

الباب الثاني

الدراسة امليدانية ونتائجها

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

- المنهج.
- الفروض.
- العينة.
- الأدوات.
- إجراءات وظروف التطبيق.
- الأساليب الإحصائية.

أولاً، المنهج:

يتطلب المنهج العلمي في البحث تحليلاً وافياً لمشكلة، وصياغة دقيقة للفروض وفحصاً محكماً لصحة الافتراضات التي تكمن وراء الخطط التجريبية، وهذا يستلزم اختيار عينة من المفحوصين لتمثل مجتمعاً معيناً وبالتالي تصنيف المفحوصين في مجموعات أو المزاوجة بينهم لضمان التجانس (فان دالين، ١٩٩٤، ٣٩٩-٤٢٩).

ولما كانت الدراسة الحالية تسعى إلى المقارنة بين أسلوبين مختلفين من أساليب العلاج النفسي (العلاج الظلي- العلاج بالممارسة السلبية)، والهدف من هذه المقارنة هو التعرف على مدى فاعلية كل أسلوب في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال، وكذلك التعرف على مدى فاعلية الجمع بين الأسلوبين معاً والإرشاد الوالدي في خفض التلعثم، وهذا ما دفع الباحث إلى استخدام عدة أدوات لمعرفة وتحديد مصاحبات التلعثم (الأعراض النفسية والجسدية) وتحديد شدة ونوع التلعثم، وتحديد المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم، وكذلك للتعرف على السلوك الوالدي عند التعامل مع الطفل المتلعثم، فإن الدراسة الحالية تعتمد في جوهرها على المنهج التجريبي وذلك طبقاً للتصميم التجريبي التالي:

أ- متغيرات مستقلة المتغيرات التجريبية" وتتمثل في الأساليب النفسية العلاجية

المستخدمة في خفض التلعثم لدى عينة من الأطفال المتلعثمين.

ب- متغيرات تابعة، وتتمثل في النتائج التي تكشف عنها الأساليب العلاجية

المستخدمة (العلاج الظلي- الممارسة السلبية- والإرشاد الوالدي) ومعرفة

فاعليتها وأثرها في خفض التلعثم، ويمكن التعرف على ذلك كما يقاس بالأدوات

المستخدمة.

ج- المتغيرات الوسيطة، حيث يحاول الباحث ضبط أكثر المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في التحقق من فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض التلعثم لدى الأطفال متمثلاً ذلك في السن- الجنس- الذكاء.

ثانياً، فروض الدراسة،

في ضوء التحديد السابق لمشكلة الدراسة الحالية وأبعادها النظرية يمكن صياغة الفروض على النحو التالي:

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام أسلوب (العلاج الظلي).
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام أسلوب (العلاج بالممارسة السلبية).
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام (الأسلوبين السابقين معاً إلى جانب الإرشاد الوالدي).
- ٤- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين الذين لم يتلقوا أي نوع من الأساليب العلاجية (المجموعة الضابطة) لصالح التطبيق البعدي.

- ٥- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية).
- ٦- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والعلاج بالممارسة السلبية والإرشاد الوالدي).
- ٧- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة.
- ٨- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبية معاً إلى جانب الإرشاد الوالدي).
- ٩- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة الرابعة الضابطة.
- ١٠- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (الأسلوبين معاً إلى جانب الإرشاد الوالدي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة الرابعة الضابطة.

١١- تخفيض حدة الأعراض النفسية (القلق- الاكتئاب- الانطواء) والأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم فى الكلام من خلال الأساليب العلاجية المستخدمة فى الدراسة الحالية.

ثالثًا، عينة الدراسة،

من الصعب فهم كثير مشكلات البحث العلمى دون أن يستخدم الباحث أساليب محددة لاشتقاق العينات، وهذه الأساليب بدورها توفر وقت الكاتب وجهده وتمكنه من فهم مشكلات معينة من الصعب معالجتها بالمناهج التقليدية (فان دالين، ١٩٩٤، ٢٨٨-٢٨٩). وعلى الرغم من صعوبة إجراء الدراسة على جميع أفراد المجتمع من الجنسين (الذكور- الإناث) وفي مختلف مراحل العمر، فقد تم اختيار العينة حسب عدد من الضوابط والشروط الإجرائية، وهذه بدورها تساعد الباحث فى قبول الطفل داخل العينة أو استبعاده، ونجمل هذه الضوابط والشروط الإجرائية على النحو التالي:

- ١- أن تمثل عينة الدراسة الذكور والإناث معا وذلك لاهتمام الباحث فى دراسته بالجنسين معا على اعتبار أن مشكلة التلعثم تنتشر بين الذكور والإناث ولكن بنسب مختلفة.
- ٢- أن تقتصر عينة الدراسة الحالية على الأطفال المتلعثمين فى الفئة العمرية من (٦- ١٢) سنة.
- ٣- يستبعد من عينة الدراسة الأطفال المتلعثمين أقل من (٥ سنوات) على أساس أنهم يعانون من مشكلة عدم الطلاقة اللفظية الطبيعية، ويتم التعرف على ذلك من خلال التشخيص الإكلينيكي لأطباء أمراض التخاطب بالوحدة.

- ٤- يستبعد من عينة الدراسة الأطفال المتأخرين عقليا، وذلك على أساس أن درجة الإعاقة العقلية قد تؤثر في مدى استجابة الأطفال المتلعثمين لمحتوى ومضمون الجلسات العلاجية، وقد تم استبعاد الحالات التي دل مقياس "المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال" على وجود انخفاض في معدل نسب الذكاء لدى عينة الدراسة عن فئة "أقل من المتوسط".
- ٥- أن يكون أطفال العينة مقيمون مع أسرهم وخاصة مع الوالدين، وذلك بغرض التعرف على كيفية معاملة الآباء لطفلهم المتلعثم، والعمل على تعديل السلوك الوالدي الخاطئ أثناء تلعثم الطفل في كلامه.
- ٦- تم اختيار عينة الأطفال المتلعثمين من وحدة أمراض التخاطب بمستشفى كلية الطب بسوهاج، ومن بعض المستشفيات والمراكز العلاجية الخاصة بمحافظة سوهاج.
- ٧- تم اختيار عينة من آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين وعددهم (١٠) وذلك لتطبيق مضمون الجلسات الإرشادية عليهم لمعرفة فاعلية الإرشاد بجانب أسلوب العلاج الظلي والممارسة السلبية [المجموعة التجريبية الثالثة] في خفض حدة التلعثم.
- ٨- تم اختيار عينة من آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين وعددهم (١٠) كمجموعة ضابطة لا تتعرض لأي نوع من الإرشاد، وإنما تتعرض أطفال هذه المجموعة للعلاج الظلي أو الممارسة السلبية فقط.

وصف عينة الدراسة،

لقد بلغ عدد العينة الإجمالي (٤٠) طفلاً متلعثماً من الذكور والإناث ينتمون إلى مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة (٦-١٢) سنة، وقد انتظمت هذه العينة الإجمالية في أربع مجموعات فرعية، كل مجموعة عشرة أطفال متلعثمين، ويتضح ذلك فيما يلي:

- ١- المجموعة التجريبية الأولى: تعالج بأسلوب (العلاج الظلي).
- ٢- المجموعة التجريبية الثانية: تعالج بأسلوب العلاج بالممارسة السلبية.
- ٣- المجموعة التجريبية الثالثة: تعالج بالأسلوبين السابقين معا إلى جانب جلسات إرشادية للوالدين.
- ٤- المجموعة الضابطة الرابعة: لا تعالج بأي نوع من الأساليب العلاجية للتعرف على نسبة الشفاء التلقائي لدى المتلعثمين.

وعلى هذا الأساس إذا تعرضت المجموعات التجريبية الثلاث للأساليب العلاجية المستخدمة (العلاج الظلي والعلاج بالممارسة السلبية والعلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي) دون تعرض المجموعة الضابطة الرابعة لأي تدخل علاجي، ثم أعيد تطبيق أدوات الدراسة، وظهر أن هناك تحسناً أو انخفاضاً ملحوظاً في درجة التلعثم لدى الأطفال المتلعثمين في المجموعات التجريبية الثلاث بالقياس إلى عدم التحسن لدى الأطفال المتلعثمين في المجموعة الضابطة وبشكل دال إحصائياً، فإنه يمكن تفسير هذا التحسن أو الانخفاض في شدة أو درجة التلعثم إلى فاعلية وأثر الجلسات العلاجية التي تعرضت لها المجموعات التجريبية دون الضابطة، وفي حالة وجود فروق في درجة التحسن لأي مجموعة تجريبية عن المجموعتين الأخرين فإنه يمكن تفسير وإرجاع هذا الفرق إلى فاعلية أسلوب

علاجي عن الآخر؛ لذلك تم المجانسة بين أفراد العينة قدر الإمكان من حيث المتغيرات التالية:

وصف العينة من حيث متغير السن:

تراوحت أعمار أفراد عينة الدراسة الحالية ما بين (٦-١٢) سنة (مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة) وبلغ متوسط أعمار هذه العينة (٩.٥٥) وبتباخراف معياري قدره (١.٧٠).

وصف العينة من حيث متغير الجنس:

تكونت عينة الدراسة من "٤٠" طفلاً متلعثماً (٢٨ من الذكور-١٢ من الإناث) بواقع (٧) ذكور و(٣) إناث في كل مجموعة من المجموعات الأربعة.

وصف العينة من حيث متغير الذكاء:

اهتم الباحث بضرورة تثبيت فئات الذكاء لدى الأطفال المتلعثمين في المجموعات الأربعة؛ بهدف استبعاد حالات التأخر العقلي وتحقيق أكبر قدر من التجانس بين أطفال العينة الكلية، هذا وقد تراوحت فئات ذكاء أفراد العينة بين (٨٠-١٢٠) بمتوسط قدره (٩٢.٠٢) وبتباخراف معياري قدره (٦.٢٤).

جدول (١)

ببوضخ وصف عينة الدراسة من حيث العدد والسن والجنس والذكاء

المتغير	م	ع
العدد		٤٠ طفلاً وطفلة يعانون التلعثم
السن	٩.٥٥	١٢-٦ سنة
الجنس		٢٨ من الذكور-١٢ من الإناث
الذكاء	٩٢.٠٢	١٢٠-٨٠
		٦.٢٤

رابعاً، الأدوات،

نظراً لأهمية الدراسة الحالية والتي تتمثل في التعرف على مدى فاعلية بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم لدى الأطفال، فقد رأى الكاتب ضرورة تحديد واختيار الأدوات المناسبة للتحقق من مدى صدق الفروض السابقة، وتحقيق أكبر قدر من التجانس بين عينة الدراسة.

وقد اهتم الباحث في بداية الأمر باختيار أداة سهلة وسريعة وذلك لتحديد مستوى الذكاء لدى عينة الدراسة في المجموعات العلاجية الأربعة، حيث ترجع أهمية مقاييس القدرات المعرفية إلى أنها تعطي مؤشراً جيداً على مدى استجابة المتلعثم للعلاج، على أساس أنه من الممكن أن تستغرق بعض المراحل العلاجية فترات أطول لدى بعض الأشخاص تبعاً لقدراتهم المعرفية، وعلى المعالج أن يتفهم ذلك، ولا يطلب من المريض أن يستجيب أكثر من قدراته المعرفية (نوران العسال، ١٩٩٠، ٥٩).

وعلى هذا الأساس استخدم الباحث اختبار "المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال *Coloured Standard progressive Matrices* - وهو من إعداد "رافن" *Raven* - وهو اختبار غير لفظي لا يعتمد على اللغة مطلقاً إلا في تقديم التعليمات، وهو في غاية البساطة حيث يطلب من الطفل التعرف على الجزء الناقص من بين عدد آخر من الأشكال الهندسية المشابهة للإجابة الصحيحة، وأطلق عليه المصفوفات المتتابعة نظراً لأن بنوده تتزايد في مستوى الصعوبة تدريجياً من بداية الاختبار وحتى نهايته، كما أن استخدام هذا الاختبار في أول مقابلة مع الطفل قد يساعد الباحث على تكوين علاقة طيبة معه ويهيء جواً طيباً من الألفة مع الأطفال، وهذا بدوره يساعد الباحث في كسب ثقة الطفل وتشجيعه على التعاون لإنجاز مهام أكثر صعوبة فيما بعد، وهذا الاختبار يتم تطبيقه على جميع

الأطفال المتلعثمين في المجموعات الأربعة، وعلى جانب آخر فقط استخدم الباحث مقياس "شدة التلعثم" الصورة الثالثة- للأطفال والراشدين- من إعداد "ريلى" Riley-G-D (١٩٩٤) وذلك لتحديد وتصنيف شدة التلعثم لدى الأطفال قبل وبعد تطبيق الأساليب المستخدمة في الدراسة الحالية، كما قام الكاتب بإعداد مقياس لتحديد الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة لمشكلة التلعثم لدى الأطفال وأطلق على هذا المقياس "مقياس تحديد مصاحبات التلعثم".

كما تطلب الأمر إعداد وتصميم استمارة للتعرف على كيفية معاملة الآباء لأطفالهم المتلعثمين وأطلق على هذه الاستمارة "استمارة تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتلعثم" وتطبق هذه الاستمارة على الوالدين في المجموعة العلاجية الثالثة، وتطبق قبل وبعد تطبيق محتوى ومضمون البرنامج الإرشادي، كما تطبق على آباء الأطفال المتلعثمين في مجموعة العلاج الظلي أو الممارسة السلبية بعد تطبيق الأسلوب العلاجي المستخدم بدون إرشادات، وأخيراً استخدم الباحث مقياس "تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الأطفال" إعداد "سهير محمود أمين" (١٩٩٥) وذلك للتعرف على المواقف التي تشتد أو تنخفض فيها حدة التلعثم لدى الأطفال خلال المواقف الاجتماعية اليومية، والهدف من استخدام هذه الأداة تحديد درجة التلعثم لتقويم مدى فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية؛ ويطبق هذا المقياس على آباء الأطفال المتلعثمين قبل وبعد تطبيق محتوى الجلسات العلاجية. وهكذا فقد اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على خمس أدوات أساسية هي:

١- مقياس "المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال" إعداد "رافن" (١٩٤٧).

٢- مقياس "شدة التلعثم" الصورة الثالثة للأطفال والراشدين "إعداد" ريلبي " (١٩٩٤).

٣- مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم" إعداد الباحث.

٤- استمارة "تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتلعثم" إعداد الباحث.

٥- مقياس "تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الأطفال" إعداد "سهير محمود أمين" (١٩٩٥).

وفيما يلي عرض مختصر لكل أداة من هذه الأدوات:

أولاً: مقياس المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال إعداد "رافن" (١٩٤٧).

Coloured Standard progressive Matrices Scale

أعد "رافن" Raven (١٩٤٧) مقياس المصفوفات المتتابعة وهو يعتمد في جوهره على قدرة الفرد على تكملة الأشكال الناقصة وذلك بإدراك العلاقات التي تقوم عليها تلك الأشكال، ويعتبره المتخصصون من أفضل الاختبارات المتاحة لقياس الذكاء العام ويحتوي المقياس على ٣٦ شكلاً تصلح لمستويات عمرية تبدأ من سن الخامسة حتى الثانية عشرة ولا تتأثر بنوده أو فقراته بخصائص حضارية معينة، الأمر الذي يدخل الاختبار ضمن الاختبارات غير المتحيزة حضارياً، وهذه الصورة الملونة من المقياس تسهل عمليات الفهم والإدراك والانتباه لدى الأطفال (فؤاد البهي السيد، ١٩٨٩، ١٢٨ - ١٣٠)، (عبد النعم الحفني، ١٩٩٥، ٥٨١ - ٥٨٢).

ويعتبر اختبار المصفوفات المتتابعة من أكثر الاختبارات غير اللغوية وغير الثقافية استخداماً في الأوساط الأوروبية والأفريقية وغيرها، وذلك للتعرف على القدرات العقلية لدى الأفراد في مختلف مراحل العمر وفي مختلف المستويات الاجتماعية والاقتصادية (Stephen & Erry, 1986, 333- 334)

ويتكون مقياس المصفوفات الملون من ثلاث مجموعات فرعية، وتتكون كل مجموعة من "١٢" مصفوفة وتقوم جميعها على المبدأ العام نفسه، وإن كانت تتزايد في الصعوبة وتتطلب المجموعة الأولى صحة التمييز بين بدائل الإجابة، في حين أن المجموعات الأخيرة تتطلب إدراك التشابه وإدراك نسق التغير سواء في المواضيع أو العلاقات وذلك وفقاً لقاعدة محددة تحكم كل مصفوفة على حدة (صفوت فرج، ١٩٨٩، ٤٤٩-٤٥١).

لقد أعد "رافن" صورة من هذا الاختبار في شكل كراسة تحتوي على قوائم ثلاثة مكونة من (٣٦) شكلاً بواقع اثني عشر في كل مصفوفة وطبعت على أرضية ملونة لتجذب انتباه صغار الأطفال، وتتكون من ثلاث قوائم فقط هي (أ، أب، ب) أو (A- AB- B) وكل قائمة تتضمن على "١٢" مصفوفة ملونة تتدرج في الصعوبة (سيد عبد العال، ١٩٨٣، ٢٠).

ولقد أعد "عبد الفتاح القرشي" الصورة الملونة لهذا الاختبار للاستخدام في البيئة العربية في جامعة الكويت، وهي تناسب الأطفال في سن (٥،٥ إلى ١١ سنة) وفي مصر والإمارات قدم "سيد عبد العال" دراسة نقدية للاختبار وشرح مواد الاختبار وطرق تطبيقه وتصحيحه وتفسير نتائج تطبيقه في ضوء معايير الأجنبية (لويس مليكة، ١٩٩٧، ٤٢١-٤٢٢).

ثبات الاختبار *Test Reliability*

تشير الدراسات التي أجريت على الاختبار إلى وجود ثبات مرتفع يتمتع به هذا الاختبار، وقد حسب الثبات عن طريق إعادة تطبيق الاختبار بعد فترة *Method test-retest* - وتتراوح معاملات ثبات الاختبار بين ٧٠ و ٩٠، ويزيد ارتباط هذا الاختبار بالاختبارات العملية للذكاء أكثر من ارتباطه بالاختبارات اللفظية (سيد عبد العال، ١٩٨٣، ١٣)، (صفوت فرج، ١٩٨٩، ٤٤٩-٤٥١)، (لويس مليكة، ١٩٩٧، ٢٢٩-٢٣٠).

صدق الاختبار Test validity.

استخدم لحساب صدق اختبار المصفوفات المتتابعة عدة أساليب منها الصدق المنطقي والتنبؤي ولقد حسبت معاملات الارتباط بين درجات الاختبار والدرجات على بعض الاختبارات الأدائية وتراوحت بين (٠.٤٠) و(٠.٧٥) واتضح أن الارتباطات ترتفع مع الاختبارات اللفظية وتخفض مع الاختبارات اللفظية انخفاصاً نسبياً، كما أوضحت دراسات عديدة أخرى أجريت على الاختبار باستخدام التحليل العاملي أن الاختبار يتشبع بالعامل العلم، كما أوضحت الدراسات نفسها وجود عوامل طائفية أخرى يتشبع بها الاختبار مثل القدرة المكانية وعامل الدقة الإدراكية وعامل الاستدلال العقلي وعوامل أخرى تتشبع بها الاختبارات الأدائية (سيد عبد العال، ١٩٨٣، ٢٥ - ٣٤).

وجدير بالذكر أن اختبار المصفوفات المتتابعة في جميع صورده يعطي درجة كلية تساعد في تحديد الرتبة المثبينة للفرد، وذلك بالرجوع إلى جداول معايير العمر الذي ينتمي إليه، وبالتالي يمكن تحديد فئة ذكاء الفرد بناء على استجاباته، ومن أبرز خصائص هذا الاختبار أنه يقلل من حدوث الملل والتعب ويساعد على تهيئة عنصر التشويق لدى الطفل وزيادة درجة اهتمامه لحل الفقرات الصعبة والتعاون مع المعالج في المهام التالية، وعلى هذا يعتبر اختبار المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال من أفضل المقاييس لتقييم القدرات العقلية لدى الأطفال التلعثمين.

ويتم حساب الدرجة الكلية للفرد عن طريق حساب عدد المحاولات التي حلت حلاً صحيحاً في القوائم أو المجموعات الثلاث ومنها نحصل على درجة خام، ويتم بعد ذلك تحويلها إلى رتبة مثبينة من جداول المعايير حسب فئة السن التي ينتمي إليها الفرد، ثم تصنف رتبة الفرد في فئة من فئات الذكاء (سيد عبد العال، ١٩٨٣، ٢٥، ٣٤).

وفي ضوء ما سبق فقد أشارت معظم نتائج الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة القدرات العقلية لدى المتلعثمين إلى أن اختبارات ومقاييس الذكاء اللفظية تميل إلى الحد من قدرات المتلعثم، وعلى هذا الأساس قد يكون التلعثم في الكلام عائقاً مؤثراً في محاولات المتلعثم لإظهار قدراته العقلية الكامنة (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨، ٨٥، ٩٠).

ثانياً، مقياس شدة التلعثم للأطفال والمراهقين – الصورة الثالثة، إعداد "ريللي" (١٩٩٤)

Stuttering Severity Instrument For Children and Adults, Third Edition, تختلف وجهات نظر الباحثين حول تحديد درجة وشدة التلعثم، ويتفق مع هذا الرأي "كريستي لودلو" Ludlow (١٩٩٠) حيث يرى أن تحديد نوعية اضطراب التلعثم وشدته من أهم الصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال على أساس أنه لا يوجد اتفاق على الأدوات والمقاييس الخاصة بتقدير شدة التلعثم، كما أن تحديد شدة التلعثم يعتمد بدرجة كبيرة على التقديرات الإدراكية للسلوك الكلامي للمتلعثم عن طريق المعالج أو المستمع من أجل قياس شدة الاضطراب، ولهذا فإن التركيز سيكون على ما ينبغي للمستمع أن يلاحظه ويكتشفه لتقدير شدة التلعثم (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ١٩٥ - ١٩٦). ولقد استخدم مقياس شدة التلعثم SSI-3 على نطاق واسع من الممارسات والبحوث الطبية، ففي مسح لمجلة الكلام والسمع وكذلك مجلة اضطرابات الكلام والسمع ومجلة اضطرابات الطلاقة* في الفترة من عام (١٩٨٦) وحتى عام (١٩٩٢) وجد أن إحدى وخمسين دراسة استخدمت أداة قياس شدة التلعثم SSI-3 لوصف مستوى شدة التلعثم لدى الأطفال والمراهقين (Riley, 1994, 1).

- Journal of Speech and Hearing Research.
- Journal of Speech and Hearing Disorders.
- Journal of Fluency Disorders.

ومنذ إعداد أداة قياس شدة التلعثم عام (١٩٧٢) لم يحدث تغير كبير في جوانب كثيرة منها حتى في الصورة المعدلة (١٩٨٠) وكذلك الصورة الثالثة (١٩٩٤) وظل المقياس يحتفظ بثلاثة جوانب مهمة ألا وهي:

- ١- حساب تردد التكرارات وإطالة الأصوات والمقاطع اللفظية
Frequency of repetitions and prolongation of sound and syllables.
- ٢- تقدير مدة أطول أحداث التلعثم
Estimated duration of the Longest Stuttering events.
- ٣- ملاحظة التغيرات الجسدية المصاحبة *Observable physical Concomitants*.

وصف مقياس شدة التلعثم SSI.3

ينقسم مقياس شدة التلعثم إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

- ١- قياس التكرار أو التردد في كلام المتلعثم *Frequency*.
 - ٢- قياس الزمن أو المدة (زمن القراءة أو الكلام) *Duration*.
 - ٣- قياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم *Physical concomitants*.
- وجدير بالذكر أن المقياس يطبق على الأطفال المتلعثمين في سن ما قبل المدرسة في الفئة العمرية من (٣ - ٦) سنوات، والأطفال في الفئة العمرية من (٦ - ١٦) سنة، والراشدين من (١٧) سنة فما فوق، ويطبق هذا المقياس على القارئ وغير القارئ وأعدت جداول لحساب درجات التكرار والزمن والأعراض الجسدية، كما أعدت جداول للفئات العمرية السابقة لتحديد درجة وشدة التلعثم، وفيما يلي تفصيل لهذه الخطوات:

١- قياس التكرار *Frequency*

يتم حساب التكرار (التروو) في مقياس (الشدة SSI-3 بطريقتين) هما:

- أ- حساب التكرار لدى القارئ *Readers*

ب- حساب التكرار لدى غير القارئ *Non Readers*.

وتستخدم طريقة واحدة فقط لحساب الدرجة الكلية للتكرار لدى المريض، ففي الطريقة الأولى (لدى القارئ) يتم أخذ عينة من كلام المتلعثم ويتم تقسيم كلام المتلعثم إلى مقاطع ثم حساب عدد المقاطع المتلعثم فيها على المجموع الكلي للمقاطع $\times 100$ ، وبعد ذلك يقوم المعالج بعرض موضوع أو فقرة على المتلعثم ويطلب منه قراءتها ويتم تقسيم هذه الفقرة إلى مقاطع ثم حساب عدد المقاطع التي تلعثم فيها المريض على المجموع الكلي للمقاطع $\times 100$ ، ثم نقوم بجمع ٢،١، معاً لنحصل على درجة التكرار لدى القارئ، وفي الطريقة الثانية لحساب التكرار في مقياس شدة التلعثم *SSI-3* لدى غير القارئ نقوم بأخذ عينة من كلام المتلعثم، ثم نقوم بحساب عدد المقاطع المتلعثم فيها على المجموع الكلي للمقاطع $\times 100$ ، لنحصل على النسبة المئوية التي تحول إلى درجات، وهنا نلفت الانتباه إلى ضرورة عدم استخدام الطريقتين معاً لحساب التكرار بل نستخدم طريقة واحدة فقط - كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٢)

يوضح (حساب التكرار في مقياس *SSI-3* لدى القارئ وغير القارئ)

جدول القارئ		جدول غير القارئ			
١- الكلام (الحديث) <i>Speaking</i>		٢- القراءة <i>Reading</i>		٣- الكلام (الحديث) <i>Speaking</i>	
النسبة	الدرجة	النسبة	الدرجة	النسبة	الدرجة
١	٢	١	٢	١	٤
٢	٣	٢	٤	٢	٦
٣	٤	٣ - ٤	٥	٣	٨
٤ - ٥	٥	٥ - ٧	٦	٤ - ٥	١٠
٦ - ٧	٦	٨ - ١٢	٧	٦ - ٧	١٢
٨ - ١١	٧	١٣ - ٢٠	٨	٨ - ١١	١٤
١٢ - ٢١	٨	٢١ فأعلى	٩	١٢ - ٢١	١٦
٢٢ فأعلى	٩			٢١ فأعلى	١٨

وفي الجدول السابق نجد أن درجة التكرار = درجة (١) + (٢) أو درجة (٣) ولا يستخدم الاثنان معاً، وجدير بالذكر أن الباحث الحالي استخدم الطريقة الثانية في الدراسة الحالية والمتمثلة في أخذ عينة من كلام المتلعثم وتقسيمها إلى مقاطع ثم حساب عدد المقاطع التي تلعثم فيها على المجموع الكلي للمقاطع $\times 100$ لنحصل على النسبة التي تحول إلى درجات من جدول غير القارئين.

٢- قياس الزمن أو المدة *Duration*

يتم تسجيل الزمن الذي يستغرقه المتلعثم في نطق المقاطع اللفظية أثناء الكلام أو القراءة باستخدام الثواني من خلال ساعة إيقاف، ويتم حساب الزمن في مقياس الشدة *SSI-3* عن طريق حساب أطول ثلاثة مقاطع تلعثم فيها المريض بالثواني ثم تضاف إلى بعضها وتقسّم على ثلاثة لنحصل على معدل متوسط الزمن أو المدة، ثم نقوم بتحويل الزمن إلى درجات للمقياس باستخدام الجدول التالي:

جدول (٣)

بوضوح (حساب الزمن في مقياس الشدة *SSI-3*)

الدرجة	الزمن
٢	- فيلاش "سريع الزوال (٠,١ - ٠,٤) ثانية
٤	- نصف ثانية (٠,٥ - ٠,٩) ثانية
٦	- ثانية واحدة (١ - ١,٩) ثانية
٨	- ثانيتان (٢ - ٢,٩) ثانية
١٠	- ثلاث ثوان (٣ - ٣,٩) ثانية
١٢	- خمس ثوان (٥ - ٩,٩) ثانية
١٤	- عشر ثوان (١٠ - ٢٩,٩) ثانية.
١٦	- ثلاثون ثانية (٣٠ - ٥٩,٩) ثانية.
١٨	- دقيقة كاملة (٦٠ ثانية فأكثر).

٢- قياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم *Physical Concomitants*

يتطلب قياس الأعراض الجسدية المصاحبة لمشكلة التلعثم درجة عالية من الانتباه والتركيز لدى المعالج، ولحساب هذه الأعراض تم وضع مقياس يصف الحالة الجسدية للمتلعثم على النحو التالي:

صفر = لاشيء (لا توجد أي أعراض) *None*

١ = غير ملحوظ إلا إذا دققنا أو أمعنا النظر إليه *Not Noticeable Unless Looking for it*

٢ = ظاهر للملاحظ العادي *Barely noticeable to casual observer*

٣ = لافتة للنظر *Distracting*

٤ = لافتة جدا للنظر *Very Distracting*

٥ = شديدة مع صعوبة النظر إليها *Sever and painful Looking*

وترصفت (الأعراض) المسرية (المصاحبة على النحو التالي):

١- أصوات مضطربة "مشتتة" *Distracting Sounds*

٢- تكشيرات "تقطيب الوجه" *Facial Grimaces*

٣- حركات الرأس *Head Movements*

٤- حركات الأطراف *Movements of the Extremities*

ونਿਆ يلي وصف لهذه (الأعراض):

١- أصوات مضطربة ،

وتتضمن هذه الفئة أية أصوات غير مكتملة تصاحب التلعثم فعلى سبيل المثال قد

يقوم المريض بتنظيف حنجرته بالتنحنج أو البلع، كما تضم هذه الفئة أصواتاً أخرى

كالتنفس المزعج (المسموع) - التصفير - الاستنشاق - النفخ - الطقطقة - وهذه الأعراض يتراوح التقدير عليها من (صفر- ١- ٢- ٣- ٤- ٥).

٢- تكشيرات "تقطيب" الوجه،

وتشتمل هذه الفئة على حركات غير طبيعية أو توتر في الوجه ومن أمثلة هذه الأعراض الوجهية غير الطبيعية هز الفك - إخراج اللسان - الضغط على الشفاه- شد عضلات الفك فتح العينين وإغماضهما على نحو لا إرادي. وهذه الأعراض يتراوح التقدير عليها من (صفر-١-٢-٣-٤-٥).

٢- حركات الرأس،

وتتضمن هذه الفئة تحريك الرأس للخلف - للأمام - النظر بعيداً - عدم النظر للمتحدث إليه - ثبات النظر. وهذه الأعراض يتراوح التقدير عليها من (صفر-١-٢-٣-٤-٥).

٤- حركات الأطراف،

وهي تتضمن أية حركات للجسد مثل حركة الذراع واليد - حركة اليد إلى الوجه - حركة الجذع - حركة الأرجل - دق وهز القدم، وهذه الأعراض يتراوح التقدير عليها من (صفر-١-٢-٣-٤-٥).

إعداد المقياس للبيئة العربية،

قام الباحث بالحصول على نسخة من المقياس الأصلي وترجمتها إلى العربية مع إجراء تغيير بسيط في بعض الصياغات والفقرات والموضوعات بما يتناسب مع البيئة المصرية، وجدير بالذكر أن هذا المقياس استخدم لقياس شدة التلعثم على نطاق محدود في ميدان البحوث والدراسات التي أجريت في مجال علم النفس والتخاطب في البيئة المصرية.

ثبات المقياس:

تم إجراء الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار، حيث قام الباحث بتطبيق مقياس شدة التلعثم *SSI-3* على عينة في الدراسة الحالية قوامها (٤٠) من الأطفال المتلعثمين، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة ثانية على العينة نفسها بعد مدة زمنية قدرها ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل ثبات إعادة الاختبار (٠.٨٩)، مما يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات وهذا يدل على أن المقياس أعد لقياس شدة التلعثم، وهو الهدف الأساسي من وراء عملية الثبات، مما يدعو للاطمئنان لاستخدام المقياس.

صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس الشدة *SSI-3* من خلال الصدق الظاهري والذي يشير إلى مدى مناسبة الاختبار للغرض الذي وضع من أجله، ويتضح هذا النوع من الصدق بالفحص المبدئي لجوانب ومكونات المقياس ومعرفة ما يقيسه ثم مطابقة هذا الذي يبدو بالوظيفة المراد قياسها (سيد محمد خير الله، ١٩٨٧، ١٩٠).

ويتطبيق مقياس شدة التلعثم *SSI-3* نجد أن جوانب ومحتويات المقياس تبدو ملائمة ومطابقة للغرض الذي وضعت من أجله أو الوظيفة المراد قياسها، وبدا هذا واضحاً في مكونات المقياس.

تصحيح المقياس:

- ١- بالنسبة لقياس شدة التلعثم عن طريق التكرار طبقاً لقراءة المتلعثم أو كلامه.
- أ- حساب العدد الكلي لمقاطع الفقرة أو القطعة المقروءة أو المسموعة.
- ب- حساب العدد الكلي للمقاطع المتلعثم فيها.

ج- قسمة عدد المقاطع المتلعثم فيها على العدد الكلي لمقاطع القطعة المقروءة أو المسموعة $\times 100$ ، ثم استخراج النسبة التي تحول إلى درجة التكرار من الجدول الخاص بهذا الجزء.

$$\text{حساب التكرار} = \frac{\text{عدد المقاطع المتلعثم فيها}}{\text{المجموع الكلي للمقاطع}} \times 100 =$$

٢- بالنسبة لقياس شدة التلعثم عن طريق الزمن،

يتم استخدام ساعة إيقاف لحساب عدد الثواني التي يستغرقها المتلعثم في نطق المقاطع اللفظية في القطعة المقروءة أو المسموعة، ويتم قياس الزمن في مقياس الشدة SSI-3 من خلال متوسط أطول ثلاث مقاطع "مواضع" للتلعثم، ثم استخراج درجة الزمن من الجدول الخاص بهذا الجزء.

$$\text{درجة الزمن} = \frac{\text{مجموع أطول ثلاث مقاطع للتلعثم}}{\text{عددها (3)}}$$

٢- بالنسبة لقياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم،

يتم حساب المصاحبات (الجسدية من خلال مقياس تقرير على النحو التالي):

صفر = لا توجد أية مصاحبات أو أعراض مطلقاً.

١ = لا تلاحظ الأعراض إلا إذا دقق النظر إليها.

٢ = الأعراض ملحوظة وواضحة الرؤية.

٣ = الأعراض لافتة النظر.

٤ = الأعراض لافتة جداً للنظر.

٥ = أعراض شديدة جداً مع صعوبة في النظر إليها.

ويتم جمع الدرجات بالنسبة للأصوات المضطربة وتكثيرات الوجه وحركات الرأس والأطراف فتكون الدرجة الكلية على المصاحبات الجسمانية من (صفر - ٢٠).

٤- حساب الدرجة الكلية للمقياس:

يتم حساب الدرجة الكلية من خلال جمع درجة التكرار + درجة الزمن + درجة الأعراض الجسمانية المصاحبة تساوي الدرجة الكلية التي تحول إلى نسبة وتصنف بعد ذلك شدة التلعثم طبقاً للجدول التالي:

(جدول ٤)

يوضح (تصنيف شدة أو فئة التلعثم للأطفال من سن ٦ - ١٢ سنة)

شدة أو فئة التلعثم <i>Severity</i>	النسبة <i>Percentile</i>	مجموع الدرجة الكلية <i>Total overall score</i>
<i>Very mild</i> بسيط جداً	٤ - ١	٨ - ٦
	١١ - ٥	١٠ - ٩
<i>mild</i> بسيط	٢٣ - ١٢	١٥ - ١١
	٤٠ - ٢٤	٢٠ - ١٦
<i>Moderate</i> متوسط	٦٠ - ٤١	٢٣ - ٢١
	٧٧ - ٦١	٢٧ - ٢٤
<i>sever</i> شديد	٨٨ - ٧٨	٣١ - ٢٨
	٩٥ - ٨٩	٣٥ - ٣٢
<i>very sever</i> شديد جداً	٩٩ - ٩٦	٣٦ فما فوق

ثالثًا، مقياس تحديد مصاحبات التلعثم .

لقد تعددت وجهات النظر حول هذه الأعراض والمصاحبات لأنها تختلف من شخص إلى آخر، حيث تظهر بعض الأعراض النفسية والجسمية بدرجة بسيطة على بعض المتلعثمين في حين أنها تظهر بشدة لدى البعض الآخر، كما أنها تختلف باختلاف شدة أو درجة التلعثم.

وقد تم إعداد مقياس تحرير مصاحبات التلعثم طبقاً للخطوات التالية:

قام الباحث الاطلاع على بعض الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال التلعثم خاصة التي اهتمت بدراسة الجوانب النفسية لهذه المشكلة، وذلك للتعرف على أسبابها وأعراضها وطرق علاجها، كما تم إجراء عدة مناقشات مع مجموعة من أخصائيي وأطباء التخاطب بهدف التعرف على وجهة نظرهم حول الأعراض المصاحبة لها وكيفية خفضها أو علاجها، كما أن طبيعة عمل الكاتب كانت تقتضي مقابلة جميع المتلعثمين سواء الأطفال أو الراشدين المترددين على وحدة أمراض التخاطب بكلية الطب بسوهاج وذلك لتقييم قدراتهم المعرفية، كما حرص الباحث على حضور بعض من جلسات علاج التلعثم مع أخصائيي وأطباء التخاطب، كل هذا أتاح الفرصة كاملة للتعرف على طبيعة مشكلة التلعثم والتعرف على الأعراض المصاحبة لها، وبالتالي إعداد مقياس يكشف عن الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة للتلعثم والعمل على خفضها أو علاجها من خلال الأساليب العلاجية المتبعة في الدراسة الحالية.

وفي ضوء ما سبق تم تحرير بعدين لثلاثين (المقياس هما:

- ١- البعد النفسي (الأعراض النفسية) ويضم [القلق- الاكتئاب- الانطواء].
- ٢- البعد الجسمي (الأعراض الجسمية والثانوية) ويضم [الحركات الجسمية- التكرار- الإطالة- التوقف- التفادي أو التجنب].

وقد تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية وأمراض التخاطب بجامعة عين شمس وجامعة جنوب الوادي، هذا وقد أرفق الباحث مجموعة من الإرشادات تساعد المحكمين في تقييم المقياس متمثلاً ذلك في تحديد التعريف الإجرائي للتلعثم- مكونات المقياس- مفهوم الأعراض النفسية- مفهوم الأعراض الجسمية، ثم قام الكاتب بتطبيق المقياس في صورته الأولية على عينة استطلاعية من الأطفال المتلعثمين عددهم (١٥) طفلاً متلعثماً في الفئة العمرية من (٦-١٢) سنة، بغرض التعرف على الصعوبات المحتملة أثناء التطبيق، وعليه تم استبعاد بعض الفقرات غير المناسبة وإضافة فقرات أخرى واستبدال كلمات بسيطة تحمل المعنى نفسه بدلا من الكلمات التي صعب على الطفل فهمها.

صدق المقياس،

اعتمد الكاتب في حساب صدق المقياس على:

١- صدق المضمون، Content Validity

اعتمد الباحث في حسابه لصدق المقياس على صدق المضمون والذي يطلق عليه أحيانا الصدق المنطقي أو الصدق بحكم التعريف، ويفقد صدق مضمون الاختبار بإجراء فحص منظم لمجموع البنود التي يتضمنها المقياس لتقدير مدى تمثيلها للمجال السلوكي المحدد الذي أعد الاختبار لقياسه، وأن البنود تقيس السمة التي يفترض أنه يقيسها (صفوت فرج، ١٩٨٩، ٢٥٥). هذا وقد تم تمثيل بنود المقياس لمكوناته وأبعاده والتي اشتملت على الأعراض النفسية والتي تمثل (القلق- الاكتئاب- الانطواء)، والأعراض الجسمية والتي تمثل (حركات الأطراف- اليد- القدم- اللسان- رمش العين) وكذلك الأعراض الأساسية والتي تتمثل في

التكرار والإطالة والتفادي، وروعي أن تدور البنود حول هذا الأبعاد، وبهذا يكون قد توفر لنا صدق المضمون للمقياس المستخدم في الدراسة الحالية باعتباره نوعا من أنواع الصدق.

٢- صدق الاتساق الداخلي *Internal Contestant validity*

تم إجراء الصدق بطريقة الاتساق الداخلي بناء على معرفة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس، ويلاحظ من خلال النتائج المستخلصة أن معاملات الارتباط بين كل بند فرعي والدرجة الكلية مقبولة، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بين درجات البنود الفرعية والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٥)

يوضح (ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس تحريد مصاحبات التعلم)

رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية						
١	**٠.٥٦	١١	**٠.٥٤	٢١	*٠.٢٢	٣١	**٠.٤١
٢	**٠.٤٩	١٢	**٠.٥٦	٢٢	*٠.٢٤	٣٢	**٠.٤٤
٣	**٠.٦٨	١٣	**٠.٤٠	٢٣	**٠.٤٠	٣٣	**٠.٥١
٤	**٠.٤٧	١٤	*٠.٣٥	٢٤	**٠.٤٣	٣٤	**٠.٥٢
٥	**٠.٥٢	١٥	*٠.٣٧	٢٥	*٠.٣٤	٣٥	**٠.٤٩
٦	**٠.٤٠	١٦	**٠.٥٩	٢٦	**٠.٢٣	٣٦	**٠.٥١
٧	**٠.٢٦	١٧	*٠.٣٧	٢٧	**٠.٥٦	٣٧	**٠.٤٨
٨	**٠.٤٠	١٨	**٠.٣٨	٢٨	**٠.٥٣	٣٨	**٠.٥٥
٩	**٠.٣٩	١٩	**٠.٥١	٢٩	**٠.٤٧	٣٩	**٠.٥٣
١٠	**٠.٤٠	٢٠	*٠.٣٧	٣٠	**٠.٤٨	٤٠	**٠.٥٤

درجة الحرية = ٣٨

مستويات الدلالة عند $0.05 = 0.01 * 0.04 = 0.0004$ **

ويتضح من خلال الجدول السابق أن ارتباطات البنود بالدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائياً عند مستوى 0.05 وكذلك عند مستوى 0.01 مما يوضح تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من التجانس، مما يعد مؤشراً جيداً على صدق المقياس.

ثبات المقياس:

اعتمد الباحث في حسابه لثبات هذا المقياس على طريقة إعادة الاختبار *Test-Retest* وفيها قام الكاتب بتطبيق المقياس على عينة قوامها (٤٠) من الأطفال المتلعثمين ثم أعيد تطبيق المقياس مرة ثانية على العينة نفسها بعد مدة زمنية قدرها ثلاثة أسابيع وكان معامل الثبات = (٠.٩١) وهو معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس ثابت ويصلح للتطبيق على عينة الدراسة، وبالتالي، يدعو للاطمئنان في الكشف عن مصاحبات التلعثم المراد قياسها.

حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية: *Split Halaph*

تم حساب التجزئة النصفية لبنود المقياس ككل (٤٠) وذلك من خلال تقسيمها إلى قسمين زوجي وفردي، وقد استخدم الكاتب معادلة بيرسون بين نصفي المقياس وكان معامل الثبات (٠.٨٢) وهو معامل ثبات مرتفع، مما يدعو للاطمئنان لاستخدام المقياس كما تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة (سبيرمان- براون) وقد بلغ معامل الثبات (٠.٩٠) وهو معامل ثبات مرتفع يدل على صلاحية المقياس للاستخدام.

تصحيح المقياس:

بعد عرض المقياس على المحكمين بهدف التعرف على صلاحية الفقرات، تم تحديد بدائل الاستجابة لكل فقرة وتحديد الدرجة عليها، وقد وجد أن مصاحبات التلعثم تختلف

من متلعثم لآخر، لذلك تم الاتفاق على تحديد أربعة بدائل للاستجابة هي: (دائماً، أحياناً، نادراً، أبداً)، على افتراض أن:

دائماً: تعني أن مصاحبات التلعثم تظهر بصفة مستمرة وشديدة أثناء الكلام، ويمكن إعطاء هذه الاستجابة خمس درجات.

أحياناً: وتعني أن مصاحبات التلعثم تظهر من لحظة إلى أخرى أثناء الكلام، ويمكن إعطاء هذه الاستجابة أربع درجات.

نادراً: وتعني أن مصاحبات التلعثم لا تظهر ولا تحدث إلا بدرجة بسيطة جداً، ويمكن إعطاء هذه الاستجابة درجتين.

أبداً: وتعني أن أعراض ومصاحبات التلعثم لا تظهر مطلقاً أثناء الكلام، وتعطي الاستجابة درجة واحدة فقط.

وفي حالة الفقرات التي تترك بدون استجابة من جانب المريض يمكن إعطاء هذه الفقرة ثلاث درجات، علماً بأن الباحث سوف يشجع ويحث الأطفال على الاستجابة لجميع العبارات قدر الإمكان.

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية لأي طفل متلعثم على هذا المقياس بين (٤٠-٢٠٠) درجة، موزعة على النحو التالي:

- ١-٤٠ درجة لا توجد أية أعراض مصاحبة للتلعثم.
- ٤١-٨٠ درجة توجد أعراض بسيطة جداً مصاحبة للتلعثم.
- ٨١-١٢٠ درجة توجد أعراض متوسطة مصاحبة للتلعثم.
- ١٢١-١٦٠ درجة توجد أعراض شديدة مصاحبة للتلعثم.
- ١٦١-٢٠٠ درجة توجد أعراض شديدة جداً مصاحبة للتلعثم.

وفي حالة التصحيح الجزئي لأبعاد المقياس (البعد النفسي، والجسمي) يصحح كل جزء على حدة.

رابعاً، مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الأطفال - إعداد سمير محمود أمين (١٩٩٥).

أعد هذا المقياس بغرض تحديد المواقف التي يتعرض لها المتلعثم في حياته اليومية للتعرف على المواقف الاجتماعية التي تشتد أو تنخفض فيها حدة التلعثم وذلك لتقييم مدى فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية.

وقد قامت معدة المقياس بالاطلاع على بعض الدراسات التي تناولت مشكلة التلعثم وأسبابها وطرق علاجها، خاصة الدراسات التي تناولت هذه المشكلة كظاهرة موقفية، كما حرصت معدة المقياس على مقابلة آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين للتعرف على أكثر المواقف التي تشتد أو تنخفض فيها درجة التلعثم في الكلام.

وفي ضوء ما سبق تم تحديد أبعاد المقياس من خلال بعض المواقف التي يتعرض لها المتلعثم وهي:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| ١- المواقف الأسرية | ٢- مواقف الوعي بالذات. |
| ٣- المواقف الاجتماعية | ٤- المواقف المدرسية. |
| ٥- المواقف الانفعالية | ٦- مواقف خاصة بالأقران |

وقد تم صياغة أبعاد هذا المقياس في صورة عبارات تشتمل كل عبارة على موقف من المواقف السابقة التي يمكن أن يقابلها المتلعثم في حياته اليومية، وقد بلغ عدد بنود المقياس في صورته الأولية (٨٥) عبارة تشمل المواقف السابقة، كما قامت معدة المقياس بإجراء

دراسة استطلاعية على آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين للتأكد من فهمهم لبنود المقياس وتعديل الفقرات غير الواضحة، وقد نتج عن هذه الدراسة إضافة مواقف وحذف أخرى.
صدق المقياس:

اتبعت معدة المقياس عدة طرق لحساب الصدق والتعرف على مدى صلاحية المقياس للاستخدام والتطبيق على آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين وذلك على النحو التالي:

١- صدق المحكمين:

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين في مجال علم النفس، وذلك للتعرف على مدى صلاحية عبارات المقياس ومدى كفاية بنوده للمجال الذي تنصق لقياسه، وبعد اتفاق المحكمين بلغت عبارات المقياس بعد التعديل (٦٠) عبارة وتم استبعاد (٢٥) عبارة وبذلك اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين معياراً لصدق المقياس.

٢- صدق الاتساق الداخلي *Internal Contestant validity*

يهدف هذا النوع من الصدق إلى التحقق من مدى الاتساق الداخلي بين الجوانب التي يتكون منها المقياس ومدى انتماء هذه الجوانب إلى بعضها ومدى ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس، وهنا تستخدم الأساليب الارتباطية بغرض استبعاد البنود التي لا ترتبط ارتباطات دالة إحصائية بالدرجة الكلية للمقياس، وبعد إجراء صدق الاتساق الداخلي تم استبعاد العبارات التي ليست لها دلالة إحصائية وبلغ عدد العبارات المستبعدة (٢٣) عبارة، وأصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من (٣٧) عبارة موزعة على أبعاد المقياس، وبإجراء صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي أصبح المقياس يتكون من (٣٧) عبارة في صورته النهائية مما يعد مؤشراً جيداً على صدق المقياس.

٢- الصدق التمييزي،

قامت "سهير محمود أمين" بتطبيق المقياس على عينتين مختلفتين إحداهما من الأطفال المتلعثمين والأخرى من الأطفال العاديين؛ وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين متوسط درجات العينتين من حيث حجم ودرجة التلعثم، وقد أشارت النتائج الإحصائية إلى دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال المتلعثمين والعاديين، مما يؤكد على القدرة التمييزية للمقياس المستخدم فيما يقيسه من مشكلة التلعثم.

ثانياً، ثبات المقياس،

تم إجراء الثبات بطريقة التجزئة النصفية لحساب قيمة معاملات ثبات بنود المقياس، ولقد استخدمت معدة المقياس معادلة بيرسون بين نصفي المقياس وكان معامل الثبات ٠,٦٧ وهو معامل ثبات مقبول، مما يدعو للاطمئنان لاستخدام المقياس.

تصحيح المقياس،

اتبعت معدة المقياس طريقة التصحيح المدرج في تقدير الإجابات على البنود لكل موقف، وقد حددت خمس درجات موزعة على المقياس كما يلي:

- ١- لا يوجد تلعثم ويمكن إعطاء هذه الاستجابة درجة واحدة.
 - ٢- تلعثم خفيف ويمكن إعطاء هذه الاستجابة درجتين.
 - ٣- تلعثم متوسط ويمكن إعطاء هذه الاستجابة ثلاث درجات.
 - ٤- تلعثم فوق المتوسط ويمكن إعطاء هذه الاستجابة أربع درجات.
 - ٥- تلعثم شديد ويمكن إعطاء هذه الاستجابة خمس درجات.
- وجدير بالذكر أن الكاتب الحالي اتبع طريقة التصحيح نفسها مع فارق في تسمية بدائل الاستجابة وتقديراتها، لذلك تم تحديد بدائل الاستجابة على النحو التالي:

دائماً = تلعثم شديد: وتعني أن التلعثم يزداد ويظهر في المواقف اليومية بصفة مستمرة ويمكن إعطاء هذه الاستجابة خمس درجات.

كثيراً = تلعثم متوسط: وتعني أن التلعثم يحدث في بعض المواقف ولكن ليس بصفة مستمرة، ويمكن إعطاء الاستجابة أربع درجات.

أحياناً = تلعثم متوسط: وتعني أن التلعثم في بعض المواقف بين لحظة وأخرى وتعطى الاستجابة ثلاث درجات.

نادراً = تلعثم خفيف: وتعني أن التلعثم لا يحدث إلا في مواقف بسيطة جداً وتعطى الاستجابة درجتين.

أبداً = لا يوجد تلعثم: وتعني أن التلعثم لا يحدث مطلقاً في المواقف التي يتعرض لها المتلعثم وتعطى الاستجابة درجة واحدة فقط.

وقد تراوحت الدرجة الكلية لأي طفل على هذا المقياس بين (٢٧-١٨٥) درجة، موزعة على النحو التالي:

٢٧-١	لا يوجد تلعثم مطلقاً في هذه المواقف.
٢٨-٧٤	يوجد تلعثم بسيط في هذه المواقف.
٧٥-١١١	يوجد تلعثم متوسط في هذه المواقف.
١١٢-١٤٨	يوجد تلعثم شديد في هذه المواقف.
١٤٩-١٨٥	يوجد تلعثم شديدة جداً في هذه المواقف.

خامساً، استمارة تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتلعثم،

تعتبر الأساليب الوالدية المتبعة مع الأطفال المتلعثمين ذات تأثير جوهري في علاج مشكلة التلعثم أو زيادة حدتها وتفاقمها، الأمر الذي دفع الباحث إلى ضرورة التعرف على

الضيق والأساليب التي يتعامل بها الآباء مع طفلهم التلعثم بغرض تعديل الأساليب الخاطئة، حيث أشارت معظم الدراسات إلى نقص الخبرة لدى الآباء في معاملة طفلهم التلعثم وبالتالي اتباع طرق خاطئة في التعامل مما يؤدي إلى تعقد المشكلة وصعوبة علاجها، وتهدف الاستمارة الحالية إلى التعرف على الطرق والأساليب التي يتعامل بها الآباء مع طفلهم التلعثم سواء الأساليب الصحيحة بهدف تدعيمها أو الأساليب الخاطئة بهدف تعديلها.

وصف استمارة تعديل السلوك الوالدي:

من خلال الإطار النظري لهذه الدراسة، ومن خلال إطلاع الباحث على بعض الدراسات التي تصدت لدراسة مشكلة التلعثم؛ تم إعداد هذه الاستمارة بحيث تشمل على الطرق والأساليب التي يتبعها الآباء عند الكلام مع طفلهم التلعثم، وتم صياغة بنود هذه الاستمارة في صورة عبارات بحيث تشمل كل عبارة على أسلوب والدي يتبعه الآباء عند معاملة طفلهم التلعثم، وقد بلغ عدد عبارات الاستمارة في صورتها الأولية (٥٠) عبارة، وقد تم عرض الاستمارة على عدد من المتخصصين في مجال علم النفس وأمراض التخاطب مرفقا بها التعريف الإجرائي للسلوك الوالدي تجاه الطفل التلعثم، والهدف من الاستمارة ومكوناتها، ثم قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية للتأكد من مدى فهم آباء الأطفال التلعثميين لعبارات الاستمارة وتعديل الفقرات الغامضة، وقد ترتب على هذه الدراسة إضافة بنود وحذف أخرى.

صدق استمارة تعديل السلوك الوالدي:

١- صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض الاستمارة على عدد من المحكمين في مجالات علم النفس والتخاطب والصحة النفسية؛ وذلك للتعرف على مدى صلاحية عبارات الاستمارة ومدى صدق بنودها للمجال الذي تنصق لقياسه، وبعد تحكيم الاستمارة تم استبعاد العبارات

التي أجمع المحكمون على عدم صلاحيتها، وقد بلغت عبارات الاستمارة في صورتها النهائية (٣٠) عبارة بعد استبعاد (٢٠) عبارة والتي اعتبروها غير صالحة وغير مناسبة للتطبيق نظراً لعدم ارتباطها بأهداف الاستمارة، وبذلك اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين معياراً لصدق الاستمارة وصلاحيتها للاستخدام وقياس السلوك المطلوب.

٢- صدق الاتساق الداخلي:

وهنا تستخدم الأساليب الارتباطية بغرض استبعاد البنود التي لا ترتبط ارتباطات دالة إحصائية بالدرجة الكلية، وقد تم إجراء الصدق بطريقة الاتساق الداخلي للبنود بناءً على معرفة مدى ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للاستمارة، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للاستمارة.

جدول (٦)

يوضح ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لاستمارة تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتعلم

رقم ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	رقم البند
*٠.٤٠	٢١	*٠.٤٤	١١	**٠.٤٦	١
*٠.٤٣	٢٢	**٠.٤٨	١٢	*٠.٤١	٢
**٠.٤٧	٢٣	**٠.٥٥	١٣	*٠.٣٧	٣
*٠.٣٦	٢٤	**٠.٥٣	١٤	*٠.٣٦	٤
*٠.٣٨	٢٥	*٠.٤٠	١٥	*٠.٣٧	٥
**٠.٥١	٢٦	*٠.٣٧	١٦	**٠.٤٦	٦
**٠.٤٧	٢٧	*٠.٣٦	١٧	*٠.٤٥	٧
**٠.٤٦	٢٨	**٠.٦٣	١٨	*٠.٤٠	٨
*٠.٣٩	٢٩	**٠.٦٢	١٩	*٠.٤٥	٩
**٠.٥١	٣٠	**٠.٧٠	٢٠	*٠.٤٥	١٠

درجة الحرية = ٢٨

مستويات الدلالة عند $0.05 = 0.01 * 0.05 = 0.005$

ويتضح من خلال الجدول السابق أن ارتباطات البنود بالدرجة الكلية للاستمارة جميعها دالة إحصائياً سواء عند مستوى 0.05 أو عند مستوى 0.01 مما يوضح تمتع الاستمارة بدرجة مرتفعة من التجانس، مما يعد مؤشراً جيداً على صدقها.

ثبات استمارة تعديل السلوك الوالدي:

١- حساب ثبات الاستمارة بطريقة إعادة التطبيق،

قام الباحث بتطبيق الاستمارة على عينة من آباء وأمهات الأطفال المتلعثمين عددهم (٣٠)، ثم أعيد تطبيق الاستمارة مرة ثانية على العينة نفسها بعد مدة زمنية قدرها ثلاثة أسابيع، وكان معامل الثبات (٠.٨٥) وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول مما يدل على صلاحية الاستمارة للاستخدام.

٢- حساب ثبات الاستمارة بطريقة التجزئة النصفية،

تم حساب التجزئة النصفية لبنود الاستمارة ككل (٣٠) وذلك من خلال تقسيمها إلى قسمين زوجي وفردي، وقد استخدم الباحث معادلة بيرسون بين نصفي الاستمارة وكان معامل الثبات (٠.٤٥) كما استخدم الباحث معادلة (سبيرمان- براون) لحساب معامل الثبات، وقد بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (٠.٦٢) وهو معامل ثبات مقبول، وهذا يدل على مدى صلاحية استخدام الاستمارة في الكشف عن السلوك المطلوب.

تصحيح استمارة تعديل السلوك الوالدي:

تطبق هذه الاستمارة على الآباء والأمهات ضمن المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبيه إلى جانب الإرشاد الوالدي)، قبل وبعد البرنامج الإرشادي، وتصحح عبارات هذه الاستمارة على النحو التالي:

يقراً الآباء كل عبارة ويتم وضع دائرة حول الاستجابة (نعم) أو (لا) حسب طريقة وأسلوب تعامل الآباء مع أطفالهم المتلعثمين، وتقدر الدرجات على عبارات الاستمارة على النحو التالي:

تقدر الدرجة على الإجابة "نعم" بثلاث درجات، وتقدر الدرجة على الإجابة "بلا" بدرجة واحدة، وتعطى العبارة التي تترك بدون أي إجابة درجتين، وجدير بالذكر أن هناك عشر عبارات تصحح في الاتجاه العكسي؛ إذا أجاب عليها الآباء "بلا" تأخذ العبارات ثلاث درجات، وإذا أجابوا عليها "بنعم" تأخذ درجة واحدة، وفيما يلي أرقام العبارات التي تصحح في الاتجاه العكسي (٦، ١٩، ٢٠، ٢٢، ٢٣، ٢٥، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠).

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على هذه الاستمارة بين (٣٠ - ٩٠) درجة، موزعة على

النحو التالي:

معاملة والدية إيجابية وصحيحة.	٣٠ - ١ درجة
معاملة والدية متوسطة أو متذبذبة.	٦٠ - ١ درجة
معاملة والدية سلبية وخاطئة.	٩٠ - ٦١ درجة

وجدير بالذكر أن المقاييس السابقة تكشف عن ارتفاع الدرجات على هذه المقاييس من حيث شدة التلعثم ومصاحباته، بالإضافة إلى الموقف التي يشتد فيها التلعثم وارتفاع الدرجات نتيجة للأخطاء الوالدية. ومن المفترض أن تنخفض حدة هذه الدرجات نتيجة للأساليب العلاجية المستخدمة، وهذا ما سوف تكشف عنه المراحل القادمة من الدراسة.

خامساً: إجراءات وظروف التطبيق:

أولاً، محتويات تطبيق أسلوب العلاج الظلي.

إن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج السلوكي هو عدم الاكتفاء بتصنيف الاضطراب أو الأعراض وفق فئات عريضة، ويتحدد الهدف الأول للبدء في أي برنامج للعلاج السلوكي هو

تحديد السلوك المطلوب علاجه تحديداً نوعياً ودقيقاً، ومن ثم يحتاج المعالج السلوكي إلى أن يدرّب نفسه جيداً على عمل واستخدام بعض الصياغات السلوكية التي تسهل له ملاحظة المشكلة وتقييمها حتى يتمكن من وضع خطة محددة للعلاج ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٢٧-٢٩)

وانطلاقاً من وجهة نظر المدرسة السلوكية التي ترى أن السلوك المضطرب سلوك متعلم ومكتسب، فإن التلعثم سلوك متعلم نتيجة ارتباط مظاهر القلق والخوف بحدوث التلعثم مما يساعد على تدعيم وتثبيت هذا الاضطراب. هذا ولقد قدم العلاج السلوكي العديد من الفنيات والأساليب التي يمكن أن تساعد في خفض التلعثم ومن أبرز هذه الأساليب العلاجية أسلوب التظليل (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٢٦٥-٢٦٦). حيث يطلب فيه إلى المتلعثم أن يعيد ويكرر بصوت مرتفع بعض الكلمات والمقاطع اللفظية خلف المعالج على أن يتم التكرار بفارق زمني بسيط جداً، وبمعدل زمني ثابت.

ويفسر بعض الباحثين انخفاض درجة التلعثم من خلال جلسات العلاج بالتظليل إلى عدة عوامل من بينها - تنظيم وتناسق إيقاع الكلام- كذلك عدم وضوح معنى الكلمات والمقاطع اللفظية المظلة وتغيير نبرة ونموذج الصوت (Healey & Howe, 1987, 490). ويعتمد هذا الاتجاه في العلاج على إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين مثير هو "كلام المعالج" الاستجابة "كلام المتلعثم" الذي يأتي بعد كلام المعالج مباشرة وكأنه ظل له مما يؤدي إلى التحكم في اضطراب الطلاقة اللفظية (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨، ٤٩).

الأهداف العامة لأسلوب العلاج الظلي،

الهدف من أي برنامج علاجي للطفل هو خلق بيئة اجتماعية متقبلة للطفل المضطرب، ويتحقق ذلك عن طريق زيادة الرابطة الوجدانية وتوثيق علاقات الطفل

الاجتماعية بالمحيطين، وكذلك التقليل من المواقف والعوامل التي من شأنها زيادة السلوك المضطرب، كما يهدف أسلوب العلاج الظلي إلى تدريب الأطفال المتلعثمين على الجرأة الاجتماعية والتدريب على المهارات الاجتماعية طوال فترة العلاج.

ومن هذا المنطلق نجد أن الهدف العام لهذا البرنامج العلاجي هو تقديم أسلوب التظليل كأسلوب علاجي نفسي يساعد الطفل المتلعثم على كف عادة سلوكية متعلمة تتمثل في التلعثم كاضطراب كلامي، وهكذا فإن أسلوب التظليل يساعد على إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين المثير "صوت المعالج" والاستجابة "صوت المتلعثم" مما يؤدي إلى التحكم في التلعثم أثناء الكلام (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٢٦٨).

ومن هذه المنطلق فإن أهداف أسلوب العلاج الظلي كأسلوب علاجي نفسي تتبلور في محاولة خفض درجة التلعثم ومساعدة الأطفال المتلعثمين على الكلام بطلاقة وسلاسة، وكذلك تعويد المتلعثمين على ممارسة هذا الأسلوب العلاجي خارج حجرة العلاج واستخدامه في المواقف اليومية المختلفة مما يؤدي إلى تحسن المتلعثم في طريقة كلامه.

وفي ضوء ما تقدم من خلال الإطار النظري يمكن حصر الأهداف المرحلية العامة لأسلوب العلاج الظلي على النحو التالي:

- ١- تحديد المواقف الاجتماعية ومواقف الصراع النفسي التي من شأنها زيادة التلعثم في الكلام.
- ٢- العمل على حل الصراع المتسبب في إحداث التلعثم في الكلام.
- ٣- العمل على خفض حدة الصراع مع الوالدين والأشقاء لخفض حدة التوتر والقلق المصاحب للتلعثم.

- ٤- مساعدة الطفل المتلعثم على إدراك النتائج السلبية إذا أظهر مقاومة للأساليب العلاجية المستخدمة.
- ٥- زيادة قدرة المتلعثم على القيام بالوظائف اليومية دون تجنب أو تفادي لها، مع زيادة مساهمته فى الأنشطة الاجتماعية اليومية.
- ٦- تدريب الطفل المتلعثم على أن يتقبل رد فعل المستمعين والمحيطين بأقل قدر من المقاومة والجدل وتجنب للمواقف الاجتماعية.
- ٧- تشجيع الطفل المتلعثم على الالتزام بالبرنامج العلاج وتنفيذ التدريبات طبقاً لما يحدده المعالج.
- ٨- تدريب الطفل المتلعثم على أن يكثر من النظر إلى من يتحدث معه، وأن يحدد المهام التي يستطيع القيام بها لتحسين صورته عن نفسه وأن يعترف بإنجازاته دون التقليل من شأنها.
- ٩- حث المتلعثم على الاتصال بصورة منتظمة بالجهات والمؤسسات العلاجية حتى نهاية فترة العلاج وبعدها.

الأهداف الإجرائية لأسلوب العلاج الظلي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي فى تناول المشكلات والقضايا النفسية، وعلى الرغم من هذا التعدد والتنوع فإن لكل أسلوب علاجي أهدافه الإجرائية التي يسعى إلى تحقيقها وتكمن الأهداف الإجرائية لأسلوب العلاج الظلي فيما يلي:

- ١- تدريب الطفل المتلعثم على التحكم فى طريقة كلامه من خلال استخدام أسلوب العلاج الظلي.

- ٢- تدريب الطفل المتلعثم على كيفية استخدام أسلوب العلاج الظلي داخل وخارج غرفة العلاج.
- ٣- إعطاء فكرة للطفل المتلعثم ووالديه عن طبيعة وأسلوب العلاج ونظام العمل المتبع أثناء الجلسات التدريبية والعلاجية.
- ٤- تدريب الطفل المتلعثم على تكرار الكلمات والمقاطع اللفظية خلف المعالج بمجرد انتهاء المعالج من النطق والكلام بفارق زمني بسيط أثناء الجلسات حتى يشعر المتلعثم بالانسياب والطلاقة في الكلام.
- ٥- تدريب الوالدين (الأب أو الأم) على كيفية استخدام أسلوب العلاج الظلي مع طفلهما المتلعثم أثناء التدريبات المنزلية.
- ٦- تدريب الطفل المتلعثم على التخلص من بعض الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة لاضطراب التلعثم في الكلام أثناء جلسات العلاج الظلي.
- ٧- تدريب الطفل المتلعثم على الكلام مع المحيطين بدون خوف وعدم تفادي المواقف الاجتماعية المختلفة، وخاصة المواقف المرتبطة بزيادة التلعثم عنده.
- ٨- تدريب الطفل المتلعثم على عدم استبدال الكلمات أو حذف بعضها أو إضافة كلام لا علاقة له بموضوع الحديث.
- ٩- توجيه الطفل المتلعثم إلى أن القلق والتوتر أثناء الكلام ينعكس على سلوكه ويساهم في تعقيد المشكلة.
- ١٠- تشجيع الطفل المتلعثم على إقامة علاقات اجتماعية مع الأطفال الآخرين.
- ١١- التنبيه على الطفل المتلعثم بعدم استخدام الألفاظ الشاذة والتي يصعب على المستمع فهمها وتدريبه على بديلها الصحيح.

إعطاء فكرة للطفل المتلعثم والوالدين حول مشكلة التلعثم وأن العلاج يحتاج إلى وقت طويل وضرورة الاستمرار فى الجلسات وعدم الانقطاع والمتابعة المستمرة مع المعالج حتى إذا تم الشفاء من مشكلة التلعثم (فيصل الزراد، ١٩٩١، ١٣ - ١٤٥)، (هبة سليم، ١٩٩٥، ٣٥ - ٤٤).

وجدير بالذكر أن هناك فرقا بين الأهداف العامة والأهداف الإجرائية لأسلوب العلاج الظلي، حيث يمكن تحقيق الأهداف العامة لعلاج التلعثم على المدى القريب أو البعيد خلال مراحل علاج التلعثم، أما الأهداف الإجرائية يحاول الباحث إجرائها وتحقيقها خلال البرنامج العلاجي المستخدم.

الخطوات الإجرائية لأسلوب العلاج الظلي:

لاشك أن لكل أسلوب علاجي بعض الخطوات الإجرائية، وأسلوب العلاج الظلي موضع التطبيق يتحدد على النحو التالي:

(عدد الجلسات - المدة الزمنية لكل جلسة - مكان تطبيق الجلسات - المجموعة العلاجية - التدريبات والواجبات المنزلية - حدود العلاقة العلاجية - تقويم الأسلوب العلاجي).

وفيما يلي عرض موجز لهذه الخطوات الإجرائية لأسلوب العلاج الظلي:

١- عدد الجلسات:

تم تحديد عدد الجلسات الكلية بـ (٢٠) جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، أي أن تطبيق أسلوب العلاج الظلي يستغرق (٥) أشهر اعتباراً من ٢٠٠٧/٣/١ إلى ٢٠٠٧/٧/٣٠م، هذا وقد اعتمد الباحث في تحديد عدد الجلسات على ما جاء في التراث النظري، على أساس أن فاعلية الأساليب العلاجية لا تظهر إلا بعد مرور أربعة على الأقل من العلاج المستمر بدون انقطاع وتنفيذ محتوى الجلسات بدقة.

٢- المدة الزمنية لكل جلسة،

يرى معظم المعالجين السلوكيين أن جلسة العلاج النفسي تتراوح مدتها ما بين نصف الساعة إلى ساعة كاملة، إلا أن هذا التحديد يتفاوت من معالج لآخر، ومن أسلوب علاجي لآخر، وحسب طبيعة الاضطراب المراد علاجه، وفي الدراسة الحالية تستغرق كل جلسة علاجية حوالي (٤٠) دقيقة، وتفسير تحديد المدة الزمنية لكل جلسة يرجع إلى حرص الباحث على الاستفادة من وقت الجلسة، حيث قد يضيع بعض الوقت في بداية الجلسة وفي أسئلة الطفل وسؤال الوالدين، كما جاء بالتراتب النظري أن الجلسة العلاجية يفضل ألا تقل عن (٣٠) دقيقة حتى تظهر فاعليتها.

٢- مكان تطبيق الجلسات العلاجية،

تم تطبيق الجلسات العلاجية لأسلوب العلاج الظلي في وحدة أمراض التخاطب بمستشفى كلية الطب بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، وفي بعض المراكز والمستشفيات العلاجية الخاصة.

٤- المجموعات العلاجية،

تم تطبيق أسلوب العلاج الظلي على مجموعة من الأطفال المتلعثمين عددهم (١٠) أطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦ - ١٢) سنة، وتم الاجتماع بهذه العينة من الأطفال مرة واحدة أسبوعياً.

التدريبات والواجبات المنزلية،

بعد أن يقوم المعالج بتدريب الطفل المتلعثم على كيفية استخدام أسلوب العلاج الظلي داخل حجرة العلاج، وبمجرد إتقان المتلعثم هذا الأسلوب العلاجي يكون هناك تدريبات وواجبات منزلية يقوم بها المتلعثم نفسه وواجبات يقوم بها الوالدان مع طفلهم

تدوميا بحيث يستمر العلاج أكبر فترة ممكنة سواء داخل حجرة العلاج أو خارجها، وهذا يساعد على إحساس المتلعثم بالاهتمام والمتابعة من جانب المحيطين، ويطلب إلى المتلعثم القيام ببعض الواجبات المنزلية وعرضها على المعالج فى الجلسات القادمة.

٦- حدود العلاقة العلاجية، (المعالج - الطفل المتلعثم)

يولى معظم المعالجين أهمية خاصة فيما يتعلق بالعلاقة العلاجية بين المعالج والطفل المتلعثم، حيث يلعب المعالج دوراً مهماً فى نجاح الخطة العلاجية، ويعمل منذ المقابلات الأولى على إقامة علاقة ألفة بشكل يمهد للبدء فى الجلسات التالية، وهذه العلاقة من شأنها أن تهيئ الطفل المتلعثم لأن يألف المواقف العلاجية التى تتضمنها جلسات العلاج الظلي والممارسة السلبية ومن ثم التدريب على المواقف الاجتماعية التى يقابلها المتلعثم فى البيئة المحيطة (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ١٢٠ - ١٥٢)، (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٢٤٠).

ويرى "لويس جيرني" *Louies Guerney* (1983) أن الدور الفعال للمعالج هو أن يسمح للطفل أن يعبر عن نفسه بدون خوف من نقد الآخرين، ويتحدد دور المعالج فى النقاط التالية:

- ١- الاهتمام بالسلوك العام للطفل المتلعثم خلال الجلسات العلاجية.
- ٢- اهتمام المعالج بطريقة كلام وتفكير الطفل المتلعثم ومشاعره.
- ٣- الانتباه الكامل للطفل أثناء الجلسات التدريبية والعلاجية (*Louies Guerney*, 1983, 42 - 43).

ومن ناحية أخرى - يرى بعض الباحثين أن المعالج السلوكي عليه القيام بمهام متعددة تتلخص فى تحديد جوانب السلوك اللاتوافقي وظروف وملابسات ظهوره، وكذلك تحديد الأعراض المصاحبة لهذا السلوك، ثم الاشتراك مع المتلعثم فى إعداد وتصميم خطة

العلاج والعمل على تنفيذ البرنامج العلاجي المقترح ومتابعة المرض بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية.

وهكذا فإن العلاقة بين المعالج السلوكي والمريض هي علاقة عمل في المقام الأول لتحقيق هدف مشترك، ويعتمد ذلك على خلق جو من الثقة والألفة بين المعالج والمريض لذلك يجب على المعالج أن يعمل منذ بداية الجلسات على خلق جو يتسم بالود حتى لا يشعر الطفل بالتهديد مما يساعد على تهيئة الطفل لأن يألف المواقف العلاجية (لويس مليكه، ١٩٩٢، ١٢٠).

كما وضعت "فرجينيا أكسلين" (١٩٦٩) مجموعة من القواعد التي يعتمد عليها المعالج النفسي في الجلسات العلاجية ويمكن من خلالها الوصول إلى أفضل نتائج ممكنة مع الطفل المتلعثم وهذه القواعد هي:

- ١- العمل على إقامة طيبة مع الطفل المتلعثم تتميز بالصدقة والدفء.
- ٢- تقبل سلوك الطفل تقبلاً تاماً.
- ٣- أن تتسم العلاقة بين المعالج والطفل بالود والتسامح لدرجة يشعر فيها الطفل بالأمان النفسي
- ٤- انتباه المعالج لكلام ومشاعر الطفل والتعرف على مدى استبصار الطفل المتلعثم بمشكلته من عدمه.
- ٥- الاهتمام بقدرات الطفل والعمل على مشاركته في نجاح البرنامج العلاجي المقترح وتحمل المسؤولية معا (Axline Virginia, 1969, 74).
- ٦- تشجيع الأطفال المتلعثمين على إقامة علاقات اجتماعية والمشاركة في الحديث والحوار مع غيرهم من الأطفال.

٧- أن تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج والطفل على أساس الاحترام المتبادل والاستماع الجيد لكل ما يقوله الطفل حتى يشعر أن الجلسة التدريبية والعلاجية ملك خاص به.

٨- ملاحظة سلوك وتصرفات الطفل وتدوينها أثناء الجلسات حتى يشعر الطفل بالاهتمام (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٢٤٢).

وفي ضوء ما سبق نجد أن نجاح أي برنامج علاجي يتوقف بدرجة كبيرة على قدرة المعالج على تكوين علاقة طيبة مع المريض تتسم بالحب والألفة والتقبل؛ حتى يتمكن المعالج من أداء دوره المطلوب متمثلاً ذلك في تحديد السلوك المضطرب وأسبابه والتعرف على الأعراض المصاحبة له، ومن ثم وضع الخطة العلاجية ثم متابعة المريض وتدريبه على التخلص من سلوكه المضطرب.

٧- تقويم الأسلوب العلاجي؛

يتم تقويم الأساليب العلاجية من خلال استخدام الأدوات والمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية، وذلك عن طريق مقارنة نتائج التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لكل من مجموعات الدراسة العلاجية ببعضها (المجموعات التجريبية والضابطة) وكذلك مقارنة كل مجموعة بداتها قبل وبعده، وذلك للتعرف على مدى التحسن في كلام الأطفال المتلعثمين ومعرفة مدى فاعلية هذه الأساليب العلاجية في التخلص من اضطراب التلعثم.

أدوار الفريق العلاجي (المشاركين) في تطبيق الأساليب العلاجية للدراسة الحالية:

تظهر قيمة أي مركز علاجي في مدى توافر مجموعة من الأفراد يشكلون فريقاً علاجياً متكاملًا؛ وذلك لتشخيص وعلاج المرضى، وكلما تعاون الفريق العلاجي كلما ساعد ذلك في التعرف على جذور المشكلة وبالتالي وضع الخطوات العلاجية والاتفاق عليها، وتجدر

الإشارة هنا إلى أن الباحث قد استعان ببعض المتخصصين الذين لهم خبرة في مجال العمل لعلاج أمراض التخاطب [ثلاثة أطباء في التخاطب (مدرسين مساعدين) واثنين (أخصائي تأهيل تخاطبي)] وقد تركز دورهم في تشخيص اضطراب التلعثم والمشاركة في رسم استراتيجية البرنامج العلاجي، وكذلك تقييم النواحي الصحية والحركية واللغوية والسمعية وانعكاساتها على التوافق النفسي والاجتماعي للمتلعثم، كما يتمثل دور الأطباء في تحويل الأطفال المتلعثمين إلى الجهات الأخرى المتخصصة في حالة ظهور أعراض مرضية أخرى، كما تمثل دور أخصائي التأهيل التخاطبي في تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة، ومتابعة الحالات بعد الانتهاء من جلسات العلاج الظلي.

متابعة نتائج تطبيق برنامج العلاج الظلي،

بعد الانتهاء من تطبيق جلسات العلاج الظلي، قام الباحث بإعادة تطبيق مقاييس وأدوات الدراسة الحالية على عينة الأطفال المتلعثمين نفسها الذين تلقوا تدريبات بواسطة أسلوب العلاج الظلي، وذلك للتعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج الظلي في خفض حدة التلعثم، وبالتالي إرجاع التحسن إلى تأثير هذا الأسلوب العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية.

تفصيل ما تم تناوله في جلسات العلاج الظلي،

في ضوء التحديد السابق لمفهوم العلاج الظلي وتحديد أهدافه العامة وخطواته الإجرائية يمكن عرض ما تم تناوله في الجلسات العلاجية والتدريبية على النحو التالي:

الجلسة الأولى:

فى البداية يجب أن أشير إلى أن هذه الجلسة يطلق عليها الجلسة التمهيدية، فبمجرد دخول الطفل المتلعثم إلى حجرة العلاج والتدريبات قام الباحث بالعمل على تكوين علاقة طيبة وحميمة وتشجيع الطفل على التفاعل والتواصل فى الجلسات القادمة، وكان يسمح لأحد الوالدين بالحضور فى بداية الجلسة حتى يشعر الطفل بالألفة والاطمئنان.

وتمثلت نقطة البداية مع جميع الأطفال المتلعثمين من خلال تطبيق مقياس "المصفوفات المتتابعة الملون للأطفال"؛ وذلك للتعرف على الذكاء العام واستبعاد حالات التأخر العقلي منذ البداية، كما أن فقراته الملونة ساعدت كثيراً فى جذب انتباه واهتمام الأطفال، وبالتالي توثيق العلاقة وتشجيع الطفل على الاستمرار فى المراحل القادمة، وبعد ذلك تم التطبيق القبلي لباقي أدوات الدراسة والمتمثلة فى تطبيق مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم" ومقياس "شدة التلعثم" على الطفل المتلعثم، وكذلك تطبيق مقياس "تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض حدة التلعثم لدى الأطفال" على الوالدين.

الجلسة الثانية إلى السابعة:

وفى هذه الجلسات قام الباحث بتجميع بعض المعلومات والبيانات عن الطفل المتلعثم، مع إعطاء فكرة كاملة للطفل وللوالدين عن مشكلة التلعثم وآثارها، مع شرح بسيط ومختصر للأسلوب العلاجي المستخدم (العلاج الظلي) وكيفية استخدام هذا الأسلوب العلاجي داخل حجرة العلاج وفى المنزل، وخلال هذه الجلسات تم وضع بعض الخطوط الأساسية التى سيتم التعامل على أساسها فى المراحل القادمة من الخطة العلاجية.

وفى بداية الجلسة الثانية من الخطة العلاجية تم الاتفاق مع الطفل المتلعثم والوالدين

على بعض القواعد الأساسية نوجزها فيما يلي:

١- الالتزام بآداب الحديث والالتزام بمواعيد الجلسات والمواظبة عليها وتنفيذ التعليمات والواجبات والتدريبات المنزلية مع عدم الانقطاع عن الجلسات بدون موافقة المعالج.

٢- إعطاء الطفل المتلعثم فكرة بسيطة عن مشكلة التلعثم وخطورتها وتعريفه بطرق علاجها، وكيفية التعامل معها.

٣- الاتفاق على مواعيد الجلسات القادمة ومضمونها والتنبيه على الطفل المتلعثم بضرورة عدم التسرع في الحكم على فاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم، والاتفاق على أن علاج التلعثم يحتاج إلى وقت طويل وصبر وجهد من الطرفين (المتلعثم وأسرته والمعالج).

٤- تعريف المتلعثم أن العلاج لا يعني تناول عقاقير أو أدوية بل عبارة عن جلسات تدريبية وبشروط محددة، وأن نجاح العلاج لا يقتصر على دور المعالج فقط بل الاثنين معا (المتلعثم والمعالج).

٥- التأكيد للطفل المتلعثم على أهمية التدريبات المنزلية وعدم الاكتفاء بالجلسات العلاجية، حتى يمكن إتقان الأسلوب العلاجي المستخدم.

وتسمى هذه الخطوة بجلسات التهيئة والتي تهدف إلى تهيئة الطفل المتلعثم على استخدام الأسلوب العلاجي بعد ذلك، وبدأ يظهر في هذه المرحلة مدى تعاون الطفل المتلعثم مع المعالج واختفاء درجة المقاومة والشعور بالارتياح، ويلاحظ أن هذه الجلسات قد بدأت بالترحيب بالمتلعثم وتشجيعه على الكلام بدون خوف أو تردد، كما دار محتوى الجلسات في هذه المرحلة حول القراءة الشفهية- حيث يقرأ كل طفل متلعثم الفقرة أو القطعة التي تم اختيارها من خلال الباحث والطفل معا أو يقوم بسرد قصة أو أي موضوع يرغب الطفل في

الكلام عنه، وهنا تم تحديد الكلمات التي تلعثم فيها الطفل وذلك بوضع خط تحتها، ثم يطلب إلى الطفل أن يكرر هذه الكلمات خلف المعالج بمجرد الانتهاء من نطقها "مثل ظله" حتى يشعر الطفل بالانسياب والطلاقة، ليس هذا فحسب بل يطلب إلى الطفل المتلعثم أن يكرر المقاطع أو جملة كاملة خلف المعالج عدة مرات حتى يستطيع الكلام بأقل درجة من التلعثم.

ويلاحظ أنه خلال هذه الجلسات ترك الباحث لعينة الدراسة الحرية حول قراءة أو سرد موضوع، وفي الغالب بادر معظم الأطفال بسرد قصة من الذاكرة خلال هذه الجلسات وقام الباحث تدوين هذه الموضوعات وتحديد الكلمات والمقاطع التي يتلعثم فيها الطفل، ثم يطلب بعد ذلك من المتلعثم أن يكرر خلف المعالج حتى يشعر بالتحسن والرضا عن طريق كلامه وفيما يلي مثال يوضح طريقة العلاج بين المعالج والمتلعثم خلال هذه الجلسات.

مثال: "وطني"

وطني وطني نشأت بأرضه	و درجت تحت سمائه
ومنحت صدري قوة	بنسيمه وهوائه

لقد وقع اختيار الطفلة على هذا الموضوع وتم اتباع الإجراء (التالية):

- ١- تقرأ الطفلة الفقرة أو القطعة السابقة.
 - ٢- تم تحديد الكلمات التي تلعثمت فيها (بوضع خط تحتها).
 - ٣- يطلب إلى المتلعثم أن يكرر هذه الكلمات خلف المعالج ويفارق زمني بسيط جداً.
 - ٤- يقرأ المعالج الكلمة أو الجملة بشكل صحيح، ويتبعه المتلعثم بالأسلوب نفسه.
- ويستمر العلاج والتدريب بين المعالج والمتلعثم خلال هذه المرحلة على النحو السابق خلال الجلسة الثانية إلى السابعة ومع باقي الأطفال المتلعثمين للمجموعة نفسها وبالأسلوب نفسه.

وخلال هذه المرحلة من الجلسات العلاجية والتدريبية قام الباحث ببحث المتلعثمين على ضرورة تقبل رد فعل المستمعين والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية بدون تجنب أو تفادي لها، وتحفيز المتلعثم على الاستمرار في البرنامج العلاجي، وفي هذه الجلسات تم التركيز على تدريب المتلعثمين على كيفية التحكم في طريقة الكلام من خلال استخدام أسلوب العلاج الظلي، والتخلص من بعض الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة لمشكلة التلعثم، وذلك من خلال تهدئة المتلعثم ولفت نظره إلى أن القلق أو التوتر ينعكس على طريقة كلامه وزيادة تلعثمه في المواقف المختلفة.

وبعد المرور بالخطوات (المرحلية السابقة) تبدأ مرحلة جديدة على (النمو التالي):

الجلسة الثامنة إلى الثالثة عشر:

في نهاية الجلسة السابعة تم تكليف الأطفال المتلعثمين ببعض الواجبات والتدريبات المنزلية وتنفيذ التعليمات التي تم الاتفاق عليها، ويطلق على هذه المرحلة من العلاج بالجلسات الوسطى، وخلالها تتاح الفرصة لكل طفل متلعثم أن يقوم بالتدريب وممارسة العلاج الظلي بمساعدة الوالدين في المنزل، وفي هذه المرحلة ازداد تعاون الأطفال المتلعثمين مع المعالج، وخلال هذه المرحلة تم طرح عدد كبير من الأسئلة من جانب الأطفال المتلعثمين والوالدين، ويدور معظمها حول قرب الشفاء والتخلص من هذه المشكلة، وهنا تم إعادة ما تم الاتفاق عليه من أن علاج التلعثم يحتاج إلى صبر ووقت ومجهود مشترك، وأن المراحل القادمة من الجلسات سوف تشهد تحسناً ملحوظاً في كلام الطفل وفي سلوكه.

ولقد دارت الجلسات الستة في هذه المرحلة حول موضوع الحديث الفردي، بمعنى أن الطفل المتلعثم يختار بحرية أحد الموضوعات دون تدخل من جانب المعالج، أو يطلب إلى الطفل المتلعثم أن يتحدث مع المعالج في أي موضوع يشبه الحوار أو المحادثة، وفي هذه

المرحلة تم إتباع الإجراءات السابقة نفسها في الجلسات الأولى، بمعنى أن الطفل المتلعثم يكرر خلف المعالج الكلمات أو المقاطع التي تلعثم فيها خلال الحديث وذلك عدة مرات حتى يشعر المعالج بأن درجة التلعثم في تحسن ملحوظ ويلاحظ ذلك التحسن في طريقة كلام الطفل المتلعثم.

وفيما يلي نورد مثالاً يوضح طريقة العلاج بين المعالج و المتلعثم خلال هذه الجلسات في ضوء الحديث الفردي من جانب المتلعثم.

مثال: "قضاء وقت الفراغ"

"استيقظ من النوم مبكراً، أتناول الإفطار، أساعد أُمي في ترتيب المنزل، أذهب لألعب مع أصدقائي في الشارع بجوار المنزل، أشاهد برامج التليفزيون، قراءة بعض قصص الأطفال".

لقد اختارت الطفلة أن تتحدث عن كيفية قضاء وقت الفراغ، وتم إتباع الإجراءات التالية:

- ١- تحدثت الطفلة بحرية عن الموضوع التي أرادت الكلام فيه.
- ٢- تم تحديد الكلمات التي تلعثمت فيها (بوضع خط تحته).
- ٣- يطلب إلى المتلعثم أن يكرر خلف المعالج هذه الكلمات ويفرق زمني بسيط جداً.
- ٤- يقرأ المعالج الكلمات أو الجمل كاملة، وبشكل صحيح، ويطلب من المتلعثم أن يكرر خلقه وبدون تفكير أو تأن.

ويستمر تدريب وعلاج الأطفال المتلعثمين على النحو السابق للمجموعة نفسها وبالأسلوب العلاجي نفسه.

وخلال هذه المرحلة تم تشجيع الأطفال المتلعثمين والثناء على طريقة كلامهم بأنها أفضل من المراحل السابقة، وأن تنفيذ الواجبات المنزلية بدقة سوف يساعد على زيادة الطلاقة وانخفاض حدة التلعثم، وتم التأكيد على الأطفال بأهمية الحوار مع أفراد الأسرة في البداية، ومن الضروري عدم تجنب أي موقف اجتماعي وعدم الخوف من رد فعل الآخرين.

وبعد المرور بالخطوات السابقة تبدأ مرحلة جديدة على النحو التالي:

الجلسة الرابعة عشرة حتى الجلسة العشرين،

وهي المرحلة الأخيرة من جلسات العلاج الظلي، وتم تكليف الطفل المتلعثم بإجراء حوار متبادل بين شخصين (حوار تمثيلي مثلاً)، كأن تدور محادثة بين مدرس وتلميذ أو طبيب ومريض أو بين بائع ومشتري، أو بين المتلعثم نفسه وأحد الوالدين أو أحد أصدقائه. وقد تميزت هذه المرحلة عن الجلسات في المراحل السابقة بانخفاض درجة المقاومة من جانب الأطفال المتلعثمين، كما أظهر الأطفال اهتماماً ملحوظاً بالتدريبات المنزلية على الرغم من الإلحاح المستمر حول قرب نهاية العلاج والتخلص من هذه المشكلة، وتمثل دور الباحث في طمأنة الأطفال وعدم اليأس من تحقيق الشفاء، وأن الطريق مازال مفتوحاً لتلقي المزيد من الجلسات لخفض حدة التلعثم قدر المستطاع، وبالتدعيم والتشجيع أصبحت الحالة المعنوية للأطفال المتلعثمين أفضل من المراحل السابقة، وبدأوا في الإحساس بالارتياح والشعور بالتحسن في طريقة الكلام.

وفي هذه المرحلة تم اتباع إجراءات العلاج الظلي نفسها، حيث يطلب إلى المتلعثم أن يكرر خلف المعالج كل كلمة يتلعثم فيها أثناء الحوار المتبادل، وخلال هذه المرحلة تم التهيئة للأطفال بقرب نهاية البرنامج العلاجي، والتأكيد عليهم بضرورة التردد على المعالج في حالة

تفاهم المشكلة مرة أخرى، وضرورة المتابعة من حين لآخر مع المتخصصين في مجال أمراض التخاطب.

وفيما يلي نورد مثلاً يوضح محتوى الجلسات الأخيرة في ضوء إجراء حوار أو حديث متبادل اقترحه المتلعثم بين المدرس والتلميذ داخل الفصل الدراسي.

مثال:

المدرس: هل ترغب في المشاركة في الإجابة على الأسئلة مثل زملائك؟

الطفل المتلعثم: نعم.

المدرس: فلماذا لم ترفع يدك؟

الطفل المتلعثم: لأن زملائي يضحكون على طريقة كلامي.

المدرس: أحدى أي تلميذ من مقاطعة زميله أو الضحك عليه.

الطفل المتلعثم: شكراً يا أستاذي، وسوف أجاب على الأسئلة بدقة.

وعلى الرغم من مساعدة الباحث للطفل المتلعثم بتقديم اقتراحات لإجراء حوار متبادل بين شخصين مثل الطبيب والمريض - البائع والمشتري - الأب والابن - إلا أن الطفل المتلعثم قد اختار موقف الحوار بين المدرس والتلميذ، وبسؤال المتلعثم عن سبب هذا الاختيار، أجاب بأن الموقف داخل الفصل وأمام الزملاء بالنسبة للطفل المتلعثم من أصعب المواقف التي يواجهها نظراً لعدم قدرة الآخرين على فهم المشكلة وكيفية التعامل معها، فاختار هذا الموقف أملاً في أن يفهم المدرس والتلاميذ طبيعة المشكلة وكيفية معامل أي طفل متلعثم بدون تجنب أو سخرية واستهزاء.

وفي المثال السابق تم اتباع إجراءات برنامج العلاج الظلي نفسها وذلك بتحديد

الكلمات المتلعثم فيها خلال الحوار وذلك بوضع خط تحته، ثم تدريب المتلعثم على تكرار

هذه الكلمات خلف المعالج ويفارق زمني بسيط حتى يشعر المعالج والمتلعثم بانخفاض درجة التلعثم.

وفي الجلسة العشرين تم تدعيم الأطفال والثناء على طريقة كلامهم وبالمقارنة بطريقة الكلام في بداية الجلسات وفي نهايتها لوحظ تحسن واضح في طريقة الكلام وكذلك انخفاض في الأعراض النفسية والحركية وارتفاع الروح المعنوية والشعور بالارتياح عن العلاج والأساليب المتبعة.

كما تم تطبيق أدوات الدراسة (التطبيق البعدي) للتعرف على مدى فاعلية أسلوب العلاج الظلي في خفض حدة التلعثم في الكلام، وخفض الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة لمشكلة التلعثم.

(الصعوبات التي واجهت الباحث خلال تطبيق برنامج العلاج الظلي):

١- السؤال المتكرر من جانب الأطفال والوالدين عن قرب الشفاء ونهاية البرنامج العلاجي؛ مما تسبب في ارتفاع درجة المقاومة والشعور باليأس.

٢- الإلحاح المستمر من جانب الوالدين على حضور الجلسات العلاجية؛ لمعرفة ما يدور بين المعالج والطفل المتلعثم.

٣- انقطاع بعض الحالات جلسة أو جلسيتين بسبب الامتحانات؛ حيث بدأ البرنامج العلاجي في ٢٠٠٧/٣/١، وانتهى في ٢٠٠٧/٧/٣٠، (٥ أشهر).

٤- عدم قدرة بعض آباء الأطفال المتلعثمين على إتقان أسلوب العلاج الظلي؛ وذلك لتنفيذ الواجبات والتدريبات المنزلية مع طفلهم المتلعثم.

وقد واجه الباحث هذه الصعوبات في بداية الجلسة الأولى من العلاج، وخاصة مع الأطفال الصغار ٦، ٧ سنوات، وكذلك مع الآباء غير المتعلمين، وقد حاول الكاتب على

التغلب على هذه الصعوبات قد الإمكان من خلال تشجيع الأطفال على الكلام بدون خوف أو تجنب للمواقف الاجتماعية، ومن خلال إرشاد الوالدين والتأكيد عليهم بأن علاج التلعثم يحتاج إلى وقت وجهد وصبر وتعاون بين المتلعثم والأسرة والمعالج. ثانياً، محتويات تطبيق أسلوب العلاج بالممارسة السلبية،

لقد كان لنظريات السلوك الاجتماعي دور كبير في التوصل إلى أساليب علاجية تعرف بطرق تعديل السلوك تستند إلى مبادئ التعلم. فنظرية التعلم هي اساس العلاج السلوكي، ومن هنا يرى بعض المعالجين السلوكيين أن عوامل التعلم تلعب دوراً في نمو وتطور وبقاء سلوك التلعثم (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ١١٦ - ١١٨).

وعلى هذا الأساس فإن علاج التلعثم باعتباره أحد أشكال الاضطرابات الإيقاعية في الكلام يتطلب تعديل السلوك المضطرب، وقد حدث تطور في استخدام الأساليب العلاجية لعلاج الاضطرابات السلوكية بصفة عامة وعلاج التلعثم بصفة خاصة، وتقوم تلك الأساليب على افتراض مؤداه أن مثل هذا السلوك "التلعثم" ما هو إلا استجابة مكتسبة بالتعلم لمثيرات يمكن تحديدها، وأنه يمكن تعديل هذه الاستجابة من خلال تطبيق مبادئ التعلم. ومن بين أساليب العلاج السلوكي أيضاً أسلوب الممارسة السلبية ومؤداه أن إتيان السلوك المرضي بشكل متعمد ومقصود أثناء الجلسات العلاجية دون تعزيز يؤدي إلى كف هذا السلوك، وفيه يطلب المعالج إلى المريض أن يمارس السلوك غير المرغوب (التلعثم) بتكرار مقصود حتى يصل إلى درجة التشبع *Stiation* - لا يستطيع عندها ممارسة هذا السلوك أو القيام به بعد ذلك، أو عن طريق تكرار الكلمة التي يتلعثم فيها أثناء الكلام، حتى تتحقق له القراءة بطلاقة وسلاسة (Seltzer, 1986, 46)، (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ١٢٥ - ١٢٦)، (حامد زهران، ١٩٩٧، ٣٦).

الأهداف العامة لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية،

تتعدد أهداف الأساليب العلاجية طبقاً لنوع الاضطراب الذي يعاني منه المريض فنجد على سبيل المثال لا الحصر - معالجة الأزمات تتطلب تدخل المعالج في خضم الأزمة التي تجتاح المريض ويكون الهدف هو مساعدته على المرور بها، كما نجد العلاج التدميمي يهدف إلى مساندة المريض، وهناك العلاج الذي يهدف إلى خلق الاستبصار ليكتسب المريض استبصاراً بحالته مما يدفعه إلى التعبير (أرثر جونجسما، مارك بيترسون، ١٩٩٧، ٤).

فالعلاج بالممارسة السلبية يهدف إلى ما يلي:

- ١- استخدام أسلوب علاجي نفسي ملائم (الممارسة السلبية) لكف استجابة متعلمة (التلعثم) عن طريق تكرارها عن عمد وقصد بدون تدعيم أثناء الجلسات العلاجية حتى يعزف المتلعثم عن هذا السلوك، أو على الأقل يتم التخفيف من حدة التلعثم بحيث لا يشكل عائقاً أمام نمو الطفل اللغوي وتواصله الاجتماعي وطريقة كلامه مع المحيطين.
- ٢- استبدال ردود أفعال المتلعثم المعتادة بأنماط سلسلة وبسيطة من التوقف أثناء الكلام بأقل قدر من الصراع وبدون اللجوء إلى أساليب التفادي والإحجام عن الكلام (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ٢٤٥).
- ٣- تعزيز استجابات الاقتراب من الكلام السلس *Fluent speech* لدى المتلعثم أكثر من تعزيز استجابات تجنب التلعثم " *The avoidance responses of "stuttering* ."

- ٤- تعليم الطفل المتلعثم أن يصطنع التلعثم عن قصد وذلك عن طريق التكرار المقصود والمعتمد للمقاطع اللفظية أو عن طريق تكرار الكلمات التي يتلعثم فيها في القطعة التي يقرأها بصوت عال حتى تتحقق له القراءة بطلاقة وسلاسة.
- ٥- تدريب الطفل المتلعثم على محاولة التخلص من الأعراض المصاحبة لمشكلة التلعثم وخاصة الأعراض الحركية وذلك عن طريق تكرارها عدة مرات حتى يشعر المتلعثم بالتعب والإنهاك ويقلل من استخدامها.
- ٦- تدريب الطفل المتلعثم على كيفية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية خارج حجرة العلاج.
- ٧- تدريب الوالدين على كيفية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية مع طفلها المتلعثم في المنزل.
- ٨- تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل المتلعثم والتي تمكنه من التعبير عن حاجاته ومشاعره نحو الآخرين وبدون إحجام أو تفاد لمواقف الحياة اليومية.
- ٩- تغيير فكرة المتلعثم عن مشكلته والعمل على تقبل اضطرابه قدر الإمكان كخطوة أساسية في مراحل العلاج.
- ١٠- تنمية ثقة المتلعثم في نفسه على الكلام بطلاقة مع عدم الاهتمام بإنجاز ذلك بسرعة.
- ١١- تدريب المتلعثم على الاسترخاء العضلي العميق لتخفيف التوتر أثناء الكلام.
- ١٢- توجيه المتلعثم عن طريق اتباع كل التوصيات الخاصة بمشكلته التي تصدر عن المعالجين.
- ١٣- أن يعبر الطفل المتلعثم عن زيادة شعوره بالأمل في الشفاء والتخلص من تلعثمه في الكلام.

١٤- أن يقلل المتلعثم من شكواه حول طريقة كلامه وأن يزيد من التعبير الإيجابي حول تقديره لذاته كإنسان قادر على القيام بوظائفه بصورة طبيعية وقادر على التفاعل والإنجاز.

١٥- تدريب المتلعثم على المشاركة في بعض الأنشطة الاجتماعية التي ينص عليها البرنامج العلاجي، وأن يقوم بإجراء اتصال اجتماعي واحد يوميا بالتدرج لفترات متزايدة من الوقت مع الوالدين والأشقاء والأصدقاء والمدرسين (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ٧٣، ١٧٩)، (هبة سليم، ١٩٩٥، ٤٥ - ٥٢).

الأهداف الإجرائية لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية،

تتعمد الأهداف الإجرائية لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية لعلاج التلعثم على النحو التالي:

- ١- أن يكرر المتلعثم كل حرف يتلعثم فيه عن عمد عدة مرات حتى يصل إلى الطلاقة.
- ٢- أن يكرر المتلعثم كل مقطع لفظي يتلعثم فيه عن عمد عدة مرات حتى يصل إلى الطلاقة.
- ٣- أن يقوم المتلعثم بتكرار كل كلمة يتلعثم فيها عن عمد عدة مرات حتى يصل إلى الطلاقة.
- ٤- إجبار المتلعثم على تكرار كل حرف أو مقطع أو كلمة أو جملة بشكل عمدي أثناء جلسات العلاج.
- ٥- يطلب من المتلعثم أن يقوم بتكرار بعض الحركات الجسمية المصاحبة لمشكلة التلعثم وذلك عدة مرات متتالية (تكرار آلي بدون هدف) حتى يؤدي ذلك إلى تعب المتلعثم (تعب الاستجابة) والنفور من عملية التكرار في حد ذاتها وبالتالي

شعوره بالتعب والملل ويبدأ في التخلص من بعض الأعراض الجسمية الحركية المصاحبة للتلعثم.

٦- تنمية وعي وإدراك المتلعثم بالحركات التي يستخدمها أثناء التلعثم والعمل على التخلص منها.

٧- تدريب الوالدين (الأب والأم) على كيفية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية مع طفلهما المتلعثم في المنزل.

٨- تكليف المتلعثم بواجبات منزلية تتمثل في قيامه بتكرار سلوكه المضطرب عدة مرات يوميا، مع تعريفه بالهدف من هذا الأسلوب المتبع.

الخطوات الإجرائية لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية،

• يتعمرو أسلوب (العلاج بالممارسة السلبية بعروض) (الخطوات الإجرائية تتمثل فيما يلي:
(عدد الجلسات - المدة الزمنية لكل جلسة - مكان تطبيق الجلسات - المجموعات العلاجية - التدريبات المنزلية - تقويم الأسلوب العلاجي).

ويمكن عرض هذه الخطوات الإجرائية السابقة على النحو التالي:

١- عدد الجلسات،

تم تحديد عدد الجلسات العلاجية لأسلوب الممارسة السلبية بـ (٢٠) جلسة وذلك بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، أي أن تطبيق هذا الأسلوب العلاجي يستغرق (٥) أشهر، اعتبارا من ٢٠٠١/٢/١ إلى ٢٠٠١/٧/٣٠م.

٢- امدة الزمنية لكل جلسة علاجية،

يختلف معدل الزمن الخاص بالجلسات العلاجية تبعا لنوع الأسلوب العلاجي المستخدم ومضمونه وأهدافه، وفي الدراسة الحالية تستغرق كل جلسة حوالي (٤٠) دقيقة

لأنه إذا استغرقت الجلسة أقل من ذلك فلا يمكن إعطاء الطفل حقه فى العلاج، وإذا زادت عن ذلك يمكن أن يشعر بالتعب والضيق وبالتالي لا يستفيد من هذا الوقت الطويل.

٢- مكان تطبيق الجلسات العلاجية:

تم تطبيق الجلسات العلاجية لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية فى وحدة أمراض التخاطب بمستشفى كلية الطب بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، وفى بعض المراكز والمستشفيات العلاجية الخاصة.

٤- المجموعات العلاجية:

تم تطبيق أسلوب العلاج بالممارسة السلبية على مجموعة من الأطفال المتلعثمين عددهم (١٠) أطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦ - ١٢) سنة، وتم الاجتماع بهذه العينة من الأطفال مرة واحدة أسبوعياً.

٥- التدريبات المنزلية:

يجد المعالج السلوكي فى أحيان كثيرة أن علاج بعض المشكلات لا يقتصر على العلاج فى العيادة فقط، بل قد يتطلب الأمر علاج الطفل خارج حجرة العلاج، كما يرى المعالج أن من المهام الرئيسية فى نجاح الخطة العلاجية تكليف المريض ببعض الواجبات والتدريبات المنزلية وعرض ذلك على المعالج فى الجلسات القادمة.

ولكى يمكن الطفل من أن يعمم التغيرات الإيجابية التى يكون قد أنجزها فى العيادة مع معالجه، ولكي نساعد على أن ينقل تغيراته الجديدة إلى مواقف الحياة اليومية، ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال، وتعد هذه الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية، وبشكل عام قد تكون الواجبات المنزلية معرفية أو سلوكية، كأن نطلب إلى المريض أن يدخل فى سلسلة من

المواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لطرقه السلوكية السابقة، ويمكن أن تكون معرفية كأن نطلب إليه أن يمارس بعض المهارات المعرفية مثل ممارسة الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتويات انفعالية متنوعة عند التفاعل مع الآخرين كذلك يفضل أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسات العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة ولكي ترتبط الأهداف القريبة بالأهداف البعيدة خلال مراحل العلاج (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ١٣٣).

٦- تفضيل ما تم تناوله في الجلسات العلاجية (العلاج بالممارسة السلبية)؛

بدور محتوى الجلسات العلاجية حول اختيار بعض الفقرات التي سيقوم المتلعثم بقراءتها، أو قراءة موضوعات محببة إلى نفسه، ويتم عرض مجموعة من الموضوعات أو الفقرات على الطفل ويختار الأنسب بمساعدة المعالج، واختيار بعض الموضوعات التي سوف يتم بشأنها الحوار والحديث بين المتلعثم والمعالج، ليس هذا فحسب بل وتكليف المتلعثم بواجبات معينة يقوم بتنفيذها، ثم متابعة التحسن لدى الطفل وتدرجه في التخلص من سلوكه المضطرب.

ويمكن عرض محتوى الجلسات العلاجية بأسلوب الممارسة السلبية على النحو التالي:

الجلسة الأولى؛

وهي جلسة تمهيدية - حاول الكاتب خلالها إحداث نوع من الألفة مع الأطفال المتلعثمين وتشجيعهم على التفاعل والاستمرار في المراحل القادمة، كما تم تزويد الأطفال والآباء ببعض المعلومات البسيطة عن اضطراب التلعثم وآثاره، مع تقديم شرح مختصر لأسلوب العلاج بالممارسة السلبية كأسلوب علاجي فعال ومفيد في خفض حدة التلعثم كما تم الاتفاق على القواعد نفسها التي سبق عرضها في الجلسة الأولى من برنامج العلاج الظلي.

والتي يجب الالتزام بها طول مراحل العلاج، كما تم إجراء التطبيق القبلي لأدوات الدراسة قبل البدء في محتوى الجلسات العلاجية.

الجلسة الثانية إلى السابعة،

وقد دارت الجلسات خلال هذه المرحلة حول القراءة الشفهية، حيث يقرأ كل طفل من أطفال المجموعة التجريبية الثانية الفقرة أو القطعة التي تم اختيارها، ثم تم تحديد الكلمات التي تلعثم فيها كل طفل وذلك بوضع خط تحتها، ثم يطلب من الطفل المتلعثم أن يتلعثم عن قصد في كل كلمة يتلعثم فيها ثلاث مرات على الأقل في كل كلمة أو جملة، وبعد ذلك يقوم المعالج بقراءة الكلمة أو الجملة بشكل صحيح، وبعد ذلك يقرأ المتلعثم هذه الكلمات والجمل بالأسلوب نفسه المتبع من قبل المعالج.

وقد بدأت جلسات العلاج بالممارسة السلبية بالترحيب بالأطفال المتلعثمين مع إعادة شرح بسيط لمشكلة التلعثم وشرح بسيط حول كيفية إجراء واستخدام أسلوب الممارسة السلبية في علاج التلعثم، وفي بداية الجلسات استغرق الأطفال وقتاً قبل الكلام في أي موضوع، وبعد تفكير بدأ كل طفل في قراءة موضوع معين، وفيما يلي نورد مثالا لحالة طفل متلعثم، وكيفية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في خفض حدة التلعثم.

مثال:

"سعفان الكسلان"

"سعفان الكسلان لا يفيد الناس، عاشت زوجته وأولاده الصغار في جوع وفقر، وكلما شكت زوجته الجوع، قال لها لا تحزني قريبا سيأتي الوقت الذي نصبح فيه أغنياء"

الإجراءات المتبعة،

١- قام الطفل المتلعثم بقراءة أو سرد القطعة السابقة.

- ٢- تم تحديد الكلمات التي تلعثم فيها الطفل وذلك بوضع خط تحتها.
- ٣- يعيد الطفل المتلعثم قراءة القطعة السابقة مع التلعثم عن عمد أو قصد ثلاث مرات في كل كلمة تلعثم فيها.
- ٤- قام الباحث بقراءة القطعة بشكل صحيح، وطلب من الطفل المتلعثم قراءة كل جملة قراءة صحيحة.
- ٥- قام الباحث بتكليف الأطفال المتلعثمين بواجب منزلي، على أساس أن يقوم كل طفل متلعثم بقراءة بعض الموضوعات في المنزل يومياً مع التلعثم عن عمد ثلاث مرات في كلمة يتلعثم فيها أثناء القراءة أو الكلام.

وفي الجلسات التالية تم اتباع الإجراءات السابقة مع باقي الأطفال المتلعثمين لمجموعة العلاج بالممارسة السلبيه، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن أسلوب العلاج بالممارسة السلبيه قابل للتطبيق وأنه يؤدي إلى نتائج ملموسة خاصة مع المتلعثمين، وهذا في ضوء ما أشارت إليه الدراسات والتراث النظري.

وبعد المرور بالخطوات المرحلية السابقة تبدأ مرحلة جديدة من الجلسات العلاجية على النحو التالي:

الجلسة الثامنة إلى الثالثة عشر

وقد تناولت الجلسات الستة في هذه المرحلة الحديث الفردي من جانب الأطفال المتلعثمين، على أساس أن يقوم كل طفل متلعثم بطرح بعض الموضوعات التي يتحدث فيها بمفرده أثناء الجلسات العلاجية.

وعلى هذا الأساس فقد دار محتوى الجلسات في هذه المرحلة حول الحديث الفردي أي أن الطفل المتلعثم يتحدث بمفرده في أحد الموضوعات التي يختارها دون تدخل من جانب

الباحث، وفي البداية أظهر معظم الأطفال (الأصغر سناً، ٦، ٧ سنوات) مقاومة ورفضاً للكلام عن موضوعات جديدة، وهنا قام الباحث بتشجيع وطمأنة كل طفل للكلام عن أحد الموضوعات مثل سرد أحداث فيلم أو قصة أو الكلام عن أي موضوع يرغب في الحديث عنه، وفيما يلي مثال يوضح الإجراءات العملية التي تم اتباعها من خلال برنامج أسلوب العلاج بالممارسة السلبية:

مثال: بدأ الطفل المتلعثم يتحدث عن مشكلته وتأثيرها على حياته على النحو التالي:
 "أنا متضايق جداً، من طريقة كلامي، وأحاول الكلام على طول، ولكن لا أستطيع، زملائي يضحكون علي، نفسي أنكلم على طول من غير تقطيع، وفي المدرسة كله يبضحك علي".

من الملاحظ أن القلق والاكتئاب وخيبة الأمل من الأعراض السائدة لدى غالبية المتلعثمين (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨)، (Naser Kotby, et al, 1992, 337) فنجد في المثال السابق مدى تأثير الطفل المتلعثم بمشكلته وإحساسه بالنقص، بدليل أنه اختار أن يتحدث عما يجول بداخله من مشاعر وصراعات، ودور الباحث هنا تمثل في تشجيع الأطفال، وأن طريقة كلامهم في تحسن ملحوظ، وأن المراحل القادمة سوف تشهد خطوات أفضل من العلاج عما شاهدناه في المراحل السابقة.

مما تقدم يتضح لنا أن محتوى العلاج خلال هذه الجلسات قد دار حول تدريب الأطفال على أن يتلعثموا عن عمد وبشكل اختياري في الكلمات المتلعثم فيها خلال الحوار أو الحديث الفردي، وفي المثال السابق تم تحديد الكلمات المتلعثم فيها بوضع خط تحتها ثم تكليف الطفل أن يتلعثم عن قصد في كل كلمة حتى يشعر بالتحسن في الكلام وانخفاض في درجة التلعثم.

وعلى هذا الأساس دار محتوى الجلسات فى هذه المرحلة حول الحديث الفردي، وتمثل ذلك فى أن يقوم كل طفل متلعثم بالحديث والحوار عن أي موضوع يختاره فى أي مجال وبدون تحديد مسبق، وهنا قام كل طفل متلعثم من أطفال المجموعة بالإجراء السابق نفسه بأن يتلعثم عن عمد فى كل كلمة تلعثم فيها ثلاث مرات على الأقل حتى يشعر بالطلاقة والتحسن فى كلامه..

وفى هذه المرحلة تم تكليف الأطفال ببعض الواجبات والتدريبات المنزلية، متمثلة فى قيام كل طفل بالتلعثم عن قصد عدة مرات فى كل كلمة أو جملة يتلعثم فيها أثناء الكلام كما تم تدريب كل طفل متلعثم على التخلص من بعض الأعراض الجسمية والنفسية المصاحبة لمشكلة التلعثم، على أساس أن المبالغة فى ممارسة الشيء يؤدي إلى حالة من التعب والإرهاك وبالتالي خفض حدة السلوك المضطرب.

كما تم خلال هذه الجلسات تدريب الأطفال على كيفية التعبير عن مشاعرهم تجاه الآخرين، وتشجيعهم على التفاعل بدون تجنب المواقف الاجتماعية، وطوال الجلسات العلاجية نحاول تغيير فكرة المتلعثم عن مشكلته وتقبلها كخطوة أساسية فى نجاح الأسلوب العلاجي المستخدم، كما تم تدريب الأطفال على كيفية الاسترخاء لتخفيف حدة القلق والتوتر أثناء الكلام مع الآخرين، كما تم تدريب الأطفال على ضرورة وكيفية المشاركة فى بعض الأنشطة الاجتماعية.

الجلسة الرابعة عشرة إلى العشرين:

وهي المرحلة الأخيرة من جلسات العلاج بأسلوب الممارسة السلبية، وقد دار محتوى الجلسات حول تدريب الأطفال على كيفية إجراء حوار أو حديث متبادل مع شخص آخر؛ وذلك كأساس للتعامل فيما بعد مع المواقف اليومية المختلفة، وقد دارت معظم الجلسات

حول الحوار بين المدرس والتلميذ داخل الفصل، بين الطبيب والمريض، بين بائع ومشتر، بين المتلعثم وأحد أصدقائه، بين المتلعثم وأحد الوالدين (الأب أو الأم)، وفي هذه المرحلة تم اتباع الإجراءات السابقة نفسها المتعلقة بأسلوب العلاج بالممارسة السلبية، وذلك عن طريق تدريب المتلعثمين على التلعثم عن عمد لكل كلمة يتلعثمون فيها عدة مرات، وكذلك متابعة مدى تنفيذ الأطفال للتدريبات والواجبات المنزلية، ليس هذا فحسب بل تدريب كل طفل متلعثم على كيفية إجراء حديث أو حوار مع الآخرين في مختلف المواقف الاجتماعية بدءاً من التواصل مع المحيطين بالمنزل والأشقاء والمدرسين.

وفيما يلي نورد مثلاً يوضح الإجراءات العملية التي تم اتباعها في هذه المرحلة من خلال إجراء حوار متبادل بين طفل متلعثم ومدرس بالمدرسة:

الطفل المتلعثم: عاوز أشارك في الإذاعة المدرسية.

المدرس: لا فأنت لا تتكلم جيداً.

الطفل المتلعثم: ماما اتصلي بالمدرس علشان أشارك في الإذاعة

المدرس: حيقول في الإذاعة (أأأأأأ.....).

وقد دار محتوى الجلسات في هذه المرحلة الأخيرة حول تدريب الأطفال على أن يتلعثموا عن قصد في الكلمات المتلعثم فيها خلال الحوار أو الحديث المتبادل وذلك عدة مرات حتى يشعروا بالتحسن في طريقة الكلام، وفي المثال السابق تم تحديد الكلمات المتلعثم فيها بوضع خط تحتها، ثم تدريب الأطفال على التلعثم بشكل مقصود واختياري عدة مرات.

وقد لاحظ الباحث أن التلعثم لدى عينة الدراسة يزداد بمجرد الحديث عن خبرات المدرسة وطريقة التعامل مع الزملاء والمدرسين، وهذا مؤشر يجب أن يؤخذ في الاعتبار

ويوضع ضمن الطرق الأساسية في علاج التلعثم وهو التواصل مع إدارة المدرسة من خلال الأهل لشرح مشكلة طفلهم المتلعثم والتعامل معه بشكل سليم، وقد عبر معظم الأطفال المتلعثمين عن استيائهم من طريقة التعامل في الوسط المدرسي، وأنهم يشعرون بالتحسن من خلال الأساليب العلاجية المستخدمة، ولكن طريقة تعامل الأهل والمدرسين تحطم كل تقدم أو تحسن في طريقة الكلام.

وخلال هذه المرحلة تم تدعيم المتلعثمين وتشجيعهم على الحوار والتواصل بدون خوف أن تجنب، لأن علاج مثل هذه المشكلات يحتاج إلى ثقة بالنفس وصبر وعدم اليأس، كما تم التمهيد لقرب نهاية الجلسات العلاجية وأن الباب مفتوح أمامهم في أي وقت لمواصلة العلاج على المستوى الكلامي والنفسي، وتم التأكيد على أهمية المتابعة المستمرة مع متخصصين في مجال أمراض التخاطب وعلم النفس، وفي النهاية تم التطبيق البعدي لأدوات الدراسة للتعرف على مدى فاعلية أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في خفض حدة التلعثم وأعراضه لدى عينة الدراسة.

متابعة نتائج تطبيق برنامج أو أسلوب العلاج بالممارسة السلبية،

بعد الانتهاء من تطبيق محتوى جلسات العلاج بأسلوب الممارسة السلبية قام الباحث بإعادة تطبيق مقاييس وأدوات الدراسة "التطبيق البعدي" على عينة الأطفال المتلعثمين نفسها الذين تلقوا علاجاً وتدريباً بواسطة أسلوب الممارسة السلبية، وبالتالي إرجاع التحسن إلى تأثير وفاعلية هذا الأسلوب العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، كما يرجع التحسن إلى تدخل عدد من المتغيرات الأخرى أهمها مشاركة الوالدين لأطفالهم في تنفيذ تعليمات المعالج؛ وبالتالي مقارنة النتائج بالأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة في الدراسة.

ثالثًا، محتويات تطبيق برنامج الإرشاد الوالدي،

تعد الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل ذات تأثير مباشر على العديد من سلوكياته، وبالتالي يكون لها تأثير كبير على قدراته اللغوية، حيث يعتبر دور الوالدين عاملاً مساعداً في أحيان كثيرة وليس مسبباً لحدوث التلعثم، حيث يقوم الوالدان بتصحيح طريقة كلام الطفل مما يساعد على إثارة القلق لدى الطفل وبالتالي شعوره بخطورة اضطرابه (Conture, 1983, 163).

ويدرك المعالج الناجح أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تكتسب نتيجة أخطاء بيئية وتكون نابعة من تشخيصات الآباء وانزعاجهم تجاه سلوك الطفل وتصرفاته ولهذا أوضحت البحوث أن اضطرابات الأطفال تكون انعكاساً لأخطاء أو اضطرابات في سلوك البالغين أنفسهم، ولذلك فإن المعالج النفسي لا يستطيع أن يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به، وإذا كان الواجب يقتضي ألا يتم تشخيص مشكلة الطفل بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية فإن مقتضيات العلاج السلوكي تتطلب ذلك أيضاً، ولهذا فإن المعالج السلوكي يحتاج إلى تعاون الوالدين والمربين والمشرفين على الطفل؛ لأن العلاج السلوكي عملية مشتركة يسهم فيها المعالج والطفل والآباء جميعاً، وهي عملية ممتدة، أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة، بل يجب أن تمتد لتشمل الأسرة والمدرسة، كما يجد المعالج السلوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل فقط، بل قد يتطلب علاجاً وتعديلاً في سلوك الوالدين أنفسهم وذلك لنجاح الخطة العلاجية، ومن ثم يجب على المعالج أن يمنح جزءاً من وقته وجهده للأسرة محاولاً إرشاد أفرادها (الوالدين) إلى أفضل الطرق للتعامل والتفاعل مع أطفالهم (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ٦١-٦٢).

الأهداف العامة للبرنامج الإرشادي:

- ١- يجب بادئ ذي بدء أن ننبه الوالدين على ضرورة عدم التسرع في وصف الطفل بأنه متلعثم في كلامه، لأن ذلك يتطلب أن نميز بوضوح بين ما هو اضطراب يحتاج إلى علاج وما هو شيء أو أسلوب تفرضه متطلبات وقوانين النمو.
- ٢- أهمية تعريف الوالدين بكيفية التعامل مع الطفل الذي بدأت تظهر عليه أعراض التلعثم وإرشادها نحو ضرورة خفض الضغوط النفسية المتمثلة في النقد والتقييم والتصحيح لكلام الطفل.
- ٣- تعريف الوالدين وإعطائهما فكرة حول مراحل تطور النمو اللغوي لدى الأطفال.
- ٤- إعطاء فكرة للوالدين حول اضطرابات الكلام وخطورتها وطرق علاجها.
- ٥- توعية الأباء نحو أهمية التعامل والتواصل اللفظي مع الطفل في مراحل النمو المبكرة وذلك لزيادة مفرداته اللفظية وحصيلته اللغوية.
- ٦- توعية الأباء بضرورة التخطيط للقيام بنشاط تروحي لطفولهم المتلعثم مثل: الزيارات، والرحلات، والمسابقات مما يساعد الطفل علي الكشف عن مواهبه وتدعيم ثقته في نفسه.
- ٧- إرشاد الأباء نحو ضرورة إجراء بعض الفحوص الطبية اللازمة للأطفال خاصة إذا كان الوالدان أو أحد أفراد الأسرة يعاني من التلعثم في الكلام.
- ٨- توعية وإرشاد الأباء نحو ضرورة الاطلاع علي الكتب المتعلقة باللغة وتطورها ومشكلاتها، وهذا يساعد الأباء علي فهم لغة أطفالهم وطبيعة نموها. وهكذا تتحمل الأسرة كلها أو بعض أفرادها لاسيما الوالدان مسئوليات وواجبات متعددة لمساعدة الطفل المتلعثم، وبذلك يعد الوالدان عنصرا مهما داخل الفريق العلاجي لخفض حدة التلعثم لدي أطفالهم.

وعلي هذا الأساس يرى العديد من المعالجين أن علاج التلعثم يجب أن يشمل الآباء ولا يقتصر علي الطفل المتلعثم فقط، كما أن الأسلوب السليم لمعاملة الطفل المتلعثم إذا أصيب بالتلعثم خلال مراحل النمو المبكرة، هو أن ندعه ونتعامل مع الوالدين، خاصة إذا كان الطفل غير واع باضطرابه وأقل قلقاً وتوتراً بشأن اضطرابه في الكلام. وهنا ينصب العلاج عن طريق إعطاء إرشادات وتوجيهات للوالدين توضح لهم كيفية معاملة طفلهما المتلعثم (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨)، (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٢٤٤)، (حامد زهران، ١٩٩٧، ٤).

الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

تؤثر مشكلة التلعثم في الكلام علي الطفل، وبالتالي تؤثر في حياة أسرته، وتؤدي إلي شعور الوالدين بالصدمة وخيبة الأمل والإحباط، وهذا ينعكس بشكل سلبي علي بناء العلاقات والتفاعلات بين الطفل المتلعثم وأفراد أسرته، وفي الغالب ما يعجز الوالدان عن مواجهة ظروف الطفل المتلعثم بطريقة صحيحة. وذلك لفقدانهما المهارات اللازمة للتعامل مع طريقته في الكلام.

ولتحقيق الأهداف الإجرائية من البرنامج الإرشادي يجب علي المعالج أن يزود الوالدين والمدرسة والمتلعثم ذاته ببعض الإرشادات والتوجيهات التي يمكن أن تساعد في حل هذه المشكلة ونوجز هذه الإرشادات فيما يلي:

أولاً: إرشادات وتوصيات تتعلق بالوالدين.

ثانياً: إرشادات وتوصيات تتعلق بالمدرسة.

ثالثاً: إرشادات وتوصيات تتعلق بالمتلعثم ذاته.

ونبما يلي نورد بعض الإرشادات والتوصيات التي تساعد الوالدين في كيفية معاملة طفلهما المتلعثم. وتعد هذه الإرشادات خطوة هامة ضمن الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي.

أولاً، إرشادات وتوصيات تتعلق بالوالدين.

- ١- إرشاد وتوجيه الوالدين بأن تلعثم الأطفال خلال مراحل النمو المبكرة شيء طبيعي وأحياناً ما يرتبط بنقص المحصول اللغوي.
- ٢- توجيه نظر الوالدين إلى أن القلق الزائد والمبالغة في التركيز علي طريقة كلامه ينعكس عليه وبالتالي يدرك مشكلته ويزداد اضطرابه أثناء الكلام مع المحيطين.
- ٣- التنبيه علي الوالدين بعدم نقد طريقة كلام الطفل المتلعثم أو السخرية منه أمام زملائه.
- ٤- توجيه الوالدين إلى أهمية تجاهل تلعثم الطفل في مراحل النمو المبكرة؛ لأنه أمر عادي يمر به غالبية الأطفال.
- ٥- التنبيه علي الوالدين بضرورة عدم مقارنة لغة الطفل وطريقة كلامه بزملائه وإرشادهما نحو ضرورة عدم وصف الطفل علي مسمع منهم بأنه متلعثم وغير طليق في كلامه.
- ٦- توعية الأباء بأهمية إعطاء الطفل المتلعثم وقتاً كافياً للنوم والراحة والعناية بصحته والعمل علي تخفيف الضغوط الانفعالية والاتصالية قدر الإمكان.
- ٧- توجيه نظر الوالدين إلى أهمية تقبل مشكلة الطفل وفاعلية الحديث مع الطفل بهدوء.
- ٨- إرشاد الأباء نحو ضرورة عدم مطالبة الطفل بالسرعة في الرد علي الأسئلة وضرورة إعطائه الوقت الكافي للرد علي طلبات الآخرين، ومن الضروري أن يركز الوالدان فيما يقوله الطفل وليس في الطريقة التي يتكلم بها (Mahmoud Youssef, 1986)

- ٩- تدريب الوالدين على أهمية الإنصات والاستماع الجيد للطفل المتلعثم أثناء الكلام.
- ١٠- تدريب الوالدين على ضرورة عدم تجاهل الطفل أثناء الكلام والنظر إليه حتى لا يشعر بالإهمال.
- ١١- توجيه الوالدين إلى ضرورة عدم الكلام بسرعة زائدة مع طفليهم المتلعثم أثناء الحديث معه.
- ١٢- تدريب الوالدين على ضرورة عدم مقاطعة الطفل المتلعثم أو تكلمة الكلام له.
- ١٣- تدريب الوالدين على ضرورة عدم تصحيح كلام الطفل المتلعثم وعدم استخدام عبارات مثل "تكلم ببطء" أو "خذ الوقت الكافي" أو "خذ نفس عميق ثم تكلم".
- ١٤- تدريب الوالدين على كيفية مناقشة مشكلة التلعثم مع الطفل وفي الوقت المناسب مع ضرورة الإجابة على جميع تساؤلات الطفل (هبة سليم، ١٩٩٥).
- ١٥- إرشاد الوالدين إلى ضرورة قيامهم بشرح مشكلة تلعثم طفليهما للأشقاء وتحذيرهم من الاستهزاء من طريقة كلامه (Dorvan & Peter, n.d, WWW), (Ahlam Abd, EelSalam, 1993).

ثانياً إرشادات وتوصيات تتعلق بالمدرسة،

غالباً ما يجد الطفل المتلعثم صعوبة في التوافق مع المحيط المدرسي، ويتمثل ذلك في صعوبة التعامل مع الأصدقاء والمدرسين الجدد والنظام المتبع في المدرسة، وعلي هذا الأساس فإن رد فعل المدرس والزملاء داخل الفصل الدراسي قد يكون له تأثير إيجابي أو سلبي علي مشكلة التلعثم لدي الأطفال، ونظراً لصعوبة الاتصال بالمدرسين أو إدارة المدرسة بصورة مباشرة فإن الكاتب يقترح إعداد قائمة من الإرشادات والتوصيات يقوم الطفل المتلعثم أو أحد الوالدين بتسليمها إلي مدرس الفصل حتى يستطيع فهم حالة الطفل وبالتالي كيفية معاملته

- وفيما يلي نورد بعضاً من هذه الإرشادات والتوصيات والتي تعد خطوة ضمن الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:
- ١- يجب إرشاد المعلم نحو ضرورة معاملة الطفل المتلعثم بالطريقة نفسها التي يعامل بها الأطفال العاديين.
 - ٢- يجب إرشاد المعلم نحو ضرورة إعطاء الفرصة الكافية للطفل المتلعثم للرد علي الأسئلة وعدم تجاهله أو مقاطعته والصبر عليه حتى يستكمل كلامه.
 - ٣- يجب إرشاد المعلم نحو ضرورة التنبيه علي جميع التلاميذ داخل الفصل بعدم السخرية أو الاستهزاء من كلام زميلهم المتلعثم وعدم مقاطعته أثناء الكلام وألا يكمل أحدهم الحديث أو الإجابة له قبل الانتهاء من كلامه.
 - ٤- يجب علي المعلم إظهار علامات الاستحسان للطفل المتلعثم داخل الفصل أثناء مشاركته في الإجابة علي الأسئلة المطروحة.
 - ٥- يجب إرشاد المعلم إلي ضرورة توجيه أسئلة للطفل المتلعثم تتطلب إجابات سهلة ولا تحتاج إلي إجابات طويلة تستدعي نفاذ صبر المستمع وبالتالي مقاطعته والضحك عليه.
 - ٦- يجب علي المعلم أن يهتم بإدماج الطفل المتلعثم في الأنشطة والمهارات الاجتماعية حتى يستطيع مواجهة مواقف الحياة اليومية.
 - ٧- يجب علي المعلم أن يبتعد عن تعبيرات الوجه الغاضبة التي توحى بعدم التقبل والضييق والغضب تجاه تلعثم الطفل في الكلام داخل الفصل المدرسي.

٨- يجب إرشاد المعلم إلى عدم الضغط والإلحاح علي الطفل المتلعثم في الإجابة والرد علي الأسئلة وهو في حالة من الخوف أو الخجل والغضب (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ٥٠-٧٩). (Rasha Mahmmed, 1996).

ثالثًا: إرشادات وتوصيات تتعلق بالمتلعثم ذاته،

علي الرغم من استخدام الأساليب العلاجية في الدراسة الحالية مع الأطفال المتلعثمين إلا أن الباحث يقترح مجموعة من الإرشادات والتوصيات خاصة بالمتلعثم والتي يمكن أن تساعد في مواجهة الظروف والمواقف الإجتماعية وكيفية التعامل مع مشكلته وفيما يلي نورد بعضاً من هذه الإرشادات والتوصيات والتي تعد ضمن الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

- ١- يجب إرشاد المتلعثم إلى ضرورة تحضير حديثه وكلامه تحضيراً جيداً قبل الحوار والمناقشة حتى لا يتلعثم في كلامه مما يدعم ثقته في نفسه.
- ٢- توعية وإرشاد المتلعثم إلى ضرورة وفاعلية المشاركة في الحديث مع المحيطين.
- ٣- توعية المتلعثم بخطورة استخدام التلعثم في الكلام للهروب من المواقف الضاغطة.
- ٤- تدريب المتلعثم علي إجادة بعض العمليات والمهارات اللازمة للكلام بأقل درجة من التلعثم مثل التدريب عن طريق التنفس- الكلام بالتنغيم أو الإيقاع.
- ٥- تدريب المتلعثم علي طرق الاسترخاء الجيد أثناء الكلام والعمل علي تجنب المواقف التي تثير القلق والخوف والتوتر (بدرية كمال، ١٩٨٥)، (نوران العسال، ١٩٩٠) (صفاء غازي إحمد، ١٩٩٢).
- ٦- توعية وإرشاد المتلعثم إلى ضرورة المتابعة المستمرة مع المعالج والاستمرار في الجلسات العلاجية والتدريبية إلى أن يقرر المعالج توقف مدة العلاج.

هذه القواعد والإرشادات سواء المتعلقة بالوالدين أو المدرسة أو المتلعثم ذاته لا تخرج عن كونها أساليب وقائية تساعد المحيطين والمتلعثم علي فهم المشكلة وكيفية علاجها والتعامل معها، وهكذا تتضح لنا خطورة الدور الذي يقوم به الوالدان والمدرسة في علاج مشكلة التلعثم لدى الأطفال.

الخطوات الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

يتحرر برنامج الإرشاد والوالدي في عرو من الخطوات الإجرائية نوجزها فيما يلي :

١- عدد الجلسات الإرشادية .

تم تحديد عدد الجلسات الإرشادية للوالدين (الأب أو /والأم) بحوالي (٢٠) جلسة إرشادية وذلك بواقع جلسة واحدة أسبوعية، علي أساس تساوي عدد الجلسات الإرشادية مع عدد الجلسات العلاجية في المجموعة التجريبية الأولى والثانية، أي أن تطبيق برنامج الإرشاد والوالدي يستغرق (٥) أشهر من ٢٠٠١/٣/١ إلي ٢٠٠١/٧/٣٠ م وتم مقابلة آباء و/أمهات الأطفال المتلعثمين بصورة فردية، وتم خلال هذه الجلسات إرشاد وتوجيه الوالدين لأسلوب معاملة الطفل المتلعثم والعمل علي تهيئة الأمان والاطمئنان النفسي وذلك بهدف نجاح الخطة العلاجية الموضوعه، وقد لاحظ الباحث إفادة الآباء المتعلمين عن غير الآباء غير المتعلمين من الجلسات الإرشادية وهذا يعكس الدور التثقيفي والتعليمي للوالدين في علاج التلعثم.

٢- مكان تطبيق الجلسات الإرشادية،

تم تطبيق الجلسات الإرشادية للوالدين في وحدة أمراض التخاطب . كلية الطب بسوهاج، جامعة جنوب الوادي، وفي بعض المراكز العلاجية والمستشفيات الخاصة.

٢- المدة الزمنية للبرنامج الإرشادي:

تم الاجتماع بأباء أو أمهات الأطفال المتلعثمين بصورة فردية بعد الانتهاء من الجلسة العلاجية لطفلهم المتلعثم مباشرة، علي أساس أن المجموعة التجريبية الثالثة سوف تتلقى علاجاً بأسلوب العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي، وعلي هذا الأساس تراوحت مدة كل جلسة إرشادية حوالي (٢٠) دقيقة - بمعنى آخر فإن الجلسة العلاجية والإرشادية لهذه المجموعة تستغرق حوالي ساعة كاملة، مقسمة علي النحو التالي: (٢٠ دقيقة علاج ظلي - ٢٠ دقيقة علاج بالممارسة السلبية - ٢٠ دقيقة إرشاد والدي) ويرى الباحث أن هذه المدة كافية لإرشاد الوالدين في الجلسة الإرشادية من خلال آراء المتخصصين والتترات النظري، وقد حرص الباحث أن تكون الجلسات الإرشادية في يوم الجلسات العلاجية نفسه لأطفالهم حتى يستفيد الطفل والوالدان من الجلسة العلاجية كاملة، وضماناً لتابعة العلاج وعدم الانقطاع أو الغياب لأنه يحتمل إذا أعطيت الجلسات الإرشادية منفصلة عن الجلسات العلاجية قد يتغيب الطفل أو الوالدان لأي ظرف من الظروف.

٢- الأسلوب الإرشادي :

قام الكاتب بمقابلة الوالدين (الأب أو الأم) أو من يقوم مقامهما، وتم الحوار معهم حول مشكلة التلعثم وكيفية التعامل وأثارها وطرق علاجها، وذلك في صورة مناقشات ومحاضرات مختصرة.

٤- مضمون ومحتوى الجلسات الإرشادية للوالدين:

نعرض في هذا المقام لمضمون ومحتوى الجلسات الإرشادية التي تم مناقشتها مع آباء و/أو أمهات الأطفال المتلعثمين خلال المدة الزمنية للبرنامج الإرشادي، ويمكن عرض مضمون هذه الجلسات علي النحو التالي:

مضمون الجلسات الإرشادية

غالباً ما يجد المعالج صعوبة في بداية الجلسات الإرشادية مع الوالدين، ويتحير كثيراً في مناقشة الطفل وعلاجها، خاصة أنه يدرك تماماً أن الأسرة المتلعثم لم تلجأ إليه من أجل تقديم المعلومات أو أخذ الإرشادات فقط، بقدر ما ترغب في التعرف علي كيفية مساعدة طفلها المتلعثم في مواجهة المواقف اليومية في المنزل والمدرسة، لذلك يجب علي المعالج أن يزود الوالدين بمعلومات كافية عن مشكلة التلعثم.

وقد تم الاجتماع بالأب و/ أو الأم في الجلسة الأولى ودارت المناقشة حول التعرف علي مدى إلمام الأباء بمراحل تطور الكلام ومعرفتهم بمراحل النمو اللغوي لدى الأطفال وتحذيرهم من التسرع في وصف طريقة كلام الطفل بالاضطراب والشذوذ، وهنا تم تعريف الوالدين ببعض قوانين النمو اللغوي وتطوره خلال مراحل الطفولة؛ حتى يسهل عليهم التمييز في سلوك الأطفال بين متطلبات النمو وذلك الذي يمكن اعتباره ووصفه بالاضطراب.

وفي الجلسة الثانية دارت المناقشة حول خطورة رد فعل الوالدين المبالغ فيه تجاه كلام الطفل منذ بداية نطقه بالحروف والكلمات الأولى ومدى ارتباط ذلك بظهور اضطرابات الكلام، كذلك تم خلال هذه المرحلة تعريف الوالدين بظاهرة عدم الطلاقة اللفظية المنتشرة بين معظم صغار الأطفال، كما تم إرشاد وتوجيه الوالدين إلي أن التلعثم في الكلام يظهر لدى الأطفال نتيجة تشخيص الوالدين لعدم الطلاقة اللفظية الطبيعية علي أنها اضطراب في كلام الطفل، وبالتالي فإن التلعثم يبدأ هنا في أذن الأم وليس في فم الطفل (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨)، وهنا تم التنبيه علي الأباء بأن التلعثم لدى الأطفال في مراحل النمو المبكرة إنما هو تلعثم عادي وخاصية للكلام تظهر لدى غالبية الأطفال، وإذا ما حاول الوالدين

وصف وتشخيص الطفل بأنه متلعثم في الكلام وتنبية الطفل لذلك فإن الأمور سوف تصبح أكثر تعقيدا ويبدأ في الشعور بالقلق والتوتر والخوف من الفشل في نطق الكلمات وبالتالي يصبح متلعثما بصورة مرضية.

وخلال الجلسات الأولى تم تطبيق أدوات الدراسة قبل المحاضرات الإرشادية للوالدين والأساليب العلاجية لأطفالهم المتلعثمين.

وفي الجلسة الثالثة دارت المناقشة مع الآباء حول الإجراءات الصحيحة التي يجب أن يستخدمها الوالدان مع طفلهم في حالة ظهور عدم الطلاقة اللفظية الطبيعية، وفي هذه الحالة تم تعريف الوالدين بأن هذه الظاهرة لا تعد اضطرابا كلاميا وإنما مرحلة عادية ويجب التركيز في علاجها علي الوالدين أكثر من الطفل ويتمثل ذلك في وصف الطرق الصحيحة لهما للتعامل مع الطفل، ويتمثل ذلك في تجاهل مشكلة الطفل وعدم لفت انتباهه نحو طريقة كلامه المتقطع، وعدم تكلمة الحديث له وعدم وصفه بأنه متلعثم أمام المحيطين والعمل علي إزالة مصادر القلق والخوف.

وفي الجلسة الرابعة دارت المناقشة حول علاقة الطفل المتلعثم بالوالدين والتعرف علي نوعية الأساليب الوالدية المتبعة مع الطفل والتعرف عما إذا كان الطفل مرغوبا فيه من قبل الوالدين أو لا، كذلك التعرف عما إذا كان اهتمام الوالدين بكلام الطفل اهتماماً مبالغاً فيه ودرجة انتباه وتوقع الوالدين لطريقة كلام طفلهم ومدى تقبلهما لأخطائه اللغوية، وخلال هذه الجلسة يمكن التعرف علي طريقة كلام الوالدين مع الطفل من حيث السرعة والطلاقة والنطق السليم، وهنا تم تعريف الوالدي بضرورة عدم تقييم كلام الطفل بصورة سلبية وعدم عقابه وإهانته وتقبل طريقة كلامه إلي حين عرضه علي المتخصصين.

وفي الجلسة الخامسة دارت المناقشة حول خطورة الضغوط التي يتعرض لها الطفل خلال مراحل النمو خاصة فيما يتعلق بالنمو اللغوي، وهنا تم رشاد الوالدين إلى أن الاستمرار في تصحيح كلام الطفل قد يؤدي إلى التلعثم في الكلام، فغالباً ما يحاول الوالدان ويلحان على الطفل بالدقة في الكلام وصياغة الجمل المزيّدة والسليمة والبعد عن الكلمات الطفلية، وهنا تم توعية الأباء إلى أنه ترك الطفل وشأنه سوف يتعلم الكلام الصحيح مع مرور الوقت، بشرط أن يتحدث الوالدان أمامه بطريقة صحيحة لأنهما قدوة ونموذج له في كل شيء حتى في طريقة الكلام.

وفي الجلسة السادسة دارت المناقشة والحوار حول خطورة إجبار الطفل على الكلام أمام الغرباء والضيوف لإظهار مهاراته وقدراته اللفظية، وفي هذه المواقف الضاغطة يشعر الطفل بأنه مجبر على الكلام ولا بد أن يتكلم بطلاقة وبدون تلعثم لتحقيق رغبات الوالدين وعدم إحراجهما أمام الأقرباء وهنا يشعر الطفل بأنه موضع تركيز وانتباه من المستمعين فتظهر عليه علامات التلعثم والتردد في الكلام بصورة شديدة. كما تم إرشاد الوالدين نحو ضرورة عدم تجاهل كلام الطفل حتى لا يزداد تلعثمه بغرض اهتمام المحيطين به.

وبعد المرور بالخطوات المرحلية السابقة تبدأ مرحلة جديدة من البرنامج الإرشادي تتمثل في الجلسات من السابعة إلى الحادية عشرة، فقد دارت الجلسات الإرشادية حول إعطاء بعض التوجيهات للوالدين بهدف التعرف على كيفية معاملة الطفل في حالة إصابته بالتلعثم في الكلام، وفي هذا الصدد تم مناقشة وتوعية الأباء بأهمية العناية بصحة الطفل المتلعثم بصورة عامة وإعطائه الوقت الكافي للراحة والنوم والاسترخاء نظراً لتأثير هذه الظروف على طلاقته اللفظية، كذلك تم إرشاد وتوعية الأباء ببعض الحقائق المتعلقة بالفروق الفردية بين الذكور والإناث من حيث الطلاقة اللفظية.

كذلك دار الحوار والمناقشة مع الوالدين حول ضرورة عدم إظهار القلق الزائد نحو تلعثم الطفل؛ لأن هذا قد يؤدي إلي إدراك إلي إدراك الطفل لخطورة مشكلته ومن ثم ينطوي علي نفسه ويصبح غير متوافق نفسياً، وخلال هذه المرحلة تم إرشاد الوالدين نحو خطورة وضع الطفل المتلعثم في مواقف ضاغطة يشعر فيها بالتهكم والسخرية أو اتخاذ طريقة كلامه وسيلة للسخرية من قبل المحيطين به، وخلال هذه الجلسات تم إرشاد الوالدين إلي ضرورة تهيئة كافة الظروف المناسبة أمام الطفل المتلعثم للقيام ببعض الأدوات والمسئوليات التي تشعره بقيمته وتعطيه الإحساس بثقته في نفسه، فمما لا شك فيه أن إدماج الطفل في المسئوليات والممارسات الاجتماعية قد تبعده عن تركزه وانتباهه ووعيه بمشكلته، كما تم توعية وإرشاد الوالدين إلي ضرورة إعطاء الفرصة الكاملة للطفل للتعبير عما يقوله في جو يشعره بالأمان وأهمية التجاوب لما يقوله بدون تدخل أو نقد أو إظهار علامات الملل ونفاذ الصبر من طريقة كلام الطفل المتلعثم. وهكذا تسير الجلسات الإرشادية وفق ترتيب منطقي - حيث تم في المرحلة التالية إرشاد الوالدين إلي كيفية الطريقة التي يجب أن يتكلم بها الأب أو الأم مع الطفل المتلعثم، ولهذا يوصي معظم المعالجين آباء الطفل المتلعثم بالتريث في الكلام وخفض معدل سرعة الكلام، ولا يجب علي الوالدين أن يطلبوا من الطفل أن يتكلم ببطء أو أن يفكر ثم يتكلم مع المحيطين.

وفي هذه المرحلة تم التركيز علي إرشاد الوالدين إلي أهمية تحسين الوسط البيئي المحيط بالطفل المتلعثم عن طريق خفض حدة الظروف والعوامل التي تعمل علي زيادة التوتر والقلق، كما تم توعية الآباء بضرورة تشجيعاً لطفل علي الاندماج والتفاعل مع الآخرين وهنا يجب علي الآباء استخدام أساليب قائمة علي التفاهم المتبادل واستخدام الكلمات السهلة مع الطفل.

وفي الجلسة من الثانية عشرة إلى السادسة عشرة دارت المناقشة والحوار حول التأكيد علي دور الوالدين في نجاح العملية العلاجية، وفي هذه الجلسات تم إرشاد الوالدين إلى ضرورة خلق مواقف تفاعل داخل البيت أو خارجه بحيث يجد الطفل نفسه في هذه المواقف مدفوعاً من ذاته إلى الحديث مع المحيطين، وهنا يجب علي الوالدين أن يدعوا كلام الطفل وتدريبهما علي أهمية الإنصات والاستماع الجيد للطفل، كذلك تم توعية وإرشاد الوالدين إلى خطورة ترك الطفل يلجأ إلى العزلة والانطواء، كما تم الحوار مع الوالدين حول أهمية استخدام لغة بسيطة تتناسب مع قدرات الطفل، وخلال الجلسات الإرشادية تم التنبيه علي الآباء بضرورة تحذير أطفالهم من إساءة استخدام أصواتهم. وخلال الجلسات الإرشادية دارت المناقشة حول المواقف المرتبطة بزيادة أو نقصان التلعثم، وهنا تم توعية وإرشاد الوالدين إلى ضرورة التعرف علي المواقف المرتبطة بالتلعثم مثل "حدوث التلعثم في وقت محدد من اليوم" أو حدوث التلعثم أمام أفراد معينين أو حدوث التلعثم في كلمات بذاتها" وهنا كان التركيز يدور حول تدريب وإرشاد الوالدين إلى التعرف وملاحظة المواقف وتقليل الكلام في المواقف الضاغطة.

ومن ناحية أخرى يرى بعض المعالجين ضرورة إرشاد الوالدين نحو ضرورة الاحتفاظ بنظرة العين المعتادة تجاه المتلعثم أثناء الحديث معه (هبه سليم ١٩٩٥)، كما يجب إرشاد الوالدين إلى أنه إذا بدأ الطفل المتلعثم حديثه بينما هم يمارسون أعمالاً تتطلب منهم التركيز مثل قيادة السيارة، فهذا يجب عليهم أن يشرحوا للطفل أنهم لا ينظرون إليه بسبب انشغالهم في شيء يتطلب منهم التركيز إلا أنهم يستمعون جيداً لكلامه وبمجرد الانتهاء من العمل سوف يتحدثون ويتناقشون معاً، كذلك تم إرشاد الوالدين إلى ضرورة تقليل عدد الأسئلة والاستفسارات من الطفل المتلعثم، وأيضاً دارت المناقشة مع الآباء حول ضرورة

كسر حاجز الخوف من الكلام مع طفلهم حول مشكلته وضرورة الإجابة عن كل التساؤلات التي تدور في ذهن الطفل.

وفي الجلسات من السابعة عشرة إلى الجلسة العشرين، تم إرشاد الوالدين إلى ضرورة خلق مواقف اجتماعية تساعد علي ظهور مهارات الطفل بدلا من التركيز علي طريقة كلامه ونقده، وقد تم تكليف الوالدين بإعداد قائمة بأنشطة الطفل ومتابعة تنفيذها للواجبات والتدريبات المنزلية وتشجيعه علي القيام بها بدون إهمال وفي نهاية الجلسات الإرشادية تم التمهيد للوالدين بقرب نهاية الجلسات العلاجية والإرشادية والتنبيه عليهم بضرورة سرعة التوجه إلى المعالج المتخصص في حالة تفاقم وظهور المشكلة مرة أخرى أو ظهور الانتكاس بعد الانقطاع عن الجلسات العلاجية، كذلك - تم التأكيد خلال الجلسات الإرشادية الأخيرة علي الوالدين بضرورة متابعة الطفل في المدرسة ومحاولة شرح حالته للمدرسين وزملائه لنجاح الخطة العلاجية وفي ضوء ما سبق يرى الباحث أن هذه الجلسات أو المحاضرات الإرشادية للوالدين ليست منفصلة عن بعضها فكل جلسة مرتبطة بالجلسة التي تليها وهكذا وفي النهاية تكون هذه الجلسات تصوراً معرفياً متكامل البناء يزود من خلاله الطفل والوالدين بالكثير من المعلومات عن المشكلة وآثارها وكيفية علاجها أو علي الأقل كيفية التعامل معها وهكذا يعتبر إرشاد الأسرة بعامه وإرشاد الوالدين بخاصة طورا مهما من أطوار العلاج الشامل في أي برنامج علاجي يوضع كخطة لعلاج مشكلة التلعثم وعلي هذا الأساس فإن الإجراءات السابقة والمتمثلة في التوصيات والمحاضرات والجلسات الإرشادية هي بمثابة إطار أساسي للتعامل مع الأطفال التلعثميين وفي النهاية يجب أن نشير إلى أن ما أوردناه كتوصيات للآباء تحدد ما يجب أن يكون عليه أسلوبهم مع أطفالهم. إذا ما كان هؤلاء الأطفال يعانون من التلعثم في الكلام ومن ثم لا تخرج مضامين هذه التوصيات

والجلسات الإرشادية عن كونها أساليب وقائية تحمي الأطفال من المعاناة والمجاهدة الشديدة التي يتعرضون لها بسبب تلعثمهم في الكلام.
متابعة نتائج تطبيق برنامج الإرشاد الوالدي :

بعد مرور المدة الزمنية لبرنامج الإرشاد الوالدي (خمس أشهر) وبمجرد الانتهاء من الجلسات العلاجية للأطفال المتلعثمين وانتهاء من الجلسات والمحاضرات الإرشادية للوالدين، فقد تم إعداد تطبيق أدوات الدراسة علي المجموعة التجريبية الثالثة، (مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية، والإرشاد الوالدي)، وخاصة استمارة تعديل السلوك الوالدي تجاه الطفل المتلعثم ؛ وذلك للتعرف علي مدى استفادة الوالدين من الجلسات الإرشادية وأثر ذلك علي طريقة تعاملهم مع أطفالهم المتلعثمين ومدى اكتسابهم للطرق والأساليب الصحيحة، وبالتالي مقارنة سلوك الأباء تجاه أطفالهم قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وكذلك التعرف علي فاعلية الأساليب العلاجية والإرشاد الوالدي في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

سادساً، الأساليب الإحصائية المستخدمة ،

تجدر الإشارة هنا إلي ضرورة توضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية، وقد تم استخدام الطرق والوسائل الإحصائية التالية :

- ١- حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية : استخدمت في معالجة البيانات الخاصة بالعينة وكذلك البيانات الخاصة بمقاييس الدراسة.
- ٢- اختبارات " T -test - وذلك لحساب دلالة الفروق بين مجموعات الدراسة التجريبية والضابطة، عما إذا كانت الفروق ذات دلالة أو لا، وإذا وجدت فروق دالة يمكن الكشف عنها في صالح إي من المجموعات.