

العنوان:	برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين المتلعثمين
المصدر:	مجلة كلية التربية (جامعة بنها) - مصر
المؤلف الرئيسي:	رفاعي، ناريمان محمد
مؤلفين آخرين:	عبدالقادر، أشرف أحمد، شكر، إيمان جمعة فهمي محمد(م. مشارك)
المجلد/العدد:	مج 22, ع 85
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
الشهر:	يناير
الصفحات:	237 - 266
رقم MD:	82663
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	علم النفس التربوي، التلعثم، اضطرابات الكلام، البرامج التدريبية، المراهقون، الاضطرابات النفسية، تنمية المهارات، الفروق الفردية، السلوك
رابط:	https://search.mandumah.com/Record/82663



برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين المتلعثمين

إعداد

أ.د/ أشرف أحمد عبد القادر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية
للدراسات العليا
كلية التربية- جامعة بنها

أ.د/ ناريمان محمد رفاعي
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية- جامعة بنها

إيمان جمعة فهمي محمد شكر
كلية التربية- جامعة بنها

بحث مشتق من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحثة

برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من

المراهقين المتلعثمين

إعداد

أ.د/ ناريمان محمد رفاعي
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة بنها

أ.د/ أشرف أحمد عبد القادر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية للدراسات العليا
كلية التربية - جامعة بنها

إيمان جمعة فهمي محمد شكر
مدرس مساعد بقسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة بنها

الدافع إلى الدراسة:

تعد اللغة أساس عملية التواصل التي تحدث بين البشر، فعن طريق اللغة يحدث الحوار ويتم التفاعل بين البشر، ليعبر كل فرد منهم عما يريد من الفرد الأخر، والكلام صورة من صور اللغة يستخدم فيها الإنسان الكلمات لنقل المفاهيم اللغوية للآخرين، فالمفاهيم تنتقل من المتكلم إلى المستمع عن طريق وضع هذه المفاهيم في نسيج لغوي مفهوم بين المرسل والمستقبل، فيقوم المستقبل بترجمة الكلمات إلى أفكار، وهكذا فإن الكلام آداه لها أهميتها في نجاح الفرد في التواصل بالآخرين، فإذا حدث اضطراب للكلام أثناء نقل الرسالة أدى ذلك إلى اضطراب التواصل، وأصبح الكلام عديم المعنى أو يقوم بنقل معاني خاطئة.

ويعتبر التلعثم أحد اضطرابات النطق والكلام الشائعة المؤثرة في فاعلية عملية التواصل، حيث لا يستطيع الفرد المتلعثم أن يوضح مفاهيمه اللغويات جيدا" للآخرين بشكل لفظي سليم، مما يجعله غير قادر علي التفاعل والتواصل بنجاح معهم.

حيث يقلل ذلك التلعثم من فرص التواصل بين المتلعثم والآخرين المحيطين به، مما يؤدي إلى شعوره بالنقص، وعدم الثقة بالنفس، والانعزالية، والخوف من التحدث عموما" في أي موقف سواء كان ذلك الموقف عادياً أو ضاغطاً، مما يشعره بالقلق وعدم الإحساس بالأمن، والخوف من رد

الفعل السلبي للآخرين علي طريقة كلامه وهذا بدوره يتسبب في الانسحاب الاجتماعي من محيط التفاعلات الخارجية ويجعله لا يستطيع تحمل المسؤولية حيث يزعزع الخوف أركان شخصيته. ومثل هذه المشاعر المحبطة والتي تصاحب عملية الكلام تزداد في فترة المراهقة (حيث تتميز بالحساسية المفرطة) مما يؤدي إلى تفاقم المشكلة لديهم، فالحالة النفسية للمتلعثم لها التأثير الأكبر على تلعثمه. ونظرًا لما يمر به المراهق المتلعثم من تغيرات سريعة في النمو للجوانب الفسيولوجية والنفسية، ونتيجة لاستمرار معظم هؤلاء المراهقين في التلعثم لفترة من الوقت، فإنهم يواجهون صعوبات قد تتميز بأنها أكثر تشعبًا وتعقدًا ومقاومتها المستمرة لأي نوع من التغير هذا بالإضافة إلى أنه قد ينتج عن وعيهم الذاتي وإدراكهم للآخرين مزيدًا من الإحباط والإحراج وأيضًا نقصًا في الثقة بالنفس (Hearne, Anne et al., 2008: 82).

وهذا ما أكده بلود وآخرون (Blood, Gordon et al., 2001) من أن الكثير من المراهقين المتلعثمين يعانون من المخاطر الكبرى للفشل في البيئة المدرسية نتيجة للتواصل أو التفاعل الشفوي والذي يعتبر مكون تكاملي لعديد من الأنشطة داخل الحجر المدرسية. فلقد أصبحت الكثير من المجالات التعليمية وخاصة في المراحل الوسطى والعليا تؤكد على أهمية مهارات التواصل الشفهية مركزة على المحادثات العامة والتفاعل في مجموعات صغيرة. ولذلك فإن قلة المهارات التواصلية يؤدي إلى الاضطراب في الطلاقة والخوف من التواصل، مما يؤثر على حياة الطالب المتلعثم ولاسيما إذا كان في مرحلة المراهقة. فالخوف من التواصل وضعف صورة الذات لدى المراهقين المتلعثمين يقف عقبة أمام التكيف الناجح للتعايش الطويل مع هذا الاضطراب (Blood, Gordon et al., 164, 2001).

ويشعر المتلعثم بالدونية أي أنه أقل من جميع من حوله، فيظن أن كلامه ربما لا يقبل ممن حوله أو أن أسلوبه في معالجة القضايا ربما يقل كفاءة عن أساليب الآخرين، فيتجنب الكثير من المواقف مما يقلل من خبرته في الحياة والتعامل مع الناس فيتوتر ويرتبك لأقل مشكلة تقع له، مما يزيد من تلعثمه ويدخله في دائرة مغلقة من التلعثم والارتباك (Blood, Gordon et al., 2001, 162).

ويعاني المراهق المتلعثم من الخوف الدائم من اكتشاف حالة التلعثم عنده، والذي قد يؤدي إلى التأثير علي علاقاته مع نظرائه وأقرانه. فمنهم من يضع يده علي فمه وهو يتحدث كأنه لا يريد أن يصل الكلام إلي سامعيه فينكشف أمره، ومنهم من يعرض عن الكلام ويظهر بمظهر الخجل خوفًا من أن يتم التعرف عليهم كمتلعثمين فيتم تقليدهم أو السخرية منهم أو مضايقتهم (Jones,

(Mark et al., 2001:250) ومنهم من يضطر لاستخدام وسائل اجتناب المواقف الصعبة في محاولة منه لإخفاء التلعثم وذلك باستخدام حيل متنوعة تساعدهم علي التصرف في المواقف الصعبة، فعلي سبيل المقال قد يقوم المراهق باستخدام كلمات إضافية لبداية الكلام أو لشغل الوقت حتى استجابة الطرف الأخر مثل: "كما تعرف، نوعاً ما... الخ" Yamada, Jun & Homma, (Takanobu, 2007:1198).

وهناك من المتعلمين من يفضل أن يقول "لا أعرف" ليتجنب الإجابة عن الأسئلة أثناء المحادثات، ومن سلوكيات التجنب التي يتبعها بعض المتعلمين سرقة الوقت، أو الدفع بالكلمات بقوة للخارج، أو فقد الاتصال بالعين. كما قد يقومون بتغيير بعض الكلمات أو استبدال أحد الكلمات الصعبة بأخري أسهل لهم، علي الرغم من أنها قد لا تؤدي نفس المعني (Thomas, Carys & Howell, Peter, 2001:316).

وفي المقابل نجد التلعثم يؤثر علي المراهقين في حياتهم الاجتماعية، بل وفي العمل أو الاختيارات المهنية، فالمتعلم قد يختار متعمداً أن يعمل كسائق أتوبيس أو أي وظيفة أخري لا تتطلب مهارات للتواصل مع الآخرين أو الاضطراب للدخول في مواقف كلامية لأنه بتلك الوسيلة يتجنب حتمية الكلام حتى إن هناك بعض المتعلمين الذين يتلقون العلاج ينشأ لديهم رغبة في تغيير وظائفهم بعد تلقيهم للعلاج (Gabel, Rodney, et al., 2008: 146).

من كل ما سبق تخلص إلي أن المتعلم يعيش حالة من التوتر المستمر نتيجة لمشاعر التهديد التي يعانها من توقع فشله، وما يخبره من إحباطات متكررة في المواقف الكلامية ولذلك فإنه يشعر بالقلق، والانسحاب، والخجل، والعدوان تجاه الذات والآخرين، والشعور بالنقص، وعدم الثقة، وعدم الأمان، والإحباط، حيث يقارن نفسه بغيره من المراهقين الذين يتحدثون بطلاقة مما ينعكس علي نفسيته فيشعر بالإحباط وينخفض تقديره لذاته وتنخفض تبعاً لذلك فعاليته الذاتية. ولذلك يمثل التلعثم بالنسبة له مشكلة تستنفذ قدراً هائلاً من تفكيره وتستولي علي اتجاهاته وتجعله فريسة للقلق والتوتر إزاء ما يعاناه، وهذه المشاعر تجعله غير متوحد توحداً كافياً في الموقف الكلامي، فهو دائماً مستغرق في نطاق مشكلته وما تفرضه عليه من مصاعب، ولذلك فإن قدرته علي التفوه بالكلمات المعبرة عن أفكاره تقيدها هذه المشاعر وتحد من انطلاقها.

وعلي أية حال فإن علاج مثل هذه المشاعر السلبية يحسن من مستوي التلعثم لدي المراهق إن لم يكن خطوة في طريق الشفاء وخاصة عند تلقيه تدريبات التخاطب معها، وهذا ما دفع الباحثة لإجراء هذا البحث.

وانطلاقاً مما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي:

- ما مدى فعالية برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدي عينه من المراهقين؟

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية النظرية:

تتبع أهمية الدراسة من تناول اضطراب التلعثم في الكلام والذي يعد مشكلة خطيرة يعاني منها المراهق الذي يعيش صراعاً بين الرغبة في التواصل مع الآخرين وتجنب التلعثم في الكلام مما قد يؤثر علي إدراكه لذاته أثناء التعامل في المواقف المختلفة سواء داخل أسرته أو مع أقرانه وأساتذته ومجتمعه.

ثانياً: الأهمية التطبيقية للدراسة تتمثل في:

تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في مساعدة المراهقين المتلعثمين علي التعبير عن مشاعر الخوف الكامن لديهم والذي يمنعهم من الطلاقة أثناء الحديث وذلك من خلال برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لديهم.

أهداف الدراسة:

- 1- إلقاء الضوء علي أبعاد مشكلة التلعثم والاتجاهات الحديثة لعلاج التلعثم.
- 2- تهدف الدراسة الحالية إلي تقديم برنامج تدريبي والتعرف علي مدى فاعليته في خفض حدة التلعثم لدي عينه من المراهقين المتلعثمين، ومدى استمرار فاعليته-إن وجدت- حتى بعد انتهاء فترة المتابعة.

تحديد المصطلحات:

1- التلعثم Stuttering:

يشير ريلاي (Rilay 1984) إلي أن التلعثم هو اضطراب كلامي تشنجي شائع بين الأطفال والكبار علي السواء ، وله مظاهر سلوكية تتمثل في التكرارات الصوتية وإطالة النطق والاحتباسات الصوتية التي غالباً ما تكون في بداية نطق المقاطع، أو الكلمات أو الجمل بالإضافة إلي المصاحبات الجسمية كانهفالات الوجه، وحركات الفم، والرأس، والرقبة، واليدين، والرجلين (Riley, 1984, 308).

ويُقاس بالدرجة التي يحصل عليها الفرد علي مقياس شدة التلعثم إعداد: ريلاي Rilay (1984)، ترجمة سيد أحمد البهاص (2005).

2- المراهقين المتلعثمين:

ويقصد بهم أفراد عينة الدراسة من المراهقين من الجنسين (ذكور- إناث) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (12-16) وتظهر عليهم أي من المظاهر السلوكية للتلعثم والمتمثلة في التكرارات الصوتية، وإطالة النطق، والاحتباسات الصوتية، بالإضافة إلي بعض الأعراض المصاحبة للتلعثم.

3- البرنامج التدريب:

هو برنامج انتقائي قائم أساساً علي نظرية فعالية الذات لباندورا، هذا بالإضافة إلي نظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، ونظرية العلاج العقلاني الانفعالي، ونظرية العلاج المتمركز حول الشخص لـ "كارل روجرز" ويهدف إلي مساعدة المراهقين المتلعثمين علي تحسين فعالية الذات المدركة لديهم من خلال العديد من الأنشطة والمهارات التدريبية بغرض خفض حدة التلعثم لديهم، ويتكون من ثلاثون جلسة، بالإضافة إلي جلسة المتابعة، مدة الجلسة تتراوح من نصف الساعة إلي ساعة تقريباً، ويتناول العديد من الفنيات مثل النمذجة، لعب الدور، التعزيز، التحصين التدريجي، المرأة، تقديم الذات، المحادثات الثنائية، الكرسي الخالي، الأحاديث الذاتية، الاسترخاء، وأسلوب المحاضرة والمنافسة والواجب المنزلي، بالإضافة إلي بعض الطرق التخاطبية مثل طريقة ضبط التنفس، وطريقة التحضير.

الدراسات السابقة:

قام هيرني أمي وآخرون (Hearne, Ame et al., 2008) بدراسة تهدف إلي معرفة إدراكات المتلعثمين عن تلعثمهم أثناء سنوات المراهقة، وكذلك معرفة الأسباب التي جعلت المراهقين يتوجهوا للعلاج من التلعثم أثناء فترة المراهقة أو الأسباب التي كانت عائقاً أمام توجيههم للعلاج. وقد طبقت هذه الدراسة علي عينة قوامها 13 من المراهقين وصغار الراشدين (لتسجيل خيرايم السابقة عن المراهقة)، وقد تم تقسيم هذه العينة إلي ثلاث مجموعات:

الأولي: تتكون من صغار الراشدين وعددهم 3 مما تتراوح أعمارهم بين (21-26 عاماً)

الثانية: وتتكون من 3 من المراهقين وتتراوح أعمارهم بين (13-16 عاماً).

الثالثة: وتتكون من 6 من المراهقين وتتراوح أعمارهم بين (14-17 عاماً) وفرد عمره 19 عاماً.

ولقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود نقص في الاهتمام والوعي المدرك عن التلثم من قبل المعلمين والآباء بالإضافة إلى المراهقين. كما أظهرت الدراسة أن التلثم في حد ذاته لم يكن سبباً كافياً لجعل المراهقين يبحثون عن العلاج; وإنما كان يوجد أسباب أخرى تدفع المراهق للتوجه للعلاج من التلثم، مثل الضغوط التي يتعرض لها أثناء العمل، أو البحث عن العلاج الجماعي بهدف التعرف على أفراد آخرين لهم نفس الظروف المرضية.

كما قام لايهو وكليبي (Laiho, Auli & klippi, Anu, 2007) بدراسة كان الهدف من هو فحص تأثير البرامج العلاجية المكثفة في علاج سلوك التلثم لدى الأطفال والمراهقين. ولقد استخدمت ثلاث فنيات علاجية في هذه البرامج هي: العلاج بالتحديث، الإرشاد للوالدين، العلاج السلوكي. ولقد شارك في هذه الدراسة 21 من الأطفال والمراهقين المتلثمين، 29 من الآباء والأمهات لهؤلاء المشاركين. وتراوحت أعمارهم ما بين (6.8-14 سنة). وأظهرت النتائج أن حالات التلثم الحادة أصبحت معتدلة خلال البرنامج فلقد تحولت سلوكيات الإطالة في التلثم إلى فترات أقل، كما تحولت سلوكيات التوقف إلى سلوك التكرار وهو أفضل حالاً وخطوة في طريق التحسن. كما انخفضت نسبة المقاطع المتلثمة (حدث تحسن في بعض المقاطع المتلثمة) بنسبة 2-3%. كما حدث تحسن في بعض الأعراض المصاحبة للتلثم مثل أعراض التجنب وأعراض القلق والأعراض المجهدة لنفسية المتلثم. ولقد أظهر جميع المشاركين تغيرات إيجابية في سلوكيات التلثم في فترة المتابعة.

ولقد قدم هوينكي وآخرون (Huinkc, Wendy et al., 2006) دراسة تهدف إلى معرفة إذا ما كان مستوى شدة الإدراكات والانفعالات السلبية لدى المتلثمين قبل تلقيهم للبرامج العلاجية للتلثم يؤثر على استجابتهم لهذه البرامج العلاجية ومدى التحسن الذي يعود منها. وشارك في هذه الدراسة (25) من الراشدين الألمان المتلثمين (17 من الذكور، 8 من الإناث) تتراوح أعمارهم بين (17-35 عاماً) بمتوسط عمري (29.6 عاماً). وقد شارك جميع أفراد العينة في البرنامج المكثف المتكامل لعلاج التلثم (CSP) لمدة ثلاث أسابيع. ولقد توصلت نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة بين شدة التلثم وبين شدة الإدراكات والمعارف السلبية. فلقد أظهرت المجموعة ذو التلثم الشديد تقبلها وتجاوبها للعلاج ولكن أظهرت مستويات عالية من النكوص. كما لم تظهر النتائج عن وجود أي اختلافات بين مجموعتي الانفعالات الشديدة والمنخفضة في التقييم البعدي والمتابعة.

وقدم هيوات وآخرون (Hewat, Sally et al., 2006) دراسته التي تهدف إلى محاولة التعرف علي مدى فعالية العلاج بطريقة الإيقاف المفروض ذاتياً في علاج التلعثم، وما هي قابليته للتطبيق في كل المواقف اليومية الكلامية. وطريقة الإيقاف المؤقت هي طريقة سلوكية إجرائية تستخدم لخفض حدة التلعثم عن الكلام لحظة حدوث التلعثم ويكون ذلك بتعليمات من الذات (أي بإدارة ذاتية). وشارك في هذه الدراسة (30) من المشاركين من السويد وتراوح أعمارهم من (14-52 عاماً) بمتوسط عمري (29.7 عاماً)، أربعة كانوا من المراهقين (12-17 عاماً) (8 كانوا من النساء، 22 كانوا من الذكور). ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن برنامج SITO هو برنامج له قيمة كLINيكية، حيث أظهر خفض في شدة التلعثم بنسبة أكثر من 50% في أكثر من نصف العينة. كما أوضحت نتائج التقرير الذاتي لأفراد العينة الرضا عن هذا العلاج وعن كلامهم بعد العلاج، حيث ذكر كل المشاركين تقريباً أنهم أوصوا بهذا العلاج للآخرين. ولقد كان متوقعاً أن شدة التلعثم سوف تؤثر علي الاستجابات المتوقعة من برنامج SITO، حيث كان يتوقع أن يظهر التحسن بصورة أكبر من المشاركين ذوي شدة التلعثم البسيط، ولكن ظهر العكس حيث حدث التحسن بصورة أكبر من المشاركين ذوي شدة التلعثم الكبيرة. كما أظهرت الدراسة أن المشاركين المراهقين قد استجابوا للبرنامج العلاجي بصورة أفضل من الراشدين.

كما قدم قطبي وآخرون (Kotby, M et al., 2003) دراسة تهدف هذه الدراسة إلى مقارنة التأثير قصير المدى لثلاث طرق علاجية تتبع العلاج السلوكي، وهذه الطرق العلاجية هي:

- 1- طريقة عدم التفادي لفان ريبير Van Riper.
- 2- طريقة دمج الأصوات لستر ومستا Stromsta.
- 3- طريقة سميث أكسنت Smith Accent (للتنفس البطني).

وطبقت هذه الدراسة علي (120) متلعثم، (99) من الذكور (21) من الإناث بمتوسط عمري (21.1) عاماً حيث تتراوح أعمارهم بين (15-35 عاماً) ولقد تم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات، ثلاث مجموعات تجريبية تحتوي كل مجموعة علي (30) متلعثم وتتناول كل مجموعة العلاج بطريقة من الطرق السابقة ومجموعة ضابطة. وتوصلت الدراسة إلى أنه تم التحسن في كل المتغيرات بصورة دالة فيما عدا الانشطار الداخلي للفونيم، فعلي الرغم من زيادته في التقييم الثاني (بعد 8 أسابيع) لكنه انخفض مرة أخرى وبصورة دالة في التقييم النهائي لكل المجموعات التجريبية، كما دلت النتائج عن تحسن الحركات اللاإرادية والتواصل بالعين بصورة

دالة في المجموعات التجريبية الثلاث، ولكن حصل برنامج عدم التجنب لفان ريبير علي النسبة الأعلى من التحسن. ويمكن تفسير ذلك بأن خطوات التحصين التدريجي والتغير والتي في بداية برنامج عدم التجنب يتعامل مع هذه الأمور بصورة مركزة وعميقة. بينما أظهرت طريقة إدماج الأصوات لستر ومستأ أعلي نسبة في التحسن الحادث في التقييم الإدراكي مثل التكرار والانشطار الداخلي للفونيم. ويعزي ذلك إلي أن استخدام طريقة تحضير الأصوات المستخدمة في طريقة ستر ومستأ يساعد في التغلب علي النقص في دمج الأصوات والذي من المفترض أن يكون موجود في كل صوت طبيعي. كما دلت النتائج علي أن طريقة Smith Accent للتلفس البطني تعتبر هي الطريقة الوحيدة التي أظهرت اختلافات بين التقييم القبلي والبعدي بالنسبة لحالات الهياج (التوتر) والانطفاء والذين يعتبروا من الأسباب الرئيسية للتلعثم.

وقد سباركس جارين (Sparks, Garen, 1999) دراسة تهدف إلي معرفة تأثير معدل السرعة في الكلام عل شدة التلعثم أثناء التغذية السمعية المرتدة المتأخرة لدي الأفراد المتلعثمين. حيث يطلب من المفحوصين أني يتكلموا بمعدل القراءة الطبيعية ومعدل سريع للقراءة كلما أمكن ذلك أثناء القراءة الشفهية، وتكونت عينة الدراسة من (4) أفراد تتراوح أعمارهم بين 13:21 عاماً كلهم من الذكور، ولقد صنفت شدة التلعثم لدي المتلعثم (B,C) بأنا شديدة وذلك تبعاً لمقياس شدة التلعثم لريلاي (Reiley, 1994). لقد أظهرت الدراسة تحسن ضعيف في الطلاقة لدي أفراد العينة ذوي مستوي التلعثم البسيط عند استخدام التغذية السمعية المرتدة المتأخرة، في حين أن الأفراد ذوي مستوي التلعثم الشديد أظهروا انخفاض ملحوظ في شدة التلعثم تحت ظروف (DAF) بالنسبة للقراءة الشفهية بمعدل الكلام الطبيعي. وقام (محمد سيد عطية، 1999) بدراسة تهدف إلي تطبيق برنامج علاجي (مقترح)صمم وفق قواعد متعددة) ومقارنته بتكنيك وصل الأصوات، وتقييم النتائج لمعرفة أي من البرنامجين يؤدي إلي تحسين أفضل وإلي ظهور أسرع للتحسن الأولي في الكلام لدي المراهقين المتلعثمين. وقد تم تقسيم عينة الدراسة من المراهقين من سن 13:17 عاماً إلي مجموعتين هما:

- 1- المجموعة التجريبية الأولى: تتكون من 32(24ذكور-8إناث) تستخدم البرنامج المقترح (وهي وفق قواعد متعددة).
- 2- المجموعة التجريبية الثانية: تتكون من 32 (24ذكور-8إناث) تستخدم برنامج وصل الأصوات.

وأظهرت الدراسة وجود فروق بين أفراد المجموعة الأولى، وأفراد المجموعة الثانية بالنسبة لظهور أسرع تحسن في الكلام لصالح المجموعة الأولى. كما أظهرت الدراسة أنه لا يوجد فروق بين أفراد المجموعة الأولى وأفراد المجموعة الثانية بالنسبة للتحسن الأفضل في الكلام. كما اتضح أن نتائج طريقة وصل الأصوات أكثر ثباتاً بالنسبة لحالات متوسطة التلعثم. وكان هناك تكرار للانتكاسة بالنسبة لحالات شديدي التلعثم جداً في مجموعتي الدراسة.

وقد وات، إشتيتد وكيرسون (N. Watt, A. Eichstadt & J. Cirson, 1998) دراسة تهدف إلى اكتشاف أو معرفة التغيرات في الكلام والاتجاهات لدى أفراد العينة من المتلعثمين الذين حضروا برنامج (SSMP) حيث تم قياس هذه التغيرات عقب انتهاء البرنامج مباشرة ولمدة متابعة سنتين بعد العلاج. وشارك في هذه الدراسة (8) أفراد متلعثمين حضروا برامج (SSMP) برنامج الإدارة الناجحة للتلعثم، ولكن المتابعة اقتصر على خمس أفراد فقط وهم الذين كانوا يعيشون في منطقة المتابعة. ولقد دلت الدراسة عن ظهور اختلافات كبيرة بين الأفراد في الاستجابة للعلاج، ولكن انخفضت سلوكيات الكلام الخاطئة لدى الأغلبية العظمى منهم مع اكتساب اتجاهات جديدة جيدة واستمرت لمدة سنتين بعد العلاج (طول فترة المتابعة). كما أظهرت النتائج أن عدم التحسن في سلوكيات الكلام وفي الاتجاهات ارتبط بضعف حضور البرنامج العلاجي، وشدة التلعثم لدى المتلعثمين.

وقدم نيلسون ورامبرج (Nilsen, Christina & Ramberg, Chris, 1998) دراسة تهدف إلى تقييم برنامج علاجي مكثف للمتلعثمين في فترة المراهقة، ويبنى هذا البرنامج على نموذج اسكندينا في تم إنتاجه من قبل قسم اللغة والكلمة في مستشفى جامعة Sahlgrenska في جوزنبرج في السويد. ولقد شارك في هذه الدراسة (15) فرد ممن يعانون من التلعثم، ولكن لم يكمل اثنين منهم العلاج: أحدهم بسبب وجود مشكلة شخصية لديه بعيدة عن التلعثم، والآخر اعتذر بعد استكمال جزأين من العلاج لأسباب مرضية. لتصبح العينة، عددها (13) فرد، يتراوح أعمارهم من (13-17.9 عاماً) - اثنين كانوا من الإناث، (11) من الذكور. ولقد أخبرت النتائج عن حدوث انخفاض في شدة التلعثم ومشكلات التواصل وحدوث تحسن في المهارات الاجتماعية في معظم أفراد العينة أثناء فترة العلاج. كما تؤكد النتائج على أن المراهقين الأكبر سناً كانوا أكثر استفادة من البرنامج العلاجي أكثر من المراهقين الأصغر في السن، مما يؤكد على ضرورة احتواء برامج علاج التلعثم لدى المراهقين على فنيات لعلاج

التوافق والتكيف الشخصي وعلاج المهارات الاجتماعية والمشكلات التواصلية الناتجة عن التلعثم.

وقدم (أحمد محمد رشاد، 1993) دراسة بهدف إجراء مقارنة بين طريقتان من أكثر طرق العلاج شهرة وممارسة وهما طريقتي رجع الصدى والعلاج السلوكي، لبيان وتوضيح أيهما أكثر فائدة من الأخرى خاصة بالنسبة للمراهقين. واشتملت العينة علي (64) متلعثماً (ذكوراً وإناثاً)، أعمارهم بين (12-19 عاماً) موزعين علي مجموعتين تجريبيتين في كل منهما (24 ذكراً، 8 إناث). ولقد تم اختيار العينة من الحالات المرضية المترددة علي كل من: معهد السمع والكلام بإمبابية، ووحدة السمع وعيوب الكلام بالقاهرة. وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج السلوكي للتلعثم يؤدي إلي تحسن المراهقين المتلعثمين أكثر من العلاج بطريقة رجع الصدى، ويرجع ذلك إلي أن العلاج السلوكي يهتم أساساً بالأعراض الداخلية للتلعثم مثل الخوف والقلق والإحباط المصاحب للتلعثم. أما العلاج بطريقة رجع الصدى فهي تهتم بعلاج الأعراض الخارجية للتلعثم مثل اضطراب الشفاه الكلام واحمرار الوجه.

وقامت صفاء غازي (1992) بدراسة فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسات السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. وقد طبقت الدراسة علي (24) متلجلجاً تراوحت أعمارهم ما بين 12-15 سنة مقسمين إلي أربع مجموعات، ثلاث مجموعات تجريبية وواحدة ضابطة، بواقع ستة أفراد في كل مجموعة. بحيث طبقت علي المجموعة الأولى فنية لعب الدور، وعلي المجموعة الثانية فنية الممارسة السلبية وعلي الثالثة طبقت الفئتين معاً، أما المجموعة الضابطة لم يطبق عليها أي فنية. وقد توصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- نجاح الفنيات العلاجية والمستخدمة في التخفيف من حدة اللجلجة.
- الجمع بين الفئتين معاً كان أكثر فعالية وأكثر استمراراً من الاقتصاد علي فنية واحدة.
- فنية لعب الدور كانت أكثر فعالية من الممارسة السلبية التي تكفي بإزالة العرض.

فروض الدراسة:

من خلال الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض علي النحو التالي:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة علي الدرجة الكلية لمقياس تقدير شدة التلثم بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس تقدير شدة التلثم، لصالح القياس البعدي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية علي مقياس تقدير شدة التلثم.

عينة الدراسة:

بلغت العينة النهائية للدراسة "8" من المراهقين والمراهقات الذين يعانون من التلثم وانخفاض في مستوى فعالية الذات المدركة، وتراوح أعمارهم بين (12-16) عاماً بمتوسط عمري (14) عاماً، وتم تقسيمهم إلي مجموعتين بالتساوي علي النحو التالي:

- مجموعة تجريبية وقوامهم (4) مراهقين.
- مجموعة ضابطة وقوامها (4) مراهقين.

وتمت عينه الدراسة أيضاً (8) من آباء وأمهات هؤلاء المشاركين، وتتراوح أعمارهم بين (40-50) عاماً، بمتوسط عمري (45) عاماً.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات الآتية:

1. اختبار الذكاء المصور (إعداد: أحمد زكي صالح، 1978).
2. مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي (إعداد: حمدان فضة، 1997).
3. مقياس تقدير شدة التلثم (SSi-3). (إعداد: ريلاي Rilay، 1994، ترجمة سيد أحمد البهاص، 2005).
4. استمارة بيانات حالة للمراهق المتلثم (إعداد: الباحثة).
5. البرنامج التدريبي (إعداد: الباحثة).

الخطوات الإجرائية للدراسة:

وقد قامت الباحثة بالخطوات الإجرائية التالية لتحديد أفراد عينة الدراسة:

- 1- قامت الباحثة بعمل استقصاء في معظم المستشفيات والمراكز الخيرية والخاصة والتي تعني بمجال التخاطب في مدينة بنها والمناطق المجاورة لها ، كمحاولة للوصول إلى الأماكن التي تتوفر بها حالات تعاني من التلعثم في الفئة العمرية التي تناسب عينة الدراسة.
- 2- ولقد توصلت الباحثة إلى توافر هذه العينة في كل من جمعية رسالة بقوسنا، ومستشفى الأطفال التخصصي بينها.
- 3- اطلعت الباحثة علي ملفات الطلاب بجمعية رسالة بقوسنا، ومستشفى الأطفال التخصصي بينها بعد أخذ موافقة الجهات الإدارية المختصة بذلك، لتحديد المراهقين والذين تتراوح أعمارهم بين(12-16) عاماً، ممن يعانون من التلعثم.
- 4- قامت الباحثة بعمل مقابلة شخصية للأفراد الذين توصلت إليهم وذلك للتأكد من وجود التلعثم لديهم، وذلك بالملاحظة الكلينيكية لهم وتطبيق مقياس شدة التلعثم تطبيقياً فردياً عليهم لتحديد نسبة التلعثم لديهم ومظاهره والأعراض المصاحبة له.
- 5- وضعت الباحثة مجموعة من الشروط والمعايير-بناءً علي ما أوضحتها الدراسات السابقة والإطار النظري- أثناء اختيارها لعينة الدراسة، ومن هذه الشروط ما يلي:
 - عدم وجود أي إعاقات بدنية أو صعوبات في التعلم.
 - عدم وجود أي مشاكل في النمو الحركي.
 - عدم وجود أي مشاكل أخرى في النمو اللغوي أو في الكلام متزامنة مع التلعثم.
 - عدم وجود أي أمراض نفسية.
 - عدم وجود أي مشاكل في السمع.
 - ألا يكون هناك تناول لأي علاج طبي قد يؤثر علي البرنامج التدريبي.
- 6- وبناءً على ما سبق انطبقت هذه الشروط علي عدد (8) من المراهقين المتلعثمين(6) أفراد في جمعية رسالة بقوسنا، 2 في مستشفى الأطفال التخصصي.
- 7- تم تطبيق مقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي (إعداد/حمدان فضة)، علي هذه العينة لتحقيق التجانس فيما بينهم أثناء توزيعهم علي مجموعات الدراسة.

وبيان ذلك علي النحو التالي:

أ- تجانس مجموعتي الدراسة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، قبل تطبيق البرنامج:

جدول (1)

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم على مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي

البيان	المجموعة	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	4	4	4
متوسط الدرجات (م)	41.5	41	
الانحراف المعياري (ع)	0.577	0.816	
التباين (ع ²)	0.33	0.667	

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاجتماعي والاقتصادي قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

جدول (2)

نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاجتماعي والاقتصادي

دلالة -ف- التجريبية	قيمة - ف - الجدولية عند مستوى		قيمة - ف - التجريبية (المحسوبة)	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين
	0.01	0.05					مصدر التباين
غير دالة إحصائيًا	11.26	5.32	1.00	0.50	1	0.50	بين المجموعتين
				0.50	6	3.00	داخل المجموعتين

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفئوية لتباين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي غير دالة إحصائياً، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث المستوى الاقتصادي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

ب- تجانس مجموعتي الدراسة من حيث المستوى الاجتماعي الثقافي، قبل تطبيق البرنامج:

جدول (3)

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم على مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي

البيان	المجموعة	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)		4	4
متوسط الدرجات (م)		16.25	16.00
الانحراف المعياري (ع)		1.50	1.414
التباين (ع ²)		2.25	2.00

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى

الاجتماعي الثقافي قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

جدول (4)

نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاجتماعي الثقافي

دلالة - ف- التجريبية	قيمة - ف- الجدولية عند مستوى		قيمة - ف- التجريبية (المحسوبة)	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين مصدر التباين
	0.01	0.05					
غير دالة إحصائياً	11.26	5.32	0.059	0.125	1	0.125	بين المجموعتين
				2.125	6	12.750	داخل المجموعتين

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفئوية لتباين المجموعتين التجريبية والضابطة في

المستوى الاجتماعي الثقافي غير دالة إحصائياً، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث المستوى

الثقافي، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

8- راعت الباحثة التجانس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن قبل تطبيق البرنامج، وبيان ذلك على النحو التالي:

تجانس مجموعتي الدراسة من حيث السن، قبل تطبيق البرنامج:

جدول (5)

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة السن

البيان	المجموعة	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	4	4	4
متوسط الدرجات (م)	13.25	13.25	13.25
الانحراف المعياري (ع)	1.892	1.25	1.25
التباين (ع ²)	3.58	1.58	1.58

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في السن قبل تطبيق

البرنامج التدريبي.

جدول (6)

نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في السن.

التجريبية	قيمة - ف - الجدولية		قيمة - ف - التجريبية (المحسوبة)	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين
	عند مستوى	0.01					
غير دالة - ف -	11.26	5.32	0.00	0.00	1	0.00	مصدر التباين
إحصائياً				2.5	6	15.5	بين المجموعتين
							داخل المجموعتين

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتباين المجموعتين التجريبية والضابطة في

المستوى الاجتماعي الاقتصادي غير دالة إحصائياً، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث السن، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

9- تم تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث درجاتهم على مقياس الذكاء المصور، أحمد ذكي صالح (1978)، وبيان ذلك كالتالي:

تجانس مجموعتي الدراسة من حيث الذكاء، قبل تطبيق البرنامج:

جدول (7)

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم في الذكاء.

البيان	المجموعة	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	4	4	4
متوسط الدرجات (م)	112.5	113.75	
الانحراف المعياري (ع)	9.57	7.50	
التباين (ع ²)	91.66	56.25	

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

جدول (8)

نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء

دلالة -ف- التجريبية	قيمة -ف- الجدولية عند مستوى		قيمة -ف- التجريبية (المحسوبة)	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين مصدر التباين
	0.01	0.05					
غير دالة إحصائيًا	11.26	5.32	0.42	3.125	1	3.125	بين المجموعتين
				73.958	6	443.75	داخل المجموعتين

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتباين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي غير دالة إحصائيًا، مما يؤكد تجانس المجموعتين من الذكاء، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

10- تم تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث درجاتهم على مقياس تقدير شدة التلثم قبل تطبيق البرنامج، وبيان ذلك على النحو التالي:

- تجانس مجموعتي الدراسة من حيث درجاتهم على مقياس تقدير شدة التلثم، قبل تطبيق البرنامج:

جدول (9)

البيانات الأساسية للمجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لدرجاتهم على مقياس تقدير شدة التلثم

البيان	المجموعة	التجريبية	الضابطة
العدد (ن)	4	4	4
متوسط الدرجات (م)	27.50	27.25	27.25
الانحراف المعياري (ع)	10.37	9.87	9.87
التباين (ع2)	107.66	97.583	97.583

وفيما يلي نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلثم قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

جدول (10)

نتائج تحليل التباين البسيط للمجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلثم

دلالة -ف- التجريبية	قيمة -ف- الجدولية عند مستوى		قيمة -ف- التجريبية (المحسوبة)	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين
	0.01	0.05					مصدر التباين
غير دالة إحصائيًا	11.26	5.32	1.00	0.125	1	0.125	بين المجموعتين
				102.625	6	615.75	داخل المجموعتين

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتباين المجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلثم غير دالة إحصائيًا، مما يؤكد تجانس المجموعتين من حيث درجاتهم على مقياس تقدير شدة التلثم، قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

- 12- تم تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية.
- 13- تم إعادة تطبيق مقياس تقدير شدة التلثم بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة (التطبيق البعدي) على المجموعتين التجريبية والضابطة.
- 14- بعد مضي فترة شهرين تم إعادة تطبيق مقياس تقدير شدة التلثم على أفراد المجموعة التجريبية (كمتابعة) وذلك للتأكد من مدى استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين فعالية الذات المدركة وخفض حدة التلثم لدى المراهقين المتلثمين.
- 15- تم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج الدراسة.
- 16- تم تفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس تقدير شدة التلثم بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بمقارنة رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ورتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس تقدير شدة التلثم باستخدام اختبار مان ويتنى Mann- Whitney Test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج:

جدول (11)

يوضح دلالة الفروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مقياس

تقدير شدة التلثم بعد تطبيق البرنامج

النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
تجريبية	4	14.75	9.21	3.25	12	-2.44	دالة عند مستوى 0.01
ضابطة	4	37.25	9.87	5.75	23		

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية في مقياس تقدير شدة التلثم بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث للدراسة.

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الأول للدراسة على:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير شدة التلثم، و لصالح القياس البعدي". وللكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير شدة التلثم، استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test، ويلخص الجدول التالي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج:

جدول (12)

نتائج حساب قيمة "Z" لمتوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير شدة التلثم (الدرجة الكلية)

القياس	نوع القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
مقياس تقدير شدة التلثم (الدرجة الكلية)	قبلي	26.2	السالبة	3	15	-	0.01
	بعدي	13.6	الموجبة	صفر	صفر	2.121	

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق ذوي دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير شدة التلثم (الدرجة الكلية)، وذلك ف اتجاه القياس البعدي. مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس للدراسة.

مناقشة نتائج الفرضين الأول والثاني:

أيدت نتائج التحليل الإحصائي فاعلية البرنامج التدريبي في خفض حدة التلثم لدى أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المتلثمين.

فلقد اتضحت فاعلية البرنامج التدريبي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في شدة التلثم بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية (نتيجة الفرض الأول). كما اتضحت فاعلية البرنامج من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين رتب متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير التلثم، لصالح القياس البعدي (نتيجة الفرض الثاني).

وتتفق نتيجة هذين الفرضين مع نتائج دراسات كل من (Ingham, Roger, 1982)، ودراسة (أحمد رشاد، 1993)، ودراسة (Craig, Ashley, 1996)، ودراسة (Nilsen, Ramberg, 1998)، ودراسة (محمد عطية، 1999)، ودراسة (Horton, Dorothy, 1999)، ودراسة (Kotoby et al., 2003)، ودراسة (Laiho, Klippi, 2007)، ودراسة (Hearne et al., 2008)، ودراسة (حسيب محمد حسيب 2007)، والتي أظهرت جميعها حدوث تحسن في شدة التلثم وبعض الأعراض المصاحبة له مثل أعراض التحنّب وأعراض القلق والأعراض المجهدة لنفسية المتلثم وذلك باستخدام برامج متنوعة الفنيات والاستراتيجيات والأنشطة في علاج التلثم لدي المراهقين المتلثمين.

وتفسر الباحثة ما توصلت إليه من نتائج إلي ما قام به البرنامج التدريبي في مساعدة المراهق المتلثم علي أن يفهم نفسه ويتعرف علي أحاسيسه الداخلية المصاحبة للتلثم كالخوف والقلق والإحساس بالدونية والإحباط، والسعي لتغييرها من خلال تقوية ذات المتلثم لمواجهة الخوف من الكلام مع الآخرين، وهذا بدوره انعكس علي شعوره بالرضا وتقلبه لذاته واحترامه لها. فلا شك من أن المراهق الذي يتعرض لسخرية زملائه بسبب عدم قدرته علي استخدام اللغة بطلاقة، والذي تقف الكلمات علي شفثيه ويشعر بالاختناق عند محاولته للكلام، لا بد وأن يتكون لديه الشعور بالنقص وعدم الثقة في النفس، وقد ينزوي عن أقرانه ويجد راحته النفسية في الوحدة والانسحاب من المحيط الاجتماعي لما يتوقعه من نظرة الناس له وتعاملهم معه.

ولذلك فلقد حاولت الباحثة من خلال برنامجها التدريبي تخليص المراهق المتلثم من مثل هذه المصاحبات عن طريق تحرير مثل هذه المشاعر المكبوتة لديه، وذلك من خلال رفع مستوى التوكيدية وتنمية السلوك الاستقلالي وتحسين مستوى الاقتصاديات النفسية، وزيادة كمية الطاقة المتاحة تحت تصرف الأنا لديه وذلك باستخدام بعض استراتيجيات التنفيس الانفعالي، مما يمكنه من مواجهة الضغوط النفسية وخفض مستوى القلق ومشاعر التهديد التي يعانيها المتلثم من توقع

فشله، وتنمية الثقة بالنفس والابحائية لديه، وكذلك تنمية روح المبادرة والمشاركة في مواجهة الإحباطات التي يتعرض لها، كما أن المشاركة تساعد المراهق المتعلم علي الاحتفاظ بالأسلوب الكلامي المرغوب فيه والذي اكتسبه خلال فترة العلاج لأطول فترة ممكنة بعدها، مما يضمن عدم حدوث انتكاسه له مرة أخرى بعد التحسن إذ ما تعرض لظروف ضاغطة.

كما ترجع الباحثة هذه النتيجة أيضاً إلي مجموعة الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج التدريبي، مثل فنيات لعب الدور والنمذجة و التحصين التدريجي وتقديم الذات والكرسي الخالي والاسترخاء، هذا بالإضافة إلي بعض طرق العلاج التخاطبي حيث تتيح هذه الفنيات للمراهق المتعلم حرية التعبير عن مشاعره وأحاسيسه مما يكشف عن دوافعه وبالتالي يعبر عن مخاوفه مما يساعده في التنفيس الانفعالي، كما تساعده هذه الفنيات علي اكتشاف ذاته واحترامها وبهذا يمكن أن يعدل من سلوكياته السلبية عند التعامل مع الآخرين.

ففي فنية لعب الدور يستطيع المراهق المتعلم أن يتخفف كثيراً من مشكلاته النفسية عندما يقوم بأداء أدوار بعيدة عن ذاته كأن يمثل أدوار الأشخاص المهمين في حياته (كالأب- الأم- الأخوة....) وذلك يتيح له الفرصة للتعبير عن نفسه بتلقائية دون قيود، والتحدث أمام الآخرين بحرية دون خوف أو تهديد.

كما أن لعب الدور يوفر للفرد فرصة للتعرف والتدريب علي الحلول الممكنة في موقف معين.

واستخدام الباحثة لفنية النمذجة ساعد المراهق المتعلم علي اكتساب بعض النماذج السلوكية الجديدة في طريقة الكلام، مما يمكنه من التخلص من تلغمه وزيادة طلاقته اللفظية. كما أن تضمين البرنامج التدريبي طريقة التحصين التدريجي ساعد علي تخليص المراهق المتعلم إلي حد ما من الخوف والتردد الموجودين لديه نتيجة اضطرابه الكلامي وقصور قدرته علي التواصل، والذات يزيدان من إحجامة عن الكلام في المواقف التي يخشاها.

وكذلك أسهم في تحقيق نتائج إيجابية للبرنامج اعتماده علي أسلوب التعزيز الإيجابي والتشجيع، فقد جمع البرنامج بين أسلوب التعزيز الذاتي والممثل في إدراك المراهق المتعلم لما طرأ علي سلوكه من تحسن، والتعزيز الخارجي والممثل في تشجيع الباحثة للمراهق المتعلم عند إتيانه بالسلوك المطلوب منه بطريقة صحيحة.

ومن أهم العوامل المسهمة في نجاح البرنامج أيضا هو ارتباط مواقف التدريب في البرنامج بجوانب واقعية وهامة من حياة المراهق المتلعثم، وبصفة خاصة جلسات المواجهة وسلب الخوف والمشاعر السلبية، حيث حاولت الباحثة تدريب المراهق المتلعثم على مواجهة بعض المواقف التي تحدث له وتمثل بالنسبة له مشكلة يحاول تجنبها وتسبب له الكثير من مشاعر الإحباط والقلق والخوف والدونية، مثل بعض المواقف التي تحدث له في الفصل والمدرسة ومع زملائه، ومواقف البيع والشراء، ومواقف التواصل مع الآخرين، ومواقف الكلام في التليفون.

حيث كان يتم التدريب عليها بصورة تدريجية، تبدأ بتشجيعه على الكلام بحرية فيها داخل الجلسة ثم الاتصال مع بعض الأشخاص الغرباء في حضور الباحثة ثم يطلب منه إجراء تلك المحادثات دون حضور الباحثة بهدف التخلص من الميل لاستخدام استراتيجيات التجنب في مواقف التفاعل الاجتماعي.

وترى الباحثة أنه مما ساهم في فعالية البرنامج أيضاً هو إشراك الوالدين في البرنامج التدريبي، فما يمارسه الوالدين مع أبنائهم من سلوكيات وأساليب التنشئة تؤثر عليهم تأثيراً كبيراً وخاصة بالنسبة للمراهق المتلعثم فمراقبة الوالدين لابنهم أثناء تلعثمه وقلقهم الزائد عليه نتيجة لحدوث التلعثم لديه وتعليقهم الدائم عليه، يعتبر مصدر الضغط النفسي على هذا الابن فيتولد لديه الشعور بالقلق والإحباط والتوتر مما يؤدي إلى ضعف الأنا لديه وبالتالي يصبح عاجزاً عن تنظيم قواه الداخلية، ويظهر الاضطراب ليس في طريقة كلامه فحسب وإنما في شخصيته ككل.

ويتفق هذا مع العديد من الدراسات والتي أكدت على ضرورة إشراك الوالدين البرامج الموجهة للمتلعثمين، مثل دراسة (Adams, 1992)، ودراسة (هبة سليم عبده، 1995)، ودراسة (سهير أمين، 1995)، ودراسة (Conture, 1996)، ودراسة (Wilson, et al., 2009)، ودراسة (محمد النحاسو 2005).

وتتفق الباحثة مع ما ذكره (Raymond Corsini 1994) من أن التلعثم لا يمحي نهائياً ولكن يمكن تقليله حتى لا يستمر كعائق للشخص المتلعثم، ويتفاوت هذا التحسن بين المتلعثمين حسب معدل الضغوط النفسية المحيطة بهم.

وترجع الباحثة عدم الوصول للشفاء الكامل في علاج التلعثم للمراهقين المتلعثمين

للأسباب الآتية:

- 1- إن المتلعثم نفسه أحياناً يقاوم العلاج نتيجة شعوره بأنه سيحرم من المكاسب الثانوية التي يجنيها من وراء تلعثمه مثل مكاسب العطف والحنان والشفقة التي يلقاها من المحيطين نتيجة تلعثمه، أو إعفائه ن بعض المسؤوليات المكلف بها.
 - 2- إن المستوي الثقافي والاجتماعي للوالدين له تأثير كبير علي علاج التلعثم لدي المراهق المتلعثم، فالدعم النفسي الذي يقدمه الوالدين لأبنهم المراهق المتلعثم وتفهمهم لطبيعة المرحلة النمائية التي يمر بها، تشجيعهم الدائم له علي الاستمرار في التدريبات العلاجية بدون ممارسة أي ضغوط نفسية عليه، كل ذلك من شأنه أن ييسر عملية العلاج إلا أنه يختلف من أسرة لآخري تبعاً لاختلاف المستوي الثقافي والاجتماعي لها ويختلف تبعاً له معدل التقدم في العلاج.
 - 3- كما أن المراهق المتلعثم اكتسب سلوكه الخاطيء في طريقه كلامه منذ فترة طويلة وترك معه دون تعديل، ولذلك يكون من الصعب علاجه نهائياً إلا بعد مرور وقت طويل من التدريب علي العادات الكلامية الجديدة.
- وهذا يؤكد علي انه كلما بدأ العلاج مبكراً في المراحل العمرية الأولى من حياة المتلعثم كلما أدي إلي نتائج أفضل من الشفاء.

نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث من فروض الدراسة علي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية علي مقياس تقدير شدة التلعثم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلوكسون Wilcoxon،

وتلخص الباحثة ما توصلت إليه من نتائج في الجدول التالي:

جدول (13)

نتائج حساب قيمة "z" لمتوسطي رتب درجات القياسين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير شدة التلثم.

القياس	نوع القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة "z"	مستوي الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس تقدير شدة التلثم	البعدي	13.600	السالبة	صفر	صفر	-1.857	غير دالة
	المتابعة	15.200	الموجبة	2.50	10		

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي، وما بعد المتابعة (مدتها شهرين) للمجموعة التجريبية في مقياس تقدير شدة التلثم، وهو ما يشير إلى تحقيق الفرض السابع للدراسة.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

أكدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي علي استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي في خفض حدة التلثم لدي المراهقين المتلثمين، إلي ما بعد فترة المتابعة... حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية في شدة التلثم (نتيجة الفرض الثالث)، مما يؤكد علي استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي إلي ما بعد فترة المتابعة.

وتري الباحثة إن السبب في هذا يرجع لفاعلية البرنامج التدريبي والذي ساهم في ارتفاع مستوى التوكيدية والثقة بالذات لدي المراهقين المتلثمين والذي ساعدهم علي التعامل الفعال في المواقف المختلفة، كما رفع من مستوى إيجابية الذات لديهم فجعلهم ينظرون لأنفسهم نظرة مختلفة عن ذي قبل : فأصبحوا يروا في أنفسهم الإصرار والعزيمة والإدارة القوية التي تمكنهم ليس فقط من الوصول إلى مستوى مقبول من الطلاقة اللفظية والقدرة على الحديث بطريقة جيدة بل إلى الشفاء التام.

فارتفع مستوى المثابرة والقدرة على مقاومة الإحباط، جعلهم يحافظون على ممارسة التدريبات التخاطبية بصورة مستمرة حتى بعد انتهاء البرنامج.

كما أن تحسين مستوى الثقة بالنفس والمبادأة لديهم جعلهم يستطيعون أن يتغلبوا على خوفهم من بدء الكلام مع أي أحد وفي أي موقف، مما انعكس على قدرتهم على بدء الكلام بطريقة أفضل.

وانعكس ذلك على استمرار التأثير الإيجابي للبرنامج التدريبي حتى فترة ما بعد المتابعة. كما أن الواجبات المنزلية ومساعدة الوالدين للمراهق المتلثم أثرهما الواضح في استمرار التأثير الإيجابي للبرنامج، فهما يعدان بمثابة الممارسات التأكيدية على التدريبات التخاطبية التي كان يمد بها المراهق المتلثم أثناء البرنامج التدريبي ولقد اختلف الأثر الواضح للبرنامج بين أفراد المجموعة التجريبية باختلاف المساعدات الوالدية التي يتلقونها، وقد ظهر هذا جلياً للباحثة أثناء تطبيق البرنامج وحتى بعد فترة المتابعة.

فالوالدين الذين أبدوا رغبة حقيقية في مساعدة ابنهم (المراهق المتلثم) والذين تعاونوا مع الباحثة بصدق خلال فترة البرنامج فكانوا يمدونها بالمعلومات الكافية واللازمة عن أسباب مشكلة ابنهم ومراحل تطوره في العلاج حتى تتمكن من أن تضع يدها على سبب المشكلة الحقيقي دون تضليل أو تحميل أو تزييف للحقائق، كان تطور العلاج لدى ابنهم أسرع وأكثر بقاءً واستمراراً. وهذا على العكس من الوالدين الذين لم يبدوا أي اهتمام بحالة ابنهم سوى إحضاره لجلسات البرنامج.

ولقد حاولت الباحثة من خلال جلسات الإرشاد الوالدي إمداد جميع الآباء ببعض المعلومات عن طبيعة اضطراب التلثم وكيفية حدوثه وما هي الأسباب التي قد يرجع إليها ظهور هذا الاضطراب، كما حاولت تعريف الوالدين بطبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الابن وكيف يتعاملون مع أبنائهم في حالة حدوث التلثم، لعلها تستحب دافعيتهم لمساعدة أبنائهم في الشفاء من هذا الاضطراب وعدم حدوث انتكاسه له مرة أخرى.

ولقد لمست الباحثة هذا الاستمرار في التحسن بنفسها في جلسة المتابعة من خلال تقييمها لشدة التلثم، وكذلك من خلال بعض العبارات التي ذكرها أفراد العينة وأسعدت الباحثة كثيراً، مثل قول أحدهم: "أنا خلاص ما بقتش أخاف من أي أكلم أي أحد حتى لو أتريق على أو أمشي ساكت تاني، لأني عرفت إني زي زيته وهو مش أحسن مني ف شيء".

كما ذكر أحد أفراد العينة: إني إن شاء الله هفضل كويس كده، ومش هرجع لحاله التهته دي تاني أقصد التلعثم، مادام عندي الإصرار والعزيمة والإرادة القوية وما دام علاقتي برينا بقت قوية، فأنا الحمد لله بقيت أصلي كل فرض بفرضه".

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- 1- أحمد محمد رشاد (1993): استخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- 2- أحمد زكي صالح (1987): كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 3- حسيب محمد حسيب (2007): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجاجة في الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية، مؤتمر كلية تربية بنها للصحة النفسية.
- 4- حمدان محمود فضة (1999): كفاية التواصل المدرك لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بمستوى نمو الأنا لديهم. مجلة كلية تربية بنها، المجلد "10"، العدد "39".
- 5- سهير عبد الله (1995): دراسة لمدى فاعلية أسلوبي التظليل واللعب غير الموجه في علاج حالات اللجاجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية تربية، جامعة عين شمس.

- 6- سيد أحمد البهاص (2005): أداة قياس شدة التلعثم للأطفال والمراهقين، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 7- صفاء غازي أحمد (1991): فاعلية أسلوب الجامعي والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللحليجة رسالة دكتوراه غير منشورة، جماعة عين شمس، كلية التربية.
- 8- محمد سيد عطية (1999): برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- 9- محمد محمود النحاس (2005)، مدى فعالية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى عينة من الأطفال في المرحلة الابتدائية رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بنها، كلية التربية.
- 10- هبه سليم عبد الباسط (1995): أهمية إرشاد الأسرة في علاج اضطرابات الصوت والكلام، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة عين شمس.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 11- Adams, MR (1992): Childhood stuttering under positive conditions American Journal of speech language pathology: Journal of clinical practice, 1, p5-6.
- 12- Blood, Gordon; Blood, Ingrid; Tellis, Glen & Gabel, Rodney (2001): Communication apprehension and self- perceived Communication competence in adolescents who stutter. Journal of Fluency Disorder, 26, 161-178.

- 13- Conture, E. (1996): Treatment efficacy: stuttering. *Journal speech Hear Res*, 39, 18-26.
- 14- Craig, Ashley (1996): Long- term effects of intensive.
- 15- treatment for a client with both a cluttering and stuttering disorder. *Journal of Fluency Disorder*, 21, 329- 335.
- 16- Gabel, Rodney (1999): The attitudes of university students to word career choices for people who stutter. Unpublished doctoral dissertation, the Pennsylvania state university, Department of Communication Disorders.
- 17- Gabel, Rodney; Hughes, Stephanie & Daniels, Derek (2008): Effects of stuttering severity and therapy involvement.
- 18- on role entrapment of people who stutter. *Journal of fluency Disorders*, 41, 146-158.
- 19- Hearne, Anna; Packman, Anna; Onslow, Mark & Quine, Susan (2008): Stuttering and its Treatment in adolescence: The Perceptions of People who Stutter. *Journal of fluency Disorders*, 33, 81-98.
- 20- Hewat, Sally; Onslow, Mark ; Packman, Anna & O'Brian, Sue (2006): A phase II clinical of self-imposed time-out treatment for stuttering in adults and adolescents. *Disability and Rehabilitation*, 28(1), 33-42.
- 21- Horton, Doroth (1999): Treating Anxiety and st,,erring stammering in an adult through systematic self-Desensitization behavioral

- therapy : A case study. Unpublished doctoral dissertation, United States International University, College of Arts and Science.
- 22- Hunick, Wendy; Langevin, Marilyn ; Kully, Deborah; Grammans, Kess; Peters, Herman & Hulstijn, Wouter (2006): The relationship[between pre- treatment clinical profile and treatment outcome in an integrated stuttering program. *Journal of fluency Disorders*,31,43-63.
- 23- Ingham, Roger (1982): The effects of self-evaluation training on maintenance treatment . *Journal of Speech and Hearing Disorders*,47(3),271-280.
- 24- Jones, Mark; Gebiski, Val; Onslow, Mark & Packman, Ann (2001): Design of randomized cotrolled trials principles and methods applied to a treatment for early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 26,247-267.
- 25- Kotby, M; Moussa, A; El-Sady, S & Nabieh, A(2003): A comparative study between certain behavioral methods in treatment of stuttering. *International Congress Series*, 1240,p.1243-1249.
- 26- N. Watt, A. Eichstadt & J. Girson (1998): Evaluation of the efficacy of a stutter modification program with particular reference to two new measures of secondary behavior and control of stuttering. *Journal of Fluency Disorder*,23,231-246.

- 27- Nilsen, Christina & Ramberg, Chris (1998): Evaluation of a Scandinavian intensive program for stuttering in adolescence. *Log Phon Vocoi*, 24,66-75.
- 28- Riley, G.D.(1984): The stuttering severity instrument for children and adults, Tigard, Oregon: c.c publications.
- 29- Sparks, Garen (1999): The effect of fast speech rate on stuttering frequency during delayed auditory feedback. Unpublished Master's thesis, Texas Woman's University College of Health Sciences. Department of Communication Sciences and Disorders.
- 30- Thomas, Carys & Howell, peter (2001): Assessing efficacy of stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 26 311-333.
- 31- 85-93 nilsen Christina & Ramberg, Chris (1998): Evaluation of a Scandinavian intensive program for stuttering in adolescence *Log phon Vocol*, 24, 66-75.
- 32- Yamada, Jun & Homma, Takanobu (2007): A simple and effective treatment for stuttering: speech practice without audience. *Medical llypotheses*. 69, 1196-1199.