

فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين في الأردن

إعداد

عبد الله عبد المطلب الرعود

إشراف

الأستاذ الدكتور / أحمد أحمد عواد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراه فلسفة في التربية

(تخصص تربية خاصة)

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

كلية الدراسات التربوية العليا

نيسان ، ٢٠٠٨

التفويض

أنا عبد الله عبد المطلب الرعود، أفوض جامعة عمان العربية للدراسات
العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص
عند طلبها.

الإسم : عبد الله عبد المطلب الرعود

التوقيع:

التاريخ: ٢٠١٨/٥/٢٦

قرار لجنة المناقشة

نوقشت أطروحة الدكتوراه للطالب عبد الله عبد المطلب الرعود بتاريخ
2008/5/12 وعنوانها فعالية بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض مستوى القلق
وأثره في علاج اللعثة النطقية لدى الراشدين .

وقد أجازت بتاريخ : 2008 / 5 / 17

التوقيع

أعضاء المناقشة



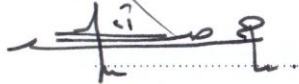
الأستاذ الدكتور ..صالح الداھري رئيساً



الأستاذ الدكتور ...أحمد عواد... . عضواً ومشرفاً



الأستاذ الدكتور...جميل الصماديعضواً



الدكتور محمد صالح الإمام عضواً بالترقيم

شكر وتقدير

أشكر الله تعالى الذى أجزل بعطائه، ومن علي بكرمه، وتفضل علي بما قدر وعلم، وأحمده الذى علم بالقلم فعلم الإنسان ما لم يعلم.

أتقدم بعظيم شكري وامتناني للأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد، الذى تفضل علي بوقته، وأفادني بعلمه، فكان مثلاً للمعلم الناجح، والأستاذ المتواضع، فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري للأساتذة الكرام أعضاء هيئة التدريس بجامعة عمان العربية للدراسات العليا، والأستاذ الدكتور فريد أبو زينة عميد البحث العلمي، والدكتور فتحى جروان رئيس قسم علم النفس والارشاد والتربية الخاصة، والأستاذ الدكتور صالح الداھرى، والدكتور محمد صالح، والأستاذ الدكتور نزيه حمدي بالجامعة الأردنية على ما قدموه لى من علم، ودعم طوال فترة تعلمي بالجامعة، وجزاهم الله عن طلابهم خير الجزاء.

كما أقدم خالص شكري وامتناني للأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة، كما وأشكر أخي الدكتور زيدان الخمايسة وكل الزملاء والأخصائيين بعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بعمان على دعمهم ومساعدتهم لى طوال فترة إنجاز هذه الأطروحة فجزاهم الله جميعاً عني خير الجزاء. وأتقدم بشكري لأفراد عينة الدراسة الحالية على مثابرتهم ومواظبتهم على حضور الجلسات للبرنامج العلاجي.

والشكر موصول إلى كل من ساعدني في إتمام هذا العمل العلمي وخروجه إلى حيز

النور. لكل هؤلاء شكري وتقديري ومحبتى.

الباحث

الإهداء

الى روح والدى

الى زوجتي الغالية

إلى أخواني

إلى أبنائي الأعزاء

الى كل أفراد عائلتي بعمان والطفيلة

الى كل العاملين بالخدمات الطبية الملكية

إلى كل محب للعلم

الى كل العاملين في مجال التربية الخاصة

الى وطنى الغالي الأردن

المحتويات

Contents

ل	((الملخص))
ن	Abstract
١	الفصل الأول : خلفية الدراسة وأهميتها
٢	مقدمة:
٦	مشكلة الدراسة:
٦	عناصر المشكلة:
٧	فرضيات الدراسة:
٧	أهمية الدراسة:
٨	التعريفات النظرية والإجرائية:
٩	محددات الدراسة:
١١	الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات ذات الصلة
١٢	الإطار النظري :
١٢	أولاً: التلعم.
٣٥	ثانياً: القلق النفسي.
٥٢	الدراسات ذات الصلة.
٥٢	أولاً: الدراسات العربية.
٥٤	ثانياً: الدراسات الاجنبية.
٦٠	تعقيب على الدراسات السابقة:
٦٣	الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات
٦٤	أفراد الدراسة:
٦٥	أدوات الدراسة:
٩١	إجراءات الدراسة:
٩٢	منهج الدراسة:
٩٣	متغيرات الدراسة:
٩٤	المعالجة الإحصائية:
٩٥	الفصل الرابع : نتائج الدراسة
٩٦	النتائج المتعلقة بالفرضية الاولى:

ز

١٠٥	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:
١٠٨	الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات
١١٥	التوصيات :
١١٧	المراجع
١١٧	المراجع العربية:
١٢١	المراجع الأجنبية:
١٢٦	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحات	عنوان الجدول	رقم الجدول
٩٧	- نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التعلثم في مجال التكرار.	١
٩٩	- نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التعلثم في مجال الوقفات.	٢
١٠١	- نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التعلثم في مجال المصاحبات الجسمية.	٣
١٠٣	- نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس شدة التعلثم	٤
١٠٥	- نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس حالة القلق بعد تطبيق البرنامج.	٥

قائمة الأشكال

الصفحات	محتوى الشكل	رقم الشكل
٩٨	- المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في مجال التكرار بعد البرنامج.	١
١٠٠	- المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في مجال الوقفات بعد البرنامج.	٢
١٠٢	- المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في مجال المصاحبات الجسمية بعد البرنامج.	٣
١٠٦	- المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق بعد البرنامج .	٤

قائمة الملاحق

رقم الملحق	محتوى الملحق	الصفحات
١	- مقياس شدة التلعثم.	١٢٦
٢	- درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس شدة التلعثم بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	١٣٢
٣	- درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التلعثم بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	١٣٣
٤	- درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق بعد البرنامج.	١٣٤
٥	- محتوى جلسات البرنامج العلاجي السلوكي.	١٣٥
٦	أسماء المحكمين على مقياس شدة التلعثم والبرنامج العلاجي	١٤١

فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين في الأردن

إعداد

عبد الله عبد المطالب الرعود

المشرف

الأستاذ الدكتور/ أحمد أحمد عواد

((الملخص))

هدفت الدراسة الى التعرف على فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى عينة من الراشدين في الأردن، وذلك في ضوء التوجهات العالمية لعلاج التلعثم وتحسين الطلاقة اللفظية، وبما يتناسب مع الواقع الأردني.

وتكونت عينة الدراسة من (٤٤) راشداً تم اختيارهم عشوائياً من المراجعين على عيادة النطق بمدينة الحسين الطبية ممن تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التلعثم ، وفقاً لأدائهم على اختبار شدة التلعثم، ومقياس مستوى القلق. وتم تقسيمهم عشوائياً الي مجموعتين إحداها تجريبية قوامها (٢١) فردا والأخرى ضابطة قوامها (٢٣) فردا. وطبق علي أفراد المجموعة التجريبية البرنامج العلاجي السلوكي لخفض مستوى القلق لدى الراشدين ذوي التلعثم، وذلك لمدة أربعة أسابيع وبواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، ويتكون البرنامج من جزأين، برنامج الاسترخاء، وبرنامج تعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية.

وقد أشارت المعالجة الإحصائية للبيانات عن النتائج التالية:

✚ وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلثم ومجالاته الفرعية (التكرار، الوقفات، والمصاحبات الجسمية)، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

✚ وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مستوى القلق تعزى إلى البرنامج العلاجي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات التربوية للجهات المعنية وأسر الأفراد الذين يعانون من التلثم في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، بالإضافة الى اقتراح بعض الدراسات في المجال .

Abstract
Effectiveness of Behavioral Therapy
Program to Reduce Severe Stuttering and
Anxiety Level among Adults in Jordan

Prepared by

Abdullah Abdelmutaleb Al Roud

Supervised by

Prof. Dr. Ahmed Ahmed Awaad

The current study aimed at identifying the effectiveness of behavioral therapy program to reduce severe stuttering and anxiety level among adults in Jordan, in light of global trends for the treatment of stuttering and improving behavior verbal fluency, and in line with the reality of Jordan.

The study sample consisted of (44) adults who were selected at random from visitors to the Speech Clinic of Al Hussein Medical Center. They have been diagnosed as suffering from stuttering, according to the severity of their performance on the test stuttering, and measurement of the level of anxiety. The sample was divided randomly into two groups, one experimental group (21) adults and the other control group (23) adults. The individuals of the experimental group received behavior therapy program to reduce the level of anxiety among adults with stuttering, for a period of four weeks, three meetings a week.

The program consisted of two parts, the relaxation program and the program to modify the behavior and the formation of the stuttering verbal fluency.

The resulting statistical treatment of data revealed the following: The existence of significant differences between the average degrees of the experimental and control groups on the scale of severity stuttering and its other domains (repetition, stances, and physical accompanying), in favor of the experimental group.

The existence of significant differences between the average degrees of the experimental and control groups at the level of anxiety due to the therapy program, in favor of the experimental group.

The study provided a series of recommendations for educationalists and the families of individuals who suffer from stuttering in light of the outcome of the study, in addition to proposing some studies in the same area.

الفصل الأول : خلفية الدراسة وأهميتها

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدمة:

تعد مشكلة التلعثم من المشكلات التي تواجه العديد من الأفراد في أى مجتمع سواء أكانوا من الأطفال أو الراشدين، مما يؤثر على تفاعلهم مع الآخرين واندماجهم في المجتمع، ويتطلب ذلك توجيه جهود الأخصائيين والباحثين في اضطرابات النطق واللغة الى بذل المزيد من الجهد والدراسة بهدف الكشف عن هؤلاء الأفراد، وتقديم برامج وخدمات التدخل العلاجي الملائمة للتغلب على الاضطرابات اللغوية التي يعانون منها.

يعاني نحو ما يقارب (٥ - ١٠%) في أي مجتمع من مشكلات في التواصل تتمثل في اضطرابات النطق واللغة، فقد يواجه الفرد شكلاً أو آخر من هذه الاضطرابات، كما وقد يعاني الفرد الواحد أكثر من مشكلة نطقية لغوية، وتتعدد أشكال هذه المشاكل وفقاً لأسبابها وشدتها، ويوجد العديد من الاضطرابات النطقية واللغوية التي قد يواجهها الفرد مثل اضطرابات اللفظ، اضطرابات الخلل في الصوت، اضطرابات الرنين الصوتي، اضطرابات التواصل ذات المنشأ العصبي، وأخيراً اضطراب التلعثم، والذي نحن بصدد دراستها من حيث الكشف والتعرف على المشكلة وتقديم التدخل العلاجي الملائم الذي يسهم في الحد من التلعثم لدى الراشدين (Peters & Guitar, 1991).

ويعرف التلعثم على أنه: اضطراب في الطلاقة، والتتابع الزمني للنطق متضمناً خصائص أولية تتمثل في ظهور واحدة أو أكثر مما يأتي: وقفات مسموعة أو غير مسموعة، إعادة للأصوات أو المقاطع،

إطالة للأصوات، وجود المقحّمات أي مقاطع وكلمات ليست ضمن التراكيب اللغوية للجملة، تجزئة الكلمات، وإنتاج الكلمات بطريقة مبالغ فيها. كما أنه قد يصاحب التلعثم خصائص سلوكية ثانوية، مثل: الشد العضلي، وتحريك أو اهتزاز بعض أجزاء الجسم، اضطرابات في التنفس والتصويت، وميكانيكية لفظ الأصوات، تكرار للأصوات والمقاطع بطريقة لا إرادية، تزايد دقات القلب، التعرق واحمرار الوجه، ورمش العينين (Nicolosi, 2004).

ويظهر التلعثم (Stuttering) على جميع أقسام الكلمة، كما أنه يظهر عند كافة الثقافات والأعراق، وهو اضطراب لا يميز بين الأشخاص بغض النظر عن وظائفهم ومستوى ذكائهم وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، كما أنه قد يؤثر على كلا الجنسين، وكافة الأعمار منذ الطفولة المبكرة وحتى سن الرشد. وقد أشارت لذلك بعض الكتابات الأثرية الصينية والمصرية، وذلك قبل أكثر من (٤٠) قرناً من الزمان (Peters & Guitar, 1991).

لقد أشارت العديد من الدراسات كما ورد في بيترز وجيتار (Peters & Guitar, 1991) إلى أن أسباب التلعثم متباينة كأن تكون عصبية فسيولوجية، أو نفسية، وأخرى اجتماعية، وربما يرجع السبب في بعض الأحيان إلى عوامل لغوية، أو نمائية.

كما يعرف التلعثم على أنه اضطراب في الكلام يتضمن تكرار الحروف والمقاطع اللفظية والكلمات، والوقفات أثناء الكلام والإطالة في الحروف أو المقاطع اللفظية، وتردد أو حيرة قبل إكمال المقطع أو الكلمة (الزريقات، ١٩٩٣).

كما تعرف باظه (٢٠٠٣) التلعثم على انه اضطراب في ايقاع الكلام يتميز بالتوقف او المد او التكرار لمقاطع الكلام.

ومن الجدير بالذكر أن التلعثم يتراوح في شدته من البسيط إلى الشديد، فالشديد جداً، وذلك وفقاً لظهور أو عدم ظهور بعض الخصائص. فعلى سبيل المثال: وصف رايبير (Riper, 1971) ، وهو من أول العلماء المعاصرين الذين بحثوا في التلعثم، من حيث وجود الخصائص الأساسية والتي أطلق عليها (Core Behaviors) التي تتضمن التكرار، والإطالة، والوقفات، والتي تظهر عند الشخص المتلعثم بطريقة لا إرادية (Peters & Guitar, 1991).

ويعد التكرار (Repetition) من الخصائص الأساسية عند المتلعثمين، خصوصاً أولئك المبتدئين في التلعثم، حيث يقومون بإعادة الأصوات اللغوية أو المقاطع أو الكلمات عدة مرات، أما الإطالة (Prolongation) ، فيعبر عنها بأن يقوم المتلعثم بالاستمرار والثبات في لفظ الصوت سواء أكان ذلك الصوت مجهوراً أم مهموساً، وقد تستمر إطالة الصوت من ثانية إلى دقيقة في بعض الحالات (Vinson, 2001).

أما الوقفات (Block) فهي تظهر عندما يقوم المتلعثم بالتوقف غير المناسب في الانسياب الكلامي على مستوى التنفس، أو على المستوى اللفظي (Peters & Guitar, 1991).

وتتراوح شدة الانفعالات عند الشخص المتلعثم من البسيط إلى الشديد، ومن الأمثلة على ذلك : توقع التلعثم، الخجل، الاندهاش، والإحباط والحرج. وفي بعض الأحيان قد يمثل زملاء الصف، والمعلمون،

وأخصائيو النطق مصدرًا للمخاوف والقلق وعدم الشعور بالأمن لدى الفرد الذي يعاني التلعثم (Travis, 1971).

وقد تظهر على الشخص المتلعثم أعراض ثانوية متعلمة هي مثل السلوك الهروبي (Escape Behavior) بحيث يلجأ من يعاني التلعثم إلى استخدام كلمات بديلة أو إغلاق العيون والتداخل في الأصوات ، او قد يظهر سلوكات تجنبية (Avoidance Behavior) يتبعها عند توقع التأتأة فيلجأ الى تجنب المواقف الكلامية (Bloodstein, 1979).

كما توجد علاقة كبيرة بين ارتفاع معدل القلق وأثره على الطلاقة النطقية، فلقد أشارت العديد من الدراسات كما ورد في (الشخص، ١٩٩٧) إلى أن هنالك علاقة إيجابية بين القلق والتلعثم. ولقد أشار ترافس (Travis, ١٩٧١) إلى أن التلعثم عبارة عن عرض خارجي للحاجات المكبوتة التي تتضمن محاولة الفرد إخفاء مشاعر الكراهية تجاه الآخرين ، ومن المعروف أن هذه الرغبة تتعارض مع قيم وعادات وتقاليده المجتمع ، وبالتالي يتعرض الفرد للصد والمنع فيلجأ إلى الكبت ، ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها من وقت لآخر ، فيحدث التلعثم كرد للضوابط والموانع الاجتماعية ، فهي تعد سلوكاً مقبولاً إلى حد ما بدلاً من الدوافع الأولية غير المرغوبة . واستناداً لذلك أوصى ترافس (Travis, 1971) باستخدام العلاج النفسي مع التأكيد على المشاعر المكبوتة لدى المتلعثمين ، فحريز الفرد من تلك الموانع والمحظورات يساعده على التخلص من التلعثم، ويزيد طلاقة كلامه .

ولمواكبة التطور السريع في المعالجة النطقية المتخصصة القائمة على خفض التوتر والقلق لدى الأشخاص الذين يعانون من التلعثم، فإن الحاجة باتت ضرورية لإيجاد برامج نطقية تؤهل الأفراد المتلعثمين نحو مواجهة مشاكلهم، وإيجاد الحلول المناسبة لها، سيما وأن ارتفاع معدل القلق في ازدياد في

المجتمعات المدنية؛ لما تشكله مطالب الحياة من ضغوط من شأنها أن تؤثر على طرق التواصل لديهم، مما يؤدي إلى اضطرابات في عملية التعبير اللفظي والتي يقع على قمتها التلعثم (Moseley, Bally, 1996).

ومن هنا نشأت فكرة الدراسة الحالية في محاولة من الباحث لإعداد برنامج علاج سلوكي يهدف إلى خفض مستوى القلق لدى الأشخاص الراشدين الذين يعانون من اضطراب التلعثم، وذلك على أمل أن تزداد لديهم درجة الطلاقة (Fluency)، والتخلص التدريجي من شدة التلعثم.

مشكلة الدراسة:

إن الغرض من هذه الدراسة تطوير برنامج علاج سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين، مستنداً على النظرية السلوكية، وفي ضوء التجارب العلمية العالمية وبما يتناسب مع الواقع الأردني.

عناصر المشكلة:

تكمن مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

١. هل يوجد أثر للبرنامج العلاجي السلوكي في خفض شدة التلعثم لدى الأفراد الراشدين في الأردن؟
٢. هل يوجد أثر للبرنامج العلاجي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى الأفراد الراشدين ذوي التلعثم في الأردن؟

فرضيات الدراسة:

١. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = .05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة في شدة التلعثم تعزى إلى البرنامج العلاجي.

٢. لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = .05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة في مستوى القلق تعزى إلى البرنامج العلاجي.

أهمية الدراسة:

تبدو أهمية الدراسة واضحة من كونها تركز على تطوير برنامج علاج سلوكي للافادة منه في علاج

التلعثم لدى الأفراد الراشدين المراجعين لعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية، والافادة من البرنامج في العيادات

المماثلة بالأردن، وذلك لحاجة العيادات لمثل هذه النوعية من البرامج المتخصصة.

كما تبدو أهمية الدراسة من كونها تركز على علاج أحد أنماط اضطراب اللغة لدى بعض الأفراد

الذين يعانون من التلعثم، ولما للغة من أهمية بالغة في نقل الخبرة بين الأفراد والجماعات والمجتمعات

والحفاظ عليها وتنمية المعلومات وتطويرها، وهي وسيلة التواصل بين الفرد والآخرين في المجتمع في مواقف

الحياة المختلفة وتناقلها والتأثير على الآخرين وتشكيل القيم والاتجاهات والآراء والمشاعر والإحساس

والمشاركة الاجتماعية والوجدانية.

كما تعكس الدراسة أهمية دور أخصائي التربية الخاصة والأخصائي النفسي وأخصائي النطق

والتخاطب في استخدام العلاج السلوكي والاسترخائي على الأفراد الذين يعانون من اضطراب التلعثم.

كما تكمن أهمية الدراسة في الاستجابة إلى توصيات الدراسات والبحوث السابقة والتي أشارت إلى

ضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول برامج معالجة مشكلات التلعثم، نظراً لندرة مثل هذه الدراسات في

البيئة العربية (في حدود علم الباحث)، وزيادة أعداد الذين يعانون من اضطرابات لغوية والمترددون على عيادات النطق والتخاطب في البيئة الأردنية.

التعريفات النظرية والإجرائية:

- التلعثم:

يعرف رايبير (Riper) كما ورد في (شقير، ٢٠٠٢) التلعثم بأنه اضطراب في البعد الزمني للكلام، حيث ينقطع انسياب الكلام فيحدث التكرار أو الإطالة في الأصوات والمقاطع أو التوقف الوقتي عن الكلام، بالإضافة الى ردود أفعال قائمة على المجاهدة والإحجام.

ويعرف التلعثم إجرائياً في الدراسة الحالية بمدى تكرار التلعثم، ودرجة التلعثم، والمصاحبات الجسمية. وكما يعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس " شدة التلعثم " (إعداد: الخميسة، ٢٠٠٣) و المستخدم في الدراسة.

- القلق:

القلق هو عدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر وبشعور من انعدام الأمن وتوقع حصول كارثة ويمكن أن يتصاعدالقلق إلى حد الذعر ، كما يصاحب هذا الشعور في بعض الأحيان بعض الأعراض النفسية جسدية (السيكوسوماتية) (الداهري، ٢٠٠٨).

يعرف القلق إجرائياً بأنه " شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر، دون إدراك لمصدر الخوف، ويكون مصحوباً بأحاسيس جسدية تتكرر بين حين وآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو فراغ في المعدة أو تسرع في نبضات القلب " . وكما يعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها

المفحوص في مقياس " مستوى القلق " (تطوير: المومني، ٢٠٠٣) والمستخدم في الدراسة.

- البرنامج العلاجي:

هو برنامج علاج سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الأفراد الراشدين وبما يسهم في تشكيل الطلاقة اللفظية. ويتكون البرنامج من جزأين:

١. تمارين الاسترخاء العضلي، وهي مستوحاة من برنامج سوزان لارك (Lark, S. ٢٠٠٦)

أساليب الاسترخاء في التخلص من القلق والتوتر، و يتضمن مجموعة من التدريبات في الاسترخاء العضلي، عددها (١٤) تمريناً لتهديئة العقل والجسم، التركيز والثبات، خفض الشد العضلي، إزالة الشد والضغط النفسي، معالجة خبرات الطفولة، التبصر، وأخيراً التأكيد الإيجابي للعقل والجسم وتقدير الذات.

٢. برنامج تعديل سلوك التلعثم، وتشكيل الطلاقة اللفظية، والذي تم إعداده من خلال

المراحل الأربع التي أوردها رايبير Riper (Peters, Guiter, 1991) لمعالجة الأفراد المتلعثمين، وهي: مرحلة التعرف، مرحلة تقليل الحساسية التدريجي، مرحلة التعديل، ومرحلة الاستقرار.

محددات الدراسة :

١. تتحدد الدراسة بتطوير وتطبيق برنامج علاجي سلوكي مكون من جزأين لخفض مستوى

القلق وتعديل سلوك التلعثم لدى عينة من الراشدين ذوي اضطرابات التلعثم من المترددين

١٠

علي عيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بمدينة عمان، والتعرف على فعالية البرنامج في تشكيل الطلاقة اللفظية لدى أفراد العينة.

٢. كما تتحدد الدراسة بثبات وصدق الأدوات المستخدمة (مقياس شدة التلعثم، ومقياس مستوى القلق).

٣. كما تتحدد نتائج الدراسة بدقة التطبيق للأدوات والبرنامج العلاجي السلوكي على الراشدين الذين يعانون من التلعثم.

الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

الفصل الثاني

الاطار النظري والدراسات ذات الصلة

الإطار النظري :

أولاً: التلعثم

تكثر اضطرابات النطق والكلام في مرحلة الطفولة أكثر من غيرها في مراحل النمو الأخرى، ويتحسن العديد من الأطفال في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة، وخصوصاً اضطرابات النطق والكلام التي ترجع في الأصل الى الأساس الاجتماعي والنفسي كالتقليد والمحاكاة لبعض الأفراد الذين لديهم عيوب في النطق أو الصوت كالأم أو المعلم.

وتكثر اضطرابات النطق والكلام لدى الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة مقارنة بالعاديين، وربما تعود غالبية مشاكل اللغة والكلام لدى الأطفال الى إساءة معاملتهم أو الإهمال أو التذبذب في أساليب المعاملة، وأحياناً يظهر النطق الطفلي للكلام لدى الطفل كنوع من النقص وتقليداً وجذباً للانتباه مثل الطفل الأصغر سناً الذي استحوذ على اهتمام المحيطين بالطفل.

وتختلف درجة اضطرابات اللغة والكلام بشكل متباين، فهي إما معتدلة، أو حادة جداً وتكون مصحوبة بتشنجات واختلافات في الوجه وفتح العينين واغلاقهما بطريقة لا إرادية.

ومن الممكن أن تؤثر اضطرابات اللغة والكلام على علاقة الشخص المصاب الاجتماعية وتفاعلاته مع الأفراد الآخرين في المجتمع المحيط، كما أنها تؤثر على مستوى أداء الفرد في المدرسة، وكذلك على عمل الفرد، وقد تؤدي الى بعض المشكلات الانفعالية كرد فعل بسبب عدم قدرة الفرد على الطلاقة اللفظية،

بالإضافة الي معاناة الفرد من بعض المشكلات النفسية كالارتباك والاحباط وتدني مفهوم الذات لديه، وإنكار الذات.

مفهوم التلعثم:

ويعرف التلعثم على أنه: اضطراب في الطلاقة، والتتابع الزمني للنطق متضمنة خصائص أولية تتمثل في ظهور واحدة أو أكثر مما يأتي: وقفات مسموعة أو غير مسموعة، إعادة للأصوات أو المقاطع، إطالة للأصوات، وجود المقححات أي مقاطع وكلمات ليست ضمن التراكيب اللغوية للجملة، تجزئة الكلمات، و إنتاج الكلمات بطريقة مبالغ فيها. كما أنه قد يصاحب التلعثم خصائص سلوكية ثانوية، مثل: الشد العضلي، وتحريك أو اهتزاز بعض أجزاء الجسم، اضطرابات في التنفس والتصويت، وميكانيكية لفظ الأصوات، تكرار للأصوات والمقاطع بطريقة لا إرادية، تزايد دقات القلب، التعرق واحمرار الوجه، ورمش العينين (Nicolosi, 2004).

وينص تعريف وينجيت (Wingate, 1964) للتأتأة على:

أ- تقطع (أو توقف) متكرر في طلاقة التعبير اللفظي .

ب- سلوكات مقاومة مصاحبة للتراكيب الوظيفية في حالة الكلام والسكوت .

ج- وجود حالات انفعالية واثاره ايجابية وسلبية التي قد ترتبط أو لا ترتبط بالحديث

(الزريقات، ٢٠٠٥).

ويعرف فريبيرج (Friberg, 1992) التأتأة بأنها عدم انسياب الكلام المطلق من خلال الوقفات أثناء الكلام والإطالة والتكرار لبعض الحروف والمقاطع والكلمات.

ويعرف الزريقات (١٩٩٣) التأتأة بأنها اضطراب في الكلام يتميز بتكرار الحروف والمقاطع اللفظية والكلمات، والوقفات أثناء الكلام والإطالة في الحروف أو المقاطع اللفظية، وتردد أو حيرة قبل إكمال المقطع أو الكلمة.

كما وصف أبو حميدان (١٩٩٧) التأتأة بأنها إحدى مظاهر اضطرابات الكلام التي يكرر المتحدث فيها الحرف الأول من الكلمة عدة مرات أو يصاب الفرد بالتردد عند نطق الكلمة، وتصحب هذه الحالة تغيرات جسمية وانفعالية تظهر واضحة في تغيير تعبيرات الوجه، وحركة اليدين، وكذلك احمرار الوجه، والتعرق أحياناً.

ويشير الخطيب والحديدي (١٩٩٧) بأن اضطرابات الطلاقة اللفظية تعبر عن ذاتها بإصدار عدد كبير من الاعتراضات أو التقطعات الكلامية وغالباً ما تعرف هذه الاضطرابات بالتأتأة.

كما عرفت باظه (٢٠٠٣) التلعثم على انه اضطراب في ايقاع الكلام يتميز بالتوقف او المد او التكرار لمقاطع الكلام.

أنواع التلعثم :

١- التلعثم الاهتزازي:

ويتمثل في تكرار او إعادة بعض الحروف والمقاطع الصوتية بصورة عفوية لإرادية، ويظهر هذا التكرار واضحاً في بداية الكلام وعند أول حرف من الكلمة أو عند أول كلمة من الجملة ، ويزداد التلعثم الاهتزازي بسبب الانفعال أو التحدث أمام الغرباء ، ويكثر ظهوره في فترتين من العمر من (٢_٣) سنوات ، من (٦_٨) سنوات وهما الفترتان الحرجتان في تطور الكلام لدى الطفل (شقيير ، ٢٠٠٦).

٢_ التلعثم التشنجي:

ويسمى عقلة اللسان Stammering ويتصف هذا الشكل من التلعثم بأنه أكثر شدة ، حيث يتوقف المريض عن الكلام بشكل لا إرادي ومفاجئ ، ويؤدي ذلك إلى حبسة في الكلام قد تطول أو تقصر، ويظهر التوقف واضحاً عند البدء في الإجابة عن بعض الاستفسارات حتى ليعتقد أن المريض لم يفهم السؤال او انه عزف عن الإجابة بشكل نهائي، وهذا ما دفع بعض الباحثين الى تسمية هذا النوع بالتلعثم الكفي وهذا النوع من التلعثم غالباً ما يستمر مع تطور العمر لكنه لا يصل الى حدود الخرس (شقيير ، ٢٠٠٦).

ولقد نظم وصنف جريجوري (Gregory,2003) نتائج الأبحاث التي اهتمت بأنواع اختلال الطلاقة وحدد عشرة أنواع رئيسة وهي على النحو التالي :

١. التردد أو الحيرة Hesitation (الوقفة Pause) وهو الصمت لمدة ثانية أو أكثر ، مثال
: (اختي غنت اغنية).

٢. التداخل Interjection ويشتمل على صوت او مقطع او كلمة غير مناسبة لمعنى الرسالة، مثال : (الطابئة (ها) خرجت بعيداً عن حدود الملعب ، أحمد، حسنا، ربح الجائزة).

٣. المراجعة Revision لأشبه الجمل والجمل حيث تغير المراجعة معنى الرسالة، او شكلها القواعدي او لفظ الكلمة.

مثال: (هل يستطيع هو / هي ان يأتي، اتمنى، افكر انك ذهبت الى الملعب).

٤. كلمة غير منتهية Unfinished word وهي لفظ غير منته.

مثال: سلوى تريد بسك بالشكولاته .

٥. تكرار شبه الجملة Phrase repletion ويشمل على تكرار كلمتين او اكثر،

مثال: (أنا اريد ، أنا اريد الذهاب).

٦. تكرار كلمة Word repletion وهي إعادة كل الكلمات بما في ذلك الكلمات ذات المقطع الواحد.

مثال : (اريد ، اريد ، تفاح).

٧. إعادة جزء من الكلمة Partword repletion وهي تكرار لأجزاء من الكلمات أو الأصوات أو

المقاطع اللفظية.

مثال : (سوف أ، أ، أ أراك).

٨. إطالة Prolongation وهي فترة إطالة غير مناسبة للوحدة الصوتية أو الأصوات المركبة والتي لا

تصاحب خصائص نوعية لتغير طبقة الصوت وزيادة التوتر .

مثال : (أنا ----- اريد تفاحة).

٩. التوقف Blok وهو توقيت غير مناسب في بداية الوحدة الصوتية أو تحرير العنصر الموقوف ،

وغالباً ما يكون مصاحباً لطاقة وتوتر متزايد.

مثال : (اسمي هو (وقفه) احمد).

١٠. اخرى Other ويشتمل هذا التصنيف على اختلافات طلاقة تمتاز بخصائص نوعية مثل السرعة غير المناسبة في هواء الشهيق والزفير او الجمع بين خاصيتين مثل المراجعة والاعادة.

مثال: (أنا اتمنى ، أنا ، أنا افكر انك ذهبت الى الملعب).

(الزريقات ، ٢٠٠٥ ، Gregory,2003)

مراحل تطور التلعثم :

قدم بلودستين (Bloodstien, 1969). مراحل حدوث التلعثم الى الى أربع مراحل من المنظور التطوري التكويني كالآتي :

١- المرحلة الاولى :

٢- يكون التلعثم عرضيا (Episodic) و يحدث حين يغضب الطفل او حين يكون تحت الضغط النفسي ،و يكون على شكل تكرار في المقاطع الأولية للكلمة أو الكلمة كاملة وربما بداية الجملة وغالبا ما يحدث التلعثم في المقاطع الصغيرة مثل الضمائر وحروف الجر وأدوات الربط، ولا يدرك الطفل بأنه يتلعثم .

٣- المرحلة الثانية :

هذه المرحلة أكثر تعقيدا ويحدث التلعثم في الكلمات ذات الكلمات المتعددة ولا يقتصر على الكلمة الاولى من الجملة وتحدث في جزء من الكلمة و ليس كل الكلمة ويزداد التلعثم في المواقف الضاغطة او الحديث بسرعة ، وهنا يدرك الطفل أنه يتلعثم لكنه لا يهتم لذلك .

٤- المرحلة الثالثة :

تظهر التلعثم في بعض المواقف مثل التحدث مع الغربا او في الهاتف او عند وجوده بالصف ويحاول الهروب من الكلمات او الحروف التي يجد فيها صعوبة الى كلمات وحروف اسهل في النطق وتظهر على الطفل اعراض الارتباك ويتوقع التلعثم ، الطفل يتوقع التلعثم ولا يتفادى ذلك في المواقف الكلامية .

٥- المرحلة الرابعة:

ييدي الشخص الخوف عند توقع التلعثم يتمثل في الخوف من الكلمة او الشخص او الموقف ويشعر بالارتباك وابدال الكلمات والتهرب منها والحاجة إلى المساعدة وتؤدي به الى العزلة الاجتماعية، هنا يدرك الشخص المراهق التلعثم ويتفادى المواقف الكلامية مع الارتباك والخوف عند محاولة النطق (Shames & Wiig,1982)

اما فان رايبير (Van Riper) فقد وصف ثلاث مراحل لتطور التلعثم ،هي:

١- المرحلة الاولى : مرحلة التلعثم الأولية (Primary Stuttering) ، ويتصف التلعثم في هذه

المرحلة بتكرارات وإطالات وإعادة للحروف والمقاطع والكلمات والجمل .

٢- المرحلة الثانية :المرحلة الانتقالية (Transition) ، ويتصف التلعثم في هذه المرحلة بتكرار

للمقاطع والحروف والاطالة لها . ويبدأ الطفل بالمقاومة والشعور بالإحباط.

٣- المرحلة الثالثة : التلعثم الثانوي (Secondary Stuttering)، ويتصف بالمقاومة والشعور

بالإحباط والخوف والتجنب (في: الزريقات،١٩٩٣).

أعراض التلعثم:

أولاً: الأعراض الظاهرية

١- الحركات العضلية الزائدة :

تحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لاشعوري وذلك لاعتياد الطفل المتلعثم فعل هذه الحركات لارتباطها بمحاولات للنطق ، أشهر هذه الحركات إغماض العينين ، تقطيب الوجه هز الأيدي هز الأرجل ، انقباض البطن ، عوج الفم والشفاه (النحاس، ٢٠٠٦).

٢- السلوك التأجيلي :

يتضح السلوك التأجيلي ادخال أجزاء من الكلام داخل الكلام الطبيعي ليبدو كما لو كان شيئاً طبيعياً، حيث يلجا معظم المتلعثمين الى وضع بعض الكلمات مثل (يعني، مثلاً، بس، آه) داخل الكلام حتى يغطي بها على طبيعته اسلوب كلامه المتلعثم (Ahllam,1993) .

٣- السلوك التجنبي:

يلجا الطفل المتلعثم الى أساليب تجنب وتفادي توقع حدوث التلعثم نتيجة إحساسه بإلحباط ، وشعوره بالرفض الاجتماعي فيبتكر وسائل وأساليب للتفادي منها رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع فيها ان يتلعثم ، ورفض نطق كلمات التي يستطيع أن يعبر عنها بحركات اشاريه مثل هز الراس تعبيراً عن الموافقه ، ولاشاره بالسبابه تعبيراً عن الرفض ولايقوم بالرد على التليفون او الاجابه عن الأسئلة في الفصل (النحاس، ٢٠٠٦) .

ثانيا : التغييرات الفسيولوجية :

١- اضطرابات التنفس :مثل التنفس السطحي السريع ، او التحدث اثناء الشهيق او ان تضطرب

عملية التنفس بشكل وقتي وموقفي و محاولة الكلام اثناء الشهيق ،

٢- زياده معدل ضربات القلب .

٣- رعشة الشفاه والفاك .

٤- حركة العينين :

وتكون في صورة ارتعاشات، أو نظرة ثابتة طويلة، أو حركة إيقاعيه بطيئه او سريعه او حدوث

حول موقت (Youssef,1986) .

نظريات تفسير التلعثم:

النظرية الفسيولوجية والبيوكيميائية : (Biochemical &Physiological Theories)

يرى أصحاب النظرية بأن التلعثم ينتج عن تشنجات في العضلات الصوتية تعزى الى عوامل نفسية

وعاطفية. والبعض يرى بان مجاري الكلام يتم اتساعها أثناء الكلام بشكل غير طبيعي. ويؤكد علماء اخرون

على ان التلعثم ناتج عن خلل او عيب في وظائف الدماغ الاوسط . ويرجع البعض الاخر التلعثم الى تطور

غير طبيعي للجهاز العصبي المركزي . و الى اثاره كهربائية في جزء معين من الدماغ. و خلل في الإدراك

السمعي، حيث يتلقى الفرد تغذية راجعة خاطئة عن حديثه الخاص .

نظرية السيطرة المخية : Cerebral Dominance Theory

ترى نظرية السيطرة المخية بأن التلعثم عرض لاضطراب حيوي (بيولوجي) او لاضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد. ومن أكثر النظريات شيوعاً في هذا المجال نظرية اورتون_ ترافيس للسيطرة المخية Orton of Cerebral Dominance وتقول هذه النظرية بأن الطفل يميل الى التلعثم في كلامه بسبب غياب سيطرة جانب الدماغ في ضبط الأنشطة الحركية المستخدمة في الكلام .

صاحب هذه النظرية هو ترافيس(Travis)، الذي يرى أن الطفل مستعد للتلعثم وذلك لعدم سيطرة اي جزء من نصفي الدماغ في ضبط النشاطات المسؤولة عن الكلام . ويذكر أن الدماغ نصفان بحيث اذا سيطر الجزء الأيمن يكتب الأفراد باليد اليسرى واذا سيطر الجانب الأيسر يكتب باليد اليمنى ، واذا حاول الطفل تغيير اليد اليمنى ينجم عن ذلك اضطراب في عمل نصفي الدماغ وبالتالي يحدث تعادل في سيطرة نصفي الدماغ وهذا يؤدي الى اضطرابات في الكلام وينجم عن ذلك التلعثم .

النظرية الجينية : Genetic Theory

لقد أشارت دراسات أسر الأفراد الذين يعانون من التلعثم الى احتمالية أن يكون للتلعثم أساس جيني مسؤول عن استمرارها او ظهورها لدى بعض الأفراد المتلعثمين .

تتعلق هذه النظرية من أن التلعثم أساسه وراثي وذكرت بعض الدراسات أن ٦٥% من أصحاب اضطراب التلعثم لديهم أب أو أم أو قريب يعاني من الاضطراب ،فيما نفى بعض الباحثين أي تأثير للوراثة في ظهور التلعثم وإن ظهوره لدى الاقارب لا يعني وجود عامل وراثي.

النظرية العصبية النفسية اللغوية : Nerou Psycholinguistic Theory

طور هذه النظرية كل من بيركنز وكورلي (Perkins, Kent and Curlee) عام ١٩٩١ وتفسر هذه النظرية إنتاج الكلام الصحيح والكلام المضطرب والتشوه غير المتعلم في الكلام . من خلال منظور عصبي نفسي لغوي فطلاقة الكلام تتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو النظام الرمزي Linguistic or Symbol System والنظام ما وراء اللغوي أو الإشاري Paralinguistic or Signal System ويتحكم بهذين النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة تنتهي بنظام مخرجات مشترك .

نظرية الفشل العصبي الفسيولوجي : Neurophysiologic Breakdown Theory

على الرغم من تعدد النظريات المفسرة للتلعثم ، فهي في الحقيقة لم تقدم تفسيراً واضحاً محدداً لأصول هذه الظاهرة الكلامية . وتعتبر نظرية الفشل العصبي الفسيولوجي واحدة من النظريات المعاصرة التي تحاول تفسير التلعثم . فقد أسهمت دراسات تصوير الدماغ في تزويدنا بمعلومات جديدة مثيرة للاهتمام من خلال استخدام ادوات تصوير الدماغ مثل (EEG) و(QEEG) و(CT) و(MRI) و(PET) و(SPECT) فقد تمكن كل من واتسون وفريمان (Watson and Fremmen) من الوصول الى استنتاج مفاده أن التلعثم يحدث بسبب فشل عمليات الجهاز العصبي الفسيولوجي التي تدمج العمليات الحركية واللغوية والمعرفية .

النظرية التشخيصية الجينية _ الدلالية الجينية : Diagnosogenic - Semantogenic Theory

طور هذه النظرية ويندل جونسون Wendel Johnson كما سميت بالنظرية النمائية _ Develop mental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theory . يرى جونسون أن تشخيص التلعثم من قبل الاباء يوفر بيئة الفرق والاعاقة حيث يبدأ الطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة

للقلق وللضغوطات ولانتقادات الآباء ، حيث يستجيب كل من الآباء والطفل لفكرة الاعاقة أكثر من سلوك كلام الطفل . ويقول جونسون أن التلعثم يبدأ في أذن الآباء قبل فم الطفل . ولكن يبقى السؤال التالي قائماً: هل الانتباه الزائد لاختلال الطلاقة يؤدي الى زيادة تكرارها ؟ .

نظريات العصاب : Neurotic Theories

تركز هذه النظريات على السمات الشخصية والعوامل النفسية في تفسير التلعثم . فمن خلال المقابلات والاختبارات الإسقاطية واختبارات الورقة والقلم فإنه يمكن فهم الشخصية والدينامية النفسية والتكيف الاجتماعي والحاجات اللاشعورية للشخص الذي يتلعثم . و ينظر للتلعثم على إنه حاجة إلى الإشباع الفمي والشرجي والتعبير الكامن عن العداة وقمع مشاعر التهديد والخوف من الخصاء Castration والعدوان والعداء المكبوت . كما ينظر لها على انها أداة لجذب الانتباه والتعاطف ووسيلة دفاعية ضد أفكار مهددة . فمن وجهة نظر التحليل النفسي فإن التلعثم وسيلة دفاعية لمشاعر التهديد والكبت . ووفقاً لهذه النظريات فإن الاختبارات الرسمية تطبق على الشخص لتحديد خصائصه الشخصية. إن نتائج هذه النظريات مبينة على ملاحظات إكلينيكية أكثر من أبحاث.

نظريات الاشرط : Conditioning Theories

تشير نظريات الاشرط الكلاسيكي Classic Conditioning Theories الى ان التلعثم يكون نتيجة للفشل غير المشروط في الكلام الطلق بسبب قلق التكلم حول كلامه . واذ حدث ذلك فإن الشخص سوف يتلعثم في أي موقف مثير للقلق . ينظر ولبى (Wolpe, 1958) والمشار اليه في (الزريقات، ٢٠٠٥) الى أن التلعثم عرض لمخاوف كلامية مشروطة إكلاسيكياً لذلك فهو يعالج التلعثم من خلال تقليل الحساسية التدريجي Systematic Desensitization المبني على أساس الكف المتبادل Reciprocal

Inhibition والذي من خلاله تستبدل استجابة القلق باستجابة منافسة هي الاسترخاء ، فخفض القلق عنصر هام في علاج التلعثم لدى الشخص .

(الزريقات ، ١٩٩٣ ، الزريقات ، ٢٠٠٥ ، يوسف ، ١٩٩٠ ، 1982 ، Shames, Wiig) .

تشخيص التلعثم:

هنالك طرق مختلفة لتشخيص التلعثم لكن لكل أخصائي طريقته وأسلوبه الخاص حسب الإعداد النظري والتدريب المهني ، ويجب على الإخصائي أن يكون واعيا للأسباب والعوامل التي تسبب التلعثم ومعرفة الاتساق والاستمرارية في الطلاقة الكلامية وتحديد المواقف والأحداث المسببة لها وماهي ردود الفعل الناتجة عنها من قبل المستمعين . وعلى هذا يشتمل معيار التلعثم الذي يشير الى وجود مشكلة على ما يلي كما ذكرها (الزريقات، ٢٠٠٥) وهي:

١- تكرارات لجزء من الكلمة في شكل وحدتين او أكثر لكل تكرار وبنسبة (٢%) او أكثر من الكلمات المنطوقة ، وزيادة سرعة التكرارات واستعمال ابدال نهاية الصائت (e) للصوائت في الكلمة والتوتر الصوتي .

٢- إطالات أطول من ثانية واحدة لكل ٢% أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه .

٣- وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام .

٤- حركات الجسم واهتزاز الرأس وترقصه وارتعاش الشفاه والفك وعلامات مقاومة مرتبطة باختلال الطلاقة .

٥- ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة في الكلام .

٦- استعمال الكلام كسبب للأداء الضعيف .

٧- تباينات في تردد أوذبذبة وشدة تشوه الكلام مع تغيرات في المواقف الكلامية .

وتستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن إختلال الطلاقة الطبيعي .

أما رامج (Ramig , 1999) فقد حدد تسعة معايير لتقييم الطفل المتلعثم وأكد أن ظهور اي منها يعتبر علامة ومؤشراً الى ضرورة تقييم الطفل من قبل أخصائي أمراض الكلام واللغة لتحديد فيما إذا كان متلعثماً أم لا. إن تحديد ذلك في وقت مبكر من عمر الطفل يعتبر ضرورياً للوقاية منها وإجراء التدخلات السريعة لمنع إنتقالها الى إعاقاة ومشكلة حياتية . فمن الضروري أن يقابل الآباء و الطفل قبل أن يصبح التلعثم يتصف بالمقاومة والتوتر وقبل أن ينظر الشخص الى نفسه على أنه متلعثم ومختلف عن بقية الاطفال الآخرين . وتشتمل التسعة معايير على :

١- تكرارات متعددة لجزء من الكلمة وإعادات للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة، مثال

: (ط، ط، طاولة ، أو طا، طا، طاولة) .

٢- اطالات للصوت، مثال : (س س س يارة) .

٣- ابدال نهاية الصائت (ى) بصائت ضعيف محايد.

(مثال : باه ، باه ، باه ، بدلا من باي باي باى) .

٤- المقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصا في بداية الجمل . ويظهر التوتر العضلي في منطقة الشفاه والرقبة للطفل الذي يحاول الكلام كما يمتاز الكلام المستمر بالشد والتوتر .

٥- ارتفاع طبقة الصوت وعلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات .

٦- إرتعاش وارتجاف الشفاه وحتى ربما اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يعيد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية .

٧- ظهور سلوكيات تجنبية والاحباط لدى الطفل المتأتى نتيجة لكلامه .

كما قد يظهر عدد من الوقفات غير المألوفة وإبدال للكلمات وتداخل في الأصوات أو

الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى تجنب الحديث.

٨- الخوف من الكلام ناتج عن وعيه و إدراكه للمشكلة الكلامية وبالتالي فإنه يظهر الخوف لتوقع التأتأة أو لخبرته معها .

٩- صعوبة في إبتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء اللازم للكلام ، وتظهر هذه لدى

الطفل عند محاولة الكلام في بداية الجملة أو بعد حدوث وقفة طبيعية مقاومة للطفل للمحافظة عليه

(Ramig and Shames, 2002).

طرق علاج التلعثم:

• علاج تقليل الحساسية التدريجي : (Sestematic Desensitization Therapy)

وهذا العلاج من الإجراءات المباشرة والمستخدممة مع المتعالج. فالطفل المتلعثم يستجيب للضغوطات البيئية من حوله. وبذلك فإن هذا العلاج يشترك مع ضبط البيئة. ويركز هذا العلاج على زيادة قدرة تحمل الفرد للضغوطات من حوله . وينفذ هذا لإجراء من خلال أنشطة الفرد التي تخفض التلعثم لأدنى مستوى له والمعروف بالمستوى القاعدي لاختلال الطاقة (level of disfluency) . يبدأ هذا العلاج بإزالة الكلام بين أفراد المجموعة والتواصل بشكل غير لفظي ومن ثم الحديث بأدنى مستوى من إثارة مع الحفاظ على سرعة التفاعل . وبعد تقليل عوامل الضغط يخطط لتعميم الكلام الطلق ويشترك أفراد الأسرة في تحقيق ذلك بأفضل مستوى ممكن من التفاعل مع الطفل داخل المنزل (الزريقات، ٢٠٠٥).

• البرامج الإرشادية في علاج التلعثم:

تمضي خطة علاج التلعثم في اتجاهين اولهما الإرشاد للمتلعثم و أسرته، والاتجاه الثاني هو برنامج العلاج الذي يقوم على أساس إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب بسلوك لفظي تخاطبي اخر صحيح، حيث يعتبر الارشاد طورا هاما من أطوار العلاج الشامل في أي برنامج علاجي يوضع لعلاج التلعثم. ويهدف الإرشاد الى إرساء قاعدة يبدأ منها عملية إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب، من خلال تكوين فكرة عن طبيعة المشكلة التخاطبية وطرق علاجها ، وتعديل الاتجاهة نحو الطفل المتلعثم في سبيل محاولة مساعدته وإتاحة جو للتنفيس الانفعالي له، وتوفير الدعم النفسي والمعنوي له، علاوة على إلقاء الضوء على الاضطرابات الأخرى المصاحبة للتلعثم والمساعدة في إيجاد حلول لها . هذا وتتم عملية الإرشاد من وجهة نظر كوبر (Cooper, 1979) لمن يعانون من التلعثم بابع مراحل :

١- مرحلة التوجيه وشرح الأهداف وابعادها .

٢- مرحلة تكوين العلاقة بين المعالج والمتعلم .

٣- مرحلة التعديل والتخطيط .

٤- مرحلة التطبيق وتوجيه نصائح نحو استخدام وسائل علاجية معينة

(النحاس،٢٠٠٦).

• خفض سرعة الكلام من خلال إطالة المقاطع اللفظية:

و تستند هذه الطريقة الى خفض معدل سرعة الكلام الى المستوى الذي يكون فيه الكلام خالياً من التأتاة او خاليا منها . ويختلف تطبيق الإجراء من شخص الى آخر ، فقد يتطلب شخص متاتياً خفضاً في معدل الكلام أكثر من غيره . ولا تخفض معدلات الكلام من خلال القفات بين الكلمات أو أشباه الجمل، ولكن يتم الخفض من خلال إطالة المقاطع اللفظية ، وتعلم الجمل وأشباه الجمل بدون وقفات بين الكلمات (الزريقات ، ٢٠٠٥).

• التدريب على الاسترخاء:

يتضمن هذا الأسلوب تدريب الفرد على الاسترخاء اثناء الكلام ، ويلزم هنا معرفة كيفية ممارسة برنامج الاسترخاء لمختلف أجزاء الجسم عامة ، وأجزاء النطق والكلام خاصة . وقد استخدم البعض هذا الأسلوب في علاج اللججة (كما سماها الكاتب) استناداً الى وجهة النظر التي تفسر اللججة في ضوء ما يتعرض له الفرد من توتر ، وقلق يجعله يضغط على أجهزة الصوت والنطق ،وهي أمور يمكن تخليص الفرد منها اثناء الاسترخاء مما يساعد على الكلام بطلاقة . بيد أن هذا الأسلوب يتطلب تدريب الفرد جيداً على

ضبط النفس، وتعلم الاسترخاء بمفرده كي يستطيع تعميم نتائج ذلك خارج جلسات العلاج و في مواقف الحياة العادية، وهو أمر قد يصعب على كثير من الحالات (الشخص، ١٩٩٧).

• العلاج النفسي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن العلاج النفسي يساعد الفرد على تحسين حالته النفسية بصورة عامة كما يستبصر بأسباب مشاكله عامة وتلغثه بصفة خاصة . ورغم اختلاف فنيات وأساليب العلاج النفسي إلا أنها جميعا تتفق مع وجهة النظر هذه الى حد كبير . ويشير ترافيس (Travis,1971) الى علاقة التلغثم بكبت الحاجة ، والحرمان الذي يتعرض له الفرد خلال طفولته وما يقترن بذلك من مشاكل نفسية تسبب التلغثم ، وبالتالي يلزم إخضاع الفرد الى العلاج النفسي ، حيث يتم تخليصة من تلك المشاكل النفسية دون التركيز كثيرا على الأعراض. وذهب البعض الاخر الى أن علاج التلغثم يتطلب تعديلا لاتجاه الفرد نحو عملية الكلام عامة وخفض درجة معاناته، وتوتره، وقلقه ، وما يبذله من جهد أثناء التلغثم (الشخص، ١٩٩٧).

• طريقة السيكودراما (Psychodrama):

يبدو أن الدراما النفسية (Psychodrama) تعد أحد الأساليب التي تتفق مع هذا التوجه، ويتضمن قيام مجموعة من الأفراد، ممن يعانون من اضطرابات سواء بفسية أو كلامية أو غير ذلك بتمثيل مسرحية تتطوى على أحداث تعبر عما يعانونه بالفعل سواء أكانت اوهاماً ، أو أشياء يخافون منها أو يحجمون عن ممارستها _ ويشاهدون الآخرين يمارسونها أمامهم ، مما يتيح لهم فرص التعبير عن أنفعالاتهم ، والتنفيس ، وبالتالي التخلص من المشاكل والصراعات الكامنة خلف اضطراباتهم (الشخص ، ١٩٩٧) .

ومن أشهر الطرق العلاجية النفسية التي أستخدمت في علاج التلعثم والتي وضعها مورينو Moreno (١٩٥٦) وعرفها على أنها اتحاد واندماج عملي للمجموعات، واستخدام الحديث كطريقة للعلاج (النحاس، ٢٠٠٦) .

• تكنيك التريديد : Shadowing

وصف هذا الأسلوب العلاجي سايرز Sayers (١٩٥٦) وهو يعتمد على ملاحظة أن الطفل المتلعثم يميل إلى الكلام بطلاقة عندما يقوم بتقليد أسلوب معروف لكلام شخص آخر .

تعتمد هذه الطريقة على اقتفاء ومحاكاة وتقليد الطفل المتلعثم لكلام المعالج ، فيكرر ما يقوله المعالج بحيث يكون كلام الطفل متزامناً مع كلام المعالج في نطق كل كلمة .

وتتم عملية التريديد بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بصوت عال وبسرعة عادية للنطق ، ثم يتبعه نطق الطفل المتلعثم في الحال ، مردداً ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضاً وهذه الطريقة تسمى بـ"بنية التظليل" ، وذلك لأن الطفل المتلعثم يكاد يكون في ظل المعالج من خلال تربيده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون مادة القراءة المناسبة لمستوى تعليم الطفل المتلعثم ، وان تتم القراءة بمعدل سرعة مناسبة لكل من الطفل المتلعثم والمعالج ، وإذا فقد الطفل المتلعثم أي كلمة أثناء التردد فيستمر ويتابع الكلام دون توقف أو انقطاع (النحاس، ٢٠٠٦) .

• العلاج عن طريق تشكيل الطلاقة : Fluency Shaping Therapy

يهدف هذا البرنامج الى تعليم الشخص المتعالج طرق من خلالها يستطيع أن يزيد من الكلام الطلق وبالتالي استبدال التأتأة بكلام طبيعي . ومن الطرق المستخدمة في هذا المنهج هي تنظيم العلاج بشكل تسلسلي يمكن من خلاله إنتاج الطلاقة في الكلام في مستوى الكلمة والكلمتين . وهنا يعمل المعالج على تعزيز الطلاقة في الكلام أو عقاب التأتأة في الكلام . ومع تقدم المتعالج في المحافظة على الطلاقة في الكلام فإن المعالج يسعى الى زيادة درجة تعقيد الكلام .

ومن الطرق الأخرى في منهج تشكيل الطلاقة هي تغيير أنماط كلام المتعالج من خلال البطء في الكلام والزيادة تدريجياً في الكلام. وعندما تحقق الأهداف العلاجية في العيادة أي تحقق الطلاقة فيخطط لتعميم هذه الخبرات الناجحة خارج العيادة في بيئة الطفل المحيطة (الزريقات، ٢٠٠٥) .

• طريقة مواجهة السلوك لفان رايبير :

تعد طريقة فان رايبير (١٩٧٣) من أكثر الطرق شيوعاً لعلاج التلعثم وقد قسم فان رايبير طريقته إلى

٦ خطوات هي كالتالي :

١. الدافعية Motivation .

٢. التعرف Identification .

٣. تقليل الحساسية التدريجي Desensitization .

٤. التغيير Variation .

٥. التقريب Approximation .

٦. الاستقرار Stabilization .

١. الدافعية :

الهدف من هذه الخطوة هو زيادة دافعية المتعلم في الشفاء من خلال مساعدته على التخلص من الإحباط والخوف الذي لازمه خلال فترة الإصابة بالتلعثم ، ويمكن تحقيق ذلك بعدة طرق منها أن يتقابل المتعلم مع متعلم آخر قد تم شفاؤه ، أو من خلال سماعه لشريط تسجيل ، أو مشاهدة شريط فيديو لتوضيح مدى تحسنه بعد إتمامه لطريقة العلاج ، وهذه الخطوة لا تتم في بدء العلاج فقط ولكن يجب التوضيح وإزالة المعلومات الخاطئة عن التلعثم ، مع إيضاح هدف العلاج ، ودور المعالج ، ودور المتعلم ، ومدة العلاج وضرورة التحلي بالصبر والمثابرة.

٢. التعرف :

الهدف من هذه الخطوة هو أن يتعرف المتعلم على الكلمة التي يخاف من نطقها ، وأن يتعرف على المواقف التي يتلعثم فيها بكثرة ، ومتى وكيف تظهر الحركات المصاحبة ، ومتى وكيف يتفادى الكلام مع الآخرين ، وتعتبر هذه الخطوة من الخطوات الرئيسة في العلاج حتى يمكن تغيير هذا السلوك وفي بادئ الأمر يطلب من المتعلم أن يتعرف على الكلام المطلق له ليعلم أن نسبة كلامه المطلق أكثر بكثير مما كان يتوقع أو يتصور ، وبعد ذلك يطلب منه أن يحدد التلعثم البسيط الذي يحدث في كلامه ، وبذلك يجد المتعلم أن مشكلة تلعثمه الحقيقة تشكل جزءاً ضئيلاً من كلامه ، ثم يطلب منه وصف الطرق المختلفة التي يلجأ إليها لتفادى الكلام بهدف تحديدها ليتعرف عليها .

٣. تقليل الحساسية التدريجي :

الهدف من هذه المرحلة هو أن نجعل المتعلم يواجه مشكلته وأن يقلل من قلقه وخوفه من الانفعالات النفسية الأخرى المصاحبة للتلعثم ، وهذا يتحقق من خلال عدم تعزيز سلوك التلعثم ومنع ردود الفعل القديمة

التي كانت تظهر للمتلعثم بعد حدوث التلعثم ، ثم إحداث رد فعل أو تشريط معاكس تجاه المنبه وتكرار هذا الفعل بتكرار المنبه حتى يحدث تكيف لهذا المنبه ، وفي هذه المرحلة يقوم المعالج بوضع برنامج علاجي متدرج حتى يستطيع المتلعثم بعد تنفيذه أن يتغلب على الخوف الذي يصاحب بعض المواقف والتي يزداد فيها تلعثمه ، كما يقوم المعالج بتوضيح أن الخوف مطلوب لكل شخص لكن بنسبة غير مبالغ فيها .

٤. التغيير :

الهدف من هذه المرحلة هو أن تساعد التلعثم أن يعرف أنه يستطيع أن يغير من سلوكه المضطرب في الكلام ، وبذلك يستطيع أن يتلعثم بطلاقة دون الحاجة الى الخوف أو التفادي ، وهذا يتأتى عن طريق تغيير بعض سلوك المتلعثم في حياته العادية قبل أن الشروع في تغيير سلوكه في الكلام ، ثم يجىء دور تحويل المتلعثم لكلامه بأن يضعف من ارتباط أعراض التلعثم بعضها بعضا ، وذلك بأن يغير من ترتيب حدوثها أو يحذف أحدها أو يضيف سلوكاً جديداً صحيحاً .

٥. التقريب :

وهذه المرحلة تتم من خلال ثلاث خطوات هي :

أ) الإلغاء : Cancellation

وفيها يقوم المتلعثم بالتوقف عن الكلام عندما يتلعثم في صوت أو مقطع ، ثم يقوم بإعادة هذه الأصوات مرة أخرى حتى في وجود الخوف من أنتباه المستمع له ويجب على المتلعثم أن يكمل نطق الكلمة بما فيها من عثرات قبل تكرارها مرة أخرى .

ب) الاعتدال : Pull outs

يقوم المتلعثم بتطبيق ما تعلمه في مرحلة الإلغاء عندما يشعر بصعوبة في نطق إحدى الكلمات ولكن بدلاً من التوقف عن الكلام ثم تكرار الكلمة يقوم بتطويل الصوت الذي حدث فيه التلعثم ، حتى يتمكن من أن يصحح مسار الأداء الكلامي لهذا الصوت أي أن هذه المرحلة تعتمد على ما يفعله المتلعثم أثناء التلعثم .

ج) التحضر : Preparatory

هذه المرحلة تتعلق بتوقع المتلعثم ، فإذا توقع أنه سوف يتلعثم في كلمه محددة فعليه أن يقوم بنطق هذه الكلمة نطقاً مقطعيّاً سليماً ، كما يجب أن يوفق بين إخراج الصوت والتنفس .

٦. الاستقرار :

هذه المرحلة هي آخر خطوة في العلاج ، وفيها يستمر الطفل المتلعثم في اتباع السلوك الجديد الذي تعلمه عند حدوث التلعثم ، وفي هذه المرحلة تقل عدد الجلسات ، وتضم جلسات التدريب أشخاصاً زائرين أو غرباء حتى لا يكون هناك خوف من الكلام في وجود أشخاص غرباء وهذا البرنامج الذي تم استخدامه كاسلوب علاجي في هذه الدراسة .

• الممارسة السلبية : Negative Practice

أحد الأساليب التي تتمشى مع هذا الاتجاه ويهدف إلى زيادة وعي الفرد بنفسه أثناء التلعثم وبدونها ، وكذلك استخدام الداء كالدواء ، فكثرة الممارسة وزيادة التدريب على شئ معين تجعل الفرد يتشبع به ، وبالتالي يحاول جاهداً تجنبه والكف عن ممارسته . ويهدف هذا الأسلوب أيضاً الى تدريب الفرد على التحكم الإرادي في أجهزة النطق سواء أثناء التلعثم أو بدونه ، ويمكن الاستعانة هنا بمرآة يرى فيها الفرد نفسه أثناء

الكلام ، وكذلك بجهاز لتسجيل صوته كي يسمع نفسه في مختلف الحالات ، سواء أثناء التلعثم العادي ، أو المقصود ، أو الكلام بدون تلعثم (الشخص ، ١٩٩٧) .

ثانياً: القلق النفسي

ترتبط الأمراض المزمنة بالعديد من الاستجابات النفسية والسلوكية ، التي يعبر بها المرضى عن تأثير المرض المزمن على أوضاعهم النفسية والاجتماعية والحياتية بشكل عام. وترتبط هذه الاستجابات بالعديد من العوامل التي تؤثر في شكل هذه الاستجابة وأسلوب التكيف مع المرض المزمن وفعالية هذا الأسلوب أو عدم فعاليته .

ويعتبر القلق واحداً من أهم الانفعالات النفسية التي يعيشها الفرد في حياته وأكثرها تكراراً، فهو ليس بالشعور الجديد على أي فرد حتى وإن تباين في شدته، كما أنه ليس بالانفعال المقصور على الذكور دون الإناث، أو الكبار دون الصغار، فمسألة التعميم في أن يعاني أي فرد في يوم ما من القلق هي أهم ما يميز هذا الانفعال السلبي في معظم الأحيان، بغض النظر عن شدة هذه المعاناة وشكلها ، ويمثل القلق أحد أهم الاضطرابات المؤثرة على الناس في كافة أنحاء المعمورة حتى أطلق بعض علماء النفس على العصر الذي نعيشه اسم عصر القلق (الداهري، ٢٠٠٨).

وتشير الإحصائيات إلى أن واحداً من بين كل أربعة أشخاص يتعرض يومياً على مدار حياته لواحد أو أكثر من اضطرابات القلق . والقلق خوف لا مبرر له ولا يتناسب مع المنبهات الخارجية المولدة له ، وتتراوح نسبة شيوع القلق بين ١٠%_١٥% من مجموع المرضى المراجعين للعيادات الخارجية ، و ١٠% من المرضى داخل المستشفيات ، وتوضح الدراسات أن ٢٥% من الأصحاء قد صادفوا القلق في وقت ما من حياتهم (عبد الرحمن ، ٢٠٠٠).

وينظر للقلق على أنه خلل يصيب السياق السوي لنشاطات الإنسان في خبرة أو أكثر ، وبعض مظاهر القلق يمكن اعتبارها عارضا طبيعيا يزول دون أن يترك أثارا سلبية على كفاءة الشخص ، ومنها ما يتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته (Barlow, David, Durand,1998) .

مفهوم القلق النفسي :

تباينت وجهات نظر علماء النفس حول مفهوم القلق تباينا شديدا فلقد اعتبر فرويد (Freud) ان الغريزة الجنسية هي الأساس الأول الذي يصدر عنه القلق وقد أرجع (ادلر) القلق الى مشاعر النقص عند الفرد سواء أكانت جسمية أم معنوية أم اجتماعية، ووظيفة القلق هي تحذير الشخص من خطر وشيك . اما سوليفان (Sullivan) فيعتبر أن القلق ناتج عن اضطراب في العلاقة المتبادلة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه. في حين ركزت هورني (Horney) على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع في إظهار مشاعر القلق لديه (فى: سليمان ، ٢٠٠٣).

ويعرف وولكر وروبرتس (walker and Roberts 1983) القلق بأنه استجابة إلى إثارة الفرد داخليا ، وقد يرتبط القلق بموضوع أو موقف خارجي غير خطير بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف.

ويرى كمال(١٩٨٩) أن القلق حالة من التحسس الذاتي يدركها المرء على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح ، مع توقع وشيك لحدوث الضرر أو السوء، وهي حالة أشبه ما تكون في طبيعتها الشعورية وفي انفعالات الجسم المصاحبة لها بحالة الخوف . والفارق الوحيد بينهما أن للخوف مصدراً واضحاً معلوماً بالنسبة للخائف، بينما مصدر القلق غير واضح او معلوم بالنسبة للذي يعانیه.

والقلق هو عدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر ويشعور من انعدام الأمن وتوقع حصول كارثة ويمكن أن يتصاعد القلق إلى حد الذعر ، كما يصاحب هذا الشعور في بعض الأحيان بعض الأعراض النفسجسمانية (السيكوسوماتية) وعلى الرغم من أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية إلا أن حالة القلق تزيد فتصبح هي نفسها الاضطراب النفسي الأساس ، وهذا ما يعرف باسم (عصاب القلق) أو (القلق العصابي) وهو أكثر حالات العصاب شيوعاً ويمكن النظر إلى القلق على أنه اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل ، ويمثل القلق انتقلاً من الخشية من شرور مرتقبة وعدم التيقن والخوف من وجود مظاهر جسمية لهذه المشاعر (الداهري، ٢٠٠٨).

وترى مدرسة التحليل النفسي أن (الأنا) هي التي تقلق وهي الجهاز الوحيد من الأجهزة النفسية الثلاثة التي تشعر به، ويميز التحليل النفسي بين نوعين من القلق:

١ - القلق الموضوعي: (الطبيعي) حيث يكون المصدر خارجياً وموجوداً بالفعل ، وهو قلق واقعي ويحدث هذا القلق لدى الأسوياء العاديين في مواقف الانتظار والتوقع مثل موقف الامتحان أو للانتقال إلى بيئة جديدة أو مواجهة خطر حقيقي .

٢ - القلق العصابي: وهو داخلي لا يمكن تجنبه أو تجنب مصدره، فأسبابه لا شعورية دوافع مكبوتة غير معروفة وهذا النوع من القلق يكون شديداً غير محتمل يظهر دون وجود أسباب خارجية أو نتيجة لوجود أسباب خارجية واهية لا تتناسب مع شدته (الداهري، ٢٠٠٨).

ويعرف صادق (١٩٨٥) القلق بأنه مرض عصابي نفسي ويأتي في صورة مستقلة ، ولا علاقة له بالمرض العقلي، ويكون المريض مستبصراً بطبيعة حالته ، أي يدرك أنه يعاني من حالة غيرطبيعية ويريد الخلاص منها ، ولا يتأثر سلوكه بحالته ، كما لا تؤثر على شخصيته .

ويعرفه عكاشه (١٩٩٢) . بأنه : "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور "بالفراغ في فم المعدة" أو "السحبة في الصدر" أو "ضيق في التنفس" أو "الشعور بنبضات القلب" أو "الصداع" أو "كثرة الحركة".

ويذهب زيوار (١٩٨٦) في تعريفه للقلق بأنه: حالة نفسية عامة تتميز بعدم الاتجاه نحو موضوع خارجي بعينه .

كما ويعرفه مخيمر (١٩٧٩) بأنه انغمار جزئي صدمه ولا يتكيف ، ومن حيث هو إنذار (محاولة تكيف) بالد فاع وهو ترجمة للانغمار إلا أنه في الوقت نفسه محاولة لتجنیه من حيث إن الموجود هو الشئ ونقيضه .

بينما يراه ريتشارد سوين (١٩٧٩) بأنه حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود خطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية.

➤ في حين عرفت موسوعة التحليل النفسي القلق بأنه شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون وجود مبرر لذلك ، وهو خوف مزمن ، فالخوف هنا مرادف للقلق ، إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما القلق استجابة لخطر غير محدد، ويقتصر القلق على المخاوف العصابية طالما أن مصدرالخطر غير معروف للشخص العصابي (حفني، ١٩٧٨) .

أما سبليبيرجر (Speilberger, 1983) فيعرف القلق بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللامبرر له ، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها .

ويعرف كاتل (cattle, 1967). عرف القلق انه خاصيه ثابتة نسبيا في شخصيه الأفراد ولكن هنالك اختلافاً بين الناس في استجاباتهم للقلق تعود الى الفروق الفرديه و خبرات الطفوله المكتسبه.

كما يعرف رودريجو، ليوزاردو و بيريرا (Rodrigo, lusiardo & Pereira, 1990) حاله القلق انه ظرف مؤقت يرتبط بموقف محدد و يختلف في الشده و الاستمراريه بين الافراد بشكل كبير أما سمه القلق فيمكن فهمها على أنها سمه شخصيه عند جميع الأفراد.

مما سبق يمكن القول إن القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل والذي يتضمن شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع (شيفر و ميلمان، ٢٠٠١) .

تصنيفات القلق :

هناك العديد من تصنيفات القلق ، حيث يصنف القلق إلى:

➤ القلق الموضوعي العادي:

(حيث يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً) ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوى، ويحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شىء، مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو انتظار نبأ هام أو الانتقال من القديم إلى الجديد ومن المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية.

➤ القلق كحالة أو القلق العصابي :

وهو داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ، ويعيق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادى .

➤ القلق الثانوي:

وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى (حيث يعتبر القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً)

➤ القلق العام:

الذى لا يرتبط بأى موضوع محدد بل نجد القلق غامضاً وعماماً وعائماً

(حامد زهران، ١٩٩٧).

➤ وقد ميز سبيلرجر بين نوعين من القلق هما:

١. القلق كحالة:

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية ، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق.

٢. القلق كسمة:

تعرف بأنها استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد ، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم ، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدراً للتهديد والخطر على الأعم الأغلب (Oltmanns & Thomas, 1998).

أعراض القلق:

أعراض القلق متنوعة، منها النفسية، والسيولوجية، والسلوكية، ومنها ما يظهر مباشرة على تعابير الوجه ، وتختلف هذه الأعراض من شخص إلى آخر ، تبعاً للموقف الذي يتعرض له، ومن هذه الأعراض:

➤ الأعراض النفسية :

كالشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحياناً ، أو ضعف القدرة على التركيز الذهني ، أو سيطرة الأفكار المشيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية ، والتنبيه الذهني للخطر مما يؤدي إلى الأرق ، خاصة في أول الليل .

➤ الأعراض الفسيولوجية :

الأعراض الناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي) وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة الكظرية ، ومنها أعراض عامة ، كاتساع حدقتي العين، وشحوب الوجه

، وتعرق راحة اليدين ، وزيادة سرعة نبضات القلب ، وزيادة سرعة التنفس وارتفاع نسبة السكر ، وارتفاع ضغط الدم، وانقباض شرايين الجلد والأحشاء، وزيادة سريان الدم في الدماغ والعضلات ، وزيادة توتر العضلات اللاإرادية. وقد يكون هناك زيادة إفراز هرمون (الفازوبرسين) الموجود في سائل النخاع الشوكي كما هو في الوسواس القهري ، أو نقص في مادة (السيريتونين) وهي ناقلات عصبية في المخ (عبدالرحمن، 2000).

كما يظهر القلق على شكل أعراض كما يذكرها باديسكي و غرينبرغر (٢٠٠١) يدركها جميع الأشخاص الذين يتعرضون لخبرة القلق كما يلي :

١- الأعراض الجسدية والتي تبدو في تعرق اليدين وتوتر العضلات وتسارع دقات القلب وتورد الخدين والدوار في الرأس بعض الأحيان.

٢- الأعراض المعرفية كالمبالغة في تقدير الخطورة ، والمبالغة في الخوف من قلة المساعدة المتاحة ، وهموم وأفكار تتعلق بتوقع الكوارث .

٣- الأعراض السلوكية متمثلة في تجنب الظروف التي يمكن أن يحدث فيها القلق ، ومغادرة الأماكن التي يبدأ فيها ظهور القلق ، و محاولة القيام بالأعمال بشكل كامل لا خطراً فيها او محاولة السيطرة على الأحداث لمنع الخطر .

٤- الأعراض الانفعالية و التي تظهر في العصبية ، والنزق ، والقلق ، والذعر. وهذه الأعراض الجسدية والسلوكية والمعرفية التي يشعر بها الإنسان تعتبر شكلا من أشكال الاستجابات المتعلقة بالقلق والتي تسمى الهجوم او الفرار او الجمود ويمكن لهذه الاستجابات أن تكون صحيحة تكيفيا

عندما نواجه خطراً ما ، الا انها قد تكون غير مساعدة عندما تكون مبالغاً فيها وغير متناسبة مع المثير .

أسباب القلق والنظريات التي تفسرها :

للقلق أسباب كثيرة يمكن أن تأتي نتيجة لصراعات نفسية في اللاوعي، ويمكن تعلم القلق من خلال النمذجة كمشاهدة والدين قلقين، كما يمكن أن ينتج عن صراعات الطفولة ، وقد يكون نتيجة للصراعات والمشاكل السائدة في عصرنا ، ويمكن أن ينتج القلق من مخاوف الشعور بالنقص ، أو الفقر ، أو سوء الصحة وقد يكون نتيجة التهديدات ، والصراع ، والخوف ، والحاجات غير المشبعة ، والفروق الفردية. أما الأسباب المتعلقة بالجانب الخاص بتأثير العقاقير ، فالإنسان قد يصاب بالقلق النفسي على أثر تعاطيه الكوكايين والكافيين ، وقد ينجم القلق النفسي عن إدمان الخمر والممنوعات والمخدرات ، إذ يؤدي الإقلاع عن تعاطي هذه الأدوية إلى ظهور أعراض مرضية على المدمن، ويعتبر القلق النفسي من بين هذه الأعراض (الدنشاري والبكري، ١٩٩٨).

ويشكل عام ، فإن حالات القلق تقترن بوجود المعتقدات الخاطئة (ميرزا، ١٩٨٣).

النظريات المفسرة للقلق :

١-التفسير الحيوي :

يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي ، فقد يكون القلق ردة فعل غير متعلمة والتي تنشط من اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع. في حين أن

الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة، كما أشارت بعض الدراسات الى أثر العامل الوراثي للاضطراب ، مثل اضطراب الفزع والرهاب ، أما تاثيرات البيئة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة (Oltmanns & Thomas,1998).

٢- تفسير التحليل النفسي :

يمثل القلق النفسي احد المفاهيم الرئيسة في المدرسة التحليلية ، ويعرفونة أنه حالة من التوتر تدفعنا إلى عمل شيء ما ،تتطور هذه الحالة من خلال الصراع بين الهو والأنا الاعلى في محاولة كل منهما السيطرة على الطاقة النفسية المتوافرة ، ويصنفون القلق الى القلق الواقعي وهو الخوف من خطر خارجي يتناسب مع درجة التهديدات الخارجية ، أما القلق العصابي والقلق المثالي تتم الإثارة بوساطة التغذية الراجعة لميزان القوى داخل الفرد بارسال رسالة الى الأنا فإذا لم تأخذ الأنا الخطوات اللازمة الضرورية، فان الألم والخطر يزداد (Corey , 2005).

٣- التفسير السلوكي للقلق :

لقد قدمت نظريات التعلم تفسيرات مقبولة للقلق عن طريق الاشرط الكلاسيكي مثل حالات الرهاب ، لكنها لم تقدم تفسيراً لحالات الفزع (panic disorder)، وحالة القلق العام ، ولقد اعتبرت القلق منعكسا شرطيا تجاة المثيرات المولمة او الخطرة. فاذا تعرض فرد الى حيوان

مخيف كلما فتح الباب فإنه يتعلم الخوف من مجرد فتح الباب حتى لو لم يتعرض للحيوان
(عبدالله ، ٢٠٠٠)

٤- تفسير النظرية المعرفية :

تركز هذه النظرية في تفسيرها للقلق على اعتبار ان الفرد لديه انماط من التفكير تسبق
المواقف التي يتعرض لها تكون هذه الافكار سلبية مشوة وخاطئة، بحيث يبالغ في تقدير خطورة
المواقف، بالتالي يميل الفرد التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف (Oltmanns &
Thomas, 1998) .

ويعتقد أصحاب النظرية المعرفية أن الشخص القلق يعاني من خلل إدراكي خطير
فيشعر الشخص الذي يعاني من القلق بأنة عرضة للفناء الذي يترصد به في كل مكان . وأن
عالمه سينهار في أية لحظة ، وهو عاجز عن دفع الكوارث ، ويرى بعض المعرفيين ان القلق
يظهر عندما تولد الحياة والمواقف مشاعر ونزوات لا يجرؤ العصابي على الاعتراف بها .
فيحل القلق مكان الغضب او الحب الذي تستدعيه الحياة، بسبب الشعور المزمن بالاثم وزوال
احترام الذات (في: المرزوقي، ٢٠٠٧)

٥- تفسير النظرية السلوكية المعرفية :

إن المبالغة و التهويل في تفسير الفرد للأعراض والأحاسيس الجسمانية مثل زيادة ضربات القلب و سرعة التنفس تؤدي إلى تفسيرات خاطئة وإحساسه بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي به إلى الموت ان لم يتعامل معها بواقعية وجدية ، حيث بفسر الفرد زيادة ضربات القلب لديه بأنها أزمة قلبية ، وهذا يؤدي إلى الزيادة الاحساس بالأعراض السلبية (Oltmanns & Thomas,1998).

تشخيص القلق:

يعد القلق ذا أهمية بارزة لأنه المفهوم المركزي في علم الاضطرابات النفسية ، والعرض المشترك في الاضطرابات النفسية وفي أمراض عضوية شتى . ويتم تشخيصه بناء على ما حدده الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV) للاضطرابات النفسية والعقلية من اعراض:

(أ) أن تشتمل على الأقل على ستة من الأعراض التالية وتستمر على الاقل لمدة ستة أشهر وهي :

الرجفان والارتعاش، الشد العضلي، كثرة الحركة وعدم الاستقرار، الشعور بالإنهاك بسهولة، ضيق التنفس، تسارع دقات القلب، التعرق أو الشعور بالبرودة، جفاف الفم، الشعور بالدوخة، الشعور بالغثيان أو الاسهال، الشعور بسخونة الوجه، تكرار مرات التبول، صعوبة البلع، التوتر والتحفز، سرعة الجفان، صعوبة التركيز، الارق، قابلية الاستثارة.

(ب) ان لا يكون القلق مرتبطاً بالاضطرابات الاخرى مثل نوبات الفزع او المخاوف او الوسواس القهري او توهم المرض او قلق الانفصال .

ج) تتسبب أعراض القلق في اضطراب اكلينيكي واضح او اضطراب في العمل او في الحياة الاجتماعية او غيرها .

د) لا يعود الاضطراب الى تاثيرات جسدية ناجمة عن استخدام العقاقير مباشرة او لظروف طبية عامة ولا يحدث أثناء حدوث اضطراب المزاج ، او الاضطراب الذهاني.

(American Psychiatric Association, 1994)

أدوات قياس القلق:

يوجد العديد من المقاييس التي تناولت موضوع القلق وهذه المقاييس تفاوتت فيما بينها في مدى صدقها وثباتها وسعة استخدامها وتطبيقها ومن هذه المقاييس :

➤ مقياس ساراسون للقلق:

يتكون هذا المقياس من (٤٢) فقرة في صورته الأصلية ويتكون من (٣٠) فقرة في صورته الأردنية ، وهو يقيس جوانب تتعلق بقلق الامتحان أكثر من جوانب القلق الاخرى . وللمقياس صدق ذو دلالة بطريقة الصدق التلازمي. ويتمتع بمعدلات ثبات تراوحت في صورته الأردنية ما بين (٠.٦٦ ، ٠.٩٠) (الخطيب ، ١٩٨٩).

➤ صورة تحليل الذات لكاتل:

يقيس هذا المقياس خمسة مجالات تمثل بمجموعها المقياس الكلي للقلق من خلال ٤٠ فقرة وهذه المجالات هي : ضعف اعتبار الذات ، والاتزان الانفعالي ، والشك ، وعدم الأمان ، والتوتر . وحسب الصدق العاملي وصدق المحتوى وكان مرضيا، اما الثبات فقد تراوحت قيمته بين (٠.٨١ _ ٠.٨٥) .

والإجابة عن المقياس ثلاثية متدرجة ب(نعم ، أحياناً ، لا) ، واستخدامه محدود في البلاد العربية(المومني، ٢٠٠١) .

➤ مقياس القلق لتيلر:

وهذا المقياس يقيس سمة القلق بشكل محدد ويتكون من ٥٠ فقرة تتم الإجابة عنها ب نعم أو لا . منها ٣٨ فقرة إيجابية و١٢ فقرة سلبية . وللمقياس صدق جيد تم التوصل اليه من خلال إيجاد معاملات ارتباط بمقاييس قلق اخرى. وكانت دالة . وتراوحت قيمة الثبات بين (٠.٨٤ ، ٠.٩٠) . واستخدامه محدود في البيئة الأردنية (المومني، ٢٠٠١).

➤ قائمة سبيلبرغر وزملائه :

استعمل الباحث الحالي قائمة سبيلبرغر لقياس سمة القلق في هذه الدراسة ، وقد وقع اختبار الباحث على هذا المقياس لسعة استعماله في الكشف عن القلق عند طلبة الجامعة وعينات عربية وأردنية . كما أن المقياس يتمتع بمستويات صدق وثبات عالية في صورته الأصلية "الأجنبية" والأردنية(Spielberger,1983) .

طرق علاج القلق النفسي :

علاج القلق كعلاج الامراض والانفعالات النفسية الأخرى ، يتطلب إدراكاً وتفهماً للعوامل المكونة والمؤثرة في شخصية المريض ، مع توفر القدرة على تحليل هذه العوامل لبيان أثرها الفعال الدينامي(Dynamic) في تكوين الحالة المرضية كما يتطلب ذلك إحاطة الأخصائي إحاطة كافية بفن العلاج النفسي كجزء لا يتجزأ من مهارته الطبية .

وفي يلي مختصر لبعض الطرق العلاجية للقلق :

• العلاج الدوائي للقلق:

يعتمد العلاج الطبي في حالات القلق العصابي على استخدام العقاقير التي تسمى بالمطمئئات الصغرى ، وكذلك علاج الأعراض المصاحبة للقلق مثل الأرق وفقدان الشهية ، ويجب عدم الإسراف في استخدام العقاقير المهدئة حتى لا يحدث إدمان لدى المريض لهذه العقاقير .

ولقد أوضحت بعض الدراسات فعالية العقاقير الإيحائية التي تسمى (بلاسبو) : وهي أقراص من النشا أو الدقيق والسكر وليس لها أي مواد دوائية فعالة في تحسين بعض حالات القلق (الداهري، ٢٠٠٧).

• العلاج بالتغذية الراجعة (Biofeedback) :

ويتألف هذه الأسلوب من تسجيل الأنفعال الفيزيولوجي الذي يحدث لدى الفرد (سرعة ضربات القلب أو التنفس الخ) ويخبر الفرد بطريقة تقنيه: بالتسجيل الالكترونى الصوتي أو البصري بهذا الأنفعال، ومن ثمة يدرّب الفرد على كيفية السيطرة على هذا الانفعال ، وتسجيل أثر دائرة هذا التدريب في الانفعال التالي ، ثم إعلامه به ، والسيطرة عليه ثانية وهكذا الى أن يكتسب الفرد المقدرة العقلية التلقائية بالسيطرة على انفعالات محددة من جسمه حالما يشعر بوجودها . ومع كثرة ما يدعي لهذه الأسلوب العلاجي من فوائد فإن هذا الاسلوب يستغرق زمناً طويلاً ، ويحتاج الى تقنية معقدة ، ونتائجه الايجابية حتى الآن لا تبرر اللجوء اليه كاسلوب مفضل أو عملي (كمال، ١٩٨٩).

• العلاج التأملّي (meditation):

الطريقة التأملية من الطرق القديمة التي تكثر ممارستها في الحضارات الشرقية وهي مزيج من التأمل وضبط النفس وتمارس في طقوس فردية أو جماعية . وقد دلت معظم الأبحاث على أن الطرق التأملية ذات فائدة ، فهي تعطي الممارس لها الهدوء العقلي والاسترخاء الجسمي . وهذه النتائج لا تأتي بسبب محتوى التأمل وإنما بسبب أسلوبه . وفي السنوات الاخيرة انتقل هذا الأسلوب من الشرق الى الغرب ، وأجريت أبحاث عديدة لتقرير ما يحدث فعلاً أثناء الجلسة التأملية من التغيرات الفيزيولوجية في الجسم والنتائج الايجابية التي تحدث في التأمل تشبه الى حد كبير النتائج الإيجابية التي تحدث في عدة وسائل أخرى للاسترخاء مثل التدريب الذاتي autogenic training، والنهي المتبادل Reciprocal Inhibition (كمال، ١٩٨٩).

• العلاج السلوكي للقلق (behavioral therapy).

إن نظريات التعلم الحديثة ترى أن العصاب سلوك متعلم وهي ترى أن القلق عادة او فعل منعكس شرطي خاطى ومن اجل إزالة القلق او إضعافه يعرض المريض الى تجارب صناعية مفتعلة وهو في حالة استرخاء تام او تحت تاثير العقاقير المهدئة، ثم يعرض الى نفس الحالة التي تبعث القلق في نفسه وبدرجة أقل حتى يحدث تعلم عند المريض مفادة احتمال ذلك الأمر المسبب للقلق أو الخوف بصورة متدرجة حتى يتم تجاهلة أو عدم الاكتراث بة (ابو الخير، ٢٠٠١).

وهناك عدة طرق سلوكية تهدف الى التقليل من القلق ومن هذه الطرق ما يستغل الفوائد الإيجابية للاسترخاء والتي تستند الى ان حالة الاسترخاء تتعارض في طبيعتها مع حالة القلق فإذا تم إحداث الأولى لم يكن هنالك مجال بفعل الثانية . ومن الطرق السلوكية الاخرى ما يهدف إلى تعويد الفرد على مواجهة مواقف مقلقة والتمرين على حلها أو السيطرة عليها . ولهذا الاسلوب العلاجي فائدة وقائية اذا ما طبق على الأطفال

والأحداث مما يعودهم على مواجهة المواقف الداعية للقلق في مستقبلهم والتغلب عليها
(كمال، 1989).

الدراسات ذات الصلة

مقدمة :

توجد علاقة بين سلوك التلعثم وعوامل الخوف والتوتر والقلق إلا أن هنالك أختلافاً بين المختصين في علم النفس من حيث تفسير حدوث التلعثم وفقاً للإطار النظري الذي يستند إليه كل منهم، ويختلف علماء التحليل النفسي في تفسير الأسباب عن علماء المدرسة السلوكية، فأنصار التحليل النفسي يرجعونها إلى اضطرابات في عملية النمو النفسي الجنسي للطفل خلال مراحل الطفولة المبكرة، بينما يرجعها أنصار المدرسة السلوكية الى عملية التعلم الخطأ التي تعرض لها الفرد عن طريق الإشراف بين المثيرات والاستجابات في مرحلة الطفولة.

وتوجد العديد من الدراسات التي تناولت علاقة القلق بالتلعثم ومدى تأثير برامج تعديل السلوك في تحسين الطلاقة النطقية لدى المتلعثمين والتقليل من مستوى القلق المصاحب، وفيما يلي عرض لنتائج بعض الدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، ونظراً لندرة الدراسات العربية في المجال، فقد تم عرض الدراسات العربية، ومن ثم الدراسات الأجنبية، التي أمكن للباحث التوصل إليها، كما يلي:

أولاً: الدراسات العربية

في دراسة حمدي (١٩٧٦)، بعنوان فعالية الممارسة السلبية والترديد كأسلوبين سلوكيين في معالجة حالات التلعثم، والتي أجريت على عينة قوامها (٢٤) طالباً يعانون من التلعثم في المرحلتين الإعدادية والثانوية بالأردن، تراوحت أعمارهم ما بين (١٤-١٩) سنة، وأظهرت النتائج فعالية أسلوب الممارسة السلبية والترديد في علاج التلعثم لدى أفراد العينة التجريبية.

ونشير دراسة الزريقات (١٩٩٣) بعنوان فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة، والتي أجريت على عينة قوامها (٤٠) طالبا وطالبة من الصفوف الرابع الى العاشر، تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-١٦) سنة، طبق عليهم قطعة قراءة للتعرف على درجة التأتأة لديهم وبرنامج التدريب على الوعي وتنظيم التنفس، وقد أشارت النتائج الى أن مجموعة التدريب على الوعي وتنظيم التنفس، تفوقت على المجموعة الضابطة في التقليل من أخطاء التأتأة في الكلام، ووجود تفاعل بين الجنس والمجموعة فيما يتعلق بدرجة الإفادة من البرنامج حيث اختلف الأداء على الطريقة باختلاف الجنس.

أما دراسته أجراها مطاوع (٢٠٠٢) فقد أكدت على علاقه بين القلق والتحصيل المدرسي على عينه من الطلبة الذين يعانون من التأتأة وتكونت عينه من ٢٠٠ طالب وطالبة في المرحلة الأساسية في مدينه الكويت ، اظهرت الدرسته أن هنالك دلالة إحصائية بين القلق والتحصيل الدراسي عند هؤلاء الطلبة بحيث كلما ارتفعت درجة القلق لديهم زادت التأتأة وبالتالي انخفض تحصيلهم الأكاديمي.

وفي دراسة الزبير والداهري (١٩٩٣) وموضوعها التربية البديلة وأثرها في النمو اللغوي والقلق لدى عينة من الأطفال في دولة الإمارات العربية المتحدة، قوامه (١٨٠) طفلا تراوحت أعمارهم ما بين (٥ - ٩) سنوات، أكدت الدراسة على أن هناك علاقة بين التربية البديلة التي يعيشها الأطفال (سواء أكانوا في الحضانه أم في المنزل) و القلق و النمو اللغوي لديهم. أي أنه كلما كانت التربية البديلة للطفل كلما ازداد القلق عند الطفل و التعلق بالأأم و هذا يؤثر على النمو اللغوي (الذخيرة اللغوية) لديه.

وأيضاً دراسة الداھري (٢٠٠٢) بعنوان علاقه القلق بالترتيب الذهني واللغة عند تلاميذ المرحلة الابتدائية في مدينه بغداد، والتي طبقت في المدارس التي تضم صفوف خاصه حيث تكونت عينه الدرسته

من (١٥٠) طالبا من الصفوف الخاصة، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى القلق والخجل و اضطرابات اللغة (التأتاه)، وقدمت الدراسة برنامجا ارشاديا لمعالجه القلق وبالتالي تخفيف التأتاه لدى التلاميذ.

ثانيا: الدراسات الاجنبية

دراسة كراج وكليري (Craig & Cleary, 1982) والتي بحثت في إمكانية تحسين مستوى الطلاقة بعد تدريب عينة الدراسة و البالغ عددهم (٢٥) متلعثما تراوحت أعمارهم ما بين (١٠ - ١٤) سنة على تقليل التوتر في عضلات النطق وخفض التوتر باستخدام Electro Myo Graph (EMG) feed back. وقد تم تصميم برنامج لخفض التوتر العضلي في عضلات الوجه أثناء حركات العضلات وكذلك للحركات أثناء الكلام ، ثم تدريبهم على الاحتفاظ بمستوى الشد العضلي المسترخي أثناء الكلام و كذلك المحافظة على هذا الاسترخاء عن طريق تعليمهم تعديل السلوك المرتبط بضبط الذات Self-control وقد تم استخدام تقنية مراقبة الشد في العضلات واسترخائها عن طريق جهاز (EMG) وقد انخفض مستوى التوتر وشدة التلعثم من (٦٠-٨٠)%، وقد تم متابعة هؤلاء المتلعثمين بعد ٩ شهور ولوحظ ذلك التحسن.

وفي دراسة انجرام وأونسلو (Ingram & Onslow, 1985) والتي هدفت الى معرفة درجة تحسن التلعثم بوساطة تعديل السلوك لدى عينة مكونة من (٥) بالغين يعانون من التلعثم، وذلك عن طريق تطبيق برنامج تعديل سلوك مكثف يعتمد على استخدام تكنيك الإطالة، حيث قام أفراد العينة بوصف قصة المطر عن طريق تعديل الكلام بالإطالة ، وقد أشارت النتائج الى تحسن (٣) منهم بشكل ملحوظ في حين أبدى الاثنان الآخران تحسنا موقفيا، وقد اظهر أفراد العينة جميعهم تحسنا بعد استخدام أسلوب التغذية الراجعة المنتظمة، وقام كل فرد بمعالجة نفسه للعودة الى المستوى الطبيعي من الكلام .

و دراسة كريج (Craig, 1990) والتي هدفت الي بحث العلاقة بين التلعثم والقلق و ذلك عن طريق التقرير الذاتي Self-Report حيث أشارت نتائج دراسات سابقة إلى إن الأشخاص المتلعثمين ليسوا أكثر قلقا من غير المتلعثمين و لكن نتائج العديد من هذه الدراسات غير دقيقة، و في هذه الدراسة فإن عدداً كبيراً من المتلعثمين قد تم فحصهم باستخدام مقياس القلق كحالة وسمة State and Trait Anxiety قبل و بعد العلاج السلوكي المكثف، و قد تم مقارنة مستوى القلق لديهم مع مستوى القلق عند الأشخاص غير المتلعثمين والمتجانسين معهم في الجنس والعمر والمستوى المهني. وأشارت النتائج الى ان الأشخاص المتلعثمين قد أبدوا مستوى مرتفعاً من القلق و المخاوف في المواقف الكلامية المختلفة مقارنة مع المجموعة الضابطة ، و بعد ان تمت معالجة القلق لديهم أبدوا مستوى عادياً من القلق، كما أشارت النتائج أن القلق يزيد من مستوى التلعثم. وقد أوصت الدراسة بالعلاج السلوكي للقلق للتخفيف من شدة التلعثم و زيادة الطلاقة اللفظية.

و دراسة ميلر وواطسون (Miller, S. & Watson, B., 1992) والتي هدفت الى قياس الإدراك الذاتي للقلق والاكنتاب واتجاهات التواصل لدى عينتين متطابقتين من المتلعثمين وغير المتلعثمين. حيث أشارت النتائج الى أن الأشخاص المتلعثمين أكثر قلقا واكنتابا من غير المتلعثمين، كما أشارت الى وجود اتجاهات سلبية نحو التواصل مع الآخرين عند عينة المتلعثمين وانهما تزداد كلما زادت شدة التلعثم، و افترضت النتائج أن القلق عند المتلعثمين ينحسر في اتجاهاتهم نحو التواصل مع الآخرين وكذلك وفقا للمواقف والخبرات التي يكون فيها ذلك التواصل.

وفي دراسة ماتسون (Mattson 1992) هدفت هذه الدراسة الى معرفة الأعراض لإضطراب النطق واللغة وعلاقتها بالقلق وقد توصلت دراسة الى أن هناك علاقة بين القلق والتأخر الدراسي والتأتأة بشكل

خاص وكانت دراسته على عينة من ٦٠٠ طالب وطالبة في ولاية ميشيغان وكانت هذه العينة في الصفوف التي يعاني فيها الطلبة من اضطرابات في اللغة والتأتأة .

وقد أشارت دراسة باكمان ومارك ودووم (Packman, Onslow, Mark and Doorn, 1994)، والتي هدفت الى تعديل سلوك إطالة الكلام وإضفاء الجانب النغمي عليه، و تعديل سلوك التلعثم، وذلك لدى عينة مكونة من أربعة أشخاص من البالغين يعانون من التلعثم، وذلك من خلال تطبيق برنامج علاج سلوكي عليهم، وتشكيل سلوكهم ليتكلموا بطريقة موسيقية لمدة خمسة أسابيع. وقد أظهرت نتائج الدراسة عن تحسن مستوي أداء الراشدين في سلوك إطالة الكلام والتلعثم.

وفي دراسة قام بها جروز (Grose, 2000) على عينة من ٦٠ طفلاً في المرحلة الابتدائية في أستراليا درس فيها علاقة القلق في الإنتباه في الصف لدى هؤلاء الأطفال الذين يعانون من التأتأة فوجد أن الأطفال فيها يعانون من اضطراب اللغة وذلك لأنهم قلقون على مستقبلهم وعلى علاقتهم بإخوانهم وأصدقائهم في المدرسة ، وتوصلت الدراسة أن هناك علاقة بين القلق وقلة الإنتباه بين هؤلاء الطلبة مما يؤثر في تحصيلهم الضعيف في الدراسة .

وفي دراسة كالار (Calar, 2001) هدفت هذه الدراسة الى فحص العلاقة بين اللغة الإستيعابية ولغة النطق والقلق، لدى عينة قوامها (٥٠٠) طفلاً بالمرحلة الابتدائية في ولاية كنساس الأمريكية من الذين يعانون من ضعف القدرة في اللغة الإستيعابية والنطق (التأتأة) وأظهرت نتائج الدراسة أن خفض مستوى القلق عند الأطفال وأولياء أمورهم يزيد من قدرتهم الإستيعابية اللغوية وقدرتهم على النطق والتأتأة

و دراسة دوبول (Dopol, 2001) والتي أجريت على (٥٠) أسرة في لوس أنجلوس أطفالهم يعانون من اضطراب في اللغة وتشنت في الانتباه والقلق، وتم توزيعهم الى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وتلقوا

برنامجاً ارشادياً سلوكياً معرفياً تضمن هذا البرنامج جلسات للتخفيف من التأثأة و جلسات لتحسين الانتباه. وأظهرت النتائج إنخفاض مستوى القلق النفسي لديهم و كذلك تحسن في اللغة والألفاظ الصحيحة .

و دراسة جنسن (Jensen, 2001) والتي أجريت على (٦٢) طفلا في ولاية نورث ويلز وكانوا يعانون من اضطراب في اللغة (التأثأة) ونقص في الذخيرة اللغوية لديهم، وقد تراوحت أعمارهم بين ٦-١١ سنة وقسموا الى ثلاث مجموعات ، مجموعة تلقت برنامجاً علاجياً سلوكياً لضبط اللغة ومجموعة ثانية تلقت برنامجاً علاجياً سلوكياً لخفض القلق وعلاج التأثأة ومجموعة ثالثة لم تتلق أي تدريب فكانت النتيجة أن المجموعتين التجريبيتين اللتين تلقتا التدريب قد زادت الذخيرة اللغوية عندهم وقلت التأثأة وكذلك إنخفاض القلق قياساً بالمجموعة الثالثة التي لم تتلق أي برنامج تدريبي .

و دراسة فانريكغم وياجن (Vanrycheghem & Baggen, 2002) والتي هدفت إلى البحث عن وجود القلق الاجتماعي عند البالغين المتعلمين، واستخدمت قائمة العلاقات الشخصية الموقفية (Inventory of Interpersonal Situations (IIS), Baggen & Kraaimaat,1999) التي تقيس القلق الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من ٨٩ متلعثماً و ١٣١ غير متلعثم، وقد تم قياس بعدين من أبعاد القلق الاجتماعي وهما التوتر الانفعالي (أو عدم الراحة في المواقف الاجتماعية) وتكرار ظهور الاستجابة الاجتماعية للمواقف الاجتماعية، وقد أشارت النتائج الى أن الأشخاص المتلعثمين حصلوا على مستويات عالية من التوتر الانفعالي في المواقف الاجتماعية كما حصلوا على تكرار أقل للاستجابات الاجتماعية للمواقف الاجتماعية عن غيرهم من غير المتلعثمين، وقد حصل ٥٠% من المتلعثمين على علامات تصنفهم ضمن فئة الحد الأدنى للقلق الاجتماعي.

وفي دراسة قام بها ستريد (Stred, 2002) قام الباحث بإجراء دراسة على ٥١ طالبا و طالبة من الذين يعانون من اضطراب الكلام (التأتأة) و تأثير ذلك على الترتيب العقلي تتراوح لديهم أعمارهم بين ١٦-٢٠ سنة في كليفورنيا وقسمت العينة الى مجموعتين ، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وطبق عليهم برنامج ذو شقين المرحلة الأولى منه تخفيض القلق وعدد الجلسات كانت ١٠ جلسات وبعد العشر جلسات للتدريب على لفظ الكلمات الصعبة التي يعانون منها (التأتأة) وبعد ذلك طبق عليهم مقياس القلق وعدم التحصيل اللغوي (الذخيرة اللغوية) وأجرى متابعة للبرنامج تحسنت فيها ظروف هؤلاء الطلبة مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج .

و دراسة مورن (Moren, 2002) حاولت هذه الدراسة التعرف على أثر القلق في صعوبات اللغة وتشنت الإنتباه من خلال أدائهم على بعض الإختبارات النفسية كالفهم اللفظي والإنتباه و عليه قام الباحث باختيار عينة من ٦٠ طفلاً في كلاسكو، تراوحت أعمارهم بين ٨-١٠ سنوات و طبق عليهم الإختبارات النفسية و قد أظهرت النتائج أن الاطفال الذين يظهرون أعراض التأتأة و تشنت الإنتباه يخطئون كثيرا في استرجاع المعلومات وخاصة استرجاع الأعداد وإعادة تركيب الجمل، و يعانون من ضعف شديد في القدرة على الفهم الصحيح و السبب في ذلك قلقهم نتيجة تشنتهم الإجتماعية التي أكدت على أنهم أطفال غير عاديين و هذا خطأ في التنشئة الإجتماعية.

و دراسة قام به براي وآخرون (Bray, Kehle, Lowless & Theodre, 2003) والتي هدفت الى التعرف على العلاقة بين تأثير الذات والطلاقة اللفظية والتحصيل الأكاديمي والاكنتاب لدى الراشدين من ذوي التلعثم وغير المتلعثمين، حيث تم استخدام تحليلين منفصلين لمعرفة تأثير الذات والاكنتاب على الطلاقة اللفظية، وأوضحت النتائج ان ٦١% من أفراد العينة ظهر لديهم أثر لعاملي الذات و الاكنتاب على الطلاقة

اللفظية، وتناول التحليل الثاني أثر الذات على التنبؤ بالتلعثم وفقاً لمتغير المجموعة وأشارت النتائج إلى أن ٨١% من أفراد العينة أظهرت أثراً للطلاقة عند معرفة المجموعة المتحدث إليها، في حين أن ٩٥.٣% من غير المتلعثمين لم يظهروا اهتماماً لنوع المجموعة المستمعة لهم.

و دراسة أجراها مركز أبحاث التلعثم الأسترالي (Australian Stuttering Research Center, 2004) ، والتي هدفت إلى تحسين سلوك التلعثم وخفض مستوى القلق لدى عينة مكونة من (٣٤) متلعثماً، و(٣٤) من غير المتلعثمين طبق عليهم اختبار شدة التلعثم ومقياس للقلق. وقد أشارت نتائج اختبارات القلق أن جميع حالات المتلعثمين (٣٤) يعانون من المخاوف والقلق الاجتماعي مقارنة بأقرانهم من غير المتلعثمين، وقد تم معالجة مجموعة المتلعثمين عن طريق تمارين الاسترخاء، وكذلك من خلال جلسات العلاج السلوكي المعرفي، ثم جرى إعادة تطبيق اختبار القلق، حيث تبين أن (٢٨) حالةً من أصل (٣٤) قد انخفض لديهم مستوى القلق بدرجة ذات دلالة، كما أن معامل الطلاقة النطقية قد تحسن لديهم.

و دراسة إزاتي وليفن (Ezati & Levin, 2004) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين القلق والتلعثم في إطار تعدد وجهات النظر والتي تتضمن القلق العام في مواقف محددة، وتكونت عينة الدراسة من (٩٤) فرداً تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٤٣) سنة وجميعهم من الذكور، وقد كان نصف هؤلاء من المتلعثمين والنصف الآخر من غير المتلعثمين، وقد تم استخدام مقياس سمة القلق ، ومقياس حالة القلق ، قائمة المواقف الكلامية. وقد تمت مقارنة نتائج الاختبارات قبل وبعد تعريض العينة لمهمات الكلام، وأشارت النتائج إلى أن سمات القلق ذو مستوى أعلى عند المتلعثمين عن غير المتلعثمين، و هذا يؤكد إلى أن القلق يعتبر سمة واضحة من سمات المتلعثمين، كما أشارت الدراسة ان حالة القلق State Anxiety في المواقف الاجتماعية أعلى عند المتلعثمين عن غيرهم من غير المتلعثمين وهذه الحالة تزداد بزيادة شدة التلعثم .

وفي دراسة سميث (Smith, 2004) قام بدراسة علاقة اضطراب النطق بالقلق على عينة من مدارس ولاية أوهايو الابتدائية وتكونت العينة من ٢٠٠٠ طفل وطفلة يعانون من إضطرابات اللغة والتأتأة وطبق عليهم مقياس القلق ووجد أن القلق مرتفع جدا عند هؤلاء الأطفال وكذلك عند أولياء أمورهم فوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والتأتأة عند عينة الدراسة .

و دراسة بلومجرن وآخرين (Blomgren, Roy, Callister, and Merrill, 2005) والتي هدفت الى معرفة أثر تقديم برنامج علاج سلوكي في تحسين مستوى الطلاقة، وذلك لدى عينة من الراشدين يعانون من التلعثم بلغ قوامها (١٩) بالغاً، وطبق عليهم مقياس شدة التلعثم للراشدين ، ومقياس شدة التلعثم الذاتي، وقائمة بيك للاكتئاب، مقياس القلق متعدد الأوجه، و مقياس حالة القلق. وطبق على أفراد العينة برنامج علاج سلوكي لمدة ثلاثة أسابيع. وتم تقييمهم مباشرة بعد تعرضهم للبرنامج العلاجي، وكذلك بعد مرور ستة أشهر من التطبيق. وقد أشارت النتائج إلى تحسن أربعة أشخاص بعد القياس المباشر، وستة أشخاص آخرين بعد مضي ستة أشهر من تلقيهم البرنامج العلاجي، من أصل (١٤) فرداً استمروا في البرنامج.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق لنتائج بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية يتضح مدى الاهتمام بضرورة الحد من مشكلات التلعثم لدى الراشدين، وقد أشارت النتائج الى فعالية برامج تعديل السلوك في علاج مشكلات التلعثم ، ومنها : (Craig, Cleary,1982, Packman et al., 1994). كما أشارت نتائج بعض الدراسات الى وجود علاقة وثيقة بين الاكتئاب والتلعثم (Bray et al.,2003)،

وكذلك وجود علاقة بين القلق والتلعثم وأن خفض مستوى القلق لدى المتلعثمين يؤدي الي التخفيف من حدة التلعثم لديهم , Craig,1990, Millerm, Watson,1992, Vanrycheghem,Beggen,2002, (Ezati, Levin,2004).

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تقديم برنامج علاج سلوكي بهدف خفض مستوى القلق لدى الراشدين الذين يعانون من اضطراب التلعثم وأثر ذلك على تعديل سلوك التلعثم لديهم. بينما تختلف عن تلك الدراسات في أن بعض الدراسات قد ركزت على استخدام برنامج علاج سلوكي فقط والبعض الاخر استخدم تكنيكات الاسترخاء، للتخفيف من حدة التلعثم، والدراسة الحالية تركز على ضرورة الدمج بين الأسلوبين معا (العلاج السلوكي، وتدريبات الاسترخاء) لخفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم.

وقد تمت إلفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية في تحديد الخطوات الواجب اتباعها لتحديد عينة الدراسة، وفي اختيار الأدوات الملائمة للدراسة كقياس شدة التلعثم ومقياس مستوى القلق، وقد أشارت نتائج الدراسات السابقة الى وجود علاقة قوية فيما بين التلعثم ومستوى القلق لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات اللغة ومنها التلعثم، وأن التخفيف من حدة القلق لدى أفراد التلعثم من شأنه أن يسهم في خفض التلعثم لدى الأفراد.

وفي ضوء ما أشارت اليه الدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية اعتمدت الدراسة الحالية على الإفادة من البرامج التي ثبت نجاحها في خفض التلعثم في العديد من الدراسات السابقة، ومنها تمارين الاسترخاء لسوزانا لارك S. Lark ، وبرنامج تعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية لفان رايبير Riper ، وتم تطويرهما بما يتلاءم مع طبيعة أفراد عينة الدراسة في البيئة الأردنية واستخدامهما في خفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدراسة الحالية.

أيضاً تمت الإفادة من الأدب النظري والدراسات ذات الصلة في مناقشة وتفسير النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للبيانات في الدراسة الحالية.

الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً لمنهج الدراسة المستخدم، ووصفاً لأفراد الدراسة وكيفية اختيارها، وأدوات الدراسة بصورة تفصيلية وخصائصها السيكومترية، ثم توضيحاً لكيفية إعداد وتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي لخفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم لدى عينة من الراشدين ذوي اضطرابات التلعثم، وتوضيح إجراءات الدراسة، ومتغيراتها، والتصميم التجريبي، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من جراء تطبيق أدوات الدراسة والبرنامج على أفراد عينة الدراسة.

أفراد الدراسة:

تكونت العينة النهائية للدراسة من (٤٤) فرداً من الراشدين الذكور ذوي التلعثم، تم اختيارهم من عينة عشوائية قوامها (٥٠) فرداً من المراجعين لعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بعمان، من أبناء العسكريين العاملين والمتقاعدين المستفيدين من الخدمات الطبية الملكية، وتم تشخيصهم في العيادة على أنهم يعانون من التلعثم في ضوء التشخيص العيادي بعيادة النطق من قبل أخصائي النطق والمتضمن المقابلة الشخصية ونتائجهم على مقياس شدة التلعثم المستخدم بالعيادة، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٨ - ٣٤) عاماً.

في البداية تم تقسيم أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية بلغ قوامها (٢٥) فرداً والآخرى ضابطة قوامها (٢٥) فرداً. وقد تسرب عدد (٤) أفراد من المجموعة التجريبية ولم يكملوا البرنامج العلاجي، كما تسرب عدد (٢) فرداً من المجموعة الضابطة، وأصبح العدد النهائي (٢١) فرداً للمجموعة التجريبية خضعوا للبرنامج العلاجي الذي تم إعداده في الدراسة الحالية، (٢٣) فرداً للمجموعة الضابطة تلقوا

الخدمات العلاجية النطقية التقليدية المتبعة في العيادة ولم يتعرضوا للبرنامج العلاجي الخاص بالدراسة، ومن المنظور الإنساني تم الاتفاق مع أفراد المجموعة الضابطة على أن يطبق عليهم البرنامج العلاجي المطور في الدراسة بعد انتهاء التطبيق على أقرانهم في المجموعة التجريبية.

أدوات الدراسة:

(١) مقياس شدة التلعثم المطور

يهدف المقياس الي التعرف على درجة ونوع التلعثم لدى عينة من الراشدين المراجعين لعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بعمان.

تم تطوير هذا المقياس من قبل (الخماسة، ٢٠٠٣) في الخدمات الطبية الملكية، ويتكون المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية، وهي: سلوك تكرار التلعثم، والفترة الزمنية للوقفات، والمصاحبات الجسمية.

ويتكون المقياس الفرعي الأول سلوك تكرار التلعثم من ثلاث مهارات، هي:

- مهارات العمل (حيث يطلب من المفحوص أن يتكلم ويصف طبيعة عمله لمدة خمس دقائق)، يقوم الفاحص خلال ذلك برصد الكلمات التي يتلعثم بها المفحوص.
- مهارات القراءة (يطلب من المفحوص أن يقرأ قطعة قراءة باللغة العربية مكونة من مائة كلمة حول الخنساء)، يراقب الفاحص المفحوص خلال القراءة برصد أخطائه سواء بالتوقف أو التكرار أو الزيادة أو الإطالة في الكلام، ويعطى التقدير وفقا لمعايير المقياس.

- مهارة وصف الصور (يعرض على المفحوص بطاقة تحتوى مجموعة من الصور كما في مقياس بينيه للذكاء، حيث يطلب من المفحوص وصف الصورة التي تعرض عليه في البطاقة والتحدث عنها) ويعطى تقدير لإجابته وفقا لمعايير المقياس (ملحق - ١).

أما المقياس الفرعي الثاني وهو الفترة الزمنية للوقفات :

يعتمد على تقدير طول الفترة الزمنية للوقفات (من خلال رصد طول الفترة الزمنية للوقفات) وفقا لمعايير التصحيح في المقياس (ملحق - ١).

والمقياس الفرعي الثالث والمتعلق بالمصاحبات الجسمية :

يحسب حسب سلم التقدير من صفر - ٥، حيث تعطى درجة صفر لعدم وجود السمة، والدرجة (٥) لوجود السمة بشكل شديد، مع ظهور الشخص أنه متألم.

وفي الدراسة الحالية تم إيجاد ثبات المقياس باستخدام إعادة التطبيق على عينة قوامها (٢٠) فردا من البالغين المراجعين لعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية ومن خارج عينة الدراسة وترواحت قيم معاملات الثبات للمقاييس الفرعية وللمقياس ككل ما بين (٠.٦٥-٠.٨٧) ، وبالنسبة للصدق فقد تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (٦) محكمين (ملحق - ٦) من المتخصصين في الإرشاد والنطق والطب النفسي، وكانت نسبة الاتفاق على مفردات المقياس أكبر من (٨٠%).

(٢) مقياس حالة القلق

هذا المقياس هو صورة معدلة عن قائمة سبيلبرجر (١٩٨٣) لقياس حالة القلق ، حيث قام المومني (٢٠٠١) بتطويرها على البيئة الأردنية، وتتكون القائمة من (٢٠) فقرة لقياس حالة القلق لدى طلاب الجامعة، وأمام كل فقرة أربعة بدائل هي أبدا، بدرجة بسيطة، بدرجة متوسطة، بدرجة كبيرة.

وتعطى درجة واحدة للإجابة (أبدا) ودرجتين للإجابة (بدرجة بسيطة) وثلاث درجات للإجابة (بدرجة متوسطة)، وأربع درجات للإجابة (بدرجة كبيرة)، والدرجة الدنيا (٢٠) والدرجة القصوى (٨٠)، وكلما تراوحت الدرجة ما بين (٦٠ - ٨٠) كلما دل ذلك على وجود حالة القلق لدى الفرد بدرجة شديدة. وتراوحت قيم معاملات الثبات للمقياس في صورته الأردنية ما بين (٠،٧٧ - ٠،٩٤)، وذلك بعد تطبيقه على عينة مكونة من (٥٠) فردا، كما بلغت نسبة اتفاق المحكمين على القائمة (٠،٧٨) من حيث صدق الترجمة و (٠،٨٩) من حيث صدق المحتوى (المومني، ٢٠٠١).

(٣) برنامج علاج سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين

(إعداد: الباحث)

هدف البرنامج:

يهدف البرنامج الى خفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية لدى عينة من الراشدين المترددين على عيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بعمان.

الأهداف الفرعية للبرنامج :

١. خفض التوتر والقلق لدى الفرد المتلعثم.
٢. تخفيف الضغط النفسي للمتلعثم.
٣. التخفيف من حدة المشاعر المؤلمة ومشكلاتها الناتجة عن خبرات مرحلة الطفولة.
٤. التأكيد الإيجابي للعقل والجسم للفرد المتلعثم.
٥. تأكيد تقدير الذات الإيجابي للمتلعثم.
٦. خفض التقلصات العضلية للفرد المتلعثم.
٧. تقليل الحساسية التدريجي لسلوك التلعثم.
٨. تدريب الفرد على تقبل ردود فعل المستمعين.
٩. تعديل سلوك التلعثم وتشكيل سلوك الطلاقة اللفظية لدى المتلعثم.
١٠. تدريب المتلعثم على أن يكون معالجا لنفسه.
١١. العمل على زيادة ثقة المتلعثم بنفسه وتكوين مفهوم ذات إيجابي لديه.

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج من جزأين:

١. تمارين الاسترخاء العضلي، وهي مستوحاة من برنامج لارك (٢٠٠٦) بعنوان: "أساليب الاسترخاء

M.,Relaxation

في التخلص من القلق والتوتر

(Lark,Susan, Technique for Relief of Anxiety and Stress, 2006)

٢. برنامج تعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية وهو مستوحى من أفكار رايبير

(Riper ١٩٧١).

وفيما يلي وصف لمحتوى البرنامج:

أولاً: برنامج الاسترخاء:

• كيف يؤثر الضغط النفسي على الجسم :

إن ردود الفعل العاطفية والجسدية للضغط النفسي محددة جزئياً حسب حساسية الجهاز العصبي السمبثاوي(الودي) الذي يقوم باستجابة الكر او الفر كردة فعل للضغوطات و المثيرات مثل ارتفاع وزيادة التنفس ، توتر العضلات، نشاط الغدد، الدورة الدموية . ولن كان لديك أعراض قلق متكرر في أي شكل من أشكال الحياة أو منغصات انفعالية او عاطفية صغيرة او كبيرة قد تؤدي الى ردة فعل مبالغة لجهازك العصبي السمبثاوي ، إن كان لديك حياة غير مريحة فإن الجهاز الودي يكون مستعداً لردة الفعل بشكل دائم للمثيرات واضعاً اياك في حالة توتر مستمر بحيث تصبح ردة الفعل لديك للضغوطات الصغيرة بنفس المستوى للحالات الطارئة، على ذلك فإن الطاقة التراكمية في الجسم لمواجهة الطوارئ يجب أن تفرغ حتى يعود الجسم لحالة التوازن السابقة ، هذه النوبات المتكررة من استجابة الكر والفر تستنفذ مخزون الطاقة لديك وفي حالة

استمرارها فانها تؤدي الى حالة من الاحتراق النفسي والاجهاد التام، وتستطيع كسر استمرار هذا التدهور في استنفاد الطاقة النفسية بأن تتعلم كيف تسيطر على الضغط النفسي والإجهاد وزيادة مستوى الطاقة النفسية لديك.

• تقنيات الاسترخاء: (Techniques For Relaxation)

كثير من المرضى الذين يحولون الى الإرشاد او العلاج النفسي يسألون عن أساليب للتخفيف من مستوى القلق النفسي لاستخدامها بشكل فردي لتعلم طرق جديدة لتحسين عاداتهم وممارسة واستخدام تكنيكات الاسترخاء بشكل منظم فاذا تضمنت برامج العلاج برامج الاسترخاء وتمارين خفض التوتر فإن النتائج تكون ايجابية والعديد من المرضى سيشعرون بالتحسن باستخدام الطرق الفردية (الذاتية) ولا يقتصر التحسن على الناحية النفسية فقط بل يتعداها إلى الناحية الجسدية . يحتوي هذا البرنامج اربعة عشر تمريناً لخفض التوتر وهي كالاتي :

يتكون البرنامج من مجموعة من التقنيات تتضمن (14) تدريباً موزعة على سبع خطوات وهي:

الخطوة الأولى: تهدئة العقل والجسم (Quieting The Mind And Body)

الأشخاص ممن يعانون القلق النفسي لديهم سلسلة الأفكار السلبية (الحوار الداخلي الذاتي). العقل الواعي يقوم يومياً بإفراز العديد من المشاعر وتخيلات قد تثير الانزعاج (upside) وكثير من هذه الأفكار تدور حول قضايا تتعلق بالصحة أو الناحية المالية أو علاقات العمل وتكرار هذا النشاط العقلي من الأفكار السلبية ستدعم خلق التوتر والقلق ، وبالتالي الإرهاق ، ومن المهم معرفة القضاء على هذا الحوار الداخلي عن طريق تهدئة العقل .

والتمرينان الأوليان يدعوان الى الجلوس بهدوء وممارسة نشاطات بسيطة ومتكررة وذلك بتهئية العقل عن طريق التأمل الذي يؤدي الى الاسترخاء العميق وراحة الجسم وهنا يبطئ الايض (Metabolize) وتتنظم ضربات القلب وينخفض الضغط وينخفض التوتر العضلي ويتحول النشاط الكهربائي الدماغي الى النمط المريح الذي يسبق النوم ، ولذا طبقت هذه التمارين بانتظام فإنها ستؤدي الى راحة العقل وتقلل القلق.

١- التمرين الأول: التركيز (Focusing) :

- اختر شيئاً صغيراً تحبه وقد يكون هذا الشيء فقط مجوهرات أو وردة بسيطة.
- قم بتركيز آنتباهك على هذا الشيء مع إبطاء الشهيق والزفير لمدة دقيقة أو اثنتين.
- حاول أن لا تدخل أفكاراً أو مثيرات أخرى أثناء التمرين ولذا حصل ذلك فعليك المحاولة بالتركيز مجدداً عندها ستشعر بالهدوء والسكينة ، بانتهاء التمرين واختفاء القلق والعصبية التي كنت تشعر بها قبل التمرين .

٢- التمرين الثاني: التأمل (Meditation):

- تمدد أو أجلس بوضع مريح .
- أغمض العينين وتنفس بعمق دع التنفس عميقاً بطيئاً ومريحاً .
- ركز آنتباهك على تنفسك وانتبه الى حركة الصدر والبطن .
- أحبس كافة الأفكار والمشاعر والأحاسيس ولذا تشتت الانتباه فعد ثانية الى التنفس . ومع كل شهيق قل كلمة (سكينة) لنفسك ، ومع كل زفير قل كلمة (هدوء) ، وليكن لفظك للكلمة ممدوداً طيلة التنفس ، إعادة الكلام أثناء النفس سيساعد على التركيز .

- أستمر بهذا التمرين حتى تشعر بالراحة التامة

الخطوة الثانية: تقنيات التثبيت: (Grounding Techniques)

إن القلق والتوتر يضعف الانتباه والتركيز فالبعض يشعر بعدم الاستقرار والتشتت وهنا علينا أن نعمل على أن يكون الشخص على درجة كبيرة من التركيز والثبات لتأدية مهام الأسترخاء .

٣- التمرين الثالث التأمل كشجرة البلوط (Oak Tree Meditation):

وهنا يستمد المتأمل قوته من قوة شجرة البلوط (اجلس في وضع مريح ودع ذراعيك الى جانبيك اغلق عينيك ، تنفس بعمق وأن يكون بطيئاً ومريحاً) تخيل أن جسمك مثل شجرة البلوط قوية وجسديك قاسياً كجذع شجرة بلوط قوية ، وتخيل أن الجذور تنطلق منك بعمق نحو الأرض وتثبت جسديك أنت قاسٍ وقوي وتستطيع تحمل الضغوطات ، عندما تتنابك الأفكار المزعجة.

٤. التمرين الرابع: التأمل كحبل التثبيت (Grounding Cord Meditation):

*أجلس في وضع مريح وذراعيك مرتاحة على الجانبين .

*أغلق العينين وتنفس بعمق ، تنفس ببطئٍ واسترخاء .

تخيل بأن حبل سميك يلتصق بالعمود الفقري لديك وهذا سيكون بمثابة حبل تثبيت مثل جذع شجرة أو حبل أو أي شئٍ آخر يعطيك الشعور بالقوة والثبات وتاكّد بأن تشعر بسمك قوة الحبل ثم تخيل وجود خطاف معدني يمسك بطرف الحبل ، والآن تخيل بأن حبل التثبيت يسقط (٢٠٠) قدم تحت سطح الأرض وسوف تثبت الخطاف بطرف الحبل في الهاوية ، استمر في التنفس بعمق واستشعر بالسكينة والثبات بسبب حبل التثبيت .

*استبدل هذا الحبل باخر جديد كل يوم أو عندما تشعر بأن عواطفك خرجت عن السيطرة.

الخطوة الثالثة: خفض الشد العضلي: (Releasing Muscle Tention)

التمارين الثلاثة المقبلة سوف تعلمك كيف تزيل التوتر ، وهذا مفيد لمن يعانون من القلق النفسي والتوتر العضلي ، وعلى سبيل المثال لو كان شخص لديه صعوبات في التعبير عن عواطفه ، أو كبت غضبه فإنه سيشعر في الشد العضلي في الرقبة و ضيق في الصدر، وذلك ينتج من شد عضلات الصدر وضعف التروية الدموية وزيادة الفضلات كغاز ثاني اكسيد الكربون ، مما يؤدي الى الشعور بالارهاق والتعب الذي عادة يرافق التوتر المزمن ، والتمارين التالية ستساعد على خفض التوتر العضلي .

٤- التمرين الخامس : تحديد مناطق الشد العضلي: (Discovering Muscle Tension)

تمدد على ظهرك بوضع مريح ، واسمح لذراعيك أن ترتاح على جانبيك ، الألف الى الاسفل من ثم ارفع اليد اليمنى وابقها مرتفعة لمدة (١٥) ثانية لاحظ أن الذراعين مشدودتان ومنقبضتان والعضلات مشدودة من ثم اترك اليد والذراع ممتدة ومسترخية ، والعضلات مرتخية تماماً وانت في وضع الاستلقاء لاحظ اي جزء من أجزاء جسمك به شد أو ألم ، ربما تلاحظ أن هناك بعض الشدة في بعض العضلات .

٥- التمرين السادس :الاسترخاء التدريجي للعضلات: (Progressive Muscle Tension)

استلقي على ظهرك في وضع مريح واترك ذراعيك على جانبيك في وضع مريح ، والاكف للاسفل . خذ شهيقاً وزفيراً ببطء وعميق واجعل قبضة يدك مغلقة بشدة لمدة (١٥) ثانية وخلال ذلك اترك جسدك في وضع الاسترخاء وتخيل قبضتي يديك مشدودتين اكثر فاكثر ، واترك يديك تسترخيان وخلال الاسترخاء ، تخيل ضوءاً ذهبياً ينتشر في أرجاء جسدك واترك كل عضلاتك في وضع مسترخٍ ومريح .

الآن شد وارخ اجزاء من جسدك حسب الترتيب العادي (الوجه ، الكتفين ، الظهر ، المعدة، الحوض ، الارجل ، القدمين ، حتى أصابع قدميك) . اشد كل جزء لمدة (١٥) ثانية ومن ثم استرخ في كامل اجزاء جسدك لمدة (٣٠) ثانية قبل ان تنتقل للجزء الاخر .

إنه التمرين عن طريق نفض يديك وتخيل ان باقي الشد يخرج من رؤوس اصابعك .

٦- التمرين السابع: تبديد الشد العضلي والقلق (Release Of Muscle Tension And Anxiety)

:

اجلس واسترخ بوضع مريح، ضع يديك إلى جانبيك، تنفس بعمق وبطء وعيناك مغلقتان ، انتبه الى قدميك وكاحليك ووركك ، لاحظ وجود أي شد أو توتر عضلي ،فان كان موجوداً ، كيف تشعر به ، هل هو مربوط ام انة بارد او مخدر ، وكيف ترى مشاعرك في ذلك الوقت ، هل تشعر بالضيق والغضب ، تخيل أن هذه الاعضاء هي التي تتنفس لتشعر بالراحة ، استمر بالتنفس لتبديد القلق والتوتر حيي تشعر باختفاء او تقليل شدة التوتر .

الآن ركز انتباهك الى منطقة الورك والحوض وأسفل الظهر ، لاحظ وجود الشد والتوتر مع مشاعر القلق في تلك الأعضاء ، تنفس عميقاً وركز انتباهك على منطقة الفخذين والحوض حتى تشعر بإرخاء عضلات هذه الأجزاء من الجسم ، حاول التخلص من أي انفعالات سلبية خلال عملية التنفس العميق .

الآن انقل انتباهك الى منطقة البطن والصدر ، لاحظ اذا كان هنالك اي مشاعر للقلق والمتمثلة باي توتر عضلي ، استمر بالتخلص من أي مشاعر انفعالية مؤلمة لها علاقة بالشد العضلي في هذه الأجزاء من الجسم .

أخيراً ركز انتباهك إلى منطقة الراس والرقبة والذراعين والأيدي حاول ملاحظة أي شد عضلي مصاحب للقلق و الضغط النفسي ، مع استمرارك بالتنفس العميق حاول التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية المرتبطة بالشد العضلي في هذه الاجزاء من الجسم ، استمر بهذه التمارين حتى تبتد وتخلص من هذه المشاعر السلبية بشكل نهائي،

عند الانتهاء من تطبيق هذه التمارين الاسترخائية على كافة أجزاء جسمك ، حاول التنفس بعمق أثناء إرخاء عضلات جسمك لمدة دقيقة او دقيقتين فسوف تشعر براحة و طاقة جسدية أكثر .

الخطوة الرابعة: ازالة الشد والضغط النفسي: (Erasing Stress And Tension)

عادة تكون المواقف والاعتقادات التي تثير القلق لدينا تاخذ بالازدياد والمبالغة بحيث تبدو سوداوية وتظهر مصادر القلق على شكل أعراض جسمية غير قابلة للحل ، ويمكن تعديل وتغيير هذه الاعتقادات والتصورات والتقليل منها وتأثيرها على أنفسنا ، التمارين التالية سوف تساعدك على التعرف على مصادر القلق والسيطرة عليها وتبديدها من مخيلتك وتكون موهلاً الى إعادة الثقة بنفسك والشعور بالقوة والشعور بالهدوء .

٧- التمرين الثامن: تقليص التوتر (Shrinking Stress).

اجلس بوضع مريح،تنفس ببطء وعمق . تصور المواقف، الأشخاص ، او حتى الأفكار التي تجعلك تشعر بالقلق والتوتر ، مثل (انا اخاف من الظلمة ، او التحدث امام جمهور).

خلال التصورات والتخيل للأحداث السابقة ، ربما تحدد في ذهنك المواقف التي تخاف مواجهتها، حدد أين ترى المواقف المخيفة التي تسبب القلق أمامك وموقعها وكيف تبدو، هل هي مظلمة ام مضيئة كبيرة ام صغيرة .

التمرين التاسع: إزالة الضغط النفسي (Erasing Stress).

اجلس بوضع مريح تنفس ببطء وعمق . تصور موقف شخصي أو فكرة تسبب لك الشعور بالقلق والخوف، مثل (انا اخاف التسوق ، اوتردد في مرافقة الاخرين) . خلال هذا التخيل ربما تحدد الشخص الحقيقي ، المكان ، او الأشكال والألوان التي تبدو وتظهر فيها الصورة المقلقة ، هل هي تحت ، على الجنب ، أمامك ، كيف تراها ، هل هي كبيرة أم صغيرة ، مظلمة ام مضيئة، هل لها لون خاص.

تخيل منظفة كبيرة مثل التي تستخدم لتنظيف الطباشير بين يديك لاحظ واشعر حقيقة انها بين يديك خذ المنظفة ابدأ بوضعها على المنطقة التي تتصور فيها التوتر النفسي وتخيل انها تزيل الضغط النفسي حتي يتقلص ويختفي في النهاية . استمر بالتركيز على التنفس العميق لدقيقة أخرى، شهيق وزفير ببطء وعمق .

الخطوة الخامسة: معالجة خبرات الطفولة السابقة (Healing the Inner Child):

كثير من حالات القلق والخوف لدينا تأتي من خبرات الطفولة وتستمر الى مرحلة متقدمة من العمر يصبح من الصعوبة التخلص من المشاعر المؤلمة ومعالجة هذه الصدمات مثل الرفض وعدم التقبل والحب والخوف من الظلمة التي تستمر الى مرحلة الرشد لذلك يجب التركيز على هذه المرحلة ومشاكلها حتى نستطيع فهمها ومعالجة الأذى والصدمات التي تكونت نتيجة خبرات الطفولة

٨- التمرين العاشر :إصلاح الطفل داخل الفرد (Healing the Inner Child)

اجلس بوضع مريح ، تنفس بشكل بطيء وعميق . ابدأ وتلمس اين تستقر خبرات الطفولة المؤلمة، هل هي تقع في مناطق مثل تقلصات البطن ، الصدر أم الجوانب الأخرى من جسمك ، ربما الانقباض والشد العضلي حقيقة في أحد أجزاء جسمك التي تشعر معها بالخوف والقلق الشديد ، مثل ان تكون في الصدر او الحوض ، الى اي فترة تعود ، ماذا كانت ترتدي ، ما هي المشاعر التي تبدو معها ، هل هي ، مولمة ، حزينة ، ام غاضبة ، أهي مشاعر اكتئابية وانسحابية .

تخيل المشاعر المؤلمة تخرج من أجزاء جسمك لتتجمع داخل سلة مهملات، لاحظ المشاعر المؤلمة تخرج من كل أجزاء جسمك وكأنك تغسلها وتختفي لتذهب إلى سلة المهملات، ثم تخيل أنك تغلق السلة بإحكام وتختفي السلة تماما ومعها المشاعر والخبرات المؤلمة.

الان ابدأ بتجديد مرحلة الطفولة بالاصلاح والسلام والطمأنينة والنظر الى المستقبل بالأمل والتفاؤل ، راقب أنها أصبحت ناضجة ومسالمة ومملوءة بالطمأنينة والأمل الذي يضيء شعاعاً على كل خلية في الجسم ، الآن لاحظ جسمك يسترخي ، وكأنه محضون بين ذراعين لتشعر بالأمن والطمأنينة والحنان .

كما تركت الطفولة وخبراتها بشكل ناضج وآمن مستقر ، ارجع تركيزك الى التنفس ، شهيقاً وزفيراً ببطء وعمق لمدة دقيقة ، واذا كنت تحب العودة الى مرحلة الطفولة وخبراتها يمكنك العودة اليها مرات اخرى

الخطوة السادسة: التبصر (Visualization).

بهذا النمط من المعالجة يتم التركيز على استخدام الألوان المختلفة التي يمكن استخدامها كطرق علاجية بوساطة الضوء او تغيير اللون من خلال البيئة والعلاج باللون لها تاثيرات علمية على هرمونات معينة وعلى جهاز المناعة والجهاز العصبي في التخفيف من مستوى التوتر والشعور بالقلق وتساعد على اعادة التوازن الانفعالي .

في التمرين القادم (١١) يتم استخدام اللون الأزرق الذي يعتبر تأثيراً استرخائياً ومهدئاً ويخفف من استجابات الكر والفر وهذا اللون له تأثير فسيولوجي على النبض والتعرق ويفيد في معالجة حالات الإجهاد المزمن .

وفي التمرين (١٢) سوف يستخدم اللون الأحمر الذي يساعد في التخفيف من القلق المزمن والإجهاد واللون الأحمر له تاثير في معالجة القلق بالتاثير على الغدة النخامية والكظرية وله القدرة على رفع فاعلية الحواس ، مثل الشم والذوق ، ويرتبط عاطفياً بالنشاط والطاقة ويستخدم في حالات القلق المرتبط بالإجهاد .

٩- خفض التوتر عن طريق الألوان:(Tension Release Through Color).

اجلس بوضع مريح ، وذراعيك الى جانبيك مع التنفس ، تصور ان الارض تحت قدميك زرقاء اللون ويمتد الى (٥٠) قدما في باطن الأرض ،

الان تخيل أن مركزا للطاقة يفتح تحت قدميك وأن اللون الأزرق الناعم ينتشر عبر قدميك الى الكاحل والركبة ثم الى ظهرك مع كل تنفس شهيقا وزفيراً تتنفسه .

تصور مع الزفير أنك تخرج اللون الأزرق مصحوباً بالتوتر والشد والذي يذوب بالهواء استمر باستنشاق اللون الأزرق عبر البطن والصدر والأكتاف ، الذراع، الرقبة، والراس، استمر بالزفير الأزرق ببطء من الرئتين ، مع إعادة ذلك خمس مرات ، ثم استرخ لعدة دقائق .

١٠- استخدام الطاقة عن طريق اللون: (Energizing Through Color).

اجلس بوضع استرخائي ، وذراعيك الى جانبيك مسترخية تنفس بعمق ، تصور بالوناً كبيراً فوق رأسك مملوء بطاقة علاجية حمراء مضيئة ، وتخيل أنك تقبث بالون ، وأن الطاقة الحمراء تسربت منه .
وانت تتنفس شهيقاً لاحظ اللون الأحمر يدخل برأسك ويمليء دماغك ، وجهك ، وعظام الجمجمة ،
دع اللون الأحمر يدخل رأسك حتى يفيض ، ثم يتدفق الى رقبتك، الأكتاف، الأيدي ، الصدر، وانت تتنفس زفيراً فإن اللون الأحمر يخرج من الرئتين وياخذ معه كل التعب والإرهاق ، تنفس واخرج كل التعب من جسمك مع الزفير .

تنفس ايضاً شهيقاً ، استمر لجلب الطاقة الحمراء النقية الى البطن، الحوض، أسفل الظهر، الاطراف، القدمين، حتى تشعر أن هذه الطاقة دخلت الى كافة الجسم.

ومع الزفير أخرج اللون الأحمر من الرئتين ، مع الاستمرار بإخراج وتبديد المشاعر المتعبة والإرهاق. أعد هذه العملية خمس مرات . وفي نهاية التمرين، يجب ان تشعر بطاقة اكبر وحيوية .
و يجب ان تشعر بطاقة عقلية اكثر نشاطا وصفاء.

الخطوة السابعة: التأكيدات: (Affirmations).

في التمارين التالية سيتم استخدام افكار وجمل لاستبدال الافكار التي تسبب الشعور بالقلق وبالتالي ظهور الاعراض الجسمانية المترتبة عليها وهنا يكون التركيز على تغيير الافكار والمعتقدات العقلية الخاطئة التي تسبب القلق، التي نستقبلها من البيئة والمثيرات الخارجية .

١١- التأكيد الإيجابي للعقل والجسم: (Positive Mind/Body Affirmations).

في هذا التمرين سوف يستخدم سلسلة من الجمل والأفكار . لخلق الشعو بالهدوء العاطفي والصحة الجسمية ، وتغيير المعتقدات السلبية حول الصحة الانفعالية والجسمية.

- استطيع معالجة الضغط والقلق بطريقة مناسبة وفعالة.
- إن مزاجي هادىء وأشعر بالاسترخاء .
- استطيع التكيف مع الضغط النفسي والسيطرة على طيلة حياتي.
- أفكر بإيجابية وبالتالي تؤثر ايجابا على مزاجي وتنشئتي .
- استمتع بالأفكار الإيجابية التي تشعرني بالسعادة حول نفسي وحياتي .
- انا استحق الشعور الإيجابي حاليا.
- أشعر بسلام وهدوء .
- إن تنفسي هادىء وبطيء.
- عضلاتي مسترخية ومرتاحة .
- أشعر بالاتزان والحضور .

- أستطيع معالجة أي موقف يعترض طريقي .
- أفكر بحل مشاكل الانفعالية بسلام وببطء.
- انا ممتن لكل الجوانب الايجابية في حياتي.
- إنني أمارس أساليب الاسترخاء الممتعة.
- إن جسدي سليم وقوي.
- إن غذائي متوازن وذو قيمة عالية.
- انني استمتع بالطعام الصحي واللذيذ.
- إن جسدي يريد الغذاء سهل الهضم وغني بالفيتامينات والمعادن.
- انني اقوم بالتمارين بشكل منتظم بمتعة واسترخاء.

١٢- تأكيد تقدير الذات: (Self-Esteem Affirmations).

يساعد هذا التمرين على زيادة الثقة بالنفس واحترام الذات وخفض التوتر خاصة ممن يعانون من

القلق والتوتر وضعف الثقة بالنفس.

- إنني ممتلئ نشاط وحيوية وثقة بالنفس.
- انني مسرور لكيفية التعامل مع حاجاتي الانفعالية.
- اعرف تماما كيفية معالجة حاجاتي اليومية لتدعيم الحالة الانفعالية والجسدية.
- انني اراعي احتياجاتي الجسدية وانظم نشاطاتي بما يتلاءم مع هذه الحاجات .

- لدي القناعة والرضى حول جسمي .
- انني اغذي عقلي بافكار ايجابية وبناءة.
- انني شخص راضٍ ومستمتع .
- انني استحق الصحة والحيوية وراحة البال.
- لدي الثقة التامة في قدرتي على معالجة نفسي.
- اشعر بالتألق مع الطاقة و الحيوية الوفيرة .
- العالم من حولي مملوء جمالاً وامكانيات وافرة.
- انني منجذب إلى الاشخاص والمواقف التي تدعمني بطريقة سليمة.
- اقدر الناس والمواقف الايجابية الموجودة في حياتي.
- لدي القناعة والرضى عن نفسي.
- انني استمتع بالافكار والمشاعر الايجابية.

ثانياً: برنامج تعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية

(Stuttering Modification and Fluency Shaping)

لقد أكد رايبير (Riper) على أسلوبين علاجيين لا بد من أخذهما بالاعتبار ضمن منظومة تعديل

السلوك العلاجي وهما:

أ- تعليم الشخص المتلعثم أن يعدل ويتحكم في نفسه لحظة شعوره بأنه سيتلعثم.

ب- تقليل مستوى المخاوف والقلق، وذلك بهدف محو السلوك التجنبي المصاحب للمخاوف من الكلام خشية الوقوع في التلعثم.

السلوك النطقي المستهدف للعلاج (Speech Behaviors Targeted for Therapy):

يعتقد رايبير (Riper) أنه من المهم أن يتم تعديل سلوك التلعثم منذ بداية لحظة التلعثم. ومن أجل ذلك يقوم رايبير بتعليم المتلعثمين أن يتلعثموا ولكن بطريقة سلسة (Easy Manner)، من خلال الإطالة للأصوات في الكلمات التي يتلعثم فيها الفرد، كما يتضمن ذلك البطء وسهولة الانتقال من صوت إلى آخر. وباستخدام هذا الأسلوب، يساعد رايبير الشخص المتلعثم ألا يتعلم الوقوع في التلعثم، وكذلك محو السلوكات الثانوية المصاحبة لحظة التلعثم، كما أنه يعلم الأشخاص المتلعثمين كيف يتكيفون مع المشكلة في التوقيت للتسلسل الحركي لأعضاء النطق (Peters & Guitar, 1991).

- الطرق الإكلينيكية (Clinical Methods):

لقد قام رايبير بتقسيم عملية المعالجة للأفراد المتلعثمين إلى أربع مراحل، هي:

١. مرحلة التعرف (Identification Phase):

في هذه المرحلة يتم تحديد المشاكل الجوهرية في السلوك النطقي والسلوكات المصاحبة أو الثانوية، كما يتم تحديد المشاعر والاتجاهات التي تميز ذلك المتلعثم، ومن ثم مساعدة الفرد على تغيير السلوك وجعله واعياً بما لما تم تعديله من سلوك، وتتضمن النشاطات الإكلينيكية القراءة، والمناقشة، ونمذجة سلوك التلعثم

من قبل المعالج، وكذلك ملاحظة ومراقبة الذات في المرآة، وسماع الأشرطة، ومشاهدة الفيديو الذي تم تسجيله عن الحالة (Peters & Guitar, 1991)

وخلال الجلسات العلاجية يجب على المعالج أن يفهم، ويتقبل السلوك التلعثم، وما يصاحبه من مشاعر قلق وخوف، وكذلك يجب على المعالج أن يواجه ويتحدى عندما يشعر بالسلوك التجنبي، ويحدد ذلك من خلال خصائص المشكلة والوضع الذي تظهر فيه. ويساعد المعالج الفرد المتلعثم على الشعور بالرضا والراحة مع لعثته؛ بمعنى آخر تقليل الحساسية التدريجي.

وأن يتم تحديد مركبات التلعثم بطريقة هرمية من الأقل إلى الأكثر صعوبة، وذلك وفقاً لما يلي:

أ- يساعد المعالج الشخص المتلعثم على البداية السهلة للتلعثم، حيث إن معظم المتلعثمين يصلون إلى هذا المستوى بشكل سريع، إلا أن بعضهم يحتاج إلى جهد للوصول إلى هذه المرحلة.

ب- تحديد السلوكيات التجنبية، والبدائية، ومخارج الأصوات والكلمات، ومخاوف التلعثم، وكذلك السلوكيات الجوهرية المتضمنة للسلوك التجنبي.

ج- تحديد المشاعر والإحباطات والخجل.

يتم التعرف على ما تم ذكره من حيث المبدأ في عيادة النطق، ثم التوسع في حصر المشكلة وتحديد ما خارج إطار العيادة كالبينة التي يعيش فيها المتلعثم، وفي الوقت نفسه فإنه من المهم للمعالج أن يرافق المتلعثم في بعض الأنشطة لجمع المعلومات، وتحديد السلوكيات خارج إطار العيادة، مما يساعد المعالج على الوصول إلى مستوى من المصادقية حول ملاحظات المتلعثم عن نفسه، وعندما يتوصل المعالج

والمتلعثم إلى تحديد تلك العوامل بنجاح فإن المتلعثم يكون جاهزاً للمرحلة التالية (Peters & Guitar,1991).

٢- مرحلة تقليل الحساسية التدريجي (Desensitization Phase):

الهدف من هذه المرحلة هو تقليل المخاوف والقلق، وجميع المشاعر السلبية المصاحبة مثل الإحباط، والحرج التي ترافق كلام المتلعثم. ويرى رايبير أن هنالك ثلاث خصائص للتلعثم يحتاجها المتلعثم لتقليل الحساسية التدريجية تجاه ذلك السلوك، وهي: مواجهة المشكلة، السلوكيات الجوهرية، والتعامل مع ردود فعل المستمعين:

أ- مواجهة السلوك (Confrontation with Disorder):

تعد هذه الخطوة من أصعب الخطوات التي يواجهها الفرد المتلعثم لأن مواجهة حقيقة أنه متلعثم ليست بالمسألة البسيطة، حيث يميل إلى إنكار وجود المشكلة، ويحاول التهرب منها، ومن خلال انتظامه في البرنامج العلاجي، ومن خلال اختياره لمرحلة التعرف (Identification) التي تسبق هذه المرحلة فإن المتلعثم يسير في طريقه إلى مواجهة المشكلة والاعتراف بها، وبعبارة أخرى فإن الجهد المبذول في هذه المرحلة، هو أكبر جهد يواجهه كل من المعالج والمتلعثم.

وتوجد استراتيجية أخرى يجب على المعالج أن يقترحها لمساعدة المتلعثم على مواجهة المشكلة وهي الانفتاح وكشف الذات (Self-Disclosure) ، ويتمثل ذلك في تشجيع المتلعثم على أن يكون منفتحاً على تلعثمه، وأن يجعل الناس يتعرفون على مشكلته وييسر حضور بعض الأشخاص للجلسات العلاجية التي ينلقاها، ويجب تعزيز المتلعثم ودفعه لفعل ذلك (Peters & Guitar,1991).

ب- تقليل الحساسية التدريجي لسلوك التلعثم الجوهري (Desensitization to Core Behavior):

الخطوة الثانية لتقليل الحساسية التدريجي هو السلوك الجوهري الذي يتمثل في قيام المتلعثم بسلوكيات مثل التكرار، وإطالة الكلام، والوقفات الكلامية والتي يعد وجودها مؤشراً على شدة التلعثم عند الفرد، و يعتقد رابير أن هذه السلوكيات غالباً ما تترافق مع مشاعر الإحباط، والقلق، والخوف. ويحتاج المتلعثم إلى قوة تحمل لهذه المظاهر، ومن التكتيكات المستخدمة في ذلك ما يسمى بتجميد السلوك (Freezing)، حيث يتلقى المتلعثم إشارة من المعالج لتجميد السلوك أي الإبقاء عليه، فإذا كان المتلعثم يقوم بإطالة الكلام، فيجب عليه أن يستمر في عملية الإطالة، وإذا كان يكرر الكلمات، ويصدر الأصوات فيجب عليه الاستمرار في الإعادة، وباستخدام طريقة تقليل الحساسية التدريجي يقوم المعالج بمساعدة المتلعثم على تقليل الفترة الزمنية لإطالة الكلام، أو تقليل عدد التكرارات للكلمات والأصوات، ويتم ذلك بالتدرج والتسلسل الهرمي، حيث يبدأ المعالج إعطاء الإشارات لمعالجة المشكلة من الأقل شدة وحتى الشديدة. وعلى سبيل المثال قد يبدأ المعالج في معالجة سلوك إطالة الكلام أولاً، لأنه يعتبر بالنسبة للمتلعثم أقل شدة من تكرار الأصوات أو الوقفات.

ويقوم المعالج بتقليل وطأة المشاعر الانفعالية التي ترافق سلوك إطالة الكلام أو التكرار أو الوقفات عن طريق الإرشاد و بعض الأساليب السلوكية الأخرى التي تساعد على التخلص من القلق والإحباط والخوف التي تصاحب السلوك الجوهري في التلعثم (Peters & Guitar, 1991).

ج- تقليل الحساسية لردود فعل المستمعين (Desensitization to Listener Reaction):

يرى رابير أنه لتقليل الحساسية عند المتلعثمين نحو ردود فعل المستمعين لهم، فإن ذلك يكون عن طريق ما يسمى بالتلعثم المصطنع (Pseudo Stuttering)، أو التلعثم الإرادية (Voluntary

(Stuttering). ويهدف هذا الإجراء إلى تعليم المتلعثم أنه يمكن أن يتلعثم دون أن يرافق ذلك نوعاً من الانفعالات، وعلى المتلعثم هنا أن يتبع ما يأتي:

- أن معظم المستمعين يتحملون الاستماع للشخص المتلعثم عندما يتلعثم أكثر مما يعتقد.

- عليه أن يتوقع أن هنالك ردود أفعال سلبية قد يتلقاها من المستمعين.

وبالتدريج يتم تحويل التلعثم المصطنع إلى تلعثم حقيقي، وعلى المتلعثم أن يستخدم التلعثم المصطنع على الكلمات التي لا يتخوف من التلعثم أثناء نطقها، ثم الانتقال بالتدريج الى الكلمات التي يخاف من التلعثم فيها، ويجب على المتلعثم أن ينتقل من الموقف العيادي إلى المواقف الاجتماعية الأخرى مستعملاً الأسلوب نفسه مع ضرورة التأكيد على أن المتلعثم يجب أن يحافظ على قدر من الهدوء والاسترخاء، وعندما يحقق الهدف هنا فإنه يكون جاهزاً للانتقال إلى المرحلة الثالثة (Moseley, et al., 1996).

٣- مرحلة التعديل (Modification Phase):

خلال هذه المرحلة يكون المتلعثم قد تعلم طرقاً جديدة وسهلة تساعده على الطلاقة أو التلعثم البسيط، وعليه خلال هذه المرحلة أن يستخدم إجراء رايبير المشهور والمسمى (Cancellations, Pull-Outs, & Preparatory Sets to Modify his Moments of Stuttering)؛ أي التوقف والغاء الكلام عند الوقوع في التلعثم، ثم الراحة والسكوت، ثم الاستعداد والتهيؤ للكلام بطريقة صحيحة.

وقبل أن يقوم المتعلم باستعمال هذا الإجراء يجب على المعالج أن يساعده في التقليل، أو التخلص من المشاعر السلبية كالقلق، والاكتئاب، والمخاوف، والسلوك التجنبي للكلمات التي يخاف أن يتلثم فيها، وعلى المعالج أن يؤكد للمتعلم ضرورة التعامل مع تلك الكلمات حتى يكون تلثمه بسيطاً، وأن يواجهه.

- الإلغاء (Cancellations):

الإلغاء هو الخطوة الأولى من سلسلة السعي نحو الطلاقة أو التلثم السهل، وحتى يتعلم المتعلم ذلك يجب عليه أن يحدد نموذجاً لمعرفة التلثم بسهولة كالأصوات والكلمات التي يشعر أنه يتلثم بها، وقد مر ذلك خلال مرحلة التعرف على التلثم، وإذا لم يكن لدى المتعلم أية فكرة عن ذلك، فعلى المعالج أن يكون هو النموذج للمتعلم، وعندما يستطيع المتعلم إنتاج ذلك إرادياً أو مقلداً لنموذج لكلمة واحدة فإنه يستطيع أن يعمم ذلك على باقي الكلمات (Hedg, 2003).

يستخدم الإلغاء للوصول إلى هدف مفاده أن يتكلم المتعلم ببطء وبسهولة، وبالانتقال التدريجي من صوت إلى آخر على متن الكلمة، ومن ثم تعميم ذلك على باقي الكلمات.

بعد أن يتلثم الفرد في كلمة معينة يجب عليه أن يتوقف لمدة ثانيتين، ثم يعيد محاولة لفظ الكلمة مرة أخرى، ولا يطلب منه أن يلفظها بطلاقة في المحاولة الثانية بقدر ما يطلب منه أن يستعمل التلثم السهل. وعلى المعالج أن يتأكد من أن المتعلم قد أكمل تلثمه في الكلمة للمرة الأولى، وأنه يجب أن لا يتوقف فوراً بعد لحظة التلثم. وأن يعلم المتعلم بأن لا يستعجل الوقوف، وأنه - أي المتعلم - إذا ما أراد أن يتعلم التلثم السهل فإن عليه أن يتعامل مع الكلمات التي يخاف التلثم فيها، ولا يمكنه أن يتجنبها. ومن الجدير بالذكر أن المتعلم سوف يمر بهذه المهمة بسهولة، ذلك أنه قد عبر خلال مرحلة تقليل الحساسية التدريجي والتي تسهل على المعالج أن يتجاوز عملية الخوف من الكلمات، وعلى المعالج أن يقضي وقتاً في

تعليم المتعلمين كيفية مواجهة الكلمات التي يخاف التلعثم فيها وليس تجنبها، ويجب على المعالج أن يعمل على تعديل الوقفات محاولاً إظهار التلعثم السهل في المحاولة الثانية من خلال استخدام الإلغاء، ثم الانتقال في ذلك لخارج العيادة إلى المواقف الحياتية المختلفة، وعندما يستطيع المتلعثم أن يتوصل إلى الاستخدام الأفضل للإلغاء فإنه يكون مستعداً للانتقال إلى مرحلة الوقفات التالية (Luterman, 2005).

- الوقفات (Pull-Outs):

ويقصد بها أن على المتلعثم التحدث بيسر أو أن يتكلم بطلاقة عن طريق التحكم في نفسه عند بداية التلعثم، ويقوم بتعديل التلعثم إلى تلعثم يسير، أو أن يتكلم بطلاقة باستخدام بطء الحركة، والانتقال اليسير من صوت لغوي إلى آخر على متن الكلمة. كل هذا يتم في العيادة، وبعد إتقانه عليه أن يمارس ذلك خارج نطاق العيادة في المواقف الحياتية المختلفة (Peters & Guitar, 1991).

- التهيؤ والاستعداد Preparatory Sets

تهدف هذه الخطوة الى تدريب المتلعثم على الطلاقة، فهو عندما يحدد الكلمات التي يخاف منها تكون بداية الاستعداد والتهيئة لاستخدام خطوتي الإلغاء والوقفات، حيث إن عليه أن ينطق كل أقسام الكلمة بشكل بطيء وأن يستخدم الاسترخاء في عضلات النطق ويستخدم هذه الطرق في العيادة وفي البيئة الخارجية.

٤- مرحلة التثبيت (الاستقرار) : (Stabilization Phase).

تهدف هذه المرحلة الى تثبيت ما تم اكتسابه في المراحل السابقة، وهناك عدد من الأهداف الفرعية التي تتضمنها هذه المرحلة، أهمها مساعدة المتلعثم ، على أن يكون هو معالج لنفسه، وذلك عندما يقوم

الأخصائي بمساعدته على اعطائه المسؤولية لتطوير المعلومات التي استقاها وهنا يطور المتعالج قدرته مع زيادة ثقته بنفسه، وهناك هدف اخر من هذه المرحلة في أن يستعمل الإجراءات العلاجية بكل يسر وتلقائية لأنه في البدايه يحتاج الي جهد كبير وفي نهاية المطاف يصبح أكثر تلقائية، ولا بد أن يكون الكثير من الممارسة لهذه التقنيات المتمثلة في تقليل مستوى القلق والخوف من الكلمات ، وممارسة التلعثم المصطنع ، ويجب عليه تغيير مفهومه عن ذاته من كونه متلعثما الى شخص يتحدث بطلاقة وبدون قلق.

تحكيم البرنامج العلاجي:

تم عرض البرنامج بجزأيه على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات والخدمات الطبية الملكية، من ذوى الاختصاص في الإرشاد النفسي، الطب النفسي، والنطق، بلغ قوامها (٦) محكمين (ملحق ٦-٦)، وكانت نسبة اتفاق المحكمين على مفردات البرنامج بجزأيه وجلسات أكبر من (٨٠%).

تطبيق البرنامج العلاجي:

قام الباحث بتدريب اثنين من أخصائيي النطق بعيادة النطق بمدينة الحسين الطبية (د. زيدان الخميسة، رائد. حنان الحسن) بعمان على تطبيق تمارين الاسترخاء وبرنامج تشكيل سلوك التلعثم وتحسين الطلاقة اللفظية، للمساعدة مع الباحث (يعمل الباحث أخصائي علاج نفسي في المدينة الطبية) في تطبيق البرنامج حيث إن البرنامج يطبق بصورة فردية، بالإضافة الى خبرة الأخصائيين من العمل في العيادة والتعامل مع الراشدين من ذوي التلعثم، كما أنهما يقومان بتطبيق مثل هذه التدريبات في العيادة.

وقد تم تطبيق البرنامج (محتوى جلسات البرنامج ، ملحق رقم ٥) لمدة أربعة أسابيع، وفي كل أسبوع يقدم للفرد الواحد ثلاث جلسات فردية، مدة الجلسة الواحدة (٤٥) دقيقة، تقدم تمارين الاسترخاء في (٢٠) دقيقة الأولى من الجلسة، أما برنامج الطلاقة اللفظية وتشكيل سلوك التلعثم فيطبق في (٢٥) دقيقة الاخرى من الجلسة.

وكان يتم تطبيق البرنامج طوال أيام الأسبوع بواقع أربع جلسات في كل من أيام السبت والاثنين والأربعاء وكل جلسة يكون فيها ثلاثة طلاب، حالة مع كل أخصائي وحالة ثالثة مع الباحث، وذلك بواقع (١٢) فرداً ، وثلاث جلسات في أيام الأحد ، والثلاثاء، والخميس تقدم ل (٩) أفراد آخرين . وهم يمثلون كل أفراد المجموعة التجريبية، البالغ عددهم (٢١) فرداً.

إجراءات الدراسة:

١. إعداد الأدب النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية.
٢. تحديد عينة الدراسة من الراشدين الذين يعانون من التلعثم من المترددين على عيادة النطق بمدينة الحسين الطبية بعمان.
٣. تقسيم أفراد العينة الى مجموعتين متماثلتين إحداها ضابطة والأخرى تجريبية.
٤. إعداد برنامج العلاج السلوكي لخفض القلق لدى المتلعثمين، والذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية بشكل فردي ويتكون من جزأين: تمارين الاسترخاء العضلي، وبرنامج تعديل سلوك الطلاقة.

٥. تطبيق برنامج العلاج السلوكي على أفراد العينة التجريبية فقط، وذلك لمدة أربعة أسابيع، وفي كل أسبوع ثلاث جلسات، مدة الجلسة الواحدة (٤٥) دقيقة، وكان التطبيق يتم بصورة فردية بالنسبة لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، بالإضافة الى جلستين جماعيتين.

٦. وبالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فكانوا يتلقون الخدمات العلاجية النطقية التقليدية المتبعة في العيادة ولم يتعرضوا للبرنامج العلاجي الخاص بالدراسة، ومن المنظور الإنساني تم الاتفاق معهم على أن يطبق عليهم البرنامج العلاجي المطور في الدراسة بعد انتهاء التطبيق على أقرانهم في المجموعة التجريبية.

٧. تطبيق مقياس شدة التلعثم ومقياس حالة القلق (المقياس البعدي) على أفراد المحوعتين من العينة التجريبية والضابطة.

٨. تحليل بيانات الدراسة ومعالجتها إحصائياً واعداد الصفحة النفسية لكل فرد من أفراد العينة، والوصول الى نتائج الدراسة.

٩. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الأدب النظري والدراسات السابقة.

١٠. تقديم مجموعة من التوصيات التربوية في ضوء نتائج الدراسة.

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على استخدام المنهج شبه التجريبي وذلك من خلال تقسيم أفراد العينة الى مجموعتين تجريبية وضابطة وطبق على أفراد المجموعة التجريبية برنامج علاج سلوكي لخفض مستوى القلق، والمكون من جزأين، تمارين الاسترخاء وبرنامج تعديل سلوك التلعثم وتشكيل الطلاقة اللفظية، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تم تطبيق مقياس شدة التلعثم ومقياس مستوى القلق على أفراد المجموعتين التجريبية

والضابطة، وأجريت المقارنات البعدية باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار - ت T-test . والتعرف على أثر البرنامج العلاجي في علاج شدة التلعثم وخفض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: برنامج علاجي سلوكي لخفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم .
المتغير التابع: مستوى الطلاقة اللفظية، ومستوى القلق.

RA X O1O2

التصميم الإحصائي:

RB - O1O2

حيث:

R : العشوائية.

A : المجموعة التجريبية

B : المجموعة الضابطة

O1 : مقياس مستوى القلق

O2 : مقياس شدة التلعثم

X : معالجة.

المعالجة الإحصائية:

١. استخدمت الدراسة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) (T-test) وذلك

للتحقق من صدق فرضيات الدراسة.

الفصل الرابع : نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية الى تطوير برنامج علاج سلوكي لخفض مستوى القلق وتعديل سلوك التلعثم لدى عينة من الراشدين، المترددين على مدينة الحسين الطبية بعمان، مستنداً على النظرية السلوكية، وفي ضوء التجارب العلمية العالمية وبما يتناسب مع الواقع الأردني، والتعرف على فعالية البرنامج في خفض مستوى القلق لدى أفراد العينة وتحسين مستوى الطلاقة اللفظية لديهم.

وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات، والتي تم التوصل اليها بعد المعالجة الإحصائية للبيانات.

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى من فرضيات الدراسة، على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى α ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلعثم تعزى الى البرنامج العلاجي ".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام اختبار - ت لايجاد الفروق بين متوسطات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، على مقياس شدة التلعثم بأبعاده الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤) ، والأشكال أرقام (١، ٢، ٣) توضح ذلك.

تم استخدام اختبار - ت لايجاد الفروق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، على مقياس شدة التلعثم في مجال التكرار، والجدول رقم (١)، والشكل رقم (١) يوضحان ذلك.

جدول (١)

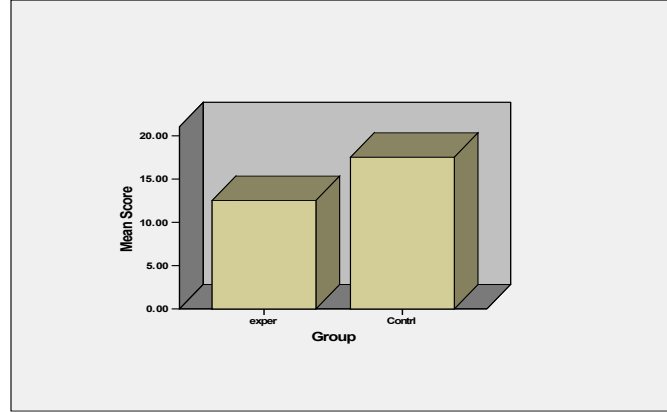
نتائج اختبار - ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال التكرار

الدلالة	(ت)	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		أبعاد التكرار
		ع	م	ع	م	
0.00	-4.91	1.52	5.64	0.94	3.76	وصف العمل
0.00	-3.39	1.92	5.48	1.15	3.86	القراءة
0.02	-2.51	2.33	6.40	1.55	4.90	وصف الصور
0.00	-3.94	5.04	17.52	3.16	12.52	المجموع

والشكل رقم (١) يوضح المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

شدة التلعثم في مجال التكرار بعد تطبيق البرنامج.



شكل (١) المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية

في

مجال التكرار بعد البرنامج

يتضح من الجدول (١) والشكل رقم (١) أن المتوسط الحسابي لدرجات افراد المجموعة التجريبية

على مقياس شدة التلعثم، في مجال التكرار، بلغ (١٢.٥٢)، في حين بلغ متوسط الدرجات في ذات المجال

بالنسبة لافراد المجموعة الضابطة (١٧.٥٢) ، وذلك كما يوضح بالشكل رقم (١)، و بلغت قيمة (ت)

للمجموع الكلي للمفردات المكونة لمجال التكرار (-٣.٩٤) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ فاقل.

وذلك يشير الى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

على مقياس شدة التلعثم في المجموع الكلي لمجال التكرار وفي المفردات الفرعية للمجال، وذلك لصالح أفراد

المجموعة الضابطة، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى تكرار التلعثم لدى أفراد المجموعة

التجريبية عنه لدى أفراد المجموعة الضابطة، على أساس أن الدرجة المرتفعة على المقياس تشير الى وجود

تلعثم لدى الفرد، وينطبق ذلك على كل مجالات المقياس، وكلما انخفضت الدرجة دل ذلك على انخفاض مستوى التلعثم لدى الفرد.

تم استخدام اختبار - ت لإيجاد الفروق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، على مقياس شدة التلعثم في مجال الوقفات، والجدوال رقم (٢)، ولشكل رقم (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢)

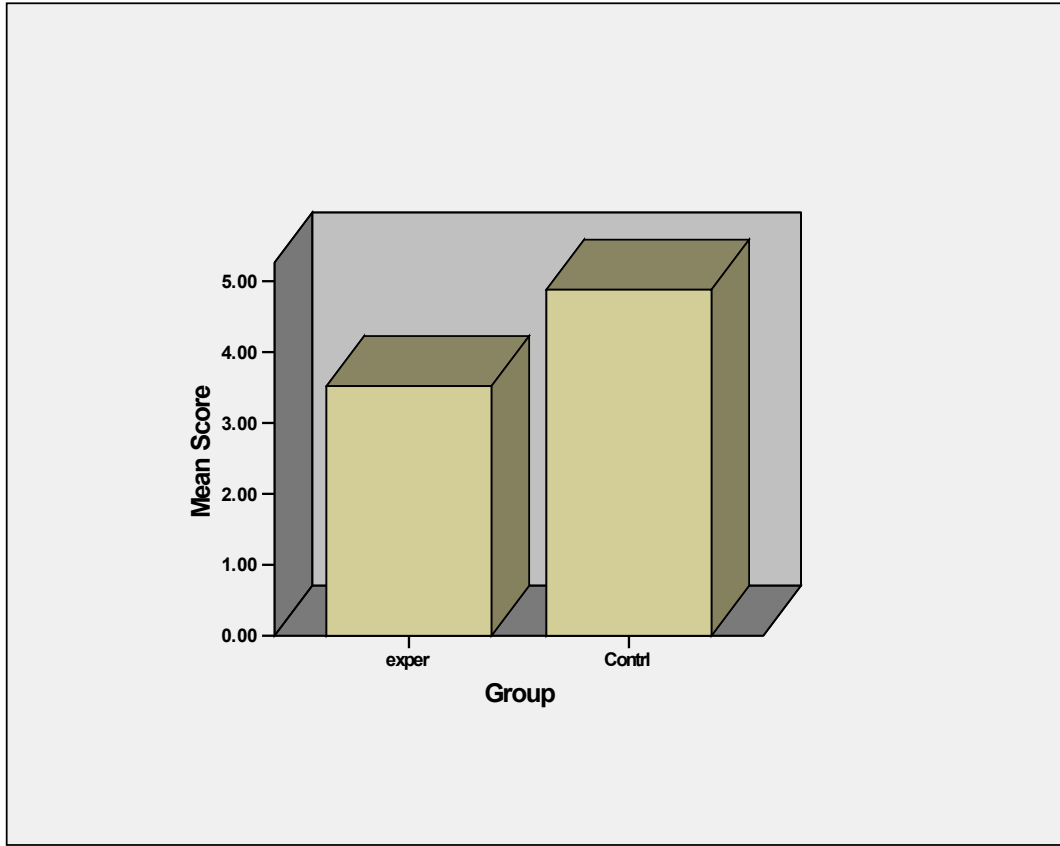
نتائج اختبار - ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال الوقفات

الدلالة	قيمة ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
		ع	م	ع	م
0.01	-2.61	1.96	4.88	1.47	3.52

كما يوضح الشكل رقم (٢) الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

على مقياس شدة التلعثم في مجال الوقفات.



شكل (٢) المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في مجال الوقفات بعد البرنامج

يتضح من الجدول (٢) والشكل رقم (٢) أن المتوسط الحسابي للوقفات لدى أفراد المجموعة التجريبية بلغ (٣.٥٢)، في حين بلغ متوسط الوقفات لدى أفراد المجموعة الضابطة (٤.٨٨) وهذا يشير الى وجود فروق بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة، و بلغت قيمة (ت) للمجموع الكلي للمفردات المكونة لمجال التكرار (٢،٦١-) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ فاقل.

وذلك يشير الى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال الوقفات، وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى الوقفات في التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية عنه لدى أفراد المجموعة الضابطة.

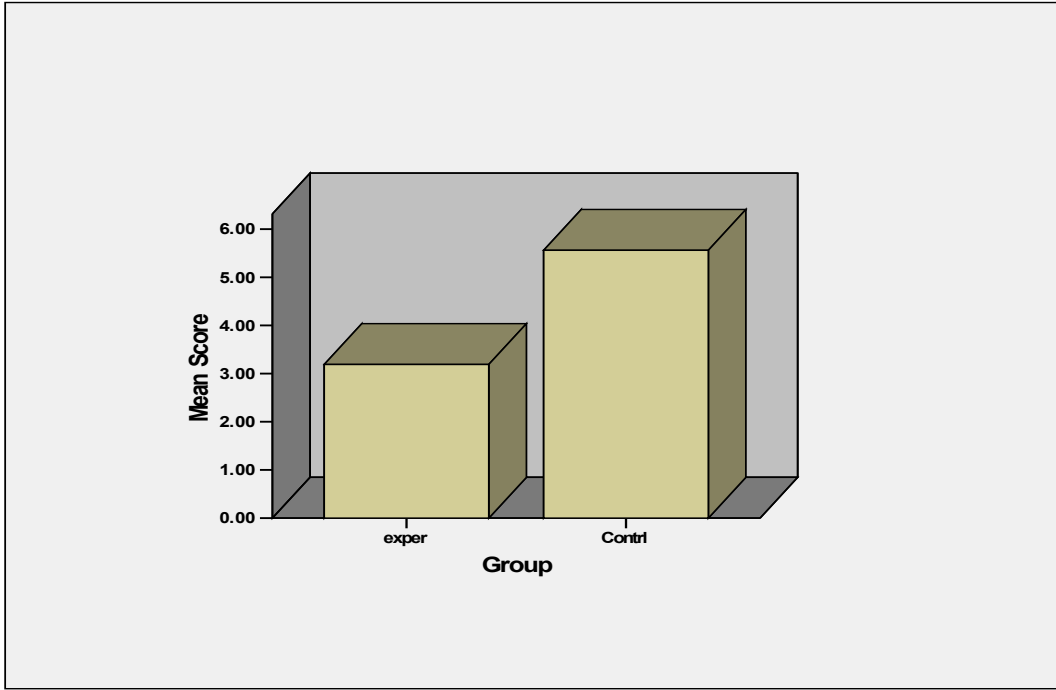
كما تم استخدام اختبار - ت لايجاد الفروق بين متوسطات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، على مقياس شدة التلعثم في مجال المصاحبات الجسمية، والجدوال رقم (٣)، ولشكل رقم (٣) يوضحان ذلك.

جدول (٣)

نتائج اختبار - ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال المصاحبات الجسمية

قيمة (ت) الدلالة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	ع	م	ع	م
0.001	1.92	5.56	1.33	3.19

كما يوضح الشكل رقم (٣) الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال الوقفات.



شكل (٣) المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية

في

مجال المصاحبات الجسمية بعد البرنامج

يتضح من الجدول (٣) والشكل رقم (٣) أن المتوسط الحسابي للمصاحبات الجسمية لدى افراد المجموعة التجريبية بلغ (٣.١٩)، في حين بلغ متوسط المصاحبات الجسمية لدى افراد المجموعة الضابطة (٥.٥٦) وهذا يشير الى وجود فرق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، و بلغت قيمة (ت) للمجموع الكلي للمفردات المكونة لمجال التكرار (٤,٨٧-) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ فاقل.

وذلك يشير الى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم في مجال المصاحبات الجسمية، وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة، مما يؤكد

فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى المصاحبات الجسمية في التلثم لدى أفراد المجموعة التجريبية عنه لدى أفراد المجموعة الضابطة.

كما تم استخدام اختبار - ت لايجاد الفرق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، على الدرجة الكلية لمقياس شدة التلثم، والجدول رقم (٤)، ولشكل رقم (٤) يوضحان ذلك.

جدول (٤)

نتائج اختبار - ت للفرق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس شدة التلثم

الدلالة	قيمة (ت)	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
		ع	م	ع	م
0.001	-4.22	8.09	28.00	5.34	19.29

يتضح من الجدول (٤) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية على مقياس شدة التلثم لدى أفراد المجموعة التجريبية بلغ (١٩.٢٩)، في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة (٢٨.٠٠) وهذا يشير الى وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، و بلغت قيمة (ت) للمجموع الكلي للمفردات المكونة لمجال التكرار (-٢٢،٤) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ فاقل.

وذلك يشير الى وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لمقياس شدة التلعثم، وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة، وهذا يعني وجود فاعلية للبرنامج العلاجي في خفض مستوى التلعثم ككل لدى افراد المجموعة التجريبية.

أيضاً من خلال درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم (ملحق، ٢، ٣) بعد تطبيق البرنامج، وفي ضوء معايير التصحيح للمقياس (ملحق ١)، يتضح أن مستوى شدة التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية تراوح ما بين البسيط جداً (٧ أفراد) والبسيط (٧ أفراد) والمتوسط (٧ أفراد) ، وبالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة تراوح مستوى شدة التلعثم لديهم ما بين المتوسط (١٢ فرداً) وشديد (٨ أفراد) وشديد جداً (٣ أفراد).

من النتائج السابقة في الجداول أرقام (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤) ، والأشكال أرقام ١ ، ٢ ، ٣، والملاحق أرقام (١، ٢) يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التلعثم بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة. مما يشير الى فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية، في الدرجة الكلية للمقياس والمجالات الفرعية المكونة له: التكرار، والوقفات، والمصاحبات الجسمية، وتلك النتيجة تؤكد عدم تحقق صحة الفرضية الصفرية الأولى من فرضيات الدراسة، مما يعن عدم قبول الفرضية.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية من فرضيات الدراسة، على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى α (= ٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى القلق تعزى الى البرنامج العلاجي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية الصفرية الثانية من فرضيات الدراسة، تم استخدام اختبار - ت لبيان دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق، بعد تطبيق البرنامج العلاجي، والجدول (٥) والشكل (٤) يوضحان ذلك.

جدول (٥)

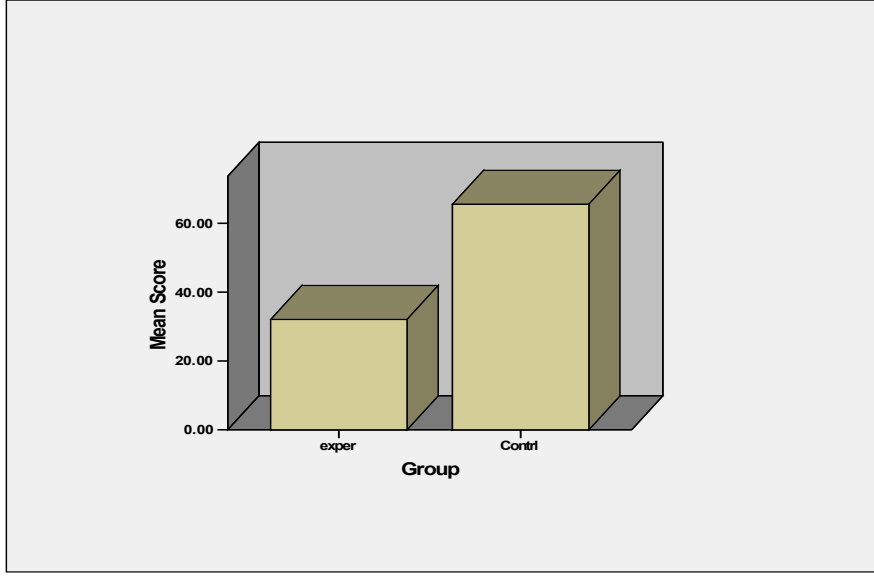
تائج اختبار - ت لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج

الدلالة	قيمة ت	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
		ع	م	ع	م
0.00	-16.10	7.39	65.52	6.29	32.05

ويوضح الشكل رقم (٤) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على

مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي.



شكل (٤) المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق بعد البرنامج

يتضح من الجدول (٥) والشكل رقم (٤) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في التطبيق البعدي بلغ (٣٢.٠٥)، في حين بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق في التطبيق البعدي (٦٥.٥٢)، كما يتضح من الجدول (٥) ان قيمة الإحصائي (ت) بلغت للدرجة الكلية (-١٦.١٠) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠.٠٥ فأقل، وذلك يشير الى وجود فروق دالة إحصائية في القلق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى الى البرنامج العلاجي وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة.

كما يتضح من خلال درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وفي ضوء معايير تصحيح الاختبار، أن مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية تراوح ما بين البسيط (فردين) والمتوسط (١٩ فرداً) بعد تطبيق البرنامج، وأن مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة تراوح ما بين المتوسط (٤ أفراد) والشديد (١٩ فرداً).

والنتائج السابقة في الجداول أرقام (٥) ، والشكل رقم (٤) والملحق رقم (٤) تشير الى انخفاض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد البرنامج عن نظرائهم أفراد المجموعة الضابطة، وذلك يؤكد فاعلية للبرنامج العلاجي في خفض مستوى القلق ككل لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث إن الدرجة المرتفعة على مقياس القلق تشير الى ارتفاع نسبته لدى أفراد المجموعة الضابطة، وكلما انخفضت الدرجة على المقياس كلما دل ذلك على انخفاض مستوى القلق. والنتائج السابقة تؤكد عدم تحقق الفرضية الصفرية الثانية من فرضيات الدراسة، وذلك يعني عدم قبول الفرضية.

الفصل الخامس : مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض مستوى القلق وأثره في علاج شدة التلعثم لدى الراشدين بالأردن، من المترددين على العيادة الطبية بمدينة الحسين الطبية بعمان. وبعد تطبيق مقياس شدة التلعثم ومقياس القلق على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، تم معالجة البيانات إحصائياً، وأشارت نتائج الدراسة الى انخفاض مستوى التلعثم والقلق لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أشارت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية طردية فيما بين التلعثم بأبعاده المختلفة (التكرار، الوقفات، والمصاحبات الجسمية) وبين القلق. وفيما يلي مناقشة للنتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للبيانات، وذلك في ضوء الاطار النظري للدراسة ونتائج الدراسات والبحوث ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية.

✚ مناقشة النتائج المرتبطة بالفرضية الأولى والتي تنص على " لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلعثم تعزى الى البرنامج العلاجي".

أشارت النتائج المرتبطة بالفرضية الأولى من فرضيات الدراسة (جداول من ١ : ٨، أشكال من ١ : ٣، وملاحق ٢، ٣) الى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) فاقل بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مجالات شدة التلعثم (التكرار، الوقفات، المصاحبات الجسمية) والدرجة الكلية لمقياس شدة التلعثم، وكانت الفروق لصالح أفراد المجموعة الضابطة.

وتشير تلك النتيجة الى وجود فاعلية للبرنامج العلاجي في خفض مستوى شدة التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية في مجالات (تكرار التلعثم، والوقفات، المصاحبات الجسمية)، حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس وكما سبق التوضيح الى شدة التلعثم لدى الأفراد، بينما تشير الدرجة المنخفضة الى انخفاض مستوى التلعثم لدى الأفراد، وهذا ما أوضحتها النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى، من انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس شدة التلعثم بأبعاده الثلاثة (التكرار، الوقفات، والمصاحبات الجسمية) والدرجة الكلية للمقياس، مقارنة بدرجات أقرانهم من أفراد المجموعة الضابطة ويعزى هذا الفرق وانخفاض مستوى التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية الى البرنامج العلاجي السلوكي الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة الزريقات (١٩٩٣) والتي أشارت نتائجها الى ان التدريب على التنفس يسهم في التخفيف من مستوى التلعثم، كما وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه المركز الأسترالي لأبحاث التلعثم (Australian Stuttering Research Center, 2004) والذي توصل الى ان التدريب على الاسترخاء اسهم في التقليل من مستوى التلعثم لدى أفراد عينة الدراسة.

ويمكن تفسير التحسن الذي حدث لأفراد المجموعة التجريبية وأدى الى خفض شدة التلعثم وتحسين سلوك الطلاقة اللفظية لدى الأفراد ذوي التلعثم، إنما يرجع ذلك الى طبيعة البرنامج العلاجي السلوكي الذي قدم لهم، فبعد تقديم تمارين الاسترخاء للأفراد تلك التي أدت الى خفض مستوى القلق لديهم، وتخفيف التوتر والضغط النفسي، وخفض المخاوف لديهم، مما أدى الى زيادة ثقة المتلعثم بنفسه، ورغبته في التحدث أمام الآخرين، وشعور الفرد بالرضى عن نفسه، وأنه يمتلك إمكانات عديدة يمكنه استغلالها والإفادة من الطاقة التي لديه، وأنه قادر على إشباع حاجاته، ومفهومه عن ذاته أصبح قوياً.

وبعد خفض مستوى القلق لدى المتعلم خلال الجلسات العلاجية التي قدمت للمتعلمين وعددها (١٢) جلسة علاجية في عيادة النطق، قدم برنامج تحسين سلوك الطلاقة اللفظية على أربع مراحل، وكانت المرحلة الأولى (مرحلة التعرف) والتي تم التركيز في جلساتها أن يتفهم ويتقبل الباحث السلوك التلعثم، وما قد يصاحبه من مشاعر قلق وخوف، ومحاولة تحدى ذلك بالسلوك التجنبي، وتم تحديد ذلك من خلال خصائص المشكلة والوضع الذي تظهر فيه. ومساعدة الفرد المتعلم على الشعور بالرضا والراحة مع لعثمه؛ بمعنى آخر تقليل الحساسية التدريجي. ولا شك أن خبرة الباحث في مجال العمل كأخصائي نفسي بالعيادة الطبية للنطق بمدينة الحسين الطبية قد ساعده كثيراً في تطبيق البرنامج العلاجي وبمساعدة أخصائي النطق بالعيادة.

وقد تم التركيز في جلسات المرحلة الثانية (تقليل الحساسية التدريجي) كان الهدف منها تقليل المخاوف والقلق، وجميع المشاعر السلبية المصاحبة مثل الإحباط، والحرج التي ترافق كلام المتعلم. ويرى رايبير أن هنالك ثلاث خصائص للتلعثم يحتاجها المتعلم لتقليل الحساسية التدريجية تجاه ذلك السلوك، وهي: مواجهة المشكلة، السلوكيات الجوهرية، والتعامل مع ردود فعل المستمعين.

وفي جلسات المرحلة الثالثة (مرحلة التعديل) وكان الهدف من الجلسات في تلك المرحلة أن يتم التأكيد للمتعلم على ضرورة التعامل مع مشكلته بكل بساطة وأن يواجهها، وتناولت الجلسات محاولة إلغاء التلعثم بعد أن يتلعثم الفرد في كلمة معينة يجب عليه أن يتوقف لمدة ثانيتين، ثم يعيد محاولة لفظ الكلمة مرة أخرى، ولا يطلب منه أن يلفظها بطلاقة في المحاولة الثانية بقدر ما يطلب منه أن يستعمل التلعثم السهل. وعلى المعالج أن يتأكد من أن المتعلم قد أكمل تلعثمه في الكلمة للمرة الأولى، وأنه يجب أن لا تلك الكلمات حتى يكون تلعثمه بسيطاً، وأن يواجهه. وأن على المتعلم التحدث ببسر أو أن يتكلم بطلاقة عن طريق

التحكم في نفسه عند بداية التلعثم، ويقوم بتعديل التلعثم إلى تلعثم يسير، أو أن يتكلم بطلاقة باستخدام بطة الحركة، والانتقال اليسير من صوت لغوي إلى آخر على متن الكلمة. كل هذا يتم في العيادة، وبعد إتقانه عليه أن يمارس ذلك خارج نطاق العيادة في المواقف الحياتية المختلفة، ثم تدريب المتلعثم على الطلاقة، فهو عندما يحدد الكلمات التي يخاف منها تكون بداية الاستعداد والتهيئة لاستخدام خطوتي الإلغاء والوقفات، حيث إن عليه أن ينطق كل أقسام الكلمة بشكل بطيء وأن يستخدم الاسترخاء في عضلات النطق ويستخدم هذه الطرق في العيادة وفي البيئة الخارجية.

وكانت المرحلة الرابعة (مرحلة الاستقرار) بهدف تثبيت ما تم اكتسابه في المراحل السابقة، كما تم التركيز على مساعدة المتلعثم على أن يكون هو معالج لنفسه، وذلك عندما يقوم الأخصائي بمساعدته على اعطائه المسؤولية لتطوير المعلومات التي استقاها وهنا يطور المتعالج قدرته مع زيادة ثقته بنفسه، وهناك هدف آخر من هذه المرحلة في أن يستعمل الاجراءات العلاجية بكل يسر وتلقائية لأنه في البدايه يحتاج الي جهد كبير وفي نهاية المطاف يصبح أكثر تلقائية، ولا بد أن يكثر من الممارسة لهذه التقنيات المتمثلة في تقليل مستوى القلق والخوف من الكلمات ، وممارسة التلعثم المصطنع ، ويجب عليه تغيير مفهومه عن ذاته من كونه متلعثما الى شخص يتحدث بطلاقة وبدون قلق.

كل العوامل السابقة مجتمعة تؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض شدة التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتحسين سلوك الطلاقة اللفظية لديهم.

✚ مناقشة النتائج المرتبطة بالفرضية الثانية من فرضيات الدراسة والتي تنص على أنه " لا

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة في مستوى القلق تعزى الى البرنامج العلاجي"

حيث أشارت النتائج (جداول ٩، ١٠، وشكل ٤، وملحق ٥) الى وجود فروق دالة إحصائية عند

مستوى دلالة (0.05) فاقل، بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي، وذلك لصالح أفراد المجموعة الضابطة.

وهذه النتيجة تشير الى وجود فاعلية للبرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في الدراسة في خفض

مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث تشير الدرجة المرتفعة على مقياس القلق وكما سبق

التوضيح الى وجود القلق لدى الأفراد، بينما تشير الدرجة المنخفضة الى انخفاض مستوى القلق، وهذا ما

أشارت اليه النتائج من انخفاض مستوى القلق لأفراد المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج العلاجي

السلوكي مقارنة بذويهم من أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لفعاليات البرنامج العلاجي

السلوكي.

ووتنقق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أجريت في المجال ومنها، دراسة كراج وكليري

(Craig & Cleary, 1982) والتي بحثت في إمكانية تحسين مستوى الطلاقة بعد تدريب عينة قوامها (٢٥)

متلعثما تراوحت أعمارهم ما بين (١٠ - ١٤) سنة على تقليل التوتر في عضلات النطق وخفض التوتر

العضلي في عضلات الوجه أثناء حركات العضلات وكذلك للحركات أثناء الكلام. ودراسة دويول (

Dopol, 2001) والتي أجريت على (٥٠) أسرة في لوس أنجلوس أطفالهم يعانون من اضطراب في اللغة

وتشتت في الانتباه والقلق، وتلقوا برنامجاً إرشادياً سلوكياً معرفياً تضمن هذا البرنامج جلسات للتخفيف من

القلق وتحسين الطلاقة اللفظية لديهم. و دراسة ستريد (Stred, 2002) والتي أجريت على عينة قوامه (٥١) طالبا و طالبة من الذين يعانون من اضطراب الكلام (التأتأة) وطبق على أفراد المجموعة التجريبية برنامج ذو شقين المرحلة الأولى منه تخفيض القلق لمدة (١٠) جلسات. و الدراسة أجراها مركز أبحاث التلعثم الأسترالي (Australian Stuttering Research Center, 2004) ، والتي هدفت الي تحسين سلوك التلعثم وخفض مستوى القلق لدى عينة مكونة من (٣٤) متلعثماً، وأظهرت النتائج انخفاض المخاوف والقلق الاجتماعي لدى أفراد التلعثم. و دراسة بلومجرن وآخرين (Blomgren, Roy, Callister, and Merrill, 2005) والتي هدفت الى معرفة أثر تقديم برنامج علاج سلوكي في تحسين مستوى الطلاقة، وذلك لدى عينة من الراشدين يعانون من التلعثم بلغ قوامها (١٩) بالغاً، وطبق عليهم مقياس شدة التلعثم للراشدين ، ومقياس شدة التلعثم الذاتي، وقائمة بيك للاكتئاب، مقياس القلق متعدد الأوجه، و مقياس حالة القلق. وأظهرت النتائج خفض شدة التلعثم والقلق والاكتئاب لدى الأفراد.

ويمكن تفسير تلك النتيجة أنه خلال الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي السلوكي، كان يتم تقديم تمارين الاسترخاء لأفراد المجموعة التجريبية المتلعثمين لمدة (٢٠) دقيقة في بداية كل جلسة، والتي تبدأ بممارسة أنشطة بسيطة وعمل تهدئة للعقل، وذلك لمدة أربعة أسابيع وبواقع ثلاث جلسات أسبوعياً وكان الهدف من تمارين الاسترخاء (١٠) تمارين قدمت من خلال سبع خطوات هو التخفيف من حدة التوتر وخفض الضغط النفسي ومشاعر الخوف وزيادة الثقة بالنفس لدى الفرد المتلعثم.

وقد تم التركيز في تمارين الاسترخاء شعور الفرد بالنشاط والحيوية، وأنه قادر على تلبية احتياجاته، وتنظيم أنشطته الجسمية، وأنه لديه ثقة عالية بنفسه، ولديه تقدير ذات إيجابي، وأنه راضٍ

ومستمتع بما يقوم به، ويشعر بالاتزان والحضور، وأنه ممتن لكل الجوانب الإيجابية في حياته، ولديه القدرة على ممارسة أساليب استرخاء مفيدة وفعالة.

وقد كان لتمرينات الاسترخاء التي قدمت لأفراد المجموعة التجريبية طوال فترة تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي، أثر فعال في خفض التوتر لدى الأفراد وخفض مستوى القلق لديهم، مما أسهم ذلك بصورة فعالة في تحسين الطلاقة اللفظية وتعديل سلوك التلعثم لديهم.

التوصيات :

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من التوصيات التربوية للجهات المعنية ولآباء الأفراد الذين يعانون من التلعثم، والتي من شأنها أن تخفض من درجة التلعثم لديهم، وتحسن من مستوى طلاقتهم اللفظية، وتخفض من مستوى القلق.

١. أن تهتم العيادات التخصصية بالتركيز على تمارينات الاسترخاء البدني والتي من شأنها أن تسهم في خفض مستوى القلق وإزالة التوتر والضغط النفسي لدى الأفراد المتلعثمين، وذلك من شأنه أن يزيد من مستوى الطلاقة اللفظية لديهم، ويخفض من مستوى التلعثم.

٢. أن تهتم العيادات التخصصية بتقليل المخاوف والقلق، وجميع المشاعر السلبية المصاحبة للتلعثم مثل الإحباط، والحرج التي ترافق كلام المتلعثم. وذلك لتقليل الحساسية التدريجية للمتلعثم تجاه ذلك السلوك، وهي: مواجهة المشكلة، السلوكيات الجوهرية، والتعامل مع ردود فعل المستمعين.

٣. أن تهتم العيادات التخصصية وأفراد الأسرة بتدريب المتلعثم على الطلاقة، وعدم الخوف من الخطأ، وأن يبدأ بنطق كل أقسام الكلمة بشكل بطيء وأن يستخدم الاسترخاء في عضلات النطق مع التركيز على استخدام ذلك في العيادة وفي البيئة الخارجية.

٤. أن تهتم أسرة الفرد المتلعثم بزيادة ثقته بنفسه وعدم الخوف من التحدث أمام الآخرين، وعدم جرح مشاعره عندما يخطئ في نطق الكلمة، وتشجيعه المستمر على النطق الصحيح للكلمات التي سهلة النطق بالنسبة له.

٥. أن تهتم الأسر بمتابعة سلامة النطق للأبناء، مع ضرورة التوجه الى العيادات التخصصية للنطق والتخاطب، في حال ما تم اكتشاف أعراض نطق خطأ لدى الأبناء.

٦. إجراء دراسات حول الكشف المبكر لاضطرابات النطق واللغة لدى الأطفال، وتقديم برامج التدخل الملائمة للتخفيف من حدة تلك المشكلات.

٧. إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات مختلفة من الأفراد ذوى التلعثم في مراحل عمرية وبيئات مختلفة.

٨. الاستفادة من برنامج العلاج السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية للتخفيف من حدة التلعثم وخفض مستوى القلق في المراكز والعيادات التخصصية على عينات مماثلة لأفراد الدراسة الحالية.

٩. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينة من الإناث ذوات التلعثم في مراحل عمرية وبيئات مختلفة.

المراجع

المراجع العربية:

أبو حميدان، يوسف عبد الوهاب (١٩٩٧). العلاج السلوكي لمشاكل الأسر والمجتمع. عمان،

منشورات جامعة مؤتة.

أبو الخير، عبدالكريم قاسم (٢٠٠١). أساسيات التمريض في الامراض النفسية والعقلية.

عمان، دار وائل للنشر.

باطه، أمال عبد السميع (٢٠٠٣). اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة، مكتبة الانجلو المصريه.

باديسكي، كريستين و غرينبير، دينيس (٢٠٠١) العقل فوق العاطفة (ترجمة : مبيضين، مامون).

عمان، المكتب الاسلامي.

حفني، عبد المنعم (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة، مكتبة مدبولي.

حمدي، محمد نزيه (١٩٧٦). فعالية الممارسة السلبية والترديد كأسلوبين سلوكيين في معالجة حالات التلعثم.

رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.

الخطيب، جمال (١٩٩٥). تعديل السلوك الإنساني. الطبعة الثالثة،

الإمارات العربية المتحدة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال و الحديدي ، منى (١٩٩٧). المدخل الى التربية الخاصة. الكويت، مكتبة الفلاح.

الخطيب، محمد جواد (١٩٨٩). العلاقة بين مستوى القلق والتحصيل الدراسي لدى المراهقين الفلسطينيين وتصميم برنامج ارشادي للتخفيف من حدة القلق. رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، القاهرة.

الخمابسة ، زيدان عبدالصمد (٢٠٠٣). مقياس شدة التلثم . عمان، مدينة الحسين الطبية.

الداهري، صالح حسن (٢٠٠٢). علاقه القلق بالترتيب الذهني واللغه عند تلاميذ المرحله الابتدائيه في بغداد. مجلة العلوم التربوية، العدد ٣٧ ، ص ٢٢ .

الداهري، صالح حسن (٢٠٠٨) . أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكيه والانفعاليه. عمان ، دار الصفا للنشر.

الزبير، بشير طه والداهري صالح (١٩٩٣). التربية البديلة وأثرها في النمو اللغوي والقلق لدي الأطفال بدولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد ٩ ، ص ٢٥ .

الزريقات، ابراهيم عبد الله (١٩٩٣). فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأناة. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.

الزريقات، ابراهيم عبد الله (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج. عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.

زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٧). الصحة النفسية و العلاج النفسي . ط ٣ ، القاهرة، عالم الكتب.

زيور ،مصطفى (١٩٨٦). في النفس . بيروت ، دار النهضة العربية .

سليمان، رغبه عرسان (٢٠٠٣). درجات تقدير الذات و الاكتئاب و القلق لدى الاحداث الجانحين والعاديين في الضفة الغربية بفلسطين . رساله ماجستير ، الجامعة الاردنيه .

الشخص، عبد العزيز السيد (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام: خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها. الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية.

شقيير، زينب محمود (٢٠٠٢). اضطرابات اللغة والتواصل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سوين، ريتشارد (١٩٧٩). علم الامراض النفسيه و العقليه (ترجمة: سلامة، أحمد عبد العزيز). القاهرة ، دار النهضة المصرية .

شيفر، شارلز و ميلمان، هوارد (٢٠٠١). مشكلات الاطفال و المراهقين واساليب المساعدة فيها)
ترجمة : داود، نسيمه و حمدي، نزية) . عمان ، الجامعة الاردنية .

صادق ، عادل (١٩٨٥) . الطب النفسي ، القاهرة ، دار الحرية للطباعة والنشر .

عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب والأعراض والتشخيص
والعلاج. القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر.

عكاشه، احمد (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر . القاهرة ، مكتبة الانجلو المصريه .

كمال، علي (١٩٨٩) . النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها. بغداد، دار واسط للطباعة
والنشر والتوزيع

مخيمر ، صلاح (١٩٧٩) . المدخل الى الصحة النفسية. القاهرة ، مكتبة الانجلو المصريه .

مطوع، ضيا الدين (٢٠٠٢) علاقة القلق بالتحصيل الدراسي لدى طلبة المدارس الاساسيه في الكويت.

مجلة الطفوله والتميه العربية، العدد ١٦، ص ٤٠ .

المرزوقي، جاسم محمد عبدالله (٢٠٠٧). علاقة القلق و الاكتاب و الضغط النفسيوالتفكير اللاعقلاني

بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري . رسالةدكتوراة ، الجامعة الاردنية .

المومني، وليد فلاح (٢٠٠١). أثر استراتيجيات التدبير لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب.

رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية.

النحاس، محمد محمود (٢٠٠٦). سيكولوجيه التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة.

القاهرة ، مكتبه الانجلو المصرية.

يوسف، جمعة سيد (١٩٩٠). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. القاهرة، سلسلة عالم المعارف، عدد

(١٤٥).

- Abdel Salam, Ahlam (1993) Recent Trends In Stuttering Therapy. **MD Thesis In Phonetics**, Faculty Of Medicine .Ain Shams University .
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic Criteria From DSM-IV** , Washington .DC
- Australian Stuttering Research Center (2004). Social Anxiety in Stuttering: Measuring Negative Social Expectancies. **Journal of Fluency Disorder**, **29(3)**, 201-212.
- Barlow ,H . David ,V .&Durand , M .(1998). **Abnormal Psychology**. Thomson Brooks /Cole , London .
- Bloodstein, Liver. (1979).**Speech Pathology: Introduction**. Boston, Houghton Mifflin Company.
- Blomgren, M. & Roy, N. & Gallister, T. and Merrill, R. (2005). Intensive Stuttering Modification Therapy: A Multidimensional Assessment of Treatment Outcomes. **American Journal of Speech-Language Pathology, Vol. 9**, 89-91.
- Bray, M. A., Kehle, T. J., Lowless, K. A. & Theodore, L. A. (2003). The Relationship of Self-Efficacy and Depression to Stuttering. **American Journal of Speech- Language Pathology, Vol . 12**, 425 – 431.
- Calar. (.2001). **Education and Deafness**. New York , Longman.
- Cattle ,R.B .(1967). **The meaning and measurement of neuroticism**. USA, New York Press.

- Craig, A. (1990). An Investigation Into The Relationship Between Anxiety And Stuttering. **Journal of Speech and Hearing, Vol.55**, 290-294.
- Craig, A. & Cleary, P. (1982). Reduction of Stuttering by Young Male Stutterers Using EMG Feed Back. **Journal of Applied Psychophysiology and Biofeedback, V.7, No. 31**.
- Corey ,G.(2005). **Theory And Practice Of Counseling And Psychotherapy**. Thomson Brooks / Cole: Belmont.
- Dopol (2001)..Brief counseling for students with learning disabilities. **Professional School counseling, Vol.6. (P 70-75)**
- Erickson ,Marilyn, T.(1982).**Child Psychopathology**. Second Edition ,Prentice Hall ,London .
- Ezati-Vinacour R, Levin. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. **Journal of Fluency Disorder, 29(2):135-48**.
- Freiterg, Karen L. (1992). **Human development : Life – span approach**. Fourth Edition, Boston, London, Jones and Bantlett Publishers.
- Grose, H. (2000). **Theories of psychotherapy and counseling**. University of Gen: Brooks Publishing.
- Hedge, M. N.. (2003). **Introduction to communication disorders**. (3rd ed.). Pro-ed. An International Publisher, Austin, Texas.
- Jensen, K..L.(2001). **Introduction in special education**. San Antonio , TX , Psychological Corporation .

- Ingram, R. G. & Onslow, M. (1985). Measurement and Modification of Speech Naturalness During Stuttering Therapy. **Journal of Speech and Hearing Disorders** , Vol.50, 261-281.
- Kanfer, Fredeulch, H. & Goldstein ,Arnold, D (1975). **Helping People change**. Perganon Press,Inc NewYork .
- Lark, Susan M. (2006). Relaxation Techniques for Relief of Anxiety & Stress. (Excerpted from :*The Menopause Self Help Book Celestial Arts, Berkeley*) <http://www.healthy.net/scr/Article.asp?Id=1205&xcntr=2>
- Luterman, David M. (2005). **Counseling persons with communication disorders and their families**. Forth Edition, Pro-ed. An International Publisher, Austin, Texas.
- Mattson,.H.(1992). **Special Education in primary school** . United States of American .
- Miller, S. & Watson, B. (1992). The Relationship Between Communication Attitude, Anxiety, and Depression in Stutters and Non-Stutters. **Journal of Speech and Hearing Research**, Vol . 35, 789 – 798.
- Moren, T. (2002). Introduction to the special series on attention deficit disorder . **Journal of learning Disabilities**, 36 (4), 98.
- Moseley, M. D. & Bally, S. J. (1996). **Communication therapy: An integrated approach to aural rehabilitation with deaf and hard of hearing adolescents and adults**. Gallandet University Press Washington, D.C.
- Nicolosi, L., Harryman, E., Kresheck, J. (2004). **Terminology of communication disorder**. New Yourk: Lippincott Williams & Wilkns Company.

- Oltmanns , F.& Thomas , R .(1988) . **Abnormal psychology**. 2ed. Perganon Press, Inc NewYork
- Packman, A. & Onslow, Mark and Doorn, J. V (1994). Prolonged speech and modification of stuttering perceptual, Acoustic, and electroglottographic data. **Journal of Speech and Hearing Research**, Vol.37 ,724-737.
- Peters, T. & Guitar, B. (1991). **Stuttering, an integrated approach to its nature and treatment**. London: Williams & Wilkins Company.
- Rodrigo , G., Lusiardo , M. &Pereira, G.(1990).Relation between anxiety and performance in soccer players. **International journal of sport psychology**, Vol. 21, 112-120.
- Shames, George, H. &Wiig, Elisabeth, H.(1982).**Human Communication Disorder : And Introduction**. Emerril Publishing Company, Columbus, London .
- Smith, D. (2004). **Introduction to Special Education: person Education**. New Yourk: Lippincott Williams & Wilkns Company..
- Speilberger ,C. D.(1983) **Manual For State –Trait Anxiety Inventory (Form Y)** Consulting Psychological Process .California.
- Stred, .P(2002). **On the cause of stuttering integrating theory with brain and behavioral**. University of California press.
- Travis, L., E. (1971). **Handbook of speech pathology an audiology**. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, W. J.
- Vanrycheghem, K. F. & Baggen, M. V. (2002). Stuttering and Social Anxiety. **Journal of Fluency Disorder**, 27(4) 319-330.

- Vinson, Betsy. (2001). **Essentials for speech-language pathologists**. Australia: Singular Thomas Learning.
- Walker, G, Eugene, & Roberts, Michele, G. (1983) **Hand book of clinical –child psychology**. New York , John Wily .
- Youssef, M . (1986) . Features of the arabic language as the apply to the use coarticulation in stuttering therapy. **Doctor Degree Thesis In Phonetics**, Faculty Of Medicine. Ain Shams University.

الملاحق

ملحق (١)

مقياس شدة التلعثم

يقيس هذا المقياس مركبات اللعثة التالية :

- ١- التكرارات للتلعثم.
- ٢- مدة وزمن التلعثم .
- ٣- المصاحبات الجسمية.

يحتاج هذا الاختبار الى قطعة مكونة من (١٠٠) كلمة للقراءة الجهرية واجراء

المحادثة .

يطلب من المتلعثم ان يقرأ بصوت عال لمدة (٥) دقائق مستخدما المادة الدراسية التي

يعتقد انها تناسب مستواه القرائي ، ثم يطلب منه ان يتحدث حول عمله او دراسته ولمدة (٦)

دقائق. يجب على الفاحص ان يستعمل ساعة الوقت عندما يتوقف المتلعثم عن الكلام ولكنك

يجب ان تبقىها اثناء التلعثم .

الوقفات القصيرة اقل من (٢ / ثانية) تحسب ضمن (٥) دقائق اما الوقفات الطويلة

فأنها تستثنى ، ثم عادة تسجل هذه العينات على المسجل ثم تفرغ وتصحح لاحقا وعلى

الفاحص ان يلاحظ المصاحبات الجسدية و يقوم بتسجيلها .

يتكون مجموع الدرجات لمقياس (SSI) من العناصر الثلاثة التي يقيسها المقياس .

مقياس شدة التلعم

العمر :

الاسم :

التاريخ :

المقياس الفرعي الاول: التكرارات

(مهارات العمل) (مهارات القراءة) (مهارات وصف الصور)

درجة المهمة	النسبة	درجة المهمة	النسبة	درجة المهمة	النسبة
٢	١	٢	٢	٢	١
٣ - ٢	٦	٣	٣ - ٢	٣	٣ - ٢
٨	٤	٤	٥ - ٤	٤	٤
١٠	٦ - ٥	٥	٩ - ٦	٥	٦ - ٥
١٢	٩ - ٧	٧	١٦ - ١٠	٦	٩ - ٧
١٤	١٤ - ١٠	٨	٢٦ - ١٧	٧	١٤ - ١٠
١٦	٢٨ - ١٥	٩	٢٧	٨	٢٨ - ١٥
١٨	٢٩	-	-	٩	٢٩

٢-المقياس الفرعي الثاني: الفترة الزمنية .

تقدير الفترة الزمنية لأطول ثلاث وقفات

الدرجة	المدة الزمنية
١	لا يوجد
٢	نصف ثانية
٣	ثانية كاملة
٤	٢ - ٩ ثواني
٥	١٠ - ١٢ ثانية
٦	أكثر من ٦٠ ثانية
٧	متوسط أطول ثلاثة فترات

٣ - المقياس الفرعي الثالث: المصاحبات الجسمية .

سلم التقدير

الدرجة	المصاحبات الجسمية
صفر	لا يوجد
١	غير ملحوظ
٢	ملحوظ بصعوبة
٣	مشتت
٤	مشتت جدا
٥	مشتت بشكل شديد ويبدو متألما

الأصوات المشتتة :

يتنفس بشكل يصدر صوتا

يتنفس مع الصفير

يستنشق

٥ ٤ ٣ ١ ٠

يتمطق

تقطيب الوجه :

اهتزاز الفكين

بروز اللسان

يشد الشفاه

يشد ويضغط عضلات

٥ ٤ ٣ ١ ٠

الفكين والوجة

حركة الرأس :

للخلف

للأمام

دوران

٥ ٤ ٣ ١ ٠

ضعف التواصل البصري

النظر من حوله باستمرار

حركة الأطراف :

حركة الذراعين واليدين

اليدين حول الوجه

حركة أصابع القدمين

حركة الساقين

الضرب بالساقين

المجموع :

الشدة عند الأطفال			الشدة عند البالغين		
بسيط جدا	٠ - ٤	٠ - ٥	بسيط جدا	٠ - ٤	٠ - ١٦
بسيط	٥ - ١١	٦ - ٨	بسيط	٥ - ١١	١٧ - ١٩
بسيط	١٢ - ٢٣	٩ - ١٣	بسيط	١٢ - ٢٣	٢٠ - ٢١
بسيط	٢٤ - ٤٠	١٤ - ١٥	متوسط	٢٤ - ٤٠	٢٢ - ٢٤
متوسط	٤١ - ٦٠	١٦ - ١٩	متوسط	٤١ - ٦٠	٢٥ - ٢٧
متوسط	٦١ - ٧٧	٢٠ - ٢٣	متوسط	٦١ - ٧٧	٢٨ - ٣٠
شديد	٧٨ - ٨٩	٢٤ - ٢٧	شديد	٧٨ - ٨٩	٣١ - ٣٣
شديد	٩٠ - ٩٦	٢٨ - ٣٠	شديد	٩٠ - ٩٦	٣٤ - ٣٦
شديد جدا	٩٧ - ١٠٠	٣١ - ٤٥	شديد جدا	٩٧ - ١٠٠	٣٧ - ٤٥

ملحق (٢)

درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس شدة التلعثم بعد البرنامج

مستوى التلعثم	المجموع الكلي	المقياس الفرعي الثالث	المقياس الفرعي الثاني	مجموع مقاييس التكرارات	المقياس الفرعي الأول (التكرار)			م
		(المصاحبات الجسمية)	(الوقفات)		وصف الصور	القراءة	وصف العمل	
متوسط	٢٣	٦	٣	١٤	٥	٥	٤	١
بسيط	٢١	٢	٤	١٥	٦	٤	٥	٢
بسيط	٢٠	٤	٥	١١	٥	٣	٣	٣
بسيط	١٩	٣	٣	١٢	٥	٤	٣	٤
بسيط	١٨	٢	٤	١٢	٣	٤	٥	٥
متوسط	٢٤	٥	٥	١٤	٥	٤	٥	٦
بسيط ج	١٦	٢	٣	١١	٤	٤	٣	٧
بسيط	21	3	4	١٤	5	5	٤	٨
بسيط ج	18	3	3	١٢	5	3	4	٩
متوسط	24	4	3	١٧	7	5	5	١٠
متوسط	23	4	4	١٥	7	4	4	١١
بسيط ج	17	3	2	١٢	6	3	3	١٢
بسيط ج	18	2	3	١٣	6	4	3	١٣
يسيط ج	16	3	3	١٠	4	3	3	١٤
متوسط	23	4	6	١٣	4	5	4	١٥
متوسط	30	5	7	١٨	7	6	5	١٦
بسيط	21	4	4	١٣	5	4	4	١٧
متوسط	24	4	4	١٦	7	5	4	١٨
بسيط ج	8	1	1	٦	2	2	2	١٩
بسيط ج	7	1	1	٥	2	1	2	٢٠
بسيط	14	2	2	١٠	3	3	4	٢١

ملحق (٣)

درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التلعثم بعد البرنامج

مستوى التلعثم	المجموع الكلي	المقياس الفرعي الثالث	المقياس الفرعي الثاني	مجموع مقاييس التكرارات	المقياس الفرعي الأول (التكرار)			م
		(المصاحبات الجسمية)	(الوقفات)		وصف الصور	القراءة	وصف العمل	
شديد	٣٣	٨	٥	٢٠	٧	٧	٦	١
شديد	٣٤	٥	٦	٢٣	٩	٧	٧	٢
متوسط	٣٠	٨	٦	١٦	٧	٤	٥	٣
متوسط	٢٧	٦	٤	١٦	٧	٤	٥	٤
متوسط	٣٠	٥	٥	٢٠	٦	٧	٧	٥
شديد	٣٢	٧	٧	١٨	٨	٤	٦	٦
متوسط	٢٤	٤	٤	١٦	٥	٦	٥	٧
شديد	٣٣	٦	٥	٢٢	٧	٨	٧	٨
متوسط	٢٥	٥	٤	١٦	٧	٤	٥	٩
شديد	٣٥	٦	٥	٢٤	٩	٨	٧	١٠
شديد	٣٣	٧	٥	٢١	١٠	٥	٦	١١
متوسط	٢٤	٥	٣	١٦	٧	٤	٥	١٢
متوسط	٢٩	٤	٥	٢٠	٨	٦	٦	١٣
متوسط	٢٤	٥	٣	١٦	٦	٤	٦	١٤
متوسط	٢٤	٤	٦	١٤	٥	٤	٥	١٥
شديد جدا	٤٤	٨	١٠	٢٦	٩	٩	٨	١٦
متوسط	٢٨	٧	٥	١٦	٦	٤	٦	١٧
متوسط	٢٧	٤	٥	١٨	٧	٦	٥	١٨
شديد	٣٣	٦	٥	٢٢	٧	٨	٧	١٩
شديد	٣٣	٩	٧	١٧	٥	٨	٤	٢٠
متوسط	٢٤	٥	٣	١٦	٧	٤	٥	٢١
شديد	٣١	٥	٥	٢١	٦	٨	٧	٢٢
شديد جدا	٤٣	٩	٨	٢٦	١٠	٧	٩	٢٣

ملحق (٤)

درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج

م	مجموعة تجريبية	مجموعة ضابطة
	الدرجة	الدرجة
	المستوى	المستوى
1	متوسط	متوسط
2	بسيط	شديد
3	بسيط	شديد
4	بسيط	شديد
5	بسيط	شديد
6	بسيط	شديد
7	بسيط	متوسط
8	بسيط	متوسط
9	بسيط	شديد
10	بسيط	شديد
11	بسيط	شديد
12	بسيط	شديد
13	متوسط	متوسط
14	بسيط	شديد
15	بسيط	شديد
16	بسيط	شديد
17	بسيط	شديد
18	بسيط	شديد
19	بسيط	شديد
20	بسيط	شديد
21	بسيط	شديد
22		شديد
23		شديد

ملحق (٥)

محتوى جلسات البرنامج العلاجي السلوكي

تم تطبيق البرنامج العلاجي المتضمن خفض مستوى القلق إضافة الى برنامج فان رايبير السلوكي والمتعلق بتشكيل الطلاقة النطقية وفقاً للخطوات التي تم التنويه عنها الاطار النظري وفي فصل الطريقة والاجراءات، وذلك على عينة الدراسة المكونة من (٣٦) فرداً، وذلك كجلسات فردية مدة كل منها (٤٥) دقيقة وعلى مدار أربعة أسابيع بواقع ثلاثة جلسات أسبوعياً، بالإضافة الى جلستين جماعيتين حضرهما كل أفراد المجموعة التجريبية، أي أن كل متلثم قد تلقى (١٢) جلسة علاجية ، وقد تم تقسيم كل جلسة الى قسمين القسم الأول ومدته (٢٠) دقيقة يعنى بخفض القلق عن طريق برنامج الأسترخاء الذي أستعمل كأداة من ادوات الدراسة، وبرنامج تشكيل السلوك لمدة (٢٥) دقيقة .

هذا وقد سارت الجلسات العلاجية على النحو التالي :

الجلسة الجماعية الأولى:

تم شرح البرنامج العلاجي لكامل المجموعة وذلك بعد الأجتماع بهم في إحدى القاعات كما تم توضيح الخطوات العلاجية وحاول الباحث بناء علاقة معهم والاجابة على كافة استفساراتهم وقد ضم الاجتماع بالاضافة الى الباحث اثنين من أخصائي النطق في مدينة الحسين الطبية وقد ساهما معاً في الاجابة عن بعض الاستفسارات الموجهة من قبل أفراد العينة ، كما تم شرح الهدف من البرنامج العلاجي القائم على الأسترخاء لخفض مستوى القلق مقروناً بالبرنامج السلوكي لتشكيل الطلاقة وقد أبدى جميع أفراد العينة سعادتهم وتعاونهم مع الباحث وذلك لقياس فعالية ذلك البرنامج ، ثم تم الإتفاق معهم على أن تكون

الجلسات فردية وقد اتفق الباحث مع أفراد العينة على البرنامج الزمني لكل واحد منهم حسب وقته وعدم تضارب ذلك مع عمله أو دراسته ، حيث اتفق الباحث مع افراد العينة على أن يتلقى كل فرد منهم ثلاثة جلسات في الاسبوع ولمدة أربعة أسابيع بواقع (٤٥) دقيقة لكل جلسة .

وصف أحداث الجلسات :

تم تصميم نموذج لكل جلسة يتضمن فعاليات الجلسة وتوزيعها على مدة الجلسة حيث تستغرق تمارين الاسترخاء (٢٠) دقيقة في حين يستغرق البرنامج السلوكي لتشكيل سلوك التلثم والمستخدم في ضوء خطوات برنامج فان رايبير لتشكيل سلوك التلثم وتحسين الطلاقة اللفظية وذلك في ال(٢٥) دقيقة الباقية .

قام الباحث بتدريب اثنين من أخصائي النطق في مدينة الحسين الطبية على تمارين الاسترخاء المستمدة من برنامج سوزان لارك وذلك بهدف خفض التوتر والقلق عند المتلثمين، لمساعدة الباحث في تطبيق البرنامج على الراشدين ذوي التلثم من أفراد المجموعة التجريبية ، وحيث أن الاخصائيين يستخدمون أساليب فان رايبير في تشكيل الطلاقة النطقية فقد ساعد ذلك الباحث في تطبيق البرنامج بشقيه الاسترخاء وتشكيل السلوك النطقي على أفراد العينة التجريبية .

إجراءات تطبيق الجلسات :

الجلسة الاولى :

خضع كل فرد من افراد عينة الدراسة التجريبية الى الجلسة الاولى والتي تضمنت تدريب أفراد الدراسة على أساليب الاسترخاء عن طريق إخضاع الفرد الى تمارين الاسترخاء حسب البرنامج الاسترخائي المستخدم ببرنامج سوزان لارك.

الجلسة الثانية :

تم إخضاع كل فرد من افراد الدراسة الى برنامج تشكيل السلوك النطقي المستمد من برنامج فان رايبير ، وذلك ضمن المرحلة الاولى من البرنامج وهي (التعرف) .

الجلسة الثالثة :

خضع كل فرد من افراد الدراسة الى تمارين الاسترخاء بهدف خفض مستوى القلق والتوتر حيث استمرت هذه التمارين حوالي (٢٠) دقيقة ثم تم إخضاع كل فرد من افراد الدراسة الى برنامج تشكيل السلوك النطقي عن طريق الحوار وقراءة القطع المعيارية ووصف الصور ، حيث استمرت هذه الجلسة حوالي (٢٥) دقيقة .

الجلسة الرابعة :

خضع كل فرد من افراد العينة التجريبية الى كامل تمارين الاسترخاء كما تتضمن هذه الجلسة اجراءات فان رايبير المتعلقة باجراءات تقليل تكرار اللعثمات Reluce the Frequeney of stutteriny ، وذلك وفقاً لبرنامج فان رايبير في تشكيل سلوك الطلاقة واستخدام قوانين نظريات التعلم السلوكي .

الجلسة الخامسة :

تضمنت هذه الجلسة خضوع كل فرد من أفراد العينة التجريبية الى البرنامج الاسترخائي وكذلك اجراءات فان رايبير في تخفيض اللعثمة غير الطبيعية Reluce the abnormality of stutteriny وهذا يتطلب خفض التكرار في اللعثمة الى درجة صفر تقريباً وذلك وفقاً لبرنامج تعديل السلوك المتبع من قبل فان رايبير باتباع التعليمات التالية :

١. تعليم الفرد على تصحيح تلعثمه مباشرة بعد ظهورها وذلك بالطلب منه الاعداد مرة أخرى ولكن بشكل أسهل easir fashion .

٢. تعليم المتلعثم لتغير لعثمته لتكون أسهل أنتاجاً للاصوات وذلك خلال عملية الكلام.

٣. تعليم الفرد على البدء بالكلمات التي يتوقع أن يتعلمه فيها أكثر من غيرها وذلك بانتاجها بطريقة سهلة وناعمة .

الجلسة السادسة :

يخضع الفرد في بداية الجلسة الى البرنامج الاسترخائي ومن ثم يقوم المعالج باتتباع اجراءات تقليل المشاعر السلبية حول تلعثمه وكلامه، حيث أن المشاعر السلبية تعتبر من العوامل المهمة التي تؤدي أو تزيد من شدة التلعثم ويقوم المعالج بتقليل المشاعر السلبية عن طريق فك الاشرط أو الاقتران بين اللعثمة من جهة وبين المشاعر السلبية من جهة أخرى وهذا يتم عن طريق برنامج تشكيل سلوك التلعثم لفان رايبير .

الجلسة السابعة :

خضع كل فرد من افراد العينة التجريبية الى البرنامج الاسترخائي في اول (٢٠) دقيقة كما تم التوضيح سابقاً ثم يقوم المعالج بتدقيق هدف خفض الأفكار والاتجاهات السلبية حول تلعثم الفرد وكلامه، وهذا يتم وفقاً لبرنامج فان رايبير المتضمن العلاج والارشاد المعرفي .

الجلسة الثامنة :

بعد أن خضع الفرد الى البرنامج الاسترخائي قام المعالج باتباع أساليب خفض السلوك التجنبي Reluca avoidance behavior ، تتبع الاجراءات هنا للحالات التي تم تحديدها على أنها تعاني من ذلك السلوك وذلك عن طريق مراقبة السلوكيات التجنبية وما يسبقها من توقع الفرد أنه سوف يتلعثم ، وهذا يتم عن طريق خفض المشاعر السلبية وخاصة المخاوف من اللعثة ومن المستمعين وردود افعالهم حيث يلعب التحزيز بانواعه والدعم للفرد عندما يحقق الهدف .

الجلسة التاسعة :

خضع الفرد في بداية الجلسة الى البرنامج الاسترخائي وبعد ذلك سعى المعالج الى تحقيق الهدف السلوكي المتضمن زيادة قدرات الشخص المتلعثم على التواصل Increan overall communication abililin ، أن من شأن اجراءات خفض السلوك التجنبي وخفض المشاعر والافكار السلبية عند الفرد وكذلك خفض السلوك التجنبي أن تشجيع الفاحص على حفز الفرد على زيادة قدراته التواصلية عن طريق تشجيعه وتعزيزه على التفاعل الاجتماعي مع الاخرين وكذلك زيادة فترة التواصل البصري ، وأخذ الأدوار والمحافظة على نفس عنوان الحديث وذلك باستخدام برنامجان رايبير في تشكيل سلوك المتلعثم .

الجلسة العاشرة :

بعد خضوع الفرد الى البرنامج الاسترخائي وفقاً لتمرين الاسترخاء الموضحة في البرنامج قام المعالج بخلق بيئة تساعد الفرد على الطلاقة Create an environment and facilitate fluency وتدريبه على طلاقة الكلمات.

الجلسة الحادية عشر:

خضع الفرد للبرنامج الاسترخائي ثم قام المعالج باستخدام برنامج فان رايبير في تصميم سلوك تشكيل سلوك التلعثم على مواقف مختلفة ومع اشخاص آخرين وقد قام المعالج بتدريب كل فرد من افراد العينة التجريبية وذلك لمساعدته على تعميم سلوك تشكيل سلوك التلعثم في المواقف المختلفة .

الجلسة الثانية عشر:

بعد أن خضع كل فرد من افراد العينة التجريبية للجلسة الاسترخائية قام الأخصائي باتباع تنفيذ خطوات برنامج فان رايبير في المحافظة maintenance على السلوك الجديد .

الجلسة الجماعية الثانية :

جلس الباحث والأخصائيين مع افراد العينة التجريبية الذين تلقوا البرنامج العلاجي السلوكي متضمنا تمارين الاسترخاء، وبرنامج تشكيل سلوك التلعثم وتحسين الطلاقة اللفظية، و قد تم إعادة التعليمات المقتضية البرنامج الاسترخائي وكذلك برنامج تشكيل سلوك التلعثم مع مناقشة النتائج معهم وارشادهم الى الاستمرار بتطبيق هذه الجلسات بشكل فردي .

ملحق (٦)

أسماء المحكمين على مقياس شدة التلثم والبرنامج العلاجي

م	الإسم	الصفة	التخصص	جهة العمل
١	أ.د. صالح حسن الداھري	أستاذ دكتور	ارشاد نفسي	جامعة عمان العربية للدراسات العليا
٢	عقيد دكتور. زيدان الخمايسة	دكتوراه	نطق	الخدمات الطبية الملكية
٣	عقيد طبيب. محمد عقيل	أخصائي أول	طب نفسي	الخدمات الطبية الملكية
٤	عقيد طبيب. نبيل الحمود	أخصائي أول	طب نفسي	الخدمات الطبية الملكية
٥	عقيد طبيب. موسى الدغمي	أخصائي أول	طب نفسي	الخدمات الطبية
٦	مقدم طبيب. محمد الزعبي	أخصائي أول	طب نفسي	الخدمات الطبية