بعض المحددات المعرفية والاجتماعية والوجدانية المنبئة بالتأتأة الشديدة لدي الأطفال الكبار في مدينة الرياض

الدكتور: احمد محمد الدبور
أستاذ مساعد التربية الخاصة
كلية التربية – جامعه شقراء

مقدمه:

يتفاوت الناس فيما يملكون من قدرات علي تحقيق مطالبهم وحاجاتهم الحياتية ومن هذه القدرات القدرة علي التواصل والكفاية اللغوية التواصلية وتشمل المحددات الشخصية علي مدي ما يمتلكه الفرد من قدرة علي التواصل مع غيره ، لذا فإن من يمتلك صحة نفسيه يمتلك بالضرورة قدرة علي التفاهم الجيد مع واقعه الخارجي والتواصل(إبراهيم الشافعي ، مهدي علي ، 2008).

لذا لو تعطلت هذه القدرة أو كانت هناك مخاوف من القيام بها فإن ذلك يؤدي إلى إصابة هذه القدرة بالشلل ويشعر الفرد بأنه معزول عن الأخرين (جين نيكسون، 2000: 14-17).

ولقد جاء نظام رعاية المعوقين في المملكة العربية السعودية الذي صدر بموجب المرسوم الملكي بالرقم (م/37) والتاريخ 1421/9/23هـ القاضي بالموافقة على قرار مجلس الوزراء بالرقم (224) والتاريخ 1421/9/14هـ الخاص بإقرار النظام تتويجاُ لكافة الجهود الرائدة في مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم. فقد نصت المادة الأولى على أن المعوق: كل شخص مصاب بقصور كلي أو جزئي بشكل مستقر في قدراته الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التواصلية أو التعليمية أو النفسية إلى المدى الذي يقلل من إمكانية تلبية متطلباته العادية في ظروف أمثاله من غير المعوقين. كما عرف الإعاقة على أنها الإصابة بواحدة أو أكثر من الإعاقات وذكر منها اضطرابات النطق والكلام. كما تناولت القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة في وزارة التعليم في المملكة العربية السعودية والتي وافق معالي وزير المعارف

–آنذاك- وزير التعليم على القواعد التنظيمية لمعاهد و برامج التربية الخاصة بوزارة المعارف -آنذاك- وزارة التعليم (الحكومية و الأهلية) بالقرار رقم 1674 في 1422/4/5 هـ و المتضمن العمل بها مع بداية العام الدراسي 1423/22 هـ و إلغاء جميع ما يتعارض مع موادها . فقد نصت المادة الثالثة عشرة على تقدم خدمات التربية الخاصة للتلاميذ الذين لديهم اضطرابات في التواصل في المكان التربوي المناسب.

وتعد التأتأة احد أكثر اضطرابات التواصل انتشارا حيث تحدث في جميع الثقافات والعنصريات والمستويات المختلفة، إلا إن هناك تفاوت في نسبة حدوثها في تلك الثقافات والمستويات، أوربا و1.2، أمريكا 0.8، كندا 0.8، الدينمارك (الأوربية) 0.74، الدينمارك الريفية 0.90 ، لندن 1.20، اسكتلندا 1.20، استراليا 1.27 ، اليابان 0.8 ، جنوب أفريقيا 1.3 ، **(Bloodstein , 1995 : 107)**

كما أنها الأكثر خطورة ذلك لان التأتأة اضطراب متعدد الأبعاد له تأثيراته في السلوك والمشاعر والتفاعلات الاجتماعية ومفهوم الفرد عن ذاته(**CASLPA,2000**) والتي ما إن لبست وأصبحت مشكله مزمنة تؤدي إلي ظهور مشكلات انفعاليه مصاحبه من شعور بالحرج والذنب والإحباط والتعصب مما قد يؤثر علي مستقبل الفرد وانجازه الأكاديمي (إيهاب الببلاوي ، 2005 : 280).

لذا أصبح الوعي بالبعد الانفعالي والاجتماعي في مجال القضايا المتعلقة بالطفولة لا سيما اضطرابات التواصل أمر بالغ الاهميه ومن ثم تزايد الاهتمام بهذه العوامل النفسية والاجتماعية . (إبراهيم الشافعي ، مهدي علي ، 2008) كل هذا وأكثر لأن الجانب الانفعالي للتأتأة يعد منطقيا الأهم والأخطر حيث انه يقود إلى الطلاقة ويتدخل في العلاج ونتائجه **(Davidow et al. ,2006)** .

إلا انه عند مراجعة نتائج الدراسات السابقة يتضح انقسام تلك الدراسات كانت هذه نقطة البداية في البحث الحالي حيث بمراجعة التراث البحثي المتعلق بالتأتأة ، توصل الباحث إلى انقسام الدراسات إلي وصفية تتناول وصف العوامل المرتبطة بالتأتأة منها علي سبيل المثال لا الحصر المواقف المرتبطة (طلعت منصور ، 1967)أعراض التأتأة وتشخيصها (نوران العسال ،1990) العمليات المعرفية مثل التذكر (سهي بدوي ، 1999) الضغوط الو الدية (علا ذكي ، 2000) مفهوم الذات (إيمان صبري، 2006) جودة الحياة **Quality of life** كلومباس

وروس(Klompas&,Ross,2004)، كريج,.Craig et al (2009) القلق الاجتماعيSocial anxiety كرايمات (Kraaimaat2002) , ، الأنشطة غير الطبيعية للمخ أثناء التأتأة . وعدم التأتأة شانج (Chang,2009).

أما الاتجاه الثاني اهتم بوضع عدد من البرامج ، العلاج السلوكي اينجهام (Ingham,1973)هيردير (Herder,2006) العلاج النفسي بالمناقشة والمحاضرة (بدرية أحمد، 1985) العلاج النفسي والسلوكي باستخدام الممارسة السلبية Negative practice والسيكودراما (صفاء حمودة ، 1992) ، رجع الصدى والعلاج السلوكي للتأتأة (أحمد رشاد ، 1993) ، العلاج الكلامي والنفسي باستخدام التظليل واللعب غير الموجه (سهير أمين ،1995)، العلاجي السلوكي والكلامي (محمد سيد،1999) من خلال استخدام فنية دمج الأصوات وعلاج سلوكي، العلاج السلوكي متعدد المحاور والعلاج الكلامي (صفوت عبد ربه ،2000).

يلاحظ من ذلك الفيض الهائل من الدراسات اتجه العديد منها إلى طرح طرق عده تساهم في تحسين الكلام والقليل منها فقط الذي اهتم بتحسين الجوانب المرتبطة بالمظاهر الانفعالية والمشاعر المرتبطة بلتأتأة والتي تساعد الفرد في إعادة البناء المعرفي(Murphy,Yaruss&Quesal,2007) أو دراسة القيمة التنبؤية لبعض المحددات أو المصاحبات في التنبؤ بلتأتأة الشديدة .

كانت هناك ندرة في الدراسات التي اهتمت بدراسة العوامل المنبئة بمدي استعداد الفرد للاصابه بلتأتأة المزمنة وهذا ما دفع الباحث للقيام بتلك الدراسة للوقوف علي بعض المحددات (المعرفية ، الاجتماعية ، الوجدانية).

إلا أن القليل منها هو من اهتم بتناول القيمة التنبؤية لتلك الجوانب المهمة التي تعين الفرد علي تخفيف معاناته التي يقع علي كاهله من جراء التأتأة Yairi, et al., (1996) .

لذا وجد الباحث القليل من تلك الدراسات مثل دراسة أجرها(إبراهيم الشافعي، 2011) هدفت إلي بحث العلاقة بين اضطرابات النطق والكلام في كل من القلق، رهاب الكلام، الاكتئاب، القبول والرفض الوالدي من جانب الأم، دراسة الفروق بين طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة في اضطرابات النطق والكلام وبحث مدي إمكانية التنبؤ باضطرابات النطق والكلام لدي 726 من الذكور ، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه موجبه بين اضطرابات النطق والكلام ورهاب الكلام والقلق،

علاقة ارتباطيه عكسية سالبه بين اضطرابات النطق والكلام والمعاملة الوالديه من جانب الام والاكتئاب، كما أظهرت النتائج أن القلق ورهاب الكلام ، الرفض الوالدي لديهم القدرة علي التنبؤ باضطرابات النطق والكلام .

كما هدفت دراسة يايرواخرون (**Yairi, et al., 1996**)إلي دراسة العوامل القادرة علي التنبؤ بكل من بقاء التأتأة لدي الأطفال أو تلاشيه من خلال دراسة طوليه لعينه من أطفال المدرسة الابتدائية عددهم 100 طالب يعانون من التأتأة علي مدار السنوات السابقة وتمت مقارنتهم بعينة أخري من نفس السن والصف الدراسي ولكن لايعانون من التأتأة عددهم 45 يمثلون المجموعة الضابطة ، أظهرت النتائج حدوث تحسن لعدد 32 طفل من المجموعة التجريبية في حين بقي 34 طفل يعانوا من التأتأة وان 32 طفل حدث لهم تحسن مبكر وسريع كما وجدت فروق داله بين المجموعتين في كل من الطلاقة والسمات الصوتية للكلام والمهارات الشفوية لصالح من حدث لهم تحسن تدريجي أو مبكر ، كما وجدت فروق داله بين المجموعتين في كافة مظاهر الكلام السائدة لصالح الضابطة ، العوامل المنبئة بلتأتأة وبقائها تتمثل في متي بدا التأتأة ، علاقة الطفل بوالديه ومعاملتهم له وما قدم له من علاج مبكر ، دراسة إبراهيم الشافعي ، مهدي علي القرني (2008) هدفت تلك الدراسة إلي بحث الفروق بين طلاب المرحلة المتوسطة الذكور فقط في كل من مصر والسعودية في اضطرابات النطق والكلام، القلق، رهاب الكلام، الاكتئاب وبحث علاقة اضطرابات النطق والكلام بكل من القلق ، رهاب الكلام ، الاكتئاب لدي عينة من طلاب الصف الثالث المتوسطة المصرية عددهم 408 ، عينة من طلاب الصف الثالث المتوسطة السعودية وعددهم 372، وأظهرت النتائج وجود علاقة بين اضطرابات النطق والكلام ورهاب الكلام والاكتئاب علاقة طرديه موجبه، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه بين اضطرابات الكلام والقلق .ومن هنا كانت الانطلاقة نحو دراسة بعض المحددات المعرفية والاجتماعية والوجدانية وثيقة الصلة بلتأتأة لتحديد مدي قدرتها علي مساعدة المتخصصين من أخصائي التخاطب والعاملين والمهتمين باضطرابات النطق والكلام عامة والمتخصصين خاصة في اضطرابات التواصل في التنبؤ بلتأتأة الشديده والتي تصبح بعد ذلك مزمنه وملازمه للفرد طيلة حياته .

مشكلة الدراسة

تتركز مشكلة الدراسة الحالية علي التأتأة وهي ليست مشكلة صحية واجتماعية تؤثر على النمو العقلي للفرد فحسب بل تؤثر على إمكانية الحياة بشكل عام وخاصة على انجازه الأكاديمي والحياة المرجوة بشكل عام) **(Pesak et al. , 2006**) .

كما تسبب التأتأة العديد من المشاعر السلبية لدى الطفل المتتأتأ تجعله يحجم عن الرد على أسئلة المعلم أو حتى الدخول في مناقشات ومجادلات مع اقرأنه نتيجة لخوفه من التأتأة وما يترتب عنها من سخريتهم منه .

لذا فان ,بقاء التأتأة فتره طويلة لدى الشخص يؤدي إلى ظهور مشكلات انفعالية مصاحبة من شعوره بالحرج والذنب ، الإحباط والغضب والذي يؤدي بدوره إلى اليأس، وبالتالي انخفاض شعور الفرد بقيمته كإنسان، والتي تؤثر جميعها في مستقبل الفرد . (إيهاب الببلاوي، 2005 : 280).

ناهيك عن التأثيرات السلبية للتأتأة في شخصية الطفل المتتأتأ (حسيب محمد، 2007) وعلى إقامته لعلاقات سوية مع الآخرين، تمثل حواجز تمنعه من التوافق النفسي والاجتماعي وتؤثر على انجازه الأكاديمي(غادة كسناوي،2007).

وكل ذلك وأكثر لأن التأتأة اضطراب متعدد الأبعاد يحتوي على عوامل اجتماعية ومعرفية ، وجدانية تلعب جميعها دور كبير في نمو وبقاء التأتأة وتجعلها تؤثر بدرجة كبيره على الطفل ونموه الاجتماعي **(Phall , 2007)** .

على الرغم من ذلك تشير معظم نتائج الدراسات إلى قلة المحاولات المتخصصة التي تناولت المظاهر المعرفية والوجدانية للتأتأة **(Susca , 2006)** ، كما أن المتخصصين لا يتوفر لديهم أدوات كثيرة لدراسة المظاهر**(Rentschler, 2011)** .

ومن ثم جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي :

محاولة الوقوف علي ما تسهم به بعض المتغيرات المعرفية، الوجدانية، الاجتماعية في التنبؤ بلتأتأة المزمنه لدي الأطفال المتتأتأين من خلال الاجابه عن الأسئلة التالية

1-هل هناك فروق بين المتتأتأين تأتأة شديدة والمتتأتأين تأتأة بسيطة في المحددات (المعرفية، الوجدانية، اجتماعيه)

2-هل هناك إسهام نسبي للمحددات (المعرفية، الوجدانية، اجتماعيه) في التنبؤ بلتأتأة الشديدة .

أهمية الدراسة

1-" تحدث التأتأة في جميع الثقافات والعنصريات والمستويات المختلفة ، إلا إن هناك تفاوت في نسبة حدوثها في تلك الثقافات والمستويات" : **Bloodstein , 1995 (107)**.

2-تزايد الوعي بالبعد الانفعالي والاجتماعي في مجال القضايا المتعلقة بالطفولة لا سيما اضطرابات التواصل. (إبراهيم الشافعي ، مهدي علي ، 2008).

3-

مفاهيم الدراسة

1- التأتأة

✓ مفهوم التأتأة

سترومستا (1965) التأتأة بأنها : "الانشطار الداخلي للفونيم الواحد لأصوات أو لمقطع أو للكلمة " .

وعرفها فان ريبير 1971 "اضطراب في زمن حدوث الكلمة ورد فعل المتحدث نتيجة ذلك (هدى محمد ، 1998 :12).

ويعرفها محمد ناصر القطبي 1986 "بأنها اضطراب في توقيت الكلام فيحدث إطالة ووقفات وتكرارات وليس له سبب عضوي أو نفسي، لكنه سلوك تخاطبي **phonetics behavior** يكتسبه الطفل منذ السنين الأولى لاكتساب اللغة (محمد النحاس، 2006 : 648).

ويعرفها كوبر، كوبر**Cooper & Cooper1995** "بأنها عدم طلاقة غير طبيعية وثابتة في الكلام مصحوبة بأنساق سلوكية ومعرفية **cognitive behavior patterns** تختلف عن الطلاقة الطبيعية" (**Landera,2004,78**).

يعرفها جيتار **Guitar** (1998) "على أنها شكل من أشكال عدم الطلاقة الذي يتسم بالكلام المجهد ويتصف بتكرار وإطالة الأصوات والإعاقة في النطق , **Haley (2009)**.

وتشير سحر محمد بأنها (اضطراب في إيقاع الكلام ، ويتم بشكل لاإرادي مما يؤثر على انسياب الكلام ويتضمن العديد من صعوبات الكلام وسلوكيات التفادي وردود الأفعال السلبية المختلفة والتغييرات الفسيولوجية المصاحبة . (إيمان صبري ، 2006 : 648).

ويذهب جيم **Jim (2008,37)** إلي أن التأتأة "اضطراب في الكلام يتميز بالتكرارات والإطالات، والإعاقات الكلامية".

التحديد الإجرائي للتأتأة (تتحدد التأتأة بدرجة التي يحصل عليها الطفل في المقياس الذي اعد للتأتأة).

الإطار النظرى

✓ **أعراض التأتأة** :تنقسم أعراض التأتأة إلى :

الأعراض الأولية

وتأخذ أشكالاً متعددة منها:

1- التكرارات **Repetitions**

يعد من السمات المميزة للجلجة والأكثر شيوعا ، ويحدث عند حدوث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع . مثل ممحمد(سهير أمين ، 2005: 26-27).

2- الإطالات **Prolongation**

محاولة من جانب المتتأتأ لإطالة نطق المقاطع والكلمات للخروج من التأتأة أثناء الكلام .

3- الإعاقات الكلامية **Blockages**

وهي الامتناع عن الكلام للحظة نتيجة انغلاق في مكان ما في الأحبال الصوتية،مع توقف وجمود في الحركة الآلية (عبد الفتاح عبد المجيد ، 1996 : 105).

لابد من الإشارة إلى أن التأتأة مشكلة متعدد الأبعاد تحتوي على اضطراب في مكونات الطلاقة الأربعة الاستمرار ، التتابع وتتضح في التوقفات والإعاقات ، بينما المعدل يتضح أنه أبطئ إلا أن الغريب أن الشخص المتتأتأة يتحدث بسرعة ، الجهد يتضح في الجهد الكبير والتي تبدو جهود انفعالية تختفي مع وجود التأتأة **, Blazej (2007 : 4)**

ثانيا: الأعراض الثانوية Secondary Features.

هناك العديد من الأعراض الثانوية التي يمكن ذكرها وتصنيفها كالتالي :

1- التوتر والرجفة . 2- الاضطرابات الحركية. 3- السلوك الإحجامي .

4-اضطرابات التنفس. 5-ردود الأفعال الانفعالية(**Spillers,2001**) .

✓ **أبعاد (مصاحبات) التأتأة**

- **البعد المعرفي** :-يشمل الأفكار التي تكون سلبية لدى المتتأتأين ، الإدراك الذي يرتبط بالنظرة السلبية للجلجة ، ردود المستمعين للمتلجلج ، وعي فرد باللجلجة الذي يساعد المتتأتأ من تحديد لحظة اللجلجة وما يصاحبها من توتر إلا انه قد يصبح مشكلة تزيد من حساسية الفرد ، معلومات الفرد ومعرفته عن اللجلجة .

- **البعد الوجداني** :- يشمل المشاعر والانفعالات ، الاتجاهات التي تصحب التأتأة ، التواصل بشكل عام .

- **البعد اللغوي** :- المواقف والموضوعات الأكثر تعقيدا التي تستثير اللجلجة لدى الطفل .

- **البعد السلوكي** :- الذي يشير إلى المظاهر الأولية والثانوية للجلجة .

- **الجانب الاجتماعي** :- يشمل تواصل الفرد مع الآخرين في مختلف المواقف الكلامية، تجنب المواقف الكلامية ، العزلة الاجتماعية للمتلجلج في الفصل، المشاركة في اللعب، العالم الواقعي للتواصل .**Healey et al,2011**))

شكل (1)

(1) **Affective** : الجانب الوجداني

Feeling المشاعر ، **Attitudes** الاتجاهات ، **Emotion** الانفعالات

(2) **Cognitive** : الجانب المعرفي

Thoughtsالأفكار، **perception** الإدراك **awareness** الوعي

understanding الفهم

(3) **Social** : الجانب الاجتماعي

Effects of type of listener and speaking situation مدي تأثير اختلاف المستمعين والمواقف الكلامية لدي الفرد

(4) **Motor** : الجانب الحركي (السلوكي)

Sensori- motor control of speech movements الضبط الحسي الكلامي لحركات الكلام

(5) **Linguistic** : الجانب اللغوي

language skill language formulation demandsdiscourse المهارات اللغوية

discourse معادلة المطالب اللغوية

تصنيف اللجلجة

أ . على أساس الأسباب:

1- **التأتأة النمائية** : **developmental stuttering**

هو اضطراب كلامي يحدث للفرد ويكون علي علم تام بما يريد إلا انه لا يستطيع قول ما يريد بسبب (التكرار، الإطالة) **(2003)et al.,Borsel** وتنتشر بنسبة 4% بين الأطفال **,(Foundas ,et al., 2004)** .

يحدث هذا النوع ما بين (18 شهر – 7 سنوات) حيث يمر معظم الأطفال بمراحل من عدم الطلاقة الطبيعية المرتبطة بمحاولتهم تعلم الكلام وتتميز تلك التأتأة الطبيعية بتكرار الأصوات، والمقاطع والكلمات وخصوصاً بداية الجمل (**Conture, et al., 2004**)

2- **التأتأة عصبية المنشأ Neurogenic stuttering**

وهى نوع من أنواع التأتأة يكون فيه الفرد غير قادر على إنتاج الكلام بشكل طبيعي، وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى هذا النوع :

1-أمراض الجلطات . 2- توقف الدم المؤقت . 3- الأورام و التكيسات.

4- التهابات سحاء المخ. 5 - أمراض الضمور .

6- تناول أي عقار يؤدى إلى تلك الحالة (**Landera,2004**).

ب . على أساس القابلية للعلاج

1- التأتأة القابلة للعلاج **Remedicable Stuttering** (المعالجة) :

وهؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا النوع لديهم قابلية للتعلم وتطبيق بعض الأساليب من خلال مساعدة أخصائي الكلام واللغة ومساعدة الآباء والأصدقاء التي تمكنهم من الوصول إلى مستوى مقبول من الطلاقة . (**Landera,2004**).

2- التأتأة الدائمة**Chronic Stuttering** (المزمنة)

وهى النوع الأكثر تدميراً وأقل الحالات شيوعاً، ومن الصعوبة لدى هؤلاء الأفراد أن يحققوا مستوى عالً من الطلاقة عبر الوقت ، يحتوي هذا النوع علي مكونين هامين السلوك الكلامي (الأعراض الأولية) ، السلوك الثانوي اللذان ينتجان عن الخبرات السلبية الناجمة عن الانفعالات والمشاعر التي تدمر وتشوه إدراك الفرد لمدى ما يعانيه من صعوبات ويظهر بوضح ذلك في طريقة استجابة الفرد المتتأتأ (الخوف، القلق ....) (**Rentschler,. 2008:3**).

ثانيا :النظريات المفسرة للتأتأة

تفسير التأتأة تبعا للعوامل العضوية

أ - نظرية السيطرة المخية

ظهرت في أواخر العشرينات التي ذهب فيها ترافس إلى أن الشخص المتتأتأ يميل إلى أن يكون أيسر وتبدأ التأتأة مع محاولة تحويله للكتابة أو استخدام اليد اليمني بدلا من اليسرى، افترض كل من ترافيس وارتون (**orton&travis, 1929**) ترافيس (**travis ,1930**)أن عضلات النطق تستقبل شحنة مدفوعة من نصفي المخ الأيمن والأيسر حتى يحدث سيطرة لنصف على الأخر مما يؤثر على عملية الكلام .

ب- النظرية البيوكميائية

قدم تلك النظرية روبرت ويست**Ropert west**، مؤكداً أن التأتأة تحدث نتيجة وجود عملية اضطراب في عملية الأيض والتي تعني الهدم والبناء الخاص بالتركيب الكيميائي، هذا الاضطراب وُجِدَ أنه منتشر بين المتتأتأين (إيهاب الببلاوي، 2005 : 28).

ج- نظرية التغذية المرتدة السمعية المتأخرة

قدم تلك النظرية أوريا نتشيتش **OryaNetchtech** ويرى أن المتتأتأين لديهم نوع من الإدراك السمعي المضطرب والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية وبالتالي يحدث اضطراب لأنه من المفترض أن يتسع الفرد لكلامه بشكل طبيعي؛ لأن عدم سماعه للكلام يؤدي به إلى تكرار وحدات الكلام وبالتالي تحدث التأتأة . (جمال نافع ، 1987: 22).

د- النظرية النيوفسولوجية

قدم تلك النظرية وليامز **Willyames**ويذكر فيها أن نسبة انتشار التأتأة بين الذكور أكثر من الإناث، وأرجع ذلك إلى أن عملية تكوين الغمد النخاعي التي تتم فيها تغطية المحاور العصبية بغطاء واقٍ والمسئولة عن نقل النبضات بكفاءة وسرعة إلى مراكز الكلام بالمخ تتم بشكل أفضل لدى الإناث عن الذكور، وبالتالي فإن المحاور التي تم تغطيتها بالمقارنة بالمحاور التي لم تكتمل تغطيتها هي الأفضل الأمر الذي يتضح في تحسين الكلام وتدفقه (سهير أمين ، 2005 : 34).

تفسير التأتأة تبعا للعوامل الوراثية:

هناك العديد من الأبحاث التي تطرقت لدراسة علاقة التأتأة بالوراثة ، حيث يذكر جولد مان**GoldMan** أن المتتأتأين لديهم خلفية بيولوجية موروثة تكون لديهم استعداد تجاه صعوبات الكلام . (بدرية أحمد ، 1985 : 40-41).

تفسير التأتأة تبعا للعوامل النفسية:

أ - نظرية التحليل النفسي

تعتمد هذه النظرية في تفسيرها للجلجة على فرضية مؤداها أن التأتأة تحدث نتيجة اضطراب في عملية النمو النفسي الجنسي للطفل خلال مراحل الطفولة المبكرة يؤدي به إلى التثبيت على إحدى هذه المراحل وبالتالي تحدث التأتأة كعصاب تحويلي . (عبد العزيز الشخص ، 1997 : 188).

ب - نظرية الكلمة القذرة

تذهب هذه النظرية إلى أن الأفراد عندما يخرجون للشارع يلتقطون العديد من الكلمات القذرة، وعند عودتهم للمنزل فإنهم يخشون من العقاب وبالتالي يرتعشون من الخوف ومن ثم تحدث التأتأة .

ج - نظرية الصراع

يذهب فيه شيهان**Chihan** أن التأتأة تحدث عندما تتساوى الرغبة في الحديث مع الرغبة في الصمت ويحدث ذلك نتيجة رغبة الفرد في الكلام من أجل التواصل مع الآخرين في نفس الوقت الذي يشعر بالخوف من التأتأة والارتباك وبالتالي عندما يتكلم تظهر التأتأة . (سهير أمين ، 2005 :84).

د - النظريات السلوكية

ويري أصحاب تلك النظريات أن التأتأة عبارة عن سلوك مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الآخرين ، أو عن طريق تعزيز مواقف التأتأة لدي الطفل من خلال الأبوين بسبب إفراطهم في الرعاية والتدليل خشية علي مصير الطفل (فيصل الزراد، 1990: 176)

تفسير التأتأة تبعاً للعوامل البيئية الاجتماعية

تعد البيئة التي ينشأ فيها الفرد وخصوصًا المحيط الداخلي والخارجي وما يتعرض له الطفل فيه من ضغوط لها أكبر الأثر في قدراته اللغوية، فهناك العديد من الأحداث الحياتية التي تسهم في التأتأة .

النظرية التشخيصية

تعد هذه النظرية من أهم النظريات التي اهتمت بالعوامل الاجتماعية حيث إن التأتأة تحدث عندما يبدأ أحد الأبوين أو الموجودين في البيئة بتشخيص عدم الطلاقة الطبيعية على أنها لجلجة وبالتالي تبدأ المعاملة في التغيير وبالتالي تحدث التأتأة بالفعل. (سهير أمين ، 2005 : 40-41)وكذا بعض الأساليب الوالديه الخاطئة مثل فقدان الطفل لحب واهتمام والديه ، الشقاق العائلي والتناحر بين أفراد الأسرة التذبذب في المعاملة وعدم اتفاق الوالدين على سياسة موحده في التعامل والتفرقة بين الأطفال في المعاملة مما يؤدي إلى الغيرة ، تدليل الطفل وعدم تحميله للمسئولية، تعرض الطفل لعقوبات بدنية أو إهانات شديدة (نبيلة الشوربجي ، 2003 : 170)

تفسير التأتأة من وجهة النظر متعددة الأبعاد

كانت النظرة القديمة للتأتأة على أنها مشكلة أحادية البعد أي أنها ترجع لسبب واحد نفسي أو فسيولوجي أو أنها سلوك متعلم إلا أن النظرة الحديثة أثبتت غير ذلك أنها مشكلة متعددة الأبعاد تحتوي على العديد من المشكلات الانفعالية

والاجتماعية المعقدة الأمر الذي أدى إلى وجود العديد من الدراسات التي تهتم بتحسين النواحي المعرفية والسلوكية للتأتأة **(Bothe et al., 2005)**.

لقد ظهر الاتجاه متعدد الأبعاد في دراسة التأتأة كنتيجة لفشل الاتجاه أحادي البعد، في إيضاح المشكلات التي كانت تجابه الباحثين في تحديد أبعاد التأتأة وهذا ما نجحت به بالفعل الاتجاهات التي تدرس التأتأة من منظور متعدد الأبعاد ومن تلك الاتجاهات اتجاه فان ريبر **(van Riber,1980)** الذي افترض فيه أن التأتأة ليست مشكلة له نمط موحد لكل الأفراد بل أن التشخيص الفارق يوضح أن هناك فروق بين الأفراد في التأتأة ، تظهر أن لكل فرد له نمط فريد لا يشابه أحد فيه به في أبعاد التأتأة (الحركية، المعرفية، الانفعالية) وتأثيرها على بداية التأتأة ونموها **(De Nil,1999)**.

التراث البحثي للتأتأة

بمراجعة التراث البحثي المتعلق بالتأتأة ، توصل الباحث إلى انقسام الدراسات إلي وصفية تتناول وصف العوامل المرتبطة بالتأتأة منها علي سبيل المثال لا الحصر المواقف المرتبطة طلعت منصور (1967)أعراض التأتأة وتشخيصها (نوران العسال،1990) العمليات المعرفية مثل التذكر (سهي بدوي ، 1999) الضغوط الوالدية (علا ذكي ، 2000) مفهوم الذات (إيمان صبري ،2006) جودة الحياة **Quality of life**كلومباس وروس**Klompas&,2004)Ross(**، كريج **(Craig et al.,2009)** القلق الاجتماعي**Social anxiety** كرايمات**Kraaimaat2002** ، الأنشطة غير الطبيعية للمخ أثناء التأتأة وعدم التأتأة شانج **(Chang,2009)**.

أما الاتجاه الثاني اهتم بوضع عدد من البرامج ، العلاج السلوكي اينجهام , **Ingham(1973)** هيردير **(Herder,2006)** العلاج النفسي بالمناقشة والمحاضرة (بدرية أحمد،1985)العلاج النفسي والسلوكي باستخدام الممارسة السلبية **Negative practice** والسيكودراما (صفاء حمودة، 1992)، رجع الصدى والعلاج السلوكي للتتأتأ (أحمد رشاد ،1993) ، العلاج الكلامي والنفسي باستخدام التظليل واللعب غير الموجه (سهير أمين،1995)، العلاجي السلوكي والكلامي (محمد سيد ،1999) من خلال استخدام فنية دمج الأصوات وعلاج سلوكي، العلاج السلوكي متعدد المحاور والعلاج الكلامي (صفوت عبد ربه،2000).

لذا كانت هناك ملحوظة جديرة بالانتباه هي نقص الدراسات التي تناولت القيمة التنبؤيه لبعض المحددات التي يمكن من خلالها التبؤ بالتأتأة الشديده

- ✓ **فروض الدراسة**

1) هناك فروق بين المتتأتأين تأتأة شديدة والمتتأتأين تأتأة بسيطة في المحددات (المعرفية، الوجدانية اجتماعيه) فى مدينة الرياض

2) هناك إسهام نسبي للمحددات (المعرفية، الوجدانية اجتماعيه) في التنبؤ بالتأتأة شديدة فى مدينة الرياض

- ✓ **التصميم المنهجي للدراسة**

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المقارن

- ✓ **عينة الدراسة الأساسية**

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 22 طفلا في المرحلة المتوسطة فى مدينة الرياض

- ✓ **خصائص العينة**

لقد راعى الباحث توافر عدة خصائص في تلك العينة من حيث :

1)**العمر**: تتراوح أعمارهم بين11-13سنة أي يقعوا بالتحديد في مرحلة الطفولة المتأخرة .

2)**مستوى التعليم** : أن يكون طالبا في المرحلة المتوسطه ولم يسبق له الرسوب في أي سنة من سنين الدراسة السابقة حتى لا يكون النجاح / الفشل الدراسي متغيراً يؤثر علي نتائج الدراسة .

3)**المستوى الاجتماعي**: عدم تفكك الأسرة والإقامة مع الوالدين .

4)**التشخيص**: أن يكون الفرد المشارك من المتتأتأين قد تم تشخيصه من قبل أخصائي التخاطب على أنه يعاني من التأتأة وذلك من خلال استخدام الأداة التشخيصية الخاصة بالتأتأة .

- ✓ **مبررات اختيار عينة الدراسة**

تمثل مرحلة االمتوسطة بين (12 عام -13 عام) تمثيل دقيق لمرحلة الطفولة المتأخرة وهي الفئة المطلوبة في الدراسة ، كما أن الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (11عام- 13عام) يمكنهم تغيير الأفكار الأتوماتيكية في تفكيرهم وتطبيق ذلك، يستطيع أن يعزو الإثارة الانفعالية التي يخبرها أكثر إلى أسباب داخلية أكثر من

الأسباب الخارجية ويفسرها على أنها نتيجة لشعوره بالقلق أو الفزع ... الخ , **Ronen** **(2006)** .

اختيار عينة الدراسة من الجنسين حتى يمكن تعميم النتائج حيث إن تثبيت متغير الجنس يجعل نتائج الدراسة مقيدة وقاصرة على فئة معينة .

الجدول (1) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعا للعمر والنوع

العينة	المتأتأين تأتأة شديدة		المتأتأين تأتأة بسيطة	
	م	ع	م	ع
العمر	11.43	0.29	11.46	0.22
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
النوع	7	3	7	5
المجموع	10		12	

الجدول (2)

يوضح توزيع عينة المتتأتأين (بسيطة / شديدة) على أماكن التطبيق المختلفة .

مكان التطبيق	متتأتأين		المجموع
	ذكور	إناث	
التقوى الإسلامية بالرياض	8	5	13
يوسف بن تشفين بالرياض	6	3	9
المجموع	14	8	22

- ✓ **أدوات الدراسة**

مقياس التأتأة متعدد الأبعاد **Stuttering of Multidimensional scale**

إعداد (محمد على مزيد ، 2014)

- ❖ **الصورة النهائية للمقياس** :يتكون المقياس من خمسة مقاييس فرعية:

- **O المقياس المعرفي** :يتكون من 14 بند لتقدير معلومات الفرد عن التأتأة، معتقدات الفرد عن التأتأة ، وعي الفرد بالتأتأة ، إدراك الفرد للتأتأة .

- **المقياس الوجداني** :يتكون من 10 بنود لتقدير مشاعر الفرد عن التأتأة، اتجاهات الفرد نحو الكلام والتأتأة .
- **المقياس السلوكي** :يتكون من 4 بنود لتقدير مظاهر التأتأة الأولية (التكرار ، الإطالة ، التوقف) ، مظاهر التأتأة الثانوية(رمش العينين ، قضم الأظافر ، احمرار الوجه ، ارتعاش الأطراف) .
- **المقياس اللغوي** :يتكون من2 بنداً لتقدير مدى التعقد اللغوي الذي يظهر لدى الطفل في مختلف المواقف (موضوعات مألوفة ، غير مألوفة) لتقدير أي الموضوعات والمواقف اللغوية الأكثر تعقيدا واستثارة للتأتأة.
- **المقياس الاجتماعي:** يتكون من 12 بنداً لتقدير تجنب الفرد لمختلف المواقف الكلامية:تواصل الفرد مع الأخر لابد من الإشارة إلى أن هناك ثلاثة مقاييس فرعية يجيب عنها الطفل بنفسه ويبقي اثنين من المقاييس يقوم الأخصائي بتقدير درجة الطفل عليها (المقياس اللغوي ، المقياس السلوكي) .

❖ **طريقة تصحيح المقياس** :يقوم الأخصائي بتطبيق المقياس على الطفل وبعد ذلك يقوم بجمع الدرجات المستخرجة في البنود على كل مقياس فرعي على حدا ثم يقوم بقسم الدرجة المستخرجة وقسمها على عدد البنود ، ويقوم بتسجيل الدرجة أسفل المقياس الفرعي حتى يكون هناك 5 درجات للفرد على الخمس مقاييس الفرعية تعبر كل منها على الأبعاد الخمسة(المعرفي ،الوجداني ، الاجتماعي ، اللغوي ، السلوكي).

- **التفسير الكمي** :يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها الطفل على كل مقياس فرعي يتدرج من (1 – 5) تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في المشكلات المتصلة بالجانب المراد قياسه ، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى مستوى منخفض من المشكلات المتصلة بالجانب المراد تقديره .
- **التفسير الكيفي** :يشير إلى تصنيف مهارات وقدرات الطفل على الأبعاد الخمسة بطريقة وصفية كيفية توضح معنى الدرجة التي يحصل عليها الطفل وفقا لثلاثة مستويات الأداء الطبيعي (السواء)، الأداء البيني، الأداء الغير طبيعي (خفيف، متوسط ، شديد) كما يساعد هذا التفسير الكيفي في لفت نظر المعالج إلى أكثر النقاط أو الأبعاد التي لابد وأن يوليها اهتمام أكبر عندما تزيد درجة المشارك على 3 أو أكثر على أي بعد من الأبعاد الخمسة..

*** الخصائص السيكومترية لمقياس التأتأة متعدد الأبعاد**

أولا :صدق المقياس

- **صدق المحتوى:** يقوم على فكرة مناسبة الاختبار لما يقيس،ولمن يطبق عليهم،وتم التأكد من ذلك من خلال تجربة الصياغة اللفظية والتي عرض فيها الاختبار على مجموعة من المتتأتأين للتعرف على مدي صعوبة وسهولة الصياغة اللفظية للبنود
- **صدق المحكمين :** من خلال عرضه على مجموعة من المتخصصين في المجال (السيدمحمد، ٢٠٠٦) .عند عرض هذا المقياس على السادة المحكمين والخبراء لتحديد ما إذا كانت البنود الموجودة في المقاييس الخمسة يمثل كل منها المجال الذي تقيسه، مع تغيير مفردات الاختبار من اللهجة المصرية إلى اللغة العربية الفصحى .

النتائج

- اتفاق المحكمين علي عدد من البنود - حذف عدد من البنود -التعديل اللفظي في بعض البنود .

- **صدق المجموعات المتناقضة**

يشير إلى مدى قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المختلفة أو الأفراد الذي تقع درجاتهم علي طرفي المنحنى ومن ثم فان قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد أو المجموعات المتناقضة تعد مؤشرا على صدق المحتوى والبنائي للمقياس

الجدول (3) يوضح قيم الفروق بين (المتتأتأين ، غير المتتأتأين)

	غير المتتأتأين			المتتأتأين			قيمة ت	مستوى الدلالة
المتغير	ن	م	ع	ن	م	ع		
التأتأة	15	6.86	1.2	15	16.2	2.9	11.2	0.01

تشير بيانات الجدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتتأتأين وغير المتتأتأين على الأبعاد الخمسة للجلجة حيث كانت قيمة ت المحسوبة(11.2) أكبر من ت الجد ولية (2.76)عند درجة حرية 28 .

- **صدق الاتساق الداخلي**

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين الدرجات على المقاييس الفرعية والدرجات على المقياس الكلي . كما هو موضح بالجدول التالي .

الجدول (4) يوضح معاملات الارتباط لأبعاد المقياس

المقياس الفرعي	معامل الارتباط
المقياس المعرفي	0.68
المقياس الوجداني	0.54
المقياس اللغوي	0.24
المقياس السلوكي	0.43
المقياس الاجتماعي	0.33

- **ثبات المقياس**
  - **إعادة تطبيق الاختبار**

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة المتتأتأين ثم إعادة التطبيق مره أخري بفاصل زمني أسبوعين وبلغ معامل الارتباط بعد التطبيق المقياس 0.79 داله عند مستوى 0.1

تعقيب

تخير الباحث من المقياس ما يخدم الدراسة وأهدافها باختيار ثلاثة مقاييس فرعية من اختبار التأتأة متعدد الأبعاد وهم المقياس المعرفي / المقياس الوجداني / المقياس الاجتماعي .

عرض ومناقشة النتائج

نتائج الفرض الأول : هناك فروق بين المتتأتأين تأتأة شديدة والمتتأتأين تأتأة بسيطة في المحددات (المعرفية ، الوجدانية ، الاجتماعية)

الجدول (5)

المحدد	درجة التأتأة	المتوسط	انحراف معياري	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة
معرفي	تأتأة بسيطة	34.7	3.1	4.9	9	0.001
	تأتأة شديدة	45.1	4.5			
وجداني	تأتأة بسيطة	24.6	3.5	6.4	9	0.001
	تأتأة شديدة	32.1	1.8			
اجتماعي	تأتأة بسيطة	30.6	4.4	8.8	9	0.001
	تأتأة شديدة	40.7	2.1			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المتتأتأين بدرجة شديدة وبين المتتأتأين بدرجة متوسطة، حيث كانت قيمة (ت) بالنسبة للمحدد المعرفي (4,9)، وكانت قيمة (ت) للمحدد الوجداني (6,4)، وأخيرا كانت قيمة (ت) للمحدد الاجتماعي (8.8) وهذا يشير إلى وجود فروق بين المتتأتأين بدرجة شديدة وبين المتتأتأين بدرجة بسيطة.

توصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق بين المتتأتأين تأتأة بسيطة والمتتأتأين تأتأة شديده في محددات التأتأة (المعرفية ، الوجدانية ، الاجتماعية) لصالح المتأتأين تأتأة شديدة مما يشير إلي اتساق نتائج الدراسة مع الإطار النظري والتراث البحثي المتوفر في حدود علم الباحث والذي أكد علي أن التأتأة الشديدة تصاحبها بعض المصاحبات أولها المعرفية والتي تتمثل في ما يحمله الفرد من أفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الكلام والتي لم تتغير بعض وهي تتمثل في المحددات المعرفية ، مما يؤدي إلي بعض الانفعالات التي تظهر التأتأة بشكل كبير يحرج المتتأتأ حتى أن خوف المتلجلج يؤدي به إلى القلق الذي يؤدي إلى ظهور الإعراض الجسمية التي تترتب على ذلك منها العرق الغزير، احمرارا الوجه ، رمش العينين تجعل الفرد يظهر بصور الذي يعاني من أجل إخراج الكلمة والتي تترجم في صوره الأعراض الأولية والثانوية**(Stromsta , 2008)**

يؤكد ذلك نتائج الدراسة التي أظهرت وجود فروق بين المتتأتئين تأتأة بسيطه والمتتأتأين تأتأة شديدة في المحددات المعرفية اتساقا مع الاطار النظري السابق ذكره وبالتالي تترجم تلك المعتقدات والأفكار إلي أن تصل الي المحددات الوجدانية التي بدورها تتسق معا لتشكل بعض المشاعر والوجدانات تجاه العمليه الكلامية ذاتها.

ومن ثم تتحول الي اتجاهات تظهر علي الفرد في المحددات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي فهو مترتب علي الجانب الوجداني فبعد حدوث تلك الاعراض الاوليه والثانويه والمشاعر والانفعالات المصاحبه يبدا المتتأتأ في تجنب المواقف الاجتماعية او الكلاميه التي تظهر لجلجته ليس فقط ذلك بل يتجنب بعض الكلمات ويحاول يبحث عن بعض الكلمات ، وعند النظر الي نتائج الدراسات السابقة يتضح اتساق تلك النتائج مع الدراسات السابقة التي تناولت عدد من المتغيرات المعرفية والشخصية والاجتماعية.

التي تؤكد جميعها علي وجود فروق بين المتتأثين وغير المتتأثين مثل دراسة (بدرية احمد ،1985) وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المتتأثين وغير المتتأثين لصالح غير المتتأثين في القلق والعصابية والانطواء والتوافق النفسي ومفهوم الذات الاتجاهات الو الدية فعالية البرنامج العلاجي المستخدم حيث كانت هناك فروق بين المجموعة التي تلقت البرنامج وغيرها التي لم تتلقي برنامج ، دراسة (حسيب محمد 2007) وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية سالبه بين التأثأة والثقة بالنفس تمكن من التنبؤ من التأثأة من خلال درجة الفرد على مقياس الثقة بالنفس وفاعلية البرنامج المعد لتخفيض التأثأة .

نتائج الفرض الثاني : هناك إسهام نسبي للمحددات (المعرفية ، الوجدانية ، الاجتماعيه) في التنبؤ بالتأثأة شديدة .

الجدول (6)

نسبة مساهمة أساليب التنشئة الأسرية في التنبؤ بالدرجة الكلية للذكاء العاطفي (صورة الأم)

المتغيرات المستقلة	المتغير التابع	R	R 2	قيمة بيتا	الخطأ المعياري	قيمة ت	قيمة ف
معرفي	شدة التأثأة	0,55	0,30	0,19	3,8	5,2	31,7
وجداني		0.74	0.35	0,32	1,9	4,3	43,4
اجتماعي		0.62	0.52	0.25	2.7	4.1	42.9

يتضح من الجدول السابق أن درجة المحدد المعرفي تنبئ بدرجة شدة التأثأة لدى عينة الدراسة وذلك بنسبة مساهمة تساوي (32%)، وهي دالة عند مستوى (0,05)، وقيمة (ف) تساوي (31,7)، وأن درجة المحدد الوجداني تنبئ بدرجة شدة التأثأة بنسبة مساهمة (35%)، وهي دالة عند مستوى (0,05)، وكانت قيمة (ف) تساوي (43,4)، فيما كانت درجة المحدد الاجتماعي تنبئ بشدة التأثأة بنسبة مساهمة تساوي (52%) وهي دالة عند مستوى (0,05)، وقيمة (ف) تساوي (42,9)، وهذا يؤكد قدرة محددات التأثأة (معرفي- وجداني- اجتماعي) في التنبؤ بشدة التأثأة لدى عينة الدراسة.

تشير نتائج الدراسة إلي مدي الإسهام النسبي لكل محدد من المحددات الثلاثة في التنبؤ بالتأثأة وهو الفرض الذي يعتبر الفرض المركزي في الدراسة وأشارت نتائج

الدراسة إلي أن المحددات الاجتماعية كانت الأهم في التنبؤ بالتأتأة حيث أسهمت بنسبة 52% في التنبؤ بالتأتأة بينما كانت المحددات الوجدانية 35%بينما المحددات المعرفية 32% في التنبؤ بالتأتأة .

واتفقت تلك النتائج مع الدراسات التي تناولت عدد من المتغيرات الشخصية والمعرفية المختلفة لبحث مدي إمكانية التنبؤ بالتأتأة من خلال تلك المتغيرات الشخصية والمعرفية والاجتماعية مثل دراسة إبراهيم الشافعي (2011) هدفت إلي بحث العلاقة بين اضطرابات النطق والكلام و القلق ، رهاب الكلام ، الاكتئاب ، القبول والرفض الوالدي من جانب الأم ، دراسة الفروق بين طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة في اضطرابات النطق والكلام وبحث مدي إمكانية التنبؤ باضطرابات النطق والكلام لدي(726) من الذكور . أظهرت النتائج أن القلق ورهاب الكلام ، الرفض الوالدي لديهم القدرة علي التنبؤ باضطرابات النطق والكلام .

كذلك دراسة ياير واخرون **(Yairi, et al., 1996)** هدفت إلي دراسة العوامل القادرة علي التنبؤ بكل من بقاء التلعثم لدي الأطفال أو تلاشيه من خلال دراسة طوليه لعينه من أطفال المدرسة الابتدائية عددهم(100) طالب يعانون من التلعثم علي مدار السنوات السابقة وتمت مقارنتهم بعينة أخري من نفس العمر والصف الدراسي ولكن لايعانون من التلعثم عددهم(45) يمثلون المجموعة الضابطة ، ، العوامل المنبئة بالتأتأة وبقائها تتمثل في متى بدأت التأتأة ، علاقة الطفل بوالديه ومعاملتهم له وما قدم له من علاج مبكر ، دراسة إبراهيم الشافعي ، مهدي علي القرني (2008) هدفت تلك الدراسة إلي بحث الفروق بين طلاب المرحلة المتوسطة الذكور فقط في كل من مصر والسعودية في اضطرابات النطق والكلام ، القلق ، رهاب الكلام ، الاكتئاب وبحث علاقة اضطرابات النطق والكلام بكل من القلق ، رهاب الكلام ، الاكتئاب لدي عينة من طلاب الصف الثالث المتوسطة المصرية عددهم (408) ، عينة من طلاب الصف الثالث المتوسطة السعودية وعددهم (372). وأظهرت النتائج وجود علاقة بين اضطرابات النطق والكلام ورهاب الكلام والاكتئاب علاقة طرديه موجبه ، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه بين اضطرابات الكلام والقلق .

الأمر الذي يشير إلي إمكانية التنبؤ بالتأتأة من خلال عدد من المتغيرات الشخصية مثل (القلق ، الاكتئاب ، الثقة بالنفس) أو الظروف المتعلقة بالتأتأة

مثل بداية التأتأة الا انه عند تناول نتائج الفرض الثاني لابد من الاشاره إلي ترتيب نسب الإسهام النسبي والتي أظهرت النتائج إلي أن المحددات الاجتماعية لها اكبر نسبة من الإسهام تليها المحددات الوجدانية ثم المحددات المعرفية عكس التوقع حيث ان الباحث قد توقعا ان المحددات المعرفية سوف يكون لها اكبر الأثر ثم المحددات الوجداني ثم الاجتماعية .

إلا أن ذلك يمكن تفسيره من خلال تواصل الفرد مع الآخرين في مختلف المواقف الكلامية، تجنب المواقف الكلامية، العزلة الاجتماعية للمتتأتأ في الفصل، المشاركة في اللعب، العالم الواقعي للتواصل كل تلك الأمور تعد هي أي المحددات الاجتماعية هي الأكثر في التنبؤ بالتأتأة. وقد يرجع ذلك كما ذهب بعض العلماء إلي أن التأتأة تسبب العديد من المشاعر السلبية لدى الطفل المتلجلج تجعله يحجم عن الرد على أسئلة المعلم أو حتى الدخول في مناقشات ومجادلات مع اقرأنه نتيجة لخوفه من التأتأة وما يترتب عنها من سخريتهم منه، كما ان بقاء التأتأة فتره طويلة لدى الشخص يؤدي إلى ظهور مشكلات انفعالية مصاحبة من شعوره بالحرج والذنب، الإحباط والغضب والذي يؤدي بدوره إلى اليأس، وبالتالي انخفاض شعور الفرد بقيمته كإنسان، والتي تؤثر جميعها في مستقبل الفرد (إيهاب الببلاوي، 2005: 280).

ناهيك عن التأثيرات السلبية للتأتأة في شخصية الطفل المتتأتأ (حسيب محمد، 2007) وعلى إقامته لعلاقات سوية مع الآخرين، تمثل حواجز تمنعه من التوافق النفسي والاجتماعي وتؤثر على انجازه الأكاديمي. (غادة كسناوي،2007) لذا فإنها تبقي الاقوي والابقي طبقا لنتائج الدراسات السابق ذكرها .

ولكن لابد من الاشاره في ذلك السياق الي ضروروه الاتفاق علي ان النظرة القديمة للتأتأة على أنها مشكلة أحادية البعد أي أنها ترجع لسبب واحد نفسي أو فسيولوجي أو أنها سلوك متعلم إلا أن النظرة الحديثة أثبتت غير ذلك أنها مشكلة متعددة الأبعاد. والتي كانت تحتوي على العديد من المشكلات الانفعالية والاجتماعية المعقدة **(Bothe et al., 2005)**.

وفي نهاية الامر لابد من الاشاره الي ان نقص ذلك النوع من الدراسات التي تتناول القيمه التنبؤيه للمتغيرات النفسية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية جعل من الصعب تفسير النتائج بصوره أفضل ويجب التأكيد على أهمية التوسع في عمل العديد من الدراسات والبحوث التي تتناول الإسهام النسبي والقدرة التنبؤية لعدد من المتغيرات الموجودة لكي تتضح النتائج أكثر.

مراجع البحث

- أحمد ، بدرية(1985). ظاهر التأتأة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية .رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس.

- البيلاوى ،إيهاب (2005). اضطراب طلاقة الكلام . كلية التربية، جامعة الملك سعود.

- الزراد ، فيصل (1990) اللغة واضطرابات النطق والكلام .الرياض، دار المريخ .

- الشافعي ، ابراهيم &القرني ، مهدي علي(2008)اضطرابات النطق والكلام لدي طلاب المرحلة المتوسطه من التعليم في كل من مصر والسعوديه وعلاقتها ببعض سمات الشخصيه دراسة عبر ثقافيه . مجلة كلية التربيه ،جامعة الازهر.العدد 136 ، ج 1 .

- الشافعي ، ابراهيم (2011) بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة باضطرابات النطق والكلام لدي طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بالمملكة العربية السعودية : دراسة تنبؤية مقارنه . مجلة العلوم التربوية والنفسية . المجلد 12 ، العدد 1

- الشوربجي،نبيلة (2003). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها.القاهرة، دار النهضة. ط 1

- الشخص ، عبد العزيز (1997). اضطراب النطق والكلام .القاهرة ، مركز الفتح للطباعة والنشر، ط (1) .

- النحاس ، محمد &رجب سليمان (2008) . العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدي ذوي صعوبات التعلم . الملتقي الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة . المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب. القاهرة - دبي.

- بدوي ، سهي (1992) . التذكر لدي الأطفال المتلعثمين والأسوياء في مرحلة الطفولة المتأخرة .رسالة ماجستير (غير منشوره) . قسم الدراسات النفسية ، جامعة عين شمس.

- حمودة ، صفاء (1991). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما)والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة .رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية التربية ، جامعة عين شمس

- رشاد ، أحمد (1995). دراسة لمدى فاعلية أسلوب التظليل واللعب غير الموجه في علاج حالات التأتأة لدى أطفال المرحلة الابتدائية .رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية ، جامعة عين شمس .

- رشاد ،أحمد (1993) . استخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين دراسة تجريبية. (غير منشورة) معهد دراسات عليا للطفولة، عين شمس

- زكي، علا (2000). دراسة العلاقة بين ضغوط والديه واللجلجة في الكلام عند أطفال ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير (غير منشوره). معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

- سيد ، محمد (1999). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدي المراهقين. رسالة ماجستير (غير منشوره). معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس

- صبري ، إيمان (2006)التلعثم لدى الأطفال (دراسة في مفهوم الذات وأساليب التعامل مع الضغوط) .دراسات عربية في علم النفس .مجلد 5، العدد 3، ص643-807

- عبد المجيد ، عبد الفتاح (1996).اضطرابات التواصل : عيوب النطق وأمراض الكلام. القاهرة ، دارالفكر العربى

- عبد ربه ، صفوت (2000). فاعلية العلاج السلوكي متعدد المحاور والقراءة المتزامنة في علاج اللجلجة وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة. رسالة ماجستير غير منشوره. معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

- كسناوي ، غادة (2007) . فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدي عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة . رسالة ماجستير (غير منشوره) . كلية التربية، جامعة أم القرى

- كسناوي ، غادة (2007) . فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدي عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة . رسالة ماجستير (غير منشوره) . كلية التربية، جامعة أم القرى.

- محمد ، هدي (1998). التلعثم وعلاقته بمستوي الطموح لدي تلميذات المرحلة الإعدادية. رسالة ماجستير غير منشوره. معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

- محمد ،حسيب (2007). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجلجة في الكلام لدي أطفال المرحلة الابتدائية.المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية التربية الخاصة بين الواقع والمأمولفي الفترة من15 - 16 يوليو 2007 برنامج المؤتمر

- مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة (1421هـ).نظام رعاية المعوقين في المملكة العربية السعودية .الرياض : المملكة العربية السعودية

- منصور ،طلعت (1967).دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة باللجلجة في الكلام .رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية ، جامعة عين شمس.

- نافع ، جمال (1987). اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدي تلاميذ المرحلة الإعدادية .رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، عين شمس.

- وزاره المعارف (1422 هـ). القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة المعارف .الرياض . المملكة العربية السعودية:وزاره المعارف ،الأمانة العمة للتربية الخاصة

- نيكسون ، جين (2000). مساعدة الأطفال علي مواجهة التلعثم .الدار العربية للعلوم، مركز التعريب والبرمجة

-Blazej , Z . Halina , K.(2007) . Intelligent System Stuttering Therapy Orator System design .University of Technology, Poland . Available on line at http// www.systems-science.pwr.wroc.pl .

-Borsel , J; Achten , E ; Santens, P ; Lahorte P, &Voetb , T.(2003). fMRI of developmental stuttering: A pilot study. Brain and Language, 85, 369–376.

-Bothe,A. Davidow,J. Bramlett,R. Franic,D&Ingham,R.(2006). Stuttering Treatment Research 1970–2005: II. Systematic Review Incorporating Trial Quality Assessment of Pharmacological Approaches.American Journal of Speech-Language Pathology , 15 , 342–352.

-Conture, E . ; Anderson, J . (2004) .Sentence structure priming in young children who do and don't stutter.Journal of Speech Language Hearing Reseach,47(3) . PP. 552 – 71 . Abstract.

-Craige ,A. ; Blumgart ,E.& Tran ,Y.(2009) . The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter.Journal of fluency disorder, 34(2),61-71.

- Chang ,S. ; Kenney, M. ; Loucks, T . &Ludlow ,C .(2009) . Brain activation abnormalities during speech and non-speech in stuttering speakers.NeuroImage,46, 201-212.

- Davidow ,J ; Bothe , A &Bramlett , R. (2006). The stuttering Treatment Research Evaluation and Assessment tool (streat): Evaluating Treatment Research as part of Evidence – Based Practice. American journal of speech-language pathology,15,126-141

-De Nil, L. F. (1999). Stuttering: A neurophysiologic perspective. In N.B. Ratner and E. C. Healey (Eds.), Stuttering research and practice:Bridging the gap. Mahwah, NJ Lawernce Erlbaum.

-Foundas, A; Bollich, A; Feldman, J, Corey, D; Hurley, M; Lemen, L &Heilman, K .(2004). Aberrant auditory processing and atypical planumtemporale in developmental stuttering.Neurology ,63.

-Healey , c.(2011). Using the calms assessment to develop data- based decision for the treatment of children who stutter. Manitoba speech – language hearing association convention .university of Nebraska- Lincoln .USA.

-Healey ,C&Trautman,L.(2004). Clinical Applications of a Multidimensional Approach For The Assessment and Treatment of Stuttering. Communication Disorders, 31, 40.

-Herder,C.;Howard,c.;Nye,C.&Vanryckeghem,M.(2006)Effectiveness behavior stuttering therapy :A systematic review and met analysis. contemporary issue in communication science and disorder,(33) ,61-73.

- Ingham, R . Lewis, J.(1978). Behavior Therapy And stuttering: And the story grows. Human Communication .

-Jim , B. ; Briguel , A. ; Faz , A. & Dev, Y .(2008). A focus on stuttering and stutterers .The Voice of ELSA , 25.P. 14. Available on line. http://www.stuttering.ws/voe/OV25.pd

- Klompas, M. & Ross, E.(2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. Journal of Fluency Disorders, 29, 275–305.

-Landera ,M. (2004). The Self-Perceptions of Adolescent Who Stutter.availableonline:http://honorsinthemajor.fsu.edu/Symposium_2004/ landera.html.

- Murphy, W. ; Yaruss, J.&Quesal, R.(2007) Enhancing treatment for school-age children who stutter I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. Journal of Fluency Disorders, 32, 121–138.

- Phaal,B.(2007) An examination of anxiety and communication apprehension in preschool children who stutter. University of Canterbury, department of communication disorder.available on line at http//www.google.com.

-Pesak , J. Grezl , T. Zapletalova,J.et al., (2006). A study of the effect of bronchodilatation on speech fluency in stuttering .Scrlpamedica (BRON),79 (1),9-18February.

- Rentschler, G.(2007). Effective Activities for Stuttering Therapy.Annual Convention of the Illinois Speech-Language-Hearing Association.

-Ronen , T.(2006) . cognitive behavior therapy with children : skills – directed therapy . Hellenic journal of psychology , 3, 1-22.

- Susca , M .(2006). Connecting stuttering measurement and management : Measures of cognition and affect . internationaljournal of language and communication disorder, 41(4),365-377.

-Spillers, C. (2001) . Phenomenology of stuttering .university of minesota, Duluth. Available on line :www.d.umn.edu/~cspiller/stutteringpage/phenomenology.html

-Yairi, Ehud; Ambrose, Nicoline G.; Paden, Elaine P.; and Throneburg, Rebecca, " predictive factors of persistence and recovery : pathways of childhood stuttering . eastern Illinois university . (1996).Faculty Research and Creative Activity.Paper 3 http://thekeep.eiu.edu/commdis_fac/3,

-Yairi, Ehud; Ambrose, Nicoline G.; Paden, Elaine P.; and Throneburg, Rebecca, " predictive factors of persistence and recovery : pathways of childhood stuttering . eastern Illinois university . (1996).Faculty Research and Creative Activity.Paper 3 http://thekeep.eiu.edu/commdis_fac/3.