شدة التأتأة لدى اطفال مرحلة الروضة
"دراسة حالة"

إعداد

الباحثة

أميمة محمد أحمد حسانين

باحثة ماجستير تخصص (تخاطب)

إشـــــراف

أ. د. خضر مخيمر أبو زيد

أستاذ علم النفس التربوي

ووكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب

كلية التربية – جامعة أسيوط

أ. د. صمويل تامر بشري

أستاذ الصحة النفسية

ورئيس قسم علم النفس التربوي

كلية التربية – جامعة أسيوط

العدد السابع ـ أكتوبر ٢٠١٩م

مقدمة البحث:

تعد اللغة أداة الإنسان للتخاطب مع الآخرين والتفاهم والتعايش وتبادل الأفكار والمشاعر، وطريقته إلي فهمهم، ووسيلة إلي التأثير في بعضهم، وإنشاء العلاقات، وبناء الروابط، وتحقيق التعاون بينهم، وعن طريقها يتوفر له كل ما يساعده علي العيش بين الآخرين في يسر وطمأنينة وسلام (السيد عبد الحميد، ٢٠١٥، ٩٤) (*).

ويعرف خالد عبد الغني(٢٠١٦، ٦٥) اضطراب التواصل بأنه اضطراب في التعبير أو اللفظ أو الصوت حيث تؤثر سلبا في واجبات الطفل الأكاديمية، وعرفته الجمعية الأمريكية للنطق والسمع (ASHA) بأنه اضطراب في القدرة علي إرسال مفاهيم شفهية وغير شفهية، واستقبالها، واستيعابها، وقد يكون في عملية الإدراك السمعى أو اللغة أو النطق حيث تشمل علي عده درجات تتراوح ما بين الشديد والخفيف، وقد يكون مكتسبا أو وراثيا.

وتصنف اضطرابات التواصل communication disorder ضمن أربع فئات رئيسة:

الأول: اضطرابات الصوت voice disorder والثانية: اضطرابات اللغة language disorder

والثالثة: اضطرابات النطق Articulation disorder وأخيرا: اضطرابات الطلاقة fluency disorder (جمال الخطيب، مني الحديدي، ٢٠٠٩، ٢٢٧) (اسامة البطانية وآخرون، ٢٠٠٧، ٥٤٢).

ويعاني بعض التلاميذ من مشكلات في التواصل اللغوي، وتأخر في الكلام لأسباب عديدة قد يكون معظم هذه الأسباب عضوي، ويؤكد المختصون علي ضرورة الكشف المبكر عن المشكلة وتحديد أسبابها، والبدء بعلاجها توفيرا للوقت والجهد، ولضمان الحصول علي نتائج مرتفعة من التحسن، حيث ترتبط نسبه كبيره من مشكلات تأخر الكلام باضطراب السمع حيث تؤدي إلي مشكلات في الإدراك والتغذية الراجعة والتفاعل واستخدام اللغة.

وبعض حالات تأخر الكلام قد تكون أسبابها مرتبطة بمشكلات تصيب المناطق المسئولة عن الكلام في الدماغ، فتؤدي لعجز التلميذ عن استخدام اللسان والشفاه والفك لإصدار الأصوات، إلي جانب أن تطور الكلام يعتمد علي البيئة التي يعيش فيها التلميذ، حيث يكون للأهل دورا كبيرا

في تشجيعه علي الكلام والتفاعل، إلي جانب التدخل المبكر في حالة ظهور أي مشكلات تتعلق بالسمع أو الكلام (ميساء أبو شنب، ٢٠١٤، ٩٦).

يتم التوثيق في هذه الدراسة كالتالي : (اسم الباحث أو الكاتب، السنة، رقم الصفحة أو الصفحات)، طبقا لدليل الجمعية الأمريكية لعلم النفس – الطبعة السادسة APA Style of the Publication Manual of (the American Psychological Association ٦th end) وتفاصيل كل مرجع مثبتة في قائمة المراجع

مشكلة البحث:

إن اكتساب اللغة والتواصل يعتبر من أهم المهارات الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة خلال السنوات الخمس الأولي من عمر الطفل (أسامة فاروق، ٢٠١٤، ١٦٥).

والكلام هو الوسيلة الأساسية في التواصل مع الآخرين، والتعبير عن الذات، حيث انه من أهم معايير النمو العقلي، والمعرفي، لدي الأطفال والبالغين كذلك، و أي خلل أو اضطراب فيه سوف يؤدي إلي مشكلات نفسية، واجتماعية قد يكون لها اثر سلبي في حياه الأفراد وحياه الأطفال علي وجه الخصوص حيث إن التأتأة يمكن ملاحظتها بسهولة وهي تحدث كغيرها من اضطرابات الكلام واللغة فلها تأثيرات سلبيه علي حياه الشخص الذي يتأتئ مثل مشاعر الخوف والارتباك وسوء التكيف الاجتماعي والخجل لدي المتأتئ نفسه، كما تحدث ردود فعل تمتاز بالسخرية والنقد لدي المستمعين، كما لا تخلو حياته من العزلة الاجتماعية وفتور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، فهي تمثل تحدي لرغبه الشخص في الاستمتاع في الحياة، ولدي أطفال المدارس تسبب مشاعر الخوف من المدرسة، وتجنب الاختلاطات الطلابية وتجنب الكلام داخل الصف ومع المعلم فهي تؤثر سلبا علي حياه الشخص سواء أكانت بسيطة أو شديدة فهي تؤثر علي جميع حياته سواء في المنزل أو المدرسة (ابراهيم الزريقات ،٢٠٠٥، ٢٢٣ – فكري لطيف، ٢٠١٥، ٢٦١).

إذ تؤدي اضطرابات النطق والكلام إلي العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدي المصاب بها، التي من بينها الشعور بالرفض من الآخرين، الانسحاب، من المواقف الاجتماعية، الإحباط أو الشعور بالفشل، الشعور بالنبذ، العدوانية نحو الذات، أو نحو الآخرين (فاروق الروسان، ٢٠٠١، ٢٦٠).

وتشير سهير أمين (٢٠٠٠، ٨) إلي أن اللجلجة stuttering من أكثر أنواع اضطرابات الطلاقة وسيوله الكلام شيوعا، ويشار إليها بمسميات مختلفة، كالتلعثم، التأتأة، والفأفأة، وعي اللسان، وتشير هذه المسميات في مجملها إلي اضطراب أو خلل في إيقاع الكلام وسلاسته يتميز بالترددات والإعادة والإطالة في الأصوات أو الكلمات أو المقاطع بصورة لا إرادية ويكون ذلك مصحوبا بجهد لإطلاق سراح لسانه، وتوتر عضلي، مثل ارتجاف الشفتين، ارتعاش الفك السفلي، رمش العينين، والجفون، رفع الأكتاف، اضطراب في عمليه التنفس.

أما الدليل الإحصائي التشخيصي DSM–IV فيعرفها بأنها اضطراب في الطلاقة العادية في الكلام والتشكيل الزمني له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حالة اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار الصوت، التطويلات، الألفاظ المقحمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة إلي جانب تفادي التقطع والانسداد والسكوت (هيثم جادو أبو سعيد، ٢٠٠٢، ٢٢).

ويشير ابراهيم الزريقات (٢٠٠٥، ٢٣١–٢٣٢) إلي أن التأتأة تظهر لدي الطفل ما بين ٢– ٥ سنوات عندما يحاول الطفل أن يجمع عدد من الكلمات مع بعضها لينتج جملا أو شبه جمل، إلي جانب ازديادها في مواقف معينه كالتحدث في التليفون، التحدث إلي مسئولين، الكلام في المسرح أو في قاعات استماع أمام جمـــع كبير، وهي تظـهر لـــــدي

الذكور أكثر من الإناث حيث تقدر نسبه انتشارها ب ٤: ١ بالنسبة للذكور إلي الإناث وتعود أسباب ذلك إلي الاستعداد الوراثي لدي الذكور أكثر من الإناث أو ظهور مشكلات لغوية نطقيه لدي الذكور أكثر من الإناث (ابراهيم الزريقات ٢٠٠٥ ، هالة الجرواني٢٠١٢).

وهناك العديد من الظواهر المرتبطة بالتأتأة مثل ظهورها لدي جنس واحد أكثر من الأخر، تظهر أكثر لدي التوائم، تظهر في الطفولة المبكرة بين ٢- ٥ سنوات، هناك مواقف كلاميه تزداد بها التأتأة إلي جانب أنها تختفي أو تنخفض في مواقف معينه مثل الغناء، الغناء الجماعي، التكلم بهمس، التحدث مع إيقاع موسيقي، فالكلام البطئ يفتح المجال لنشاط الجهاز النفسي والنطقي (ابراهيم الزريقات، ٢٠٠٥ – ٢٢٩).

أهداف البحث:

يتمثل هدف الدراسة الحالية في رسم الصفة النفسية للطفال ذوي مشكلة التأتأة من خلال الديناميات النفسية المميزة لهم بدراسة الحالة.

أهمية البحث:

تظهر أهمية الدراسة الحالية من خلال ما تسهم فيه من إلقاء الضوء علي خطورة وحجم اضطرابات النطق والكلام التي يعانيها الأطفال في هذه المرحلة كاضطراب التأتأة، إلي جانب تأثير ذلك علي النمو النفسي للطفل وتأثير ذلك علي جميع النواحي النفسية والاجتماعية في مرحله الروضة وما يليها من مراحل النمو، حيث ترك الأطفال بهذه المشكلة يلقي بظلاله علي جميع النواحي الشخصية للمضطرب كلاميا.

*الإطار النظري للدراسة:

إن بعض الأطفال في مرحلة الرياض قد تحدث لديهم بعض الإعاقات الكلامية ومنها التأتأة في بداية تكوينهم اللغوي، واستعدادهم في تلقيها او تعلمها او التحدث بها، وان هذه الإعاقة قد تحدث نتيجة أمراض او خلل في احد الأجهزة المسئولة عن عملية الكلام، فتظهر لديه اضطرابات كلامية وعيوب نطقية، وقد تتطور الي مشكلات لغوية معقدة، او مشكلات نفسية او تربوية او اجتماعية، مما قد يحير كثير من الآباء والأمهات والمربين والمربيات في مختلف المؤسسات التربوية، حيث يعيش الطفل في معاناة مؤلمة واضطرابات نفسية، وبخاصة عندما يجد نفسه مع الأطفال الأسوياء الذين يتكلمون يسر و سهولة ووضوح ويكونون علاقات اجتماعية بسهولة وتفاعل بينها، بينما يعاني لطفل المتأتئ من عجز عن الكلام او إعاقة في النطق مما يؤدي به إلى الانطواء او الانزواء وعدم المخالطة وتكوين علاقات اجتماعية مع اقرانه.

اضطرابات اللغة والكلام هي انحراف الكلام عن المدي المقبول للكلام العادي، بدرجة تجذب الانتباه، ويعوق الاتصال، او يسبب حالة من الضيق والتوتر للمتحدث والمستمع(رحاب صديق، ٢٠١٣، ٢٨).

١- تعريفات التأتأة:

ورد في المعاجم اللغوية، والموسوعات النفسية مسميات عديدة كالتأتأة، اللجلجة، والفأفأة، التهتهة، العقلة..الخ، وجميعها تشير إلى التردد في النطق لبعض المقاطع، والحروف والكلمات، مما يؤدي إلى نقص في الطلاقة اللفظية، ومن ثم اتجهت الدراسات الحديثة إلى جمع هذه الاضطرابات في مسمى واحد هو التلعثم للدلالة على كل ما يعوق طلاقة اللسان من تردد في المقاطع، والحروف، أو توقف عند النطق بالكلمات (عفراء خليل، ٢٠٠٠، ٦٨).

وتعرف الباحثة التأتأة أنها" اضطراب في الطلاقة الكلامية تؤثر على الطلاقة الطبيعية للكلام، مما يمنع تدفق الكلام الطبيعي وانسيابه وتواتره ، ولها مظاهر أولية مميزه لها تتمثل في التكرار، والإطالة، والتوقفات أثناء الكلام، تترافق مع حركات وسلوكيات ثانوية تتمثل برمش العينين، وهز الأيدي، وتقطيب الجبهة، أو حركات لا إرادية للرأس والأطراف"

وتذكر ميساء أبو شنب (٢٠١٤، ٩٧) أن من مشكلات النطق والكلام ما يعرف بالتأتأة أو اللجلجة وهي عدم الطلاقة في الكلام، ومن أشكالها تكرار للحرف أو للمقطع أو للكلمة، أو التوقف المفاجئ والطويل قبل نطق الحرف أو الكلمة، إلي جانب إطالة النطق بالحرف قبل نطقه للحرف الذي يليه، وتعود الأسباب في الغالب لمرحلة الطفولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلبا نتيجة للقسوة في المعاملة، أو الخوف الشديد من شي أو شخص، النقد أو السخرية من لغته، أو نتيجة لفقد شخص عزيز عليه.

وتعتقد الباحثة أن التلعثم يعرقل تواصل الطفل مع الآخرين، وذلك يجعله عاجزا عن التعبير عن نفسه إلي جانب انه يصعب عليه التفاعل مع البيئة المحيطة، إلي جانب ما يصاحب ذلك من اضطرابات نفسية وسلوكية كالعزلة والانطواء والخجل، والتي من شانها أن تؤثر علي تحقيق التفاعل الاجتماعي مع بيئة المحيطة به.

وفي ضوء ما سبق من التعريفات فإن الباحثة تعرف التلعثم بأنه أحد اضطرابات الكلام والنطق وهو اضطراب في ايقاع الكلام وطلاقته، فهو اضطراب توقيت الكلام يتميز بالتوقف اللاإرادي عن الكلام أو التكرار للمقاطع والحروف، أو الإطالة لأصوات الكلام خاصة (الحروف المتحركة)، بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية، كتغير في عضلات الوجه وحركات الفم، والرأس والرقبة، واليدين والرجلين، وسرعة التنفس، وليس له سبب عضوي أو نفسي ولكنه سلوك تخاطبي يكتسبه الطفل منذ السنين الأولى لاكتساب اللغة.

٢- الملامح الإكلينيكية للتأتأة:

لقد حاول كثير من الخبراء تحديد السمات أو الملامح الإكلينيكية للتأتأة، غير أنه من الملاحظ أن خصائصها تتغير من يوم إلى يوم ومن فترة لأخرى، وقد توصل العلماء إلى أن الملامح المميزة للتلعثم هي التكرارات – التطويل – الإعاقة المجاهدة بصعوبة، والحركات البدنية ... إلخ.

٣- مظاهر التأتأة:

ومن مظاهر التأتأة الأساسية ما يلي:

أ – **التكرار (repetition)**: من أبرز السمات المميزة للتأتأه، والصورة الأكثر شيوعا لها (ما ما ما ما محمد).

ب – **إطالة الأصوات (prolongation of sound)**: وهي محاولة من جانب المتلعثم لإطالة نطق المقاطع والكلمات للخروج من مأزق التلعثم أثناء الكلام. ويمكن أن يضاف إلى الإطالة – كخاصية من الخصائص المميزة للتلعثم – إدخال حرف، أو صوت غريب، أو دخيل على الكلمة؛ ويستهدف المتلجلج من وراء ذلك استهلاك الوقت؛ وذلك عن طريق الإطالة في أي حرف من الحروف او نطق الصوت بطريقة غير طبيعية خاصة في الحروف المتحركة (ســـــيارة) (عبد الرحمن سليمان، ٢٠١٧، ٢٤١).

ج – **التردد أو التوقف عن الكلام (blockages)**: انحباس في مجري الزفير وفي الجهاز الصوتي، حيث تؤدي للإعاقة الحركية لآلية للكلام، مع استمرار تدفق الكلام مما يسبب توترا وارتعاشا في العضلات (..... صباح الخير) (حمدي الفرماوي، ٢٠٠٩، ٦٩).

ويتضمن التوقف أو الامتناع عن الكلام للحظة – انغلاقا في مكان ما بالحبال Vocal tract – مع توقف وجمود لآلية الكلام speech mechanism، بالإضافة إلى حدوث ضغط مستمر من جانب الهواء الموجود خلف منطقة الإعاقة؛ يكون مصحوبا بتوتر عضلي في هذه المنطقة من جهاز الكلام. ويتوقف مدي التوقف أو التردد تبعا لشدة الاضطراب، وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي (عبد الرحمن سليمان، ٢٠١٧، ٢٤٣).

د – **الأصوات الاعتراضية الخاطفة:** ويصاحب التأتأه سلوك تجنبي وتظهر عادة بين سن الثانية والسادسة من العمر، وهي أكثر شيوعا لدي الذكور منها لدي الإناث (جمال الخطيب، مني الحديدي، ٢٠٠٨، ٢٢٩).

٤- أعراض التأتأة:

أ) الأعراض الظاهرة:Overt Symptoms:

(١)- **الحركات العضلية الزائدة:** تحدث بشكل تلقائي لا شعوري وذلك لاعتياد الطفل المتلعثم فعل هذه الحركات لارتباطها بمحاولاته للنطق، أشهر هذه الحركات إغماض العين، تقطيب الجبهة، انقباض البطن، هز الأيدي، هز الأرجل، عوج الفم والشفاه، ويأتي ارتباط هذه الحركات بمحاولات الطفل للنطق مع اعتقاد الطفل المتلعثم في أنه لحظة التلعثم يشعر بإحباط او خوف شديد ويريد أن يتخلص من الموقف بشتى الطرق فيلاحظ أنه عندما أغمض عينه خرجت الكلمة وعندما حدث

التلعثم مرة أخرى قام بإغماض عينه أثناء محاولته إخراج الكلمة بشكل متعثر، خرجت الكلمة فقام الطفل بربط خروج الكلمة بحركة إغماض العين فأصبح مع كل الوقفات الكلامية المتلعثمة يغمض عينيه فيعتقد أن ذلك يساعده على إخراج الكلمة.

(٢) – **السلوك التأجيلي Escaping Behavior:** يظهر السلوك التأجيلي عند محاولة الطفل المتأتئ إدخال أجزاء من الكلام داخل الكلام الطبيعي أثناء كلامه ليبدو كما لو كان شيئا طبيعيا Interjected Speech Segments، حيث يلجأ معظم المتلعثمين إلى وضع بعض الكلمات مثل (يعني)، أو(اممم) او (تعرف) او (مثلا)، أو (بس)، أو (آه) داخل الكلام حتى يغطي بها أسلوب كلامه المتأتئ، وربما نجد أن هذه الكلمات قد تعطي للطفل المتلعثم فرصة لتأجيل نطق الكلمات المراد نطقها ويقلل شعوره بالإحباط والتوتر من خلال التغطية علي وقت تلعثمه (محمد سيد عطية، ١٩٩٩، ٢١) (Ahllam, ١٩٩٣, ٢٩).

(٣) – **السلوك التجنبي :Avoidance Behavior:** يلجأ الطفل المتلعثم إلى أساليب تجنب وتفادي وقت حدوث تلعثمه نتيجة إحساسه بالإحباط، و بالرفض الاجتماعي فيبتكر وسائل وأساليب للتفادي منها رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع فيها أن يظهر تلعثمه ورفض نطق كلمات فيستبدلها بحركات إشارية مثل هز الرأس تعبيرا عن الموافقة والإشارة بالسبابة تعبيرا عن الرفض، ولا يقوم بالرد على التليفون أو الإجابة عن الأسئلة في الفصل.

ب) التغيرات الفسيولوجية:

١ – اضطرابات التنفس Breathing Disturbance: مثل التنفس السطحي السريع، أو أن تضطرب عملية التنفس بشكل موقفي ووقتي ومحاولة الكلام أثناء الشهيق، وكانت اضطرابات التنفس مصدرا لجذب الانتباه إلى أهمية ضبط عملية التنفس وتدعيم علاج التلعثم من خلال تدريبات ضبط النفس الباطني.

٢– زيادة معدل ضربات القلب.

٣– رعشة الشفتين والفك.

٤ – حركة العين Eye Movements حركة العين التي تصاحب التلعثم تكون في صورة ارتعاشات، أو نظرة ثابتة طويلة، او حركة إيقاعية سريعة او بطيئة (keho،٢٠٠٦، ٨–٩).

وترى الباحثة بأن هذه السمات قد تكون هي السبب في حدوث التأتأة. فالطفل قد يتردد عندما يتكلم ويتأتئ نتيجة ما يعانيه من مشاعر نفسية مؤلمة كالشعور بالنقص، والإحباط والدونية، وعدم الثقة بالنفس، أو قد تكون هذه السمات نتيجة الإصابة بالتأتأة، إذ إن الطفل الذي يتردد في الكلام عندما يتحدث أمام الآخرين يتولد لديه القلق بشأن الكلام خوفا من أن يتأتئ عندما يريد التحدث إلى أحد، وكذلك يشعر بالنقص عندما يقارن نفسه بغيره من الأطفال الذين يتحدثون بطلاقة، وهذا يؤثر في نفسيته فيشعر بالإحباط والدونية.

٥- أسباب التأتأة:

لقد أشارت العديد من الدراسات كما ورد في دراسة (Peters & Guitar, ١٩٩١) إلى أن أسباب التلعثم متباينة فهي بين عصبية فسيولوجية، أو نفسية، وأخرى اجتماعية، وربما يرجع السبب في بعض الأحيان إلى عوامل لغوية، أو نمائية.

فهي تعود إلي أسباب وراثية وأسباب نفسية و اسباب عصبية وتعلم خاطئ (حمزة السعيد ،٢٠٠٢، ٧٩).

ويظهر دور الأسباب البيئية في إحداث التلعثم من خلال ملاحظة مدى التفاوت بين البيئات المختلفة في ظهور نسبة التلعثم بها، حيث نجد أن التلعثم ينتشر في المجتمعات الغربية أكثر من الشرقية ويكاد يختفي في المجتمعات البدائية، وتفسير ذلك أن الحياة في المجتمعات الغربية أكثر تعقيدا من المجتمعات الشرقية، وقد أدى التفاوت بين الثقافات ببعض العلماء والباحثين إلى تقديم تفسيرات مشكلة التلعثم في الكلام إلي اتخاذهم من العوامل البيئية والاجتماعية مرجعا لها(طارق زكي، ٢٠٠٩، ٦٣).

وفي ضوء ما سبق تتفق الباحثة مع وجهات النظر السابقة للباحثين حول تأكيدهم على دور الأسباب الاجتماعية والبيئية في إحداث التلعثم لدى الأطفال، وأن الوسط الاجتماعي يساعد في أحيانا كثيرة على تثبيت التلعثم وعلى خفضه في أحيانا أخرى إذا تم التعامل معه بأسلوب سليم، وهذا الأمر يتطلب ضرورة إعداد برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدة أطفالهم المتلعثمين في تخطي هذه المشكلة نظرا لأهمية وتأثير دور الوالدين في ظهور المشكلة او خفضها.

ويذكر سعيد أبو حتلم (٢٠٠٥، ٦١) أن من اسباب ظهور التأتأة تعود في الغالب لمرحلة الطفولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلباً بأحد الأسباب التالية:

- الخوف الشديد من شخص ما أو أي شيء آخر.
- فقد شخص عزيز عليه وخاصة الأم
- التهكم والسخرية من لغته الطفولية.
- القسوة في المعاملة.

حيث أوضحت دراسة (Meyers & Freeman, ١٩٨٥) أن أمهات الأطفال ذوى اضطرابات النطق يطالبن أطفالهن بالكلام دون أن يكن هن نموذجا لهم في النطق الصحيح مما يؤدى إلى وجود نوع من الضغوط الواقعة علي الطفل في التواصل والفشل في النطق وعدم تحقيق الطلاقة اللفظية المطلوبة (Meyers & Freeman, ١٩٨٥,٢٠٤).

ومن بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عامل أساسي يتمثل في أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلمه الكلام وخصوصا الأم، وكميه الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال مرحلة نمو الكلام.

اجراءات الدراسة:

عينة ومجتمع البحث:

١- **منهج الدراسة:** يتمثل منهج الدراسة الحالية في منهج دراسة الحالة للتعرف علي البناء النفسي للاطفال ذوي مشكلة التأتأة.

٢- **عينة البحث الأساسية:** حيث شملت عينة الدراسة (٩) أطفال (٥) من الذكور و(٤) من الإناث، تراوحت أعمارهم ما بين (٤٨-٧٢) شهرا بمتوسط عمري ٦٤.٩ شهر وانحراف معياري ١٤.٧ شهر، طبقت عليهم قائمة تقييم طلاقة الكلام، واستمارة دراسة الحالة ومقياس شدة التلعثم، واستراتيجية الكلام المطول للتأكد من أنهم يعانون من إطالات، توقفات، تكرارات، وتشخيصهم بالتأتأة

٣-أدوات البحث:

١- استمارة دراسة حالة: (إعداد الباحثة)

تم تصميم استمارة حالة بواسطة الباحثة ويتم ملئ بياناتها في وجود ولي أمر الطفل المتأتئ لكي تساعد في التعرف على بعض الجوانب في حياة الطفل في الماضي والحاضر وهي تتضمن:

- بيانات عامة عن الطفل:

- عمر الطفل، وعدد أفراد الأسرة، ومستوي تعليم الوالدين وصلة القرابة بينهما
- نوعية العلاقات الموجودة داخل أسرة الطفل، سواء كانت العلاقات بين الأم والأب أو بين الطفل وباقي أفراد الأسرة .
- نوعية علاقات الطفل بالآخرين داخل المجتمع.
- عدد الإخوة وطبيعة علاقتهم بالطفل .
- الأنشطة والهوايات التي يهتم بها الطفل.
- التاريخ المرضي للام أثناء فترة الحمل، وظروف الوضع، وطريقة الرضاعة، بداية ظهور المشكلة لدي الطفل، والتاريخي التخاطبي للحالة وهل توجد حالة مماثلة له في الأسرة.
- الحالة الصحية للطفل والأمراض والعمليات الجراحية التي تعرض لها.
- إلي جانب المظهر الصحي العام للطفل من حيث البصر والسمع، وفحص أعضاء النطق والكلام، وعلاقته وتواصله الاجتماعي بأقرانه والمظاهر التخاطبية للطفل.

- بيانات عن المشكلة (التأتأة):

- تتضمن تاريخ ظهور التأتأة وأسباب ظهورها كما يرويها الوالدين.
- وفي أي عمر وصلت لشدتها
- ومظاهرها من حيث التكرارات والتوقفات والاطالات إلي جانب الأعراض الثانوية كاضطراب التنفس، رعشة في الوجه او الفك او الشفاه او الكتفين او الرقبة.

- بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل وتتضمن:

- الأسلوب المتبع لمكافأة أو عقاب الطفل.
- رد فعل الوالدين تجاه تأتأة الطفل.
- مدي وعيهم وتفهمهم لحالة الطفل
- وصفا كاملا لأول موقف لاحظ فيه الوالدان تأتأة الطفل.

ب- قائمة لرصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأتأة لدى الطفل (إعداد الباحثة):

أعدتها الباحثة بهدف قياس مظاهر التأتأة لدي الأطفال وهي مكونة من ثلاثة أبعاد رئيسية وقامت الباحثة بوضع عبارات القائمة وصياغتها بما يتناسب مع كل بعد بحيث تكون الصياغة بسيطة ومألوفة وتتكون القائمة فى صورتها الأولية من(٣٢) عبارة موزعه على (٣أبعاد)

-الخصائص السيكو مترية لقائمة تقييم طلاقة الكلام:

(١) الصدق Validity:

اعتمدت الباحثة في حساب صدق القائمة على ما يلي:

- **الصدق المنطقي (صدق المحكمين) Logical Validity:**

تم عرض الصورة الأولية للقائمة على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال الصحة النفسية، علم النفس التربوي، التربية الخاصة، وتقويم النطق والكلام) ملحق (١)، وقد اشتملت تلك الصورة على (٣٢) سؤال بهدف: التأكد من مناسبة الأسئلة للمفهوم المراد قياسه، وتحديد غموض بعض الأسئلة لتعديلها، وحذف بعض الأسئلة غير المرتبطة بالاختبار، أو غير مناسبتها لطبيعة وخصائص عينة الدراسة، ويوضح جدولا (١) ، و (٢) بعض العبارات التي تم تعديلها، والأخرى التي تم حذفها.

جدول (١)

الأسئلة التي تم تعديل صياغتها للقائمة

م	الأسئلة قبل التعديل	الأسئلة بعد التعديل
٢	التطويل في المقاطع والكلمات	التطويل في المقاطع (ســـــيارة)
٦	الكلام بسرعة	الكلام بسرعة زائدة
٩	رمش العينين بطريقة سريعة ومستمرة	رمش العينين بطريقة سريعة ومستمرة أثناء الحديث
١٠	غلق العينين	غلق العينين باستمرار أثناء الكلام
١١	فتح العينين بصورة مبالغ فيها	فتح العينين واتساعها بصورة مبالغ فيها أثناء الكلام
١٢	اتساع فتحتي الأنف	اتساع فتحتي الأنف أثناء الكلام
١٣	هز الكتفين	هز الكتفين أثناء الكلام
١٤	الضغط والشد علي الشفتين	الضغط والشد علي الشفتين أثناء الكلام
١٩	التنفس أثناء الكلام	التنفس أثناء الكلام بشكل غير طبيعي

جدول (٢)

الأسئلة التي تم حذفها للقائمة

م	الأسئلة التي تم حذفها
١٦	ظهور رعشة في اللسان
٢١	احتباس الزفير داخل الفم
٢٨	تجنب الكلام أمام الغرباء

- وفي ضوء آراء السادة المحكمين تم تعديل (٩) سؤال، وحذف (٣) سؤال ؛ لتكرار بعضها، ولعدم مناسبتها لطبيعة وخصائص العينة، والتي لم تحظ بنسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠% – ١٠٠ %).
- أصبحت القائمة بعد حذف العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠% – ١٠٠ %) من السادة المحكمين في صورتها الأولية تحتوي على (٢٩) سؤال، وتم تطبيقها على عينة الدراسة الاستطلاعية للاستقرار على الصورة النهائية للقائمة.

وفي ضوء أراء السادة المحكمين، وما أبدينه من آراء تم استبعاد (٣) عبارة وتتمثل في العبارات رقم (١٦، ٢١، ٢٨) لنقص نسبة الاتفاق عن (٨٠%)، بينما تم الاتفاق على بعض العبارات من حيث كونها واضحة ومناسبة لأفراد العينة لإعداد القائمة في صورتها النهائية، ليبقي عدد مفردات القائمة (٢٩) مفردة.

(٢) الثبات Reliability :

- **طريقة ألفا كرونباك Method Cronbach Alpha :**

استخدمت الباحثة معادلة ألفا كرونباك وهي معادلة تستخدم لإيضاح المنطق العام لثبات الاختبارات والمقاييس، وقد بلغ معامل ألفا كرونباك للقائمة ٠.٧٩١ وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات البطاقة.

التجزئة النصفية لعبارات البطاقة:

وللتأكد من ثبات البطاقة تم تجزئة أسئلتها إلى أسئلة فردية وأخرى زوجية ثم حساب معامل ارتباط بيرسون وتصحيح ذلك من خلال معاملي سبيرمان وجتمان للتجزئة النصفية، ويوضح جدول (٤) معاملات الارتباط .

جدول (٣)

معاملات التجزئة النصفية لثبات قائمة تقييم طلاقة الكلام

القائمة	معامل سبيرمان	معامل جتمان	الدلالة	معامل الفا كرونباك
قائمة تقييم طلاقة الكلام	٠.٨١٠	٠.٨٢١	٠.٠١	٠.٧٩١

يتضح من جدول (٣) أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١، وذلك يؤكد على ثبات البطاقة.

الاتساق الداخلي لفقرات البطاقة:

وللتأكد من اتساق البطاقة داخلياً قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البطاقة ودرجة البطاقة الكلية بعد تطبيقها على العينة الاستطلاعية، ويوضح جدول (٥) معاملات الارتباط.

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البطاقة ودرجة البطاقة الكلية (ن = ٣٠)

الفقرات	الارتباط بالدرجة الكلية	الفقرات	الارتباط بالدرجة الكلية
١	**٠.٧٦٤	١٦	**٠.٩١١
٢	**٠.٦٨٧	١٧	**٠.٦٣٩
٣	**٠.٧٢٩	١٨	**٠.٧٩٣
٤	**٠.٧٢٤	١٩	**٠.٩٣٨
٥	**٠.٧١٠	٢٠	**٠.٩٥٨
٦	**٠.٦١٧	٢١	**٠.٩٢١
٧	**٠.٦٨٦	٢٢	**٠.٦٢٧
٨	**٠.٧٧٦	٢٣	**٠.٧٩٥
٩	**٠.٧٨٣	٢٤	**٠.٦٣٠
١٠	**٠.٨٢٤	٢٥	**٠.٥٧٥
١١	**٠.٦١٠	٢٦	**٠.٦١٥
١٢	**٠.٦٧٥	٢٧	**٠.٧١٤
١٣	**٠.٥٧٤	٢٨	**٠.٧١٥
١٤	**٠.٦٨٦	٢٩	**٠.٨٢٧
١٥	**٠.٧٦٩	٣٠	**٠.٦١٢

**** دال عند مستوى ٠.٠١**

يتضح من جدول (٤) أن عبارات الاختبار كانت دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١ مما يدل على الاتساق الداخلي للبطاقة.

نتائج البحث ومناقشتها وتحليلها:

١. الحالة (أ)

بعد الاطلاع علي الملف الخاص بالحالة و الحصول علي معلومات تخص الحالة قمت بإجراء مقابلة معها في وجود ولي الأمر، وقمت بشرح موجز لاضطراب التأتأة وكيفية التعامل مع الحالة، والإرشادات الواجب إتباعها في تعاملهم مع الحالة في المنزل.

تبلغ الحالة من العمر ٤.٥ سنوات، تعيش مع أسرة مكونة من ٥ أفراد، أب وأم واثنين أشقاء، حالتهم الصحية جيدة، وتعاملهم مع الحالة يتسم بالهدوء والاستقرار، مستوي تعليم الأبوين متوسط، مع وجود صلة قرابة بين الأبوين (أبناء عم)، تبدأ المشكلة كما روتها الأم بضعف جسم الحالة عند الولادة، مع ظروف حمل غير مستقرة، ورضاعة طبيعية لمدة شهر فقط، وتُرجع الأم سوء الحالة إلي وجود حالة وفاة في العائلة أثناء حمل الأم، بدأت أعراض المشكلة في العام الثاني، تأخر في الكلام بدرجة كبيرة، ووصلت لأسوء حالة في العام الرابع، وعند التحدث يكون الكلام ضعيف مع تقطيع وضيق في الكلام، إلي جانب وجود حالات اضطرابات نطق وكلام مماثلة للحالة في الأسرة، بنت عم تعاني من تأخر سمعي ولغوي، وتسوء الحالة كثيرا عند الحديث مع الغرباء وعند الغضب والانفعال، لكنها تقل عند الغناء وقراءة القران الكريم والحديث ببطء، أما المعاملة الأبوية فتتسم بالحماية الزائدة.

ومن خلال فحص الباحثة للحالة لاحظت مجموعة من السلوكيات الظاهرة علي الحالة: لاحظت الباحثة الخجل، والابتعاد بالوجه بعيدا، وإعادة الطلب لكي تتكلم الحالة، مع ضعف المحصول اللغوي، وعندما تتكلم تبدأ التأتأة بالظهور، مع خفض الرأس، ورمش العينين بكثرة، وعرق ملحوظ، ويظهر الضيق بدرجة كبيرة أثناء الكلام كما يتكرر المقطع الأول من الكلمة كثيرا وتوقفات بصورة كبيرة، مع وجود اضطرابات في التنفس، إلي جانب الضغط علي الأصوات بدرجة مرتفعة جدا، وفي ذلك الوقت يحمر الوجه كذلك لوحظ تحريك أجزاء الجسم بكثرة أثناء الكلام.

وبعد أن قامت الباحثة بالتطبيق القبلي علي الحالة، وجدت أن الحالة تعاني من تأتأة متوسطة الشدة (٢٨) درجة علي مقياس شدة التلعثم، ثم قامت الباحثة بتطبيق إستراتيجية الكلام المطول، كما هو موضح بالتفصيل في البرنامج العلاجي، إلي جانب إرشادات للأبوين عن طبيعة التأتأة وأسلوب التعامل مع الحالة في المنزل، ثم بعد التطبيق البعدي لاحظت الباحثة انخفاض ملحوظ في شدة التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٢) درجة علي مقياس شدة التلعثم وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي، ولاحظت الأم ذلك وشكرت الباحثة علي تحسن حالة طفلهم، ووعدتها بالاستمرار في تطبيق إرشاداتها في المنزل، وبعد شهرين تواصلت الباحثة مع الأم والحالة لتحديد ميعاد التطبيق التتبعي، فرحبت الأم وحضرت مع الحالة في الميعاد، فرحبت الباحثة بهم وسألتهم عن أحوالهم وعن مدي الالتزام بالإرشادات في المنزل، ثم طبقت الباحثة أدوات الدراسة وقامت بقياس شدة التأتأة لدي الحالة، فلاحظت استمرار انخفاض التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢١) درجة علي مقياس شدة التلعثم، مع انخفاض في الأصوات والحركات الجسمية المصاحبة للتلعثم، وهذا يدل علي مدي فعالية واستمرارية إستراتيجية الكلام المطول في تخفيض شدة التأتأة لدي الحالة بعد شهرين من التوقف.

٢. الحالة (د)

بعد الاطلاع علي الملف الخاص بالحالة والحصول علي معلومات تخص الحالة قمت بإجراء مقابلة معها في وجود ولي الأمر، وقمت بشرح موجز لاضطراب التأتأة وكيفية التعامل مع الحالة، والإرشادات الواجب إتباعها في تعاملهم مع الحالة في المنزل.

تبلغ الحالة من العمر ٦ سنوات، تعيش مع أسرة مكونة من ٤ أفراد، أب وأم وشقيق واحد فقط، حالته الصحية جيدة، وتعامله مع الحالة يتسم بالهدوء والاستقرار، مستوي تعليم الأبوين متوسط، مع وجود صلة قرابة بين الأبوين (أبناء عم)، أما ظروف الحمل فمستقرة ووزن الحالة مناسب، مع رضاعة طبيعية، تبدأ المشكلة كما روتها الأم بضعف تركيز الحالة مع المدرسين، وتقطيع في الكلام، ثم تكمل الكلام مع ضيق في الكلام، بدأت أعراض المشكلة في العام الثاني، ووصلت لأسوء حالة في العام الرابع، وتسوء الحالة كثيرا عند الحديث مع الغرباء وعند الغضب والانفعال، لكنها تقل عند الحديث مع الأهل والغناء والحديث ببطء وقراءة القران الكريم، أما المعاملة الأبوية فتتسم معاملة الأب بالحماية الزائدة والتسامح أحيانا، وعلي العكس منه أسلوب معاملة الأم الذي يتسم بالقسوة مع التعنيف والعقاب لكي تتحدث الحالة والتعنيف والضرب عند التحدث بطريقة خاطئة وليس مثل بنت عمها.

ومن خلال فحص الباحثة للحالة لاحظت مجموعة من السلوكيات الظاهرة علي الحالة: لاحظت الباحثة ضعف المحصول اللغوي، وإعادة الطلب لكي تتكلم الحالة، وعندما تتكلم تبدأ التأتأة بالظهور، وترمش العينين بكثرة، وترتعش عضلات الوجه، ويظهر الضيق بدرجة كبيرة أثناء الكلام كما يتكرر المقطع الأول من الكلمة كثيرا مع تكرارات للكلمات بدرجة بسيطة، وتوقفات بصورة كبيرة، إلي جانب التحدث مع الضغط علي الأصوات بدرجة مرتفعة جدا، وفي ذلك الوقت يحمر الوجه، كذلك لوحظ تحريك أجزاء الجسم أثناء الكلام بصورة كبيرة جدا مع وجود اضطرابات ملحوظة في التنفس أثناء الكلام، مع بذل جهد لخروج الكلام بصورة متوسطة، وعرق ملحوظ، مع معاناة الحالة من الضيق والتوتر والقلق أثناء الكلام بصورة كبيرة جدا.

وبعد أن قامت الباحثة بالتطبيق القبلي علي الحالة، وجدت أن الحالة تعاني من تأتأة متوسطة الشدة (٢٨) درجة علي مقياس شدة التلعثم، ثم قامت الباحثة بتطبيق إستراتيجية الكلام المطول، كما هو موضح بالتفصيل في البرنامج العلاجي، إلي جانب إرشادات للأبوين عن طبيعة التأتأة وأسلوب التعامل مع الحالة في المنزل خاصة الأم، ثم بعد التطبيق البعدي لاحظت الباحثة انخفاض ملحوظ في شدة التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٢) درجة علي مقياس شدة التلعثم، وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي ولاحظت الأم ذلك وشكرت الباحثة علي تحسن حالة طفلهم، ووعدتها بالاستمرار في تطبيق إرشاداتها في المنزل، مع تجنب التعنيف والعقاب عند التحدث الخاطئ، وبعد شهرين تواصلت الباحثة مع الأم والحالة لتحديد ميعاد التطبيق التتبعي، فرحبت الأم وحضرت مع الحالة في الميعاد، فرحبت الباحثة بهم وسألتهم عن أحوالهم وعن مدي الالتزام بالإرشادات في المنزل خاصة الأم، ثم طبقت الباحثة أدوات الدراسة وقامت بقياس شدة التأتأة لدي الحالة، فلاحظت استمرار انخفاض التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٠) درجة علي مقياس شدة التلعثم، مع انخفاض كبير جدا في الأصوات والحركات الجسمية المصاحبة للتلعثم وهذا يدل علي مدي فعالية واستمرارية إستراتيجية الكلام المطول في تخفيض شدة التأتأة لدي الحالة بعد شهرين من التوقف.

٣. الحالة (أ)

بعد الاطلاع علي الملف الخاص بالحالة و الحصول علي معلومات تخص الحالة قمت بإجراء مقابلة معها في وجود ولي الأمر، وقمت بشرح موجز لاضطراب التأتأة وكيفية التعامل مع الحالة، والإرشادات الواجب إتباعها في تعاملهم مع الحالة في المنزل.

تبلغ الحالة من العمر ٥ سنوات، تعيش مع أسرة مكونة من ٥ أفراد، أب وأم واثنين أشقاء، حالتهم الصحية جيدة، وتعاملهم مع الحالة يتسم بالهدوء والاستقرار، مستوي تعليم الأبوين متوسط، تبدأ المشكلة كما روتها الأم بضعف جسم الحالة عند الولادة، مع كهرباء في المخ بنسبة بسيطة، أما الوزن فطبيعي والرضاعة صناعية لمدة شهر فقط، وتحسنت الحالة حاليا، بدأت أعراض المشكلة في العام الثالث، مع تأخر في الكلام، ووصلت لأسوء حالة في العام الثالث، وإذا تحدثت الحالة يكون الكلام غير مفهوم وضعيف مع تقطيع

وضيق في الكلام، وتسوء الحالة كثيرا عند الحديث مع الغرباء وعند الغضب والانفعال، لكنها تقل عند الحديث مع الأصدقاء والغناء وقراءة القران الكريم والحديث ببطء، أما المعاملة الأبوية فتتسم بالحماية الزائدة، ومن خلال فحص الباحثة للحالة لاحظت مجموعة من السلوكيات الظاهرة علي الحالة: لاحظت الباحثة التوتر عند بدء الكلام، مع كلام غير مفهوم، وإعادة الطلب لكي تتكلم الحالة، مع ضعف المحصول اللغوي، وعندما تتكلم تبدأ التأتأة بالظهور مع حركة في الرقبة ملحوظة، مع رمش العينين بكثرة، كما يتكرر المقطع الأول من الكلمة كثيرا وتوقفات بصورة كبيرة، مع إطلالات بدرجة كبيرة جدا، مع وجود اضطرابات في التنفس وعرق ملحوظ، ويظهر الضيق بدرجة كبيرة أثناء الكلام، إلي جانب الضغط علي الأصوات بدرجة مرتفعة جدا، وفي ذلك الوقت يحمر الوجه كذلك لوحظ تحريك أجزاء الجسم بكثرة أثناء الكلام.

وبعد أن قامت الباحثة بالتطبيق القبلي علي الحالة، وجدت أن الحالة تعاني من تأتأة متوسطة الشدة (٢٨) درجة علي مقياس شدة التلعثم، ثم قامت الباحثة بتطبيق إستراتيجية الكلام المطول، كما هو موضح بالتفصيل في البرنامج العلاجي، إلي جانب إرشادات للأبوين عن طبيعة التأتأة وأسلوب التعامل مع الحالة في المنزل، ثم بعد التطبيق البعدي لاحظت الباحثة انخفاض ملحوظ في شدة التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٢) درجة علي مقياس شدة التلعثم، وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي، ولاحظت الأم ذلك وشكرت الباحثة علي تحسن حالة طفلهم، ووعدتها بالاستمرار في تطبيق إرشاداتها في المنزل، وبعد شهرين تواصلت الباحثة مع الأم والحالة لتحديد ميعاد التطبيق التتبعي، فرحبت الأم وحضرت مع الحالة في الميعاد، فرحبت الباحثة بهم وسألتهم عن أحوالهم وعن مدي الالتزام بالإرشادات في المنزل، ثم طبقت الباحثة أدوات الدراسة وقامت بقياس شدة التأتأة لدي الحالة، فلاحظت استمرار انخفاض التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢١) درجة علي مقياس شدة التلعثم، مع انخفاض في الأصوات والحركات الجسمية المصاحبة للتلعثم وهذا يدل علي مدي فعالية واستمرارية إستراتيجية الكلام المطول في تخفيض شدة التأتأة لدي الحالة بعد شهرين من التوقف.

٤. الحالة (ع)

بعد الاطلاع علي الملف الخاص بالحالة و الحصول علي معلومات تخص الحالة قمت بإجراء مقابلة معها في وجود ولي الأمر، وقمت بشرح موجز لاضطراب التأتأة وكيفية التعامل مع الحالة، والإرشادات الواجب إتباعها في تعاملهم مع الحالة في المنزل.

تبلغ الحالة من العمر ٥ سنوات، تعيش مع أسرة مكونة من ٦ أفراد، أب وأم و٣ أشقاء، حالتهم الصحية جيدة، وتعاملهم مع الحالة يتسم بالهدوء والاستقرار، مستوي تعليم الأبوين متوسط، مع وجود صلة قرابة بين الأبوين (أبناء عم)، تبدأ المشكلة كما روتها الأم بنقص في الأكسجين عند الولادة، ثم زادت ووضع في حضانة لمدة ٦ شهور، وزن طبيعي ورضاعة طبيعية لمدة شهر فقط، بدأت أعراض المشكلة في العام الثاني، تأخير في الكلام بدرجة كبيرة، ووصلت لأسوء حالة في العام الثالث، وعند التحدث يكون الكلام

ضعيف مع تقطيع وشد في الكلام، وتسوء الحالة كثيرا عند الحديث مع الغرباء وعند الغضب والانفعال، وعند تحدث الأم مع الحالة، لكنها تقل عند الغناء وقراءة القران الكريم واللعب مع الأصدقاء والحديث ببطء، أما المعاملة الأبوية فتتسم بالحماية الزائدة من ناحية الأب، وعلي العكس منه أسلوب معاملة الأم الذي يتسم بالقسوة مع التعنيف والعقاب لكي تتحدث الحالة والتعنيف والضرب عند التحدث بطريقة خاطئة.

ومن خلال فحص الباحثة للحالة لاحظت مجموعة من السلوكيات الظاهرة علي الحالة: لاحظت الباحثة الخجل، وإعادة الطلب لكي تتكلم الحالة، مع ضعف المحصول اللغوي، وعندما تتكلم تبدأ التأتأة بالظهور فتظهر حركة الرأس، واليدين، وترمش العينين بكثرة، ويظهر الضيق بدرجة كبيرة أثناء الكلام كما يتكرر المقطع الأول من الكلمة كثيرا وتوقفات بصورة كبيرة، مع وجود اضطرابات في التنفس، إلي جانب الضغط علي الأصوات بدرجة مرتفعة جدا، وفي ذالك الوقت يحمر الوجه مع التعرق، كذلك لوحظ تحريك أجزاء الجسم بكثرة أثناء الكلام.

وبعد أن قامت الباحثة بالتطبيق القبلي علي الحالة، وجدت أن الحالة تعاني من تأتأة متوسطة الشدة (٢٨) درجة علي مقياس شدة التلعثم، ثم قامت الباحثة بتطبيق إستراتيجية الكلام المطول، كما هو موضح بالتفصيل في البرنامج العلاجي، إلي جانب إرشادات للأبوين عن طبيعة التأتأة وأسلوب التعامل مع الحالة في المنزل، خاصة الأم، ثم بعد التطبيق البعدي لاحظت الباحثة انخفاض ملحوظ في شدة التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢١) درجة علي مقياس شدة التلعثم، وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي ولاحظت الأم ذلك وشكرت الباحثة علي تحسن حالة طفلهم، ووعدتها بالاستمرار في تطبيق إرشاداتها في المنزل، مع تجنب التعنيف والعقاب عند التحدث الخاطئ، وبعد شهرين تواصلت الباحثة مع الأم والحالة لتحديد ميعاد التطبيق التتبعي، فرحبت الأم وحضرت مع الحالة في الميعاد، فرحبت الباحثة بهم وسألتهم عن أحوالهم وعن مدي الالتزام بالإرشادات في المنزل، خاصة الأم، ثم طبقت الباحثة أدوات الدراسة وقامت بقياس شدة التأتأة لدي الحالة، فلاحظت استمرار انخفاض التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٠) درجة علي مقياس شدة التلعثم، مع انخفاض في الأصوات والحركات الجسمية المصاحبة للتلعثم وهذا يدل علي مدي فعالية واستمرارية إستراتيجية الكلام المطول في تخفيض شدة التأتأة لدي الحالة بعد شهرين من التوقف.

٥. الحالة (م)

بعد الاطلاع علي الملف الخاص بالحالة و الحصول علي معلومات تخص الحالة قمت بإجراء مقابلة معها في وجود ولي الأمر، وقمت بشرح موجز لاضطراب التأتأة وكيفية التعامل مع الحالة، والإرشادات الواجب إتباعها في تعاملهم مع الحالة في المنزل.

تبلغ الحالة من العمر ٥ سنوات، تعيش مع أسرة مكونة من ٤ أفراد، أب وأم وأخت شقيقة، حالتها الصحية جيدة، وتعاملها مع الحالة يتسم بالهدوء والاستقرار، مستوي تعليم الأب متوسط، أما الأم أمية، إلي جانب وجود حالات اضطرابات نطق وكلام في الأسرة،

أما وزن الحالة عند الولادة فكان منخفض، مع ظروف حمل غير مستقرة، مع رضاعة طبيعية لمدة ٣ شهور فقط، تبدأ المشكلة كما روتها الأم بالانقطاع المفاجئ في الكلام، والمجاهدة للتحدث، بدأت أعراض المشكلة في العام الثالث، تأخير في الكلام، ووصلت لأسوء حالة في العام الثالث، وعند التحدث يكون الكلام ضعيف شد في الكلام، وتسوء الحالة كثيرا عند الغضب والانفعال، وعند الحديث مع أمه، لكنها تقل عند الغناء وقراءة القران الكريم والحديث ببطء، أما المعاملة الأبوية فتتسم بالحماية الزائدة من ناحية الأب، وعلي العكس منه أسلوب معاملة الأم الذي يتسم بالقسوة مع التعنيف والعقاب لكي تتحدث الحالة، والضرب عند التحدث بطريقة خاطئة.

ومن خلال فحص الباحثة للحالة لاحظت مجموع من السلوكيات الظاهرة علي الحالة: لاحظت الباحثة الخجل، وإعادة الطلب لكي تتكلم الحالة، مع ضعف المحصول اللغوي، وعند الكلام تبدأ التأتأة بالظهور، فتحدث الإطالة للمقاطع، وتظهر حركة الرأس، واليدين، وارتباك في حركة العين وترمش العينين بكثرة، ويظهر الضيق بدرجة كبيرة أثناء الكلام كما يتكرر المقطع الأول من الكلمة كثيرا وتوقفات بصورة كبيرة، مع وجود اضطرابات في التنفس، إلي جانب الضغط علي الأصوات بدرجة مرتفعة جدا، وفي ذلك الوقت يحمر الوجه مع التعرق الخفيف، كذلك لوحظ تحريك أجزاء الجسم بكثرة أثناء الكلام.

وبعد أن قامت الباحثة بالتطبيق القبلي علي الحالة، وجدت أن الحالة تعاني من تأتأة متوسطة الشدة (٢٩) درجة علي مقياس شدة التلعثم، ثم قامت الباحثة بتطبيق إستراتيجية الكلام المطول، كما هو موضح بالتفصيل في البرنامج العلاجي، إلي جانب إرشادات للأبوين عن طبيعة التأتأة وأسلوب التعامل مع الحالة في المنزل، خاصة الأم، ثم بعد التطبيق البعدي لاحظت الباحثة انخفاض ملحوظ في شدة التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢٢) درجة علي مقياس شدة التلعثم، وهذا يدل علي فاعلية البرنامج العلاجي ولاحظت الأم ذلك وشكرت الباحثة علي تحسن حالة طفلهم، ووعدتها بالاستمرار في تطبيق إرشاداتها في المنزل، مع تجنب التعنيف والعقاب عند التحدث الخاطئ، وبعد شهرين تواصلت الباحثة مع الأم والحالة لتحديد ميعاد التطبيق التتبعي، فرحبت الأم وحضرت مع الحالة في الميعاد، فرحبت الباحثة بهم وسألتهم عن أحوالهم وعن مدي الالتزام بالإرشادات في المنزل، خاصة الأم، ثم طبقت الباحثة أدوات الدراسة وقامت بقياس شدة التأتأة لدي الحالة، فلاحظت استمرار انخفاض التأتأة لدي الحالة إلي الدرجة البسيطة (٢١) درجة علي مقياس شدة التلعثم، مع انخفاض في الأصوات والحركات الجسمية المصاحبة للتلعثم وهذا يدل علي مدي فعالية واستمرارية إستراتيجية الكلام المطول في تخفيض شدة التأتأة لدي الحالة بعد شهرين من التوقف.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من التوصيات التربوية والإرشادية للجهات المعنية ولآباء الأطفال الذين يعانون من التأتأة النحو التالي:

أولا : لتفادي ظهور ظاهرة التأتأة في الكلام:

(١) العمل على التوعية الاجتماعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة لتنشئة أجيال لا تعاني من اضطرابات نفسية أو سلوكية أو تخاطبيه.

(٢) ضرورة عمل مسح شامل للمدارس لحصر أعداد الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة إذ أن هناك أعدادا كبيرة منهم لا يتلقون أية رعاية تأهيلية أو علاجية سواء من قبل المنزل أو المدرسة.

(٣) إجراء الكشف الطبي الشامل على الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة.

(٤) دورات تدريبية للمدرسين في جميع المراحل.

(٥) ضرورة وضع خطة تربوية وعلاجية يتم تطبيقها في المدارس المختلفة للتعامل مع الحالات المختلفة من المتأتئين

(٦) ضرورة وجود كوادر مدربة للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة داخل رياض الأطفال.

(٧)ضرورة توزيع نشرات توعية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة وأمهاتهم يوضح من خلالها أعراض هذا الاضطراب والآثار النفسية التي يتركها على شخصية أطفالهم، وإرشادهم إلى ضرورة عرض أبنائهم على الأطباء والمختصين في مجال اضطرابات النطق والكلام لتقديم المساعدة اللازمة لهم، حيث إنه وقد تبين من نتائج البحث المقدم أهمية إشراك الآباء والأمهات في علاج أبنائهم المتلثمين.

ثانيا: لمنع ازدياد التلعثم والمساعدة في علاجه:

(١) تنمية المهارات الفنية والرياضية منذ التحاق الأطفال في مرحلة الروضة بالحضانات حتى يوجه الأطفال منذ الصغر على قضاء أوقات الفراغ في الهوايات المفيدة، والبعد عن العنف وقضاء معظم الوقت أمام التليفزيون. حيث إنه ثبت أن قضاء أوقات طويلة أمام التلفزيون تساعد على زيادة حدة التلعثم ، حيث إن المتلعثم يبتعد عن المشاركة في المجتمع مما يزيده انطوائية ويفضل السكوت عن الكلام.

(٢) يجب على الآباء والمدرسين خلق بيئة اتصال جيدة وذلك بتعزيز لحظات الطلاقة لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب التأتأة، وتجاهل لحظات عدم الطلاقة لديه، والمتابعة الفعلية للطفل والتعاون المستمر مع أخصائي النطق فيما يقدمه من تدريبات للطلاقة.

(٣) من خلال جمعيات متخصصة يشترك فيها متخصصي الطب النفسي وأطباء الأطفال ومتخصصى علاج أمراض التخاطب والمدرسون لوضع خطط محددة لإتباعها لينفذها الآباء والأمهات في المنزل وهيئات التدريس في فصولهم الدراسية.

(٤) تعميم الإستراتيجية على أوسع نطاق في المستشفيات والعيادات المتخصصة في أمراض التخاطب لإثبات مدى فاعليته. سواء قام به المتخصص أو الوالدين بعد التدريب بمعرفة المتخصص.

(٥) تعيين أخصائيات نفسيات في المدارس مدربات على استخدام مقاييس شدة التلعثم ، ومقاييس أخرى كمقاييس النمو اللغوي وغيرها.

(٦) إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية علي عينات مختلفة من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التلعثم في مراحل عمرية مختلفة.

قائمة المراجع

إبراهيم الزريقات.(١٩٩٣). فعالية التدريب علي الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأه، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية عمان.

إبراهيم الزريقات.(٢٠٠٥). اضطرابات اللغة والكلام التشخيص والعلاج، عمان: دار الفكر.

أسامه البطاينه، عبد الناصر جراح.(٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي، عمان. دار المسيرة.

أسامه فاروق مصطفي. (٢٠١٤). اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، عمان: دار المسيرة.

أمال إبراهيم الفقي (١٩٩٧). الضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولي من التعليم الأساسي. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر.

السيد عبد الحميد سليمان. (٢٠١٥). في علم النفس اللغوي، القاهرة: عالم الكتب.

إيناس عبد الفتاح. (١٩٨٨). دراسة نفسية في اضطرابات النطق والكلام، رسالة دكتوراه كلية الآداب، جامعة عين شمس.

جمال الخطيب، مني الحديدي. (٢٠٠٨) . مقدمه في التربية الخاصة، عمان: دار الفكر.

جمال الخطيب، مني الحديدي. (٢٠٠٩). المدخل إلي التربية الخاصة، عمان: دار الفكر.

جيهان عباس غالب. (١٩٩٨). دراسة لبعض المتغيرات البيئية و النفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم فى الكلام عند الأطفال، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

حمدي علي الفرماوي. (٢٠٠٩). اضطرابات التخاطب (الكلام – النطق – اللغة – الصوت)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

حمزة السعيد. (٢٠٠٢). اضطرابات النطق عند الأطفال. مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مصر، (٥).

حمزة السعيد. (٢٠٠٦). مظاهر التأتأة عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات، دمشق، سوريا: مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، (١)، س ٢٢.

خالد محمد عبد الغني. (٢٠١٦). اضطرابات التواصل. مرشد الأسرة والمعلمين والاخصائين للتدخل التدريبي والعلاجي، دسوق: دار العلم والإيمان.

رنا سحيم فهد الدبوس. (٢٠٠٨) . فاعلية برنامج علاجي سلوكي للتخفيف من شدة التلعثم لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة من (٩-١٢) سنة، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعه عين شمس.

سعيد أبو حتلم. (٢٠٠٥). مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكرة، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

سهير محمود أمين. (٢٠٠٠). اللجلجة المفهوم الأسباب العلاج، القاهرة : دار الفكر العربي.

سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠٧). اضطرابات التواصل التشخيص– الأسباب– العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

طارق زكي موسي. (٢٠٠٩). سيكولوجية التلعثم في الكلام رؤية نفسية علاجية إرشادية، الإسكندرية: دار العلم والإيمان.

عفراء سعيد خليل. (٢٠٠٠). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدي عينة من الأطفال المضطربين في الكلام، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

فاروق الروسان. (٢٠٠١). مقدمة في اضطرابات اللغة ، الرياض :دار الزهراء.

فكري لطيف متولي. (٢٠١٥) .اضطرابات النطق وعيوب الكلام، الرياض، مكتبه الرشد.

محمد محمود النحاس. (٢٠٠٦). سيكولوجية التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد سيد عطية. (١٩٩٩). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، جامعة عين شمس.

محمود النحاس، سليمان رجب. (٢٠٠٦). علم التجويد كمدخل وقائي وعلاجي لاضطرابات النطق والكلام (التخاطب): التلعثم نموذجا، ورقة عمل في المركز الدولي للاستشارات والتدريب والتخاطب، دبي، الإمارات.

ميساء أو شنب، فرات العتيبي. (٢٠١٤). مشكلات التواصل اللغوي، عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.

نوران العسال. (١٩٩٠). التلعثم، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الطب.

نائل محمد عبد الرحمن، عبدالرحمن سيد سليمان، أحمد محمد جاد المولي. (٢٠١٧) . اضطرابات التواصل، الرياض– مكتبة المتنبي.

نبيلة أمين أبو زيد. (٢٠١١) . اضطرابات النطق والكلام: المفهوم، التشخيص، العلاج، القاهرة : عالم الكتب.

هيثم جادو أبو سعيد. (٢٠٠٢). اللجلجة والتلعثم عند الأطفال، عالم الإعاقة، الرياض: مكتبة الملك فهد.

هاله الجرواني، رحاب صديق (٢٠١٢). اضطراب التأتأه رؤية تشخيصية وعلاجيه، الإسكندرية دار المعرفة.

ثانيا: المراجع الأجنبية :

Abdel Salam, A. (١٩٩٣). Recent Trends In Stuttering Therapy, MD Thesis In Phonetics Faculty Of Medicine. Ain Shams University.

Arndt, J & Healey, E. (٢٠٠١). Concomitant disorders in school-age children who stutter. Language, Speech, and Hearing Services in Schools.

Bakhtiar, M., Seifpanahi, S., Ansari, H., Ghanadzade, M., & Packman, A. (٢٠١٠). Investigation of the reliability of the SSI-٣ for preschool Persian-speaking children who stutter. Journal of fluency disorders, ٣٥(٢), ٨٧-٩١.

DSM- ٤ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, copy right (١٩٩٤) American Psychiatric Association.

Ingham, R. (١٩٩٣). Stuttering treatment efficacy: Paradigm dependent or independent?. Journal of Fluency Disorders, ١٨(٢-٣), ١٣٣-١٤٩.

Kelly, E. & Conture, E. (١٩٩٢). Speaking rates, response time latencies, and interrupting behaviors of young stutterers, nonstutterers, and their mothers. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, ٣٥(٦), ١٢٥٦-١٢٦٧.

Kehoe, T,(٢٠٠٦): no miracle cures multifactor guide to stuttering therapy, united states of America, university college press.

Maurya, R.. (٢٠١٥). Traumatic Childhood Experiences and Stuttering A Case Study. ٢, (٦), November.

Meyers, S., & Freeman, F. (١٩٨٥). Are mothers of stutterers different? An investigation of social-communicative integration. Journal of Fluency Disorders, ١٠(٣), ١٩٣-٢٠٩.

Nippold, M. (٢٠٠٤). Phonological and language disorders in children who stutter: Impact on treatment recommendations. Clinical Linguistics & Phonetics. ١٨(٢), ١٤٥-١٤٩.

Murphy, W, Yaruss, J. & Quesal, R. (٢٠٠٧). Enhancing treatment for school-age children who stutter: I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. Journal of fluency disorders, ٣٢(٢), ١٢١-١٣٨.

Onslow, M. (٢٠٠٤). Treatment of stuttering in preschool children. Behaviour Change, ٢١(٤), ٢٠١-٢١٤.

Peters, T. & Guitar, B. (١٩٩١). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Williams & Wilkins.

Yaruss, J. & Quesal, R. (٢٠٠٤). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. Journal of communication disorders, ٣٧(١), ٣٥-٥٢.

Riley, G. & Riley, J. (١٩٨٢). Evaluating stuttering problems in children. Journal of Childhood Communication Disorders ٦(١)١٥-٢٥.

Prasse, J. & Kikano, G. (٢٠٠٨). Stuttering: overview. American family physician, ٧٧(٩).

Yairi, E, & Ambrose, N. (١٩٩٢). Onset of stuttering in preschool children: Selected factors. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, ٣٥(٤), ٧٨٢-٧٨٨.