جـــامـــعة دمـــــشق
كلـــــيّة التربيـــــة
قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأتئين

دراسة ميدانية في مراكز التربية الخاصة في مدينة دمشق للمرحلة العمرية (6-8) سنوات

رسالة مقدّمة لنيل درجة الماجستير في تقويم النطق واللغة

إعداد الطالبة

ميس علي مخلوف

إشراف

الدكتورة: سهاد المللي

1431 هـ
2010 م

بسم الله الرحمن الرحيم

(قال رب اشرح لي صدري (25) ويسر لي أمري (26)

واحلل عقدة من لساني (27) يفقهوا قولي (28).

صدق الله العظيم

شكر وتقدير

أتقدم بجزيل شكري وعظيم تقديري للدكتورة سهاد المللي التي كرست وقتها للإشراف على هذا البحث من بدايته حتى نهايته ولما قدمته من وافر علمها وجهدها المتميز وملاحظاتها وتوجيهاتها القيمة التي كان لها الأثر البالغ في تذليل الصعوبات التي واجهتها الباحثة، وأنارت أمامها الطريق ،فتمكنت من إخراج هذه الرسالة إلى النور. كما أتقدم بالشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة الذين تكرموا علي بقراءة هذا البحث ومناقشته،وإبداء ملحوظاتهم القيمة في سبيل الارتقاء به نحو الأفضل.

كما أشكر الإخوة المحكمين والمحكمات من أساتذة ومشرفين من كافة الاختصاصات في جامعة دمشق والأخصائيين والأخصائيات في منظمة آمال لما أبدوه من ملاحظات واقتراحات أثرت في هذا البحث.

وأخيراً أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأسرة والأصدقاء والزملاء الأعزاء على دعمهم المستمر الذي كان خير دافع للسير قُدماً.

الإهداء

إلى الشجرة التي كنت إحدى ثمراتها . . . . .

إلى الأيدي التي احتضنتني وكبرتني . . . . .

إلى الأنامل التي داعبتني وأرشفتني رحيق الحياة . . . . .

إلى الشموع التي أنارت لي دربي . . . . . .

إلى أمي وأبي . . . . . .

إلى البراعم التي تؤنس لي وحدتي . . . . . إلى إخوتي الذين أرى فيهم الأمل والسعادة والحياة . . . . . .

إلى كل صديق وفيٍّ وقف إلى جانبي . . . . . وشجعني . . . . . .

إلى كل من ساهم وساعد في تطبيق الجانب العملي . . . . إلى الأخصائية هدى عبيد .

إلى كل ذي عطاء مادي ومعنوي على مدى الأيام . . . . . .

إلى كل ذي يراع دأبه نشر العلم والأدب والخلق الكريم . . . . . .

إلى من كان لدعمها المتواصل وتوجيهاتها الحكيمة أكبر الأثر في كل ما أنجزت . . . . . وفي تذليل الصِّعاب) .

فكانت خير مرشدة . . . . . وخير معلمة . . . . . فقد علمتني كيف تصبح الرؤية حقيقة . . . . . والحلم واقعاً ملموساً . . . .

إلى الدكتورة سهاد المللي . . . . . الإنسان . . . . . .

الفهرس

المحتويات	رقم الصفحة
الفصل الأول: التعريف بالدراسة	**1**
– المقدمة.	**2**
- مشكـــلة الدراسة.	**3**
- أهميـــــــة الدراسة.	**4**
- أهـــــــداف الدراسة.	**5**
- فرضيـــــــات الدراسة.	**5**
- حدود الدراسة.	**7**
- مجتمع وعينة الدراسة.	**7**
- متغيرات الدراسة.	**7**
- منهج الدراسة.	**7**
- أدوات الدراسة.	**7**
- مصطلحات الدراسة.	**8**
الفصل الثاني: دراسات السابقة	**10**
المحور الأول: الدراسات العربية.	**11**
المحور الثاني: الدراسات الأجنبية.	**19**
التعقيب على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة بين الدراسات.	**25**
الفصل الثالث:التعريف بالتأتأة.	**27**
أولاً: تعريف التأتأة.	**29**
ثانياً: نسبة انتشار التأتأة.	**31**
ثالثاً: أسباب التأتأة والنظريات المفسرة لها.	**32**
رابعاً: العمليات الداخلية التي تلعب دوراً في إيجاد التأتأة.	**42**
خامساً: الأسرة والتأتأة.	**43**

الفصل الرابع:التأتأة تصنيف -تقويم - علاج.	**46**
أولاً: التأتأة الطبيعية والمرضية.	**47**
ثانياً: الاختلافات بين المتأتئين وغير المتأتئين.	**49**
ثالثاً: مظاهر التأتأة.	**51**
رابعاً: مراحل التأتأة.	**52**
خامساً: تقويم التأتأة وتشخيصها.	**58**
سادساً: علاج التأتأة.	**61**
سابعاً: طريقة تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام في علاج التأتأة	**63**
الفصل الخامس: منهج الدراسة.	**65**
أولاً: مجتمع الدراسة.	**66**
ثانياً: عينة الدراسة.	**66**
ثالثاً: منهج الدراسة.	**66**
رابعاً: أدوات الدراسة.	**67**
خامساً: إجراءات الصدق والثبات لأدوات الدراسة.	**73**
سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.	**75**
الفصل السادس: نتائج الدراسة.	**76**
أولاً: نتائج الدراسة.	**77**
ثانياً: مناقشة النتائج.	**101**
ثالثاً: التوصيات والمقترحات.	**104**
ملخص الدراسة باللغة العربية	**106**
المراجع	**108**
الملاحق	**121**
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	**177**

فهرس الجداول

الجدول (1) يمثل إجراءات تعديل بطاقة الملاحظة.	**73**
الجدول (2) يوضح معاملات الثبات للأدوات.	**74**
الجدول (3) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأتأة.	**77**
الجدول (4) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي للكلام العفوي.	**78**
الجدول (5) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد وصف الصور.	**79**
الجدول (6) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد مدة الإطالات.	**80**
الجدول (7) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد السلوكيات الحركية.	**81**
الجدول (8) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل.	**82**
الجدول (9) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد الكلام العفوي.	**83**
الجدول (10) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد وصف الصور.	**84**
الجدول (11) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد مدة الإطالات.	**85**
الجدول (12) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي	**86**

والبعدي المؤجل لبعد السلوكيات الحركية.	
الجدول (13) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي المؤجل.	**87**
الجدول (14) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد السلوكات الحركية الرئيسية.	**88**
الجدول (15) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد السلوكات الحركية الثانوية.	**89**
الجدول (16) يوضح درجات الأطفال على مقياس (SSI) في القياسات الثلاثة	**90**

فهرس الأشكال	
الشكل (1) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة قبل تطبيق البرنامج وبعده.	**77**
الشكل (2) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة بعد الكلام العفوي قبل تطبيق البرنامج وبعده.	**78**
الشكل (3) يمثل درجات أفراد العينة على بعد وصف الصور من مقياس شدة التأتأة في القياسين القبلي والبعدي.	**79**
الشكل (4) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالات) قبل تطبيق البرنامج وبعده.	**80**
الشكل (5) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الحركية) قبل تطبيق البرنامج وبعده.	**81**
الشكل (6) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**82**
الشكل (7) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (الكلام العفوي) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**83**
الشكل (8) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (وصف الصور) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**84**
الشكل (9) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالة) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**85**
الشكل (10) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الحركية) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**86**
الشكل (11) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس القبلي والبعدي.	**87**
الشكل (12) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الرئيسة) بين القياس	**88**

القبلي والبعدي.	
الشكل (13) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الثانوية) بين القياس القبلي والبعدي.	**89**
الشكل (14) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة قبل تطبيق البرنامج وبعده	**90**
الشكل (15) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة بعد الكلام العفوي قبل تطبيق البرنامج وبعده	**91**
الشكل (16) يمثل درجات أفراد العينة على بعد وصف الصور من مقياس شدة التأتأة في القياسين القبلي والبعدي	**92**
الشكل (17) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالات) قبل تطبيق البرنامج وبعده.	**93**
الشكل (18) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الحركية) قبل تطبيق البرنامج وبعده	**94**
الشكل (19) يمثل درجات أفراد العينة فى شدة التأتأة بين القياس البعدي والبعدي المؤجل	**95**
الشكل (20) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (الكلام العفوي) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**96**
الشكل (21) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (وصف الصور) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل	**97**
الشكل (22) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالة) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل	**98**
الشكل (23) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الحركية) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.	**99**
الشكل (24) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس القبلي والبعدي	**100**

فهرس الملاحق	
الملحق (1): أسماء المحكمين الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة.	**122**
الملحق (2): أداة قياس شدة التأتأة (Stuttering Severity Instrument) (SSI).	**123**
الملحق (3): بطاقة ملاحظة (قبل التعديل).	**125**
الملحق (4): بطاقة ملاحظة (بعد التعديل).	**126**
الملحق (5): البرنامج التدريبي.	**128**
الملحق (6): يبين درجات الأطفال على المقياس وبطاقة الملاحظة.	**147**

الفصل الأول

(التعريف بالدراسة)

- المقدمة.
- مشكـــلة الدراسة.
- أهميـــــــــة الدراسة.
- أهـــــــــداف الدراسة.
- فرضيـــــــــات الدراسة.
- حدود الدراسة.
- مجتمع وعينة الدراسة.
- متغيرات الدراسة.
- منهج الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.

المقدمة:

يعَدُّ الكلام (speech)، من أكثر وسائط التواصل استخداماً وتعقيداً، فهو الشيفرة التي يقدم الإنسان لغته المنطوقة بها، من خلال تشكيلٍ وتسلسلٍ معينٍ للأصوات وباستخدام التنفس والعضلات. فأي اضطراب في الكلام يمكن أن يسبب مشكلة في عملية التواصل(Communication)، ومن أهم اضطرابات الكلام اضطرابات الطلاقة اللفظية(fluency disorder)، التي تعبر عن ذاتها بإصدار عدد كبير من الاعتراضات أو التقطعات الكلامية (خويلات، 2004: 9)، وتعد "التأتأة واحدة من أكثر الاضطرابات التواصلية انتشاراً" (Guitar, 2000, P. 19)، فكثير من "الطلاب والطالبات في مدارسنا وبعض الأفراد في مجتمعنا يعانون من التأتأة، إذ تؤثر هذه التأتأة على نمط استجابتهم وعلى سلوكهم اليومي وتؤدي بهم إلى أن يسلكوا على نحو غير تكيفي يتمثل بالعزلة وعدم المشاركة في نواحي الحياة" (حمدي، 1976: 7) بالإضافة، كما أشار بلود شتاين (Bloodstein)، إلى "أنها تؤثر سلباً على تحصيلهم العلمي وتعرقل سير حياتهم". (Bloodstein, 1995, P. 35).

فالتأتأة اضطراب عُرف منذ القدم وهو موجود في كل بقاع العالم وفي كل السلالات العرقية.(Ambross, Yairi, 2005, P. 27-28).

كما أن التأتأة غير مميزة لمهنة ما أو ذكاء ما وتظهر عند الجنسين إلا أن نسبة وجودها بين الجنسين تختلف بنسبة (4) للذكور و(1) للإناث.(Tran, Craig & Peters, 2002, P.58-59).

ويُرجع بعض العلماء هذا التفاوت في نسبة وجودها بين الذكور والإناث إلى ضغوط بيئية أكثر على الذكور(عطية، 1988: 23) ويرى قسم آخر من العلماء أن ذلك يرجع إلى حاجة الطفل الذكر للكلام كوسيلة للتعبير عن نفسه أكثر من حاجة الأنثى لذلك (كمال، 1988: 20). وقد تعددت النظريات والتعريفات لإعطاء تعريف محدد للتأتأة وحول تقديم شرح لأسبابها فنرى مثلاً بيتر Peter وغيتارGuitar يعرفان التأتأة على أنها تكرار زائد للوقفات (Stoppages) التي تعوق مواصلة الكلام (Peter, Guitar, 1991, P.46). ويرى كانفر (Kunfer) وجولدشتين (Goldstien) أنّ التأتأة هي الكلام غير الطلق المتمثل بتكرار الحروف والمقاطع والإطالات والتداخلات الكلامية (Kunfer, Goldstein, 1975, P.44).

ويتضح من خلال هذه التعريفات أهم السلوكيات التي ترافق التأتأة وهي:

- سلوكيات رئيسة(Core behaviors): تكرار(Repetition)، انحباس(Blocks)، إطالة(Prolongation).
- سلوكيات ثانوية(Secondary behaviors):وهي سلوكيات متعلمة متمثلة بالسلوكيات الهروبية (Escape behavior) والسلوكيات التجنبية (Avoidance behavior). (Guitar, 2000, p201). كما تُحدث التأتأة مشاعرَ واتجاهاتٍ سلبيةً للشخص المتأتئ(Negative Feelings and Attitude).

ونظراً للأهمية التي يحتلها هذا الموضوع تعددت البرامج التي ظهرت لعلاج هذا الاضطراب، كل برنامج صمم وفق نظرية معينة، وهذا ما تم الاعتماد عليه في تصميم هذا البرنامج وهو محاولة للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية التي يعاني منها الأطفال إلى الحد الأدنى.

- مشكـــلة الدراسة:

يؤكد علماء النفس والتربية على أهمية مرحلة الطفولة وأهمية الوفاء بمتطلباتها العقلية والنفسية والاجتماعية، لينمو الطفل سليماً وسوياً وبعيداً عن المعوقات والاضطرابات والأمراض النفسية. لذلك فإن الطفل الذي يعاني من مشاكل في اللغة والكلام غالباً ما يواجه صعوبة في التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم مما يؤدي إلى تجنب المستمعين له، أو تجاهله، أو الابتعاد عنه، وذلك لعدم مقدرتهم على فهمه، وغالباً ما تكون استجابتهم له بصورة غير مناسبة، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث حالة من الارتباك لديه، مما يترتب عليه إخفاق الطفل أو فشله في التواصل مع الآخرين، وقد لايقف الأمر عند هذا الحد، بل إن إخفاق الطفل في التواصل مع غيره يؤدي به إلى الوقوع في المشكلات النفسية من خجل، وإحباط، وانطواء وغيرها من المشكلات الأخرى.

والواقع أن اضطرابات اللغة والكلام قد تظهر لدى بعض الأطفال من سنيهم الأولى ولكنها تختفي مع النمو، ولدى البعض الآخر قد تستمر وتظهر في شكل مرضي يحتاج إلى تدخل علاجي.ومن هذه الاضطرابات التأتأة، حيث تعد التأتأة من أكثر اضطرابات طلاقة الكلام شيوعاً التي تؤثر في تواصل الأشخاص بعضهم ببعض سواء أكانت تأتأة

ابتدائية أو متوسطة أو شديدة (يونس، 1991: 27). والتأتأة من الاضطرابات التي قد تختفي بشكل تلقائي لدى بعض الأطفال ولكنها تستمر عند بعضهم الآخر ومن هنا يظهر دور البرامجِ التدريبية والعلاجية في مساعدة الأطفال على التخلص من هذا الاضطراب، فقد أثبتت الكثير من البرامج التي تم تصميمها فعاليتها في علاج هذا الاضطراب بكافة أبعاده المتمثلة ببعد الكلام العفوي، بعد وصف الصور، بعد الإطالة وبعد السلوكات الحركية، فالتأتأة من المشكلات الهامة المنتشرة في المجتمع وهي ذات تأثير سلبي على شخصية الطفل المتأتئ وعلى شعوره بالأمن وتقديره لذاته. (أمين،2001 : 41).

ولاحظت الباحثة أن هناك قلةً في البرامج المصممة لعلاج التأتأة ولاسيما كون هذا النوع المصمم لمساعدة هؤلاء الأطفال جديد إلى حد ما في المجتمع السوري، ونتيجة لذلك سعت الباحثة إلى تقديم دراسة حول برنامج لتشكيل الطلاقة كمحاولة لتوضيح فاعلية برنامج يسير وفق خطوات منظمة في التخفيف من شدة التأتأة الابتدائية أو التخلص منها. وتبعاً لذلك تتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي التالي:

ما فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأتئين ؟.

- أهميـــــــــة الدراسة:

يستمد هذا البحث أهميته من أهمية التواصل بشكل عام ومن التواصل الفعال بشكل خاص ونظراً لانتشار هذا الاضطراب وأثره على الفرد لذلك كان لابد من إيجاد الحلول التي قد تسْهِمُ في التخفيف من آثاره، ولذلك تبرز أهمية هذا البحث من خلال عدة نقاط:

1-تعد هذه الدراسة من الدراسات الأولى في الجمهورية العربية السورية التي تناولت تصميم برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية باستخدام فنيات (تنظيم التنفس(Regulated breathing)، تبطِيء معدل سرعة الكلام(Slowing down speech rate speed).

2-فاعلية كل من فنيتي تنظيم التنفس و تبطِيء معدل سرعة الكلام في التخفيف من شدة التأتأة الابتدائية لدى الأطفال ضمن الفئة العمرية الواقعة ما بين(6-8) سنوات حيث لا تتوفر دراسات عربية كافية استخدمت هذه الفنيات وتناولت الفئة العمرية ذاتها.

3- قد يسهم البرنامج التدريبي في تحسين قدرة الأطفال على الكلام مما يؤثر بشكل إيجابي على النواحي السلوكية (خفض التأتأة إلى الحد الأدنى) والنفسية (ارتفاع مفهوم الذات(Self- concept increasing)، والتقدير الذاتي(Self-appreciation)، والاجتماعية (سهولة التواصل مع المجتمع) والتعليمية وغيرها.....

4- قد يساعد البرنامج في تقديم المساعدة لأسر الأطفال المعنيين بالدراسة وذلك من خلال إرشادهم إلى كيفية التعامل مع الأبناء للتخفيف من شدة التأتأة التي يعانون منها.

5- قد يسهم البرنامج في إعادة بناء علاقات الطفل الاجتماعية والتواصلية بعد وصوله إلى درجة الطلاقة الطبيعية(Natural fluency) الأمر الذي يؤدي إلى إعادة تفاعله وانخراطه بصورة إيجابية في المجتمع.

6- يعد هذا البحث إثراءً إضافياً للعاملين في مجال اللغة والكلام في اتباع أساليب منهجية علمية في تعاملهم مع الأطفال الذين يعانون من تأتأة ابتدائية(Primary Stuttering) باستخدام فنيّتي(تنظيم التنفس و تبطِيء معدل سرعة الكلام).

- أهـــــــــداف الدراسة:

يتمثل الهدف العام للبحث في تصميم برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الإبتدائية وينبثق عنه مجموعة من الأهداف الفرعية:

1- إعداد برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية لدى مجموعة من الأطفال المتأتئين.

2- التعرف على فاعلية البرنامج المعد للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية على مجموعة من الأطفال المتأتئين.

- فرضيـــــــات الدراسة:

انطلقت الدراسة من أربع فرضيات رئيسة:

1- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة**(0.05).

ويتفرع عنه الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد الكلام العفوي بين الاختبار القبلي والبعدي **للمجموعة التجريبية** عند مستوى الدلالة (0.05).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد وصف الصور بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد مدة الإطالات بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد السلوكيات الحركية بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).

2- **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة** (0.05).

- **لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد الكلام العفوي بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد وصف الصور بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد مدة الإطالات بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).
- **لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بعد السلوكيات الحركية بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).

3- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة**(0.05).

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بطاقة الملاحظة لبعد السلوكات الرئيسية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى الدلالة (0.05).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بطاقة الملاحظة لبعد السلوكات الثانوية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى الدلالة (0.05).

- حدود الدراسة:

1-الحدود الزمانية: تم تطبيق البحث من 15 /2010/4 وحتى 2010/6/28.

2-الحدود المكانية: تم تطبيق البحث في مراكز للتربية الخاصة في مدينة دمشق(منظمة آمال، مركز جديدة عرطوز التخصصي، مركز المستقبل).

3-الحدود البشرية: أطفال يعانون من تأتأة ابتدائية يتلقون خدمات تأهيل نطق ولغة في مراكز متخصصة.

- مجتمع وعينة الدراسة:

1- مجتمع الدراسة: أطفال يعانون من تأتأة ابتدائية.

2-عينة الدراسة:و تتألف من مجموعة تجريبية واحدة قوامها (5) ، وقد تم سحب العينة بطريقة مقصودة .

شروط اختيار العينة: أطفال يعانون من تأتأة ابتدائية تتراوح أعمارهم بين 6-8 سنوات

-أن يكون الطفل الذي يعاني من تأتأة ابتدائية لا يعاني من أي إعاقة أخرى.

- متغيرات الدراسة:

أ-المتغير المستقل: البرنامج التدريبي.

ب-المتغير التابع: شدة التأتأة.

- منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج شبه التجريبي "حيث يتطلب هذا المنهج أن يكون للباحث سيطرة شبه مطلقة على القياسات وتطبيق المعالجات التجريبية. وبما أن الباحث لا يملك الضبط الكامل للظواهر في المواقف الطبيعية المعقدة فإن التقنيات شبه التجريبية تساعد في التعامل مع الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث".

(الحمصي، 2003: 169).

- **أدوات الدراسة:**

- أداة قياس شدة التأتأة (Stutturing Severity Instrument) (SSI) (رايلي).
- بطاقة ملاحظة (من إعداد الباحثة).
- البرنامج التدريبي (من إعداد الباحثة).

- **مصطلحات الدراسة:**

الفاعلية (Effectiveness): عرفتها سامية عبد الفتاح بأنها القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة لمعايير محددة مسبقاً (عبد الرحيم، 2008: 74).

إجرائياً: إنها المعيار الذي يقاس به مقدرة البرنامج التدريبي في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأتئين.

البرنامج التدريبي(Training program): عرفه زهران بأنه مجموعة من الخطوات المنظمة في ضوء أسس علمية لتقديم خدمات مباشرة وغير مباشرة بهدف تحقيق الأهداف المرجوة بالاختبار الواعي المتعقل، يقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقويمه فرد أو فريق من المسؤولين المؤهلين (زهران، 1985: 439).

إجرائياً: هو برنامج مصمم من قبل الباحث يستخدم فيه استراتيجيات تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام من أجل تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى الأطفال.

التأتأة الابتدائية (primary stuttering): وتعرّف على أنها اضطرابٌ في الطلاقة الطبيعية مع تكرارٍ وإطالةٍ وترددٍ وحيرةٍ ووقفاتٍ في الكلام(Guitar, 1991, P.146).

إجرائياً: وهي الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس شدة التأتأة (SSI) على ألا تتجاوز نسبة التأتاة لديه 5% عند الكلام العفوي ووصف الصور.

الطفل المتأتئ(Stuttering child): هو كل طفل لديه تكرار زائد للوقفات التي تعوق مواصلة الكلام.وعادة تظهر على شكل:تكرار أصوات أو مقاطع أو كلمات من مقطع واحد، أو إطالة في الأصوات، أو توقف الهواء أو انحباسه(Guitar, 1991, P.146).

إجرائياً: هو الطفل الذي يقع ضمن الفئة العمرية (6-8) سنوات وكانت شدة التاتأة لديه لا تتجاوز 5% على مقياس شدة التأتأة(SSI) .

الطلاقة الطبيعية(Natural fluency): يكون الكلام طبيعياً أو طليقاً عندما تكون جوانب عملية نطق الكلمات سهلة وميسورة وغير مصحوبة بتوقف أو تردد أو جهد، وتظهر هذه الجوانب في الانسيابية والسرعة والنغمة والجهد الطبيعي (التايه، 2002: 27).

تنظيم التنفس(Regulated breathing):وهي فنية تقوم على أخذ هواء شهيق عميق ببطء وانتظام وإخراج هواء الزفير ببطء وانتظام (السرطاوي وأبو جودة، 2000).

إجرائياً: الاعتماد على التنفس البطني من خلال أخذ هواء شهيق عميق وإخراجه ببطء أثناء عملية الزفير بمدة تتراوح مابين (3-4)ثوان.

تبطيء معدل سرعة الكلام(Slowing down speech rate speed): وهي فنية تستخدم لمساعدة المتأتئ على تشكيل الطلاقة وذلك بتغيير أنماط كلامه حيث نبدأ بحديث شديد البطء ومن ثم نزيد سرعة كلامه للوصول إلى السرعة الطبيعية (السرطاوي وأبو جودة، 2000).

إجرائياً: الكلام وفق معدل سرعة بطيئة في بداية التدريب حسب معيار محدد مسبقاً(6-8)ثوان، مع زيادة السرعة تدريجياً للوصول الى السرعة الطبيعية في الكلام.

الفصل الثانـي

(دراسات السابقة)

- المحور الأول: الدراسات العربية.
- المحور الثاني: الدراسات الأجنبية.
- التعقيب على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة بين الدراسات.

المحور الأول:

أ- الدراسات العربية:

1- دراسة أحمد سيد (2008):

عنوان الدراسة: العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم.

هدف الدراسة: بيان أثر العلاج النفسي التخاطبي في التخفيف من شدة التأتأة لدى ذوي صعوبات التعلم.

عينة الدراسة: تكونت من 30 تلميذاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية من ذوي صعوبات التعلم تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين هما:

المجموعة التجريبية: وقوامها15 تلميذاً.

المجموعة الضابطة: وقوامها 15 تلميذاً.

أدوات الدراسة:

- اختبار الذكاء المصور (إعداد أحمد زكي صالح,1987).
- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (إعداد محمد عماد الدين ولويس مليكه، 1993).
- اختبار شدة التلعثم (إعداد نهلة عبد العزيز رفاعي, 1999).
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي (إعداد حمدان فضة,1997).
- اختبار تشخيص صعوبات التعلم في مادة اللغة العربية والحساب لتلاميذ الصف الرابع الابتدائي.
- اختبار بندر جشلطت البصري الحركي (إعداد لوريا بندر، تعريب مصطفى فهمي وسيد غنيم).
- برنامج الدراسة.

أهم نتائج الدراسة: أثبت البرنامج النفسي التخاطبي فاعلية بالنسبة للأطفال المتأتئين عينة الدراسة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم في خفض شدة التأتأة لديهم في صورته التكرارية والتطويلية والتوقفية ويرجع ذلك إلى الطرق الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي كالإرشاد الجماعي وأساليبه المتضمنة بالبرنامج الإرشادي مثل السيكودراما والمحاضرات والمناقشات الجماعية.

2- **دراسة العطار** (2008):

عنوان الدراسة: انتشار اضطرابات النطق والكلام وعلاقتها بالعمر والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

هدف الدراسة: 1- التعرف على نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي تبعاً لمتغير العمر والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.

2-التعرف على الفروق بين نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي تبعاً لمتغير العمر والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة النهائية من(107) أطفال(39)طفلاً(21ذكور، 8إناث)من الفئة العمرية(6-6,10)سنوات و(27)طفلاً (16ذكور، 11أنثى)من الفئة العمرية (7-7,10)سنوات و(21)طفلاً (15ذكور، 6 إناث) من الفئة العمرية (8-8,10)سنوات و(14)طفلاً (11 ذكور، 3 إناث)من الفئة العمرية (9-9,10) سنوات.

أدوات الدراسة:

اشتملت الدراسة على الأدوات التالية:

1-قائمة رصد اضطرابات النطق والكلام(إعداد الباحثة).

2-اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن (بنسخته المعدلة، 1998).

3-استبيان اضطرابات النطق والكلام (إعداد الباحثة).

4-اختبار المسح النطقي (إعداد: موسى عمايره، 1994).

5-استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد الباحثة).

6-نصي قراءة: الأول للفئة العمرية (8-8,10) والثاني للفئة العمرية (9-9,10)سنوات (إعداد الباحثة) بالإضافة إلى الكلام العفوي.

نتائج الدراسة:

1-ليس هناك فروق دالة احصائياً بين نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام بحسب العمر (بالنسبة للعينة الكلية 1293 وعينة المضطربين 107).

2-ليس هناك فروق دالة احصائياً بين نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام بحسب الجنس (بالنسبة للعينة الكلية 1293).

3- هناك فروق دالة احصائياً بين نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام بحسب الجنس وذلك لصالح الذكور (بالنسبة لعينة المضطربين 107).

4- هناك فروق دالة احصائياً بين نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام وذلك لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني.

3- دراسة الرعود (2008):

عنوان الدراسة: فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين في الأردن.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض شدة التأتأة ومستوى القلق لدى عينة من الراشدين في الأردن.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (44) راشداً تم اختيارهم عشوائياً من المراجعين على عيادة النطق بمدينة الحسين الطبية ممن تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التأتأة وفقاً لأدائهم على اختبار شدة التأتأة ومقياس مستوى القلق وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قوامها (21) فرداً والأخرى ضابطة قوامها (23) فرداً وطُبق على أفراد المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي السلوكي لخفض مستوى القلق لدى الراشدين ذوي التأتأة وذلك لمدة أربعة أسابيع وبواقع ثلاث جلسات أسبوعياِ.

أدوات الدراسة:

- مقياس شدة التأتأة المطور.
- مقياس حالة القلق.
- برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التأتأة ومستوى القلق لدى الراشدين،ويتكون البرنامج من جزأين: برنامج الاسترخاء وبرنامج تعديل سلوك التأتأة وتشكيل الطلاقة اللفظية.

أهم نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأتأة الفرعية (التكرار، الوقفات، ومصاحبات جسمية) وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مستوى القلق تُعزى إلى البرنامج العلاجي ،وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

4- دراسة كسناوي(2007):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة درجة وشدة التأتأة والعمل على تحقيق البرنامج الإرشادي في تخفيف وعلاج التأتأة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (10) تلاميذ يعانون من التأتأة (7) ذكور و(3) إناث تراوحت أعمارهم بين (8-13) سنة.

أدوات الدراسة:

- برنامج إرشادي (Easy does it) عن "هاينز وجونز"، ترجمة نهلة عبد العزيز رفاعي.
- مقياس اختبار شدة التأتأة عن "رايلي" تعريب وترجمة نهلة عبد العزيز رفاعي (1999).
- جداول لتفريغ المعلومات من إعداد الباحثة، أدوات مساعدة: كراسة ملاحظة، شريط تسجيل.

أهم نتائج الدراسة:

- هناك فروق ذات دلالةإحصائية بين متوسطات تكرار حدوث التأتأة في القياس القبلي والبعدي، ويعود ذلك الفرق للأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي (Easy does it) على تكرار حدوث التأتأة.
- ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات طول فترة التأتأة في القياس القبلي والبعدي.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحركات والأصوات المصاحبة للتأتأة في القياس القبلي والبعدي.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي مما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي.

5- دراسة السعيد (2006):

عنوان الدراسة: مظاهر التأتأة عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مظاهر التأتأة وعلاقتها بعمر الطفل وجنسه وترتيبه في أسرته ومستوى تعلم الأم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (55) طفلاً من الصف الثاني والرابع.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث قطعتي قراءة الأولى من الصف الثاني (يا مدرستي) والثانية من الصف الرابع (الغد الجميل).

نتائج الدراسة: 1- التكرارات هي أكثر مظاهر التأتأة بنسبة 38,90% ثم التوقفات بنسبة 29,72% وأخيراً الإطالات بنسبة 20,54% كما أن التكرارات في أول الكلمة أكثر من وسطها ونهايتها.

2- ليس هناك فرق ذو دلالة احصائية في مظاهر التأتأة تبعاً لمتغير العمر أو الجنس أو ترتيب الطفل في الأسرة أو مستوى تعلم الأم.

6- دراسة سليم (2004):

عنوان الدراسة: مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: التحقق من مدى فاعلية برنامج علاجي في علاج التأتأة لدى عينة من الأطفال المتأتئين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (22) طفلاً وطفلة ممن تتراوح أعمارهم بين (8-10) سنوات مقسمين على مجموعتين بواقع (11) طفلاً بكل مجموعة (تجريبية-ضابطة).

أدوات الدراسة:

- اختبار الذكاء المصور.
- مقياس تقدير الذات.
- مقياس قلق الحالة.
- مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي.
- البرنامج التدريبي العلاجي.
- الدليل الإرشادي.

أهم نتائج الدراسة:

- فعالية البرنامج التدريبي العلاجي في تخفيف شدة التأتأة.
- فعالية البرنامج التدريبي العلاجي في تخفيف مصاحبات شدة التأتأة.

7- دراسة الرفاعي (2003):

عنوان الدراسة: تقويم حالات علاج المتلعثمين الناطقين باللغة العربية وذلك باستخدام برنامج (Easy does it) للطلاقة اللفظية.

هدف الدراسة: تطبيق برنامج مصمم باللغة العربية في الطلاقة اللغوية لاستخدامها في علاج حالات التأتأة ولتقويم فاعليته.

عينة الدراسة: (13) متأتئ من الذكور والإناث والذين تتراوح أعمارهم بين (9-24) سنة في جمهورية مصر العربية.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي قامت الباحثة بترجمته عن "هاينز وجونز" عام (1987) وتضمن ست مراحل:

1. مرحلة التحضير للطلاقة.
2. مرحلة التمييز بين الطلاقة والتأتأة .
3. مرحلة اكتساب الطلاقة.
4. مرحلة الشعور بمعوقات الطلاقة.
5. مرحلة انتقال الطلاقة للحياة اليومية.
6. مرحلة تثبيت الطلاقة.

أهم نتائج الدراسة: أكدت النتائج على فاعلية هذا البرنامج العربي الجديد في علاج المتأتئين وهذا يدل بأنه من الممكن تطبيق هذا البرنامج الذي طبق على الناطقين بغير اللغة العربية على الناطقين باللغة العربية.

8- دراسة الريماوي (1994):

عنوان الدراسة: برنامج علاجي جمعي للتاتأة الموقفية.

هدف الدراسة: إجراء تقويم تجريبي لبرنامج علاج جمعي للتأتأة الموقفية.

عينة الدراسة: تم تطبيق البرنامج على مجموعة تجريبية مكونة من ثمانية أفراد من تلاميذ جامعة الكويت متوسط أعمارهم (6 -21) سنة، خمس منهم إناث وثلاثة ذكور.

أدوات الدراسة:

- اختبار كاتل العاملي الذي يقيس (16) سمة من سمات الشخصية.
- برنامج العلاج الجمعي.

أهم نتائج الدراسة: وجد الباحث أن هناك فروقاً ذات دلالة بين طلاقة الكلام في بداية التجربة وطلاقته في نهايتها. والشيء نفسه بالنسبة للضغط النفسي (التوتر، القلق، الخوف) المتوقع، أي قبل مواجهة الموقف، والضغط النفسي الفعلي، أي في أثناء مواجهة المواقف قبل التجربة وبعدها بخلاف المجموعة الضابطة التي لم يتغير عليها شيء قبل التجربة وبعدها.

9- دراسة زريقات (1993):

عنوان الدراسة: فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة.

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى توفير معلومات تجريبية تسمح لنا بالحكم على درجة فعالية البرنامج العلاجي المستخدم لعلاج ظاهرة التاتأة وبالتحديد فإن هذه الدراسة تحاول الإجابة عن السؤالين التاليين:

- ما مدى فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في التقليل من أخطاء التأتأة؟
- هل هناك أثر للتفاعل بين جنس الطلبة وطريقة العلاج على التقليل من أخطاء التأتأة؟

عينة الدراسة:أجريت هذه الدراسة على(40) طالباً (25 ذكر و15أنثى) من طلبة الصف الرابع إلى الصف العاشر حيث تراوحت أعمارهم ما بين(10 ــ 16) سنة وبمتوسط عمري بلغ (12.7) سنة.

أدوات الدراسة: بهدف تحديد درجة التأتأة عند كل حالة من أفراد الدراسة استخدم الباحث قطعة قراءة بعنوان الخنساء من كتاب اللغة العربية للصف الخامس وتكونت هذه القطعة من مئتين وثمانٍ وعشرين كلمة.

أهم نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فعالية عالية لاستخدام التدريب على الوعي وتنظيم التنفس وفقاً للظروف والإجراءات التي تم تطبيقها.

10- دراسة حمودة (1991):

عنوان الدراسة: فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات التأتأة.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية أسلوبي السيكودراما (المتمثلة في فنية لعب الدور) والممارسة السلبية في علاج بعض حالات التأتأة.

عينة الدراسة: أُجري البحث على عينة من (24) متأتئاً من تلاميذ المرحلة الإعدادية تتراوح أعمارهم بين (12-15) سنة مقسمة إلى أربع مجموعات متساوية ثلاث تجريبية، وواحدةٌ ضابطةٌ على النحو التالي:

المجموعة الأولى: تطبق عليها فنية لعب الدور(السيكودراما).

المجموعة الثانية: تطبق عليها فنية الممارسة السلبية.

المجموعة الثالثة: تطبق عليها فنية لعب الدور والممارسة السلبية.

المجموعة الرابعة: ضابطة.

أدوات الدراسة:

- دليل تقدير نوع التأتأة.
- دليل تقدير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.
- دليل المواقف المثيرة للتأتأة.
- استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة).
- اختبار كاتل للذكاء.
- استمارة المستوى الاقتصادي الثقافي(سامية القطان).
- استمارة المستوى الاجتماعي لِ(مورينو).
- اختبار تفهم الموضوع لِ(موري).
- اختبار رسم الأسرة المتحركة لِ(كوفمان).

أهم نتائج الدراسة:

- أثبتت الدراسة فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من شدة التأتأة.
- لعب الدور أكثر فاعلية من الممارسة السلبية وآثار لعب الدور أبقى وأكثر استمراراً من الممارسة السلبية.
- الجمع بين الأسلوبين أكثر فاعلية في علاج التأتأة.

المحور الثاني:

ب - الدراسات الأجنبية:

1- **دراسة أكوس** (Agius, 2009):

عنوان الدراسة: التغير في اتجاهات الأطفال المتأتيئن في عمر المدرسة بعد برنامج لمهارات التفكير.

(School-Age Children Who Stutter: Attitude Changes Following A Thinking Skills Program).

هدف الدراسة: الهدف الأساسي للدراسة هو الكشف عن مدى التغير في اتجاهات الأطفال المتأتيين بعد خضوعهم لبرنامج في تنمية مهارات التفكير

أدوات الدراسة:

- اختبار الاتجاهات نحو التواصل (Communication Attitude Test) (CAT).
- قائمة تقدير لردود الفعل العاطفية نحو المواقف الكلامية (Speech Situation Check list Emotional reaction) (SSC-ER).
- برنامج مهارات التفكير.

عينة الدراسة: ضمت العينة (50) طفلاً متأتئاً (عينة تجريبية) و(50) طفلاً (عينة ضابطة).

أهم نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو التواصل بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (0.05).
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في ردود الفعل نحو المواقف الكلامية قبل تطبيق البرنامج وبعده بين المجموعة التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة (0.05).

2- **دراسة بلومجرن وآخرون**(2005):

(Blomgren, **et.al**, 2005)

عنوان الدراسة:علاج تعديل التأتأة المركز.

(Intensive stuttering modification thearapy)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تقديم برنامج علاج سلوكي في تحسين مستوى الطلاقة.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (19) بالغاً ممن يعانون من التأتأة.

أدوات الدراسة:

- مقياس شدة التأتأة للراشدين.
- مقياس شدة التأتأة الذاتي.
- قائمة بيك للاكتئاب.
- مقياس القلق متعدد الأوجه.
- مقياس حالة القلق.
- برنامج علاج سلوكي.

أهم نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى تحسن أربعة أشخاص بعد القياس المباشر وستة أشخاص بعد مضي ستة أشهر من تلقيهم البرنامج العلاجي من أصل (14) فرداً استمروا في البرنامج.

3-دراسة باكمان وآخرون (1994):

(Packman, et.al) (1994).

عنوان الدراسة: تعديل سلوك إطالة الكلام وإضفاء الجانب النغمي عليه وتعديل سلوك التأتأة.

(Prolonged speech and modification of stuttering Perceptual, Acoustic and electrogottographic data).

هدف الدراسة: تعديل سلوك التأتأة, وتعديل سلوك إطالة الكلام وإضفاء الجانب النغمي عليه.

عينة الدراسة: (4) أشخاص من البالغين يعانون من التأتأة.

أدوات الدراسة: برنامج علاج سلوكي.

أهم نتائج الدراسة: تحسن مستوى أداء الراشدين في سلوك إطالة الكلام والتأتأة.

4- دراسة ويغمان وآخرون (1993):

(Wegaman ,**et.al**) (1993)

عنوان الدراسة: تقويم فعالية برنامج مبسط في علاج التأتأة عند الأطفال.

(Analysis of simplified treatment for stuttering in children)

هدف الدراسة:

- التعرف على فعالية برنامج مبسط في علاج التأتأة عند الأطفال.

- التعرف على مصداقية العلاج المستخدم .
- تقويم طول فترة المحافظة على الطلاقة التي استمرت ما بين (10-13) شهراً.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على(8) حالات منها (6) ذكور و(2) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (6-10) سنوات واشترط ألا تقل نسبة التأتأة عن (3 %) وأن لا تعاني من أي اضطرابات نفسية.

أدوات الدراسة: برنامج من إعداد الباحث.

أهم نتائج الدراسة: دعمت النتائج مصداقية البرنامج العلاجي المستخدم في علاج التأتأة عند الأطفال وفعاليته.

5- دراسة ييري Yairi,E (1993):

عنوان الدراسة: العوامل المختلفة في التأثير على جدوى المعالجة عند الأطفال المتأتئين في مرحلة ما قبل المدرسة.

(Epidemiologic and other Consideration in treatment Efficacy Research with Pre-school children who stutter).

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المختلفة المؤثرة على جدوى المعالجة عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (452) طفلاً ممن شخصوا في مرحلة ما من حياتهم بأنهم متأتئون.

أدوات الدراسة:

- استبانة من إعداد الباحث.
- بطاقة ملاحظة من إعداد الباحث.

أهم نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى أن (65%) من الأطفال الذين يتأتئون في مرحلة ما قبل المدرسة يشفون بشكل تلقائي خلال أول سنتين من بدء التأتأة لديهم.

6-دراسة جاغنون ولادوسير(Gagnon and Ladouceur) (1992):

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج السلوكي في معالجة التأتأة".

(Behavioral treatment of child stutterers)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقويم فعالية العلاج السلوكي في معالجة التأتأة عند الأطفال.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي اشتمل على تدريب الوعي وتنظيم التنفس والكلام بسهولة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأفراد الذين يعانون من التأتأة حيث اشتملت المجموعة الأولى على (4) أطفال من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (10-11) سنة، والمجموعة الثانية اشتملت على(6) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (6-7) سنوات، بينما اشتملت المجموعة الثالثة على(8) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (7-11) سنة.

أهم نتائج الدراسة: أشارت النتائج التي تم التوصل إليها إلى فعالية الإجراءات المستخدمة في ضبط سلوك التأتأة.

7- دراسة فيتزغيرالد وآخرون(Fitzgerald et.al) (1992).

عنوان الدراسة: قياس مدى الحساسية نحو التوتر الناتج من حديث ذوي التأتأة مع غيرهم.

(Assessment of Sensitivity to Interpersonal stress in Stuttering).

هدف الدراسة: تحديد مدى الحساسية نحو التوتر الناتج من حديث ذوي التاتأة مع غيرهم.

أدوات الدراسة: تم استخدام اختبارويبلي لقياس أنماط الشخصية والذي يقيس ثلاثة أبعاد مختلفة

- عدم التكيف الاجتماعي.
- الثقة الاجتماعية.
- الحساسية مع المجتمع.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (27) ذكراً يوغسلافياً بالغاً.

أهم نتائج الدراسة: أكدت النتائج بأن الشخص المتأتئ يعاني حساسية عالية عند حديثه مع شخص آخر تظهر على شكل قلق وتوتر.

8-دراسة لورينت ولادوسير: Laurent and Ladouceur (1987).

عنوان الدراسة: فعالية التدريب الموزع والمكثف لطريقة تنظيم التنفس وطول فترة المعالجة للأفراد الذين يعانون من التأتأة.

(Massed versus distributed Application of regulated breathing method for stutters and its long-term effect).

هدف الدراسة:

التعرف إلى مدى فعالية التدريب الموزع، مقابل التدريب المكثف لطريقة تنظيم التنفس في معالجة التأتأة و تقويم أثر مواصلة المتابعة مقابل عدم المواصلة في المتابعة.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على (40) متأتئاً، منهم (27) ذكراً و(13) أنثى، تتراوح أعمارهم ما بين (18-50) سنة وبمتوسط عمر بلغ (27.2) سنة.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي من إعداد الباحث.

أهم نتائج الدراسة: أشارت النتائج التي تم التوصل إليها إلى فعالية طريقة العلاج لظاهرة التأتأة، كما أشارت إلى أن التدريب المكثف لم يزد من فعالية العلاج، بينما أشارت إلى فعالية التدريب الموزع، ولم تشر النتائج إلى فعالية طول فترة المتابعة.

9-**دراسة انجرام وأونسلو** (Ingram & Onslow) (1985):

عنوان الدراسة: فعالية تعديل السلوك في معالجة التأتأة.

(The efficiency of behavior modification in the treatment of stuttering.)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة درجة تحسن التأتأة بوساطة تعديل السلوك.

عينة الدراسة: (5) بالغين يعانون من التأتأة.

أدوات الدراسة: برنامج تعديل سلوك مكثف يعتمد على استخدام تكنيك الإطالة.

أهم نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى تحسن (3) منهم بشكل ملحوظ في حين أبدى الاثنان الآخران تحسناً موقفياً وقد أظهر أفراد العينة جميعهم تحسناً بعد استخدام أسلوب التغذية الراجعة المنتظمة وقام كل فرد بمعالجة نفسه للعودة إلى المستوى الطبيعي من الكلام .

10- **دراسة غوته ولادوسير** (Cote and Lodouceur): (1982).

عنوان الدراسة: تأثير العوامل الاجتماعية وطريقة تنظيم التنفس في علاج التأتأة.

(Effects of Social aids and the regulated breathing method in the treatment of stuttering.)

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر المساعدات الاجتماعية وطريقة تنظيم التنفس في معالجة حالات التأتأة.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على(24) شخصاً يعانون من التأتأة ووزع أفراد الدراسة إلى ثلاث مجموعات، حيث تلقت المجموعة الأولى تدريباً على تنظيم التنفس، والثانية تلقت تعليمات حول المساعدات الاجتماعية بالإضافة إلى تنظيم التنفس،بينما لم تتلق المجموعة الثالثة أي نوع من التدريب.

أدوات الدراسة:

- برنامج تدريبي قائم على طريقة تنظيم التنفس من إعداد الباحث.
- استبانة من إعداد الباحث.

أهم نتائج الدراسة: افترضت الدراسة بأن الإجراءات المستخدمة في العلاج سوف تزيد من سلوك الطلاقة في الكلام ولم تدعم النتائج بعد الانتهاء من عملية العلاج الفعالية الإكلينيكية لطريقة تنظيم التنفس.

11- دراسة لادوسير وبودمين (Ladouceur, and Boudmean) (1981):

عنوان الدراسة: التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في تعديل سلوك التأتأة.

(Awareness training and regulated breathing method in modification of stuttering).

هدف الدراسة: التعرف على مدى فعالية البرنامج المستخدم في تعديل سلوك التأتأة.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي قائم على التدريب على الوعي وتنظيم التنفس.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على(16) شخصاً يعانون من التأتأة، وبلغ متوسط أعمارهم (11 ــ 25) سنة ووزعوا عشوائياًعلى مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية.

أهم نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في خفض سلوك التأتأة، إذ انخفض سلوك التأتأة إلى(5%) عند أفراد المجموعة التجريبية بعد شهر واحد من المتابعة.

12- **دراسة آرزين وآخرون**(Azrin, et.al) (1980):

عنوان الدراسة: مقارنة طريقة تنظيم التنفس بأسلوب تقليل الحساسية التدريجي في علاج التأتأة.

(Comparison of regulated breathing method versus abbreviated desensitization on repented stuttering episodes).

هدف الدراسة: إجراء مقارنة بين أسلوبي تنظيم التنفس وتقليل الحساسية التدريجي ومعرفة فعالية كل منهما في علاج التأتأة.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي من إعداد الباحث.

عينة الدراسة: ضمت العينة (21) شخصاً يعانون من التأتأة.

أهم نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة فعالية عالية في العلاج وبينت أهمية كل من الأسلوبين في علاج التأتأة وفعاليتهما.

التعقيب على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة بين الدراسات:

قامت الباحثة بعرض بعض البحوث والدراسات التي طرحت بعض البرامج والطرق التي تتعلق بموضوع برنامجها المقترح والتي استطاعت الباحثة الإطلاع عليها. حيث أبرزت معظم الدراسات أهمية البرامج التدريبية العلاجية ومدى استفادة الأفراد منها وأنها فعالة وذات أثر دال في تخفيف شدة التأتاة الموجودة لديهم. أكدت الدراسات التي اعتمدت كُلاً من "البرنامج النفسي التخاطبي والعلاج التكاملي المتعدد الأبعاد والتدريب على الوعي وتنظيم التنفس وأسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية وأسلوب تقليل الحساسية والعلاج السلوكي والتدريب الموزع" فاعلية هذه البرامج في تخفيف شدة التأتأة. تختلف دراسة كوت مع دراسة كل من زريقات، الريماوي، الرعود، حمودة، وسليم، ولورينت ولادوسير في مدى فعالية أسلوب تنظيم التنفس في تخفيف شدة التأتأة فنتائج دراسة كوت لم تؤيد فاعلية تنظيم التنفس في تخفيف شدة التأتأة بينما أكدت الدراسات السابقة الذكر على فعاليته في المساهمة في تخفيف شدة التأتأة.كذلك لم تدعم دراسة لادوسير ولورينت أسلوب التدريب المكثف في تخفيف شدة التأتأة. بينما أكدت دراسة إيهود بيري (1993) أن (65%) من الأطفال الذين يتأتئون قبل سن المدرسة يشفون بشكل تلقائي من دون الحاجة إلى برامج علاجية. وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تقديم برنامج تدريبي بهدف تخفيف شدة التأتأة. بينما تختلف عن تلك الدراسات في أن بعض الدراسات ركزت على استخدام برنامج إرشادي والبعض

الآخر استخدم تكنيكات الاسترخاء وبعضها استخدم التدريب المكثف والموزع في التخفيف من شدة التأتأة والدراسة الحالية تركز على استخدام كل من تنظيم التنفس و تبطِيء معدل سرعة الكلام لخفض التأتأة.

وأخيرا تجد الباحثة أن: الدراسات السابقة أُجريت في الدول الغربية وبعض الدول العربية، لكن محلياً (البيئة السورية) لم تجد الباحثة أي دراسة تناولت فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأتأة لدى الأطفال باستخدام تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام. ولكن أفادت الباحثة بموضوع الدراسة الحالية من البرامج التي ثَبَتَ نجاحُها في التخفيف من شدة التأتأة. وفي تحديد الخطوات الواجب اتباعها في اختيار الأدوات الملائمة للبرنامج.

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة تأتي مكانة الدراسة الحالية للتعرف على فاعلية برنامج تدريبي قائم على استخدام كل من أسلوبي تنظيم التنفس وتبطِيء معدل سرعة الكلام في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية.

الفصل الثالث

(التعريف بالتأتأة)

أولاً: تعريف التأتأة.

ثانياً: نسبة انتشار التأتأة.

ثالثاً: أسباب التأتأة والنظريات المفسرة لها.

رابعاً: العمليات الداخلية التي تلعب دوراً في إيجاد التأتأة.

خامساً: الأسرة والتأتأة.

تمهيد:

عرفت التأتأة منذ قديم الزمان، وذكرت في العديد من الأدبيات القديمة، ومن أقدم الصور عنها قصة الأمير اليوناني ستاتو (Stutto) الذي كان يعاني من تردد في نطق الكلمات وتوقف في اللفظ والتعبير وشاع أمره بين الناس فسميت حالة التأتأة باسمه (Stuttering) وتعني مرض الأمير ستاتو وظلت هذه التسمية معتمدة في عالم الطب واللغة (العظماوي،1988 :133). وقد ذكر في التوراة أن النبي موسى كان يتأتى في كلامه فكان يستعين بأخيه هارون ليساعده في مخاطبة فرعون (نيكسون، 2000: 17). وقد ورد في القرآن الكريم ما يشير إلى أن النبي موسى كان لديه عدم طلاقة في الكلام وهذا ما توضحه الآية الكريمة (رب اشرح لي صدري ويسر لي أمري واحلل عقدة من لساني) (سورة طه الآيات 25-26-27).

وكذلك أرسطو والكاتب المفكر أرنولد بنت والسياسي المعروف وينستون تشرشل والملك جورج السادس وغيرهم كثيرون (الشربيني، 2001: 160). وقد اعتقد قديماً أن أصل تكوين التأتأة بدنياً فأرجع أبقراط (Hippocrates) التأتأة إلى جفاف اللسان على حين أرجعها أرسطو إلى سمك اللسان وصلابته ويعزوها فرنسيس بيكون (Francis Bacon) إلى برودة اللسان ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس القصور اللفظي وظلت الفكرة منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر وكان الجراحون الأوربيون يتنافسون بكونهم الأوائل في تقديم الأساليب الفنية العملية لعلاج هذه الظاهرة جراحياً وفي نهاية عام (1841) اعترف من سمح بتلك الطريقة العلاجية بالخطأ. ومع مرور الوقت زاد الاهتمام بكل ما يتعلق باضطرابات اللغة والكلام نظراً للدور الذي تلعبه اللغة وما تحتاج إليه العملية التعليمية من مهارات لغوية.

فاللغة ناتج من نواتج الفكر الإنساني وأداة من أدواته فهي تمده بالرموز وتحدد له المعاني وتمكنه من أداء الأحكام وتخريج الأفكار وتكوين المقدمات واستنتاج النتائج وقد عبر عن ذلك أحد الباحثين بقوله إذا أردنا أن ندرس الفكر والنتاج الفكري فالواجب أن ندرس اللغة وإذا أردنا أن ندرس اللغة فعلينا أن ندرس أثرها في المجتمع. والكلام يمثل مظهراً من مظاهر تفرد الإنسانية ولا يمكن النظر إليه على أنه أصوات عديمة المعنى بل يشير إلى معانٍ ودلالاتٍ محددةٍ لا تأتي إلا من خلال الخبرة والتعليم والتدريب (التايه، 2002: 297). ونظراً للأهمية الكبيرة التي يحتلها كل من الكلام واللغة احتلت دراسة الاضطرابات المتعلقة بهما مكانة كبيرة وبخاصةٍ في العصر الحاضر ومن هذه الاضطرابات التأتأة, إذ تعد التأتأة من المشكلات التي تهم قطاعاً كبيراً من العلماء والمختصين في المجتمع فهي متعددة الجوانب والأبعاد وهذا يتطلب التعاون بين جميع المختصين بالجوانب الاجتماعية والنفسية والتربوية لمواجهة هذا الاضطراب , والتعرف على طبيعته ومسبباته وطرق علاجه (Lass, 1994, P. 90).

أولاً: تعريف التأتأة:

نظراً لأن التأتأة هي أحد اضطرابات الطلاقة فلا بد من تعريف الطلاقة أولاً. فالطلاقة كما عرفها السعيد هي التحدث بانسياب في الكلام وسرعة مناسبة، واضطراب الطلاقة يعني حدوث تقطعات غير منتظمة في الكلام (السعيد، 1999 :41). أما السرطاوي وأبو جودة فقد عرفا الطلاقة بأنها :اندفاع الكلام بدون جهد يذكر فيظهر الكلام بالنسبة للمتكلم كسلوك لا يدعو إلى الخوف أو الإعداد المسبق الدائم كما أن الكلام يظهر لديه كالسيل دون ظهور عوائق أو حواجز (السرطاوي وأبو جودة ، 2000: 347- 348). وعلى الرغم من أن التأتأة من أكثر اضطرابات الطلاقة شيوعاً إلا أنه لا يوجد حتى الآن تعريف دقيق لها، فالتأتأة ظاهرة متعددة الأبعاد، فقد عرف زريقات التأتأة بأنها اضطراب في الطلاقة الطبيعية للكلام وتمتاز بـــ:

1- تكرارات (Repetitions) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable).
2- انحباسات ووقفات في أثناء الكلام.
3- إطالات وترددات أو حيرة. (زريقات، 2005: 132).

كما عرفت جمعية التأتأة الوطنية (NSA, 2002, P.1) التأتأة بأنها "اضطراب في التواصل يتضمن تقطعات في استرسال الكلام". وتستخدم كلمة تأتأة لتدل على عدم الطلاقة في الكلام لدى الأشخاص المتأتئين، إذ يظهر لديهم صعوبات في التواصل. وقد تكون ذات أنماط مختلفة من البسيطة إلى الشديدة، دون وجود سبب واضح. أما منظمة الصحة العالمية(1997)عرفتها بأنها "اضطراب يصيب تواتر الكلام إذ يعلم الفرد تماماً ما سيقوله، ولكنه في لحظة ما لايكون قادراً على قوله بسبب التكرار اللاإرادي والإطالة أو التوقف" ووضعت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychological Association) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) المعايير التشخيصية التالية لاضطراب التأتاة: "هي الاضطراب في الطلاقة الاعتيادية غير الملائمة للفرد تتميز بحدوث تكرار في مقاطع الأصوات والإطالة في الصوت والتوقف خلال الكلمة الواحدة وتعقد في الكلمات أو إطلاق كلمات بجهد فيزيائي زائد وتكرار الكلمة كاملة" (DSM-IV, 1994).

كما عرفت التأتأة بأنها "اضطراب في الحديث الصوتي إذ لا يكون الحديث متصلاً" (شيفر وميلمان، 1996: 89). ومنهم من عرف التأتأة بأنها "اضطراب أو خلل في تواتر الكلام وانسيابه، بوقفات متقطعة أوبمد أو تكرار للأصوات والمقاطع المختلفة وبخاصة في بداية الكلام" (الصمادي والقريوتي والسرطاوي، 1995: 390). (أما الزراد) فقد استخدم مصطلح "التهتهة" أو الرُّتَّة وعرفها بأنها "نوع من التردد والاضطراب في الكلام إذ يردد المتأتئ حرفاً، أو مقطعاً ترديداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي"

(الزراد، 1990 :153). وعرفتها (خليل) بأنها "اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته له مظاهر سلوكية تتمثل بالتكرار وإطالة النطق والاحتباسات الصوتية التي تكون غالباً في بداية المقاطع، أو الجمل، ويصاحبها عادةً حركات لاإرادية للرأس والأطراف والشفتين، فضلاً عن ردود أفعال انفعالية كالقلق وانخفاض مستوى تقدير الذات" (خليل، 2000: 9). أما (الخطيب والحديدي) فقد أشارا إلى أن التأتأة تتميز بواحدة أو أكثر من خصائص التكرار والإعادة أوإطالة الأصوات أوالتردد والتوقف عن الكلام أو الأصوات الاعتراضية الخاطئة (الخطيب والحديدي، 1997: 323). وعرف كار(Car) التأتأة بأنها "اضطراب في الإيقاع يشمل توقفات أو انقطاعات أو إطالات في انسياب الكلام أو تكرار للأصوات والكلمات أو المقاطع تترافق بشكل متكرر مع تعبيرات وجهية ورفرفة في العين واضطراب في التنفس" (Car, 2001, P.105). وعرفها (الشربيني، 2001) بأنها "تردد أو تقطع في نطق الكلام وصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو أحرفها الأولى أو محاولة الإطالة بها، فتقطع الحروف ويحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة، فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة بالرغم من أن الكلام مفهوم للسامع" (الشربيني، 2001: 83). وأطلق (الريماوي، 1994) عليها اسم اللجلجة الموقفية (Milieu stuttering) واضطراب طلاقة الحديث(Fluency Disorder) الذي لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية ذات الطبيعة الانفعالية. أما اللجلجة الدائمة فهي عرض جسمي صريح لا اضطرابات في الشخصية أومرض نفسي. وتتشابه اللجلجة الموقفية مع اللجلجة الدائمة إلا أنها تختلف عنها في أسبابها وفي دلالتها. ومع كل هذه التعاريف للتأتأة لا يزال يحظى تعريف وينجيت (Wingate) بقبول واسع بين أوساط الأخصائيين وذلك لأخذه مجموعة من العوامل الهامة مثل سلوكات التأتأة وردود الفعل والمشاعر. وينص تعريف وينجيت (Wingate) للتأتأة على أنها:

1. تمزقات متكررة في طلاقة التعبير اللفظي.
2. سلوكات مقاومة مصاحبة للتراكيب الوظيفية في حالة الكلام و السكوت.
3. وجود حالات انفعالية وآثار إيجابية وسلبية قد ترتبط أولا ترتبط بالحديث.

(Wingate, 1978, P.109).

ونخلص مما سبق بأن التأتأة اضطراب في التواصل يؤثر على الطلاقة الطبيعية للكلام، لها مظاهر تتمثل بالتكرار، الإطالة، والتوقفات أثناء الكلام، تترافق هذه المظاهر مع حركات ثانوية تتمثل برمش العينين أو حركات لاإرادية للرأس والأطراف.

ثانياً : نسبة انتشار التأتأة:

تظهر التأتأة في أي عمر ويغلب عليها الظهور في مرحلة اكتساب اللغة أو مرحلة دخول المدرسة الابتدائية وأكثر من(50%) من المتأتئين يبدؤون التأتأة بصورة مبكرة في الحياة وعادة ما تبدأ التأتأة في عمر الثالثة (الزراد، 1990: 163). تتراوح نسبة المتأتئين في العالم بين (0.7-4%) وعددهم ما يقارب (15) مليون حالة (Espir & Rose,F ,1983). وقد أشار بومس (Booms) وريتشاردسون (Richardson) في (الزراد، 1990: 144) إلى أن نسبة التأتأة بين تلاميذ المدارس تختلف من بلد إلى آخر. ففي أمريكا بلغت نسبة الإصابة بالتأتأة بين تلاميذ المدارس(1%) بينما بلغت تلك النسبة(1.4%) في بريطانيا و(2%) في بلجيكا. أما في الدول العربية، فقد أجرى (فهمي، 1975 :37) دراسة مسحية في مدينة القاهرة ومحيطها فوجد أن نسبة انتشار التأتأة (1.34%) بينما أشار بحث آخر قام به كل من بشرى وعكاشة في شرق القاهرة إلى أن نسبة التأتأة بلغت (0.39%). وفي السعودية وجد(الشخص، 1997: 156) أن نسبة التأتأة في المجتمع السعودي بلغت (0.69%). أما بالنسبة لعامل الجنس فقد أجمع الباحثون على أن التأتأة تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1:3 إلى 1:5 . كما أن التأتأة إذا أصابت الإناث فإنها تظهر متأخرة عنها لدى الذكور وتكون أقل شدة وأسرع شفاء. ويرى جونسون(Jonson) أن التأتأة تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4) ذكور لكل أنثى وتبدأ عادة قبل السادسة من العمر، مابين الثالثة والرابعة على وجه الخصوص (أسعد، 1986: 203). وهناك إحصائية هامة وهي أن (75%) من أطفال العاشرة الذين يتأتئون يستمرون في تأتأتهم مدى الحياة. ومع أن(80%) من المتأتئين في مرحلة الطفولة لا يتأتئون في مرحلة الرشد إلا أن الكثير منهم يطورون مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبراتهم السابقة، و(50%) من الأطفال الذين يتأتئون بشدة يستمرون بالتأتأة الشديدة في الكبر.أما نسبة المتأتئين من الذكور من جميع الأعمار فتبلغ (4-8) أضعاف نسبة المتأتئات من الإناث (شيفر وميلمان، 1989). كما أكدت نتائج (37) دراسة قامت لمعرفة انتشار التأتأة خلال سنوات المدرسة (بين الأطفال) أن نسبة التأتأة في المجتمع المدرسي تقارب (1–2%) (Erickson, 1982, p. 234).

ثالثاً:أسباب التأتأة والنظريات المفسرة لها:

إن أكثر الأسئلة تكراراً هو: ما سبب التأتأة؟. ومعظم الأفراد يعتقدون أن هذا السؤال سهل ومباشر. ومع هذا فقد لا يكون هنالك سبب واحد يؤدي إلى التأتأة بل عدة أسباب وقد تكون هذه الأسباب مشتركة إذ أن التأتأة ظاهرة بالغة التعقيد لأن لها العديد من المسببات لذلك تعددت النظريات والآراء في تفسير حدوث التأتأة وتوضيح العوامل المؤثرة فيها وليس من السهل ترجيح إحدى النظريات على غيرها فهناك نظريات أرجعت التأتأة إلى عوامل عضوية وراثية كالنظرية النيروفسيولوجية(Neurophysiology) ونظرية السيطرة المخية(Cerebral dominance) والنظرية الوراثية في حين أشارت نظريات أخرى إلى أن العوامل النفسية هي السبب في حدوث التأتأة كنظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية وهناك نظريات أخرى أرجعت التأتأة إلى عوامل اجتماعية كالنظرية التشخيصية ونظرية صراع الأدوار .

أ0 النظريات التي أرجعت التأتأة إلى عوامل عضوية وراثية:

1. **<u>النظرية النيروفسيولوجية</u>**(Neurophysiology)**<u>:</u>** تفترض هذه النظرية أن هناك سبباً عضوياً مباشراً للتأتأة يعتقد بأنه خلل في الإدراك السمعي إذ يتلقى الأفراد تغذية راجعة خاطئة أو مضللة عن حديثهم الخاص أو بالأحرى تأخر في وصول التغذية الراجعة (Feedback) وهذا ما يعرف بنظرية التداخل السمعي(Auditory interference theory) (شيفر وميلمان, 1989: 217).

وقد أثارت هذه النظرية كثيراً من الاهتمام بهذا الاضطراب وأسهمت في ميلاد شكل نظامي في العلاج المتعلق بالتغذية الراجعة للتداخل السمعي (Dalton & Hard Castle , 1977, P.50).

وترى هذه النظرية أن التأتأة هي نوع من الخلل في التوافق الزمني ينتج عن اضطرابات في التغذية الراجعة السمعية يؤدي إلى تقطع في تتابع العمليات الحركية اللازمة للكلام (الزراد, 1990 : 172).

ويذكر دالتون (Dalton) وهارد (HardCastal) بأن هذه النظرية تعود إلى ما قدمه (لي Lee) عندما وصف لأول مرة كيف يمكن أن تضطرب الطلاقة الطبيعية لدى الأشخاص ذوي الكلام السوي عن طريق تشغيل تسجيل لنطق المتكلم مع تأخير 5/1 أو 10/1 في الثانية بين الكلمة المنطوقة وسماع المتكلم لها مرة أخرى (التغذية السمعية المتأخرة) (Dalton & Hardcastal, 1977, P.55).

2. **<u>نظرية السيطرة المخية (Cerebral dominance)</u>**: شاعت إلى حد بعيد نظرية تدعو إلى أن الأشخاص الذين يعانون من التأتأة تنقصهم السيطرة المخية الطبيعية. فقد بينت الدراسات إلى أن المتأتئين قد يكون لديهم سيطرة مخية غير كاملة أو تمثيل ثنائي الجانب (Dalton & Hard castle, 1977, P 58). وقد اقترح هذه النظرية العالم الأمريكي ترافيس (1931) إذ أشار من خلالها إلى أن

التأتأة تحدث نتيجة العجز في السيطرة المخية فعند معظم الأفراد يتحكم أحد نصفي الكرة المخية في تدفق الحديث بينما يظل النصف الآخر ثانوياً لذلك فإن الافتقار للسيطرة المخية وعدم قيام أحد نصفي المخ بالدور الرئيس يؤدي إلى التأتأة (Quoted in William,1970, P.311). ومفاد نظرية ترافيس: هو أن إجبار الأطفال على تغيير نموذج اعتادوا عليه (إجبار طفل أعسر على الكتابة باليد اليمنى) مدعاة إلى حدوث التأتأة. لأن في هذه الحالة يشعر الطفل بالتوتر بالإضافة إلى أن جزءاً من الدماغ المسيطر على اليد والمسؤول عن الكلام يصاب بالخلل وبالتالي يحدث توتر نفسي وتدخل عصبي ينتج عنه تأتأة (Travis LE, 1978, p 278-281) وقد أُجريت أبحاث عديدة على هذه النظرية من قبل الباحثين المهتمين بها، إلا أن أدلتها ما زالت ضعيفة نظراً لتعدد الأسباب المسؤولة أساساً عن وجود بعض الأطفال ممن يستخدمون يدهم اليسرى. ومن الدراسات التي لم تتفق مع دراسة ترافيس الدراسة التي قامت بها مدارس ولاية نيوجرسي بأمريكا والتي استهدفت تدريب (184) طفلاً أعسر خلال أربع سنوات للكتابة باليد اليمنى، وتم ذلك دون إصابة أحدهم باضطراب في الكلام (Peter, 1986, P.199). ويعتقد الباحثون بأن المتأتئين يستخدمون الجانب الأيمن من المخ بينما غير المتأتئين يستخدمون الجانب الأيسر من المخ، فخلال الكلام يظهر لدى المتأتئين البالغين نشاطٌ عصبيٌّ أكبر في النصف الأيمن من الدماغ المسؤول عن العواطف والمشاعر مقارنة مع النشاط العصبي في النصف الأيسر المسؤول عن وظائف التكلم. أما عند تكلم الأشخاص الطبيعيين بطلاقة فإن نشاط النصف الأيسر من الدماغ هو الأقوى.(Braun,et.al ,1997). فالجانب الأيسر يمكن أن يحدث تغييرات بسرعة بينما يعد الجزء الأيمن مخصصاً للتغيرات البطيئة. وفي دراسة قام بها ماكفرلان ومور، أظهرت أن لدى المصابين بالتأتأة نشاطاً كهربياً وكيميائياً في الجانب الأيمن من المخ (Richardson,1996, P.5). ويوضح يوسف (1997) أن الأساس الذي قال به أصحاب نظرية السيطرة المخية يرجع إلى أن المخ ينقسم إلى شطرين، من خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الآخر، وتكون هذه السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى، بينما تكون في الأشخاص الذين يكتبون باليد اليمنى في النصف الأيسر من المخ، فالعلاقة بين النصف الكروي في المخ وتفضيل استعمال يد على الأخرى علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، ولذلك فإن تحويل طفل أعسر للكتابة باليد اليمنى يؤدي إلى شيء من التداخل في عمل كل من شطري المخ في السيطرة، وينتج من تعادلهما اختلال يؤدي إلى اضطراب كلام الطفل (يوسف، 1997: 157). وقد فسر بعضهم علاقة التأتأة بالسيطرة المخية بأن الطفل عند ولادته يكون لنصفي كرة المخ القدرة نفسها على النمو والتطور ولكن عملية التدريب والتعود منذ الصغر وبسبب مكونات واستعدادات وراثية ينمو نصف كرة مخية وظيفياً من دون الآخر وعادةً هو النصف الأيسر من المخ, كما وجد بعض الفيزيولوجيين أن كتابة الطفل الأعسر بيده اليمنى تؤدي إلى تنشيط المنطقة اليسرى من الدماغ وخلق بؤرة عصبية جديدة تثير باستمرار موجات عصبية

كهربائية فتؤدي إلى اضطراب وظيفي في المنطقة يظهر على شكل تأتأة (صابر، 1996: 109). يرى العيسوي (1993) بأن نظرية السيطرة المخية لم تلق القبول والاتفاق من الباحثين المعنيين بدراسة التأتأة إذ أن كثيراً منهم لم يجدوا علاقة بين التأتأة واستخدام اليد اليسرى، فعلماء النفس في الوقت الحاضر ينظرون إلى التأتأة على أنها اضطراب وظيفي ولا يبحثون له كما كان في الماضي عن أسباب عصبية أو تشريحية فعلى سبيل المثال تحويل طفل يساري إلى طفل يميني يحدث اضطراباً في أحد جانبي المخ ويؤدي إلى نشأة التأتأة ولكن نظراً لأن معظم هذه التحويلات لا تؤدي إلى الاضطراب الكلامي، فإنه يفترض بأن الطريقة التي يقوم بها الآباء بتعليم الطفل على الكتابة باليد اليمنى هي المسؤولة عن حدوث التأتأة، ولا يوجد دليل على حدوث اضطراب في سيطرة أحد جانبي المخ في كثير من حالات التأتأة (العيسوي، 1993: 151-152). كما أشار الزراد (1990) إلى أن نظرية ترافيس تثير مجموعة من التساؤلات التي تحتاج إلى تفسير واضح ومقنع لها ومن هذه التساؤلات:

- ما هي الآلية العصبية التي تجعل الأعسر يصاب بالتأتأة إذا استخدم يمناه؟
- لماذا يستطيع الفرد الذي بترت يمناه أن يستخدم مضطراً يسراه دون حدوث تأتأة لديه؟ (الزراد، 1990: 170).

ونخلص مما سبق إلى أن هذه النظرية ما زالت تحتاج إلى كثير من البراهين والأدلة لأن التأتأة لا تعود إلى عوامل بيولوجية عضوية فقط وإنما تتعدد الأسباب المؤدية إليها.

3. **النظرية الوراثية Gentic theory:** افترضت عدة دراسات وجود عنصر وراثي وراء اضطرابات الكلام إذ وجد أن المصابين بالتأتأة لديهم كثير من المتأتئين في عائلاتهم بالمقارنة مع عائلات غير المتأتئين (Dalton & Hard castle, 1977, P. 50). وتشير الدراسات التي تناولت التأتأة إلى أن المصابين بالتأتأة لديهم استعداد وراثي للتأتأة فإذا توفرت البيئة المساعدة لحدوثه فإنه يحدث بالفعل (Morley, 1972, P.436). ويذكر ريتشاردسون (Richardson) أن العامل الوراثي قد تمت دراسته من قبل الباحثين من خلال مجالين: الأول متعلق بالدراسات العائلية أما المجال الثاني فيتعلق بالدراسات التي أجريت على التوائم ففي الدراسات العائلية فحص الباحثون شجرة العائلة وأجروا مقابلات مع أفراد العائلة وفحصوا بيانات هامة مثل الجنس والسن وقد توصلوا إلى أن الذكور يصابون بالتأتأة أكثر من الإناث وكانت الإناث المصابات بالتأتأة لهن أقارب من الدرجة الأولى مصابون بالتأتأة وهذا يدعم النظرية العائلية. أما الدراسات التي أجريت على التوائم فقد أشارت إلى أن التأتأة تحدث بين التوائم المتطابقة أكثر من التوائم غير المتطابقة (Richardson, 1996, P 3).

وقد تم إجراء دراسات على التوائم لمعرفة العلاقة بين التأتأة والتوأمة وتبين من النتائج المتعلقة بالتوائم المتشابهة (من بويضة واحدة) أنه إذا كان أحد التوأمين مصاباً بالتأتأة فإن احتمال أن يصاب التوأم الآخر بالتأتأة بنسبة (30%)أما بالنسبة للتوائم غير المتطابقة فإن إصابة أحدهما بالتأتأة يكشف عن احتمال إصابة التوأم الآخر بالتأتأة بنسبة (7%)وقد وجد أندريوس وهاريس (Andrews & Harris) أن نسبة الوراثة في التأتأة تصل إلى(30%)كما وجد أن حوالي (75%)من المتأتئين الراشدين لديهم داخل أسرهم فرد واحد على الأقل مصاب بالتأتأة (الزراد، 1990: 169). وقد وجد بلانت (Plante,1991) أن آباء الأطفال الذين لديهم مشكلات لغوية قد عانوا هم أيضاً في الصغر من صعوبات في الاتصال مثل صعوبة التحدث، وصعوبة في أداء المهام الأكاديمية وغيرها، ولذلك فإن هذا الاضطراب يظهر أيضاً لدى الأقارب، وخصوصاً إذا كان الأقارب من الدرجة الأولى للطفل، ووجد أيضاً أن الأمهات اللاتي يعانين من اضطرابات نطقية ولغوية لديهن أطفال يعانون من هذا الاضطراب ولديهن أشقاء عاجزون لغوياً (Plante, 1991, P. 67-68).

وقد أجرى أندروز Andrews وهاريس Harris (1964) اختباراً مكثفاً لعائلات(213)متأتأً وقد أظهرت نتائجها أن مخاطر التعرض للتأتأة للأقارب من الدرجة الأولى للمتأتئين كانت أعلى من (3-4) مرات بالنسبة للأفراد بشكل عام، وقد أظهرت البيانات أن مخاطر التأتأة تختلف حسب الجنس، إذ إن الإناث أقل عرضة للتأتأة من الذكور، أما الذكور أقارب الإناث المصابات بالتأتأة فهم معرضون أكثر لخطر الإصابة بالتأتأة. وتعد تلك الفروق المرتبطة بالجنس تفسيراً وراثياً للعامل العائلي في التأتأة (Andrews & Harris, 1964, P 87). أما عن العلاقة بين الجنس والتأتأة فقد وجد أن التأتأة منتشرة بين الأولاد أكثر من البنات (Lablance, 1994, P.10). وقد تم تفسير الاختلاف في نسبة انتشار التأتأة بين الجنسين من خلال وجهات نظر مختلفة فقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت على نمط التكامل بين نصفي المخ إلى أن توقيت الإصابة وجنس الطفل يحددان مدى تعامل المخ مع الإصابة ،فإذا ما تعرض الطفل دون الخامسة لأية إصابة خطيرة في المنطقة اللغوية الموجودة في النصف الكروي الأيسر فإن النصف الأيمن يستمر في أداء عمله اللغوي ولكن لا يتم هذا التعويض إذا كانت الإصابة بعد سن الثانية عشرة، أما بالنسبة للفروق بين الجنسين فقد أشارت نتائج القدرات المكانية إلى أن تخصص النصفين الكرويين عند الإناث وخاصة النصف الكروي الأيمن على درجة أكبر من المرونة تستمر لمدة أطول وهذا ما يفسر اتساع دائرة المشكلات اللغوية عند الذكور عنها عند الإناث (عيسى، 1987: 23).بينما يرجع عباس محمود عوض (1988) هذا الاختلاف إلى وجود فروق في أجهزة النطق، وسرعة النضج لصالح البنات مما يجعلهن أكثر طلاقة لفظية من الذكور، كما يرجعه أيضاً إلى كون الضغط التعليمي على الذكور أكثر منه على الإناث (عوض، 1988: 155).ويشير العيسوي إلى أن هذا الفرق يعود إلى تعرض الذكور إلى الخوف أكثر من الإناث إذ أن التأتأة برأيه تعود إلى خوف الطفل من أن يقول شيئاً رديئاً أو

يستخدم بعض التعبيرات الخاطئة التي ربما تجلب العقاب، ولكون الذكور يتلفظون مثل هذه التعبيرات أكثر من الإناث بحكم لعبهم في الشارع،وبالتالي فالخوف يكون أعظم لديهم من الإناث (العيسوي، 1990: 308). كما أثبتت الدراسات الحديثة وجود علاقة ما بين الجينات والتأتأة. ومع هذا لم تثبت أي دراسة أن الجينات هي السبب وراء ظهور التأتأة. قامت العديد من الدراسات ببحث ظاهرة التأتأة في العائلات لتجد مؤشرات على أن النتائج ممكن تحليلها على أنها لها علاقة بالعامل الوراثي أو العامل الجيني لدى العائلة. ومع هذا أشارت دراسات عديدة مثل دراسة يايري و آمبروس (Yairi & Ambrose,1996) إلى أن وجود علاقة بين الجينات والتأتأة هو حقيقة مثبتة ولكن طبيعة العلاقة بين الجينات والتأتأة هي من الأمور التي لا يزال العلماء يحاولون التوصل إليها.(Yairi &Ambrose,1996,P. 771-784). لذلك فإن هذه النظرية على الرغم وجود مؤيدين لها مازالت بحاجة إلى مزيد من البحوث قبل قبولها.

أ. **<u>نظريات أرجعت التأتأة لعوامل نفسية</u>** :

1. **<u>نظرية التحليل النفسي</u>** <u>Psychoanalysis theory</u>: يرى بعض المحللين أن التأتأة عبارة عن تكيف سيِّئ في العلاقة مع الأم ناتج عن الحاجة الاعتمادية أو عن مفهوم غير مناسب للذات (أسعد، 1986: 80)، كما ينظر التحليل النفسي (Psychoanalysis) إلى التأتأة بشكل عام على أنها اضطراب عصابي يكون فيه اضطراب جزئي في الشخصية ينعكس من خلال اضطراب في الكلام (Van riper , 1972, P. 385). إذ يعيش المتأتئ صراعاً بين الرغبة الشعورية في أن يتكلم وحفزه لا شعورياً بعدم الكلام. (جرجس، 1990: 234). ويبدو أن الكلام فعل عدواني موجه ضد من يسمع وتكون التأتأة تأجيلاً مؤقتاً لهذا العدوان وتصبح التأتأة إخراجاً يعقبه إيقاف للكلام ثم إخراجاً آخر يعقبه إيقاف لهذا الكلام (الشربيني, 2001: 161–162). ويذكر محمد الطيب (1994)أن حركات الفم التي تلاحظ لدى المتأتئ ما هي إلا وسيلة لإشباع نشاطات طفلية فموية وفي الوقت نفسه هي حماية للمتأتئ من الوقوع صريع القلق. فالتأتأة هي التعبير عن ميول عدوانية أو رغبات لا شعورية مكبوتة تتسم بقدر كبير من العدوان (الطيب, 1994: 152). ويشير بعضهم إلى أن التأتأة تعود إلى الارتباط بين الكلام والنزعات العدوانية نحو الأبوين التي تأخذ شكل العض والقضم وما شاكلهما, فعندما يتعرض الطفل إلى قسوة أو خوف فإنه يستجيب بإغلاق فمه أو بالامتناع عن النطق الذي يأخذ شكل تأتأة (الشماع, 1955: 161). وترى مدرسة التحليل النفسي أيضاً أن ضعف الأنا وفقدان القدرة على التفرد والتعبير والمواجهة خشية العقوبة أو تأنيب الضمير من العوامل النفسية الواردة في هذا المجال إذ يحاول الطفل أن يستبعد الواقع المؤلم مما يزيد أو يهيئ اللاشعور للسيطرة والقيام بعمله الذي يتجلى على شكل تأتأة وتشنجات تعبر عن وجود كبت شديد لدى الطفل (الزراد, 1990: 174). ويختلف علماء النفس في نظرتهم وتفسيراتهم للتأتأة فقد اعتبر جلوبير (Glauber ,1958)

أن الصراع بين الهو والأنا الأعلى هي السبب الرئيس في حدوث التأتأة. أما شتاين (Stein ,1953) فقد وصف المصاب بالتأتأة بأنه شخص لديه عصاب قهري، ففي لحظات القلق يرتد إلى مرحلة الكلام بتوتر ويمثله في التكرارات بينما تم اعتبار الإطالة كتعبير عن العدوان. في حين يرى بربارا (Barbara,1965) المتأتئ شخصاً يعاني من علاقات غير صحيحة وصعوبات عصابية يتم التعبير عنها بشكل واضح عند الآلام وخاصةً في لحظة التأتأة (Quoted in Dalton & Hardcastle, 1977, P. 50). أما فينخل (1977) فيرى أن هناك سببين لحدوث التأتأة فكثيراً ما يبدأ الشخص بالتأتأة عندما يكون متحمساً بشكل خاص لإثبات شيء ما وخلف حماسته الظاهرية تختفي نزعة عدوانية. أو أن تكون التأتأة في الوقت نفسه كفاً لهذه النزعات العدوانية وعقوبة عليها وغالباً ما تبلغ التأتأة ذروتها في حضور شخصيات بارزة أو ممثلة للسلطة أي في حضور بدائل أبوية إذ تكون العدوانية اللاشعورية ضدها على أشدها (الطيب ،1994: 153-154). ويؤيده في ذلك كل من مورلي (Morley) (1972)، وألفت حقي (1995) إذ يشيران إلى أن التأتأة تختلف من موقف إلى آخر في الشدة و التكرار تبعاً للظروف والمواقف الاجتماعية, فقد يتأتئ الطفل بشدة عندما يتكلم مع أصحاب المراكز العليا كالآباء والمدرسين في المدرسة أو عندما يحاول القراءة بصوت عالٍ في الصف بينما تزول عنه الأعراض عندما يتكلم مع أخوته أو مع من يحبه من الأصدقاء (Morley, 1972, P 433)، (حقي، 1995: 195).

وفي ضوء ما سبق فإننا نستطيع أن نقول بأن مدرسة التحليل النفسي ترى أن التأتأة ما هي إلا صراع بين رغبات متعارضة تهدف إلى اختزال حدة القلق الذي يتراكم نتيجة شعور المتأتئ بعـــدم مقدرته على التحدث بطلاقة.

2. **<u>النظرية السلوكية Behavioral theory</u>**: بحلول أواسط الثلاثينات اتجه بعض الباحثين إلى تفسير التأتأة بقوانين التعلم وخاصةً تجنب التعلم (Darby, 1981, P.295). ويذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن التأتأة سلوك مكتسب في التعلم وأن انتشاره لدى بعض الأسر ليس مرجعه جينات وراثية بقدر ما هو راجع إلى تعلم الطفل له عن طريق التقليد كما ينظرون إلى التأتأة كرد فعل لتجنب الكلام. إذ تحدث التأتأة عندما نتوقعها فنخاف ونتوتر ونحاول تجنب الوقوع فيها فيتوقف الكلام كلياً أو جزئياً ويضطرب بالفعل. ويؤكد السلوكيون على عوامل معينة في نشأة التأتأة منها القلق الذي يبديه الوالدان إزاء تعثر المحاولات الأولى لطفلهما في الكلام وانتقال القلق إلى الطفل وتكرار اقترانه بمواقف الكلام حتى يصبح هذا الاضطراب مرافقاً لكلامه (القريطي, 1998: 346 – 347). ويصف جونسون (Johnson ,1951) التأتأة كنوع من نماذج السلوك المعلم الذي يستمر ويعزز بسبب قلق المتأتئ أو خوفه من تكراره ويؤكد روبيرت ويست (Robert West) (1950) أن التأتاة من حيث المعنى لا تصبح مرضاً كلامياً حتى يتعلم المتأتئ أن يكافح ضد وقفاته الكلامية

فكل شخص لديه مثل هذه الوقفات ولكن يكمن الفرق في اتجاه المصاب نحو هذه الوقفات.ويذكر فان رايبر (Van riper) (1947) أن التأتأة ليست عادة ولكنَّ عاداتٍ سيئةً من التأجيل والاجتناب والدفع تبنى حولها(Morley, 1972, P. 429-433) . وعلى الرغم من التأييد والاهتمام الذي لقيته نظريات التعلم في تفسير التأتأة إلا أن المبادئ الخاصة والمحددة لهذه النظريات متباينة إلى حد بعيد (عبد الرحيم، 1990: 360). فعلماء المدرسة السلوكية يتفقون على أن التأتأة سلوك متعلم لكنهم يختلفون في تفسير حدوثه تبعاً لاختلاف أرائهم داخل المدرسة السلوكية إذ تتعدد الآراء ووجهات النظر بالنسبة للتأتأة كما يلي:

2-1- التأتأة سلوك إجرائي:

يعتمد هذا الاتجاه على مبادئ نظرية "سكينر" لتفسير عملية التأتأة إذ تحدث التأتأة نتيجة اشتراط إجرائي بين الكلام المتأتَأ وبين مثير آخر حقق تعزيزاً موجباً عند الشخص المتأتئ ويذكر بعض الباحثين أن عدم الطلاقة اللفظية في النطق بالكلمات ظاهرة شائعة بين صغار الأطفال وهي تتمثل في تكرارات أو إطالات أو توقفات في الكلمات (نظراً لعدم امتلاك الطفل لناصية اللغة امتلاكاً كاملاً) (سالم، 1988: 61). ويتفق معها كل من شيفر وميلمان (Schaefer & Millman) (1981) حينما يشيران إلى أن التأتأة ما بين الثانية والخامسة من العمر أمر طبيعي، أما إذا كانت ردود فعل الأبوين تجاهها مبالغاً فيها تحدث المشكلة (Schaefer & Millman, 1981, P 218). ولما كان السلوك اللفظي للمتكلم يعتمد إلى حد كبير على اتجاهات المستمع والتي تبدو في صورة تعبيرات وجهية أو إيماءات الرأس وهذه الأشكال السابقة تعد بمنزلة تعزيز إيجابي يدفع المتكلم للاستمرار في حديثه، ولكن قد يحدث العكس عندما لا يقوم المستمع بتقديم هذا التعزيز الإيجابي للتحدث إلا بعد الإعادة والتكرار للكلمات، وبذلك لا يحصل المتأتئ على ما يريد إلا بعد تكرار طلبه عدة مرات ،وبالتالي فإن الاستجابة لطلب الطفل عندما تأتي أخيراً تشكل تعزيزاً إيجابياً لسلوك الإعادة والتكرار في الكلام (الطيب، 1994: 154). وعلى هذا فالسلوك الذي يدوم هو السلوك الذي يستحق المكافأة نوعاً ما، ويعد الانتباه الذي يلقاه المتأتئ بمنزلة مكافأة وأحد المدعمات السارة لحدوث التأتأة (Eisenson & Ogilvie, 1977, P. 354). ويذكر دربي (Darby) (1981) أن لعملية الاشتراط الإجرائي أثراً عظيماً في وصف خصائص الحبسة في التأتأة. وبالرغم من أن الحبسة والتكرارات والإطالات تعد غير مريحة للمتأتئ المبتدئ فإنه عندما يحاول الهرب من تلك الصعوبات بمجهود أكبر ومتزايد ويتم مكافأة هذا المجهود عندما تخرج الكلمة أسرع من المتوقع ففي الحال يتعلم الطفل أن يتجنب التكرارات والترددات عن طريق بذل مجهود أو توتر قبل توقع التكرار أو التردد (Darby, 1981, P.299).

2-2- التأتأة استجابة شرطية:

يعتمد هذا الاتجاه على مبادئ بافلوف إذ ينظر إلى التأتأة على أنها استجابة شرطية، لأن التأتأة من منظور هذا الاتجاه هي عملية ارتباط بين الحالة الانفعالية وبعض المواقف الكلامية ويحدث لها تعميم على كل المواقف بعد ذلك. ويذكر الطيب (1994) بأن التأتأة تحدث نتيجة اقتران حالة انفعالية ببعض المواقف الكلامية، ونتيجة للتعميم يصبح الكلام عملية مخيفة وصعبة، وهكذا يتوقع المتأتئ دائماً أن أية محاولة كلامية سوف يعاقب عليها وهذا العقاب يتمثل في عدم الطلاقة اللفظية (الطيب، 1994: 154). ويرى بعض الدارسين للتأتأة أن التكرارات والإطالات تحدث عندما يكون المتأتئ قلقاً، وهذا القلق بمنزلة الاشتراط الكلاسيكي مع التاتأة (صابر، 1996: 111). ويذكر أصحاب نظرية الاشتراط القديمة أن الظروف التي تسبب إيقاظاً وجدانياً تؤدي إلى استجابة تلقائية والتي بدورها تخلق انهياراً في التناسق الحركي للكلام ونتاج هذا الانهيار هو كلام متردد متكرر من المتأتئ المبتدئ، وبالتالي يتم تهيئة الاستجابة التلقائية بالتدريج لمجال أكبر وأكبر من الأفراد والمواقف، وبسبب هذا الاشتراط فإن المتأتئ يشعر بالسلبية بخصوص قدرته على الحديث وبخصوص مواقف الكلام (Darby, 1981, P.299).

2-3-التأتأة سلوك تجنبي:

اتخذ أصحاب هذا الاتجاه من نظرية "هل" Hull أساساً مرجعياً في تفسير حدوث التأتأة. إذ يرون أن التأتأة سلوك تجنبي، الهدف منه الحد من أحاسيس القلق المرتبطة بمواقف نقص الطلاقة اللفظية (البهاص، 1993: 36). ويذكر أصحاب هذا الرأي أيضاً أن التأتأة تعد رد فعل اجتنابي أي تأتأة لتحاشي حالات عدم الطلاقة (Ahmed, 1987, P.335). فعندما يسمع الآباء عدم الطلاقة الطبيعية لطفلهم ويعتبرونها شاذة فإنهم يحثون طفلَهم على أن يبطئَ السرعة وأن يتكلم بحرص أكثر، وفي المقابل يخلق هذا التصرفُ قلقاً وتوقع مشكلة داخل الطفل بحيث تحدث التأتأة لديه نتيجةً لمحاولته تجنب عدم الطلاقة الطبيعية (Darby,1981, P.296). ويؤكد ذلك هاردمان وآخرون (Hardman) فالطفل النموذجي كما يرون قد يصبح طفلاً متأتئاً إذا تم تركيز الاهتمام على مظاهر عدم الطلاقة الطبيعية في مرحلة النمو لديه(Hardman, 1995 , P.345). ويذكر ويليام (William)أن الطفل يشعر بالقلق والخوف عندما يتوقع التأتأة وبالتالي سيواجه ردود فعل اجتنابية مفرطة التوتر (William, 1970, P.312).

والقلق المصاحب للتأتأة نوعان:

النوع الأول: يسمى بالقلق الموقفي العام: الذي ينشأ عن الخوف من الكلام في مواقف كلامية معينة ومثيراته غير لفظية, فالتأتأة تختلف بحسب المواقف فقد يتكلم المتأتئ بشكل طبيعي عندما يكون

وحيداً بينما يتأتئ عندما يغضب أو عندما يتحدث بصوت عالٍ أو عندما يجيب على الأسئلة المطروحة عليه.

النوع الثاني : القلق النوعي المرتبط بالكلمة : ومثيراته لفظية في طبيعتها ويدخل تحت هذا النوع من المثيرات الخصائص الشكلية للكلمة مثل بداية الكلمة بأصوات ساكنة أو وجود أصوات معينة واجه فيها المتأتئ صعوبة أو أن الكلمة تحتوي على معنى يثير قلق المتأتئ. (البهاص، 1993: 36) (Morley, 1972, P.433).

2-4-التأتأة هي صراع الإقدام – الإحجام:

لقد فسرت التأتأة على أنها نتيجة لصراع بين الدوافع المتضادة للكلام أو الإحجام عن الكلام ويؤدي هذا الصراع (الإقدام للكلام، تجنب الكلام) إلى تثبيت في الكلام (تسمع تكرارات وإطالات) (Haynes, 1990, P.188).

ويعتبر صراع الإقدام – الإحجام لب مشكلة التأتأة في الكلام، فالمتأتئ يترجح بين رغبته في الكلام تحقيقاً للاتصال وبين رغبته في الصمت خوفاً من التأتأة، ويعني ذلك أن كلاً من الكلام والصمت يتضمن للمتأتئ قيماً إيجابية وأخرى سلبية. فالرغبة في الكلام تمثل تحقيقاً للتواصل، ولكن في الوقت نفسه تحمل تهديداً بحدوث التأتأة في الكلام. أما الصمت فيمحو مؤقتاً التهديد المتضمن في الكلام. ولكنه يحمل الضرر الناتج عن التخلي عن التواصل وما يصاحبه من إحباط. (عبد الفتاح، 1999: 6). ويتضح مما سبق أن آراء العلماء داخل المدرسة السلوكية اختلفت باختلاف المبادئ والقوانين والنظريات المكونة لها إلا أنهم اتفقوا في النظر إلى أن التاتأة سلوك متعلم وأن القلق من أهم مصاحباته.

ج. نظريات أرجعت التأتأة إلى عوامل اجتماعية:

1. **<u>النظرية التشخيصية (Diagnostic theory):</u>** تعد النظرية التشخيصية التي تزعمها جونسون(Johnson) (1955) من أهم النظريات التي اعتمدت في تفسير التأتأة على العوامل الاجتماعية، وترى هذه النظرية أن التأتأة ترجع إلى خطأ التشخيص الوالدي لعدم الطلاقة الطبيعية لأن الآباء يطلقون على التكرارات الطبيعية للطفل وترددات "تأتأة" ويظهرون القلق والخوف والاهتمام الزائد بكلام الطفل مما يجعله يشعر بالتوتر والقلق والخوف فيستعجل في إخراج الكلام قبل التوبيخ فيقع في التأتأة وهكذا تستمر دائرة الخوف والقلق والتي تؤدي بالتالي إلى تأتأة(William, 1970, P.312). فالتأتأة برأي جونسون (Johnson) ما بين الثانية والخامسة من العمر تعد أمراً طبيعياً لأن غالبية الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وفي الصفوف الابتدائية الأولى يميلون إلى التكرار والتردد عندما يتكلمون ويكون خطأ الآباء والمدرسين وغيرهم من الكبار في فهم هذا

واعتباره تأتأة وإظهار القلق والاهتمام من قبلهم بخصوصها وبالتالي نقل هذا الاتجاه إلى الطفل فيصبح أكثر قلقاً وتأتأةً (Eisenson & Ogilvie, 1977, P.352) (Schaefer & Millman, 1981, P.218). فاهتمام الأبوين الزائد وردود الفعل المبالغ فيها نحو كلامه قد تسبب التأتأة لدى الطفل إذ إن الآباء عندما يسمعون عدم الطلاقة الطبيعية فإنهم يجبرون الطفل على أن يبطئ من سرعة كلامه أو أن يتكلم بحرص أكثر دون استشارة. فقد يطلب الآباء من الطفل الذي يتأتئ إعادة الكلام مرة أخرى والتكلم ببطء. وهذا ما يجعل الطفل يشعر بالقلق فيتأتئ (Darby, 1981, P.290) (Schaefer & Millman, 1981, P.218). فالتأتأة تبدأ عندما يتم الشعور بكلام الطفل عادةً بوساطة الأم على أنه غير سلس أو طلق كما ينبغي أن يكون. فتشعر بالقلق والخوف إزاء ذلك وبالتالي تستخدم الاسم الوحيد الذي تعرفه والذي تعتقد أنه سبب مشكلة الكلام لدى طفلها وهي التأتأة وعلى الرغم من عدم تأكدها من نفسها في البداية في تقرير أن طفلها يتأتئ ولكن استخدامها للكلمة يبلور مشاعرها ويسهم في تركيز انتباهها على عدم طلاقة طفلها في الكلام, وبمرور الوقت يتأثر الطفل بمشاعر الأم نحو أسلوبه في الكلام (Eisenson & Ogilvie, 1977, P.353). لذلك فمن الخطأ البالغ أن تحاول الأم التدخل في تأتأة الطفل أو تصحيح كلامه أو إظهار أي نوع من القلق أو الاهتمام به لأن الطفل ذاته لا يلاحظ هذه الظاهرة ولا يهتم بها ولكن تدخل الآباء غير المدروس قد يجذب انتباهه إليها فيتوقف عن الكلام أو يحاول تصحيحه بطريقة غير طبيعية قد يستخدم فيها كل عضلات وجهه وفمه أوحتى كل جسمه وهكذا تتحول التأتأة من ظاهرة عادية طبيعية إلى مشكلة كلامية ونفسية (السروجي وآخرون، 1989: 152). ويقترح العديد من الباحثين بأن تفاعلات الطفل والآباء يمكن أن تؤثر في عدم طلاقة حديث الطفل ،فتشخيص الوالدين الخاطئ لترددات الطفل الطبيعية وحيرته على أنها تأتأة وتفاعلهم معه بطرق تنقل تقويماً سلبياً عن كلامه تؤدي إلى جعل الطفل أكثر تردداً وبالتالي تزيد من تأتأته (Guitar, 1992, P.742).

ونخلص مما سبق إلى أن الأطفال ما بين الثانية والخامسة يكررون أجزاء من الكلمات قبل نطقها غير أن هذه التكرارات مسألة طبيعية في هذه السن لأن الطفل يكون لديه محصول لغوي من خلال السمع، وهو يريد أن يستخدمه في كلامه ولكنه لا يستطيع، وبدلاً من التريث فإنه يندفع في الكلام فيضطر إلى تكرار بعض المقاطع وبعض الكلمات حتى يتسنى له استخدامها استخداماً سليماً، وهذه الظاهرة تقل مع نمو الطفل، ولكن إذا ما استجاب الوالدان لهذه الظاهرة بالتوتر والقلق فمن المحتمل أن يعكسا قلقهما على الطفل فيضعانه أمام أعراض حقيقية من التأتأة (الطيب، 1989: 49).

2. **نظرية صراع الأدوار (Theory of conflict of roles):** ترى هذه النظرية أن التأتأة هي اضطراب في التقديم الاجتماعي للذات فالتأتأة ليست اضطراباً كلامياً بقدر ما هي صراع يدور بين الذات والأدوار التي تلعبها أي أنها صراع بين الذات والدور والهوية ووفقاً لمفهوم (صراع الدور – الذات) فإن التأتأة تختلف تبعاً لمتغيرين رئيسين:

الأول: الذات: ويقصد به الكيفية التي يدرك بها المتأتئ نفسه في الموقف الاجتماعي المتطلب الحديث أما الأخر فهو الدور ويشير إلى الكيفية التي يتم فيها إدراك الآخر باعتباره مستمعاً.

وهناك ثلاثة أوضاع للمتأتئ تتباين فيها درجة التأتأة وهي:

- تزداد شدة التأتأة إذا كان المتأتئ أقل وضعاً من المستمعين.
- التأتأة تكون معتدلة إذا تحدث المتأتئ مع شخصية مماثلة له.
- تختفي التأتأة نسبياً في المواقف المتضمنة تقويماً إيجابياً للذات.

فالتأتأة وفق هذه النظرية سلوك تناوبي تتغير تبعاً للدور الذي تلعبه الذات فالمتأتئ لا يتأتئ طوال الوقت بل هو متأتئ بعض الوقت فقط ويؤكد (شيهان) أيضاً أن للدور وظيفة في سلوك التأتأة فالطفل المتأتئ قد يجد صعوبة ويتعثر أمام أحد والديه في حين يتكلم بطلاقة أمام الآخر (سالم, 1988: 65 – 66).

ومن النظريات التي حاولت تفسير التأتأة نظرية الفشل في الاتصال (Theory of communication Failure) لصاحبها بلدشتين (Bloodstain) إذ يرى بأن التأتأة نتيجة للفشل في الاتصال أو المحادثة مع أشخاص آخرين كما يفهمها الطفل إذ تبدأ التأتأة كاستجابة للتوتر والتقطع الناتج في الكلام (Fragmentation) الذي يحدث بسبب الفشل المستمر في التحدث مع الآخرين في وجود ضغط في التفاهم معهم (زريقات, 1993). أما نظرية الاضطراب في التوقيت فهي نظرية نفس جسمية ترى أن أي تشويش في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام، سينتج تشوهات في الكلام (زريقات، 1993: 8).ومما سبق يمكن القول بأن التأتأة ترتبط بالعامل الوراثي ولكن وجود الضغوط والعوامل النفسية يساعد على ظهورها بشكل أكبر.فالطفل يكون لديه استعداد وراثي للتأتأة ولكن وجود الضغوط النفسية يعزز ظهورها.

رابعاً:العمليات الداخلية التي تلعب دوراً في إيجاد التأتأة (Underlying precesses):

1. تطور اللغة (Language Development):

يعد تطور اللغة من المؤثرات الرئيسة على طلاقة الطفل إذ يميل الأطفال إلى التأتأة في بدايات التراكيب أو الوحدات النحوية ويزداد ظهور التأتأة كلما ازداد طول التركيب وتعقيده في الوقت الذي لم تأخذ هذه الوحدة مكانها بشكل تام في قاموسه اللغوي (سليمان، 1993: 172).

2. اكتساب التحكم الحركي (Speech Motor control Acquisition):

على الطفل أن يكتسب لغته الأم في السنوات الخمس الأولى من عمره هذا بالإضافة إلى زيادة سرعته في الكلام ليجاري الناضجين علماً أن الطفل في هذه المرحلة عليه أن يكتسب مهارات حركية كالركض والسباحة واللعب وغيرها من المهارات الضرورية في حياته وهذا يعني أن هذه النشاطات أو المهارات تنافس مهارة الكلام في الاستفادة من المصادر الدماغية (Cortical Resources).

3. استخدام اللغة (Pragmatic):

إن إتقان مهارات استخدام اللغة يلعب دوراً أساسياً في التأثير على الطلاقة فكلما ازداد تعقيد المهارات كان التأثير أكبر. إذ تخلق تحدياً آخر وذلك لأن تطور هذه المهارات يكون على حساب تطور اللغة من إذ استخدام المصادر الدماغية.

4. الضغوط الشخصية الداخلية (Inter personal stresses):

ونعني بها الأمور التي يفاجأ بها الطفل مثل قدوم مولود جديد في الأسرة أو الإصابة بمرض...الخ مثل هذه الأمور تؤثر على أمن الطفل مما يؤدي إلى تأثر طلاقته في بعض الأحيان.(عبد الرزاق , 1987: 64).

خامساً: الأسرة والتأتأة:

إن تعلم اللغة عملية معقدة، ومعظم الآباء يدركون ذلك. إلا أن بعض الآباء يظهرون اهتماماً كبيراً وشديداً إذا تعثر أطفالهم في النطق وينتقل هذا القلق إلى الطفل ويعم القلق على علاقته مع والديه وتكون النتيجة قلقاً دائماً وبالتالي تكون التأتأة. ولقد أكدت نتائج العديد من الدراسات التجريبية والإكلينيكية أن الغالبية العظمى من المشكلات اللغوية تنتج عن اضطرابات انفعالية ترجع إلى عوامل وضغوط بيئية تتسبب فيها الجماعة والبيئة التي يتربى فيها الطفل وبصفة خاصة الأسرة. فقد كشفت الدراسات الإكلينيكية المتباينة بأن طبيعة العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع خلال الأشهر الأولى من عمره في أثناء عملية الطعام والتنظيف وغيرها تحدد إلى درجة كبيرة من نموه وتطوره بجوانبه كافة بما فيها التطور اللغوي (كرم الدين، 1990: 53). ويذكر الفقي (1995) أن العلاقة بين الأم والطفل تلعب دوراً هاماً في النمو اللغوي فعلاقة الأم بالطفل وتكرار الأم للأصوات التي يحدثها وتشجيعه على إحداث الأصوات والتلفظ بالكلمات والتفاعل بين الأم والطفل خلال الحياة اليومية العادية كل ذلك يشجع الطفل على تعلم الكلام (الفقي، 1995: 205). فالعلاقة الحميمة والدافئة بين الأم والطفل تعطي للطفل شعوراً بالأمن وتساعده على إصدار الأصوات بطريقة طبيعية (كرم الدين، 1990: 53). وعلى الجانب الآخر فإن عدم إحساس الطفل بالأمن والاطمئنان ومبالغة الوالدين في رعايته من الأسباب النفسية التي يمكن أن تؤدي إلى التأتأة (فهيم: 123). وقد أشار بعض الباحثين إلى أن

الوالدين يمكنهما زيادة طلاقة أطفالهما بتقليل الانتقادات والسيطرة الزائدة على الطفل (Guitar, 1992, P.743). ويذكر مورلي (1972) أن المحيطات النفسية غير الآمنة والعلاقات الوجدانية غير الملائمة بين الطفل وأبويه يؤثران في طلاقة الطفل والكلام لديه (Morely, 1972, P.443). وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الأطفال الصغار الذين رُبُّوا في معاهد داخلية كانوا أقل من أقرانهم الذين رُبُّوا بين أبوين من حيث النمو اللغوي. وقد تحدث الإعاقة في النمو نتيجة لاضطراب العلاقة بين الأم والطفل أو نتيجةً لتغيب الأم نهائياً أولفترة طويلة نسبياً بسبب المرض أو العمل وغير ذلك من الأسباب (الفقي، 1995: 206). كما بينت بعض الدراسات التي أُجريت على الأطفال الذين يعانون من التأتأة أن الظروف البيئية لهؤلاء الأطفال قد اتصفت بخصائص معينة كأن يكون الوالدان من النوع المستبد المسيطر، أو يميلان إلى الحماية الزائدة لأبنائهم أو يسعيان إلى الكمال (كرم الدين، 1990: 54). ويشير مصطفى فهمي إلى أن نشوء الاضطرابات النفسية عند المتأتئ تتصل من قريب أو بعيد بالمنزل الذي نشأ وترعرع فيه والطريقة التي عامله بها والداه إبان طفولته (فهمي، 1975: 176). وقد وُجد في بحث عن التأتأة لدى (80) طفلاً مصاباً بالتأتأة و(85) طفلاً غير مصاب بأن العوامل التي تؤدي إلى التأتأة تعتبر مرتبطة بالطفل والمنزل (Morley, 1972, P.440).

وقد افترض العديد من الباحثين أن تفاعلات الطفل والأبوين يمكنها أن تؤثر سلباً في طلاقة حديث الطفل حيث أشاروا إلى أن أمهات وآباء الأطفال شخصوا حالة التردد وحيرة كلام الطفل كتأتأة وتفاعلوا مع طفلهم بطرق تنقل تقويماً سلبياً عن كلامه وهذا التقويم السلبي في المقابل يجعل الطفل أكثر تردداً وتأتأة (Guitar, 1992, P.742). وهناك من يُرجع التأتأة إلى مشكلات أسرية في الأصل انعكست على الطفل بعد أن مر بها وتجسدت في أعماقه كفراق الوالدين أو انفصالهما أو الخلافات العائلية الدائمة بين الأم والأب. وإن سوء التوافق الأسري والتعاسة والشقاء العائلي وتصدع الأسرة وقلق الوالدين بخصوص الكلام والرعاية الزائدة والاستجابة لحاجات الطفل دون كلامه والمستوى الفقير في الكلام في المنزل وتقليد الكلام المضطرب من الأسباب البيئية التي تكمن وراء أمراض الكلام (زهران: 517). ويؤكد ريتشاردسون (Richardson) ذلك إذ أشار إلى أن أحداث الحياة التي يتعرض لها الطفل كوفاة أحد الوالدين أو طلاقهما تؤثر على أمن الطفل واستقراره وقد تؤدي إلى التأتأة (Richardson, 1996, P.7). ويذكر شحيمي أن للجو الأسري العام الذي يحيط بالطفل أثره في تنمية قدراته اللغوية، ففي بعض الأسر يستحسن الأهل أو الأخوة استعمال بعض الكلمات المغلوطة عندما ينطق بها الطفل فيضحكون لها ويعتبرونها من قبيل الطرافة والدعابة وهذا قد يؤدي إلى تثبيت الأخطاء والتأتأة لديه.وعلى الأهل أمام هذه الظاهرة أن يصححوا تدريجياً وبشكل لطيف الألفاظ المغلوطة حتى يتمكن الطفل من استعمالها بشكل صحيح وسليم (شحيمي، 1994:

51). وقد أشار عبد الرحيم إلى أن من بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسين هما أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام وكمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام، فلو تضمن كلام الأشخاص المهمين في عالم الطفل كالوالدين والأخوة والرفاق أخطاء النطق ففي هذه الحالة من المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة فالأنماط الرديئة في النطق تؤدي عادة إلى مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال ولاسيما في طور النمو(عبد الرحيم، 1990: 343). ويشير فان رايبر إلى أن معدل السرعة في كلام الآباء وكذلك مقاطعة الآباء للطفل عندما يتحدث من العوامل التي قد تؤدي إلى التأتأة (فان رايبر، 1960: 87). وقد أكد ذلك عدد من الباحثين من خلال دراستهم لتقويم الاتصال في تفاعل الأم-الطفل إذ وجدوا أن أمهات المتأتئين تحدثن أسرع وعلقن أكثر على الطفل كما وجدوا أن أمهات المتأتئين قاطعن الأطفال في الكلام أكثر(Guitar,1992, P.743). كما وُجد أن آباء الأطفال الذين يتأتئون يتحدثون أسرع من آباء الأطفال الذين لا يتأتئون لأن الأطفال من صغار السن يقلدون مراراً معدل حديث آبائهم والأشخاص المهمين في بيئتهم وإن سرعة الآباء في الحديث غالباً ما تكون غير ملائمة أو مناسبة بالنسبة لكفاءة الطفل الحركية واللغوية وعلى العكس فإن الحديث الأبطأ يزود الطفل بالوقت الكافي والمطلوب لتنظيم الأفكار واختيار مفردات اللغة (Lablance, 1994, P.11).

يلعب الترتيب الميلادي للطفل في الأسرة دوراً هاماً في نشوء التأتأة فالطفل الأول يحتل مركزاً خاصاً في الأسرة فهو عندما يولد يكون موضع الرعاية والاهتمام لأنه الطفل الوحيد، ونظراً لكونه الطفل الوحيد في الأسرة فإن علاقاته تكون مع الكبار مباشرةً، وذلك لعدم وجود أخوة له، ودائماً يكون سلوك الكبار نحوه قائماً على التسامح. ولكن عندما تنجب الأسرة طفلاً آخر، نلاحظ أن ميلاد الطفل الجديد يسبب أزمة له ، فقبل مجيء هذا الطفل، كان هو "الملك أو الملكة المتوجة في الأسرة" وفجأة يجد نفسه قد عُزل عن عرشه، وتحول عطف واهتمام الوالدين به إلى الأخ الثاني، أو الأخت الثانية، ويترتب على ذلك عادةً أن يصاب الطفل الأول نتيجة لهذا التغيير في المعاملة بالتأتأة في الكلام (فهمي،1975: 131).

ونخلص مما سبق إلى أن اضطراب العلاقة بين الأم والطفل وفقدان الشعور بالأمن والإحساس بالقلق والحرمان من الوالدين أو أحدهما وممارسة القسوة أو فرض الحماية الزائدة من قبل الوالـــدين على الطفل وسوء التوافق الأسري وتصدع الأسرة وتقليد الآباء للكلمات الخاطئة التي ينطقها الطفل، وزيادة معدل سرعة الكلام ،والترتيب الميلادي من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث التأتأة.

الفصل الرابع

التأتأة

تصنيف- تقويم – علاج

أولاً: التأتأة الطبيعية والمرضية.

ثانياً: الاختلافات بين المتأتئين وغير المتأتئين.

ثالثاً: مظاهر التأتأة.

رابعاً: مراحل التأتأة.

خامساً: تقويم التأتأة وتشخيصها.

سادساً: علاج التأتأة.

سابعاً: طريقة تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام في علاج التأتأة.

أولاً: التأتأة الطبيعية والمرضية:

من الضروري على أخصائيي النطق واللغة وضع محددات تميز التأتأة الطبيعية عن غير الطبيعية أو المرضية, تساعد في توجيه الآباء وعلاج الطفل. وللوصول إلى هذه المحددات يجب تقسيم التأتأة إلى :

- التأتأة الطبيعية
- التأتأة المرضية

1. التأتأة الطبيعية (Normal Disfluency):

تبدو هذه التأتأة واضحة في كلام الطفل ما بين السنة والنصف إلى ستِّ سنوات حيث يظهر الطفل تأرجحاً في طلاقته ففي بعض المواقف يكون طليقاً وفي البعض الآخر يكون غير طليق وللتفريق بين هذا النوع والنوع المرضي لا بد من ملاحظة ما يظهر لديه من:

- سلوكات رئيسة.
- سلوكات ثانوية.
- مشاعر ومواقف.

أ . **السلوكات الرئيسة**: (Core behaviors):

وسنفرق بين النمط الطبيعي و المرضي من حيث:

1- مقدار التأتأة: وتقاس من خلال معرفة عدد التأتآت من (100) كلمة وبذلك نستطيع معرفة نسبة التأتأة لدى الطفل.

2- عدد مرات ظهور السلوكات الرئيسة في جمل الطفل: فقد قدرت الدراسات أن عددها يصل إلى مرة واحدة في التركيب الواحد. كأن يقول الطفل أنا اسمي ....اسمي ماجد أو أنا ... إم ... اسمي ماجد.

وقد تصل إلى مرتين عند بعض الأطفال أما إذا تجاوزت هذا العدد فمن الممكن أن يكون الطفل مصاباً بالتأتأة .

3- أنماط السلوكات الرئيسية: أظهرت الدراسات أن الإدخالات (Interjections) والتكرارات Repetitions هي الأنماط التي تغلب على كلام الطفل وتتجلى بـ:

- **الإعادة (التكرار)**:

1- إعادة جزء من كلمة مثل كر كرسي.

2- إعادة كلمة مكونة من مقطع واحد مثل: باب باب, بيت بيت.

3- إعادة كلمة مكونة من أكثر من مقطع خزانة.

4- إعادة جزء من جملة : أنا اسمي ... أنا اسمي

- **الإدخال (الحشو)**:

وذلك بأن يدخل الطفل مقطعاً بين الكلمات مثل آه, إم, إيه.

- **المراجعة**: وذلك بأن يقطع الطفل فكرة ويرجع إلى فكرة أخرى مثل أن يقول (أنا رحت اليوم .... وين لعبتي) ومن ثم يكمل كلامه.
- **الإطالة**: ويكون ظهور هذا السلوك قليلاً في هذا النمط كأن يقول الطفل أنا اســــــــــــمي ومن الملاحظ أنه كلما ازداد نضوج الطفل كلما قلت مظاهر عدم الطلاقة أما إذا استمرت هذه المظاهر وازداد تعمقها فهذا يعني أن هناك خطورة من إصابة الطفل بالتأتأة. (فهمي, 1975: 124). ويذكر ريتشاردسون (Richardson) مجموعة من السمات التي يجب أن تتوفر لدى الفرد حتى يطلق عليه لفظ التأتأة وهي:

1- يجب أن يتأتئ في كل عشر كلمات من كل مئة كلمة وتزداد شدة التأتأة كلما زاد عدد الكلمات التي تأتأ بها الفرد عن عشر كلمات.

2- قد يتسم كلامه بالتكرار، والإطالة، والتقطيع.

3- تكون التكرارات سريعة ومفاجئة.

4- هناك ارتفاع في درجة الصوت خلال التكرارات والإطالات.

5- صعوبة في تدفق الهواء.

6- وجود بعض التوترات الوجهية. (Richardson, 1996, P.9).

ويشير محمود حمودة (1998) إلى أن اضطراب التأتأة يتميز بالحدوث المتكرر لواحد أو أكثر مما يلي:

1- تكرار المقاطع والصوت.

2- إطالة الصوت.

3- إحداث إدخالات مقحمة(حشو).

4- تقطع الكلمات بفترات صمت.

5- اللف والدوران ببدائل الكلمة لتجنب الكلمات المحدثة للتأتأة.

6- إخراج الكلمات بجهد جسماني مبالغ فيه.

7- تكرار كلمة كاملة في بدء الجملة (حمودة، 1998: 135).

ب . السلوكات الثانوية (Secondary behaviors):

لا يظهر الأطفال في التأتأة الطبيعية سلوكات ثانوية وذلك لأنهم لم يطوروا بعد ردود فعــل مثــل الهروب أو التجنب ولكن قد يظهرون بعض الوقفات المتسمة بالشّد (Tense pauses), ومن الجدير

بالذكر أن الأطفال المتأتئين في المرحلة الأولى لا يختلفون كثيراً عن هذا النمط من حيث السلوكات الثانوية وكذلك المشاعر والمواقف.

ج. المشاعر والمواقف (Feelings and Attitudes):

لا يظهر الأطفال في هذا النمط مشاعر أو مواقف سلبية تجاه تأتأتهم لأنهم غير مدركين لهذه التأتأة فنلاحظ أنهم يستمرون في الكلام بعد التأتأة مباشرةً وكأن شيئاً لم يحصل, وهناك بعض الملاحظات على هذا النمط:

1. تظهر سلوكات التأتأة في قمتها ما بين(2-3.5) وتبدأ بالتناقص تدريجياً.
2. بعض السلوكات مثل التكرارات تتناقص بعد السنة الثانية والنصف ولكن سلوكات أخرى قد تزيد مثل المراجعات.
3. الازدياد والتناقص العرضي للسلوكات مألوف في هذا النمط (السرطاوي, أبو جودة, 2000: 211-212-213).

ثانياً: الاختلافات بين المتأتئين وغير المتأتئين:

هذه الاختلافات تتلخص في الآتي طبقاً لمجموعة من الاختبارات التي طبقت في بيئات مختلفة على الأشخاص المتأتئين:

أ- معدل الذكاء:

1. إن معامل الذكاء لدى أعداد كبيرة من الأطفال المتأتئين أقل بعض الشيء لدى نظائرهم من غير المتأتئين.
2. هناك فروق طفيفة في معامل الذكاء الشفوي والأدائي واللاشفوي لدى الأطفال المتأتئين عن غيرهم وربما يعود هذا الاختلاف الطفيف لطريقة بناء الاختبارات. ومن الجدير بالذكر أن امتناع الطفل المتأتئ عن إعطاء الجواب الصحيح أدى إلى انخفاض في نسبة الذكاء ولكنه في الحقيقة كان نتيجةً للتأتأة (ربما بسبب الخوف) وهذا يعني أنه لا يمكن القول أن المتأتئين ليسوا أذكياء وربما لا نجد فروقاً بين الأطفال المتأتئين والأطفال غير المتأتئين إذا ما استخدمنا أسلوباً آخر في الاختبارات .

ب- الأداء المدرسي: غالباً ما يكون تحصيل الأطفال المتأتئين دون المعدل في المدرسة وربما يعود ذلك إلى صعوبة الكلام ببساطة بسبب التأتأة (لا يحب المتأتئ أن يسأل ولا أن يجيب) أو ربما يعود إلى العجز في المهارات المتعلقة باللغة .

ج. اللغة والخطاب: إن صعوبات اللغة والخطاب هي الأكثر شيوعاً بين الأطفال المتأتئين فنتائجهم تنخفض عن نظائرهم غير المتأتئين (السرطاوي , أبو جودة, 2000: 352 – 353).

د. القلق والإثارة: الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع خلصت إلى أن المتأتئين ليسوا أكثر قلقاً من غير المتأتئين وإن كلاً منهم عرضة لمستويات عالية من الإثارة أثناء القراءة الجهرية لكن الثابت أن الإثارة تسبب تأتأة والتي بدورها تنقل الإثارة إلى مستويات أعظم وربما كان الحل في ألا يصل المتأتئ إلى الإجهاد من دون أن يتزود بأدوات علاجية لتخفيض التأتأة والإثارة المرافقة لها.(Van Lieshout, Peters, Starkweather, Hulstijin, 1993,P.55-63).

كما بينت كثير من الدراسات التي أجريت:

1. أنّ الأطفال المتأتئين أكثر حساسية من الأطفال غير المتأتئين.
2. و أنّ حساسية البالغين المتأتئين أكثر من نظائرهم غير المتأتئين.

وقد وجد كل من دالتون وهارد كاستل (Dalton & Hard castal, 1977) أنّ المتأتئين أكثر عصابية ولديهم مستوى أعلى من القلق واستعداد أقل لقبول أنفسهم من غير المتأتئين(Dalton & Hard castle, 1977, P.54). كما أكدت دراسة ناصر قطبي وآخرين (Naser Kotbi) والتي كان الهدف منها المقارنة بين المتأتئين وغير المتأتئين في الذكاء والقلق والاكتئاب ومفهوم الذات أنه:

1. لا وجود لفروق بين المتأتئين وغير المتأتئين في مفهوم الذات المثالية، ومفهوم الذات الجسمية، ومفهوم الذات الأسرية، ومفهوم الذات الاجتماعية.
2. وجود فروق بين المتأتئين وغير المتأتئين في الاكتئاب والقلق.
3. لا وجود لفروق بين المتأتئين وغير المتأتئين في الذكاء (نقلاً عن خليل، 2000: 109).

ه. التناسق الحسي الحركي: اهتمت العديد من الدراسات بالتناسق الحسي الحركي لدى المتأتئين حيث قاست سرعة المتأتئ في الضغط على زر عندما يسمع صوت جرس، أو مدى سرعته في قول كلمة ظهرت بسرعة على شاشة أمامه. وقد وجدت الدراسات أن البالغين المتأتئين كانوا أبطأ بالبدء من الأشخاص غير المتأتئين. كذلك كانوا أبطأ في الزفير وحركات أعضاء النطق كإغلاق الشفة. كما كانوا أبطأ في رد الفعل من غير المتأتئين وهم يردون على إشارات سمعية أو بصرية. وفي تلخيص للعديد من النتائج المختلفة أشار دونيل (1995) إلى أنه في (44) دراسة حول رد الفعل على الصوت كانت النتيجة أن (75%) منها قالت أن المتأتئين أبطأ من غيرهم وخاصةً في الدراسات التي استعملت المحفزات اللغوية لاختبار وقت رد الفعل (كلمات أو جمل بدلاً من أصوات معزولة) حيث وجدت (80%) منها اختلافات هامة بين المتأتئين وغيرهم حيث يحتاج المتأتئ إلى وقت إضافي للإجابة جزئياً عن المغزى اللغوي (De Nil, 1995, P.57).

إن ردود أفعال المتأتئين البطيئة قد تنشأ عن صعوبة في واحدة أو أكثر من مراحل المعالجة الحسية الحركية (تحليل المثير قد يبطئ ردود أفعال المتأتئين ← التخطيط للرد قد يبطئ المتأتئين ← ضعف في إنتاج مهارات الكلام) أي أن التحليل والتخطيط والتنفيذ لا يحدث بشكل متسلسل كما هو الحال لدى الأشخاص غير المتأتئين وإنما يحدث بشكل متداخل ومتزامن(Guitar, 2000, P.235).

ثالثاً: مظاهر التأتأة:

- **السلوكات (المظاهر) الأساسية للتأتأة** :

يمتاز سلوك التأتأة بثلاثة مظاهر واضحة أجمع عليها العلماء بوصفها مظاهر التأتأة عبر ضمها لتعريف التأتأة وهي التكرارات والإطالات والتوقفات الكلامية.

1. التكرار (Repetition): تعد التكرارات من أكثر مظاهر التأتأة شيوعاً خاصةً عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع. وللتكرارات أنواع مختلفة تعتمد على ما يتم تكراره عند حديث الشخص المتأتئ وهي:

- تكرار الكلمة(whole word): يقوم المتأتئ بتكرار الكلمة كاملة مثل أن يقول:"اسمي اسمي اسمي أحمد".
- تكرار العبارة:(Whole phase): وهنا يقوم المتأتئ بتكرار عبارة كاملة أكثر من مرة من مثل:"اسمي أحمد اسمي أحمد،وأنا سعيد بالتعرف عليك".
- تكرار صوت(sound): كأن يقول المتأتئ: "اسسسسسسمي أحمد".
- تكرارمقطع لفظي(Whole syllabus):وهنا يقوم المتأتئ بتكرار مقطع من كلمة .فعلى سبيل المثال يقول الشخص المتأتئ: اسمي أح أح أحمد" (السرطاوي, أبو جودة, 2000: 347 – 348) (Starkweather, 1983).

2. الإطالة (Prolongation): الإطالات هي مظهر آخر للتأتأة، حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول وتعد إطالة الصوت شكلاً مهماً لهذا الاضطراب الكلامي، لأنه من النادر وجوده في كلام غير المتأتئين (أمين، 2001: 85). ويرى بيش وفرانسيلا (Beach & Fransella) في (شلباية، 2007: 15) أن الإطالات تعد شائعة جداً بين المتأتئين وهي ذات دلالة شخصية مقبولة وذلك بسبب قلة حدوثها بين الأفراد ذوي الطلاقة اللفظية.

3. الانحباس (الانسداد) (Blocks): وتظهر من خلال عجز المتكلم عن إصدار أي صوت على الإطلاق رغم الجهد العنيف الذي يبذله.وتحدث التوقفات الكلامية بسبب انغلاق ما في الجهاز الصوتي يؤدي إلى إعاقة الحركة الآلية للكلام مع استمرار تدفق الهواء خلف نقطة الانسداد. ويلاحظ أن التوقفات الكلامية تحدث بصورة متكررة في بداية الكلام أو منتصفه (شلباية، 2007: 15).

وتتراوح السلوكات السابقة في التعمق حسب وضع الحالة وينتج عن هذه السلوكات سلوكات أخرى يستخدمها المتأتئ كوسيلة للتخلص من موقف التأتأة وبما أنها ناتجة عن السلوكات الرئيسة فإننا نطلق عليها سلوكات ثانوية (Secondary behavior) (السرطاوي, أبو جودة, 2000: 347–348).

- **السلوكات (المظاهر) الثانوية للتأتأة** (secondary behavior):

1. الهروب (Escape behavior): إذ يستخدمه المتأتئ في موقف التأتأة كوسيلة للخروج من هذا الموقف, وهناك سلوكات كثيرة تندرج تحت هذا الشكل مثل : رمشات العين المتتابعة,عدم النظر للمستمع، حركات غير اعتيادية للرأس ... الخ. (نيكسون، 2000: 11)
2. التجنب (Avoidance behavior): ويستخدم المتأتئ هذه السلوكات عندما يتوقع التأتأة كتصرف احترازي إذ يعتقد أن هذه السلوكات ستجنبه الوقوع في التأتأة ومن هذه السلوكات: تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة ومن أشكاله أيضاً ظهور لحظات صمت كمحاولة لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث (زريقات، 2005: 29).

عندما يشعر الشخص أن هذه السلوكات قد أخذت حيزاً واضحاً في كلامه فإن شعوراً بالخوف والإحباط والارتباك والخجل يبدأ بالتولد لديه وينمو هذا الشعور مع مرور الزمن مما يؤدي إلى تكوين مواقف منحرفة أو غير طبيعية يبنيها المتأتئ حول نفسه وحول توقعات السامعين له فيصبح الكلام خبرة مؤلمة له مما قد يكون له أثر بالغ على جوانب حياته المختلفة (السرطاوي ,أبو جودة , 2000 : 349 – 350). وعند تصنيف التأتأة إلى بسيطة ومتوسطة وشديدة يجب أن نأخذ بعين الاعتبار كل من السلوكات الرئيسة والثانوية، فمشكلة التأتأة تؤثر سلباً في حياة الشخص سواء أكانت بسيطة أم شديدة، وكلما كانت ظواهر التأتأة أكثر تكراراً ووجوداً في حديث الشخص المتأتئ كانت التأتأة أكثر شدة (Raming& Shames, 2000).

رابعاً: مراحل التأتأة:

اختلف العلماء فيما بينهم على توحيد مراحل التأتأة وتقسيماتها. فبعض العلماء قسم التأتأة إلى مرحلتين، بينما قسمها البعض الآخر إلى ثلاث مراحل والبعض الآخر إلى أربع مراحل. واعتمد بعض العلماء على ظواهر وسلوكات التأتأة في التقسيم بينما اعتمد البعض الآخر على مسببات التأتأة كأساس لتقسيم مراحل التأتأة. قسم(صالح، 1992 :226) التأتأة إلى قسمين: التأتأة الثانوية وتستند إلى تكرار الحروف والمقاطع وتوقفات أو توتر عضلي وتشنج في العضلات وغيرها. والقسم الثاني عبارة عن التأتأة الأولية وهي أقل خطورة من التأتأة الثانوية وتظهر بشكل متكرر بين الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وخمس سنوات وقد تكون حالة عادية لتطور الكلام.

بينما وصف فان رايبر(Riper,1992) ثلاث مراحل لتطور التأتأة وهي المرحلة الأولية (Primary stuttering) وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو المقاطع اللفظية للجمل وغير مصحوبة بإشارات أو علامات انفعالية أو ضغط نفسي.وفي المرحلة الانتقالية (Transitional stuttering) تظهر علامات الإحباط والمفاجأة والمقاومة والتجنب للكلام مصاحبة مع الجهود المبذولة

في التكرارات والإطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية ويؤدي تطور هذه المرحلة إلى الانتقال إلى المرحلة الثانوية.أما المرحلة الثانوية (secondary stuttering) فتمتاز بوعي الشخص المتأتئ باختلال الطلاقة لدى محاولة تعديلها مع تولد مشاعر الخوف من التأتأة.

كما قامت جمعية التأتأة الوطنية (2002) بتقسيم التأتأة إلى ثلاثة أقسام:

- التأتأة التطورية: تبدأ بشكل طبيعي ما بين عمر(2-5) سنوات دون التأثر بالأسرة وتأثيرها بالذكور أكثر من الإناث.
- التأتاة العصبية: ربما تحدث نتيجة إصابة الدماغ الناتجة عن الخثرات أو السقوط على الرأس.
- التأتأة السلوكية: هي التي تحدث نتيجة عوامل سلوكية وليس نتيجة مشاكل عاطفية أو اضطراب عصبي وهي لا تظهر مباشرة عند الطفل أو المراهق.

أما(السرطاوي وأبو جودة، 2000: 370) فإنهما قسما التأتأة من حيث شدتها ودرجة إصابة الشخص بها إلى ثلاثة أقسام وهي :

- التأتأة في المرحلة الأولى (التأتأة الابتدائية) Primary Stuttering
- التأتأة في المرحلة المتوسطة Intermediate Stuttering .
- التأتأة في المرحلة المتقدمة Advanced Stuttering .

1- المستوى المبتدئ للتأتأة (التأتأة الابتدائية Primary Stuttering):

يبدأ الكلام بالتوتر والتكرار السريع في البداية لكن بشكل عرضي ومن وقت لآخر أي في حالات خاصة عندما يكون منفعلاً أو لديه شعور بالضغط ثم بالتدريج يمكن أن يصبح التوتر والعجلة جزءاً منتظماً من التأتأة وهنا يكون الطفل في بداية مرحلة التأتأة. تزداد التأتأة وتزداد معها عدم القدرة على احتمالها فيبدأ باستخدام مجموعة متنوعة من أنماط السلوك للهروب.

مثلاً: يمكن أن يوقف تكراراً طويلاً يقوم به و ذلك باستخدام الرمش السريع بعينيه أو إيماءة مفاجئة برأسه. عند بداية التأتأة فإن الفترات الزمنية للتأتأة الزائدة يمكن أن تستمر لعدة شهور بينما فترات الطلاقة والفصاحة تستمر ليوم واحد فقط أو ما شابه ذلك, عند حدوث هذه العلامات بشكل مستمر وثابت فإن التوتر يزداد ويظهر جلياً عليه حالة الاضطراب وعدم الاستقرار.

1-1 السلوك الجوهري للتأتأة الابتدائية (Core behavior):

1. يبدو التكرار والإعادة سريعاً وغير منتظمٍ كما لو أنه يتذوق بطاطا ساخنة.
2. عندما تتقدم الأعراض يزداد التوتر خلال آلية الكلام وبالتالي يؤدي إلى أن يترافق مع ارتفاع بالنبرة الصوتية.

3. يقوم الطفل بإطالة الأصوات التي تكررت من قبل, في البداية يمكن أن يطيل أول صوت من المقطع اللفظي ولكن عندما تزداد حدة التأتأة فإنه يطيل الصوت في المنتصف وهذا أيضاً يمكن أن يترافق مع زيادة حدة نبرة الصوت كبداية.

4. إن استمرار التأتأة وظهور العلامات الأولى تعتبر ذات أهمية بالغة حيث تشير إلى أن الانحباسات لدى الطفل توقف تدفق الهواء أو الصوت في موضع واحد أو في عدة مواضع (Vanreiper,1982,p56) وهذا قد يؤدي وبشكل غير ملائم إلى أن يضغط الطفل على الحبال الصوتية بحيث يغلقها أو يفتحها باتساع كبير أو على مصراعيها قاطعاً أو مؤخراً تدفق الأصوات الكلامية (Conturs, Edward,G , 1988, P.163-169).

إن إغلاق ممر الهواء عادةً ما يتم سماعه في كلام الطفل مثل التوقف المؤقت وفي بعض الأحيان يكون مصاحباً لتلميح مرئي ويبدو الطفل للحظات مؤقتة غير قادر على تحريك فمه أو عمل حركات عند محاولته استنشاق هواء أو استخراج صوت. عندما يبدأ توقف الحركة – الصوت – تدفق الهواء يكون أيضاً سريع الزوال بحيث لا تتم ملاحظته ما لم نكن نستمع بتمعن ونشاهد بحرص (Guitar, 2000, P. 186).

2-1 السلوك الثانوي (التابع) Secondary behavior:

عندما تستمر أعراض التأتأة الأولية فإنه يضاف إليها سلوك تابع, وقد سمي كذلك لأنه يبدو كاستجابات للتوتر أو الشد العضلي الذي ظهر. وعلى الرغم من عدم توفر الدليل القاطع من أن السلوك الجوهري للتوتر والتسرع يبدو غير إرادي, كما يبدو أنه خارج عن قدرة المتأتئ على التحكم به وعلى النقيض من ذلك فإن السلوك الثانوي يبدأ إرادياً ويكون متعمداً في البداية ومثال على ذلك سلوك الهروب. وهو عبارة عن مناورات تستخدم لوقف التأتأة وإكمال الكلمة، حيث يظهر المتأتئ المبتدئ سلوك الهروب بعد تكرار متعدد للمقطع اللفظي. كما قد يقوم هؤلاء الأطفال بالإيماء برؤوسهم والرمش بعيونهم بشكل متتابع وسريع كأنهم يحاولون دفع الكلمة للخارج, هذا الجهد الإضافي يبدو مساعداً إلى حد ما ولو لوقت قصير, فهم يهربون للحظة من التكرار القاسي والمؤذي والإطالة وبالتناوب فإنهم يقومون بإضافة مقاطع أو كلمات (حشو) مثل (آم – آه - يعني) بعد سلسلة من التكرارات غير المثمرة فتبدو (أم م م م) أنها ستطلق الكلمة ربما باسترخاء. إن (أم م م م) يمكن أن تلفظ بسهولة ,وعندما يتم نطقها فإن إخراج الأصوات الكلامية يبدو أسهل، فهذا الحشو يشبه الدفع القليل الذي تقوم به على المزلاجة إذا كان الشخص عالقاً بسبب الثلج , فـ (أم) تجعل الطفل يستمر ثانية عندما يكون الطفل عالقاً بالتأتأة ويكون أول ظهور لهذا السلوك هو عندما يشعر الطفل بالإحباط لأنه أعاد وكرر الصوت مرات عديدة.

مثال:(لنذ لنذ لنذ لنذ أم لنذهب). إن استخدام الحشو شائع أكثر بين الأطفال ذوي التأتأة المتوسطة على الرغم من أنها تظهر عرضياً في كلام الطفل ذي التأتأة المبتدئة .

1-3 المشاعر والأحاسيس والآراء والمواقف:

عندما يتأتئ الطفل عدة مرات يكون مدركاً أنه يتأتئ وعندما تحدث التأتأة يكون الشعور قبل التأتأة وخلالها وبعدها غالباً شعوراً قوياً وغالباً ما يكون الإحباط شعوراً أساسياً حيث يمكن للطفل أن يقف عند منتصف تأتأته ليقول: ماما لماذا لا أستطيع أن أتكلم (خويلات, 2004: 54). هذا الإحباط المؤقت ينمو إلى خوف عندما تعلق الكلمة أو الصوت لعدة لحظات حيث يشعر أنه عاجز وليس لديه القدرة على التحكم على الرغم من أن الطفل الذي يعاني من تأتأة ابتدائية يكون مدرك أن لديه بعض المشكلات عندما يتكلم لكنه لا يصل إلى حد الاعتقاد أنه يعاني من عيوب نطق (كمال, 1988: 132).

1-4 التزايد في التوتر العضلي ودرجة الحركة والسرعة:

أولى الإشارات للتأتأة الابتدائية هي ظهور زيادة أو فرط توتر عضلي في التكرار والإطالة وزيادة درجة الحركة والنشاط أو نسبة التكرار (Van Riper, 1982, P.134). كما أن إدوارد كونتور (1990) قدّم رأياً ذا علاقة وهو أن التشنج العضلي والأصوات الحلقية تحدث عند محاولة الطفل التحكم اللفظي بتكرار المقاطع الصوتية (Conture, E.G, 1990). ويمكن وصف هذا التشنج بأنه محاولة الطفل بذل الجهد للتحكم بسلوك الخوف والإحباط لجسمه وهي محاولة لجعل عضلات الكلام متصلبة وذلك ليثبت نفسه مقابل ما يبدو من تكرارات وإعادة وهروب بشكل غير إرادي (Guitar, 2000, P.293). حيث يمكن اعتبار الزيادة في التشنج العضلي في بداية التأتأة وسيلة ذلك أن جهاز الطفل الحركي يجعله يتجمد في مواجهة إحباطاته وخوفه من التأتأة المتكررة محولاً إياهم إلى انقطاع مفاجئ وتكرار متشنج وحالات من الإطالة(Kraaimaat, 1988, P.P 107- 108).

1-5 السمات العامة للأفراد ذوي التأتأة الابتدائية:

1. المتأتئ في هذه المرحلة يتراوح عمره بين (2-8) سنوات.
2. تظهر لديهم السلوكات الرئيسة الآتية:
   - الإعادة لجزء من كلمة أو لكلمة مكونة من مقطع واحد.
   - إطالة لحروف العلة, وقد تصاحب هذه السلوكات ببعض الشد والضغط النفسي.
   - قد يظهر المتأتئ بعض الانحباسات (Blocks) بعدد بسيط.
3. قد تظهر لديهم السلوكات الثانوية مثل سلوك الهرب.
4. قد يتطور لدى المتأتئ مفهوم ذاتي بأنه شخص لديه مشكلة في الكلام وقد يبدي اهتماماً بسيطاً بهذا الأمر وبالتالي فقد يعاني من الإحباط نتيجةً للتأتأة.

5. أحد العوامل الأساسية لبدء التأتأة هو حساسية الطفل للضغط والتي تتحول بالنتيجة إلـــى مشـــاعر الإحباط واستجابات متشنجة (السرطاوي، أبوجودة، 2000: 418).

2- السمات العامة للأفراد ذوي التأتأة المتوسطة:

1- تتراوح أعمارهم ما بين 6 – 13 سنة.

2- تظهر لديهم السلوكات الرئيسة الآتية:

أ. تكرار جزء من كلمة أو تكرار كلمة أحادية المقطع.

ب. تطويل لأصوات العلة.

ج. انحباسات في الكلام.

وغالباً ما تكون السلوكات السابقة مصحوبة بالشد والضغط النفسي.

3- تظهر لديهم السلوكات الثانوية الآتية:

أ . الهروب.

ب . تبدأ لديهم سلوكات التجنب مثل:

- تبديل الكلمات: استبدال كلمة بأخرى أو عبارة بأخرى عند توقع التأتأة.
- الالتفاف حول الكلمة الصعبة.
- تجنب بعض المواقف التي تمثل لديهم صعوبة في التواصل.

(السرطاوي، أبوجودة، 2000: 418).

2-1 المشاعر والاعتقادات (Feelings and Attitudes):

يعاني أفراد ذوي التأتأة المتوسطة من الإحباط والارتباك ويبدأ الفرد بالمعاناة من الخوف وبتكوين تصور لنفسه بأنه متأتئ وبالتالي بناء اعتقادات سلبية حول أنفسهم وكلامهم ورد فعل المستمعين. إن الأطفال الذين يعانون من تأتأة متوسطة لديهم خاصتان رئيسيتان تميزهم عن الأطفال الذين يعانون من تأتأة ابتدائية:

- يبدأ لديهم الخوف من التأتأة بينما المبتدئ يكون فقط محبطاً أو مندهشاً أو منزعجاً بسببها.
- تكون ردة فعله للخوف بتفاديه لكن المبتدئ لا يفعل ذلك.

(السرطاوي، أبو جودة، 2000: 433-434).

3- **التأتأة المتقدمة**(The advanced stuttering):

3-1 **السمات العامة** (Characteristics):

العمر: المتأتئ المتقدم غالباً يكون من البالغين أو من طلاب المدارس العليا.

3-2 **السلوكات الرئيسة** (Core behavior):

عادةً ما يظهر الشخص الذي يعاني من التأتأة في هذه المرحلة بعضاً من السلوكات التالية أو جميعها:

- إعادة جزء من كلمة أو إعادة كلمة أحادية المقطع Monosyllabic وتتضمن الإعادة شداً في أثناء التأتأة.
- تطويل في حروف العلة مع إظهار شدٍّ واضح.
- إظهار تقطعات في الكلام على شكل انحباسات Block.
- أغلب السلوكات الجوهرية تكون طويلة مترافقة مع توتر شديد غالباً.

3-3 **السلوكات الثانوية** (Secondary behavior):

إن الفرد الذي يعاني من تأتأة متقدمة لديه العديد من حالات تجنب المواقف والكلمات التي لدى الفرد الذي يعاني من تأتأة متوسطة، ولكنها تكون عنده أكثر كثافة. وبعض السلوكات تكون واضحة أكثر من بعضها الآخر وتتضمن السلوكات التالية:

- سلوكات الهروب.
- سلوكات التجنب: فقد يتم كبت التأتأة لدى بعض الأشخاص بسلوكات تجنب مكثفة مثل حسناً ولهث للهواء متبوعاً بحشوات قبل أن ينفرج أخيراً مُظهراً جهداً كبيراً حيث يتميز المتأتئ في هذه المرحلة بالنماذج المعقدة من التجنب والهروب وتكون سريعة جداً واعتيادية أو يكون مدمناً وقد لا يدري ماذا يفعل.
- استبدال الكلمات.
- الالتفاف حول الكلمات: كالتكلم حول الكلمة أو العبارة عند توقع التأتأة مثل أنا ذهبت إلى.... نعم أنا في الحقيقة قضيت وقتاً جيداً هناك رأيت محل الألعاب.
- سلوكات التأجيل: الانتظار لوهلة ووضع كلمات حشو قبل البدء بالكلمة التي يتوقع أن يُتأتئ بها.

إن العديد من المتأتئين المتقدمين يتحكمون بالبيئة المحيطة بهم بعناية بحيث يستطيعون تجنب الأوضاع التي من المحتمل أن يتأتئوا خلالها فمثلاً من الممكن أن يدَعوا المرض عندما يكون عليهم إلقاء كلمة أو أن يستخدموا آلة الرد بدلاً من أن يردوا بأنفسهم على الهاتف .

4-3 المشاعر والاعتقادات (Feelings and attitudes):

يكون الشخص الذي يعاني من التأتأة في هذه المرحلة قد كون تصوراً ذاتياً بأنه متأتئ. و يظهر عليه الإحباط والخجل والخوف وتكون مشاعر الخوف والارتباك والخجل قوية جداً ويكون لديه مشاعر سلبية عن نفسه كشخص عاجز عندما يتأتئ (السرطاوي، أبوجودة، 2000: 398-399).

خامساً: تقويم التأتأة وتشخيصها:

هناك العديد من المسائل التي يحتاج المعالج أن يضعها باعتباره وأن يحلها قبل البدء ببرامج التقويم والعلاج للشخص المتأتئ. إن الموقف العقلي أو الوضعية التي يتخذها المعالج تجاه هذه الأمور سوف ترشده وتوجه سلوكه وأحكامه في العلاج.

أول مسألة: هي ما يعتقده المعالج عن أسباب التأتأة وتطورها. فاستراتيجيات التقويم، وخططه وأهداف وغايات العلاج يجب أن تتوافق وتتطابق مع هذه الاعتقادات عن طبيعة التأتأة فاعتقادات المعالج عن طبيعة هذا الاضطراب ومراحل علاجه لها عظيم الأثر في التخطيط لعلاج الحالة واختيار الأسلوب الأمثل لها, كذلك فإن لها أثراً واضحاً في طريقة التقويم وخطواته واختيار الجوانب التي على المعالج أن يعطيها أهمية في أثناء عملية التقويم مثل التركيز على المشاعر والمواقف لدى المتأتئ أو التركيز على السلوكات الثانوية وكذلك فإن هذه الاعتقادات تساعد المعالج على وضع استراتيجيات مناسبة للتعامل مع الوالدين وماهية النصائح والإرشادات التي يمكن أن يقدمها لهم في أثناء العلاج وبعده (حمدي, 1976: 88- 89).

ثانياً: يوجد العديد من الأسئلة الهامة المتعلقة بأهداف العلاج والتي يجب على المعالج أن يضعها في حسبانه:

- ما هي السلوكات الملائمة للكلام أو الحديث التي يجب استهدافها بالعلاج ؟.
- ما هو حجم الاهتمام والانتباه الواجب أن ينصب على مشاعر الشخص المتأتئ وأوضاعه الجسمانية بما يخص الكلام؟.
- ما هي الإجراءات والخطط الاستراتيجية المطلوبة لمساعدة الشخص المتأتئ للحفاظ على تطوره.

مع التركيز على معرفة المستوى العلاجي والتطوري للطفل لأنه يعتبر أمراً ضرورياً وأساسياً من أجل اتخاذ القرارات العلاجية الملائمة؟.

فمثلاً: المتأتئ المبتدئ الذي هو في الصف الثاني الابتدائي والذي قلما يكون مرتبكاً أو خائفاً من أن يتكلم يجب التعامل معه بشكل مختلف عن الطفل المتأتئ في المستوى المتوسط الذي هو في الصف الخامس الدراسي والذي بدأ يتطور لديه الخوف وسلوك التجنب في الكلام، فالسلوكات

الكلامية المستهدفة في العلاج تمثل الجوانب التي سنتعامل معها في أثناء العلاج، وبالتالي فإننا سنركز على جوانب مثل السلوكات الرئيسة وقد نهمل بعض الجوانب كالمشاعر والمواقف في حالات معينة ونركز عليها في حالات أخرى ومن هذه القضية تشعبت أراء الباحثين والمعالجين مما بشر بميلاد أساليب مختلفة في التعامل مع المتأتئين بمراحلهم المختلفة ويظهر جوهر الاختلاف من حيث التركيز على جانب دون الآخر وإهمال جانب دون الآخر ومن هذه الأساليب:

1. تعديل التأتأة: تأتئ ولكن بشكل أقرب إلى الطلاقة وذلك بتعليم المتأتئ أن يقبل تأتأته من دون خوف أو ارتباك ومن ثم تعليمه كيفية تعديل التأتأة إلى كلام أكثر طلاقة دون الحاجة إلى الشد.
2. تشكيل الطلاقة: وذلك بتزويد المتأتئ بآليات وأساليب تساعده على خلق أسلوب جديد يستبدل به الأسلوب القديم.

التقويم والتشخيص:

لاشك في أن للتقويم أثراً واضحاً في تزويدنا بتصور عام للحالة وكذلك فإننا من خلال التقويم نعرف وضع الحالة وأسباب الاضطراب وبالتالي فإن التقويم هو درجة سابقة لوضع خطة للتدخل العلاجي المناسب وبالتالي الوصول إلى النتائج المتوخاة من البرنامج العلاجي. فالتقويم هو تجميع لبيانات تمهيدية، والتشخيص هو خطوات تستخدم لتجميع تلك البيانات لتقرير إذا كان الشخص يتأتئ أو لا، ثم التوجيه نحوالعلاج الملائم (Richardson, 1996, P.8).

اعتبارات عامة عند التقويم:

1. كل حالة لها خصوصيتها فلا نستعجل بإطلاق الأحكام قياساً على حالات أخرى.
2. أعطِ اهتماماً للمتأتئ ولتأتأته على حد سواء ولا تهتم فقط بالاضطراب وذلك لتستطيع بناء جسر من المودة بينك وبين المريض حيث أن تقبلك لمشكلته يزيد من قربك إليه.
3. التقويم عملية مستمرة فأبق تفكيرك متقداً وتحسس مدى فاعلية الطريقة التي تستخدمها في العلاج. أهي مناسبة أم لا؟. وكن موضوعياً في قياسك للتقدم حتى يمكنك التراجع عن الأسلوب الخاطئ بروح رياضية. إن تقييم التأتأة عملية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار العناصر التالية:

1. **تاريخ الحالة (Case history) (نموذج أخذ المعلومات):**

نحاول جمع أكبر قدر من المعلومات من خلال النماذج المعدة مسبقاً والمتوفرة لدينا. ويملأ النموذج من قبل الحالة أو الوالدين وذلك بهدف إعطاء معلومات حول تاريخ المشكلة وتطورها.

2. مقابلة الوالدين:

نوضح للأهل ونصف لهم عملية التقويم ونحصل على بعض المعلومات عن تاريخ المشكلة لدى الطفل ونحاول مساعدة الوالدين في تحديد ما يعتقدون أنه سيمكن الطفل من التعامل مع مشكلته (زريقات, 2005).

3. مقابلة الطفل (المعالَج):

وذلك لتحديد المشكلة وتحديد مستوى الحاجة والرغبة في الخدمات العلاجية. ولذا نطلب من الطفل الحضور إلى غرفة المعالجة ونتكلم معه لمدة من الزمن لأن اللقاء الأول, الخطوة الأولى لبناء علاقة ثقة مع الطفل ومن المهم للطفل أن يشعر بأننا مهتمون به حقاً وصدقاً, كما أننا مهتمون بتأتأته.

4. أدوات التقويم:

ولتحديد مشكلة المتعالج بدقة يجب على المعالج استخدام مجموعة من الأدوات لتقويم التأتأة فمثلاً من خلال كلام الطفل في المقابلة نحدد أنماط التأتأة الموجودة في كلامه ولمعرفة مدى تعمق الاضطراب علينا الحصول على عينة كلامية ويقصد بالعينة الكلامية الكلام الذي ينتجه الطفل تحت ظروف يبدعها المعالج بهدف تحليله والوقوف على شكل الاضطراب ومواقعه ومن هذه العينات: العينة الكلامية العفوية، ويتم تنفيذها مع الطفل على شكل جلسة لعب تظهر عفوية بالنسبة للطفل ولكنها تكون منظمة بالنسبة للمعالج وتأخذ الجلسة شكل عرض مجموعة من الصور وقد يلجأ المعالج إلى حث الطفل على الكلام الحواري من مثل ذكر أحداث مرت معه في ذلك اليوم أو تسمية الأشياء الموجودة في محيط الغرفة أو ما قد يستطيع رؤيته من خلال النافذة.
عينة قرائية: يمكن إجراء حوار عادي ومن ثم الطلب إليه قراءة نص سهل إذا كان بإمكانه القراءة.

5. التشخيـــص:

من خلال المعلومات التي تم جمعها نحدد وضع الطفل والطريقة العلاجية المناسبة له وكذلك نحدد الظروف البيئية التي لها أثر في زيادة التأتأة لديه وما زالت قائمة ونحاول إزالتها (السرطاوي،أبو جودة ، 2000 : 347 – 348) .

6. إنهاء المقابلة:

نعطي الآباء فكرة عن وضع ابنهم وعن الطريقة العلاجية التي ستستخدم معه وكذلك نخفف عنهم الشعور بالذنب تجاه ابنهم وقد نعطيهم فكرة عما سيؤول إليه التدريب من نتـــائج إن ســـار التدريب على ما يرام وفق الخطوات الموضوعة له.

سادساً: علاج التأتأة:

إن الهدف الرئيس من معالجة التأتأة هو إيقافها أو الحد من تأثيراتها وعلى وجه التحديد تتمثل الأهداف العلاجية في إضعاف تأثير العوامل التي ترتبط بالتأتأة وإزالة الأعراض الثانوية التي تنجم عنها وتعديل أشكال التأتأة مما يساعد الفرد على التخلص من العادات الكلامية الخاطئة ومعالجة الخوف والقلق والتجنب والمظاهر الانفعالية الأخرى التي ترتبط بالتأتأة (الخطيب والحديدي ،1997) وتبعاً لذلك هناك بعض الأمور التي يجب على المعالج أن يلم بها قبل البدء بالعلاج أو التقويم. وذلك لأن هذه الأمور توجه مسار تفكير المعالج بشكل صحيح في تقويمه وعلاجه لحالات التأتأة ومن هذه الأمور إلمام المعالج بأسباب التأتأة ومراحل تطورها بالإضافة إلى ضرورة إلمامه بالسلوك الأنسب للكلام، مع إحاطته بالأهمية الواجب إعطاؤها لمشاعر المتأتئ ومواقفه تجاه كلامه (السرطاوي، أبو جودة، 2000: 390). ومع تعدد وجهات النظر التي ظهرت محاولة تعريف التأتأة وشرح أسبابها تعددت الأساليب والطرق المستخدمة في العلاج فقد استخدم ولبي (Wolpe) تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization) في علاج التأتأة وذلك بتعليم الشخص المتأتئ استجابة بديلة للمخاوف والقلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل (Wolpe, 1982, P.289). واستخدم شامز (Shames) ورفاقه نموذج الكلام البطيء (Slowed – down – Speech Pattern) الذي يسمح باستمرار إخراج الأصوات الكلامية بين الكلمات التي يتم تشكيلها (Shames, 1982 ,P. 90). كما وضع وبستر (Webester) برنامج دقة وأحكام طلاقة (Precision Fluency Shaping Program) والذي يقوم على فرضية أن العملية الصوتية عند المتأتئين مشوهة وبحاجة إلى إعادة بناء وتدريب (عطية، 1988: 46). واستخدم مور (Moore) ورفاقه التعزيز والعقاب المتزامن مع الاستجابة حيث يتم تقديم العقاب بشكل متزامن مع حدوث سلوك التأتأة وبالمقابل يتم تقديم التعزيز بشكل متزامن مع الكلام بطلاقة (Moore, 1971, P.P:43-48). واستخدم فشمان (Fishman) أسلوب الممارسة السلبية (Negative Practice) والذي يقوم على أساس ممارسة الشخص المتأتئ للتأتأة بأقصى درجة ممكنة (Yates, 1970, P.88) بينما استخدم شيري (Chery) ورفاقه أسلوب الترديد (Shadowing) والذي يقوم على أساس ترديد الشخص المتأتئ الكلمات وراء المعالج كما

يسمعها (Yates, 1970, P.107). واستخدم البعض الآخر أسلوب تعزيز السلوك الإيجابي للتحدث بانسياب حيث يؤدي الانقطاع عن التأتأة لفترات قصيرة إلى الحصول على التعزيز وينبغي هنا أن تكون المدة التي يستخدم فيها التعزيز قصيرة لدرجة تكفي لنفي التأتأة في أثنائها على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة (شيفر، ميلمان، 1989: 86- 87).

وأكد ميير (Meyer) وأندروس (Androews) بأن التأتأة في الكلام تقل عندما يصبح الكلام منغماً وتقوم طريقة الكلام المنغم (Rhythmic Speech) على افتراض أن تقطيع الكلمات أو المقاطع حسب نغمة معينة يؤدي إلى تقليل التأتأة (Fransella, 1971, P.P 265- 271). كما قدم كل من بورنس (Burns) وبرادي (Brady) وصفاً لتقنية في معالجة التأتأة تدعى التدفق السلس للهواء (Air flow) أو البداية السهلة (Easy onset) حيث يبدأ الكلام مع عملية زفير ناعمة ويبدأ بالمقطع الأول والذي يختلط بشكل تدريجي (Imperceptibly) مع الزفير المتدفق بشكل سلس وتزيل هذه الطريقة بعض الصعوبات التي يواجهها بعض الأفراد الذين يعانون من التأتأة في عملية إعدادهم للكلام (Wolpe, 1982, P.P 289-299). بالإضافة إلى طرق العلاج السابقة كان هناك أيضاً العلاج الطبي المتمثل باستخدام العقاقير ومن أهم العقاقير التي استخدمت في علاج التأتأة عقار الالويدول بالإضافة إلى بعض الأدوية الحاوية على مهدئات القلق والانفعالات ولكن ثبت أن هذه الطريقة غير علمية وغير مجدية ولها محاذير مثل الإدمان على العقاقير (حموده، 1991: 87).

أما العلاج النفسي فإنه يهدف إلى الكشف عن الصراعات الانفعالية التي يعيشها الفرد الـــذي يعاني من التأتأة والتي مر بها خلال سنوات حياته (حسين، 1986: 54). وأن العـــلاج النفســـي للأطفال يعتمد نجاحه على تعاون الآباء والأمهات ودرجة صحتهم النفســـية (جـــرجس، 1990: 137).

ومن أشهر أنواع العلاج النفسي:

- العلاج باللعب.
- العلاج بطريقة تحليل الصور.
- العلاج بالإيحاء.
- العلاج بالاسترخاء (شلباية، 2007: 23).

أما الدراسة الحالية فتهتم بالتعرف إلى طريقة تنظيم التنفس وتبطئ معدل سرعة الكلام في معالجة حالات التأتأة.

سابعاً: طريقة تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام في علاج التأتأة.

تتضمن آلية الكلام ثلاثة أجهزة عضوية- فيزيائية وهي: الجهاز التنفسي، وآلية أعضاء النطق، وجهاز إنتاج الأصوات. أما الجهاز التنفسي فهو الذي يسمح بدخول الهواء إلى الرئتين وخروجه ماراً بأعضاء النطق لإحداث الأصوات. وتتألف الرئتان من نسيج اسفنجي مرن، وتتوضعان في القفص الصدري، وعندما يتم الشهيق يتمدد الحجاب الحاجز للأعلى ويتحرك القفص الصدري للخارج الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حجم التجويف الصدري، ويقلل من ضغط الهواء داخل الرئتين حيث يندفع بالتالي إلى الداخل. أما في الزفير فيتم العكس، حيث يندفع الهواء عبر القصبات الهوائية ويصطدم بالحبال الصوتية محدثاً اهتزازات تقود إلى إنتاج الأصوات وهو الجزء الثالث. أما في الجزء الثاني وهو آلية أعضاء النطق فالأصوات تندفع من الحنجرة وتتصل بالتجويف الحلقي والفم والأنف واللسان، وهذه الأجهزة تؤلف كلاً متكاملاً لتشكل آلية النطق المرتبطة أصلاً بالجهاز العصبي المركزي والدماغ.

التدريب على تنظيم التنفس:

إن تنفس الأطفال بصورة عامة تنفس إيقاعي منظم، إلا أنه لا يخلو من عدم الانتظام بخاصة في أثناء الكلام، لأنه في أثناء الراحة منظم تلقائياً تتناوب فيه عمليتا الشهيق والزفير بانتظام، أما التنفس في أثناء الكلام فهو منظم إرادياً، والأول – غالباً – يتم التنفس فيه عبر الأنف بينما الثاني عبر الفم إضافة إلى الأنف.

والذي يحصل أن كثيراً من الأطفال يبالغون في تنفسهم بحركات الصدر العليا في أثناء الكلام، حيث يرفعون أكتافهم إلى الأعلى، وهذا النوع من التنفس عند الأطفال يؤدي إلى انقباض عضلات العنق ويعيق اللفظ، ويظهر هذا التنفس عند الأطفال المصابين بالتأتأة. من الأطفال من يقوم بتنفس عميق وقوي عندما يلفظ جملة طويلة أثناء سرده لقصة، وفي هذه الحالة فإن التنفس يستهلك كمية كبيرة من نسبة الزفير، لذا فإن أواخر الكلمات- غالباً- تستنفذ احتياطه من الهواء الموجود داخل الرئتين، ومثل هذا الأمر يعيق طلاقة التعبير وسلاسته. ولمواجهة هذه المظاهر يمكن استخدام كل من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام وفقاً لما يلي:

1- التمارين التحضيرية في التنفس السليم: وتعتمد هذه التمارين على التنفس البطني وففيه نستهدف تقوية عضلات البطن وعضلات التنفس وآليته لكي يتمكن الطفل من تنظيم تنفسه بشكل صحيح، وتشمل هذه التمارين على تمارين عامة مثل الشهيق العميق يليه الزفير الطويل، ويمكن أن يكون هذا التمرين مترافقاً مع رفع الذراعين إلى الأعلى وخفضهما إلى الأسفل.

2- تمارين التنفس في أثناء الكلام: تتم هذه التمارين في أثناء الكلام بشكل تلقائي دون قسر. يفضل في المراحل الأولى للتنفس الكلامي أن يكون الأطفال في حالة استرخاء من أجل تحقيق الانسجام والتوافق بين التنفس ومتطلبات اللفظ.(أبو فخر، 2005: 313.....)

3- تدريب الطفل على تبطيء معدل سرعة الكلام وذلك بقول جملة ضمن فترة زمنية محددة كأن ينتج جملة مؤلفة من ثلاث كلمات خلال (6 ثواني) مثلاً ثم تدريبه على إنتاج جملة مكونة من أربع كلمات خلال الفترة الزمنية ذاتها وهي (6 ثواني) متدرجين بذلك من البسيط السهل إلى المركب الصعب.

تساعد هذه الخطوات على تسهيل عملية الكلام بطلاقة حيث تهدف هذه الأساليب إلى تشكيل وبناء الطلاقة وتعنى بزيادتها بانتظام وصولاً إلى استبدال لحظات التأتأة بالطلاقة وتقوم هذه الأساليب على بناء الطلاقة في العيادة ومن ثم تعميم الكلام الطليق على حياة المتأتئ اليومية ويمكن تلخيص ما يتطلبه تطبيق هذه الأساليب باتباع ما يلي :

1. تنظيم تنفس المتأتئ: فوفقاً لتعليمات تنظيم التنفس فإن المتأتئ يتوقف عن الكلام عندما تظهر التأتأة ويأخذ نفساً عميقاً من خلال عملية الشهيق ثم يبدأ بالكلام أثناء عملية الزفير وهكذا (Azrin & Gagnon, Ladouceur, 1992, P.P 113- 129) (Nunn, 1974, P.P 279-283).

2. تشكيل مستوى أساسي من الطلاقة وذلك بأن ينتج المتأتئ استجابة قصيرة تتصف بالطلاقة ويبدأ هذا الأسلوب بالتركيز على التراكيب البسيطة وصولاً إلى الجمل حيث تعزز الاستجابات الصحيحة مع ملاحظة أن طول الاستجابات وتلقائيتها تزداد بانتظام و تدريجياً إلى أن يستطيع المتأتئ تحقيق الطلاقة في العيادة.

3. مساعدة المتأتئ على تشكيل الطلاقة وذلك بتغيير أنماط كلامه حيث نبدأ بحديث شديد البطء ثم نزيد سرعة كلامه للوصول به إلى السرعة الطبيعية.(السرطاوي وأبو جودة،2000)

وقد صممت الباحثة برنامجاً علاجياً قائماً على تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام في محاولة لتخفيف شدة التأتأة الابتدائية. والبرنامج موضح في الملحق رقم(5).

الفصل الخامس

(منهج وإجراءات الدراسة)

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: مجتمع الدراسة.

ثالثاً: عينة الدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة.

خامساً: إجراءات الصدق والثبات لأدوات الدراسة.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو **المنهجُ شبهُ التجريبي ذو تصميم المتوالية الزمنية**، وقد سمي شبه التجريبي لأنه جزئياً تجريبي، حيث لا يستطيع الباحث ضبط جميع متحولات الدراسة التي تهدد الصدق الداخلي ضبطاً تجريبياً تاماً، لذلك يواجه الباحث مواقف لا يستطيع توفير متطلبات التصميم التجريبي الحقيقي، مما يتيح القيام ببعض إجرءات الضبط ضمن حدود معقولة وبالقدر الذي تسمح به الظروف الموضوعية، وسمي تصميم المتوالية الزمنية لأنه يعتمد على مجموعة تجريبية واحدة من دون مجموعة ضابطة، ووجود سلسلة من الاختبارات القبلية وسلسلة من الاختبارات البعدية، والهدف منها تتبع التغيرات التي طرأت على العينة التجريبية قبل البرنامج شبه التجريبي وأثناءه وبعده (**الكيلاني والشريفين**، 2006: 74-76).

ثانياً: مجتمع الدراسة:

أطفال يعانون من تأتأة ابتدائية.

ثالثاً: عينة الدراسة:

وهي عينة غير عشوائية وتسمى العينة الغرضية أو المقصودة وعرفها رجاء أبو علام: " بأنها اختيار الحالات المطلوبة بناء على غرض خاص أو غرض يسعى الباحث فيه لتحقيق أهداف الدراسة" (أبو علام، 2004: 174)، لذلك فاختيار العينة يكون بطريقة مقصودة حيث قامت الباحثة بزيارة عدة مراكز للتربية الخاصة بمدينة دمشق منها (منظمة آمال، مركز جديدة عرطوز التخصصي،مركز المستقبل) للاطلاع على الحالات الموجودة ثم طلبت من القائمين على هذه المراكز الإبلاغ عن ورود أي حالة تأتأة، وعلى مدى شهر ونصف كانت الباحثة تراجع باستمرار هذه المراكز وتقوم بتقييم ما يردها من حالات، وقد بلغت العينة التي تم تقييمها (10) حالات تم تشخيصهم بأنهم يعانون من التأتأة وكانت موزعة على الشكل الآتي : (1) شديدة، (2) متوسطة، (7) ابتدائية،وكانت شروط اختيار العينة في: 1-أن تتراوح أعمار الأطفال بين 6-8 سنوات 2- أن تكون شدة التأتأة ابتدائية 3- ألا يعاني الأطفال من أية إعاقة أخرى. وبالاعتماد على مقياس شدة التأتأة (SSI) تم اختيار (7) سبعة أطفال يعانون من التأتأة الابتدائية، وهو شرط أساسي لتحقيق هدف البرنامج. واستبعدت الباحثة طفلين، لعدم تناسب عمرهما، وبذلك تم تطبيق البرنامج على (5) أطفال وفقاً لنتائج الاختبار وشرط العمر.

رابعاً: أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

1- **بطاقة الملاحظة**: من إعداد الباحثة للتحقق من فروض الدراسة: أعدت الباحثة بطاقة مكونة من (18) فقرة استهدفت فيها الباحثة السلوكات الممثلة للتأتأة، بهدف تطبيقها في بداية تطبيق البرنامج وعند الانتهاء منه لمعرفة مدى التحسن الناتج عن تطبيق البرنامج لذلك تم تقسيم بطاقة الملاحظة إلى قسمين:

- السلوكات الرئيسة: وهذه السلوكات هي التكرار والإطالة والتوقف.
- السلوكات الثانوية: المتمثلة بسلوكات التجنب والهروب.بطاقة الملاحظة موضحة في الملحق (4).

2- **أداة قياس شدة التأتأة** (Stuttering Severity Instrument) (SSI): النسخة الأولى من أداة قياس شدة التأتأة تم نشرها في جريدة عيوب السمع والنطق (رايلي1972) وقد تم استخدامها لدى العديد من المعالجين والباحثين منذ أول إصدار لها.والنسخة الأكثر حداثة ظهرت عام(1994) وهي (SSI-3) ومتوفرة على شكل استمارات وكتيبات كسابقاتها. كما إن (SSI-3) واحدة من إجراءات التأتأة القليلة التي عملت على معايرة إجراءات جمع نماذج الكلام ووضع نقاط الإحراز وهي الوحيدة التي تشمل الحالات الثلاثة (التكرار-المدة-المعايرة ونقاط التصويب المحرزة). ويقسم تطبيق المقياس إلى عدة مراحل:

المرحلة الأولى: إجراءات تحديد شدة التأتأة لدى مجموعة من أطفال عينة الدراسة المطلوبة وهم الأطفال الذين يعانون من تأتأة ابتدائية، من خلال ملاحظة المظاهر الأساسية للتأتأة وفق مقياس (SSI) تبعاً لما يلي:

التكرار: حيث يتم تحديد نسبة التكرار عند الطفل بتكليفه بثلاث مهام:

A. العينة الكلامية العفوية.

B. وظيفة القراءة.

C. وظيفة وصف الصورة .

A. العينة الكلامية العفوية: حيث نطلب من الطفل التكلم لمدة خمس دقائق من دون أي تدخل من المعالج (يعني احك لنا ماذا حدث معك اليوم في المدرسة أو مع من أتيت إلى المركز).

B. وظيفة القراءة: حيث يعطى الطفل مقطعاً معيناً مناسباً لعمره ولمستواه ونطلب منه قراءته دون تقديم أي ملاحظات له. إذا كان الطفل غير قادر على القراءة نأخذ عينة وصف صور أي(يستعاض عن مقطع القراءة لدى الأطفال الصغار بقصة مصورة تستثير

(عبارات محددة). وقد شمل المقياس تعديل تضمن أن الأشخاص الأميين (الذين لا يعرفون القراءة) وكذلك الأطفال غير القادرين على القراءة يؤخذ منهم عينة وصف صور فقط.

C. وظيفة وصف الصورة: وفيها نقوم بإعطاء الطفل صوراً معينة ونطلب منه وصف ما يراه في كل صورة بحيث تكون مدة الوصف لديه من دون أي تدخل من المعالج (4–6) دقائق. ويترافق مع كل مهمة نسبة ورصيد بموجبهما يتم تحديد نسبة التكرار وذلك وفق المثال التالي:

في مهمة وصف الصورة: إذا كانت نسبة التكرار في هذه المهمة (4) تكرارات فإننا نأخذ القيمة المقابلة لها في الرصيد وهي (8) حسب مقياس (SSI)، وفي مهمة القراءة:إذا كانت نسبة التكرار مثلاً عند قراءة الطفل من 2 – 3 نأخذ الرصيد المقابل لها وهو (3)، وفي العينة الكلامية العفوية إذا كانت نسبة التكرار (4) نأخذ أيضاً الرصيد المقابل لها وهو (4) ثم نقوم بجمع الأرصدة الثلاثة (8 / 4 / 3) وبذلك يتم تحديد نسبة التكرار الموجودة عند الطفل.

المدة (الزمن): والمقصود بها التركيز على الإطالات التي يقوم بها الطفل أثناء حديثه مثال: فـــــــ

والناتج الذي نحصل عليه نقارنه بالجدول المرافق للمقياس ويتضمن الجدول شدات التأتأة حسب ناتج المجموع الكلي للأرصدة الثلاثة (التكرار، إطالة، عوامل فيزيائية) ، وفيما يلي عرض لجداول قياس وحساب شدة التأتأة وفق مقياس SSI:

الاسم:			التاريخ:		
1. التكرار					
A. مهمة الوظيفة		**B. مهمة القراءة**		**c. مهمة وصف الصورة**		التكرار (a + b) 1
النسبة	**رصيد المهمة**	**النسبة**	**رصيد المهمة**	**النسبة**	**رصيد المهمة**	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	
2. المدة (الزمن)						
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات				**الرصيد**		رصيد المدة 2
الهروب				1		
نصف ثانية				2		
ثانية				3		
9-2 **ثانية**				4		
13-10 **ثانية**				5		
60-30 **ثانية**				6		
أكثر من 60 ثانية				7		
3. **العوامل الفيزيائية المترافقة**						
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.						رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 3
1-الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة....1 – 2 – 3 – 4 – 5.						
2-الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك..1 – 2 – 3 – 4 – 5						
3-حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف النظر المستمر إلى المحيط..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5						
4- حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم.... 1 – 2 – 3 – 4 – 5						
الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3.....						

قياس حساب شدة التأتأة (SSI)

الشدة لدى الأطفال			الشدة لدى البالغين		
مجموع النقاط الإجمالي	النسبة	الشدة	مجموع النقاط الإجمالي	النسبة	الشدة
5-0	4-0	بسيطة جداً	16-0	4-0	بسيطة جداً
8-6	11-5	بسيطة	19-17	11-5	بسيطة
13-9	23-12	بسيطة	21-20	23-12	بسيطة
15-14	40-24	بسيطة	24-22	40-24	متوسطة
19-16	60-41	متوسطة	27-25	60-41	متوسطة
23-20	77-61	متوسطة	30-28	77-61	متوسطة
27-24	89-78	شديدة	33-31	89-78	شديدة
30-28	96-90	شديدة	36-34	96-90	شديدة
45-31	100-97	شديدة جداً	45-37	100-97	شديدة جداً

3- البرنامج التدريبي:

أولاً: أهداف البرنامج:

- **الأهداف البعيدة المدى**: أن يصل الطفل إلى طلاقة عفوية طبيعية عند الحديث في جميع المواقف ومع جميع الأشخاص.
- **الأهداف المتوسطة المدى**:- زيادة الطلاقة عند الطفل من خلال تطبيق استراتيجيات تشكيل الطلاقة المتمثلة بـــ تنظيم التنفس، تبطيء معدل سرعة الكلام

- تعميم استراتيجيات تشكيل الطلاقة في مواقف الحياة العامة.

ثانياً: الاستراتيجيات المستخدمة في البرنامج:

- التعزيز:

1- استخدام معززات معنوية / تشجيع لفظي / (جيد، أحسنت، بطل) بعد كل استجابة جيدة من قبل الطفل.

2- معززات مادية / صور، اللعب بالمكعبات /.... الخ وذلك بعد سؤال الأهل عما يحبه الطفل. ويتم تقديم المعزز للطفل بأسلوبين:

(تعزيز مستمر وتعزيز متقطع).

- دور الأهل:

إن دور الأهل مهم جداً لنجاح الخطة العلاجية فبعد شرح ما نقوم به للأهل يـــتم توضـــيح دورهم في العلاج من خلال تشجيع الطفل على تبطيء كلامه فـــي البيـــت وفـــي جميـــع المواقف اليومية ومع عدة أشخاص ومحاولة التكلم في البيت ببطء مـــن قبـــل المحيطـــين بالطفل إضافةً إلى مراقبة الطفل وتنبيهه عند التكلم بسرعة ومنع تقليد الطفـــل مـــن قبـــل الآخرين إن وجد.

- التعميم:

1. تحقيق الطلاقة داخل غرفة العلاج.
2. تحقيق الطلاقة داخل غرفة العلاج مع شخص غير مألوف.
3. تحقيق الطلاقة خارج غرفة العلاج مع المعالج.
4. تحقيق الطلاقة خارج غرفة العلاج مع شخص غير مألوف.
5. تعميم الطلاقة العفوية في المنزل.

6. تعميم الطلاقة العفوية في المدرسة وفي مواقف الحياة العامة.
7. تعميم الطلاقة العفوية على الهاتف من خلال: تلقي اتصال (الرد على الهاتف) وإجراء اتصال.

ثالثاً: مكونات البرنامج:

- أهداف ملائمة لاحتياجات الطفل أو مجموعة من الأطفال بناءً على التقويم لقدراتهم المعرفية واللغوية والسلوكية.
- نشاطات وجداول زمنية تستخدم لتسهيل الأهداف المحددة وتحقيقها.
- محيط مهيأ للتطبيق أي البيئة الطبيعية والاجتماعية وعناصر النشاط.
- الفترة الزمنية للبرنامج: تم تطبيق البرنامج التدريبي على مدار (8) أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع بشكل فردي تتراوح مدة كل جلسة (35 **د**) و بلغ عدد الجلسات (16) جلسة كما تظهر في ملحق عرض الجلسات رقم (5).

رابعاً: تطبيق البرنامج:

ويشمل أربع مراحل:

المرحلة الأولى: الاختبار القبلي.

المرحلة الثانية: تطبيق البرنامج التدريبي.

المرحلة الثالثة: الاختبار البعدي.

المرحلة الرابعة: اختبار المتابعة.(الملحق 5)

خامساً: إجراءات الصدق والثبات لأدوات الدراسة:

5-1اختبار الصدق (Validity):

ويقصد به: "صدق أداة جمع المعلومات والبيانات، ومدى قدرتها على أن تقيس ما تسعى الدراسة إلى قياسه فعلاً، بحيث تتطابق المعلومات التي يتم جمعها بواسطتها مع الحقائق الموضوعية، وبحيث تعكس المعنى الحقيقي والفعلي للمفاهيم الواردة في الدراسة بدرجة كافية" (Anastasi, 1982, P.81)، وأكد ذلك (عريفج وحسين) بأنه يعد الاختبار صادقاً إذا كان يقيس بالفعل الوظيفة المخصص لقياسها دون أن يقيس وظيفة أخرى (عريفج، وحسين، 1999: 83).

5-1-1- صدق المُحكِّمين(Face validity):

فقد اعتمدت الباحثة على الصدق الظاهري وعرفه علام بأنه: رفع استثارة المفحوصين للحد الأقصى لتقبل المقياس ولضمان تعاون المفحوصين في الموقف الاختباري" (علام، 2000: 257)،

5-1-2- **بطاقة الملاحظة**: فقد قامت الباحثة بعرض بطاقة الملاحظة في صورتها الأولية الملحق رقم (3) على مجموعة من السادة المحكمين ملحق رقم (1) للتأكد من صدق بطاقة الملاحظة وسلامة مفرداتها، وذلك من خلال إبداء آرائهم في الأمور التالية:

1. هل تحتوي بطاقة الملاحظة على عبارات غامضة؟.
2. هل يمكن تطبيق بطاقة الملاحظة على الفئة العمرية لعينة الدراسة؟.

كذلك من حيث مدى انتماء العبارة للبعد الذي وضعت فيه، والحكم على مدى وضوح العبارة، ومدى ملاءمة العبارات لما وضعت من أجله، ودقة الصياغة اللغوية، وقد قامت الباحثة باستشارة متخصصين في النطق والتربية الخاصة والقياس والتقويم فأشاروا عليها بما يلي:

الجدول رقم (1) يمثل إجراءات تعديل بطاقة الملاحظة.

قبل التعديل	بعد التعديل
تكرار حرف أول الكلمة	تكرار صوت أول الكلمة
تكرار حرف وسط الكلمة	تكرار صوت وسط الكلمة
حشو	تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة
التواصل البصري ضعيف	صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)

وأصبحت بطاقة الملاحظة بصورتها النهائية الملحق رقم (4).

ثانياً مقياس (SSI): تم إجراء نفس الخطوات السابقة فيما يتعلق بالمقياس وقد وافق السادة المحكمين على جميع خطوات المقياس والبرنامج دون أي تعديل يذكر.

5-2- الثبات (Reliability):

ويعني الثبات كما أشار العبد: "أن تكرار تطبيق أداة الدراسة على وحدة التحليل نفسها يؤدي إلى التوصل إلى النتيجة نفسها، بغض النظر عن الباحث الذي يقوم بتطبيق تلك الأداة، والمقصود بالثبات، قياس مدى استقلالية المعلومات، عن أدوات القياس ذاتها، أي مع توافر الظروف نفسها، والفئات والوحدات التحليلية والعينة الزمنية، ذلك أنه من الضروري، الحصول على النتائج نفسها، مهما اختلف القائمون بالتحليل ووقت التحليل" (العبد، 2003: 61). استخدمت الباحثة الثبات بالإعادة (Test-Retest Method) وقد تم الاعتماد على العينة الاستطلاعية التي طبقت على (10) أطفال من أجل تشخيصهم،كما تم إعادة تطبيق الأداة على العينة نفسها التي تم اختيارها وهي خمسة أطفال لكل من المقياس وبطاقة الملاحظة.

الجدول رقم (2) يوضح معاملات الثبات للأدوات.

مقياس	الثبات بالإعادة	مستوى الدلالة	القرار
مقياس (SSI)	0.98	.000	دالة
بطاقة الملاحظة	0.89	0.01	دالة

نلاحظ من الجدول رقم (2): معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس بلغ (0.98) ودال عند (0.00) وهو معامل ممتاز يدل على صلاحية ثبات المقياس، وبطاقة الملاحظة (0.89) ودالة عند (0.01) حيث يمكن الاعتماد على الأداتين في إتمام إجراءات الدراسة. **ثم قامت الباحثة بتطبيق الأدوات على عينة الدراسة من أجل تحليل النتائج وتحقيق أهداف الدراسة، وتظهر الدرجات على بطاقة الملاحظة ومقياس** (SSI) **في الملحق رقم (6).**

سادساً: الأساليب الإحصائية:

بعد أن قامت الباحثة بإجراء تطبيق البرنامج وحساب الدرجات الخام، كان لا بد من معالجة هذه الدرجات الخام ولقد تم استخدام برنامج (SPSS) لمعالجتها.بما أن تصميم الدراسة يتطلب قياس أفراد العينة في موقفين (اختبار قبلي واختبار بعدي)، ونظراً لصغر حجم العينة، فقد تم اختيار اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Signed Rank وهو البديل اللامعلمي لاختبار (T-Test). ويتميز هذا الاختبار بالكشف عن اتجاه الفروق بين أزواج الدرجات في العينات المترابطة.

الفصل السادس
(نتائج الدراسة)

أولاً:نتائج الدراسة.

ثانياً: مناقشة النتائج.

ثالثاً: التوصيات والمقترحات.

أولاً: نتائج الدراسة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة في ضوء أهدافها وفرضياتها. حيث هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي لخفض شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال.

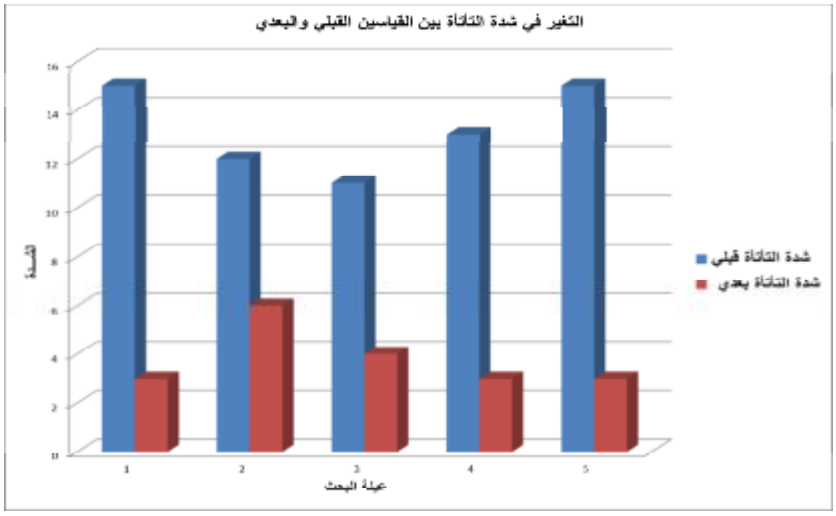
الفرض الرئيسي الأول:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة التأتاة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة (0.05).

جدول (3) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأتأة

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	13.2	1.78	15.00	0.04	دالة إحصائياً
القياس البعدي	3.8	1.30			

من خلال مراجعة الجدول (1) نجد أن قيمة (P) هي (0.04) وهي أصغر من (0.05) وبالتالي فالفروق ذات دلالة إحصائية. والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (3.8) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (13.2) ، وهذا يعني فعالية البرنامج التدريبي فيما يخص خفض درجات شدة التأتأة. والشكل التالي يمثل مدى التغيّر في شدة التاتأة قبل تطبيق البرنامج وبعده لدى أفراد العينة:



شكل (1) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة قبل تطبيق البرنامج وبعده.

ويتفرع عن الفرضية الأولى مجموعة من الفرضيات الفرعية:

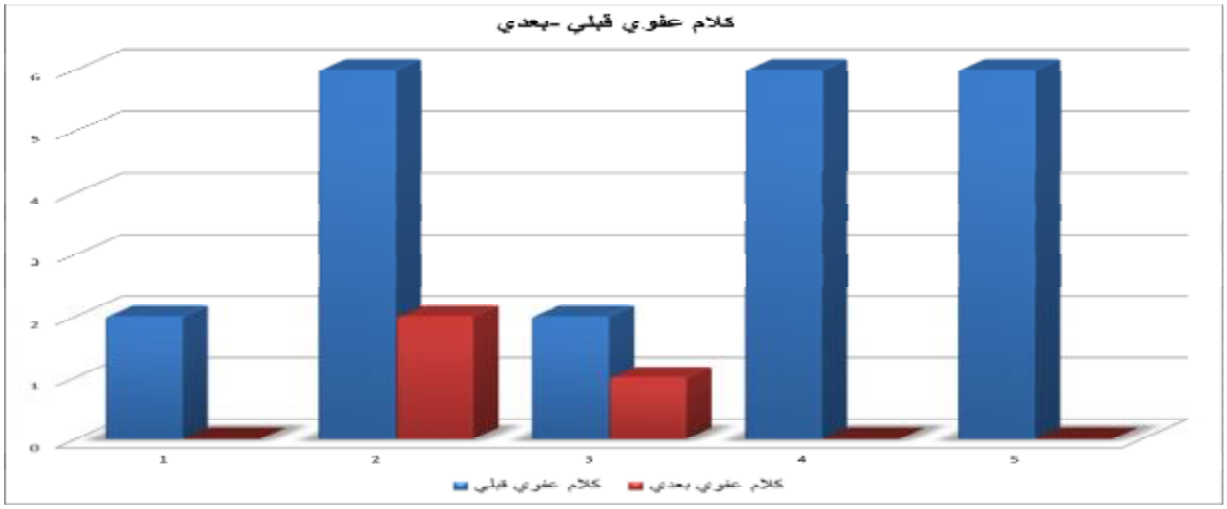
1. يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في الكلام العفوي بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من ذلك تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي :

جدول (4) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي للكلام العفوي

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	4.40	2.19	15.00	0.042	دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.60	0,89			

وبدراسة نتائج الجدول (2) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.042) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية. والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (0.60) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (4.40)، وهذا يعني فعالية البرنامج التدريبي فيما يخص خفض درجات شدة التأتأة أي أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي. والشكل التالي يمثل التغير في الكلام العفوي قبل وبعد تطبيق البرنامج لدى عينة الدراسة:



الشكل (2) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة بعد الكلام العفوي قبل تطبيق البرنامج وبعده.

من الشكل (2) نلاحظ أن الدرجات على بعد الكلام العفوي قد انخفضت بشكل واضح لدى الطفل الأول والرابع والخامس من عينة الدراسة.

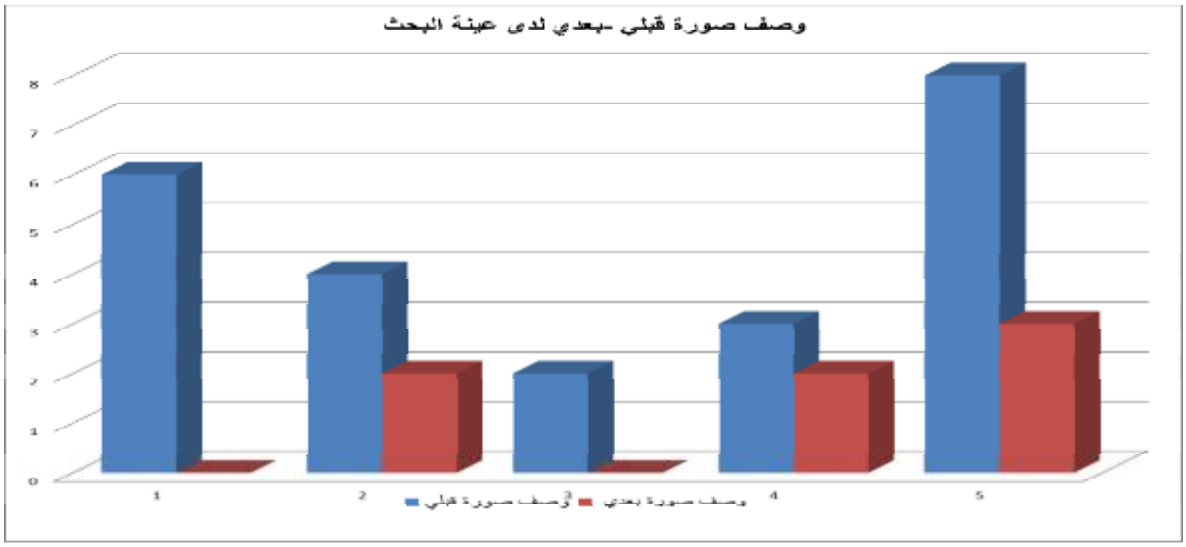
2. يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في وصف الصور بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (0.05).

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي:

جدول (5) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد وصف الصور.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	4.60	2.40	15.00	0.042	دالة إحصائياً
القياس البعدي	1.40	1.34			

وبدراسة نتائج الجدول (3) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.042) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية. والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (1.40) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (4.60)، وهذا يعني فعالية البرنامج التدريبي فيما يخص خفض درجات شدة التأتأة أي أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي والشكل التالي يمثل التغير في وصف الصور قبل وبعد تطبيق البرنامج لدى عينة الدراسة:



شكل (3) يمثل درجات أفراد العينة على بعد وصف الصور من مقياس شدة التأتاة في القياسين القبلي والبعدي.

من الشكل (3) نلاحظ أن هناك فرقاً واضحاً بين القياسين القبلي والبعدي فيما يتعلق بوصف الصور، وهذا الفرق يعزى لفعالية البرنامج على هذا البعد.

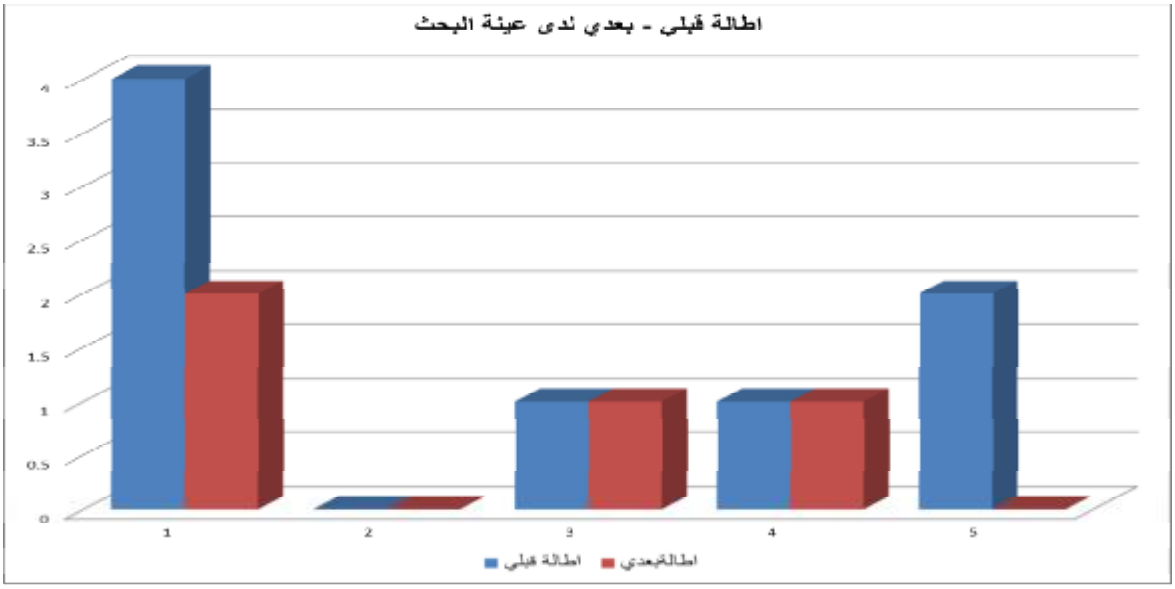
3. **يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مدة الإطالات بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (0.05).**

وتم تطبيق اختبار ويلكوكسن للتحقق من صحة هذا الفرض، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (6) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد مدة الإطالات

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	1.60	1.15	3.00	0.15	غير دال إحصائياً
القياس البعدي	0.80	0.83			

وبدراسة نتائج الجدول (4) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.15) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مدة الإطالات



قبل تطبيق البرنامج وبعده. والشكل التالي يمثل التغير في درجات إطالة الكلام لدى عينة الدراسة:

شكل (4) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالات) قبل تطبيق البرنامج وبعده.

من خلال الشكل (4) نجد ان الطفلين الثالث والرابع لم يحققا أي تحسن على بعد (مدة الإطالات) بعد تطبيق البرنامج.

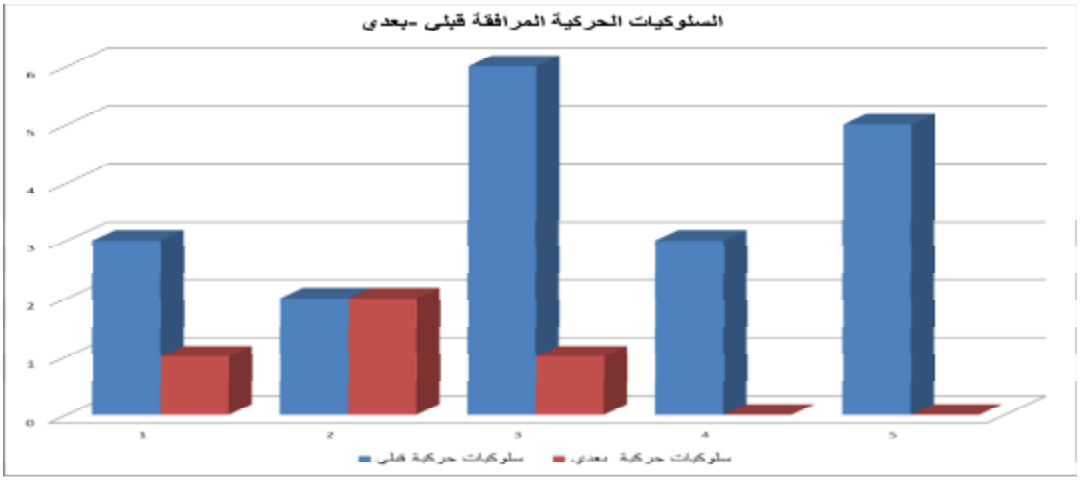
4. يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في السلوكيات الحركية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي :

جدول (7) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي على بعد السلوكيات الحركية.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	3.80	1.64	10.00	0.04	دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.80	0.83			

وبدراسة نتائج الجدول (5) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.04) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية، والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (0.80) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (3.80) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوكات الحركية المرافقة قبل تطبيق البرنامج وبعده. والشكل التالي يمثل التغير في السلوكيات الحركية المرافقة:



شكل (5) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الحركية) قبل تطبيق البرنامج وبعده.

من الشكل (5) نلاحظ أن هناك تحسناً واضحاً لدى الأطفال (الأول والثالث والرابع والخامس)، بينما لايوجد أي تحسن يذكر لدى الطفل الثاني على بعد (السلوكات الحركية).

الفرضية الرئيسة الثانية:

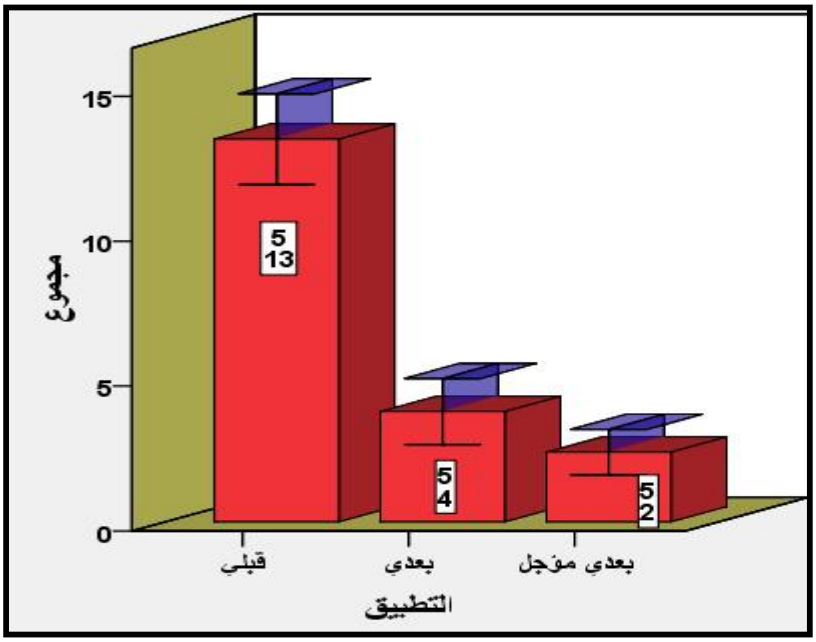
يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في شدة التأتأة بين القياس البعدي والقياس البعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي:

جدول (8) يمثل نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة w	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس البعدي	3.80	1.30	15.00	0.03	دالة إحصائياً
القياس البعدي المؤجل	2.40	0.89			

وبدراسة نتائج الجدول (6) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.03) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية، والفروق لصالح القياس البعدي المؤجل بمتوسط (2.40) وهو أصغر من متوسط القياس البعدي (3.80) أي مع مرور الوقت تحسن أداء الأطفال وانخفضت درجات شدة التأتأة.



شكل (6) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.

ويتفرع عن الفرضية الثانية مجموعة من الفرضيات الفرعية:

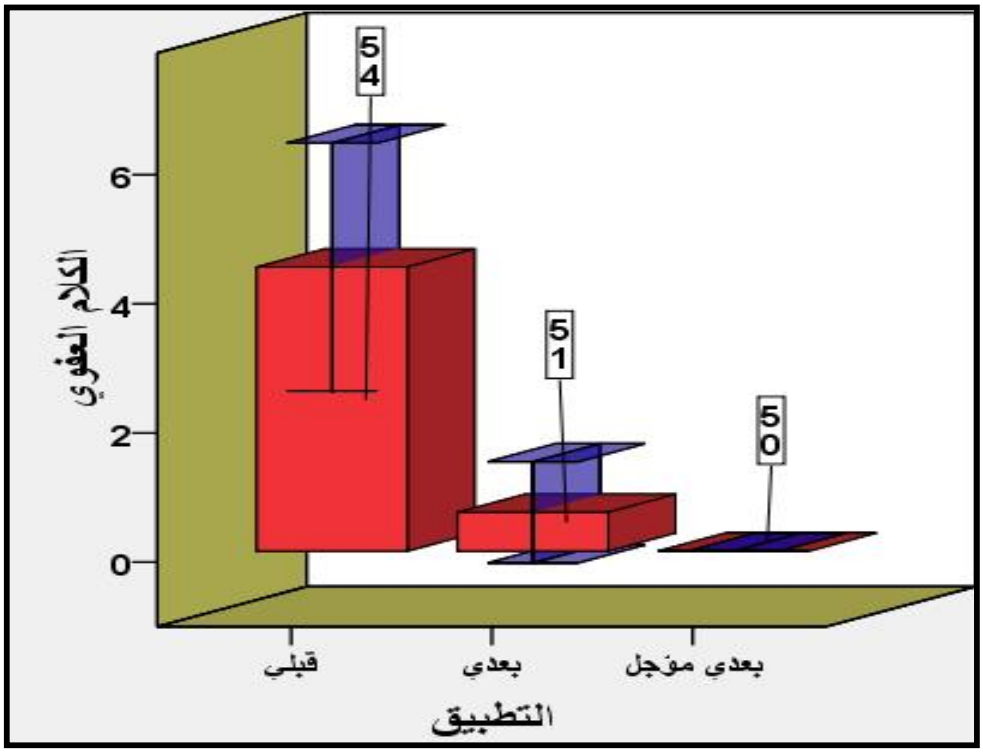
1- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في الكلام العفوي بين القياس البعدي والبعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من ذلك تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كما يلي :

جدول (9) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد الكلام العفوي.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس البعدي المؤجل	1.67	2.380	22.50	0.163	غير دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.60	0.89			

وبدراسة نتائج الجدول (7) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.163) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول لا يوجد فرق دال في الكلام العفوي بين القياس البعدي والبعدي المؤجل. مما يدل على فعالية البرنامج وثبات النتائج مع مرور الوقت. والشكل التالي يمثل التغير في الكلام العفوي قبل تطبيق البرنامج لدى عينة الدراسة وبعده:



شكل (7) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (الكلام العفوي) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.

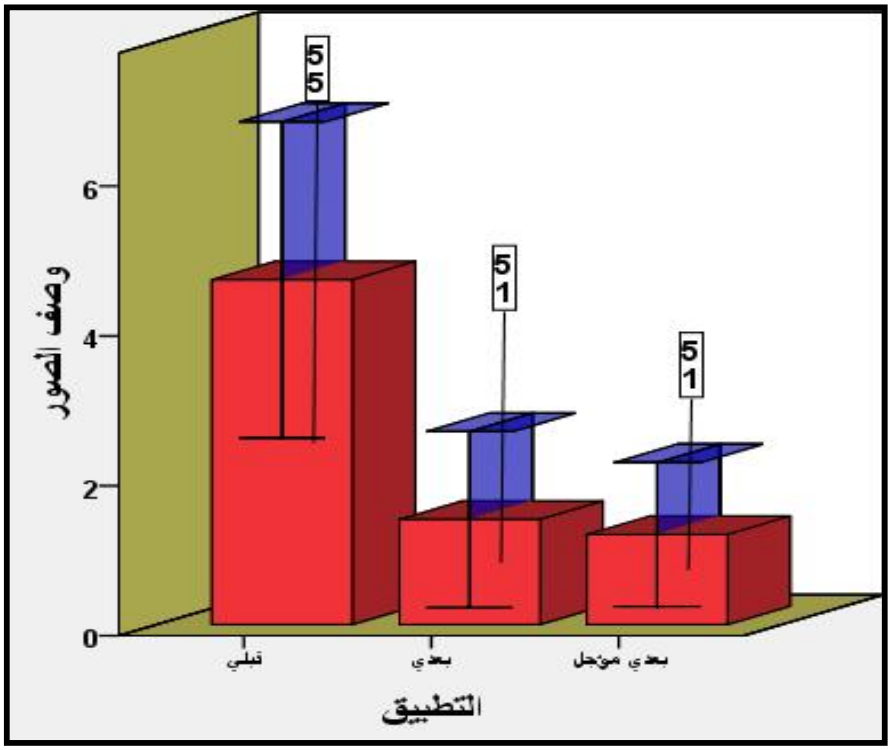
2- **يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في وصف الصور بين القياس البعدي والبعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).**

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي:

جدول (10) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد وصف الصور.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس البعدي المؤجل	2.40	2.261	26.00	0.729	غير دالة إحصائياً
القياس البعدي	1.40	1.34			

وبدراسة نتائج الجدول (8) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.729) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول لا يوجد فرق دال في وصف الصور بين القياس البعدي والبعدي المؤجل. مما يدل على فعالية البرنامج وثبات النتائج مع مرور الوقت. والشكل التالي يمثل التغير في وصف الصور بين القياس البعدي والبعدي المؤجل لدى عينة الدراسة:



شكل (8) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (وصف الصور) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.

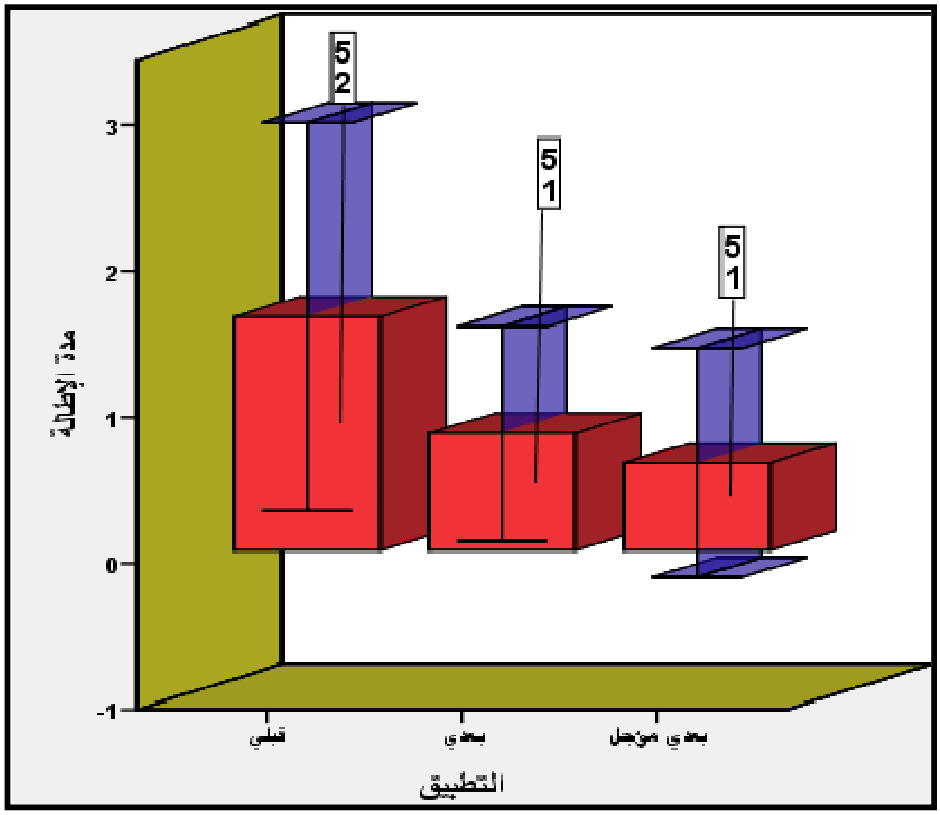
3- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في مدة الإطالات بين القياس البعدي والبعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).

وتم تطبيق اختبار ويلكوكسن للتحقق من صحة هذا الفرض ، وكانت النتائج كالتالي :

جدول (11) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد مدة الإطالات

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس البعدي المؤجل	1.00	1.134	25.5	0.650	غير دال إحصائياً
القياس البعدي	0.80	0.83			

وبدراسة نتائج الجدول (9) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.650) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول لا يوجد فرق دال في وصف الصور بين القياس البعدي والبعدي المؤجل. مما يدل على فعالية البرنامج وثبات النتائج مع مرور الوقت.والشكل التالي يمثل التغير في مدة الإطالات قبل تطبيق البرنامج لدى عينة الدراسة وبعده:



شكل (9) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالة) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.

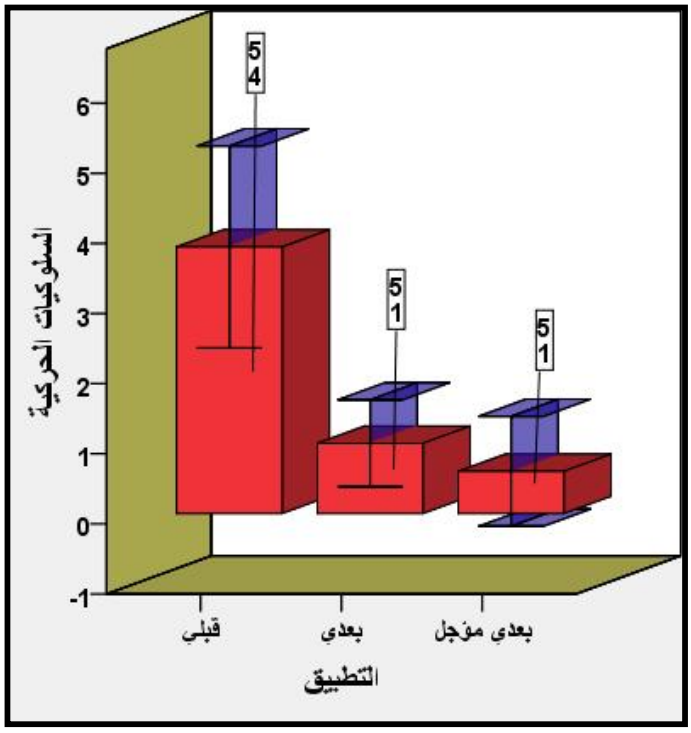
4- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في السلوكيات الحركية بين القياس البعدي والبعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي :

جدول (12) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين البعدي والبعدي المؤجل لبعد السلوكيات الحركية.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس البعدي المؤجل	1.80	1.821	23.50	0.371	غير دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.80	0.83			

وبدراسة نتائج الجدول (10) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.371) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول لا يوجد فرق دال في السلوكيات الحركية بين القياس البعدي والبعدي المؤجل. مما يدل على فعالية البرنامج وثبات النتائج مع مرور الوقت. والشكل التالي يمثل التغير في السلوكات الحركية قبل تطبيق البرنامج لدى عينة الدراسة وبعده:



شكل (10) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الحركية) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.

الفرضية الرئيسة الثالثة :

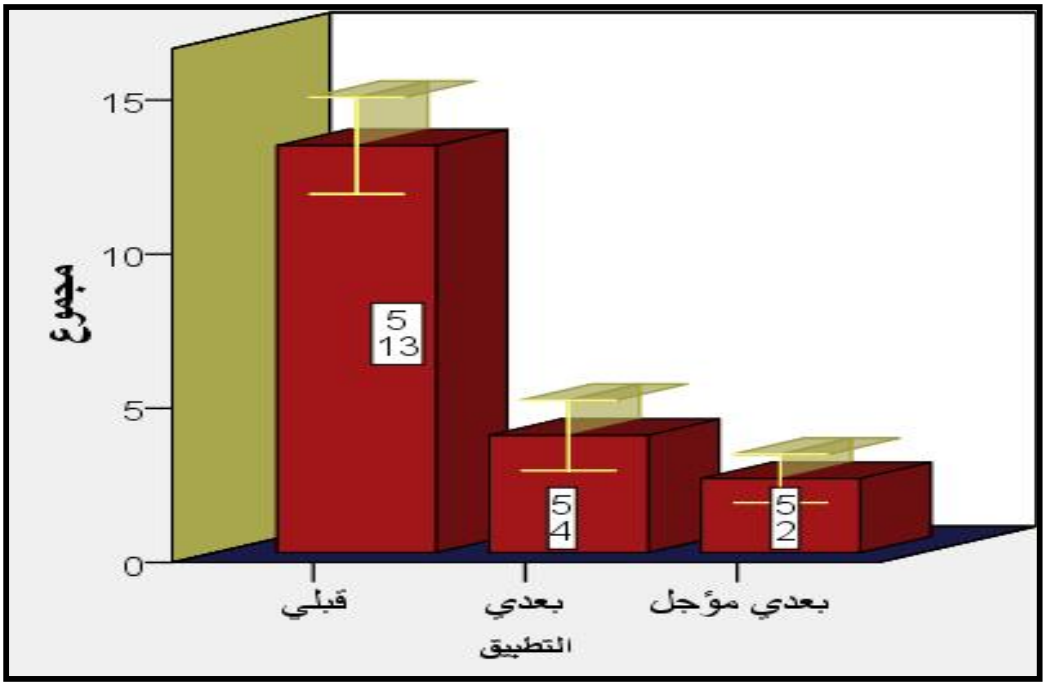
توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي المؤجل لصالح قياس البعدي المؤجل عند مستوى دلالة (0.05).

للتحقق من صحة الفرضية الثانية تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي :

جدول (13) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي المؤجل.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	13.2	1.78	15.00	0.04	دالة إحصائياً
القياس البعدي المؤجل	2.40	0.89			

وبدراسة نتائج الجدول (11) يتضح أن : قيمة (P) تساوي (0.04) وهي أصغر من مستوى الدلالة (5%) وبالتالي نقبل الفرضية، والفرق لصالح القياس البعدي المؤجل بمتوسط (2.40) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (13.2) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي المؤجل لصالح القياس البعدي المؤجل



شكل (11) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس القبلي والبعدي.

ولتعقب التغيرات على عينة الدراسة فيما يخص مظاهر التأتأة فقد تم تطبيق بطاقة ملاحظة في الجلسة الأولى من جلسات البرنامج، ثم أعيد تطبيقها في الجلسة الأخيرة من جلسات البرنامج ومن خلال ذلك وضعت الباحثة الفرضيتين التاليتين وذلك بهدف مقارنتهما كما يلي:

الفرضية الرئيسة الرابعة :

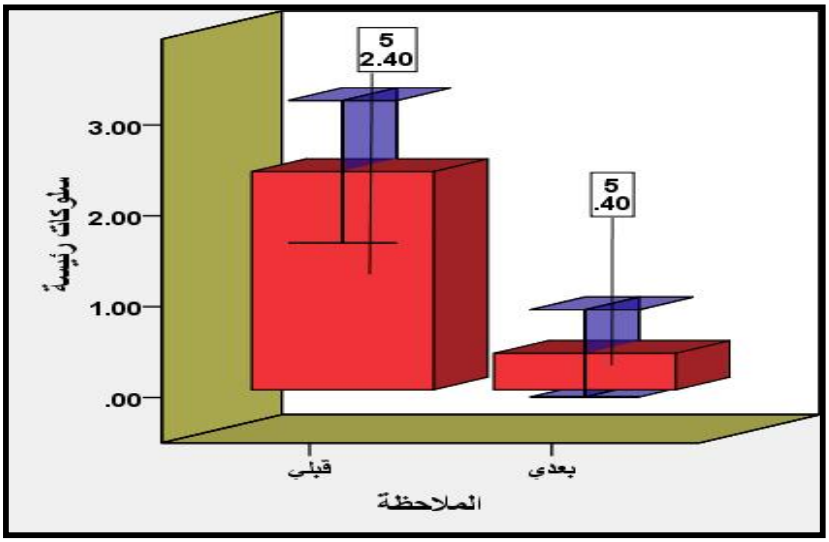
4-1 يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الملاحظة لبعد السلوكات الرئيسية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى الدلالة (0.05)

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي:

جدول (14) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد السلوكات الحركية الرئيسية.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	2.40	0.894	15.00	0.06	دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.40	0.547			

وبدراسة نتائج الجدول (12) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.06) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية، والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (0.04) وهو أصغر من متوسط القياس القبلي (2.40)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوكيات الرئيسية المرافقة قبل تطبيق البرنامج وبعده. والشكل التالي يمثل مدى التغير في السلوكات الرئيسية المرافقة:



شكل (12) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الرئيسة) بين القياس القبلي والبعدي.

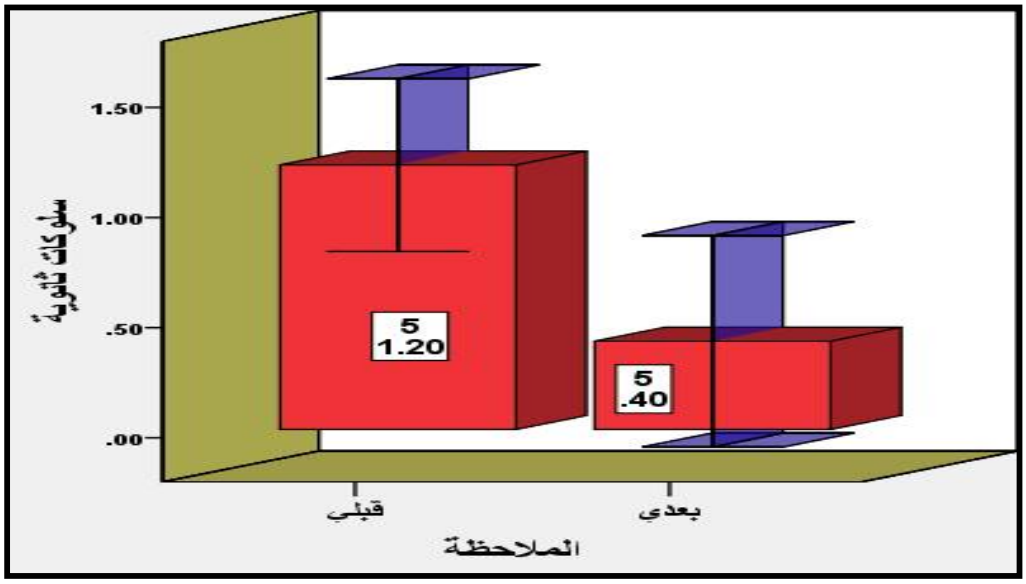
2-4 يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الملاحظة لبعد السلوكات الثانوية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى الدلالة(0.05):

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم تطبيق اختبار ويلكوكسن وكانت النتائج كالتالي :

جدول (15) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسن للفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لبعد السلوكات الحركية الثانوية.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة W	قيمة (P)	مستوى الدلالة
القياس القبلي	1.20	0.447	19.00	0.042	دالة إحصائياً
القياس البعدي	0.40	0.547			

وبدراسة نتائج الجدول (13) يتضح أن: قيمة (P) تساوي (0.042) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نقبل الفرضية، والفرق لصالح القياس البعدي بمتوسط (0.40) وهوأصغر من متوسط القياس القبلي (1.20) أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوكات الثانوية المرافقة قبل تطبيق البرنامج وبعده. والشكل التالي يمثل مدى التغير في السلوكات الثانوية المرافقة



شكل (13) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الثانوية) بين القياس القبلي والبعدي.

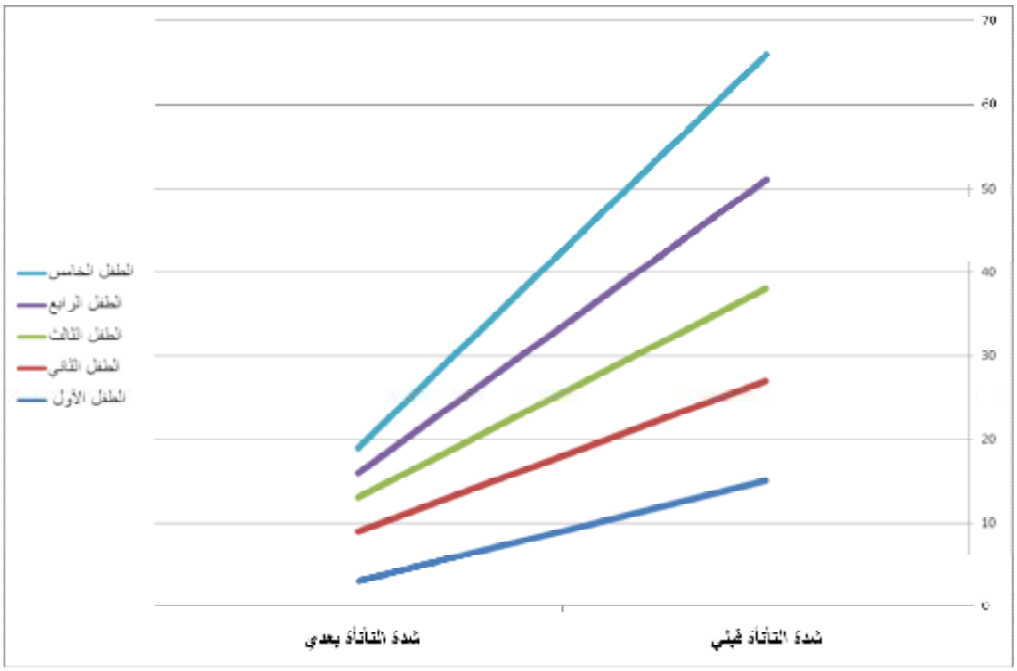
جدول (16) يوضح درجات الأطفال على مقياس (SSI) في القياسات الثلاثة

الطفل	اختبار قبلي	اختبار بعدي	اختبار بعدي مؤجل
الأول	15	3	2
الثاني	12	6	4
الثالث	11	4	2
الرابع	13	3	2
الخامس	15	3	2

تمثيل النتائج بطريقة الخط القاعدي :

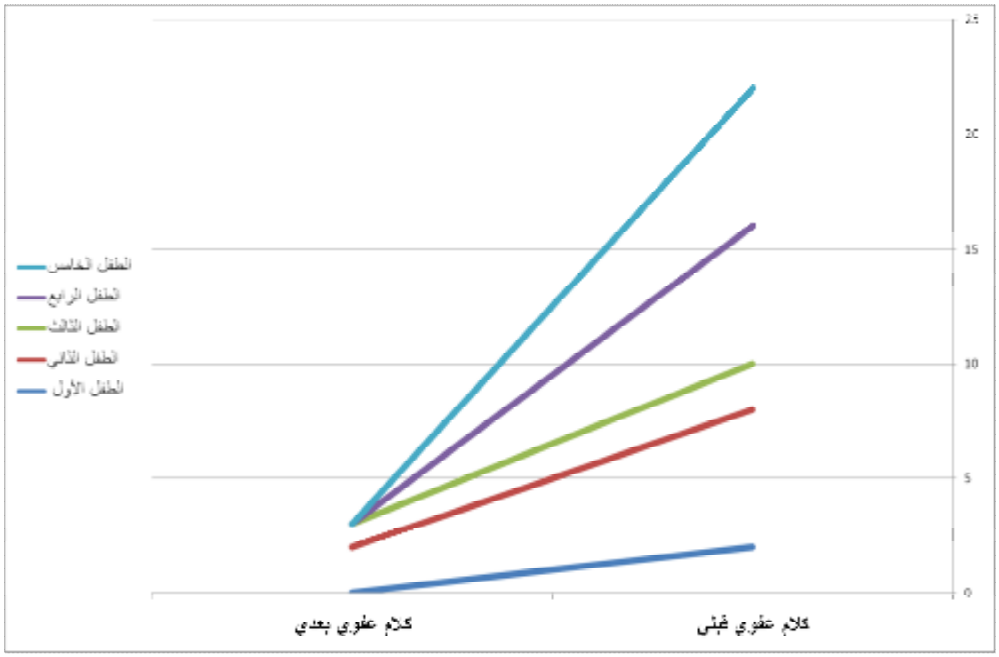
الفرضية الرئيسة الأولى:

شكل (14) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة قبل تطبيق البرنامج وبعده



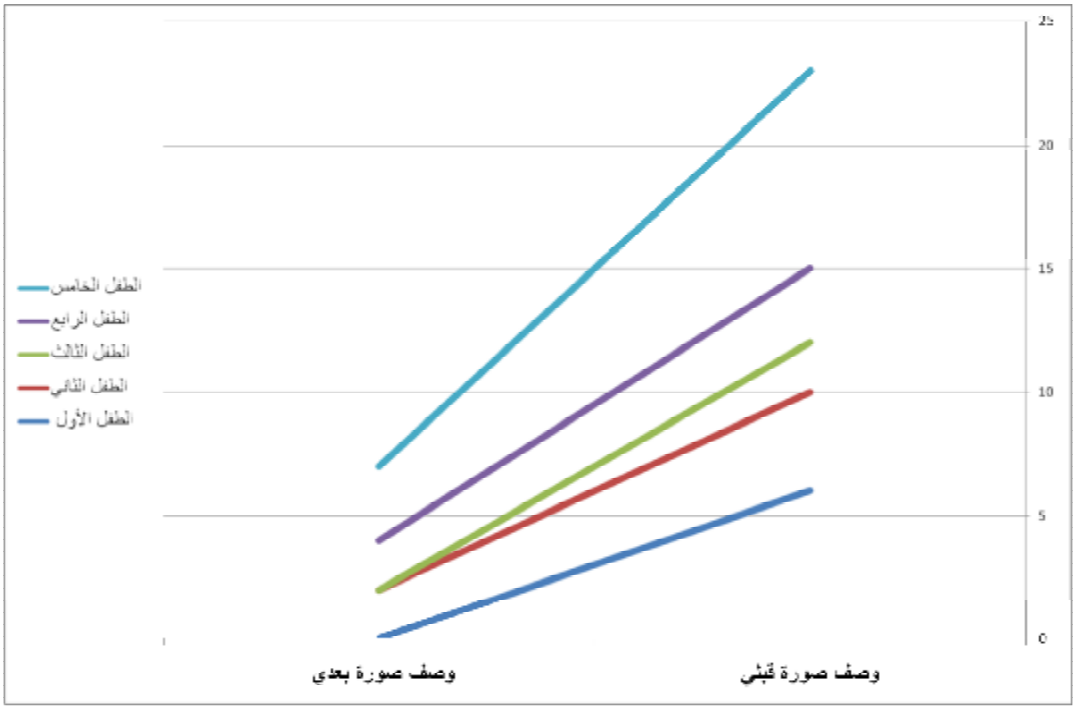
*فرعية (1- 1):

الشكل (15) يمثل درجات أفراد العينة على مقياس شدة التأتأة بعد الكلام العفوي قبل تطبيق البرنامج وبعده



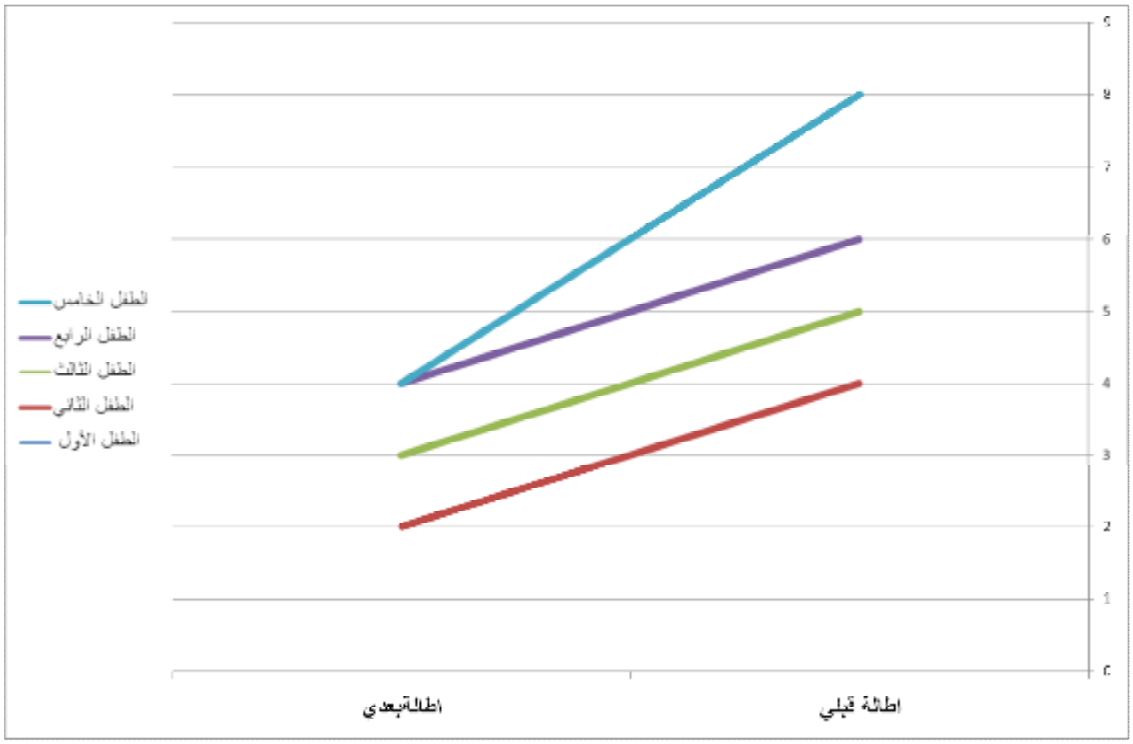
*فرعية (1-2):

شكل (16) يمثل درجات أفراد العينة على بعد وصف الصور من مقياس شدة التأتاة في القياسين القبلي والبعدي



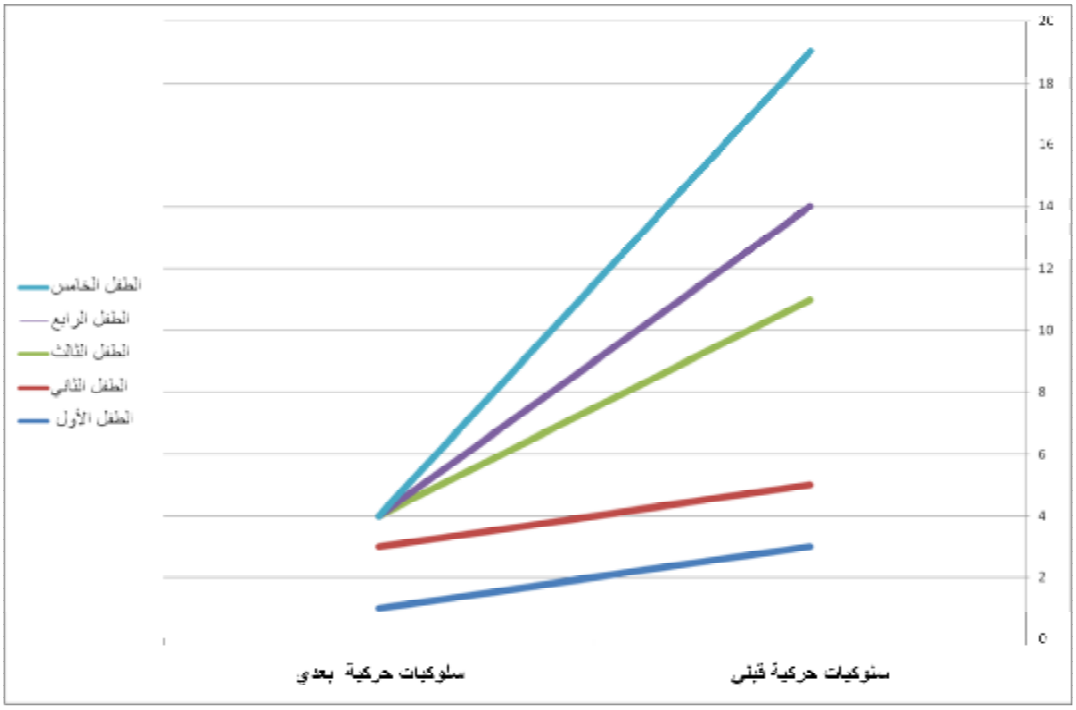
*فرعية (1-3):

شكل (17) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالات) قبل تطبيق البرنامج وبعده.



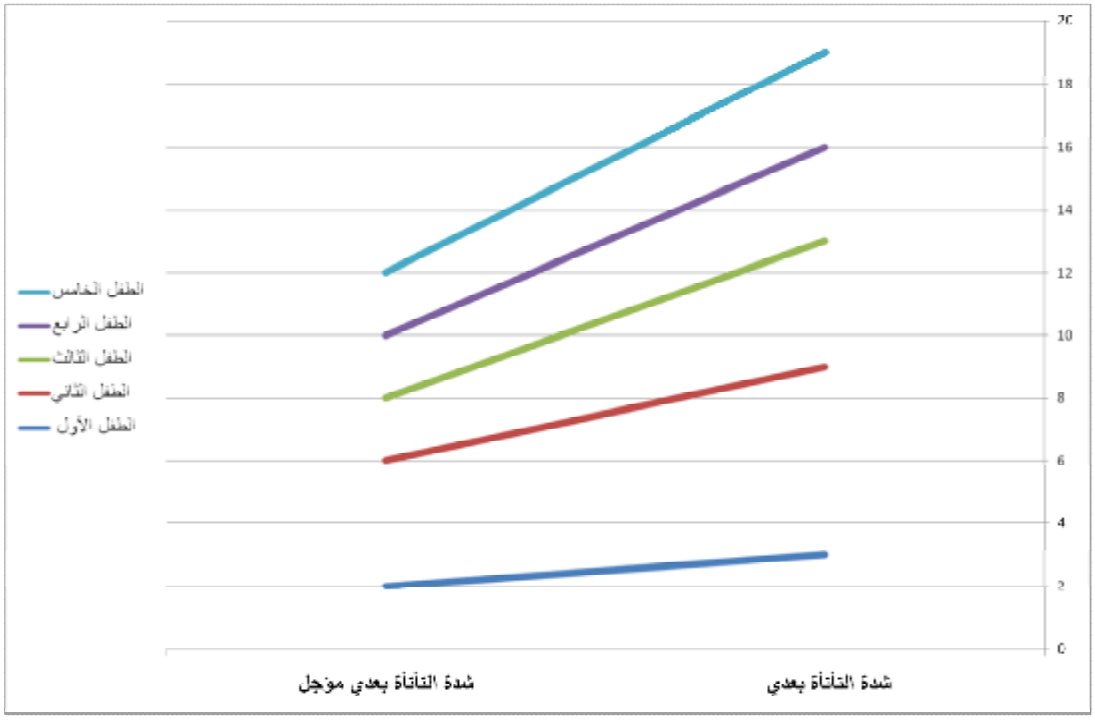
*فرعية (1-4):

شكل (18) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكيات الحركية) قبل تطبيق البرنامج وبعده



الفرضية الرئيسة الثانية:

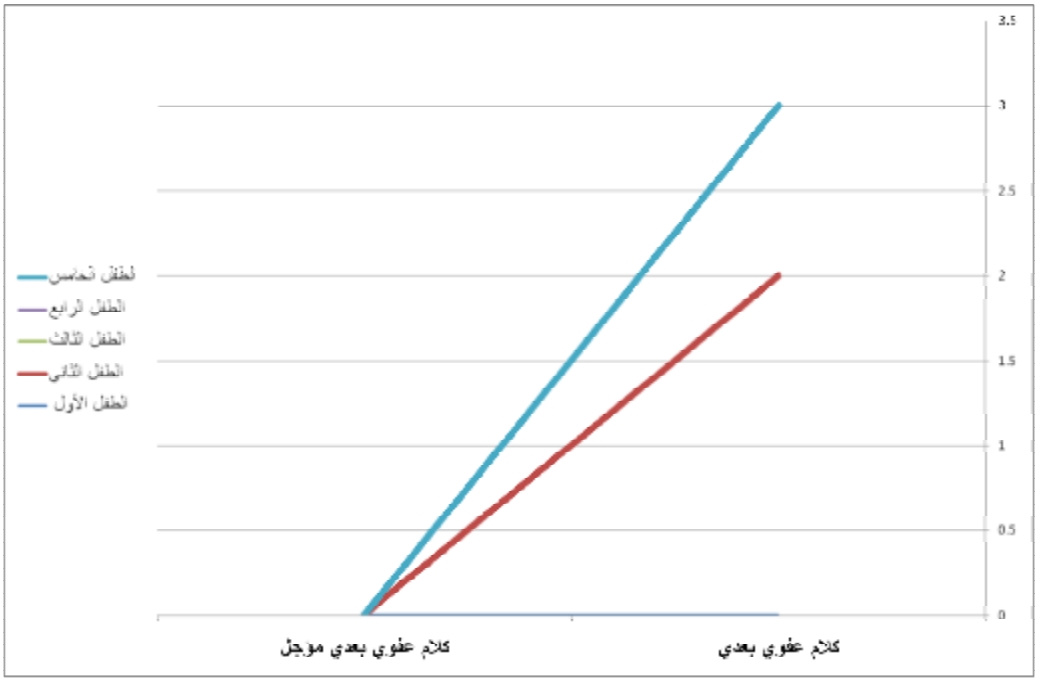
شكل (19) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس البعدي والبعدي المؤجل



.

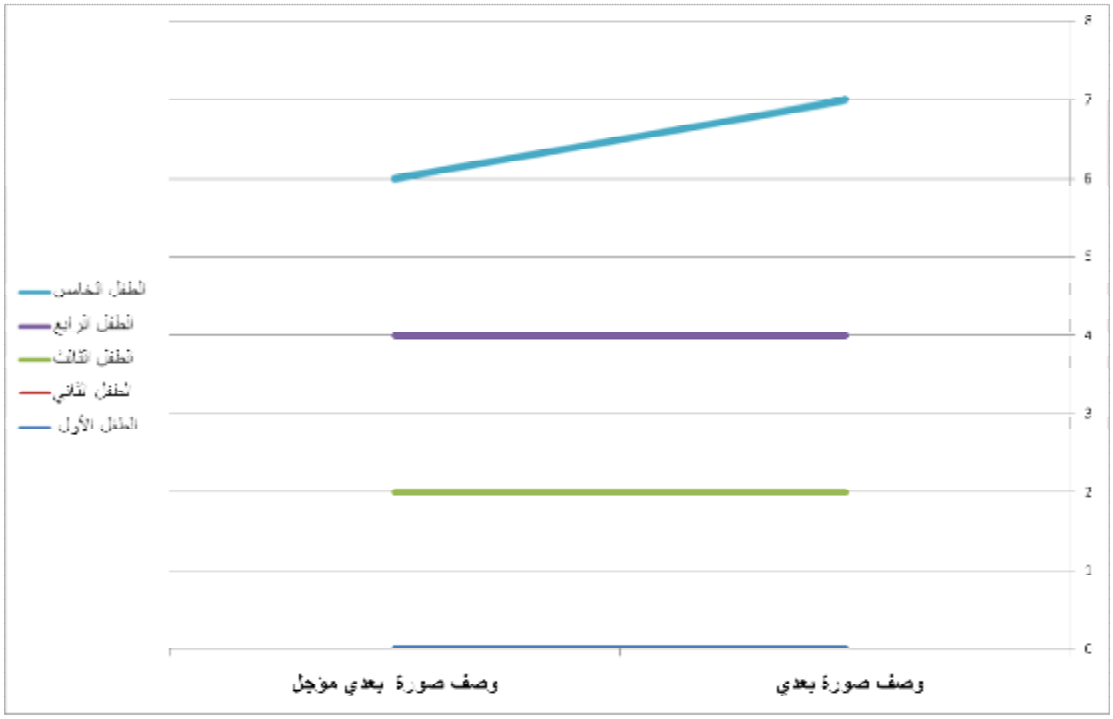
*فرعية (2-1):

شكل (20) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (الكلام العفوي) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.



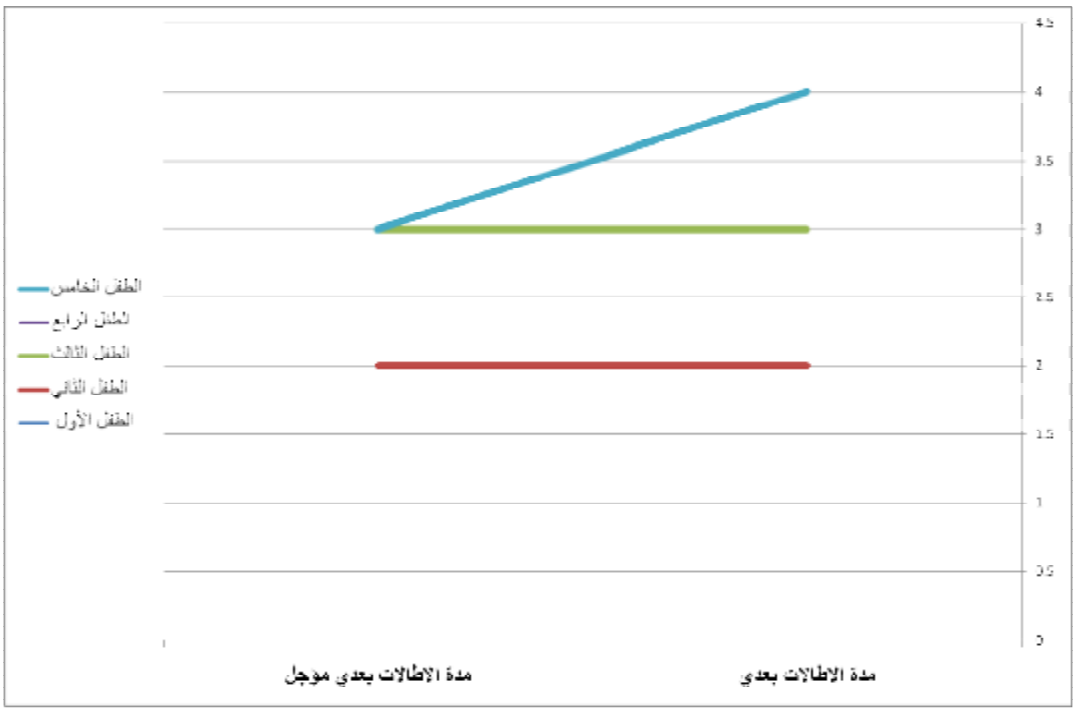
*فرعية (2-2):

شكل (21) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (وصف الصور) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل



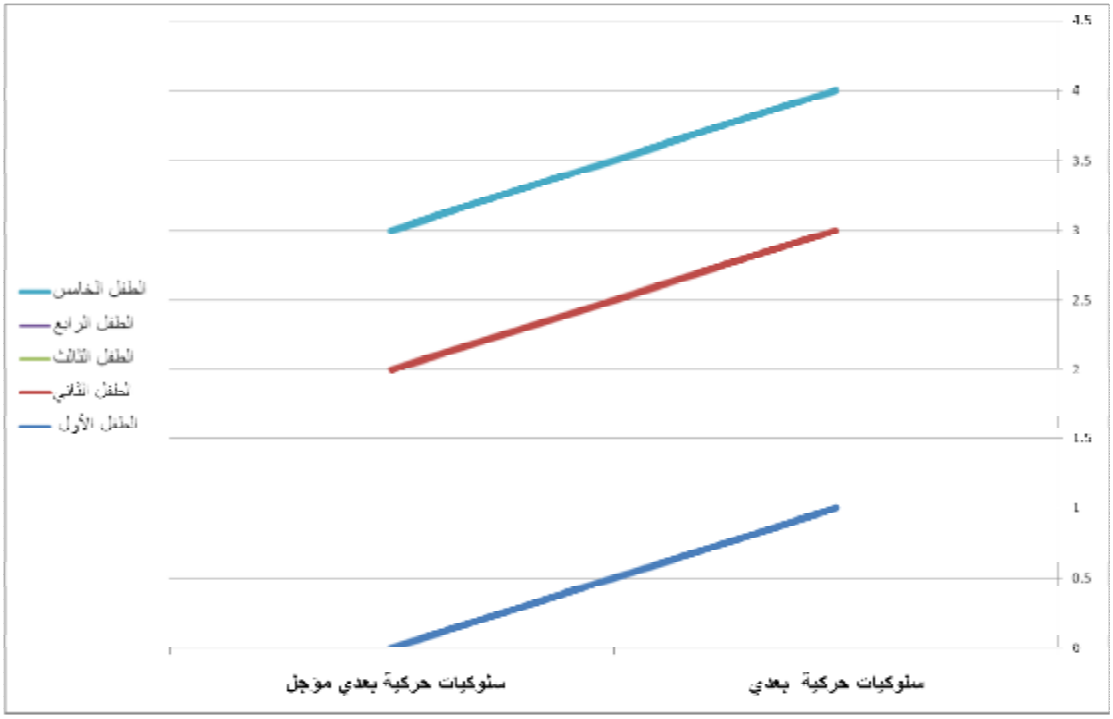
*فرعية (2-3):

شكل (22) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (مدة الإطالة) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل



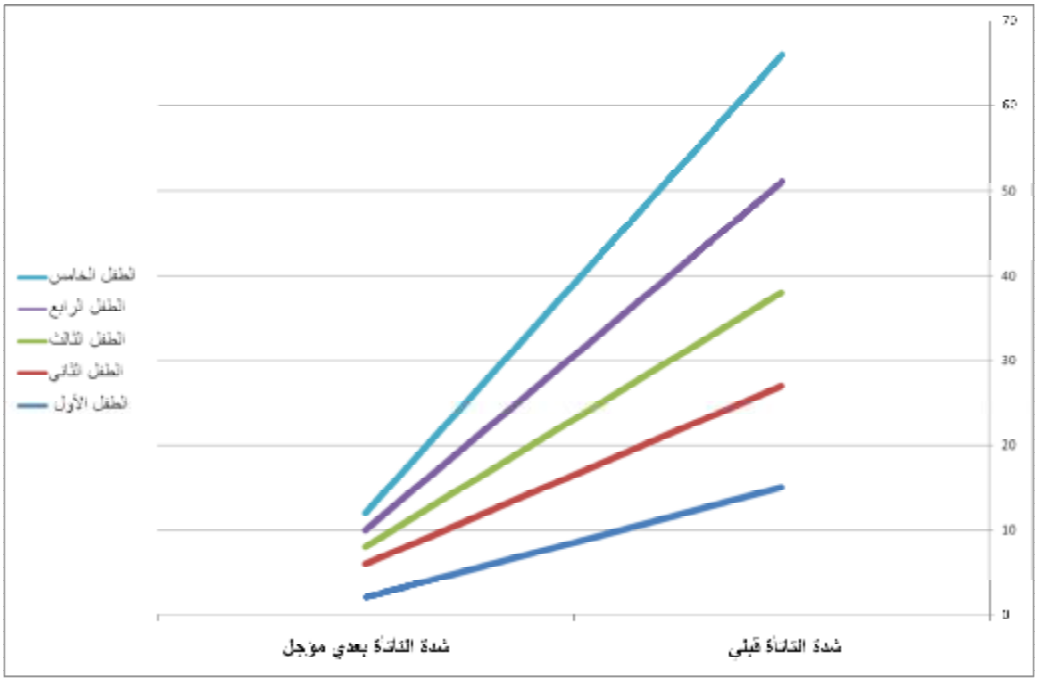
*فرعية (2-4):

شكل (23) يمثل درجات أفراد العينة على بعد (السلوكات الحركية) بين القياس البعدي والبعدي المؤجل.



الفرضية الرئيسة الثالثة:

شكل (24) يمثل درجات أفراد العينة في شدة التأتأة بين القياس القبلي والبعدي



ثانياً: مناقشة النتائج:

الفرضية الرئيسة الأولى:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي للبرنامج للمجموع الكلي والأبعاد الفرعية (كلام عفوي،وصف صور،مدة الإطالة،سلوكات الحركية):

حيث استطاع البرنامج تحقيق فاعليته وتحسين مستوى أداء الأطفال وذلك من خلال خفض درجات شدة التأتأة لديهم لجميع الأبعاد باستثناء بُعد الإطالة وهذه النتيجة تؤكد مدى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض التأتأة عند الأطفال. ويعود التحسن في الطلاقة الكلامية إلى أن السبب الرئيسي للتأتأة لدى أفراد عينة الدراسة يعود إلى سوء تنظيم عملية التنفس وهذا ما استهدفه البرنامج حيث اعتمد بالدرجة الأولى وكمرحلة أولية على تنظيم عملية التنفس وبالتالي فإن تحسن عملية التنفس ، والاستخدام الصحيح لها انعكس إيجاباً على عملية الكلام فتلاشت مظاهر التأتأة ،كما أن البرنامج اعتمد أيضا على تبطيء معدل سرعة الكلام والذي يعد المكمل لعملية تنظيم التنفس وهذا بدوره أدى إلى تحسن قدرة الأفراد في التحكم بطول الكلمات وطريقة إخراج الكلام وانسيابه وبالتالي انعكس أيضاً وبشكل إيجابي على تقليص بعض مظاهر التأتأة لدى أفراد الدراسة ، وترجع الباحثة عدم التحسن في خفض الإطالات لدى أفراد الدراسة إلى أن الفنيات المستخدمة في تصميم البرنامج لا تساعد في خفض الإطالات وذلك كون الفنيات المستخدمة تساهم في عملية التحكم بسرعة الكلام وطول الجمل وبالتالي لم يسجل أي تحسن ملاحظ فيما يخص الإطالات ، ويرجع ذلك إلى أن استهداف هذا المظهر بالذات يتطلب فنية تدعم عملية استثارة الكلام ووقت البدء والانتهاء ، وهذا ما يفتقده هذا البرنامج . وتؤيد النتائج الحالية لهذه الدراسة النتائج التي حصل عليها كسناوي (2007) بعنوان فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة.والتي كان من أهم نتائجها وجود فروق دالة إحصائيا في متوسطات تكرار حدوث التأتأة ومتوسطات السلوكات المصاحبة للتأتأة بين القياس القبلي والبعدي مما يؤكد على فعالية البرنامج المستخدم كما أيدت دراسة كسناوي الدراسة الحالية في عدم وجود أية فروق بالنسبة لبعد الإطالة.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي حصل عليها زريقات(1993) بعنوان فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة.والتي كان من أهم نتائجها فاعلية البرنامج المستخدم في التخفيف من شدة التأتأة وذلك من خلال تأييد كل من الدراستين "الحالية وزريقات "على دور تنظيم التنفس كعامل مساعد في التخفيف من شدة التأتأة عند الأطفال ويؤيدهما في ذلك دراسة جاغنون ولادوسير(1992) بعنوان:" فعالية العلاج السلوكي في معالجة التأتأة".والتي بينت أيضاً دور تنظيم التنفس في التخفيف من شدة التأتأة كما تؤيد دراسة كل من آرزن ونن وفرانتز: Azrin ,Nunn and Frantz(1980) بعنوان مقارنة طريقة تنظيم التنفس بأسلوب تقليل الحساسية التدريجي في علاج التأتأة ودراسة **لادوسير وبودمين**: Ladouceur, and Boudmean (1981) بعنوان التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في تعديل سلوك التأتأة "دور تقنية تنظيم التنفس كعامل مساعد في التخفيف من شدة التأتأة", بينما لم تؤيد دراسة **غوته ولادوسير** (1982): Cote and Lodouceur (1982) بعنوان تأثير العوامل الاجتماعية وطريقة تنظيم التنفس في علاج التأتأة) طريق تنظيم التنفس في التخفيف من شدة التأتأة.

الفرضية الرئيسة الثانية:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للبرنامج لصالح البعدي المؤجل.

يعود الفرق إلى أن التطبيق البعدي جاء بعد البرنامج مباشرة دون أن يعطى الفرصة الكافية للأطفال لتطبيق الاستراتيجيات التي تم تطبيقها عليهم كي يعمموها في كافة المواقف ويعتادوا على استخدامها بشكل دائم سيّما وأن فترة التطبيق كانت قصيرة ، وبالتالي وبعد مرور شهر من تطبيق البرنامج وتطبيق الاختبار البعدي المؤجل لوحظ وجود فروق في كافة مظاهر التأتأة ، ويعود السبب في ذلك إلى أن الأطفال اعتادوا على استخدام هذه الاستراتيجيات في كافة المواقف وكافة الظروف ومختلف المواقع ، وبالتالي أصبحت جزءاً من كلامهم ، وهذا ما يفسر الاختلاف بين القياسين البعدي والبعدي المؤجل .

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي حصل عليها **لادوسير وبودمين**: and Ladouceur, Boudmean (1981) في دراسة بعنوان التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في تعديل سلوك التأتأة والتي كان من أهم نتائجها انخفاض سلوك التأتأة إلى(5%) عند أفراد المجموعة التجريبية بعد شهر واحد من المتابعة.وكذلك **دراسة بلومجرن وآخرين**(2005) التي أكدت تحسن قسم من أفراد العينة بشكل ملحوظ بعد مضي فترة زمنية أطول على تطبيق البرنامج العلاجي. إن النتائج التي توصلت إليها الدراسة ونتائج الدراسات الأخرى التي دعمتها تؤكد على ضرورة مراعاة طول فترة المعالجة والمتابعة للحصول على النتائج المطلوبة من تطبيق البرنامج التدريبي.

الفرضية الرئيسة الثالثة:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي المؤجل للبرنامج في كل من بعد الكلام العفوي ووصف الصور والسلوكات الفيزيائية المترافقة حيث أثبت البرنامج فاعليته في التخفيف من شدة التأتأة لدى أفراد العينة بشكل ملحوظ، ويعود السبب في هذا التحسن إلى أن البرنامج المصمم استهدف مظاهر محددة واستخدمت فيه فنيات كان جلّ تركيزها منصباً على خفض هذه المظاهر، كما أن التنظيم الدقيق لأنشطة البرنامج ساهم لدرجة كبيرة في خفض مظاهر التأتأة لدى افراد عينة الدراسة ، بالإضافة إلى تركيز البرنامج على تعميم هذه الاستراتيجيات في حياة الطفل اليومية ساهم إلى حد كبير في التحسن الملحوظ. وتتفق النتائج التي تم التوصل إليها مع النتائج التي توصلت إليها دراسةالريماوي(1994) والتي أكدت وجود فروق قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح القياس البعدي .

الفرضية الرئيسة الرابعة:

اهتمت الدراسة الحالية بعلاج المظاهر الرئيسية والثانوية التي تتجلى من خلالها ظاهرة التأتأة حيث عمدت الباحثة إلى إعداد بطاقة ملاحظة للتحقق من مدى فاعلية البرنامج التدريبي في التخفيف من مظاهر التأتأة الرئيسية والثانوية ،ومن خلال بطاقة الملاحظة تحققت الباحثة من فاعلية البرنامج التدريبي حيث وجدت

فروقاً دالة إحصائياً في متوسط درجات بطاقة الملاحظة لبعد السلوكات الرئيسة وبعد السلوكات الثانوية بين الاختبار القبلي والبعدي للبرنامج لصالح القياس البعدي ويعود السبب في ذلك إلى أن السلوكات الملاحظة هي نفسها السلوكات التي يستهدفها المقياس وبالتالي يلاحظ أن هناك اتفاقاً في النتيجة بين ما يقيسه المقياس وما تقيسه بطاقة الملاحظة .ويؤيد هذه النتائج **دراسة سليم** (2004): بعنوان مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.حيث بينت هذه الدراسة مدى فاعلية البرنامج في التخفيف من شدة التأتأة وتخفيف مصاحبات شدة التأتأة

ومما سبق يمكن أن نؤكد أن البرنامج التدريبي كان له أكبر الأثر في التحسن الملحوظ على أداء الأطفال في كل من بُعد التكرار،السلوكات الفيزيائية المترافقة.

ثالثاً: التوصيات والمقترحات:

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من التوصيات للجهات المعنية ولآباء الأطفال الذين يعانون من التأتأة والتي من شأنها أن تخفض من درجة التأتأة لديهم وتحسن من مستوى طلاقتهم اللفظية:

1- أهمية الكشف المبكر عند الأطفال في سنوات حياتهم الأولى وفي حال الشك بإصابتهم بأي اضطراب في النطق يجب عرضهم على متخصص بعلاج النطق.
2- إرشاد أسرة الطفل المتأتئ إلى أهمية زيادة ثقته بنفسه وعدم الخوف من التحدث أمام الآخرين وعدم جرح مشاعره عندما يخطئ في نطق الكلمة وتشجيعه المستمر على النطق الصحيح للكلمات سهلة النطق بالنسبة إليه.
3- توجيه اهتمام العيادات التخصصية والمراكز العلاجية إلى كل من أسلوبي تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام والتي من شأنها أن تخفض من شدة التأتأة وتزيد من مستوى الطلاقة اللفظية.
4- أن تهتم العيادات والمراكز المختصة وأفراد الأسرة بتدريب الشخص الذي يعاني من التأتأة على الطلاقة وعدم الخوف من الخطأ وأن يستخدم كل من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام داخل العيادة والمنزل وفي البيئة الخارجية أيضاً.

5- إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات مختلفة من الأفراد الذين يعانون من التأتأة في مراحل عمرية وبيئات مختلفة وباستخدام فنيات أخرى واختبارها.
6- تشجيع الباحثين لإجراء المزيد من البحوث في مجال اضطرابات الكلام والنطق وذلك لندرة البحوث في المجتمع السوري في هذا المجال.

ملخص الدراسة باللغة العربية

احتوت الدراسة على ستة فصول:

الفصل الأول ويتضمن: مشكلة الدراسة: وتتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيسي التالي: ما فاعلية برنامج تدريبي في التخفيف من شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأتئين؟

أهمية الدراسة: وتتلخص في النقاط التالية:

1-تعد هذه الدراسة من الدراسات الأوائل في الجمهورية العربية السورية التي تناولت تصميم برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية باستخدام تقنيات (تنظيم التنفس, تبطيء معدل سرعة الكلام). وتبلورت **أهداف الدراسة في**:

1- إعداد برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية لدى مجموعة من الأطفال المتأتئين.
2- اختبار فاعلية برنامج للتخفيف من شدة التأتأة الابتدائية على مجموعة من الأطفال المتأتئين.
3- التعريف بمفهوم التأتأة، أسبابها، العوامل المؤثرة فيها, وأهم التقنيات والأساليب المستخدمة في علاجها .

وانطلقت الدراسة من أربع فرضيـــــــــات رئيسة:

- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي للبرنامج عند مستوى الدلالة**(0.05).
- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار البعدي والبعدي المؤجل للبرنامج عند مستوى الدلالة** (0.05).
- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات مقياس شدة التأتأة الابتدائية بين الاختبار القبلي والبعدي المؤجل للبرنامج عند مستوى الدلالة** (0.05).

- **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات بطاقة الملاحظة لبعد السلوكات الرئيسية و الثانوية بين القياس القبلي والبعدي عند مستوى الدلالة** (0.05).

وتضمن **الفصل الثاني**: الدراسات العربية و الدراسات الأجنبية، أما **الفصل الثالث تضمن**: تعريف التأتأة، ونسبة انتشارها، وأسبابها والنظريات المفسرة لها. والعمليات الداخلية التي تلعب دوراً في إيجادها، والأسرة والتأتأة. **وتضمن الفصل الرابع**: التأتأة الطبيعية والمرضية، و الاختلافات بين المتأتئين وغير المتأتئين، ومظاهر التأتأة، ومراحل التأتأة، و تقييم التأتأة وتشخيصها، وعلاج التأتأة.

وتضمن الفصل الخامس: **عينة الدراسة**: وشملت **عينة الدراسة**: (5) أطفال يعانون من التأتأة الابتدائية في مراكز التربية الخاصة في مدينة دمشق. واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي.

أدوات الدراسة:

1-مقياس شدة التأتأة (SSI).

2-بطاقة ملاحظة (إعداد الباحثة).

3-البرنامج التدريبي(إعداد الباحثة).

الفصل السادس: **ويتضمن أهم النتائج**: فاعلية البرنامج التدريبي في خفض شدة التأتأة بشكل عام حيث تمكن البرنامج من تحقيق فاعليته في الأبعاد (التكرار-السلوكات الفيزيائية المترافقة) باستثناء بعد الإطالة كما أثبت البرنامج استمراره الزمني بشكل عام حيث كان هناك فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي والقبلي والبعدي المؤجل. وكان هناك فروق بين القياس البعدي والبعدي المؤجل لصالح البعدي المؤجل ولكن لم يكن هناك فروق في الأبعاد الفرعية بينهما. كما أثبتت بطاقة الملاحظة في بعديها(السلوكات الرئيسة والسلوكات الثانوية) قدرة البرنامج على تحقيق أهدافه حيث كان هناك فروق بين الاختبار القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

المصادر والمراجع

المراجع العربية:

1- القرآن الكريم.

2- أبو فخر، غسان (2005): **التربية الخاصة بالطفل**، كلية التربية، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

3- أحمد, سليمان رجب سيد (2008): **العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم**, المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب, القاهرة, مصر.

4- أسعد، ميخائيل، (1986):**علم الاضطرابات السلوكية**، مؤسسة النوري للطباعة، دمشق.

5- أمين، سهير(2001): **اللجلجة: المفهوم-الأساليب-العلاج**، دار الفكر العربي، القاهرة.

6- البهاص، سيد أحمد (1993): **فعالية أسلوبي السيكودراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

7- التايه, أحمد إبراهيم علي (2002): **أنماط الشخصية للأطفال ذوي التأتأة والأطفال ذوي الكلام الطبيعي ضمن المرحلة العمرية من 8 -13 في مدينة عمان**, رسالة ماجستير, جامعة عمان العربية للدراسات العليا,عمان.

8-جرجس، ملاك (1990): **اللجلجة واضطرابات الكلام**، منشورات مكتبة المحبة، القاهرة.

9-حسين، محمد عبد المؤمن (1986): **مركز الضبط وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي للطالب وجنسه وتخصصه، المجلة التونسية للعلوم الإجتماعية**، العدد(24)، (27-45).

10-حقي، ألفت (1995): **الاضطراب النفسي**، ج1، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، توزيع مركز الإسكندرية للكتاب.

11- حمدي, نزيه (1976): **فعالية الممارسة السلبية والترديد كأسلوبين سلوكيين في معالجة حالات التلعثم**، رسالة ماجستير, الجامعة الأردنية, عمان, الأردن.

12-الحمصي، أنطون (2003): **فاعلية برنامج تدريبي لإكساب مهارات التعامل مع قلق الامتحان**، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، دمشق.

13- حمودة, صفاء غازي أحمد (1991): **فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية في علاج بعض حالات اللجلجة**, رسالة دكتوراه غير منشورة, كلية التربية, جامعة عين شمس، القاهرة, مصر.

14-حمودة، محمود (1998): **الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)**، ط2، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، القاهرة.

15-الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (1997): **المدخل إلى التربية الخاصة**، مكتبة الفلاح، الكويت.

16-خليل، عفراء (2000): **بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، القاهرة، مصر.

17-خويلات, محمود محمد عطا الله (2004): **التكيف النفسي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية الذين يعانون من التأتأة من وجهة نظر معلميهم**, رسالة ماجستير, كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

18-الرعود، عبدالله عبد المطلب (2008): **فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم لدى عينة من الراشدين في الأردن**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية للدراسات العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان.

19-الرفاعي، نهلة عبد العزيز (2003): **برنامج** (Easy does it) **عن هاينز وجونز**(1987)، مجلة كلية الطب، جامعة بنها، عدد(20).

20-الريماوي، محمد (1994): **برنامج علاجي جمعي للجلجة الموقفية** ــ دراسات - المجلد21، (أ), العدد(4)، الأردن، عمان.

21-الزراد, فيصل (1990): **اللغة واضطرابات النطق والكلام**, دار المريخ, الرياض.

22-زريقات، إبراهيم (2005): **اضطرابات الكلام واللغة**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

23-زريقات، إبراهيم عبد الله فرج (1993): **فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة**، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

24-زهران، حامد عبد السلام (1985): **علم نفس النمو**، عالم الكتب، القاهرة.

25-زهران، حامد عبد السلام (ب.ت): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

26-سالم، إيناس عبد الفتاح (1988): **دراسة في اضطرابات النطق والكلام**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

27-سالم، إيناس عبد الفتاح (1999): **استراتيجيات التشخيص والعلاج النفسي الكلامي**،الدورة التدريبيةالتأهيلية في اضـــطرابات التخاطـــب والنطـــق والكـــلام ،من20-2-1999 إلى 25-3-1999، مركز الإرشاد النفسي، جامعـــة عـــين شمس.

28-سالم، قتيبة (1988): **الاضطرابات النفسية عند الأطفال**، دار الصافي للثقافة والنشر، الرياض.

29-السرطاوي, عبد العزيز؛ وأبو جودة, وائل موسى (2000): **اضطرابات اللغة والكلام**, أكاديمية التربية الخاصة, الرياض، المملكة العربية السعودية.

30-السروجي، محمود؛ عبوده، مصطفى؛ حسن، إبراهيم (1989): **موسوعة الأم والطفل (موسوعة شاملة للأم والطفل ما قبل الولادة وحتى البلوغ)**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

31-السعيد، حمزة (1999): **العيوب الإبدالية عند الأطفال الطبيعيين ما بين (3-7) سنوات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

32-السعيد، حمزة (2003): **التأتأة: المظاهر والأسباب وطرق العلاج**، مجلة التربية القطرية، العدد (145)، السنة (32).

33- السعيد، حمزة(2006): مظاهر التأتأة عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، المجلد (22)، العدد1، دمشق.

34-سليم, عبد العزيز إبراهيم أحمد (2004): **مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ**

المرحلة الابتدائية, رسالة ماجستير، كلية التربية, فرع دمنهور، جامعة الاسكندرية.

35-سليمان، عطية (1993): **النمو اللغوي عند الطفل: دراسة تحليلية**، دار النهضة العربية، القاهرة.

36-شحيمي، محمد أيوب (1994): **مشاكل الأطفال ....كيف نفهمها؟ المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها**، دار الفكر العربي، بيروت.

37-الشخص، عبد العزيز (1997): **اضطرابات النطق والكلام**، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.

38-الشربيني، زكريا (2001): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، دار الفكر العربي، القاهرة.

39-شلباية, عبد الباسط فوزي (2007): **دراسة مسحية لمدى شيوع السلوكات المصاحبة للتأتأة لدى المرحلة الأساسية في عمان**, رسالة ماجستير, جامعة عمان.

40-الشماع, صالح (1955): **اللغة عند الطفل من الميلاد إلى السادسة**، دار المعارف، القاهرة.

41-شيفر وميلمان (1996): **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، ترجمة (نسيمة داوود ،نزيه حمدي)، منشورات الجامعة الأردنية، عمان.

42-صابر، عبد الفتاح (1996): **اضطرابات التواصل**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

43-صالح، عبد الرحيم (1992): **تطور اللغة عند الطفل وتطبيقاتها التربوية**، دار النفائس، عمان.

44-الصمادي، جميل؛ القريوتي، يوسف؛ السرطاوي، عبد العزيز، (1995): **المدخل إلى التربية الخاصة**، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.

45-الطيب، محمد عبد الظاهر (1994): **مشكلات الأبناء وعلاجها (من الجنين إلى المراهق)**، ط2، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

46-الطيب، محمد عبد الظاهر (1989): **مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين إلى المراهق**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

47-عبد الرحيم، سامية عبد الفتاح (2008): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم في سوريا**، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة.

48-عبد الرحيم، فتحي السيد (1990): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، ج2، ط4، دار القلم، الكويت.

49-عبد الرزاق، عماد (1987): **الأعراض النفسية وعلاجها: أطفال وأحداث**, دار الفكر للنشر والتوزيع, عمان.

50- العطار، زينب (2008): انتشار اضطرابات النطق والكلام وعلاقتها بالعمر والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، دمشق.

51-عطية, عبد الرحيم (1988): **عيوب النطق في برامج في تعديل السلوك**, وزارة التربية والتعليم، عمان.

52-العظماوي, إبراهيم (1988): **عيوب النطق في برامج تعديل السلوك**، وزارة التربية والتعليم، عمان.

53-عوض، عباس محمود (1988): **علم النفس العام**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

54-عيسى، محمد (1987): **سيكولوجية الذات والتوافق**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

55-العيسوي، عبد الرحمن (1990): **باثولوجيا النفس دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية**، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

56-العيسوي، عبد الرحمن (1993): **مشكلات الطفولة والمراهقة**، لبنان، بيروت، دار العلوم العربية.

57-فان، رايبر (1960): **مساعدة الطفل على إجادة الكلام**، ترجمة، صلاح الدين لطفي، تقديم عبد العزيز القوصي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

58-الفقي، حامد عبد العزيز (1995): **دراسات في سيكولوجية النمو**، ط6، دار القلم، الكويت.

59-فهمي, مصطفى (1975): **أمراض الكلام**, ط3, مكتبة مصر, القاهرة.

60-فهمي، مصطفى (ب.ت): **الشذوذ النفسي**، دار مصر للطباعة، القاهرة.

61-فهيم، كلير، **الاضطرابات النفسية للأطفال**، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

62-القريطي, عبد المطلب أمين (1998): **في الصحة النفسية**، دار الفكر العربي, القاهرة.

63-كار، شنتماني (2001): **الأطفال غير العاديين: سيكولوجيتهم وتعليمهم،** ترجمة (عدنان الأحمد، مها زحلوق)، منشورات مؤسسة الرسالة، بيروت.

64-كرم الدين، ليلى (1990): **اللغة عند الطفل وتطورها ــ مشكلاتها،** مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

65-كسناوي، غادة محمود محمد (2007): **فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة،** رسالة ماجستير، كلية التربية بمكة المكرمة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

66-كمال، علي (1988): **النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها**, الجزء الثاني، ط4, دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع, بغداد.

67-الكيلاني، عبد الله زيد والشريفين، نضال كمال (2006): **مدخل إلى الدراسة في العلوم التربوية والاجتماعية / أساسياته – مناهجه – تصاميمه – أساليبه الإحصائية** ، دار المسيرة، عمان، الأردن.

68-نيكسون, جين (2000): **مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم**, الدار العربية للعلوم، بيروت.

69-يوسف، جمعة سيد (1997): **سيكولوجية اللغة والمرض العقلي،** ط3، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

70-يونس, أحمد السعيد (1991): **رعاية الطفل المعاق**, دار الفكر العربي, القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1. Agius, Joseph.(2009). **The journal of stuttering therapy, advocacy and research.** M. scmED. D, SLP. University of Malta, Malta.
2. Ahmed, Samia, A.(1987). **Essentials in child psychiatry**, Cairo: University,Inc.
3. Andrews, G, Harris, M.(1964). **The syndrome of stuttering: Clinics in Developmental Medicine**, London: William Heineman Medical Books Ltd.
4. Azrin , N.H. and Nunn , R.G.(1974). Arapid of elimination stuttering by regulated breathing approach , **Behavior Research and Therapy** . Vol. 12 . No. p.p. 279-286
5. Azrin, N. H, Nunn , R. G. and Frantz ,S. E. (1980). Comparison of regulated breathing method versus abbreviated desensitization on repented stuttering episodes. **psychological Abstract,** Vol. 64, No.4
6. Blomgren, M. & Roy ,N. & Gallister, T. and Merrill, R. (2005). Intensive Modification therapy: A Multidimensional Assessment of Treatment out come**. American Journal of speech Language Pathology**,Vol.9.89-91.
7. Bloodstein, O.A. (1995). **Hand book on stuttering**.(5th)ed. Revised. Singular Publishing, San Diego, CA.
8. Boostzin, Richard, R. and Ross, Joan. (1984). **Abnormal Psychology: Currant Perspectivs**. Fourth edition, Random House, New Yourk
9. Braun, A. R., Varga, M., Stager, S., Schulz, G., Selbie, S Maisog, J. M., Carsom, R.E., Ludlow, C.L. (1997). Atypical Laterralization of Hemisphral Activity in Developmental Stuttering:AnH2150Positron Emission Tomography Study in speech Production: Motor control, **Brain research and Fluency Disorder**, Edited by. Hulstijn, H.F.M. Peters, and P.H.H.M. Van Lieshot, Amsterdam: Elsevier**.**
10. Conture, E.G.(1990). **stuttering**, 2nd ed. Englewood Cliffs ,NJ :Prentice-Hall.
11. Conturs, Edward, G.(1988). Yongster Who stutter. Diagnosis ,parent consseling and referral ,**Journal of Developmental of Behavior Pediatrics**, Vol.(3), N(3), p.(163-169)
12. Cote, Christian and Ladouceur, Robert (1982). Effects of social aids and the regulated breathing method in the treatment of stuttering. **Journal of consulting and clinical psychology**,Vol.50, No.3 **.**

13. Dalton & Hardcastal. (1977). **Disorders of Fluency**, London: Eduard Arnold.
14. Darby, J. K. (1981): **Speech evaluation in medicine**, London: Grune & Stratton, Inc.
15. De Nil, L.(1995). Linguistic and motor approaches to Stuttering: Exploring unification. **Apanel presentation at the Annual conversation of the American Speech-Language-Hearing Association**, Orlando, Florida.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV, (4th)ed. (1994). American Psychiatric, Assocition.
17. Eisenson, J. and Ogilvie, M. (1977). **Speech correction in the schools**, Newyork: Macmillan publishing Go., Inc, (4th Ed)
18. Erickson, Marilyn, T. (1982). **Child. Psychopathology,** second edition, prentice Hall, London, p. 234.
19. Espir, Michael, L. & Gilford, Rose, F. (1983). **The Basic Neurolog of Speech and Language**. (3rd)ed., Billing & Sons Limited ,London.
20. Fitzgerald, Hiram E. And others.(1992). Assessment of Sensitivity to Interpersonal stress in Stuttering. **Journal of communication disorder,** V25n1, p81-42, Mar1992.
21. Fransella, Fag. (1971). The "Rhythm effect" instuttering as a Function of Predictability of Utterance. **Behavior Research and /therapy** . Vol . 9. p.p. 265 – 271.
22. Freiterg, Karen, L.(1992). Human **Development: Life- Span Approach,** fourth Edition, Jones and Bantlett publishers, Boston London
23. Gagnon, Mireille and Ladouceur, Robert. (1992). Behavioral treatment of child stutterers: Replication and extension, **Behavior therapy**. Vol.23, No. 1992, pp113–129.
24. Guitar, B. H. K. Schaefer, G.D., Kilurg and I.Bond. (1992). Parent verbal interaction and speech rate :A case study in stuttering ,**Journal of speech and Hearing research** ,Vol.38,No,5p.p742)
25. Guitar, Barry.(2000).**Stuttering: An Integrated Approach to its Nature & Treatment.** Williams and Wilkins, Inc Baltimore.
26. Hardman, M.L., C.J, Drew and M. W, Egan (1995): **Human Exceptionality**, London: Allyn and Bacon.)
27. Haynes (1990), **Communication disorder in the class room**, NewYork: John Wiley & sons,Inc)
28. Ingram, R.G. & Onslow, M. (1985). Measurement and Modification of speech Naturalness During Stuttering Therapy**. Journal of speech and Hearing Disorder**, Vol.50, pp 261-281.

29. Kamhi , Alan, G, Lee, Reen Friemoth and Nelson, Lauren. (1945) "word, Syllable and sound awareness in Language disorder children" **Journal of speech and hearing disorder,** Vol.50, No.5.
30. Kanfer, Fredeulch, and Goldstein, Arnold. D. (1975).**Helping People Change ,** perganon press, Inc, New Yourk.
31. Kraaimaat, F. Janssen, p. Brutten, GJ. (1988). The Relationship between stutterers cognitive and autonomic anxiety and therapy out come **, Journal of fluency Disorder**, 13, pp107 – 113 .
32. Lablance,G.R,K.F,Steckol and V.L smith(1994):Stuttering: The role of the classroom teacher, **Journal & Teaching Exceptional children**,Vol.26, No.2, p.p.10-12.).
33. Ladouceur, Robert and Boudmean, Leonce. (1981). Awareness training and regulated breathing method in modification Of stuttering .**Perceptual and motor skills,** Vol.55,No.1
34. Lass, N.J.(1994).School Administrators Perceptions of people Who Stutter. **Journal of Language, Speech andHearing Services In school**,V25n2,90-93, Apr.
35. Laurent, Lise, Saint and Ladouceur Robert. (1987). Massed versus distributed Application of regulated breathing method for stutters and its long-term effect. **Behavior therapy**.Vol.18, pp38-50
36. Moore , W.H, Rittenman, stuart. (1971). The effect of response contingent reiforeement and response contingent punishment upon the Frequency of stuttered verbale behavior **, Behavior Research and Therapy**, Vol . 9 . No. 1971. pp 43 – 48.
37. Morley, Muriel, E. (1972). **The Development and Disorder of speech in childhood**. London: Churchill livings tone.
38. National Stuttering Association. (2002). **Information about stuttering** Internet://www.Westutter.Org/stutinfo.Html.
39. Packman, A. & Onslow, Mark and Doom ,J.V (1994). Prolonged speech and modification of stuttering Perceptual, Acoustic and electrogottographic data. **Journal of speech Hearing Research** ,Vol,37, pp724-737.
40. Peter, Theodone, Jaud Guitar, Barney. (1991). **stuttering: Lutergrated Approach To its nature andtreatment**: Williams And Wiklins, Inc, Baltimore.
41. Peter. Reich. A.(1986).**Language Development**.Prentice Hall.
42. Plante, E.(1991):"MRI findings in the parents and siblings of specific; callylanguage - Impaired Boys, **Brain and language** ,Vol.41, pp67-80.

43. Raming, P. and Shames, G.(2000).**stuttering and other Disorder of fluency**. In: George H. Shames and Noma B. Anderson (eds) .Human Communication Disorder: An Introduction. Boston: Allyn and Bacon.
44. Richardson, d.(1996)**The attributes of stuttering**, New mexico: Applied Image, Ine.)
45. Schaefer, C.E, and H.L. Millman. (1981). **How to help children with common problems**, London: Van Nostrand Reinhold Company (V.N.R),Inc.)
46. Shames, George. Handwilig, Elisabeth, H. (1982). **Human communication Disorder and introduction**, E merril publishing company Columbus, London.
47. Starkweather, C.W.(1983).**Speech and Language**. New Jersey, Prentic Hall Engleword Cliffs.
48. Tran, Y. Craig, M, & Peters, K. (2002). Factors of stutterin 36 in communication, **Journal of speech, Language, and Hearing Research**,(43) .
49. Travis LE. (1978). The cerebral dominance theory of stuttering.**J speech Hear disorder** 43: pp278-281.
50. Van Lieshout PH, Peters HF. Starkweather CW, Hulstijin, W. (1993). **Physiological differences between stutterers and non stutterers in perceptually fluent speech** :EMG amplitude and duration. J. speech Hear Res 36: pp55-63)
51. Van riper, C.(1982). **The Nature of stuttering** ,second edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
52. Van Riper, C.(1992).**The Nature of stuttering.** lllinois: Waveland Press, Inc.
53. VanRiper, Charles. (1972)**Speech correction: Principles. and methods**. Five edition. Published by constable and Conepary Ltd,London.
54. Wegaman, Joel, R, Miltenberger, Raymond, G and Arndofer, Richard, E.(1993).Analysis of simplified treatment for stuttering in children, **Journal of Applied behavior analysis**.Vol.26,No.1,p.p.57-61.
55. William, C.(1970):**Educating exceptional children**, New Delhi: Harvard University.
56. Wingate, ME. (1978). in Boone, D. R, & Plante, E. (1993). **Human communication and its Disorder** (2nd) ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
57. Wolpe , Joseph .(1982). **The practice of behavior therapy**, Third edition , per ganan press , New York , p.p. 289. 299.

58. Yairi, E & Ambrose, N. (1996). Genetics of stuttering: A Critical Review. **Journal of speech and Hearing Research**, Vol.(391)P.p.771-784.
59. Yairi, E & Ambrose, N.(2005).**Early childhood Stuttering**. Austin. TX:Pro-Ed, Inc.
60. Yairi, E. (1993). Epidemiologic and other Consideration in treatment Efficacy Research with Pre-school children who stutter. **Journal of Fluency Disorder**, (18), p.p.73-80.
61. Yairi. E. (2005).On the Gender Factor in Stuttering. **Stuttering Foundation of America newsletter**
62. Yates, Auberg, J.(1970) . **Behavior Therapy**. John Wileg and soons, Inc, New York.

الملاحق

الملحق رقم (1): أسماء المحكمين الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة:

م	الاسم	الوظيفة
1	د.سهاد المللي	رئيس قسم التربية الخاصة في كلية التربية بجامعة دمشق
2	د.دانيا القدسي	دكتورة في كلية التربية بجامعة دمشق
3	د.معمر الهوارنه	دكتور في كلية التربية بجامعة دمشق
4	د.رنا قوشحة	دكتورة في كلية التربية بجامعة دمشق
5	أ.هدى عبيد	أخصائية تقويم نطق ولغة في منظمة آمال
6	أ.سهام عباس	أخصائية تقويم نطق ولغة في منظمة آمال
7	أ.ريم صيداوي	أخصائية تقويم نطق ولغة في منظمة آمال
8	أ.روميل الخطيب	أخصائي تقويم نطق ولغة في منظمة آمال
9	أ.زياد جحجاح	أخصائي تقويم نطق ولغة في منظمة آمال

الملحق رقم (2) أداة قياس شدة التأتأة (Stuttering Severity

الاسم:	التاريخ:

1. التكرار

A مهمة الوظيفة		.Bمهمة القراءة		B. مهمة وصف الصورة		
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	التكرار (a + b) 1
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)

الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 2
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
9-2 ثانية	4	
13-10 ثانية	5	
30-60 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة

مقياس التقويم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 3
1-الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة....1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
2-الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك..1 – 2 – 3 – 4 – 5	
3-حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف النظر المستمر إلى المحيط..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5	
4- حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم.... 1 – 2 – 3 – 4 – 5	

الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3.....

:(**SSI**) (**Instrument**

قياس حساب شدة التأتأة (SSI)

الشدة لدى الأطفال			الشدة لدى البالغين		
مجموع النقاط الإجمالي	النسبة	الشدة	مجموع النقاط الإجمالي	النسبة	الشدة
5-0	4-0	بسيطة جداً	16-0	4-0	بسيطة جداً
8-6	11-5	بسيطة	19-17	11-5	بسيطة
13-9	23-12	بسيطة	21-20	23-12	بسيطة
15-14	40-24	بسيطة	24-22	40-24	متوسطة
19-16	60-41	متوسطة	27-25	60-41	متوسطة
23-20	77-61	متوسطة	30-28	77-61	متوسطة
27-24	89-78	شديدة	33-31	89-78	شديدة
30-28	96-90	شديدة	36-34	96-90	شديدة
45-31	100-97	شديدة جداً	45-37	100-97	شديدة جداً

الملحق رقم (3): بطاقة ملاحظة (قبل التعديل)

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسة	
التكرار	
1. تكرار حرف أول الكلمة.	
2. تكرار حرف وسط الكلمة.	
3. تكرار مقطع أول الكلمة.	
4. تكرار مقطع وسط الكلمة.	
5. تكرار كلمة بداية الجملة.	
6. تكرار كلمة وسط الجملة.	
الإطالة	
1. أقل من (2) ثانية.	
2. من 2 – 5 ثوان.	
3. أكثر من 5 ثوان.	
الحبسة	
1. بداية الكلمة.	
2. وسط الكلمة.	
السلوكات الثانوية	
أ. الهروب.	
1. رمشات العين المتتابعة.	
2. حركات غير اعتيادية للرأس.	
3. حشو.	
4. التواصل البصري ضعيف.	
ب. التجنب.	
1. تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعرالمتأتئ أنها سبب في التأتأة.	
2. صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث).	

الملحق رقم (4): بطاقة ملاحظة (بعد التعديل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة: يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1. تكرار صوت أول الكلمة.	
2. تكرار صوت وسط الكلمة.	
3. تكرار مقطع أول الكلمة.	
4. تكرار مقطع وسط الكلمة.	
5. تكرار كلمة بداية الجملة.	
6. تكرار كلمة وسط الجملة.	
الإطالة	
1. أقل من (2) ثانية.	
2. من 2 – 5 ثوان.	
3. أكثر من 5 ثوان.	
الحبسة	
1. بداية الكلمة.	
2. وسط الكلمة.	
السلوكات الثانوية	
أ. الهروب	
1. رمشات العين المتتابعة.	
2. حركات غير اعتيادية للرأس.	

3. إدخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو).	
ب- التجنب.	
1. تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة.	
2. صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث).	

الملحق رقم (5)

البرنامج التدريبي

تطبيق البرنامج:

المرحلة الأولى:

الاختبار القبلي: ويتضمن إجراءات تحديد شدة التأتأة لدى مجموعة من الأطفال المتأتئين لاختيار عينة البحث المطلوبة وهي الأطفال الذين يعانون من تأتأة ابتدائية وذلك من خلال تطبيق مقياس SSI .

المرحلة الثانية:

تطبيق البرنامج التدريبي وفيه تستخدم الباحثة برنامج تشكيل الطلاقة. وبعد اختيار الباحثة أفراد العينة باستخدام مقياس (SSI) سيتم تطبيق البرنامج التدريبي على الأطفال، والهدف منه:

1- زيادة الكلام الطليق حتى تلغى لحظات التأتأة بداية ضمن الجلسة.

2- تعميم الكلام الطليق في البيت والشارع والمدرسة على أن يكون الطفل وحده مع المعالج داخل غرفة العلاج. ومن ثم وجود أحد أفراد العائلة، ثم عدد من أفراد العائلة، ثم أحد الأقرباء إن وجد، ومن ثم جمعه مع شخص غريب لا يعرفه الطفل. وهكذا حتى يتمكن الطفل من الكلام بطلاقة ضمن مجموعة من الأشخاص الغرباء. مثلا: أن يعرف عن نفسه أمامهم أو يسرد أحداثاً جرت معه خلال فترة معينة.

3- إجراء محادثة على الهاتف من خلال:

- إجراء اتصال.
- تلقي اتصال.

ولتحقيق أهداف البرنامج يتبع ما يلي:

- استرخاء العضلات من خلال تطبيق تمارين الاسترخاء.
- تنظيم التنفس (تنفس بطني) .
- تبطئ معدل سرعة الكلام حيث نبدأ بالتحدث ببطء شديد ثم نعدل الكلام البطيء حتى يصبح بالسرعة الطبيعية بشكل تدريجي.

و يعتمد البرنامج المستخدم في الدراسة على استراتيجية تنظيم التنفس (التنفس البطني) واستراتيجية تبطيء معدل سرعة الكلام في تخفيف شدة التأتأة فمن الدلائل عند الشخص المتأتئ أنه يفقد الجزء الأكبر من الهواء أثناء الزفير ويحاول بالباقي القليل أن يتكلم وقد أشارت الدراسات إلى وجود ارتباط بين التأتأة والتنفس غير المنتظم.

ويهدف هذا الإجراء إلى تسهيل عملية الكلام بطلاقة حيث يؤدي التنفس إلى إبقاء الأوتار الصوتية مفتوحة. ويتم تنظيم التنفس (إجراء التنفس البطني) من خلال:

1- أخذ شهيق عميق ببطء من الأنف (جعل البطن ينتفخ مع الامتناع عن رفع الأكتاف والصدر).
2- إخراج هواء الزفير ببطء وانتظام.

ويتم إجراء تمارين التنفس البطني في بداية كل جلسة. أما إنتاج الجمل ببطء فتتم بالاعتماد على التنفس البطني وذلك من خلال اتباع الخطوات التالية:

1- التوقف عن الكلام قبل أخذ هواء الشهيق.
2- أخذ هواء الشهيق ببطء وانتظام من الأنف.
3- البداية السهلة في الكلام بالتركيز على تلامس أعضاء النطق عند الكلام بحركة خفيفة.
4- تغيير نغمة الصوت من خلال المبالغة في النبر على أن تكون أقرب للنغمة الطبيعية في أثناء إخراج هواء الزفير مثال: عندما يريد الطفل أن يوجه سؤال لشخص ما يجب أن يبالغ في النبر بصيغة السؤال (من أين أتيت؟ لماذا أتيت؟).
5- يبدأ الطفل بإصدار تفوهات قصيرة ثم يزيد طول التفوه تدريجيا مثل أن نبدأ بإنتاج جمل من ثلاث كلمات خلال مدة زمنية معينة ثم نزيد طول الجملة إلى (4) كلمات ثم (5).....الخ ضمن الفترة الزمنية نفسها ويقف الطفل عند انتهاء الجملة لأخذ شهيق والبداية بجملة جديدة.
6- الاستمرار بإخراج هواء الزفير إلى ما بعد انتهاء الكلام.
7- عند ظهور التأتأة يجب التوقف عن المتابعة في الكلام لأخذ شهيق عميق وإجراء استرخاء للعضلات وتطبيق البداية السهلة ومن ثم المتابعة في الكلام.

المرحلة الثالثة:

الاختبار البعدي: في نهاية الصدق سيتم تطبيق مقياس (SSI) بعد انتهاء البرنامج مباشرةً وسيتم رصد درجات أفراد العينة باستخدام هذا المقياس لقياس التحسن الناتج بالمقارنة مع نتائج التقويم الأولي.

المرحلة الرابعة:

اختبار المتابعة: سيتم تطبيق اختبار المتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج التدريبي وسيتم رصد درجات أفراد العينة أيضاً تبعاً لنفس المقياس ضمن الشروط التالية:

1-تطبيق الاختبار من قبل الأخصائي المعالج.

2-تطبيق الاختبار من قبل عدة أخصائيين (كلام ولغة) لقياس التحسن الناتج. (قد يكون الطفل اعتاد على الأخصائي المعالج لذلك يتم تطبيق الاختبار من قبل أخصائيين آخرين).

عرض الجلسات :

هدف البرنامج : أن يصل الطفل إلى طلاقة عفوية طبيعية عند الحديث في جميع المواقف ومع جميع الأشخاص .

الجلسة الأولى

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
- أن يجيب الطفل عن أسئلة الأخصائية و يتفاعل معها لمدة 30دقيقه لبناء علاقة إيجابية مع الطفل.
الأساليب الإجرائية
تقوم الباحثة في الجلسة الأولى بالعمل على بناء علاقة إيجابية مع الطفل وتوفير جو من الألفة والطمأنينة له حيث نبدأ بالتعريف عن أنفسنا (أنا اسمي، عمري.....الخ) ثم أطلب منه أن يقول اسمه وبعدها أطرح عليه مجموعة من الأسئلة ليجيب عنها مثلاً هواياتك، من أصدقاؤك، ماذا تحب من الطعام،.....الخ.
الأدوات
ألعاب + دمى محببة للطفل
المعززات
تعزيز مستمر بإعطاء معزز معنوي: (برافو_ممتاز) معزز مادي: (صور) بعد كل استجابة صحيحة.
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 5/3

الجلسة الثانية

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة

1. أن يقوم الطفل بإجراء تمارين التنفس البطني 10 مرات متتالية.
2. أن يقوم الطفل بترديد (5) جمل من إنتاج المعالج حيث يكون طول الجملة لا يتجاوز(3-4) كلمات مراعياً أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

الأساليب الإجرائية

- أبين للطفل كيفية القيام بالتنفس البطني وذلك بأسلوب يسهل عليه فهمه / نأخذ نفساً من الأنف ونغلق الفم كأننا نشم وردة ونجعل بطننا ينتفخ ولا نرفع أكتافنا / ثم أطبقها أمامه عدة مرات حتى يستوعب طريقة التنفس الصحيح وبعدها أطلب منه القيام بها (10) مرات صحيحة مع تعزيز كل استجابة جيدة.
- بعد الانتهاء من تمارين التنفس البطني أضع أمام الطفل مجموعة من البطاقات كل بطاقة تمثل فعلاً يقوم به الشخص والغاية من هذه البطاقات إنتاج جمل ببطء حيث أقوم في البداية بوضع أول بطاقة أمام الطفل وأقوم بإنتاج جملة ببطء ثم أطلب منه أن يردد الجملة ببطء وهدوء وذلك بمعدل بطيء ويبلغ 8 ثوان للجملة الواحدة وعند الخطأ أطلب منه إعادة الجملة من البداية بحيث تعاد ثلاث مراتٍ كحد أقصى لأنه الحد الذي يمكن أن يتجاوب معه الطفل من دون ملل أو تعب من الجلسة.
- نكرر ذلك مع البطاقات الأخرى وبالطريقة نفسها وضمن نسبة خطأ 3 / 5.

إذا لم يتحقق الهدف أكرر الجلسة وإذا لم يتحقق في الجلسة الثانية أغير في طريقة تنفيذ الجلسة (كتغيير المثيرات والمعززات مثل استخدام لعبة محببة عند الطفل).

الأدوات

				
ولد يشرب ماء	ولد يمشط شعره	بنت تمشط شعرها	أطفال يغنون أغنية	أطفال يلعبون بالملعب

التقويم (معايير الاداء)

أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 5/3

الجلسة الثالثة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة

1. أن يقوم الطفل بتمارين التنفس البطني 15 مرة متتالية.
2. أن يقوم الطفل بترديد (8) جمل من إنتاج المعالج مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

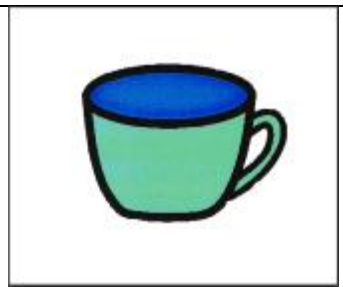
الأساليب الإجرائية

1- أطلب من الطفل إجراء تمارين التنفس 15 مرة بعد تنفيذ التمرين أمامه كنموذج.
أضع المجسمات في سلة وأطلب من الطفل سحب مجسم من هذه المجسمات ووضعها أمامه على الطاولة ثم أطلب منه ترديد جملة عن المجسم مؤلفة من خمس كلمات بعد تنفيذ ذلك أمامه كنموذج بحيث يتم في هذه الجلسة إطالة الجملة بحيث تصبح 5 كلمات مع بقاء زمن تبطيء معدل سرعة الكلام 8 ثواني مع العلم أنها نستغرق من 10 – 12 ثانية

2- مثال: مجسم كأس: أنا أرى كأس لونها أزرق وذلك باستخدام أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
أمثلة أخرى:
أنا أحمل قصة ليلى والذئب.
أنا أرى قبعة لونها أحمر.
أنا أمسك قلم رصاص جديد.
أنا أشرب الحليب بالفنجان الأخضر.
أنا أرى هاتف لونه أزرق
يكرر ذلك على باقي المجسمات من قبل الطفل

الأدوات

مجسمات أو نماذج لأشياء مختلفة مألوفة للطفل (كأس –قبعة - هاتف- الخ).





المعززات

تعزيز مستمر بعد كل استجابة صحيحة. بإعطاء:معززات مادية: (صور).معززات معنوية:(أحسنت –

التقويم (معايير الاداء)

أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة8/4.

الجلسة الرابعة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة :** 35 دقيقة

أهداف الجلسة

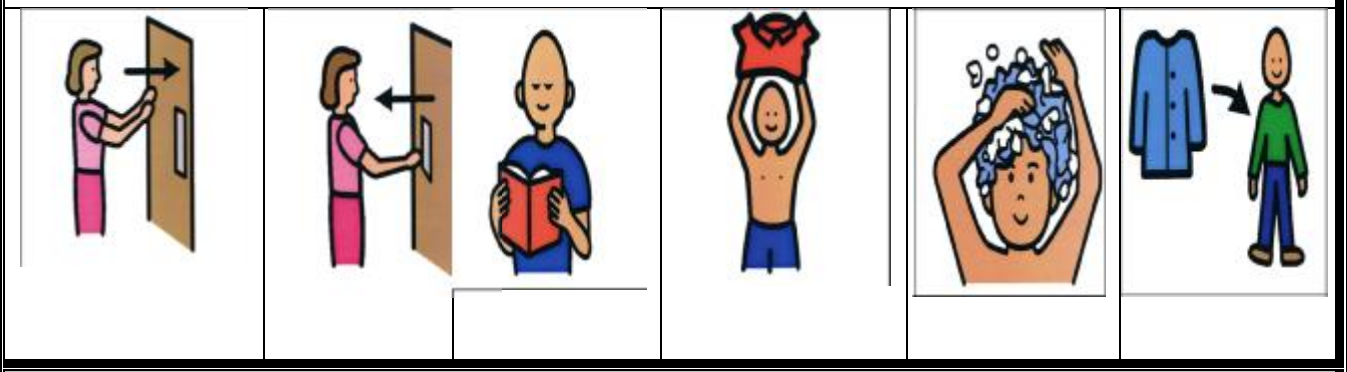
1. أن يقوم الطفل بتمارين التنفس البطني 20 مرة متتالية
2. أن يقوم الطفل بترديد 8 جمل من إنتاج المعالج مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

الأساليب الإجرائية

أطلب من الطفل القيام بتمارين التنفس 20مرة متتالية.	أنا أرى بنت تستحم بالماء والصابون
أضع البطاقات أمام الطفل ثم أطلب منه ترديد جملة من إنتاج المعالج مكونة من (6) كلمات لكل بطاقة باستخدام الكلام البطيء مع التنفس المنتظم بدءاً من البطاقة الأولى وحتى الثامنة:	أنا أرى ولداً يستحم بالماء والصابون. أنا أرى ولداً يرتدي كنزة حمراء. أنا أرى ولداً يخلع قميصه الأزرق. أنا أرى ولداً يقرأ قصة جميلة. أنا أرى بنتاً تفتح باب المنزل. أنا أرى بنتاً تغلق باب المنزل

الأدوات

بطاقات الأفعال



المعززات

معززات مادية: (صور). معززات معنوية: (أحسنت – ممتاز).

التقويم (معايير الاداء)

أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة8/1.

الجلسة الخامسة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة

1- أن يقوم الطفل بتمارين التنفس البطني 20 مرة متتالية

2- أن يقوم الطفل بوصف قصة مصورة مراعيا تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

الأساليب الإجرائية

1- بداية أطلب من الطفل إجراء تمارين التنفس البطني 20 مرة متتالية.

2- بعد الانتهاء من تمارين التنفس أضع أمام الطفل قصة مكونة من مجموعة الصور التي تمثل أحداثاً متتالية وبسيطة مثل قصة (ليلى والذئب) افتحها وأبدأ بأول صورة ونقول: أرى في هذه الصورة ليلى ترتدي فستاناً أحمر، ترى لماذا ترتدي ليلى ثيابها؟. والى أين هي ذاهبة؟. وأترك الطفل يحكي ما يرى في الصورة وما يليها من صور باستخدام تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

ويتم حساب نسبة التأتأة وفق عدد المرات التي تأتأ بها أي إذا أردنا

3- حساب نسبة التأتأة للقصة المكونة من 100 كلمة نحسب عدد المرات التي تأتأ بها فإذا أخطأ ب20 كلمة تكون نسبة التأتأة 20% وإذا أردنا حساب نسبة التأتأة لقصة مكونة من 50 كلمة فتتم وفق ما يلي: ضمن 50 كلمة تأتأ ب 4 كلمات نقوم بضرب الطرفين ب 2:

$\frac{2x\ 4}{100} = \frac{8}{2x50} = 8\%$ وهي نسبة التأتأة.

إذا لم ينجح الطفل في المهمة أروي القصة أمامه ثم أطلب منه إعادتها.

الأدوات

قصة مصورة للأطفال (ليلى والذئب)

المعززات

معززات مادية: (صور). معززات معنوية: (أحسنت).

التقويم (معايير الاداء)

أن يحقق الطفل هدف الجلسة بنسبة تأتأة50%.

الجلسة السادسة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
1- أن يقوم الطفل بتمارين التنفس البطني 20 مرة متتالية. 2- أن يقوم الطفل بوصف قصة مصورة مراعيا التنفس البطني وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
أطلب من الطفل القيام بتمارين التنفس ويمكن القيام بالتنفس البطني باستخدام لعبة معينة مثلا: أطلب من الطفل أن يضع كتاب على بطنه وأقول له هل تستطيع رفع الكتاب ببطنك يا بطل؟ هيا أرني قوتك. ثم أطلب من الطفل وصف صور قصة (الضفدع والكلب) وهي عبارة عن قصة تتضمن صور فقط وهذه الصور تمثل أحداث متتابعة وبسيطة ويجب على الطفل وصف الصور ضمن نسبة تأتأة لا تتجاوز 25 %.
الأدوات
قصة مصورة للأطفال
المعززات
معززات مادية: (اللعب بالسيارة). معززات معنوية: (أحسنت يا بطل).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة25%.

الجلسة السابعة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
1- أن يقوم الطفل بتمارين التنفس البطني 20 مرة متتالية. 2- أن يقوم الطفل بوصف قصة الحسناء والوحش مراعياً تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
أطلب من الطفل إجراء تمارين التنفس 20 مرة متتالية وبعدها أطلب منه وصف قصة مصورة (الحسناء والوحش) من اختيار المعالج ويجب أن تكون نسبة التأتأة في كلام الطفل 1%.
الأدوات
قصة مصورة (الحسناء والوحش)
المعززات
معززات مادية: (صور). معززات معنوية: (ممتاز - أحسنت يا بطل).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 1%.

الجلسة الثامنة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع المعالج مراعياً أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام
الأساليب الإجرائية
اسأل الطفل فيما إذا كان يحب الرسم: هل تحب الرسم ؟ ماذا نحتاج لكي نرسم ؟ دفتر كبير، ألوان، قلم رصاص، ممحاة وأضعها أمامه ثم أطلب منه أن يرسم وهكذا حتى أحصل من الطفل على محادثة عفوية ويجب ألا تتجاوز نسبة التأتأة في حديث الطفل 25%.
الأدوات
أدوات رسم (لإجراء محادثة عن الرسم) ماذا يحب أن يرسم؟. وما الألوان التي يحبها؟. الخ.
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل 3 استجابات صحيحة بإعطاء: معززات مادية: السماح للطفل بتلوين صورة. معززات معنوية: (ممتاز - أحسنت).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 25%.

الجلسة التاسعة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع المعالج مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام
الأساليب الإجرائية
نضع الشخصيات الكرتونية في سلة ونطلب من الطفل سحب واحدة من هذه المجسمات. ثم نجري معه حوار حول هذه الشخصية (هل تعرف من هذه الشخصية الكرتونية ؟ أهي شريرة أم لا؟. لماذا؟. حتى نحصل على عينة كلامية منه. نكرر ماقمنا به مع باقي المجسمات وتنتهي الجلسة بالحصول على عينة كلامية تكون نسبة التأتأة فيها 1%.
الأدوات
مجسمات لشخصيات كرتونية يحبها الطفل.
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل 4 استجابات صحيحة بإعطاء: معززات مادية: (رمي الكرة في السلة). معززات معنوية: (أحسنت يا بطل).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 1%.

الجلسة العاشرة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة

أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع شخص غير مألوف (زميل للمعالج) داخل غرفة العلاج مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.

الأساليب الإجرائية

: بعد الجلوس مع الطفل مدة 5 دقائق أترك الغرفة وأعود ومعي شخص لا يعرفه الطفل (أضع الطفل في موقف ضغط) وأطلب من الشخص التحدث مع الطفل لأرى مدى تجاوب الطفل مع الآخرين من دون أن يؤثر ذلك على كلامه. وأقوم بتسجيل كل ما يقوم به الطفل في أثناء الحديث بالاستعانة ببطاقة ملاحظة + التسجيل الصوتي.

إذا لم ينجح الطفل في أداء المهمة أحاول تهدئته والتحايل عليه للتحدث وأنه لا يوجد سبب لكي نخطئ ثم أطلب منه إجراء تمارين التنفس والتحدث مع الشخص مرة أخرى مع التركيز على الإعادة كلما أخطأ.

وإذا لم يتجاوب الطفل مع هذا الموقف قد استبدله بموقف آخر مثل تبادل الأدوار بين المعالج والطفل (أنت المعالج الآن وأنا الطفل) وهذا الموقف قد يشكل ضغطاً على الطفل لأنه يتطلب منه الحديث لفترة أطول).

الأدوات

تسجيل صوتي

المعززات

تعزيز مستمر بعد كل استجابة صحيحة بإعطاء:

معززات مادية: (اللعب بالسيارة).

معززات معنوية: (أحسنت يا بطل – ممتاز).

التقويم (معايير الاداء)

أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة25%.

الجلسة الحادية عشرة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع شخص غير مألوف داخل غرفة العلاج (زميل للمعالج) مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
: في هذه الجلسة أيضا أطلب من شخص غريب عن الطفل (زميل للمعالج) الدخول إلى الغرفة والحديث مع الطفل ويجب على الطفل أن يتحدث مع الشخص مراعيا التنفس البطني وتبطيء معدل سرعة الكلام بنسبة تأتأة 1%.
الأدوات
كرة + قصة لإجراء حوار حولها
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل استجابتين صحيحتين بإعطاء: معززات مادية: (رمي الكرة في السلة). معززات معنوية: (أحسنت يا بطل).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 1%.

الجلسة الثانية عشرة

مكان الجلسة : غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع الآخرين خارج غرفة العلاج بوجود المعالج مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
في هذه الجلسة نصطحب الطفل خارج غرفة العلاج وأطلب من أشخاص محددين التحدث مع الطفل (زملاء للباحث ليكون الحديث صفته الهدوء والوضوح - أصدقاء للطفل ليشعر الطفل بالاطمئنان). لنرى مدى تعميمه للأساليب التي تعلمها داخل غرفة العلاج من تنظيم للتنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام ضمن نسبة تأتأة 10 %.
الأدوات
تسجيل صوتي
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل استجابتين صحيحتين بإعطاء: معززات مادية: (صور). معززات معنوية: (بطل – رائع).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة 10%.

الجلسة الثالثة عشرة

مكان الجلسة : خارج غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع الآخرين خارج غرفة العلاج بمرافقة شخص غير مألوف يحدده المعالج (زميل للمعالج) مراعيا أساليب تشكيل الطلاقة من تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
أطلب من أحد الأشخاص العاملين بالاختصاص اصطحاب الطفل خارج غرفة العلاج لإجراء عدة محادثات مع أشخاص لا يعرفهم (زملاء للباحث) ويجب على الشخص المرافق للطفل تسجيل كل ما يقوله الطفل سواء كان صواباً أم خطأ مع الانتباه إلى الحركات الثانوية باستخدام بطاقة ملاحظة من إعداد الباحث بالإضافة إلى التسجيل الصوتي.
الأدوات
تسجيل صوتي
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل استجابتين صحيحتين بإعطاء: معززات مادية: (صور)، معززات معنوية: (بطل ،رائع).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة10%.

الجلسة الرابعة عشرة

مكان الجلسة : خارج غرفة العلاج **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يقوم الطفل بإجراء محادثة عفوية مع الآخرين خارج غرفة العلاج بمرافقة شخص غير مألوف يحدده المعالج مراعيا التنفس البطني وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأساليب الإجرائية
يتم اتباع نفس الخطوات المستخدمة في الجلسة السابقة لكن في هذه المرحلة يجب أن تكون نسبة التأتأة في كلام الطفل 1%.
الأدوات
تسجيل صوتي
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل 3 استجابات صحيحة بإعطاء: معززات مادية: وضع لعبة في السلة. معززات معنوية: (ممتاز– جيد).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة1%

الجلسة الخامسة عشرة

مكان الجلسة : المنزل **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يعمم الطفل أساليب تشكيل الطلاقة (تنظيم التنفس + تبطيء معدل سرعة الكلام) في المنزل.
الأساليب الإجرائية
يتم القيام بهذه الجلسة في منزل الطفل ويجب على أفراد الأسرة التحدث مع الطفل قدر الإمكان وذلك بمراقبة المعالج ويجب على الطفل إتباع الاستراتيجيات التي تعلمها في غرفة العلاج والتي تتضمن تنظيم التنفس وتبطيء معدل سرعة الكلام.
الأدوات
المعززات
تعزيز متقطع بعد كل استجابتين صحيحتين بإعطاء: معززات مادية: (صور - قصة). معززات معنوية: (بطل – أحسنت).
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة1%.

الجلسة السادسة عشرة

مكان الجلسة : خارج المركز **زمن الجلسة** : 35 دقيقة

أهداف الجلسة
أن يعمم الطفل أساليب تشكيل الطلاقة في جميع مواقف الحياة العامة.
الأساليب الإجرائية
في هذه الجلسة يتم وضع الطفل في مواقف مختلفة: التحدث مع المعلم التحدث مع الأصدقاء والأقارب - - - - - - الخ وذلك للتأكد من أن الطفل قادر على مواجهة أي موقف بنسبة تأتأة لا تتجاوز 1%. بعد الانتهاء من الجلسات سيتم تطبيق مقياس (SSI) على الطفل لقياس درجة التحسن التي طرأت عليه وبعد (4) أسابيع سيكون هناك فترة متابعة بهدف التأكد من مدى محافظة الطفل على التحسن الذي حققه في أثناء الجلسات العلاجية.
الأدوات
المعززات
معززات مادية: (صور). معززات معنوية: (بطل – أحسنت) بعد كل استجابة صحيحة
التقويم (معايير الاداء)
أن يحقق الطفل الهدف بنسبة تأتأة1%.

الملحق رقم (6): يبين درجات الأطفال على المقياس وبطاقة الملاحظة

الطفل الأول إبراهيم خ:

هو الطفل الثاني في عائلة مكونة من أربعة أفراد (الأب – الأم – وأخت أكبر منه بسنة). ولد الطفل بتاريخ 11 / 1 0 / 2004. كانت فترة الحمل والولادة للطفل طبيعية ولم يتخللها أية مشكلات تستحق الذكر. كانت صحة الطفل عند الولادة ممتازة إذ لم يتم تزويده بالأوكسجين أو وضعه في حاضنة الخداج وتطورت الجوانب النمائية للطفل بشكل طبيعي مثل (الزحف ، الجلوس ، الوقوف ، المشي و ظهور الأسنان) ولم يخضع الطفل لأي عمل جراحي. لاحظت الأم التأتأة على الطفل في عمر 5 سنوات وذلك بعد مشاجرة حدثت بين الأب والأم حيث أفادت الأم أنه بعد هذه المشاجرة ومشاهدة الطفل للضرب الذي تعرضت له الأم من قبل الأب بدأ الطفل التأتأة في اليوم التالي مباشرةً. كما أوضحت الأم أن أكثر المواقف التي تظهر فيها التأتأة عند الطفل هي مواقف الخوف وعند سماع أصوات عالية وتقل كثيراً عندما يتحدث الأب مع الطفل بهدوء وحنان وتظهر التأتأة لديه على شكل تكرارات وإطالات وقليل من الحبسات مع وجود حركات للجذع الأطراف.

نسبة المفهومية 100% من حيث فهم الطفل لكلام والديه أو من حيث فهم الأهل لكلام ابنهم. من معززات الطفل: القصص الملونة والمصورة – الألوان – الصور – اللعب بالمكعبات – حلوى. تلقى الطفل عدة جلسات قبل الخضوع لهذا البرنامج التدريبي منذ حوالي السنة.

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (قبل)

1. التكرار						
A. مهمة الوظيفة		B. مهمة القراءة		C. مهمة وصف الصورة		التكرار (a +C) 8=6+2
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 4
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
2-9 ثانية	4	
10-13 ثانية	5	
30-60 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 3=3+0+0+0
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة.1 – 2 – 3 – 4 – 5. • الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	

الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3: 8+7=15

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (بعد)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +C)
0</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td><td colspan="2">B. مهمة القراءة</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td></tr>
<tr><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td></tr>
<tr><td>10</td><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td></tr>
<tr><td>12</td><td>9-7</td><td>7</td><td>16-10</td><td>6</td><td>91-7</td></tr>
<tr><td>14</td><td>14-10</td><td>8</td><td>26-17</td><td>7</td><td>14-10</td></tr>
<tr><td>16</td><td>28-15</td><td>9</td><td>+27</td><td>8</td><td>28-15</td></tr>
<tr><td>28</td><td>+29</td><td></td><td></td><td>9</td><td>+29</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
2</td><td colspan="2">الرصيد</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="4">الهروب</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="4">نصف ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">3</td><td colspan="4">ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">4</td><td colspan="4">2-9 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">5</td><td colspan="4">10-13 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">6</td><td colspan="4">30-60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">7</td><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
1</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 3</td></tr>
</table>

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (متابعة)

1. التكرار						
A مهمة الوظيفة		B . مهمة القراءة		C . مهمة وصف الصورة		التكرار (a +c) 0
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 2
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
9-2 ثانية	4	
13-10 ثانية	5	
60-30 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1)غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3)ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 0
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	

الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 =2

بطاقة ملاحظة (قبل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	X
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	X
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	X
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

بطاقة ملاحظة(بعد)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	X
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

الطفل الثاني معتصم ع:

هو الطفل الرابع بين أخوته ثلاثة أكبر منه واثنان أصغر لعائلة مكونة من ثمانية أفراد. ولد الطفل بتاريخ 21 / 12 / 2002.

كانت فترة الحمل والولادة للطفل طبيعية ولم تعتريها أية مشكلات تستحق الذكر. كانت صحة الطفل عند الولادة جيدة ولم يتعرض لأية مشاكل صحية, وتطورت الجوانب النمائية للطفل مثل (الزحف – الجلوس – الوقوف – المشي وظهور الأسنان) بشكل طبيعي. ذكرت الأب أن الأخ الأكبر لاحظ التأتأة على أخاه في عمر الرابعة تجلت على شكل حبسات وتكرارات ومع مرور الوقت تصاحبت التأتأة مع حركات ثانوية مثل الشد على أعضاء النطق ورمش العينين وحركات الأطراف. ولعلاج المشكلة أخذ الأب الطفل لطبيب بمنطقة سعسع وطلب الطبيب (تحليل دماغ) لكن لم يقم به الأهل ولم تتم مراجعة الطبيب مرة أخرى. وعن ذكر أكثر المواقف التي يتأتئ فيها الطفل فكانت عند الانفعال وعند التحدث مع الغرباء وتقل الصعوبة عند الحديث مع الأهل. وقد ذكر الأب أن هناك في العائلة شخص يتأتئ وهو العم. نسبة المفهومية 100% من حيث فهم الطفل لكلام والديه أو فهم الوالدين لكلام طفلهم. معززات الطفل: الرسم والتلوين – اللعب بالسيارات – حلوى – وضع الخرز في الخيط.

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (قبل)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="11">التكرار (a +C)
4+6</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td><td colspan="2">B. مهمة القراءة</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td></tr>
<tr><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>6</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td><td>8</td></tr>
<tr><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td><td>10</td></tr>
<tr><td>91-7</td><td>6</td><td>16-10</td><td>7</td><td>9-7</td><td>12</td></tr>
<tr><td>14-10</td><td>7</td><td>26-17</td><td>8</td><td>14-10</td><td>14</td></tr>
<tr><td>28-15</td><td>8</td><td>+27</td><td>9</td><td>28-15</td><td>16</td></tr>
<tr><td>+29</td><td>9</td><td></td><td></td><td>+29</td><td>28</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
0</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td><td colspan="2">الرصيد</td></tr>
<tr><td colspan="4">الهروب</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td colspan="4">نصف ثانية</td><td colspan="2">2</td></tr>
<tr><td colspan="4">ثانية</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td colspan="4">2-9 ثانية</td><td colspan="2">4</td></tr>
<tr><td colspan="4">10-13 ثانية</td><td colspan="2">5</td></tr>
<tr><td colspan="4">30-60 ثانية</td><td colspan="2">6</td></tr>
<tr><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td><td colspan="2">7</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
2</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 12</td></tr>
</table>

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (بعد)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +C)
2+2</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td><td colspan="2">B. مهمة القراءة</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td></tr>
<tr><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td></tr>
<tr><td>10</td><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td></tr>
<tr><td>12</td><td>9-7</td><td>7</td><td>16-10</td><td>6</td><td>91-7</td></tr>
<tr><td>14</td><td>14-10</td><td>8</td><td>26-17</td><td>7</td><td>14-10</td></tr>
<tr><td>16</td><td>28-15</td><td>9</td><td>+27</td><td>8</td><td>28-15</td></tr>
<tr><td>28</td><td>+29</td><td></td><td></td><td>9</td><td>+29</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
0</td><td colspan="2">الرصيد</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="4">الهروب</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="4">نصف ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">3</td><td colspan="4">ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">4</td><td colspan="4">2-9 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">5</td><td colspan="4">13-10 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">6</td><td colspan="4">60-30 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">7</td><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
2</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 6</td></tr>
</table>

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (متابعة)

<table>
<tr><th colspan="7">1. التكرار</th></tr>
<tr><th colspan="2">A. مهمة الوظيفة</th><th colspan="2">B. مهمة القراءة</th><th colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</th><th rowspan="2">التكرار (a +C)
2</th></tr>
<tr><th>النسبة</th><th>رصيد المهمة</th><th>النسبة</th><th>رصيد المهمة</th><th>النسبة</th><th>رصيد المهمة</th></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr>
<tr><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>6</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td><td>8</td><td></td></tr>
<tr><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td><td>10</td><td></td></tr>
<tr><td>91-7</td><td>6</td><td>16-10</td><td>7</td><td>9-7</td><td>12</td><td></td></tr>
<tr><td>14-10</td><td>7</td><td>26-17</td><td>8</td><td>14-10</td><td>14</td><td></td></tr>
<tr><td>28-15</td><td>8</td><td>+27</td><td>9</td><td>28-15</td><td>16</td><td></td></tr>
<tr><td>+29</td><td>9</td><td></td><td></td><td>+29</td><td>28</td><td></td></tr>
<tr><th colspan="7">2. المدة (الزمن)</th></tr>
<tr><th colspan="5">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</th><th>الرصيد</th><th rowspan="8">رصيد المدة
0</th></tr>
<tr><td colspan="5">الهروب</td><td>1</td></tr>
<tr><td colspan="5">نصف ثانية</td><td>2</td></tr>
<tr><td colspan="5">ثانية</td><td>3</td></tr>
<tr><td colspan="5">2-9 ثانية</td><td>4</td></tr>
<tr><td colspan="5">13-10 ثانية</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="5">60-30 ثانية</td><td>6</td></tr>
<tr><td colspan="5">أكثر من 60 ثانية</td><td>7</td></tr>
<tr><th colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</th></tr>
<tr><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
2</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 4</td></tr>
</table>

بطاقة ملاحظة (قبل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	X
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	X
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	X
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

بطاقة ملاحظة (بعد)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

الطفل الثالث إسراء م ص:

هي الطفلة الأولى لأسرة مكونة من 7 أفراد بما فيها الوالدان. ولدت بتاريخ 5 / 7 / 2002.

كانت فترة الحمل طبيعية حيث لم يتم أخذ أي نوع من الأدوية كما كانت الولادة طبيعية ولم يكن هناك أية مشاكل طبية أو جراحية ولكن الطفلة تعاني من التهاب لوز وتضخم يزداد سوءً خلال الرشح، كما ذكرت الأم بأن ابنتها تعاني شد عصبي منذ الولادة وعند مراجعة الأطباء لم يفيدوها إلا بأن الطفلة عصبها قوي. التطور الحركي للطفلة طبيعي من حيث تثبيت الرأس والجلوس والزحف والمشي كما أن التطور اللغوي طبيعي. وبحسب قول الأم بدأت الطفلة بالتأتأة بعمر خمس سنوات وهذا ما لاحظته الأم عند دخول الطفلة الروضة بشكل واضح وتم إعطاء الطفلة دواء بعمر ست سنوات عن طريق الطبيب (محمد شريط) وقالت أنها أحست ببعض التحسن. تتجلى التأتأة عند الطفلة بالحبسات والتكرارات مع وجود رمش بالأعين وضغط بالأيدي ، وأكدت الأم وجود حالات تأتأة في العائلة فخال الطفلة وعمره 33 سنة يعاني من تأتأة وكذلك خال الأم. نسبة المفهومية 100% من حيث فهم الطفلة لكلام والديها أو فهم الوالدين لكلام طفلتهم. معززات الطفلة:

معززات مادية: صور – حلوى.

معززات معنوية: أحسنتِ, بطلة.

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (قبل)

1. التكرار						
A. مهمة الوظيفة		B. مهمة القراءة		C. مهمة وصف الصورة		التكرار (a +c) 4=2+2
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 1
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
9-2 ثانية	4	
13-10 ثانية	5	
60-30 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 3+3
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	
الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو11	

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (بعد)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +c)
2</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td><td colspan="2">B مهمة القراءة</td><td colspan="2">A .مهمة الوظيفة</td></tr>
<tr><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td></tr>
<tr><td>10</td><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td></tr>
<tr><td>12</td><td>9-7</td><td>7</td><td>16-10</td><td>6</td><td>91-7</td></tr>
<tr><td>14</td><td>14-10</td><td>8</td><td>26-17</td><td>7</td><td>14-10</td></tr>
<tr><td>16</td><td>28-15</td><td>9</td><td>+27</td><td>8</td><td>28-15</td></tr>
<tr><td>28</td><td>+29</td><td></td><td></td><td>9</td><td>+29</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
1</td><td colspan="2">الرصيد</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="4">الهروب</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="4">نصف ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">3</td><td colspan="4">ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">4</td><td colspan="4">2-9 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">5</td><td colspan="4">10-13 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">6</td><td colspan="4">30-60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">7</td><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
1</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 4</td></tr>
</table>

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (متابعة)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +c)
0</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td><td colspan="2">B. مهمة القراءة</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td></tr>
<tr><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>6</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td><td>8</td></tr>
<tr><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td><td>10</td></tr>
<tr><td>91-7</td><td>6</td><td>16-10</td><td>7</td><td>9-7</td><td>12</td></tr>
<tr><td>14-10</td><td>7</td><td>26-17</td><td>8</td><td>14-10</td><td>14</td></tr>
<tr><td>28-15</td><td>8</td><td>+27</td><td>9</td><td>28-15</td><td>16</td></tr>
<tr><td>+29</td><td>9</td><td></td><td></td><td>+29</td><td>28</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
1</td><td colspan="3">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td><td colspan="3">الرصيد</td></tr>
<tr><td colspan="3">الهروب</td><td colspan="3">1</td></tr>
<tr><td colspan="3">نصف ثانية</td><td colspan="3">2</td></tr>
<tr><td colspan="3">ثانية</td><td colspan="3">3</td></tr>
<tr><td colspan="3">2-9 ثانية</td><td colspan="3">4</td></tr>
<tr><td colspan="3">10-13 ثانية</td><td colspan="3">5</td></tr>
<tr><td colspan="3">30-60 ثانية</td><td colspan="3">6</td></tr>
<tr><td colspan="3">أكثر من 60 ثانية</td><td colspan="3">7</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
1</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 2</td></tr>
</table>

بطاقة ملاحظة (قبل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	X
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	X
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

بطاقة ملاحظة (بعد)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	**Xغير ملحوظ حتى تبحث عنه**
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

الطفل الرابع فواز الح:

هو الطفل الأول في أسرة مكونة من أربعة أفراد بما فيها الوالدان وتسكن العائلة في مدينة دمشق. ولد الطفل بتاريخ 31 / 7 / 2003. كانت فترة الحمل والولادة طبيعية ولم تواجه الأم أية مشكلات صحية. كما أن وضع الطفل عند الولادة كان طبيعياً ولم يعانِ من أية مشاكل صحية ولم يجرِ أي عمل جراحي. تطور الطفل الحركي واللغوي كان طبيعياً ولم تظهر لديه أية مشكلات تُذكر. لاحظت الأم التأتأة عند الطفل بعمر ثلاث سنوات وبحسب قول الأم ظهرت المشكلة عند الطفل عند ظهور كلب أمامه مما أدى إلى خوفه الشديد وبالتالي أثرت عليه وعلى كلامه. تتجلى التأتأة عند الطفل بالتكرار. الطفل واعي لمشكلته لذلك نلاحظ الكثير من فترات الصمت عند الطفل كسلوك تجنبي. ذكرت الأم بأن ابنها لم يتلق أي علاج قبل قدومه الى المركز،كما.أفادت الأم بعدم وجود أية مشاكل مماثلة في العائلة. نسبة المفهومية 100% بالنسبة لفهم الطفل لكلام والديه وبالعكس.

معززات الطفل: الحلوى – الصور – اللعب بالمكعبات.

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (قبل)

1. التكرار						
التكرار (a +c) 9=3+6	C. مهمة وصف الصورة		B. مهمة القراءة		A. مهمة الوظيفة	
	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة
	2	1	2	1	2	1
	6	3-2	3	3-2	3	3-2
	8	4	4	5-4	4	4
	10	6-5	5	9-6	5	6-5
	12	9-7	7	16-10	6	91-7
	14	14-10	8	26-17	7	14-10
	16	28-15	9	+27	8	28-15
	28	+29			9	+29

2. المدة (الزمن)	
رصيد المدة 1	الرصيد / الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات
	1 / الهروب
	2 / نصف ثانية
	3 / ثانية
	4 / 2-9 ثانية
	5 / 10-13 ثانية
	6 / 30-60 ثانية
	7 / أكثر من 60 ثانية

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 3	مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.
	• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
	• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
	• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
	• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.
الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 13....	

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (بعد)

1. التكرار						
A مهمة الوظيفة		B . مهمة القراءة		C . مهمة وصف الصورة		التكرار (a +c) 2
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 1
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
9-2 ثانية	4	
13-10 ثانية	5	
60-30 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 0
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.	
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	

الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 3

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (متابعة)

1. التكرار						
A مهمة الوظيفة		B . مهمة القراءة		B . مهمة وصف الصورة		التكرار (a+b) 2
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 0
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
2-9 ثانية	4	
10-13 ثانية	5	
30-60 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 0
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	
الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 2	

بطاقة ملاحظة (قبل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	X
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	X

بطاقة ملاحظة (بعد)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	X

الطفل الخامس إيهاب الح:

هو الطفل الثالث لأسرة مكونة من ست أفراد بما فيهم الوالدان (ثلاث بنات والوالدان والطفل). ولد الطفل بتاريخ 17 / 9 / 2002. خلال فترة الحمل أخذت الأم مثبتات حمل حتى الشهر التاسع ولكن لم تأخذ أية أدوية بدون استشارة طبيب لكن الحالة النفسية للأم كانت سيئة جداً. كانت الولادة طبيعية وتمت في منزلهم في دير الزور, تعرض الطفل ليرقان بعد الولادة ولم يتعرض لأية مشاكل صحية أخرى ولم يجر ِله أي عمل جراحي آخر. التطور الحركي واللغوي للطفل طبيعي. علاقة الطفل جيدة بأخوته ولكنه يغار بشكل كبير من أخته الصغرى. ذكرت الأم بأن الطفل بدأ التأتأة بعمر خمس سنوات حيث حدثت مشكلة في البيت وكان الطفل موجود, وتقول الأم أنها ربما كانت السبب في مشكلته , كما ذكرت أنه يعاني خوفاً شديداً من القطط. الطفل يتعامل مع مشكلته بشكل طبيعي وهو متقبل الأمر، تظهر التأتأة عند الطفل على شكل تكرارات وإطالات مع رمش بالعينين وشد بالأيدي. أوضحت الأم بأن عم الطفل يعاني من التأتأة ولا يعاني أحد آخر من هذه المشكلة. نسبة المفهومية 100% من حيث فهم الطفل لكلام الآخرين أو فهم الآخرين لكلامه.

معززات الطفل: اللعب بالسيارات – اللعب بالكرات.

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (قبل)

1. التكرار						
A مهمة الوظيفة		B . مهمة القراءة		C . مهمة وصف الصورة		التكرار (a +c) 8=2+6
النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	
1	2	1	2	1	2	
3-2	3	3-2	3	3-2	6	
4	4	5-4	4	4	8	
6-5	5	9-6	5	6-5	10	
91-7	6	16-10	7	9-7	12	
14-10	7	26-17	8	14-10	14	
28-15	8	+27	9	28-15	16	
+29	9			+29	28	

2. المدة (الزمن)		
الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات	الرصيد	رصيد المدة 2
الهروب	1	
نصف ثانية	2	
ثانية	3	
2-9 ثانية	4	
10-13 ثانية	5	
30-60 ثانية	6	
أكثر من 60 ثانية	7	

3. العوامل الفيزيائية المترافقة	
مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.	رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة) 2+3
• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5. • حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.	
الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 15	

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (بعد)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +c)
3</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td><td colspan="2">B. مهمة القراءة</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td></tr>
<tr><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td></tr>
<tr><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>6</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td><td>8</td></tr>
<tr><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td><td>10</td></tr>
<tr><td>91-7</td><td>6</td><td>16-10</td><td>7</td><td>9-7</td><td>12</td></tr>
<tr><td>14-10</td><td>7</td><td>26-17</td><td>8</td><td>14-10</td><td>14</td></tr>
<tr><td>28-15</td><td>8</td><td>+27</td><td>9</td><td>28-15</td><td>16</td></tr>
<tr><td>+29</td><td>9</td><td></td><td></td><td>+29</td><td>28</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
0</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td><td colspan="2">الرصيد</td></tr>
<tr><td colspan="4">الهروب</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td colspan="4">نصف ثانية</td><td colspan="2">2</td></tr>
<tr><td colspan="4">ثانية</td><td colspan="2">3</td></tr>
<tr><td colspan="4">2-9 ثانية</td><td colspan="2">4</td></tr>
<tr><td colspan="4">10-13 ثانية</td><td colspan="2">5</td></tr>
<tr><td colspan="4">30-60 ثانية</td><td colspan="2">6</td></tr>
<tr><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td><td colspan="2">7</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
0</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 3</td></tr>
</table>

قياس حساب شدة التأتأة (SSI) (متابعة)

<table>
<tr><td colspan="7">1. التكرار</td></tr>
<tr><td rowspan="10">التكرار (a +c)
2</td><td colspan="2">C. مهمة وصف الصورة</td><td colspan="2">B . مهمة القراءة</td><td colspan="2">A. مهمة الوظيفة</td></tr>
<tr><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td><td>رصيد المهمة</td><td>النسبة</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td><td>3</td><td>3-2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>4</td><td>4</td><td>5-4</td><td>4</td><td>4</td></tr>
<tr><td>10</td><td>6-5</td><td>5</td><td>9-6</td><td>5</td><td>6-5</td></tr>
<tr><td>12</td><td>9-7</td><td>7</td><td>16-10</td><td>6</td><td>91-7</td></tr>
<tr><td>14</td><td>14-10</td><td>8</td><td>26-17</td><td>7</td><td>14-10</td></tr>
<tr><td>16</td><td>28-15</td><td>9</td><td>+27</td><td>8</td><td>28-15</td></tr>
<tr><td>28</td><td>+29</td><td></td><td></td><td>9</td><td>+29</td></tr>
<tr><td colspan="7">2. المدة (الزمن)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">رصيد المدة
0</td><td colspan="2">الرصيد</td><td colspan="4">الطول الوسطي لأطوال ثلاث تفوهات</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="4">الهروب</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="4">نصف ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">3</td><td colspan="4">ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">4</td><td colspan="4">2-9 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">5</td><td colspan="4">10-13 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">6</td><td colspan="4">30-60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="2">7</td><td colspan="4">أكثر من 60 ثانية</td></tr>
<tr><td colspan="7">3. العوامل الفيزيائية المترافقة</td></tr>
<tr><td rowspan="2">رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)
0</td><td colspan="6">مقياس التقييم (0) لا يوجد. (1) غير ملحوظ حتى تبحث عنه. (2) نادراً ما يلاحظها المراقب المألوف. (3) ملفتة للانتباه. (4) ملفتة جداً للانتباه. (5) شديدة وتبدو مؤسفة.</td></tr>
<tr><td colspan="6">• الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة، صفير، تنشق، نفخ، أصوات، قرقعة. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسان إلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الرأس: خلف، أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط. 1 – 2 – 3 – 4 – 5.
• حركات الأطراف: حركات اليد والذراع، تحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم. 1– 2 – 3 – 4 – 5.</td></tr>
<tr><td colspan="7">الرصيد الكلي TOS : مجموع الأرصدة الثلاثة 1 + 2 + 3 .هو 2</td></tr>
</table>

بطاقة ملاحظة (قبل)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة:

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	X
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	**X مع شد بالأيدي**
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

بطاقة ملاحظة (بعد)

التأتأة: اضطراب يصيب شكل الكلام الناتج حيث تظهر من خلال تكرارات (Repetition) في صوت (Sound) أو في مقطع (Syllable) أو اطالات في صوت أو مقطع أو على شكل حبسة. وفيما يلي عرض لبطاقة ملاحظة تحوي مجموعة من المظاهر الأساسية والثانوية للتأتأة، يرجى وضع إشارة { X } بجانب السلوك الملاحظ:

اسم الطفل: رقم الجلسة:

اسم الملاحظ: مكان الجلسة

السلوك الملاحظ	
السلوكات الرئيسية	
التكرار	
1-تكرار صوت أول الكلمة	X
2- تكرار صوت وسط الكلمة	
3-تكرار مقطع أول الكلمة	
4-تكرار مقطع وسط الكلمة	
5-تكرار كلمة بداية الجملة	
6-تكرار كلمة وسط الجملة	
الاطالة	
1-أقل من (2) ثانية	
2-من 2 – 5 ثوان	
3-أكثر من 5 ثوان	
الحبسة	
1-بداية الكلمة	
2-وسط الكلمة	
السلوكات الثانوية	
أ-الهروب	
1-رمشات العين المتتابعة	
2-حركات غير اعتيادية للرأس	
3-ادخالات لأصوات زائدة في سياق الكلام (حشو)	
ب-التجنب	
1-تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتأتئ أنها سبب في التأتأة	
2-صمت (لتجميع الأفكار والقوة للاستمرار في الحديث)	

Abstract

The study includes six chapters:

The first chapters included the study problem, which could be summed up in the following main question: What is the effectiveness of a training program in reducing the intensity of elementary stuttering in a sample of stuttering children?

The importance of the study: It can be concluded in the following points:

1- This is one of the pioneer studies in the Syrian Arab Republic that dealt with designing a program to reduce the intensity of elementary stuttering by using the techniques of (breathing regulation, slowing down the rate of speech speed). The goals of the study were put as follows:

1. Preparing a program to reduce the intensity of elementary stuttering in a group of stuttering children.
2. Testing the effectiveness of the program in reducing the intensity of elementary stuttering in a group of stuttering children.
3. Introducing the concept of stuttering, its causes, factors affecting it, and the most important techniques and methods used in its treatment.

The study has four main hypotheses:

- There are statistically significant differences in the mean of scores of elementary stuttering intensity scale between pretest and posttest of the program at a significance level of 0.05.

- There are statistically significant differences in the mean of scores of elementary stuttering intensity scale between posttest and postponed posttest of the program at a significance level of 0.05.
- There are statistically significant differences in the mean of scores of elementary stuttering intensity scale between pretest and postponed posttest of the program at a significance level of 0.05.
- There are statistically significant differences in the mean of scores of observation card of primary and secondary behaviors dimension between pretest and posttest of the program at a significance level of 0.05.

The second chapter included Arabic and foreign studies. As for the third chapter, it contained definition of stuttering, its prevalence, causes, theories interpreting it, and the internal processes that play a role in finding stuttering, as well as family and stuttering. The fourth chapter included natural and pathological stuttering, the differences between stuttering and non-stuttering people, stuttering aspects, evaluation and diagnosis of stuttering, and stuttering treatment.

The fifth chapter contained study community. That is, the sample included (5) children suffering from elementary stuttering in the special education centers in the city of Damascus. The researcher has used the quasi-experimental approach.

Study instruments:

1- Scale of stuttering intensity (SSI).
2- Observation card (prepared by the researcher).
3- The training program (prepared by the researcher).

The sixth chapter included the most important findings as follows:

The effectiveness of the program in reducing stuttering intensity, in general. That is to say, the program has achieved it effectiveness in the following dimensions (repetition, the accompanying physiological behaviors), except for the dimension of prolongation. Moreover, the program confirmed its temporal continuity, generally speaking. That is, there were statistically significant differences between pretest and posttest, and pretest and postponed posttest. Furthermore, there were differences between posttest and postponed posttest in favor of the postponed posttest. However, there were no differences among the sub-dimensions between them. In addition, the observation card confirmed – in its two dimensions of primary behaviors and secondary behavior – the ability of the program to achieve its goals. In other words, there were differences between pretest and posttest in favor of the posttest.

Damascus University
Faculty of Education
Department of Special education

Effectiveness of training program in reducing the intensity primary stuttering in a sample of stuttering children

A practical study in the special education centers in the city of Damascus for ages (6 – 8) years

A study prepared to get the Master degree in speech and language evaluation

Prepared by
Mays Ali Makhlouf

Supervised by

Dr. Suhad Almelly

1431 هـ
2010 م