

جامعة مولود معمري تيزي وزو  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية  
فرع العلوم الاجتماعية  
قسم : الأرتوفونيا



فعالية البرنامج العلاجي ليدكمب لدى الأطفال المصابين بالتأتأة  
دراسة ميدانية ل(14) حالة تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات.

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأرتوفونيا تخصص علم الأعصاب اللغوي

تحت اشراف الأستاذ:

أوشاعيت وليد

من اعداد الطالبتين:

بوكلة دليلة

بن طرشة صبرينة

السنة الجامعية: 2019/2018

## كلمة شكر وتقدير

إلى أستاذنا الفاضل السيد " وليد أوشايت"، إلى من كانت خبرة إشرافه تجربة ثرية مما حملته من معاني العطاء العلمي الفياض والذي كان لنا حظ وشرف الاستفادة منه فهو لم يبخل علينا بالتوجيه المنهجي السديد ولا بالتشجيع على المزيد من البحث العلمي من أجل إثراء هذا العمل. إدارة هذا البحث من طرفه كانت إضافة حقيقية، ومهما تحمل هذه الكلمات المتواضعة من شكر وعرقان فلن توفيه حقه.

كما لا ننسى أن نشكر جزيل الشكر مفعم بعبارات التقدير والاحترام، إلى كل من الأستاذ "برابح" والمختصين الأرطوفونيين على مساعدتهم في اختيار والبحث عن الحالات طوال فترة تربصنا بتقديمهم لنا كل النصائح اللازمة.

ونشكر أعضاء لجنة المناقشة على تقبلهم مناقشة واثراء هذا العمل البحثي بفائق عبارات التقدير والاحترام.

# إهداء

أهدي ثمرة جهدي الى أبي وأمي اللذان لم يبخلا عني

إخواني : محمد وسيد علي

أختي: نعيمة

وكل عائلة بوكلة كبيرهم و صغيرهم

والى زوجي وابنتي وعائلة زوجي وكل من ساعدني في هذا المشوار

دون أن أنسى زميلتي التي شاركتني تعب هذا العمل "صبرينة"

وكل الأصدقاء

دليلة

# إهداء

أهدي ثمرة جهدي الى أبي يرحمه الله وأمي الغالية التي لم تبخل عني

إخواتي: كريم وعمر وزوجته

أخواتي: نسيمة، وريدة، حسينة، نصيرة وديهية

كل عائلة بن طرشة كبيرهم وصغيرهم

والى أغلى صديق سمير وصورية اللذان ساعداني في هذا المشوار دون أن

أنسى عائلتهما

والى زميلتي التي شاركتني تعب هذا العمل "دليلة"

وكل الأصدقاء

صبرينة

## ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى قياس فعالية برنامج ليدكمب في تخفيف من شدة التأتأة لدى عينة من الأطفال المتأنتين. تكونت عينة الدراسة من 14 حالة وهم ذكور، التي تتراوح أعمارهم ما بين 3 الى 5 سنوات، إذ تم توزيعهم في مجموعتين، الأولى التجريبية بها (7) حالات، والضابطة بها (7) حالات، وقد تم القيام بهذه الدراسة في عيادة مختصة بولاية تيزي وزو، وذلك بتطبيق برنامج ليدكمب على العينة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمنا مقياس نسبة الحدة (Severity Rating) لقياس شدة التأتأة. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لاختبار مان ويتي، حيث تقدر قيمة Z ب 0,001، أصغر من مستوى الدلالة 0,05، مما يدل على أن هناك فروق في مقياس شدة التأتأة بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، بالإضافة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط المجموعة التجريبية والضابطة لاختبار ويل كسون، حيث تقدر قيمة Z ب 0,009، أصغر من مستوى الدلالة 0,05، مما يدل على وجود فروق في مقياس شدة التأتأة، قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي ليدكمب.

## **Résumé d'étude :**

Le but de notre étude porte sur l'efficacité du programme lidcombe , pour alléger le bégaiement chez les enfants bégaiant.

Nous avons parti pour échantillon 14, âgés entre 3 et 5 ans, masculin.

Répartis en deux groupe de 7 chacun, le premier groupe sur lequel porte notre expérimental, comporte 7 enfants, et l'autre groupe de contrôle comporte 7 autre enfants, notre étude a été réalisée dans un établissement spécialisé a tizi ouzou, en appliquant le programme lidcombe. afin de réaliser le but de notre étude, on a utilisés l'échelle de rapport de netteté(Severity rating).

pour calculer le taux de bégaiement, ce qui démontre l'existence d'une référence statistique moyenne entre le groupe expérimental et le groupe contrôle, on applique l'examen de Mann-Whitney, référence d'ou la valeur de Z est égale a 0,001, inférieur a la référence 0,05, ce démontre l'existence des différences sur l'échelle de calcul des taux de bégaiement, et ce au profit du groupe sur lequel porte notre expérimental, ainsi que des différences statistique de référence entre les deux groupes.

Pour l'examen de Wilcoxon d'ou la valeur Z est égale a 0,009, donc inférieur a la valeur de référence qu'est de 0,05, ce qui prouvé

l'existence de déférence, dans l'échelle de calcul de taux de bégaiement, avant et après l'application de programme lidcombe.

## الفهرس العام

-كلمة شكر وتقدير

-الإهداء

-فهرس الجداول

-مقدمة.....أ

### الفصل التمهيدي: مدخل إلى الدراسة

1-مشكلة البحث .....5

2-الفرضيات .....9

3-تحديد المفاهيم .....9

4-أهمية البحث وأسباب اختيار الموضوع .....10

5-أهداف البحث .....10

### الجانب النظري:

#### الفصل الأول: التأتأة

تمهيد

1-نظرة شاملة عن التأتأة.....13

2-تعريف التأتأة .....14

3-نظريات المفسرة للتأتأة .....19

4-أنواع التأتأة .....23

5-أسباب التأتأة .....24

6-تشخيص التأتأة.....28

7-تقنيات علاج التأتأة.....29

خلاصة.....34

## الفصل الثاني: برنامج ليدكمب

تمهيد

- 1- مفهوم البرنامج العلاجي.....36
- 2- مفهوم برنامج ليدكمب.....36
- 3- الأجزاء الرئيسية لبرنامج ليدكمب.....37
- 4- الطرق المستخدمة في برنامج ليدكمب.....39
- 5- شروط برنامج ليدكمب.....40
- 6- السلوكيات الأساسية لبرنامج ليدكمب.....41

خلاصة

## الجانب التطبيقي

## الفصل الثالث: منهجية البحث

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية.....46
- 2- منهج البحث.....46
- 3- مكان وزمان اجراء البحث.....47
- 4- عينة البحث.....47
- 5- خصائص عينة البحث.....48
- 6- أدوات ووسائل البحث.....50
- 7- كيفية تطبيق البرنامج.....51

خلاصة

## الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج

تمهيد

- 1- عرض وتحليل النتائج.....58
- 2- مناقشة النتائج.....65
- 3- الاستنتاج العام.....68
- الخاتمة.....70

قائمة المراجع

الملاحق

## فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
48	يمثل خصائص العينة لأفراد المجموعة التجريبية	1
49	يمثل خصائص العينة لأفراد المجموعة الضابطة	2
50	يوضح توزيع أفراد عينة البحث على متغيرات البحث	3
53	يتمثل في تفسير برنامج ليديكمب	4
58	يمثل الاحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة	5
59	يمثل التوزيع الطبيعي لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة	6
60	يمثل متوسط الرتب لتقييم التأتأة لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة	7
61	يمثل نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة	8
62	يمثل متوسط الرتب لتقييم التأتأة لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة	9
63	يمثل نتائج ويل ككسون لدلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة	10

مقدمة

## مقدمة:

تعد اللغة من الخصائص التي خص الله بها بني البشر لينفردوا بها عن سائر مخلوقاته، وقد حظيت باهتمام الكثير من الفلاسفة وعلماء الخطابة واللغويين، سواء من ناحية بنائها أو وظيفتها.

واللغة من الموضوعات التي يعالجها علم الألفونيا وذلك لتحديد العوامل الرئيسية المختلفة التي تدخل في ارتقائها، من أجل استخدامها سواء لدى الأسوياء، أو الذين يعانون من مشكلات في اللغة (يوسف، 2000).

ويعد الكلام أحد المظاهر الخارجية للغة، والذي يصدر عن الفرد من خلال أقوال منطوقة أو مكتوبة، وهو أداة أساسية لبناء الشخصية ويستخدم وسيلة للتعبير أو الإتصال مع الآخرين.

ويعتبر التواصل من خلال الكلام واللغة عملية معقدة ولكنها طبيعية وانسانية، تتطور مع التواصل غير اللغوي للطفل من خلال البكاء، الإبتسامة، والإيماءات وغيرها، فهي تتضمن جوانب معرفية وسمعية، وتعني استقبال وإرسال معلومات، ويتم ذلك من خلال ضبط الهواء من أجل إنتاج الأصوات، والتحكم بالعضلات من أجل النطق وفهم الكلام من الطرف الآخر، وتختلف اللغة عن الكلام فاللغة تشير الى الجانب الإجتماعي، أما الكلام فيشير الى الجانب الفردي، ويعرف بعضهم الكلام أنه كل ما يصدر عن الفرد من أقوال، سواء أفادت أم تقد، بينما يصف بعضهم الآخر اللغة، أنها أعم وأشمل من الكلام، فهي تشتمل على جميع صور التعبير، أما الكلام فهو أحد أشكال اللغة (أبو فخر، 2006).

واللغة والكلام أساسيتان وجوهريتان لتبادل المعلومات والمشاعر بين فردين أو أكثر، ونجد أن الأطفال يعبرون عن حاجاتهم ورغباتهم من خلال الكلام، وتجدر الإشارة الى أن هناك عوامل تؤثر على اكتساب الطفل اللغة والكلام، ما قد يؤدي الى ظهور اضطرابات في الكلام وتتفي هذه الاضطرابات حسب مكتب الإرتقاء البشري التابع لوزارة الصحة والشؤون

الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية الذي يؤكد على التمييز بين اضطراب اللغة واضطراب الكلام، على أساس أن اضطرابات اللغة تشير الى الإضطرابات المتعلقة باستقبال اللغة أو التعبير بها أو الاضطرابات المتصلة بالتتابع اللغوي، في حين تشير اضطرابات الكلام الى معاناة بعض الأطفال من مشاكل أو صعوبات عند النطق بكلمات، وذلك راجع لعدم اكتساب اللغة بطريقة عادية ومن هذه الاضطرابات التأتأة، حيث تعرفها "نصيرة زلال" على أنها اضطراب في مجرى الكلام، ينتمي الى ميدان الاضطرابات الشفوية، النفسو لغوية والجانب الظاهر منها هو الاضطراب اللفظي والتي تصنف ضمن إطار أمراض التواصل(منى توكل،2008).

وهي من أكثر عيوب الكلام انتشارا بين الأطفال في سن التمدرس وأشدّها تأثيرا على الطفل، سواء من الناحية النفسية أو الإجتماعية أو التربوية، ويجب الأخذ بعين الإعتبار أن التأتأة ترجع في الغالب عوامل نفسية تنشأ في الطفولة وتتطور مع الزمن، حيث يعاني الطفل المتأثّر من القلق والخجل وعدم الطمأنينة (سعيد كمال،2011).

وقد أكد العديد من الباحثين والمتخصصين في علاج التأتأة أن التدخل المبكر لعلاج التأتأة يعتبر عاملا هاما في الإسراع في عملية الشفاء، وتعدد أساليب العلاج والبرامج المختلفة التي تسعى الى التشخيص المبكر للحالات، ومن بين البرامج المستعملة في العلاج برنامج ليدكمب الذي يعتبر من أنجح البرامج المعتمدة في الأونة الأخيرة، كونه يعمل على تحصيل النتائج بسرعة فائقة ويظهر تأثيره في بداية استعماله، فلقد كان موضوع للجدال بين العديد من الباحثين والمختصين، ومن بينهم باك مان، وأنسلوو، وجونز، الذين أقرّوا أن برنامج ليدكمب من أنجح البرامج في الولايات المتحدة الأمريكية ويعتبر الطريقة المتبعة عندهم للحد من اضطراب التأتأة (Zellal, 1982).

ولهذا الغرض قمنا بدراستنا هذه من أجل معرفة مدى فعالية هذا البرنامج للحد من اضطراب التأتأة عند الأطفال، ومن خلالها قسمنا بحثنا هذا الى جانب نظري وآخر تطبيقي، وقسمنا الجانب النظري الى ثلاثة فصول، ففي الفصل الأول تطرقنا الى الإطار العام

للإشكالية الذي يحتوي على الفرضيات وتحديد مصطلحات الدراسة وأهمية وأهداف إختيار الموضوع الى غيرها، وفي الفصل الثاني تناولنا مفهوم التأتأة وما الأسباب التي تؤدي الى حدوثها، وبالتالي ذكرنا في هذا الفصل مختلف الأنواع والنظريات التي تناولت وفسرت موضوع التأتأة، وفي الأخير حاولنا تقديم كيفية تشخيص هذا الإضطراب وقدمنا بعض تقنيات العلاج التي يتبعها المختص الأروطوني من أجل الحد من التأتأة أو التخفيف من شدتها، ومن ثم انتقلنا الى الفصل الثالث الذي يتمثل في برنامج ليدكمب الذي يعتبر برنامج من البرامج العلاجية التي يستعان بها لعلاج اضطراب التأتأة، فقمنا بتعريفه في هذا الفصل وذكرنا المكونات الأساسية لهذا البرنامج والشروط التي يتبعها من أجل إنجازه وغيرها من العناصر.

أما في الجانب التطبيقي، وقد قمنا بتقسيمه الى فصلين، الأول يتمثل في منهجية البحث والذي يتضمن الدراسة الإستطلاعية، عينة البحث وخصائصها، أداة البحث، المنهج المتبع ومكان وزمان إجراء البحث، أما الفصل الثاني فهو خاص بتحليل النتائج ومناقشتها، ومن ثم يليها الإستنتاج العام والذي يعد خلاصة لعملنا التطبيقي أين قمنا بلإجابة عن الفرضية وأخيرا الخاتمة.

## الفصل التمهيدي: المدخل إلى الدراسة

1. مشكلة البحث
2. -الفرضيات
3. تحديد المفاهيم
4. أهمية البحث وأسباب اختبار الموضوع
5. أهداف البحث

## مشكلة البحث

يعد الكلام وسيلة أساسية في التواصل مع الآخرين وفهمهم والتعبير عن الذات، كما يعد من أهم الوسائل ومعايير النمو العقلي والمعرفي والإنفعالي لدى الأطفال والبالغين على حد سواء، وأن أي خلل أو اضطراب سيؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية، قد يكون لها تأثير سلبي كبير في حياة الأفراد عامة، والأطفال على وجه الخصوص، وهذا ما أكدته بعض الدراسات كل من ويسل ورايتشل (2005)، اللتين توصلتا إلى أن الأطفال المتأثرين يعانون بعض المشاعر السلبية نحو الذات والقلق، وأن الأطفال المتأثرين يتعرضون للسخرية والإستهزاء، وهذا يؤثر سلبيًا على أدائهم التواصلية، وعلى ثقتهم بأنفسهم، فالطفل المتأثر يواجه صعوبة في التواصل مع الآخرين، والتفاعل معهم مما يؤدي إلى تجنب المستمعين له، أو تجاهله و الإبتعاد عنه.

يرى العديد من الباحثين أن التأتأة من أعقد الإضطرابات العلائقية، وتعرف بأنها عبارة عن تكرارات لمقاطع أو توقفات في بداية الجملة، وترافقها تشنجات على مستوى الوجه وضغط على كامل الجسم، وتتعدى إلى علامات أخرى مختلفة من حالة إلى أخرى (السمري،2013).

وتقر بعض الدراسات وعلى رأسها دراسة أمل الفقهي (1997)، التي تذكر أن هذا النوع من الإضطراب يزداد حدة من سن (6-8) سنوات، حيث تظهر التأتأة بشكل أساسي في معظم أجزاء الكلام، مثل الصفات، الظروف، الأفعال، وتكون التأتأة في بداية الجمل، وبالتالي يزداد حدة في المواقف التي يستشار فيها الفرد أو عند محاولة التحدث بسرعة، وكما تشير إلى الفترة من سن (8-10) سنوات، وهي الفترة التي تحدث فيها التأتأة باستخدام كلمات بديلة، حتى تتمكن الحالة من مواجهة مواقف التواصل مع الآخرين (الشربيني،2010).

ومما لاشك أن التأتأة تحرم الطفل من التمتع بمدى واسع من الكفاءات التي يتميز بها، يساهم في تكوين الإتجاهات السلبية نحو المتأثرين من قبل الآخرين، حيث أشارت دراسة كلا

من إيناس عبد الفاتح (1988)، ودراسة جهان غالب (1998)، ودراسة جينسبرج (2000)، دراسة وبلوكسي وكونتر (2002)، الى أن الأطفال المتأثنين يمرون بأحداث ضاغطة أكثر من الأطفال غير المتأثنين، حيث يعانون العزلة وتجنب التفاعل مع الآخرين والخوف من الكلام، كما أظهرت بعض الدراسات وجود اختلافات واضحة في عملية التحكم في التنفس أثناء النطق بين المتأثنين وغير المتأثنين، وأن المتأثنين أقل قدرة على ضبط عملية التنفس عند النطق، مثل دراسة هيرمان (1995)، ودراسة شاميز ودراسة سميث وديني (2000)، ويتميز الطفل المتأثني بالإطالة في الكلام، أي إطالة الصوت أو الكلمة المرغوب نطقها، حيث يطول في نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة، وتليها ميزة أخرى وهي التوقفات ويعني بها العجز عن نطق الصوت عند بداية الكلمة، وفي الأخير التكرار وهو تكرار الكلمة عدة مرات أثناء الكلام (أمال باظة، 2003).

وأكدت بعض الدراسات السابقة على أن التأثأة تقل عندما يكون المتأثني في موقف منسجم ومتفاعل مع من حوله، مثل دراسة جرينر (1986)، ويفسر الباحث الحالي بأن التأثأة تزداد بزيادة الضغوط الإنفعالية المرتبطة بمواقف الكلام.

وأقرت بعض الدراسات السابقة على أن علاج التأثأة ليس بالشيء السهل مثل دراسة كونتر (1996)، وأن هذا العلاج يحتاج الى تدخل سريع، مع إطالة مدة الجلسة حتى تظهر فاعليته مثل دراسة لينكولنو و اونسلو (1997)، وبالتالي فهناك من الدراسات السابقة التي أكدت على فعالية مشاركة الأولياء عند وضع الخطة العلاجية، حتى تضمن تنفيذ تعليمات المعالج في المنزل الحد من ردة فعل تجاه تأثأة الإبن، مثل دراسة صفاءغازي (1991)، ودراسة أدمز (1992)، وتعددت الأساليب والمداخل المستخدمة في علاج التأثأة، وتختلف بحسب ظروف كل حالة على حدة من جهة، ووفقا للفلسفة والإطار النظري الذي يتبناه المعالج بشأن طبيعة التأثأة، وتفسير حدوثها وأسبابها، وكيفية تشخيصها من جهة أخرى، وقد بدأ علاج التأثأة باستخدام عدة برامج علاجية التي تعتمد على برامج تشتت من أسس نظرية،

وكل أساس له مجموعة من الأساليب والتقنيات التي تتكامل معا داخل البرنامج العلاجي (السيد، 2008).

ويعد التشخيص من أهم المراحل التي يقوم بها المختص الأطفوني من أجل الوصول الى نوع الإضطراب، و يختلف التشخيص باختلاف الأداة، ويتم وفق أسس علمية مقننة لدى أخصائي الخطاب الذي يستعين بالكثير من الأدوات.

وتذكر هيل (1995) في دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوي إضطراب التأتأة في الكلام والتي أوضحت أن التشخيص يعتبر عملية مهمة في الكفالة الأطفونية للطفل المتأتى.

ومن الطرق الحديثة المعتمدة في العلاج، نجد مجموعة من العلاجات لإضطرابات التأتأة بقدر ما يوجد من نظريات في تفسير هذه الإضطرابات. ورغم هذا التباين الواسع في الأساليب العلاجية فإن معظم برامج العلاج توجه نحو الحالات المتقدمة، عند الأطفال الذين تكون قد تطورت لديهم أعراض ثانوية واضحة، ومشاعر سلبية قوية تجاه الاضطراب لديهم، ومع تعدد أساليب العلاج المستخدمة لاضطرابات التأتأة، ظهر أكثر من أساس علاجي، مثل العلاج الطبي تذكر أن الأطباء يعالجون التأتأة في الكلام بالتدخل الجراحي، أو بالعلاج الكيماوي، لكن بعض الدراسات أكدت أن هذا النوع من العلاج غير مفيد، وله محاذير كثيرة وتشير كنساوي (2008) إلا أن في فترة من الفترات انتشر العلاج الجراحي في بعض الاضطرابات كالتأتأة، بكي اللسان أوقطع أحد العضلات الخارجية له لتقليل من توتر اللسان المصاحب للعثرات، وفي بعض الأحيان يتم استئصال اللوزتين، وتعتبر هذه الطريقة من الوسائل البدائية التي لا أساس لها من الصحة.

كما نجد العلاج النفسي حيث يشير حسيب (2007) الى أن المدرسة السلوكية تقدم مجموعة من الفنيات للتعامل مع اضطراب التأتأة، حيث استخدم انجهام (1990) أسلوب إطالة الكلام لعلاج هذا الاضطراب لدى 5 أطفال، وتذكر مدرسة التحليل النفسي أنها تقدم علاج التأتأة في الكلام على أنه عرض عصابي، ولا بد من تبصير الفرد بصراعاته ومساعدة الفرد على التوافق الشخصي والاجتماعي، كما يتركز العلاج على تحقيق الإثارة

المصاحبة لعدم طلاقة الكلام، ولكن لم تكون نتائج دقيقة وهذا ما أدى الى استبعاده (نظامي، 2000).

وبالإضافة نجد العلاج الكلامي وهو مكمل للعلاج النفسي، ويعتمد على بعض الفنيات مثل الإسترخاء الكلامي والكلام الإيقاعي والنطق بالمضغ، وقد أجريت دراسات عديدة في هذا الإطار منها دراسة باكمان (1988) التي استخدمت الكلام الإيقاعي على عينة من الأطفال، ولكن لم تتجح هذه التقنية كونها لم تكن دقيقة وأن أسلوبها لم يكن في القمة، ومن هذا المنبر تبينت عدة طرق حديثة المنشأ تتجلى في مختلف البرامج، منها برنامج ليديكمب الذي يعتبر برنامج علاجي يستعمل للأطفال الذين يعانون من اضطراب التأناة، وتعتبر دراسة انسلو (2002) أول من أيدت هذا البرنامج، وأقرت على أنه يعد من البرامج الناجحة، فهو مبني على مساعدة من المختص عامة ومن الأولياء خاصة، وقد أكدت كنت (2004) فعالية هذه الطريقة في تخفيف شدة التأناة، بحيث تتخفف إذا تكلم الطفل بصورة بطيئة، وإذا أتيح له الوقت الكافي للتوقف بين الكلمات والجمل والعبارات، كما أشار كل من سترايكلاند وكاهو (2006) إلى أن استخدام استراتيجيات تسهيل الطلاقة ( fleuncy training) التي تتمثل في تسهيل نطق الكلمات، بحيث يساعد الطفل المتأني على التنسيق بين الكلام والتنفس، وإبطاء معدل الكلام واكتساب القدرة على الكلام، ويتم ذلك من خلال تدريبه على نطق الكلمات وعبارات أكثر، والحفاظ على البطئ أثناء الكلمات، والتوقف بين الكلمات لمدة ثانيتين تقريبا، ثم يدرّب على حفظ استخدام هذه الطريقة في الكلام تدريجيا ليصل إلى مرحلة الكلام بصورة طبيعية، وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث كما يلي: ما مدى فعالية برنامج علاجي ليديكمب في تخفيف شدة التأناة ذوي أطفال تأناة؟

### الفرضيات:

#### - الفرضية العامة

- للبرنامج العلاجي ليدكمب دور فعال في الكفالة الأطفونية لدى الطفل المتأثري.

#### -الفرضيات الجزئية:

أ- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة

الضابطة على مقياس شدة التأثري بعد تطبيق البرنامج العلاجي ليدكمب.

ب- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس

شدة التأثري قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي ليدكمب.

#### - تحديد المفاهيم:

**1- فاعلية البرنامج:** هي التغيرات الناجمة عن حساب الفروق بين متوسط درجات أفراد

المجموعة التجريبية، قبل تطبيق البرنامج وبعده. ومتوسط درجات أفراد المجموعة

التجريبية والضابطة على مقاييس مستخدمة في البحث الحالي (مريم، 2006).

**2- برنامج ليدكمب :** الخطة العلاجية التي تعتمد طريقة الكلام البطيء، و تشمل مجموعة

من التدريبات والوسائل والاستراتيجيات والإرشادات، وذلك بمساعدة من المختص

الأطفوني والأولياء، وذلك من أجل تحسين الطلاقة الكلامية من خلال خفض سلوكيات

التأثري الأساسية والثانوية، كالتكرار، الإطالة، والتوقف، والتجنب، والهروب .

**3- تعريف التأثري:** هي اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته، يظهر في صورة تكرار أو

ترديد للحروف ، أو يظهر في صورة إطالة، أو توقف لمدة قليلة من الوقت ،يعقبها

انفجار في الكلام مصاحباً ذلك بعض الأعراض النفسية و الجسمية، ومع التكرار

والإطالة يشعر المتأثري بالتوتر والقلق و يحاول الإحجام عن الكلام، وتجنب المواقف

الاجتماعية خوفاً من السخرية والاستهزاء به من قبل الآخرين (موسى، 2009).

**- أهمية البحث وأسباب اختبار الموضوع:**

إن اختيار موضوع البحث لا يكون صدفة أو مجرد اختيار عشوائي دون وجود أي نوع من الدوافع والاهتمامات، هذه الأخيرة التي تكون نتيجة انشغال الباحث بالموضوع لأهميته وتتجلى أهمية بحثنا هذا في الكشف عن دور البرنامج العلاجي ليدكمب، في إنجاح عملية الكفالة الأرطفونية لدى الطفل للمتأثري، وتوجيه انتباه الأولياء والمعلمين الى أهمية البرامج العلاجية و الإرشادية في تخفيف شدة التأثأة لدى الأطفال، وما له من تأثير إيجابي، ولعل من أبرز العوامل التي دفعتنا الى تناول هذا الموضوع، هو اعتقاد الكثير من الآباء أن اضطراب التأثأة هي مجرد ظاهرة وقتية وعلامة من علامات النمو، وستزول حتما بتقدم الطفل في العمر فهم لا يبذلون أي جهد في التكفل بها وعلاجها.

والسبب الآخر هو عملنا للمساهمة في مساعدة وإرشاد هذه الفئة وأسرها، ومن أجل خدمة البحث العلمي في بلادنا.

**- أهداف البحث :**

تتحدد قيمة أي عمل بقيمة أهدافه، وهدف هذه الدراسة هو تزويد مكاتبنا بمراجع حول موضوع اضطرابات التأثأة، وبالتالي معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي ليدكمب في تخفيف شدة التأثأة لدى الأطفال، وتهدف دراستنا الى جلب الانتباه الى هذه الشريحة ، و ضرورة التكفل الصحي والنفسي بهم وهذا من خلال التعرف والكشف المبكر عن الأسباب التي أدت الى ظهور هذا الاضطراب، وفي الأخير تهدف دراستنا الى هدف تحسيسي وعلاجي، وذلك من طريق التعاون ما بين الأخصائي الأرطفوني الأخصائي والنفساني، باستخدام عدة برامج علاجية إرشادية لضمان التكفل الجيد لهذه الشريحة.

# الجانب النظري

## الفصل الأول: التأتأة

تمهيد

1- نظرة شاملة عن التأتأة.

2- تعريف التأتأة.

3- نظريات المفسرة للتأتأة.

4- أنواع التأتأة.

5- أسباب التأتأة.

6- تشخيص التأتأة.

7- تقنيات علاج التأتأة.

خلاصة

**1- نظرة شاملة عن التأتأة:**

تتزايد اضطرابات الكلام وخاصة التأتأة في مرحلة الطفولة المبكرة، أكثر من غيرها من مراحل النمو الأخرى، ويتحسن العديد من الأطفال في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة، وبخاصة اضطرابات التأتأة، التي ترجع في الأصل إلى الأساس الاجتماعي والنفسي، وتختلف درجة اضطرابات التأتأة بشكل متباين، فهي إما أن تكون معتدلة أو حادة جداً، وتكون مصحوبة بتشنجات وإختلافات في الوجه، بحيث يقوم بفتح العينين وإغلاقهما بطريقة لا إرادية ومتكررة، ومن الممكن أن تؤثر اضطرابات التأتأة على علاقة الشخص المصاب الإجتماعية، وتفاعلاته مع الأفراد الآخرين في المجتمع ، كما قد تؤثر على مستوى أدائه في المدرسة، وكذلك على حياته العملية، وتقود إلى بعض المشكلات الإنفعالية كرد فعل، بسبب عدم قدرة الفرد على الطلاقة اللفظية.

## تمهيد:

تعتبر التأتأة من اضطرابات اللغة، التي ترجع الأسباب فيها الى أسباب عضوية، أو سوء تركيب في عضو من أعضاء الجهاز الكلامي، الذي يؤدي الى خلل في الكلام، وهذا يظهر لدى الطفل المتأثري في مرحلة اكتساب اللغة، بين اثنين الى ستة سنوات تقريبا، بمرحلة تدعى الطلاقة اللفظية، أي يحدث لديهم تقطيعات في كلامهم، أبرزها الإعادة سواء إعادة مقطع من الكلمة أم صوت منها، وذلك لأن هذه المرحلة، هي المرحلة الأساسية لإكتساب معظم المهارات، بما فيها المهارات اللغوية، وبسبب العبء الذي يمر به الأطفال، فيحدث لنسبة كبيرة منهم التأتأة أثناء التعبير، ومن هذا المنظر فإن تعاريف التأتأة عديدة، وذات إتجاهات مختلفة، فكل عالم يعرفها حسب وجهة نظره الخاصة به.

## 2-تعريف التأتأة

أولا: تعريف التأتأة حسب العلماء:

- تعريف لاقوست ( J.lacoste ) كما يلي: هي اضطراب خاص لوظائف النفس، لغوية حيث يكون الجانب الظاهر فيه هو اضطراب في النطق، ونلاحظ عند المصابين بالتأتأة اضطراب في الإيقاع، الكلام منقطع والنغمة ضعيفة .

-أما (Ellis.A): فيعرف التأتأة على النحو التالي، هي نتيجة منبه مولد للخوف، أو مولد القلق يؤدي إلى إنطلاق فكرة سلبية، أو حكم خاطئ يؤدي بدوره إلى اضطرابات فيزيولوجية، أهمها اضطراب التنفس، والذي يؤدي بدوره إلى تكرار، تمديدات على مستوى اللفظي أي السلوك (الزرد، وفيصل، 1990).

- تعريف ( Pialloux.P ): يرى أن التأتأة اضطراب على مستوى الوظائف النفسو-لسانية، أي اضطراب الأداء اللفظي هو الأكثر إصابة (pialloux، 1975).

- تعريف جونسون (Jonson) يعرفها موضوعيا على أنها: اضطراب يؤثر في إيقاع الكلام، تتمثل في توقف مقطع أثناء الكلام، وتكرار تشنجي للأصوات، ولكي يقدم تعريفا دقيق أكد

على جانبي الصورة، وقد تم تعريفها ذاتياً لإستكمال التعريف الموضوعي فقال : " التأتأة هي خبرة صراع، تنشأ عن رغبة المتأتى في التحدث، مقابل الرغبة في تجنب التأتأة المتوقعة" (سهير محمد أمين، 2000).

- تعريف روندل (Rondal): هي إضطراب في تدفق التعبير اللفظي، ويميزها التكرار والإطالة غير الإرادية أثناء إرسال وحدات الكلام، وعادة ما تصحب هذه الإضطرابات حركات على مستوى الجهاز التنفسي (J Rondal، 1982).

- يعرف لويش (Le Huche-F) التأتأة كما يلي: "هي اضطراب في مجرى الكلام، ويعتبر من أعقد الإضطرابات العلائقية، ويتميز بتكرارات لمقاطع، أو توقفات في بداية الجملة، وترافقها تشنجات، وضغط على كامل الجسم" (Le Huce-F. 1998).

#### ثانياً - تعريف معجم الأرتفونيا:

التأتأة إضطراب وظيفي يحدث على مستوى مجرى الكلام في الإنتاج اللفظي، يمس الإيقاع الكلامي، وهذا بحضور المستمع، يسجل في إطار الإضطراب الذي يخص الإتصال، الحوادث التي يمكن أن تكون مجرى الكلام هي متعددة من حالة إلى أخرى: إعادة المقاطع، إطالة في الأصوات، توقفات، مشاكل تنفسية، رمش العينين، تعبيرات وجهية، إلا أنه لا يوجد حالياً سبب حقيقي لهذا الإضطراب، وقد قدمت عدة فرضيات تقول أنه توجد تشوهات عضوية أصلها نفسي، مروراً بالجانب الوراثي (السرطاوي، 2000).

#### ثالثاً - تعريف معجم علم النفس:

إعادة وصعوبة في الكلام، ينقطع بسببها الإنسياب السلس للكلام، وذلك من خلال أشكال مترادفة، والتكرار السريع لأجزاء ومقاطع الكلام، وتشنجات التنفس، أو عضلات الإخراج الصوتية (زهرا، 1985).

**رابعاً- تعريف بعض الكتب للتأتأة:**

هي مشكلة كلامية تتميز بتكرار أجزاء من الكلمات كلها، وتطويل نطق الأصوات نطق الأصوات أو الكلمات، والتوقف الطويل أثناء الحديث دون واعي(الفيومي، 1912).

**خامساً-الجمعية العالمية للتأتأة:**

على أن التأتأة في الكلام تشير الى اضطراب السيولة الإيقاعية للكلام، وتفكك لتنظيم إيقاعه، ونقص في الطلاقة اللفظية أو التعبيرية، كما أنها اضطراب نفسي يظهر لدى الطفل حينما تتقدم أفكاره بسرعة، أكبر من قدرته على التعبير عنها، في شكل توقفات مفاجئة واحتباسات حادة في النطق، وتبادل مع لحظات الصمت أو تطويل في نطق بعض الكلمات، بحيث تأتي نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها، ومنفصلة عنها، أو في تكرار لأصوات ومقاطع وأجزاء من الكلمة، وقد يصاحب ذلك توترا في الحنجرة، وتشنجات في عضلات التنفس، واضطراب في حركة الشهيق والزفير، وبعض العلامات الأخرى كاهتزاز الرأس وارتعاش رموش وجفون العينين، وإخراج اللسان، وتتفاوت التأتأة في الكلام من موقف لآخر، حيث تشتد في التوتر، والضغط التي تتطلب تواصلًا، ولا تعتبر اضطرابًا إلا إذا كانت متكررة (اسماعيل العيسى، 2005).

-أما الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للأمراض العقلية DSM-4 (1994)، فيعرفها أنها اضطراب في الطلاقة العادية في الكلام، والتشكيل الزمني له، وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض(بن عربية، 2016).

**سادساً-تعريف التأتأة عامة:**

التأتأة هو نقص الطلاقة اللفظية أو التعبيرية، ويظهر في درجات متفاوتة من الإضطرابات في إقاع الكلام العادي وفي الكلمات، بحيث تأتي نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها، ومنفصلة عنها، أو قد يظهر في شكل تكرار للأصوات، ومقاطع أو أجزاء من الجملة، وعادة ما يصاحب بحالة من المعاناة والمجاهدة الشديتين، أي أن التأتأة هو إضطراب يصيب طلاقة الكلام المرسل، وتكون العثرات في صورة تكرار أو إطالة أو وقفة أو إدخال بعض

المقاطع أو الكلمات التي لا تحمل علاقة بالنص الموجود، فمثلا يقول الشخص أناأناأنا إسمي محمد أو يقول أنا إس إس إسمي محمد، وغالبا ما يصاحب هذا الإضطراب تغيرات على وجه المتكلم، تدل على خجلة أو تألمه تارة أخرى، أو الجهد المبذول لأخراج الكلمات تارة أخرى (قبار اسماعيل، 2002).

وينظر إلى التأتأة على أنها مشكلة تواصلية متعددة الأبعاد ومعقدة، فهي مشكلة يمكن ملاحظتها بسهولة وسماعها، كما أن الشخص الذي يعاني من التأتأة يعاني من مشاعر القلق والخجل والإرتباك وسوء التكيف النفسي (الفرماوي، 2006).

#### أ-مراحل تطور التأتأة:

تبدأ التأتأة في الطفولة المبكرة، وتساء أعراضها وصفاتها مع مرور الوقت، ويمكن تقسيم مراحل التأتأة الى عدة ومن بينها:

**المرحلة الأولى:** وهي مرحلة ما قبل المدرسة، وتكون غير مستمرة، وتحدث في المواقف الصعبة فقط والطفل لا يشعر بها. ويكون غير مكثرت بها، وتبدو هذه الحالة عندما يعيد الطفل مقطعا من كلمة، أو يعيد الكلمة من بداية الجملة.

**-المرحلة الثانية:** تكون في المرحلة الإبتدائية، حيث يبدأ الطفل يعير قليل من الإهتمام لمشكلته، وتظهر التأتأة غالبا تحت تأثير صغط يتعرض له (زريقات، 1993).

**-المرحلة الثالثة:** تكون من سن الثامنة الى سن البلوغ، وتكون في الأغلب لدى الأطفال في سن العاشر، حتى بداية مرحلة المراهقة الطفولة المتأخرة، تكون التأتأة ملحوظة أكثر في بعض الكلمات (عبد العزيز، 2000).

**-المرحلة الرابعة:** وتظهر نموذجيا في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد، نلاحظ تنامي التأثير النفسي للتأتأة عليه، مما يجعله يشعر بالخوف والخجل أثناء الكلام (محاسيس، 2006).

**ب- مستويات التأتأة حسب العمر وصفاتها:**

-التأتأة الأولية من 2 الى 8 سنوات : وتتميز بترديد جزء من كلمة، أو كلمة تتكون من مقطع واحد، بالإضافة الى إطالة الأصوات الصامتة، ويعرف الطفل بأنه يعاني من صعوبة في طلاقة الكلام (الياس، 1988).

في هذا المستوى يظهر على الطفل شد في العضلات، وسرعة في الكلام وإعادة سريعة وغير منتظمة للكلام، ويبدأ ظهور العمليات الإنسحابية أثناء عملية التأتأة، وهنا يعي الطفل عدم طلاقته الكلامية، لذلك يشعر بالإحباط.

-التأتأة المتوسطة من 6 الى 13 سنة: تتميز بترديد جزء من كلمة، أو كلمة تتكون من مقطع واحد، بالإضافة الى إطالة الأصوات الصامتة مع تشدد واضح، أثناء الخصائص الجانبية المصاحبة للتأتأة بشكل أوضح، مثل رمش الجفون، وهز الرأس أثناء حدوث التأتأة، واستخدام بدايات مثل أأ... قبل البدء بالكلام، بالإضافة الى بعض مشاعر الخوف، والحرج، والإحباط، مع معرفة الشخص التامة أنه يعاني من التأتأة (Buoton, 1978).

-التأتأة المتقدمة من 14 سنة فما فوق: وتعتبر من أشد مراحل التأتأة، في هذا المستوى تكثر الإطالة، وتكون التوقفات مصاحبة لرجفة في اللسان أو الشفاه أو الفك، عندما يستخدم المتأتى التجنب الكامل حتى لا يقع في التأتأة، كما يستخدم أنماط معقدة من التجنب أو الإنسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة وهنا يكون تقديره منخفضاً (عكاشة، 1999).

**ج- معدل انتشار التأتأة:**

لوحظ عدد انتشار التأتأة أكثر منها عند البنات ولعل ذلك راجع إلى أن القدرة اللفظية لدى البنات أقوى منها بوجه عام لدى الذكور. بصفة عامة تنتشر التأتأة بنسبة (1) تقريبا من عامة الناس، واغلبهم من الأطفال وإذ يميل هذا الاضطراب لأن يكون أكثر شيوعا لدى الأطفال الصغار، وفي العادة يختفي هذا الأخير عند الأكبر سنا والراشدين. كما ينتشر الاضطراب بمعدل "3-4 بالمئة" من الذكور لكل أنثى. كما أنها تنتشر أكثر في المجتمعات الراقية أو المتقدمة، وعلى الرغم من أن التأتأة تظهر في أي عمر فإن أكثر من "50" من

المصابين بها يبدون في مرحلة مبكرة من الحياة، فقد تظهر في مرحلة اكتساب اللغة أو في السنة الثالثة التي يحاول الطفل فيها زيادة حاصلته اللغوية من الكلمات، الجمل واستخدام لغة لمخاطبة الآخرين، بينما باقي الحالات لا تستمر التأتأة معهم أكثر من سنتين (Evard,2007).

### 3- نظريات المفسرة التأتأة:

تعد التأتأة من الإضطرابات اللغوية القديمة، التي تناولها العديد من الباحثين، بهدف محاولة الإهتمام بمختلف جوانبها، فتعددت المفاهيم وتتنوع طرق الدراسة، وفي إطار الحديث عن الأسباب نجد أن كل باحث أعطى الأولوية الى ما يراه مناسباً، وهذا ما أدى الى تضارب الآراء التي أظهرت نظريات عديدة نذكر منها:

#### 3-1- النظرية اللغوية:

اهتمت النظرية اللغوية، بالأسباب اللغوية التي يمكن أن تؤثر في نمو اللغة عند الطفل، في فترة اكتساب اللغة، حيث أن أي خلل يبرز في هذه الفترة، يمكن أن يؤدي الى ظهور التأتأة، إذا فتكرار الإضطرابات اللغوية مهما كان شكلها، نتيجة سوء تنظيم اللغة يؤدي الى تكوين إشارات لغوية، ولهذا فإن الإشارات اللغوية يؤدي بدوره الى سوء تنظيم الحركي للكلام (Diniville.1976).

#### 3-2- النظرية الوراثية:

يرى "ميرمان" أن التأتأة وراثية في نسبة 3/1 من الحالات المدروسة، ونسبة التأتأة العائلية بين 30 على 40% (مخائيل، 1977).

كما قام "أنارند ابريس" بدراسات على عائلات المتأثرين، وتوصلا الى أن 35% من المتأثرين ينحدرون من سلالة عائلية مصابة بهذا الإضطراب (Maisonny, 1975).

وقد وجد "سيمن" أن العوامل الوراثية في مجال اضطرابات الكلام، يمكن أن تربط ببعض العضوية، حيث تصبح هذه الإضطرابات بمثابة تربة خصبة لإضطرابات الكلام، والتأتأة مثل

ضعف وراثي في جهاز التنفس، أو في الجهاز العصبي، وهذا ما أشار إليه "فرانز ألكساندر" تحت اسم العامل المجهول، أي عامل الإستعداد للإصابة.

ورغم ما أجري من بحوث ودراسات نسب فيها التأتأة الى العامل الوراثي، فإن تفسيره للتأتأة لا يعد كافيا ومستوفيا لشرح هذا الإضطراب، إذا نقول أنه بإمكان التأتأة أن تنبه عن مصدر متعدد العوامل (نفس المرجع السابق، 1975).

### 3-3- النظرية النفسية التحليلية:

إن المشاكل النفسية الكثيرة التي يتعرض لها الطفل منذ الطفولة الى البلوغ، لها تأثيرها العميق في نفسية الطفل، وبالتالي تنعكس على شخصيته هذه المشاكل، التي إذا لم يستطيع الطفل تجاوزها، فإنها تكبت وتحدث صراعات نفسية عويصة، وهذا يؤثر على الناحية العلائقية للطفل، أي علاقة الفرد بمحيطه سواء الأُسري، أو المحيط الخارجي، وهكذا يمكن أن ينتج وضعيات إنفعالية، تؤدي الى وجود صراعات ممكن أن تؤثر في سلوكيات الفرد، مما تؤدي الى ابراز لنا شخصية مرضية، هذه المشاكل والصعوبات قد تتزامن في فترة ما قبل البلوغ، وتزداد في فترة المراهقة، وتكون عرقلة كبيرة في التبادل اللفظي أو الإتصال اللفظي (Pichon.1964).

وحسب مفهوم التحليل النفسي، فإن التأتأة هي "حالة عصابية"، ويرى العالم ستين بأن التأتأة "عبارة عن نكوص لغوي، راجع الى مرحلة ما قبل اللغة في الحياة الطفولية الأولى".

في حين جونسون ركز على أهمية دور الوالدين في المرحلة الأولى بظهور التأتأة (Maisonny.1975).

وأما العالم وايت (Wyatt)، فقد أرجع ظهور التأتأة الى علاقة الأم بطفلها عندما تكون قلقة، أو قليلة الإهتمام بطفلها، فيؤدي بهذا الأخير الى أن يكون عدواني يظهر قلقه، وهذا ما يؤدي به الى أن يتأتى (زكي، 2009).

وبالنسبة للعالم فينشل (Finishe)، يرى أن اضطراب التأتأة ينتمي الى التحويلات ما قبل الولادة، حيث أن المتأتى قد حول لا شعوريا فعل الكلام الى معنى غير مفهوم، ومن ثم فإن الكلام بالنسبة لديه يحمل معنى عدواني اتجاه المستمع.

في حين يرى (Anmieanzieu)، أن التأتأة وسيلة للتغلب وتجنب الوقوع في شخصية ذهانية، فالمتأتى يتميز ببيئة نفسية جد ضعيفة، وأن كلام المتأتى يعني تحويل مشكل عاطفي وأساسي، وعلى هذا فالطفل المتأتى يعبر عن صراعات داخلية عبر تأتأته.

العالم يونغ (yung)، يعد من أصحاب التحليل النفسي، حيث فسر بأن التأتأة لها صلة بالإضطرابات التي تمس المرحلة الفمية والمرحلة الشرحية، ويستخلص عياديا وجود نوعين من المتأئين (سعيد كمال، 2011).

#### -النوع الأول: كثير الكلام

المحللين النفسانيين يسمون النوع الأول بالمتأتى الفمي، يعني ذلك أن المصاب قد عاش تجربة صعبة في المرحلة الفمية المتمثلة في التلقي، إذن لم تكن له التجربة التي تمكنه من التلقي دون أن يمتلك لهذا، فأن الطفل يتكلم من أجل أن يحمي نفسه مستعملا الكلمات العشوائية التي تمكنه أن يمتلك (اسماعيل، 2002).

#### -النوع الثاني: قليل الكلام

ويعرف بالمتأتى الشرحي، وهذا يعني أن المصاب قد عاش تجربة سلبية في المرحلة الشرحية إذن لم تكن له تجربة، والتي تمكنه من العطاء دون التخلي عن ممتلكاته. فالعالم "يونغ" يرى التأتأة على أنها اضطراب يكون في مستوى تدفق التعبير اللفظي، أو هي اضطراب في العلاقة أكثر ما هو اضطراب الكلام أو اللغة (النحاس، 2000).

#### 3-4- النظرية العصبية:

ترى أن السبب راجع الى وجود اصابة على مستوى الدماغ، يكون قد تعرض إليها الطفل فتسبب في الإختلال بالعملية الكلامية لديه، مما أدى الى نشوء الإضطرابات النطقية.

وفي هذا الصدد يفترض "إبراهيم أسعد"، أن مجرد التلف الجزئي للدماغ يؤدي الى تشويش تناسق الوظائف الحركية للكلام، يكون النمو العضوي للأولاد طبيعياً قبل عمر السابعة تقريباً، وفي هذا السن بالذات، بعض الأولاد يتعرضون لمرض في العمود الفقري فيتأثرون (مخائيل، 1977).

### 3-5- النظرية الفزيولوجية:

فيما يخص "الأعسر المجبر"، يرى أنه توجد علاقة بين التأتأة، وشدة معاكسة الميل لإستعمال اليد اليسرى عند الطفل الأيمن.

أما أبحاث B.maisonny، فتبين أن هناك علاقة زمنية مؤكدة بين معاكسة الميل باستعمال اليد اليسرى، وظهور التأتأة الناتجة عن إلحاح الوالدين لإستعمال اليد اليمنى (فارس، ص314).

كما يرى "Traves"، أن تحويل طفل أيسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة في الكلام، والأساس في هذا أن المخ ينقسم الى شطرين أو نصفين كرويين، ومن خصائص تكوينها أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الآخر، وتكون هذه السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يستعملون اليد اليسرى، بينما تكون عند الأشخاص اليمينين في النصف الكروي الأيسر، فالعلاقة إذن بين النصف الكروي للمخ، وتفضيل استعمال يد على أخرى علاقة عكسية منشأها السيطرة الدماغية ( نيكسون، 2000).

إذن فكثير من الباحثين يؤكدون وجود علاقة بين التأتأة، وبين معاكسة الميل لإستعمال اليد اليسرى، فمن المعروف أن الأعسر توجد مناطق النطق لديه في الجزء الأيمن من الدماغ، وبما أن الأغلبية العظمى من الناس يمينيين، فمن الأباء من يريد أن يعاكس هذا الميل الطبيعي، فيرغمون أبنائهم على استعمال اليد اليمنى، فتؤدي هذه المعاكسة الى حالات متنوعة كالعصاب، ومختلف الإضطرابات النفسية الجسدية، وخصوصاً منها التأتأة التي هي موضوع دراستنا، مما يؤدي بالدماغ الى تأدية وظائفه بصورة سيئة، لوجود تنازع بين جزئي الدماغ في تسيير الأليات الدقيقة، من صنف التكلم والكتابة (حنفي، 2004).

**3-6- نظرية النمو:**

يرى رواد هذه النظرية، أن المتأتى لا يختلف عن الذي يتكلم بصفة عادية في البداية، حيث يعتبرون المرور من الكلام العادي، الى الكلام الغير عادي، تغيير تدريجي راجع الى الضغط الممارس من طرف العائلة ( السيد،2008).

وهذا ما يؤدي الى مشاعر انعدام الأمن والقلق، ويؤكد فروشل(1943)، على أن المقاطع التي يكررها الطفل في بداية تعلمه اللغة هي أمر طبيعي، أما جونسون فيعتقد أن الطفل في بداية تعلمه اللغة، كذلك يكون مترددا في مقاطع وكلمات وجمل بصورة مختلفة.

**3-7- النظرية الإجتماعية والبيئية:**

يرى أصحاب هذه النظرية، أن التأتأة ذات أسباب بيئية اجتماعية، من هؤلاء شيهان(1979) الذي يرى أن التأتأة تنشأ نتيجة صراع حول الذات، وهي اضطراب في عملية تقدير الذات في المجتمع، وما تتعرض له من مواقف. ولعلى من أهم النظريات التي إعتمد أصحابها على العوامل البيئية والإجتماعية، نظرية جونسون المسماة بالتشخيصية ( Michel,1980).

ويفسر جونسون التأتأة كظاهرة تشخيصية المنشأ، حيث تنشئ نتيجة لمعاملة الوالدين للطفل الذي يتأتى تأتأة عادية، فيعاملونه بإعتباره متأتى مما يؤدي به الى أن يصبح يتأتى بالفعل، وعند النطق كل من نصفي الكريبتين الأيمن والأيسر، تبدأ سلسلة العمليات التي تقود الى النطق، وعندما يبدأ نشاطه يتبعه الآخر فإن النصفين ينشطان معا، وتختل العلاقة الزمنية من الحركات التي تؤديها عمليات النطق شيئا عن ذلك اضطراب في عملية النطق، ومن ثم التأتأة في الكلام (إلياس، 1988).

**4-أنواع التأتأة:**

يتعلق ظهور اضطراب التأتأة بمرحلتين وهما كالتالي :

قد يظهر في هذه المرحلة الأولى وتسمى بالتأتأة البدائية (الفيزيولوجية)، وهو الاضطراب الذي يتعرض إليه الطفل في بداية اكتساب اللغة وغالبا بعد المرحلة الانتقالية، لا يحتاج إلى

فحص أر طوفوني بل يكتفي فيه الارشاد الوالدي، والاهتمام الجيد بالطفل. وقد يظهر في المرحلة التالية وبشكل فجائي بعد أن بدأ الكلام بشكل عادي، ويعتبر هذا النوع أخطر وأعد من التأتأة البدائية. وهذا ما تطرقنا إليه في دراستنا حيث يحدث غالبا نتيجة صدمة وجدانية أو عرض عصبي ويشمل أربعة أنواع:

#### أ-التأتأة القرارية:

هي عدم إمكانية المصاب من إرسال لبعض الكلمات، وذلك من خلال وقت طويل نسبيا، فأول مقطع من كلمة في بداية الجملة يظهر مقاومة مفاجئة حيث تتفجر الكلمة مرة واحدة (p265 palaux , 1975).

#### ب-التأتأة الإختلاجية:

تتميز بتكرارات لا إرادية انفجارية، اهتزازية لمقطع، تظهر عموما في أول مقطع من الكلمة أو كلمة من بداية الجملة، حيث عدد التكرارات يكون متنوع.

#### ت-التأتأة الإختلاجية القرارية:

هي اجتماع كلا المظهرين الإختلاجية والقرارية حيث يستطيع كل منهما المسيطرة، ثم بعد التوقف الإرادي الثاني نلاحظ التكرار لبعض المقاطع أو الصوائت.

#### ج-التأتأة الكفية:

إن هذا النوع من التأتأة نادر جدا، وذلك حين يلتزم المصاب بالصمت لما يطرح عليه سؤال ما وكأنه غائب، وبعد لحظات ينطلق في الكلام، ويعود إلى حالة الصمت عند الجملة الثانية.

#### 4-أسباب التأتأة:

إن أسباب التأتأة قد تكون عصبية المنشأ، أي ناتجة عن خلل في المخ أو الأعصاب. وقد تكون عضوية أي ناتجة عن قصور في جهاز الكلام عند الطفل(اللسان، الشفاه، سقف الحلق، القصبة الهوائية، عيوب في الجهاز السمعي...)، وقد تكون نفسية المنشأ ولعل أهم

العوامل التي تؤدي إلى حدوث التأتأة هي عوامل نفسية بدرجة أولى، ومنها عل سبيل المثال شعور الطفل بالغيرة من أخيه الصغير، فيلجأ إلى التخفيف من حدة غيرته عن طريق اضطرابه الذي يصبح مركز اهتمام الأسرة، أيضا قد يصاب الطفل بحالات من الفزع، القلق الشديد تؤدي إلى خوفه من الكلام. وهناك عوامل أخرى مثل عدم القدرة على تأكيد الذات، تصدع الأسر ومشكلاتها الحادة، الحرمان العاطفي للطفل من الوالدين أو الخوف الشديد منهم أو انتقاله من بيئة لأخرى. وقد يكون السبب عند بعض الأطفال هو عدم تمكنهم من اللغة بشكل مناسب بسبب قصور في تغيراتهم اللغوية واللفظية فيلجأ الطفل إلى التأتأة كلما ضاع منه اللفظ المناسب (السيد، 2008، ص40).

-بالإضافة هناك العديد من الأسباب والنظريات التي تحاول تفسير كيفية حدوث التأتأة في الكلام وفي ما يلي تجمل هذه الأسباب في ثلاثة أسباب رئيسية كالتالي:

#### أ- الأسباب الوراثية:

يأتي الطفل إلى الحياة بمؤهلات وراثية. ونتيجة للدراسات التي أقيمت، استخلصوا وجود استعداد فطري عائلي للإصابة بالتأتأة. فهناك احتمال ظهورها ثلاث مرات لدى الأطفال وهذا الأخطر يتنوع جنس الأبوين، أطفال في حالة إذ كان الأب متأتئ، جنس الانثى إذ كانت الأم متأتئة.

- أوضحت دراسات بيالو بأن التأتأة تصيب الذكور أكثر من الاناث، وهذا لأن الآباء يكونوا أكثر صرامة على الذكور أكثر من الاناث، ولأن لغة الفتاة تتطور بسرعة مقارنة بلغة الذكور.

#### ب- الأسباب الفيزيائية:

يؤكد بعض العلماء على أن بعض المتأتئين لديهم تأخر في نمو المناطق المسؤولة عن اللغة في الدماغ، ولكن بعضهم الآخر يعتقدون أن لديهم مشكلة في السمع (في الاذن اليمنى).

بعض الدراسات السابقة وجدت أن المصابين بعسر القراءة يحتمل اصابتهم بالتأتأة. وفي الجانب العضوي بعض الملاحظات تثبت بأن التأتأة هي اضطراب في تزامن عمل الأوتار الصوتية. الباحثين في "المعهد الوطني للصحة" درسوا الاحبال الصوتية للمتأثرين في حالة النطق العادي، فوجدوا بأن مجموعة من العضلات الحنجرية ترتخي وأخرى تتقلص أما لدى المتأثرين كلا المجموعتين العضليتين تتقلص في نفس الوقت.

فدراسات "مارتن سوارتز" وجدت أن حوالي 3 بالمئة من المجموع السكاني يركز القلق لديهم على مستوى الأوتار الصوتية أكثر من الأعضاء الأخرى. كما ان هناك نظريات تفسر هذا الاضطراب بالصدمات الدماغية، اختلالات الجهاز العصبي.... وكل هذه النظريات تبقى تفسيراتها ناقصة لكون المتأثرين يتكلمون مع أنفسهم أو أثناء الغناء بدون تأتأة ولهذا يمكن القول بأن البيئة لها تأثير سلبي للإصابة بالتأتأة (الميلوي، 2001).

#### ج- الأسباب العضوية:

مثل خلل في الجهاز العصبي المركزي واضطرابات الأعصاب المتحكمة في الكلام، وإصابة المراكز الكلامية في المخ أو تورم، التهاب، نزيف، إصابة الجهاز الكلامي (الحنك، اللسان، الأسنان، الشفتين والفكين) بتلف أو تشوه، وعيوب الجهاز السمعي والتكوين الجسمي الضعيف أو إجبارا طفل الايسر على الكتابة باليد اليمنى والضعف العقلي.

#### د- الأسباب النفسية:

معظم الأطفال يتأثرون ما بين سن (2-4) سنوات لكنهم لم يتمكنوا بعد من اكتساب القواعد اللغوية الضرورية للتعبير عما يريدونه. فيركزون على بعض الكلمات ويكررون بعض الحروف ولكنهم يترددون دائما. وهذه الظاهرة تسمى التأتأة التطورية هذا النوع يزول عند معظمهم عند انتقائهم اللغة، و عند البعض تبقى لديهم هذه الأخيرة بسبب ردة فعل الأبوين السلبية، كما أن القلق و التوتر العصبي، الخوف المكبوت، الصدمات الانفعالية، الحرمان العاطفي، الضغط النفسي والإحراج هو الأمر الذي يسبب ضغط كبير على الطفل الذي يدفعه إلى ارتكاب الأخطاء (Gregg, 2000).

## ح- الأسباب البيئية:

إن تعدد اللهجات أو اللغات في وقت واحد، خصوصا في الطفولة المبكرة. والكسل، الاعتماد الزائد على الآخرين، كثرة المشاكل الأسرية، قلق الوالدين بخصوص الكلام والرعاية الزائدة والتدليل أو التسلط والمستوى الفقير في الكلام في المنزل، تقليد الكلام المضطرب، و سوء التوافق المدرسي والاجتماعي.

## -مظاهر التأتأة:

تتعدد مظاهر التأتأة ومن بينها نذكر:

**1-المظاهر اللفظية:** وهي المظاهر الظاهرة في كلام المتأتى، والتي يلاحظها الجميع، المختص في الميدان والعامه هذه المظاهر هي:

-**تكرار المقطع:** يتمثل عامة في أول كلمة أو الجملة أو الكلمات الوظيفية، مثل الأسماء ويكون عامة التكرار في أول مقطع أو حرف من أول كلمة من الجملة، وقد يصل التكرار الى الكلمات الأخرى، أي يصل الى وسط الكلمة وحتى الى آخر المقطع، وهناك حالات خاصة وهي نادرة حيث يكون التكرار في الأحرف الأخيرة من الكلمة، هذه التكرارات للحروف أو للمقطع من الجمل قد تقتصر على 3 أو 4 تكرارات متتالية في سياق الكلام، لكن نادرا ما تصل الى عشرين تكرار متتاليا ومتكررا ( حورية، 2002).

-**التوقفات:** يكون الكلام وكأنه موقوفا بكلمة أو بحرف، لا يمر إذ يبقى هذا التوقف لمدة ثانية اثنان ثلاثة أو أحيانا أكثر، ويكون نظر المتأتى في الأرض أو في الجانب مع حركات خفيفة للرأس أو الصدر بهدف دفع الهواء في القصبات الهوائية حيث يصر المتأتى على هذا الضغط حتى تخرج الكلمة، وفجأة يحصل التصويت للجملة أو على الأقل جزء منها ينطق دون مشكل، وعدد التوقفات غير ثابت قد يصل الى مرتين أو ثلاثة في طول المناقشة أو يحصل في كل كلمة (شقيير، 2005).

-**التمديدات:** وعادة يكون بامتداد صائتة (VOyelle) تدريجيا لعدة ثواني، وفي نفس الوقت نلاحظ أن الصوت يرتفع في بعض الأحيان، قد تمس هذه التمديدات حتى الصوامت (Consonnes) مثلا الحروف السريبية C،S أو الحروف الانفجارية D،B.

-**الكف:** في بعض الأحيان تظهر التأتأة في شكل كف أو راحة لبعض الثواني حيث النطق التنفس، والإشارة تظهر وكأنها ألغيت في شكل كف حركي عام، ويظهر الجسم كله وكأنه جامد في مكان، لكن حركة طفيفة تظهر على الشفاه النصف مفتوحة. فعند تجنب التكرارات يخطو المتأتم من غير وعي الى التوقفات دائما من غير وعي يقع في الكف الحركي (غازي، 1992).

2-**المظاهر الغير لفظية:** ماعاد هذه المظاهر اللغوية هناك مظاهر تميز التأتأة وتكون مصاحبة للعثرات اللغوية، وتتمثل في صياغ النظر تشنج الوجه الكتف والرقبة مع حركات زائدة في الصدر وتظهر عند التوقفات والكف، وقد تصل الى أسوء من ذلك بظهور احمرار مفاجئ تعرف في الوجنتين، الضغط عند غلق العينين، تكشيرة لكامل الوجه وغلق إضطرابي للأعين وقد يصل الأمر حتى غياب رؤية الحدقة، فلا يظهر في العين سوى الأبيض الرأس ينحني نحو الوراء الى الجوانب (زريقات، 2005).

### 5-تشخيص التأتأة:

يعتبر تشخيص التأتأة من الأمور السهلة، لكن الأهم هو جمع البيانات والمعلومات التي تمكننا من أن نقيم هذه المشكلة وعلى هذا يهدف تقييم التأتأة من معرفة صور وشدة التأتأة، تحديد العوامل التي تساعد على معرفة تنبؤات المستقبل ووضع خطة علاجية.

### أ-دراسة حالة:

حيث يقوم المعالج بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة من خلال المقابلة الشخصية المباشرة مع المفحوص إذا كان راشد، أما إذا كان طفلا فنكون المقابلة مع الولدين،

ويكون الهدف من المقابلة هو جمع معلومات حيوية عن الإضطراب من حيث بداية التأتأة و تطورها (Jean. 2003).

#### ب- فحص وتقييم طريقة الكلام:

إذ يجب إجراء فحص لعينة من الكلام لدى المتأثي وذلك من خلال الحديث المباشر معه، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحوارى فكرة كاملة عن نوع الإضطراب والأعراض المصاحبة له، وردود الفعل الإنعكاسية لدى المتأثي، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهنا نتعرف عن قرب عن علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما (عبد الله، ص203).

#### ج-التشخيص الفارقى من أجل تجريد التأتأة:

إذ يجب أن يتعرف الفاحص على ما إذا كانت الحالة تعاني من اضطرابات لغوية أخرى ومدى تأثيرها على التأتأة إن وجدت، وهذا لتحديد الخطة العلاجية.

#### د-تطبيق المحاكاة الشخصية للتأتأة:

لقد أود الدليل التشخيصى للأمراض العقلية والنفسية الطبعة الرابعة DSM-4(1994) عدة محكات لتشخيص التأتأة (راضية بن عربية، نصيرة شوال، 2016).

#### -جمع البيانات:

بعد ذلك يقوم الأخصائى بجمع العينات الكلامية من المتأثي، والتي تتضمن عينات كلامية تلقائية وعينات قراءة إذا كان المتأثي قادر على القراءة، ويقوم المختص أثناء جمع العينات بمراقبة كافة السلوكات الثانوية التي ترفق التأتأة، ومن بعدها يقوم بتحليل مظاهر التأتأة وتحديد ما إن كانت هذه المظاهر طبيعية أم مؤشرات على وجود التأتأة (عبد الكريم، 1995).

#### 6- تقنيات علاج التأتأة:

أثناء عملية القياس يقوم الأخصائى بوضع الخطة العامة للعلاج، وخلال ذلك يمكن أن تثار تساؤلات تتعلق بتقديم خطة العلاج والأثار المرتبة عليها أثناء التقييم وعادة يكون مهتمين ببعض الأمور من أجل التنبؤ بنتيجة ومدة العلاج، ولقد أوضح كل من شمس

واليزابيث (1982)، عدد من الأساليب العلاجية المتبعة مع الأطفال في مرحلة المهد، ومرحلة ما قبل المدرسة الذين تنتشر بينهم التأتأة أساليب ثابتة نسبياً، ولها معدلات مرتفعة من النجاح وهناك طرق عديدة للتدخلات العلاجية للتأتأة المبكرة ومنها:

**1- العلاج المباشر:** يستلزم هذا النوع من العلاجات رؤية نشطة ومنتظمة لتقبل الطفل الذي يعاني من التأتأة للعلاج، ويعني هذا في بعض الأحيان التعامل بشكل مباشر مع أعراض الكلام لدى الطفل، ولكن في أحيان أخرى كثيرة يعني مشاهدة الطفل العمل حوله ودون التركيز بشكل مباشر على سلوك التأتأة، إن الافتراض النظري هو أن تأتأة الطفل عرضية حيث أنها عرض لبعض المشكلات الأساسية ذات الطبيعة النفسية أو البيئة الشخصية له (كنساوي، 1427).

**2- علاج التأتأة عن طريق الإسترخاء:** لقد تم تأييد هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض المعالجين، لأنها تعطي تحسناً سريعاً وتلقائياً في الكلام، وتؤدي إلى انخفاض نسبة التوتر العصبي، كما أن ممارسة أسلوب الإسترخاء بانتظام يؤدي إلى الشعور بالراحة والتخفيف من التعب البدني والذهني، وفي الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسي الذي يؤدي إلى زيادة الكفاءة والثقة في قدرة الفرد على مواجهة الحياة، ومن مزاياه أنه يساعد على التحكم في الإنقباض العضلي الحقيقي للتأتأة ذاتها (هيثم، 2002).

وأثناء ممارسة المتأتى لأسلوب الإسترخاء، فإنه يشعر بسهولة إنتاج الكلام بطلاقة مع الإسترخاء، ومن ثم يربط المتأتى بين الطلاقة اللفظية والشعور العام بالبساطة، ويتم العلاج من خلال تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحريرية سهلة لعضلات الوجه وممارسة السهولة أثناء الكلام تزيد الثقة وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعي سهل دون مجهود، مما يؤدي إلى انخفاض درجة التأتأة (سهير، 2000).

**3- العلاج بالتنفس:** إن التأتأة تشمل بعض التغيرات غير الطبيعية في التنفس، وإن بعض التدريبات على التنفس، قد وصفت كعلاج للتأتأة، حيث أن التمارين التي تطبق بعد العلاج بالإسترخاء تساعد الفاحص على إعانة مفحوصه بمراقبة إنتاجه بصورة أفضل فمثلاً: التوقف

عند الخوف من كلمة معينة يتم بأخذ هواء الشهيق عدة مرات، ثم الكلام خلال هواء الزفير، فبالنسبة لكل التمارين التنفسية فإن تعاقبها يخلق لدى المفحوص إحساس بالضجر والنفور من الفاحص، أما بالنسبة للتمارين الصوتية استخدامها يتنوع خلال كل حصة ليس فقط حسب احتياجات كل مفحوص، بل حسب فترات تعب ودرجة تركيزه بالتالي مدة العمل تكون محدودة في 5 دقائق هذا لدى مفحوص معين، أما مفحوصين آخرين فتكون لديهم القدرة على إتمام سلسلة التمارين بين 15 أو 20 دقيقة من جهة أخرى، وإضافة الى ذلك يوجد أهداف العلاج التنفسي والمتمثل في تأسيس أو وضع نموذج تنفسي صحيح بالدرجة الأولى، ثم زيادة القدرة الحيوية للرتتين وتسهيل مراقبة الشهيق والزفير، أضف الى ذلك نمو زيادة القدرة وتنسيق العضلات التنفسية (Frédérique, 1997).

رغم كل ما بذله الباحثين في هذا المجال فإن هذه الطريقة تؤدي الى تحسن مؤقت نتيجة لإبعاد فكر المريض عن مشكلته، لكن فوراً تعود المشكلة مرة أخرى (Michel. 1998).

**4- طريقة تمارين الكلام الإقاعي:** تعتمد هذه الطريقة على الحركات الإيقاعية، والتي يكون الهدف منها هو صرف انتباه المتأثر عن مشكلته، وتؤدي في نفس الوقت الى الإحساس بالإرتياح النفسي ومن هذه الحركات الإيقاعية، نذكر النقر على الأرقام، النقر باليد على الطاولة، الصفير، الخطوات الإيقاعية (شقير، 2002)

وتفيد هذه الطريقة مع طريقة القراءة الجماعية أو الكورس في حالات التأتأة لدى الأطفال حيث تكون طريقة مسلية للطفل المتأثر، أن يبتعد عن مشكلته الحقيقية وتجعله يندمج مع الآخرين في وضع لا يميزه عنهم، هذا إلا أن هذه الطريقة لا يفضل الإعتماد عليها كلياً هذا لأنها تسحب كثيراً من الطاقة العقلية الموجهة لعملية النطق ذاتها، فتنتج حالة استرخاء مما يسهل معها إنتاج الكلام، ويمكن توضيح هذا الأمر إذا ما أخذنا في الاعتبار أن المتأثر موزعاً فكرة بين حدوث التأتأة وحركات النطق، لهذا محتملاً أن الإنتباه الجزئي لحركة جديدة يحرر أجهزة النطق من تركيز الإنتباه عليها أو فيها، ولكن وجه الخطأ في هذا أن العلاج ينصب على العرض دون السبب الأصلي للتأتأة (العفيف، ص 204).

5- العلاج الكلامي: تعتمد هذه الطريقة على مساعدة المصاب بالتأتأة على مقارنة عيوب كلامه، وزيادة ثقته بنفسه، وهي طريقة لا تعتمد على لفت انتباه المريض لمشكلته مما يزيده خجلا وانفعالا، ويطلق على هذه الطريقة اسم "الرياضة الصوتية"، من هذه الطريقة أيضا نجد الإسترخاء الكلامي، حيث يجرى عادة داخل العيادة النفسية، وهدفه هو تحقيق غرضين هما لتخلص من عمل الإضطراب والتوتر أثناء الكلام، وتكوين ارتباط خاص بين الشعور بالسهولة والراحة أثناء القراءة، وبين الباعث الكلامي نفسه، فهناك لمدة استمارة تمارين خاصة بالحروف المتحركة، ثم الحروف بالحروف الساكنة، ثم تمرينات على كلمات مفتوحة لصياغتها في جمل وعبارات، وعادة تقرأ الأحرف والجمل بكل هدوء، واسترخاء، يبدأ المعالج بقراءة ذلك أولا، ثم يطلب من المصاب تقليده بنفس الطريقة والنغمة، يلي ذلك تمرينات على شكل أسئلة بسيطة، تؤدي هذه الأسئلة على شكل أسلوب هادىء، فتشير بعض التجارب بأن المتأتمن لم يجدوا صعوبة في التكلم أو القراءة بهذه الطريقة المرجوة، ويبدو أن النمط الجديد من الكلام الهادىء قد صرف المريض عن مشكلته (أمال، 2003).

ولكن ما يتوقف المتأتمن عن الكلام في التمرينات حتى يكتشف أن الأسلوب الذي كان يمارسه في التمرينات هو أسلوب غريب يختلف عن أساليب الكلام المألوفة، وهذا ما يؤدي أحيانا الى نكسة مفاجئة، وبما أن التحسن بطريقة الإسترخاء الكلامي وقتيا، فقد دعمت بطريقة أخرى تعتمد على تعليم الكلام من جديد، وهي عبارة عن تمرينات يشجع فيها المصاب على الإشتراك في أشكال مختلفة من المحادثات التي تنسيه مشكلته وكل ما يتصل بها من قريب أو بعيد، كالمناقشات الجماعية، فهي تمرينات تتضمن عناصر اللعب والتسلية، والكلام الحر الطليق ونلاحظ خلال هذه التمارين الجماعية الأطفال يتصاحبون ويصفقون، فقد ثبت بأن طريق المناقشات الجماعية طريقة مفيدة خصوصا إذا تناولت مشكلات هامة، وكانت المناقشات بشكل حر (فرح، 1993).

6- علاج السلوكي: وقد استخدمه "شانس" عام 1968، و"نيفلا" عام 1978، وشارك "وزر" عام 1980، وتتلخص خطوات هذا الأسلوب العلاجي كما أوضحها "فان رابير" 1973 في كتابه علاج التأتأة كما يلي:

أ- **مرحلة التعرف** : في هذه المرحلة يطلب من المريض استخدام كافة أنواع الإتصال التخاطبي (كالقراءة والحديث المباشر والتكلم في الهاتف مثلا)، وعند ظهور الحروف أو الكلمات التي يتأتى المريض يطلب منه أن يشير الى أنه سيتأتى بأن يرفع يده أو يطرق بأصابعه حتى يعرف المعالج الحروف التي سيتأتى فيها، وتعد هذه المرحلة هامة وأساسية في العلاج لأنها تظهر للمريض الأحاسيس الداخلية من قلق وخوف وإحباط أمام نفسه حتى يتعرف عليه، ويستطيع أن يعبر عنها المعالج، اذا يطلب منه فيما بعد أن يعبر بطريقته الخاصة عما يشعر به من أحاسيس عندما يتأتى، وكل ذلك داخل الجلسات العلاجية كما يتطلب منه أن يكتب ويتذكر الأحاسيس المصاحبة له أثناء التأتأة في مواقف حياته اليومية ليعرضها على المعالج بعد ذلك في الجلسات العلاجية (ماهر محمد عمر، 1989).

ب- **مرحلة التأتأة بطلاقة**: تقوم هذه المرحلة على فكرة السلوك الإرادي يمكن إيقافه والتحكم فيه، يطلب من المريض في هذه المرحلة أن يتأتى بإرادته في الحروف والكلمات والمواقف، التي أوضحها من قبل في المرحلة الأولى، فإذا حدث وتأتى في كلمة بدون إرادته فعليه أن يتوقف، ويعيدها إراديا، وأن يطيل في نطق حرف كما كان يفعل في السابق، لكن بإرادته وبالتالي يمكن التوقف (زكي، 2009).

كما يطلب من الطفل في هذه المرحلة، أن يصف ما يقوم به أثناء التأتأة من تشنج في اليدين وغلق العينين، ويستخدم في ذلك مرآة ليرى نفسه وهو يتأتى، كما يستخدم أيضا جهاز تسجيل ليعيد سماع نفسه مرة أخرى، كل ذلك حتى يتعرف الطفل على كل ما يفعله أثناء التأتأة.

كما يتم مناقشة الطفل في مدى أهمية ما يقوم به عندما يتأتى، ومدى أهميتها عن ما إذا كانت تساعده على الطلاقة والكلام (عبد الرحمان، 1979).

**خلاصة الفصل:**

لقد حاولنا في هذا الفصل تحديد مفهوم اضطراب التأتأة والتي تعرف على أنها خلل في ايقاع الكلام، وأهم أعراضها التكرار والتقطيع، وتعتبر أكثر عيوب الكلام انتشارا بين الأطفال وأشدها تأثيرا على الطفل، سواء من الناحية الإجتماعية أو التربوية.

## الفصل الثاني: برنامج ليدكمب

تمهيد

- 1- مفهوم البرنامج العلاجي.
- 2- مفهوم برنامج ليدكمب.
- 3- الأجزاء الرئيسية لبرنامج ليدكمب.
- 4- الطرق المستخدمة في برنامج ليدكمب.
- 5- شروط برنامج ليدكمب.
- 6- السلوكيات الأساسية لبرنامج ليدكمب.

خلاصة

**تمهيد:**

توجد العديد من الطرق ومختلف الأساليب للحد من مشكلة التأتأة، أو التخفيف من شدتها، ومن بينها عدة برامج، منها برنامج ليدكمب، الذي يسعى بدوره في تخفيف شدة التأتأة .

**1- مفهوم البرنامج العلاجي:**

هو مجموعة من الخطوات العلاجية التي تعتمد على أسلوب العلاج من وجهة، نظرا لتعديل سلوك التأتأة، وهو أحد أساليب التعامل مع التلاميذ المتأثرين، ويتم فيه تعليم التلميذ المتأثرى كيفية تعديل لحظات تأتأته بتقليل الجهد والشد المصاحب لكلامه وهو بحالة استرخاء كاملة. مما يجعل الكلام يتدفق بسهولة واضحة، وينطلق هذا الأسلوب من فكرة مؤداها أن على المتأثرى أن يعتاد التأتأة التي يعانيتها، ويتعرف على العوامل المؤدية لها ومظاهرها، ثم يعمل على تعديل لحظات التأتأة، مما يجعله يتكلم أو يتأثرى بسهولة أكثر، وبجهد أقل فيصبح أكثر تقبل لتأتأته (علي، 2010).

**2- مفهوم برنامج ليدكمب:**

ظهر في سنة "2001" وقد تم إعداد البرنامج من قبل المركز الأسترالي لأبحاث التأتأة وكلية دراسات اضطرابات التواصل من أجل أن يستخدم مع الأطفال ما قبل المدرسة وأطفال ما بعد المدرسة، قد جمع هذا البرنامج بين تشكيل الطلاقة اللغوية المعتمد على المنزل، والأساليب الإجرائية من خلال التفاعل بين الطفل والوالدين.

وتم تأييد البرنامج من خلال دراسة انسلو 2002، والتي أكدت على أن برنامج ليدكمب يعد من البرامج الناجحة في علاج التأتأة (Onslow , 2002).

فهو علاج للأطفال الصغار الذين يتكلمون بالتأتأة، وقد تم تطويره منذ منتصف الثمانينات، في جامعة سيدني في ليدكمب، وفي وحدة التأتأة في خدمات بنكستاون الصحية، ليدكمب و بنكستاون هما صاحبتان متجاورتان في سيدني .

وقد تم بحث البرنامج علميا في أستراليا، كندا والمملكة المتحدة، وكانت نتائج البرنامج إيجابية جدا.

برنامج ليدكمب هو برنامج يستخدم علاج سلوكي للتأتأة عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة، في هذا البرنامج يقوم أحد الوالدين أو شخص هام في حياة الطفل بتنفيذ البرنامج العلاجي في بيئة الطفل اليومية.

يقوم المختص بالتخاطب بتدريب ولي الأمر على طريقة تنفيذ البرنامج من خلال زيارات أسبوعية للعيادة، أثناء هذه الزيارات المنتظمة يدرّب المختص بالتخاطب ولي الأمر على طريقة تنفيذ العلاج، وكذلك على كيفية قياس شدة التأتأة.

### 3- الأجزاء الرئيسية لبرنامج ليدكمب:

-أولا: تعليقات الأبوين الشفهية:

أثناء فترة العلاج يقوم الأبوين بالتعقيب على كلام الطفل عند كلامه بطلاقة وكذلك عندما يتأتى، فعلى ولي الأمر تشجيع الطفل بشكل عام مثل كنت رائع، مدحه على طلاقته، والطلب منه أن يقيم كلامه، مثل هل كان سهلا، أو هل أحسست بأن كلامك سهلا، وهذا في حالة ما لم يتأتى الطفل، وإذا صار وتأتى الطفل فعلى ولي الأمر على تنبيه الطفل على وجود مشكلة في كلامه، أو يطلب من الطفل إعادة ما قاله أو يتم تصحيح اجابته، مثل أن يقول له ممكن أن تحاول مرة أخرى (مركز أبحاث التأتأة الأسترالي، 2001).

فالتعقيب من ولي الأمر على كلام الطفل يجب أن يتم مباشرة بعد كلام الطفل سواء تكلم بطلاقة أو تأتى، كما أن على ولي الأمر التأكد من أن الطفل يسمع هذا التعقيب، ومن الضروري أن يقوم ولي الأمر بتنبيه الطفل عندما يتأتى برفق مستخدما صوته الطبيعي وبنغمة عادية، ويقوم أخصائي التخاطب بالتشاور مع ولي الأمر لتحديد كمية التعقيب على الطلاقة، مقارنة بكمية التعقيب على التأتأة حيث تختلف من طفل لآخر.

وبما أن برنامج ليدكوب يتوقع أن يكون محبباً وممتعاً للطفل، فسيكون تعقيب ولي الأمر على الطلاقة أكثر من تعقبه على التأتأة، فتمثل التعقيب التي يقولها ولي الأمر والتي ذكرناها فيما قبل هي مجرد أمثلة فقط، وعلى ولي الأمر استخدام نماذج متعددة والتي تناسب الطفل، وكذلك تناسب اللغة واللهجة التي تستخدمها العائلة (Lidcombe Manual,2004).

### -ثانياً: قياس التأتأة:

يقوم أخصائي التخاطب بقياس النسبة المئوية للتأتأة في مقاطع الكلام في بداية كل زيارة للعيادة باستخدام جهاز مخصص لهذا الغرض، ويتم تدريب ولي الأمر على تقييم شدة تأتأة الطفل كل يوم باستخدام مقياس لشدة التأتأة، وهذا يعني أن ولي الأمر يضع يومياً تقييمه لدرجة شدة التأتأة على مقياس متدرج من 1-10، ويمكن للوالد عمل ذلك خلال اليوم، أو باختبار نشاط محدد مثل فترة الغداء وتقييمها (الدليل الإرشادي لبرنامج التدخل المبكر ليدكوب،2001).

بعد تقييم النسبة المئوية للتأتأة في المقاطع، يقيم أخصائي التخاطب شدة التأتأة ويطلب من ولي الأمر نفس الشيء، و من ثم يتم مقارنة النتيجتين في درجة التقييم، عند وجود اختلاف بينهما يتم نقاشه، و تتم هذه المقارنة بين تقييم أخصائي التخاطب وولي الأمر بداية كل زيارة حتى يصبح تقييم الاثنتين قريب من بعضهما جداً، بحيث لا يكون الاختلاف بينهما أكثر من درجة واحدة.

### ثالثاً: الزيارات الأسبوعية للعيادة:

في المرحلة الأولى من البرنامج يحضر ولي الأمر ومعه طفله لعيادة التخاطب مرة واحدة اسبوعياً، وتستغرق الجلسة ما بين 45 دقيقة وساعة.

### -رابعاً: العلاج في محادثات مرتبة ومحادثات غير مرتبة:

يتم العلاج في بداية المرحلة الأولى اثناء محادثات مرتبة مدتها ما بين 10-15 دقيقة، و خلالها تكون هناك محادثة مرتبة بين ولي الأمر وطفله، و خلال هذه المحادثات، يقوم ولي

الأمر بتنظيم حوار محدد مع الطفل، مما يضمن حدوث التأتأة بشكل اقل ولكن في حالات نادرة، لبعض الأطفال يكون معظم كلام الطفل فيها غير طلق، بحيث تكون المحادثة مع هذا الطفل صعبة، فان برنامج ليدكمب قد لا يكون العلاج المناسب الذي يبدأ فيه لمثل هذا الطفل. المحادثة المرتبة هذه يجب ان تحدث مرة واحدة يوميا على الأقل و احيانا اكثر من مرة يوميا في حالة إذا كان ذلك مناسبا، وعندما يجد المختص بالتخاطب أن ولي الأمر قد اتقن الطريقة و اصبح يعقب على كلام الطفل بطريقة مناسبة و امنة فيمكنه ان يطلب من ولي الأمر ان يعقب على كلام الطفل في محادثات غير مرتبة، كالتي تحدث بشكل بين ولي الأمر والطفل خلال اليوم (نفس المرجع السابق، 2001).

#### -خامسا: المحافظة على النتائج:

عند الوصول لمستوى منخفض من التأتأة فيتم الانتقال للمرحلة الثانية من العلاج، وهدفها المحافظة على مستوى المنخفض من التأتأة في المرحلة الأولى، يحضر ولي الأمر مع الطفل للعيادة في هذه المرحلة بشكل أقل ويتم تقليص عدد الجلسات.

#### 4- الطرق المستخدمة في برنامج ليدكمب:

لبرنامج ليدكمب عدة طرق ووسائل متعددة يستطيع من خلالها المختص المتخاطب استعمالها و من بينها نذكر:

#### - التقييم:

هو عنصر اساسي في برنامج ليدكمب كونه يلعب دور مهما، وهذا الدور يكمن في انه يقيم كلام الطفل من اجل الوصول الى درجة شدة التأتأة لديه، فعلي سبيل المثال اذا رفض الطفل التكلم في العيادة فيطلب أخصائي التخاطب من الأبوين أن يحضرا معهما في أول جلسة تسجيل صوتي لكلام طفلهم تظهر فيه تأتأته، وبالتالي يطلب المختص معلومات مختصرة عن قدرات الطفل البدنية واللغوية وتطور الإدراك لديه، وكذلك عن بيئة الطفل وعائلته، ولا يتم التطرق للتفاصيل إلا إذا رغب الأبوين ذلك (Australien Stuttering Centr, 2004).

يقوم أخصائي التخاطب في تحديد النسبة المئوية لمقاطع التأتأة لمعرفة شدة تأتأة لدى الطفل، فالتقييم في برنامج ليدكمب يعتبر عنصر مهما وبدوره ينقسم الى مرحلتين مهمتين في الكفالة الأطفونوية للطفل الذي يعاني من اضطراب التأتأة، فالمرحلة الأولى يتم فيها التعقيب على كلام الطفل وذلك بمساعدة كل من المختص بالتخاطب والوالدين، والمرحلة الثانية هي عبارة عن تحليل كلام الطفل، وتفسير النتائج المتحصل عليها من اجل الوصول الى نتائج النهائية ومعرفة نوع التأتأة لدى الطفل وشدها.

### 5- شروط برنامج ليدكمب:

من اجل تحقيق نجاح برنامج ليدكمب فهو يتمتع بشروط يجب مراعاتها ومن بينها:

#### - تخصيص برنامج ليدكمب بشكل فردي حسب احتياج الطفل:

يتولى أخصائي التخاطب وولي الأمر في هذه المرحلة في تعديل البرنامج على حساب بيئة الطفل وعائلته، ويقوم كل منهم باستعراض المشكلات التي تواجههم اثناء تنفيذ البرنامج، ويقترحان الحلول لها، للتأكد من أن البرنامج يطبق بشكل ممتاز وأن الطفل يستمتع به (نفس المرجع السابق، 2004).

#### - عمر الطفل:

عمر الطفل ومستواه اللغوي والعقلي، تحدد نوعية الأنشطة التي يمكن القيام بها أثناء المحادثات المرتبة كما أنها تحدد كذلك مدة هذه المحادثة، وكمثال على ذلك فالطفل الصغير جدا يناسبه أن تكون المحادثة عامة، بينما الطفل الأكبر قد يناسبه أن يتم استعراض صور أو رواية قصص وأحداث، بالإضافة لذلك فإن تقليل مدة المحادثة يناسب الأطفال الأصغر سنا، كذلك فإن عمر الطفل مهم في تحديد نوعية التعقيب اللفظي الذي يتلقاه، لأنه من الضروري أن يكون التعقيب على طلاقة الطفل مشجعا له، وأن يكون التعقيب على تأتأته لا يخرجه أو يزعه ويمكن للوالد استطلاع رأي الطفل عن نوعية التعقيب اللفظي الذي يفضل.

## -شدة التأتأة:

عندما تكون التأتأة شديدة، فعلى ولي الأمر ترتيب الأنشطة والمحادثات خلال البرنامج العلاجي تجعل الطفل يتكلم بأكبر قدر ممكن من الطلاقة، مع الالتزام بالقواعد والتي تنظم تعقيب ولي الأمر اللفظي، وأهم هذه القواعد أن يكون تعقيب ولي الأمر على طلاقة الطفل أكثر من تعقبه على تأتأته.

وللتوضيح أكثر فيمكن للوالد ترتيب محادثات بحيث تتطلب من الطفل أن يتكلم بجمل قصيرة يتأتى فيها قليلا في الغالب، ولعمل ذلك يمكن للوالد أن يستخدم صورا يطلب من الطفل تسميتها وبهذا تكون جملة قصيرة بدلا من أن يتكلم معه في محادثة مفتوحة تكون فيها الجمل أطول، ويحدث فيها تأتأة أكثر. ويمكن لاحقا وبعد أن يكون معظم كلام الطفل طلقا، أن يتكلم ولي الأمر معه في محادثة مفتوحة، ومن الممكن أيضا تغيير جدول الزيارات للعيادة في المرحلة الثانية ليناسب الطفل، وكمثال على ذلك يمكن للزيارات أن تقلل بشكل كبير إذ ظهر أن الطفل وفي مواقف مختلفة لا يتأتى أبدا، ولكن مع تقليل الزيارات لمثل هذا الطفل، فيجب أن تستمر وإن كانت متباعدة أكثر.

## 6 - السلوكيات الأساسية لبرنامج ليدكومب:

قد يكون من الصعب التعقيب على كلام الطفل، إذا كان من النوع الذي يتكلم كثيرا، ولتجاوز مثل هذا الأمر يتم ترتيب الأنشطة والمحادثات بشكل يكفل التغلب على مثل هذه المشكلة.

في حالات نادرة يكون الطفل متعاون، وفي هذه الحالة يتم التركيز على التفاعل مع الطفل وكسب وده و محادثته قبل البدء في عملية التعقيب (Lidcombe Programme of early intervention,2001).

**- طبيعة شخصية الطفل وولي أمره:**

تعقيب ولي الأمر على كلام الطفل يمكن إيقافه إذا كان الطفل من النوع الذي لا يحب جذب انتباه الآخرين لتأثيره، وبالمثل فولي الأمر الذي لا يفضل أن يتم جذب الإنتباه لكلام طفله يحتاج لتعليمات ومساعدة خاصة من أخصائي التخاطب.

**- الظروف العائلية:**

قد يحتاج الأبوين للمساعدة في إيجاد الوقت المناسب للعلاج إذا لديهم أطفال آخرين، أو كانا يعملان لساعات طويلة خارج المنزل.

**خلاصة:**

ما يمكن استخلاصه في هذا الفصل هو أن برامج ليدكمب من أكثر البرامج شهرة في الدول الغربية، فهو برنامج يحتوي على مرحلتين مهمتين وفي تطبيقه يشترك كل من ولي الأمر والمختص بالتخاطب، والهدف من هذا البرنامج هو التخفيف من شدة التأتأة.

الجانب التطبيقي

## الفصل الثالث: منهجية البحث

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- منهج البحث.

3- مكان وزمان اجراء البحث.

4- عينة البحث.

5- خصائص عينة البحث.

6- أدوات ووسائل البحث.

7- كيفية تطبيق البرنامج.

خلاصة

**تمهيد:**

انطلاقاً من الجانب النظري الذي تم فيه تحديد منهجية البحث وفرضياته، ستتطرق الآن إلى الدراسة الاستطلاعية التي تعتبر جزءاً هاماً من البحث العلمي، إذ تسمح بنفي أو تثبيت الفرضية المقترحة في الجانب النظري، وذلك عن طريق تقديم عينة البحث، الأهداف المسطرة، والأدوات المستعملة في الدراسة لجمع المعلومات، وختماً هذا الفصل بجانب آخر من الدراسة الاستطلاعية، الذي تم فيه عرض وتحليل النتائج.

**1- الدراسة الاستطلاعية:**

إن الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة في البحث العلمي لارتباطها بالميدان، ومنها ينطلق كل باحث قبل الاستقرار في خطوة البحث وتنفيذها بشكل كامل. فهي توفر الوقت والجهد قبل الشروع في اتخاذ القرار النهائي (غانم، 2003).

ونظراً لأهمية هذه الخطوة في البحث، قمنا بالإجراءات والخطوات التالية:

لجأنا إلى الميدان من أجل تحقيق هذا الهدف في إطار تحضير مذكرتنا هذه، والتي تحمل عنوان فعالية البرنامج العلاجي ليدكمب لدى الأطفال المتأثتين. ارتأينا أن نختار العيادة الخاصة بالمختصة الأروطفونية، التي تتوفر على حالات موضوع الدراسة.

**2- منهج البحث:**

استخدمنا في الدراسة الحالية المنهج شبه تجريبي، وذلك من خلال تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، حيث تم تطبيق برنامج ليدكمب لعلاج التأثأة عند أفراد المجموعة التجريبية، وبعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج تم تطبيق مقياس شدة التأثأة (SR) لدى أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، وتم إجراء المقارنات البعدية باستخدام مقياس القبلي والبعدية، للكشف عن فعالية برنامج ليدكمب، في علاج حالات التأثأة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

**3-مكان وزمان إجراء البحث:**

تم إجراء دراستنا هذه والمتعلقة بالتأتأة على مستوى عيادة خاصة، وهي عيادة متخصصة في اضطرابات الصوت والنطق والكلام، أما عن مكان تواجدها فهي تقع في ولاية تيزي- وزو. وتضمن مختصتين أرتفونيتين، وكذا مختصة نفسية تحتوى على غرفة للفحص، غرفة للعلاج الجماعي، وقاعة للاستقبال، تم فتح هذه العيادة في موسم (2012-2013)، يعالج على مستواها عدة اضطرابات، هي الحبسة، الاضطرابات الصوتية، التأخر المدرسي، التأتأة، عسر الحساب والقراءة، اضطراب النطق، تأخر الكلام تأخر اللغة، مع موافقت عمل من 8:00 الى 12:00 ومن 14:00 الى 18:00 وقد بدأنا عملنا هذا، في أواخر شهر فيفري الى بداية شهر جوان 2019.

**4-عينة البحث:**

تعتبر العينة مجموعة جزئية من مجتمع البحث، وممثلة لعناصر المجتمع الأصلي، وقد تم اختيارنا لعينة البحث، بعد توجيه من المختصة الأرتفونية، وراعينا تطبيق برنامج ليديكمب على شريحة من الأطفال، التي يتراوح عددهم الى 14 حالة، ومعظمها ذكور وتتراوح الفئة العمرية لديهم ما بين 3 الى 5 سنوات، ولقد طبقنا في بحثنا هذا على 7 برنامج ليديكمب، و 7 حالات أخرى برنامج علاجي آخر عبارة عن تمارين، من أجل أن يحتوي بحثنا هذا على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

5- خصائص العينة:

الجدول (1): يمثل خصائص العينة لأفراد المجموعة التجريبية.

نوع التأتأة	المستوى الدراسي	الرتبة في العائلة	عمر الحالة	الجنس	الحالات
التأتأة الإختلاجية	سنة اولى تحضيري	الأول في العائلة	5 سنوات	ذكر	ر.أ
التأتأة الإختلاجية	سنة اولى تحضيري	الثالث في العائلة	5 سنوات	ذكر	ت.د
التأتأة المزدوجة القرارية	لا يدرس	الثاني في العائلة	3 سنوات	ذكر	أ.أ
التأتأة المزدوجة القرارية	سنة اولى تحضيري	الثالث في العائلة	5 سنوات	ذكر	ب.أ
التأتأة الإختلاجية	سنة اولى تحضيري	الأول في العائلة	5 سنوات	ذكر	ج.ز
التأتأة المزدوجة القرارية	لا يدرس	الثاني في العائلة	3 سنوات	ذكر	م.أ
التأتأة الإختلاجية	لا يدرس	الرابع في العائلة	3 سنوات	ذكر	ز.ر

الجدول(2): يمثل خصائص العينة لأفراد المجموعة الضابطة.

الحالات	الجنس	العمر	الرتبة في العائلة	المستوى الدراسي	نوع التأتأة
ن.ر	ذكر	4 سنوات	الثاني في العائلة	يدرس في الحضانه	التأتأة الإختلاجية
ح.ر	ذكر	5 سنوات	الثاني في العائلة	سنة اولي تحضيري	التأتأة الإختلاجية القرارية
ب.إ	ذكر	3 سنوات	الثالث في العائلة	لا يدرس	التأتأة الإختلاجية
م.أ	ذكر	3 سنوات	الأول في العائلة	لا يدرس	التأتأة الإختلاجية
أ.ب	ذكر	5 سنوات	الثالث في العائلة	سنة اولي تحضيري	التأتأة المزدوجة القرارية
أ.ك	ذكر	5 سنوات	الثاني في العائلة	سنة اولي تحضيري	التأتأة المزدوجة القرارية
أ.ز	ذكر	4 سنوات	الأول في العائلة	يدرس في الحضانه	التأتأة الإختلاجية

الجدول (3): يوضح توزيع أفراد عينة البحث على متغيرات البحث.

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		الفئة العمرية
انثى	ذكر	انثى	ذكر	
0	7	0	7	من 3-5

#### 6- أدوات ووسائل البحث:

يسعى كل باحث الى جمع المعلومات من الميدان، ولا يسع له ذلك إلا باستخدام مجموعة من الأدوات التي تمكنه من الحصول على معلومات، وبيانات حول موضوع البحث، وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على برنامج ليدكمب، الذي يحتوي على مقياس لشدة التأتأة نسبة الحدة (Severity Rating).

#### أ- برنامج ليدكمب:

هو علاج للأطفال الصغار الذين يتكلمون بالتأتأة، وقد تم تطويره منذ منتصف الثمانينات، في جامعة سيدني في ليدكمب. في وحدة التأتأة في خدمات بنكستاون الصحية ليدكمب، وبنكستاون هما ضاحيتان متجاورتان في سيدني، أستراليا. وقد تم بحث البرنامج علميا في أستراليا، كندا والمملكة المتحدة، وكانت نتائج البرنامج إيجابية جدا.

## 7- كيفية تطبيق البرنامج

## الباب الأول:

1-المرحلة الأولى: يحضر فيها ولي الأمر وطفله للعيادة مرة واحدة أسبوعياً، ويقوم ولي الأمر بتنفيذ البرنامج يوميا في المنزل، وعندما تصل تأتأة الطفل الى مرحلة منخفضة جدا، عندها يبدأ في :

- حضور الطفل وولي الأمر مرة في الأسبوع الى العيادة.
- الإجراءات التي يتم حدوثها في الجلسة العلاجية:
- قياس النسبة المئوية للمتأتى في المقاطع عند المحادثة.
- مراجعة الأخصائي تقييم ولي الأمر لشدة تلعثم الطفل ومناقشة النتائج
- يقدم ولي الأمر نتيجة تقييمه للشدة التي عملها يوميا مع طفله خلال الأسبوع السابق للجلسة، ووضع الأخصائي هذه المعلومات في الجدول المخصص مع نتيجة قياس (%).
- مقارنة التقييم لشدة التأتأة في الأسبوع وأثناء الجلسة.
- تستخدم نتيجتي قياس (%) في المقاطع وشدة التأتأة كمحور نقاش.
- يذكر الولي ما حدث أثناء العلاج خلال الأسبوع السابق.
- يناقش الأخصائي وولي الأمر بتفصيل الطرق العلاجية المستخدمة في الأسبوع السابق.
- يناقش ولي الأخصائي وولي الأمر التعديلات خلال الأسبوع المقبل.
- يقوم بتوجيه ولي الأمر بطريقة التعقيب في كلام الطفل في محادثة غير مرئية في أوقات مختلفة.

## 2 -المرحلة الثانية: مرحلة المحافظة على التحسن.

- هنا يستمر ولي الأمر بتنفيذ البرنامج، ولكن بشكل أقل من المرحلة الأول، بحيث يتم ب:
- يقلل ولي الأمر التعقيب اللفظي تدريجيا.

- يقلل عدد الزيارات للعيادة، بشرط استمرار التأتأة المنخفضة.
- استخدام نمط كلام البطيء.
- لا يطلب من الأبوين تغيير أشياء في بيئة الطفل بهدف تسهيل الطلاقة.
- يتم إرشاد الوالدين لتغيير بعض عاداتهم في تعاملهم مع الطفل.

### الباب الثاني:

#### -الإجراءات الرئيسية:

- تعليقات الأبوين الشفهية على كلام الطفل أثناء فترة العلاج، أين يقوم ولي الأمر بالتعقيب على كلام الطفل بطلاقة (بدون تأتأة) وكذلك عندما يتأتى، عندما يتكلم الطفل بطلاقة على ولي الأمر:

- تشجيع الطفل بشكل عام مثل: "كنت رائعاً".

- مدح الطفل على طلاقته مثل: "كان هذا جيداً، رائعاً" قلت ذلك بسهولة.

- الطلب من الطفل أن يقيم كلامه مثل: هل كان هذا سهلاً؟ هل أحسست أن كلامك كان سهلاً؟

وعند حدوث تأتأة واضحة يمكن للوالد:

- تنبيه الطفل على وجود مشكلة في كلامه.

- يطلب من الطفل إعادة ما قاله أو تصحيح استجابته.

- التعقيب من ولي الأمر على كلام الطفل يكون مباشرة بعد كلام الطفل (سواء التكلم بطلاقة أو يتأتى).

- على ولي الأمر تنبيه الطفل عند التأتأة برفق، مستعملاً صوته الطبيعي وبنغمة عادية.

- يتشاور الاخصائي مع ولي الطفل على تحديد كمية التعقيب مقارنة بكمية على التأتأة

## جدول (4): يتمثل في تفسر برنامج ليدكمب.

الكلام بطلاقة:	التأتأة الواضحة:	كلام الطفل:
- امدح كلامه.	- أطلب أن يصحح ما قاله.	تعقيب ولي الأمر
- اظهر أنك انتبهت لطلاقاته.	- اظهر أنك انتبهت لتلعثمه	
- أطلب منه تقييم.		

## ثانيا: قياس التأتأة.

يقوم الأخصائي بقياس النسبة المئوية للتأتأة في مقاطع الكلام (SS%) في بداية كل زيارة للعيادة باستخدام جهاز مخصص لهذا الغرض وايضا يقوم بتطبيق مقياس لشدة التأتأة الذي يسمى نسبة الحدة (SR) Severity Rating

- هذا القياس يطبق على عينة كلامية من حديث الطفل (300 مقطع) أو تكون مدة الكلام معه عشر دقائق وقد تم انشائه من طرف المركز الأسترالي لعلاج التأتأة
  - كما يجب على الوالد قياس شدة التأتأة كل يوم.
- مقياس مكوّن من عشر درجات:

1- لا يوجد تأتأة.

2- توجد تأتأة خفيفة جدا.

10- تأتأة شديدة جدا.

يكون العلاج في المنزل ويقوم الاخصائي وولي الأمر بقياس وتقييم الدرجات

**ثالثا: الزيارات الأسبوعية للعيادة:**

مرة أسبوعيا في المرحلة الأولى لمدة تكون ما بين 45 دقيقة الى الساعة

**رابعا: العلاج في محادثات مرتبة وغير مرتبة.**

- يكون العلاج في المنزل وفي بيئة الطفل اليومية.
- تعقيب لفظي للوالد على كلام الطفل أثناء المحادثة.
- خلال المحادثات يتم تنظيم ولي الأمر لحوار مع الطفل لضمان حدوث التأتأة بشكل أقل.
- **المحادثة المرتبة:**
- يجب أن تحدث مرة واحدة يوميا أو أكثر أحيانا.
- العلاج يكون تلقائي بين ولي الأمر والطفل خلال اليوم.

**خامسا: المحافظة على النتائج.**

- عند الوصول الى المستوى منخفض من التأتأة يجب الانتقال الى المرحلة الثانية، هدفها المحافظة على المستوى المنخفض.

**الباب الثالث: الطرق المستخدمة في البرنامج:**

**التقييم:** إذا رفض الطفل الكلام في العيادة أو تكلم لكن لم يتأتى في كلامه، يطلب من الأولياء إحضار تسجيل صوتي.

- 1- الحصول على المعلومات من الاولياء
- 2- طلب معلومات مختصرة لقدرات الطفل البدنية، اللغوية... (الميزانية).
- 3- تحديد النسبة المئوية لتأتأة.
- 4- تحديد إذ كانت هناك تأتأة لدى الطفل.
- 5- شرح الاضطراب للأولياء.
- 6- شرح البرنامج للأولياء وتوضيح دورهم في تنفيذ البرنامج.
- 7- تقدير الاخصائي مع ولي الامر عند بدأ القيام بالبرنامج أو الانتظار.

### الباب الرابع:

تخصيص البرنامج بشكل فردي حسب احتياج الطفل.

بعض الأمثلة لتعديل البرنامج ليناسب الطفل وعائلته:

- عمر الطفل:

-الطفل الكبير: استعراض الصور، القصص، أحداث.

-الطفل الصغير: تقليل مدة المحادثة.

- شدة التأناة:

- التأناة الشديدة: على ولي الأمر ترتيب أنشطة ومحادثات خلال البرنامج مع الالتزام

بالقواعد التي ذكرت في (الباب الثاني)

-التعقيب على الطلاقة أكثر من التأناة.

- السلوكيات الأساسية :

- ترتيب الأنشطة والمحادثات بشكل يكفل التغلب على مشكلة الكلام الكثير (الثرثرة).

- طبيعة شخصية الطفل وولي الأمر:

تعقيب ولي الأمر على كلام الطفل، إيقافه إذ كان الطفل من النوع الذي لا يجب جذب انتباه

الأخرين لتأنيته وبالمثل فولي الأمر الذي لا يفضل أن يتم جذب الانتباه لكلام طفله يحتاج

الى تعليمات ومساعدة خاصة من الأخصائي.

- الظروف العائلية: قد يحتاج الأبوين الى المساعدة في إيجاد الوقت المناسب للعلاج عند

الضرورة. بالإضافة الى أدوات أخرى التي تتمثل في:

-الهاتف النقال الذي استخدمناه كوسيلة لتسجيل صوت الحالات.

-أدوات الإحصاء المستعملة:

اختبار مان ويتي (Mann-Whitney).

اختبار ويل ككسون (Wilcoxon).

**خلاصة:**

من كل هذا نستخلص أن المنهجية الجيدة هي الأساس الذي يقوم عليه أي بحث علمي، مهما كان نوعه، فيجب دائما أخذها بعين الاعتبار عند إجراء البحث. سوف نقوم بعرض النتائج المتحصل عليها في الفصل التالي.

## الفصل الرابع: عرض وتحليل النتائج

تمهيد:

1- عرض وتحليل النتائج.

2- مناقشة النتائج.

3- الاستنتاج العام.

خاتمة

## 1- عرض وتحليل النتائج

تمهيد:

سنحاول في هذا الفصل التطرق للقراءة الإحصائية التحليلية لنتائج الدراسة، وذلك بعد معالجة مقارنة Spss لقياس الفروق محافظ بين ذلك على تسلسل فرضياتها.

الجدول(5): يمثل الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

	N	Minimu m	Maximu m	Somme	Moyen ne	Ecart type
evaluation bégaiment premier mois	14	50	83	925	66,07	12,964
evaluation bégaiment dexieme mois	14	40	80	786	56,14	15,261
evaluation bégaiment troisieme mois	14	30	80	693	49,50	15,654
N valide (liste)	14					

يتضح من خلال الجدول(5) الذي يتمثل في الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، تبين في الجدول أن تقييم التأثأة لشهر الأول أن أصغر قيمة تقدر ب50، وأكبر قيمة تقدر ب83، وبمجموع يقدر ب925، وبالتالي فمتوسطه يقدر ب66,07، بينما انحرافه المعياري يقدر ب12,96، أما بالنسبة للشهر الثاني فإن أصغر قيمة تقدر ب40، وأكبر قيمة تقدر ب80، وبمجموع يقدر ب786، وأما بالنسبة لمتوسطه فهو يقدر ب56,14، وأما انحرافه المعياري فيقدر ب15,2، أما بالنسبة للشهر

الثالث فإن أصغر قيمة تقدر ب30، بينما أكبر قيمة تقدر ب80، وبمجموع يقدر ب693، وبالنسبة لمتوسطه فهو يقدر ب49,50، وأما انحرافه المعياري فهو يقدر ب15,65.

الجدول(6): يمثل التوزيع الطبيعي لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
	evaluation bégaïment premier mois	.216	14	.076	.857	14
evaluation bégaïment dexeime mois	.212	14	.088	.868	14	.039
evaluation bégaïment troisieme mois	.228	14	.047	.914	14	.178

من خلال اختبار التوزيع الطبيعي Kolmogorov - Smirnov، يتبين أن قيمة الدلالة الإحصائية لهذا الاختبار فيما يخص تقييم التأتأة للشهر الأول تقدر ب0,076، أما بالنسبة للشهر الثاني فهي تقدر ب0,088، وفي كلتا الحالتين نلاحظ أنها أكبر من مستوى الدلالة في 0,05، وبالتالي قد يتم رفض الفرضية الصفرية القائلة لا يتبع للتوزيع الطبيعي أي لا يوجد اختلاف في توزيع المتغيرات، وبالتالي قبول الفرضية البديلة القائلة أن المتغيرات تتبع للتوزيع الطبيعي، بينما قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار في تقييم التأتأة للشهر الثالث تقدر ب0,04، وبالتالي نستنتج أنه يتم قبول الفرضية القائلة المتغيرات لا تتبع للتوزيع الطبيعي.

أما فيما يخص اختبار Shapiro- Wilk لتقييم التأتأة، نلاحظ أن قيمة الدلالة الإحصائية للشهرين الأول والثاني تقدر ب 0,02 و 0,03 على التوالي، وهي أصغر من 0,05، مما نستنتج أنه يتم قبول الفرضية القائلة المتغيرات لا تتبع للتوزيع الطبيعي، بينما في الشهر الثالث تقدر قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار ب0,17، وهي أكبر من 0,05، ومن هنا يتم قبول الفرضية القائلة المتغيرات تتبع للتوزيع الطبيعي، ونستنتج أن من خلال قيم اختبار التوزيع الطبيعي للمتغيرات "Kolmogorov -Smirnov" و "Shapiro- Wilk"، أن شرط هذا التوزيع غير محقق في بعض المتغيرات، مما لا يسمح لنا بالاعتماد على نتائج اختبار (T)، كونه أحد شروط هذا الاختبار التي يطلب تحقيقها، بينما يمكن الاعتماد على نتائج مان ويتي ويل ككسون، التي لا تعتمد على معايير معينة، كونها تعتبر اختبارات لا معلمية.

الجدول (7) يمثل متوسط الرتب لتقييم التأتأة لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

	Groupe	N	Rang moyen :	Somme des rangs
evaluation bégaiment premier mois	groupe contrôle	7	8,07	56,50
	groupe expérimentale	7	6,93	48,50
	Total	14		
evaluation bégaiment dexieme mois	groupe contrôle	7	9,21	64,50
	groupe expérimentale	7	5,79	40,50
	Total	14		
evaluation bégaiment troisieme mois	groupe contrôle	7	11,00	77,00
	groupe expérimentale	7	4,00	28,00
	Total	14		

حسب ما يتبين في الجدول الإحصائي لمتوسط الرتب بالنسبة لتقييم التأأة للمجموعة الضابطة في الشهر الأول يقدر ب 8,07، وبمجموع يقدر 56,50 للحالات السبعة، أما بالنسبة لمتوسط الرتب للمجموعة التجريبية، فهو يقدر ب6,93، وبمجموع 48,50 للحالات السبعة، أما الشهر الثاني يقدر متوسط الرتب للمجموعة الضابطة لتقييم التأأة ب9,21، وبمجموع 64,50، وفيما يخص المجموعة التجريبية فمتوسط الرتب فيقدر ب5,79، وبمجموع يقدر ب 40,50.

وبالنسبة للشهر الثالث، فيصل متوسط الرتب في المجموعة الضابطة لتقييم التأأة ب11، وبمجموع 77، وفيما يخص المجموعة التجريبية، فيقدر متوسط الرتب لديها ب4، وبمجموع 28.

جدول(8): يمثل نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة

التجريبية والضابطة.

	evaluation bégaiment premier mois	evaluation bégaiment dexieme mois	evaluation bégaiment troisieme mois
U de Mann-Whitney	20,500	12,500	,000
W de Wilcoxon	48,500	40,500	28,000
Z	-,524	-1,575	-3,205
Sig. asymptotique (bilatérale)	,600	,115	,001
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,620 <sup>b</sup>	,128 <sup>b</sup>	,001 <sup>b</sup>

كما يتضح من الجدول(8)، الذي يتمثل في الجدول الإحصائي لمان ويتني، نلاحظ أن قيمة اختبار Z تقدر ب(-0,52) بالنسبة لتقييم التأأة في الشهر الأول، في حين تقدر الدلالة الإحصائية 0,6، وفي الشهر الثاني يقدر تقييم التأأة ب(-1,57)، بدلالة احصائية

تبلغ 0,011، أما فيما يخص قيمة الاختبار في الشهر الثالث تقدر ب(3,20-)، بدلالة احصائية ب0,001، ومن هنا نستنتج أن الدلالة الإحصائية لاختبار Z في الشهر الأول 0,6 أكبر من 0,05، ومن هنا نستخلص أنه تقبل الفرضية الصفرية التي تقول أن لا توجد فروق دالة احصائياً، بينما تقدر الدلالة الإحصائية لاختبار Z في الشهر الثالث ب0,001، أصغر من 0,05، ومن هنا نستخلص رفض الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق دالة احصائياً في متوسط الرتب لمان وبتتي، ومن هنا نستنتج أن هناك فعالية للبرنامج بداية من الشهر الثالث.

**الجدول(9): يمثل متوسط الرتب لتقييم التأتأة لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة**

		N	Rang moyen :	Somme des rangs
évaluation bégaiment dixieme mois - évaluation bégaiment premier mois	Rangs négatifs Rangs positifs Ex aequo Total	12 <sup>a</sup> 2 <sup>b</sup> 0 <sup>c</sup> 14	7,29 8,75	87,50 17,50
évaluation bégaiment troisieme mois - évaluation bégaiment dixieme mois	Rangs négatifs Rangs positifs Ex aequo Total	9 <sup>d</sup> 3 <sup>e</sup> 2 <sup>f</sup> 14	6,33 7,00	57,00 21,00
évaluation bégaiment troisieme mois - évaluation bégaiment premier mois	Rangs négatifs Rangs positifs Ex aequo Total	11 <sup>g</sup> 3 <sup>h</sup> 0 <sup>i</sup> 14	8,50 3,83	93,50 11,50

من خلال الجدول (9) يوضح تقييم التأتأة في الأشهر الثلاث، وذلك في المجموعة التجريبية والضابطة، فنلاحظ أن تقييم التأتأة ما بين الشهر الأول والشهر الثاني، أن أصغر قيمة هي 7,29، وبمجموع يقدر بـ 87,50، وأما أكبر قيمة فتبلغ 8,75، بمجموع 17,50، وأما فيما يخص تقييم التأتأة ما بين الشهر الثاني والشهر الثالث، فإن تقدر أصغر قيمة بـ 6,33، وبمجموع يقدر بـ 57، وأما عن أكبر قيمة فهي تقدر بـ 7، بمجموع يقدر بـ 21، وفي الأخير تقييم التأتأة ما بين الشهر الأول والشهر الثالث، فيتضح في الجدول أن أصغر قيمة تتمثل في 3,83، بمجموع يقدر بـ 11,50، وأكبر قيمة تكمن في 8,50، بمجموع يقدر بـ 93,50.

الجدول (10): يمثل نتائج اختبار ويل كسون لدلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

	evaluation bégaiment dexeime mois - evaluation bégaiment premier mois	evaluation bégaiment troisieme mois - evaluation bégaiment dexeime mois	evaluation bégaiment troisieme mois - evaluation bégaiment premier mois
Z	-2,217 <sup>b</sup>	-1,434 <sup>b</sup>	-2,600 <sup>b</sup>
Sig. asymptotique (bilatérale)	,027	,151	,009

يتضح من خلال الجدول (10) نتائج اختبار ويل كسون، نلاحظ أن قيمة اختبار Z في الشهر الأول قد بلغت (-2,21)، بينما تقدر قيمة الدلالة الإحصائية بـ 0,027، وفي الشهر الثاني نجد أن تقييم التأتأة تقدر فيها قيمة اختبار Z بـ (-1,43)، وبدلالة إحصائية

تقدر بـ 0,15، وبالتالي نستنتج أن قيمة الدلالة الإحصائية لاختبار Z للتقييم التأتأة بين الشهر الأول والشهر الثاني تقدر بـ 0,027، أصغر من 0,05، مما يدل أن نرفض الفرضية الصفرية القائلة عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الشهر الأول والشهر الثاني، وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق ذات فروق دالة احصائيا لتقييم التأتأة بين الشهر الأول والشهر الثاني، بينما يبين اختبار Z في تقييم التأتأة في الشهر الأول والثالث بقيمة (-2,60)، وبدالة احصائية تقدر بـ 0,009، وبذلك نستخلص أن هذه القيمة أصغر من 0,05، ومنها نستنتج أن يمكن رفض الفرضية الصفرية القائلة عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الشهر الأول والثالث، وقبول الفرضية البديلة القائلة أن هناك فروق دالة احصائيا.

## 2- مناقشة النتائج:

## 1- مناقشة الفرضيات الجزئية:

## 1-1- نتائج الفرضية الأولى:

أبدت نتائج التحليل الإحصائي فعالية البرنامج العلاجي ليدكلمب في خفض شدة التأتأة لدى أفراد المجموعة التجريبية، فلقد اتضحت فعالية البرنامج خاصة في بداية الشهر الثالث، من خلال وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في شدة التأتأة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. ولتحقق من صحة الفرضيات استخدمنا اختبار مان ويتي، بحيث نلاحظ أن قيمة Z لهذا الاختبار في الشهر الأول تقدر (-0,52) بدلالة احصائية تقدر ب0,6، وأما فيما يخص قيمة الاختبار في الشهر الثاني تقدر ب(-1,57) بدلالة احصائية تقدر ب0,011، وبالنسبة لقيمة الاختبار في الشهر الثالث فهي تقدر ب (-3,20) بدلالة احصائية تقدر ب0,001، ومن هنا نستنتج قبول الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق دالة احصائيا، ونرفض الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق دالة احصائيا في متوسط الرتب لمان ويتي، فإذا يبين متوسط الرتب لمان ويتي بالنسبة للشهر الأول والشهر الثاني نفس الشيء، أين كانت قيمة الدلالة الإحصائية 0,011 أكبر من 0,05، بينما فيما يخص قيمة Z في الشهر الثالث تقدر ب 0,001 أصغر من 0,05، ومن هنا نستنتج رفض الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق دالة احصائيا، وقبول الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق دالة احصائيا في متوسط الرتب لمان ويتي ومن هنا اتضحت فعالية البرنامج من خلال وجود فروق دالة احصائيا بين رتب متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، مما يؤكد على فعالية البرنامج العلاجي المقترح، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة العديد من الدراسات السابقة، مثل دراسة (Ingham Roger, 1982)، ودراسة (Wilson, 2009)، و (Block, 2005) إذا توصلت نتائج هذه الدراسات الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأتأة لصالح المجموعة التجريبية.

## 2-1- نتائج الفرضية الثانية:

من أجل التأكد من وجود فروق دالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية، ولتحقق من صحة هذه الفرضيات استخدمنا اختبار ويل ككسون، ومن خلال الجدول (6) تشير النتائج الإحصائية الخاصة بهذه الفرضية الى وجود فروق دالة احصائية وذلك لصالح المجموعة التجريبية، بحيث نجد أن قيم اختبار Z لويل ككسون بين الشهر الثاني والشهر الأول تقدر (-2,21) بدلالة احصائية تقدر ب0,02، وأما بالنسبة لقيمة الاختبار بين الشهر الثاني والشهر الثالث فهي تقدر ب(-1,43) بدلالة احصائية تقدر ب(0,015)، وفيما يخص قيمة الاختبار بين الشهر الثالث والشهر الأول فهي تقدر (-2,60) بدلالة احصائية تقدر ب 0,009، ومنها نستنتج قبول الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق دالة احصائية ورفض الفرضية البديلة التي تقول أن هناك فروق دالة احصائية، فإذا يبين متوسط الرتب لويل ككسون بالنسبة لتقييم التأتأة ما بين الشهر الثاني والأول، وما بين الشهر الثالث والثاني، نفس الشيء أين كانت قيمة الدلالة الإحصائية أكبر من 0,05، وفيما يخص قيمة الاختبار ما بين الشهر الثالث والأول تقدر ب 0,009 أصغر من 0,05، ومن هنا نستنتج رفض الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق ونقبل الفرضية البديلة التي تقول أن هناك فروق، ومن هنا نستخلص أن هناك فروق دالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك يتحقق ما جاء في الفرضية الثانية من فروض البحث، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع عدد من الدراسات السابقة كدراسة (Moren, 2002)، ونتائج الدراسة التي أجراها مركز أبحاث التأتأة الأسترالي (Australien Stutting Center, 2004)، و(دراسة ويسل، 2005)، حيث أشارت نتائج جميع هذه الدراسات الى وجود فروق دالة احصائية لصالح المجموعة التجريبية، ومن هنا نستنتج أن برنامج ليدكمب ذو فعالية وذلك في بداية الشهر الثالث.

## 2- نتائج الفرضية العامة:

من خلال النتائج الإحصائية المتحصل عليها من الجداول السابقة ظهر أن هناك فروق دالة احصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، بعد تطبيق البرنامج على عينة الدراسة، ولتحقق من صحة الفرضية استخدمنا اختبار مان ويتي و ويل ككسون حيث تشير نتائج الخاصة بهذه الفرضية الى وجود فروق دالة احصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، بحيث نجد أن نتائج قيم اختبار Z لكلا الاختبارين مان ويتي وويل ككسون بالنسبة للشهر الثالث جاءت أصغر من الدلالة الإحصائية 0,05، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة كالدراسة التي أجراها (مركز أبحاث التأتأة الأسترالي، 2004)، ودراسة (ويسل، 2005)، ودراسة (بلود، 2007)، بحيث أشارت نتائج جميع هذه الدراسات الى وجود فروق دالة احصائيا لصالح المجموعة التجريبية، وذلك في بداية الشهر الثالث ومن هنا نستنتج أن برنامج ليدكمب لديه فعالية.

## 3- الاستنتاج العام:

من خلال ما توصلنا اليه، وانطلاقاً من الدراسة الميدانية التي خضيناها مع الحالات، والإطار النظري، ومن خلال تطبيق برنامج ليدكمب على عينة بحثنا هذا، وذلك قصد تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأثأة، ومحاولة التخفيف من شدتها، بالإضافة الى المقابلة والملاحظة مع المفحوصين، وهذا من خلال استخدام طريقة منهجية مضبوطة تمثلت في المنهج الإكلينيكي الذي يعتمد على دراسة الحالة كوسيلة لجمع البيانات عن عينة الدراسة، بالإضافة الى الأدوات الإحصائية التي تتمثل في اختبار مان ويتي واختبار ويل ككسون، وذلك من أجل دراسة الفروق ما بين المجموعات ، واستناداً على الدراسات السابقة والمعارف النظرية، والنماذج المتوفرة لدينا، تم اثبات فرضيات البحث التي انطلقت منها الدراسة الحالية، والتي تتجلى في النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الإحصائية لعينة بحثنا، أي أن الفرضية العامة قد تحققت، وأن برنامج ليدكمب ذو فعالية، وتبين ذلك من خلال وجود فروق بين متوسط الرتب لصالح المجموعة التجريبية، ونفس الشيء بالنسبة للفرضيتين الجزئيتين فلقد تحققتا، كون أن النتائج متطابقة مع نتائج الفرضية العامة.

الخاتمة

## خاتمة:

يعد الكلام من المظاهر الأساسية التي تساهم في فشل أو انجاح الطفل في التواصل مع الآخرين، فالكلام تجسيد لأفكاره وآرائه باستحضار رصيده اللغوي، فهو بذلك من المهارات الأساسية التي تساعد الطفل على تنمية وتطوير قدرته التعبيرية والشفوية أثناء تواصله مع الآخرين، لهذا فأى اضطراب على مستوى هذه المهارة يؤدي الى اضطرابات الكلام كالتأتأة الذي يعتبر موضوع دراستنا هذه.

ومن خلال دراستنا هذه، والنتائج المتحصل عليها حول موضوع التأتأة، والتي تحمل عنوان فعالية برنامج ليدكمب لتخفيف من شدة التأتأة عند الأطفال، حيث شملت عينة بحثنا على 14 حالة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة، وهم ذكور، والتي قسمناها الى مجموعتين، التجريبية بها (7) حالات، والضابطة بها (7) حالات أخرى، والتي تتراوح أعمارهم ما بين 3 الى 5 سنوات، وقد تم تطبيق عليهم برنامج ليدكمب، وذلك قصد تشخيصهم من أجل الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي ليدكمب لتخفيف من شدة التأتأة، توصلنا الى نتيجة وهي أن برنامج ليدكمب ذو فعالية لتخفيف من شدة التأتأة عند الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، ولقياس شدة التأتأة لديهم قمنا باستخدام مقياس نسبة الحدة (SR) من أجل تقييم التأتأة لديهم.

ومن خلال الدراسة الإحصائية لعينة بحثنا، تبين أن الفرضية العامة قد تحققت وأن برنامج ليدكمب ذو فعالية، وذلك من خلال النتائج المتحصل عليها، والتي تقول أن هناك فروق دالة احصائيا بين متوسط الرتب، خاصة في الشهر الثالث لصالح المجموعة التجريبية، حيث كانت قيمة اختبار Z لمان ويتي 0,001، أصغر من مستوى الدلالة 0,05، وبالنسبة لقيم اختبار Z لويل ككسون حيث تقدر ب0,009، أصغر من مستوى الدلالة 0,05، ومن هنا نستنتج رفض الفرضية الصفرية التي تقول لا توجد فروق، وقبول الفرضية البديلة التي تقول توجد فروق دالة احصائيا في متوسط الرتب، وبالتالي نستنتج أيضا أن

الفرضيتين الجزئيتين قد تحققنا نوع ما، كون أن نتائج الفرضيتين متطابقة مع نتائج الفرضية العامة.

ولتحسين هذه الفئة، فيجب أن يكون هناك متابعة مستمرة من طرف جميع المحيطين بالطفل، من أولياء مختصين ومربين، لأنهم يمثلون العنصر الأساسي الذي يساعده من تطوير كل القدرات المعرفية بشتى أنواعها، ومساعدتهم على الاندماج الاجتماعي بطريقة عادية.

وهذه النتائج التي توصلنا قد لا تكون نهائية بل تعتبر نسبية، حيث نتمنى من الآخرين اجراء بحوث أخرى لمواصلة البحث في هذا المجال المفتوح قصد تحقيق نتائج أفضل. وفي ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من المقترحات التربوية، التي قد تستفيد منها الجهات المعنية وآباء الأطفال الذين يعانون من التأناة، والتي من شأنها أن تخفض من درجة التأناة لديهم، وتحسن مستوى الطلاقة اللفظية لديهم وذلك على النحو التالي:

- ضرورة الفحص المبكر والدوري للطفل وذلك من خلال اكثر الحديث مع أبنائهم من أجل اثرء مخزونهم اللغوي كي يتعودوا على النطق السليم وكذلك لكي لا تقتصر اجابتهم بنعم أم لا.
- توجيه وارشاد أسر الأطفال المصابين بالتأناة بالطريقة الصحيحة للتعامل معهم من خلال اعطاء وقت لازم للمتأئي.
- جعل وسائل الإعلام المختلفة تقوم بدور ايجابي حول ضرورة التكفل بهذه الفئة من الأطفال من خلال المقالات الروبورتاجات والأفلام الوثائقية.
- تقديم يد عون العلمي والعملية، من شأنه التنسيق بين مختلف التخصصات والقطاعات لتقاسم المسؤولية وتقديم الدعم والخدمات والارشادات لهؤلاء الأطفال وعائلاتهم.
- الاستفادة من البرنامج العلاجي المستخدم في البحث الحالي للتخفيف من شدة التأناة في المراكز والعيادات المتخصصة في علاج النطق واللغة.

- تعميم خدمات المختصين الأطفونيين
- اجراء مراجعات دورية على البرامج بهدف تطويرها وتوسيع العينة واستخدام معاملات احصائية أخرى تزيد في وثوقية الإعتماد على البرامج ونتائجه.
- وضع خطة علاجية تربوية يتم تطبيقها في المدارس المختلفة مع الحالات المتأثثة.
- توزيع نشرات توعية لأباء الأطفال المتأثثين وأمھاتهم يوضح من خلالها أعراض هذا الاضطراب والأثار النفسية التي يتركها على شخصية أطفالهم وارشادهم الى ضرورة عرض أبنائهم على الأطباء والمختصين في اضطرابات النطق والكلام لتقديم المساعدة اللازمة.
- العمل على خلق بيئة اتصال جيدة بتعزيز لحظات الطلاقة لدى الطفل المتأثث وتجاهل عدم الطلاقة لديه.

# قائمة المراجع

## • المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم، أسعد ميخائيل، علم الاضطرابات السلوكية، بيروت، 1977.
2. أبو الفخر، غسان وآخرون، التربية الخاصة بالطفل، سوريا، دمشق، منشورات جامعة دمشق، 2006.
3. اسماعيل العيسى، اللغة عند الطفل، ط4.
4. اسماعيل، العيسى، مدخل إلى الأرتوفونيا، ط3، دار النشر، الجزائر، 2005.
5. إلياس، عبد الفتاح، دراسة تقنية في اضطرابات النطق والكلام، أطروحة دكتوراه، جامعة عين شمس، 1988.
6. أمال، عبد السميع، باظة، اضطرابات التواصل وعلاجها، القاهرة، انجلو المصرية، 2003.
7. جين، نيكسون، مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية المعاصرة، 2000.
8. حمودة، صفاء، غازي أحمد، فاعلية أسلوب العلاج الجماعي بالسيكو دراما والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجاجة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، 1991.
9. حنفي، بن عيسى، محاضرات في علم النفس اللغوي، ديوان المطبوعات الجامعية المركزية، بن عكنون، الجزائر، 2004، ص 277.
10. حورية، باي، علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية، دولة الإمارات العربية المتحدة، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، 2000.
11. الخطيب، جمال والحديدي، المدخل إلى التربية الخاصة، الأردن، عمان، دار الفكر، 2009، ص 224.

12. راضية، بن عربية، نصيرة، شوال، مدخل إلى الأرتوفونيا علم اضطرابات اللغة والتواصل، ط1، قسنطينة، الجزائر، 2016.
13. زهران، حامد، علم نفس نمو والطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة، الطبعة الثانية، 1985.
14. السرطاوي، عبد العزيز، أبو جودة ووائل، اضطرابات اللغة والكلام، الرياض، السعودية، أكاديمية التربية الخاصة، 2000.
15. سعيد كمال، عبد الحميد، العزالي، اضطرابات النطق والكلام التشخيص والعلاج، ط2، عمان، الأردن، دار المسيرة والطباعة، 2014.
16. سهير، محمود أمين، اللججة أسبابها وعلاجها، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000.
17. سيرجيو، سابيني، تر، فوزي، عيسى، وعبد الفتاح، حسن، التربية اللغوية للطفل، ط2، القاهرة، 1991.
18. الشربيني، زكرياء، المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، مصر، القاهرة، 2010، ص203.
19. شقير، زينب محمود، الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملية لغير العاديين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2005.
20. طارق، زكي، سيكولوجية التلعثم في الكلام، ط1، مصر، 2009، ص48-49.
21. عبد الرحمن، عيسوى، العلاج النفسي، دار الفكر، الإسكندرية، 1979.
22. عبد الكريم، الخلابلة، اللبائدي، عفاف، تطور اللغة عند الطفل، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن، 1995.
23. عكاشة، أحمد، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، منظمة الصحة العالمية، الإسكندرية، 1999.
24. علي، محمد النوبي، مقياس اضطرابات اللغة اللفظية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2010، ص69.

25. فارس، خليل ياسر، اختصاصي معالجة النطق واللغة، مدير عام شركة البراءة للتجهيزات الطبية، 2014.
26. فرح عبد القادر، طه، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار النشر العربية، القاهرة، 1993.
27. فرح، الرزيقات وإبراهيم، عبد الله، اضطرابات الكلام واللغة، التشخيص والعلاج، دار الفكر، الأردن، عمان، 2005.
28. الفرماوي، حمدي على، اضطرابات التخاطب (الكلام\_النطق\_اللغة\_الصوت)، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2009.
29. فيصل محمد، خير الزراد، اللغة واضطرابات النطق والكلام، دار المريخ، الرياض، 1990.
30. فيصل، العفيف، اضطرابات النطق واللغة، تصميم وتنفيذ مكتبة الكتاب العربي، ص204.
31. قبار، إسماعيل، مناهج البحث في علم الاجتماع، ط1، منشأ المعارف، الإسكندرية، 2002.
32. كنساوي، هدى، الطفل تشتتته وحاجاته، فاعلية برنامج ارشادي للحد من صعوبات النطق والكلام، التأتأة والتلعثم، لد عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية، 1996.
33. ماهر محمد، عمر، الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، 1989.
34. محاسيس، صهيب، عيوب الكلام في التراث اللغوي العربي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة آل البيت، 2006.
35. محمد حسن، غانم، مناهج البحث في علم النفس، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، مصر، 2003، ص181.

36. محمد محمود، النحاس، مدخل وقائي وعلاجي جديد لاضطرابات النطق والكلام، لدى العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤتمر التربية الخاصة بجامعة نبها، مصر، 2007، ص161.
37. محمد، حوله، الأرتوفونيا علم اضطرابات اللغة، الكلام والصوت، ط2، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.
38. مريم، رجاء، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، سورية، 2006.
39. منى، توكل السيد، التتهة لدى الأطفال، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2008، ص94.
40. موسى محمد، عمايرة، ياسر سعيد، الناطور، مقدمة في اضطرابات التواصل، ط2، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2014.
41. هيثم، جادو، اللججة والتلثم عند الأطفال، مكتبة الملك فهد، الرياض، 2002.
42. يوسف، جمعة سيد، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.

• المراجع باللغة الأجنبية:

1. BOREL, Maissonny. Launay, CL, les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant, masson, PARIS, 1975.
3. BOUTON, le développement du langage aspect normaux et pathologique, masson, PARIS, 1979.
4. DENVILLE, C. le bégaiement, symptomalogie et traitement, edition masson, PARIS, 1980.
5. EVARD, R. My stammer doesn't have to define me, Adults learning, (2007), P19(4), U.S.A.
6. FRANÇOIS, LE HUCHE, la voix, masson, volume3, Sed; PARIS, 1984.
7. GINSBERG, A, P. Shame self-consciousness and Locus of control in people who stutter, journal of genetic psychology, 16(4), P230-231, (2000), Long island university.
8. GREGG, B. The relation between stuttering and phonological ability: A Longitudinal investigation: PH, D, thesis the graduate college, university of Illinois at urbana-champaign (2003).
9. KEHOE. T. nomiracle cures a multifactor guide to stuttering, therapy university college press,P43, 2006.
10. LIDCOMBE PROGRAMME of early stuttering intervention, australien stuttering recherche centre, (Web site: /www.usyd\_edu\_/asrc/ treatment manual.Html.)
11. INGHAM, ROGER. The effects of self-evaluation training on maintenance treatment journal of speech and hearing disorders, (1982), 47(3).
12. J-RONDALL, troubles du langage, diagnostique et reeducation, édition mardaga, BRUXELLE, 1982.

13. JEAN Adolphe, ROND Scavier, Savon, Les troubles du langage base théorique, diagnostique et rééducation, édition pierre mardage, Belgique, (2003).
14. LA DOUCEUR, Robert. Comprendre et maitrise le bégaiement chronique social, Les presses de l'université Laval, Paris, France, (1945).
15. N- ZELLAL, la terminologie orthophonique dans l'enseignement, universitaire algérien, Sed, ALGER, O.P.4, 1997.
16. N-ZELLAL, étude de cas, O.P.U, ALGER, 1997.
17. ONSLOW, M. BURNHAM, D. SARAH, w, psychological impact of the lidcombe programme of early stuttering intervention journal of langage and communication disorders, no l, 37, no1, pp31-40.
18. P-PIALLAUX, Le précis d'orthophonie, édition, Masson, Paris, P265, 1975.
19. PICHON, le bégaiement, sa nature et son traitement, édition, Masson, Paris, 1964.

الملاحق

الملحق رقم (1): تقييم التأتأة للمجموعتين

نتائج تقييم التأتأة			الحالة
الشهر الثالث	الشهر الثاني	الشهر الأول	
40%	40%	50%	ن.ر
30%	50%	66%	ح.ر
40%	60%	80%	ب.أ
33%	50%	66%	م.أ
40%	66%	80%	أ.ب
40%	40%	60%	أ.ك
30%	40%	50%	أ.ز

نتائج تقييم التأتأة			الحالة
الشهر الثالث	الشهر الثاني	الشهر الأول	
70	80 %	83%	ر.أ
60 %	80 %	50%	ت.د
60 %	70 %	60%	أ.أ
50%	60 %	70 %	ب.أ
60%	70 %	80 %	ج.ز
60%	40%	50 %	م.أ
60%	40%	80 %	ز.ر

## الملحق رقم (2): الجداول الإحصائية

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
evaluation bégaiment premier mois	.216	14	.076	.857	14	.028
evaluation bégaiment dexieme mois	.212	14	.088	.868	14	.039
evaluation bégaiment troisieme mois	.228	14	.047	.914	14	.178

	Groupe	N	Rang moyen :	Somme des rangs
evaluation bégaiment premier mois	groupe contrôle	7	8,07	56,50
	groupe expérimentale	7	6,93	48,50
	Total	14		
evaluation bégaiment dexieme mois	groupe contrôle	7	9,21	64,50
	groupe expérimentale	7	5,79	40,50
	Total	14		
evaluation bégaiment troisieme mois	groupe contrôle	7	11,00	77,00
	groupe expérimentale	7	4,00	28,00
	Total	14		

### Tests statistiques<sup>a</sup>

	evaluation bégaiment dexieme mois - evaluation bégaiment premier mois	evaluation bégaiment troisieme mois - evaluation bégaiment dexieme mois	evaluation bégaiment troisieme mois - evaluation bégaiment premier mois
U de Mann-Whitney	20,500	12,500	,000
W de Wilcoxon	48,500	40,500	28,000
Z	-,524	-1,575	-3,205
Sig. asymptotique (bilatérale)	,600	,115	,001
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,620 <sup>b</sup>	,128 <sup>b</sup>	,001 <sup>b</sup>

		N	Rang moyen :	Somme des rangs
évaluation bégaiment dixième mois - évaluation bégaiment premier mois	Rangs négatifs	12 <sup>a</sup>	7,29	87,50
	Rangs positifs	2 <sup>b</sup>	8,75	17,50
	Ex aequo	0 <sup>c</sup>		
	Total	14		
évaluation bégaiment troisième mois - évaluation bégaiment dixième mois	Rangs négatifs	9 <sup>d</sup>	6,33	57,00
	Rangs positifs	3 <sup>e</sup>	7,00	21,00
	Ex aequo	2 <sup>f</sup>		
	Total	14		
évaluation bégaiment troisième mois - évaluation bégaiment premier mois	Rangs négatifs	11 <sup>g</sup>	8,50	93,50
	Rangs positifs	3 <sup>h</sup>	3,83	11,50
	Ex aequo	0 <sup>i</sup>		
	Total	14		

a. évaluation bégaiment dixième mois < évaluation bégaiment premier mois

	évaluation bégaiment dixième mois - évaluation bégaiment premier mois	évaluation bégaiment troisième mois - évaluation bégaiment dixième mois	évaluation bégaiment troisième mois - évaluation bégaiment premier mois
Z	-2,217 <sup>b</sup>	-1,434 <sup>b</sup>	-2,600 <sup>b</sup>
Sig. asymptotique (bilatérale)	,027	,151	,009

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
groupe	14	1	2	1,50	,519
évaluation bégaiment premier mois	14	50	83	66,07	12,964
évaluation bégaiment dixième mois	14	40	80	56,14	15,261
évaluation bégaiment troisième mois	14	30	80	49,50	15,654
N valide (liste)	14				

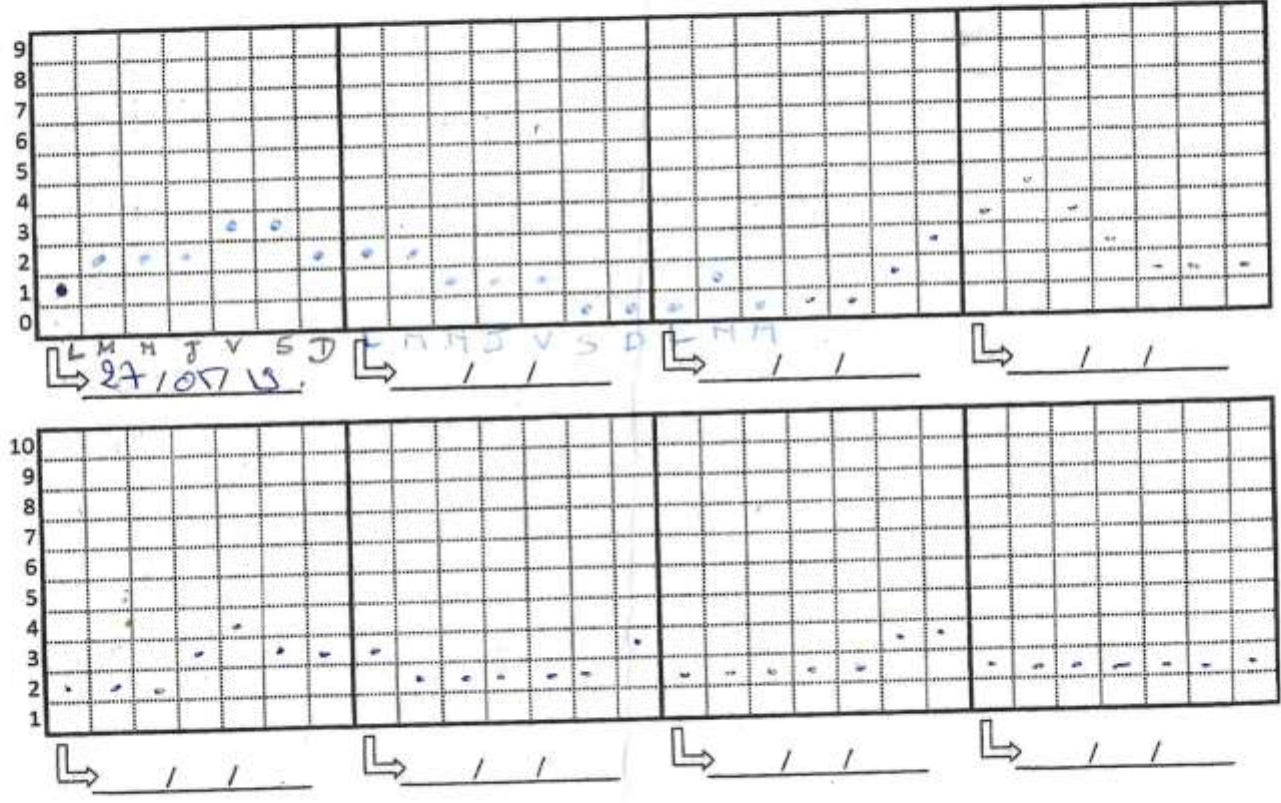
# الملحق رقم (3): شبكة تحليل التأتأة

## Echelle de sévérité

ES = 0 (aucun bégaiement)

ES = 9 (bégaiement extrêmement sévère)

Nom \_\_\_\_\_



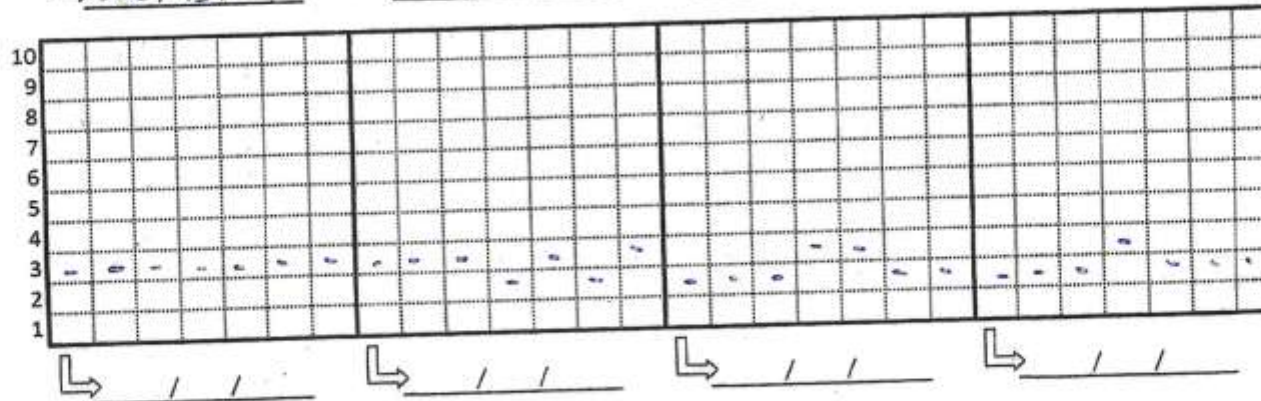
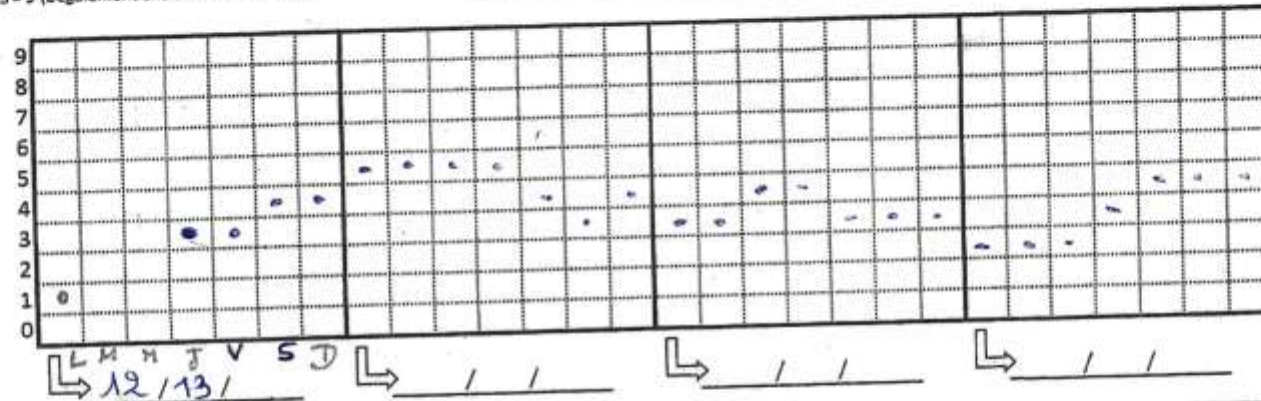
pire 9  
 très sévère 8  
 sévère 7  
 gêne 6  
 modéré 5  
 bégaié 4  
 léger 3  
 très léger 2  
 rien 1  
 0

### Echelle de sévérité

ES = 0 (aucun bégaiement)

ES = 9 (bégaiement extrêmement sévère)

Nom



pire 9  
 très sévère 8  
 sévère 7  
 6  
 gêné 5  
 modéré 4  
 bégaié 3  
 léger 2  
 très léger 1  
 Rien 0

### Echelle de sévérité

ES = 0 (aucun bégaiement)

ES = 9 (bégaiement extrêmement sévère)

Nom

