

Speech & language disorders

إضطرابات النطق والكلام

التشخيص والعلاج

ABC

الدكتور
سعيد كمال عبد الحميد العزالي
قسم التربية الخاصة
كلية التربية - جامعة الطائف







بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إضطرابات النطق والكلام

التشخيص والعلاج

Speech & language disorders

- رقم التصنيف : 371.914
لؤلؤف ومن هو في حكمه : سعيد كمال عبد الحميد العزالي
عنوان الكتاب : اضطرابات النطق والكلام
رقم الإيداع : 2010/9/3344
المواصفات : اضطرابات النطق / اللغات
بيانات النشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الترميز والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للنشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المسيرة للنشر والتوزيع عمان - الأردن
ويحظر مبيع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة لتضيد الكتاب كاملاً أو مجزئاً أو تسجيله على اشرطة
كاسيت أو إدخاله على الكمبيوتر أو برمجته على إسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً

Copyright © All rights reserved

No part of this publication may be translated,
reproduced, distributed in any form or by any means, or stored in a data
base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher

الطبعة الأولى 2011م - 1432هـ



عنوان الحار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العمري هاتف : 962 6 5627049 فاكس : 962 6 5627059
الفرع : عمان - مساحة المسجد الحسيني - سوق البنراء هاتف : 962 6 4640950 فاكس : 962 6 4617640
صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

إضطرابات النطق والكلام

التشخيص والعلاج

Speech & language disorders

الدكتور
سعيد كمال عبد الحميد العزالي
قسم التربية الخاصة
كلية التربية - جامعة الطائف



الإهداء

إلى روح أمي رحمة الله عليها

إلى روح ابني عبد الرحمن رحمة الله عليه

إلى زوجتي وحببتي ورفيقة دربي التي أتاحت لي الوقت لكتابة هذا الكتاب

إلى الدكتورة

فوقية أحمد السيد عبد الفتاح التي علمتني وكان لها دور في حياتي

إلى الباحثين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة

المؤلف

الفهرس

11 المقدمة

الفصل الأول

اضطرابات التواصل

15 مقدمة

16 تعريف التواصل

18 عناصر التواصل

18 وظائف التواصل

19 مراحل عملية التواصل

21 أنواع التواصل

26 اضطرابات التواصل

27 نسب انتشار اضطرابات التواصل

28 المظاهر الدالة على اضطرابات التواصل لدى الأفراد

29 أسباب اضطرابات التواصل

40 قياس وتشخيص اضطرابات التواصل

53 تصنيف اضطرابات التواصل

الفصل الثاني

النمو اللغوي للأطفال

59 مراحل النمو اللغوي

71	عوامل كسب الطفل اللغة ومحوها
78	أهداف الخبرات اللغوية في رياض الأطفال
78	طرق وأساليب دراسة اللغة
79	قواعد عملية للتربية والتعليم اللغويين
80	أهداف تعليم اللغة
81	التوجيهات والنصائح التي تساعد الآباء على تنمية اللغة والقراءة والكتابة

الفصل الثالث

فسيولوجيا النطق عند الإنسان

89	عملية الكلام
91	أولاً: الجهاز السمعي
93	الأذن الخارجية
93	الأذن الوسطى
93	الأذن الداخلية
95	ثانياً: أجهزة النطق
95	الجهاز التنفسي
100	الجهاز الصوتي
103	جهاز الرنين
109	ثالثاً: الجهاز العصبي
109	مكونات الجهاز العصبي المركزي
111	الجهاز العصبي الطرفي

الفصل الرابع

اضطرابات النطق

115	اضطرابات النطق
117	أسباب اضطرابات النطق
120	أجهزة النطق وأثر خلل كل جهاز منها على اضطرابات النطق
127	معدل انتشار اضطرابات النطق
128	مظاهر اضطرابات النطق
131	اضطرابات النطق الديدز لاليا، ما بين المصطلح العلمي والمفهوم العامي
134	تشخيص اضطرابات النطق
138	اختبارات النطق
141	علاج اضطرابات النطق

الفصل الخامس

اضطرابات الصوت

155	المقدمة
160	اضطرابات الصوت
162	معدل انتشار اضطرابات الصوت
163	أشكال اضطرابات الصوت
169	أسباب اضطرابات الصوت وعلاجها
173	التقييم والتشخيص لاضطرابات الصوت
178	علاج الاضطرابات الصوتية

الفصل السادس

اضطرابات الكلام

195	اضطرابات الكلام
195	نسبة انتشار اضطرابات الكلام
196	أنواع اختلال الطاقة
197	أسباب اضطرابات الكلام
200	قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام
203	العلاقة بين اضطرابات الكلام وعوامل أخرى
204	خصائص ذوي اضطرابات التواصل
205	أنواع اضطرابات طلاقة الكلام

الفصل السابع

اضطرابات اللغة

261	مقدمة
262	تعريف اللغة
263	نسبة الاضطرابات اللغوية
264	أسباب الاضطرابات اللغوية
267	مكونات اللغة
269	وظائف اللغة
270	خصائص تميز اللغة الإنسانية
270	النظريات المفسرة لاكتساب اللغة
277	أنواع الاضطرابات اللغوية

290.....	الأطفال المعوقين لغوياً
292.....	قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية
294.....	الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين لغوياً
296.....	البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية
297.....	المبادئ العامة لعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية
305.....	أثر الاضطرابات اللغوية على المظاهر التعليمية
307.....	البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال المضطربين لغوياً
309.....	أساليب وطرق تعليم وتدريب المضطربين لغوياً

الفصل الثامن

دور الأسرة في علاج تأخر نمو اللغة لدى الأبناء

319.....	مقدمة
322.....	مشكلة الدراسة
324.....	هدف الدراسة
324.....	أهمية الدراسة
325.....	الإطار النظري
325.....	أولاً: الإعاقة العقلية (الإعاقة الذهنية)
335.....	ثانياً: اللغة
337.....	ثالثاً: الإرشاد الأمري
359.....	رابعاً: خطوات الدراسة
359.....	خامساً: النتائج

المراجع

- 369.....أولا: المراجع العربية
- 385.....ثانيا: المراجع الأجنبية

المقدمة

الحمد لله الذي يقول الحق وهو يهدي السبيل، والصلاة والسلام على نبينا محمد خاتم النبيين وإمام المرسلين، جدد الله به رسالة السماء، وأحيا بيعته سنة الأنبياء، ونشر بدعوته آيات الهداية، وأتم به مكارم الأخلاق وعلى آله وأصحابه وبعد.

اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي .

فاللغة تحقق التواصل بين الناس، فمن خلالها يتواصل الناس فيما بينهم، ويحققون أغراضهم ومآربهم، فيتناقلون الأفكار، وكذا يتناقلون المشاعر والأحاسيس، ويطلبون تحقيق مصالحهم من بعضهم البعض.

كما تتيح اللغة للإنسان التعبير عن أفكاره ومشاعره وآماله وآلامه، وهذه نعمة خاصة بالإنسان من بين سائر الكائنات، كما أن بعض الأطفال لا تنمو مهارات التواصل لديهم على هذا النحو السوي، بل تواجههم بعض الاضطرابات التي تشمل في اضطرابات التواصل وهي قد تكون اضطرابات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم نمو اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. ويمكن أن تظهر اضطرابات التواصل عند الأفراد من جميع الأعمار، وقد تتراوح هذه الاضطرابات في حدتها من اضطرابات خفيفة إلى اضطرابات بالغة الحدة و علاوة على ذلك، فإن اضطرابات النطق واللغة يمكن أن توجد كمظهر فريد عند الشخص، وقد تكون جزءاً من صورة معقدة من الإعاقات المتعددة. كذلك يمكن أن تكون هذه الاضطرابات وقتية ولا تستمر طويلاً، كما أنها يمكن أن تبقى مع الفرد مدى الحياة.

ومن هنا جاء هذا الكتاب ليتناول الموضوعات الآتية:

يتناول الفصل الأول: اضطرابات التواصل

ويتناول الفصل الثاني: النمو اللغوي للأطفال
ويتناول الفصل الثالث: فسيولوجيا النطق عند الإنسان
ويتناول الفصل الرابع: اضطرابات النطق
ويتناول الفصل الخامس: اضطرابات الصوت
ويتناول الفصل السادس: اضطرابات الكلام
ويتناول الفصل السابع: اضطرابات اللغة
ويتناول الفصل الثامن: دراسة تطبيقية عن دور الأسرة في علاج تأخر نمو اللغة لدى
الأبناء.

وأخيرا أرجو من الله تعالى أن يكون هذا العمل المتواضع مساهمة في مجال
الصحة النفسية والتربية الخاصة وما كان فيه من توفيق فمن الله وما كان فيه من
تقصير فمن أنفسنا وحسي أنني اجتهدت

والله ولي التوفيق

المؤلف

اضطرابات التواصل

مقدمة

تعريف التواصل

عناصر التواصل

وظائف التواصل

مراحل عملية التواصل

أنواع التواصل

اضطرابات التواصل

نسب انتشار اضطرابات التواصل

المظاهر الدالة على اضطرابات التواصل لدى الأفراد

أسباب اضطرابات التواصل

قياس وتشخيص اضطرابات التواصل

تصنيف اضطرابات التواصل

الفصل الأول

اضطرابات التواصل

مقدمة

لكل كائن من الكائنات أسلوبه الخاص في التواصل وله لغته الخاصة التي تساعده على تنظيم علاقاته المتغيرة مع أفراد نوعه، وأيا كانت وسيلة التواصل مع الآخرين، فإن هذه الوسيلة لا تخرج في آخر الأمر عن كونها مجرد كلمات أو إشارات تشير إلى أشياء أخرى معينة أو تحل محلها (قاسم، 2000. 48).

كما أن عملية التواصل لا يمكن أن تتحقق وأن تحدث في حد ذاتها، ولكنها تحدث كافتراض أساسي للعملية الاجتماعية وفي مقابل ذلك تعد العملية الاجتماعية افتراضاً أساسياً للتواصل الممكن، ومن هنا يمكن القول إن التواصل لا يتحقق إلا من خلال عملية اجتماعية، وهذه العملية الاجتماعية هي التفاعل وهذا التفاعل لا يتحقق إلا في مجتمع، بمعنى أن التواصل هو نتاج التفاعل بين الفرد والمجتمع (عبد المجيد، 1996. 51).

فعملية التواصل هي تفاعل وتأثر من طرف لأخر أو من فرد لأخر أو من جماعة لأخرى بوسائل محددة؛ كاللغة والإشارة وغيرها، وتعتبر اللغة أهم أدوات التواصل البشري إلا أنها توجد العديد من أدوات التواصل، وهي الإشارات الحركية بالأيدي، أو بالشفاه، أو بالإيماءات وتعبيرات الوجه أو استخدام الرموز، ويتم ذلك بوسائل عدة سواء اللغة المنطوقة أو المقروءة على الورق، أو على شاشة إلكترونية أو مسموعة ومكتوبة معا. وتستمر عملية التواصل بين الفرد والآخرين والبيئة من حوله طوال حياته منذ الميلاد حتى الوفاة مع التطور والتغير في وسائل التواصل التي ينجح الفرد في استخدامها بما يملكه من حواس وفهم لما يدور حوله بشرط سلامة تلك الحواس، ويستطيع الإنسان إذا ما اعترى بعض حواسه عجز أو خلل أو إصابة أن

يستعاض عن الجزء المصاب بآخر في عملية التواصل مما يحتاج إلى ما يطلق عليه بالتواصل التعويضي كي يستمر الفرد في حياته في تواصل دائم مع من حوله (باطة، 2003 . 8-9).

كما أن التواصل هو وسيلة الفرد لنقل خبراته، وآرائه، ووجهات نظره إلى الآخرين، وفي نفس الوقت يعتبر التواصل وسيلة الآخرين في نقل خبراتهم ووجهات نظره إلى هذا الفرد. ولكي تدرك أهمية التواصل يمكن القول بأن غالبية وقت الفرد يقضيه في عملية تواصل ما بين متحدث أو منصت أو كاتب أو قارئ، وعلى هذا فان فعالية الفرد في حياته، وتأثيره في الجماعة التي يعيش فيها تتوقف على قدرته على التواصل الجيد(عبد الحفي، 1994 . 40).

تعريف التواصل

يعرف التواصل بأنه مفهوم يشير إلى العملية أو الطريقة التي تنتقل بها الأفكار والمعلومات بين الناس داخل نسق اجتماعي معين، يختلف من حيث الحجم، ومن حيث العلاقات المتضمنة فيه، بمعنى أن يكون هذا النسق الاجتماعي مجرد علاقة ثنائية نمطية بين شخصين أو جماعة متغيرة أو مجتمع محلي أو مجتمع قومي أو حتى المجتمع الإنساني ككل. (شقيز، 2002 . 17).

فالتواصل عبارة عن: عملية نقل وتلقي الحقائق والأوامر، والشعور، والإحساس، والاتجاهات، وطرق الأداء والأفكار بواسطة رموز من شخص لآخر. (أحمد، 1972 . 306).

كما أن التواصل يحقق نقل معايير وقيم واتجاهات الجماعات مما يعطي الشعور بالانتماء والتألف بين أبناء البلد الواحد، ويتحقق التواصل أيضاً بين البلدان المختلفة. وأيضا ترى أن التواصل هو التفاعل والتأثير من طرف لآخر أو من فرد إلى آخر ولذا فهو يتضمن وعي الفرد بذاته، وتعليمه لمهارات الحياة ونمو قدرته على التواصل مع الآخرين (باطة، 2003 . 8).

ويعرف التواصل على أنه، التعبير المناسب للفرد عن أفكاره ومشاعره الخاصة لفرد آخر، وكذلك الاستماع وتفهم أفكار ومشاعر الآخرين والتواصل من المهارات

الأكثر أهمية للوالدية الفعالة المؤثرة، فمن خلال التواصل يمكن أن يساعد الوالدان أطفالهم على التفاعل مع كثير من المشكلات التي يواجهونها أثناء مراحل نموهم، كما أن إخفاق الوالدين في التواصل مع أطفالهم يمثل مشكلة خطيرة لكثير من الأسر (الأشول، 1992 . 896).

فالتواصل هو تلك العملية الفنية الشاملة التي تتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد بشئى الوسائل والأساليب مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه وحركات اليدين والتعبيرات الانفعالية واللغة. (الشخص، 1997 . 18).

والتواصل هو العملية التي ينقل فيها الفرد فكرة لآخر عن طريق التحدث أو الكلمات المكتوبة أو الصور أو الإيماءات والتواصلات غير اللفظية، ونظرات العيون (Corisini 1999. 25).

كما أن التواصل عملية منظمة هادفة لا تعتمد على اللغة المنطوقة فقط ولكن أيضاً على الرموز التي تحمل المعنى (Wood, 2001 . 22).

كما يعرف التواصل بأنه عبارة عن عملية تفاعل اجتماعي Social interaction تهدف إلى تقوية الصلات الاجتماعية في المجتمع عن طريق تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر التي تؤدي إلى التفاهم والتعاطف والتحابب أو التباغض (أبو عرقوب، 1993 . 7).

ويعرف التواصل بأنه: هو الفعل الذي يتضمن نقل أو إرسال إشارة أو رمز منطوق أو مكتوب أو مصور من مصدر معين إلى جمهور معين عن طريق وسيلة أو أكثر من الوسائل الاتصالية التي تعمل كقنوات للتوصيل وذلك بقصد التأثير في رأي أو فعل أو جمهور، إنه العملية التي يتفاعل بمقتضاها متلقي ومرسل الرسالة من مضامين اجتماعية معينة ومنها يتم نقل أفكار ومعلومات بين الأفراد عن معنى أو واقع معين (شقير، 2001 . 19).

كما عرف (الخطيب، 1998 . 124) التواصل بأنه: عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها.

عناصر التواصل

حدد Wood خمسة عناصر أساسية للعملية التواصلية وهي:

- أ. انبثاق فكرة أو خبرة في عقل الفرد (مرسل) يحاول صياغتها في شكل يسمح بإرسالها إلى حيث يريد (مستقبل).
- ب. الصياغة اللفظية أو التحديد الشكلي لتلك الفكرة أو الخبرة بشكل معين متعارف عليه لغوياً أو حركياً، أي في شكل ألفاظ أو رموز.
- ج. تفسير المستقبل لهذه الرسالة سواء أكانت ألفاظاً أو خبرة أو محاولة إدراك معانيها وفك رموزها، وهنا تصبح الرسالة واضحة للفرد.
- د. استجابة المستقبل لهذه الرسالة إيجابياً أو سلبياً بحيث يتم التحقق على وجه اليقين من مدى قبوله أو رفضه لتلك الرسالة.
- هـ. تتمثل في التغذية الراجعة من المستقبل إلى المرسل كنتيجة للتأثر بالرسالة.

(Wood, 2001 . 20-23)

وظائف التواصل

عملية التواصل لها أهمية كبيرة لأنها تعتبر الطريقة الرئيسية للتفاعل بين الأفراد، ولكي يتم التواصل لابد من وجود مرسل ومستقبل ورسالة، ويظهر التواصل عندما يكون هناك فهم مشترك للرسالة بين المرسل والمستقبل، وتستعمل رموز التواصل لتتبع الرسائل فالأصوات الكلامية واللغوية رموز صوتية، والأحرف الهجائية رموز كتابية وكذلك تستخدم الإشارات والإيماءات، ويحكم توحيد هذه الرموز قواعد اللغة وهي تشكل لغة ذات معنى (الزريقات، 2005-17).

كما يمكن أن نشير إلى أهم وظائف التواصل على النحو التالي:

1. من خلال عملية التواصل يستطيع الفرد إشباع حاجاته الأساسية البيولوجية والنفسية التي تبدأ بعلاقة الطفل بأمه للحصول على الغذاء، والأمن النفسي في وقت واحد. ثم تتطور عملية التواصل مع كل أفراد الأسرة. وبعد ذلك تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية خارج الأسرة، وتتكون الصداقات والجماعات.

2. من خلال عملية التواصل يستطيع الفرد تحقيق مشاعر الانتماء لجماعة ما أو لمجتمع ما.
3. تمكن عملية التواصل الفرد من تحقيق ذاته وتأكيد لها في تفاعله مع الآخرين من خلال التعبير عن ذاته ومشاعره واحتياجاته وقيمه واتجاهاته.
4. يحقق التواصل وعي الفرد بذاته وقدراته وحكمه على عمله أو إنتاجه من آراء الآخرين واستجاباتهم نحوه.
5. يحقق نجاح التواصل مع المجتمع المحيط بالفرد من انخفاض التوتر والانسجام في العلاقات الاجتماعية مع المحيطين به.
6. يحقق التواصل نقل معايير وقيم واتجاهات الجماعات مما يعطي الشعور بالانتماء بين أبناء البلد الواحد ويحقق التواصل أيضا التفاعل بين البلدان المختلفة.
7. يتم نقل الأفكار الابتكارية من خلال عملية التواصل المعرفية بين الأفراد والجماعات.
8. ينمي التواصل المهارات اللغوية المسموعة والمقروءة وأيضا المهارات الاجتماعية.
9. ينمي التواصل العمليات العقلية الأساسية كالإدراك والانتباه والتفكير، لأنها عمليات أساسية في حدوث التواصل الجيد (أباطة، 2003 . 10-11).

مراحل عملية التواصل

تمثل مراحل عملية التواصل على النحو التالي:

1. مرحلة إدراك الرسالة Message conceived
يتخذ المرسل أو المصدر في هذه المرحلة قراره بإرسال الرسالة التواصلية التي تنتج عن فكرة أو مشاعر أو مؤثر يدفعه إلى إرسال رسالته للمستقبل.
2. مرحلة الترميز Encoding Transmitting
هي مرحلة تحويل المعاني إلى رموز لغوية، وهنا يقوم المصدر بصياغة أو تحويل أفكاره أو مشاعره أو نواياه إلى رسالة تواصلية وتكون على شكل رموز لفظية، (منطوقة أو مكتوبة) أو غير لفظية (إشارات وحركات) ويعتمد نجاح الرسالة على مدى اختيار الرموز المناسبة للمستقبل والموقف التواصل الاجتماعي.

3. مرحلة الاختيار وسيلة أو قناة التواصل Medium or channel selected

وهي عملية اختيار الوسيلة أو الوسائل التي تناسب طبيعة الرسالة وطبيعة الجمهور المستهدف فقد يختار المرسل وسيلة واحدة أو عدة وسائل Multi-channel منها. سمعية كالإذاعة، أو بصرية؛ كالمطبوعات، أو سمعية / بصرية؛ كالتلفزيون والسينما والفيديو والكمبيوتر، أو عن الضوء والصوت، كما هو الحال في التواصل الذاتي والشخصي، ويعتبر اختيار الوسيلة المناسبة واختيار أكثر من قناة لنقل الرسالة من العوامل المهمة لنجاح التواصل .

4. مرحلة الاستجابة أو ردود الفعل على الرسالة Feedback Response

الاستجابة تعني مدى قبول أو رفض الرسالة من قبل المستقبل.

5. مرحلة فك الرموز Decoding Receiving

هي عملية تحويل رموز الرسالة التواصلية الجديدة (الاستجابة) إلى معان. وعقب التواصل بالعوقين في السمع والكلام لا يقع على عاتق معد الرسالة التواصلية أو على القناة الحاملة أو على مضمون الرسالة وشكلها، بل إن المتلقي ينبغي أن يعد هو الآخر إعداد يجعله قادراً وميلاً أيضاً لفك رموز الرسالة، وهذا لا يأتي إلا من خلال تدريب المتلقي ذي العاهة أو الإعاقة السمعية على فهم الدلالات والرموز والسياقات النفسية والاجتماعية التي تقدم من خلالها الرسالة التواصلية (يونس وحنورة، 1991، 100).

فالتواصل اللفظي علاقة بين طرفين، الطرف الأول المرسل، وليكن شخصا واحداً، والطرف الثاني المستقبل ولكي نضمن رسالة لفظية ذات أثر فعال يجب على المستقبل مراعاة ما يأتي:

1. أن تكون هذه الرسالة هادفة، لها مغزى نفعي، أو تربوي، أو أخلاقي، أو جمالي، مثل المجاملات اللفظية، وغير ذلك من المجالات.
2. أن تتضمن مراقبة ذاتية تسمح للمرسل بأن يسمع ويستمع، بأن يرسل ويستقبل في وقت متزامن، فأى خلل في وظيفة المراقبة الذاتية، يؤدي إلى اضطرابات التواصل مع الغير. فعندما يكون الفرد في حالة منفعلة أو متوترة، يفقد كل المراقبة الذاتية.

3. توجيه قنوات التواصل كافة، نحو الشخص الذي تتواصل معه (المستقبل) فننوات التواصل معناها أنك تستمع إليه، وتوجه نظرك إليه، ولا تدر رأسك إلى وجهه أخرى، حتى لا يحس بعدم الاهتمام به، أو أنك تركز نظرك على شيء آخر.
4. عدم استعجال الاستماع للغير.
5. الاهتمام الكافي بالرسالة اللفظية المرسله من المرسل، وهذا معناه، احترام كل لفظة تصدر منه. وعندما تتعدد قنوات الإرسال، ويصعب علينا الإرسال المتزامن يكون إرسالنا التفاتة مع ابتسامه، وأحياناً مع هزة رأس.
6. توقيت زمن التدخل، بعدم الحديث في أثناء الاستماع إلى المتحدث.
7. أن تكون الرسالة مختصرة، فخير الكلام ما قل ودل. ويعني ذلك إلا نكرر نفس الأفكار بتعابير مختلفة.
8. الحرص على الإيقاع الكلامي، بأن يكون معبراً، تطمئن له النفس، وترغب في سماعه.
9. الثقة بالذات عند التواصل مع الآخرين، فأنت تعزز وتقوي ثقتك بذاتك، كلما تعددت مواقف التواصل مع مختلف الفئات الاجتماعية (حورية باي، 2002: 10-11).

أنواع التواصل

يصنف التواصل إلى تواصل لفظي وتواصل غير لفظي، والتواصل اللفظي ينحصر في الألفاظ التي ينطق بها الفرد مخاطباً غيره من الأشخاص أما التواصل غير اللفظي فيتم بالعديد من الوسائل منها تعبيرات الوجه والإيماءات، ومعظم نظريات التواصل تقسم التواصل إلى تواصل لفظي وتجعل منه الوظيفة الأساسية وتواصل غير لفظي وتجعل منه الوظيفة الثانوية (الحلوي، 1991: 41).

أ. التواصل اللفظي

تعتبر اللغة من أهم أدوات التواصل البشري لأنها توجد العديد من أدوات التواصل وهي الإشارات الحركية بالأيدي أو بالشفاه أو استخدام الرموز، ولقد

تقدمت وسائل التواصل بالتقدم التكنولوجي، وعلى الرغم من ذلك فالفرد البشري هو المرسل والمستقبل لوسائل التواصل والمطور لها بقدراته العقلية وفهمه للإشارات والرموز. (باظة، 2003. 8).

كما أن اللغة كنظام تواصل متشكل من تراكمية رمزية تمكن الأفراد في أي ثقافة من التعبير عن عالمهم المعاش، واستخدام هذه الإشارات اللغوية في تواصلهم بذواتهم وبالآخرين، ولكن اللغة إضافة لمخزونها التراكمي (العبارات والكلمات المتداولة بين الأفراد عبر الأزمنة) تتميز بالمرونة والانفتاح وقابليتها للإثراء بإلحاق إشارات جديدة، فاللغة كنظام رمزي قادرة على احتضان العبارات والكلمات المستحدثة نتيجة لحاجة الأفراد وما يستجد في عالمهم من أحداث ومبتكرات تقتضي التوصيف والترميز اللغوي (الطويرقي، 1997. 63).

ب. التواصل غير اللفظي

إن التواصل غير اللفظي هو تعبيرات الوجه، وحركة الجسم، والتواصل بالعين، والتلميحات، وحتى طريقة غلق أو فتح الأبواب قد تكون وسيلة تعبير عن حالتنا المزاجية، ولما كانت تعبيرات الوجه وحركة الجسم عناصر أساسية في أي تواصل فعال فقد أصبح من الضروري أن يدقق أباء الطفل الأصم في تشكيل أساليب التواصل وفقاً لظروف الموقف ومتطلباته، ولكي يتواصل الأب مع طفله الأصم عليه أن يتحرى أن تكون سلوكياته غير اللفظية محددة وواضحة وتعكس المشاعر والمقاصد بدقة، كما أن على الآباء أن يستقروا على استخدام إشارات محددة بصفة ثابتة بما يحقق لدى الطفل يقينا بأنها تنقل نفس الرسائل في كل مرة (قنديل، 2000. 503 - 504).

كما أن التواصل غير اللفظي يعني أن الإشارات في هذا التواصل غير المنطوق ما هي إلى مثل حقيقي عاكس للمشيء الذي تشير إليه، فالضحك يعتبر إشارة للحالة النفسية التي يعايشها الشخص، كما أن البكاء إشارة لحالة عدم الارتياح أو المعاناة الداخلية للإنسان، فالتواصل غير اللفظي يعد سلوكاً فطرياً ومتعلماً في آن واحد (الطويرقي، 1997. 81-82).

وسائل التواصل غير اللفظي

1. الإشارة ولغة الجسم: تتميز كل لغة وكل ثقافة بلغة (جسم) خاصة تستخدمها بطريقة مفهومة، وقد كتب شكسبير في حكاية الشتاء "كان صمتهم ناطقاً وكانت إشاراتهم لغة" كما يعتبر الاتصال الحركي أمراً كلياً في الثقافات لكنها تختلف وتتنوع بين الثقافات من حيث تفسيرها ودلالاتها (الضبع، 2001، 30).
2. تعبيرات الوجه: الوجه تعد بمثابة المرآة العاكسة ليس فقط لما في دواخلنا وإنما لما يحدث حولنا مع الآخرين في الحياة اليومية، فالوجه يعمل بمثابة وسيلة تغذية راجعة للآخرين ولنا في تفاعلاتنا اليومية من ناحية فهمنا للمواقف التواصلية ومدى رغبتنا من عدمها في الاستمرار في علاقتنا. كما تعتبر العيون هي أكثر أجهزة إرسال الإشارات الاجتماعية التي تمتلكها قوة، ولذلك أحياناً ما يطلق على العينين نوافذ الروح ويقوم الناس خلال المحادثات التي تدور بينهم عادة بالنظر في عيون بعضهم البعض، فالإتصال بالعين يمكن أن يستخدم وسيلة للبحث عن العلاقات الحميمة أو محاولة للإبتزاز والتهديد. وتؤدي العيون وظيفتين رئيسيتين. الأولى توفير التغذية الراجعة والثانية التحكم في وحدة الإتصال، فالعينان توفران مناخاً ملائماً للأفراد من حيث تزويدهم بردود أفعال صائبة تغذي الإتصال الدائر بينهم بطريقة فاعلة. والعيون هي أكثر مناطق الوجه استخداماً كقناة تواصل، فهي تعبر عن المخادعة والمراوغة والغموض والكره والخوف والزيغ كما تعبر عن الثقة والحُب والدعم، فهي مثل المرآة تفسر الكلمات وتعكس أكثر بكثير من اللسان، فلغة العين لا تحتاج إلى قاموس ولكن إلى فهم الذي بداخلها فمعظم الناس تعتمد في تقبلها الاجتماعي على دراسة عيون الآخرين، فالعين تشير بدقة إلى علاقة إيجابية أو سلبية، فعندما ينظر الفرد إلى شيء سار فإن العين تتسع وعندما ينظر إلى شيء غير سار فسوف يغمض عينيه. كما أن طول النظرة، واتجاهها، ونوعها بالإضافة إلى مدى اتساع العين تستخدم كمؤثرات دقيقة لمستوى اهتمام الأفراد فإنسان العين يتسع عندما لمجد مثيرات مهمة ويضيق عندما لمجد مثيرات أقل أهمية، كما يزداد اتساع العين حينما نصبح مستثارين انفعالياً وعندما يرغب فرد ما في تحديد ما إذا كان الشخص

يعيش انفعالا موجباً أو سالباً وتحديد قوة الانفعال الذي يعيشه، فإن إنسان العين تزداد أهميته فيتسع عندما يعيش الشخص انفعالات موجبة مثل السعادة ويضيق عندما يعيش الشخص انفعالات سالبة مثل الحزن، فإنه يتم التعبير عن الدفء من خلال التواصل بالعين واتساع بؤرة أو إنسان العين والابتسام والمجاملة والوضع الجسمي السمع أو غير المتحفظ، أي أن يجعل المرء نفسه قريباً من الآخرين في التفاعل (الحولوي، 1991 . 58، الطويرقي، 1997 . 94، جليين ويلسن، 2000 . 186).

وللعيون أبعاد مختلفة عن الحركة تعبر عن الاهتمام أو الملل أو التعاطف أو العدوانية أو الانجذاب أو الفهم أو سوء الفهم ومن ثم فإن اكتسابها مهم جداً في الاتصال الحر.

3. اللمس: اللمس باعتباره حركة وهي من أكثر مظاهر الاتصال غير اللغوي تعرضاً لسوء الفهم إذ يدل في بعض الثقافات على إحساس حميم وشعور قوي بالود ويدل في ثقافات أخرى على سلوك مبتذل ومعرفة حدوده وتقاليد ضرورية للاتصال الواضح الذي لا لبس فيه. (الضبيح، 2001. 30).

فيعتبر التواصل اللمسي أول أشكال التواصل، يبذره الطفل مع أمه ومع الأشياء المحيطة به، وينمو هذا الشكل من التواصل مع الإنسان ويتحدد من خلال السياق الثقافي الذي يعيش فيه. فاللمس هو وسيلة من وسائل التواصل غير اللفظي، وهو يعبر عن الاهتمام بالشخص الآخر، فمن خلاله يستطيع الفرد التعرف على مدى اهتمام الآخرين أثناء المصافحة والتقبيل والمعانقة، فمن خلال الرابطة العاطفية بين الأم والطفل المتمثلة في لمسه وتقبيله يشعر الطفل بالدفء والحنان فيساعد ذلك على نمو الطفل انفعالياً، فحاسة اللمس من أهم الحواس ويعتبر الجلد عضواً حساساً لأن سطح الجلد به مستقبلات حسية هائلة تعطي الإحساس بالحرارة أو البرودة، ففي كل 100 ملليمتر مربع 50 مستقبلاً حسياً، وكذلك العمود الفقري يوجد به نصف مليون مستقبل حسبي، ومن المثير للاندعاش حجم المناطق الحسية في المخ. (زكي، 1991 . 27).

4. **المظهر الشخصي:** تعتبر الملابس ووسائل الزينة جانباً مهماً من جوانب الاتصال، فهي عادة تدل على نظرة المرء إلى نفسه وعلى طبقة الاجتماعية وعلى شخصيته بشكل عام وكذلك وسائل التزين المختلفة يكون لها مستوى خاصاً في الحوار في الثقافات المختلفة (الضبيح، 2001، 31).

فيستخدم المظهر الشخصي أحياناً للتنبؤ بالنجاح الوظيفي، فالرسالة التي يفهمها الجميع هي أن الجمال يتضمن الطيبة والمهنية والنجاح، وبالتالي نعتبر ما ارتكبه الشخص ذو المظهر الجميل من أخطاء زلة وليس خللاً في شخصيته فالمظهر المرئي مكون هام للتواصل الناجح ويؤثر بشدة على مفهوم الذات.
(Leathers, 1992. 399)

وظائف الاتصال غير اللفظي

أهم وظائف الاتصال غير اللفظي تتمثل على النحو التالي:

- التكرار أو الإعادة حيث يقوم التواصل غير اللفظي بإعادة ما قلنا لفظياً.
- يمكن للسلوك غير اللفظي أن يناقض السلوك اللفظي.
- البديل: هو بديل عن التواصل اللفظي.
- مكمل أو معدل للتواصل اللفظي.
- التأكيد.
- التنظيم.
- يزودنا بأنواع محددة من المعلومات لا يمكننا الحصول عليها عن طريق التواصل اللفظي.
- تنظيم التفاعل بين الناس.
- يستخدم لتحديد مستويات الثقة بالنفس.
- يمكن استخدامه بشكل موجه.
- أكثر فاعلية وأقل إساءة من اللفظي.
- بعض من الرسائل غير اللفظية يستخدم بطريقة مقصودة بغرض الخداع.

- هو وسيلة نعرف منها المقصد والحافز الذي يريد أن يرسله الشخص نفسه في تحديد المعنى الدقيق.
- كأنها قناة متعددة لحل شفرة الرسالة اللفظية.
- أهم وظيفة له هي السيطرة الاجتماعية بمعنى أن يؤثر في سلوك الآخرين.
- توظيفه في سياق محدد.
- إنه أكثر فاعلية من الكلمات فأحياناً، تكون الكلمات قاصرة عن التعبير.
- الإشارات غير اللفظية تعبر عن المشاعر الداخلية.
- الرسائل غير اللفظية تكون أقرب إلى الصدق لأن السلوك غير اللفظي لا يمكن التحكم فيه بسهولة مثل الكلمات المنطوقة.
- الإشارات غير اللفظية يمكن أن تعبر عن المشاعر الحقيقية.
- تكون ضرورية في المساعدة على إرسال رسائل مركبة. فهي تعطي الرسالة اللفظية معاني كثيرة من خلال الإشارات غير اللفظية. (1 . Miller, 1999، شقير 2001، 22، 1992، Leathers).

اضطرابات التواصل

مقدمة

ربما يكون معلم التربية الخاصة أو الأخصائي النفسي أو المدرس العادي أو أحد الأخصائيين المهنيين الآخرين، هو أول من يساوره الشك في وجود صعوبات التواصل عند بعض الأطفال. ولما كان كل من النطق والكلام يتأثران بالبناء التركيبي التشريحي للفرد والأداء الوظيفي الفسيولوجي والأداء العضلي الحركي والقدرات المعرفية والحسية والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي وإن عملية الكلام تتطلب اشتراك العديد من أجهزة الجسم وحواسه المختلفة فإن (الانحرافات أو الأشكال المختلفة من الشذوذ في أي من العوامل السابقة يمكن أن ينتج عنها اضطراب على نحو أو آخر في التواصل قد يتضمن النطق والكلام أو يتضمن اللغة أو يتضمنها جميعاً) بمعنى أنه قد يحدث اضطراب في السلوك الاتصالي وأماطه وهذا الاضطراب قد يختلف في نوعيته وشدته،

كما قد يكون مظهراً من مظاهر الإعاقة لدى الفرد في اتصالاته بالآخرين (عبد الحميد، 1996).

واضطرابات التواصل هي اضطرابات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم نمو اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. ويمكن أن تظهر اضطرابات التواصل عند الأفراد من جميع الأعمار، وقد تتراوح هذه الاضطرابات في حدتها من اضطرابات خفيفة إلى اضطرابات بالغة الحدة و علاوة على ذلك، فإن اضطرابات النطق واللغة يمكن أن توجد كمظهر فردي عند الشخص، وقد تكون جزءاً من صورة معقدة من الإعاقات المتعددة، كذلك يمكن أن تكون هذه الاضطرابات وقتية ولا تستمر طويلاً، كما أنها يمكن أن تبقى مع الفرد مدى الحياة. (مطر، 2004: 82).

التعريف

تعرف اضطرابات التواصل بأنها: عجز الفرد عن جعل كلامه مفهوماً للآخرين، والعجز عن التعبير عن أفكاره بكلمات مناسبة، وعجزه عن فهم الأفكار التي يسمعاها من الآخرين سواء المنطوقة أو المكتوبة. (شقير، 2005: 83).

نسب انتشار اضطرابات التواصل

تقدر نسبة انتشار اضطرابات التواصل بحوالي 4٪ وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسب انتشار الإعاقات الأخرى وغالباً ما يكون الأطفال من ذوي الإعاقات العقلية والسمعية والجسمية وصعوبات التعلم، وذوي الاضطرابات الانفعالية يعانون من اضطرابات التواصل وهذه الاضطرابات تؤثر على النمو المعرفي والسلوك الاجتماعي بشكل سلبي للفرد. (كوافحه وفواز، 2003: 179).

وتعد هذه الاضطرابات من أكثر الإعاقات انتشاراً حيث إنها تحتل المرتبة الثانية بين الإعاقات حيث تقدر مشكلات النطق وحدها بنسبة (80٪) من هذه الاضطرابات وتختلف هذه النسبة حسب الأعمار الزمنية المختلفة، ومن الصعب تحديدها بدقة نظراً. (مسعد العزة، 2001: 166). بسبب تنوعها وصعوبة تحديدها وظهورها أحياناً في جزء من الإعاقات كما هو في التخلف العقلي وإصابات الدماغ وصعوبات التعلم

والإعاقات السمعية، وذوو الحاجات الخاصة يتلقون خدمات علاجية في الكلام واللغة وتقدر نسبة انتشار اضطرابات الكلام بحوالي (10-15٪) بين الأطفال دون سن المدرسة 6٪ بين طلبة الصفوف الابتدائية والثانوية أما اضطرابات اللغة فتنتشر بين حوالي 2-3٪ بين أطفال دون سن المدرسة، 1٪ بين طلبة المدارس. ولقد أشار التقرير السنوي الثالث والعشرون لدائرة التربية الأمريكية عام 2001 إلى أنه في العام الدراسي 2000/1999 يوجد حوالي 2.3٪ من بين الأطفال الذين التحقوا بالمدارس لديهم إعاقات بسبب إعاقات الكلام أو اللغة أو كليهما.

وهذا يعادل حوالي من 2 إلى 100 طالب من مجموع 1.0810822 طالب. بين عمر 7-17 يتلقون خدمات نظقية ولغوية. كما تبدو العلاقة بين عمر الطالب وتصنيف إعاقة واضحة في نسبة الانتشار. فمشكلات النطق الوظيفية على سبيل المثال أكثر انتشاراً بين طلبة المدارس الابتدائية وأطفال دون سن الدراسة. كما أن اضطرابات اللغة أكثر انتشاراً في أعمار 6/7/8 سنوات ففي السنة الدراسية 2000/1999 في الولايات المتحدة الأمريكية وجد حوالي 191.674 طالباً في سن الثامنة من العمر لديهم إعاقات كلامية أو لغوية (الزريقات، 2005، 23، Hallahan & Kauffman, 2003).

المظاهر الدالة على اضطرابات التواصل لدى الأفراد

يعتبر كلام الفرد عيباً إذا تحول الاهتمام من ماذا يقول؟؟ إلى كيف يعبر بالكلمات عما يريد؟ أي إذا عجز عن التعبير عما يريد، كفقده اللغة تماماً، أو فقرها وقله محصولة اللغوي، أو وجود اللغة لديه ولكن لديه نطق معيب، أو لانسياب الكلمات من فمه بسهولة فترة ثم يتوقف أو يكرر أو يطيل في أصوات الحروف أو قد تتغير نبرة صوته. أو تزداد سرعة الكلام لديه ويمكن اعتبار كلام الفرد مضطرباً إذا اتصف بواحدة من الصفات التالية:

1. حين يكون الكلام غير مسموع بوضوح.
2. حين يكون الكلام صعب الفهم.
3. حين يكون التعبير بالفاظ غير ملائمة.

4. حين يكون الكلام معيياً فيما يختص بنطق الحروف الساكنة والمتحركة.
5. حين يحدث اضعاف لبعض الحروف.
6. حين ينقص الكلام الإيقاع السليم.
7. حين يبذل المتكلم جهداً عندما يتكلم.
8. حين تتغير نبرة الصوت.
9. حين يكون الكلام غير مناسب لسن أو جنس المتكلم.
10. حين يفقد اللغة تماماً لسبب أو لآخر أو يقل محصوله اللغوي (مطر، 2004: 83-84).

أسباب اضطرابات التواصل

تتمثل أسباب اضطرابات التواصل على النحو التالي:

- أ. الأسباب النمائية: وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي.
- ب. الأسباب البيئية: وتتمثل في العوامل البيئية والثقافية والأسرية المضطربة، مثل الحرمان، وعدم توفر الإثارة الكافية.
- ج. الأسباب النفسية والتعليمية: وتتمثل في التعلم الخاطيء وفي توقع الفشل، وأنماط التواصل غير السليمة، والاضطرابات النفسية الداخلية.
- د. الأسباب الوظيفية: وتتمثل في الاستخدام الخاطيء للأحبال الصوتية، وللأجهزة الداعمة للكلام (الخطيب والحديدي، 2004: 96).

كما تتعدد الأسباب التي يمكن أن تقف وراء اضطرابات التواصل على النحو التالي:
يشير كل من (مطر، 2004: 103-119، شقير، 2002، ميسالم، 2001، أباطة 2003) إلى هذه الأسباب على أنها:

1. أسباب تتعلق بمرحلة الاستقبال: يستقبل الإنسان الصوت الكلامي من البيئة المحيطة به ويتلقاه بحاسة السمع المتوسطة بالأذن بمكوناتها الثلاثة (الخارجية - الوسطى - الداخلية)، أي تنحصر العوامل التي يمكن أن تسبب اضطرابات التواصل في هذه المرحلة في البيئة المحيطة بالإنسان إلى جانب الأذن وما يلحق بها

من إصابة أو إعاقة خلقية أو مكتسبة إلى جانب ما تركه البيئة غير المناسبة من اضطرابات نفسية ووجدانية قد يعزى إليها حدوث الاضطراب.

• **العوامل البيئية والنفسية:** البيئة هي المصدر الذي يحصل منه الإنسان على التأثيرات الصوتية لذا تعدد الأسباب البيئية التي قد تكون سبباً في اضطرابات التواصل والتطق. ومن أهم هذه الأسباب عوامل التنشئة الاجتماعية، وقرار البيئة الثقافية التي تفتقر إلى الحديث الرفيع، الكلام الموجه، والتدريب المناسب للطفل، كما هو الحال لدى طفل (إيتارد) المتوحش، وفتاتي الهند المتوحشتين حيث إن عدم سماعهم اللغة إطلاقاً أدى إلى افتقادها لديهم تماماً، وأطفال دور الأيتام والملاجئ الذين لا تتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية الجيدة، وتقل لديهم فرص سماع الكلام والتفاعل اللغوي لغياب الأم، لذلك تكثر لديهم اضطرابات التواصل أكثر من أقرانهم المقيمين مع أسرهم الطبيعية. بالإضافة إلى عوامل الاكتئاب وضعف الثقة بالنفس، وتصدع الأسرة، والخوف من الوالدين، وكذلك التدليل الزائد، والانتقال المفاجئ إلى بيئة جديدة، كمنزل جديد أو دخول المدرسة أو الحضانه، فضلاً عن ميلاد طفل جديد في الأسرة وما يترتب عليه من غيرة الطفل قد تكون سبباً في اضطرابات التطق والكلام لديه وما قد يعتره من اضطراب في طلاقة الكلام (اللجلجة).

• **الإعاقة السمعية:** حاسة السمع هي عضو الاستقبال للصوت القادم من البيئة الخارجية وفيها تتم أولى مراحل عملية الكلام، لذا تكون الإعاقة السمعية من أهم أسباب اضطرابات التواصل والتخاطب وتزداد أو تقل درجة الخلل في الكلام والتواصل وفقاً لدرجة ونوع الفقد السمعي لدى الفرد فكلما زادت درجة الفقد زادت اضطرابات اللغة والتواصل لدى الفرد فالعلاقة بينهما طردية وتصنف الإعاقة السمعية.

2. أسباب تتعلق بمرحلة المعالجة في المخ.

تعدد أسباب اضطرابات التواصل في هذه المرحلة ومنها ما يلي:

• إصابة العصب السمعي مما يعيق وصول النبضات العصبية من الأذن الداخلية إلى المخ مما يؤدي لعدم فهم الكلام المسموع.



• تعرض الفرد للحوادث والصدمات التي تؤدي إلى إصابة مناطق معالجة الكلام في المخ.

• وجود خلل في الإدراك لدى الفرد: مما يعيق إدراكه لما يسمعه من كلام وبالتالي لا تتم العملية الثالثة وهي الإرسال والنطق.



شكل رقم (2): يوضح طفلاً لديه شلل دماغي
www.hopecenter1.com

• الإعاقة العقلية: في حالة الإعاقة العقلية نلاحظ أن الطفل يتقدم في عمره الزمني بينما لا يتقدم نموه اللغوي فتره لا يزال يعبر عما يريد باستعمال الإشارات، وأنه يحدث أصواتاً معدومة الدلالة أو ينطق الكلمات مشوهة أو بها إبدال أو حذف أو إضافة وبالطبع تتفاوت حدة الاضطرابات اللغوية واللفظية وفقاً لدرجة الفقد العقلي وتزداد بزيادته فالعلاقة طردية بينهما.

• الشلل الدماغي: فالشلل الدماغي مصطلح يشير إلى شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي ينتج عن تلف دماغي.

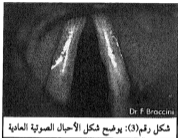
- هو نوع من العجز الحركي ينتج عن إصابة المخ بنوع من التلف.
- هو تغير غير طبيعي بطراً على الحركة أو الوظائف الحركية ينجم عنه تشوه أو إصابة الأنسجة العصبية الموجودة داخل الجمجمة.
- هو اصطلاح يطلق على حالة الطفل الذي يتعرض إلى إصابة دماغه الطبيعي بعارض بسبب عدم اكتمال نموه أو تلف في خلايا المناطق المسئولة عن الحركة ومعرفة القوام والتوازن، وذلك أثناء فترة نموه الطبيعي أي بعد تكونه جنيناً وحتى إكمال الثانية من العمر.
- مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية تنتج عن خلل في بيئة الجهاز العصبي المركزي أو نموه.
- هو مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من مظاهر القصور المزمن في الحركة.
- يظهر في السنوات المبكرة من عمر المصاب.

وله عدة أنواع (التشنجي، الالتوائي، الارتعاشي، التيبسي، غير التوازني، الاسترخائي) وتشير الدراسات إلى أن الشلل الدماغي ينتج عن قصور في نمو الجنين، نتيجة نقص في الأوكسجين أثناء عملية الولادة مما يؤثر على خلايا المخ، أو نتيجة للحصبة الألمانية. وفي الغالب يصاحب الشلل الدماغي إعاقات أخرى مثل: التخلف العقلي، أو الإعاقة البصرية، أو الإعاقة السمعية، أو اضطرابات النطق والكلام والاضطرابات الإدراكية إلا أن أكثر هذه الإعاقات مصاحبة له هي التخلف العقلي واضطرابات النطق والكلام.

3. أسباب تتعلق بمرحلة الإرسال (النطق)

تشارك في عملية نطق أصوات الحروف عدة أجهزة، وحدث أي خلل في هذه الأجهزة من شأنه يؤدي إلى حدوث اضطرابات في النطق والكلام وتشمل الجهاز التنفسي، جهاز الصوت، أجهزة الرنين، وأجهزة النطق وفيما يلي بيان ذلك:

- إصابة الجهاز الصوتي: يطلق على الحنجرة والأحبال الصوتية الجهاز الصوتي المستول عن إصدار الأصوات اللازمة للكلام ومن الأمراض أو الاضطرابات التي تصيب الحنجرة وتؤثر على إصدار الصوت.



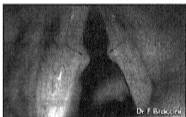
- العيوب الخلقية في الحنجرة مثل ضعف الحنجرة.
- إصابة الحنجرة في الحوادث والعمليات الجراحية.
- إصابة الأعصاب المسيطرة على الحنجرة.
- التهاب الحنجرة سواء بسبب الأمراض أو سوء استخدام الصوت.
- أورام الحنجرة سواء الحميدة أو الخبيثة مما يؤثر على حركة الأحبال الصوتية.



- نتوءات أو عقد الأحبال الصوتية مما يعيق حركتها ويمنع انضمامها وتحدث بحة في الصوت.
- شلل الأحبال الصوتية وقد تكون في حبل واحد أو في الحبلين معاً.



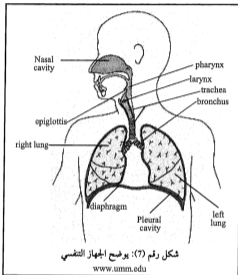
شكل رقم (5): يوضح سرطان الأحبال الصوتية
<http://www.almaktabah.net>



شكل رقم (6): الاضطرابات والإصابات الصوتية
<http://www.almaktabah.net>

- إصابة الجهاز التنفسي: تعتبر الوظيفة الأولية للجهاز التنفسي هي إدخال الهواء إلى الجسم للحصول على الأوكسجين أي تبادل الغازات بخروج ثاني أكسيد الكربون وله أيضا دور هام وهو ضرورة مرور الهواء على الحنجرة والأحبال الصوتية كي يحدث الصوت وأيضا التجاوبف الموجودة به التي تعمل كأجهزة رنين للصوت وإذا أصيب الفرد أو الطفل في أي جزء من أجزاء الجهاز التنفسي

مثل الحساسية أو الربو ونزلات البرد والتهاب الرئتين أو الدرن فإن ذلك الكلام متقطعاً ويحدث تغيراً في رنين الصوت كما يتوقف الكلام ويتقطع الحديث لضيق الصدر والتجاويف والكحة المستمرة ووجود الجيوب الأنفية والتهاب اللوزتين وغيرها.



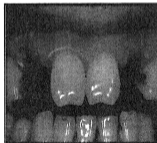
- إصابة جهاز النطق والرنين الصوتي.
- اللسان: وهو عضو عضلي لا يبد من تحركه لإحداث الصوت ويولد بعض الأطفال بعيوب خلقية في اللسان مثل زيادة طوله عن المعتاد واندفاعه تجاه الأسنان أو يلتصق من أسفل مما يعوق حركته ويعوق عملية النطق الصحيحة في الحالة الأولى أو يعوق النطق تماماً إذا كان ملتصقاً، أو قد يصاب بالأورام ويتضخم.



شكل رقم (8): يوضح أورام اللسان

<http://www.almaktabah.net>

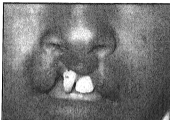
- الأسنان: كثيراً ما يحدث تكسير للأسنان اللبنية للأطفال أو سقوطها مما يغير من مخارج الحروف ويؤدي إلى عيوب في النطق أو عدم انتظام تواجدها بالفكين.



شكل رقم (9): يوضح تشوه الأسنان

www.cksu.com/vb/t161705/

- الشفتان: هما دور في إصدار الكلمات والنطق وأحياناً يولد الطفل بشفة أرنبية مشقوقة أو تشق أو تصاب في حادث يؤدي لعيوب في النطق والكلام وخاصة الحروف التي تشترك فيها الشفتان.



شكل رقم(10): يوضح الشقة الارنية

www.14october.com

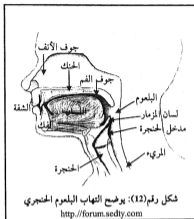
- الفكّان: أحيان يكون هناك بروز واضح في أحد الفكّين مما يجعلهما غير منتظمين.



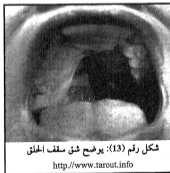
شكل رقم(11): يوضح عدم انطباق الفكّين

<http://www.egyguys.com>

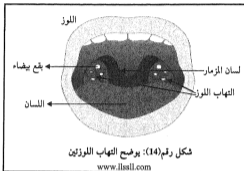
- التهاب البلعوم الحنجري: مما يؤثر على قدرة الفرد على التحدث بصوت مختلف ارتفاعاً أو انخفاضاً.



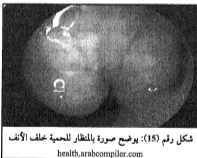
- شق أو ثقب سقف الحلق: وتؤدي هذه الحالة إلى عدم غلق التجويف الأنفي عند نطق الحروف غير الأنفية مما يزيد بدوره اللهجة الأنفية في معظم الحروف.



- تضخم اللوزتين والتهابهما: مما يؤثر على تجويف البلعوم فيؤثر بالتالي على رنين الأصوات.



- وجود لحمية في الأنف: مما يترتب عليه غلق التجويف الأنفي وصعوبة نطق أصوات الحروف الأنفية بالطبع.



قياس وتشخيص اضطرابات التواصل

اعتبارات مهمة عند تشخيص ذوي اضطرابات التواصل

تشير (لندا هارجروف، جيمس بوتيت، 1988، 455) إلى عدة توصيات لأخصائي تشخيص التواصل الشفهي - السمعي مع ذوي اضطرابات التواصل تتمثل على النحو التالي:

- أ. حافظ على التواصل البصري مع الطالب.
- ب. احصل على انتباه الطالب.
- ج. تأكد من أن الطالب ينظر إلى وجهك.
- د. تكلم بوضوح وبدون المبالغة في حركة الشفاه.
- هـ. تذكر بأن شعر الوجه والشوارب قد يعيقان التواصل.
- و. تأكد من عدم وجود إضاءة عاكسة على وجه الطفل.
- ز. حافظ على مسافة 2-3 أقدام بينك وبين الطالب.
- ح. استخدم جملاً بسيطة وقصيرة مع الطلاب الصغار.
- ط. أعد التعليمات إن كانت هنالك ضرورة لذلك.
- ي. أخبر الطالب بعدم فهمك للاستجابة عند الحاجة لذلك.
- ك. اطلب من الطالب أن يلبس المعينات السمعية (إن كان يستعين بها).
- ل. استخدم مواد الاختبار بطريقة هادئة قدر الإمكان.
- م. افحص الطالب في مكان خالٍ من المشتتات.
- ن. إن كثيراً من الطلاب يشعرون بعدم الأمن والإحباط في مواقف الاختبار بسبب الصعوبة في التواصل وصعوبة المهمات.
- س. إن مفردات الطالب سوف تكون محدودة بدرجة شديدة حيث إنه لا يكتسب المفردات والمعلومات العرضية التي يكتسبها الأفراد العاديون ببساطة من خلال استماعهم لكلام الآخرين.

كما أشار (القريظي، 2001، 111-112) إلى أن مهام وواجبات أخصائي التخاطب والتي تتمثل في:

- أ. المشاركة في التشخيص والتقييم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوي واضطرابات النطق.
 - ب. دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للاضطرابات مع الاستفادة في ذلك من تقارير الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والمعلومات الخاصة بطبيعة البيئة والعلاقات الأسرية.
 - ج. وضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب وحدته، وتنفيذه ومتابعته وتقويمه، أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة.
 - د. تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشأن حالة الطفل مع بقية أعضاء الفريق والإفادة من جهودهم في مساندة وتقرير البرنامج العلاجي بما يحقق فاعليته ونجاحه.
 - هـ. تبصير الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل وإمدادهما بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة في البرنامج العلاجي أثناء تواجد الطفل بالمنزل.
 - و. متابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجي، والتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج، أو تقرير المكاسب والمهارات التي اكتسبها الطفل نتيجة البرنامج العلاجي.
 - ز. المشاركة في توعية الأسر بالتأثيرات السلبية للمناخ الأسري المشبع بعدم الاستقرار والاضطراب والخوف، وطرق التنشئة الحاطة كاستخدام العقاب البدني والتهديد والقسوة.
- أما عن دور أخصائي التخاطب أو مدرب العيوب الكلامية فهو مهم في عملية التشخيص والعلاج حيث إنه ذلك الشخص المؤهل المدرب لكي يقوم بتلك الوظيفة التي تتطلب جانباً عالياً من الإطلاع والثقافة واللباقة والقدرة على تكوين علاقة طيبة مع الطفل حتى يتسنى له النجاح في أداء مهمته.

ولذا فلا بد من توفر سمات وخصائص معينة في هذا الشخص الذي يطلق عليه
أخصائي تخاطب ومن أهم هذه السمات:

1. يجب أن يكون لديه الإحساس والتعاطف مع الطفل مع ملاحظة الاعتدال في كل
هذه المشاعر وألا يسرف في تعاطفه.
2. يجب أن يكون مرناً حتى يستطيع أن يغير من ملاحظته أثناء الجلسة إذا وجد أن
الطريقة المتبعة غير مجدية مع الطفل.
3. يجب أن يكون صبوراً.
4. أن يكون متفاعلاً مع الطفل.
5. أن تكون لديه الثقة في نفسه.
6. أن تكون أفكاره ومفاهيمه واضحة وأن يكون مؤهلاً للجلسات مع الأطفال.
7. أن يتسم بروح الفكاهة مع الأطفال حتى يجوه.
8. أن يتسم بالإبداع أثناء الجلسات في الأدوات والوسائل.

أما عن دوره فهو متعدد ويتمثل في:

- أن يكون واعياً بالصوت الذي يدرّب عليه الطفل في برنامجه العلاجي وأن يعزز
الطفل عندما يصدر منه هذا الصوت بطريقة صحيحة.
- مساعدة الطفل على أن يتعرف على الكلمات من خلال تدريبات الهجاء التي
تحتوي على الأصوات التي يتدرّب عليها في البرنامج العلاجي، وتوفير خبرة
إضافية في نطق هذه الأصوات.

ويضاف إلى كل ذلك الأنشطة العامة لتحسين عملية النطق والتي تشمل على
التدريبات الصوتية، ووصف طرق إخراج الأصوات وتدريبات السمع لتمييز
الأصوات في البداية والوسط والنهاية واستخدام المواد التي تتناسب مع سن الطفل
كاللعب والصور أو القصص والمواد المسجلة أثناء الأنشطة العلاجية بهدف زيادة
الدافعية عند الطفل ويعتبر النجاح في كل مستوى من المستويات التدريبية شرطاً
للاتصال للمستوى الأعلى.

وقد أكد (قنديل، 2003، ص 136-138) على أن هناك عدة قواعد عامة ينبغي اتباعها، لعلاج معظم حالات اضطرابات النطق وأهمها:

1. أن يسمع الطفل خطأ جيداً، حيث يتم تنبيه الطفل إلى عيوبه من خلال كلمات مكتوبة أو مطبوعة، ثم يستمع الطفل صوتياً إلى أخطائه، ثم إلى الأسلوب الصحيح للنطق كما ينطق به الأخصائي أو المدرس.
2. العمل على تجنب أو استبعاد أسباب عيوب النطق المعروفة سواء في البيئة المنزلية أو المدرسية.
3. تعليم الطفل كيف يدمج الصوت الصحيح الجديد الذي تعلمه في كلمات مألوفة.
4. وفي جميع الأحوال ينبغي تحقيق أكبر قدر ممكن من التكامل بين دور كل من المنزل، والمدرسة، والأخصائي المعالج.

إن على المدرسين والآباء أن يعوا أن تعلم اللغة عملية يلعب فيها التقليد والمحاكاة دوراً مهماً، كما تلعب فيها الأنماط الصوتية والكلامية التي ينطق بها المعلم دوراً بالغ التأثير على نطق الطفل، وأسلوب كلامه، وعلى المعلم أن يكون على وعي دائم بهذا الدور.

يتطلب قياس وتشخيص اضطرابات التواصل مشاركة فريق متعدد التخصصات حيث يضم بجانب أخصائي السمع، أخصائي التربية الخاصة، وأخصائي النطق، والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، وتتم عملية التشخيص والقياس للأطفال ذوي اضطرابات التواصل في أربع مراحل رئيسية وهي:

- **المرحلة الأولى:** مرحلة الكشف الأولى على الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وتتم فيها ملاحظة المشكلات اللغوية التي يعاني منها الطفل عن طريق تقديرات الآباء والمعلمين وخاصة مدى استقبال الطفل للغة والمشكلات اللغوية مثل التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام أو غيرها من المشكلات اللغوية، وهذه المرحلة هي مرحلة الكشف الأولى من قبل الآباء والمعلمين والأقران، أو التقدير الذاتي حيث يتم تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية إلى أخصائي القياس والتشخيص لاضطرابات التواصل.

- المرحلة الثانية: مرحلة الفحص الطبي الفسيولوجي. وفيها يتم تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية إلى أخصائي أنف وأذن وحنجرة وذلك لمعرفة مدى سلامة هذه الأجهزة من ناحية فيسيولوجية ولتحديد هل إن اضطرابات التواصل الذي يعاني منها الطفل تعود لأسباب سمعية أم لا.
- المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات عند الطفل ذي اضطرابات التواصل وفي هذه المرحلة وبعد عملية الفحص الفسيولوجي للتأكد من استبعاد الأسباب العضوية للاضطرابات اللغوية يتم تحويل مثل هؤلاء الأطفال إلى الأخصائيين في الإعاقة العقلية والسمعية وصعوبات التعلم والشلل الدماغي وذلك لاستبعاد وجود أي من هذه الإعاقات عند الطفل ذي المشكلات اللغوية عن طريق تطبيق الاختبارات ذات العلاقة بهذه الإعاقات وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين هذه الإعاقات والمشكلات اللغوية التي يعاني منها الفرد.
- المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص مظاهر اضطرابات التواصل وفيها يتم استخدام الاختبارات ذات العلاقة لقياس وتشخيص مظاهر اضطرابات التواصل من قبل أخصائيين ومن أهم هذه الاختبارات.

مقياس المفردات اللغوية

يعتبر هذا المقياس من المقاييس التشخيصية ويستخدم مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية تعبيرية لأن فقراته تتطلب استخدام الإشارات وليس الكلام وهو من مقاييس المفردات اللغوية المصورة. ويتكون من صورتين ويستخدم مع الأفراد من سن 2- 18 سنة ويمكن أن يقوم بتطبيقه متخصص في التربية الخاصة أو أخصائي نفسي أو لغوي وهذا المقياس هو عبارة عن مجموعة من الصور حيث يطلب فيها من المفحوص أن يؤشر على واحدة منها كما هو الحال في اختبار ريفن. (الروسان، 2000، 1، الروسان، 1999، كوافحه وفواز، 2003، 181-182).

وصف المقياس

يتألف المقياس من صورتين متكافئتين (A) و(B) وفي كل منهما 75 فقرة، ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص قدرة المفحوص العقلية، حيث تحول الدرجة

الخام على المقياس إلى درجة مثينة، ودرجة تمثل العمر العقلي ودرجة تمثل نسبة الذكاء ويصلح هذا المقياس للفئات العمرية من سن 2 إلى سن 18 سنة ويمكن لأخصائيي في التربية الخاصة، أو علم النفس أو أخصائيي اللغة أن يطبق المقياس بطريقة فردية، حيث يستغرق الوقت اللازم لتطبيق المقياس من 10-15 دقيقة ويقدر الوقت اللازم لتصحيحه من 10 - 15 دقيقة أيضا .

دلالات صدق وثبات مقياس المفردات اللغوية المصورة

توفرت دلالات عن صدق وثبات الصورة الأصلية من مقياس المفردات اللغوية المصورة، وعن صدق البناء أو المفهوم للمقياس وذلك من خلال الإجراءات التي اتبعها مؤلف المقياس (Dunn 1965) في بناء الاختبار والأساس النظري الذي اعتمده. إذ انطلق المؤلف من خلفية نظرية تتمثل في استخدام المفردات اللغوية المصورة للتعرف على درجة ذكاء المفحوص في الفئة العمرية من 2 - 18 سنة، وعلى ذلك، مر بناء المقياس في عدد من المراحل، هي المرحلة الأولى من التجريب حيث اختار الباحث 2055 كلمة مصورة وجربها على عينة مؤلفة من 360 مفحوصا تتراوح أعمارهم ما بين 2 - 18 سنة، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة تحديد المواقع العمرية لفقرات الاختبار على أساس نسب النجاح التي تراوحت ما بين 40% - 60% لكل فئة عمرية، وعلى ضوء ذلك تم اختيار 800 كلمة مصورة وجد أنها أكثر تمييزا بين الفئات العمرية، وصنفت تلك المفردات في 200 لوحة ضمن كل لوحة أربع مفردات، واحدة لكل فئة عمرية 16 لوحة اختيارية، وفي المرحلة الثالثة من مراحل تطوير الاختبار وضعت صورتان متكافئتان من الاختبار ضمن كل منهما 800 مفردة مصورة، وطبقت على عينة مؤلفة من 750 مفحوصا تمثل الفئات العمرية السابقة، وعلى ضوء نتائج التطبيق تضمن الاختبار في صورته النهائية 150 لوحة اختيارية في كل منها أربع مفردات مصورة حيث وصل عدد المفردات المصورة حوالي 600 مفردة مرتبة حسب مستوى صعوبتها لكل فئة عمرية، وتمثل الإجراءات السابقة دلالات من دلالات صدق البناء للمقياس في صورته الأصلية.

كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي للمقياس إذ يشير مؤلف المقياس في دليل المقياس إلى توفر معاملات ترابط ذات دلالة إحصائية بين الأداء على مقياس

المفردات اللغوية المصورة، والأداء على مقياس ستانفورد بينيه حيث تراوحت قيم معاملات الترابط ما بين 0.60-0.87 كما توفرت معاملات ترابط ذات دلالة إحصائية بين الادعاء على مقياس المفردات اللغوية المصورة والأداء على مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS) حيث تراوحت قيم معاملات الترابط ما بين 0.40 - 0.83.

كما توفرت دلالات عن الصدق التنبؤي، تمثلت في معاملات الترابط ما بين الأداء على مقياس المفردات اللغوية المصورة والأداء على المقاييس التحصيلية كمقياس مترو لبيتان التحصيلي (MAT) ومقياس ستانفورد التحصيلي (SAT) حيث تراوحت قيم معاملات الترابط ما بين 0.30 - 0.90.

كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس في صورته الأصلية، بطريقة الصورة المتكافئة، وطريقة الإعادة، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات المحسوبة بطريقة الصور المتكافئة ما بين 0.67 - 0.84 وبطريقة الإعادة ما بين 0.54 - 0.88 (Dunn 1965).

إجراءات تطبيق الصورة الأصلية من مقياس المفردات اللغوية المصورة

يتضمن دليل المقياس (Dunn 1965) تفصيلاً لإجراءات تطبيق وتصحيح الأداء على مقياس المفردات اللغوية المصورة، ويمكن تلخيص تلك الإجراءات في النقاط التالية:

- أ. يطلب من الفاحص تحديد نقطة البداية لكل مفحوص على المقياس حسب عمره الزمني، وعلى سبيل المثال يبدأ الفاحص باللوحة رقم 15 إذا تراوح عمر المفحوص الزمني ما بين 3.3 سنة و 4.2 سنة، في حين يبدأ باللوحة رقم 60 إذا تراوح عمر المفحوص الزمني ما بين 9.6 سنة إلى 11.5 سنة، وهكذا....
- ب. يطلب من الفاحص أن يتوقف عن تقديم فقرات الاختيار بعد 8 أخطاء متتالية من قبل المفحوص.
- ج. يطلب من الفاحص أن يحدد الدرجة الحام للمفحوص على المقياس، حيث تحول تلك الدرجة بناء على جداول المعايير الخاصة بالمقياس إلى نسبة ذكاء، وإلى درجة مثنية، وعمر عقلي للمفحوص.

لتقييم مقياس المفردات اللغوية المصورة

يعتبر مقياس المفردات اللغوية المصورة من المقاييس المعروفة في مجال قياس وتشخيص القدرة العقلية للمفحوص، الذي توفرت فيه دلالات صدق وثبات ومعايير تبرر استخدامه في قياس القدرة العقلية وخاصة مع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية (Language Disorders)، ومع ذلك وجهت بعض الانتقادات للمقياس والأبعاد التي يقيسها، وإجراءات تقنيته والفتات التي يشملها وقد لحص كومبتون (Compton 1980) مظاهر القوة والضعف للمقياس فيما يلي.

مظاهر قوة المقياس

1. يعتبر المقياس من المقاييس التي لا تتطلب استخدام اللغة اللفظية التعبيرية (Expressive-Spoken Language) في الأداء على فقرات المقياس، عند قياس وتشخيص القدرة العقلية للمفحوص، وعلى ذلك يعتبر المقياس مناسباً للأطفال الذين يعانون من مشكلات لغوية تعبيرية، كالأطفال ذوي صعوبات التعلم، والمعوقين عقلياً، وذوي حالات الشلل الدماغي والمعوقين سمعياً (خاصة إذا قدمت التعليمات بلغة الإشارة)، كما يصلح في الوقت نفسه مع الأطفال العاديين.
2. يعتبر هذا المقياس من المقاييس التي يسهل على الأخصائي النفسي أو أخصائي التربية الخاصة تطبيقها وتصحيحها واستخراج نتائجها في وقت قصير جداً مقارنة مع مقياس القدرة العقلية الأخرى.

مظاهر ضعف المقياس

1. يعتبر المقياس من المقاييس العقلية التي تقيس مظهرها واحداً من مظاهر القدرة العقلية ألا وهو مظهر اللغة الاستقبالية (Receptive Language) وما تتضمنه من قدرة على سماع اللغة وفهمها فقط، ومن هذه الزاوية فلا يعتبر المقياس شاملاً للقدرة العقلية الأخرى التي تؤلف ما يسمى بالذكاء العام.
2. يعتبر المقياس من المقاييس العقلية التي تقيس مظاهر محددة في اللغة الاستقبالية كالأسماء والأفعال والصفات، ولكنة لا يتضمن مظاهر أخرى في اللغة الاستقبالية كحروف الجر وظروف الزمان والمكان والمهارات اللغوية الأخرى.

3. يعتبر المقياس من المقاييس المتحيزة عرقياً إذ اشتملت عينة التقنين على الطلبة البيض في المجتمع الأمريكي ولم تتضمن طلبة الأقليات الأخرى في المجتمع الأمريكي كالطلبة السود أو طلبة الأقليات الأخرى.

4. يعتبر المقياس من المقاييس التي يتأثر أداء المفحوص عليها بعوامل معينة مثل فهم تعليمات المقياس المتعلقة بتطبيقه، ولذا فمن المتوقع أن يكون الأداء متدنياً لدى بعض فئات الأطفال - العاديين وغير العاديين - ومن هنا يجب على الفاحص مراعاة ذلك عند تقييمه للأداء العقلي لتلك الفئات من الأطفال. (الروسان، 2008).

المقصود بالاتصال هنا انتقال المعلومات من خلال اللغة والكلام، وما يتصل بهما من مهارات النطق والاستماع والاستيعاب والتعبير بأشكاله المختلفة. الكتابي والشفوي والحركي. ويمكن أن يكون الاتصال لفظياً أو غير لفظي، ويمكن أن يتم بالكلام والكتابة والإشارات والإيماءات، وبلغة بريل، والرسائل الالكترونية.

إن اضطرابات الاتصال، عندما يتم تناولها في سياق تقويم ذوي الحاجات الخاصة، ما هي إلا اضطرابات في اللغة والكلام تعاني منها بعض الفئات، ويمكن تعريف اضطرابات اللغة والكلام - لأغراض تقويمها - بما يستشهد به كيرك وجلاجر عن الجمعية الأمريكية للغة والكلام والسمع.

واضطرابات اللغة هي مظهر غير طبيعي في اكتساب اللغة واستيعابها والتعبير بها سواء أكان ذلك بطريقة منطوقة أم مكتوبة. ويمكن أن تشمل الاضطرابات بعض هذه المظاهر أو كلها، بعناصرها الصوتية أو التركيبية أو ما يتعلق منها بالدلالة (المعنى) أو الاستعمال أو الناظمة اللغوية (القواعد).

وكثيراً ما يواجه الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشكلات في معالجة التركيب والجمل، أو في تكوين صيغ مجردة من المعلومات ذات دلالة، لأغراض تخزينها واستدعائها في الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة بعيدة المدى.

يمكن تصنيف اضطرابات اللغة والكلام بأكثر من طريقة، ومن طرق التصنيف هذه:

1. اضطرابات في النطق وفي نظام الأصوات: ومن أبرز مظاهرها الأخطاء في إنتاج أصوات اللغة. وهناك اختبارات متعددة لتقويم اضطرابات النطق والأنظمة الصوتية للناطقين بلغات أجنبية/أوروبية، وهناك بعض المحاولات لتقويم هذه المظاهر في اللغة العربية.

2. اضطرابات في الطلاقة اللغوية: ومن أبرز مظاهرها التأتأة ويتم تقويم هذه الاضطرابات في معظم الأحيان بالملاحظة ووصف أعراضها المميزة. مثلاً تكرار كلمة أو تكرار جزء منها، التلكؤ أو التوقف عند مقطع صوتي.

3. اضطرابات في إنتاج الأصوات: وهنا يمكن أن يكون الاضطراب في نوع الصوت ومن أمثله وصف الصوت بالأجش أو اللهث، أو المتقطع أو الأخبب (يخرج من الأنف) ويمكن أن يكون الاضطراب في درجة الصوت (Pitch) أي نغمته أو تردده، كأن يوصف الصوت بالحاد (رُفيع ذو تردد مرتفع) أو الغليظ (ذو تردد منخفض) بشكل ملفت للانتباه. وقد يكون الاضطراب في شدة الصوت فإذا لاحظنا أن أحد الأشخاص يصر على أن يتحدث دوماً بصوت مرتفع فقد يكون السبب نقصاً في السمع، أو قد يعزى الصوت المرتفع أو الصوت الهادئ الرزين إلى نمط الشخصية. وهناك حالات لأطفال لوحظ فيها فقدان كلي للصوت، مما يعد اضطراباً في شدة الصوت أو نغمته...

وإذا ما لوحظت مؤشرات عن هذا النوع من الاضطراب في إنتاج الأصوات فمن المهم أن يتم تقويمه بشكل متخصص في مرحلة مبكرة قبل أن يستفحل أثره ويصعب علاجه، فقد يكون سببه تضخماً غير طبيعي في الحنجرة أو إصابة مرضية، مما يعني أن الفحص الطبي أمر مهم. أما المتخصص في قضايا اللغة والكلام فيتقصى معلومات عن النشاط غير الطبيعي لظاهرة الاضطراب ومدتها والمواقف التي تقع فيها، ومن المهم أيضاً فحص آلية الكلام، والسمع - وعمل قياسات على آلية التنفس، ودرجة الصوت ونوعه وشدته، وتتوفر أجهزة الكترونية يمكن الاعتماد عليها لهذه الأغراض.

4. اضطرابات اللغة: تظهر عندما تختلف لغة الطفل من حيث صيغها، وبنيتها ودلالاتها، واستعمالاتها في السياق الاجتماعي على غير ما هو متوقع بالنسبة لعمر الطفل والثقافة التي ينشأ فيها. وبشكل عام يمكن القول إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية تكون قدراتهم اللغوية أقل مما هي لفئة العمر التي ينتمون إليها.

وتظهر أعراض الاضطرابات اللغوية في النظام الصوتي (على شكل أخطاء في إنتاج الأصوات) وفي تركيب الكلمات من مقاطع وحروف، وفي تكوين الصيغ المشتقة. كالمثنى والجمع، والأفعال، والمصادر ... وتظهر أيضاً في قواعد التركيب والعلاقات بين أجزاء الكلام، وتظهر أخطاء في الدلالة والمعنى مما قد يشير إلى تخلف عند الطفل في تكوين المفاهيم وفي تفسير الصيغ والتراكيب وفهم الدلالات. كذلك تظهر الأخطاء في السياق (الاجتماعي) الذي تستخدم فيه اللغة مما يؤثر على فاعلية التواصل والتفاهم بين قائل وسماع، والاضطراب في هذا الجانب يتمثل في الصعوبة التي يواجها الطفل في تهئية الكلام ولغة الاتصال حسبما يتطلبه الموقف أو السامع. ويمكن أن تجري عملية تقييم اضطرابات اللغة عند الطفل في نوع من الخطوات المنظمة تبدأ بالتعرف على معلومات أساسية عن مستوى الأداء اللغوي عنده، ويمكن الاعتماد في ذلك على أساليب مقننة تشمل اختبارات في اللغة لتقويم جوانبها المختلفة، وأساليب غير مقننة من أمثلتها ملاحظة لغة الطفل وتحليل عينات منها. وعلى العموم يمكن رسم الإطار العام لعملية تقويم اضطرابات اللغة والكلام عند الأطفال في الخطوات التالية:

1. إجراء الفحوص المسحية للتعرف على الأطفال الذين يشك بأن لديهم اضطرابات في اللغة ويحتاجون إلى تقويم أكثر عمقاً وأكثر تخصصاً بإحالتهم إلى متخصصين.
2. استخدام أدوات تقويم بجوانبها المختلفة، لتقويم مستوى الأداء اللغوي وتشخيص طبيعة الاضطراب وجوانب القصور استناداً إلى معايير معتمدة.

3. التوصل إلى قرار بوضع الأطفال الذين تتبين حاجتهم إلى التدخل ببرامج علاجية، وإعداد خطة التعليم الفردية لكل منهم.

الاعتبارات التربوية لذوي اضطرابات التواصل

إن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى خدمات شاملة تقدم لهم في المدرسة بالإضافة إلى الخدمات الطبية والنفسية التي يجب أن تقدم لهم كل حسب حالته ومن الخدمات التي تقدمها المدارس ما يلي:

1. غرفة المصادر: وفي هذه الغرفة يعمل أخصائي اضطرابات الكلام واللغة على معالجة هذه المشكلات من خلال التدخل الفردي والجماعي ويكون الطفل في الصف العادي إلا أنه يقضي فترة من الزمن في غرفة المصادر للحصول على العلاج الكلامي.

2. الأخصائي المتنقل: ينتقل أخصائي النطق واللغة من قدرة بهدف تقديم الخدمات العلاجية مباشرة للأطفال ذوي هذه الإعاقات الموجودين في المدارس العادية.

3. مراكز التشخيص: توجد مثل هذه المراكز إما في الجامعات أو المستشفيات وتستقبل الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية والنطقية وتقوم بتشخيص حالاتهم وتقديم المساعدة لهم.

4. الخدمات الاستشارية: يقدم المرشد التربوي أو أخصائي التربية الخاصة استشاراته لذوي هؤلاء الأطفال ولعلميهم في المدرسة ويمثل عمل المرشدين في تدريب الأهلى على أفضل الطرق في تعاملهم مع أصحاب هذه الاضطرابات.

5. الصف الخاص: تقدم الخدمات الإرشادية والعلاجية لهؤلاء الأطفال بعد أن يتم عزهم في صف خاص ملحق بالمدرسة العادية أو المدرسة الخاصة أو مدارس التربية الخاصة.

6. البيت والمستشفى: يقدم المستشفى خدمات متخصصة في حالة كون الطفل يعاني من إعاقات شديدة تمنع دخوله المدرسة.

7. الخدمات العلاجية المبكرة: وتقدم هذه الخدمات لأطفال ما قبل المدرسة كما تقدم لهم خدمات الإرشاد الأسري أيضا.

دور المعلم في تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي لدى أطفال اضطرابات التواصل

هناك أشكال كثيرة من المساعدات التي يستطيع المعلم تقديمها لأطفال الاضطرابات النطقية واللغوية ومنها ما يلي:

1. إحالة الطفل إلى أخصائي الكلام أو طبيب الأنف والأذن والحنجرة لإجراء تقييم لحالته وتحديد مشكلته وتقديم المساعدة له.
 2. إحالة الطفل الذي لديه صعوبات في التحصيل الدراسي التي لها علاقة بالنمو اللغوي إلى أخصائي الكلام.
 3. متابعة الطفل الذي تقدم له مثل هذه الخدمات وتقييم مدى تحسنه.
 4. رصد تأثير اضطرابات التواصل على مشاركة الطفل في صفه وعلاقاته مع أقرانه.
 5. تلبية حاجات الطفل الخاصة من خلال تكييف غرفة صفه واغنائها بالوسائل التعليمية والأنشطة الصفية.
 6. تعزيز وتشجيع الطفل على اكتساب المهارات اللغوية والكلامية الجديدة في غرفة الصف.
 7. تقديم التغذية الراجعة لأخصائي أمراض الكلام واللغة حول مهارات الطفل وقدرته على استخدام الأنماط الكلامية واللغوية المكتسبة في التفاعلات الصفية المختلفة.
 8. دعم الطفل وفهم حاجاته الخاصة وتهيئة الظروف الصفية الملائمة لنموه في مناخ يخلو من التهديد والتنافس والضغط.
- تهديد الصعوبات التي يواجهها الطفل ذو الاضطرابات الكلامية واللغوية في التعلم. وفيما يلي بعض هذه الصعوبات:

1. تعلم مفردات جديدة حيث إنه يستخدم نفس الكلمة للإشارة إلى أشياء مختلفة.
2. عدم قدرته على تصحيح الكلمات المتعلقة على المواقف المناسبة لها، وهنا فإنه يجب تعليمه على استخدام الكلمات المترادفة ومساعدته على ربط أفكاره الجديدة بالأفكار المألوفة وتعرضه إلى مشاهدة الأفلام والصور التوضيحية أو

اللعب بالأشياء التي لها علاقة بمعاني الكلمات. الأمر الذي يساعده على تعلم مفردات جديدة وعلى المعلم أو المدرب تعزيز الطفل وتعزيز خبرته اللفظية.

3. وجود صعوبة لدى هؤلاء الأطفال في فهم الكلمات ذات المعاني المتعددة وتسبب لهم الإرباك وهم يجهلون المعاني الأقل شيوعاً وتكمن تلك الصعوبة في معرفتهم للكلمات واستخدامها في مختلف المواقف حتى ولو لم تكن هذه المواقف مناسبة لهذه الكلمات وينصب العلاج على إكساب هؤلاء الطلاب استعمال الكلمة في الموقف المناسب لها عن طريق اغناء تجاربهم ونشاطاتهم بالمواقف المعبرة عنها.

4. صعوبة التفكير بالكلمات المناسبة أثناء عملية تحدث الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية وينصب العلاج على إكساب هؤلاء الأطفال القدرة على تنظيم استجاباتهم بطريقة منطقية ومساعدة الطلبة على طرق التفكير وتعلمه والطلب منهم تقديم المزيد من الكلمات للتعبير عن فكرة واحدة.

5. صعوبة في استخدام الألفاظ للتوصل إلى استنتاجات مناسبة لذلك يركز العلاج على تجزئة وتحليل المهارات إلى خطوات أصغر عندما يواجه هؤلاء الأطفال مثل هذه الصعوبة.

6. صعوبة في تفسير المواقف الاجتماعية حيث يسيء هؤلاء الأطفال تقدير كمية المعلومات التي يحتاجها المستمع والقفز إلى منتصف الموضوع مرة واحدة الأمر الذي يربكه كما يواجهون صعوبة في استيعاب المحادثة السريعة والانتقال من موضوع إلى آخر لذلك فهم ينسحبون من المحادثة بدلاً من الاستمرار فيها ويتطلب العلاج تشجيعهم على الاشتراك في الحديث وتدريبهم على الصبر وعلى شد الانتباه وتوكيد الذات وضبطها ومساعدتهم على ترتيب أفكارهم واختيار الألفاظ المناسبة لها. (العزه، 2001).

تصنيف اضطرابات التواصل

جاء في تصنيف دليل تشخيص الأمراض العقلية لرابطة الطب الأمريكي الرابع (DSM.IV-1994) تصنيف أطلق عليه اضطرابات التواصل وتضم ما يأتي:

- اضطراب اللغة التعبيرية.
- اضطراب اللغة الاستقبالية - التعبيرية المختلطة.
- الاضطراب الصوتي.
- التلعثم.
- اضطرابات التخاطب غير المصنفة في مكان آخر (DSM.IV-1994).

وهناك أيضا تصنيفات أخرى مثل تصنيفات هاريسون Harisson الطيبة الذي يصنف اضطرابات التواصل والكلام إلى أربعة أشكال من الاضطرابات اللغوية وهي:

أ. الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها نقص في إنتاج الكلام واللغة الكلامية أو المكتوبة أو في فهم ذلك مثل حالات الأفازيا (الحبسة الكلامية).

ب. الاضطرابات المكتوبة اللفظية مع سلامة الوظائف العقلية وسلامة فهم وتذكر الكلمات وهي اضطرابات حركية في عضلات التلفظ قد تنجم عن شلل رخو أو تشنجي أو عن تشنجات متكررة كما في حالة (التهتة) أو العقلة أو (الرتة) كما يسميها البعض. حالات فقدان الصوت الناجمة عن مرض في الحنجرة أو في أعصابها مما يسبب عسرة الصوت.

ج. اضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تصيب تكامل الوظائف الدماغية العليا مثل حالات العتة والهرت وبعض الحالات الذهنية (اضطرابات عقلية) ونادراً ما يفقد المريض في مثل هذه الكلام ولكن الكلام يضطرب كجزء من الاضطراب العام الذي يصيب اللغة. (عبد الحميد، 1996).

كما يمكن تصنيف اضطرابات اللغة والكلام بأكثر من طريقة، ومن طرق التصنيف هذه:

1. اضطرابات في النطق وفي نظام الأصوات: ومن أبرز مظاهرها الأخطاء في إنتاج أصوات اللغة. وهناك اختبارات متعددة لتقويم اضطرابات النطق والأنظمة الصوتية للناطقين بلغات أجنبية/أوروبية، وهناك بعض المحاولات لتقويم هذه المظاهر في اللغة العربية.

2. اضطرابات في الطلاقة اللغوية: ومن أبرز مظاهرها 'التأتأة' ويتم تقويم هذه الاضطرابات في معظم الأحيان بالملاحظة ووصف أعراضها المميزة، مثلاً، تكرار كلمة أو تكرار جزء منها، التلكؤ أو التوقف عند مقطع صوتي
3. اضطرابات في إنتاج الأصوات: هنا يمكن أن يكون الاضطراب في نوع الصوت ومن أمثله وصف الصوت بالأجش أو اللهث، أو المتقطع أو الأخبب (يخرج من الأنف) ويمكن أن يكون الاضطراب في درجة الصوت (في إنتاج الأصوات، هنا يمكن أن يكون الاضطراب في نوع الصوت ومن أمثله وصف الصوت بالأجش أو اللهث، أو المتقطع أو الأخبب (يخرج من الأنف) ويمكن أن يكون الاضطراب في درجة الصوت (Pitch) أي نغمته أو تردده، كأن يوصف الصوت بالحاد (رفيع ذو تردد مرتفع) أو الغليظ (ذو تردد منخفض) بشكل ملفت للانتباه. وقد يكون الاضطراب في شدة الصوت فإذا لا حفظنا أن أحد الأشخاص يصر بأن يتحدث دوماً بصوت مرتفع فقد يكون السبب نقص في السمع، أو قد يعزى الصوت المرتفع أو الصوت الهادئ الرزين إلى نمط الشخصية. وهناك حالات لأطفال لوحظ فيها فقدان كلي للصوت، مما يعد اضطراباً في شدة الصوت أو نغمته. وإذا ما لوحظت مؤشرات عن هذا النوع من الاضطراب في إنتاج الأصوات فمن المهم أن يتم تقويمه بشكل متخصص في مرحلة مبكرة قبل أن يستفحل أثره ويصعب علاجه، فقد يكون سببه تضخم غير طبيعي في الحنجرة أو إصابة مرضية، مما يعني أن الفحص الطبي أمر مهم. أما المتخصص في قضايا اللغة والكلام فيتقصى معلومات عن النشاط غير الطبيعي لظاهرة الاضطراب ومدتها والمواقف التي تقع فيها، ومن المهم أيضاً فحص آلية الكلام، والسمع - وعمل قياسات على آلية التنفس، ودرجة الصوت ونوعه وشده، وتتوفر أجهزة الكترونية يمكن الاعتماد عليها لهذه الأغراض .
4. اضطرابات اللغة: تظهر عندما تختلف لغة الطفل من حيث صيغها، وبنيتها ودلالاتها، واستعمالاتها في السياق الاجتماعي على غير ما هو متوقع بالنسبة لعمر الطفل والثقافة التي ينشأ فيها. وبشكل عام يمكن القول أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية تكون قدراتهم اللغوية أقل مما هي لفترة العمر التي

يتمون إليها. وتظهر أعراض الاضطرابات اللغوية في النظام الصوتي (على شكل أخطاء في إنتاج الأصوات) وفي تركيب الكلمات من مقاطع وحروف، وفي تكوين الصيغ المشتقة. كالثنى والجمع، والأفعال، والمصادر.... وتظهر أيضاً في قواعد التركيب والعلاقات بين أجزاء الكلام، وتظهر أخطاء في الجلالة والمعنى مما قد يشير إلى تخلف عند الطفل في تكوين المفاهيم وفي تفسير الصيغ والتركيب وفهم الدلالات. كذلك تظهر الأخطاء في السياق (الاجتماعي) الذي تستخدم فيه اللغة مما يؤثر على فاعلية التواصل والتفاهم بين قائل وسامع، والاضطراب في هذا الجانب يتمثل في الصعوبة التي يواجهها الطفل في تهيشة الكلام ولغة الاتصال حسبما يتطلبه الموقف أو السامع. (الكيلاني، و الروسان، 2006: 281-283).

وأخيراً يقسم المؤلف اضطرابات التواصل بصفة عامة إلى أربعة أنواع فرعية تشتمل الآتي:

- اضطرابات النطق.
- اضطرابات الكلام.
- اضطرابات اللغة.
- اضطرابات الصوت.

النمو اللغوي للأطفال

مراحل النمو اللغوي

عوامل مكسب الطفل اللغوة ونموها

أهداف الخبرات اللغوية في رياض الأطفال

طرق وأساليب دراسة اللغة

قواعد عملية للتربية والتعليم اللغويين

أهداف تعليم اللغة للأطفال

التوجيهات والنصائح التي تساعد الآباء على تنمية اللغة

والقراءة والكتابة لدى الأطفال

الفصل الثاني

النمو اللغوي للأطفال

مراحل النمو اللغوي

تعتبر اللغة الوسيلة الذي يعبر الفرد من خلالها عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته وعواطفه بحيث يستطيع الآخرون التواصل معه وفهم ما يريد، واللغة تعبر عن حاجاتنا ومشكلاتنا وتساعدنا على فهم من هم حولنا وتساعدنا على القيام بالمهارات المطلوبة منا مهما كانت طبيعة هذه المهارات أو الواجبات وتعتبر اللغة وسيلة لنقل الإرث الحضاري من جيل لجيل فهي التعبير الراقى عن كل علم وفن وأدب حيث تربط الماضي بالحاضر وتستشرف المستقبل وبالإضافة إلى ذلك فهي مصدر متعة للإنسان فهي تفرحه وتسعده عندما يتواصل بشكل إيجابي مع الآخرين واللغة وسيلة هامة تساعد على النمو الفكري والمعرفي والنفسي وهي قد تكون منطوقة أو ملفوظة أي اللغة التعبيرية وقد تكون غير لفظية، أو ما تسمى بلغة الجسد وتأخذ شكل الإيماءات مثل حركات الأطراف والرأس والأصابع أو العينين أو الكتفين أو غيرها، وتسمى هذه باللغة الاستقبالية لأنها تكون استجابات على اللغة التعبيرية ويرتبط باللغة الكلام والنطق بالكلام يمثل القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات في اللغة اللفظية، أما النطق فيعني الحركات التي تقوم بها الحبال الصوتية أو أجهزة النطق أثناء إصدار الأصوات واللغة بشكل عام هي عبارة عن مجموعة من الرموز والقواعد المتعارف عليها اجتماعيا وعلى استخدامها لنقل وتبادل المعلومات المختلفة والتعبير عن الأفكار والحاجات والرغبات وهي بحاجة إلى مرسل ومستقبل والطفل يتعلم اللغة على الرغم من تعقدها وتتم عملية التعلم على مراحل قابلة للتنبؤ مع أن سرعة اكتسابه للمهارات اللغوية تتحكم فيها العوامل البيئية والعقلية والجسمية (العز، 2002، 176).

تتطور لغة الأطفال بشكل سريع خلال السنوات الأولى من أعمارهم؛ حيث يتقنون الأطفال الكثير من المهارات اللغوية مع بلوغهم عمر (5-6 سنوات). والتطور اللغوي عند الطفل ينطوي على مهارتي الاستقبال (الفهم)، والتعبير (الإنتاج). علماً بأن مهارة الاستقبال تنضج قبل مهارة التعبير. وتتسم سرعة التطور اللغوي عند الأطفال بالتباين الشديد من طفل إلى آخر، فكثيراً ما يصل بعض الأطفال إلى عمر الثلاث سنوات ولا يزالون لا يتقنون سوى بضعة كلمات محدودة، بينما نجد أن أبناء الستين أو أقل بقليل يتحدثون بجمل واضحة ومفهومة إلى حد جيد. ويمكن تفسير هذا التباين من خلال العوامل المؤثرة في التطور اللغوي، وبالتحديد العوامل البيئية، والعوامل الذاتية الخاصة بالطفل كالذكاء وسلامة أجهزة النطق.. وغيرها. (يوسف، 2004).

ويقصد بالنمو اللغوي ثمو مهارات الاستماع ومهارات التعبير وما يجري بين مهارتين من ترابط وتسلسل على درجات المعنى المختلفة وتوافق هذا التحديد مع التحليل الذي قدمه أسجود (1958) للاتصال اللغوي باعتباره يتضمن العمليات التالية:

أ. الاستقبال البصري والسمعي.

ب. التعبير بالكلام والإيماءة.

ج. الترابط: ويقصد به المجموع الكلي لتلك العادات المطلوبة لتناول الرموز اللغوية داخلياً بعد دالة للفهم والتفكير واللغة هي ظاهرة اجتماعية تلازم البشر طوال حياتهم وتساير تطورهم وخلاصة القول إن لغة الإنسان أدوات ناتجة عن عمليات عقلية وصانع هذه الأدوات هو العقل الذي يقوم باستخدامها بعد ذلك في وظائف مختلفة ومن هنا تظهر أنواع اللغة بحسب الظواهر التي تعبر عنها فيما يلي:

1. الأصوات الانفعالية: وهي التي تصدر عن الطفل في أصوات التعبير الطبيعي عن الانفعالات كالتهليل عن الخوف والألم والجوع والفرح وبمختلف أنواع الصراخ الوجداني وهو فطري عند الطفل دون سابق تجربة ولا تعليم ولا

تقليد وليس أدل على فطرتها وعدم توقفها على المحاكاة من أنها تظهر حتى عند الطفل الذي يولد أصماً.

2. الأصوات الوجدانية اللاإرادية: وهي نفسها أصوات التنوع الأول ولكن في النوع الأول يتم استخدامها إرادياً فالطفل يدرك أن هذه الأصوات قادرة على جعل الكبار يحققون رغباته

3. أصوات الإثارة السمعية: وهي أصوات فطرية غير تقليدية تصدر من الطفل في شهوره الأولى حينما يسمع بعض الأصوات العالية من حوله أو صوتاً موسيقياً معيناً أو عندما يناغيه المحيطون به كأنه يببهم، وتشابه هذه الأصوات مع ما يسمى العدوى الصوتية فحينما يبكي طفل في وسط أطفال في مكان ما فإن ذلك يجعلهم يبكون وهذه الأصوات ليست إرادية ولكنها تشبه الأصوات الوجدانية، إلا أن الأصوات الوجدانية دوافعها طبيعية داخلية، أما أصوات الإثارة السمعية فإن مثيراتها تصل للطفل عن طريق جهاز السمع وارتباطه بجهاز الصوت لدى الطفل الآخر.

4. أصوات التمرينات الناطقة أو اللعب اللفظي: يظهر عند الطفل في الشهر الخامس تقريباً ميل فطري إلى اللعب بالأصوات وتمارين أعضاء النطق عن غير قصد وليس لها دلالة وقد لوحظ أن في هذه التمرينات اللفظية بعض الأصوات التي ليس لها شبيه في اللغة الأم للطفل فالطفل يميل إلى تكرار صوت معين بصفة مستمرة وليس من السهل عليه قطع هذه السلسلة من التكرارات، وفي هذه الحالة تمرين للصوت الذي سيستخدمه الطفل بعد ذلك بغرض محاكاة أصوات الآخرين إلا أن الغرض في هذه المرحلة تكراري فقط واستعادة للشعور بالمتعة من جراء تكرار هذه الأصوات دون محاكاة أو تقليد مقصود لأن قصد التكرار والمحاكاة سيظهر في المرحلة التالية.

5. أصوات المحاكاة: تتمثل في أصوات محاكاة نباح الكلب أو مواء القط أو صوت السيارة وهذه تصدر بشكل إرادي وقد يكون الطفل مستمتعاً بقدرته على المحاكاة وإثبات قدرته على التقليد.

6. الأصوات المركبة: وهي الأصوات ذات المقاطع الوضعية التي تتألف منها الكلمات وتتكون منها اللغة وهذه الأصوات يحاكي بها الطفل المحيطين به وبشكل مقصود وإرادي كما أنه لا يصدر بشكل آلي بل يشرف الطفل على إصلاحه حتى يخرج في صورته المرغوبة التي يحقق هدف التواصل الاجتماعي فهو يفهمها ويعمد إلى تكرارها كلما احتاجها وقد يلعب بها أو يستدعيها في مواقف متغيرة وهنا تظهر السمة المحددة للاستدعاء المقصود في غير مواقف الاحتياج الطبيعي أي في صورة احتياج وتحفيز، وهذه هي الصورة الكاملة لاستخدام الرموز أو ما يسمى بالمفاهيم اللغوية فهو يستخدمها قبل أن يتمكن من تصنيعها بنفسه للتعبير عن أفكاره بزمن طويل جداً. (محمد، 1990، الضبع، 2001، 33-35)

ويمكن تقسيم مراحل تطور اللغة عند الطفل إلى مرحلتين هما. مرحلة ما قبل اللغة، والمرحلة اللغوية، وذلك على النحو التالي:

أولاً، مرحلة ما قبل اللغة Pre-linguistics Stage

وتشمل السنة الأولى من العمر، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أشكال:

1. مرحلة الصباح من الميلاد حتى الشهر الثالث: يعبر فيها الطفل عن حاجاته بالصياح والصراخ وهي مرحلة عامة عند جميع الأطفال وتعتبر مرحلة مهمة جداً لأنها تساعد على تدريب الجهاز الصوتي والجهاز السمعي لدى الطفل رغم أنها لا تنتج لنا أية لغة للتعبير والاستقبال لكن البكاء أو الصراخ في حد ذاته يعتبر وسيلة تواصل حيث يتضمن رسالة إلى الأم التي تقوم بأية استجابة من الاستجابات التي تحمّد من بكاء الطفل أو صراخه. (الفرماوي، 2008، 23)
- وممارس الطفل منذ ولادته إصدار الصراخ والبكاء؛ حيث تعد الوسيلة الاتصالية الوحيدة غير المتعلمة التي يستطيع الرضيع ممارستها، ثم ما يليث الصراخ أن يصبح وسيلة للرضيع لكي يعبر عن عدم ارتياحه أو سوء تكييفه فيصبح هناك صراخ للجوع وآخر للام.. وهكذا.

2. مرحلة المناغاة البأبة من الشهر الثالث حتى الثامن: وفيها يصدر الطفل بعض أصوات الحروف وأولها ظهوراً هو صوت الميم ثم صوت الباء وقد يتمكن من نطق عدد من القويمات مكوناً منها سلاسل طويلة من مقطع واحد، ويمارس الرضيع هذه المهارة في فترة (6-12) شهراً، وهي أصوات أكثر تعقيداً من السجع، ولكنها لا تشكل كلمات ذات معنى؛ بل هي أقرب إلى تركيب مقطعين صوتيين معاً مثل: (إغغ، مومو، دودو، كوكو....) لذلك يلاحظ على الصم إصدار أصوات مشابهة لها. والسجع والمناغاة هي سلوكيات عالية غير متعلمة، لا علاقة لها بنوع الثقافة أو بنوع اللغة، ولكن عادة ما يفهمها الناس بطرق مختلفة فيعملون على تعزيزها والاهتمام بها وإظهار علامات السرور والامتنان لها، مما يساعد على تحريفها لتصبح كلمات ذات معنى مع نهاية السنة الأولى وبداية السنة الثانية. (صالح، 2007).

3. مرحلة التقليد من الشهر الثامن الشهري حتى الحادي عشر: يقلد فيها الطفل ما يسمعه من أصوات وهو تقليد يخلو من أي نوع من الإدراك أو الوعي لذا فإن معظم ما يقلده تشويه كثير من الأخطاء وقد يرجع ذلك إلى عدم اكتمال نضج عضلات جهاز النطق وضعف الإدراك السمعي.

ثانياً، المرحلة اللغوية Linguistics Stage

وتبدأ هذه المرحلة مع دخول الطفل سنته الثانية، حيث يبدأ الطفل باستبدال مقاطع السجع والمناغاة بكلمات لها معان واضحة. ويمكن أن تشمل تعلم المهارات اللغوية التالية:

1. مرحلة الكلمة Word Stage: يتعلم الطفل كلماته الأولى في مرحلة (8-18) شهراً من خلال تجميع صوتين أحدهما ساكن والآخر متحرك. وعادة ما ترتبط هذه الكلمات مع حاجات الطفل الأساسية كحاجات الطعام والشراب ومناداة الأم والأب والإخوان وغيرهم من الناس المقربين إليه مثل: (ماما، بابا، تيشا، عمو، حليب، عصير....). وقد أظهرت الدراسات أن كمية الكلام غير الواضح تبدأ بالانحسار تدريجياً مع بداية الشهر التاسع من العمر. وبغض النظر عن اللغة

القومية للطفل، فإن الكلمات الأولى تتألف من المقاطع. (ت، ب، ن، م) والشيء تصدر عن مقدمة اللسان، وكذلك أحرف العلة (ا، ي، و) التي تصدر عن مؤخرة اللسان. وهذا الأمر قد يكون هو السبب وراء تشابه الكلمات. بابا، ماما في كل اللغات. ولهذا السبب يلفظ الأطفال الإنجليز كلمة tut قبل كلمة Cut، والأطفال السويديون يلفظون كلمة tata قبل كلمة kata، والأطفال العرب يلفظون كلمة ماما قبل كلمة جددي، وهكذا. ومن الشيق جداً أن نعلم بأن الحروف الصامتة هي التي تصدر عن مؤخرة اللسان ووسطه مثل- (ع، ق، ك، ج..) التي لا يحسن الطفل المبتدئ النطق بها في الأحوال العادية، إلا أنه يحسن النطق بها أثناء اللعب فقط.

ويقدر عدد الكلمات التي يمكن للطفل استخدامها في مراحلها الأولى بـ:

- نهاية 18 شهراً. حوالي 50 كلمة.
- نهاية السنة الثانية. حوالي 250 كلمة.
- نهاية السنة الثالثة حوالي 450 كلمة.

2. مرحلة الكلمة، الجملة **Holophrase Stage**: يستخدم الأطفال في هذه المرحلة (من 18 - 24 شهراً) كلمة واحدة لتدل على عدد من الأشياء أو الأحداث أو الظواهر المحيطة به. ومن خصائص هذه المرحلة. ارتباط الكلمة بالأفعال والحركات نتيجة للعلاقة القوية بينهما، فتجد الطفل يستخدم الكلمة مقترنة بفعل أو حركة حدثت أمامه. والكلمة تدل على معنى جملة مفيدة، حيث يستخدم الطفل كلمة ماما ليعني بها. ماما أعطني العصير أو ماما ضربني أخي، ويستخدم كلمة بابا ليعني بها. بابا انتبه إليّ أو بابا أين أنت.. وهكذا، حيث تكون للكلمة عدة وظائف كالإخبار عن شيء ما، أو السؤال عن شيء ما، أو طلب شيء ما.

3. مرحلة الجملة **Sentence Stage**: يبدأ الأطفال مع نهاية السنة الثانية بتطوير الجمل القصيرة والبسيطة التركيب، حيث يربطون كلمتين أو ثلاث كلمات أساسية لتكون جملة ذات معنى، ولكن دون مراعاة لقواعد اللغة أو حروف الجر والوصل وظرف الزمان والمكان، أو كما شبهها البعض بلغة البرقيات، مثل.

(طارت طائرة، راح كلب، بابا راحت) ويتميز نمو الجملة بالبطء الشديد في بداية المرحلة، ثم ما يلبث أن يزداد بسرعة عالية. ومع بساطة الجمل في هذه المرحلة إلا أنها إبداعية، ويستطيع الطفل تركيب جمل جديدة ليصف عملاً أو ظاهرة ما(يوسف، 2004، عدس وعحي الدين، 1998).

4. مرحلة النمو اللغوي لطفل الحضنة من 2-4 سنوات: الأطفال في أبة مرحلة تعليمية مبكرة يخضعون لمراحل مختلفة من النمو اللغوي، وهذه المراحل تعتبر مظهراً أساسياً في التعليم وخصوصاً لمهارات التحدث والاستماع والقراءة والكتابة. ومن هنا يجب على المعلم أن يفهم طبيعة عملية نمو اللغة عند أطفال هذه المرحلة، إذ تعتبر هذه المعرفة ضرورية لكي يشخص المعلمون المهارات الخاصة بنون اللغة، بالإضافة إلى توفير بيئة تعليمية غنية لتشجيع نمو وتطور كل المهارات (Norton, 1993, p. 31-32).

كما تعرف هذه المرحلة بالعصر الذهبي للغة في حياة الطفل فهو يلتقط كل جديد من الكلمات ويكرر ما يسمعه من كلمات ويتعلم الحادثة ويجد لذة في توجيه الأسئلة، وقد لوحظ أن الطفل ينطق كلمته الأولى في نهاية العام الأول ويزداد محصوله اللغوي ليصل إلى (900) كلمة تقريباً في سن الثالثة وإلى حوالي (1500) كلمة في سن الرابعة وإلى حوالي (2500) كلمة عند الالتحاق بالمدرسة ويستخدم الطفل جملاً مكونة من كلمتين عند بلوغه العامين وثلاث أو أربع كلمات في سن الثالثة وخمس كلمات عند الالتحاق بالمدرسة، ويميل الطفل في بداية هذه المرحلة لاستخدام اسمه وعند بلوغه العامين والنصف يستطيع استخدام الضمائر فيستعمل أنا بدلا من اسمه بثقة في سن ستين وعشرة أشهر وبعد ذلك تظهر ظروف المكان والزمان بوفرة في لغة الطفل ويأتي استعمال العقل في مرحلة متأخرة فإدراك الطفل الأسماء واستعمالها يسبق الأفعال واستعمالها ويلاحظ استخدام الطفل الفعل من أزمان غير مطابقة للواقع ويستخدم الطفل الفعل استخداما سليما في قرب نهاية هذه المرحلة كمظهر للنمو اللغوي له ويلاحظ أن استخدامه للمفرد والجمع يسبق المثني، ونلاحظ في بداية هذه المرحلة أن استخدام الطفل للجمل غير سليم من ناحية التركيب اللغوي كما تكثر عيوب الكلام، أما في نهاية المرحلة فتصبح الجمل أكثر دقة وتعقيدا مع اختلاف

عيوب الكلام عند الطفل ونلاحظ أن حديثه في مرحلة الحضانة يصطبغ بالصبغة الذاتية ومع تقدم العمر تقل الملاحظات الذاتية المركزة حول الذات والطفل في نهاية هذه المرحلة أي في الرابعة من عمرة يميل إلى الثرثرة والتعبير عن خبراته بعبارات أشد مرونة وأكثر نضجاً وهو يحب استخدام الكلمات كما يحب الكلمات الجديدة وقد يصطنع كلمات مخيفة للتعبير عن أشياء مختلفة. (الضبع، 2001).

كما يؤكد كل من (صالح، 2004، Anderson، 1995). على أنه في منتصف السنة الثالثة تبدأ جمل الأطفال بزيادة عدد كلماتها، وتشمل الأسماء والأفعال والصفات والضمائر، مع مراعاة قواعد اللغة كالتذكير والتأنيث وحروف الجر وحروف العطف بدرجات متفاوتة من طفل إلى آخر. كما يميل أطفال هذه المرحلة إلى استخدام التعميم بطريقة مبالغ فيها، فيقول: "ولد... ولدات، بيت... بيتات" وهكذا. وفي هذه المرحلة يبدأ الطفل بالشعور بأنه قادر على التواصل والتفاعل مع الآخرين، ويصبح بمقدوره النطق بجمل معقدة، ومع دخوله سنته الرابعة يصبح كثير الكلام والثرثرة، وكثير الأسئلة من أجل التعلم والاستطلاع لما يجري من حوله. وحينما يصل الطفل إلى سن ست سنوات تصبح لغته قريبة جداً من لغة الراشدين، ويبدأ الأطفال بالتقيد بقوانين اللغة، وتزداد حصيلتهم اللغوية من المفردات بشكل ملحوظ مع بداية دخول المدرسة.

ويمكن تفصيل مظاهر النمو اللغوي عند طفل الروضة بما يلي (مصطفى، 2002):

أ. من (3-4) سنوات

- يستخدم الضمائر (أنا - أنت - ياء المتكلم) استخداماً سليماً
- يعرف صيغة الجمع.
- يستخدم الزمن الماضي.
- يدرك صيغة التفضيل (أكبر - أصغر - أحسن - أقوى - أسرع).
- يعرف ثلاثة حروف جر (في - تحت - على).
- يعرف بعض الأفعال وبعض الصفات.

- يستطيع استخدام بعض أدوات الاستفهام (لماذا - أين - متى).
 - يدرك بعض المسميات (ساعة - قلم - كتاب - حقيبة - حذاء - فلووس - مدرسة - والد - والدة - شقيق).
 - يعرف الأسماء الرئيسية لجسمه (رأس - عين - أنف - شعر - يد - قدم - بطن - أصابع...).
 - يعرف أسماء بعض الأطعمة والأشربة.
 - يستطيع أن ينطق حوالي 65% من كلماته نطقاً سليماً.
 - يستطيع أن يقرأ بعض الحروف الهجائية.
- ب. مرحلة النمو اللغوي لطفل الروضة من 4-6 سنوات

بعد النمو اللغوي في هذه المرحلة أساساً ومدخلاً مهمين لعملية التطبيع الاجتماعي ونمو الطفل عامة ويأخذ النمو اللغوي تقدماً كبيراً في هذه المرحلة سواء من حيث زيادة الفهم أو الحصيلة اللغوية أو التلفظ أو تكوين الجمل ففي هذه المرحلة ومع بداية دخول الطفل المدرسة تكون لديه حصيلة لغوية كبيرة لفهم العالم من حوله ولفهم معاني القصص والحكايات حيث يصل محصوله اللغوي إلى حوالي (2500) كلمة عند دخوله المدرسة ويستطيع استخدام جمل تتكون من خمس كلمات في هذه المرحلة. (ثناء الضبع، 2001).

ويمكن تفصيل مظاهر النمو اللغوي عند طفل الروضة بما يلي (مصطفى، 2002):

1. من (4-5) سنوات:
 - يستطيع استخدام كثير من الأفعال والصفات والظروف وحروف الجر وأدوات العطف والضمائر.
 - يستطيع أن يميز بين صيغ المفرد والجمع.
 - يعرف أسماء الإشارة (هذا - هذه).

- يستطيع استخدام ضمير المتكلم (أنا - نحن)، وضمير المخاطب (أنت - أنتم)، وضمير الغائب (هو - هي - هم).
- يستطيع استخدام أدوات الاستفهام (متى - كيف - هل - كم - أين - لماذا).
- يستطيع الربط بين جملتين.
- يسمي كثيراً من الأشياء والكائنات من خلال الصور.
- يسمي كثيراً من الأدوات والأجهزة، التي يستخدمها أو يشاهدها في المنزل، وفي الشارع وفي الروضة.
- يعرف أسماء الألوان الشائعة.
- يستطيع أن يقلد أصوات بعض الحيوانات الأليفة (الكلب - القط - الحمار - الماعز).
- يستطيع أن يعيد تكرار ثلاثة أرقام بعد سماعها.
- يستطيع حفظ أغنية أطفال أو نشيد.
- ينطق حوالي 75٪ من كلماته نطقاً سليماً.
- يستطيع أن يقرأ ويكتب كثيراً من الحروف الهجائية.

2. من (5-6) سنوات

- يحسن الاستماع (الإصغاء) إلى الآخرين.
- يستخدم الكلمات الوصفية تلقائياً للأشياء والكائنات (كبير - صغير - ثقيل - خفيف - ناعم - خشن - سريع - بطئ - قوي - مريض ...).
- يعرف صفات الأشياء كاللون والحجم والشكل.
- يستطيع استخدام صيغ التذكير والتأنيث لبعض المسميات للإنسان والحيوانات والطيور.
- يعرف صيغ المفرد والمثنى والجمع، وضمير المتكلم، وضمير المخاطب، وضمير الغائب، والأفعال في الماضي والمستقبل.
- يستطيع أن يتحدث بجملة مكونة من ست كلمات.

- يستطيع أن يقلب صفحات كتب الأطفال المصورة.
- يستطيع أن يسلسل أحداث قصة سمعها، أو شاهدها من خلال الصور.
- يدرك تفاصيل صورة شاهدها في كتاب أطفال مصور.
- يعرف متى يقول (من فضلك - لو سمحت - أشكرك - آسف).
- تتسم أحاديثه بالترابط إلى حد ما؛ بحيث يستطيع أن يعبر عن أفكاره.
- يستطيع أن يعد من واحد إلى عشرة فأكثر.
- ينطق حوالي 85% من كلماته نطقاً سليماً.
- يستطيع أن يقرأ ويكتب جميع الحروف الهجائية، كما يستطيع أن يقرأ بعض الكلمات المكونة من حرفين أو ثلاثة حروف.

3. مرحلة النمو اللغوي للطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة من 6-12 سنة

يصل محصول الطفل اللغوي في السادسة وقت دخوله المدرسة الابتدائية إلى (2500) كلمة مع مراعاة الفروق الفردية التي ترجع إلى نوع الجنس أو المستوى العقلي للطفل كما أن المستوى الثقافي لأسرة الطفل يلعب دوراً في هذه الفروق إلا أن هذا المحصول يكون مملوءاً بآثار اللهجة العامية لبيئة الطفل مما قد يؤثر على نمو اللغة الفصحى لديه والطفل في هذه السن يكون قادراً على استعمال جمل تتكون من خمس أو ست كلمات استعمالاً شفهياً وعند تعلم القراءة والكتابة تحدث طفرة في الثروة اللفظية وتزداد الألفاظ ذات المعنى والمجردة فيميز الطفل بين المترادفات والأضداد ويستخدم الأفعال في أزمانها والضمائر في مواضعها الصحيحة وتنمو قدرته على استعمال الجمل المركبة فيصّل استعمال الطفل التحريري للجملة إلى 10 كلمات في سن التاسعة و13 كلمة في آخر هذه المرحلة أي في سن الثانية عشرة وتنمو قدرة الطفل على الاستماع والحوار ويتعلم الكتابة بالنسخ والرقعة ويستطيع التذوق الأدبي البسيط في نهاية المرحلة الابتدائية. (الضبيح، 2001، 37-38).

العوامل المؤثرة بنمو اللغة وتشمل ما يلي:

1. الجنس: الإناث أسرع في نموهن اللغوي من الذكور

2. الأسرة وظروفها الاقتصادية والاجتماعية وترتيب الطفل بين إخوانه حيث إن الطفل الأول أكثر غنى في مجال اللغة من باقي إخوانه والجدير بالذكر بأن أطفال الملاجم أكثر فقرا من الناحية اللغوية قياسا مع من يعيشون في أسر عادية.
3. السمع والبصر ومدى سلامتهما والجهاز الحسي: السمع وسيلة من وسائل الاستجابة للغة والتواصل وكذلك البصر فإذا كان الطفل يتمتع بسلامة هذين الجهازين كانت لغته سليمة.
4. الذكاء: حيث إن هناك ارتباطا بين قدرة الطفل العقلية ولغته فالمعوقون عقليا لديهم اضطرابات واضحة في المجال اللغوي حيث تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في السنة الأولى بينما تظهر لدى المعوقين في آخر سن الثالثة وعلى العكس من كلي الجانبين فان الموهوبين يتميزون بنموهم اللغوي السريع ويقاموسهم اللغوي الواسع.
5. الذاكرة: تلعب الذاكرة دورا مهماً في اكتساب اللغة فإذا كان الطفل يعاني من اضطرابات في الذاكرة كانت لغته تعاني من خسارة مستمرة.
6. الانتباه: إذا كان الطفل يعاني من مشكلات في الانتباه كانت لديه مشكلات لغوية لأن اللغتين الاستقبالية والتعبيرية تحتاجان لانتباه الطفل.
7. عملية التعلم: التعلم والتدريب ومستوى قدرة الطفل على نقل اثر التدريب لهما دور مهم في نمو لغة الطفل فإذا كان التعلم يعتمد على التعزيز والاستحسان والتقبل والتسامح كان أفضل وأكثر تأثيرا في حدوث عملية التعلم اللغوي.
8. وسائل الإعلام: تلعب وسائل الإعلام دورا مهماً في زيادة ذخيرة الأطفال اللغوية بما تحتويه من برامج متعددة الأمر الذي يجلب انتباه الأطفال ويساعدهم على التذكر والتقليد ويشجعهم على الاستيعاب والحوار والاتصال والتواصل والتحليل والاستنتاج. (العزه، 2002، 178-179).
9. عوامل أخرى.
10. ثنائية اللغة أي تعلم الطفل لغتين في نفس الوقت.

11. الضغط في تعلم اللغة دون مراعاة استعدادات الطفل لهذا مما يؤدي إلى عيوب كلامية.

12. حرمان الطفل من التشجيع يبطئ من تقدم اللغة لديه.

عوامل كسب الطفل للغة ونموها

من أهم العوامل التي تساعد على كسب الطفل للغة ونموها ما يلي:

- وضوح الإحساسات السمعية وتمييز بعضها من بعض حيث يولد الطفل أصمماً ويمتد صممه حتى اليوم الرابع أو الخامس وحيثئذ تبدو لديه إشارات السمع غير أن إحساساته السمعية تظل مبهمه إبهاماً كبيراً حتى الشهر الرابع فالطفل في تقليده يحاكي ما يصل إليه عن طريق السمع فمن البديهي أن تتوقف هذه المحاكاة على وجود قدرة السمع لديه وأن تتأثر في ارتفاعها بما ينال هذه الحاسة من دقة وتهذيب ولذلك نرى أن من يولد أصمماً ينشأ أبكمماً ولو كانت أعضاء النطق سليمة.

- الحفاضة والذاكرة السمعيتان وتعني بذلك القدرة على حفظ الأصوات المسموعة وعلى تذكرها واستعادتها عند الحاجة إليها.

- فهم الطفل لمعاني الكلمات على الرغم من أن هذا يسبق قدرته على النطق بها فإن هذا الفهم شرط ضروري للتقليد اللغوي وعامل أساسي من عوامل نموه. (الضبع، 1999، 39).

نمو مهارات الاتصال اللغوي

تشمل هذه المهارات من الوجهة النمائية نوعين هما، مراحل الاستقبال والتعبير ومرحلة نمو البنئ والتركييب اللغوية.

1. مراحل نمو مهارات الاستقبال والتعبير اللغوي: يمكننا توضيح المراحل العمرية الخاصة بنمو مهارات الاستقبال والتعبير كمهارات إدخال وإنتاج لغوي.
2. مراحل نمو البنئ والتركييب المعرفية الخاصة بالمعالجة اللغوية.

بعد أن عرضنا للمراحل العمرية لنمو مهارات الاستقبال والتعبير كمهارات إدخال وإنتاج لغوي تبقى لنا مراحل نمو مهارات المعالجة اللغوية كنوع آخر من مهارات الاتصال اللغوي ولا يعني هذا الترتيب الذي تناولنا به عرض هذه المراحل النهائية أن مهارات الاتصال اللغوي تتحرك بنفس حدة هذا الترتيب لكنها تنمو بشكل كلي متداخل ولقد أوضح بياجيه أن التقدم اللغوي النمائي يخضع لعمليات التنسيق والانتقال وفق عمليات التمثيل والمواءمة كعمليات معرفية إذ تعتبر اللغة تمثيلات رمزية ذهنية للخبرات التي يطورها الطفل ويتفاعل معها، وعليه فقد حدد بياجيه مراحل التطور النسبي لظهور التراكيب والبنى المعرفية الخاصة باللغة فيما يلي:

1. المرحلة الحسحركية اللغوية: هذه المرحلة حرجة لنمو وتطور اللغة والخفط التصورية اللغوية إذ تنمو فيها مهارات ذهنية وحركية مهمة عن طريق ممارسة المشي واللعب والتكلم، فتكتسب اللغة في هذه المرحلة على صورة ردود فعل انعكاسية تنتهي بأفعال إرادية هادفة، وتتضمن هذه الردود اداءات انعكاسية مثل القبض على الأشياء والمص والتحرك بكل جسم الطفل وتتطور هذه الاءات إلى اداءات بسيطة متسقة وينشط الطفل للتكيف مع البيئة المحيطة به من خلال عمليتي التمثيل والمواءمة ويستطيع الطفل أن يتمثل ما يحيط به على هيئة صور ذهنية ورموز وتبدأ اللغة بالظهور ومع ظهورها يستطيع الطفل أن يستخدم المفردات لتمثيل أشياء خارجة عن بيئته المحسوسة الماثلة أمام عينيه وهذه المرحلة هي بداية الفكاك من سيطرة الزمان والمكان ويظهر فعل التقليد كمثال على تحقيق عمليتي المواءمة ويتحقق ذلك حينما يحاول الطفل أن يطابق سلوكه وفق سلوكيات الأطفال الآخرين.

ويظهر الطفل إمكانات ذاكرته عن طريق التقليد المؤجل الذي يدل على عادة على قدرة الطفل على بناء صورة للخبرة وتخزينها واستعادتها في أوقات أخرى تالية. ويعكس الطفل في هذه المرحلة نشاطا ذهنيا مشوشا يفتقر إلى إمكانية التسلسل والتوافق مع قدراته على تمثيل الخبرات بصورة ذهنية مما يجعله يفشل في صياغة الخبرات بطريقة متتابعة ومتسلسلة.

إن الطفل يتعامل مع محيطه لغوياً معتمداً على أدوات الحس والحركة ويرتبط تفكيره بما يدركه أو يستوعبه أو ما تسمح به خطته التصورية ويلاحظ أن الطفل يكرر الحركات والأصوات المرتبطة بها وهي ذات طبيعة كلية وترتبط بحركات الجسم ككل وحينما يحرك الطفل لسانه وشفته أثناء عمليات المناغاة يحرك تبعاً لذلك يديه ورجليه وحينما يصرخ تتحرك كل أطرافه إذ لا يتسنى له الفصل بين نشاطاته أو تخصيص حركة لكل الأجزاء، وما زالت استعداد الطفل اللغوية مقتصرة على تزويده بالقدرة على التمييز بين الشيء ومدلوله وتتقدم نشاطات الطفل مع بيئته وبزيادة تفعيل أعضاء جسمه عن طريق التفاعل مع عناصر المحيط ومكوناته وتطور قدراته التمثيلية واستخدام اللعب كوسيلة للتفاعل والاكتشاف ينمو استخدام اللغة بمدلولاتها ويلجأ إلى استخدام مفردات معينة ليبرر عما يريد من حاجات وتزداد اجتماعيته ويتحرر قليلاً من مركزه اللغوي نحو معرفته وخبراته ومفرداته وحركاته لينتقل إلى تعبيرات اجتماعية يفهمها أفراد وأطفال آخرون محيطون به ويلجأ إليها عند التعبير عن ذلك.

وتعتبر هذه التفاعلات الحركية والحسية أساسية لعمليات التمثيل اللغوي باعتبارها أسس البنى المعرفية اللغوية الرمزية والمخططات اللغوية المتقدمة، وتسيطر على الطفل في هذه المرحلة لغة المونولوج الداخلي أو الحوار مع الذات والتحدث إلى النفس إذ ينشغل الطفل بهذه اللغة فترة تساعده على تسليمة نفسه واختبار تعبيراته بذاته

2. مرحلة ما قبل العمليات اللغوية: يحتفظ الطفل بالخبرات الحسية المباشرة التي طورها ويؤجل إظهار بعضها وتظهر لديه الأداءات الذهنية المتمثلة في الربط بين الأشياء واستيعاب العلاقات بينها وتفنن هذه الأداءات عادة إلى منطق معين ينظمها معاً، وإن إحدى المعالم البارزة في تطور اللغة عند الطفل في مرحلة ما قبل العملية هي قدرته على التحرير الذهني من الالتصاق بالمؤثرات المادية للأشياء إذ نجده قبل هذه المرحلة حينما كان يلفظ كلمة لعب يحرك يديه وقدميه أما في المرحلة التالية فتراه ينطق كلمة لعب بدون تحريك أعضائه وهذه هي إحدى صور التحرر والانفكاك من سيطرة المظاهر الحسحركية على أبنية الطفل اللغوية،

ويعود هذا التحرر إلى تطور قدرة الطفل على التخيل وإجراء التصورات الذهنية إذ يصبح قادراً على تمثل الأحداث والأفعال والأشياء المتعلقة بعمليات النمذجة التي يجربها ويمارسها للعب التخيلي والتخيل الذهني هذه العمليات الذهنية تعكس التطور الذهني له وهي بمثابة تطور ذهني لعملية التمثيل للأشياء والمواد حتى في حالة غيابها عن الإدراك أو الحس المباشر ويتطور التمثيل الذهني لياخذ أشكالاً مختلفة ومتعددة وما يلاحظ من تقدم في هذه المرحلة هو تمثيل الطفل للأشياء والأحداث على صورة مفردات لغوية أو رسومات أو أشكال وتساهم الخبرات والتفاعلات التي يجربها في تطور عملية التمثيل الذهني لتصبح أكثر اختلافاً وتنوعاً أو أكثر تحمراً من مادة الأشياء ولمسها أو إدراكها المباشر، وتعتبر اللغة أعلى مستويات تمثيل تلك المستويات التي تبدأ عادة حسية ثم حسحركية ثم عملية مادية إلى أن تصل إلى مرحلة التمثيل الرمزي أو اللغوي ويعني تفوق مستواها تفرداً وتميزاً مدلولها أو ما تدل عليه بعكس الحالات السابقة من التمثيل التي تعبر عن قدر من التشابه والتداخل واشترائها في بعض الخصائص إذ إن الرمز الذي يدل على شيء لا يدل إلا على ذلك الشيء فقط وليس على أي شيء آخر قريب منه أو يشبهه، فاللغة حالة تمثيل رمزي أكثر تجريداً لذلك فحالة التمثيل هي حالة ذهنية تصبغها الخبرة الفردية ونحزون شخصية الطفل اللغوي تلك الشخصية التي تحددها خبرات الطفل وتفاعلاته وهي مختلفة عما تمثله لدى غيره من الأطفال لذلك ترادف تمثيلات الطفل اللغوية عمليات إداعه إذ إنه يدع تمثيلاته كما تسمح به خبراته وما يسمح به البناء المعرفي اللغوي الذي يمتلكه.

وكما هو معروف في النمو والتطور المعرفي يقسم بياجيه هذه المرحلة إلى مرحلتين هما:

- أ. مرحلة ما قبل المفاهيم: وهي مرحلة ما قبل سنوات الروضة وتتميز بخصائص هذه المرحلة الفرعية باستدخال الخبرة على صورة رموز لتوفر الإمكانات اللغوية المناسبة لديه ولكن الطفل مازال يعاني من نقص المقدرة

على بلورة مفهوم إذ يتطلب ذلك القدرة على التجريد والتي تكسبه المقدره على الوصول إلى تصحيحات مناسبة مرتبطة بالمفهوم.

ب. مرحلة التخمين والحدس: وهي مرحلة الروضة وتعتبر فترة مناسبة لتطوير الإمكانيات اللغوية لدى الطفل مع أن تفكيره مازال في مرحلة ما قبل العمليات الذهنية وتشويشاتها المرتبطة بالادراكات الحسية الظاهرة واستخدام أفكاره الخاصة لبناء الفكرة التي يسميها أو يواجهها وما زال الطفل يركز على بعد واحد من أبعاد الأشياء التي يواجهها دون وعي للعلاقات المتداخلة فيها، ويرى يباجيه أن الطفل تسيطر عليه في هذه المرحلة خاصية الإحيائية إذ يعتبر الأطفال كل ما صنعه الإنسان من أجل الإنسان أو من أجلهم ويصعب على الأطفال فهم عمليات التلاعب بالألفاظ أو التحريف أو فهم النكات التي يرويها لهم الأطفال الأكبر سنا، وتظهر في هذه المرحلة خاصية الوظيفة الدلالية للرموز والتي تشير إلى إمكانية إطلاق دلالة شيء ما على شيء آخر وربما تكون هذه الدلالية قسرية أي أن العلاقة بين الدال والمدلول ليست تطابقية تمثيلية وإنما يمكن الفصل بينهما فالصوت عوعو يمثل كلباً من وجهة نظر طفل هذه المرحلة وماو ماو التي يستبدلها بلفظ قط مثلما يستبدل لفظ القط بصوت ما، ويميز الطفل الأشياء بمظاهرها الواضحة له مثل الصوت أو الشكل البارز أو اللون فيصوغ لها اسما كما سمعه أو يصوغه كما تسمح به خبراته وقاموسه اللغوي البسيط فهو يرمز لهذه الأشياء ليتواصل بها مع الآخرين فحينما يطلق عوعو فإن الآخر يفهم ما يقصد قبل أن يطلق لفظة كلب وتسيطر على الطفل في هذه المرحلة مظاهر اللعب الرمزي كإحدى مظاهر تطور قدرته اللغوية إذ يتحدث مع العصا التي يضعها بين رجليه ويناديها ويتعامل معها وكأنها حصان وهو الفارس برأسه العالي وهو يعلم أنه لا يقود الأعصا ويتصرف كأنه أب يأمر وينهى ويصرخ على أخيه الأصغر وهو يعلم أنه ليس كذلك لكن تظهر عليه ممارسة الألعاب الاجتماعية نظرا لتقدم مفرداته ومخزونه الخبراتي لذلك فهو ينطق بالكلمات والألفاظ التي تعلمها من الكبار المحيطين به وقد سيطرت عليه هذه

النماذج اللفظية سيطرة قسرية وتصبح لديه القدرة على استعمال مفردات دون أن يعي معناها فهو ناقل أمين للألفاظ دون تشويه بدون أن يضع عليها أية تغييرات دلالات قسرية، ويرتبط استخدام الطفل للرموز اللغوية بالمرحلة النمائية المعرفية حيث يستخدم بعض الألفاظ بدلالة مختلفة عما تدل عليه لدى الراشدين من حوله ومختلفة المعنى وما يظهر على الطفل في هذه المرحلة من انخفاض قدرته على التضمين أو التصنيف في فئات يجعله يستخدم الرمز اللغوي أكثر شمولاً ويمنح بعض الألفاظ معاني تختلف عن المعاني والدلالات التي يفهمها الراشد، وفي المقارنة بين التمثيلات اللغوية في بداية هذه المرحلة والتمثيلات اللغوية التي تظهر في نهاية المرحلة نجد أنها مختلفة إذ يظهر في البداية تمثيلات بسيطة مرتبطة بمدلولاتها في معظم الحالات وكلاماً متمركزاً حول الذات ومنولوجات داخلية ذاتية وينتقل في النهائية إلى تمثيلات ذات نمط أكثر تطوراً فيها تأويلات وتفسيرات تكاد تكون قريبة من التفسيرات التي يستخدمها الراشد وتتقدم حواراته فبدلاً من سيطرة ظاهرة الحديث الذاتي المونولوجي يبرز حديث أكثر اجتماعية مع الآخرين ويتظاهر أحياناً بأنه يفهم ما يتحدث عنه مع أنه في كثير من الحالات يعكس حالات لغوية تظاهرية ولفترة ليست دائمة إذ يلجأ الطفل إلى ممارسة ذلك في أحيان متباعدة، ترتبط في بداية المرحلة ألفاظه بمدلولاتها الحسية الماثلة أمام عينيه وحديثه مع نفسه حتى في حضور الآخرين بينما تصبح لديه القدرة في نهاية المرحلة على استنتاجات لفظية غير مشترطة وينضبط التطور اللغوي في نهاية هذه المرحلة بعمليات الاختبار والتجريب الذي يقوم على فكرة المحاولة والخطأ وتتقدم لغة الطفل ممثلة في ألفاظه إذ تصبح أكثر تقدماً على معرفة وجهة نظر الآخرين وفهمها والتحدث بلغتهم.

3. مرحلة العمليات المحسوسة اللغوية: يقوم الطفل بعملية تنظيم أبنيته الذهنية ويبدأ لديه المنطق الممثل بعبارات لغوية ويدرك العلاقات الوظيفية للمفردات التي يستخدمها ولكن ما يزال يعاني من الوقوع في التصحيحات الخاطئة وتسيطر على تفكيره عمليات التجريب المثلة في المحاولة والخطأ ومازال الطفل يعاني من

سيطرة الحس على تفكيره إذ توقعه هذه الحالة في عمليات التزييف الحسي ولا يمتلك القدرة على الميل للخبرات واستخدام المفردات اللغوية المطورة عن ادراكاته الحسية وخبراته وتفاعلاته يلاحظ بالاختلاف النوعي في مستوى تفكير الطفل والقوالب اللفظية التي يعبر بها عما يفكر فيه إذ يتحرر من ثمرته اللغوي بمعنى أن المفردة التي يعبر عنها ينبغي للآخرين أن يفهموها بنفس الدلالة التي أَرادها ويتطور فهم الطفل للمجاز اللغوي ويميل إلى التعامل مع المحاذير اللفظية والاستماع للنكات ونقلها وتعديلها وإدخال تغييرات عليها بما يسمح له بناؤه اللغوي القسري المثبتي لديه من مراحل لغوية نمائية سابقة.

4. مرحلة العمليات الذهنية المجردة اللغوية: تتميز هذه المرحلة بالانتقال والتحول من العمليات الحسية إلى مراحل منطقية واستخدام الأفكار المجردة وفهم الكنايات والاستعارات المجازية والمغزى من وراء استخدام شخصيات روائية محددة والقدرة على التمييز بين الفئات والتعامل مع عدد كبير من البدائل بدون تجريب حسي تمثل نتائجه أمام الطفل وأكثر ما يحققه الطفل في هذه المرحلة النمائية هو ممارسة العمليات المنطقية الرياضية والتفكير وفق فروضها، ويزداد فهمه للغة وفق ما يرسمه من مستويات وتصبح لديه القدرة على التذوق البلاغي وقراءة ما يحصل عليه من كتب وقصص وروايات والحجم الكبير من هذه المواد القرائية يساهم في إنماء أبنيته المعرفية ويطورها وتنمو لديه القدرة على التواصل بالمعلومات الرمزية ويصبح أكثر قدرة في التعامل مع ما يحيط به بغض النظر عن مستوياته الحسية والمادية والعملية والمجردة.

المساهمة المتميزة في مجال دراسة اللغة لدى بياجيه هي بلورتها لفكرة نمو الوظيفة الدلالية في بداية مرحلة ما قبل العمليات ومساهمتها في افتراض انقراض الطفل للقدرة على ممارسة التفكير الرمزي أو الاستنتاجي الفرضي فهو يتأخر في فهم القضايا اللغوية وإظهارها بصورة تواصلية ناقلة لأفكار الآخرين، وبذلك يفترض بياجيه أن التطور اللغوي المعرفي هو إطار مفاهيمي وشكل من أشكال الأداء له طبيعة معرفية خاصة مثل عمليتي المواءمة والتمثيل وهو وسيلة رمزية للتعبير عن العلاقات والمدلولات التي تبدأ في التطور في بداية المرحلة الثانية، وبذلك يفترض بياجيه أن

مراحل التطور اللغوي هي مشابهة لمراحل النمو المعرفي وهي عامة أي أن كل طفل ينبغي أن يمر بهذه المرحلة على الرغم من اختلاف السرعة والفترة الزمنية التي تستغرقه هذه المراحل ويضيف أن التطور اللغوي كاستعداد معرفي يكتمل تطوره في نهاية المرحلة المعرفية المجردة وتصبح للطفل الإمكانيات للتعبير عما يفكر فيه وتتطور لديه القدرة على استخدام العمليات المعرفية ليعكس عملياته الذهنية ومستواها. (الفرماوي، 2008: 31-38، قطامي 2000: 358-362).

أهداف الخبرات اللغوية في رياض الأطفال

- أ. تدريب الطفل على التطق الواضح السليم.
- ب. تنمية مفردات الطفل اللغوية.
- ج. تدريب الطفل على سرد الأحداث في تسلسل سليم من خلال سرد القصص.
- د. تدريب الطفل على التعبير الشفهي حول فكرة معينة.
- هـ. تدريب الطفل على التعبير عما في نفسه من مشاعر وأفكار وخيال.
- و. تدريب الطفل على المشاركة في أفكار وأقوال الآخرين.
- ز. تنمية قدرة الطفل على الحوار والمناقشة وإبداء الرأي.
- ح. تدريب الطفل على الاهتمام بمعرفة معاني الكلمات الجديدة.
- ط. إتاحة فرص الملاحظة والمشاهدة والمقارنة والتجريب والاستنتاج.
- ي. تهيئة الطفل للقراءة. - تهيئة الطفل للكتابة. (مصطفى، 2002: 38).

طرق وأساليب دراسة اللغة

ولقد اتبعت الدراسات اللغوية في موضوعاتها مناهج عامة منها:

1. المنهج الوصفي: ويقصد به وصف أية لغة من اللغات أو لهجة من اللهجات في مستوياتها المختلفة من حيث أصواتها ومقاطعها ودلالاتها وتركيبها والفاظها.
2. المنهج التاريخي: ويدرس اللغة دراسة طولية أي أنه يتبع الظاهرة اللغوية في عصور مختلفة وأماكن متعددة لغايات المعرفة بها وتطورها ونشأتها أي يقصد بهذا المنهج بحث التطور اللغوي عبر القرون.

3. المنهج المقارن: ويعنى بتحديد الصلات بين اللغات المختلفة مثل مقارنة اللغة العربية باللغة الفارسية أو اللغة الإنجليزية باللغة الألمانية من حيث التطور والنشأة وأصوات الحروف وأوجه الاختلاف وأوجه الشبه فيما بينها.

قواعد عملية للتربية والتعليم اللغويتين

- أول الكلمات التي يستطيع الطفل النطق بها هي الأسماء الجامدة التي تدل على أمور حسية يمكن أن يشار إليها وتظهر بعدها الأفعال ثم الصفات ثم الضمائر ثم الحروف وإن هذا الاتساع التدريجي يسير جنباً إلى جنب مع اتساع قدرته على فهم الكلمات فالواجب على المربين والمعلمين أن يترسموا هذا الارتقاء الطبيعي فلا يحملوا الطفل على النطق بالحروف مثلاً في المرحلة التي لا يستطيع فيها فهم مدلولها ولا يكلفوه استظهار قطعة مشتملة على معان كلية في السن التي لا تسمح له فيها قواه العقلية إلا بفهم الجزئيات.
- في مرحلة التقليد اللغوي تسيطر على لغة الطفل علاقة المشابهة فيصرف كل الأفعال تصريفه للأفعال التي يعرفها ويسمى كل الحيوانات باسم الحيوان الذي حفظ اسمه من قبل فالواجب على المربين أن يعملوا جهدهم على محاربة هذه النزعة وعلى وقاية لغة الطفل من أضرارها وذلك بتربية قوة الملاحظة لديه وتوجيه نظره إلى وجوه الاختلاف بين الحسات المشابهة والعمل على إصلاح ما بيدر منه من خطأ لغوي بمجرد صدوره منه حتى لا يتكرر فيترسخ لديه.
- كثير من الألفاظ الغريبة التي تصدر من الطفل في أوائل مرحلة التقليد اللغوي والتي يتبادر إلى الذهن أنها مخترعاته ليست في الواقع إلا محاكاة صحيحة للكلمات التي تعتمد بعض الملازمين له أن يتلقوا بها نطقاً محرفاً لتدليله ومداعبته فالواجب على القائمين بشئون الطفل في هذه المرحلة أن يتجنبوا هذه العادة السيئة فإن محادثتهم إياه بالكلمات المحرفة ترهقه عسراً من أمره وتحمله على بذل مجهود في أمور من شأنها أن تفسد نطقه وتعوق سيره اللغوي ونصيب كل كلمة من التكرار والاستعمال والمواقف والخبرات التي ترد فيها يختلف عن نصيب غيرها رسوخاً.

- تكرار الكلمات والعبارات، إن غرام الطفل بتكرار المألوف نزعة طبيعية تتجلى في نواحي سلوكه المختلفة منذ الطفولة الأولى فهو يكرر ما ألفه من حركات وأصوات.
- تقديم المتحدث عن في الجملة الخبرية كان يقول الشمس طلعت ولا يقول طلعت الشمس إلا في إجابة سؤال وهكذا.
- اختلاف مفاهيم الأطفال لكثير من الكلمات والتراكيب اختلافاً بينا عن مفاهيم الكبار لنفس الكلمات والمفاهيم. (الضبيح، 2001، 25، 40-41).

أهداف تعليم اللغة

تؤدي اللغة للفرد وظائف متعددة تتمثل في التفكير والتواصل والتعبير، وإن أهمية اللغة لا ترجع إلى كونها وسيلة للتخاطب والتواصل بين الجماعات والأفراد أو بين المرء وذاته فقط، وإنما ترجع إلى كونها رمزاً للهوية التي تُميز شعباً عن شعب وتطبع حضارته ودرجة حضوره في مسرح الوجود والحياة، وصولاً إلى الاستدلال على ما في أعماق النفس وتصورات الذهن. وثمة تلازم بين الفكر واللغة، فَمَنْ لا عقل له ولا فكر فلا لغة سليمة لديه، ولا سبيل إلى اعتباره جزءاً ملتحماً بالكل الذي هو المجتمع.

وإذا كان الهدف المنشود من العملية التعليمية التعلمية يتمثل في بناء الفرد فكرياً ونزوحاً وأداءً فإن أهداف تعليم لغتنا العربية تتمثل في:

1. إكساب المتعلمين المهارات اللغوية محادثةً واستماعاً وقراءةً وكتابةً.
2. تنمية الثروة اللغوية والفكرية للتمكّن من الاتصال مع الآخرين والتواصل معهم بلغة عربية فصيحة بكل سهولة ويسر وتلقائية إن بطريق المحادثة أو الكتابة.
3. تنمية القدرة على فهم ما يستمع إليه وقراءته بلغة عربية فصيحة، وإفهام الآخرين بلغة عربية صحيحة نطقاً وكتابةً وبالسريعة المناسبة.
4. تطوير القدرة على قراءة النصوص الأدبية المختلفة وفهمها وتدقيقها وإدراك بعض مواقع الجمال فيها وتحليلها ونقدها.

5. غرس الشغف بالقراءة ومحبتها في نفوس الناشئة بحيث يغدو الكتاب الصديق الصدوق.
6. إكساب الناشئ القدرة على اختيار المادة الصالحة للقراءة.
7. صقل مهارة الكتابة الصحيحة الجميلة في ضوء قواعد الإملاء والخط العربي وتنمية المواهب الفنية في مجال الخط العربي.
8. التمكن من أساسيات اللغة العربية وأحكامها الوظيفية إملاءً وحوماً وترقيماً ودلالة وصولاً إلى الفهم الصحيح والقدرة على التعبير السليم تعبيراً وظيفياً وإبداعياً وابتكارياً.
9. تعزيز الميول والأهداف الأدبية وصقلها وتنمية الذوق الجمالي وصولاً إلى الابتكار والإبداع.
10. تنمية القدرة على التفكير العلمي والبحث والتحليل والنقد والحوار من خلال اللغة.

وهكذا نجد أن «الغاية من تعليم اللغة هي أن يجعل الطفل قادراً على استعمال اللغة في مختلف الظروف التي يعيش فيها والأحوال الخطائية التي يمرُّ بها ولاسيما تلك التي تطرأ في الحياة اليومية، ثم على استعمالها سليمة من كل لحن وعجمة. (الأيوبي، 2005، 251، أو شيش وخلوت، 2006، 59).

التوجيهات والنصائح التي تساعد الآباء على تنمية اللغة والقراءة والكتابة لدى الأطفال

تمثل على النحو التالي:

1. تحدث إلى الرضيع أو قم بالغناء له أثناء إعطائه حماماً أو إطعامه.
2. تقديم صور أو كتب من القماش فيها صور زاهية إلى الرضيع، ومكّن طفلك من النظر إليها كثيراً.
3. الإشارة إلى الصور أو الكلمات الموجودة على الصور بصوت واضح أمام طفلك.

4. في المراحل المتقدمة (بعد الستين) يجب على الآباء:

- تخصيص وقت للقيام فيه بعملية القراءة (رواية قصة، مشاهدة الصور وقراءة التعليقات المكتوبة عليها، قراءة الكلمات المكتوبة على علب اللين أو البسكويت وغير ذلك من المشتريات).
- القراءة للطفل بصوت عال.
- التأكد من أن الطفل يجلس في مكان يمكنه من خلاله رؤيتك ورؤية القصة وأن يكون الجلوس مريحاً لك ولطفلك، مع مراعاة أنه يجب عدم وجود أي مصدر آخر للضوضاء في الحجرة مثل التلفزيون أو الراديو، أو أصوات الأخرى في الخارج وهم يلعبون.
- أعط لطفلك مساحة من الوقت للنظر إلى الصور الموجودة في القصة، أو الانتظار وقتاً كافياً للتفكير فيما مر عليه من أحداث القصة.
- اقرأ لطفلك ببطء مع عدم إغفال تغير تعبيرات الوجه والصوت تبعاً لأحداث القصة.
- توجيه انتباه الطفل إلى أن الكلمات تكتب من اليمين إلى اليسار والعمل على تتبعها أثناء القراءة، مع توجيه الطفل لأن يقوم هو بنفسه بتقليب الصفحات.
- عدم الضغط على الطفل بالقراءة المستمرة، فيجب جعل هذه المهمة ممتعة بالنسبة له وليست عبئاً عليه، مع إكسابه الثقة بالنفس فيما يقدمه إزاء هذه المهمة.
- عندما يخطئ الطفل بإبدال حرف في كلمة قالها، أو تغييره، أو حذفه؛ فيجب عليك أن تذكر له على الفور الكلمة الصحيحة دون إظهار علامات الرضا من الكلمة الخطأ التي قالها وذلك حتى لا يعلق في ذهن الطفل أن نطقه لكلمات بطريقة خاطئة هو أسلوب لإرضاء الوالدين.
- وفي سن متقدم يتجه الأطفال إلى كثرة الأسئلة فلا يجب الملل من الرد على أسئلتهم، لأن هذه الأسئلة تشجع حب استطلاعهم وتنمي لديهم حب معرفة المزيد عن العالم الخارجي.

- مكن طفلك من أن يقوم هو الآخر بقراءة القصة التي ترويها له حتى لو كان ذلك من خياله، لأن ذلك يكسبه مفردات وثقة بما يصدره من كلمات.
- إذا وجهت أسئلة لطفلك حول القصة حاول أن تكون أسئلتك ذات نهايات مفتوحة حتى يتمكن الطفل من الاسترسال في الحديث معك.
- اتبع مبدأ التعلم طوال الوقت (من خلال تعليق حروف أبجدية ممغنطة على الثلاجة، أو الحديث الدائم مع الطفل حول ما تقوم به الأم أثناء الطبخ، أو الأب حول تصليحه ما في المنزل.. وهكذا).
- تشجيع الأطفال الأكبر سناً على القراءة للأطفال الأصغر.
- في مراحل متقدمة حاول تقسيم الكلمة مع طفلك إلى أجزاء ومحاولة نطق كل مقطع على حدة ويمكن عمل ذلك في شكل لعبة بين الأب وطفله بتقسيم الكلمة إلى أجزاء، وعلى الطفل أخذ مقطع من كلمة ووضعها مع مقطع آخر لكلمة أخرى؛ بحيث يكون الجزء ان كلمة واحدة لها معنى، أو محاولة القيام باستنباط كلمات على نفس الوزن مثل. (وزة - بطة - قطعة) وهكذا.
- إذا أخطأ الطفل أثناء قراءته لعبارة صغيرة في كلمة من هذه العبارة انتظر حتى ينتهي من قراءته؛ ثم أصلح الكلمة له؛ ثم اطلب منه أن يعيد قراءة العبارة من جديد.
- قم بمدح كل المحاولات التي يقوم بها الطفل، ولا تلجأ إلى تعنيفه أو البعد عنه وترك ما كنت تقوم به.
- توقف فوراً إذا شعرت أن طفلك قد تعب أو أصبح باله مشغولاً بشيء آخر.
- اعمل على وجود رف خاص بالطفل في المنزل توجد عليه قصصه وكتبه المصورة، على أن يكون هذا الرف أمام الطفل دائماً.
- الاهتمام أيضاً بتدريب الطفل على الكتابة بتوفير ورقة وقلم أمامه وبشكل دائم، وتشجيعه على إمساك القلم وعمل خطوات واضحة على الورقة حتى لو كانت شخبطة عشوائية.

- القيام بتمرين الطفل على الالتزام بخطوط معينة أثناء قيامه بعملية الكتابة مثل السير على خطوط محددة أو هيكل لشكل معين وهكذا. (فرحان وعوض، 2006، 2006؛ وصالح، 2002).

عوامل مساعدة على الفهم وتحسين التواصل اللغوي لدى الأطفال، ومن هذه العوامل:

1. اختيار الرموز اللفظية والكلمات الواضحة والمألوفة والمستمدة من عالم الصغار، إذ إن صعوبة المفردات المستخدمة تؤدي إلى عسر في الفهم، فكلمة «طفق» في الجملة «طفق يبحث عن ماء» أصعب من كلمة «أخذ» في الجملة «أخذ يبحث عن ماء»، أو «أخذ يفتش عن ماء».
 2. اختيار الجمل القصيرة لأن طول الجملة يكون أصعب على الذاكرة من القصيرة.
 3. تخفيض عدد الفكر في الجملة، إذ إن الجملة الطويلة المشتتة على عدد من الفكر تكون أصعب على الفهم من الجملة القصيرة التي تشتمل على فكرة أو فكرتين، فجملة «وصل المدير إلى المدرسة قبل ساعة من وصول معاونه» أسهل من جملة «وصل المدير إلى المدرسة في يوم الاحتفال قبل ساعة من وصول معاونه بصحبة أمين المكتب» لأنّ الفكرَ فيها أقلُّ من الجملة الثانية، واستيعاب فكرها أسهل من استيعاب الفكر في الجملة الأخرى.
 4. الابتعاد عن التعقيد في تركيب الجمل، فالتقديم والتأخير في التركيب يزيد الفهم صعوبة، فجملة «أكرم الطالب المعلم أصعب من جملة «أكرم المعلم الطالب»»، ففوق الكلمة في موقعها الطبيعي يسهل عملية الفهم، أما أن يرد المفعول به قبل الفاعل والخبر قبل المخبر عنه فيزيد الفهم صعوبة.
- كما أن الجملة التي يفصل بين أجزاء المكونات الجملية فيها فاصل تكون أصعب من مثلتها التي تكون فيها المكونات متصلة، فجملة «وافقت المدرسة على القيام بالرحلة المدرسية بعد نقاش دام ساعات» أسهل من جملة «وافقت المدرسة بعد نقاش دام ساعات على القيام بالرحلة المدرسية».

5. الابتعاد عن الإيجاز المخل في عرض الفكر، فقد يظن الكاتب أو المتحدث أن لدى المستقبل خبرة في الموضوع فيختصر في كلامه، وهذا الاختصار يؤدي إلى عسر في الفهم وعدم تمثيل.
6. اتباع الطريقة الطبيعية في الملاحظة أو التفكير يسهل عملية الفهم، فجملة. القلم فوق الكتاب أسهل للطفل من. الكتاب تحت القلم، وجملة النقطة وسط الدائرة أسهل من. الدائرة حول النقطة وهكذا....
7. وضوح الفكر في الذهن لأن الوضوح يؤدي إلى الوضوح، في حين أن البلبلة والتشويش يؤديان إلى البلبلة والتشويش، ويقدر ما تكون الفكرة واضحة يكون التعبير عنها سهلاً وفهماً مستساغاً.
8. التدريب على إدراك وظيفة الكلمة في الجملة، وإدراك العلاقات بين أجزاء الجمل، وتكوين الميل إلى البحث عن المعاني، لأن إدراك ذلك كله يسهل عملية الفهم.
9. الاستعانة بالتقنيات لتوضيح المفاهيم وتقريبها إلى الأذهان فالصور والمجسمات والخرائط والوثائق والأجهزة والمعدات تساعد على عملية الفهم. (عبده، 157.2004).

فسيولوجيا النطق عند الإنسان

عملية الكلام

أولاً، الجهاز السمعى

الأذن الخارجية

الأذن الوسطى

الأذن الداخلية

ثانياً، أجهزة النطق

الجهاز التنفسي

الجهاز الصوتي

جهاز الرنين

أجهزة النطق

ثالثاً، الجهاز العصبي

مكونات الجهاز العصبي المركزي

الجهاز العصبي الطرفي

الفصل الثالث

فسيولوجيا النطق عند الإنسان

Articulation physiology

عملية الكلام

هي مجموعة من أشكال الموجات المعدلة التي ينتجها مصدر (الرتتان ولسان المزمار)، وترشحها الأحبال الصوتية والشفتان والحدان ،فإن أعضاء تنفيذ عملية إنتاج الكلام هي الرتتان (مصدر دفع الهواء عبر القصبة الهوائية والحنجرة والفم)، ولسان المزمار (الذي يحركه الهواء المتدفق من الرتتين فيصدر صوتاً خاماً)، والأحبال الصوتية الواقعة بالحنجرة (والتي تتحرك بفعل عضلات فتغير من هذا الصوت الخام بناء على أوامر المخ)، وسقف الحلق اللين والحدان والشفتان واللسان (التي تحركها جميعاً مجموعات عضلية لتغيير الصوت الخام بحيث يصدر في النهاية الكلام المقصود من أوامر المخ.

ومن المعلوم أن هناك (12) زوجاً من الأعصاب المخي cranial nerves، مرقمة من 1-12، ولكل منها مجموعة من الأعضاء التي يمدّها ويوصل لها أوامر التشغيل، وفي عملية إنتاج الكلام يشارك خمسة فقط وهي على النحو التالي:

- العصب المخي رقم (7) وهو facial nerve الذي يوصل إلى عضلات الحدود والشفتين.
- العصب المخي رقم (9) وهو glossopharyngeal الذي يوصل لبعض عضلات اللسان والحلق.
- العصب المخي رقم (10) وهو vagus nerve ومعه جزء من العصب المخي رقم (11) وهو accessory nerve وهما يوصلان للحنجرة.

- والعصب المخي رقم (12) وهو hypoglossal nerve ويوصل إلى عضلات اللسان.
- وهناك حزمة من الألياف العصبية المنسقة لعمل هذه الأعصاب وتقع في النخاع المستطيل للمخ وتسمى medial longitudinal bundle أما على المستوى الأعلى في المخ، فإن إنتاج الكلام يتم عبر تنسيق بين مناطق مختلفة في فصوص المخ ومن المعلوم أن المخ يتكون من نصفين كرويين، وكل نصف به (4) فصوص (أمامي وجانبي وصدغي وخلفي). وفي الجزء السفلي الخلفي من الفص الأمامي توجد منطقة بروكا Broca's Area ووظيفتها إعطاء الأوامر بالكلام، والتي تنتقل إلى منطقة الحركة في الجزء الأمامي من الفص الجانبي عند التقائه بالفص الأمامي ومنها عبر الألياف العصبية إلى أعضاء إنتاج الكلام كما ذكرنا سابقاً. ولكن إنتاج الكلام يحتاج للسمع عن طريق الجزء الأوسط العلوي للفص الصدغي auditory area، وتشغيل وتخزين الشفرات الخاصة بالكلمات في المنطقة المثلية الشكل على الزاوية الخلفية للفص الصدغي والتقاءها بالفص الجانبي angular area وفي كل الأحوال تعمل منطقة فيرنيك wernicke area الواقعة في أعلى الفص الصدغي على ضمان توافق معاني الكلمات المنتجة وفهم المتحدث بها لما ينطق به في المواقف المختلفة. أما عند إنتاج كلمات مقروءة فإن مناطق الرؤية في الفص الخلفي تعمل في البداية عند التعرف على الكلمات التي سيتم النطق بها لاحقاً. <http://schsuae.brinkster.net>.

كما أن دراسة عملية إنتاج الكلام Speech Production وما يتم من خلالها من معالجة لغوية تحول الفكرة العقلية للمتحدث إلى نقطة منطوقة أو مكتوبة تمثل أمراً بالغ الصعوبة مقارنة بعملية دراسة فهم وإدراك الكلام لذا فإن علماء سيكولوجية اللغة والمهتمين بدراسة إنتاج الكلام يلجأون إلى طرق غير مباشرة لدراستها اعتماداً على مصدرين هما أخطاء الكلام وعدم طلاقة الكلام، ومن خلال ذلك يتوصلون إلى المراحل التي تقع بين الرسالة التي يريد المتحدث إيصالها للمستمع وبين المنطوق اللفظي. (رمضان، 2008).

وتعتبر عملية الكلام عملية معقدة تشترك فيها عدة أجهزة عضوية وتتم بمراحل مختلفة وعلى الرغم من أن هذه الأجهزة تقوم بعملية خاصة بها في عملية نطق الكلام إلا أنه لا يمكن لأي جهاز من هذه الأجهزة أن يعمل بشكل منفصل ومستقل عن الأجهزة الأخرى بل لابد لها أن تشترك مع بعضها البعض في إتمام عملية الكلام والتواصل.

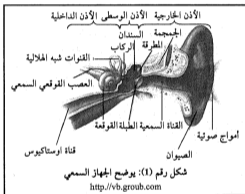
أولاً: الجهاز السمعي

يلعب السمع دوراً رئيسياً في نمو الإنسان، فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة، لذا فهي تشكل حجر الزاوية بالنسبة لتطور السلوك الاجتماعي، كذلك فإن حاسة السمع تمكن الإنسان من فهم بيئته ومعرفة المخاطر الموجودة فيها فتدفعه إلى تجنبها، حيث يعتمد إدراك الإنسان لعالمه على المعلومات التي يستقبلها عبر الحواس (السمع - البصر - الشم - الذوق - اللمس) وحدثت أي خلل في واحدة أو أكثر من الحواس تنجم عنه صعوبات عديدة. (الخطيب، 1998). (13)

ويسمع الإنسان الأصوات المختلفة عن طريق جهازه السمعي الذي يتنقل هذه الأصوات إلى مركز السمع في المخ فيحيل هذه الإشارة السمعية إلى استجابات مختلفة إما بالكلام أو بالحركة أو بالتفكير أو بالهرب أو بالفرح، فالأذن هي العضو السمعي الذي خلقه الله ﷻ ويمكننا من السمع، فالتناس يفاهمون مع بعضهم البعض عن طريق الكلام، وهذا يعتمد على السمع. ويتعلم الأطفال الكلام عن طريق الاستماع إلى حديث الآخرين من حولهم وتقليدهم. ومن فوائد السمع أنه يحذرننا من الأخطار كسماعنا صوت تحذير بوق السيارات أو صفارة القطار، فالسمع عملية معقدة جداً فكل شيء يتحرك يحدث صوتاً، ويتكون الصوت من اهتزازات لجزيئات الهواء التي تنتقل في موجات، ثم تدخل هذه الموجات إلى الأذن، حيث تتحول إلى إشارات عصبية ترسل إلى الدماغ الذي يقوم بدوره بترجمة هذه الموجات إلى أصوات. وللأذن وظيفة أخرى بالإضافة للسمع وهي حفظ التوازن، فهي تحتوي على أعضاء خاصة تستجيب لحركة الرأس فتعطي الدماغ معلومات عن أية تغيير في وضع الرأس، فيقوم الدماغ

يبعث رسائل إلى مختلف العضلات التي تحفظ الرأس والجسم ثابتين، كما هو في حال الوقوف أو الجلوس أو السير أو أية حركات أخرى.

تلعب حاسة السمع دوراً مهماً في تعلم اللغة والكلام في السنوات المبكرة من حياة الطفل. فيتعلم الطفل الكلام عن طريق سماع كلام الآخرين، وتقليد ما يسمعه منهم. وتتحول هذه التغيرات الصوتية إلى رموز مكتوبة عند بلوغ الطفل سن المدرسة، ويتعلم كيف يستجيب للأصوات التي تصدر من حوله، وذلك بتقديم مظاهر نموه الجسمي والعقلي. (عبد الرحيم وبشاي، 1988، 510).



يعتبر الجهاز السمعي أهم العناصر التي تشكل أساس إنتاج وفهم الكلام، وهو السليم الحساس لمدى الترددات التي تقع فيها الأصوات الكلامية من 20-2000 هيرتز، وكذلك يجب أن يكون المستمع قادراً على اكتشاف الفروقات الفردية الطفيفة التي تعكس الخصائص الصوتية للكلام، ولذا فالأفراد الذين يعانون من ضعف سمعي يجدون صعوبة في تفسير الإشارات الصوتية القائمة، ولذلك يدركون الكلمات بشكل مختلف عن الأفراد ذوي ميكاينزمات السمع العادي. (رمضان، 2008).

وفيما يلي شرح مبسط للجهاز السمعي:

1. الأذن الخارجية External ear

وتتكون من الصيوان (Pinna) وقناة السمع (Ear Canal) ويبلغ طولها 2.5 سم تقريباً عند الأشخاص البالغين وتنتهي الأذن الخارجية عند الأذن الوسطى بطبلة الأذن (Eardrum, Tympanic Membrane) وتقوم الأذن الخارجية بتجميع ونقل الأمواج الصوتية من البيئة المحيطة وتوصيلها إلى الأذن الوسطى وتقوم بتحديد مصدر الصوت.

2. الأذن الوسطى Middle Ear

وتشتمل على طبلة الأذن (Eardrum, Tympanic Membrane) وعلى العظيومات الثلاث وهي المطرقة (Hammer, malleus)، والسندان (Anvil, Incus)، والركاب (Stirrup, Stapes) وتنتهي الأذن الوسطى عند الأذن الداخلية بالنافذة البيضاوية (Oval Window) وتقوم الأذن الوسطى بتحويل الموجات الصوتية إلى طاقة ميكانيكية (حركية) وتوصيلها إلى الأذن الداخلية عبر النافذة البيضاوية. فعند انتقال الموجات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الوسطى تهتز الطبلة فتضغط على عظمة المطرقة مما يؤدي إلى اهتزازها فتنتقل هذه الحركة الاهتزازية عبر العظيومات الثلاث إلى أن تصل إلى النافذة البيضاوية. هذا مع العلم أن عظمة المطرقة أكبر من عظمة السندان وأن عظمة السندان أكبر من عظمة الركاب فيؤدي هذا التناقص بين العظيومات من الأكبر إلى الأصغر إلى تضخيم الصوت وتكبيره بنسبه تصل إلى 30 ضعفاً عند وصول الصوت إلى النافذة البيضاوية. كما توجد في الأذن الوسطى قناة أستاكيوس (Eustachian Tube) التي تصل بينها وبين التجويف البلعومي الأنفي ويبلغ طولها حوالي 1.5 سم. وتقوم قناة أستاكيوس بحفظ توازن الضغط على جانبي الطبلة وتقوم أيضاً بتهوية الأذن الوسطى وتخليصها من السوائل التي قد تتجمع بداخلها والتي قد تعيق حركة العظيومات الثلاث.

3. الأذن الداخلية Inner Ear

وتتكون من القوقعة (Cochlea) والقنوات الدهليزية أو شبه الهلالية (Semicircular canals) وتحتوي القوقعة والقنوات الدهليزية على سائل ليمفاوي أو ما يعرف بالسائل التيهي والقوقعة حلزونية الشكل ويوجد بداخلها عدد كبير من الشعيرات الدقيقة وتتصل بالأذن الوسطى بواسطة النافذة البيضاوية التي تنقل حركة

العظيمات الثلاث في الأذن الوسطى من خلالها إلى القوقعة حيث تؤدي حركة السائل النبهي فيها إلى تحريك الشعيرات الدقيقة والتي تؤدي إلى توليد نبضات عصبية متتابعة يتم نقلها عن طريق العصب السمعي إلى الدماغ حيث يتم فهم وإدراك وتفسير هذه النبضات في شكل أصوات، أما القنوات شبه الدهليزية فهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية تتصل بالقوقعة من جهة وبالعصب السمعي من جهة أخرى وتؤدي حركة السائل النبهي فيها عند حركة الجسم أو الرأس إلى تحفيز الخلايا الحسية وبالتالي تتولد نبضات عصبية حسية تنتقل عن طريق الفرع الدهليزي (Vestibular Branch) للعصب السمعي إلى مركز التوازن في المخيخ الذي يقوم بإرسال نبضات عصبية حركية إلى العضلات لإعادة التوازن للجسم وتصحيح وضعه.

<http://vb.groub.com>

آلية السمع

عندما تهتز الأجسام تصدر عنها أمواج صوتية تنتشر إلى الخارج بكل الاتجاهات على شكل ترددات (حركات إلى الامام وإلى الخلف). ويعرف عدد الترددات التي يولدها الصوت في الثانية بالذبذبة (Frequency). ويستخدم مصطلح (Hertz) المعروف اختصاراً بـ (HZ) للإشارة إلى مقدار التردد في الثانية الواحدة. والأصوات التي نسمعها عادة تصل إلى الأذن عبر الهواء (حيث إن طاقة الذبذبة تحرك جزيئات الهواء) ولكن الصوت يمكن أن ينتقل عبر السوائل والأجسام الصلبة أيضاً. وتتراوح ذبذبات صوت الإنسان بين (100) و(8000) هيرتز. وكلما ازدادت ذبذبة الصوت ازدادت جهارته أو علوه. فعلى سبيل المثال، يبلغ مقدار ذبذبة النوتة الموجودة في يسار البيانو حوالي (30) هيرتز في حين يزيد مقدار ذبذبة النوتة الموجودة على أقصى اليمين عن (2000) هيرتز. أما بالنسبة لشدة الصوت (Intensity) فهي تقاس بوحدة تسمى الديسبل (Decibel) والمعروفة اختصاراً بـ (DB) ويسمى الصوت الذي يستطيع الإنسان أن يسمعه بالكاد بالصوت من مستوى العتبة السمعية (Threshold Sound). وعندما ترتطم الذبذبات الصوتية بغشاء الطبلة الذي يتحرك إلى الإمام وإلى الخلف. وعندما تتحرك الطبلة تتحرك المطرقة المتصلة بها وهذه العظيمة بدورها تؤدي إلى اهتزاز السندان فالركاب. ويغطي الطرف الداخلي من الركاب النافذة البيضاوية

وعندما يتحرك فهو يؤدي إلى تموجات في السائل الموجود في القوقعة. وعندما يتحرك السائل في القوقعة فهو يؤدي إلى انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتي وذلك يقود بدوره إلى تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال سيالات أو إشارات عصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ (الفص الصدغي) لتتم معالجة المعلومات السمعية. (الخطيب والحديدي، 2005، 165-166).

ثانياً: أجهزة النطق

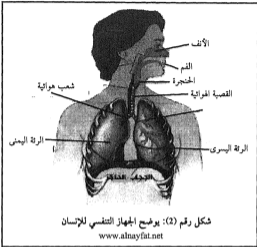
يتكون جهاز النطق عند الإنسان من مجموعة من الأعضاء تنقسم إلى أربعة أقسام رئيسية:

1. الجهاز التنفسي.
2. الجهاز الصوتي.
3. أجهزة الرنين.
4. الجهاز النطقي.

1. الجهاز التنفسي Respiratory System

وظيفة الجهاز التنفسي الأساسية هي إيصال الأكسجين إلى الدم والتخلص من ثاني أكسيد الكربون. فهناك علاقة بين التنفس وإنتاج الصوت، ويمكن القول أنه لا تتم عملية إنتاج الصوت بشكل مناسب إذا لم تكن هناك عملية تنفس جيدة خاصة (فالهواء الذي يعد المادة الخام للكلام) إذا كانت كمية الهواء الخارج مع الزفير محددة، أو إذا اعترض طريق هواء الزفير الخارج أي عائق فإن إنتاج الصوت يتأثر. كذلك إذا لم يكن هناك نوع من التآلف بين هواء الزفير وإنتاج الصوت، فإن الكلمات المنتجة تظهر على شكل متقطع وغير طبيعي مما يؤدي إلى تشويه التنفس وبالتالي تشوه عملية النطق. (مصطفى، 1991، 5).

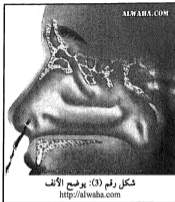
في البداية يجب معرفة مكونات الجهاز التنفسي التي تمكنه من أداء وظيفته بشكل سليم، فبدأ الجهاز التنفسي من فتحة الأنف، تجويف البلعوم، الحنجرة، القصبة الهوائية والشعب الهوائية ثم إلى الحويصلات الهوائية. والآن نحاول أن نشرح بشكل مبسط كيف تتم هذه العملية.



ونتناول الجهاز التنفسي على النحو التالي:

أ. الأنف (Nose): يدخل الهواء إلى الجسم من فتحي الأنف الخارجيتين وهما تفتحان على تجويفي الأنف ويفصل تجويف الأنف حاجز رأسي غضروفي من الأمام وعظمي من الخلف ويمتد تجويف الأنف الواسع إلى أعلى حتى سقف الجمجمة وإلى الخلف حتى البلعوم، وتشكل قاعدته الحنك (سقف الفم) الذي يفصله عن تجويف الفم، ويفتح تجويف الأنف إلى الخلف من البلعوم بواسطة فتحي الأنف الداخليتين. (البيلاوي، 2006، 80).

فالأنف ليس فقط لمرور هواء التنفس، وإنما هو أيضا المسئول عن حاسة الشم، والأنف له وظيفة أساسية لترطيب الهواء الداخل إلى الرئتين وأيضا منع الجيبات الصغيرة جدا العالقة في الهواء من المرور، حيث إنها تلتصق بالغشاء المخاطي المبطن بالتجويف الأنفي.



ب. القصبة الهوائية (Trachea): تمتد القصبة الهوائية ما بين الرئتين والحنجرة وهي عبارة عن أنبوبة مرنة يبلغ قطرها ما بين 2-2.5 سم أما طولها فيصل إلى حوالي 12 سم تقريبا وإن كان يزيد طولها في الرجال قليلا عنه لدى النساء. (المرسي وآخرون، 1991، البيلاوي، 2006، 80).

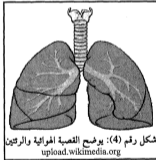
ولكن في الحقيقة فإن القصبة الهوائية لها تركيب يمكنها من أداء وظيفة معينة، فجدار القصبة الهوائية يتكون من غضاريف عديدة، ولكن هذه الغضاريف تغطي فقط الجزء الأمامي من القصبة الهوائية أما الجزء الخلفي من الجدار فيتكون من عضلات وليس غضاريف، وهذا التكوين يسمح للقصبة الهوائية بأن تكون صلبة ومفتوحة للسماح بمرور الهواء، وفي نفس الوقت يعطيها مرونة بحيث يسمح للجزء العضلي فيها بالانقباض، وهذه الخاصية ضرورية جدا لوظيفتين مهمتين وهما:

- إصدار الأصوات المختلفة حيث انقباض القصبة الهوائية ضروري لخلق تيار من الهواء الخارج من الرئة يمكن الأحبال الصوتية من إصدار الصوت.

- مساعدة الشخص على التخلص من البلغم أو الإفرازات الضارة التي قد تتكون في الرئة، ولولا خاصية القصبه الهوائية المرنة لما تمكن الإنسان من أن يكح بشكل فعال. www.alnayfat.net.

ج. الرئتان: هما عضوان نسيجهما إسفنجي مرن مخروطي الشكل يقعان داخل التجويف الصدري وتنفصل الرئتان عن بعضهما البعض بواسطة القلب وبعض الأنسجة الأخرى التي تكون الحاجز الصدري، والرئة اليمنى أكبر من الرئة اليسرى. (البيلوي، 2006).

وتتكون كل رئة من عدد كبير جداً من الحويصلات الهوائية يربطها مع بعضها نسيج ليفي مرن وتحتوي كل رئة على الشرايين والأوردة الرئوية الخاصة بها والأعصاب المغذية لها وتوجد الرئتان في التجويف الصدري واحدة يمينى وأخرى يسرى، والرئة تأخذ شكلاً هرمياً تقريباً له قمة تتجه إلى أعلى وقاعدة متجهة إلى أسفل ولكل رئة سطحان وثلاثة أحرف.



قمة الرئة: تمتد إلى أسفل الرقبة فوق الترقوة، وترتكز على عضلة الحجاب الحاجز الذي يفصل تجويف الصدر عن تجويف البطن وقاعدة الرئة مقعرة، وإن الرئتين أكبر بكثير مما يظن أغلب الناس، فهما ممتدتان من أسفل الرقبة إلى الحجاب الحاجز، وهو الفاصل الذي يقسم تجويف الجسم إلى قسمين، وهما تشبهان المخروط

على وجه التقريب، قمته إلى أعلى وقاعدته إلى أسفل، وكل رئة مستقلة عن الأخرى، بحيث إنك إذا لم تستطع التنفس بواحدة منهما لسبب أو لآخر فإنك يمكنك أن تنفس بالرئة الأخرى. كما أنهما مختلفان عن بعضهما قليلاً في الشكل والمظهر، وتتكون الرئة اليسرى من فصين بينما تتكون اليمنى من ثلاثة فصوص. وتشبه الرئة من الداخل الإسفنج حيث إنها خفيفة الوزن لاحتوائها على ملايين

من الحويصلات الهوائية. والرئة مطاطة جداً، ومعنى هذا أنها يمكن أن تتمدد بسهولة، إلا أنه ما أن تختفي القوة التي تمددها حتى تعود إلى شكلها الأصلي، كما أن رئة الجنين قبل الولادة وردية اللون مصمتة التكوين لأنها لا تحتوي على هواء وإذا وضعت في الماء فإنها لا تطفو عليه. وعند الولادة يبدأ الطفل بتنفس الهواء ويصاحب ذلك بكاء الجنين لأول مرة، فتتفتح الحويصلات الهوائية وتملأ بالهواء وتصبح الرئة إسفنجية وإذا وضعت في الماء تطفو عليه. وبمرور الزمن وعند البالغين يتغير لون الرئة إلى السمرة نتيجة لترسيب ذرات الغبار والكربون فيها.
www.zahran.org/vb

د. **القفس الصدري:** وهو عبارة عن قفص عظمي غضروفي مخروطي الشكل، ضيق من أعلى ويتسع تدريجياً إلى أسفل، يحدّه من الأمام عظم القفص، وغضاريف الأضلاع السبعة العليا، ويعتبر حده الأمامي أقصر أجزائه، أما من الخلف فيتكون من الفقرات الاثني عشرة من الوسط وأجسام الأضلاع الاثني عشر المتصلة بها من كل ناحية بما في ذلك العضلات بين الأضلاع، أما من أسفل فتوجد عضلة الحجاب الحاجز. (البيلاوي، 2006، 82).

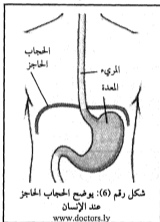


شكل رقم (5): يوضح القفص الصدري

www.fnatk.com/vb

هـ. **الحجاب الحاجز:** وهو عبارة عن عضلة مسطحة تشبه قبة غير منتظمة تبرز إلى أعلى وهي تفصل تجويف البطن عن تجويف الصدر فهو يشكل الأرضية الأفقية

للقفص الصدري، وهي تلعب دوراً رئيسياً في عملية الشهيق والزفير فعندما تنقبض عضلة الحجاب الحاجز يتسع تجويف الصدر فيتخلخل الضغط الداخلي الذي يسبب دخول الهواء إلى الرئتين لمعادلة الضغط المنخفض وعندما يكتمل الاستنشاق ترتخي العضلات ويقل حجم الصدر، فيتم طرد هواء الزفير وعلى الرغم من أن دور الحجاب الحاجز دور غير مباشر إلا أنه دور لا غنى عنه في عملية التنطق. (فرحات، 2000، البيلاوي، 2006، 84).



2. الجهاز الصوتي Larynx

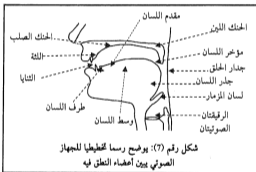
ويتألف الجهاز الصوتي على النحو التالي:

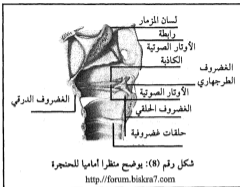
- الحنجرة: عضو غضروفي يقع في مقدمة الرقبة (أعلى الرقبة) من أسفل العظم اللامي، وحنجرة الرجل تكون أكثر بروزاً في الرقبة عن حنجرة السيدة، والحنجرة عضو أساسي في الجهاز التنفسي، وتعمل كصمام أمان لمنع تسرب الأكل أو الشرب أثناء البلع إلى القناة التنفسية، بالإضافة إلى أنها عضو أساسي في جهاز

الكلام حيث يتم فيها انقباض الأحبال الصوتية مع مرور الهواء من الرئة أثناء عملية الزفير.

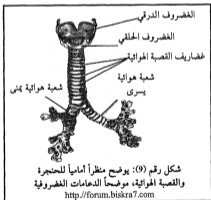
تعتبر الحنجرة بوابة الجهاز التنفسي وفيها الأحبال الصوتية (Vocal Cords)، التي تستقبل مرور الهواء من الرئة لإصدار الأصوات المختلفة، ويوجد فوقها نتوء لحمي متحرك أو زائدة لحمية (Epiglottis) وهذه الزائدة لها أهمية خاصة في تغطية فتحة الحنجرة أثناء البلع لمنع دخول الطعام إلى الحنجرة أو القصبة الهوائية.

وتتكون الحنجرة من عدة غضاريف يتصل بعضها ببعض بمجملته أربطة وعضلات تسمح لأجزائها بالحركة اللازمة للتنفس وإخراج الأصوات اللغوية. (البرعي والبرعي، 1990)





ويدعم الحنجرة تسعة أجزاء من الغضاريف أهمها. الغضروف الدرقي والغضروف الحلقوي.





3. جهاز الرنين The Resonance System

أو ما يسمى بالتجاويف فوق المزمارية أو تجاويف ما فوق الحنجرة وتشمل. تجويف الحلق (البلعوم) والتجويف الفمي والتجويف الأنفي وتلعب تلك التجاويف دورا بارزا ومهما في عملية إصدار الأصوات اللغوية، وتعطي للأصوات شكلها المميز. (البيلاوي، 2006، 89).

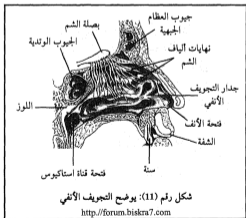
ويُغطّي الأنف من الخارج بالجلد الذي يمتد إلى الداخل، لكنه يتحول إلى غشاء مخاطي يحتوي على الخلايا الكأسية (Goblet Cells) التي تفرز مخاطاً تلتصق به الأجسام الغريبة الموجودة في الهواء الجوي المستنشق. ويُغطّي الأنف من الداخل كسائر أجزاء الجهاز التنفسي بخلايا طلائية ذات أهداب متحركة، تعمل على طرد المخاط والأجسام الغريبة المحتجزة إلى الخارج، كما أن التواءات الأنف الداخلية، تكون بمثابة مصدات هوائية تقلل من اندفاع الهواء داخل الجهاز التنفسي. كما توجد في الغشاء المبطن للأنف شعيرات دموية متفرعة، وعقد وريدية كبيرة تُكسب تجويف الأنف لونه الأحمر الزاهي المميز.

ويتصل تجويف الأنف بأربع جيوب تسمى الجيوب الجار أنفية (Paranasal Sinuses). كما توجد في تجويف الأنف فتحة للكيس الدمعي تخرج منها الدموع الزائدة. ويُطلُّ تجويف الأنف من الداخل على البلعوم الأنفي (Nasopharynx).

أ. التجويف الفمي **The mouth Cavity**: هو تجويف الفم، ويتغير شكله وحجمه كثيراً بسبب حركة اللسان والفك السفلي أثناء الكلام.

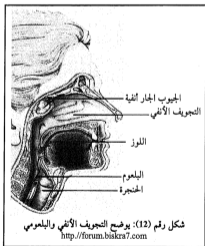
ب. البلعوم الفمي **Oropharynx**: يقع خلف تجويف الفم مباشرة، وتفصل اللهاة بينه وبين البلعوم الأنفي الذي يعلوه.

ج. التجويف الأنفي **The Nasal Cavity**: هو تجويف ثابت الحجم والشكل، ويتكون من تجاويف صغيرة، يفتح من الخارج على الهواء بفتحتي الأنف، ومن الداخل على البلعوم الأنفي الذي يقع خلفه، ويغلق التجويف الأنفي عند نطق كافة الحروف فيما عدا حرفي (ن،م)، وذلك من خلال حركة الحنك الرجوع لأعلى، ويظل مفتوحاً في حالة التنفس.



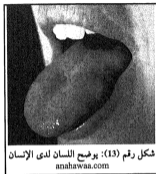
د. البلعوم الأنفي **Nasopharynx**: هو الجزء العلوي من البلعوم، ويقوم بنقل الهواء من تجويف الأنف إلى البلعوم الفموي، وتوجد فيه فتحة قناة استاكيوس التي تربط بين الأذن الوسطى والبلعوم فتحدث اتزاناً في الضغط على جانبي طبلة الأذن.

هـ. البلعوم الخنجري أو السفلي **Laryngopharynx**: هو الجزء الأخير من البلعوم، ويقوم بتوصيل الهواء إلى الخنجرة. ويفصل بين البلعوم الخنجري والخنجرة جزء رخو غضروفي يطلق عليه اللهاة أو كسان المزمار **Epiglottis** يقوم بإغلاق الخنجرة في حالة مرور الغذاء، لمنعه من دخول القصبة الهوائية، كما أنه يساعد على تنظيم عملية السعال. ويقع بين الخنجرة ونهاية اللسان عند بداية فتحة التشكيل الصوتي، وهو ثابت الحجم والشكل، وبالتالي فإن دوره في العملية الكلامية ثابت. (الزباد، 1990).



4. اجهزة النطق The Articulation System

الأصوات التي يصدرها جهاز الصوت، تعد بمثابة المادة الخام، ويقوم جهاز



شكل رقم (13): يوضح اللسان لدى الإنسان
anahawaa.com

النطق بتشكيلها كما تخرج في صورة رموز صوتية متميزة يتكون منها الكلام الشفهي المسموع ويشمل جهاز النطق ما يلي:

أ. اللسان The Tongue: يعد

اللسان من أهم أعضاء النطق وذلك لمرونته وكثرة حركته في الفم عند النطق فهو ينتقل من وضع إلى آخر لتكييف الصوت اللغوي حسب أوضاعه المختلفة وهو يحتل حيزاً كبيراً داخل التجويف الفمي إضافة

إلى وجود جزء منه في التجويف الحلقوي (الببلاوي، 92.2006). ويتكون من مجموعة من العضلات تنقسم على النحو التالي:

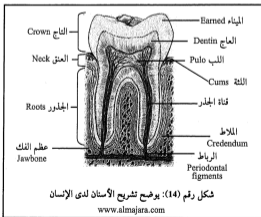
- عضلات خارجية: (العضلة اللامية اللسانية، العضلة اللقنية اللسانية، العضلة الإبرية اللسانية).
- عضلات داخلية. (العضلة المستعرضة، العضلة العمودية، العضلة الطولية السفلى، العضلة الطولية العليا).
- اللسان ينقسم إلى أربعة مناطق.
- طرف اللسان.
- مقدم اللسان.
- مؤخر اللسان.
- جذر اللسان.

ب. الشفتان The Two Lips: وتتكون الشفاه من طبقة عضلية على هيئة قوس هلال، الشفة العلوية مثبتة لاتصالها بالفك العلوي الثابت والسفلية متحركة

تتحرك مع الفك السفلي الذي تتصل به، ويتحكم في شكل وحركة الشفتين بعض عضلات الوجه مما يساعد على أن تتخذ أشكالاً وأوضاعاً مختلفة تساهم في إخراج بعض أصوات الحروف. (الفرماوي، 2006، 91). وأهم العضلات التي تتحكم في الشفتين:

- العضلة الوجنية الكبرى.
- العضلة الرافعة.
- العضلات الخافضة.
- العضلات المحيطة بالفم.

ج. الأسنان The Teeth: هي من أعضاء النطق الثابتة ولها وظائف مهمة تساعد في إخراج بعض الأصوات وتنقسم الأسنان في مجال الصوتيات إلى. (الأسنان العليا، الأسنان السفلى)، وتتكون من صفيين، صف في الفك العلوي، وآخر بالفك السفلي، تتخذ شكلاً دائرياً من الأمام، وتساهم الأسنان في نطق أصوات الحروف سواء وحدها أو بالاشتراك مع الشفة واللسان.



د. الفك السفلي The Mandible: يتكون هذا الفك من إطار عظمي صلب ينتهي بالثة والأسنان من الأمام ويتصل بالوجه بعضلات وعضاريف تساعده على الحركة إلى أعلى وإلى أسفل كي يغلّق التجويف الفمي ويفتحه بالسرعة المناسبة لمقتضيات عملية النطق والكلام، حيث تعمل هذه الحركة على تغيير شكل التجويف الفمي وحجمه وفقاً لطبيعة مخارج أصوات الحروف. (الشخص، 1997، 73 - 74).

- وهو الوحيد القابل للتحرك من عظام الوجه فترى انخفاضاً عند نطق صوت (أ) ويرتفع عند نطق صوت (ي)، ويتفاوت في باقي الأصوات، كما أنه يتكون من إطار عظمي صلب ينتهي بالثة والأسنان من الأمام ويتصل بالوجه بعضلات.
- . الثة: نسيج ليفي ضام والثة العليا على شكل تجويف محدب ولها ضلعين أمامي وخلفي فالضلع الأمامي (يسمى بالثة الأمامية) مسئول عن أصوات مثل (ت) و(ن) والضلع الخلفي (يسمى بالثة الخلفية) وينتج أصواتاً مثل (ط)، (ز)، (س).
- و. سقف الحلق The Palate: هو تركيب مقوس يتخذ شكل القبة ويسمى الحنك، يتكون من ثلاثة أجزاء، ويتكون سقف الحلق من جزأين أحدهما عظمي صلب من الأمام (الحنك) ويتصل به جزء عضلي رخو من الخلف، وينتهي سقف الحلق الصلب من الأمام بالسنيخ (منابت الأسنان)، ويمثل الجدار الأساسي لغرفة الرنين بالتجويف الفمي لأنه يتخذ شكل القبة، مما يتيح للسان حرية الحركة داخل هذا التجويف وفقاً لمتطلبات عملية النطق وتشكيل أصوات حروف الكلام. أما سقف الحلق الرخو فيتصل بالجمجمة والبلعوم بأربع عضلات خارجية تحركه إلى أعلى وإلى أسفل أثناء التنفس وعند خروج الأصوات الأنفية، وغالباً ما يطلق على هذا الجزء (سقف الحلق الرخو) وعضلاته الأربعة) اللهاة، وهو يلعب دوراً أساسياً في تنظيم خروج الأصوات من التجويف الفمي أو الأنفي، ورنينها، فضلاً عن عملية التنفس ذاتها. (<http://forum.sedty.com>).

ز. الأنف Nose: يتكون الأنف من حجر متماثلة ومنفصلة بواسطة عظم وغضاريف الحاجز الأنفي، ويتصل بالخارج عن طريق فتحتي الأنف، ويفتح من الخلف على البلعوم الأنفي، ويمتد تجويف الأنف إلى أعلى حتى سقف الجمجمة، ويفصله عن تجويف الفم سقف الحلق، والأنف يشترك في نطق أصوات الحروف الأنفية مثل حرفي (ن،م).

ثالثاً: الجهاز العصبي

هو الجهاز المسيطر على كل أجهزة الجسم الإرادية واللاإرادية لتلبية حاجات الفرد من البيئة الداخلية والخارجية.

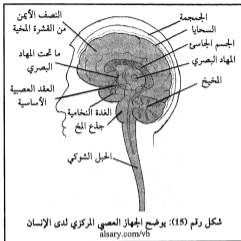
وهو عبارة عن منظمة من خلايا العصبية تستقبل المثيرات الداخلية والخارجية وتوصلها للمخ ثم ترسل الأوامر للاستجابة لهذه المثيرات.

أما الجهاز العصبي المركزي ويشتمل على الحبل الشوكي والدماغ والمخ ويلعب المخ دوراً حيوياً في عملية النطق إذ يضم المناطق العصبية المسئولة عن استقبال الكلام وفهمه وإرساله (حنون، 1999. 53 - 68).

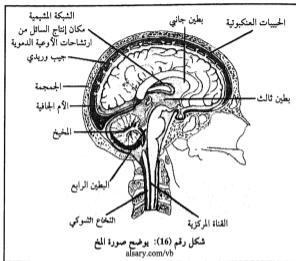
مكونات الجهاز العصبي المركزي

المخ والنخاع الشوكي محاطان بثلاثة أنواع من الأغشية:

1. الأم الحنون: وهو غشاء رقيق يغلف السطح الخارجي للمخ والمخيخ.
 2. الأم العنكبوتية: وهي تبطن الأم الجافية.
 3. الأم الجافية: وهي سميكة ومتينة تبطن عظام الجمجمة مباشرة.
- وبملا الحيز بين الأم الحنون والأم العنكبوتية السائل المخي الشوكي وهو سائل رقيق وظيفته حفظ المخ والحبل الشوكي عن طريق امتصاص الصدمات.



ونظراً لأهمية المخ فقد اهتم الكثيرون بدراسة مناطقه المختلفة وما تضطلع به محاولين رسم خريطة دقيقة توضح ذلك. ويتكون المخ من شقين متماثلين إلى حد كبير (أيمن - أيسر) يطلق عليهما النصفين الكرويين، ويضم كل شق أربعة فصوص أساسية. (عبد العزيز الشخص، 1997 . 50).



الجهاز العصبي الطرفي

أهم الأعصاب التي يتكون منها الجهاز العصبي الطرفي:

1. الأعصاب الدماغية أو الجمجمية: وهي عبارة عن 12 زوجاً من الأعصاب تخرج من جذع المخ، ولكل عصب وظيفته:
 - أ. العصب الأول: الشمي، يصل الغشاء الحسي للأنف بالبصيلة الشمية أسفل المخ، وعلى الرغم من كونه ضعيفاً عند الإنسان إلا أنه يؤثر على العواطف.
 - ب. العصب الثاني: العصب البصري، يصل مباشرة بين شبكية العين والفص المؤخري في المخ.
 - ج. العصب الثالث (المحرك)، والعصب الرابع (البكري)، والعصب السادس (المبعد). تتسق حركة العضلات الست المسؤولة عن حركة مقدمة العينين.

- د. العصب الخامس: التوامي الثلاثي، وهو مختلط بين الحس والحركة، فهو مسؤول عن حركة المضغ، ومسؤول عن إحساسات الوجه.
- هـ. العصب السابع: الوجهي، وهو عصب مختلط أيضا بين الحس والحركة، فيستقبل إحساسات الذوق من الثلثين الأماميين من اللسان، ويكون مسؤولا عن حركات الفم وجفني العينين، والابتسام والتقطيب.
- و. العصب الثامن: وهو يتكون من عصبين متميزين، العصب القوقعي المختص بالسمع، وعصب الدهليز المختص بالاتزان.
- ز. العصب التاسع: اللساني البلعومي، وهو مسؤول عن الإحساس بالذوق من الجزء الخلفي من اللسان، وعن عملية البلع.
- ح. العصب العاشر: العصب الحائر، وهو المسؤول عن تنظيم الجهاز الذاتي للجهاز التنفسي والجهاز الدوري، والجهاز المعدي والمعوي، ويغذي الأحبال الصوتية، ويختص ببعض مراحل عملية الابتلاع.
- ط. العصب الحادي عشر: العصب الشوكي، وهو عصب حركي تنتهي فروعه عند العضلات التي تمكننا من هز رؤوسنا وأكتافنا.
- ي. العصب الثاني عشر: تحت اللساني، وهو الذي يصل إلى عضلات اللسان.
2. الأعصاب النخاعية الشوكية: عبارة عن 31 زوجاً تخرج من فقرات الحبل الشوكي والعمود الفقري، ويتصل كل عصب بالحبل الشوكي بمحذرين. أمامي محرك، وخلفي حسي.
3. الأعصاب الذاتية واللاإرادية أو المستقلة: خاصة بالجهاز العصبي المستقل الذي يتكون من قسمين.
- أ. السمبثاوي.
- ب. الباراسمبثاوي.

اضطرابات النطق

اضطرابات النطق

أسباب اضطرابات النطق

أجهزة النطق وأثر خلل كل جهاز منها على اضطرابات
النطق

معدل انتشار اضطرابات النطق

مظاهر اضطرابات النطق

اضطرابات النطق الديزلانيا، ما بين المصطلح العلمي
والمفهوم العامي

تشخيص اضطرابات النطق

اختبارات النطق Articulation Tests

علاج اضطرابات النطق

الفصل الرابع

اضطرابات النطق

اضطرابات النطق Articulation Disorders

تعرف اضطرابات النطق والكلام بأنها. عدم القدرة على إصدار أصوات اللغاة بصورة سليمة نتيجة مشكلات في التناسق العضلي أو عيب في مخارج أصوات الحروف أو لفقر في الكفاءة الصوتية أو خلل عضوي، ولاعتبار أن ذلك يعد اضطراباً يجب أن يعوق عملية التواصل، وأن يسترعي انتباه المتحدث، وأن يؤدي إلى معاناة الشخص المتحدث أو يزيد من مستوى القلق لديه وسوء توافقه. (الشخص والدماطي، 1992. 415).

كما تعرف بأنها: خلل في نطق الطفل لبعض الأصوات اللغوية يظهر في واحد أو أكثر من الاضطرابات التالية: إبدال (نطق صوت بدلاً من صوت آخر) أو حذف (نطق الكلمة ناقصة صوتاً أو أكثر). أو تحريف (نطق الصوت بصورة تشبه الصوت الأصلي غير أنه لا يماثله تماماً) أو إضافة. (زيادة صوت زائد إلى الكلمة).

ويعرف (الخطيب والحديدي 1997) اضطرابات النطق بأنها. أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة الفك والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشكل مناسب بحيث يحدث استبدال أو تشوه أو إضافة أو حذف وقد لا تكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة وفي هذه الحالة تعزى اضطرابات النطق للحرمان البيئي والسلوك الطفولي والمشكلات الانفعالية وبطء النمو.

وتعرف اضطرابات النطق بأنها مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة ويمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة أو الساكنة، ويمكن أن يشمل الاضطراب بعض الأصوات أو جميع الأصوات في أي موضع من الكلمة. (يوسف، 1997. 158).

وتعرف اضطرابات النطق بأنها ذلك الخلل الذي تخرج من خلاله أصوات الكلام بصورة شاذة وغير عادية بحيث تكون على شكل حذف، إبدال، إضافة، وكذلك تحريف في عناصر الكلمة. (الوابلي، 2003، 58).

يذكر (الزباد 1990) أن اضطرابات النطق، هي اضطرابات تتركز على عملية وطريقة النطق وكيف تتم وطريقة لفظ الحروف وتشكيلها وإصدار الأصوات بشكل صحيح وعيوب النطق متعددة تتناول الحروف الساكنة والمتحركة وأسلوب نطق الكلمات.

كما صنفت اضطرابات النطق في الـ (DSM IV 1994) تحت ما يسمى الاضطرابات الصوتية وتعرف بأنها: فشل في استخدام أصوات النطق المتوقعة نمائياً طبقاً لعمر الفرد وذكائه ولهجته وتنتج في إصدار صوتي رديء أو تلفظ غير مناسب كإبدال صوت مكان آخر أو حذف أصوات مثل الحروف الساكنة التي تقع في آخر الكلمة أو يشوبه التحريف لنطق الكلمات الخ مما يعطي انطباعاً بأنه كلام طفلي وتداخل هذه الصعوبات في كل من التحصيل الأكاديمي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي وتزداد هذه الصعوبات والمشكلات أو الخلل الوظيفي اللغوي إذا ارتبطت بالتخلف العقلي أو عجز الكلام الحسي الحركي أو الحرمان البيئي

ويعرف (الشخص 1997) اضطرابات النطق بأنها هي اضطرابات تنتشر بين الصغار والكبار نتيجة أخطاء في إخراج أصوات وحروف الكلام ومخارجها وعدم تشكيلها بصورة صحيحة وتختلف درجاته من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد حيث يخرج الكلام غير مفهوم نتيجة الحذف والإبدال والتشويه والإضافة والذي يحدث نتيجة خلل في أعضاء جهاز النطق أو إصابة الجهاز العصبي المركزي.

كما عرف (الرشدي وآخرون، 2000) اضطرابات النطق بأنها: إخراج أصوات الكلام بطريقة معينة أو غير دقيقة أو أنها تلك الانحرافات الكلامية التي تتضمن إبدالا أو تشويها أو حذفاً أو إضافة لأصوات الكلام نتيجة اضطراب التفاعل التي تتضمن إبدالا أو تشويها أو حذفاً أو إضافة لأصوات الكلام نتيجة اضطراب التفاعل بين اللسان والشفيتين والأسنان والفكين وسقف الحنك في إصدار أصوات الكلام.

كما سبق يتضح أن:

1. اضطرابات النطق تمثل خللا أو فشلا في إخراج أو لفظ الحروف أو مخارجها أو أصوات الكلمات أو إصدار صوتي رديء وتلفظ غير مناسب وعدم تشكيلها بصورة صحيحة.
2. اضطرابات النطق تظهر في الحروف الساكنة والمتحركة على حد سواء وفي أسلوب نطق الكلمات وهذه الاضطرابات تختلف درجتها من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد.
3. يغلب على اضطرابات النطق: إبدال صوت بصوت آخر أو حذف بعض الحروف في الكلمة أو تحريف وتشويه صوت الحروف أو إضافة أصوات أخرى مما يجعل الكلمة غير مفهومة من المستمعين
4. تنتج اضطرابات النطق عن خلل عضوي، كوجود مشكلات في التناسق العضلي أو عيب في مخارج الحروف أو خلل في أعضاء جهاز النطق كالأخطاء في حركة الفك والشفاه أو اللسان أو سقف الحلق أو إصابة الجهاز العصبي المركزي وقد تنتج عن الحرمان البيئي والسلوك الطفولي أو المشكلات الانفعالية أو ببطء النمو.
5. تنتشر اضطرابات النطق بين الصغار والكبار ولا تتفق مع أصوات النطق المتوقعة نهائيا طبقا لعمر الفرد وذكاؤه ولهجته.
6. تنتج عن اضطرابات النطق معاناة الفرد من القلق وسوء التوافق كما تتداخل مع التحصيل الأكاديمي والانجاز المهني والتواصل الاجتماعي.
7. تزداد المشكلات إذا ارتبطت بالتخلف العقلي أو عجز الكلام الحسي الحركي أو الحرمان البيئي. (شاش، 2007، 95-96).

أسباب اضطرابات النطق

تمثل اضطرابات (النطق) الديدنلاليا على النحو التالي:

أ. العوامل السيكوفسيولوجية المسببة للديدنلاليا الجزئية

تحدث الديدنلاليا الجزئية نتيجة لعدة عوامل تتمثل في:

1. ضعف عضلات اللسان وعدم قدرة المصاب على التحكم في حركات لسانه.
2. عيوب في حجم اللسان كطولته أو قصره أو التصاقه والتفافه.
3. عدم انتظام الأسنان من حيث تكوينها الحجمي كبيرا أو صغرا أو من حيث تقاربها أو تباعدها. عن بعضها أو تطابقها أو فقدان بعضها أو تشوهها واعوجاجها.
4. وجود عقدة تحت اللسان تعوق حركته أو إصابة اللسان بمجروح قطعية.
5. وجود فجوة في سقف الخلق الرخو أو الصلب أو عدم مرونتها.
6. زيادة حجم الفك العلوي أو السفلي أو كسر أحدهما.
7. وجود شق في الشفاه إما بشكل ولادي أو مكتسب نتيجة جرح قطعي أو تشوه في حجم الشفاه مثل كبر حجمها بشكل غير طبيعي أو التوائها أو في حالة الشفاه الارنبية.
8. قد ترجع الديزلايا الجزئية لأسباب وظيفية كالتقليد لبعض الأشخاص المحيطين المصابين ببعض أنواع الديزلايا الجزئية والذين يتواجدون في بيئة الطفل أثناء نموه اللغوي.
9. قد ترجع الديزلايا الجزئية لأسباب سيكولوجية حيث ينطق الطفل الحروف بشكل غير صحيح إما لجذب انتباه الكبار والوالدين في حالات الإحساس بالإهمال والنهذ أو لاستجلاب العطف والحنان والمداعبة في حالات الإحساس بالحرمان.

ب. الأسباب النيورولوجية للديزلايا الكلية

تعود الديزلايا الكلية في غالبية الأحيان إلى عيوب في أعضاء النطق ذات أصل نيورولوجي فهناك العديد من الاضطرابات العصبية الخاصة بهرمونات الغدد الصماء التي تؤثر بدورها على عضلات أعضاء النطق والكلام مما يسبب تشويه كلي لحروف الكلمة ومن هذه الاضطرابات:

1. مرض جريفز: وهو أحد أمراض الغدة الدرقية وأكثرها شيوعا وينشأ عن زيادة في إفراز هرمون الثيروكسين ويصاحب ذلك أعراض رئيسية كجحوظ العينين

وزيادة سرعة ضربات القلب والضعف وتضخم الغدة الدرقية وسرعة ردود الفعل الانعكاسية مع ضعف عضلي وارتعاش اللسان والشفاه والفك وتنشأ عن ذلك أعراض نفسية تتمثل في الهلاوس والاكتئاب وعدم الثبات الانفعالي والقلق.

العلاج: يحتاج مريض جريفز إلى علاج طبي أو جراحي في بعض الأحيان مع استخدام بعض العقاقير المضادة للاضطرابات النفسية كما يفيد الإرشاد النفسي في ذلك.

2. الاكروميغالي: تنشأ حالة الاكروميغالي عن زيادة في إفراز هرمون النمو فيتوقف طول الفرد عن الزيادة ويتوقف نمو عظام الوجه واليد والقدمين ليكتسب الفرد شكلاً خاصاً كما يتوقف نمو عضلات اللسان والشفاه وضعف الفكين مما يؤثر على طريقة نطق الحروف وتظهر أعراض هذه الحالة في شكل تضخم بالوجه والقدمين والجلد وتقوس العمود الفقري مع شكوى من آلام العظام والعضلات والصداع المستمر مع تقلب الحالة المزاجية والتبدل واضطراب الذاكرة والانتباه والحساسية الزائدة.

العلاج: يعتمد علاج الاكروميغالي على الجراحة لإزالة أورام الغدة النخامية لتقليل الزيادة في إفراز هرمون النمو مع الإرشاد النفسي وتدريب عضلات الجسم المختلفة بما فيها عضلات النطق والكلام.

3. مرض كوشنج: تنشأ متلازمة أعراض كوشنج عن زيادة إفراز هرمون الادرينو كورتيكوتروفين مما يؤدي إلى ضعف عضلي عام خاصة في عضلات الأطراف والوجه واللسان والفكين وكلها عضلات مشاركة في عملية النطق والكلام، مما يؤدي إلى تشويه نطق الأصوات الكلامية كما تصاحب هذا المرض سمته في الجذع والبطن والوجه حيث يصبح مستديراً مع تغيرات جنسية تؤدي للعقم وتصاحبه أيضاً أعراض نفسية تتمثل في التبدل والاكتئاب مع أفكار انتحارية وقلق ونوبات من الصراع والعناد وأفكار اضطهادية والمخفاض في الوظائف العقلية.

العلاج: يعتمد علاج مرض كوشينج على الجراحة لإزالة الورم الغدي المؤدي إلى زيادة هرمون الأدرينوكورتيكوتروفيين وبعدها يستعيد المريض صحته إلا أن ذلك لا يتم سريعا ويحتاج إلى وقت بالإضافة للإرشاد النفسي.

4. **ذهان تسمم الاثروبين:** وهو ناشئ عن زيادة الاعتماد على عقار الاثروبين إلى حد غير طبيعي وتنتج عن ذلك سرعة النبض والتنفس واختلال الحركات الإرادية والصراع والغثيان وزيادة الحركة الانفضاضية والارتعاش العضلي العام الذي يشمل عضلات النطق والكلام وذلك قد يؤدي إلى الإصابة بالديزلاليا الكلية أو الديساريا.

العلاج: يتم بعمل غسيل للمعدة مع إعطاء المريض جرعة 1 ملليمتر من المورفين 1٪ مرتين أو ثلاث مرات يوميا للتقليل من أعراض الهذيان والاستثارة الشديدة مع إيقاف إعطاء المورفين بمجرد زوال الأعراض كما يمكن أن تنشأ الديزلاليا الكلية عن انخفاض الذكاء أو تصاحب حالات التخلف العقلي كما قد تصاحب حالات عصبية مدمرة مثل خوريا هنتجتون التي تتميز بحركات عضلية إيقاعية مع تدهور عقلي وغالبا ما يؤدي إلى الموت ويظهر هذا المرض ما بين سن 35 = 40 سنة، وأيضا تصاحب الديزلاليا حالات الشلل الدماغى وحالات مرض باركنسون التي يصاحبها شلل عضلي اهتزازي. (فهيمى 1965، 105، الفرماوى، 2009-85-88)

كما يشير كل من (الشخص، 1997، 188، وجابر، وكفافي، 1989، 623، السرطاوى، أوجوده، 2000، 315، رمضان، 2008) إلى أن اضطرابات النطق تحدث كنتيجة إعاقة للأجهزة المسؤولة عن إصدار الكلام والإعاقة العقلية والشلل الدماغى والإعاقة السمعية على النحو التالي:

أجهزة النطق والثرخلل كل جهاز منها على اضطرابات النطق

1. عدم تناسق الفكين وانطباقهما

حركة الفكين تتحكم في حجم التجويف الفمى وكذلك إعطاء الفرصة لأعضاء النطق الموجودة في هذه التجويف لتأخذ مكانها المناسب عند إنتاج الأصوات، ومن

هنا فإن أي خلل في الفكين مثل. عدم القدرة على التحكم بحركتها، أو تقديم أحد الفكين على الآخر وبالتالي عدم اكتمال عملية الإطباق، فقد يتقدم الفك العلوي على السفلي والعكس ما يؤدي إلى وجود اضطراب في نطق بعض الأصوات.

2. اللسان

ومن مشكلات اللسان زيادة طوله كما في حالة الأطفال المصابين بمرض داون، مما يجعله يتدلى خارج الفم، ويعوق عملية النطق، وقد يكون قصيراً بدرجة تحول دون نطق بعض الأصوات التي تتضمن ارتفاع اللسان إلى أعلى وإلى الإمام بصورة صحيحة، وقد تزداد الروابط التي تصل اللسان بالفك السفلي فتعوق حركته بحرية أثناء عملية الكلام.

3. تشوه الأسنان

إن بعض الحالات المعقدة من التشوه البنيوي للأسنان يؤدي إلى صعوبة شديدة في إصدار بعض الأصوات الكلامية ما لم يتم معالجتها طبيياً، فالأسنان الصحيحة البناء والتركييب ضرورية قصوى لإخراج الأصوات اللغوية إخراجاً نطقياً سليماً، فعندما تكون الأسنان مشوهة وغير طبيعية التركيب والبنية، يتوقع حدوث نطق غير سليم لهذه الأصوات.

4. شق الحلق أو الشفاة

يحدث شق الحلق أو الشق الحلق في سقف الحلق بسبب إخفاق عظام الرأس في الالتحام على نحو سليم خلال النمو قبل الولادة، وإن لم يصحح هذا العيب جراحياً في الشهور القليلة الأولى من الميلاد، فإن الطفل يعاني من عيب في النطق، وهذا العيب لا يتصل بالضعف العقلي على الرغم من أنه قد يرتبط بعيوب ولادته الأخرى .

5. الإعاقة العقلية

تنشر اضطرابات النطق والكلام والتخاطب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم سواء من ناحية الإبدال أو التحريف أو الحذف، وكذلك وجود اضطرابات في الصوت حيث يسير الصوت لديهم على وتيرة واحدة ويتسم بالتنمطية

وهو صوت مزعج غير سار لدى كثير منهم، وإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كما وكيفاً بدرجة التخلف العقلي حيث تقل بين أفراد الفئة البسيطة بينما تزداد بشدة لدى ذوي التخلف العقلي الحاد. (الروسان، 1999. 103-104).

كما أن أكثر من نصف الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من بطء في النمو اللغوي وتأخر في الكلام ولكن هذا لا يعني أن التخلف العقلي هو السبب الرئيسي للتأخر في الكلام بل قد تكون هناك أسباب أخرى لذلك.

إن الأطفال المعوقين عقلياً بدرجة متوسطة تزداد لديهم اضطرابات النطق وخاصة الإبدال والحذف التي تشمل كثيراً من الحروف، مما يجعل كلامهم يميل إلى الكلام الطفلي، وهو كلام يصعب فهمه، كما تنتشر بينهم اضطرابات الصوت، خاصة الطبقة، حيث يتحدث الطفل طبقة منخفضة وشدة مرتفعة، وعلى وتيرة واحدة، مما يجعل كلامه غير واضح، هذا فضلاً عن زيادة تدفق الهواء أثناء الكلام لدى بعض الأطفال، وهذا يوضح العلاقة بين الإعاقة العقلية واضطرابات النطق لدى الأطفال (الشخص، 1996).

كما أن اللغة الاستقبالية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تتطور بمعدل منخفض عن تطورها عند الأطفال العاديين وأن الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر تأخراً في العمر اللغوي عنه في العمر العقلي، وأن انخفاض القدرات العقلية ونموها في الذاكرة قصيرة المدى يكون مسئولاً عن التأخير اللغوي. (السرطاوي، وسيسالم، 1987).

ويعاني المعوقون عقلياً من تأخر واضح في النمو اللغوي وفي النطق واكتساب قواعد اللغة، مما يجعل لغتهم يغلب عليها الطابع الطفولي، وتظهر لديهم ضحالة المفردات اللغوية وبساطتها، ويعاني كثير منهم من اضطرابات النطق كالتأتأة واضطرابات التلفظ كالحذف والإبدال واضطرابات الصوت التي تشمل طبقة الصوت وشدة وعدم ملائمة نغمته. (القريطي، 2001. 220).

وتشير كل من (باطة، 2003. 172-173، فواد، 1991. 65) إلى أن الطفل المعوق عقلياً بالقصور الواضح في استخدام اللغة والكلام يتأخر في اكتساب النمو اللغوي بصورة واضحة وفي إخراج الأصوات ونطق الكلمات واستخدام الجمل

والتعبير اللفظي عن الأفكار والمشاعر فتظهر هذه العمليات في عمر متأخر ويتشابه تتابع مراحل النمو اللغوي لدى المعوق عقليا والطفل السوي إلا أن معدل النمو لدى الطفل المعوق عقليا يكون أبطأ وتكون عيوب النطق والكلام أكثر وضوحاً كما يتصف بالنقص في مستوى التعبير. كما أن المهارات اللغوية منخفضة لدى المعوقين عقليا ويظهر ذلك بوضوح في الخصائص اللغوية لهذه الفئة مما يتضح من خلال نقص مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً، ونقص كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً كلما قلت نسبة ذكائهم، والنقص النسبي في اكتساب مفردات اللغة وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به، وعدم إحسان الكلام حيث يبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة الأطفال، ونقص كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سالب على عملية التعلم الاجتماعي بشكل مباشر أو غير مباشر لدى المعوقين عقلياً.

6. الشلل الدماغي

الشلل الدماغي مصطلح يطلق على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب المخ في مراحل مبكرة من حياة الطفل، وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة، وتنتج هذه الاضطرابات عن خلل أو تلف في الدماغ وتؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحسية والحركية والعصبية التي تظهر على شكل تشنجات أو تؤثر في الحركة والأوضاع الجسمية وما يصحبها من تشوهات في الأطراف. (سليمان، 2001، ص 66).

كما يعرف الشلل الدماغي بأنه: مصطلح طبي يشتمل على مجموعة من المشكلات الحركية المرتبطة بعدم السيطرة على عضلات الجسم وعدم التناسق في الحركة والقوام والتوازن تنتج عن إصابة الدماغ الطبيعي في فترة نموه بتلف في المناطق المسيطرة على الحركة. أو لعدم اكتمال نمو هذه المناطق أثناء الحمل.

وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار الشلل الدماغي تتراوح ما بين 1-6 تقريباً في كل ألف من المواليد الأحياء وتتأثر هذه النسبة سلباً وإيجاباً اعتماداً على مستوى الوقاية والرعاية الصحية خاصة في مجال رعاية الأمومة والطفولة.

العوامل المؤدية إلى حدوث الشلل الدماغي، تتمثل على النحو التالي:

أ. العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة:

- نقص الأكسجين

- عدم توافق العامل الرايزيسي

- الحُداج

ب. العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة.

- الرضوض والإصابات في أثناء الولادة أو النزيف.

- تعرض رأس الطفل في أثناء الولادة القيصرية لصدمات في الرأس.

- نقص الأكسجين.

- استخدام العقاقير المخدرة عند الولادة.

ج. العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة:

- إصابات الرأس.

- الالتهابات.

- نقص الأكسجين نتيجة الغرق أو الاختناق.

- تشوهات أو اضطرابات مرضية.

- الاضطرابات التسممية.

الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغي

نادرا ما تقتصر الآثار الناتجة عن الشلل الدماغي على مظاهر النمو الحركي

وإنما تمتد لتشمل أجزاء أخرى من الجسم.

- فقد يعاني الأطفال المصابون بالشلل الدماغي من أشكال مختلفة من الاضطرابات

- وتقدر نسبة انتشار التخلف العقلي بحوالي 2-3% بين الأطفال المصابين بالشلل

الدماغي.

- ويعاني حوالي 50% من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من إعاقات بصرية . مثل خلل في عضلات العين (الحول) وأخطاء الانكسار .
- وهناك نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من مشكلات مختلفة تتصل بالكلام واللغة نتيجة لضعف العضلات المسؤولة عن الكلام.
- وتعاني نسبة غير قليلة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من إعاقات سمعية. حيث تتراوح نسبة المصابين بإعاقات سمعية ما بين 15 - 25% . (ملحم، 2006. 160-166)

7. الإعاقة السمعية

الإعاقة السمعية هي تلك التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم. (القيروتي، 1995 . 138).

تعتبر الإعاقة السمعية تأثيراً واضحاً على النمو اللغوي حيث تؤكد نتائج بعض الدراسات على وجود علاقة عكسية بين النمو اللغوي للمعوق سمعياً وبين درجة الإعاقة، وقد أشارت نتائج دراسة جينيفر Jennifer 1997 إلى أن أهم آثار الإعاقة السمعية تكون على الكلام والتطور اللغوي لدى الأطفال وبالتالي لها تأثير لاحق على التخاطب والاتصال في الحياة. (فؤاد 2005 . 174 - 175).

كما يترتب على فقدان السمع فقدان الفرد القدرة على النطق والكلام فالمعوق سمعياً لا يستطيع نطق الكلمات أو تصحيح الأصوات التي تصل إليه، لأنه لا يسمع الآخرين بوضوح، وبالتالي فالدائرة غير مكتملة بينه وبين الآخرين.. ولذا فهناك صعوبة في تعلم اللغة للطفل المعوق سمعياً، مما يجعل التحكم في سلوكه دون استخدام اللغة أمراً صعباً. (قنديل، 1995 . 2).

ولمجد أن القدرة اللفظية للمعوقين سمعياً قاصرة إلى حد ما على الرغم من توفر التدريب السمعي أو التدريب على النطق لاحقاً، كما أن المعوقين سمعياً ينمون وهم يعانون صعوبات في النطق أو أخطاء في الكلام وعدم اتساق في نبرات الصوت،

إضافة إلى ذلك فإن تشكيل الحروف يظهر على الفم والشفين بشكل غير طبيعي أحياناً. (القربوتي وآخرون، 1995، 157).

والمعوق سمعياً محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يقوم بها في مرحلة المناجاة، ويتضح الفرق بين الطفل العادي والطفل ضعيف السمع في أن الطفل العادي يدرك ويعرف ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها (كالتعزيزات اللفظية مثلاً)، أما الطفل ضعيف السمع فلا يدرك ذلك بوضوح، مع أن كلاً منهما يمر بنفس مراحل النمو اللغوي؛ ولكن المشكلة في صعوبة حصول ضعيف السمع على التعزيز اللفظي (سليمان، 2000، 123)

8. العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية

أ. الظروف الأسرية: فالظروف الأسرية غير المواتية ترتبط ارتباطاً مباشراً باضطراب اللغة بصفة عامة واضطرابات النطق على وجه الخصوص ومنها:

- عمر الوالدين: فالوالدان صغار السن يتركان الطفل مهملاً غير مستثار فيعاني من صعوبة النطق كما أن كبر عمر الوالدين يجعلهما يبدلان الطفل ولا يقومان بتصحيح الأصوات الساكنة ولا يهتمان بأخطائه.
- الجو الأسري: فالظروف الأسرية غير السوية ترتبط باضطرابات النطق والأطفال الذين انفصلوا عن الأم بسبب السفر، الطلاق، الانفصال، الوفاة، فإنهم يعانون من اضطراب النطق والكلام والأطفال في دور الأيتام والملاجئ الذين لا تتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية الجيدة تشيع بينهم اضطرابات النطق بدرجة كبيرة.

ب. المستوى الاقتصادي والاجتماعي: فالأطفال المنحدرين من أسر حالتها الاجتماعية الاقتصادية منخفضة تثبت الآثار السلبية الممكنة لإثارة الحديث غير المناسب وتعزيزه في هذه الأسرة من ثم تزداد اضطرابات النطق بينهم.

9. الظروف البيئية غير المواتية

- المشكلات المدرسية: فالعقاب والخبرات غير السارة والمقارنات المتكررة بين الأطفال والإخفاق والرسوب المتكرر وأساليب معاملة المعلمين ترتبط جميعها باضطرابات النطق عند الأطفال.

- التقليد والمحاكاة: فلو كان أحد الوالدين أو الكبار المحيطين بالطفل يعانون من اضطرابات النطق ويخطئون في نطق كلمة ما فإنهم بذلك يمثلون نماذج يمكن أن يقلدها الطفل.
- التعلم الخاطيء للكلام في السنوات المبكرة: فالتعلم الخاطيء من نماذج كلامية غير سليمة والمستويات المنخفضة من الاستثارة والدافعية تؤدي إلى تثبيت الاضطرابات الخاصة للنطق.

10. الاضطرابات الانفعالية

الفرع والقلق الشديد والمخاوف المرضية والصدمات الوجدانية والمشكلات الأسرية الحادة وتصعد الأسرة والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين والخلاف الشديد بين الوالدين والرعاية والتدليل الزائدين وما إلى ذلك كلها تؤدي إلى اضطرابات النطق عند الطفل حتى بدون وجود عوامل عضوية وكثير من الأطفال يعانون اضطرابات النطق في أوقات أو مواقف معينة دون غيرها وفقا لما يصابها من اضطرابات انفعالية. (شاش، 2007، 105-106).

معدل انتشار اضطرابات النطق

إن معدلات انتشار اضطرابات النطق غير معروفة حيث تختلف هذه المعدلات من مجتمع لآخر وطبقا للمحركات التشخيصية ذكر أن هذه الاضطرابات تقدر في حدود 10% بين الأطفال دون الثامنة ونسبة 5% بين الأطفال في عمر الثامنة وما بعدها، وإنما تتناقص حتى تصل إلى 5% من سن 17 سنة، وذكر في DSM IV أن اضطرابات النطق تنتشر بنسبة 2-3% بين الأطفال في عمر 6-7 سنوات، وهي أكثر شيوعا بين أقارب الدرجة الأولى لوالدين لديهما هذا الاضطراب (مصطفى، 2003).

وقد أشار (الرشيدى وآخرون، 2000) إلى أن اضطرابات النطق هي أكثر المشكلات شيوعا من بين اضطرابات اللغة والكلام حيث تمثل 80% من الحالات التي خضعت للعلاج الكلامي في المدارس الأمريكية العامة، كما أشار عبد العزيز الشخص (1997) إلى أن انتشار اضطرابات النطق بخارج أصوات الحروف تصل إلى 5% في المجتمع الأمريكي وأنها تنتشر بين الأطفال بنسبة 4% بسبب الإعاقة السمعية،

وفي مصر أجرى مصطفى فهمي (1975) دراسة أوضحت أن اضطرابات النطق تنتشر في العمر 6-14 سنة بنسبة 8.5% وإنها 4.6% في البنين 7% لدى البنات وكانت أخطاء الإبدال بنسبة 3.9% وأنها في البنين 2.5% وفي البنات 5.3%، وفي المجتمع السعودي أجرى عبد العزيز الشخص (1991) دراسة بمدينة الرياض على الأطفال العاديين في العمر 6-12 سنة أظهرت أن نسبة انتشار اضطرابات النطق 6.8% وأنها بين البنين 7.5% وبين البنات 5.47% وكانت نسبة انتشار اضطراب الإبدال 6.15% والحذف 2.4% والتحريف 2.29% والإضافة 0.33% وكانت نسبة انتشار اضطرابات النطق في عمر 6 سنوات فاقل 38.5% وفي عمر 8 سنوات 14.97% وفي عمر 10 سنوات 10.16% وفي عمر 11 سنة فأكثر 3.745. (شاش، 1996).

مظاهر اضطرابات النطق

تضم اضطرابات النطق كأحد أنواع اضطرابات التواصل أربعة أنواع فرعية هي ما يلي:

1. الإبدال Substitution

ويحدث فيه استبدال الطفل نطق صوت بصوت آخر، كأن يستبدل الطفل نطق صوت /ر/ بصوت /ل/، فيقول مثلاً شجلة بدلاً من شجرة، وملكب بدلاً من مركب. ويقع الإبدال مع أصوات أخرى مثل.

إبدال /ج/ بصوت /د/ فيقول الطفل. دردل بدلاً من جردل، وداير بدلاً من جابر، ويستبدل أيضاً صوت /ك/ بصوت /ت/، فيقول ترامسة بدلاً من كرامة، وستينة بدلاً من سكيئة.

كما يستبدل المريض صوتا بصوت فقد يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و) (سحر---- شحر) (سيارة---- تيارة). (مطر، 2004).

كما يعتبر الإبدال في صوت السين هو ما يسمى بالثأثة بحيث يبدل صوت /س/ بأصوات أخرى أو بصوت آخر خارج عنها مثل. إبدال صوت السين بصوت

الثاء وإبدال صوت السين بصوت الشين وإبدال صوت السين بصوت الثاء أو الدال أو إبدال صوت /ر/ بصوت /غ/. (العزة، 2001، 129).

2. الحذف Omission

في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، وقد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألّفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم، ويتم حذف صوت أو مقطع من بداية الكلمة أو منتصفها أو نهايتها، مثل: دار-دا، أكلت - كت. وعادة ما يقع الحذف في الصوت الأخير من الكلمة، مما يتسبب في عدم فهمها، إلا إذا استخدمت في جملة مفيدة، أو في محتوى لغوي معروف لدى السامع، وقد لا يقتصر الحذف على صوت، وإنما قد يمتد لحذف مقطع من الكلمة فيقول الطفل "مام" بدلاً من "حمام"، ويقول "مك" بدلاً من "سمكة".

كما أن الحذف يمثل مشكلة لفهم كلام الطفل فهو غير واضح ويحتاج إلى إعادة صياغة من المحيطين به، ويعني الحذف عدم نطقه بعض الحروف، ويشبه الكلام الطفلي في السنة الثانية من عمر الطفل لعدم وضوحه، ويكثر بين الأطفال الذين لديهم إعاقات عقلية بسيطة أو متوسطة والأطفال سريعي الحديث، والذين يعانون من التوتر النفسي أو اضطراب بين أفراد الأسرة وإذا استمر بعد مرحلة الطفولة يكون دليلاً على وجود اضطراب في الجهاز العصبي أو عجز في أجهزة النطق (آمال باظة، 2007).

3. التحريف أو التشويه Distortion

حيث ينطق المريض الصوت بشكل غير واضح المعالم وتوجد أخطاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، والأصوات المحرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعروفة في اللغة. (مطر، 2004، 121).

كما ينطق الطفل الصوت بشكل يقربه من الصوت الأصلي، غير أنه لا يشبهه تماماً، أي ينطق الطفل جميع الأصوات التي ينطقها الأشخاص العاديون، ولكن بصورة غير سليمة المخارج عند مقارنتها باللفظ السليم، حيث يبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح، ويستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي لإنتاج ذلك الصوت. ومن نماذج التحريف في كلام الطفل. كثير/ تيل، صحة/ إحة، خلاص/ هلاس، شارع/ آري .. وغيرها. ولتوضيح هذا الاضطراب يمكن وضع اللسان خلف الأسنان الأمامية إلى أعلى دون أن يلمسها، ثم محاولة نطق بعض الكلمات التي تتضمن أصوات /س/، /ز/، مثل. ساهر، زاهر، زايد، سهران، سامي.

كما يعرف أن التشويه أو التحريف أن يلفظ الشخص الكلمة ليست كما هي منطوقة لدى الآخرين بحيث يضيع معناها ومدلولها لدى الشخص السامع بسبب تشويهاً كأن يلفظ كلمة مُستبدل بدلاً من كلمة مُستقبل وبالرغم من أن الطفل قد أسقط حرف القاف إلا أن الكلمة قد شوّهت وحرفت حيث إنها أدت إلى معنى آخر غير المعنى الذي يقصده. (العزة، 2001 . 130).

4. الإضافة Addition

توجد عيوب الإضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح ويعتبر هذا العيب على أي حال - أقل عيوب النطق انتشاراً مثل سيارة - ستيارة، بابا - أبابا.

كما يضيف الطفل صوتاً زائداً إلى الكلمة، مما يجعل كلامه غير واضح وغير مفهوم، ومثل هذه الحالات إذا استمرت مع الطفل أدت إلى صعوبة في النطق، مثال ذلك. سسمكة، ممروحة ... وغيرها، أو تكرار مقطع من كلمة أو أكثر. داوا، دادا.

5. الضغط

بعض الحروف تتطلب من الفرد لتلقها أن يضغط بلسانه على أعلى سقف الحلق بطريقة غير صحيحة مثل حرف الراء والسلام، وذلك لعيب خلقي في سقف الحلق الصلب أو في اللسان والأعصاب المحيطة به. (الزباد، 1990. 229).

6. التقديم

وذلك بتقديم حرف على آخر مثل (رز- زر، بامية-بأمة)، ويظهر بعد الثانية ويختفي بعد الخامسة. (شقيز، 2005، 117).

كما يشير كل من (الفرماوي، 2009، فهمي 1975) إلى أهم مظاهر اضطرابات النطق على النحو التالي:

اضطرابات النطق الديدلالية، ما بين المصطلح العلمي والمفهوم العامي

1. الديدلالية الجزئية

يطلق المختصون في مجال اضطرابات التخاطب مصطلح ديدلالية جزئية على كل كلام يكون في شكله العام واضحا عدا عيب أو أكثر في طريقة نطق بعض الحروف سواء أكان مظهر هذا العيب هو حذف حرف أو أكثر من الكلمة كقول الطفل كتمك بدلا من قولة أكلت سمك أو كان مظهر العيب هو إبدال كقول الطفل ستينة بدلا من سكتينة ولاجل بدلا من راجل أو بتشويه نطق حروف الكلمة بأن ينطق الحرف بصوت آخر مقارب لصوت الحرف كقوله ذابط بدلا من ضابط ومدرثة بدلا من مدرسة كما يظهر هذا العيب في شكل إضافة كصوت زائد لحرف من حروف الكلمة فيسمع صوت الحرف الواحد وكأنه تكرر كقوله سلام عليكم أو مسباح الحخير ولا تعتبر هذه المظاهر مدخلا لتصنيف اضطرابات النطق كما تصنفها بعض الكتابات العربية وإنما هي مظاهر لمجموعة عيوب النطق المسماة بالديدلالية ووجود هذه المظاهر لدى الأطفال يعتبر أمراً مقبولاً وفق طبيعة عملية النمو حتى سن دخول المدرسة إلا أن ذلك يعد مظهراً لاضطرابات النطق إذا استمر بعد ذلك السن.

وتنقسم الديدلالية الجزئية إلى عدة صور:

- أ. السيجما تزم: من أكثر عيوب النطق انتشاراً بين الأطفال وتشمل الأخطاء الخاصة بنطق صوت حرف السين وإبداله بحروف أخرى كالشين أو الشاء أو الدال وغيرها حيث يخرج صوت حرف السين من مخرج غير مخرجة الصحيح فالسين صوت لساني لثوي واحتكاك همسي حيث يخرج نتيجة تحريك اللسان خلف حافة الأسنان العلوية مع عدم ملامسة طرف اللسان للأسنان وتنتشر

السيجماتزم بين الأطفال في سن الخامسة إلى السابعة، كما أوضح ذلك (فهمي 1975).

وهذه السن هي مرحلة إبدال الأسنان لدى الأطفال وكثير من الأطفال يبرءون من هذا العيب إذا ما تمت عملية إبدال الأسنان بصورة سليمة أما إذا استمرت بعد هذا السن فيلزم عرض الحالة على أخصائي التخاطب وتشمل السيجماتزم عدة أنواع هي:

- سيجماتزم بنية الأسنان: وتشمل نطق صوت السين شاء(س-->ث) كقوله شكر بدلا من سكر حيث يلامس طرف اللسان حافة الأسنان العليا، أو أن يبرز طرف اللسان خارج الفم متخذاً طريقة بين الأسنان الأمامية ويعرف هذا العيب لدى العامة باسم الثأثة.
- سيجماتزم جانبية اللسان: وفيها يتم نطق صوت السين شينا س-- ش كقوله شكر بدلا من سكر فبدلا من أن يمر تيار الهواء في تجويف ضيق بين اللسان وسقف الحلق أثناء نطق صوت السين يوضعه الصحيح فان تيار الهواء في حالة السيجماتزم جانبية اللسان ينتشر على جانبي اللسان، أما لعدم قدرة المصاب على التحكم في عضلات اللسان أو نتيجة عيب تشريحي في اللسان.
- سيجماتزم أنفية. وفيها يستعين المصاب بالتجويف الأنفي أثناء محاولته إخراج صوت السين بدلا من استخدامه للشفاة في إخراج تيار الهواء المصاحب لصوت حرف السين.

ب. اللدغة: وهي أحد أنواع الديزلاليا الجزئية: وفيها ينطق المصاب صوت حرف الراء ر وهو صوت لساني خلقي صلب بطريقة غير صحيحة حيث يبده إما بصوت حرف الياء ي كقوله سياب بدلا من سراب أو يبده بصوت حرف اللام ل كقوله سلاب بدلا من سراب أو يبده بصوت حرف الغين غ كقوله سغاب بدلا من سراب ويطلق العامة على هذا العيب أحيانا اسم اللدغة وقد يرجع ذلك لاضطراب في درجة ضغط اللسان على أعلى سقف الحلق أثناء نطق الراء إما لعيب خلقي في سقف الحلق الصلب أو لضعف عضلات اللسان.

ج. الجماماسزم: وفيه ينطق الشخص صوت حرف الجيم (ج) دالا (د) كقولة دردا بدلا من جرجا أو يبدل صوت حرف الغين غ إلى عين أو ألف كقول معرب أو مأرب بدلا من مغرب وذلك نتيجة خروج أصوات حروف الجيم والغين وهي أصوات لسانية حلقيه رخوة من مخارج غير مخارجها الصحيحة

د. الكاباسزم: وهو نوع آخر من الديلاليال الجزئية ينطق فيه المصاب صوت حرف الكاف ك أو القاف ق تاء ت كقولة تئاب بدلا من كتاب وبتره بدلا من بقرة أو يبدل صوت حرف الخاء خ قافا (ق) كقوله قروف بدلا من خروف ويرجع ذلك لخروج أصوات حروف ك ق خ وهي حروف حلقيه رخوة من مخارج غير مخارجها الصحيحة.

هـ. الرينولاليا: الرينولاليا هي أحد أنواع الديلاليال الجزئية حيث يخرج الشخص جميع الأصوات الكلامية بصورة مشوهة غير مألوفة فيخرج الحروف المتحركة وكان فيها غنة أما الساكنة فيخرجها في شكل شخير أو خنق أو مبدلة ويرجع ذلك لوجود فجوة في سقف الحلق الرخو أو الصلب أو فيهما معا وذلك نتيجة لعدم التتام لدى الجنين في مراحل نموه (ولادية) أو نتيجة لجرح قطعي بالة حادة مكتئبة وقد يعود الرينولاليا إلى وجود شق في الشفاه أو عدم مرونة سقف الحلق بنوعية في الارتفاع والانخفاض بسهولة ليقوم بحجز الهواء القادم من الحنجرة عن المرور في تجويف الفم ليواصل سيره إلى الفجوة الأنفية أو كنتيجة لالتهاب الجيوب الأنفية ومن ثم سد فتحات الأنف.

2. الديلاليال الكلية

يكون الكلام غير واضح لدرجة يستحيل معها فهمنا للكلام فالمصاب لا يقتصر في عيوبه على إبدال أو حذف أو تشويه حرف من حروف الكلمة الواحدة بل يأخذ ذلك أكثر من مظهر وأكثر من شكل في نفس الكلمة الواحدة لدرجة تؤدي إلى نطق الكلمة بشكل غريب غير مفهوم كقولة ميكيا بدلا من ملوخية أو قول اميللة بدلا من كاميليا.

كما أن الحالات الشديدة من الديزلاليا الكلية يكون فيها الكلام مضغماً اضغاماً كاملاً لدرجة أن المقاطع تتداخل مع بعضها البعض وتسمى هذه الحالة باسم Idio-Glossia. (الفرماوي، 82.200985، فهمي 1975. 157)

تشخيص اضطرابات النطق

إن عملية تشخيص اضطرابات النطق تمر بمراحل أساسية وهي:

- دراسة تاريخ الحالة.

- فحص أعضاء النطق أو مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي.

- فحص السمع.

- إجراء الاختبارات القياسية.

- الفحص النفسي للطفل. (ملحم، 2002. 193-194، كفاي، 2002. 29).

كما يسهل تشخيص أنواع الديزلاليا الجزئية خلال المقابلة الشخصية أو أثناء اللقاء الأول بين المصاب وأخصائي التخاطب حيث يمكن تحديد عيوب النطق في كلام المصاب ثم تأتي مرحلة تحديد السبب العضوي وذلك بالفحص الإكلينيكي لدى طبيب مختص.

أما تشخيص الديزلاليا الكلية فإنه يحتاج إلى استخدام احد اختبارات اللغة التي تتضمن بعدا أدائيا للغة التعبير أو قائمة ملاحظة لطريقة نطق الحروف بالإضافة إلى الفحص النيورولوجي ومسح المخ لدى طبيب مختص. (الفرماوي، 88-89).

أهم وسائل تشخيص اضطرابات النطق تتمثل في:

أ. وسائل أساسية: تاريخ مرضي مفصل ومنظم، فحص إكلينيكي لجهاز النطق

والحركة والسمع، تحليل صوتي لأداء التخاطب للمريض صوت - كلام - لغة.

ب. وسائل مساعدة: استخدام أحدث الأجهزة والوسائل للحصول على صورة

قياسية أفضل وأدق مع توثيق هذه القياسات على أن تكون الوسيلة غير نافذة

أو غير باهظة وأكيدة.

ج. تقويم وظيفي: تقويم اختبارات مقننة لقياس جوانب متعددة لقدرات المريض ولوظيفته المتعلقة على أن تكون هذه الاختبارات خاضعة لبصيرة وفهم عميقين لطبيعة العلة المراد قياسها.

د. وسائل متقدمة: هذه وسائل قياسية يراد بها دراسة العلة بعمق لمحاولة فهم الغامض من جوانبها.

كما يتم تشخيص اضطرابات النطق عن طريق فريق من الأخصائيين وأول من يلاحظ اضطرابات النطق عند الطفل هم الوالدان والأخوة كما تلاحظها مشرفات رياض الأطفال ومعلمو ومعلمات المرحلة الابتدائية ويجب عدم إهمال الوالدين والمعلمين مشكلة اضطرابات النطق لدى أطفالهم حتى يسهل علاجها وحتى لا تتفاقم فتؤدي إلى اضطرابات لغوية اشد أو تنعكس آثارها على نفسية الطفل وهنا يجب تحويل الطفل للمراكز المتخصصة لتشخيص وعلاج اضطرابات النطق لديه ويتكون فريق التشخيص من أخصائي التخاطب وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة وأخصائي الفم والأسنان والأخصائي النفسي وقد أوضح (الببلاوي 2003، 163-173، شاش، 2007، 106-109) العمليات التي يقوم بها كل منهم في عملية تشخيص اضطرابات النطق على النحو التالي:

1. أخصائي اللغة والتخاطب

لتشخيص اضطرابات النطق لدى الطفل فإن أخصائي اللغة والتخاطب يقوم بجمع عينات من كلام الطفل لتحليلها وتحديد نوع الاضطرابات التي يعاني منها ويتم ذلك باستخدام الأساليب التالية:

أ. الحوار مع الطفل: يقوم أخصائي التخاطب بإجراء حوار مع الطفل ليتمكن من تحديد مدى سلامة نطق الطفل والتعرف على اضطرابات النطق لديه وعادة ما يتحاور مع الطفل حول اهتماماته وألعابه وأصدقائه ما يحبه وما لا يحبه من أشياء، وعادة ما يستخدم الأخصائي أسئلة مفتوحة يجيب عنها الطفل بكلام يجد فيه الأخصائي مجالاً يستطيع تحليله وفي حالة الأطفال الذين لا يستطيعون للحوار عادة ما يتم اخذ عينات من المحادثات بين الطفل ووالديه أو إخوته أو

أصدقائه التي يلاحظها الأخصائي داخل غرفة الملاحظة عبر مرآة أحادية الاتجاه ومن ثم يستطيع الأخصائي تقدير عيوب النطق وتسجيلها.

ب. أسلوب تسمية الأشياء: فأخصائي التخاطب يحاول الاستفادة من الأشياء والأشخاص والكائنات الموجودة في البيئة المحيطة بالطفل وفي غرفة الفحص ليسال الطفل عن أسمائها وهو أسلوب فعال لنطق كلمات معزولة ويمكن أن تحتوى على أصوات ينطقها الطفل بطريقة خاطئة ومنها يمكن التعرف على اضطرابات النطق.

ج. أسلوب الألفاظ المتتابعة: حيث يطلب أخصائي التخاطب من الطفل التلفظ بألفاظ متتابعة كذكر أيام الأسبوع شهور السنة الحروف الأبجدية عد الأرقام تسمية الألوان أو غناء بعض الأغنيات أو الأناشيد التي يحفظها الخ.. ومنها يجمع الأخصائي عينات من كلام الطفل يستطيع من خلالها التعرف على الأصوات غير الصحيحة في النطق.

د. أسلوب الملاحظة: حيث يقوم أخصائي التخاطب بملاحظة الطفل أثناء أنشطة اللعب والتفاعل مع الأقران أو سرد قصة يعرفها أو التعليق على بعض الصور التي تحتويها بعض قصص وكتب الأطفال ويسجل عينات من كلام الطفل الحواري.

هـ. أسلوب التقليد والمحاكاة: حيث ينطق أخصائي التخاطب أصوات بعض الحروف والكلمات ثم يطلب من الطفل نطق كل حرف أو كلمة وان يقلد صوته ومن ذلك يتمكن الأخصائي من أخذ عينات من نطق الطفل يستطيع من خلالها الوقوف على اضطرابات النطق لديه. ومن خلال ذلك يتمكن أخصائي التخاطب التعرف على ما لدى الطفل من اضطرابات نطق كالإبدال أو الحذف أو الإضافة أو التشويه.

2. أخصائي الأنف والأذن والحنجرة

لا بد لأخصائي التخاطب عند الوقوف على وجود اضطرابات النطق لدى الأطفال تحويله إلى طبيب أو أخصائي الأنف والأذن والحنجرة للوقوف على

المشكلات العضوية المرتبطة بالنطق كالتنهدات الحلق والزوائد الأنفية مدى انتظام الحنك الصلب وسلامته فربما يظهر الفحص وجود شق أو خلل به وفحص حركة اللهاة ومدى سلامة الاحبال الصوتية وكفاءة حركة الشفتين وانطابقتها والقدرة على التحكم فيهما وحركة اللسان والقدرة على السيطرة عليه ومدى مناسبة طوله لحجم الفم وحركة الفكين ومدى قدرة الطفل على إطباقهما وما إلى ذلك من اضطرابات عضوية تؤدي إلى اضطرابات النطق.

3. أخصائي الفم والأسنان

يقوم بفحص مدى انتظام الأسنان أو وجود تشوهات فيها أو تساقط بعضها أو وجود فجوات واسعة بينها تؤدي إلى اضطراب في مخارج الحروف.

4. أخصائي الأمراض الصدرية

ويتلخص دوره في تحديد مدى كفاءة الجهاز التنفسي وقدرته على إنتاج هواء زفير كاف لإخراج الأصوات بشكل مناسب مما يؤثر على كفاءة النطق من عدمه.

5. أخصائي السمع

لا بد من فحص درجة السمع عند الطفل خاصة أن ضعف قدرته على السمع يرتبط إلى حد كبير باضطرابات السمع وعلى الرغم من أن الوالدين والمحيطين بالطفل لا يلاحظون ضعف قدرته على السمع خاصة إذا كانت درجة الفقدان بسيطة وتتضمن عملية فحص السمع ثلاثة إجراءات:

- فحص القدرة على التمييز السمعي: أي قدرة الطفل على التمييز بين مثيرات سمعية مختلفة تتضمن الأعداد والأصوات والكلمات والجمل والمقاطع التي لا معنى لها والإيقاعات المتنوعة.
- فحص الذاكرة السمعية: أي القدرة على تذكر المثيرات السمعية وتتضمن اختبارات الذاكرة جملاً وكلمات وأعداداً ومقاطع عديدة المعنى.
- الفهم السمعي: أي القدرة على التعرف وتفسير المثيرات السمعية.

6. الأخصائي النفسي

يقوم الأخصائي النفسي بمحاولة الوقوف على العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات النطق وذلك من خلال:

- دراسة تاريخ الحالة: وتتضمن معلومات عن الطفل وتاريخه النمائي والصحي والأمراض التي تعرض لها وأية حوادث أو إصابات قد تكون سببا في تلف مراكز المخ المسؤولة عن إنتاج الكلام وفهمه وكذلك الكشف عن المشكلات الاجتماعية وطبيعة العلاقة بالوالدين والأخوة والرفاق والمعلمين وانعكاس المشكلات النفسية والاجتماعية على اضطرابات النطق.
 - قياس الكفاءة العقلية: قياس الأداء العقلي له أهميته في الكشف عن اضطرابات النطق ولا بد من تطبيق أحد اختبارات الذكاء كاختبار ستانفورد بينية للذكاء - اختبار وكسلر للذكاء.
 - التقدير القياسي بكفاءة النطق: وذلك باستخدام أحد الاختبارات الآتية:
 - مقياس كفاءة النطق المصور لإعداد. (البيلاولاي 2006).
 - اختبار كفاءة النطق.
 - اختبار القابلية للاستشارة اللغوية.
 - الاختبار العميق للنطق.
- ومن خلال ذلك تم كتابة تقرير تشخيصي لحالة الطفل يتمكن المعالج بناء عليه من عمل برنامج علاجي لعلاج اضطرابات النطق والكلام لديه.

اختبارات النطق Articulation Tests

تصمم اختبارات النطق بهدف إحداث استثارة اسمية تلقائية أو عفوية اعتماداً على عرض صور لتشخيص معظم الصوامت في اللغة في بداية ووسط ونهاية الكلمة وتمتاز اختبارات النطق بإيجابيات كثيرة مثل:

1. أنها سهلة التطبيق والتصحيح.
2. لا تحتاج إلى وقت طويل في تطبيقها وتصحيحها.

3. تقدم نتائج الاختبارات للأخصائي قائمة كمية بالأخطاء النطقية في أوضاع الكلام المختلفة وهذا يساعد على إجراءات التقييم الإضافي والتخطيط للعلاج. العديد من اختبارات النطق تتضمن معايير مقننة، تسمح للأخصائي بمقارنة النتائج مع الأطفال العاديين. وبالتالي الحكم على أداء المريض أو المصاب بمقارنه مع الأداء الطبيعي المتوقع من نفس الفئة العمرية . كما أنها تسمح للأخصائي بمعرفة مقدار التقدم والحاجة إلى العلاج.

أما السليبات المرتبطة باختبارات النطق فتشمل:

أ. اختبارات النطق تتضمن النطق في كلمات معزولة مخنارة، فاستثارة الأصوات الكلامية اعتماداً على استجابات كلمة مفردة لا يعطينا ثباتاً في قدرة المريض على الأصوات الكلامية. فالأحداث الكلامية المنتجة في كلمات متتقة لا يمثل قدرة المريض على إنتاج أصوات محددة في ظل ظروف كلام طبيعية.

ب. لا تعطي اختبارات النطق معلومات كافية حول النظام الصوتي. فهي فقط تقيس إنتاج الأصوات الكلامية أي أنها اختبارات صوتية لذلك لا تعطينا معلومات حول التحليل الفونولوجي، كما أن بعض الإجراءات التلقائية تحلل الأصوات الخاطئة وفقاً للعمليات الفونولوجية وبالتالي فإن المعلومات المحققة غير كافية لأغراض تحليل فونولوجي شامل.

ج. لا تقيس اختبارات النطق كل الأصوات الكلامية في السياقات التي تظهر بها كما أن بعض الاختبارات لا تقيس الأصوات الصامتة وبعضها يصف الأصوات الصامتة في مجموعات قليلة

د. الأصوات التي يتم قياسها لا تظهر في سياقات صوتية قابلة للمقارنة فهي بالتالي ليست مضبوطة سياقياً فعلى سبيل المثال الأصوات قبل وبعد الصوامت المفحوصة تختلف من كلمة إلى أخرى. فالكلمات المستخدمة تختلف من حيث طولها ودرجة تعقيدها وهذا يعكس تفاوتاً وتغيراً في الصعوبات التي يواجهها الطفل أو المريض في إنتاج كلمة دون الأخرى.

٥. اختبارات النطق كغيرها من الاختبارات المقتنة تتضمن بشكل متقن أو مختار لمظاهر السلوك النطقي لدى الأفراد فهي تقيس جزءاً محدوداً من السلوك النطقي من خلال فقرات تمكس أداء الطفل عليها في يوم محدد وفي موقف أو سياق اختبائي محدد وهذه المشكلة تفت عائقاً أمام مصداقية واحتمالية تعميم أخطاء النطق وتشخيصها في كلام المريض أو المصاب

و. العوامل المؤثرة في اختيار اختبارات النطق فهناك العديد من العوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند اختيار اختبار خاص للكشف عن أخطاء النطق في سلوك الطفل المضطرب نطقياً ، وهي على النحو التالي:

- يجب أن تكون الاختبارات مناسبة للمستوى النمائي للطفل المضطرب نطقياً، فهذه الاختبارات تتباين من حيث مستواها النمائي من سن الثالثة إلى سن المدرسة، فيكون الاختبار صعباً بالنسبة للأطفال الصغار مقارنة مع الكبار فالأطفال في الأعمار من سن 2 - 4 سنوات قد لا يستجيبون بشكل جيد على الاختبارات الرسمية. فعلى سبيل المثال بعض الأطفال قد يستجيبون بشكل أفضل على الاختبارات التي تحتوي صوراً ملونة كبيرة. وبالنسبة للأطفال الآخرين قد تكون تسمية موضوعات حقيقية أو كلام عفوي هي الطريقة الوحيدة لتقييم مهارات إنتاج الأصوات الكلامية أما بالنسبة للمراهقين أو الكبار المضطربين نطقياً فتوجد مشكلات مرتبطة بها.
- إن معظم الاختبارات غير مقتنة على فئات عمرية أعلى من 12 سنة، فهي اختبارات في مجملها موجهة نحو الفئات العمرية الدنيا وبالتالي فقد تكون غير مناسبة لأغراض تقييم وتشخيص أخطاء النطق لدى الكبار والمراهقين.
- يجب أن تكون اختبارات النطق قادرة على تقييم علامات معيارية فالاختبارات غير المعيارية أو غير المقتنة لا نتمكن من مقارنة أداء المفحوص مع غيره من الأطفال ضمن نفس الفئة العمرية. فلا بد من امتلاكها لخصائص الاختبارات المقتنة لنستطيع من مقارنة نتائج الأداء مع الآخرين ضمن الفئة العمرية المستهدفة.

• يجب أن تكون اختبارات النطق قادرة على تحليل الأخطاء الصوتية ولهذا الغرض توجد العديد من الاختبارات التي تختار من بينها. بعضها مصنف تحت اختبارات النطق والبعض الآخر مصنف تحت اختبارات الفونولوجية. ولا تختلف اختبارات النطق عن الاختبارات الفونولوجية من حيث نماذج الفحص ولكنها تختلف من حيث التحليل. (الزريقات، 2003. 168-169).

علاج اضطرابات النطق

ليست هناك طريقة محددة لعلاج اضطرابات النطق وإنما تختلف الطرق والمداخل العلاجية باختلاف كل حالة من حيث نوع الاضطراب في النطق لدى الطفل وباختلاف الظروف العضوية المسببة للاضطراب وباختلاف الظروف البيئية والاجتماعية التي يعايشها وبصفة عامة فلا بد من أن يتضمن علاج اضطرابات النطق تدريبات لتقوية أعضاء النطق وتدريب لغوية لتصحيح الاختلالات المرتبطة بالنطق وتدخلًا علاجيًا نفسيًا لتقوية الثقة بالنفس لدى الطفل وتدعيم ممارساته اللغوية.

أ. تدريب أعضاء النطق

وتشمل تمارين رياضية لتقويم أعضاء الجسم وتمارين خاصة بالتنفس وتمارين لتقوية عضلات أعضاء النطق الفموية ومخارج الحروف على النحو التالي:

1. التمارين الرياضية: وتهدف إلى تقوية عضلات البطن والصدر والرقبة لما لها من دور في عملية الكلام ونطق الأصوات وتدخل في ذلك ممارسة الطفل حركات رياضية للعضلات التي لها علاقة بتنبيه التنفس والدورة الدموية كالوثب والتوازن وتقليد حركات الطيور والحيوانات وتقليد الأصوات والغناء والتصفيق.

2. تمارين خاصة بالتنفس: وتستهدف تدريب الطفل على التنفس العميق لتوسيع الصدر والتعود على دفع الزفير وإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد بحيث يكون الشهيق من الأنف مع قفل وثبوت الأكتاف وأن يخرج هواء الزفير من الفم بصوت مسموع وأن يتم استيعاب سريع للهواء وزفير بطيء أو استيعاب سريع وزفير سريع أو استيعاب بطيء وزفير بطيء النخ.

3. تمرينات لتقوية عضلات النطق والتحكم في حركاتها: ويشمل ذلك حركات الفكين والشفيتين واللسان في أوضاع وتشكيلات مختلفة ومنها:
- تمرينات لتقوية اللهاة وجعلها متحركة . عن طريق التثاؤب والضحكة والنفخ في أنابيب وغيرها.
 - تمرينات لتقوية الخلق وتنشيط العضلات الصوتية وتدريب عضلات إحداث الحروف.
 - تمرينات لحركات الشفتين لنطق الحروف الشفاهية ويتم ذلك بمساعدة مرآة لرؤية الشفتين أثناء الفتح أو الالتقاء أو الانفراج أو التكور أو اقتراب الشفة السفلى من الأسنان العليا.
 - تمرينات لضبط حركات سقف الخنجر الرخو من الحنك الأعلى.
 - تمرينات لضبط حركة اللسان. يلمس اللسان للشفة العليا ثم السفلى فتح الفم وتسطيح اللسان والتدليه بالتناوب لنطق الحروف الساكنة لإكساب اللسان مرونة.
 - تمرينات لتدريب التجويف الأنفي وإكساب صوت الطفل صفة الرنانة (جميل، 2002).

ب. تدريبات في النطق والكلام

تسير في مرحلتين:

1. المرحلة الأولى التدريب على اكتساب النطق السليم: ويتم في هذه المرحلة تدريب الطفل على نطق الصوت بطريقة صحيحة ويسير التدريب التصحيحي لاضطرابات النطق في الخطوات التالية:
 - الاستماع: أن يتاح للطفل أن يسمع الخطأ في نطقه ويشار إلى الحروف الخاطئة عن طريق المعالج وفي هذه الخطوة لابد أن يتاح للطفل أيضا أن يسمع الحرف كما ينطقه المعالج بعد ذلك يتعلم أن يميز بين نطق الصوت عن طريق المعالج ونطقه هو للصوت ويمكن أن يستخدم جهاز تسجيل في ذلك.

• التركيز على المعاني: إتاحة الفرصة للطفل لإدراك ما يطرأ من تغيرات على معاني الكلمات نتيجة لاضطراب النطق لديه سواء أكان بالإبدال أو الحذف أو التحريف حتى يقتنع بالخلل في فهم الآخرين لكلامه ومناقشته في ذلك لخلق الدافعية لديه لضرورة تصحيح أخطائه في النطق.

• تدريب الطفل على النطق الصحيح للحرف المضطرب حتى يتقنه: وقد يستخدم في ذلك اللعب بصور القصص وتبعا لعمر الطفل وتستخدم في ذلك تدريبات التحكم في حركة اللسان عند نطق الحرف المستهدف من خلال تكرار نطقه منفردا ودخل كلمات في بداية الكلمة وفي الوسط وفي نهاية الكلمة ويتم ذلك في جلسات متتابعة تستغرق كل جلسة 20 إلى 30 دقيقة ولمدة 4 إلى 5 جلسات أسبوعيا وربما تستغرق مدة التدريب ما بين 3 إلى 6 شهور.

• تستخدم مبادئ تعديل السلوك في التدريب التصحيحي لاضطرابات النطق على النحو التالي:

- تحديد السلوك اللغوي للطفل وما يستطيع نطقه وكيفية النطق.
- رسم خط قاعدي لعدد مرات نطق الطفل للصوت المضطرب وكذلك نطقه بصورة صحيحة

- استخدام أساليب التدريب السلوكي: التقليد والمحاكاة لصوت المعالج التكرار الحث المناسب كي يساعد الطفل على نطق الصوت المستهدف بصورة صحيحة وأن يتم تقليل الحث تدريجيا إلى أن يصل الطفل إلى نطق الصوت المستهدف بصورة صحيحة وبأكبر درجة ممكنة من الإتقان، كما يستخدم التشكيل والتقريب المتتابع لمساعدة الطفل للوصول إلى النطق السليم وفي جميع الحالات فإن التعزيز يلعب دورا مهما في تدعيم النطق الصحيح ولخلق مزيد من الدافعية للطفل للنطق السليم وحتى يعود عليه خاصة بالنسبة للأطفال الصغار. (الزباد 1990، الشخص 1997).

2. المرحلة الثانية التعميم: وفيها يحاول المعالج جعل الطفل متوائما مع الأصوات الصحيحة عن طريق استخدامها في الكلمات المألوفة حتى يعتاد عليها ونطقها

باستمرار وفي مواقف مختلفة بطريقة صحيحة وان يكرر الصوت الصحيح ويستخدمه كثيراً حتى يعتاد عليه أي أن يتم تعميم استخدام أصوات النطق الصحيحة بصورة تلقائية وفي هذه المرحلة لا بد من استخدام الصوت الذي تم علاجه ضمن مقاطع صوتية أو كلمات جديدة ومتنوعة واستخدامه في مناسبات وأحاديث مختلفة.

وإذا كان الطفل يعالج عن طريق معالج باثولوجي للتخاطب فإنه يجب على الوالدين والمعلم في الفصل أن يتكاتفوا معه حتى لا تتناقض طرقهم مع ممارسات المعالج ويؤدي ذلك إلى نتيجة سلبية على الطفل على عكس ما يتمناه.

ج. العلاج النفسي

ويستخدم هذا التدخل العلاجي مصاحباً للعلاجي التصحيحي للنطق خاصة مع الأطفال الذين تجاوزوا الثامنة من العمر وتكون مشكلات النطق قد تسميت في مشكلات مع الأقران واضطراباً في التعلم وانعكست على صورة الذات وعندما يكون الاضطراب حاداً لدرجة أن كثيراً من الحروف تنطق خطأ أو تتضمن أخطاء واضحة من الحذف أو الإبدال أو التحريف وإذا كان الأطفال المصابون باضطرابات النطق يتعرضون باستمرار للنبذ من الأقران أو أنهم أصبحوا منعزلين وسيئي التوافق عندئذ فإن العلاج النفسي يستهدف تقديم المساندة والتدعيم خاصة تدعيم الطفل بالأقران وهو مفيد في تقليل حالة التدهور الاجتماعية المصاحبة لاضطرابات النطق إلى أدنى حد. (مصطفى، 2003، شاش، 2007، 109-112).

كما يشير كل من (الفرماوي، 2007، 89-93، فهمي، 1965، 103) إلى أهم أساليب التعامل مع الديزالاليا (اضطرابات النطق) على النحو التالي:

تمر عملية التعامل مع اضطرابات الديزالاليا بثلاث مراحل رئيسية هي:

1. مرحلة التصحيح الجراحي: ويتم في هذه المرحلة تصحيح الشكل التشريحي لأعضاء النطق حتى يمكنها أداء وظائفها على نحو صحيح فمثلاً في حالة الرينولاليا يتم سد فجوة سقف الحلق بإجراء جراحة ترقيع وقد لا تنفع هذه العملية لدى البعض من الراشدين فيلجأ الطبيب إلى تصميم جهاز يسمى

الايوتوراتور يتألف من سدادة بلاستيكية يمكن تركيبها وخلعها في الفجوة الموجودة في سقف الحلق إلا أن العملية الجراحية أو استخدام الاوتوراتور لا يؤدي بالمصاب لإجادة نطق الأصوات الكلامية حيث يأتي دور أخصائي التخاطب في المرحلتين اللتين سيتم عرضهما بعد قليل والى غير ذلك من عمليات التصحيح الطبي لعيوب أعضاء النطق والكلام كتجميل الشفاه الارنبية وإزالة التصاق اللسان أو جراحة تجميل حجم اللسان وجراحة الفكين وتجميل وتنسيق الأسنان إلى غير ذلك.

2. تدريب عضلات أعضاء النطق على الكلام: تشمل هذه التدريبات تدريب عضلات النطق بشكل مستقل ومبدي ثم يلي ذلك تدريب هذه العضلات على تشكيل أصوات الحروف المعينة بشكل صحيح ويمكن لأخصائي التخاطب الاعتماد على اللعب أثناء هذه التدريبات.

3. تدريب عضلات أعضاء النطق.

أ. تدريب عضلات اللسان: ويتم ذلك باستعمال مرآة حيث يطلب من الطفل أن يخرج لسانه ويدخله مرة أخرى مع تكرار هذه العملية عدة مرات وفي كل مرة يتم قفل الفم عند إتمام هذا التمرين ثم يطلب من الطفل في مرحلة تالية أن يفتح فمه ويلمس سننه العليا بلسانه ويجب أن يجرب الأخصائي هذه التمرينات بنفسه أمام الطفل وان يدع الطفل يرى نفسه أثناء أداء التمرين في المرآة وبعد أن يتقن الطفل ذلك يطلب منه أن يحاول لمس السكر أو المرهبى أو العسل حول الفم ومحاولة لمس رأس الأنف باللسان وفى مرحلة تالية يمكن تدريب الطفل على إصدار الصوت ت ت ت ت بتقليده للأخصائي ويجب أن تتم التمرينات داخل الفم أولاً ويطلق ثم تتدرج في سرعة حركة اللسان إلى خارج الفم.

ب. تدريب عضلات الفم والفكين: يكون هذا التمرين مهماً في حالات قليلة جداً وخاصة لدى حالات الشلل الدماغى والاضطرابات الهرمونية التي تؤدي إلى ارتعاش في عضلات الفم واللسان واختلاج الحركات اللاإرادية

ويشمل هذا التمرين مضغ الأطعمة القاسية كاللحم والتفاح وقصب السكر والجزر مع اختبار نوع الطعام المحبب للطفل.

ج. تدريبات اللهاة وسقف الحلق الرخو: تفيد تمارين التثاؤب وتمارين الشفط والنفخ في تدريب اللهاة وسقف الحلق الرخو حيث تعمل على مرونة هذه الأعضاء فجذب الهواء إلى داخل الفم يساعد على رفع وخفض سقف الحلق الرخو مما يساعده في سهولة الأداء أثناء نطق الحروف الحلقية وسنعرض لتفاصيل تدريبات الشفط والنفخ أثناء عرضنا لاضطرابات الصوت لاحقاً.

د. تدريبات الشفاه: تفيد بعض الألعاب والحركات في تمرين عضلات الشفاه حيث يمكن أن يطلب من الفرد أن يضم شفثيه حول أنبوبة أو ساق ناعمة أو شليموة كما يمكن أن تفيد تمارين الابتسام والضحك في ذلك مع إمكانية تغيير وضع الشفاه والأسنان أثناء الضحك فيمكن أن يدرب الطفل على الابتسام مع إظهار الأسنان كلها وفي مرة أخرى مع إظهار الأسنان السفلية أو العلوية مع ضرورة تدريج فترة وسرعة التدريب.

4. تدريب المصاب على تشكيل أصوات الحروف المعينة بشكل صحيح.

بعد التأكد من إتقان المصاب لتمارين عضلات أعضاء النطق والاطمئنان على تمكنه من تحريك هذه العضلات بشكل سليم ينتقل أخصائي التخاطب بالحالة إلى مرحلة تدريب هذه العضلات على نطق أصوات الحروف المعينة بشكل صحيح.

ففي حالة السيجما تزم يمكن تعويد المصاب على نطق حرف السين بشكل سليم وذلك بوضع أنبوية زجاجية رقيقة مجوفة ملاصقة للأسنان في الوقت الذي تكون فيه الشفتان مفتوحتان ثم يطلب من المصاب أن ينفخ في هذه الأنبوية فيخرج الهواء مندفعاً في الأنبوية من بين الفتحة الصغيرة الموجودة بين الأسنان فيحدث صفيراً وباستمرار هذا التمرين يتمكن الفرد من ضبط وضع لسانه أفقياً داخل الفم مع إطباق شفثيه بحيث يتمكن من إخراج تيار بسيط من الهواء من فتحة أمامية فيتمكن بذلك من نطق حرف السين بشكل صحيح.

ويورد (فهيمي 1965) طريقة أخرى للتدريب على نطق حرف السين وهي طريقة فروشلز وتقوم هذه الطريقة على إحضار قطعة قماش من الشمع الجفاف التي تطرى في ماء ساخن ثم توضع على الأسنان من الخارج وتصنع فيها فجوة على شكل مثلث أمام الأسنان الأمامية وبعد أخذ القياس توضع في ماء بارد لتجمد وتستعمل كأداة للتحكم في عملية إخراج الهواء من الفتحة الأمامية مما يساعد على نطق حرف السين بشكل صحيح.

أما في حالة الرينولاليا فإنه يلزم تدريب الحالة على نطق الحرف المعيب بشكل صحيح وذلك بعد إجراء التصحيح الجراحي الملائم لتصحيح العيب التشريحي في الشفاه أو سقف الحلق بشقيه ويلي ذلك تدريب عضلات الشفاه أو التدريبات التي تؤدي لمرونة سقف الحلق كتدريبات النفخ والشفط وحال الانتهاء الجيد من ذلك يتم التدريب على نطق الأصوات المعيبة بصورة سليمة ومثال ذلك. التدريب على نطق صوت حرف الباء الذي يعد من الحروف الشفوية ولتدريب المصاب على نطق هذا الحرف يطلب منه أن يغلق شفثيه لمدة ثانية أو ثانيتين مع محاولة ضغط الهواء من الداخل ثم فتح الفم فجأة على شكل انفجار وفي أثناء ذلك يمكن وضع مرآة صغيرة أسفل الأنف حيث إن جفافها يدل على إجادة المصاب في نطق حرف الباء حيث يخرج الهواء مندفعاً من الزور إلى تجويف الفم فتحجبه الشفتان بتلاصقهما ثم تفتحان فيخرج الهواء منفجراً على شكل صوت حرف الباء أما إذا ظهر بخار ماء على المرآة كان ذلك دليلاً على أن المصاب لا يزال يحتاج إلى تدريب على نطق حرف الباء لأن خروج بخار الماء من الفم دليل عدم إجادته لذلك.

أما في حالتي الكاباسزم والجاماسزم فإن أفضل طرق إصلاح عيوب نطق حرفي الجيم والكاف ومشابهما من أصوات الحروف فهي استعمال خافض اللسان وذلك بالضغط بواسطته على مقدمة اللسان فترتفع مؤخرة اللسان لتلاصق سقف الحلق الصب بدرجة تساعد المصاب في نطق أصوات الحروف الخلقية المعيبة كما يمكن الضغط على وسط اللسان لإخراج صوت حرف القاف (ق) ومن الأمور الواجب مراعاتها في هذه التدريبات أن يتم التدريب بالتدرج في الفترة الزمنية وفي سرعته كما يجب أن يلاحظ المصاب وضع اللسان وباقي أعضاء النطق بشكل جيد ويمكن

استعمال المرأة في ذلك لتساعده على تقليد الأخصائي أثناء نطق هذه الحروف كما يمكن أن يتعرف الطفل على مخرج الصوت بوضع يده على مخرج الصوت عند الأخصائي أو أن يضع الأخصائي يده عند مخرج صوت الحرف لدى الطفل مع ضرورة ملاحظة المصاب لحركة ذراعي أخصائي التخاطب أثناء النطق فيمكن من خلالهما توضيح الحركات الصوتية القصيرة كالفتح والكسر والضم ومما يفيد في ذلك أن يحسن المصاب بمقدار اندفاع الهواء المصاحب لنطق صوت الحرف ومدى سخونته كما في حالة حرفي الشين ش والضاد (ض) أو برودته كما في حالة حرفي السين (س) والصاد (ص)، ويجب أن يشارك الآباء في هذه التدريبات بشكل إيجابي يدعم التدريب من خلال تمارين ماثلة يمكنهم إجراؤها في المنزل حيث تتأثر نتائج عملية التدريب المصحح لعيوب النطق بمدى استجابة الوالدين واهتمامهم بعلاج الحالة فقد يؤدي الإهمال والتدليل الزائد والإغراق بالعطف والحنان إلى فقدان المصاب لثقتة بنفسه ومن ثم تفاقم المشكلة وعلى النقيض فإن استجابة الوالدين لهذه الحالة بالنقد والسخرية والإحاح والإصرار على التصحيح يؤدي بالحالة إلى الانطواء والسلبية ومشاعر النقص ومن ثم وقوع المصاب فريسة للصراع النفسي لذا يجب أن يشارك الوالدان بفاعلية وبشكل إيجابي في عملية التدريب. (الفرماوي، 2007).

كما يتمثل أيضا علاج اضطرابات النطق على النحو التالي:

1. الاتجاه الذي يعتمد على مكان نطق صوت الحرف: ويعتمد هذا الاتجاه على تعريف المريض بكيفية إنتاج الصوت الذي يعاني من نطقه وذلك بأن يوضح المعالج للمريض مكان إنتاج الصوت، والأعضاء المشاركة في إنتاجه أو أية إشارة يمكن أن تكون ذات فائدة في إيصال فكرة الصوت، وعادة ما ينجح هذا الأسلوب في حالة الأصوات التي يمكن تمثيلها والإحساس بها. مثل الأصوات الشفاهية (Labials) والأسنانية (Dentals) والشفوي أسنانية (Labiodentals) واللثوية (Alveolars) ويصعب تطبيق هذا الاتجاه بدرجات متفاوتة مع الأصوات التي لا يمكن تمثيلها أو الإحساس بها من مثل الأصوات الخلفية (Back Sounds) وفي هذا الاتجاه يستطيع المعالج الاستفادة من أدوات مثل المرأة ليرى الطفل وضع أعضاء النطق أثناء نطق الحرف مثل اللسان والشفيتين

والأسنان، واهتزاز اللعاب (حرف خ)، خافض اللسان وكذلك استخدام حاسة اللمس باليد مثلا على مكان نطق صوت الحرف.

وفيما يلي كيفية تدريب الطفل على معرفة مخارج الحروف:

(أ) الهمزة: تخرج من أقصى الحلق - يتم وضع يد الطفل أسفل الحنجرة ليشعر بالذبذبة الصوت.

(ب) يخرج من انطباق الشفتين - يضع الطفل يده أمام الفم ليشعر بخروج الهواء الذي يحدث الصوت.

(ت) وضع ظاهر اليد أمام الفم.

(ث) من طرف اللسان وضع ظاهر اليد أمام الفم مع ملاحظة خروج اللسان بين الأسنان.

(ج) يخرج من وسط اللسان يضع الطفل يده أسفل الذقن ليشعر بالذبذبة. تضم أطراف أصابع اليد وتوضع داخل الفم ثم يتنفس فيخرج الصوت - أو وضع يد الطفل في ماء بارد.

(خ) يمرر الطفل السبابة على الحنجرة أو الإشارة إلى عملية الذبح.

(د ، ذ) وضع ظاهر اليد أمام الفم للشعور بالهواء المتدفق - مع ملاحظة خروج اللسان في حرف (ذ).

(ر) يلاحظ طرف اللسان مع الإشارة بالسبابة أمام الفم للدلالة على التكرار

(ز) وضع ورقة أمام الشفتين حيث يحركها الهواء الخارج من الفم فيحدث الصوت

(س) وضع عود من الثقاب بين الأسنان ثم النفخ ليحدث الصوت.

(ش) تمرير قبضة اليد من اليمين إلى الشمال أمام الفم ليحس بخروج الهواء الساخن.

(ص) يوضع كف الطفل على الجانب الأيمن ليحس بالهواء.

(ض) توضع ورقة كرتون تحت الأضراس ليضغط الطفل عليها فيشعر بالصوت.

(ط) توضع قبضة اليد أسفل الذقن ليدفعها الطفل إلى أسفل فيخرج الصوت.

(ظ) توضع يد الطفل تحت الذقن والأخرى فوق الرأس ليشعر بالذبذبة.

- (ع) يوضع الأصبع عند اللوزة اليمين ليحس الطفل بالذبذبة.
 (غ) تتم غرغرة الطفل بالماء أو باللعاب إذا كان كثيراً.
 (ف) نفخ شمعة أو قصاصات ورق.
 (ق) استخدام خافض لسان أو ملعقة وتوضع في وسط اللسان.
 (ك) استخدام خافض لسان أو ملعقة على طرف اللسان.
 (ل) رسم الحرف باليد وذلك بالتزول من أعلى إلى أسفل مع ملاحظة حركة اللسان.
 (م) وضع الأصبع بين الشفتين أثناء نطق الحرف.
 (ن) توضع السبابة عند الأنف ليشعر بمخرج الصوت.
 (و) ضم الفم بقوة.
 (هـ) فتح الفم أمام المرأة ثم النفخ ليخرج بخار الماء فيشعر بالحرف.
 (ي) يخرج من وسط اللسان يتم شد الذقن لأسفل بقوة. (مطر، 2004، 130-132).

نصائح مهمة للأسرة التي لديها طفل مصاب بمشكلات في النطق:

1. أنصت بصبر إلى حديث الطفل ولا تلتفت إلى الطريقة التي يتحدث بها ولتكن استجاباتك لمحتوى الحديث وليس للتلعثم.
2. اسمح للطفل أن يكمل حديثه دون مقاطعة.
3. انظر إليه وهو يتكلم ولا تعتمد إدارة ظهره أو وجهك عنه خاصة إذا كان يتلعثم.
4. تجنب أن تكمل الجملة بدلا عنه ولا تظهر استياء لطول الحديث.
5. ليكن ردك هادئا وغير متعجل.
6. استخدم في الرد بعض الكلمات التي قالها هو.
7. انتظر لحظة قبل أن تبدأ بالرد.
8. اقض بعد الوقت في الحديث مع طفلك.
9. إجعل الطفل يشعر بأنك تحبه وتقدره وتستمتع بالوقت معه.

10. حاول أن توفر جوا منزليا هادئا.
11. لا تتحدث بسرعة.
12. قدم لطفلك نموذجا من الحديث الهادئ.
13. أغلق التلفزيون أو الراديو عند تناول الطعام مع أسرته.
14. إذا تحدث طفلك وأنت منهمك في عمل ما فيمكنك أن تفهمه أنك لا تستطيع النظر إليه بسبب عملك لأنك تسمعه جيدا.
15. لا تصحح أخطاءه اللغوية دائما وبشكل مباشر.
16. لا تحثه على التكلم بسرعة.
17. لا تنتقده وتحاول تغيير طريقة كلامه وتصحيح أخطائه باستمرار.
18. لا تضغط عليه للتحدث أمام الآخرين.
19. كرر الكلمات التي يقولها طفلك لتظهر له أنك تفهم ما يقوله.
20. إعمل على زيادة مفردات طفلك بكلمة أو كلمتين مثلا إذا قال سيارة قل سيارة ولا تقل بابا.
21. أنطق الكلمة بصورة صحيحة إذا ما أخطأ بها ابنك، وطبعا لا تطلب منه إعادتها ولا تقل له أنها خطأ بل فقط أعد أنت ما قاله ابنك بصورة صحيحة وطبعا بزيادة كلمة أو اثنتين معها.
22. إذا قال طفلك كلاما غير واضح فقل ما يعنيه هو بطريقة مفهومة وواضحة.
23. لا تتجاهل المحاولات التي يقوم بها طفلك من أجل التخاطب.
24. علم طفلك الكلمات التي يحتاجها للتعبير عن شعوره ورغباته.
25. اسأل طفلك أسئلة متعددة الخيارات وذلك كأسلوب للحصول على إجابة منه مثلا قولك له أتريد حليبيا أم عصيرا؟ هذا أوضح وأفضل من أن تقول له هل تريد أن تشرب. (كامل، 2005: 113-114).

إضطرابات الصوت

Voice disorders

المقدمة

إضطرابات الصوت

معدل انتشار اضطرابات الصوت

أشكال اضطرابات الصوت

أسباب اضطرابات الصوت وعلاجها

التقييم والتشخيص لاضطرابات الصوت
Assessment and Diagnosis

علاج الاضطرابات الصوتية

الفصل الخامس

اضطرابات الصوت

Voice disorders

المقدمة

يقصد بالجهاز النطقي لدى المحدثين من علماء اللغة مجموع أعضاء النطق المستقرة في الصدر والعنق والرأس، ويسميه بعض اللغويين بالجهاز الصوتي. وقد حدد علماء اللغة المعاصرين عدد الأعضاء المكونة لجهاز النطق في حوالي اثني عشر عضوا بعضها تجاوبف، وهذه الأعضاء هي:

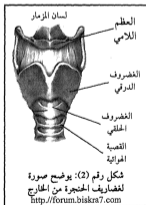
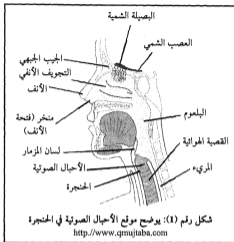
1. الرئتان: هما عضوان نسيجهما إسفنجي، يزداد حجمهما ويتقبض بسهولة ويسر كالإسفنجة ومركزهما التجويف الصدري، ويقع القلب بينهما.
2. القصبة الهوائية: سميت قديما بقصبة الرئة، وهي أنبوبة تمتد من العنق إلى الصدر، وللقصبة الهوائية دور مهم في عملية التنفس، ففيها يتخذ النفس مجراه قبل اندفاعه إلى الحنجرة، كما أنها تعتبر عاملا ضروريا لحدوث الصوت.
3. الحنجرة: هي جزء من مجرى التنفس، تقع في مقدمة العنق وتتصل بالحلقوم من أعلى وبالقصبة الهوائية من أسفل، كما أنها تعتبر الأداة الأساسية للصوت الإنساني، إذ تضم الوترين الصوتيين اللذين يتذبذبان مع معظم الأصوات، ويترتب عن معرفة تلك الهزات الحكم على درجة الصوت.
4. الوتران الصوتيان: عبارة عن أخرمة لحمية مغطاة بغشاء مطاطي لزج، وهما أشبه بشفتين منهما بوتريين ولكن جرى الاصطلاح على هذه التسمية. وهذان الوتران متصلان بالحنجرة أفقيا من الأمام إلى الخلف، وهما من أعضاء النطق المتحركة وهما القدرة على اتخاذ أوضاع مختلفة تؤثر في الأصوات الكلامية.

5. الخلق: هو ذلك الجزء الموجود بين الخنجرة وأقصى الخنك، وهو من التجاويف التي تقوم للصوت مقام فراغ رنين يضيق بارتفاع الخنجرة ويتسع باستقرارها في مكانها.
6. اللهاة: عضو لحمي يتدل من أقصى سقف الفم ويشرف على اللسان، وهو من الأعضاء المتحركة.
7. الخنك: وهو سقف الفم والجزء الأمامي منه، وهو صلب لفصل الفم عن الأنف، وينقسم إلى مقدم الخنك أو اللثة، ووسط الخنك أو الخنك الصلب، وأقصى الخنك أو الخنك اللين.
8. اللثة: من أعضاء النطق المتحركة، وهي جزء لحمي محدب يقع خلف الأسنان العليا وأمام الخنك الصلب، وهناك من يعدها جزءاً من الخنك.
9. اللسان: وهو عضو لحمي، له دور مهم في عملية النطق إذ يضم عدداً كبيراً من العضلات التي تمكنه من الامتداد والتحرك والانكماش والتلوي إلى الأعلى أو إلى الخلف، وينتج عن تحركاته المختلفة عدد كبير من الإمكانيات الصوتية في الجهاز النطقي.
10. التجويف الأنفي: يقع خلف غشاء الخنك، متوسط طوله حوالي ست سم، ويتكون من تجاويف عديدة تغطي بغشاء مخاطي، وهو من الأعضاء الثابتة.
11. الأسنان: عبارة عن سلسلة عاجية مثبتة بالفكين السفلي والعلوي من الفم، ولا تستغل الأسنان في النطق إلا بمساعدة أحد الأعضاء المتحركة كاللسان والشفة العليا.
12. الشفتان: من أعضاء النطق المتحركة، تتخذان أوضاعاً مختلفة عند نطق الأصوات، ومن الممكن ملاحظة هذه الأوضاع بسهولة ويسر، إذ يمكن أن تنطبق الشفتان فلا تسمحان للهواء بالخروج مدة من الزمن ثم تنفرجان فيندفع الهواء محدثاً صوتاً انفجارياً كما في نطق الباء، كما يمكن أن تنفرجا كما يحدث في نطق الضمة.

يظهر إذن أن أعضاء النطق منها ما هو ثابت كالأسنان، والحنك الصلب، والتجويف الأنفي... ومنها ما هو متحرك كالوترين الصوتيين، والشفتين، واللسان... إلا أن عمل هذه الأعضاء لا يمكن أن يتم إلا بوجود تيار هوائي مندفع من الرئتين إلى الخارج أثناء عملية الزفير، وبالتالي يمكن القول بأن إحداث الأصوات اللغوية يتم بفضل اجتماع عاملين رئيسيين هما أعضاء النطق والتيار الهوائي، ومن ثمة إحداث أعداد كبيرة جدا من الأصوات المختلفة التي لا حصر لها.

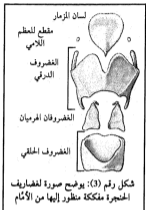
إن عملية النطق ليست في الواقع أكثر من وظيفة ثانوية تؤديها هذه الأعضاء (الحلق، الحنجرة، الأسنان...) إلى جانب قيامها بوظائفها الرئيسية التي خلقت من أجلها، وهي الأكل والشرب والتنفس والتدوق... ولهذا فإن عجز الإنسان عن الكلام لإصابته بالبحم لا يعني على الإطلاق عجز أعضائه هذه عن القيام بوظائفها الأخرى التي تحفظ للإنسان حياته، فلسان الأخرس يقوم بجميع الوظائف التي يقوم بها لسان غير الأخرس فيما عدا الكلام بطبيعة الحال. <http://www.gulfkids.com>.

كما أطلق علماء الأصوات واللغة على هذه الأعضاء التي تشترك في عملية إنتاج الصوت أو الكلام اسم الجهاز النطقي أو الجهاز الصوتي Speech organs or Vocal apparatus.



يتكون الجهاز التنفسي للإنسان من ثلاثة مجاويف رئيسية، هي تجويف الفم، وتجويف الأنف، وتجويف الحلق، وتعد الحنجرة أهم عضو في التجويف الحلقى، لأنها تضم الوترين الصوتيين اللذين تصدر منهما النغمة الحنجرية التي تعطي صفة الجهر لعدد من أصوات اللغة. وتقع الحنجرة في أقصى تجويف الحلق، وهي تتألف من عدد من الغضاريف التي تشكل حجرة صغيرة أو صندوقاً صغيراً يقع في أعلى القصبة الهوائية، ويضم في داخله الوترين الصوتيين، وأهم غضاريف الحنجرة:

1. الغضروف الدرقي أو الثرمي (Thyroid Cartilage): ويتكوّن من صفحتين



غضروفتين، تلتقيان عند البروز الكائن في وسط الرقبة، والمسّمى بفتحة آدم، وهو ناقص الاستدارة من الخلف.

2. الغضروف الحلقيّ (Cricoid Cartilage): وهو يشبه الحلقة، وكامل الاستدارة، لكنّه عريض من الخلف ضيّق من الأمام، ويشكّل قاعدة الحنجرة، ويرتبط به الجزء الأسفل من الغضروف الدرقي بقرن غضروفي من كل جانب.

3. الغضروفان الهرميّان (Arytenoid

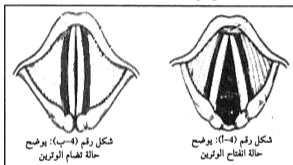
Cartilages)، ويسمّيان في كتب التشريح بالغضروفين الطّرجهاليّين، وهما غضروفان صغيران، كل واحد منهما يشبه الهرم المثلث، وهما يستندان على الجدار الخلفي العريض من الغضروف الحلقي، ويمتدّان في داخل فراغ الحنجرة من الخلف إلى الأمام، ويتّصل بكل منهما نسيج عضلي يُشكّل نصف دائرة من كل جانب، وهما يشكّلان الوترين الصوتيين اللذين يسميان في كتب التشريح بالطّيّتين الصوتيتين أو الثّيّتين الصوتيتين (Vocal Folds).

ويعدّ الوتران الصوتيان من أهم أجزاء الحنجرة في العملية النطقية، ويتخذان عدة أوضاع، أهمها:

أ. حالة التنفس الاعتيادي، ويكونان متباعدين، وتكون الفتحة بينهما على شكل مثلث، وهي الحالة نفسها تقريباً عند نطق الأصوات التي توصف بالهمس، مثل: ث، س، ش، ت، ك.. الخ.

ب. حالة إصدار النغمة الحنجرية، التي تعطي عدداً من الأصوات صفة الجهر، مثل. ب، ذ، د، ج، ي... الخ. ويكونان في حالة تضام وانطباق غير شديد، بحيث يسمحان لتيار الزفير من المرور، ويؤدي إلى تذبذبهما، فتحدث النغمة الحنجرية المصاحبة للأصوات المجهورة.

ج. حالة نطق صوت همزة، وذلك بأن ينطبق الوتران انطباقاً قوياً، فنضغط الهواء خلفهما لحظة، ثم يتفرجان فيحدث صوت همزة. وهذه صورة تبيين الأوضاع التي يتخذها الوتران الصوتيان.



وتوجد فوق الوترين الصوتيين طيَّتان على شكل الوترين الصوتيين تقريباً، تُسمَّيان بالوترين الصوتيين الكاذبين، أو الزائفين، تمييزاً لهما عن الوترين الصوتيين الصادقين اللذين تحدثنا عنهما قبل قليل، ويُعتَقَدُ أنَّهما ليس لهما علاقة بعملية التصويت، ومن ثمَّ سُمِّيا بالكاذبين أو الزائفين، ويُسمَّيان في بعض المصادر بالطيَّة أو الثيَّة الدهلزية [Vestibular Fold]. (الحمد، 2007).

اضطرابات الصوت

يحدث اضطراب الصوت عندما تختلف نوعية أو طبقة أو علو أو مرونة الصوت عن الآخرين ضمن نفس العمر والجنس والمجموعة الثقافية، كما يعتمد الحكم

على الصوت بأنه طبيعي أو غير طبيعي اعتماداً على الشخص الذي يتخذ القرار بالحكم. فالطفل والأب والراشد والعامل وأخصائي أمراض الكلام واللغة وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة يعرفون الصوت بأنه طبيعي أو غير طبيعي وفقاً لحاجاتهم وخلقياتهم الخاصة. وعموماً فإن على أخصائي أمراض الكلام واللغة أن يأخذ بعين الاعتبار الهدف من التقييم ويعطينا الصوت معلومات حول الصحة الجسمية والصحة النفسية والشخصية والهوية والجانب الحسي الجمالي. (الزريقات، 2005:190).

وتعد الاضطرابات الصوتية والنطقية من أكثر الاضطرابات اللغوية شيوعاً بين أطفال ما قبل المدرسة. فقد أشار جيسون (2003) Gibson إلى أن (75٪) من مجمل الأطفال في مرحلة رياض الأطفال لديهم اضطرابات صوتية ونطقية. وعلى الرغم من قلة الدراسات العربية حول الاضطرابات الصوتية والنطقية لمرحلة رياض الأطفال، إلا أن ظاهرة شيوعها بين الأطفال في العديد من المجتمعات أمر لا يمكن تجاهله (Mowrer, 1971)، فقد أصبحت الاضطرابات الصوتية ظاهرة تلفت الانتباه بين الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة أو مرحلة رياض الأطفال (Angew et al., 2004).

يبدأ استعداد الطفل لتدريب الجهاز الصوتي منذ لحظة الولادة عندما يصدر الطفل الصرخة الأولى، ويستمر الطفل باكتساب النظام الصوتي من خلال الأصوات البسيطة التي تخرج منه حتى يمتلك نظامه الصوتي المتكامل، ويكون ذلك في حوالي الشهر الرابع والعشرين؛ أي في السنة الثانية من العمر، ويبدأ الطفل في هذا العمر إدراك الفروقات التي تخص لغته، وتجاهل الفروقات المرتبطة باللغات الأخرى. (Khan & Lewis, 1986).

ويرتبط النمو الصوتي بمتغير العمر ارتباطاً وثيقاً، ففي دراسة هينز وجاكسون (1982) Haynes & Jackson التي هدفت إلى التعرف على أثر العمر في امتلاك الطفل للصوت، قام الباحثان بأخذ عينة من الأطفال قوامها (20) طفلاً في دراسة طولية للتعرف على مراحل اكتساب الأطفال للأصوات، وتوصل الباحثان إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتغير العمر في نمو الأصوات اللغوية، فالأطفال يكتسبون الأصوات على مراحل حتى يبلغوا سن السابعة فيكونوا قد امتلكوا مجمل الأصوات اللغوية. (Topdas, 2003).

معدل انتشار اضطرابات الصوت

يوجد اعتقاد بأن اضطرابات الصوت منتشرة بدرجة كبيرة وبنسبة مرتفعة وأن عدد الأطفال ذوي اضطرابات الصوت في تزايد مستمر ويتم تحويلهم إلى أخصائيي اللغة والكلام حيث يمثل اضطراب الصوت حوالي (5-15٪) من اضطرابات النطق والكلام ومع ذلك فإن مدى انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال غير معروف بشكل دقيق إذ يختلف هذا المعدل باختلاف العمر والصفوف الدراسية التي خضعت للمسح واختلاف المحكات التشخيصية المستخدمة في جمع وتقييم البيانات واختلاف البيئة الثقافية التي أجري فيها:

- أ. فقد ذهبت بعض الدراسات المسحية إلى أن اضطرابات الصوت تشيع بنسبة (1٪) من المجموع العام للسكان تقريبا وان معدلات الأطفال في سن المدرسة ممن عندهم اضطرابات في الصوت تتفاوت بين نسب قليلة إلى حوالي (20٪) أو أكثر، وتشير بعض التقارير إلى حدوث اضطرابات الصوت بنسبة (6-9٪) من أطفال المدرسة وتذهب تقديرات أخرى إلى أن اضطرابات الصوت في حدود (10٪) من الأطفال دون الثامنة وحوالي (5٪) من الأطفال في عمر (8 سنوات وما بعدها ويسجل DSM IV, 1994 أن حوالي (2-3٪) من الأطفال في عمر (6-7) سنوات لديهم هذا الاضطراب ويذكر أن اضطرابات الصوت تشيع بنسبة (3٪) من مجموع الأطفال الأمريكيين في سن المدرسة وأوضحت إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع العربي أن اضطرابات الصوت تمثل (1.85٪) من أفراد عينة الدراسة وبذلك يتضح أن اضطرابات الصوت تنتشر بنسبة لا يستهان بها حيث تشمل عددا كبيرا من أفراد المجتمع مما يعكس أهمية دراسة هذه الاضطرابات من حيث مظاهرها وكيفية تشخيصها وعلاجها
- ب. بالإضافة لما سبق: تشير التقارير إلى حدوث اضطرابات الصوت بصورة واضحة بين الأولاد مما هي بين البنات خصوصا في العمر الذي يتراوح بين 6-10 سنوات وقد أشارت التقارير إلى أن الاضطراب يشيع في الأولاد بمعدل 3\2 أضعاف ما لدى البنات.

ج. كما أن هذا الاضطراب أكثر شيوعاً في أقارب الدرجة الأولى لوالديها لهذا الاضطراب من المجتمع بصفة عامة. (مصطفى، 2003، شاش، 2007).

اشكال اضطرابات الصوت

إن أمراض الصوت تشمل العلل العضوية والوظيفية بالحنجرة والتي تؤدي إلى البحة أو الإرهاق الصوتي بحيث لا يستطيع المريض أن يستخدم الصوت بكفاءة في الحياة اليومية، وقد تكون مهنة المريض تطلب أداءً صوتياً معيناً لا يستطيع المريض تلبية احتياجات مهنته. (قطي، بركة، 1994، 75).

ويشير (يوسف، 2007، 166-167) إلى أن أشكال اضطرابات الصوت تتمثل على النحو التالي:

1. الطبقة: ارتفاعه وانخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي وهنالك عدة أشكال لاضطراب الطبقة وهي الصوت الاهتزازي المرتعش والصوت الرتيب.
2. ارتفاع الطبقة: ويتأثر ارتفاع الصوت بمقدار معدل تدفق هواء الزفير ودرجة شدة الحبال الصوتية والمسافة بين المتحدث والسامع وحجم المكان وشكله.
3. نوعية الصوت: وهي خصائص تميز صوت كل فرد وهي: الهمس والبحة الحسونة الصوت المنقطع.
4. رنين الصوت: تعديل الهواء حسب التجويف الفمي والأنفي وقد لا يحدث خلط للتجويف الأنفي فتحدث الخنقة أو الخنق ومن أكثر الأسباب لذلك المصابون بشق الحلق وأكثر الأمثلة عليه يصاب الفرد بالزكام أو البرد.

ويشير (الفرماوي، 2006) إلى أهم أشكال اضطرابات الصوت في النقاط التالية:

- أ. اضطرابات شدة الصوت: حيث يظهر فيها الصوت مرتفعاً أو منخفضاً أكثر من اللازم مرتفعاً مزعجاً ولا يتناسب مع عمر أو جنس المتحدث أو يكون منخفضاً بشكل لا يتحقق معه توصيل الرسالة الاتصالية ويكون ذلك ناتجاً عن عدة عوامل منها العضوية كالتهاب الحنجرة والالتهاب الرئوي أو العلل السمعية أو التهاب التجويف الزوري وغيرها ومنها النفسية كالخوف الاشرطي والقلق وغيرها.

ب. اضطرابات طبقة الصوت: وتشمل كافة التغيرات غير العادية في طبقة الصوت مثل الانتقال غير الملائم من طبقة لأخرى.

ج. اضطرابات اللحن الصوتي: حيث يأخذ الصوت إيقاعاً واحداً رتيباً ويرجع ذلك إما لإصابة الجسم المخطط بالدفاع أو لتصلب الثنايا الصوتية بالحنجرة.

د. اضطرابات الفواصل الصوتية: انعدام الفواصل بين طبقات الصوت بحيث يكون الكلام غير واضح وعمل للمستمع.

هـ. انخفاض طبقة الصوت (البحّة الصوتية): وهو اضطراب ناتج عن الاستخدام الوظيفي السيء للحنجرة كالعامل في وظيفة تتطلب صوتاً مرتفعاً باستمرار كالتدريس مما يؤدي إلى إجهاد الثنايا الصوتية وقد تنتج البحة الصوتية عن عوامل نفسية كالاكتئاب الهستيرى للصوت نتيجة صدمة نفسية شديدة أو كنتيجة لنوبات تشنجية وقد تنتج عن عوامل عضوية كالالتهاب اللوزي والتهابات الحنجرة حيث تنتفخ الثنايا الصوتية بشكل يمنعها من الانقباض بسهولة وقد تكون البحة الصوتية مؤقتة إلا أن إهمالها قد يؤدي إلى أن تصبح مزمنة كما أن البحة الوظيفية المؤقتة قد تؤدي إلى حدوث عقد وانتفاخات على الثنايا الصوتية.

اضطرابات حدة الصوت ومداه وتشمل:

1. خشونة الصوت: وهو ناتج عن إجهاد وظيفي للثنايا الصوتية إما نتيجة صراخ مستمر من الأطفال أو الصوت المرتفع بصورة مستمرة عند البالغين وخاصة المعلمين والباعة أو لدى عمال المصانع التي تستخدم مواد كيميائية منتجة للغازات أو مصانع التبغ والدخان مما يؤثر سلباً على عضلات الحنجرة فيؤدي ذلك إلى صوت مجهد خشن تصاحبه صعوبة في التنفس.

2. الصوت الطفلي: وهو صوت رفيع حاد لا يتناسب مع عمر وجنس المتكلم الراشد وقد يرجع ذلك إما لعلل عضوية تصيب هذا الفرد في طفولته أو ترجع لعوامل نفسية كالنكوص إلى مرحلة الطفولة.

3. الصوت الهامس الضعيف: حيث يحاول المريض التحدث أثناء عملية الشهيق مما يؤثر على عضلات التنفس وقد يحدث ذلك بسبب شلل العصب المحرك لعضلات الحنجرة والثنايا الصوتية مما يمنع خروج الصوت. (الفرماوي، 2006، 187-189).

وكثيراً ما يتردد على عيادات التخاطب من يشكو من البحة الصوتية وهي تعني أي تغير في الصوت الأصلي للإنسان بحيث تخرج الأصوات غير واضحة وطبيعية الصوت متغيرة. وهذه البحة أو البحوحة كما يطلق عليها البعض تنقسم إلى عضوية ووظيفية. فالعضوية تكون نتيجة لأسباب خلقية موجودة منذ الولادة مثل لين الحنجرة أو مكتسبة كالتهاب الحنجرة أو الغدد الصماء أو غير ذلك، والبحة الوظيفية، تندرج تحتها صور متعددة وكل صورة تنتج على حسب العلة. ومنها:

- بحة الصوت المزمنة عند الأطفال: وهي تمثل الصوت المتقطع عند الأطفال ويكون الصوت منخفضاً بصورة ملحوظة وينتج بسبب الاستخدام السيئ للصوت.
- اضطرابات الصوت عند البالغين: أو ما يسمى بفشل الصوت ويأتي نتيجة التغير الذي يطرا للشخص عند الانتقال من الطفولة إلى البلوغ.
- بحة الصوت فوق الوظيفية: وتأتي نتيجة كثرة الاستعمال السيئ للصوت لفترة طويلة مما يؤدي إلى خلل في التحكم العضلي للحنجرة وهذا النوع يتميز بنقص قوة العضلات أثناء الكلام مع ضعف واضح في الصوت في بداية التحدث، ويكون الصوت خافتاً ومصحوباً بالهواء.
- بحة الصوت تحت الوظيفية: وتنتج لنفس الأسباب السابقة وتؤدي إلى نفس النتيجة.
- الوهن أو الضعف الصوتي: وهذا النوع يكثر لدى المشايخ أو أئمة المساجد والوعاظ أو المغنين أو المدرسين، فذاًئماً ما تتردد على عيادات التخاطب بعض الحالات التي تشكو من جفاف ألم في الحلق ورغبة متكررة في طرد البلغم وعدم القدرة على مواصلة الكلام نتيجة للإرهاق الصوتي ويكون صوت المريض طبيعياً ولكنه مضغوط. (رمضان، 2008).

كما أن هناك العديد من أشكال اضطرابات الصوت، ومنها:

1. الصوت المكتوم: الصوت نتيجة وجود آفة فيما بين قاعدة اللسان واللسان، أو نتيجة إصابة اللهاة بالورم، ويسمع الصوت عندما يتجه اللسان نحو البلعوم أثناء الكلام ويعتبر الكلام المكتوم أحد السمات المميزة لبعض اللهجات في العديد من المناطق الريفية.
2. الصوت الطفلي: هو الصوت الذي نسمعه من بعض الراشدين أو الكبار، ويشبه في طبقة الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار، وهو صوت رفيع وحاد، بحيث يشعر السامع بأن هذا الصوت شاذ لا يتناسب مع عمر وجنس ومرحلة نمو الفرد المتكلم، ومن المعلوم أن الصوت البشري يتطور ويتغير عادة في مرحلة الطفولة، وفي مرحلة البلوغ، ولدى الراشدين، وقد تستمر بعض العادات الصوتية والكلام لدى الطفل حتى بعد وصول الشخص لمرحلة الرشد، وعلى الرغم من عدم التعرف على السبب في ذلك حتى الآن، إلا أن البعض يرجع هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وولادية، أو إلى إصابات تصيب الأطفال في صغرهم مثل النزلات الصدرية، والتهابات الحنجرة والأوتار الصوتية، وقد يكون سبب هذه الظاهرة وظيفياً يرجع إلى بعض العوامل النفسية العميقة لدى الفرد والتي ترجع إلى طفولته، وتجعله يسلك في أصواته وهو راشد سلوك الصغار في أصواتهم، (نكوص في الصوت والكلام إلى مرحلة سابقة من النمو).
3. الصوت الرتيب: هو ذلك الصوت الذي يخرج على وتيرة واحدة وإيقاع واحد، دون القدرة على التغير في الارتفاع، والشدة، أو النغمة و اللحن، مما يجعل هذا الصوت يبدو شاذاً وغريباً، ويفقد صاحبه القدرة على التعبير و التواصل الفعال مع الآخرين، ومثل هذه الحالات يمكن أن تحدث نتيجة الإصابة بجالة من الشلل تصيب المراكز المخية، وخاصة منطقة الجسم المخطط من الدماغ، مما يؤدي إلى تصلب الأوتار الصوتية وجعل الصوت إما أجشاً خشناً، أو رتيباً.
4. كلام الفم المغلق: هذه المشكلة ليس لها اسم محدد غير كلام الفم المغلق Closed mouth speech، وهو أحد أنواع الحرف الرنين وينبغي ذكره لشيوعه في كثير

من اللهجات، ويبدو كلام الشخص منخفضاً وغير واضح. وإن العديد من الأفراد يحاولون التحدث بأسنانهم وغالباً ما تكون شفاههم مفتوحة بشكل بسيط، وهناك توافقات فموية تؤدي إلى إفراط بسيط في الأصوات الأنفية ومكونات غير دقيقة لكل من الأصوات المتحركة والسائنة، وإن هذا النوع من الكلام يشير إلى توتر شديد في الحنجرة نتيجة الصوت الأجهش. وإن التحدث بهذه الطريقة يتطلب جهداً كبيراً لإنتاج كلام يفهم بسهولة، ولا يظهر هذا عندما يكون التحدث سريعاً أثناء الكلام اليومي.

5. اختفاء الصوت: حينما يعاني الشخص من اختفاء صوته يصعب عليه إخراج الأصوات، ويحدث هذا إما بسبب شلل الأوتار الصوتية، أو نتيجة إصابة الحنجرة، وخاصة عندما يصاحبها حالة غضب وانفعال حاد، فنجد المريض يحاول الكلام ولكنه لا يستطيع، مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية، وهو في هذه الحالة أقرب ما يكون لحالة البكم، وبعض هذه الحالات ترجع إلى عوامل نفسية كما في فقدان القدرة على الكلام الهستيري.

6. الصوت المرتعش أو المهتز: يتسم هذا الاضطراب الصوتي بظهور الصوت بشكل غير متناسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض أو الطبقة الصوتية، ويكون سريعاً، ومتواتراً، ونلاحظ هذا الصوت لدى الأطفال، وأما الراشدين فيظهر لديهم في مواقف الخوف الحاد، والارتباك، والانفعال، في حين يظهر هذا الاضطراب لدى الفرد نتيجة إصابته بالتهابات دماغية تجعله عاجزاً عن التوفيق بين حركات أعصابه، وذلك حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة، وفي مثل هذه الحالات تكون عملية التنفس هي المسيطرة على الكلام وليست هي المساعدة في إخراج الكلام كما في الحالات الطبيعية، لذلك لا يكون الصوت واضحاً.

7. بحة الصوت: يتسم الصوت المبحوح بأنه خليط ما بين صوت الهمس وصوت الخشونة معاً، وغالباً ما يكون ذلك نتيجة الاستخدام السيئ للصوت (الصياح الشديد أو الغناء بصوت مرتفع لوقت طويل)، وحالات التهاب الحنجرة، ونزلات البرد، والتهاب اللوزتين، والإجهاد الكلامي، أو قد يكون عرضاً من الأعراض المرضية للحنجرة، وأثناء هذا الاضطراب يصدر الصوت من ثنيات

الأوتار الصوتية الصغيرة، ويكون التنفس في مثل هذه الحالات صعباً، والصوت غير واضح.

8. الصوت الحشن أو الغليظ: يتسم هذا الصوت بأنه غير سار، وعادة يكون مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقة، ومثل هذا الصوت غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد والإجهاد، ويمكن أن تكون خشونة الصوت لدى الصغار بسبب الصراخ العالي أو الغناء والصياح بصوت مرتفع. كما أن الأفراد ذوي المزاج العدواني غالباً ما يجهدون الأوتار الصوتية أثناء صراخهم، وحدثهم، وتظهر أعراض الصوت الحشن لدى الراشدين، ولدى البائعين، والمعلمين، ولدى الذين يعملون في وظائف تتطلب منهم الكلام بصوت مرتفع ولفترة طويلة مما يؤدي إلى إجهاد الأوتار الصوتية وإصابتها بعقد الأوتار الصوتية.

9. الصوت الهامس: هو ذلك الصوت الخافت الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت، ويتسم بالضعف والتدفق المفرط للهواء، حيث يحاول المريض أن يتكلم أثناء الشهيق مما يؤدي إلى نقص حجم الكلام بسبب تحديد حركات العضلات التنفسية، فلا يستطيع المريض الصراخ، مما يجعل صوته هامساً، ويصاحب عملية الهمس شلل الوترين الصوتيين. (الزباد، عبد المجيد، 1996، البيلاوي، 2006، 235-238).

10. اضطرابات امتلاك الوحدة الصوتية: وتعد اضطرابات امتلاك الطفل للوحدة الصوتية من أكثر الاضطرابات التواصلية شيوعاً لدى الأطفال على اختلاف لغاتهم. إذ يعتقد كراين (2001) Crain أن 75% من مجمل الأطفال يعانون من اضطرابات صوتية، تكون على شكل حذف أو إضافة أو إبدال وهي من أبرز الاضطرابات المنتشرة بين الأطفال.

11. استبدال الصوت بصوت يناظره: كأن يستبدل الطفل (الطاء) (تاء) فيقول في كلمة (طيارة)، (تيارة) أو إبدال (راء) (ياء) (Goldman, 1986; Christensen & Luckett, 1990) أو إبدال (الراء) (لاما) فيقولون في (برتقالة، بلتقالة).

12. اللثغة (Lisp): من الأخطاء الصوتية المنتشرة بين الأطفال ما يعرف باللثغة التي تؤثر على الأصوات الصغيرية اللثوية في العربية (Sibilant Sounds) (س، ص، ز). واللثغة نوعان:

أ. اللثغة المركزية (Central Lisp): التي يقلب فيها صوتي "س و ص" إلى "ث" ثمير بدلاً من "سمير".

ب. اللثغة الجانبية (Lateral Lisp): والتي يتم فيها تشويه الأصوات بإخراج الهواء من أحد جانبي اللسان أو كليهما بحيث يكون فيه إبدال الصوت أو حذفه أو تشويبه في الكلمة. فمثلاً قد يكون الإبدال في بداية الكلمة أو وسطها أو آخرها. ففي المثال السابق، الطفل الذي قال "ثمير بدلاً من "سمير" يقدم مثلاً على استبدال السين بالثاء في بداية الكلمة (Agnes, 2004).

أسباب اضطرابات الصوت وعلاجها

يشير كل من (مصطفى، 1994، البريدي، 1996، الشيخ، 2000، أكرم والعوا، 2005) إلى أن أسباب اضطرابات الصوت هي على النحو التالي:

أولاً، المشكلات المرتبطة بالعوامل العضوية

ومن بين الأمراض التي تسبب اضطرابات الصوت:

1. الشبكة الحنجرية: تشير تلك الحالة إلى وجود غشاء يمتد بين الأوتار الصوتية، وقد يكون هذا الغشاء ولادياً أو ناتجاً عن بعض أنواع الحقن أو العمليات الجراحية. ومن الممكن أن يختلف هذا الغشاء في الحجم من نسيج صغير إلى غشاء يغلّق لسان المزمار تماماً، وعندما يكون هذا الغشاء سميكاً فإنه يعوق عملية التنفس ويتطلب التدخل الجراحي السريع، إذ قد يؤدي إلى اختناق الوليد ووفاته إذا كان الغشاء ولادياً، أما عندما يكون الغشاء أقل سمكاً فإنه قد يؤدي إلى احتباس الصوت، فنجد الطفل عندما يحاول الكلام فإن صوته قد يكون أجشاً أو يكون أعلى من الطبيعي، ويتطلب علاج هذه الحالة اشتراك كل من طبيب الحنجرة وأخصائي التخاطب في وضع خطة العلاج.

2. شلل الأوتار الصوتية: في هذه الحالة تتعرض الأعصاب المحركة للأوتار الصوتية للشلل، وعدم القدرة على ممارسة وظيفتها. ونادراً ما يكون سبب شلل الأوتار الصوتية إصابة مركز الصوت الدماغى، وأحياناً يكون السبب نتيجة إصابة الأوتار الصوتية بالتهابات فيروسية، وفي هذه الحالة يمكن الشفاء التام خلال ستة أشهر. ولكن في معظم الأحيان يكون سبب الشلل هو إصابة العصب المحيط بالحنجرة، وقد يكون هذا بسبب تضخم في الأذنين الأيسر نتيجة ضيق في الصمام الإكليلي، أو نتيجة سرطان في القصبة الهوائية، وقد يكون أحياناً بسبب ندبة في قمة الرئة ناتجة عن تدرن رئوي، أو يمكن أن يكون أيضاً نتيجة تضخم في الغدة الدرقية نتيجة الإصابة بسرطان الغدة.

3. الإصابات والحوادث: قد تتمزق غضاريف الحنجرة أو تصاب الأوتار الصوتية أثناء إجراء العمليات الجراحية بالحنجرة، أو أثناء استخدام المنظار لفحص الجهاز التنفسي، أو الأوتار الصوتية، أو أثناء استئصال لحمية من الأوتار الصوتية. وقد تحدث إصابة الحنجرة من الخارج نتيجة الحوادث أو الضرب أثناء العراك أو في مباريات الملاكمة.. الخ. وكذلك دخول جسم غريب إلى الحنجرة؛ مثل الطعام أو الألعاب الصغيرة التي قد يبتلعها الطفل، أو انزلاق الأسنان الصناعية إلى الحنجرة. وإن آلية سقوط الجسم الغريب مرتبطة بالشهيق المفاجئ الذي يصادف أحياناً في حالة الرعب أو الضحك أو البكاء و ينجرف الجسم الغريب مع التيار الهوائي للحنجرة؛ وإما أن يتوقف في الحنجرة، أو يتابع طريقه إلى الرغامى أو القصبات. ويعاني المريض بعدها من الشعور بالاختناق و السعال التشنجي إلى أن يعتاد المريض عليه، وتحدث نوبة السعال والتشنج عندما يحدث تغير في وضعية الجسم الغريب.

4. أمراض وهن وضعف الحنجرة: قد تؤدي إصابة الفرد بالأنيميا إلى ضعف انقباض العضلات مما يؤدي إلى غلق لسان المزمار بشكل غير كامل، وينتج هذا الاضطراب عن ضعف تزويد العضلات وباقي أجزاء الجسم بالكمية الكافية من الدم. وإن الأشخاص شديدي الوهن والضعف تنعكس حالتهم على أصواتهم

فيبدو ضعيفاً، الأمر الذي يحدث إما نتيجة عدم غلق لسان المزمار أو الاقتراب البسيط بين الأوتار الصوتية أثناء الاهتزاز.

5. الأورام Tumors: إن أول ما يرد في الذهن عند التفكير في آفات الأوتار الصوتية هو إصابتها بالأورام. ولكن ما هو الورم؟ إن كلمة ورم تحمل الكثير من المعاني فيتم تعريفها بأنها نسيج غريب ينمو بشكل أسرع من الطبيعي ويستمر في النمو بعد توقف المثير الذي يثيره.

أما درجة الورم فلها علاقة بالمكان التشريحي للإصابة ووجود العقد الانتقالية في العنق و الانتقالات البعيدة. ومن المعلوم أن هناك نوعين من الأورام، هما. الأورام الحميدة، والأورام الخبيثة. فأما الورم الحميد فهو الذي لا يغزو ولا يدمر النسيج الطبيعي المجاور له. بينما الورم الخبيث فهو القادر على غزو الأنسجة المحيطة ويؤدي إلى انتشاره وانتشاره؛ مما قد يتسبب في وفاة الشخص المريض ما لم يتم علاجه بشكل مناسب وتنتشر الأورام الخبيثة في الحنجرة عند الرجال أكثر منها عند النساء.

6. التهابات الحنجرة: قد يصاب الصغار أو الكبار بالتهابات تؤثر على الأوتار الصوتية فتغير شكلها، وتصبح محفظة حمراء، ومستديرة وتتورم الأنسجة المحيطة بها، وكلها تؤثر على عملية إنتاج أصوات الكلام ونطقها. وقد تكون هذه الالتهابات حادة نتيجة إصابة الصغار بأمراض فيروسية أو ميكروبية مثل الدفتريا. بينما قد ترجع لسوء استخدام الصوت لدى الكبار؛ التي قد تحول هذه الالتهابات من حادة إلى مزمنة. وقد تؤدي هذه الحالة إلى ارتخاء الأوتار الصوتية، وشعور المريض بحرقان واستثارة في الحنجرة، وقد يجد صعوبة في الكلام وربما يفضل الامتناع عنه.

7. وجود خلل في تركيب أعضاء النطق: كالتشوه الذي يصيب الفك العلوي، أو التشوه الذي يصيب اللسان ككبر حجمه أو صغره مما يحول بين الطفل ونطق أصوات معينة. (Evans & Gray,2000).

8. وجود خلل فيسيولوجي: كعدم قيام أعضاء النطق بالمهام اللازمة لإنتاج مجموعة من الأصوات، ومثال ذلك حركة اللسان البطيئة، والتي تعيق انتقاله من مكان إلى

آخر لإنتاج الأصوات المطلوبة، وذلك بسبب عيوب اللسان المتمثلة بـكبر حجمه أو لوجود بعض التشوهات الخلقية فيه، أو انحراف اللسان عن المكان الذي سيتم نطق الحرف فيه بشكل سليم، فيقوم اللسان بإنتاج أصوات أخرى كما يحدث مع حالات الأبراكسيا التطورية. (Development Apraxia).

9. وجود خلل حسي ناتج عن ضعف السمع أو الصمم: وفي هذه الحالة لا يكون الطفل قادراً على تطوير نظامه الصوتي لعدم تمكنه من امتلاك النماذج الكلامية بصورة طبيعية، فيؤثر ذلك على نطق الطفل للأصوات، فالنظام الصوتي يتكون لدى الطفل من خلال سماعه الموجات الصوتية التي تصل إليه من الأذن ومنها إلى الدماغ الذي يعمل على تفسير هذه الموجات، ومن ثم إنتاجها بشكل سليم. (Low & Ravsten, 1989, McDonald, 1994).

ثانياً: المشكلات المرتبطة بالعوامل النفسية

إن احتباس الصوت قد يحدث عندما لا يرغب الشخص في التحدث، يرتبط احتباس الصوت وغلظته اللاعضوية بشدة وبشكل لاإرادي بالضغط والقلق اللذين يتعرض لهما الفرد.

إن المشكلات الانفعالية التي ترتبط بالمواقف المنزلية أو العملية أو المدرسية قد تؤثر على وظيفة الحنجرة ومن ثم إعاقه الصوت.

وهناك العديد من الأمثلة التي تسبب فيها أمراض الحنجرة احتباساً في الصوت والتي تبدأ بعد إعاقه الوظيفة البيولوجية بشكل كامل، ومن المحتمل أيضاً أن يلعب احتباس الصوت دور الحماية والوقاية في حياة بعض الأفراد؛ وبالتالي يطول احتباس الصوت لديهم.

إن غلظة الصوت التي تعود إلى أسباب نفسية تشير إلى اهتزاز الأوتار الصوتية دون أن تغلق، وقد يرتبط ذلك بالمحيط المنزلي أو محيط العمل الذي يتطلب أصواتاً كثيرة، وإن هذا النمط من التحدث من الممكن أن يصبح بسهولة عادة.

وهناك شكل آخر من غلظة الصوت النفسية يحدث عندما تتجمع الأوتار الصوتية بطريقة محكمة بدرجة لا تهتز معها بشكل طبيعي، وعندما تحدث زيادة في

الابتعاد فإن الصوت قد يصبح أجشاً ومنخفض الدرجة. وإن الصوت الأجش هو الذي يعرف بالصوت الغليظ، وإن الأشكال المختلفة للصوت الأجش ترتبط بزيادة غلق لسان المزمار وتعرف بغلظة الصوت مفرطة التوظيف. (البيلاوي، 2006، 253).

التقييم والتشخيص لاضطرابات الصوت Assessment and Diagnosis

عملية تشخيص اضطرابات الصوت لها أهمية خاصة قبل الشروع في العملية العلاجية فمن خلال التشخيص الجيد يمكن وضع البرنامج التدريبي العلاجي لأي اضطراب من اضطرابات الصوت وفقاً لطبيعته، ويشترك في عملية تشخيص اضطرابات الصوت فريق من المتخصصين أو غير المتخصصين الذين تستدعي طبيعة احتكاكهم بالطفل التعرف والاكتشاف المبكر للحالة التي بعدها تتم إحالة الطفل أو المصاب إلى الأخصائيين الذين يعملون ضمن فريق تشخيص علاجي.

1. الاكتشاف والتعرف

من المدهش أن نجد أن أول من يقوم باكتشاف اضطرابات الصوت لدى الأطفال هم الراشدون المتعاملون معهم وهم الوالدان والمعلمون نظراً لأن الأطفال يقضون معظم أوقاتهم في تفاعل داخل الأسرة والمدرسة ومن ثم فإنهم يلاحظون تغييرات صوت الطفل كالبحة وتكسر الصوت أو فقدان الصوت وقد أورد بعض الباحثين قائمة من السمات التي يمكن من خلالها اكتشاف الآباء والمعلمين اضطرابات الصوت لدى الطفل والتعرف المبكر عليها ومنها:

أ. التجشؤ والبحة وغلظة الصوت التي تستمر لمدة تزيد عن أسبوعين.

ب. جفاف أو التهاب مستمر في الحلق.

ج. تغير في درجة الصوت عادة ما يكون تعميقاً للصوت.

د. صوت همس يصدر عند التنفس.

هـ. صوت ضعيف أو يصبح أكثر بحة وتخشؤاً يوماً بعد يوم.

و. صوت أكثر هدوءاً لا يمكن تعديله حتى تسمعه المجموعة أو الموجودون في الفصل أو الأشخاص المجاورين للطفل.

- ز. صوت مرتفع غير متنوع.
- ح. علامات من الإجهاد وعدم الراحة أثناء التحدث.
- ط. جريان التنفس قبل إنهاء الجملة أو العبارة.
- ي. تكسر في الصوت.
- ك. كحة شديدة وجلاء في الحلق وخصوصا عندما لا تكون هناك إصابة بالبرد أو عدوى أعلى الجهاز التنفسي.
- ل. خشونة الصوت أو غلظته.
- م. الخمخمة أو الكلام الأنفي.
- ن. أصوات الحروف الأنفية أكثر من اللانفية.
- س. ارتفاع والمخفاض طبقة الصوت.
- ع. الصوت الرتيب أو اضطراب الفواصل الصوتية.
- ف. اختفاء الصوت أو الصوت المكتوم.
- ص. طبقة صوت الراشد تشبه طبقة صوت الأطفال.
- ق. ارتعاش الصوت وتوتره أو عدم التماسق الصوتي.
- ر. صعوبة إخراج الصوت الهادئ.
2. الأخصائيون وتشخيص اضطرابات الصوت

بعد التعرف والاكتشاف المبكر لاضطرابات الصوت تتم إحالة الطفل للأخصائيين الذين لهم علاقة بعلاج اضطرابات الصوت ومنهم:

أ. أخصائيي التخاطب: أخصائي اللغة والتخاطب هو أول أعضاء الفريق التشخيصي وإليه يعود الطفل مرة أخرى بعد اكتمال حلقة فريق التشخيص ليقوم بدورة في العملية العلاجية وأهم إجراءات التشخيص التي يقوم بها أخصائيي التخاطب ما يلي:

• التسجيل الصوتي لعينة من كلام الطفل: فمن خلال ذلك يستطيع تقييم السمات الكلامية لاضطرابات الصوت من حيث درجته وطبقته وارتفاع

الصوت ومسامته الرنينية والتعرف على طبيعة أصوات الحروف المتحركة والساكنة والحروف الحلقية والأنفية واللسانية كما يمكن من خلال فحص التسجيل الصوتي للكلام الطفل اكتشاف قدرته على إنتاج الصوت ومعدل التنفس والشهيق والزفير أثناء الكلام وما إلى ذلك.

• الملاحظة: حيث تتم ملاحظة الطفل أثناء الكلام وملاحظة أعضاء النطق وحجم وشكل ولون وحركة الوجه والشفيتين وحركة اللسان وفحص سقف الحنك والحنجرة والبلعوم ومخارج الحروف والأصوات الأنفية والزوائد الأنفية وما إلى ذلك.

وقد يطلب من الطفل قراءة 30 كلمة ذات مقطع معين وبيطه حتى يمكن التأكد من أشكال اضطرابات الصوت لديه

ب. أخصائي الأنف والأذن والحنجرة: يستهدف أخصائي الأنف والأذن والحنجرة فحص أعضاء التواصل خاصة الحنجرة والاحبال الصوتية والحلق والبلعوم والسمع والأنف وتقييم الحالة بطريقة صحيحة سواء تم ذلك بالنظر أو الفحص بالأشعة أو عن طريق الفحص بالمنظار من ذلك:

- حجم وشكل وحركة ولون وتركيب الحنجرة.
- السمات الحركية للسان والشفيتين.
- فحص سقف الحلق الصلب والمرن وعن وجود أية شقوق حلقية به.
- حركة الحنك وهل تتسبب في الإفراط الأنفي أو وجود ما يعوق الحركة فتسبب مشكلة الصوت.
- مدى وجود زوائد أنفية التي تكون من معوقات الحركة في سقف الحلق.
- مدى وجود شق في اللهاة اللهاة المشقوفة: مما قد يؤدي إلى وجود مسافة بين اللهاتين قد يرتفع فيؤدي إلى شق الحنك ويكون بعيدا بالدرجة الكافية لمنع غلق صمام الحنجرة بشكل تام.
- درجة السمع: حيث يتم إجراء تحطيط سمعي للحالة فقد يكون ضعف السمع سببا في عدم فهم الصوت المسموع فيكون النطق خاطئا.

ج. الأخصائي النفسي: وهو واحد من أعضاء الفريق التشخيصي العلاجي حيث يقوم بدراسة لتاريخ الحالة وإجراء الفحص النفسي الذي يحاول أن يتأكد من خلاله من:

- نسبة ذكاء الطفل.
- تحديد درجة وخطورة المشكلة الصوتية عند الطفل.
- تاريخ بداية المشكلة.
- التاريخ الصحي والطبي للحالة وعن مدى وجود أمراض سابقة ترتبط بالأنف والأذن والحنجرة.
- التاريخ الأسري: وعن مدى وجود أية محرفات في الصوت والكلام داخل الأسرة.
- التركيب الأسري: ترتيب الطفل في الأسرة، عدد الأطفال في الأسرة التفاعل داخل الأسرة.
- التاريخ النمائي: وعن مدى وجود تأخر أو اضطراب في الصوت عند الميلاد بدأ يظهر من خلال البكاء أو التنفس بصعوبة ومدى وجود اضطرابات صوتية موروثة. (شاش، 2007، 131-134).

يعتبر أخصائي الكلام واللغة الأخصائي المؤهل مهنيًا لتقييم اضطرابات الصوت والهدف الرئيسي من تقييم الأخصائي هو تقديم علاج فعال يمكن الفرد الذي يعاني من مشكلات الصوت من التكلم بصوت طبيعي أكثر ولتخطيط تصميم علاج فعال فإن أخصائي أمراض الكلام واللغة عليه أن يفهم وظيفة وتركيب الميكانيكية الصوتية وأشكال الاضطرابات التي تعيق عملها وتحديد أسبابها عندما يكون ذلك ممكنا. وتصبح هذه العملية أكثر فاعلية عندما تجري مع طبيب أخصائي الذي يقيم بنية ووظيفة الحنجرة بشكل واضح، ولا يجوز لأخصائي أمراض الكلام واللغة وصف العلاج أو التخطيط له بدون تقييم طبي للحنجرة ووظائفها. وتشتمل إجراءات تقييم وتشخيص اضطرابات الصوت على:

1. الإصغاء Listening: حيث يقوم أخصائي أمراض الكلام واللغة بممارسة الإصغاء الفعال، وهنا عليه أن يمتلك القدرة والمهارة في الاستماع لصوت المريض وتحديد مدى التباينات فيه. وبذلك يستطيع الأخصائي أن يحدد متى ترتفع طبقة الصوت أو تنخفض أو متى يكون عالياً أو منخفضاً ومتى تتحرف نوعية الصوت عن المستوى الطبيعي. ولا تقيس القدرة على الاستماع مستوى التغيير في الصوت أو متى يحدث التغيير. فمستوى التغيير في الصوت يقاس من خلال أجهزة متقدمة متوفرة وقادرة على إعطاء معلومات دقيقة عن الذبذبة وعلو الصوت وتدفق الهواء والفترة الزمنية وبعض خصائص نوعية الصوت والتي تساعدنا في التشخيص والعلاج. ومن أكثر هذه الأدوات استخداماً المسجل السمعي الرقمي DAT والإصغاء للصوت غير الطبيعي وتحديدته يتطلب الإصغاء لعدد من العينات الصوتية لتقييم خصائصها الكلامية وطبقة الصوت ومدى طبقة الصوت وعلو الصوت المعتاد والتصويت ونوعية الرنين وهنا يمكن أن نستخدم أداة DAT ولتحتفظ بنتائجها للرجوع إليها وقت الحاجة. ومن خلال ذلك يستطيع أخصائي الكلام واللغة وصف خصائص الصوت والكلام ومصادرها وهل هي الحنجرة أم مناطق الرنين الصوتي أو كلاهما. وبذلك يمكننا تحديد ووصف أخطاء النطق.

2. النظر Looking: يعتبر ما نسمعه إجراءً رئيسياً وبالإضافة إلى ذلك فإن التراكيب المنتجة للصوت مهمة وضرورية للكلام الناتج من فم الشخص يعتمد على حركات أعضاء النطق وميكانيكية التنفس والأوتار الصوتية ويعني النظر ملاحظة حجم وشكل ولون وحركة الوجه والشفاه والأسنان واللسان وسقف الحلق الصلب واللين والبلعوم والحنجرة. فملاحظة وجه المتكلم تحدد ببطء الحركة أو عدم الاتساق الحركي ويكون الهدف هنا هو ملاحظة وتحديد الضعف أو الشلل المرتبط بالكلام أو مشكلات الصوت. كما أن انتظام أو انسداد الأسنان يمكن أن يحدد من خلال النظر ومن خلال استعمال المرآة يمكن للشخص أن يشاهد الوجه والشفاه والأسنان وسقف الحلق ولكن نستطيع مشاهدة الأوتار الصوتية. إلا أنه في حالة الشخص المدرب فإنه يستطيع مشاهدتها وباستعمال المرآة.

3. تاريخ الحالة Case History: تساعد المعلومات المجموعة عن تاريخ اضطرابات الصوت في التخطيط وتصميم البرامج العلاجية وفي تاريخ الحالة تجمع معلومات عن التاريخ الطبي للفرد والمشكلات الصحية التي مر بها واتجاهات الآباء نحو المشكلة والحاجة إلى العلاج والدافعية والقدرة على تحمل البرنامج العلاجي. (Sapienza & Hicks, 2002, الزريقات, 2005: 208-209).

علاج الاضطرابات الصوتية

كما أن تشخيص اضطرابات الصوت يحتاج إلى فريق من المهتمين بأمر الطفل والأخصائيين فإن العلاج أيضا يتطلب تدخل فريق علاجي حيث يتشابه كل من العلاج الطبي والتخاطب والعلاج النفسي والسلوكي معا.

1. العلاج الطبي

غالبا ما يتم التدخل الطبي في حالة وجود أسباب عضوية لاضطرابات الصوت وذلك على النحو التالي:

أ. العلاج الدوائي: ويستخدم لعلاج حالات احتقان الاحبال الصوتية أو جفافها نتيجة لحدوث عدوى الجهاز التنفسي أو العدوى الفيروسية أو غيرها من الأسباب التي تؤدي إلى خلل أو شلل الاحبال الصوتية وضعف كفاءتها الاهتزازية ففي هذه الحالات فإن استخدام الأدوية المضادة للعدوى يكون هو التدخل العلاجي المناسب لذلك.

ب. التدخل الجراحي: عادة ما يكون التدخل الجراحي في الحالات التي تتطلب ذلك كما في حالات الأورام والعقد الصوتية والشبكة الحنجرية والأورام الحنجرية أو ورم الغشاء المخاطي والورم الدموي والورم الحليمي والورم السرطاني ففي مثل هذه الحالات يكون التدخل العلاجي لإزالة مثل هذه الأورام أمرا ضروريا وفي حالة الأورام السرطانية نحتاج إلى التدخل بالعلاج الإشعاعي أو الكيميائي إلى جانب التدخل الجراحي.

ومن الحالات التي تتطلب التدخل الجراحي. حالات اللهاة المشقوفة وسقف الحلق المشقوق والشفة المشقوفة. وتهدف العملية الجراحية إلى التمام الفجوات

الحلقية في سقف الحلق بحيث يصبح بعدها من المتيسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام.

ج. أجهزة طبية مساعدة.

د. سقف الحلق الصناعي: إذا شب الطفل المصاب بالحلق المشقوق دون أن تجرى له عملية جراحية لسد الفجوة الحلقية يصبح من العسير إجراؤها بعد أن يكون قد اكتمل نموه وإذ ذلك يلجأ جراح الفم والأسنان إلى تصميم جهاز سقف الحلق الصناعي الذي يتألف من سداة أو غطاء من البلاستيك تسد الفجوة في سقف الحلق وتيسر على المريض إحداث الأصوات بالشكل الطبيعي وإن كانت هذه السداة لا تمكن صاحبها من إجادة نطق الأصوات. (مصطفى فهمي. د. ت)

هـ. لسان المزمار الصناعي: وهو يسمح بإحداث نفس رئوي من خلال ثغرة في الرقبة في جانب القصبة الهوائية تصل بين التجويف البلعومي والقصبة الهوائية تسمح بخروج الهواء فيؤدي إلى اهتزاز الأنسجة الموجودة فيحدث صوتاً يتم نطقه أثناء الكلام ومن عيوبه تسرب الطعام والسوائل عبره ودخوله إلى الرئة.

و. الحنجرة الصناعية: وهي تستخدم في حالات استئصال الأورام السرطانية من الحنجرة أو إصابات الاحبال الصوتية في حالات الحنجرة المشقوفة ومنها نوعان:

- النوع الأول الحنجرة الصناعية: التي يتم حملها في اليد وهي عبارة عن أنبوب يزود الشخص بالهواء وأنبوب لإنتاج الصوت فعندما يتحدث الشخص بهذه الحنجرة الصناعية فإنه يوصل أنبوب الهواء بالفتحة من وعاء به هزاز مطاطي ويتم تنشيط هذا الجزء من خلال تدفق الهواء وإحداث الصوت الذي ينتقل من الفم من خلال أنبوب صغير ينتقل بين السفتين وبها يتم إخراج كلام واضح ومفهوم.

- النوع الثاني الحنجرة الاليكترونية: ويتكون من وحدة اليكترونية بها فمع يغطي أنبوب الصوت فينقله من الفم إلى الأنسجة التي تحدث اهتزازاً بجلد

الرقبة فيصدر الصوت وتحصل هذه الحنجرة الاليكترونية على قوة التشغيل من خلال حجر بطارية يوضع في الجيب. (البلاوي، 2005).

2. التدخل السلوكي الوقائي

هناك حاجة ماسة للعمل الوقائي لضمان الأطفال لأصواتهم بعناية لتجنب المشكلات الصوتية وترجع أهمية ذلك إلى أنه عندما يتم تلف الميكانيزم الصوتي فإن الأمر يستغرق شهوراً للشفاء والعلاج الكامل ومن ثم فإن التدخل الوقائي له أهمية خاصة لعدم تفاقم مشكلات الصوت للأطفال المعرضين للإصابة.

أهداف التدخل الوقائي

يهدف التدخل الوقائي من اضطرابات الصوت ما يلي:

- التشجيع على فهم وإدراك الإنتاج الطبيعي للصوت.
- زيادة الرعاية الصوتية مع الوقاية المستقبلية من المشكلات.
- زيادة الوعي بالضغط النفسية التي تشتمل على تأثيرات ضغوط الحالة النفسية على اضطرابات الصوت.
- التأزر بين ضبط التنفس والصوت.
- أساليب تجنب المواقف الصوتية وأساليب التعامل معها.
- أشياء يجب تجنبها. ويدخل في التدخل الوقائي تقديم نصائح للأطفال حول استخدام الصوت بشكل أفضل ويشمل ذلك الأشياء التي يجب تجنبها لعدم الإصابة باضطرابات الصوت.

3. التدريبات الصوتية العلاجية

تهدف التدريبات الصوتية لعلاج اضطرابات الصوت إلى تعديل العادات الصوتية الخاطئة أو التخلص منها وتعليم الفرد عادات صوتية صحيحة ومساعدته على ممارسة أفضل العادات الصوتية الصحيحة وتدعيمها دون جهد إضافي في مختلف المواقف والظروف التي يتعين عليه التحدث فيها ويدخل في التدريبات الصوتية في ما يلي:

أ. التدريب على التنفس الصحيح أثناء الكلام: من مشكلات التنفس أثناء الكلام، سرعة التنفس مع اندفاع الهواء بشدة عبر الحنجرة والتحدث لمدة طويلة دفعة واحدة والتنفس بمعدل سريع بنفس قصير بحيث لا يوجد هواء زفير كاف لعملية الكلام وتضيق الهواء وسوء استخدامه أثناء الكلام، وتتضمن عملية التدريب على التنفس الصحيح أثناء الكلام تدريب الفرد على الاسترخاء والتحكم في عملية التنفس وتشمل التنفس بعمق وحجز الهواء لفترة ثم محاولة إخراجه ببطء لعدة مرات ثم التنفس بسرعة مرة أخرى ومحاولة نطق بعض الكلمات بعد أخذ نفس عميق مع وجود فواصل مناسبة بين الكلمات وهكذا تستمر عملية التدريب حتى يتمكن الفرد من التحكم في عملية التنفس جيدا أثناء الكلام. (الشخص، 1997).

ب. التدريب الصوتي: هناك العديد من البرامج والتمرينات الصوتية لعلاج اضطرابات الصوت ومنها:

- إزالة سوء استخدام الصوت: وتهدف تعديل سلوك استخدام الصوت وتعتمد على تقديم المساعدة الناجحة عندما يرغب الفرد في إزالة أو تعديل بعض الأنشطة الصوتية وتدريبه على عدم الإفراط في التحدث وتقليل عدد مرات استخدام الصوت المرتفع بشكل منتظم.
- اكتشاف أفضل الأصوات: فلكل فرد عدة أصوات بعضها يتم إنتاجه بسهولة وبجودة أكثر من بعضها الآخر ويتم تحديد أفضل الأصوات من خلال تدريب الفرد على إنتاج مجموعة من الأصوات العليا والوسطى والمنخفضة ومستويات ارتفاع مختلفة وإدراك أن الأصوات الأقل جهدا هي أفضل الأصوات المستهدفة.
- التدريب على خفض التوتر الصوتي: فالتوتر الصوتي يشير إلى غلق لسان المزمار أثناء إصدار الصوت أو بذل جهد كبير عندما تكون هناك مشكلة صوتية ومن الممكن التخفيف من حدة ذلك من خلال التدريب على الاسترخاء العام.

• زيادة فعالية الصوت: وذلك من خلال إحداث قدر من التوازن بين زيادة تدفق الهواء وتوافق الحنجرة حيث إن انخفاض تدفق تيار الهواء أو توافق الأوتار الصوتية مع فتحة كبيرة أو صغيرة للحنجرة يؤديان إلى انخفاض فعالية الصوت ومن طرق زيادة فعالية الصوت تطويل النغمة في الوقت الذي يتلفظ فيه الفرد بأطول قدر من التنفس ودرجات ومستويات صوتية مرتفعة ومتعددة وباسترخاء.

• التدريب على درجة الصوت: إذ يطلب من الفرد أن يطيل الصوت إلى نغمة مستمرة ويبقى هذا الصوت بشكل متكرر في معدل طبيعي وعلى الفرد ممارسة الدرجة الصوتية من خلال تمثيلها ونطقها بصوت مرتفع كما أن تسجيل الصوت واسترجاعه يساعد الفرد على معرفة الصوت الذي يريده.

• التدريب على زيادة ارتفاع الصوت: ويستهدف ذلك تقديم تدريبات مفيدة لزيادة تدفق الهواء مما يعمل على تقريب الأوتار الصوتية وزيادة قدرتها الاهتزازية ومن بين هذه التدريبات:

- تدريبات لتقريب الأوتار الصوتية: وذلك بشد عضلات اليدين والرجلين مما يبرز العضلة النغمية الضعيفة ومن ثم يتحسن غلق مسار المزمار.

- تدريب الفرد على رفع الصوت بعمل ضوضاء من خلال سماعه الأذن أثناء قيام الفرد بالقراءة بصوت مرتفع وتسجيل هذه القراءة وإعادة سماعها حتى يصير هذا الصوت عادة له.

- لعب الأدوار السيكودراما خصوصا مع صغار الأطفال.

- تدريبات لتعديل رنين الصوت: إن أكثر اضطرابات الرنين وضوحا هي الإفراط أو انخفاض أو قلة الأصوات الأنفية ومن التدريبات لتعديل رنين الصوت ما يلي:

أ. تدريب الأذن: التي تتضمن تعلم الأصوات الأنفية وغير الأنفية في الكلام المنفصل والكلام المستمر وجعل الفرد يسمع صوته أثناء الكلام المسجل.

ب. مقارنة الإنتاج الأنفي والفمي: فيتم تدريب الفرد على التمييز السمعي بين الأصوات الفمية والأصوات الأنفية خاصة الذين يفرطون في استخدام الأصوات الأنفية.

ج. فتح الفم عند الكلام: إذ إن ذلك يقلل رغبة الفرد في إخراج الصوت من الأنف.

د. التدريب على إنتاج الأصوات القوية حيث إن إنتاج الأصوات الانفجارية يؤدي إلى غلق صمام البلعوم وزيادة ضغط الهواء مما يحكم الغلق أثناء صدور الصوت.

هـ. التدريب على الدرجة الصوتية المنخفضة مما يؤدي إلى انخفاض الإفراط الأقل للأصوات. (البيلاوي، 2005، شاش، 2007، 138-140).

هناك عدة طرق لعلاج الاضطرابات الصوتية، تتمثل على النحو التالي:

1. التعرف على العمر التطوري للأصوات.
2. القيام بالتدريب على التقليد والنمذجة؛ حيث يستطيع الطفل أن ينتج الصوت بالتقليد (Imitation) من خلال استثارة دافعيته (Motivation) وهذا العلاج يعد سهلاً للأهل والمدرسين.
3. مراعاة التدرج في العلاج من السهولة إلى الصعوبة؛ إذ يتم علاج الأخطاء الصوتية غير الثابتة قبل الأخطاء الصوتية الثابتة، فيتم تدريب الأطفال على الأصوات التي تنسم بالسهولة والتي يمكن أن يكتسبها الطفل بسرعة قبل الأصوات القوية المفخمة.
4. التركيز على العلاج البيئي: ويتم فيه استخدام بيئة الطفل الطبيعية لمعالجة الاضطرابات الصوتية من خلال تدريب والديه على إبراز المهارات التي يحتاجها لتنمية الأصوات اللغوية.
5. مراعاة التدرج في علاج الأصوات من خلال تدريب الطفل على الأصوات التي يمكن إن ينطقها قبل غيرها.

(Steed&Yaynes,1988Tayler,1994,Snow&Milisen,1994)

.(Wilson,1996

6. التدريب على التنفس Respiration Training: نلجأ إلى التدريب على التنفس عندما توجد أدلة على استخدام خاطئ لتدفق الهواء خلال عملية التصويت والكلام المستمر. ويشتمل التدريب على أخذ هواء الشهيق بشكل عميق والمحافظة عليه ومن ثم إخراجه عبر هواء الزفير. لإنتاج أصوات محددة مثل الأصوات الصائتة ومشكلات الصوت قد تكون مرتبطة بضغط السرعة وتدفق الهواء وبأسلوب التنفس. وكذلك فإن الحركات المستخدمة في الكلام يمكن أن تعدل من خلال التدريب اللازم.
7. الجهد العضلي Muscular Effort: يعاني بعض المرضى من صعوبات في تقريب أوتارهم الصوتية بسبب شلل الأوتار الأحادية أو الإجهاد العام، وبسبب الوهن العضلي Myasthenia ويحتاج مثل هؤلاء المرضى إلى بذل جهود عضلية لتحفيق التقارب في الأوتار العضلية. ومن بعض التدريبات المقترحة في هذا المجال أن يطلب من المريض أن يدفع أذرع الكرسي الذي يجلس عليه بشكل متزامن مع التصويت.
8. الاسترخاء Relaxation: عندما توجد أدلة تشير إلى أن المشكلات الصوتية مرتبطة بالتوتر العضلي للمريض، فإن التدريب على الاسترخاء يكون ضرورياً (Hegde & Davis, 1995) فالعديد من المرضى لا يعرفون كيف يحققون حالة الاسترخاء لتكون استجابة بديلة للقلق والخوف والتوتر. ومن هنا فإن التدريب على الاسترخاء يصبح هدفاً يجب العمل على تحقيقه مع المريض ليتمكن من الضبط والسيطرة على المشكلات الصوتية المختلفة. ويعرف الاسترخاء بأنه غياب التوتر العضلي أو الانقباض العضلي (Sapienze & Hicks, 2002).
9. التدرب على الصوت Voice Training: يهدف التدريب الصوتي إلى تحسين نوعية الصوت إلى درجة ممكنة وهذا يكون من خلال التخلص من السلوكيات المسببة للصوت، وإيجاد أفضل الأصوات، وخفض التوتر المفرط للتصويت وتعديل الرنين الصوتي.

10. التخلص من السلوكيات الضارة للصوت Elimination of vocally abuse behaviors: تبدأ عملية التخلص من السلوكيات الضارة بالصوت بتحليل لمقدار علو الصوت المستخدم كعادة في كلام الشخص وذلك بهدف خفضها من خلال إجراءات تعديل السلوك التي أثبتت فعاليتها هنا، وبعد علاجها فإن على الشخص أن يستبدل العادات الخاطئة والضارة بالصوت بعادات سليمة لإنتاج الصوت الطبيعي وتشتمل السلوكيات الضارة بالصوت على ما يلي:

- الزعاق والصراخ.
- السعال المستمر.
- التدخين.
- الحديث والغناء والبكاء والضحك المفرط.
- الحديث المفرط المصاحب بحساسية وإصابات الجهاز التنفسي العلوي.
- الحديث في البيئات المزعجة.

11. التخلص من سوء استخدام الصوت Elimination of vocal abuse: ويشتمل التخلص من سوء استخدام الصوت على خفض السلوكيات التالية:

- الاستعمال المتكرر للنوبات المزمارية.
- الكلام العالي المفرط.
- التعود على الكلام لمستويات طبقة صوت غير مناسبة.
- الكلام المستمر أو الغناء لفترات طويلة.

(Hegde & Davis, 1995، الزريقات، 2005، 211-215).

كما يشير (الفرماوي، 2009) إلى كيفية التعامل مع اضطرابات الصوت على النحو التالي:

1. التدخل الأكلينيكي والجراحي: وذلك في حالة اضطراب الصوت الناتج عن سبب عضوي في الجهاز الصوتي ويقوم بهذه الخطوة طبيب مختص.

2. ضبط عمود هواء الزفير: وذلك من خلال التدريبات الخاصة بضبط عملية التنفس مع الاهتمام بتعريف الحالة بمفهوم الزفير والشهيق وخاصة في حالات الأطفال والمتخلفين عقليا ويمكن في هذه الحالة توضيح ذلك باستخدام ورقة توضع أمام الأنف لتوضح اندفاع الهواء من الأنف في حالة الزفير وانجذاب الهواء إلى داخله في حالة الشهيق كما يمكن تعريف الحالة بذلك بوضع يد الحالة على موضع الحجاب الحاجز ليحس خلال الانقباض والانبساط بعملية الشهيق والزفير ومن تدريبات ضبط عملية الزفير:

أ. تدريبات النفخ: وفيها يتم تدريب الحالة على النفخ في عدد من قطع الشمع المضاء أو قصاصات الورق مع تدرج عدد قطع الشمع أو قصاصات الورق ومع تدرج بعد المسافة بين الشمع أو قصاصات الورق عن الحالة فتعويد المصاب على دفع الهواء إلى خارج فمه يقوي الجزء الرخو من حلقه.

ب. تدريبات الشفط: وفيها يمكن استعمال أنبوبة وقصاصة من الورق ويطلب فيها من المفحوص أن يوجه أحد طرفي الأنبوبة ناحية القصاصات ثم يشفط الهواء فتلتصق قصاصة الورقة بطرف الأنبوبة مع ضرورة تدرج فترة الشفط وذلك بتدرج الفترة الزمنية التي تستطيع فيها الحالة أن تحتفظ بقصاصات الورقة ملتصقة بطرف الأنبوبة مع ضرورة الاهتمام بوضع الاسترخاء للجسم العميل أثناء تدريبات النفخ والشفط.

ج. التدريب على عملية إخراج الهواء من الأنف: يمكن الاستعانة في هذا التدريب بلوحة صغيرة من الورق المقوى تثبت في وضع أفقي أسفل الشفة السفلية ويوضع فوقها قليل من ريش الطيور الخفيف أو قصاصة صغيرة من الورق وتوضع لوحة مائلة بأسفل الأنف ثم يدرب الطفل على النفخ، فإذا تحرك الريش من فوق اللوحة السفلية فإن ذلك يكون دليلا على خروج الهواء من الفم وبالتالي يجب تعويد المصاب على إخرجه من الأنف لأن الهواء هو المادة الخام التي تتكون منها أصوات الحروف ساكنة كانت أو متحركة عدا حرفي الميم والنون ويفيد هذا التمرين في حالات الرينولاليا.

3. التدريب على مهارات الأداء الصوتي، وهذه المهارات هي:

- أ. نطق أصوات الحروف في شكلها المجرد منفصلة: وفيها يتم تدريب العميل على أن يربط بين الرمز الكتابي للحرف وما يعادله من أداء صوتي مناسب.
 - ب. نطق أصوات الحروف داخل كلمات. وفيها يتم تدريب العميل على أن ينطق صوت الحرف تبعاً لموقعه من الكلمة التي ورد فيها حيث إن الطريقة الدقيقة لنطق الصوت تختلف باختلاف ما يجاوره من حركات.
 - ج. نطق الأصوات الواردة في جمل أو نص متكامل: وفيها يتم تدريب العميل على أن ينطق الأصوات حسب موقعها من الجملة التي وردت فيها.
 - د. التدريب على مهارات السرعة والكفاءة والضم أثناء نطق الأصوات داخل سياق نصي متكامل.
 - هـ. التدريب على معرفة مواطن الوقف الجيد: وفيها يتم تدريب العميل على الإلمام بوظيفة علامات الترقيم واستخدامها بشكل مناسب فيعطى مثلاً في موضع النقطة نغمة انتهاء الحديث وفي موقع الفاصلة نغمة التأهب لمواصلة الحديث.
 - و. التدريب على نطق أصوات المد والواو نطقاً صحيحاً: سواء خلال الحركات الطويلة المتمثلة في حروف الألف والياء أو خلال الحركات القصيرة المتمثلة في العلامات المعروفة المفتحة والضممة والكسرة
 - ز. التدريب على التنغيم والنبر الصحيح خلال النطق: مع اكتساب العميل القدرة على التمييز بين الفونيمات الصوتية المتشابهة. (الفرماوي، 2009: 96-98).
 - ح. كيفية الوقاية من اضطرابات الصوت.
- الصوت هو وسيلة الإنسان للتخاطب مع الآخرين، وينشأ الصوت من خلال عمل مجموعة من الأعضاء التي تتأزر مع بعضها لهذا العمل وهي: الحنجرة والأوتار الصوتية كعضو أساسي، والرئتان وعضلات التنفس وعضلات الحنجرة، لذا ينبغي

على كل فرد أن يعي وسائل حماية الصوت، والتي سوف تتيين من خلال الإرشادات التالية:

1. ينبغي تجنب التنحنح، لأن ذلك يضر بالأوتار الصوتية والاستعاضة بما يلي:
 - أ. إذا شعرت بالرغبة بالتنحنح عود نفسك على البلع عدة مرات، وسوف تجد تحسن الصوت.
 - ب. خذ جرعات ماء عددًا من المرات على دفعات صغيرة.
 - ج. الكحة بدون صوت.
 - د. طرد الهواء ثم البلع.
 - هـ. فتح الفم ثم البلع.
 - و. أخيرا التنحنح مع فتح الفم إذا لزم الأمر.
2. ينصح بعدم الاعتياد على الكلام همساً.
3. ينصح بعدم الكلام عندما تحمل شيئاً ثقيلاً.
4. ينصح بتجنب الصراخ أو الحديث بصوت عال.
5. يعد رفع الصوت في الأماكن المزدحمة أو التي بها أصوات عالية تلقائياً ولتجنب ذلك اتبع ما يلي:
 - أ. كن قريباً من المستمع.
 - ب. تحدث ببطء وهدوء.
 - ج. توقف بين الجمل.
 - د. تطوير وسائل المخاطبة من خلال وسائل التعليم المتاحة.
 - هـ. تطوير أساليب التعليم من خلال مشاركة الحضور في المادة.
 - و. الكلام بهدوء وبطء.
 - ز. توقف كثيراً بين الجمل.
6. لا تكثر من المشروبات الغازية، القهوة، والشاي.

7. أكثر من شرب الماء عند الحديث مع الآخرين أو عند إلقاء المحاضرات والدروس.
8. تجنب الحديث عندما تشعر بجفاف الحلق أو العطش.
9. خذ قسطاً من الراحة عندما تشعر بالإجهاد.
10. تجنب التدخين والبيئة التي فيها دخان.
11. تجنب المواد الغذائية التي تحوي بهارات حارة مثل الفلفل أو الزنجبيل.
12. تجنب الأطعمة الحادة مثل الحلل.
13. تجنب الوجبات الدسمة ما قبل النوم.
14. ليكن وضع السرير دائما مرتفعا إلى الأمام وينخفض باتجاه لأسفل ويشكل متوازن.
15. استخدم وسائل الأمن والسلامة في الأماكن التي تكثر فيها أجرة متصاعدة.
16. أربط حزام الأمان عند القيادة لحماية الحنجرة من الكدمات.
17. تجنب الكحوليات.
18. حافظ على صحة جهاز التنفس من الالتهابات المتكررة وسوء استعمال الأدوية من غير استشارة.
19. ابتعد عن مهيجات الحساسية أو الربو.
20. راقب تغيير درجات الحرارة بالنسبة للهواء أو للأطعمة أو المشروبات وابتعد عن كل ما يؤثر على الصوت منها.
21. راجع طبيب الأنف والأذن والحنجرة عند شعورك بتغير في الصوت. (مطر، 2004: 154-156).

اضطرابات الكلام

اضطرابات الكلام

نسبة انتشار اضطرابات الكلام

أنواع اختلال الطاقة

أسباب اضطرابات الكلام

قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام

العلاقة بين اضطرابات الكلام وعوامل أخرى

خصائص ذوي اضطرابات التواصل

أنواع اضطرابات ملاحظة الكلام

الفصل السادس

اضطراب الكلام Speech Disorders

قدرة الأطفال على النطق تختلف من طفل إلى آخر وتنمو من سنة إلى أخرى وبعض الأطفال يتأخرون في الكلام وبعض الأطفال يعجزون عن استدعاء الكلمات التي يحتاجونها عند التعبير عن أفكارهم وبعض الأطفال يتلكتون في إخراج الكلمات أو ينطقون بها غير صحيحة، وعادة ما يصاحب هذه الاضطرابات القلق أو الارتباك والخجل والشعور بالنقص أو الانطواء وعدم القدرة على التوافق. (حافظ، 2008.390).

كما أن اضطرابات الطلاقة أو إيقاع الكلام من الممكن أن تظهر لدى الأطفال والراشدين، ومن الممكن أن ترتبط بمشكلات عصبية أو بدنية مثل الحوادث الدماغية والشلل الدماغي والصرع، وأي شكل آخر من أشكال تلف المخ، بالإضافة إلى التخلف العقلي، وغالبا ما لمجد ذوي المشكلات العصبية يعانون من اضطرابات الطلاقة. (البيلاوي، 2006.279)

ويعرف (الزريقات، 2005.22) الكلام بما يلي:

1. هو وسط التواصل القمي الذي يستخدم الرموز ومن خلاله يستطيع الفرد التعبير عن الأفكار والمشاعر وفهم الآخرين الذين يستخدمون الرموز اللغوية.
2. التواصل من خلال الرموز الصوتية.
3. نشاط حركي للتنفس والتصويت، والنطق، أو الرنين الصوتي.

أما اضطرابات الكلام Speech Disorders فهي:

1. انحراف الكلام عن المدى المقبول في بيئة الفرد: وينظر إلى الكلام على أنه مضطرب إذا اتصف بأي من الخصائص التالية:

- صعوبة سماعه
- غير واضح
- خصائص صوتية وبصرية غير مناسبة
- اضطراب في إنتاج أصوات محددة
- إجهاد في إنتاج الأصوات
- عيوب في الإيقاع والنبر الكلامي
- عيوب لغوية
- كلام غير مناسب للعمر وللجنس والنمو الجسمي

ب. اضطراب في إنتاج الصوت والوحدة الكلامية (الفونيم/ أو الإيقاع): وتعرف اضطرابات الكلام بأنها مشكلات يواجهها الطفل في الإنتاج الشفوي للغة سواء بأنها النطق أو في الطلاقة أو في الصوت. والأطفال ذوو الاضطراب الكلامي هم أولئك الذين يعيق كلامهم تواصلهم مع الآخرين. (الوقفى، 2004)

وتعرف عيوب الكلام بأنها: الكلام غير السوي والذي ينحرف عن كلام الآخرين بدرجة تستلقت الانتباه ويعوق الاتصال أو يسبب حالة من الضيق للمتحدث أو المستمع أي انه يمثل نتيجة الكلام ولا يرجع لأسباب خاصة بأعضاء الجسم. (زينب شقير، 2005:109).

وعرف (الزباد، 1990: 141) اضطراب الكلام بأنه اضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله أو معناه، وشكله، وسياقه مع وجود ضآلة في الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، وسرعة الكلام.

ويعرف الكلام المضطرب بأنه: ذلك الكلام الذي يختلف عن الكلام العادي بمختلف خصائصه من إيقاع وتردد ومخارج وطلاقة بصورة تجعل الفرد غير قادر على توصيل الرسائل الشفهية إلى الآخرين حيث يحدث لها تشويه يجعلها غير مفهومة وغير ذات قيمة للآخرين ويصل ذلك إلى درجة تعوق عملية التواصل، وما يترتب على

ذلك من آثار اجتماعية ونفسية تحول دون قدرة الفرد على أداء مهام الحياة بصورة مناسبة وقد يتعرض لسوء التوافق الشخصي والاجتماعي من جراء ذلك. (الشخص، 1997، 140).

اضطرابات الكلام

1. الحبسة الالفيزيا.
2. قلة المحصول اللغوي.
3. التردد في الكلام.
4. اللجلجة أو اضطراب الطلاقة.
5. انفجار الكلام.
6. البطء الزائد في الكلام.
7. تدفق الكلام.
8. الحديث المبعثر.
9. تطاير الأفكار أثناء الكلام.
10. التوقف أثناء الكلام.
11. الحبسة الحركية الكلية.
12. الحبسة الانسيابية اضطراب الذاكرة.
13. الحبسة الهيسترية.
14. الحبسة الصرعية.
15. الحبسة الفصامية.
16. التلعثم.
17. اللثغة.

نسبة انتشار اضطرابات الكلام

هناك اختلافات واضحة أفرزتها الدراسات والبحوث المستفيضة التي أجريت على الاضطرابات الكلامية واللغوية حول نسبة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات

كلامية من حيث أنواعها وأسبابها . فقد قَدَّر مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية في المجتمع الأمريكي بحوالي 5,3٪ وأظهرت دراسة أجراها بيركن أن نسبة أطفال المدارس ممن يعانون من اضطرابات كلامية تتراوح بين 1-3٪ في حين أشار جالسب ورفاقه Gillespe,et al إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الصوت تتراوح بين 1-2٪ وأن 1٪ من طلبة المدارس يعانون من التأتأة. (ملحم، 2006).

أنواع اختلال الطلاقة Types of Disfluency

لقد نظم وصنف جريجوري (Gregory, 2003) نتائج الأبحاث التي اهتمت بأنواع اختلال الطلاقة وحدد عشرة أنواع رئيسية وهي على النحو التالي:

- أ. التردد أو الحيرة Hesitation (الوقفه Pause) وهو صموت لفترة ثانية أو أكثر مثل أخني غنت أغنية.
- ب. التداخل Interjection ويشتمل على صوت أو مقطع أو كلمة غير مناسبة لمعنى الرسالة مثل الطابة (ها) خرجت بعيداً عن حدود الملعب، أحمد، حسنا، ربح الجائزة.
- ج. المراجعة Revision لأشبه الجمل والجمل حيث تغير المراجعة معنى الرسالة، أو شكلها القواعدي أو لفظ الكلمة. مثل هل يستطيع هو هي أن يأتي، أتمنى، أفكر أنك ذهبت إلى الملعب.
- د. كلمة غير منتهية Unfinished word وهي لفظ غير منته مثل سلوى تريد بسك بالشكولاتة.
- هـ. تكرار شبه الجملة Phrase repletion ويشمل على تكرار كلمتين أو أكثر مثل أنا أريد، أنا أريد الذهاب.
- و. تكرار كلمة Word repletion وهي إعادة كل الكلمات بما في ذلك الكلمات ذات المقطع الواحد مثل، أريد، أريد، تفاح.

ز. إعادة جزء من الكلمة Partword repletion وهي تكرار لأجزاء من الكلمات أو الأصوات أو المقاطع اللفظية مثل، سوف أ، أ، أ أراك.

ح. الإطالة Prolongation وهي فترة إطالة غير مناسبة للوحدة الصوتية أو الأصوات المركبة والتي لا تصاحب خصائص نوعية لتغير طبقة الصوت وزيادة التوتر، مثل أنا -- أريد تفاحة.

ط. التوقف Blok وهو توقيت غير مناسب في بداية الوحدة الصوتية أو تحريم العنصر الموقوف، وغالباً ما يكون مصاحباً لطاقة وتوتر متزايد، مثل، اسمي هو (وقفه) أحمد .

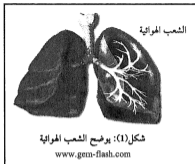
ي. أخرى Other ويشتمل هذا التصنيف على اختلالات طلاقة تمتاز بخصائص نوعية مثل السرعة غير المناسبة في هواء الشهيق والزفير أو الجمع بين خاصيتين مثل المراجعة والإعادة مثل أنا أنمسي، أنا، أنا أفكر أنك ذهبت إلى الملعب (Gregory , 2003، الزريقات، 2003.224).

أسباب اضطرابات الكلام

1. الأسباب العضوية

تسبب الأسباب العضوية صعوبات في الإرسال أو ممارسة الكلام، وعملية الكلام ليست سهلة وإنما تحتاج إلى أعضاء متعددة سليمة لكي يمارس الفرد الكلام بشكل طبيعي. إذ يحتاج الكلام الطبيعي إلى جهاز تنفسي سليم وجهاز صوتي كذلك، لذلك من الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات النطق والكلام هي (إصابة الجهاز التنفسي، إصابة الجهاز الصوتي، إصابات أجهزة الرنين والنطق) وتناولها بالشرح على النحو التالي:

- إصابة الجهاز التنفسي: أن التنفس غير الطبيعي يؤثر في عملية إرسال الكلام كالتنفس السريع أو البطيء جداً. لذلك يتأثر إصدار الصوت بالأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي كالزكام، السل، الالتهاب الرئوي الشديد، (الظاهر، 2008.363).



• إصابة الجهاز الصوتي.

• إصابات أجهزة الرنين والنطق.

2. الأسباب النفسية

وهي الأسباب الغالبة على معظم حالات عيوب النطق والكلام كما انها تصاحب اغلب الحالات العضوية ومن هذه الأسباب: القلق النفسي، الصراع، عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، المخاوف، الوسواس، الصدمات الانفعالية، الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

3. أسباب اخرى

كتأخر نموه أو بسبب ضعفه العقلي أو لوجوده في بيئة تتعدد فيها اللغات واللهجات في وقت آخر.

4. الأسباب البيئية

كتعلم عادات النطق السيئة دون أن يكون الطفل يعاني من أي عيب بيولوجي سوى في اللسان أو الأسنان والشفة، فكم من طفل ثبت بعد عامه الثاني على نطقه الطفلي الذي يسمى "Baby Talk" لعدة سنوات لأن من حوله دللوه وشجعوه على استخدام هذه الألفاظ الطفلية غير السليمة. (حافظ، 2008، 390).

كما أن أحد الأسباب المؤدية إلى الفروقات بين الأطفال سواء في اضطرابات النطق والكلام أو بقية الإعاقات الأخرى إنما يرجع إلى المتغيرات البيئية التي يعيشها الطفل وخاصة في السنوات الخمس الأولى التي تشكل الملامح الأساسية لما سيكون عليه مستقبلاً. فهناك من يعيش في بيئة تعدة بكل جوانبها، وهناك من يعيش في بيئة صحية غنية. ولا يمكن أن تكون الانطلاقة للقدرات والاستعدادات واحدة لكلتي البيئتين فأساليب التربية الواعية الصحية والعلاقة المثمرة المتفاعلة بين الآباء ستلقي بظلالها الإيجابية على الأبناء، وكذلك حجم الأسرة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، والمستوى الثقافي للوالدين الذي يوفر النموذج الذي يحتذى، ويقدر أهمية اللغة في حياة الفرد والعلاقة بين اللغة والتفكير، والعلاقة بين التطور اللغوي والتطور الذهني، وأهمية الألعاب في تعلم الطفل المرتبط بشكل أساسي بالجانب الاقتصادي فهذه المتغيرات في غاية الأهمية في استثارة الطفل ورفع دافعيته للنمو اللغوي السليم، ويمكن أن يتكيف عن كل متغير من هذه المتغيرات التي لها تأثير كبير في تنشئة الطفل. كما أن المدخل السلوكي يرى أن السلوك سواء أكان سويًا أو غير سوي متعلم، فقد تحدث اضطرابات النطق والكلام عن طريق التقليد ومن خلال أنماط الكمية المتبعة معه وخاصة بالنسبة للأفراد القريبين منه. كما أن البيئة المدرسية لها أثرها في تطور الطفل، ولكنها لا ترقى إلى أن تكون بمستوى البيت في تقديري الحساس لأن الطفل يعيش خلال السنوات الخمس الأولى من عمره بشكل عام في بيئته الأسرية. وهذا لا يعني أن تقلل من دور البيئة المدرسية فأساليب المعلم التربوية لها أهميتها في إحياء الجذوات الكامنة في الطفل، وفي انطلاقة قدراته بشكل سليم وجعله فاعلاً وخاصة عند تفاعله مع الأقران ليزيد من ثرواته اللغوية. وبالمقابل فإن الأساليب غير التربوية التي يتبعها المعلم تكون محبطة للطفل من الانطلاقة الحقيقية. كما أن للطرق والأساليب والفنيات التي يتبعها المعلم أهميتها في جعل الطفل متكيفاً أو غير متكيف. ولذلك فقد تكون المدرسة محبطة من خلال الفشل والإحباط المتكرر الذي يؤدي بالطفل أحياناً إلى الانسحاب والانكفاء والعدوان للتفليس عن الأنا الداخلية التي تعتره. أو قد تكون مستثيرة لدافعية المتعلم من خلال التأكيد بشكل عام

على كيفية جعله في وضع نفسي جيد من خلال التعامل والطرق والأساليب والفنيات، وحتى الجو البيئي للصف وما يتخلله. (الظاهر، 2008، 359-260).

5. الأسباب التعليمية

لاحظ أن مهارات التواصل واللغة والكلام تمثل استجابات متعلمة عند الفرد وبالتالي فإن هذه الاستجابات المتعلمة تصبح مضطربة عندما تكون أنماط التفاعل بين الفرد ومحدثه أنماطاً مضطربة وغير إيجابية.

6. الأسباب الوظيفية

وقد تكون الاضطرابات الكلامية واللغوية ناجمة عن إساءة استخدام أجهزة الكلام فالجهاز البلعومي يعد من أكثر الأجهزة تعرضاً لإساءة الاستخدام الأمر الذي يؤدي أحياناً إلى تلف عضوي في تلك الأجهزة. (ملحم، 2006).

قياس وتشخيص اضطرابات النطق والكلام

لا يمكن أن يكون هناك تدخل ناجح بل قياس وتشخيص دقيق فكلما كان القياس والتشخيص دقيقين ساعد ذلك على التخطيط واختيار استراتيجيات فاعلة للتدخل لذلك يمكن القول أن التخطيط واختيار المحتوى والاستراتيجيات يعمل في طياته استغلالاً للجهد والوقت لأننا سوف لا نتخطى بشكل عشوائي وإنما نصيب الهدف أو نحقق الهدف بأقصر المستقيمات فالتخطيط المبني على القياس والتشخيص يساعد على جعل المعالج واثقاً من نفسه وعلى إدراكه للأهداف المبتغاة أو يكون أكثر وعياً للعلاقة بين الأهداف العامة والأهداف الفرعية كما يساعد على تقليل الجهد والوقت وفيه مراعاة للترتيب والتنظيم ومراعاة الأسس العامة لمبادئ التعليم والتدريب ومراعاة للجوانب النفسية للمتعلم كما يساعد في ذات الوقت على التقييم للإجراءات والأنشطة التي قام بها المعلم أو المعالج ويكون القياس والتشخيص بمستويات عدة:

1. يبدأ أولاً بالكشف المبدي: في البيت عن طريق أولياء الأمور حيث يقارنون أبناءهم مع أقرانهم من حيث التطور اللغوي والصعوبات التي يعانونها والمتعلقة بمظاهر النمو اللغوي وقد لا يعول عليها إلا إذا كانت الفروقات كبيرة جداً كتأخر ظهور الكلمة الأولى في السنة الأولى وأحياناً الثانية إما اضطرابات النطق

والكلام فتكون على الغالب طبيعية في مرحلة ما قبل دخول المدرسة وعند دخول الطفل الروضة والتمهيدي يشترك المعلمون والمعلمات في عملية الكشف ويكون الجو أوفر حظا في عملية الكشف المبدي لوجود عدد من الأطفال في المرحلة الواحدة بأعمار متقاربة وقد تظهر الفروقات أكثر وضوحا فيها من البيت فيما يتعلق باضطرابات النطق واضطرابات الصوت وانسيابية الكلام وتأخر الكلام.

2. مستوى البحث الاجتماعي: وتعلق بكل الظروف التي مرت على الطفل من حيث الولادة والأمراض التي تعرض لها ومظاهر النمو المختلفة للطفل وخاصة من الناحية الجسمية واللغوية وما يتعلق بالوالدين من حيث السن والقرابة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي وحجم الأسرة وأساليب التنشئة والظروف البيئية المعيشة.

3. الفحص الطبي: وهو من المحكات المهمة في عملية التشخيص والتقييم يقوم به أطباء متخصصون ومن التخصصات التي تقوم بعملية التشخيص والتقييم:

أ. اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة: وهو الاختصاصي المؤهل لقياس القدرة السمعية للصوت وأمراض الإذن إذ أن الإعاقة السمعية ترتبط ارتباطا وثيقا باكتساب اللغة ونموها فهي تمثل العائق الرئيسي في مرحلة استلام/ استقبال اللغة وإن الصمم قد يؤدي إلى عدم القدرة على الكلام.

كما أن الاختصاصي هو الذي يقيم الحنجرة وما تتعرض له من أمراض والتي تؤثر بشكل سلبي على عملية الإرسال إذ تعد من الأسباب العضوية لاضطرابات الصوت كما يتعرف كذلك على سقف الحلق هل هو طبيعي أو غير طبيعي.

ب. اختصاصي الأعصاب: وهو الاختصاصي الذي يقرر سلامة أو عدم سلامة الجهاز العصبي المركزي من خلال الفحص الطبي، الرسم الكهربائي للمخ لمعرفة عمل الفصوص الأربعة للمخ أو رسم خريطة المخ لتحديد الموجات السائدة في المخ أو جهاز الرنين المغناطيسي لفحص نشاط المخ والاختلافات

فيه يستطيع طبيب الأعصاب معرفة سلامة أو عدم سلامة مناطق الكلام بالمخ وكذلك فحص الجهاز العصبي المحيطي.

ج. الطبيب المختص بالصدرية: لمعرفة سلامة الجهاز التنفسي والرتتين لان الخلل في الجهاز التنفسي يؤثر في إرسال الكلام وممارسة الكلام.

د. طبيب الأطفال: وهو الشخص المؤهل لتشخيص نواحي القصور عند الطفل وخاصة العضوية والتي تؤثر بشكل عام على الصحة العامة وتلك الأعضاء المتعلقة باضطراب النطق والكلام سواء المتعلقة بالوراثة أو البيئة.

4. التقييم النفسي والتربوي: ويشمل القدرات العقلية التي تقاس باختبارات الذكاء والعمليات النمائية من انتباه وتذكر وإدراك وتفكير إضافة إلى السمات الشخصية كالثقة بالنفس ومفهوم الذات والقلق وغيرها.

كما يجري تقييمه في الجانب التربوي تحصيله الدراسي مقارنة بأقرانه ومدى تفاعله وإقباله على المدرسة أو علاقته بأقرانه والمعلمين والتزامه بأداء المهمات المدرسية ومستواه في المهارات الأساسية القراءة والكتابة والحساب وهل يعاني من مشكلات سلوكية في المدرسة مثل العدوانية الانسحاب الفجعل الكذب السرقة العناد الخ. (الظاهر، 1999، الظاهر، 2008، 366-368).

5. تقييم الكلام: وهي المرحلة أو المستوى الذي يحدد نوع الاضطراب ودرجته ويقوم به اختصاصي علاج النطق والكلام من خلال مقابلة الطفل والقيام بإجراءات متعددة كالاستماع إلى كلامه التلقائي أو قراءة فقرات معينة من كتاب أو ترديد حروف التهجى في مواضع مختلفة البداية الوسط النهاية أو ذكر تسميات صور تعرض عليه ويفضل تسجيل كلام عينات من كلام الطفل في مواقف وأماكن ومواضع ومناسبات مختلفة ويمكن لأخصائي النطق والكلام أن يتعرف على نوع الاضطراب هل في النطق ومظاهره حذف إضافة تشويه إبدال أو هل في الصوت فهل صوته همس مبجوح خشن عال بشكل مفرط أو؟ أنفي أو يتعلق الاضطراب بانسيابية الكلام فهل هناك تقطع أو مط أو تكرار حروف أو المقاطع أو الكلمات أو الجمل وهل يظهر عليه الجهد والتوتر أثناء الحديث وهل يشعر

بالخجل والخرج عند الحديث وهل يظهر عليه القلق وماذا يظهر عليه من سلوكيات كاضطراب في التنفس التعرق الاحمرار رجفة اليدين .

كما يشير (الشخص، 1977) إلى إمكانية ملاحظة اختصاصي علاج النطق والكلام ميكانيكية عملية الكلام لدى الطفل من خلال شكل الشفتين وانطباقهما على بعضهما وانتظام حركتهما أثناء الكلام وحركة الفكين وانطباقهما وشكل الأسنان وانتظامها وسقف الحلق الصلب والرخو وهل يوجد به تشقق وشكل اللسان هل هو طبيعي أو أطول أو أقصر من الطبيعي الأمر الذي يؤثر في حركته والقدرة على المضغ والبلع ومشكلات الحلق والحنجرة كما أن الكشف والتشخيص والتقييم السابق يعطينا صورة واضحة عن اضطرابات النطق والكلام مما يمكننا من وضع خطة علاجية. (الظاهر، 368.2008، الشخص، 1997).

العلاقة بين اضطرابات الكلام وعوامل أخرى

1. الذكاء واضطرابات الكلام

بالرغم من ان احتمال حدوث الاضطرابات الكلامية عند الأفراد من مستويات عقلية متباينة إلا ان الظاهرة الأكثر حدوثا هي وجود المشكلة عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب عقلي وان انخفاض مستويات الذكاء عند الأفراد تزيد لديهم اضطرابات الكلام. ولا ينطبق هذا العقل على الأفراد الذين يعانون من التمتمة حيث أشارت الدراسات حول هذا المجال.

2. التحصيل الدراسي واضطرابات الكلام

توضح الدراسات المستفيضة حول العلاقة بين التحصيل الدراسي واضطرابات الكلام ان قدرة الطلبة الذين يعانون من اضطرابات في الكلام اقل من قدرة زملائهم العاديين.

3. العمر واضطرابات الكلام

لقد أثبتت الدراسات وجود علاقة بين عمر الفرد ومستوى كلامه. وقد مر معك سابقا نتائج الأبحاث التي أجريت على اكتساب الطفل للكلمات والمقاطع والحروف وان اكتساب الطفل للغة خاضع هو أيضا لعوامل متعددة من أبرزها

إمكانيات الطفل العقلية ومدى استجابات حواسه المختلفة لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية ولمسية.

4. الحواس واضطرابات الكلام

تشير الدراسات المتعلقة بالشخصية ان هناك علاقة بين شخصية الفرد والإصابات الجسمية التي يعاني منها فالإصابات الجسمية الخطيرة تستلزم ان يستخدم الشخص المصاب سبلا جديدة للتكيف مع بيئته. (ملحم، 2006).

خصائص ذوي اضطرابات التواصل

تعتبر فئة الأطفال من ذوي اضطرابات التواصل كبيرة وخصائصها متباينة وذلك لارتباط اضطرابات التواصل بمظاهر الإعاقة العقلية والسمعية والانفعالية وصعوبات التعلم والجسمية، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تحديد خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو المعرفية لهذه الفئة إلا أنه يمكن الإشارة إلى خصائص عامة أشارت إليها بعض الدراسات إلى ان مستوى أداء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية على مقياس القدرة العقلية متدن مقارنة بالأطفال العاديين، وكذلك الحال فيما يتعلق بالتحصيل والسلوك التكيفي وذلك لان نسبة كبيرة من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية هم من ذوي الإعاقة العقلية والجسمية وصعوبات التعلم والسمعية والعقلية.

أما فيما يتعلق بالخصائص الانفعالية والاجتماعية لهذه الفئة فتتصف بمستويات عالية من القلق والتوتر وعدم الثقة بالنفس والإحباط والشعور بالذنب، والقيام بسلوكيات غير تكيفية كالسلوك العدواني والشعور بالرفض من قبل الآخرين، والانسحاب من المواقف الاجتماعية والشعور بالفشل، وقد تصدر هذه الاستجابات عن الفرد من ذوي الاضطرابات اللغوية بفعل اتجاهات الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه فقد يعامل الفرد بطريقة مبالغ فيها من الحماية الزائدة أو الرفض والعزل.

أما بالنسبة للخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية فيمكن إجمالها بشكل عام بما يلي:

1. يواجه الأفراد الذين يعانون من ضعف في اللغة صعوبة التفكير في الكلمة المناسبة عندما يتكلمون ويمكن التغلب على هذه المشكلة من خلال تدريب الأطفال الذين يعانون منها على تنظيم استجاباتهم بصورة منطقية وذلك من خلال تقديم التعزيز لهم عند طرح أكبر عدد ممكن من الكلمات التي ترتبط بفكرة معينة.
2. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشكلات في استخدام المعلومات اللفظية للوصول إلى استنتاجات ملائمة، ويمكن التخلص من هذه المشكلة عن طريق تدريبهم على تجزئة وتحليل المهارات اللغوية إلى أجزاء صغيرة للوصول إلى تعلم المهارة اللغوية في نهاية المطاف.
3. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة المتوقعة صعوبات في تعلم مفردات جديدة، ويمكن التغلب على هذه المشكلة عن طريق استخدام التعلم متعدد الحواس، فقد يجد الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية ضعفاً في معالجة المعلومات سمعياً ولذلك يجب استغلال الصور ومشاهدة الأقسام والتعليم من خلال اللعب أو الدراما لتدريب الأطفال على تعلم مفردات جديدة ويتم ذلك من خلال استخدام طريقة الإعادة المتكررة والتعزيز.
4. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشاكل في فهم الكلمات ذات المعاني المتعددة، فهم قد يعرفون معنى الكلمة ولكنهم يستخدمون هذا المعنى في مواقف غير مناسبة أي عدم القدرة على تعميم استخدام هذه الكلمات في المواقف المناسبة ولذلك يجب استخدام أسلوب التعليم الذي يركز على استخدام الأدوات والوسائل التعليمية التي تساعد على ترسيخ هذه الكلمات في ذهن المتعلم. (كوافحه، فواز، 2003: 183-184).

أنواع اضطرابات طلاقة الكلام

أولاً: السرعة الزائدة في الكلام

تعرف بأنها: اضطراب يصيب طلاقة الكلام، والفرد الذي يعاني من السرعة الزائدة في الكلام، يتكلم بسرعة فائقة لدرجة تصل إلى حذف بعض المقاطع أو كل المقاطع تقريباً وبالتالي لا يتضح نطق هذه المقاطع، ويعتقد أن أساس هذا العيب

الكلامي يرجع إلى وجود اختلال في مراكز اللغة يؤدي إلى ضغط الكلام لدرجة الخلط بين المقاطع ولدرجة أن المستمع قد يجد صعوبة في متابعة الكلام أو فهم ما يقال. (Van Riper & Erickson, 1997)

كما تعرف سرعة الكلام Cluttering في السرعة المتزايدة في الكلام مما يؤدي إلى تشويه الرسالة الكلامية وهذا الاضطراب لا يقل أهمية عن اضطراب الطلاقة اللفظية (Dalton, 1988) ويقترح (Louis, et al.) أن المضطربين في الكلام الذين لا يتعشرون بالجلجة يمكن تصنيفهم بأن لديهم سرعة في الكلام وهذا الاضطراب لا يزال يثير الجدل ولكن بصفة عامة فإن هذين النوعين من الاضطرابات الكلامية تنتشر بكثرة لدى المعوقين عقليا. (Stansfield, J. 1998. 54).

وعرفت السرعة المفرطة في الكلام بأنها: كلام سريع وعصبي يمتاز بحذف في الأصوات والمقاطع اللفظية. ولقد أعطي هذا التعريف إشارة إلى السرعة في معدل الكلام وأخطاء النطق.

وتعرف السرعة المفرطة في الكلام بأنها: اضطراب في الطلاقة الكلامية غير معروف الأسباب ويمتاز بمعدل سرعة مفرطة في الكلام ونطق مشوه وغير مكتمل.

كما عرفت السرعة المفرطة في الكلام بأنها: اضطراب يشتمل على أعراض معدل سرعة زائدة في الكلام وأخطاء في النطق ومشكلات مصاحبة في القراءة والكتابة.

كما تمتاز السرعة المفرطة في الكلام بمعدل سرعة زائدة في الكلام واضطراب في النطق وضعف الإدراك في المشكلة من قبل المتكلم.

وعموماً فإن الشخص الذي يعاني من السرعة المفرطة يتصف بأن كلامه أسرع من الشخص المتأني وكذلك بحذف فونيمات وغير مدرك لخصائص كلامه ولا يشعر بالانزعاج ولا يتجنب كلامه ولديه أخطاء في العمليات التفكيرية ومشكلات خاصة في اللغة وفي الفهم السمعية ومشكلات في القراءة والكتابة وصعوبات تعلم خلال سنوات المدرسة وتتطلب هذه المشكلات خدمات خاصة في اللغة. ومن أهم التعريفات للسرعة المفرطة في الكلام تعريف بلانسا وبيسون (Plante and Besson,

(2004) بأنها كلام سريع يمتاز بأخطاء في الطلاقة والنطق أحياناً يكون مصاحباً لصعوبات اللغة وغالباً بدون وعي المتكلم للمشكلة.

فالمتكلم يتكلم بسرعة حيث يختصر كلمات ويجذف بعضها، وحتى الآن فإنه لا توجد دراسات تشير أو تحدد السبب الرئيسي المؤدي إلى السرعة المفرطة في الكلام إلا أنه قد تكون عواملها جسمية وانفعالية، والأفراد الذين يعانون من السرعة المفرطة في الكلام لديهم ردود فعل انفعالية لنمو كلامهم لذلك نجد أنهم يتجنبون الكلام كنتيجة لذلك، وبذلك فإن ما تحدده السرعة المفرطة في الكلام محدثه أيضاً التأتأة، فترى إحدى النظريات بأن السرعة المفرطة في الكلام والتأتأة تظهران لدى نفس الفرد كما وتظهر أصول التأتأة في السرعة المفرطة في الكلام. وإن قلق الشخص حول كلامه السريع يؤدي إلى سلوكيات غير سوية وتوتر والسعي أو البحث عن علاج وإضافة إلى ما أشرنا إليه سابقاً من أن الشخص الذي يعاني من السرعة في الكلام بأنه يجذف بعض الكلمات فإن لديه أيضاً صعوبات لغوية تتمثل في عدم إكمال الجمل أو الكلام ليصبح غير واضح كما أن لديه درجة دنيا من التعميد الكلامي.

وتتشارك التأتأة والسرعة المفرطة في الكلام في بعض الأعراض وهذا يؤدي إلى صعوبات في التشخيص والتمييز بينهما، ويرى ويس Weis أن السرعة المفرطة في الكلام تؤدي إلى التأتأة. (Ramig and Shames, 2002، الزريقات، 2003، 223-226).

العلامات الاكلينيكية Clinical signs

يوصف الأفراد الذين يمتازون بسرعة مفرطة في الكلام بأن لديهم ترددات عالية غير طبيعية في تكرار الكلمة أو أشباه الجمل. وعلى العكس من التأتأة فإنه في حالة السرعة المفرطة في الكلام فإن اختلال الطاقة يظهر في أصوات أو مقاطع قليلة. كما تظهر السرعة المفرطة في الكلام بدون علامات أو إشارات المقاومة والتوتر والتجنب التي تظهر في حالات التأتأة. ولا تعرف حتى الآن نسبة محددة لانتشار السرعة المفرطة في الكلام إلا أن التقارير الاكلينيكية لأخصائيي أمراض الكلام واللغة في الولايات

المتحدة الأمريكية تظهر أنها لدى الأطفال أكثر من الكبار وأكثر تحديداً في الصفوف من الأول إلى الثاني عشر. (Plante and Besson , 2004).

والسرعة المفرطة في الكلام عبارة عن مشكلة في الطلاقة تمتاز بالسرعة والكلام المتقطع والنغمة الواحدة لتؤدي بالكلام إلى أن يكون غير واضح. وتعرف السرعة المفرطة في الكلام على النحو التالي:

أ. اضطراب في الكلام يمتاز بفترة انتباه قصيرة واضطرابات في التكرارات والنطق وتكوين الكلام. وكذلك يمتاز الكلام بسرعة مفرطة في تقديم المعلومات، وغالباً ما يكون الفرد غير واع بها.

ب. نطق متسارع يمتاز بتغيرات وضعية وحذف لأصوات كلامية أو لغوية رئيسية. والانتقال في التركيب النحوي من حالة إلى أخرى. كما يمتاز الكلام بأنه متشنج أو مشدود فنطق الكلمات بشكل متسارع يجعل الكلام غير واضح وصعب فهمه.

ج. اضطرابات في عمليات التفكير المنتجة للكلام وعدم اتزان اللغة المركزية التي تؤثر على قنوات التواصل (Nicolosi , & Kresheck , 1989).

علاج السرعة المفرطة في الكلام Treatment of Cluttering

أن التأناة والسرعة المفرطة في الكلام اضطرابان منفصلان في اختلالات الطلاقة فالسرعة المفرطة في الكلام ترتبط بضعف القدرة على التحكم بالمظاهر الفونولوجية الصوتية والنحوية والدلالية اللفظية للغة المنطوقة (المحكّية) وهذه الخصائص كما نرى تتطلب منهجية مستقلة في العلاج، وأن الأطفال الذين يعانون من السرعة المفرطة في الكلام يستطيعون زيادة الطلاقة من خلال خفض معدل سرعة الكلام خلال النقاشات والمحادثات المختلفة داخل وخارج المدرسة وكذلك المحافظة على معدلات كلام مختلفة والتفكير المسبق بالموضوع الذي سوف يتم التحدث عنه فتسجيل سرعة الكلام للشخص وإعادة التسجيل على مسامعه يزيد من وعيه لمعدل سرعة الكلام.

كما يمكن تزويد الشخص بتغذية راجعة بصرية فورية مثل استخدام إشارات تشير إلى سرعة الكلام أو أن الكلام جيد أو أنه منخفض، كما يمكن أن تعالج السرعة

المفرطة في الكلام من خلال الأساليب غير المباشرة فقد يكون العلاج موجهاً إلى علاج أخطاء النطق بهدف خفض معدل سرعة الكلام كذلك إذا كان اختلال الطلاقة ناتجاً عن عيوب لغوية فإن من المنطقي أن تعالج عيوب اللغة.

إن استخدام المنهج التآزري Synergistic approach يكون فعالاً في علاج السرعة المفرطة في الكلام، ويركز هذا المنهج على تحسين التواصل ويشمل المنهج على خفض سرعة الكلام وذلك لإعطاء المتكلم الوقت في التعبير وتنظيم أفكاره وإعطائها بنية لغوية، وكذلك مراقبة الذات تعمل على زيادة وعي المتكلم بخصائص كلامه وبالتالي زيادة قدرته في التركيز على تصحيح النطق وهذا بالتالي يؤدي إلى خفض معدل سرعة الكلام، وإن المنهج الدينامي أيضاً يشتمل على استراتيجيات إيجاد الكلمة التي تساعد على الوقاية من عيوب الدلالة اللفظية التي تخفف الطلاقة، ويتطلب هذا الأسلوب ضرورة تنسيق الخدمات مع الآخرين و(الأسرة) والمعلمين، والأخصائي النفسي والذين يساعدون على التحكم بالمظاهر الاجتماعية والتربوية المرتبة بهذا الاضطراب. (الزريقات، 2003، 227).

ثانياً، الديسارثيا Dysarthria

ويشير (الفرماوي، 2006 . 146) إلى أنه يوجد اضطراب يعد من اضطرابات طلاقة الكلام وهو الديسارثيا Dysarthria وهو اضطراب ذي منشأة نيولوجي، ويظهر لدى الشخص في شكل مقاطع كلامية انفجارية متقطعة مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي، وذلك نتيجة لضغط قوة العضلات المشاركة في عملية النطق والكلام، وعدم تناسق العمل العضوي عليها، ولها أنواع منها الحركية المفرطة أو المحدودة والتشنجية والظرية والمختلطة.

الديسارثيا Dysarthria تظهر في شكل مقاطع كلامية انفجارية متقطعة مصحوبة بزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي Hypernasal resonance وذلك نتيجة لضعف قوة العضلات المشاركة في عملية النطق والكلام وعدم تناسق العمل العضلي معها، حيث يصاحب ذلك حركات لا إرادية في الوجه والرقبة والعين والكفين وبعض أجزاء أخرى من الجسم كالحجاب الحاجز، وهذا على عكس ما يكون في

أبريكسيا اللغة Language Aprixia والتي لا يرجع فيها الفعل الحركي إلى الضعف وعدم تناسق العضلات.

أعراض الديسارثيا

يحدد مور (2004) Moore عدة مظاهر للديسارثيا تتمثل في:

- أ. خروج الكلام بشكل ارتعاش غير متناسق.
- ب. حذف الكثير من الأصوات والمقاطع حيث تظهر مقاطع الكلمات منفصلة مع عدم تناسب التوقيت بين كل مقطع وآخر فيما يسمى بالكلام المقطعي Syllabic speech
- ج. زيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط.
- د. خروج الكلام بصعوبة شديدة، حيث يحتاج المصاب لبذل المزيد من الجهد للتكلم.
- هـ. خروج الكلام بشكل انفجاري مما يشكل صعوبة للمستمع في فهمه.
- و. يصاحب خروج الكلام الكثير من الحركات اللاإرادية من بعض أجزاء الجسم

أسباب الديسارثيا

1. تعتبر إصابة الأعصاب المخية الطرفية أو المركزية Central or peripheral nenos التي تختص بنقل الأوامر في شكل نبضات إلكتروكيميائية Electrochemical impulses من المخ إلى عضلات جهاز النطق - الأساس وراء حدوث الديسارثيا.
2. ذهان تسمم بالباربيتوروات والبيترودايازيبينات Barbiturates & Benzodiazepines: وهما من المنومات المسكنة sedative Hypnotic Agents كما تستخدم طبيا لعلاج اضطرابات القلق، والفوبيا والخوف، وتؤدي جرعات كبيرة من هذه العقاقير إلى حالة ذهانية تسم بأعراض مثل النشوة والمرح وعدم الاستقرار واضطرابات الذاكرة وعدم الاستقرار وفقدان الوعي والهلاوس والارتعاش العام وسرعة ردود فعل الأوتار إلا أن المهم أن الحالات الشديدة

والتوسطة من هذا التسمم تؤدي إلى ضعف عضلي عام وعدم تناسق حركي بين عضلات النطق والكلام وهو ما يسبب حالة الديدسارثيا.

3. ذهان تسمم الأتروپين Atropine: رغم أن الأتروپين من العقاقير ذات الأهمية في الاستخدام الطبي إلا أن الجرعات الطويلة والكبيرة منه تسبب حالة من الذهان تظهر في شكل اتساع ملحوظ لإنسان العين، وضعف الرؤية عن قرب، وسرعة النبض والتنفس واختلاج الحركات اللاإرادية وضعف العضلات ومن ثم يصاب الشخص بالديدسارثيا، ويعقب هذه المظاهر هياج حركي وارتباك وزيادة الحركة الانتفاضية والارتعاش مما يؤدي إلى الكلام في ارتعاش تشنجي وزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط.

4. ذهان تسمم الرصاص: تنتشر هذه الحالة بين عمال المصانع التي تستخدم مواد كيميائية تحوي عنصر الرصاص، وتبدأ هذه الحالة بشكوى المريض من الضغط والمخاوف والتوتر وعدم تحمل الضوضاء والضوء الساطع والأرق والملاوس والكوايس، وهذا يؤدي بدوره إلى الهديان مع اختلاج الحركات اللاإرادية وضعف العضلات وعدم تناسق الفعل الحركي مما يؤدي إلى ظهور أعراض الديدسارثيا.

5. ذهان تسمم المهلوسات Hallucinogenic: قد ينشأ اضطراب الديدسارثيا أيضا عن الذهان المصاحب للتسمم بالمهلوسات Hallucinogenic drugs وخاصة عقار فينسايكلين (pcp) الذي يؤدي التسمم به إلى الاندفاعية والعذوانية والرأفة Nystagmus أو الحركة اللاإرادية السريعة للعين، كما يؤدي إلى مرض الأناكسيا Ataxia الذي ينشأ عن تلف المخيخ، ويتميز بعدم التناسق بين العضلات أثناء الأداء الحركي والذي يسبب بدوره إصابة الحالة بالديدسارثيا.

أنواع الديدسارثيا

- أ. ديسارثيا حركية Dyskinetic Dysarthria: وتشتمل على نوعين هما:
 - ديسارثيا مفرطة الحركة Hyperkinetic, D: وتشتمل حذفاً للأصوات والمقاطع مع ظهور الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط.

• ديسارثيا محدودة الحركة Hypokinetic, D: وتحدث غالباً لدى مرضى باركنسون، وتشمل ضعف النطق وعطب في القدرة على ربط الكلام deterioration in connected speech

ب. ديسارثيا تشنجية Spastic Dysarthria: وتشمل عطباً شاملاً في كافة بارامترات الكلام parameters of speech بالإضافة إلى صعوبة في التنفس، وصوت أجش Hoarseness مع ضغط مفرط على الكلمات Excessive stress.

ج. ديسارثيا طرفية/ رخوية peripheral/Flaccid, D تتميز بالكلام ذي الجمل القصيرة مع خروج معظم الهواء من الأنف أثناء التحدث وزيادة في الأصوات ذات الرنين الأنفي المفرط، وتحريف وتشويه في الحروف الساكنة.

د. ديسارثيا مختلطة Mixed Disarthria: وتنتج عن تلف في أكثر من مجرد جهاز حركي واحد وتشمل كافة الأعراض السابقة.

الديسارثيا وحالات الشلل الدماغي Cerebral palsy

تشير إلى مجموعة مختلفة من الاضطرابات الحركية العضلية غير المتدهورة تصيب الحركة الإرادية ووضع الجسم وتنتج عن خلل في وظيفة مناطق الحركة في المخ، ويحدث ذلك قبل الولادة أو في أثنائها، أو خلال السنوات الأولى من عمر الطفل حيث يعاني الطفل من ضعف عام في العضلات وعدم تناسق وشذوذ الحركة ويشمل ذلك عضلات النطق والكلام مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالديسارثيا. وعليه فإن اضطراب الديسارثيا هو اضطراب عصبي قد يكون نمائياً ولادياً أو مكتسباً.

كيفية التعامل مع حالة الديسارثيا

يجب أن تمر حالة الديسارثيا أولاً بعلاج طبي قد يشمل الجراحة أو استخدام العقاقير كما أوضحنا سابقاً ثم يأتي دور أخصائي التخاطب والذي يمكنه البدء بتدريبات ضبط عمود الزفير حيث تكون عضلات جهاز الصوت ضعيفة وتحتاج إلى تدريب لإعادة قدرتها على العمل المتناسق لإخراج الصوت. وضبط درجة رنينه وبعد ذلك يمكن للأخصائي تدريب عضلات أعضاء النطق - لدى المصاب لإعادة مرونتها وقدرتها على أداء وظائفها، والمراحل الأخيرة هي التدريب على النطق السليم

لأصوات الكلام بدءاً من نطق صوت الحرف منفصلاً إلى نقطة في داخل كلمة، ثم نطق الكلمة في سياق جملة أو في نص متكامل، ولقد تم توضيح هذه التدريبات في عرضنا لسبل التعامل مع اضطرابات الصوت واضطرابات النطق. (الفرماوي، 2006. 45-48).

كما يمكن تزويد الشخص بتغذية راجعة بصرية فورية مثل استخدام إشارات تشير إلى سرعة الكلام أو أن الكلام جيد أو أنه منخفض، كما يمكن أن تعالج السرعة المفرطة في الكلام من خلال الأساليب غير المباشرة فقد يكون العلاج موجهاً إلى علاج أخطاء النطق بهدف خفض معدل سرعة الكلام وكذلك إذا كان اختلال الطلاقة ناتجاً عن عيوب لغوية فإن من المنطقي أن تعالج عيوب اللغة.

تأخر التغذية المرتدة السمعية Back Delayed Auditory Feed

إن التغذية المرتدة السمعية Auditory feedback تعمل على تسهيل وتنظيم دورة الكلام وإعادة الدورة لوحدة الكلام في دائرة التغذية المرتدة السمعية، وأن تأخير التغذية المرتدة يعمل على تكرار وحدات الكلام كما تؤدي إلى اضطرابات الكلام بصوره المختلفة، وهو ما أوضحه باتنز (Yates, 1970)، حيث إن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه، وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويميل إلى الاستمرار لا إرادياً، وإن تأخير التغذية المرتدة السمعية والتي من خلالها يستمع الفرد إلى كلامه في علاقة زمنية غير طبيعية، تظهر في استماع الفرد إلى صدى مستمر لكل ما قاله تواء، وبالتالي تحدث تغيرات مؤثرة في طبقة الصوت ويضطرب الإيقاع الطبيعي للكلام لدى المتكلم العادي، ويحدث العكس تماماً لمن يعاني اضطراباً وظيفياً في الكلام. (البيه، 1994 . 163).

ثالثاً: اللججة أو التلعثم

وتعرف اللججة بأنها اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام حيث يتميز نمط الكلام بالإطالة الزائدة وتكرار الأصوات، المقاطع، التمزق، والإعاقات الكلامية التي يبدو فيها التلعثم وقد اختنق الكلام في حلقه بالرغم من المجاهدة والمكابدة من أجل

إطلاق سراح لسانه وهم بذلك يرون أن اللجلجة عدم قدرة الفرد على إتقان العملية الكلامية على الوجه الأكمل. (أمين، 2005، 23).

كما تعرف اللجلجة: بأنها اضطراب يؤثر على طريقة كلام الشخص، حيث تظهر من خلال التطويل أو التكرار في الصوت أو المقطع، وتظهر التطويلات على شكل مد للصوت أو المقطع. ومن أشكالها أيضاً التوقفات أو الانحباسات أثناء الكلام. (السرطاوي وأبو جودة، 2000).

وهي عدم الاسترسال في الكلام نتيجة حدوث اضطراب وهذا الاضطراب يتمثل في وجود صورة من صور التلعثم وهي التوقف - التكرار - الإطالة.

وتشير (الفقي، 1997، 67) إلى أن نسبة شجوع التلعثم بين الذكور والإناث تتراوح من 1-2 لصالح الذكور وأن نسبة انتشار التلعثم تزيد إلى حد كبير داخل المدارس الابتدائية. ويؤكد هذا الكلام جونز (Jones, 2002, 244) وأن التلعثم يكمن أن يظهر في أي عمر ويظهر بنسبة 50٪ في المرحلة الابتدائية.

ويعرفه العالم (جيتار 1998). بأنه تردد عال غير مسوي أو فترة من التوقفات تتتاب التدفق المستمر للكلام وقد تأخذ هذه التوقفات أشكالاً عدة منها:

- تكرار الأصوات أو المقاطع أو الكلمات ذات المقطع الواحد.
- التطويل الذي يصاحب نطق بعض الأصوات.
- إعاقة مرور الهواء أو التلغظ صوتياً بالحروف.

وعادة ما يكون الأطفال على وعي تام بهذه المشكلة وما تسببه لهم من إحراج حيث إنها كثيراً ما ترتبط ببذل جهد بدني وعقلي زائد وتمثل إحدى صعوبات التلعثم في تنوعه الشديد من فرد لآخر فيما يتعلق بنوعية التصرفات الصادرة وأيضاً تكرار عدد مرات حدوثه على الرغم من ذلك.

بعض السمات الأساسية لحالة التلعثم

- تكرار كلمات كاملة مثل و، وقبل كلمة وغادرت فيقول وُوووغادرت.

- تكرار حروف منفردة مثل. حرف ت في جملة تعالي هنا فيقول ت ت ت تعالي هنا.
- تطويل الحروف مثل. اااااااا حيانا أخرج.
- إعاقة النطق بالحروف حيث يأخذ الفم شكل النطق بالحرف ولكن بدون إخراج صوت.
- التوتر في ملامح الوجه حيث يمكن رؤية علامات توتر عضلي واضحة حول العينين والأنف والشفيتين وأيضا الرقبة.
- ظهور بعض الحركات الملازمة للتعلم حيث قد تؤدي محاولة الطفل للنطق بالكلمة إلى حدوث حركات زائدة للجسم مثل الضغط بقوة على القدم أو تغيير وضع الجسم أو اليرت على الأيدي.
- حدوث توقف لعملية التنفس فقد يمتجز الطفل نفسه أثناء محاولة التكلم أو يتكلم أثناء التنفس أو يأخذ نفسا عميقا قبل التحدث. (لينا روستين وآخرون، 11. 2004).

خصائص اللجلجة

الصورة الإكلينيكية لأعراض التعلم تتمثل في:

- أ. الميل للتكرار Repetition: تكرار المقاطع مصحوبا بالتردد والتوتر النفسي والجسمي.
- ب. الإطالة Prolongation: إطالة لأصوات خاصة الحروف الساكنة وهذا العرض أكثر ملاحظة في كلام المتعلم.
- ج. التوقف أثناء كلام المتعلم.
- د. اضطرابات في التنفس: وتتمثل في اختلال عملية التنفس مثل استنشاق الهواء بصورة مفاجئة وإخراج كل هواء الزفير ثم محاولة استخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات، مما يؤدي لتعب مفاجئ في التنفس.

ه. نشاط حركي زائد: وهي مظاهر ثانوية مصاحبة للتلعثم نجمدها في حركات غير منتظمة للرأس ورموش العين وحركات الفم البالغ فيها واصوات معوقة مثل (آه - آه) وارتفاع حدة الصوت أو جزء منه بطريقة شاذة وغير منتظمة وارتعاشات حول الشفافة كما يحدث حركات فجائية لا إرادة لليدين أو الرجلين أو جزء من أجزاء الجسم وخاصة في الرقبة، وشد عضلات الوجه.

و. السلوك التجنبي: ويعكس هذا السلوك رغبة المتلعثم في تجنب ما يترتب على تلعثمه من نتائج غير سارة ويأخذ أشكالاً مختلفة مثل تجنب المواقف التي ترتبط بها العثمة وتقليل الكلام، وتجنب النظر في عين المستمع.

ز. ردود الأفعال الانفعالية: كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وأحاسيس من العجز واليأس والحجل وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المتلعثم عن التواصل مع البيئة المحيطة. وتزداد هذه الأعراض بإدراك الفرد بحالته وفشله في كل محاولة للكلام.

تشخيص اللجلجة أو التلعثم

هناك بعض العوامل والإجراءات التي يقوم بها الأخصائي لتشخيص التلعثم أو اللجلجة نوجزها فيما يلي:

أ. الملاحظة: ومنها يقوم المعالج بملاحظة الفرد المتلجلج للوقوف على نوع الاضطراب (توقف - إطالة - تكرار) ودرجة حدوثه إلى جانب التركيز على ما يصاحب ذلك من توترات وانفعالات وحركات سلوكية من جراء ما يعانيه الفرد لمحاولة الاسترسال في الحديث

ب. دراسة الحالة: وذلك للوقوف على خلفية المشكلة وتطورها، وسببات الطفل السابقة، وما تعرض له من مشاكل صحية، وأسرية، وبداية ظهور اللجلجة، والمواقف التي ترتبط بها والموضوعات والأشخاص والظروف السابقة مباشرة لحدوث الاضطراب .. الخ، ويستعان في ذلك بعقد مقابلات مع الوالدين، والأقران، والأخوة، والمدرسين من أجل استكشاف المشكلة.

ج. تحديد خصائص عملية الكلام لدى الفرد من حيث معدل الكلام أي عدد الكلمات في الدقيقة الواحدة في المواقف والبيئات والأشخاص المختلفة، للوقوف على مدى طلاقة الكلام لديه، وكذلك معرفة ضغط هواء الزفير ومدى تدفقه فقد وجد أن المتعلم يخرج هواء الزفير دفعة واحدة دون كلام مما يترتب عليه إعاقة استرسال في الكلام لحاجته إلى أخذ نفس مرة ثانية. وذلك من خلال عرضه على طبيب متخصص.

د. تحديد مدى إدراك الفرد بحالته: وما في حديثه من اضطراب.

هـ. تحديد درجة اللجلجة الحالية: لمقارنتها بدرجةها بعد البرنامج للوقوف على فاعليتها العلاجية. (مطر، 2004، 167-178).

العلاج

هناك أنواع مختلفة ومتعددة من الأساليب العلاجية للتعلم نذكر منها:

1. الاسترخاء الكلامي: والذي فيه يكون الاهتمام منصبا حول هدفين، الأول، هو التخفيف من الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام والآخر، هو إيجاد ارتباط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي ذاته.

كما يعتبر الاسترخاء شيئا ضروريا لحياة الإنسان ومهارة الاسترخاء يمكن اكتسابها وتعلمها شأنها في ذلك شأن تعلم المهارات الأخرى ولكي نطبق برنامج الاسترخاء سوف نهتم بـ 16 مجموعة من العضلات المختلفة التي سيتم وضعها في حالة توتر أو شد ثم نتركها تنبسط ببطء وبذلك يتخلص الفرد من التوتر ويشعر بالتحسن المستمر ثم يتم اختزالها إلى سبع مجموعات ثم إلى أربع مجموعات ومن أهم تمارين الاسترخاء:

- تمارين الاسترخاء الكلامي: ينصب الاهتمام هنا على التخفيف من الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام والآخر في إيجاد ارتباط بين الشعور بالراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي ذاته

- وهناك أنواع من تمارين الاسترخاء الكلامي وتحدث بصورة متدرجة وهي:

- تمارين بالحروف المتحركة.

- تمارين بالحروف الساكنة.
- تمارين بكلمات متفرقة تصاغ في جمل وعبارات: ويراعى أن تقرأ الحروف والكلمات والجمل بهدوء تام واسترخاء حيث يقرأ الأخصائي أولاً ثم يقلده المتعلم بنفس الطريقة والنغمة.
- وأخيراً تمرينات على شكل أسئلة بسيطة تؤدي على نحو يتسم بالهدوء. (شقير، 192.2005 ب).

2. طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي: تعتمد هذه الطريقة على الحركات الإيقاعية والتي يكون الهدف منها صرف انتباه المتعلم عن مشكلته وتؤدي في نفس الوقت إلى الإحساس بالارتياح النفسي ومن هذه الحركات الإيقاعية. نذكر النقر بالأقدام، النقر باليد على الطاولة، الصفير، الخطوات الإيقاعية. وتفيد هذه الطريقة مع طريقة القراءة الجماعية أو الكورس في حالات التعلم لدى الأطفال حيث تكون طريقة مسلية للطفل المتعلم أن يتعد عن مشكلته الحقيقية وتجعله يندمج مع الآخرين في وضع لا يميزه عنهم.

وتشير (شقير، 192.2005 ب -193) إلى فاعلية الكلام الإيقاعي في كف سلوك المتعلم وأجرت باربر (barber,1960) دراسة أثر الإيقاع كوسيلة ملهية عن التعلم، وتكونت عينة الدراسة من (18) متلعثما (16) من الذكور 2 من الإناث تراوح أعمارهم بين 14-33 سنة قرأ كل متلعثم 15 قطعة قرائية مختلفة وقد اشتملت المواقف التجريبية على 12 موقفا صارفة للانتباه بالإضافة إلى 3 مواقف اختيارية، إما المواقف الصارفة للانتباه أو الملهية فكانت تشتمل على القراءة الشفهية مع:

- إيقاعات الجسم نقر القدمين تأرجح الذراعين حركة رمغ اليد.
- إيقاعات كلامية تقطيع الجمل إلى مقاطع منظومة كل مقطع ثلاث كلمات.
- إيقاعات حسية بصرية سمعية.
- ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة.
- كل الإيقاعات الصارفة للانتباه كانت ذات تأثير في خفض ترددات التعلم.

- الإيقاعات الحسية الخاصة السمعية منها كالتصفيق والنقر كانت أكثر تأثيراً.
- الكلام الإيقاعي المتمثل في تقطيع الجمل إلى مقاطع كان أقل دلالة في تأثيره من بقية المشتتات وقد خلصت الدراسة إلى أن التلعثم ليس في الأساس صعوبة كلامية حيث يتأثر بدرجة كبيرة عند تقديم مشتتات مصاحبة للكلام.
- وفي محاولة لمعرفة تأثير مستويات مختلفة من الحجب السمعي على الكلام لدى المتلعثمين تأتي دراسة مارست وهرتن (1967, Maraist&masking, 1967) وقد تكونت عينة الدراسة من (15) متلعثماً (14) من الذكور وأنثى واحدة متوسط أعمارهم (12) سنة وقد قدمت لهم مثيرات عبارة عن (5) قطع قرائية عدد كلمات كل قطعة (75) كلمة تقرأ بصوت عال تحت 5 مستويات من الضوضاء لحجب الصوت.
- وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:
 - تناقص عدد الترددات الصوتية في القطع القرائية بتراوح مستوى الضوضاء الصوتية من صفر - 90 ذبذبة في الثانية.
 - زيادة عدد الكلمات المنطوقة في الدقيقة عندما يزيد مستوى الحجب حيث بلغ متوسط أداء أفراد العينة 44 كلمة في الدقيقة تحت تأثير ضوضاء حاجبة حوالي 90 ذبذبة تقريباً.
 - عند مستوى 50 ذبذبة في الثانية حدث تناقص كبير في شدة التلعثم حيث انخفضت التكرارات والاطالات بنسبة 41٪.
- 3. طريقة النطق بالمضغ: وتهدف إلى استبعاد ما علق في فكر المتلعثم من أن النطق والكلام بالنسبة إليه صعب وعسير وفيها يبدأ المعالج بسؤال المتلعثم عن إمكانية إجراء حركات المضغ ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وسكون وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة طعام، وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث لعملية المضغ صوتاً فإذا وجد صعوبة أو شعر بالحرجل من ذلك على المعالج أن يحدث نفس العملية أمامه، وبعد ذلك يوجه للمتلعثم بعض الأسئلة بصحبة نفس الأسلوب من

المضغ مثل، ما اسمك، ما اسم والدك، عنوانك، اسم أخواتك، ومدرستك وما إليه ... الخ وتدريبياً يجعل المعالج المتعلم ينجب عن هذه الأسئلة بأسلوب النطق بالمضغ.

4. استخدام الغناء والموسيقى: لما كانت حالة التلعثم غالباً ما يصاحبها اضطراب وتوتر فإن الاستعانة بالغناء والموسيقى تساعد كثيراً في تخفيف حدة التوتر حيث إنهما يعودان المتعلم على احترام الإيقاع عند تردد الغناء.

5. طريقة تعليم الكلام من جديد Speech Rehabilitation: وهي عبارة عن تمارين يشجع فيها المصاب على الاشتراك في أشكال مختلفة من المحادثات التي تنسيه مشكلته وكل ما يتصل بها من قريب أو بعيد، وكأمثلة على ذلك. (برنامج الألغاز والمناقشات الجماعية، وهي تمارين تتضمن عناصر اللعب، والتسلية، والكلام الحر الطليق ونلاحظ خلال التمارين (الجماعية) الأطفال يتصاحبون ويتدافعون ويصفقون ويطربون للإجابات الصحيحة ويسخرون من الإجابات الخاطئة، وقد ثبت بأن طريقة المناقشات الجماعية Group discussion طريقة مفيدة، وخاصة إذا تناولت مشكلات مهمة، وكانت المناقشات بشكل حر، دون رقابة أو ارتباك.

6. الإيحاء والإقناع Suggestion & Persuasion: إن عمليتي الإيحاء، والإقناع توجهان بصورة أساسية لتلافي شعور الطفل بالنقص وخوفه من الكلام وعيوبه، وما قد يتعرض له من خيبة أمل وخجل من خلال بيئته الاجتماعية، والهدف من الإيحاء سواء المباشر أو غير المباشر هو جعل الفرد المتلعثم يدرك حقيقة اضطرابه مع ضرورة تعديل نظريته لنفسه (تعديل مفهوم الذات لديه).

7. التظليل: والهدف من هذا النوع من العلاج هو صرف انتباه الفرد عن الكلام إلى شيء آخر ويتضمن ذلك قيام المعالج بالتحدث هو والفرد المضطرب في نفس الوقت يقرآن معاً فقرة من كتاب يسهل عليه قراءته مع حرص المعالج على رفع صوته أعلى من الطفل في بداية الأمر بحيث يغطي (يظلل) صوت الطفل المتعلم، ويستمر هذا الوضع لعدة جلسات تدريجياً ثم يبدأ المعالج في خفض صوته بحيث يرتفع صوت المتعلم تدريجياً مما يتيح له سماع صوته بدون تلعثم أو لجلجة. (مطر. 2006؛ البيلاوي. 2005؛ الزريقات. 2005).

8. العلاج النفسي الجماعي: العلاج الجماعي والعلاج الفردي. لا بد من إجراءات التدريب اللغوي الفردي لأنه يسمع بعمق وكثافة وبالتالي يأخذ وقتاً أقل في الوصول إلى نتائج أكثر إيجابية على أن تعطى الجلسات الجماعية تجارب تحاطية ما بين الأقران تساعد على التدريب الناجح خاصة مع المجموعة الصغيرة على أن تتم جلسات التدريب على مستوى فردي أولاً ثم يوضع تدريجياً في مجموعة على أنه من المستحب استخدام جلسات فردية عندما يعاني الطفل من إعاقة لغوية شديدة أو يكون سريع التشتت أو يكون متضرراً كثيراً من مشكلته اللغوية، هذا وقد نجح العلاج النفسي في علاج العديد من الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية والتواصلية المختلفة نذكر منها ما قامت به برادة عام (1964) بمحاولة للتعرف على أثر العلاج النفسي الجماعي على بعض المصابين باللجلجة تمثلت العينة من (6) أفراد متلعثمين تراوحت أعمارهم من (15 - 21) سنة فردان يعانيان من تلعثم متوسط وآخرون سبق لهم الحصول على جلسات علاجية وأصبحوا على درجة لا بأس بها من طلاقة الكلام، استخدمت الباحثة في الجلسات العلاجية أسلوب المناقشة الجماعية وكانت تدور حول المشكلات العائلية التي يعاني منها المتلعثمون والعلاقات مع المدرسين والزملاء بالإضافة إلى مفهوم الذات وكيفية تعديل فكرة الإنسان عن نفسه.

استمر العلاج (6) أشهر بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع وقد بلغ عدد الجلسات 20 جلسة وقد خلصت النتائج إلى أن العلاج أفاد كثيراً في تقدم الحالات فقد تخلص البعض من تلعثمه كما تقدم البعض تقدماً ملموساً إلا حالة واحدة لم تواظب على العلاج لظروفها العائلية المتأزمة في فترة العلاج.

واستكمالاً للتجربة السابقة قامت برادة (1967) بعلاج مجموعة من الأطفال المصابين باللجلجة بلغ عددهم (5) أطفال وكان العلاج بمعدل جلستين في الأسبوع كما كانت تجتمع بالأمهات مرة كل أسبوع في جلسات جماعية للمناقشة ويقوم الأبناء أمام الأمهات بتمثيل أدوارهم وما يلاقونه من معاملة من الوالدين في شكل دراما نفسية سيكودراما وفي نهاية الجلسات كانت الباحثة تناقش الأمهات وتوجههن إلى

ضرورة التخفيف من الضغوط الكلامية على الأبناء وقد أثبتت نتائج التجربة فعالية هذا الأسلوب في علاج الأطفال المتلعثمين حيث تحسنت حالاتهم بدرجة كبيرة.

كما أفردت (كمال 1985) فصلا من دراستها لبرنامج يقوم على أساس إدخال عامل العلاج الجماعي بالمحاضرات والمناقشة الجماعية كمؤثر تجريبي على العوامل النفسية والاجتماعية التي أظهرت نتائج دراستها ارتباطها بالتلعثم لدى الأطفال، اشتملت عينة الدراسة على (24) طفلا متلعثما تتراوح أعمارهم من (10- 12) سنة قسموا إلى ثلاث مجموعات تجريبية أعددتها (8) أطفال متلعثمين تتلقى العلاج بالمحاضرة فقط، مجموعة تجريبية ب أعددتها (8) أطفال تتلقى العلاج بالمحاضرة والمناقشة مع مجموعة ضابطة أعددتها (8) أطفال متلعثمين لا تتلقى أي نوع من العلاج.

وقد جانست الباحثة المجموعات الثلاث من حيث مستوى القلق سوء التوافق الانطواء أساليب المعاملة التي تتسم بالإهمال والقسوة وإثارة الألم النفسي، وكان الهدف من البرنامج في تلك الدراسة. أن يزيد التوافق النفسي لدى الأطفال المتلعثمين وأن ينخفض كل من مستوى القلق والانطواء لديهم كما تتغير ادراكاتهم لاتجاهات آبائهم في المعاملة، استغرق تطبيق البرنامج (60) يوما من خلال (16) جلسة بواقع جلستين في كل أسبوع وفي نهاية البرنامج خلصت الباحثة إلى النتائج التالية:

- وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية أ مجموعة المحاضرة والمجموعة الضابطة في عوامل القلق والتوافق والإهمال والقسوة وإثارة الألم النفسي أما بالنسبة للانطواء فلم تكن هناك فروقات دالة بين المجموعتين.
- وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية ب مجموعة المحاضرة والمناقشة والمجموعة الضابطة على كافة العوامل.
- ثبت تفوق أسلوب المحاضرة والمناقشة معاً على أسلوب المحاضرة في جميع العوامل المرتبطة بالتلعثم لدى العينة عدا عامل الإهمال. (شقيب، 2005، 195 ب-196).

كما أشارت دراسة (عبد المحسن، 2002) إلى تناول بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم لدى الأطفال، بلغت عينة الدراسة (40) طفلاً يعانون من التلعثم،

تراوحت أعمارهم ما بين (6-12) عاماً وتم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات. المجموعة الأولى والتي تم علاجها باستخدام أسلوب العلاج الظلي، والمجموعة الثانية وتم علاجها باستخدام أسلوب الممارسة السلبية، والمجموعة الثالثة تم علاجها باستخدام الأسلوبين السابقين معاً، والمجموعة الرابعة لم تتعرض لأية أساليب علاجية، وتم استخدام مقياس المصروفات المتتابعة الملون للأطفال لرافن، مقياس شدة التلعثم للأطفال والمراهقين، مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الطفل، واستمارة تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتلعثم، ومن نتائج الدراسة تبينت فاعلية العلاج الظلي والممارسة السلبية وأيضاً أجمع بين الأسلوبين في علاج مشكلة التلعثم وأيضاً فاعلية الإرشاد الوالدي في علاج مشكلة الطفل المتلعثم.

كما أشارت دراسة (النحاس، 2005) إلى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، وبلغت عينة الدراسة 30 طفلاً (18 ذكورا)، (12 إناثاً) أعمارهم ما بين (9-12) عاماً، ممن يعانون من التلعثم بصوره الثلاث (تلعثم تكرراري، تلعثم تطويلي، تلعثم توقي)، ومن أدوات الدراسة اختبار الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي - الاقتصادي، اختبار شدة التلعثم، وتم تطبيق برنامج إرشادي، ومن نتائج الدراسة. أن البرنامج فعال في خفض شدة التلعثم في صورته الثلاث (التطويل، التكرار، التكرار).

كما تناولت دراسة (أحمد، 1985) ظاهرة اللجلجة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما تجريبية وقوامها 50 طفلاً مثلجلجاً والأخرى ضابطة 50 طفلاً عادياً، وتم تطبيق اختبار الذكاء المصور، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، مقياس القلق، مقياس الانطواء، مقياس التوافق النفسي، مقياس مفهوم الذات، مقياس الاتجاهات الوالدية، ومن نتائج الدراسة أن أطفال المجموعة التجريبية المتلعثمين كانوا أعلى قلقاً من المجموعة الضابطة (العاديين)، ولا توجد فروقات بين المجموعتين في مفهوم الذات، كما وجدت فروقات ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في بعض الاتجاهات الوالدية مثل القسوة والإهمال، وإثارة الألم النفسي، حيث يعاني المتلعثمون من هذه الاتجاهات أكثر من غير المتلعثمين.

وتناولت دراسة (غالب، 1998) بعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم في الكلام عند الأطفال، بلغت عينة الدراسة (44) طفلاً (28 ذكورا، 16 إناثا)، تتراوح أعمارهم ما بين (3- 12) سنة، وتم استخدام مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، استمارة دراسة الحالة واختبار تشخيص التلعثم، ومن نتائج الدراسة وجدت علاقة دالة إحصائياً بين زيادة حدة التلعثم وسخرية المحيطين بهؤلاء الأطفال المتلعثمين، ووجدت علاقة وثيقة بين انشغال الآباء عن أبنائهم وزيادة حدة التلعثم لدى المتلعثمين، ووجود علاقة بين زيادة التلعثم وغياب الأب ووجود علاقة بين التلعثم وشخصية الطفل المتلعثم .

أما أهم نماذج العلاج النفسي الجماعي، فتمثل على النحو التالي:

أ. العلاج بالسيكودراما

تمتد الجذور التاريخية للسيكودراما كإحدى طرق العلاج والإرشاد النفسي إلى آلاف السنين وعبر العصور المختلفة فقد استخدمت الشعوب البدائية السيكودراما في الطقوس التي يقوم بها الساحر أو الكاهن بهدف طرد الأرواح الشريرة من جسد المسوس وكذلك عرفتها الحضارة المصرية القديمة في طقوس التتويج الفرعوني. (مطر، 2002. 16).

تعتبر السيكودراما ذات علاقة وثيقة بكل من التمثيل (الدراما) والعلاج الفردي، فمنذ عام 1909 أصبح مورينو مهتما في علاجه لأطفال مدرسة فينا بأن يطلب منهم القيام بتمثيل مسرحيات قصيرة تدور أحداثها حول مشكلات سلوكية متنوعة ومتباينة .. فكان الأطفال يقومون بتحضير أدوات لعبهم الخاصة بهم بشكل تلقائي، والتي كانت إلى حد كبير ذات صلة وثيقة ومباشرة بتجرباتهم الفردية، ثم يبدأون في جلسات السيكودراما . كما طبق مورينو هذا النوع من التمثيل الارتجالي أيضا على الكبار الراشدين في مسرحه التلقائي . (Moreno, Zerka, 1974. 236 - 235).

كما أن السيكودراما هي أسلوب للعلاج النفسي ابتدعه مورينو في العصر الحديث، حيث يساعد المرضى على الوصول إلى استبصار جديد بمشكلاتهم، وبالتالي

يغيرون أنماطهم السلوكية الخاطئة، وذلك من خلال التمثيل التلقائي لمواقف الحياة .. وتقوم هذه الطريقة على مبدأ أن تمثيل الدور يتيح للشخص التعبير عن الانفعالات، ومواجهة الصراعات العميقة؛ وذلك في بيئة محمية نسبياً في المرحلة العلاجية. (جابر وكفاي، 1993، 2213).

تعرف السيكودراما بأنها: شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي وتركز على التلقائية والموقف والتوصيل والتنفيس والاستبصار وتتكون من عناصر متعددة منها المسرح والبطل والمعالج والأنوات المساعدة والجمهور ومن ثم تستخدم فنيات إسقاطية متنوعة حتى تصل بالمشكلة التي يعاني منها المريض من المستوى اللاشعوري إلى مستوى الشعور وبالتالي يحدث الاستبصار. (الفتحي، 2002، 23).

وتعرف السيكودراما بأنها: أحد أنواع العلاج الجماعي يقوم فيها المريض بتجسيد بعض المواقف الحياتية التي تدور حول الماضي أو الحاضر أو المستقبل في محاولة لفهم عميق لمشكلاته وتحقيق التنفيس الانفعالي وتطوير مهاراته وسلوكه. (Corey,2000,213).

كما تعرف السيكودراما أو الدراما النفسية بأنها: شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل لمعاونة العميل (المريض) على حل مشكلاته. (سليمان، 1994، 396).

وتعرف السيكودراما في موسوعته علم النفس بأنها: تمثيل نفسي ارنجبالاً موجهاً للمشاهد، وهدفه حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم في الحياة العادية. والسيكودراما طريقة تستخدم في تشخيص مشكلات الشخصية وعلاجها، والتي من قوامها حمل الشخص على الاستعادة التلقائية - فوق المسرح وأمام جمهور المشاهدين في بعض الحالات - لموقف ذي مغزى بالنسبة للصعوبة التي يعاني منها الشخص، أو بالنسبة للمشكلة التي تحتاج إلى المعالجة (رزوق، 1979 - 89).

وأخيراً تعرف بأنها: أسلوب إسقاطي وشكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي أنشأه وطوره مورينو ويقوم على تجسيد الفرد لبعض الأدوار التي تتناول مواقف في حياته أو علاقاته بالآخرين بطريقة ارنجبالية وتلقائية في الماضي أو الحاضر أو

المستقبل وذلك في حضور المعالج والأنوات المساعدة والمجموعة العلاجية مما يتيح للفرد أن يعبر عن انفعالاته التي تشفيه وأن يواجه صراعاته العميقة في بيئة محمية نسبياً ويحقق استبصاراً لسلوكه وصراعاته الاجتماعية والشخصية وإدراك الواقع والتعلم من خلال خبرة الدور وتعديل أنماط سلوكه غير الملائمة.

مميزات السيكدراما

تتمثل مميزات السيكدراما على النحو التالي:

- علاج بعض اضطرابات الكلام ومن بينها التلعثم.
- علاج جماعي لفئات من المتلجلجين.
- تدخل علاجي في أساليب علاجية نفسية متنوعة من خلال الفيديو مع عينات من المراهقين الذين يتلقون علاجاً خارج المستشفى.
- استخدامها مع العلاج الأسري لتحقيق تغير ما في السلوك على مستويات متعددة.
- كفنية وقائية وتشخيصية في مجال الصحة النفسية قبل تقديمها كفنية علاجية.
- مع فنيات وأساليب علاجية أخرى كوسيلة من وسائل التعليم والتعلم الحديثة. (سليمان، 1994. 434-436).

عناصر السيكدراما

تتضمن عناصر السيكدراما العناصر الآتية:

- أ. المسرح (المكان) The stage: يشير مورينو إلى أن خشبة المسرح ليست ضرورية، فمن الممكن أن تجري الجلسة السيكدرامية في أي مكان يوجد به العملاء (مستشفى، مدرسة، أو حجرة في المنزل)، إلا أن خشبة المسرح تساعد على تهيئة الجو المناسب للجلسة. (Moreno, 1975, .. 83-84).
- ب. البطل (المريض) The protagonist: فالبطل أو المريض يطلب منه تمثيل دور شخص آخر مهم، له دلالة من الناحية العلاجية، مثل دور الأب، أو دور خيالي مثل دور النائب العام أو الشيطان .. ومن المهم أن يقوم المريض بالتمثيل التلقائي، لا أن يقدم دوراً مكتوباً.

ج. المخرج (المعالج) The Director: أي أن المعالج يقوم بدور المنتج الفني والمعالج النفسي والمحلل في وقت واحد، وينبغي أن يكون مستعداً لتحويل أية حقيقة يقدمها المريض إلى حدث درامي، وبالتالي يكون التواصل حياً ومستمرأ بين ما يجري على المسرح وبين الجمهور، ولا ينبغي أن يلعب المعالج دور السلطة، بل يجب أن يشعر المريض بأنه هو الذي يدير الجلسة دائماً وليس المعالج. (مليكه، 1989، 100، 103).

د. الأنوات المساعدة (الأشخاص المساعدون) Auxiliary Egos: تعتبر الأنوات المساعدة هي رابع العناصر المكونة للسيكودراما، وهي امتداد لدور المعالج في الجلسات العلاجية باستخدام السيكودراما. والمساعدون هم الممثلون الذين يقومون بأدوار الأشخاص الغائبين. وأفضل المساعدین هم المرضی السابقین الذين جاءوا من بيئة اجتماعية وثقافية ماثلة لبيئة البطل؛ لأنهم يقومون بلعب أدوار لأشخاص حقيقيين، ومن ثم يكون لهم دور فعلي في التأثير على المريض. (Moreno, 1956 . 382).

هـ. الجمهور (المشاهدون) Audience: إن الجمهور يقوم بدور الرأي العام، ويقوم بالتعليقات حينما يطلب منه ذلك. وقد يطلب من جمهور المشاهدين القيام بدور المستشارين، فيقسمون أنفسهم إلى جماعات تناقش طرق تحسين تمثيل الدور، وينقل مندوب كل جماعة (قائدهم) اقتراحات جماعته، ثم يعاد التمثيل مع محاولة تنفيذ هذه الاقتراحات. (مليكه، 1989 . 101).

ومما يؤكد فعالية السيكودراما ما أشارت إليه دراسة (غازي، 1991) إلى فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة دراسة تجريبية إكلينيكية، وتكونت عينة الدراسة من (24) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ المرحلة الإعدادية وتراوح أعمارهم ما بين (12-15) سنة وتم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات. مجموعة السيكودراما، مجموعة الممارسة السلبية، مجموعة السيكودراما ومجموعة الممارسة السلبية، والمجموعة الرابعة ضابطة، وتم استخدام الأدوات التالية. دليل تقدير نوع اللجلجة، دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية إلى نشأة اللجلجة، دليل تقدير المواقف المثيرة للجلجة، اختبار كاتل للذكاء، استمارة

المستوى الاجتماعي الاقتصادي، اختبار تفهم الموضوع، اختبار رسم الأسرة المتحركة، استمارة دراسة الحالة. ومن نتائج الدراسة تبينت فاعلية السيكودراما في علاج التلعثم، وأن السيكودراما أفضل من الممارسة السلبية في علاج التلعثم، كما أن السيكودراما والممارسة السلبية معاً أكثر فاعلية من الاقتصار على إحداهما.

ومما يؤكد نجاح هذا النوع من العلاج وكفاءته ما سبق هذه الدراسة من دراسات أخرى استخدمت هذا النوع من العلاج مع حالات أخرى غير التلعثم نذكر منها. دراسة بعنوان التغير النفسي وعلاج نقص الطاقة اللفظية حيث قامت الباحثان ليهي وسوليفان (Leahy&Sullivan,1987) باستخدام مجموعة من طرق العلاج النفسي القائمة على النظرية البنائية في الشخصية وكان الهدف الأساسي من الدراسة واستبعاد أثر الخوف والقلق والتغلب على فقدان الثقة بالنفس وأن يحل محلها الإقبال على الذات التي تتمتع بطلاقة اللسان، وتكونت عينة الدراسة من (5) من المتلعثمين الذكور تراوحت أعمارهم من (10-17) سنة وتم استخدام العلاج الجماعي الذي تمثل في (11) جلسة مدة كل منها ساعتان وكانت السمات الأساسية في المنهج المتبع هي:

- التركيز على إكساب الفرد الثقة بالنفس وتقدير الذات.
- التدريب على المهارات الاجتماعية التي تساعد الفرد على الاتصال بالعالم الخارجي
- السيكودراما والمناقشة الجماعية كفنيات في كل الجلسات حيث يقوم كل فرد بتمثيل مواقف حياتية مختلفة والتي تسبب له بعض المشكلات كما تقوم الجماعة ومعها المعالج بمناقشة تلك المشكلات وتبصير المريض بما يجب ان يفعله لمواجهةها. (شقر، 2005ب).

ب. العلاج باللعب

حيث يعتبر اللعب مجالاً سمحاً، حرّاً. تلقائياً للتعبير عن العواطف والاتجاهات والمشاعر والاحباطات والقلق ومواقف عدم الأمن .. ويتيح اللعب فرصة التحرر من الرقابة القاسية بالنسبة للطفل ومن تحويل المشاعر مثل الغضب والعدوان والرفض إلى

أشياء أخرى بديلة والتعبير عنها رمزياً مما يخفف عن الطفل الضغط والتوتر الانفعالي وقد تلاحظ أثناء لعب الطفل قدراته، وميوله ومواهبه وبعض سمات شخصية مثل الانطواء أو العزلة أو التعاون والمرح، أو الميل إلى المشاركة والعدوان، ويمكن للطفل المصاب بالجلججة من خلال علاقته الجيدة مع المعالج أن يكشف عن ذاته الحقيقية، وأن يتفهم عن رغباته المكبوتة أو التي حرم أو قاسى منها، كما أن الطفل حين يترك يلعب بحرية وطلاقة مع الآخرين لفترة بسيطة من الزمن وهو في مأمن من المراقبين والملاحظين، وبحيث يحسب نفسه أنه في معزل عن الملاحظة، تجده يجر نفسه ويرسلها على طبيعتها دون خوف، أو خجل أو حرج ويأمله أن يعبر عن ميوله المكبوتة ومشاعره الدفينة ويسجل مما يخفف من جلججته أو يجد من درجة تلغثه.

ويشكل اللعب جانباً مهماً في حياة الأطفال، لاسيما وأنه يؤدي إلى تفعيل نشاطاتهم في حياتهم اليومية، ولهذا يعد من أساسيات التطور النمائي للطفولة، فهو يؤدي إلى المتعة والاستمتاع من خلال ممارسته. وتشير دراسات عدة وبالذات دراسة سوزانا ميلر¹ إلى أن اللعب له أهمية في جعل الأطفال قادرين على التكيف والانسجام مع أصدقائهم القريبين منهم في السن، ولهذا يعد اللعب من ضروريات الحياة بالنسبة للطفل. (عبد الهادي، 2004، 17).

ويعتبر اللعب وسيطاً تربوياً مهماً يعمل على تكوين الطفل في هذه المرحلة المهمة والحاسمة من مراحل التنمائية، ويتضاعف تأثير هذا الوسيط التربوي (اللعب) في مراحل النمو الأولى بالنسبة للطفل باعتباره محور حياته في تلك المراحل، لذلك يجب على الآباء والمعلمين تعلم الكيفية التي يدمجون بها الكفاءات والمهارات المختلفة داخل مواقف اللعب، والتعرف على الألعاب المفيدة لأطفالهم، وعلى المعلم احترام لعب الأطفال، تقديم المساعدة للطفل لكي ينمو ويتعلم عن طريقه، ويتحقق ذلك من خلال التخطيط الجيد للعب، وتحديد التوقيت المناسب له، وتوفير الأدوات اللازمة للعب. (عبد الفتاح 2001 . 3).

ويستخدم اللعب كوسيلة إكلينيكية تشخيصية وعلاجية - فيما يعرف بالعلاج عن طريق اللعب Play Therapy وذلك لعلاج الأطفال المضطربين انفعالياً. ولقد أسس العلاج باللعب على الحقيقة القائلة بأن اللعب هو الوسيط الطبيعي للطفل في

التعبير عن ذاته وأنه الفرصة التي تعطى للطفل أثناء اللعب ليخرج مشاعره ومشاكله.... ويمكن النظر إلى أسلوب العلاج باللعب على أنه مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية، وبطرقهم وأساليبهم الخاصة بهم حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية من خلال الاستبصار الانفعالي. (شاش، 2001 . 96).

ويعرف اللعب من خلال وجهة النظر النفسية إلى أنه: عبارة عن جميع الأنشطة التي يقوم بها الطفل بقصد إشباع حاجاته النفسية وتفريغ طاقاته، وهو في اللعب يكون مدفوعاً بدوافع كثيرة مثل حب الاستطلاع أو الاستكشاف. (عثمان، 1995 . 39-40).

كما يعرف اللعب من الواجهة النمائية على أنه. عبارة عن مجموعة من الأنشطة الذاتية التلقائية الداخلية المتنوعة التي تشبع حاجات الطفل النمائية والجسمية، والعقلية واللغوية، والاجتماعية، والانفعالية. (قناوي، 1995 . 8).

ويعرف اللعب من الواجهة الترفيهية: بأنه نشاط جسدي، أو عقلي إرادي يقصد لذاته يتبع بدون غرض أبعد، وينطوي على فكاك من الأهداف والغايات الجدية كما أنه نشاط يمارس من أجل استمتاع الفرد أو الجماعة من غير دافع يتعدى ذلك الاستمتاع. (شاش، 2001 . 81).

كما يعرف اللعب من الواجهة التربوية بأنه: الطريقة التي يتعلم بها الأطفال معظم ما يكتسبونه من معارف ومهارات واتجاهات في مرحلة ما قبل المدرسة. (بلكيس ومرعي، 1982 . 21).

كما يعرف اللعب من الواجهة التشخيصية بأنه: نشاط دفاعي تعويضي، وهو مفرج وعلاج لمواقف الإحباط في الحياة. (زهران، 1997 . 311).

فوائد اللعب

1. فوائد تشخيصية: تؤدي أساليب الكبار الحاططة في تربية الصغار والتعامل معهم إلى بث القلق والتوتر والخوف في نفوسهم، كذلك بعض الحالات الأسرية مثل

ولادة جديدة أو شجار أو طلاق يؤدي ذلك إلى إحباطات وتوترات نفسية، يلجأ الطفل إلى تفرغها عن طريق اللعب الإيهامي أو التمثيلي وممارسة الألعاب التي تحتاج إلى قوة وحركة تشكل متنفساً للضغط المتراكم في داخله. (عبد الهادي، 2004. 181).

2. فوائد علاجية: يعتبر اللعب علاجاً مناسباً للحالات الخفيفة من التوتير والاضطراب أو ضعف التعلم عند الأطفال العاديين باعتباره معدلاً للسلوك ومنظماً لحياة اللعب عندهم في السعي لتوفير شروط وظروف طبيعية لهم (صوالحة، 2004 . 245).

3. فوائد تربوية: أوضح جون ديبوي John Dewey أن الأطفال يتعلمون عن أنفسهم وعن عالمهم من خلال اللعب، ومن خلال الخبرات المباشرة ذات المعنى وباستخدام خامات محسوسة ينمي الأطفال القدرة على حل المشكلات، وإدراك المفاهيم، ومن خلال التفاعل مع الأقران يحسّنون من مفهوم الاجتماعي.

4. فوائد جسمية: إن أحد الأمثلة الجيدة على النمو الحركي الدقيق خلال اللعب هو في تعلم الطفل استخدام أدوات الكتابة، مثل الأقلام. كما أن التطور الطبيعي في النمو للعضلات الدقيقة ينمو من "الشخبطة" إلى عمل أشكال إلى تكوينات إلى صور تمثيلية، حيث أن اللعب بأدوات الكتابة يساهم في الارتقاء بالمهارات الحركية الدقيقة للأطفال. أما بالنسبة للنمو الحركي للعضلات الكبيرة مثل القفز والحجل، غالباً ينمو بأسلوب مماثل فالأطفال قد يمارسون القفز في عدد من ألعابهم داخل الروضة تلك الألعاب التي يتكرونها بأنفسهم، واستخدام أجسامهم خلال اللعب يمكنهم من التنمية والارتقاء بالمهارات، والشعور بالثقة الحركية، وكذلك الشعور بالأمان وتوكيد الذات.

5. فوائد اجتماعية وانهالية.

فمن خلال اللعب يقوم الأطفال بما يلي:

- يدرّبون أنفسهم على مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، ومن خلال التفاوض حول الأدوار التي يلعبونها، ومحاولة تبني أساليب تساعد على استمرارية اللعب، ومحاولة تقدير مشاعر الآخرين.

- الاستجابة لأقرانهم ولمشاعرهم أثناء انتظار دورهم والمشاركة في الخفامات والخفبرات.
- التجريب باستخدام وتقمص أدوار الأشخاص في منازلهم، في المدرسة وفي المجتمع الأكبر من خلال الاتصال باحتياجاتهم وأمنياتهم.
- ينمون الخبرة بوجهات نظر الآخرين فائناء مواجهة الأطفال للمصراعات والتناقضات حول المساحة المتوفرة للعب أو الخفامات أو الأدوار، يننون استراتيجيات حلول إيجابية للمصراعات. (خليل، 2002 . 36،39،45)

6. فوائد عقلية - معرفية: يقوم الطفل أثناء ممارسته للعب بعمليات معرفية على نطاق واسع، فهو يستطلع ويستكشف الألعاب الجديدة التي يأتيه بها والده وخاصة تلك التي تحتوي على أزرار ومحولات، وتحدث أصواتاً، أو تشعل أضواء، أو تفتح أبواباً، أو تحرك محركات الخ كما أن الطفل يقوم بتكرار الأفعال التي تحدث نتائج. ويستدعي الصور الذهنية التي تمثل أحداثاً أو أشياء سبق أن مرت في خبرته السابقة كتقليده أفعال الكبار وأنماط سلوكياتهم وتصرفاتهم، حيث إنه في هذه الحالات يدرك، ويتذكر ويتصور، ويفكر، وهذا مؤشر أكيد على قيامه بنشاط عقلي معرفي واضح، فيؤدي اللعب إلى تطوير القوي العقلية المعرفية عند الأطفال الذين يمارسونه بكفاية. وتتمثل دلالات النمو العقلي المعرفي في تطوير الخصائص العقلية بعامة التي يستدل عليها بإتمام القدرة على التفكير والتذكر والتصور والتخيل والتبصر، والملاحظة والتحليل، وإدراك العلاقات والتوقع، والتنبؤ والتحكم وزيادة فهم طبيعة الأشياء وخصائصها، واكتساب معلومات ومفاهيم جديدة عنها، كما أن اللعب يساعد على إدراك المتغيرات في البيئة، وتطوير اللغة والقدرة على التعبير عن الذات والحوار وإكساب الأطفال مهارات عقلية في مواجهة المشكلات والتغلب عليها (صالحه، 2004 . 174 - 175).

ج. العلاج بالقراءة المترامنة

قام البهاص بكلية التربية بطنطا (1993) باستخدام برنامج العلاج الكلامي بالقراءة المترامنة بهدف تعديل سلوك التلعثم وزيادة الطلاقة اللفظية لدى الأطفال

المتعلمين وذلك بتدريبهم على نطق المقاطع والكلمات التي تبدأ ببساطة ثم تتدرج في صعوبتها من خلال القراءة والمحادثة، والبرنامج من إعداد كوستيلو (1938) وتم وضع البرنامج لهدف زيادة مدة التلغظ من خلال القراءة والمحادثة وقد استخدمت معد البرنامج بطريقة فردية، وأشار إلى إمكانية استخدامه بصورة جماعية ويستند على مبادئ وقوانين النظرية السلوكية باعتبار أن التلعثم سلوك متعلم نتج عن تراكم عادات سلوكية مكتسبة خاطئة وأن هذا العلاج هو نوع من إعادة التعلم يستخدم فيه التدعيم الموجب للألفاظ الطليقة والتدعيم السالب للحظات التلعثم لإضعاف السلوك غير المرغوب فيه ويعتمد البرنامج في تقديمه للمثيرات الكلامية التي تستدعي استجابة الطلاقة أو التلعثم على فنية من فنيات العلاج الكلامي وهي فنية القراءة المتزامنة حيث يطلب من الطفل قراءة الكلمات والجمل مع المعالج ويكرر ذلك عدة مرات وبعد ذلك يطلب منه أن يقرأ بمفرده كميّار لاجتياز الخطوة فإذا أخفق أعيد النطق مرة أخرى بنفس الطريقة واشتمل البرنامج على (20) جلسة مضافا إليها الجلسة التمهيدية لتوضيح خطوات العمل طوال فترة البرنامج.

وقد قام السيد البهاص بتجريب البرنامج وتطبيقه مستخدما فنيات أخرى منها الواجب المنزلي وطبقه على عينة من الأطفال المتعلمين عددهم (85) من المترددين على معهد السمع والكلام بإمبابية (9-12) سنة من الذكور فقط بشرط أن يعاني الطفل من التلعثم لمدة سنة على الأقل.

وجاءت نتائج البرنامج تؤكد نجاح هذا النموذج العلاجي مع تلك الحالات، وتأكيدا لنجاح العلاج بالقراءة المتزامنة من استخدام هذا النوع من العلاج نعرض لما قدمه الآخرون ومنها دراسة افيشام وهديستون. بتعليم مهارة الكلام الطليق وقد تمثلت عينة الدراسة في (48) متلعثما (41) من الذكور و(7) من الإناث اختبروا عشوائيا من قائمة المنتظرين للعلاج وتراوح أعمارهم بين (18) إلى (65) سنة وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات علاجية.

تم حساب نسبة التلعثم من خلال المحادثة لمدة خمس دقائق لكل متلعثم حيث يسجل كلامه على شريط ثم تحسب عدد المقاطع في الدقيقة وعدد المقاطع التي يحدث

فيها التلعثم وذلك للحصول على نسبة التلعثم وقد نص البرنامج المستخدم على أن تحصل كل مجموعة من المجموعات الأربع على:

- بعض جلسات لمدة أسبوعين كتمهيد و(10) جلسات جماعية أسبوعية.
- جلسات جماعية نصف شهرية.
- جلسات جماعية شهرية.

كما اشتمل البرنامج على ثلاثة أطوار متتالية وهذه الأطوار هي:

- أ. طور التعلم: وفيه يتم تعليم المتلعثمين الكلام المطول من خلال الانطباق البسيط للشفتين وحركة اللسان وسقف الحنك بحيث يتم تطويل كل الكلمات وربطها ببعضها دون توقف إلا إذا كان التوقف ضروريا خاصة عند انقطاع النفس كما يراعى التنغيم الإيقاعي للكلمات أثناء النطق بها بمساعدة المعالج.
- ب. طور الانتقال: وفيه يذهب المتلعثمون كي يتحدثوا إلى عامة الناس على أن يبدأ كل شخص بالمواقف التي يتوقع سهولتها ومنها يتدرج إلى المواقف التي يتوقع أن تكون أكثر صعوبة.
- ج. طور الوقاية: وقد قصد من هذا الطور تعزيز مهارة الطلاقة ومساندة المتلعثمين في المواقف الصعبة حيث يصاحب المعالجون المتلعثمين في المواقف الحياتية المختلفة ويقدمون لهم النصيحة والتشجيع.
- د. أخذت أربعة قياسات: قبل تطبيق البرنامج وفي نهاية البرنامج وبعد (9) شهور من نهاية البرنامج وبعد (18) شهرا من نهاية البرنامج.

وقد أظهرت النتائج ما يلي:

- ارتفاع معدل الكلام لدى أفراد العينة في المجموعات الأربع إلى أكثر من (140) مقطعا في الدقيقة بينما كان المتوسط أقل من (100) مقطع في الدقيقة.
- نسبة التحسن في طلاقة الكلام وصلت إلى (80%) من العينة الكلية في طور التعلم وفي طور الانتقال حدثت انتكاسة لما يقرب من 20% منهم ثم ثبتت النسبة عند 60% حتى في طور الوقاية.

- ثبت أن البرنامج يزيد بشكل كبير معدل الكلام لدى المتلعثمين الذين يتميزون ببطء التحدث بينما كان التغيير طفيفا للأسرع تحدثا (زينب شقير 2005 ب، 200-2001).

رابعا: التأتأة

تعريف وينجيت (Wingate 1964) للتأتأة على:

- أ. تمزقات متكررة في طلاقة التعبير اللفظي.
 - ب. سلوكيات مقاومة مصاحبة للتراكيب الوظيفية في حالة الكلام والسكرت.
 - ج. وجود حالات انفعالية وإثارة إيجابية وسلبية قد ترتبط أو لا ترتبط بالحديث.
- ويظهر أداء المصابين بالتأتأة مدى واسعا من الأعراض الظاهرة وغير الظاهرة وتشتمل الأعراض المرئية الظاهرة على:

1. السلوكيات الأولية، وتشتمل على:
 - تكرار للأصوات اللغوية أو الكلمات
 - منع الأوتار الصوتية من الاهتزاز ليحدث بذلك التوقف في الكلام أو غياب الأصوات
 - إطالة غير طبيعية للأصوات
 2. السلوكيات الثانوية المرئية، وتشتمل على:
 - غمز العين
 - اهتزاز الرأس وترقصه
 - عبوس الوجه وكشرته
 - التوتر العضلي
 - بذل مجهود عال عند محاول الكلام
- أما الأعراض غير الظاهرة وتشتمل على:
- أ. إبدال الكلمات.
 - ب. الحديث غير المباشر حول الموضوع.

- ج. الرد بمعلومات غير صحيحة لتجنب كلمات محددة.
 د. إعطاء أسماء غير صحيحة عندما يطلب شيئاً ما. (الزريقات، 2005. 228-229).

وتعرف اللعثة بأنها: عبارة عن اضطراب في النطق يكون فيه الإيقاع وطلاقة الحديث متأثراً بتقطعات وحسابات كلامية يمتاز بفترات صمت أو ببطء في الحديث ومط الأصوات وتكرار للكلمات أو الجمل بشكل متقطع ومن أشكالها عدم طلاقة الحديث كأن يقول المتلعثم اة، أف، شايغ، أثناء الحديث وإعادة أصوات أو مقاطع من الكلمة أو إعادة الكلمة كلها مثل قوله: أنا كنت، أنا كنت رايح أنا كنت أنا بدني أروح، أو هو ما كان وبعد ما جاء حضر أبوه أو أنا كنت را.....سكوت...يح عالييت ومن أشكالها حبس تيار الهواء مصحوباً بتوتر شديد في أعضاء النطق والتكرار الصامت للكلمة، أو مط صامت للأصوات أو خشونة في الصوت وارتفاع مفاجئ في نغمته وطبقته خلال تكرار المقاطع الكلامية وتختلف اللعثة باختلاف تكرارها وشدتها ومعدل طولها الزمني ويطء الحديث وتكون عادة مصحوبة بشد في عضلات الوجه وتحريك الرأس ورمش العين وتعب في التنفس وارتجاف في الصوف وياحمرار أو شحوب الجلد وتصيب العرق وعدم تناسق حركات التنفس مثل مد الشهيق أو الزفير أو انقطاع النفس والشهيق وتسارع في دقات القلب ومعدل النبض وارتفاع ضغط الدم ويخلل في تناسق الجهد الكهربائي للعضلات والثوتر العضلي وبتغيرات بيوكيماوية مثل انخفاض السكر والبروتين في الدم وإفراز البول وكبر حجم بؤبؤ العين وإحداث خلل في انتظام الموجات الكهربائية وعدم تناسق موجات نصف الكرة المخية والشعور بالإحباط والفراغ الذهني وعدم القدرة على الإحساس بالمؤثرات البصرية أو السمعية والشعور بالسخط والقلق الأمر الذي يزيد من اللعثة وشعور المتلعثم بالخلج والانزعاج والخوف وتقليل كمية الكلام وتجنب النظر إلى عين المستمع.

أقسام اللعثة

تكتسب اللعثة على ما يبدو خلال عملية النمو وتبدأ منذ الطفولة المبكرة ويمكن تقسيمها إلى ما يلي:

1. لعثمة أولية: وتتصف بتكرارات بسيطة للكلمة الأولى أو المقاطع الأولى من الجملة وتميل إلى الاختفاء.
 2. لعثمة ثانوية: وتبدأ بعد عدة سنوات من اللعثة الأولية وتمتاز بوعي الطفل لمشكلته وبوجود الحرف منها وتوقعها.
 3. لعثمة متوسطة: وتقع بين الأولية والثانوية وتمتاز بسرعة في تكرارات ومط الأصوات مصحوبة بالدهشة والصراع والإحباط.
- ولقد وجهت انتقادات كثيرة إلى هذا التقسيم لأنه ليس دقيقا تماما ويمكن تقسيمها أيضا إلى ما يلي:

1. المرحلة الأولى (2-6) سنوات، ومن صفاتها ما يلي:

- تختفي اللعثة ثم تعود.
- تكثر عند الانفعال .
- تكون التأتأة في أول الجملة.
- تكون التأتأة على الكلمات القواعدية وذات الدلالة.
- عدم اهتمام الطفل للمشكلة بالرغم من وعيه لها.

2. المرحلة الثانية:

- يعتبر الاضطراب مزمنا بمعنى أنه لا توجد فترات من الطلاقة في حديث المتلعثم.
- يعتبر الطفل نفسه متلعثما.
- يكون التلعثم في الأجزاء الأساسية من الكلام مثل الأسماء والصفات والظروف والأفعال.
- يكون التلعثم في بدايات الجمل.

3. المرحلة الثالثة: من فترة الطفولة المتأخرة إلى فترة النضج وتتصف بما يلي:

- تظهر وتختفي اللعثة في مواقف معينة.
- صعوبة في نطق بعض الأصوات والكلمات. الدوران حول المعنى.

- عدم خوف الطفل منها أو تجنب موافقها.
- 4. المرحلة الرابعة وتتصف بما يلي:
 - الخوف من التلعثم وتوقعه.
 - الخوف من أصوات ومواقف وكلمات معينة.
 - اللجوء للأسباب وتبديل الكلمات بشكل مستمر.
 - تجنب المواقف الكلامية والشعور بالحرج. (العزة، 2001، 150-153).

ظواهر مرتبطة بالتأتأة

ترتبط في التأتأة ظواهر عديدة مثل:

- أ. تنوع الظروف للكلام.
- ب. تظهر التأتأة لدى جنس واحد أكثر من الآخر.
- ج. تظهر التأتأة لدى التوائم أكثر من غيرها.
- د. تظهر التأتأة في الطفولة المبكرة بين عمر 2-5 سنوات وهو العمر الذي يجمع فيه الطفل الكلمات مع بعضها للكلام في أشباه جمل أو جمل.
- هـ. حوالي 40-60% من الأفراد المتأثتون لديهم آباء يتأثتون أو عولجوا من التأتأة.
- و. هناك ظروف كثيرة أو مواقف كلامية تزداد بها التأتأة.
- ز. تظهر التأتأة أكثر لدى الأطفال ثنائيي اللغة (الزريقات، 2005، 230).

تطور التأتأة Development of Stuttering

تظهر بعض أشكال التأتأة لدى الأطفال الصغار وهذا ما يسمى بالتأتأة التطورية Developmental Stuttering في عمر 2-4 سنوات وتستمر لفترات قصيرة حيث تختفي بعد أشهر قليلة وتتطور التأتأة المعتدلة لدى الأطفال من سن 6-8 سنوات من العمر حيث يختفي هذا الشكل بعد سنتين أو ثلاث، أما التأتأة الدائمة فتظهر بين سن 3.5-8.5 سنة وغالبا ما تبدأ في سن الخامسة ويعدها وهذا النوع من أكثر الأنواع خطورة ويغض النظر عن العمر الذي تظهر فيه ظاهرة التأتأة في الكلام فإن هناك عوامل تساعد في تطورها ومن هذه العوامل:

- أ. ردود فعل الآباء والمستمعين لكلام الطفل.

ب. مدى حساسية الطفل لاختلال الطلاقة في كلامه.

ج. درجة اختلال الطلاقة في الكلام.

د. التوتر والقلق والضغط النفسي والخبرات الجديدة.

هـ. فكرة الفرد عن نفسه في تعامله مع الخبرات أو العالم الجديد.

ولقد وصف بلود ستين (Bloodstein) أربع مراحل لتطور التأتأة بينما وصف

فان رايبير Van Riper ثلاث مراحل لتطورها وهي على النحو التالي:

المراحل الأربع كما وصفها بلود ستين (Bloodstein)

- **المرحلة الأولى:** تمتاز التأتأة بأنها عرضية وتكرارات لاختلال الطلاقة في بداية الجمل والتي تظهر في المواقف الكلامية وتحت ضغط التواصل مع وعي وإدراك قليل للمشكلة من قبل المتأتى، وتلاحظ هذه المرحلة غالباً في أطفال دون سن المدرسة.
 - **المرحلة الثانية:** تصبح التأتأة هنا مزمنة أكثر وتظهر في أجزاء كبيرة من الكلام ويرى الشخص نفسه بأن يتأتى عندما يشار أو في حالة الكلام السريع ويبدى اهتماماً قليلاً لمشكلته.
 - **المرحلة الثالثة:** تظهر التأتأة في مواقف محددة وفي أصوات وأحرف أو كلمات محددة ويبدأ الشخص المتأتى بمحاولة تجنبها من خلال الدوران حول الكلمة المشكلة أو إبدالها بكلمة أخرى، إلا أنه هنا لا يتجنب المواقف الكلامية أو إظهار القلق وتلاحظ هذه المرحلة في مرحلة متأخرة من الطفولة وبداية المراهقة .
 - **المرحلة الرابعة:** حيث يخاف الشخص المتأتى من توقع التأتأة في الكلمات والأصوات والمواقف الكلامية كما يظهر الشخص دورانا حول الكلمات المشكلة ومحاولة استبدالها بكلمات أسهل كما يظهر القلق ويتجنب المواقف الكلامية خصوصاً في المراهقة المتأخرة والرشد وقد تلاحظ بشك أبكر من ذلك.
- وتشتمل المراحل الثلاثة التي وصفها فان رايبير Van Riper على ما يلي:
- **المرحلة الأولى Primary Stuttering:** وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو المقاطع اللفظية للجمل وغير مصحوبة بإشارات أو علامات انفعالية أو ضغط

نفسى (ولا يرى بعض أخصائيي أمراض الكلام واللغة هذه الأعراض بأنها ثنائية).

- المرحلة الثانوية Secondary Stuttering: وتمتاز هذه المرحلة بوعي الشخص المتأني باختلال الطلاقة لديه مع محاولة تعديلها وهذه إشارة إلى بداية توقعها والخوف المرتبط بالثأنة.

- المرحلة الانتقالية Transitional Stuttering: وتظهر هذه المرحلة بين المرحلة الأولية والمرحلة الثانوية، وتظهر علامات الإحباط والمفاجأة والمقاومة والتجنب للكلام مصاحبة مع الجهود المبذولة في التكرارات والإطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية ويؤدي تطور هذه المرحلة إلى الانتقال للمرحلة الثانوية.

عملية تقييم وتشخيص الثأنة

The Assessment and diagnosis process of stuttering

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم الثأنة وتختلف الطرق المستخدمة باختلاف الأشخاص ويعود التباين في طرق التقييم وفقا للإعداد النظري والتدريب المهني لأخصائيي أمراض الكلام واللغة وإلى الأسلوب الشخصي للأخصائي.

ويتطلب تشخيص الثأنة من أخصائي الكلام أن يكون حساسا للعديد من العوامل فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل يعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يقاوم الكلام، وكذلك فمن الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للثأنة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع كما وتساعد هذه المعلومات في التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي والثأنة ويعتبر التمييز بين الحالتين الإكلينيكيتين من أهم واجبات أخصائي التشخيص فاختلال الطلاقة الطبيعي يعتبر مقبولا لدى الأطفال الصغار، بمعنى أنه من المتوقع أن يظهر الطفل اختلال طلاقة طبيعيا خلال مرحلة تطور الكلام وهي تكون بذلك مظهرا طبيعيا في السلوك الكلامي فالطفل ينتج قطعات كلامية إيقاعية وهذا النمط من الكلام لا يحتاج إلى تدخل علاجي.

إن التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي واختلال الطلاقة المرتبطة بالبيئة أمر صعب فأحيانا كثيرة تكون أشكال وتكرارات اختلال الطلاقة الكلامي متشابهة ولا تميز بين النوعين من أشكال الطلاقة، واختلال الطلاقة لدى الطفل يعتبر طبيعيا إذا كان لديه اختلال طلاقة في تسع كلمات أو أقل لكل (100) كلمة منطوقة أمام تكرار كلي للكلمة أو اشتباه الجمل أو الإعادة على أن لا يظهر جهدا أو توترا في استهلال أو ابتداء النطق ولا يبدل نهاية الصائت (e) (I schwa) ونهاية الصائت (e) تكون غير مشدودة أو قصيرة ومركزية ويمكن أن تحقق الفترة الدنيا للصوت الصائت، بصائت مناسب في تكرار جزء من الكلمة وعوامل التمييز قد تكون مرتبطة في بيئة الطفل المنزلة وهذا يتطلب من الأخصائي أن يقسم تلك البيئة فالطفل يجب أن لا يفترض أنه ينمو في ظل بيئة ضاغطة بشكل عال، ويشتمل المعيار الذي يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلي:

- أ. تكرار لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار ونسبة 2 % أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات واستعمال إبدال نهاية الصائت (e) الصائت في الكلمة والتوتر الصوتي.
 - ب. إطالات أطول من ثانية واحدة لكل 2 % أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه.
 - ج. وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام.
 - د. حركات الجسم واهتزاز الرأس وترقصه وارتعاش الشفاه والفك وعلامات مقاومة مرتبطة باختلال الطلاقة.
 - هـ. ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة بالكلام.
 - و. استعمال الكلام كسبب للأداء الضعيف.
 - ز. تباينات في تردد أو ذبذبة وشدة تشوه الكلام مع تغيرات في المواقف الكلامية.
- وتستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي.

ومن نماذج الوقف

أ. وقفة التنفس وتتوافق مع التابع النحوي وتحدث فيما بين الجمل أكثر مما في داخلها في كل المجالات (القراءة، الكلام المدرب، الكلام التلقائي) وتصنف في:

• وقفة ما قبل الشهيق وتكرر أكثر وبصورة مطولة في الكلام التلقائي منها في القراءة أو الكلام المدرب.

• شكل الشهيق المحدد فسيولوجي بـ (400 Msec) بغض النظر عن الموقع النحوي وظروف الكلام.

• وقفة ما بعد الشهيق وتستهل مجموعة التنفس.

ب. وقفة المقاطعة وتحدث قبل كلمات المحتوى (الاسم، الفعل، الصفة، الظرف) أكثر من حدوثها قبل كلمات الوظيفة (أداة التعريف، الفعل المساعد،... إلخ) وهي عادة وقفات قصيرة لكنها كافية لأن يدركها المستمع.

ج. وقفة الحد وتحدث في نهاية مجموعة النغمة، ويشار إليها بإطالة الجزء الأخير، (ونماذجها كثيرة في العهد القديم ويعبر عنها بالإنتاج).

وهناك ثلاث وظائف للوقفات:

- وظيفة فسيولوجية تسمح للمتكلم بأن يتنفس.
- وظيفة معرفية تسمح للمتكلم بأن يخطط للأمام.
- وظيفة اتصالية تسمح للمتكلم بأن يبلغ بالإشارة حدودا معينة في مجرى الكلام إلى المستمع.

كما أن هناك عددا من المواقع اللغوية للوقفات:

- بين كلمة وظيفة Function Word وكلمة محتوى Content Word.
- بين عناصر تركيبية (عبارة، شبه جملة، جملة).
- بين عناصر عروضية (مجموعة نغمة، مجموعة تنفس Breath group).

وغير زلات اللسان والوقفات هناك تلك الهنات الناتجة عن إعاقة في القدرة اللغوية بسبب علة أصابت أجهزة النطق أو خلل ألم بالمراكز العصبية وهي - من

منظور علم اللغة النفسي - تؤثر في شخصية المرء لما يشعر به من أس أو حرج أو فقدان الثقة بالنفس.

قد تضعف وظائف اللغة عند الفرد نتيجة لأذى يلحق به من الناحية الفسيولوجية العصبية كمثال الحبسة Aphasia أي فقد القدرة على الكلام والإعاقة التامة لقدرات اللغة المركزية، وهي تمايز من إعاقه الوظائف المعرفية غير اللفظية (القدرات الفكرية إزاء قدرات اللغة) ومن الوظائف السطحية (الكلام إزاء قدرات اللغة) ومن الحالات غير السوية (الذهانية سواء خلقية أو تطويرية) كما تتمايز من تلك الاضطرابات الناشئة من بعد رسوخ نظام لغوي سوي عند الأطفال وأيضا تلك المرتبطة بالشيخوخة. (عبد الفتاح، 2002، الزريقات، 1993، الزريقات، 2005، Raming&Shames, 2003, 2005)

تفسير اللعثة

- اللعثة عبارة عن فشل نمطي في تنسيق الكلام.
- اللعثة ناتجة عن الضغوط البيئية مثل الخوف والقلق.
- اللعثة عرض عصابي مصدره الحاجات المكبوتة لدى الفرد في اللاشعور.
- اللعثة عملية مقصودة لان الفرد يرغب في ذلك من اللاشعور.
- اللعثة تشبع رغبة الفرد في الإثارة.
- العدوان على المستمع.
- صراع ما بين الوعي والصمت.
- اللعثة صادرة عن الخوف والشك والتوقع.
- اللعثة محاولة للسيطرة الإرادية على أوتوماتيكية الكلام.
- اللعثة محاولة لتجنبها.
- اللعثة ناتجة عن نزاع بين الرغبات المتعارضة في الكلام والامتناع عنه.
- اللعثة ناتجة عن محاولات تجنبها.

أسباب اللعثة

1. الأسباب العضوية البيوية في جهاز النطق الأمر الذي يسبب ضغطاً نفسياً لدى المتلعثمين بسبب اللعثة وقد يكون السبب هو سيادة أو سيطرة احد نصفي الكرة المخية على الآخر وقد يكون السبب ناتجاً عن عوامل الابض وقد يكون الصرع سبباً لها، ولها كذلك أسباب عصبية.
2. الوراثة تفسر اللعثة على أنها استعداد موروث عند الفرد لانهايار الكلام.
3. أسباب نفسية: قد ترجع أسبابها إلى الضيق النفسي الشديد لدى الفرد والتوتر والخوف والشعور بالإحباط والقلق وغيرها.
4. فشل الاتصال: قد يرجع سبب اللعثة إلى عدم معرفة الفرد بطرق الاتصال الصحيحة مع الآخرين.
5. التوقع أن توقع اللعثة يؤدي إلى حدوثها.
6. الرغبات المكبوتة: إن سبب تعلق الفرد برغباته المكبوتة تؤدي إلى اللعثة.
7. سلوك متعلم: يعتبر السلوكيون اللعثة أنها سلوك لفظي متعلم في الأهل أو بيئة الفرد مكتسبة بطرق تعزيزها وتكون عادة وسيلة لتجنب الآخرين ويمكن اعتبارها معززات لوجود مشكلة يريد الفرد التخلص منها كعدم ذهابه للمدرسة.
8. الاشتراط الكلاسيكي لأنه يسبب القلق والمشاعر السلبية المتعلقة باللعثة.
9. العقاب النفسي والجسدي: إن العقاب النفسي والجسدي يعتبران من أسباب اللعثة لأنها تخلق التوتر في نفس الطفل.

علاج اللعثة

هناك طرق عديدة لعلاج اللعثة نذكر منها ما يلي:

1. طرق مط الكلام: تعتمد هذه الطرق على مط حروف العلة وهي الألف والواو والياء الأمر الذي يحدث بظناً لدى المتلعثم أثناء حديثه وإن مط الكلام يساعد في التغلب على تأثير اللعثة على المتلعثم الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض في مدى

حدوثها وتكرارها وعلى هذا الأساس فإن المط في الكلام يعتبر استجابة مناقضة للعثمة.

2. بطء سرعة الكلام والتحكم في التنفس: إن ضبط سرعة الكلام يساعد المتلعثم على التباطؤ أثناء حديثه الأمر الذي يجد من لعثته نسبيا وكذلك فإن التحكم في التنفس يساعد على ضبط الكلام.

3. استعمال التعزيز الرمزي والتعزيز الايجابي: يعزز المدرب استجابات المتلعثم اللفظية مهما كانت درجة اقترابها من الكلمة المراد لفظها ويقدم للمتلعثم التعزيز مباشرة بعد كل محاولة لفظ ناجحة وبعد ذلك يعززه على سلوكه اللفظي الانتقائي أي على أجود الألفاظ التي قام بها ويقدم له القيش على عدد معين من المحاولات الناجحة التي يمكن استبدالها بأشياء يفضلها الطفل أو يمكن أن يستخدم المدرب نظام النقط بحيث يجمع له عددا معينة من النقط يتفق مع الطفل المتلعثم عليه بحيث إذا جمع الطفل هذا العدد جراه لفظه الصحيح يعطى جائزة يفضلها.

4. تقديم التغذية الراجعة: يطلب من الطفل المتلعثم النظر إلى المرآة أو إلى جهاز العرض البصري بحيث يستطيع أن يرى نفسه وهو يتلعثم من خلاله، في حين أنه يستطيع أخذ تغذية راجعة بصرية تظهر له سرعة كلامه وتلعثمه بحيث يستطيع تغيير هذه اللعثمات في المستقبل.

5. النمذجة: يقوم المدرب بلفظ الكلمات المراد تعليمها للطفل المتلعثم بشكل صحيح ودقيق وخال من الاستهزاء بشرط أن يضمن انتباه الطفل وقدرته على التقليد ويطلب منه تكرار هذه الكلمات كما سمعها والنظر إلى شفاه المدرب وإلى حركات لسانه أثناء لفظه للكلمات ويطلب منه التدرب على التحدث بهذه الألفاظ في مواقف حياتية تتطلبها وقد يعطيه واجبا بيتيا يتضمن الطلب منه في أن يقوم بلفظ كلمات هذا الواجب.

6. الانتقال التدريجي في اللفظ ومجزئة المهمة اللفظية: إن فحوى هذه الطريقة يتركز في مساعدة المدرب للطفل المتلعثم في الانتقال من مقطع لفظي إلى آخر وببطء ومن صوت لآخر باستعمال التعزيز الايجابي ويستطيع المتلعثم أن يعتمد على نفسه في هذه الطريقة ولكن باستعمال كتيب عمل فيه تمارين خاصة باللفظ تبدأ

بمقاطع مفردة ثم كلمات ثم عبارات مع ساعة لضبط التوقف أو الاستمرار في العمل.

7. التغذية العضلية الراجعة: يدرّب معالج النطق المتعلم على تخفيض درجة التوتر العضلي بعضلات النطق المصاحبة للكلام الأمر الذي يساعده على التحدث بطلاقة وإن احترام الطفل وعدم السخرية منه يساعد في إنجاح ذلك.

8. خلق جو نفسي وتربوي لدى الطفل: يساعد هذا الجو على خلق وزرع ثقة الطفل بنفسه والتخلص من التوتر الذي يؤدي به إلى الفشل في لفظ الكلمات التي يتعلم فيها وإن الأسرة يجب أن تخلق هذا الجو وتطلب من الطفل أن يسرد لها قصة صغيرة قراها أثناء الليل حيث يكون الهدوء والاسترخاء.

9. تشكيل وتسلسل السلوك اللفظي الصحيح: يقوم المدرب بالاستفادة من نظرية المتعلم اللفظية مهما كانت وينطلق منها للوصول إلى السلوك اللفظي الصحيح المستهدف ويعزز محاولات المتعلم مهما كانت بسيطة ومهما كانت الفاظه تقترب من اللفظ الصحيح وبالإضافة إلى ذلك فإنه يميز الكلمة المراد نطقها ليستطيع المتعلم القيام بلفظها ويعززه على ذلك ثم يعلمه كيف يربط أجزاء الكلمة مع بعضها ويطلب منه لفظها ويعززه على ذلك أيضا حتى يستطيع لفظها وعلى سبيل المثال إذا أراد المدرب تعليم المتعلم كلمة فإنه يعززه أولا حتى ولو لفظها أو حتى يستطيع لفظها كما أنه يستطيع تجزئ كلمة على سبيل المثال إلى جزأين ويدربه على لفظ كل جزء أولا ثم على ربط الجزأين معا ويقدم له التعزيز حتى يتمكن من القيام باللفظ الصحيح. (العزه، 2001، 153-157).

خامسا: الخنث

وهو اضطراب في الرنين الأنفي بإضافة نغمات أنفية أثناء نطق أصوات ليس فيها هذا الرنين أو نقص في هذا الرنين في الأصوات التي تحتاج إليه.

يحدث هذا الاضطراب بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق بالأصوات التي يطلق عليها الأصوات الأنفية، وهذا الاضطراب يصيب الصغار كما يصيب الكبار، والذكور والإناث، ويجد

المصاب صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة و الساكنة، حيث يتم إخراج هذه الأصوات بطريقة مشوهة غير مألوفة، فتظهر الأصوات المتحركة وكأنها غناء أو لحن يخرج عن طريق الأنف، والأصوات الساكنة تظهر وكأنها شخير، مع حدوث إبدال وتشويه وحذف لبعض الأصوات، ويصبح الشخص هنا موضع ضحك وسخرية من الآخرين وهذا ما يزيد من حدة قلقه، وصمته، وعدم ثقته بنفسه، وانطوائه، ويرجع السبب في ذلك في معظم الحالات إلى وجود شق في سقف الحنك الصلب والمرن، أو الاثنين معاً.

ولهذا النوع ثلاث صور رئيسية وهي:

1. الحنخف المفتوح أو الزائد: حيث يظهر الرنين الأنفي في جميع الأصوات الكلامية أثناء التحدث مع الآخرين، وفي الحالات الطبيعية لا يظهر هذا الرنين إلا في صوتين فقط هما ألنون والميم.

2. الحنخف المغلق أو الناقص: وهي نطق صوتي ألنون والميم دون أن يصاحبهما رنين أنفي بالدرجة المناسبة فيحدث إغلاق في الرنين الأنفي، وبالتالي يحدث اضطراب في الصوت.

3. الحنخف المزدوج أو المختلط: وهو مزيج من النوعين السابقين المفتوح والمغلق حيث يعاني المريض من نطق الأصوات الأنفية والغمية فتظهر درجة الرنين الأنفي في نطقه للأصوات المختلفة فصوت ألنون يخرج محتمساً عن طريق التجويف الأنفي نتيجة ارتخاء سقف الحنك الرخو إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفي من اللسان. (عبد الفتاح، 2002 . 73، رمضان، 2008-24-28).

أسباب الحنخف

- أ. ضعف سمعي: حيث إن عدم سماع الأصوات بطريقة صحيحة يؤدي إلى عدم القدرة على نطقها صحيحة وبها نسبة حنخف ملحوظ.
- ب. إعاقة ذهنية شديدة: تؤدي إلى عدم القدرة في التحكم في هذا الصمام اللساني البلعومي في الغلق والفتح مما يؤدي إلى الحنخف.

ج. خنث اعتيادي: ويكون ملحوظاً في البنات أكثر من البنين وبمجرد تصحيح إخراج الصوت لدى الطفل يزول الخنث.

د. أسباب عضوية حركية، من خلال:

- التغذية العضلية حيث إن أي ضعف في العضلات المحيطة بالصمام اللساني البلعومي يؤدي إلى ظهور الخنث.

- المركز الموجود في المخ حيث لا توجد إشارة من المخ إلى العضلات حتى يتم الغلق والفتح مما يؤدي إلى إحداث الخنث.

- العصب الموصل بين المخ والصمام أي أنه لا توجد إشارة بين المخ والعضلات.

هـ. مكتسب: ويكون من خلال إزالة اللوزتين - إزالة الأورام - من خلال الحوادث.

و. شق سقف الحلق الرخو أو الصلب: مما يمنع غلق التجويف الأنفي أثناء نطق أصوات الحروف غير الأنفية مما يؤدي لحدوث الكلام بلهجة أنفية، حيث إن التجويف الأنفي يغلط تماماً عند نطق أصوات الحروف الهجائية كافة فيما عدا (م، ن) فقط الأمر الذي لا يحدث في حالة شق سقف الحلق أو قصر سقف الحلق فلا يغلط بطريقة صحيحة.

ز. وجود لحمية بالأنف أو وجود بروز أو أورام في سقف الحلق الرخو أو المنطقة المقابلة له مما يؤدي إلى غلق التجويف الأنفي مما يصعب معه نطق الحروف الأنفية (م، ن) حيث تخرج من التجويف الفمي وهو ما يعرف بالخنث المغلق.

الصورة الإكلينيكية للخنث

1. مشاكل في البلع والمص أي أنها مشاكل متعلقة بالطعام وعملية ارتجاع الطعام من الأنف.

2. التهابات متكررة في الأذن الوسطى حيث إن قناة استاكيوس تغلق بسبب عدم فتح عضلات سقف الحلق.

3. مشاكل تخاطب وتشمل:

- المشاكل المتعلقة بالكلام والنطق: وجود خنف واضطراب في نطق السواكن بسبب عدم القدرة على بناء ضغط داخل الفم ومثال لهذه السواكن أصوات (ب)، (ت). سماع صوت هواء أنفي أثناء الكلام. استخدام وسائل تعويضية خاطئة مثال. نطق على مستوى الثنايا الصوتية حيث يحول صوت التاء إلى همزة - نطق الأصوات الاحتكاكية إلى بلعومية مثال س، ز، ذ، ش - كما يمكن ملاحظة وجود زيادة في حركات العضلات الأنفية.
- المشاكل المتعلقة باللغة: نجد أن هناك تأخرا في اكتساب اللغة بسبب عدم تعرضه للبيئة اللغوية المنبهة - أو ضعف سمعي نتيجة التهابات الأذن الوسطى - ونقص القدرات المعرفية.
- مشاكل الصوت: وجود بحة صوتية نتيجة لاستخدامه الثنايا الصوتية بشكل زائد وخاطى يؤدي إلى أن تتضخم.

العلاج

1. يجب عرض حالات الخنف سواء العضوي منها أو غير العضوي على طبيب الأنف والأذن والحنجرة لعلاج الأسباب العضوية إن وجدت كاستئصال اللحمية مثلاً أو ترقيع سقف الحنك الرخو إذا كان مشقوقاً.
2. النفس: نهتم بالنفس لتوجيه النفس إلى المسار الصحيح حيث نهتم بجلسة الطفل الصحيحة لتسهيل عملية النفس وأن يكون المسار الصحيح لخروج الهواء من الفم.
3. تقوية عضلات التجويف الفمي (الحلق - اللهاة - عضلات البلعوم - اللسان) وذلك خلال الألفاظ مثل (أ- إ- أ).
4. عمل مساج لتمرين العضلات اللسان والشفاه مثل تمارين الحبسة.
5. المضغ: عدم أكل المهروس بل أكل الأكلات الصلبة ونستعمل ملعقة صغيرة حتى تتجنب خروج الأكل من الأنف ولا تتسبب في أزمة نفس للمريض وأيضا حث

الطفل على عملية الأكل ببطء ويكون الأكل أمام المرأة وأكل نواشف مثل العيش المقرمش ولحمة فراخ.

6. اللغة: معظم الحالات يكون لدى المصابين بالخنف تأخر لغوي لذا يجب بالإضافة إلى تمارين الخنف المعتادة في حجرة التدريب هناك وفي نفس الوقت جلسات لعلاج اللغة ونستخدم برنامج تأخر اللغة العادي أن تكون مع أي طفل آخر لذا يجب أن ينصب اهتمامنا في المقام الأول على عملية توجيه مسار الهواء من الأنف إلى الفم وذلك من خلال عملية نفخ بلونات بالهواء مع إمكانية مسك الطفل حتى يستطيع ولو بالتعود على عملية التحكم في إخراج الهواء بالطريقة الصحيحة وتستخدم أيضاً بعض الأشياء المحيطة مثل نقل مجموعة من الوريقات الصغيرة من مكان إلى آخر من خلال النفخ وكل ما زادت المسافة بين المكانين زاد تحكم الطفل في نفسه حيث أنه بقدر الإمكان يحاول عدم خروج الهواء من الأنف هذا بالإضافة إلى عمليات شرب المياه بالشفاط كما أن المدرب أيضاً يحاول أن يعالج نمو اللغة عند هؤلاء الأطفال من خلال إلحاقهم بجلسات تأخر نمو اللغة.

7. مشاركة الأسرة في العلاج فعليها يقع واجب رئيسي يتمثل في التدريب على طريقة ونوعية الأكل، وعمل التمارين الخاصة بتقوية عضلات التجويف الفمي ومتابعة تدريبات المضغ لدى أطفالهم، فدورهم مكمل لدور أخصائي التخاطب وعامل مهم لحدوث تقدم في الحالة. (مطر، 2004، 160-162).

إجراءات أولية للوقاية من اضطرابات النطق والكلام

للوقاية من إصابة الطفل باضطرابات النطق والكلام ينبغي تجنب الأسباب المؤدية إلى تلك الاضطرابات. (الخطيب، الحديدي، 1998، فراج، 1991، مرسى، 1995، أخضر، 2000). وهذه الأسباب هي:

- أ. الإصابة بفقدان السمع، فكلما زادت حدة الفقد السمعي أدى ذلك إلى زيادة اضطرابات النطق والكلام.
- ب. الإصابة بتلف الدماغ نتيجة لعدة أسباب منها. الولادة المبكرة، أو التسمم، أو الصدمات الجسدية، أو العامل اليربزي، أو إصابة الطفل بالإعاقة العقلية أو الشلل الدماغية.

ج. معاناة الطفل من خلل جهاز النطق والتي من بينها. الإصابة بشق الشفاه، أو شق الحلق، أو تشوه الأسنان، أو عدم تطابق الفكين، أو وجود لحمية بالأنف، أو خلل اللسان (طول اللسان أو قصره، زيادة رباط اللسان، أورام اللسان).

د. إصابة الطفل بمشكلات في الجهاز الصوتي ومنها. العيوب الخلقية للحنجرة، أو أورام الحنجرة، أو إصابات أو عقد الأوتار الصوتية أو شللها.

الكشف المبكر وعلاج الحالات المسببة لصعوبات النطق والكلام، ومنها:

1. عدم تطابق الفكين.
2. تشوه الأسنان وتساقطها.
3. شق الشفاه (الشفاه الشراء).
4. إصابات الحنجرة أو الأوتار الصوتية.
5. شق الحلق (الحلق الصلب، والحلق اللين، واللهاة).
6. مشكلات اللسان (طول اللسان أو قصره أو أورام اللسان أو عقد اللسان).
7. اتخاذ إجراءات الإسعافات الأولية للعلاج الفوري لحالات كسور العظام أو حوادث السيارات، والتزيف، والجروح مما في ذلك سرعة نقل المصابين إلى مراكز الإسعاف وبالطرق السليمة.
8. الكشف المبكر والمبادرة بعلاج حالات الاضطرابات النفسية والعقلية ومعالجة أسباب ونتائج التفكك الأسري والتحضر والتصنيع البطالة والمخرف الأحداث وغيرها من أسباب اختلال الصحة النفسية للفرد، مع توفير خدمات العلاج النفسي وتدريب الكوادر الوطنية اللازمة لذلك.
9. الرعاية الطبية وتوفير إجراءات العلاج لكافة الإصابات وما يتطلبه من نقل دم أو ترقيع أو تجبير أو زرع أعضاء.
10. العلاج الفوري لحالات السل وأمراض القلب وأمراض الحساسية والنزلات الشعبية والأمراض غير المعدية التي لها علاقة مؤكدة كمسببات للإعاقة.
11. توفير الأجهزة التعويضية لحالات الإعاقة المختلفة والتدريب على استخدامها.

التدخل المبكر

ليس هناك من شك في أن الوقاية من الإعاقة تتطلب معرفة العوامل التي تهدد نمو الأطفال ليتم تصميم البرامج القادرة على درء مخاطرهما وتنفيذها، وبالرغم من أن غموضاً كبيراً ما زال يكتنف أسباب إعاقات كثيرة، إلا أننا الآن على علم بكثير من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن الإجراءات الوقائية لن تقضي قضاءً تاماً على الإعاقة، وبناءً على ذلك فالحاجة إلى التدخل المبكر ملحة ومستمرة.

وجدير بالذكر أن التدخل المبكر يشير إلى البرامج التعليمية والتدريبية المصممة خصيصاً لمساعدة الأطفال المعوقين أو الأكثر عرضة لخطر الإعاقة، كما يتضمن الخدمات الإرشادية والتدريبية لأسر أولئك الأطفال منذ لحظة ولادتهم أو لحظة اكتشاف أو توقع الإعاقة لديهم، فالتدخل المبكر نظام متعدد العناصر ومتنوع الأساليب لخدمة الأطفال المعوقين الصغار ممن هم دون السادسة من العمر وأسرتهم، فالتدخل هو جهود منظمة للوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عن الأطفال المعوقين بهدف تزويدهم بالبرامج العلاجية التنصحيحية والتعويضية لمساعدتهم على النمو والتعلم.

ومن الفئات المستهدفة من قبل برامج التدخل المبكر، ما يلي:

- أ. الأطفال الذين يتوقع لهم أن يعانون من التأخر النمائي لأسباب بيئية وهم الأطفال الذين تشير المعلومات المتوفرة لدى الاختصاصيين عنهم إلى احتمالات تأخر نموهم وإخفاقهم في المدرسة مستقبلاً بسبب ظروفهم الاجتماعية.
 - ب. الأطفال ذوو القابلية للتأخر النمائي أو الإعاقة لأسباب بيولوجية - طبية.
 - ج. الأطفال الذين لديهم تأخر نمائي واضح أو إعاقة عصبية.
- وقبل أن نعمل على الحد من حدوث الإعاقة، علينا العمل على التعرف المبكر على الأطفال من ذوي الإعاقة من خلال عدة اعتبارات هي:
- أن يكون التركيز على الوظائف الحالية والتعرف على المشكلات التي يمكن الوقاية منها، وليس الاهتمام بالتنبؤ بالصعوبات المدرسية في المستقبل.

- استخدام معايير النمو العادي كمحك لتحديد حاجة الطفل لخدمات التربية الخاصة، لذلك يجب على القائمين أن يعطوا اهتمامهم للكفاءة الفنية (أدوات القياس).
 - أن يتبع برنامج التقييم الموسع أبعاداً متعددة لنمو الطفل وسلوكه في مختلف المواقف الحقيقية لتشخيص المبكر.
- وبشكل عام يمكن تلخيص مبررات التدخل المبكر وأهميته في عدة نقاط منها:
- تشير نتائج الدراسات والأبحاث السابقة إلى وجود فترات ثمانية حرجة وعلى الأخص في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يكون أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة. وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعلم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة.
 - أهمية المؤثرات والمتغيرات المحيطة على تشكيل عملية التعلم. خاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار عدم ثبات القدرات العقلية في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، ولذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سوف يساهم بالتأكيد في تنمية قدراته المختلفة.
 - في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة يمكن أن تؤثر سلباً على تعلم الطفل وتنمية قدراته.
 - يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءة ومنظمة من العلاقات مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية والإثارة و التدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة.
 - تشير الدلائل بشكل مؤكد إلى الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات بشكل مبكر وخاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها، أو عدم تقديمها مبكراً، وكذلك في إمكانية التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية اللاحقة.

تفعيل برامج الوقاية للحد من الإعاقة

لقد أدركنا مما سبق أهمية الوقاية في الحد من الإصابة بالإعاقة، ولذلك ينبغي لكي يتم تفعيل البرامج الوقائية اتخاذ عدد من التدابير لضمان انتشار تلك البرامج وزيادة فاعليتها، ومنها ما يلي:

- أ. ضرورة التنسيق بين الجهات المسئولة عن برامج الوقاية من الإعاقة، مثل وزارة الصحة (وخاصة شعبة التثقيف الصحي، وقسم خدمات الصحة المدرسية، ومراكز الأمومة والطفولة) ووزارات الشؤون الاجتماعية، من خلال مديرية التربية الخاصة، ووزارة العمل، ووزارة الصحة، ووزارة التربية والتعليم، ومراكز ومؤسسات التربية الخاصة التي تصدر نشرات تعريفية وقائية بالإعاقة.
- ب. ضرورة التخطيط لبرامج الوقاية من الإعاقة، بحيث تشمل عمليات التخطيط تحديد الأهداف المتوقعة من برامج الوقاية، والوسائل والطرق اللازمة لتحقيقها.
- ج. ضرورة توفير مصادر تمويل برامج الوقاية من الإعاقة ورصد الميزانية المناسبة لكل جهة من الجهات المسئولة عن برامج الوقاية.
- د. يجب تفعيل دور وسائل الإعلام من صحافة وتلفزيون وإذاعة في التوعية الصحية والثقافية والاجتماعية للمجتمع من الإعاقة.
- هـ. تفعيل القوانين والتشريعات المتعلقة بالفحص الطبي قبل الزواج من قبل الجهات المعنية.
- و. إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بأسباب الإعاقة وبرامج الوقاية من الإعاقة.

علاج مشاكل اضطرابات الكلام بصفة عامة

1. التأكد في البداية من سبب هذا الاضطراب هل هو عضوي أو نفسي.
2. العلاج النفسي: وذلك بتقليل الأثر الانفعالي والتوتر النفسي عند الطفل وتنمية شخصيته ووضع حد لحمله وشعوره بالنقص وتدريبه على الأخذ والعطاء حتى يقلل من انسحابه وانطوائه، وتشجيع الطفل على النطق الصحيح وعدم معاملته بقسوة أو أرغامه وقسره على الكلام رغما منه وتجنب السخرية والاستهزاء من كلماته.

3. العلاج الكلامي: وهو علاج ضروري ومكمل للعلاج النفسي ويجب انو يلازمه في أغلب الحالات وهو أسلوب للتدريب على النطق الصحيح عبر جلسات متعددة عن طريق أخصائي علاج النطق.

4. العلاج البيئي: ويعني دمج الطفل في نشاطات اجتماعية وجماعية تدريجياً حتى يتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمية شخصيته مما ينمي الشخصية اجتماعياً والعلاج عن طريق اللعب والاشتراك بالأنشطة الجماعية. (بطرس حافظ، 2008: 390-391).

التأهيل الكلامي للمعوقين والعاديين

أولاً: التدريب التنفسي

والمقصود به زيادة مقدرة الطفل الأصم للتحكم بالهواء الخارج (الزفير) من حيث كميته وقوته وتوظيفه لإخراج الأصوات، وإن كان هنالك خلاف حول استخدام التدريب التنفسي مع الصم على اعتبار أن التدريب التنفسي ضروري ليس للصم وإنما للسامعين أيضاً الذين يعانون من بعض اضطرابات اللغة كارتخاء سقف الحنك ... إل، ومع ذلك وللغائدة يمكن استخدام التدريب التنفسي مع الأطفال الصم ولفترة لا تزيد عن الصف الثاني الأساسي لأن الغائدة تقل بعد ذلك بشكل ملحوظ وتتم عملية التدريب التنفسي ضمن التمارين التالية:

1. إخراج الهواء (الزفير) لتحريك الأشياء للأعلى وللأسفل أو باتجاه معين، مثال ذلك. أوراق، ريش، نفخ بالون، صافرة ... ويكون التنفيذ، حيث يرسم المعلم خطاً معيناً ويطلب من الطفل تحريك الشيء إليه ... من خلال لعبة، مسابقة.
2. إطفاء شمعة عن أبعاد مختلفة.
3. الضغط في إخراج الهواء مع ضم الشفتين لإخراج . ف .. س، ولفترات متباينة، مثل ف ف ف ف، س س س س س.
4. إخراج مقطعين . دا رار شي شي شي.
5. إخراج كلمات من ثلاث حروف.

وكما هو ملاحظ فإن الأهداف الرئيسية وراء التدريب التنفسي تدريب قوة الحجاب الحاجز على الاحتفاظ بالهواء بواسطة الشفاة، وتوظيف الهواء الخارج لتكوين كلمات، وزيادة قوة سقف الحنك، ولذلك فليست هنالك تمارين أخرى للتدريب التنفسي على أن يتم إعادة هذه التمارين كل فصل دراسي مع مراعاة الإلتقان وعدم الملل.

ثانياً: التدريب السمعي

يعرف التدريب السمعي بأنه عملية تنبيهه تدريجية للقادرة السمعية للطفل الأصم للاعتماد عليها في التدريب التطقي واكتساب اللغة، وليس هنالك ما يمنع من التدريب السمعي حتى للطفل السامع باختلاف بسيط.

ويهدف التدريب السمعي إلى:

1. الاستفادة من البقايا السمعية عند الأصم.
2. استغلال البقايا السمعية في المساعدة على تعلم اللغة.
3. تنشيط البقايا السمعية.

وتتم عملية التدريب ضمن المراحل التالية:

- أ. الشعور بوجود صوت: وتستخدم في ذلك إضاءة أحياناً للمساعدة على الإحساس بالصوت مسجل (فتح وإغلاق) القرع على الطبل مع استمرار نظير الطفل للمثير الصوتي، الطرق على أجسام مختلفة مع التنويع في الأجسام، وتكرر هذه العملية حتى تتحقق الأهداف.
- ب. تحديد مصدر الصوت: ويمكن استخدام نفس الوسائل السابقة ولكن دون أن ينظر الطفل إليها، مع تغيير شدة الصوت بالتدرج واستخدام أصوات مختلفة، ويمكن أن نستخدم المناذاة.
- ج. التمييز بين قوة الأصوات: صوت عال، صوت منخفض، أصوات أطفال، أغاني، ولكن دون تحديد طبيعة الصوت، طائرة ...

د. تمييز الصوت: وهذه المرحلة يمكن أن تأخذ فترة طويلة، كأن يبدأ بأصوات الحيوانات، الآلات المختلفة، ونطلب من الطفل الأصم أن يلفظ اسم مصدر الصوت أو الكتابة أو الإشارة إلى الصور.

هـ. تمييز الأصوات الكلامية وفهم الكلام: وهنا يبدأ بالأحرف، كلمات، جمل بسيطة، الإجابة على الأسئلة من خلال هز الرأس بنعم أو لا.

ثالثا: التدريب النطقي

ليس من المتوقع أن يستطيع الأصم لفظ الكلمات والجمل كما هو الحال عند السامع، ولكن يمكن تدريبه على اللفظ بحيث يمكنه الاعتماد على نفسه في إيصال المعلومة للآخرين عن طريق اللفظ، ويتم ذلك ضمن المراحل التالية:

1. المرحلة الأولى: تدريب جهاز النطق لتنظيم خروج الهواء ابتداء من الرتتين إلى الشفتين مع تقوية أعضاء جهاز النطق، ويتم ذلك من خلال الأهداف التالية:

- أن يتدرب الطفل على عملية الشهيق والزفير بانتظام.
- أن يضع الطفل يده أمام فمه ليشعر بخروج الهواء ودخوله.
- أن يتفخ الطفل على أشياء، ورق، شمعة للتحكم في الهواء.
- (استخدام التدريب التنفسي)

2. المرحلة الثانية: تقليد الأصوات المألوفة وإن لم تلفظ بشكل سليم، وتحقق من خلال الأهداف التالية:

- أن يقلد الطفل الأصم الأصوات المألوفة.
- أن يمثل الطفل الأصم الأصوات بالحركة كصوت القطار، الكلب.
- أن يصدر الطفل الأصم الأصوات من خلال اللعب.

3. المرحلة الثالثة: لفظ أصوات الحروف من مخرجها الصحيحة. (نمر، 2000، 110-113).

اضطرابات اللغة

مقدمة

تعريف اللغة

نسبة الاضطرابات اللغوية

اسباب الاضطرابات اللغوية

مكونات اللغة

وظائف اللغة

خصائص تميز اللغة الإنسانية

النظريات المفسرة لاكتساب اللغة

أنواع الاضطرابات اللغوية

الأطفال المعوقين لغوياً

قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين

لغويا

البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية

المبادئ العامة لعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية

واللغوية

أثر الاضطرابات اللغوية على المظاهر التعليمية

البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال المضطربين

لغويا

أساليب وطرق تعليم وتدريب المضطربين لغوياً

الفصل السابع

اضطرابات اللغة

مقدمة

تعتبر اللغة من النعم التي أنعم الله بها على الإنسان، إذ قال سبحانه وتعالى ﴿وَمِنْ مَّا نُنزِلُ خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَأَخْلَانَا أَلْسِنَتَكُمْ وَأَنْزَلْنَا لَكَ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِّعَالَمِينَ﴾ (سورة الروم، الآية 22)، بل وأكثر من ذلك فقد ألح القرآن الكريم على لسان نبي الله موسى ﷺ أنها أداة التواصل بين الناس فقال عز من قائل ﴿قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي ۝١٥ وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي ۝١٦ وَاسْأَلْ عِفَّةً مِنْكَ لِئَلَّا يَتَّبِعُنِي أَقْرَبِي﴾ (سورة طه، الآيات 25-28).

لذا فإن اللغة لها وظيفة كبرى في حياة الفرد فهي التي تيسر اتصاله بالآخرين، وهي وسيلته في اكتساب المعرفة، والأساس الذي تكتسب به الخبرات والتجارب التي تجعله يتفاعل مع مجتمعه، ويتعرف إلى عالمه الذي يعيش فيه. (محمود، وفورة (2007).

تعبّر اللغة عن شخصية الإنسان، وتعد من أهم ما يميزه عن غيره من الكائنات الحية، وتكمن أهميتها في كونها الوسيلة التي يستطيع الإنسان بواسطتها إيصال المعلومات لمن حوله، وكذلك الحصول على المعلومات ممن حوله، فتبادل المعلومات بين الأفراد من أهم ما يربط أفراد المجتمع بعضهم ببعض.

ويسمى هذا التبادل بالتواصل، ولأن الإنسان كائن اجتماعي فهو بحاجة ماسة للتواصل مع أفراد مجتمعه، وكما يتم التواصل بشكل صحيح لا بد له من مرسل، ورسالة، ووسيلة مناسبة لنقل الرسالة، ومستقبل، وتعتبر اللغة المنطوقة أهم وسيلة تعلمها البشر للتواصل فيما بينهم (Hegde , 2001).

تعريف اللغة

هناك من يرى أن اللغة مجرد مجموعة من الرموز المنطوقة التي تستخدم كوسيلة للتعبير أو الاتصال مع الغير، كما يمكن أن تعرف اللغة على أنها نظام من الرموز المتفق عليها في ثقافة معينة أو بين أفراد فئة معينة أو جنس معين على أن يتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقاً لقواعد محددة وبالتالي فهي إحدى وسائل التواصل (Goodluck, 1998).

ولعل التعريف الأكثر شمولاً هو تعريف الجمعية الأمريكية للسمع والنطق واللغة ("ASHA" American Speech-Language-Hearing Association)، وهو أن اللغة نظام معقد ومتغير من الرموز الاصطلاحية المستخدمة بأشكال عدة في التفكير والتواصل، وأهم ما يميز اللغة ما يلي:

- أ. اللغة تتطور ضمن سياق تاريخي واجتماعي وثقافي محدد.
- ب. اللغة بوصفها سلوك محكوم بقواعد يجب أن تتحدد على الأقل بخمسة أنظمة هي: النظام الصوتي، والنظام الصرفي، والنظام النحوي، والمحتوى، والسياق.
- ج. يتحدد تعلم اللغة واستخدامها بتفاعل العوامل البيولوجية، والمعرفية، والنفسية، والاجتماعية، والبيئية.
- د. الاستخدام الفعال للغة في التواصل يتطلب فهماً واسعاً للتفاعل الإنساني وما يتضمنه من عوامل مصاحبة كالتلميحات غير اللفظية، والدوافع، والقواعد الاجتماعية والثقافية.

ويمكن تعريف اللغة على النحو التالي:

1. اللغة وسيلة تواصل: أي أنها ليست غاية في ذاتها وإنما هي أداة يتواصل بها أفراد مجتمع معين.
2. ترتبط في تكوين اللغة عوامل فسيولوجية خاصة متمثلة في تركيب الأذن، والجهاز العصبي، والمنخ، والجهاز الصوتي لدى الإنسان.

3. اللغة مكتسبة: أي أنها تكتسب ولا تولد مع الطفل، ولكن الطفل يولد ولديه الاستعداد الفطري لاكتسابها.
4. اللغة اجتماعية: أي أنها تتمثل في نسق متفق أو متعارف عليه بين أفراد جماعة ما.
5. اللغة متغيرة. تتطور عبر الزمن، وتتغير تبعاً للموقف. (إيناس عليما، 2010، 2).
(Owens, 2005).

وتعرف اللغة بأنها: نظام معقد من الرموز المتعارف عليها سواء أكانت هذه الرموز صوتية أم غير صوتية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه يستخدمها أفراد المجتمع للتواصل والتفاعل فيما بينهم وبغض النظر عن اختلاف وتعدد التعريفات باللغة إلا أن ما نود الإشارة إليه هنا هو مكونات هذه المنظومة. (الفرماوي، 2008، 15).

الأطفال ذوو الاضطرابات اللغوية: هم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية بناءً على تشخيص اختصاصي علاج النطق واللغة، دون أن يصاحب هذه الاضطرابات أية إعاقات أخرى كالإعاقة العقلية أو السمعية أو غيرها، وتستتصر هذه الدراسة على الأطفال الذين تم تشخيصهم في مركز البراءة لتقويم النطق واللغة، والذين يتلقون علاجهم اللغوي في نفس المركز.

نسبة الاضطرابات اللغوية

تختلف نسبة الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية تبعاً لاختلاف الدراسات أو الأبحاث التي أجريت حول موضوع نسبة الاضطرابات اللغوية من حيث أنواعها وأسبابها على سبيل المثال يقدر مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية في المجتمع الأمريكي بحوالي 3.5% وتظهر دراسة أجراها بيركن 1971 أن نسبة أطفال المدارس ممن يعانون من اضطرابات في الكلام تراوح من 1% إلى 3% في حين يشير جلسب وآخرون 1973 إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من شكل من أشكال الثأثة وإشارات الدراسة التي أجراها هل وزملاؤه 1971 والمتعلقة بمسح المشكلات اللغوية في الولايات المتحدة على 39 ألف طفل إلى تناقص المشكلات اللغوية المتعلقة بالنطق لدى الأطفال كلما تقدموا في العمر أما

كيرك 1972 فيشير إلى دراسات أجريت أيضا في الولايات المتحدة الأمريكية حول نسبة الأفراد ذوي المشكلات اللغوية ومن تلك الدراسات الدراسة التي أجرتها الجمعية الأمريكية للسمع والكلام 1952 على عينة مقدره بحوالي أربعين مليوناً ومن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 سنوات إلى 21 سنة وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن ما نسبته 5% من تلك العينة تعاني من مظهر ما من مظاهر اضطرابات اللغة وأن أعلى نسبة من نسب الاضطرابات اللغوية هي نسبة ذوي المشكلات النطقية إذ بلغت تلك النسبة 3% ومن الدراسات التي يذكرها هيوارد وزميله 1980 تلك الدراسة التي أجراها سيران وزميله 1980 والتي تشير إلى أن 5% من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من اضطرابات لغوية أي حوالي 2-3 ملايين من الأطفال الأمريكيين، وتذكر أبو غزالة 1986 في دراسة مسحية لحالات اضطرابات اللغة في مدارس وزارة التربية والتعليم في الأردن للعام الدراسي 82-83 أن عدد حالات الطلبة ذوي المشكلات النطقية هو 94 حالة.

أسباب الاضطرابات اللغوية

1. الأسباب الوظيفية أو النفسية

ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بأساليب التنشئة الأسرية والمدرسية وخاصة تلك الأساليب القائمة على العقاب بأشكاله وخاصة العقاب الجسدي وبناء على ذلك فليس من المستغرب أن نلاحظ العلاقة الارتباطية بين مظاهر الاضطرابات اللغوية كالتأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام والتلعثم وبين أساليب التنشئة الأسرية أو المدرسية وقد أشارت العديد من الدراسات إلى العلاقة الواضحة بين مظاهر الاضطرابات اللغوية وسوء التكيف الأسري أو المدرسي مثل دراسة رومية وزملائه (1965)، (1971) ودراسة فإن ريبير (1972)، (1971) وقد أشارت بعض النظريات مثل نظرية التحليل النفسي والسلوكية إلى كيفية ظهور ظاهرة التأتأة لدى بعض الأفراد وكيفية تعلمها.

2. الأسباب العصبية

ويقصد بذلك تلك الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي وما يصيبه من تلف ما أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة إذ يعتبر الجهاز العصبي المركزي مسؤولاً عن الكثير من السلوكيات ومنها النطق واللغة ولذا فإن أي خلل يصيب هذا الجهاز لا بد وأن يؤدي إلى مشكلات في النطق واللغة وعلى سبيل المثال تظهر الاضطرابات اللغوية بشكل واضح لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي وذلك بسبب وجود تلف ما في الدماغ وتظهر آثار ذلك واضحة في صعوبة تحريك الفكين والشفيتين واللسان وحتى الهواء اللازم لعملية النطق هذا بالإضافة إلى أثر تلف الدماغ على القدرات العقلية الإدراكية ولذا فليس من المستغرب أن يواجه معظم الأطفال المصابين بالشلل الدماغي مشكلات واضحة في النمو اللغوي.

ومما يدل على آثار الأسباب العصبية على المشكلات اللغوية حالة فقدان القدرة على النطق والتي تعود إلى أسباب مرتبطة بتلف ما أو إصابة ما بالدماغ وحالات صعوبة القراءة والكتابة وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها إذ تمثل تلك الحالات مظاهر رئيسية لصعوبات التعلم التي تعتبر إصابة الدماغ فيها سبباً من أسبابها:

أ. الأسباب المرتبطة بإعاقات أخرى. ويقصد بذلك أن الاضطرابات اللغوية ظاهرة مميزة لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والسمعية والانفعالية وصعوبات التعلم وقد تتعدد الأسباب المؤدية إلى مثل هذه الإعاقات ولكن الكثير من مظاهر اضطرابات النطق واللغة مرتبطة بتلك الإعاقات فعلى سبيل المثال تمثل ظاهرة تأخر ظهور اللغة وظاهرة التوقف أثناء الكلام أو الكلام بصوت غير مسموع فئة الإعاقة العقلية وخاصة حالات الإعاقة الشديدة في حين أن ظاهرة الصعوبة في الاستقبال والتعبير اللغوي وظاهرة قلة المحصول اللغوي وظاهرة غياب اللغة من المظاهر المميزة لحالات الإعاقة السمعية وخاصة حالات الإعاقة السمعية الشديدة في حين تمثل مظاهر صعوبة الفهم وتذكرها وظاهرة التأتأة والغفافة والسرعة الزائدة في الكلام بالإضافة والإبدال والحذف والتشويه للغة

وتعبيرات الوجه والجسم غير العادية أثناء الكلام وقلّة المحصول اللغوي والأكاديمي بشكل عام مظاهر مميزة لحالات الإعاقة الانفعالية الشديدة وأخيرا تمثل حالات صعوبات القراءة والكتابة وسوء تركيب الجملة مظاهر لحالات صعوبات التعلم.

ب. الأسباب العضوية: تعتبر سلامة الأجهزة العضوية المسؤولة عن إصدار الأصوات ونطقها مثل الحنجرة ومزار الحلق والفكين الأنف والشفيتين والأسنان واللسان الخ شرطا رئيسيا من شروط سلامة الفرد من الاضطرابات اللغوية وخاصة إذا لم يعان الفرد من أشكال أخرى من الإعاقة كالإعاقة العقلية أو السمعية أو الانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي وعلى ذلك فإن أي خلل في سلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي بالتالي إلى خلل واضح في سلامة اللغة وخلوها من الاضطرابات سواء أكان ذلك متعلقا بالقدرة على النطق أو الصوت أو اللغة نفسها ومن الحالات المعروفة والمؤدية إلى شكل ما من أشكال الاضطرابات اللغوية الحالة المعروفة بجالة الشفة الشرماء وحالة سقف الحلق المشقوق وقد يواجه الفرد في مثل هذه الحالات مشكلات في نطق بعض الحروف ج ل ت ط د ب ف ت كما يواجه الفرد في حالات اضطرابات حركة اللسان مشكلات في نطق الحروف التالية ت ذ ط ر في حين يواجه الفرد في حالات اضطرابات تناسق الأسنان مشكلات في الحروف التالية ز س ي ف ذ ز. (الروسان، 2001، 253-255).

وتنقسم اللغة بشكل رئيسي إلى قسمين:

أولاً: اللغة الاستقبالية (Receptive Language): وتمثل في قدرة الدماغ البشري على استقبال الرسائل اللغوية من قنوات الحس المختلفة ومن ثم تحليلها وفهمها واستيعابها، (Decoding) ويرتكز الدماغ في ذلك على مخزون وافر في الذاكرة من الرموز اللغوية وما تعبر عنه من أشياء ومفاهيم وغيرها، ومن ثم يقوم بربط الكلمات المسموعة بما تعبر عنه من أشياء، وأعمال، وخبرات.

ثانياً: اللغة التعبيرية (Expressive Language): وتتمثل في قدرة الدماغ البشري على إنتاج الرسائل اللغوية المناسبة لإتمام عملية التواصل، ويتم ذلك عن طريق تحديد الرسائل المناسبة (Encoding) ومن ثم إرسالها إلى العضلات المسؤولة لتظهر في النهاية على شكل كلمات، أو غيرها، وباختصار فإنها تمثل قدرة الفرد على التعبير عما يريد باستخدام الكلام (Paul, 1995).

مكونات اللغة

اللغة محكومة بقواعد يعرفها ويتفق عليها أفراد المجتمع الواحد، وتتوزع هذه القواعد على الأقل في خمسة محددات أو مكونات، هي: النظام الصوتي، والنظام الصرفي، والنظام النحوي، والمحتوى أو المعنى، والسياق، ويصنف البعض هذه المكونات ضمن ثلاثة أقسام، (Hegde, 2001)، وهي:

1. الشكل (Form)

ويشمل:

أ. النظام الصوتي (Phonology): ويمكن تعريفه على أنه النظام الذي تنتظم فيه الأصوات الأساسية (Basic Sounds)، والتي تتجمع معاً لتكون الكلمات والجمل في لغة ما، (Yule, 1996)، أو الأنظمة الصوتية المجتمعة معاً، والتي تحكم طريقة ترتيب الأصوات في الكلمة كما تخرج بشكل مقبول لدى متحدثي اللغة، ومن القواعد الصوتية التي تحكم اللغة العربية أن الكلمات والجمل لا تبدأ بساكن ولا تقف على متحرك، ولا تتبع الأصوات التي يصعب نطقها مع بعضها مثل (ض، ظ) (السرطاوي، أبو جودة، 2000).

ب. النظام الصرفي (Morphology): وهو النظام والقواعد التي تحكم طريقة تشكيل الكلمات، وما يضيفه هذا الشكل من أثر في المعنى، فلا بد للكلمة أن تستقل ببناء خاص يعبر عن معناها ولجهد في اللغة العربية أوزاناً خاصة يتم اشتقاق الكلمات تبعاً لها فصيغة الماضي تختلف عن صيغة المضارع، والمفرد يتحول إلى جمع بتغيير شكل الكلمة حسب الوزن المناسب لها وهكذا، وهذا التغيير في بناء الكلمة يغير في تركيبها الصرفي والدلالي، ولا يستطيع الطفل بين عمر (3-6)

سنوات إدراك الاشتقاق الصرفي للكلمة، فهو لا يدرك العلاقة بين بنية الكلمة ومعناها، ولكنه يميل إلى التقليد والقياس، فمثلاً. يعمم استخدامه لصيغة التأنيث في (باتع - بائعة) إلى (حصان - حصانة).

ج. النظام النحوي (Syntax): وهو مجموعة القواعد التي تؤلف بين الكلمات لتكوين الجمل، بحيث تعطي تركيباً مفهوماً للآخرين يساعد المستقبل على فهم الرسالة اللغوية، وهو النظام الذي يساعد الفرد على تنظيم الكلمات داخل الجملة الواحدة، فهو المسؤول عن تركيب الجملة، وأثر كل كلمة في الكلمة التي تليها، وما أن يمتلك الطفل هذا النظام النحوي حتى يصبح قادراً على إنتاج كمية كبيرة ومتنوعة من الجمل التي لم يكن قد سمع بها قبل ذلك، ويستطيع الطفل لدى بلوغه سن الرابعة أن يكتسب جميع التراكيب النحوية التي تحكم لغة والديه (Crain, 2001).

2. المحتوى (Content)، أو نظام المعاني (Semantics)

وهو النظام المسؤول عن المعاني، فهو الذي يدرس معاني الكلمات وعلاقتها ببعضها البعض داخل البناء اللغوي، وعلاقتها بالموضوعات والأحداث والمفاهيم التي تمثلها من خلال الترابط الموجود داخل الجملة المتمثل باستخدام أدوات الربط بحروف الجر، والظروف المكانية وغيرها، وفي بداية ظهور اللغة عند الطفل تكون جملة التي يستخدمها بسيطة وخالية من الروابط، وما أن يصل الطفل إلى سن الرابعة حتى تبدأ الجمل بالاكتمال التدريجي من حيث البناء وكيفية استخدام أدوات الربط (Crain, 2001).

3. السياق (Pragmatics)

وهو ما يعرف بالجانب الاجتماعي أو الاستخدام (Use)، ويدل على القواعد التي تحكم طريقة استخدام اللغة في الحياة الاجتماعية، وفهم المعاني الاجتماعية للتواصل اللغوي (Hegde, 2001)، وهو النظام الذي تستكمل فيه اللغة بناءها المتكامل الذي يتشكل من المزج بين نظام الشكل ونظام المحتوى، حيث تلعب البيئة الدور الأساسي في توظيف هذا النظام بطريقة تناسب والمجتمع (Yule, 1996).

ويرى بعض العلماء أن الأقسام الثلاثة الرئيسية (الشكل، والمحتوى، والسياق) تتفاعل فيما بينها بالتساوي، وهم بذلك يرون أن تقسيمات الشكل اللغوي لا تؤثر بشكل منفصل في اللغة، وينحصر تأثيرها في داخل الجزء الكلي للشكل اللغوي (Goodluck, 1998).

وظائف اللغة

1. الوظيفة الأدائية: ويقصد بها استخدام الفرد للغة للحصول على ما يريد.
 2. الوظيفة التنظيمية: ويقصد بها استخدام الفرد للغة لإصدار الأوامر للآخرين وتوجيه سلوكياتهم.
 3. الوظيفة التفاعلية: ويقصد بها استخدام اللغة من أجل تبادل المشاعر والأفكار بين الفرد والآخرين.
 4. الوظيفة الشخصية: ويقصد بها استخدام اللغة من أجل أن يعبر الفرد عن مشاعره وأفكاره وعن ذاته.
 5. الوظيفة التمثيلية: ويقصد بها استخدام اللغة من أجل تمثيل المعلومات والأفكار وتوصيلها للآخرين.
 6. الوظيفة الشعائرية: ويقصد بها استخدام اللغة للتعبير عن أيديولوجيات الجماعة وممارسة طقوسها الدينية.
 7. الوظيفة التخيلية: ويقصد بها استخدام اللغة للتعبير عن تحيلات وإبداعات الفرد.
 8. الوظيفة الاستطلاعية: ويقصد بها استخدام اللغة من أجل الاستفسار والكشف عن أسباب الظواهر.
- ولقد ميز تشوسكي في ريفرز في نظريته التي صاغها عام 1957 بين جانبين من جوانب البناء اللغوي على النحو التالي:
- الأول: يعنى بتوليد سلاسل أصلية من الجمل فيما يسميه البنية العميقة للغة.

الثاني: يعنى بالتحويلات التي تتم عن جمل البنية العميقة لإنتاج عدد من الجمل ذات الصيغ النهائية المعقدة فيما يسمى بالبنية العميقة، مثل: جمل النفي والمبني للمجهول الخ.

وبذلك فإن المكون السيمانتي بشقية التوليدي والتحويلي يشارك في صياغة جمل كلي البنتين العميقة والسطحية إلا أن المكون السيمانتي يتدخل في تفسير جمل البنية العميقة فقط وإذا كانت البنية السطحية تضم المعلومات الصحيحة للترتيب النهائي لكلمات الجملة كما تبدو لنا فإن الفرد يحتاج هذه المعلومات للتحدث بأصوات كلمات الجملة وبالتالي يدخل هذا ضمن عمل المكون الفونولوجي الذي يضم قواعد لإعطاء هذه الكلمات الأصوات الحقيقية لها.

خصائص تميز اللغة الإنسانية

كالآتي:

- أ. الازدواجية: إن بنية أية لغة إنسانية تكون ذات مستويين هما مستوى تركيبى يضم عناصر توليف الجمل في السياق الكلامي ومستوى صوتي.
- ب. الانتقال اللغوي: بمعنى أن اللغة الإنسانية تكتسب وتعلم وتنتقل من جيل إلى آخر.
- ج. التحول اللغوي: أي مقدرة الإنسان على استخدام اللغة في التعبير عن الأشياء والأحداث عبر الأزمنة والمسافات.
- د. الإبداعية: حيث تتكون اللغة الإنسانية من تنظيم مرن مفتوح يسمح بإنتاج وفهم عدد غير محدد من الجمل التي لم يسبق للفرد سماعها. (زكريا 1983.3، القرماوي، 2008.16-18).

النظريات المضرة لاكتساب اللغة

3. النظرية السلوكية

ترى هذه النظرية أن اللغة متعلمة وفقا لمبادئ التعلم من خلال استخدام التعزيز والتقليد مع الأطفال. كما يلي:

أ. الاشراف: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الكلام يمكن تعلمه عن طريق الاشراف فعلى سبيل المثال يتعلم الطفل إصدار صوت معين للوالدين أو المحيطين به عندما يسمع أصواتهم وينظر إليهم حيث يشعر بالراحة والسرور والأمن وبالتالي يميل إلى تكرار ذلك مرة ثانية نتيجة للتعزيز وكذلك عندما ينطق الطفل كلمة ماما وتعززه الأم بمداعبته وعناقه فيميل إلى تكرار السلوك وممارسته وقد يعمم هذا السلوك فينطق هذه الكلمة في أي وقت يريد فيه الطعام. (الشخص، 1997:113-114).

ب. التقليد: يلعب التقليد دورا مهما في اكتساب اللغة حيث يقلد الطفل المحيطين به في ما ينطقون به من نماذج وقواعد وتراكيب لغوية وأحيانا يتم تعزيز الطفل على هذا التقليد مما يقوي أثره ويزيد التقليد في تعلم اللغة حيث يميل الطفل إلى تكرار الأصوات التي يقلدها نتيجة لما يحصل عليه من خبرات سارة. (قاسم، 1998:47، عبد العظيم، 2003:208)

ج. التشكيل: يلعب التشكيل دورا أساسيا في اكتساب الطفل اللغة من المحيطين به حيث يتم تدعيم السلوكيات اللغوية التي يصدرها والتي تكون أقرب إلى السلوك اللغوي الصحيح وشيئا فشيئا يصل الطفل إلى السلوك اللغوي الجيد حيث يتم إهمال السلوكيات اللغوية غير الصحيحة. (فراخ، 2003:123، الشناوي، 1997:337).

ويذكر سكرت ثلاث طرق يتم بها تشجيع تكرار استجابات الكلام:

الأولى: وفيها يستخدم الطفل استجابات ترددية حيث يحاكي صوتا يقوم به آخرون يظهرون له التأييد فورا وتحتاج هذه الأصوات لأن تتم في حضور شيء قد يرتبط به.

الثانية: وتمثل في نوع من الطلب أو استجابة حيث تبدأ كصوت عشوائي وتنتهي بارتباط هذا الصوت بمعنى لدى الآخرين والاستجابة الترددية تتبعها غالبا تعبيرات طلب حيث يلجأ أحد الوالدين بعد أن يستمع للطفل وهو يردد ماما

أو بابا إلى استخدام هذا التعبير لتكوين كلمة وتشجيع الطفل على تكرار التلفظ بها.

الثالثة: تظهر فيها الاستجابة المتفنة بحيث يتم القيام بإحدى الاستجابات اللفظية عن طريق المحاكاة عادة في حضور الشيء ويكافأ الطفل بالتأييد ولذلك يرجع ظهور الاستجابة ثانية ويمكن ملاحظة أهمية حضور أشخاص آخرين وبدون وجود احد حول الطفل يظهر له التأييد أو يقيس دقة التلفظ بالكلمات فان هذه التلفظات لا تلبث أن تستبعد بعد قليل

ووفق هذه النظرية فإن الطفل يتلفظ بالكلام والجمل والعبارات مباشرة عن طريق التقليد وبعد ذلك تتأكد من خلال التدعيم.

التقد الموجه لهذه النظرية

- كيف تفسر النظرية تعلم الإنسان كلمات أشياء لم يعزز عليها.
- كيف تفسر النظرية تعلم الإنسان كلمات لم يسمعها من الآخرين ومن ثم لم يقلدهم فيها.
- إن جميع الأطفال يكتسبون اللغة في جميع أنحاء العالم بالطريقة نفسها وبأسلوب متشابه ومتماثل وبمعدلات متقاربة رغم اختلاف البيئات.
- إن الراشدين من حول الطفل يميلون إلى تعزيز محتوى الكلام أكثر من تعزيزهم للتركيب النحوي فاستحسان الراشدين يركز على مدى مطابقة كلام الطفل للواقع حتى وإن احتوى على أخطاء لغوية في حين يستهجنون ولا يعززون عبارات قد تكون سليمة من الناحية اللغوية إذا لم تتسق مع الواقع فإذا قال الطفل أثناء تناوله للطعام أنني لعب الكرة الآن فإنه لا يتلقى تعزيزا على ذلك رغم فصاحة الجملة لأنها لا تطابق الواقع في حين أن الطفل قد يتلقى تعزيزا على كلمة غير صحيحة لغويا عندما تستخدم في سياقها الصحيح كان يشير الطفل إلى الماء ويقول امبو.
- ولا يعتبر التقليد الطريقة الوحيدة التي يتعلم بواسطتها الأطفال فلو كان الأمر كذلك لكان كلام الأطفال صحيحا لغويا بشكل دائم لأنهم يقلدون الكبار الذين

غالباً ما يستخدمون قواعد اللغة بشكل صحيح (قاسم، 1998، 48، فراج، 2003، 124، شاش، 2002، 27، البهنساوي، 1994، 94، السرطاوي وأبو جودة، 2000).

2. النظرية الفطرية

ترى أن الفرد يولد مزوداً بالأجهزة الفسيولوجية التي تمكنه من فهم الكلام وممارسته التعبير وأنه يولد ولديه استعداد عضوي لمعرفة قواعد اللغة أو على الأقل مهيتها لتعلمها. (الشخص، 2007، 115).

ويرى أصحاب هذه النظرية خطأ القول بأن اكتساب اللغة يتم عن طريق الاستماع والتقليد والتعزيز كما ترى المدرسة السلوكية وذلك لما يلي:

أ. إن اكتساب اللغة بهذه الطريقة يتطلب وقتاً وجهداً طويلاً جداً في حين أن الطفل يكاد يتقن اللغة في فترة قصيرة لا تتجاوز السنوات الخمس الأولى من عمره.

ب. مع بلوغ الطفل عامه الخامس وربما قبل ذلك يستطيع إنتاج جمل وتراكيب لغوية في الغالب لم يسمعها من المحيطين به ولا تشبه لغة الكبار.

كما أن الطفل يولد مزوداً بما يمكن أن نسميه جهاز اكتساب اللغة ويكون جزءاً من جهازه العصبي ويشارك في ذلك جميع أطفال العالم ويساعده هذا الجهاز على ما يلي:

- القدرة على التفريق بين الأصوات اللغوية وغير اللغوية.
- ترتيب أصوات اللغة في مجموعات يطلق عليها المجموعات الدلالية أو المعاني.
- القدرة على إصدار أحكام لغوية من حيث التكوين الصوتي والنحوي.
- القدرة على تقييم نظامه اللغوي واختيار الأسهل والأنسب في الظروف الحياتية المختلفة.
- القدرة البشرية على توليد وفهم اللغة وراثية ومقصورة على الإنسان.

- تقوم اللغة على أساس آليات بيولوجية تشمل جهاز النطق ومراكز اللغة في المخ والجهاز السمعي الذي يتولى معالجة أصوات الكلام.
- أن جميع الأطفال يمرون بنفس مراحل النمو اللغوي رغم اختلاف لغاتهم وبيئاتهم فكل الأطفال يمرون بصرخة الميلاد والأصوات الانفعالية والمناغاة والأصوات التلقائية ومرحلة الجملة الكلمة ومرحلة الجملة الكلمتين الخ.
- ترتبط عملية تطور ونمو اللغة بالتفجج البيولوجي شأنها شأن تعلم المشي وغيره من المهارات.

النقد الموجه لهذه النظرية

- الاستعداد الوراثي لا يجدي وإذا عزل الطفل بعد ولادته في بيئة فقيرة أو محرومة من المثيرات الكلامية فلن يكتسب الكلام.
- اكتساب الطفل اللغة المحيطة به في بيئته فقط دون غيرها من البيئات التي لم يجربها يدل على دور البيئة.
- كما أن اكتساب البالغ للغات الأخرى الأجنبية يدل على دور البيئة.
- أن هذه النظرية لم توضح كيفية اكتساب معاني المفاهيم اللغوية.
- كما أن هذه النظرية لم تبرهن على صحة افتراضها أن المخ يحتوي بالفعل على هذه الآلة اللغوية الخاصة وعن كيفية عملها بالضبط. (السرطاوي وأبو جودة، 143.2000، شاش، 57.2001، ناصف، 303.1995، قاسم، 57.1998).

3. النظرية اللغوية

ترى هذه النظرية أنها عبارة عن توفيق بين النظرية السلوكية والنظرية الفطرية إذ تفترض أن العوامل الفطرية البيولوجية تؤثر في اكتساب اللغة ولكنها ترى أن التفاعل بين الأطفال والراشدين أي تأثير البيئة والخبرة شيء ضروري إذا ما أريد للمهارات اللغوية أن تنمو فالإكتسابات الفطرية وحدها لا يمكن أن تفسر إتقان الطفل للغة وأن هذا الإقتان يتضمن ما هو أكثر من الاشارات والتقليد. (قاسم، 65.1998).

كما أن الأطفال يتعلمون قواعد لغوية بالغة التعقيد بسرعة هائلة وأن الإنسان لديه تركيب خاص يؤهله لاكتساب اللغة عن طريق تحليل البيانات اللغوية التي يستقبلها وتكوين الفرضيات حول كيفية بناء التراكيب اللغوية وتسمى هذه القدرة تحليل المعلومات ويعتقد أصحاب هذه النظرية أن هناك ميلا وراثيا لاكتساب اللغة ويعتبرون قدرة الطفل على اكتساب اللغة دليلا على نضج المهددات الوراثية.

المبادئ الأساسية التي يعتمد عليها الطفل في اكتساب اللغة

- الكفاءة والأداء: ويقصد بذلك إن أي فرد في بيئة لغوية يستطيع أن يفهم عددا غير محدد من التعبيرات الواردة بهذه اللغة حتى وإن لم يتعرض لها مسبقا.
- العمليات اللغوية: ويشير هذا المصطلح إلى أن اللغات البشرية تشترك في بعض الخصائص وفي كونها مجموعة أصوات محددة تتمثل في الحروف الساكنة والمتحركة وفي أن لها نفس القواعد النحوية التي تشير إلى مواقع المفردات اللغوية كان تكون الكلمات في موقع اسم أو صفة أو ظرف.
- أن تركيباتها تنحصر في ثلاثة نظم هي فعل وفاعل ومفعول به ونائب فاعل.
- أن قدرة تعلم اللغة ترتبط بالإنسان وبالتالي فإن النمو اللغوي يعتمد على إتاحة الفرصة له للتعرف على القواعد والنظم اللغوية والنحوية.

4. النظرية البنوية

تعتمد هذه النظرية على الطريقة المنظمة التي تنمو بها لغة الطفل من كلمة واحدة تدل على معنى الجملة إلى جملة مكونة من كلمتين إلى ممارسة الكلام العادي مع الكبار بمجمل طويلة ومعقدة وسليمة من حيث الصياغة النحوية حيث أن كلام الطفل المبكر يتضمن كلمات بسيطة منفصلة تلغرافية تتضمن كلمات المضمون في الأساس دون باقي كلمات العبارة من حروف جر وضمائر وظروف وكلمات عطف وضمائر وصل وغيرها وبمرور الوقت تتم إضافة كلمات تفصيلية أخرى منظمة خلال عملية اكتساب اللغة حيث يزداد عدد كلمات الجملة كما تكتمل الجملة من حيث إتباع القواعد اللغوية ومن ثم استخدام جمل كاملة تماثل كلام الكبار. (الشخص، 1997:118).

ويؤخذ على النظرية البنوية ما يلي:

يؤخذ على هذه النظرية أن اهتمامها مقصور على السلوك اللغوي الظاهر الذي يمكن ملاحظته دون التطرق إلى ما يجري داخل الدماغ فهي تهتم بالشكل فقط دون جوهر اللغة كما أنها تعاملت مع اللغة كالتعامل مع المواد الكيميائية التي يمكن تحليلها في المختبر بطريقة علمية لا علاقة لها بالفكر أو المعنى فأهملوا إهمالا تاما علاقة اللغة بالعقل والمجتمع. (قاسم، 1998، 52، ناصف، 1995، 27).

5. نظرية التفاعل الاجتماعي

يرى أصحاب هذه النظرية أن اللغة بمثابة نشاط اجتماعي ينشأ من الرغبة في الاتصال مع الآخرين في المواقف الاجتماعية التفاعلية مع التأكيد في الوقت نفسه على الدور الذي تلعبه الخبرات التي تنشأ من الاحتكاك مع البالغين ذوي المهارة في الحديث مما يؤدي إلى تطور المهارات اللغوية، وتأثير التفاعل الاجتماعي على النمو اللغوي لا يقف عند العلاقة مع الوالدين بل يتضمن تفاعلات الطفل مع الآخرين فالتبادل اللغوي مع الآباء والإخوة والأقران يؤثر في مستوى المهارة اللغوية للطفل.

6. النظرية الواقعية أو العملية

تركز هذه النظرية على كيفية استخدام الأطفال للكلام وتختلف عن النظرية المعرفية من حيث اهتمامها بكيفية تفاعل الطفل مع المحيطين به عن طريق الكلام ويرى أصحاب هذه النظرية أن الطفل يتعلم اللغة مبكرا حتى يتمكن من التعبير عما يريد من الآخرين وأنه يستطيع ممارسة الكلام عندما يتعلم خصائصه المختلفة من نغمة وشدة وطول الخ كما أن هناك حاجات أو مطالب بشرية يمكن أن تشبعها اللغة. (الحري، 2006، 32-35، ومطر ومسافر، 2010).

7. النظرية المعرفية

أطلق على هذه النظرية اسم النظرية المعرفية لاعتقاد بياجيه أن اللغة تنتج مباشرة من خلال النمو المعرفي وأن قدرة الطفل على التصور العقلي تنبثق في نهاية مرحلة النمو الحسي الحركي لذلك تنبثق اللغة في هذه الفترة حوالي السنة الثانية من عمر الطفل ويرى بياجيه أن اكتساب اللغة ليس عملية تشريعية بقدر ما هو عملية

وظيفية إبداعية وأن النمو اللغوي للطفل هو انعكاس لنموه العقلي والمعرفي الذي يسير في مراحل متتابعة وأن النمو المعرفي ضرورة ومطلب سابق للنمو اللغوي في حين أن اللغة ليست شرطا ضروريا للنمو المعرفي بل هي انعكاس له. (قاسم، 1998: 80).

8. النظرية العضوية

تركز هذه النظرية على وظيفة الجهاز العصبي المركزي بالنسبة لعملية الكلام حيث استنتج الباحثون أن نصف المخ الأيسر أكثر تحكما في الكلام من النصف الأيمن حيث أن الطفل يولد وخلاياه العصبية في مكانها الطبيعي وتنمو الوصلات العصبية بين الخلايا اللازمة لأداء الوظائف المختلفة بسرعة بعد ميلاد الطفل ويحدث تكاثر في الخلايا والوصلات في مناطق المخ المستولة عن عملية الكلام من خلال اكتساب الطفل المبكر لمهارات التواصل والكلام وان هذه التغيرات العصبية في الدماغ متطلبات سابقة ومصاحبة في الوقت نفسه لاكتساب مهارات الكلام. (الشخص، 1997: 125، مطر ومسافر، 2010: 123-124).

أنواع الاضطرابات اللغوية

يمكن تصنيف اضطرابات اللغة على أساس السلوك اللغوي إلى نوعين هما اضطرابات اللغة عند الأطفال (Language Disorders in Children) والتي يطلق عليها اضطرابات اللغة التطورية، وتعني بها الاضطرابات اللغوية الخلقية، أما النوع الثاني فهو اضطرابات اللغة عند البالغين (Language Disorders in Adults) والتي يطلق عليها اضطرابات اللغة المكتسبة ما لم تكن امتدادا لاضطرابات اللغة التطورية.

ونعرض كلا من النوعين فيما يلي:

1. الاضطرابات اللغوية التطورية Developmental Language Disorder

يرجع السبب الرئيسي في اضطرابات اللغة التطورية إلى صعوبة في اكتساب اللغة، والتي تظهر في الأشكال التالية:

أ. عدم نمو اللغة اللفظية: ويضم أولئك الأطفال الذين بلغوا سن الثالثة ولا يظهرون أية إمارات لفهم اللغة أو إنتاجها، وبعضهم قد يكون أصما خلقيا أو متعدد الإعاقات. بينما قد لا نستطيع تحديدها إعاقاة معينة لدى البعض الآخر

منهم. ومثل هؤلاء الأطفال يصعب استخدام الاختبارات معهم، بسبب عدم قدرتهم على الانتباه والاستجابة للمهام أو المطالب في موقف القياس، فغالباً ما يتم تقييم مستوى تفهمهم العقلي والانفعالي على أساس أساليب الملاحظة المنظمة وغير المنظمة. وقد تكمن مشكلة بعضهم في المعالجة السمعية للكلام، ورغم ذلك فهم أصحاء بدنياً، وبوسعهم الاستجابة للمثيرات البصرية، بينما قد تكون مشكلة البعض أكثر عمومية بدنية، وعقلية، ولغوية كما في حالة الأطفال المعوقين عقلياً بدرجة شديدة أو حادة.

ب. اضطراب الكفاءة اللغوية: وتضم هذه المجموعة الأطفال الذين يمارسون كلاماً طفلياً في سن الثالثة والسادسة والذين لا يستطيعون ممارسة كلام الطفل العادي البالغ من العمر عامين فقط، فلديهم قواعد لغوية خاصة بهم (تختلف عن العادية)، ومع ذلك فهم لا يعانون من تأخر بسيط في اكتساب اللغة فحسب، بل أكثر من ذلك فقد اكتسبوا حصيلة لغوية معينة حتى الثالثة ولم يطرأ عليهم تغير يذكر بعد ذلك حتى السادسة، فقد يستطيع هؤلاء الأطفال تكرار ما يسمعونه دون إنتاج تلقائي للغة وبعضهم قد يفهم اللغة دون كلام، أو قد ينتج الكلام في صورة غير مفهومة، أو يفترق إلى الترتيب أو التنظيم.

ج. تأخر ظهور اللغة (التأخر اللغوي Language Delay): يضم هذا الصنف أطفالاً يعانون من بطء في معدل النمو اللغوي، حيث يمكن أن يظهر التأخر في واحد أو أكثر من مكونات اللغة الصوتية والصرفية النحوية والدلالية والبراجماتية. وقد يشمل التأخر أيضاً جوانب أخرى مثل، المهارات الحركية، والتوافق الاجتماعي، والقدرة العقلية، وربما يكونون من المعوقين عقلياً، أو المتأخرين في النمو. وبصورة عامة يمكن وصف السلوك اللغوي للأطفال المتأخرين في الكلام على أنه يماثل السلوك اللغوي لأقرانهم العاديين ما عدا أنه غير مناسب لعمرهم الزمني. فالعلاقة بين الفهم والمحاكاة والإنتاج تماثل العلاقة بين هذه الجوانب لدى الأطفال العاديين، فهم يمرون بمراحل النمو اللغوي العادية، بيد أن لغتهم تماثل لغة الأطفال العاديين الأصغر منهم، ويرتبط على

ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي الحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

يعرف السرطاوي وآخرون (2002) الطفل المتأخر لغوياً في معجم التربية الخاصة بأنه ذلك الطفل الذي يستخدم لغة بسيطة للغاية في المراحل التي تنمو فيها اللغة عادة؛ مما يؤدي إلى بطء وتأخر اكتساب اللغة لديه.

وفي موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي يعرف سيسالم (2002) القصور أو العجز اللغوي Language Deficit بأنه يتمثل في قصور في تنظيم وتركيب الكلام، والتحدث بجمل غير مفيدة، واستخدام الكلمات والأفعال والضمائر في أماكن غير مناسبة لها، فقد يضع الفعل مكان الفاعل، أو المؤنث مكان المذكر، أو الضمير المتكلم مكان الغائب.. وهكذا.

بينما تعرف حورية باي (2002) التأخر اللغوي بأنه يتسم بتركيب نحوي-صرفي ضعيف، ومن مظاهره:

- افتقار التراكيب التي يستخدمها الطفل لغوياً إلى التماسك و الترابط نتيجة نقص فيما يأتي: أدوات الربط-حروف الجر-ظروف المكان والزمان.
- الالتباسات وتداخل بين الضمائر المنفصلة، والضمائر المتصلة، والمفرد والجمع والمؤنث والمذكر.

ويلخص الزراد (1990) أهم الأعراض الشائعة للتأخر اللغوي فيما يلي:

- إحداث أصوات عديمة الدلالة، والاعتماد على الحركات والإشارات.
- الاكتفاء بالإجابة (بنعم) أو (لا) أو بكلمة واحدة، أو بجملة من فعل وفاعل فقط دون مفعول به.
- التعبير بكلمات غير واضحة بالرغم من تقدم عمر الطفل.
- تعذر الكلام بلغة مألوفة ومفهومة.
- عدد المفردات ضئيل.
- الصمت أو التوقف في الحديث.
- يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية ونفسية.

ويحصر فهمي (ب ت) أسباب التأخر اللغوي فيما يلي:

- نقص في القدرة العقلية مما يؤثر على اكتساب اللغة أو القدرة على استعمالها في التعبير.
- قصور في السمع يحول دون إعطاء الطفل الفرصة الكافية لتعلم اللغة.
- الإصابة بأمراض في الشهور الأولى من حياته كالتهاب السحايا، أو الحصبة الحادة.. وغيرها من الأمراض التي تؤثر على مناطق اللغة في الدماغ.
- إصابة المراكز الكلامية في اللحاء بتلف أو تورم أو التهاب وقد تكون أسبابها وراثية أو بسبب مرض حاد أو نتيجة الحوادث المباشرة في الدماغ.
- تصنيف حورية باي (2002) عدداً آخر من أسباب التأخر اللغوي ومنها:
 - التواصل مع الطفل، باستعمال ألفاظ مضطربة ومختصرة.
 - عدم التواصل مع الطفل، إلا في ساعات متأخرة في المساء، لغياب الأم والأب طوال النهار، خارج البيت.
 - تداخل اللغات في الوسط الواحد. كتواصل الوالدين مع الطفل بلغتين مختلفتين من حيث نظامهما، أو بلغتين متقاربتين، كتقارب اللهجات العربية، وبالتالي يصعب على الطفل التمييز بينهما لاكتساب النماذج اللفظية وقواعد النحو والصرف.

2. الاضطرابات اللغوية المكتسبة Acquired Language Disorder

تحدث اضطرابات اللغة عند البالغين لسببين رئيسيين هما استمرار اضطرابات اللغة التي بدأت في مرحلة الطفولة حتى البلوغ بسبب استعصاء بعض الاضطرابات على العلاج أو عدم توفر الخدمات العلاجية، أو تعرض الأطفال الذين نمت لغتهم بصورة طبيعية للإعاقة بسبب مرض ما، أو نتيجة لحادث أو حدوث تلف في الدماغ وخاصة بعد مرحلة فهم الكلام. (موسى عمارة وآخرون، 2000). وهناك عاملان يجب أخذهما بعين الاعتبار عند فحص وتشخيص هذا النوع من الاضطراب أولهما درجة الغفدان الوظيفي الذي تعرض له الطفل، وثانيهما مستوى النمو اللغوي الذي

وصل إليه الطفل قبل الإعاقة (Haynes, 1999). ومن الاضطرابات اللغوية المكتسبة والناجمة عن تلف الدماغ ما يعرف بـ:

الحبسة الكلامية (Aphasia): وهي فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها حيث لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظيا بطريقة مفهومة (Learner, 1993).

ويعرف سيسالم (2002) الحبسة الكلامية بأنها فقدان القدرة على الكلام في الوقت المناسب على الرغم من معرفة الفرد بما يريد أن يقوله وتنتج عن مرض في مراكز المخ.

أما السرطاوي وآخرون (2002) فيعرفون الحبسة الكلامية في معجم التربية الخاصة بأنه قصور في القدرة على فهم أو استخدام اللغة التعبيرية الشفوية وترتبط الحبسة الكلامية عادة بنوع من الإصابة في مراكز النطق والكلام في المخ، والحبسة الكلامية مصطلح عام يشير إلى خلل أو اضطراب أو ضعف في أحد جانبي اللغة أو كليهما وجانبا اللغة هما: الاستيعاب والإنتاج، وينتج هذا الاضطراب عن خلل يصيب مراكز اللغة في الدماغ، وينتج عن أسباب منها: جرح في الرأس، أورام في الدماغ، الجلطة، ارتفاع درجة الحرارة في جسم المصاب، الحالات النفسية السيئة المتقدمة. وحتى تعتبر الحالة حبسة كلامية يجب أن تكون الإصابة قد حدثت بعد اكتمال نمو اللغة.

أنواع الحبسة الكلامية تبعا لمكان الإصابة والخصائص اللغوية التي ترافقها، وفيما يلي نبذة مختصرة عن أهم هذه الأنواع:

1. **حبسة بروكا Brocas Aphasia:** ويطلق عليها أيضا الأفيزيا الحركية والأفيزيا التعبيرية. وهاتان التسميتان مرتبطتان ارتباطا وثيقا بالمظاهر التي تميز بها المصاب الذي يعاني عادة من شلل أو ضعف في النصف الأيمن من الجسم ويشمل ذلك أعضاء النطق وخاصة اللسان، مما يجد من قدرته على إنتاج الكلام إلى درجة كبيرة. وهذا بدوره يجد من قدرته على التعبير اللفظي وينجم هذا النوع من الأفيزيا عن حدوث تلف في التلفيف الثالث من الفص الأمامي في نصف الدماغ الأيسر.

أما الأعراض اللغوية لهذا النوع من الحبسة فتتمثل في حذف الكلمات الوظيفية كحروف الجر، والعطف، وأسماء الإشارة وغيرها، كما يتميز بعدم الطلاقة وغياب التنوع التنغييمي، كما يرافقها عدم القدرة على تنسيق عملية الكلام، وخروج الكلام بصعوبة. أما الاستيعاب فيبقى سليماً إلى حد كبير، كما تكون قدرة الشخص على إعادة الكلام محدودة نسبياً.

وتعرف أيضاً بالأفازيا اللفظية أو الشفوية أو بأفازيا بروكا، وهو نوع من الاضطرابات أو العجز في كلام الشخص المصاب؛ ولكنه يظل قادراً على فهم كلام الآخرين. ونلاحظ أن المصاب يكرر لفظاً واحداً مهما تنوعت الأحاديث أو الأسئلة الموجهة إليه، وفي الحالات التي يتعرض فيها الشخص إلى الضغط الانفعالي قد نجد له يتم بعض العبارات غير المألوفة، أو غير المفهومة، وذلك بقصد توجيه السباب والعدوان، وفي مثل هذه الحالات تسمى بالأفازيا اللفظية أو الشفوية. وقد سميت أفازيا بروكا بالحركية بأفيميا Aphemia بمعنى عدم القدرة على الكلام بالرغم من وجود الكلمة في ذهن المصاب، وفي بعض حالات أفازيا بروكا الحركية يفقد المصاب القدرة على التعبير عدا لفظ بعض الكلمات أحياناً مثل (نعم)، أو (لا).

ويحدث هذا النوع من الأفازيا نتيجة إصابة المناطق الأمامية من نصف المخ الأيسر الذي يتحكم في إنتاج الكلام؛ في التلفيف الثالث من المخ في المنطقة رقم (44). خصوصاً المنطقة المسماة 'منطقة بروكا'. وتقع مباشرة إلى الأمام من منطقة الحركة الأولية الخاصة بالجهاز العضلي المشلول عن إخراج الكلام (الشفاه، اللسان، الحلق... الخ)، ولكن مناطق الحركة الأولية الخاصة بالكلام لا يصيبها ضرر مصاحب لأفازيا بروكا، أي لا توجد أية مظاهر لإصابة في الجهاز العضلي للكلام بالشلل. (الزباد، 1990).

والمصاب بأفازيا بروكا يتكلم قليلاً جداً. وعندما يحاول هذا المصاب الكلام فإن كلامه يجس، بحيث لا يستطيع إخراجها، كما تنغيب منه الأجزاء النحوية الصغيرة والتصريف الصحيح للأفعال. ومثل هذا الكلام يسمى غالباً بكلام تلغرافي أو كلام بدون التزام بقواعد اللغة - مهلهل مثلاً، وقد كانت استجابة أحد مرضى

أفازيا بروكا، عندما رأى صورة امرأة تقوم بغسل الأطباق، وأمامها حوض مملوء يفيض بالماء، وبعض الأطفال يحاولون الحصول على إناء الكعك فيقبلون الكرسي الصغير الذي يريدون الوقوف عليه، فأخذ يقول...و... ولد...ولد يقلب... يصعد... أما في الحالات الشديدة من هذا النوع من الأفازيا فلا يستطيع المصاب غالباً إلا التلغظ بكلمة واحدة أو اثنتين مرة بعد الأخرى في محاولته للكلام أو وصف شيء ما. وعندما ينطق هذا المصاب أخيراً بكلمة، فإنه ينطقها سليمة إلى حد ما. (سالي سبرنجر وجورج ديوتك، 2002).

كما أن قدرة المصاب على تسمية الأشياء ضعيفة، لكن تلقينه الكلمات يساعده كثيراً. وهذه الحقائق تؤكد القول بأن هذا العجز ليس في جهة النطق، ويبدو أن معظم المرضى بأفازيا بروكا يفهمون الكلام المنطوق والمكتوب، ولذلك فالمشكلة لديهم تتعلق بمرحلة الإنتاج الحركي للغة في المخ وليس في مرحلة الفهم. كما يبدو أن هؤلاء المرضى على دراية بمعظم أخطائهم اللغوية. وقد جادل بعض الباحثين قائلين بأن عملية الفهم عند المصابين بأفازيا بروكا ليست سليمة تماماً كما يعتقد الكثيرون.

ب. حبة فيرنكا **Fernickes Aphasia**: وتنجم عن حدوث تلف في التلفيف الأول الصدغي من النصف الأيسر في الدماغ. ومن أبرز أعراضها وجود طلاقة في الكلام ولكن دون معنى، ويتأثر استيعاب المصاب بهذا النوع من الحبة الكلامية بشكل كبير، كما يقوم المريض بتشكيل كلمات جديدة عن طريق استبدال صوت أو مقطع في الكلمة بصوت أو مقطع آخر، غير أن قدرته على تنوع الأنماط التنغيمية تبقى سليمة.

ج. حبة التوصيل **Conduction Aphasia**: ينجم هذا النوع من الحبة عن حدوث تلف في الحزمة العصبية التوصيلية التي تصل بين منطقة بروكا ومنطقة فيرنكا مما يؤدي إلى عدم القدرة على نقل المعلومات من منطقة فيرنكا إلى منطقة بروكا المجاورة لها وبالعكس، ومن أبرز مظاهرها عدم قدرة الشخص على إعادة الكلام بينما تكون الطلاقة الكلامية والقدرة على الاستيعاب طبيعيتين إلى حد كبير.

وتعرف أيضاً بأفازيا فيرنيقة، أو متلازمة ما خلف شق سلفيوس، وقد توصل فيرنيقة إلى افتراض أن حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ، أدى بدوره إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات أو للأصوات، وينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم الكلامي، وهو شكل من أشكال الأفازيا الحسية حيث تكونت حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها لدى السامع، كما لو كانت هذه الألفاظ من لغة أخرى لا يعرفها الفرد، كما أن الصمم الكلامي يمكن اعتباره شكلاً من أشكال الأجنوزيا Agnosia.

ومن الجدير بالذكر أن المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع فهم الكلام عموماً. ويصاحب هذا الاضطراب الإصابة التي تلحق بالمنطقة الخلفية من التلفيف الصدغي الأول (في منطقة فرنيكة)، وكلام المصاب بالأفازيا الاستقبالية أكثر طلاقة من كلام المصاب بالأفازيا التعبيرية، لكن ذلك يتوقف على حجم الإصابة، فكلام المصاب بالأفازيا الاستقبالية قد يتراوح بين أن يكون غريباً نوعاً ما إلى كونه خال تماماً من المعنى. وغالباً ما يستخدم هؤلاء المرضى في كلامهم كلمات غير مألوفة أو غير معروفة.

وفي بعض حالات الأفازيا الحسية عند فرنيكة نجد المصاب يفهم كل لفظ في الجملة لوحده، ولكنه لا يستطيع فهم معنى الجملة كاملة، وهذا ما يسميه البعض بالأفازيا المعنوية، وهناك حالات أخرى نجد المصاب فيها يستخدم كلمات في غير مواضعها، ويستخدم كلمات غريبة غير مألوفة، ومثل هذه الحالات يكون المصاب قد اكتسبها بسبب وجود الاضطراب من صغره في المراكز السمعية الكلامية حيث يحدث خلل في تكوين الصور السمعية للكلمات (سالي سبرنجر وجورج ديوتك، 2002).

واليك مثال لحديث بين مريض يخاطبه المعالج:

- المعالج: هل تحب أن تأكل المالحوجو؟
- المصاب: نعم أنا أكون.
- المعالج: أود أن نتحدث عن مشكلتك؟

- المصاب: نعم، أنا لا أرغب في هذا الطعام.
- المعالج: ما هي المشكلة التي تعاني منها؟
- المصاب: سأقول لهم...

د. **حبسة التسمية Anomic Aphasia**: يكون هذا النوع من الحبسة الكلامية مصاحبا لحبسة بروكا، ومن أبرز مظاهره عدم قدرة الشخص على استرجاع أسماء الأشياء أو الصور عندما يطلب إليه تسميتها، على الرغم من معرفته لوظيفتها وكيفية استخدامها، لذا يقوم بالحديث عن وظيفتها وكيفية استعمالها بدلا من تسميتها. مع العلم أن نطق الشخص وقدرته على الاستيعاب تكون طبيعية إلى حد كبير. (عمارة وآخرون، 2000، شقير، 2002).

تلك التي تعرف أيضاً بأفازيا النسيانية وفي هذا النوع فإن المصاب يجد صعوبة في تسمية الأشياء، فإذا عرضنا عليه مجموعة من الأشياء المألوفة وطلبنا منه تسميتها فإنه قد يشير إلى استعمالها عوضاً عن أسمائها، وهذا الاضطراب لا يشمل فقط الأشياء المرتبطة بل يشمل أسماء الأشياء المسموعة، أو الملموسة، وتبقى قدرة المصاب على تذكر الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة سليمة، ويبقى قادراً أيضاً على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه، فلذا قدم للمريض كرسي وسألناه عن اسمه لا يستطيع تذكر كلمة (كرسي) وربما أمكنه إدراك وظيفته الكرسي واستعمالته، وإذا سئل المصاب هل هذا منضدة، أم كتاب أم كرسي، فإنه يجيب الإجابة الصحيحة، ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه ذلك.

وعلى الرغم من أن هذه الصعوبة موجودة لدى المصابين بمعظم أنواع الأفازيا، إلا أن الصورة النقية من أفازيا تسمية الأشياء تنتج من إصابة المنطقة القشرية التي تقع بين الفص الصدغي، والفص الجداري، والفص القفوي - وهي المنطقة التي تسمى التلغيف الزاوية وأن المصاب بالصورة النقية من أفازيا تسمية الأشياء، لديه الإمكانية على الفهم العادي، كما يمكنه التحدث بصورة طبيعية وتلقائية إلى حد كبير في أثناء حديث غير رسمي.

ويعتقد الباحثون أن هذه الأفازيا تحدث نتيجة تقطع الترابطات الموجودة بين قنوات حسية مختلفة (أي بين مناطق مختلفة في المخ) التي تعتبر أجزاء داخلية في قدرة الفرد على تسمية الأشياء. وقد تظهر الأفازيا النسيانية لدى من يعانون من مرض الزهايمر.

٥. الأفازيا الشاملة أو الكلية: يشير هذا النوع من الأفازيا إلى العجز الشديد في كل الوظائف المتعلقة باللغة. ففي هذا النوع من الأفازيا نجد أن قدرة الشخص المصاب على الفهم وإنتاج الكلام معيبة أو لا توجد نهائياً. ولكنه قد يستطيع التواصل مع غيره عن طريق الإشارات أو الرموز، كأن يستخدم صوراً بدلاً عن الكلمات، وحتى في هذه الطريقة قد يجد المصاب صعوبة في تنفيذها أو قد لا تنجح كلياً.

وهذا النوع من الأفازيا ينتج عن إصابة واسعة في نصف المخ الأيسر تغطي معظم المناطق التي يعتقد أن لها دوراً في فهم وإنتاج اللغة. فهذا الشكل من الأفازيا الكلية يحدث بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ، وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي و المتجه نحو الذراع، والساق، والأطراف وأعضاء النطق، ومثل هذه الإصابة تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف كرة المخ المسيطر، ويمكن أن تحدث نفس الأعراض بسبب الالتهابات، والتزيف الدماغية، الذي يؤدي إلى حرمان المنطقة المصابة من التغذية والأوكسجين اللازم.

٦. الأفازيا التوصيلية: يتسم هذا النوع من الأفازيا بعدم قدرة المصاب على إعادة ما يسمعه بصوت عال. بالإضافة إلى كون الكلام التلقائي لهذا المصاب ليس إلا رطانة لا معنى لها غالباً (كما في أفازيا فرنيكة)، ولكن على عكس أفازيا فرنيكة، فإن قدرة المصاب على فهم الكلام المنطوق والكلام المكتوب تظل إلى حد كبير سليمة. وإن هذه الأعراض إذن يمكن شرحها على أنها ناتجة من فصل مراكز الاستقبال عن مراكز التعبير اللغوي في المخ؟ وفي الحقيقة، فإن الإصابة التي تلحق بالمسار العصبي المسمى الحزمة القوسية التي تصل بين مناطق بروكا وفرنيكة وجدت فعلاً في مثل هذه الحالات.

ز. الأفازيا الممتدة (أو العابرة لمناطق القشرة): ويحدث هذا النوع من الأفازيا نتيجة إصابة المنطفة القشرية، ولكن هذه الإصابات تبقى على مراكز أو مناطق الكلام وكذلك المسارات الموصلة بينها سليمة، ولكن هذه الإصابات تعزل هذه المراكز أو المناطق عن بقية المخ. فإذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة فرنيكة عن بقية أجزاء المخ فتسمى "الأفازيا الحسية المعزولة" بينما إذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة بروكا فتسمى (أفازيا مختلطة ممتدة).

وتوجد في أنواع الأفازيا الثلاثة المذكورة درجات متباينة من مشاكل فهم وإنتاج الكلام تلقائياً. ومثل هؤلاء المرضى يستطيعون أن يعيدوا-يكرروا-بصورة جيدة ما يقال لهم، وهي حالة تسمى صدى الكلام (أو البيغاوية). وبقاء القدرة على إعادة ما يقال سليمة في هؤلاء المرضى، هو ما يميز الأفازيا الممتدة عن أفازيا بروكا، وأفازيا فرنيكة، والأفازيا التوصيلية حيث القدرة على إعادة الكلام معيبة في هذه الأنواع الثلاثة الأخيرة.

ويشير السرطاوي وأبو جودة (2000) إلى أن أداء المرضى المصابين بالسكتة اللغوية يتسم بما يلي:

1. الاستيعاب السمعي:

- يظهرون ضعفاً واضحاً في استيعاب ما يسمعون، وقد لا يفهمون الأوامر الموجهة إليهم، كما أنهم قد لا يستطيعون تسمية أشياء تطلب منهم.
- الخلل في الكلمات المشابهة في المعنى أو في اللفظ؛ وذلك بسبب الاستيعاب المتدني.

2. القراءة:

- قد يظهرون عجزاً في تمييز ومعرفة الكلمات المكتوبة؛ وقد يقرؤون الكلمات ولكن بدون فهم.
- تبدو الكلمات المألوفة لهم قبل الإصابة وكأنها كلمات غير مألوفة.
- يظهرون بطئاً في القراءة إلى جانب الأخطاء فيها.

3. الكلام:

- قد يعانون من صعوبات في إيجاد الكلمة المناسبة عند الحاجة إليها.
- استبدال كلمة بأخرى ولكن من نفس المجموعة المعنوية فقد يستبدل كلمة ملعقة بسكين.
- قد يعانون من صعوبة في التعبير عن أنفسهم بشكل مباشر.
- قد يلجأون إلى حذف الكلمات الوظيفية من كلامهم وهذا يعني استخدام كلام التلغراف.

4. الكتابة:

- قد ينسون شكل الحروف.
- قد يكتبون كتابة عكسية.
- قد يحذفون أو يستبدلون بعض الحروف.
- قد يظهرون أخطاء في الكتابة الإملائية.
- قد يكتبون ببطء شديد.

5. الإشارات:

- قد لا يفهمون المقصود بالإشارات.
- قد يظهرون عجزاً في التواصل عن طريق الإشارات.

كما يصنف الأطفال المتخلفين عقلياً بأنهم يعانون من اضطراب في الكفاءة اللغوية، فيندرج عدد كبير من الأطفال ضمن هذا الصنف، وقد درست منك Menyruk (1971) إنتاج اللغة ومحاكاتها لدى كثير من الأطفال الذين تم تصنيفهم على أنهم يمارسون كلاماً طفلياً Childish speech، وقد وجدت أن صفات معظم الأطفال الذين درستهم يقعون ضمن هذا الصنف على النحو التالي: لا يستطيع طفل الثالثة والسادسة الذي يمارس الكلام الطفلي ممارسة كلام الطفل العادي البالغ من العمر عامين فقط؛ فلديهم قواعد لغوية خاصة بهم (تختلف عن العادية)، ومع ذلك فهم لا يعانون من تأخر بسيط في اكتساب اللغة فحسب، بل أكثر من ذلك فقد

اكتسبوا حصيلة لغوية معينة حتى الثالثة ولم يطرأ عليهم تغير يذكر بعد ذلك حتى السادسة.

وجميع الحالات التي درستها منيك لم يكونوا متأخرين في الكلام فقد اكتسبوا بعض الكلام، ولكنه غير عادي، فهو مضطرب بغض النظر عن سن الطفل.

وترى منيك أنه من ناحية إنتاج اللغة فإن هؤلاء الأطفال قد ثبتوا عند مرحلة نمو معينة، فلا يمكن أن نلاحظ أي تقدم في النمو اللغوي لديهم؛ فمثلاً لا يختلف الكلام المضطرب لدى طفل في الثالثة، عن الكلام المضطرب لدى طفل في السادسة من العمر. وعندما نطلب من هؤلاء الأطفال إعادة جملة معينة فإنهم قد يرددون بعض كلماتها، أول كلمة، أو آخر كلمة فقط... الخ.

وقد يستطيع هؤلاء الأطفال تكرار ما يسمعونه، دون إنتاج تلقائي للغة... وبعضهم قد يفهم اللغة دون كلام، أو قد ينتج الكلام في صورة غير مفهومة، أو يفتقر إلى الترتيب أو التنظيم. وقد يفترض المعالج أن هؤلاء الأطفال يمكنهم السير خلال مراحل النمو اللغوي العادي... ولكن يبدو أنهم يمرون بمراحل خاصة بهم، قد تختلف من طفل إلى آخر.

ويضم هذا الصنف أطفالاً يعانون من ببطء معدل النمو اللغوي، وقد يشمل ذلك جوانب أخرى مثل: المهارات الحركية، والتوافق الاجتماعي، والقدرة العقلية... وربما يكونون من المتخلفين عقلياً، أو المتأخرين في النمو.

كما أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الكلام يتدرجون ضمن هذا الصنف، أكثر مما يتصفون بعدم نمو اللغة أو عدم الكفاءة اللغوية.

وبصورة عامة؛ يمكن وصف السلوك اللغوي للأطفال المتأخرين في الكلام على أنه مماثل السلوك اللغوي لأقرانهم العاديين، ما عدا أنه غير مناسب لعمرهم الزمني. فالعلاقة بين الفهم والحكاية والإنتاج مماثل العلاقة بين هذه الجوانب لدى الأطفال العاديين، فهم يمرون بمراحل النمو اللغوي العادية - كلمة، كلمتان... جملة... الخ. بيد أن لغتهم مماثل لغة الأطفال العاديين الأصغر منهم؛ مثلاً الطفل البالغ من العمر أربع سنوات قد تكون لغته مماثلة لطفل عمره عامين فقط.

الأطفال الموهقين تفويماً

إذا كانت مشكلات الأطفال الذين ينتمون إلى الأصناف الثلاثة السابقة خلقية، فإن الأطفال الذين يندرجون ضمن هذا الصنف قد تمت لغتهم بصورة طبيعية إلا أنها تعرضت للإعاقة بسبب المرض، أو نتيجة لحادث أو غيره من الإصابات. فقد يصاب الطفل بالتهاب في المخ أو يتعرض لحادث يؤثر على المخ أو السمع.

وإذا ما حدثت مثل هذه الأشياء للطفل في المرحلة المهد (أي قبل تعلم اللغة) وتعتبر مشكلته اللغوية خلقية. وإذا حدثت بعد مرحلة فهم الكلام أو إنتاجه فإن ذلك يؤثر على عملية تعلم اللغة، ومن ثم يطلق عليه اضطراباً مكتسباً.

وهناك عاملان يجب أخذهما في الاعتبار عند فحص وتشخيص اضطراب اللغة المكتسب هما:

أ. درجة الفقد الوظيفي الذي تعرض له الطفل.

ب. مستوى النمو اللغوي الذي وصل إليه الطفل قبل الإعاقة. وتجدد الإشارة إلى أن الإصابة المخية تؤثر كثيراً على الأداء الوظيفي للطفل مقارنة بالإصابات الأخرى، ومن ثم يكون تأثيرها كبيراً على نموه اللغوي.

كما أن الفقد الحاد في القدرة السمعية يؤثر على لغة الطفل أكثر من الفقد البسيط أو المتوسط، حيث توجد بقايا سمع يمكن أن تساعد كثيراً على تعلم الكلام الشفهي. وكذلك فإنه كلما كان الطفل أكبر في السن عند الإصابة بالإعاقة السمعية كان تأثيرها عليه أقل مما لو كان صغيراً، حيث يكون قد اكتسب حصيلة لغوية مناسبة للتواصل مع الآخرين رغم أعاقته. كما أن قدرتهم على فهم الكلام (سواء لغة الإشارة أو قراءة الشفاه) تفوق كثيراً أقرانهم ممن أصيبوا في مرحلة مبكرة من حياتهم. أما في حالة الإصابة المخية فالصورة قد تنعكس تماماً، حيث أنه كلما كان العمر الزمني للطفل أصغر كانت فرصته أكبر في تعلم اللغة فيما بعد، حيث يكون مخه مرناً وقابلاً للتكيف.. وكلما تقدم الطفل في العمر تقل مرونة مخه، ومن ثم تكون الفرصة أكبر لكي تحدث الإصابة المخية تأثيراً دائماً على السلوك اللغوي له.

وبصورة عامة فإن تأثير الإصابة المخية على لغة الطفل يعتمد أساساً على درجة الإعاقة ومدى تأثيرها على مخ الطفل. (الشخص، 2006: 200 - 2004).

السمات العامة للطفل المتأخر لغوياً

1. مشكلات اللغة الاستيعابية:

- فشل الطفل في فهم الأوامر.
- ظهور الطفل وكأنه غير متنبه.
- إظهار الطفل صعوبة في فهم الكلمات المجردة.
- الاختلاط في المفاهيم

2. مشكلات اللغة التعبيرية:

- المحدودية في عدد المفردات.
- عدم التضجج في الكلام.
- عدم استغلال الخبرات السابقة.
- رفض الطفل الكلام.

3. السمات الاجتماعية والوجدانية:

- الإحباط.
- الشعور بالذنب.
- العدوانية أو الانعزالية -القلق.
- اختيار الأصدقاء ممن هم أقل من عمره.

4. السمات الجسمية:

- نمو الأسنان.
- انشقاق الحلق.
- الحساسية المفرطة في الجهاز التنفسي - فقدان السمع.....الخ. (مطر، 2004.188).

الخدمات التي يقدمها أخصائي الكلام واللغة والأخصائي السمعي تتمثل على النحو التالي:

1. الكشف وتستخدم هنا مقاييس لها معايير مقننة لأغراض إجراء تشخيص كامل لهم وقد يكون مجتمعا كاملا مستهدفا بالكشف أو ربما مجموعة صغيرة.
2. التشخيص والتقييم ويشخص هنا الأفراد الذين اظهروا أعراضا لاضطرابات التواصل في الاختبارات الكشفية أو الذين أحيلوا من قبل أسرهم للبحث عن إمكانية وجود مشكلة إعاقة.
3. العلاج وتهدف الخدمات العلاجية إلى مساعدة المريض لتحقيق تواصل اقرب ما يكون إلى الوضع الطبيعي وإكسابه استراتيجيات تعويضية للإعاقة غير المعالجة وخفض المحددات والعوائق التي تحول دون إقامة التواصل الفعال.
4. الإرشاد ويساعد المريض في الإرشاد من خلال زيادة وعيه بالجوانب الأخرى التي تحتاج إلى مساعدة مثل الحاجة إلى علاج نفسي أو تأهيل مهني أو خدمات التربية ومساعدة الأسرة.
5. الاستشارة وتقديم خدمة الاستشارة بشكل خاص إلى الأخصائيين المهنيين الآخرين وذلك لزيادة فهمهم باضطرابات التواصل ودور الأخصائيين الآخرين في علاج اضطرابات الكلام واللغة والسمع وخدمة مرضاهم. (Flower,1994). (الزريقات، 2005).

قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية

المرحلة الأولى: مرحلة التعرف المبني على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية

وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون والمعلمات مظاهر النمو اللغوي وخاصة مدى استقبال الطفل للغة وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي كالتأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام أو قلة الحصول اللغوي الخ وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

المرحلة الثانية، مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية يتم تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق واللغة كالأذن والأنف والحنجرة والصوتية واللسان والحنجرة.

المرحلة الثالثة، مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية

وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويلهم إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية والسمعية والشلل الدماغي وصعوبات التعلم وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت قبل قليل وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها ويستخدم ذوو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية أو السمعية أو الشلل الدماغي أو صعوبات التعلم.

المرحلة الرابعة، مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية

1. اختبار الينوي للقدرات السيكلوغوية. والذي يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة.
 2. اختبار ماينكل بست لصعوبات التعلم ويتكون هذا الاختبار من 24 فقرة موزعة على خمسة أبعاد وقد تم تطوير هذا المقياس على عينة أردنية.
 3. مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ويتألف هذا المقياس من 81 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:
- أ. الاستعداد اللغوي المبكر.

ب. التقليد اللغوي المبكر.

ج. المفاهيم اللغوية الأولية.

د. اللغة الاستقبلية.

هـ. اللغة التعبيرية.

وقد استخرجت لهذا المقياس دلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة الأردنية
الروسان جزار 1995 وهناك اختبارات يذكرها كومبتن 1980 هي:

- اختبارات دويترويت للاستعداد للتعلم.
- اختبارات سلنقر لاند المبدئي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحددة.
- اختبار فشر لوقمان للكفاءة النطقية.
- اختبار الاستيعاب السمعي للغة.
- مقياس كومبتن الصوتي (الروسان، 2001، 256-259).

الخصائص السلوكية والتعليمية للأطفال المضطربين لغويا

1. الخصائص الأكاديمية والتحصيلية المعرفية

كما أن التحصيل الدراسي يتأثر بشكل كبير بتقدم اللغة أو بطئها أو اضطراباتها
فإن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات في المجالات التالية:

- أ. الفهم.
- ب. الاستيعاب.
- ج. التذكر.
- د. الاستدلال.
- هـ. الحكم.
- و. الحصول على تغذية الراجعة.
- ز. الانتباه-التركيز.
- ح. مهارات الكتابة.

- ط. مهارات القراءة.
 ي. مهارات التركيب.
 ك. مهارات التحليل.
 ل. مهارات القياس.
 م. التعليم وانتقال اثر التدريب.
 ن. قلة الدافعية للدراسة.
 س. تدني مستوى التحصيل الدراسي.
 ع. تكرار تجارب الفشل.
 ف. عدم الانتباه والنشئت. (العزه، 2002، 184).

2. الخصائص العقلية

ويقصد بالخصائص العقلية أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة مثل مقياس ستانفورد بينيه أو وكسلر ويشير هلهان وزميله كوفمان 1981 إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقياس القدرة العقلية مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي يجعل ذلك الاستنتاج صحيحا إلى حد ما وعلى ذلك فليس من المستغرب أيضا أن نلاحظ تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على اختبارات التحصيل الأكاديمي مقارنة مع العاديين خاصة إذا أضفنا أثر العوامل النفسية والاجتماعية في تدني التحصيل الأكاديمي لديهم.

3. الخصائص الانفعالية والاجتماعية

ويقصد بالخصائص الانفعالية والاجتماعية تلك الخصائص المرتبطة بموقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم ومن موقف الآخرين منهم ويسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلم أو الشلل الدماغي فليس من المستغرب أن نلاحظ تماثل خصائص

ذوي الاضطرابات اللغوية مع خصائص الأطفال الذين يمثلون تلك الإعاقات من النواحي الانفعالية والاجتماعية وإذا ما تذكرنا الأسباب النفسية المؤدية إلى الاضطرابات اللغوية فيمكن ذكر الخصائص الانفعالية والاجتماعية لدى الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية مثل الشعور بالرفض من الآخرين أو الانطواء والانسحاب من المواقف الاجتماعية أو الإحباط والشعور بالفشل أو الشعور بالنقص أو بالذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين أو العمل على حماية أنفسهم بطريقة مبالغ فيها أو ما يعبر عنه باسم الحماية الزائدة.

البرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية

يقصد بالبرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية طرق تنظيم برامج الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وتحديد نوعية تلك البرامج وتعتبر مراكز الإقامة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم تلك البرامج حيث تقدم لهؤلاء الأطفال والذين يمثلون في الغالب الإعاقات العقلية أو السمعية أو الانفعالية أو الشلل الدماغي أو صعوبات التعلم برامج صحية واجتماعية وتربوية في المراكز نفسها يلي ذلك مراكز التربية الخاصة النهائية ثم الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية ثم دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية في الصفوف العادية وهو يمثل الاتجاه التربوي الحديث في تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية ومهما كان شكل تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية فلا بد وأن تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية في تعلمهم وهي:

- أ. مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائين في تعلم اللغة واضطراباتها وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم.
- ب. مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات وفق مبادئ تعدي السلوك وأساليبه ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساسا على أساليب تعديل السلوك والمثلة في أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد الخ.

ج. مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها وتبدو مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية والعمل ومع الطلبة أنفسهم على اختيار الموضوعات المحببة أو المشوقة للأطفال إذ يعمل ذلك على تشجيع الأطفال على الحديث عن تلك الموضوعات كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية.

د. مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبولهم وخاصة الأطفال ذوي المشكلات اللغوية المتمثلة في التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام.

هـ. مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية وخاصة مشكلات التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام.

و. مهارة تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة ويقصد بذلك تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح أو العمل على تقليد النماذج الكلامية الصحيحة وتعزيزها وخاصة إذا ما استخدم أسلوب تحليل المهارات المصحوب بالتعزيزات الايجابية.

ز. مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والسمعية والانفعالية والشلل الدماغي وصعوبات التعلم والذين يظهرون اضطرابات لغوية وخاصة فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الإشارات أو النماذج الكلامية.

ويذكر (الروسان، 2000) في كتابه مقدمة في الاضطرابات اللغوية عددا من أساليب تدريس المهارات اللغوية وفق أسلوب الخطة التعليمية الفردية حيث تضمن ذلك الكتاب 120 هدفا تعليميا في المهارات اللغوية (الروسان، 2001، 259-261).

المبادئ العامة لعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية

يتطلب العلاج اشتراك عدد من الأخصائيين في التشخيص والعلاج ويجب أن يشمل أخصائي النطق ومعلم التربية الخاصة ومتخصصين آخرين في مجال الإعاقات الأخرى التي قد تكون مصاحبة للإعاقة السمعية ولكي يكون العلاج مجديا يجب

التعرف على خصائص هؤلاء الأطفال التعليمية فهم يختلفون عن العاديين في مستوى التحصيل الأكاديمي وتدني قدراتهم العامة وقلة تواصلهم الاجتماعي مع الآخرين.

معالجة مشكلات اللغة والكلام

يهدف العلاج إلى تطوير العمليات الضرورية لنمو المهارات الكلامية واللغوية وتمكين الفرد من القيام بمهارات الاتصال تدريجياً والانتقال من البسيط إلى المعقد وللتعامل مع هذه الصعوبات يجب إتباع ما يلي:

1. تعليم الطفل الأصوات وقاتها وفق تطورها الطبيعي.
2. تعليم الطفل المفاهيم اللفظية واللغوية تبعاً لتسلسلها الزمني الطبيعي.
3. تعليم الطفل قواعد تشكيل الكلمات والجمل وتعليمه البناء اللغوي.
4. التأكيد على وظائف التواصل ومستوياتها وفق تسلسلها الطبيعي.
5. توفير الفرص الكافية لتعميم الاستجابات المتعلمة ونقل اثر التدريب من الوضع التدريبي إلى الأوضاع الأخرى للمواقف الكلامية المختلفة.
6. استخدام التعزيز الإيجابي.
7. الاهتمام بتعلم الطفل الأصوات والكلمات والجمل المهمة له لنجاحه في التواصل الاجتماعي.
8. تعليم الطفل الأصوات والكلمات والجمل الأقل صعوبة بالنسبة له.
9. تطوير أصوات وكلمات الطفل وجمله التي يستخدمها بشكل صحيح.
10. التركيز على تطوير الأصوات الكلامية التي تساهم بشكل واضح في تحسين مستوى وضوح كلام الطفل.
11. تطوير المفاهيم اللفظية واللغوية لدى الطفل التي تساهم في تحسين مستوى قابليته للتعلم.
12. الاهتمام بتطوير المهارات التي تزيد من احتمالات تقبل الآخرين للطفل.
13. تكييف بيئة الطفل لاكتساب المهارات الكلامية اللغوية الوظيفية.
14. مساعدة الطفل على استخدام المهارات المفيدة عملياً للتواصل مع الآخرين.

15. ممارسة لعب الدور واستخدام الدمى وسرد القصص.
 16. استعمال التعزيز الايجابي وتشكيل وتسلسل السلوك اللفظي لدى الطفل.
 17. تقديم التغذية الراجعة لاختصاصي الكلام واللغة حول قدرة الطالب على استخدام المهارات الكلامية واللغوية.
 18. توفير بيئة صفية داعمة ومنتظمة لطبيعة اضطرابات اللغة.
- ما هي المهارات التي يجب تعليمها للطفل المضطرب لغوياً؟
- أ. استخدام المصاصة لتناول الشراب لتدريبه على التنفس.
 - ب. الشرب في الفئجان = المضغ.
 - ج. الانتباه للأصوات وإصدارها وتغيير طبقة الصوت وتقليد أصوات الآخرين.
 - د. المبادرة في إظهار الأصوات.
 - هـ. تعليمه مهارة التعبير بكلمة وكلمتين ومن ثم الكلمات والجمل.
 - و. تعليمه مهارة إصدار الأصوات ولفظ الكلمات.
 - ز. تعليمه مهارة إصدار كل الأصوات الكلامية بوضوح.
 - ح. تعليمه مهارة اكتساب ذخيرة لفظية غنية لإرسال رسائله اللغوية.
 - ط. تعليمه مهارة استيعاب قواعد الإعراب والصرف.
 - ي. تعليمه اللغة للتعبير عن الحاجات والمشاعر والإدراك.
 - ك. تعليمه مهارة التمييز السمعي.
 - ل. تعليمه مهارة الذاكرة السمعية المتسلسلة.
 - م. تعليمه مهارة تذكر الكلمات بالسرعة المناسبة.
 - ن. تعليمه مهارة استخدام الصوت الصحيح.
 - س. تعليمه مهارة استخدام الصوت بوضوح وبشدة مناسبة.
 - ع. تعليمه استخدام الصوت الموسع في كافة المواقف.
 - ف. تعليمه استخدام الصوت دون اللجوء إلى استعمال الأنف.

ص. تعليمه التكلم بمستوى مقبول من الطلاقة.

ق. تعليمه التكلم بدون تردد. (العزه، 2001، 158-161).

السلوكيات اللغوية المستهدفة في العلاج

تعتمد القاعدة العامة في تحديد السلوكيات المستهدفة على الطفل المضطرب لغوياً. ويعتمد الاختيار الرئيسي للسلوكيات اللغوية المستهدفة على المخزون اللغوي الموجود لدى الطفل وعلى السبب الرئيسي أو الحالة المرتبطة بالمشكلات اللغوية، وهذا ينطبق على الأطفال والمراهقين في آن واحد كارتباطها مثلاً بالتخلف العقلي أو التوحد أو الإعاقة السمعية والإعاقات الجسدية أو غيرها. كما أن التحليل المناسب لنتائج التقييم يساعد كثيراً في اختبار السلوكيات المستهدفة الرئيسية وتعرض المناقشة التالية هذه السلوكيات:

1. المفردات الرئيسية Basic vocabulary: فقد تكون الأهداف اللفظية لدى العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من تأخر لغوي مجموعة من الكلمات. وفيما يلي مجموعة من الخطرات المتبعة في عملية اختيار المفردات الرئيسية للعلاج أو التعلم:
 - أ. الكلمات الملموسة أو الحقيقية التي تستعمل لتسمية أشياء أو أفعال محددة. ففي المرحلة الأولى علينا أن لا نختار كلمات عامة فعلى سبيل المثال لا نعلم الطفل في البداية الكلمات مثل: ألعاب، طعام، ملابس، وبدلاً من ذلك علينا تعليمهم كلمات متعددة مثل: سيارة، حليب، قميص.
 - ب. أسماء الأشياء فعلينا تعليم أسماء الألعاب التي يلعبها الطفل مثل (سيارة، شاحنة، باص، منطاد، قطار.. الخ).
 - ج. أسماء الحيوانات فعلينا تعليمه أسماء الحيوانات ومن ثم عرضها في قصص لتوسيع مفردات الطفل وتعليم بناء الجمل.
 - د. الأفعال حيث يتعلم الأفعال الشائعة الاستخدام مثل (ركض، قفز، مشى، ضحك، ابتسم، شرب).

٥. الصفات لوصف الأشخاص والأشياء مثل (كبير، صغير، قصير، أحم، أخضر) لتستعمل لاحقاً في كلام الطفل.

٦. الكلمات المرتبطة بثقافة الطفل ولغته. فمع كل الحالات علينا استخدام كلمات مناسبة للخلفية الثقافية واللغوية للطفل.

2. أشباه الجمل Phrases: يعلم أشباه الجمل عندما يستطيع الطفل إنتاج كلمات مفردة عديدة. ففي البداية نعلم أشباه جمل مكونة من كلمتين، ومع تقدم الطفل في إنتاج أشباه الجمل من هذا المستوى فإننا نتنقل إلى مستويات أعلى فزيد عدد الكلمات المستخدمة في أشباه الجمل في أقوال الطفل ونهيته لتعلم أدوات الصرف والنحو في اللغة. وفيما يلي الخطوات المتبعة في تعليم أشباه الجمل كسلوك لغوي مستهدف:

أ. أشباه الجمل البسيطة فبعد تعلم لطفل الكلمات الرئيسية فإننا نتنقل إلى تعليمه أشباه جمل بسيطة مثل تعلم أشباه جمل من كلمتين في البداية في أقوال الطفل والتي تتضمن الصفات والأسماء التي ينتجها الطفل مثل (الكرة كبيرة، السيارة صغيرة، القميص أحم).

ب. أشباه جمل ذات كلمتين مثل توحيد الأسماء والأفعال التي تعلمها الطفل، فقد تدرس أشباه جمل مثل (يركض الطفل، تقفز ناديا، يأكل الطفل).

ج. أشباه جمل مكونة من كلمتين أو ثلاث كلمات، وتكون أشباه الجمل هذه من المخزون اللغوي المفرداتي الذي يمتلكه الطفل، فالأوامر قد تكون استجابات مستهدفة مناسبة مثل. تريد حليب، عصير أكثر، الكيكة المفضلة) وقد تتضمن السلوكيات المستهدفة أفعالاً وأسماء مثل (ضرب الكرة، ضرب الطفل الكرة، يغسل السيارة.. الخ).

3. الأدوات الصرفية والنحوية Morphological and syntactic: يبدأ تدريب الطفل على الصرف عندما يستطيع إنتاج أشباه الجمل، ونستمر خلال تدريب الطفل في تعليم كلمات جديدة وأشباه جمل متعددة الكلمات لتوسيع مخزون الطفل اللفظي، ولتحتاج في تعليم التراكيب الصرفية إلى تعليم وحدات كلامية

Morphemes قواعدية كثيرة. وفيما يلي الخصائص الصرفية المستهدفة في التدريب:

أ. الخصائص الصرفية المستخدمة أو المساعدة في المخزون اللغوي، ويجب أن تكون الاستجابات المختارة مفيدة للطفل وبالتالي يمكن إنتاجها وتعزيزها في البيت.

ب. أحرف الجر مثل (من، إلى، عن، على) وضمائر الملكية، والماضي .. الخ.
ج. الخصائص الصرفية التي تساعد في توسيع أشباه الجمل متعددة الكلمات إلى خصائص نحوية صحيحة أو جمل تامة فتوسع أشباه الجمل البسيطة إلى أشباه جمل طويلة وذلك بإضافة خصائص قواعدية إضافية مثل استخدام الأفعال المساعدة وتوسيع أشباه الجمل إلى جمل.

د. الضمائر Pronouns. مثل (هو يأكل، هي تمشي، هذا جاكيتي، .. الخ)
هـ. الوحدات الكلامية والقواعدية الأخرى والتراكيب النحوية، ولختار ما يساعد لتكوين الأشكال المعقدة للجمل مثل تعليم التساؤلات (من، ماذا، أين، لماذا، كيف، متى) وجمل النفي التي تستخدم لا، لا شيء... الخ).

و. الوحدات الكلامية والقواعدية والتراكيب النحوية المناسبة للخلفية الثقافية واللغوية للطفل، حيث تختار وحدات كلامية وتراكيب صرفية معروفة جداً ومناسبة لثقافة الطفل ولغته.

4. الوحدات الوظيفية واستعمالاتها الاجتماعية **Functional Units and their social use**: يتمثل الهدف الثاني في التدخلات العلاجية اللغوية في تعزيز الكلام والمحادثة المناسبة في الأوضاع الطبيعية. وهنا لابد من تعليم الوحدات الوظيفية واستعمالاتها الاجتماعية وهنالك معنيان مختلفان للوحدات الوظيفية التي لها أهداف مختلفة للمتكلم وتؤثر في المجتمع وأحياناً نسميها أفعال الكلام حيث قد تعبر الوحدات الوظيفية عن مشاعر وحاجات تحكم الأشخاص الآخرين وتأسيس تواصل وغيرها. وتتضمن بعض الوحدات الوظيفية أقوالاً لجذب الانتباه وطلب المعلومات وإعطاء المعلومات وطلب الأفعال، والاستجابة للأوامر وتشتمل

التركييب البراجماتية المتصلة بالمحادثة على موضوعات الاستهلال أو الابتداء والحفاظة وأخذ الدور والإصلاح الكلامي، وكما نرى فإن الوحدات الوظيفية لا تعتمد على تركيب اللغة مثل الوحدات الصفية والنحوية، وبدلاً من ذلك فهي تعتمد على ما نفع لكل من المتكلم والمستمع.

والأساس المنطقي للتحليل السلوكي هو أن الوحدات ذات المعنى للغة ليست تراكييب ولكنها وحدات سبب ونتيجة فآية وحدات وظيفية تصف ماذا يقول المتكلم ولماذا قال ذلك وما هو أثر ذلك على المستمع، فالوحدات الوظيفية حدث تنتج في ظله النتائج التي تتبعها، وتعرف الوحدة الوظيفية للسلوك اللفظي بعلاقة مسببة بين القول والمثيرات السابقة له قد يكون حدثاً في البيئة أو دافعاً داخلياً للمتكلم (مثل الجوع أو الألم) والنتيجة في تأثير القول على المستمع. وكل من الوحدات الوظيفية أو البراجماتية والتحليل السلوكي لها وحدات كلامية ذات معنى كما هي منتجة في ظروف محددة لإحداث تأثيرات محددة. فإذا كان الكلام مفيداً، فهذا يكون بسبب تأثيرها على الشخص فتبدو اللغة هنا عبارة عن الأداة التي تحقق من خلال شيء ما. لذلك فإن الأطفال المضطربين لغوياً لديهم قصور أو عيوب تحدد قوة هذه الأداة الاجتماعية ومن هنا فإن التدخلات العلاجية اللغوية يجب أن تدرس أولاً مهارات المحادثة التي تعطي الطفل فرصة للتعبير عن نفسه والتأثير على الآخرين. وفيما يلي تصنيفات اللغة الوظيفية أو البراجماتية:

أ. المطالب: ويقسم الطلب أو الأمر إلى فعل ومعلومات وأشياء وغيرها. وتحلل المطالب أو الأوامر في التحليل السلوكي إلى وحدة استجابة وظيفية مفردة تسمى مطالب (Mands) فعندما ينفذ الطفل أنواع محددة من الأوامر فإن الأنواع الأخرى من المطالب تنفذ بدون تدريب إضافي. وهذا يحدث فقط عندما يستطيع الطفل إنتاج الكلمات الرئيسية للقيام بإجراء طلب. وإذا لم يستطع الطفل فإنه يجب أن يختار الكلمات أولاً ثم تعليم مطلب أو اثنين ومن ثم نرى فيما إذا كان الطفل قادراً على إنتاج أنواع أخرى من المطالب.

ب. العبارات الوصفية: الأطفال والكبار والمضطربون لغوياً غالباً ما تكون قدراتهم محدودة في وصف الأحداث في بيئاتهم فقد لا يعلقون على أشياء أو موضوعات

تشير الكلام من معظم الأفراد. وتسمى العبارات الوصفية للموضوعات والأشياء باللباقة والكياسة (Tacts) في التحليل السلوكي ويعبر مثل هذه العبارات عن أهداف سلوكية مختارة لأغراض التعلم. وعند تعليمها يجب أن تتضمن بعض مهارات المحادثة الموصوفة لاحقاً.

ج. استهلال أو ابتداء الموضوع: يعاني الأطفال المضطربون لغوياً من مشكلات في استهلال أو ابتداء الحديث حول موضوع ما وتتطلب مهارة استهلال أو ابتداء الموضوع من الشخص أولاً أن يقدم الموضوع الجديد لغرض المحادثة. ولتسهيل ذلك على المضطرب لغوياً فإنه يكون من المناسب على المعالج أن يطرح أسئلة حول الموضوع لحث وتشجيعه على البدء بالحديث.

د. المحافظة على الموضوع: عند أو بدء الشخص بالحديث عن موضوع ما فإنه يكون مناسباً أن يكون الهدف اللاحق هو المحافظة على موضوع الحديث. فالأطفال المضطربين لغوياً لديهم صعوبات واضحة في الاستمرار بالحديث عن نفس الموضوع. فقد ينتقلون للحديث إلى موضوعات أخرى دون أن يتكلموا الكثير عنها. ولعلاج هذه الظاهرة فإنه يكون على المعالج أن يستهدف فترات طويلة من الكلام تدريجياً لتكون موضوعاً مستهدفاً في المحادثة.

هـ. أخذ الدور في المحادثة: تتطلب المحادثة من اثنين أو أكثر أن يأخذوا الأدوار في التكلم أو الاستماع، فالذي يشارك في المحادثة هو كل من المتكلم والمستمع ويعتبر الشخص الذي يلعب دوراً واحداً فقط بأنه شريك غير مناسب في المحادثة، وبالتالي يكون من المناسب تعليم الأطفال المضطربين لغوياً أن يلعبوا أدوار المتكلم والمستمع بطريقة اختيارية.

و. الإصلاح المحادثي: يتصف الأطفال المضطربون لغوياً بضعف قدرتهم على الطلب وإعادة ما قيل في حالة عدم فهم موضوع الرسالة أو المحادثة. وقد يكون هذا هو السبب المفسر لعدم استمراره في المحادثات عندما يتحدث. وفي الأوضاع الطبيعية فإن المستمع إذا لم يفهم ماذا يقال له فقد يستجيب بالشكل التالي. قل لي المزيد عن هذا الموضوع، أنا لا أفهمك، لو سمحت تكلم بصوت مرتفع

أكثر، وغيرها. ومثل هذه المطالب أو الحاجات تقترح على المتكلم أن يبسط كلامه أكثر وتغيير كلماته والتوسيع في عرض المعلومات. وتستخدم كل من ردود فعل المستمع وتعديلات المتكلم في الإصلاح المحادثي لذلك يجب تعليم الأطفال لغوياً مهارات طلب المعلومات والتوضيح وعبارة لا أفهم.

ز. مهارة الرواية أو السرد: تتطلب رواية الأحداث أو القصص أو الخبرات مهارات معقدة متماسكة وصحيحة. وقبل تعليم مهارة رواية الأحداث علينا تعليم مهارات أخرى مثل المفردات والمظاهر النحوية والخصائص الصرفية للغة.

ح. السلوكيات التواصلية البراجماتية المناسبة للثقافة: تتحد سلوكيات التواصل البراجماتية بالخلفية الثقافية. لذلك يجب اختيار خصائص برجماتية للتدريب فقط بعد تحليل أنماط التواصل الثقافية لغوياً. (الزريقات، 2005، 145-149، Hegde and Davis , 1995).

أثر الإضطرابات اللغوية على المظاهر التعليمية

إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من اضطرابات لغوية يعانون في سنوات ما قبل المدرسة من صعوبات في إتقان القراءة والكتابة في سنوات المدرسة الابتدائية، فالقدرة على النجاح في القراءة تتطلب قدرات مبكرة لا لتقاط الأصوات ومقابلتها وتحديد أجزائها في الكلمات وأشبه الجمل وإنتاج الإيقاع. أما الطلبة الذين لا يمتلكون وعياً في الوحدات الصوتية فهم معرضون للفشل القرائي، وبالتالي الكتابة والتعبير الكتابي. وللحد من هذه المشكلة لا بد من تحسين القدرات القرائية من قبل أخصائيي الكلام ومعلم التربية الخاصة، وتتناول الصعوبات الأكاديمية فيما يلي:

1. صعوبة القراءة

وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ المادة المكتوبة بشكل صحيح، والمتوقع قراءتها من هم في عمره الزمني، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه. فالعلاقة بين المشكلات اللغوية وصعوبات القراءة معقدة، حيث تتزايد الأدلة بأن الكثير من الطلبة الذين لديهم مشكلات في القراءة لديهم مشكلات في النمو اللغوي،

كما أن الفشل في تطوير مهارات لغوية لفظية كافية يكون سببا في فشل العديد من مجالات التعلم الأخرى.

وقد تم تحديد الدور المركزي للغة في القراءة وصعوباتها من خلال توضيح أنواع صعوبات القراءة التطورية، حيث يمكن وصف ثلاثة أنواع للاضطرابات اللغوية في صعوبات القراءة هي. الصعوبات الواضحة في القراءة، ضعف القدرة على القراءة، صعوبات القراءة غير المحددة.

فالصعوبات الواضحة في القراءة تشير إلى اضطراب لغوي في عملية تكوين الأصوات، وهي تشمل صعوبات إخراج الصوت الصحيح للكلمة بما فيها مشكلات في الترميز والاسترجاع واستخدام رموز صوتية من الذاكرة، وإضافة إلى ذلك يمكن ملاحظة صعوبات في إخراج الكلام والسوي ما وراء اللغوي لأجزاء أصوات الكلام. في حين أن ضعف القدرة على القراءة بشكل عام يمثل الضعف في استيعاب وفهم المقروء، بالإضافة إلى ضعف مهارات التعرف إلى الرموز. أما صعوبات القراءة غير المحددة فهي تظهر في ضعف استيعاب القراءة ومهارات الترميز المناسبة، بالإضافة إلى ضعف القدرات الصوتية والابتعاد الاجتماعي، وذلك نظرا لتعرض الطفل لطريقة إلزامية في تعلم القراءة في سن مبكر.

وفي هذا السياق قام (fawcett & Nicolson, 2000) بإجراء دراسة حول تطور مهارات القراءة لدى القراء العاديين وأولئك الذين يعانون من صعوبة في القراءة من تراوحت أعمارهم ما بين (7-50) سنة، وتوصلا في النتائج النهائية أن الضعف بالعمليات الأساسية الثلاثة والتي تتضمن معالجة أصوات الكلام والسوي بالقواعد النحوية والذاكرة العاملة يمكن أن تكون أساسا لصعوبات القراءة.

وهذا ينطبق على ذوي الاحتياجات الخاصة من المعوقين سمعيا والمعوقين عقليا الذين يعانون من اضطرابات في أحد مكونات اللغة الأساسية. ولعل هذا يؤكد لنا مدى علاقة كل من اضطرابات المستوى الصوتي والصرفي والدلالي بصعوبات القراءة، والذي يؤكد الدور الذي تلعبه في نمو المهارات الأكاديمية.

2. صعوبة الكتابة

وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها والمتوقع كتابتها من هم في عمره الزمني، فهو يكتب في مستوى يقل كثيرا عما يتوقع منه بطريقة غير مقروءة أو بطريقة عكسية، وكذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثم التعبير عنها، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أية مفردة بدلا من تلك الكلمة، حيث تجمع نظريات الكتابة إلى أن هناك محاور مهمة للغة المكتوبة هي: التعبير الكتابي Written expression، التهجئة Spelling، والكتابة اليدوية Handwriting، والاستيعاب.

وبما أن الكتابة هي لغة رموز وتمثيل مرسوم للغة الشفهية، نجد أن التعبير الكتابي يحتاج إلى قدرات لغوية ولحوية أكثر من اللغة المحكية. فالأطفال المضطربون لغويا يظهرون مشكلات في التعبير الكتابي تمثل في ترتيب الأحداث، ضعف الانتباه إلى الشخصيات والمشاعر والأهداف، كما يبدو خيالهم متقطعاً، بالإضافة إلى حذف الكثير من الأحداث والوقائع والتفاصيل، التي تؤثر بدورها على فهم القارئ للمادة المكتوبة.

أما فيما يتعلق بمهارات التهجئة والإملاء والكتابة اليدوية، والتي تشترك فيها مهارات كثيرة كالقراءة والاستيعاب اللغوي وسعة الذاكرة قصيرة المدى، فيواجه الأطفال المضطربون لغويا صعوبة فيها تمثل في النقل من السبورة أو فقدان موقع الكتابة ثم العودة إلى جملة غير صحيحة، أو حذف أجزاء من الكلمة أو الجملة، وتذكر الحروف الهجائية وغيرها. كما تظهر اضطرابات الاستيعاب في صعوبة إدراك الرسالة الشفهية، حيث تظهر لديهم مشاكل في تكوين الأسئلة أو الإجابة عليها كتابة، بالإضافة إلى ظهور مشاكل في تكوين الطلبات التوضيحية، وغيرها، ولعل ذلك يصب كله بالصعوبات التي يواجهونها أصلا في القراءة، والتي تعتبر الجزء الأساسي لتعلم الكتابة.

البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال المضطربين لغويا

لقد أشارت الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع (ASHA) إلى أن هناك أربعة أنواع من البرامج التي يمكن أن يوصى بها للطفل الذي يعاني من اضطرابات

لغوية، وهي مرتبة بدءاً من الأماكن التي تستدعي أكبر مشاركة ممكنة من أخصائي معالجة النطق واللغة إلى تلك التي تستدعي أقل مشاركة من قبله وهي:

أ. البرامج الذاتية: حيث يوضع الطفل ذو الاضطرابات اللغوية الشديدة في غرفة صفية خاصة، وتقدم له من خلالها خدمة مباشرة متكاملة أكاديمياً من قبل أخصائي معالجة اللغة والنطق طوال اليوم الدراسي، الذي يعمل كمعلم متخصص ويكون مسؤولاً عن كامل منهاج الصف بما يحتويه من مهارات إدراكية، اجتماعية وحركية إضافة إلى تحضير مهارات اللغة، وإن هذه الصفوف تحاول أن توفر أكبر قدر من الاهتمام الفردي.

ب. برامج شهرة المصادر: يقدم هذا النموذج خدمات مباشرة ومكثفة للأطفال المضطربين لغوياً، حيث يحضر الطفل في صفوف التربية النظامية أو الخاصة معظم اليوم، ولكنه يؤخذ يومياً إلى غرفة المصادر ليقضي فيها حصة أو أكثر بحيث يصل مجموع ساعات خدمات النطق واللغة أسبوعياً إلى خمس ساعات، ويمكن استخدام هذا النموذج مع الأطفال الذين يعانون من أي مستوى من الشدة، حيث يعمل أخصائي معالجة النطق واللغة على معالجة المشكلات من خلال التدخل الفردي أو الجمعي.

ج. البرامج المتنقلة: وهي تمثل أكبر البرامج المستخدمة من قبل أخصائيي اللغة والنطق، وفيها يتلقى الطفل خدمات من قبل الأخصائي إضافة إلى البرنامج الأكاديمي العادي في صفه، ومع أن هذا البرنامج يتضمن انتقال أخصائي معالجة النطق واللغة من مدرسة إلى أخرى، إلا أنه ليس من المستغرب أن يتضمن تقديم الخدمة في مدرسة واحدة فقط وبشكل فردي أو جمعي، كما أن الطفل في البرنامج يحصل على أقل من خمس ساعات من الخدمات النطقية أسبوعياً مهما كانت درجة أو شدة الاضطراب الذي يعاني منه.

إلا أن سويشر (Swesher, 1994) حدد ثلاثة برامج علاجية مقدمة للأطفال المضطربين لغوياً بناء على البيئة اللغوية والمهارات اللغوية المراد تعليمها للطفل في هذه البيئة من قبل معلم التربية الخاصة وأخصائي النطق واللغة، وهي كالتالي:

1. المناهج المركزة على الطفل: وتعتبر من أكثر المناهج فعالية للاستخدام مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تركز هذه المناهج على تغيير سلوك الطفل اللغوي من خلال تعديل التفاعل الاجتماعي للمحيطين بالطفل معه، وذلك بهدف تعزيز وتقوية تطور الكلام واللغة، وتطبق هذه المناهج في الغالب من خلال الأنشطة الحياتية للطفل في البيت والمدرسة، وتستخدم أسلوب اللعب، والحديث الذاتي والموازي، وأسلوب التوسيع.

2. المناهج المركزة على المدرب: وتعتبر هذه المناهج فعالة في تنمية وتشكيل سلوكيات لغوية جديدة. وتركز هذه المناهج على دور الأخصائي في تحديد ماذا على الطفل أن يقول ومتى يقول وما الذي سوف يشكل الاستجابة الصحيحة أو المقبولة، كما يختار المعالج (معلم التربية الخاصة أو أخصائي النطق واللغة) أدوات وألعاب الطفل التي عليه أن يتفاعل أو يلعب معها، وأين ومتى سوف يتم عرضها أو إظهارها للطفل ليتفاعل ويلعب بها، وبسبب الطبيعة المنظمة لتطبيق هذه المناهج فإنها تمارس في الأوضاع العادية أو البيئات المدرسية.

3. المناهج المتولدة: تعتبر هذه المناهج فعالة في البيئات الصفية أو ضمن المجموعات أو أشكال العلاج الفردي والجماعي كما يمكن للأطفال أن يستعملوا هذه المناهج في الأوساط الاجتماعية والتفاعلات التواصلية وذلك باستخدام أطفال آخرين. وتطبق هذه المناهج في الأوضاع المنزلية والصفية والعبادية، وتسمح هذه المناهج للطفل أن يأخذ القيادة وتحديد متى يبدأ التعليم وما هي نتائج التواصل. وهنا يكون لدى المعالج هدف لغوي واحد في ذاكرته أو عقله عندما يختار الألعاب والأدوات المستخدمة في الجلسة العلاجية كما يعرف المعالج ويجدد الاستجابات المقبولة. (صديق، 2008).

أساليب وطرق تعليم وتدريب المضطربين لغوياً تتمثل على النحو التالي:

تعلم اللغة: يشير هذا المصطلح إلى العملية الواعية التي يقوم بها الفرد عند تعلم اللغة على وجه التفصيل، الوعي بقواعد اللغة ومعرفتها والقدرة على التحدث عنها، ويطلق عليها التعليم الرسمي أو الصريح ويجري تعلم اللغة في العادة داخل المدارس

بشكل مقصود، ويرى البعض أن تعلم اللغة عملية خاصة بالكبار، في حين أن الاكتساب يخص الأطفال. (زهران وآخرون، 2007، 33-34).

ويعرف التعبير الشفاهي (اللغة التعبيرية) على أنه استخدام الفرد للكلام المنطوق للتعبير عما في نفسه من أفكار وإحساسات ومعلومات يعلمها للآخرين، مع صحة التعبير وسلامة الأداء. (مجاور، 2000، 233). ويقسم الجانب التعبيري للغة إلى نوعين هما:

أ. التعبير الشفاهي الوظيفي: وهو ذلك الذي يستخدمه الفرد في قضاء حاجاته وفي التعبير عما يريد في المواقف الاجتماعية المختلفة ومن أمثلته المحادثة والمناقشة، وإلقاء الكلمات والمحطبات وإعطاء التعليمات والإشارات المتبعة.

ب. التعبير الإبداعي: وهو ذلك اللون من التعبير اللفظي الذي يتسم بالتقنية في العرض والأداء، وفيه الرغبة في التأثير على السامع ومن أمثلته حكاية القصص، وإلقاء الشعر، والمناظرات، والتمثيلات. (مجاور، 2000، 59، زهران وآخرون، 2007، 349).

كما يعرف التعبير الشفاهي بأنه: القدر على استخدام الفرد الرموز اللفظية للتعبير عن أفكاره ومشاعره بفاعلية. (عليان، 1992، 247).

أهم أساليب وطرق علاج اضطرابات اللغة والتواصل والنطق والكلام
الأول: تدريب قنوات اكتساب الكلام واللغة

1. ترمينات سمعية وتشمل:

- تدريب انتباه سمعي: يضاهاى الطفل بين الأصوات المتماثلة مثل الطرق على آلات موسيقية والطرق على الخشب والطرق على المعدن وملاحظة الاختلاف والتعرف على الأصوات وتحديد مكانها صوت جرس أصوات مسجلة على كاسيت ومطابقتها بالأشياء والصور.
- تدريب الذاكرة السمعية: بتقليد الأصوات من حيث القوة النوع العدد وتقليد أصوات وتذكرها وكلمات وجمل ناقصة مثل محمد ذهب إلى الحوش وأخذ معه الكرة وأكل.

• تمييز سمعي: القيام بأشياء مختلفة تبعاً للأصوات المختلفة القفز عند سماع طبلية القيام عند سماع الاستماع لأصوات الحروف التي تقع في أول ووسط ونهاية الكلمة. (ساعة - أسد - عدس).

2. تمرينات بصرية وتشمل:

- تنمية الذاكرة البصرية. يقدم للطفل أحد الأشياء أو الصور ثم إخفاء جزء منها وسؤاله عن الشيء الناقص.
- تماثل الأشياء: عن طريق المطابقة بين شيئين تقدم للطفل أشياء أو صور يتسلسل معين ثم تغيير التسلسل والطلب من الطفل ترتيبه.
- الارتباط البصري: وضع الأشياء التي تتماشى مع بعضها مشط ومرآة سكين وشوكة برتقال وتفاح.

3. تمرينات اللمس وتشمل:

- الطفل يلمس الأشياء الحقيقية في مواقف طبيعية أو يحاول إخراج كراسة من الشنطة دون النظر إليها.
- مطابقة الأشياء المتماثلة في الطول دون استخدام النظر مثل مجموعة أقلام مختلفة الأطوال.
- ترتيب الأشياء يتسلسل معين دون استخدام النظر مثل ترتيب أقلام مختلفة الأطوال من الطويل إلى القصير.

الثاني: تنمية المفاهيم اللغوية

1. البيئة المنزلية: التعرف على أفراد الأسرة. الأب الأم الأخوة الأخوات والتعرف على محتويات المنزل ومحتويات كل حجرة سرير دولاب مطبخ حمام.
2. البيئة المدرسية: التعرف على المدرسة اسم مدرس الفصل، مقعد، شباك، باب، سبورة كتاب.
3. البيئة الخارجية: التعرف على وسائل المواصلات الحيوانات الأليفة الطيور الخضروات الفواكه ويتم تعميم المفاهيم عن طريق ربط الشيء بمدلوله.

- (قميص) ملابس.
- (برتقال) فاكهة.
- (كلب) حيوان.
- (كرة) لعبة.
- (أخ) أفراد الأسرة.
- (سيورة) مدرسة.
- مفردات (أسماء، أفعال، ألوان، ضمائر، كرة، يأكل، أحر، أنا، يجري، أصفر، هو، سيارة، يرسم، أخضر، هي، إسلام).

الثالث: التدريب على تكوين جمل لدى الحالة

1. تقديم جملة من كلمة واحدة. (بابا- ماما- أخ- أخت- برتقالة).
2. تقديم جملة من كلمتين (أحب بابا- أحب ماما- ألعب الكرة- اكتب قلم).
3. تقدم جملة من ثلاث كلمات (بابا راح الشغل - عايز أشرب لبن).
4. يتم التدريب على تركيب الجمل من خلال النشاط اليومي داخل المدرسة وخارجها.

الرابع: تمرينات لأعضاء النطق

1. في هذه الحالة يتم تدريب الطفل على عمليات المضغ، السفخ، المص، فيتم التدريب على المص من خلال إحداث صوت عند الشرب ويتم التدريب على النفخ من خلال وضع قصاصات ورق ونفخها وإطفاء شمعة ثم شمعتين وهكذا ويتم التدريب على المضغ من خلال تناول اللبان وبعض الحلوى الصلبة بعض الشيء.
2. تمرينات النفس: عن طريق أخذ نفس عميق ثم احتباسه بعض الشيء ثم إخراجه ببطء وكذلك التنفس السريع عن طريق بعض التمرينات الرياضية والجري.
3. تمرينات اللسان: ويتم ذلك عن طريق إخراج اللسان وإدخاله بسرعة ثم ببطء ثم تحريكه في جميع أنحاء الفم ثم جعله إلى أعلى يلمس سقف الحلق ثم إلى أسفل إلى

مقدمة الأسنان ثم تحريكه حركات سريعة وذلك لسهولة حركة اللسان وإمكانية خروج صوت (ر).

4. تمرينات الشفاه: وذلك عن طريق طرقة الشفاه معا لسهولة خروج صوت ب وإمساك قطعة من الورق بين الشفتين ثم تركها لإمكانية خروج صوت (و- ي) وضغط الشفة السفلى بالعليا والعكس.

هذا البرنامج وضع للنهوض بالنمو اللغوي على أن تنفيذه يتم طبقا لمخطط زمني ويتم تقديم البرنامج من فترة إلى أخرى للتأكد من فاعليته مع التلميذ. (شقير، 2005 ب، 188-190).

أهم طرق تدريس المضطربين لغويا تتمثل على النحو التالي:

أولاً: منحى التشخيص العلاجي. والذي يهدف إلى تطوير العمليات الضرورية لنمو المهارات اللغوية بالإضافة إلى تمكين الفرد من تأدية مهارات التواصل تدريجياً بحيث يتم الانتقال خطوة بخطوة من المهارات البسيطة إلى المهارات المعقدة. وعند استخدام هذا المنحى يجب إتباع الآتي:

أ. إتباع مراحل وتسلسل النمو اللغوي الطبيعي: ويتضمن تعليم الطفل الأصوات، وفتات الأصوات ذات العلاقة، وفق التسلسل الطبيعي لتطورها، ومن ثم تعليمه المفاهيم اللفظية واللغوية. بالإضافة إلى تعليمه قواعد تشكيل الكلمات والجمل وتعليم البناء اللغوي، وفق التسلسل الطبيعي الذي تطور تبعاً له. مع ضرورة التأكيد على وظائف التواصل وتعليم مستويات تلك الوظائف وفق تسلسلها الطبيعي.

ب. توظيف مبادئ التعلم في تنفيذ البرنامج العلاجي: عن طريق استخدام أسلوب التدريب الموزع (التدريب في جلسات متباعدة) وليس التدريب الموسع (التدريب في جلسة واحدة مكثفة) فذلك يزيد من احتمالات التذكر، بالإضافة إلى توفير الفرص الكافية لتعميم الاستجابات المتعلمة ونقل أثر التدريب من الوضع التدريبي إلى الأوضاع الأخرى، من خلال استخدام التعزيز الإيجابي وفق جداول فعالة.

ج. تهيئة الظروف اللازمة لنجاح الطفل: ولتحقيق ذلك لا بد من الاهتمام بتعليم الطفل الأصوات والكلمات والجمل الأكثر أهمية له والأكثر أثرا لنجاحه في التعليم المتواصل، وكذلك تعليمه الأصوات والكلمات والجمل الأقل صعوبة بالنسبة للطفل. بالإضافة إلى الاهتمام بتطوير الأصوات والكلمات والجمل الأخذة بالانبثاق لدى الطفل والتي يستخدمها بشكل صحيح معظم الوقت.

د. الأخذ بعين الاعتبار الآتي: الاهتمام بالأثر الذي قد ينجم عن المشكلات اللغوية على القابلية للتعلم، والتكيف النفسي- الاجتماعي والفاعلية الشخصية، حيث يجب الاهتمام بتطوير المفاهيم اللفظية واللغوية التي تساهم بشكل واضح بتحسين مستوى وضوح كلام الطفل وقابليته للتعلم، وتطوير مهاراته التي تزيد من احتمالات قبول الآخرين له.

ثانيا: الأسلوب الكلي. والذي يشمل تكييف البيئة الكلية التي يتفاعل معها الطفل بغية تهيئة الفرص اللازمة له لاكتساب المهارات الكلامية واللغوية الوظيفية، وهذا الأسلوب يتطلب مشاركة عدة أشخاص في التدريب وعلى رأسهم الوالدان، وذلك لأنه يهدف إلى تطوير مستوى الكفاية التواصلية في المواقف الحياتية المختلفة.

ثالثا: الأسلوب التفاعلي التواصلية. وهدفه مساعدة الطفل على استخدام المهارات المفيدة عمليا للتواصل مع الأشخاص الآخرين. وتحقق هذه الأهداف باستخدام لعب الأدوار، واستخدام الدمى، وسرد القصص.

رابعا: الأسلوب السلوكي. والذي يركز على تحديد استجابات كلامية لغوية محددة، وتعريفها إجرائيا، وقياسها، وتوظيف مبادئ التعلم (التعزيز، التشكيل، التسلسل) لتعليم الطفل مهارات وظيفية محددة.

خامسا: برنامج نيكولا نيلسون (Nelson , 1979). ويتضمن هذا البرنامج تدريب الطفل على المهارات اللغوية النمائية باستخدام أساليب وطرق محددة نوجزها فيما يلي:

- أ. التدريب على مهارات ما قبل التطور اللفظي: وتشمل تدريب الطفل على المهارات الفنية الحركية والمهارات التنفسية اللازمة لاتباق المهارات اللفظية، ويتم تحقيق ذلك باستخدام المصاصة لتناول الشراب، الشرب من الفنجان، المضغ. بالإضافة إلى تدريب الطفل على المهارات ذات العلاقة بإبداء الاهتمام باللغة الجسمية (غير اللفظية) مما فيها الانتباه إلى الأصوات، وإصدارها، وتغيير طبقة الصوت، وتقليد أصوات الآخرين.....الخ.
- ب. التدريب على اللغة المبكرة: وذلك ابتداء تعليم الطفل التعبير بكلمة واحدة فكلمتين، ومن ثم تعليمه ترتيب الكلمات بشكل بدائي.
- ج. التدريب على اللفظ: عن طريق تدريب الطفل على إصدار أصوات ونطق الكلمات بشكل بدائي، وكذلك تدريبه على إصدار كل الأصوات الكلامية.
- د. التدريب على اللغة: ويتم ذلك عن طريق اكتساب الطفل لذخيرة لفظية تكفي لاستيعاب وإرسال الرسائل اللغوية، وكذلك استيعاب قواعد الإعراب والصرف، والإجابة عن الأسئلة من نوع نعم أم لا، والإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالزمان والمكان والأشخاص، بالإضافة إلى استخدام اللغة للتعبير عن الحاجات والمشاعر والإدراك، والتواصل اللفظي مع الآخرين في النشاطات الحياتية اليومية.
- هـ. التدريب على معالجة المعلومات السمعية: وذلك من خلال التمييز السمعي، والذاكرة السمعية المتسلسلة، وتذكر الكلمات بالسرعة المناسبة، واستخدام الذاكرة طويلة المدى.
- و. التدريب على الصوت: من خلال استخدام الطفل الصحيح للصوت، شرط أن يكون الصوت المستخدم مسموعا في كافة المواقف، وأن يكون واضحا وبهدبة وشدة مناسبة، دون تداخلات أنفية غير مناسبة.
- ز. التدريب على الطلاقة: ويتم التدريب على هذه المهارة من خلال التكلم بمستوى مقبول من الطلاقة، في كل المواقف بدون مستويات غير عادية التلعثم والتردد، بالإضافة إلى استخدام أسلوب التقليد والنمذجة والتوسع (الخطيب والحديدي، 2003، صديق، 2008)..

تتضمن البرامج التربوية للمضطربين لغويا المهارات الأساسية التالية في تعليمهم وهي:

1. مهارات مقدمة من قبل أخصائي علاج اضطرابات اللغة: وتحدد هذه المهمة في قياس وتشخيص مظاهر اضطرابات النطق واللغة ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منها.
2. مهارات مقدمة وفقا لمبادئ تعديل السلوك: حيث يتم وضع خطط تعليمية تقوم أساسا على أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي.
3. مهارات اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها: وتتمثل مهمة المعلم هنا في إشراك الطلبة في اختيار الموضوعات المحببة والمشوقة لهم إذ يعمل ذلك على تشجيعهم على الحديث عن تلك الموضوعات.
4. مهارات استماع المعلم لحديث الأطفال المضطربين لغويا: وذلك دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبول هؤلاء الأطفال وخاصة الذين يعانون من التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام.
5. مهارات تشجيع الأطفال المضطربين لغويا: وخاصة الذين يعانون من مشكلات التأناة أو السرعة الزائدة في الكلام على الحديث أمام الآخرين، وبفواصل زمنية محددة بين كل كلمة وأخرى.
6. مهارات تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة: ويقصد بذلك تشجيع الأطفال المضطربين لغويا على تقليد الآخرين من ذوي النطق السليم، أو العمل على تقليد النماذج الكلامية الصحيحة وتعزيزها، خاصة إذا ما استخدم أسلوب تحليل المهارات المصحوب بالتعزيزات الإيجابية.
7. مراعاة مهارات تعليم الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة: كالمعوقين عقليا، وسمعيًا وانفعاليًا، والذين يعانون من الشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، والذين يظهرون اضطرابات لغوية وخاصة فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الإشارات. (صديق، 2008).

دور الأسرة في علاج تاخر نمو اللغة لدى الأبناء

مقدمة

مشكلة الدراسة

هدف الدراسة

أهمية الدراسة

الإطار النظري

أولاً: الإعاقة العقلية (الإعاقة الذهنية)

ثانياً: اللغة

ثالثاً: الإرشاد الأسري

رابعاً: خطوات الدراسة

خامساً: النتائج

الفصل الثامن

دور الأسرة في علاج تأخر نمو اللغة لدى الأبناء

نعرض في هذا الفصل الدراسة التي قام بها المؤلف عن الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال المعوقين عقليا في علاج تأخر نمو اللغة لديهم، كأحد الجوانب المهمة في عملية التخاطب. ويقوم المؤلف بعرضها على النحو التالي:

مقدمة

لقد ميز الله تبارك وتعالى الإنسان بقدرات هائلة على التواصل مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، سواء عن طريق التواصل اللفظي بالألفاظ كتابة أو كلاماً منطوقاً ومسموعاً أو عن طريق التواصل غير اللفظي بالإشارات والحركات وتعابير الوجه ولغة العيون.

والتواصل طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد وهذه المعلومات يمكن إرسالها كما يمكن استقبالها بطرق عديدة تتراوح من الكلمة المنطوقة أو المكتوبة إلى ابتسامة الصداقة والمودة إلى حركات اليدين إلى تعبيرات الوجه.

ويستخدم الإنسان للتواصل طرقاً مختلفة وتعد اللغة أحد هذه الأساليب بما تمثله من نظام من الرموز المتفق عليها بين فئة معينة من البشر وتتعدد صور اللغة إلا أن الشائع منها هي اللغة الشفهية أو الجانب المنطوق منها أو الفعل الحركي لها وهو ما يسمى بالكلام وتعتمد عملية الكلام على نمو وتكامل مجموعة من الأجهزة الحسية والحركية والعصبية.

لذا فإن اكتساب اللغة والتواصل يعتبر من أهم المهارات الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل، وأن القدرة على تكوين حصيلة لغوية واستخدام اللغة في التواصل والتخاطب بشكل واضح وسليم،

يعتبر عاملاً أساسياً في عملية التعلم واكتساب الخبرات الحياتية والنمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي والتكيف السليم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

فاللغة تحتاج لقدرة ذهنية تمكن الفرد من فهم ما يسمع واختيار ما ينطق به من كلمات ومن هنا فإن قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً على التواصل اللفظي أقل من أقرانهم من الأطفال العاديين وذلك لما لديهم من قصور في القدرات العقلية المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالقدرة على الكلام ولاسيما ارتباطهم بأهم مراحل عملية الكلام وهي مرحلة المعالجة والتي تتم في المخ.

وظهرت الحاجة إلى ضرورة الاهتمام بالطفل المعوق ومشكلاته خاصة مع التزايد المطرد في نسبة الأطفال المعوقين في مصر، حيث بلغت هذه النسبة 6% من مجموع السكان، وهي نسبة عالية تبعث كثيراً من القلق في ظل غيبة الوعي، وضعف الإمكانيات المتمثلة في قلة الجمعيات والمراكز المتخصصة في رعاية المعوقين الذين تم الاتفاق على تسميتهم بالفئات الخاصة أو ذوي الحاجات الخاصة. (عبد القادر 2005:11).

ويشير كل من أوزان وكرمر (Ozanne&Krimmer,1990) إلى ارتباط القصور في المهارات اللغوية لدى المتخلفين عقلياً بقدراتهم الإدراكية والمعرفية والأفعال الحس حركية لديهم ولذا نجد لديهم قصوراً في المهارات اللغوية وصعوبة في الكلام والعديد من الأخطاء اللغوية. (Ozanne&Krimmer,1990:625-632).

ومن هنا ارتبط القصور في التواصل ارتباطاً وثيقاً بالقصور في الوظيفة العقلية حتى صار أحد مؤشرات الحكم على التخلف العقلي باعتباره أحد جوانب السلوك كما جاء في تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (American Psychiatric Association. APA, 1994).

ولذلك فإن تنمية اللغة لفظية وغير لفظية للمعوقين عقلياً تساعدهم وتساعد الآخرين من الوالدين والمعلمين والأخصائيين على التفاهم معهم مما يؤدي إلى استقرار اجتماعي ونفسي ويكون له مردوده الإيجابي على الطفل المعوق عقلياً.

ولذا يجب الاهتمام بتنمية اللغة لدى المعوقين عقليا وتدريبهم على تحسين التفاعل مع الآخرين وتقليل اضطرابات اللغة والكلام التي تشيع بينهم وتكون عائقا في عملية التواصل، لأن هذه الاضطرابات ترتبط بشكل واضح بانتشار الاضطرابات النفسية.

فقد أكد جاردنر ((Gardner,1978) على أن الأطفال المعوقين عقليا من فئة القابلين للتعلم يتعلمون المهارات اللغوية ومهارات التواصل ببطء شديد، ومستواهم في هذه المهارات أقل من أقرانهم العاديين، لذا فهم يحتاجون إلى برامج تدريبية عملية في مجال تحسين التواصل بينهم وبين الآخرين. (الشخص، 1999:22-27).

وقد أكد الروسان، (2001) على أن مشكلات اللغة لدى المتخلفين عقليا تتمثل في مشكلات الكلام وصعوبة تشكيل أصوات الحروف أو الخطأ في نطقها والسرعة الزائدة في الكلام أو التوقف أثناءه والأصوات غير المسموعة إلى جانب قلة المحصول اللغوي لديهم، وارتباط هذه المشكلات من حيث حدتها بدرجة القصور العقلي لديهم ارتباطا طرديا. (الروسان، 2001:78).

وقد أكد الوابلي (2003) إلى أن المتخلفين عقليا يظهرون تأخرا واضحا في معظم وظائف اللغة والكلام وما ينتج عنه العديد من المشكلات التي قد تلحق ضررا بالكثير من الخصائص والقدرات الاجتماعية والتواصلية وبذلك اعتبرت المشكلات اللغوية والصعوبات الكلامية والنطقية معا بمثابة إعاقة أخرى تضاف إلى تدني القدرة العقلية لدى فئات التخلف العقلي. (الوابلي، 2003:57).

ولذا فهناك ضرورة ملحة إلى إكساب الطفل المهارات اللغوية ومهارات التواصل لما لذلك من أهمية قصوى في تحقيق النمو الشامل المتكامل للطفل، لأن الطفل المعوق عقليا لديه قصور في مهارات اللغة والتواصل لذا لا يتمكن من التفاعل السليم مع الآخرين ويسعى للابتعاد عنهم مما يترتب عليه قصور في معظم جوانب النمو. (بهادر، 1987: 173).

ويتأثر نمو الفرد كما أشارت إلى ذلك العديد من الدراسات بالجو الأسري العام، والعلاقات الاجتماعية داخل وخارج الأسرة، فالطفل في حاجة إلى النمو في

جو أسري دافئ وهادئ ومستقر، وإلى مساندة والديه وأيضاً إلى الشعور بالتقبل في إطار الأسرة، وعلى العكس فإن شعور الطفل بالرفض يؤدي إلى سلوك غير مقبول وإعراض واضطرابات مختلفة، بالإضافة إلى سوء التوافق الاجتماعي. (غنيم: 1987، 105).

إن دور الأسرة مهم في تحقيق الصحة النفسية للطفل ويزداد هذا الدور أهمية عندما يكون هذا الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، فالتباين والاختلاف في الصحة النفسية للفرد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعية العلاقة والتفاعل بين الفرد والأسرة. (باتر سون: 1990، 53).

ويؤكد (الشناوي والتويجري 1995) أنه نظراً لأهمية دور الوالدين في تنمية قدرات الأطفال المتخلفين عقلياً وتأهيلهم فقد ظهرت الحاجة إلى إرشادهم وتدريبهم للقيام بهذا الدور لأنهما قد يجهلان الخطوات أو الإجراءات التي يجب أن يسيرا وفقاً لها. (الشناوي والتويجري 1995:155).

لذا فالإرشاد الأسري عملية مهمة في مساعدة أفراد الأسرة (الوالدان والأولاد وحتى الأقارب) فرادى أو جماعات في فهم الحياة ومسؤولياتهم لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية، بهدف تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة، وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره، وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية السلمية والمساعدة في حل وعلاج المشكلات والاضطرابات الأسرية وبخاصة في علاج مشكلة تأخر نمو اللغة لدى الأطفال المعوقين عقلياً.

ومن هنا تؤكد على فعالية الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال المعوقين عقلياً في علاج تأخر نمو اللغة لديهم، وتعتبر الدراسة الحالية محاولة جادة في هذا الاتجاه.

مشكلة الدراسة

بدأ إحساسي بالمشكلة من خلال إشرافي على التدريب الميداني لطلاب الدبلوم المهني تخصص تربية خاصة، وعلى التدريب العملي في دورات اضطرابات التخاطب والنطق والكلام، التي كان يعقدها مركز التدريب والاستشارات التربوية في جامعة بني سويف، وفي مدارس التربية الفكرية والحق في الحياة، فقد لاحظت من خلال إشرافي

على هذه المدارس شيوع تأخر نمو اللغة لدى الأطفال المعوقين عقليا بدرجة جعلتني أتناول علاجيا لعلاج تأخر نمو اللغة لدى هؤلاء الأطفال وكما أكد على ذلك التراث السيكولوجي المتمثل في الدراسات السابقة وعدم اهتمام أخصائيي التخاطب بإشراك أسر هؤلاء الأطفال في جلسات التدريب أو الإرشاد الأسري مما دفعني إلى تبني هذا الاتجاه.

فالأُسرة التي يعيش فيها الفرد هي أول مؤسسة تتسلمه وتنقل له الميراث الحضاري وتعلمه من هو، وما علاقته بالمجتمع، فهي الوحدة الاجتماعية الأولى التي تشرف على نموه وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه، وهذا بالنسبة للطفل العادي، فما بالنسبة لبُني الأسرة المحو الطفل المعوق، بالطبع ستزداد أهمية هذا الدور وتزداد المسئوليات الأسرية تجاه طفلها المعوق.

والأسرة في حاجة إلى أن يفهم كل واحد فيها ذاته و يتعرف على مقتضيات الحياة من حوله، كما أنه في حاجة إلى التوافق النفسي والاجتماعي مع نفسه والآخرين ويحاول جاهداً - وبصفة خاصة الأم والأب- أن يحل مشاكله وأن يصل بذاته إلى مستوى معقول من الصحة النفسية تمكنه من التعايش الكامل مع الحياة، وقد تنجح الأسرة بأفرادها في ذلك وتتمكن من حل مشاكلها واتخاذ القرارات بشكل إيجابي، وقد تفشل في هذا، وهنا يحتاج الأمر إلى الغير في تقديم المساعدة لمواجهة المشكلات المختلفة، والعمل على حلها، ومن ثم الحاجة إلى أفراد متخصصين تلجأ إليهم الأسرة عندما تقابلهم أية مشكلة من مشكلات أطفالهم في أية مرحلة عمرية، ومن هنا تبرز أهمية الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال المعوقين عقليا في علاج تأخر نمو اللغة لدى هؤلاء الأطفال.

يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

2. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟
3. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين القبلي والبعدي؟
4. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين القبلي والبعدي؟
5. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي؟
6. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين البعدي والتبقي؟
7. إلى أي مدى يختلف متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتبقي؟

هدف الدراسة

تهدف الدراسة إلى إعداد برنامجي الإرشادي الأسري وتدريب الأطفال المعوقين عقليا في علاج تأخر نمو اللغة لدى هؤلاء الأطفال.

اهمية الدراسة

1. الاستفادة من البرنامجين (الإرشاد الأسري) لأسر الأطفال المعوقين عقليا (وتدريب) الأطفال المعوقين أنفسهم في تحسين مستوى اللغة لديهم كما في مساعدة الأسرة على مواجهة خبرة رعاية الطفل المعوق عقليا.

2. يمثل الأطفال ذوو الإعاقة العقلية طاقة في المجتمع لا بد من استثمارها، وبالتالي فإن تحسين مستوى اللغة لديهم يمكن أن يساهم في الاستفادة مما لديهم من قدرات وإمكانيات والتواصل مع المجتمع.
3. التأكيد على ندرة الدراسات التي تناول علاج تأخر نمو اللغة لدى الأطفال عموماً والمعوقين عقلياً بصفة خاصة.

الإطار النظري

أولاً، الإعاقة العقلية (الإعاقة الذهنية) (Mentally handicapped)

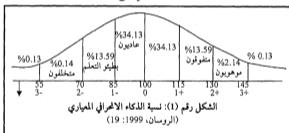
مقدمة

تعتبر مشكلة الإعاقة العقلية من المشكلات التي وجدت اهتماماً كبيراً لدى كثير من المجتمعات، سواء المتقدمة أو النامية كل حسب إمكانياته باعتبار أن المتخلفين عقلياً فئة تحتاج إلى رعاية خاصة وإعداد برامج بهدف دمجهم وتفاعلهم في المجتمع الذي يعيشون فيه، ليعتمدوا على أنفسهم بصورة إيجابية، واستغلال طاقاتهم التي إذا ما أحسن استغلالها عاد ذلك بالنفع على المجتمع من ناحيتين إحداهما خفض التوتر الذي تعيش فيه أسرة أي طفل لديه تخلف عقلي بسبب رفضه وعدم الاعتراف به، والثانية حجم هذه الفئة التي تعتبر قوة بشرية لا يستهان بها في سوق العمل. وحيث إن الإعاقة العقلية بشكل خاص ظاهرة لا تعترف بالحدود الاجتماعية ويمكن أن تتعرض لها على حد سواء الأسر الفقيرة، والغنية والمتقنة، وغيرها... الخ، فإنها بحق ظاهرة استدعت بدرجات متفاوتة اهتمام مختلف الفئات الاجتماعية وأخيراً فقد أدى هذا الاهتمام الواسع بالإعاقة العقلية من قبل مختلف الفئات المهنية والعلمية إلى درجة من الاختلاف في فهم الظاهرة وتحديد مسيبتها حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لإطارهم المرجعي، بينما حاول الاختصاصيون الاجتماعيون تفسيرها وربطها بالتغيرات الاجتماعية والثقافية في الأسرة والبيئة المحيطة، وكذلك فعل علماء النفس والتربية وقدموا العديد من التفسيرات القائمة على النظريات السيكلوجية والتربوية المختلفة. (سليمان، 2001: 89).

تعريف الإعاقة العقلية

مقدمة

تعتبر فئة (الإعاقة العقلية) التخلف العقلي واحدة من الفئات الرئيسية من الفئات الثرية الخاصة حيث تقع هذه الفئة إلى أقصى يسار منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية وتعرف الإعاقة العقلية بأنها تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بالغايرين معياريين ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي الاجتماعي وتظهر في مراحل العمر النمائية منذ (الميلاد وحتى سن 18 سنة)، ويمثل الشكل رقم (1) منحني التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية وموقع كل فئة من فئات القدرة العقلية كالمعوقين عقليا وبطيشي التعلم والمتفوقين والموهوبين ونسب هذه الفئات ونسب الذكاء والانحرافات المعيارية التي تقع ضمن حدودها كل فئة.



تعريفات الإعاقة العقلية طبقاً للأبعاد الآتية:

1. التعريف الطبي: يعرف فراج (1970) الإعاقة العقلية بأنها حالة توقف في نمو الذكاء تحدث نتيجة لسبب وراثي أو مرضي أو إصابة أثناء الحمل أو الولادة أو قبل مرحلة المراهقة، ويترتب عليها نقص في الإدراك والقدرة على التعلم والتكيف الاجتماعي السليم. (فراج، 1970: 13).
2. التعريف السيكولوجي: وقد عرف التخلف العقلي على أساس نتائج الأشخاص على اختبارات الذكاء الفردية، وبصفة خاصة مقياس ستانفورد- بينيه على أنه:

يعتبر الأشخاص الذي تقل نسبة ذكائهم عن (70) على مقياس ستانفورد - بينيه^١ للذكاء ضعاف العقل (Morgan, Cit, 1956, 388).

3. التعريف الاجتماعي: ويذكر (عبد الرحيم، 1999) بأن دول Dolf أهتم بدراسة التخلف العقلي واعتبر الصلاحية الاجتماعية Social Comtence هي المحك الرئيسي للتعرف على المتخلفين عقلياً فعرف المتخلف عقلياً على أنه:

أ. غير كفاء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يسير أموره وحده.

ب. دون الأسوياء في القدرة العقلية العامة للذكاء. - يظهر تخلفه منذ الولادة

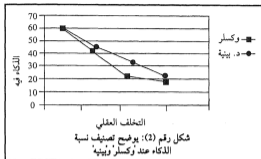
ج. يرجع التخلف العقلي لعوامل تكوينية في الأصل (عبد الرحيم، 1999، 23).

4. التعريف التربوي: هم الأطفال المتخلفون تحصيليا الذين يحتاجون بسبب قدراتهم أو أية ظروف أخرى قد تكون ظروفًا أسرية أو نفسية ينتج عنها تأخر تحصيلهم الدراسي لنوع متخصص من التعليم يجعل محل التعليم العادي كليا أو جزئيا. (مليك، 1998، 86-87).

جدول رقم (1)

يوضح تصنيف نسبة الذكاء عند 'وكسلر' و'بينيه'

نسبة الذكاء		مستوى التخلف العقلي
ستانفورد بينيه ^١	وكسلر ^٢	
50-69	52-68	Mild بسيط
40 - 54	36 - 51	Modevate معتدل
25 - 39	20 -25	Severe شديد
24 فأقل	19 فأقل	Profound بالغ الشدة



تصنيف الإعاقة العقلية

لا يعد المعوقون عقليا مجموعة متجانسة فهم مختلفون فيما بينهم من حيث العوامل التي أدت إلى إعاقتهم ويترتب على ذلك اختلاف في صفاتهم وخصائصهم، وأدى ذلك إلى صعوبة تواجه العلماء في اتخاذ قواعد محددة كأساس لتصنيف المعوقين عقليا، وكذلك فقط صنفت التخصصات المختلفة التخلف العقلي وفق اهتماماتها العلمية:

أ. التصنيف الطبي

قد تنشأ الحالات الباثولوجية في التخلف العقلي من إصابات المخ المختلفة التي تنشأ عن أحد الأسباب الآتية:

1. حالات كبر الجمجمة (غير الاستسقاء): وتعتبر هذه الحالات نادرة، ويكبر فيها المخ والوزن لدرجة كبيرة، وتنشأ بسبب تضخم أجزاء من المخ فيتبعها كبر حجم الجمجمة الذي قد يلاحظ منذ الميلاد، فتظهر الجمجمة مربعة أكثر منها مستديرة، ولا يتبعها كبر في الفجوات داخل المخ، ويصاحب معظم هذه الحالات تخلف عقلي شديد، ونوبات صرعيه، وصداع وضعف في الإبصار، وقصر العمر ما عدا الحالات التي لا تصاحب بتشنجات عصبية. (الأشقر، 1992، 22).

2. النمط المنغولي والمنغولية: وسمي كذلك للتشابه الظاهري بين سحنة المريض وبين الشعوب المنغولية ونسبة هذا النمط نحو 5% من ناقصي العقل ولكن أغلبهم

يموتون صغاراً فتقل نسبتهم كثيراً بين الكبار، ومن الخصائص المميزة للمغولية الرأس العريض ومحيط أقل من العادي والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد والعينان منحرفتان لأعلى وخارجتان وتميلان إلى الضيق وغالباً بهما حول الأنف عريض قصير وأفلس واللسان كبير عريض خشن متشقق وقد يبدو بارزاً خلال الفم المفتوح والأذنان صغيرتان ومستديرتان والقامة والأطراف قصيرة والكفان عريضان وسميكان مع وجود نمو مستعرض غير راحة الكف والأصابع قصيرة وخاصة الخنصر والمخنة نحو الداخل والقدمان مفلطحتان وأعضاء التناسل صغيرة الحجم والكلام متأخر والصوت خشن والنمو والتأزر الحركي مضطرب. (أحمد، 2002، 88).

3. **القصاص:** إن الاضطرابات في الغدة الدرقية عند مرضى القصاص تنتج من نقص هرمون التيروكسين، ويقع هؤلاء في فئة التخلف العقلي المتوسط والحاد. (Coleman. Tames, 1970, 520).

ويرجع السبب في حدوث هذه الحالة إلى نقص أو انعدام إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى خلل في تكوين خلايا المخ أو تلف في بعض هذه الخلايا وإذا اكتشفت هذه الحالة مبكراً يمكن علاجها طبيياً. (أحمد، 2003، 88).

4. **صغر الدماغ:** وهم فريق من ضعاف العقول يتميزون بصغر الرأس وفي العادة يكون حجم الوجه عادياً بينما يكون الدماغ صغيراً ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين ويأخذ الوجه الشكل المخروطي ويفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجعداً والنمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح وقد تصاحب هذه الحالة نوبات التشنج والصرع مع زيادة النشاط الحركي وعدم الاستقرار. (أحمد، 2002، 89).

5. **حالات الاستسقاء الدماغية:** تتصف هذه الحالة بتضخم حجم الرأس ويزداد الجبهة وتحدث نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي في بطينات الدماغ فيضغط على مادة المخ ويؤدي إلى تلف في أنسجته ومن الملامح المميزة لهذه الحالة

اضطراب حاسة السمع والبصر وعدم التوافق الحركي كما تصاحبها نوبات الصرع. (عبد الحميد، 1999، 34).

6. اضطرابات الأيض: وهي اضطرابات التمثيل الغذائي في الجسم مما يؤدي إلى ظهور أحماض أمينية في البول توجهنا إلى طبيعة المرض، وأهمية التعرف على هذه الأعراض أنه إذا اكتشفنا المرض في أول الأمر نستطيع وقاية الطفل من القصور العقلي.

ب. التصنيف السيكولوجي

وتنحصر فئات الإعاقة العقلية وفقاً لهذا التقسيم إلى ما يلي:

1. التخلف العقلي الخفيف Mild Mental Retardation مستوى الذكاء يتراوح من 50 - 55 حتى 70.
 2. التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation مستوى الذكاء عند 35 - 40 حتى 50 - 55.
 3. التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation مستوى الذكاء عند مستوى 20 - 25 حتى 35 - 40.
 4. التخلف العقلي العميق Profound Mental Retardation مستوى الذكاء عند مستوى 20 أو 25 فيما أقل.
 5. التخلف العقلي غير المبين Mental Retardation Severity Unspecified. وهذه الحالات لا تستطيع اختبارها بالطرق التقليدية ولا يمكن تحديد مستوى الذكاء لأصحابها. (Alexander, 1997, 30).
- التخلف العقلي الخفيف (Mild Mental Retardation): يوازي التخلف العقلي الخفيف تقريباً بما يسمى في التصنيف التربوي بالقابلين للتعليم أو التربية وهذه الفئة تنصب على الجزء الأكبر من المصابين بالتخلف العقلي وهم حوالي 85% من المتخلفين عقلياً ويمكن لتلك الفئة أن تتطور عن هذا المستوى من التخلف العقلي اجتماعياً واتصالياً. (عبد الحميد، 1999، 28).

وهؤلاء الأطفال يتعلمون بسرعة أقل من غيرهم في نفس السن كما أن قدرات الأطفال الحركية كبيرة ولكنهم يعانون من مشاكل في اللغة وتذكر الأشياء ومعرفة التوجيهات وكذلك درجة الاتزان ويعانون من بطء الألعاب الروتينية البسيطة ولا يستطيعون التعبير عن أفكارهم بكلمات (اليانور و تسيد لينش وآخرون، 1996: 30).

- التخلف العقلي المتوسط Moderate Mental Retardation ويتساوى مع القابلين للتدريب وهم يمثلون حوالي 1٪ من المتخلفين عقليا أغلبهم لديهم مهارات الاتصال خلال الطفولة المبكرة ويمكنهم الاعتناء بأنفسهم دون الحاجة إلى المساعدة ويمكنهم كذلك الاستفادة من مهارات التدريب الاجتماعي والوظيفي.
- التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation: يمثلون حوالي 3٪ - 4٪ من المتخلفين عقليا وتكون درجة اتصالهم والتحدث إليهم شبه معدومة خلال فترة المدرسة ويمكنهم تعلم التحدث والتدريب على مهارات العناية بالنفس ويحتاجون للمساعدة في جميع احتياجاتهم اليومية والكثير منهم يحتاجون للمساعدة في الحركة والطعام وفي سنوات البلوغ يمكنهم القيام بأعمال بسيطة تحت أسس الإشراف القريب. وأغلبهم يتكيفون مع المجتمع في مجموعات أو مع أسرهم إلا في حالة وجود معوق مساعد يتطلب عناية أو معالجة متخصصة (عبد الحميد، 1999: 29).
- التخلف العقلي العميق Profound Mental Retardation: يمثلون حوالي 1٪ - 2٪ من المتخلفين عقليا وهؤلاء الأطفال عاجزون كلية عن القيام بشئونهم الخاصة أو حماية أنفسهم ويحتاجون إلى رعاية كاملة طيلة حياتهم وإلى من يتعهدهم بالطعام والشراب وقضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم (الأشقر، 1993: 34).
- التخلف العقلي الشديد غير المبين Mental Retardation Severity Unspecified: وتشخيص هذه الحالة أو الفئات يكون في حالات التسليم

الشديد بالتخلف العقلي، وهذه الفئة لا يمكن اختبارها بالطرق التقليدية حيث لا يجد الباحثون أي تعاون من جانب هؤلاء الأفراد بقبول الاختبارات وخلاصة القول أنه كلما كان السن أصغر وجدت صعوبة في التأكد من وجود التخلف العقلي إلا في حالات التفاوت العميق. (Lindsay, 1998, 83).

ج. التصنيف التربوي

ويصنف علماء التربية الإعاقة العقلية وفق مدى الاستفادة التي يحصل عليها الطفل المعوق عقليا من برامج التربية والتدريب المختلفة، وذلك كما يلي:

1. **التخلف العقلي القابل للتعليم:** بمائل التخلف العقلي القابل للتعليم التخلف العقلي المعتدل، ويرجع علماء التربية القابلية للتعليم لدى هذه الفئة من المتخلفين؛ لأنهم يستطيعون تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية؛ مثل: القراءة والحساب.

أما كركشانك "Cruickshank" فإنه يعرف هذه الفئة من الواجهة التعليمية بأنها تضم الأطفال الذين لا يستطيعون الإفادة بدرجة مناسبة من البرامج العادية التي تقدم للأطفال العاديين، وذلك بسبب قصورهم العقلي غير أنهم قابلون للتعلم، بمعنى أنهم يستطيعون أن يحصلوا من المعلومات والخبرات ما يكفيهم في حياتهم، وفي الحرف غير الفنية، وعندما يكبر هؤلاء الأطفال فإنهم يستطيعون تحقيق مستوى طيبا من حيث الكفاية الاجتماعية والاقتصادية إذا ما قدمت لهم برامج تعليمية خاصة. (الأشقر، 1992: 32).

2. **التخلف العقلي القابل للتدريب:** هم فئة غير قابلين للتعليم ولكنهم قابلون للتدريب على أن يقوموا ببعض الأعمال البدوية البسيطة، والتي لا تتطلب أية مهارة فنية؛ مثل العمل على النول، أو بعض أشغال النجارة والخيزران والخزف والإبرة والسجاد وكل هذا تحت توجيه وإشراف مستمر من الكبار. وبمائل التخلف العقلي القابل للتدريب التخلف العقلي المتوسط.

3. **التخلف العقلي الحاد والثام:** وهؤلاء الأطفال عاجزون كلية عن القيام بشئونهم الخاصة أو حماية أنفسهم، ويحتاجون إلى رعاية كاملة طيلة حياتهم، وإلى من

بتعهدهم بالطعام والشراب، وقضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم (عبد الرحيم، 1999:27).

أسباب الإعاقة العقلية

إن نسبة حالات التخلف العقلي غير المعروفة في سببها العضوي تمثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين 80 - 94٪. ويطلق على مثل هذه الحالات اسم التخلف العقلي ذي الأسباب الثقافية الأسرية Cultural Familial وهو ما ينسبها إلى أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة في بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه، وتؤدي إلى تخلفه العقلي مع أنه لا يتوفر حتى الآن دليل قوي على صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية وذلك في مقابل الأسباب العضوية التي قد تؤدي إلى التخلف العقلي والتي تم حصرها في ثمانية أسباب على النحو التالي:

1. الإصابات والتسمم.
2. الإصابات والعوامل الجسمية.
3. الإصابات الدماغية العامة.
4. الشذوذ الكروموزومي.
5. اضطرابات الحمل.
6. اضطرابات عملية التمثيل الغذائي.
7. عوامل ما قبل الولادة (الوراثة والبيئة الرحمة).
8. الاضطرابات النفسية للأم الحامل. (عبد الله، 2004، 107).

خصائص المعوقين عقلياً القابلين للتعليم:

1. الخصائص الأكاديمية (Academic Characteristics): قد يظهر على الطفل المعوق عقلياً شكل تأخر دراسي في مهارات القراءة والتعبير والكتابة وكذلك في الاستعداد الحسائي وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك علاقة بين فئة المعوقين

عقليا وبين درجة التخلف الأكاديمي، ويؤكد نادر فهمي من خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المتخلفين عقليا على التالي:

- أ. الأطفال المتخلفون عقليا يتطورون ببطء في النمو اللغوي.
 - ب. الأطفال (المعوقين) يتأخرون في اللغة مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين.
 - ج. لديهم ضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في مدى الذاكرة.
 - د. وهذا يفسر عدم قدرة المتخلف عقليا على عملية الاتصال والتعامل مع الآخرين كما هو حاصل بنفس القدر مع العاديين. (فهمي، 1995: 62).
2. الخصائص الجسمية **Physical Characteristics**: من الملاحظ أن الأطفال المعوقين ذهنيا بصفة عامة لديهم فروقات في مستوى نموه الجسمي والحركي فهم أقل وزنا ويتأخرون في نموه الحركي وذلك قبل القدرة على المشي وكما أن الأطفال المعوقين عقليا لديهم مشاكل في السمع والبصر والجهاز العصبي. (John, Hibbard, 1996: 62, 63).
3. الخصائص الانفعالية والاجتماعية **Mental Retardation Severity Unspecified**: يتصف المعوق عقليا ببعض الصفات الانفعالية والاجتماعية فقد لوحظ أنه يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية. (فهمي، 1995: 64).
4. الخصائص العقلية **Mentally Characteristics**: من المعروف أن الطفل المعوق عقليا لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي وكذلك فإن النمو العقلي لديه أقل في معدل نموه من الطفل العادي حيث إن مستوى ذكائه قد لا يصل 75% كما أن المعوقين عقليا يتصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد واعتمادهم في التفكير على المحسوسات، وكذلك ضعف قدرتهم على التذكر والانتباه وتأخر النمو اللغوي عندهم. (فهمي، 1995: 152).

5. الخصائص الشخصية Personality Characteristics: إن الأطفال المعوقين عقليا لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يتعامل بها هؤلاء المعوقون في المواقف الاجتماعية حيث إن أحدهم قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون، (فهمي، 1995 : 165).

وقد ذكرت (شقير، 2001 : 263) بعض خصائص المعوقين عقلياً وهي:

- تأخر في النمو العام.
- أجسام معتلة وتجد صعوبة لمقاومة الأمراض.
- أكثر قابلية من الأطفال العاديين لتقليد الكبار.
- زيادة نسب عيوب وأمراض الكلام.
- صعوبة التكيف مع المواقف الاجتماعية.
- صعوبة الرد على من يعتدي عليه.
- عدم تناسب سلوكه وردود أفعاله لمستوى سنه وقدراته.
- ضعف القدرة على التفكير المحدد واستخدام الرموز، الأمر الذي يترتب عليه ضعف استخدام اللغة أو فهم معاني الكلمات.
- عدم القدرة على تركيز الانتباه لوقت طويل وقصور فهمه للرموز المعنوية وصعوبة تعلم التمييز بين المثيرات من حيث الشكل واللون والوضع.
- يعاني من مرحلة استقبال المعلومات في سلم تسلسل عمليات أو مراحل التعلم والتذكر.

ثانياً: اللغة

اللغة وهي عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة، تستخدم كوسائل للتعبير، أو الاتصال مع الغير، وهي قد تشمل لغة الكتابة، أو لغة الحركات المعبرة، (الإيماءات، والتكشيرات).

ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال

كان اهتمام العلماء والباحثين بشأن الأطفال الذين يعانون من تأخر في نمو كلامهم وفي نطقهم في السابق ضعيفاً لحد ما، وكان ينظر إلى هذا الاهتمام بأنه مضية

لوقت وللجهد، وأن تقدم عمر الطفل ونضجه يساعدان على حل المشكلة، إلا أن الدراسات الطبية والنفسية والتربوية أكدت على ضرورة الاهتمام ورعاية هذه الفئة من الأطفال الذين يتأخرون في كلامهم بالنسبة لأقرانهم من الأطفال العاديين، ومما لاشك فيه بان تحقيق الاهتمام والرعاية هؤلاء الأطفال يعود بالنفع والفائدة عليهم وعلى مجتمعهم، ويحقق لهم النمو السليم لقدراتهم. (خير: 1990:152)

وهناك أسباب تؤدي إلى تأخر الطفل في كلامه، مثل عدم سلامة الحواس، ومدى استجابة حواس الطفل لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية، وإصابات الجسم الولادية، وبعد الولادة، وخاصة الأمراض وإصابات الجهاز العصبي، وجهاز الكلام، ومستوى القدرة العقلية العامة، والمستوى التربوي والثقافي للأسرة، وعوامل الحرمان العاطفي من الأم، حيث يعتبر التأخر في الكلام احد الاضطرابات السيكوسوماتية التي تنتشر في كثير من الحالات لدى الأطفال بسبب حرمان الطفل من أمه أو الطلاق، أو الموت، أو العمل. (خير، 1999:152).

هذا، بالإضافة إلى انشغال الوالدين في ظروف العمل وترك الأطفال لدى مربيات لا يستطعن التكلم بلغة الطفل، وهنا يقع الطفل فريسة للتناقض بين ما يسمعه من والديه وما يسمعه من هذه المربية، واختلاف لغة التعليم المبكر (الحضانة) عن لغة الأم، مما يؤدي إلى وجود نموذجين لغويين مختلفين أمام الطفل، وقلة التجارب العامة التي يمر بها الأطفال مثل عدم وجود أطفال آخرين يتحدثون إليهم ويسادلوهم اللغة لذلك لا تنمو تجاربهم مما يؤدي إلى عدم نمو لغتهم. (الشنبري، 1999:158).

مظاهر تأخر الكلام عند الأطفال

من المعروف أن أهم مظهر لتأخر الكلام هو انعدام النطق بالألفاظ اللغوية في الوقت الذي تظهر فيه هذه الألفاظ عند الأطفال العاديين، وإلى جانب ذلك توجد مظاهر أخرى أهمها:

1. إحداد أصوات معروفة الدلالة يقوم بها الطفل كوسيلة للتخاطب، والتفاهم.
2. أن يعبر الطفل بإشارات وإيماءات مختلفة عن طريق الرأس، أو اليدين.
3. استعمال لغة خاصة ليس لمفرداتها أية دلالة لغوية.

4. ضآلة المفردات اللغوية، والإجابة بكلمة واحدة على الأسئلة.
5. الصمت أو التوقف في الحديث. (زهران، 1998:153).

الإعاقة العقلية وعلاقتها بتأخر الكلام

يلعب الذكاء دورا مهما في اكتساب اللغة وتؤكد الدراسات الطبية والتربوية على أن أي شكل من أشكال الضعف العقلي يؤثر في تطور الكلام، وفي القدرة على النطق والتعبير، وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية على النطق والتعبير يأخذ صورا وأشكالا متعددة، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لها دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقليا كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب إلى الطفل الأصم، الأبكم، في طريقة تعبيره عن حاجاته ودوافعه، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيدا، لكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم (اللغة غير المقطعية)، وهناك شكل آخر لتأخر الكلام لدى ضعاف العقول يتجلى بشكل تعذر الكلام باللغة المألوفة التي تعودنا سماعها، بل لجده يستخدم لغة خاصة ليست لمفرداتها دلالة أو معنى، وقد تثير هذه المفردات الضحك والسخرية وتتفاوت درجة التخلف اللغوي والكلامي حسب درجة الضعف العقلي وتؤكد بعض الدراسات على أن مستوى التفكير المنطقي هو الذي لا يتطور بسهولة لدى الفرد الضعيف عقليا وهذا ما يجعلنا ندرك السبب في عجز الضعيف عقليا عن فك الرموز اللغوية وفهمها، وصياغتها بشكل صحيح حتى يمكن إبلاغها للآخرين، وعجزه عن التعبير عن المفاهيم والمعاني التي تتجاوز المحسوسات وتصبح اللغة بالنسبة للضعيف عقليا عائقا لا يمكنه من التعبير عن حاجاته، وميوله، ومشاعره. (خير، 1990:266).

ثالثا، الإرشاد الأسري

ويؤكد كثير من المتخصصين النفسيين على أهمية إرشاد الآباء لعملية الإرشاد للآباء تعطي الفرصة لهم لمناقشة الأوجه المختلفة لشخصية الطفل بما يؤدي إلى المعاونة المباشرة سواء للطفل أو الآباء. كذلك تفيد عملية الإرشاد في تعرف الآباء على تأثير الأسرة على نمو الطفل وخاصة حينما يتم التركيز على مساعدة الآباء على كيفية التواؤم مع الأبناء وذلك يشعر الآباء بتأثيرهم وبمشاعرهم واتصالاتهم بالأبناء.

فآباء الأطفال المعوقين يقاسون ويعانون العديد من مظاهر السلبية والمشاعر والتي يسببها الموقف من الضغوط الانفعالية مع أنفسهم، فكثيراً ما يحدث أن يشعر آباء المعوقين أنهم يختلفون عن باقي الآباء الذين ينعمون بأطفال عاقلين.. (جاك ستوارت، 1996: 43).

إن كثيراً من الأسر تجد صعوبة في تقبل الإعاقة، لأن خبراتهم ضئيلة، أو لا يكون لديهم أية خبرات عن الإعاقة وكيفية التفاعل والتعامل معها، كما لا يستطيعون الإجابة عن أسئلة كثيرة منها، كيف يمكن تدريب الطفل؟ ما هي حدود التدريب؟ ماذا ينتظر من هذا الطفل المعوق؟ وكثير من الأسئلة التي تتطلب ردوداً وإجابات، فردود أفعال الآباء تكون نتيجة لنقص المعلومات، ويحتاج الآباء في هذه الحالة إلى الإرشاد النفسي الذي يساعدهم في الإجابة عن كثير من الأسئلة مما يتيح لهم الفرص لتقبل أبنائهم المعوقين. (زهران، 1984: 125).

ويعرف الإرشاد الأسري في مجال المعوقين عقلياً بأنه مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة المعوق خاصة الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود طفل معوق عقلياً لديها سواء ما يتعلق منها بأساليب التنشئة الاجتماعية، أو ما يتعلق بتأهيله ورفع مستوى اللغة لديه وكل ما من شأنه يحقق للمعوق أقصى استفادة من قدراته.

وربما ركز الباحثون لأعوام كثيرة على مشكلة ذلك الطفل المعوق عقلياً! وقد أهقلوا قليلاً دور الآباء في هذا الصدد، في حين أن النسق الأسري دون شك يلعب دوراً بالغ الأهمية في النمو النفسي للطفل ذي الإعاقة العقلية والتغلب على مشكلاته.

وفي كل الأحوال تصعب دراسة الطفل المعوق عقلياً بمفرده، وبمعزل عن أسرته التي نشأ فيها، والتي تعتبر المصدر الأول لرعايته.

وقد حدد الخطيب (2001) الحاجات الرئيسية لأسر الأطفال المعوقين في

الحاجات التالية:

1. الحاجة للمعلومات عن إعاقة الطفل واحتياجاته وكيفية مساعدته ضمن روتين الحياة اليومية.
2. الحاجة للدعم من الأخصائيين طلباً للمساعدة والتوجيه خاصة عندما تكون تلك الأسر تحت وطأة الضغوط وعدم القدرة على التعايش مع الإعاقة.
3. الحاجات الاجتماعية وأهمية مساعدة الوالدين على عدم الانسحاب والعزلة الاجتماعية وتشجيعهم على التفاعل الاجتماعي وما يتطلب ذلك من مساندة كاملة من المجتمع المحلي.
4. الحاجة إلى الخدمات المجتمعة التي تلي احتياجاتهم ومعرفة كيفية الوصول إليها.
5. الحاجات المرتبطة بوظيفة الأسرة وتحديد الأدوار وإيجاد وتوفير أنظمة الدعم الداخلي للأسرة وإيجاد أنشطة ترفيهية.

وقد خلص الشخص والسرطاوي (1998) إلى أن أولياء أمور الأطفال المعوقين في أشد الحاجة إلى الاحتياجات المادية، والتي تشمل الأمور المالية، والخدمات الطبية، الترويحية، خدمات عامة، والمعرفية والاجتماعية، والتي تتضمن ضرورة التدخل المبكر مع أولياء الأمور لإرشادهم حول كيفية اكتشاف إعاقة الأبناء مبكراً، وبالتالي كيفية التعامل معهم بصورة مناسبة في مرحلة مبكرة من حياتهم، وهو أمر يحتاج إلى معرفة وتدريب، والاستفادة من الخدمات المتاحة سواء الاتصال بالمتخصصين أو التعامل والتفاعل معهم أثناء فحص الطفل، أو إجراءات التحويل واختيار البرامج المناسبة له، ولا شك أن توفر المعلومات المتعلقة بمفهوم الإعاقة، وخصائصها، وفتاتها، وأسبابها وبرامج رعاية المعوقين، كلها أمور تساعد على تغير الاتجاهات نحو المعوقين بصورة تجعل الناس عامة، وأولياء الأمور خاصة ينظرون إلى الإعاقة بواقعية ومن ثم تتغير اتجاهاتهم نحوها لتصبح أكثر إيجابية، مما يساعدهم بالتالي على تقبل الأبناء وبذل مزيد من الجهد لرعايتهم ومساعدتهم وتحقيق النمو المناسب لهم. (الشخص والسرطاوي، 1998:157).

وفي الدراسة الحالية سيضمن الإرشاد الأسري إرشاد أسر الأطفال المعوقين عقليا ممن لديهم تأخر في نمو اللغة والمتحقين بمدارس التربية الفكرية بمحافظة بني

سوف ويتمثل الإرشاد في تقديم معلومات كافية عن الإعاقة العقلية أولاً، ثم معلومات كافية عن مشكلات تأخر نمو اللغة وأسبابها وتشخيصها وطرق علاجها مع تدريب أسر هؤلاء الأطفال المعوقين عقلياً على تحسين نمو اللغة لدى هؤلاء الأطفال إلى جانب حضورهم البرنامج التدريبي لأطفالهم واستكمال تدريبهم لهم في منازلهم.

الدراسات السابقة

دراسة قام بها كورمير (Cormier, 1980) وهدفت إلى الوقوف على فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تحسين الأداء اللغوي والنطق لدى أطفالهم المعوقين عقلياً القابلين للتعلم وتكونت عينة الدراسة من (50) أباً لأطفال معوقين عقلياً تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية وزعت عليهم كتيبات إرشادية وصندوق به أدوات خاصة لتدريب أطفالهم إلى جانب جلسات إرشادية أما المجموعة الثانية فقد كانت مجموعة ضابطة لم تلتق أي شيء وأسفرت الدراسة عن تحسن ملحوظ في الأداء اللغوي والنطق والتعبير الشفهي والتعبير الحرفي في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما قام فريبر (Farber 1983) بدراسة لتقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلهم المعوق عقلياً، وتكونت العينة من (24) أسرة ممن لديهم طفل معوق عقلياً يتراوح عمره ما بين (9 - 12) عاماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة، ولقد استخدمت في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها، وردود الفعل، وطرق التواصل مع الطفل المعوق عقلياً وكيفية العناية به، ولقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدين، كما عبر الوالدان عن حاجاتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معوقين عقلياً آخرين، وعن حاجاتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجاتهم إلى الإرشاد.

وفي نفس السياق قام شينولد (Schaenwald 1989) بدراسة للتحقق من فعالية برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال المعوقين عقلياً، واشتملت العينة على (14) أسرة لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (11 - 14) عاماً، وتم

تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما حضر أفرادها مناقشات حول طبيعة أنماط التفاعل بينهم وبين الطفل المعوق عقليا والأخرى أخذت البرنامج المشتق من برنامج النمو الإنساني وهو عبارة عن أنشطة تعتمد على صورة قوائم ألعاب متضمنة لجزء من البرنامج، وطبق على العينة برنامج النمو الإرشادي المعدل، ومقاييس البيئة الأسرية، واستخدم طريقة المناقشة بعد عرض أسئلة الفيديو ولقد أوضحت النتائج ما يلي: إن البرنامج له تأثير إيجابي على أسر الأطفال المعوقين عقليا، والأسر التي حضرت مناقشة حول طبيعة أنماط التفاعل كان لها تأثير سلبي أكثر من تأثيرها الإيجابي كما أنها أظهرت ملاما وتعباً وإحباطاً، أما الأسر التي تم تطبيق البرنامج عليها فقد أظهرت احتياجا للتعرف على الأساليب المختلفة للتواصل.

وقد أكدت دراسة ليلس B. Liles (1992): التي هدفت إلى بيان عدم الطلاقة اللفظية والإشارية لدى طفل ذي تخلف عقلي معتدل عمره (10 سنوات) وذي سمع طبيعي، أن هذا الطفل قد تعلم الإشارة بسهولة ويستخدم حالياً طريقة التواصل الكلي ويقوم تلقائياً بإنتاج اللفظ والإشارة. ولقد تم تدريب الطفل في جلسات مصورة بالفيديو له مع (2) من أطفال آخرين في مجموعة دروس التعلم لمدة تزيد عن شهر، وتم تحليل أوصاف عدم الطلاقة (ومن خلال التسجيل المصور)، في صورة إعاقات وتطويل وتكرار عبارات وتكرار كلمات أو مقاطع ولقد كان كلام ولغة العينة مناسباً لعمره العقلي، وتبين من النتائج أن هذا الطفل يتسم بعدم الطلاقة اللفظية أو الإشارية التلقائية التي تتميز بالإنتاج اللفظي.

وجاءت دراسة دود وآخرين (Dodd,etal,1994): متناولة اثر برنامج تدريبي للمهارات النطقية والصوتية لعينة قوامها 30 من أطفال متلازمة دون وآبائهم في تحسين سلوك التواصل الوالدي والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية تدريب الوالدين على مهارات نطق أصوات الحروف وفي تحسين مهارات النطق لدى أبنائهم مما يؤكد على فاعلية الدور الحيوي للآباء في برامج التخاطب كما أدى ذلك إلى زيادة السلوك التواصلي والتفاعل الاجتماعي بين الأطفال وآبائهم والآخرين من حولهم.

وفي دراسة عباد ورقبان (1995): التقييمية لمستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعوقين عقليا ألقابلين للتعلم في برنامج تدريبي على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي التي هدفت إلى تقييم مستوى الأداء المهاري لأطفال عينة الدراسة في المجالات المهنية الأساسية مثل مجال العناية بالذات، والعلاقات الاجتماعية، واللغة، والتواصل، والمهارات الحركية، والمجال المعرفي، وذلك باستخدام اللعب التمثيلي للأدوار، والصور المسلسلة، وعرائس الأراجوز، وشرائط كاسيت، وملصقات، وغناء الأناشيد. حيث تكونت عينة الدراسة من (7) من الأطفال المعوقين عقليا ألقابلين للتعلم تتراوح أعمارهم من (4-8) سنوات، كشفت الدراسة عن أن مجال المهارات الاجتماعية كان أقل المجالات من حيث متوسط عدد محاولات التدريب، ومن ثم فهي أسهل المهارات تعلماً. تليها مهارات العناية بالذات كما كشفت النتائج عن أن الإناث يحتاجن إلى محاولات أكثر في التدريب من الذكور في مجالات المهارات الحركية والمعرفية ومهارات اللغة والتواصل.

وأكدت أيضا دراسة سليمان (1996): على مدى فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعوقين عقليا ألقابلين للتعلم. هدفت الدراسة إلى بيان مدى فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات اللغوية مثل مهارة الاستماع والتحدث والقراءة والتعبير الكتابي لدى الأطفال المعوقين عقليا باستخدام بعض استراتيجيات التدريب الفعالة مثل التعزيز الاجتماعي والتوجيه وأساليب التقليد وزيادة دافعية الطفل بالاستعانة بمعلم الفصل، وتكونت عينة الدراسة من (40) طفلاً وطفلة من المعوقين عقليا المنتظمين في الدراسة بمدرسة التربية الفكرية بمحلية الزيتون في العام الدراسي (94، 95) وتراوح نسبة ذكائهم من (50-70) درجة ذكاء. وكانت أدوات الدراسة تتمثل في: اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية، ومقياس القدرات اللغوية. وقد كشفت نتائج الدراسة عن تحسن دال في المهارات اللغوية لدى أطفال المجموعة التجريبية مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة وذلك لاحتواء البرنامج على أنشطة وتدرجات مكثفة.

وتناولت دراسة حسين (1998): دور مسرح العرائس في تنمية الطفل المعوق ذهنياً: تجربة ميدانية بجمعية التثقيف الفكري بيور سعيد. وذلك بهدف الوقوف على:

1. أهمية مسرح العرائس وارتباطه بالطفل المعوق ذهنياً واتساع مجال استخدامه كوسيط تعليمي محبب وجاذب للطفل المعوق ذهنياً.

2. مناقشة للمختصين من أجل بلورة المناهج التعليمية المناسبة للقدرات الذهنية لهذا الطفل مع تصميم العرائس المناسبة والتي يمكن من خلالها توصيل المادة التعليمية.

3. أهمية مشاركة الطفل المعوق ذهنياً في العملية التعليمية - ليس كمتلق فقط - بل مشاركاً في تقديم العرض وتحريك العرائس يساعد على تحقيق الأهداف المرجوة من تنمية العادات والقيم الايجابية ونبذ القيم السلبية مع تبسيط وتقريب المعلومات إلى ذهن المعوق المحدود وقد اتضح من نتائج الدراسة أن الأطفال المعوقين عقلياً الذين شاركوا في مسرح العرائس قد حدث تطور ملحوظ عليهم في النمو اللغوي وذلك من جراء ترديد ما سمعوه من العرائس أثناء العرض، بالإضافة إلى المبادرة في عرض ما فهموه من المسرحيات المعروضة عليهم.

كما تناولت دراسة الدهان (1998): تنمية إمكانيات الطفل المتخلف عقلياً من خلال توظيف بعض التخصصات النوعية. بهدف دراسة المساهمات والدراسات والبحوث في كل من التخصصات النوعية الثلاثة (التربية الفنية والتربية الموسيقية وتكنولوجيا التعليم) وقد قدمت الدراسة برنامجاً مقترحاً لكل من التخصصات الثلاث مستفيدة بنتائج البحوث والدراسات السابقة، وذلك بتطبيق برنامج متنوع على عينة من الأطفال المعوقين عقلياً، وقد انقسم البرنامج إلى جزء خاص بالتربية الفنية عبارة عن الرسم والتصوير، التشكيل المجسم، النسيج، الطباعة، نشاط الأشغال الفنية، وجزء خاص بالتربية الموسيقية عبارة عن الغناء، نشاط التذوق الموسيقي، نشاط العزف على الآلات، وجزء خاص بتكنولوجيا التعليم عبارة عن مجال الخدمة المكتبية، مجال الوسائل التعليمية، مجال الحاسب الآلي وقد خلص البرنامج عامة إلى نتائج مهمة وهي أن التخصصات النوعية هي التي تعمل على تنمية القدرات العقلية والمعرفية لدى الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم والقابلين للتدريب، وبالأخص النشاطات الفنية ثم يليها النشاطات الموسيقية وبعد ذلك المجالات الخاصة بتكنولوجيا التعليم.

وتناولت دراسة إبراهيم (1999): فاعلية قصص الأطفال في تنمية جوانب النمو للمعوقين عقلياً القابلين للتعلم والتي هدفت من خلالها إلى معرفة فاعلية برنامج قصصي في تنمية جوانب المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم والذين تراوحت أعمارهم ما بين 5-7 سنوات ونسبة ذكائهم من 55-70 والبالغ عددهم 10 أطفال بواقع 7 ذكور و3 إناث.

وقد استخدمت الباحثة في سبيل ذلك ما يلي:

1. استبيان لاستطلاع رأي العاملين في مجال الإعاقة.
2. استمارة لجمع البيانات عن الأطفال.
3. برنامج قصصي اشتمل على مجموعة قصص تقص في جلسات محددة.
4. هناك أيضاً بطاقة لتحليل القصة.
5. بطاقة لتقويم الأهداف السلوكية.
6. بطاقة التقويم المصاحبة باستخدام بطاقة الملاحظة.

وقد توصلت النتائج في هذه الدراسة إلى فاعلية القصص في تنمية بعض جوانب النمو ومنها النمو اللغوي للأطفال من فئة القابلين للتعلم، كما خلصت الدراسة إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في اكتساب مهارات النمو اللغوي.

كما توصلت دراسة لونارد وآخرون (Leonard. A. et al (2003): عن مهارات اللغة الاستقبالية لدى المتخلفين عقلياً والتي توصل فيها إلى أن المتخلفين باختلاف فئاتهم لديهم سمات مختلفة من المفردات والتراكيب الاستقبالية والمعرفية غير اللفظية، كما أنهم لا يقدرّون على فهم اللغة الاستقبالية بالشكل المناسب ولذا فهي تعتبر من أهم المشكلات التي تواجههم.

وأخيراً توصلت دراسة عمار، محمد (2004): عن التشخيص الفونولوجي لكلام الأطفال المعوقين ذهنياً والأطفال ذوي الخلل الفونولوجي (تأخر كلامي لا يصاحبه أي خلل في مهارات الإدراك أو القدرات الحركية ما عدا القدرة على الكلام) بهدف مقارنة فونولوجية لكلام الأطفال الذين يعانون من تأخر في الكلام سواء بدون

سبب أو بسبب إعاقة ذهنية بغرض التشخيص الفونولوجي، لكي يعد الأخصائي عن احتمالات اللبس في التشخيص خاصة الفئة الأولى من الأطفال وقد اشتملت الدراسة على (48) طفلاً مقسمين إلى ثلاث مجموعات: الأولى تشمل الأطفال الطبيعيين كمجموعة ضابطة، وعددهم ستة عشر طفلاً، تتراوح أعمارهم بين أربعة وخمسة أعوام، والثانية تمثل الأطفال الذين يعانون من تأخر في الكلام ما بين أربع إلى تسع سنوات، والثالثة تمثل في عشرة أطفال من ذوي الإعاقة الذهنية تراوحت أعمارهم ما بين خمس وإحدى عشر سنة، وقد اختيرت قائمة كلمات معينة لغوية تمثل نوعيات مختلفة للكلام الأطفال في هذه المرحلة العمرية، وقد تم تحليل هذه القائمة تحليلًا فونولوجيًا وصوتيًا، وقد أظهرت النتائج فروقات واضحة بين الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والأطفال أصحاب الخلل الفونولوجي أهمها: قائمة الأصوات عند الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لا تمثل القائمة الصوتية إذا ما قورنت بقائمة الأطفال ذوي الخلل الفونولوجي.

تعقيب على الدراسات السابقة

1. أجريت جميع الدراسات السابقة على أطفال من المعوقين عقلياً، ومن فئات الإعاقة البسيطة، والمتوسطة.
2. تتناسب درجة تأخر نمو اللغة طردياً مع درجة الإعاقة.
3. انتشار تأخر نمو اللغة لدى المعوقين عقلياً القابلين للتعلم.
4. في حدود علم الباحث هناك ندرة في الدراسات التي تناولت تأخر نمو اللغة لدى الأطفال المعوقين عقلياً، كما لم تتناول أية دراسة الوقوف على فعالية الإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعوقين عقلياً وتدريبهم في تحسين مستوى اللغة لديهم والوقوف على فعالية إرشاد الأسرة في مقابل التدريب دون إرشاد في تحسين مستوى اللغة على العاديين، فضلاً عن المعوقين كما حدث في هذه الدراسة الحالية.

فروض الدراسة

من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة صاغ الباحث فروض دراسته على النحو التالي:

1. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟
2. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟
3. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين القبلي والبعدي؟
4. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين القبلي والبعدي؟
5. توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي؟
6. لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين البعدي والتبقي؟
7. لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسين مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتبقي؟

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي للتعرف على فعالية الإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعوقين عقلياً وتدريبهم (كمتغير مستقل) في الحد من تأخر نمو

اللغة لدى عينة من المعوقين عقليا (كمتغير تابع) مع استخدام المنهج المقارن في مقارنة فعالية هذا البرنامج القائم على تدريب الأطفال إلى جانب اشتراك الأسر في برنامج الإرشاد الأسري والذي تم تقديمه للمجموعة التجريبية الأولى، بمقارنة البرنامج الآخر الذي يقوم بتدريب الأطفال المعوقين عقليا الذي تم تقديمه للمجموعة التجريبية الثانية، لذا اعتمدت الدراسة على ثلاث مجموعات هي المجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد والتدريب)، والثانية (التدريب فقط) المجموعة التجريبية الثانية، في حين تمثل المجموعة الثالثة المجموعة الضابطة

ثانيا: العينة

1. قام الباحث بمحصّر أسماء الأطفال المقيدين بمدرسة التربية الفكرية ببني سويف من تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8-14) عاما فبلغ عددهم (52) طفلا ثم اشترط الباحث بعض الشروط في اختيار العينة قبل مجانستها من أهمها:
 - أن يكون من المنتظمين بالدراسة ولا يتغيّب لفترات طويلة.
 - ألا يكون من المترددين على المركز النفسي وألا يعالج علاجا شهريا كالصرع أو غيره.
 - أن يكون من المقيمين مع أبويه وألا يكون من المقيدين بالقسم الداخلي بالمدرسة.
 - أن يكون لديه أخوة ويعيشون معه سواء أكبر أو أصغر منه.
 - ألا يكون لديه اضطرابات شديدة في النطق أو الكلام تعوقه عن الاستفادة من الجلسات.
2. تمثلت عينة الدراسة من (52) طفلا من الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم، من مدرسة التربية الفكرية بمحافظة بني سويف، وبعد تطبيق الشروط التي وضعها الباحث أصبحت العينة (24) طفلا تراوحت أعمارهم ما بين (9-18) عاما، وقد تراوحت نسبة ذكائهم بين (50-70) درجة ذكاء، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى ثلاث مجموعات وهي: المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة وكان عددهم ثمانية أطفال في كل مجموعة.

3. قام الباحث بعمل التجانس بين مجموعات الدراسة (التجريبية والضابطة): قبل تطبيق البرنامج وذلك من حيث كل من العمر الزمني، ونسبة الذكاء، وتأخر نمو اللغة، باستخدام اختبار مان - ويتني Mann-Whitney وقيمة (Z) للمجموعتين في المتغيرات المشار إليها والجدول (2) التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (2)

اختبار مان - ويتني Mann-Whitney وقيمة (Z) للتجانس بين المجموعات الثلاثة

المتغير	المجموعة التجريبية (8=ن)		المجموعة الضابطة (8=ن)		قيمة مستوى الدلالة		
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	W	U
السن	6.92	41.50	6.92	36.50	0.403	36.5	15.5
الذكاء	6.83	41.0	6.83	37.0	0.331	37.0	16.0
تأخر نمو اللغة	6.7	40.50	6.7	37.50	0.242	37.5	11.5

وبالنظر في الجدول السابق يتضح أنه:

لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية قبل تطبيق البرنامج بين المجموعات (التجريبية والضابطة) في كل من العمر الزمني، ونسبة الذكاء، وتأخر نمو اللغة مما يدل على التجانس بين المجموعات الثلاثة في المتغيرات المشار إليها، وما يدل أيضا على أن أية فروقات تظهر بين المجموعات في درجات تحسين اللغة يمكن إرجاعها إلى البرنامج التدريبي والإرشاد الأسري.

4. بالنسبة للمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم ينتمون إلى مستويات متوسطة وهذا من خلال ملفات هؤلاء الأطفال مما يعني تقارب مستوياتهم في البعد الاقتصادي والاجتماعي.

ثالثاً: أدوات الدراسة

1. مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء (الصورة الرابعة، 1998): يحتل مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء موقعاً بارزاً في حركة القياس النفسي و ذلك إلى الحد الذي أصبح معه المقياس محك صدق للمقاييس الأخرى للقدرة المعرفية العامة وأداة رئيسية في الممارسة الإكلينيكية، وفيما يلي وصف مختصر للمقياس:

أ. وصف الصورة الرابعة للمقياس: حدد ثور نديك وهاجن وساتلر أربعة مجالات لقياس القدرة المعرفية، هي الاستدلال اللفظي، الاستدلال الكمي، الاستدلال المجرد، البصري والذاكرة قصيرة المدى ولكنهم قرروا أيضاً ضرورة الحصول على درجة مركبة أو كلية تمثل العامل العام أو القدرة الاستدلالية العامة وتتكون القدرة المعرفية من ثلاثة مستويات هي:

- المستوى الأول: عامل الاستدلال العام في (المستوى الأعلى).

- المستوى الثاني: يتكون من ثلاثة عوامل عرضية هي: القدرات المتبلورة، القدرات السائلة التحليلية، الذاكرة قصيرة المدى.

- المستوى الثالث: يتكون من ثلاثة مجالات أكثر تخصصاً هي: الاستدلال اللفظي، الاستدلال الكمي، الاستدلال المجرد/ البصري.

ويندرج تحت هذه المجالات 15 اختباراً على النحو التالي:

1. الاستدلال اللفظي: يتضمن اختبارات: المفردات، الفهم، السخافات، العلاقات اللفظية.

2. الاستدلال المجرد/ البصري: ويتضمن اختبارات: تحليل النمط، النسخ، المصفوفات ثني وقطع الورق.

3. الاستدلال الكمي: ويتضمن اختبارات: الكمي، سلاسل الأعداد، بناء المعادلة.

4. الذاكرة قصيرة المدى: وتتضمن اختبارات: تذكر نمط الحرز، تذكر الجمل، إعادة الأرقام، تذكر الأشياء. (مليكة، 1998 - 101، 11).

ولذا فقد تم اختيار مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) حيث أنه يعد من أفضل المقاييس المستخدمة في تحديد نسبة الذكاء في جميع المستويات العمرية،

وأنه هو المقرر قانوناً استخدامه لتحديد ما إذا كان الطفل يلتحق بمدرسة التربية الفكرية أم لا. ويعتمد عليه في العيادات والمراكز النفسية المتخصصة.

ب. تقنين المقياس

أولاً: ثبات المقياس: تشير النتائج إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع نسبياً، فمعاملات ثبات المقياس باستخدام معادلة كودر - ريتشاردسون 20، تراوحت من (0.82) لتذكر الأرقام (0.85) للعلاقات اللفظية إلى (0.97) لتذكر الموضوعات (0.95) لكل من تحليل النمط والفهم و0.94 للمفردات وذلك في عينات تراوح حجمها من (380) تلميذاً إلى (660) تلميذاً، وكانوا جميعاً تحت سن 23 سنة أما معامل ثبات لإعادة فقد كان أقل نسبياً إذ اشتمل على مجموعة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (ن = 30 طفلاً) من (0.53) للنسخ (0.86) لتذكر الجمل إلى (0.64) للاستدلال المجرد/ البصري (0.66) للاستدلال الكمي (0.87) للاستدلال اللفظي (0.88) للذاكرة قصيرة المدى بينما كان (0.87) للدرجة المركبة. (مليكة، 1998 - أ).

ثانياً: صدق المقياس: تتعدد وتنوع الشواهد على صدق المقياس إذ يتوفر للمقياس الصدق الظاهري بوصفه مقياساً للذكاء كما توضح مصفوفة معاملات الارتباط الداخلية معامل الارتباط الدرجات الفرعية للفئات العمرية من سن (2) إلى أقل من (30) سنة كانت جميعها موجبة مما يشير إلى وجود عامل مشترك بينها وفي مجموعة التقنين من (30-70) سنة فما فوق فقد كانت معاملات الارتباط موجبة وتميل للارتفاع عن مثيلاتها في الفئات العمرية الأصغر وثمة أدلة أخرى على صدق المقياس توفرت أثناء التقنين منها أن متوسط الدرجة المركبة لمائة فرد من المعوقين عقلياً كان 41.81 (مركز التوجيه النفسي بمحاذق القبة) (49.52) (مركز أبو العزائم) للمعوقين عقلياً، (ومركز كريثاس سيبي للتدريب والدراسات في الإعاقة) وفي دراسة عن المتفوقين والمتأخرين دراسياً كان متوسط المتفوقين (92.85) والمتوسطين تحصيلنا (80.72) والمتأخرين (70.77)

وفي دراسة عن ذوي صعوبات التعلم والمتأخرين دراسياً، والمعوقين عقلياً كانت الدرجة المركبة للغة الأولى (97.29) والثانية (77.76) والثالثة (56.73) وهذه المتوسطات توضح صدق المقياس في التفريق بين الفئات المختلفة في مستوى الذكاء. (مليكة، 1998-1، 184، 185).

2. البرنامج الإرشادي: أعد الباحث هذا البرنامج بهدف تحسين مستوى اللغة لدى الأطفال المعوقين عقلياً. وبما أن المحيط الأسري المباشر يلعب دوراً في العلاج اللغوي. فنوع وكثافة التفاعل الذي تبادر به الأسرة أو تستجيب له إيجابياً أو تشجيعه، يغير إلى حد كبير من نوع السلوك الذي يظهره الطفل، لذا فإن أخذ دور الأسرة في الاعتبار في خطة علاج تأخر نمو اللغة يوفر فرصة التكامل والاستمرارية بين الفريق المعالج والأسرة.

الأهداف الخاصة

1. تزويد الأسر بمعلومات عن الإعاقة العقلية، مما يجعلها أكثر تفهماً وقدرة على التعامل مع أطفالها المعوقين عقلياً.
2. مساعدة الأسر على معرفة خصائص نمو أطفالهم المعوقين عقلياً في مرحلة الطفولة المتأخرة، وأثر الإعاقة العقلية على جوانب النمو.
3. مساعدة الأسر في تعديل أفكارهم ومفاهيمهم الخاطئة المرتبطة بإعاقة أطفالهم إلى أفكار ومفاهيم سوية وإيجابية.
4. تعريف الأسر بأساليب المعاملة الوالدية السوية وغير السوية وأثرها على أطفالهم بوجه عام وأطفالهم المعوقين عقلياً بوجه خاص و تنمية أساليب المعاملة الوالدية السوية لدى الأسر.
5. توجيه الأسر للاستفادة من الخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال المعوقين عقلياً.

مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

1. الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.
2. الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث على عينة قوامها (7) من أسر الأطفال المعوقين عقلياً، والتي في ضوءها وضع في اعتباره أهم الموضوعات الأكثر احتياجاً

للأسر للتعامل مع أطفالهم المعوقين عقليا حيث تمت بلورتها فيما بعد في صورة وحدات للبرنامج الإرشادي.

3. آراء الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة في البرنامج الإرشادي.

الاعتبارات التي روعيت في البرنامج الإرشادي:

في ضوء الدراسة الاستطلاعية حدد الباحث بعض الاعتبارات التي يتعين مراعاتها عند تنفيذ البرنامج وهي:

- أ. تدعيم العلاقة المهنية بين الباحث والأسر على أساس من الثقة والاحترام المتبادل.
- ب. اتباع أسلوب الحوار والمناقشة.
- ج. استخدام اللغة السهلة والبسيطة التي تلائم الأسر.
- د. تحديد إجراءات تطبيق جلسات البرنامج من حيث عدد الجلسات وأهدافها، والمدى الزمني لكل جلسة بشكل يمكن أن يحدث تأثيرا ايجابيا على الأسر ومن ثم يعكس فعالية البرنامج على أطفالهم.
- هـ. الأسلوب الإرشادي المستخدم: يستخدم الباحث أسلوب الإرشاد الجمعي في جلسات البرنامج الإرشادي، وتكمن أهمية الإرشاد الجمعي فيما يهيئه من تفاعل بين العميل (الأسر) والمرشد (الباحث) وبين العميل وأعضاء الجماعة معا.

الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

استخدم الباحث الفنيات الإرشادية التالية:

- أ. المحاضرة: تتمثل في تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب مع أسر الأطفال المعوقين عقليا عن الإعاقة العقلية فئاتها وأسبابها، وخصائص النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة، ووجهات النظر الخاطئة حول الإعاقة العقلية وكيفية تعديلها، وأساليب المعاملة الوالدية (السوية وغير السوية)، والخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال المعاقين عقليا.

ب. المناقشة الجماعية: تتمثل في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين الباحث وأسر الأطفال المعوقين عقليا هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى بين الأسر بعضهم مع بعض، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار والهدف من استخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي لأسر الأطفال المعوقين عقليا، وتعديل الأفكار الخاطئة لديهم، وتعزيز التواصل بين أعضاء الجماعة.

ج. التعزيز الإيجابي: يتمثل في تقديم مدعمات (ثناء - مدح) لأسر الأطفال المعوقين عقليا على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش. والهدف من استخدام هذه الفنية حث الأسر على التفكير السليم والسلوك المرغوب بحيث يصبح جزءا من حياتهن.

د. النمذجة: ويتمثل في عرض نماذج سلوكية من خلال موضوع النقاش على الأسر. والهدف من استخدام هذه الفنية هو تعليم الأسر أساليب وسلوكيات جديدة سوية من خلال الاقتداء بالأمثلة.

هـ. الواجب المنزلي: ويتمثل في تكليف الأسر ببعض الواجبات في ختام كل جلسة. والهدف من استخدام هذه الفنية نقل أثر ما استفادته الأسر من حضور الجلسات الإرشادية في البيئة الأسرية التي يعيش فيها الطفل في تحسين مستوى اللغة على أبنائهم.

تحكيم البرنامج الإرشادي

تم عرض البرنامج في صورته الأولية على خمسة من الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية، وذلك بهدف التحقق من ملاءمة البرنامج لأفراد العينة وصحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج، ووفقا لتعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي والذي تم تطبيقه على عينة من الأسر.

الجلسات الإرشادية

في ضوء ما سبق، قام الباحث بإعداد (7) جلسات إرشادية جماعية، بواقع جلستين أسبوعياً (شهر واحد)، وتراوحت مدة الجلسة ما بين (45 - 75) دقيقة حسب طبيعة كل جلسة والموضوعات المطروحة للمناقشة.

وتتضمن الجلسات الإرشادية الموضوعات التالية:

- الجلسة الأولى: التعريف بالبرنامج الإرشادي الأسري ونظام الجلسات.
- الجلسة الثانية: الإعاقة العقلية، فئاتها وأسبابها.
- الجلسة الثالثة: خصائص النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة.
- الجلسة الرابعة: وجهات نظر خاطئة حول الإعاقة العقلية، ما هي، وهل يمكن تعديلها؟

• الجلسة الخامسة: كيفية تحسين مستوى اللغة لدى للأطفال المعوقين عقلياً.

• الجلسة السادسة: أساليب رعاية الطفل المعوق عقلياً.

• الجلسة السابعة: تقييم البرنامج الإرشادي.

البرنامج التدريبي للأطفال المعوقين عقلياً: إعداد الباحث

مصادر بناء البرنامج:

1. الاطلاع على العديد من الأطر النظرية والدراسات التي تناولت اضطرابات اللغة وبخاصة تأخر نمو اللغة مع المعوقين عقلياً.

2. خبرة الباحث منذ الماجستير فكان موضوع الماجستير دراسة حالة للمعوقين ذهنياً ذوي التشوش العالي والمنخفض وفقاً لمقياس ستانفورد بينية للذكاء الصورة الرابعة ومن خلال هذه الخبرة اكتسب الباحث فن التعامل مع المعوقين عقلياً بجانب عمله في العديد من المراكز.

3. الممارسة العملية في علاج اضطرابات والنطق والكلام في العديد من الجمعيات التي تتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة منذ حصولي على دورة متقدمة في

اضطرابات النطق والكلام من مركز التدريب والاستشارات التربوية كلية التربية جامعة القاهرة بتقدير ممتاز.

4. شارك الباحث في التخطيط والإعداد والتدريس وورش العمل في العديد من دورات اضطرابات التخاطب والنطق والكلام التي نظمها مركز التدريب والاستشارات التربوية بجامعة القاهرة مع الاتحاد العربي لرعاية الصم في سورية.
5. بجانب عملي بمركز الإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة بني سويف في التخطيط والأعداد والتدريس للعديد من دورات التخاطب حتى الآن وإشرافي على التدريب العملي لتشخيص وعلاج اضطرابات النطق والكلام في مدارس التربية الخاصة ببني سويف.

محتويات البرنامج:

تم إعداد البرنامج التدريبي وفق الخطوات الآتية:

• مرحلة التمهيد للبرنامج:

وهي التي يتم التعارف فيها بين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم البعض، ومع الباحث ويتم ذلك من خلال الجلسة الأولى بطريقة الإرشاد الجمعي وفي حضور أسر المجموعة التجريبية الأولى، وفي غياب أسر المجموعة التجريبية الثانية، ونترك الأطفال للعب والتحرك في مكان الجلسة والعب بالألعاب المجسمة والمكعبات ويتم في هذه الجلسة شرح الهدف من البرنامج.

• مكونات البرنامج:

1. تنمية أساسيات اكتساب اللغة
2. إنماء المفاهيم
3. إنماء المفردات
4. تمرينات لأعضاء النطق
5. الأغاني
6. إنماء تراكيب الجمل

• المواد المستخدمة في البرنامج:

وتشمل: أشياء ملموسة طبيعية- نماذج مجسمة- صور فوتوغرافية-رسومات- اسطوانات

أ. تنبه أساسيات اكتساب الكلام واللغة: وتشمل الآتي:

1. تمرينات سمعية (تنبيه سمعي): (انتباه سمعي-ذاكرة سمعية- تمييز سمعي)
 - وجود غياب الصوت: تسجيل به أصوات مختلفة-لعب تصدر أصواتا - نضع شيئا في صندوق يصدر أصوات -وندع الطفل يحدد مصدر الصوت بأن نغمي عينه ونضرب على الطبله ونعرفه بعد ذلك بأن هذه طبله.
 - تشابه الأصوات: يضاهاى الطفل بين الأصوات المتشابهة (آلات موسيقية متشابهة).
 - التعرف على الأصوات وتحديد مكانها.
 - تتبع أصوات في أثناء العين تكون مغلقة (مفتاح-جرس-صوت موبايل).
 - وأصوات مسجلة على كاست ومطابقة بالأشياء أو الصورة.
 - الذاكرة السمعية: تقليد الأصوات وغيرها.
 - تمييز سمعي: أصوات حيوانات مختلفة-أصوات الإنسان-البيئة-آلات.
2. تمرينات بصرية: تمييز بصري:
 - التدريب على الألوان (صلصال-قص ولزق-صور ملونه).
 - التدريب على الأشكال (دائرة -مثلث-مربع-مستطيل) بازل ورسم الأشكال.
 - وجود الأشياء ثم اختفاؤها مثال صوت حيوانات أو فواكه أو ملابس أو وسائل مواصلات.
 - تمائل الأشياء: أشياء متماثلة ثم نخفي جزءا ونسأله عن الناقص.
 - الارتباط البصري: وضع أشياء أو صور تتماشى مع بعضها: مشط ومرآة-سكينة وشوكة.

3. تمرينات المس (التنبيه للمس):

- (العاب مختلفة لها ملمس مختلف مثل ناعم وخشن وطري وصلب).
- التدريب على الأحجام: صغير وكبير وصور تماثلها.
- يحاول الحصول على أشياء داخل الشنطة أو الصندوق دون النظر.
- يطابق أشياء مماثلة دون استخدام النظر.
- الذاكرة: ترتيب الأشياء بتسلسل معين دون استخدام نظره.

ب. إتمام المفاهيم

1. تنمية مفاهيم عن البيئة المنزلية والمدرسة والشارع والحي وغيرها.
2. المفاهيم: تنمية مفاهيم مثل الحيوانات الأليفة والمفترسة والفواكه وسائل المواصلات - الأشخاص - الملابس - الأسرة - الطعام - الأفعال - موضوعات مختلفة وغيرها.
3. أمثلة للتدريبات: التعرف على أجزاء الجسم عن طريق عروسة ثم مضاهاة ذلك على الطفل.
4. والملابس من خلال ملابس العروسة ومطابقة ذلك على ملابس الطفل.

ج. إتمام المقدرات:

- أسماء - أفعال - صفات - حروف الجر - ضمائر - جمع
- التدريب على جمع لعب من نفس النوع 3 عريبات أو 3 معالق وهكذا نعلم الطفل.
- التدريب على الضمائر صور لولد و بنت ونقول له هي وهو وهكذا.
- د. نمو الجمل: نبدأ بعبارة واحدة قد تكون كلمة أو مجرد صوت، ثم كلمتين وهكذا ويتم التدريب عليها من خلال الأنشطة المختلفة وأثناء اللعب.
- هـ. تمرينات لأعضاء النطق:
- المص: عن طريق الشفاطات عند الشرب للعصائر وغيرها.

- المضغ: عن طريق إعطاء الطفل مأكولات صلبة إلى حد ما تدريجياً.
 - تدريبات نفخ في قصاصات ورق- شمعة- فقاعات الصابون- البالونات.
 - تدريبات اللسان: لأعلى ولأسفل والزرغوته وغيرها.
 - تمرينات الشفاه: مط- سحب- طرقة الشفاه.
- و. استخدام الموسيقى واللعب: من شأن الموسيقى بجانب التدريبات الأخرى أن تفيد في تشكيل السلوك والمزاج العام للطفل، علاوة على تمتتها للإمكانيات الإدراكية والحركية ولقدرات التمييز السمعي ومدى الانتباه.
- مرحلة تقييم البرنامج:

بعد أن عرض الباحث البرنامج التدريبي على المحكمين قام بدراسة استطلاعية على عد من الأطفال غير المشتركين في البرنامج لتحديد عدد الجلسات والفنيات العلاجية المناسبة والمدة الزمنية للبرنامج ولكل جلسة.

الفنيات المستخدمة في البرنامج

تمثلت الفنيات في الأنشطة الرياضية-الألعاب التقليد-التعزيز-سيكود رامبا ولعب الدور والنمذجة والموسيقى والتمييز السمعي والبصري واللمس والرسم واللفظ المنغم مسرحة العرائس وقصص الأطفال وغيرها من الفنيات التي تتلاءم مع العينة.

الأدوات المستخدمة في البرنامج

جهاز كمبيوتر-اسطوانات للتمييز السمعي-مهارات سمعية- بازل-كرة تنس طاولة-خرامة ورق- سكر- عسل- لبان- قصاصات ورقية- عرائس أطفال- مجسمات بلاستيكية وخشبية لأجزاء الجسم والحيوانات ووسائل المواصلات والفواكه- والملابس سواء صور-شمع- طبله-جهاز تسجيل وغيرها.

المدة الزمنية للبرنامج

كانت الجلسة بالنسبة للأطفال لا تتعدى أكثر من 30دقيقة في الحالات الفردية أما الجلسة الجماعية فكانت تتراوح ما بين 45 إلى 75 دقيقة وتكونت الجلسات للأطفال في حدود 25 جلسة بجانب جلسات الأسر سبع جلسات.

استمارة دراسة حالات اضطرابات النطق والكلام (إعداد/ عبد العزيز الشخص 1997): وهي تشتمل على بيانات عامة، وملخص للمشكلة من وجهة نظر الآباء، تاريخ الحالة من كافة الجوانب والنطق والكلام واللغة. مقياس النطق والكلام واللغة. (إعداد/ عبد العزيز الشخص 1997).

رابعاً، خطوات الدراسة

1. إعداد البرنامج الإرشادي الأسري لأسر الأطفال المجموعة التجريبية الأولى.
2. إعداد البرنامج التدريبي للأطفال المجموعة التجريبية الثانية والأولى.
3. اختيار أفراد العينة والتجانس بينهم.
4. التطبيق القبلي لمقياس اللغة على أفراد العينة.
5. تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري على أسر المجموعة التجريبية الأولى.
6. تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعتين الأولى والثانية.
7. التطبيق البعدي لمقياس اللغة على أفراد العينة.
8. التطبيق التبعي لنفس المقياس على أعضاء المجموعتين بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج.
9. تصحيح الاستجابات واستخلاص النتائج ومناقشتها.

خامساً، النتائج

وللتحقق من صحة الفروض تم استخدام اختبار مان - وني Mann-Whitney (U) وقيمة (Z) وويلكوكسون W

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

وللتحقق من صحة الفروض تم استخدام اختبار مان - وني Mann-Whitney (U) وقيمة (Z).

جدول رقم (3)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

مستوى الدلالة	Z	W	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مقياس اللغة
0.01	2.882	21	صفر	21	3.5	8	التجريبية 1
				57	9.5	8	الضابطة

ويتضح من الجدول (3) أنه: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على مقياس اللغة بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية، ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وكانت الفروقات لصالح المجموعة التجريبية مما يدل على تحسین مستوى اللغة لديها مما يحقق الفرض الأول. نتائج الفرض الثاني:

ينص على أنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار مان - وتني Mann-Whitney (U) وقيمة (Z).

جدول رقم (4)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي؟

مستوى الدلالة	Z	W	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مقياس اللغة
0.01	2.882	21	صفر	21	3.5	8	التجريبية 2
				57	9.5	8	الضابطة

ويتضح من الجدول (4) أنه: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على مقياس اللغة بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية، ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وكانت الفروقات لصالح المجموعة التجريبية الثانية مما يدل على تحسن مستوى اللغة لديها مما يحقق الفرض الثاني.

الفرض الثالث: وينص على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسن مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي؟
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروقات بين متوسطات المجموعة الصغيرة المرتبطة. وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (5)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسن مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح البعدي؟

مقياس اللغة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
القياس القبلي	8	صفر	صفر	2.577	0.01
القياس البعدي	8	4.5	35		

ويتضح من الجدول (5) أنه: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على مقياس اللغة بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى، في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) وكانت الفروق لصالح القياس البعدي مما يدل على أنها أصبحت في تحسن مستوى اللغة لديها بعد التطبيق مما يؤكد الفرض.

الفرض الرابع: وينص على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسن مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروقات بين متوسطات المجموعة الصغيرة المرتبطة. وكانت النتائج في الآتي:

جدول رقم (6)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب) في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح البعدي؟

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مقياس اللغة المجموعة التجريبية 2
0.01	2.577	صفر	صفر	8	القياس القبلي
		35	4.5	8	القياس البعدي

ويتضح من الجدول (6) أنه: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على مقياس اللغة بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية، في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) وكانت الفروقات لصالح القياس البعدي مما يدل على أنها أصبحت في تحسن مستوى اللغة لديها بعد التطبيق مما يؤكد الفرض

الفرض الخامس: وينص على توجد فروقات ذات دلالة إحصائية متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي؟ وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار مان - وتي Mann-Whitney (U) وقيمة (Z).

جدول رقم (7)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي؟

مستوى الدلالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مقياس اللغة
0.01	3.367	صفر	100	12.5	8	التجريبية 1
			36	4.5	8	التجريبية 2

ويتضح من الجدول (7) أنه: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على مقياس اللغة بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب)، والثانية (التدريب) بعد تطبيق البرنامج وكانت لصالح المجموعة التجريبية الأولى مما يؤكد صحة الفرض.

الفرض السادس: وينص على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين البعدي والتتبعي؟

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروقات بين متوسطات المجموعة الصغيرة المرتبطة. وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (8)

لدلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الأولى (الإرشاد الأسري والتدريب) في القياسين البعدي والتتبعي؟

مقياس اللغة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W	Z	مستوى الدلالة
القياس البعدي	8	7.33	44	34	0.806	غير دالة
القياس التتبعي	8	5.67	34			

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروقات دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة الأولى في تحسین مستوى اللغة وهو ما يؤكد صحة الفرض

الفرض السابع: وينص على أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتتبعي؟ وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروقات بين متوسطات المجموعة الصغيرة المرتبطة. وكانت النتائج في الآتي:

جدول رقم (9)

دلالة الفروقات بين متوسطي رتب الدرجات الدالة على تحسین مستوى اللغة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتبقي

مقياس اللغة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W	Z	مستوى الدلالة
القياس البعدي	8	7.25	43.50	34.5	0.722	غير دالة
القياس التبقي	8	5.75	34.50			

يتضح من الجدول عدم وجود فروقات دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبقي للمجموعة التجريبية الثانية في مقياس اللغة وهو ما يحقق صحة الفرض.

مناقشة النتائج:

أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى فعالية البرنامج الحالي في تحسین مستوى اللغة لدى الأطفال المعوقين عقليا والحد من تأخر نمو اللغة حيث يتضح من الفروض السابقة وبخاصة الفرض الأول والثاني وجود فروقات دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية الأولى والثانية من ناحية، والمجموعة الضابطة في تحسین مستوى اللغة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعتين التجريبتين، وأيضا في الفرض الثالث والرابع في القياس البعدي والذي يؤكد تحسین مستوى اللغة لدى الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم، ولعل فعالية البرنامج في تحسین مستوى اللغة يعود لما اشتمل عليه من إجراءات في تقوية جهاز النطق وتدريبات اللسان والتنفس والتمييز السمعي والبصري واللمسي والتنبيهات اللغوية وشرايط الكامست التي بها تمييز سمعي بجانب تنمية المهارات السمعية وكل هذا كان له الفضل في تحسین مستوى اللغة لدى هؤلاء الأطفال بجانب الإرشاد الأسري الذي كان له الفضل في تحسین أفضل للغة عندهم، وهذا ما يتفق مع دراسة كل من كورمير (Cormier, 1980) للوقوف على فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تحسین الأداء اللغوي والنطق لدى أطفالهم المعوقين عقليا القابلين للتعلم وقد أسفرت الدراسة عن تحسین ملحوظ في الأداء اللغوي والنطق والتعبير الشفهي والتعبير الحرفي في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما

أكدت على ذلك دراسة فريبر Farber (1983) لتقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلها المعوق عقليا، ولقد استخدمت في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها، وردود الفعل، وطرق التواصل مع الطفل المعوق عقليا وكيفية العناية به، ولقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدين، كما عبر الوالدان عن حاجتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معوقين عقليا آخرين، وعن حاجتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجتهم إلى الإرشاد.

وفي نفس السياق قام شينولد Schaeenwald (1989) بدراسة للتحقق من فعالية برنامج تخاطبي لتحسين التفاعل لدى أسر الأطفال المعوقين عقليا، ولقد أوضحت النتائج ما يلي: إن البرنامج له تأثير إيجابي على أسر الأطفال المعوقين عقليا، الأسر التي حضرت مناقشة حول طبيعة أنماط التفاعل كانت لها تأثير سلبي أكثر من تأثيرها الإيجابي، والأسر التي تم تطبيق البرنامج عليها أظهرت احتياجا للتعرف على الأساليب المختلفة للتواصل، وفي المقابل وجد الباحث أن الأسر التي حضرت مناقشات أظهرت مللا وتعبا وإحباطا من المناقشة

كما أكدت دراسة: عباد، ورقبان (1995) التي هدفت إلى تقييم مستوى الأداء المهاري لأطفال عينة الدراسة في المجالات المهارة الأساسية مثل مجال العناية بالذات، والعلاقات الاجتماعية، واللغة، والتواصل، والمهارات الحركية، والمجال المعرفي، مستخدماً في ذلك اللعب التمثيلي للأدوار، والصور المسلسلة، وعرائس الأراجوز، وشرائط كاسيت، وملصقات، وغناء الأناشيد وأسفرت نتائج الدراسة عن فعاليتها في تنمية اللغة لدى الأطفال والتواصل وأكد الباحث أيضا من خلال البرنامج التدريبي والإرشادي أنه كان له أكبر الأثر في تنمية اللغة لدى الأطفال المعوقين عقليا فركز الباحث في البرنامج الإرشادي مع أسر الأطفال المجموعة التجريبية الأولى على الإرشادات العامة التي كان لها التأثير الكبير جدا والتي تمثلت في التحدث عن ما يلفت نظر الطفل إلى ما يدور حوله في البيئة المحيطة مع إبداء التفهم لأية محاولة من جانب الطفل للتعبير عن نفسه والتحدث عن الأحداث اليومية مثل تغير الملابس والاستحمام وربط الصوت بمصدره وبخاصة أصوات الحيوانات من خلال امطوانات

التمييز السمعي وتنمية المهارات السمعية من خلال الكمبيوتر والكاست كان لها أثر فعال وكبير في تحسين مستوى اللغة لهؤلاء الأطفال ومن خلال اللعب الحر من خلال المجمعات والموسيقى والمكعبات وغيرها وتدريب أعضاء جهاز النطق والاهتمام البالغ من الأسرة كان له الفاعلية في نجاح البرنامج.

ويؤكد صادق (1998) أنه كلما اندمجت الأسرة في برنامج يهدف إلى علاج مشكلة ما لدى الطفل المعوق واستوعب هذا البرنامج أدى ذلك لزيادة فاعلية البرنامج بدرجة كبيرة، وكان له الأثر الممتد في حياة الطفل المعوق.

وهذا ما أكده (مليكه، 1988) من أن الطفل المعوق عقليا يتعلم ويستطيعه التعلم ولكنه يحتاج إلى أساليب خاصة في تعلمه وفي تعديل سلوكه وأن المهارات اللغوية هي أصعب المهارات التي يواجهها وأن لديه صعوبة في نقل ما تعلمه من بيئة لأخرى ومن شخص لآخر ومن هنا لا بد من إعداد برامج تعليمية خاصة لمساعدة الأطفال المعوقين عقليا على التعميم وعلى نقل تعليمهم إلى مواقف التفاعل الاجتماعي الأخرى.

ويتفق هذا أيضا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كيومن وجودمان وكاونل Kumin, L; Good man, M, Council.C (1996) من أن اشتراك الآباء مع المتخصصين في تنمية مكونات اللغة والكلام لدى أطفالهم له أثره الواضح في تنمية هذه المهارات وتثبيتها لدى الأطفال بخلاف إهمال دور الوالدين في هذه العملية ولذا لا بد من تعظيم دور التفاعل بين الوالدين ومعلمي المدرسة في اكتساب المهارات لدى أطفالهم.

كما توصلت نتائج الدراسة الحالية أيضا إلى أهمية استخدام التعزيز في اكتساب السلوكيات الإيجابية أن تقديم التعزيز (الإيجابي أو السلبي) عقب كل سلوك يصدر من الطفل له أثره الواضح في تحسن السلوكيات الإيجابية وتنمية اللغة وتحسين مستواها. فقد كشفت نتائج هذه الدراسة أن التعزيز له دور هام وفعال في تحسين مستوى اللغة لدى الأطفال المعوقين عقليا فاستخدام تدعيم إيجابي بأية صورة كانت

بعد قيام الطفل بسلوك إيجابي يثبت هذا السلوك لدى الطفل المعوق عقليا ويجعله يقوم بتكراره ليحصل على معزز أكثر. وينطق بكلمات جديدة

وتوصلت نتائج هذه الدراسة أيضا إلى أهمية لعب الدور في تعديل بعض السلوكيات السلبية وتحسين السلوكيات الإيجابية ولذا فبعد عرض النموذج للأطفال المعوقين عقليا الذي يحسن تواصلهم مع الآخرين يطلب الباحث من الأطفال لعب الدور الذي تمت مشاهدته سواء من خلال المواقف الحية أو المصورة بالفيديو.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من قاسم، (1997)، وThompson, Rachl. H; et al (1998)، وشلي، (2000) حيث يرى كل منهم أن لعب الدور يؤدي إلى توفير فرص يتعلم الطفل من خلالها وجهات نظر الآخرين حيث يلعب الطفل أدوارا مختلفة. كما يؤدي استخدام فنية لعب الدور إلى تحسين التفاعل اللفظي وتصحيح أخطاء الكلام وتحسين درجة وضوحه لدى المعوقين عقليا. كما أن استخدامها بشكل مدمج مع فنية النمذجة تتيح للطفل المعوق عقليا فرصة التعبير التلقائي عن أنماط متنوعة من السلوكيات والاتجاهات تحت أقل درجة ممكنة من الإحساس بالتهديد الشخصي، خصوصا أن الطفل المعوق عقليا يتسم بالخوف والتهديد وتوقع الفشل والعقاب.

وكذا قيام الباحث بتدريب الأطفال على التواصل غير اللفظي حيث تم تدريب الأطفال على التعرف على بعض الإيماءات الاجتماعية المختلفة لتسحين التواصل غير اللفظي بينهم وبين الآخرين والذي من شأنه كما يرى فراج (2002) أن يقلل من الإحباط الذي يتعرض له الطفل المعوق عقليا الذي لديه صعوبة في التواصل اللفظي ويعطيه فرصة للتعبير عن نفسه وإحساسه بذاته، والتي يكون لها مردود إيجابي على تعديل سلوكه وتوافقه النفسي مع الأقران المحيطين به.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة هيلر وآخرون، Heller, et al (1995) من أن التلميحات والإيماءات الاجتماعية المختلفة لها أثر واضح في تحسين التواصل غير اللفظي لذوي التخلف العقلي في مرحلة ما قبل المدرسة خصوصا إذا تم استخدام هذه الإيماءات مع اللغة اللفظية.

وكذا قيام الباحث بتدريب الأطفال على التواصل مع الآخرين من خلال مشاركتهم في بعض الألعاب الجماعية قد أفادت في تحسين مستوى كما أفاد هذا التدريب في إتاحة فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ لدى الطفل نتيجة الصراع والإحباط والحرمان والتنفس عن الطاقة الزائدة عند الطفل.

كما أن اللعب الدرامي التلقائي يؤدي إلى التنفيس، وإلى فهم جديد، وابتكار في مواجهة الطفل لمشاكله، وتعطيه القدرة والمرونة في المواجهة، وكذلك أثبتت تأثير نصوص الأطفال على جوانب النمو للمعوقين عقلياً، وإن كانت هذه الدراسة استخدمت القصص بأسلوب يختلف عن عروض العرائس إلا أن قدرة القصص كان لها دور على التوغل في نفوس الأطفال تتضح بفاعلية كبيرة.

ويرى الباحث أن مسرح العرائس يعتبر القلب النابض للطفل المعوق عقلياً لأنه يؤدي إلى استبصاره بدوافعه ومشكلاته، لذلك فإن القصص المسرحية لها تأثير كبير على الطفل وعلى مختلف أنواع السلوك الصادر منه، فهي تضيف إلى رصيد ذاكرته خبرات جديدة مما يضمن للطفل مزيداً من الصحة النفسية ونمو لقدراته.

ولعل التحسن الذي ظهر على المجموعة التجريبية الأولى مقارنة بالثانية يرجع إلى استمرار أسرهم في التدريب على علاج تأخر نمو اللغة في المنزل بعد الجلسات التدريبية ولعل أن الأسر تفاعلت مع أطفالها بسبب ما قدم لهم في البرنامج الإرشادي وأصبحوا على علم ودراية بكيفية علاج تأخر نمو اللغة لدى أبنائهم.

ولعل نتائج الفرض السادس التي تؤكد على عدم وجود فروقات بين القياس البعدي والتبعي لقياس اللغة، إنما يرجع لما كان يتم مراجعته والواجبات المنزلية التي كان الباحث يكلف الأسر بها مما أدى لاستمرار أثر البرنامج بعد فترة كبيرة وهذا ما يؤكد نجاح البرنامج.

التوثيق

عبد الحميد، (2007). الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال المعاقين عقلياً في علاج تأخر نمو اللغة لديهم، مجلة كلية التربية، محافظة بني سويف-جامعة بني سويف، العدد السابع، يناير.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو عرقوب، إبراهيم، (1993)، الاتصال الإنساني ودوره في التفاعل الاجتماعي، الطبعة الأولى، الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، الجامعة الأردنية.
- الزريقات، إبراهيم، (1993)، فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- الزريقات، إبراهيم، (2010)، الإعاقة السمعية، الأردن، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- مصطفى، إبراهيم أمين، (1991)، دليل المعلم في التدريب على النطق والحروف الإشارية، المركز العربي للكتاب، الشارقة، الإمارات.
- الزريقات، إبراهيم، (2005)، اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج، الأردن، دار الفكر.
- يونس، أحمد السعيد وحنورة، مصري، (1991)، رعاية الطفل المعوق صحياً ونفسياً واجتماعياً، الأردن، دار الفكر العربي.
- بلقيس، أحمد ومرعي، توفيق، (1982)، سيكولوجية اللعب، الأردن، دار الفرقان للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام، (2009)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مصر، عالم الكتب.
- إبراهيم، أحمد عبد الغني، (1991)، أثر برنامج اللعب على بعض جوانب النمو المعرفي لدى عينة من الأطفال في عمر ست سنوات، مصر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق.
- المعتوق، أحمد محمد، (1996)، الخصيلة اللغوية أهميتها مصادرها وسائل تنميتها، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة.

- رزوق، أسعد، (1979)، موسوعة علم النفس، الطبعة الثالثة، لبنان، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الديب، إلياس، (1985)، *مناهج وأساليب في التربية والتعليم*، الطبعة الثانية، لبنان، دار الكتاب اللبناني.
- الفقي، أمال إبراهيم، (2002)، *فاعلية السيكدراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال*، مصر، رسالة دكتوراه، كلية التربية بينها، جامعة الزقازيق.
- الفقي، أمال إبراهيم، (1997)، *ضغوط الوالديه وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي*، مصر، رسالة ماجستير، كلية التربية بينها - جامعة الزقازيق.
- أباطة، أمال عبد السميع، (2003)، *اضطرابات التواصل وعلاجها*، مصر، الأملجوة المصرية.
- أباطة، أمال عبد السميع، (2007)، *اضطرابات التواصل وعلاجها*، مصر، الأملجوة المصرية.
- خليل، إيمان أحمد، (2003)، *فاعلية برنامج في الأنشطة التعبيرية لتنمية بعض المهارات اللغوية لدى طفل الروضة*، رسالة دكتوراه غير منشورة، مصر، جامعة عين شمس.
- علمات، إيناس محمد عليان، (2010)، *تشخيص وعلاج مهارات اللغة الاستقبالية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات اللغوية في محافظة الزرقاء*، الأردن، مؤتمر التربية في عالم متغير، الجامعة الهاشمية، كلية الملكة رانيا للطفولة، 7-8 نيسان.
- البيلاوي، إيهاب، (2005)، *اضطرابات التواصل*، السعودية، دار الزهراء.
- البيلاوي، إيهاب، (2003)، *فاعلية برنامج علاجي لتصحيح بعض اضطرابات النطق لدى أطفال المدرسة الابتدائية*، مجلة كلية التربية بينها، عدد أكتوبر ص ص 267 - 315.
- البيلاوي، إيهاب، (2006)، *اضطرابات التواصل*، السعودية، مكتبة الزهراء.

- البيلاوي، إيهاب عبد العزيز، (2003)، اضطرابات النطق- دليل أخصائي التخاطب والمعلمين والوالدين، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- البيلاوي، إيهاب عبد العزيز، (2003)، فعالية برنامج علاجي لتصحيح بعض اضطرابات النطق لدى أطفال المدرسة الابتدائية، مصر، مجلة كلية التربية ببنها، عدد أكتوبر.
- باترسون. سي. اتش، (1990)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم.
- أحمد، بدرية كمال، (1985)، اللجلجة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- الرشيد، بشير وآخرون، (2000)، تشخيص الاضطرابات النفسية، المجلد الأول، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.
- الضبع، ثناء، (2009)، تعلم المفاهيم اللغوية والدينية لدى الأطفال، مصر، دار الفكر العربي.
- جابر، جابر عبد الحميد وكفاي، علاء الدين، (1989)، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، مصر، دار النهضة العربية.
- عبد الحميد، جابر وكفاي، علاء الدين، (1991)، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، مصر، دار النهضة العربية.
- عبد الحميد، جابر وكفاي، علاء الدين، (1993)، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السادس، مصر، دار النهضة العربية.
- جاك سي ستوارت، (1996)، إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، ترجمة عبد الصمد قائد الأغبري، فريدة آل مشرف، مصر، مطابع جامعة الملك سعود.
- جلين ويلسون، ترجمة شاكر عبد الحميد، (2000)، سيكولوجية فنون الأداء، الكويت، مجلة عالم المعرفة.
- الحطيط، جمال، (2010)، مقدمة في الإعاقة السمعية، الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع.

- الخطيب، جمال، (2010)، تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، الطبعة الأولى، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، (2011)، التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، الأردن، دار الفكر.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، (2010)، المدخل إلى التربية الخاصة، الأردن، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، (2011)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، والسرطاوي، عبد العزيز، (1997)، إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الأردن، دار حنين.
- الخطيب، جمال والصادي، جميل والروسان، فاروق والحديدي، منى ويحيى خوله والناطور، ميادة والزريقات، إبراهيم والعمائير، موسى والسرور، ناديا (2011)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، الأردن، دار الفكر.
- يوسف، جمعة سيد، (1997)، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، مصر، دار غريب.
- زهران، حامد، (2010)، علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، مصر، عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام، (2009)، التوجيه والإرشاد النفسي، مصر، عالم الكتب.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، (2003)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، الأسباب، التشخيص، العلاج، مصر، دار القاهرة.
- فريمان، حكمت عبد الكريم، (2000)، فيزيولوجيا جسم الإنسان، الأردن، مكتبة دار الثقافة.
- الفرماوي، حمدي علي، (2006)، نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب موجبات تشخيصية وعلاجية وأسرية، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الفرماوي، حمدي علي، (2009)، اضطرابات التخاطب (الكلام- النطق- اللغة- الصوت)، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- السعيد، حمزة، (1999)، العيوب الأبدالية عند الأطفال ما بين (3-7) سنوات، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

- العناني، حنان عبد الحميد، (1992)، أدب الأطفال، الطبعة الثانية، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- باي، حورية، (2002)، علاج اضطرابات اللغة المتطورة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية، الإمارات، دار القلم للنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، خالد رمضان، (2005)، فعالية التدريب على التواصل في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً، مصر، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية جامعة الزقازيق فرع بنها.
- عبد الفتاح، خالد رمضان، (2008)، فعالية برنامج تدريبي بنظامي الدمج والعزل في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التواقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- عبده، داود، (2004)، فهم المسموع وفهم المقروء، الموسم الثقافي الثاني والعشرون لجمع اللغة العربية الأردني، حزيران، ص 157.
- دي سو سور، فردينان، (1988)، علم اللغة العام، تعريب يوثيل يوسف عزيز، العراق، بيت الموصل للنشر والتوزيع.
- بورو، ديديه، (2000)، اضطرابات اللغة، ترجمة أنطوان الهاشم، الطبعة الأولى، منشورات عويدات، لبنان.
- النجار، دينا عبد الحلیم، (2000)، دور برنامج للغناء الجماعي لتقليل من اضطرابات النطق لدى المتخلفين عقلياً، مصر، كلية التربية، جامعة حلوان.
- الوقفي، راضي، 2004، أساليب التربية الخاصة، الأردن، جبهة للنشر والتوزيع.
- محمد، رحاب صالح، (2002)، برنامج أنشطة مقترح لتنمية بعض مهارات الاستعداد للقراءة والكتابة للأطفال ذوي صعوبات التعلم بمرحلة رياض الأطفال، مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.
- طعيمة، رشدي، (2004)، المهارات اللغوية، مستوياتها، تدريسها، صعوباتها، مصر، دار الفكر العربي.
- السرطاوي، زيدان أحمد وميسام، كمال سالم، (1992)، المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، خصائصهم وأساليب تربيتهم، السعودية، مكتبة الصفحات الذهبية.

- أبو حذيفة، زينب، (1992)، ديتاميات الفزع الليلي (البول - التهتهة) لدى الأطفال، دراسة مقارنة رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- شقير، زينب، (2005)، التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة لغير العاديين، الطبعة الأولى، المجلد الثاني، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب، (2002)، اضطرابات اللغة والتواصل، الطفل، الفصامي - الأصم - الكفيف - التخلف العقلي - صعوبات التعلم، الطبعة الثالثة، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب محمود، (2005)، طرق التواصل والتخاطب للصامتين والمتعثرين في الكلام والتطق، مصر، النهضة المصرية.
- شقير، زينب محمود، (1999)، سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب محمود، (2002)، اضطرابات اللغة والتواصل، كلية التربية - جامعة طنطا - الطبعة الثالثة، النهضة المصرية.
- ملحم، سامي محمد، (2010)، صعوبات التعلم، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- جبل، سامي سعيد محمد، (1990)، حماية المعوقين سمعياً من الإعاقة السمعية والبدنية، بحوث ودراسات اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، المؤتمر الخامس نحو طفولة غير معوقة من 6-8 نوفمبر، (132-148).
- العزة، سعيد حسني، (2001)، الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والتطق واللغة، الأردن، دار العالمية الدولية للنشر والتوزيع.
- العزة، سعيد حسني، (2002)، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الأردن، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- منصور، سهى بدوي، (1999)، التذکر لدى الأطفال المتعلمين الأسوياء في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، ج عين شمس.

- شاش، سهير محمد سلامة، (2001) ب. فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- شاش، سهير محمد سلامة، (2007)، اضطرابات التواصل (التشخيص - الأسباب - العلاج)، مصر، زهراء الشرق.
- أمين، سهير محمود، (2005)، اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلاج، مصر، عالم الكتب.
- سبرنجر، سيلبي وديونك، جورج، (2002)، المخ الأيسر والمخ الأيمن، ترجمة: السيد أو شعيب، مصر، دار النهضة العربية.
- البهاص، سيد أحمد، (1993)، مدى فعالية أسلوب السيكودراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.
- فتنديل، شاكرا، (1995)، سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي للإرشاد النفسي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، جامعة عين شمس، ص 1. 12.
- فتنديل، شاكرا، (2000)، أساليب رعاية وتنمية الطفل الأصم تريبياً ونفسياً، بناء الإنسان لمجتمع أفضل، المؤتمر الدولي السابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- صفاء غازي، (1992)، فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة السلبيه لعلاج بعض حالات اللجلجة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- عبد المحسن، طارق زكي، (2002)، بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- المرسي، طارق محمد وآخرون، (1991)، أسس الفسيولوجيا الطبية، الجزء الأول، سوريا، دار المعاجم للنشر والتوزيع.
- عبد الله، عادل محمد، (2004)، الإعاقات العقلية، مصر، دار الرشاد.

- الأشول، عادل عز الدين، (1992)، الإرشاد النفسي والوالدية الفاعلة، المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري، مصر، رعاية الطفولة في عقد حماية الطفل المصري، مج2.
- سليمان، عبد الرحمن سيد، (2001)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسعات)، الجزء الثالث، مصر، مكتبة زهراء الشرق.
- عدس، عبد الرحمن وثوق، محيي الدين، (2010)، المدخل إلى علم النفس، الأردن، دار الفكر.
- نقاوة، عبد الرحمن، (2006)، تطوير المهارات اللغوية- للأخصائيين، للمعلمين، للأباء، الطبعة الأولى، السعودية، إصدارات مركز جدة للسمع والنطق.
- السرطاوي، عبد العزيز وأبو جودة، وائل، (2000)، اضطرابات اللغة والكلام، السعودية، أكاديمية التربية الخاصة.
- الشخص، عبد العزيز السيد، (1990)، أثر المعلومات في تغيير الاتجاهات نحو العوقين، السعودية، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، ص.
- الشخص، عبد العزيز السيد، (1997)، اضطرابات النطق والكلام، السعودية، مكتبة الصفحات الذهنية.
- الشخص، عبد العزيز السيد، (2006)، اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها)، الطبعة الثانية، مصر، مطبعة العمرانية للأوفست.
- الشخص، عبد العزيز السيد، (2006)، قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة، مصر، مكتبة الأملو المصرية.
- الشخص، عبد العزيز السيد، (2006)، مشروع تطوير برنامج إعداد المعلمين لذوي الاحتياجات الخاصة، بكلية التربية في إطار توجهات الدمج، التقرير قبل النهائي، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- الشخص، عبد العزيز السيد والسدماطي، عبد الغفار، (1992)، قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مصر، مكتبة الأملو المصرية.
- مطر، عبد الفتاح رجب، (2002)، فاعلية السيكدوراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم، رسالة دكتوراه، كلية تربية بني سويف، جامعة القاهرة.

- مطر، عبد الفتاح رجب، (2004)، اضطرابات التواصل، عيوب النطق وأمراض اللغة والكلام، مصر، دار السحاب.
- مطر، عبد الفتاح رجب ومسافر، علي عبد الله، (2010)، نمو المفاهيم والمهارات اللغوية لدى الأطفال، مصر، دار النشر الدولي.
- عبد الحميد، عبد الفتاح صابر، (1996)، اضطرابات التواصل (عيوب النطق وأمراض الكلام)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- الخلايلة، عبد الكريم أحمد رشيد، (1980)، تطور النطق عند أطفال أردنيين بين سن سنتين ونصف وست سنوات، الأردن، الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة.
- الكيلاني، عبد الله زيد والروسان، فاروق، (2011)، التقويم في التربية الخاصة، الأردن، دار المسيرة.
- الوابلي، عبد الله محمد، (2003)، طبيعة المشكلات الكلامية لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (16)، مركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص ص 53-89.
- القرطبي، عبد المطلب أمين، (2001)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، الطبعة الثالثة، مصر، دار الفكر العربي.
- الشيخ، عبد المنعم، (2000)، أمراض الأنف والأذن والحنجرة وأسباب الوقاية والعلاج، السعودية، مكتبة العبيكان.
- عبد المنعم مصطفى، (1994)، أمراض الأذن والأنف والحنجرة، الأردن، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- سليمان، عبد الرحمن سيد، (2000)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة- الخصائص والسمات، الجزء الثالث، مصر، مكتبة زهراء الشرق.
- مطر، عبد الفتاح رجب، (2006)، فعالية برنامج إرشادي تدريبي للأطفال المعاقين عقلياً وأمهاتهم في علاج بعض اضطرابات النطق لدى هؤلاء الأطفال، المؤتمر العلمي الرابع دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية -جامعة بني سويف، 3-4 مايو ص ص 409-498.

- الطويرقي، عبد الله، (1997)، علم الاتصال المعاصر، الطبعة الثانية، مكتبة الرياض.
- فراج، عثمان، (1991)، العوامل المسببة للإعاقة وبرامج الوقاية في منطقة الخليج، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية للإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربي، ع (17)، البحرين، مكتب المتابعة لمجلس وزارة العمل والشئون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية.
- العتوم، عدنان يوسف، (2010)، علم النفس المعرفي، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، عزة خليل، (1993)، بناء منهج متكامل لأنشطة رياض الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- عبد الفتاح، عزة خليل، (2001)، لعب الأطفال من الخامات البيئية، مصر، دار الفكر العربي.
- عبد الفتاح، عزة خليل، (2002)، علم نفس اللعب في الطفولة المبكرة، مصر، دار الفكر العربي.
- يوسف، عصام عمر، (2000)، دليل العمل مع الأصم، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- يوسف، عصام عمر، (2007)، الإعاقة السمعية، دليل عملي علمي للأباء والمربين (مقدمة في الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل)، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- كفاي، علاء الدين، (2002)، صعوبات النطق والكلام، مجلة خطوة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، العدد (17)، سبتمبر، القاهرة.
- كفاي، علاء الدين، (1999)، الإرشاد والعلاج الأسري، المتطور النسقي الاتصالي، مصر، دار الفكر العربي.
- علي، أحمد علي، (1972)، أسس العلوم السلوكية والنفسية، مصر، مكتبة الجيل الجديد.
- إبراهيم، عواطف، (1995)، إعداد الطفل وتعليمه مهارات القراءة والكتابة، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

- الحمد، غانم قدوري، (2007)، وجهة نظر جديدة في هاراج الأصوات الستة، بحث منشور، الأردن، مجمع اللغة العربية.
- الروسان، فاروق، (2000)، مقدمة في الاضطرابات اللغوية، الطبعة الأولى، السعودية، دار الزهراء.
- الروسان، فاروق، (2011)، مقدمة في الإعاقة العقلية، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق، (2011)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، الأردن، دار الفكر.
- الروسان، فاروق، (2010)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق، (2008)، قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق، (1983)، منهاج المهارات الاستقلالية للمعاقين عقليا، البحرين، وزارة الإعلام.
- عثمان، فاروق السيد، (1995)، سيكولوجية اللعب والتعلم، مصر، دار المعارف.
- صادق، فاروق محمد، (1998)، الإعاقة العقلية في مجال الأسرة، مراحل الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين، اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، النشرة الدورية، العدد (52).
- مصطفى، فهم، (2002)، تهيئة الطفل للقراءة برياض الأطفال، مصر، الدار العربية للكتاب.
- أخضر، فوزية محمد، (2000)، مراكز التشخيص والتدخل المبكر والإرشادي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، السعودية، العبيكان.
- سعيد، فوزية محمد، (1994)، برنامج مقترح للاستعداد للقراءة لأطفال الرياض بدولة الإمارات العربية، مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.
- الزراد، فيصل محمد خير، (1990)، اللغة واضطرابات النطق والكلام، السعودية، دار المريخ.

- إبراهيم، فيوليت فواد، (2005)، مدخل إلى التربية الخاصة، محاضرات في كلية التربية، مصر، جامعة عين شمس.
- القاهرة، قحطان أحمد، (1999)، طرق التدريس العامة، ليبيا، الزاوية، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع.
- القاهرة، قحطان أحمد، (2008)، مدخل إلى التربية الخاصة، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- زكي، كريم حسام الدين، (1991)، الإشارات الجسمية، دراسة لغوية لظاهرة استعمال أعضاء الجسم في التواصل، مصر، سلسلة المكتبة اللغوية، العدد 8، مكتبة الأنجلو المصرية.
- بدير، كريمان وصادق، إيميلي، (2000)، تنمية المهارات اللغوية للطفل، مصر، عالم الكتب.
- أو شيش، كريمة وخلوت، فتحة، (2006)، طريقة تعليم اللغة العربية لتلاميذ السنة الأولى من التعليم المتوسط، مجلة اللسانيات، العدد الحادي عشر، ص 95، مركز سيسالم، كمال سالم (2001)، الدمج في فصول ومدارس التعليم العام، الإمارات.
- سيسالم، كمال سالم، (2002)، موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي، دار الكتاب الجامعي، الإمارات، لعلاجه، القاهرة.
- مرسي، كمال، (1995)، التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه، مجلة الإرشاد النفسي، ع (4)، مصر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص 21 - 50.
- البحوث العلمية والتقنية لترقية اللغة العربية بالجزائر.
- لبتاروستين وآخرون، (2004)، كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس، ترجمة خالد العامري، مصر، دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- بدوي، لمياء جميل، (2003)، فعالية العلاج السلوكي لبعض اضطرابات النطق وأثره على العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الزقازيق.

- بدوي، لمياء جميل عبد الله، (2003)، فعالية العلاج السلوكي لخفض بعض اضطرابات النطق وأثره على العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- مليكة، لويس كامل، (1998)، دليل مقياس سثانفورد - بينيه للذكاء، الصورة الرابعة، المراجعة الأولى، الطبعة الثانية، مصر، مطبعة فيكتور كيرلس.
- مليكة، لويس كامل، (1989)، سيكولوجية الجامعات والقيادة، الجزء الثاني، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- كرم الدين، ليلى، (1993)، اللغة عند الطفل تطورها والعوامل المرتبطة بها ومشكلاتها، مصر، مكتبة أولاد عثمان.
- روستين، لينا وآخرون، (2004)، كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس دليل عملي للمدرسين والآباء والقائمين على العملية التعليمية، ترجمة خالد العامري، مصر، دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- بن صديق، لينا عمر، (2008)، البرامج التربوية للأطفال المضطربين لغوياً من ذوي الاحتياجات الخاصة بحث أدبي تحليلي، منتدى أطفال الخليج، قسم الدراسات والأبحاث.
- محمود، ماجد وفورة، ناهض صبحي، (2007)، المشكلات القرائية في مرحلة التعليم الأساسي العليا كما يراها معلمو اللغة العربية في ظل معايير الجودة بحث مقدم إلى المؤتمر التربوي الثالث للجودة في التعليم الفلسطيني مدخل للتميز الذي تعقده الجامعة الإسلامية في الفترة من 30 - 31 أكتوبر 2007.
- صوالحة، محمد أحمد، (2004)، علم نفس اللعب، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أكرم، محمد والعوا، محمد، (2005)، الوجيه في أمراض الأذن والأنف والحنجرة، سوريا، منشورات جامعة دمشق.
- الريدي، محمد سامي، (1996)، الوجيه في أمراض الأنف والأذن والحنجرة، سوريا، منشورات جامعة دمشق.

- كامل، محمد علي، (2003)، أخصائي النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات اللغة عند الأطفال، مصر، مكتبة ابن سينا.
- عوض، محمد والقضاء، محمد فرحان، (2006)، المعلم الجديد، دليل المعلم في الإدارة الصفية الفعالة، دليل علمي وتطبيقي، مصر، دار الحامد للنشر.
- عبد الواحد، محمد فتحي عبد الحفي، (1994)، مدى فعالية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه - كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- القضاء، محمد فرحان وعوض، محمد والترتوري، (2006)، تنمية مهارات اللغة والاستعداد القرائي عند طفل الروضة، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- الشناوي، محمد محروس، (1997)، التخلف العقلي الأسباب - التشخيص - البرامج، مصر، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشناوي، محمد محروس والتويجري، محمد، (1995)، إرشاد والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر الثاني لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس.
- النحاس، محمد محمود، (2005)، مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التعلم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية التربية بنها، جامعة الزقازيق.
- البرعي، محمود والبرعي، هاني، (1990)، تشريح وظائف أعضاء جسم الإنسان، القاهرة، مكتبة المنجلو المصرية.
- الناقة، محمود وحافظ، وحيد، (2002)، تعليم اللغة العربية في التعليم العام (مداخله وفتياته)، مصر.
- فهيم، مصطفى أحمد، (1976)، التوافق الشخصي والاجتماعي، الطبعة الأولى، مصر، مكتبة الخانجي.
- فهيم، مصطفى، (د.ت) أمراض الكلام، مصر، مكتبة مصر.
- فهيم، مصطفى، (1965)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مصر، دار مصر للطباعة.
- فهيم، مصطفى، (1985)، أمراض الكلام، الطبعة الخامسة، مصر، مكتبة مصر.

- قاسم، منى محمد، (2000)، تواصل المراهق مع والديه وعلاقته بمجالات الهوية، رسالة دكتوراه، مصر، معهد البحوث التربوية.
- عمأيرة، موسى وآخرون، (2008)، مقدمة في اللغويات المعاصرة، الأردن، دار وائل للنشر.
- الزيود، نادر فهمي، (1995)، تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، الأردن، دار الفكر.
- الزيود، نادر فهمي، (1995)، تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، الطبعة الثالثة، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، نازك إبراهيم، (2002)، مشكلات اللغة والتخاطب في ضوء علم اللغة النفسي، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، نازك إبراهيم، (2002)، مشكلات اللغة والتخاطب في ضوء علم اللغة النفسي، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- قضب، ناصر وبركة، محمد، (1994)، نحو مستقبل أفضل للمعوقين تخاطبياً، اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعاقين، النشرة الدورية، العدد (51)، السنة الرابعة عشر، ص ص 44-52.
- عبد الهادي، نبيل، (2004)، سيكولوجية اللعب وأثرها في تعلم الأطفال، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.
- عطيه، نوال محمد، (1995)، علم النفس اللغوي، الطبعة الثالثة، مصر، المكتبة الأكاديمية.
- كمال، هالة فؤاد، (1991)، التمرکز حول الذات لدى الطفل المتخلف عقلياً، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- براءة، هدى، (1991)، عيوب الكلام لدى المتخلفين عقلياً وطرق علاجها، النشرة الدورية لاتحاد دور ورعاية وتأهيل الفئات الخاصة والمعوقين، عدد(26)، ص ص 12 - 16.
- قناوي، هدى محمد، 1983، الطفل تنشئته وحاجاته، الطبعة الأولى، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

- قناري، هدى محمد، (1995)، *الطفل وألعاب الروضة*، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الحلوي، هشام عبد الرحمن، (1991)، *تأثير اتجاه المعالج في تحسين حالات هستيرية أثناء المقابلة الكلينيكية*، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- وحيدة شاهين إسماعيل، (1980)، *بنية لغة الأطفال ما بين سن الثالثة والسادسة*، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية التربية، الأردن.
- عمار، وفاء علي ومحمد، روجية أحمد، (2004)، *التشخيص الفونولوجي لكلام الأطفال المعاقين ذهنيًا والأطفال ذوي الخلل الفونولوجي*، المؤتمر العربي الأول، منتدى التجمع المعني بحقوق الإنسان، الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية، جامعة أسيوط.
- زعتر، وفاء محمد عبد القوي، (2003)، *فاعلية برنامج للنشاط الترويحي لتعديل بعض جوانب السلوك اللائق للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم*، رسالة دكتوراه كلية التربية. جامعة عين شمس.
- الأيوبي، ياسين، (2005)، *اللغة العربية في القرن الحادي والعشرين في المؤسسات التعليمية في لبنان، الواقع والتحديات*، الأردن، مجمع اللغة الأردني.
- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل، (1995)، *المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى*، دار العلم للنشر والتوزيع.
- قطامي، يوسف، (2000)، *محو الطفل المعرفي واللغوي*، الأردن، الأهلية للنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Consonant Sounds in Arabic. U.S.A. Doctoral Dissertation University of Florida.
- Bauman-Waengler, J(2000). Articulatory and Phonological Impairments .London. Allyn and Bacon Publisher.
- Goodluck, H(1998).Language Acquisition-A Linguistic Introduction. U.S.A. Blackwell Publisher Ltd.
- Hallahan, D. Kuffeman, J, Pullen, P. (2009). Exceptional Learners. An Introduction to Special Education. 11 Edition. U.S.A.. Pearson Education.
- Leaner, J. (2003). Learning Disabilities. Theories, Diagnosis, and Teaching. 8 Edition. Bosen. Houghton Mifflin Company
- Owens, E. (2005). Language Development, Sixth Edition. U.S.A. Pearson-Education, Inc.
- Weiss, E. (1980). Clinical Management of Articulation Disorders. London. C. V. Mosby.
- Asha, (1994). Language Disorder. Asha, 36(10), PP237-240.
- Fawcett, R., & Nicolson, S. (2000). Dyslexia, the cerebellum and phonological skill. A hypothetical causal chain. University of Sheffield, UK.
- Goldsworthy, C. (1996). Developmental reading disabilities. A language based treatment approach. Sandiego, London. Singular Publishing Group.
- Hall, B., Oyer, H & Hass, W. (2001). Speech , Language, and hearing disorders a guide for the teacher (3rd ed). New York. Allyn & Bacon.
- Haynes, C. (1999). Communication Disorders in the Classroom. New York. Macmillan Publishing Company. 3ed
- Kuder, S. (1996). Teaching students with language and communication disabilities . Boston , London. Allyn & Bacon.
- Lerner, W,. (1993). Children with Learning Disabilities. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Owens, J. (1992). Language Development. State University of New York. 3ed. - Owens, R. (1999). Language disorders. A functional approach to assessmant and intervention (3 rd ed). Boston, London. Allyn & Bacon.

- Polloway, E., & Smith, T. (1992). Language Instruction. 2ed edition. Love Publishing Company. U.S.A.
- Ratner, V. & Harris, L. (1994). Understanding language disorders. The impact of learning. Thinking publications. A Division of Mckinley Companies.
- Riper, C., Emerick, L. (1997). An Introduction to Speech Pathology and Audiology. Prentice Hall, New Gresy. 8ed.
- Robert, E., & Owens, J., (1995). Language Disorders. Allyn & Bacon .U.S.A.
- Wallace, G., Larsen, S., & Elksnin, L. (1992). Educational assesment of learning problems testing for teaching (2 nd ed). Boston, London. Allyn & Bacon.
- WWW. Global-Communication.net. Language Disorders.
- Flower, R (1994). Introduction to professions. In. Fred D Minifie (ed)Introduction to communication sciences and disorders. San Diego. Singular Publishing Group ,INC
- Alexander, J. E. (1988) Teaching Reading. (3rd ed.), London. Scott Foreman and Company.
- Anderson, J. (1995). Cognitive Psychology and its Implications. (4th) Edition; W. H. Freeman And Company, New York.
- Aukerman, C. R. (1981). How Do I Teach Reading? New York. John Wiley and Sons.
- Catherine, E. (2001). Preventing Reading Difficulties Be for Kindergarten, National Research Council, the Paper Come from Nit, <http://www.NAP.edu/reading room, Books, Prdye/chs.html>.
- Kroch, Lawell, (1994). Education Young Children. Macmillan Publisher . New York .
- Norton, E. (1993). The Effective Teaching of Language Arts. Macmillan Publisher, New York.
- Reutzel, D. & Robert, B. (1992). Teaching Children to Read from basils to Books, Macmillan Publishing Company, New York.
- Sternberg, R. (2003). Cognitive Psychology. (3rd) Edition. Thomson- Wadsworth, Australia.
- Stevenson, R. (1993). Language, Thought and Representation University of Durham, U.K., John Wiley & Sons, New York.

- Thampson, A. (1997). Mean Length of Utterance in Relation to Gender and Preschool Activity Area. University of Utah...State. Msc.
- Walker, V. (2001). Make Learning Fun for Preschoolers .Http. mm. Assortment. Come Fun learning - reag .him.
- Nicolosi, L., Harryman, E., and Kresheck, J.(1989).Terminology of communication disorders. Speech-language- hearing. Philadelphia. Williams & Wilkins.
- Gregory, H.(2003). Stuttering therapy. Rationale and practice. Boston. Allyn and Bacon.
- Raming, P. and Shames, G.(2002).Stuttering and other disorder of fluency .In. George H. Shames and Noma B. Anderson(eds.),Human communication disorders. An introduction. Boston. Allyn and Bacon.
- Plante, E and Beeson, P.(2004).Communication and communication disorders. Clinical introduction .Boston. Allyn and Bacon
- Jons, A(2002) Statistical power in stuttering research. a tutorial journal of speech, language, and Hearing research,vol45,pp244-255.
- Corey, G (2000). Theory and Practice of Group Counseling, (5 The Edition), Brooks \ Cole, Thowson Learning, Calif
- Moreno, J. (1956). Sociometry, Experimental Method and The Science of Society . An Approach to A New Political Orientation, Beacon House INC; New York, pp. 92- 105.
- Moreno, J (1975). The Creativity Theory of Personality, Spontaneity Creativity and Human Potentialities, Souvenir Bress, Educational and Academic LTD, New York, pp. 74 - 48.
- Moreno, Zerka .I .(1974). History of the Sociometric Movement in Headlines In. I Greenberg (Ed) Psychodrama Theory and Therapy, Souvenit press (Educational & Academic) Ltd. A condor Book .pp. 235 - 243 .
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington, DC, author.
- Beirne, S.; Patton, J. & Lttenbak,R. (1994).Mental retardation, fourth Edition, New York, Macmillan college Publishing

- Bernstein, D. & Tiegerman, E. (1993). Language and communication Disorders in children, third Edition, New York ,Macmillan Publishing .
- Davison, G. & Neale, J. (1990). Abnormal psychology. 5th ed. New York; John Wiley & sons.
- Detzner, V. (1997). Using song to increase the Articulate skills in the speech of the Profundly Mentally handicapped .Practicum, final Report, Nova Southeastern University .
- Dodd, B.; McCormak & Woodyatt, G. (1994). Evaluation of an intervention program. Relation Between children's phonology and Parents communicative Behavior, American Journal on Mental retardation, 98 (5), 632- 645
- Fey, M; Cleave, P; Ravid, A; Longs; Dejm, & Easton, D (1994) Effects of grammar facilitation on the phonological performance of children with speech and language impairments, Journal of speech research, 37, 594-607.
- Georgiva, D & Cholakova, M. (1996). Speech and language Disorders in children with intellectual disability, ERIC, ED405675, (8 p).
- Greiner, J.E. (1997). Speech and non speech motor behavior in school - aged stutters and non stutters .Journal of speech and hearing disorders, Vol. 54, No. 7, PP. 282-289.
- Hattum, R (1980). An introduction communication Disorder, New York, Macmillan Publishing.
- Kastelova, D. & Szenteova, I. (1990) social interaction of speech disordered children (out of school - in leisure time), Psychologia a Pato Psychologies Dietata, 25(6), 551-557 .
- Makay, L & Hodson, B (1982). Phonological Process identification of misarticulations of mentally retarded children, Journal communication Disorders, 15(3) , 243 - 31.
- Michael P. (1995). Lunch onest of Speech like Vocalization in infants with down syndrome, American Journal on mental retardation, Vol. 100, No. 1, P. 6886.
- Nishimura, B.; Watamaki, T. & Hara, K. (1997). Longitudinal observations on an articulation disability in a child with down syndrome, Japanese Journal of Special Education, Vol. 35 (3), 21-31.

- Ozanne, E; Krimmer, H & Murdch ,B. (1990) .Speech and language skills in children with early treated, phenylketomuria American Journal on mental retardation Vol. 94 (6), 625- 632.
- Pellowshki, M. & Conture, G. (2002). Characteristics of speech disfluency and stuttering behaviors in 3-and 4- years old children. Journal of soeech language ,and hearing research, Vol.45, PP.20-34.
- Rondal, J. & Edwards, S(1997)Language in retardation ,San Diego, CA Singular Publishing Group, Inc.
- Rothstein, P.R. (1990). Educational Psychology. New York ,McGraw -Hill, Inc.
- Rvachew, S (1994). Speech perception training can facilitate sound production learning, Journal of speech and hearing research ,37,347-357.
- Schwarts, S.E, Chapman, R.S. Language Skills of children and adolescents with down syndrome. American speech language heaving association,Vol.41, 861 -873.
- Shriberg, L. D & Kwiatkowski, J(1990) . Self monitoring and generalization in preschool Speech - delayed Children, Language, Speech , and hearing services in schools , 21, PP 157 -170.
- Sommers, R .K. & Patterson, J.P.& Winldyen, P.L (1988). Phonology of Down syndrome Speakers ages 13-22. Journal of childhood communication Disorders,(1) , 65 - 91
- Stansfield, J.(1990). Prevalence of stuttering and cluttering in adults with mental handicaps Journal of Mental Deficiency Research , 34 (4), 287-307.
- Suss, H & Brack, B(1991);Therapy for developmental speech and language disorder in mentally retardation children ,Zeitschrift-Fur-Kind- Und-J ugend psychiatrie, 19(3),158-163.
- Trubnikova, N (1988). Impairments of articulation and their correction in I stsvperscript 2nd graders with cerebral palsy and mental retardation . Defektologiya ,No. 6. 37 -40.
- Van Riper, C (1982). Speech Correction. Principles and Methods, 7th ed N.J. Prentice Hull, Englewood Chiffs.
- Agnew J.; Dorn C. and Eden G. (2004). Effect of intensive training on auditory processing and reading skills. J. Brain and Language, 88 (1). 21-25.
- Crain, T. (2001). Investigations in universal grammar. Acquisition of syntax and semantics. Oxford Press. UK.

- Christensen, S. and Lockett, C. (1990). Getting into the classroom and making it work. *J. Language Speech and Hearing Services in the Schools*, 21. 110-114.
- Evans, D. and Gray, F. (2000). Associations among pragmatic functions. *J. Linguistic Stress and Natural Phonological Processes in Speech-Delayed Children*, 25. 547-553.
- Gibson, D. (2003). Effects of grammar facilitation on the phonological performance of children with speech and language impairments. *J. Speech and Hearing Research*, 37. 594-607.
- Goldman. R. and Fristoe, M. (1986). Goldman-Fristoe Test of Articulation. American Guidance Service. *J. of Speech and Hearing Disorders* ,1. 251-258.
- Haynes, W. and Jackson, J. (1982). The effects of phonetic context and linguistic complexity on /s/ disarticulation in Children. *Journal of Communication Disorders*, 15.287-297.
- Khan, L. and Lewis, N. (1986). *Phonological Analysis*. Pub. American Guidance Service, Boston.
- Low, G.; Newman, P. and Ravsten, M. (1989). Pragmatic considerations in treatment . communication centered instruction in N. Craighead. Pub. Newinan, OH. Merrill.
- McDonald, E. T. (1994). *A deep test of Articulation*. Pub. Pittsburgh. Stanwix House, N.Y .
- Mowrer, D. (1971). Transfer training in articulation therapy. *J. Speech and Hearing Disorders*, 36. 427-446.
- Snow. J. and Milisen. R. (1994). The Influence of Oral Versus Pictorial Representation Upon Articulation Testing Results. *J. of Speech and Hearing Disorders*, 14. 29-36.
- Steed, S. and Yaynes, W. (1988). EASE. Elicited Articulatory System Evaluation. Pub. Austin, Pro-Ed Inc. OH, USA.
- Topbas, S.; Mavis, I. and Erbas .D. (2003). Intentional communication behaviors of Turkish – speaking children with normal and delayed language development. *J. Child Care , Health & Development*, 29 (5) . 345.
- Tayler, A. and Sandoval. K. (1994). Preschoolers with Phonological and Language Disorders. Treating Different Linguistic Domains. *J. Language Speech and Hearing Services in the Schools*, 25. 215-234

- Wilson, F. (1996). Efficacy of Speech Therapy with Educable Mentally Retarded Children. *J. Speech and Hearing Research*, 9, 423-433
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., DSM-IV, Washington, DC, author.
- Hedge, M. & Davis, D.(1995).Clinical methods and Practicum in speech Language pathology. San Diego. Singular Publishing Group, INC.
- Sapeinza, C. and Hicks, D.(2002).Voice disorders. In. George H. Shames and Norma B. Anderson(eds),Human communication disorders. An introduction. Boston. Allyn and Bacon.
- Hallahan ,D, Kauffman, J,(2003) Exceptional Learners Eng Lewood Cliffs. New Jersey, prentice-hall
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., DSM-IV, Washington, DC, author.
- Sternberg, les (2003). Analyzing the non -linguistic communication functioning of persons with mental retardation - paper presented at the Annual meeting of the American Association on mental retardation (Atlanta , G A may 27-31-).
- Corisini, R. (1999). Concise Encyclopedia of psychology, second Edition. Vol. 4, New York . Awiley Interscience publication, Joh, Wiley and Sons.
- Leathers, G (1992). Successful Nonverbal communication, Principles and Applications, Macmillan Publishing company, Division Macmillan, 182
- Miller, P. (1999). National Deaf Education and GALLAUDET University.
- Wood, J (2001). Communication mosaics, An introduction to the field of communication. Second edition, New York, Wadsworth, Thomson learning.





دار

المسيرة

للنشر والتوزيع والطباعة

إضطرابات النطق والكلام

Speech & language disorders




دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

www.massira.jo

Bibliotheca Alexandrina



1212926



9 789957 067540