدخل المبكر عند أطفال الشلل الدماغي سواء لتتمة القدرات المعرفية أو اللغوية.
- تبيان مدى انعكاس التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي وتحفيز القدرات المعرفية.
- توعية الأخصائيين الأطفونيين حول أهمية التدخل المبكر لتتمة الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي.

أهداف الدراسة:

- فعالية التدخل المبكر كعامل مساهم في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي.
- تبيان أهمية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي على المستوى النطقي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه.
- التعرف على فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي على المستوى الفونولوجي في بند التسمية بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه.
- التعرف على فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي على المستوى الفونولوجي في بند تكرار الكلمات السهلة بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه.
- التعرف على الفروق الجوهرية بين الأطفال المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال غير المستفيدين منه في تنمية الإنتاج الشفهي.

تحديد مصطلحات الدراسة:

- الشلل الدماغي: يشير المصطلح بمعناه الحالي إلى حالة مضطربة مرتبطة بخلل غير متطور وغير قابل للشفاء في الأنسجة الدماغية تحدث خلال فترات ما قبل وأثناء الولادة وبعدها وتتميز بشكل أساسي باضطرابات حركية. (RONDAL, 1982, p361).

ويعرف إجرائيا بأنه اضطراب عصبي يؤثر على عدة نواحي: الحركية والمعرفية واللغوية منها الإنتاج الشفهي، عند 6 أطفال، 3 منهم استفادوا من التدخل المبكر و 3 منهم لم يستفيدوا منه، تراوحت أعمارهم من 4 إلى 8 سنوات، والمتواجدين بالأماكن التالية: مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي في المركز الاستشفائي الجامعي-بلاطو، والعيادة المتخصصة في تقويم الأعضاء وإعادة التربية الوظيفية لضحايا حوادث العمل الواقعة في الحاسي-وهران، والعيادة الأرتوفونية للأخصائي "صغير".

- الإنتاج الشفهي: يعد شكل من أشكال الاتصال المباشر الذي يحدث بين فردين أو أكثر في مكان وزمان محدد. يؤدي مشافهة، فهو أداة الاتصال السريع بين الناس وهو أصل اللغة، حيث تعد هذه الأخيرة حديثا شفهيًا في مرحلتها الأولى وهو أسبق من الكتابي. (عبد السلام، 2012، ص85)

ويعرف إجرائيا بقدرة الطفل على التعبير وإنتاج الكلمات بتطبيق اختبار "شوفري مولر" من خلال بنوده المتمثلة في المستوى النطقي، التسمية وتكرار الكلمات السهلة في المستوى الفنولوجي.

- التدخل المبكر: يُعد الاكتشاف الأولي النشط باستخدام وسائل بسيطة تهدف إلى اكتشاف الاضطراب قبل شعور الشخص بالأعراض الأولى. (Frédérique et col, 2004, p71)

وتم تعريفه إجرائيا بكونه الخطوة الأولى التي يقدمها فريق التدخل لأطفال الشلل الدماغي في مرحلة الطفولة المبكرة من 20 شهر إلى 3 سنوات، وذلك لمساعدتهم على تطوير مهاراتهم الحركية، المعرفية وأيضا مهاراتهم اللغوية التي يتكفل بها الأخصائي الأرتوفوني والمتمثلة في الإنتاج الشفهي.

- النطق: تستدعي آلية النطق إرسال رسالة عصبية الى المخ لتشكيل الفونيمات، كما يستخدم كجزء لتقييم اضطرابات النطق. (Frédérique et col, 2004, p24)

ويعرف إجرائيا بأنه قدرة الطفل على إعادة 6 فونيمات منها الفونيمات المجهورة، التسريبية، الحلقية، والتصفيرية، بهدف التعرف على المشاكل النطقية لديه.

- التسمية: يعد اختبارا لتقييم الرصيد اللغوي عند الطفل أو الراشد يقوم على طلب الفاحص للمفحوص بإعطاء اسم، صفة، أو فعل معبر عن شيء سواءا شفهيًا أو كتابيًا. (Frédérique et col, 2004, p70)

وتعرف إجرائيا بأنها قدرة الطفل على إعطاء اسم عما هو ملصق في 29 صورة والتي تحتوي على مختلف الأشياء لتقييم رصيده اللغوي.

- التكرار: يستخدم كجزء من تقييم علاج النطق للتعبير ويقوم على طلب الفاحص للمفحوص بتكرار المقاطع الصوتية، والكلمات التي ليس لها معنى، والكلمات المنطقية أو الجمل حيث يهدف إلى تقييم قدرات الذاكرة السمعية والفونولوجية لديه. (Frédérique et col, 2004, p222)

ويعرف اجرائيا بأنه قدرة الطفل على إعادة مجموعة من الكلمات السهلة بمعدل 37 كلمة بهدف تقييم لغته وكيفية تكراره للكلمة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الشلل الدماغي

تمهيد

- تعريف الشلل الدماغي
- أسباب الشلل الدماغي
- أنواع الشلل الدماغي
- أعراض الشلل الدماغي
- الاضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي
- الاضطرابات اللغوية للشلل الدماغي

خلاصة

تمهيد:

لا يعد الشلل الدماغي اختلالاً حديثاً إذ يحتمل كونه قديماً قدم وجود الأطفال لكن الاختصاصات الطبية لم تبدأ بدراسة الشلل الدماغي كحالة طبية واضحة المعالم إلا في عام 1861 حينما نشر الجراح الإنكليزي وليام جون لتل **William John Little** أول بحث يصف المشاكل العصبية للأطفال المصابين بالشلل الثنائي التشنجي لذلك ما زال الشلل الثنائي يسمى أحياناً (مرض لتل Little's disease) وقد دخل مصطلح (الشلل الدماغي) حيز الاستخدام في أواخر القرن التاسع عشر ويعتقد أن السيد وليام اوسلر **William Osler**، وهو طبيب إنجليزي، أول من صاغ المصطلح ثم نشر الدكتور سيغموند فرويد **Sigmund Freud** عالم الأعصاب النمساوي المعروف بعمله في مجال الطب النفسي بعض البحوث الطبية الأولى التي تتناول الشلل الدماغي. (الين جيرالز، 2002، ص50)

تعريف الشلل الدماغي:

يشير J.A. RONDAL الى المصطلح بمعناه الحالي إلى حالة مضطربة مرتبطة بخلل غير متطور وغير قابل للشفاء في الأنسجة الدماغية تحدث خلال فترات ما قبل وأثناء الولادة وبعدها وتتميز بشكل أساسي باضطرابات حركية. (RONDAL ,1982, p361)

الغرض من المصطلح هو أنه يشمل جميع الاضطرابات الحركية ذات الأصل الدماغي المكتسبة في بداية الحياة إذ يعتبر شامل للأسماء القديمة " الإعاقة الحركية العصبية " (IMC) والإعاقة العصبية ذات الأصل العصبي (IMOC) بالإضافة إلى متعدد الإعاقات (Polyhandicap). (PARALYSIE , 2022) (CÉRÉBRALE)

الشلل الدماغي هو اضطراب عصبي يؤثر على الحركة والوضعية والتوازن ويمكن أن يؤثر أيضا على الكلام والبلع في بعض الحالات، وتشير كلمة "عصبي" إلى الدماغ و "الشلل" يشير إلى الشلل أو الحركات غير الإرادية، يتطور الشلل الدماغي قبل أو أثناء أو بعد الولادة بفترة وجيزة ويمكن أن يحدث بسبب نقص الأكسجين والولادة المبكرة وغيرها من الأسباب ، تعتبر المشكلة الحركية الأكثر شيوعا في مرحلة الطفولة ، هناك أربعة أنواع من الشلل الدماغي تعتمد على مشاكل الحركة ويُعتبر الشلل التشنجي هو الشكل الأكثر شيوعا يتميز بتصلب العضلات وصلابتها يمكن أن تحدث هذه المشكلات على جانب واحد من الجسم (شلل

نصفي)، فقط في الساقين (شلل مزدوج)، أو في جميع الأطراف الأربعة (شلل رباعي). (Matthew, 2020, p167).

الشلل الدماغي من الاضطرابات العصبية التي تصيب المخ في مراحل مبكرة من حياة الطفل يعني في فترة نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة إذ تتجم هذه الاضطرابات عن تلف عصبي يؤدي إلى حدوث مشكلات حركية، حسية تظهر على شكل تشنج أو توتر في الأطراف أو أنها تكون مصحوبة بشلل وعدم توازن حركي وكذلك نوبات الصرع، صعوبات في البلع، اضطرابات ذهنية، اضطرابات نطقية أو ضعف في الحواس كالسمع والنظر مثل الحول Strabisme. (القمش، 2010، ص82)

أسباب الشلل الدماغي:

جدول رقم 01: يمثل أسباب الشلل الدماغي. (الخفش، الهناندة، 2005، ص8-9).

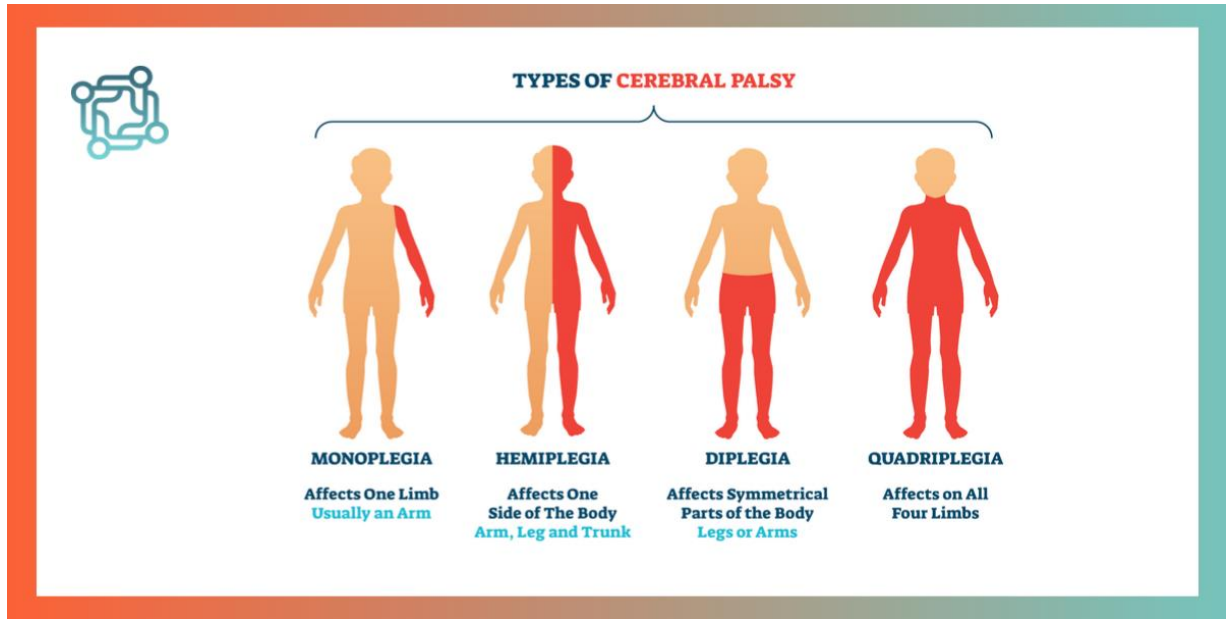
أسباب ما قبل الولادة	أسباب أثناء الولادة	أسباب ما بعد الولادة
<ul style="list-style-type: none"> - الحوادث الوعائية أو الصدمات الجمجمية. - عدم توافق دم الوالدين. - انخفاض وزن الطفل. - نزيف الأم خلال الحمل. - تعرض الأم للإشعاعات. - نقص التروية الناجم عن مضاعفات المشيمة. - إصابة الأم الحامل باضطرابات محددة لها علاقة بعمليات التمثيل الغذائي. - تعرض الأم للالتهابات أثناء الحمل (الحصبة الألمانية، داء المقوسات...) 	<ul style="list-style-type: none"> - تأخر الولادة. - الإصابات أثناء الولادة. - تعرض الرأس للضغط أثناء الولادة. - اختناق الجنين. - نقص الأكسجين المزود بواسطة الحبل السري. - اليرقان الشديد. - الخداج (ولادة الطفل قبل 40 أسبوعاً من موعد الولادة). 	<ul style="list-style-type: none"> - الإصابات والرضوض التي يتعرض لها الرأس. - الالتهابات التي تصيب الدماغ. - التسمم. - نقص الأكسجين بعد الولادة. - الاضطرابات الأخرى التي يتعرض لها الطفل (مثل استسقاء الدماغ أو الأورام الدماغية). - التهاب السحايا: ارتفاع الحرارة الناتج عن العدوى والالتهاب، يصيبان السائل والأغشية المحيطة بالمخ والنخاع الشوكي.

أنواع الشلل الدماغي:

حسب الأطراف المصابة:

ويصنف وفقاً إلى هلهان وكوفمان (1981) إلى أنواع حسب المظهر الخارجي:

1. الشلل نصفي طولي **Hémiplégie** وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم وتمثل حوالي 40% من الحالات، و في بعض الأحيان **Hémi-parésie** أي ذراع أو ساق واحد في جانب واحد.
2. شلل نصفي سفلي **Diplégie** وتمثل هذه الحالة شلل النصف السفلي من الجسم.
3. شلل نصفي علوي **Paraplégie** وتمثل هذه الحالة شلل الجزء العلوي من الجسم.
4. شلل الأطراف **Quadriplégie** وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.
5. شلل نصفي متقاطع **Hémiplégie Croisée** يصيب طرفاً من الجسم في إحدى جهتيه وطرفاً آخر من الجهة الأخرى. (القمش، 2013، ص84)



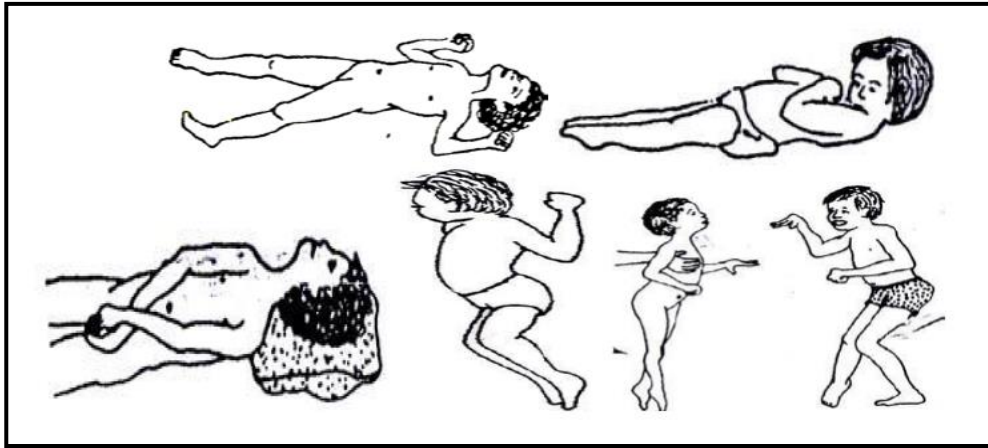
الشكل (01): يمثل أنواع الشلل الدماغي حسب الأطراف المصابة. (القمش، 2013، ص84)

حسب نوع الإصابة:

1. الشلل التشنجي: Spastique

يعود سبب الإصابة إلى تلف في مركز الحركة بالقشرة الدماغية مما يؤدي أحياناً إلى إصابة الأجهزة الحسية كالسمع والنظر والنطق من الناحية الحركية، يتسم بوجود شد أو تقلص في العضلات، يجعل الحركات بطيئة وضعيفة، والتعليمات القادمة من الجزء المصاب في الدماغ تجعل الجسم يأخذ نماذج من الأوضاع الخاطئة أو غير الطبيعية فيجد صعوبة في التحرك والتخلص من هذه الأوضاع وهذا يسبب فقدان أنواع مختلفة من الحركات فهم دائماً يتحركون أو يجلسون بنفس الطريقة وبالتدرج ممكن أن تتكون تشوهات وضعيفة مثل انحناء الظهر أو تشوه الحوض، أو الركبتين، أو الأصابع أو القدمين.

كما يصاحب هذه الحالة الإصابة بالصرع كذلك فإن عضلات الجسم تصبح ضعيفة نتيجة عدم استخدامها وبقائها في أوضاع معينة، وإذا كانت الأطراف السفلى مصابة فإنها تأخذ وضعاً خاصاً يسمى وضع المقص في هذا الوضع تقترب الرجلان من بعضهما بسبب انقباض العضلات فيهما، وقد يحدث دوران القدم إلى الداخل. (الصفدي، 2003، ص.33)



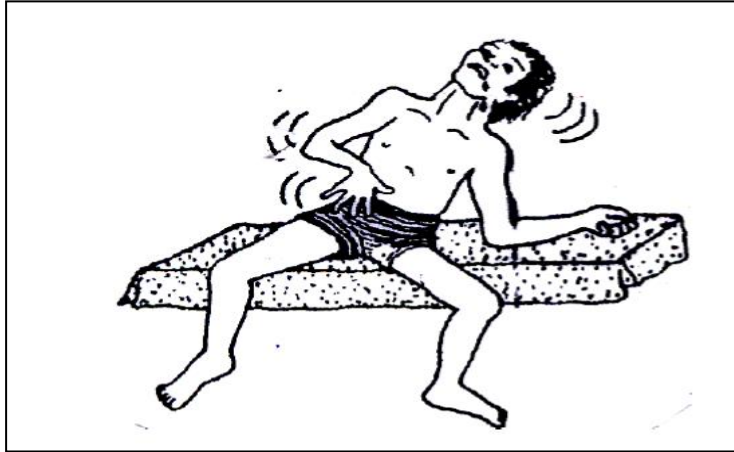
الشكل (02): يمثل حالة تعاني من تصلب وتشنج في الحركات (CBM, 2012 , p89)

2. شلل الأثيتوز Athétose

ينتج عن إصابة النواة الرمادية المركزية المختصة في توازن وتنسيق الحركات الإرادية وتتمثل في ظهور حركات غير إرادية تلقائية أثناء الحركات الإرادية، فهي تزول أثناء النوم. نجد الأثيتوز على مستوى الأطراف السفلى، الوجه واللسان وهذا يؤثر على الكلام والبلع. (بوعكاز، 2022، ص16) والعلامة الأساسية للأثيتوز

هي ظهور حركات لا إرادية عفوية غير منتظمة مبالغ فيها أثناء الحركات الإرادية التي تختفي أثناء النوم، تكون الحركات أكثر وضوحًا على مستوى الأطراف العلوية على عكس في الأطراف السفلية تكون أقل وضوحًا. أما على مستوى الوجه: تعتبر مظاهر الكُنْع مهمة جدًا حيث تتغير الإيماءات الوجهية بشكل عفوي وملاحظ ويصبح اللسان مضطرب حيث يقوم بحركات غير منضبطة، يلتف ويتدحرج ومنه نفهم أن هذا سيؤدي إلى صعوبات في الكلام والبلع. (Bouakkaze, 2000, p49).

ويصنف الشلل الأتيتوزي أو الكنعني إلى نوعين رئيسيين هما: الشلل التوتري والشلل غير التوتري، يتصف النوع الأول بتوتر عضلي شديد، إلا أن هذا النوع من التوتر يختلف عن التوتر المصاحب للشلل التشنجي أما في هذه الحالة تؤدي حركة الطرف بشكل متكرر إلى استرخائه عكس في حالة الشلل الدماغي التشنجي يؤدي إلى تيبس. أما بالنسبة للنوع غير التوتري فيتصف بحركات التوائية دون حدوث توتر عضلي شديد، ولهذه الحركات أنواع عديدة منها الحركات الدورانية والأوضاع الخاطئة والحركات الراقصة. (الصفدي، 2003، ص.34)

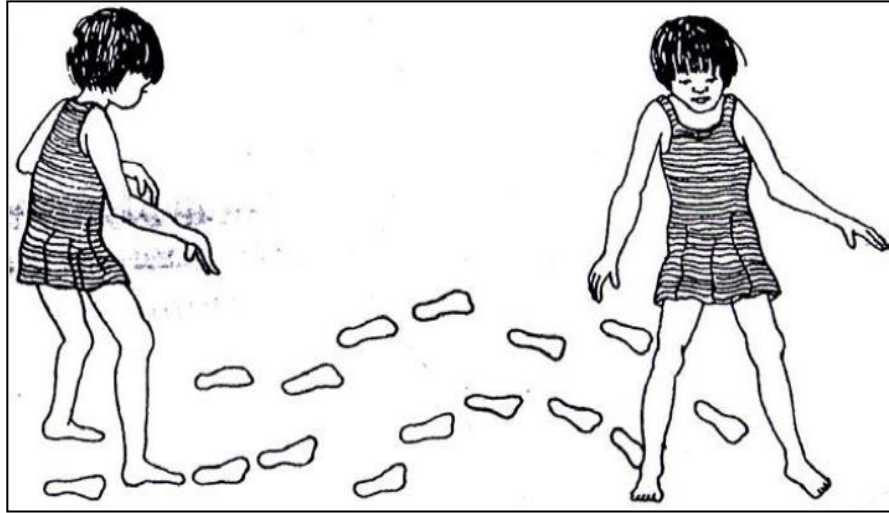


الشكل (03): يمثل حالة تعاني من الرعاش وعدم تناسق الحركات (شلل الأتيتوز) (CBM, 2012 , p89)

3. الشلل الاختلاجي: Ataxie

ينتج عن إصابة في المخيخ تتمثل في عدم استقرار الحركات ويتميز بالتوازن غير الكامل un équilibre imparfait والتنسيق coordination والرعاش المقصود tremblement intentionnel. (Bouakkaze, 2000, p51).

عدم القدرة على التحكم بوضعية الجسم، والخطأ المتكرر في تقدير المسافات وإدراك العمق، وصعوبة الجلوس والوقوف والمشي مما يؤدي إلى سقوطه على الأرض. وبسبب الرغبة في الحفاظ على التوازن، يحاول الطفل المصاب مد يديه إلى الأمام وإبعاد ساقيه عن بعضها البعض. (القمش، 2013، ص85)



الشكل (04): يمثل حالة تعاني من ضعف في التوازن (شلل اختلاجي) (CBM, 2012, p90).

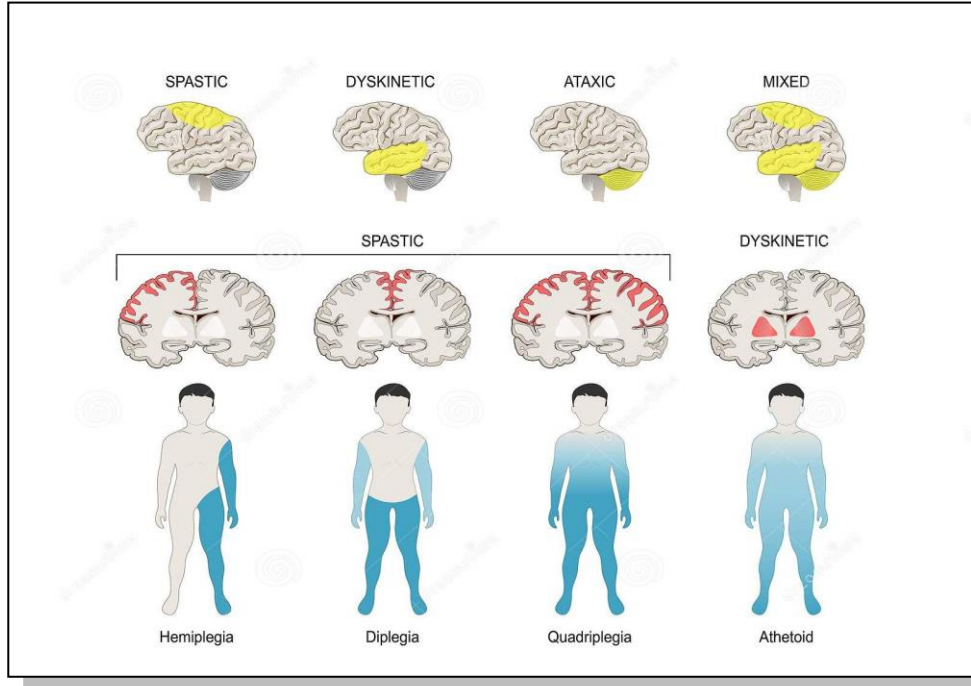
4. الشلل التيبسي: Rigidity

ويعتبر من أكثر الحالات شدة بحيث يكون جسم المصاب في حالة تصلب وتشنج ويتميز بالتوتر المستمر عند محاولة تحريك الأطراف، ونظراً لعدم توفر المرونة اللازمة في العضلات يجد المصاب صعوبة بالغة في المشي أو أي نوع آخر من أنواع الحركة، تتصف هذه الإصابة بانعدام الحركات الإرادية وزيادة شديدة جداً في مستوى التوتر العضلي مما يؤدي إلى تشنج الأطراف وتيبسها وبالتالي انقباضها ومقاومتها للحركة وحدوث تشوهات شديدة، وقد يصاحب هذا النوع من الشلل بعض الاضطرابات الذهنية، الإدراكية، التواصلية. (القمش، 2013، ص85)



الشكل (05): يمثل حالة تعاني من تصلب وتيبس في كل عضو من أعضاء الجسم (CBM, 2012, p90)

5. الشلل الدماغي المختلط وفيه يجمع الشلل الدماغي الأنواع وبالتالي نجد الذي يكون نوعين معاً أو ثلاث أو حتى الكُل لذا الشلل المختلط Mixed type في هذه الحالة يكون مصحوباً في كثير من الأحيان بالتشنج في الأطراف السفلية والكنع في الأطراف العلوية. (Bouakkaze, 2000, p51).



الشكل رقم 06: يمثل أنواع الشلل الدماغي حسب موقع الإصابة في المخ وشدتها (www.istockphoto.com).

حسب شدة الإصابة:

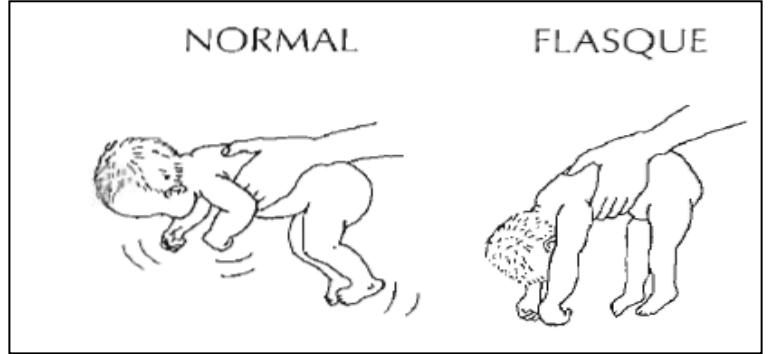
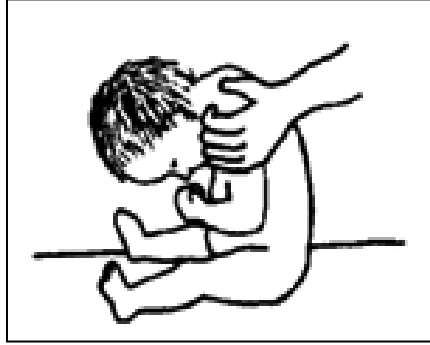
التصنيف الذي يعتمد على الشدة، وهي درجات قد تتغير مع العلاج الطبيعي والتمارين حيث تنقسم إلى:

لشلل الدماغي البسيط	لشلل الدماغي المتوسط	لشلل الدماغي الشديد
حيث يستطيع الطفل المشي واستخدام أطرافه الأربعة بدون مساعدة دائمة له يستطيع العناية بنفسه والمشي دون مساندة.	يكون النمو الحركي بطيء إلا أنهم يتعلمون المشي بواسطة أجهزة تعويضية وتدريب للمشي واستخدام اليدين، وغالبا ما يحتاجون إلى خدمات علاجية متعلقة بالكلام والعناية بالذات.	فقدان الاستقلالية والعناية الذاتية، قد يعتمد المصاب على الكرسي المتحرك في تنقلاته، نجد اضطرابات نطقية ومعرفية، يحتاج المصاب في هذه الحالة الى خدمات علاجية مكثفة (منظمة ومستمرة).

جدول رقم 02: يمثل تصنيف حسب الشدة عند الشلل الدماغي. (طيار، 2008، ص47)

أعراض الشلل الدماغي:

- عند الولادة: يمكن أن يظهر طفل الشلل الدماغي لنا ورخو Mou et flasque، ولكنه يمكن أن يبدو طبيعيًا أيضًا، قد لا يتنفس الطفل على الفور ويصبح أزرق ورخو وهذا التأخير هو سبب شائع لتلف الدماغ.
- التطور البطيء: مقارنة بالأطفال الآخرين، تأخر الطفل في الإمساك برأسه باستقامة والجلوس والتحرك. لا يستخدم يديه أو ربما يستخدم يدا واحدة فقط.



الشكل 07: يمثل التطور البطيء للنمو الحسي الحركي عند طفل الشلل الدماغي. الشكل 08: يمثل عدم تحكم الطفل برأسه.

(ورنر، 1997/1992، ص7)

- مشاكل التغذية: يعاني الطفل من صعوبة في الرضاعة عند المص والبلع والمضغ لذلك غالبا ما يختنق "أخطاء بلعية" وحتى عندما يكبر الطفل قد يواجه مشاكل في الأكل.
- صعوبة في رعاية الطفل: عند اللبس، الأكل أو حتى عند اللعب حيث قد يكون الطفل مرتخيًا لدرجة أنه يبدو أن رأسه سوف يسقط أو قد يصبح فجأة متيبسًا مثل قطعة من الخشب ومن ثم يبدو من الصعب جدًا حمله.
- البكاء المستمر والانفعال أو الهدوء التام بحيث لا يبكي ولا يبتسم، انعدام الإيماءات على وجه الطفل.
- صعوبة التواصل: لا يستجيب الطفل ولا يتفاعل ويرجع ذلك جزئيًا إلى رخاوته أو تيبسه أو ضعف التحكم في عضلات وجهه وقد يبدأ الطفل في التحدث بطريقة يصعب فهمها بحيث يكون لديه اضطرابات نطقية.
- ومشاكل لغوية وعلى الرغم من أنه صعب على الآباء معرفة ما يريد طفلهم بالضبط إلا أنهم يتوصلون إلى كيفية تلبية مطالب الطفل.
- الذكاء: كل ما كبر الاضطراب مع الطفل تزيد حدته وتظهر معه اضطرابات اخرى وبذلك فإن نكاهه ينقص درجة بدرجة وعليه يظهر التخلف الذهني وضعف في الإدراك والتركيز.

- الحول Strabisme .
- النوبات الصرعية Les crises d'épilepsie .
- سيلان اللعاب Bavage .
- سلوكات مضطربة (CBM, 2012 , p87 p88)

الاضطرابات المصاحبة للشلل الدماغي:

أ- الصرع Épilepsie:

قد يحدث في حوالي واحد من كل ثلاثة أطفال مصابين بالشلل الدماغي وهناك أنواع مختلفة من الصرع لأنه قد يعاني بعض الأطفال من نوبات عرضية فقط بينما قد تكون الحالة في حالات أخرى أكثر استمرارًا، وقد تتطلب استشارة طبيب أعصاب الأطفال. (Reddihough, 2016, p10)

ب-الاضطرابات الحركية Troubles moteurs:

- دعم غير كافي بالنسبة للجذع والرأس.
- محدودية الوقوف والمشي.
- تشنج الأطراف العلوية وتصلب العضلات بشكل مفرط، مما يمنع الطفل من الإمساك بالأشياء.
- الحركات اللاإرادية السائدة في اليدين والوجه (إيماءات عفوية).

ت-الاضطرابات المعرفية:

- ضعف في القدرات المعرفية والوظائف التنفيذية.
- عدم القدرة على التخطيط لمهمة.
- نقص تركيز.
- عدم القدرة على الاحتفاظ والتخزين.
- ث-اضطرابات الوظائف الإدراكية وتشمل:
- اضطرابات بصرية (الحول strabisme).
- اضطرابات سمعية (صمم إدراكي، إرسال أو حتى مزدوج).

- شلل العضلات الفموية الوجهية buco-facial les praxies.

- صعوبة تمثيل إيماءات الوجه.

- صعوبة في التعرف على الحواس.

- صعوبة في إيجاد الاتجاهات المكانية والزمانية.

ج- مشاكل عسر البلع والتنفس:

أشار SVENDSEN إلى أن اضطرابات البلع هي مصدر انزعاج:

صعوبة وضيق في الجهاز التنفسي لأن التعديلات الدقيقة بين البلع والتنفس مضطربة وتؤدي إلى طرق خاطئة ومتكررة، صعوبة شديدة في ابتلاع السوائل.

توعك في الجهاز الهضمي لأن إفرازات المعدة تتباطأ، لأن الاستنفاد عن طريق الهواء المبتلع يوسع المعدة ويعزز ارتجاع المريء وعواقبه المؤلمة، وبذلك الشعور بالضيق العام لأن الكميات الممتصة غير كافية خاصة من حيث الترطيب.

غالبًا ما تكون إمدادات المياه للأشخاص الذي يعانون من الشلل الدماغي غير كافية بشكل كبير، بسبب عدم قدرتهم على التعبير عن عطشهم، وصعوبتهم في ابتلاع السوائل. (Bouakkazze , 2000, p86)

- صعوبة في المضغ Mastication وعسر البلع Dysphagie (أخطاء بلعية متكررة Des fauces routes).

- الارتداد المعدي المريئي le reflux gastro- œsophagien.

- التهابات متكررة على مستوى الجهاز التنفسي (انسداد الشعب الهوائية encombrement bronchiques).

- مشاكل على مستوى الأسنان Problèmes dentaires.

- مشاكل سيلان اللعاب Bavage.

- الجفاف وسوء التغذية Déshydratation et dénutrition.

- الغثيان والتقيؤ Nausée et vomissements.

- الإمساك Constipation. (بوعكاز، ص 88-89).

الاضطرابات اللغوية لشلل الدماغ:

غالبًا ما تكون اضطرابات اللغة لدى الطفل مرتبطة بضعف سمعي محتمل أو صعوبة حركية في الكلام (عسر التلفظ) وضعف في التواصل من حيث إنتاج الكلام، نرى أن الصعوبات تتجم عن الاضطرابات الحركية لمحور الجسم والأطراف، والاضطرابات الحركية المتعلقة بأعضاء النطق، والأنشطة الشفوية بخلاف الكلام (التنفس، والبلع، والشفط)، والاضطرابات المعرفية أو البراكسية. يعتبر عسر التلفظ ثانويًا للاضطرابات الحركية ويغطي اضطرابات النطق والاضطرابات الصوتية واضطرابات الكلام. سيركز تقييم علاج النطق على الصوت (الشدّة، الجرس، الطابع) وعلى إيقاع الكلام. (Tourette, 2011, p339) ونجد:

- فقر في الرصيد اللغوي من الناحية اللسانية.

- كلام المصاب يكون بطيء.

- الأصوات المنطوقة بطرف اللسان غالبًا ما تكون مصابة.

- استبدال الأصوات المجهورة بالمهموسة.

- الفقر في الرصيد اللغوي راجع إلى نقص التحريض اللساني من طرف المحيط، الأسرة أو الوالدين والإخوة.

نجد أن النحو فقير نوعًا ما ولكن محتفظ به أيضًا اضطراب الديسفازيا «la dysphasie».

صعوبة في تقييم المعاني وهذا لعدم توفر الوسائل من أجل ذلك. (بوخاري، موساوي، صغير، 2011، ص 80)

خلاصة:

رأينا في الفصل الأول أهم المكتسبات النظرية حول الشلل الدماغية والتي تبقى مرجعية ضرورية للباحث والممارس في علم أمراض اللغة والتواصل وتوضحت من حيث المفاهيم والأسباب والأنواع وأهم الاضطرابات التي نجدها عند الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغية والتي منها اللغوية إذ أنها تشكل قاعدة مهمة حتى نفهم كيفية التدخل المبكر وأساليبه.

الفصل الثاني: الإنتاج الشفهي

تمهيد

- تعريف اللغة
- مستويات اللغة
- مناطق اللغة في الدماغ
- تعريف الإنتاج الشفهي
- مهارات الإنتاج الشفهي
- مراحل اكتساب الانتاج الشفهي عند الطفل السوي
- مراحل اكتساب الانتاج الشفهي عند طفل الشلل الدماغي

خلاصة

تمهيد:

نعرض من خلال هذا الفصل أهم تعاريف الإنتاج الشفهي انطلاقاً من اللغة ومستوياتها والإنتاج الشفهي ومهاراته ليتم بعد ذلك التطرق مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند كل من الطفل السوي والطفل المصاب بالشلل الدماغي.

تعريف اللغة:

حسب علماء اللسانيات، نجد تعريف دي سوسير (DE SAUSSURE:1916): "اللغة هي الملكة التي يستعملها تطبيق الكلام في مواضيع تنتمي إلى نفس المجتمع، أو هي نظام نحوي موجود افتراضياً في كل دماغ، أو بشكل أكثر تحديداً في أدمغة مجموعة من الأفراد، لأن اللغة ليست كاملة في أي منها".

أما بالنسبة إلى مارتينات (MARTINET :1955) فإن اللغة هي: "أداة اتصال وفقاً لها يتم تحليل الخبرة البشرية بشكل مختلف في كل مجتمع، في الوحدات الموهوبة ذات المحتوى الدلالي والتعبير الصوتي، الكلمات ويتم هذا التعبير الصوتي بدوره في وحدات مميزة ومنتالية، الأصوات، بما في ذلك تختلف الطبيعة والعلاقات أيضاً من لغة إلى أخرى".

ويرى روندال (2000) RONDAL أن اللغة هي: "الوظيفة التي تجعل من الممكن التعبير عن الحالات العاطفية، والمفاهيم والأفكار، وإدراكها عن طريق العلامات والإشارات" (Gasmi,2015, p23-29)

وقد أوضح تارديو (TARDIEAU :1982) ، أن تطور الإنتاج الشفهي للطفل يجب النظر إليه من الجانب الحسي والحركي المزدوج. وفقاً له، فإنه عند الطفل العادي يميل المستوى الحسي إلى التحسين بينما يتحسن التكامل الغنوزي أو المعرفي. هذا يعني أن الوظائف الحركية الوجيهة يتم تعزيزها مما يسمح بتحقيق وإنتاج الأصوات. ومع ذلك فإننا نجد عند الطفل الذي يعاني من الشلل الدماغي صعوبات على مستوى الجهاز التنفسي (ضعف التنسيق الرئوي) وعلى مستوى الجهاز الصوتي (صعوبات في اهتزاز الأوتار الصوتية، التشنجات الصوتية) وكذلك على مستوى النطقي (اضطرابات نطقية، صعوبة غلق الفم). ونتيجة لذلك، تؤثر الاضطرابات الحركية والعملية بشكل مباشر على نمو طفل الشلل الدماغي. (Soucila, 2017, p33)

أما حسب الأرطوفونيين، فيقسمون اللغة إلى قسمين: اللغة اللفظية وغير اللفظية (تعبير الوجه والإيماءات والمظهر...). حيث تشمل اللغة اللفظية على عدة مجالات: علم الأصوات (الفنولوجي)، التركيبي، البراغماتي، والمعجمي.

مستويات اللغة:

أ- المستوى الفونولوجي: هو العلم الذي يدرس أصوات اللغة من وجهة نظر وظيفتها في نظام الاتصال اللغوي، ويدرس وظيفة أصوات اللغة البشرية، وبدوره يدرس العناصر الصوتية للسلسلة المنطوقة في التواصل.

ب- المستوى التركيبي: هو جزء من القواعد التقليدية التي تدرس العلاقات بين الكلمات التي تشكل اقتراحًا أو جملة ويدرس أيضا القواعد التي تحكم هذه العلاقات في هذه المجموعات.

ج- المستوى البراغماتي: يدرس اللغة من وجهة نظر العلاقة بين العلامات أو الإشارات ومستخدميها ويتمثل التحليل المنطقي لمحتوى الملف أو الوثيقة من تحديد الارتباطات اللغوية للسمات النحوية الدلالية والبراغماتية للنص.

د- المستوى المعجمي: يمثل مجموعة وحدات مهمة للغة، باستثناء الوحدات النحوية بشكل عام، وبالتالي في قائمة التخزين، وتعتبر مجردة باعتبارها واحدة من النظم المكونة لهذه اللغة. غالبًا ما يعارض المعجم المفردات، مثل مخزون الوحدات الافتراضية لمجموعة الوحدات المحققة في مجموعة. (Gasmi, 2015, p26-27)

مناطق اللغة في الدماغ:

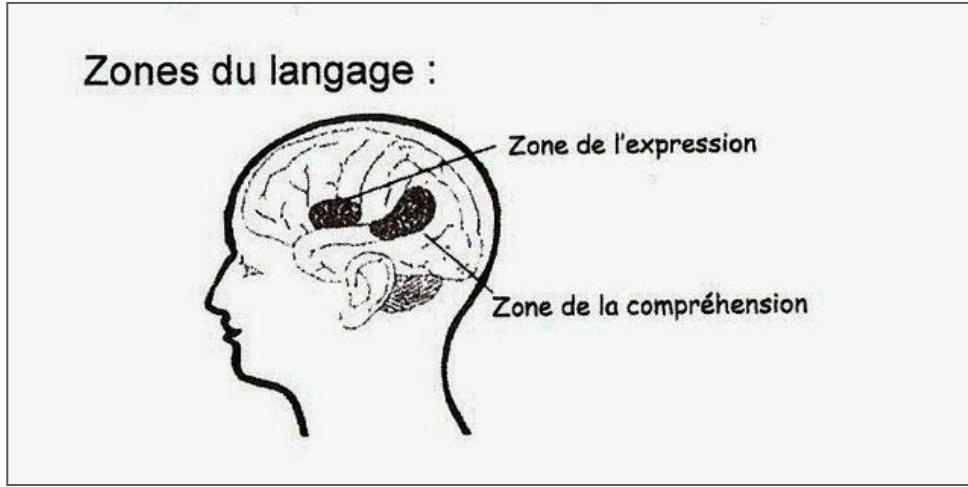
يحتوي الدماغ على مناطق خاصة باللغة ومسؤولة عن تنسيق العمليات الحركية اللازمة للإنتاج والتلفظ بالكلام، ويعتمد الإنسان على اكتساب اللغة تدريجياً وذلك بالاعتماد على تطوير مجموعة من الوظائف التي ترتبط بكلاً أنواع اللغة: الشفهية والكتابية، ونميز 3 مستويات رئيسية في الجهاز العصبي المركزي:

- الجذع الدماغى: يمثل منطقة عبور للمسارات العصبية التي تصعد من الأعضاء والمستقبلات الحسية (السمع، البصر، اللمس...) إلى المخ، وأيضاً المسارات النازلة من المراكز العصبية الحركية والإرادية إلى العضلات.

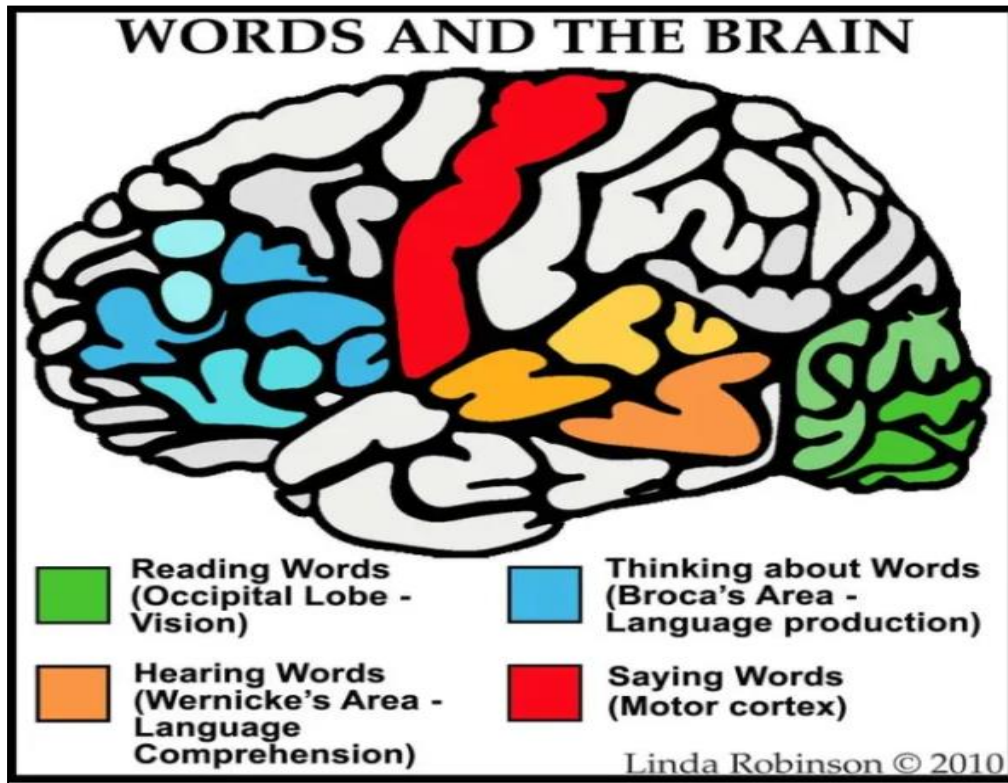
- المراكز العصبية تحت القشرية: وتضمن تنظيم الحركات الآلية للجسم والأعضاء، وتمثل أيضاً مكان تنظيم المستوى الوجداني والانفعالي.

- القشرة الدماغية: وهي نهاية المسارات الحسية باختلافها، كما نميز أن لكل مجال حسي مناطق تخصه، فالمجال البصري يقع في المنطقة القفوية، والمجال السمعي في المنطقة الصدغية، أما المجالات الشمية والذوقية في المنطقة الجدارية، ونجد المجال الحركي للوظائف التعبيرية اللفظية

وغير اللفظية في المنطقة الجبهية، وتوجد أيضا بنيات عصبية للتنسيق بين ارتباط مختلف المناطق العصبية التي تخص اللغة. (دردور، 2022، ص47)



الشكل رقم (09): يمثل مناطق اللغة منها منطقة الفهم والإنتاج الشفهي
(www.aphasique62.jimdofree.com)



الشكل رقم (10): يمثل أهم المناطق التي يحدث فيها الإنتاج الشفهي
(www.directindia.org/resources/speech-and-brain)

تعريف الإنتاج الشفهي:

تعد اللغة الوسيلة المثلى للتعبير، وغالبا ما تطلق كلمة "اللغة" على أمرين هما: التعبير الصوتي أو الشفهي وهو ما يعرف بالكلام، والثاني هو التعبير الكتابي أي الكتابة.

إن الغاية من تعلم اللغة هي الفهم والإفهام، أي فهم ما يقال وإفهام ما يدور في النفس من خواطر وأفكار، وتسهيل عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي. (الصويركي، 2014، ص.11)

هناك من عرف الإنتاج الشفهي بأنه عملية إدراكية تتضمن دافعا للتكلم، ثم مضمونا للحديث، ثم نظاما لغويا بواسطته يترجم الدافع والمضمون في شكل كلام. (عبد المحسن زكي، 2010، ص. 84)

استعملت مناهج تعليم اللغة العربية الجزائرية مصطلح الإنتاج الشفهي أو ما يسمى بالتعبير الشفهي أيضا كمصطلح تربوي بيداغوجي. يعد شكل من أشكال الاتصال المباشر الذي يحدث بين فردين أو أكثر في مكان وزمان محددين. يؤدي مشافهة، فهو أداة الاتصال السريع بين الناس وهو أصل اللغة، حيث تعد هذه الأخيرة حديثا شفهيًا في مرحلتها الأولى وهو أسبق من الكتابي. (عبد السلام، 2012، ص.85)

أما عند فحص الجانب التعبيري للسلوكيات اللغوية، ستميز ظهور الإنتاج الشفهي أو الكلام، والتعبير الكتابي أي اللغة المكتوبة كما يجب أن نلاحظ أيضًا التعبير غير اللفظي للغة، والذي يتضمن على وجه الخصوص التواصل غير اللفظي أو ما يسمى بالجسدي (الحركي) ويكون بواسطة الإيماءات بشكل أساسي والتواصل الرمزي. (RONDAL, 1982, p103)

يتطلب الكلام المستعمل في الإنتاج الشفهي، انبعاث الأصوات الذي يحوي اهتزازًا معينًا للأوتار الصوتية مصحوبًا بوضع مناسب للأجزاء المختلفة من الجهاز الفموي البلعومي. كما تضمن العديد من الأعصاب القحفية المهارات الحركية لهذه العناصر المختلفة: حركات الفك السفلي تحت سيطرة الفرع الحركي للتوأم الثلاثي، أما عضلات الوجه (الشفاه والخدود) يعصبها عصب الوجه السابع (RONDAL, 1982, p104)

مهارات الإنتاج الشفهي:

يرى الكثيرون من علماء اللغة أن اللغة هي مجموعة من المهارات التي لا بد من إتقانها، وهي القراءة والاستماع، والكتابة والمحادثة. تعتبر المهارة أمر تراكمي يبدأ بمهارات صغيرة، ثم تبنى عليها مهارات أكبر، ويتطلب اكتساب المهارات شيئين: المعرفة النظرية والتدريب العملي، ويعني هذا أن خلف كل مهارة جانب نظري وتدريب مستمر لاكتسابها. (الصويركي، 2010، ص.39)

وهناك من يشير إلى المهارات اللغوية بأنها أداء لغوي صوتي، أو غير صوتي، يتميز بالسرعة والدقة والكفاءة، والفهم ومراعاة القواعد اللغوية المنطوقة والمكتوبة فهي تمثل الركيزة الأولى في السيطرة على اللغة، فإذا امتلك المتعلم المهارات اللغوية تكونت لديه القدرة اللغوية، وبالتالي يصبح قادر على استعمال اللغة دون مشقة.

ويمكن التعرف على مهارات التعبير الشفهي من خلال استعراضها من مصادر متنوعة، كما تنقسم إلى:

أ- مهارات ما قبل اللغة: وهي المهارات التي يجب أن يجيدها الطفل، وعادة ما تكتسب في السنة الأولى من حياته، وينبغي أخذها بالاعتبار عند تقييم الأطفال صغار السن، أو الأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية، وتتضمن هذه المهارات ما يلي:

- القدرة على الانتباه إلى المعلومات المرئية والمسموعة.
- القدرة على تقليد الحركات والأصوات.
- تطور مستوى إدراك الشيء الغير موجود والتعبير عنه بعد اخفائه.
- القدرة على أخذ الأدوار.

كما أشار كل من هارجروف، وجيمس بوتيت (1988: Hargrove, and James Potet) إلى أن هناك مهارات مسبقة للتعبير الشفهي وهي:

- نماذج الاتصال والتفاعل معها.
- حدة السمع ومهارات المعالجة السمعية والمتضمنة للذاكرة والتسلسل وغيرها.
- مهارات معرفية ومهارات نطق سليمة.
- اكتساب وتطوير قواعد علم الصرف والكلام وبناء الجملة وتركيبها ودلالات الألفاظ واستخدام اللغة.
- ميكانيزم النطق والقدرة على طلاقة النطق.
- صوت مناسب.

ب- مهارات التعبير الشفهي: حددها عبد الفتاح عبد الحميد محمد (1983) فيما يلي:

- استحضار الأفكار والمعاني.
- اختيار العبارات والأفكار المناسبة.
- الربط بين الجمل.
- ترتيب تسلسل الأفكار.
- نطق الألفاظ نطقاً سليماً وإخراج الحروف من مخارجها الصحيحة.
- سلاسة الحديث. (عبد المحسن زكي، 2010، ص. 103-105)

كما توصل عدة باحثين آخرين إلى مهارات التعبير الشفهي ووصفها كل منهم حسب ما بحث فيه من عينة ومصادر اهتمت بدراستها فيجدر بالذكر أن المهارات التي تكتسب عند الطفل في أولى سنواته تختلف عن المهارات التي يستعملها الطفل المتمدرس وذلك راجع إلى تطورها عبر ما تعلمه من محيطه الدراسي والأسري.

مراحل اكتساب الانتاج الشفهي عند الطفل السوي:

يعد اكتساب اللغة من الموضوعات المهمة في علم النفس التطوري، وعلم النفس اللغوي وهي من أهم المساقات التي تدرس في الأرتوفونيا، فمن خلال اللغة يستطيع المرء التواصل مع غيره كما أنها تنشأ مع الطفل منذ ولادته فهو يستطيع أن يقدم نفسه إلى الآخرين من خلال أنماط سلوكية أو اجتماعية، يستعين على تحديدها باللغة. إن هذا التفاعل قد يؤدي إلى إدراك كل منهما الآخر.

كما أن الطفل يفهم أولاً لغة الآخر من الراشدين حوله، ومن ثم يبدأ في استخدام هذه اللغة. حيث أن الأطفال لا يتعلمون اللغة بمجرد استماعهم للآخر ولكن بسبب كونهم جزء من هذا الحدث اللغوي نفسه أين يتم الحديث معهم ويستجيبون للمحيط من حولهم. يبدأ اكتساب اللغة عند الأطفال في بداية الأمر من خلال الأصوات ثم تتمايز لتصبح جملاً نحوية ذات معنى. (قحطان، 2010، ص.42)

يتفق أكثر المهتمين باللغة على أن مرحلة الطفولة المبكرة هي مهمة جداً في اكتساب الطفل للغة بأصولها وقواعدها، وهناك من عدها قدرة فطرية تولد عند الطفل كما هو الحال بالنسبة لقدرة الطفل على الرؤية والسمع. ويعتبر العالم اللغوي تشومسكي (Chomsky) أول من أكد ذلك في نظريته التوليدية التحويلية الحديثة. ويرى أن اللغة يجب أن تكتسب خلال السنوات الخمس الأولى، وإذا لم يكتسبها الطفل خلال هذه الفترة لأي سبب كان فإنه من الصعب عليه اكتسابها لاحقاً لأن هذه القدرة المخلوقة تأخذ بالضمور، كما أن مرونة المخ قبل فترة البلوغ تمكن الأطفال من اكتسابها اللغة الأم ولا غرابة بأنهم يكتسبون نطقاً صحيحاً خلال مرحلة الطفولة يشبه نطق المتحدثين الأصليين.

يتطلب النمو السليم لاكتساب اللغة سلامة الأجهزة المعنية أي الأعضاء الحسية وخصوصاً حاسة السمع وسلامة الجهاز العصبي إذ أن فهم وتكوين الكلام بمعاني تعبر عن الأفكار والمشاعر تحتاج إلى أداء دماغي سليم. (مرجع سابق، 2010، ص.43)

اهتم الكثيرون بدراسة لغة الطفل لكونها ظاهرة إنسانية تميز الإنسان عن سائر الكائنات، كما ظهرت عدة نظريات حول الموضوع منها نظرية الجشالت، نظرية التعزيز ونظرية الاشرط. حيث أكدت على أهمية

المحاكاة والتقليد المعزز في اكتساب اللغة عند الطفل، وللبيئة أو الوسط الاجتماعي دور مهم في ذلك فتشجيع الآخر للطفل يكون له الأثر الجيد على سرعة الاكتساب.

إن اكتساب اللغة هو علامة دالة على أن الطفل أخذ يندمج في مجتمعه وبأن بنيته العقلية بدأت تتطور من التمرکز حول الذات إلى الموضوعية، واللغة هي الصلة بين الراشد والطفل والاحتكاك المتواصل بينهما.

يمكن تقسيم مراحل اكتساب اللغة عند الطفل السوي لمرحلتين مهمتين:

- المرحلة ما قبل اللغوية

- المرحلة اللغوية.

1/ المرحلة اللغوية: وتشمل طور التصويت والمناغاة والتقليد.

يبدأ طور التصويت منذ لحظة ميلاد الطفل في تعلمه من العالم المحيط به، وفي الأسابيع الأولى يكون مستقبلاً سلبياً لما يتلقاه من عناية من المحيطين به، لكن سرعان ما يتعلم أنه من الممكن أن يعدل منه، ومن خلال الدعم المستمر يبدأ الطفل في الربط بين الأصوات اللفظية وإشباع الحاجات، ولهذا تلعب يقظة الأم واستجاباتها حول معنى الأصوات التي يتلفظ بها طفلها دوراً مهماً في نمو لغته.

تختلف الأصوات التي يستعملها الطفل في هذه المرحلة من حيث الارتفاع وذلك حسب حاجته للتعبير من أكل ونظافة وغيرها.

يبدأ بعدها طور المناغاة والتقليد، حيث تستمر المناغاة معظم أشهر السنة الأولى وتكون في البداية على شكل صوائت (a)، (e) ثم ينتقل بعدها إلى الصوامت الحلقية، فيقلد الأصوات الموجودة في لغته وكذلك غير الموجودة لأنه يكون قادراً على التقليد حيث يعتقد أن الأطفال يقلدون جميع الحروف الموجودة في كل اللغات لكن يبقى هذا الافتراض قيد الدراسة.

تظهر المناغاة عند الطفل السوي أثناء الاسترخاء والسرور، حيث يشعر بالسعادة عندما يسمع الأصوات التي يصدرها.

بدءاً من الشهر السادس تظهر علاقة فعلية بين الطفل وأمه حيث تعتبر المناغاة في هذه الحالة مصدر لذة للطفل، ومن خلالها يمكن تمييز الطفل الأصم عن السوي.

وفي نهاية هذه المرحلة يبدأ الطفل في فهم بعض الكلمات والعبارات ويظهر نظاما لغويا وتنوعا من التصويت، وتصبح أصوات المناغاة أكثر معنى باستخدام التنغيم والإيقاع ويرتبط التنغيم المرتفع بالسرور بينما المنخفض فيرتبط بالتعب.

2/ المرحلة اللغوية: تتراوح ما بين الشهر الحادي عشر والرابع عشر، وتعرف هذه المرحلة الكلام لأنها تمتاز بظاهرة مهمة ألا وهي اختفاء المناغاة وظهور الكلمة الأولى.

يردد الطفل الكلمات الأولى ذات مقطع واحد مثل: ما _ ما / با _ با، ومن هنا يمكن القول إن الكلام الحقيقي يبدأ حينما ترتبط الأصوات اللفظية بالأشياء والناس والأنشطة المختلفة.

في منتصف السنة الثانية يستخدم الطفل أربع كلمات أو خمس وتظهر جملة من كلمتين، أما في السنة الثالثة وما بعدها يحدث نمو سريع في مهارات اللغة الطفل ويسمى بالانفجار اللغوي، وذلك لاتساع خبراته وامتداد بيئته وميله لاكتشاف الأشياء والنظر فيها والشعور بها وقياسها، وهنا تظهر المحادثة الحقيقية، وبالتالي يستخدم الطفل اللغة بدلا من الأصوات المبهمة. (صغير، 2011، ص70-71)

كما نشير إلى النمو النفس-لغوي حيث تطرقت الباحثة "سهيلة بوعكاز" إلى بعض المبادئ والأفكار فيما يخص اكتساب ونمو اللغة عند الطفل السوي حيث يبدأ الرضيع بالصراخ عند الولادة وتكون الأصوات الأولى أنفية فهي أساسا بكاء وإيماءات وكذلك حركات جسمية للتعبير عن الرغبات أو الأحاسيس المزعجة (جوع، عطش، نعاس، وجع..)، إن الرضيع حساس للأصوات وقد يتعرف على صوت أمه الذي كان يسمعه وهو في رحمها وبذلك مباشرة يتفاعل معها ويستجيب لها فطريا.

من شهر إلى 4 أشهر، الطفل يلعب بصوته الذي يصبح أقل غني ويخرج أكثر من الأوتار الصوتية بينما صوت البكاء يبقى أنفي. في 4 أشهر يبدأ الطفل في المناغاة ويدير رأسه نحو مصدر الصوت. من 6 إلى 8 أشهر يبدأ الطفل بالجلوس والمضغ تزداد الأصوات التي تخرج من الفم والشفيتين مع تكرارات إيقاعية التي تؤدي إلى مقاطع متتابعة، في 9 أشهر نشاهد دخوله إلى المرحلة اللغوية حيث يلقي كلمات ذات مقطعين ولها معنى. في سنة يبدأ الطفل في فهم الجمل ويقلد كلام الراشد ويستعمل نفس كلامه. في 18 شهر يتلفظ الطفل بـ 10 كلمات، وفي 21 شهر يتلفظ الطفل بـ 20 كلمة ويربط بين كلمتين أو ثلاث كلمات. وفي سنتين، يتخلى الطفل عن لغة الرضيع وفي 30 شهر يعطي اسمه ولقبه عند الطلب.

في 3 سنوات نشاهد بداية الجملة الحقيقية ويصبح رصيده اللغوي حوالي 1000 كلمة مستعملة في يومياته، يستعمل الجمل البسيطة ويصبح قادر على الفصل بين الكلام والإشارات وتبقى بعض الحركات والإيماءات تتبع الحديث، كما يصبح واعي بجنسه.

في 4 سنوات تظهر التراكيب النحوية المعقدة، يسمح له الفهم بالربط بين الفعل والفاعل. تزداد الجمل طولاً، كما يستعمل الصفات ونجد أغلب الأطفال يمرون بمرحلة تشويه بعض الحروف أو الكلمات كالحذف أو القلب.. لكن هذه التشويهات طبيعية لكن يجب أن تزول مع الوقت عند تحسين الكلام من خلال الأهل.

في 5 سنوات تصبح اللغة سليمة ثم تظهر الضمائر والروابط، ثم يكتسب الصرف وكذلك الألوان الأساسية (أحمر، أصفر، أخضر، أزرق). وفي الحساب أيضا يحسب أربع مكعبات ثم تبدأ الكتابة.

في 6 سنوات يبدأ الطفل في فهم اللغة المكتوبة واستعمالها للتعبير، كما تصبح اللغة وسيلة للتفكير المجرد.

إن معرفة نمو اللغوي عند الطفل السوي تمكنا من تحديد النمو اللغوي عند طفل الشلل الدماغي. (بوعكاز، 2022، ص 13-14)

إذا كان للكلام أساس بيولوجي فإن النمو اللغوي له علاقة بالنمو الحركي فالأطفال في مرحلة مبكرة يقومون بإصدار أصوات وأنغام شبيهة بالكلام أي أنهم مؤهلين من الناحية الفسيولوجية للنطق بالجمل ومع ذلك فإن قيامهم بالكلام فعلا لا يبدأ إلا بمضي فترة طويلة على هذه المرحلة. وينطبق هذا على كل فئات الأطفال حيث يمرون بنفس المراحل من النمو اللغوي وإن كانت حصيلتهم من المفردات محدودة نوعا ما فإن ذلك بسبب العجز في التفاعل بين الآباء والأبناء.

ويمثل الجدول التالي كيفية سير النمو الحركي مع النمو اللغوي في أول سنوات الطفل

جدول رقم 03: يمثل سير النمو الحركي واللغوي معا. (دردور، 2022، ص 54)

السن	النمو الحركي	النمو اللغوي
12 أسبوعا	يرفع رأسه عندما يكون في وضعية استلقاء على بطنه.	يبتسم لمن يتحدث إليه، ويخرج أصوات مناغاة.
16 أسبوعا	يلعب باللعبة عندما يمسكها بيده.	يدير رأسه استجابة للأصوات البشرية.
20 أسبوعا	يجلس مستندا.	يخرج مناغاة تشبه الحروف المتحركة والساكنة.
6 أشهر	يمد يده ليقبض على الأشياء.	تتحول المناغاة إلى لعب كلامي يشبه الأصوات ذات المقطع.
8 أشهر	يقف مستندا.	زيادة في تكرار مقاطع معينة.
10 أشهر	يجبو، يحاول الوقوف، يسير بخطى جانبية مع الاستناد.	يميز بين الكثير من كلمات الراشدين عن طريق الاستجابات المتميزة.
12 شهرا	يمشي عندما يمسه أحد بيد واحدة ويجلس نفسه على الأرض.	يفهم بعض الكلمات وينطق (ماما- بابا-دادا).

18 شهرا	يمكنه أن يقبض الأشياء ويعيدها، يجبو نزولا عن الدرج بالخلف.	له حصيلة لغوية ما بين 3-50 كلمة ينطقها منفردة.
24 شهرا	يجري ويمشي، يتسلق الدرج صعودا ونزولا.	تزداد حصيلته اللغوية إلى أكثر من 50 كلمة ويستعمل عبارة من كلمتين.
30 شهرا	يقف على قدم لمدة ثانيتين ويمشي على أطراف أصابعه.	زيادة هائلة في المفردات المنطوقة والجمل من 3-5 كلمات.
3 سنوات	يقود العجلة ذات ثلاث عجلات.	يبلغ عدد المفردات حوالي 1000 كلمة واضحة.
4 سنوات	القفز على الحبل.	تبدو اللغة شبه مستقرة.

كما يعرض "أجد محمد" في أطروحته للدكتوراه نمو نشاط إنتاج اللغة من الميلاد حتى ما بعد 6 سنوات:

- في سن 4-5 سنوات يصبح الطفل قادر على استعمال الماضي والمستقبل، أدوات الوصل، ويربط الاسم مع الصفة وي طرح العديد من الأسئلة ويتكلم عن خياله.
- من 5 إلى 6 سنوات، يكون إنتاج الجمل المعقدة وفق نشاط التوليد واستعمال الأزمنة والمفاهيم المتعلقة بالفضاء، يسرد ويعرف بنفسه وعنوانه وسنه.
- بعد 6 سنوات، تصبح صياغة الأسئلة مع استعمال النفي والقلب، كما يستعمل الضمائر الشخصية ويميز بين الكلمات التي تنتمي إلى نفس الحقل الدلالي. (أجد، 2018، ص22)

مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند طفل الشلل الدماغي:

بعد المرور بمراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند الطفل السوي ومعرفة عملية وكيفية حدوثها منذ الولادة إلى ما بعد 6 سنوات، نتطرق إلى عرض مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند طفل الشلل الدماغي والذي تتمحور حوله الدراسة.

اللغة عند طفل الشلل الدماغي تكون مربكة في بعض الأحيان لدى بعض الناس. بمجرد أن يعاني الطفل من صعوبات في الكلام، يصنف كنقص ثقافي، بينما يعاني طفل الشلل الدماغي من مشاكل في الكلام (ديزارثيا)، بسبب الاضطرابات الحركية التي تم ذكرها سابقاً، لذا فإن اللغة عند طفل الشلل الدماغي تتبع اكتساباً عادياً ولكن يمكن أن يكون اختلافها واضطراباتها عائدة إلى حدوث تأخر النمو الحس-حركي أو بسبب مشكل في نقل الرسالة العصبية للدماغ أو تلف بعض المناطق اللغوية.

يعبر بوتون (1976) عن إجماع عام من خلال كتابة أن اللغة تتبع في موضوعات "الشلل الدماغي"، طريقة تقدمها المعتادة، مع أو بدون تأخير، لكن الاضطرابات الحركية الخاصة بأطفال الشلل الدماغي تعيق اكتسابها بطرق مختلفة. من المقبول عمومًا أن أطفال هذه الفئة لا يقدمون اضطرابات لغوية محددة، باستثناء التأخر الناجم عن العجز الحركي بشكل عام واضطرابات الكلام بشكل خاص. (GASMI, 2015, p29)

إن تنوع اضطرابات الكلام واللغة التي يقدمها أطفال الشلل الدماغي هو انعكاس للتنوع الموجود من حيث الأعراض العضوية، ووفقًا لتروسلي (2007 : D.Truscelli)، تحتل الاضطرابات الحركية مكانًا راسخًا بين العواقب النهائية الناتجة عن تلف الدماغ المبكر وغير التدريجي، بحيث أنهم سبب الصعوبات النطقية في اللغة الانتاجية لطفل الشلل الدماغي، ويتم تمثيل العامل المشترك بينهم في العجز المزمن في التحكم الحركي. ومع ذلك، لا تلخص الاضطرابات الحركية اضطرابات التواصل.

كما نرى أيضًا أن اضطرابات اللغة لدى أطفال الشلل الدماغي شائعة ومتنوعة. كما هو الحال مع الاضطرابات الحركية، فإن درجة شدة الاضطراب متغيرة، تتراوح من اضطراب النطق البسيط (مثال: "حشان" لـ "حصان") وصولًا إلى الغياب التام للغة الشفهية.

تعمل إمكانيات اللغة على القدرات الفكرية للطفل، ولكن أيضًا على الجاذبية والشكل السريري للشلل الدماغي. على سبيل المثال، يعاني الأطفال المصابين بالأثيتوز athétoses من اضطرابات لغوية مختلفة عن الأطفال المصابين بالتشنج. فعندما يظهر الأثيتوز في الوجه، فإن الحركات الإرادية للسان وجميع عضلات الوجه ستجعل الكلام صعبًا للغاية. (GASMI, 2015, p30)

إن حوالي 65% من أطفال الشلل الدماغي يعانون من درجات تختلف في صعوبات النطق وتتراوح بين صعوبات بسيطة في النطق إلى عدم القدرة على النطق. وفي محاولة لدراسة صعوبات ومشاكل في النطق، قام "هوبكنز" بإجراء دراسة على 1293 طفل مصاب بالشلل الدماغي، وقد وجد أن 64% من المصابين بالشلل الدماغي التقلصي الرباعي يعانون من مشكلات في النطق، كما لاحظ أن الأطفال المصابين بالشلل النصفي والثنائي، كان لديهم نطق طبيعي. يميل الطفل المصاب بالشلل الدماغي التقلصي إلى النطق وهو يستخدم علامات الوقوف أثناء كلامه، وهذا راجع إلى وجود توتر وتشنجات في العضلات، ويسمى عادة بنطق الشلل الدماغي. كما نرى أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي التخبطي والذي تكون معظم حركاته لإرادية فإنه ينطق بطريقة متنوعة، وفي الحالات البسيطة تظهر أخطاء نطقية بسيطة، أما في الحالات الشديدة لا يكون عند الطفل القدرة على النطق. وذكر "هوبرمان" إلى أن عدم التحكم بالرأس وعدم القدرة على البلع ووجود سيلان في اللعاب يزيد من مشاكل النطق. وأشار "فان ريبير" إلى أن النطق يميل إلى أن

يكون مشوشا أكثر في حالات الشلل الدماغي التشنجي أما الطفل المصاب بالشلل الدماغي غير التوازني فيكون النطق عنده غير متناسق ويكون هناك نقص في السمع. (برابح وآخرون، 2018)

أما عندما يطور طفل الشلل الدماغي اللغة الشفهية، نلاحظ أن هذا النمو يتأخر مقارنة بالتطور الطبيعي. كما يمكن أن يكون كلامهم عبارة عن ديزارثيا، أي أن نطقهم يظهر بشكل غير واضح، عندما يمس تلف الدماغ بشكل كبير آليات الكلام، لا يستطيع الطفل التحدث شفهيًا أو نجده يتحدث بشكل صعب جدًا، ومع ذلك فهو قادر تمامًا على التعبير عن نفسه بشكل مختلف، مثل الطفل متعدد الإعاقات، يمكنه استخدام لغته الأصلية (النظرة، الابتسامة، وتعابير الوجه)، ولكن يمكننا أيضًا تزويدها بوسيلة اتصال بديلة (تحل محل الكلام) أو وسيلة إضافية (التي تكملها) والتي ستسمح له بتوسيع إمكانياته للتعبير.

يتطلب الحديث تسلسل مجموعة من الحركات (عضلات اللسان والشفاه والفكين والحنك)، من النظام التصويتي بشكل عام كما أشرنا من قبل وكذلك التنسيق مع التنفس، وذلك راجع إلى أن اللغة الشفهية ليست وظيفة ولكنها تتناسق ما بين الأجهزة الصوتية والنطقية. (GASMI, 2015, p30-31)

تؤدي الاضطرابات الحركية في الأنشطة الصوتية إلى خلق تأخر في الكلام، كما تمنع بعض توزيعات الاضطرابات الانبعاث الصحيح والطابع الصوتي الجيد للحروف المتحركة (كلها أو بعضها)، بسبب عدم استقرار اللسان والشفاه، ويمكن أن يؤدي تسطيح اللسان غير الكافي إلى إعاقة نطق فونام "a"، كما يؤدي اللسان الكبير المنتشر إلى نقص دعم الحنك، تتطلب الحروف المتحركة الأخرى التحكم في الشفاه لتعديل شكل فتحة الفم، فنجد قصور التمديد العام للفونام «أ»، والتقريب غير الكافي لـ o,u, (Chevrie, 2007, p335)

أظهرت الأبحاث وسائل التحكم الحركية المختلفة اللازمة لإنتاج حركات المص والمضغ والكلام كما أنها تخبرنا أن التعلم الحركي هو مهمة محددة. لذلك يجب أن يركز العلاج لتحسين إنتاج الكلام. نظرًا لأن عسر الكلام "الديزارثيا" يؤثر على جميع العمليات التي تضم إنتاج الكلام، من التنفس إلى النطق، فإن العلاج يحتاج إلى العمل على كل من هذه العمليات.

نرى أيضًا أنه بالنسبة للطفل مصاب بالشلل الدماغي، قد توجد هفوات وتوقفات بين كل عبارة وأخرى، مثال: "الرجل" ... "يطعم" ... "الكلب". على عكس الطفل الذي لا يعاني من اضطراب قد يتمكن من نطق الكلمات أطول بين الأنفاس "الرجل يطعم الكلب". (Pennington, 2012, p172)

خلاصة:

وفي هذا السياق تعد المرجعية النظرية مهمة وضرورية لمعرفة الجوانب الأساسية التي لابد من الأخصائي الأرطوفوني تحديدها والتطرق إليها من أجل الطفل المصاب بالشلل الدماغي ومعرفة أهم النقاط المختلفة بينه وبين الطفل السوي خلال مرحلة النمو اللغوي والحركي وعليه فإن توضيح الأمور يساعد في التسريع من عملية التدخل المبكر.

الفصل الثالث: التدخل المبكر عند الشلل الدماغي

تمهيد

- تعريف التدخل المبكر
- مراحل التدخل المبكر
- مبررات التدخل المبكر
- أهمية التدخل المبكر
- إستراتيجيات ونماذج التدخل المبكر
- فريق العمل الخاص بالتدخل المبكر

تمهيد

ونعرض من خلال هذا الفصل أهم تعاريف التدخل المبكر وضرورة الاعتماد عليه في مختلف الاضطرابات والتي منها الشلل الدماغي موضوع دراستنا وعليه سنتعرف على أهم مراحله ومختلف استراتيجياته والفريق الخاص بالتدخل المبكر بالنسبة للطفل المصاب بالشلل الدماغي.

تعريف التدخل المبكر:

حسب القاموس الأرطوفوني: "يُعد الاكتشاف الأولي النشط باستخدام وسائل بسيطة تهدف إلى اكتشاف الاضطراب قبل شعور الشخص بالأعراض الأولى. فبالنسبة للأخصائي الأرطوفوني، فإن فكرة التدخل المبكر تعطينا فرصة تحديد الاضطراب في أقرب وقت ممكن، والذي يمكن أن يعيق التطور السليم للغة لدى الأطفال، على سبيل المثال: الكشف المبكر عند الصمم، ضروري فحص حديثي الولادة والأخذ بعين الاعتبار النتائج والبدء مباشرة في إعادة التأهيل السمعي والتربية السمعية. أيضا بالنسبة لشلل الدماغي عند تشخيصه مبكرا لابد من الشروع في العلاج وإعادة التأهيل من حيث الحركة واللغة والبلع". (Frédérique et col, 2004,p71)

حسب **DSM-5**: " يمكن للتدخلات المبكرة والمستمرة أن تحسن الأداء التكيفي لدى الطفل أثناء الطفولة وحياة البالغين من حوله وتعمل هذه التدخلات على أن يكون لها تأثير كبير في تحسين الأداء الفكري بشكل جيد لدرجة أن يكون للطفل القدرة على تعلم مهارات جديدة والتغلب على التحديات ويمكن أن تزيد من النجاح في المدرسة والحياة كما تشمل تقديم الخدمات والدعم المتاح للذين يعانون من تأخر في النمو أو إعاقات أو في حالة علاج النطق وإعادة التأهيل الحسي الحركي وأنواع أخرى من الخدمات بناءً على احتياجات الطفل والأسرة". (A.P.A , 2013, p42)

مراحل عملية التدخل المبكر:

- التعرف أو التحقق: ملاحظة العلامات الأولى التي تنبه إذا كان هناك شك في وجود إصابة أو شلل أو أي اضطراب عند الطفل من خلال الاختبارات والتحليل.
- الاكتشاف: عن طريق البحث في هذه العلامات والأعراض بطريقة منظمة من خلال نتائج الاختبارات أو فحوصات تشخيصية أخرى.

- **التشخيص:** ويكون نتيجة وجود اضطراب بجانب معرفة الأسباب المسببة له والتشخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرض للأسوء إذا لم تتم عملية التدخل المبكر.
- **التدريب:** كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو. وهذه الأنشطة تتضمن تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج الوظيفي، العلاج الطبيعي، اللغة والكلام، السمع والتغذية.
- **الإرشاد:** هو كل أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للأباء والإمداد بالمعلومات العامة حتى يكون محيط الطفل ملم بحالته وواعي بما يحتاجه. (عمراني، 2017، ص11).

مبررات التدخل المبكر:

- تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود مرحلة نمائية حرجة خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون أكثر عرضة وتأثراً وبالتالي فإن التدخل المبكر يمكن أن يطور القدرات المعرفية واللغوية وغيرها والحد من السلوكيات المضطربة المصاحبة.
- إن الاضطرابات متداخلة فيما بينها وعدم معالجة أحدها حال اكتشافها قد يقود إلى ظهور مشاكل أخرى أو تدهور في جوانب عدة كما أن التدهور النمائي لدى الطفل بدون التدخل المبكر يجعل الفرق بينه وبين أقرانه أكثر وضوحاً مع مرور الوقت.
- من أجل تجنب السلوكيات المضطربة التي قد تحدث مع مرور الوقت، يقوم الأخصائيون بالحد من هذه السلوكيات وخلق جو سليم في بيئة المفحوص حيث يمكن أن يؤدي هذا التواطؤ بين بيئة الوالدين والمعالجين إلى خلق علاقة علاجية سليمة وعليه فإن التدخل المبكر يمنع ظهور اضطرابات أخرى ويخفف من الآثار السلبية الناجمة عن الشلل أو الإعاقة بشكل عام.
- يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لبناء علاقة وطيدة ومنظمة مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والتدريب المناسب في تلك الفترة الحرجة.
- يمنح التدخل المبكر فرص التعليم والعمل مستقبلاً والاندماج بالمجتمع كما يزود المفحوصين بأساس متين للتعليم والتعلم والانخراط بشكل عادي في الحياة.
- المحيط العائلي يلعب دوراً أساسياً وفعالاً في تنمية وتطور الحالة وتكملة لما يقوم به أي أخصائي فالجو الأسري يقوم بالعلاج النفسي بدوره المساند الأول والداعم للحالة حتى يكون التدخل المبكر ذو نتيجة فعالة وجيدة أيضاً وذلك ما يزيد من أهمية التدخل المبكر. (Rondal JA, 1982 , p172)

أهمية التدخل المبكر:

يعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر ومرتبطة ارتباطاً وثيقاً باكتشاف الإصابة بعد تطورها ويعتمد على الكشف النمائي، والاختبارات البيئية والصحية والوراثية، وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وبفترة الحمل وفترة الولادة وما بعدها وللاطفال الذين يعانون من حالات داون، أو الشلل الدماغي، أو الحالات غير الظاهرة أو في حالة ولادة الطفل رخوا أو ضعيف غير قادر على التحكم بعضلاته وهناك مؤشرات أخرى متعددة تحتاج إلى تدخل مبكر حيث يكون الطفل أبطئ من الآخرين في الحركات أو الكلام أو المشي لذلك لابد من تشكيل فريق من التخصصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان ولأن كل حالة تختلف عن الأخرى وبذلك فإن النمو الحسي الحركي هو القاعدة الأساسية الذي يمكن الطفل من اكتساب المهارات والتوافق مع محيطه فمن خلاله يستطيع التحكم برأسه حتى يساعده على التركيز والانتباه البصري مما يحثه على تطوير مهاراته. (المشرفي، 2009، ص6).

إستراتيجيات ونماذج التدخل المبكر:

يوجد العديد من الإستراتيجيات والنماذج المختلفة والمتنوعة لتقديم الخدمات للمفحوصين ومنها:

جدول رقم 04: يمثل إستراتيجيات التدخل المبكر ونماذجها. (القمش، 2013، ص 59 ص 60).

تقوم هذه الإستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل حيث تكون الأسرة القائم الرئيسي في تنفيذ الخدمات العلاجية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.	إستراتيجية المنزلي التدريب Home Based Programs
تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين في كل ميدان وفي أي جانب يحتاجه الطفل لتقدم لهم التدريب والخدمات اللازمة.	إستراتيجية مراكز التدخل المبكر Center Based Programs
يجمع الإستراتيجية الأولى مع الثانية حيث يقوم بتكثيف الخدمات للطفل حتى يكون في سيرورة متكاملة مفعمة باللوازم التي يحتاجها الطفل.	إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي
تقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليين من عمر الطفل ومن ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.	إستراتيجية المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز

<p>تتمثل في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية</p>	<p>استراتيجية مركز مراقبة نمو الطفل Child development Monitoring</p>
--	--

فريق العمل الخاص بالتدخل المبكر:

لا يقوم أي أخصائي بمفرده بتقييم قدرات واحتياجات الطفل في عدة مجالات بل ولا بد من أن يشترك في فريق متعدد التخصصات STAFF، ومن أهدافه طلب المزيد من المعلومات عن الطفل من جهات متخصصة فإن أهمية تكوين الفريق الطبي وتنظيمه وترتيب قواعد عمله أمر ضروري، فيجب أن تكون هناك فلسفة مشتركة للعمل، والعمل كوحدة واحدة، كما أن المهارة والخبرة ضرورية بجانب الرغبة في العمل بإخلاص فالجميع يعمل لهدف واحد، ونجاح كل فرد من هذه المجموعة يعتمد على نجاح المعالج الآخر وكل منهم قادر على معرفة واكتشاف نقاط الضعف والقوة لدى الطفل ومن خلال معرفة القدرات الأساسية فإنه يقوم بتتميتها وبالتدريج يمكن تعليمه مهارات جديدة. (المشرفي، 2009، ص 180)

أ- طبيب الأطفال Pédiatre:

وهو المشرف الرئيسي على متابعة الطفل حيث يقوم بالكشف الأولي، وإعطاء المعلومات الأساسية وقياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة والتعرف على مقدار الإصابة وما يحتاجه الطفل من رعاية وإعطاء الأدوية التي يحتاجها والتنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل والعائلة.

ب- أخصائي نفسي Psychologue:

له دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباط الذي يحس به الطفل والمجتمع المحيط به، كما أنه قادر على رفع الروح المعنوية والتحفيز للطفل وعائلته كما أنه يقوم بتقييم درجة الذكاء والقدرة على التعلم من خلال الملاحظة وإجراء المقاييس النفسية المختلفة أيضا دراسة ميوله وقدراته المهنية.

ت- أخصائي أنف أذن حنجرة (Oto-rhino-laryngologiste ORL):

يقوم بتقييم حالة الطفل وإجراء الاختبارات اللازمة بقياس السمع (حسب عمر الطفل) ومن ثم معرفة نوع الإعاقة السمعية، والتوجيه باستخدام السماعات اللازمة عند الاحتياج لها.

ث- طبيب الأعصاب Neurologue :

من أجل تأكيد أو نفي وجود نوبات صرع وإذا استدعى الأمر وجود إصابات أخرى أو تشوهات خلقية لابد من اللجوء إلى الاختبارات المكملّة:

- التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) L'imagerie par résonance magnétique : غالبًا ما يُظهر التصوير بالرنين المغناطيسي أي آفات أو تشوهات في دماغ الطفل.
- التخطيط الكهربائي للمخ (EEG) Un électroencéphalogramme : في حالة إصابة الطفل بنوبات صرع، ومن الشائع وجود تغييرات في أنماط موجات الدماغ الطبيعية.
- فحوصات مخبرية أخرى: فحوصات الدم، البول، الجلد للكشف عن وجود أمراض وراثية.
- فحوصات أخرى تشمل: السمع، الرؤية، الحركة، مشكلات النمو، مشكلات ذهنية. (مولاي، قارف، 2016، ص62).

ج- أخصائي التغذية Nutritionniste :

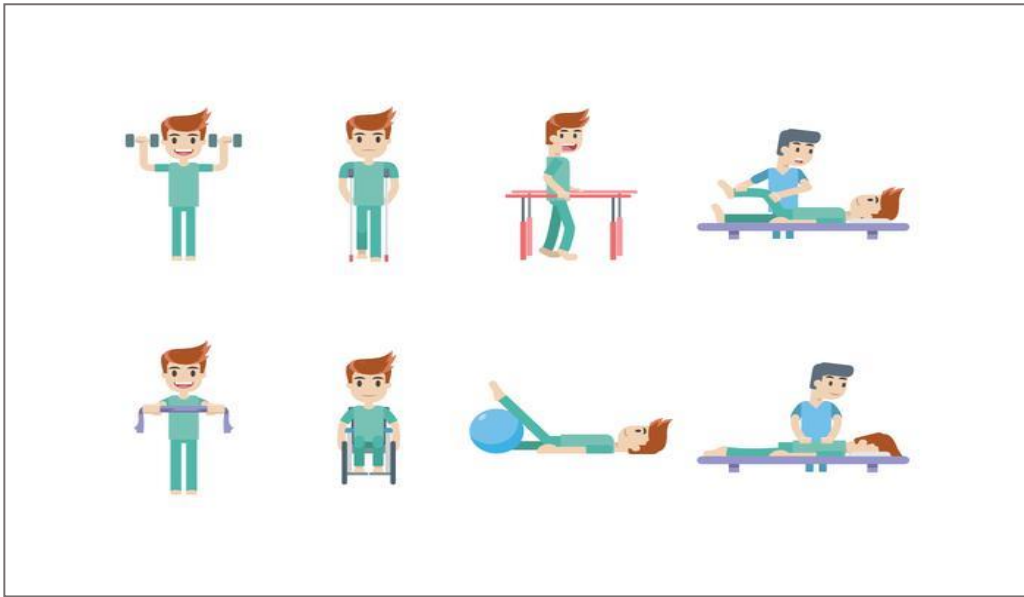
يقوم بتقييم النمو واكتشاف النقص الموجود فيه، ومن ثم تحديد البرنامج الغذائي المناسب لعمر الطفل وقدرته على الأكل والشرب.

ح- إعادة التأهيل الوظيفي Ergothérapeute, Physiothérapeute , kinésithérapeute , (.. massothérapie , chiropratique , ostéopathie :

خلال أول سنة إلى سنتين بعد الولادة، تعمل إعادة التأهيل الوظيفي على عدة أمور مثل التحكم في الرأس والجذع والتقلّب وإمساك الطفل بالأشياء كما يساعده على أداء بعض الوظائف مثل تحسين قدرته على المشي وإرخاء العضلات المتيبسة لديه والتقليل من التشنجات العضلية، تقوية الطفل على الاعتماد على نفسه في أداء الأنشطة اليومية والروتينية في المنزل والمدرسة كما نجد بعض الحالات تلجأ الى الأجهزة التعويضية مثل العكازات متعددة الأرجل، أو الأجهزة المعينة على الوقوف والجلوس، أو الكراسي المتحركة كهربائياً. كما يقدم المختص بعض الإرشادات بشأن كيفية مواصلة تدريب العضلات وممارسة التمارين الرياضية في المنزل خلال فترات ما بين جلسات العلاج وتساعد التمارين والرياضات العضلية في تعزيز قوة ومرونة الطفل والتحكم في توازنه ونموه الحركي. (Mayo Clinic, 2022).

- التركيز على تطوير المهارات الحسية والإدراكية.

- تنفيذ البرامج اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي.
 - تحسين المستوى الحركي والمعرفي والتواصل باستخدام التدخلات التي تعزز التعلم والمرونة العصبية.
 - منع الإعاقات الثانوية التي قد تؤدي إلى تفاقم الوظيفة العضلية الهيكلية أو تتداخل مع التعلم و/أو الصحة الذهنية للمفحوصين لتقليل التوتر والقلق والاكتئاب، والتي تتفاقم في حالة وجود اضطراب سلوكي.
- تمارين على أساس مستوى التطور الحركي بما في ذلك:
- تقنية إعادة التأهيل حسب Le Métayer.
 - العلاجات العصبية النمائية.
 - طريقة بوباث.
 - التمدد والقيام بالوضعيات.
 - تدريب من خلال تمارين القلب والجهاز التنفسي وتقوية العضلات.
- أيضا إعادة تأهيل وظيفة التوازن والقيام بتمارين الارتجاع البيولوجي، والتدريب على المشي حيث يتدرب المفحوص بالذهاب إلى الأمام والخلف وإلى الجانب مع الصعود على العقبات والتضاريس المختلفة أيضا المشي على حلقة مفرغة. (HAS,2021, p41 p42)



الشكل 11: يمثل أنواع التمارين في إعادة التأهيل الوظيفي (cabinetkinelozere.fr)

ح-الأخصائي الأرتوفوني Orthophoniste:

يمكن الكشف عن الشلل الدماغي في المراحل الأولى قد يبكي الطفل بكاء شديداً أو ضعيفاً ويظهر في الرضاعة قد يجد صعوبة في المص ويكون هناك عدم الانتظام في الحركة، وقد يصبح الطفل فاتراً أو مضطرباً، صعوبات

أثناء الأكل و في البلع تحدث أخطاء بلعية Fauces routes أو المضغ و يكون لديه توتر عضلي منخفض أو غير طبيعي.

ويؤكد تارديو (Tardieu) وشوفري مولر (Chevrie Muller) على أن المختص الأروفوني عند إعادة تأهيل اللغة لا يمكنه تجاهل أن تربية اللغة ما هي إلا جانب من جوانب عديدة لإعادة التأهيل فهي واسعة ترتكز على الحركة، المهارة، التمدرس والعاطفة من جهة أخرى كل طفل ذو شلل دماغي يختلف عن الآخر وكل واحد يحتاج إلى جانب واحد أو بعض الجوانب وليس الكل فيجب الاختيار من حيث عامل الاستعجال الخاص بكل حالة. (بوعكاز، 2022).

يقوم المختص الأروفوني بحركات سريعة وحيوية مع الضغط على المنطقة الفمية الوجهية بما يلي:

- الحد من منعكس التَهْوُوع أو رد فعل محاولة التقيؤ (réflexe nauséux): هو آلية دفاعية لا إرادية تهدف إلى حماية البلعوم والحلق من الأجسام الغريبة.

- الحد من منعكس سيلان اللعاب Bavage (التدليك داخل الفم).

- تدليك على مستوى اللثة العليا (اليمنى ثم اليسرى من الجهة الخارجية) واللثة السفلى (اليمنى ثم اليسرى) ثم الحنك (الجزء الأيمن ثم الأيمن انطلاقاً من الأسنان) والانتهاؤ بالضغط الحيوي والسريع على ذلوق اللسان مع إنزالها إلى الأسفل.

- تحفيز الإيماءات الوجهية من خلال التمارين الحركية Massage Bucco facial .

- تنشيط العمليات المعرفية التركيز، الانتباه، الإدراك والذاكرة.

- حث الطفل على استخدام إمكانياته البصرية والسمعية (تحفيز الرؤية، والعمل على التحديق والتثبيت).

- استعمال الإشارات والإيماءات لتعزيز النطق.

- تحسين القدرة على استعمال اللغة بطريقة لفظية أو غير لفظية. (بوعكاز، ص 89).

يتضمن بعض التمارين ما يلي:

- استخدام بطاقات اللغة للمساعدة في التركيز على أصوات معينة، وتشجيع الأطفال على إصدار أصوات أثناء النظر في المرآة لمساعدتهم على فهم كيفية تحرك أفواههم.

- تمارين النفخ: نفخ الفقاعات أو الصفارة لتدريب عضلات الفم على إصدار أصوات معينة وتقوية عضلات البطن للتحكم في التنفس.
 - تمارين التنفس: تعمل على الاستنشاق والزفير لتقوية الحجاب الحاجز.
 - تمارين الفك: تناول الأطعمة التي تتطلب مضغًا إضافيًا مثل التفاح والجزر لتقوية عضلات الفك. التدرج على فتح وإغلاق أفواههم باستخدام عضلات الفك فقط بينما يمسك شخص آخر بذقنه.
 - تمارين الشفاه: ضغط شفثيهم حول مصاصة لزيادة القوة، ومتابعة شفاههم لتحسين إطالة الشفاه.
 - تمارين البلع: القيام بـ "البلع المجهد" وهو جمع السوائل أو اللعاب في الفم وابتلاعه في جرعة واحدة وهذا يساعد على منع الطعام والسوائل من الوقوع في مجرى الهواء.
 - تمارين اللسان: تقوية اللسان عن طريق إخراجه ودفعه مقابل خافض اللسان أو الملعقة لثواني متتالية.
- (Proctor, 2023)

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- المنهج المستخدم
- الأدوات المستخدمة
- الدراسة الاستطلاعية
 - أ- حدود الدراسة الاستطلاعية.
 - ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
- الدراسة الأساسية
 - أ- حدود الدراسة الأساسية
 - ب- مواصفات حالات الدراسة الأساسية

تمهيد:

تستدعي الدراسة تدعيما لما أظهرته في الجانب النظري، فكل بحث علمي يتطلب جانبا تطبيقيا لإنجاحه، لأنه يعتبر من أسس منهجية الدراسة العلمية، وعليه سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية للدراسة من خلال عرض الدراسة الاستطلاعية والأساسية بإطارها المكاني والزمني، مع تحديد حالات الدراسة وخصائصها، وأيضا أدوات ومنهج الدراسة المتبع.

المنهج المستخدم:

يعد المنهج جزءا أساسيا من الدراسة بحيث يتبع طبيعة موضوع الدراسة ويؤكد صحتها، وبما أن دراستنا تطرقت إلى "فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي"، اعتمدنا على:

المنهج شبه التجريبي: الذي يعرف أنه دراسة العلاقة بين متغيرين كما هما موجودان في أرض الواقع دون أن يقوم الباحث بالتحكم فيهما، ويتم اللجوء إلى هذا المنهج عندما يكون هناك صعوبات في استخدام المنهج التجريبي لأسباب دينية أو اجتماعية أو لعدم لتعريض الإنسان للخطر. (محمد تيسير، 2021).

الأدوات المستخدمة:

- **المقابلة:** هي لقاء بين الفاحص والمفحوص في إطار علاقة علاجية تبنى على أساس الثقة والموضوعية كما تعتبر من أهم أدوات البحث العلمي لمساهمتها في توفير معلومات دقيقة. (يحيي سعد، 2022)
- **الملاحظة:** هي مراقبة وملاحظة السلوك في مواقف معينة كالانفعالات والتوقفات وتكون أثناء المقابلة غرضها التقييم والتشخيص. (يحيي سعد، 2022)
- **اختبار مان ويتني Mann-Whitney U:** هو من الأساليب الإحصائية يتم تطبيقه للمقارنة بين عينتين مستقلتين عندما يكون لديهم القليل من البيانات أو لا يتبعون التوزيع الطبيعي. اقترحه فرانك ويلكوكسون لأول مرة في عام 1945، لعينات ذات أحجام متطابقة، ولكن بعد عامين تم تمديده لحالة عينات ذات أحجام مختلفة بواسطة هنري مان ودي آر ويتني. وغالبًا ما يتم تطبيق الاختبار للتحقق مما إذا كانت هناك علاقة بين متغير نوعي وكمي. (Frank Hunt, 2023).

• اختبار فحص اللغة لـ (CHEVRIE MULLER)

التعريف بالاختبار:

هو رائز لغوي (1975) يتم فيه إجراء تقييم لمستويات اللغة وكذلك للإنتاج الشفهي، فهو يتعلق بمجموعة من الكلمات العفوية في حالة الأخذ والرد بالتفاعل مع الفاحص، ومن الضروري تنفيذ نسخ إنتاج الطفل كما يمكن الممكن إجراء تقييم معجمي (فعل، ضمائر، أشكال مقترحة).

ويحتوي على أربع مستويات، الثلاث الأولى خاصة بالمستوى اللغوي وهي:

1- المستوى النطقي.

2- المستوى الفونولوجي.

3- المستوى اللغوي اللساني.

- الفهم.

- الاختلاف.

- التشابه.

- الأفعال.

ب- التعبير النحو والتسمية.

أما المستوى الرابع فهو خاص بالذاكرة، وما يهمنا في هذا الرائز هو الإنتاج الشفهي يعني مستويات اللغة (النطق، التسمية، التكرار) فقط، ويطبق هذا الاختبار على فئتين من الأطفال:

من 4 - 5 سنوات -Forme P من 5 - 8 سنوات -Forme G

ويأتي الاختبار كالاتي:

1- بند مستوى النطقي:

يطبق هذا البند على الفئتين معا، يحتوي هذا الأخير على ست (6) مقاطع بحيث نطلب من الطفل اسمع جيدا وكرر ورائي:

[ǧa], [ša], [sa], [xa], [fa], [za]

والهدف من هذا التمرين هو التعرف إن كان هناك اضطراب نطقي أم لا.

التعليمة: [awad morajaع]

التنقيط: نعطي للطفل محاولتين، في حالة الإجابة الصحيحة ننقط (1)، وفي حالة الإجابة خاطئة بعد المحاولة الثانية ننقط (0).

2- بند المستوى الفونولوجي:

أ- تسمية الصور: يطبق على كلا الفئتين.

التمرين عبارة عن مجموعة من الصور.

التعليمة: نطلب من الطفل تسمية كل هذه الصور وعددها هو 29 صورة.

التنقيط: نعطي للطفل علامة (0) في حالة الإجابة الخاطئة، وعلامة (1) في حالة الإجابة الصحيحة.

ب- إعادة الكلمات السهلة: يحتوي الاختبار على 37 كلمة، يطبق على كلا الفئتين.

التعليمة: [awad moraja ع]

التنقيط: نعطي العلامة (0) في حالة الإجابة الخاطئة والعلامة (1) في حالة الإجابة الصحيحة.

3- بند اللسانيات: ونجد فيه:

أ- التعبير: وهو بدوره يحتوي على: النحو والتسمية، سرد قصة قصيرة، سرد قصة من خلال الصور.

1- النحو والتسمية: يطبق هذا الاختبار على الفئتين.

يحتوي هذا الاختبار على كلمتين تمثل جزئين من الجسم (الذقن) و(الركبة).

ويحتوي كذلك على 29 صورة.

التعليمة: [wasamou hada] وأشار بالأصابع، ثم [wasamou hada]؟

التنقيط: نعطي العلامة (4) في حالة إجابة صحيحة لكل صورة.

نعطي العلامة (2) في حالة إذا كانت الإجابة تمثل حقيقة الصورة.

نعطي العلامة (1) في حالة إذا كانت الإجابة قريبة على الأقل من الصورة.

نعطي العلامة (0) في حالة الإجابة الخاطئة.

2- سرد قصة قصيرة:

يطبق هذا الاختبار على الفئة "G" فقط

يحتوي هذا الاختبار على قصة تحتوي بدورها على 50 كلمة

التعليمة: أحكي القصة للطفل ثم أطلب منه أن يقص لي هذه الحكاية بدوره.

التنقيط: يكون حسب المعطيات والحوادث الموجودة في القصة مثل الشخصيات، البنية الزمنية والمكانية،

أدوات الربط، تسلسل الأحداث.

3- سرد قصة من خلال الصور:

يطبق هذا الاختبار على الفئتين "P" و "G"

يحتوي على 5 صور .

التعليمية: نطلب من الطفل سرد ما يراه على الصور .

التنقيط: يكون التنقيط حسب المعطيات: البنية الزمنية والمكانية والسببية، الشخصيات، تسلسل الأحداث وأدوات الربط، زمان القصة.

2- الفهم:

يحتوي على: البط، القريصات، الاختلافات، التشابه، الفهم الشفوي، تعيين الصور .

-البط: يطبق هذا الاختبار على كلا الفئتين "P" و "G"

يحتوي هذا الاختبار على أربع بطات حيث أن هناك بطتين بدون أرجل، وحوضين بهما ماء

التعليمية: نبين للطفل البط ونطلب منه القيام ببعض التمرينات مثلا: ضع البط داخل الحوض، ضعها كل واحدة أمام الأخرى، متقابلتان، ظهر بالظهر....

التنقيط: نعطي العلامة (0) في حالة الإجابة خاطئة.

ونعطي العلامات (1، 1,5، 2) حسب تسلسل المعطيات

-القريصات: يطبق هذا الاختبار على كلا الفئتين "P" و "G"

يحتوي هذا الاختبار على مجموعات من القريصات ومستطيلات طويلة وقصيرة ذات 3 ألوان مختلفة.

التعليمية: نطلب من الطفل ترتيب القريصات حسب اللون وحسب الشكل.

التنقيط: يكون التنقيط كالاتي (0,25، 0,5، 1، 1,5، 2) وذلك حسب الإجابة

• **الاختلافات:** يطبق هذا الاختبار على الفئة "G" فقط

يحتوي هذا الاختبار على مجموعة من الصور مزهريتان، إناءان (كسرونتان) وقطان

التعليمية: نقدم للطفل الصور اثنان باثنان ونطلب منه: هل هما مختلفتان؟ لماذا؟

أنظر جيدا، هل هناك اختلاف؟

التنقيط:

في حالة الإجابة الخاطئة (0)

في حالة الإجابة الصحيحة (2)

• **التشابه:** يطبق هذا الاختبار على الفئتين "P" و "G"

يحتوي على نفس الصور من الاختبار السابق (الاختلافات)

التعليمية: هي نفس التعليمية فقط نطلب من الطفل هنا:

هل هما متشابهان؟ لماذا؟

التنقيط: نفس التنقيط

- **الفهم الشفهي:** يطبق هذا الاختبار على كلتا الفئتين "P" و "G" يحتوي على نفس الصور التي توجد في اختبار (سرد قصة من خلال الصور) التعليمية: نطرح على الطفل بعض الأسئلة وهو يجيب عليها:

ماذا يفعل الأطفال؟

بماذا يمسك الكلب؟

كيف هو لباس الطفل؟

أين سقط الطفل؟ وغيرها....

التنقيط: نعطي نقطتين (1) و(2) حسب الأسئلة ويكون المجموع 5x

- **تعيين الصور:** يطبق هذا الاختبار على كلتا الفئتين "P" و "G"

يحتوي هذا الاختبار على كلمتين تمثل جزئين من الجسم (الذقن) و(الركبة) وعلى مجموعة من الصور.

التعليمية: فيما يخص أجزاء الجسم أقول للطفل: " أرني ذقنك"، " أرني ركبتك".

أما فيما يتعلق بالصور: أضع أمام الطفل في كل مرة مجموعة من 5 صور ونطلب منه التعيين على الصورة المطلوبة.

التنقيط:

في حالة إجابة صحيحة تكون العلامة (4)، وفي حالة الإجابة خاطئة تكون العلامة (0)

-إعادة الأرقام: يطبق هذا الاختبار على الفئتين "P" و "G"

يحتوي هذا الاختبار على مجموعة من الأرقام

التعليمية: أطلب من الطفل أن يعيد ما أقوله أي أن يعيد سلسلة من الأرقام تتكون من 4 أو 5 أرقام.

التنقيط: في حالة إعادة سلسلة الأرقام صحيحة تكون العلامة (1)، في حالة الإجابة خاطئة تكون العلامة

(0).

طريقة تطبيق الاختبار:

يجدر الذكر بقيام الباحثين بتطبيق أول ثلاثة بنود من اختبار "شوفري مولر" فقط، المتمثلة في: المستوى النطقي، المستوى الفونولوجي (التسمية)، المستوى الفونولوجي (تكرار الكلمات السهلة)، وكان ذلك بهدف فحص إنتاج اللغة الشفهية عند الطفل المصاب بالشلل الدماغي المستفيد من التدخل المبكر وغير المستفيد من التدخل المبكر، على 6 حالات من أطفال الشلل الدماغي، بشكل فردي مع احترام كل ضوابط وشروط الاختبار.

وجاء تطبيق الاختبار كالآتي:

المستوى النطقي: طبقنا هذا المستوى على كلا المجموعتين "مجموعة التدخل المبكر وغير المبكر" والهدف منه التعرف إن كان هناك اضطراب نطقي أم لا.

1. المستوى الفونولوجي: طبقنا هذا المستوى على كلا المجموعتين "مجموعة التدخل المبكر وغير المبكر" والهدف منه التعرف على الرصيد اللغوي عند الطفل ومن خلال:

أ- تسمية الصور: حيث نطلب من الطفل تسمية الصور إذا لزم الأمر نشرح له ماهية الصورة.

ب- تكرار الكلمات السهلة: نطلب من الطفل إعادة الكلمات بعد محاولتين ونأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات النطقية.

1- الدراسة الإستطلاعية:

بما أن موضوع دراستنا يتمحور حول أطفال الشلل الدماغي فقد توجهنا إلى المراكز والمؤسسات والجمعيات التي تهتم بهذه الفئة وكذلك المستشفيات بمدينة وهران وقمنا بالبحث عن الأطفال الذين يتوافقون مع المعايير التي نتبعها في دراستنا كما قمنا باختبارهم والتعرف عليهم أكثر من خلال الاختبار المراد تطبيقه في الدراسة وكان ذلك في الفترة الممتدة بين شهر فيفري وجوان 2023

أ- حدود الدراسة الاستطلاعية:

• الإطار المكاني للدراسة:

تم إجراء الدراسة بأماكن مختلفة تمثلت في:

- جمعية الرجاء المتكفلة بأطفال الشلل الدماغي والتي مقرها بحي بئر الجير - وهران - والتي تضم مختصين أطفونيين ونفسانيين وطبيب عام.

- المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر مقرها بحي الصباح، إيسطو -وهران- حيث لجأنا لعدة أقسام منها: قسم طب الأطفال، قسم طب الأعصاب، قسم أمراض الأذن-أنف-حنجرة.
- المصلحة الاستشفائية لإعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي مقرها في بلاطو -وهران- حيث يحتوي على هياكل متخصصة تقدم خدمات عديدة كل من إعادة التأهيل الوظيفي والتكفل الأروطوفوني والنفسي.
- العيادة المتخصصة في تقويم الأعضاء وإعادة التربية الوظيفية لضحايا حوادث العمل التابعة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال والأجراء مقرها في مسرغين الحاسي -وهران- .
- العيادة الأروطوفونية "صغير عبد الإله"، وهي عيادة خاصة، مقرها بحي العثمانية مارافال-وهران.
- الإطار الزمني للدراسة:

دامت الدراسة الاستطلاعية لمدة شهر وتم إجراؤها في الفترة الممتدة من 04 ديسمبر 2022 إلى 02 جانفي 2023.

ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بعد زيارتنا لعدة أماكن للبحث عن الفئة المناسبة لدراستنا، تم انتقاء الأطفال التي تتطابق مع شروط ومعايير الدراسة في كل من المؤسسات الثلاث: "مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بمستشفى بلاطو"، العيادة المتخصصة في جراحة العظام والتأهيل لضحايا حوادث العمل مسرغين، الحاسي، أيضا "العيادة الأروطوفونية "صغير" بمارافال، تعمل كل مؤسسة بنظام خاص بها ويشتركون في أنهم يستقبلون الاطفال والمراهقين من كلا الجنسين بمختلف الأعمار .

الدراسة الأساسية:

حدود الدراسة الأساسية:

• الإطار المكاني للدراسة:

تم إجراء الدراسة بثلاثة أماكن مختلفة وتمثلت في:

- 1- المصلحة الاستشفائية لإعادة التأهيل الوظيفي بالمركز الاستشفائي الجامعي مقرها في بلاطو -وهران- حيث يحتوي على هياكل متخصصة في الكشف، العلاج والمتابعة ويضم فريق متعدد التخصصات من أطباء أطفال، أطباء العلم العصبي، إعادة التأهيل الوظيفي وأخصائيين نفسانيين وأروطوفونيين ويستقبل

الفريق كل أنواع الاضطرابات لدى الطفل والراشد كما يحتوي على قاعات واسعة تشمل كل أنواع الآلات والبرامج والأنشطة التي تخدم المفحوص.

2- العيادة المتخصصة في تقويم الأعضاء وإعادة التربية الوظيفية لضحايا حوادث العمل التابعة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال والأجراء مقرها في مسرغين الحاسي -وهران- تحتوي على 32 جناح يقدم عدة خدمات في مجال الكشف، التمريض، الطب وإعادة التأهيل الوظيفي، ويضم مختصين في كل الميادين وبدوره يتكفل بالطفل والراشد أيضا وكان مقر تربصنا في الجناح البيداغوجي الذي يحتوي على مكتب الأخصائية الأرتوفونية والأخصائية النفسية التربوية وطبيبة عامة ومختصة في إعادة التأهيل الوظيفي.

3- العيادة الأرتوفونية "صغير عبد الإله"، وهي عيادة خاصة، مقرها بحي العثمانية مارافال-وهران، واجهة شارع مونسيور بافي رقم 31، ذهبية براهيم، القطعة رقم 02، الطابقين الأرضي والأول، في مدخلها يمر يصل إلى مكتب الاستقبال والاستشارات، وقاعة الانتظار بجانب المكتب وفي الطابق الأول نجد حمام، قاعتين للأطفال، وتقدم العيادة حصص التكفل الأرتوفوني وإعادة التأهيل، كما تستقبل العيادة كل الاضطرابات سواء راشدين أو أطفال، يعمل الأخصائي الأرتوفوني على تقسيم الحصص بمقدار حصتين لكل حالة أسبوعيا، وتتراوح الحصة من 30 إلى 45 دقيقة، وتكون الحصص فردية، كما تسعى لتقديم استشارات وتوجيهات للمفحوصين، فتقوم على أساس أخذ حصص أولية للتشخيص تمتد ما بين 6 إلى 8 حصص ليتم بعدها إعلام الأولياء أو المفحوص بالتشخيص، ومن ثم الشروع في التكفل الأرتوفوني حسب كل حالة، كما تقدم العيادة إعادة تأهيل وظيفي لبعض الحالات التي تستلزم ذلك مثل حالات الشلل الدماغي، الشلل النصفي وغيرها.

• الإطار الزمني للدراسة:

دامت الدراسة لمدة 4 أشهر، وتم إجرائها في الفترة الممتدة من 27 فيفري 2023 إلى 31 ماي 2023، في الفترة الصباحية أو المسائية وأحيانا كلاهما، وكان ذلك بمعدل حصتين مع كل حالة أسبوعيا، وتختلف الأيام حسب مكان التربص، وكانت مدة الحصة 30 دقيقة.

مواصفات حالات الدراسة:

احتوت دراستنا على 6 حالات، تم اختيارهم بطريقة قصدية وفق الشروط التالية:

- شلل دماغي، لم يؤخذ بعين الاعتبار نوعه والاضطرابات المصاحبة له
- لا يوجد لديهم اضطرابات عصبية

- تتراوح أعمارهم من 4 سنوات إلى 8 سنوات
- لهجة وهرانية محلية (قابلية التنسيخ الصوتي والتحليل اللغوي)
- 3 حالات تدخل مبكر (المجموعة الأولى)
- 3 حالات تدخل غير مبكر (المجموعة الثانية)
- خصائص الحالات المدروسة:

جدول رقم 05: يمثل خصائص المجموعة الأولى التي استفادت من التدخل المبكر

معايير الحالات	السن	الجنس	اللهجة المستعملة	نوع التدخل	مدة التدخل
الحالة 1 "س"	7 سنوات	أنثى	وهرانية	مبكر	بدأت التدخل في سن 22 شهر
الحالة 2 "ر"	7 سنوات	ذكر	وهرانية	مبكر	بدأ التدخل في سنتين
الحالة 3 "ل"	7 سنوات	أنثى	وهرانية	مبكر	بدأت التدخل في سنتين وشهرين

جدول رقم 06: يمثل خصائص المجموعة الثانية التي لم تستفد من التدخل المبكر

المعايير الحالات	السن	الجنس	اللهجة المستعملة	نوع التدخل	مدة التدخل
الحالة 1 "أ"	5 سنوات	ذكر	وهرانية	غير مبكر	بدأ التدخل في 5 سنوات
الحالة 2 "م"	8 سنوات	أنثى	وهرانية	غير مبكر	بدأت التدخل في 6 سنوات
الحالة 3 "و"	4 سنوات	ذكر	وهرانية	غير مبكر	بدأ التدخل في 4 سنوات

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض الإجراءات الميدانية التي مرت بها الدراسة من الناحية التطبيقية، وذكر أهم الأدوات المستعملة فيها، والمنهج المتبع.

الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج ومناقشتها
تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الحالات

2- مناقشة وتفسير النتائج

3- استنتاج عام.

تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات حيث سنتطرق لكل حالة على حدى في كل من مجموعة الأطفال المستفيدين من التدخل المبكر ومجموعة الأطفال غير المستفيدين من التدخل المبكر.

عرض وتحليل نتائج الحالات:

نعرض فيما يلي نتائج الحالات الستة المدروسة لاختبار "شوفري مولر"، وقد تم التحصل على النتائج الموضحة أدناه:

1. نتائج المجموعة الأولى المستفيدين من التدخل المبكر:

• تقديم الحالة الأولى (س . ب):

الحالة (س) أنثى، عمرها 7 سنوات، تنتمي لعائلة تتكون من الوالدين (الأب شرطي، والأم ماعثة في البيت) مستواهم متوسط، ورتبتها في البيت الأولى ولديها أخت واحدة، عانت الأم قبل وأثناء الحمل من فقر الدم الحاد واليرقان وحتى بعد الولادة مما وجب عليها أخذ مضادات حيوية وعلاج دوائي مع مكمل غذائي، كانت الولادة طبيعية لكن أصيب المولود باختناق عند الولادة مما أدى إلى غياب الصرخة الأولى وكانت تزن 2.7 كلغ مع شلل وجهي مركزي جانبي وشلل في كامل الجسم، دخلت الإنعاش، ووضعت في الحاضنة من أجل العلاج بالأشعة، لمدة 20 يوم، أما الأم فبقيت لمدة 3 أيام بعد الولادة، كانت الرضاعة مزدوجة بين الطبيعية والاصطناعية لمدة سنتين، ولم يكن هناك منعكس المص وبالنسبة لنومها كان عادي، طبيعة النمو الحس-حركي متأخر مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع وديسبراكسيا فمية وجهية أيضا (أنظر الملحق 04).

- نتائج الحالة الأولى (س . ب):
- نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم (7): يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الأولى (س).

العلامة	المحاولة 2	المحاولة 1	البند	العلامة	المحاولة 2	المحاولة 1	البند
1	/	[fa]	[f]	0	[ga ڨ]	[ga ڨ]	[s]
1	/	[xa]	[x]	1	/	[ša]	[š]
0	/	[ga]	[z]	1	/	[ğa]	[ğ]

ART : 4 / 6

المجموع: 4 / 6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (س) تمكنت من نطق 4 فونيمات من أصل ستة أي ما يعادل نسبة 66,66%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (س) أن تتجح في نطق الفونيمات التسريبية المجهورة والمهموسة، أما الفونيمات الصفيرية مثل: [s] , [z] لم تتمكن من نطقهم بسبب الدسييراكسيا الفمية الوجهية مع العلم أنها كانت تحاول.

- نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 08: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الأولى (س).

العلامة	الإنتاج اللغوي للطفل	الشرح	الوحدات
1	[tabla]	[nkteb 3liha]	[tabla]
1	[ʔarnab]	[ħajawen yakul ġazar]	[ġnina]
1	[bībī]	[tful srir]	[bebe]

1	[lūṭu]	[nexruġ biha]	[lūṭū]
0	/	[medawra]	[derāġa]
1	[banén]	[nakluha]	[banana]
0	/ /		[siġara]
0	/	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]
0	/	[tel3eb biha šira]	[pupija]
0	/	[musiqqa]	[pijano]
1	[manzil]	[neseknou fih]	[dar]
0	/	[ndiruh fel xubz]	[fermaġ]
1	[mhah]	[naqsu bih lwraq]	[mqas]
0	/	[nakluh ndiruh šwa]	[laħm]
1	[ġmaġ]	[nġem3u 3lih]	[kursi]
1	[qalam]	[neketbu bih]	[stilū]
0	/	[nṭajbu fiha ħlib]	[kasrona] / [ṭawa]
1	[šaġara]	[nelquha bara]	[šaġara]
0	[hāmbly]	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
1	[qalam]	[nersmu bih]	[qalam]
1	[maftéħ]	[nħalu bih bab]	[meftaħ]

1	[trām]	[nrohu fih b3id]	[qīṭar]
1	[warda]	[riha chaba]	[warda]
1	[ṣbaع]	[win rah sub3i]	[sbaع]
1	[mīf]	[win rah nifi]	[nīf]
0	/	[nemḥu biha ketba]	[mimḥa]
0	[mā]	[ndirouha f ṭarṭa]	[šamعa]
0	/	[fel qar3a]	[bušun]
1	[nār]	[nša3lu biha šam3a]	[zalamit]

DEX = 17 / 29

المجموع: 17 / 29

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (س) تمكنت من تسمية 17 صورة من أصل 29 أي ما يعادل نسبة 58.62%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (س) ان تتجح في تسمية نصف الصور ومع العلم انها تستطيع تسمية ما تبقى الا انها كانت تتعمد الرفض، كما نلاحظ انها قامت بالقلب مثال [mīf] بدل [nīf] ايضا نلاحظ التشويه في كلمة [hāmbly] بدل [dalilā]

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 09: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الأولى (س).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
0	/	[pupja]	1	[ʔablū]	[ʔablū]
1	[r̥ar]	[dar]	1	[mimħa]	[mimħa]
1	[mās]	[mqas]	1	[farina]	[farina]
1	[lħam]	[lħam]	1	[fermāğ]	[fermāğ]
1	[hursi]	[qursi]	1	[taħwisa]	[taħwisa]
1	[lu]	[stilu]	1	[lūtu]	[lūtu]
1	[nuna]	[qasruna]	1	[trig]	[trig]
1	[ğara]	[šağara]	1	[janu]	[pjanū]
1	[lilā]	[dalila]	1	[mūsiqa]	[mūsīqa]
1	[warda]	[warda]	1	[kraʔa]	[krafata]
1	[xbaɣ]	[sbaɣ]	1	[təħ]	[mtəħ]
1	[nīf]	[nif]	1	[lījmna]	[jadd limna]
1	[šamɣa]	[sam ɣ a]	1	[jabki]	[jabkī]
1	[būšun]	[bušun]	1	[kīta]	[qīta]
1	[qalam]	[qalam]	1	[kabla]	[ʔabla]
1	[zamamīt]	[zalamit]	1	[gbība]	[gnīna]
			1	[bībī]	[bībī]
			1	[drāga]	[derağa]

			1	[banəna]	[banana]
			1	[sišara]	[siğara]
			1	[mi]	[xūdmī]

المجموع : 36 / 37

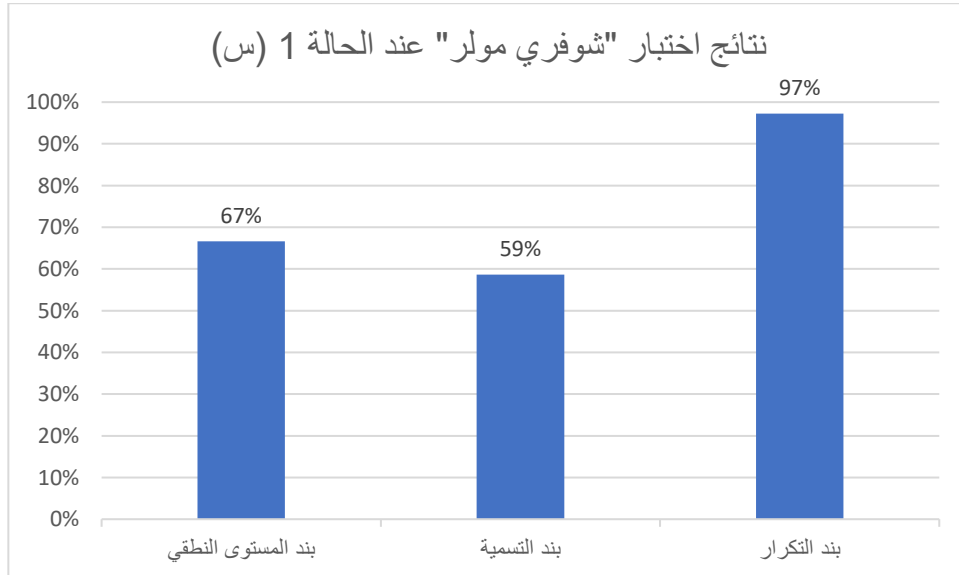
REP = 36 / 37

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (س) تمكنت من تكرار 36 كلمة من أصل 37 أي ما يعادل نسبة 97,29%.

التحليل الكيفي:

تمكنت الحالة (س) ان تنجح في تكرار الكلمات لكن لكونها تعاني من اضطراب نطقي مصاحب حيث قامت بالإبدال في العديد من الكلمات مثلا [gb̄ba]=[gn̄na] وأيضا: [zalamit] = [zamamit].



الشكل رقم (12): نتائج الحالة (س) في بنود اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (12) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (س) بحيث تحصلت على 67% في بند المستوى النطقي، و59% في التسمية وفي بند التكرار تحصلت على 97%.

تقديم الحالة الثانية (ر . ب):

الحالة (ر) ذكر، عمره 7 سنوات ينتمي لعائلة تتكون من الوالدين (الأب عامل و الأم مأكتة في البيت) مستواهم متوسط، ورتبتها في البيت الأولى ولديها اخوتين لم تعاني الأم قبل و أثناء الحمل، كانت الولادة طبيعية لكن أصيب المولود باختناق عند الولادة وكان لونه أزرق ما أدى إلى غياب الصرخة الأولى لم يدخل الإنعاش، وضع في الحاضنة لمدة 24 ساعة و بقي في المستشفى لمدة 20 يوم، كانت الرضاعة طبيعية بالنسبة لنومها عادي، طبيعة النمو الحس-حركي متأخر مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع واضطرابات فمية ووجهية أيضا (أنظر الملحق 04) .

• نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم 10: يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الثانية (ر).

البند	المحاولة 01	المحاولة 02	العلامة	البند	المحاولة 01	المحاولة 02	العلامة
[s]	[sa]	/	1	[f]	[fa]	/	1
[š]	[ša]	/	1	[x]	[xa]	/	1
[ğ]	[ğa]	/	1	[z]	[za]	/	1

ART : 6/6

المجموع 6/ 6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ر) تمكنت من نطق كل الفونيمات من أصل ستة أي ما يعادل نسبة 100%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ر) أن تتجح بامتياز في نطق كل الفونيمات.

• نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 11: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثانية (ر).

الوحدة	الشرح	الإنتاج اللغوي للطفل	العلامة
[tabla]	[nkteb 3liha]	[tabla]	1
[ġnina]	[ħajawen yakul ġazar]	[ʔarnab]	1
[bebe]	[tful sriir]	[bibi]	1
[lūtū]	[nexruġ biha]	[sajara]	1
[derāġa]	[medawra]	[draġa]	1
[banana]	[nakluha]	[mwz]	1
[siġara]	/	[garu]	1
[xūdmi]	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]	1
[pupija]	[tel3eb biha šira]	[alġ'eb]	1

1	[rūnja]	[musiq̄a]	[pijano]
1	[bajit]	[neseknou fih]	[dar]
1	[frmağ̄]	[ndiruh fel xubz]	[fermağ̄]
1	[mq̄aš]	[naqsu bih lwraq]	[mq̄as]
1	[lham taξxrūf]	[nakluh ndiruh šwa]	[laħm]
1	[kurši]	[nġem3u 3lih]	[kursi]
1	[qalam]	[neketbu bih]	[stilū]
1	[ṭawa]	[nṭajbu fiha ħlib]	[kasruna] / [ṭawa]
1	[šāğara]	[nelquha bara]	[šāğara]
1	[miḍala]	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
1	[mulawana]	[nersmu bih]	[qalam]
1	[maftēħ]	[nħalu bih bab]	[meftaħ]
1	[trén]	[nrohu fih b3id]	[qiṭar]

1	[warda]	[riha chaba]	[warda]
1	[šbaع]	[win rah sub3i]	[sbaع]
1	[nīf]	[win rah nifi]	[nīf]
1	[mimħa]	[nemħu biha ketba]	[mimħa]
1	[šamع a]	[ndirouha f țarța]	[šamع a]
1	[būšun]	[fel qar3a]	[bušun]
1	[téعnār]	[nša3lu biha šam3a]	[zalamit]

29 / 29 = DEX

المجموع: 29 / 29

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ر) تمكنت من تسمية 29 صورة من أصل 29 أي ما يعادل نسبة 100%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ر) أن تنجح في تسمية الصور بحيث استعمل مفردات من نفس الحقل الدلالي وذلك ما يحيل إلى قدرة الطفل على استيعابه وربطه للمفردات المرادفة لبعضها البعض

[alع'eb]=[pupija] / [mulawana] = [qalam]

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 12: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثانية (ر).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
1	[pupja]	[pupja]	1	[ṭablū]	[ṭablū]
1	[ddar]	[dar]	1	[mimħa]	[mimħa]
1	[mkaš]	[mqas]	1	[farina]	[farina]
1	[lħam]	[lħam]	1	[fermāğ]	[fermāğ]
1	[qursi]	[qursi]	1	[taħwisa]	[taħwisa]
1	[tīlu]	[stilu]	1	[lūtu]	[lūtu]
1	[kašruna]	[qasruna]	1	[ṭrig]	[ṭrig]
1	[šağara]	[šağara]	1	[pjanū]	[pjanū]
1	[ḍalila]	[dalila]	1	[mūsīqa]	[mūsīqa]
1	[warda]	[warda]	1	[krafata]	[krafata]
1	[sbaع]	[sbaع]	1	[mtéħ]	[meftéħ]
1	[nīf]	[nif]	1	[jadd limna]	[jadd limna]
1	[šamع a]	[sam ع a]	1	[jabkī]	[jabkī]

1	[būšun]	[bušun]	1	[qīta]	[qīta]
1	[qalam]	[qalam]	1	[ṭabla]	[ṭabla]
1	[zalamīt]	[zalamit]	1	[nīna]	[nīna]
			1	[bībī]	[bebe]
			1	[deraḡa]	[deraḡa]
			1	[banana]	[banana]
			1	[sišara]	[siḡara]
			1	[xūdmī]	[xūdmī]

37 / 37 = REP

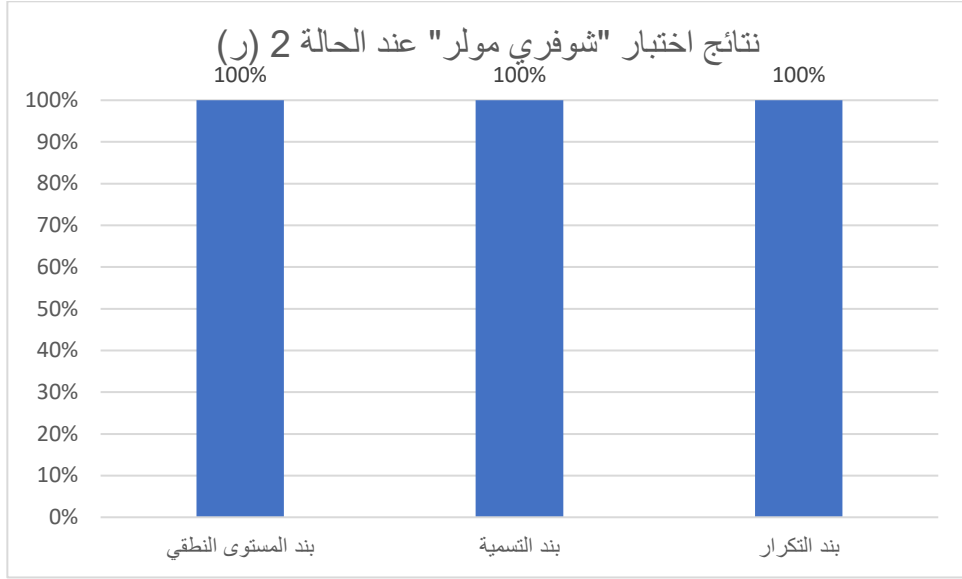
المجموع : 37 / 37

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ر) تمكنت من تكرار 37 كلمة من أصل 37 أي ما يعادل نسبة 100%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ر) أن تتجح في تكرار الكلمات لكن لكونها تعاني من اضطراب نطقي مصاحب ويظهر ذلك في: مثلا قلب الفونام المجهور بدل التسريبي [sišara] = [siḡara] أيضا الحذف [tīlu] = [stilu]



الشكل رقم (13): يمثل نتائج الحالة (ر) في اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (13) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (ر) بحيث حصلت على 100% في بند المستوى النطقي، و100% في التسمية وفي بند التكرار حصلت على 100%.

• تقديم الحالة الثالثة (ل.س):

الحالة (ل) أنثى، عمرها 7 سنوات تنتمي لعائلة تتكون من الوالدين (الأب عاطل والأم ماکثة في البيت) مستواهم متوسط ورتبتها في البيت الأولى ولديها اخوتين، لم تعاني الأم قبل وأثناء الحمل، كانت الولادة قيصرية، وضعت في الحاضنة لمدة 24 أيام وبقيت في المستشفى لمدة، كانت الرضاعة طبيعية لمدة 6 أشهر بالنسبة لنومها كان عادي، أصيبت بفقر الدم وبالنسبة لطبيعة النمو الحس-حركي متأخر مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع واضطرابات فمية وجاهية أيضا (أنظر الى الملحق 04).

• نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم 13: يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الثالثة (ل).

العلامة	المحاولة 02	المحاولة 01	البند	العلامة	المحاولة 02	المحاولة 01	البند
1	/	[fa]	[f]	1	/	[sa]	[s]
1	/	[xa]	[x]	1	/	[ša]	[š]
1	/	[za]	[z]	1	/	[ǧa]	[ǧ]

المجموع : 6/ 6

ART : 6/6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ل) تمكنت من نطق كل الفونيمات من أصل ستة أي ما يعادل نسبة 100%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ل) أن تنجح بامتياز في نطق كل الفونيمات.

• نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 14: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثالثة (ل).

العلامة	الإنتاج اللغوي للطفل	الشرح	الوحدات
1	[tawila]	[nkteb 3liha]	[t̥abla]
1	[ʔarnab]	[hajawen yakul ǧazar]	[ǧnina]

1	[walad]	[tful srir]	[bebe]
1	[sajara]	[nexruġ biha]	[lūtū]
1	[Bisklét]	[medawra]	[derāġa]
1	[banén]	[nakluha]	[banana]
0	[manġrfš]	/	[siġara]
1	[xūdmi]	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]
1	[šira]	[tel3eb biha šira]	[pupija]
0	[manġrfš]	[musiqa]	[pijano]
1	[ddar]	[neseknou fih]	[dar]
1	[frmāġ]	[ndiruh fel xubz]	[fermaġ]
1	[nqas]	[naqsu bih lwraq]	[mqas]
1	[lham]	[nakluh ndiruh šwa]	[laħm]
1	[kursi]	[nġem3u 3lih]	[kursi]

1	[qalam]	[neketbu bih]	[stilū]
0	[manǧrfš]	[nṭajbu fiha ḥlib]	[kasruna] / [ṭawa]
1	[šağara]	[nelquha bara]	[šağara]
0	[manǧrfš]	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
1	[qalam rašaš]	[nersmu bih]	[qalam]
1	[neftéḥ]	[nḥalu bih bab]	[meftaḥ]
0	[manǧrfš]	[nrohu fih b3id]	[qīṭar]
1	[warda]	[riha chaba]	[warda]
1	[šbaǧ]	[win rah sub3i]	[sbaǧ]
1	[nīf]	[win rah nifi]	[nīf]
1	[mimsaḥa]	[nemḥu biha ketba]	[mimḥa]
1	[šamǧa]	[ndirouha f ṭarṭa]	[šamǧa]
1	[būšun]	[fel qar3a]	[bušun]

1	[šamعا a]	[nša3lu šam3a]	biha	[zalamit]
---	-----------	-------------------	------	-----------

24 / 29 = DEX

المجموع : 29 / 24

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ل) تمكنت من تسمية 24 صورة من أصل 29 أي ما يعادل نسبة 82.75%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ل) أن تتجح في تسمية الصور وبالنسبة للصور الغير المعروفة لها ذكرت أنها لا تعرفها.

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 15: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الثالثة (ل).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
1	[pupja]	[pupja]	1	[ṭablū]	[ṭablū]
1	[ddar]	[dar]	1	[nimħa]	[mimħa]
1	[mqas]	[mqas]	1	[farina]	[farina]
1	[lħam]	[lħam]	1	[frmāğ]	[fermāğ]
1	[kursi]	[qursi]	1	[taħwisa]	[taħwisa]
1	[stīlu]	[stilu]	1	[lūṭu]	[lūṭu]
1	[srūna]	[qasruna]	1	[ṭrig]	[ṭrig]

1	[šgra]	[šağara]	1	[pjanū]	[pjanū]
1	[dalila]	[dalila]	1	[mūsīqa]	[mūsīqa]
1	[warda]	[warda]	1	[krafata]	[krafata]
1	[sbaغ]	[sbaغ]	1	[nftèh]	[meftèh]
1	[nīf]	[nif]	1	[jadd limna]	[jadd limna]
1	[šamغ a]	[šamغ a]	1	[jabkī]	[jabkī]
1	[būšun]	[būšun]	1	[qīta]	[qīta]
1	[qalam]	[qalam]	1	[ṭabla]	[ṭabla]
1	[zalamīt]	[zalamīt]	1	[nīna]	[gnīna]
			1	[bībī]	[bebe]
			1	[drağa]	[derağa]
			1	[banana]	[banana]
			1	[sišara]	[šağara]
			1	[xūdmī]	[xūdmī]

المجموع : 37 / 37

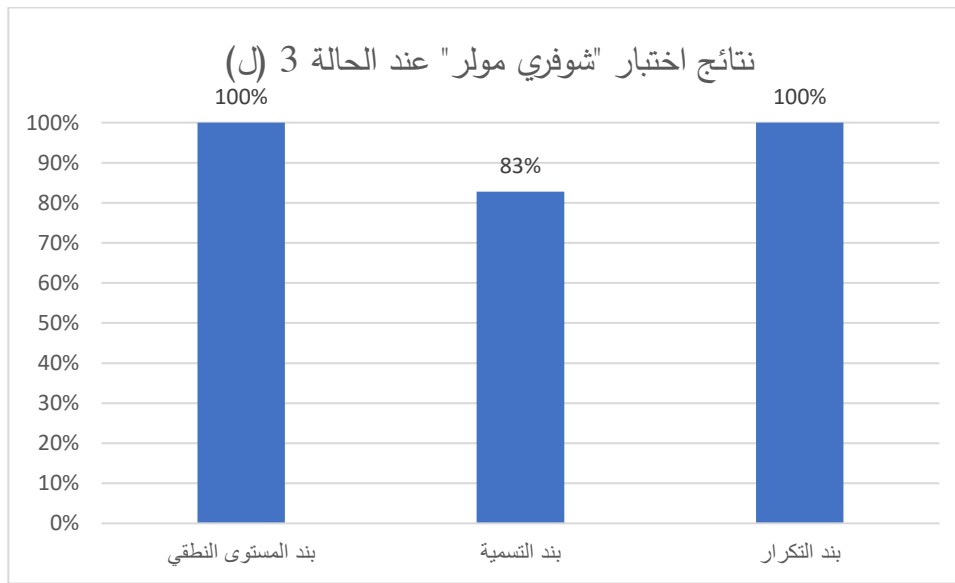
37 / 37 = REP

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (ل) تمكنت من تكرار 37 كلمة من أصل 37 أي ما يعادل نسبة 100%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (ل) تكرار الكلمات لكن بما أنها تعاني من اضطراب نطقي مصاحب وجدت صعوبة في نطق الفونام الشفوي [m] حيث انطباق الشفتين صعب مثل : [nftéh] = [meftéh]



الشكل رقم (14): يمثل نتائج الحالة (ل) في اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (14) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (ل) بحيث تحصلت على 100% في بند المستوى النطقي، و83% في التسمية وفي بند التكرار تحصلت على 100%.

II. نتائج حالات الشلل الدماغي غير المستفيدين من التدخل المبكر:

• تقديم الحالة الرابعة (و.ش):

الحالة (و) ذكر، عمره 4 سنوات ينتمي لعائلة تتكون من الوالدين والإخوة (2) مستواهم متوسط ورتبتها في البيت الأولى، كانت الولادة طبيعية أصيب بالاختناق ما أدى الى غياب الصرخة الأولى، دخل الانعاش لمدة 4 دقائق، كانت حالة الأم متعبة وبقيت في المستشفى لمدة 5 أيام، كانت الرضاعة طبيعية لمدة 9 أشهر واصطناعية لمدة 10 أشهر، بالنسبة لنومها مضطرب وبالنسبة لطبيعة النمو الحس-حركي متأخر

مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع واضطرابات فمية وجهية أيضا (النظر الى الملحق 04).

نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم 16: يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الرابعة (و).

البند	المحاولة 01	المحاولة 2	العلامة	البند	المحاولة 1	المحاولة 2	العلامة
[s]	[sa]	/	1	[fa]	/		1
[š]	/	[sa]	0	[xa]	/		1
[ğ]	/	[sa]	0	[za]	/	[sa]	0

ART : 3/ 6

المجموع: 3/6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (و) تمكنت من نطق 3 فونيمات من أصل ستة أي ما يعادل نسبة 50%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (و) أن تتجح في نطق ثلاثة فونيمات ولم يستطع نطق الفونيمات التسريبيه المجهورة وقام بإبدالها لـ [s] إذ أنه نجح في نطق الصفيرية.

• نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 17: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الرابعة (و).

الوحدات	الشرح	الإنتاج اللغوي للطفل	العلامة
[ṭabla]	[nkteb 3liha]	[ṭavlā]	1

0	[Manʁrefš]	[ħajawen yakul ġazar]	[ġnina]
1	[bibi]	[tful sir]	[bebe]
1	[lūṭū]	[nexruġ biha]	[lūṭū]
0	[pizā]	[medawra]	[derāġa]
1	[banana]	[nakluha]	[banana]
0	[bātātā]	/	[siġara]
0	[Manʁrefš]	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]
1	[šira]	[tel3eb biha šira]	[pupija]
0	[manʁrfš]	[musiqqa]	[pijano]
1	[dār]	[neseknou fih]	[dar]
1	[frmā]	[ndiruh fel xubz]	[fermaġ]
1	[mqas]	[naqsu bih lwraq]	[mqas]
1	[lħam]	[nakluh ndiruh šwa]	[laħm]
1	[kūrsi]	[nġem3u 3lih]	[kursi]
1	[tīlū]	[neketbu bih]	[stilū]
0	[ntajbū]	[ntajbu fiha ħlib]	[kasrona] / [ṭawa]

1	[šağara]	[nelquha bara]	[šağara]
1	[fi rasna ki tsūb new]	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
1	[tilū]	[nersmu bih]	[qalam]
1	[mstéħ]	[nħalu bih bab]	[meftaħ]
0	[manġrfš]	[nrohu fih b3id]	[qītar]
1	[warda]	[riha chaba]	[warda]
1	[sbeġ]	[win rah sub3i]	[sbaġ]
1	[nīf]	[win rah nifi]	[nīf]
0	[nlwnūha]	[nemħu biha ketba]	[mimħa]
1	[šamġa]	[ndirouha f țarța]	[šamġa]
0	/	[fel qar3a]	[bušun]
1	[ndīru bīha šamġa]	[nša3lu biha šam3a]	[zalamit]

20 / 29 = DEX

المجموع : 29 /20

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (و) قامت بتسمية 20 صورة من أصل 29 أي ما يعادل نسبة %68,96

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (و) تسمية بعض الصور ومع العلم من أنها تعاني من اضطرابات نطقية كالحذف والقلب إلا أنها كانت تقوم بتسمية الصور بشكل عفوي غير وظيفي دون وعي فونولوجي أي أنه ليس لديه لغة تعبيرية وظيفية تواصلية مثال: [pizā] = [derāga].

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 18: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الرابعة (و).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
1	[pūpja]	[pupja]	1	[ʔablū]	[ʔablū]
0	[dā]	[dar]	1	[mimħa]	[mimħa]
1	[mqās]	[mqas]	1	[fjīna]	[farīna]
1	[ħam]	[lħam]	1	[frmāğ]	[fermāğ]
1	[kūrsi]	[kūrsi]	1	[ħwisa]	[taħwisa]
1	[tīlu]	[stīlu]	1	[lūtu]	[lūtu]
1	[qasruna]	[qasruna]	1	[trig]	[ʔrig]
1	[šagala]	[šagara]	1	[pjanū]	[pjanū]
1	[dālila]	[dālila]	1	[mūsiqa]	[mūsīqa]
1	[wada]	[warda]	1	[qfaṭa]	[krafaṭa]
1	[sbeع]	[sbaع]	1	[mftēħ]	[meftēħ]

1	[nīf]	[nīf]	1	[jad līmna]	[jadd limna]
1	[šamʕa]	[šamʕa]	1	[jabki]	[jabkī]
1	[būšūn]	[būšūn]	1	[qīṭa]	[qīṭa]
1	[qalam]	[qalam]	1	[ṭabla]	[ṭabla]
1	[ḡalamit]	[zalamit]	1	[nīna]	[gnīna]
			1	[bibi]	[bebe]
			1	[dēlaḡa]	[deraḡa]
			1	[balāla]	[banana]
			1	[siḡala]	[siḡara]
			1	[xūdmi]	[xūdmī]

36 / 37 = REP

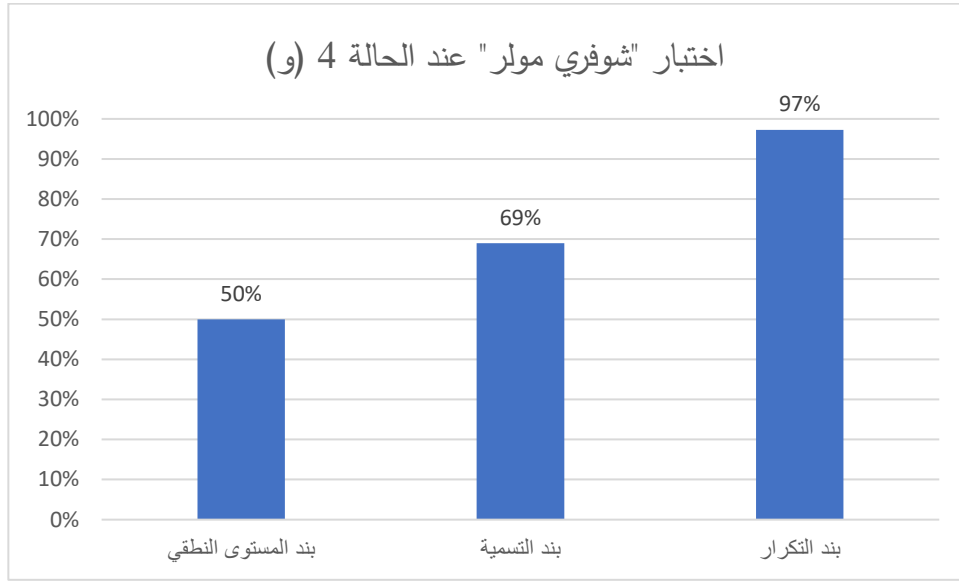
المجموع : 36 / 37

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (و) تمكنت من تكرار 36 كلمة من أصل 37 أي ما يعادل نسبة 97.29%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (و) أن تكرر الكلمات و بما أنها تعاني من اضطراب نطقي قامت بالحذف و القلب و الإبدال حيث قامت بإبدال الفونام الصفيري الذي مخرجه من طرف اللسان مع ما بين الثنايا العليا و السفلى بالفونام المجهور الذي مخرجه من وسط اللسان [zalamit] = [ǧalamit]، الحذف [stīlu] = [tīlu].



الشكل رقم (15): يمثل نتائج الحالة (و) في اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (15) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (و) بحيث حصلت على 50% في بند المستوى النطقي، و 59% في التسمية وفي بند التكرار حصلت على 97%.

• تقديم الحالة الخامسة (م.خ):

الحالة (م) انثى، عمرها 8 سنوات تنتمي لعائلة تتكون من الوالدين (الأب عامل بناء والأم مائكة في البيت) والإخوة (2)، مستواهم المعيشي متوسط ورتبتها في البيت الأولى، كان هناك إجهاض مرتين قبل الحمل وتعرضت الأم لارتفاع ضغط الدم الحاد أثناء الحمل، أخذت مضادات حيوية والولادة كانت قيصرية ومن الخدج، كما أصيبت بالاختناق مما أدى الى غياب الصرخة الأولى، دخلت الانعاش، ووضعت في الحاضنة لمدة 24 ساعة وبقيت في المستشفى لمدة 5 ايام، كانت الرضاعة اصطناعية، بالنسبة لنومها مضطرب وبالنسبة لطبيعة النمو الحس-حركي متأخر مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع واضطرابات فموية وجهية أيضا (أنظر الملحق 04)

• نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم 19: يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة الخامسة (م).

البند	المحاولة 01	المحاولة 2	العلامة	البند	المحاولة 1	المحاولة 2	العلامة
[s]	[ša]	[ša]	0	[f]	[fa]	/	1
[š]	[ša]	/	1	[x]	[xa]	/	1
[ğ]	[ša]	[ša]	0	[z]	[ša]	[ša]	0

ART : 3/ 6

المجموع : 3 / 6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (م) تمكنت من نطق بعض الفونيمات من أصل ستة أي ما يعادل نسبة 50%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (م) أن تتجح في نطق بعض الفونيمات الحلقية [x] والشفوية [f] لكن لم تتجح في نطق الحروف الصفيرية [s] بسبب الديسبراكسيا الفمية الوجهية وإبدال هذه الأخيرة بفونام صفته النقشي ك [š] مخرجه من وسط اللسان.

• نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 20: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة الخامسة (م).

الوحدات	الشرح	الإنتاج اللغوي للطفل	العلامة
[ʔabla]	[nkteb 3liha]	[batlā]	0
[ğnina]	[ħajawen yakul ġazar]	[ninā]	1

1	[wéld]	[tful srir]	[bebe]
1	[lūtū]	[nexruĝ biha]	[lūtū]
0	[darā]	[medawra]	[derāĝa]
1	[benen]	[nakluha]	[banana]
0	[manġrfš]	/	[siġara]
0	[qūm]	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]
1	[bīnt]	[tel3eb biha šira]	[pupija]
0	[manġrfš]	[musiqa]	[pijano]
1	[dār]	[neseknou fih]	[dar]
0	[feš]	[ndiruh fel xubz]	[fermaĝ]
0	[qaš]	[naqsu bih lwraq]	[mqas]
1	[lham]	[nakluh ndiruh šwa]	[lahm]
1	[kurši]	[nġem3u 3lih]	[kursi]
1	[qām]	[neketbu bih]	[stilū]
0	[qām]	[nṭajbu fiha hlib]	[kasrona] / [ṭawa]
1	[šaġla]	[nelquha bara]	[šaġara]
1	[papūwi]	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
1	[qām]	[nersmu bih]	[qalam]

1	[mftéħ]	[nħalu bih bab]	[meftaħ]
1	[ṭar]	[nrohu fih b3id]	[qīṭar]
1	[wēlda]	[riha chaba]	[warda]
0	[rā]	[win rah sub3i]	[sbaع]
1	[tīf]	[win rah nifi]	[nīf]
1	[xūma]	[nemħu biha ketba]	[mimħa]
1	[šamع a]	[ndirouha f ṭarṭa]	[šamع a]
0	[būkūn]	[fel qar3a]	[bušun]
0	[lā]	[nša3lu biha šam3a]	[zalamit]

18 / 29 = DEX

المجموع : 18 / 29

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (م) تمكنت من تسمية 18 صورة من أصل 29 أي ما يعادل نسبة 62.75%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (م) تسمية بعض الصور وبما أنها تعاني من اضطراب في النطق قامت بالقلب والحذف في عدة كلمات مثال [tif] = [nif] أيضا : [qām] = [qalam]

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 21: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة الخامسة (م).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
1	[bīa]	[pupja]	1	[ʔablū]	[ʔablū]
1	[dār]	[dar]	1	[mħa]	[mimħa]
0	[qaš]	[mqas]	1	[fjīna]	[farina]
1	[lħam]	[lħam]	1	[fmağ]	[fermāğ]
1	[kūrsi]	[kūrsi]	1	[tawisa]	[taħwisa]
1	[tīlu]	[stīlu]	1	[lūtu]	[lūtu]
1	[qasruna]	[qasruna]	0	[krīg]	[ʔrīg]
1	[šağaa]	[šağara]	0	[panū]	[pjanū]
0	[lilā]	[dalila]	0	[qūsima]	[mūsīqa]
1	[wada]	[warda]	0	[qfaṭa]	[krafata]
0	[šūb]	[sbaع]	1	[mtéħ]	[meftéħ]
1	[nīf]	[nif]	0	[déd mnā]	[jadd limna]
1	[šamع a]	[šamع a]	0	[bxī]	[jabkī]

1	[ʔ ūšūn]	[bušun]	0	[qiq]	[qīṭa]
1	[qam]	[qalam]	1	[qābla]	[ṭabla]
0	[zātaṭīt]	[zalamit]	1	[nīna]	[gnīna]
			0	Pépé [pépé]	[bebe]
			0	[qraḡa]	[deraḡa]
			1	[banana]	[banana]
			0	[šarara]	[siḡara]
			0	[qūši]	[xūdmī]

22 / 37 = REP

المجموع : 22 / 37

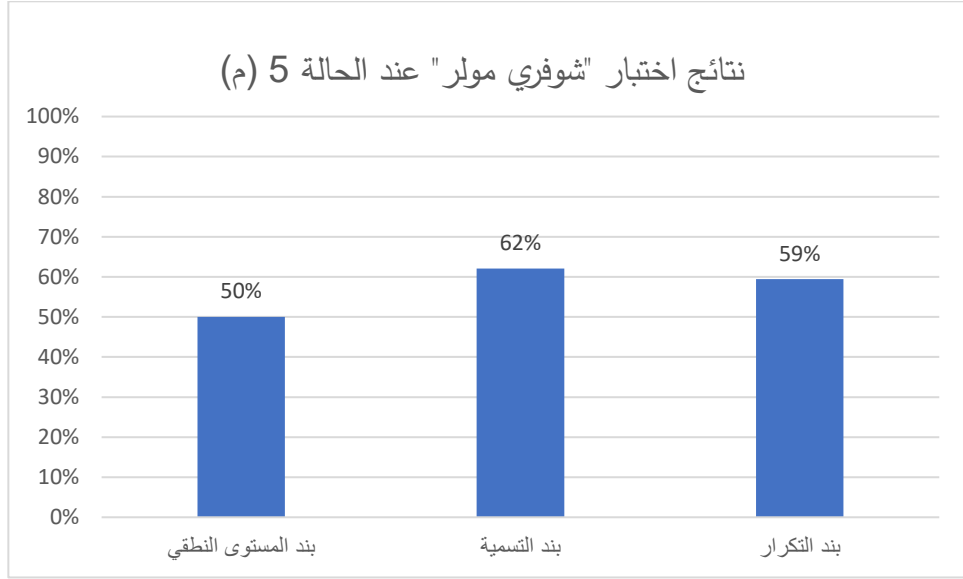
التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (م) تمكنت من تكرار 22 كلمة من أصل 37 أي ما يعادل نسبة 59,45%.

التحليل الكيفي:

استطاعت الحالة (م) تكرار بعض الكلمات مع وجود اضطرابات نطقية و القلب و الحذف والإبدال.

Busun = [ʔ ūšūn]



الشكل رقم (16): يمثل نتائج الحالة (م) في اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (16) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (م) بحيث تحصلت على 67% في بند المستوى النطقي، و59% في التسمية وفي بند التكرار تحصلت على 97%.

• تقديم الحالة السادسة (أ.م):

الحالة (أ) ذكر، عمره 5 سنوات ينتمي لعائلة تتكون من الوالدين والإخوة (3) مستواهم متوسط ورتبته في البيت الرابع، كانت الولادة طبيعية لكن ولد الطفل قبل وقته المحدد (خدج)، أصيب بالإختناق مما أدى الى غياب الصرخة الأولى، بقيت في المستشفى لمدة يوم، كانت الرضاعة طبيعية لمدة شهر وفي الشهر الثاني أصبحت اصطناعية، بالنسبة لنومها مضطرب وبالنسبة لطبيعة النمو الحس-حركي كان متأخر مع فقدان التوازن وسيلان اللعاب واضطرابات في البلع واضطرابات فمية وجهية أيضا. (أنظر الى الملحق 04)

• نتائج بند المستوى النطقي:

جدول رقم 22: يمثل نتائج بند المستوى النطقي عند الحالة السادسة (أ).

البند	المحاولة 01	المحاولة 2	العلامة	البند	المحاولة 1	المحاولة 2	العلامة
[s]	/	/	0	[f]	/	/	0
[š]	/	/	0	[x]	/	/	0
[ğ]	/	[ğa]	1	[z]	/	/	0

المجموع: 1 / 6

ART : 1 / 6

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (أ) لم تتمكن من تكرار الفونيمات كما يلزم وذلك ما أدى إلى انعدام النتيجة %16.66.

التحليل الكيفي:

لم تستطع الحالة (أ) أن تنجح في تكرار الفونيمات ما عدا [ğa].

• نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 23: يمثل نتائج بند التسمية في المستوى الفونولوجي عند الحالة السادسة (أ).

الوحدات	الشرح	الإنتاج اللغوي للطفل	العلامة
[ɬabla]	[nkteb 3liha]	/	0
[ğnina]	[ħajawen yakul ġazar]	/	0
[bebe]	[tful sriir]	[bībī]	1
[lūtū]	[nexruğ biha]	[lūtū]	1

0	/	[medawra]	[derāḡa]
0	/	[nakluha]	[banana]
0	/ /		[siḡara]
0	/	[nqat3u bih lxubz]	[xūdmi]
1	[pūpja]	[tel3eb biha šira]	[pupija]
0	/	[musiqa]	[pijano]
1	[dār]	[neseknou fih]	[dar]
0	/	[ndiruh fel xubz]	[fermaḡ]
0	/	[naqsu bih lwraq]	[mqas]
0	/	[nakluh ndiruh šwa]	[laħm]
0	/	[nḡem3u 3lih]	[kursi]
0	/	[neketbu bih]	[stilū]
0	/	[nṭajbu fiha ħlib]	[kasrona] / [ṭawa]
0	/	[nelquha bara]	[šaḡara]
0	/	[ndiruha ki tsub]	[dalilā]
0	/	[nersmu bih]	[qalam]
0	/	[nħalu bih bab]	[meftaħ]

0	/	[nrohu fih b3id]	[qīṭar]
1	[warda]	[riha chaba]	[warda]
0	/	[win rah sub3i]	[sbaʕ]
0	/	[win rah nifi]	[nīf]
0	[piza]	[nemħu biha ketba]	[mimħa]
0	/	[ndirouha f ṭarṭa]	[šamʕa]
0	/	[fel qar3a]	[bušun]
0	/	[nša3lu biha šam3a]	[zalamit]

5/29 = DEX

المجموع : 5 / 29

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (أ) لم تتمكن من تسمية الصور كما يلزم وما يعادل % 16.66

التحليل الكيفي:

لم تستطع الحالة (أ) تسمية الصور كلها لكن الصور المألوفة والمتداولة قامت بتسميتها بشكل عفوي.

• نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي:

جدول رقم 24: يمثل نتائج بند التكرار في المستوى الفونولوجي عند الحالة السادسة (أ).

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
0	/	[pupja]	0	/	[ṭablū]

0	/	[dar]	0	/	[mimħa]
0	/	[mqas]	0	/	[farina]
0	/	[lħam]	0	/	[fermāğ]
0	/	[kūrsi]	0	/	[taħwisa]
0	/	[stīlu]	0	/	[lūtu]
0	/	[qasruna]	0	/	[trig]
0	/	[šağara]	0	/	[pjanū]
0	/	[dalila]	0	/	[mūsīqa]
0	/	[warda]	0	/	[krafata]
0	/	[sbaɣ]	0	/	[meftéħ]
0	/	[nif]	0	/	[jadd limna]
0	/	[šamɣa]	0	/	[jabkī]
0	/	[bušun]	0	/	[qita]
0	/	[qalam]	0	/	[tabla]
0	/	[zalamit]	0	/	[gnīna]
			0	/	[bebe]

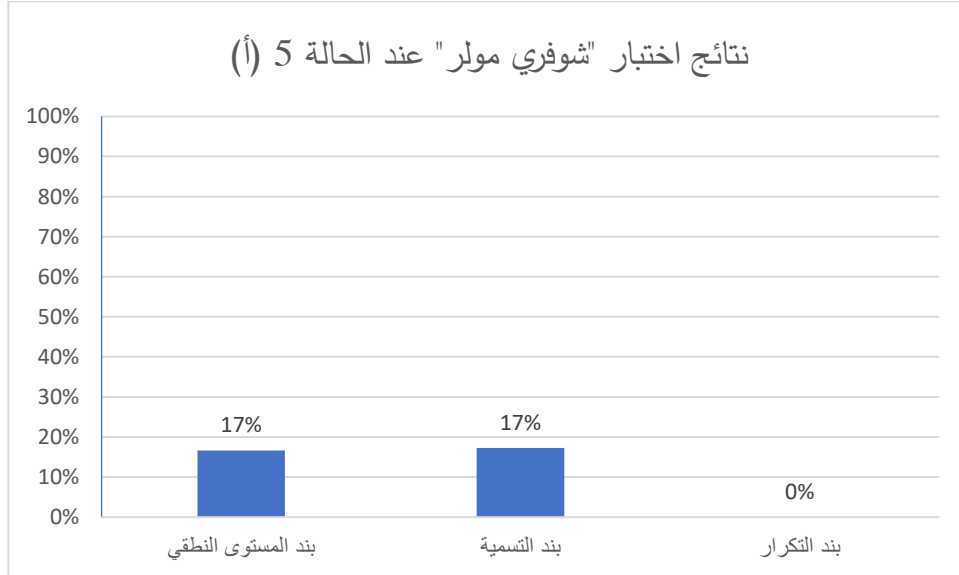
			0	/	[deraġa]
			0	/	[banana]
			0	/	[siġara]
			0	/	[xūdmī]

التحليل الكمي:

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة (أ) لم تتمكن من تكرار الكلمات وكانت النتائج صفر ما يعادل 16.66%.

التحليل الكيفي:

لم تستطع الحالة (أ) أن تكرر أي كلمة إذ تجلى هذا من خلال عجزها في استقبال الكلمة والانتباه لها لتكرارها وذلك ما يعكس محدودية الرصيد اللغوي وعدم اكتسابها للكلمات.

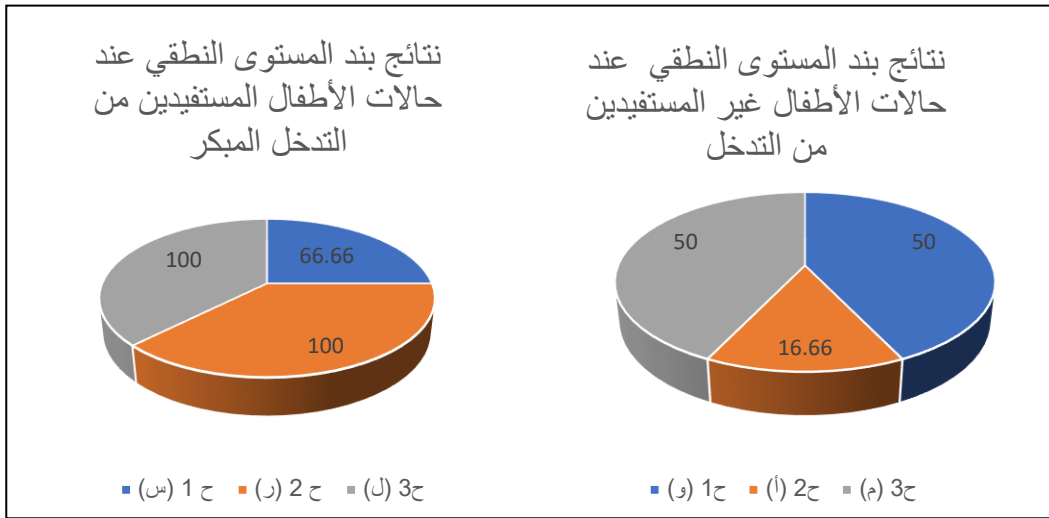


الشكل رقم (17): يمثل نتائج الحالة (أ) في اختبار "شوفري مولر"

تعليق: يمثل الشكل (17) الأعمدة البيانية بالنسب المئوية لنتائج الحالة (أ) بحيث تحصلت على 17% في بند المستوى النطقي، و17% في التسمية وفي بند التكرار تحصلت على 0%.

- عرض نتائج المجموعتين:

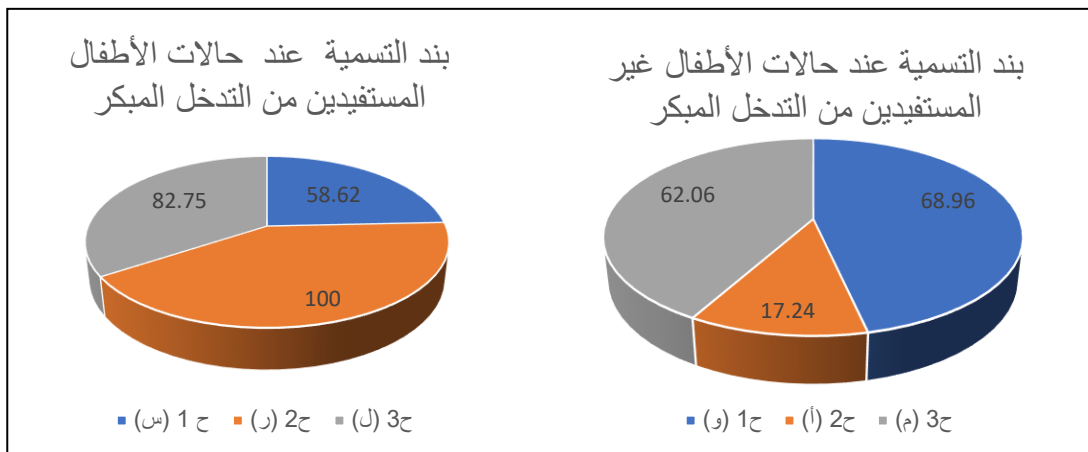
- نتائج البند الأول "المستوى النطقي"



الشكل رقم (18): يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند المستوى النطقي عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل

تعليق: نستنتج من خلال الشكل رقم (18) الذي يظهر الدائرتين النسبيتين أنه يوجد فروق في المستوى النطقي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

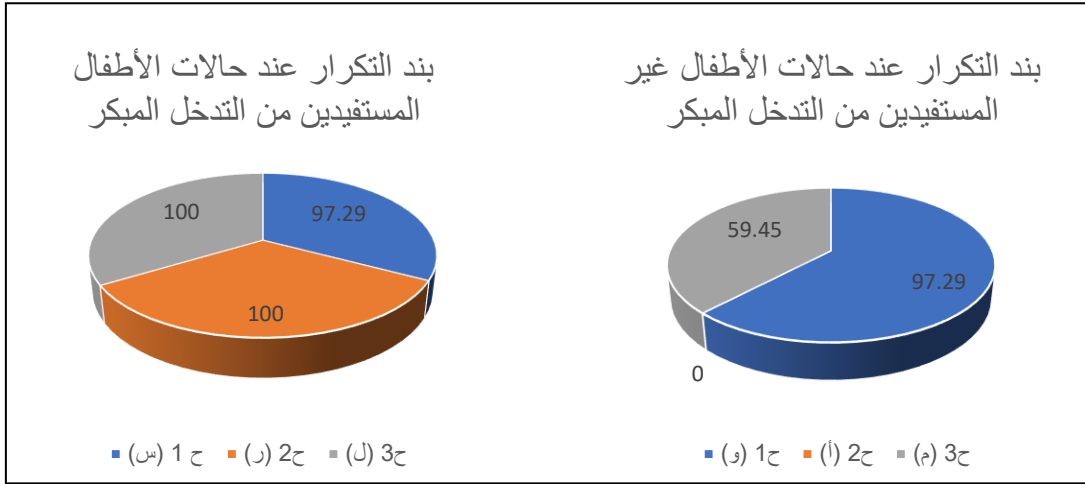
- نتائج البند الثاني "التسمية"



الشكل رقم (19): يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند التسمية عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل

تعليق: نستنتج من خلال الشكل رقم (19) الذي يظهر الدائرتين النسبيتين أنه يوجد فروق في بند التسمية في المستوى الفونولوجي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

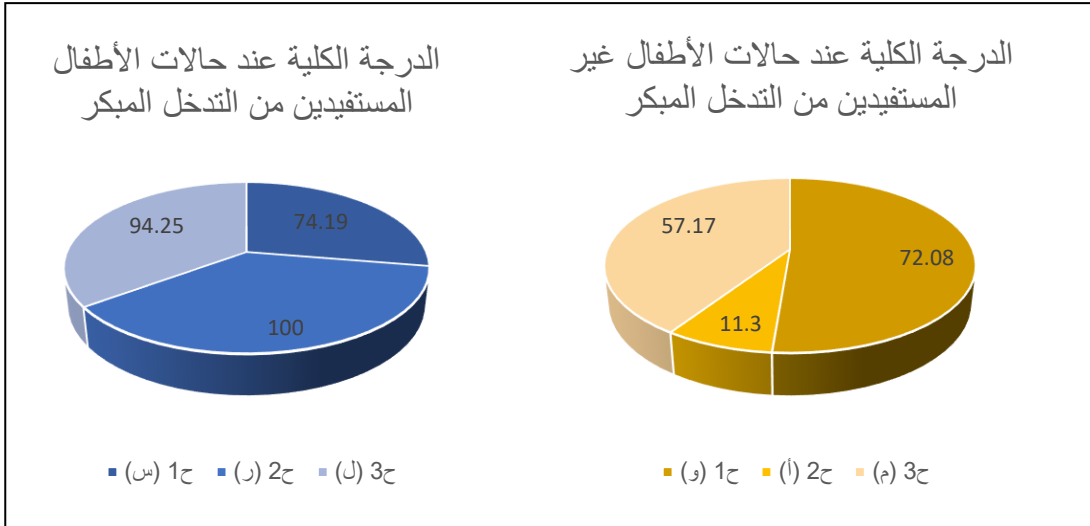
نتائج البند الثالث "التكرار"



الشكل رقم (20): يمثل الدوائر النسبية لنتائج بند التكرار عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل

تعليق: نستنتج من خلال الشكل رقم (20) الذي يظهر الدائرتين النسبيتين أنه يوجد فروق في بند تكرار الكلمات السهلة في المستوى الفونولوجي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر.

الدرجات الكلية لكلا المجموعتين:



الشكل رقم (21): يمثل الدوائر النسبية للدرجات الكلية عند حالات الأطفال المستفيدين وغير المستفيدين من التدخل

تعليق: نستنتج من خلال الشكل رقم (21) الذي يظهر الدرجة الكلية لكل من الأطفال المستفيدين من التدخل المبكر وغير المستفيدين منه أنه يوجد فروق تبين فعالية التدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي في تنمية الإنتاج الشفهي.

مناقشة وتفسير النتائج:

بعد تطبيق اختبار "شوفري مولر" على الحالات المدروسة، وبالاعتماد على النتائج المتحصل عليها، والجانب النظري للدراسة، إضافة إلى الدراسات السابقة، سنتطرق إلى مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات:

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى: تنص على " وجود فروق دالة احصائيا في المستوى النطقي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر "

ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا بتطبيق اختبار "شوفري مولر" بدءا ببند "المستوى النطقي" على 6 حالات من أطفال الشلل الدماغي، 3 حالات استفادوا من التدخل المبكر و3 حالات لم يستفيدوا منه، وباستعمال الأسلوب الإحصائي "مان ويتني" تم التحصل على النتائج الموضحة في الجدول رقم (25):

جدول رقم (25): الفروق في بند المستوى النطقي تبعا لنوع التدخل

المتغير	متوسط الرتب	مجموع الرتب	القيمة Z	مستوى الدلالة
بند المستوى	4,83	14,15	-1,79	غير دالة (0,72)
التدخل المبكر				
التدخل غير المبكر	02,17	06,15		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن قيمة مان ويتني في بند المستوى النطقي غير دالة احصائيا، مع العلم أنها تظهر بشكل واضح في النتائج بين أطفال التدخل المبكر وأطفال التدخل غير المبكر لصالح الأطفال المستفيدين من التدخل المبكر، وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها اتصف أطفال الشلل الدماغي غير المستفيدين من التدخل المبكر باضطرابات نطقية راجعة لمشاكل عضوية وديسبراكسيا فمية وجهية، كما لاحظنا منعكس سيلان اللعاب، مما عرقل عملية الانتاج الشفهي حيث أكدت بوعكاز (2000) على أن التكفل الأرتو فوني المتمثل في مختلف التمرينات الفمية الوجهية، والتنفسية وعلاج عسر البلع، وكيفية تأثيرها على الوظائف اللغوية ومنه كلما عززنا الوظائف الحركية الفمية الوجهية سمح لنا ذلك بتسهيل عملية الإنتاج الشفهي حيث يتم تدريب المفحوص على نطق الفونيمات بداية من الشفهية إلى الحلقية وذلك بمبدأ التدرج من السهل إلى الصعب، ووفقاً لتروسلي (D.Truscelli:2007) يرى أن تنوع اضطرابات الكلام واللغة التي يقدمها أطفال الشلل الدماغي هو انعكاس للتنوع الموجود من حيث الأعراض

العضوية، على سبيل المثال يختلف الأطفال المصابين بالأتيتوز عن الأطفال المصابين بالتشنج من ناحية الاضطرابات اللغوية فنلاحظ أن ملامح الوجه عند الطفل المصاب بالأتيتوز تجعل الحركات اللاإرادية للسان وجميع عضلات الوجه الكلام صعبا، وعليه نجد أن نتائج الأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر لم تتجاوز 02,17 من متوسط الرتب، على عكس الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر كان لديهم نتائج إيجابية بالضعف ما يعادل 4,83 من متوسط الرتب، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى محققة وذلك بما تتوافق عليه مع دراسة بوعمار (2000).

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية: تنص على " وجود فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند التسمية بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر."

ولإختبار صحة هذه الفرضية قمنا باختبار بند "المستوى الفونولوجي-التسمية" على 6 حالات من أطفال الشلل الدماغي، 3 حالات استفادوا من التدخل المبكر و3 حالات لم يستفيدوا منه، وباستعمال الأسلوب الإحصائي "مان ويتني" تم التحصل على النتائج الموضحة في الجدول رقم (26)

جدول (26): الفروق في بند التسمية في المستوى الفونولوجي تبعا لنوع التدخل

المتغير	متوسط الرتب	مجموع الرتب	القيمة Z	مستوى الدلالة
بند التسمية (المستوى الفونولوجي)	التدخل المبكر	14,00	-1,52	دالة عند 0,01 (0,007)
	التدخل غير المبكر	07,00		

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (26)، أن هناك فروق دالة احصائيا عند 0,01 في بند التسمية على المستوى الفونولوجي بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر لصالح المجموعة الأولى، وانطلاقا من النتائج المبينة في الجدول نجد أن متوسط الرتب عند مجموعة الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر تساوي 04,67 أي ضعف متوسط الرتب عند مجموعة الأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر، وذلك لأن المجموعة الأولى كان لديها انتباه وتركيز جيد في الإجابة عن محتوى الصور وتسميتها بشكل سريع ويرجع ذلك إلى كونهم استفادوا من التدخل المبكر

الذي يساهم في تحسين القدرات المعرفية وبالتالي مهارات اللغة الشفهية واثراء الرصيد اللغوي الخاص بهم مما يمكنهم من تسمية الصور والتفاعل الجيد، ومع مقارنتهم بالأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل فإن عدم مقدرتهم على التسمية بشكل واضح مثل المجموعة الأولى راجع إلى عدم اكتمال نضج مختلف السيرورات الفنولوجية للغة الشفهية، ونمو الوعي الفنولوجي في إدراك وتسمية الأشياء المعروضة في صور الاختبار المطبق في بند التسمية - المستوى الفنولوجي- ، حيث نرى أن الإنتاج الشفهي مرتفع لدى المجموعة الأولى مما يشير إلى المرونة العصبية التي تم تدريبهم عليها بخضوعهم للتدخل المبكر واستدراك التأخر، وهذا ما يفتقر إليه أطفال المجموعة الثانية الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر، وأكدت درود (2022) في دراستها أن علاج الاضطرابات المعرفية مرتبط باللغة بحيث حققت نجاح البرنامج التدريبي الأرتو فوني باستعمال القياس القبلي والبعدي على مجموعة من أطفال الشلل الدماغي، إذ أظهرت التغيرات تمكن الأطفال من فهم المخطط الجسمي، والمفاهيم المكانية والزمانية، كما تحسنت مهاراتهم المعرفية المتمثلة في: الانتباه، التركيز، الإدراك، والذاكرة، وبالتالي فإن تحسن القدرات المعرفية له دور فعال في تنمية التواصل اللفظي وبالتالي الإنتاج الشفهي وهذا ما يتوافق مع ما تطرقت إليه دراستنا.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: تنص على " وجود فروق دالة احصائيا على المستوى الفونولوجي في بند تكرار الكلمات السهلة بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا منه لصالح أطفال التدخل المبكر "

جدول (27): الفروق في بند تكرار الكلمات السهلة في المستوى الفونولوجي تبعا لنوع التدخل

المتغير	متوسط الرتب	مجموع الرتب	القيمة Z	مستوى الدلالة
بند تكرار الكلمات السهلة (المستوى الفونولوجي)	04,67	14,00	-1,52	دالة عند 0,01 (0,007)
	02,33	07,00		

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (27)، أن هناك فروق دالة احصائيا عند 0,01 في بند تكرار الكلمات السهلة بين أطفال الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل غير المبكر لصالح المجموعة الأولى، ومما يظهر لنا في الجدول من نتائج المجموعتين نجد أن متوسط الرتب عند الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر يساوي 04,67 أما التدخل غير المبكر 02,33 أي أن الفارق بينهما مضاعف مما يجعل القيمة Z دالة احصائيا عند 0,01 وذلك راجع إلى قدرة الأطفال في

المجموعة الأولى على تكرار الكلمات المطلوبة منهم، مما يستدعي انتباها وتركيزا عاليا ليتمكن من التكرار، بحيث تعمل القدرة اللغوية بشكل تكاملي مع القدرات المعرفية التي تحفز وظائف المخ المختلفة، كما يؤكد تارديو (Tardieu:1979) وشوفري مولر (Chevrie Muller) على كون المختص الأروطوفوني يحتاج إلى تعددية العلوم التي تقتضي بدورها تواجد الفريق المختص في التدخل المبكر وتقديم مختلف الخدمات التي تساعد طفل الشلل الدماغي على استدراك نموه المتأخر، كما أن إعادة تأهيل اللغة التي يعمل عليها المختص الأروطوفوني لا تركز فقط على عمله وإنما تحتاج إلى تكاتف جهود الفريق بأكمله في آن واحد لضمان نتيجة أفضل، وبالرجوع إلى الجانب النظري من دراستنا الذي يؤكد على أن مراحل اكتساب الإنتاج الشفهي عند الطفل السوي هي نفسها عند طفل الشلل الدماغي لكنها تختلف من حيث التأخر الحس-حركي الذي يؤثر بدوره على النمو اللغوي عند طفل الشلل الدماغي وبالتالي يكون قادرا على التكرار بشكل عفوي مقارنة مع طفل بداية إدراكه للأصوات وتفاعله مع محيطه وبالتالي يكون قادرا على التكرار بشكل عفوي مقارنة مع طفل الشلل الدماغي نجد أن التكرار يظهر عند الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر بشكل أحسن من الأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر وهذا ما يتوافق مع ما تطرقنا إليه في دراستنا حول فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي لدى طفل الشلل الدماغي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة: تنص على "وجود فعالية للتدخل المبكر لدى أطفال الشلل الدماغي لتنمية الإنتاج الشفهي" ولاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney U test للفروق وكانت النتائج كما يلي:

جدول (28): الفروق في مستوى الإنتاج الشفهي تبعا لنوع التدخل

المتغير	متوسط الرتب	مجموع الرتب	القيمة Z	مستوى الدلالة
الإنتاج الشفهي	05,00	15,00	-1,96	دالة عند 0,01 (0,001)
التدخل المبكر	02,00	06,00		

من خلال الجدول (28)، ويتحقق الفرضيات الجزئية الثلاثة، نجد أن الفرضية العامة التي نصت على "وجود فعالية للتدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي" محققة من خلال النتائج المحصل عليها والتي تظهر أن القيمة Z دالة احصائيا عند 0,01 ومتوسط الرتب للإنتاج الشفهي عند مجموعة التدخل المبكر أكثر من الضعف في متوسط الرتب لدى مجموعة التدخل غير المبكر وذلك راجع

للفرق بين المجموعتين من حيث المهارات اللغوية والمهارات المعرفية القاعدية للغة ونوع التدخل ومدته، فنرى أن أطفال الشلل الدماغي الذين لم يستفيدوا من التدخل المبكر كانت نتائجهم المتحصل عليها منخفضة جدا عن نتائج الأطفال الذين استفادوا من التدخل المبكر وهذا ما يظهر أهمية وفعالية هذا التدخل في تنمية الجوانب المختلفة للطفل منها الإنتاج الشفهي.

و لنلخص ما لاحظنا من خلال الجداول أن هذه النتائج المتحصل عليها توافقت ما توصلت اليه الدراسات التي اهتمت بالشلل الدماغي، منها دراسة قارف ومولاي (2017) تحت عنوان "فعالية برنامج لتنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي" حيث قامت الباحثتان بتطبيق برنامج أرتوفوني باستعمال القياس القبلي والبعدي واختبار "شوفري مولر" واختبار الفهم الشفهي لخمسة 052 حيث توصلتا إلى رصد التغيرات التي طرأت على أطفال الشلل الدماغي بعد تطبيق البرنامج من حيث تحسن الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي بعد الوصول إلى نتائج القياس البعدي التي أظهرت أن مستوى التركيز والادراك والفهم تحسن بشكل ملحوظ، وبذلك توصلوا إلى وجود فعالية برنامج أرتوفوني لتنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي، وذلك بما يتوافق مع دراستنا التي هدفت إلى مناقشة وجود فعالية للتدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي، ومن خلال عرضنا للنتائج المتحصل عليها ومناقشتها على ضوء الفرضيات نصل إلى تحقق الفرضيات الجزئية والفرضية العامة التي تنص على "وجود فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي"، كما يجدر الإشارة إلى أننا لاحظنا خلال تطبيق اختبار "شوفري مولر" أن الحالات لديها تفاوت في مستوى الإنتاج الشفهي من حيث التفاعل المباشر عند طرح التعليم وتختلف فيما بينها مع الأخذ بعين الاعتبار أن جميع الحالات كانت تعاني من الاضطرابات النطقية والديسبراكسيا الفمية الوجهية وأيضا نفسية الحالات التي تؤثر بشكل كبير.

وتوصلنا إلى أن نتائج الدراسة تتوافق مع دراسة عمراني وعبيد (2018)، بعنوان "أثر التدخل المبكر الأرتوفوني في إنتاج اللغة الشفهية لدى أطفال متلازمة داون"، بتطبيق اختبار "شوفري مولر"، ونشير إلى أن اختيار هذه الدراسة لمناقشة النتائج راجع إلى قلة الدراسات التي اهتمت بالتدخل المبكر عند أطفال الشلل الدماغي، حيث أننا تطرقنا في دراستنا إلى فئة أطفال الشلل الدماغي وتطرقنا إلى وعبيد إلى أطفال متلازمة داون، على غرار أن نتائج دراستنا تتوافق معهم في نتائجهم والتي تشير إلى وجود أثر كبير للتدخل المبكر في الحصول على نتائج أفضل، حيث أن عامل السن المبكر في الشروع بالكفالة الأرتوفونية هو العنصر الأهم في تشكيل الفرق الجوهرية بين الحالات المدروسة خصوصا في المستوى الفونولوجي.

كما تتوافق نتائج دراستنا أيضا مع ما تم طرحه في "دليل لوالدي الرضع والأطفال المصابين بالشلل الدماغي" تحت عنوان "التدخل العلاجي المبكر" حيث يعتبر هذا التدخل بالغ الأهمية وذلك راجع إلى إمكانية تشخيص الشلل الدماغي بدقة في وقت مبكر من عمر ثلاثة أشهر لأن في هذا الوقت بالضبط يتطور دماغ الرضيع بسرعة، مما يجعله مثاليا لتسخير المرونة العصبية أي قدرة الدماغ على التكيف، كما تظهر الأبحاث أن الوصول إلى التدخل العلاجي في أقرب وقت ممكن يعني إعطاء الطفل أفضل فرصة للتعلم، بغض النظر عن الحالة أو التشخيص. وهذا يعني أن التشخيص المبكر أمر حاسم لأنه يتيح الوصول إلى دعم التدخل العلاجي المبكر في أقرب وقت ممكن.

استنتاج عام:

من خلال عرضنا للنتائج المتحصل عليها ومناقشتها على ضوء الفرضيات، وصلنا إلى تحقيق الفرضية العامة والتي نصت على " وجود فعالية للتدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي"، وكان ذلك بعد تطبيق اختبار "شوفري مولر" باستعمال الأسلوب الإحصائي "مان ويتني" على 6 حالات من أطفال الشلل الدماغي وتتراوح أعمارهم من 4 إلى 8 سنوات، 3 منهم استفادوا من التدخل المبكر و3 أطفال لم يستفيدوا من التدخل المبكر، كما توصلنا إلى أهمية التدخل المبكر وأثره في تنمية الإنتاج الشفهي إذ أن النتائج تظهر فروق دالة احصائية بين مجموعة التدخل المبكر ومجموعة التدخل غير المبكر على كل من مستوى النطق، والتسمية وتكرار الكلمات السهلة في المستوى الفونولوجي، كما لاحظنا أن مجموعة التدخل المبكر لديها لغة إنتاجية شفوية أحسن من مجموعة التدخل غير المبكر.

خاتمة:

تطرقنا في دراستنا إلى "فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لدى أطفال الشلل الدماغي"، بتطبيق اختبار "شوفري مولر"، ومن خلال ما تم عرضه في الفصول النظرية، ومعرفة أهم النقاط عن الشلل الدماغي لاسيما أعراضه والاضطرابات المصاحبة له ما دفعنا لتبيان فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي، حيث يعد هذا الأخير جزءاً مهماً في عملية تواصل الطفل وقدرة اندماجه مع الآخرين وعليه فإن التدخل المبكر يعد قفزة أساسية يقدمها الأولياء والفريق المختص في تحفيز وتنمية مختلف مهارات الطفل.

وبالاعتماد على الدراسات السابقة التي تناولت نفس متغيرات الدراسة، وفي ضوء ما أسفرت عنه دراستنا بالانتقال إلى الجانب التطبيقي والذي يعد الجزء المدعم لدراستنا وكان ذلك بتطبيق اختبار "شوفري مولر" وبالاستعانة أيضاً بالأسلوب الإحصائي "مان ويتي" للتحقق من الفرضيات التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين أطفال الشلل الدماغي الذين استفادوا من التدخل المبكر والأطفال الذين لم يستفيدوا من التدخل في كل من المستوى النطقي، التسمية والتكرار في المستوى الفنولوجي وبالتالي فقد تمكنا من تحقيق جميع فرضيات الدراسة وعليه توصلنا إلى أنه توجد فعالية التدخل المبكر في تنمية الإنتاج الشفهي عند أطفال الشلل الدماغي.

الاقتراحات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها دراستنا التي هدفت إلى تبيان "فعالية التدخل المبكر لتنمية الإنتاج الشفهي لأطفال الشلل الدماغي" وبعد رؤية المشاكل والاضطرابات التي يعاني منها أطفال الشلل الدماغي وذويهم، تقترح الباحثتان مايلي:

- العمل على توعية وارشاد الأولياء حول أهمية التدخل المبكر من كل النواحي لأطفال الشلل الدماغي.
- على المختصين والمعنيين بالرعاية الطبية والتأهيلية برعاية أطفال الشلل الدماغي والتكاثف للوصول إلى اقتراح برامج شاملة ومتكاملة النواحي فيما يخص التدخل المبكر والتكفل بهذه الفئة.
- اقتراح الأخذ بعين الاعتبار أن الحصاص الأرتوفونية لأطفال الشلل الدماغي يجب أن تكون في حصاص فردية ومكثفة ومبكرة لضمان نتائج أفضل وفي وقت أسرع.
- تنظيم دورات وتكوينات تدريبية للمختصين العاملين بالمراكز الاستشفائية والأولياء المعنيين.
- على الفريق المختص بالتدخل المبكر أن يعمل على إعادة تأهيل كل الجوانب المضطربة في وقت واحد دون الانتقاص من أي تخصص ضمن الفريق المعني.
- اقتراح تنظيم أيام تحسيسية وملتقيات ومؤتمرات تخص التدخل المبكر والتكفل الشامل لأطفال الشلل الدماغي.
- ضرورة الاطلاع على البيئة المنزلية والوضع المعيشي لأطفال الشلل الدماغي لمساعدة أهاليهم على التكفل الحسن والرعاية المنزلية اللازمة لهم.
- العمل على تسهيل الإجراءات الميدانية للباحثين في دراسة فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، والسماح لهم بالقيام بالدراسات الميدانية والتطبيق في المراكز الخاصة والمؤسسات الحكومية مع توفير الأدوات لتدعيم دراساتهم.
- تحفيز البحث الأكاديمي لتكثيف الدراسات الجزائرية والعربية فيما يخص أطفال الشلل الدماغي.
- تصميم مطويات للتوعية بين مختلف أفراد المجتمع المعنيين وغير المعنيين وذلك لنشر ثقافة وماهية الشلل الدماغي وطرق التكفل به.

المراجع:

باللغة العربية:

- ابراهيم المشرفي، انشراح. 2009. "الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة". دار النشر: مؤسسة حورس الدولية. كلية رياض الأطفال المشارك.
- بربح، عام، تواتي، حياة، وعمراني، أمال. (2018). "علاج اضطراب النطق عن طريق الحركات الفمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الحركية الدماغية" رقم المجلد: 10 (العدد: 04) ص 587.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/68426>
- بن سايح، مريم. شوابح، نجوة. بن عبيد، عبد الرحمان. 2021/2020. "التدخل المبكر وعلاقته بفهم اللغة الشفهية لدى أطفال متلازمة داون". مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في أمراض اللغة والتواصل. كلية العلوم الاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي (أطروحة منشورة) الرابط: <http://hdl.handle.net/123456789/11195>
- بوعكاز، سهيلة زازون. 2022. "الاضطرابات الأرتوفونية في الشلل الدماغية التشخيص والعلاج". دار الخلدونية للطباعة والنشر.
- تيسير، محمد. 2021. "ما هو المنهج الشبه التجريبي؟" <https://blog.ajsrp.com/?> المنهج-الشبه التجريبي /
- جيرالز، ألين. علي العبيدي، بيدا. محمد جهاد، جمل. 2000. "الأطفال المصابين بالشلل الدماغية دليل الآباء" دار الكتاب الامعي.
- الخفش، سهام. الهناندة، عوني. 2005. "دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغية" (ط1). دار اليافا العلمية.
- دردور، أسماء. (2022). "القدرات المعرفية ودورها في تنمية التواصل اللفظي عند الطفل المصاب بالشلل الدماغية" (أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر 2 أبو قاسم سعد الله) <http://ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/4425>
- دليل التدخل المبكر. 2017. "التعليم الشامل في المملكة العربية السعودية". فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

- ديفيد، ورنر. 1997. "الشلل الدماغي عند الأطفال دليل مصور للأهل والمعلمين في التأهيل". (إعداد: سمر اليسير) بيسان للنشر والتوزيع. (نشر الأصلي في سنة 1992).
- الزريقات، ابراهيم عبد الله. 2008. "التدخل المبكر النماذج والإجراءات" دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سعد، يحيى. 2022. "تعريف المقابلة في البحث العلمي "
<https://drasah.com/Description.aspx?id=3044>
- سعد، يحيى. 2022. "الملاحظة في البحث العلمي "
<https://drasah.com/Description.aspx?id=3042>
- السيد عبيد، ماجدة. 2014. "نوي التحديات الحركية" (ط2). دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- صغير، عبد الإله عمر. (2011). " الاضطرابات اللغوية لدى الطفل IMC المصاب بالتصلب والطفل IMC المصاب بالأتيتوز " (مذكرة ليسانس غير منشورة) جامعة الجزائر 2.
- الصفدي، عصام. 2003. "الاعاقة الحركية والشلل الدماغي " (ط1). دار اليازوري العلمية.
- الصويركي، محمد علي. (2014). "التعبير الشفوي حقيقته، واقعه، أهدافه، مهاراته، طرق تدريسه وتقويمه" (ط1). دار الكندي للنشر والتوزيع.
- طيار، شهيناز. 2009/2008. "دراسة الإدراك البصري للألوان عند الأطفال المصابين بالإعاقه الحركية العصبية من خلال تقنين رائنر (MTA 2002) دراسة حالات ". مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأرتوفونيا. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرتوفونيا، جامعة الجزائر. (أطروحة منشورة)
http://biblio.univalger.dz/jspui/bitstream/1635/10307/1/TAYAR_CHAHIN
[EZpdf](#)
- العايش، محمد العربي والعايش، صفاء. (2021). "الإنتاج الشفهي ودوره في تفعيل الطلاقة اللغوية لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي" (مذكرة ماستر منشورة، جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي)
<http://dspace.univ-eloued.dz/xmlui/handle/123456789/9883>
- عبد السلام، خالد. (2012). "دور اللغة الأم في تعلم اللغة العربية الفصحى في المرحلة الابتدائية بالمدرسة الجزائرية" (أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف) الرابط :
<http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/handle/setif2/234>

- عبد المحسن زكي، أمل. (2010). "صعوبات التعبير الشفهي التشخيص والعلاج" (ط1). المكتب الجامعي الحديث.
- عمراني، نورة. 2018/2017. "أثر التدخل المبكر الأرفوفوني في إنتاج اللغة الشخصية لدى أطفال متلازمة داون (دراسة مقارنة لأطفال خضعوا للتدخل المبكر وأطفال لم يخضعوا له) " مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأرفوفونيا. كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس والأرفوفونيا، جامعة أحمد بن أحمد وهران. (أطروحة منشورة) الرابط: <https://ds.univ-aran2.dz:8443/bitstream/123456789/5041/1/%D8%A3%D8%AB%D8%B1%20%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AF%D8%AE%D9%84%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%A8%D9%83%D8%B1%20%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B1%D8%B7%D9%88%D9%81%D9%88%D9%86%D9%8A%20%D9%81%D9%8A%20%D8%A7%D9%86%D8%AA%D8%A7%D8%AC%20%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%BA%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%AE%D8%B5%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D8%AF%D9%89%20%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84%20%D9%85%D8%AA%D9%84%D8%A7%D8%B2%D9%85%D8%A9%20%D8%AF%D8%A7%D9%88%D9%86.pdf>
- فرانك، هانت. 2023 "ما هو ومتى يتم اختبار مان ويتني؟" www.warbletoncouncil.org/prueba-u-de-mann-whitney-14919
- قادة، مزيلة. 17/03/2021. في ملتقى وطني احتضنته معسكر.. مختصون يكشفون: إحصاء 15 ألف طفل مصاب بالشلل الدماغي في الجزائر " <https://www.echoroukonline.com/إحصاء-15-ألف-طفل-مصاب-بالشلل-الدماغي->
- في 2023/05/13
- قارف، عفاف. مولاي، إيمان. 2017/2016. "فعالية برنامج لتنمية الفهم الشفهي والإنتاج اللغوي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي الحركي". مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر. جامعة عبد الحميد ابن باديس، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية (أطروحة منشورة) الرابط: <http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/2879>
- قحطان، أحمد الظاهر. (2010). "اضطرابات اللغة والكلام" (ط1). دار وائل للنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى نوري. 2013. الإعاقات المتعددة *Multiple Disabilities* "دار المسيرة.
- لالوش، صليحة. عبيد، غنية. 2021. "التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة *Early intervention for children with special needs* " مجلة سوسولوجيا، رقم المجلد: 05 (العدد: 02)، من صفحة 134 إلى صفحة 149)
- وولف هيلر، كاثرين وآخرون. 2014. "الإعاقات الجسمية والصحية والإعاقات المتعددة". (تر: فارس يوسف خليل) دار الفكر ناشرون وموزعون. (نشر العمل الأصلي في 2008)

- Autorité De Santé Haute. 2021. "*Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale*" 05/06/2023 <https://www.has-sante.fr>
- Alice, Petit Ledo. 2018. "*la paralysie cérébrale des enfants nés prématurés de 2007 à 2015 au CHU de Rouen*". HAL ARCHIVES OUVERTES.FR dumas02073819.
- American Psychiatric Association. (2015). "*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques*". (DSM5) Publié par : Elsevier Masson SAS.
- Bouakkaze, Souhila. "*Quelle Prise En Charge Orthophonique Pour Un Enfant Polyhandicapé ? Exemple De L'imc Privé De Parole*" Laboratoire SLANCOM, Université d'Alger. ASJP.
- Bouakkaze, Souhila. 2000. "*Rééducation fonctionnelle de l'enfant infirme moteur cérébral par l'orthophoniste : prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*" mémoire de magister en orthophonie. Faculté des sciences sociales département de psychologie des sciences de l'éducation et l'orthophonie. Université d'alger.
- Brin-Henry, Frédérique. 2004. "*Dictionnaire d'Orthophonie*". 2eme edition. Ortho Edition.
- Cerebral palsy alliance. 2020. "*Early therapeutic intervention guide for parents of infants and children with cerebral palsy between the ages of 0-2*"
- Dinah, S Reddihough. 2016. "*An information guide for parents and families*". Royal Childrens Hospital, Melbourne.
- Gasmi, Safia. 2015. "*La pragmatique dans la communication orale Chez les Infirmes Moteurs Cérébraux Etude de cas*". MEMOIRE Pour l'obtention du diplôme de Magister En Langue Française. Faculté des Langues Étrangères. Université d'Oran 2.
- Granier, Meunier Rodari. 2018 "cabinet kinésithérapie" <https://cabinetkinelozere.fr> <https://www.istockphoto.com> 2023 iStockphoto LP <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/paralysie-cerebrale-pc-definition-prevalence-et-etiology-222023/05/>
- Kristin, Proctor. 2/02/2023 "*Speech therapy for cerebral palsy*" <https://www.cerebralpalsyguide.com/treatment/speech-therapy/>

-Lindsay, Pennington. 2012. *"Speech and communication in cerebral palsy"* Eastern Journal of Medicine (17) (171-177)

-Matthew, H. Rouse. 2020. *"Learning neuroanatomy for speech language pathology and audiology"* World Headquarters Jones & Bartlett. Second Edition

-Mayo Clinic Q&A podcast. 2022. *"Early intervention can help kids with cerebral palsy"*. <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/cerebral-palsy/diagnosis-treatment/drc-20354005?p=1>. (28/08/2023).

-PARALYSIE CÉRÉBRALE: DÉFINITION, PRÉVALENCE ET ÉTIOLOGIE . 2022

-RONDAL, J.A. 1982. « *Les troubles du langage diagnostic et rééducation* ». Éditeur : pierre mardaga, université de Liège et X. Seron, Université catholique de Louvain.

-Soucila, Andry. 2017. *"Emergence de la parole chez des enfants paralysés cérébraux et pathologies associées"*. Linguistique. Université de Strasbourg.

-Tourette, Catherine. 2011. *"Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement"* tous les outils d'évaluation : tests et épreuves. 2eme edition DUNOD éditeur de savoirs.

الملاحق

الملحق رقم 01 إختبار شوفري مولر

Chevrie Muller TEST

بنود إختبار شوفري مولر *Chevrie Muller*

- الاسم واللقب: - السن: - الاضطراب:
- تاريخ إجراء الاختبار: - المكان: - التوقيت:
- ملاحظات أخرى:

جدول حوصلة النقاط:

نظام التطبيق	البنود	النقاط المتحصل عليها
1	المستوى النطقي	ART =
2	المستوى الفنولوجي	DEX =
1.2	التسمية	REP =
2.2	تكرار الكلمات السهلة	

1- المستوى النطقي:

التعليمة : [عawad moraja] [عاود مورايا]

البند	المحاولة 01	المحاولة 2	العلامة	البند	المحاولة 1	المحاولة 2	العلامة
[sa] س				ف [fa]			
[ša] ش				خ [xa]			
[ǧa] ج				ز [za]			

ART :

المجموع: /6 ART =

2- المستوى الفونولوجي

1.2 – التسمية:

التعليلة: أعطيني اسم كل تصوية [a3tini asm kul taswira]

الوحدة	الشرح	الإنتاج اللغوي للطفل	العلامة
Tabla			
Gnina			
Bébé			
Loto			
Derraja			
Banana			
Tijara			
Khodmi			
Poupja			
Pyano			
Dar			
Formaz			
Mqas			
Lahm			
Kursi			
Stylo			

			/ Kasrona Tawa
			Šazara
			Dalilla
			Qalam
			Mftah
			Qitar
			Warda
			Sbaع
			Nif
			Mimha
			Šamع a
			Bušun
			Zalamit

النقطة = عدد الكلمات المنطوقة بطريقة صحيحة 100x
عدد الصور الصحيحة نحوية

/ = DEX

DEX =

2.2- تكرار الكلمات السهلة:

التعليمية: [عawad moraja] [عاود مورايا]

العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة	العلامة	إجابة الطفل	الكلمات المعطاة
		Pupja			Tablo
		Dar			Mimha
		Mqas			Farina
		Lham			Formaz

		Kursi			Tahwisa
		Stylo			Loto
		Kasrona			Trig
		Sazara			Pjano
		Dalilla			Musiqā
		Warda			Kravata
		sbaع			Maftah
		Nif			Ljad limna

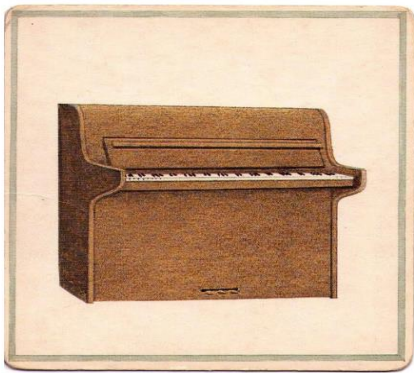
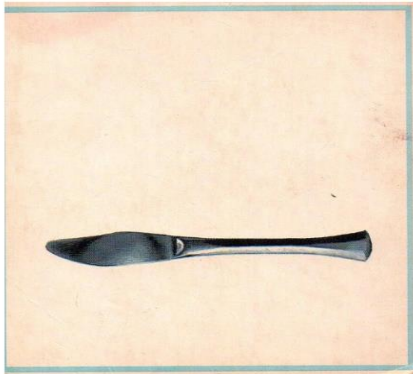
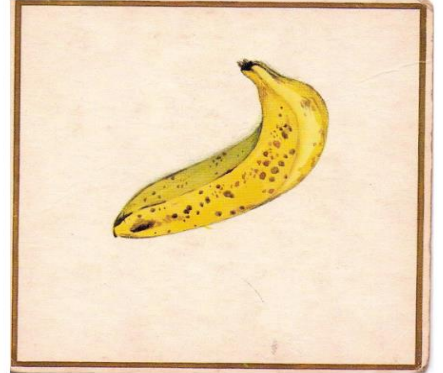
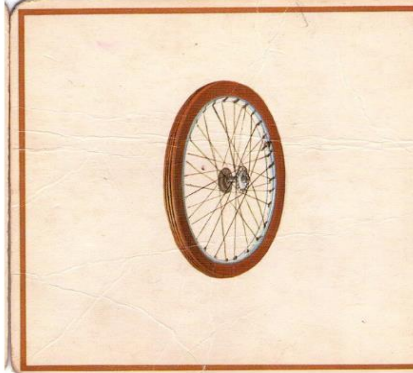
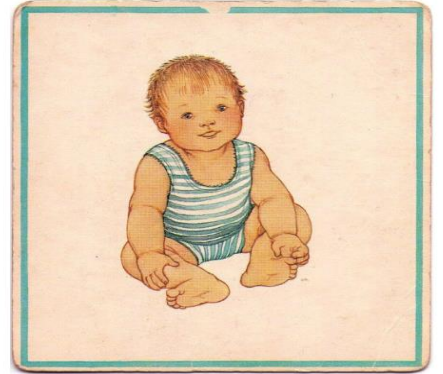
		saṃḡa			Jabki
		Busun			Qita
		Qalam			Tabla
		Zalamit			Gnina
					Bébé
					Derraja
					Banana
					Tijara
					Khodmi

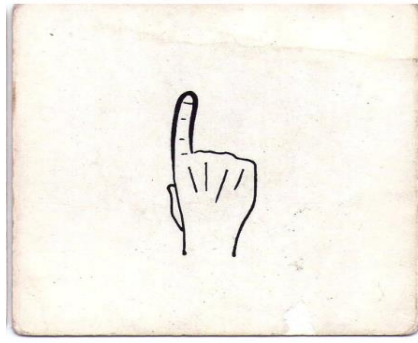
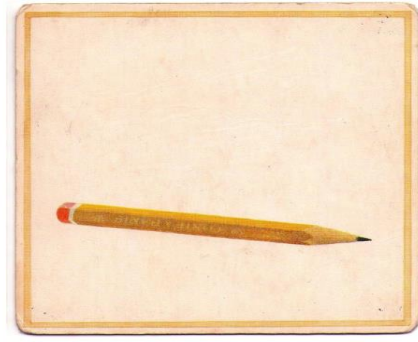
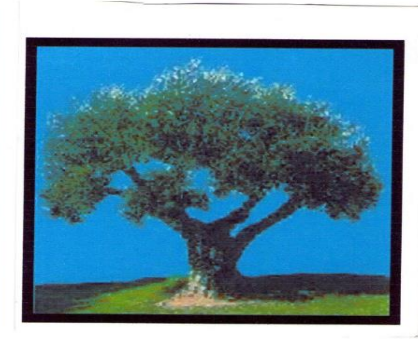
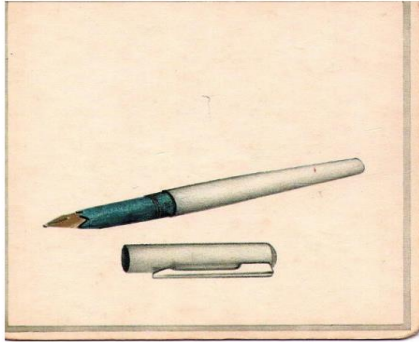
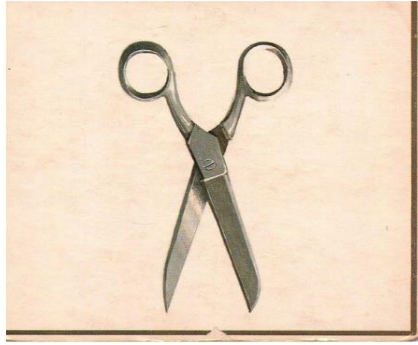
النقطة: = $\frac{\text{عدد الكلمات المنطوقة بطريقة صحيحة} \times 100}{\text{عدد الصور الصحيحة نحويا}}$

/ = REP

REP =

صور الإختبار شوفري مولر *Chevrie Muller*





الملحق رقم 02:

جدول نتائج SPSS

Rangs

	tadakhol	N	Rang moyen :	Somme des rangs
A	P	3	4.83	14.50
	NP	3	2.17	6.50
	Total	6		
ad	P	3	4.67	14.00
	NP	3	2.33	7.00
	Total	6		
R	P	3	4.67	14.00
	NP	3	2.33	7.00
	Total	6		
t1	P	3	5.00	15.00
	NP	3	2.00	6.00
	Total	6		

Tests statistiques^a

	a	ad	r	t1
U de Mann-Whitney	.500	1.000	1.000	.000
W de Wilcoxon	6.500	7.000	7.000	6.000
Z	-1.798-	-1.528-	-1.528-	-1.964-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.072	.007	.007	.001
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	.100 ^b	.200 ^b	.200 ^b	.100 ^b

a. Variable de regroupement : tadakhol

b. Non corrigé pour les ex aequo.

الملحق رقم 03:

ملفات المفحوصين

ملاحظة: تعذر علينا الحصول على جميع ملفات الحالات

BDENBI
spécialiste
Médecine

ERRAIAH
spécialiste
Médecine

OUHENNI
spécialiste
Médecine

secrétaire :

22 28 11
12 40 77

I.R.M. CEREBRALE

PROTOCOLE :

- Coupes axiales FRFSET2, FLAIR, diffusion et T2*.
- Coupes sagittales SET1 et FRFSET2.
- Séquence ANGIO-IRM artérielle.

RESULTATS :

- Présence de lésions en hypersignal T2 de siège frontal péri rolandique, de façon bilatérale et symétrique, entourées de la gliose cicatricielle s'étendant vers les parties postérieures des centres semi ovales associées à un élargissement des sillons corticaux
- Absence d'anomalies de signal de la substance blanche.
- Bonne différenciation substance blanche - substance grise.
- Système ventriculaire en place, non dilaté.
- Structures médianes en place.
- Système cisternal de la base et notamment citernes des angles ponto-cérébelleux libres et bien individualisés.
- Absence de malformation artério-veineuse parenchymateuse.
- Paquets acoustico-faciaux intègres.
- Polygone de willis de morphologie et de signal habituels.
- Absence d'anomalies de la charnière occipito-vertébrale tant osseuse que nerveuse.

CONCLUSION:

LESIONS SEQUELLAIRES POST ANOXO-ISCHEMIQUES DE SIEGE FRONTAL BI PERI ROLANDIQUE, BILATERALES ET SYMETRIQUES.

Années

Dr. B. B. A. B. DENBI
Rocher...
68 Rue...
ORAN - Tel : 06 56 12 40 77

14082

CNAS
CLINIQUE SPECIALISEE EN ORTHOPEDIE ET EN REEDUCATION DES VICTIMES DES ACCIDENTES DE TRAVAIL

Oran, le 16.11.2021

Consultation de demande d'admission
Avis psychologique

L'enfant âgé de 6 ans et 3 mois qui présente une tétraparésie spastique et un retard de parole.

Pendant tout le long de la consultation, Rayane se montre disponible et très coopérant. Il est très attiré par les jeux éducatifs.

L'évaluation des épreuves verbales et de performance révèle un retard des acquisitions scolaires.

Sur le plan de l'autonomie, Rayane est autonome que pour manger et boire. Il se déplace avec appui. Il utilise la main gauche pour manipuler les jeux proposés. Sur le plan sphinctérien, il est propre.

Il pourrait très bien bénéficier d'une prise en charge psychopédagogique au sein de notre établissement pour une insertion scolaire en régime d'internat.

Mme Merad Boudia.w
Psychologue clinicienne principale

Mme MERAD Boudia W.
PSYCHOLOGUE CLINICIENNE
PRINCIPALE
CNAS / CSORVAT

PHS CANASTEL

Pr. BOUKHROFA Abdelkader
Canastel le: 2210611011

Ordonnance N° 00143102

Cher(e) Copieur

Quitté moi de vos soins le petit Gus n'a ni peur de 06, aux antécédents d'une paralysie cérébrale.

le petit Gus présente une tétraparésie spastique.

Sur le plan fonctionnel:

- 83 ansure (+)
- 812 délaberacail (+)
- 812 délaberacail (+)

PAR LE DON DE VOTRE SANG OFFREZ LA VIE

CANASTEL

الحكيم بوقروفة عبد القادر
Pr. BOUKHROFA Abdelkader
Canastel le: 0710412022

Nom du Médecin: **Dr. KADDOUR S.**
Service: **Médecin Spécialiste**
Nom et Prénoms: **Médecin Spécialiste**
Age: **06ans** Mle: **06ans** VISA n°: **0019523**

Ordonnance U019523

Certificat médical

Je soussigné **Dr. KADDOUR S.**
Certifie qu'il s'agit d'un enfant âgé de 06ans pour une paralysie cérébrale avec paraparésie spastique marchant avec aide et qui suit les séances de rééducation à notre niveau et déclare qu'elle nécessite un apprentissage éducatif dans un Centre Spécialisé.

Dr. KADDOUR S.
Médecin Spécialiste
Rééducation Fonctionnelle

PAR LE DON DE VOTRE SANG OFFREZ LA VIE

المركز الاستشفائي الجامعي بـهران
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ORAN
Tél : 041-41-39-26/28/38

N° 836710

Oran le : 14/10/2023

Nom du Médecin :
Service :
Nom et Prénom :
Visa N° :
Age : 4 ans et 2 mois

Prescripteur orthophoniste

Age 8 Tridologie spatiale avec retard du langage

Dr. H.S. MOUÏFOUKES
Maître Assistant
Médecin Spécialiste
Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle

PAR LE DON DE VOTRE SANG, OFFREZ LA VIE

Mme BENALI F
Kinésithérapeute

Téléphone :

CHU ORAN
مركز الاستشفائي الجامعي بـهران
مصلحة الطب الفيزيائي و إعادة التأهيل الوظيفي
CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ORAN
SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE

LAYADI Khaled
Chef de Service

Pr LAHOUEL KF
Pr ZEROUGA H
Pr Ag CHARANE B

Maitres Assistants
Dr HAMMOUDI C
Dr Mohamed Bekkoum N
Dr MOUÏFOUKES HS

Spécialiste de santé publique
Dr ABDERAHIM A
Dr GUEN N
Dr BOUKSSESSA S
DR KOURAT F

Coordinateur
Mr BELKADI S

Psychologue
Mme RAIS N

ORTHOPONISTE
Mme MESLEM F

Ergothérapeute
Mme BENALI F

Kinésithérapeute
Mr MESSABH A
Mme BOUZERMA W

Psychomotricien
Mr MOSTEFAI F

Secrétariat
Mme SAADI N
Tel/fax (041) 41.34.16

Bilan orthophonique enfant

Noméro de dossier :

Identification du patient :
Nom : .. Prénom : ..
Date et lieu de naissance : .. âge : 4 ans et 1/2
Sexe : masculin / féminin ()
Niveau scolaire : ..
Adresse : ..
Téléphone : ..
Motif de consultation : ..
Adressé par : Dr. Mouïfoukes
Date de : 14/10/23

Orthophoniste

Structure socio-économique

Situation conjugale
Age des parents : - père : 37 - mère : 28
Parents : - Vivants ensemble - Séparés - Divorcés
- Inconnus - Décédés - Mère décédée - Père décédé

Dynamique familiale :
Nombre d'enfants : 5 Garçons : 3 Filles : 2
Place de l'enfant dans la fratrie : 4
Etat de santé de la fratrie : bon
L'enfant vit : - Avec les parents - Avec la mère - Avec le père
- Chez un membre de la famille
Relation avec le père : bon
Relation avec la mère : bon
Relation avec la fratrie : bon
Autres : bon

Modalités d'accouchement :
Lieu d'accouchement : CHU
Accouchement : - Prématuré - Atermel - Postmaturé
Rupture de la poche des eaux : - Naturelle - Artificielle
Mode d'accouchement : - Par voie basse - Césarienne
Circonstances d'accouchement : - Normal - Eutocique
Dystocique
- Utilisation des forceps

Après l'accouchement :
Durée d'hospitalisation de la mère : 1
Etat psychique de la mère : - Epuisée - Déprimée
Epanouie
Etat physique de la mère : - Bon - Asthénie

Période néo-natale :
Poids : .. Taille : .. Périmètre crânien : ..
- Cri immédiat - Anoxie - Ictère - Mise en couveuse
- Durée : ..
Signe APGAR : - 1min : /10 - 5mins : /10
Autres :

Alimentation :
Reflexe de la succion : - Présent - Absent
Allaitement : - Au sein - Au biberon - Duré : ..
- Refus de la tétée - Anorexie - Boulimie

les troubles de la déglutition : ()

Sommeil :
Rituel de sommeil : bon
Difficultés d'endormissement :
Sommeil : - Calme - Agité - Insomnie - Cauchemars
- Terreurs nocturnes - Somnambulisme - Autres

Développement du langage
à quel âge a-t-il manifesté son sa ou ses :
Babillage : Avant 8 mois Premiers mots : 2 ans
Premières phrases : / Début de compréhension : fin de R
Mange seul(e) : Oui s'habille seul (e) : oui
Propreté : diurne Nocturne :
• A-t-il des habitudes particulières ?
• A-t-il une démarche particulière ? oui
• Tombe-t-il facilement ? oui

Antécédents :
Antécédent familiaux : (Retard de langage (m)
Antécédents personnels :
Existence de convulsions - date d'apparition : semaine après naiss
Fréquence : / traitement :
Hospitalisation : Motifs : crises épileptiques
Age : 14 ans Durée :
Socialisation :
Contexte familiale et voisinage :
L'enfant est sociable - Réservé
Aime-t-il jouer avec les enfants : de son âge - plus jeunes - plus âgés
Sort-t-il seul dehors ? Oui Non
Fait-t-il les courses ? Oui Non
Scolarité : (/)

Examens complémentaires et PEC en cours :
 Examen(e) :
 Prise en charge orthophonique : Type : Age : Durée : Fréquence :
 Autre PEC : Type : Age : Durée : Fréquence :

Evaluation :
 Le langage expressif :
La répétition :
 Phonèmes :
 Syllabe :
 Mots :
 Phrase :

La dénomination : (-)
 Bonan

La pragmatique : (-)

Les praxies bucco-facial :

Le langage réceptif :
 La désignation : (-)
 Schéma corporelle : (+)
 L'imitation : (+)
 Couleurs : (-)

Agitation
 Crie
 Contact Visuel (+)

المركز الاستشفائي الجامعي بـوهران
 CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ORAN
 Tél : 041-41-39-26/28/38

N° 504694

Oran le 29.01.2023

Nom du Médecin :
 Service : Visa N° :
 Nom et Prénom :

04-5
 Prescription de sacs d'orthopédie
 pour trouble du langage au
 Hemiparésie gauche.

مركز الاستشفائي الجامعي بـوهران
 بوهران
 طب
 تخصص في طب الأطفال
 والتمريض
 Dr. N. ZEROUK
 Médecin
 à Réception

PAR LE DON DE VOTRE SANG, OFFREZ LA VIE

Ergothérapeute
 Mme BENALI F
 Kinésithérapeute
 Mr MESSABIH A
 Mme BOUZERMA
 w
 Psychomotricien

Adresse :
 Téléphone :
 Motif de consultation : h. de langage
 Adressé par : Dr. Z. BOUDIA

Examens complémentaires et PEC en cours :
 Examen(e) :
 Prise en charge orthophonique : Type : Age : Durée : Fréquence :
 Autre PEC : Type : Age : Durée : Fréquence :

Evaluation :
 Le langage expressif :
La répétition :
 Phonèmes : (+)
 Syllabe : (+)
 Mots : (+)
 Phrase : (+)

La dénomination : (+)

La pragmatique : (+)

Les praxies bucco-facial : (+)

Le langage réceptif :
 La désignation : (+)
 Schéma corporelle : (+)
 L'imitation : (+)
 Couleurs : (+)

t de dyslexie l'école

CNAS
CLINIQUE SPECIALISEE EN ORTHOPEDIE ET EN REEDUCATION DES VICTIMES DES
ACCIDENTES DE TRAVAIL

Oran, le 27.04.2022

Consultation de demande d'admission
Avis psychologique

L'enfant âgée de 7 ans et 7 mois présente une tétraparésie spastique asymétrique avec un retard de parole.

Pendant l'examen, elle s'est montrée coopérative avec un bon niveau de concentration et d'attention. Elle comprend les consignes données selon son niveau de compréhension. Sur le plan graphique, elle est au stade du gribouillage avec un manque de force musculaire au niveau de la préhension du crayon d'où la nécessité de séances d'ergothérapie pour affiner la psychomotricité fine. Elle présente un retard des acquisitions scolaires de base.


La propreté sphinctérienne n'est pas encore acquise par manque d'apprentissage relativement à une hyperprotection de la part de la mère. Elle est plus ou moins dépendante pour certains gestes de la vie quotidienne. Elle marche seul avec des chutes lorsqu'elle essaie de courir.

Elle pourrait bénéficier d'une prise en charge psychopédagogique au sein de notre établissement en classe d'observation en régime d'externat avec un objectif d'apprentissage de vie pratique et guidance parentale dans un premier temps. Une insertion scolaire est éventuellement envisageable dans un deuxième temps.

Mme Merad Boudia.w

Psychologue clinicienne principale

Mme MERAD Boudia W.
 PSYCHOLOGUE CLINICIENNE
 PRINCIPALE
 CNAS/CSORVAT


 مركزا لاستشفائي الجامعي بـهران
 مؤسسة الطب الجزائري و إعادة التأهيل الوظيفي
CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE D'ORAN
SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE

LAYADI Khaled
 Chef de Service
 Pr LAHOUEL KF
 Pr ZEROUGA H
 Pr Ag CHARANE B

Maitres Assistants
 Dr HAMMOUDI C
 Dr Mohamed Belkacem N
 Dr MOUFFOKES HS

Spécialiste de santé publique
 Dr ABDERAHIM A
 Dr GUEN N
 Dr BOUKSESSA S
 DR KOURAT F

Coordinateur
 Mr BELKADI S

Psychologue
 M^{me} RAIS N

ORTHOPONISTE
 M^{me} MESLEM F

Ergothérapeute
 M^{me} BENALI F

Kinésithérapeute
 Mr MESSABIH A
 M^{me} BOUZERMA W

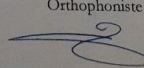
Psychomotricien
 Mr MOSTEFAI F

Secrétariat
 M^{me} SAAIDIA N
 Tel/fax (041) 41. 34.16

Bilan orthophonique enfant

Numéro de dossier :

Identification du patient :
 Nom : Prénom :
 Date et lieu de naissance : âge : 04 ans
 Sexe : masculin () féminin ()
 Niveau scolaire : caïque
 Adresse : Oran
 Téléphone :
 Motif de consultation : h de la gorge... hémoptie... g caïque
 Adressé par : D. R. Z. BOUQA
 Date : 24.04.2023

Orthophoniste


Structure socio-économique
Situation conjugale
 Age des parents : - père : 42 ans - mère : 32 ans
 Parents : - Vivants ensemble - Séparés - Divorcés
 - Inconnus - Décédés - Mère décédée - Père décédé

Dynamique familiale :
 Nombre d'enfants : 3 Garçons : 2 Filles : 1
 Place de l'enfant dans la fratrie : 3
 Etat de santé de la fratrie : 6 ans
 L'enfant vit : - Avec les parents - Avec la mère - Avec le père
 - Chez un membre de la famille
 Relation avec le père : 6 ans
 Relation avec la mère : 6 ans
 Relation avec la fratrie : 6 ans
 Autres : 6 ans

Modalités d'accouchement :
 Lieu d'accouchement : U
 Accouchement : - Prématuré - Atermé - Postmaturé
 Rupture de la poche des eaux : - Naturelle - Artificielle
 Mode d'accouchement : - Par voie basse - Césarienne
 Circonstances d'accouchement : - Normal - Eutocique
 Dystocique
 - Utilisation des forceps

Après l'accouchement :
 Durée d'hospitalisation de la mère : 5 jours
 Etat psychique de la mère : - Epuisée - Déprimée
 Epanouie
 Etat physique de la mère : - Bon - Asthénie

Période néo-natale :
 Poids : 3126g Taille : 54cm Périmètre crânien : 37cm
 - Cri immédiat Anoxie Ictère - Mise en couveuse
 - Durée : 6h
 Signe APGAR : - 1min : 4/10 - 5mins : 7/10
 Autres : réanimation dans U ni

CABINET MEDICAL DE PEDIATRIE
DR MANKOUR-OUIS.H
 N°6 CITE ELMOUDJAHIDINE HASSI BOUNIF -ORAN
 TEL/ 041. 67.92. 01

RAPPORT MEDICAL

Il s agit de l fillette , ne le : 22/09/2014 ; de sexe féminin, originaire et demeurant à Oran ; l ainée d une fratrie de 02 l autre en bon état de santé

Malek est mise au monde après une grossesse compliquée d HTA gravidique ayant conduit a un accouchement prématuré ; l accouchement s est déroulé en milieu hospitalier avec une asphyxie périnatale et un score d appgar 1/10 puis 5/10 après réanimation


Hypotrophie poids de naissance 1700g

Période néonatale plus ou mois stable ; correctement vacciné

Le début de la maladie remonte a l âge de 02mois par l apparition de toux spasmodiques avec détresse respiratoires et encombrement tracheo bronchique ayant nécessité un traitement médical avec séances de rééducations fonctionnelles respiratoire ;

Une consultation spécialisée a l age de 04mois ou le diagnostique d osteo arthrite a été posé et orientation vers CHUO pour prise en charge.

Au total
 Enfant khaldi Malek âgée de 07 ans et demi présente une arthropathie (hypoplasie de la tête fémorale droite avec subluxation des 02 hanches) sur atcd d asphyxies anoxo ischémiques.

DR MANKOUR OUIS.H


CABINET MEDICAL DE PEDIATRIE
DR MANKOUR-OUIS.H
 N°6 CITE ELMOUDJAHIDINE HASSI BOUNIF -ORAN
 TEL/ 041. 67.92. 01

RAPPORT MEDICAL

Il s agit de l fillette , ne le : 22/09/2014 ; de sexe féminin, originaire et demeurant à Oran ; l ainée d une fratrie de 02 l autre en bon état de santé

Malek est mise au monde après une grossesse compliquée d HTA gravidique ayant conduit a un accouchement prématuré ; l accouchement s est déroulé en milieu hospitalier avec une asphyxie périnatale et un score d appgar 1/10 puis 5/10 après réanimation


Hypotrophie poids de naissance 1700g

Période néonatale plus ou mois stable ; correctement vacciné

Le début de la maladie remonte a l âge de 02mois par l apparition de toux spasmodiques avec détresse respiratoires et encombrement tracheo bronchique ayant nécessité un traitement médical avec séances de rééducations fonctionnelles respiratoire ;

Une consultation spécialisée a l age de 04mois ou le diagnostique d osteo arthrite a été posé et orientation vers CHUO pour prise en charge.

Au total
 Enfant khaldi Malek âgée de 07 ans et demi présente une arthropathie (hypoplasie de la tête fémorale droite avec subluxation des 02 hanches) sur atcd d asphyxies anoxo ischémiques.

DR MANKOUR OUIS.H


حوصلات الحالات

1- حالات الشلل الدماغي المستفيدين من التدخل المبكر:

1. الحوصلة الأرطوفونية للحالة الأولى:

■ معلومات عن الحالة:

- الاسم واللقب: س.ب
- الجنس: أنثى
- تقدمت الحالة في: 2017
- سبب القدوم: تأخر حسي حركي
- السن: 7 سنوات شهرين
- المقر: وهران وسط
- من طرف: لا يوجد توجيه، أنت من أجل الفحص
- المستوى الدراسي: السنة الثانية قسم مكيف

■ البنية الاجتماعية للعائلة:

- مهنة الأب: شرطي
- المهنة الأم: ماكثة بالبيت
- المستوى التعليمي للأب: ثانوي
- المستوى التعليمي للأم: جامعية
- اللغة الأم: اللغة العربية
- اللهجة وهرانية
- المستوى الاقتصادي: عادي
- الوضع المعيشي: عادي
- عدد الإخوة: 1
- رتبة الطفل في الإخوة: 1

■ تاريخ اكتشاف الإعاقة:

- سن وظروف اكتشاف الإعاقة: منذ الولادة
- رد فعل الأولياء والمحيط: في البداية عدم التقبل
- نوع الإعاقة: شلل دماغي، إعاقة متوسطة مع إعاقة حركية مصاحبة.

■ السوابق العائلية

- لا توجد إعاقة في العائلة، ولا توجد قرابة بين الوالدين

■ معلومات عن الحمل والولادة

■ مرحلة ما قبل الحمل:

- لم يكن هناك مانع للحمل ولم يكن هناك إجهاض قبله
- الحالة الصحية للأم قبل الحمل كانت مريضة بفقر الدم الحاد واليرقان من الدرجة الأولى، أما حالتها النفسية كانت عادية.

■ مرحلة الحمل: - الحمل كان طبيعي ومرغوب فيه.

- سن الأم عند الولادة: 30 سنة - سن الأب: 36
- كانت الأم مريضة بفقر الدم الحاد واليرقان طيلة فترة الحمل وحتى بعد الولادة.
- أخذت مضادات حيوية، وعلاج دوائي مع مكمل غذائي لمرض فقر الدم.

■ أثناء الولادة:

- دام الحمل 9 أشهر والولادة كانت طبيعية، في عيادة التوليد
- كان الوقت المستغرق أثناء الولادة عادي.

■ بعد الولادة:

- احتمال أن المولود أصيب باختناق، لونها كان أزرق، ولم تسمع الصرخة الأولى.
- كانت تزن 2,7 كلغ، مع شلل وجهي مركزي جانبي وشلل في كامل الجسم.
- دخلت الإنعاش، ووضعت في الحاضنة من أجل العلاج بالأشعة، لمدة 20 يوم، أما الأم فبقيت لمدة 3 أيام بعد الولادة

- الرضاعة كانت مزدوجة بين الطبيعية والاصطناعية لمدة سنتين، لم يكن هناك منعكس المص.
- نومها عادي.

■ السوابق المرضية

- أصيبت بأمراض الطفولة: الحمى ولم تكن هناك أمراض أخرى.

■ مراحل نمو الطفل

❖ النمو الحس حركي:

- طبيعة النمو كان متأخر، الابتسامة متأخرة في 6 أشهر، الجلوس في سنة، أما الوقوف والتوازن كان في 3 سنوات ونصف، المشي في 4 سنوات بطريقة غير صحيحة مع فقدان للتوازن.
- الأكل بالمساعدة، لا يوجد مضغ مما سبب مشكل في البلع، اللبس أيضا بالمساعدة.
- النظافة: في الليل والنهار كانت في 4 سنوات

❖ النمو اللغوي:

- المناغاة كانت جد متأخرة في 3 سنوات، أما النطق بأول صوت/مقطع كان في 4 سنوات، تكوين الجملة في 5 سنوات مع حسن استخدام اللغة.
- استخدام أدوات الربط والإشارة ليس بعد

❖ معلومات أخرى:

- عندها ضمور عصبي حركي، مع ديسبراكيا فمية وجهية (اضطراب حركي)
- يوجد تواصل بصري، وتقليد مع مستوى جيد في الفهم.

الاختبارات المكملة

- اختبار السمع: نعم، لم يظهر وجود أي خلل على مستوى السمع
- فحص التصوير بالرنين المغناطيسي IRM: نعم، لم يظهر أي خلل R.A.S
- التخطيط الكهربائي للرأس EEG: نعم، لم يظهر أي خلل R.A.S
- R.A.S :SCANER CEREBRAL
- تحاليل طبية: نقص فيتامين د3

2. الحوصلة الأرتوفونية للحالة الثانية:

■ معلومات عن الحالة:

- الاسم واللقب: ر.ب
- السن: 7 سنوات
- الجنس: ذكر
- المقر: وهران
- تقدمت الحالة في تاريخ: 2021-11-08
- من طرف: الأم
- سبب التوجيه: من أجل الادماج
- المستوى الدراسي: قسم تحضير.

■ البنية الاجتماعية للعائلة:

- مهنة الأب: عامل
- مهنة الأم: مأكثة في البيت
- اللغة الأم: عربية، لهجة وهرانية
- المستوى الاقتصادي: متوسط
- عدد الإخوة: 2
- رتبة الطفل في الإخوة: 1

■ تاريخ اكتشاف الإعاقة:

- سن اكتشاف الإعاقة: 9 أشهر
- ظروف اكتشافها: تأخر حسي حركي
- رد فعل الأولياء والمحيط: تقبل الأمر
- نوع الإعاقة: شلل رباعي تشنجي، لا توجد إعاقة مصاحبة.

■ السوابق العائلية

- لا توجد إعاقة في العائلة
- توجد قرابة بين الوالدين، من الدرجة الأولى

■ معلومات عن الحمل والولادة:

مرحلة ما قبل الحمل:

- لم يكن هناك مانع للحمل، ولم يكن هناك إجهاض
- الحالة الصحية قبل الحمل: عادية
- الحالة النفسية: عادية

مرحلة الحمل:

- الحمل مرغوب فيه، وطبيعي - سن الأم عند الولادة: 30 سنة - سن الأب: 33 سنة
- لم تتعرض الأم لأمراض أثناء الحمل، ولم تأخذ أي دواء.

■ أثناء الولادة:

- الولادة: طبيعية / تم استعمال الملاقط
- مكان الولادة: مستشفى
- وقت الولادة: 9 أشهر
- لم يستعمل التخدير

■ بعد الولادة:

- أصيب المولود باختناق، وكان لونه أزرق
- وجدت الصرخة الأولى
- وزن المولود: 2,5 كلغ
- لم يدخل الإنعاش، وضع في الحاضنة لمدة 24 ساعة.
- مدة بقاء المولود بالمستشفى: 20 يوم
- مدة بقاء الأم: أسبوع
- الرضاعة: طبيعية
- منعكس المص: عادي
- نومه عادي.

■ السوابق المرضية:

- هل أصيب الطفل بأمراض الطفولة؟ لا
- هل أصيب بمشكلات صحية أخرى؟ لا

■ مراحل نمو الطفل:

❖ النمو الحس حركي:

- طبيعية النمو: متأخر
- سن الجلوس: عامين
- سن المشي: ليس بعد
- سن الابتسام: عادي
- سن الوقوف والتوازن: 5 سنوات بالمساعدة
- الأكل: بمساعدة الآخرين

- المضغ: عادي
- البلع: عادي
- المسك: بصعوبة في اليد اليمنى
- اللبس: بالمساعدة
- النظافة مكتسبة

■ النمو اللغوي:

- المناغاة: 4 أشهر
- سن النطق بأول صوت/مقطع: سنة
- يستطيع أن يكون جملة، يحسن استخدام اللغة، يستخدم أدوات الربط، ويستخدم الإشارة.

■ معلومات أخرى:

- يوجد تصلب عضلي
- الحركات الفمية الوجهية: عادية
- الحول: لا يوجد
- يوجد تواصل بصري
- التقليد: جيد
- مستوى الفهم: جيد

■ الاختبارات المكتملة: لم يستدعي أن يجريها.

3. الحوصلة الأرتوفونية للحالة الثالثة:

■ معلومات عن الحالة:

- الاسم واللقب: ل.س
- السن: 7 سنوات
- الجنس: أنثى
- المقر: وهران
- تقدمت الحالة في تاريخ: ديسمبر 2021
- من طرف: الأم
- سبب التوجيه: طلب الإدماج
- المستوى الدراسي: قسم الملاحظة

■ البنية الاجتماعية للعائلة:

- مهنة الأب: عاطل
- مهنة الأم: عاطلة
- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي
- المستوى التعليمي للأم: ابتدائي
- اللغة الأم: عربية، بلهجة مستغانمية
- المستوى الاقتصادي: تحت المتوسط
- عدد الإخوة: 2
- رتبة الطفل في الإخوة: 1

■ تاريخ اكتشاف الإعاقة:

- سن اكتشاف الإعاقة: سنة
- ظروف اكتشافها: تأخر حسي حركي

- رد فعل الأولياء والمحيط: صعوبة التقبل خاصة من طرف الأم
- نوع الإعاقة: شلل سفلي تشنجي

■ السوابق العائلية:

- لا توجد إعاقة في العائلة، ولا توجد قرابة بين الوالدين

■ معلومات عن الحمل والولادة:

■ مرحلة الحمل:

- الحمل مرغوب فيه، طبيعي
- سن الأم عند الولادة: 28 سنة
- سن الأب: 31 سنة

- هل تعرضت الأم لأمراض أثناء الحمل؟ لا ولك تأخذ مضادات حيوية

■ أثناء الولادة:

- الولادة: قيصرية
- مكان الولادة: مستشفى
- وقت الولادة (عدد الأشهر): 9 أشهر
- الوقت المستغرق أثناء الولادة: ساعتين
- هل استعمل التخدير؟ نعم

■ بعد الولادة:

- هل أصيب المولود باختناق؟ لا
- لونه أزرق؟ لا
- هل وجدت الصرخة الأولى؟ نعم
- وزن المولود: 2 كلغ
- هل دخل الإنعاش؟ لا
- هل وضع في الحاضنة؟ نعم لمدة 4 أيام
- مدة بقاء المولود بالمستشفى: 8 أيام
- مدة بقاء الأم: 8 أيام
- الرضاعة: طبيعية - مدتها: 6 أشهر
- منعكس المص: عادي
- كيف هو نومه؟ عادي

■ السوابق المرضية:

- لم يصب بأمراض الطفولة أو أمراض على مستوى الجهاز العصبي.
- أصيب بفقر الدم.

■ مراحل نمو الطفل:

❖ النمو الحس حركي:

- طبيعة النمو: متأخر

- سن الابتسامة: عادي
- سن الجلوس: 9 أشهر
- سن الوقوف والتوازن: 4 سنوات بالمساعدة
- سن المشي: 5 سنوات
- الأكل: لوحده
- المضغ: جيد
- البلع: جيد
- اللبس: بالمساعدة
- هل النظافة مكتسبة؟ نعم
- المسك: جيد

❖ النمو اللغوي:

- المناغاة: 3 سنوات
- سن النطق بأول صوت/مقطع: في وقته
- هل يكون جملة؟ لا
- هل يحسن استخدام اللغة؟ لا
- هل يستخدم أدوات الربط؟ لا
- هل يستخدم الإشارة؟ لا

▪ معلومات أخرى:

- تصلب عضلي: يوجد
- الحركات الفمية الوجهية: ديسبراكسيا
- الحول: لا
- هل يوجد تواصل بصري؟ نعم
- التقليد: ضعيف
- مستوى الفهم: متوسط

▪ الاختبارات المكملة: لم يستدعي ان يقوم بها

2- حالات الشلل الدماغي غير المستفيدين من التدخل المبكر:

4. الحوصلة الأرتوفونية للحالة الرابعة:

▪ معلومات عن الحالة:

- الاسم واللقب: أ.م
- السن: 5 سنوات
- الجنس: ذكر
- المقر: وهران
- تقدمت الحالة في تاريخ: 2023-05-23
- من طرف: طبيب
- سبب التوجيه: تأخر لغة
- المستوى الدراسي: حضانة

▪ البنية الاجتماعية للعائلة:

- اللغة: عربية
- اللهجة: وهرانية
- المستوى الاقتصادي: عادي
- الوضع المعيشي: عادي
- عدد الإخوة: 4
- رتبة الطفل في الإخوة: 4

■ تاريخ اكتشاف الإعاقة

- سن اكتشاف الإعاقة: عند الولادة
- نوع الإعاقة: شلل تشنجي
- اضطراب مصاحب: اضطراب نطقي

■ معلومات عن الحمل والولادة

■ أثناء الولادة:

- سن الأم عند الولادة: 28 سنة
- سن الأب: 38 سنة
- مكان الولادة: مستشفى
- لم يستعمل التخدير
- الولادة: طبيعية، خدج prématuré
- لم توجد الصرخة الأولى

■ بعد الولادة:

- مدة مكوث الأم في المستشفى: يوم واحد
- وزن المولود: 1.9 كلغ
- الرضاعة: طبيعية لمدة شهر وفي الشهر الثاني اصبحت اصطناعية
- منعكس المص: يوجد
- كيف هو نومه؟ مضطرب

■ مراحل نمو الطفل:

❖ النمو الحس حركي:

- طبيعة النمو: متأخر
- سن الجلوس: 5 سنوات وغير متوازن
- سن المشي: 5 سنوات مع فقدان التوازن
- يسقط كثيرا
- الأكل: لا يأكل وحده.

❖ النمو اللغوي:

- المناغاة: 12 شهر
- سن النطق بأول كلمة: 5 سنوات
- هل يكون جملة؟ لا
- هل يحسن استخدام اللغة: لا
- هل يستخدم أدوات الربط؟ لا
- هل يستخدم الإشارة؟ لا

■ معلومات أخرى:

- الحركات الفمية الوجهية: ديسبراكسيا فمية وجهية
- تواصل بصري: ضعيف
- التقليد: ضعيف
- مستوى الفهم: ضعيف

▪ الاختبارات المكملة: لم يتم بها

5. الحوصلة الأرتوفونية للحالة الخامسة:

▪ معلومات عن الحالة:

- الاسم واللقب: م.ا
- السن: 8 سنوات
- الجنس: أنثى
- المقر: وهران
- تقدمت الحالة في تاريخ: 2022-04-27
- من طرف: الأم
- سبب التوجيه: طلب الإدماج
- المستوى الدراسي: قسم الملاحظة

▪ البنية الاجتماعية للعائلة:

- مهنة الأب: عامل بناء
- مهنة الأم: مائكة بالبيت
- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي
- المستوى التعليمي للأم: متوسط
- اللغة الأم: عربية، لهجة وهرانية
- المستوى الاقتصادي: متوسط
- عدد الإخوة: 2
- رتبة الطفل في الإخوة: 1

▪ تاريخ اكتشاف الإعاقة:

- سن اكتشاف الإعاقة: شهرين
- ظروف اكتشافها: تأخر حسي حركي
- رد فعل الأولياء والمحيط: عدم التقبل
- نوع الإعاقة: شلل تشنجي

▪ السوابق العائلية:

- لا توجد إعاقة في العائلة، ولا توجد قرابة بين الوالدين.

▪ معلومات عن الحمل والولادة:

▪ مرحلة ما قبل الحمل:

- هل كان هناك مانع للحمل؟ لا
- كان هناك إجهاض مرتين قبل الحمل
- الحالة الصحية قبل الحمل: عادية
- الحالة النفسية: عادية

▪ مرحلة الحمل:

- الحمل مرغوب فيه، ومعقد
- سن الأم عند الولادة: 37 سنة
- تعرضت الأم لارتفاع ضغط الدم الحاد أثناء الحمل، وأخذت مضادات حيوية

▪ أثناء الولادة:

- الولادة: قيصرية، خدج
- مكان الولادة: مستشفى

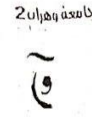
- وقت الولادة (عدد الأشهر): 8 أشهر
- الوقت المستغرق أثناء الولادة: ساعتين ونصف - هل استعمل التخدير؟ لا
- **بعد الولادة:**
 - هل أصيب المولود باختناق؟ نعم، خلال الولادة - لونه أزرق؟ نعم
 - هل وجدت الصرخة الأولى؟ لا - معدل APGAR 1\10
 - وزن المولود: 1,7 كلغ
 - هل دخل الإنعاش؟ نعم - بعد الإنعاش أصبح معدل APGAR 5\10
 - هل وضع في الحاضنة؟ نعم، لمدة 24 ساعة
 - مدة بقاء المولود بالمستشفى: 5 يوم - مدة بقاء الأم: أسبوع
 - الرضاعة: اصطناعية - كيف هو نومه؟ عادي
- **السوابق المرضية:**
 - أصيب الطفل بالتهاب القصبة الهوائية الحاد مع سعال دائم
- **مراحل نمو الطفل:**
 - ❖ **النمو الحس حركي:**
 - طبيعة النمو: متأخر
 - سن الجلوس: سنتين
 - الأكل: بمساعدة الآخرين
 - البلع: لا يوجد
 - اللبس: بالمساعدة
 - سن النطق بأول صوت/مقطع: 6 سنوات
 - سن المشي: 6 سنوات
 - المضغ: لا يوجد
 - المسك: لا يوجد
 - هل النظافة مكتسبة؟ نعم في 7 سنوات
 - ❖ **النمو اللغوي:**
 - المناغاة: 9 أشهر
 - هل يكون جملة؟ لا
 - هل يستخدم أدوات الربط؟ لا
 - هل يحسن استخدام اللغة؟ لا
 - هل يستخدم الإشارة؟ لا
- **معلومات أخرى:**
 - تصلب عضلي: يوجد
 - الحركات الفمية الوجهية: ديسبراكسيا
 - الحول: لا يوجد
 - هل يوجد تواصل بصري؟ نعم

- التقليد: ضعيف
- مستوى الفهم: متوسط
- الاختبارات المكملّة: لم يستدعي القيام بها
- 6. الحوصلة الأَرطوفونية للحالة السادسة:
- معلومات عن الحالة:
- الاسم واللقب: و.ش
- السن: 4 سنوات
- الجنس: ذكر
- تقدمت الحالة في تاريخ: 2023-02-21
- سبب التوجيه: شلل نصفي / تأخر لغة
- من طرف: طبيب الأعصاب
- المستوى الدراسي: حضانة
- البنية الاجتماعية للعائلة:
- اللغة: عربية
- اللهجة: وهرانية
- المستوى الاقتصادي: عادي
- الوضع المعيشي: عادي
- عدد الإخوة: 3
- رتبة الطفل في الإخوة: 1
- تاريخ اكتشاف الإعاقة:
- سن اكتشاف الإعاقة: عند الولادة
- نوع الإعاقة: شلل نصفي أيسر
- اضطراب مصاحب: تأخر لغة / أعراض تأتأة.
- معلومات عن الحمل والولادة:
- أثناء الولادة:
- سن الأم عند الولادة: 32 سنة
- سن الأب: 42 سنة
- مكان الولادة: مستشفى
- هل استعمل التخدير: لا
- الولادة: طبيعية
- أصيب المولود باختناق: نعم
- بعد الولادة:
- هل وجدت الصرخة الأولى: لا
- لونه أزرق: نعم
- مدة مكوث الأم في المستشفى: من 5 أيام إلى 7 أيام
- الحالة النفسية للأم: متعبة
- الحالة الجسدية للأم: جيدة
- وزن المولود: 3.6 كغ
- طول: 54 سم
- هل دخل الإنعاش؟ نعم لمدة 4 دقائق

- الرضاعة: طبيعية لمدة 9 أشهر واصطناعية لمدة 10 أشهر
- منعكس المص: لا يوجد
- كيف هو نومه؟ مضطرب.
- مراحل نمو الطفل:
- ❖ النمو الحس حركي:
- طبيعة النمو: متأخر
- سن المشي: 4 سنوات مع فقدان التواز
- الأكل: لا يأكل وحده
- ❖ النمو اللغوي:
- المناغاة: 9 أشهر
- سن النطق بأول كلمة: 3 سنوات
- هل يكون جملة؟ لا
- هل يحسن استخدام اللغة: لا
- هل يستخدم أدوات الربط؟ لا
- هل يستخدم الإشارة؟ لا
- معلومات أخرى:
- الحركات الفمية الوجهية: ديسبراكسيا فمية وجهية
- تواصل بصري: ضعيف
- التقليد: ضعيف
- مستوى الفهم: ضعيف
- الاختبارات المكملة: لم يستدعي القيام بها

الملحق 05:

أوراق التريـبـص



طلب إجراء بحث ميداني

طلب إجراء بحث ميداني

إلى السيد:
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية

إلى السيد:
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية

تحية طيبة ،

تحية طيبة ،

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 94/260 المؤرخ في 19 ربيع الأول 1414 الموافق
1994/08/27 المتضمن التكوين و التبرعات الخاصة بالأعمال الميدانية والزيارات
الاستطلاعية داخل المؤسسات الخاصة و العامة و المستشفيات
لذا نرجو منكم السماح للطلبة الآتية أسمائهم بالقيام ب : بحث ميداني خاص ضمن
متطلبات إعداد مذكرة ماستر أمراض اللغة و التواصل :

بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 94/260 المؤرخ في 19 ربيع الأول 1414 الموافق
1994/08/27 المتضمن التكوين و التبرعات الخاصة بالأعمال الميدانية والزيارات
الاستطلاعية داخل المؤسسات الخاصة و العامة و المستشفيات
لذا نرجو منكم السماح للطلبة الآتية أسمائهم بالقيام ب : بحث ميداني خاص ضمن
متطلبات إعداد مذكرة ماستر أمراض اللغة و التواصل :

- 1-
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية
- 2-
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية

- 1-
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية
- 2-
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية

و انهي إلى علمكم أن الإشراف في الجامعة على هؤلاء الطلبة سوف يقوم به الأستاذة :
.....
الخبيرة النفسية والدراسات
الاجتماعية

و انهي إلى علمكم أن الإشراف في الجامعة على هؤلاء الطلبة سوف يقوم به الأستاذة :
.....
الخبيرة النفسية والدراسات
الاجتماعية

تقبلوا منا فائق التحية و الشكر

تقبلوا منا فائق التحية و الشكر

وهران في:

وهران في:



مسؤول شعبة الأروطوفونيا
د. أحمد محمد عربي
مسؤول شعبة الأروطوفونيا
قسم علم النفس و الأروطوفونيا
كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران

الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية
الخبير النفسي والدراسات
الاجتماعية

مسؤول شعبة الأروطوفونيا
قسم علم النفس و الأروطوفونيا
كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران

M. S. SEGHIER ABDELILLAH
Orthophoniste
Kinésithérapeute

