

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم - الجزائر
كلية العلوم الاجتماعية
شعبة الأطفونيا



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر
تخصص أمراض اللغة والتواصل
موسومة بـ

اقتراح برنامج لتقييم الأبرا كسيا الفمية الوجيهة
عند المصاب بحبسة بروكا

دراسة ميدانية بالمركز الصحي للمتابعة النفسية والأطفونية
للاضطرابات النمائية العصبية - حي 800 مسكن مستغانم

تحت إشراف الأستاذ:
د. حولة محمد



من إعداد الطالبة:
هني حياة

السنة الجامعية: 2022-2023



كلمة شكر

بعد السجود لله أشكره على حسن توفيقه لي في شقه طريقه العلم وإتمام هذا العمل المتواضع.

أتقدم بالشكر الجزيل والثناء العطر إلي:

الأستاذ المؤطر "هولت محمد" على مساعدته لي والنصائح القيّمة والإرشادات التي قدمها لي طوال المشوار الدراسي.

كما أشكر المشرفة المختصة الأطفونيات "عبود يسرى ايناس" التي رافقتني طوال فترة التبرص وكانت لي سندا في نجاح هذه الدراسة.

وكذلك أشكر كل من لم يبخل عليّ من قريبه أو بعيد ولو بكلمة طيبة.

شكرا لكم جميعا

اهداء

لى كل من تقف عندهم كل عبارات الحب والاحترام والتقدير ولا أودا فيهمم حقهمم.
لى من تعبوا وسهر الليالي من أجلي وسجدوا للمولى عز وجل راجين أن أتمكن من تحقيق آمالي وأحلامي.

"الوالدين العزيزين"

لى صاحب السيرة العطرة والفكر المستنير فلقد كان له الفضل الأول لى ما وصلت إليه.

لى روح روجى "زوجى العزيز"

لى أولادى نور عيني وراعية الله أن يصلوا بدورهم لى أعلى مستويات العلم والمعرفة.

"نسمة، بشرى، محمد رياض"

لى منبع المحبة والعطاء إخوتى وأخواتى وأبناءهم وفقهم الله وسدد خطاهم.

لى عائلتى الكبيرة كبيرهم وصغيرهم "عائلة هنى، بن عبد الرحمن، براهيمى"

ولى كل الأساتذة، الزميلات والزملاء بجامعة "عبد الحميد بن باويس"

أهدى لكم ثمرة جهدي بحثي المتواضع

هنى حياة

فهرس المحتويات

أ	ملخص الدراسة
ب	قائمة الجداول
د	قائمة الأشكال
2	مقدمة

الجانف النظري

7	الفصل الاول: مدخل إلى الدراسة
7	1. الدراسات السابقة
18	2. إشكالية الدراسة
20	3. فرضية الدراسة
20	4. أهداف الدراسة
21	5. أهمية الدراسة
21	6. مصطلحات الدراسة
24	الفصل الثاني: حبسة بروكا
24	تمهيد
25	1: الحبسة
25	1.1: لمحة تاريخية عن الحبسة
25	1.1.1. التيار العصبي "الميكانيكي أو الترابطي"
26	2.1.1. التيار النفسي اللساني
28	3.1.1. التيار اللساني
28	4.1.1. التيار العصبي النفسي اللساني
30	2.1. تعريف الحبسة
33	3.1. أنواع الحبسة
35	2. حبسة بروكا

35	1.2. لمحة تاريخية حول حبسة بروكا
36	2.2. تعريف حبسة بروكا
37	3.2. التشريح العصبي لحبسة بروكا
38	4.2. أسباب حبسة بروكا
38	1.4.2 الحوادث الوعائية الدماغية Les accidents vasculaires cérébraux
40	2.4.2 الصدمات الدماغية Brain trauma
42	5.2. الأعراض الاكلينيكية لحبسة بروكا
43	6.2. تشخيص حبسة بروكا
43	1.6.2 الفحص الإكلينيكي
43	2.6.2 اختبارات الذكاء والقدرات العقلية
43	3.6.2 اختبارات لغوية
43	7.2. إعادة تأهيل المصاب بحبسة بروكا
44	1.7.2 طريقة شويل (Showill)
45	2.7.2 العلاج التنغمي اللحني (melodic tonal therapy)
45	3.7.2 برنامج Pace
45	4.7.2 برنامج Visual action therapy (VAT)
46	خلاصة
48	الفصل الثالث: الأبراكسيا الفمية الوجهية
48	تمهيد
49	1: الأبراكسيا
49	1.1: لمحة تاريخية عن الأبراكسيا
56	2.1: تعريف الأبراكسيا
58	3.1: أنواع الأبراكسيا
60	2: الأبراكسيا الفمية الوجهية
60	1.2: لمحة تاريخية حول الأبراكسيا الفمية الوجهية
60	2.2: تعريف الأبراكسيا الفمية الوجهية

61	3.2: التشريح العصبي للأبراكسيا الفمية الوجهية
62	4.2: الأعراض الإكلينيكية للأبراكسيا الفمية الوجهية
63	5.2: تشخيص الأبراكسيا الفمية الوجهية
63	1.5.2 الميزانية الأورطوفونية The anamnesis
63	2.5.2 الفحص الفمي الوجهي
64	3.5.2 التحقق من الأبراكسيا
64	6.2: التشخيص الفارقي للأبراكسيا الفمية الوجهية
65	7.2: الأبراكسيا الفمية الوجهية وأبراكسيا الكلام
66	خلاصة

الجانب التطبيقي

69	الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة
69	تمهيد
70	1. الدراسة الاستطلاعية
70	1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
71	2.1. تحديد مجالات الدراسة الاستطلاعية
73	3.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية
73	4.1. الصعوبات التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة
74	2. الدراسة الأساسية
74	2.1. منهج الدراسة الأساسية
74	2.2. تحديد مجالات الدراسة الأساسية
76	3.2. أدوات الدراسة الأساسية
76	1.3.2. المقابلة الموجهة
76	2.3.2. الملاحظة الدقيقة
76	3.3.2. الملف الطبي
76	4.3.2. بطارية MT 2002
78	5.3.2. اختبار تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية (البرنامج المقترح)

78	❖ الصورة الأولية للبرنامج المقترح
78	1.5.3.2. التعريف بالبرنامج - هدفه وأهميته
79	2.5.3.2. الفئة المستهدفة
79	3.5.3.2. مكونات البرنامج
82	4.5.3.2. أدوات البرنامج
83	5.5.3.2. تعليمة البرنامج
83	6.5.3.2. مفتاح تصحيح البرنامج
84	7.5.3.2. عرض البرنامج على المحكمين
85	❖ الصورة المعدلة للبرنامج المقترح
85	8.5.3.2. توقيت البرنامج
85	9.5.3.2. تصحيح البرنامج
89	4.2. إجراءات الدراسة الأساسية
90	خلاصة:
92	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها
92	تمهيد
93	1. عرض وتحليل النتائج
134	2. مناقشة النتائج في ظل الفرضيات المطروحة
143	3. الاستنتاج
145	الخاتمة
148	قائمة المراجع
157	الملاحق:

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى دور البرنامج المقترح في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية لدى الشخص المصاب باضطراب الحبسة من نوعها الحركي (حبسة بروكا)، وذلك بعد تطبيق اختبار MT 2002 وتأكيد التشخيص بالحبسة. وللتحقق من صحة الفرضيات اعتمدنا على المنهج الشبه التجريبي في تطبيق البرنامج المقترح كقياس قبلي وبعدي، وذلك لمدة حوالي ثلاثة أشهر، على عينة متكونة من سبع حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، المركز صحي للمتابعة النفسية والأرطفونية للاضطرابات النمائية العصبية، حي 800 مسكن -مستغانم-

ومن خلال نتائج التحليل الكمي والكيفي للقياس القبلي والبعدي في البرنامج المقترح، توصلنا إلى تحقيق الفرضيات وذلك بإثبات مدى دور البرنامج المقترح في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصاب بحبسة بروكا.

الكلمات المفتاحية: حبسة بروكا، الأبراكسيا الفمية الوجهية، البرنامج التقييمي

Abstract

The current study aims to investigate the role of the proposed program in evaluating buccofacial apraxia in Broca's aphasia, after confirming the diagnosis of aphasia by administering a MT 2002 test. In order to test the hypotheses of the study, we relied on the semi-experimental approach in applying the proposed program as a pre- and post-measurement, for a period of about three months, on a sample consisting of seven cases who were intentionally selected at the psychosocial and speech therapy support in medical-psychological center, 800 street -Mostaganem-

Through the results of the quantitative and qualitative analysis of the pre- and post-measurement in the proposed program, we reached the hypotheses by proving the extent of the role of the proposed program in the evaluation of buccofacial apraxia in Broca's aphasia.

Keywords: Broca's aphasia, buccofacial apraxia, evaluation program

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
08	الدراسات السابقة التي تحمل متغير الأبراكسيا الفمية الوجهية	01
12	الدراسات السابقة التي تحمل متغير حبسة بروكا	02
16	الدراسات السابقة التي تحمل المتغيرين معا (حبسة بروكا والأبراكسيا الفمية الوجهية)	03
33	الأنواع الرئيسية للحبسة	04
58	أنواع الأبراكسيا الشائعة وارتباطاتها التشريحية العصبية	05
64	الفرق بين الأبراكسيا الفمية الوجهية ومتلازمة Operculaire والشلل الوجهي اللساني البلعومي	06
72	خصائص العينة الاستطلاعية	07
75	خصائص العينة الأساسية	08
80	بنود بعد مهارات الوجه (الصورة الأولى)	09
81	بنود بعد مهارات الفم (الصورة الأولى)	10
83	يمثل الدرجة المناسبة لكل مستوى تكرار للمهارة المنفذة من طرف الحالة	11
84	قائمة المحكمين	12
85	بنود بعد مهارات الوجه (الصورة المعدلة)	13
87	بنود بعد مهارات الفم (الصورة المعدلة)	14
93	نتائج اختبار MT 2002 للحالة الأولى (ع.ن)	15
96	نتائج البرنامج المقترح للحالة الأولى (ع.ن)	16
99	نتائج اختبار MT 2002 للحالة الثانية (ه.ي)	17
102	نتائج البرنامج المقترح للحالة الثانية (ه.ي)	18
105	نتائج اختبار MT 2002 للحالة الثالثة (ب.ف)	19
108	نتائج البرنامج المقترح للحالة الثالثة (ب.ف)	20
111	نتائج اختبار MT 2002 للحالة الرابعة (ع.ن)	21
113	نتائج البرنامج المقترح للحالة الرابعة (ع.ن)	22
116	نتائج اختبار MT 2002 للحالة الخامسة (ب.ف)	23
119	نتائج البرنامج المقترح للحالة الخامسة (ب.ف)	24
122	نتائج اختبار MT 2002 للحالة السادسة (ع.ز)	25

125	نتائج البرنامج المقترح للحالة السادسة (ع.ز)	26
128	نتائج اختبار MT 2002 للحالة السابعة (د.ح)	27
131	نتائج البرنامج المقترح للحالة السابعة (د.ح)	28
134	نتائج بُعد مهارات الوجه للحالات السبع	29
137	نتائج بُعد مهارات الفم للحالات السبع	30
140	نتائج البرنامج المقترح للحالات السبع	31

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
32	مخطط لنصف الكرة المخي الايسر	01
35	منظر جانبي لدماع لسيد Leborgne	02
38	تحديد المناطق المسؤولة عن حبسة بروكا	03
39	النزيف الداخلي (تمزق الأوعية الدموية)	04
40	الجلطة الدماغية (انسداد الشرايين)	05
41	حادث يسبب خرق نافذ للجمجمة والدماغ	06
41	مختلف الصدمات الدماغية المغلقة من ضربة مباشرة على الرأس	07
51	عرض آلية الأبراكسيا لليمان 1908	08
52	المواقع المصابة المسؤولة عن الأبراكسيا	09
54	نموذج الروابط الجديدة لجيشويند (1975)	10
94	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الأولى (ع.ن)	11
97	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الأولى (ع.ن)	12
100	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الثانية (ه.ي)	13
103	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الثانية (ه.ي)	14
106	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الثالثة (ب.ف)	15
109	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الثالثة (ب.ف)	16
112	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الرابعة (ع.ن)	17
114	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الرابعة (ع.ن)	18
117	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الخامسة (ب.ف)	19
120	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الخامسة (ب.ف)	20
123	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة السادسة (ع.ز)	21
126	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة السادسة (ع.ز)	22
129	رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة السابعة (د.ح)	23

132	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة السابعة (د.ح)	24
135	رسم بياني لنتائج بُعد مهارات الوجه للحالات السبع	25
138	رسم بياني لنتائج بُعد مهارات الفم للحالات السبع	26
141	رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالات السبع	27

مقدمة

إنّ أمراض الجهاز العصبي المركزي وخاصة الدماغ عديدة ومتنوعة، فهي عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العصبية التي تؤثر على هيكل ووظيفة الدماغ. بحيث يعتبر الدماغ الأساس العضوي والمسيطر المركزي على كل أعضاء الجسم. فإن كان هناك مشكل أو تلف على مستواه، سيحدث اضطرابات وإعاقات في الإدراك والوظائف الفيزيولوجية للجسم، كما قد تؤدي به إلى الموت.

من أهم الاضطرابات العصبية والأكثر شيوعاً في الوسط الإكلينيكي الجزائري نجد السكتة الدماغية، التي هي عبارة عن مرض يؤثر في شرايين الدماغ، ويحدث نتيجة خلل مفاجئ في إمداد الدماغ بالدم، وغالبا ما يكون بسبب انسداد أو انفجار مفاجئ لأحد الأوعية الدموية فيه. ومن بين أخطر الإصابات الناتجة عن السكتة الدماغية نجد اضطراب الحبسة. فقد حظيت هذه الأخيرة اهتمام العديد من العلماء والباحثين والأطباء، بحيث انبثقت منهم عدة تيارات ونماذج ونظريات، كل يدرسها من وجهة نظره وتخصصه. ومن أهم روادها نجد Jakobson Roman ، Trusseau Pick ، Le gall François ...

وقد اتفقوا على أن الحبسة خلل في تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير أو الفهم، وهي راجعة إلى إصابة في النصف المخي الأيسر بالنسبة للفرد اليميني (حسب الهيمنة الدماغية)، وقد تعددت أنواعها حسب مكان وموقع الإصابة، ومن أكثر الأنواع شيوعاً في الوسط العيادي نجد الحبسة الحركية Aphasie Broca، الناتجة عن إصابة على مستوى المنطقة الحركية للغة، تحديداً في التلفيف الجبهي الثالث للنصف الكرة المخية الأيسر F3 .

من خلال شكوى المصابين بحبسة بروكا وملاحظتنا للأعراض المصاحبة لها، نجد أن معظمهم يعانون من اضطرابات وصعوبات على مستوى حركية الجسم (شلل نصفي أو جزئي)، بالإضافة إلى مشاكل في التعبير والكلام (البرافازيا)، الأبراكسيا... وقد حضي هذا العَرَض الأخير اهتمامنا، لأن المصاب بها عاجز عن أداء الحركات الإرادية وتنفيذ الإيماءات المكتسبة، رغم سلامة الأعضاء المسؤولة عن هذه الوظائف.

بالعودة للأعراض سألنا الذكر سواء كانت مجتمعة أو لا فهي تؤثر على جودة حياة الفرد مع نفسه ومع الآخرين بحيث تسلبه عملية الاتصال مع عالمه الخارجي.

ارتأينا في هذه الدراسة تسليط الضوء على نوع من أنواع الأبراكسيا، وهي الأبراكسيا الفمية الوجهية. التي تُعرّف على أنها صعوبات في أداء الحركات المقصودة مع أجزاء الوجه، بما في ذلك الخدين، الشفتين، اللسان والحاجبين. وهي راجعة إلى إصابة المناطق القشرية المسؤولة عن الحركة بالدماغ. ولهذا حاولنا اقتراح برنامج لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصاب بالحبسة الحركية، ومساعدة المختص الأَرطفوني في معرفة نقاط الضعف لأجل بناء خطة علاجية ناجحة. وذلك في دراسة ميدانية لسبع حالات بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، حي 800 مسكن -مستغانم- وهو مركز صحي للمتابعة النفسية والأَرطفونية للاضطرابات النمائية العصبية.

وقصد الإلمام بجميع جوانب موضوع الدراسة، قمنا بتقسيم العمل إلى جانب نظري وآخر تطبيقي، انطلاقاً من المقدمة التي كانت عبارة عن عرض سريع لمتغيرات الدراسة التي نحن بصدد تناولها.

➤ **الجانب النظري:** استعرضنا من خلاله أهم المعطيات العلمية ذات صلة بمتغيرات الدراسة، وذلك في ثلاث فصول:

الفصل الأول (مدخل إلى الدراسة): وذلك بذكر الدراسات السابقة لموضوع الدراسة والتعليق عليها، عرض الإشكالية والفرضية، أهداف وأهمية الدراسة مع تحديد مصطلحاتها.

الفصل الثاني (حبسة بروكا): وذلك بذكر نبذة عن الحبسة، وتعريف هذا المصطلح، مع أنواعها، ثم تطرقنا إلى أهم المفاهيم للحبسة الحركية (حبسة بروكا)، ذكر الموقع التشريحي، التعريف، الأسباب، الأعراض، التشخيص وإعادة تأهيل المصاب بحبسة بروكا.

الفصل الثالث (الأبراكسيا الفمية الوجهية): ذكر لمحة عن الأبراكسيا وتعريف لهذا المصطلح مع أنواعها، كما تطرقنا إلى أهم المفاهيم للأبراكسيا الفمية الوجهية، ذكر الموقع التشريحي، التعريف، الأعراض، التشخيص، مع وضع فرق بينها وبين أبراكسيا الكلام.

➤ **الجانب تطبيقي:** استعرضنا من خلاله أهم الإجراءات الميدانية التي اتبعناها حسب متطلبات الدراسة، وذلك في فصلين:

مقدمة

الفصل الرابع (الإجراءات المنهجية للدراسة): تضمنت وصف مفصل لخطوات الدراسة الاستطلاعية، تليها الدراسة الأساسية بتحديد المنهج ومجالاته (الزماني، المكاني، البشري)، ثم ذكر أدوات الدراسة المطبقة ومن ضمنها البرنامج المقترح في دراستنا (الأولي والمعدل).

الفصل الخامس (عرض نتائج الدراسة وتحليلها): قمنا بعرض مفصل لنتائج كل حالة على حدى، وتحليلها كميًا وكيفيًا، ثم مناقشتها في ضوء الفرضيات المطروحة، وختمناه باستنتاج وبعدها الخاتمة بمجموعة من الاقتراحات.

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. الدراسات السابقة
2. إشكالية الدراسة
3. فرضية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. مصطلحات الدراسة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. الدراسات السابقة

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع الحبسة عامة وحبسة بروكا خاصة، بمختلف اضطراباتها وتنوع مظاهرها، إذ همّ الباحثون لدراسة هذه الظاهرة كل حسب اختصاصه، وكل حسب ميدان بحثه وتقصّيه، هذا ما يترجم تنوع وتعدد الدراسات، فنجد منها العصبية واللسانية والنفسية ومنها ما ألمّ بكل الجوانب مع بعضها، ونتطرق في هذا الجزء للدراسات التي سبق أن حاولت اقتراح برامج للتخفيف من حدة الاضطرابات التي تعاني منها، وقد تنوعت بين العربية والأجنبية.

بحيث نستعرض في هذه الدراسة جملة من الدراسات، التي تم الاستقادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها. مع تقديم تعليق عليها وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية. ونودّ أن نشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين 2012 و2022، وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي. وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات:

1- الدراسات السابقة التي تحمل متغير الأبراكسيا الفمية الوجهية:

الجدول رقم 01: الدراسات السابقة التي تحمل متغير الأبراكسيا الفمية الوجهية

اسم ولقب الباحث	عنوان الدراسة	عينة الدراسة وطريقة اختيارها والمنهج المستخدم	الأدوات المستخدمة	الأسلوب الاحصائي	أهم النتائج المتحصل عليها
Andreas Johnen, Jana Frommeyer , Fenja Mmdes, Heinz Wiendl (2015) -ألمانيا-	اختبار الأبراكسيا: أداة مختصرة للتمييز بين الخرف الجبهي الصدغي المتغير السلوكي وخرف الزهايمر بناءً على ملفات تعريف تعذر الأداء	اثان وخمسون حالة بطريقة قصدية المنهج التجريبي	بناء اختبار الأبراكسيا	-معامل كوهين كابا (K)	اختبار الأبراكسيا يساهم بشكل فعال في التشخيص الفارقي المتغير السلوكي وخرف الزهايمر
هبة حسين إسماعيل طه (2017) -مصر-	فعالية برنامج تنمية المهارات حس -حركية في خفض أعراض أباركسيا الكلام لدى أطفال طيف الذاتوية	ست حالات (07- 09 سنوات) بطريقة قصدية المنهج الوصفي	-اختبار الذكاء -اختبار Raven -مقياس Gilliam -مقياس المهارات الحس حركية	-المتوسط الحسابي -الانحراف المعياري	للبرنامج فعالية في تنمية المهارات الحس -حركية في خفض أعراض أباركسيا الكلام لدى أطفال ذوي طيف الذاتوية
بوشيخي اسمهان وبن زينة عائشة (2020) -الجزائر-	الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بالأمراض الاضمحالية (باركينسون)	حالة واحدة (50 سنة) بطريقة قصدية المنهج دراسة الحالة	-اختبار MMSE -اختبار تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية	-النسب المئوية	تؤثر الامراض الاضمحالية (باركينسون) على حركة أعضاء المنطقة الفمية الوجهية
ميموني وفاء (2021) -الجزائر-	الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي	ست حالات (بين 37-70 سنة) بطريقة قصدية منهنج دراسة الحالة	-اختبار MMSE -اختبار MTA -اختبار Apraxia Tulia	-التحليل الكمي والكمي	المصابين بحوادث وعائية دماغية الذين يعانون من الأبراكسيا الفكرية الحركية يجدون صعوبات في السلوك اليومي

		-استبيان الأبراكسيا الفكرية الحركية في السلوك اليومي			
اختبار الطلاقة اللفظية للأطفال ذوي اضطراب الأبراكسيا يتسم بالخصائص السيكومترية من صدق وثبات مرتفعين مما يسمح باستخدامه في بحوث مستقبلية	-الانحراف المعياري -معامل الارتباط -معامل ألفا -معامل سبيرمان وجيتمان	-اختبار الذكاء -بناء مقياس الطلاقة اللفظية	خمسون حالة (04-06 سنوات) بطريقة قصدية المنهج الوصفي	الخصائص السيكومترية لمقياس الطلاقة اللفظية للأطفال ذوي اضطراب الأبراكسيا	نجوى شعبان خليل، سعيد عبد الرحمان محمد، آية شعراوي محمد (2022) -مصر-

تحليل الدراسات السابقة لمتغير الأبراكسيا الفمية الوجهية:

عامل التاريخ والبلد: نجد أن متغير الأبراكسيا قد تدارسه الباحثون بكل أنواعه منذ سنوات، لكن تبقى قليلة مقارنة باضطرابات أخرى. كما نرى أن هذه الدراسات لم تُجرَ في الجزائر فقط وإنما في بلدان أخرى كألمانيا ومصر في مدة زمنية بين 2015 و2022.

المتغيرات: من خلال الدراسات السابقة نلاحظ أن متغير الأبراكسيا تناوله الباحثون بصفة عامة من عدة جوانب بكل أنواعه، أما متغير دراستنا الأبراكسيا الفمية الوجهية وجدناه في دراسة بوشيخي وبن زينة (2020) وذلك بربطها بالاضطرابات الاضمحالية (باركنسون).

العينة: اختلفت الدراسات وذلك بضمها كل من الأطفال والكبار في أعمار زمنية مختلفة وأيضا في عدد العينة، وتم اختيارهم بطريقة قصدية.

المنهج: استخدم المنهج الوصفي في كل الدراسات ما عدى دراسة Andreas Johnen, Jana Frommeyer et all (2015) التي كان يحاول فيها بناء اختبار للأبراكسيا.

الأدوات: تعددت الاختبارات والمقاييس بأشكالها في هذه الدراسات مثل: اختبار الذكاء، اختبار MMSE، اختبار Apraxia Tulia، اختبار Raven، اختبار MTA، مقياس المهارات الحس حركية، مقياس Gilliam،... إلا دراسة Andreas Johnen, Jana Frommeyer et all (2015) قام ببناء اختبار الأبراكسيا، ودراسة "شعراوي محمد" قام ببناء مقياس الطلاقة اللفظية.

تعقيب على الدراسات السابقة لمتغير الأبراكسيا الفمية الوجهية:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت متغير الأبراكسيا الفمية الوجهية، لم تكن هناك دراسات تحمل نفس المتغير، فمنها من درس الأبراكسيا كعينة بحثية، ومنها من درس الأبراكسيا الفكرية، وأخرى أبراكسيا الكلام والتي أجريت على عينات مختلفة مثل: الخرف، البركنسون، طيف الذاتوية (طيف التوحد) ... إلا دراسة بوشيخي وبن زينة (2020) التي تناولت نفس متغير دراستنا (الأبراكسيا الفمية الوجهية).

كما نجد أن أغلب الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي، إلا دراسة Andreas Johnen, Jana Frommeyer et all (2015) التي اعتمدوا فيها على المنهج التجريبي. ومن هنا نلاحظ أن الدراسة الأقرب

لدراستنا هي دراسة بوشيخي وبن زينة (2020) وذلك من خلال تشابه في المتغيرات (الأبراكسيا الفمية الوجهية) وأيضا من خلال اختيارها للعينة (طريقة قصدية).

2- الدراسات السابقة التي تحمل متغير حبسة بروكا

الجدول رقم 02: الدراسات السابقة التي تحمل متغير حبسة بروكا

اسم ولقب الباحث	عنوان الدراسة	عينة الدراسة وطريقة اختيارها والمنهج المستخدم	الأدوات المستخدمة	الأسلوب الاحصائي	أهم النتائج المتحصل عليها
حولة محمد معروف فاخت (2012) -الجزائر-	بناء وسائل التكفل بالاضطرابات اللغوية في الوسط الجزائري مثال: الحبسة لدى الطفل الناطق بالعربية	سنة وثلاثين (05-12 سنة) حالة بطريقة قصدية منهج دراسة الحالة	تأسيس بروتوكول الفحص والتكفل المبكر	-المتوسط الحسابي -الانحراف لمعياري	فعالية البروتوكول في الفحص والتكفل المبكر باضطراب الحبسة لدى الطفل التي تؤثر بشكل مباشر على المستويات اللغوية: الصوتية، المعجمية، التركيبية الدلالية وخاصة الاستعمالية
زقعار فتحي (2013) -الجزائر-	فاعلية العلاج الصوتي بسماع آيات قرآنية في تخفيض درجة الاكتئاب لدى المصابين بحبسة بروكا	أربع حالات (51-64 سنة) تم اختيارهم بطريقة قصدية المنهج الوصفي	-الميزانية النفسية العصبية -مقياس آرون بيك (A.Beck) للاكتئاب -معايرة الناقل العصبي سيروتونين في الدم	-النسب المئوية	لبرنامج العلاج الصوتي المقترح بسماع آيات قرآنية فعالية في تخفيض درجة الاكتئاب لدى الراشد المصاب بحبسة بروكا في الوسط الاستشفائي الجزائري
شالة ليندة عمراني نوال (2015) -الجزائر-	محاولة بناء أداة معرفية لتقييم المهارات الحركية العامة والدقيقة لدى الشخص المصاب بالحبسة من نوع بروكا	أربع حالات (35-84 سنة) بطريقة قصدية المنهج شبه تجريبي	تصميم اختبار لتقييم المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة	-برنامج SPSS -التحليل الكمي والكيفي	عند تطبيق بنود الاختبار نجد أن المصابين بحبسة بروكا يجدون صعوبة في أداء المهارات الحركية الدقيقة أكثر من المهارات العامة
قاسمي صالح (2018) -الجزائر-	اقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم والتكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية	سبع حالات (50-69 سنة) بطريقة قصدية بمنهج دراسة الحالة	-اختبار الرائز (MTA) (2002)	-نسب مئوية -برنامج Excel	اثبات البروتوكول المعلوماتي وذلك من خلال مدى فعالية النظرية السلوكية المعرفية للباحثة نصيرة زلال في التكفل بالحبسة الحركية

<p>للبرنامج فعالية وذلك من خلال تصميم ثلاث مجموعات من سلاسل اللوغاتوم في تحسين الديناميكية النطقية (الضعف العضلي) عند حبسي بروكا</p>	<p>-التحليل الكيفي</p>	<p>-برنامج loga therapy</p>	<p>حالتين (25-60 سنة) بطريقة قصدية منهج دراسة الحالة</p>	<p>فعالية استخدام برنامج تدريبي قائم على اللوغاتوم في تحسين الديناميكية النطقية عند حبسي بروكا</p>	<p>لعيدات وداد وحمودي خيرة (2020) -الجزائر-</p>
<p>من خلال البرنامج المقترح هناك تحسن واضح على مستوى مفهوم الاعداد والمعالجة المعلوماتية للقدرات والمهارات الحسابية</p>	<p>-برنامج Excel</p>	<p>-الملاحظة -اختبار BENQ</p>	<p>خمس حالات (25-74 سنة) بطريقة قصدية بالمنهج التجريبي</p>	<p>محاولة اقتراح برنامج علاجي رقمي للتكفل بالحبسة الحسابية عند المصاب بحبسة بروكا</p>	<p>عبود ايناس يسرى وخليل مخطارية فاطمة الزهراء (2020) -الجزائر-</p>
<p>للبرنامج فعالية في تشخيص الحبسة لدى هذه الفئة وذلك من خلال وجود علاقات دالة احصائيا بين المتغيرات والاختبار ككل</p>	<p>-برنامج SPSS -معامل الارتباط -المتوسط الحسابي -الانحراف المعياري -معامل ألفا كرومباخ -معامل الارتباط بيرسون -نسبة التباين</p>	<p>بناء المقياس التشخيصي</p>	<p>عشرون حالة (04-09 سنة) بطريقة قصدية بالمنهج التجريبي</p>	<p>بناء مقياس تشخيصي للحبسة الكلامية "الافازيا" لدى المصابين بالشلل الدماغي وعلاقته ببعض متغيرات اضطرابات التخاطب الحركية العصبية</p>	<p>وليد فاروق حسن السيد (2021) -مصر-</p>
<p>للمقياس SAQOL-39 فعالية وذلك من خلل تكييفه في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا</p>	<p>-التكرارات والنسب المئوية -معادلة حجم الأثر r^2 -المتوسط الحسابي -الانحراف المعياري -معادلة نسبة الكسب لبلاك -مقياس ويلكوكسن</p>	<p>مقياس SAQOL-39</p>	<p>عشر حالات (32-78 سنة) بطريقة قصدية بالمنهج الشبه التجريبي</p>	<p>فاعلية برنامج ارشادي علاجي في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا</p>	<p>دقيش رحمة (2021) -الجزائر-</p>

تحليل الدراسات السابقة لمتغير حبسة بروكا:

عامل التاريخ والبلد: نرى من خلال متغير حبسة بروكا أنه قد تناوله عدة باحثين من جوانب مختلفة، بحيث تداركه الباحثون في كل السنوات نظرا لأهميته وشيوعه في الوسط الاكلينيكي واختلاف أنواعه من حالة لأخرى، فنرى أن معظم الدراسات سألقة الذكر معظمها محلية من أرجاء الجزائر، حيث كانت من 2012 إلى غاية 2022. كما نجد الدراسة العربية لـ وليد فاروق حسن السيد (2021) التي كانت بمصر تحت عنوان "بناء مقياس تشخيصي للحبسة الكلامية "الافازيا" لدى المصابين بالشلل الدماغى وعلاقته ببعض متغيرات اضطرابات التخاطب الحركية العصبية".

وحبذنا أن نستقي من دراسات أخرى أجنبية لكن لم نستطع الوصول إليها لتعذر الاطلاع على محتواها، كما وجدنا دراسات قبل هذه التواريخ لكن ارتأينا أن نأخذ العشرية الأخيرة بحيث تم عرضها بتسلسل زمني.

عامل المتغيرات: من خلال الدراسات سألقة الذكر لاحظنا أن المتغير تم دراسته من جوانب مختلفة، فمنهم من حاول التكفل، التشخيص، التقييم، التدريب أو التحسين من الاضطرابات الناتجة عنها، فكلٌ منهم درسها من منظور تخصصه.

العينة: ضم متغير الدراسة الكبار نظرا لشيوع الإصابة لديهم وبأعمار زمنية مختلفة إلا دراسة محمد حوله (2012) ودراسة وليد فاروق محمد السيد (2021) التي كانت تشمل الأطفال بين "4 -12 سنة". تم اختيار هذه العينات في الدراسات بطريقة قصدية.

المنهج: تعددت واختلفت المناهج المستخدمة في الدراسات منها: المنهج الوصفي كدراسة حولة محمد (2012) و زقعار فتحي (2013) و قاسمي صالح (2018) و لعيدات و حمودي (2020). والمنهج الشبه التجريبي كدراسة شالة وعمراني (2015) ودقيش رحمة (2021). والمنهج التجريبي كدراسة عبود و خليل (2020) لأنه كان عبارة عن اقتراح برنامج رقمي للتكفل بالحبسة الحسابية.

الأدوات: أغلب الدراسات اعتمدت على عدة اختبارات ومقاييس خاصة بحبسة بروكا مثل: اختبار MTA 2002 et Benk، مقياس A.Beck et Sacol-39، برنامج Loga Therapy، تحاليل طبية (معايرة الناقل العصبي سيروتونين في الدم لدراسة "زقعار فتحي") إلا دراسة "محمد حولة" هدفها تأسيس بروتوكول، ودراسة "شيخ بلاد حنان" هدفها تصميم اختبار، و دراسة "وليد فاروق حسن السيد" هدفها بناء مقياس تشخيصي.

تعقيب على الدراسات السابقة لمتغير حبة بروكا:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت الحبة نلاحظ أنها تصب في قالب واحد، وهي محاولة إيجاد حلول للمشاكل التي يعاني منها المصاب وكذلك المختص المتكفل بها، إما من ناحية التقييم، التشخيص، التحسين، التكفل، العلاج أو تصميم اختبارات. وكل هذا من أجل مواكبة حياته اليومية والتواصل السليم مع الآخرين. بحيث اختيرت عينات الدراسات كلها بطريقة قصدية مع اختلاف المناهج والأدوات المستخدمة. هناك دراسات تعتبر قريبة من دراستنا كدراسة شالة ليندة وعمراني نوال (2015) في محاولة بناء أداة معرفية للتقييم، ودراسة قاسمي صالح (2018) في محاولة اقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم والتكفل. لكن أجريت على متغيرات مختلفة (المهارات الحركية العامة والدقيقة، الاضطرابات النفس اللغوية معرفية) إلا أنها تتشابه مع دراستنا من حيث الهدف وذلك باقتراح برامج لتقييم الاضطرابات المصاحبة للحبة.

3- الدراسات السابقة التي تحمل المتغير معا (حبسة بروكا والأبراكسيا الفمية الوجيهة)

الجدول رقم 03: الدراسات السابقة التي تحمل المتغيرين معا (حبسة بروكا والأبراكسيا الفمية الوجيهة)

اسم ولقب الباحث	عنوان الدراسة	عينة الدراسة وطريقة اختيارها والمنهج المستخدم	الأدوات المستخدمة	الأسلوب الإحصائي	أهم النتائج المتحصل عليها
Leray Manon (2019) -فرنسا-	العلاقة بين الحبسة، الأبراكسيا والتواصل غير اللفظي في حالة الإصابة بسكتة دماغية	ثلاث حالات (55-69 سنة) بطريقة قصدية	-اختبار MT86 - بطارية تقييم اضطراب استخدام الشيء لـ Le Gall et al -بناء بروتكول لتقييم التواصل الغير اللفظي	-المتوسط الحسابي -الانحراف المعياري	فاعلية البروتكول في الاستخدام الغير اللفظي (الايماءات) عند المصابين بالحبسة الحركية من أجل الاتصال وتواصل وتحسين جودة الحياة
لعثماني حياة وشمومة سارة (2020) -الجزائر-	تقييم أبراكسيا اللباس عند المصابين بحبسة بروكا	حالة واحدة (45 سنة) بطريقة قصدية المنهج دراسة لحالة	-اختبار Figure de rey -الملاحظة -المقابلة	-التحليل الكمي والكيفي	الأشخاص المصابين بحبسة بروكا يعانون من عرض أبراكسيا اللباس وهذا ما يؤثر على حياتهم اليومية

تحليل الدراسات السابقة التي تحمل المتغيرين معا (حبسة بروكا والأبراكسيا الفمية الوجيهة):

من خلال البحوث التي أجريناها على دراسة تضم المتغيرين معا، لم نجد أي وحدة قريبة لدراستنا إلا الدراستين السابقتين (أنظر الجدول رقم 03)، حيث أن دراسة لعثماني وشمومة (2020) تتشابه من حيث المتغيرات بصفة عامة (الأبراكسيا) وتختلف من حيث كيفية المعالجة، فدراستها تحاول تقييم أبراكسيا اللباس، أما دراستنا نحاول فيها بناء برنامج نقيم به الأبراكسيا الفمية الوجيهة، أما دراسة Leray Manon (2019) فهي تتشابه كثيرا مع دراستنا حيث قام ببناء بروتكول يقيم فيه الأبراكسيا الحركية (الايماءات) عند الحبسي الحركي.

خلاصة القول وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة، تبين لنا موضوع الدراسة بالمنهج والأدوات المستخدمة فيه والتي نعتمد عليها في الدراسة الحالية، لأنها تتشابه من ناحية الشكل وتختلف من ناحية الطرح والمضمون، والجديد في دراستنا هي اقتراح برنامج تقييمي للأبراكسيا الفمية الوجيهة عند المصابين بالحبسة من نوع بروكا.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في دراستنا:

لقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة بتكوين فكرة دقيقة ومعقدة من أجل الإجابة عن الأسئلة المرتبطة بها في تحديد الإشكالية ومعالجتها. ونذكر منها ما يلي:

- الاستفادة من الأخطاء التي وقع فيها الباحثون سابقا وتجنب الوقوع فيها
- تحديد مشكلة الدراسة مع جمع المعلومات التي نحتاجها في موضوعنا.
- معرفة النقاط التي لم يتم تناولها سابقا.
- تحديد المناهج والأدوات المناسبة للدراسة.
- معرفة كيفية اختيار مجتمع وعينة الدراسة.

مميزات الدراسة الحالية:

- معظم الدراسات تناولت الأبراكسيا بصفة عامة وربطها باضطرابات أخرى إلا دراسة لعثماني وشمومة (2020)، فقد اهتمت بنوع من أنواعها وهي أبراكسيا اللباس، ودراسة Leray Manon (2019) بالأبراكسيا الحركية، ودراستنا خصصناها للأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسة بروكا.
- تميزت الدراسة الحالية بكونها تدرس اضطراب الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بحبسة بروكا سواء كانت مصاحبة لاضطرابات مشتركة أخرى أو لوحدها.
- في هذه الدراسة نريد تبيان دور البرنامج المقترح في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند الحبسة الحركية لدى الراشد.

2. إشكالية الدراسة

الدماغ هو أكثر جزء متطور في جسم الانسان، فهو المسؤول عن العديد من الوظائف العليا في الجسم بما في ذلك الوظائف الإدراكية، الكلام، العواطف والوظائف الحركية العامة والدقيقة المعقدة التي تساعده في قدرته على التواصل اللفظي والغير اللفظي (الايماءات) مع مجتمعه.

وللدماغ أهمية كبيرة في السير الطبيعي والعادي لهذه الوظائف، فكل إصابة على مستواه يؤدي حتما إلى اختلال في العمليات والقدرات المعرفية للإنسان. بحيث تظهر عدة اضطرابات ونجد منها الحبسة aphasia فحسب حولة محمد (2009): "هي مجموعة من التشوهات التي تؤثر على تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير والفهم، وذلك نتيجة إصابة المناطق المسؤولة عن اللغة في مستوى نصف الكرة المخية بالنسبة للفرد الأيمن" (ص.55). ولهذه الحبسة أنواع مختلفة بدرجات متفاوتة حسب اقتراب الإصابة وابتعادها عن المناطق التي تخص اللغة في الدماغ. ومن بينها نجد حبسة بروكا Broca's aphasia نسبة لمكتشفها بول بروكا (Paul Broca- 1961) أو كما تسمى بالحبسة الحركية، التي تعد من أكثر الأنواع شيوعا في الوسط الجزائري وبمختلف الأعمار.

لقد اختلفت الدراسات حول حبسة بروكا من حيث المرونة العصبية وعملية الاسترجاع عند كل مصاب، حيث نلاحظ تعدد ووفرة الدراسات التي تهتم بالاضطرابات المشتركة والمصاحبة لها. فمن أبرزها نجد الشلل النصفي عند 80% من الحبسيين، والأبراكسيا عند حوالي 90%. (نصيرة شوال. 2019. ص.252).

في هذه الدراسة حاولنا تسليط الضوء على نوع من أنواع الأبراكسيا وهي الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا. بحيث معظم الدراسات المطروحة من قبل الباحثين والأخصائيين في مجتمعنا، لغرض الفحص والتشخيص أو التكفل النفسي الأورطفوني للحبسة بمختلف أنواعها، ومجملها مستوردة من بيئة غير بيئتنا بحيث لا تحاكي بشكل فعال اضطراب الحبسة في مجتمعنا، لأنها تختلف من حالة لحالة ومن بيئة لأخرى. ومعظمها إما برامج إرشادية، تشخيصية أو علاجية. بحيث نجد من درسها بصفة عامة ومن تخصص في أنواعها، كما نجد من درس عرض الأبراكسيا مع اضطرابات أخرى غير الحبسة كالبركنسون، التوحد، الشلل الدماغي... ومن بين هذه الدراسات نجد:

دراسة Mathilde Dollet (2015) التي هدفت إلى تقييم الأبراكسيا الحركية عند المصابين بحبسة بروكا، بحيث اعتمدت الباحثة في دراستها على اختبار BEP واختبار TLA لتقييم الأبراكسيا على ثلاث حالات ومحاولة إعادة تأهيلهم، وذلك بالتخفيف من عرض الأبراكسيا الحركية (الايماءات). كما ننوه على أن التقييم النفسي الحركي

لهذا الاضطراب لا يزال قليل الاستكشاف، وأنه يجب ان تكون أداة تقييم دقيقة نستطيع تطبيقها على اضطرابات دماغية مختلفة لها نفس الأعراض ونفس الهدف.

دراسة (2015) Andreas Johnen et all التي هدفت إلى بناء اختبار للأبراكسيا من أجل التشخيص الفارقي بين الخرف الجبهي المتغير السلوكي والزهايمر على اثنين وخمسين حالة تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتوصلوا في نهاية الدراسة إلى أن الاختبار يساهم بشكل فعال في التفريق بين الاضطرابين.

دراسة هبة إسماعيل طه (2017) التي هدفت إلى محاولة الكشف عن فعالية برنامج لتنمية المهارات الحس حركية بغرض خفض عرض الأبراكسيا الكلام لدى عينة من الأطفال ذوي طيف الذاتوية، بحيث قامت الباحثة بالاعتماد على عدة أدوات كانت كالتالي: اختبار المصفوفات المتتابعة الملون لرافن، مقياس جيليام (Gilliam) التقديري لاضطراب الذاتوية، ومقياس المهارات الحس حركية، ومقياس أبراكسيا الكلام الذي كان من إعداد الباحثة على عينة من ستة حالات تتراوح أعمارهم ما بين 7 و 9 سنوات ونسبة ذكاءهم في حدود المتوسط (90-110)، وتوصلت في نهاية الدراسة إلى أنه كان هناك تحسن في درجة المهارات الحس حركية وانخفاض في درجة عرض أبراكسيا الكلام لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج.

دراسة قناوي فاطمة الزهراء (2020) التي هدفت إلى توضيح مدى فعالية التكفل الأورطفوني لجورج لاما في إعادة تأهيل الأشخاص الذين يعانون من شلل الوجه النصفي المحيطي، على عينة من سبع حالات مصابين بشلل الوجه النصفي المحيطي وأسفرت النتائج على أنه توجد فعالية لهذا البرنامج، كما توصلت إلى فعالية ذلك ذات الأسس التشريحية للعضلات والأعصاب الوجهية وأوضحت أن المراحل الأورطفونية لجورج لاما كان لها تأثير على كل من الجانب النفسي والاجتماعي التواصلي للحالات.

إن التكفل والتخفيف من عرض الأبراكسيا الغمية الوجهية عند المصابين بالحبسة الحركية (حبسة بروكا) مرتبط بدور ووفرة البرامج المختلفة المقدمة لهم. فمن خلال اطلعنا على الدراسات سالفة الذكر نجد كل باحث وكيف نظر إلى الأبراكسيا، فمنهم من درسها مع الحبسة الحركية ومنهم من ربطها مع اضطرابات أخرى وذلك من خلال وجهة نظره وأيضا من خلال المعلومات المتوفرة لديه، وميولات الدراسة التي يريد الخوض فيها.

ومن خلال البحث الذي قمنا به لم نجد دراسة تقوم باقتراح برنامج لتقييم الأبراكسيا الغمية الوجهية عند المصاب بحبسة بروكا، وإنما دراسات تحوم حولها. الأمر الذي دفعنا للخوض في هذه الدراسة وطرح التساؤل العام كالتالي:

- هل للبرنامج المقترح دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد)؟

التساؤلات الفرعية:

- هل لمهارات الوجه المقترحة دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد)؟
- هل لمهارات الفم المقترحة دور في تقييم الأبراكسيا الفمية عند حبسي بروكا (الراشد)؟

3. فرضيات الدراسة

الفرضية العامة:

- للبرنامج المقترح دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد).

الفرضيات الجزئية:

- لمهارات الوجه دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد).
- لمهارات الفم دور في تقييم الأبراكسيا الفمية عند حبسي بروكا (الراشد).

4. أهداف الدراسة

أي بحث يشمل أهدافا يحددها الباحث التي يسعى لها من خلال الدراسة. وأهداف دراستنا تتمثل في:

- أن للبرنامج دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصاب بحبسة بروكا (الراشد).
- أن لمهارات الوجه دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد).
- أن لمهارات الفم دور في تقييم الأبراكسيا الفمية عند حبسي بروكا (الراشد).
- التعرف على الاضطرابات المشتركة النفس عصبية التي يمكن أن يعاني منها المصابون بحبسة بروكا من خلال التقييم.

5. أهمية الدراسة

• الأهمية النظرية:

- تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة نظرا لعدم الاهتمام بدراسة عرض الأبراكسيا الفمية الوجهية مع الحبسة الكلامية.
- إثراء المكتبة بدراسة جديدة.
- توجيه الباحثين إلى دراسة الاضطرابات المشتركة النفس عصبية التي يعاني منها المصابون بحبسة بروكا خاصة وذلك بمحاولة التقييم والتكفل بها.

• الأهمية التطبيقية:

- تساهم في إعطاء صورة واضحة عن دور المختص الأورطفوني في تقييم أحد الأعراض النفس عصبية عند المصاب بحبسة بروكا وهي الأبراكسيا الفمية الوجهية.
- تسليط الضوء على معاناة المصابين بهذا النوع من الحبسة.
- تعتبر الدراسة إضافة جديدة لميدان الأورطفونيا.

6. مصطلحات الدراسة

1-حبسة بروكا (Broca's aphasia)

إجرائيا: هي حبسة تعبيرية يتميز بها المصاب الذي يعاني عادة من شلل نصفي مما يحدّ من قدرته على إنتاج الحركة وأيضا الكلام إلى درجة كبيرة، ويكون هذا بعد التأكد من الإصابة بمناطق الحركة في الدماغ (F3) من خلال الملف الطبي، ثم تشخيصه بالحبسة عن طريق اختبار MT 2002 أي يسجل نسب مئوية منخفضة فيه.

2-الأبراكسيا الفمية الوجهية (buccofacial apraxia)

إجرائيا: عجز المصاب على التنفيذ الإداري للحركات الفمية الوجهية (نفخ الخد، إخراج اللسان، ضم الشفاه...) مع خلل في إنجاز الإيماءات الوجهية البسيطة والمعقدة، ويكون هذا من خلال ملاحظتنا للأعراض بصريا، ثم تأكيد التشخيص عن طريق تمارين بند الأبراكسيا الفمية الوجهية الموجودة باختبار MT بحيث يحقق نسبة مئوية منخفضة وأداء ضعيف.

3- البرنامج التقييمي (Evaluation programme)

إجراءيا: هي خطة منظمة للحصول على معلومات وبيانات صحيحة عن أفراد موضوع التقييم، أي أن البرنامج التقييمي يشمل أدوات وتمارين ومفحوصين (مختبرين) وخطة وبيانات منظمة وطرق الاستفادة من هذه البيانات، ثم علاقة الفاحص بالمفحوص، ثم علاقة المفحوص مع محيطه في كيفية التكفل والتعامل معه، مع تدريبهم على التمارين وكيف ستجرى أثناء الجلسة.

الفصل الثاني: حبة بروكا

تمهيد

1: الحبة

1.1: لمحة تاريخية عن الحبة

2.1: تعريف الحبة

3.1: أنواع الحبة

2: حبة بروكا

1.2: لمحة تاريخية حول حبة بروكا

2.2: تعريف حبة بروكا

3.2: التشريح العصبي لحبة بروكا

4.2: أسباب حبة بروكا

5.2: الأعراض الاكلينيكية لحبة بروكا

6.2: تشخيص حبة بروكا

7.2: إعادة تأهيل المصاب بحبة بروكا

خلاصة

الفصل الثاني: حبسة بروكا

تمهيد

كل ما نستطيع أن نقوم به في حياتنا اليومية هو عبارة عن أوامر يرسلها الدماغ على شكل سيالات عصبية إلى باقي أعضاء جسمنا، لذلك نرى أنه المتحكم في جميع الوظائف الحركية والقدرات المعرفية التي يكتسبها ويتعلمها الإنسان في حياته، فكلما كان الدماغ في صحة جيدة كان جسم الإنسان يعمل بشكل متناسق ومنتظم، لذلك فإن أي ضرر فيه يؤثر سلباً في هذا التنسيق.

ومن بين هذه الاضطرابات العصبية التي تؤثر على الدماغ نجد الحبسة، فماذا نعني بالحبسة عامة؟ وحبسة بروكا خاصةً كونها أحد متغيرات البحث؟ ما مفهومها؟ ما هي الأسباب التي أدت إلى ظهورها؟ كيف تكون أعراضها؟ ما هي طرق الفحص والتشخيص؟ وكيف تكون إعادة تأهيلها لدى الشخص المصاب؟

1: الحبسة

1.1: لمحة تاريخية عن الحبسة

الحبسة هي اضطراب لغوي متعلق بتلف الدماغ أو الخلل الوظيفي. للوصول إلى هذا التعريف البسيط ظاهرياً، كان على اللغة أن تكتسب هويتها الخاصة بين اضطرابات الحياة العقلية. تم الإبلاغ عن حالات اضطرابات الكلام لفترة طويلة، وهي الأولى على ما يبدو في مصر القديمة في عام 200 قبل الميلاد.

إن الفكرة القائلة بأن الأنشطة العقلية تعتمد على الدماغ قد تم ذكرها بوضوح لاحقاً، ولا سيما من قبل إبقراط (Hippocrate). أما بالنسبة للغة، فلن تظهر إلا بعد فترة طويلة، فالكلام كان يعتبر منذ فترة طويلة فعلاً حركياً بحتاً. أما بالنسبة للحبسة، فحتى نهاية القرن الثامن عشر ظلت مدرجة في اضطرابات الذاكرة، ولم تكتسب استقلالية تصنيفية حقيقية إلا في القرن التاسع عشر. (Fausto Viader, 2015, p.06).

ولقد أثار ميدان الحبسة نقاشاً وجدالاً بين العلماء بحيث عرف تطورات بوجود عدة مراحل، فالأولى هي مرحلة التيار العصبي "الميكانيكي أو الترابطي" بحيث اهتم بها رواد علم الأعصاب الذين تمكنوا من تحديد المواقع الدماغية المسؤولة عنها، أما الثانية فهي مرحلة التيار النفسي اللساني بحيث اهتم بها علماء علم النفس اللغوي والمعرفي والذين اعتمدوا على إدخال العامل النفسي، ثم مرحلة التيار اللساني بحيث نظم أصحاب هذا التيار الحبسة ضمن منطلقات لسانية دون إهمال حقيقة الفعل التواصلي. وأصبح الاهتمام لا يدور حول وصف الاضطرابات وإنما يتعداه إلى التفسير الديناميكي للمعطيات الاكلينيكية، بحيث ظهرت هذه التيارات لتلم بكل الجوانب التشريحية العصبية النفسية واللسانية. (تقيمونين نجية، 2006، ص.45).

1.1.1. التيار العصبي "الميكانيكي أو الترابطي"

ظهر قبل القرن العشرين اعتمد فيه العلماء على تفسير الحبسة حسب أسس تشريحية وفيزيولوجية الجهاز العصبي، الذي اعتبره كتلة متجانسة توزع الطاقة الحيوية على الجسم. ومن بين هؤلاء العلماء نذكر منهم:

لوقال (Le Gall, 1758-1828): وهو من المؤسسين الأوائل لعلم دراسة الدماغ Phrenology الذي يهدف إلى معرفة مميزات وامكانيات الملكات العقلية والشخصية للفرد وربطها بالشكل الخارجي للجمجمة. وتنص نظريته على أن نصفي الكرة المخية The two hemispheres متكونين من عدة أعضاء منفصلة عن بعضها البعض وتتحكم في مختلف العمليات العقلية، ومنه أكد أن الذاكرة اللفظية تقع في الفص الأمامي للقشرة المخية. (شيخ بلاد، 2015، ص.13).

بروكا (Broca, 1861): التحق بجمعية الانثروبولوجيا بباريس وشكل أروع إنجاز علمي في ميدان الحبسة لأنه فرق بين زمنين خلال أداء وظيفة اللغة، زمن حسي يخص عملية استعمال اللغة وزمن حركي يخص عملية إنتاج اللغة. ومن خلال الأسس التشريحية أقرّ بأن سبب الاضطرابات النطقية راجع إلى إصابة قاعدة (المنطقة الخلفية) التلفيف الجبهي الثالث Pied de F3 وينتج عنها Une aphémie أو استحالة التنسيق في السلسلة الكلامية، وقال أنّها فقدان القدرة على الكلام بدون شلل في أعضاء النطق. وغير ذلك فقد سطر على فكرة جديدة مفادها أن نصف الكرة المخية الأيسر مسؤول عن النصف الأيمن للجسم ونصف الكرة المخية الأيمن مسؤول عن النصف الأيسر للجسم.

(André Roch Lecours, François Lhermienne, 1979, p.28-29)

2.1.1. التيار النفسي اللساني

ظهر هذا التيار مباشرة بعد التيار العصبي حيث اعتمد إدخال العامل النفسي ومن بين رواده نجد:

تروسو (Trousseau, 1864): حيث فضل استخدام مصطلح (Aphasia) بدل من مصطلح (Aphemia) الذي وضعه بروكا، التي لا يتفق معناها مع ما جاء به بروكا، بحيث قام تروسو (Trousseau) بإلقاء محاضرة حول الحبسة أين بين فيها أن المصاب يفقد كل من ذاكرة الكلمات، ذاكرة الحركات والذكاء، ولكن بدرجات متفاوتة. بمعنى أن الكتابة عند المصاب بالحبسة الذي يعاني في معظم الحالات من شلل نصفي أيمن يستطيع أن يكتب باليد اليسرى، لكن الإنتاجات الكتابية تحدّد إما بالقولية أو بالاستمرارية، وفسّر هذه النتائج بضعف في الذكاء، وأن اضطرابات القراءة تؤدي إلى نفس التشخيص. وقد عرض مجموعة من الحالات وأكد أنه من الضروري للمختص أن يختبر ذكاء المصاب. ومن هنا بدأ افتراض وجود مناطق أخرى غير حركية مسؤولة عن هذه المظاهر، والتي تتوافق مع ما جاء به لوردات (Lordat) قبل ذلك بـ 20 سنة، والذي سمى اضطراب الحبسة بـ Verbal Amnesia التي تقابل Verbal asynergy، أين يكون هذا الاضطراب يخص فقط اضطرابات في الكلام، ومن خلال تجربته الشخصية في إصابته بالاضطراب، وصف صعوباته بإمكانية التفكير والربط بين الأفكار وتحديدها بدقة دون إيجاد أي كلمة للتعبير عن هذه الأفكار.

(حبوجي سيليا دلال، 2020، ص.22).

بيلاجر (Baillarger): انتقد تروسو Trousseau وقال أنّ الحبسة اضطراب يمس الكلام دون وجود أعراض أخرى وسماها بالحبسة البسيطة ووضع مقابلها الحبسة المرافقة، لفساد في الملكة اللغوية، حيث يستبدل الكلام العفوي بالتحريض اللفظي الارادي (Signoret jean-Louis, 1993, p.30) .

فارنيكي (Wernicke, 1874): فالفضل يعود إليه في اكتشاف الحبسة المرتبطة بإصابة التلفيف الصدغي الأول الأيسر للشخص اليميني. بحيث وجد ارتباط بين إصابة التلفيف الصدغي الأول T1 وظهور فقدان ذاكرة الصور السمعية للكلمات، ويظهر في اضطراب لغوي يسمى الحبسة الحسية أو حبسة فرنكي، وسط مجموعة من الأعراض منها اضطراب في الفهم عكس الحبسة الحركية والبطانة، كما أنه صنف نوع آخر وهي الحبسة التوصيلية الناتجة عن تلف الألياف التي تربط بين التلفيف الصدغي الأول T1 والتلفيف الجبهي الثالث F3 حيث كلام المصاب غير مفهوم بينما يمتاز بفهم عادي لكلام غيره (شيخ بلاد، 2015، ص.14).

بيار ماري (Pierre Marie): انتقد بشدة التيار الترابطي ويرفض مبدأ التلفيف الجبهي ويصبح المتغير التشريحي الفيزيولوجي غير كافي لتفسير الحبسة. بحيث قام بضبط اضطراب الذكاء عن الانارثري (Anarthria) أي عدم القدرة على الكلام الظاهري الذي من خلاله يختصر الكلام الداخلي. ويرى أن الحبسة تشوهات ومشاكل في كل مستويات اللغة، وميزتها الأساسية نقص الذكاء، وتوجد في نصف الكرة المخية المسيطر في منطقة قريبة من شق سلفيوس تدعى "Quadrilatère de Pierre Marie" (ابراهيم، 2012، ص.13).

كوهان (Cohen): قال إن أي مشكل عند المصاب بالحبسة هو مشكل نفسي، وبأن اللغة عملية معرفية إرادية تتأثر بشخصية وخبرات الفرد.

دجرين (Dejrine): حيث صنف ستة أنواع من الحبسة وهي كالاتي: الحبسة الحركية لبروكا، الحبسة الحسية لفرنكي، الحبسة تحت المائية، الصمم اللفظي الحاد، الكف اللفظي الحاد، الحبسة التامة

(André Roch et al, 1979, p.33).

فرويد (Freud): ثم جاء فرويد بفكرة جميع الاضطرابات باختلاف أنواعها هي اضطرابات تواصلية. وذلك نظراً لاشتراكها في انقطاع الشبكات الترابطية اللغوية.

هيد (Head): يرى أن الحبسة هي اضطراب في التعبير والصياغة الرمزية، وقسم الحبسة إلى أربع أقسام: الحبسة اللفظية، الحبسة الإسمية، الحبسة النحوية، الحبسة الدلالية (حبوجي، 2020، ص.25).

جاكسون (Jackson, 1915): الذي أوضح أن الحبسة عبارة عن تفكك بين الاستعمال الإرادي والأوتوماتيكي ويفقد السلوكات الإرادية في نفس الوقت لاعتقاده أن اللغة الإرادية متصلة بالنصف الأيمن للكرة المخية (أي أنه يحتفظ بالسلوك الأوتوماتيكي العفوي) (شيخ بلاد، 2015، ص.15).

3.1.1. التيار اللساني

هذا التيار كغيره من التيارات سألغة الذكر، فقد كان له نصيب من البحوث والرواد، أعطوا عدة تفسيرات للحبسة كل حسب وجهة نظره وتخصصه. بحيث نظموا الحبسة ضمن منطلقات لسانية، دون إهمال حقيقة الفعل التواصل اللفظي والتمثل في الطابع الشمولي، ونذكر منهم:

لوريا (Luria): يفسر مشكل الحبسة من خلال مصطلحات ثلاث تتمثل في الوظيفة، العرض، الموقع. وذلك بقول الفكرة التي تقول بوجود علاقة داخلية وخارجية بين العمليات النفسية والعقلية العليا، كما يضيف فكرة وجود اضطرابات الترميز وفك الترميز بشكلين اكلينيكيين (ابراهيم، 2012، ص.18):

✓ الحبسة الحركية وتنقسم إلى:

Aphasie dynamique ،Aphasie télégraphique ،Aphasie motrice afférente.

✓ الحبسة الحسية وتنقسم إلى:

Aphasie sémantique ،Aphasie acoustique ،Aphasie amnésique.

جاكسون (Jackson, 1956): صنف المظهر المرضي وفق مظهرين هما محور الانتقاء ومحور التسلسل، فاضطرابات الانتقاء حسب جاكسون تتمثل في عدم قدرة المفحوص على انتقاء الوحدات، فالمصاب يفقد البعد اللساني أي أن الكلمة تستعمل كما تعرف من قبل وليس كما تفهم في السابق، أما اضطرابات التسلسل فهي عدم قدرة المفحوص على الربط السليم بين الوحدات اللسانية (عامر مباركة، 2018، ص.32).

4.1.1. التيار العصبي النفسي اللساني

هذا التيار متعلق بالدراسات النفسية العصبية، بحيث يقوم مبدأها على فهم ووصف الاضطرابات اللسانية والنفسية الملاحظة عند المصابين بالحبسة بناءً على معرفة الاتصال السليم عند الفرد. كما تطورت عدة تقنيات طبية تسمح برؤية وتشخيص دقيق للإصابات منها:

- المرسمة الإحصائية والوظيفية للدماغ Le scanner.
- المرسمة بالتواتر المغناطيسي I.R.M وهذا لتسهيل تحديد مكان الإصابة.

كوهن (Cohene): فيعتبر اللغة كوظيفة وليس فقط كبنية منظمة، ويحدد الاضطرابات في مستوى القدرات المكونة للفعل التواصلية عامة، وأن الحبسة هي اضطراب في الاتصال (حبوجي، 2020، ص.27).

زلال (Zellal): في دراستها للحبسة تنظر إلى اللغة بأنها فعل شمولي تتدخل في تحقيقه مختلف جوانب الشخصية، ويشتمل على عدة أزمنة يضطرب أحدها عند الإصابة بالحبسة. وتشرح هذه الظاهرة بكون المصاب يتعرض لفقدان خاصة تتابع وتسلسل الفترات المكونة للفعل الاتصالي (ابراهيمى، 2012، ص.19).

إبراهيمي (Ibrahimi): حاولت تفسير مظاهر Agramatisme إضافة إلى تفسير الفعل التواصلية اللفظي لدى الحبسي، إذ توصلت إلى أن هناك عمليتين أساسيتين وضروريتين في التواصل اللفظي (تيمقونين، 2006، ص.50-51):

- ✓ العملية الأولى: تتمثل في التعرف على المنبه الخارجي وتحويله إلى جزيئات مركبة (البنية السطحية).
- ✓ العملية الثانية: تتمثل في التجميع للعناصر المفككة الذي يقوم به المصاب ليعطي الإجابة الدقيقة والمناسبة للتعلية.

2.1. تعريف الحبسة

هناك عدة تعريفات للحبسة، بحيث تختلف حسب تحليلها العلمي من باحث لآخر ومن رائد لآخر، وقد وضعت عدة افتراضات حول خصائصها وآلياتها وهذا لأكثر من 150 عاماً، إلا أنها لا تزال في طور البحث والتقصي. وذلك راجع حسب كل حالة في كيفية عيشها في البيئة المحيطة بها بمراعاة كل جانب منها وأخذه بعين الاعتبار (الجانب الباثولوجي، النفسي، الاجتماعي، الديني...) وأيضاً حسب التطور العلمي والتكنولوجي الذي يشهد قفزة نوعية في مجال العتاد الطبي المستحدث الذي ساعد كثيراً في الكشف والتشخيص، كما لا ننسى الأسباب المؤدية لها. ومن بين هذه التعريفات نجد:

التعريف اللغوي:

الزراد فيصل (1990) قال إن " كلمة أفازيا عبارة عن مصطلح يوناني مكون من جزئين A/Phasie فالأول A يعني عدم، أما الثاني Phasie يعني الكلام، فكلية أفازيا تترجم إلى العربية بعدم الكلام أي احتباس". (ص.200).

التعريف الاصطلاحي:

عرّف تروسو (Trousseau, 1864) الحبسة بأنها اضطراب في الرمز اللساني يؤدي إلى غلق الترميز من الناحية التعبيرية وفك الترميز من ناحية الفهم، أي أنها خاصة باللغة المنطوقة والمكتوبة. ويظهر هذا الاضطراب نتيجة إصابة في مركز الدماغ عموماً في المنطقة الجبهية، الجدارية، الصدغية في نصف الكرة المخية الأيسر (عدنان عفاف، 2014، ص.59).

كما حدد (Jackson, 1931) تعريفه للحبسة على أنها اضطراب التفكير والتعبير الرمزي

(Malcolm Mcneil, Sheila Pratt, 2010, p.906).

ويرى كل من (Edward Jiménez and Schuell Hildred, 1964) الحبسة "على أنها عجز عام في اللغة يتخطى جميع الأساليب، وغالبا ما يتميز بأعراض أخرى لإصابة الدماغ (قلة المفردات المتاحة، ضعف فترة الاحتفاظ اللفظي، ضعف الإدراك وإنتاج الرسالة)" (ص.131).

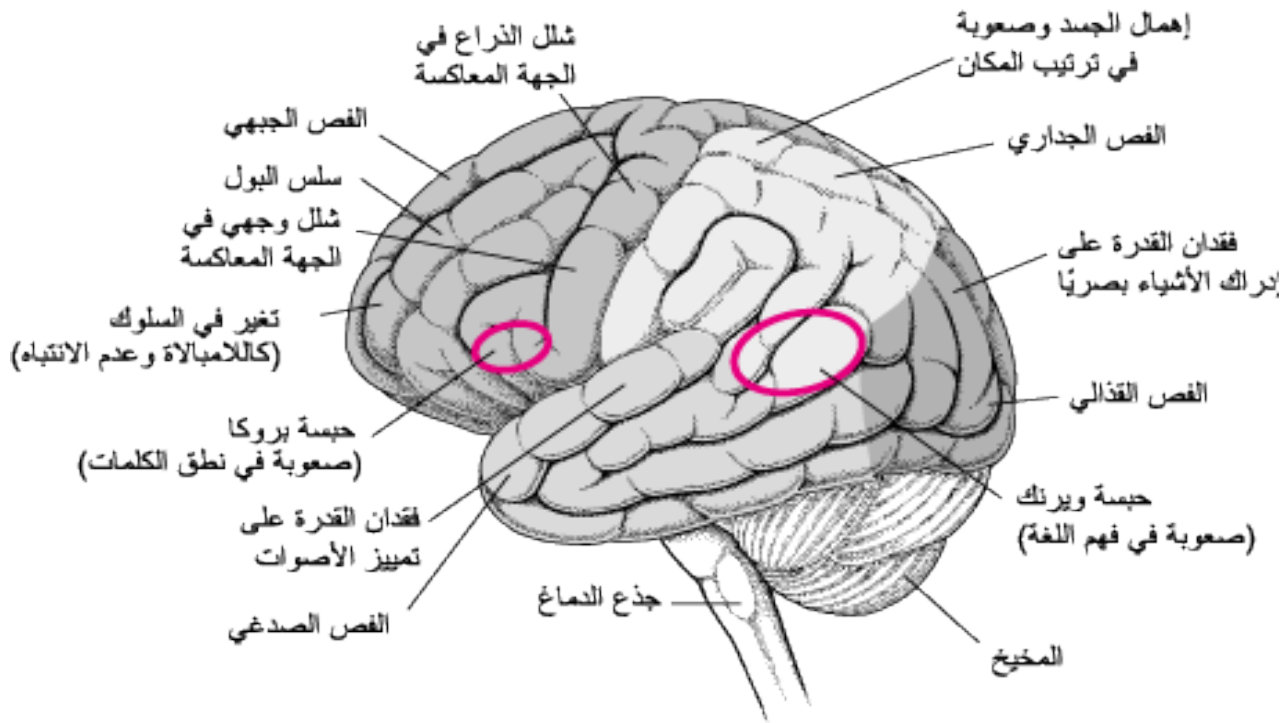
وتقول زلال (Zallel, 1982) في كتابها أن الحبسة هي اضطراب الاتصال اللغوي الناتج عن ضعف بين علاقة الترميز، والمصاب يترجم هذا الضعف شكلياً باختلال في المراقبة لعمليات الاختيار والكف، وهي مراقبة ملازمة

لمختلف مراحل برمجة اللغة، ويكون الأداء اللغوي متميزا بعدة مظاهر والتي تختلف حسب درجة وقوة الشدة لهذه المراقبة (Zellal, 1982, p.22).

ووفقا للدسوقي كمال (1988): الحبسة هي فقدان جزئي أو كامل للقدرة على استخدام اللغة، كنتيجة لخلل أو تلف في المخ، وينطوي على فقدان وظائف الكلام المختلفة، أي اضطراب الكلام ينتج عن مرض في اللحاء، ويكشف عن نفسه كعطب حسي أو حركي في فهم الكلام أو في القراءة أو كتابة اللغة. وكل اضطرابات اللغة الناتجة عن إصابة عصبية في الدماغ هي ليست خطأ توصيل عصبي لعضلات الكلام، كما لا دخل فيها لأعضاء إخراج تفاصيل الكلام أو لقصور الذهني أو النقص العقلي... وبهذا فإن أعطال الكلام التي نسميها عموما الحبسة قد تشمل فنيا العمه الإدراكي المعرفي Agnosia وعمه البصيرة والتمييز Apraxia (الدسوقي كمال، 1988، ص.114).

كما ترى سعيدة ابراهيمي (1999): أن "الحبسة تتعلق بفقدان السيطرة على حركتين ذهنييتين وهما حركة الإدخال مقابل حركة الإخراج. وتشير إلى أهمية التعرف على البنية العصبية التي ترسوا عليها اللغة من منظور الأبحاث في ميدان العلوم العصبية المعرفية" (ص.19).

ومن خلال التعريفات المختلفة سالفة الذكر نستنتج أن الحبسة هي اضطراب يؤدي بفقدان القدرة على الكلام على إنتاج وفهم اللغة المنطوقة أو اللغة المكتوبة أو كليهما معا، ويكون هذا راجع لدرجة وشدة الإصابة في نصف الكرة المخية المهيمن (في غالب الأحيان في النصف الأيسر). انظر شكل 01.



الشكل رقم 01: مخطط لنصف الكرة المخي الأيسر

Source : Juebin Huang. Brain dysfunction. 28/03/2003 : 14 :03.

الإرشادي MSD الخلل الوظيفي للدماغ بحسب الموضوع - اضطرابات الدماغ والحبل الشوكي والأعصاب - دليل Reprendre de: (msdmanuals.com) إصدار المُستخدم

3.1. أنواع الحبسة

إن تنوع الحسابات التي لوحظت جعل من الممكن وضع تصنيف لها حسب المنطقة المصابة. كما قدموا عدة أشكال سريرية لها وذلك حسب الخصائص السيميائية المتنوعة، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين كبيرتين: حبسة غير طليقة (non-fluent aphasia)، وحبسة طليقة (fluent aphasia). تكون حسب الجدول التالي:

الجدول 04: الأنواع الرئيسية للحبسة

نوع الحبسة	الأعراض	الموقع	المسببات المعتادة	الأعراض المصاحبة
حسابات غير طليقة non-fluent aphasia				
حبسة كلية Global aphasia	التعبير الشفوي والكتابي والفهم قليل جدا	إصابة قشرية واسعة النطاق (أمامية- جدارية-صدغية) أو تحت القشرية	احتشاء سيلفي كلي، ورم، رضوض، نزيف	شلل لنصفي، عمى نصفي، تخدير نصفي
حبسة بروكا Broca aphasia	تعبير شفوي فقير، اضطرابات نحوية، اضطراب على مستوى النطق، الفهم سليم نوع ما	القشرة المامية السفلية، النواة الرمادية والمادة الرمادية، تحت القشرية في الفص الجبهي	احتشاء سيلفي أمامي سطحي و/ أو عميق ورم دموي عميق	شلل نصفي الأبراكسيا الفمية الوجهية
حبسة قشرية حركية Motor transcortical aphasia	التكرار والفهم عادي مع عدم وجود تحفيز لفظي	ما قبل المناطق الجبهيّة، النوى الرمادية	ورم دموي احتشاء	متلازمة الجبهيّة شلل نصفي عسر التلفظ
حبسة قشرية مختلطة Mixed transcortical aphasia	ايكولالي في الكلام	مناطق التقاطع بين مناطق لدماغ الأمامية والخلفية	انخفاض ضغط الدم، السكتة الدماغية، نقص الأوكسجين	اضطراب في الانتباه شلل نصفي أو ثنائي الجانب
حسابات طليقة fluent aphasia				
حبسة فرنيكي النوع 1 Wernicke's aphasia (type 1)	وفرة التعبير، اضطرب في الفهم، وجود برفازيا	الفص الصدغي، بعض الإصابات في المهاد	ورم، احتشاء سيلفيان خلفي، التهاب الدماغ في منطقة فرنيكي، ورم دموي	اضطرابات حركية قليلة أو معدومة أفنزيا سمعية وبصرية
حبسة توصيلية Conduction aphasia	وجود برفازيا فونيمية الفهم طبيعي التكرار مضطرب	إصابة على مستوى المنطقة الخلفية والداخلية لشق سلفيوس، إصابة للتلفيف فوق الهامشي	احتشاء سيلفيان خلفي	اضطرابات حسية

لا يوجد	احتشاء ورم خراج	التلفيف الصدغي العلوي	اضطراب في الفهم والتكرار ، والكتابة تحت الاملاء مستحيلة	حبسة فارنيكي النوع 2 (الصمم اللفظي النقي) Pure verbal deafness (wernicke type 2)
متلازمة جيسترمان العمى الشقي	ورم، احتشاء، ورم دموي	التلفيف الزاوي	اضطراب في القراءة والكتابة، والتعبير الشفوي والفهم محفوظان	حبسة فارنيكي النوع الثالث Alexie-) (agraphia
أبراكسيا، الاضطرابات الحسية الحركية قليلة أو معدومة	ورم زهايمر	عمق منطقة الحصين (أسفل التلفيف الصدغي)	فقدان حاد في الكلمات المعزولة	حبسة نسيانية Anomic aphasia
الخرف العمى الشقي	زهايمر احتشاء خلفي فصي	إصابة في الفص الصدغي الجذري الأيسر خلف منطقة فرنيكي	الفهم مضطرب مع تكرار محفوظ، نقص الكلمة	حبسة حسية عبر قشرية Sensory transcortical aphasia

Source : Fausto Viader, Jany Lambert and all, 2002, p.21.

2. حبسة بروكا

1.2. لمحة تاريخية حول حبسة بروكا

في عام 1861، أعلن إرنست أوبرتن (Ernest Auburtin) عضو في جمعية الأنثروبولوجيا عن حالة مريض كان يعاني من بعض المعوقات في الجزء الأمامي للمخ، فقد هذا المريض القدرة على الكلام كليًا، ولكنه لم يفقد الوعي وهذه النتيجة كانت مثيرة، وجاء في التقرير الذي أعلن عنه مؤسس الجمعية وسكرتيه الجراح الفرنسي بيير بول بروكا (Paul Broca) ما بين 1824-1880 معلومات مهمة تمثل الإسهام التاريخي والدراماتيكي للندوة. فقد قابل بروكا مريضاً يدعى ليورن (Leborgne) مصاباً بحالة صرع (Epilepsy) ويعاني من شلل نصفي (شلل في الجزء الأيمن من الجسم) ولم يتكلم منذ عشرين عاماً، عدا النطق بكلمة (تان) (التي أصبحت اسمه المستعار). بالإضافة إلى بعض الكلمات الغامضة والفحشة، قام بروكا بدعوة "أوبرتن" لفحص المريض "ليورن"، وبعد ستة أيام مات المريض، وتم الكشف عنه بعد موته، وكان لحالة هذا المريض تأثير كبير على تطور علم النفس العصبي أكثر من أي حالة أو تقرير آخر. وفي أيام تالية تم إحضار مخ "ليورن" والجمجمة وفحصها، وبعد أربعة أشهر وجد "بروكا" و"أوبرتن" تلفاً في التلفيفة الأمامية اليسرى الثانية والثالثة (أنظر الشكل 02). وكان هذا التلف على شكل تجويف بيضوي مملوء بالسائل ويشغل الجانب الأيسر من المخ. وهكذا قام "بروكا" بتحديد المنطقة المسؤولة عن الكلام (Broca's area) (دقيش رحمة، خرياش هدى، 2020، ص.30).



الشكل رقم 02: منظر جانبي لدماع لسيد Leborgne

المصدر: (شنافي عبد المالك، 2022، ص.135).

2.2. تعريف حبسة بروكا

حبسة بروكا (حبسة حركية) وهي حبسة غير طليقة، ويرجع الفضل في اكتشاف هذا النوع من الحبسة إلى عالم الأعصاب بول بروكا (Paul Broca)، بحيث تتميز بانخفاض هائل في اللغة مع وعي بالاضطراب، وهذه بعض التعريفات التي قدمها العديد من المؤلفين نذكر منهم:

حسب بورال ميزوني (Borel-Maisonny, 1999) أنه تم تسمية حبسة بروكا بحبسة التعبير أو الحبسة الحركية القشرية بواسطة Déjérine، حبسة الإدراك الصوتي بواسطة Hecaen. بحيث يكون هناك تعطل في البرمجة الصوتية، لم يعد من الممكن نقل البرامج المفصلية اللازمة لتشكيل التعبير اللفظي إلى المنطقة الحركية الأساسية على مستوى الجزء السفلي من الفص الجبهي. (Hanene Djenadi, 2020, p.20).

وتقول ماريو آن (Marion-Anne, 2011) حبسة بروكا هي النموذج الأولي للحبسة غير الطليقة. تظهر هذه الحبسة التعبيرية بشكل عام بعد السكتة الدماغية الإقفارية أو النزفية الموجودة في المنطقة المروية من الشريان السيلفي الأوسط. تؤثر هذه السكتة الدماغية على منطقة بروكا وبقية المنطقة السيلفية الأمامية، أي الجزء الخارجي من هذه المنطقة المركزية من الدماغ والتي هي قبل رولانديك

(Marion-Anne, 2011, p.08).

كذلك نجد لوريا (Luria) صاحب التيار الفيزيولوجي الذي تكلم عن الحبسة واقترح تسميتها الحبسة الناقلة (Efferent aphasia) بدلا من حبسة بروكا، ويقول أنها نتيجة تثبيط الحركة Inhibition التي كانت في السابق مسؤولة عن مرور الذبذبات الضرورية لإنتاج الأصوات والحركات اللغوية (شالة ليندة، عمراني أمال، 2015، ص.17).

كما ذكر سهير محمد سلامة (2007) بأن حبسة بروكا هي حبسة حركية وذلك بسبب العجز عن الحركة الارادية لأعضاء الكلام على الرغم من عدم وجود شلل في هذه الأعضاء، بحيث توجد إصابة في التلفيف الثالث من المخ في المنطقة (44) من خارطة برودمان والتي تقع في المنطقة الجبهية أو الفصوص الجبهية (Frontal)، والمعروف ان هذه المنطقة هي المسؤولة عن الحركة (السلوك) وعن تنشيطها وعملها، ولهذا فإنها تكون مسؤولة عن مخرجات اللغة أي عن الكلام والسلوك اللغوي. وقد تسمى أحيانا الحبسة اللفظية أو الشفوية (verbal aphasia) لفقدان القدرة على التعبير الحركي الكلامي (سهير محمد سلامة، 2007، ص.138).

أما شقروني احسان (2019) فقد عرف الحبسة على "أنها فساد تنظيم الميكانيزمات الحسية والحركية التي تتدخل في الإدراك وإرسال اللغة" (ص.27).

وعليه نستنتج أن حبسة بروكا هي فقدان القدرة على فهم الكلام أو التواصل باستخدام اللغة، وتحدث عندما تتضرر منطقة الدماغ المسؤولة عن اللغة والمعروفة باسم منطقة بروكا. تقع في الفص الأمامي، على الجانب الأيسر من الدماغ. وهو أحد أجزاء الدماغ المسؤول عن الكلام والحركة.

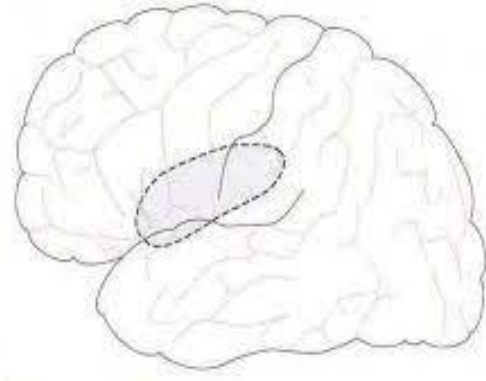
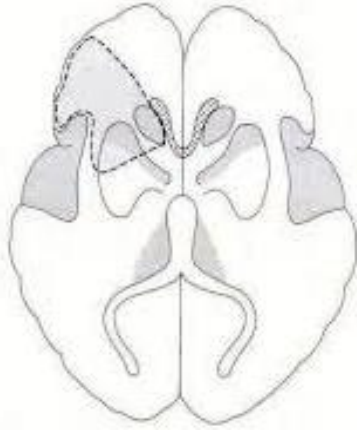
3.2. التشريح العصبي لحبسة بروكا

لقد اكتشف الطبيب وعالم التشريح الفرنسي بول بروكا (Paul Broca) الجزء الأكثر أهمية عندما حدد منطقة مشتركة في الدماغ لدى اثنين من مرضاه الذين يعانون من ضعف النطق، وأصبح هذا يعرف باسم منطقة بروكا. هذه المنطقة الواقعة في التلفيف الأمامي السفلي الخلفي لنصف الكرة السائد في مناطق برودمان 44 (pars opercularis) و45 (pars triangularis) أي فوق الشق الأفقي (شق سلفيوس) وعند قاعدة الشق المركزي أو شق رونالدو، وهذه البحوث تمثل الوظائف الأساسية لمنطقة Broca وهذا على مستوى المنطقة القشرية.

(Taylor Stinnett, Vamsi Reddy, Matthew Zabel, Neuroanatomy, Broca Area. 26/03/2023 :12 :18).

أما على مستوى المنطقة تحت قشرية فقد يصاب كل من البطانة (putamen)، المادة البيضاء (white matter)، الانسولا الأمامي (The anterior insula) والوحدات الجداري (Parietal operculum) (دقيش، خرباش، 2020، ص.29).

فيما يلي رسم تخطيطي يمثل مناطق حبسة بروكا، في عرض جانبي وأفقي:



B: نظرة أفقية لحبسة بروكا

A: نظرة جانبية لحبسة بروكا

الشكل رقم 03: تحديد المناطق المسؤولة عن حبسة بروكا

Source : (Marion-Anne, 2011, p.08)

4.2. أسباب حبسة بروكا

الإصابة بالاضطرابات اللغوية تكون ناتجة عن تلف مراكز اللغة في الدماغ، وذلك لعدة أسباب وهذا ما اعترف به الباحثون في هذا الميدان بالإجماع. فيمكن أن تحدث حبسة بروكا، على سبيل المثال في السياقات الالتهابية أو المعدية، مثل التصلب اللويحي والتهاب الدماغ أو فيروس نقص المناعة، كما يمكن أن تكون أيضا عمليات توسعية مثل الأورام، كما يرتبط الصرع بالحبسة لدى بعض الباحثين.

ولقد اخترنا في هذه الدراسة الحوادث الوعائية الدماغية والصدمات في الرأس، لأن هذين هما من أكثر المسببات شيوعا في سياق فقدان القدرة على الكلام، وأيضا من خلال الحالات التي نجدها بكثرة في الوسط الاكلينيكي الجزائري.

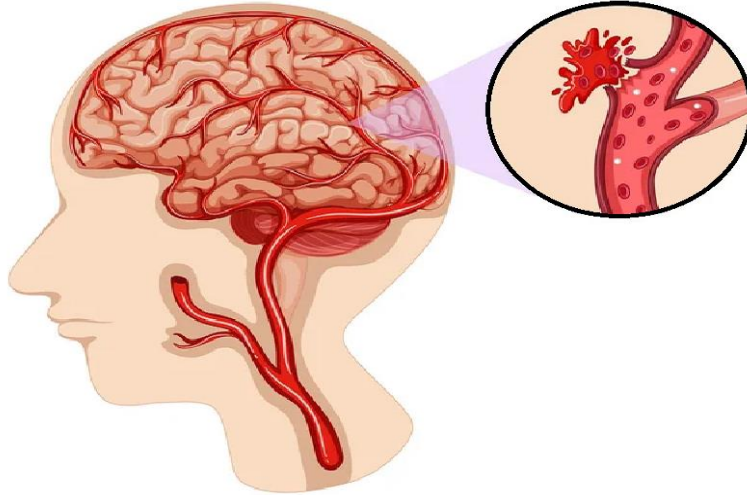
1.4.2 الحوادث الوعائية الدماغية Les accidents vasculaires cérébraux

تسمى الحوادث الوعائية الدماغية باسم السكتة الدماغية أو الانسداد الوعائي الدماغية أو الاحتشاء الدماغية أو النزيف الدماغية أو الجلطة وهي تصيب منطقة في الدماغ، وتعرف على أنها إصابة عصبية في منطقة محددة لمدة تتجاوز 24 ساعة سببها انسداد وعائي دماغي. بحيث تعد الحوادث الوعائية الدماغية المسبب الأول في الإعاقة

العقلية الغير الدائمة، والمسبب الثاني للإعاقة المعرفية أي يفقد الفرد وظائفه المعرفية (بلخير وسام، الباهي سارة، بت، ص.22).

تحدث هذه الإصابة أساسا بسبب انسداد يمنع الدم من التدفق إلى الدماغ، وعندما يحدث ذلك تصبح الأوعية الدموية غير قادرة على تزويد الدماغ بالدم مما يؤدي إلى إصابتها بالتلف. ويمكن أن تحدث بطريقتين:

- الحوادث النزيفية hemorrhagic strokes :15% من الحوادث الوعائية الدماغية يعود سببها إلى تمزيق جدار الأوعية الدموية، والتي غالبا ما تضررت قبل وقوع الحادث. فينفجر أحدها في الدماغ مسببا تلفا في النسيج الدماغى (انظر الشكل 04)، ويعتبر ضغط الدم المرتفع أحد العوامل التي تسبب ذلك.

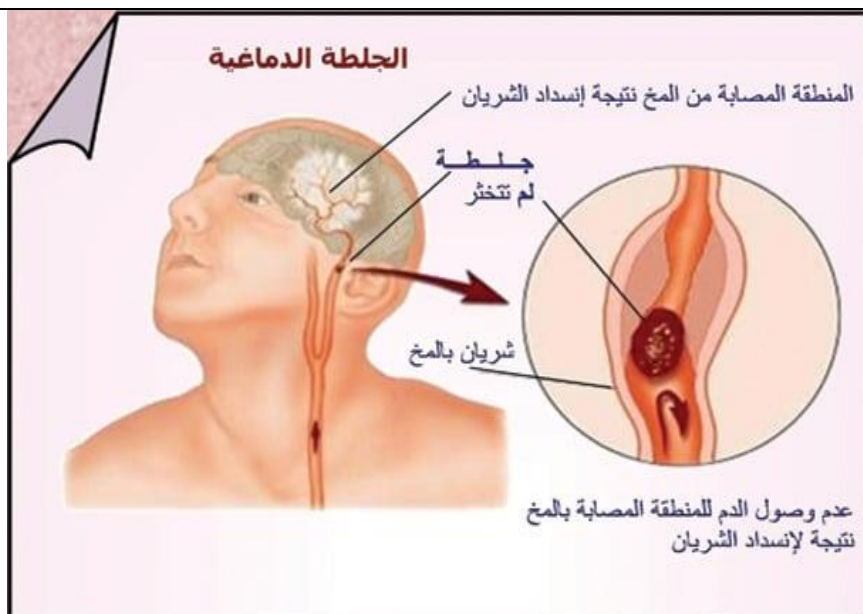


الشكل رقم 04: النزيف الداخلي (تمزق الأوعية الدموية)

المصدر: علم الأعصاب. 21-03-2003، 19:16 استرجعت من:

<https://www.turquiesante.com/blog/>

- الجلطة الدماغية ischemic stroke: عرف ريتشارد لاين (Richard Lane Lindley, 2010) الجلطة الدماغية بالتخثر الدموي، والتي قد تتشكل محليا في شريان دماغي، أو في مكان آخر (مثلا في القلب)، وتعتبر في مجرى الدم لتصل إلى الدماغ. يعرف هذا النوع من التخثر المنتقل بالإنصمام، إذ ينسد وعاء دموي في الدماغ (انظر الشكل 05)، وسرعان ما تتحرم الخلايا الدماغية التي يغذيها من الأوكسجين والغلوكوز وتتوقف عن العمل. وفي حال لم يستأنف تدفق الدم بسرعة، تموت تلك الخلايا الدماغية (هنادي مزبودي، 2014، ص.10).



الشكل رقم 05: الجلطة الدماغية (انسداد الشرايين)

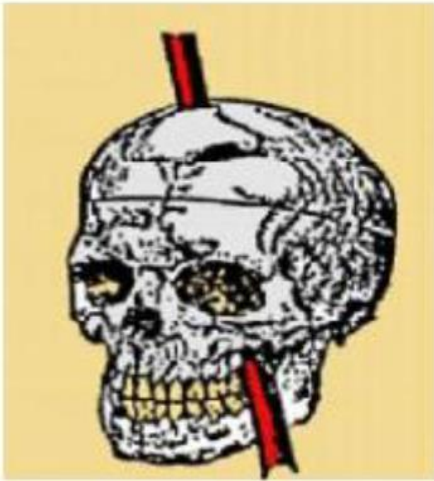
المصدر: خلدون بارون. اليوم العالمي للسكتة الدماغية 2023/03/21، 21: 23 استرجعت من:

<https://s.alqabas.com/wp-content/uploads/2017/10/29559038.jpg>

2.4.2 الصدمات الدماغية Brain trauma

تعتبر أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالحبسة، ونجد فيها نوعين (زويش عبد المنعم؛ سليمان يوسف، 2020، ص.37-38):

- صدمات الرأس المفتوحة Open head trauma: وهي الإصابات التي تخترق فيها الجمجمة وصولاً إلى الدماغ مباشرة مثل: الطلقات النارية، الجروح النافذة بقطعة معدنية أو عندما تتعرض الجمجمة إلى كسور مختلفة (انظر الشكل 06)، فتتحرك العظيومات الصغيرة الناتجة عن الكسر في اتجاه نسيج الدماغ فتتسبب في إصابته مباشرة ببعض الكدمات أو التهتكات.

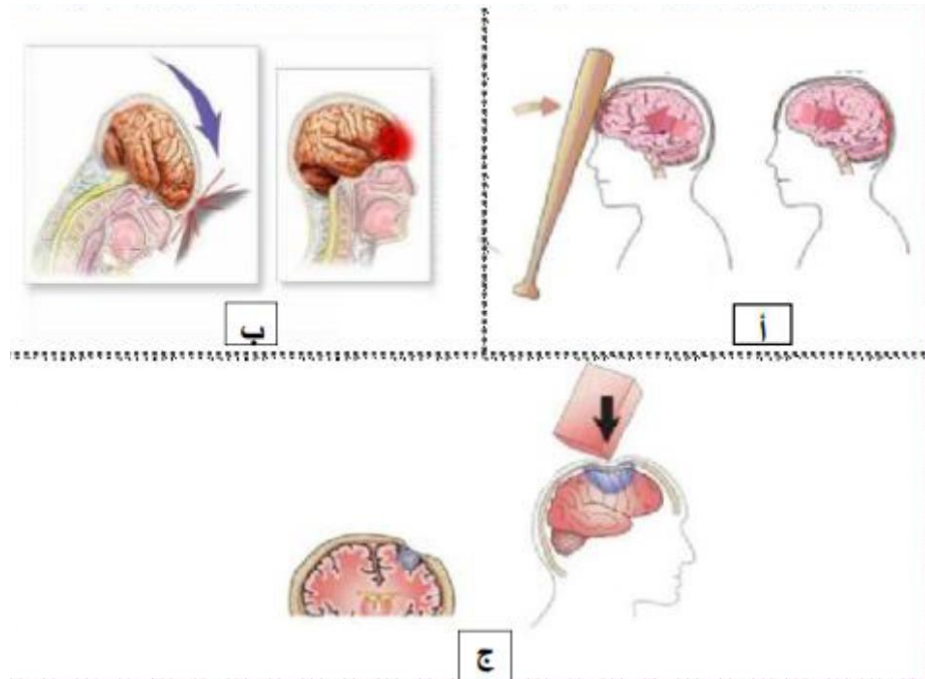


الشكل رقم 06: حادث يسبب خرق نافذ للجمجمة والدماغ

المصدر: (زويش، سليمان، 2020، ص.37)

- صدمات الرأس المغلقة Closed head injury: وتأتي هذه الإصابات من ضربة مباشرة على الرأس (انظر الشكل 07)، وعادة ما نجد تحت موضع الضربة إصابات متعددة كالتواء أو التفاف لبعض الألياف العصبية المسؤولة عن العملية اللغوية، وتعد حوادث السيارات أحسن مثال لمثل هذا النوع من الصدمات.

الشكل رقم 07: مختلف الصدمات الدماغية المغلقة من ضربة مباشرة على الرأس



(زويش، سليمان، 2020، ص.38)

5.2. الأعراض الاكلينيكية لحبسة بروكا

الأعراض المصاحبة لهذا النوع من الحبسة نجد:

- Agrammatism: التي تعطي أسلوب التلغراف.
- التفكك الصوتي: يتباطأ معدل الكلام، ويصعب تعطيل إيقاع الكلام والتعبير.
- تقليل في المفردات.
- وجود بارافازيا.

وفقاً لـ Guillaume et al، تتميز حبسة بروكا بانخفاض في الكلام التلقائي مع الفهم السليم. يكون الانخفاض أكثر أو أقل حدة وتدرجياً. قد يتحسن الصمت في المرحلة الأولى من الاضطراب بمرور الوقت. الانبعاث اللفظي شاق ومتقطع أحياناً. غالباً ما يتم الاحتفاظ بلغة تلقائية مثل العد، أيام الأسبوع ... أو حتى القدرة على الغناء. غالباً ما يكون محتوى الكلام واضحاً، ولكنه يتطلب أحياناً جهداً كبيراً من المريض.

غالباً ما يتم الحفاظ على الفهم التحويلي البسيط جيداً، ولكن عندما يتعلق الأمر بالتعليمات المعقدة أو المحادثات ذات مستوى أعلى، فقد يواجه فقدان القدرة على الكلام وصعوبة في استيعاب ما يقال له. في المفهوم اللغوي العصبي الذي دافع عنه جاكوبسون وسابورو، تتميز حبسة بروكا على المستوى الصوتي بعجز في مزيج الصوتيات وعلى المستوى السيميولوجي بسبب عجز في مزج الكلمات، ومن ثم صعوبات في النطق والانخفاض العام في اللغة اللفظية. وبالتالي فإن تقليص اللغة هو الذي يشكل الحقيقة الرئيسية في حبسة بروكا.

عادة ما تظهر حبسة بروكا مع اضطرابات مصاحبة للاضطراب التعبيري، كالشلل النصفي والأبراكسيا الفمية الوجهية التي تظهر في البداية بفقدان القدرة على الكلام والاستجابة. كما أنه لا يستطيع القيام بإيماءات للتعويض عن الصعوبة اللفظية التي يعاني منها (Djenadi, 2019, p.22-23).

6.2. تشخيص حبسة بروكا

تعتبر مرحلة الفحص والتشخيص مرحلة جد مهمة وأساسية، حيث تعد أول خطوة تساعد في وضع خطة علاجية متناسقة. وعليه يجب اتباع الخطوات التالية لكي يكون التشخيص دقيقاً (شقروني، 2019، ص.37):

1.6.2. الفحص الإكلينيكي

ويشمل أخذ التاريخ المرضي للمفحوص وتحديد ما إذا كان هناك أمراض أخرى مصاحبة كأمراض القلب، وضغط الدم والسكري. مع تحديد بداية المرض والأعراض المصاحبة للحبسة، مع الاهتمام بتحديد اليد المفضلة في الاستخدام قبل حدوث الإصابة.

كما يشمل الفحص الإكلينيكي فحص أعضاء النطق والكلام والسمع للتأكد من سلامتها كون الحبسة ناجمة عن عيوب في هذه الأعضاء. ويشمل أيضا فحص الجهاز العصبي إما بأشعة X أو ما يعرف بالأشعة المقطعية بالكمبيوتر أو بالتصوير المغناطيسي، كما يجري فحص تدفق الدم في المخ باستخدام الفحص المقطعي، وكل هذا يكون موجود في ملفه الطبي الذي يكون بحوزة المريض.

2.6.2. اختبارات الذكاء والقدرات العقلية

بحيث أن تدهور نسبة الذكاء تعتبر سمة مصاحبة لحدوث الحبسة، لذا يوصى باستخدام اختبارات الذكاء الغير لفظية.

3.6.2. اختبارات لغوية

يخضع المريض لتقييم كفاءة الوظائف اللغوية، ويتم خلالها تحديد قدراته من حيث القدرة على الكلام الشفوي، ومدى الطلاقة في الاسترسال وإيجاد اللفظ المناسب والقدرة على الفهم والتعرف على الأشكال والصور، واستكمال الجمل الناقصة والتعامل مع الأرقام وغيرها من المهارات اللغوية، وبعض الاختبارات التي تحيط بجوانب القدرة الإدراكية (الإدراك البصري الحركي).

7.2. إعادة تأهيل المصاب بحبسة بروكا

ترى ابراهيمي سعيدة (2012) إلى أنه قد اتضح لها من خلال التكفل النفسي العصبي بالحالات المصابة بالحبسة منذ أكثر من عشر سنوات في الوسط الاكلينيكي الجزائري، أن الاسترجاع يقوم على آليتين معرفيتين رئيسيتين وهما (ص.53):

- تحسين وظيفة المراقبة على اللغة.
- تحسين وظيفة التصحيح الذاتي.

وتذكر أنه كلما تحسن مستوى المراقبة على اللغة لدى الحالة كلما زادت قدرتها على التصحيح الذاتي، بفضل تحسين الوعي بأهمية إعادة التربية وارتفاع نسبة فعالية المريض في عملية العلاج.

ومن بين سبل إعادة تأهيل المصابين حبة بروكا نذكر (دقيش، خرباش، 2020، ص. 39-40-41):

1.7.2. طريقة شويل (Showill)

هي طريقة تعتمد على الاستثارة السمعية القوية والمكثفة، للنظام الرمزي المضطرب كوسيلة أولية لتسهيل إعادة تنظيم اللغة لمريض الحبة. وتكون قواعد البرنامج العلاجي كما يلي:

- يجب استخدام الاستثارة السمعية المكثفة ويفضل استخدام الاستثارة المشتركة (سمعي-بصري).
- يجب التحكم في المثير ليكون مناسباً وسهلاً.
- يجب تكرار المثير الحسي السمعي من أجل زيادة كفاءة المسارات السمعية.
- كل مثير لا بد أن يؤدي إلى استجابة.
- لا يجب إصلاح الاستجابة أو الإصرار في الحصول عليها، فإن لم تكن هناك استجابة فالمثير غير مناسب.
- يجب محاولة الحصول على أكبر عدد من الاستجابات، فإن ذلك يؤدي إلى تغذية مرتدة متكررة، ومن ثم تقوية اللغة، كما تعمل على زيادة ثقة المريض بنفسه فيؤدي ذلك إلى محاولات لغوية يقوم بها بنفسه خارج جلسة العلاج.
- يجب إمداد المريض بالتغذية المرتدة Feed back والمكافأة المشجعة عند الإجابة الصحيحة، حيث يساعد هذا على رفع معنوياته، واستشعار مستوى تقدمه بنفسه.
- يجب العمل بدرجة مكثفة تتماشى مع احتياجات المريض.
- يجب أن تتدرج الجلسة العلاجية من تدريبات سهلة ومألوفة إلى تدريبات أكثر صعوبة.

2.7.2. العلاج التنغمي اللحني (melodic tonal therapy)

من أكثر الطرق استخداما حيث يعمل على استخدام القدرة الغنائية والتنغمية غير المصابة، ويدرب المريض هنا على تنغم الكلمات ثم أشباه الجمل بشكل تدريجي ثم يتلاشى التنغم تدريجيا من خلال إنتاج الكلام وأشباه الجمل غير المنغمة ومن ثم نقل هذه الكلمات إلى السياق الكلامي للشخص المصاب بالحبسة بروكا.

3.7.2. برنامج Pace

هو عبارة عن طريقة شاملة ووظيفية تتدرج ضمن نهج براغماتي، اقترحت من طرف Davis et Wilcox في عام 1985، وقد وضعا لها أربعة مبادئ أساسية هي:

- تبادل المعلومات.
- المشاركة المكافئة.
- اختيار قناة الاتصال.
- التغذية الراجعة.

4.7.2. برنامج Visual action therapy (VAT)

وضع من طرف هيلم و فيتزباتريك بارسي (Helm and Fitzpatrick Baresi, 1982)، وهو أسلوب غير شفوي يستند على استعمال المعلومات البصرية، والهدف منه هو تحسين قدرة المريض على إنتاج رسالة إشارية. يحتوي على (9) تسعة مراحل، كل مرحلة بها خطوات معينة، وتكون منهجية العمل كالتالي: يجلس المريض مقابل المعالج، تكون بحوزتهم مجموعة من الصور المتماثلة، وبالتناوب يجب ذكر وتعيين الصور التي تمثل وتطابق الصور المقابلة باستخدام قنوات الاتصال الممكنة سواء اللغة الشفوية أو المكتوبة (تعبيرات، إيماءات، رسم، نغمة، محاكاة صوتية). ويعتمد في التغذية الراجعة على مدى فعالية وكفاية الاتصال وليس على التصحيح اللغوي. وفي حالة ما إذا كان (VAT) فعلا ينتقلون إلى العمل بالـ (Pace).

خلاصة

تمكنا من خلال هذا الفصل بالتعرف على الحبسة والتي تعتبر أكثر الاضطرابات العضوية شيوعا التي تصيب الدماغ البشري، بحيث يفقد من خلالها حيويته ولغته وسلوكه وكيفية تواصله مع ذاته ومع الآخرين. وبهذا نكون قد أخذنا لمحة عامة عنها وذلك بمعرفة بداياتها، ثم انتقلنا إلى مختلف التعريفات التي تطرق اليها الرواد بمختلف تخصصاتهم.

ثم ركزنا على نوع من أنواعها وهي حبسة بروكا وذلك بوضع عدة تعريفات، الموقع التشريحي ثم أهم الأسباب التي تؤدي لها، والتي نجدها بكثرة في الواقع الاكلينيكي الجزائري. وأخيرا قمنا بذكر أعراض لها، كيفية التشخيص وإعادة تأهيل الشخص المصاب بها.

الفصل الثالث: الأبرا كسيا الفمية الوجهية

تمهيد

1: الأبرا كسيا

1.1: لمحة تاريخية عن الأبرا كسيا

2.1: تعريف الأبرا كسيا

3.1: أنواع الأبرا كسيا

2: الأبرا كسيا الفمية الوجهية

1.2: لمحة تاريخية حول الأبرا كسيا الفمية الوجهية

2.2: تعريف الأبرا كسيا الفمية الوجهية

3.2: التشريح العصبي للأبرا كسيا الفمية الوجهية

4.2: الأعراض الاكلينيكية للأبرا كسيا الفمية الوجهية

5.2: تشخيص الأبرا كسيا الفمية الوجهية

6.2: التشخيص الفارقي للأبرا كسيا الفمية الوجهية

7.2: الأبرا كسيا الفمية الوجهية وأبرا كسيا الكلام

خلاصة

الفصل الثالث: الأبراكسيا الفمية الوجهية

تمهيد

الأبراكسيا هي اضطراب في الحركة، يتميز بعدم القدرة على تنفيذ الحركات الإرادية المكيفة، وتأتي أوتوماتيكية في غالب الأحيان، وكذا السلوك الحركي القصدي، بحيث يكون هذا نتيجة لإصابة عصبية على مستوى الفص الجداري وذلك لعدة أسباب، وحسب مكان الإصابة فيه يتحدد نوع الأبراكسيا.

في هذا الفصل سيكون عرض منظم لعرض الأبراكسيا الذي عادة ما يكون مصاحبا للحبسة الحركية (حبسة بروكا)، ونظرا لتعقيد تفاصيله وتعدد أنواعه سنقسم هذا الفصل إلى جزئين:

في الجزء الأول سيكون عرض عام لاضطراب الأبراكسيا وذلك بلمحة تاريخية عنه، تعريفه وأنواعه.

أما الجزء الثاني، سنتخصص في نوع من أنواع الأبراكسيا وهي الأبراكسيا الفمية الوجهية، وذلك بتعريفها، لمحة تاريخية، الموقع التشريحي، كيفية التشخيص والتشخيص الفارقي لها مع اضطرابات أخرى لها نفس الأعراض.

1: الأبراكسيا

1.1: لمحة تاريخية عن الأبراكسيا

من الناحية التاريخية تعتبر الأبراكسيا (تعذر الأداء) أحد أهم الاضطرابات العصبية النفسية الكلاسيكية، جنباً إلى جنب مع الاقنوزيا والحبسة وفقدان الذاكرة، التي تم ابرازها في نهاية القرن التاسع عشر في علم الاعصاب الاكلينيكي.

❖ مساهمات ليبمان وآخرون (Liepmann, 1900-1920)

أول من وصف مرض الأبراكسيا هو جاكسون (Jackson, 1866)، وقال إنه يكون موجوداً في المريض فاقد القدرة على الكلام، الذي لن يكون قادراً على أداء الأفعال بناءً على أوامر، بينما البقاء قادراً على إنتاجها تلقائياً. أي أنه لاحظ عجزاً حركياً مقصوداً في مرضى فقدان القدرة على الكلام. لم يكن هؤلاء المرضى قادرين على تحريك اللسان أو الشفتين عند الأمر، لكن يمكنهم القيام بهذه الحركات في تسلسل تلقائي للحركة مثل البلع أو الأكل. لاحظ جاكسون أن هذا التفكك الطوعي التلقائي لم يقتصر على عضلات منطقة الوجه، لأن بعض هؤلاء المرضى الذين يعانون من فقدان القدرة على الكلام لم يتمكنوا أيضاً من تحريك يدهم اليمنى غير المصابة بالأمر، بينما يمكن تنفيذ نفس الإجراءات بشكل صحيح بطريقة عفوية (Marie David, 2018,p.32).

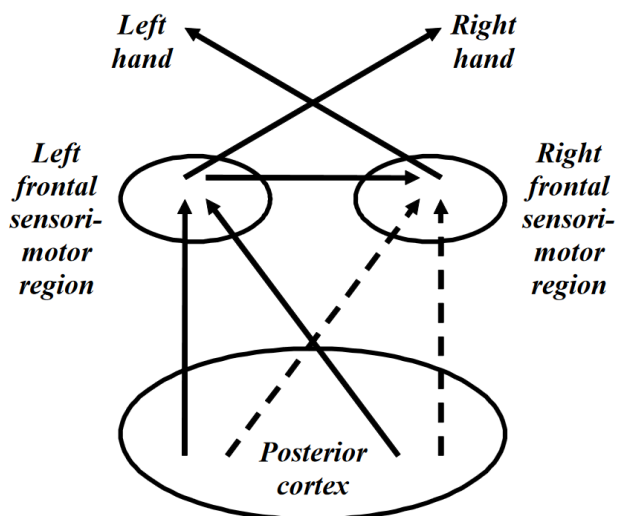
على الرغم من أن الملاحظات الأولى لمرضى تعذر الأبراكسيا تُنسب إلى Jackson، إلا أن سنتهيل (Steinthal, 1871) هو من صاغ مصطلح الأبراكسيا. ووصف حالة مريض يعاني من فقدان القدرة على الكلام، حاول الكتابة عن طريق إمساك قلم رصاص رأساً على عقب، أو التلاعب بشوكة وسكين كما لو أنه لم يستخدمهما من قبل. شدد Steinthal على أنه لم تكن القدرة على أداء حركات الأطراف هي التي كانت خاطئة، بل العلاقة بين الحركات والأشياء التي تم التلاعب بها، مما يشير إلى أن غياب إجراء الأبراكسيا قد ينتج عن عجز إدراكي حسي يؤثر على التعرف على استخدام الأشياء.

قادت هذه الملاحظات المؤلفين إلى افتراض أن الأبراكسيا قد تكون متلازمة عصبية محددة، يمكن تمييزها عن العمى أو فقدان القدرة على الكلام أو عدم القدرة على الكلام. ومع ذلك، لا تزال الأدلة السريرية والتجريبية غير كافية لدعم هذه الفرضية. في الواقع اعتقد العديد من المؤلفين في ذلك الوقت أنه كان من الصعب التفريق بين الأبراكسيا والنقص الأولي في الحواس الحركية مثل الشلل الجزئي (Label Emilie, 2017,p.02).

تم دعم استقلال الأبراكسيا من العجز الحركي بملاحظة مستشار إمبراطوري عمره 48 عامًا، المريض MT بواسطة ليبمان (Liepmann, 1990). كان MT يعاني من فقدان القدرة على الكلام، وأثر العجز على حركات الأطراف في اليد اليمنى، وكذلك حركات الرأس والوجه واللسان. ومع ذلك كان MT قادرًا على الأداء بشكل صحيح بيده اليسرى، والإيماءات بالأمر اللفظي وعند التقليد، بما في ذلك استخدام الأداة. تم الحفاظ إلى حد كبير على الإدراك اللفظي والاعتراف البصري والأداء الفكري. اقترح ليبمان مصطلح "الأبراكسيا الحركية" لوصف هذا الضعف.

في عام 1908، نشر ليبمان دراسة شملت 42 مريضًا مصابًا في النصف المخي الأيمن و47 مريضًا مصابًا في النصف المخي الأيسر. وجد الأبراكسيا لدى 20 من أصل 47 مصابًا في النصف المخي الأيسر. كما أكد أنه لم يحدث على الإطلاق في اليد اليمنى لمجموعة مرضى المصابين في النصف الكرة المخية اليمنى. اقترح ليبمان تسمية "sympathetic apraxia" بهذا النوع من الأبراكسيا المصاحب للشلل النصفي الأيمن. علاوة على ذلك كان 14 من بين 20 مريضًا مصابًا بالأبراكسيا يعانون من فقدان القدرة على الكلام، لكن 6 لم يكونوا كذلك. لذلك جادل بأن النصف المخي الأيسر هو المسيطر ليس فقط على اللغة ولكن أيضًا على التحكم الحركي. كما أشار إلى أن الأبراكسيا غالبًا ما تصاحب الحبسة الكلامية، لكنها مستقلة عنها. في غضون ذلك، أبلغ بيك (Pick, 1905) عن حالة مريض يعاني من فقدان القدرة على الكلام، كان قادرًا على فهم التعليمات البسيطة، وتسمية الأشياء وشرح استخدامها الوظيفي، ولكن يمكنه استخدام السكين لتمشيط شعره، ووضع تطابق في الفم في محاولة لتدخينه أو مواجهة صعوبات شديدة لتوضيح كيفية استخدام مفتاح أو مقص. ويختار تفسير هذا الاضطراب على أنه علامة على الأبراكسيا الحركية (تعذر الأداء الحركي)، بالنظر إلى أن المريض أظهر معرفة سليمة بالاستخدامات الوظيفية للأشياء. على أساس هذه النتائج، قدم ليبمان (Liepmann, 1908-1920) أول تشريح سريري لمرض الأبراكسيا. كان يعتقد أن الحركات الماهرة يتم دعمها من خلال إنشاء صيغ الحركة في القشرة الخلفية بأكملها. يتم تشكيل صيغ الحركة بواسطة الصور الصوتية أو المرئية لأداء حركات معينة، ويجب ربط صيغ الحركة التي ينتجها الدماغ الخلفي عبر وصلات قشرية، مع الأنماط العصبية المخزنة في المنطقة الحسية اليسرى. عندما يتعين على اليد اليسرى تنفيذ الحركة، يتم نقل المعلومات عبر الجسم الجاسئ إلى المنطقة الحسية اليمنى (انظر الشكل 08)

(Francois Osiurak et Le Gall Didier, 2017, P.70-71).



الشكل رقم 08: عرض آلية الأبراكسيا لليمان 1908

Source: (Francois et al, 2017, p.71)

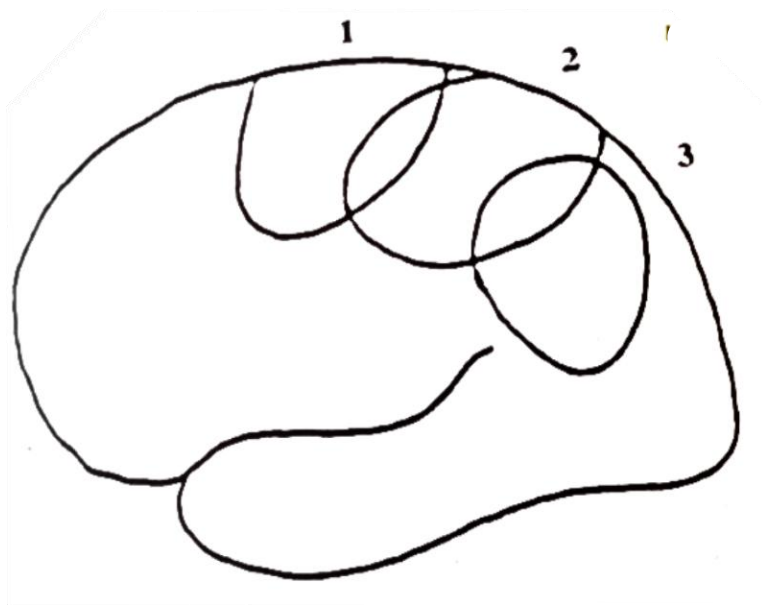
كما اقترح لييمان (Liepmann, 1908-1920) مع مؤلفين آخرين أول تكوين اكلينيكي تشريحي ونفس مرضي للابركسيا (انظر الشكل 09). وقد توصلوا بتمييز ثلاثة أنواع من العجز الفعلي (الدسوقي، 1988، ص.121):

1-عجز تحريك الأطراف (ideomotor): ويكون عن طريق فقدان الذكريات الحركية للعضو (أي اللارمزية الحركية لميبيير Meynert أو أبركسيا الإثارة العصبية لكلايست Kleist أو العجز الحركي اللحائي لهايلبرونر Heilbronner).

2-الأبراكسيا الحركية الذهنية (kinetic melodrama): التي فيها ينعدم التخطيط العقلي للحركة، ويسميتها هاييلبرونر Heilbronner الأبراكسيا عبر اللحائية.

3-الأبراكسيا التصورية أو الفكرية (ideation): وهي اضطراب مفهوم الفعل الذي يُنفذ ويعتبر أحيانا اضطراب في الانتباه. وقد استحدثت هذه الصورة بيك (1905, Picke) لتتطابق لا رمزية التوصيل asymbolia of conduction عند هاييلبرونر Heilbronner، وهي تؤخذ عموما على أنها خارجة عن نطاق العجز الحركي بالمعنى الصحيح.

ideation[3] kinetic melodrama[2] ideomotor[1]



الشكل رقم 09: المواقع المصابة المسؤولة عن الأبراكسيا
Source : (Le Gall Didier, Aubin Ghislaine, 2004, P93)

❖ مساهمات ستراس وآخرون (streas and all, 1924-1958)

وكما صرحت به الباحثان لعثماني حياة وشمومة سارة (2020): " قد اكتشف ستراس (streas, 1924) الأبراكسيا البنائية، وهي تخص الرسومات أو أعمال التركيب أو المكعبات. أما في سنة 1941 اختص براون (Brown) بأبراكسيا اللباس كل هذه الأعمال أصرت على التداخل بين ظواهر الأبراكسيا والحبسة" (ص.30).

أما الفترة الحديثة فبدأت تظهر أعمال جديدة مغايرة، ففي 1958 ظهرت تصنيفات جديدة للظواهر الأبراكسيا، والتي قامت بدراسة السلوك بحيث اقترحت من طرف براون (Brown) الذي فرق بوضوح بين الأبراكسيا الفكرية ثنائية الجانب، وبين الأبراكسيا الحركية أحادية الجانب (تعذر الأداء الحركي)

(Le Gall et al 2004. P.94).

❖ مساهمات غيشويند وآخرون (Geschwind and all, 1965-1975)

قام ليبمان (Lipmann, 1900) بوصف المستشار الإمبراطوري MT، واتضح المشكلة في أنه على عكس المريض MT، فإن الأبراكسيا أحادية الجانب تؤثر بشكل متكرر على الطرف العلوي الأيسر أكثر من الطرف الأيمن. بحيث طور قشويند (Geschwind, 1965) نموذج النظرية للأبراكسيا على هذا الأساس. وناقش Geschwind

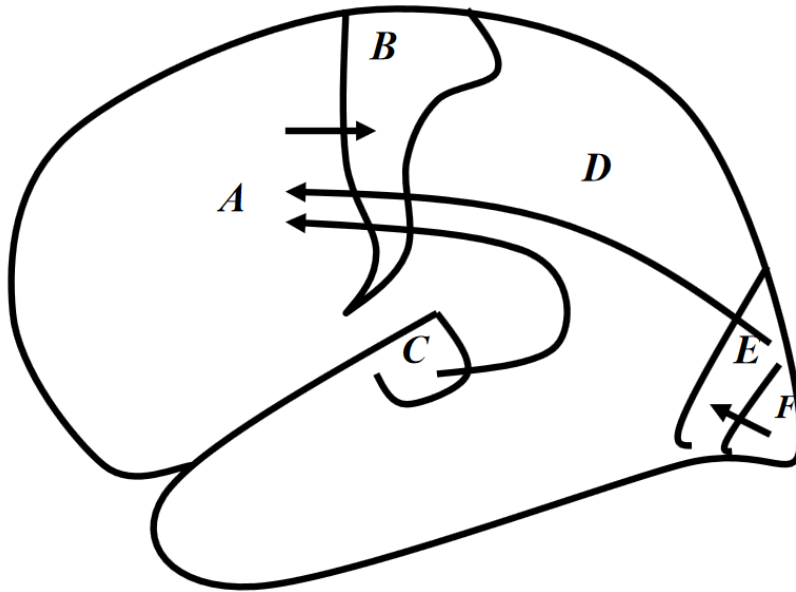
(and Kaplan, 1962) حالة مريض يعاني من احتشاء واسع النطاق للجسم الجاسي، والذي كان قادرًا على الكتابة بشكل صحيح باليد اليمنى ولكن ليس باليد اليسرى، والتي لم تُظهر اضطرابًا حسيًا أوليًا. علاوة على ذلك يمكن للمريض أداء الإيماءات باستخدام الأمر اللفظي (التمثيل الإيمائي) باليد اليمنى ولكنه فشل في كثير من الأحيان في تنفيذها باليد اليسرى. الأهم من ذلك أنه يمكنه تقليد الحركة التي قام بها الفاحص، وكذلك استخدام الأشياء بشكل صحيح بكلتا يديه. تم استبعاد الفرضية القائلة بأن إخفاقات هذا المريض نتجت عن اضطراب مفاهيمي عام، من خلال حقيقة أن المريض يمكن أن يتظاهر باستخدام الأشياء بيده اليمنى بدلاً من ذلك. نظرًا لأن الصعوبات حدثت عندما طُلب من المريض القيام بإجراءات للأمر، فسّر قنشوید وکبلان (Geschwind and Kaplan) هذه الاضطرابات على أنها آثار لفصل القشرة الحركية اليمنى عن منطقة الكلام. واقترحا أن الاحتشاء الواسع للجسم الجاسي يجب أن يكون سبب الأعراض.

أكد قنشوید (Geschwind, 1965) أن هذه القضية لا تمثل الصعوبات التي عادة ما تصاحب الأبراكسيا من جانب واحد، في الواقع لا يقتصر الضعف عمومًا على الإيماءات بناءً على الأمر اللفظي. ويحدث أيضًا عندما يُطلب من المرضى التقليد أو استخدام الأدوات فعليًا. يتوافق هذا مع الوصف الأول للمظهر السريري للانفصال الواسع للجسم الجاسي. وبقلم ماس ولييمان (Maas and Liepmann) كان مريضهم Ochs مصابًا بالشلل النصفي الأيمن، ولم يستطع الكتابة بيده اليسرى وفشل في أداء العديد من الإجراءات بناءً على الأمر اللفظي ولم يحسن التقليد. كما أساء Ochs في كثير من الأحيان التعامل مع الأشياء الموضوعية في يده اليسرى. لذلك أكد قنشوید (Geschwind) على أن تسمية "Apraxia" غير كافية ما لم تكن شروط التحفيز محددة، ولذلك فمن الأفضل تحديد مجموعات التحفيز والاستجابة التي يفشل فيها المريض.

بعد بضع سنوات اقترح قنشوید (Geschwind, 1975) نموذج الروابط الجديدة الذي انحرف عن نظرية لييمان، في أنه استبدل صيغ الحركة بالأمر اللفظي الذي يستحدث الإجراءات الحركية، باستخدام ركيزة عصبية مشابهة لتلك المستخدمة في معالجة اللغة لفارنيكي (Wernicke) (انظر الشكل 10). بحيث ترتبط المراكز الحسية ارتباطًا مباشرًا بالمراكز الحركية، ويُنظر إلى الأبراكسيا على أنها انقطاع في ترجمة التحفيز الحسي إلى مدخلات حركية. ترتبط منطقة Wernicke بمنطقة ارتباط المحرك الأيسر بواسطة الحزمة المقوسة، ومنطقة ارتباط المحرك الأيسر مرتبطة بمنطقة المحرك الأساسي اليسرى. عندما يُطلب من الشخص أداء إيماءة بأمر لفظي باليد اليمنى، يتم استخدام هذا المسار. إذا كان على الشخص استخدام اليد اليسرى، يتم نقل المعلومات من منطقة ارتباط المحرك الأيسر إلى منطقة

ارتباط المحرك الأيمن، ثم إلى منطقة المحرك الأساسي اليمنى. بالنسبة لـ *Geschwind* فإن الإصابات الموجودة في منطقة الحزمة المقوسة والتلفيف الهامشي العلوي تفصل منطقة *Wernicke* عن مناطق الارتباط الحركي. لذلك يمكن للمرضى الذين يعانون من الآفات في هذه المنطقة، فهم الأوامر اللفظية، ولكن يظهرون صعوبات في تنفيذ الحركات للأمر بأي من اليدين. حيث تتطلب الإيماءات إلى الأمر وليس التقليد. لذلك، نظرًا لأن العديد من المرضى المصابين في نصف الكرة المخية الأيسر ليس لديهم إصابة في نصف الكرة الأيمن، يجب أن يكونوا قادرين على التقليد، لكن لا يمكنهم ذلك. لتفسير هذا التناقض اقترح *(Geschwind)* أن الحزمة المقوسة اليسرى هي أيضًا المهيمنة على الاتصالات المرئية، وتسبب الإصابات في الجسم الجاسئ الأبراكسيا من جانب واحد في اليد اليسرى، كما وصفها *(Kaplan and Geschwind, 1962)* و *(Lipmann and Maas, 1907)*.

الشكل رقم 10: نموذج الروابط الجديدة لجيشويند (1975)



Source : (Francois et al, 2017, P.73)

لا تهتم أوجه قصور استخدام الأداة المركزية في الأبراكسيا الفكرية بشكل مباشر بهذا النموذج الذي ينصبّ تركيزه الأساسي على الأبراكسيا الحركية، حيث لاحظ (Liepmann and Maas, 1907) أنّ Ochs فشل في بعض التلاعب البسيط بالأشياء، ومع ذلك كان بإمكانه أن يضع زر على ملابسه معصوب العينين. وقد أرجعوا ذلك إلى قدرة القشرة الحسية والحركية المعزولة على القيام بمهام شديدة التعلم دون الرؤية. أكدت هذه الملاحظة الملاحظات السابقة التي تشير إلى أنّ المرضى المصابين في نصف الكرة المخية الأيسر الذين يعانون من الأبراكسيا بشكل عام، أفضل في إظهار الاستخدام الحقيقي للأدوات مقارنة بالتمثيل الایمائي. تماشياً مع هذا، اقترح (Geschwind, 1975) أنه بالنسبة لاستخدام الأدوات قد يكون المسار من القشرة الجسدية الأولية إلى القشرة الحركية الأولية عبر القشرة المخية، كما في حالة ارتباطات الطرائق الأخرى بالنظام الحركي. قد يؤدي تجنب هذا المسار كما هو الحال عموماً في مرضى المصابين في نصف الكرة المخية الأيسر إلى ترك التعامل مع الكائن تماماً غير متأثر. بالنظر إلى أن الكثير من المعرفة حول الأدوات يتم اكتسابها بصرياً، فقد تمنع الوصلات البصرية الحركية الاتصالات الجسدية الحركية. لذلك قد يُظهر المرضى مع ذلك بعض الصعوبات في إثبات الاستخدام الفعلي للأدوات على مرأى من الأدوات. ولكن كما أكد (Liepmann and Maas, 1907) يمكن تقليل هذه الصعوبات بشكل كبير، إذا طُلب من المرضى استخدام أدوات معصوبي العينين (Francois et al, 2017, P.72-73-74).

2.1: تعريف الأبراكسيا

حتى اليوم، لا يوجد تعريف دقيق لمصطلح "الأبراكسيا"، ويختلف وفقاً لمؤلفي الأبراكسيا Apraxia، كل حسب تخصصه وكل حسب اتجاه خلفيته النظرية وإطاره المرجعي. ومن بينها نجد قد:

عرف الدكتور كمال الدسوقي (1988) الأبراكسيا "بفقدان القدرة على أداء الحركات المقصودة (أي عدم القدرة على أداء سلسلة من الحركات الغرضية)، مع عدم وجود شلل أو اختلال حسي، ويرجع لإصابة في المنطقة الحركية للمخ، حيث ينتج عنها عجز عن تحريك الأشياء أو تناولها بذكاء" (ص.121).

وحسب القاموس الأرتفوني فقد عرّف ليمان (Liepmann, 1980) الأبراكسيا أنها اضطراب عصبي (تلف في الفصوص الجدارية) يؤثر على الحركة الإرادية، ولا يرجع إلى ضعف حركي أو حسي ولا إلى عجز ذهني سابق. غالباً ما يتم ملاحظته مع الحبسة الكلامية. وتؤدي الأبراكسيا إلى عدم القدرة على أداء ايماءات الحياة اليومية (ضعف شديد) أو إعادة انتاج العناصر المتعلقة بالتحليل البصري المكاني. نظراً لأنه أي نشاط حركي يتضمن ارتباطاً منسقاً للإيماءات الأولية، وكما في حالة النشاط المعقد، يجب على الفرد أولاً تصوّر خطة عقلية لتنفيذ الفعل ككل. ففي الأبراكسيا يكون هناك خلل في الأداء الفعال للفعل ويكون على مستويات مختلفة (أنواع الأبراكسيا).

(Frédérique Brin, Catherine Courier, Emmanuelle Lederlé, Véronique Msy, 2004, P.22)

ووفقاً لـ 4DSM (2000) "الأبراكسيا تعني ضعف القدرة على أداء النشاط الحركي على الرغم من المهارات الحركية السليمة والوظائف الحسية وفهم التعليمات" (ص.173).

أما الأبراكسيا عند حمدي علي الفرماوي (2006) تعني العجز عن تنفيذ التتابع الدقيق لأنماط معقدة للحركات المكتسبة، هذا رغم عدم وجود شلل أو فقدان لحاسة ما. وهو ما ينظر له أحياناً على أنه تلف في الذاكرة المبرمجة، التي تحتوي التنسيق الدقيق لتتابعات الأوامر الخاصة بتنفيذ الأنماط الحركية المعقدة والمكتسبة. ولقد تناولت البحوث النيورولوجية هذه الحالة بمسميات عديدة منها متلازمة الطفل الأخرق أو ثقيل الحركة clumsy child syndrome، وأحياناً سميت باضطرابات التنسيق النمائية developmental co-ordination disorders، والخلل الوظيفي الحركي الإدراكي perception motor dysfunction، أو صعوبة التعلم الحركية motor learning difficulty، أو اضطراب التخطيط الحركي الشفهي للكلام speech oral motor planning disorder، إلا أنّ هذه المسميات تصف حالة واحدة، هي التلف في التنظيم الإدراكي للحركات، مما يؤدي إلى مشكلات تنفيذية في اللغة والإدراك والتفكير (حمدي علي، 2006، ص.244).

وحسب المعجم التربوي وعلم النفس للدكتور نايف نزار القيسي (2010) "الأبراكسيا هي اضطراب في الحركة الإرادية، يتصف بالعجز عن إتيان الحركات الغرضية أو تقليدها مع غياب أي سبب عضوي يمنع ذلك" (ص.06).

أما في معجم الطب النفسي والعقلي، اضطراب الأبراكسيا أو ما يعرف بالعمى الحركي، هو فقد القدرة على القيام بحركات متناسقة معقدة، بسبب اختلال يطرأ على الوظائف التعبيرية الحركية لدى المرء، جاعلا إياه عاجزا عن القيام بمختلف الحركات القصدية، وعن فهم الأشياء المتواجدة حوله تتجلى في العجز عن الإتيان بحركة بناء على طلب أو أمر، وليس من الضروري أن يكون الشخص الذي تتنابه الأبراكسيا مصابا بالشلل أو يعاني من الاختلال العصبي (محمود عواد، 2011، ص.07).

كما يراها ألبيرت (Albaret,2001) بأنها اضطراب يتجلى في كل من الطريقة التي ينخرط بها الشخص في العمل، وفي العلاقة مع الآخرين، مسبباتها متعددة العوامل، وتجمع بين العوامل الوراثية، البيولوجية العصبية، العوامل النفسية أو النفسية الاجتماعية، التي تعمل على مستويات مختلفة من التكامل. وتؤثر الأبراكسيا على الشخص في القيام بأعماله اليومية، وتحد من علاقاته وتفاعله مع الآخرين (Marie David, 2018, P36).

ومن خلال التعريفات السالفة الذكر نستنتج أن الأبراكسيا هي اضطراب مكتسب ناتج عن إصابة على مستوى الدماغ، وغالبا ما تكون مرتبطة بالحبسة وخاصة الحبسة الحركية الغير طليقة (Broca's aphasia)، بحيث يكون لديه مشكل أو خلل في أداء الحركات والإيماءات المقصودة، التي تعلمها ونفذها سابقا دون أي مشكل أو إصابة على مستوى العضو، بحيث يؤثر كثيرا على حياته اليومية في التعبير عن ذاته وتواصله مع الآخرين.

3.1: أنواع الأبراكسيا

لقد اقترح ليبمان (Lipmann, 1920) في وصفه الأولي للأبراكسيا ثلاث أنواع مختلفة: عجز تحريك الأطراف (ideomotor)، الأبراكسيا الحركية الذهنية (kinetic melodrama)، الأبراكسيا التصويرية أو الفكرية (ideation). إلا أنه ظهرت دراسات تشريحية لاحقة باضطرابات مختلفة مصاحبة مع الأبراكسيا، وقد أبرزت أوصافاً لأنواع أخرى من هذه الأخيرة.

فكل باحث وكيف سماها، وذلك لتباين التعريفات والنماذج من حقبة لأخرى، فمنهم من سماها على أساس أجزاء الجسم المعنية (كالفم، الوجه، اليد، العين،...)، ومنهم من سماها على أساس آلياتهم المفترضة (فكري، حركي، حسي،...)، والبعض الآخر من سماها على أساس المهام التي ينطوي عليها الأمر (الكتابة، الكلام، فتح العين،...)، ومنهم من سماها على أساس الركيزة التشريحية العصبية (أبراكسيا الجسم الجاسئ). وفي الجدول 05، سنحاول ذكر أنواع الأبراكسيا الشائعة باختصار:

الجدول رقم 05: أنواع الأبراكسيا الشائعة وارتباطاتها التشريحية العصبية

الارتباطات التشريحية العصبية	الوصف	نوع الأبراكسيا
إصابات في القشرة الأمامية والجدارية الثنائية، وصلات المادة البيضاء الأمامية الجدارية والنوى القاعدية	يكون الأداء الضعيف للمحرك على الرغم من سلامته الوظيفة الحسية والحركية واللغوية. عادة ما يتم تقييمها بأمر لفظي لأداء إيماءة أو تقليدها. عادة ما يكون التفكك الطوعي التلقائي موجوداً	الحركية (Ideomotor)
ضرر واسع في نصف الكرة الأيسر	صعوبة تنفيذ سلسلة من الإجراءات في أداء مهمة معقدة ومتعددة الخطوات (مثل إرسال بريد إلكتروني)	الفكرية (Ideational)
تلف النصف المخي الأيسر الخلفي	فقدان المعرفة بالشيء أو الفعل: إساءة استخدام الأشياء، صعوبة مطابقة الأشياء وأفعالها، عدم التعرف على المزايا الميكانيكية التي توفرها الأدوات، عدم القدرة للحكم على ما إذا كانت الإيماءة جيدة أم سيئة الصياغة	المفاهيمية (Conceptual)

الإصابات التي تنطوي على ربط الألياف الحسية من ناحية المادة البيضاء الأمامية الجدارية	حركات الذراع أو الساق غير الدقيقة أو الخرقاء . عادة ما يكون التفكك الطوعي التلقائي غائبًا	الأطراف الحركية (Limb-kinetic)
إصابة في المادة البيضاء الأمامية السفلية، فص أنسولا وإصابات العقد القاعدية	ضعف الحركات الإرادية الماهرة التي تنطوي على الوجه والفم واللسان والحنجرة والبلعوم مثل النفخ من شمعة . (يعتبر نوعًا فرعيًا من تعذر الأداء الحركي)	الفمية الوجهية (buccofacial)
إصابات جدارية	صعوبة رسم قطعة من الملابس على المكان تكوين الجسم، وبالتالي مشكل في ارتداء الملابس (معطف، قميص، سروال)	اللباس (Dressing)
الإصابات الجدارية اليمنى	عدم القدرة على نسخ المعلومات المعروضة بصريًا	الانشائية (Constructional)
الإصابات الجدارية الأمامية العلوية	صعوبة استخدام مهارة الكتابة لتشكيل الحروف	الكتابة (Writing)
إصابات أمامية والإصابات التي تصيب القاعدة الجبهية في اتصالات العقد	مشية ضعيفة دون إصابات مرتبطة على مستواها	المشي (Gait)
صعوبة فتح العيون طواعية وفي حالة عدم وجودها يكون تشنج الجفن مصاحب	فتح الجفن	(Eyelid opening)
إصابات لقشرة الحركية التكميلية	ضعف تنسيق جهاز الكلام الحركي	الكلام (Speech)

Source : (Alexande Pantelyat, Suraj Rajan, 2018, p.08)

2: الأبراكسيا الفمية الوجهية

1.2: لمحة تاريخية حول الأبراكسيا الفمية الوجهية

الأبراكسيا الفمية الوجهية قد تحدّث عنها جاكسون (Jackson, 1878) لأول مرة كشكل خاص من الأبراكسيا. وقبل 1960 تمت دراسة الأبراكسيا الفمية الوجهية بشكل أساسي في علاقته بالاضطرابات العصبية أو ما يسمى بالحبسة الحركية. وفي عام 1960 وصف Lhermitte و Aljouanine لأول مرة وجود الأبراكسيا الفمية الوجهية في مرضى الحبسة من نوع فارنيكي Wernicke. كما شدد (Geschwind, 1965) على تواتر الأبراكسيا في الوجه مع الأشخاص الذين يعانون من الحبسة التوصيلية.

كما تمكن كل من (Vignolo and De Renzi, 1966) من ملاحظة ما يقرب من 33% من الحبسة التوصيلية مصحوبة بالأبراكسيا الفمية، على الرغم من أنّها أقل تواتراً أو أقل حدّة من تلك التي لوحظت في حالات فقدان القدرة على الكلام من نوع بروكا Broca. وأظهر (Kerschensteiner and Poeck, 1975) أنّ تحليل الحركة المتسلسل لأخطاء الأبراكسيا الفمية الوجهية لم يكشف عن وجود أنواع فرعية منها. كما وجد (Matter, 1977) (Kimura et مؤخرًا أنه ليس فقط المصابين بفقدان القدرة على الكلام غير الناطقين بطلاقة، ولكن أيضاً المصابين بفقدان القدرة على الكلام بطلاقة يظهرون اضطرابات حركية فموية متتابعة عند التقليد

(Yoshitaka Ohigashi, Toshihiko Hamanaka, Hiroshi Ohashi, 1981, P.31).

2.2: تعريف الأبراكسيا الفمية الوجهية

للأبراكسيا الفمية الوجهية عدة مفاهيم وتعريفات، بحيث تصب تقريباً في معنى واحد فنجد حسب:

قشويند (Gaschwind, 1965) قال: يستخدم هذا المصطلح كاختصار لـ "الأبراكسيا في العضلات القحفية" أي عدم القدرة على تنفيذ حركات هذا الجهاز العضلي (الوجه والفم)، إما للتحكم أو التنبيه البصري أو اللمسي. وهو الشكل الأول من أشكال الأبراكسيا الذي تم التعرف عليه (وإن لم يكن تحت هذا الاسم) من قبل جاكسون (Jackson, 1878) الذي علّق على عدم قدرة بعض المصابين بفقدان القدرة على الكلام من خلال بروز اللسان (Gaschwind Norman, 1965, P.617).

أما لوقال وآخرون (Le Gall and all, 1994) عرّفها: "على أنّها اضطراب في عدم القدرة على أداء الإيماءات الطوعية، ولكن يتم الحفاظ على الأفعال المنعكسة. ويمكن للأشخاص المصابين بالأبراكسيا على سبيل المثال أن يبتلعوا، ولكن لا يمكنهم تضخيم الخد عند الطلب" (ص.84).

ويرى بيلجانا وآخرون (Biljana and all) أن الأبراكسيا هي "صعوبات في أداء الحركات المقصودة مع هياكل الوجه، بما في ذلك الخدين والشفيتين واللسان والحاجبين" (ص.49).

وعليه نستنتج أن الأبراكسيا الفمية الوجهية هي اضطراب يعرقل المفحوص من القيام ومن تنفيذ حركات إرادية أو الإيماءات الوجهية، مثل: نفخ الخدين، وإخراج اللسان. ويكون نتيجة لإصابة عصبية على مستوى الدماغ في المناطق المسؤولة عن هذه المهارات.

3.2: التشريح العصبي للأبراكسيا الفمية الوجهية

لم يتم تحديد الأساس التشريحي للدماغ لهذه الاضطرابات المحددة للحركة الإرادية بشكل كامل، ولا تزال الأبراكسيا مشكلة ذات أهمية بيولوجية وعصبية كبيرة بالإضافة إلى الاهتمام الإكلينيكي. أظهرت الأدلة التشريحية بشكل رئيسي من مرضى السكتة الدماغية، عدة دوائر دماغية متورطة في التحكم الطوعي في حركات الفم والوجه والأطراف وفي إنتاج الأبراكسيا. وبالنسبة للأبراكسيا الفمية الوجهية فإن مناطق الفص الجبهي (المناطق الحركية الأمامية والتكميلية) وإسقاطاتها تحت القشرية تكون مسؤولة بشكل خاص، وبعض الدراسات أكثر دقة في تحديد أن هذا النوع من تعذر الأبراكسيا، يرتبط بفقدان المادة الرمادية في التلفيف الجبهي الأيسر، وبالتحديد في منطقة برودمان

(Patricia Pita, Lobo Susana, Pinto Luz Rocha, Sofia Reimão, 2013, P.48).

4.2: الأعراض الإكلينيكية للأبراكسيا الفمية الوجهية

هناك عدة أعراض إكلينيكية للأبراكسيا الفمية الوجهية، بحيث تختلف من حالة لأخرى ومن مريض لآخر، حيث يمكن أن تظهر كلها أو البعض منها فقط، وذلك حسب درجة الإصابة ومساحة انتشارها في المناطق الحركية في الدماغ. ومن بين هذه الأعراض نجد (بوشيخي، بن زينة، 2020، ص. 19-20):

- صعوبة في تنفيذ ما يطلب منه أو تقليد أو إعادة نفس الحركة عدة مرات، كما تكون لديه صعوبة في القيام بالحركات التلقائية spontaneous activities.

- الحركات آلية وليست طبيعية.

- صعوبة تنفيذ حركات غير لفظية non-verbal عند الطلب مثل حركات الفم أو المضغ chewing أو حركة البلع swallowing motion.

- يفشل في نفخ خديه أو بطء شديد أو بعد عدة محاولات (صعوبة)

- يقوم بحركات بديلة لذا قد يدير رأسه من اليسار إلى اليمين، بدلاً من تحريك اللسان في الفم من زاوية إلى أخرى، أو يهز رأسه بدلاً من رفع حاجبيه.

- اضطراب الصوت: الكلمة عامة لا تكون بصورتها السليمة فهي تمتاز بالحذف، الإبدال، التشويه، إضافة إلى أخطاء فنولوجية بنوعها حرفية وصوتية phonetic and phonemic errors

أما الأعراض المصاحبة نجد منها:

- اضطرابات في توازن الجسم: مشاكل في المشي.
- اضطرابات معرفية: مشاكل في الذاكرة، والنوم واليقظة.
- اضطرابات حسية: آلام في العضلات، الشد العضلي، التتميل.
- اضطرابات نطقية: مشاكل في الكلام، والصوت، وفي عملية البلع.

5.2: تشخيص الأبراكسيا الفمية الوجهية

تعتبر مرحلة الفحص والتشخيص مرحلة مهمة وأساسية، وهي تعد أول خطوة تساعد في وضع خطة علاجية متناسقة.

بحيث أول شيء يقوم به المختص الأورطفوني عندما تأتي حالة تعاني من أبراكسيا فمية وجهية هو جمع معلومات عن الحالة (الشخص المصاب)، وذلك إماً منه أو من مرافقه، وذلك بقراءة الرسالة التوجيهية المرسله من طرف الطبيب بالإضافة إلى ملفه الطبي الذي يكون برفقته، ثم ينتقل إلى الفحص الفردي والمباشر باختبار المهارات الفمية الوجهية، وكلّ هذا في عدّة نقاط، والتي تكون كالتالي:

1.5.2 الميزانية الأورطفونية The anamnesis

بحيث يجب أن تتضمن النقاط التالية (Yang-Tin Andréa, Stoltz Pauline, 2012, p.69) :

- البيانات الإدارية.
- الشكوى / أصل الطلب / إدراك الاضطراب / توقعات المريض (الدافع لإعادة التأهيل).
- البيانات الطبية: التاريخ الطبي (السكري، الكولسترول...إلخ)، الاضطرابات المرتبطة (الاضطرابات اللغوية والمعرفية، وما إلى ذلك)، والفحوصات الطبية وشبه الطبية التي يتم إجراؤها، مشاكل الجهاز التنفسي، والتجهيزات الموضوعية (بدلة الأسنان، أنبوب المعدة...إلخ)، إعادة التأهيل السابقة والحالية.
- ملاحظات خلال الجلسة: الوضعية العامة، وضعية الكتفين (فرط ضغط، عدم تناسق، نقص التوتر)، حمل الرأس، جودة الصوت، نوعية الكلام، نوع التنفس، طريقة المشي، شلل نصفي على مستوى الوجه، سيلان اللعاب.

2.5.2 الفحص الفمي الوجهي

(بوشيخي، بن زينة، 2019، ص.21-22)

سيكون من الضروري التحقق من حالة اللثة (فرط إفراز الدم) والأسنان ومظهر ولون اللسان ووجود الأسنان الاصطناعية والالتهابات الفطرية.

3.5.2 التحقق من الأبراكسيا

- الرأس (الانحناء، التمديد، الدوران من اليمين إلى اليسار، الميلان في الجهة اليمنى ثم اليسرى).
- الفك السفلي (فتح وإغلاق، طرطقة الأسنان).
- الشفاه (فتح، إغلاق، وضعية iiiiii، وضعية ooooo).
- اللسان (دفع إلى الأمام أفقياً، دفع باتجاه الأنف والذقن، تراجع، دوران وفق محيط الشفاه).
- اللهاة (خفض وارتفاع).
- الحنجرة (بلع اللعاب، إصدار أصوات).

6.2: التشخيص الفارقي للأبراكسيا الفمية الوجهية

تتداخل الأبراكسيا الفمية الوجهية مع اضطرابات ومتلازمات، نذكر منها ما يلي وذلك في جدول:

الجدول رقم 06: الفرق بين الأبراكسيا الفمية الوجهية ومتلازمة Operculaire والشلل الوجهي اللساني

البلعومي

الشلل الوجهي اللساني البلعومي (شلل جزئي)	متلازمة Operculaire	الأبراكسيا الفمية الوجهية
-ضعف في الخلايا العصبية الحركية -وجه مجعد -لا يستطيع التعبير بلامح وجهية -لا يستطيع تكميش جلد جبهته -لا يستطيع نفخ الخد -لا يستطيع إغلاق العينين حتى بمساعدة -فك مرتخي مع سيلان اللعاب -نغمته ضعيفة وكلامه غير مفهوم	-إصابة وعائية في التلفيف الجبهي الجداري السفلي -وجه ناعم -صعوبة في التعبير عن المشاعر أو كل ما يطلبه -مشاكل في البلع -انقباض عضلات البطن بسبب الشلل -صعوبة في تحريك العضلات الفمية الوجهية -كلامه شبه مستحيل -اللسان غير متحرك -يستطيع القيام بالإيماءات مثل الضحك الابتسامة -بحيث تكون مستقلة تماما عن إرادة المريض	-إصابة على مستوى المناطق الحركية للدماغ (F3) -كلامه غير سليم (أحيانا غير مفهوم ومشوه) ولا يوجد تواصل -لا يستطيع التعبير عن فكرته -واعي باضطرابه -شلل نصفي على مستوى الوجه، أو كلي على مستوى جهة من الجسم (حسب الكرة المخية المهيمنة) - لديه حركات وجهية غير متناسقة

Source : (Le Gall et al, 2004, P.205-206)

7.2: الأبراكسيا الفمية الوجهية وأبراكسيا الكلام

تعرف الأبراكسيا الفمية الوجهية بأنها حالة يكون فيها المريض غير قادر على أداء الحركات الغير اللفظية للوجه أو تجويف الفم عند التقليد أو عند الأمر. وإنه يختلف بحكم تعريف أبراكسيا الكلام، لأن تشخيص الأبراكسيا الفمية الوجهية يتم من خلال اضطراب في المهام الحركية غير اللفظية، بينما أبراكسيا الكلام هو اضطراب في الكلام. يعاني معظم مرضى أبراكسيا الكلام أيضا من الأبراكسيا الفمية الوجهية، وهذين الاضطرابين غالبا ما يكون لهما مسار سريري مختلف. بحيث تم الإبلاغ عن العديد من حالات الأبراكسيا الذين لم يمتثلوا للشفاء تماما من الأبراكسيا الفمية الوجهية. كما تم الإبلاغ عن حالات معاكسة، أي الأبراكسيا الفمية الوجهية مع كلام محفوظ بشكل نادر ولكنه موجود أيضا.

إن مسألة ما إذا كانت الوظائف التنفيذية وغير اللفظية للجهاز الحركي الفموي يمكن أن تتأثر بشكل تلقائي بعد إصابة نصف الكرة المخي الأيسر، فهي نقطة حاسمة لفهم التنظيم العصبي للمهارات الحركية الفمية الوجهية. ووفقا لنظرية الحركية الكلية (universalist motor) تعتبر أبراكسيا الكلام أحد الجوانب المتعددة لضعف الأبراكسيا، الذي يتداخل مع جميع الأنشطة الحركية لنظام مستجيب الكلام. ووفقا لنظرية أخرى أكثر تخصص، أنه من المفترض أن يكون للتحكم الحركي في الكلام شبكته العصبية الخاصة التي تتخصص بعد إجراء طويل من التعلم الحركي في إنتاج الكلام (Wolfrem Ziegler, 2007, p05).

خلاصة

في هذا الفصل تطرقنا إلى اضطراب الأبراكسيا بشكل عام، بحيث استطعنا تكوين نظرة عامة حوله، وذلك بتتبع مراحلها التاريخية، والتي تتميز بظهور مختلف أنواعها من حقبة إلى أخرى. بحيث تشترك جميعها في فقدان القدرة على القيام بالمهام، التي تتطلب نماذج تذكر أو سلسلة من الحركات، والتي تكون في غالب الأحيان ناتجة عن إصابة عصبية بمستوى المناطق الحركية في الدماغ.

ثم ركزنا على نوع من أنواعها، والذي نجده كثيرا في الوسط الاكلينيكي الجزائري "الأبراكسيا الفمية الوجهية"، بحيث قمنا بوضع عدة تعاريف لها مع تحديد الموقع التشريحي لها عند الإصابة ثم التشخيص. وفي الأخير تكلمنا عن علاقتها باضطرابات أخرى لديها نفس الأعراض.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1: الدراسة الاستطلاعية

1.1: أهداف الدراسة الاستطلاعية

2.1: تحديد مجالات الدراسة الاستطلاعية

3.1: أدوات الدراسة الاستطلاعية

4.1: الصعوبات التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة

2: الدراسة الأساسية

1.2: منهج الدراسة الأساسية

2.2: تحديد مجالات الدراسة الأساسية

3.2: أدوات الدراسة الأساسية

4.2: إجراءات الدراسة الأساسية

خلاصة

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

بعد استعراض أهم المفاهيم النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة، سنحاول في هذا الفصل الولوج إلى الدراسة الميدانية التي تسمح لا محالة بالتأكد من الفرضيات التي وُضعت في مستهلها.

وهذا الفصل مخصص لتوضيح الجانب التطبيقي للدراسة، وذلك من خلال اتباع خطوات منهجية مختارة لإجرائها، بحيث سيتم فيه تحديد مجتمع الدراسة والأدوات الأكثر ملاءمة للسؤال المطروح، وكذلك المنهج المتبع، وهذا بعد قيامنا بمسح مسبق (الدراسة الاستطلاعية) عن الحالات ومكان التربص أو التدريب، ثم تحديد العينة التي تستوفي معايير الموضوع، وكذلك طريقة الاختيار.

1. الدراسة الاستطلاعية

الدراسة الاستطلاعية هي دراسة كشفية أو تمهيدية، يتم استخدامها في المراحل الأولى من أي بحث علمي يقوم به الباحث. وتعد الدراسة الاستطلاعية بمثابة اللبنة الأولى التي تركز عليها الدراسات الميدانية، فهي تُمهّد وتُعرّف بالظروف التي سيجري فيها البحث العلمي. يستعين بها الباحث إذا كان لا يملك معرفة كاملة عن موضوعه فهي تُعد نقطة انطلاق لدراسته.

فبعد تحديد موضوع الدراسة قمنا بزيارة ميدانية لعدة مراكز استشفائية وعيادات خاصة لأجل تحديد عينة الدراسة، بشرط أن تكون حالات مصابة باضطراب حبسة بروكا. ثم انتقلنا للاستفسار بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - مستغانم، وهو مركز صحي للمتابعة النفسية والأرطفونية للاضطرابات النمائية العصبية.

بحيث استقبلتنا مديرة المركز التي بدورها وجهتنا إلى المختصة الأرطفونية التي تشرف على الحالات المناسبة لدراستنا، هذه الأخيرة التي كان لها دوراً كبيراً في مساعدتنا وتوجيهنا وإرشادنا إلى الحالات المطلوبة، وذلك في كيفية التعامل معها مع تقديم خصائص ومميزات كل منها. كما أفادتنا بالقوانين الواجب اتباعها داخل المركز.

وعليه تم ضبط موضوع الدراسة وفهمه، مع تحديد الفرضية والأدوات التي تصلح لدراسته، لكي تمكننا من فحص وتقييم الشخص المصاب بحبسة بروكا، مع محاولة فهم مشاكله والكشف عنها لكي يتجنب الوقوع فيها، وذلك بإعطائه نصائح وتوجيهات تساعده في مجارة حياته بشكل طبيعي.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية

يمكن تحديد أهداف الدراسة الكشفية أو الاستطلاعية فيما يلي:

- بلورة موضوع الدراسة وصياغته بطريقة أكثر إحكاماً، وذلك بضبط متغيراتها.
- تحديد الأدوات والأساليب التي سنطبقها في الدراسة الأساسية.
- معرفة الصعوبات التي تواجهنا في الدراسة الاستطلاعية ومحاولة تفاديها والتغلب عليها في الدراسة الأساسية.
- البحث عن حالات تعاني من حبسة بروكا، ولديها اضطراب الأبراكسيا الفمية الوجهية.
- الاطلاع على الملفات الطبية والتأكد من أن الحالات مصابة بحبسة بروكا، وكذلك معرفة الأمراض التي تعاني منها الحالات وذلك من أجل التدخل السريع في حالة انتكاسها، وأيضاً الابتعاد عما قد يؤدي الحالات ويعكر صفوها.

- ربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي واستنباط المعلومات منه قدر الإمكان.

2.1. تحديد مجالات الدراسة الاستطلاعية

1.2.1. المجال الزمني

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة ما بين 04 ديسمبر 2022 إلى غاية 05 جانفي 2023.

2.2.1. المجال المكاني

أنجزت هذه الدراسة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، حي 800 مسكن -مستغانم- وهو مركز صحي للمتابعة النفسية والأرطفونية للاضطرابات النمائية العصبية. يسعى هذا المركز إلى التكفل بجميع الحالات واضطرابات اللغة الشفهية والمكتوبة، عند كل من الطفل، المراهق والراشد.

3.2.1. المجال البشري

ضمت الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها (حسب تصريح ومعطيات المختصة الأرطفونية في المركز) (10) عشر حالات تعاني من حبسة حركية (بروكا)، وكذلك من خلال الملاحظة الذاتية (انظر الجدول 07). ولكي نستطيع اختيار العينة الأساسية ضبطنا عدة شروط وأعراض أساسية، أهمها عرض الأبراكسيا الفمية الوجهية، وهذا ما أوضحناه في الجانب النظري، بحيث سنحاول اقتراح برنامج لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصاب بحبسة بروكا (راشد). وهذه الشروط سنستوفيها ونطبقها عند اختيارنا للعينة في الدراسة الأساسية.

الجدول رقم 07: خصائص العينة الاستطلاعية

الخصائص	الاسم العمر الجنس	السكن	نوع الإصابة حسب المختصة	الأعراض الملاحظة	تاريخ الكفالة
حالة 01	ذكر-ع. ن-72 سنة	كاسطور	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي كلام غير مفهوم وشلل نصفي أيمن جزئي	2022-10-21
حالة 02	أنثى-ه. ي-67 سنة	تجديت	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي كلام غير مفهوم وشلل جزئي في اليد اليمنى	2022-12-18
حالة 03	أنثى-ب. ف-50 سنة	مزگران	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي كلام غير مفهوم	2022-12-08
حالة 04	أنثى-ع. ن-39 سنة	بوقيراط	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي كلام غير مفهوم وشلل نصفي أيمن جزئي	2022-11-27
حالة 05	ذكر-ب. ف-49 سنة	غليزان	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي كلام غير مفهوم وشلل جزئي في اليد اليمنى	2022-10-31
حالة 06	ذكر-ب. ع-74 سنة	بلاطو	حبسة بروكا	كلام مفهوم تقريبا وشلل نصفي أيمن جزئي في اليد اليمنى	2021-04-28
حالة 07	أنثى-ه. ج-51 سنة	ستيدية	حبسة بروكا	خرس نفسي	2022-10-26
حالة 08	أنثى-ب. ع-79 سنة	مونبليزير	حبسة بروكا	شلل نصفي أيمن جزئي كلام مفهوم	2022-05-20
حالة 09	أنثى-ع. ز-76 سنة	مونبليزير	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي وشلل نصفي أيمن حاد	2022-10-01
حالة 10	أنثى-د. ح-81 سنة	160 مسكن	حبسة بروكا	شلل فمي وجهي وشلل حاد في الجزء العلوي	2022-09-18

3.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية

تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية كالتالي:

1.3.1. المقابلة: قمنا بعدة مقابلات متنوعة ولكل منها هدف بحيث أجرينا:

أ. مقابلة مع مديرة المركز: كان أول لقاء معها بحيث سمحت لنا بإجراء التربص الميداني مع تقديم توجيهات إدارية تخص قوانين ونظام المركز.

ب. مقابلة مع المختصة الأرطفونية: أطلعتنا على كل حالات حبسة بروكا التي تقوم بالتكفل بها، وسمحت لنا بالاحتكاك معها وذلك تحت إشرافها.

ج. مقابلة مع مرافقي الحالات: وذلك بمحاولة التعرف على خصائص كل حالة والسماح لنا بمشاركتهم في هذه الدراسة.

2.3.1. الملاحظة: يتم من خلالها جمع المعلومات والبيانات، وذلك بالتركيز على العينة الاستطلاعية بالملاحظة والتدقيق في سلوكه، طريقة المشي، النظر في وجه المصاب وأيضا الانصات الجيد لكلامه.

4.1. الصعوبات التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة

لم تكن هناك صعوبات من الجانب التطبيقي للدراسة، وإنما كان السبب شخصي بحيث حالتني الصحية لم تكن جيدة، فرغم وجود الدعم من طرف الزملاء والأستاذ المشرف والأخصائيين الأرطفونيين في الميدان، إلا أنه كان هناك بعض التأخير في تحرير هذه الدراسة والإتيان بنتائجها.

2. الدراسة الأساسية

2.1. منهج الدراسة

لكل دراسة علمية منهج محدد وملئم لها. فمنهج الدراسة يتحدد حسب نوع الإشكالية وتوافقها مع طبيعة الموضوع المدروس، وذلك من أجل الوصول إلى معلومات وبيانات دقيقة حول المشكلة المدروسة. ونظراً لطبيعة مشكلة دراستنا التي تهدف إلى محاولة معرفة إذا كان للبرنامج فعالية في تقييم الإبراكسيا القمية الوجهية عند حبسي بروكا راشد، فقد اعتمدنا فيها على المنهج الشبه التجريبي.

2.2. تحديد مجالات الدراسة

1.2.2. المجال الزمني

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين 08 جانفي 2023 إلى غاية 30 أبريل 2023، حيث دامت لفترة 04 أشهر، بمعدل حوالي 20 إلى 22 حصة لكل حالة (أخذنا بعين الاعتبار الغيابات).

2.2.2. المجال المكاني

أقيمت هذه الدراسة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. المركز صحي للمتابعة النفسية والأرطفونية للاضطرابات النمائية العصبية. حي 800 مسكن -مستغانم-

3.2.2. المجال البشري

تضمنت عينة الدراسة الأساسية سبع حالات (02 ذكور و05 إناث) تراوحت أعمارهم ما بين 39 و81 سنة، تم اختيارهم وفق شروط واعتبارات تتماشى مع موضوع الدراسة (انظر الجدول 08). ومن بين هذه الشروط ما يلي:

- أن الحالات جديدة لم تخضع للتكفل الأرطفوني أو في بدايات التكفل (لم نلاحظ التحسن على الحالة).
- وجود شلل على مستوى الوجه والقدم.
- أصل الإصابة يكون في المناطق الحركية للدماغ في منطقة بروكا (F3)، وذلك بالتدقيق في الملف الطبي وتأكيد الإصابة.
- الهيمنة الدماغية: أن يكون الشلل على مستوى الجهة اليمنى من الجسم أي الإصابة تكون في الكرة المخية اليسرى.

- العينة تضم الجنسين معا.
- التأكد من عدم وجود اضطرابات لغوية وحركية قبل الإصابة وذلك بالاستفسار من مرافقي الحالات.
- تطبيق اختبار 2002 MT وذلك من أجل تأكيد تشخيص الحبسة من نوع بروكا بمساعدة المختصة.

الجدول رقم 08: خصائص العينة الأساسية

الخصائص	الاسم العمر الجنس	السكن	اللغة المستعملة	نوع الإصابة	سبب الإصابة	الأعراض المصاحبة	تاريخ الكفالة
حالة 01	ذكر-ع.ن- 72 سنة	كاسطور	العربية (دارجة) والفرنسية (متقاعد)	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية شلل نصفي أيمن جزئي	2022-10-21
حالة 02	أنثى-ه.ي- 67 سنة	تجديت	العربية (دارجة) (أمية)	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية شلل في اليد اليمنى	2022-12-18
حالة 03	أنثى-ب.ف- 50 سنة	مزگران	العربية (دارجة) (ثالثة ثانوي)	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية	2022-12-08
حالة 04	أنثى-ع.ن- 39 سنة	بوقيراط	العربية (دارجة) والفرنسية (جامعية)	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية شلل نصفي أيمن جزئي	2022-11-27
حالة 05	ذكر-ب.ف- 49 سنة	غليزان	العربية (دارجة) ثالثة متوسط	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية شلل جزئي في اليد ليمنى	2022-10-31
حالة 06	أنثى-ع.ز- 76 سنة	مونبليزير	العربية (دارجة) والفرنسية (ثانية متوسط)	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا فمية وجهية وشلل نصفي أيمن حاد	2022-10-01
حالة 07	أنثى-د.ح- 81 سنة	160 مسكن	العربية (دارجة) أمية	حبسة بروكا	AVC Ischemique	أبراكسيا حركية وشلل حاد في الجزء العلوي	2022-09-18

ملاحظة:

- ركزنا في الأعراض المصاحبة على الأبراكسيا الفمية الوجهية ومستوى الشلل لأن هذا ما يهمننا في دراستنا.

3.2. أدوات الدراسة الأساسية

ضمت الدراسة الأساسية مجموعة من الأدوات كانت كالتالي:

1.3.2. المقابلة الموجهة

كان لقاءنا مع الحالات وجها لوجه، وذلك من أجل تطبيق كل من اختبار MT 2002 والبرنامج المقترح في هذه الدراسة.

2.3.2. الملاحظة الدقيقة

مراقبة سلوك الحالات أثناء الجلسات، وذلك من أجل معرفة إذا كانت الحالة تريد التعبير بإشارة أو إيماءة أو قد تعبت (عدم الضغط عليها أو التوقف مباشرة وإنهاء الجلسة).

3.3.2. الملف الطبي

قراءة الملف الطبي والتدقيق في معطيات الفحص الدماغى عن طريق كل من Scanner أو IRM، وذلك من أجل معرفة طبيعة الإصابة وتحديد موضعها، لكي نستطيع تأكيد تشخيص الحبسة.

4.3.2. بطارية MT 2002

تقديم البطارية:

وفي إطار الاتفاقية التي انعقدت بين جامعة الجزائر تحت إشراف البروفيسور زلال نصيرة وجامعة Montréal Toulouse تحت إشراف Nespoulous، تم تكييف البطارية على البيئة الثقافية والنفس لسانية الاجتماعية الجزائرية. تم نشر النسخة متعددة الألسن الجزائرية سنة 2002 (بمراعاة تغيير البنود) والناشر هو جامعة الجزائر بمشاركة مخبر العلوم والاتصال واللغة (Slancom) (يوسف بن قانة، 2017، 83-84). وتتكون هذه النسخة من حقيبة تحتوي على:

- كراس الحالة.
- كتاب التوجيه.

• شريط K 7.

• كتاب الاختبارات الذي يحتوي بدوره على بنود البطارية وهي:

- اختبار اللغة الشفوية.
- اختبار الفهم الشفوي والكتابي.
- اختبارات الأبراكسيا.
- اختبارات الأذنوزيا.

البنود المستعملة في إطار دراسة: (انظر الملحق 01)

- اختبارات اللغة الشفوية: الحوار الموجه، السلاسل الأتوماتيكية، السلاسل اللفظية، التسمية الشفوية للكلمات والجمل البسيطة والمعقدة، إعادة المقاطع والكلمات (التكرار).
- اختبارات الأبراكسيا: الأبراكسيا الفمية الوجهية، الأبراكسيا الفكرية الحركية، الأبراكسيا البنائية.
- اختبارات الأذنوزيا: أذنوزيا الألوان، الأذنوزيا السمعية.

الأسلوب الإحصائي المستخدم

استخدمنا في هذا الاختبار النسب المئوية بحيث اعتمدنا عليها في التصحيح، بحيث لكل بند درجة معينة من

التتقيط.

$$\text{النسبة المئوية} = \text{عدد الإجابات الصحيحة} \times 100 / \text{عدد النقاط الكلي}$$

5.3.2. اختبار تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية (البرنامج المقترح)

❖ الصورة الأولية للبرنامج المقترح

1.5.3.2. التعريف بالبرنامج - هدفه وأهميته

يبدأ تشخيص وعلاج الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بحبسة بروكا بتقييم سريري فعال، وهذا التقييم ضروري لتطوير المشروع العلاجي، حيث يجعل من الممكن تحديد درجة الضعف وتقييم العجز الحركي والوظيفي الموجود على مستوى الوجه أو الفم.

وهذا البرنامج المقترح هو عبارة عن مجموعة من الأوامر والتمارين المقدمة شفها أو حركيا في جلسات، أي هو عبارة عن برنامج أدائي لفظي ويقدم فرديا، يهدف إلى محاولة معرفة وتقييم مدى صعوبة قيام المصاب بحبسة بروكا بالحركات الفمية الوجهية (المهارات)، وكذلك المستوى الذي يصل إليه المصاب في تحديد النقاط التي يركز عليها المختص الأورطفوني من أجل بناء خطة علاجية أو برنامج علاجي للتخفيف من حدة الاضطراب، وذلك من خلال تحسين وتطوير المهارات عند هذه الفئة المستهدفة.

تبرز أهمية هذا البرنامج المقترح في عدة نقاط، يمكن اجمالها كالتالي:

✓ أهمية البرنامج بالنسبة للحالات:

- عرض نتائج البرنامج على المصاب، لكي يمثل له حافز يجعله يدرك موقعه من تقدمه، مما يدفعه الى تحسين أدائه.
- تطوير المهارات التي كان له أداء ضعيف فيها.
- ✓ أهمية البرنامج بالنسبة للتخصص والمختصين:
- معرفة نقاط ضعف المصاب ومحاولة تحسينها.
- إعطاء فكرة واضحة عن أداء المصاب.
- إضافة برنامج جديد في تخصص الأورطفونيا، يساعد في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية.
- معرفة المستوى الذي يصل اليه المصاب لكي يستطيع المختص بناء الخطة العلاجية.

وقد اعتمدنا في بناء هذا البرنامج على روائز واختبارات نذكر منها:

- Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 1986).
- Teste Blanche Ducarne pour l'examen de l'aphasie.

2.5.3.2. الفئة المستهدفة

يستهدف البرنامج الراشد المصاب بحبسة من نوع بروكا، وذلك من خلال نتائج الاختبارات الطبية (الملف الطبي) بحيث يضم الجنسين معا (ذكر، أنثى)، وألا تكون الحالات قد خضعت للإعادة التأهيل من قبل، أي أن الإصابة لم يُتكفل بها. بحيث يكون لديهم مشاكل على مستوى الوجه والفم أي يواجهون مشاكل في حركية الوجه كالإيماءات: الضحك، غلق العين، رفع الحاجب... وأيضا مشاكل على مستوى الفم كالمضغ، البلع، الكلام...

تم اختيار الحالات بطريقة قصدية وذلك من مركز المتابعة النفسية والأرطوفونية للاضطرابات النمائية العصبية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية لولاية مستغانم.

3.5.3.2. مكونات البرنامج

يتضمن هذا البرنامج المقابلة النفسية الأرطوفونية وهي عبارة عن أسئلة شفهية روتينية نسألها لأي مريض حسي في بداية كل حصة يأتي فيها (استجواب الحالة)، بحيث تعتبر مشاعر المريض مصدر جد مهم لجمع المعلومات (إذا كان يشعر بالتعب، يشرب دواءه، يقوم بالمراقبة الطبية، ...) وذلك من أجل معرفة كيفية التصرف والتدخل في حال تأزم أو انتكاس الحالة، كما تساعد على فهم الشكاوى في مدى تأثير الشلل على حياته اليومية. بالإضافة إلى البعدين اللذين يهتمان بكل من مهارات الوجه والفم وهما:

البعد الأول مهارات الوجه: وتضم الحاجبين، العينين، الخدين والأنف. (انظر الجدول 09)

البعد الثاني مهارات الفم: وتضم الشفتين، اللسان، الفكين. (انظر الجدول 10)

في الجدول التالي سنقوم بعرض بنود البعدين كالآتي:

البعد الأول: مهارات الوجه

الجدول رقم 09: بنود بعد مهارات الوجه (الصورة الأولى)

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

مستوى التكرار			المهارات
بصعوبة	لا	نعم	
مهارة الحاجبين			
			رفع الحاجبين (تجايد الجبهة تكون أفقية)
			تقريب الحاجبين (تجايد الجبهة تكون عمودية)
			خفض الحاجبين وجعلها أقرب لخط الوسط
			رفع أحد الحاجبين
مهارة العينين			
			غلق العينين
			جحوظ العينين
			عيون صغيرة
			غلق العينين بالتناوب
			تصغير العينين
			الغمز بالتناوب
مهارة الأنف			
			توسيع المنخرين
			شم والاستنشاق
			الاستنثار
			تضييق المنخرين
مهارة الخدين			
			نفخ الخدين
			شد الخدين برفع الصوار الشفوي للخارج
			ادخال الخدين (مثل السمكة)
			نفخ الخدين بالتناوب

البعد الثاني: مهارات الفم

الجدول رقم 10: بنود بعد مهارات الفم (الصورة الأولى)

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

مستوى التكرار			المهارات
بصعوبة	لا	نعم	
مهارة الشفتين			
			فتح الشفتين
			غلق الشفتين
			ادخال الشفتين
			اخراج الشفة السفلى
			اخراج الشفة العليا
			ضم الشفتين وخرجها للخارج (قبلة)
			القيام بصوت قبلة
			تمديد الشفتين (I)
			تدوير الشفتين (O)
			تشكيل ابتسامة بفتح الشفتين
			تشكيل ابتسامة بغلق الشفتين
			تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليمنى بشفاه مغلقتين
			تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليسرى بشفاه مغلقتين
			تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليمنى بشفاه مفتوحتين
			تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليسرى بشفاه مفتوحتين
			النفخ للإطفاء شمعة بقوة
			النفخ على القطن على شكل دفعات وذلك بتحريكه
			ضم الشفتين بإدخال الهواء (مص الهواء)
			ادخال الشفة العليا بين الاسنان والعض بلطف
			ادخال الشفة السفلى بين الاسنان والعض بلطف
مهارة اللسان			
			ادخال اللسان ومدّه بقوة
			غلق الفم وتدوير اللسان باتجاه عقارب الساعة
			غلق الفم وتدوير اللسان باتجاه عكس عقارب الساعة
			اخراج اللسان

			اخراج اللسان ورفعہ باتجاه الانف
			اخراج اللسان وخفضه باتجاه الذفن
			وضع اللسان على الشفاه وتدويره باتجاه عقارب الساعة
			وضع اللسان على الشفاه وتدويرها عكس عقارب الساعة
			وضع طرف اللسان بين الاسنان
			وضع طرف اللسان خلف الاسنان السفلية
			وضع طرف اللسان خلف الاسنان العلوية
			وضع اللسان بين الاسنان والشفنتين واخفاء الاسنان العلوية
			وضع اللسان بين الاسنان والشفنتين واخفاء الاسنان العلوية
			اخراج اللسان بسرعة وادخاله بشكل متكرر
			اخراج اللسان ببطء وادخاله بسرعة
			اخراج اللسان بسرعة وادخاله ببطء
			وضع اللسان على الخد ومقاومة الاصبع بدفعه للخارج
			ضرب اللسان بالحنك الصلب بشكل متكرر
			ارجاع اللسان إلى الخلف قدر المستطاع
مهارة الفكين			
			فتح وغلق الفم بشكل متكرر
			تحريك الفك السفلي نحو اليمين واليسار
			ادخال وإخراج الفك السفلي
			فتح وغلق الاسنان مع الضرب

4.5.3.2. أدوات البرنامج

يتم تطبيق بنود البرنامج المقترح للأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا على أساس مهارات الوجه والفم،

بحيث نعتمد فيه على مجموعة من الأدوات كالتالي:

- شمعة
- قطن
- قفازين
- موجه اللسان
- غطاء القارورة
- قصاصات الورق

5.5.3.2. تعليمة البرنامج

في هذا البرنامج نقوم بإعطاء تعليمة إما عن طريق الأمر أو تقليد المختص الأطفوني، ويمكن تغيير التعليمة من الأمر إلى التقليد أو العكس. كما نطلب من الحالة أخذ بعض التنهيدات بين كل فترة وأخرى لكي يكون التركيز والاستيعاب جيد.

مثال عن الأمر: قم بإخراج لسانك، دون أن يقوم المختص بأي حركة.

مثال عن التقليد: قم بإخراج لسانك مثلي، وذلك بقيام الحركة أمامه.

6.5.3.2. مفتاح تصحيح البرنامج

توضع علامة x في خانة مستوى التكرار المناسبة لكل مهارة من المهارات ثم نحولها إلى درجات (انظر الجدول 11)، وفي نهاية البرنامج نقوم بجمع الدرجات على مستوى كل مهارة ثم نقوم بحساب النتيجة الكلية للبرنامج، وذلك بتطبيقه عند كل حالة من العينة الأساسية المستهدفة.

الجدول رقم 11: يمثل الدرجة المناسبة لكل مستوى تكرار للمهارة المنفذة من طرف الحالة

الدرجة	مستوى التكرار
02	نعم
01	بصعوبة
00	لا

الأسلوب الاحصائي المستخدم:

استخدمنا واعتمدنا في هذا الاختبار النسب المئوية في التصحيح، بحيث لكل بند درجة معينة من التنقيط حسب مستوى التكرار، فقد جمعنا نقاط كل مهارة وقسمناها على عدد بنودها ثم ضربناها في 100، بعدها جمعنا نسب كل المهارات وقسمناها على عددها.

$$\text{النسبة المئوية} = \text{عدد الإجابات الصحيحة} \times 100 / \text{عدد البنود}$$

فأكثر من 50% تدل على مستوى أداء فوق المتوسط.

أما أقل من 50% تدل على مستوى أداء منخفض.

7.5.3.2. عرض البرنامج على المحكمين

قمنا بعرض الصورة الأولية للبرنامج على محكمين بين أساتذة جامعيين وأخصائيين أطفونيين (انظر الجدول 12)، وذلك من أجل معرفة آراءهم، ملاحظاتهم واقتراحاتهم، وإذا كان محتواه يتماشى مع الأهداف المسطرة، ومدى وضوح التعليم عند الحالات. وعلى ضوء هذه الاقتراحات قمنا ببعض التعديلات التي تخص:

- 1- حذف في مهارة اللسان بند "إرجاع اللسان إلى الخلف قدر المستطاع" وذلك خوفاً من بلع اللسان واختناق المفحوص.
- 2- زيادة بعض البنود فيما يخص كل من مهارة العينين، مهارة الخدين، مهارة الشفتين.
- 3- إضافة خانة الملاحظات من أجل تدوين أي سلوك، تغيير لون اللسان، وجود دم في الفم، ... وذلك أثناء تطبيق البرنامج.
- 4- عدم تطبيق كل البرنامج في جلسة أو حصة واحدة وإنما تقسيم البرنامج إلى حصتين، الحصة الأولى نتناول فيها مهارات الوجه، والحصة الثانية نتناول فيها مهارات الفم.
- 5- تحديد توقيت تطبيق البرنامج بمراعاة وأخذ بعين الاعتبار أن المصاب بالحبسة يتعب بسرعة خاصة إذا ضغطنا عليه مما يزيد من انتكاس الحالة.

جدول رقم 12: قائمة المحكمين

اسم المحكم	التخصص	المقر
حولة محمد	أستاذ في الأطفونيا	جامعة مستغانم
عبود ايناس يسرى	مختصة أطفونية	مؤسسة العمومية الاستشفائية 800 مسكن
شعشوع فيروز	مختصة أطفونية	مؤسسة العمومية الاستشفائية 800 مسكن

❖ الصورة المعدلة للبرنامج المقترح

بما أن خطوات البرنامج كانت صحيحة تقريبا، انتقلنا مباشرة إلى الملاحظات المسطرة من طرف المحكمين، والتي كانت تنص على تحديد توقيت تطبيق البرنامج وأيضا التعديل في بعض المهارات، وزيادة بعض البنود وحذف بعضها الآخر، وأيضا الفصل بين كل من مهارات الفم والوجه في جلستين.

8.5.3.2. توقيت البرنامج

تستغرق كل حصة من البرنامج حوالي 20 دقيقة، فقد حددنا للمفحوص وقتاً يستطيع فيه تطبيق التمارين، وفي حال لم يفهم التعليمات نصيغها بطريقة أخرى أو تمثيلها أمامه. كما أدرجنا أثناء التمارين تنهيدات مما يزيد في مدة البرنامج.

قمنا بتقسيم البرنامج في حصتين، الحصة الأولى تضم مهارات الوجه، وبعد أسبوع طبقنا الحصة الثانية المخصصة لتكملة البرنامج (تضم مهارات الفم).

9.5.3.2. تصحيح البرنامج

في الجدولين التاليين سنقوم بعرض البنود المعدلة للبعدين كالتالي:

الحصة الأولى: البعد الأول مهارات الوجه

التوقيت: 20د

الجدول رقم 13: بنود بعد مهارات الوجه (الصورة المعدلة)

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع تدوين الملاحظات إن وجدت:

الملاحظات	مستوى التكرار			المهارات
	بصعوبة	لا	نعم	
				مهارة الحاجبين
				رفع الحاجبين (تجاعيد الجبهة تكون أفقية)
				تقريب الحاجبين (تجاعيد الجبهة تكون عمودية)
				خفض الحاجبين وجعلها أقرب لخط الوسط
				رفع أحد الحاجبين

مهارة العينين				
				غلق العين اليمنى
				غلق العين اليسرى
				غلق العينين بشكل مرتخي
				غلق العينين بشكل مشدد
				جحوظ العينين من جهة اليمين
				جحوظ العينين من جهة اليسار
				تصغير العينين مع بعض
				تصغير العين اليمنى
				تصغير العين اليسرى
				الغمز بالتناوب
				الغمز بالعين اليمنى
				الغمز بالعين اليسرى
مهارة الأنف				
				توسيع المنخارين
				شم والاستنشاق
				الاستنثار
				تضييق المنخارين
مهارة الخدين				
				نفخ الخدين
				نفخ الخد اليمين
				نفخ الخد اليسار
				شد الخدين برفع الصور الشفوي للخارج
				مص الخدين (مثل السمكة)
				نفخ الخدين بالتناوب

الحصة الثانية:

البعد الثاني مهارات الفم

التوقيت: 20د

الجدول رقم 14: بنود بعد مهارات الفم (الصورة المعدلة)

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع تدوين الملاحظات ان وجدت:

الملاحظات	مستوى التكرار			المهارات
	بصعوبة	لا	نعم	
				مهارة الشفتين
				فتح الشفتين
				غلق الشفتين
				ادخال الشفتين
				اخراج الشفة السفلى بفم مغلق
				اخراج الشفة العليا بفم مغلق
				ضم الشفتين وخرجها للخارج (قبلة)
				القيام بصوت قبلة
				تمديد الشفتين (I)
				تدوير الشفتين (O)
				تشكيل ابتسامة بفتح الشفتين
				تشكيل ابتسامة بغلق الشفتين
				تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليمنى بشفاه مغلقتين
				تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليسرى بشفاه مغلقتين
				تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليمنى بشفاه مفتوحتين
				تشكيل ابتسامة برفع الزاوية اليسرى بشفاه مفتوحتين
				النفخ للإطفاء شمعة عند الفم
				النفخ للإطفاء شمعة على بعد 25 سم
				النفخ للإطفاء شمعة على بعد 50 سم
				النفخ على قصاصات الورق بدفعات لتحريكها (30سم)
				النفخ على القطن بدفعات لتحريكها (30سم)
				النفخ على غطاء القارورة بدفعات لتحريكها (30سم)
				ضم الشفتين بإدخال الهواء (مص الهواء)
				ادخال الشفة العليا بين الاسنان والعض بلطف
				ادخال الشفة السفلى بين الاسنان والعض بلطف

مهارة اللسان				
				ادخال اللسان في الفم ومدّه بقوة للخارج
				غلق الفم وتدوير اللسان باتجاه عقارب الساعة
				غلق الفم وتدوير اللسان باتجاه عكس عقارب الساعة
				اخراج اللسان
				اخراج اللسان ورفعّه باتجاه الانف
				اخراج اللسان وخفضه باتجاه الذفن
				وضع اللسان على الشفاه وتدويره باتجاه عقارب الساعة
				وضع اللسان على الشفاه وتدويرها عكس عقارب الساعة
				وضع طرف اللسان بين الاسنان
				وضع طرف اللسان خلف الاسنان السفلية
				وضع طرف اللسان خلف الاسنان العلوية
				وضع اللسان بين الاسنان والشففتين واخفاء الاسنان العلوية
				وضع اللسان بين الاسنان والشففتين واخفاء الاسنان السفلية
				اخراج اللسان بسرعة وادخاله بشكل متكرر
				اخراج اللسان ببطء وادخاله بسرعة
				اخراج اللسان بسرعة وادخاله ببطء
				وضع اللسان على الخد ومقاومة الاصبع بدفعه للخارج
				ضرب اللسان بالحنك الصلب بشكل متكرر
مهارة الفكين				
				فتح وغلق الفم بشكل متكرر
				تحريك الفك السفلي نحو اليمين واليسار
				ادخال وإخراج الفك السفلي
				فتح وغلق الاسنان مع الضرب

4.2. إجراءات الدراسة الأساسية

بعد اختيار العينة الاستطلاعية بمساعدة المختصة الأروطفونية والتي كانت (10) عشر حالات، وتحديد الشروط التي تتوافق مع دراستنا، انتقينا (07) سبع حالات من كلا الجنسين، قمنا بتطبيق اختبار MT 2002 للتشخيص وتأكيد الإصابة بالحبسة.

ثم مباشرة طبقنا بعده البرنامج المعدل لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (راشد) وذلك كقياس قبلي، بعدها ركزنا على بند الأبراكسيا الفمية الوجهية وذلك في عملية تصحيح كل من مهارات الفم والوجه (أي تصحيح المهارات التي لم يتمكن من تطبيقها)، وهذه العملية استغرقت حوالي ثلاث أشهر بمعدل 15 إلى 17 حصة.

بعدها أعدنا تطبيق البرنامج المعدل لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (راشد) كقياس بعدي، وذلك من أجل معرفة المستوى الذي وصلت إليه الحالة، وإذا كان للبرنامج دور أو لا في التقييم، أي تأكيد صحة الفرضيات أو إبطالها، وأخيرا تفسير نتائج الدراسة على ضوءها.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل كلاً من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، وذلك باتباع إجراءات منهجية استخلصنا منها سبع حالات مصابة بحبسة بروكا، وهذا بعد تطبيقنا لاختبار MT 2002. وقد ركزنا اهتمامنا على عرض من أعراض الحبسة الحركية (بروكا) وهي الأبراكسيا الفمية الوجهية، بحيث قمنا باقتراح برنامج تقييمي لها، وذلك في الوسط الاكلينيكي الجزائري بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية -مستغانم.

وفي ضوء هذه الاختبارات سيتم عرض النتائج ومحاولة التحقق من فرضيات الدراسة، كما هو مبين في الفصل

القادم.

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

تمهيد

- 1: عرض وتحليل النتائج
- 2: مناقشة النتائج في ظل الفرضيات المطروحة
- 3: الاستنتاج

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها

تمهيد

بعد تحديد متغيرات الدراسة وضبطها، قمنا بوضع أسس تركز عليها وذلك باتباع خطوات منهجية مختارة لإجرائها. وفي هذا الفصل سنحاول عرض وتحليل نتائج هذه الدراسة الخاصة كل من اختبار MT 2002 المقنن على البيئة الجزائرية، والبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بحبسة بروكا بحيث نطبقه كقياس قبلي وبعدي لعينة الدراسة، ثم نقوم بتحليل النتائج كمياً وكيفياً، وتفسيرها في ضوء الفرضيات المطروحة وذلك من أجل التأكد من صحتها في ضوء معطيات نظرية ونتائج الدراسات السابقة، ثم يليها استنتاج عام وخاتمة التي تكون حوصلة عن كل موضوع الدراسة.

1. عرض وتحليل النتائج

1.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى (ع.ن)

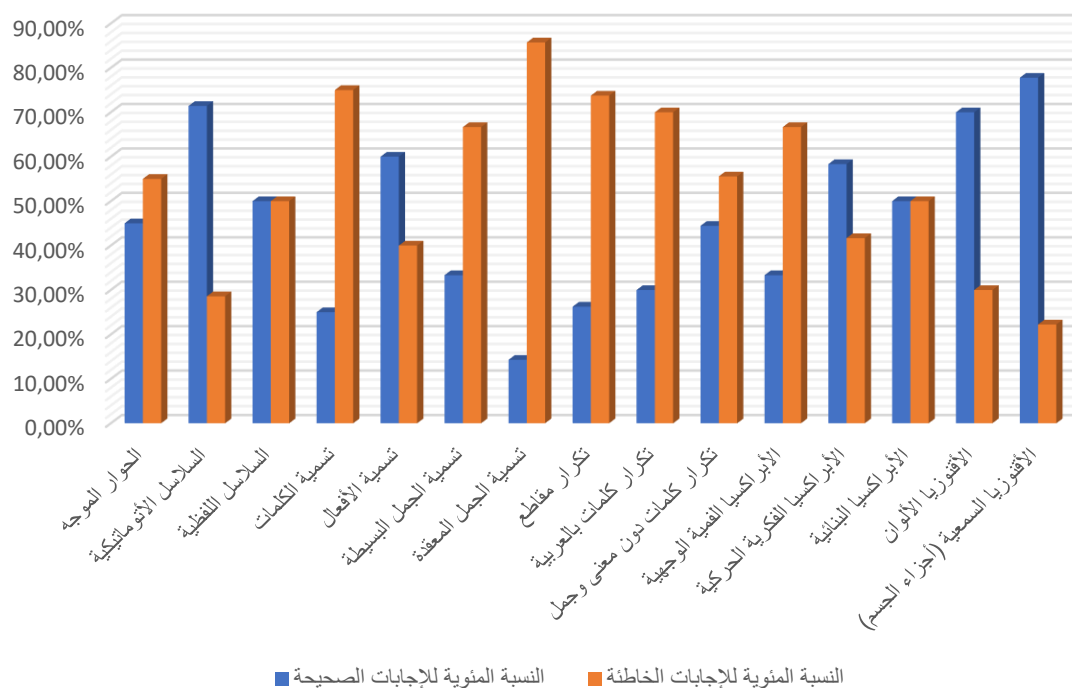
1.1.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 15: نتائج اختبار MT 2002 للحالة الأولى (ع.ن)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة	
% 55.00	% 45.00	20/11	20/09	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية
% 28.57	% 71.42	07/02	07/05	السلاسل الأتوماتيكية	
% 50.00	% 50.00	10/05	10/05	السلاسل اللفظية	
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	تسمية الكلمات	
% 40.00	% 60.00	05/02	05/03	تسمية الأفعال	
% 66.66	% 33.33	03/02	03/01	تسمية الجمل البسيطة	
% 85.71	% 14.28	07/06	07/01	تسمية الجمل المعقدة	
% 73.75	% 26.25	80/59	80/21	تكرار مقاطع	
% 70.00	% 30.00	10/07	10/03	تكرار كلمات بالعربية	
% 55.56	% 44.44	09/05	09/04	تكرار كلمات دون معنى وجمل	
% 66.67	% 33.33	06/04	06/02	الفمية الوجهية	اختبارات الأبراكسيا
% 41.67	% 58.33	12/05	12/07	الفكرية الحركية	
% 50.00	% 50.00	04/02	04/02	البنائية	
% 30.00	% 70.00	10/03	10/07	الألوان	اختبارات الأفتوزيا
% 22.23	% 77.77	18/04	18/14	السمعية (أجزاء الجسم)	
% 54.06	% 45.94	النسبة المئوية الكلية			

من خلال النسب المئوية التي تحصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها.



الشكل رقم 11: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الأولى (ع.ن)

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص الإجابات الخاطئة = إخ

من خلال الجدول رقم (15) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 14.28 % و 77.77 % بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 22.23 % و 85.71 %. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) أخذت في بند "الحوار الموجه" (إص = 45.00 % - إخ = 55.00 %)، وفي بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 71.42 % - إخ = 28.57 %)، بند "السلاسل اللفظية" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، بند "تسمية الكلمات" (إص = 25.00 % - إخ = 75.00 %)، بند "تسمية الأفعال" (إص = 60.00 % - إخ = 40.00 %)، بند "تسمية الجمل البسيطة" (إص = 33.33 % - إخ = 66.66 %)، بند "تسمية الجمل المعقدة" (إص = 14.28 % - إخ = 85.71 %)، بند "تكرار مقاطع" (إص = 26.25 % - إخ = 73.75 %)، بند "تكرار كلمات بالعربية" (إص = 30.00 % - إخ = 70.00 %)، بند "تكرار كلمات دون معنى وجمل" (إص = 44.44 % - إخ = 55.56 %)، بند "الأبراكسيا الفمية الوجهية" (إص = 33.33 % - إخ = 66.67 %)، بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" (إص = 58.33 % - إخ = 41.67 %).

(، بند "الأبراكسيا البنائية" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، بند "الأقنوزيا الألوان" (إص = 70.00 % - إخ = 30.00 %)، بند "الأقنوزيا السمعية (أجزاء الجسم)" (إص = 77.77 % - إخ = 22.23 %)، وعليه قدرت النسبة الكلية للاختبار (إص = 45.94 % - إخ = 54.06 %).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (11) الذي يمثل الأعمدة البيانية لنسب نتائج بنود اختبار 2002 MT للحالة (ع.ن)، والذي من خلاله يظهر تفاوت واضح في بند تسمية الكلمات، بند تسمية الجمل المعقدة، بند تكرار المقاطع، بند تكرار الكلمات بالعربية، بند الأقنوزيا الألوان وبند الأقنوزيا السمعية (أجزاء الجسم). أما باقي البنود فمتساوية في البعض ومتقاربة في البعض الآخر.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار 2002 MT على الحالة (ع.ن) لاحظنا في بند "السلاسل الأتوماتيكية" أن الحالة تتكلم بكل عفوية الا في بعض الأحيان كانت تسكت وأحيانا لا نفهمها، أي أن التعبير التلقائي العفوي لديها نوعا ما فوق المتوسط، فقد اتضح لديها عرض اللانحوية، وكذلك راجع الى الخلل الموجود لديها على مستوى الوجه والفم في بند "الأبراكسيا الفمية الوجهية" فقد سجلنا شلل جزئي في تطبيقها للحركات بحيث لا نستطيع فهم كلمات الحالة، لكن بمجرد أن الحالة نطرح عليها سؤال ونقيدها خاصة في بنود "تكرار المقاطع والكلمات وتسمية الجمل البسيطة والمعقدة" فقد اتضح أن لديها نقص الكلمة ومشاكل في التسمية، وأخطاء فونيمية.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ن) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

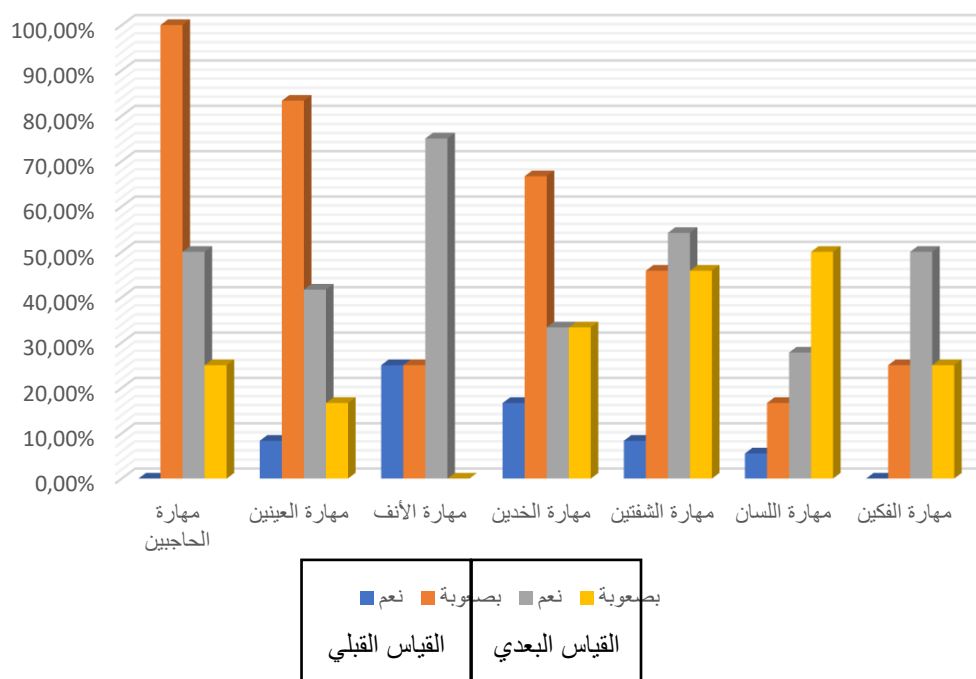
2.1.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 16: نتائج البرنامج المقترح للحالة الأولى (ع.ن)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%25.00	%50.00	04/01	08/04	%100	%00.00	04/04	08/00	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%16.66	%41.66	12/02	24/10	%83.33	%08.33	12/07	24/02	مهارة العينين	
%00.00	%75.00	04/00	08/06	%25.00	%25.00	04/01	08/02	مهارة الأنف	
%33.33	%33.33	06/02	12/04	%66.66	%16.66	06/04	12/02	مهارة الخدين	
%45.83	%54.17	24/11	48/26	%45.83	%08.33	24/11	48/04	مهارة الشفتين	مهارات الفم
%50.00	%27.78	18/09	36/10	%16.66	%05.55	18/03	36/02	مهارة اللسان	
%25.00	%50.00	04/01	08/04	%25.00	%00.00	04/01	08/00	مهارة الفكين	
%27.97	%47.42	النسبة المئوية الكلية		%51.78	%09.12				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية على الحالة (ع.ن)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 12: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الأولى (ع.ن)

❖ التحليل الكمي:

مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن

من خلال الجدول رقم (16) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا على الحالة (ع.ن)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 00.00% و 25.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 16.66% و 100%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 27.78% و 75.00%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 50.00%. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 100% - بعدي = 25.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 41.66%)، أما م ت ص (قبلي = 83.33% - بعدي = 16.66%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 00.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 16.66% - بعدي = 33.33%)، أما م ت ص (قبلي = 66.66% - بعدي = 33.33%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 54.17%)، أما م ت ص

(قبلي = 45.83% - بعدي = 45.83%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 05.55% - بعدي = 27.78%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 50.00%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 00.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 09.12% - بعدي = 47.42%)، و م ت ص (قبلي = 51.78% - بعدي = 27.97%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (12) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ع.ن) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار بصعوبة أكبر من أعمدة مستوى التكرار نعم إلا في مهارة الأنف فهما متساويين، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار بصعوبة أقل من أعمدة مستوى التكرار نعم إلا في مهارة الخدين فهما متساويين.

التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ع.ن) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 17 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم تكن متمكنة منها ونتائجها ضعيفة في مستوى التكرار نعم، أما في مستوى التكرار بصعوبة فهناك نتائج ملحوظة خاصة في مهارات الحاجبين، العينين والخدين. أما القياس البعدي مستوى التكرار نعم كانت النتائج متوسطة أبرزها مهارة الأنف، وفي مستوى التكرار بصعوبة فكانت دون المتوسط على العموم.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي تغير لون لسان الحالة مع وجود دم على مستواه جراء العض اللاإرادي، التعب، وأحيانا لا تستجيب الحالة للتعليمية إلا بعد عدة محاولات، كما كنا نغير من التعليمية الشفوية الى الحركية (الإيماءات) مع بعض المساعدة في تطبيقها، سيلان اللعاب خاصة أثناء تطبيق بنود مهارات اللسان، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan).

2.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية (ه.ي)

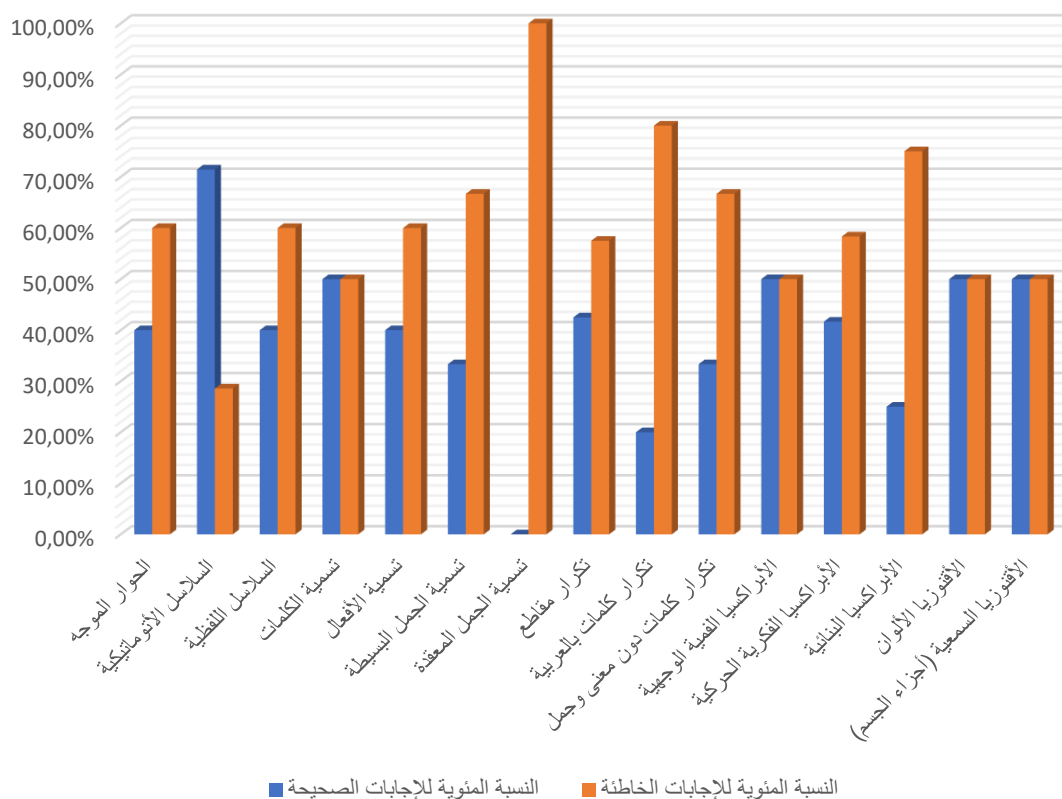
1.2.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 17: نتائج اختبار MT 2002 للحالة الثانية (ه.ي)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة		
% 60.00	% 40.00	20/12	20/08	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية	
% 28.58	% 71.42	07/02	07/05	السلاسل الأتوماتيكية		
% 60.00	% 40.00	10/06	10/04	السلاسل اللفظية		
% 50.00	% 50.00	04/02	04/02	تسمية الكلمات		
% 60.00	% 40.00	05/03	05/02	تسمية الأفعال		
% 66.67	% 33.33	03/02	03/01	تسمية الجمل البسيطة		
% 100	% 00.00	07/00	07/00	تسمية الجمل المعقدة		
% 57.50	% 42.50	80/46	80/34	تكرار مقاطع		
% 80.00	% 20.00	10/08	10/02	تكرار كلمات بالعربية		
% 66.67	% 33.33	09/06	09/03	تكرار كلمات دون معنى وجمل		
% 50.00	% 50.00	06/03	06/03	الفمية الوجيهة	اختبارات الأبراكسيا	
% 58.34	% 41.66	12/07	12/05	الفكرية الحركية		
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	البنائية		
% 50.00	% 50.00	10/05	10/05	الألوان	اختبارات	
% 50.00	% 50.00	18/09	18/09	السمعية (أجزاء الجسم)	الأقنوزيا	
% 60.85	% 39.15	النسبة المئوية الكلية				

من خلال النسب المئوية التي تحصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ه.ي)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



الشكل رقم 13: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الثانية (ه.ي)

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص الإجابات الخاطئة = إخ

من خلال الجدول رقم (17) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ه.ي)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 00.00% و 71.42% بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 28.58% و 100%. بحيث نجد أن الحالة (ه.ي) أخذت في بند "الحوار الموجه" (إص = 40.00% - إخ = 60.00%)، وفي بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 71.42% - إخ = 28.57%)، بند "السلاسل اللفظية" (إص = 40.00% - إخ = 60.00%)، بند "تسمية الكلمات" (إص = 50.00% - إخ = 50.00%)، بند "تسمية الأفعال" (إص = 40.00% - إخ = 60.00%)، بند "تسمية الجمل البسيطة" (إص = 33.33% - إخ = 66.67%)، بند "تسمية الجمل المعقدة" (إص = 00% - إخ = 100%)، بند "تكرار مقاطع" (إص = 42.50% - إخ = 57.50%)، بند "تكرار كلمات بالعربية" (إص = 20.00% - إخ = 80.00%)، بند

تكرار كلمات دون معنى وجمل" (إص = 33.33 % - إخ = 66.67 %)، بند "الأبراكسيا الفمية الوجيهة" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" (إص = 41.66 % - إخ = 58.34 %)، بند "الأبراكسيا البنائية" (إص = 25.00 % - إخ = 75.00 %)، بند "الأقنوزيا الألوان" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، بند "الأقنوزيا السمعية (أجزاء الجسم)" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، وعليه قدرت النسبة الكلية للاختبار (إص = 39.15 % - إخ = 60.85 %).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (13) الذي يمثل الأعمدة البيانية لنسب نتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة (ه.ي)، والذي من خلاله يظهر تساوي النسب في كل من بند تسمية الكلمات، بند الأقنوزيا الألوان وبند الأقنوزيا السمعية (أجزاء الجسم). وفيما يخص بند السلاسل الأتوماتيكية فكانت نسبة الإجابات الصحيحة أعلى من الخاطئة. أما باقي البنود فكانت نسبة الإجابات الخاطئة أعلى من الصحيحة.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ه.ي) لاحظنا في بند "الحوار الموجه والسلاسل اللفظية" أن التعبير اللغوي عندها كان نوعا ما منخفض بحيث كانت تجد صعوبة في استحضار الكلمة وأيضا عرض اللانحوية، كما لاحظنا عرض نقص الكلمة والتسمية واضطراب التفكك الفونيتيكي في كل من بند "تسمية الكلمات والأفعال وتسمية الجمل البسيطة" وخرس في بند "تسمية الجمل المعقدة" فقد كان يقوم بإيماءات فقط (أي لا أعرف)، كما اتضح لديه بشكل جلي عرض الأبراكسيا في بنود "البراكسيا الفمية الوجيهة والفكرية الحركية، والبنائية" وأيضا عرض الأقنوزيا في بند "أقنوزيا الألوان والأقنوزيا السمعية".

وعليه نجد أن الحالة (ه.ي) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

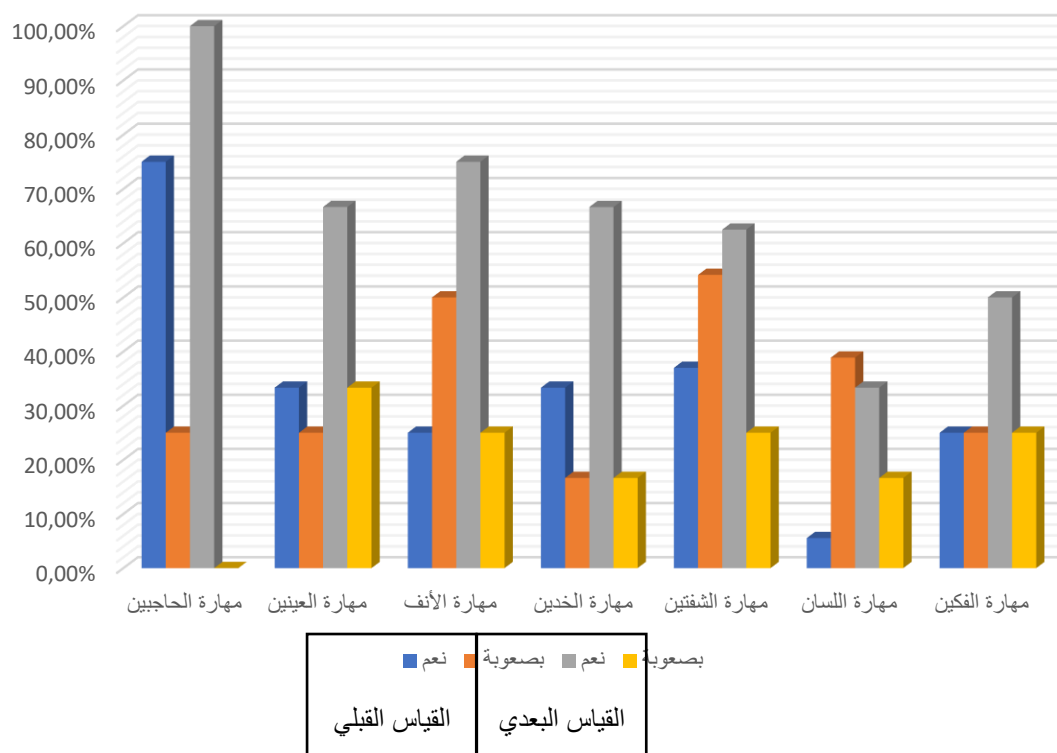
2.2.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 18: نتائج البرنامج المقترح للحالة الثانية (ه.ي)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%00.00	%100	04/00	08/08	%25.00	%75.00	04/01	08/06	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%33.33	%66.67	12/04	24/16	%25.00	%33.33	12/03	24/08	مهارة العينين	
%25.00	%75.00	04/01	08/06	%50.00	%25.00	04/02	08/02	مهارة الأنف	
%16.66	%66.66	06/01	12/08	%16.66	%33.33	06/01	12/04	مهارة الخدين	
%25.00	%62.50	24/06	48/30	%54.16	%37.00	24/13	48/18	مهارة الشفتين	مهارات الفم
%16.66	%33.33	18/03	36/12	%38.88	%05.55	18/07	36/02	مهارة اللسان	
%25.00	%50.00	04/01	08/04	%25.00	%25.00	04/01	08/02	مهارة الفكين	
%20.24	%64.88	النسبة المئوية الكلية		%33.53	%33.46				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة على الحالة (ه.ي)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 14: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الثانية (ه.ي)

❖ التحليل الكمي:

❖ ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

من خلال الجدول رقم (18) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة عند حبسي بروكا على الحالة (ه.ي)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 05.55% و 75.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 16.66% و 54.16%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 33.33% و 100%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 33.33%. بحيث نجد أن الحالة (ه.ي) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 75.00% - بعدي = 100%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 00.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 33.33% - بعدي = 66.67%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 33.33%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 25.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 33.33% - بعدي = 66.67%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66%

- بعدي = 16.66%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 37.00% - بعدي = 62.50%)، أما م ت ص (قبلي = 54.16% - بعدي = 25.00%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 05.55% - بعدي = 33.33%)، أما م ت ص (قبلي = 38.88% - بعدي = 16.66%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 25.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 33.46% - بعدي = 64.88%)، و م ت ص (قبلي = 33.53% - بعدي = 20.24%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (14) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ه.ي) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار نعم وأعمدة مستوى التكرار بصعوبة مقارنة ما عدى في مهارة الحاجبين فهي مرتفعة مقارنة مع مهارة اللسان فهي منخفضة، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار نعم أكبر من مستوى التكرار بصعوبة.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ع.ن) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 15 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم تكن متمكنة منها ونتائجها ضعيفة في مستوى التكرار نعم إلا في مهارة الحاجبين فكانت النسبة مرتفعة، أما في مستوى التكرار بصعوبة كانت النتائج ضعيفة إلا في مهارة الأنف والشفتين فكانت في المتوسط. أما فيما يخص القياس البعدي مستوى التكرار نعم كانت النتائج جيدة في مهارة الحاجبين أما باقي المهارات كانت دون المتوسط ما عدى مهارة اللسان التي كانت نوعا ما ضعيفة، وفي مستوى التكرار بصعوبة فكانت دون المتوسط على العموم.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي تغير لون لسان الحالة الى البنفسجي، تغير لون وجه المفحوص بحيث كنا نتوقف لفترة زمنية (التهديدات مع الاسترخاء)، عدم تطبيق التعليمات خاصة في بند مهارات اللسان، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan).

3.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة (ب.ف)

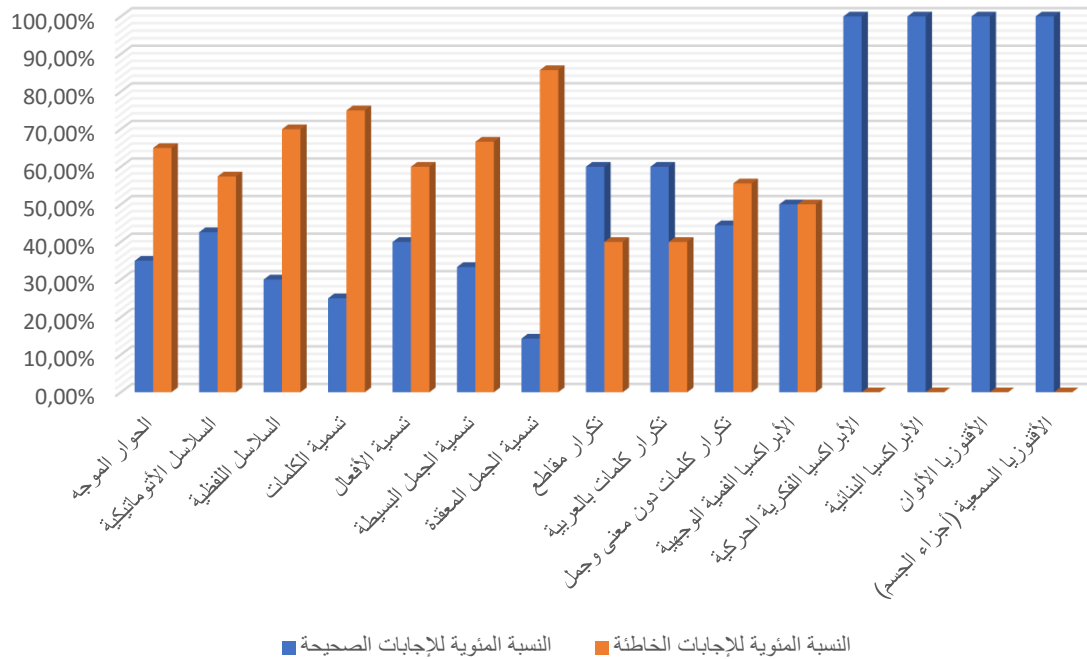
1.3.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 19: نتائج اختبار MT 2002 للحالة الثالثة (ب.ف)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة	
% 65.00	% 35.00	20/13	20/07	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية
% 57.42	% 42.58	07/04	07/03	السلاسل الأتوماتيكية	
% 70.00	% 30.00	10/07	10/03	السلاسل اللفظية	
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	تسمية الكلمات	
% 60.00	% 40.00	05/03	05/02	تسمية الأفعال	
% 66.67	% 33.33	03/02	03/01	تسمية الجمل البسيطة	
% 85.72	% 14.28	07/06	07/01	تسمية الجمل المعقدة	
% 40.00	% 60.00	80/32	80/48	تكرار مقاطع	
% 40.00	% 60.00	10/04	10/06	تكرار كلمات بالعربية	
% 55.56	% 44.44	09/05	09/04	تكرار كلمات دون معنى وجمل	
% 50.00	% 50.00	06/03	06/03	الفمية الوجيهة	اختبارات الأبراكسيا
% 00.00	% 100	12/00	12/12	الفكرية الحركية	
% 00.00	% 100	04/00	04/04	البنائية	
% 00.00	% 100	10/00	10/10	الألوان	اختبارات الأفتوزيا
% 00.00	% 100	18/00	18/18	السمعية (أجزاء الجسم)	
% 44.36	% 55.64	النسبة المئوية الكلية			

من خلال النسب المئوية التي حصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ب.ف)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



الشكل رقم 15: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الثالثة (ب.ف)

❖ التحليل الكمي:

الإجابات الخاطئة = إخ

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص

من خلال الجدول رقم (19) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ب.ف)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 14.28 % و 100 % بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 00% و 85.72%. بحيث نجد أن الحالة (ب.ف) أخذت في بند "الحوار الموجه" (إص = 35 % - إخ = 65 %)، وفي بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 42.58 % - إخ = 57.42 %)، بند "السلاسل اللفظية" (إص = 30 % - إخ = 70 %)، بند "تسمية الكلمات" (إص = 25 % - إخ = 75 %)، بند "تسمية الأفعال" (إص = 40 % - إخ = 60 %)، بند "تسمية الجمل البسيطة" (إص = 33.33 % - إخ = 66.67 %)، بند "تسمية الجمل المعقدة" (إص = 14.28 % - إخ = 85.72 %)، بند "تكرار مقاطع" (إص = 60 % - إخ = 40 %)، بند "تكرار كلمات بالعربية" (إص = 60 % - إخ = 40 %)، بند "تكرار كلمات دون معنى وحمل" (إص = 44.44 % - إخ = 55.56 %)، بند "الأبراكسيا الوجيهة" (إص = 50 % - إخ = 50 %)، بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" (إص = 100 % - إخ = 00 %)، بند

"الأقنوزيا الألوان" (إص = 100 % - إخ = 00%)، بند "الأقنوزيا السمعية (أجزاء الجسم)" (إص = 100 % - إخ = 00 %)، وعليه قدرت النسبة الكلية للاختبار (إص = 55.64 % - إخ = 44.36 %).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (15) الذي يمثل الأعمدة البيانية لنسب نتائج بنود اختبار 2002 MT للحالة (ب.ف)، والذي من خلاله يظهر نسب عالية للإجابات الصحيحة في اختبارات الأبراكسيا والأقنوزيا. وكان نسبة أعلى للإجابات الصحيحة في بند تكرار المقاطع وبند تكرار الكلمات بالعربية. أما بقية البنود فكانت نسبة الإجابات الخاطئة أعلى.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار 2002 MT على الحالة (ب.ف) لاحظنا في مختلف بنود اختبارات اللغة الشفوية نتائج ضعيفة الا في بند "تكرار المقاطع والكلمات" فكانت متوسطة، وهذا يدل على أن التعبير اللغوي العفوي لديها ضعيف بحيث كان لديه صعوبة في استحضار الكلمات وأيضا عرض نقص الكلمة والتسمية بحيث ظهر جليا في بند "تسمية الجمل المعقدة، تسمية الكلمات، السلاسل اللفظية، الحوار الموجه" أي تقريبا في معظم البنود، وأيضا اللانحوية في عدم استعمالها لأدوات الربط في الجمل، وأيضا أخطاء فونيمية بسيطة خاصة في بند "تكرار كلمات دون معنى وجمل" وكذلك عرض الأبراكسيا.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ن) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

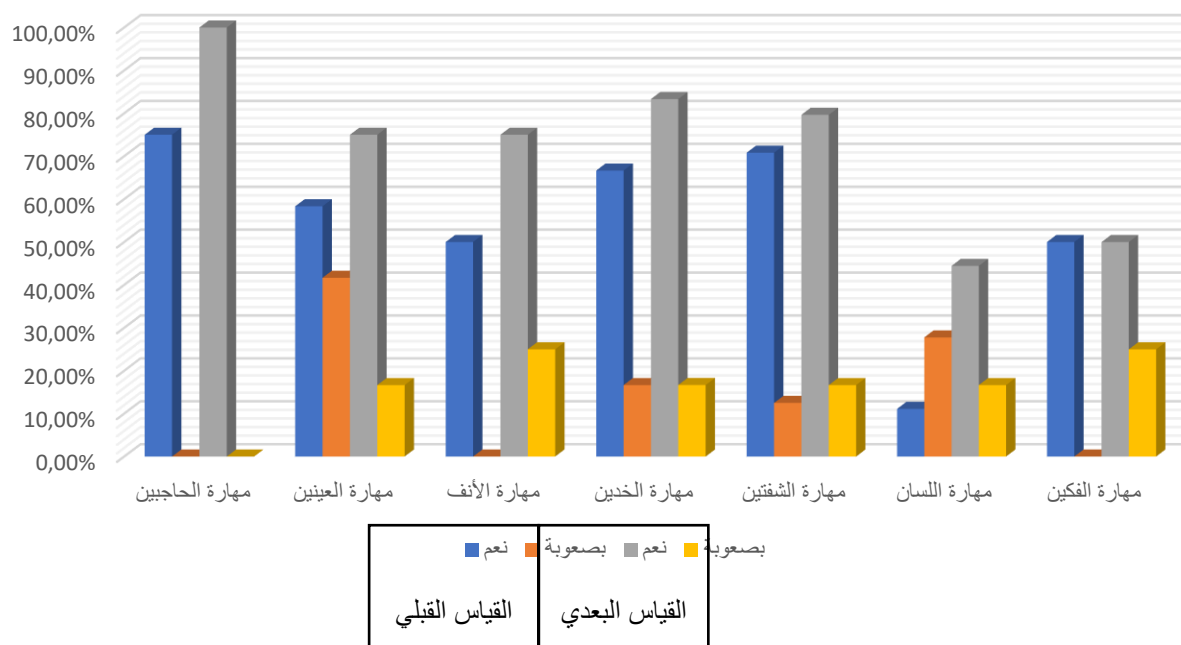
2.3.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 20: نتائج البرنامج المقترح للحالة الثالثة (ب.ف)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%00.00	%100	04/00	08/08	%00.00	%75.00	04/00	08/06	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%16.66	%75.00	12/02	24/18	%41.66	%58.33	12/05	24/14	مهارة العينين	
%25.00	%75.00	04/01	08/06	%00.00	%50.00	04/00	08/04	مهارة الأنف	
%16.67	%83.33	06/01	12/10	%16.66	%66.66	06/02	12/08	مهارة الخدين	مهارات الفم
%16.66	%79.66	24/04	48/38	%12.50	%70.83	24/03	48/34	مهارة الشفتين	
%16.66	%44.44	18/03	36/16	%27.77	%11.11	18/05	36/04	مهارة اللسان	
%25.00	%50.00	04/01	08/04	%00.00	%50.00	04/00	08/04	مهارة الفكين	
%16.66	%72.49	النسبة المئوية الكلية		%14.08	%54.56				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة على الحالة (ب.ف)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 16: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الثالثة (ب.ف)

❖ التحليل الكمي:

مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن

من خلال الجدول رقم (20) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الغمية الوجهية عند حبسي بروكا على الحالة (ب.ف)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 11.11% و 75.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 41.66%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 44.44% و 100%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 25.00%. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 75.00% - بعدي = 100%)، أما م ت ص (قبلي = 00.00% - بعدي = 00.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 58.33% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 41.66% - بعدي = 16.66%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 50.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 00.00% - بعدي = 00.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 66.66% - بعدي = 83.33%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 25.00%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 70.83% - بعدي = 79.66%)، أما م ت ص (قبلي = 12.50% - بعدي = 16.66%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 11.11% - بعدي = 44.44%)، أما

م ت ص (قبلي = 27.77% - بعدي = 44.44%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 50.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 00.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 54.56% - بعدي = 72.49%)، و م ت ص (قبلي = 14.08% - بعدي = 16.66%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (16) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ب.ف) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار نعم أكبر من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة إلا في مهارة اللسان نجد العكس، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار نعم أكبر من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة وبشكل ملحوظ.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ب.ف) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 17 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم كانت متمكنة من بعض البنود إلا في مهارة اللسان أداءها كان ضعيف، أما في مستوى التكرار بصعوبة كان الأداء ضعيف جدا خاصة في مهارات الفكين، الأنف والحاجبين أما فيما يخص القياس البعدي مستوى التكرار نعم أكبر من مستوى التكرار بصعوبة وبشكل ملحوظ.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي أن الحالة متأثرة كثيرا من الوضع الذي وصلت اليه فمرة على مرة نجد عينيها مليئة بالدموع وحزينة لكن بمجرد أن نتكلم معها ونطمئنها عن حالتها تمسح عينيها وتضحك، وأيضا دائمة التفكير بأولادها، التعب (ترهق نفسها في المنزل)، فهم التعليم بعد عدة محاولات، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargon). أما في القياس البعدي كانت تأتي بكل نشاط وحيوية، سعيدة وتضحك كثيرا.

4.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة (ع.ن)

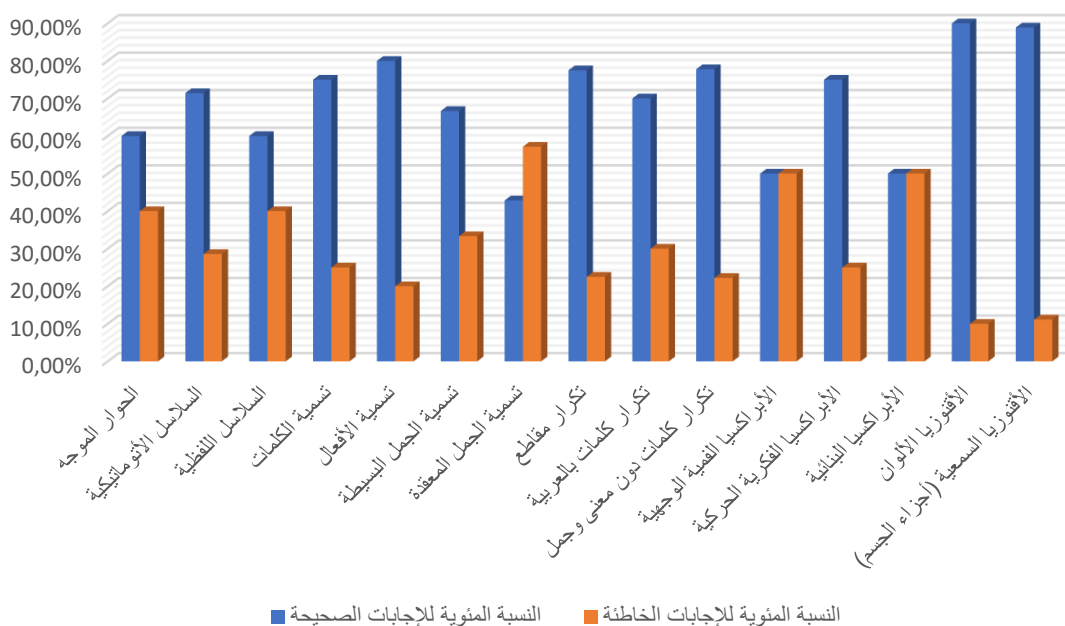
1.4.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 21: نتائج اختبار MT 2002 للحالة الرابعة (ع.ن)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة	
% 40.00	% 60.00	20/08	20/12	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية
% 28.58	% 71.42	07/02	07/05	السلاسل الأتوماتيكية	
% 40.00	% 60.00	10/04	10/06	السلاسل اللفظية	
% 25.00	% 75.00	04/01	04/03	تسمية الكلمات	
% 20.00	% 80.00	05/01	05/04	تسمية الأفعال	
% 33.33	% 66.67	03/01	03/02	تسمية الجمل البسيطة	
% 57.15	% 42.85	07/04	07/03	تسمية الجمل المعقدة	
% 22.50	% 77.50	80/18	80/62	تكرار مقاطع	
% 30.00	% 70.00	10/03	10/07	تكرار كلمات بالعربية	
% 22.22	% 77.78	09/02	09/07	تكرار كلمات دون معنى وجمل	
% 50.00	% 50.00	06/03	06/03	الفمية الوجهية	اختبارات الأبراكسيا
% 25.00	% 75.00	12/03	12/09	الفكرية الحركية	
% 50.00	% 50.00	04/02	04/02	البنائية	
% 10.00	% 90.00	10/01	10/09	الألوان	اختبارات الأفتنوزيا
% 11.12	% 88.88	18/02	18/16	السمعية (أجزاء الجسم)	
% 32.22	% 67.78	النسبة المئوية الكلية			

من خلال النسب المئوية التي تحصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



❖ الشكل رقم 17: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الرابعة (ع.ن)

❖ التحليل الكمي:

الإجابات الخاطئة= إخ

ملاحظة: الإجابات الصحيحة= إص

من خلال الجدول رقم (21) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 42.85 % و 90.00 % بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 10.00 % و 57.15%. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) في مختلف بنود الاختبار كانت فوق المتوسط أي أكثر من 50.00 % ماعدا في بند "تسمية الجمل المعقدة" (إص= 42.85 % - إخ= 57.15%)، وفي كل من بند "الأبراكسيا الفمية الوجيهة" وبند "الأبراكسيا البنائية" (إص= 50.00 % - إخ= 50.00 %)، وعليه النسبة الكلية للاختبار (إص= 67.78 % - إخ= 32.22 %).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (17) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب نتائج اختبار MT 2002 للحالة (ع.ن) والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة الإجابات الصحيحة أكثر من الخاطئة الا في بند "تسمية الجمل المعقدة" أين ارتفعت الأخطاء وتساويها مع الإجابات الصحيحة في كل من بند "الأبراكسيا الفمية الوجيهة" والابراكسيا البنائية".

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن) لاحظنا في مختلف كل البنود أن نتائج الإجابات الصحيحة كانت فوق المتوسط مما يعني أن التعبير اللغوي العفوي للحالة متوسط نوعا ما ويتخلله بعض الأخطاء الفونيمية، اللانحوية، نقص الكلمة، الأبراكسيا الفمية الوجهية والأبراكسيا البنائية. كما لاحظنا في بند "تسمية الجمل المعقدة" أن لديها فقر كمي ونوعي فيما يخص الإنتاج اللغوي.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ن) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

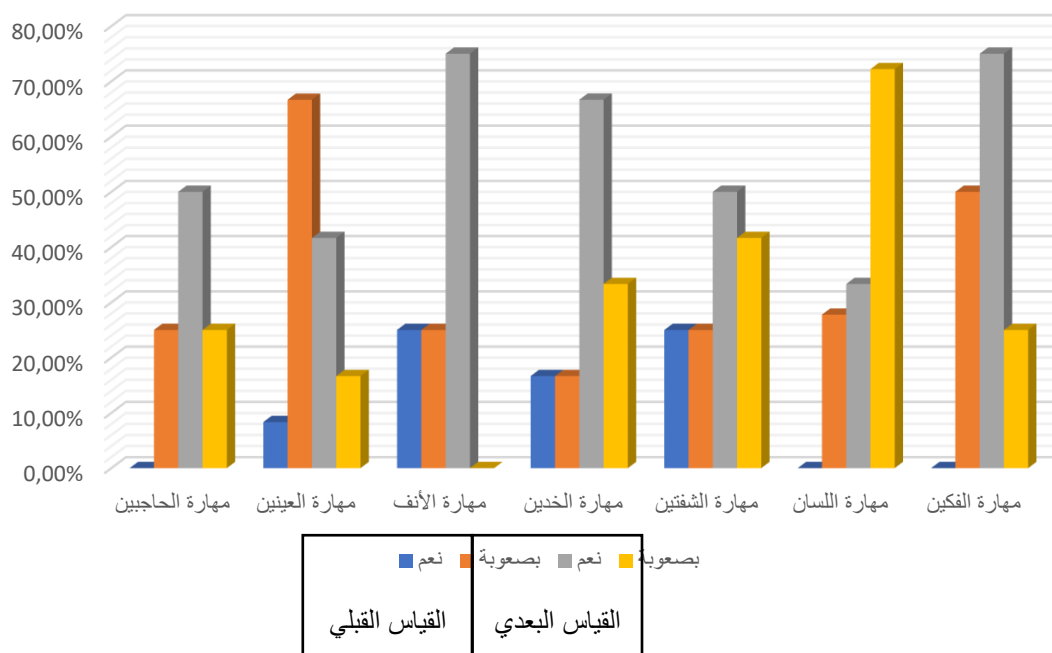
2.4.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 22: نتائج البرنامج المقترح للحالة الرابعة (ع.ن)

القياس البعدي				القياس القبلي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%25.00	%50.00	04/01	08/04	%25.00	%00.00	04/01	08/00	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%16.66	%41.66	12/02	24/10	%66.66	%08.33	12/08	24/02	مهارة العينين	
%00.00	%75.00	04/00	08/06	%25.00	%25.00	04/01	08/02	مهارة الأنف	
%33.33	%66.67	06/02	12/08	%16.66	%16.66	06/01	12/02	مهارة الخدين	
%41.66	%50.00	24/10	48/24	%25.00	%25.00	24/06	48/12	مهارة الشفتين	مهارات الفم
%72.22	%33.33	18/13	36/12	%27.77	%00.00	18/05	36/00	مهارة اللسان	
%25.00	%75.00	04/01	08/06	%50.00	%00.00	04/02	08/00	مهارة الفكين	
%30.55	%55.95	النسبة المئوية الكلية		%33.72	%10.71				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية على الحالة (ع.ن)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 18: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الرابعة (ع.ن)

❖ التحليل الكمي:

مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

❖ ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن

من خلال الجدول رقم (22) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة عند حبسي بروكا على الحالة (ع.ن)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار نعم بين 00.00% و 25.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 16.66% و 66.66%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 33.33% و 75.00%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 72.22%. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 41.66%)، أما م ت ص (قبلي = 66.66% - بعدي = 16.66%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 66.67%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 00.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 16.66% - بعدي = 66.67%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 00.00%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 41.66%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 33.33%)، أما

م ت ص (قبلي = 27.77% - بعدي = 72.22%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 00.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 10.71% - بعدي = 55.95%)، و م ت ص (قبلي = 33.72% - بعدي = 30.55%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (18) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ع.ن) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار بصعوبة أكبر من أعمدة مستوى التكرار نعم إلا في مهارة الأنف والشفيتين فهما متساويين، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار نعم أكبر من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة إلا في مهارة اللسان فنجد العكس.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ع.ن) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 16 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم تكن متمكنة منها ونتائجها جد ضعيفة في مستوى التكرار نعم، أما في مستوى التكرار بصعوبة فهناك نتائج دون المتوسط إلا في مهارات الفكين والعينين التي كانت فوق المتوسط. أما فيما يخص القياس البعدي كان متمكن نوعا ما من البنود بحيث في مستوى التكرار نعم كانت النتائج ملحوظة أي فوق المتوسط (حسن)، وفي مستوى التكرار بصعوبة كانت دون المتوسط ما عدى مهارة اللسان. كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي تغير لون اللسان الى البنفسجي، التعب، الخجل، لا يريد التكلم (يتحدث بالإيماءات)، عدم الرغبة في تطبيق بنود البرنامج، الملل، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan). أما في القياس البعدي رجع اللسان للونه الطبيعي، وجود تجاوب في تطبيق التعليم.

5.1. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة (ب.ف)

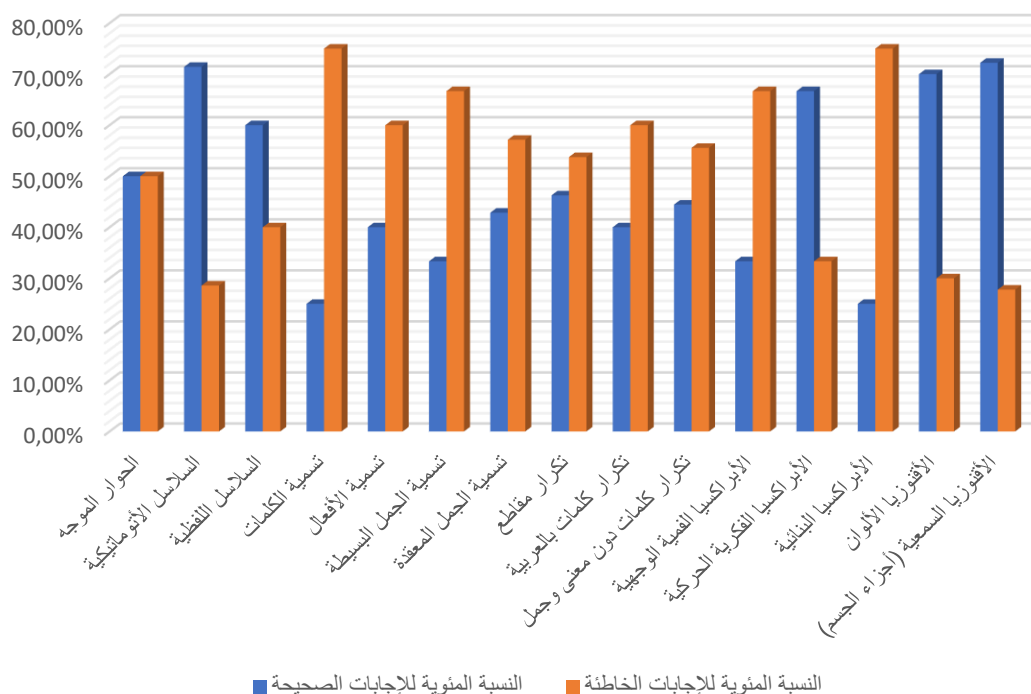
1.5.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 23: نتائج اختبار MT 2002 للحالة الخامسة (ب.ف)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة		
% 50.00	% 50.00	20/10	20/10	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية	
% 28.58	% 71.42	07/02	07/05	السلاسل الأتوماتيكية		
% 40.00	% 60.00	10/04	10/06	السلاسل اللفظية		
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	تسمية الكلمات		
% 60.00	% 40.00	05/03	05/02	تسمية الأفعال		
% 66.67	% 33.33	03/02	03/01	تسمية الجمل البسيطة		
% 57.14	% 42.85	07/04	07/03	تسمية الجمل المعقدة		
% 53.75	% 46.25	80/43	80/37	تكرار مقاطع		
% 60.00	% 40.00	10/06	10/04	تكرار كلمات بالعربية		
% 55.56	% 44.44	09/05	09/04	تكرار كلمات دون معنى وجمل		
% 66.67	% 33.33	06/04	06/02	الفمية الوجيهة	اختبارات الأبراكسيا	
% 33.33	% 66.67	12/04	12/08	الفكرية الحركية		
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	البنائية		
% 30.00	% 70.00	10/03	10/07	الألوان	اختبارات الأفتوزيا	
% 27.78	% 72.22	18/05	18/13	السمعية (أجزاء الجسم)		
% 51.97	% 48.03	النسبة المئوية الكلية				

من خلال النسب المئوية التي حصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ب.ف)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



الشكل رقم 19: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة الخامسة (ب.ف)

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص الإجابات الخاطئة = إخ

من خلال الجدول رقم (23) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ب.ف)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 25.00 % و 72.22 % بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 27.78 % و 75.00 %. بحيث نجد أن الحالة (ع.ن) أخذت أقل قيمة في كل من بند "الأبراكسيا البنائية" وبند "تسمية الكلمات" (إص = 25.00 % - إخ = 75.00 %) لكل منهما، وأيضاً على (إص = 33.33 % - إخ = 66.67 %) لكل من بند "تسمية الجمل البسيطة"، وبند "الأبراكسيا اللفظية الوجيهة"، وفي بند "تكرار الكلمات" وبند "تسمية الأفعال" بنسبة 40.00 % إص و 60.00 % إخ لكل منهما، كما تحصل على 07/03 في بند "تسمية الجمل المعقدة" (إص = 42.85 % - إخ = 57.14 %)، وفي بند "تكرار الكلمات دون معنى وجمل" (إص = 44.44 % - إخ = 55.56 %)، بند "تكرار المقاطع" (إص = 46.25 % - إخ = 53.75 %)، "الحوار الموجه" (إص = 50.00 % - إخ = 50.00 %)، بند "السلاسل اللفظية" (إص = 60.00 % - إخ = 40.00 %)، بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" (إص = 66.67 % - إخ = 33.33 %)، بند "أفنزيا الألوان" (إص = 70.00 % - إخ = 30.00 %).

30.00%)، بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 71.42% - إخ = 28.58%)، وأخيرا بند "الأفئوزيا السمعية" (إص = 72.22% - إخ = 27.78%). وعليه النسبة الكلية للاختبار (إص = 48.03% - إخ = 51.97%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (19) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب نتائج اختبار MT 2002 للحالة (ع.ن) والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من الأعمدة للإجابات الخاطئة للبنود "الأبراكسيا الفمية الوجيهية والبنائية، تكرار الكلمات وكلمات دون معنى وجمل وتسمية الجمل البسيطة والمعقدة والأفعال" أما باقي الأعمدة فهي متقاربة نوعا ما مقارنة بالمذكورة أعلاه.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ع.ن) لاحظنا أن الحالة لديها أفئوزيا بنائية وأبراكسيا بحيث عندما نطلب منها حركة لا تنتجها أو تنتجها بصفة خاطئة، وكذلك لديها نقص التسمية والكلمة في بند "تسمية الجمل البسيطة والمعقدة" أيضا أخطاء فونيمية ومشاكل في التركيب ونقص بعض الروابط اللغوية.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ن) لديها حبة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

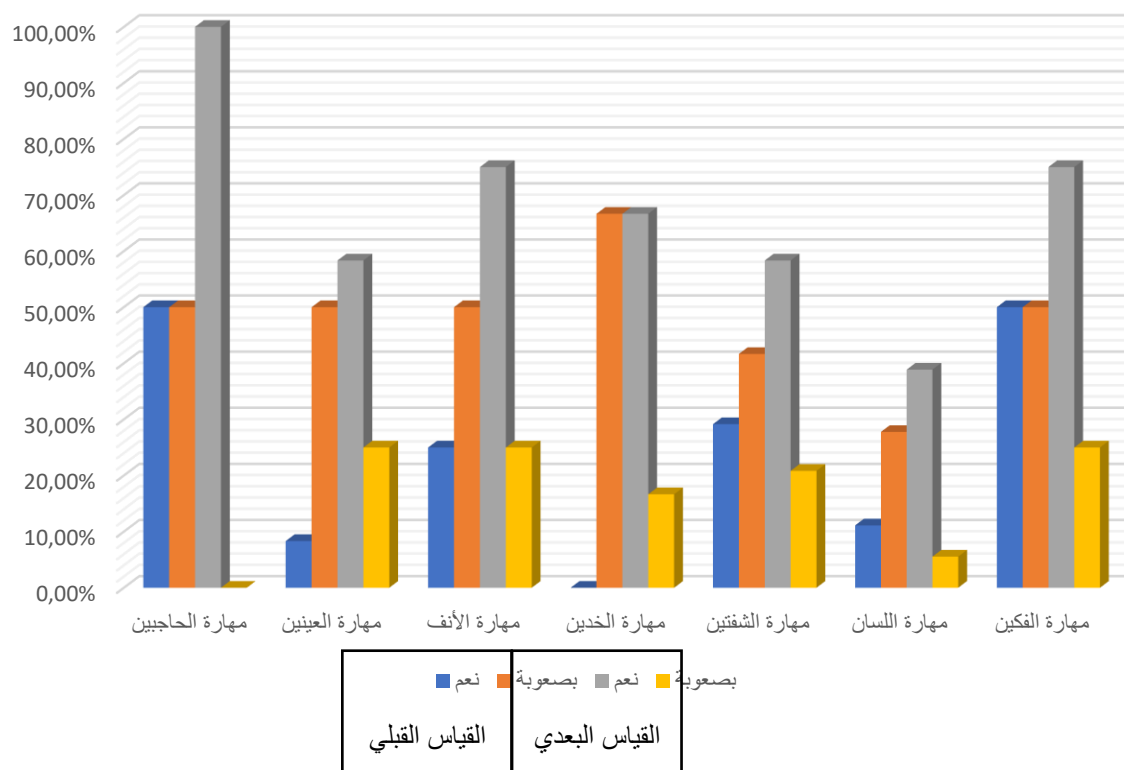
2.5.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 24: نتائج البرنامج المقترح للحالة الخامسة (ب.ف)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%00.00	%100	04/00	08/08	%50.00	%50.00	04/02	08/04	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%25.00	%58.33	12/03	24/14	%50.00	%08.33	12/06	24/02	مهارة العينين	
%25.00	%75.00	04/01	08/06	%50.00	%25.00	04/02	08/02	مهارة الأنف	
%16.66	%66.66	06/01	12/08	%66.66	%00.00	06/04	12/00	مهارة الخدين	
%20.83	%58.33	24/05	48/28	%41.66	%29.16	24/10	48/14	مهارة الشفتين	مهارات الفم
%05.55	%38.88	18/01	36/14	%27.77	%11.11	18/05	36/04	مهارة اللسان	
%25.00	%75.00	04/01	08/06	%50.00	%50.00	04/02	08/04	مهارة الفكين	
%16.86	%67.45	النسبة المئوية الكلية		%48.01	%24.80				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة على الحالة (ب.ف)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 20: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة الخامسة (ب.ف)

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

من خلال الجدول رقم (24) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الغمية الوجهية عند حبسي بروكا على الحالة (ب.ف)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 00.00% و 50.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 27.77% و 66.66%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 38.88% و 100%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 25.00%. بحيث نجد أن الحالة (ب.ف) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 50.00% - بعدي = 100%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 00.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 58.33%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 25.00%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 25.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 66.66%)، أما م ت ص (قبلي = 66.66%

- بعدي = 16.66%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 29.16% - بعدي = 58.33%)، أما م ت ص (قبلي = 41.66% - بعدي = 20.83%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 11.11% - بعدي = 38.88%)، أما م ت ص (قبلي = 27.77% - بعدي = 05.55%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 50.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 24.80% - بعدي = 67.45%)، و م ت ص (قبلي = 48.01% - بعدي = 16.86%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (20) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ب.ف) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار نعم أقل من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة ماعدى مهارة الحاجبين والفكين فهما متساويين، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار بصعوبة أقل من أعمدة مستوى التكرار نعم خاصة في مهارة الحاجبين واللسان.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ب.ف) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 17 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم يكن متمكن منها ونتائجه ضعيفة في مستوى التكرار نعم خاصة في مهارة الفكين، العينين واللسان، أما في مستوى التكرار بصعوبة فكانت نتائجه دون المتوسط ومتقاربة. أما فيما يخص القياس البعدي مستوى التكرار نعم كانت نتائجه فوق المتوسط وملحوظة ما عدى مهارة اللسان التي كانت تحت المتوسط، وفي مستوى التكرار بصعوبة فكانت ضعيفة جدا خاصة في مهارة اللسان. كما تمكن من مهارة الحاجبين بنسبة 100%.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي وجود دم على لسان المفحوص مع لون مزرق، التعب والارهاق، صداع الرأس (قمنا باعطاءها رسالة توجيهية الى طبيبه)، الغضب، القلق، سيلان اللعاب، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan)، أما في القياس البعدي تجاوب المريض في تطبيقنا للبرنامج، اختفاء بقع الدم، التجاوب مع التعليمات.

6.1. عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة (ع.ز)

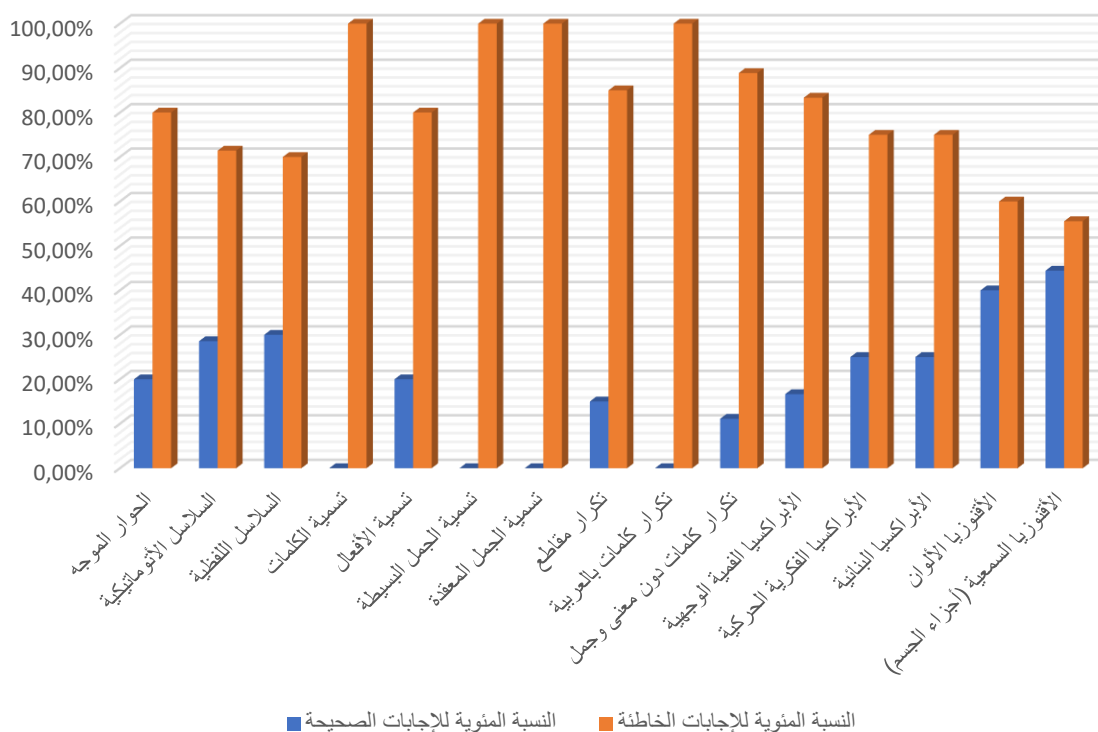
1.6.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 25: نتائج اختبار MT 2002 للحالة السادسة (ع.ز)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة	
% 80.00	% 20.00	20/16	20/04	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية
% 71.43	% 28.57	07/05	07/02	السلاسل الأتوماتيكية	
% 70.00	% 30.00	10/07	10/03	السلاسل اللفظية	
% 100	% 00.00	04/04	04/00	تسمية الكلمات	
% 80.00	% 20.00	05/04	05/01	تسمية الأفعال	
% 100	% 00.00	03/03	03/00	تسمية الجمل البسيطة	
% 100	% 00.00	07/07	07/00	تسمية الجمل المعقدة	
% 85.00	% 15.00	80/68	80/12	تكرار مقاطع	
% 100	% 00.00	10/10	10/00	تكرار كلمات بالعربية	
% 88.89	% 11.11	09/08	09/01	تكرار كلمات دون معنى وجمل	
% 83.34	% 16.66	06/05	06/01	الفمية الوجيهة	اختبارات الأبراكسيا
% 75.00	% 25.00	12/09	12/03	الفكرية الحركية	
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	البنائية	
% 60.00	% 40.00	10/06	10/04	الألوان	اختبارات الأفتنوزيا
% 55.56	% 44.44	18/10	18/08	السمعية (أجزاء الجسم)	
% 81.61	% 18.39	النسبة المئوية الكلية			

من خلال النسب المئوية التي تحصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (ع.ز)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



الشكل رقم 21: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة السادسة (ع.ز)

❖ التحليل الكمي:

الإجابات الخاطئة = إخ

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص

من خلال الجدول رقم (25) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (ع.ز)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 00.00 % و 44.44 % بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 55.56 % و 100 %. بحيث نجد أن الحالة (ع.ز) أخذت أقل قيمة في كل من بند "تسمية الكلمات، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار كلمات" (إص = 00.00 % - إخ = 100 %)، وفي بند "تكرار كلمات دون معنى وجمل" (إص = 11.11 % - إخ = 88.89 %)، بند "تكرار المقاطع" (إص = 15.00 % - إخ = 85.00 %)، وفي كل من بند "الحوار الموجه" وبند "تسمية الأفعال" (إص = 20.00 % - إخ = 80.00 %) لكل منهما. بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" وبند "الأبراكسيا البنائية" بنسب متساوية (إص = 25.00 % - إخ = 75.00 %)، بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 28.57 % - إخ = 71.43 %)، بند "السلاسل اللفظية" (إص = 30.00 % - إخ = 70.00 %)، بند "أفنزيا الألوان" (إص = 40.00 % - إخ = 60.00 %)، وأخيرا

بند "الأفنزيا السمعية" (إص = 44.44% - إخ = 55.56%). وعليه النسبة الكلية للاختبار قدرت (إص = 18.39% - إخ = 81.61%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (21) الذي يمثل الأعمدة البيانية لنسب نتائج اختبار 2002 MT للحالة (ع.ن)، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من الأعمدة للإجابات الخاطئة المعدومة بنسبة 00.00% للبند "تسمية الكلمات، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار كلمات" أما باقي البنود الأخرى فكانت متفاوتة بنسب متقاربة لم تتعدى 50.00%.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار 2002 MT على الحالة (ع.ز) لاحظنا عدم تجاوب خاصة في بنود "تسمية الكلمات، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار كلمات" بحيث كان هناك أحيانا خرس تام أو كلمات غير مفهومة، وأحيانا أخرى تشير على أنها تعبت، التعبير اللغوي العفوي جد مخفض بحيث يظهر على شكل نقص كمي ونوعي في الكلمات، ضعف في طبقة وشدة الصوت، صعوبة في استحضار الكلمات، نقص التسمية بحيث يظهر على شكل اضطراب التفكك الفونيتيكي وأيضاً عرض اللانحوية ويظهر من خلال عدم استعماله لأدوات الربط، أخطاء فونيمية، بالإضافة الي الأبراكسيا و الأفنزيا.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ز) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

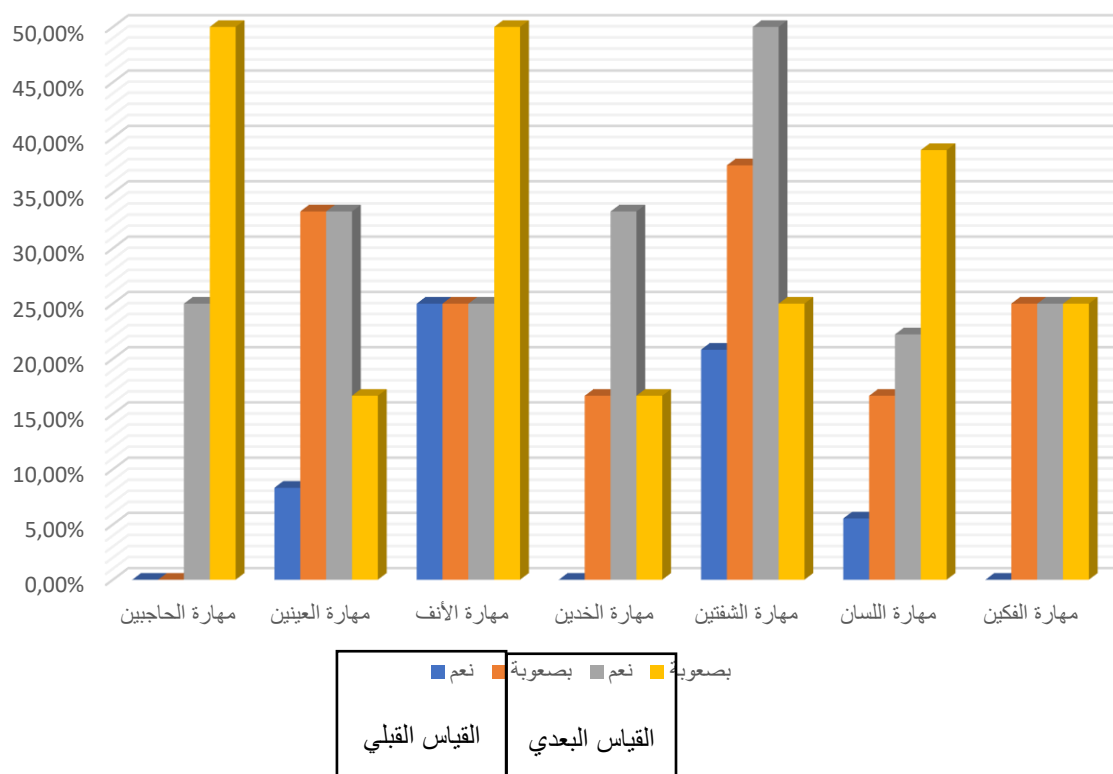
2.6.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 26: نتائج البرنامج المقترح للحالة السادسة (ع.ز)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%50.00	%25.00	04/02	08/02	%00.00	%00.00	04/00	08/00	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%16.66	%33.33	12/02	24/08	%33.33	%08.33	12/04	24/02	مهارة العينين	
%50.00	%25.00	04/02	08/02	%25.00	%25.00	04/01	08/02	مهارة الأنف	
%16.66	%33.33	06/01	12/04	%16.66	%00.00	06/01	12/00	مهارة الخدين	
%25.00	%50.00	24/06	48/24	%37.50	%20.83	24/09	48/10	مهارة الشفتين	مهارات الفم
%38.88	%22.22	18/07	36/08	%16.66	%05.55	18/03	36/02	مهارة اللسان	
%25.00	%25.00	04/01	08/02	%25.00	%00.00	04/01	08/00	مهارة الفكين	
%31.74	%30.55	النسبة المئوية الكلية		%22.02	%08.53				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة على الحالة (ع.ز)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 22: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة السادسة (ع.ز).

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

من خلال الجدول رقم (26) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا على الحالة (ع.ز)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 00.00% و 25.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 37.50%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 22.22% و 50.00%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 16.66% و 50.00%. بحيث نجد أن الحالة (ب.ف) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 25.00%)، أما م ت ص (قبلي = 00.00% - بعدي = 50.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 33.33%)، أما م ت ص (قبلي = 33.33% - بعدي = 16.66%)، في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%)، في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 00.00% - بعدي = 33.33%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66%

- بعدي = 16.66%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 20.83% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 37.50% - بعدي = 25.00%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 05.55% - بعدي = 22.22%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 38.88%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 00.00% - بعدي = 25.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 08.53% - بعدي = 30.55%)، و م ت ص (قبلي = 22.02% - بعدي = 31.74%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (22) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (ع.ز) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار نعم أقل من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة خاصة مهارة الحاجبين، الخدين، والفكين بنسبة 00.00%، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار بصعوبة متقاربة مع أعمدة مستوى التكرار نعم.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (ع.ز) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 15 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم يكن متمكن منها ونتائجه ضعيفة جدا في مستوى التكرار نعم خاصة في مهارة الفكين، الحاجبين، الخدين، العينين واللسان، أما في مستوى التكرار بصعوبة فكانت نتائجه أيضا ضعيفة جدا خاصة في مهارة الحاجبين. أما فيما يخص القياس البعدي مستوى التكرار نعم كانت نتائجه دون المتوسط الى ضعيفة ما عدى مهارة الشفتين التي كانت في المتوسط، وفي مستوى التكرار بصعوبة فكانت نتائجه أيضا دون المتوسط الى ضعيفة ما عدى مهارة الأنف والحاجبين فكانت في المتوسط.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي وجود دم على لسان المفحوص مع لون مزرق، التعب والارهاق، عدم تنفيذ الأوامر، الانزعاج، الغضب، القلق، سيلان اللعاب، احمرار الوجه عند التكلم، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan)، أما في القياس البعدي تجاوب المريض في تطبيقنا للبرنامج، اختفاء بقع الدم، التجاوب مع التعليمات، التعب.

7.1. عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة (د.ح)

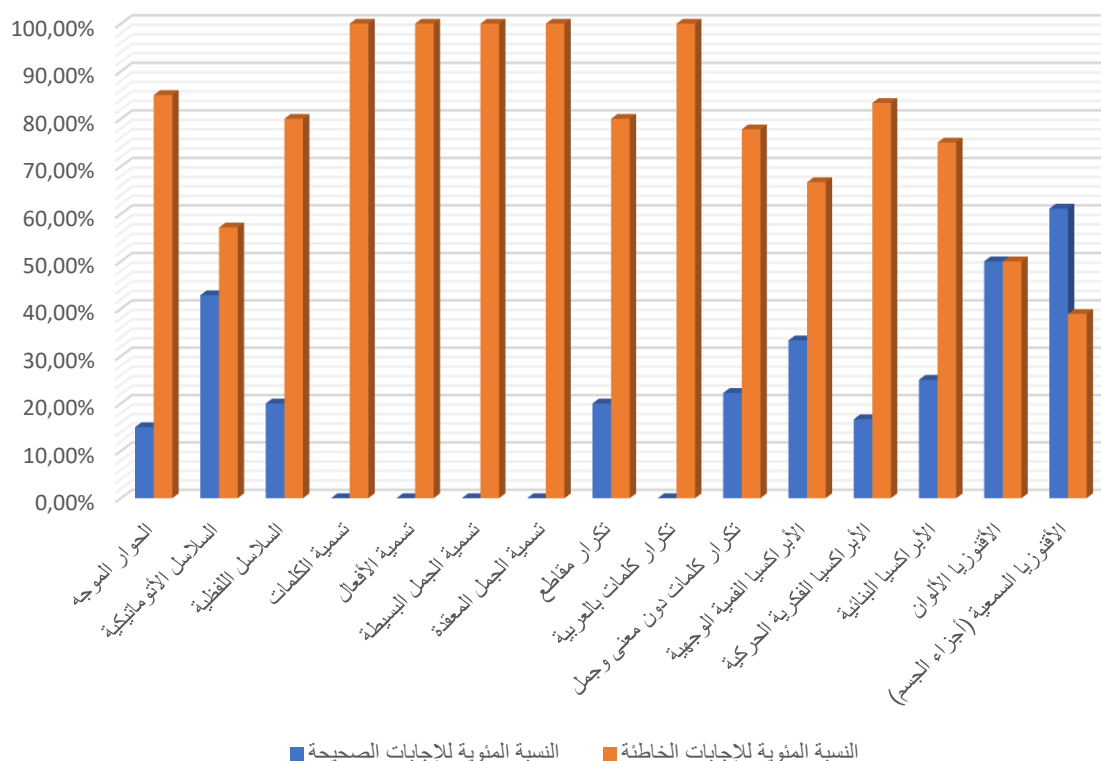
1.7.1. عرض وتحليل نتائج اختبار MT 2002

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 27: نتائج اختبار MT 2002 للحالة السابعة (د.ح)

النسبة المئوية للإجابات الخاطئة	النسبة المئوية للإجابات الصحيحة	الإجابات الخاطئة	الإجابات الصحيحة	بنود اختبار MT 2002 المطبقة	
% 85.00	% 15.00	20/17	20/03	الحوار الموجه	اختبارات اللغة الشفوية
% 57.15	% 42.85	07/04	07/03	السلاسل الأتوماتيكية	
% 80.00	% 20.00	10/08	10/02	السلاسل اللفظية	
% 100	% 00.00	04/04	04/00	تسمية الكلمات	
% 100	% 00.00	05/05	05/00	تسمية الأفعال	
% 100	% 00.00	03/03	03/00	تسمية الجمل البسيطة	
% 100	% 00.00	07/07	07/00	تسمية الجمل المعقدة	
% 80.00	% 20.00	80/64	80/16	تكرار مقاطع	
% 100	% 00.00	10/10	10/00	تكرار كلمات بالعربية	
% 77.78	% 22.22	09/07	09/02	تكرار كلمات دون معنى وجمل	
% 66.67	% 33.33	06/04	06/02	الفمية الوجهية	اختبارات الأبراكسيا
% 83.33	% 16.67	12/10	12/02	الفكرية الحركية	
% 75.00	% 25.00	04/03	04/01	البنائية	
% 50.00	% 50.00	10/05	10/05	الألوان	اختبارات الأفتنوزيا
% 38.89	% 61.11	18/07	18/11	السمعية (أجزاء الجسم)	
% 79.59	% 20.41	النسبة المئوية الكلية			

من خلال النسب المئوية التي تحصلنا عليها عند تطبيقنا لاختبار MT 2002 على الحالة (د.ح)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وهي عبارة عن رسم تخطيطي وذلك للتوضيح أكثر، ومعرفة البنود التي تمكن منها والتي أخفق فيها، من أجل تأكيد الإصابة بالحبسة من نوع بروكا.



الشكل رقم 23: رسم بياني لنتائج بنود اختبار MT 2002 للحالة السابعة (ع.ن)

❖ التحليل الكمي:

ملاحظة: الإجابات الصحيحة = إص الإجابات الخاطئة = إخ

من خلال الجدول رقم (27) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار MT 2002 على الحالة (د.ح)، نلاحظ أن القيم النسبية تتراوح بين 00.00 % و 61.11% بالنسبة للإجابات الصحيحة أما الخاطئة تتراوح بين 38.89% و 100%. بحيث نجد أن الحالة (ع.ز) أخذت أقل قيمة في كل من بند "تسمية الكلمات، تسمية الأفعال، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار الكلمات بالعربية" (إص = 100.00% - إخ = 0.00%)، وفي بند "الحوار الموجه" (إص = 15.00% - إخ = 85.00%)، بند "الأبراكسيا الفكرية الحركية" (إص = 16.67% - إخ = 83.33%)، وفي كل من بند "السلاسل اللفظية" وبند "تكرار المقاطع" (إص = 20.00% - إخ = 80.00%)، بند "تكرار كلمات دون معنى وجمل" (إص = 22.22% - إخ = 77.78%)، بند "الأبراكسيا البنائية" (إص = 25.00% - إخ = 75.00%)، وفي بند "الأبراكسيا الفمية الوجهية" (إص = 33.33% - إخ = 66.67%)، بند "السلاسل الأتوماتيكية" (إص = 42.85% - إخ = 57.15%)، أما بند "أقتوزيا الألوان"

(إص = 50.00% - إخ = 50.00%)، وأخيرا بند "الأقنوزيا السمعية" (إص = 61.11% - إخ = 38.89%). وعليه النسبة الكلية للاختبار (إص = 20.41% - إخ = 79.59%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (23) الذي يمثل الأعمدة البيانية لنسب نتائج اختبار 2002 MT للحالة (د.ح)، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من الأعمدة للإجابات الخاطئة المعدومة بنسبة 00.00% للبنود "تسمية الكلمات، تسمية الأفعال، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار الكلمات بالعربية" أما أعمدة البنود الأخرى اختلفت بتفاوت النسب بحيث كانت أكبر القيم في اختبارات الأقنوزيا.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا لاختبار 2002 MT على الحالة (د.ح) لاحظنا عدم تجاوب خاصة في بنود "تسمية الكلمات، تسمية الأفعال، تسمية الجمل البسيطة، تسمية الجمل المعقدة، تكرار الكلمات بالعربية" بحيث الحالة لم تتجاوب تماما وتبقى تنظر للصور، كما نجد تعبير لغوي منخفض، وصعوبة استحضار الكلمة ونقصها الكمي والنوعي وأيضا اللانحوية في كل من بند "الحوار الموجه، السلاسل الأتوماتيكية، والسلاسل اللفظية" بالإضافة الى أخطاء فونيمية في بند التكرار والأبراكسيا والأقنوزيا.

وعليه نجد أن الحالة (ع.ز) لديها حبسة من نوع بروكا وهذا راجع للأعراض الموجودة في الجدول العيادي الخاص بها.

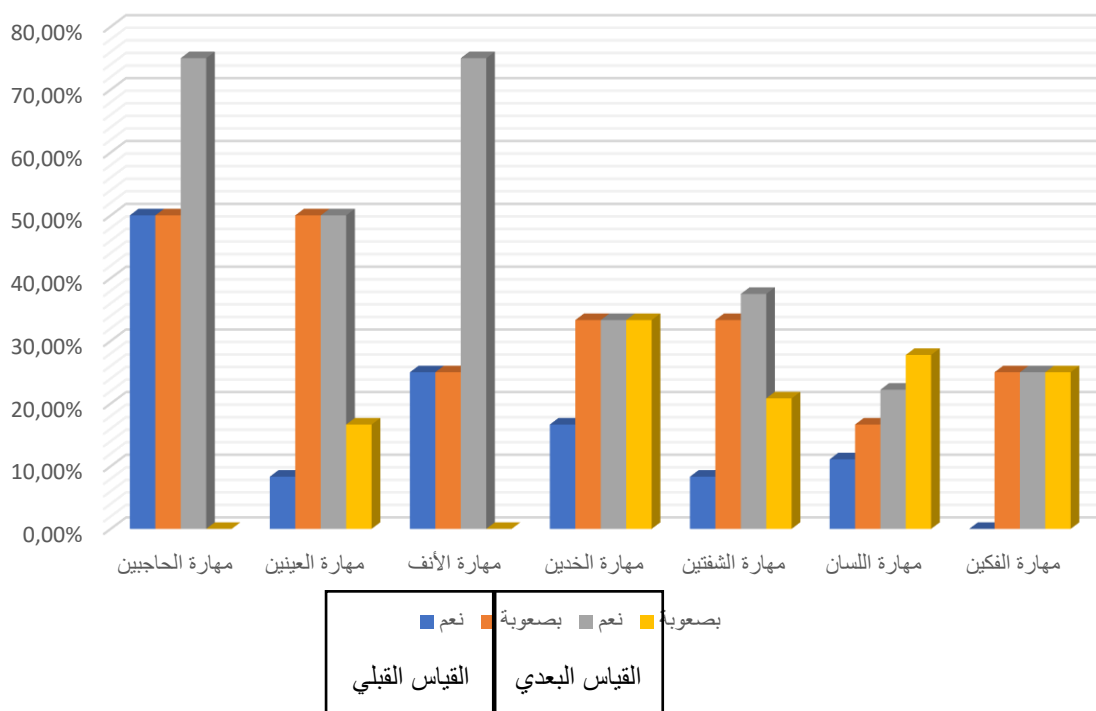
2.7.1. عرض وتحليل نتائج البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة

سنقوم بعرض النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم 28: نتائج البرنامج المقترح للحالة السابعة (د.ح)

القياس القبلي				القياس البعدي				بنود البرنامج المقترح	
النسبة المئوية		مستوى التكرار		النسبة المئوية		مستوى التكرار			
بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم	بصعوبة	نعم		
%00.00	%75.00	04/00	08/06	%50.00	%50.00	04/02	08/04	مهارة الحاجبين	مهارات الوجه
%16.66	%50.00	12/02	24/12	%50.00	%08.33	12/06	24/02	مهارة العينين	
%00.00	%75.00	04/00	08/06	%25.00	%25.00	04/01	08/02	مهارة الأنف	
%33.33	%33.33	06/01	12/04	%33.33	%16.66	06/02	12/02	مهارة الخدين	مهارات الفم
%20.83	%37.50	24/05	48/18	%33.33	%08.33	24/08	48/04	مهارة الشفتين	
%27.77	%22.22	18/05	36/08	%16.66	%11.11	18/03	36/04	مهارة اللسان	
%25.00	%25.00	04/01	08/02	%25.00	%00.00	04/01	08/00	مهارة الفكين	
%17.65	%45.43	النسبة المئوية الكلية		%33.33	%17.06				

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجيهة على الحالة (د.ح)، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 24: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالة السابعة (د.ح)

❖ التحليل الكمي:

مستوى تكرار بصعوبة = م ت ص

ملاحظة: مستوى تكرار نعم = م ت ن

من خلال الجدول رقم (28) وحسب النتائج والنسب المدونة فيه والمتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا على الحالة (د.ح)، نلاحظ أن القيم النسبية في القياس القبلي تراوحت في مستوى التكرار (نعم) بين 00.00% و 25.00% وفي مستوى تكرار (بصعوبة) بين 16.66% و 50.00%، أما في القياس البعدي في مستوى التكرار (نعم) بين 22.22% و 75.00%، وفي مستوى التكرار (بصعوبة) بين 00.00% و 75.00%. بحيث نجد أن الحالة (د.ح) أخذت في بند مهارة الحاجبين م ت ن (قبلي = 50.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 00.00%)، أما في بند مهارة العينين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 50.00%)، أما م ت ص (قبلي = 50.00% - بعدي = 16.66%)، أما في بند مهارة الأنف م ت ن (قبلي = 25.00% - بعدي = 75.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%)، أما في بند مهارة الخدين م ت ن (قبلي = 16.66% - بعدي = 33.33%)، أما م ت ص (قبلي = 00.00% - بعدي = 33.33%)، وفي بند مهارة الشفتين م ت ن (قبلي = 08.33% - بعدي = 37.05%)، أما م ت ص

(قبلي = 33.33% - بعدي = 20.83%)، أما مهارة اللسان م ت ن (قبلي = 11.11% - بعدي = 22.22%)، أما م ت ص (قبلي = 16.66% - بعدي = 27.77%)، و أخيرا مهارة الفكين (قبلي = 00.00% - بعدي = 25.00%)، أما م ت ص (قبلي = 25.00% - بعدي = 25.00%). وعليه قدرت النسبة الكلية للبرنامج م ت ن (قبلي = 17.06% - بعدي = 45.43%)، و م ت ص (قبلي = 33.33% - بعدي = 17.65%).

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الشكل رقم (24) الذي يمثل الأعمدة البيانية نسب لنتائج البرنامج المقترح للحالة (د.ح) على بنوده، والذي من خلاله يظهر بوضوح كل من أعمدة القياس القبلي والبعدي لمستوى التكرار نعم وبصعوبة، بحيث نجد في القياس القبلي أعمدة مستوى التكرار نعم أقل من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة ما عدى مهارة الحاجبين فكانت الأعمدة متساوية بنسبة 50.00%، أما في القياس البعدي أعمدة مستوى التكرار نعم أكبر من أعمدة مستوى التكرار بصعوبة ما عدى أعمدة مهارة الخدين والفكين فكانت متساوية.

❖ التحليل الكيفي:

من خلال تطبيقنا للبرنامج المقترح على الحالة (د.ح) كقياس قبلي وبعدي وذلك في فترة زمنية قدرت ب 17 حصة، نجد أن الحالة في القياس القبلي لمهارات الوجه والفم لم يكن متمكن منها ونتائجه ضعيفة جدا في مستوى التكرار نعم خاصة في مهارة الفكين، الشفتين، العينين واللسان، أما في مستوى التكرار بصعوبة فكانت نتائجه أيضا ضعيفة جدا خاصة في مهارة اللسان. أما فيما يخص القياس البعدي مستوى التكرار نعم كانت نتائجه دون المتوسط الى ضعيفة ما عدى مهارة الأنف والحاجبين التي كانت في المتوسط، وفي مستوى التكرار بصعوبة فكانت نتائجه ضعيفة جدا خاصة في مهارة الأنف والحاجبين بنسبة 00.00%.

كما لاحظنا أثناء تطبيق البرنامج خاصة في القياس القبلي وجود دم على لسان المفحوص مع لون مزرق، الانزعاج، القلق والعصبية، سيلان اللعاب، التحرك في مكانه، كلام خاص به غير مفهوم ومشوه (Jargan)، أما في القياس البعدي تجاوب المريض في تطبيقنا للبرنامج، اختفاء بقع الدم مع زرقة من جهة يمين اللسان، التجاوب مع التعليمات، التعب.

2. مناقشة النتائج في ظل الفرضيات المطروحة

❖ الفرضية الجزئية الأولى: لمهارات الوجه دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حسي بروكا (الراشد).

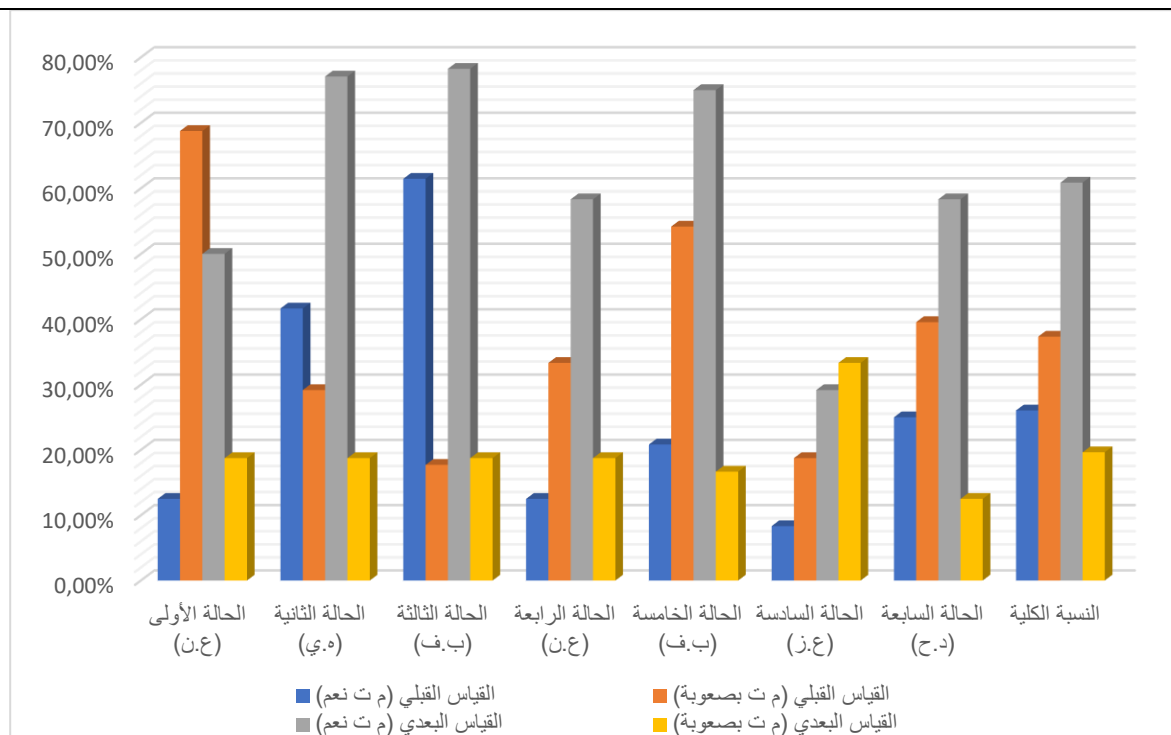
سنقوم بعرض نتائج بُعد مهارات الوجه (القياس القبلي والبعدى) للحالات السبع في الجدول التالي:

الجدول رقم 29: نتائج بُعد مهارات الوجه للحالات السبع

مهارات الوجه				
نسب القياس البعدي		نسب القياس القبلي		
مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	
%18.75	%50.00	%68.75	%12.50	الحالة الأولى (ع.ن)
%18.75	%77.08	%29.17	%41.66	الحالة الثانية (ه.ي)
%18.75	%78.25	%17.71	%61.46	الحالة الثالثة (ب.ف)
%18.75	%58.33	%33.33	%12.50	الحالة الرابعة (ع.ن)
%16.67	%75.00	%54.17	%20.83	الحالة الخامسة (ب.ف)
%33.33	%29.17	%18.75	%08.33	الحالة السادسة (ع.ز)
%12.50	%58.33	%39.58	%25.00	الحالة السابعة (د.ح)
%19.64	%60.88	%37.35	%26.04	النسبة الكلية

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها من نتائج بنود بُعد مهارات الوجه للحالات السبع، سنقوم بإنشاء أعمدة

بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 25: رسم بياني لنتائج بُعد مهارات الوجه للحالات السبع

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة عند تطبيق بنود بعد مهارات الوجه على سبع حالات، قمنا بإدراجها في الجدول (29) الذي يمثل مستوى تكرار نعم وبصعوبة في كل من القياس القبلي والبعدي لكل حالة، ثم استخرجنا النسبة الكلية للبرنامج في القياس القبلي والبعدي، بعدها مثلناه بأعمدة بيانية -الشكل (25)- وذلك للتوضيح أكثر. وقد تحصلنا على نسب متفاوتة بين أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي عند تطبيقهم للبنود، فقد واجهوا صعوبات مختلفة في تنفيذ التعليمات خاصة في القياس القبلي ومستوى الأداء كان منخفضاً جداً تقريباً عند كل الحالات ما عدى الحالة الأولى (ع.ن) في (م ت ص = 68.75%)، الحالة الثالثة (ب.ف) في (م ت ن = 61.46%) والحالة الخامسة (ب.ف) في (م ت ص = 54.17%) فقد كان الأداء فوق المتوسط، وهذا ما أظهرته الأعمدة بوضوح، لكن بعد التكفل بالحالات عرفوا تحسناً ملحوظاً في مستوى نتائج بُعد مهارات الوجه (القياس البعدي) فكل الحالات كان أداءها فوق المتوسط أي أكثر من 50.00% في مستوى التكرار نعم ما عدى الحالة السادسة (ع.ز) فكان منخفضاً (م ت ن = 29.17%) وهذا إن دلّ على شيء إنّما يدل على عودة اكتساب مهارات الوجه بطريقة سليمة وصحيحة وإن كانت بطيئة.

وقد تشابهت دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة شالة ليندة وعمراني نوال سنة 2015 تحت عنوان "محاولة بناء أداة معرفية لتقييم المهارات الحركية العامة والدقيقة لدى الشخص المصاب بالحبسة من نوع بروكا"، حيث حاولتا تصميم اختبار لتقييم المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة على أربع حالات تم اختيارهم بطريقة قصدية بين 35 و 84 سنة يعانون من حبسة بروكا، كما تم توظيف 60 حالة كمجموعة تجريبية لا تعاني من اضطرابات عصبية ولا حركية، وقد توصلتا عند تطبيقهما لبنود الاختبار على المجموعة الضابطة إلى أن المصابين بحبسة بروكا يجدون صعوبة في أداء المهارات الحركية الدقيقة أكثر من المهارات العامة. ونجد أن الباحثتان قد ركزتا على حركية الجسم ككل (العامة والدقيقة)، أي من حيث التوازن والتنسيق.

أما في دراستنا فقد خصصناها على جزء من الجسم وهي مهارات الوجه، بحيث توصلنا إلى نسبة كلية في بُعد مهارات الوجه للحالات السبع مستوى التكرار نعم (القبلي = 26.04% - البعدي = 60.88%) مما يدل على تحسن ملحوظ في مستوى الأداء.

وعليه من خلال نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات الوجه للحالات السبع نجد أن الأداء كان فوق المتوسط، ومن هنا نستنتج تحقق فرضيتنا والتي تقرّ أن لمهارات الوجه دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد).

❖ الفرضية الجزئية الثانية: لمهارات الفم دور في تقييم الأبراكسيا الفموية عند حبسي بروكا (الراشد).

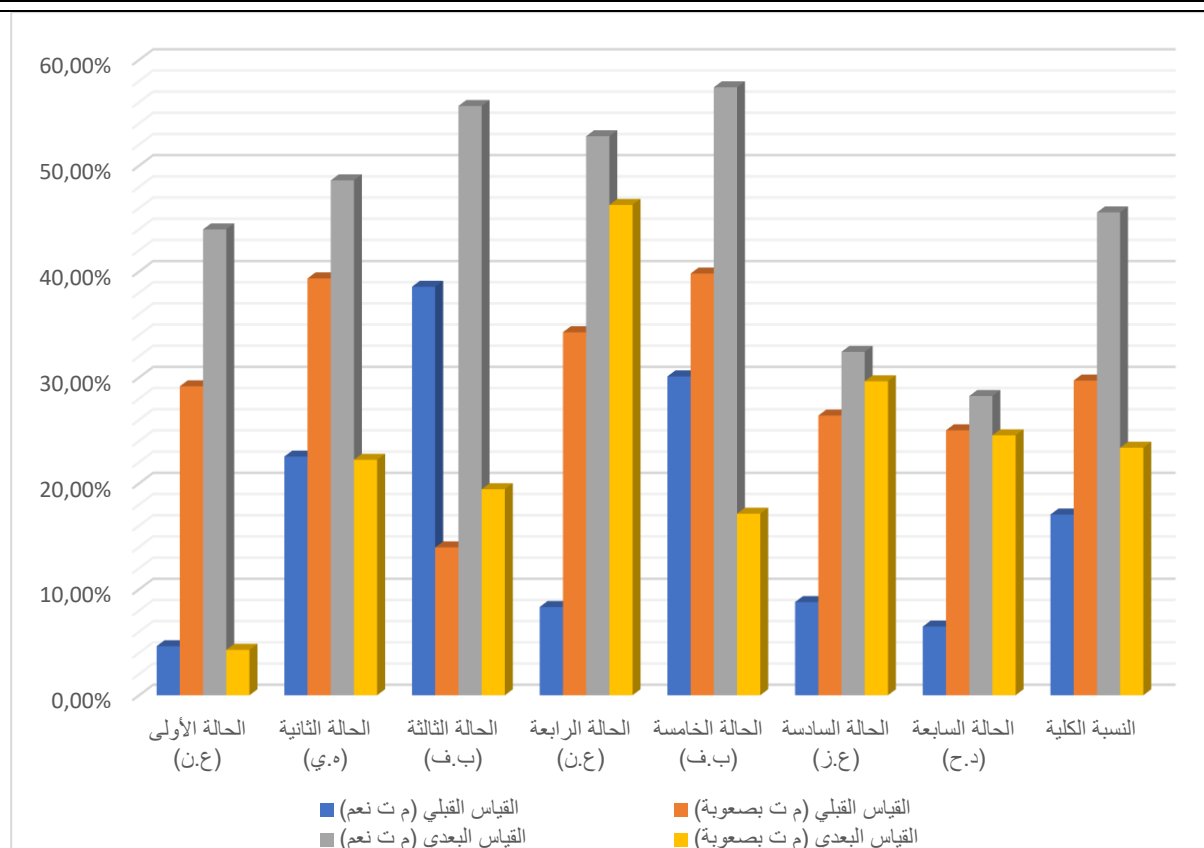
سنقوم بعرض نتائج بُعد مهارات الفم (القياس القبلي والبعدي) للحالات السبع في الجدول التالي:

الجدول رقم 30: نتائج بُعد مهارات الفم للحالات السبع

مهارات الفم				
نسب القياس البعدي		نسب القياس القبلي		
مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	
%40.28	%43.98	%29.16	%04.63	الحالة الأولى (ع.ن)
%22.22	%48.61	%39.35	%22.52	الحالة الثانية (ه.ي)
%19.44	%55.64	%13.95	%38.56	الحالة الثالثة (ب.ف)
%46.29	%52.78	%34.26	%08.33	الحالة الرابعة (ع.ن)
%17.13	%57.40	%39.81	%30.09	الحالة الخامسة (ب.ف)
%29.63	%32.41	%26.39	%08.79	الحالة السادسة (ع.ز)
%24.53	%28.24	%25.00	%06.48	الحالة السابعة (د.ح)
%23.36	%45.58	%29.70	%17.06	النسبة الكلية

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها من نتائج بنود بُعد مهارات الفم للحالات السبع، سنقوم بإنشاء أعمدة

بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 26: رسم بياني لنتائج بُعد مهارات الفم للحالات السبع

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة وبعد تطبيق بنود بُعد مهارات الفم على سبع حالات، قمنا بإدراجها في الجدول (30) الذي يمثل مستوى تكرار نعم وبصعوبة في كل من القياس القبلي والبعدي لكل حالة ثم أعطينا النسبة الكلية للبرنامج في القياس القبلي والبعدي، بعدها مثلناه بأعمدة بيانية -الشكل (26)- وذلك للتوضيح أكثر. بحيث تحصلنا على نسب متفاوتة بين أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي عند تطبيقهم للبنود، فقد واجهوا أيضاً صعوبات مختلفة في تنفيذ التعليمات خاصة في القياس القبلي ومستوى الأداء كان منخفضاً جداً عند كل الحالات في كل من مستوى التكرار نعم وبصعوبة، لكن بعد التكفل بهم كان هناك بعض التحسن في مستوى نتائج بُعد مهارات الفم (القياس البعدي) إلا أنه كان منخفضاً على العموم ما عدى الحالة الثالثة (ب.ف) في (م ت ن = 55.64%)، الحالة الرابعة (ع.ن) في (م ت ن = 52.78%) والحالة الخامسة (ب.ف) في (م ت ن = 57.40%) فقد كان الأداء فوق المتوسط، وهذا ما أظهرته الأعمدة بوضوح. وهذا يدل على عودة اكتساب المهارات إلا أنها جدياً بطيئة.

وقد تشابهت دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة لعيدات وداد وحمودي خيرة سنة 2020 تحت عنوان "فعالية استخدام برنامج تدريبي قائم على اللوغاتوم في تحسين الديناميكية النطقية عند حبسي بروكا"، بحيث حاولتا تصميم ثلاث مجموعات من سلاسل اللوغاتوم للتعرف على أداء حبسي بروكا وفعاليتها في تحسين الديناميكية النطقية (الضعف العضلي) على حالتين تم اختيارهم بطريقة قصدية بين 25 و60 سنة، وقد توصلتا أن للبرنامج فعالية، بحيث وجدوا أن المصابين يواجهون صعوبات في تنفيذ الحركة الصحيحة لأعضاء النطق. ونجد أن الباحثان حاولتا استخدام برنامج تدريبي قائم على اللوغاتوم لتصحيح النطق (مشاكل في حركية أعضاء النطق في الفم).

أما في دراستنا فقد حاولنا فيها اقتراح برنامج تقييمي لمهارات حركية الفم (الشفنتين، اللسان، الفكين) بحيث توصلنا إلى نسبة كلية في بُعد مهارات الفم للحالات السبع مستوى التكرار نعم (القبلي) = 17.06% - البعدي = 45.58% أي هناك تحسن طفيف في مستوى الأداء.

وعليه من خلال نتائج القياس القبلي والبعدي لبعد مهارات الفم للحالات السبع نجد أن الأداء كان قريب من المتوسط، ومن هنا نستنتج تحقق فرضيتنا والتي تقرر أن لمهارات الفم دور في تقييم الأبراكسيا الوجهية عند حبسي بروكا (الراشد).

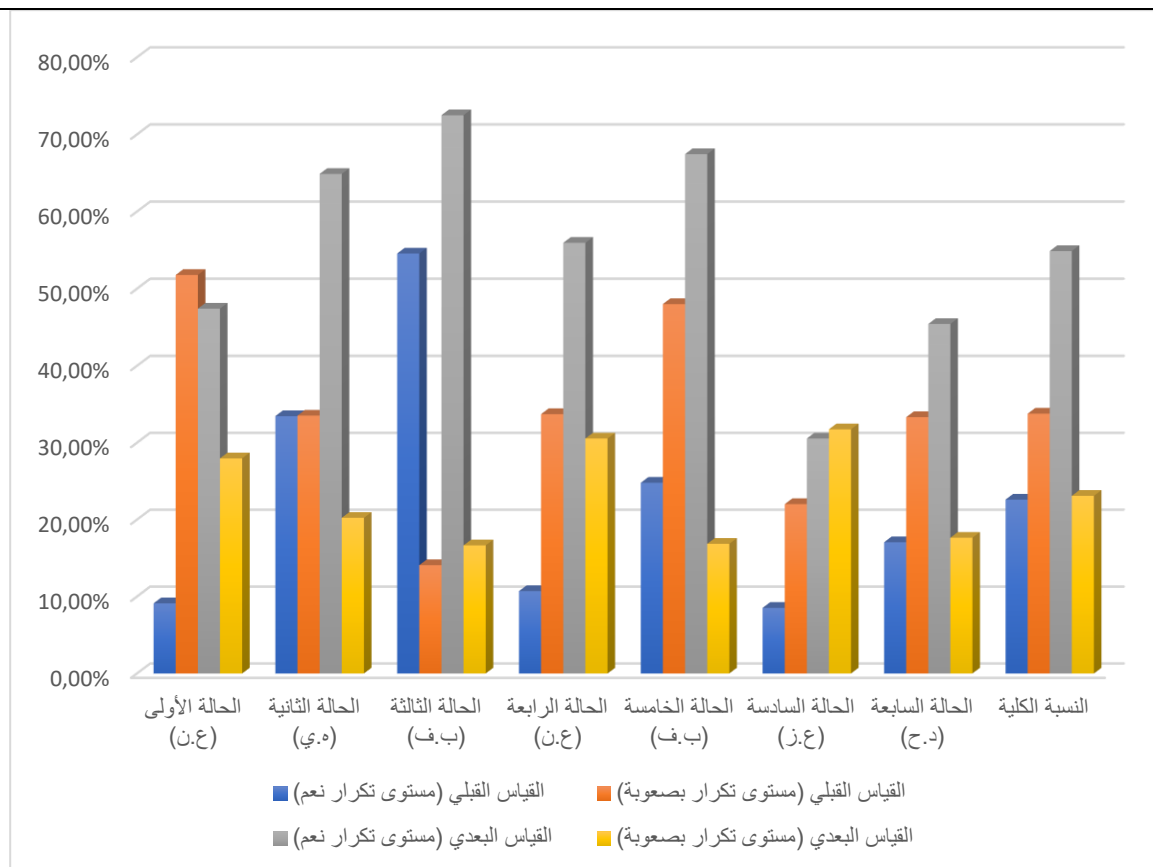
❖ الفرضية العامة: للبرنامج المقترح دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (راشد).

سنقوم بعرض نتائج البرنامج المقترح (القياس القبلي والبعدي) للحالات السبع في الجدول التالي:

الجدول رقم 31: نتائج البرنامج المقترح للحالات السبع

نسب القياس البعدي		نسب القياس القبلي		
مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	مستوى تكرار بصعوبة	مستوى تكرار نعم	
%27.97	%47.42	%51.78	%09.12	الحالة الأولى (ع.ن)
%20.24	%64.88	%33.53	%33.46	الحالة الثانية (ه.ي)
%16.66	%72.49	%14.08	%54.56	الحالة الثالثة (ب.ف)
%30.55	%55.95	%33.73	%10.71	الحالة الرابعة (ع.ن)
%16.86	%67.46	%48.01	%24.80	الحالة الخامسة (ب.ف)
%31.74	%30.55	%22.02	%08.53	الحالة السادسة (ع.ز)
%17.66	%45.44	%33.33	%17.06	الحالة السابعة (د.ح)
%23.10	%54.88	%33.78	%22.61	النسبة الكلية

من خلال النسب المئوية المتحصل عليها عند تطبيقنا للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية على الحالات لسبع، سنقوم بإنشاء أعمدة بيانية وذلك للتوضيح ومقارنة النسب بين القياس القبلي والقياس البعدي.



الشكل رقم 27: رسم بياني لنتائج البرنامج المقترح للحالات السبع

من خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة وذلك من خلال تطبيق البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا القمية الوجيهة على سبع حالات، قمنا بإدراجها في الجدول (29) الذي يمثل مستوى تكرار نعم وبصعوبة في كل من القياس القبلي والبعدي لكل حالة ثم أعطينا النسبة الكلية للبرنامج في القياس القبلي والبعدي، بعدها مثلناه بأعمدة بيانية (25) وذلك للتوضيح أكثر. بحيث تحصلنا على نسب متفاوتة بين أفراد العينة في القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح، وكان هناك ارتفاع ملحوظ في مستوى نتائج كل بند فبعض الحالات كان مستوى أدائها فوق المتوسط كالحالة الثانية (ه.ي)، الثالثة (ب.ف)، الخامسة (ب.ف) أي فوق المتوسط 50.00% أم باقي الحالات فكان مستوى أدائها منخفض أي أقل من 50.00% وخاصة الحالة (ع.ز) فقد أظهرته الأعمدة بوضوح. وعليه النسبة الكلية للبرنامج في مستوى التكرار نعم (القبلي = 22.61% - البعدي = 33.78%) أما مستوى التكرار بصعوبة (القبلي = 54.88% - البعدي = 23.10%).

وقد تشابهت نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة Leray Manon سنة 2019 تحت عنوان " العلاقة بين الحبسة، الأبراكسيا والتواصل غير اللفظي في حالة الإصابة بسكتة دماغية" بحيث حاولت فيه بناء بروتوكول لتقييم التواصل الغير اللفظي على ثلاث حالات تتراوح أعمارهم بين 55 و 69 سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية يعانون من حبسة بروكا، كما تم توظيف عشر حالات أخرى لم يعانون من أي سوابق عصبية ولم يكن لديهم مشاكل حول الأبراكسيا أو الحبسة أو التواصل الغير اللفظي وتوصلت أن للبروتوكول فاعلية في الاستخدام الغير اللفظي (الإيماءات) عند المصابين بالحبسة الحركية من أجل الاتصال وتواصل وتحسين جودة الحياة.

كل الحالات السبع كان لديها مشاكل في عدم القدرة على التحكم في المنطقة الفمية الوجهية (شلل نصفي على مستوى الوجه) بحيث أصبحت غير قادرة على التحكم في مهارات الوجه (الحاجبين، العينين، الأنف، الخدين) ومهارات الفم (الشفنتين، اللسان، الفكين) وهذا ما يسمى بعرض الأبراكسيا الفمية الوجهية، كما نتج عنه اضطرابات أخرى مشتركة معه، وذلك من خلال تطبيق اختبار 2002 MT والبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا اتضح عدم قدرة الحالات على الكلام وهذا ما يفسر بعرض أبراكسيا الكلام، وكذلك عرض الأقفوزيا وذلك في عدم معرفة وتمييز الألوان والمخطط الجسدي.

كما لاحظنا من خلال تطبيق البرنامج أن الحالات كان كلامه غير مفهوم ومشوه فكل حالة كان لديها كلام خاص بها (Jargon) فكانت تحاول التواصل عن طريق الإيماءات إلا أنها لا تستطع إيصال الفكرة فكل مرة لا نفهمها كانت تقوم بردة فعل إما الغضب، السكوت، البكاء، القلق ...

وعليه من خلال نتائج القياس القبلي والبعدي للبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا كان الأداء فوق المتوسط، ومن هنا نستنتج تحقق فرضيتنا والتي نقر أن للبرنامج دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا (راشد).

3. الاستنتاج

الهدف من هذه الدراسة هو محاولة اقتراح برنامج لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا، ولهذا الغرض تم اختيار العينة والتي تتكون من سبع حالات مصابة بالحبسة الحركية (بروكا)، وذلك بعد تأكيد تشخيص بالإصابة بها عن طريق تطبيق بعض بنود اختبار MT 2002. وقد أظهرت نتائج البرنامج المقترح في القياس القبلي والبعدي نتائج متباينة، وذلك بعد تصحيح المهارات التي لم تتمكن الحالات من تنفيذها، بحيث سجلت في القياس القبلي نسب ضعيفة في كل المهارات وخاصة في مهارة اللسان، الشفتين، العينين والفكين. وهذا راجع إلى مدى شدة ودرجة الإصابة في المواقع العصبية الحركية (F3)، والذي نتج عنه شلل على مستوى حركية المنطقة الفمية الوجهية، بحيث نجد أنّ كل من الحالة الأولى، الثانية، الثالثة، والرابعة والخامسة التي لها شلل جزئي كان الاسترجاع أحسن بعد تصحيح المهارات المصابة، وكذلك المنطقة الفمية الوجهية، وأيضاً بعد اتباع النصائح وتكرار التمارين بالبيت. أما الحالة السادسة والسابعة الاسترجاع كان بطيئاً، وذلك بسبب الشلل النصفي الحاد وذلك راجع لشدة الإصابة، وهذا ما أظهرته نتائج القياس البعدي. من خلال التحليل الكمي والكيفي لنتائج البرنامج المقترح بين القياس القبلي والبعدي بصفة عامة كانت فوق المتوسط على العموم بحيث سجلنا تحسناً في استرجاع بعض المهارات، وبهذا تكون فرضيتنا قد تحققت، وعليه نستنتج أن للبرنامج دور في تقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند حبسي بروكا.

إلى جانب الفشل في الحركات الإرادية للمنطقة الفمية الوجهية، اتضح أن الحالات تعاني من اضطرابات أخرى مشتركة مع الأبراكسيا الفمية الوجهية كأبراكسيا الكلام (اضطرابات النطق والصوت) والأقنوزيا. إلى جانب المشاكل النفسية التي تتصارع معها الحالات، وذلك بسبب أنها واعية باضطرابها مما ينتج عنه القلق، الغضب، البكاء والانزعاج... الذي يحول دون قدرتهم على التواصل مع الآخرين وعيش حياة طبيعية. فهي دائماً بحاجة إلى مساعدة. كما تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر ومن حالة لأخرى، وذلك من خلال الجدول الإكلينيكي لها، وهذا راجع لمدى إصابة المناطق المسؤولة عن الحركة. أما استرجاع المهارات المصابة فهو مرهون بمدى استجابة الحالة للعلاج وتقبل ذاتها إلى ما وصلت إليه.

الخاتمة

في نهاية دراستنا التي اهتمت باقتراح برنامج لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصاب بحبسة بروكا، استخلصنا من خلال نتائج الدراسة عن طريق التحليل الكمي والكيفي لكل من اختبار MT 2002 والبرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية، مدى مصداقية الفرضية ومدى دور البرنامج المقترح ونجاعته في التكفل بالمصابين بالحبسة الغير طليقة (بروكا) الذين لديهم مشاكل على مستوى حركية المنطقة الفمية الوجهية.

وهذا البرنامج موجه بالدرجة الأولى للمختصين الأرتفونيين، والذي من خلاله يستطيعون تقييم هذا العَرَض، ومعرفة المهارات المصابة على مستوى المنطقة الفمية الوجهية، وذلك من أجل بناء خطة علاجية تتوافق مع حالة المفحوص. وكذا معرفة مدى أهمية سلامة هذه المنطقة، لأن من خلالها يستطيع الإنسان التعبير والتواصل مع الطرف الآخر، سواء بالإيماءات والإشارات وحتى الكلام، فالنطق والتصويت لا نستطيع أن ننتجها دون مهارات الفم والوجه. كما لا ننسى أن هناك عدة اضطرابات مشتركة أخرى لعرض الأبراكسيا الفمية الوجهية تكون مصاحبة لها، وذلك حسب درجة وعمق واتساع الإصابة في المنطقة العصبية الحركية (F3)، حيث أنه كلما كانت كبيرة كلما ازدادت الأعراض المشتركة كأبراكسيا الكلام، اضطراب البلع، اضطرابات نفسية... وهذا يشكل عجزاً على مستوى الجسم بحيث يحد من نشاط المفحوص ومشاركاته، وبالتالي يؤثر على جودة حياته.

وفي الأخير نتمنى أن يتم تسليط الضوء أكثر على هذا الموضوع والتوغل فيه، وذلك بالنظر لهذه الفئة والتكفل بها. وكذلك فتح المجال للمختصين خاصة الأرتفونيين من أجل اقتراح برامج واختبارات، لما لها من أهمية في الفحص، التشخيص، التقييم والعلاج. وكذلك من أجل توسيع مجال البحث في ميدان الأرتفونيا.

وبعد هذه الدراسة البحثية لا يسعنا إلا ختمها ببعض الاقتراحات وهي:

- تكوين أكثر للأخصائيين الأرتفونيين في كيفية التكفل بهذه الفئة خاصة في مجال حركية المنطقة الفمية الوجهية.
- إقامة دورات وندوات، وذلك بشرح حبسة بروكا مع التعريف باضطراباته المشتركة المصاحبة لها وكيفية التكفل بها.

الخاتمة

- توسيع عينة الدراسة من أجل الوصول إلى نتائج جيدة وأكثر موضوعية فيما يخص البرنامج المقترح لتقييم الأبراكسيا الفمية الوجهية.
- تطبيق هذا البرنامج المقترح مع اضطرابات أخرى تعاني من شلل على مستوى المنطقة الفمية الوجهية ومعرفة مدى نجاعته.
- إيداع برامج إرشادية لتوعية الحالات وعائلاتهم حول طبيعة الاضطراب وذلك من خلال كيفية التعامل والتكفل بهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع بالعربية:

ابراهيمى، سعيدة (2012). الحبسة عند الراشد (علم النفس العصبي). الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
بلخير، وسام؛ الباهي، سارة (ب ت). التدخلات العلاجية النفسية للتكفل بضحايا الحوادث الوعائية الدماغية. جامعة سطيف 2. 21-32.

بوشىخي، اسمهان؛ بن زينة، عائشة (2020). الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بالأمراض الاضمحلالية (باركينسون). (رسالة ماستر منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/17423> مذكرة تخرج.pdf

تيمقونين، نجية (2006). اللغة الشفهية بين اكتسابها لدى الطفل المصاب بالديسفازيا واسترجاعها لدى الحسبي الراشد (دراسة مقارنة بين الاضطرابين من خلال أحد مقوماتها: البنية الزمانية - المكانية). رسالة ماجستير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس علوم التربية والأطفونيا، جامعة الجزائر. استرجعت من:

http://biblio.univ-alger.dz/xtf/data/pdf/854/TIGUEMOUNINE_NADJIA.pdf

حبوجي، سيليا دلال (2020). تأهيل الاضطرابات النطقية لدى المصاب بالحبسة الحركية. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، استرجعت من:

<http://bib.univ-oeb.dz:8080/jspui/bitstream/123456789/9918/1> مذكرة نهائية.pdf

حمدي علي، الفرماوي (2006). نيوروسيكولوجيا (معالجة اللغة واضطرابات التخاطب) (ط1). مصر: مكتبة الانجلو المصرية 1.

حولة، محمد (2009). علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت. ط03. الجزائر: دار الحومة.

حولة، محمد؛ معروف، فاخت (2012). بناء وسائل التكفل بالاضطرابات اللغوية في الوسط الجزائري مثال: الحبسة لدى الطفل الناطق بالعربية. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 05، 134-145.

قائمة المراجع

- خلدون بارون. اليوم العالمي للسكتة الدماغية. 2023/03/21، 21: 23 استرجعت من:
<https://s.alqabas.com/wp-content/uploads/2017/10/29559038.jpg>
- دقيش، رحمة؛ خراش هدى (2020). الحبسة الكلامية (حبسة بروكا نموذجا). مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 11، العدد 01، 28-43.
- دقيش، رحمة (2021). فاعلية برنامج ارشادي علاجي في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا. رسالة دكتوراة منشورة. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة سطيف 02، استرجعت من
<http://dspace.univ-etif2.dz/xmlui/bitstream/handle/123456789/2040/dakiche.pdf>
- ريشارد، لايين ليندلي (2010). السكتة الدماغية (هنادي، مزبودي). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية دار المؤلف. (2014).
- الزرد، محمد فيصل (1990). اللغة واضطرابات النطق والكلام. ط01. الرياض: دار المريخ.
- زقعار، فتحي (2013). فاعلية العلاج الصوتي بسماع آيات قرآنية في تخفيض درجة الاكتئاب لدى المصابين بحبسة بروكا. مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 11، 161 - 168.
- زويش، عبد المنعم مصطفى؛ سليمان، عتصمان يوسف (2020). الاضطراب اللغوي في لغة الطفل ظاهرتا الحبسة الكلامية والتلعثم اللغوي نماذج. رسالة ماستر منشورة، معهد آداب ولغات تخصص لسانيات الخطاب، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت، استرجعت من:
(univ-temouchent.edu.dz) مذكرة كاملة
- قاعدة بيانات الادب عربي/لسانيات الخطاب/6091/2020/مذكرة كاملة
- سهيل محمد، سلامة شاش (2007). اضطرابات التواصل: التشخيص الأسباب العلاج. ط1. مصر: دار زهراء للطباعة والنشر.
- شالة، ليندة؛ عمران، نوال (2015). محاولة بناء أداة معرفية لتقييم المهارات الحركية العامة والدقيقة لدى الشخص المصاب بالحبسة من نوع بروكا. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تيزي وزو، استرجعت من:

<https://www.ummtto.dz/dspace/bitstream/handle/ummtto/1957/Untitled.pdf>

شقروني، احسان (2019). دور البرنامج التدريبي المرتكز على الذاكرة البصرية في تحسين اللغة الشفهية عند حسي بروكا. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم. استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/11760/m%20c3%20a9moire%20CHEKROUNI%20IHSAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

عامر، مباركة (2018). دراسة وتحليل الفعالية اللغوية عند المصابين بحبسة بروكا. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/3261/372.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

شنافي، عبد المالك (2022). معالم في تاريخ الحبسة الكلامية: من الدماغ إلى موضعة اللغة. مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 09، العدد 02. 148-126.

عبود، ايناس يسرى؛ خليل، مخطارية فاطمة الزهراء (2020). محاولة اقتراح برنامج علاجي رقمي للتكفل بالحبسة الحسابية عند المصاب بحبسة بروكا. (رسالة ماستر منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم، استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/17441/1-converted%281%29.pdf>

عدنان، عفاف (2014). تقييم المستوى الفونولوجي والمورفوتركيبي والدلالي عند المصاب بأفازيا بروكا باستعمال بعض بنود بطارية MT 2002. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهدي أم البواقي. استرجعت من:

Université d'Oum-El-Bouaghi: تقييم المستوى الفونولوجي والمورفوتركيبي والدلالي عند المصاب بأفازيا (univ-oeb.dz) بروكا باستعمال بعض بنود بطارية

علم الأعصاب. 2003-03-21، 19:16 استرجعت من:

<https://www.turquiesante.com/ar/blog/198-أسباب-علاج-النزيف-الدماغي.html>

قائمة المراجع

قاسمي، صالح (2018). اقتراح بروتوكول معلوماتي موجه للتقييم والتكفل بالاضطرابات النفس لغوية معرفية للحبسة الحركية. رسالة دكتوراة منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 02، استرجعت من:

https://urnop-alger2.com/wp-content/uploads/2020/04/kacemi_these.pdf

قناوي، فاطمة الزهراء (2020). فعالية التكفل الأورطفوني لجورج لاما في إعادة تأهيل الحركية الفمية الوجهية لشلل الوجه النصفي المحيطي. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/17433>

دسوقي، كمال (1988). نخيرة تعريفات مصطلحات أعلام (علوم النفس، سيكوفيزيقا، سيكوبولوجيا، قياسات عقلية، تحليل نفسي، طب عقلي، صيدلة نفسية) (مجلد 1). مصر: دار الاهرام التجارية.

لعثماني، حياة؛ شمومة، سارة (2020). تقييم أبراكسيا اللباس عند المصابين بحبسة بروكا. رسالة ماستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، استرجعت من:

<http://ebiblio.univmosta.dz/bitstream/handle/123456789/17361/.pdf?sequence=1&isAllowed=wed=>

لعيدات، وداد؛ حمودي، خيرة (2019). فعالية استخدام برنامج تدريبي قائم على الوغاتوم في تحسين الديناميكية النطقية عند حبسي بروكا. رسالة مستر منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، استرجعت من:

<http://e-biblio.univ-mosta.dz/bitstream/handle/123456789/17431/%d9%85%d8%b0%d9%83%d8%b1%d8%a9%20%d8%aa%d8%ae%d8%b1%d8%ac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

محمود، عواد (2011). معجم الطب النفسي والعقلي (دط). الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.

ميموني، وفاء (2021). الأبراكسيا الفكرية الحركية لدى المصابين بالحوادث الوعائية الدماغية وعلاقتها بالسلوك اليومي. رسالة دكتوراة منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 02، استرجعت من:

<http://ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/3341>

قائمة المراجع

نايف نزار، القيسي (2010). المعجم التربوي وعلم النفس (دط). الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي.

نجوى، شعبان خليل؛ سعيد، عبد الرحمان محمد؛ آية شعراوي، محمد (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس الطلاقة اللفظية للأطفال ذوي اضطراب الأبراكسيا. مجلة التربية الخاصة، المجلد 11 العدد 41. 143-119.

نصيرة، شوال (2019). تقييم شامل للغة والعمليات المعرفية المرتبطة بها عند المصاب بحبسة بروكا: دراسة ميدانية بمستشفى الشلف. مجلة جسور المعرفة، مجلد 05، العدد 01. 261-250.

هبة حسين، إسماعيل طه (2017). فعالية برنامج تنمية المهارات الحس حركية في خفض أعراض أبراكسيا الكلام لدى أطفال طيف الذاتوية. مجلة الدراسات العربية، مجلد 16 العدد 04. 879-823.

وليد فاروق، حسن السيد (2021). بناء مقياس تشخيصي للحبسة الكلامية "الافازيا" لدى المصابين بالشلل الدماغي وعلاقته ببعض متغيرات اضطرابات التخاطب الحركية العصبية. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، المجلد 36 العدد 02 الجزء 01. 444-385.

يوسف، بن قانة (2017). تقييم الذاكرة العاملة لدى المصاب بحبسة بروكا. رسالة منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي. استرجعت من:

تقييم الذاكرة العاملة لدى المصاب بحبسة/1/4375/123456789/jspui/bitstream/8080/univ-oeb.bib.pdf بروكا

Alexander, Pantelyat; Suraj, Rajan (2018). Apraxias. Department of Neurology, *Johns Hopkins University School of Medicine*. USA. 01-11.

Américan Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (04ème edition). France: Masson.

Andreas, Johnen; Jana, Frommeyer , Fenja Mmdes,Heinz Wiendl (2015). *Dementia Apraxia Test (DATE): A Brief Tool to Differentiate Behavioral Variant Frontotemporal Dementia from Alzheimer's Dementia based on Apraxia Profiles*. Journal of Alzheimer's Disease, Numer 20. 01-13. take back from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26484911/>

André Roch, Lecours ; Francois, Lhermienne (1979). *Aphasie*. Paris: edition Flammarion.

Biljana, Petreska; Michela, Adriani; Olaf, Blanke; Aude, G Billard (wd). Apraxia A Review. *Learning Algorithms and Systems Laboratory (LASA), Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL), Laboratory of Cognitive Neuroscience (LNCO)*. Station 15, CH 1015, Lausanne, Switzerland.

Edward, Jiménez; Schuell, Hildred (1964). *Aphasia in adults : Diagnosis, prognosi s and treatment*. New York : Harper & Row.

Gaschwind, Norman (1965). Disconnexion Syndromes in Animals and Man (part 2). *From the Aphasia Research Section*. Neurology Service. *Boston Veterans Administration Hospital and the Department of Neurology*. Boston University Medical School. USA. 585-644.

Hanane, Djenadi (2020). *L'évaluation orthophonique du langage chez les aphasiques de Broca*. Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master Sciences Sociales - Orthophonie, Université Béjaia, reprendre de:

<http://www.univ->

[bejaia.dz/xmlui/bitstream/handle/123456789/16596/616.855MAS%2013.pdf](http://www.univ-bejaia.dz/xmlui/bitstream/handle/123456789/16596/616.855MAS%2013.pdf)

Juebin, Huang. *Brain dysfonction*. 28/03/2003 : 14 :03. Reprendre de:

الإرشادي MSD الخلل الوظيفي للدماغ بحسب الموضوع - اضطرابات الدماغ والحبل الشوكي والأعصاب - دليل (msdmanuals.com) إصدار المُستخدم

- Label, Emilie (2017). *Utilisation d'objets reels et imitation de gestes sans signification suite à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) droit ou gauche*. Master 1 Sciences Humaines et Sociales Mention Psychologie. Université Angers. France, reprendre de: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20121418/20172MPSY6995/fichier/6995F.pdf>
- Le Gall, Didier; Aubin, Ghislaine (1994). *L'apraxie*. Paris: Masson.
- Le Gall, Didier; Aubin, Ghislaine (2004). *L'apraxie* (2ème édition). France: Solal edituers.
- Leray, Manon (2019). *Liens entre aphasie, apraxie et communication non-verbale en cas d'accident vasculaire cérébral*. Master de Psychologie Clinique, de Psychopathologie et de Psychologie de la Santé, Parcours Neuropsychologie, France, reprendre de : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20131187/2019HMPPP10068/fichier/10068F.pdf>
- Fausto, Viader ; Jany, Lambert ; Vincent, de la Sayette ; Francis, Eustache ; Pierre, Morin ; Isabelle, Morine ; Bernard, Lechevalier (2002). *Aphasie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Edition Scientifiques et Médicale Elsevier*. Paris. 17-018-L-10. 01-30.
- Fausto, viader (2015). The classification of aphasias: a brief history. *Revue de neuropsychologie*. 7(1). 05-14.
- Fédérique, Brin; Catherine, Courrier; Emmanuelle, Lederlé; Véronique, Msy (2004). *Dictionnaire d'Ortophonie* (2ème édition). France : Ortho édition.
- Francois, Osiurak; Le Gall, Didier (2012). *Apraxia: Clinical Types. Theoretical Models and Evaluation*. Chapitre en neurosciences. Université Lumiere Lyon et Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. France. 69-92.
- Malcolm, Mcnell; Shella, Pratt (2010). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Psychology Press Ltd*. 15 (10/11). 901-911.
- Marie, David (2018). *Praxies et autonomie dans la vie quotidienne de la personne âgée Alzheimer, De la figure de Rey à la mise en situation écologique*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité. Université de Bordeaux Collège Science de la santé. France. Reprendre de : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835693/document>

- Marion-Anne, Llilio (2011). *Aphasie et trouble du schema corporel*. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoni, Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de Médecine, Ecole D'orthophonie. Lyon. Reprendre de : http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_MORT_2011_LLILIO_MARION-ANNE.pdf
- Mathilde, Dollet (2015). *Les apraxies gestuelles*. Mémoire en vue d'obtention du diplôme d'état de psychomotricienne, Faculté de médecine Toulouse Rangueil, Institut de Formation en Psychomotricité, Université de Toulouse, France, reprendre de : <https://medecine.univ-tlse3.fr>
- Patrícia, Pita, Lobo; Susana, Pinto; Luz, Rocha; Sofia, Reimão (2013). Orofacial Apraxia in Motor Neuron Disease. *Karger open access*. Departments of Neurosciences and Neuroimaging. Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital de Santa Maria. Translational Clinical Physiology Unit. Instituto de Medicina Molecular. And Institute of Physiology. Faculty of Medicine. University of Lisbon. Portugal. 47-51.
- Signoret, Jean-Louis (1993). *Langage et Aphasie* (Eustache Francis, Bernard Lechevalier) 01 ed. Paris : département the Boeck et Larcier.
- Taylor, Stinnett; Vamsi, Reddy; Matthew, Zabel. *Neuroanatomy Broca Area*, 26/03/2023, reprendre de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526096/>.
- Wolfrem, Ziegler (2007). Apraxie de la parole. *Pathologies 55*. Department of Neuropsychology, City Hospital Bogenhausen. Germany. 01-06.
- Yang-ting, Andréa; Stoltz, Pauline (2012). *La maladie de Parkinson : Evaluation et pistes de prise en charge logopédique*. En vue de l'obtention du baccalauréat en logopédie. Haute Ecole de la ville Liège (HEL). Belgique. Reprendre de: pontt.net/wp-content/uploads/2016/03/TFE-Maladie-de-Parkinson.pdf.
- Yoshitaka, Ohigashi; Toshihiko, Hamanaka; Hiroshi, Ohashi (1981). Tentative de démembrement de l'apraxie bucco-faciale. *Studia phonologica*. Kyoto university. Japon. 31-41.
- Zallel, Naçera (1982). *Orthophonie : Essai de définition de l'orthophonie ; Une Etude en aphasie : Préface de B.Ducarne*. Alger : Office des publications universitaires.

الملاحق

الملحق رقم 01: البنود المستعملة من اختبار MT 2002



01. الحوار الموجه

1- أهلا وشراك لباس؟

2- كيفاش تشوف فالجو اليوم؟

3- راك لاباس سي فوضيل أو الحاجة زهرة؟

4- واش هو اسمك؟

قائمة الملاحق

- 5- شعال في عمرك؟
- 6- متزوج؟
- 7- تسكن في عين النويصي؟
- 8- تسكن في أبارتومون؟
- 9- أوصفلي دارك؟
- 10- واش هي هوايتك المفضلة؟
- 11- احكي لي عليها؟
- 12- سافرت من قبل؟
- 13- احكي لي على آخر سفر ليك؟
- 14- من وكتاه وأنت مريض؟
- 15- احكي لي على المرض تاعك وكيفاه جاك؟
- 16- عندك الشهية مليحة؟
- 17- واش تاكل فالصباح عادة؟
- 18- واش رايك فالنساء لي يخدموا ويخلوا ولادهم عند المربية؟
- 19- واش هو الحل للنساء في رأيك؟
- 20- في رأيك خروج النساء لسوق العمل يزيد من نسة البطالة؟

02.السلاسل الأتوماتيكية

- 1- واش هي نقمتك؟
- 2- اسمك هو الناصر؟
- 3- صبت النو ليوم؟
- 4- تلبس النواظر؟
- 5- احسبلي من 1-10؟
- 6- قولي أشهر السنة؟
- 7- قولي أغنية قسما باللحن؟

03.السلاسل اللفظية

قائمة الملاحق

أزرب أعطيني أكبر عدد من أسماء الحيوانات لي يجو في بالك 90 ثا

04.التكرار

1.04- تكرر المقاطع

1 : Syllabes

ba	ab	du	ud	fé	éf	ré	ér
bo	ob	ko	ok	fi	if	za	az
lé	él	ra	ar	chu	uch	ra	aR
3a	a3	tcha	atch	qa	aq	xa	ax
ma	am	ja	aj	ha	ah	ha	ah
kro	fra	ské	hko	xli	ska	ulef	hfé
sbi	bli	sta	ba:n	hro	3fa	fha	tqa
dré	tru	kla	su:n	kwa	Rna	hna	hma
blo	flu	bro	té :n	tra	3ta	hfa	Rra
gro	hjé	fri	chlu	sla	Rsi	3qa	Rza

2.04- تكرر الكلمات بالغة العربية

[tu:m] "ail"

[pa:rk] " parc"

[ta:qa] "fenêtre"

[popjé] " pompier"

[kuzi:na] " cuisine"

[madersa] "école "

[ta:bLa de nwi] "table de nuit"

[sabu:n riha] " savon rarfume"

قائمة الملاحق

[télévizjo] "télévision"

[taksi kotor] "taxi compteur"

3.04- تكرر الكلمات دون معنى والجمل

Nom mots :

Icher- kavan- boedo

qo:3a- Xa:mé

va:né- chimo

Phrases- Arabe :

[Ikelb Iekhal ta3eIdji:rè:n kla Idjè:dja]

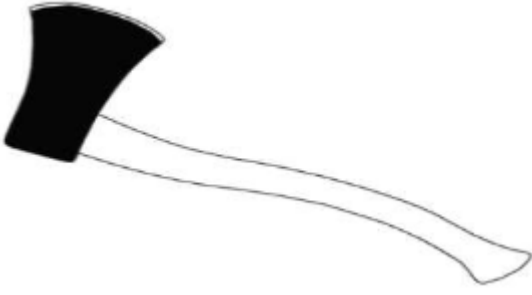
[na3té:whé:lu kijhawwasa3Ii:ha]

05. التسمية الشفوي للكلمات والجمل البسيطة والمعقدة

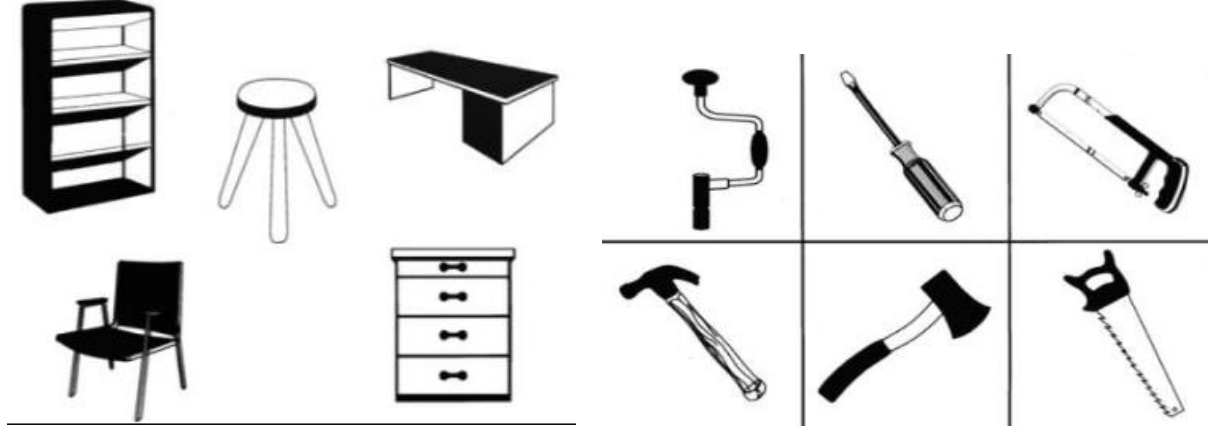
1.05- تسمية الكلمات



قائمة الملاحق



قائمة الملاحق



2.05- تسمية الأفعال



قائمة الملاحق

3.05- التسمية الشفوية للجمل البسيطة



4.05- تسمية الشفوية للجمل المعقدة (الخطاب السردى)

