[٢]

فاعلية برنامج قائم على العلاج الشمولي "MIDVAS" لتخفيف حدة اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام

د. ألطاف عبد الظاهر محمد
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة أسوان

فاعلية برنامج قائم على العلاج الشمولي "MIDVAS" لتخفيف حدة اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام

د. ألطاف عبد الظاهر محمد ★

المخلص:

هدفت البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم على العلاج الشمولي "MIDVAS" لتخفيف حدة اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام؛ وتكونت عينة البحث التجريبية من (١٠) أطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، تراوحت أعمارهم بين (٦-٩) سنوات بمتوسط عمري (٧,٢٦) وانحراف معياري (١,١٩)، واستخدمت الباحثة مقياس اضطراب ابراكسيا الكلام (إعداد إبراهيم وعوض الله،٢٠٢١)، وقائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري (إعداد الباحثة)، والبرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي (إعداد الباحثة)، وتم استخدام المنهج شبه التجريبي؛ وقد أظهرت نتائج البحث فاعلية البرنامج العلاجي "MIDVAS" في تخفيف حدة اضطراب الطلاقة التكراري لدى أطفال العينة التجريبية ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، كما دلت النتائج على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بشهر وفي ضوء النتائج السابقة تم وضع بعض التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: العلاج الشمولي"MIDVAS"، اضطراب الطلاقة التكراري، اضطراب ابراكسيا الكلام.

★ مدرس الصحة النفسية- كلية التربية- جامعة أسوان.

The Effectiveness of a Holistic Approach-based program "MIDVAS" to alleviate Fluency Disorder in children with Verbal Apraxia Disorder

Abstract

The aim of the research: was to verify the effectiveness of Holistic Approach-based program "MIDVAS" to alleviate Fluency Disorder in children with Verbal Apraxia Disorder.

Research sample: the experimental sample consisted of (10) children with Verbal apraxia disorder, ranging in age from (6-9) years with an average age of 7.26 (SD = 1.19) years.

Research tools: the scale of verbal apraxia disorder (prepared by Ibrahim and Awad Allah, 2021), the list of indicators indicative of fluency disorder (prepared by researchers) the therapeutic program based on Holistic approach (prepared by researchers).

Research methodology: The research was based on Semi-experimental approach.

Research results The results of the research have shown the effectiveness of the therapeutic program "MIDVAS" in alleviating the fluency disorder in the children of the experimental sample with verbal apraxia disorder, and the results also indicated the continuity of the effectiveness of the therapeutic program in alleviating the fluency disorder a month after the completion of the application of the program, in light of the previous results, some recommendations and proposals were developed.

Keywords: Holistic Approach "MIDVAS", Fluency Disorder, Verbal Apraxia Disorder.

مجلة الطفولة والتربية – المجلد الستون – العدد الأول – السنة السادسة عشرة – أكتوبر ٢٠٢٤

أولاً: مقدمة وخلفية نظرية:

تُعد اضطرابات الطلاقة الكلامية من أكثر التحديات اللغوية انتشارًا وتعقيدًا التي تواجه الأطفال، حيث تؤثر مباشرةً على قدرتهم على التواصل والتفاعل مع الآخرين، حيث يعاني الأطفال المصابون بابراكسيا الكلام من اضطراب عصبي يؤثر في قدرتهم على التخطيط وتنظيم الحركات العضلية اللازمة لإنتاج الأصوات والكلمات، ويؤدي إلى صعوبة توجيه العضلات المشاركة في عملية النطق، مع أن الطفل قد يكون واعيًا تمامًا بما يريد قوله، ولكنه يعاني من صعوبة في التحدث بوضوح،مايجعل تكرار أو حذف الأصوات شائعًا في حديثهم، ولذلك يشهد العصر الحالي باهتمام الباحثين بموضوع ابراكسيا الكلام للحد من الصعوبات ولضمان تعليم أفضل للأطفال ذوي تلك الصعوبات وجعلهم بنفس كفاءة أقرانهم العاديين.

ويعرف اضطراب ابراكسيا الكلام Verbal Apraxia Disorder بأنه اضطراب عصبي حركي يؤثر في القدرة على تخطيط وتنفيذ الحركات المطلوبة لإنتاج الأصوات الكلامية بشكل دقيق، دون وجود أي خلل في العضلات المسؤولة عن النطق تظهر لدى الأطفال، وتتميز بتأخر في تطوير المهارات الكلامية، حيث يواجه الطفل صعوبة في تنسيق الحركات العضلية المطلوبة لإنتاج الكلام على نحو منظم ومتسق، على الرغم من عدم وجود مشكلات عضلية أو سمعية (Grigos & Kolenda, 2010)

ويشير اضطراب ابراكسيا الكلام إلى عدم القدرة على إنجاز الكلام الهادف ذي المعني، وعدم القدرة على تشكيل الوحدات الأولية (المقاطع) اللازمة للتعبير اللغوي، ويؤدي ذلك إلى اضطراب في الجانب التعبيري من اللغة المرتبط بخلل في المعالجة الحسية العصبية، مع خلو الفرد من الإصابة بالشلل أو غيره من الإعاقات الحركية، فهو بمكانة عدم قدرة على التحكم الإرادي في حركات أجزاء النطق بدرجة مناسبة لممارسة الكلام بصورة صحيحة، وكلما زاد التركيز على الجوانب الإرادية زادت صعوبة النطق (الشخص، ٢٠١٩).

ولذلك تعتبر ابراكسيا الكلام من الاضطرابات الكلامية المعقدة والتي تشير إلى عدم القدرة على الكلام وخلط في ترتيب الأصوات في الكلمة الواحدة وكذلك مزج بعض الأصوات الفردية معًا لتكوين الكلمات والجمل وأحياناً أخرى يظهر بطريقة

أكثر شدة بحيث تعيق تحريك عضلات النطق، كما يرجع هذا التعقيد للعوامل المتعلقة بتشخيصها والكشف عنها لدى الأطفال، لأنها تتشابه في أعراضها مع اضطرابات أخرى مثل عسر الكلام أو الحبسة الكلامية.

فهو اضطراب في النطق يتميز بصعوبة في التخطيط الحركي للأصوات، مما يؤدي إلى كلام غير متسق ومتقطع، وهو ناتج عن خلل في إرسال الأوامر الحركية من الدماغ إلى العضلات المسؤولة عن الكلام، ولذلك يتطلب تدخلاً علاجياً يشمل تدريب الطفل على تحسين التخطيط الحركي للنطق، وذلك من خلال التكرار المكثف للتمارين الكلامية التي تساعد في إعادة تنظيم الروابط العصبية المسؤولة عن التحكم في العضلات المستخدمة في الكلام (Morgan et al.,2018).

وأوضحت نتائج دراسة Prunty et al. (2016) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب ابراكسيا الكلام أقل من أقرانهم العاديين بكثير في المفردات اللغوية بناءًا على مقياس وكسلر للذكاء، بالإضافة إلى أن لديهم عدد كبير من الأخطاء الإملائية حيث إنهم يكتبون عدد كلمات أقل من أقرانهم العاديين في الدقيقة الواحدة، ويتأخر الأطفال عن نظرائهم في نطق الكلمات وإدراك قواعد تكوين الجمل بسبب عدم توافر فرص للتدريب اللغوي واجراء محادثات.

كما يعاني الأطفال المصابون بابراكسيا الكلام من صعوبة في نطق الكلمات على نحو صحيح، وغالبًا ما تكون في الصوتيات أخطاء، مثل حذف أو تبديل الأصوات، ويميل الأطفال المصابون بابراكسيا الكلام إلى استخدام تعبيرات وجهية وإيماءات للتواصل لتعويض الصعوبات الكلامية (Duffy, 2019)؛ ويظهر هؤلاء الأطفال صعوبة في الحديث بسلاسة، حيث يتطلب منهم وقتًا أطول لتخطيط وتنفيذ الحركات اللازمة لنطق الكلمات، ويواجهون أيضًا انقطاعًا في الكلام أو توقفات غير طبيعية، ويقومون باستخدام أنماط محددة من الكلام في بعض الكلمات أو العبارات، مثل تكرار نفس الأخطاء في كلمات معينة، مما يدل على نمط متكرر من السلوك ونتيجةً لذلك يظهر الأطفال أحاسيس الإحباط عندما لا يتمكنون من التعبير عن أنفسهم بشكل فعال(McNeil, 2011).

وقد أشارت نتائج دراسة Miller, et al. (2019) أن هناك علاقة بين الكلام واللغة وصعوبات فك الرموز لدي الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، وأن

٦٥% من الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام مقارنة ب ٤٥% من الأطفال ذوي اضطراب الكلام صنفوا كقراء منخفضي الكفاءة وأن القصور الحركي للكلام وإنتاج أصوات الكلام يزيد من أخطار مشكلات القراءة لديهم، ومن ثم اقترحت الدراسة ضرورة التدخل المبكر لهؤلاء الأطفال، وتتراوح نسبة انتشار اضطراب ابراكسيا الكلام بين الأطفال ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ٥-١١ سنة ما بين ٥% إلى ٦% (بيندر،٢٠١١).

استنادًا لما سبق يتضح أن اضطراب ابركسيا الكلام هو اضطراب حركي يؤدي إلى ضعف في تسلسل الحركات المطلوبة للنطق وعجز في تنفيذ الحركات المقصودة والإدارية، على الرغم من وجود تناسق وتناغم طبيعي بين أعضاء النطق وقدرة للعضلات على أداء المهمة بشكل طبيعي في أوضاع ومواقف مختلفة، مما قد يؤدي لصعوبات في التعلم وصعوبات في القراءة والكتابة والرياضيات وتكرار الحروف والكلمات والمقاطع الصوتية.

ويُعتبر اضطراب الطلاقة التكراريFluency Disorder المعروف بالتأتأة أو التكرار المفرط في الحديث،أحدأكثر اضطراب النطق شيوعًا حيث يواجه الأطفال الذين يعانون هذا الاضطراب صعوبة في إنتاج الكلام بسلاسة وتسلسل طبيعي، مما يزيد من أحاسيس الإحباط والقلق الاجتماعي لديهم، ويؤدي إلى فقدان الوسيلة التي يعبر بها عن آرائه وأفكاره وشعوره، فتضعف قدرته على التعامل والتفاهم والتواصل مع الآخرين، فينعكس ذلك السلام النفسي الداخلي، ويعاني آثار الوحدة والعزلة، ويؤثر بالسلب في مستوى تفاعلهم مع البيئة المحيطة. وهناك كثير من المفاهيم وثيقة الصلة باضطراب الطلاقة التكراري، ومنها: الطلاقة التي تشير إلى التدفق السلس للأصوات والمقاطع الكلامية؛ واختلال الطلاقة، وهو نمط من الكلام يمتاز بالتكرارات، والإطالات، والترددات واختلال النطق للمتكلم فاختلال الطلاقة جزء من الاضطراب؛ والمفهوم الثالث هو السرعة المفرطة في الكلام التي تؤدي إلى عدم الوضوح، وتمتاز بحذف أو اضافة كلمات، وأخيراً التلعثم وهو اضطراب في الطلاقة والإيقاع، والسرعة الكلامية، ويشمل وقفات إجبارية (ناصر،٢٠١٨).

أما اضطراب الطلاقة التكراري يظهر على شكل صعوبة في انسياب الكلام، بسبب تكرار الأصوات أو المقاطع أو الكلمات، ويؤثر في قدرة الشخص على

التحدث بطلاقة، وهو يبدأ بالطفولة، ويتميز باضطرابات في التدفق الطبيعي للكلام، مثل تكرار الأصوات أو المقاطع أو الكلمات، مما قد يؤدي إلى تحديات في التواصل (APA,2013).

ويعرف اضطراب الطلاقة التكراري بأنه مصطلح استعمل لوصف أي تدخل في تدفق اللغة الفمية، ويأتي بطريقة تؤثر في المتكلم والمستمع، فهو اختلال في انسياب أصوات الكلمات وطلاقتها عامة، مما يؤدي إلى تكرار أصوات الكلمة بطريقة غير مقصودة وغالباً ما يكون الصوت الأول من الكلمة، وتتعدد أشكال اضطراب الطلاقة التكراري لتشمل تكرار الصوت منفرداً مثل تكرار الصوت الأول من الكلمة، وتكرار المقطع أي تكرار مجموعة أصوات تنتج بنبضة صدرية واحدة، وتكرار الكلمة أي إعادة نطق الكلمة مرتين أو أكثر، ومط الصوت أي زيادة سمة الطول لصوت ما (الظاهر، ٢٠١٠).

ولذلك يمكن القول إن اضطراب الطلاقة التكراري يتضمن تكرارات لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر، واطلالات طويلة للكلمات المنطوقة وزيادة في سرعة التكرارات، ووقفات اجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تسلسل وتدفق الكلام، وحركات اهتزازية في الجسم والرأس وارتعاش في الشفاه والفك، وقد تظهر أيضاً أنماط صوتية وتنفسية غير منتظمة، بالإضافة إلى ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة باختلال تدفق الكلام.

وتعد الأصوات الانفجارية هي أكثر الأصوات التي يضطر الطفل المضطرب إلى تكرارها بصورة لا إرادية، وذلك للطبيعة المخرجية لهذا الصوت، التي تستلزم انحباس الهواء الخارج من الرئتين خلف الأعضاء النطقية المتلاقية مدة زمنية ثم انفصال هذه الأعضاء وخروج الهواء من الفم أو الأنف، ونتيجةً لهذه الطبيعة الانسحابية توجد صعوبة في الانتقال إلى نطق الصوت الذي يليه في الكلمة (ناصر، ٢٠١٨).

ويحدث اضطراب الطلاقة التكراري في مرحلة الطفولة في سن ٦ إلى ٩ سنوات لدى ٨٠%–٩٠٪ من الأفراد المصابين، ويمكن أن تكون البداية غدراً أو أكثر فجأة، وعادةً تبدأ التقلبات تدريجيا في الحروف الساكنة، والكلمات الأولى من العبارة، أو الكلمات الطويلة؛ قد لا يكون الطفل على دراية بالخلل، ولكن مع تقدم

الاضطراب يصبح الخلل أكثر تواترا، ويصبح الطفل أكثر إدراكاً لصعوبة الكلام، فقد يطور آليات لتجنب الاضطرابات والاستجابات العاطفية، بما في ذلك تجنب التحدث أمام الجمهور (APA,2013).

وقد أشارت نتائج الدراسات ارتفاع نسبة انتشار اضطراب الطلاقة التكراري داخل مدراس التعليم الأساسي، وتظهر بنسبة (٥٠%) في الصفوف الأولى من المرحلة الأساسية، ويتعرض لها الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٣-١)، وتختلف نسبة انتشارها من بلد لآخر، وأن أكثر مظاهر وأبعاد اضطراب الطلاقة التكراري انتشاراً بعد التكرار والاطالة عن بعد اضطراب عملية التنفس (Gordon, 2002؛ yairi & Ambrose, 2005؛ أبو زيد وآخرون، ٢٠٢٠).

ومن الأسباب والعوامل المسؤولة عن الاضطراب الأسباب العضوية التي تتعلق بالجهاز العصبي وسلامة الدماغ والأذن والحنجرة والتنفس، والأسباب النفسية كمصادر القلق التي يتعرض لها الطفل، أو الصراع في التعبير عن الذات، فضلاً عن الضغوط التي يمارسها الوالدان ليتكلم الطفل بطريقة تفوق قدراته، أو السخرية منه وكفه عن الكلام على نحو قسري، ومن أسباب حدوث الاضطراب أيضاً العوامل البيئية التي تعد من المسببات الرئيسة في حدوث الاضطراب التي تتعلق بطريقة التنشئة وأساليب المعاملة والوالدية غير السوية (الظاهر،٢٠١٠).

ويعد اضطراب الطلاقة التكراري مشكلة صحية واجتماعية، وتؤثر في النمو النفسي والعقلي للطفل، وفي إمكانية الحياة عامةً، وفي الإنجاز الأكاديمي خاصةً، كما يميل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الطلاقة إلى تطوير تكييف سلبي مما يؤدي إلى تفكير غير مفيد وسلوكيات تجنب ولذلك أشارت الدراسات لضرورة مواكبة التطورات في مجال المعالجات النطقية للحد من الاضطراب وإيجاد الحلول للمشكلات المرتبطة بالاضطراب، الأمر الذي يعرقل سير حياتهم وتنمية شخصيتهم تنمية سليمة (القواقنة، ٢٠٢٠؛ خليل،٢٠٢٤؛ Kiruthiga, 2024).

ولذلك نجد أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة التكراري في حاجة ماسة لبرامج التدخل المبكر وعلاجات التعافي واستراتيجيات إعادة التأهيل، لمحاولة التخفيف من اضطراب الطلاقة التكراري واعراضه والآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليه، والعمل على تحسين نوعية حياة الأطفال بشكل كبير

ومساعدتهم على الاندماج الاكاديمي والاجتماعي من خلال التغلب على اضطرابات الطلاقة التكراري وأبعاده وسلوكيات التجنب والأعراض الجسمية المصاحبة له. وفي ضوء المراجعة الأدبية التي أجراها Sidavi and Fabus (2010) من أجل الوقوف على مناهج التدخل المختلفة للأطفال في سن ما قبل المدرسة وسن المدرسة، وتلخيص البحوث المنشورة في مجال التدخلات العلاجية المختلفة لاضطراب الطلاقة التكراري، أشارت الباحثة إلى أنه لا تزال هناك حاجة ماسة إلى اساليب وطرائق علاجية فعالة ومناهج للتدخل القائمة على الأدلة للتخفيف من اضطراب الطلاقة التكراري.

ومن أهم الأساليب العلاجية للاضطرابات الكلامية العلاج الشمولي "MIDVAS" Holistic Approach والذي طوره Van Riperوهو علاج انتقائي يجمع بين العديد من الأساليب العلاجية النفسية والعلاجات الروحية والتكيف الكلاسيكي والإجرائي، والعلاج بالبصيرة (شكل من أشكال العلاج بالكلام) والذي يتضمن تحديد التأثير السلبي للمشكلات والسلوكيات والبصيرة في العلاج النفسي الديناميكي يساعد المعالج العميل على إدراك مدى تأثير مشاعره السلبية وعواطفه المكبوتة على سلوكياته (Van Riper& Erickson,1996)..

ويعتبر العلاج الشمولي نهجاً متكاملاً يركز على معالجة الأبعاد النفسية والاجتماعية والجسدية للاضطرابات، بدلاً من التركيز فقط على الأعراض الظاهرة، ويستهدف العلاج الشمولي تحسين قدرة الأطفال على التعبير عن أنفسهم بطريقة فعّالة من خلال مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات ويهدف العلاج الشمولي إلى توفير بيئة علاجية داعمة تعزز من قدرة الأطفال على التفاعل مع الآخرين (Shapiro, 1999)؛ مما قد يساهم في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري ويعزز من جودة حياتهم.

ومن النظريات المفسرة للعلاج الشمولي النظرية السلوكية التي تعتمد على فكرة تعديل السلوك من خلال تعزيز الأنماط الإيجابية وتقليل السلوكيات غير المرغوبة، وذلك من خلال التدريب المستمر على مهارات التواصل السليم واستخدام التعزيز الإيجابي، وأيضاً النظرية النفسية الاجتماعية التي تركز على تأثير العوامل النفسية والاجتماعية في تطوير اضطرابات الطلاقة، وتأخذ في

الاعتبار البيئة المحيطة بالطفل وتعمل على تعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي، مما يساعد الطفل على تحسين طلاقته والتخلص من الاضطرابات (زواي،٢٠٢٠).

ولذلك يعتبر العلاج الشمولي "MIDVAS"من الأساليب الفعالة في معالجة النطق والكلام بصفة عامة وقد يساهم في تخفيف اضطرابات الطلاقة التكراري، لأنه بمثابة نهج شامل يتضمن مراحل وأهداف متعددة تركز على تعديل سلوكيات النطق وتعلم تقنيات التحكم في إيقاع وتسلسل الكلام، يعد هذا النهج مناسبًا للأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة التكراري وابراكسيا الكلام لما يتضمنه من أساليب وفنيات علاجية متنوعة مستمدة من نظريات مختلفة، حيث يجمع بين تحسين السيطرة العضلية وتحسين الطلاقة اللغوية، مما قد يقلل من حدة الأعراض المرتبطة اضطراب الطلاقة التكراري ويزيد من وضوح الكلام.

وقد تعددت الفنيات والأساليب المستخدمة في العلاج الشمولي نظراً لتعدد النظريات التي قامت عليها النهج الشمولي ومن هذه الفنيات التشكيل الذي يتلخص في تقسيم السلوك المستهدف لعدة أجزاء متدرجة من السهل إلى الصعب، مع تعزيز كل خطوة تم الانتهاء منها، ثم يتم الانتقال إلى الخطوة التالية حتي الوصول إلى السلوك النهائي المستهدف، ولذلك سمي هذا الأسلوب بالتدريج المتعاقب لأنه يتدرج من البسيط إلى المعقد بشكل تدريجي، ويركز هذا الأسلوب على اكتساب سلوكيات غير موجودة في الوقت الحاضر من خلال استجابات موجودة نبدأ بها ونشكلها لتخدم الهدف النهائي المستهدف (Hedge & Davis, 2005).

والتعزيز الايجابي واحدة من أهم فنيات العلاج الشمولي الذي يهدف لاكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل سلوكيات خاطئة مثل إعطاء الأطفال معززات رمزية حال حدوث الاستجابات المرغوبة، كأن تكون بطاقات، كوبونات، نجوم، عملات ورقية أو معدنية، ويمكن استخدام معززات داعمة كطعام أو شراب أو نشاطات أخرى كاللعب أو الرسم، ويجب أن يكون التعزيز منتظماً بعيداً عن العشوائية، لأن تعديل السلوك والعشوائية نقيضان، واستخدام التعزيز خارج نطاق السلوك المستهدف يقلل من قيمته (الظاهر، ٢٠١٠).

ومن الفنيات المستخدمة الحث والتلاشي والتي تتلخص في أن الحث يتضمن استخدام التنبيهات التحفيزية لتوجيه انتباه الأطفال لإنجاز الاستجابة المطلوبة مثل

الايماءات والاشارات والألفاظ والتعليمات وغيرها من المنبهات التي تهدف لأداء الاستجابة الصحية، أما التلاشي فهو الإبعاد التدريجي لكل مظاهر المنبهات التحفيزية بعد الوصول للاستجابات المرغوبة، ويقل تدريجياً كلما أصبحت الاستجابة أكثر ثباتاً (Hedge & Davis, 2005). أما فنية النمذجة تم استخدامها من المرحلة الأولي في العلاج، حيث تهدف النمذجة إلى اكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل سلوكيات قديمة نتيجة ملاحظة سلوك الآخرين الذين يمثلون نماذج في نظر المقلدين، ويتم نمذجة بعض مهارات الطلاقة بشكل منفرد خصوصاً في بداية العلاج، مثل تقليل معدل الكلام، التحكم في انسياب الهواء، مدخل التلفظ، نطق كلمة أو كلمتين، وبعد التأكد من اتقان مهارة معينة يتم الانتقال إلى المهارة التالية، ويتم الابتعاد عن النمذجة عند تحقيق الاستجابة المطلوبة بشكل مستمر (Van Riper& Erickson,1996).

ومن الفنيات الفعالة في العلاج الشمولي الإطفاء الذي يتم من خلال تجاهل الاستجابات غير المرغوب فيها بدون اللجوء إلى استخدام مثيرات منفردة، مع تقديم التعزيز الايجابي للسلوك المرغوب فيه بشكل قوي وفوري، وهذا الاسلوب لا يحدث بشكل فوري ولكن يتطلب استمرارية للتخلص من السلوك غير المرغوب فيه، ويكون الإطفاء فاعلاً إذا اتصف بالانتظام والاستمرارية، ويفضل أن يشترك المحيطين بالطفل كالوالدين والأقران في ممارسة الإطفاء للحصول على أفضل النتائج (Hedge & Davis, 2005).

ويعتبر التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر و التعزيز التفاضلي للسلوك ذي المعدل الواطئ من الفنيات الرئيسية في العلاج الشمولي حيث تهدف الفنية الأولى لتنقيص السلوكيات الشائكة من خلال تعزيز الطفل عندما لا يظهر السلوك غير المرغوب فيه، أي إنه يستهدف تعزيز غياب السلوك غير المقبول في نهاية الجلسة، وتهدف الفنية الثانية إلى تعزيز الطفل عندما يقلل من السلوك غير المرغوب فيه لأقل معدل ممكن، بحيث يكافئ الطفل عندما يقوم بتقليل معدل الخطأ عن الوسط الحسابي لخط الأساس، أو يعزز الطفل الذي يقلل من السلوكيات القهرية المرتبطة بالاضطراب و يقلل من الكلمات الدالة على عدم طلاقته (Shiply& Kibbin, 2006).

كما تعتبر فنية عكس المشاعر Feeling Reflection Technique من فنيات العلاج الشمولي والتي تتضمن تكرار ما يقوله الأطفال بنبرة صوت توضح لهم ان

المعالج يفهمهم ولكن بدون استحسان أو استهجان، أي أنه يعكس للأطفال مشاعرهم كمرآة لفظية لتوضيح مشاعرهم واتجاهاتهم الشعورية واللاشعورية، مما يعطى لهم فرصة أكبر لفهم ذواتهم بدرجة أكثر وضوحاً، مما يجعلهم قادرين على تقبل ذواتهم مما يؤدي إلى زيادة استبصارهم، ويؤكد لهم المعالج من خلال هذه الفنية فهمه لهم وتعاطفه معهم وهذا ما يساهم في نجاح العلاقة العلاجية (Rogers,1991).

ويعد الاسترخاء من الفنيات النفسية المستخدمة والتي تساعد على تقليل حالات التوتر والقلق الذي يصاحب اضطراب الطلاقة التكراري، ويرتبط القلق أيضاً بالتنفس غير المنتظم، ويمكن أن يتم الاسترخاء بطريقتين وهما الاسترخاء الذاتي والاسترخاء بالتنفس الذي يتضمن استخدام فنية الإطالة بحيث يتحدث الطفل ويقرأ بشكل بطيء مما يساعد في تقليل ظهور علامات وسلوكيات اضطراب الطلاقة التكراري (Rautakoski, et al.,2012).

وترى الباحثة أن هذه الأساليب قد تعمل معًا لتخفيف اضطراب الطلاقة التكراري وتحسين التواصل الفعّال لدى الأطفال المصابين بابراكسيا الكلام من خلال توفير نهج شمولي يركز على جوانب متعددة لتحسين الطلاقة، وذلك لأن اضطراب الطلاقة التكراري يمثل تحدياً كبيراً للأطفال الذين يعانون من الابراكسيا الكلامية، حيث تؤثر هذه الحالة بشكل ملحوظ على قدرتهم على التواصل بشكل فعال، حيث يعاني الأطفال من صعوبة في إنتاج الكلام بشكل متسلسل وطبيعي، مما يؤدي إلى تكرار الكلمات أو المقاطع الكلامية بشكل غير طبيعي.

كما أن غياب البرامج العلاجية المتخصصة يؤثر سلباً على الأطفال المضطربين لأنهم يعانون من الشعور بالنقص والإحباط والعزلة الاجتماعية نتيجةً لصعوبة التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب، ولذلك جاء هذا البحث للتعرف على فاعلية العلاج الشمولي في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، وذلك من خلال تقديم برنامج علاجي يساهم في تحسين مستوى النطق والتواصل لديهم.

كما لم يتم التوصل – في حدود علم الباحثة– إلى أي دراسة عربية أو محلية قد تناولت العلاج الشمولي بالدراسة وهذا ما دفع الباحثة للقيام بهذا البحث لمحاولة الكشف عن فاعلية العلاج الشمولي"MIDVAS" في تخفيف اضطراب الطلاقة

التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، لعلها تضيف شيئاً جديداً للميدان، وفي ضوء ما سبق يمكن أن تتلخص مشكلة الدراسة في الإجابة على الاسئلة التالية:

١- ما الفروق بين القياسيين القبلي والبعدي لأطفال العينة التجريبية على مقياس اضطراب الطلاقة التكراري؟

٢- ما الفروق بين القياسيين البعدي والتتبعي لأطفال العينة التجريبية على مقياس اضطراب الطلاقة التكراري؟

ثانياً: أهداف البحث:

تسعي الدراسة الحالية إلى محاولة التعرف على:

١- إعداد برنامج علاجي يستهدف تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

٢- التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي الشمولي"MIDVAS" في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

٣- التحقق من استمرارية فاعلية العلاج الشمولي "MIDVAS" في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

ثالثاً: أهمية البحث:

في ضوء استقراء الباحثة للدراسات السابقة في مجال متغيرات الدراسة الحالية تبين لها ندرة الأبحاث في هذا المجال الحديث مما يضفي على الدراسة أهمية خاصة في شقيها النظري والتطبيقي، وتتمثل على النحو الآتي:

١- يقدم البحث إطاراً نظرياً من المفاهيم والخصائص لاضطراب الطلاقة التكراري واضطراب ابراكسيا الكلام.

٢- استخدام أحد الأساليب العلاجية الفعالة، وهو العلاج الشمولي "MIDVAS" والوقوف على الأطر النظرية المفسرة، والمفاهيم الأساسية، والاستراتيجيات والفنيات، وتوجيه أنظار الباحثين والمعالجين النفسيين إلى استخدامه.

٣- يُعد هذا البحث محاولة تطبيقية من خلال تصميم برنامج علاجي قائم على فنيات وتقنيات العلاج الشمولي للحد من اضطراب الطلاقة التكراري مما يعود بالنفع على الصحة النفسية ويساعد الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

٤- قد يفتح هذا البحث آفاقاً جديدة للبحث والدراسة ولاسيما الدراسات المرتبطة باضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال، وقد يفيد المتخصصين في مجال التخاطب في خفض اضطراب الطلاقة التكراري.

٥- تصميم أداة قياس وتقويم موضوعية لقياس اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال.

٦- تصميم وتقديم برنامج علاجي للأطفال ممن يعانون من اضطراب ابراكسيا الكلام، الذي يسبب العديد من المشكلات النفسية لدى الأطفال، ويفيد الأخصائيين والقائمين على تربية الأطفال المضطربين نطقياً حتى تتكامل الجهود لخفض هذه الاضطرابات.

رابعاً: المصطلحات الاجرائية للبحث:

١- العلاج الشمولي "MIDVAS" Holistic Approach:

تتبنى الباحثة تعريف فان رايبر للعلاج الشمولي والذي عرفه بأنه علاج انتقائي يشمل العديد من الطرق والأساليب العلاجية مثل: العلاج النفسي، والتكيف الكلاسيكي والإجرائي، وعلاج البصيرة (هو شكل من أشكال العلاج بالكلام يقدم فيه المعالج نظرة ثاقبة أو وعياً لتعزيز قبول الذات والنمو الشخصي)، ويركز هذا العلاج بطريقة رئيسة على مخاوف المضطرب واحباطاته وسلوكيات التجنب والنضال التي يتم توليدها عند حدوث الاضطراب، ويشير كل حرف من اختصار "MIDVAS" لهدف مرحلة معينة من مراحل العلاج، بحيث يمثل M الدافع، I التعريف، D إزالة التحسس، V التباين، A التقريب، S التثبيت، وهذا هو التسلسل العلاجي للعلاج القائم على النهج الشمولي (Van Riper& Erickson,1996).

٢- اضطراب الطلاقة التكراري (التأتأة):Fluency Disorder (stuttering)

تعرفه الباحثة مفاهيمياً بأنه اضطراب في الإيقاع أو التوتر في طلاقة الكلام، ويكون ذلك بشكل تكراري تشنجي، أو مط للكلام، أو تكرار المقاطع الصوتية والكلمات والعبارات، وحجب مسموع أو صامت مع وجود فائض من التوتر الجسدي عند انتاج الكلمات، وهي مشكلة تواصلية معقدة ومتعددة الأبعاد ويمكن سماعها وملاحظتها بسهولة وتشمل بعدين أساسيين هما أعراض الأداء اللغوي المنطوق ويقصد به اضطراب طلاقة الكلام كالتكرار والمد والاطالة والتجنب

والتوقف والحجب، الاضطرابات الحركية المصاحبة: والتي تشمل المظاهر الجسمية ومظاهر التنفس، والذي يعرف اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطفل على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري.

٣- اضطراب ابراكسيا الكلام Verbal Apraxia Disorder:

تتبنى الباحثة تعريف إبراهيم وعوض الله (٢٠٢١) الذي يشير لاضطراب ابراكسيا الكلام بأنه اضطراب في نطق الأصوات والمقاطع والكلمات لدى الأطفال، فهو خلل في ترتيب الأصوات في الكلام غير ناتج عن ضعف أو عجز العضلات بل في ضعف التنظيم والتنسيق والتسلسل لحركات أعضاء النطق (الشفتين واللسان والفك) فالطفل يعرف ما يريد أن يقوله من كلمات لكنه يعاني من مشكلة في تنسيق حركات العضلات المسئولة عن نطق الكلمات (إبراهيم، عوض الله،٢٠٢١).

خامساً: فروض البحث:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسيين القبلي والبعدي لأطفال العينة التجريبية على مقياس اضطراب الطلاقة التكراري لصالح القياس القبلي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسيين البعدي والتتبعي لأطفال العينة التجريبية على مقياس اضطراب الطلاقة التكراري.

سادساً: منهج البحث واجراءاته:

١- منهج البحث:

استخدم البحث المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة، لبحث العلاقة بين المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) والتابع (اضطراب الطلاقة التكراري)، ويعتمد المنهج التجريبي على القياس القبلي للمتغير التابع، ثم يدخل المتغير المستقل (البرنامج العلاجي)، وتم إعادة قياس المتغير التابع بعد فترة من تطبيق البرنامج (القياس البعدي)، ويعتبر الفترة بين القياسيين دليلا على فاعلية المتغير المستقل، وبعد مرور شهر من الانتهاء من البرنامج تم تطبيق القياس التتبعي بهدف رصد فاعلية البرنامج. كما تم اعتماد التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة لكونه مناسباً لحجم العينة التي تم الوصول إليها.

٢- مجتمع البحث عينته:

وتكونت عينة البحث التجريبية من (١٠) من الأطفال المصابين بابراكسيا الكلام بالصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية (الأول، الثاني، الثالث) ببعض

المدارس التابعة لإدارة نصر النوبة (مدرسة دهميت الابتدائية المشتركة، مدرسة الأمبركاب الابتدائية المشتركة، مدرسة الدكة الابتدائية، مدرسة كشتنمة شرق الابتدائية المشتركة)، ممن تراوحت أعمارهم بين (٦-٩) سنوات، بمتوسط عمري (٧,٢٦) وانحراف معياري (١,١٩)، والذين تم اختيارهم لتطبيق برنامج العلاجي الشمولي "MIDVAS" عليهم بناءً على المعايير والأسس التالية:

معايير وأسس اختيار العينة:

- موافقة الأطفال وأسرهم على الاشتراك في البحث العلمي الحالي.
- خلو الأطفال المشاركين من أي نوع من الاعاقات الجسمية أو العقلية، وتم ذلك من خلال سؤال القائمين على رعايتهم وملاحظة المعلمين والباحثة للأطفال.
- مراعاة تكافؤ الأطفال من حيث المستوى الثقافي، الاجتماعي، الاقتصادي، ولذلك تم اختيارهم من محيط جغرافي واحد "نصر النوبة".
- ألا يكون أفراد العينة المشاركين قد تعرضوا من قبل لأي برنامج من برامج تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري أو خفض اضطراب ابراكسيا الكلام.
- بعد أن تم استبعاد الأطفال الذين لا تنطبق عليهم الشروط، واستبعاد غير المنتظمين في الجلسات العلاجية، تم حصر الأطفال الذين سيطبق عليهم البرنامج وبلغ عددهم (١٠) أطفال، منهم (٦) من الذكور و(٤) من الاناث. ثم تم التحقق من التجانس بين أفراد العينة على النحو التالي:

تجانس العينة التجريبية:

تم التحقق من التجانس بين أفراد العينة بحساب معامل الالتواء في متغيري اضطراب الطلاقة التكراري واضطراب ابراكسيا الكلام، كالتالي:

جدول (١) تجانس العينة التجريبية في متغير اضطراب الطلاقة التكراري

ن= (١٠)

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء
الأداء اللغوي المنطوق	٤٠,٦٤	٥,٧٥	٠,٣٦
الاضطرابات الحركية المصاحبة	٣٨,٤٩	٢,٤٧	٠,٣١
اضطراب الطلاقة التكراري	٧٥,٦٦	٣,٠٨	٠,٤٨

يتضح من الجدول السابق أن معامل الالتواء انحصر بين (-١، +١) مما يدل على تجانس أفراد العينة في اضطراب الطلاقة التكراري.

جدول (٢) التجانس بين أطفال العينة التجريبية على مقياس اضطراب ابراكسيا الكلام

ن= (١٠)

المتغير	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء
اللغة الاستقبالية	١٤,٠٤	٠,٢٦	٠,٦٣
الحركات الفمية	١٨,١٧	١,٢٢	٠,٢١
الإطار اللحني	١٧,٢٤	١,٣٩	٠,١٨
أصوات الكلام	١٣,٧٩	٠,٢١	٠,٢٠
اضطراب ابراكسيا الكلام	٦٨,٥٥	٦,١٥	٠,٥٣

يتضح من جدول (٢) تجانس هؤلاء الأطفال في الاضطراب، حيث جاءت قيمة الالتواء هي أقل من (-١، +١)، وهي ضمن التوزيع الطبيعي ولا تنحرف بالزيادة أو النقصان.

٣- أدوات البحث:

أ- قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري:

(١) الهدف من المقياس:

يهدف هذا المقياس إلى فرز الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة التكراري عن غيرهم من العاديين، والتي تعرف إجرائياً " بأنه اضطراب في الإيقاع أو التوتر في طلاقة الكلام، ويكون ذلك بشكل تكراري تشنجي، أو مط للكلام، أو تكرار المقاطع الصوتية والكلمات والعبارات، وحجب مسموع أو صامت مع وجود فائض من التوتر الجسدي عند انتاج الكلمات، وهي مشكلة تواصلية معقدة ومتعددة الأبعاد ويمكن سماعها وملاحظتها بسهولة".

(٢) وصف المقياس:

تمحور المقياس في بعدين أساسيين لقياس اضطراب الطلاقة التكراري: البعد الأول: أعراض الأداء اللغوي المنطوق ويقصد به اضطراب طلاقة الكلام كالتكرار والمد والاطالة والتجنب والتوقف والحجب؛ أما البعد الثاني: الاضطرابات الحركية المصاحبة: والتي تشمل المظاهر الجسمية ومظاهر التنفس.

(٣) خطوات إعداد المقياس:

مر إعداد المقياس بعدة خطوات هي:

(أ) الاطلاع على الأطر النظرية النفسية والبحوث والدراسات السابقة، والتي وضحت ماهية اضطراب الطلاقة التكراري والاطلاع على معايير تشخيص

اضطراب الطلاقة التكراري في الدليل التشخيصي والاحصائي (APA5,2013).

(ب) الاطلاع على عدد من المقاييس التي أُعدت لهذا الغرض كقائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأتأة إعداد خليل (٢٠٢٤)، واستمارة تقويم طلاقة الكلام إعداد الشخص (٢٠١٩)، ومقياس تقدير المعلم لطلاقة التلميذ اللفظية داخل الفصل إعداد السيد (٢٠٠٨).

(ج) تم اعداد الصورة المبدئية للمقياس ووضع بنود المقياس في ضوء ما تم الاطلاع عليه من أدبيات، وتحليل استجابات العينة الاستطلاعية والاستفادة منها في صياغة بنود المقياس وتكون المقياس من (٣١) عبارة في صورته الأولية، مراعية الشروط السيكومترية التي تحكم بناء المقاييس النفسية.

(٤) العرض على المحكمين: تم عرض المقياس في صورته الأولية على (٧) من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس وأساتذة التربية الخاصة وذلك للحكم على الأداة ولإبداء الرأي فيه.

(٥) تحديد طريقة الاستجابة والتصحيح:

اشتمل المقياس في صورته النهائية على (٣٠) عبارة، (١٥) عبارة للبعد الأول و (١٥) عبارة للبعد الثاني، وأمام كل عبارة توجد ثلاثة بدائل (غالباً– أحياناً – نادراً)، ويعطى الطفل درجة واحدة عند اختيار نادراً، ودرجتين عند اختيار أحياناً، وثلاث درجات عند اختيار غالباً، وتعبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن شدة اضطراب الطلاقة التكراري وحدتها وتبلغ أعلى درجة (٩٠) وأقل درجة(٣٠).

وتم تقسيم درجات المقياس إلى ثلاث فئات كالآتي: فئة الحاصلين على درجة أقل من المتوسط وتساوى (٣٠) درجة ويستبعد هؤلاء من البرنامج، وفئة الحاصلين على الدرجات التي تقع بين (٣١– ٥٩) وهي تعبر عن وقوع الطفل في الفئة المتوسطة ممن لديهم اضطراب الطلاقة التكراري، ثم فئة الحاصلين على الدرجات التي تقع بين (٦٠–٩٠) وهم الذين يعانون من اضطراب شديد وهذه هي الفئة المستهدفة.

(٦) الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

أولاً: الصدق: صدق المحتوى:

تم اعداد هذه القائمة بناءً على خطوات إجرائية محددة واستناداً إلى تحليل الادب السابق، وتم التأكد من الصدق من خلال عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في التربية الخاصة وعلم النفس والصحة النفسية، حيث أظهرت النتائج أن نسبة صدق محتوى العبارات قد تراوحت بين (١٠٠% إلى ٨٤%)، بعد أن تم استبعاد العبارة رقم (٧) من عبارات البعد الأول حيث كانت نسبة اتفاقها في تصنيفها (٤٢%) وذلك في ضوء مقترحات السادة المحكمين وتوصياتهم بشأن وضوحها وانتمائها للمقياس، وقد تم تعديل صياغة وتعديل بعض العبارات في ضوء ملاحظات السادة المحكمين.

ثانياً: الثبات Reliability:

تم حساب الثبات لعينة حساب الخصائص السيكومرتية المكونة من (١٩) من أطفال ابراكسيا الكلام بالحلقة الأولى من التعليم الابتدائي، وقد تم استخدمت طريقتين كالتالي:

١- **طريقة ألفا كرونباخ: Cronbach Alpha** تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ، وتبين أن درجة الثبات المقياس ككل (٠,٩٥)، بينما بلغ ثبات البعد الأول والثاني (٠,٩٣، ٠,٩٠) على التوالي وهي قيم عالية وفق المعايير الإحصائية، مما يبرهن ثبات المقياس.

٢- **طريقة التجزئة النصفية سبيرمان براون Split Half Method:** تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقة سبيرمان – براون Spearman – Brown ويمكن استخدام هذه الطريقة بسهولة في برنامج التحليل الإحصائي SPSS، من خلال تقسم فقرات المقياس إلى نصفين (الفقرات الفردية معا والزوجية معا) موزعة على جميع الأبعاد، والتي دلت على أن معامل الثبات الكلى سبيرمان– براون تعتبر جيدة، حيث تراوحت معاملات الثبات بين (٠,٨٥، ٠,٨٧) ثم تم تصحيح هذه القيمة باستخدام معادلة جتمان حيث بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل (٠,٨٩) وهي قيمة دالة إحصائياً، مما يؤكد ثبات المقياس.

ثالثاً: الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (٠,٧٢- ٠,٧٩) لعبارات البعد الأول، وبين (٠,٦٩- ٠,٧١) لعبارات البعد الثاني، وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس وبلغت معاملات الارتباط (٠,٧٥- ٠,٨٤) للبعدين الأول والثاني على التوالي وقد بلغت الدلالة الاحصائية لجميع المفردات مستوى (٠,٠١).

ب- مقياس اضطراب ابراكسيا الكلام:

للتحقيق أهداف البحث الحالي اعتمدت الباحثة على مقياس اضطراب ابراكسيا الكلام للأطفال اعداد إبراهيم وعوض الله (٢٠٢١)، وتكون المقياس من جزأين الجزء الأول للعمر الزمني أقل من ثلاث سنوات(يتكون من ٧ بنود)، والجزء الثاني للأطفال من ٣-٩ سنوات (يتكون من ٢٦ بند) ولذلك تم الاعتماد على الجزء الثاني للمقياس لمناسبته مع العمر الزمني لعينة الدراسة الحالية وتتراوح مدة اختباره من ٣٠-٤٠ دقيقة، واشتمل المقياس أربعة أبعاد (تقييم اللغة الاستقبالية، تقييم الحركات الفمية، تقييم الإطار اللحني، تقييم أصوات الكلام)، ولحساب الدرجات الخام للمقياس يتم طرح عدد البنود التي حصل فيها الطفل على درجة(١) إلى الدرجة(٣)، والفرق يكون الدرجة الخام لكل جزء، وعند استجابة الطفل للبند فانه يحصل على درجة.

وقد تم التحقق من صدق وثبات المقياس من قبل الباحثين الأصليين، حيث تم حساب صدق المحكمين والاتساق الداخلي والذي أسفرت نتائجه عن تمتع المقياس باتساق داخلي مرتفع، كما تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات حيث بلغ ثبات ألفا كرونباخ (٠,٨٠٦) كما تم التحقق من الثبات بطريق التجزئة النصفية حيث بلغ معامل ارتباط سبيرمان المصحح (٠٨٤٩) مما يشير لثبات المقياس.

الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

أولاً: الصدق: الصدق التقاربي:

تم حساب قيمة معاملات الارتباط بين أداء عينة التحقق من الخصائص السيكومترية (ن=١٩) للبحث الحالي على مقياس ابراكسيا الكلام المستخدم في

البحث الحالي ومقياس تشخيص ابراكسيا الكلام إعداد (الشخص وآخرون،٢٠٢٢) كمحك خارجي، أشارت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة (٠,٦٩**) أي أنه دال عند مستوى (٠,٠١) مما يبرهن على الصدق التقاربي لمقياس اضطراب ابراكسيا الكلام.

ثانياً: الثبات Reliability:

تم حساب الثبات لعينة حساب الخصائص السيكومترية المكونة من (١٩) من أطفال ابراكسيا الكلام بالحلقة الأولى من التعليم الابتدائي، وقد تم استخدمت طريقتين كالتالي:

١-طريقة ألفا كرونباخ: Cronbach Alpha تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وكانت النتائج كما هي موضحة بجدول (٣) الآتي:

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
تقييم اللغة الاستقبالية	٠,٧٨
تقييم الحركات الفمية	٠,٧٦
تقييم الإطار اللحني	٠,٨٠
تقييم أصوات الكلام	٠,٧٩
الدرجة الكلية	٠,٨١

٢-طريقة التجزئة النصفية سبيرمان براون Split Half Method: تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقة سبيرمان – براون Spearman – Brown ويمكن استخدام هذه الطريقة بسهولة في برنامج التحليل الإحصائي SPSS، من خلال تقسم فقرات المقياس إلى نصفين (الفقرات الفردية معا والزوجية معا) موزعة على جميع الأبعاد، والتي دلت على أن معامل الثبات الكلى سبيرمان- براون تعتبر جيدة، حيث تراوحت معاملات الثبات بين (٠,٧٦، ٠,٧٩) ثم تم تصحيح هذه القيمة باستخدام معادلة جتمان حيث بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل (٠,٧٧) وهي قيمة دالة إحصائياً، مما يؤكد ثبات المقياس.

ثالثاً: الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (٠,٥٨- ٠,٦٣) لعبارات البعد الأول، وبين (٠,٤٩- ٠,٦٥) لعبارات البعد الثاني، وبين (٠,٦٦- ٠,٧٠)

لعبارات البعد الثالث، وتراوحت بين (٠,٦١–٠,٦٨) لعبارات البعد الرابع، وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٨– ٠,٨٢) وقد بلغت الدلالة الاحصائية لجميع المفردات مستوى (٠,٠١).

ج– البرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي "MIDVAS" (إعداد الباحثة):

(١) تعريف البرنامج العلاجي:

هو برنامج علاجي قائم على النهج الشمولي الذي أعده وطوره Van Riper (1996) "فان رايبر"، وهو علاج انتقائي من نواح متعددة، إذ يجمع بين العلاج النفسي والتكيف الكلاسيكي والإجرائي، والعلاجات الثاقبة، وينصب التركيز الرئيسي على مخاوف المضطرب واحباطاته وسلوكيات الحجب والتجنب التي يقوم بها، ومحاولة تشكيل اضطراب الطلاقة التكراري إلى شكل أكثر سلاسة وجعل الأطفال ذوي اضطراب الطلاقة التكراري طليقي اللسان.

(٢) الهدف العام للبرنامج:

خفض اضطراب الطلاقة التكراري لدي الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

(٣) الأهداف الفرعية:

يتفرع من الهدف العام للبرنامج بعض الأهداف الفرعية التي يسعي البرنامج إلـــى تحقيقها وتتمثل فيما يلي:

- زيادة دافعية الأطفال للاستعداد والتجاوب مع العلاج.
- زيادة الثقة بالنفس ورفح الروح المعنوية لدي الأطفال.
- تقليل وتخفيف حالات الخوف والتوتر والقلق.
- تحسين تصحيح الأداء الكلامي.
- تحسين عملية التواصل.

(٤) أسس بناء البرنامج:

(ا) الأسس العامة

– مراعاة الحاجات الأساسية والمتطلبات والخصائص النمائية للأطفال.

– مراعاة خصائص الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام.

– الدراسات والبحوث التي تناولت ابراكسيا الكلام للأطفال واضطراب الطلاقة التكراري.

– البرامج العلاجية لأطفال اضطراب الطلاقة التكراري.

(ب) الأسس التربوية:

– استخدام عبارات وكلمات ومفاهيم واضحة ومفهومة للأطفال.

– مراعاة استخدام الأدوات والألعاب ذات الألوان الزاهية لزيادة التحفيز.

– مراعاة الخصائص والفروق الفردية للأطفال.

– التدرج في البرنامج العلاجي بناءً على مراحل وخطوات العلاج الشمولي.

– أن يغطي المحتوى كل أهداف البرنامج العلاجي.

(ج) الأسس النفسية:

– قدرة البرنامج على اشباع حاجات وميول ورغبات الأطفال ذوي ابراكسيا الكلام بهدف تقبل البرنامج والتفاعل الفعال أثناء جلسات البرنامج.

– مراعاة الخصائص الانفعالية والنفسية التي يتسم بها أطفال ابراكسيا الكلام، وذلك لتجاوز المشكلات التي يمكن مواجهتها أثناء تطبيق جلسات البرنامج.

– توفير جو من الألفة والحب والطمأنينة لدى الأطفال، من خلال مشاركته بعض الألعاب.

(د) الأسس الاجتماعية:

– زيادة التفاعل الاجتماعي وذلك من خلال خلق روح من الود والمرح في الجلسات العلاجية، وذلك لتشجيع الأطفال على الاستمرار فيها.

– المشاركة الجماعية بين أطفال العينة التجريبية في تنفيذ بعض الأنشطة لتنمية التفاعل الاجتماعي.

– ضبط وتغيير أساليب الانسحاب الاجتماعي كالتشتت والعناد، لأهمية ذلك في تحقيق التفاعل الاجتماعي اثناء الجلسات.

(٥) مراحل تطبيق جلسات البرنامج:

يتألف البرنامج الحالي من (٣٥) جلسة موزعة على (١٢) أسبوع بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً ومدة كل جلسة تتراوح بين (٣٠–٤٥) دقيقة، وتم تطبيق البرنامج خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الراسي ٢٠٢٣/ ٢٠٢٤، ويشتمل على ثلاث مراحل وهي موضحة كالآتي:

(أ) **جلسة بدء البرنامج:** تهدف إلى احداث التعارف والألفة، وتم فيها تطبيق القياس القبلي لاضطراب الطلاقة التكراري، وضمت هذه المرحلة الجلسة الأولى.

(ب) **جلسات مضمون البرنامج:** وفيها تم تنفيذ جلسات البرنامج المعد في البحث وتشتمل على (٣٣) جلسة بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً، تستغرق الجلسة نحو (٤٥) دقيقة.

(ج) **جلسة انهاء البرنامج:** والتي تضمنت طرق تقييم التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي واشتملت عل جلستين، مع الحرص على تقييم نتائج البرنامج بصورة موضوعية من خلال دراسة الفروق بين القياسيين القبلي والبعدي لمقياس اضطراب الطلاقة التكراري عقب الانتهاء من البرنامج مباشرة، وحساب دلالة الفروق لأفراد العينة التجريبية بين القياسيين البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من تاريخ انتهاء تطبيق البرنامج.

(٦) **الفئة المستهدفة:**

تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي على عينة تجريبية قوامها (١٠) من الأطفال المصابين بابراكسيا الكلام بالصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية (الأول، الثاني، الثالث) ببعض المدارس التابعة لإدارة نصر النوبة خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (٢٠٢٣، ٢٠٢٤)، ممن تراوحت أعمارهم بين (٦-٩) سنوات منهم (٦) من الذكور و(٤) من الاناث، بمتوسط عمري (٧,٢٦) وانحراف معياري (١,١٩)، وذلك بعد تطبيق مقياسي اضطراب ابراكسيا الكلام واضطراب الطلاقة التكراري على الأطفال وحصولهم على درجات مرتفعة على المقياسين.

(٧) **الفنيات والوسائل المستخدمة في البرنامج:**

ضم البرنامج العلاجي القائم على النهج الشمولي مجموعة من الفنيات والأساليب منها (النمذجة، التشكيل، الاسترخاء، عكس المشاعر، التعزيز التفاضلي، الإطفاء، الحث والتلاشي، الفكاهة، التعزيز التفاضلي للسلوك ذي المعدل الواطئ، التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر، التعزيز الإيجابي، التظليل، المحاضرة، الحوار والمناقشة) وقد تم توضيح هذه الفنيات في الخلفية النظرية للبحث.

كما اعتمد البرنامج العلاجي على عدد من الوسائل التعليمية لتحقيق أهداف العلاج الشمولي ومنها (أقلام، ورق ملون، مسجل صوت، مقاطع فيديو، مكافأة مادية، كلمات مطبوعة، صور، حروف وكلمات مصورة، قصص أطفال).

(٨) **مكان تطبيق البرنامج:** تم تطبيق البرنامج العلاجي بمركز شباب قرية دهميت.

(٩) **المراحل العلاجية للبرنامج:**

ويشمل هذا المنهج ست مراحل متتالين وكل مرحلة بمثابة هدف من أهداف العلاج بحيث يكون لكل مرحلة تأكيد خاص بها مع الاستمرار في تحقيق جميع الأهداف السابقة، مع إضافة خبرات جديدة مع مراجعة القديمة، ولذلك فهو علاج تراكمي وقد وضح Van Riper and Erickson (1996) المراحل التي يقوم عليها العلاج الشمولي وهي بمثابة أهداف علاجية تسعي جميعها لخفض اضطراب الطلاقة التكراري كالآتي:

(أ) **مرحلة زيادة الدافعية:** تهدف هذه المرحلة إلى زيادة الأمل في الشفاء الأمر الذي يدفع ذوي الاضطراب للتجاوب مع ما يطلب منهم لتحسين وتخفيف الاضطراب من خلال شريط مسجل لأطفال تماثلوا للشفاء بحيث يظهرهم ما قبل الشفاء وما بعده، وبالتالي يقلل من حالات الخوف والقلق.

(ب) **مرحلة التعريف:** تهدف هذه المرحلة إلى التعرف على المثيرات سواء كانت كلمات أو مواقف التي تثير الخوف والقلق، مما يساعد على اكتشاف وتحليل وتصنيف السلوكيات الظاهرة والخفية المصاحبة لاضطراب الطلاقة التكراري.

(ج) **مرحلة تقليل الحساسية التدريجي:** يتعرض الطفل في هذه المرحلة إلى مثيرات بشكل تدريجي تثير الخوف والقلق من أجل تقليل آثارها، وتعليمه أن الخوف والقلق هي حالة طبيعية يتعرض لها الجميع، لذلك لا يجب أن يركز عليها ويبالغ فيها بحيث تشغل باله على طول الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على حالته.

(ح) **مرحلة التعديل:** تهدف هذه المرحلة لتغيير الاستجابات وتجنب الاحجام ومواجهة المثيرات التي تحدث القلق والخوف من خلال التعلم بالاشتراط

النقيض، والتقليل من أعراض اضطراب الطلاقة التكراري والارتباط بين الأعراض واضافة سلوكيات جديدة مقبولة.

(خ) مرحلة التقريب: وتشمل هذه المرحلة ثلاث خطوات وهي:

- الإلغاء: وهو التوقف عن حدوث الاضطراب كالتكرار أو الاطالة في صوت أو مقطع، لتقليل الأعراض المصاحبة ومحاولة معاودة الكلام بعد ذلك.
- تجاوز التعثر: محاولة تطويل الصوت أو المقطع في حالة حدوث الاضطراب لتجاوزه وتصحيح الأداء الكلامي.
- التهيؤ: عندما يتوقع الطفل بأنه سوف يعثر في كلمة يقوم بتجزئة الكلمة إلى مقاطعها، وينطقها مقطعياً على أن يحدث تناغم بين الصوت والتنفس.

(د) مرحلة التثبيت: وهي المرحلة الأخيرة التي تهدف إلى الإبقاء على ما تم تعلمه وتدعيمه،وتجاوز حالات الاضطراب وأعراضها المصاحبة وتعميم ذلك ليكون سلوك اوتوماتيكي (Van Riper& Erickson,1996؛ الظاهر،٢٠١٠).

(١٠) إعداد جلسات البرنامج:

تم اعداد جلسات البرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي بعد مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة لمتغيرات البحث، ويوضح الجدول الآتي محتوى جلسات البرنامج.

جدول (٤) ملخص جلسات البرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي لتخفيف حدة اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام

رقم الجلسة	الموضوع	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة	الواجب المنزلي
١	التمهيد	– التعارف – تطبيق المقياس القبلي.	-الحوار والمناقشة	–أقلام – أوراق	
٢: ٧	إثارة الدافعية	–التعريف بالاضطراب وأسبابه. –مساعدة الأطفال للتعبير عن مشاعرهم. –فهم مشاعر الأطفال الداخلية. –مساعدة الأطفال في إدراك قدراتهم اللغوية. –بناء علاقة وثيقة قائمة على الثقة المتبادلة.	–المحاضرة –عكس المشاعر –النمذجة –الفكاهة –الاسترخاء	–أقلام –أوراق ملونة –مقاطع فيديو –مسجل صوت	–الاستماع إلى التسجيلات الصوتية الخاصة به للحظات التلعثم التي لا يصاحبها صراع، للتعرف على قدرته على التحدث بشكل طبيعي.

رقم الجلسة	الموضوع	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة	الواجب المنزلي
٨: ١٣	التعريف	-مساعدة الأطفال على التعرف على اكتشاف الذات والدوافع والاحتياجات. -التعرف على عوامل وعناصر الاضطراب (التكرار، الاطالة، التجنب). -التركيز على الاضطراب والبحث عن تجارب الاضطراب. -استبصار الطفل بمصادر الرفض واكتشاف الاحباطات. -اكتشاف المخاوف والعقبات التي تساهم في وجود الاضطراب. اضعاف الخوف من الخوف.	-عكس المشاعر -التعزيز التفاضلي للسلوك ذي المعدل الواطئ -الاطفاء -التشكيل -الحث والتلاشي التعزيز التفاضلي	-مسجل صوت. -مقاطع فيديو. -مكافأة مادية.	-قم بإجراء محادثة مع أحد أقاربك أو أصدقائك واسأله عن شعوره الحقيقي عندما يحدث الاضطراب. -اقرأ بعض الكلمات لزملائك، واحسب الكلمات المنطوقة والمضطربة واكتشف مدى طلاقتك.
١٤: ١٩	إزالة التحسس	-تقوية عوامل الاضطراب لزيادة شدته. -رفع عتبات الانهيار. -مساعدة الأطفال على تحمل القلق. -التخلص من الخوف الذي يدعم الاضطراب. -إدراك العلاقة بين زيادة الصلابة وتراجع الاضطراب. -رفع الروح المعنوية للأطفال.	-الاطفاء -المناقشة والحوار -التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر -النمذجة -عكس المشاعر -الحث والتلاشي -الاسترخاء	-مقاطع فيديو -مكافأة مادية -قصص أطفال	-مشاهدة مقاطع فيديو تظهر عدم انزعاج المضطربين اثناء حديثهم مع الآخرين، ومحاولة محاكاتها في المنزل بمساعدة أولياء أمورهم.
٢٠: ٢٣	التعديل	-تغيير الصورة النمطية لاستجاباتهم. -ربط الاشارات القديمة باستجابات جديدة. -التخلص من ردود الفعل القهرية واضعافها. -ادخال استجابات جديدة لإضعاف القديمة.	-الاطفاء -التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر -النمذجة -التشكيل -الحث والتلاشي	-أوراق -أقلام -مقاطع فيديو -مسجل صوت -مكافئات مادية	-في كل مرة يحدث فيها الاضطراب قم بتأكيده بشكل متكرر. -إذا قاطعك أحد اثناء حدوث الاضطراب قل له "لا تقاطعني" وأكمل حديثك.

رقم الجلسة	الموضوع	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة	الواجب المنزلي
٢٤: ٢٩	التقريب	-الاستجابة للضغوط وللاضطراب لتجنب زيادة وتيرته. -التعديل التدريجي للسلوك نحو استجابة جيدة. -التخلص من الانسحاب وزيادة الثقة. -البحث عن استجابات جيدة تقلل الاضطراب.	-التشكيل -التعزيز الايجابي -النمذجة -الحث والتلاشي -الاسترخاء	-مسجل صوت مكافأة	-التدريب على فتح العينين أثناء حدوث الاضطراب، وتحرير الشفتان من اغلاقها المتوتر.
٣٠: ٣٤	التثبيت	-اخماد الاستجابات المربوطة بالقلق. -ازالة الضغوط البيئية. -تجنب حدوث انتكاسات متكررة. الحفاظ على اساليب التحدث السلس. -تعزيز الاستجابات السلوكية الجديدة. -زيادة الطمأنينة والأمان العاطفي.	-الاسترخاء -التظليل -الاطفاء -التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر	-كلمات مطبوعة. -صور -حروف وكلمات مصورة	التدريب على نطق الكلمات بسلاسة، فالاضطراب يتوقف بمجرد نطق الكلمة المتلعثمة.
٣٥	الانهاء	-تقييم فاعلية البرنامج العلاجي. -تطبيق مقياس اضطراب الطلاقة التكراري.	-المناقشة والحوار	تنهي الباحثة بشكر المشاركين في البرنامج على حسن تعاونهم.	

سابعاً: نتائج البحث:

١- نتائج الفرض الأول: ينص الفرض الأول على أنه: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات طلاب العينة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدي على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري لصالح القياس القبلي.

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون للتعرف على مدى صحة هذا الفرض، وذلك لأن هذا الاختبار يستخدم في حال دراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين صغيرتين في الحجم، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطات الرتب باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن الفروق بين القياسيين القبلي والبعدي للعينة التجريبية على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري ن= (١٠)

الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابي	اتجاه الرتب	عدد الحالات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الأداء اللغوي المنطوق	قبلي	٤١,٠٥	موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٠٣	٠,٠١
			سالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	بعدي	١٨,٢٣	التساوي	٠	–	–		
الاضطرابات الحركية المصاحبة	قبلي	٣٦,٤٤	موجبة	٠	٠,٥٠	٤,٥٠	٢,٨٥٦	٠,٠١
			سالبة	١٠	٥,٠٠	٥٠,٥٠		
	بعدي	١٧,٠١	التساوي	٠	–	–		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي وبذلك تتحقق صحة الفرض الأول.

٢- **نتائج الفرض الثاني:** ينص الفرض الثاني على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري.

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارامتري للتعرف على مدى صحة هذا الفرض، وذلك لأن هذا الاختبار يستخدم في حال دراسة الفروق بين عينتين مرتبطتين صغيرتين في الحجم، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول (٦) دلالة الفروق بين متوسطات الرتب باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن الفروق بين القياسيين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري ن= (١٠)

الأبعاد	اتجاه الرتب	عدد الحالات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
البعد الأول	موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٤١	غير دالة
	سالبة	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠		
	التساوي	١	–	–		
البعد الثاني	موجبة	٠	٠,٥٠	٥,٠٠	١,٠٧	غير دالة
	سالبة	٩	٤,٥٠	٤٠,٠٠		
	التساوي	١	–	–		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة المؤشرات الدالة على اضطراب الطلاقة التكراري في القياسين البعدي والتتبعي مما يدل على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي القائم على العلاج الشمولي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني.

ثامناً: تفسير ومناقشة النتائج:

يتضح من الجدول رقم (٥) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى(٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على قائمة المؤشرات الدالة

على اضطراب الطلاقة التكراري في القياسين القبلي والبعدي مما يدل على أن هناك فاعلية للبرنامج العلاجي القائم على النهج الشمولي في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام، حيث بلغت قيمة (Z) في بعدي اضطراب الطلاقة التكراري (٢,٨٠)، (٢,٨٥) على التوالي، وهي قيمة دالة إحصائيا لصالح القياس (القبلي) بمتوسطات حسابية (٣٦,٤٤) (٤١,٠٥) على التوالي، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام بعد تطبيق البرنامج.

وتفسر الباحثة فاعلية البرنامج العلاجي، إلى تكثيف العلاج وتركيزه بشكل متتالي، وتطبيق الجلسات العلاجية بشكل جماعي؛ مما دعم من ثقة الأطفال بأنفسهم وبالقائمين على العلاج، كما أن البرنامج قد أظهر فاعلية ملحوظة في تخفيف اضطراب الطلاقة التكراري، نظرا للمبادئ الأساسية التي اتبعت في تطبيق البرنامج فالعلاج الشمولي سمح للأطفال أن يكونوا معا أثناء الجلسات العلاجية، مما جعلهم أكثر وعيا وإدراكا لمشكلتهم، وإنه ليس الطفل الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة، كما وإن إجراء التعارف الذي اتبع في بداية الجلسات العلاجية، جعل الأطفال المضطربين أكثر وعيا واستبصارا للمواقف المصاحبة للاضطراب، والكلمات التي يخافوا من نطقها؛ مما جعلهم أكثر تركيزا في الجلسات العلاجية ودفعهم نحو تقبل العلاج والاقبال عليه، بالإضافة إلى عوامل الألفة والحب والتقبل للعلاقة المهنية التي تم تكوينها.

وقد حققت فنية النمذجة الغرض المرجو منها في الجلسات الأولى، حيث تم عرض نماذج من الأطفال الذي عانوا من نفس الاضطراب وخضعوا للعلاج إلى أن تماثلوا للتحسن والشفاء، مما كان له الدور الكبير في تخفيف العبء النفسي الذي يتحمله الطفل نتيجة شعوره بالمشكلة والقلق، وهذا ما أثار دافعية الأطفال وزاد من رغبتهم في العلاج والشفاء والتعاون، ويمكن عزو فاعلية البرنامج العلاجي إلى مرحلة التعرف التي هدفت إلى التعرف على المثيرات مما ساعد على اكتشاف السلوكيات المصاحبة لاضطراب الطلاقة التكراري مما ساعد الأطفال على مواجهة هذه المثيرات والتعامل معها.

أما عن المرحلة الانتقالية في العلاج والتي ظهر فيها التحسن بوضوح هي مرحلة إزالة التحسس لأنها استهدفت إزالة الخوف والقلق، مما انعكس بشكل ايجابي عليهم وحفزهم وشجعهم على تنفيذ التدريبات العلاجية أمام باقي الأطفال؛ فلاحظوا ان اضطراب الطلاقة التكراري لا يشكل إلا جزءا يسيرا من كلامهم وأنهم باستطاعتهم إذا ما اتبعوا التعليمات والتدريبات واجتهدوا على أنفسهم أن يتجاوزوا هذه المشكلة؛ وهذا أدى إلى زيادة السرعة في إنجاز وتحقيق الأهداف العلاجية من البرنامج. بالإضافة إلى دور الواجبات المنزلية الفعال في تحقيق أهداف البرنامج العلاجي، لأن كل مرحلة من المراحل العلاجية كانت تضم العديد من التدريبات والمهارات التي على الاطفال التدريب عليها واتقانها، ونظرًا لوقت الجلسة ومدتها كانت الواجبات المنزلية هي العامل المساعد لتحقيق كل الأهداف اللازمة لتخفيف اضطراب الطلاقة التكراري، على سبيل المثال الواجب المنزلي الذي تم اعتماده في مرحلة إزالة التحسس هو مشاهدة مقاطع فيديو تظهر عدم انزعاج المضطربين اثناء حديثهم مع الآخرين، ومحاولة محاكاتها في المنزل بمساعدة أولياء أمورهم، كان له عظيم الأثر في ادراك العلاقة بين زيادة الصلابة وتراجع الاضطراب، ورفع الروح المعنوية للأطفال.

كل ذلك ساهم وبشكل فعال في تحقيق أهداف البرنامج العلاجي المطبق عليهم وأن تنوع الفنيات والأساليب خلال الجلسات العلاجية (الاسترخاء، عكس المشاعر، التشكيل، النمذجة، الاطفاء...) كان له الأثر الواضح في زيادة قدرتهم على المتابعة والعلاج، أما الانخفاض في مدة نوبة الاطالة ومستوى شدة السلوكيات المصاحبة لها فيمكن إرجاعه إلى استخدام فنية الاسترخاء في البرنامج العلاجي، فقد تم عقد جلسة تدريبية كاملة على تمارين الاسترخاء لكل من عضلات الوجه والعنق والصدر والكتف وعضلات البطن، وقد زادت استراتيجية النمذجة من وعي الأطفال واتقانهم لتلك التمارين، وعزز من قدرتهم على المحافظة على وضعية الاسترخاء قدر الامكان، وتقليص الخوف وشدة التوتر المرافقة لاحتباس الكلام قبل وأثناء الكلام.

وساعد البرنامج الاطفال المضطربين على التعرف على مشكلتهم بصورة أكثر وضوحاً من خلال مسجل الصوت، ومقاطع الفيديو، حيث ساهمت هذه

الأدوات في زيادة وعيهم وتكيفهم مع المواقف أثناء أداء الجلسات، بالإضافة لفنيات التعزيز المختلفة بجميع أنواعها والحث والتلاشي والاطفاء، التي ساهمت جميعها في تعزز سلوك الطلاقة لديهم وصرف انتباه الأطفال عن نطقهم الخاطئ، وتخفيف وطأة الخوف من نطق كلمات معينة، مما خفف من العبء النفسي وجعلهم أكثر استرخاءً وجعلهم أكثر طلاقة.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع ما توصل إليه سليم (٢٠٠٤) في دراسته، والتي أشارت إلى ان استخدام برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد قد أدى إلى خفض شدة التأتأة والتخفيف من مصاحباتها لدى أفراد عينة الدراسة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة البرعي (٢٠٢١) والتي أشارت لفاعلية برنامج تدريبي في الأنشطة المتنوعة لخفض بعض اضطرابات النطق لدى الأطفال، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه خليل (٢٠٢٤)، فاعلية البرنامج التدريبي القائم على أسلوب العلاج الكلامي في تخفيف شدة التأتأة لدى عينة من تلامذة الصف الرابع في التعليم الأساسي، وتتفق دراسة العلي (٢٠١٠) مع نتائج البحث الحالي حيث أشارت إلى أن استخدام فنيات مثل: التدريب على الاسترخاء، والتحصين التدريجي، والإطالة والعلاج السلوكي، والكلام بالمضغ قد ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج التدريبي التكاملي في خفض شدة التأتأة بمجالاتها التكرار، ومدة الإطالة، والسلوكيات المصاحبة.

تاسعاً: التوصيات والمقترحات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها البحث يمكن تقديم مجموعة من التوصيات للجهات المعنية، ولآباء وأسر الأطفال ذوي اضطراب ابراكسيا الكلام الذين يعانون من اضطراب الطلاقة التكراري، والتي من شأنها تحسين مستوى طلاقتهم اللفظية وذلك على النحو التالي:

١- أهمية الكشف المبكر عن اضطرابات النطق والكلام ووضع الخطط والبرامج العلاجية المناسبة لمعالجة مشكلات الأطفال من خلال أخصائيين في النطق في المدارس.

٢- ضرورة تدريب المعلمين العاديين في المدارس العادية على الكشف عن اضطرابات النطق لدى الأطفال والاتصال بأخصائي النطق.

٣- ضرورة اهتمام الاسرة باضطرابات النطق والكلام لدي أطفالهم، وتوعيتهم بضرورة تشجيع الطفل على النطق وتجنب الأساليب الضاغطة لتسحين طلاقة الكلام.

٤- استخدام البرامج العلاجية القائمة على العلاج الشمولي لتمكين الأخصائيين والقائمين على تعليم الأطفال المضطربين بالمرحلة الابتدائية من استخدامه في المرحلة الابتدائية والمراحل التالية.

٥- توفير برامج إرشادية وتدريبية للأسرة من أجل تعريفهم باضطرابات النطق والكلام، وأسبابه، وتشخيصها، وأهم الأساليب والفنيات المستخدمة لعلاجها.

٦- توفير دورات متخصصة وبرامج تدريبية لأطفال ذوي ابراكسيا الكلام من أجل تنمية مهاراتهم.

٧- الاكثار من الأنشطة والألعاب ومهارات التواصل اللفظي والاجتماعي التي تسمح لهؤلاء الأطفال بالحديث والتفاعل الاجتماعي والتعبير عن الذات.

عاشراً: البحوث المقترحة:

امتدادًا لما توصل إليه البحث الحالي من نتائج تقترح الباحثة إجراء البحوث التالية:

١- فاعلية برنامج قائم على العلاج الشمولي لخفض اضطراب الطلاقة التكراري لدى المراهقين أو الشباب.

٢- فاعلية برنامج علاجي قائم على النهج الشمولي لخفض اضطراب ابراكسيا الكلام لدى الأطفال.

٣- فعالية برنامج قائم على العلاج الشمولي لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب الطلاقة التكراري.

٤- فاعلية برنامج علاجي قائم على النهج الشمولي لخفض اضطرابات اللغة لدى الأطفال.

٥- فعالية العلاج الشمولي في تحسين مهارات القراءة والكتابة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٦- فاعلية برنامج تدريبي قائم على النمذجة لخفض اضطراب الطلاقة التكراري لدي أطفال الروضة.

المراجع:

- أبو زيد، هيثم، المومني، محمد، العبد العزيز، أمجد (٢٠٢٠). المظاهر المتعلقة باضطراب التواصل لدى العاديين وذوي صعوبات التعلم اللغوية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث، ٣٤، ١٠، ١٨٦٤-١٨٩٢.
- إبراهيم، فيوليت فؤاد، عوض الله، ناني (٢٠٢١). مقياس اضطراب ابراكسيا الكلام للأطفال. مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- البرعي، أبو بكر عبد الرحيم (٢٠٢١). برنامج تدريبي في الأنشطة المتنوعة لخفض بعض اضطرابات النطق وأثره على التوافق النفسي لدى أطفال الروضة. المجلة الدولية للبحوث والدراسات في التربية الخاصة، ١، ١-١٥.
- السيد، منى توكل (٢٠٠٨). التهتهة لدى الأطفال (مفهومها، أسبابها، أعراضها، تشخيصها، علاجها). مصر. القاهرة. دار الجامعة الجديدة للنشر.
- الشخص، عبد العزيز السيد (٢٠١٩). اضطراب النطق والكلام: الخلفية، التشخيص، الأنواع، العلاج. مصر. القاهرة. دار ميرنا للنشر والتوزيع.
- الشخص، عبد العزيز السيد، منيب، تهاني محمد، الوكيل، الشيماء محمد، سليمان، نشوى سليمان (٢٠٢٢). مقياس تشخيص ابراكسيا الكلام لدى الأطفال، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، ٧٠، ١-٦٩.
- الظاهر، قحطان أحمد (٢٠١٠). اضطرابات اللغة والكلام.مصر. دار وائل للنشر والتوزيع.
- العلي، مازن (٢٠١٠). فاعلية برنامج تدريبي تكاملي لخفض بعض المظاهر الأولية للتأتأة المتوسطة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، حلب.
- القواقنة، براء عزام (٢٠٢٠). فاعلية برنامج تدريبي لخفض شدة التأتأة لدى طلاب المرحلة الأساسية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ٤، ١٤، ٤١-٥٤.
- خليل، عفراء (٢٠٢٤). فاعلية برنامج تدريبي قائم على أسلوب العلاج الكلامي في تخفيف شدة التأتأة لدى عينة من تلامذة الصف الرابع في التعليم الأساسي في مدارس محافظة دمشق الرسمية. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، ٤٠، ١، ١٦٣-١٩٤.
- زواي، عبد الرحمان (٢٠٢٠). اللسانيات العيادية: دراسات في اضطرابات التخاطب وفق التصور اللساني الصوتي. مركز الكتاب الأكاديمي.
- سليم، عبد العزيز أحمد (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الاسكندرية.
- ناصر، آية علي (٢٠١٨). اختلال الطلاقة التكراري (التأتأة). مجلة جامعة بابل للعلوم الانسانية، ٢٦، ٢، ٣١٨-٣٣١.
- بيندر، ويليام (٢٠١١). صعوبات التعلم: الخصائص، التعرف، واستراتيجيات التدريس. ترجمة: عبد الرحمن سيد سليمان، السيد يس التهامي، محمود محمد طنطاوي. القاهرة. دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

- **American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC London, England.**
- **Duffy, J. R. (2019). Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management, 4th Edition, Elsevier Health Sciences.**
- **Hedge, M.& Davis, D. (2005). Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology Fourth Edition. U.S.A. Thomson Delmer Learning.**
- **Gordon, N. (2002). "Stuttering: Incidence and causes". Developmental Medicine and child Neurology, 44. .278-282.**
- **Grigos, M., & Kolenda, N. (2010). The relationship between articulatory control and improved phonemic accuracy in childhood apraxia of speech: A longitudinal case study. Clinical linguistics & phonetics, 24(1), 17-40.**
- **Kiruthiga E, G. (2024). Fluency Disorders and Maladaptive Behaviours: A Comprehensive Investigation and Rehabilitation Strategies, Universal Journal of Public Health, 12, 2, 240 - 249.**
- **McNeil, M. R. (2011). Clinical Management of Sensorimotor Speech Disorders. 2th Edition, Thieme Medical Publishers.**
- **Miller, G., Lewis, B., Benchek, P., Freebairn, L., Tag, J., Budge, K., & Stein, C. (2019). Reading Outcomes for Individuals with Histories of Suspected Childhood Apraxia of Speech. American journal of speech-language pathology, 1-16.**
- **Morgan, A. T., Murray, E., & Liégeois, F. J. (2018). Interventions for childhood apraxia of speech. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5).**
- **Prunty, M., Barnett, A., Wilmut, K., & Plumb, M. (2016). The impact of handwriting difficulties on compositional quality in children with developmental coordination disorder. British Journal of Occupational Therapy,79, 10, 591- 597.**

- **Rautakoski P., Hannus T., Simberg S., Sandnabba N., K., Santtila P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from Finland. J Fluency Disorder, 37, 202–210.**
- **Rogers C.R., (1991). "Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen". GwG Verlag, Köln, 3. Auflage.**
- **Shapiro, D.A. (1999). Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom. Austin, TX: Pro-Ed.**
- **Shiply, K., G.& Kibbin, C., R. (2006). Interviewing And Counseling in Communicative Disorders: Principles and Procedures 3rd Edition. Austin. TX. Pro-Ed.**
- **Sidavi, A& Fabus, R. (2010). A Review of Stuttering Intervention Approaches for Preschool-Age and Elementary School-Age Children. Communication Science and Disorders,37, 14-26.**
- **Van Riper, C.& Erickson, R. (1996). Speech Correction An introduction to speech pathology and audiology. Allyn and Bacon.**
- **Yairi, E. & Ambrose, N. (2005). Early childhood stuttering. Austin, Tax: Pro-Ed, Inc.**