دور التدخلات الوظيفية والسلوكية في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى عينة من أطفال الإصابة الدماغية (دراسة تجريبية)

إعداد

الشيماء عبد المعز حسن يونس

باحثة ماجستير بقسم علم لنفس كلية الآداب جامعة المنيا

ا.د/ الفت عبدالرحمن دياب

استاذ العلاج الطبيعي بكلية العلاج الطبيعي

جامعة بني سويف

ا.د/ النابغة فتحي محمد

استاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة المنيا

وجامعة دراية الخاصة

الاستشهاد المرجعى:

يونس، الشيماء عبد المعز حسن؛ دياب، ألفت عبد الرحمن؛ محمد، النابغة فتحي(٢٠٢٥). دور التدخلات الوظيفية والسلوكية في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى عينة من أطفال الإصابة الدماغية (دراسة تجريبية). مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني سويف، ٧(١٣)، يونيو، ٣٠٤- ٣٤٨

مستخلص البحث:

هدف هذا البحث إلى دراسة فعالية بعض فنيات العلاج الوظيفي الفموي والتدخل السلوكي كوسيلة علاجية لتحسين اضطرابات النطق لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النطق نتيجة إصابات دماغية أو اضطرابات عصبية. تم ذلك من خلال إعداد برنامج تدريبي يعتمد على بعض فنيات التدخل الوظيفي والسلوكي. استخدمت الباحثة خلالها المنهج التجريبي مع التركيز على التطبيق الفعلي لتقنيات العلاج الوظيفي الفموي وبعض فنيات التدخل السلوكي في هذا السياق. شملت العينة ١٦ طفلًا تتراوح أعمارهم بين ٩ و١٢ عامًا، بمتوسط حسابي قدره (١٠.٥) سنوات، وانحراف معياري قدره (١.١٢). تم تحديد مستوى الذكاء لهذه العينة بين ٩٠ و١١٠ وفقًا لاختبارات موثوقة لقياس الذكاء. استخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس أساسية: مقياس المصفوفات المتتابعة الملونة لرافن لتقييم القدرات العقلية العامة (إعداد/جون رافن، ترجمة وتقنين: عماد حسن، ٢٠١٦)، مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي (إعداد: محمد سعفان ودعاء خطاب، ٢٠١٦)، مقياس الحبسة الكلامية (إعداد الباحثة). أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس الحبسة الكلامية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبالاتجاه الأفضل، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي وبالاتجاه الأفضل، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

الكلمات المفتاحية: التدخل الوظيفي، التدخل السلوكي، الحبسة الكلامية، أطفال الإصابة الدماغية

Abstract:

This research aimed to study the effectiveness of certain oral placement therapy techniques and behavioral interventions as therapeutic means to improve speech disorders in a sample of children with speech issues due to brain injuries or neurological disorders. A training program was prepared based on some functional and behavioral intervention techniques. The researcher employed the experimental method, focusing on the practical application of oral placement therapy techniques and some behavioral intervention techniques in this context. The sample included 16 children aged between 9 and 12 years, with a mean age of 10.5 years and a standard deviation of 1.12. The intelligence level of this sample was determined to be between 90 and 110, according to reliable intelligence measuring tests. The researcher used three primary scales: Raven's Colored Progressive Matrices for assessing general mental abilities (prepared by John Raven, translated and standardized by Imad Hassan, 2016), the Socio-Economic and Cultural Status Scale (prepared by Mohamed Saafan and Doaa Khattab, 2016), and the Dysarthria Scale (developed by the researcher).

The results indicated statistically significant differences at the level of 0.01 between the mean ranks of the experimental and control groups in the Dysarthria measurement in favor of the experimental group after the program application, showing improvement. There were also statistically significant differences at the level of 0.01 between the pre-test and post-test mean ranks in reducing Dysarthria symptoms in the experimental group, favoring the post-test with improvement. Additionally, there were no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group in the post-test and follow-up measurements.

Keywords: Functional intervention, behavioral intervention, Dysarthria, children with brain injury.

مقدمة

إن من نعم الله العظيمة على الإنسان نعمة الكلام التي تمكنه من التعبيرعن مكنون نفسه، وتساعده في التواصل والتفاعل مع الآخرين. وقد ذكر الله تعالى أهمية هذه النعمة في العديد من الآيات القرآنية، ومنها قوله تعالى: {الرَّحْمَنُ عَلَّمَ الْقُرْآنَ، خَلَقَ الإِنسَانَ، عَلَّمَهُ الْبَيَانَ} (الرحمن: ١-٤)، وكذلك قوله تعالى: {أَلَمْ نَجْعَلْ لَهُ عَيْنَيْنِ وَلِسَانًا وَشَفَتَيْنِ} (البلد: ٨-٩). ومن خلال هذه النعم يصبح الإنسان قادرًا على التعبير عن أفكاره وأحاسيسه والتواصل مع من حوله.

لكي يستطيع الإنسان التمتع بهذه النعمة والتواصل مع الآخرين بشكل سليم يلزمه أن تكون القنوات الحسية والسمعية بشكل عام، والمراكز والمسارات العصبية الصادرة والمغذية للعضلات المسئولة عن حركة أعضاء النطق بشكل خاص سليمه تعمل بكفاءة عالية. فهذه المراكز والمسارات تساعد على التنظيم الحركي- الحسي لوظائف كلا من: اللسان والفك والأسنان والشفتان والحنجرة ..إلخ، يعد التنسيق السليم بين هذه الأعضاء المسئولة عن النطق أمرًا بالغ الأهمية لضمان التوافق الحركي بينهما، مما يساهم في إنتاج الكلام بشكل طبيعي.

ولكي يتمكن الإنسان من إصدار الكلام بشكل طبيعي، فهناك عمليات فسيولوجية خمسة يجب أن تتم بشكل متتابع ودقيق لإنتاج الكلام المتضمنة: الصوت، النفس، الرنين الأنفي، النطق، والإطار اللحني. يُعد إنتاج الصوت عملية معقدة تتضمن توليد موجات هوائية يتم إنشاؤها داخل الجهاز التنفسي، حيث يتم ضغط الهواء في الرئتين ثم يُحَوَّل إلى اهتزازات بواسطة الثنايا الصوتية، مما ينتج عنه الصوت الأولي الخام، وبعد ذلك يتشكل

الرنين من خلال تجاويف البلعوم والفم والأنف، ليأتي دور أعضاء النطق في تشكيل هذه الموجات الصوتية بشكل يناسب عملية الكلام.(Encyclopædia Britannica, 2021)

وللكلام وظيفة مكتسبة تعتمد على التنسيق بين الجوانب الحركية والحسية. وتلعب عملية التنسيق بين هذين الجانبين دورًا كبيرًا في تطور اللغة المنطوقة لدى الطفل، وكلما كان هذا التنسيق طبيعيًا، كان الكلام بدوره طبيعيًا، ولكن في بعض الحالات قد تحدث اضطرابات نطقية نتيجة لعوامل بيئية أو عضوية أو نفسية أو وظيفية تؤثر في القدرة على النطق والتعبير (عبدالفتاح صابر، ٢٠٠٧، ٣٦)

وفي الآونة الأخيرة، تعددت الاضطرابات التخاطبية الناجمة عن إصابات عصبية. حيث يُعد الجهاز العصبي أحد الأسباب الرئيسية التي تقف وراء اضطرابات النطق لدى الأطفال، كما أن أي إصابة قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة يمكن أن تؤدي إلى مشاكل في النطق واللغة (فكري لطيف، ٢٠١٥، ص. ١٠٨). ومن أبرز هذه الاضطرابات هي "الحبسة الكلامية"، التي تؤثر على قدرة الفرد على النطق بوضوح والتواصل مع الآخرين، ما يؤدي إلى صعوبة في إصدار الكلام بشكل صحيح، رغم أن القدرة على فهم اللغة المكتوبة والمسموعة تبقى سليمة. ترتبط الحبسة الكلامية عادةً بالإصابة الدماغية، حيث تشير دراسة (Sigurdardottir & Vik, 2011) إلى أن الإصابة الدماغية ترتبط ارتباطًا وثيقًا باضطرابات الكلام لدى الأطفال والبالغين، وأن شدة الإعاقة الدماغية تؤثر في شدة الاضطرابات التخاطبية.

وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (American Psychiatric Association, 2013)، فإن الحبسة الكلامية ناتجة عن صعوبة في إصدار الصوت بسبب ضعف هيكلي أو حركي يؤثر على الجهاز النطقي، وبناءً عليه فإن التقييم

الطبي يبدأ بالتأكد من سلامة تركيب أعضاء النطق من حيث الشكل والحجم، ويشمل ذلك فحص حركة الأعضاء المسؤولة عن النطق مثل اللسان والفك والشفتين (منصور بن محمد، عبد الرحمن بن إبراهيم، ٢٠٠٨، ٤٨). ويُفضل استخدام بطاقات فحص لتوثيق النتائج ومن ثم الاستفادة منها أثناء العلاج (خالد محمد، ٢٠١٦، ٥٣)

ويتطلب علاج اضطرابات النطق، بما في ذلك الحبسة الكلامية، فريقًا من المتخصصين (أطباء الأعصاب، المعالجين الطبيعيين، والمعالجين الكلاميين) لتحديد احتياجات المرضى وجوانب القوة والضعف لديهم، وإعادة تأهيل الأداء الوظيفي لأعضاء النطق بما يتناسب مع درجة الضعف والعجز (جهاد محمد، موسى محمد، ٢٠٠٩، ٤٧١). وبالتالي يعرف الكلام كسلوك حركي يتطلب مستويات متعددة من التحكم الحركي، مما يجعل العلاج يتضمن تمارين حركية لفم المريض.(Rosenfeld Johnson, 2001, 3)

استنادً إلى هذه الخلفية، يستخدام العلاج الوظيفي كأداة فعالة لتحسين المهارات الحركية اللازمة لإنتاج الكلام، من خلال التدخل الحسي الحركي والفموي. حيث يساهم هذا العلاج في تعزيز القدرة على التحكم في العضلات الفموية المسؤولة عن النطق مما يساعد في تحسين وضوح الصوت والكلام، وقد أظهرت الدراسات أن العلاج الوظيفي الفموي يمكن أن يكون فعالًا في تحسين إنتاج الصوت ووضوح الكلام. ومع ذلك، يتطلب تطبيقه دقة كبيرة لتحديد مدى تأثيره الفعلي مع الحالات المختلفة، خصوصًا لدى الأطفال المصابين باضطرابات النطق الناتجة عن الحبسة الكلامية (Norman J. Lass, Mary Pannbacker, 2008, 5). نظرًا إلى أن اللغة والكلام يُعتبران سلوكًا متعلمًا، فإن تحسينهما يتطلب تدريبات مستمرة وبرامج تدخل سلوكية فعّالة، فلا يمكننا إغفال أهمية الجانب السلوكي في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث دعمت الباحثة الدراسة الحالية ببعض

التقنيات السلوكية التي ثبتت فعاليتها في علاج اضطرابات النطق. وتعتمد هذه التقنيات على تطبيق مبادئ التعلم مثل التشجيع والدافعية، وكذلك تدعيم السلوك المرغوب فيه من خلال التعزيز الإيجابي والتكرار...إلخ، بالإضافة إلى استخدام مبادئ الإشراط في التعلم (عبدالفتاح صابر، ٢٠٠٧، ٥٨). بشرط إشراك الوالدين في هذه البرامج والتأكيد على أهمية التدخل المبكر لتحقيق نتائج أفضل.

ثانيًا: مشكلة البحث

جاء أهتمام الباحثة بهذا الموضوع منبثقًا من مجال عملها كأخصائية تأهيل تخاطبي لحالات الإصابة الدماغية بشكل عام والمصحوبة بحبسة كلامية بشكل خاص وهو ما أتاح لها ملاحظة وحصر تأثر العمليات الفسيولوجية للكلام الخمسة لدى هؤلاء الأطفال والتي تتمثل في (النطق – الإطار اللحني – الرنين الأنفي – الصوت – النفس) والتي تؤثر بشكل كبيرة على وضوح عملية الكلام. بناءً على هذه الملاحظات، ركزت الدراسة الحالية على تناول مشكلة اضطرابات النطق، التي تُعد من أبرز المشكلات التي تؤثر في القدرة على التواصل لدى الأطفال المصابين بالإصابة الدماغية وخاصة هؤلاء الذين يعانون من حبسة كلامية؛ وقد أظهر ذلك العديد من الدراسات؛ على سبيل المثال، أشار Duffy (2005) إلى أن الأطفال المصابين بإصابة دماغية، بما في ذلك تلك المصحوبة بحبسة كلامية، يواجهون صعوبات كبيرة في النطق بسبب ضعف التنسيق العصبي العضلي، مما يؤدي إلى اضطرابات في النطق والإنتاج الصوتي؛ كما بينت دراسة Whelan & McNamara (2002)أن الأطفال الذين يعانون من حبسة كلامية نتيجة لإصابة دماغية يظهرون صعوبة في التحكم في الرنين الأنفي والنطق الصحيح للأصوات بسبب ضعف التنسيق العضلي في المنطقة الفموية، من جهة أخرى أكدت دراسة Hough & McDonald (2006) على

أهمية تدخلات التأهيل اللغوي المتخصصة للأطفال المصابين بحبسة كلامية، مشيرة إلى أن التمارين التي تركز على تقوية العضلات الفموية وتعزيز التنسيق العصبي العضلي أسهمت بشكل كبير في تحسين وضوح الكلام، كما أظهرت دراسة Kertesz (2007) أن الحبسة الكلامية تؤثر بشكل كبير على العمليات الأساسية للكلام ، مما يتطلب تدخلًا علاجياً مبكرًا وفعالًا، وبناءً على هذه الدراسات، فإن التركيز على اضطرابات النطق في هذه الدراسة يعتبر خطوة ضرورية لتحسين التواصل لدى الأطفال المصابين بحبسة كلامية، خاصة في ظل التأثيرات السلبية التي قد تحدثها الإصابة الدماغية على العمليات الفسيولوجية الخمسة للكلام التي تشمل التنفس، الصوت، الرنين الأنفي، النطق، والإطار اللحني.

وتعتبر مشكلة النطق من أكثر المشاكل التي تؤثر في إتمام العملية الكلامية، حيث يمكن أن تنشأ من ضعف أحد الأنظمة الفسيولوجية الخمسة التي تشارك في العملية النطقية، مثل الأنظمة التنفسية أو الحنجرية. كما أن الإصابة الدماغية تؤدي إلى خلل الأداء الوظيفي لأعضاء النطق، مما يؤثر سلبًا على قدرة الطفل على النطق بشكل صحيح ؛ ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن هناك تزايد عدد الأطفال المصابين بالإضطراب؛ حيث يعاني عدد كبير من الأطفال المصابين بالإصابة الدماغية من مشاكل نطقية نتيجة لضعف العضلات المسؤولة عن الكلام(سعيد كمال،٢٠١١، ١٢٥). تشير الدراسات إلى أن حوالي ٥٠% من الأطفال المصابين بالإصابة الدماغية يعانون من اضطرابات في النطق (ماجدة السيد،٢٠١٤ ، ٨٩:٩٠). كما تشير إحصائيات إلى أن نسبة انتشار الإصابة الدماغية تتراوح بين ١ إلى ٦ حالات في كل ألف مولود حي، وتتأثر هذه النسبة سلبًا أو إيجابًا حسب مستوى الرعاية الصحية والوقاية (سعيد كمال، ٢٠١١ ،١٢٣)؛

معدل انتشار مشاكل الحركة الفموية لدى مرضى الإصابة الدماغي هو ٦٨-٩٠]% (Reily S, Skuse D.1996.29)، (Field D, Garland M, Wiams K.2003.39)

بناءً على هذه المعطيات يصبح من الضروري البحث في تطوير طرق التدخل العلاجي للأطفال المصابين بحبسة كلامية أو مشاكل نطقية ناتجة عن الإصابات الدماغية، لا سيما من خلال تقنيات تركز على تقوية العضلات الفموية وتحسين التنسيق العصبي العضلي لتسهيل عملية النطق وتحقيق تواصل فعال.إضافة إلى ذلك، هناك العديد من التحديات التي تواجه الأطفال المصابين بالإصابات الدماغية وأسرهم في الحصول على الفنيات العلاجية المتخصصة والأدوات العلاجية اللازمة، وذلك بسبب تكلفتها العالية. لذا، فإن الباحثة تناولت هذه المشكلة من منظور عملي، بهدف تخفيف العبء على الأسر، من خلال تقديم حلول علاجية مبتكرة وفعالة، تسهم في تحسين التواصل لدى الأطفال وتقلل من التكلفة المرتبطة بالعلاج.

تركز الدراسة الحالية على تقنية التدريب الوظيفي الفموي (Oral Placement Therapy)، وهي تقنيات مبتكرة تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي لأعضاء النطق والكلام من خلال تعزيز القدرة الحسية الحركية لوظائف أعضاء النطق والكلام والتأكيد على مخارج الأصوات، وتسهم هذه التقنيات في تعزيز قدرة الأطفال على التواصل بشكل فعال مع الآخرين، وقد أظهرت دراسة Loaf (2005) حول العلاج الوظيفي الفموي أن التدخل العلاجي الذي يركز على تقوية العضلات الفموية وتحسين التنسيق العصبي العضلي أدى إلى تحسن ملحوظ في القدرة على نطق الأصوات لدى الأطفال المصابين بحبسة كلامية حيث أظهرت النتائج أن العلاج الوظيفي الفموي ساعد في تعزيز الأداء العضلي الفموي، ما أسهم في إنتاج أصوات وكلمات أكثر وضوحًا،من جهة أخرى تناولت دراسة كلا من

Borden & Harris (2010) Kummer (2012) تأثير تقنيات العلاج الوظيفي الفموي على الأطفال الذين يعانون من حبسة كلامية نتيجة لإصابة دماغية، حيث أظهرت النتائج أن العلاج ساعد في تحسين التحكم العضلي الفموي مما ساهم في تعزيز وضوح الكلام المنطوق؛ وفي سياق مشابه أجرت دراسة McCauley & McNeil (2008) بحثًا حول تأثير العلاج الوظيفي الفموي والتدخل السلوكي على الأطفال المصابين بالحبسة الكلامية، أظهرت النتائج أن الجمع بين التقنيات الفموية التي تستهدف تقوية العضلات الفموية مع استراتيجيات التدخل السلوكي مثل التكرار والتحفيز أظهر تأثيرًا إيجابيًا على تحسين القدرة على نطق الكلمات والعبارات بشكل واضح وسليم؛ كما أكدت دراسة Kent & Duffy (2003)على فعالية العلاج الوظيفي الفموي لما له تأثير إيجابي في تحسين أداء الأطفال المصابين بحبسة كلامية أو اضطرابات النطق الناتجة عن إصابة دماغية، وقد تم التركيز في هذه الدراسة على تحسين التنسيق العضلي من خلال تمارين فموية موجهة، مع التركيز على تعزيز قدرة الأطفال على التحكم في عضلات الشفاه واللسان والفك. كما أظهرت الدراسة أن استخدام التقنيات السلوكية مثل التعزيز الإيجابي ساعد الأطفال في الاستمرار في التمارين بشكل فعّال.

بناءً على ما سبق، تشير الدراسات إلى أن العلاج الوظيفي الفموي يعد وسيلة فعّالة لتحسين النطق لدى الأطفال المصابين بحبسة كلامية أو اضطرابات نطقية ناتجة عن إصابة دماغية. تمارين تقوية العضلات الفموية وتحسين التنسيق العصبي العضلي ساهمت في تعزيز القدرة على إنتاج الأصوات بشكل أكثر وضوحًا. بالإضافة إلى ذلك، ثبت أن التقنيات السلوكية مثل التعزيز الإيجابي تلعب دورًا مهمًا في تحفيز الأطفال للاستمرار في

التمارين وتحقيق نتائج إيجابية. بناءً على هذه النتائج، قررت الباحثة تناول هذا الموضوع في بحثها.

ثالثًا: أهمية البحث

١. الإسهام في التأصيل النظري لعدد من المصطلحات الهامة كالعلاج الوظيفي الفموي والحبسة الكلامية.

٢. تعد الدراسات العربية التي تناولت تأثير العلاج الوظيفي الفموي لدى الأطفال ذوي الإصابات الدماغية نادرة للغاية، وفقًا لما هو متاح للباحثة.

٣. تعد الدراسة الحالية من أوائل الدراسات العربية- بحسب اطلاع الباحثة – التي تناولت تأثير دمج التدخل الوظيفي والسلوكي في خفض أعراض الحبسة الكلامية بهذا الشكل.

أهمية نظرية

١. تسليط الضوء على فئة الاطفال من ذوي الإصابة الدماغية الذين يعانون من اضطرابات النطق المرتبطة بمشاكل فموية أو عضلية، مما يتيح المجال لفهم طبيعة المرض والعمليات المتأثرة به بشكل أعمق.

٢. ندرت الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الحبسة الكلامية بشكل عام والتأهيل الفموي بشكل خاص حيث وجدت الباحثة في حدود اطلاعها أن معظم الدراسات التي أجريت طُبقت على بيئات تختلف ثقافيًا عن البيئة العربية.

٣. الاسهام في تطوير الأسس النظرية وتقديم تفسير شامل للآليات التي يعمل من خلالها العلاج الوظيفي الفموي لخفض أعراض الحبسة الكلامية.

٤. تدعم الدراسة الحالية فكرة التكامل بين العلاج الوظيفي الفموي والتدخلات العلاجية الأخرى مثل العلاج السلوكي بهدف تحسين نتائج النطق بشكل عام.

أهمية تطبيقية

١. قيام الباحثة بإعداد استمارات مقابلة ودراسة حالة وبعض التقييمات الأخرى التي تساعد في تشخيص مرضى الحبسة الكلامية، مما يسهم في تشخيص أدق للاضطرابات وتقديم تدخلات علاجية أكثر فعالية.

٢. قيام الباحثة بتصميم برنامج خاص بالتأهيل الفموي يساعد على زيادة التحكم في عضلات الوجه والنواطق الثابتة والنواطق المتحركة معتمدًا على فينات العلاج الوظيفي والسلوكي في آن واحد.

٣. تسهم الدراسة في تحسين العمليات الأساسية للكلام للاطفال من ذوي اضطراب الحبسة الكلامية، وأيضًا خفض وتقليل درجة الاضطرابات النطقية لدى الأطفال من ذوى اضطراب الحبسة الكلامية.

٤. توجيه وارشاد الوالدين لأهمية المشاركة في تنفيذ البرنامج التخاطبي من خلال الأنشطة المنزلية، مما يساهم في الإسراع في التأهيل وتعميم الأثر الإيجابي للبرنامج.

٥. الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية وتوصياتها في إعداد رسائل وأبحاث مستقبلية تهدف إلى تأهيل العملية الكلامية لدى مرضى الحبسة الكلامية.

أهداف البحث

١- تسليط الضوء على الأسس والتطبيقات العملية والتقنيات التي يمكن استخدامها في جلسات العلاج الوظيفي الفموي لتحسين النطق ووضوح الكلام.

٢- نلقي الضوء على أهمية دمج العلاج الوظيفي الفموي مع العلاجات الأخرى مثل التدخل السلوكي لتحسين النطق لدى الأطفال المصابين بحبسة كلامية أو الاضطرابات الأخرى.

٣- تقييم مدى تأثير العلاج الفموي والتدخل السلوكي في تحسين القدرة على التواصل لدى الأطفال.

٤- تحديد التحديات والصعوبات التي قد تواجه تطبيق العلاج الوظيفي الفموي وكيفية التغلب عليها.

٥- تقديم توصيات عملية لتحسين استراتيجيات العلاج وتطوير الأدوات المستخدمة في العلاج الوظيفي الفموي للأطفال.

رابعًا: مصطلحات البحث

١. **البرنامج التدريبي (Training Program)**: هو مجموعة من الأنشطة المصممة بهدف تحسين مهارات النطق لدى الأطفال من خلال تقنيات متدرجة ومنهجية (Hegde, M. N. 2017.85).

وتعرف الباحثة البرنامج التدريبي إجرائيًا بأنها يتضمن البرنامج التدريبي مجموعة من الأهداف المحددة التي تهدف إلى تطوير وتحسين مهارات أو قدرات فرد أو مجموعة من الأفراد في جانب معين ويعتمد على أساليب تعليمية وتدريبية متخصصة لتحقيق الأهداف المرجوة.

٢. **التدخل الوظيفي (Placement intervention):** هو مجموعة من التمارين الموجهة لتحسين التناسق العضلي للفم المتضمنه في (الشفاه، اللسان، والفك، سقف الحلق..إلخ) بهدف تحسين القدرة على إنتاج الأصوات والكلمات بشكل صحيح؛ يعتمد هذا العلاج

على تقنيات لزيادة قوة العضلات الفموية وتحسين التحكم فيها)
(Hegde, M. N. 2008.125)

وتعرف الباحثة التدخل الوظيفي إجرائيًا بأنه مجموعة من التدخلات العلاجية المنظمة التي تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي الحركي للعضلات الفموية، مثل الشفاه، اللسان، الفك، وسقف الحلق..إلخ بهدف تحسين التحكم العضلي والتناسق بين هذه العضلات وتغذيتها مما يسهم في تحسين النطق والبلع لدى المصابين.

٣. **التدخل السلوكي (Behavioral Techniques)**: تشتمل على استخدام أساليب تعديل السلوك مثل التعزيز والنمذجة والتشكيل لتحسين قدرة الطفل على نطق الكلمات والأصوات بشكل صحيح. تعتمد هذه التقنيات على تحفيز السلوك الصحيح وتكراره (Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. 2020.312)

وتعرف الباحثة التدخل السلوكي إجرائيًا بأنها تعتمد هذه التقنيات على مبدأ أن السلوك البشري يمكن تعليمه أو تغييره من خلال التعزيز، والحث، والتسلسل والتمارين المنهجية.

٤. **الحبسة الكلامية(Dysarthria):** هي اضطراب في القدرة على التحكم في العضلات المستخدمة في النطق، مما يؤدي إلى صعوبة في إنتاج الكلام بشكل طبيعي، يحدث هذا الاضطراب نتيجة لتلف في الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي، ويؤثر على التنسيق العضلي اللازم للحديث بوضوح، يمكن أن تظهر الحبسة الكلامية في مجموعة من الحالات مثل الإصابة الدماغية (Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. 1969.49)

وتعرف الباحثة الحبسة الكلامية إجرائيًا بأنها من اضطرابات التخاطب الحركية العصبية تتميز بوجود خلل التناسق الحركي الكلامي وضعف التحكم بالعضلات

المستخدمة في إنتاج الكلام متمثلة في حدوث تداخل أو بطء أو سرعة في الكلام مما يجعل فهم الكلام صعبًا؛ وهي حالة تنتج عن أعطاب في الجهاز العصبي تؤثر على الأعصاب المغذية والمتحكمة في العضلات المسئولة عن حركة أعضاء النطق مما ينعكس على الكفاءة الحركية والحسية لأعضاء النطق، وتختلف درجة تأثير هذا الاضطراب بناءً على نوع وشدة الإصابة العصبية.

٥. **الإصابة الدماغية:** هي أحد الإعاقات الجسمية في الجانب الحركي يظهر على شكل ضعف في الحركة أو شبه شلل أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ(هلا السعيد، ٢٠١٤، ٢١٤).

وتعرف الباحثة الإصابة الدماغية إجرائيًا بأنها مرض عضوي يصيب المراكز العصبية، ولا يؤثر فقط على الحركة، بل يؤثر أيضًا على السمع والبصر واللغة والكلام والانتباه والتحكم العضلي والعصبي بشكل عام والتآزر بين العين واليد أو القدم، ويختلف مدى تأثيره بصفة عامة على حسب نوع الإصابة في مراكز المخ.

خامسًا: حدود البحث

- الحد المكاني: اقتصر البحث على مركز الطب والتأهيلي للقوات المسلحه بالعجوزه.
- الحد البشري: يشمل البحث عينة من أطفال الإصابة الدماغية المصحوبة بحبسة كلامية.
- الحد الزمنى: ٢٠١٨ – ٢٠٢٥.

سادسًا: المنطلقات النظرية التي استندت عليها الباحثة

- **النظرية الوظيفية في علم النطق واللغة:** تعتمد هذه النظرية على أن النطق يتطلب التنسيق بين العضلات المسؤولة عن إنتاج الأصوات، مثل الشفاه، اللسان، الحنك، والثنايا الصوتية؛ العلاج الوظيفي الفموي يهدف إلى تعزيز هذا التنسيق لتحسين وضوح النطق(Kent, R. D. 1997).

وتوضح الباحثة أن العلاج الوظيفي الفموي يركز على الوظائف الفموية الأساسية مثل المضغ والبلع والتنسيق بين الأعضاء الفموية المختلفة أثناء النطق. حيث تُعتبر هذه الوظائف ضرورية لإنتاج أصوات الكلام بشكل صحيح.

- **نظرية التحفيز التكراري:** تنطوي هذه النظرية على استخدام التكرار والتحفيز المستمر لتحسين مهارات النطق. العلاج الوظيفي الفموي يستفيد من هذه النظرية من خلال تكرار الأنشطة الحركية الفموية والعضلية لزيادة فعالية النطق .(Eyre, J. A. 2006). وتشير الباحثة إلى أن النظرية الوظيفية في هذا السياق تؤكد على أن العلاج يلزمه أن يكون موجهًا نحو تكييف الشخص مع احتياجاته اللغوية المنطوقة من خلال تكرار التمارين والأنشطة التي تحفز العضلات الفموية وتعزز الأداء اللغوي الطبيعي.
- **النظرية العصبية التنموية:** تشير إلى أن تطور النطق مرتبط بالتطور العصبي، وأي خلل في التنسيق العصبي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات في النطق. لذلك، يعتبر العلاج الوظيفي الفموي أداة لتعزيز التنسيق العصبي الحركي بين الفم والجهازالعصبي (Paul, R. 2007).

وتوضح الباحثة أن العلاج الوظيفي الفموي لا يقتصر فقط على تحريك الأعضاء الفموية، بل يأخذ في اعتباره التفاعل المعقد بين العضلات والأعصاب التي تتحكم في حركة الفم واللسان والشفتين، مما يساعد على تحسين مهارات اللغة المنطوقة.

- **نظرية التكيف البيئي:** تركز هذه النظرية على التفاعل بين الفرد وبيئته في علاج اضطرابات النطق، العلاج الوظيفي الفموي من شأنه أن يسهم في مساعدة المرضى على التأقلم مع البيئة الاجتماعية من خلال تحسين مهارات التواصل الشفهي (Dunn, W. 2001).

وفقًا للنظرية توضح الباحثة أن النطق يُعتبر أداة تواصل حيوية، حيث يعمل على تحسين قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين بشكل أكثر فاعلية، مما يساهم في تطوير مهارات التواصل الاجتماعي.

سابعًا: فروض البحث

في ضوء ما سبق فإنه يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

١. وجود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الحبسة الكلامية لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.

٣. لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية.

ثامنا: إجراءات البحث

المنهج: اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي ذو المجموعتين وذلك للتحقق من الهدف الرئيسى للدراسة وهو اختبار تأثير العلاج الوظيفي الفموي والتدخل السلوكي على الضعف

الفموي واضطرابات النطق لدى عينة من أطفال الإصابة الدماغية ، حيث يعتمد هذا المنهج على إجراء تجارب عملية مع مجموعة من الأطفال في سياق محكوم ودقيق.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة الاستطلاعي من (٤٠) طفلاً من الأطفال ذوي الإصابة الدماغية المصحوبة بحبسة كلامية، الذين يتلقون العلاج في مركز الطب الطبيعي والتأهيلي وعلاج الروماتيزم التابع للهيئة الطبية لوزارة الدفاع بمحافظة الجيزة، حيث تتوائم الظروف الثقافية والجغرافية، وتكونت العينة الأساسية من (١٦) من الأطفال ذوي الإصابة الدماغية المصحوبة بحبسة كلامية وتم الاعتماد عليهم كعينة أساسية في الدراسة الحالية وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين(٩-١٢)عامًا، بمتوسط حسابي قدره (١٠.٥) عامًا، وانحراف معيارى قدره (١.١٢)، ومعامل ذكائهم ما بين(٩٠-١١٠) حيث تم التجانس ما بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني والمستوى الثقافي والإجتماعي للاسرة ومستوى الذكاء.

محكات اختيار عينة الدراسة:

١- أن يتراوح عمرهم الزمني من(٩- ١٢) عامًا.

٢- أن يكون معامل ذكاء الأطفال عينة الدراسة متوسطًا، أي الحاصلون على درجة من(٩٠-١١٠) على اختبار المصفوفات المتتابعة، والذي يقيس الذكاء غير اللغوي فقط؛ نظرًا لصعوبة اختبار الأطفال ذوي الإصابة الدماغية على مقياس ستانفورد بينيه.

٣- تشخيصهم من قبل طبيب المخ والأعصاب بأنهم يعانوا من الإصابة الدماغية.

٤- أن يُعاني الأطفال عينة الدراسة من حبسة كلامية متوسطة.

٥- ألّا يكون الأطفال ممن يُعانون من إعاقات أخرى مصاحبة للإصابة الدماغية، إعاقة بصرية، أو إعاقة سمعية تحول دون تطبيق البرنامج.

- مبررات اختيار عينة الدراسة:

للأسباب الآتية:

أ- الأطفال الذين اكتملت اللغة لديهم يكونوا قادرين على التفاعل بشكل أفضل خلال جلسات العلاج، وأيضًا تقليل المتغيرات التي قد تؤثر في نتائج الدراسة حيث أنهم يعانوا من اضطرابات كلامية فقط، وهذا من شأنه أن يسهم في تقييم فعالية العلاج الوظيفي الفموي في تحسين النطق والكلام لديهم.

ب- تحديد معامل الذكاء من ٩٠ :١١٠ لعينة الدراسة يعتبر قرارًا مدعومًا بالعديد من المبررات التي تهدف إلى ضمان دقة وموثوقية النتائج، وهذا من شأنه أن يساعد في تقليل الفروق المعرفية، ويعزز استجابة الأطفال للعلاج الوظيفي والسلوكي، مما يساهم في تحسين فعالية التدخلات التي تستهدف تدريب أعضاء النطق.

ت- اقتصرت عينة الدراسة على ١٦ طفلًا يعتبر قرارًا مدعومًا بالعديد من المبررات البحثية والعلاجية، من بينها تحسين التحكم في المتغيرات، القدرة على متابعة العلاج بشكل فردي، والموارد المحدودة. الدراسات السابقة التي اعتمدت على عينات صغيرة مثل دراسة Scholderle et al. (2021)، والتي تكونت عينتها من(٢٦) طفلا من ذوي الإصابة الدماغية، ودراسة Scholderie et al. (2019)، والتي تكونت عينتها من(١٨) لديهم إصابة دماغية مصحوبة بالحبسة الكلامية، ودراسة Allison & Hustad (2018)، والتي تكونت عينتها من(٢٠) طفلًا من المصابين بالحبسة الكلامية، وفي دراسة (Rose, 2015) قد شملت عينة الدراسة ١٢ طفلًا فقط وكذلك Pennington et al (2013) والتي تكونت عينتها من (١٥) طفلًا من المصابين بالحبسة الكلامية من ذوي الإصابة الدماغية، أظهرت أن العينات الصغيرة يمكن أن توفر نتائج دقيقة

وموثوقة وتساعد في اختبار فعالية التدخلات بشكل أعمق ورجوع ذلك إلى صعوبة الحصول على عينات أكبر في مثل هذه الدراسات.

ث- التدخل المبكر بعد الإصابة مباشرة (من اسبوعين إلى ٣ أسابيع) حيث يساعد الدماغ على تكوين روابط عصبية جديدة لتعويض بعض الخلل الناجم عن الإصابة، ويسمح بتحفيز قدرة الطفل على استعادة مهارات اللغة المنطوقة التي تأثرت نتيجة الإصابة بشكل أسرع.

- إجراءات اختيار العينة:

بغرض تحديد عينة الدراسة قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية:

أ- تم اختيار العينة من مركز الطب الطبيعي والتأهيلي للقوات المسلحة بمحافظة الجيزة وذلك لتوافر عينه الدراسة به ولعمل الباحثة معالج لغة وكلام وصوت فيه ، وقد تم اختيار الأطفال من ذوي الإصابة الدماغية والمحولين والذين قد تم تشخيصهم من قبل طبيب المخ والأعصاب، وطبيب أمراض التخاطب بأنهم من ذوي الإصابة الدماغية، وقد تم الاطلاع على ملفاتهم الطبية، فتم استبعاد (١٥) طفلًا لأنهم كانوا ممن يعانون من إعاقات مزدوجة مصاحبة للإصابة الدماغية، وبذلك أصبح حجم العينة (٢٥) طفلًا.

ب- تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي فتم استبعاد (٢) من الأطفال ممن هم فوق المستوي المتوسط، ومن ثم فقد أصبح حجم العينة (٢٣) طفلًا.

جـ- تم تطبيق اختبار المصفوفات المتتابعة لجون ريفن تعريب عماد علي (٢٠١٦) لقياس الذكاء غير اللفظي على مدار أسبوعين، وتم استبعاد (٤) أطفال ممن قل ذكاؤهم عن المتوسط أي قلت درجاتهم عن(٩٠) على الاختبار، ليصبح حجم العينة (١٩) طفلًا.

د- كما تم تطبيق المقياس التشخيصي للحبسة الكلامية المصاحبة للإصابة الدماغية من

إعداد (الباحثة)، وبعد فحص العينات الكلامية لهؤلاء الأطفال، فقد تم استبعاد (٣) أطفال ممن يعانون من الحبسة الكلامية الشديدة. وبذلك أصبح العدد النهائي لعينة الدراسة (١٦) طفلًا من الأطفال من ذوي الإصابة الدماغية ممن يُعانون من الحبسة الكلامية المتوسطة، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة متكافئتين، وقوام كل منها (٨) أطفال.

٦- تم عمل إجراءات التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات العمر الزمني ومعامل الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، الحبسة كلامية، وذلك على النحو التالي:

أولا: التكافؤ في العمر الزمنى، الذكاء:

جدول (١)

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في العمر الزمني، الذكاء (ن١ = ن٢ = ٨)

المتغيرات	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	u	z	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٩.٨٨	١.١٣	٧.٧٥	٦٢.٠٠	٢٦.٠	٠.٦٦٦	غير دالة
	الضابطة	١٠.١٣	٠.٩٩	٩.٢٥	٧٤.٠٠			
الذكاء	التجريبية	١٠٠.٥٠	٣.٧٨	٨.٠٠	٦٤.٠٠	٢٨.٠	٠.٤٢٧	غير دالة
	الضابطة	١٠٠.٨٨	٣.٦٠	٩.٠٠	٧٢.٠٠			

يتضح من جدول (٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والذكاء وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق القبلي، الأمر الذي يمهد للتطبيق العملي بصورة منهجية صحيحة.

ثانيًا: التكافؤ في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي:

جدول (٢)

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (ن١ = ن٢ = ٨)

الأبعاد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	مستوى الدلالة
المستوى الاقتصادي	التجريبية	٣٩.١٣	١.٦٤	٨.٠٠	٦٤.٠٠	٢٨.٠	٠.٤٤٣	غير دالة
	الضابطة	٣٩.٣٨	١.٤١	٩.٠٠	٧٢.٠٠			
المستوى الاجتماعي	التجريبية	١٥.٠٠	٠.٧٦	٨.١٣	٦٥.٠٠	٢٩.٠	٠.٣٥٢	غير دالة
	الضابطة	١٥.١٣	٠.٦٤	٨.٨٨	٧١.٠٠			
المستوى الثقافي	التجريبية	٨.١٣	٠.٨٣	٧.٩٤	٦٣.٥٠	٢٧.٥	٠.٤٩٧	غير دالة
	الضابطة	٨.٣٨	١.٠٦	٩.٠٦	٧٢.٥٠			
الدرجة الكلية	التجريبية	٦٢.٢٥	٢.١٩	٧.٧٥	٦٢.٠٠	٢٦.٠	٠.٦٤٠	غير دالة
	الضابطة	٦٢.٨٨	١.٨٩	٩.٢٥	٧٤.٠٠			

يتضح من جدول (٤) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وهذا يدل علي تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق القبلي، الأمر الذي يمهد للتطبيق العملي بصورة منهجية صحيحة.

ثالثًا: التكافؤ في الحبسة الكلامية:

جدول (٣)

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في الحبسة الكلامية (ن١ = ن٢ = ٨)

الأبعاد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	z	مستوى الدلالة
التنفس	التجريبية	١٨.١٣	٠.٩٩	٨.٠٦	٦٤.٥٠	٢٨.٥	٠.٣٨٨	غير دالة
	الضابطة	١٨.٣٨	١.١٩	٨.٩٤	٧١.٥٠			
إصدار الصوت	التجريبية	٤٠.٦٣	٢.١٣	٨.٣١	٦٦.٥٠	٣٠.٥	٠.١٦١	غير دالة
	الضابطة	٤٠.٧٥	١.٩٨	٨.٦٩	٦٩.٥٠			
الرنين الصوتي	التجريبية	١٣.٠٠	٠.٩٣	٧.٨٨	٦٣.٠٠	٢٧.٠	٠.٥٦٢	غير دالة
	الضابطة	١٣.٢٥	٠.٨٩	٩.١٣	٧٣.٠٠			
النطق	التجريبية	٢٨.٠٠	٠.٧٦	٨.١٣	٦٥.٠٠	٢٩.٠	٠.٣٣٧	غير دالة
	الضابطة	٢٨.١٣	٠.٨٣	٨.٨٨	٧١.٠٠			
الإطار اللحني	التجريبية	٢٨.٥٠	٠.٩٣	٧.٨٨	٦٣.٠٠	٢٧.٠	٠.٥٦٥	غير دالة
	الضابطة	٢٨.٧٥	٠.٧١	٩.١٣	٧٣.٠٠			
الدرجة الكلية	التجريبية	١٢٨.٢٥	٢.٨٢	٧.٨١	٦٢.٥٠	٢٦.٥	٠.٥٨٧	غير دالة
	الضابطة	١٢٩.٢٥	٢.٤٩	٩.١٩	٧٣.٥٠			

يتضح من جدول (٥) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الحبسة الكلامية، وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق القبلي، الأمر الذي يمهد للتطبيق العملي بصورة منهجية صحيحة.

رابعًا: أدوات الدراسة

استخدمت الباحثة في دراستها الأدوات التالية:

١- المصفوفات المتتابعة الملونة لرافن: إعداد رافن (ترجمة وتقنين: عماد حسن، ٢٠١٦).

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي (محمد سعفان، ودعاء خطاب، ٢٠١٦).

٣- مقياس الحبسة الكلامية (إعداد الباحثة).

٤- البرنامج التدريبي القائم على فنيات التدخل الوظيفي والسلوكي (إعداد الباحثة).

وفيما يلي نتناول هذه الأدوات بشئ من التفصيل:

(١) المصفوفات المتتابعة الملونة لرافن: إعداد رافن (ترجمة وتقنين: عماد حسن، ٢٠١٦):

تم استخدام مقياس المصفوفات المتتابعة الملونة في قياس القدرة العقلية لدي عينة الدراسة. ويهدف هذا المقياس إلي قياس القدرة على استنباط العلاقات والارتباطات، أي معرفة الجزء الناقص من الأشكال، وتتكون المصفوفات المتتابعة الملونة من (٣٦) بندًا موزعة علي ثلاثة أقسام هي: أ، أب، ب، يشمل كل منها (١٢) بندًا، وقد أعدت لكي تقيس بشكل تفصيلي العمليات العقلية من عمر ٥,٥ إلي ٦٨,٤ سنة وقد استخدمت الألوان لكي أجعل المقياس أكثر تشويقًا ووضوحًا.

وبخصوص الخصائص السيكومترية للاختبار، فتم حساب معاملات ثبات هذا المقياس في كثير من البحوث التي أجريت لتقدير ثبات المصفوفات المتتابعة، فقد قام عماد أحمد حسن (٢٠١٦) بحساب ثبات هذا المقياس على عينة قوامها (١١٢٨٤) من الجنسين تتراوح أعمارهم الزمنية من عمر(٥,٥- ٦٨,٤) سنة؛ وذلك من خلال طريقة إعادة تطبيق

المقياس والتجزئة النصفية باستخدام معادلة " ألفا كرونباخ" فكان معامل الثبات مقداره (٠.٩١) وهو دال عند مستوي (٠.٠١ ٠).

وتم اختيار وتفضيل مقياس المصفوفات المتتابعة الملونة دون غيره للأسباب الآتية:

- أنه مقياس غير لفظي، لا يعتمد على اللغة ولا الثقافة في الإجابة عن بنوده وبالتالي يمكن تطبيقه علي أفراد عينة الدراسة.
- يمتد إلى مرحلة زمنية من ٥,٥ -٦٨,٤، وبالتالي يشمل العمر الزمني لعينة الدراسة.
- صلاحيته للتطبيق بشكل فردي وبشكل جماعي، مما يسهل تطبيقه.
- أن هذا المقياس يقيس القدرة العامة للتفكير المرتب والقدرة العقلية التي تعبر عن قدرة الأطفال على إصدار أحكام سريعة.

(٢) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي (إعداد: محمد سعفان، ودعاء خطاب، ٢٠١٦):

المقياس له عدد من الاهداف تتمثل في أنه:

١- يعكس التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأسرة المصرية والعربية.

٢- يعكس سلوكيات التمدن في مجالات الحياة الثلاثة (الاقتصادية والاجتماعية والثقافية).

٣- يعكس مدى الانفتاح على الثقافات الوافدة من تقنيات ومناهج تعليم وأفكار واتجاهات.

٤- نصف من خلاله توجهات وسلوكيات الأسرة اقتصاديًا واجتماعيًا وثقافيًا.

يتكون المقياس من مقاييس فرعية ثلاثة (الاقتصادي والاجتماعي والثقافي)، وكل مقياس فرعي له عدة عبارات، وكل عبارة لها بدائل (استجابات) تمثل وجود الظاهرة بمقدار معين، وتبدأ بوجودها كاملًا وتنتهي بوجودها بدرجة ضعيفة أو عدم وجودها، وهذا يتوقف بالطبع على طبيعة الظاهرة المقاسة.

وقد تم تقنين المقياس على عينة من المراهقين والراشدين وقد بلغ حجمها (٥٠) فردًا من الجنسين واستخدم في تقنين المقياس طريقة الاتساق الداخلى، وفي حساب الثبات استخدم طريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وكانت النتائج بالنسبة للاتساق الداخلى تنحصر بين أقل درجة وأعلى درجة كالآتي:

١- المستوى الاقتصادي (٠,٤١- ٠,٦٣). ٢- المستوى الاجتماعي (٠,٦٥-٠,٨٢).

٣- المستوى الثقافي (٠,٣٢- ٠,٦٠)، وكانت جميع القيم دالة إحصائيًا عند مستوى٠,٠١ ماعدا حالة واحدة كانت دالة عند مستوى٠,٠٥

وبالنسبة لثبات المقياس: فالجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٤)

حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية بطريقة سيبرمان	النصفية بطريقة جتمان
المستوى الاقتصادي	٠.٦١	٠.٦٣	٠.٦٣
المستوى الاجتماعي	٠.٨٢	٠.٨٠	٠.٧٩
المستوى الثقافي	٠.٧٨	٠.٧٦	٠.٧٥
الدرجة الكلية	٠.٨٥	٠.٨٦	٠.٨٦

في ضوء نتائج الجدول (٦) يتضح أن جميع القيم الخاصة بألفا كرونباخ والتجزئة النصفية دالة إحصائيًا عند ٠.٠١ مما يؤكد على ثبات المقياس، بمعنى أن المقاييس الفرعية الثلاثة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي تعطي نتائج ثابتة إذا ما أُعيد تطبيقها أكثر من مرة.

وبعد تصحيح المقاييس الثلاثة الاقتصادي والاجتماعي والثقافي يلزم معرفة دلالة الدرجة على المقياس بحيث يمكن إدراج المفحوص في فئة من فئات المستويات، وارتفاع الدرجة على المقياس يشير إلى انخفاض المستوى الذي نقيسه، وقد تم تحديد أربع فئات هى: دون المتوسط، ومتوسط، وفوق المتوسط، ومرتفع، ويفضل معالجة درجات كل مقياس من المقاييس الفرعية الثلاثة (الاقتصادية والاجتماعية، والثقافية) على حدة أولًا، ثم تجمع درجات المقاييس الفرعية الثلاثة معًا بعد ذلك، ويمكن الاعتماد على مقياس فرعى ما دون الآخر إذا كانت أهداف البحث أو متطلبات حل المشكلة تقتضي ذلك.

(٣) مقياس الحبسة الكلامية (إعداد الباحثة).

قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس بهدف توفير مقياس يتفق مع طبيعة عينة الدراسة وأهدافها، خاصة أن المقاييس السابقة قد صممت بهدف قياس الحبسة الكلامية النمائية لعينات تختلف فى طبيعتها وخصائصها عن عينة الدراسة الحالية.

وقد استطاعت الباحثة من خلال استقرائها للأدبيات النفسية ومقاييس الحبسة الكلامية من تحديد الأبعاد الرئيسية التي تؤثر على مهارات اللغة المنطوقة والتواصل لدى الأفراد المصابين بالحُبسة الكلامية. هذه الأبعاد تمثل جوانب أساسية في تقييم شدة الحبسة وتوجيه التدخلات العلاجية بشكل فعّال حيث توصلت إلى الأبعاد التالية:

١) **التنفس:** هو أحد الأبعاد الفسيولوجية الخمسة الهامة التي تساهم في إنتاج الأصوات الكلامية بوضوح؛ بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الحُبسة الكلامية أو اضطرابات نطق أخرى، يمكن أن يكون التنفس غير المتوازن عاملًا مسببًا لصعوبة في التواصل بفعالية حيث يؤثر على وضوح الكلام ، ويتكون من (٧) عبارات.

٢) **إصدار الصوت:** هو أحد الأبعاد الفسيولوجية الأساسية التي تؤثر بشكل كبير على عملية الكلام. يشمل هذا البُعد جميع العمليات التي تتعلق باستخدام الأعضاء المسؤولة عن إنتاج الصوت، مثل الحنجرة والثنايا الصوتية والأعضاء الفموية. من خلال إصدار الصوت، يمكن للإنسان أن يُنتِج الأصوات التي تشكل الكلمات والجمل المستخدمة في عملية الكلام. حيث يُنتج الصوت عن طريق الهواء الذي يتم دفعه من الرئتين إلى الأعلى عبر الجهاز التنفسي من خلال الحجاب الحاجز وهو العضلة التي تُساعد في تنظيم تدفق الهواء وتوجيهه بشكل صحيح أثناء عملية التنفس وإنتاج الصوت مرورًا بالحنجرة والثنايا الصوتية التي عند مرور الهواء من خلالها، مما ينتج الصوت. ثم يتشكل الصوت عبر أعضاء النطق، ويتكون من (١٦) عبارة.

٣) **الرنين الصوتي:** هو استجابة غرف الرنين (سقف الحلق الصلب وسقف الحلق الرخو والتجويف اللهائي البلعومي، والتجويف فوق الحنجري) المليئة بالهواء للتذبذب الناتج عن الطنين الحنجري الناتج من الحركة الدورية للثنايا الصوتية، الأمر الذي يؤدي إلى تغير نوع ووجهة الصوت، ويتكون من (٥) عبارات.

٤) **النطق:** يعرف النطق بأنه تحويل الرنين الصوتي الصادر من تجاويف الرنين النطقية إلى أصوات ثم مقاطع صوتية، باستخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق، ويتكون من (١٠) عبارات.

٥) **الإطار اللحني:** في حالات الإصابة بالحُبسة الكلامية، قد تتأثر قدرة الأفراد على التعبير عن أنفسهم بشكل معبر ودقيق من خلال تغيير النغمة، السرعة، والتأكيدات الصوتية فيمكن أن تعني الجملة (نعم، لقد كان فيلما رائعا) أن المتحدث أحب الفيلم أو العكس تماما اعتمادا على نغمة المتحدث، يستخدم الإطار اللحني أيضًا لتوفير المعلومات

الدلالية على سبيل المثال، فالمتحدث قد يرفع نغمة صوته تلقائيًا عند وصف حركة تصاعدية، ويتكون من (١٠) عبارات.

وبناء علي ما سبق فإن مقياس الحبسة الكلامية في صورته الأولية يتكون من (٤٨) عبارة، حيث تتراوح الدرجات على مقياس الحبسة الكلامية لكل من (١٤٤) درجة إلى (٤٨) درجة، حيث تدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع الحبسة الكلامية، بينما تمثل الدرجة المنخفضة انخفاض الحبسة الكلامية.

وبعد الانتهاء من الصورة الأولية للمقياس قامت الباحثة بعرضها على (١٠) من المحكمين لإبداء الرأى والملاحظات على عبارات ومكونات المقياس من حيث وضوحها ومناسبتها للظاهرة موضوع القياس وكذلك تقدير صلاحية المقياس، وبناء على ذلك لم يتم استبعاد أي عبارة لأن نسبة الاتفاق لم تقل عن (٨٠%).

الخصائص السيكومترية لمقياس الحبسة الكلامية:

تم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الحبسة الكلامية وفقًا لما يلي:

أولا: الاتساق الداخلي:

١- الاتساق الداخلى للمفردة مع الدرجة الكلية للبعد:

وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الخصائص السيكومترية بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية والجدول (٧) يوضح ذلك:

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد على مقياس الحبسة الكلامية

التنفس		إصدار الصوت		الرنين الصوتي		النطق		الإطار اللحني	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
١	**٠.٤٩٥	٨	**٠.٦٧٢	٢٤	**٠.٥٥٤	٢٩	**٠.٥٢١	٣٩	**٠.٤٢٦
٢	**٠.٤١١	٩	**٠.٥٥١	٢٥	**٠.٦٩٩	٣٠	**٠.٥٨٢	٤٠	**٠.٤٨٩
٣	**٠.٤١٨	١٠	**٠.٦٧٦	٢٦	**٠.٦٢٢	٣١	**٠.٥٣٢	٤١	**٠.٤٥٣
٤	**٠.٢٩٤	١١	**٠.٤٦٨	٢٧	**٠.٥٦٣	٣٢	**٠.٥٢١	٤٢	**٠.٧٥٣
٥	**٠.٤٧٦	١٢	**٠.٣٨٢	٢٨	**٠.٦٨٣	٣٣	**٠.٣٣٤	٤٣	**٠.٧٢٧
٦	**٠.٦٤٠	١٣	**٠.٤٢٤			٣٤	**٠.٥٠٢	٤٤	**٠.٥٥٥
٧	**٠.٦١٠	١٤	**٠.٤٤٥			٣٥	**٠.٥٩٢	٤٥	**٠.٦٧٨
		١٥	**٠.٧١٢			٣٦	**٠.٤٩٤	٤٦	**٠.١٩٥
		١٦	**٠.٦٨٣			٣٧	**٠.٦٤٨	٤٧	**٠.٥٤٨
		١٧	**٠.٦٢٦			٣٨	**٠.٤١٧	٤٨	**٠.٦٦٧
		١٨	**٠.٤٠٨						
		١٩	**٠.٥٠٠						
		٢٠	**٠.٢٦٣						
		٢١	**٠.٥٩٠						
		٢٢	**٠.٦٥٣						
		٢٣	**٠.٥٥١						

** مستوى الدلالة ٠.٠١

يتضح من جدول (٧) أنَّ كل مفردات مقياس الحبسة الكلامية معاملات ارتباطها موجبة ودالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠.٠١)، أى أنَّها تتمتع بالاتساق الداخلي.

٢- الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية:

تم حساب معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد. ويوضح جدول (٦) معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس، والدلالة الإحصائية:

جدول (٦)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية، والدلالة الإحصائية

م	الأبعاد	التنفس	إصدار الصوت	الرنين الصوتي	النطق	الإطار اللحني
١	التنفس	-				
٢	إصدار الصوت	**٠.٧٧٩	-			
٣	الرنين الصوتي	**٠.٧٠٩	**٠.٤١٣	-		
٤	النطق	**٠.٦٥٠	**٠.٧١٤	**٠.٦١٨	-	
٥	الإطار اللحني	**٠.٦٢٨	**٠.٥٩٨	**٠.٤٨٧	**٠.٥٠٨	-
الدرجة الكلية		**٠.٨٢٣	**٠.٦٩٨	**٠.٨٢٧	**٠.٦١١	**٠.٦٦٩

** دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١

أوضحت النتائج في جدول (٨) أن معاملات الارتباط لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية من خلال المصفوفة الارتباطية، كلها قيم مرتفعة.

ثانيا: الصدق:

- صدق المحك:

تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون (Pearson) بين درجات على المقياس الحالي (إعداد الباحثة) ودرجاتهم على مقياس الحبسة الكلامية (إعداد: وليد فاروق حسن، ٢٠٢١) كمحك خارجي وكانت قيمة معامل الارتباط (٠.٥٩٩) على عينة قوامها (٥٠) طفل، مما يدل على صدق المقياس الحالي.

ثالثا: الثبات:

تم حساب ثبات مقياس الحبسة الكلامية بالطرق التالية:

١- طريقة إعادة التطبيق:

وتمَّ ذلك بحساب ثبات مقياس الحبسة الكلامية من خلال إعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره أسبوعين وذلك على عينة الخصائص السيكومترية، وتم استخراج معاملات الارتباط بين درجات تلاميذ العينة باستخدام معامل بيرسون (Pearson)، وكانت جميع معاملات الارتباط لأبعاد المقياس دالة عند (٠.٠١) مما يشير إلى أنَّ المقياس يعطي نفس النتائج تقريباً إذا ما استخدم أكثر من مرَّة تحت ظروف مماثلة وبيان ذلك في الجدول (٩):

جدول (٧)

نتائج ثبات الحبسة الكلامية بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثانى
التنفس	٠.٨٠٤**
إصدار الصوت	٠.٧٥٤**
الرنين الصوتي	٠.٧٩٥**
النطق	٠.٧٣٤**
الإطار اللحني	٠.٨٢٤**
الدرجة الكلية	٠.٧٩٢**

** دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١

يتضح من خلال جدول (٩) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًّا بين التطبيق الأول والتطبيق الثانى لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية، والدرجة الكلية، مما يدل على ثبات المقياس، ويؤكد ذلك صلاحية مقياس الحبسة الكلامية لقياس السمة التي وُضع من أجلها.

٢- طريقة معامل الفا لكرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة الفا لكرونباخ. ويبين جدول (٨) قيم ثبات مقياس الحبسة الكلامية باستخدام معادلة الفاكرونباخ:

جدول (٨)

قيم ثبات مقياس الحبسة الكلامية باستخدام معادلة الفا لكرونباخ

الأبعاد	ألفا لكرونباخ
التنفس	٠.٧٥٢
إصدار الصوت	٠.٧٣١
الرنين الصوتي	٠.٧٤٥
النطق	٠.٧٦٩
الإطار اللحني	٠.٧٧٦
الدرجة الكلية	٠.٧٩٢

يتضح من خلال جدول (٨) أنَّ معاملات الثبات مرتفعة، مما يعطى مؤشرًّا جيدًا لثبات مقياس الحبسة الكلامية، وبناء عليه يمكن العمل به.

٣- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون وجتمان. ويبين جدول (٩) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الحبسة الكلامية:

جدول (٩)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الحبسة الكلامية

الأبعاد	سبيرمان براون	جيتمان
التنفس	٠.٨٩٥	٠.٨٢٥
إصدار الصوت	٠.٨٠٧	٠.٧٤٥
الرنين الصوتي	٠.٨٣٢	٠.٨٠٨
النطق	٠.٨٧٨	٠.٧٨٥
الإطار اللحني	٠.٨٦٥	٠.٨١٥
الدرجة الكلية	٠.٨٨٢	٠.٨٣٦

يتضح من جدول (١١) أنَّ معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل بعد من أبعاده بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان – براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياسه للحبسة الكلامية.

تاسعا: الأساليب الإحصائية

اعتمدت الدراسة الحالية على بعض الأساليب الإحصائية الملائمة للدراسة (في ضوء طبيعتها، ومتغيراتها، وحجم العينة وذلك من خلال استخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وهي كالتالي:

-اختبار مان ويتني t للدلالة الإحصائية اللابارامترية البيانات المرتبطة).

-اختبار ويلكوكسون للدلالة الإحصائية اللابارامترية (للبيانات المرتبطة).

-المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

- معامل ألفا كرونباخ. -التجزئة النصفية (وجتمان).
- معامل الارتباط لبيرسون

عاشرًا: نتائج البحث

١. نتائج الفرض الأول ومناقشته والذي ينص على "**توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الحبسة الكلامية لصالح المجموعة التجريبية بعد البرنامج في الاتجاه الأفضل**" ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني ويوضح الجدول (١٠) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٠)

اختبار مان ويتني وقيمة z ودلالتها للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الحبسة الكلامية (ن١ = ن٢ = ١٦)

الأبعاد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
التنفس	التجريبية	٨.١٣	٠.٦٤	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٤٤٣	٠.٠١
	الضابطة	١٨.١٣	١.٣٦	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		
إصدار الصوت	التجريبية	١٨.٠٠	٠.٧٦	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٤٠٦	٠.٠١
	الضابطة	٤٠.٣٨	١.٨٥	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		
الرنين الصوتي	التجريبية	٥.٨٨	٠.٦٤	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٤٤٥	٠.٠١
	الضابطة	١٣.٠٠	٠.٧٦	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		
النطق	التجريبية	١٢.٠٠	١.٢٠	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٤٢٢	٠.٠١
	الضابطة	٢٧.٧٥	٠.٧١	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		
الإطار اللحني	التجريبية	١٢.٣٨	١.١٩	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٤٣٧	٠.٠١
	الضابطة	٢٨.٣٨	٠.٥٢	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		
الدرجة الكلية	التجريبية	٥٦.٣٨	١.٦٩	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٣.٣٨١	٠.٠١
	الضابطة	١٢٧.٦٣	١.٠٦	١٢.٥٠	١٠٠.٠٠		

يتضح من الجدول (١٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس لأبعاد مقياس الحبسة الكلامية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية لصالح متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية، أي أن متوسط رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الحبسة الكلامية أقل بدلالة إحصائية من نظيره بالمجموعة الضابطة وهذا يحقق صحة الفرض الأول.

٢. **نتائج الفرض الثاني ومناقشته والذي ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلى والبعدى في الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل"** ولاختبار صحة هذا الفرض ثم استخدام اختبار ويلكوكسون " W " و يوضح الجدول (١١) نتائج هذا الفرض.

جدول (١١)

اختبار ويلكوكسون وقيمة z ودلالتها الفرق بين متوسطى رتب درجات القياسيين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في الحبسة الكلامية (ن = ٨)

الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة
التنفس	القبلي	١٨.١٣	٠.٩٩	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٠	٠.٠١
	البعدي	٨.١٣	٠.٦٤	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				
إصدار الصوت	القبلي	٤٠.٦٣	٢.١٣	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٠	٠.٠١
	البعدي	١٨.٠٠	٠.٧٦	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				
الرنين الصوتي	القبلي	١٣.٠٠	٠.٩٣	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٦	٠.٠١
	البعدي	٥.٨٨	٠.٦٤	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				
النطق	القبلي	٢٨.٠٠	٠.٧٦	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٠	٠.٠١
	البعدي	١٢.٠٠	١.٢٠	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				
الإطار اللحني	القبلي	٢٨.٥٠	٠.٩٣	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٩	٠.٠١
	البعدي	١٢.٣٨	١.١٩	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				
الدرجة الكلية	القبلي	١٢٨.٢٥	٢.٨٢	-	٨	٤.٥٠	٣٦.٠٠	٢.٥٣٦	٠.٠١
	البعدي	٥٦.٣٨	١.٦٩	+	صفر	٠.٠٠	٠.٠٠		
				=	صفر				

يتضح من الجدول (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في الحبسة الكلامية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية لصالح متوسط رتب درجات القياس البعدي، أي أن متوسط رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي في

الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الحبسة الكلامية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية أقل بدلالة إحصائية من نظيره بالقياس القبلي وهذا يحقق صحة الفرض الثاني.

٣. نتائج الفرض الثاني ومناقشته والذي ينص على "لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى والتتبعى في الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية" ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون " W " والجدول (١٢) يوضح نتائج هذا الفرض:

جدول (١٢)

اختبار ويلكوكسون وقيمة z ودلالتها للفرق بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية في الحبسة الكلامية (ن = ٨)

الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة
التنفس	البعدي	٨.١٣	٠.٦٤	-	١	٢.٠٠	٢.٠٠	٠.٤٤٧	غير دالة
	التتبعي	٨.٠٠	٠.٥٣	+	١	١.٠٠	١.٠٠		
				=	٦				
إصدار الصوت	البعدي	١٨.٠٠	٠.٧٦	-	٤	٤.٣٨	١٧.٥٠	٠.٦٣٢	غير دالة
	التتبعي	١٧.٧٥	١.٠٤	+	٣	٣.٥٠	١٠.٥٠		
				=	١				
الرنين الصوتي	البعدي	٥.٨٨	٠.٦٤	-	٢	٢.٢٥	٤.٥٠	٠.٨١٦	غير دالة
	التتبعي	٥.٦٣	٠.٥٢	+	١	١.٥٠	١.٥٠		
				=	٥				
النطق	البعدي	١٢.٠٠	١.٢٠	-	٢	٤.٥٠	٩.٠٠	٠.٣٣٣	غير دالة
	التتبعي	١١.٨٨	٠.٩٩	+	٤	٣.٠٠	١٢.٠٠		
				=	٢				
الإطار اللحني	البعدي	١٢.٣٨	١.١٩	-	٢	٢.٢٥	٤.٥٠	٠.٨١٦	غير دالة
	التتبعي	١٢.١٣	٠.٩٩	+	١	١.٥٠	١.٥٠		
				=	٥				
الدرجة الكلية	البعدي	٥٦.٣٨	١.٦٩	-	٥	٤.٦٠	٢٣.٠٠	٠.٧٠٥	غير دالة
	التتبعي	٥٥.٣٨	٢.١٣	+	٣	٤.٣٣	١٣.٠٠		
				=	صفر				

يتضح من الجدول (١٢) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الحبسة الكلامية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية أي أنه يوجد تقارب بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الحبسة الكلامية للأطفال ذوي الإصابة الدماغية وهذا يحقق صحة الفرض الثالث.

تعقيب عام على النتائج:

مما سبق يتضح أن هذه النتائج أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس الحبسة الكلامية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبالاتجاه الأفضل، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي وبالاتجاه الأفضل، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

التوصيات، توصي الباحثة بما يلي:

على المستوى التأهيلي:

١. يوصى بضرورة تصميم برامج تأهيل تخاطبي شاملة تستهدف الأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

٢. يوصى بضرورة تخصيص برامج علاجية فردية تأخذ في الاعتبار الخصائص الفريدة لكل طفل مثل العمر ومستوى الذكاء بحيث تلبي احتياجاتهم الخاصة.

٣. يوصى بدمج العلاج السلوكي مع العلاج الوظيفي الفموي لتحقيق تقدم أفضل في تحسين النطق والتواصل.

٤. يوصى بتوفير تدريب متقدم ومختص للمهنيين في مجال التأهيل التخاطبي بهدف إلى رفع كفاءتهم في التعامل مع الأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

على المستوى الأسري:

١. يوصى ندوات توعوية وتدريبية لأولياء أمور الأطفال ذوي الإصابات الدماغية لزيادة وعيهم بأهمية التدخل المبكر ودورهم الفعّال في دعم أطفالهم من خلال المشاركة الفعالة في البرامج العلاجية.

٢. يوصى بتوجيه حملات توعية للمجتمع حول أهمية العلاج الوظيفي الفموي ودمجه مع العلاج السلوكي كجزء أساسي من تأهيل الأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

على المستوى العلمي:

١. يوصى العمل على تطوير برامج علاجية متخصصة في تأهيل الأطفال الذين يعانون من الحبسة الكلامية نتيجة للإصابة الدماغية، مع التركيز على تحديث الأساليب العلاجية وتقييم فعاليته بشكل مستمر.

٢. تشجيع البحث العلمي في مجال تشخيص حالات الحبسة الكلامية المرتبطة بالإصابات الدماغية من خلال تطوير محكات تشخيصية دقيقة لتحسين تحديد التدخلات العلاجية المناسبة لكل حالة.

تعتبر هذه التوصيات ضرورية لتحقيق تحسين مستمر ونتائج ملموسة في تطوير مهارات النطق والتواصل من خلال استخدام العلاج التأهيلي للأطفال ذوي الإصابات الدماغية.

البحوث المقترحة

١) فعالية برنامج تدريبي قائم على فنيات التدخل الوظيفي والسلوكي في خفض أعراض الابراكسيا الفموية لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.

٢) فعالية برنامج قائم على الذكاءات المتعددة في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.

٣) فعالية التدخل السلوكي باستخدام التعزيز الإيجابي في تحسين نطق الأطفال المصابين بالحبسة الكلامية.

٤) فعالية برنامج قائم على نظرية تجهيز ومعالجة المعلومات في خفض أعراض الحبسة الكلامية لدى الأطفال ذوي الإصابة الدماغية.

المراجع

جهاد محمد، موسى محمد. (٢٠٠٩). اضطرابات النطق والكلام: الأسس والتطبيقات. دار الفكر.

خالد محمد. (٢٠١٦). تقييم المهارات النطقية عند الأطفال. مجلة البحوث النفسية.

سعيد كمال. (٢٠١١).الشلل الدماغي والإضطرابات التخاطبية .دار النشر الجامعي .

عبد الفتاح صابر. (٢٠٠٧). اضطرابات النطق. دار الفجر للنشر والتوزيع.

عبدالفتاح صابر. (٢٠٠٧). الاضطرابات التخاطبية .دار الثقافة للنشر.

فكري لطيف. (٢٠١٥). اضطرابات التخاطب والنطق: التشخيص والعلاج. دار القلم.

ماجدة السيد. (٢٠١٤). دراسة اضطرابات النطق لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي . مجلة التخصصات الطبية.

منصور بن محمد، عبدالرحمن بن إبراهيم. (٢٠٠٨). تقييم وتشخيص اضطرابات النطق. مجلة العلوم التربوية.

Allison, C., & Husted, K. (2018). *Speech intervention strategies for children with acquired brain injuries: A comprehensive review*. International Journal of Speech-Language Pathology, 20(5), 437.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th.). American Psychiatric Publishing

Borden, G. S., & Harris, K. S. (2010). Phonetics and Speech Science. Pearson Education

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heyward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis*. Pearson Education.p312.

Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. (1969). *Dysarthria: A Neurobehavioral Study of Speech Disorders*. Harvard University Press.p49.

Duffy, J. R. (2005). Speech motor control and its disorders. Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, (pp. 3-38).

Dunn, W. (2001). The Sensory Profile: A tool for identifying sensory processing patterns in children and adults. Journal of Occupational Therapy, 45(4), 13.

eely, S., & Skies, D. (1996). "Oral motor function in children with cerebral palsy". *Journal of Child Neurology*, 11(3), 32.

Encyclopedia Britannica. (2021). Voice production>

Eyre, J. A. (2006). *The Use of Repetition in Speech Therapy: Techniques and Approaches*. Journal of Speech-Language Pathology, 29(2), 112.

Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). "Oral motor skills and speech in children with cerebral palsy". *Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(3), 39.

Hedge, M. N. (2008). *Clinical Management of Speech Sound Disorders: A Practical Approach*. Plural Publishing.p125.

Hedge, M. N. (2017). *Clinical Methods in Communication Disorders: An Interdisciplinary Approach*. Plural Publishing.p85.

Hough, A. M., & McDonald, J. R. (2006). Speech-language pathology interventions for children with aphasia due to brain injury. *Journal of Communication Disorders*, 39(3), 204-217.

Hough, M. S., & McDonald, A. (2006). "Speech therapy interventions for children with aphasia". *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20(7), 555.

Kent, R. D. (1997). *The Anatomical and Physiological Bases of Speech: A Functional* Approach. Plural Publishing.

Kent, R. D., & Duffy, J. R. (2003). "Motor speech disorders and aphasia". *Journal of Communication Disorders*, 36(1), 11.

Kermes, A. (2007). Aphasia and its Therapy. Oxford University Press.

Kumar, A. W. (2012). *Oral-motor dysfunction and speech disorders*. Pediatric Speech Therapy Journal, 29(2), 56-67.

Loaf, G. L. (2005). "Oral Placement Therapy: A Review of Clinical Applications". *Speech Pathology Review*, 32(2), 106.

McCauley, R. J., & McNeil, M. R. (2008). "The role of behavioral intervention in treating childhood aphasia". *Journal of Speech-Language Pathology*, 31(4), 213.

Norman J. Lass ،Mary Pannbacker. (2008). Speech Therapy: Techniques and Practices. Journal of Speech and Hearing Disorders. 35(2), 7.

Paul, R. (2007). Language disorders from infancy through adolescence: Listening, speaking, reading, writing, and communicating. *Mosby Elsevier*.

Rose, S. (2015). *The impact of speech-language therapy on children with acquired brain injuries: A systematic review*. Child Neurology Journal, 44(6), 484.

Rosenfeld Johnson, S. (2001). Oral Motor Exercises for Speech Improvement. Journal of Communication Disorders. 15(3), 5.

Scholder, T., et al. (2019). *Cognitive and speech development in children with brain injuries: A focus on communication impairments*. Pediatric Neurology, 50(3), 256.

Scriber, L. D., & Kent, R. D. (2003). *Clinical Management of Speech Sound Disorders*. Pearson Education.p100.

Sigurdardottir, S., & Vik, T. (2011). "Cerebral injury and its effect on speech and language development in children". *Journal of Speech-Language Pathology*, 23(4), 123.

Smith, J., & Brown, A. (2023). The efficacy of oral-motor therapy in treating speech disorders in children. *Journal of Speech-Language Pathology, 45*(3), 123.

Whelan, M. A., & McNamara, L. (2002). The effects of brain injury on speech production. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1020.