جامعة عمار ثليجي بالأغواط
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

ميدان العلوم الإنسانية الاجتماعية
شعبة: العلوم الاجتماعية

الموضـــوع:

دور التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية لدى عينة من أطفال متلازمة داون (من 6-8سنوات)

دراسة مقارنة بين أطفال خضعوا للتدخل المبكر وأطفال لم يخضعوا للتدخل المبكر

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في الارطفونيا.

تخصص ارطفونيا

إعداد الطالبين:
- عبد الرؤوف عمراوي
- المهدي حاج عيسى

إشراف الأستاذ:
أ. جلول بن يطو

السنة الجامعية 2015. 2016

شكر وتقدير

في البداية وقبل كل شيء نشكر الله العلي القدير الذي خلقنا فأحسن صورنا وأكرمنا وفضلنا على كثير مما خلق تفضيلا وبأن سدد خطانا وألهمنا الصبر ووفقنا لإتمام هذا العمل، عملا بقوله جل وعلا «واشكروا لي ولا تكفرون» سورة البقرة 152.

نتوجه بشكرنا الجزيل إلى كل أساتذة قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا و الأساتذة الذين اشرفوا على تكويننا خلال المسار التكويني.

كما نتقدم بالشكر الخاص للأستاذ القدير: "بن يطو جلول" على قبوله الإشراف على هذا العمل وعلى نصائحه وتوجيهاتها القيمة.

كما لا يفوتنا أن نتوجه بالشكر الجزيل إلى كل العاملين بالجمعية الوطنية للإدماج المهني بتيارت لمساعدتنا على انجاز البحث الميداني

كما لا أنسى كل من ساهم ولو بقدر بسيط في إتمام هذا العمل.

وهذا عملا بقوله تعالى «من لا يشكر الناس لا يشكر الله»

إهداء

الحمد لله على نعمه وجزيل عطائه ونصل ونسلم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد:

أهدي هذا العمل إلى **أعز إنسان في** هذه الدنيا أمي الغالية وأبي العزيز حفظه الله وأدام صحته الذي كان عونا وسندا لي خلال مسيرتي الدراسية وإلى جدتي حفظهما الله.

كما أهديه إلى إخوتي: **عبد الباسط، بلحاج.**

وأخواتي: لالة، زهيرة، آسيا، رقية.

وإلى كل عائلتي بدون استثناء

كما أهديها إلى زملائي في الدفعة إلياس، عماد، عبد الرؤوف

وأخص هذا الإهداء إلى زميلي عياط أحمد وندعو الله أن يشفيه

وإلى كل الأساتذة الذين درسوني بدون استثناء

كما لا أنسى أصدقائي في الإقامة الجامعية عبد الحميد، رمضان، جابر، يوسف، بالة **محمد، مسعود** وإلى كل من حملتهم ذاكرتي ولم تحملهم **مذكرتي.**

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

أهدي ثمرة عملي هذا إلى الوالدين الغاليين، و إلى كل العائلة الكريمة، و إلى زملائي في العمل، وخاصة إلى السيد كاتبي أحمد مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالرحوية والى الأساتذة الأفاضل، والى زملائي في الدراسة، و إلى صديقي الذي تشاركت معه في انجاز هذه المذكرة ، و إلى كل من يعرفني من قريب أو من بعد .

ملخص البحث:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على دور التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية لدى مجموعة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون، بالجمعية الوطنية للإدماج المهني للمصابين بالتريزوميا 21 بتيارت، حيث تألفت مجموعة البحث من 12 طفلا مقسمين إلى مجموعتين، الأولى مكونة من 6 أطفال مصابين بمتلازمة داون من كلا الجنسين 3 ذكور و 3 إناث خضعوا للتدخل المبكر، و المجموعة الثانية 6 أطفال مصابين بمتلازمة داون من كلا الجنسين 3 ذكور و 3 إناث لم يخضعوا للتدخل المبكر، وتتراوح أعمار العينة ما ين 6-8 سنوات من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وتم تطبيق المنهج السببي المقارن مع استخدام أدوات البحث التي تمثلت في الاختبار الجديد للغة N-EEL، و تم جمع المعلومات و معالجتها إحصائيا اعتمادا على نظام رزنامة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) و ذلك باستخدام اختبار الرتب "مان ويتني" للعينات الصغيرة، حيث أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في "الاختبار الجديد للغة" .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي من "الاختبار الجديد للغة".

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند التعبير و الثراء المعجمي من "الاختبار الجديد للغة".

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة في بند سرد القصة من "الاختبار الجديد للغة ".

Résumé de recherche

Le but de cette étude est de déterminer le rôle de l'intervention précoce pour le développement explétif sur un échantillon d'enfants atteints du syndrome de Dawn dans l'association national pour l'intégration professionnelle pour les trisomie 21 à Tiaret.

Le groupe de recherche a été composé de deux groupes, le premier groupe contient (6) enfants atteints de syndrome de Dawn(3) garçons et (3) filles qui ont subi une intervention précoce.

Le deuxième groupe contient (6) enfants atteints de syndrome de Dawn (3) garçons et (3) filles qui n'ont pas bénéficié d'une intervention précoce, ce groupe de recherche est âgé de (6-8) ans et son handicap mental est simple.

En utilisant les outils de recherche N-EEL Nouvelle épreuve pour l'évaluation du langage. Tous les résultats ont été traités statistiquement via SPSS, en utilisant le test du classement "U Man Whitney"pour les petits échantillons, et ça a donné les résultats suivants :

- il existe des différences significatives et statistiques entre les résultats du premier groupe et ceux du deuxième pour le premier groupe du nouveau test du langage.

- il existe des différences significatives et statistiques entre les résultats du premier groupe et ceux du deuxième sur l'épreuve de la production langagière pour le premier groupe du nouveau test de langage.

- Il existe des différences significatives et statistiques entre les données du premier groupe et les donnes du deuxième groupe sur l'épreuve de l'expression et de vocabulaire, pour le premier groupe du nouveau test de langage.

- il existe des différences significatives et statistiques entre les données du premier groupe et les données du deuxième groupe pour l'épreuve de narration de l'histoire pour le premier groupe du nouveau test du langage.

فهرس المحتويات

الفهرس

الإهداء	
شكر و تقدير	
ملخص البحث	**أ**
فهرس المحتويات	**ج**
فهرس الجداول	**و**
فهرس الملاحق	**ز**
مقدمة	**01**
الجانب النظري	
الفصل الأول:الإطار العام للدراسة	
تمهيد	
1- إشكالية الدراسة	**06**
2- فرضيات الدراسة	**08**
3- مبررات و دوافع اختيار الموضوع	**09**
4- أهمية الدراسة	**09**
5- أهداف الدراسة	**09**
6- تحديد المفاهيم الاجرائية	**10**
7- الدراسات السابقة	**11**
خلاصة الفصل	**22**
الفصل الثاني: التدخل المبكر	
تمهيد	
1- نظرة تاريخية حول التدخل المبكر و تطوره	**24**
2- مفهوم التدخل المبكر	**26**
3- مبررات التدخل المبكر	**27**
4- أهمية التدخل المبكر	**28**
5- فوائد التدخل المبكر و الفئات المستهدفة	**29**
6- عمل الفريق في التدخل المبكر	**31**
7- التكفل الأرطوفوني المبكر	**34**
8- نماذج التدخل المبكر	**37**

9- فعالية التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون	39
10- معوقات التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون	40
11- دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة	40
خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: اللغة التعبيرية لدى أطفال متلازمة داون	
تمهيد	
I متلازمة داون	
1- تعريف التخلف الذهني	43
2- لمحة تاريخية عن متلازمة داون	45
3-التعريف بمتلازمة داون	46
4- أسباب حدوث متلازمة داون	47
5- أنواع متلازمة داون	48
6- تشخيص متلازمة داون	50
7- خصائص الأطفال ذووا متلازمة داون	51
8- الوقاية من حدوث متلازمة داون	54
9- التكفل بأطفال ذووا متلازمة داون	56
II اللغة التعبيرية	
1- تعريف اللغة	57
2- مراحل اكتساب اللغة	57
3- العوامل المؤثرة في نمو اللغة	59
4- نظريات اكتساب اللغة	60
5- وظائف اللغة	63
6- تعريف اللغة التعبيرية	65
7-مراحل نمو اللغة التعبيرية	66
8- اضطرابات اللغة التعبيرية	67
9- تشخيص اضطرابات اللغة التعبيرية	70
10- خصائص النمو اللغوي لدى المصابين بمتلازمة داون	71
خلاصة الفصل	73

الجانب الميداني	
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية	
تمهيد	75
1- منهج الدراسة	75
2- حدود الدراسة	75
3- الدراسة الاستطلاعية	76
4- أداة الدراسة	76
5- مجموعة الدراسة و خصائصها	78
الأساليب الإحصائية المستخدمة	79
الفصل الخامس : عرض النتائج و مناقشتها	
تمهيد	
1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة	81
2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى	82
3- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	83
4- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	84
الاستنتاج العام	86
خاتمة	89
قائمة المراجع	90
الملاحق	II

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	الجدول رقم 1 يبين مراحل نمو اللغة التعبيرية	66
02	الجدول رقم 2 يبين خصائص مجموعة البحث الأولى	79
03	الجدول رقم 3 يبين خصائص مجموعة البحث الثانية	79
04	الجدول رقم 4 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في الاختبار الجديد للغة	81
05	الجدول رقم 5 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة	81
06	الجدول رقم 6 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة	82
07	الجدول رقم 7 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة	82
08	الجدول رقم 8 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة.	83
09	الجدول رقم 9 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة	83
10	الجدول رقم 10 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة	83
11	الجدول رقم 11 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة	84
12	الجدول رقم 12 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة.	84
13	الجدول رقم 13 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة	85
14	الجدول رقم 14 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة	85
15	الجدول رقم 15 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى والمجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة	85

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية العامة
02	نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الأولى
03	نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثانية
04	نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثالثة

مقدمة

مقدمة:

تعتبر اللغة مجموعة من الأصوات للتعبير عن الفكر، أو وسيلة لنقل المعاني، وهي خاصية يتميز بها الإنسان، غير أن هذه الخاصية قد لا يتمتع بها كل بني البشر، و ذلك راجع لعدة أسباب، نذكر من بين ذلك الإعاقة الذهنية، وهي واسعة الانتشار في العالم أجمع بكل أنواعها، و التي نأخذ منها متلازمة داون، وهي إعاقة يولد بها الطفل، تؤدي إلى اختلال وظيفة اللغة خاصة في جانب الإنتاج، مما يصعب على أطفال هذه الفئة التواصل والمجتمع الذي ينتمون إليه، لذلك و بغية مساعدة هؤلاء الأطفال و تمكينهم من الاستفادة من ملكة اللغة و تواصلهم بطرق عادية مع المجتمع، وجب تضافر الجهود من أجل توفير ما يخدم مصالحهم، و ذلك عن طريق توفير مراكز متخصصة لهذه الفئة، إضافة إلى فريق مختص للعمل معهم؛غير أن هذين الاثنين و بتوفرهما دون التدخل المبكر، فلن تكون هناك نتائج مرضية، و تذهب كل الجهود في مهب الريح .

من أجل ذلك يجب علينا عدم إغفال و إهمال دور التدخل المبكر و ماله من فائدة كبيرة، خاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل، أي قبل سن التمدرس، فان له نصيب هام في تقديم يد العون لهذه الفئة من الأطفال، و دمجهم في الحياة العادية، و في المدارس مع أقرانهم من الأطفال العاديين، و يكون هذا بإشراك الجميع في هذا التدخل بدءا من الأسرة، ثم فريق العمل بالمراكز المتخصصة ثم المجتمع ككل.

و حتى نصل إلى نتائج جيدة فيما يخص اللغة التعبيرية عند أطفال متلازمة داون، فيجب مراعاة المرحلة الأولى من عمر الطفل من أجل القيام بالتدخل المبكر، لأنها مرحلة هامة من حياة الطفل، فكلما تأخر التدخل المبكر يكون هناك تأخر في التكفل، مما ينتج عنه بطبيعة الحال تدهور في حالة الطفل و تأخر في لغته .

من أجل تلك الأسباب قد قمنا في دراستنا هذه بتسليط الضوء على دور التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية عند متلازمة داون، لأن هذه الفئة تعاني من مشاكل في الجانب اللغوي و التعبيري أكثر منه في الجانب الاستقبالي .

بعد اختيارنا للموضوع قمنا بتصميم خطة وفق منهجية منظمة، وقمنا بتقسيم بحثنا إلى جانب نظري و جانب ميداني؛ وتناولنا في الجانب النظري و الذي يحتوي على ثلاثة فصول.

الإطار العام للدراسة، و هو عنوان الفصل الأول، حيث تناولنا فيه الإشكالية وفرضيات الدراسة، إضافة إلى تحديدنا للمفاهيم و المصطلحات التي يقوم عليها بحثنا،كما تناولنا أيضا الدراسات السابقة و التعليق عليها، إضافة إلى أسباب اختيار الموضوع، أهمية الدراسة و أهدافها.

أما الفصل الثاني تحت عنوان التدخل المبكر، حيث عرضنا فيه كل ما يخص التدخل المبكر من نظرة تاريخية، مفهومه، مبرراته و أهميته، كما تطرقنا إلى عمل الفريق في التدخل المبكر، التكفل الأرطوفوني المبكر، نماذج التدخل المبكر، بالإضافة إلى فعالية و معوقات التدخل المبكر، وفي الأخير تطرقنا الى دور الأسرة في المساعدة على الكشف المبكر.

و بالنسبة للفصل الثالث تحت عنوان اللغة التعبيرية و متلازمة داون، حيث عرضنا في هذا الفصل كل ما يخص متلازمة داون، و تطرقنا إلى تعريف التخلف الذهني، لمحة تاريخية عن متلازمة داون، مفهومها، أنواعها، أسبابها، بالإضافة إلى الوقاية من حدوث متلازمة داون،خصائصها و تشخيصها، و في الأخير تناولنا التكفل بمتلازمة داون .

كما تناولنا أيضا اللغة عموما و اللغة التعبيرية بالأخص، حيث تطرقنا إلى تعريف اللغة، مراحل اكتسابها، العوامل المؤثرة في نموها، وظائفها و نظريات اكتسابها، و تناولنا اللغة التعبيرية من حيث تعريفها، مراحل نموها، اضطراباتها، تشخيصها، و في الأخير خصائص النمو اللغوي لدى المصابين بمتلازمة داون.

أما الجانب التطبيقي فهو يحتوي على فصلين، الفصل الرابع تحت عنوان إجراءات الدراسة الميدانية ، الذي تناولنا فيه منهج الدراسة، حدود الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة بالإضافة إلى عينة الدراسة و خصائصها، و في الأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة .

أما فيما يخص الفصل الخامس و الذي جاء تحت عنوان عرض و تفسير النتائج، حيث خصصنا ها الفصل لمناقشة النتائج المتحصل عليها، و تفسيرها في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة المتحصل عليها، و قدمنا استنتاجا عاما لدراستنا، و في الأخير وضعنا خاتمة لبحثنا.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فروض الدراسة

3- مبررات و دوافع اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- تحديد المفاهيم الاجرائية

7- الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يعد الفصل التمهيدي أو الإطار العام للدراسة مدخلا لا غنى للباحث عنه، ذلك أنه يوفر مقاربة منهجية تسمح بإقناع الباحث لذاته أو للهيئات القائمة على هذه البحوث و على اختلاف الآراء حول ما يجب أن يتضمنه الفصل، حاولنا في دراستنا هذه استحضار مجموعة من العناصر المنهجية فبدأنا بعرض إشكالية الدراسة و تساؤلاتها و فرضياتها، ثم تحديد أهم المصطلحات الأساسية يليها عرض الدراسات السابقة التي استفدنا منها في بناء الفرضيات و مناقشة نتائج الدراسة .

1* الإشكالية :

تعتبر اللغة أهم ما ميز الله عز وجل بها الإنسان عن سائر المخلوقات الأخرى والتي تسمح للأفراد بالتواصل فيما بينهم، ومن خلالها نعبر عن مشاعرنا وأحاسيسنا أي التواصل بمختلف أشكاله، فهي تساعد الفرد في عملية التوافق الاجتماعي، حيث هي وسيلة التفاهم بين الأفراد، فمن خلالها تتدفق المعلومات وتنسال المشاعر ويعبر بها عن رغبات الفرد وحاجاته ولهذا فهي تعد من صفات الإنسان، فهي النعمة التي ميز الله بها الإنسان عن سائر خلقه. (محمد عبد المومن،1989،ص 219)

حيث يرتبط تعلم اللغة واكتسابها بالنمو العقلي، ومن بين هذه الفئات التي تعاني في اكتساب اللغة فئة المعاقين عقليا، حيث أثبتت دراسات عديدة وجود صلات بين مستوى النمو العام والمستوى اللغوي، فتحصيل اللغة يكون أسرع لدى الأطفال ذوي حاصل الذكاء المرتفع، ويكون متأخرا لدى ذوي حاصل الذكاء المتدني منهم، بل يصبح أكثر فأكثر صعوبة كلما انخفض هذا الحاصل إلى غاية الوصول إلى المستوى المرضي كالقصور العقلي. (بيار أوليرون،ترجمة محمود إبراهيم،2005،ص 12)

ولهذا لابد من تضافر الجهود لإبراز أبعاد ومتطلبات هذه الفئة التي تحتاج رعاية خاصة في مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية، كما أن البحوث مستمرة للحد من زيادة هذه الفئة والعمل على مساعدتهم للاندماج مع المجتمع بصفة عادية.

ونحن في بحثنا بصدد دراسة اللغة عند فئة من المعاقين ذهنيا وهي فئة أطفال متلازمة داون، حيث يتميز هؤلاء الأطفال بالعديد من الصفات والخصائص تميزهم عن باقي الأطفال العاديين ، ولعل أبرز صفة يتميزون بها هي التأخر في اكتساب اللغة الذي يؤدي إلى صعوبات ومشاكل في التواصل واستعمال المفردات اللغوية المناسبة للموقف الذي يمرون به . (فيوليت وآخرون،ص2001،ص64)

بالإضافة إلى وجود برامج تساعد في تحسين الجانب اللغوي لدى أطفال متلازمة داون، وأدت إلى نتائج ايجابية حيث نجد برنامج (كو 1992) الذي يطبق لتحسين حالات أمراض الكلام واللغة، واهتم بالتعرف على تأثير البرامج التدريبية في مجال زيادة الحصيلة اللغوية وتصحيح المهارات الأساسية لنمو اللغة لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وذلك بتحسين حدة صعوبات الكلام اللفظي وغير اللفظي، أي أن برنامج (كو) أدى إلى نتائج ايجابية في تعديل السلوك اللغوي لدى أطفال متلازمة داون .

غير أن هذه البرامج و التدخلات قد لا تكون ناجعة ما لم يصاحبها تدخل مبكر، وهو يعتبر نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة حتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة، ويشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، فهم يعتمدون على والديهم في تلبية حاجياتهم ولهذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور لمساعدة الأطفال على النمو والتعلم، ويعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر وهو مرتبط باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف والاختبارات البيئية والصحية والوراثية وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وبفترة الحمل والولادة وما بعدها. (انشراح المشرقي، 2008، ص، 11)

حيث كشفت الدراسة التي قام بها "طايل الهويدي 2009" عن أثر برنامج تدريبي لغوي بمشاركة الأسرة في تنمية المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما 10 أطفال، خمسة أطفال منهم يعانون من إعاقة ذهنية بسيطة، وبقية الأطفال يعانون من إعاقة ذهنية متوسطة، وقد تم تطبيق مقياس مهارات اللغة

الاستقبالية والتعبيرية للمعاقين ذهنيا قبل وبعد تطبيق برنامج تنمية المهارات اللغوية بمساعدة الأسرة، وقد أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي اللغوي بمشاركة الأسرة في تنمية المهارات اللغوية "الاستقبالية والتعبيرية " لدى الأطفال المعاقين إعاقة ذهنية بسيطة ومتوسطة.

ومن هذا المنطلق و نظرا لأهمية التدخل المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل المصاب بمتلازمة داون من جميع النواحي، ارتأينا طرح التساؤل التالي:

– هل للتدخل المبكر دور في تنمية اللغة التعبيرية عند الطفل المصاب بمتلازمة داون ؟

ونطرح التساؤلات الفرعية التالية:

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي (الفونولوجي) من اختبار الجديد للغة N–EEL.

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند التعبير وتقييم الثراء المعجمي من اختبار الجديد للغة N–EEL.

– هل توجد فروق ذات دلالة دالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند سرد القصة من اختبار الجديد للغةN–EEL .

2* فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

– للتدخل المبكر دور في تنمية اللغة التعبيرية لدى الأطفال المصابين بعرض داون.

الفرضيات الجزئية:

1* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي (الفونولوجي) من اختبار الجديد للغة N–EEL .

2* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند التعبير وتقييم الثراء المعجمي من اختبار الجديد للغة N-EEL.

3* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجوعة الأولى في بند سرد القصة من اختبار الجديد للغة N-EEL.

3* مبررات ودوافع اختيار الموضوع:

- بدافع الإنسانية بالدرجة الأولى.
- الاهتمام الشخصي بهذه الفئة بحكم تعاملي معهم في الميدان .
- توفر العينة بكثرة مما يسهل علينا عملية البحث والتواصل مع المراكز التي ينتمون لها.
- معاناة هذه الفئة من مشاكل في التواصل واللغة والتي تتعقد كلما كبروا في السن، لهذا وجب التدخل المبكر للحد من معاناتهم وتسهيل اندماجهم في المجتمع.

4* أهمية الدراسة:

- إثراء البحث العلمي فيما يخص مجال الإعاقة الذهنية عموما ومتلازمة داون خصوصا، نظرا لما تعانيه هذه الفئة في المجتمع.
- تقييم أثر التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية لدى عينة من أطفال متلازمة داون.
- توظيف نتائج هذه الدراسة في توجيه الأولياء والمربين للاهتمام بهذه الفئة عموما وبرامج التدخل المبكر خصوصا لما لها من أهمية بالغة في تطوير لغة الطفل.

5* أهداف الدراسة:

- إن الهدف العام للدراسة الحالية هو معرفة تأثير التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية لدى عينة من أطفال متلازمة داون.

– تعتبر فرصة لتقييم مستويات اللغة لدى أطفال متلازمة داون في ظل اختبار الجديد للغة N–EEL (لشوفري مولر).

– التعرف على الفروق بين المستويات الأدائية للغة بالنسبة للحالات حسب عمر كل حالة .

6* تحديد المفاهيم الإجرائية :

6–1 التدخل المبكر:

نقصد به رعاية الأطفال المعاقين ذهنيا من ذوي متلازمة داون، من خلال إخضاعهم لرعاية شاملة (طبية–نفسية–أرطوفونية–اجتماعية) في السنوات الأولى من عمرهم، في المراكز المتخصصة قبل سن السادسة .

6–2 متلازمة داون :

هم الأطفال الذين تظهر عليهم مجموعة الأعراض الإكلينيكية الخاصة بمتلازمة داون، و الذين يبلغ عمرهم الزمني ما بين 6–8 سنوات يتميزون بإعاقة ذهنية بسيطة، خاضعين للتدخل المبكر بالجمعية الوطنية للإدماج المدرسي و المهني للمصابين بالتريزوميا 21 (A.N.I.T) بولاية تيارت و تكونت العينة من 12 طفلا.

6–3 اللغة التعبيرية :

تمثل اللغة التعبيرية مكون من مكونات اللغة، يقصد بها الكلام المنطوق الذي يعبر به الطفل عن ما في نفسه أو ما يريد أن يزود به غيره من معلومات أو نحو ذلك بطلاقة و انسيابية مع صحة التعبير وسلامة الأداء، حيث ترتبط اللغة التعبيرية بالقدرة على الكلام واستخدام اللغة بمختلف جوانبها ، و تشمل اللغة

التعبيرية كل من الإنتاج النطقي و التعبير و سرد القصة و هي البنود المراد قياسها بواسطة الاختبار الجديد للغة N-EEL .

7* الدراسات السابقة :

7-1 دراسة ماندي، سيجان، كاساري، يرمييا، (1988) :

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على قدرة أطفال متلازمة داون لاكتساب مهارات التواصل غير لفظي و قد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين :

الأولى تكونت من 15 طفلا من أطفال متلازمة داون منهم 8 ذكور و 7 إناث .

و الثانية تكونت من عينة مماثلة من حيث العدد من الأطفال المعاقين ذهنيا من غير متلازمة داون، وذلك باستخدام اختبارات كاتل و بينيه لقياس العمر العقلي ، أما مهارات التواصل غير لفظي كانت على النحو التالي :

التفاعل الاجتماعي ، التعبير بالإشارة ، طلب الأشياء .

و قد أسفرت هذه الدراسة على النتائج التالية :

1- أن أطفال متلازمة داون ظهرت لديهم بعض الأنماط الايجابية و السلبية في اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي .

2- وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في مهارات التفاعل الاجتماعي غير اللفظي لصالح أطفال متلازمة داون .

3- ظهرت فروق دالة لصالح الأطفال المعاقين ذهنيا في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية .

4- تؤكد الدراسة إلى أن القصور في اكتساب اللغة التعبيرية يصاحب القصور في مهارة طلب الأشياء بطريقة غير لفظية و ذلك في مراحل النمو المبكرة بالنسبة لأطفال متلازمة داون .

(فيوليت و آخرون ، 2001 ،ص 54)

دراسة هوشير (1990) :

والتي هدفت إلى دراسة تطور نمو المهارة اللغوية لأطفال متلازمة داون، و ذلك للتعرف على تأثير تفاعل الأم مع طفلها و تطور النطق لديه، إذ قسمت عينة الدراسة إلى ثلاثة مجموعات، الأولى 21 طفلا عاديا، الثانية 21 طفلا من متلازمة داون، الثالثة 19 طفلا يعانون من صعوبات في النطق بمرحلة ما قبل المدرسة، فقد استطاعت الباحثة المجانسة بين المجموعات الثلاثة مستخدمة مقياس "فاينلاند" للسلوك التكيفي، كما قامت الباحثة بتسجيل صوتي للتفاعل بين الأم و الطفل على شرائط فيديو لمدة 20 دقيقة في المنزل، و تسجيل كيفية التعرف على وظائف اللغة و كيفية تطورها، و اتضح أن هناك ثلاثة أنواع من المحادثات تدور بين الطفل و أمه في النتائج التالية :

1- حينما تتقبل الأم الطفل و تتجاوب معه في الحديث يكون له الأثر في تحسن الحالة المرضية، خاصة صعوبات النطق مقارنة بمجموعة العاديين.

2- كما اتضحت أيضا من الدراسة بأن المهارات اللغوية تتحسن بشكل ملحوظ لدى حاملي متلازمة داون من خلال أنشطة اللعب مع الأمهات، حيث تتيح لهم فرصة التعبير عن الذات و إن تخلل ذلك مشكلات في النطق و الصوت لديهم.

دراسة كاسكيلي و دادز (1992):

هدفت إلى دراسة المشكلات السلوكية عند أطفال متلازمة داون و أقربائهم، منها مشكلات السلوك العدواني، و تم تقسيم العينة إلى مجموعتين :

المجموعة الأولى تكونت من 21 طفلا عاديا من أقارب متلازمة داون منهم 12 ذكور و 9 إناث .

المجموعة الثانية تكونت من 21 طفلا عاديا من أقارب لأطفال مصابين بمتلازمة داون منهم 9 ذكور و12، إناث حيث تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين 4-7 سنوات، و قد استخدمت الدراسة قائمة رصد المشكلات السلوكية المعدلة "كواي – بيترسون" Quay-Peterson و قد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها :

1- أن المشكلات السلوكية لدى أطفال متلازمة داون أكثر من أقربائهم .

2- أن أكثر المشكلات السلوكية تعقيدا لدى أطفال متلازمة داون كانت فيما يخص الانتباه والعدوانية.

3- أقر آباء أطفال متلازمة داون أن الإناث لديهن مشكلات أكثر من الذكور.

4- أقرت أمهات أطفال متلازمة داون أن المشكلات السلوكية متشابهة لدى الذكور و الإناث.

دراسة كو (1992) :

حيث أشارت الدراسة إلى فعالية برنامج في تهيئة الفرص لممارسة طرق مختلفة في حالات اضطرابات النطق و الكلام و الثراء اللفظي، و اهتمت الدراسة بالتعرف على تأثير البرامج في مجال زيادة المفردات و الحصيلة اللغوية و تصحيح المهارات الأساسية للنطق و لنمو اللغة، و تكونت العينة من 60 طفلا و طفلة مصابين بمتلازمة داون تتراوح أعمارهم بين 5-9 سنوات، كما تم تطبيق الاختبارات و قوائم الاستشارة اللغوية لتحسين مهارات النطق و الكلام ، و 10 أطفال من فئة التوحد .

(محمد مصباح، 2009 ،ص 54)

أشارت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحسين كل من النطق و الكلام والإثراء اللفظي لأفراد العينة، و إن كان أفراد عينة متلازمة داون عوضا عن عينة أطفال التوحد، كما أوضحت الدراسة إلى ضرورة تنوع البرامج و إيجاد طرق و نماذج مختلفة لتطوير اللغة و الكلام و الإثراء اللغوي، كما أظهرت

فعالية البرنامج لدى أطفال متلازمة داون في تحسن حدة صعوبات النطق و الكلام اللفظي و غير اللفظي في مهارات الحوار مع أشخاص مألوفين و إن لم تظهر بشكل دال لدى فئة التوحد.

دراسة دايك، هوداب وايفانز (1994) :

حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس مظاهر التكيف الاجتماعي و ارتباطهما بالعمر لدى الأطفال ذوي متلازمة داون باستخدام مقاييس التكيف الاجتماعي في عينة من 80 طفلا تتراوح أعمارهم بين السنة الأولى إلى ما قبل السنة الثانية، و بالتحديد ما بين 1.08 إلى 11.5 و بمتوسط عمري يبلغ 6-8 سنوات، حيث أشارت النتائج إلى وجود ضعف في مهارات التواصل، و حتى يتم قياس التغيرات في التكيف الاجتماعي حسب التغير في العمر الزمني أجري تحليل التباين للدرجات الموازية للعمر الزمني، وتم قياس مظاهر التغير في التواصل بطريقتين، الأولى مقارنة بين ثلاث فئات عمرية و كما تم توقعه وجود تأثير ذو دلالة على الأبعاد الفرعية، أما التحليل الثاني فقد قسم المفحوصين إلى مجموعتين، الأولى لذوي الأعمار التي تساوي أو تزيد عن 24 شهرا، و أظهر التحليل مظاهر ضعف واضح في اللغة التعبيرية، كما أشار إلى أن نقاط الضعف و القوة للسلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون تتغير بتغير النمو، حيث بينت نتائج هذه الدراسة بوضوح مظاهر القوة و الضعف للسلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون قابلة للتغير و التراجع مع ازدياد العمر و التطور النمائي لديهم. (محمد مصباح ، 2009، ص 54)

دراسة سول و آخرون (1995) :

و التي تدور حول مدى تطور مهارات الأداء اللغوي و النمو الحركي لدى عينة من المصابين بمتلازمة داون و مشاكل السمع و الأطفال العاديين، و اهتمت الدراسة بمقارنة بين مهارات النمو الحركي و اللغوي بين ثلاث مجموعات مختلفة للتعرف على مستوى الفروق بينهم، فوضع برامج مختلفة لتنمية هذه المهارات لدى كل مجموعة و شملت عينة الدراسة عدد من 93 طفلا مقسمين إلى 12 طفلا مصابا بمتلازمة داون تتراوح أعمارهم ما بين 3-9 سنوات يتراوح ذكاؤهم 50-70 درجة، المجموعة الثانية 33

طفلا يعانون من مشكلات السمع و أعمارهم ما بين 3-7 سنوات، و المجموعة الثالثة 48 طفلا عاديا، وتم تطبيق جزء من برنامج بو رتاج في نمو المهارات اللغوية و الحركية فأظهرت النتائج ما يلي :

بطئ شديد في مقدار المهارات الحركية لدى أطفال متلازمة داون و كذلك الأطفال الذين يعانون من مشكلات في السمع عن الأطفال العاديين .

تساوي كل من الأطفال العاديين و الذين يعانون من مشكلات سمعية في كافة المهارات ما عدا التوازن، وكذلك مهارات العاديين اللغوية، و استثارة اللغة كانت ضعيفة لدى ذوي المشاكل السمعية بالنسبة لأطفال متلازمة داون، فقد اتضح أن لديهم ضعف في العضلات و كافة مهارات النمو الأخرى (الحركية واللغوية) مقارنة بالعاديين، و معدل أداء أبطئ عن ذوي المشاكل السمعية، و أشارت الدراسة إلى أنه كلما زاد عدد الكلمات في الجملة لدى هؤلاء الأطفال ظهرت صعوبة كبيرة في النطق و تأخر في اكتساب اللغة، و مشكلات الحذف و الإبدال و صعوبات في مخارج الحروف و الكلمات .

(محمد مصباح ، 2010 ، ص 61)

دراسة هوجس و كازاري (2000) :

هدفت الدراسة إلى كشف السلوكيات المرتبطة بالاعتماد على النفس، و دور الدعم والمساندة التي يوليها القائمون على رعايتهم فيما يتعلق بتعبيراتهم عن الاعتماد على النفس لدى مجموعة من أطفال متلازمة داون و مقارنتهم بمجموعة من المعاقين ذهنيا .

اعتمدت الدراسة على عينة مكونة من 20 طفلا من متلازمة داون، و 20 طفل من المعاقين ذهنيا وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

توجد فروق لصالح أطفال متلازمة داون في سلوكيات تدل على الاعتماد على النفس، حيث أظهروا صورا وجدانية أكثر ايجابية مثل النظر إلى القائمين على رعايتهم أكثر من التركيز على إكمال المهمة .

أطفال متلازمة داون لا يبدون اتفاقا مع قيم المجتمع سواء برفع البصر، أي النظر إلى أعلى أو طلب يد العون من القائمين على رعايتهم مقارنة مع نظرائهم من الأطفال المعاقين ذهنيا .

(واون الشمري،2001 ، ص42)

دراسة محمود خليل (2003) :

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج لتنمية الحصيلة اللغوية لدى عينة من أطفال متلازمة داون، حيث تكونت عينة الدراسة من 30 طفل تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة تكونت من15 طفل و مجموعة تجريبية تكونت من 15 طفل تتراوح أعمارهم بين 5-8 سنوات .

واستخدم الباحث المقاييس التالية :

مقياس اللغة العربي (نهلة عبد العزيز الرفاعي ، 1996)

مقياس فانيلاند للنضج الاجتماعي (عبد الحليم محمود وآخرون ،1995)

قائمة جمع البيانات (من إعداد الباحث)

البرنامج المقترح (من إعداد الباحث)

و أظهرت نتائج الدراسة ما يلي :

وجود فروق دالة إحصائيا في القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية و الضابطة في الجانب الاستقبالي للغة على جميع جوانب المقياس .

وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية و الضابطة في جانب التعبير على مقياس اللغة العربي.

لم تظهر فروق بين المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد المقياس، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في الجانب الاستقبالي والتعبيري للغة فيما عدا الفهم و التعبير عن النفس.

دراسة سهير محمد توفيق (2006) :

بعنوان " مدى فعالية برنامج بورتاج في التنمية اللغوية والمعرفية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة ممن يعانون من أعراض داون و يتراح سنهم بين 6–10 سنوات، والتي هدفت إلى التعرف على كفاءة وفاعلية البرنامج في تنمية المجالات التالية:

المجال اللغوي والمجال المعرفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة ممن يعانون من عرض داون، وقد توصلت الدراسة إلى استجابة بعض الوظائف اللغوية والمعرفية لدى الأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي. (سهير محمد توفيق، 2006،ص47)

دراسة منال عبد الحميد (2011) :

حول فاعلية برنامج لغوي في تنمية مهارات اللغة التعبيرية لدى أطفال متلازمة داون، حيث هدفت الدراسة إلى تطوير برنامج لغوي علاجي لتنمية بعض مهارات اللغة التعبيرية لدى أطفال متلازمة داون واختبار فاعليته، حيث استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، أما مجتمع الدراسة فقد تألف من مجموعة أطفال في المراكز بمدينة دمشق، و الذي تتراوح أعمارهم بين 7–9 سنوات من كلا الجنسين، وتألفت العينة من 24 طفل و طفلة، و تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة 12 طفل و طفلة في كل مجموعة مكونة من 6 ذكور و 6 إناث .

و قد تم الاعتماد على الأدوات التالية :

مقياس اللغة التعبيرية .

البرنامج التدريبي المطور .

وأسفرت نتائج البحث إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلي و البعدي لصالح أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي، و بناء عليه فان تطبيق البرنامج المركز و المبنى على أسس نظرية وعلمية،

والموجه بطريقة محددة، يؤدي إلى تطوير مهارات اللغة التعبيرية لدى أطفال متلازمة داون، كما دلت نتائج الدراسة على عدم وجود فوق دالة في متغير الجنس .

دراسة عائشة عماري (2013/2012) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج لإكساب اللغة التعبيرية للمعاقين سمعيا، و ذلك من خلال نطق الكلمات سواء المتكونة من مقطع واحد أو متعددة المقاطع و المفردات.

و قد تم استخدام المنهج شبه التجريبي وفق تصميم المجموعة الواحدة مع اختبار قبلي و بعدي، أما مجموعة البحث فقد شملت 5 أطفال من ذوي الإعاقة السمعية البسيطة، المتوسطة والعميقة بقسم سنة أولى تنطيق بمدرسة الأطفال المعوقين بالأغواط .

طبق عليهم مقياسي اضطرابات النطق للأطفال ضعاف السمع و العاديين لصاحبه "محمد النوبي" في جزئه الأول وهو نطق الحروف، و اختبار N-EEL لصاحبته (شوفري ميلر) و تم اختيار اختبارين فرعيين منه، هما الاختبار الفرعي علم الأصوات (الفونولوجيا و النطق) و الاختبار الفرعي (التعبير والمفردات) ولعرض و تحليل و مناقشة و تفسير الفرضيات تم استخدام برنامج حزمة الأساليب الإحصائية spss ، حيث تم حساب معامل الثبات لأدوات الدراسة و حساب الفروق باختبار wilcocxon البديل لاختبار "ت" و ذلك لمعرفة نتائج القياس القبلي و البعدي لفرضيات الدراسة، و أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا بين نتائج القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي في كل من نطق الحروف و الكلمات ذات المقطع الواحد في القائمة B و الكلمات متعددة المقاطع في القائمة C ، و من خلال النتائج المتحصل عليها يمكن القول أن البرنامج محور الدراسة فعال بنسبة متوسطة، و هذا لتحقق ثلاث فرضيات و ارتفاع درجات رتب القياس البعدي بالنسبة للفرضيات التي لم تتحقق، وهذا يعني وجود أثر للبرنامج المطبق .

دراسة منال ليناني (2013/2012) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتنمية اللغة التعبيرية لدى مجموعة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المركز النفسي البيداغوجي بالأغواط ، حيث تألفت مجموعة البحث من6 أطفال مصابين بمتلازمة داون من كلا الجنسين، 4 ذكور و 2 إناث، اختيروا بطريقة قصدية من المجتمع الأصلي تتراوح أعمارهم بن 6-10 سنوات من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، وتم تطبق المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي للمجموعة الواحدة، مع استخدام أدوات البحث التي تمثلت في الاختبار الجديد للغة N-EEL والبرنامج التدريبي لصاحبه الدكتور "محمود خليل " ثم جمع المعلومات ومعالجتها إحصائيا اعتمادا على نظام رزنامة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (spss) و ذلك باستخدام اختبار "ت" لعينتين مترابطتين، حيث أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة البحث قبل تطبيق البرنامج و بين درجات نفس المجموعة بعد التطبيق في الاختبار الجديد للغة N-EEL.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة البحث لبند التعبير و المفردات بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي .

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة البحث في بند التعبير و المفردات بين القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة البحث في بند سرد القصة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي .

8* التعقيب على الدراسات السابقة :

8-1 من حيث المنهج المستخدم :

لاحظنا أن جل الدراسات استعملت المنهج التجريبي كدراسة (موريش 1984)، (ماركوفيتش 1991)،" طايل الهويدي 2009 " لأنها كانت بصدد الكشف عن أثر فاعلية برامج للتدخل المبكر،

وبرامج لتنمية اللغة ومجالات النمو المختلفة كدراسة "نور محمد وشاحي 2003 "، و دراسة "عائشة عماري 2013 " و منال ليناني 2013 " ، بينما استعملت باقي الدراسات المنهج الوصفي، كدراسة (ماندي و آخرون 1988) و دراسة (هوشير 1990) بالإضافة إلى دراسة (كاسكيلي ودادز 1992) ودراسة (دايكز و آخرون 1994) وهذا ما يتوافق مع دراستنا الحالية .

8-2 من حيث العينة:

على العموم لم تكن العينات كبيرة في معظم الدراسات ما عدا دراسة (ماركوفيتش 1991) بـ 489 طفل لأنها تناولت جل الإعاقات و لم تخصص الإعاقة الذهنية، و دراسة متوسطة العينة على غرار دراسة (سول 1995) بـ 93 فردا، و "دراسة سماح نور محمد وشاحي" بـ 90 فردا، ودراسة (دايكز وآخرون 1994) بـ 80 فردا.

وهناك دراسات استخدمت عينة صغيرة من 5 أفراد كما في "دراسة عائشة عماري 2013 " و 15 فردا في دراسة (ماندي و آخرون 1988)، ودراسة "محمود خليل 2003" بـ 30 فردا، أما في دراستنا هذه فتناولنا عينة مكونة 12 فردا .

8-3 من حيث أدوات الدراسة:

لاحظنا أن هناك تنوع في برامج و اختبارات المستخدمة في الدراسات، كبرنامج بورتاج في كل من دراستي "سهير محمد توفيق 2006" و (كاميرون 2007)، ونجد أداة قياس N-EEL في دراسة "عائشة عماري 2013" و "منال ليناني 2013" ، و قد استعمل اختبار كاتل وبينيه في دراسة (ماندي وآخرون 1988)، ومقياس فانيلاند للسلوك التكيفي في دراسة (هوشير 1990)، إضافة إلى استخدام برامج تدريبية من تصميم الباحثين مثل دراسة (موريش 1983)، و دراسة "سماح نور محمد وشاحي 2003" و دراستي "عائشة عماري ومنال ليناني 2013"، كما تم استعمال تقنيات أخرى كدراسة (سيلجيا

بايريل 1998) باستخدام اللعب كأحد أشكال التدخل المبكر، و دراسة (فيلدمان و آخرون 1993) من خلال دور الأسرة في التدخل المبكر .وسنستخدم في دراستنا الحالية الاختبار الجديد للغة N-EEL .

8-4 من حيث النتائج :

كان للبرامج أثر فعال في كل الدراسات المطبقة على ذوي متلازمة داون، سواء المتعلقة بدراسة المهارة اللغوية، المهارات التواصلية والمهارات الحسية الحركية، ماعدا دراسة (موريش 1983)، حيث تمكن طفل واحد من عينة الدراسة انجاز مهارات الاعتماد على النفس و التواصل اللفظي و المهارات الاجتماعية، كما تبينت أهمية التدخل المبكر في تنمية مختلف جوانب النمو المختلفة كدراسة (ماركوفيتش 1991)، و دراسة (فيلدمان و آخرون 1993)، و دراسة (كاميرون 2007)، و دراسة "سماح نور محمد وشاحي 2003 " .

8-5 التعليق العام :

من خلال عرضنا للدراسات السابقة اتضح لنا ما يلي :

- تنوع الدراسات بين الحديثة و القديمة و التي تناولت فئة متلازمة داون باختلاف متغيراتها .
- تنوع حجم العينة المدروسة القلة إلى الكثرة والتي تراوحت من 6 حالات إلى 489 حالة .
- نقص الدراسات العربية مقارنة بالدراسات الأجنبية التي كانت سابقة في هذا المجال و هذا في حدود علم الباحث .
- اهتمت بدراسة أطفال و أهملت فئة المراهقين و الشباب، كما اهتمت بالأفراد داخل مراكز التربية الخاصة في حين هناك أفراد مدمجين في مدارس العاديين.
- بينت دراستنا الحالية أثر التدخل المبكر حيث لاحظنا تحسن كبير لدى الأطفال الذين طبقنا عليهم الاختبار وهؤلاء سيدمجون في أقسام خاصة بالمدارس العادية و هذا ما يعطي أهمية لدراستنا الحالية.

خلاصة الفصل :

إن تحديد إشكالية الدراسة و فرضياتها و مجموعة الأهداف و الأهمية التي ينطوي عليها البحث هي الأرضية الخصبة التي ستعين الباحث في ضبط متغيرات و مفاهيم الدراسة، بالإضافة إلى التطرق للدراسات السابقة و أنواع و أسباب و النتائج الخاصة بمتغيرات البحث، و من ثم التمكن في الجانب النظري الخاص بالدراسة، و هذا يساعد في البحث الميداني للدراسة .

الفصل الثاني: التدخل المبكر

تمهيد

1- نظرة تاريخية حول التدخل المبكر و تطوره

2- مفهوم التدخل المبكر

3- مبررات التدخل المبكر

4- أهمية التدخل المبكر

5- فوائد التدخل المبكرو الفئات المستهدفة

6- عمل الفريق في التدخل المبكر

7- التكفل الأرطوفوني المبكر

8- نماذج التدخل المبكر

9- فعالية التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون

10- معوقات التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون

11- دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

نظرا لارتفاع عدد حالات اضطرابات اللغة و الكلام لدى الأطفال و بالتحديد ذوو متلازمة داون مما يؤدي لعدم أو صعوبة تواصلهم مع الآخرين في المجتمع، لذلك وجب التدخل المبكر من أجل خفض هذه الاضطرابات و تجاوزها بغية تحقيق عملية الدمج داخل المجتمع. وان كانت الطفولة المبكرة مرحلة هامة لنمو الأطفال العاديين فهي أكثر أهمية للأطفال المعوقين ، و بدلا من أن تكون مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تطور و لعب واستكشاف كما هو الحال بالنسبة للأطفال العاديين فإنها تكون مرحلة معاناة و حرمان و إهمال للأطفال المعاقين خاصة إذا غابت أو تأخرت عملية التدخل المبكر لما لها من أهمية بالغة تتمثل في الوقاية و التخفيف من تأثيرات الإعاقة.

1* نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره:

يعتبر الاهتمام بتربية وتعليم الأطفال في السنوات المبكرة من الأمور التي أمر الإسلام بها وأعطى لها أولوية بحيث نجد ما يوضح ذلك في القرءان والسنة والتي تدل على أهمية العلم والتعلم وبالتالي تعتبر تنمية القدرات المعرفية والنفسية والاجتماعية الأساسية في أثناء الطفولة المبكرة أمرا ذا أهمية قصوى فهذه القدرات تشكل اللبنات الأساسية التي تبنى عليها قدرات الأطفال الأخرى وتطورها في المراحل التالية كما أن تهيئتهم لتلقي العلم إنما هو حق للصغار والتقصير في ذلك يترتب عليه العديد من التداعيات السلبية في المستقبل. (جامعة الأزهر،2005)

ومرت تربية وتعليم الطفولة المبكرة بالعديد من الإسهامات، حيث ساعدت جهود العلماء والمنظرون التربويون على تشكيل تفكير معاصر حول الأطفال الصغار وهذه الجهود أسست العديد من الممارسات المستخدمة مع الأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر مثل (مارتن لوثر 1564) وهو من الذين أكدوا على أهمية تعليم الأطفال والتربية التعويضية لهم، أما (جون جاك روسو 1712-1778) نادى بأهمية المنهج الطبيعي في تربية الأطفال الصغار، وأكد على أهمية الخبرات الطبيعية في تطور قدرات الطفل، وينظر المؤرخون على أن روسو يقع في الخط الذي يقسم الفترات القديمة والمرحلة

المعاصرة في التربية والتعليم، وقد تأثر روسو بأفكار مصلحين ومفكرين مثل (pestalozzi)و (frobel) وكذلك أولئك الذين ساهموا في الطفولة المبكرة المعاصرة. (الزريقات، 2009، ص65)

وقد بدأت تربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة مع ظهور الأنظمة والقوانين التشريعية في الولايات المتحدة الأمريكية حيث كانت الخدمات قبل عام1975غير مناسبة، وبعد صدور القانون العام لتربية وتعليم الأفراد المعاقين 94/142، حيث فرض هذا القانون على جميع الولايات قبول الدعم المالي من الحكومة الفيدرالية للتربية الخاصة مقابل تقديم خدمة تربوية وتعليمية مجانية مناسبة لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، ولكن الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة لم يشملهم هذا القانون، وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال سوف يخسرون فرصة العلاج خلال المرحلة النمائية الحرجة، وفي عام 1986 تم تعديل القانون العام للمعاقين 94/142 ليتضمن القانون العام رقم 99/457 الذي يتضمن حقوق الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة ومرحلة ما قبل المدرسة للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة والأطفال المعرضين للخطر، وفي عام 1990 كان هناك تغيير جوهري في القانون العام للمعوقين رقم 94/142 حيث يتضمن هذا التغيير جزئين رئيسين هامين هما:

جزء(b) تكون مسؤولية مدارس التعليم العادي توفير الخدمات للأطفال المؤهلين الذين تتراوح أعمارهم من سن 3 سنوات إلى سن الواحد والعشرين .

جزء (c) تقوم الولايات بتوفير خدمات للأطفال المؤهلين في مرحلة الرضاعة والحضانة من الميلاد وحتى سن السنتين.

وقد أشار الكونغرس الأمريكي إلى مجموعة من المتطلبات كالتالي:

– تنمية قدرات الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة والحد ممن يتأخر وذلك نتيجة عدم تقديم الخدمة في الوقت المناسب.

– تخفيض التكلفة المادية إلى الحد الأدنى ويتضمن ذلك خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة بعد تجاوز هؤلاء الأطفال مرحلة الرضاعة والحضانة إلى سن المدرسة.

– تنمية مهارات الاستقلالية لهؤلاء الأطفال من خلال اعتمادهم على أنفسهم بهدف دمجهم في المجتمع.

– تنمية قدرات الأهالي في التعامل مع أطفالهم خلال مرحلة الرضاعة والحضانة.

– الرفع من كفاءات المؤسسات الحكومية وغير الحكومة ذات العلاقة في كل ولاية في التعرف والتشخيص لكل حالة بشكل مناسب خاصة الأقليات وذوي الدخل المحدود. (التركي، 2005،ص87)

وفي الوقت الراهن تنص القوانين الفيدرالية على أن تتاح مجموعة من خدمات التدخل المبكر لجميع الأطفال الرضع والأطفال الصغار الذين يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي الإعاقة، وتتضمن مثل هذه الخدمات العديد من الأمور مثل التربية الخاصة وعلاج اضطراب اللغة والنطق والعلاج الجسمي وخدمات التشخيص الطبي والعلاج الوظيفي. (هالاهان، كوفمان،2008،ص99)

2* مفهوم التدخل المبكر:

يفهم من التدخل المبكر مجموعة من التدخلات الموجهة للأطفال يتراوح سنهم بين 0–6 سنوات وللأسرة والمحيط، بهدف الاستجابة في أسرع وقت ممكن للاحتياجات المؤقتة أو الدائمة التي يحتاجها الأطفال ذوو الاضطراب في النمو أو الذين هم في خطر الإصابة به، هذه التدخلات التي يجب أن تتعامل مع الطفل، يجب أن يخصص فريق من الأخصائيين في التوجيه المتعدد الاختصاصات.

يتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم، الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، ورغم التباين بين الأطفال ذوي الإعاقات، إلا أنه في الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا، حيث أنه لم يعد يقتصر على الذين يعانون من إعاقة واضحة، ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات

الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية، فالتعريف المتداول حاليا هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون سن السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضا، فالتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والنشاطات المعقدة.

3* مبررات التدخل المبكر:

أكدت الدراسات أن للتدخل المبكر آثار ايجابية على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأنه كلما كان التدخل مبكرا كانت فعاليته أكبر بالنسبة للأطفال وأسرهم وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

– تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثرا بالخبرات المحيطة وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعليم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة. (Haward.1992.p99)

– أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في شكل عملية التعلم، خاصة أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دورا حاسما لذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة يساعد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.

– في ظل عدم توافر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وحالات الأطفال المعرضين للخطر يمكن أن تؤثر بطريقة سلبية على تعلم الطفل وتنمية قدراته .

– يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءة ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم، كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة، فالمدرسة ليست بديلا للأسرة فالآباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة.

– تؤكد الدلائل على الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكرا، وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة، فالتدخل المبكر يهم في تجنيب الوالدين وطفلهما ذو الاحتياجات الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.

– إن تدهورا إنمائيا قد يحدث لدى الطفل ذو الاحتياجات الخاصة بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحا مع مرور الأيام.

– تتدخل مظاهر النمو حتى يمكن القول أن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يؤدي إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

ولقد شهدت العقود الماضية تطور نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر. (Fewell.Rebeca.pp233-234)

4* أهمية التدخل المبكر:

تنبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون البيئة الأولى في تشكيل بناء الطفل؛ ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوترهام) التي أجريت على الأطفال المعاقين في سنوات حياتهم المبكرة في ألمانيا أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات الإنمائية الممكنة لديهم، وكونهم في المراحل العمرية الأولى لنموهم كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

(انشراح المشرقي،2008،ص 12)

4-1 تجنب التأخر الإنمائي:

ويحدد التأخر في النمو من خلالها مقارنة مهارات الأطفال الرضع الجسمية والانفعالية والمعرفية بالمهارات الإنمائية للأطفال من نفس العمر، كما يوضح متوسط أعمار انجاز المهمة مع بعضه في مقياس إنمائي، فعلى سبيل المثال الطفل الذي لا يمشي ولا يجلس ولا يقف أو لا يتكلم عندما يتكلم الأطفال من نفس عمره أو لا يكتسبون المهارات التي يكتسبها الأطفال الآخرون من عمرهم فإن الاعتقاد والشك في وجود إعاقة أو تأخر إنمائي يكون قائما.

4-2 الوقاية من العيوب الإضافية:

وهي تجنب تطور مشكلات ثانوية ناتجة عن ضعف الإشارة المقدمة للطفل الذي يعاني من إعاقة أو عيوب حسية، وهذه المشكلات الثانوية تشتمل على الإثارة الذاتية والسلوكيات الغير مرغوب فيها مثل العض والضرب.

4-3 فعالية برامج الطفولة المبكرة:

راجع العديد من الباحثين برامج التدخل المبكر وقد أشارت مراجع بحثية إلى أن الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة، وبسبب تلقيهم لخدمات التدخل المبكر فإنه يمكن أن يتحسنوا ويدخلوا البرامج التعليم العام. (إبراهيم عبد الله الزريقات، 2009، ص 50)

5* فوائد التدخل المبكر والفئات المستهدفة:

هناك فوائد عامة للتدخل المبكر في حياة المعاق يمكن إجمالها على النحو التالي:

- تعديل اتجاهات الأسر ومساعدتها على تقبل الطفل وتدريبه.
- الاهتمام بالإعلام والتوعية لتدارك أسباب الإعاقة وسبل اكتشافها مبكرا.
- مساعدة الطفل المعاق بما تساعده إمكاناته وقدراته.

- الحد من العديد من المشكلات التي يمكن أن يعاني منها المعاق مستقبلا.

- توفير كافة الخدمات من خلال التدخل المبكر للمعاق في مرحلة مبكرة.

- تعديل سلوك المعاق بما يساعد على زيادة مستوى استقلاليته والتخفيف من التأثيرات الضارة للإعاقة.

- تحسن قدراته على العناية بذاته واكتسابه أنماط جديدة تناسب إعاقته.

- تطوير معدلات النمو السوي لديه سواء من الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية.

- تخفيف تكاليف رعاية المعاق. (زينب شقير،2002،ص ص 145-164)

ويذكر "عبد المطلب القريطي 2001 " بأن خدمات وبرامج التدخل المبكر تعطى في المجالات التالية:

أ- رعاية نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة كالأطفال المنتمين إلى والدين لهما تاريخ من الشذوذ الكروموسومي.

ب- تقييم حالات ذوي الاحتياجات الخاصة.

ج- رعاية أسر الأطفال المعرضين للأخطار النمائية وذوي الاحتياجات الخاصة.

ويرى "محمد هويدي 1997" أن فئات الأطفال التي تحتاج إلى تدخل مبكر هي :

- الأطفال المعرضين لخطر بيولوجي، أي الذين لديهم تاريخ مرضي قبل أو أثناء أو بعد الميلاد مما قد يشكل خطورة بيولوجية على نمو الجهاز العصبي.

- الأطفال المعرضون لخطر قائم أي الذين لديهم اضطرابات طبية محددة مثل متلازمة داون.

- الأطفال المعرضون لخطر بيئي، فالظروف البيئية التي ينشئون فيها قد تمثل تهديدا محتملا للنمو السوي للطفل.

كما يتناول (ويلسون 1998) الفئات المستهدفة في خدمات التدخل المبكر وهم:

* الأطفال المتأخرون نمائيا في مجال أو مجالين من مجالات النمو في أول سنتين.

* الأطفال الذين هم في حالة خطر.

* الأطفال الذين هم يعانون من حالات إعاقة عقلية أو جسمية.

(جمال الخطيب، منى الحديدي،2004، ص24)

6* عمل الفريق في برامج التدخل المبكر:

لابد من وجود فريق عمل مكون من أخصائيين يقومون بعملية التدخل المبكر ومن هؤلاء الأخصائيين:

6-1 الطبيب العام: الذي يفحص سلامة الأعضاء والمنعكسات اللازمة بعد الولادة.

6-2 طبيب العيون: يقوم بتشخيص ومعالجة أمراض العيون وبتشخيص الضعف البصري.

وقد ذكر (سوروفي 2007) أن أطباء العيون هم أطباء متخصصون في مجالات مختلفة خاصة بالرؤية، فيهتم طبيب العيون أساسا بمهارات الإبصار الوظيفية كما يهتم بالتغييرات التي تطرأ على الرؤية العادية، وكذلك تعد مراقبة الأطفال ذوي متلازمة داون الذين لديهم ضعف بالبصر جزءا من وظيفة طبيب العيون، بالإضافة إلى علاجهم.

6-3 أولياء الأمور: تتحمل الأسرة كلها أو أغلب أفرادها مسؤوليات وواجبات كثيرة لمساعدة الطفل المصاب بمتلازمة داون، للتغلب على مشكلات خاصة في سنوات الطفولة المبكرة، فعلى عاتقها تقع المسؤولية الأولى في رعاية نمو الطفل وتحديد استجاباته، فيعد الوالدين عنصرا مهما داخل فريق العمل ليس باعتبارهما متلقيان للخدمات وإنما كمشاركان فاعلان في تقديم الخدمات لاسيما ما يتم تطبيقه منها ومتابعته وتقييمه داخل المنزل، فلابد من توفير بيئة أسرية تكفل إشباع الحاجات الأساسية للطفل وتنمية مهاراته الحسية والحركية واللغوية، ومهارات الاستقلال والاعتماد على النفس بقدر استعداداته، وكذلك اتجاهاته الاجتماعية بما يحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين في محيطه الأسري والعائلي والاجتماعي.

(عبد المطلب القريطي،2005،ص 104)

6-4 المختص النفسي: له دور كبير في مساعدة العائلة على تخطي الكثير من الصعوبات التي يواجهونها، وكذلك منع الإحباط الذي يحس به الطفل والمجتمع المحيط به، كما أن الأخصائي النفسي قادر على رفع الروح المعنوية والتحفيز للطفل وعائلته ودراسة ميول الطفل متلازمة داون وقدراته المهنية . (انشراح المشرقي،2007،ص 128)

وتذكر " أمل الهجرسي 2008 " أنه ينبغي أن تحدد أدوار الأخصائيين النفسيين حتى يستطيعوا القيام بأدوارهم بفاعلية وكفاءة ولديك يتم تقسيمهم إلى فريقين أحدهما:

- يهتم بالطفل داخل المدرسة.

- يهتم بالتوجيه أو الإرشاد النفسي للآباء خارج المدرسة وبالمنزل، على أن يعمل الفريقان معا بتنسيق يمكن أن يتابع كل فريق عمل الفريق الآخر.

6-5 المختص الاجتماعي: يشارك الأخصائي الاجتماعي في عمليات التشخيص والتقييم الشامل بجمع البيانات وإجراء البحوث الاجتماعية وتقديم التقارير، وكذلك يبنى وينمي علاقاته المهنية الفعالة مع الطفل وأسرته وتكون قائمة على الثقة والاحترام المتبادل، ويستخدم فنيات وطرق التدخل المهنية المتعددة للخدمة الاجتماعية لمواجهة مشكلات الطفل ومساعدته على التوافق، وكذلك له دور في مساعدة الطفل ذو متلازمة داون من خلال توجيهه ومتابعته المستمرة خلال مراحل تعليمه وتأهيله، وملاحظة سلوك الطفل وعلاقاته وتفاعلاته داخل البيئة الأسرية والمدرسية للوقوف على أهم مشكلاته ومساعدته على تقبل الحياة الاجتماعية وتبصيره بحقوقه وواجباته، ويوجه المعاق وأسرته لكيفية الاستفادة من الموارد والإمكانات والتسهيلات المجتمعة المتاحة في البيئة المحلية لتحسين اهتمام الرأي العام بقضاياهم ومشكلاتهم على مستوى المجتمع، إلى جانب التعاون مع بقية الأخصائيين في فريق العمل داخل المدرسة أو المؤسسة بما يحقق صالح الطفل ونموه المتوازن. (عبد المطلب القريطي، 2005، ص 110)

6-6 أخصائي في طب الأطفال: وهو المشرف الرئيسي على متابعة الطفل، حيث يقوم بالكشف الدوري وإعطاء التطعيمات الأساسية وقياس المستوى الصحي العام، بالإضافة إلى الكشف الطبي لتشخيص الحالة والتعرف على مقدار الإصابة وما يحتاجه الطفل من رعاية وتقديم الأدوية التي يحتاجها، والتنسيق مع بقية المجموعة العلاجية لتقديم المساعدة للطفل والعائلة . (انشراح المشرقي،2007،ص126)

6-7 أخصائي أمراض النساء والتوليد: إن اختصاص أمراض النساء والتوليد يلعب دورا وقائيا، وذلك من خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجنيني وغير ذلك.

6-8 أخصائي القياس السمعي: يقوم بتقييم حالة الطفل وإجراء الاختبارات اللازمة، كقياس السمع (حسب عمر الطفل)، ومن ثم معرفة هل يوجد ضعف سمعي أو إعاقة سمعية مصاحبة للإعاقة العقلية ومن ثم التوجيه باستخدام السماعات اللازمة عند الاحتياج إليها.

كما أن أخصائي السمع يكون قادرا على تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من فقدان سمعي حسي عصبي يشكل تلفا في الأنظمة الداخلية الخاصة بالسمع، أو فقد في التواصل نتيجة انسداد مؤقت وقد يحول الطفل إلى متخصص لعلاجه أو قد يصف له بعض المعينات السمعية. (سوروفي،2007،ص 46)

6-9 المختص الأرطوفوني: من مهامه المشاركة في التشخيص والتقييم الشامل للحالات، خاصة من حيث النمو اللغوي واضطراب النطق وعيوب الكلام، ودراسة العوامل العضوية والعقلية المعرفية والانفعالية المسببة لاضطراب اللغة، ووضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع اضطراب اللغة وحدته وتنفيذه ومتابعته وتقويمه، ومتابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجي واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج . (عبد المطلب القريطي،2005،ص112)

6-10 أخصائي العلاج الوظيفي: يقوم بالتركيز على العضلات التي يحتاجها الطفل في حياته اليومية، وخصوصا عضلات اليدين (الكتابة، الرسم، مسك الأشياء ورفعها.....) وعضلات الوجه والفم (الأكل، الشرب، الكلام) ومن أهم ما يقوم به أخصائي العلاج الوظيفي:

- تقييم حالة الطفل لمعرفة قدراته والصعوبات التي يواجهها.
- التركيز على تطوير المهارات الحسية والإدراكية.
- تنفيذ البرامج اللازمة لتنمية المهارات الحركية الدقيقة والتآزر البصري اليدوي.
- تعليم الطفل كيفية استخدام الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة.
- تقييم وتدريب الطفل على أنشطة الرعاية الذاتية (الأكل، الإستحمام، النظافة، الشخصية، ارتداء الملابس.....) (انشراح المشرقي، 2008، ص127)

7* التكفل الأرطوفوني المبكر:

للمختص الأرطوفوني دور مهم وثابت ومتواصل، حيث يتكفل بطفل متلازمة داون في سن مبكرة، أين يكون معدل نمو المخ في الأشهر الثلاثة الأولى سريعا جدا، فقد يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف مخ البالغ عند مرحلة 6 أشهر من عمر الطفل، وهنا تكمن أهمية التدخل المبكر لأهمية استثارة الحواس (السمعية، البصرية، اللمسية.....الخ).

وفي هذا الإطار فالتكفل الأرطوفوني المبكر هو التدخل قبل اللغوي واللغوي، الذي يبدأ منذ الأشهر الأولى من الوجود ويستمر لمدة سنتين بعد ذلك، ويقصد بهذا التكفل الأرطوفوني المبكر عند المصاب بمتلازمة داون مجموعة النشاطات التربوية المقدمة مباشرة بعد تشخيص الحالة إلى غاية سن السادسة.

(Rondal.Lambert.Ed margdaga.1982)

ومن خلال هذه المتابعة يتم تطوير رصيده اللفظي، الحركية العامة، البناءات المعرفية الأولية، وتبدأ المتابعة منذ الميلاد بمعدل حصة واحدة كل شهر حتى سن ثلاثة أشهر، ثم تتضاعف بمعدل حصتين في

الشهر، ثم تصبح المتابعة أسبوعية بعد ستة أشهر ومدة كل حصة لا تتجاوز الساعة وتبقى ثابتة في مرحلة التربية المبكرة، ويتم هذا العمل عن طريق:

7-1 التبادل الثابت: يكون التبادل بين الأولياء والأخصائيين ثابت حيث يلتقون في أوقات معينة، وهذا ما يتيح الاتصال فيما بينهم، كما يستثمر الأولياء من هذا الاتصال معلومات مهمة حول حياة طفلهم.

7-2 مقابلات خاصة: تتنوع هذه المقابلات بحكم تاريخ الكفالة، حيث في بداية الأمر تكون المقابلات متقاربة مهمة لربط العلاقات بين الأخصائي والأولياء وفهم مشاكل الطفل وعائلته، ثم بمرور الوقت تتباعد هذه المقابلات نوعا ما بصفة عادية، كما تتضمن استمرارية الكفالة.

7-3 حصص العمل: إن الاتصال والتبادلات الثابتة بين الأولياء تكون قائمة في كل حصص العمل، خصوصا أمام الطفل حيث تستمر بين الممارسين الأرطوفوني والأخصائي الحركي، كما أن حضور الأولياء في حصص العمل مهم خاصة عند المولودين الجدد، ومدة هذه المبادلات تتغير حسب مدة التربية المبكرة؛ ويتمثل الهدف الأساسي من التكفل الأرطوفوني المبكر الوصول إلى مستوى معين من الرصيد اللغوي، بشكل يسمح للطفل المصاب بعرض داون بالتواصل والتفاعل مع الآخرين ويجعله قادرا على إدراك نفسه ووجوده ومكانته في المحيط، كذلك إدراك وفهم هذا المحيط بأبعاده الزمنية والبشرية، وهذا بشكل يهيئ إلى الاندماج في المراكز المتخصصة والتي تقبل هؤلاء الأطفال بعد من سن السادسة.

فهذا التكفل يسعى من جهة إلى تطوير المستوى اللغوي للطفل بكل أبعاده، ومن جهة أخرى إلى محاربة تهميش المصاب بعرض داون والسماح له بالاندماج في الأسرة أولا وفي المجتمع مستقبلا، وما يمكن الإشارة إليه هو أن هذه المدة ليست بالأمر السهل كونها تحتاج إلى قدر كبير من الصبر والمرونة والمتابعة بطريقة مكيفة مع قدرات كل حالة للحصول على النتائج المراد الوصول اليها.

7-4 تمارين حسية حركية: تضم:

- إدماج أشكال مختلفة في قوالب تشبهها.

- التعرف على الصورة الجسدية.

- التنظيم الفضائي المكاني من خلال التعرف على مختلف الوضعيات (فوق، تحت، أمام...)

- التربية ما قبل اللغوية تكون من خلال تمارين الفهم، التركيب كالانتقال من الأجزاء للوصول إلى شكل معين، وتمارين تعتمد على طرح الأسئلة والهدف منها هو دفع الطفل إلى التعبير (يكون ذلك على شكل مناغاة طبعا)

- تمارين خطية والتي تحضره لاكتساب الكتابة.

ويمكن تصنيف المبادئ الأساسية المتبعة في التكفل الأرطوفوني بالأطفال المصابين بمتلازمة داون في النقاط التالية:

- البدء في وقت مبكر ثم الاستمرار بطريقة منتظمة.

- تقييم مختلف المراحل التطورية للطفل بصفة متواصلة.

- إشراك الوالدين وكل المحيط القريب من الطفل في التكفل به.

- وضع أهداف تربوية ملموسة تنظم حسب درجة صعوبتها، من الأسهل إلى الأصعب.

- تحديد مدة زمنية معينة للوصول إلى الهدف المرجو.

- المرور إلى هدف آخر مباشرة بعد تحقيق الأول، لكن لابد على المختص الأرطوفوني أن يتأكد باستمرار بأن المكتسبات السابقة مستوعبة ومحتفظ بها عند الطفل وكذلك أنها مستعملة في حياته اليومية.

7-5 تلخيص نشاطات هذه المرحلة:

- تطوير المتابعة البصرية.

- تطوير الانتباه.

- استعمال الألعاب الصوتية (آلات موسيقية، جرس، صفارة.....).

- تنبيه الأم على كيفية التكلم مع طفلها بتجنبها للعصبية مع كثرة التحدث إليه.

- تحفيز الطفل على استعمال الإيماءات الوجهية عند التعبير.

- اكتشاف الطفل لمفهوم الفضاء واكتشافه للأصوات، الأشكال والألوان بمساعدة أمه وهذا على مستوى غرفته ثم بيته، ثم الانتقال إلى المحيط الخارجي.

- تمارين حركية اليد والتي تسمح للطفل باكتشاف قدراته اليدوية، كالقدرة على الإمساك عن طريق تقطيعه للورق، اللعب بالسيارات الصغيرة....الخ

- الشروع في التمارين الخاصة بالمنطقة الفمية الوجهية عند نهاية هذه المرحلة لإزالة الليونة وذلك من خلال:

- النسف على شمعة، على قطن، إخراج اللسان وتوجيهه يمينا وشمالا، فوق وتحت في هذه المرحلة يقوم الأخصائي بالتكثيف من وتيرة الحصص، حيث أن قدرات الطفل تتقدم والإكتسابات تصبح سريعة مما يجعل التدريب أكثر دقة وتعقيدا من المرحلة السابقة وتشمل النشاطات المقدمة هنا على:

- تمارين حركية للمنطقة الفمية الوجهية والتي تكون دقيقة جدا بحيث تخص المنطقة اللسانية والشفهية.

*8 نماذج التدخل المبكر:

8-1 التدخل المبكر في المراكز:

حيث يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في مركز أو مدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات فيها سنتين أو ثلاثة سنوات إلى ست سنوات، يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في المركز النفسي البيداغوجي، حيث تشتمل الخدمات التي تقدم في المراكز عادة على التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج المناسبة لهم ومتابعة أدائهم.

من مزايا هذا النموذج :

-قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط و تنفيذ الخدمات.

-إتاحة الفرص للتفاعل مع الأطفال الآخرين.

-توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر، إضافة إلى الحصول على الدعم اللازم سواء كان ماديا أو فنيا أو معنويا على استمرارية الخدمات و تفعيلها .

أما عيوبها :

- مشكلات توفير المواصلات و الصعوبات المرتبطة بها و الكلفة المادية .

- عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر من خلال المنازل .

8-2 التدخل المبكر في المنزل:

و فيه تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم، حيث تقوم مدربة بزيارة المنزل مرة إلى 3 مرات أسبوعيا، و يستخدم هذا النموذج عادة في الأماكن الريفية و النائية حيث لا توجد إلا أعداد قليلة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، و تشكل عملية نقل الأطفال بين المنزل و المركز مشكلة كبيرة وغالبا ما تهتم برامج التدخل المبكر في هذا النموذج بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين.

و في هذا النموذج يقوم الأخصائيون بتقييم الأطفال و تحديد حاجتهم و يساعدون أمهاتهم في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات و يتابعون دوريا مستوى تطور مهارات كل من الأطفال و أمهاتهم.

و من أفضل الأساليب لتدريب أولياء الأمور على العمل مع أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة في المنزل، القيام بوصف الأنشطة و التدريبات التي عليهم تنفيذها، و توضيح كيفية تنفيذها للأطفال و قيام أولياء الأمور بتنفيذها أمام الأخصائيين و تزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائها، و ينصح باستثمار قدرات الإخوة و غيرهم من القائمين برعاية الطفل كي لا تكون عملية التدريب في المنزل عبئا على أولياء الأمور فقط .

من مزايا هذا النموذج:

- غير مكلف اقتصاديا مقارنة بالتدخل المبكر في المراكز.

- يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية مما يقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة.

- يشمل على مشاركة الأسرة الفعالة في برنامج طفلها مع الحصول على الدعم و المعلومات اللازمة .

أما عيوبها:

- عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب الأطفال بشكل فعال.

- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي .

- انتقال المعلمات من منزل لأخر يستغرق وقتا طويلا و قد ينطوي على بعض صعوبات خاصة.

3-8 التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات:

في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية للمركز بواقع مرة أو مرتين أسبوعيا، وفيها يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء الأمور ومناقشة القضايا المهمة معهم، ويتم اللقاء بأولياء الأمور فرديا أو في مجموعات، ويقوم فريق متعدد التخصصات بتقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يقوم بتدريب أولياء الأمور.

(جمال الخطيب ، منى الحديدي،1998، ص48-54)

9* فعالية التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون:

في معظم حالات متلازمة داون لا يكون المخ تالفا، لكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى تكون رديئة ولا تحمل الرسالة بالسرعة اللازمة التي تعمل بها الأعصاب لدى الطفل العادي، وتكون هناك شبكات عصبية كثيرة، وتكون الأجهزة الحسية هي الوسيلة لالتقاط المعلومات من البيئة المحيطة، لهذا فطفل متلازمة داون يحتاج إلى كثير من الإثارة والتنبيه خصوصا في السنوات الأولى من العمر. (نجوى عبد المجيد محمد،1999)

وتتأكد فعالية التدخل المبكر عند مقارنة النمو بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون والأطفال العاديين، حيث تتشابه النتائج بينهم بعد تعرض أطفال متلازمة داون للتدخل المبكر.

(Cichetti et Beeghly.1990.p29)

كما لاحظت دراسات أخرى عن النمو اللغوي لأطفال متلازمة داون، وجود فروق فردية في اكتساب اللغة وتأخر في اكتساب عدد المفردات. (Chapman.1995.p641)

ومع التقدم في العمر يصبح القصور في المهارات اللغوية أكثر وضوحا، حيث تؤكد التقارير وجود تشابه في العلامات اللغوية المستخدمة في المفردات المبكرة لأطفال متلازمة داون، لذلك توصي الدراسات بأهمية التركيز على تنمية المهارات اللغوية للأطفال المصابين بمتلازمة داون.

(Hopman et Nothnahle,1994,p39)

10* معوقات التدخل المبكر مع أطفال متلازمة داون:

- عدم وعي الوالدين بالفروق الطفيفة بين الأطفال العاديين وأطفال داون في مجالات النمو المختلفة.
- معظم اختبارات التقييم الخاصة بالطفولة خاصة بالأطفال العاديين أي نقص وسائل الفحص والاختبارات الخاصة بالأطفال المعوقين ذهنيا.
- تزايد عدد الأطفال التي تقدم لهم خدمات التدخل المبكر.
- التركيز على أحد جوانب النمو فحسب بدلا من النظرة الكلية لأوليات الأسرة وحاجات الطفل.
- نقص الأجهزة والموارد المالية.
- حداثة فريق التدخل المبكر وقلة خبرة أعضائه في هذا المجال.
- الظروف البيئية الفقيرة للأسرة وعدم تفهمهم قيمة وطريقة المشاركة والعمل في فريق.

(نجدة إبراهيم علي،2002،ص 66)

11* دور الأسرة في الكشف المبكر عن الإعاقة:

إن من الأدوار التي على الأسر القيام بها، الكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطا نمائية غير طبيعية بغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية والتربوية في أسرع وقت ممكن، وفي حالات

اضطرابات النمو قد يكون الطفل معوقا وقد لا يكون ذلك، أي أن انحراف النمو عما يعتبر عاديا لا يعني بالضرورة أن الطفل معاق، حيث أن الإعاقة انحراف ملحوظ يتم تحديده وفقا لمعايير موضوعية، فهي ليست كل انحراف، مهما يكن الأمر فإن هؤلاء الأطفال بحاجة للتعرف عليهم مبكرا للحد من تأثيرات محتملة لوضعهم النمائي، فإذا كان ما يعانون منه ليس إعاقة فالهدف هو منع المزيد من التدهور في الأداء والوقاية من المشكلات الإضافية، ويستطيع الآباء أن يلعبوا دورا فاعلا في الكشف المبكر، بالرغم من أن ذلك ليس بالأمر السهل خاصة إذا كانت الإعاقة غير شديدة أو غير ظاهرة، وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد الإطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة(الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والانفعالية)، فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما يساعد في تحديد ما إذا كان الطفل مطمئنا أم لا، وبالتالي إذا كانت هناك حاجة إلى إحالته إلى الأخصائيين لإجراء الفحوصات وتطبيق الاختبارات لمعرفة هل لديه إعاقة أم لا.

خلاصة الفصل :

بعد عرض هذا الفصل تبينت لنا مدى أهمية التدخل المبكر لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المراحل العمرية المبكرة، و التي تعتبر جد مهمة في تأهيل الطفل، لأن النمو(نفس عصبي وحس حركي) في هذه المرحلة يسير بسرعة تفوق المراحل العمرية التالية، و يتضح هذا جليا في قدرات الطفل التي تنمو و تتطور بسرعة مذهلة لتبد أفي التراجع من حيث السرعة عندما ينهي الطفل عامه الخامس، لذلك وجب الإسراع في عملية التدخل المبكر لاستثارة الطفل من جميع النواحي حتى يتعلم ويكتسب اللغة.

الفصل الثالث: متلازمة داون و اللغة التعبيرية

تمهيد

I متلازمة داون

1- تعريف التخلف الذهني

2- لمحة تاريخية عن متلازمة داون

3-التعريف بمتلازمة داون

4- أسباب حدوث متلازمة داون

5- أنواع متلازمة داون

6- تشخيص متلازمة داون

7- خصائص الأطفال ذووا متلازمة داون

8- الوقاية من حدوث متلازمة داون

9- التكفل بأطفال ذووا متلازمة داون

II اللغة التعبيرية

1- تعريف اللغة

2- مراحل اكتساب اللغة

3- العوامل المؤثرة في نمو اللغة

4- نظريات اكتساب اللغة

5- وظائف اللغة

6- تعريف اللغة التعبيرية

7-مراحل نمو اللغة التعبيرية

8- اضطرابات اللغة التعبيرية

9- تشخيص اضطرابات اللغة التعبيرية

10- خصائص النمو اللغوي لدى المصابين بمتلازمة داون

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر متلازمة داون من أكثر المتلازمات الوراثية انتشارا في العالم، و لهذا وجب إبداء الاهتمام بهذه الفئة لتتمكن من تدارك وتعويض ما خلفته الإعاقة بهدف الاندماج مع المجتمع، و لعل أكثر الوظائف التي تكون مضطربة عندهم هي اللغة، فهي همزة الوصل بين الأفراد، وسنتكلم في هذا الفصل عن هذه المتلازمة، مميزاتها و خصائصها وغيرها، إضافة إلى التطرق للغة، تعريفها، و نظرياتها و إلى غير ذلك .

I متلازمة داون :

1* تعريف التخلف الذهني:

لقد تعددت التعاريف التي تناولت الإعاقة الذهنية كل حسب توجهاته وتخصصه العلمي حيث أن هناك بعض العوامل والأسس التي يوضع على أساسها تعريف التخلف الذهني وهي:

- الأسباب التي تؤدي إلى التخلف الذهني.
- نتائج الأشخاص على اختبارات الذكاء المتوفرة، أي نسب الذكاء.
- مستوى التحصيل التربوي أو ما يطلق عليه في بعض الأحيان بالمعامل التربوي.
- مستوى النضج الاجتماعي.
- التوافق الانفعالي وغيره من الجوانب المختلفة للتوافق النفسي والاجتماعي.

أ- تعريف منظمة الصحة العالمية:

أصدرت منظمة الصحة العالمية في عام 1993 تعريفها: " أنه حالة من عدم اكتمال نمو العقل أو توقفه والتي يتميز على وجه الخصوص بقصور ظاهر في المهارات يحدث أثناء فترة النمو التي تؤثر أو تسهم في نقص مستوى الذكاء ككل في القدرات المعرفية والقدرات اللغوية والقدرات الاجتماعية.

ب- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

وتتضمن تعريف التخلف الذهني باعتباره "قصور وظيفي واضح في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية، يتميز بأداء دون المتوسط للقدرات المعرفية وقصور المهارات التكيفية في واحدة أو أكثر من المهارات الآتية: الاتصال، الرعاية الذاتية، المعيشة المنزلية، المهارات الاجتماعية والاستفادة من المجتمع والتوجيه الذاتي والصحة والأمان والأداء أو الوظائف الأكاديمية والعمل على قضاء وقت الفراغ ويظهر ذلك قبل سن الثامنة. (هدى الناشف، 2007،ص 95)

1-1 في المجال الاجتماعي:

1-1-1 تعريف عبد الرقيب البحيري 2003:

أنها إعاقة تظهر في سن مبكر، وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية، ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء بين 70-75 درجة، وما ينتج عنها يقاس بالأداء الوظيفي التكيفي من خلال اعتبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية، ويحتاج هذا المعاق إلى الدعم والمساندة من قبل مانحي الرعاية لتخفيف حدته على المستويين الاجتماعي والذهني، ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف الذهني سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغيير في تفاعل الفرد مع البيئة والتأكيد على احتياجات الفرد بدلا من التركيز على عجزه. (عبد الرقيب أحمد البحيري، ص28)

1-2 في المجال التربوي:

تتبنى وجهة النظر التربوية تعريفات التخلف الذهني في ضوء القدرة على التعلم والنجاح في المدرسة والتحصيل الدراسي، وما يرتبط بهما من القدرات العقلية وما يحتاج إليه المتخلف ذهنيا من أداء تعليمي خاص لتعويض النقص في تلك القدرات المعرفية.

1-2-1 تعريف " فؤاد أبو حطب" :

الإعاقة الذهنية تدل على نمو غير كاف للقدرات العقلية لا يساعد على التعلم المعتاد ودونية القدرات اللازمة للتوافق والبقاء في وسط بيئي و ثقافي معين. (فؤاد أبو حطب، أمال صادق، 2002، ص 265)

1-3 في المجال النفسي:

تمثل نسبة الذكاء المحك الهام الذي تعتمد عليه وجهة النظر السيكولوجية عند تعريف الإعاقة الذهنية، ويستدل فيها على موقع الفرد من خلال نتائجه على مقاييس الذكاء التي أعدت لهذا الغرض، ويعد مقياس ستانفورد بينيه من أشهر تلك المقاييس التي بدأ من خلالها تصنيف الأفراد وفقا لنسب ذكائهم على المقياس.

ويوضح "كمال إبراهيم مرسي 2006" أن علماء النفس والقياس النفسي اتفقوا على درجة أو نسبة للذكاء كحد فاصل بين الإعاقة وغيرها، ولكنهم اختلفوا في تحديد نسب الذكاء التي تفصل بين الإعاقة الذهنية والتأخر الذهني أو بطئ التعلم، وجعلها (تيرمان) أقل من70 و(شيرن) أقل من 80 و(كلمان) أقل من 75(يورثيوس) أقل من 60 و(دافيد وكسلر) أقل من 66، ولكن كثير من العلماء متفقون على جعل درجة 70 هي الفاصل بين التخلف الذهني والتأخر الذهني، ويعتبرون من يحصل على نسبة ذكاء أقل من 70 درجة في اختبار ذكاء فردي مقنن معاقا ذهنيا، ومن يحصل على 70-84 متأخرا ذهنيا أو بطيء التعلم.

(كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص98)

2* لمحة تاريخية عن متلازمة داون:

ذكر (رودجرز1992) أن أولى آثار التشوه قد عبر عنها في تماثيل صغيرة تجسد جنس الأولماك الذي كان يعيش في أمريكا الوسطى ما بين 1500 قبل الميلاد وإلى غاية سنة 300م، وهذه التماثيل تشبه بشكل مدهش الأطفال المصابين بالتشوه الكروموزومي، لكن مع مرور السنين وإلى غاية القرن التاسع عشر بدأ التعرف أكثر على هذه الفئة، ويعتبر (جين اسكويرول) أول من وصف بعض خصائص

الأشخاص من ذوي متلازمة داون وذلك سنة 1838، وبعده في سنة 1846م قام (ادوارد سيقان) بوصف مريض يحمل سمات يعتقد أنها لمريض ذي متلازمة داون، وسمى هذه الحالة " البلاهة النخالية "، ثم جاء الطبيب البريطاني (جون لانجدون داون 1866) الذي وصف هذه الحالة قبل اكتشاف الكروموزوم الزائد بمائة عام تقريبا، حيث سميت هذه الفئة بالمنغوليين نسبة إلى الشعب المنغولي وذلك بالنظر إلى التشابه الجسمي من قصر في الرقبة و القامة و الأنف المفلطح و القصير و العينان مشدودتان كما أشار إلى التشابه في المستوى العقلي المنخفض، و بعدها أطلق عليه اسم عرض داون نسبة لواصفه داون، وقد بقيت أسبابه مجهولة حتى سنة 1959، حيث توصل كل من (J.lejeune.M.Gautier.R.Turpin) اعتمادا على التشخيص الجيني إلى أن العرض ينتج من وجود كروموزوم إضافي في الزوج 21، تؤدي إلى وجود 47 كرروموزوم في المجموع الكلي للخلية الواحدة عند المصاب بمتلازمة داون بدلا من 46 كروزوم في الحالات العادية. (الميلادي عبد المنعم،2004)

وبذلك أصبح يدعى عرض داون أو متلازمة داون، وبهذا تم معرفة الكثير عن الشذوذ الصبغي والمشكلات الوراثية، وكثير من المشكلات الطبية المتعلقة بمتلازمة داون، ومع أن كثيرا من الألغاز التي تحيط بمتلازمة داون قد تم حلها، إلا أنه مازال هناك الكثير من الأسئلة التي لم تتوصل إلى حل مناسب لها حتى الآن، وتتطلب الإجابة عليها إجراء أبحاث في المستقبل لتزودنا بفهم أفضل لهذا الاضطراب الصبغي.

3* التعريف بمتلازمة داون :

يعتبر أطفال متلازمة داون أحد أنماط الإعاقة الذهنية وتعرف متلازمة داون أنها اضطراب خلقي بسبب كروموزوم زائد في زوج الكروموزومات 21 وبذلك يكون لدى الفرد 47 كروموزوما بدلا من 46.

(The New Encyclopedia Britannica.1994.p 204)

ويعرفها "عبد الكريم حمامي1999" أنها عيب في انقسام الكروموزوم 21 ويسمى ثلاثي الكروموزوم 21 بحيث يكون عدد الكروموزومات 47 بدلا من 46، وأهم ما يميز أصحابها إعاقة ذهنية تتراوح من البسيطة إلى المتوسطة فالشديدة.

4* أسباب حدوث متلازمة داون :

بالرغم من تطور العديد من النظريات إلا أنه لم يعرف السبب الحقيقي لمتلازمة داون، و لكن يمكن تحديد بعض العوامل المسببة لمتلازمة داون بتقسيمها إلى عوامل وراثية و عوامل بيئية و ذلك فيما يلي:

4-1 العوامل الوراثية: و تتمثل في:

أ- وراثة خاصية التخلف العقلي.

ب- انتقال خصائص وراثية شاذة (شذوذ الكروموزومات – شذوذ الجينات)، و يعتقد بعض الأخصائيين أن التعرض للأشعة x، الإصابة بالحمى، المشكلات المناعية، أو استعداد الجنين يمكن أن تكون السبب في حدوث خلل انقسام الخلية و ينتج عنه حدوث متلازمة داون.

ج – عوامل بيولوجية: مثل عامل الريزوس، اضطرابات الغدد الصماء، ضمور الغدة التيموسية، تضخم الغدة الدرقية.

د- التشوهات الخلقية : قد يصاب الطفل شذوذ فيزيولوجي خلقي أسبابه غير معروفة بوضوح، و يؤدي إلى التأخر الذهني، والذي منه (شذوذ في شكل عظام الجمجمة-فقدان جزء من المخ- الاستسقاء الدماغي- صغر حجم الجمجمة)، و هذه الحالات من الممكن إرجاعها إلى عوامل وراثية والى عوامل مكتسبة.

هـ – عوامل بيوكيميائية (طفرة جينية).

4-2 العوامل البيئية:

أ – عوامل قبل الولادة: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية البكتيرية، الإشعاعات، الاستخدام السيئ للأدوية، سوء تغذية الأم، سن الأم عند الحمل، التدخين أثناء الحمل، إدمان الكحوليات و المخدرات، نقص نمو الجنين.

ب– عوامل أثناء الولادة: الولادة العسرة، وضع المشيمة، استخدام الملاقط في الولادة .

ج– عوامل بعد الولادة: سوء التغذية، التهاب المخ، شلل المخ، الالتهاب السحائي، أمراض الغدد، أمراض الطفولة العادية، الحوادث، الحرمان من الأم، الحرمان الثقافي. (www.Thearc.org.1990)

أثبت الباحثون أن الخلية النشطة التي تحتوي على نسخ أكثر من كروموزوم21 تزيد بتقدم عمر الأم، فالمخاطرة في حمل طفل مصاب بمتلازمة داون تزيد بزيادة عمر الأم، ومن بين النساء في عمر35-39عام تحدث حالات متلازمة داون في حوالي 1من 280 من المواليد، و بين النساء في عمر 40 تكون النسبة 1من 100 من المواليد.

وبالنسبة للأمهات اللاتي أعمارهن 45عام، تكون النسبة 1من30 من المواليد، و بذلك يتضح أن حمل المرأة في سن متقدمة يعرضها لخطر إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون. (Miler.1992.p 39-50)

كما وجد (ميكيلسين 1981) أن نسبة 20% من حالات متلازمة داون ترجع في أصلها إلى تقدم عمر الأب.

5* أنواع متلازمة داون:

5-1 تثلث الصبغي 21:

معظم حالات متلازمة داون تكون من هذا النوع، النطفة والبويضة من الأبوين عادية، بعد ذلك يحدث انقسام خاطئ للخلية أثناء تكوين الحيوان المنوي أو البويضة فينتج عنه إما بويضة أو نطفة تحوي

24 كروموزوم بدلا من 23 كروموزوم، أو عند بداية تكوين الجنين يحدث هذا الانقسام، والسؤال الذي يطرح نفسه هو كيف نشأ هذا الصبغي الزائد في الخلية مادام الوالدان يحملان صبغيات عادية.

الجواب: أن الانقسام الخاطئ للخلية ممكن أن يحصل في واحد من ثلاثة مواضع :

- الأول: الحيوان المنوي و يقدر حدوثه بنسبة 20-30%.

- الثاني: البويضة ويقدر حدوثه مابين 70-80%.

- الثالث: في مرحلة انقسام الخلية الأولى بعد عملية الإخصاب، ويعتقد أن آلية الانقسام في الخلية متساوي في المواضع الثلاثة.

وتتابع خلايا الجنين انقسامها وتحمل كل خلية 47 كروموزوم بدلا من 16 وعندها تكون فرصة إنجاب طفل آخر مصاب بمتلازمة داون 1 من 100 .

5-2 المتعدد الخلايا (الفسيفسائي):

في هذه الحالة يحدث خطأ في انقسام الخلايا في وقت مبكر جدا في الحياة الجينية فتختل عندها عدد الكروموزومات، فإذا حدث ذلك فان جميع الخلايا التي تنشأ من الخلية مختلة، فهي تحمل نفس عدد الكروموسومات، و كل ما ينتج من انقسامات من تلك الخلية مرجعه إلى الخلية الأم، و يطلق على جميع الخلايا التي هي نتيجة الأصل من خلية واحدة بخط الخلية، فعلى سبيل المثال خط خلية الجلد، خط خلية الدم ....الخ، وعندما يخلق لشخص ما أكثر من نوع من الخلايا يسمى عندها أنه متعدد الخلايا أو الفسيفسائي، فطفل متلازمة داون متعدد الخلايا (الفسيفسائي) يكون لديه في العادة نوعان من الخلايا، نوع يحمل 47 كروموزوما (أي خلايا طبيعية)، واختيرت كلمة الفسيفساء كما تعرف هذه المادة التي تستخدم في العادة mosaïque الفسيفساء كترجمة حرفية للكلمة الانجليزية لتزيين و زخرفة المشغولات الحرفية الخشبية، و يكثر استخدامها في منطقة الشام، و تعدد أشكالها هو الذي يعطيها التميز الخاص بها، و فرصة إنجاب طفل آخر يحمل نفس النوع من المتلازمة نادرا و لا توجد أرقام دقيقة عن هذا.

5-3 التحول الانتقالي:

في هذه الحالات يحدث إعادة ترتيب للمادة الوراثية (الجينات التي تقوم على الصبغيات)، حتى إن بعض من الكروموزومات يتم استبداله بنسخة إضافية من المواد الجينية من الصبغي الحادي والعشرين، العدد الإجمالي للكروموزومات لا يزال طبيعي46 في 23 زوجا من الصبغيات، ولكن هناك 3 نسخ من الصبغي الحادي والعشرين وفي بعض الأحيان خارج نطاق المادة الوراثية، يأتي فقط من جزء من الذراع الطويلة من كروموزوم الحادي والعشرين ويلتصق بالكروموزومات 21، وهذا ما يسمى انتقال الصيغة الصبغية 21، والكروموزومات التي يمكن أن تشارك في الانتقال هي 13.14.15.21.22، وفرصة إنجاب طفل أخر يحمل متلازمة داون نتيجة الانتقال تكون النسبة من1إلى 4 بالمائة في حالة إذا كان الأبوين يحمل صبغي منقول واحد من الزوج 21. (المرجع السابق، ص55-61)

6* تشخيص أطفال متلازمة داون:

6-1 قبل الولادة:

في ظل التطور العلمي أصبح بالإمكان تشخيص حالات متلازمة داون قبل الولادة وذلك من خلال عدة طرق ولعل أكثر هذه الطرق انتشارا واستخداما:

- **فحص السائل الأميني:** الذي يحيط بالجنين داخل الرحم، ويتم فحصه خلال الإثني عشر أسبوعا الأولى من الحمل.
- **فحص الغشاء المشيمي:** ويتم فحصه خلال التسع أسابيع الأولى من الحمل.
- **اختبار تحليل البروتين بالدم:** ويتم فحصه من خلال الستة عشر أسبوعا الأولى من الحمل .
- **الفحص بواسطة الأشعة فوق الصوتية:** ويتم فحصه في أي وقت خلال فترة الحمل.

مخاطر الفحوصات التشخيصية قبل الولادة:

قد ينجم عن الفحوصات التشخيصية قبل الولادة السالفة الذكر أو عن جزء منها بعض المخاطر على المرأة الحامل وعلى الجنين، مثل الالتهابات أو الإجهاض في بعض المرات لذلك ينصح ألا يجريها الأطباء إلا في الحالات التالية:

- إذا كان عمر الأم الحامل 35 عاما فأكثر.
- إذا بلغ عمر الأب 45 عاما فأكثر.
- إذا سبق أن أنجب الوالدين طفل ذو متلازمة داون.

2-6 بعد الولادة:

ويكون ذلك من خلال طبيب الأطفال، بحيث يقوم بفحص الطفل من حيث الشكل الخارجي والجسمي له، وعند متابعة طبيب الأطفال أيضا لمظاهر تطور النمو الطبيعية الجسمية والحركية والعقلية لذلك الطفل.

(www.golfkids.com)

7* خصائص الأطفال ذووا متلازمة داون:

يقترن مع متلازمة داون عدد كثير من الخصائص التي تميز ذويها عن غيرهم من العاديين، ومن أهمها ما يلي:

1-7 الخصائص الجسمية:

وجه عريض مسطح، أعين مجعدة، فتحتي الأنف شبه مسدودة بالمخاطية، الفم صغير و يكون في أغلب الأحيان مفتوح مع سيلان اللعاب، اللسان طويل و غليظ و مشقق مقارنة بالطفل العادي مع تأخر في ظهور الأسنان من ستة أشهر إلى عام أحيانا، وقد تكون مشوهة كوجود فراغات بينها، صغر اليدين وقصر الأصابع بالإضافة إلى وجود خط أفقي في راحة اليد، نعومة الشعر، انحراف العينين نحو الأعلى وضيقها، ضعف الجهاز العضلي، قصر وسمنة الأرجل مقارنة بالجذع، نعومة وجفاف البشرة،

وعندما يتقدم الطفل المصاب بمتلازمة داون في السن تظهر عنده تشققات في الوجه واليدين، سمنة خفيفة شائعة عند المصابين تسجل في نهاية الطفولة أو أثناء المراهقة.

7-2 الخصائص الاجتماعية:

يمتاز المصاب بمتلازمة داون بالوداعة والإقبال على الناس ومصافحة كل من يقابلونه والميل إلى المحاكاة والتقليد، وهذه الخصائص الاجتماعية تظهر جليا قبل التطور العقلي، كما تمتاز هذه الفئة بالرقة والشعور بالعاطفة مع القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، والتميز بطابع المرح رغم الشدة والعناد وعدم التراجع عن القرارات. (Rondal,1985)

7-3 الخصائص النفسية الحركية:

إن وجود صبغي زائد في التكوين الجيني للطفل يؤثر على نموه النفسي الحركي، وهذا ما يؤدي إلى تأخر في اكتساب المنعكسات والحركات اللازمة للنمو الجسدي خاصة في مرحلة الطفولة، فالطفل المصاب بمتلازمة داون منذ السنوات الأولى من حياته يبقى لمدة طويلة على نفس الوضعية ويأخذ في التأرجح بصفة آلية إذ يلعب بيده ورجليه أو بأشياء في متناوله، وفيما يخص الجلوس يكون في السنة الأولى والمشي في عامين، وحتى اللغة تكون متأخرة جدا. (Mallet.Lambrune.1967)

7-4 الخصائص المرضية:

ترتبط متلازمة داون بالإضافة إلى التخلف الذهني بسيط، متوسط، وأحيانا شديد بمشاكل صحية واضطرابات نمائية منها:

- زيادة الوزن لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وذلك بسبب نوعيات الأكل المتناول، قلة الحركة، ولإصابتهم بارتخاء العضلات مع تأخر المشي والحركة.

– أمراض القلب حيث أن من أكثر العلل القلبية شيوعا وانتشارا لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون الثقوب في جدران وسط القلب، وثقوب وعجز في كل من البطين والأذين، واضطرابات وتشوهات صمامات القلب التي تحدث في 40% من الحالات.

– فقدان حاسة السمع في أذن واحدة أو في الاثنين بين 60% إلى 80 % من الحالات.

7-5 الخصائص العقلية والمعرفية:

يؤثر الشذوذ الكروموزومي 21 على نمو الدماغ ووظائفه المختلفة باعتباره المسؤول عن التنسيق الحسي الحركي والقدرات العقلية وبعض أنماط السلوك، ولذلك تعاني هذه الفئة من التخلف الذهني بمختلف أنواعه ودرجاته، مما أدى إلى تصنيفهم ضمن المتخلفين عقليا ممن يعانون من إعاقة ذهنية شديدة، وأن المقدرة الذهنية لديهم تنحدر تدريجيا مع تقدم العمر، هذه النتائج أصبحت غير دقيقة، إذ أثبتت الدراسات المعاصرة أن درجة التخلف الذهني لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون تختلف بدرجة كبيرة من شخص لآخر، وأكدت أن الغالبية العظمى من ذوي متلازمة داون تقع في المستوى الخفيف إلى المتوسط من درجات التخلف الذهني، في حين أن القلة القليلة منهم تعاني من تخلف ذهني شديد.

(الملق سعود، 2001،ص82)

7-6 الخصائص اللغوية:

أكدت الدراسات في ميدان اللغة التي قام بها (روندال ولامبارت)، أن الطفل المصاب بمتلازمة داون لا يمكنه أن يبدأ النطق قبل الشهر الثامن عش، وأن استعمال المقاطع المزدوجة مثل (بابا، ماما) يكون في حوالي الشهر الثامن، كما يقوم الطفل المصاب بمتلازمة داون بتكرار الأصوات المسموعة وذلك في حوالي الشهر الثاني عشر، فهؤلاء الأطفال لا يتمكنون من تلفظ جمل ذات معنى وبعدد كاف من الحروف قبل الثلاث أو الأربع سنوات، كما أن تفكيرهم لا يتعدى تفكير مرحلة الطفولة، أما تلفظ الجمل التي تحتوي على علاقة الكم والكيف أو الأدوات الدالة على النوعية والكمية أو الخاصة بالعملية المنطقية

فهي غير مكتسبة لديهم لأنهم لم يصلوا بعد إلى المستوى الإجرائي، ومنه تظهر لنا طبيعة وحدود اللغة لدى هؤلاء الأطفال والصعوبات التي يجدونها في عملية التجريد، إضافة إلى اضطرابات الكلام، ومن المشكلات الكلامية الأكثر شيوعا لدى الأشخاص ذوي متلازمة داون ما يسمى بالعمى الحركي اللفظي، وهو مصطلح يستخدم للتعبير عن حالة عدم التمكن من القيام بحركات كلامية متسقة ومعقدة بسبب تأثر مركز تخطيط الكلام في المخ.

8* الوقاية من حدوث متلازمة داون:

هناك جملة من الإجراءات تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو المتغيرات منها ما يلي :

– يفضل ألا تقبل السيدات على الحمل بعد الخامسة والثلاثين من أعمارهن.

– أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شذوذ أو انقسام في الخلايا. (عبد الله عادل، 2004،ص 281)

– الكشف المبكر عن وجود حالة متلازمة داون قبل الولادة، بأخذ عينة من السائل الذي يحيط بالجنين(السائل الأمينيوسي) وهذا السائل يحتوي على خلايا الجنين التي يتم تحليلها مخبريا، مما يكشف وجود أو عدم وجود حالة متلازمة داون، وذلك باستعمال جهاز يطلق عليه(سيتوسكان) لفحص الكروموزومات المسؤولة عن تحديد الصفات الوراثية للوليد. (فيوليت وآخرون، 2001،ص104)

ويكون عادة في فترة من 14 إلى 16 أسبوع من الحمل، كما يحتاج ظهور نتيجة فحص هذا السائل إلى مدة قد تمتد ما بين أسبوع إلى أربعة أسابيع، أو فحص الغشاء المشيمي وذلك من خلال أخذ عينة من النسيج المشيمي عبر فتحة المهبل، أو عبر البطن ويكون غالبا خلال الفترة ما بين 8 إلى 11 أسبوعا من فترة الحمل، وتمتاز هذه الطريقة عن سابقتها بإمكانية إجرائها في الفترة الأولى للحمل، بالإضافة إلى سهولة فحص النمط الصبغي وسرعة ظهور النتيجة، فإذا اتضح من هذه الفحوصات الطبية أن هناك

خطأ كروموزوميا قد حدث وأدى إلى متلازمة داون، فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها ومن هذه الإجراءات ما يلي:

- أن تقوم بإجراء الفحوص الطبية اللازمة له آنذاك.
- أن تجعله بعد ذلك يسير وفق نظام غذائي محدد.
- أن تجعله يمارس نوعا من أنواع الرياضة بشكل منتظم.
- أن توفر له قسطا كبيرا من الراحة يوميا.
- أن توفر له الرعاية الطبية اللازمة.

(عبد الله عادل،2004، ص 281)

وقد ينجم عن الفحوصات التشخيصية سالفة الذكر أو عن جزء منها بعض المخاطر على المرأة الحامل وعلى الجنين، مثل الالتهابات أو الإجهاض في بعض المرات لذلك ينصح ألا يجريها الأطباء إلا في الحالات الآتية:

- إذا كان عمر الأم الحامل 35 عاما فأكثر، لأن احتمالية إنجاب طفل ذو متلازمة داون تتضاعف كل سنتين ونصف إذا بلغت ذلك العمر.
- إذا بلغ عمر الأب 45 عاما فأكثر لأن في هذه الحالة يزداد احتمال إنجاب طفل يحمل أعراض داون.
- إذا سبق أن أنجب الوالدين طفل ذو متلازمة داون، لأن احتمالية إنجاب طفل آخر يحمل نفس الأعراض قوي جدا.
- إذا ثبت أن أحد الوالدين يحمل صبغي منقولة، ففي هذه الحالة يعد الجنين أكثر عرضة لحمل أعراض متلازمة داون. (الملق سعود،2001،ص43)

9* التكفل بأطفال ذووا متلازمة داون :

لا يوجد في الوقت الحالي علاج للأشخاص المصابين بمتلازمة داون، وذلك بسبب عدم القدرة على تغيير الصبغة الوراثية، لكن يمكن التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها، ويكون ذلك بعدة طرق منها:

– توفير الرعاية الصحية الجيدة للطفل المصاب بمتلازمة داون، وذلك لاكتشاف الأمراض التي يتعرض لها فور حدوثها، ومحاولة الحد من إصابته بالعدوى المتكررة، مثلا إعطائه التطعيمات اللازمة.

– التعليم والتدريب: يعلم الطفل في مدارس خاصة إذا كانت درجة الإعاقة كبيرة، كما يمكن له الاندماج في المدارس العادية إذا كان مستواه الذهني في حدود المتوسط.

– إعادة التأهيل للأطفال الذين لم ينالوا الرعاية الكافية منذ البداية.

– التمارين الرياضية لتقوية عضلاتهم وتحسين معنوياتهم، بالإضافة لأنواع مختلفة من العلاج الطبيعي والمهني.

– مساندة الوالدين قدر الإمكان، ولابد أن تبدأ هذه المساندة لحظة التشخيص، فمن المهم جدا مساعدة الوالدين على فهم حقيقة الموقف ومساعدتهم على تحمل الصدمة، ويفيد في ذلك التذكير بالله واحتساب الأجر عنده، كما أن التحدث مع أمهات أطفال لديهم نفس المشكلة يفيد كثيرا في تقبل الموقف وامتصاص المشاعر المؤلمة.

– توفير فرص العمل للبالغين المصابين بمتلازمة داون، ويمكنهم العمل في أعمال مختلفة بعد التدريب.

وأخيرا ينصح بإجراء الفحص الصبغي لوالدي الطفل المصاب بالانتقال الصبغي لتحديد الناقل، وبالتالي فحص الجينات في المستقبل. (www.golfkids.com)

II اللغة التعبيرية:

1* تعريف اللغة:

تعرف اللغة في المعجم الوسيط أنها " أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم وهو نفس التعريف الذي أورده " الشيرازي" في القاموس المحيط.

وهنالك تعاريف أخرى أوردها كثير من الباحثين نذكر منها تعريف (سابير 1921) والذي يرى أن " اللغة طريقة إنسانية ومتعلمة لإيصال الأفكار والانفعالات والرغبات بواسطة نظام معين من الرموز اختاره أفراد مجتمع ما واتفقوا عليه ".

ويرى العلماء أن اللغة عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الغير، وهي تشمل لغة الكتابة أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات اللفظية) أو هي مجموعة محددة من الجمل كل منها محدودة من حيث الطول وتتركب من مجموعة من العناصر.

كما يرى (ديكارت) أن اللغة هي خاصية الإنسان، حيث أنه حيوان ناطق أي مفكر، وهي وسيلة للتواصل وأداة للتسجيل، ومساعد آلي للتفكير وعرفها "ابن خلدون" بأنها "ملكة في اللسان، وكذلك الخط ملكة في اليد.

كما يعرفها (ثورندايك 1974) بأنها أعظم اختراع قام به الإنسان، كما أن أنها الوسيلة الاجتماعية الأكثر أهمية من أي وسيلة مادية من حيث التأثير على الكائن الآدمي. (هند امبابي، 2010، ص 3-4)

2* مراحل اكتساب اللغة:

وجد (جازل) بأن الطفل في شهره الأول ينتبه إلى الأصوات، وتصدر عنه صيحات متميزة لشعوره بالجوع أو الألم أوعدم الراحة، وفي شهره الثاني يعبر بوجهه عن مواقف اجتماعية كأن يبكي لرؤية شخص غريب عنه.

أما في شهره الثالث فإنه يبتسم في مواقف اجتماعية معينة، كأن يرى وجه أمه أو أبيه وتصدر عنه أصوات تدل على سروره وابتهاجه، أما في الشهر الرابع فإنه يضحك بصوت مسموع، ويناغي نفسه في حركات تلقائية، أما في الشهر الخامس فإنه يدير رأسه إذا سمع صوت إنسان، كما أنه يصدر عنه صوت محدد للدلالة على رغبته وشوقه لشيء ما، كثدي أمه مثلا، كما يصدر صوتا عن عدم ارتياحه لانتزاع شيء يحبه منه ويرغب به، وفي الشهر السادس ينطق ببعض المقاطع الكلامية المحددة، ويعبر عن معرفته بالوجوه المألوفة كما يعبر عن سروره بالصياح، وفي الشهر التاسع يقول كلمة بابا أو ماما وفي نهاية السنة الأولى ينطق بعدد من الكلمات اللفظية لا تزيد عن ستة كلمات، كما يستجيب للأوامر اللفظية البسيطة.

ومن بعد ذلك يحدث تطور سريع في عملية اكتساب ونمو اللغة عند الطفل، ويمكن أن نلخص دورة نمو الكلام واللغة في المراحل الآتية بعد السنة الأولى:

2-1 مرحلة الكلمة الواحدة:

وهي تبدأ من مستهل السنة الثانية تقريبا، وتستمر مدة متوسطها حوالي ستة أشهر، وفي هذه المرحلة يستعمل الطفل كلمة واحدة للدلالة على ما يريد التعبير عنه، وقد تكون هذه الكلمة ذات مقطع واحد أو أكثر.

2-2 مرحلة الكلمتين:

تبدأ من منتصف السنة الثانية تقريبا، وتستمر حتى الشهر السابع والعشرين من حياة الطفل، وهذه المرحلة تتميز بأن الطفل يستعمل فيها الأسماء بكثرة، بينما يصعب عليه استعمال الأفعال وحروف الجر والضمائر.

2-3 مرحلة الجملة القصيرة:

وهي تستمر من نهاية المرحلة السابقة حتى السنة الرابعة.

2-4 مرحلة الجملة الكاملة:

تكون في السنة الرابعة، حيث تتكون جمل الطفل من ست أو ثماني كلمات، وتتميز هذه الجمل بالتعقيد والدقة في أداء المعنى والصدق والأمانة في التعبير. (أحمد زكي صالح، 1988، ص105- 106)

3* العوامل المؤثرة في نمو اللغة:

تقوم نشأة اللغة ونموها على أربعة عوامل أساسية عددها " قطبي " 1980 كالآتي:

- سلامة القنوات الحسية ووظائف الحواس.
- صحة وظيفة الدماغ.
- الصحة النفسية.
- البيئة المنبهة.

3-1 سلامة القنوات الحسية:

المقصود بها حاسة السمع أساسا بالإضافة إلى حواس أخرى مثل حاسة البصر والحس العميق، بالإضافة إلى جانب الإحساس هناك عملية أخرى وهي الإدراك تنطوي على فك رموز الرسالة اللغوية من أجل فهم المعنى ككل.

والسمع هو أهم طريقة حسية تؤثر على اللغة ويتطلب سلامة وظيفة الأذن والمسارات السمعية والمرتكز السمعية القشرية.

3-2 صحة وظيفة الدماغ:

تعتبر الكلمة الوحدة اللغوية الأساسية التي تشارك مشاركة فعالة في تكوين معارف الإنسان ونقل أفكاره ومشاعره؛ ويحتاج فهم وتكوين الكلمات إلى وظيفة دماغية سليمة من حيث النشاط العضلي العصبي والقدرة الذهنية، حيث أن الدماغ هو موضع إدراك وفهم وتداخل عمليات الكلام.

3-3 الصحة النفسية:

وتتضمن الصحة النفسية علاقة الطفل مع البيئة وتفاعله العاطفي وتوافقه معها وتصوره لها ولنفسه.

(قطبي، 1980، ص71)

3-4 البيئة المنبهة:

يرى (برانين 1964) أن بيئة الطفل تلعب دورا مهما في نمو لغته، وتظهر البراهين أن الأطفال الذين يمدهم آباءهم بقدر كبير من الكلمات يكتسبون اللغة بسرعة أكثر من أولئك الذين لا يفعل أبائهم ذلك، وقد وجد أن الأطفال الذين يصاحبون البالغين يستخدمون جملا أكثر وأطول تعقيدا من هؤلاء الذين يصاحبون أقرانهم.

4* نظريات اكتساب اللغة:

لقد صاغ علماء النفس مجموعة من الفروض أو النظريات تضع في اعتبارها عناصر خاصة للنمو اللغوي، تتراوح من الأسباب البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على بعد معين في نمو الطفل واكتسابه اللغات، إلا أن غالبية المنظرين يعتقدون أن الأطفال لديهم استعداد وتهيؤ بيولوجي لاكتساب اللغة، ولكن طبيعة الخبرات التي يتعرضون لها مع اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تلعب دورا في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية، و نستعرض أهم تلك النظريات فيما يلي :

أولا: النظرية السلوكية:

تفترض النظرية السلوكية أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس، فهي لا تركز اهتمامها على البني العقلية أو العمليات الداخلية، والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي أن الأنشطة العقلية لا يمكن أن ترى، فلذلك لا يمكن أن تعرف أو تقاس، والسلوكيون لا ينكرون وجود هذه العملية العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية،

ويرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه ومن ثم فإن السلوكيون يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي.

ثانيا: المدرسة الإدراكية أو المعرفية:

يتعلم الطفل التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعها، ثم وضع هذه الفرضيات موقع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطؤها تعديلا يؤدي إلى تقريبها تدريجيا من تراكيب الكبار، إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعها ثم يطبق هذه القاعدة، وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار، فمثلا: الطفل العربي يستخلص قاعدة التأنيث في العربية من نماذج مثل: كبير– كبيرة، طويل– طويلة.....الخ فيطبقها على أصفر فيقول أصفرة، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وينشئ أخرى.

ثالثا: 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 عن ما يريده من الآخرين، وأنه يستطيع ممارسة الكلام عندما يتعلم خصائصه المختلفة من نغمة، شدة، طول .....الخ، كما أن هناك حاجات أو مطالب بشرية يمكن أن تشبعها اللغة.

رابعا: النظرية الطبيعية:

يقوم المذهب الطبيعي على افتراض أساسي يفيد بأن اكتساب الفرد للغة يتم فطريا، وجميع الأفراد يولدون ولديهم أداة تهيؤهم لاكتساب اللغة وإدراكها بطريقة منظمة، ويذكر أن اللغة سلوك يتميز بها الجنس البشري عن غيره من المخلوقات.

خامسا:النظرية الوظيفية:

إن جوهر النظرية الوظيفية هو ارتقاء الكفاءة اللغوية نتيجة التفاعل بين الطفل وبيئته، ويرى مؤيدو هذه النظرية أنه من الصعب فصل اللغة عن البعد المعرفي والعاطفي للفرد.

سادسا: النظرية البنيوية:

تركز هذه النظرية على الطريقة المنظمة التي تنمو بها لغة الطفل من كلمة واحدة وتدل على معنى الجملة، إلى جملة مكونة من كلمتين الى أن تصل لممارسة الكلام العادي مع الكبار بجمل طويلة ومعقدة وسليمة من حيث الصياغة النحوية.

سابعا: النظرية اللغوية:

يرى أصحاب هذه النظرية أنها عبارة عن التوفيق بين النظرية السلوكية والنظرية الفطرية، إذ تفترض أن العوامل الفطرية البيولوجية تؤثر في اكتساب اللغة، ولكنها ترى أن التفاعل بين الأطفال والراشدين، أي أن تأثير البيئة والخبرة شيء ضروري إذا ما أريد للمهارات اللغوية أن تنمو، فالميكانيزمات الفطرية وحدها لا يمكن أن تفسر إتقان الطفل للغة، وأن هذا الإتقان يتضمن ما هو أكثر من الإشراط والتقليد.

ثامنا: 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.

تاسعا: 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.

عاشرا: نظرية التقليد والمحاكاة:

يرى علماء هذه النظرية أن التقليد اللغوي يعتمد على ميل فطري مزود به، وأن أعمال المحاكاة التي يتجه إليها الطفل بواقع هذا الميل ينبعث عن قصد وإرادة. (سميحان الرشيد،2010،ص2- 4)

5* وظائـــــف اللغـــــة:

للغة وظائف عديدة تختلف باختلاف الغرض المراد استعمالها، فهي تؤدي مجموعة كبيرة من الوظائف، حيث يرى(Hetheringand parke 1979)أن وظائف اللغة كثيرة وتتبلور في النقاط التالية:

1- الوظيفة النفعية: وهذه الوظيفة هي التي يطلق عليها " أنا أريد كذا "، حيث تساعد الفرد على إشباع حاجاته والتعبير عن رغباته وما يريد الحصول عليه من البيئة المحيطة به.

2- الوظيفة التنظيمية: وهذه الوظيفة تعرف باسم " افعل كذا ولا تفعل كذا "، كنوع من الأمر لتنفيذ المطالب أو أداء بعض الأفعال، واللغة هنا لها وظيفة الفعل أو التوجيه العملي المباشر.

3- الوظيفة التفاعلية: تبرز أهمية هذه الوظيفة باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع الابتعاد عن أفراد الجماعة، ولهذا فهي وظيفة " أنا، أنت "، فنحن نستخدم اللغة في جميع المواقف الاجتماعية لإظهار التواصل والاحترام والتأدب مع الآخرين.

4- الوظيفة الشخصية: تعتبر من الوظائف الهامة والرئيسية للغة، وهي نقل الخبرة الإنسانية والتعبير عن الفكر واكتساب المعرفة، فاللغة ضرورة حتمية لتقدم الثقافة والعلم لأن الألفاظ هي حصن الفكر، وبالتالي لا وجود للفكر من دون اللغة، لأن الكلمة هي أداة للتفكير في المعنى الذي تعبر عنه.

5- الوظيفة الاستكشافية: هذه الوظيفة تساعد الفرد على تميز ذاته عن البيئة المحيطة واستكشافها وفهمها، بمعنى أنه يسأل عن الجوانب التي لا يعرفها حتى يستكمل الجوانب الغامضة في معلوماته عن تلك البيئة.

6- الوظيفة التخيلية: حيث تستخدم اللغة في كتابة وإنتاج الأعمال الفنية المتميزة، مثل القصص والأشعار والأدبيات التي تعكس انفعالات وتجارب وأحاسيس الفرد، وبالتالي يستخدمها الإنسان في الترويح عن النفس والتغلب على صعوبات العمل وإضفاء روح الجماعة، كما هو الحال في الأغاني والأشعار التي تردد في الأعمال الجماعية أو الفردية.

7- الوظيفة الإخبارية: يستخدم الفرد اللغة لنقل المعلومات الجديدة والمتنوعة إلى باقي أفراد الجماعة، وكذلك توصيل هذه المعلومات إلى الأجيال القادمة، وتستخدم أيضا كوسيلة تأثيرية أو إقناعية، مثل ما يفعل بعض المهتمين بالإعلام لحث الجمهور على الإقبال على سلعة معينة أو تعديل نمط سلوكي غير مرغوب فيه اجتماعيا، وفي هذه الحالة تستعمل الألفاظ المحملة انفعاليا ووجدانيا.

8- الوظيفة الرمزية: فاللغة من خلال الألفاظ تمثل رموزا تشير إلى الموجودات في العالم الخارجي، فكلمة شجرة هي لفظ أو رمز لشيء موجود في الخارج. (هند امبابي، 2010، ص 8-10)

إن غياب أو ضعف واحدة أو أكثر من هذه المقومات يؤثر سلبيا على اكتساب اللغة ونضجها، ويسبب ما يعرف بتأخر نمو اللغة، فيكون بذلك المتأخر لغويا هو من يتخلف عن مراحل اكتساب اللغة عند الطفل الطبيعي.

6* تعريف اللغة التعبيرية:

تعرف اللغة التعبيرية بأنها مجموعة المهارات المسؤولة عن تحويل الأفكار إلى رموز لغوية صوتية، هنا تكون الرسالة لفظية أو أنها تتحول إلى رموز صورية بصرية، تكون الرسالة بهذا الشكل كتابية، كما تعرف بأنها القدرة على نقل الرسالة التي ينوي الفرد نقلها وهو ما يشار إليها أيضا باللغة الإنتاجية.

ترتبط اللغة التعبيرية بالقدرة على الكلام والتعبير واستخدام اللغة نحويا وسرد القصص والدخول في حوار مع الآخرين واستخدام طرق أخرى غير الكلام للتواصل، مثل لغة العين ولغة الإشارة والجسم والإيماءات.

تمثل اللغة التعبيرية مكون من مكونات اللغة، أي قدرة الطفل على تحويل ونقل الأفكار إلى رموز لفظية مكتوبة أو منطوقة، وهي قدرة الطفل وقابليته لإرسال رسالة والتعبير عنها كلاميا، وهي جزء من عملية الاتصال، فعندما يقوم الطفل بنقل أفكاره ورغباته ومشاعره إلى الآخرين عبر مزيج من العلامات التعبيرية المختلفة مثل: الحركات الجسدية، تعبيرات الوجه، الإيماءات وتغير نبرات الصوت وفق الحاجة؛ تمر عملية تطور اللغة التعبيرية عند الطفل بمراحل نمو متتابعة، عندما يبدأ التفاعل بين الطفل ووالديه بعد الولادة من خلال أيديهم عند حمله، وأصواتهم عند مخاطبته، ولمساتهم عند مداعبته، وأشكال وجوههم عند مراقبتهم.

كما تعرف أنها القدرة على نقل الرسالة التي ينوي الفرد نقلها، وتعرف اللغة التعبيرية أيضا بأنها تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابتها وهي القدرة على لفظ الكلمة بوضوح.

(المرجع السابق، ص32)

7* مراحل نمو اللغة التعبيرية:

الجدول رقم (1) يبين مراحل نمو اللغة التعبيرية

العمـــــر	نمو اللغة التـــــــعبيرية
شهر واحد	– إصدار أصوات في الأيام الثمانية الأولى. – أصوات حنجرية صغيرة. – الصراخ يتباين اعتمادا على المثيرات المختلفة.
شهـــران	– ينتبه بسهولة لصوت المتكلم. – الاستجابة لصوته والابتسامة الجماعية.
3 أشـــهر	– الضحك بصوت عالي. – الاستمرار بالمناغاة.
4-5 أشـهر	– إعادة كلمة من مقطع واحد والتعبير باللعب عن طريق الأصوات الذاتية. – المناغاة الملفتة والتعبير الصوتي كاستجابة لحب المعرفة والتعبير عن عدم الراحة.
6-12 شـهر	– قول عدة مقاطع ونوع الكلمة وهو الاسم- المعاني المفردة الملموسة أو الحقيقية. – استعمال العديد من الأصوات الكلامية وغير الكلامية بشكل تعبير عشوائي. – البدء بالمضادات مع عمر 9-12 شهر. – الاستمتاع بتقليد الأصوات.

	– ظهور أول كلمة مع عمر 10–12 شهر. – محاولة تسمية الأشياء عندما تستثار مع عمر 11– 12 شهر. – امتلاك 5–8 كلمات مع عمر 12 شهر.
1– 2 سنوات	– امتلاك من 10–20 كلمة مع عمر 18 شهر و200 كلمة مع عمر24 شهرا. – ظهور الصفات والظروف في الكلام مثل: جيد، سيئ، ساخن، بارد.....الخ. – إجراء محادثة تعبيرية وتصريفية وظهور أول شبه جملة. – ظهور أول جملة وأول ضمير مع تمييز جزئي مثل أنا، أنت...الخ
– 2.5/ 3 سنوات	– تسمية أشياء مألوفة في البيئة وطرح أسئلة بسيطة مركزة حول الذات غالبا. – قول الاسم كاملا وإتباع كلام نحوي ذاتي وارتجالي. – البدء باستعمال الأفعال المختصرة وزيادة متسارعة للكلمات حوالي 900 كلمة. – التحدث مع نفسه عندما يلعب الطفل لوحده والحديث عن خبرات فورية.

(إبراهيم زريقات، 2005، ص46)

8*اضطرابات اللغة التعبيرية:

يعرف القاموس الطبي اضطراب اللغة التعبيرية الاضطراب اللغوي التعبيري هو خلل في النمو اللغوي الطبيعي للطفل، يقود إلى ضعف القدرة الإنتاجية اللغوية العامة المتمثلة في صعوبة الحصول على كلمات جديدة، وقصور في تركيب الجمل واختيار الكلمة المناسبة في مكانها المناسب.

إن اضطراب اللغة التعبيرية عبارة عن اضطراب في التواصل، يواجه المصاب به صعوبات في التعبير اللفظي والمكتوب، وهو خلل لغوي خاص يتميز بالقدرة على استخدام لغة تعبيرية منطوقة تصنف على أنها تحت المستوى الملائم للعمر الذهني للشخص، لكن باستيعاب اللغة ضمن المستوى الطبيعي، قد تكون هناك مشاكل تخص المفردات وإنتاج الجمل المركبة وتذكر الكلمات، كما يحتمل أن يكون هناك شذوذ في النطق بالإضافة إنتاج الكلام في الوقت الحاضر، والذي غالبا ما يعاني منه المصاب بهذا الاضطراب، فإنه سيواجه صعوبة في تذكر الأشياء؛ تؤثر هذه المشكلة التي تحدث للذاكرة على الكلام فقط أما الذاكرة غير اللفظية أو التي لا تعتمد على اللغة فإنها لا تتأثر، ويؤثر اضطراب اللغة التعبيرية على العمل والدراسة بطرق متعددة، وعادة ما يتم علاجه بواسطة معالجة نطق خاصة، ولا يتوقع عادة أن يشفى منه الشخص دون علاج، يتعين على من يرعى المصابين بهذا الاضطراب أن يفرقوا بينه وبين غيره من اضطرابات التواصل والخلل في الأعصاب الحسية والحركية، والإعاقة الفكرية والحرمان البيئي، هذه العوامل تؤثر على كلام الشخص وكتابته إلى مدى متوقع، وباختلافات محددة.

(حسن عبد المعطي،2008، ص274)

وتتبلور مشكلات اللغة التعبيرية في ضعف القدرة على استخدام جمل طويلة أو معقدة أو مجردة، وضعف استخدام العبارات والكلمات اللغوية الصحيحة، ضعف إدراك السياق الاجتماعي للغة، وضعف القدرة على متابعة الموضوع واختيار الكلمات الصحيحة، و بالتالي فهي تشمل ضعف مناقشة المفاهيم والمصطلحات والتعبير عن الخبرات والصياغة اللغوية السليمة للأفكار والمعاني.

تتمثل اضطرابات اللغة التعبيرية في امتلاك الطفل مهارة أقل من المعدل الطبيعي مقارنة بنظرائه من العمر نفسه، من حيث نقص المفردات اللغوية وما يرافقها من اضطرابات نطقية للأصوات متمثلة في (الحذف، التشويه، إضافة بعض الأصوات....)، مع الضعف في القدرة على البناء اللغوي السليم للجملة، ووضع الكلمات في الجمل بطريقة صحيحة حيث تعطي الكلمة المعنى الصحيح.(المرجع السابق، ص275)

إن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في اللغة التعبيرية يكونون غير قادرين على التواصل مع الآخرين شفويا، وذلك لكون قدرتهم على استخدام الكلام والكلمات متقطعة فهم يستطيعون التعرف على الأشياء ومدلولاتها، ولكنهم غير قادرين على التعبير عنها شفويا والتي ترد إلى:

أ- صعوبة في اختيار الكلمات والجمل واسترجاعها، والذي يعزى إلى صعوبات في الذاكرة السمعية.

ب- صعوبة في تنظيم استخدام الكلمات والجمل عند التعبير عن أفكارهم، فتبدأ جملهم في الغالب قصيرة وغير مترابطة أو يدخلها الحذف لبعض الكلمات، فالطفل الذي لديه تأخر في اكتساب اللغة التعبيرية، يكتسب نفس التسلسل مثل أقرانه ولكن بشكل بطيء، والعديد من هؤلاء الأطفال لا توجد لديهم إعاقات ويحققون ما حققه أقرانهم في اكتساب اللغة، كما أن بعض الأطفال يكتسبون اللغة في التسلسل الصحيح ولكن ببطء، ويكون صعب عليهم اكتساب تراكيب اللغة المعقدة، فعلى سبيل المثال العديد من الأطفال المتخلفين عقليا لديهم تأخر في اكتساب اللغة التعبيرية إلا أن نموهم اللغوي سيبقى تحت مستوى انجاز أقرانهم العاديين، أو ذوي الذكاء الطبيعي والذين يتطورون ضمن المعدلات المتوقعة.

(المرجع السابق، ص277)

الأطفال الذين لديهم صعوبات في اللغة التعبيرية، نجد لديهم ضعف في إدراك المعاني المجردة والقواعد التي تستخدم لتطبيق واختبار الكلمات، مثل الأفعال المساعدة وأحرف الجر والعطف وغيرها من الكلمات الوظيفية التي تحظى بالتركيز في الكلام، قد يفصلون الأسماء، الأفعال الأولية، الصفات، فهم يظهرون صعوبات في تفسير وإنتاج وتمييز الأعداد، جمع الأسماء، الجنس(الضمائر الشخصية)، الظروف واستعمال الجمل.

وتشير الدراسات إلى أن أسباب اضطرابات اللغة التعبيرية غير معروفة، إذ أنها ترتبط بمجموعة من العوامل النفسية والخارجية المتمثلة في الأسباب العضوية والأسباب البيئية المختلفة .

(نايل أحمد عبد العزيز،2009،ص145)

9* تشخيص اضطرابات اللغة التعبيرية:

يتطلب تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة التعبيرية جهدا كبيرا وشاقا، ويعمل فريق متكامل ومشترك يتألف من معالج النطق والتخاطب، وأخصائي الأعصاب، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والطبيب النفسي نظرا لأهمية اللغة في حياة الفرد من أجل التواصل مع الآخرين والتفاعل مع الحياة اليومية، إضافة إلى تشعب جوانب اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

وتبدأ مرحلة التشخيص بتحديد وجود تباعد ما بين القدرة الحقيقية للفرد والتحصيل اللغوي لديه، والذي يتم من خلال اختبارات نفسية تربوية ذات طابع لفظي وأدائي، وفي المرحلة الثانية نصف بدقة المجالات التي يعاني فيها الطفل من صعوبة لغوية، هل هي في الجانب التعبيري أم الجانب الاستقبالي أم في الجانب التكاملي.

ويمكن تشخيص الطفل من خلال عرض مجموعة من الأشياء المألوفة لديه أمامه ثم نسأله عنها، فإذا فشل في تسمية هذه الأشياء المعروضة أمامه فقد يكون يعاني من صعوبات تعبيرية وخاصة إذا اهتدى إليها عندما يطلب منه، مثلا حمل الكتاب الموجود بين هذه الأشياء المعروضة أمامه (الاختبارات الأدائية) مما يؤكد أن لغته الاستقبالية سليمة، وهو مدرك لما هو مطلوب لكنه غير قادر على التعبير، بينما إذا فشل الطفل في الإشارة إلى الأشياء المألوفة فإن هذا يدل على وجود مشكلات في اللغة الاستقبالية وإذا فشل الطفل في بناء تراكيب وجمل لغوية سليمة فقد يشير ذلك إلى صعوبة في تسلسل وترتيب الكلمات (اللغة التكاملية).

وفي المرحلة الثالثة نقوم بعملية تقييم للعوامل الجسمية أو النفسية والتي عادة تتم من خلال التأكد من:

1- سلامة القناة السمعية ذات الصلة الكبرى بعملية تعلم اللغة، و تعلم الأصوات يعتمد أساسا على حاسة السمع وفيها يتم تحويل الطفل إلى أطباء ذوي الاختصاص (أذن، أنف، حنجرة) وذلك للتأكد من سلامة أعضاء النطق.

2- تقاس القدرات العقلية الإدراكية للتأكد من أن الطفل لا يعاني من إعاقة عقلية أو صعوبات تعلم.

3- سلامة انتباه الطفل وهل يعاني من مشكلات في الانتباه أم لا، لأن تشتت الانتباه عندهم يسبب لهم تأخرا في بناء النظام اللغوي لديهم.

4- سلامة التمييز السمعي لأن تعلم اللغة يستدعي التمييز ما بين أصواتها اللغوية.

5- سلامة الذاكرة السمعية فضعف الذاكرة السمعية يسبب تأخرا في اكتساب اللغة نظرا لضعف هذه الذاكرة.

6- قدرة الطفل على الربط ما بين الكلمات والمواضيع لعلاقتها بتعلم الرموز اللغوية.

من خلال جمع هذه المعلومات التشخيصية يمكن الافتراض بوجود مشكلات تحول دون اكتساب اللغة، ثم نبدأ بتحديد هذه المشكلات من أجل معالجتها، لأن البرنامج العلاجي الناجح هو الذي يوجه نحو المشكلات الحقيقية مما يوفر الجهد والوقت ويساعد الطفل في التغلب على مشكلته.

(المرجع السابق، ص283)

10*خصائص النمو اللغوي لدى المصابين بمتلازمة داون:

إن اللغة مهمة، خاصة بالنسبة للمصابين بعرض داون وتشكل عائقا أمام المراحل التشخيصية العلاجية لذا يستلزم قراءة علامات التواصل غير الشفهية بأكثر دقة وصعوبات التعلم الشفهية التي يجدها المصابون بعرض داون ونجدها بدرجات مختلفة وتمس كل مكونات اللغة.

- الصوتي (phonétique)
- المفرداتي (lexical)
- الدلالي (sémantique)
- المورفولوجي (morphologique)
- البرجماتي (pragmatique)

كما نجد لدى المصابين بعرض داون اضطرابات في ذاكرة العمل وهذا ما يعقد عملية تعلم اللغة بالنظر إلى:

- انخفاض مدى المحفوظية، أي ما يستوعب في الذاكرة في لمحة واحدة سمعية وصوتية2 إلى 3 وحدات حتى سن 7 إلى 8 سنوات.

- غياب أو نقص في السياقات النطقية للتحكم.

- ضعف في التحكم التنفيذي.

وحسب عدد من العلماء فإن تطور اللغة عند الطفل المصاب بعرض داون تمر بثلاثة مراحل:

1- المرحلة قبل اللغوية: حيث لغة الكلام لم تظهر بعد، لكن في هذه الفترة يتم تطور مظاهر أخرى للاتصال كالإكتسابات القاعدية الضرورية لاستقرار اللغة.

2- مرحلة اللغة: وفيها يتم تطور أكبر واستخدام الاكتسابات القاعدية الضرورية لاستقرار اللغة.

3- لغة الطفل والمراهق المصاب بعرض داون: وهي الفترة الخاصة بالتطور اللغوي ما بعد سن 5-6 سنوات حتى سن الرشد.

يؤدي التخلف العقلي عادة إلى التأخر في النمو بشكل عام والنمو اللغوي بشكل خاص، ويرجع العلماء السبب في ذلك التأخر إلى النمو اللغوي بالقدرات العقلية للفرد، وبما أن الطفل المعاق عقليا يتأخر نموه العقلي فإن لغته لن تتطور بشكل طبيعي.

كما أن القصور العقلي يؤثر سلبا في كيفية التعامل مع ما هو مستقبل من قبل الآخرين، وبعبارة أخرى أن الطفل المعاق عقليا لا يعالج اللغة في ذهنه كما هو الحال بالنسبة للطفل العادي، الأمر الذي يؤدي إلى تأخر اللغة عنده.

وتظهر الاضطرابات اللغوية بوضوح لدى الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية، على شكل اضطرابات في المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية . (حمدان خالد،2013، ص98)

خلاصة الفصل :

يؤدي الخلل الكروموزومي بالنسبة لطفل متلازمة داون إلى التأثير سلبا على نمو المخ و نمو الجسم عموما مما يترتب عليه قصور في الأداء الوظيفي العقلي و بطء في نمو هؤلاء الأطفال في الجوانب المختلفة مقارنة بأقرانهم العاديين من نفس عمرهم كما تتأثر قدراتهم و مهاراتهم المختلفة و اللغة بدرجة خاصة لأنها أساس التواصل مع الآخرين بالإضافة إلى السمات الجسمية المميزة المميزة لهم، كما ينتج عنه مشاكل صحية مما يجعلهم في حاجة الى رعاية طبية و تعليمية في إطار مراكز التربية الخاصة و توجيههم مهنيا عند وصولهم مرحلة المراهقة و تأهيلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم مع ظروفهم بشكل عام .

الجانب الميداني

الفصل الرابع:إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

3- الدراسة الاستطلاعية

4- أدوات الدراسة

5- عينة الدراسة و خصائصها

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم مراحل البحث بعد التطرق للجانب النظري من إشكالية و دراسات سابقة، و بعد التناول لمتغيرات الدراسة من جميع نواحيها، وفي هذا الفصل والذي يعتبر تكملة للفصل السابق بصفة خاصة و لبحثنا بصفة عامة، فقد حاولنا تحديد أهم الوسائل والأدوات المستعملة ، مرورا بالتفاصيل التي توضح المنهج المناسب لدراستنا إضافة إلى حدود الدراسة الزمنية والمكانية، و التعريف بعينة البحث و الدراسة الاستطلاعية، إضافة إلى الأسلوب الإحصائي المستخدم .

1* منهج الدراسة:

يمكن تعريف المنهج بأنه الطريق الذي يسلكه الباحث للتعرف على الظاهرة المراد دراستها، ونظرا لطبيعة دراستنا الحالية فان المنهج الملائم هو المنهج السببي المقارن.

و يقوم هذا المنهج على معرفة كيف و لماذا تحدث الظواهر من خلال مقارنتها مع بعضها البعض من حيث أوجه الشبه و الاختلاف، و ذلك من أجل التعرف على العوامل المسببة لحادث أو ظاهرة معينة و الظروف المصاحبة لذلك، و الكشف على الروابط و العلاقات أو أوجه الشبه و الاختلاف بين الظواهر .

(عليان و غنيم، 2000، ص 56)

2* حدود الدراسة :

الإطار الزمني :

تم إجراء الدراسة الميدانية ابتداء من 2016/04/03 إلى غاية 2016/05/02

الإطار المكاني :

تم إجراء الدراسة بالجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للمصابين بالتريزوميا الواقعة بمدينة تيارت. يوجد بالجمعية 47 طفل تتراوح أعمارهم بين 03 أشهر– 17 سنة، و تعتمد الجمعية على النظام الخارجي، ويزاولون الدراسة من الساعة الثامنة صباحا إلى الساعة الحادية عشر، و مساء من الساعة الواحدة إلى الساعة الرابعة؛ ويضم قسم التحضيري 16 طفل و القاعة النفسية الحركية 16 طفل و15 حالة لديهم كفالة مرة في الأسبوع لمدة 45 دقيقة .

و تضم الجمعية مختصة أرطوفونية و مختصة نفسانية و أربعة مربيات .

حيث تقوم المختصة الأرطوفونية و المربيات والأخصائية النفسانية باجتماع من أجل تحديد الأفواج حسب القدرات الخاصة بكل طفل، بالإضافة إلى السلوك الاجتماعي .

و الهدف الرئيسي للجمعية هو دمج الأطفال في أقسام خاصة في المدارس العادية.

3* الدراسة الاستطلاعية:

قبل شروعنا في الإجراءات الميدانية لدراستنا قمنا بدراسة استطلاعية بغية اختيار العينة التي تتوافق وبحثنا، حيث قمنا بزيارة كل من المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا، جمعية الأطفال المعوقين ذهنيا و الجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للمصابين بالتريزوميا المتواجدون بمدينة تيارت، و ذلك لاختيار 06 حالات ممن خضعوا للتدخل المبكر، و 06 حالات لم يخضعوا للتدخل المبكر، حيث وجدنا العينة المناسبة في الجمعية الوطنية للإدماج المدرسي والمهني للمصابين بالتريزوميا أين قمنا بتطبيق دراستنا الحالية .

4* أداة الدراسة :

الاختبار الجديد للغة N-EEL :

هو رائز فرنسي أعدته الباحثة" شوفري ميللر" أعيد النظر فيه عام 1985، يطبق على الأطفال لقياس وتقييم كل مكونات اللغة من الجانب الاستقبالي والتعبيري.

البطارية تحتوي على 17 اختبار فرعي بهدف تقييم كل مكونات اللغة الرسمية أي في كل مكونات اللغة الصوتية، المعجمية، المورفو- نحوية وهذا في جانب الاستقبال والتعبير.

يتكون من شكلين:

شكل P يطبق على الأطفال الصغار من 3-6 سنوات.

شكل G يطبق على الأطفال الأكبر سنا من 6-8 سنوات.

الاختبارات الفرعية التي تشكل الاختبار الجديد للغة N-EEL، تهدف لاستكشاف مكونات اللغة المختلفة وقدرات الأطفال في تطوير اللغة الشفوية و تعلم اللغة المكتوبة.

و قد تمّ اختيار 3 اختبارات فرعية من الجانب التعبيري .

أ -بند الإنتاج النطقي (الفونولوجي): و يتكون من 49 صورة + تسمية 11 عضو من جسم الإنسان. (أنف، سن، أصبع، يد، قدم، رأس، رجل، فم، مرفق، السبابة، الشعر).

يطبق على نحوين:

-الأول التسمية :نشير إلى عضو من أعضاء جسمنا أو جسم الطفل و نطلب منه تسميته، ثم نظهر للطفل الصورة ونطلب منه أن يذكر اسم الشيء الموجود في الصورة.

-الثاني التكرار :إذا لم يستطع الطفل تسمية الشيء الموجود في الصورة، نسميه نحن ونطلب منه إعادته.

ب -بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي : و يتكون من 36 صورة تمثل أشياء ملموسة .

يطبق على نحوين:

التسمية المباشرة :حيث يطلب منه أن يسمي ما يوجد في الصورة بدون مساعدة.

التسمية المبدئية :إذا لم يستطع الطفل أن يسمي مباشرة، يطلب منه أن يسمي ما يوجد في الصورة ونساعده بقولنا الحرف الأول من الكلمة.

ج- بند سرد القصة: و يتكون من 5 بطاقات تعبر عن قصة طفل سقط في الوحل وذهب ليستحم، وعلى الطفل أن يحكي لنا قصة من خلال تلك الصور.

كيفية تنقيط الاختبار:

أ -**تنقيط بند الإنتاج النطقي الفونولوجي** :يتم تنقيط الاختبار حسب إجابات الطفل، فيأخذ نقطتين إذا كانت إجابته صحيحة نطقا، و يأخذ نقطة إذا كانت إجابته قريبة من النطق الصحيح، ويأخذ صفر إذا كانت إجابته خاطئة نطقا.

ب- تنقيط بند التعبير والثراء المعجمي: يتم تنقيط البند حسب إجابات الطفل، فيأخذ نقطتين إذا كانت إجابته صحيحة، ويأخذ نقطة إذا كانت إجابته قريبة من الإجابة الصحيحة، ويأخذ صفر إذا كانت إجابته خاطئة .

ج – **تنقيط بند القصة** : يتم تنقيط البند حسب إجابات الطفل، فيأخذ نقطتين إذا كان تعبيره عن الصورة جيدا، و يأخذ نقطة إذا كان تعبيره متوسط، ويأخذ صفر إذا كانت إجابته خاطئة أو لم يعبر عن الصورة.

5* مجموعة الدراسة و خصائصها :

سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية بضبط العينة التي تشملها الدراسة، حيث تتكون مجموعة البحث من 12 طفلا مصابين بمتلازمة داون من كلا الجنسين، تتراوح أعمارهم بين 6–8 سنوات، اختيروا بطريقة قصدية، لديهم إعاقة ذهنية خفيفة و هم مقسمين إلى مجموعتين، المجموعة الأولى خضعت للتدخل المبكر لمدة ثلاث سنوات، و المجموعة الثانية لم تخضع للتدخل المبكر، فتوفرت لدينا الحالات التالية :

الجدول رقم 2 يبين خصائص مجموعة البحث الأولى :

الحالة	العمر	الجنس	تاريخ الالتحاق بالجمعية
الحالةع.ن	06 سنوات و شهرين	ذكر	2013
الحالة ع.أ	06 سنوات و 10أشهر	ذكر	2013
الحالة أ.ه	07 سنوات و 05أشهر	أنثى	2013
الحالة أ.ر	07 سنوات و09 اشهر	ذكر	2013
الحالة س.س	07 سنوات و 11شهرا	أنثى	2013
الحالة م.ج	08 سنوات و 09أشهر	أنثى	2013

الجدول رقم 3 يبين خصائص مجموعة البحث الثانية :

الحالة	العمر	الجنس	تاريخ الالتحاق بالجمعية
الحالة ح.ز	06 سنوات و 05أشهر	ذكر	2015
الحالة ك.د	06 سنوات و 11أشهر	ذكر	2015
الحالة م.ع	07 سنوات و 07أشهر	أنثى	2015
الحالة ع.م	08 سنوات و 03أشهر	أنثى	2015
الحالة ل.ي	08 سنوات و 06أشهر	ذكر	2015
الحالة ب.ل	08 سنوات و 10أشهر	أنثى	2015

6* الأساليب الإحصائية المستخدمة :

إن الهدف من استخدام الوسائل الإحصائية هو التوصل إلى مؤشرات تساعدنا في تحليل و تفسير النتائج ، فبعد مرحلة التطبيق الميداني تم تفريغ بيانات الاختبار الجديد للغة N-EEL، حيث تم استخدام اختبار الرتب " مان ويتني " بدلا من اختبار "ت" لأنه يستعمل في العينات الصغيرة .

الفصل الخامس: عرض النتائج و تفسيرها

تمهيد

1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة

2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

3- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

4- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

5- الاستنتاج العلم

تمهيد:

انتهينا في فصلنا هذا إلى عملية مهمة في الجانب الميداني من الدراسة، هذه العملية هي عرض و تحليل النتائج، حيث سنتناول في هذا الفصل عرض و مناقشة النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق أداة البحث المتمثلة في الاختبار الجديد للغة، و سيتم عرض النتائج تبعا لفرضيات الدراسة، كما حاولنا إعطاء مجموعة من التفسيرات التي رأينا أنها ضرورية للحكم على نتائج الدراسة، فهي تبحث في مجموعة الأسباب المحتملة لهذه النتائج ومن ثم وضع الاستنتاج العام الذي يتناول كلما توصلنا إليه من نتائج البحث

1* عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة :

فيما يتعلق بالفرضية العامة و التي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة"

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام الاختبار الجديد للغة و معالجة النتائج إحصائيا بواسطة برنامج spss ،و دراسة الفروق باختبار "مان ويتني " البديل لاختبار "ت" و منه تم التوصل إلى النتائج التالية :

الجدول رقم 4 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في الاختبار الجديد للغة.

	الحالةع.ن	الحالة ع.أ	الحالة أ.هـ	الحالة أ.ر	الحالة س.س	الحالة م.ج
المجموعة الأولى	110	142	154	158	167	173

الجدول رقم 5 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة.

	الحالة ح.ز	الحالة ك.د	الحالة م.ع	الحالة ع.م	الحالة ل.ي	الحالة ب.ل
المجموعة الثانية	76	83	87	95	98	107

الجدول رقم 6 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة.

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة z	الدلالة الاحصائية
المجموعة الاولى	6	150.66	22.624	-2.882	0.004
المجموعة الثانية	6	91	11.189		

نلاحظ من نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة z تساوي -2.882 عند مستوى الدلالة 0.004 و هي أقل من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي فإننا نقبل الفرضية البديلة و نرفض الفرضية الصفرية ، أي أن قيمة z دالة إحصائيا .

ومنه تحققت الفرضية العامة أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى والمجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة .

يمكن تفسير هذه النتيجة إلى تأثير التدخل المبكر الذي أدى إلى تحقيق نتائج جيدة في الاختبار لصالح المجموعة الأولى.

2* عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

فيما يتعلق بالفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في الاختبار الجديد للغة ".

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام بند الإنتاج النطقي من الاختبار و معالجة النتائج المتحصل عليها إحصائيا بواسطة اختبار "مان ويتني " و تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 7 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ع.ن	الحالة ع.أ	الحالة أ.ه	الحالة أ.ر	الحالة س.س	الحالة م.ج
المجموعة الأولى	112	91	101	102	70	108

الجدول رقم 8 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ح.ز	الحالة ك.د	الحالة م.ع	الحالة ع.م	الحالة ل.ي	الحالة ب.ل
المجموعة الثانية	34	55	56	60	64	71

الجدول رقم 9 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة.

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةz	الدلالة الاحصائية
المجموعة الأولى	6	97.33	15.175	−2.722	0.006
المجموعة الثانية	6	56.67	12.549		

نلاحظ من نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة z تساوي 2.722− عند مستوى الدلالة 0.006 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي فإننا نقبل الفرضية البديلة و نرفض الفرضية الصفرية ، أي أن قيمة z دالة إحصائيا و منه تحققت الفرضية ، أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند الإنتاج النطقي للاختبار الجديد للغة".

يمكن أن نفسر هذه النتيجة إلى تأثير التدخل المبكر لدى المجموعة الأولى في تحسن في الإنتاج النطقي مقارنة بالمجموعة الثانية.

3* عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

فيما يتعلق بالفرضية الجزئية التي تقول أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند التعبير وتقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة . و للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي من الاختبار و معالجة النتائج المتحصل عليها إحصائيا بواسطة اختبار"مان ويتني" و تم التوصل إلى النتائج التالية :

الجدول رقم 10 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ع.ن	الحالة ع.أ	الحالة أ.هـ	الحالة أ.ر	الحالة س.س	الحالة م.ج
المجموعة الأولى	50	50	50	50	40	57

الجدول رقم 11 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ح.ز	الحالة ك.د	الحالة م.ع	الحالة ع.م	الحالة ل.ي	الحالة ب.ل
المجموعة الثانية	22	28	30	34	34	34

الجدول رقم 12 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة.

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة z	الدلالة الاحصائية
المجموعة الأولى	6	49.5	5.431	−2.956	0.003
المجموعة الثانية	6	30.33	4.802		

نلاحظ من نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة z تساوي 2.956− عند مستوى الدلالة0.003 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 و بالتالي فإننا نقبل الفرضية البديلة و نرفض الفرضية الصفرية ، أي أن قيمة z دالة إحصائيا ومنه تحققت الفرضية ، أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند التعبير و تقييم الثراء المعجمي للاختبار الجديد للغة " .

يمكن أن نفسر النتيجة بتأثير التدخل المبكر لدى المجموعة الأولى إلى زيادة عدد المفردات و الكلمات وتنشيط الجانب التعبيري ، بالإضافة إلى زيادة الرصيد اللغوي .

4* عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

فيما يتعلق بالفرضية الجزئية الثالثة و التي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة" .

و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام بند سرد القصة من الاختبار و معالجة النتائج المتحصل عليها إحصائيا بواسطة اختبار "مان ويتني " و تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم 13 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الأولى في في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ع.ن	الحالة ع.أ	الحالة أ.هـ	الحالة أ.ر	الحالة س.س	الحالة م.ج
المجموعة الأولى	4	1	3	3	1	8

الجدول رقم 14 يبين النتائج الخام لمجموع درجات المجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة.

	الحالة ح.ز	الحالة ك.د	الحالة م.ع	الحالة ع.م	الحالة ل.ي	الحالة ب.ل
المجموعة الثانية	0	0	1	1	0	2

الجدول رقم 15 يبين دلالة الفروق بين درجات المجموعة الأولى والمجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة.

	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة z	الدلالة الاحصائية
المجموعة الأولى	6	3.33	2.581	-2.303	0.02
المجموعة الثانية	6	0.66	0.816		

نلاحظ من نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة z تساوي 2.303- عند مستوى الدلالة 0.02 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ، و بالتالي فإننا نقبل الفرضية البديلة و نرفض الفرضية الصفرية. أي قيمة z دالة إحصائيا و منه تحققت الفرضية البديلة أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية في بند سرد القصة للاختبار الجديد للغة .

يمكن أن نفسر النتيجة بتأثير التدخل المبكر لدى المجموعة الأولى و دوره في تنمية قدرتهم على سرد القصة و التي تعتبر صعبة ، إلا أن تدريبهم في سن مبكرة ساعدهم في تنمية مهارات سرد القصة مقارنة بالذين لم يخضعوا للتدخل المبكر و التي كانت نقاطهم متدنية خاصة في هذا البند .

الاستنتاج العام:

لقد هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على دور التدخل المبكر في تنمية اللغة التعبيرية لدى أطفال متلازمة داون، و قد تم استخدام اختبار الرتب" مان ويتني" للتأكد من وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات المجموعتين الأولى و الثانية، وتحصلنا على مجموعة من النتائج تم تفسيرها في ضوء التراث النظري المتاح و الدراسات السابقة المتوفرة، و يمكن إجمال ما انتهت إليه الدراسة فيما يلي :

انطلاقا مما سبق أظهرت نتائج الفرضية العامة التي تنص على "أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في "الاختبار الجديد للغة ".

قد جاءت النتيجة مؤيدة لهذه الفرضية، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى ودرجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في " الاختبار الجديد للغة ".

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي من "الاختبار الجديد للغة" . حيث جاءت النتائج مؤيدة لهذه الفرضية و وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند الإنتاج النطقي.

و في الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند التعبير و الثراء المعجمي في "الاختبار الجديد للغة".

حيث جاءت النتائج مؤيدة لهذه الفرضية و وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند التعبير و الثراء المعجمي في "الاختبار الجديد للغة".

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة و التي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند سرد القصة في "الاختبار الجديد للغة".

حيث كانت النتائج مؤيدة لهذه الفرضية و وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الأولى و درجات المجموعة الثانية لصالح المجموعة الأولى في بند سرد القصة في "الاختبار الجديد للغة".

ويمكن تفسير هذه النتيجة أو إرجاعها إلى تأثير المتغير المستقل وهو التدخل المبكر الذي أدى إلى تحسن ملحوظ في الإنتاج النطقي لدى المجموعة الأولى، كما أدى إلى زيادة عدد المفردات و تنمية التعبير لديهم، أما فيما يخص سرد القصة فقد وجدت فروق طفيفة بين المجموعتين و هذا راجع لصعوبة الأمر عليهم، و هو عدم قدرة أطفال متلازمة داون على سرد حكاية، و يعود سبب ذلك أن هذا الأخير لا يمتلك القدرة على ربط الأحداث مع بعضها البعض بطريقة متسلسلة بسبب النسيان و عدم القدرة على استخدام الأفعال بطريقة صحيحة؛ حيث يحتاج تدريب أطفال متلازمة داون إلى وقت طويل بحكم إعاقتهم.

و تتفق النتيجة التي توصلنا إليها في دراستنا مع النتيجة التي توصل إليها (هوشير) و التي توصلت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية أظهروا تحسنا ملحوظا في أنماط الكلام المبكر والتعبيرات اللفظية، و من هنا تتضح فاعلية التدخل المبكر لدى الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية من خلال الأمهات .

و لم تتفق مع دراسة (سيلجيا بايريل 1988) بعنوان فاعلية استخدام اللعب كأحد أشكال التدخل المبكر لحالات الإعاقة الذهنية، حيث وجدنا تباين بين النتائج و استجابات الطفل، الأمر الذي يرجع إلى الرعاية الوالدية، كما أشارت النتائج إلى وجود فقر شديد في محتوى اللعب و اقتصار اللعب على الجانب الحركي، حيث لم تكن تخدم حدوث ارتقاء و تطور عمليات التآزر و النمو الحركي.

و إذا اعتبرنا البرامج المطبقة كنوع من التدخل المبكر فان دراستنا توافقت مع دراسة "سماح نور محمد وشاحي 2003"، و التي وضعت برنامجا للتدخل المبكر لتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، و تعرفت على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال و منع تدهور نموهم العقلي، وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية برنامج التدخل المهني في تحسين مجالات النمو المختلفة لأطفال متلازمة داون.

و دراسة "سهير محمد توفيق 2006" بعنوان مدى فعالية برنامج "بورتاج" في التنمية اللغوية و المعرفية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة ممن يعانون من عرض داون، وقد توصلت الدراسة إلى استجابة بعض الوظائف اللغوية و المعرفية لدى الأطفال قبل و بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي؛ ودراسة (كاميرون 2007) التي توصلت إلى أن خدمات بورتاج كانت مساعدة للأطفال ذوي متلازمة داون .

من خلال العرض السابق لتحليل و تفسير نتائج الدراسة نستنتج أن التدخل المبكر كان فعالا في تنمية اللغة التعبيرية لدى المجموعة الأولى، و هذا راجع لأهمية السنوات الأولى من عمر الطفل الذي يكتسب و يتعلم نتيجة التدريب و التكفل من جميع النواحي (الطبي–النفسي–الأرطوفوني)، حيث ظهرت فروق واضحة بين الأطفال الذين خضعوا للتدخل المبكر و الذين لم يخضعوا للتدخل المبكر في الجانب اللغوي، من خلال تحسن الإنتاج النطقي و ثرائهم المعجمي، بالإضافة إلى تحسنهم في سرد القصة و الحوار مع الآخرين و هذا ما يبين أهمية التدخل المبكر.

خاتـــمة

خاتمة:

لقد تعددت البحوث حول الإعاقة الذهنية بصفة عامة و متلازمة داون بصفة خاصة حيث تنوعت الدراسات بتغير المتغيرات المراد دراستها، إلا أن هاته الدراسات لم توفي متطلبات هذه الفئة و التي تحتاج إلى رعاية خاصة في مختلف جوانب الحياة، كما أن أغلب الدراسات طبقت بعد سن السادسة، أي بعد مرور السنوات التي من المفترض أن تستغل لكونها مرحلة مهمة لتنمية و تحفيز قدرات الطفل، و هنا تكمن أهمية الدراسة التي قمنا بها و التي تتمحور حول التدخل المبكر و دوره في تنمية اللغة عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون، لهذا وجب الاهتمام بهذه الفئة عن طريق التدخل المبكر من أجل تمكينهم من التأقلم و الاندماج مع أقرانهم من الأطفال العاديين .

و قد أبرزنا في دراستنا هذه أهمية الدخل المبكر و أثره الايجابي لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون، و يمكن أن تساهم هذه الدراسة في فتح آفاق مستقبلية للعناية بهذه الفئة من خلال توسيع العينة لتكون النتائج أكثر دقة و موضوعية .

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1* قائمة المراجع العربية:

1- إبراهيم عبد الله الزريقات، **الإعاقة السمعية**، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2003 .

2- أحمد زكي صالح، **علم النفس التربوي**، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر، 1988.

3- الزريقات إبراهيم ، **التدخل المبكر النماذج و الإجراءات**، ، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان، 2009.

4- الميلادي عبد المنعم عبد القادر، **من ذوي الاحتياجات الخاصة المعاقون ذهنيا**، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية للنشر، 2004.

5- الملق سعود بن عيسى ناصر، **متلازمة داون أكثر الإعاقات الذهنية تزايدا في العالم**، الحقائق: دليل الأسرة و المهنيين، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، الطبعة الثانية، الرياض، 2001 .

6- التركي يوسف، **تربية و تعليم التلاميذ الصم وضعاف السمع**، الطبعة الأولى، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2005.

7- انشراح المشرفي، **سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، الطفل المعاق عقليا سلوكه-مخاوفه**، الإسكندرية، مؤسسة حورس، 2007 .

8- انشراح المشرفي، **الاكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة**، كلية رياض الأطفال، مؤسسة حورس للنشر و التوزيع، الإسكندرية،2008 .

9- خالد عبد الرزاق السيد، **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، القاهرة، دار وائل للنشر، 2002.

10- جامعة الأزهر، **الأطفال في الإسلام رعايتهم و نموهم و حمايتهم**، بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2005.

11- جمال الخطيب و منى الحديدي، **التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان الأردن، ب س.

12- جمال الخطيب و منى الحديدي، **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الثانية، مكتبة الفلاح، العين، 2004.

13- زينب محمود شقير، **خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة-الدمج الشامل-التدخل المبكر-التأهيل المتكامل**، القاهرة، جامعة طنطا،2002.

14- سماح نور محمد وشاحي، **التدخل المبكر و علاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون- دراسة ارتقائية**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة، 2003 .

15- سهير محمد توفيق، **مدى فاعلية برنامج بورتاج في التنمية اللغوية المعرفية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة ممن يعانون من أعراض داون**، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس القاهرة، 2006 .

16- سوروفي، **ذوو الاحتياجات الخاصة في المراحل الدراسية المبكرة**، ترجمة خالد العامري، القاهرة، دار الفاروق للنشر و التوزيع، 2007 .

17- عبد الرحيم اللبان، **تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر المقدم للأطفال ذوي متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة في غزة من وجهة نظر الأهل**، رسالة ماجستير في علوم التأهيل غير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، 2006 .

18- عبد الرقيب أحمد البحيري، **برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقليا في ضوء نموذج الدعم I28 (LEP)** ، المؤتمر السنوي التاسع عشر لعلم النفس في مصر و المؤتمر العربي الحادي عشر لعلم النفس، برنامج المؤتمر و ملخصات الأبحاث، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 29 جانفي 2003 .

19- عبد الله عادل محمد، **الإعاقات العقلية**، دار الرشاد للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 2004.

20- عبد المطلب أمين القريطي، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار الفكر العربي، 2005 .

21- فؤاد أبو حطب و أمال صادق، **علم النفس التربوي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الرابعة، 2002 .

22- كمال إبراهيم مرسي، **مرجع التخلف العقلي**، الكويت، دار القلم، 2006.

23- محمد عبد المومن حسين، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتربيتهم**، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، 1986 .

24- نايل أحمد العزيز و آخرون، **النمو اللغوي و اضطرابات النطق و الكلام**، عالم الكتب الحديث، عمان، 2009

25- نجدة إبراهيم علي سليمان، معهد العلوم التربوية، **مجلة العلوم التربوية، عدد خاص عن التربية الخاصة**، 2002.

26- نجوى عبد المجيد محمد، **دورة تدريبية في الوراثة و التدخل المبكر للطفل المنغولي**، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية، القاهرة

27- هالاهان دانيل و كوفمان جيمس، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين و تعليمهم مقدمة في التربية الخاصة**، ترجمة عادل محمد، الطبعة الأولى، ، دار الفكر، عمان،2008 .

28- هدى الناشف، **استراتيجيات التعلم و التعليم في الطفولة المبكرة**، القاهرة، دار الفكر العربي، 2007.

29- هند امبابي، **التخاطب و اضطرابات النطق و الكلام**، جامعة القاهرة، مركز التعليم المفتوح، 2010.

2* قائمة المراجع الأجنبية

30- Cameron, **family nouvellement in assessment and intervention**, perception of Professional and parents in sweden, exceptionnel children, 2007, p 520 .

31- Cichetti ET Beeghly, **an organization approach to study of Down syndrome**, Ed children with Down syndrome, 1990.

32-Chapman, **language development in children and adolescent with Down syndrome**, Ed handbook of child language oxford England, 1995.

33- Fewell et Rebecca, **programme évaluation finding of an intensive early intervention**, American journal on mental retardation.

34- Hamil dmitrierv, **cognition and the acceleration and maintenance of developmental dated**, Down's syndrome, papers and an abstract for professional, 2005, p 32.

35- Haward, **mental retardation**, Ed encyclopédie of psychologie ,1999.

36- Hopman ET Nothnahle, **early vocabulary of normal and developmentally deleted infants**, poster session presented at the annual meeting of the society for pediatric research, 1994.

37- Mallet et Lambrune, **le mongolisme, trisomie 21**, j.b bailliere et fils, Paris, 1967.

38-Miler, **Development of speech and language in children with Down syndrome**, Ed Down syndrome, advanced in medical care, New York.

39- Rondal et Lambert, **question et réponses sur le mongolisme**, Ed mardaga, 1982.

40-Rondal, **trouble du langage**, édition pierre mardaga, Bruxelles, 1985.

***3 مواقع الإنترنيت:**

41- www.golfkids.com

42- www.thearc.org.1990

قائمة الملاحق

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
HypoGenPEC	6	110,00	173,00	150,6667	22,62447
HypoGenSans	6	76,00	107,00	91,0000	11,18928
N valide (listwise)	6				

Rangs

	Groupes	N	Rang moyen	Somme des rangs
HypoGen	1,00	6	9,50	57,00
	2,00	6	3,50	21,00
	Total	12		

Test[a]

	HypoGen
U de Mann-Whitney	,000
W de Wilcoxon	21,000
Z	-2,882
Signification asymptotique (bilatérale)	,004
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,002[b]

a. Critère de regroupement : Groupes

b. Non corrigé pour les ex aequo.

الملحق رقم 2 : نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الأولى

Rangs

	Groupes	N	Rang moyen	Somme des rangs
Hypo01	1,00	6	9,33	56,00
	2,00	6	3,67	22,00
	Total	12		

Test[a]

	Hypo01
U de Mann-Whitney	1,000
W de Wilcoxon	22,000
Z	-2,722
Signification asymptotique (bilatérale)	,006
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,004[b]

a. Critère de regroupement : Groupes

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Hypo1PEC	6	70	112	97,33	15,175
Hypo1Sans	6	34	71	56,67	12,549
N valide (listwise)	6				

الملحق رقم 3 : نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Hypo02	12	39,9167	11,13927	22,00	57,00
Groupes	12	1,5000	,52223	1,00	2,00

Rangs

	Groupes	N	Rang moyen	Somme des rangs
Hypo02	1,00	6	9,50	57,00
	2,00	6	3,50	21,00
	Total	12		

Test[a]

	Hypo02
U de Mann-Whitney	,000
W de Wilcoxon	21,000
Z	-2,956
Signification asymptotique (bilatérale)	,003
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,002[b]

a. Critère de regroupement : Groupes

b. Non corrigé pour les ex aequo.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Hypo3PEC	6	1,00	8,00	3,3333	2,58199
Hypo3Sans	6	,00	2,00	,6667	,81650
N valide (listwise)	6				

Rangs

	Groupes	N	Rang moyen	Somme des rangs
Hypo03	1,00	6	8,83	53,00
	2,00	6	4,17	25,00
	Total	12		

Test[a]

	Hypo03
U de Mann-Whitney	4,000
W de Wilcoxon	25,000
Z	-2,303
Signification asymptotique (bilatérale)	,021
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,026[b]

a. Critère de regroupement : Groupes

b. Non corrigé pour les ex aequo.