

فعالية برنامج للتدريب الكلامي باستخدام نمذجة الذات في تحسين حالات التهتمة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

إعداد

د/عبدالفتاح رجب علي محمد مطر
استاذ مشارك كلية التربية - جامعة الطائف

المقدمة:

تمثل التهتمة كأحد اضطرابات الطلاقة عقبة في سبيل تواصل الفرد مع الآخرين، فضلاً عن ما تتركه من آثار سلبية على شخصيته، لاسيما لدى أطفال المدرسة الابتدائية، حيث تؤدي التهتمة إلى شعور الطفل بالضيق والقلق والحرص من طريقة كلامه، الأمر الذي يفقده الثقة في نفسه، ويدفعه للانزواء عن الآخرين، وكرهية المدرسة وربما تركها، كما تجعله يتجنب المشاركة في المناقشات الصفية والسؤال عن ما لا يفهمه، وشروده وقلة انتباهه.

ويضيف (الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٣٤) أن التهتمة لدى أطفال المدارس تسبب مشاعر الخوف من المدرسة، وتجنب الاختلاطات الطلابية والكلام داخل الصف مع المعلم، هذا بالإضافة إلى التأثير السلبي على التحصيل، علاوة على تجنب المواقف الكلامية خشية السخرية منهم ونقدهم، وبذلك تؤدي بهم إلى التصرف على نحو غير تكيفي (الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٣٤).

وقد جُذ أن (٧٥%) من الأطفال الذين يعانون من التهتمة لديهم مشكلات في القراءة، وأن التهتمة تعيق عملية التعلم لديهم (Lewis et al., ٢٠٠٦). هذا إلي جانب ما أشارت إليه الدراسات من أن الأطفال الذين يعانون من التهتمة أعلى قلقاً ممن لا يعانون من التهتمة (أحمد، ١٩٨٥، ١٢)، وترتبط زيادة حدة التهتمة لديهم بدرجة شعورهم بسخرية المحيطين بهم، كما تؤثر سلباً على سماتهم الشخصية (غالب، ١٩٩٨، ٣٥)، وأنهم أعلى في الخوف، والتقييم الاجتماعي السلبي (٢٠٠٧، ٤٥٢; Blood, et al., ٢٠٠٤، ٢٠١; Messenger et al., ٢٠٠٤)، وأقل قدرة في

التحكم في الانفعالات، وتنظيم الانتباه، ويتسمون بالانفعال، والخجل، وقلة الوعي بالذات، والقلق، والانسحاب، والتجنب، وقلة الكلام، والتردد، ونقص الشعور بالأمن، وانخفاض تقدير الذات (MacKinnon et al., ٢٠٠٧, ٢٩٧).

ويزداد الأمر أهمية بين أطفال المرحلة الابتدائية، حيث أن نسبة انتشار التهته تزداد إلى حد كبير داخل المدارس الابتدائية (الفيقي، ١٩٩٧، ٦)، كما يعاني حوالي (١-٥%) من أطفال المدارس من التهته (الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٣٤). وجاء عند توكل (٢٠٠٨، ٣١) أن نسبة شيوع التهته بين أطفال المدارس تتراوح بين (٤-٥%).

كما أن الطفل في مرحلة المدرسة الابتدائية عادة ما يكون على وعي بمشكلة التهته لديه، ومن ثم يجاهد لإخراج الكلمة بطريق صحيحة، وقد يغيرها لكلمة أخرى لقول نفس الشيء، وقد يتجنب المشاركة في المواقف الكلامية، مثل القراءة بصوت مرتفع أمام الفصل، ولا يرفع يديه للإجابة على الأسئلة بالرغم من معرفته الإيجابية، بل ويتجنب كافة المشاركات الاجتماعية المدرسية، وقد يحاول إخفاء التهته بالتظاهر بعدم سماع السؤال، أو إسقاط الكتب، أو بالكحة، فضلاً عن حالة الحزن التي تنتابه نتيجة قيام الآخرين بالسخرية منه، ومحاولة تقليده وتوبيخه (روستين، ٢٠٠٤، ٧٦-٩٠).

ومن ثم تبدو أهمية التدخل للحد من التهته لدى الأطفال عامة وأطفال المدرسة الابتدائية خاصة، مما عمل على زيادة اهتمام الباحثين بوضع البرامج للحد من مشكلة التهته، لاسيما لدى أطفال المدرسة الابتدائية.

وتنوعت الأساليب التي استخدمت في علاج التهته، مثل: السيكودراما، والممارسة السلبية، والتظليل (غازي، ١٩٩١؛ عبدالمحسن، ٢٠٠٢)، والعلاج التكاملية "التظليل، واللعب، وارشاد الوالدين" (أمين، ٢٠٠٥)، والتغذية الراجعة (Guntupalli, ٢٠٠٧; Stuart et al., ٢٠٠٨; Park, ٢٠٠٩)، والكلام السهل (Pollard et al., ٢٠٠٩)، Kieft, (Armson & SpeechEasy, ٢٠٠٨)، وبرنامج Lidcombe program، وهو يقوم على تشكيل الطلاقة (Jang, ٢٠٠٨).

، وبرنامج (Easy does it) ، وهو يستخدم الكلام البطيء (كسناوي، ٢٠٠٩) ، وتطويل الكلام (Tiling، ٢٠١١).

إلا أن هناك مشكلة مصاحبة لهذه البرامج، تتمثل في ضعف تعميم الطلاقة الكلامية في مواقف الحياة المختلفة بعيدا عن جلسات التدريب، وظهور التهتة ثانية بعد فترة لدى كثير من الأطفال بعد التدريب، وفشل بقاء أثر المعالجة مع الوقت.

حيث توصلت الدراسات التتبعية إلى أن ما يقرب من (٣٠%) من الأفراد الذين تعرضوا لبرامج تدريبية لعلاج التهتة عادت إليهم التهتة ثانية (Craig et al., ١٩٨٧)، كما عادت التهتة إلى (٢٤%) من أفراد العينة في دراسة Boberg & (Kully, ١٩٩٤) والتي قام خلالها بمتابعة (٤٢) ممن أتموا بنجاح برنامج لعلاج التهتة، وذلك لمدة عامين بعد البرنامج، في حين بلغت (٣٠-٦٠%) في دراسة (Howie et al., ١٩٨١)، وذلك علي أساس التقديرات الموضوعية بمقاييس التهتة، وقد بلغت الانتكاسة للتهتة (٧٣%) وذلك علي أساس التقديرات الذاتية للأفراد (Craig & Hancock, ١٩٩٥)، أما دراسة (Langevin et al., ٢٠٠٦) فقد توصلت إلى أن الانتكاسة للتهتة بلغت (٢٩%) خلال عامين من انتهاء البرنامج، هذا إلى جانب طول الوقت المستغرق في هذه البرامج التقليدية.

ومن ثم تبدو ضرورة تطوير برامج علاج التهتة وتضمينها فنيات أخرى من شأنها زيادة فعاليتها في إزالة التهتة مع استمرار أثرها خلال المتابعة.

ولعل ذلك ما يتوفر في نمذجة الذات بالفيديو، حيث يذكر (Cream et al., ٨٨٩، ٢٠١٠) أن الإستراتيجية الوحيدة التي لديها القدرة علي الحد من الانتكاسة ومنع العودة للتهتة، ولكن لم يتم حتى الآن دمجها في البرامج العلاجية، هي نمذجة الذات بالفيديو (VSM) (video self-modeling) ، وهي تدخل سلوكي خلاله يشاهد الأفراد أنفسهم وهم يتكلمون دون تهتة، وذلك بعد حذف المقاطع التي بها تهتة من تسجيل فيديو لكلامهم.

هذا فضلاً عن أن نمذجة الذات تتميز بأن السلوك يُكتسب من خلالها بسرعة، ويبقى ويستمر مع قليل من التعزيز، و حتى في حالة عدم وجود تعزيز، كما يعمم السلوك المكتسب في مواقف وأماكن جديدة (Buggey, 1995).

حيث يؤدي تكرار مشاهدة الفرد لنفسه وهو يؤدي السلوك المستهدف على نحو صحيح لزيادة فاعليته الذاتية، وسرعة تغيير السلوك لديه (Meharg & Woltersdorf, 1990, 86).

وعندما قورنت نمذجة الذات بتدخلات أخرى لتعديل السلوك، لوحظ أنها أكثر فاعلية منهم (Changarathil, 2007, 13).

بل أنها أكثر فاعلية من أنواع النمذجة الأخرى، لاسيما نمذجة الأقران (مشاهدة الفرد لأقرانه) في تعلم المهارات وتعديل السلوك غير التكيفي (Starek & McCullagh, 1999).

هذا إلى جانب ما تحققه نمذجة الذات من تعديل كامل للسلوك، حيث توصل (Hosford, 1980) إلى أن نمذجة الذات قد أزالَت السلوكيات غير الملائمة بالكامل، في حين أن التغذية الراجعة بالفيديو، وكذلك التدريب دون تغذية راجعة قد خفضها.

وحقق استخدام نمذجة الذات نجاحاً ملحوظاً في مجال اضطرابات التواصل بصفة عامة، مثل: علاج الصمت الاختياري (Selective Mutism) لدى الأطفال (Pigott & Gonzales, 1987)، وعلاج التأخر اللغوي لدى أطفال ما قبل المدرسة (Buggey, 1995; Whitlow & Buggey, 2003)، وتحسين الطلب اللفظي التلقائي لدى التوحديين (Wert & Neisworth, 2003).

أما في التهتهة خاصة فتعد نمذجة الذات من أنسب الفنيات لعلاجها، حيث لا يقف تأثيرها على تعديل السلوك الملاحظ للتهتهة، بل يتعدى ذلك إلى الجوانب المعرفية والانفعالية المرتبطة به، مما يؤدي لتحسن أفضل وأكثر استمرارية.

وفي هذا الصدد يذكر (Changarathil, ٢٠٠٧, ٢٤). أن التغيير الحادث في السلوك خلال نمذجة الذات ناتج عن تأثيرها على الجوانب المعرفية والانفعالية المرتبطة به، لذا فإن استخدام نمذجة الذات في برامج علاج التهتهة يعمل كإستراتيجية وقائية تضمن استمرار أثر التدريب حتى لا تحدث انتكاسة وتعود التهتهة ، حيث تسهل للأفراد استخدام مهارات الطلاقة في الكلام التي حققوها بعد التدريب، ولذا فإن نمذجة الذات تعمل على استمرار الأثر الإيجابي للتدريب ومنع الانتكاسة إلى التهتهة ثانية .

كما توصل (Bray, ١٩٩٧, ٥١; Bray & Kehle, ١٩٩٦, ٣٥٨). أن نمذجة الذات تسهل تعميم و استمرار آثار علاج التهتهة أكثر من الفنيات السلوكية التقليدية، كما أنها أقل وقتاً في التدريب وأكثر فاعلية واستمرارية تأثيرها في علاج التهتهة.

ويؤكد ذلك ما أشارت إليه الدراسات من استمرارية التغيير الإيجابي في السلوك الكلامي للتهتهة بعد برامج نمذجة الذات خلال فترة المتابعة ، وأن مشاهدة شرائط الفيديو لنمذجة الذات هو من سهل استمرارية الأثر الإيجابي علي التهتهة (Dowrick, ١٩٩٩; Bray & Kehle, ١٩٩٨; Hitchcock et al., ٢٠٠٤).

إضافة إلى سهولة نمذجة الذات ، فهي تتطلب فقط بضعة جلسات لإحداث التأثيرات المطلوبة على التهتهة، كما تسمح باستمرار التدريب في المنزل بنفس ما في جلسات التدريب ، فضلاً عن أنها تجعل لدى الأفراد وعي وأدرك كامل بالسلوك الكلامي المطلوب ومن ثم إمكانية أدائه، حيث يناوب الأفراد خلالها بين ملاحظة السلوك المثالي المطلوب والأداء العملي له (Changarathil, ٢٠٠٧, ٢٦).

حيث أن تعلم السلوك خلال النمذجة يبدأ أولاً بتشكيل السلوك المنمذج معرفياً ، وبعد ذلك يبادل الفرد بين كل من الإدراك و الأداء الحركي للسلوك (Bandura, ١٩٨٦, ٦٢).

وتؤدي نمذجة الذات إلى تحسين فاعلية الذات الكلامية لدى الفرد مما يحسن التهتهة لديه ، ويزداد هذا الأثر كلما تشابه النموذج بالملاحظ ، فملاحظة نموذج من الأقران يزيد من فاعلية الذات أكثر مما لو كان النموذج من الراشدين ، وكلما زاد التقارب بين النموذج والملاحظ في العمر والجنس تزداد فاعلية الذات لدى الفرد.

وبالطبع يكون التحسن في فاعلية الذات أفضل عندما يكون النموذج هو الفرد نفسه، ومن ثم ينعكس ذلك ايجابياً على خفض التهته لدية، حيث أشارت الدراسات إلي ارتباط الانخفاض في فاعلية الذات بحدوث التهته (Ornstein & Manning, ١٩٨٥). وقد وجد العديد من الباحثين أن نمذجة الذات قد أدت إلي خفض التهته، ويرون ضرورة دمج هذه الطريقة مع طرق المعالجة الأخرى للتتهته (Sidavi&Fabus, ٢٠١٠، ٢١) .

هذا فضلاً عما أشارت إليه العديد من الدراسات الأجنبية من فاعلية نمذجة الذات في تحسن التتهته واستمرار أثرها الايجابي لسنوات، وضرورة تضمينها برامج علاج التتهته، ومن بينها دراسة كل من:

(Daly, ١٩٨٧; Bray& kehle, ١٩٩٦; Bray, ١٩٩٧; Bray& kehle, ١٩٩٨; Bray& kehle ٢٠٠١; Rickards-Schlichting , ٢٠٠٢; Webber et al., ٢٠٠٤; Changarathil, ٢٠٠٧; Edl, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠٠٩; Cream et al., ٢٠١٠).

ومما سبق يتضح الدور الفعال لنمذجة الذات في الحد من التتهته، ومع ذلك لم يجد الباحث- في حدود علمه- دراسة تناولت نمذجة الذات بالفيديو في علاج التتهته أو حتى غيرها من اضطرابات التواصل، فضلاً عن ندرة الأدب النظري العربي حولها، وهو ما تحاول الدراسة الحالية تحقيقه.

مشكلة الدراسة:

تأسيساً على ما سبق عرضه في المقدمة، يتبين أن التتهته تمثل معاناة للفرد، وتترك آثاراً سلبية على كافة جوانب شخصيته، وتشعره بالتوتر والخل وفقد الثقة بالنفس. وانخفاض تقدير الذات، لاسيما لدي أطفال المدرسة الابتدائية، حيث يغلب ظهور التتهته في هذا العمر، إضافة إلى ما في برامج علاج التتهته من قصور، يتمثل في ضعف استمرار أثرها، وحدث انتكاسة للتتهته بعدها لدى الأطفال، ومن ثم تبدو ضرورة العمل علي تحسين التتهته بتدخلات غير تقليدية، وإدخال فنيات تعمل على

زيادة فعالية برامج التدريب الكلامي، ولعل نمذجة الذات بالفيديو تحقق ذلك، وعليه تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

- ١- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي ؟
- ٢- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي ؟
- ٣- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) في القياسين القبلي والبعدي ؟
- ٤- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين القبلي والبعدي ؟
- ٥- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي ؟
- ٦- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) في القياسين البعدي والتتبعي؟
- ٧- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتتبعي؟
- ٨- هل يختلف متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس التتبعي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فعالية برنامج للتدريب الكلامي مع وبدون نمذجة الذات بالفيديو في تحسين حالات التهيئة (تكرار التهيئة-طول لحظة التهيئة-الحركات والأصوات المصاحبة للتهيئة) لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في ما يلي:

- ١- تناولها لاضطراب التهته لدي أطفال المدرسة الابتدائية والعمل على الحد منها لديهم، حيث يشيع انتشارها لديهم، وغالباً ما يكون بداية التهته المرضية مع دخول المدرسة، ولما لها من آثار سلبية علي توافقهم النفسي والاجتماعي والدراسي يمكن أن تسهم الدراسة في التخلص منه.
- ٢- محاولتها للتغلب علي جوانب القصور في برامج التدخل والتدريب التقليدية للتهته، والتمثلة في ضعف استمرارية أثرها بعد انتهائها وظهور التهته ثانية، وقلة تعميم الطلاقة في كافة المواقف الحياتية خارج جلسات التدريب.
- ٣- لفت انتباه المتخصصين وأولياء الأمور إلى نمذجة الذات كإستراتيجية فعالة وسهلة في التخلص من التهته ومنع الانتكاسة، ومن ثم جعلها محور برامج التهته.
- ٤- ما تقدمه من برنامج متكامل للحد من التهته يتضمن الفنيات التدريبية ونمذجة الذات.
- ٥- ما تقدمه من مقاييس، ويتمثل ذلك في استبيان دراسة الحالة لذوي للتهته، ومقياس تقدير المعلم للتهته يمكن أن تفيد في تشخيص التهته.
- ٦- غياب الدراسات التي تناولت نمذجة الذات في علاج التهته على المستوى العربي- في حدود علم الباحث-، فضلاً عن عدم استخدامها مع اضطرابات التواصل أو اضطرابات السلوك الأخرى.

مصطلحات الدراسة:

نمذجة الذات بالفيديو (VSM) Video self-modeling

تُعرف نمذجة الذات بالفيديو في الدراسة الحالية بأنها: تدخل سلوكي يتضمن تكرار مشاهدة الفرد لنفسه وهو يؤدي السلوكيات المستهدفة تعليمه إياها على نحو صحيح، وذلك من خلال عرض فيديو مسجل له تم تعديله بحذف الأخطاء والسلوكيات غير المرغوبة التي صدرت من الفرد خلاله، وكذلك الدعم الخارجي المقدم له ليؤدي السلوك.

وتعرف إجرائياً بأنها: تكرار مشاهدة الفرد لنفسه في تسجيل فيديو وهو يتكلم بطلاقة بعد حذف كافة مظاهر التهته التي صدرت منه أثناء التحدث، وما قدم له من مساعدة أو تشجيع أثناء كلامه.

برنامج التدريب الكلامي : Speech Training Program

عملية منظمة ومعدة مسبقاً محددة الأهداف والمحتوى والأنشطة والطريقة تستغرق عدة جلسات تتضمن إجراء تدريبات تساعد الأطفال على التخلص من التهته، وزيادة الطلاقة لديهم، مثل: تدريبات التنفس، والاسترخاء، والكلام ببطء، والكلام المطول، والكلام الإيقاعي، والتغذية السمعية المرتردة، وسرد القصص، ولعب الدور، وكل ما يؤدي إلى بناء الطلاقة اللفظية لديهم.

التهته: Stuttering

تعريف التهته في الدراسة الحالية بأنها: اضطراب في طلاقة الكلام يحد من قدرة الفرد على الاسترسال في الكلام ويبدو ذلك في تكرار أصوات الحروف أو المقاطع أو إطالتها أو حدوث توقف لا إرادي أثناء الكلام بدرجة تجذب انتباه المستمع والمتحدث على حد سواء ويصاحبها معاناة ومجاهدة الفرد للتخلص منها من خلال ما يبدو عليه من مظاهر انفعالية، وسلوكية مصاحبة.

وتعرف إجرائياً بأنها: الدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس التهته المستخدم في الدراسة الحالية.

الإطار النظري:

أولاً: نمذجة الذات (VSM) Video self-modeling

قدم مصطلح نمذجة الذات لأول مرة منذ أكثر من عشرين عاماً من قبل (Creer and Miklich, ١٩٧٠)، واستخدمها لتحسين المهارات الاجتماعية لدي طفل صغير ممن خلال مشاهدة نفسه يؤدي المهارات الاجتماعية دون أخطاء (In:Bray, ١٩٩٧). وتوصف نمذجة الذات في الأدبيات بأن تكون الذات نموذج للفرد (Hosford, ١٩٨٠)، كما توصف بأنها ملاحظة الذات Self-Observation، أي ملاحظة الفرد لنفسه (Shear & Shapiro, ١٩٩٣).

مفهوم نمذجة الذات:

تُعرف نمذجة الذات بأنها: تغيير ايجابي في سلوك الفرد نتيجة المشاهدات المتكررة لنفسه وهو يؤدي السلوك المثالي المطلوب من خلال شريط فيديو مسجل له بعد إزالة الأخطاء التي بدت في أدائه للسلوك (Clark, Kehle, Jenson, & Beck, ١٩٩٢; Bray, ١٩٩٧, ٤٣-٤٤) كما تُعرف بأنها: التدخل السلوكي الذي خلاله يشاهد الفرد نفسه من خلال الفيديو وهو يؤدي سلوك تكيفي أو السلوك المرغوب فقط، دون السلوك المشكل المستهدف علاجه، وما يشاهده الفرد يتضمن قيامه بالسلوك المطلوب مثل بدء محادثة، أو القراءة بطلاقة، أو القيام بمهمة، وذلك خلال شريط فيديو تم تعديله بحذف الأخطاء منه، حيث أصبح يحتوي علي ٢-٣ دقائق لأداء الفرد للسلوك المثالي المطلوب دون أخطاء، وتأتي النتيجة الايجابية لذلك لأن الفرد يرى نفسه قادراً علي إنجاز السلوك أو المهارة المطلوبة (٢٣، ١٩٩٩، Dowrick)، وبأنها: أسلوب أو طريقة علاجية أو تدريبية تتضمن استخدام شريط فيديو يرى فيه الفرد نفسه وهو يؤدي سلوكيات مختارة خالية من الأخطاء كوسيلة لتطوير وتعديل سلوكه، مما يسرع ويشجع علي تغيير السلوك، (Webber et al., ٢٠٠٤).

ويري (Sidavi & Fabus, ٢٠١٠، ٢١) أن في نمذجة الذات يتعلم الأفراد السلوك المستهدف من خلال ملاحظة أنفسهم وهم يؤدون السلوك الإيجابي علي شريط فيديو مسجل حذف منه الأخطاء، وطبقاً لذلك فإن الأفراد يمكنهم أن يتعلموا من خلال ملاحظتهم لسلوكهم الخاص.

إجراءات نمذجة الذات:

تتضمن نمذجة الذات بالفيديو الإجراءات الأساسية التالية:

- ١- تسجيل سلوك الفرد بالفيديو.
- ٢- حذف السلوك غير المرغوب من الشريط المسجل، وكذلك الدعم والتشجيع الخارجي المقدم له ليؤدي السلوك، أي جعل الشريط المسجل يعرض فقط المهارات أو السلوكيات المرغوبة.
- ٣- العرض المتكرر لشريط الفيديو المعدل على الفرد.

٤- تقييم سلوك الفرد بعد تكرار رؤية نفسه من خلال الفيديو وهو يؤدي السلوك المرغوب (Changarathil, ٢٠٠٧, ٩).

وتتطلب نمذجة الذات كاميرا فيديو للتسجيل، وجهاز حاسوب لعرض و تعديل ما تم تسجيله من خلال برنامج صانع الأفلام Windows Movie Make ، وهناك عدة صعوبات قد تبدو في استخدام نمذجة الذات، وتمثل في احتمال صعوبة تحرير شريط الفيديو لإظهار السلوك المستهدف دون غيره، وغلو الأجهزة ، وقد يصعب على الطفل أداء السلوك المستهدف بما يتوافق مع ما يريده المعالج ، مع ضرورة الأخذ في الحسبان عمر الطفل وقدراته العقلية، لأن السلوك يعتبر بمثابة سلوك يظهر في المستقبل (Clark et al., ١٩٩٢).

فنيات نمذجة الذات:

يستخدم في نمذجة الذات فنيتان مختلفتان، هما التغذية المتقدمة Feed forward، والمراجعة الإيجابية للذات Positive self-review (Edl, ٢٠٠٧, ١٥).

١- التغذية المتقدمة:

وفي التغذية المتقدمة يري الفرد سلوكه خالي من الأخطاء ،أي كيف سيبدو في المستقبل، مما يزيد من دافعيته للتعلم ، كما أنه لا يرى إلا السلوك الجيد لذاته ، وهذا لا يؤدي إلي التدهور في المهارة ،على خلاف ما في التغذية الراجعة فهو يري سلوكه السابق كما هو بسلبياته وإيجابياته، وقد تؤدي رؤية السلوكيات الخاطئة إلى تثبيتها مما يضر بعملية التعلم (Bandura, ١٩٨٦; Dowlrick, ١٩٩٩).

وتختلف التغذية المتقدمة عن التغذية الراجعة feedback، حيث تقدم التغذية المتقدمة للفرد وصف المهارة المرغوبة والتي لم يكتسبها بعد والتي لم تظهر لديه من قبل، فهي تصف فقط السلوكيات المثالية، وببساطة هي تسمح للأفراد برؤية أنفسهم علي ما هم سيكونون عليه ، حيث تظهر الفرد وهو يؤدي سلوكيات لم ينجزها بعد وغير قادر علي أدائها حتى الوقت الحالي ،في حين تسمح التغذية الراجعة للفرد برؤية نفسه كما هو في الوقت الراهن ،وملاحظة أدائه دون تعديل، سواء الحالي أو السابق ،والذي قد يتضمن

كلاً من السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه (Meharg & Woltersdorf, 1990, 86; Dowrick, 1999; Hitchcock et al, 2004) أي أن التغذية المتقدمة تبين للأفراد أنهم سوف ينجحون في أداء المهارة المستهدفة، حيث يتم حذف الأخطاء في الأداء وترك فقط الأداء الناجح للمهارة المستهدفة، وحذف هذه الأخطاء يُعد أمراً أساسياً، حيث أن الأفراد الذين لديهم اعتقادات سلبية فيما يتعلق بقدراتهم عندما يرون أنفسهم يفعلون الأخطاء فإن ذلك يكون له أثر سلبي علي فعالية الذات لديهم (Edl, 2007, 15).

٣- المراجعة الإيجابية للذات:

أما المراجعة الإيجابية للذات (PSR) فهي تسمح للفرد بأن يري الجانب الإيجابي لذاته، وأنه بالفعل قادر على القيام بالسلوك المطلوب، ويذكر نفسه به، فهو يراجع سلوكاً مثالياً منجزاً بالفعل، ولكن بحاجة لتدعيم (Dowrich, 1999, 23).

والمراجعة الإيجابية للذات تظهر أفضل مثال لأداء الفرد في الماضي، علي سبيل المثال لاعب البيسبول الذي اخفق في احدي ضرباته عندما يراجع شريط الفيديو بعد حذف الإخفاقات يجد نفسه يؤدي اللعب بنجاح (Edl, 2007, 16).

ونمذجة الذات بالفيديو إجراء تدخلي فيه الملاحظ يري نفسه علي شريط فيديو يقوم بالنشاط المطلوب، فالطفل يري نفسه علي ما يمكن أن يكون في المستقبل (تغذية سابقة) (Feedforward)، فيقال له هذا ما ستبدو عليه أنت متي أتقنت هذا الموقف الصعب، كما أن الطفل يري فقط الأداء الإيجابي للسلوك المستهدف (مراجعة إيجابية للذات)، فيقال له هذه أمثلة جيدة لما يجب أن تكون عليه في أغلب الأحيان، فتزيد فاعلية الذات لديه، وأنه يمكنه أن ينجح (Lyons, 2008, 17).

الأساس النظري لنمذجة الذات:

تقوم نمذجة الذات علي أساس ما تقرره نظرية التعليم الاجتماعي من أن التعلم بالنمذجة يزداد فاعليته كلما اقترب النموذج في خصائصه من الفرد الذي يلاحظه، حيث خلالها يشاهد الفرد نفسه وهو يؤدي السلوك المستهدف أداءً صحيحاً (Bandura, 1986).

ويرى باندورا Bandura أن نمذجة الذات تُحدث تغييراً في سلوك الفرد من خلال المعلومات التي تُقدمها له عن أفضل طريقة لأداء السلوك أو المهارة، والاعتقاد في فاعلية الذات من خلال التعزيز، كما أن هناك أربعة عوامل أساسية لحدوث تعلم الفرد من النموذج، وهي: الانتباه للنموذج، والدافعية لإنتاج السلوك، والقابلية لإعادة إنتاج السلوك النموذج، والقدرة علي تشكيل ما تم ملاحظته في الدماغ، Cream et al., (٢٠١٠، ٨٨٨).

كما أن أثر نمذجة الذات قد ارتبط بفاعلية الذات Self-Efficacy، والتي تعني اعتقاد الفرد في قدراته الشخصية وذلك لأن نمذجة الذات تمد الفرد بأساس واضح للثقة بالنفس، ومن ثم ارتفاع مستوي فعالية الذات يؤثر إيجابياً علي الإنجاز (Bandura, ١٩٩٧، ٤؛ Bandura, ١٩٨٦).

والأفراد ذوي فاعلية الذات المرتفعة يهتمون بالمهام الأكثر صعوبة، ويضعون لأنفسهم أهدافاً مرتفعة، ويكونون أكثر دافعية للعمل والمثابرة في مواجهة الصعاب (Wigfield, ١٩٩٧).

والعكس بالنسبة لمن لديهم إدراك منخفض لكفاءتهم الذاتية سيضعون أهدافاً منخفضة، ويتبعون عن المهام الصعبة، وينخفض أدائهم، وما يكسر هذه الدائرة هو مساعدة الأفراد علي تنمية فعالية الذات لديهم نحو قدراتهم الفردية (Edl, ٢٠٠٧، ١٦).

وتتطور فعالية الذات لدي الفرد من خلال (٤) مسارات هي: خبرات الفرد للأداء الناجح للمهام، وتجارب شخص بديل، والإقناع اللفظي للفرد، والحالات الانفعالية للفرد، وتعد خبرات الأداء هي الأكبر والأقوى تأثيراً علي فاعلية الذات، والتي فيها يواجه الفرد النجاح أو الفشل في مهمة معينة، أما التجارب البديلة فيها يلاحظ الفرد إخفاق أو نجاح الآخرين في أداء المهمة، وعلي الأرجح يدرك الفرد أنه قادر علي الأداء وفقاً لما لاحظته من الآخرين، مما يؤثر في فاعلية الذات زيادة أو نقصان، أما الإقناع اللفظي فهو ما يصل للفرد بأنه يمكنه أن يتقن مهمة من خلال التواصل اللفظي من الآخرين، وغالباً ما يكون ذلك علي شكل مدحاً أو نقداً، وبناء علي ذلك تزيد أو تنخفض فاعلية الذات، أما الحالات الانفعالية مثل القلق، والضغط، والاتجاه، تؤثر علي سلوك الفرد

ورغبته في القيام به، علي سبيل المثال الأفراد الذين لديهم مشاعر سلبية تجاه سلوك أو قدرات في مجال ما سوف يكون لديهم فاعلية ذات منخفضة فيما يتعلق بهذا النشاط أو السلوك ، ويعد الإقناع اللفظي والحالات العاطفية الأقل تأثيرا في فعالية الذات (Bandura, 1997; Elliot & Dweck, 2005, 85; Edl, 2007, 18).

وفي حالة نمذجة الذات تكون تجارب الإجابة للكلام المسجلة علي شريط الفيديو هي الأكثر ارتباطاً بزيادة فعالية الذات ، ويكون التعلم من خلال نموذج بارز ، حيث يلاحظ الأفراد سلوكياتهم الناجحة تحت ظروف ذات تصميم خاص يظهر قدرة الفرد علي النجاح وأداء السلوك الايجابي (Edl, 2007, 19).

وطبقاً لنظرية التعلم الاجتماعي، فإن فاعلية الذات تخفض من الخوف المرتبط بالتوقع ، وتؤثر علي كمية الجهد الذي سوف يبذله الأفراد، والمدة التي يستمرون فيها علي ذلك ، علي الرغم من العقبات (Cream et al., 2010, 888).

ثانياً: التهتهة: Stuttering:

استخدمت مصطلحات عربية مختلفة للتعبير عن نفس مظاهر اضطراب التهتهة ، ومنها: التلعثم، التأتأة-، العقلة، الرتة، التتممة ، الفأأة ، اللعثمة ، والعقلة ، والحبسة، اللججة، وكلها تعبر عن الكلام المضطرب الذي يتضمن تكرار الأصوات ، والمقاطع الصوتية، والتوقف اللاإرادي ، وعدم الكلام بطلاقة (الشخص، 1997، 277). وتذكر (شقيير، 2004، 104) أنه يصعب الفصل بين التهتهة (التأتأة) والتلعثم، فكلاهما مصطلح الأجنبي واحد وهو Stuttering، وكلاهما اضطراب كلامي يتضمن التردد أو اضطراب في الكلام، ويُعد التلعثم مرحلة من مراحل التهتهة.

وتضيف (توكل، 2008، 18) أن اللججة والتلعثم يمكن اعتبارهما من أعراض التهتهة ، وبالتالي فإن التهتهة أشمل وأعم في معناها من كل هذه العيوب الكلامية. كما يري (الزريقات، 2005، 233) أن التلعثم Stammering شكل من أشكال التأتأة/التهتهة Stuttering .

وخاصة القول أن التهتهة هي أشمل وأعم هذه المصطلحات - وإن كان في الواقع ليس بين هذه المصطلحات فروق جوهرية، لذا سنعمد مصطلح التهتهة في الدراسة الحالية .

مفهوم التهتهمة:

وتعرف التهتهمة بأنها : اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام وطلاقته يتميز بالتوقف والتردد أو التكرار أو الإطالة في الأصوات (أمين، ٢٠٠٥، ٦٢). وتعرف بأنها: اضطراب في الطلاقة الطبيعية للكلام وتمتاز بتكرارات وإطالات وترددات أو حيرة ووقفات أثناء الكلام (الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٢٣). وتعرف بأنها: اضطراب في الكلام يأخذ عادةً شكل تكرر للأصوات أو المقاطع أو الكلمات ذات المقطع الواحد، وإطالة الأصوات، وتوقف تيار الهواء أو التصويت في الكلام (Guitar, ٢٠٠٦، ١٣). وتعرف بأنها: اضطراب في طلاقة الكلام يظهر في شكل توقف زائد للكلام، مع مد وتكرار لإرادي للمقاطع الكلامية، مع تشنجات وتقلصات لإرادية لبعض النطق، وقد تظهر أيضاً أنماط صوتية وتنفسية غير منتظمة، وينتج عن هذا الاضطراب أفكاراً وسلوكاً ومشاعراً تتعارض مع التواصل الطبيعي مع الآخرين (توكل، ٢٠٠٨، ٣١).

ويري البعض ضرورة أن يتضمن تعريف التهتهمة كلمة "لا إرادي"، وإدراك المستمع والمتحدث لها، ومعاناة الفرد للتخلص منها (الشخص، ١٩٩٧، ٢٧٨-٢٧٩).

مظاهر التهتهمة:

هناك عدة مظاهر للتهتهمة، وفيما يلي بيان ذلك:

أ- المظاهر الأساسية للتهتهمة:

وهي تلك المظاهر المتعلقة بطريقة كلام الفرد، تتمثل في: ١- التكرار: Repetition: ويقصد به تكرار الفرد لبعض عناصر الكلام، ويتضمن تكرار لأصوات الحروف، أو للمقاطع، أو للكلمات، أو للجمل، فمثلاً قد يكرر الطفل حرف فيقول (أ - أ - أ - أ - أ شرب)، وقد يكرر مقطع من الكلمة فيقول (أس - أس - أس - أس - أس) محمد، وقد يكرر كلمة في الجملة فيقول (أسمى - أسمى - أسمى - أسمى محمد)، وقد يكرر جملة فيقول (أنا أسمى - أنا أسمى - أنا أسمى - أنا أسمى محمد).

٢- الإطالة: Prolongations وتعني إطالة أو مد غير طبيعي لأصوات الحروف أو المقاطع ، بحيث تستغرق وقت أطول من الطبيعي فى نطقها ، وذلك بهدف استهلاك الوقت للخروج من مأزق التهتهة أثناء الكلام ، فيقول (سسسسسسسسسامى)، (مــاشى).

٣- التوقف: Block ويعني التوقف غير الطبيعي عن الكلام ، سواء من حيث الفترة الزمنية للتوقف ، حيث تطول عن الطبيعي بدرجة ملفتة لانتباه المستمع ، أو موضع التوقف ، فقد يحدث التوقف وسط الكلمة (اس.....مى ، اب.....راهيم)

(Eisenson & Ogilivie , ١٩٨٣ , ٣٧٠ ، عبد العزيز السرطاوى ، وائل أبو جودة ، ٢٠٠٠ : ٣١٨ ؛ الزراد ، ١٩٩٠ ، ٣٣١ ؛ البيلوي ، ٢٠٠٦ ، ٢٨٢ ؛ Wikibooks, ٢٠٠٦).

ب- المظاهر الثانوية للتهتهة (السلوكيات المصاحبة):

١- سلوك حركي لا إرادي : ويبدو فى: حركات أو اهتزاز الرأس، حركات الفم والشففتين، حركات اليدين أو الرجلين، حركات العين والرموش، وهذه الحركات تحدث غالباً خلال انحباس وتوقف الكلام لمحاولة الخروج منها.

٢- اضطراب التنفس: ويبدو ذلك فى تعب مفاجئ فى التنفس ، والتوقف عن الكلام واستنشاق هواء الشهيق بصورة مفاجئة ، وإخراج هواء الزفير سريعاً ، مما يؤدي للتوقف عن الكلام لأخذ الشهيق ثانية.

٣- مقاطع كلامية دخيلة معوقة لا علاقة لها بموضوع الكلام: مثل آه آه ، أم أم ، شايف ، أصل أصل، أيوه ... إلخ، ويلجأ إليها الفرد لشغل الأوقات التي تنتج عن تأخر إرسال الاستجابة أو المعلومات من الدماغ .

٤- تغيرات فى الصوت وإيقاع الكلام : مثل سرعة أو ببطء معدل الكلام، تغير فى نوعية وجودة الصوت ، ارتفاع حدة الصوت ، ويلجأ إليها الفرد بهدف إخفاء التهتهة.

- ٥- التوتر العضلي: ويبدو في: ارتعاش الشفاه، والضغط عليها بالأسنان، وتقطب وشد عضلات الوجه، وتوتر عضلات الرقبة، وارتجاف بعض أجزاء الجسم، وخاصة اليدين.
- ٦- التجنب: ويعنى تجنب الفرد لكل ما من شأنه أن يؤدي إلى التهتهة وما يرتبط به من خبرة مؤلمة له ، مثل تجنب مواقف معينة أو أشخاص بعينهم أو تجنب الكلمات التي يتعثر فيها ، أو تقليل الكلام وربما الامتناع عنه ، وتجنب النظر في عين من يكلمه.
- ٧- التغيرات النفسية: وتتمثل في قلق الكلام والتوتر والخوف وضعف الثقة بالنفس والشعور بالعجز والدونية والخجل .. الخ .
- ٨- التغيرات الفسيولوجية: وتتمثل في: ارتفاع ضغط الدم، وسرعة النبض، وانخفاض نسبة السكر والبروتينات في الدم ، وزيادة إفراز الأدرينالين، واحمرار الوجه، وشحوب الجلد، وزيادة إفراز العرق (الزريقات، ٢٢٩، ٢٠٠٥؛ ١٢، ٢٠٠٦، Wikibooks).

تشخيص التهتهة:

هناك بعض الإجراءات التي يقوم بها الأخصائي لتشخيص التهتهة نوجزها فيما يلي:

- ١- الملاحظة (التقييم الأولي): على أن تتم الملاحظة في مواقف وبيئات ومع أفراد مختلفة للوقوف على الظروف والأشخاص والأماكن التي ترتبط بالتهتهة.
- ٢- تسجيل عينات من كلام الفرد: ويتم ذلك في بيئات مختلفة ومع أشخاص ومواقف مختلفة ، وتحديد الظروف التي تساعد على حدوث التهتهة (الشخص، ١٩٩٧، ٢٦٩؛ السرطاوي، أبو جودة، ٢٠٠٠).
- ٣- تحديد درجة الطلاقة: أعد ما قمت بتسجيله من كلام الفرد ، وضع دائرة على المقاطع التي أخطأ فيها في النسخة المكتوبة للكلام المسجل، حدد درجة الطلاقة وفق نسبة الكلام غير الطليق إلى مجموع الكلمات التي تكلم بها الفرد وفق المعيار التالي: كلام طبيعي: وجود عدم طلاقة بنسبة ٢% ، تلعم بسيط : وجود عدم طلاقة بنسبة ٣-٥% ، تلعم حاد: وجود عدم طلاقة بنسبة أكثر من ١٠%.

٤ - تحديد معدل الكلام: اعد سماع عينة الكلام ، احسب معدل الكلام من خلال عدد الألفاظ التي نطق بها الفرد في الثانية الواحدة، والطبيعي نطق حوالي ٥ مقاطع /ثانية، أو ٣٠٠ مقطع/دقيقة، وذلك بوضع دائرة على المقاطع التي أخطأت فيها في النسخة المكتوبة للكلام المسجل.

٥ - تحديد نمط التهتهة: اعد سماع الشريط ، وحدد على النسخة الورقية نوع أو نمط التهتهة في كل مقطع حدث فيه اضطراب ، هل هو، تكرار مثل ب ب ب بسبول وما نوع التكرار (حرف - مقطع - كلمة - جملة)، هل إطالة، هل توقف، مع تحديد وقت الإطالة من خلال اختيار أطول ثلاثة مقاطع في كلامك واحسب متوسط وقت الإطالة فيها ، هل هناك مراجعة أو تعديل ، هل هناك إقحام كلمات لا علاقة لها بموضوع الكلام.

٦- تحديد مدى وجود السلوكيات الثانوية المصاحبة ، وما هي :أعد مشاهدة الشريط واكتب ما تشاهده من سلوكيات مجاهدة التهتهة من الفرد مثل هز الرأس - تكشير الوجه- رمش العين ، جهد وتوتر عضلات الوجه.. الخ.

٧- تحديد مدى إدراك الفرد لما في حديثه من اضطراب:كثيرا ما نسمع أن الفرد المتلعثم يقول لم أكن على علم بحالتي ولم افهمها إلا متأخراً، والآن لا يمكنني تعديل كلامي، وقد يضخم البعض من حالته وربما يقرر التوقف عن الكلام، وقد يقلل ويهون منها (Wikibooks, ٢٠٠٦، ١٤-١٥).

٨- دراسة الحالة : وذلك للوقوف على خلفية المشكلة وتطورها، وخبرات الطفل السابقة، وما تعرض له من مشاكل صحية، وأسرية، وبداية ظهور التهتهة، والمواقف التي ترتبط بها والموضوعات والأشخاص والظروف السابقة مباشرة لحدوثها. إلخ ، ويستعان في ذلك بعقد مقابلات مع الوالدين ، والأقران ، والأخوة ، والمدرسين من أجل استكشاف المشكلة.

٩- تحديد درجة التهتهة الحالية لمقارنتها بدرجتها بعد البرنامج للوقوف على فاعليته العلاجية

١٠- تحديد مدى وعي الفرد بتهتهة (الشخص، ١٩٩٧، ٣٠٠).

المدخل العلاجي للتمتمة:

١- **مدخل تشكيل الطلاقة: Fluency shaping**: يعتبر مدخلاً سلوكياً بشكل كبير، حيث يركز على السلوكيات القابلة للملاحظة، والتي يمكن تعديلها، مثل تكرار التهتهة، ومعدل الكلام، وتتضمن الأهداف السلوكية لهذا المدخل تعليم الفرد بعض الاستراتيجيات التي تحسن طلاقة الكلام لديه، ومنها: البداية السلسة للتصويت gentle voice onset، وتطويل الكلام prolonged speech، والتوقف المتزايد light articulatory، والنطق المتصل increased pausing، والتصويت المستمر Continuous Phonation، والتنفس بارتياح relaxed breathing، وذلك طبقاً لمسلمة مفادها أن التهتهة سلوك متعلم، وبالتالي لا يتم التركيز بشكل مباشر على الاتجاه نحو الكلام، والخوف، وسلوكيات التجنب لدى الفرد.

٢- **مدخل تعديل التهتهة Stuttering modification**: يهدف هذا المدخل بشكل أساسي إلى تقليل التوتر لدى الفرد مما يزيد طلاقته، لذا يركز على تحسين مشاعر واتجاهات الفرد نحو كلامه وزيادة ثقته بنفسه وتقليل توتره ومعاناته من تهتهة، ويركز على تعديل لحظات التهتهة، وتقليل التوتر المرتبط بلحظة التهتهة، بما يحقق في النهاية تقبل الفرد لذاته، وخفض سلوكه التجنبي، وزيادة الثقة في تواصله، وهو يقوم على مسلمة مفادها أن التهتهة منتج عيق ميكانيزم الكلام نفسه، وأن إعادة البناء المعرفي يعمل على تحسين الطرق التي يفكر بها الفرد حول نفسه ومشكلته.

(Manning, ٢٠٠١, ٢٩٠; Kalinowski &

Saltuklaroglu, ٢٠٠٦; Tiller, ٢٠٠٩, ١٢; Sidavi & Fabus, ٢٠١٠, ١٤).

٣- **المدخل الدمجي: Integration therapy**: وفيه يتم الجمع بينهما، واستخدام الطرق المختلفة التي تناسب الفرد وتكون فعالة أكثر من غيرها، هذا إلى جانب مدخل دمج الوالدين، ومدخل دمج المعلمين، كمدخل غير مباشرة (الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٥٧؛ توكل، ٢٠٠٨، ١٣٠).

الأساليب والاستراتيجيات العلاجية للتهمة:

١- الاسترخاء الكلامي Relaxation Speech: يهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام ، وربط الشعور بالراحة والكلام.

٢- الكلام الإيقاعي Rhythmic Speech or Choral speech: تعتمد هذه الطريقة على تقسيم الكلمة إلى مقاطع إيقاعية والنطق بها بمصاحبة بعض الحركات الإيقاعية مثل النقر بالإقدام ، النقر باليد على الطاولة ، الصفير ، الخطوات الإيقاعية، أو متابعة دقائق من جهاز Visio pitch أو جهاز المترو نوم ، حيث ينطق كل مقطع مع دقة من دقائق الجهاز، والهدف منها هو صرف انتباه الفرد عن كلامه، من خلال التركيز على متابعة الإيقاع.

٣- الكلام بالمضغ: وهذا الأسلوب يعتمد على صرف انتباه الفرد عن كلامه من خلال تقليد المضغ خلال الكلام ، وتعديل فكر الفرد من أن النطق والكلام بالنسبة إليه صعب ، وفيه يطلب من الفرد أن يقلد حركات المضغ بهدوء ودون صوت ، ثم يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة طعام ، ويقلد عملية مضغها كما لو كانت في فمه بالفعل ، ثم يطلب منه أن يجعل لعملية المضغ صوتاً مسموعاً ، وخلال المضغ يتحدث المعالج مع الفرد ويوجه له بعض الأسئلة من قبيل: مثل ما اسمك؟ ما اسم مدرستك؟ أين تسكن؟ ما اسم وعمل والدك؟ وما إلى ذلك.

٤- التغذية السمعية الراجعة المتأخرة: Back Delayed Auditory Feed ويقوم هذا الأسلوب على صرف انتباه الفرد عن كلامه إلى شيء آخر ، حيث يتضمن تأخير سماع الفرد لكلامه عن الطبيعي بفترة زمنية يتحكم فيها المعالج من خلال جهاز معد لذلك ، على أن يقلل الفاصل الزمني بين الكلام وسماعه تدريجياً وصولاً إلى الوضع الطبيعي.

٥- تظليل الكلام Speech Shadowing: ويعتمد هذا الأسلوب على صرف انتباه الفرد عن كلام المضطرب إلى شيء آخر ، ويتضمن ذلك قيام المعالج بالتحدث هو والفرد المضطرب في وقت واحد تقريباً، كأن يقرأ معاً فقرة من كتاب ، أو ترديد بعض

٩- الكلام ببطء: وفيه يطلب من الفرد لإبطاء فى الكلام وقلة عدد الكلمات فى الدقيقة وإطالة الفترة الزمنية بين الكلمات ، ويمكن للفرد إتباع دقائق الفيزو بيتش بنطق كلمة عقب كل دقة ، على أن تخفض الفترة بين الدقات تدريجياً وصولاً للمعدل الطبيعي للكلام، كما أن هناك أساليباً أخرى كالممارسة السلبية، والتحصين التدريجي ،واللعب، والسيكودراما، والإيحاء والإقناع، والعلاج الأسري، والغناء (فارس موسى مطلب المشاقبة، ١٩٨٧؛ الزراد، ١٩٩٠؛ الشخص، ١٩٩٧، ٣٠٢؛ السرطاوي ، أبو جودة، ٢٠٠٥؛ أمين، ٢٠٠٥؛ ١٣٦؛ الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٥٨، شقير ، ٢٠٠٥، ١٣٣؛ Wikibooks، ٢٠٠٦، ٣٢-٦٦؛ النحاس ، ٢٠٠٦، ١٥٩؛ الفرماوي ، ٢٠٠٦، ١٧٤).

ويرى الباحث أنه من الأفضل استخدام المدخل الدمجي لهذه الفنيات جميعاً ،والاختيار منها بما يتناسب مع الفرد وحالة التهتهه لديه، بما يحقق التكامل بينها وتلافي عيوبها، وهو ما ستأخذ به الدراسة الحالية.

دراسات سابقة:

أولاً: دراسات تناولت نمذجة الذات كإستراتيجية لتحسين حالات التهتهه، ومنها:

١- دراسة (Hosford, ١٩٧٦) والتي تناولت أثر نمذجة الذات الصوتية فى علاج التهتهه، وذلك على عينة قوامها (٢٦) ممن يعانون من التهتهه، سجلت لهم شرائط صوتية وهم يتكلمون خلال جلسات الإرشاد، وتم حذف المقاطع الصوتية التي بها تهتهه ،بحيث أظهرت التسجيلات الكلام الطليق فقط حيث تم حذف الكلام غير الطليق، قام أفراد العينة بالاستماع إلى شرائط نمذجة الذات الصوتية لأنفسهم كل يوم لمدة ثلاث ساعات أسبوعياً على مدى (١٢) أسبوع ، وأسفرت النتائج عن انخفاض عدد مرات التهتهه لديهم بدرجة دالة من (٨,٧) مرة فى الدقيقة إلى (٠,٨) مرة فى الدقيقة، واستمر ذلك الأثر حيث بقيت نسبة التهتهه منخفضة خلال فترة المتابعة والتي استمرت (٣) شهور (In:Changarathil, ٢٠٠٧، ٢٢).

٢- دراسة (Daly, ١٩٨٧) وهدفت إلى التعرف على فعالية نمذجة الذات بالفيديو على التهتهه ،ومواجهة المهام التي تحول دون انتقال الطلاقة فى الكلام من العيادة إلى

البيت،طبقت الدراسة على (٢)فردين ،تمثلت مشكلتهما في أنهم يتكلمان بطلاقة أثناء جلسات التدريب إلا أنهما يتعثران في الكلام خارج التدريب وفي المنزل أمام أسرهم ،تم استخدام نمذجة الذات معهما من خلال تصويرهما بالفيديو أثناء كلامهما دون تهتهة خلال جلسات التدريب،وبعد ذلك طلب منهما مشاهدة هذه الأشرطة في البيت وفي وجود أفراد أسرهم ،وأسفرت الدراسة عن تحسن طلاقة الكلام لديهما خارج جلسات التدريب وانتقال الطلاقة إلي المنزل وزيادة فاعلية الذات لديهم وتفاعلهم مع أسرهم ،حيث كانوا مهتمين من قبل.

٣- دراسة (Bray& kehle,١٩٩٦) وتهدف إلي التعرف علي أثر نمذجة الذات في علاج التهتهة ،وطبقت على عينة قوامها لدي (٣) من المراهقين،تم تعريضهم لنمذجة الذات من خلال تسجيلهم بالفيديو في (٦) مواقف مختلفة أثناء إجابة الطلاب على أسئلة وجهت إليهم في الصف الدراسي من قبل المعلمين وزملائهم ، وبعد حذف المقاطع التي بها تهتهة وترك الأخرى تم الخروج بـ (٥) دقائق لكل منهم وهم يتكلمون دون تهتهة ،وبعد تعرضهم لبرنامج نمذجة الذات والذي استمر(٥) أسابيع من خلال مشاهدتهم لشريط الفيديو انخفضت التهتهة لديهم بدرجة ملحوظة،و أظهرت المتابعة لمدة سنتان أن أثر لعلاج بقي لدي طالب واحد لم يتلعثم في حين أظهر الاثنان بعد التدهور .

٤- دراسة (Bray,١٩٩٧) وهي دراسة تتبعية لأثر نمذجة الذات كيتدخل لخفض التهتهة ،وذلك لدي عينة قوامها(٤) طلاب، تراوحت أعمارهم بين (٨-١٣)عاماً،منهم (٣)ذكور،(١)أنثى،الطلاب شاهدوا أنفسهم لمدة (٥) دقائق علي شريط فيديو وهم يتكلمون بطلاقة في (٧) مناسبات مختلفة علي مدي (٦) أسابيع وخلال حوار الطلاب مع المعلم، حيث حذفت الكلمات التي بها تهتهة ،وبعد برنامج المشاهدة انخفضت التهتهة لدي جميع الطلاب ، بل زادت الطلاقة في المواقف الاجتماعية بالمدرسة وخارجها، كما استمر الأثر الايجابي لنمذجة الذات خلال فترة المتابعة.

٥- كما قام (Bray & kehle, ١٩٩٨) بدراسة أخرى تناولت نمذجة الذات كتدخل لعلاج التهته، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (٤) أطفال في عمر المدرسة الابتدائية، تم تسجيل كلام الأطفال خلال (٧) مناسبات، ومنه تم إعداد لكل منهم (٢-٥) دقائق يتحدثون خلالها بدون تهته، حيث أزيلت المقاطع التي تعثروا فيها، ثم شاهد الأطفال أنفسهم وهم يتكلمون بطلاقة من خلال شريط الفيديو خلال برنامج نمذجة الذات والذي استمر لمدة (٦) أسابيع، وأشارت النتائج إلى انخفاض معدل التهته لديهم بعد البرنامج، حيث انخفضت نسبة التهته من (٧،٦٨) إلى (٢،٩٥) في المائة، واستمر الأثر الإيجابي خلال فترة المتابعة حيث انخفضت نسبة التهته إلى (١،٩) في المائة، مما يزيد من الثقة في نمذجة الذات كأسلوب علاجي للتهته، وزادت الطلاقة في المدرسة وفي المواقف الاجتماعية عموماً.

٦- وللوقوف على فعالية نمذجة الذات في منع الانتكاسة للتهته ثانية بعد البرامج العلاجية الناجحة قاما (Bray & kehle ٢٠٠١) ثانية بدراسة تناولت المتابعة طويلة المدى لأثر نمذجة الذات كتدخل علاجي في خفض التهته من خلال المتابعة طويلة المدى، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٤) أربع طلاب قد تلقوا من قبل علاج كلامي للتهته قائم على الكلام المطول، قسموا إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو لمدة (١٠) أسابيع شاهدوا خلالها أنفسهم وهم يتكلمون دون تهته، وأسفرت النتائج عن استمرار اثر العلاج لمدة أربع سنوات دون حدوث ارتداد للتهته على عكس أفراد المجموعة الضابطة.

٧- دراسة (Rickards-Schlichting, ٢٠٠٢) والتي هدفت للتعرف على فاعلية نمذجة الذات في تغيير السلوكيات والآثار السلبية المرتبطة بالكلام أمام الجمهور، طبقت على عينة قوامها (٧) لديهم مستوي مرتفع من قلق الكلام أمام الجمهور، تم اختيار عينة عشوائية من كلامهم في (٥) مناسبات مختلفة، وتم حذف اللحظات التي يبدو عليهم فيها

القلق الكلامي، وشاهدوا أنفسهم خلال نمذجة الذات بالفيديو وهم يتكلمون ولا يبدا عليهم أي علامات للقلق، وأسفرت النتائج عن انخفاض قلق الكلام لديهم بعد البرنامج وكذلك استمرار الانخفاض خلال فترة المتابعة.

٨- دراسة (Webber et al., ٢٠٠٤) وتهدف لتجري تأثير نمذجة الذات وحدها كأسلوب تجريبي في خفض التهتهة، طبقت الدراسة علي عينة قوامها (٦) أفراد، منهم (٥) راشدين، ومراهق، تعرضوا لبرنامج نمذجة الذات شاهدوا خلاله أنفسهم يتكلمون دون تهتهة علي شريط فيديو مدته (٣) دقائق، والذي تم إعداده من كلامهم بعد إزالة كل مظاهر التهتهة منه، وخلال المرحلة B من البرنامج شاهد أفراد العينة شريط فيديو لنمذجة ذواتهم قبل كل جلسة كلام، وفي مراحل C+B استمروا في مشاهدة نمذجة ذواتهم قبل جلسات الكلام، بالإضافة إلي الطلب منهم محاولة الكلام أثناء الجلسة كما تكلموا علي شريط الفيديو دون تهتهة، وأسفرت النتائج عن انخفاض التهتهة لدي جميع المشاركين، وهذا الأثر لوحظ خلال المراحل C+B والتي اشتملت علي الإيعاز لهم بمحاولة الاهتمام بالاتيان بالسلوك المستهدف.

٩- دراسة (Changarathil, ٢٠٠٧) والتي هدفت إلي التعرف على فعالية نمذجة الذات بالفيديو لتحسين الطلاقة لدي الراشدين والمراهقين، وأثر ذلك على فعالية الذات الكلامية والاتجاه نحو التواصل لديهم، ومدى استمرارية هذا الأثر، وطبقت على عينة قوامها (١١) من الأفراد المتلعثمين الذين أتموا مؤخراً برنامج مكثف لعلاج التهتهة، تراوحت أعمارهم بين (١٤-٥٨) عام، (٨) ذكور، (٣) إناث، قسموا عشوائياً إلي مجموعتين تجريبية وضابطة، تم تعريض المجموعة التجريبية لنمذجة الذات من خلال مشاهدتهم لعينات من كلامهم علي جهاز DVD بعد حذف منها لحظات التهتهة وذلك لمدة (٦) أسابيع، وأسفرت النتائج بعد تطبيق البرنامج عن تحسن الطلاقة لدي العينة التجريبية بمستوي عال ودال حيث انخفض طول لحظات التلعثم، وعدد المقاطع التي بها تلعثم، وتحسنت

فاعلية الذات الكلامية المدركة والاتجاه نحو التواصل، وإدراكهم للتهتهة مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك خلال فترة المتابعة والتي استمرت لمدة (٦) أشهر.

١٠- دراسة (Edl, ٢٠٠٧) وتناولت تقييم تأثير نمذجة الذات بالفيديو عل طلاقة الكلام للطلاب ذوي صعوبات القراءة، وطبقت على عينة قوامها (٧) طلاب، تراوحت أعمارهم بين (٩- ١٢, ٤) طبق عليهم برنامج نمذجة الذات بالفيديو لمدة (٦) أسابيع، وأشارت النتائج عن تحسن طلاقة الكلام والذي بدا في تحسن مهارات القراءة وسرعتها والنطق الصحيح للكلمات.

١١- دراسة (Cream et al., ٢٠٠٩) والتي هدفت إلي التعرف علي فعالية نمذجة الذات بالفيديو في خفض التهتهة الشديدة ومدى استمرارية ذلك خلال المتابعة لدي الراشدين الذين تعرضوا لبرنامج علاجي قائم على اعادة هيكلة الكلام ثم حدث لهم انتكاسة وعادت إليهم التهتهة، وبلغت العينة (١٢) من الراشدين، أفروا بأنهم فشلوا في ابقاء الاثار الايجابية للمعالجات السابقة لحالاتهم حيث عادت إليهم التهتهة، وتراوحت أعمارهم بين (٢٧-٦٩) عام، تم إعداد شريط فيديو لكل منهم مدته خمس دقائق وهو يتكلم وحده في موضوع عام يهمله بعد حذف الكلمات المتعلقة، تم توجيه المشاركين لمشاهدة الشريط المعد لحديثهم مرتين يومياً علي مدى شهر، وأشارت النتائج إلى انخفاض متوسط نسبة التهتهة لديهم من ٧,٧% قبل البرنامج إلى ٢,٣% بعده، كما أظهرت التقارير الذاتية لأفراد العينة الانخفاض في التهتهة خلال مواقف الكلام، واستمرار ذلك التحسن وعدم حدوث انتكاسة للتهتهة ثانية.

١٢- كما قام (Cream et al., ٢٠١٠) بدراسة أخرى بهدف الوقوف علي فعالية نمذجة الذات بالفيديو في زيادة تحسين علاج حالات التهتهة وأثر ذلك على جودة الحياة والاتجاه نحو طلاقة الكلام لديهم، وطبقت على عينة قوامها (٨٩) من الراشدين والمراهقين، تراوحت أعمارهم من (١٤-٣١) عام، قُسمت العينة إلي مجموعتين عشوائياً ضابطة (٤٥) منهم (٣٤) راشد، (١١) مراهق، وتجريبية (٤٤) منهم

(٣٠) راشد، (١٤) مراهق، شاهدت المجموعة فيديو لأنفسهم خالي من التهتهة يوماً علي مدي شهر كامل، وأشارت النتائج إلى انخفاض معدل الكلمات المتهتهة وتحسن الرضا عن طلاقة الكلام وجودة الحياة لدى مجموعة نمذجة الذات بدرجة أفضل مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك استمرار الأثر لما بعد المتابعة والتي استمرت لمدة (٦) شهور.

ثانياً: دراسات تناولت نمذجة الذات في علاج اضطرابات التواصل الأخرى، ومنها:

- ١- دراسة (Pigott&Gonzales, ١٩٨٧) والتي تناولت تأثير نمذجة الذات بالفيديو علي الصمت الاختياري Selective Mutism، طبقت الدراسة على طفل بالصف الثالث في المدرسة الابتدائية، حيث شاهد نفسه خلال البرنامج وهو يجيب على أسئلة المعلم مباشرة، حيث تم تسجيله في المواقف التي تكلم فيها مع حذف مواقف الصمت والامتناع عن الكلام، وقد أسفرت النتائج عن تحسن الكلام وغياب الصمت الاختياري لديه بعد التعرض لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو.
- ٢- دراسة (Buggey, ١٩٩٥) والتي هدفت إلي الوقوف علي دور نمذجة الذات في تنمية مهارات التعبير اللغوي لدى أطفال ما قبل المدرسة، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣) أطفال يعانون من التأخر اللغوي، وقد أسفرت النتائج عن تحسن التعبير اللغوي لديهم بعد التعرض لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو.
- ٣- دراسة (Kehle et al., ١٩٩٨) تناولت تأثير نمذجة الذات بالفيديو علي الصمت الاختياري لدى الطلاب، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣) طلاب لديهم صمت اختياري، حيث تم تسجيلهم وهم يتكلمون في المواقف التي يتكلمون فيها، وتم عرض ذلك عليهم عدة مرات يوماً لعدة أسابيع، وأشارت النتائج عن توقف جميع الطلاب عن الصمت والتكلم في كافة المواقف، كما استمرت الآثار الايجابية لنمذجة الذات خلال فترة المتابعة والتي استمرت إلى (٩) شهور.

٤- دراسة (Buggey et al., ١٩٩٩) والتي هدفت إلى الوقوف على أثر نمذجة الذات في زيادة الاستجابات اللفظية، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣) من الأطفال التوحديين، حيث تم إعداد شريط فيديو لكل منهم مدته (٣-٥) دقائق وهو يؤدي السلوك المستهدف وهو إعطاء ردود لفظية مناسبة للأسئلة التي توجه إليه بعد حذف عدم الرد أو الردود غير المناسبة، وقد أسفرت النتائج عن تحسن الاستجابات اللفظية لديهم في المواقف الاجتماعية بعد التعرض لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو، حيث ارتفع متوسط الاستجابات اللفظية من (٢٧%) قبل البرنامج إلى (٤٥,٧%) بعده إلى جانب بقاء الأثر الايجابي له خلال فترة المتابعة.

٥- دراسة (Sherer el al., ٢٠٠١) وهدفت إلى التعرف على أثر نمذجة الذات ونمذجة القرين في تحسين مهارات المحادثة، وقد طبقت الدراسة على طفل توحدي، حيث تم عرض على الطفل بالتناوب (٢) شريط مسجل، الأول لنمذجة الذات والأخر لنمذجة القرين حيث صور الطفل وهو يقوم بالسؤال وكذلك بالرد علي ما يوجه إليه من تساؤلات بشكل ملائم، وكان يتم التناوب بين مشاهدة الطفل لذاته ومشاهدته للآخرين في الأداء الجيد للمحادثة، وأسفرت النتائج عن أن نمذجة الذات والقرين كلاهما فعال في تحسين مهارات المحادثة.

٦- دراسة (Wert & Neisworth, ٢٠٠٣) للتعرف على فاعلية نمذجة الذات في تحسين التعبير اللفظي والمتمثل في الطلب اللفظي التلقائي لدى التوحديين، وطبقت الدراسة على (٤) طلاب توحديين، تعرضوا لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو، حيث صور كل طالب لمدة (٣٠) دقيقة تم تشجيعه خلالها على الطلب اللفظي لما يريده من أشياء، وبعد حذف لحظات السكوت وسلوكيات التشجيع من المدرب أصبح لكل طالب (٥) دقائق يظهر خلالها يطلب الأشياء بتلقائية، وقد أشارت النتائج إلى تحسن الطلب اللفظي التلقائي لدى التوحديين بعد تعرضهم لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو مقارنة بما قبله من ١,٤٣ إلى ١٣,٣٨، واستمر التحسن خلال المتابعة حيث ارتفع غلى ٢١,٥٧.

٧- دراسة (Whitlow, ٢٠٠٣, & Buggey) لبيان فعالية نمذجة الذات في علاج التأخر اللغوي لدى أطفال ما قبل المدرسة، وطبقت الدراسة على طفلة واحدة بلغ عمرها (٥٤) شهراً، حيث تم إعداد شريط فيديو لها وهي تتطق الأصوات صحيحة بعد حذف الكلمات التي أخطأت فيها، وتم عرضه عليها (٥) مرات يومياً، وأسفرت النتائج عن ارتفاع نسبة الأصوات الصحيحة في النطق لديها من (٣٨%) قبل البرنامج إلي (٧٧,٧%) بعده، واستمر التحسن خلال فترة المتابعة ووصل إلى (١٠٠%)، وأصبح النمو اللغوي ملائم لعمر الطفلة.

٨- دراسة (Buggey, ٢٠٠٥) وتناولت دور نمذجة الذات بالفيديو في تحسين مهارات المحادثة في التفاعلات الاجتماعية خلال قاعات الدروس، حيث تم استخدام التلقين اللفظي والحث علي المشاركة في التفاعلات الاجتماعية اللفظية وتم تسجيلها بالفيديو ومنها تم إعداد نمذجة للذات مدتها (٣) دقائق يظهر فيها الطفل يتواصل لفظياً في قاعة الدرس بمهارة وقد أشارت النتائج إلى تحسن المشاركات الإيجابية والمحادثات الاجتماعية لديهم بعد تعرضهم لبرنامج نمذجة الذات بالفيديو مقارنة بما قبله وارتفع متوسطها من ٠,١٧ مرة إلى أكثر من (٤) مرات في اليوم.

٩- دراسة (Lang et al., ٢٠١١) وتناولت فاعلية كل من نمذجة الذات بالفيديو ولعب الدور في علاج الصمت الاختياري، وطبقت علي طفلة بعمر (٩) سنوات لديها صمت اختياري، حيث تم تسجيلها في المواقف التي تتكلم فيها وعرضها عليها خلال البرنامج، وأسفرت النتائج عن تحسن بدء الكلام والاجابة على الاسئلة لديها في المواقف الاجتماعية الثلاثة التي قيمت فيها (في المطعم، ومقابلة راشدين جدد، واللعب مع اطفال جدد)

ثالثاً: دراسات تناولت برامج تدريبية لتعسين حالات التهمته، ومنها:

١- دراسة (غازي ، ١٩٩١) وتناولت السيكدوراما والممارسة السلبيه لعلاج التهمته، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ المرحلة الإعدادية، تراوحت أعمارهم بين (١٢-١٥) عاماً، تم تقسيم إلى أربع مجموعات : مجموعة السيكدوراما ،

مجموعة الممارسة السلبية ، مجموعة السيكودراما ومجموعة الممارسة السلبية ، والمجموعة الرابعة ضابطة ، أن السيكودراما أفضل من الممارسة السلبية في علاج التهته ، وأنها معاً أكثر فاعلية من الاقتصار على أحدهما .

٢- دراسة (عبدالمحسن ، ٢٠٠٢) و بلغت عينة الدراسة (٤٠) طفلاً ، تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) عاماً ، تم قسموا إلى أربع مجموعات : الأولى تم علاجها باستخدام التظليل، والثانية بالممارسة السلبية ، والثالثة بالتظليل والممارسة السلبية ، والرابعة ضابطة ، وأشارت النتائج إلى فاعلية التظليل و الممارسة السلبية في علاج التهته، وأن الجمع بينهما أفضل.

٣- دراسة (النحاس ، ٢٠٠٥) وتناولت مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية ، وبلغت عينة الدراسة (٣٠) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (٩-١٢) عاماً ، وأسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج في خفض شدة التلعثم بصوره الثلاث (التطويل ، التكرار ، التكرار) .

٤- دراسة (Guntupalli, ٢٠٠٧) وهدفت إلى التعرف على تأثير التغذية السمعية الراجعة المعدلة على تحسين التهته لدى الأطفال، وطبقت على عينة قوامها (٩) أطفال (٨ ذكور، أنثى)، تراوحت أعمارهم بين (٨-١٣) عام، وتمثل البرنامج في قراءة الأطفال لبعض النصوص جهرياً ، وقسموا من حيث نوع التغذية الراجعة التي حصلوا عليها إلى ثلاثة مجموعات ، الأولى تغذية سمعية عادية، والثانية تغذية سمعية متأخرة، والثالثة معدلة من حيث تردد الصوت، وأشارت النتائج إلى أن أكثرها فاعلية في خفض التهته هي التغذية السمعية المعدل ترددها ، تلاها المتأخرة، وأقلها العادية.

٥- دراسة (Murphy et al., ٢٠٠٧) وتناولت فاعلية لعب الدور، وإظهار الذات، والأنشطة، وحل المشكلات، وتعليم الأقران في علاج التهته وأثر ذلك في تقليل العدوان على الآخرين، وطبقت الدراسة على طفل واحد عمره (٩) سنوات، وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في زيادة التفاعل الإيجابي مع زملائه وتقليل العدوان،

ونقص السلوكيات المرتبطة بالتهته، وبمساعدة زملائه بالفصل استطاع الطفل استخدام استراتيجيات لتحسين الطلاقة في الكلام.

٦- دراسة (Tasko, et al., ٢٠٠٧) وتناولت أثر برنامج تدريبي للتنفس، وحركة الفم على تحقيق الطلاقة، وبلغت عينة الدراسة (٣٥) ممن يعانون من التهته التحقوا، واشتملت الأدوات على مقياس للتنفس، ومقياس حركة الفم، وأشارت النتائج إلى انخفاض حركة الشفاه، وتنظيم التنفس وبالتالي قلت حدة التهته، ووجد أن (٦٢%) من التباين في حدة التهته ترجع إلى عمليتي التنفس وحركة الفم.

٧- دراسة (Stuart el al., ٢٠٠٨) وهدفت إلى التعرف على أثر تكرار التغذية الراجعة السمعية على نمط ومدة التهته، وطبقت الدراسة على (١٢) من البالغين (١٠ ذكور، ٢ إناث) ممن يعانون التهته، تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٥٠) عام، بمتوسط عمري قدره (٣٥) عام، تعرضوا لبرنامج تغذية راجعة من خلال قراءتهم جهرياً لنصوص محددة مع حصولهم على سماع لها، وأشارت النتائج من خلال مقياس ريلي (Riley, ١٩٩٤) للتهته إلى انخفاض مدة التهته لديهم بنسبة (٥٠%)، والأنماط الثلاثة للتهته (التوقف، الإطالة، التكرار) بنسبة (٢٠%) بعد البرنامج مقارنة بما قبله.

٨- دراسة (Kiefte, (Armson & ٢٠٠٨) وتناولت فاعلية برنامج للكلام السهل SpeechEasy على التهته، وطبقت على عينة من البالغين قوامها (٣١) فرداً، وبعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية أسفرت النتائج عن انخفاض معدل تكرار التهته لديهم بنسبة (٧٩%) مقارنة (٦١%) لدى الضابطة، وذلك على مهام القراءة الجهرية، و المناجاة (حديث الفرد لنفسه بصوت مسموع)، كما انخفض التقدير الذاتي لشدة التهته على مقياس من (٩) نقاط بمعدل (٣,٥) نقطة في القراءة، (٢,٧) للمناجاة، كما زاد الكلام الطبيعي بصفة عامة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة.

٩- دراسة (Jang ٢٠٠٨)، وهدفت إلى التعرف على التأثير المباشر لتدريب الوالدين على برنامج Lidcombe program في خفض التهته لدى أطفالهم، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (٣) أطفال بعمر ما قبل المدرسة، وأسفرت النتائج عن انخفاض التهته لدى

أفراد العينة إلى نسبة ٣%، وأن تدريب الوالدين ومشاركتهم في البرنامج يزيد من فعاليته في مقابل عدم تدريبهم.

١٠- دراسة (كسناوي، ٢٠٠٩) واستهدفت التعرف على فعالية برنامج إرشادي للحد من التهتهة، وطبقت على عينة بلغ قوامها (١٠) من التلاميذ والتلميذات الذين يعانون من التهتهة (٧ إناث و ٣ ذكور)، تراوحت أعمارهم بين (٨-١٣) سنة، طبق عليهم برنامج (Easy does it) وهو يستخدم الكلام السهل البطيء لتعديل التهتهة، ومقياس شدة التلعثم لريلبي، وأسفرت النتائج عن انخفاض معدل تكرار التهتهة، وطول فترة التهتهة، والسلوكيات المصاحبة لها لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج مقارنة بما قبله.

١١- دراسة (Park, ٢٠٠٩) وتناولت تأثير التغذية الراجعة المعدلة على معدل تكرار التهتهة والسلوكيات المصاحبة لها، وطبقت على عينة بلغ قوامها (٨) أفراد ممن يعانون من التهتهة، تراوحت أعمارهم بين (١٩-٦٢) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٢٣) عاماً، تم إخضاعهم لبرنامج تغذية سمعية الراجعة معدلة، حيث طلب منهم قراءة (٤٢٠) جملة معروضة أمامهم على شاشة الحاسوب قراءة جهرية، مع حصولهم على أنماط مختلفة من التغذية الراجعة السمعية لما يقرءونه، تمثلت في: سماع الجمل كما هي، سماع الجمل متأخرة عن قراءتها، سماع الجمل مع تعديل ترددها، سماع الجمل بشكل كورالي منغم، وأسفرت النتائج عن فاعلية التغذية الراجعة السمعية المعدلة في خفض درجة التهتهة، وأن التعديل الكورالي كان أفضلها.

١٢- دراسة (Pollard et al., ٢٠٠٩) وتناولت فعالية برنامج الكلام السهل SpeechEasy في علاج التهتهة، وطبقت الدراسة على عينة بلغ قوامها (١١) من الراشدين (٦ ذكور، ٥ إناث) ممن يعانون من التهتهة، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٦٢) عاماً بمتوسط عمري قدره (٣٤,٢) عاماً، تم تعريضهم لبرنامج الكلام السهل، والذي قدم لهم فريداً من خلال جهاز حاسوب محمول Laptop، وأشارت النتائج عن انخفاض درجة التهتهة لديهم بعد البرنامج مقارنة بما قبله.

١٣- دراسة (Tiller, ٢٠٠٩) وتناولت التعرف على فعالية برنامج لكشف الذات في علاج التهته، وطبقت على عينة قوامها (٢٠) طالباً من طلاب الجامعة ممن يعانون من التهته، تعرضوا لبرنامج لكشف الذات لتعديل إدراكهم لمشكلتهم وزيادة وعيهم بما يصدر عنهم من سلوك كلامي، وما يصاحبه من أفكار ومشاعر، وما يستخدمونه من وسائل للتغلب على التهته، وأسفرت النتائج عن فعالية إستراتيجية كشف الذات في علاج التهته لدى عينة الدراسة.

١٤- دراسة (Tiling, ٢٠١١) واستهدفت التعرف على تأثير تطويل الكلام، وسلوك تجنب الكلام اللفظي على إدراك المستمعين للتهته، طبقت الدراسة على (١١٥) من المستمعين، شاهدوا عينات بالفيديو لكلام الأفراد المتلعثمين باستخدام أسلوبين، الأول: التجنب: وهو يتضمن تجنب الكلمات التي بها تهته، ومراجعة الكلمات وتصحيحها وإقحام كلمات وهممات، والثاني: التطويل المتعلم في تشكيل الطلاقة، وأشارت النتائج أن استخدام التطويل يقلل من التهته ويزيد من طلاقة الفرد ويقلل من إدراك المستمعين له على انه متلعثم بدرجة أفضل مقارنة بأسلوب التجنب اللفظي.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

١- أشارت نتائج الدراسات إلى فعالية نمذجة الذات وحدها في علاج التهته والسلوكيات المصاحبة لها، دون دمج معها أساليب أخرى، ومنها دراسة كل من: (Bray & kehle, ١٩٩٦; Bray, ١٩٩٧; Bray & kehle, ١٩٩٨; Webber et al., ٢٠٠٤; . Edi, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠١٠)

٢- أشارت نتائج الدراسات إلى أن الجمع بين نمذجة الذات والطرق التدريبية الأخرى يحسن من علاج التهته ويمنع الانتكاسة إليها ثانية، مقارنة بالتدريب فقط، مثل دراسة كل من: (Daly, ١٩٨٧; Bray & kehle ٢٠٠١; Changarathil, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠٠٩)

٣- طبقت نمذجة الذات في العديد من الدراسات على الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية - عمر عينة الدراسة الحالية - ، مما يؤكد مناسبة هذا الأسلوب لهذه الفئة العمرية، مثل دراسة كل من: (Pigott & Gonzales, ١٩٨٧; Bray, ١٩٩٧; Bray & kehle, ١٩٩٨)

- Edi, ٢٠٠٧; Lang et al., ٢٠١١)، كما استخدمت مع أطفال ما قبل المدرسة، مثل دراسة: ١٩٩٥، Whitlow Buggey, ٢٠٠٣ Buggey, &، فضلاً عن أنها طبقت علي المراهقين والراشدين، بل وكبار السن في باقي الدراسات.
- ٤- كما تبين عدد العينات التجريبية التي طُبِقَ عليها نمذجة الذات، وتراوحت غالبيتها بين (٤-١٢) فرداً، في حين انخفض عددها إلى (١)، كما في دراسة (Pigott & Gonzales, ١٩٨٧; Sherer et al., ٢٠٠١; Lang et al., ٢٠١١) و، (٢) كما في دراسة (Daly, ١٩٨٧)، بينما ارتفعت إلى (٤٤) فرداً، كما في دراسة (Cream et al., ٢٠١٠).
- ٥- جمعت بعض الدراسات بين البرنامج التدريبي مع نمذجة الذات بحيث يبدأ برنامج نمذجة الذات بعد الانتهاء من البرنامج التدريبي لعلاج التهتهة، ومنها دراسة كل من: (Daly, ١٩٨٧; Bray & kehle ٢٠٠١; Changarathil, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠٠٩)، في اكتفت بعض الدراسات بنمذجة الذات فقط، ومنها دراسة كل من: (Bray & kehle, ١٩٩٦; Bray, ١٩٩٧; Bray & kehle, ١٩٩٨; Webber et al., ٢٠٠٤; Edi, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠١٠)
- ٦- غابت الدراسات - في حدود علم الباحث - على المستوى العربي التي تناولت نمذجة الذات مع اضطرابات التواصل عامة، ومع التهتهة خاصة.
- ٧- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها تجمع بين التدريب والنمذجة في نفس الوقت ومع كل جلسة ومقارنة ذلك بالتدريب فقط من حيث الفاعلية في تحسين حالات التهتهة ومدى استمرارية ذلك خلال المتابعة، في حين أن الدراسات السابقة التي جمعت بين التدريب والنمذجة طبقت برنامج نمذجة الذات بعد الانتهاء من البرنامج التدريبي بنجاح، وذلك على مجموعة ممن حضروا البرنامج دون الأخرى للوقوف علي دور نمذجة الذات في بقاء أثر البرنامج التدريبي ومنع الانتكاسة للتهتهة مقارنة بمن

حضر التدريب فقط، كما أنها بالتالي تختلف عن الدراسات السابقة التي تناولت البرامج التدريبية فقط، وتلك التي تناولت نمذجة الذات فقط.

٨- واستفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة الفروض، وإعداد البرنامج التدريبي، وبرنامج نمذجة الذات وما يتطلبه البحث من أدوات.

فروض الدراسة:

تمت صياغة الفروض التالية لتكون بمثابة إجابات محتملة لما أثير في مشكلة الدراسة من تساؤلات، وذلك على النحو التالي:

١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح التجريبية الأولى.

٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح التجريبية الثانية.

٣- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي.

٤- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس البعدي لصالح التجريبية الأولى.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) في القياسين البعدي والتتبعي.

٧- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتتبعي.

٨- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الثانية (التدريب فقط) في القياس التتبعي لصالح الأولى.

إجراءات الدراسة:

أولاً : المنهج والتصميم التجريبي:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج التجريبي باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فعالية برنامج تدريبي قائم على نمذجة الذات (كمتغير مستقل) في الحد من التهيئة والسلوكيات المصاحبة لها (كمتغير تابع) مع استخدام المنهج المقارن في سبيل مقارنة فعالية هذا البرنامج القائم على تدريب الأطفال إلى جانب نمذجة الذات والذي تم تقديمه للمجموعة التجريبية الأولى بفعالية برنامج آخر يقوم على التدريب فقط والذي تم تقديمه للمجموعة التجريبية الثانية، وعلى ذلك تعتمد الدراسة على التصميم التجريبي ذي المجموعات الثلاث، وهم: التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة)، والتجريبية الثانية (التدريب فقط)، والضابطة.

ثانياً: العينة:

اشتملت على (١٨) من أطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من التهيئة بمدينة الطائف، تراوحت أعمارهم بين (٧-١٢) عاماً بمتوسط قدره (٩,٢٢) عام، وانحراف معياري قدره (١,٧٣) درجة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى ثلاث مجموعات، هي: المجموعة التجريبية الأولى، المجموعة التجريبية الثانية، المجموعة الضابطة، كل منها (٦) أطفال، وقد روعي في اختيار العينة ما يلي:

- ١- الخلو من الإعاقات المختلفة.
- ٢- أن تكون التهيئة تعود لأسباب وظيفية وليست عضوية.
- ٣- الخلو من مظاهر اضطرابات التواصل الأخرى غير التهيئة.
- ٤- أن يكون والدا الطفل على قيد الحياة والإقامة الدائمة معهم.

٥- خلو أفراد الأسرة من اضطرابات التواصل بكافة أنواعها.

٦- توفر في الأسرة حاسوب أو جهاز فيديو ، بالنسبة لعينة التدريب ونمذجة الذات.

وقد تمت مجانسة أفراد مجموعات الدراسة الثلاث في: شدة التهتهة (تكرار التهتهة، وطول لحظة التهتهة، والحركات والأصوات المصاحبة)، وتقدير المعلم للتهتهة، والعمر الزمني، والذكاء (تم استخدام مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء الصورة الرابعة، تعريب: مليكة "١٩٩٨" لحساب الذكاء)، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك .

جدول (١) نتائج تحليل التباين بطريقة كروسكال - والز (H) للفروق بين رتب

درجات المجموعات الثلاث ودلالاتها في المتغيرات الخاصة بالمجانسة

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	درجات الحرية	كا	الدلالة
تكرار التهتهة	التجريبية (١)	٦	١٠,٠٨	٢	٠,١٧٧	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٨,٨٣			
	الضابطة	٦	٩,٥٨			
طول لحظة التهتهة	التجريبية (١)	٦	١١,٤٢	٢	١,٩١١	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٩,٧٥			
	الضابطة	٦	٧,٣٣			
المصاحبة الحركات	التجريبية (١)	٦	٩,١٧	٢	٠,٠٤٨	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٩,٥٠			
	الضابطة	٦	٩,٨٣			
شدة التهتهة الكلية	التجريبية (١)	٦	٩,٨٣	٢	٠,٠٣٨	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٩,٤٢			
	الضابطة	٦	٩,٢٥			
تقدير المعلم للتهتهة	التجريبية (١)	٦	٩,٠٨	٢	٠,٢٢١	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٩,٠٩			
	الضابطة	٦	١٠,٣٣			
العمر الزمني	التجريبية (١)	٦	١٠,٣٣	٢	٠,٤١٨	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٨,٤٢			

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	درجات الحرية	٢١٤	الدلالة
	الضابطة	٦	٩,٧٥			
التأخر	التجريبية (١)	٦	١٠,٣٣	٢	٢,٠٦٨	غير دال
	التجريبية (٢)	٦	٧,٠٠			
	الضابطة	٦	١١,١٧			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث في درجة التتهمة، العمر الزمني، والذكاء، مما يعنى تجانسها في هذه المتغيرات .

ثالثاً: أدوات الدراسة: اشتملت أدوات الدراسة الحالية على مايلي:

- ١- استبيان دراسة الحالة للتتهمة. إعداد: الباحث
 - ٢- قائمة تقدير المعلم للتتهمة. إعداد: الباحث
 - ٣- اختبار شدة التلعثم لريلي تعريب: الرفاعي (١٩٩٩)
 - ٤- برنامج التدريب الكلامي. إعداد: الباحث
 - ٥- برنامج نمذجة الذات بالفيديو إعداد: الباحث
- وفيما يلي بيان ذلك.

١) استبيان دراسة الحالة للتتهمة: Case study questionnaire for

stuttering إعداد: الباحث

اعتمد الباحث في إعداد هذا الاستبيان على العديد من استبيانات دراسة الحالة لذوي اضطرابات التواصل، وبدرجة أساسية على استبيان تاريخ الحالة Case history questionnaire إعداد (Park, 2009, 112-115)، وتتضمن أربعة أجزاء ، يتناول الأول: البيانات الأساسية للحالة، والثاني: التاريخ الطبي، والنمائي، والأسري للحالة، والثالث: التتهمة المبكرة، والرابع: التتهمة الحالية، وقد تم عرضها علي (١٠) من المتخصصين في التربية الخاصة واضطرابات اللغة والكلام، وأخصائي التخاطب، وتم الأخذ بملاحظاتهم حول مدى ملائمة الاستبيان واشتماله على كافة الجوانب اللازمة لدراسة حالات ذوي التتهمة، وذلك في الصورة النهائية لها (انظر ملحق : ١).

٣- قائمة تقدير المعلم للتهته Teacher's rate checklist for stuttering

إعداد/الباحث

تتكون القائمة من (٢٤) عبارة، تتوزع على بعدين، الأول: سلوكيات التهته، ويقاس السلوكيات الأساسية (التكرار، التوقف، الإطالة)، والسلوكيات الثانوية للتهته (التوتر، وحركات الجسم الخ)، والثاني: المشاركات الصفية، ويقاس تأثير التهته على تفاعل الطالب، ومشاركته في النقاشات، والأداء الأكاديمي اللفظي داخل الصف، وتم عرض القائمة في صورتها الأولية علي (١٠) من المتخصصين في التربية الخاصة، واضطرابات اللغة والكلام، وأخصائي التخاطب، والمعلمين الذين بفصولهم طلاب يعانون من التهته، وتم الأخذ بملاحظاتهم وما اقترحوه من تعديلات.

الخصائص السيكومترية للقائمة:

(أ) صدق القائمة:

تم حساب صدق المحك من خلال استخدام مقياس تقدير المعلم لطلاقة التلميذ اللفظية داخل الفصل (إعداد/ توكل، ٢٠٠٨، ٣٠٣-٣٠٤) كمحك خارجي لقائمة تقدير المعلم للتهته المستخدمة في الدراسة الحالية (إعداد الباحث)، وتم حساب معامل الارتباط بينهما بعد تطبيقهما على العينة الاستطلاعية من خلال معلميه، وقوامها (٣٠) من أطفال المدارس الابتدائية الذين يعانون من التهته، وبلغ (٠,٨٢٢) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

(ب) ثبات القائمة:

تم حساب ثبات قائمة تقدير المعلم للتهته بطريقة إعادة الاختبار، وذلك بإعادة تطبيقها على العينة الاستطلاعية، وذلك من خلال معلميهم بفواصل زمني قدره أسبوعان من التطبيق الأول، وحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات العينة في التطبيقين وبلغ (٠,٩١٢)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

الصورة النهائية للقائمة:

تتكون القائمة من (٢٤) عبارة، تأخذ درجات (٣،٢،١)، للبدائل (لا يحدث، يحدث قليلاً، يحدث كثيراً) على الترتيب، وبالتالي الدرجة الكلية تتراوح بين (٢٤-٢٧) درجة، ويبدل ارتفاع الدرجة على ارتفاع التهتهة. والجدول التالي يوضح أبعاد القائمة والبنود التي تقيسها في صورتها النهائية (انظر ملحق: ٢).

جدول (٢) أبعاد قائمة تقدير المعلم للتهتهة والبنود التي تقيسها

العدد	البنود	البعد
١٣	١٣-١	سلوكيات التهتهة
١١	٢٤-١٤	المشاركات داخل الصف

٣- اختبار شدة التلعثم لريلي Riley's stuttering

severity تعريب: الرفاعي (١٩٩٩)

تم اختيار هذا الاختبار كونه تم استخدامه في البيئة السعودية، وعلي عينة من أطفال المدرسة الابتدائية في نفس عمر عينة الدراسة الحالية (كسناوي، ٢٠٠٩)، فضلاً عن استخدامه في العديد من الدراسات الأجنبية والعربية، كما انه يحتوي علي قسمان، الأول: لمن يعرف القراءة، والثاني لمن لا يعرف القراءة، وبالتالي نبتعد عن صعوبات القراءة التي يمكن أن توجد عند بعض الطلاب بتطبيق الاختبار الخاص بمن لا يقرأ.

وصف الاختبار:

يتكون الاختبار من (٣) صور للوصف، و(٣) صور لقصص متسلسلة. ونصين للقراءة لأطفال الصف الثالث الابتدائي حتى الخامس، ونصين للقراءة لأطفال الصف الخامس الابتدائي وما فوق، و(٢) نصان للقراءة للكبار.

وتوجد ورقة لتسجيل النتائج، وتحتوي على أربعة أجزاء، الأول: لتكرار حدوث التلعثم، وبه جدول لمن يقرأ، وآخر لمن لا يقرأ، ويتضمن كل منها درجات تكرار التلعثم، والنسبة المئوية المقابلة لها. والجزء الثاني: طول لحظة التلعثم، وبه جدول يتضمن متوسط أطول ثلاث لحظات للتلعثم، والدرجة المقابلة لها، والجزء الثالث: الحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم، ويتضمن جدول للأصوات والحركات وأمام كل منها مقياس متدرج (صفر-٥)، والجزء الرابع: خاص بشدة التلعثم، ويتضمن جدول للأطفال وآخر للكبار بكل منهما مستويات شدة التلعثم (بسيط جداً-شديد جداً)، ويقابلها فئات الدرجات الدالة على كل منها، كما يوجد جداول لمتابعة تكرار حدوث التلعثم، يتكون كل منها من (١٥٠) خانة، بواقع خانة لكل كلمة ينطقها الفرد.

إجراءات تطبيق الاختبار:

يقوم الفاحص بإعطاء المفحوص الصور أو النصوص التي تتناسب مع عمره، ثم يطلب منه القراءة أو وصف الصور، ويقوم الفاحص بملء المربعات (١٥٠) الموجودة خلف ورقة التصحيح ب (.) عند كل كلمة طلاقة، و (/) عند كل كلمة متلعثمة، ويتم حصر عدد الكلمات المتلعثمة (/) في مئة كلمة بعد تجاهل أول صف من المربعات وآخر صف، حيث كل صف (٢٥) خانة، وتحول هذه النسبة المئوية إلى الدرجة المقابلة لها في جدول تكرار التلعثم، وهي بين (صفر -١٨)، ومن خلال إعادة سماع شريط التسجيل يتم تحديد طول لحظة التلعثم من متوسط أطول ثلاث لحظات تلعثم، وتحول هذه المدة إلى الدرجة المقابلة لها في جدول طول لحظة التلعثم، وهي بين (١-٧)، ومن خلال مراقبة الطفل يحدد درجة الأصوات والحركات المصاحبة في الجدول الخاص بها، وهي بين (صفر-٢٠)، ويتم حساب المجموع الكلي لدرجات بنود الاختبار الثلاثة، وهي بين (صفر -٤٥)، ويتم تحويل درجة المجموع الكلي إلى صفة لشدة التلعثم من بسيطة إلى شديد جداً باستخدام جدول شدة التلعثم حسب عمر المفحوص.

صدق وثبات الاختبار:

تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار علي (٢٥) من المتعلمين (٢٦) أطفال، (٢٦) كبار، وذلك بفواصل زمني قدره (٢-٣) أسابيع، وتراوح معامل الارتباط بين التطبيقين للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للاختبار بين (٠,٧٩-٠,٩٢)، وهي دالة عند (٠,٠١). وفي الدراسة الحالية تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، بتطبيقه مرتين على العينة الاستطلاعية بفواصل زمني أسبوعين، وبلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٩) لبعده تكرار التهيئة، و(٠,٨٧) لبعده طول لحظة التلثم، و(٠,٨١) لبعده الأصوات والحركات المصاحبة، و(٠,٩٠) للدرجة الكلية، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

أما عن الصدق فتم حسابه بصدق المحكمين والصدق الظاهري، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية في صدق الاتساق الداخلي بين (٠,٦٧-٠,٨٨)، وجميعها دالة عند (٠,٠١). أما في الدراسة الحالية فقد تم حسابه بصدق المحك، حيث بلغ معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين في الدرجة الكلية للاختبار الحالي، والدرجة الكلية لمقياس تقدير شدة اللجاجة (إعداد: أمين، ٢٠٠٥، ١٠٨-١١٣) كمحك خارجي (٠,٧٨)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على صدق وثبات اختبار شدة التلثم المستخدم في الدراسة الحالية.

إعداد الباحث

٤- برنامج التدريب الكلامي.

في ضوء الإطار النظري، وما تم عرضه من الدراسات السابقة والتي تناولت برامج تدريبية لعلاج التهيئة، تم إعداد البرنامج الحالي بصورته الأولية، وفيما يلي بيان ذلك:

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج التدريبي الحالي إلي الحد من شدة اضطراب التهيئة (التكرار-الإطالة-التوقف)، والسلوكيات الثانوية المصاحبة لها (توترات، وحركات، وأصوات دخيلة)، وذلك لدي عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يعانون من التهيئة، بما يحقق الطلاقة الكلامية لديهم في المواقف الحياتية المختلفة.

محتوي البرنامج:

يتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة التدريبية المتنوعة والمتكاملة التي تساعد الطفل على تحقيق الطلاقة والحد من التهتهة لديه، وفيما يلي وصف مختصر لأهمها:

١- تدريبات الاسترخاء: وذلك بهدف التخلص من التوتر الناتج عن الخوف من حدوث التهتهة، وما ينتج عنه من انقباضات في أعضاء النطق خاصة الثنايا الصوتية بالحنجرة، واللسان، والشفنتين، مما يعيق انسياب الكلام ومن ثم التهتهة، حيث طلب من الأطفال الاسترخاء علي المقاعد، وغلق أعينهم، والتنفس بعمق، مع التحدث إليهم بما يشجعهم على الاسترخاء.

٢- تدريبات تنظيم التنفس والتنفس البطني: وذلك بهدف تدريب الطفل علي اخذ كمية كبيرة من هواء الشهيق السريع، وإخراجها في أطول فترة ممكنة بما يكفي لما يراد قوله من كلام، دون بذل جهد، وخاصة في منطقة الصدر، حيث يطلب من الطفل وضع راحة إحدى يديه على الصدر والأخرى على البطن مع أخذ كمية كبيرة من هواء الشهيق وملء البطن بها، والاعتماد في ذلك على عضلات البطن مع ثبات منطقة الصدر بقدر الإمكان، والتركيز على حركة البطن من خلال حركة اليد صعوداً وهبوطاً مع التنفس، مع إطالة فترة الزفير تدريجياً، ثم إصدار صوت معه، ثم مقاطع، ثم كلمات، ثم جمل متدرجة في الطول، مع الحفاظ على الاسترخاء، والفم مفتوح.

٣- تدريبات الفم المفتوح: وفيها يتم تدريب الطفل على بقاء فمه مفتوح خلال التحدث، وعدم إعاقة الهواء الخارج بأي انقباضات أو توترات في القناة الصوتية، مثل إخراج الزفير ببطء مع فتح الفم واسعاً وإصدار صوت معه، والتأؤب مع الصوت، وإخراج بخار هواء الزفير على المرآة لتحقيق اتساع الفم، الحفاظ علي سريان عمود الهواء الخارج دون إعاقة خلال الكلام.

٤- تدريبات البداية السلسلة للكلام: وذلك بهدف تدريب الطفل على الانتقال التدريجي السلس من حالة التنفس الزفيرى دون كلام إلى حالة التنفس الزفيرى مع التحدث، حيث

يبدأ الطفل بالتنفس البطني، وبعده خروج كمية قليلة من هواء الزفير يبدأ بإصدار صوت خفيف مع الزفير، ثم مع التكرار يبدأ بإصدار بعض أصوات الحروف مع مداها (هاااااااا، هوووووو، هياااااااا)، ثم كلمات، ثم جمل متدرجة في الطول.

٥- تدريبات الكلام المطول: وفيها يتم تدريب الطفل على إطالة الصوت الثاني في الكلمة الأولى من الجملة، أي حركة الصوت الأول، مثل: الفتح (ماااااا، باااااااااا)، الكسر (كياااااااااا)، الضم (كوووووو، ووررررر)، وذلك للتغلب على صعوبة انتقال الطفل من الصوت الأول إلى الثاني والذي ينتج عنه التتهمة، مع ملاحظة التدرج في طول الجملة، واقتصار المد على الكلمة الأولى من الجملة فقط.

٦- تدريبات إبطاء الكلام: وذلك بهدف تقليل عدد الكلمات في الدقيقة، وخفض معدل سرعة الكلام خلال المحادثات المختلفة داخل وخارج المدرسة، حيث أن السرعة تؤدي إلى التتهمة، وتم استخدام جهاز Visio pitch، بحيث ينطق الطفل كلمة مع كل دقة من الجهاز، ولعبة أبطأ كلام دون توقف زائد من خلال إطالة أصوات الكلمات، واستخدام المسجل وحساب عدد الكلمات في الدقيقة، مع تعزيز من حقق وقت أطول وعدد كلمات أقل.

٧- تدريبات وصل الكلمات والتصويت المستمر: وذلك بهدف تدريب الطفل على الاستمرار في الكلام دون توقف، من خلال التدريب على الاستمرار في إصدار الصوت واهتزاز الناي الصوتية، مع الاسترخاء، والتنفس البطني، والحفاظ على الفم مفتوح، وذلك بإصدار الطفل لأصوت منغمة مستمرة، أو وصل الصوت الأخير في الكلمة بالصوت الأول في الكلمة التي تليها، مع تحسس الحنجرة والعنق للإحساس بتيار الزفير، واهتزازات الناي الصوتية.

٨- تدريبات الكلام الإيقاعي: وذلك بهدف جعل الطفل يركز على النغمة والحركة المصاحبة للكلام، وعدم الانتباه لطريقته في الكلام، مما يجعله يتكلم بطلاقة، حيث تم ترديد الأناشيد

مع حركات إيقاعية ، والتحدث مع تنغيم الكلمات مع حركات الجلوس والوقوف والقفز وغيرها. والتظليل، التحدث أمام المرأة، وسرد القصص، ولعب الدور.

٩- التدريب علي التفكير فيما يريد قوله :وذلك من خلال لعبة ماذا أريد؟:وذلك بهدف تدريب الطفل علي تحضير ما يريد قوله ،وتحديده قبل النطق به ،حيث يطلب من الطفل الصمت برهة قبل التكلم ،يتم فيها تحضير في ذهنه ما يريد قوله،وأخذ نفس عميق والنطق به عندما يكون مستعداً.

١٠- لعب الدور:وذلك بهدف تدريب الطفل على التحدث أمام الآخرين،ومواجهة المواقف التي تسبب له التهتهة،وذلك بتحديد الأشخاص والمواقف التي يعاني فيها من التهتهة، وقيامه بمساعدة زملائه بلعب دور المتحدث فيها،مع زيادة عدد من يتحدث إليهم تدريجياً،كمواقف طرح الأسئلة والإجابة عليها ،والتحدث في مقدمة الفصل.. الخ.

١١- التغذية السمعية الراجعة المتأخرة،ومنع سماع الطفل لكلامه:وذلك بهدف جعل الطفل لا ينتبه لكلامه وذلك بتأخير سماع الطفل لكلامه،وذلك من خلال جهاز Visio pitch،وتم تقليل فترة التأخير تدريجياً وصولاً إلى إلغاء التأخير،كما استخدام نفس الجهاز في منع سماع الطفل لكلامه ،حيث يوضع على أذنيه سماعة يسمع خلالها ضوضاء بينما هو يتكلم،وهو ما يسمى Masking Noise.

١٢- تدريبات إعادة سرد القصص:وفيها يتم عرض القصص أمام الطفل ،ثم يطلب من إعادتها،وكذلك سرد القصص المصورة.

وتضمن ذلك تقديم المعززات بأنواعها المختلفة عند نجاح الطفل ،إلى جانب الواجبات المنزلية لمراجعة ما تم التدريب عليه في المنزل وممارسته حتى موعد الجلسة التالية.

المخطط الزمني للبرنامج :

تم تقديم جلسات البرنامج في عدد (٣٠) جلسة ،موزعة بمقدار جلسة واحدة للتعرف والتعريف بالبرنامج، و(٢٨) جلسة للتدريب الكلامي،وجلسة واحدة لإنهاء البرنامج، وذلك

على مدار (١٠) أسابيع، بواقع (٣) جلسات أسبوعياً، والجدول التالي يوضح التخطيط العام للجلسات:

جدول (٣) التخطيط العام لجلسات البرنامج

موضوعها	الجلسة
التعارف والتعريف بالبرنامج.	الجلسة (١)
تدريبات الاسترخاء.	الجلسة (٢)
تدريبات تنظيم التنفس والتنفس البطني.	الجلسة (٣)
تدريبات الفم المفتوح.	الجلسة (٤)
تدريبات البداية السلسلة	الجلسة (٥)
تدريبات الكلام المطول	الجلسة (٦-٨)
تدريبات إبطاء الكلام	الجلسة (٩-١١)
تدريبات وصل الكلمات والتصويت المستمر	الجلسة (١٢-١٤)
تدريبات الكلام الإيقاعي.	الجلسة (١٥-١٧)
التدريب علي التفكير فيما يريد قوله	الجلسة (١٨-٢٠)
لعب الدور.	الجلسة (٢١-٢٣)
التغذية السمعية الراجعة المتأخرة، ومنع سماع الطفل لكلامه.	الجلسة (٢٤-٢٦)
إعادة سرد القصص	الجلسة (٢٧-٢٩)
ختام البرنامج	الجلسة (٣٠)

٥- برنامج نمذجة الذات بالفيديو إعداد الباحث

تم إعداد البرنامج في ضوء الأطر النظرية والدراسات التي تناولت برامج نمذجة الذات بالفيديو لعلاج اضطرابات التواصل عامة، والتهتهة خاصة .

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج من تسجيل فيديو لكل طفل من أطفال المجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) ،مدته تتراوح بين (٤-٦) دقيقة، يظهر فيها وهو يتكلم بطلاقة ودون تهتة أو حركات مصاحبة، يقوم الطفل بمشاهدته في بداية كل جلسة من جلسات البرنامج التدريبي ،ويحث على التكلم بطلاقة كما شاهد نفسه، وأنه سيصبح كلامه كله جيد مع التدريب، كما يشاهده الطفل في البيت أيضاً مع أسرته يومياً.

إعداد البرنامج:

١- تم تسجيل كل طفل من أطفال المجموعة التجريبية الأولى وهو يتكلم ويجب على بعض الأسئلة، وذلك بعد القياس القبلي وقبل بداية البرنامج، وذلك باستخدام كاميرا فيديو رقمية، كما تم الاستعانة بكاميرا الجوال في بعض الأحيان لتسجيل الأطفال في اللحظات التي يتكلمون فيها بطلاقة، كما تم الاستفادة باللحظات التي خلت من التهتة والتي سجلت خلال القياس القبلي.

٢- قدم للأطفال بعض المساعدات والتوجيهات التي تزيد من طلاقتهم، مثل خذ نفس ، أعد ثانية وغيرها وذلك للحصول على عبارات مفيدة خالية من التهتة في كلامهم.

٣- تم إدخال ما تم تسجيله من عينات كلامية للأطفال إلى جهاز الكمبيوتر.

٤- باستخدام برنامج صانع الأفلام Windows Movie Make ،وهو برنامج متاح في كافة أجهزة الحاسوب، تم حذف الكلمات التي بها تهتة من كلام الأطفال المسجل وكذلك ما قدم لهم من عبارات تشجيع ومساعدة.

٥- تم عمل نسخ من التسجيل الخاص بكل طفل على أقراص مضغوطة (CD) ،وأعطيت نسخة للأسرة ليشاهدها الطفل معهم، والأخرى تم استخدامها في جلسات التدريب.

• وبعد عدة جلسات وخلال التدريب تم عمل تسجيلات أخرى ،حيث كان هناك فرصة أفضل للحصول على عبارات أكثر طلاقة لكل طفل، وتم إعدادها واستخدامها كما سبق.

- وفي نهاية البرنامج التدريبي تم حيث زادت طلاقة الأطفال، واختفت التهمة تماماً عند بعضهم، تم تسجيل عينات من كلامهم ليشاهدوها بعد انتهاء البرنامج خلال فترة المتابعة.

الأدوات والوسائل المستخدمة في البرنامج :

قصص مصورة- جهاز تسجيل - كمبيوتر - جهاز Visio pitch وهو جهاز مزود بشاشة حاسوب، وبه عدة برامج، وهي: برنامج التغذية السمعية المتأخرة، وبرنامج لضبط سرعة الكلام، وبرنامج Masking والذي يجعل الطفل يسمع ضوضاء بدلاً من صوته، وبرنامج التغذية السمعية المعدلة، حيث يجعل صوت الطفل يبدو مختلفاً عن طبيعته في التردد والطبقة، وقد تم استخدام البرامج الثلاثة الأولى فقط، وقد تم استخدام الجهاز الموجود بمركز التخاطب الملحق بمستشفى الصحة النفسية بالطائف والذي يحول إليه طلاب المدارس.

المدة الزمنية للبرنامج :

يتكون البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية الأولى والثانية من (٤٠) جلسة موزعة على ثلاثة شهور بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وقد تم التدريب بالتبادل بين المجموعتين خلال أيام الأسبوع، ومدة الجلسة (٣٥) دقيقة في حالة إذا كانت الجلسة فردية وساعة كانت جماعية.

رابعاً : خطوات الدراسة:

- إعداد البرنامج الإرشادي لأمهات أعضاء المجموعة التجريبية الأولى .
- إعداد البرنامج التدريبي المستخدم لأعضاء المجموعتين التجريبتين الأولى والثانية والتأكد من صلاحيته .
- اختيار أفراد العينة .
- إجراء المجانسة بين مجموعات الدراسة .

- التطبيق القبلي لمقياس تقييم التهتهة، مقياس تقدير المعلم للتهتهة على أفراد العينة.
- تطبيق البرنامج التدريبي ونمذجة الذات على المجموعة التجريبية الأولى و البرنامج التدريبي فقط على المجموعة التجريبية الثانية .
- التطبيق البعدي لمقياس تقييم التهتهة، مقياس تقدير المعلم للتهتهة على أفراد العينة.
- التطبيق التتبعي لنفس المقاييس على أعضاء المجموعتين التجريبيتين بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج .
- تصحيح الاستجابات وجدولة الدرجات واستخلاص النتائج ومناقشتها .

خامسا : الأساليب الإحصائية :

تمثلت الأساليب الإحصائية المستخدمة في الأساليب اللابارامترية التالية: كروسكال- واليز (H) Kruskal-Wallis، ومان - ويتي (U) Mann-Whitney وويلكوكسون (W) Wilcoxon، وذلك من خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة اختصارا بـ Spss.V.١٣ .

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

ونصه: " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التهتهة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية الأولى". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان - ويتي لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المستقلة. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

نتائج الفرض السابع:

ونصه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياسين البعدي والتتبعي ". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المرتبطة . وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١٠) نتائج اختبار ويلكوسون للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي

للمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط)

المتغير	التجريبية الأولى قبلي/بعدي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	لدلالة
تكرار حدوث التهيئة	الرتب السالبة صفر الرتب الموجبة ١ التساوي ٥ الإجمالي ٦	صفر ١	صفر ١	١,٠٠	غير دال
طول فترة التهيئة	الرتب السالبة صفر الرتب الموجبة ١ التساوي ٥ الإجمالي ٦	صفر ١	صفر ١	١,٠٠	غير دال
الحركات والأصوات المصاحبة	الرتب السالبة ١ الرتب الموجبة ١ التساوي ٤ الإجمالي ٦	١,٥٠ ١,٥٠	١,٥٠ ١,٥٠	صفر	غير دال
الدرجة الكلية لشدة التهيئة	الرتب السالبة ٢ الرتب الموجبة ١ التساوي ٣ الإجمالي ٦	٢ ٤	٢ ٤	٠,٥٧٧	غير دال
تقدير المعلم للتهيئة	الرتب السالبة ١ الرتب الموجبة ٣ التساوي ٢ الإجمالي ٦	١,٥٠ ٢,٨٣	١,٥٠ ٨,٥٠	١,٠٠	غير دال

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية الثانية في درجة التهيئة (تكرار التهيئة، طول فترة التهيئة، الحركات والأصوات المصاحبة)، وهو ما يحقق صحة الفرض السابع.

نتائج الفرض الثامن:

ونصه: " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التهيئة للمجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة الثانية التجريبية (التدريب فقط) في القياس التتبعي لصالح الأولى". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المستقلة. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١١) نتائج اختبار مان - ويتني للفروق بين المجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والمجموعة التجريبية الثانية (التدريب فقط) في القياس التتبعي

الدالة	قيمة Z	قيمة U	التجريبية الثانية تتبعي		التجريبية الأولى تتبعي		المتغير
			مجموع الترتب	متوسط الترتب	مجموع الترتب	متوسط الترتب	
٠,٠١	٢,٩٣٩	صفر	٥٧,٠	٩,٥٠	٢١,٠	٣,٥٠	تكرار حدوث التهيئة
٠,٠٥	٢,٥٢٩	٣,٠	٥٤,٠	٩,٠	٢٤,٠	٤,٠٠	طول فترة التهيئة
٠,٠١	٢,٧٧١	١,٠	٥٦,٠	٩,٣٣	٢٢,٠	٣,٦٧	الحركات والأصوات المصاحبة
٠,٠١	٢,٩١٣	صفر	٥٧,٠	٩,٥٠	٢١,٠	٣,٥٠	الدرجة الكلية لشدة التهيئة
٠,٠١	٢,٩١٨	صفر	٥٧,٠	٩,٥٠	٢١,٠	٣,٥٠	تقدير المعلم للتهيئة

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥)، و (٠,٠١) في شدة التهيئة (الأبعاد والدرجة الكلية)، وتقدير المعلم للتهيئة بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والثانية (التدريب فقط) بعد تطبيق البرنامج وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية الأولى، وهو ما يحقق صحة الفرض الثامن.

ثانياً: مناقشة النتائج:

أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي سواء المصحوب بنمذجة الذات أو بدون في تحسين طلاقة الكلام لدى أطفال المجموعة التجريبية الأولى والثانية

والحد من مظاهر التهتهة لديهم حيث يتضح من جدولي (٤) ، (٥) وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الضابطة وكل من المجموعتين التجريبتين الأولى ،والثانية في درجة التهتهة(تكرار التهتهة،طول فترة التهتهة،الحركات والأصوات المصاحبة) ،وتقدير المعلم للتهتهة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعتين الأولى والثانية، وتأكدت هذه النتيجة كما يتضح من جدولي (٦) ، (٧) بوجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي في كل من المجموعتين التجريبتين الأولى والثانية في درجة التهتهة لصالح القياس البعدي لهما .

ولعل فعالية البرنامج التدريبي في تحسين الطلاقة لدى الأطفال تعود إلى ما تم تدريب الأطفال عليه من استراتيجيات تساعدهم في زيادة طلاقتهم الكلامية ،فتدريب الأطفال على التمهّل في الكلام من خلال فنية البطء في الكلام قد أدى إلى تخلصهم من ضغط السرعة في الكلام لإنهائه قبل حدوث التهتهة،مما يسبب حدوثه وليس تجنبها،ومن ثم البطء في الكلام زاد من طلاقة الكلام.

كما أن تدريب الطفل على الاسترخاء والبعد عن التوتر أثناء الكلام ساعد كثيراً في خفض التهتهة لديه،حيث أن التوتر يسبب في انغلاق مسار تيار الهواء الخارج،إما نتيجة انطباق الأوتار الصوتية في الحنجرة ،أو لانقباض جدار البلعوم،أو لالتصاق اللسان بسقف الحلق،أو لانطباق الشفتين،مما يؤدي إلي توقف الكلام، الأمر الذي ينتهي مع الاسترخاء مما يزيد من الطلاقة.

كما عمل تدريب الطفل على التنفس البطني وتنظيم النفس إلي جعله يأخذ كمية شهيق تكفي لما يريد قوله،كما جعل فترة خروج هواء الزفير طويلة،وعدم خروجه دفعة واحدة كالسابق ،مما جعله يتكلم دون الحاجة للتوقف المتكرر للتنفس قبل أن يكمل جملة مفيدة،وساعد في ذلك أيضا ما تعلمه الطفل من الانتقال السلس من حالة التنفس إلي حالة الكلام.

كما ساهم تدريب الطفل علي إطالة الصوت الثاني من الكلمة الأولى إلي تخلصه من أهم أسباب حدوث التهتهه ،والمتمثل في صعوبة الانتقال من الصوت الأول إلى الصوت الثاني في الكلمة،ومن ثم زادت الطلاقة.

ومما زاد من فعالية البرنامج التدريبي في خفض التهتهه ما تضمنه من تدريب الطفل علي تحضير في ذهنه ما يريد قوله قبل النطق به ،حيث يؤدي البدء بالكلام دون حضور في الذهن ما يراد قوله إلي التوقف عن الكلام أو شغل الوقت بهمهمات وأصوات لا علاقة لها به .

ولعل تدريب الطفل من خلال لعب الدور على التحدث أمام الآخرين ،لاسيما في المواقف التي تثير التهتهه لديه،قد أكسبه الثقة بالنفس ،ومن ثم انتقلت هذه الخبرة إلى المواقف الحقيقية في الحياة اليومية وتحسنت طريقته في الكلام خلالها.

كما ساهم في زيادة الطلاقة لدى الأطفال ما تضمنه البرنامج من أنشطة تجعلهم يركزون في شيء آخر غير كلامهم،كما هو الحال في الكلام الإيقاعي،أو لا يسمعون كلامهم،كما هو الحال في فنية قناع الضوضاء ،والتغذية السمعية المتأخرة،حيث أن تركيز الطفل على كلامه وطريقته يجعله يتلعم،إذ يؤدي الخوف من التهتهه إلى حدوثها.كما أنه مع انخفاض القلق من الكلام ،وزيادة الثقة بالنفس في القدرة على الكلام بطلاقة انعكس ذلك ايجابياً على الحركات والأصوات المصاحبة للتهتهه،إذ لم يعد هناك خوف من حدوث التهتهه لدى الطفل.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي أثبتت فعالية البرامج التدريبية القائمة علي لعب الدور،وتنظيم التنفس،وتطويل وإبطاء الكلام،والكلام الإيقاعي،والتغذية السمعية الراجعة في تحسين حالات التهتهه ،ومنها دراسة كل من : (غازي ، ١٩٩١؛ عبدالمحسن ، ٢٠٠٢؛ أمين، ٢٠٠٥؛ كسناوي، ٢٠٠٩؛ Kieft, Armson& ,٢٠٠٨; JangGuntupalli,٢٠٠٧; Stuart el al.,٢٠٠٨; Park,٢٠٠٨; Tiling,٢٠١١) .

كما أشارت نتائج الدراسة كما يتضح من جدول (٨) إلى جود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) في درجة التهتهة (تكرار التهتهة، طول فترة التهتهة، الحركات والأصوات المصاحبة) وتقدير المعلم للتهتهة بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والثانية (التدريب فقط) بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية الأولى، بما يعني أن التدريب مع نمذجة الذات أفضل من التدريب فقط .

ولعل فعالية نمذجة الذات في تحسين حالات التهتهة ترجع إلى أن الأطفال عندما يتكرر رؤيتهم لأنفسهم وهم يتكلمون بطلاقة فإن القلق من الكلام ورهبته يقل لديهم تدريجياً، وينخفض زمن الشعور به والانتباه إليه، في حين يزيد الوقت الذي يركز فيه الطفل علي ما يريد قوله من الكلام بطلاقة والرغبة في نمذجته في الواقع كما يرى نفسه، وتعزز ذلك بما تدرب عليه من الاسترخاء، مما عظم الاستفادة منها في تحسين الطلاقة .

كما ترجع فاعلية البرنامج القائم على نمذجة الذات إلي ما قدمه للأطفال من التغذية المتقدمة، حيث شاهد الأطفال أنفسهم يتكلمون في مستوي طبيعي مثل معظم الأطفال العاديين، ومن ثم أصبح لديهم قناعة أنهم قادرون بالفعل علي الكلام بشكل صحيح، مما انعكس إيجابياً على تفاعلهم مع الأنشطة التدريبية المختلفة، وبالتالي تحسنت طريقتهم في الكلام .

كما ترجع فعالية نمذجة الذات في تعديل التهتهة إلى ما تقرره نظرية التعليم الاجتماعي لباندورا (Bandura, ١٩٨٦) من أن التعلم بالنمذجة يزداد فاعليته كلما اقترب النموذج في خصائصه من الفرد الذي يلاحظه، فكيف والنموذج هو نفسه الطفل، حيث شاهد الطفل نفسه وهو يؤدي السلوك المستهدف أداءً صحيحاً، والمتمثل في الكلام دون تهتهة، مما زاد من فعالية التدريب.

ويؤكد ذلك ما ذهب إليه (Clark et al., ١٩٩٢) من أن فاعلية نمذجة الذات قد زادت بدرجة كبيرة بسبب التشابه بين النموذج والملاحظ له، إذ صار الفرد هو نموذج نفسه .

ولعل ما زاد من فعالية البرنامج التدريبي مع نمذجة الذات أن الأفراد خلال نمذجة الذات يشعرون بدرجة أكبر من الانتباه والإثارة والنشاط الفسيولوجي عندما يرون ويستمعون إلي أنفسهم مقارنة بما لو كان النموذج شخصاً آخر ،مما جعلهم أكثر حماسة ودافعية وقدرة على التعلم ،والاستفادة من التدريبات التي تقدم لهم بعد المشاهدة . كما ساهم في فعالية البرنامج التدريبي ما تقدمه نمذجة الذات من التقويم الإيجابي للذات ،او المراجعة الإيجابية لذاته Positive self-review ،حيث يرى الفرد الجانب الإيجابي للذات والمتمثل في قدرته علي الكلام دون تهتهة،ومن ثم يتحسن إدراكه لذاته ،مما يحسن من التهتهة لديه .

كما أن رؤية الطفل نفسه يتكلم دون تهتهة قد أدت إلى تحسين فعالية الذات لديه، لاسيما فيما يتعلق بقدرته علي الكلام دون تهتهة،فنجاحه في الكلام الذي يشاهده ،وخبرته الإيجابية هذه هي التي تشكل فعالية الذات لديه ،حيث يشير (Bandura, ١٩٨٦) إلى أن فعالية الذات تعمل علي سرعة اكتساب السلوك،لذا فإن اكتساب الأفراد للقدرة علي الكلام الطليق دون تهتهة قد نتج عن تغير مشاعرهم ومدركاتهم نحو فعالية ذواتهم، مما أدى إلى زيادة فعالية ما تم التدريب عليه من أنشطة بجانب نمذجة الذات ،ونتج عن ذلك اكتسابهم الطلاقة في الكلام ،وهذا بدوره قد عزز فعالية الذات لديهم ،مما ساهم في استمرار السلوك المكتسب حديثاً وهو طلاقة الكلام،فالنجاح يعزز ها،حيث يشير (Sidavi&Fabus, ٢٠١٠، ٢١) أن فعالية نمذجة الذات تأتي من اعتقاد الفرد أنه ناجح .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية في فاعلية نمذجة الذات في علاج التهتهة مع دراسة كل من: Webber (١٩٩٨; Bray& kehle, ١٩٩٧; Bray, ١٩٩٦; Bray& kehle, ١٩٩٦) كل من: (Edi, ٢٠٠٧; Cream et al., ٢٠١٠; et al., ٢٠٠٤) .

كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لكل من المجموعتين الأولى والثانية كما يتضح من جدول (٩)، (١٠) بما يعني استمرار أثر البرنامجين، إلا أنه تأكد استمرار تفوق استخدام التدريب مع النمذجة على استخدام التدريب فقط في تحسين التهته خلال فترة المتابعة.

حيث أشارت نتائج الدراسة كما يتضح من جدول (١١) إلى جود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠،٠١) في درجة التهته (تكرار التهته، طول فترة التهته، الحركات والأصوات المصاحبة) وتقدير المعلم للتهته بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (التدريب والنمذجة) والثانية (التدريب فقط) بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج (القياس التتبعي)، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية الأولى، بما يعني أن نمذجة الذات قد أدت إلى استمرار أثر البرنامج بدرجة أكبر من الاعتماد على التدريب فقط.

ولعل ذلك يرجع إلى أن نمذجة الذات لا يقف تأثيرها على تعديل السلوك الكلامي الملاحظ للتهته كما هو الحال في الاعتماد على التدريب فقط، بل يتعدى ذلك إلى الجوانب المعرفية والانفعالية المرتبطة به، ومن ثم أصبح ما تعلمه أشد ثباتاً واستمراراً، كما أن مشاهدة الطفل لنفسه وهو يتكلم بطلاقة بعد انتهاء البرنامج من خلال الفيديو المسجل، ومراجعته لذلك من حين لآخر، قد كان بمثابة الدافع والمذكر له بما تدرب عليه من فنيات تزيد من طلاقته، ومن ثم الاستمرار في تطبيقها بما يحقق الاستمرار في تحسن الطلاقة لديه، وبهذا كان استخدام نمذجة الذات بمثابة استراتيجية لا تضمن استمرار أثر التدريب فحسب، بل تجعل التحسن في الطلاقة مستمراً بعد البرنامج.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات التي أثبتت أن الجمع بين نمذجة الذات والطرق التدريبية الأخرى يحسن من علاج التهته واستمرار أثرها الإيجابي لسنوات، ويمنع الانتكاسة إليها ثانية، مقارنة بالتدريب فقط، مثل دراسة كل من: (Daly, ١٩٨٧; Bray & kehle ٢٠٠١; Changarathil, ٢٠٠٧; Cream et . al., ٢٠٠٩).

المراجع

١. أحمد، بدرية (١٩٨٥). ظاهرة التتهمة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية. رسالة دكتوراه، كلية البنات للاداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.
٢. أمين، سهير. (٢٠٠٥). اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلاج. القاهرة: عالم الكتب.
٣. البيلوي، إيهاب (٢٠٠٦). اضطرابات التواصل. الرياض: مكتبة دار الزهراء.
٤. الرفاعي، نهلة (١٩٩٩). تقنين مقياس شدة التلعثم لريلي على البيئة العربية، المجلة الطبية، جامعة عين شمس.
٥. الزراد، فيصل (١٩٩٠). اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض: دار المريخ.
٦. الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة. عمان: دار الفكر.
٧. السرطاوي، عبد العزيز؛ أبو جودة، وائل (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
٨. الشخص، عبد العزيز (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
٩. الفرماوي، حمدي (٢٠٠٦). نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٠. القفي، أمال (١٩٩٧). ضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق فرع بنها.
١١. المشاقبة، فارس (١٩٨٧). في اضطرابات النطق عند الأطفال العرب. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
١٢. النحاس، محمد (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه، كلية التربية بنها، جامعة الزقازيق.
١٣. توكل، منى (٢٠٠٨). التتهمة لدى الأطفال. القاهرة: دار الجامعة الجديدة للنشر.
١٤. روستين، لينا (٢٠٠٤). كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس؟. ترجمة خالد العمري، القاهرة: دار الفروق للنشر والتوزيع.
١٥. شقير، زينب (٢٠٠٤). طرق التواصل والتخاطب للصامتون والمتعثرين في الكلام والنطق. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٦. عبدالمحسن، طارق (٢٠٠٢). بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
١٧. غازي، صفاء (١٩٩٢). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة السلبية لعلاج التتهمة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
١٨. غالب، جهان (١٩٩٨). دراسة لبعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم في الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
١٩. كسناوي، غادة (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة.
٢٠. مليكة، لويس (١٩٩٨). دليل مقياس ستانفورد - بينيه للكفاءة. الصورة الرابعة، القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

٢١. Armson, J., & Kiefe, M. (٢٠٠٨). The effect of SpeechEasy on stuttering frequency, speech rate, and speech naturalness. *Journal of Fluency Disorders*, ٣٣(٢), ١٢٠-١٣٤.

٢٢. Bandura, A. (١٩٨٦). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
٢٣. Bandura, A. (١٩٩٧). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
٢٤. Blood, G., Blood, I., Maloney, K., Meyer, C. & Qualls, C. (٢٠٠٧). Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of Communication Disorders*, ٤٠(٦), ٤٥٢-٦٩.
٢٥. Boberg, E., & Kully, D. (١٩٩٤). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, ٣٧(٥), ١٠٥٠-١٠٥٩.
٢٦. Bray, M. (١٩٩٧). *Addressing behaviors that have been historically resistant to remediation: Self-modeling as an intervention for stuttering*. Ph.D., University of Connecticut.
٢٧. Bray, M., & Kehle, T. (١٩٩٦). Self-modeling as an intervention for stuttering. *School Psychology Review*, ٢٥(٣), ٣٥٨-٣٦٩.
٢٨. Bray, M., & Kehle, T. (١٩٩٨). Self-modeling as an intervention for stuttering. *School Psychology Review*, ٢٧(٤), ٥٨٧-٥٩٨.
٢٩. Bray, M., & Kehle, T. (٢٠٠١). Long-term follow-up of self-modeling as an intervention for stuttering. *School Psychology Review*, ٣٠(١), ١٣٥-١٤١.
٣٠. Buggey, T. (٢٠٠٥). Video self-modeling applications with students with autism spectrum disorder in a small private school setting. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, ٢٠(١), ٥٢-٦٣.
٣١. Buggey, T., Toombs, K., Gardener, P., & Cervetti, M. (١٩٩٩). Training responding behaviors in students with autism: Using videotaped self-modeling. *Journal of Positive Behavior Interventions*, ١(٤), ٢٠٥-٢٣٥.
٣٢. Buggey, T. (١٩٩٥). An examination of the effectiveness of videotaped self-modeling in teaching specific linguistic

- structures to preschoolers. *Topics in Early Childhood Special Education*, ١٥(٤), ٤٣٤-٤٥٨
٣٣. Changarathil, R. (٢٠٠٧). *The effectiveness of video self-modeling (VSM) as a fluency maintenance strategy for adults and adolescents who stutter*. A thesis of master, University of Alberta.
٣٤. Clark, E., Kehle, T., Jenson, W., & Beck, D. (١٩٩٢). Evaluation of the parameters of self-modeling interventions. *School Psychology Review*, ٢١(٢), ٢٤٦-٢٥٤.
٣٥. Craig, A., & Hancock, K. (١٩٩٥). Self-reported factors related to relapse following treatment for stuttering. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, ٢٣(١), ٤٨-٦٠.
٣٦. Craig, A., Feyer, A., & Andrews, G. (١٩٨٧). An overview of a behavioural treatment for stuttering. *Australian Psychologist*, ٢٢(١), ٥٣-٦٢.
٣٧. Cream, A., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (٢٠٠٩). Self-modeling as a relapse intervention following speech restructuring treatment for Stuttering: A Phase I Trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, ٤٤(٥), ٥٨٧-٥٩٩.
٣٨. Cream, A., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Harrison, E., Lincoln, M., Hewat, S., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. (٢٠١٠). Randomized controlled trial of video self-modeling following speech restructuring treatment for stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, ٥٢(٤), ٨٨٧-٨٩٧.
٣٩. Daly, D. (١٩٨٧). Use of the home VCR to facilitate transfer of fluency. *Journal of Fluency Disorders*, ١٢(٢), ١٠٣-١٠٦.
٤٠. Dowrick, P. (١٩٩٩). A review of self modeling and related interventions. *Applied & Preventive Psychology*, ٨(١), ٢٣-٣٩.

٤١. Edl ,H. (٢٠٠٧). *Examining the impact of video self-modeling on the reading fluency of upper elementary and middle school students with significant reading disabilities*. Ph.D.,Indiana University.
- ٤٢.Edl,H. (٢٠٠٧). *Examining the impact of video self-modeling on the reading fluency of upper elementary and middle school students with significant reading disabilities*. Ph.D., Indiana University.
٤٣. Eisenson, J.,& Ogilvie , M. (١٩٨٣).*Communication disorders in children*. New York: MacMillan Publishing co. ,inc.
- ٤٤.Elliot,A.,&Dweck,C. (٢٠٠٥).*Handbook of competence and motivation* . New York: Guilford.
٤٥. Guitar, B. (٢٠٠٦). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
٤٦. Guntupalli,V. (٢٠٠٧).*The role of altered auditory feedback in the amelioration of stuttering in children*. Ph.D., East Carolina University.
- ٤٧.Hitchcock, C., Prater, M., & Dowrick, P. (٢٠٠٤).Reading comprehension and fluency: Examining the effects of tutoring and video self-modeling on first-grade students with reading difficulties. *Learning Disability Quarterly*, ٢٧(٢), ٨٩-١٠٣.
٤٨. Hosford, R. (١٩٨٠). Self-as-a-model: A cognitive social learning technique. *Counseling Psychologist*, ٩(١), ٤٥-٦٢.
٤٩. Howie, P. Tanner, S., & Andrews, G. (١٩٨١).Short-and long-term outcomes in an intensive treatment program for adult stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, ٤٦(١), ١٠٤-١٠٩.
٥٠. Jang,E. (٢٠٠٨). *Lidcombe program: Effectiveness of parent training on preschool-aged children's stuttering* . A thesis of master ,California State University.

٥١. Kalinowski, J., & Saltuklaroglu, T. (٢٠٠٦). *Stuttering*. San Diego: Plural Publishing.
٥٢. Kehle ,T., Madaus ,M., Baratta,M.,& Bray,M. (١٩٩٨). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism . *Journal of School Psychology*, ٣٦(٣), ٢٤٧-٢٦٠.
٥٣. Lang, R., Regeester, A., Mulloy, A., Rispoli, M.,&Botout, A. (٢٠٠١). Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, ٤٤(٣), ٦٢٣-٦٢٨.
٥٤. Langevin, M., Huinck, W.,Kully, D.,Peters,H.,Lomheim, H., & Tellers,M. (٢٠٠٦).A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR comprehensive stuttering program across Dutch and Canadian adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, ٣١(٤), ٢٢٩-٢٥٦.
٥٥. Lewis, B., Freebairn, L., Hansen , A., Stein, C., Shriberg, L., Iyengar, S., & Taylor, H. (٢٠٠٦). Dimensions of early speech sound disorders : a factor analytic study. *Journal of Communication Disorders*, ٣٩(٢), ١٣٩ -١٥٧.
٥٦. Lyons,T. (٢٠٠٨).*Video modeling and video self modeling community of practice autism*. Presentation, VDOE T/TAC at Virginia Tech,Available at:<http://www.infantva.org/documents/CoPAminutesValley٢٠٠٩٠٧٠١-VideoSelfModeling.pdf>.
٥٧. Mackinnon, P., Hall, S.,&Macintyre , P.(٢٠٠٧).Origins of the stuttering stereotype:Stereotype formation through anchoring-adjustment. *Journal of Fluency Disorders*, ٣٢(٤), ٢٩٧-٣٠٩.
٥٨. Manning, W. (٢٠٠١).*Clinical decision making in fluency disorders*. San Diego: Singular Thompson Learning.
٥٩. Meharg, S., & Woltersdorf, M. (١٩٩٠).Therapeutic use of videotape self-modeling: A review. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, ١٢(٢), ٨٥-٩٩.

٦٠. Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (٢٠٠٤). Social anxiety in stuttering measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, ٢٩(٣), ٢٠١-٢١٢.
٦١. Murphy, P., Yaruss, J. S., & 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, ١٢١-١٣٨.
٦٢. Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R., & Packman, A. (٢٠٠٨). Defining, identifying, and evaluating clinical trials of stuttering treatments: A tutorial. *American Journal of Speech-Language Pathology*, ١٧(٤), ٤٠١-٤١٥.
٦٣. Ornstein, A., & Manning, W. (١٩٨٥). Self-efficacy scaling by adult stutterers. *Journal of Communication Disorders*, ١٨(٤), ٣١٣-٣٢٠.
٦٤. Park, J. (٢٠٠٩). *Effects of prosody-altered feedback on stuttering frequency and related speech behaviors*. Ph.D., University of Florida.
٦٥. Pigott, H., & Gonzales, F. (١٩٨٧). Efficacy of videotape self-modeling in treating an electively mute child. *Journal of Clinical Child Psychology*, ١٦(٢), ١٠٦-١١٠.
٦٦. Pollard, R., Ellis, B., Finan, D., & Ramig, P. (٢٠٠٩). Effects of the SpeechEasy on objective and perceived aspects of stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, ٥٢(٢), ٥١٦-٥٣٣.
٦٧. Rickards-Schlichting, K. (٢٠٠٢). A self-modeling intervention for high school students with public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, ٦٢(١٢-A), ٤٠٥٩.
٦٨. Shear, S., & Shapiro, E. (١٩٩٣). Effect of using self-recording and self-observation in reducing disruptive behavior. *Journal of School Psychology*, ٣١(٤), ٥١٩-٥٣٤.

٦٩. Sherer, M., Pierce, K., Paredes, S., Kisacky, K., Ingersoll, B., & Schreibman, L. (٢٠٠١). Enhancing conversation skills in children with autism via video technology: Which is better, "self" or "other" as model? *Behavior Modification*, ٢٥(١), ١٤٠-١٥٨.
٧٠. Sidavi, A., & Fabus, R. (٢٠١٠). A Review of stuttering intervention approaches for preschool-age and elementary school-age children. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, ٣٧, ١٤-٢٦.
٧١. Starek, J., & McCullagh, P. (١٩٩٩). The effect of self-modeling on the performance of beginning swimmers. *Sport Psychologist*, ١٣(٣), ٢٦٩-٢٨٧.
٧٢. Stuart, A., Frazier, C., Kalinowski, J., & Vos, P. (٢٠٠٨). The effect of frequency altered feedback on stuttering duration and type. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* ٥١(٤), ٨٨٩-٨٩٨.
٧٣. Tasko, S., McClean, M., & Runyan, C. (٢٠٠٧). Speech motor correlates of treatment-related changes in stuttering severity and speech naturalness. *Journal of Communication Disorders*, ٤٠(١), ٤٢-٦٥.
٧٤. Tiling, J. (٢٠١١). Listener perceptions of stuttering, prolonged speech, and verbal avoidance behaviors. *Journal of Communication Disorders*, ٤٤(٢), ١٦١-١٧٢.
٧٥. Tiller, F. (٢٠٠٩). *Self-disclosure and its effect on stuttering treatment*. A thesis of master, Texas A&M University-Kingsville.
٧٦. Webber, M., Packman, A., & Onslow, M. (٢٠٠٤). Effects of self-modeling on stuttering. *International Journal of Language and Communication Disorders*, ٣٩(٤), ٥٠٩-٥٢٢.
٧٧. Wert, B., & Neisworth, J. (٢٠٠٣). Effects of video self-modeling on spontaneous requesting in children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, ٩(١), ٣٠-٣٤.
٧٨. Whitlow, C., & Buggey, T. (٢٠٠٣). Video self-modeling: An effective intervention for a preschooler with

- language delays. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 7(1), 1-8.
٧٩. Wigfield, A. (١٩٩٧). Reading motivation: A domain-specific approach to motivation. *Educational Psychologist*, 32(2), ٥٩-٦٨.
٨٠. Wikibooks. (٢٠٠٦). *Speech-Language Pathology*. Edition ١,٠ 9th March, the open-content textbooks collection , Available at: [http://en.wikibooks.org/wiki/Speech Language Pathology /Stuttering](http://en.wikibooks.org/wiki/Speech_Language_Pathology/Stuttering).