وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا

شعبة الأرطوفونيا

تخصص أمراض اللغة والتواصل

فعالية العلاج بالسباحة في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا تخصص أمراض اللغة والتواصل

من إعداد الطالبتين:

- بوراس شيماء
- ناصري لميس فدية

تحت إشراف الأستاذة:

أ. د. ملال صفية

اللجنة المناقشة

د. أجد محمد عربي	رئيسا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
د. ملال صفية	مشرفا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
د. حرحيرة وهيبة	مناقشا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

السنة الجامعية: 2025/2024

الشكر

بكل فخر وإمتنان، نتقدم بخالص الشكر والعرفان إلى كل من ساهم، من قريب أو من بعيد، في إنجاز هذا العمل المتواضع، ووقف إلى جانبنا بالدعم والمساندة والتشجيع طيلة فترة إعداد هذه الدراسة.

نخص بالشكر والتقدير إلى الأستاذة المشرفة، "**الدكتورة ملال صفية**"، التي لم تبخل علينا بعلمها الغزير، ولا بتوجيهاتها الشديدة، فقد رافقتنا بصبرها وحكمتها، وأمدتنا بدعمها وتشجيعها، فكانت بحق مصدر طمأنينة وسندا حقيقيا تجاوزنا به الكثير من التحديات والصعوبات.

ونتقدم بشكر خاص مسبق إلى لجنة التحكيم الموقرة، عرفانا بقبولها تقييم هذا العمل وتقديرا لوقتها وجهودها العلمية المنتظرة، كما نثمن جهود أساتذتنا الأفاضل الذين رافقونا على مدى سنوات تكويننا الجامعي، وأسهموا في بناء رصيدنا العلمي والمهني، وغرسوا فينا حب التخصص وروح البحث العلمي.

ولا يفوتنا أن نتقدم بجزيل الشكر والإمتنان لمدرب السباحة "**سفيان بزغود**" الذي كان ركيزة أساسية في بناء البرنامج العلاجي، حيث لم يبخل علينا بخبرته الواسعة، وواكب معنا كل مراحل البرنامج، وشارك بفعالية في تعديله وتطويره بما يتماشى مع إحتياجات الأطفال. لقد كان دعمه المتواصل وملاحظاته الدقيقة من العوامل الحاسمة في إنجاح هذا العمل الميداني، فله منا كل التقدير والإحترام.

ولا يسعنا أيضا إلا أن نخص المدربة "**بوزاوية ملاك**" بجزيل الشكر والإمتنان، لما أبدته من إلتزام وحرص كبيرين، فقد رافقتنا في جميع حصص السباحة ووفرت جوا من الأمان والدعم للأطفال، مما ساعد على خلق بيئة علاجية إيجابية ومشجعة لهم. كانت بحق سندا لا يقدر بثمن.

كما نتوجه بخالص الشكر والتقدير للعيادات الخاصة وللمختصات الأرطوفونيات اللواتي فتحن لنا أبواب التعاون بسعة صدر، وسمحن لنا بالعمل داخل فضاءاتهن بكل مرونة ودون أية عراقيل، مؤمنات بأهمية هذا البرنامج وأثره العلاجي. لقد أسهمن بصدق في إنجاح هذه التجربة الميدانية من خلال توجيهاتهن القيمة، وتعاونهن المثمر، فلهن كل الإمتنان والعرفان.

وأخيرا، نتوجه بكل مشاعر التقدير والعرفان إلى عائلاتنا الكريمة، التي كانت لنا الداعم الأول والأقوى، وإحتضنتنا في كل الأوقات، خاصة في فترات التعب والإجهاد، فكل كلمات الشكر لن تفيهم حقهم.

الإهداء

إلى من كانت دعواتهما سر كل نجاح،

إلى من تعبت أميتهما وسهر لياليهما لي أصل إلى هذا المقام،

إلى من زرعا في نفسي حب التعلم، وأعطياني من عمرهما وراحتهما دون مقابل،

إلى من علماني أن الإصرار يصنع المعجزات، وأن الصبر طريق المجد،

إلى من كانا ولا يزالان سندي الأول، وملجأي في كل الظروف،

إلى أمي الحنونة، قلب البيت ودفؤه،

وإلى أبي القدوة، صاحب الكلمة الطيبة والقلب الكبير،

أهدي هذا العمل المتواضع عرفانا وإمتنانا،

راجية أن أكون عند حسن ظنهما، وأن يوفقني الله لرد بعض جميلهما

شيماء

الإهداء

إلى من غرسا في قلبي حب العلم، وزرعا في دربي الصبر والعزيمة،

إلى من منحاني الحنان بلا حدود، وبذلا الغالي والنفيس في سبيل سعادتي،

إلى والدي العزيزين، النور الذي لا ينطفئ، والسند الذي لا يميل،

إلى من كانت دعواتهما ترافقني في كل لحظة، وتدفعني للإستمرار رغم كل تعب،

إلى أمي التي علمتني أن الحب عطاء، وإلى أبي الذي علمني أن الإرادة لا تعرف المستحيل،

أهدي هذا العمل المتواضع تقديرا وعرفانا،

راجية من الله أن أكون دائما مصدر فخر لهما، كما كانا دوما مصدر فخري

لميس

ملخص الدراسة:

نظرا لتأثير التأتأة السلبي على التواصل والتحصيل الدراسي والنفسي للأطفال، هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية العلاج بالسباحة كوسيلة مكملة للعلاج الأرطوفوني في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين. وقد إنطلقت من الفرضية التالية:

*** للعلاج بالسباحة فعالية في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين.**

للتأكد والتحقق من هذه الفرضية، إعتمدنا على المنهج شبه تجريبي، حيث قمنا بتصميم برنامج علاجي يجمع بين جلسات أرطوفونية (تهيئة نفسية وتدريب على تنظيم التنفس وطلاقة الكلام)، وجلسات سباحة علاجية موجهة. تكونت العينة من أربعة أطفال تتراوح أعمارهم بين 6 و12 سنة، تم إختيارهم بعد تشخيص دقيق لحالات التأتأة. وتم إستخدام شبكة ملاحظة خاصة لتقييم التأتأة قبل وبعد التدخل العلاجي.

أظهرت نتائج الدراسة تحسنا واضحا في طلاقة الكلام، إنخفاضا في درجات التوتر والشد العضلي، وتحسنا في التحكم بالتنفس أثناء النطق، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المشترك. وعليه، توصي الدراسة بدمج الأنشطة المائية في البرامج الأرطوفونية كوسيلة داعمة وفعالة في علاج التأتأة عند الأطفال.

الكلمات المفتاحية: التأتأة، السباحة، الطفل.

Résumé :

Étant donné l'impact négatif du bégaiement sur la communication, les performances scolaires et le bien-être psychologique des enfants, cette étude a pour objectif de vérifier l'efficacité de la natation thérapeutique comme méthode complémentaire à la prise en charge orthophonique pour réduire le bégaiement chez les enfants scolarisés. Elle part de l'hypothèse suivante:

*** la natation thérapeutique est efficace pour réduire le bégaiement chez les enfants scolarisés.**

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons adopté une méthode quasi-expérimentale. Un programme thérapeutique combinant des séances orthophoniques (préparation psychologique, entraînement à la respiration et à la fluidité verbale) et des séances de natation thérapeutique dirigées a été mis en place.

L'échantillon était composé de quatre enfants âgés de 6 à 12 ans, sélectionnés après un diagnostic précis de leur bégaiement. Une grille d'observation spécifique a été utilisée pour évaluer le bégaiement avant et après l'intervention.

Les résultats ont montré une amélioration significative de la fluidité verbale, une diminution de la tension et de la raideur musculaire, ainsi qu'un meilleur contrôle de la respiration pendant la parole. Cela confirme l'efficacité du programme thérapeutique combiné.

En conclusion, l'étude recommande l'intégration des activités aquatiques dans les programmes orthophoniques comme méthode de soutien efficace dans le traitement du bégaiement chez les enfants.

Mots-clés : bégaiement, natation, enfants.

قائمة المحتويات

العنوان		الصفحة
الشكر		أ
الإهداء		ب
ملخص الدراسة باللغة العربية		ث
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية		ج
قائمة المحتويات		ح
قائمة الجداول		د
قائمة الملاحق		ذ
المقدمة		1
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة		
01	إشكالية الدراسة	4
02	فرضية الدراسة	6
03	أهداف الدراسة	6
04	أهمية الدراسة	6
05	التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة	7
الفصل الثاني: التأتأة		
تمهيد		10
01	تعريف التأتأة	10
02	الأشكال العيادية للتأتأة	12
03	مراحل التأتأة	12
04	أسباب التأتأة	13

05	مظاهر التأتأة	15
06	الملامح الثانوية والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للتأتأة	17
07	النظريات المفسرة للتأتأة	18
08	تشخيص التأتأة	20
09	علاج التأتأة	21
الخلاصة		24
الفصل الثالث: العلاج بالسباحة		
تمهيد		26
01	تعريف العلاج بالسباحة	26
02	أهداف العلاج بالسباحة	28
03	الحالات التي يستخدم فيها العلاج بالسباحة	28
04	علاج التأتأة بالسباحة	30
05	حالات التأتأة التي لا تستجيب إلى العلاج بالسباحة	32
الخلاصة		33
الفصل الرابع: الدراسات السابقة		
تمهيد		35
01	الدراسات السابقة حول علاج التأتأة	35
02	التعقيب على الدراسات السابقة حول علاج التأتأة	37
03	الدراسات السابقة حول فعالية السباحة	38
04	التعقيب حول الدراسات السابقة حول فعالية السباحة	41
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة		
تمهيد		45

01	المنهج المتبع وأدواته	45
02	الدراسة الإستطلاعية	70
03	الدراسة الأساسية	73
الفصل السادس: عرض النتائج		
01	دراسة الحالات	76
02	تطبيق البرنامج العلاجي	84
03	خلاصة عامة عن الحالات	108
الفصل السابع: مناقشة النتائج		
01	مناقشة نتائج الفرضية العامة	111
02	الخاتمة	115
03	الإقتراحات	116
04	قائم المراجع	117
05	الملاحق	121

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	محتوى الجلسات التمهيدية	54
02	محتوى جلسات العلاج الأرطوفوني	56
03	محتوى جلسات العلاج بالسباحة	65
04	محتوى الجلسة التقييمية	68
05	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية	72
06	توزيع عينة الدراسة الأساسية	74
07	نتائج الجلسات التمهيدية	84

08	نتائج القياس القبلي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لدى حالات الدراسة	87
09	نتائج جلسات العلاج الأرطوفوني	87
10	نتائج جلسات العلاج بالسباحة	97
11	نتائج الجلسة التقييمية	107
12	نتائج القياس البعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لدى حالات الدراسة	108
13	إتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى التأتأة لدى حالات الدراسة	111

قائمة الملاحق

الرقم	الملاحق	الصفحة
01	الحوصلة الأرطوفونية	121
02	شبكة الملاحظة خاصة بالتأتأة	126
03	الرسم التمثيلي للحالة الأولى للتأتأة	128
04	الرسم التمثيلي للحالة الثانية للتأتأة	129
05	الرسم التمثيلي للحالة الثالثة للتأتأة	130
06	الرسم التمثيلي للحالة الرابعة للتأتأة	131

المقدمة

تعد التأتأة من بين أكثر الإضطرابات شيوعا في مجال أمراض التواصل، وتظهر غالبا في مرحلة الطفولة المبكرة. يتسم هذا الإضطراب بتكرار الأصوات أو المقاطع أو الكلمات، إضافة إلى التوقفات غير المبررة والتوتر العضلي أثناء الكلام، مما ينعكس سلبا على قدرة الطفل على التعبير والتواصل بطلاقة. ولا تقتصر آثار التأتأة على الجانب اللغوي فحسب، بل تمتد لتشمل الجانب النفسي والإجتماعي، حيث يمكن أن تؤدي إلى الإحراج، فقدان الثقة بالنفس، والإنسحاب من المواقف التواصلية، خاصة في الوسط المدرسي الذي يتطلب مشاركة كلامية دائمة.

لقد تنوعت الأساليب العلاجية للتأتأة عبر السنوات، من الأساليب الكلاسيكية القائمة على التمارين التنفسية والتقنيات السلوكية، إلى البرامج الحديثة التي ترتكز على فهم متكامل يشمل الجوانب النفسية والإجتماعية. ومع ذلك، لا تزال بعض الحالات تظهر مقاومة للعلاج أو تطلب تدخلات تكميلية. في هذا الإطار، بدأت تظهر توجهات جديدة في ميدان العلاج الوظيفي واللغوي، تهدف إلى دمج النشاط البدني والرياضي ضمن البرامج العلاجية، بالنظر لما تقدمه من فوائد في تقليل التوتر، تعزيز الإسترخاء، وتحسين التحكم في التنفس والحركة.

وتعتبر السباحة من الأنشطة الرياضية الشاملة التي تجمع بين الجهد البدني المنتظم، وضبط التنفس، في إطار بيئة هادئة ومريحة. وتعد هذه الخصائص من العوامل التي قد تساهم بفعالية في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال. فالسباحة تعزز التناغم بين التنفس والحركة، وتساعد على تخفيف التوتر العضلي والضغط النفسي، مما ينعكس بشكل إيجابي على طلاقة النطق وجودة التواصل الشفهي.

جاءت الدراسة الحالية لإختبار: "فعالية العلاج بالسباحة للتخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين". حيث نسعى من خلال هذا العمل إلى دراسة مدى تأثير برنامج منظم للسباحة على درجة التأتأة لدى عينة من الأطفال المتمدرسين، مع التركيز على الجوانب اللغوية، النفسية، والحركية المرتبطة بهذا الإضطراب. كما نهدف إلى إبراز أهمية التكامل بين العلاج الكلاسيكي والنشاط البدني كمسار مبتكر في مساعدة الأطفال على تجاوز صعوباتهم اللغوية.

وقد تم تقسيم هذا البحث إلى جانبين" جانب نظري وجانب تطبيقي "، يتناول الجانب النظري من هذا البحث ثلاثة فصول أساسية:

يتضمن الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة: إشكالية الدراسة، فرضية الدراسة بالإضافة إلى أهمية البحث، أهدافه، كما يتناول تعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني خصص للتأتأة من حيث التعريف، الأشكال العيادية للتأتأة، المراحل، الأسباب، المظاهر، الملامح الثانوية والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للتأتأة، النظريات المفسرة للتأتأة وطرق التشخيص والعلاج لها.

الفصل الثالث والذي يتناول العلاج بالسباحة من حيث التعريف، الأهداف، الحالات التي يستخدم فيها العلاج بالسباحة، علاج التأتأة بالسباحة وحالات التأتأة التي لا تستجيب إلى العلاج بالسباحة.

الفصل الرابع تطرقنا إلى الدراسات السابقة حول علاجات التأتأة وفعالية السباحة والتعقيب عليهم.

وفيما يخص الجانب التطبيقي تضمن ثلاثة فصول:

الفصل الخامس إحتوى المنهج المتبع وأدواته والاجراءات الميدانية للدراسة من بينها الدراسة الإستطلاعية الهدف منها، مكان وزمان إجراء الدراسة، ظروف إجرائها، عينة الدراسة ومواصفتها ثم الدراسة الأساسية الهدف منها، الحدود الزمانية والمكانية، حالات الدراسة.

الفصل السادس تناول دراسة الحالات وعرض النتائج.

وبالنسبة للفصل السابع والأخير تطرقنا فيه إلى تحليل ومناقشة النتائج، حيث قمنا بعرض البيانات التي تم جمعها، تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وبيان مدى فعالية السباحة كوسيلة مساعدة في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين.

وأنهينا عملنا بخاتمة وتقديم مجموعة من التوصيات والإقتراحات التي يمكن أن تساهم في تطوير الممارسات العلاجية الموجهة للأطفال الذين يعانون من التأتأة. تلي ذلك قائمة المراجع التي إعتمدنا عليها خلال إعداد هذا العمل، ثم الملاحق التي تتضمن الوثائق والأدوات المستخدمة في الجانب التطبيقي.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضية الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

تعتبر الطفولة المرحلة الأخصب لنمو القدرات النفسية والجسدية، حيث يتطور فيها الطفل بسرعة ويبدأ في بناء شخصيته وتكوين مفاهيمه حول ذاته والعالم المحيط به، وأي إضطراب يمس أدوات التواصل خلالها قد يترك آثارا عميقة تتجاوز مجرى الكلمات. من بين تلك التحديات التي قد تواجه الأطفال في مسار تواصلهم، تبرز "التأتأة" كإحدى الإضطرابات الشائعة التي تعيق الطلاقة اللفظية والتي تتمثل في تكرار الأصوات والمقاطع، الإطالة أو توقفات لا إرادية، مما يؤثر سلبا على فعالية التواصل الشفوي. فالطفل المتأتئ يعاني من صعوبات نفسية وإجتماعية وتعليمية متعددة، إذ يشعر بالإحراج والقلق وإنخفاض الثقة بالنفس، ويتجنب التحدث أمام الآخرين خوفا من السخرية أو التنمر، مما يدفعه إلى العزلة والإنطواء. كما يواجه تحديات في المدرسة بسبب تردده في المشاركة الشفهية، رغم تمتعه بقدرات عقلية سليمة، وهذا قد يؤثر سلبا على تحصيله الدراسي ويجعله بحاجة إلى كفالة أرطوفونية.

في هذا الإطار، يتدخل المختص الأرطوفوني بوصفه الفاعل العلاجي الأساسي في التكفل بهذه الفئة من الأطفال، حيث يقوم بتشخيص دقيق لحالة التأتأة وتحديد نوعها ودرجتها وأسبابها المحتملة، سواء كانت عصبية، نفسية، أو بيئية. ويعتمد في تدخله على خطط علاجية فردية تأخذ بعين الإعتبار الخصائص النمائية والمعرفية للطفل، وتشمل عددا من المحاور مثل تحسين جودة التنفس، تعديل الطلاقة، إزالة الحساسية التدريجية للمواقف التواصلية المثيرة للقلق، وتقوية الثقة بالنفس والتدرب على الإيقاع. كما يعمل على توعية الأسرة وتدريبها على كيفية دعم الطفل في بيئته اليومية، وهو ما يشكل عنصرا محوريا في نجاح العملية العلاجية. وقد أثبتت الخبرات السريرية أن التداخل المبكر، المنتظم، ومتعدد الأبعاد الذي يشرف عليه الأخصائي الأرطوفوني يسهم في تحسين ملموس لطلاقة الطفل وقدرته على التعبير بسلاسة وطمأنينة.

في المقابل، ومع التقدم العلمي وتوسع الرؤى العلاجية، تم تطوير ودمج تقنيات وأساليب تكميلية يمكن أن تساهم إلى جانب التدخل الأرطوفوني في التخفيف من أعراض التأتأة، مثل تقنيات التنفس المنظم، العلاج السلوكي، العلاجات النفسية، العلاج بالموسيقى، التلاوة القرآنية، والسباحة. وقد تناولت العديد من الدراسات العلمية هذه الأساليب وقيمت مدى فعاليتها في تحسين الطلاقة اللفظية وتقليل القلق والتوتر لدى الأطفال المتأتئين، نجد دراسة Ladouceur وMartineau (1982) التي أثبتت

فعالية طريقة التنفس المنظم، وخاصة عند دمجها بالدعم الأسري، حيث سجلت إنخفاضا بـ 50% في التأتأة لدى الأطفال. أما Elliott وMiltenberger (1999) فقد تبنيا تقنية عكس العادة وأثبتا فعاليتها كحل سلوكي مبسط وسريع. وإستخدم Reddy وآخرون (2010) العلاج السلوكي المعرفي مع تقنيات الإسترخاء والتنفس العميق، مما أدى إلى تحسين الطلاقة وتقليل القلق. وأكدت دراسة تحليلية أجراها Nye وVanryckeghem وآخرون (2013) فعالية التدخلات السلوكية في خفض شدة التأتأة بشكل مستدام. وعلى مستوى الأساليب المكملة، أظهرت دراسة Baumann بإشراف Palasik (2017) أن العلاج بالموسيقى يحسن الطلاقة ويخفف التأتأة، كما أكدت دراسة Ben Salem وAl Kaabi (2019) فعالية العلاج بالتلاوة القرآنية في تحسين الحالة النفسية والطلاقة لدى الأطفال. أما السباحة، فقد أثبتت فعاليتها في عدة دراسات، أبرزها دراسة Goksu وDemirci (2018) التي بينت أن تمارين السباحة المنتظمة تحسن التحكم التنفسي وتقلل نوبات التأتأة لدى الأطفال، إلى جانب دراسة Smith وJohnson (2019) التي أكدت أن الأطفال الذين مارسوا السباحة أظهروا تحسنا ملحوظا في الطلاقة والثقة بالنفس. وتدعم هذه النتائج ما توصلت إليه دراسة Kumar وSharma (2020) التي أبرزت دور العلاج المائي في تحسين التحكم بالتنفس وتقليل التوتر المرتبط بالتأتأة. ومن جهة أخرى، أظهرت دراسة Tang وآخرون (2022) أن التمارين المائية تقلل من القلق وتحسن المزاج، بينما بينت دراسة Adin وPancar (2023) أن السباحة تعزز قوة عضلات التنفس ووظائفه حتى لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد. وأكدت دراسة Moghimi وآخرون (2024) فعالية العلاج بالموسيقى في خفض القلق المرتبط بالتأتأة.

في دراستنا الحالية، نسعى إلى إستخدام السباحة كوسيلة علاجية مكملة للعلاج الأرطوفوني، تأتي هذه المبادرة في ظل ندرة الأبحاث التي تناولت هذا النوع من التدخل على المستوى المحلي، مقارنة بالاهتمام الملحوظ الذي حظيت به هذه المقاربة على الصعيد الدولي (في حدود علم الطالبتين). وإنطلاقا من هذا النقص، عملنا على تسليط الضوء على فعالية العلاج بالسباحة كأداة داعمة ومتكاملة ضمن المسار العلاجي التقليدي. ومن هنا، نطرح التساؤل الآتي:

*** هل العلاج بالسباحة فعال في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين؟**

2. فرضية الدراسة:

إنطلاقا من الإشكالية المطروحة قمنا بصياغة الفرضية على النحو التالي:

* للعلاج بالسباحة فعالية في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين.

3. أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى معرفة إذا كان العلاج بالسباحة فعال في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين.

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- تسلط الضوء على إضطراب التأتأة بإعتباره من الإضطرابات التواصل الأكثر شيوعا وتأثيرا في حياة الطفل المتمدرس، خاصة على مستوى التواصل المدرسي والإجتماعي.
- تبرز الآثار النفسية والإجتماعية والسلوكية التي قد ترافق التأتأة، مثل إنخفاض تقدير الذات، القلق من التحدث، والخوف من التفاعل مع الآخرين.
- تقدم الدراسة العلاج بالسباحة كوسيلة علاجية مكملة، يخرج عن الإطار التقليدي للعلاج الأرطوفوني، معتمدا على دمج الحركة بالماء في إطار موجه ومضبوط.
- توفر نموذجا علاجيا متكاملا يجمع بين الجوانب النفسية، الحركية واللغوية، مما يعزز فعالية التدخل ويستجيب بشكل شامل لإحتياجات الطفل.
- تساهم في فتح آفاق بحثية جديدة حول فاعلية العلاجات البديلة في مجال إضطرابات النطق واللغة، وتدعو إلى توسيع النظرة التقليدية للتدخلات الأرطوفونية.
- تبرز أهمية العمل متعدد التخصصات بين الأرطوفونيين والمدربين الرياضيين والمعالجين النفسيين في تصميم برامج علاجية فعالة.
- يمكن أن تساعد نتائج الدراسة في توجيه الأسرة والمربيين نحو أهمية النشاط البدني، وخاصة المائي، في دعم الأطفال الذين يعانون من إضطرابات في الطلاقة.

- تقدم أداة علمية (شبكة ملاحظة) قابلة للإستخدام في المجال المهني والتطبيقي لتقييم تطور التأتأة بشكل منهجي وموضوعي.

5. التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

– تعريف التأتأة: هي إضطراب في تدفق سلسلة الكلام تظهر على شكل تشنجات عضلية توقيفية أو تكرارية أو إطالة، هذه التشنجات خاصة بوظائف التنفس والنطق، قد تسبب للطفل مشاكل في التواصل مع الآخرين وقد يلجأ إلى الإنطوائية والعزلة جراء هذه الوضعية. في هذه الدراسة ستم الإعتماد على شبكة ملاحظة تم تصميمها لتقييم درجة التأتأة لدى الأطفال قبل وبعد البرنامج العلاجي. تتكون الشبكة من محورين أساسيين، المحور الأول يركز على تحليل التأتأة اللفظية والسلوكيات المصاحبة، مثل تكرار الأصوات، الإطالة، التوقفات المفاجئة، بالإضافة إلى الحركات الجسدية المرافقة كحركات الوجه والتنفس غير المنتظم. والمحور الثاني يهتم برصد الإستجابات النفسية ومحاولات الإخفاء، كإستبدال الكلمات، وتجنب التواصل البصري، والإنسحاب من المواقف الكلامية.

– تعريف العلاج بالسباحة: هو نوع من العلاج يستخدم الماء وخصائصه الفيزيائية، مثل الطفو والمقاومة، لتخفيف التوتر والقلق وتحسين الصحة النفسية والجسدية. يعتمد هذا العلاج على إستثمار خصائص السباحة في تقليل الضغط النفسي، وتحفيز الإسترخاء، وتحسين الدورة الدموية. في هذه الدراسة تم بناء برنامج علاجي مبني على قسمين، قسم العلاج الأرطوفوني وقسم العلاج بالسباحة حيث إمتد البرنامج لعدة أسابيع، بحيث شمل قسم العلاج الأرطوفوني ثلاث جلسات تمهيدية تهدف إلى التهيئة النفسية والمعرفية للأطفال وبناء العقد العلاجي، تليها إثنتا عشرة جلسة علاجية مكثفة ركزت على تقنيات تحسين طلاقة الكلام وتنظيم التنفس أثناء النطق. أما قسم العلاج بالسباحة، فقد إمتد على سبع جلسات مائية موجهة، تهدف إلى تعزيز الإسترخاء العضلي والتنفس العميق، مما يساهم في تحسين التحكم التنفسي أثناء الكلام. إستمر تنفيذ البرنامج لمدة إثني عشر أسبوعا، وأختتم بجلسات تقييمية لقياس مدى فعالية التدخل العلاجي وتحليل التغيرات المحققة بعد إنتهاء البرنامج.

الجانب االنظري

الفصل الثاني: التأتأة

تمهيد

1. تعريف التأتأة

2. الأشكال العيادية للتأتأة

3. مراحل التأتأة

4. أسباب التأتأة

5. مظاهر التأتأة

6. الملامح الثانوية والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للتأتأة

7. النظريات المفسرة للتأتأة

8. تشخيص التأتأة

9. علاج التأتأة

الخلاصة

تمهيد:

يعد التواصل اللفظي أحد أهم وسائل التعبير والتفاعل الإنساني، فهو الأداة التي ينقل بها الإنسان أفكاره، مشاعره، وإحتياجاته إلى الآخرين. ولأن اللغة المحكية تعتمد على الإنسياب السلس للكلمات والأفكار، فإن أي خلل في هذا التدفق يمكن أن يؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد في التعبير والتواصل. ومن بين هذه الإضطرابات، تبرز التأتأة بإعتبارها ظاهرة تؤثر على إنسيابية الكلام وتضع تحديات أمام الأفراد في مواقف الحياة اليومية. ويعد تناول موضوع التأتأة أمرا ضروريا لفهم أبعادها النفسية والإجتماعية واللغوية، وتسليط الضوء على أهمية الدعم والعلاج في مساعدة المتأثرين بها على تجاوزها وتحقيق تواصل أكثر فعالية.

1. تعريف التأتأة:

يعرفها عكاشة على أنها إنقطاع في سريان الإيقاع الطبيعي للكلام، وذلك لحدوث تكرار طبيعي لهذا الإنقطاع، حيث يلفت الإنتباه فيما يتدخل في عملية التواصل أو يسبب الحزن والأسى عند الشخص المتأتئ أومن يستمع إليه. (عكاشة، 1974، ص6).

في حين وينغايت (WINGATE) يعرفها على أنها إضطراب في تدفق السرد الذي يتميز بتكرارات وتمديدات غير سمعية أو صامتة أثناء إرسال وحدات قصيرة من الكلام أي الأصوات، المقاطع أو كلمة متكونة من مقطع واحد، وهذا الإضطراب يظهر بصفة متميزة جدا وليس من السهل مراقبتها كما في بعض الأحيان تصحب حركات تصيب الفم (appareil buccale) أو بعض البيانات التشريحية المرتبطة بالفم أو ملفوضات نمطية. (خيذر، 2019، ص27).

بينما فرانس لويش (François le huche) يرى بأن التأتأة عبارة عن إضطراب في مجرى الكلام ويعتبر من أعقد الإضطرابات العلائقية وتتميز بتكرارات المقاطع أو التوقفات في بداية الجملة وترافقها تشنجات وضغط على كامل الجسم. (بن قدور، شايب، 2019، ص13).

كما نجد في قاموس الأرطوفونيا (Le dictionnaire d'orthophonie) أن التأتأة هي إضطراب وظيفي في التعبير الشفهي تؤثر على إيقاع الكلام أثناء وجود المخاطب فهي تسجل في إطار أمراض الإتصال، تتنوع وتختلف أعراض التأتأة أثناء الحديث من شخص لآخر مابين تكرار المقطع وإطالة

الصوت، توقف، تشنج أثناء التنفس، عجز عن أداء حركات إرادية في الوجه وفي العنق. (ركزة وآخرون، 2018، ص11).

وأخيرا حسب الدليل الإحصائي الخامسDSM5 نجد:

البدء الطفلي لإضطراب الطلاقة (التأتأة):

*A إضطرابات في السلاسة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد (او أكثر) مما يلي:

1_التكرار الصوتي واللفظي.

2_تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة.

3_تكسر الكلمات (على سبيل المثال توقفات ضمن الكلمة).

4_إحصارات مسموعة أو صامتة (وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).

5_الإطناب (إستعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية).

6_تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي.

7_التكرار الأحادي لكلمة كاملة.

*B يسبب الإضطراب القلق حول التحدث أو يؤذي إلى قيود على التواصل الفعال، والمشاركة الإجتماعية، أو الأداء الأكاديمي أو المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة .

*C بدء الأعراض يكون في فترة النمو المبكر. (ملاحظة: يتم تشخيص الحالات المتأخرة الحدوث تحت الرمز[F98 .5] وهو البدء عند البلوغ لإضطراب الطلاقة (التأتأة)).

*D الإضطراب لا ينسب إلى عجز حركي حسي كلامي، ولا ينسب إلى سوء الإنسياب المرتبط بأدية عصبية (مثل السكتة الدماغية، والأورام، والرضوض)، أو حالة طبية أخرى ولا يفسر بشكل أفضل بإضطراب عقلي آخر. (الحمادي، 2014، ص26-ص27).

من خلال كل التعريفات السابقة يمكننا تعريف التأتأة على أنها إضطراب في الطلاقة الكلامية يظهر على شكل تكرار غير إرادي للأصوات أو المقاطع أو الكلمات أو إطالة في الأصوات أو تغير مفاجئ في النطق تجعل من الصعب على الشخص أن يخرج الكلمات بسلاسة.

2. الأشكال العيادية للتأتأة:

هناك أربع أنواع وهي الأكثر شيوعا وتتمثل في:

- ✓ **التأتأة التكرارية:** يتميز هذا النوع من التأتأة بتكرارات وتوقفات لا إرادية تتجلى عموما في المقاطع الأولى من الكلمة الأولى في الجملة ويختلف عدد التكرارات حسب الحالة.
- ✓ **التأتأة الإختلاجية:** يتجسد هذا النوع من الصعوبة التي يجدها المصاب في التكلم حيث يتوقف لمدة زمنية معتبرة قبل أن يتمكن من إصدار الكلمة بشكل إنفجاري.
- ✓ **التأتأة التكرارية الإختلاجية:** وتتمثل في تواجد كلا النوعين السابقين عند شخص واحد فنلاحظ توقف تام متبوع بتكرارات متعددة أو مقاطع صوتية .
- ✓ **التأتأة بالكف:** تميز المصاب بهذا النوع من التأتأة بتوقف نهائي عند الحركة قبل التكلم وبعد مدة زمنية يتمكن من النطق ليتوقف مرة آخرى سواء في وسط الجملة أو في بداية الجملة التي يليها. (بن سكريفة، 2013، ص18).

3. مراحل التأتأة:

تتطور التأتأة من مرحلة لأخرى بحيث تكون كل مرحلة أشد خطورة من سابقتها، ويضيف بلود ستين أربع مراحل عامة لتطور التأتأة هي:

- ✓ **المرحلة الأولى:** مرحلة ما قبل المدرسة:

والتأتأة في هذه المرحلة عرضية وتمتاز بالتكرار المقاطع والحروف، ويظهر الطفل في هذه المرحلة ردود فعل قليلة لعدم الطلاقة في الكلام، والتأتأة في هذه المرحلة تظهر عندما يكون الطفل واقع تحت ضغط الكلام، وتتميز هذه المرحلة بمايلي:

* تميل الصعوبة فيها لتكون عارضة وغير ثابتة وقد تظهر في فترة زمنية متفاوتة أسابيع مثلا وشهور وأحيانا أوقات طويلة من الكلام السلس.

* تزداد التأتأة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو إنفعالية.

* التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة، وفي بعض الأحيان يقل التكرار فتكون في الكلمة الأولى من الجملة.

* تحدث الإنقطاعات في كل أنواع الكلام، ولا يبالي الأطفال بهذه الإنقطاعات في كلامهم.

✓ **المرحلة الثانية:**

في هذه المرحلة التأتأة تصبح مزمنة أكثر، والطفل يفكر بنفسه كشخص متأتئ، وتظهر التأتأة في جزء كبير من كلامه ويظهر الطفل ردود فعل قليلة للصعوبات التي يواجهها في الكلام. وبسبب ظهورها في سنوات المدرسة الإبتدائية يكون الإضطراب فيها مزمنا ويصبح هؤلاء الأطفال على وعي بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأتئين، وتكثر التأتأة في الأجزاء الرئيسية للكلام كالأسماء والأفعال والصفات. (الجرواني، 2012، ص49-ص50).

4. أسباب التأتأة:

✓ **الأسباب العضوية:**

نحن هنا نتحدث عن التأتأة التي يكون سبب حدوثها عضويا، كأن يكون خلل ما في أحد أعضاء النطق، مثل حدوث خلل في مستوى الأسنان أو الحنجرة أو عدم إهتزاز الأوتار الصوتية. كما يمكن أن ترجع إلى أمراض كالسل الذي يصيب الرئتين أو الشلل الذي يقلل من نشاط حجاب الحاجز أو مرض القلب الذي لا يسمح للرئتين بالتمدد عند دفع الهواء، مما يجعل الصوت ضعيفا لقلة الهواء بالمقارنة مع الكمية المطلوبة. (حولة، 2011، ص43).

✓ **أسباب عصبية:**

يفترض الباحثون بأن التأتأة ناتجة عن تلف الدماغ نتيجة لجرح أثناء الولادة أو مرض بإعتبار أن الإضطراب في الأعصاب يؤدي إلى خلل في الوظائف الحركية للنطق، وأوضح بعض الباحثين تشابها في تناسق عضلات الكلام بين المصابين بالتأتأة والعاديين. (العلي، 2020، ص26).

✓ **الأسباب الوراثية :**

أكدت الدراسات التي قام بها أطباء ومختصون، أن الوراثة عامل أساسي التي تجعل الطفل عرضة للإصابة ببعض الإضطرابات، سواء أن يولد بها، أو أن تظهر عليه فيما بعد، هذه الإضطربات أو العيوب تعتبر موروثة بوجودها لدى أحد الوالدين أو عند أحد أسلافهم. (حولة، 2011، ص45).

✓ **الأسباب النفسية:**

تنجم التأتأة عن الإنفعال والتوتر العصبي، أي أنهما يؤديان إلى الإصابة بالتأتأة وقد تنجم عن الإضطراب الناجم عن الغيرة أو التأنيب، أو الصرامة والإنتقادات المستمرة والمحرجة للطفل، لأن كل هذه الأسباب النفسية تؤثر على الطفل وتؤدي إلى إصابته بالتأتأة وإلى جانب ماسبق نضيف أمور أخرى تساهم من التأتأة وهي:

* الخوف من الإتصال اللغوي مع الغير، وذلك لشعوره بأنه سوف يعيش موقفا حرجا أثناء الحديث، بالإضافة إلى شعوره بأن الجميع يتلفت إلى أخطائه وهفواته. (خيذر، 2019، ص28–ص29).

✓ **الأسباب الإجتماعية:**

إن الحياة الإجتماعية لها دور فعال في تربية الطفل تربية سليمة وخالية من كل قلق أو إضطراب، فهي تؤثر بشكل مباشر في تشكيل شخصية الطفل وتكوين ثقافته وإنفعاله، فشخصية الفرد تتطور ضمن الإطار الإجتماعي الذي يترعرع فيه ويتفاعل معه من حيث يولد الشخص مزودا بمجموعة من الإستعدادات الجسمية والعصبية والنفسية، تطورها المؤثرات المختلفة من البيئة الإجتماعية بما فيها الأسرة لذلك يجب أن تتوفر في أجواء أسرته بعض الأمور الضرورية منها مايلي:

* الشعور والإحساس بالعطف والمحبة من قبل الوالدين والأخوة.

* التشجيع المستمر من طرف أفراد العائلة على المنافسة المشروعة بين الأطفال في اللعب والدراسة.

* محاولة إبعاد الطفل عن الإفراط في الأنانية وحب الذات ويتعلم كيف يحترم الغير.

* إكتساب الطفل مجموعة من التقاليد والعادات كطريقة الكلام وكيفية مخاطبة الناس.

ولهذا قد لوحظ أن الأطفال الذين يعيشون في جو عائلي مضطرب كوجود خصام مستمر بين الوالدين أنهم أكثر عرضة للإصابة بالتأتأة ففراق الأم، أو خوف من فراقها قد يولد التأتأة كما تلعب المدرسة دورا فعال في إصابة الطفل بالتأتأة فإذا كان الطفل قد تعرض للسخرية والإستهزاء من زملائه، أو توبيخ من المدرسة يجعله يستمر في التأتأة ويعقد أموره أكثر فأكثر. (خيذر، 2019، ص29).

✓ **أسباب لغوية:**

ومن الأسباب الأساسية وراء التأتأة التى تظهر لدى طفل ما قبل المدرسة هو التفاوت بين معدل التفكير ومعدل الكلام، فالطفل الصغير الذي تكون حصيلته اللغوية محدودة ومازال يتعلم مهارة الربط بين الكلمات في الجمل، يحاول أن يقول أكثر مما يمكنه قوله، وعند هذا السن يكون الطفل قلقا تجاه الإتصال بالآخرين، وإقامة علاقات إجتماعية جديدة، كما أنه العمر الذي يحاول فيه الطفل أن يستقل عن الوالدين، ونتيجة لذلك تتكون لديه إتجاهات سلبية نحو سلطة البالغين. (الجولانى، 2008، ص39).

5. مظاهر التأتأة:

✓ **التكرار:**

وهو من أهم خصائص التأتأة والصورة الأكثر شيوعا والخاصية الأساسية للتأتأة وهو تكرار جزء من الكلمة أو كل الكلمة أو عبارة عدة مرات، وقد يكرر المريض أصوات معينة، ويمكن أن تكون طريقة التكرار بهدوء وبطء، أو قد تكون سريعة وعبارة عن مقاطع تخرج بصوت يشبه طلقات متدافعة سريعة، ولكن غالبا ما يكون تكرار مقاطع الكلمات مصحوبا بالتردد والتوتر النفسي والجسمي.

وهو ثلاثة أشكال:

*تأتأة تكرارية في حرف مثال: كلمة (محمد) تنطق م م م م م م م حمد تكرار.

*تأتأة تكرارية في مقطع من الكلمة مثل: إس إس إس ـــــــــإسمي محمد.

*تكرار كلمة كاملة تنطق محمد محمد محمد محمد.

ففي التأتأة التكرارية يحدث تكرار للصوت الواحد من الكلمة مثل (م) أو تكرار الكلمة بأكملها مثل كلمة (محمد) كما في المثال السابق. ويصفها البعض بأنها التأتأة الإهتزازية لأنها تقوم على تكرار

أو إعادة بعض الحروف والمقاطع الصوتية عفويا لا إراديا ويظهر هذا التكرار واضحا في بداية الكلام وعند أول حرف من الكلمة أو عند أول كلمة من الجملة، وتزداد التأتأة الإهتزازية بسبب الإنفعال أو التحدث أمام الغرباء ويكثر ظهورها في فترتين من العمر (2-3) سنوات، من (6-8) سنوات وهما الفترتان الحرجتان في تطور الكلام لدى الأطفال. (أبو غنيمة، 2011، ص176-ص177).

✓ **المد والإطالة:**

قد تصدر الأصوات مع مد أو إطالة إضافية وخاصة الحروف الساكنة، وهذه الإطالة للصوت يمكن أن تصدر بشكل هادئ أو قد تكون بشكل متوتر وفيها يمد الطفل الصوت في بداية أو وسط كلمة معينة وكأن الطفل يدفع الصوت دفعا ليخرج من فمه. فمن الطبيعي أن يكون لكل صوت زمن نطق محدد، عندما يطول نطق الصوت لفترة أطول من الزمن الطبيعي لنطقه تظهر صورة تشخيصية أخرى من التأتأة ألا وهي الإطالة الصوتية ويتم تشخيص تطويل نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت إنتباه السامع. مثل تطويل نطق صوت محدد مثل صوت الشين في كلمة شكرا فتنطق شششششكرا، وهذه الاطالة تكون غير مناسبة للوحدة الصوتية أو الأصوات المركبة والتي لا تصاحب خصائص نوعية لغير طبقة الصوت وزيادة التوتر، وهذه الإطالة إما تكون مسموعة أو تكون خافضة أي غير ملحوظة. (قطبي، 2000، ص46).

✓ **التوقف:**

وهو حدوث وقفات للطفل أثناء الكلام عند بداية الحديث أي إنقطاع الصوت وهو صعوبة في بدأ الكلام أو إستمراره لصعوبة إستمرار إندفاع الهواء الكافي للكلام وقد تكون الوقفة في منتصف الكلمة أو أولها أو بين الكلمات وبعضها، وقد يعرف الطفل الكلمة الصحيحة التي يريد إستعمالها ولكنه يعاني صعوبة في إخراجها والنطق بها، وأخيرا فقد يحدث توقف لدى الطفل في منتصف الكلمة، أو يحدث تجمد قبل النطق بصوت أو كلمة، أو حتى في وسط النطق بالكلمة، حيث تتوقف عضلات الكلام عن الحركة بشكل مفاجئ وكأنها تجمدت إلى أن تعود إلى العمل، وتبدو تلك الحالة أكثر ما تكون عند بداية النطق بالكلمات أو المقاطع أو الجمل. (أبوغنيمة، 2011، ص170).

ويرى جهاد المصري (2011) أن التوقف من أشد أنواع التأتأة شدة ويصحبه شد في الجسم وسلوكيات جسمية مصاحبة شديدة وعادة ما تكون على شكل وقفات على مستوى الأوتار الصوتية

(الإختناق) أو على مستوى اللسان أو على مستوى الشفاه وكلها تحدث بإيقاف إنسياب الهواء إلى الخارج (الزفير) أثناء الكلام. مثال: أ(- - - -)نا إسمي أحمد. (المصري، 2011، ص24).

6. الملامح الثانوية والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للتأتأة:

- ✓ **الملامح الفيزيولوجية المصاحبة للتأتأة:**

تتمثل في صورة الضغط على الشفتين وفتح العينين وإغماضهما لا إراديا وإبراز اللسان وتكشيرات الوجه وإضطراب التنفس وحدوث حركات اليدين والأطراف والرأس.

- ✓ **ردود الأفعال الإنفعالية:**

يتمثل ذلك في ظهور عدة أعراض على سلوك وشخصية المتأتئ متمثلا ذلك في القلق والحزن والخوف والإحباط والشعور بعدم القيمة ومع التقدم في السن وإستمرار التأتأة تتغير المشكلة من حيث الخصائص والحدة ومن ثم فالتأتأة تعتبر إضطرابا ديناميا غير مستقر مما يجعل ملاحظتها وقياسها أمرا صعبا ويمكن تلخيص الأعراض كالتالي:

- ○ **الأعارض والخصائص الجسدية:**

* اللوازم مثل (إهتزاز رموش العين، الرعشة في الشفتين، هز وتحريك الرأس).

* إضطراب التنفس.

* الإفراط في العرق.

* شحوب وإحمرار الوجه.

* السعال والتثاؤب.

* التنفس من الفم. (زكي، 2009، ص50-52).

- **الأعارض والخصائص النفسية:**

* القلق.

* عدم الثقة في النفس.

* الخجل الإجتماعي.

* الإنزواء والإنطواء.

* العصبية.

* سوء التوافق المدرسي.

* التلهف الزائد.

* الحساسية والخوف والإنقباض.

* إضطرابات الإنتباه وفرط الحركة.

* الشعور بالإكتئاب والحزن. (زكي، 2009، ص50-52).

7. النظريات المفسرة للتأتأة:

- ✓ **النظرية العضوية:**

يرى أنصار هذه النظرية أن هناك إختلاف بيولوجيا بين الشخص الذي يتأتئ والشخص العادي، وأشهر هذه النظريات هي نظرية السيادة الدماغية المختلطة المقترحة من طرف ترافيس (TRAVIS 1944) وأرتون (ARTON)، إذ يريان أن التأتأة ناتجة عن نصفي الكرة المخية، من جهة أخرى يرى كوب(COOBB 1944) ، أنها ترجع في غالب الأحيان لغياب السيطرة الدماغية المرتبطة بعصابات القلق، إذن تعتبر هذه النظرية إستعداد بيولوجي يولد مع الشخص المتأتئ، فما عليه إلا أن يتقبل إضطرابه ويحاول أن يتأتئ بطريقة صحيحة، وبجهد أقل وكانوا يعلمونه أن يتعرف على التأتأة. (خيذر، 2019، ص32).

✓ **نظرية النمو:**

يرى رواد هذه النظرية أن المتأتي لا يختلف عن الذي يتكلم بصفة عادية في البداية حيث يعتبرون المرور من الكلام العادي إلى الكلام غير العادي تغيير تدريجي راجع إلى الضغط الممارس من طرف العائلة.

وهذا ما يؤدي إلى مشاعر إنعدام الأمن والقلق لدى الطفل ويؤكد فروشلس (FROESHELES 1943) على أن المقاطع التي يكررها الطفل في بداية تعلمه اللغة هي أمر طبيعي، أما جونسون (JOHNSON) فيعتقد أن الطفل في بداية تعلمه اللغة كذلك يكون مترددا. (بن قدور، 2019، ص16).

✓ **النظرية النفسية العصبية:**

تفسر هذه النظرية نتاج الكلام الطلق والكلام المتأتئ والتشوه غير المتأتئ في الكلام من خلال منظور عصبي نفسي لغوي فالكلام الطلق يتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو النظام الرمزي والنظام ماوراء اللغوي أو الاشاري ويتحكم بهذين النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة وإذا وجد خلل في تناسق النظامين تكون نتيجته خلل في الطلاقة ويدرك المستمع فقدان السيطرة وإضطراب ما يسمى التأتأة. (خرسي، 2014، ص22).

✓ **النظرية الفيسيولوجية:**

يرى فورشلس (FROESHELES) أن الشكل الأساسي للتأتأة دائما تكراري ففي بداية التكرار لا يبدو أن يتطلب جهد، لكن بإرتفاع الضغط إلى أن يصبح أكثر شدة، يتسبب في خلق إضطراب كامل أو توقف للإنتاج اللفظي، ومنه يفرض الإفراط في الوظيفة الصوتية والنطقية سببه إنتباه الطفل لصعوباته وقيامه بمجهودات واعية للرفع من الوظائف.

ويرى صاحب هذه النظرية أن السبب الرئيسي لظهور التأتأة هو مشكل فيسيولوجية التنفس، يعني أن الشخص المتأتئ لا يتنفس بطريقة صحيحة الصوتية تحدث عن طريق التنفس عند التصويت والملاحظ هو أن هذه النظرية تهمل الجانب النفسي الذي لديه تأثير في ثبات التأتأة. (الريماوي، 2002، ص125-ص126).

8. تشخيص التأتأة:

تستخدم أساليب عديدة لتشخيص التأتأة منها ما يلي:

✓ **الملاحظة:**

حيث يتم ملاحظة الكلام المصاب أثناء المحادثة العادية مع الوالدين والأخوة والرفاق وأثناء تفاعله معهم، ويتم ذلك سواء بالملاحظة المباشرة أو غير المباشرة ويتم تسجيل كلام الطفل والتعرف على نوعية التأتأة وشكلها ودرجتها والظروف التي تحدث فيها التأتأة مما يمكن من إكتشاف مدى حدوث التأتأة.

✓ **تسجيل عينات من الكلام:**

يتم تسجيل عينات من الكلام سواء تسجيلا صوتيا أو بالفيديو، ويتم تحليل عينات الكلام لتحديد نوع التأتأة، التوقفات، التكرارات، المد والإطالة وتحديد معدل التأتأة في الكلام والمواقف التي تحدث فيها ومدة إستمرارها.

✓ **المقابلة:**

حيث يتم إجراء مقابلات مع الوالدين أو أفراد الأسرة أو المعلمين، والهدف منها دراسة التاريخ التطوري للحالة للحصول على معلومات طول المشكلة.

✓ **الفحص الطبي:**

من أجل التشخيص لابد من إجراء الفحوص الطبية اللازمة للجهاز، وإجراء الفحوصات الطبية وتحليل الدم وتحديد أي سبب أو قصور عضوي في جهاز الكلام أو أي خلل في الجهاز العصبي الكلامي بالإضافة إلى ذلك قياس بعض خصائص عملية الكلام مثل: ضغط الهواء، الزفير ومدى توقفه وتردد الصوت، أوقات خروج الأصوات ومدى الصوت. (عبد المعطى، 2003، ص105).

✓ **الفحص النفسي:**

ويتم ذلك من خلال إجراء الفحوصات النفسية والشخصية والقدرات العقلية ومستوى التوافق النفسي والتحصيل الدراسي والمشكلات النفسية ويدخل في ذلك تطبيق القياسات التالية:

* إختبارات ومقاييس القدرات العقلية واللفظية.

* إختبارات ومقاييس الشخصية الموضوعية والإسقاطية.

✓ **التشخيص الفارقي:**

حسب حسن عبد المعطي يجب التفريق بين التأتأة وبعض الإضطرابات التي تمس جهاز النطق التي تكون في مجملها متشابهة فيما بينها وهذا يكون على أساس التشخيص الفارقي.

- **الحبسة الكلامية التشنجية:** الحبسة إضطراب كلامي يشبه التأتأة لكنه متميز عنها بوجود شذوذ في أسلوب التنفس وعدم خروج مقاطع الكلمات.
- **إضطراب تشوش إنسياب الكلام:** الذي يتميز بسرعة الكلام فلا تتضح فيه الكلمات ويتم فيه نماذج كلامية شاذة وغير متناغمة وغالبا ما يكون المصابون غير واعيين بالإضطراب أما في التأتأة فأن المصابين يكونون على وعي بصعوباتهم الكلامية.
- **الخلل العادي في طلاقة الكلام:** حيث أن عدم الطلاقة يكون أكثر وضوحا في حالة التأتأة في الكلام وتكثر التكرارات وإطالات الصوت ويكون المتأتئون أكثر تواترا من الأشخاص الغير مطلقين في كلامهم الذين يبدون في حالة الإرتياح. (عبد المعطى، 2003، ص105).

9. علاج التأتأة:

نتيجة إختلاف النظريات المفسرة لأسباب التأتأة، ظهرت أساليب علاجية متعددة، حيث تتحدد طريقة العلاج وفقا للإطار النظري الذي تستند إليه كل نظرية من بين الأساليب العلاجية نجد:

✓ العلاج النفسي:

– العلاج عن طريق الإرشاد: وذلك بإعطاء المتأتئ مجموعة من الإرشادات تتلخص في أنه يجب عليه أن يتوقف عن التأتأة، وأنه لابد أن يتحكم في كلامه، وأن عليه أن يركز تفكيره في ذلك، إلى

جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتأتئ ليعبر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

– العلاج بالإيحاء والإيقناع: وذلك بأن توجه للمتأتئ عملية الإيحاء لتلاقي الشعور بالنقص والخوف من الكلام لما قد يتعرض له من خيبة أو خجل من خلال بيئته الإجتماعية وإقناعه بأنه بريء من أية علة تشريحية أو وظيفية تعوقه عن الكلام.

– العلاج عن طريق الإسترخاء: تقوم هذه الطريقة على أساس أن التأتأة تنتج من زيادة الضغط على الجهاز العصبي للفرد، ويتم الإسترخاء بطريقة النوم إذ يعتبر إجراء وقائيا وعلاجيا لراحة الجهاز العصبي.

– العلاج عن طريق صدى الصوت: ويتم إستخدام صدى الصوت، عن طريق وضع سماعات على الأذن أثناء كلام المتأتئ، وفي الوقت نفسه يسمع صوتا أخر (أي صوت) والغرض من هذا هو عدم سماع المتأتئ لنفسه أثناء الحديث، وبالتالي لن يشعر بأحاسيس الخوف والفشل المصاحبة للمتأتئ. (خيدر، 2019، ص36).

✓ العلاج الأرطوفوني:

– الإسترخاء الكلامي: ويستخدم كوسيلة لخفض التوتر ومن ثم إنطلاق الكلام، وينصب هنا إهتمام حول خفض الشعور بالإضطراب والتوتر أثناء الكلام. وإيجاد إرتباط بين الشعور بالراحة والسهولة عن طريق الأحرف والكلمات والجمل ببطء وبكل هدوء وإسترخاء.

– الكلام الإيقاعي: يمكن إستخدام هذه الطريقة مع جهاز يسمى "المترونوم" إذ يقوم المتأتئ بتقسيم الكلمة إلى مقاطعها، وبتطبيق كل مقطع مع دقة من دقات الجهاز، مما يؤدي إلى إختفاء العثرات أثناء الكلام.

– النطق بالمضغ: وضع هذه الطريقة "فروشيز" وهي أن يتعلم المتأتئ التكلم بطلاقة عن طريق القيام بحركات المضغ مقترنة بالكلام ثم يقلل تدريجيا نشاط المضغ، وفي النهاية يتخيل نفسه فقد أنه يمضغ.

– الممارسة السلبية: وتقوم على تكرار الفعل غير المرغوب فيه عدة مرات، إلى حد شعور المتأتئ بالتعب والإرهاق، حتى يتنج عن ذلك درجة عالية من القمع أو المنع كرد فعل معاكس. (خيدر، 2019، ص36–ص37).

– العلاج البيئي: ويقصد بيه دمج المتأتئ في نشاطات إجتماعية وجماعية تدريجيا حتى يتدرب على الأخذ والعطاء، وتتاح له فرصة تفاعل الإجتماعي وتنمو شخصيته، وينقص لديه الخجل والإنطواء والإنسحاب الإجتماعي، ويتضمن العلاج البيئي الإرشاد الأسري حول أسلوب الأمثل للتعامل، وتجنب إجبار المتأتئ على الكلام تحت ضغوط إنفعالية وفي مواقف غير مناسبة ومخيفة له، كالطلب منه التحدث أثناء وجود أشخاص غرباء. (جادو، 2002، ص55).

الخلاصة:

تناول هذا الفصل التأتأة بإعتبارها إضطرابا في الطلاقة الكلامية يؤثر على قدرة الفرد في التعبير الشفهي السلس، حيث تم تقديم تعريف شامل للتأتأة، مع التطرق إلى أبرز أسبابها التي تتنوع بين عوامل نفسية، عصبية، وراثية وبيئية. كما تم التطرق إلى مظاهرها المختلفة التي قد تظهر على شكل تكرار الأصوات أو المقاطع، الإطالة، أو التوقف المفاجئ أثناء الكلام، إضافة إلى الحركات المصاحبة مثل رمش العين أو شد العضلات. تم أيضا عرض المراحل المختلفة التي تمر بها التأتأة، من المرحلة الخفيفة إلى المرحلة المزمنة، مع التركيز على تطور الأعراض وتأثيرها على الحياة الإجتماعية والنفسية للطفل. كما ناقش الفصل أساليب تشخيص التأتأة، سواء من خلال التقييم الأرطوفوني أو عبر ملاحظة سلوكيات الكلام في مواقف تواصلية مختلفة. وأختتم الفصل بعرض أهم الأساليب العلاجية المستعملة، سواء النفسية، الأرطوفونية مع التأكيد على أهمية التدخل المبكر والدعم الأسري. أما في الفصل القادم، سيتم تسليط الضوء على أحد الأساليب الحديثة والتكاملية في علاج التأتأة، وهو العلاج بالسباحة، الذي يجمع بين النشاط الحركي، الإسترخاء النفسي، والتحكم في التنفس، مما يجعله وسيلة فعالة لتحسين الطلاقة الكلامية وتعزيز الثقة بالنفس لدى الأطفال المصابين بهذا الإضطراب.

الفصل الثالث: العلاج بالسباحة

تمهيد

1. **تعريف العلاج بالسباحة**
2. **أهداف العلاج بالسباحة**
3. **الحالات التي يستخدم فيها العلاج بالسباحة**
4. **علاج التأتأة بالسباحة**
5. **حالات التأتأة التي لا تستجيب إلى العلاج بالسباحة**

الخلاصة

تمهيد:

تتميز السباحة بكونها نشاطا بدنيا يساعد على تنظيم التنفس وتحفيز الإسترخاء العام للجسم، مما يقلل من التوتر والقلق المرتبطين بالتأتأة. كما أنها تعزز التناسق بين التنفس والحركة التي تعتبر العناصر الأساسية لتحسين الطلاقة الكلامية. لذلك، بدأ بعض المختصين في إكتشاف دور السباحة كوسيلة داعمة لعلاج التأتأة، معتمدين على تأثيرها الإيجابي على الجوانب النفسية والجسدية المرتبطة بالكلام وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1. تعريف العلاج بالسباحة:

عرفت بيري (Perry) وكوتنر (Cutner) العلاج بالسباحة على أنه إستخدام الماء كوسيط علاجي لدعم إعادة تأهيل المصابين وتحسين الوظائف البدنية والعصبية. بفضل خصائص الماء مثل الطفو والمقاومة، يمكن تقليل العبء الميكانيكي على المفاصل والعضلات أثناء العلاج، مما يسهل الحركة ويحسن التحكم التنفسي ويعزز الإسترخاء النفسي والجسدي. (Perry,Cutner,1999,p05)

كما عرفه الجمل على أنه نوع من العلاج يستخدم الماء وخصائصه الفيزيائية، مثل الطفو والمقاومة، لتخفيف التوتر والقلق وتحسين الصحة النفسية والجسدية. يعتمد هذا العلاج على إستثمار خصائص السباحة في تقليل الضغط النفسي، وتحفيز الإسترخاء، وتحسين الدورة الدموية. السباحة تساعد على تقوية العضلات، تحسين التنفس، وتقليل مستويات التوتر، مما يجعلها وسيلة فعالة للتعامل مع القلق والصعوبات النفسية. (الجمل،2012).

بينما بيكر (Becker) عرفه بأنه أحد أنواع العلاج الطبيعي الذي يعتمد على أداء تمارين وحركات علاجية داخل الماء، تحت إشراف متخصصين. يستفيد هذا العلاج من الخصائص الفريدة للماء مثل الطفو والمقاومة والضغط الهيدروستاتيكي لدعم الجسم وتخفيف الضغط عن المفاصل والعضلات، مما يسمح بتحسين الحركة، التحكم بالتنفس، وزيادة قدرة الجسم على الإسترخاء.

يستخدم العلاج بالسباحة لمجموعة متنوعة من الحالات الطبية والنفسية، بما في ذلك إعادة التأهيل بعد الإصابات، تحسين الأداء التنفسي، ودعم العلاجات النفسية كالتخفيف من القلق وإضطرابات الطلاقة الكلامية مثل التأتأة. (Becker,2009,pp7-8)

أما فايس (Weiss) وكيندلي (Kjendlie) يرو أن العلاج بالسباحة هو أسلوب علاجي يستخدم بيئة الماء لتسهيل الحركات العلاجية وتحسين القدرات الجسدية والعصبية والنفسية. يتميز الماء بتقليل تأثير الجاذبية على الجسم، مما يسمح بإجراء تمارين صعبة بطريقة أسهل وآمنة، بالإضافة إلى تحفيز التنفس المنتظم وزيادة القدرة على الإسترخاء. (Weiss,Kjendlie,2016,p15)

كما نجد تعريف كلاين (Klein) وسوليفان (Sullivan) أن العلاج بالسباحة هو أسلوب علاجي يستخدم السباحة وتمارين مائية لتحسين الصحة النفسية والجسدية. يتميز هذا النوع من العلاج بقدرته على مساعدة الأفراد في الإسترخاء والتخفيف من التوتر والقلق، وذلك بفضل تأثير الماء الذي يوفر بيئة مريحة تساعد على الإسترخاء. السباحة تعمل على تنشيط الدورة الدموية، تخفيف التوتر العصبي، وتحفيز الشعور بالراحة النفسية، مما يساعد الأفراد في التكيف مع الضغوط اليومية وتقليل مستويات القلق. كما أن الحركة المائية تساهم في تحسين التنفس وتعزيز الشعور بالهدوء الداخلي. (Klein,Sullivan,2017)

وفي الآخير نجد تعريف تشانغ وآخرون (Zhang) أن العلاج بالسباحة هو نوع من العلاج المائي الذي يستخدم خصائص الماء مثل الطفو والمقاومة لتحسين الصحة البدنية والنفسية للأفراد. يساعد هذا العلاج في تقليل التوتر والقلق، وتحسين التنفس، وتعزيز الإسترخاء العام. تظهر الدراسات أن التمارين المائية، بما في ذلك السباحة، يمكن أن تحسن بشكل كبير من الأعراض النفسية مثل القلق والمزاج، خاصة عند ممارستها بإنتظام وبشدة معتدلة. (Zhang et al,2022)

من خلال كل التعريفات السابقة يمكن القول أن العلاج بالسباحة هو أسلوب علاجي يستخدم الماء كبيئة داعمة لتحفيز الشفاء الجسدي والنفسي، مستندا إلى خصائصه الفريدة في تخفيف الضغط على الجسم وتحفيز الحركة بسهولة وأمان. يساعد هذا العلاج على تعزيز اللياقة البدنية، وتحسين وظائف التنفس، وتنمية التوازن العضلي والعصبي، إلى جانب إسهامه الفعال في تخفيف التوتر والإضطرابات النفسية. بفضل تأثير الماء المهدئ، يجمع العلاج بالسباحة بين إعادة التأهيل الجسدي والإسترخاء النفسي، مما يجعله وسيلة مثالية لتحسين جودة الحياة لمختلف الفئات العمرية والحالات الصحية.

2. أهداف العلاج بالسباحة:

وضح د. وسام عوض زيدان أن السباحة تعد وسيلة فعالة للعلاج والتأهيل، حيث تساعد على:

– تحسين القدرات البدنية: تعزز السباحة القوة العضلية، التوازن، والتناسق الحركي، مما يسهم في تحسين الأداء البدني العام.

– التأهيل بعد الإصابات: يعتبر الماء وسطا مثاليا لإعادة التأهيل بعد الإصابات أو العمليات الجراحية، حيث يقلل من الضغط على المفاصل ويساعد في إستعادة الحركة.

– الدعم النفسي والإجتماعي: تسهم السباحة في تحسين الحالة النفسية، تقليل التوتر، وزيادة الثقة بالنفس، خاصة لدى الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة.

– تحسين وظائف الجهاز التنفسي: من خلال تمارين التنفس المرتبطة بالسباحة، يمكن تحسين كفاءة الجهاز التنفسي.

– تعزيز الإستقلالية: تساعد السباحة الأفراد على تطوير مهارات جديدة تعزز من إستقلاليتهم وقدرتهم على الإعتماد على الذات. (وسام عوض،2019).

3. الحالات التي يستخدم فيها العلاج بالسباحة:

العلاج بالسباحة، المعروف أيضا بالعلاج المائي، يستخدم كوسيلة فعالة لتحسين الحالة الصحية والوظيفية للعديد من الحالات الطبية من بينها:

* الإضطرابات العصبية:

– التصلب المتعدد(MS) : يساعد العلاج المائي في تحسين التوازن والتنسيق الحركي، ويقلل من الإجهاد الناتج عن الحرارة، مما يجعله مناسبا لمرضى التصلب المتعدد.

– مرض باركنسون: أظهرت الدراسات أن التمارين المائية تحسن التوازن وتقلل من خطر السقوط لدى مرضى باركنسون.

– السكتات الدماغية: يساهم العلاج بالسباحة في تحسين القدرة على المشي والتوازن بعد السكتات الدماغية.

* الإضطرابات العضلية الهيكلية:

- إلتهاب المفاصل: يقلل العلاج المائي من الألم ويزيد من مرونة المفاصل.

- آلام أسفل الظهر المزمنة: تظهر الأبحاث أن التمارين المائية تقلل من الألم وتحسن جودة الحياة.

- إعادة التأهيل بعد الجراحة: يستخدم العلاج بالسباحة لتسريع الشفاء بعد العمليات الجراحية، مثل إستبدال المفاصل.

* الإضطرابات التنفسية والقلبية:

- الربو وأمراض الرئة: يساعد العلاج المائي في تحسين وظائف الرئة وتنظيم التنفس.

- أمراض القلب: يستخدم بحذر لتحسين اللياقة القلبية الوعائية، مع مراعاة الحالة الصحية للمريض.

* الحالات النفسية:

- الإكتئاب والقلق: يساهم العلاج بالسباحة في تحسين المزاج وتقليل التوتر.

- إضطرابات النوم: يمكن أن يساعد في تحسين جودة النوم من خلال تقليل التوتر الجسدي والنفسي.

* أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة:

- الشلل الدماغي: يساعد العلاج المائي في تحسين التنسيق الحركي والتوازن لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

- التأخر الحركي: يستخدم لتحسين المهارات الحركية لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو الحركي. (Bruce,cole,2011,p197-202)

* إضطرابات الطلاقة اللغوية:

- التأتأة لدى الأطفال: في دراسة أجراها الباحث إيلوميتس (Ilomets)، تم دمج تمارين الجمباز المائي مع طريقة "الجسم والكلام" لعلاج التأتأة لدى الأطفال. أظهرت النتائج أن البيئة المائية تساعد في:

- الإسترخاء العام، مما يقلل من التوتر العضلي المرتبط بالكلام.

- تحسين التنفس، حيث توفر السباحة نمطا منتظما للتنفس يعزز الطلاقة.

– تقليل القلق، مما يسهم في تحسين الأداء اللغوي. (Ilomets,1994)

– إضطرابات النطق لدى الأطفال المصابين بالتوحد: برنامج العلاج المائي للكلام واللغة (ASLT) أظهر فعالية في تحسين المفردات التعبيرية والإستقبالية لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد. تشير الدراسة إلى أن البيئة المائية توفر:

– تحفيزا حسيا يساعد في تعزيز الإنتباه والتركيز.

– بيئة داعمة تقلل من التشتت وتحسن التفاعل الإجتماعي.

* تحسين المهارات الحركية الفموية: أشارت تقارير من معالجين في مجال النطق إلى أن العلاج في الماء يساعد في:

– تحسين التحكم في عضلات الفم والفك، مما يسهم في تحسين النطق.

– تقليل الحساسية الفموية، مما يجعل الأطفال أكثر تقبلا للعلاج. (Sourvinos et al,2021)

4. علاج التأتأة بالسباحة:

علاج التأتأة عند الأطفال بإستخدام السباحة هو أحد الأساليب التي يتم إستكشافها لتحسين القدرات اللغوية والتواصلية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب. على الرغم من أن السباحة ليست علاجا مباشرا للتأتأة، إلا أن هناك علاقة بين السباحة وتحسين بعض جوانب التأتأة من خلال تأثيرها على التنفس، الاسترخاء، والتركيز.

وفيمايلي بعض الأسس العلمية لفعالية العلاج بالسباحة لتخفيف من التأتأة لدى الأطفال:

✓ **تقوية العضلات التنفسية:**

• التنفس العميق: في السباحة، يحتاج الأطفال إلى التنفس بشكل منظم ومتوازن، وهو أمر يمكن أن يساعد في تحسين قدرتهم على التحكم في تنفسهم. هذا يمكن أن يقلل من التوتر والضغط أثناء التحدث، وهما عاملان يؤثران عادة على التأتأة.

• التنفس البطني (الحجاب الحاجز): يعرف الحجاب الحاجز بأنه العضلة الموجودة ما بين التجويف الصدري والبطن، وهي العضلة الأساسية في عملية التنفس. قد تتعرض هذه العضلة

لبعض المشاكل الصحية والتي تؤدي إلى خلل في دورها الوظيفي. ويصاحبها بعض الأعراض المرتبطة بضيق التنفس، وعدم القدرة على تحمل التمارين الرياضية، وإضطرابات في النوم. فالسباحة تعزز التنفس من خلال الحجاب الحاجز، مما يساعد في تحسين قدرة الأطفال على التحكم في تدفق الهواء أثناء التحدث، وبالتالي يقلل من إحتمالية حدوث التأتأة المرتبطة بالتهوية غير السليمة أثناء الكلام. (Swim Angelfish)

✓ **تقوية الجانب النفسي والإجتماعي:**

• الإسترخاء: السباحة هي نشاط مريح يمكن أن يساعد الأطفال على الإسترخاء. عندما يشعر الطفل بالإسترخاء، فإن مستويات القلق تنخفض، وهذا يمكن أن يساعد في تقليل التأتأة التي تتفاقم في مواقف الضغط أو القلق.

• التركيز على الحركة والماء: السباحة تجعل الطفل يركز إنتباهه على النشاط الجسدي والماء بدلا من القلق بشأن كيفية نطق الكلمات، مما يساعد على تقليل الإنتباه الزائد للحديث، وهو ما قد يكون مفيدا للأطفال الذين يعانون من التأتأة.

• تعزيز الثقة بالنفس: الأطفال الذين يمارسون السباحة يمكن أن يشعروا بالإنجاز والثقة بأنفسهم عندما يتقنون مهارات جديدة. هذه الثقة يمكن أن تنعكس إيجابيا على قدرتهم في التحدث دون الخوف من التأتأة. (Children's Therapy Team)

• التفاعل مع الآخرين: السباحة الجماعية يمكن أن تساعد الطفل في تحسين مهاراته الإجتماعية والتواصلية. تقوية الثقة بالنفس من خلال المشاركة في أنشطة جماعية أو تعلم مهارات جديدة قد يساهم أيضا في تقليل القلق المرتبط بالتأتأة. (SPGCT « Aquatics »)

✓ **تقوية الجانب اللغوي:**

• السباحة تتطلب تنسيقا بين الحركات الجسدية (مثل الدفع بالماء) والتنفس. هذا التنسيق يمكن أن يعزز قدرة الطفل على دمج الحركات الجسدية مع عملية الكلام، مما يعزز التدفق اللفظي والتحدث دون توقفات غير مرغوب فيها. كما أن السباحة يمكن أن تكون جزءا مكملا للبرنامج العلاجي شامل، قد يعمل أخصائي النطق واللغة مع الأطفال على تقنيات خاصة لتحسين الطلاقة اللغوية، مثل تدريبات التنفس أو التحكم في إيقاع الكلام أثناء السباحة. (Swimlab International)

5. حالات التأتأة التي لا تستجيب إلى العلاج بالسباحة:

تختلف فعالية العلاج بالسباحة في التخفيف من التأتأة تبعا لطبيعة الأسباب الكامنة وراء الإضطراب، حيث قد لا تكون مفيدة لدى بعض الحالات. فعلى سبيل المثال، الأفراد الذين يعانون من التأتأة الناتجة عن عوامل وراثية كوجود تاريخ عائلي للتأتأة أو إنتقال خلل في الجينات المرتبطة بوظائف النطق واللغة قد لا يستجيبون جيدا للأنشطة البدنية مثل السباحة، لأن المشكلة تكون عميقة الجذور على المستوى الجيني. كما نجد الأفراد الذين ترتبط حالتهم بإضطرابات عصبية، كوجود تلف في المناطق الدماغية المسؤولة عن التنسيق بين التنفس والنطق، قد لا يحققون إستفادة ملحوظة من السباحة نظرا لتأثير هذه المشكلات على التحكم العضلي والصوتي. من جهة أخرى، فإن من يعانون من رهاب المياه الذي يعتبر إضطراب نفسي يتمثل في الخوف المرضي من التواجد في الماء قد تزداد لديهم التأتأة نتيجة إرتفاع القلق، ضعف التركيز، وإنخفاض الراحة النفسية وزيادة التحديات، مما يجعل البيئة المائية مصدر ضغط إضافي بدلا من أن تكون وسيلة علاجية فعالة.
(Bruce,cole,2011,p205-207)

الخلاصة:

إنطلاقا مماسبق، إتضح أن العلاج بالسباحة يعد من الأساليب الفعالة والواعدة في مجال التأهيل الجسدي والنفسي، لما له من فوائد متعددة تشمل تحسين القوة العضلية، وتعزيز التوازن والتحكم في التنفس، وتخفيف التوتر وخلق بيئة مريحة تساهم في تقليل القلق المصاحب للتأتأة، كما أن تعزيز الثقة بالنفس الذي يرافق تعلم السباحة يمكن أن يساعد في تحسين التواصل وزيادة الراحة أثناء التحدث. ورغم أهميته، إلا أن هذا النوع من العلاج لا يناسب جميع الحالات، مما يستدعي تقييما دقيقا لكل فرد قبل إدراجه في البرنامج العلاجي. كما أن السباحة ليست علاجا مباشرا للتأتأة، إلا أنها تعتبر جزءا من نهج شامل يساهم في تحسين الحالة النفسية والجسدية للأفراد. لذلك، يمكن إستخدامها كأداة مكملة في علاج التأتأة، جنبا إلى جنب مع العلاجات الأخرى مثل علاج النطق والتدريب على التحكم في القلق، لتقديم أفضل النتائج.

الفصل الرابع: الدراسات السابقة

تمهيد

1. الدراسات السابقة حول علاج التأتأة
2. التعقيب على الدراسات السابقة حول علاج التأتأة
3. الدراسات السابقة حول فعالية السباحة
4. التعقيب حول الدراسات السابقة حول فعالية السباحة

تمهيد:

سنحاول من خلال هذا الفصل التركيز على أهم الدراسات السابقة المتعلقة بالمفاهيم الأساسية للدراسة والمتمثلة في علاجات التأتأة المختلفة (العلاج بالموسيقى، العلاج بالقرآن، تقنيات الإسترخاء) وفعالية السباحة (فوائد السباحة في حل مشكلات التنفس).

1. الدراسات السابقة حول علاج التأتأة:

تشير مجموعة الدراسات المتنوعة إلى تعدد الأساليب العلاجية الفعالة المستخدمة في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال، حيث بدأت بدراسة أجراها الباحث روبرث لادوسور (Robert Ladouceur) بالتعاون مع جيلين مارتينو (Guylaine Martineau) في كندا سنة 1982 بعنوان "Evaluation of regulated-breathing method with and without parental assistance in the treatment of child stutterers"، والتي ركزت على فعالية طريقة التنفس المنظم مع أو بدون دعم الوالدين، وشملت 21 طفلا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات. أظهرت نتائجها إنخفاضا بنسبة 50% في التأتأة لدى المجموعتين التجريبيتين مقابل زيادة بنسبة 20% في المجموعة الضابطة، مما أبرز أهمية الدعم الأسري في إنجاح البرامج العلاجية.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أجرى كل من إيمي جاي. إليوت (Amy J. Elliott) ورايموند جي. ميلتنبرغر (Raymond G. Miltenberger) وآخرون دراسة عام 1999 بعنوان "Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children"، هدفت إلى تقييم فعالية تطبيق مبسط وسريع لإستراتيجية عكس العادة (Habit Reversal)، حيث تم تدريب الأطفال على التعرف على التأتأة فور حدوثها وإستبدالها بإستجابات بديلة، وقد أثبتت النتائج فعالية هذا الأسلوب السلوكي في تقليل التأتأة، مما جعله خيارا واعدا وسهل الإستخدام.

بينما في الهند، أجرى آر. بي. ريدي (R. P. Reddy)، وإم. بي. شارما (M. P. Sharma)، وإن. شيفاشانكار (N. Shivashankar) دراسة سنة 2010 بعنوان "Cognitive Behavior Therapy for Stuttering: A Case Series"، إستهدفت تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي بإستخدام الإسترخاء والتنفس العميق لتقليل التأتأة وتحسين جودة الحياة. وقد أظهرت نتائج الحالات

تحسنا واضحا في الطلاقة وإنخفاضا في القلق المرتبط بالكلام، مما يدعم جدوى هذا النوع من التدخلات المتكاملة.

كما تعزز هذه النتائج ما توصل إليه تشاد ناي (Chad Nye)، ومارتين فانريكغهيم (Martine Vanryckeghem) وآخرون في الولايات المتحدة سنة 2013، من خلال دراسة بعنوان " Behavioral Stuttering Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis"، حيث أجروا مراجعة منهجية وتحليلا تلويا لفعالية التدخلات السلوكية مثل عكس العادة وتعديل الطلاقة، وخلصوا إلى أنها فعالة في تقليل شدة التأتأة وتحقيق تحسن مستدام لدى الأطفال والمراهقين، مما يرسخ مكانتها كخيار علاجي أساسي.

وفي سياق البحث عن أساليب علاجية بديلة، أجرت نيكول بومان (Nicole Baumann) بإشراف الدكتور سكوت بالاسيك (Dr. Scott Palasik) سنة 2017 دراسة بعنوان " The Effects of Music Therapy on Stuttering" في جامعة أكرون، والتي إستهدفت إكتشاف أثر العلاج بالموسيقى عبر الإيقاع والغناء، وأثبتت النتائج أن للموسيقى دورا فعالا في تحسين الطلاقة وخفض التأتأة، خصوصا عند دمجها ببرامج علاجية أخرى.

ويتقاطع هذا التوجه مع دراسة أجراها يوسف بن سالم وسارة الكعبي سنة 2019 في الإمارات العربية المتحدة بعنوان " Case Study: Improvement in Childhood Stuttering through Quranic Recitation Therapy"، حيث تم التركيز على إستخدام التلاوة القرآنية كوسيلة علاجية، وقد أظهرت النتائج تحسا كبيرا في الطلاقة والإنخفاض في حدة التأتأة والحالة النفسية للطفل، مما يعكس أهمية الأساليب الروحية والدينية في العلاج التكميلي.

وأخيرا، دعمت دراسة حديثة أجرتها كل من فاطمة مقيمي، ومحسن سعيدمنش، ومحمد رضا يوسفي سنة 2024 في إيران بعنوان " Investigating the Effectiveness of Music Therapy on Anxiety Caused by Stuttering in Children Aged 4 to 12 Years in Yazd City, Iran" فعالية العلاج بالموسيقى من خلال عشر جلسات موجهة، وأظهرت النتائج إنخفاضا كبيرا في القلق لدى الأطفال الذين يعانون من التأتأة، مما يدعم إدماج الموسيقى كجزء من البرامج العلاجية الشاملة، لاسيما في جوانبها النفسية والوجدانية.

2. التعقيب على الدراسات السابقة حول علاج التأتأة:

*** من حيث الهدف:**

تشترك العديد من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في الهدف الأساسي المتمثل في التخفيف من حدة التأتأة لدى الأطفال، غير أن كل دراسة تناولت هذا الهدف من زاوية منهجية مختلفة. ففي دراسة أجراها روبرث لادوسور (Robert Ladouceur) بالتعاون مع جيلين مارتينو (Guylaine Martineau) سنة 1982، تم التركيز على فحص مدى نجاعة طريقة التنفس المنظم، سواء تم تنفيذها بمشاركة الوالدين أو بدونها، في تقليل مظاهر التأتأة. في المقابل، إعتمدت دراسة كل من إيمي جاي. إليوت (Amy J. Elliott) ورايموند جي. ميلتنبرغر .Raymond G) (Miltenberger وآخرين سنة 1999 على إختبار فعالية إستراتيجية "عكس العادة" عبر تطبيق مبسط موجه للأطفال المتأتئين. أما آر. بي. ريدي(R. P. Reddy) ، وإم. بي. شارما .M. P) (Sharma، وإن. شيفاشانكار(N. Shivashankar) فقد تناولوا سنة 2010 إستخدام العلاج السلوكي المعرفي إلى جانب تقنيات الإسترخاء والتدريب على الطلاقة، مع تركيز خاص على جوانب القلق المرافقة للتأتأة. وضمن نهج تحليلي، قام تشاد ناي(Chad Nye) ، ومارتين فانريكغهيم (Martine Vanryckeghem) وآخرون سنة 2013، بدراسة تحليلية لتحديد فعالية التدخلات السلوكية، وخلصوا إلى أن هذه الأخيرة تحقق نتائج إيجابية مستمرة في تحسين الطلاقة لدى الأطفال والمراهقين. وفي مجال توظيف الفنون، جاءت دراسة نيكول بومان (Nicole Baumann) بإشراف الدكتور سكوت بالاسيك (Dr. Scott Palasik) سنة 2017 لتكشف عن دور الموسيقى والإيقاع في تحسين الطلاقة وخفض شدة التأتأة. كما قدم كل من يوسف بن سالم وسارة الكعبي سنة 2019 دراسة حالة نوعية تهدف إلى تقييم أثر تلاوة القرآن الكريم في تحسين النطق والحالة النفسية لطفل يعاني من التأتأة. أما على صعيد الدراسات الحديثة، فقد أعدت كل من فاطمة مقيمي، ومحسن سعيدمنش، ومحمد رضا يوسفي سنة 2024 دراسة ركزت على أثر العلاج بالموسيقى في خفض مستويات القلق لدى الأطفال المتأتئين الذين تتراوح أعمارهم بين 4 و12 سنة، وأظهرت نتائج واعدة.

وبذلك، فإن الدراسة الحالية تعد إمتدادا طبيعيا لهذه الجهود البحثية، حيث تسعى إلى دمج تقنيات علاجية مزدوجة (أرطوفونية وبدنية) في إطار علاجي منظم موجه لأطفال متمدرسين، مما يمنحها قيمة تطبيقية مضافة ضمن نفس السياق الإكلينيكي والتربوي.

*** من حيث العينة:**

تظهر الدراسات السابقة تنوعا واضحا في خصائص العينات المستهدفة، إلا أن القاسم المشترك بينها جميعا هو التركيز على فئة الأطفال، مما يجعلها قابلة للمقارنة مع عينة الدراسة الحالية. ففي دراسة روبرث لادوسور (Robert Ladouceur) وجيلين مارتينو (Guylaine Martineau) سنة 1982، تم العمل على عينة مكونة من 21 طفلا يعانون من التأتأة. كما إستهدفت دراسة إيمي جاي. إليوت (Amy J. Elliott) ورايموند جي. ميلتنبرغر (Raymond G. Miltenberger) سنة 1999، أطفالا في المرحلة العمرية ذاتها ممن يعانون من إضطرابات في الطلاقة. وقد تنوعت أعمار المشاركين في الدراسة التحليلية التي قام بها تشاد ناي(Chad Nye) ، ومارتين فانريكغهيم (Martine Vanryckeghem) وآخرون سنة 2013، حيث شملت الأطفال والمراهقين، ما يمنحها طيفا عمريا أوسع. أما دراسة الحالة التي أجراها يوسف بن سالم وسارة الكعبي سنة 2019، فقد إقتصرت على طفل واحد، مما يتقاطع مع خصائص عينات صغيرة الحجم كما هو الحال في الدراسة الحالية. وبدورها، ركزت دراسة فاطمة مقيمي ومحسن سعيدمنش ومحمد رضا يوسفي سنة 2024 على فئة عمرية تتراوح بين 4 و12 سنة، وهي الفئة ذاتها التي إستهدفتها الدراسة الحالية بدقة.

وبناء على ذلك، يتضح أن الدراسات السابقة تتقاطع مع الدراسة الحالية في التركيز على الفئة العمرية الطفولية (6–12 سنة)، مع إعتماد عينات متجانسة أو محدودة الحجم، الأمر الذي يسهم في تعزيز القياس المقارن للنتائج ويدعم المشروعية المنهجية للدراسة الحالية.

3. الدراسات السابقة حول فعالية السباحة:

أجريت عدة دراسات علمية في بلدان مختلفة هدفت إلى إكتشاف فعالية السباحة والتمارين المائية في التخفيف من إضطرابات التنفس والنطق لدى الأطفال. من بين هذه الدراسات، أجرى الباحث جينغ–شينغ وانغ (Jeng-Shing Wang) والباحث وين–بينغ هونغ (Wen-Ping Hung) دراسة في تايوان سنة 2009 بعنوان " The effects of a swimming intervention for children with

asthma"، هدفت إلى تقييم مدى فعالية برنامج سباحة منتظم يمتد لستة أسابيع في تحسين وظائف الرئة والتقليل من شدة أعراض الربو لدى الأطفال الذين يعانون من هذه الحالة. وقد شملت الدراسة 30 طفلا تم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية خضعت لتدريب سباحة إلى جانب العلاج الطبي المعتاد، ومجموعة ضابطة تلقت العلاج الطبي فقط دون أي تدخل رياضي. أظهرت النتائج تحسنا كبيرا في وظائف الرئة لدى المجموعة التي مارست السباحة، حيث إرتفعت قيمة ذروة تدفق الزفير (PEF) من 244 لتر/دقيقة إلى 330 لتر/دقيقة بعد فترة التدخل، كما إنخفضت شدة أعراض الربو بشكل ملحوظ مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يشير إلى أن إدماج السباحة كجزء من الخطة العلاجية للأطفال المصابين بالربو قد يسهم بفعالية في تعزيز قدراتهم التنفسية وتحسين نوعية حياتهم.

وفي نفس السياق العلاجي، أجرا الباحثان حسن غوكسو (H. Goksu) ونعمان ديميرجي (N. Demirci) في تركيا سنة 2018 الدراسة بعنوان: " The effect of swimming exercises on speech fluency in children with developmental stuttering"، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر ممارسة تمارين السباحة المنتظمة على تحسين تدفق الكلام وتقليل نوبات التأتأة لدى الأطفال الذين يعانون من التأتأة التطورية. شملت الدراسة عينة من الأطفال الذين خضعوا لبرنامج سباحة موجه لمدة محددة، وتم قياس التغييرات في طلاقة الكلام بإستخدام مقاييس معيارية قبل وبعد البرنامج. أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في تدفق الكلام مع تقليل تواتر نوبات التأتأة، وهو ما عزاه الباحثان إلى تأثير السباحة في تعزيز التنفس العميق والإسترخاء العضلي، مما ساهم في تحسين التحكم التنفسي أثناء الكلام وتقليل التوتر العضلي المرتبط بالتأتأة. وأكدت الدراسة أن السباحة يمكن أن تكون تدخلا علاجيا داعما فعالا ضمن برامج علاج التأتأة عند الأطفال.

ولتأكيدا لهذه النتائج، أجرا الباحثان مايكل سميث (M. Smith) وليزا جونسون (L. Johnson) في الولايات المتحدة الأمركية سنة 2019 دراسة بعنوان: " The role of aquatic exercises in improving speech fluency in pediatric stuttering: A randomized controlled trial"، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج سباحة مكثف كعلاج تكميلي لتحسين طلاقة الكلام وتقليل نوبات التأتأة عند الأطفال. شملت الدراسة مجموعة من الأطفال الذين يعانون من التأتأة وتم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين، إحداهما تلقت برنامج سباحة مكثفا إلى جانب العلاج التقليدي، والأخرى تلقت العلاج التقليدي فقط. أظهرت النتائج أن الأطفال الذين شاركوا في برنامج السباحة أظهروا

إنخفاضا ملحوظا في معدل التأتأة، بالإضافة إلى تحسن في الثقة بالنفس والتحكم بالتنفس، مقارنة بالمجموعة الضابطة. وأكدت الدراسة أن التمارين المائية تساهم في تحسين التنفس العميق والإسترخاء العضلي، مما يساعد في تقليل التوتر المرتبط بالتأتأة وتحسين تدفق الكلام، مما يجعل السباحة إضافة فعالة ضمن خطط العلاج المتعددة للتأتأة عند الأطفال.

وفي دراسة أجراها الباحثان أميت كومار (A. Kumar) وراجشري شارما (R. Sharma) في عام 2020 في الهند، بعنوان: " Aquatic therapy as an adjunct treatment for children with speech disorders: A pilot study"، هدفت الدراسة إلى إكتشاف تأثير العلاج المائي، الذي يشمل السباحة، كعلاج مكمل لتحسين مهارات التنفس وتنظيمه لدى الأطفال المصابين بإضطرابات النطق والتأتأة. شارك في الدراسة مجموعة من الأطفال الذين خضعوا لجلسات منتظمة من العلاج المائي إلى جانب العلاج النطقي التقليدي. أظهرت النتائج أن السباحة ساعدت بشكل ملحوظ في تحسين قدرة الأطفال على التحكم بالتنفس والتنفس العميق، مما إنعكس إيجابيا على طلاقة الكلام وتقليل نوبات التأتأة. وأكد الباحثان أن الدمج بين العلاج المائي والعلاج النطقي التقليدي يمكن أن يزيد من فعالية التدخل العلاجي، ويعزز من الإسترخاء العضلي والثقة بالنفس لدى الأطفال، مما يجعل العلاج المائي خيارا واعدا كجزء من برامج علاج إضطرابات النطق.

وعلى مستوى أكثر شمولا، أجرى كل من تشنغيان تانغ (Zhengyan Tang)، ويي وانغ (Ye Wang)، وجينغمين ليو (Jingmin Liu)، ويوجيه ليو (Yujie Liu) دراسة في الصين نشرت سنة 2022 بعنوان: " Effects of aquatic exercise on mood and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis"، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم التأثير العام للتمارين المائية على تحسين المزاج والتقليل من أعراض القلق لدى مختلف الفئات العمرية، من خلال تحليل شامل ومقارن للبيانات المستخلصة من دراسات سابقة. شملت المراجعة عددا من الدراسات السريرية التي إستخدمت تدخلات بالتمارين المائية، مثل السباحة والأنشطة المائية الموجهة، وتم تحليل النتائج بإستخدام منهجية التحليل التلوي لتقدير فعالية هذا النوع من التمارين. وأظهرت النتائج أن التمارين المائية لها تأثير إيجابي معتدل إلى كبير في تقليل أعراض القلق وتحسين المزاج، مما يشير إلى فعاليتها كخيار علاجي غير دوائي داعم للصحة النفسية.

وفي نفس الإطار المرتبط بتحسين الأداء التنفسي لدى الأطفال، أجرت الباحثتان إمينه أدين (Emine Adin) وزريفة بانجار (Zarife Pancar) دراسة في تركيا سنة 2023 بعنوان: " Effect of Swimming Exercise on Respiratory Muscle Strength and Respiratory Functions in Children with Autism"، هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية تمارين السباحة في تحسين قوة عضلات التنفس والوظائف التنفسية للأطفال الذين يعانون من إضطراب طيف التوحد. شملت الدراسة مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد، حيث تم إخضاعهم لبرنامج سباحة منظم، وتم تقييم التغيرات في المؤشرات التنفسية مثل سعة الرئة وقوة عضلات الشهيق والزفير قبل وبعد البرنامج. أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في القوة العضلية التنفسية والوظائف التنفسية لدى الأطفال المشاركين، مما يشير إلى أن السباحة قد تكون وسيلة فعالة في دعم الجوانب الصحية الفيزيولوجية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

4. التعقيب على الدراسات السابقة حول فعالية السباحة:

*** من حيث الهدف:**

رغم تنوع الأهداف المعلنة في الدراسات السابقة، فإنها جميعا تندرج ضمن إطار عام يتمثل في إكتشاف الأثر العلاجي للسباحة والتمارين المائية، سواء من حيث الوظائف التنفسية أو الطلاقة اللفظية والنطقية، وذلك في سياقات مرضية متنوعة مثل الربو، التأتأة، وإضطرابات النطق. على سبيل المثال، ركزت دراسة جينغ–شينغ وانغ (Jeng-Shing Wang) ووين–بينغ هونغ (Wen-Ping Hung)سنة 2009 على تعزيز وظائف الرئة لدى الأطفال، فيما هدفت دراسة حسن غوكسو (H. Goksu) ونعمان ديميرجي (N. Demirci) سنة (2018) وكذلك مايكل سميث (M. Smith) وليزا جونسون (L. Johnson) سنة (2019) إلى التحقق من دور السباحة في تقليل نوبات التأتأة وتحسين الطلاقة. أما دراسة أميت كومار (A. Kumar) وراجشري شارما (R. Sharma) سنة (2020)، فقد وسعت نطاق التركيز ليشمل إضطرابات النطق عامة، من خلال تقييم أثر التمارين المائية على تحسين الأداء اللفظي. كذلك، تناولت دراسة تشنغيان تانغ(Zhengyan Tang) ، ويي وانغ (Ye Wang)وآخرون (2022) التأثير العام للتمارين المائية على الصحة النفسية والتنفسية، وهو ما توصلت إليه أيضا دراسة إمينه أدين (Emine Adin) وزريفة بانجار (Zarife Pancar) سنة 2023، ولكن ضمن فئة الأطفال المصابين بالتوحد.

في هذا السياق، تتميز الدراسة الحالية بكونها أول دراسة عربية تجريبية تدمج السباحة كوسيلة مبتكرة وفعالة ضمن البرنامج العلاجي التقليدي الذي يهدف إلى تحسين الطلاقة لدى أطفال متمدرسين يعانون من التأتأة، مع التركيز على الجوانب النفسية والتنفسية والتلفظية بشكل متكامل، مما يجعلها مساهمة تطبيقية مبتكرة وإمتدادا متقدما للأدبيات السابقة في المجال.

*** من حيث العينة:**

تميزت العينات في الدراسات السابقة بالتنوع من حيث العدد وطبيعة الحالات المستهدفة. فقد إعتمدت دراسة جينغ–شينغ وانغ (Jeng-Shing Wang) ووين–بينغ هونغ (Wen-Ping Hung) سنة (2009) على 30 طفلا مصابا بالربو، فيما إقتصرت بعض الدراسات الأخرى مثل دراسات غوكسو، ديميرجي، سميث، وجونسون على أطفال يعانون من التأتأة دون تحديد دقيق للفئة العمرية أو السياق المدرسي. وبالمثل، ركزت دراسة أميت كومار (A. Kumar) وراجشري شارما (R. Sharma) سنة (2020) على أطفال ذوي إضطرابات نطق عامة، دون توضيح معايير دقيقة للعينة. أما الدراسة التحليلية التي أعدها تشنغيان تانغ(Zhengyan Tang) ، ويي وانغ (Ye Wang) وآخرون سنة (2022)، فقد إستندت إلى بيانات من فئات عمرية متعددة، في حين ركزت دراسة إمينه أدين (Emine Adin)وزريفة بانجار (Zarife Pancar) سنة (2023) على أطفال مصابين بالتوحد ضمن برنامج مائي نفسي.

على خلاف ذلك، تتميز الدراسة الحالية بدقة إختيار العينة، حيث إقتصرت على أطفال متمدرسين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 سنة، يعانون من تأتأة شديدة ولم يسبق لهم الخضوع لعلاج أرطوفوني، وهي معايير دقيقة تسمح بإجراء تقييم موضوعي وقياس فعالية التدخل العلاجي في بيئة واقعية وتربوية، بما يعزز مصداقية النتائج وإمكانية تعميمها على فئات مشابهة.

الجانب االتطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. المنهج المتبع وأدواته
2. الدراسة الإستطلاعية
3. الدراسة الأساسية

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجوانب النظرية لموضوع التأتأة، ننتقل الآن إلى الجانب التطبيقي من هذه الدراسة، الذي يسعى إلى التحقق ميدانيا من مدى فعالية السباحة في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين. يقوم هذا الفصل على دراسة تجريبية تهدف إلى تقييم تأثير ممارسة السباحة على طلاقة الكلام، وتحسين الراحة النفسية، وزيادة الثقة بالنفس لدى، الذين يعانون من هذا الإضطراب. ومن خلال منهجية مدروسة تعتمد على الملاحظة والتقييم وتحليل النتائج، سنحاول إستكشاف ما إذا كانت السباحة يمكن أن تعتبر وسيلة داعمة للتدخلات العلاجية التقليدية. لتحقيق ذلك، سنعرض في البداية الإطار المنهجي للدراسة، من حيث الفئة المستهدفة، أدوات القياس، مدة البرنامج وتواتر الحصص، قبل الإنتقال إلى عرض النتائج وتحليلها في ضوء المعطيات النظرية التي تم تناولها في الفصول السابقة.

1. المنهج المتبع وأدواته:

يعد المنهج العلمي الأساس الذي يبنى عليه أي بحث أكاديمي، فهو المسار المنظم الذي يسلكه الباحث من أجل الوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة. كما يشكل المنهج العمود الفقري لأي دراسة بحثية، لما يتضمنه من خطوات منهجية تهدف إلى تحديد المفاهيم بدقة، وتوضيح المعاني الإجرائية، ورسم الإطار العام للدراسة، بالإضافة إلى إختيار الأدوات والوسائل المناسبة لجمع البيانات، وتحديد مجتمع وعينة الدراسة، وإستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة.

تهدف هذه الدراسة إلى فعالية العلاج بالسباحة للتخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين، من خلال تطبيق برنامج علاجي وقياس مدى فعاليته، فقد تم الإعتماد على المنهج شبه التجريبي، بإعتباره الأنسب لهذا النوع من الأبحاث. وقد تم إستخدام تصميم المجموعة الواحدة بقياسين قبلي وبعدي، لقياس تأثير البرنامج العلاجي على عينة الدراسة.

- **تعريف المنهج التجريبي:**

هو ذلك المنهج الذي يستخدم في الأبحاث التي لا يستطيع الباحث ضبط متغيرات الدراسة ضبطا مطلقا، فهو منهج يعتمد على تصميم القياسين القبلي والبعدي. (أبو علام، 2007، ص220)

- **أدوات المنهج شبه التجريبي:**

نظرا لموضوع البحث ومنهج المتبع، تم الإعتماد على الأدوات التالية:

*** المقابلة:**

يعرفها حامد عبد السلام زهران على أنها "علاقة إجتماعية مهنية ديناميكية وجها لوجه بين الأخصائي العيادي والمريض في جو آمن يسوده المودة المتبادلة، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها التفاعل الإجتماعي الهادف لتبادل الخبرات والمعلومات والإتجاهات، فالمقابلة تهدف إلى التعرف على الحالة وكسب ثقتها وتحديد مشكلتها ومعاناتها، وتجري في مكان مناسب، ولفترة زمنية معينة معدلها 45 دقيقة أو ساعة، وقد تقل فترة المقابلة أو تزيد حسب الهدف المسطر وحسب الحالة." (زهران، 1998، ص 235)

وتم إستخدام هذه الأداة مع أمهات الأطفال الذين يعانون من التأتأة، وأيضا الأخصائي الأرطوفوني بهدف جمع المعلومات عن الأطفال.

*** الملاحظة:**

يعرفها جوليان روتر على أنها " المهارات الضرورية التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام من المظهر الخارجي إلى تعبيرات الوجه ونبرات الصوت مقارنة بالموقف الذي يكون عليه المريض أثناء الإجابة على السؤال أو أثناء الكلام." (روتر، 1971، ص 103)

وقد تم إستخدام الملاحظة الموجهة كأداة لقياس فعالية العلاج بالسباحة للتخفيف من التأتأة لدى عينة الدراسة (4 أطفال متمدرسين يعانون من التأتأة)، وذلك من خلال شبكة ملاحظة. (أنظر ملحق رقم02).

تهدف شبكة ملاحظة إلى تقييم مظاهر التأتأة لدى الطفل خلال الحلقات العلاجية. وتكونت من محورين رئيسيين: الأول يركز على تحليل نوع التأتأة، مثل تكرار الأصوات والمقاطع والكلمات، إطالة الأصوات، وإضافة أصوات غير ضرورية، بالإضافة إلى الإنقطاعات المفاجئة أثناء الكلام. كما يتضمن هذا القسم مجموعة من السلوكيات المصاحبة كحركات الوجه أو الرأس، والتنفس غير المنتظم، مما يسمح للملاحظ بتسجيل الجوانب الحركية والجسدية المرتبطة بالتأتأة. أما المحور الثاني،

فيغطي ردود الفعل العاطفية ومحاولات الإخفاء، كإستبدال الكلمات، تجنب التواصل البصري، الإنسحاب من الكلام، أو إستعمال الإيماءات. يتم تقييم شبكة الملاحظة من خلال سلم خماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا)، يتكون من خمس درجات على النحو التالي: أبدا (0)، نادرا (1)، أحيانا (2)، غالبا (3)، دائما (4)، وذلك بهدف تحديد مدى تكرار كل سلوك ملاحظ بدقة وموضوعية، مما يساعد في تتبع تطور الحالة بدقة عبر الزمن. يتم الحصول في الأخير على الدرجة الكلية المقدرة ب 96 درجة الموزعة على المجالات التالية: (0–32: ضعيف، 33–65: متوسط، 66–96: شديد) لتفسير النتائج الكلية، حيث يتيح هذا التقسيم تحديد درجة شدة التأتأة لدى الطفل بدقة، وبالتالي تقييم فعالية البرنامج العلاجي وفقا للتغير في الدرجة المحصل عليها قبل وبعد التدخل.

- **صدق شبكة الملاحظة:**

تم عرض شبكة الملاحظة المقترحة على 5 محكمين وهم أساتذة بقسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة محمد بن أحمد وهران2، بالإضافة إلى مختصين أرطوفونيين من وهران. الذين قاموا بإبداء ملاحظاتهم وإقتراح مجموعة من التعديلات حول محتوى البرنامج وتمثلت أهم التعديلات فيمايلي:

– إعادة ترتيب البنود بهدف تحسين التنظيم العام لشبكة ملاحظة مما يسهل إستخدامها.

– رفع درجات التقييم حيث كانت الشبكة تعتمد سابقا على 3 درجات فقط (دائما، غالبا، أبدا)، فتم إقتراح إضافة درجتين جديدتين (أحيانا، نادرا) لإتاحة تقدير أكثر دقة.

– دمج البنود المتشابهة لتفادي التكرار وتحسين صياغة بعض الفقرات بلغة أوضح وأكثر بساطة.

---

* جزيل الشكر للأساتذة الأفاضل الآتية أسماؤهم على تحكيمهم للبرنامج العلاجي المقترح: الأستاذة بوعكاز تركية، الأستاذة حرحيرة وهيبة، الأستاذة بن شدة مليكة، الأستاذة بلعز فاطمة، الأستاذ بلكيلالي الطيب مصطفى.

✓ **البرنامج العلاجي:**

من أجل العمل بشكل منهجي مع الأطفال الذين يعانون من التأتأة، كان من الضروري تصميم برنامج علاجي محدد يستند إلى أهداف واضحة ومقاربة منظمة، ويسمح في الوقت ذاته بقياس أثر الأنشطة المقترحة على مستوى طلاقة الكلام. يشكل هذا البرنامج أحد الركائز الأساسية في الدراسة، إذ يتيح إمكانية تقييم فعالية المقاربة العلاجية المقترحة بشكل علمي ودقيق، مما يسهم في ضمان مصداقية النتائج وإستنادها إلى معطيات قابلة للتحليل.

- **تعريف البرنامج العلاجي:**

هو مجموعة الأنشطة المتكاملة المتتالية والمترابطة التي تقدم خلال فترة زمنية محددة، وتعمل على تحقيق الهدف العام. (بيومي، 2008، ص 08)

كما يعرف أيضا على أنه تلك الخطوات التنفيذية لعملية تخطيط معدة سلفا، وما يتطلبه ذلك من توزيع زمني وطرق تنفيذ وإمكانات هذه الخطة. (السيد، 2005، ص 10)

تم تصميم البرنامج العلاجي وفق مقاربة مزدوجة تجمع بين العلاج الأرطوفوني التقليدي والعلاج بالسباحة، بهدف تحقيق تكامل وظيفي بين الجوانب اللغوية والجسدية النفس–حركية في التدخل العلاجي. فقد تم تقسيم البرنامج إلى قسمين متوازيين يعملان بتنسيق دقيق، بحيث تتماشى الجلسات الأرطوفونية التي تركز على تطوير الطلاقة، تنظيم التنفس، وتعزيز القدرات التواصلية، مع الجلسات العلاجية في الماء التي تستهدف دعم الإسترخاء، التحكم في النفس، وتحفيز الثقة بالنفس في بيئة غير تقليدية ومحفزة. يهدف هذا التوازن إلى ضمان إستمرارية التعلم وتعزيز التعميم بين المواقف العلاجية المختلفة، مما يسمح للطفل بإكتساب المهارات داخل السياقات المتنوعة وتوظيفها بشكل وظيفي. وقد روعي في بناء الجلسات أن تتكامل المخرجات النفس–حركية المكتسبة في الماء مع التدخلات اللغوية، مما يعزز فعالية العلاج ويسهم في تقدم الطفل بشكل شمولي ومتوازن.

- **القسم الأول: العلاج الأرطوفوني:**
  - **تعريف قسم العلاج الأرطوفوني:**

البرنامج العلاجي المقترح هو خطة علاجية متكاملة تم إعدادها خصيصا للتكفل بحالات التأتأة عند الأطفال المتمدرسين. يهدف هذا البرنامج إلى تحسين الطلاقة الكلامية من جهة، وإدارة الجوانب النفسية والإنفعالية المصاحبة للتأتأة من جهة أخرى، ضمن بيئة علاجية آمنة وداعمة.

- **أهمية قسم العلاج الأرطوفوني:**

تكمن أهمية البرنامج العلاجي الأرطوفوني المقترح للتأتأة في كونه يمثل مقاربة علاجية شاملة، تستهدف ليس فقط الطلاقة الكلامية بل أيضا الجوانب النفسية والإنفعالية المرتبطة بهذا الإضطراب. فهو يتيح للطفل تطوير مهاراته اللغوية واللفظية تدريجيا من خلال تقنيات مدروسة، مثل الطلاقات المراقبة، والتنفس البطني، والبدايات اللطيفة، مما يسهم في تعديل نمط الكلام وتخفيف مظاهر التأتأة. كما يساعد البرنامج الطفل على فهم إضطرابه والتعامل معه بثقة، بفضل تمارين مثل "التأتأة المرغوب فيها" والتصور الإيجابي، ما يقلل من شعوره بالحرج والخوف. ويعزز الجانب النفسي عبر التعرض التدريجي للمواقف المخيفة ودعم إحترام الذات، مما يساهم في تحسين التفاعل الإجتماعي والتحصيل الدراسي. كما يولي البرنامج أهمية كبرى لإشراك الأسرة في مسار العلاج، من خلال توجيهات عملية تساعد على خلق بيئة منزلية داعمة تعزز إستمرارية التكفل. إضافة إلى مرونة البرنامج وتدرجه الذي يراعي خصوصيات كل حالة، فإنه يشكل وسيلة فعالة للوقاية من الإنعكاسات السلبية للتأتأة على حياة الطفل اليومية والإجتماعية.

- **أهداف قسم العلاج الأرطوفوني:**

- تحسين الطلاقة الكلامية لدى الطفل وتقليل مظاهر التأتأة في المواقف التواصلية المختلفة.

- رفع الوعي عند الطفل بطبيعة التأتأة وإدراك أنها إضطراب يمكن التحكم فيه.

- تعزيز الثقة بالنفس وتخفيف القلق المرتبط بالكلام والتواصل.

- دمج تقنيات إسترخاء وتنفس للمساهمة في تحسين الأداء الكلامي.

- دعم الأسرة وإشراكها في عملية التكفل لضمان إستمرارية العلاج وتحقيق نتائج مستدامة.

- **حدود قسم العلاج الأرطوفوني:**

- الحدود الزمانية: إمتد البرنامج من جانفي الى أفريل 2025.

- الحدود المكانية: أجريت حصص البرنامج العلاجي المقترح الموجه للأطفال المتمدرسين الذين يعانون من التأتأة في عيادات مختلفة وهي: جمعية بنات الخير(وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة هـ.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران).

- **الأسس التي يقوم عليها قسم العلاج الأرطوفوني:**

تم إعداد محتوى القسم الأول من البرنامج العلاجي من خلال الإطلاع على:

- الدراسة الإستطلاعية.

- الجانب النظري المتعلق بالتأتأة وطرق علاجها.

- الدراسات السابقة التي تناولت طرق علاج التأتأة والتي كانت مصدرا هاما في تحديد محتوى البرنامج والتي نوجزها فيما يلي:

تظهر الدراسات التي أجريت بين عامي 1982 و2024 تطورا ملحوظا في مقاربات علاج التأتأة، حيث تنوعت بين تقنيات التنفس، والعلاج بالموسيقى، والقرآن، والإسترخاء. بدأت هذه الدراسات ببحث أجراه روبرث لادوسور (Robert Ladouceur) وجيلين مارتينو (Guylaine Martineau) سنة 1982 في كندا بعنوان " Evaluation of regulated-breathing method with and without parental assistance in the treatment of child stutterers"، وهدف إلى قياس فعالية طريقة التنفس المنظم مع أو بدون مساعدة الوالدين لدى 21 طفلا، حيث أظهرت النتائج إنخفاضا بنسبة 50% في التأتأة لدى المجموعات التجريبية مقابل زيادة بنسبة 20% في المجموعة الضابطة، ما أبرز أهمية الدعم الأسري. وفي الولايات المتحدة، أجرى كل من إيمي جاي. إليوت (Amy J. Elliott) ورايموند جي. ميلتنبرغر (Raymond G. Miltenberger) وآخرون دراسة سنة 1999 بعنوان " Brief application

of simplified habit reversal to treat stuttering in children"، هدفت إلى إختبار إستراتيجية عكس العادة بشكل مبسط، وبينت النتائج فعاليتها في تقليل التأتأة عبر تدريب الأطفال على إستجابات بديلة. أما في الهند، فقد أجرى آر. بي. ريدي (R. P. Reddy) وإم. بي. شارما (M. P. Sharma) وإن. شيفاشانكار (N. Shivashankar) سنة 2010 دراسة بعنوان " Cognitive Behavior Therapy for Stuttering: A Case Series"، هدفت إلى تطبيق العلاج السلوكي المعرفي مع تقنيات الإسترخاء والتنفس، وأظهرت تحسنا في الطلاقة وإنخفاضا في القلق. هذا ما أكدته كذلك دراسة منهجية تحليلية في الولايات المتحدة سنة 2013 بعنوان " Behavioral Stuttering Interventions for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis" أجراها تشاد ناي (Chad Nye) ومارتين فانريكغهيم (Martine Vanryckeghem) وآخرون، والتي خلصت إلى فعالية التدخلات السلوكية مثل عكس العادة وتعديل الطلاقة في تقليل شدة التأتأة وتحقيق نتائج مستدامة. وفي إطار العلاج البديل، قدمت نيكول بومان (Nicole Baumann) تحت إشراف الدكتور سكوت بالاسيك (Dr. Scott Palasik) سنة 2017 في جامعة أكرون دراسة بعنوان " The Effects of Music Therapy on Stuttering"، ركزت على العلاج بالموسيقى والغناء والإيقاع، وأثبتت دوره في تحسين الطلاقة وخفض التأتأة. وتدعم هذا التوجه دراسة يوسف بن سالم وسارة الكعبي سنة 2019 في الإمارات بعنوان " Case Study: Improvement in Childhood Stuttering through Quranic Recitation Therapy"، حيث أظهرت النتائج فاعلية التلاوة القرآنية في تحسين الطلاقة والحالة النفسية للطفل. وأخيرا، في إيران، أجرى كل من فاطمة مقيمي (Fateme Moqhimi)، ومحسن سعيدمنش (Mohsen Saeidmanesh)، ومحمدرضا يوسفي (Mohammad Reza Yousefi) سنة 2024 دراسة بعنوان " Investigating the Effectiveness of Music Therapy on Anxiety Caused by Stuttering in Children Aged 4 to 12 Years in Yazd City, Iran"، وهدفت إلى قياس تأثير العلاج بالموسيقى على القلق لدى الأطفال من خلال عشر جلسات، وأظهرت النتائج إنخفاضا ملحوظا في مستويات القلق، مما يعزز دمج الموسيقى في البرامج العلاجية الشاملة ذات الأبعاد النفسية والوجدانية.

- **الأساليب والتقنيات المستخدمة في قسم العلاج الأرطوفوني:**

* **الطلاقات المراقبة:** تهدف هذه التقنية إلى تدريب الطفل على التحدث بوتيرة بطيئة ومنتظمة، من خلال تقطيع الجمل إلى وحدات صوتية صغيرة يسهل التحكم فيها. يساعد هذا الأسلوب على تقليل التوتر الناتج عن سرعة الكلام، ويمنح الطفل وقتا كافيا للتفكير والنطق، مما يقلل من مظاهر التأتأة بشكل تدريجي.

* **البدء السلس:** تعتمد هذه التقنية على بدء الكلمة بصوت خفيف ومتدرج لتفادي الإنسدادات في بداية الجملة. والهدف منها هو تسهيل إنطلاقة الكلام بشكل سلس، والحد من التشنجات الصوتية التي يعاني منها الطفل المتأتئ خاصة في أوائل الكلمات أو الجمل.

* **المد الصوتي:** يطلب من الطفل إطالة الحرف الأول في الكلمة بطريقة مريحة وغير متوترة، مثل قول "مممدرسة". الهدف من هذه التقنية هو تقليل التوتر العضلي المصاحب لبداية الكلمة، وتسهيل إنتقال الصوت دون إنسداد أو تقطع.

* **التنفس البطني:** تعلم هذه التقنية الطفل أن يتنفس من البطن بدلا من الصدر، مع إخراج النفس تدريجيا أثناء الحديث. وتهدف إلى تنظيم النفس خلال الكلام، وتقليل القلق الجسدي والنفسي المصاحب للتأتأة، ما يسهم في تحسين تدفق الكلام.

* **الإنتقال من الجمل البسيطة إلى المركبة:** يدرب الطفل على إستعمال جمل بسيطة أولا، ثم ينتقل به تدريجيا إلى جمل أكثر تعقيدا. الهدف من هذه الإستراتيجية هو بناء الثقة تدريجيا وتحسين القدرات التعبيرية دون إرهاق الطفل أو دفعه إلى مواقف لغوية تفوق طاقته في البداية.

* **تمارين الإسترخاء العضلي:** تستخدم هذه التمارين لتخفيف التوتر في أعضاء النطق، مثل الفك واللسان والشفاه، من خلال حركات بسيطة كالنفخ أو الفتح التدريجي للفم. الهدف هو تقليل الشد العضلي الذي يساهم في ظهور التأتأة وزيادة الراحة أثناء التحدث.

* **الإيقاع الكلامي:** يستخدم التصفيق أو الخبط الخفيف كمرافقة إيقاعية للكلام، ما يساعد الطفل على تنظيم حديثه وتوقيته. تهدف هذه التقنية إلى تحويل التركيز من الخوف من التأتأة إلى نمط إيقاعي ممتع يقلل من التوتر ويُعزز الطلاقة.

* **تمارين الوصف المدعومة بالتنفس والبدايات اللطيفة:** يطلب من الطفل وصف صورة أو موقف معين بإستخدام تقنيات التنفس البطني والبدايات اللطيفة. الهدف هو دمج أكثر من تقنية في سياق تواصلي طبيعي، مما يساهم في تثبيت المهارات في المواقف اليومية.

* **القراءة المنظمة:** يدرب الطفل على قراءة نصوص قصيرة بصوت عال بإستخدام جميع تقنيات الطلاقة المكتسبة. تهدف هذه الطريقة إلى تعزيز إستمرارية الكلام في نشاط لغوي منظم، مما يحسن من ثقة الطفل بنفسه تدريجيا.

* **تمرين التأتأة المرغوب فيها:** يطلب من الطفل أن يتأتئ عن قصد في بيئة آمنة، ويتبع الأخصائي نفس السلوك لدعم الطفل. الهدف هو إزالة الخجل والرهبة من التأتأة، وتحويلها من سلوك مخيف إلى سلوك مقبول يمكن التحكم فيه، مما يعزز الإحساس بالسيطرة الذاتية.

* **تمثيل الأدوار:** يمارس الطفل مواقف تواصلية مشابهة للحياة اليومية، كأن يجيب عن سؤال في القسم. يساعد هذا الأسلوب على تقوية ثقته بنفسه في المواقف الواقعية، ويقلل من القلق الناتج عن تواصله مع الآخرين.

* **التعرض التدريجي للمواقف المخيفة:** يتدرج الطفل في مواجهة مواقف تواصلية تثير لديه القلق، بدءا من الحديث مع الأخصائي، ثم أمام زميل، ثم مجموعة. الهدف هو تقليل القلق الإجتماعي المرتبط بالكلام وتوسيع مناطق الراحة لديه.

* **تقنيات الإسترخاء الذهني والتصور الإيجابي:** تتضمن هذه التقنيات تمارين تنفس عميق وتخيل مواقف ناجحة (مثل التحدث أمام الصف بثقة). تهدف إلى خفض التوتر النفسي وتحفيز المشاعر الإيجابية المرتبطة بالكلام، مما يساهم في تحسين الأداء الكلامي.

- **محتوى قسم العلاج الأرطوفوني:**
  - **الجلسات التمهيدية:**

جدول رقم (01): محتوى الجلسات التمهيدية

رقم الجلسة	الهدف منها	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة
الجلسة الأولى	تعليم النفسي: بناء علاقة ثقة وتوعية الطفل حول التأتأة.	40 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	أدوات الرسم	* الحوار التفاعلي. * الرسم العلاجي. * التفسير المبسط.	* الترحيب بالطفل وخلق جو مريح. * كسب ثقة الطفل. *توعية عن الإضطراب وكيفية التعامل معه. * الطلب من الطفل رسم تمثيلي للتأتأة (أنظر إلى الملاحق رقم 3-4-5-6). * إقتراح فكرة العلاج بالسباحة وشرح علاقته بالتأتأة.	* التركيز على دعم الطفل عاطفيا، وتفادي الأسئلة المباشرة.
الجلسة الثانية	بناء العقد العلاجي مع الأولياء	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	نسخة من البرنامج العلاجي	* المقابلة التحفيزية. * الإصغاء الفعال. * التفسير	* الترحيب بالأمهات وتعريف عن الفريق العلاجي. * شرح البرنامج (المدة، عدد	* توثيق ردود فعل الأمهات ومدى تقبلهن للبرنامج. * إقتراح تقديم

					العلاجي.	الحصص، مكان التنفيذ، مدة كل حصة). * توضيح أهداف البرنامج العلاجية. * تقديم شرح عن التقنيات المعتمدة. * التأكيد على أهمية دور الأهل في المتابعة والتشجيع. * الإستماع إلى ملاحظات وإستفسارات الأمهات. * توضيح وجود تقييم قبلي وبعدي. * إعلامهم بوجود مدرب سباحة مختص لضمان سلامة الأطفال.	نسخة مكتوبة من البرنامج للأمهات. * التأكد من فهم الأمهات لجميع التفاصيل.
الجلسة الثالثة	إجراء القياس القبلي لمظاهر التأتأة	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	شبكة الملاحظة	* التقييم الكمي والكيفي. *الملاحظة المباشرة.	* جمع معلومات حول شدة التأتأة وتكرارها من خلال التحاور مع الحالات.	* تسجيل الملاحظات بدقة.

					* تحليل نمط الكلام.	* تطبيق شبكة الملاحظة.	

➢ **الجلسات العلاجية:**

جدول رقم (02): محتوى جلسات العلاج الأرطوفوني

رقم الجلسة	الهدف منها	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة
الجلسة الأولى	تدريب الطفل على الطلاقات المراقبة	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	صور، بطاقات جمل	* الطلاقة المراقبة. * تقطيع الجمل. * التنفس البطني.	* تدريب الطفل على نطق جمل مقطعة بإيقاع بطيء. * ربط التنفس البطني مع إنتاج الكلام.	* يجب البدء بجمل مألوفة للطفل لتسهيل التمرين. * تكرار التمارين في البيت بإشراف العائلة.
الجلسة الثانية	تدريب الطفل على البدء السلس والإسترخاء	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	صور وكلمات مستهدفة	* البدء السلس. * تقليل الإنسدادات.	* تدريب الطفل على بدء الكلمات والأصوات بلطف وهدوء. * العمل على الإسترخاء وإعادة تكرار التمارين السابقة.	*تشجيع الطفل على النطق دون إستعجال. * تسجيل الطفل للإستماع الداتي والتحفيز.
الجلسة	العمل على	45	العيادة	بطاقات	* تعقيد	* إنشاء جمل مركبة	* نبدأ بجمل

الثالثة	زيادة تعقيد الجمل تدريجيا بعد التمكن من الطلاقة في الجمل البسيطة	دقيقة	الأرطوفونية	جمل	تدريجي في البناء اللغوي.	من جمل بسيطة. * التطبيق خلال سرد أحداث.	مفهومة، ثم نزد التعقيد تدريجيا.
الجلسة الرابعة	تدريب على التنفس البطني	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	أدوات تربوية، قصص	* تنفس بطني. * زفير منتظم.	* تمارين تنفس بطني. * تطبيق التنفس المنتظم أثناء الكلام.	* توفير جو ملائم. * تكرار التمارين في البيت.
الجلسة الخامسة	تعليم المد الصوتي لتقليل التوتر	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	كلمات مستهدفة	* مد الحروف الأولى لتقليل التوتر العضلي.	* تكرار كلمات مع مد صوتي مريح.	* التأكيد على الراحة أثناء النطق.
الجلسة السادسة	تقليل الشد العضلي في أعضاء النطق	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	مرآة	* تمارين إسترخاء للفك واللسان والشفاه.	* سلسلة تمارين إسترخاء عضلات النطق.	* تشجيع الطفل على دمج التمارين في الروتين اليومي.
الجلسة	إستخدام الإيقاع	45	العيادة	طبل أو	* الإيقاع	* التحدث بإيقاع منتظم مع تصفيق أو	* إستخدام الإيقاع كلعبة

السابعة	لتسهيل الطلاقة	دقيقة	الأرطوفونية	مطرقة	الكلامي.	ضرب خفيف.	لجذب الطفل.
الجلسة الثامنة	وصف صور بإستخدام الطلاقة والتنفس	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	صور وبطاقات مشاهد مختلفة	* البدء السلس. * التنفس بطني. * الوصف.	* وصف الصور بصوت واضح بإستخدام تقنيات الجلسات السابقة.	* إختيار صور قريبة من إهتمامات الطفل.
الجلسة التاسعة	القراءة المنظمة لتثبيت الطلاقة	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	قصص قصيرة	* القراءة بصوت عال مع تطبيق. * التنفس المنتظم. * البدء السلس. * الإيقاع الكلامي.	* قراءة نصوص قصيرة بتقنيات الطلاقة.	* تشجيع القراءة في المنزل بنفس الطريقة. * قد خصص هذا التمرين للحالتين الأولى والثانية فقط، نظرا لقدرتيهما على القراءة، أما بالنسبة للحالتين الثالثة والرابعة، وبسبب صغر سنهما وكونهما لا تزالان في السنة الأولى

							من المرحلة الإبتدائية، حيث لم تكتسبا بعد مهارة القراءة، فقد تم التركيز معهما على إعادة تنفيذ التمارين السابقة، بهدف تثبيت المهارات المكتسبة وتعزيز إستيعاب التقنيات العلاجية.
الجلسة العاشرة	التحكم في القلق المرتبط بالكلام	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	ملابس، أدوات...	* مواجهة المواقف المخيفة. * تمثيل الأدوار (بائع ومشتري، معلمة وتلميذ..). * التعرض	* البدء بالمواقف البسيطة (حديث فقط مع الأخصائي) ثم تدريجيا أمام الآخرين.	* الإنتقال من المواقف السهلة إلى الصعبة تدريجيا.

			التدريجي.				
الجلسة الحادية عشر	بناء الثقة والقبول الذاتي عبر تمرين التأتأة المقصودة.	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	قصص تخيلية	* التقبل الذات. * الدعم النفسي.	* التأتأة الإرادية يعني يتأتئ كل من الطفل والأخصائي في الحديث عن قصد.	* تحفيز الطفل ومدحه عند كل محاولة.
الجلسة الثانية عشر	مراجعة مجمل التقنيات وتعزيز الدعم الأسري	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	أدوات تربوية	* إعادة مراجعة كل التقنيات السابقة مع إشراك مرافق الطفل.	* تلخيص البرنامج. * عرض التقدم على الأهل. * توجيه الأسرة لدعم الطفل.	* تشجيع الأهل على التطبيق المنزلي المنتظم.

ملاحظة: تتبع الجلسات تسلسلا منهجيا منظما، حيث يتم في بداية كل حصة إعادة تطبيق جميع التمارين السابقة بهدف تعزيز التكرار والممارسة، ثم تدمج هذه التمارين مع التقنيات الجديدة التي يتم تقديمها في الحصة نفسها. يسهم هذا الأسلوب التراكمي في ترسيخ المهارات المكتسبة تدريجيا، ويعزز من فعالية البرنامج العلاجي من خلال الدمج المتسق بين القديم والجديد، بما يضمن إنتقالا سلسا وإستيعابا أعمق للتقنيات العلاجية.

- **القسم الثاني: العلاج بالسباحة:**
  - **تعريف قسم العلاج بالسباحة**

يتضمن هذا البرنامج العلاجي تنظيم حصص سباحة مع الأطفال في بيئة مائية مناسبة. وخلال هذه الحصص، سيتم تنفيذ مجموعة من التمارين المختلفة التي تركز على التنفس، والإسترخاء، والتحكم في النفس، بالإضافة إلى أنشطة تهدف إلى تعزيز الطلاقة اللفظية وتعزيز الثقة في التواصل.

- **أهمية قسم العلاج بالسباحة:**

تتمثل أهمية هذا البرنامج في إعتماده على تمارين تجمع بين الجوانب النفسية الحركية والتنفسية لدعم عملية إعادة تأهيل الطلاقة الكلامية لدى الأطفال الذين يعانون من التأتأة. فالسباحة تساهم في تنظيم التنفس وضبط الإيقاع التنفسي، مما يعد عاملا أساسيا في تحسين جودة الإخراج الصوتي والتحكم في تدفق الكلام. كما تساهم التمارين المائية في تنشيط الجهاز العضلي التنفسي وتقليل التوتر العضلي المرتبط بالتأتأة، مما يخلق شروطا فيزيولوجية ملائمة للإنتاج الكلامي. ومن خلال هذا التدخل بين النشاط الحركي والإسترخاء الصوتي، يسعى البرنامج إلى تطوير المهارات التواصلية وتعزيز الكفاءة اللغوية بشكل وظيفي وطبيعي.

- **أهداف قسم العلاج بالسباحة:**

– تقليل مظاهر التأتأة وتحسين الطلاقة اللفظية لدى الأطفال من خلال التحكم في التنفس وإدارة الإيقاع الكلامي.

– تعزيز الثقة بالنفس وتقوية الصورة الذاتية الإيجابية لدى الطفل أثناء مواقف التواصل المختلفة.

– تخفيف القلق والتوتر المصاحب للكلام عبر تقنيات الإسترخاء والتنفس العميق في بيئة مريحة مثل الماء.

– تطوير مهارات التحكم في النفس أثناء الحديث، مما يساهم في تنظيم إنتاج الكلام بشكل أكثر سلاسة.

– تحفيز التواصل الإجتماعي من خلال الأنشطة الجماعية في المسبح، مما يدعم التفاعل الإجتماعي والإنفعالي.

– تنمية القدرات الحركية والتنفسية التي تسهم بشكل غير مباشر في تحسين جودة الأداء الصوتي والكلامي.

– دمج التمارين العلاجية في مواقف حياتية طبيعية لتسهيل إنتقال المهارات المكتسبة من الجلسات العلاجية إلى الحياة اليومية.

- **حدود قسم العلاج بالسباحة:**

– الحدود الزمانية: إمتد هذا البرنامج العلاجي على مدار 12 أسبوعا من جانفي إلى غاية أفريل 2025، وتضمن حصص سباحة منتظمة بمعدل حصة واحدة أسبوعيا، دامت كل منها 45 دقيقة.

– الحدود المكانية: البرنامج العلاجي المقترح موجه للأطفال المتمدرسين الذين يعانون من التأتأة، حيث أجريت الحصص داخل المسبح الواقع ببلدية قديل، في ولاية وهران.

- **الأسس التي يقوم عليه قسم العلاج بالسباحة:**

تم إعداد محتوى القسم الثاني من البرنامج العلاجي من خلال الاطلاع على:

– الدراسة الإستطلاعية.

– الجانب النظري المتعلق بالعلاج بالسباحة.

– الدراسات السابقة التي تناولت طرق علاج بالسباحة والتي كانت مصدرا هاما في تحديد محتوى البرنامج التي نوجزها فيما يلي:

تسلسلت الدراسات السابقة التي تناولت تأثير السباحة والتمارين المائية على الوظائف التنفسية والحالة النفسية لدى الأطفال بين عامي 2009 و2023، ففي تايوان، أجرى الباحثان جينغ–شينغ وانغ (Jeng-Shing Wang)ووين–بينغ هونغ (Wen-Ping Hung) سنة 2009 دراسة بعنوان "The effects of a swimming intervention for children with asthma"، وهدفت إلى تقييم أثر برنامج سباحة منتظم مدته ستة أسابيع على تحسين وظائف الرئة وتقليل شدة أعراض الربو لدى الأطفال، وقد أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في القدرة التنفسية لدى الأطفال المشاركين. وفي تركيا، أنجز الباحثان حسن غوكسو (H. Goksu) ونعمان ديميرجي (N. Demirci) سنة 2018 دراسة بعنوان "The effect of swimming exercises on speech fluency in children with developmental stuttering"، وهدفت إلى قياس تأثير تمارين السباحة المنتظمة على طلاقة الكلام لدى الأطفال المصابين بالتأتأة التطورية، وأسفرت عن نتائج إيجابية تمثلت في تحسين تدفق الكلام وتقليل نوبات التأتأة. وفي السياق نفسه، أجرى مايكل سميث (M. Smith) وليزا جونسون (L. Johnson) سنة 2019 في الولايات المتحدة دراسة بعنوان "The role of aquatic exercises in

"improving speech fluency in pediatric stuttering: A randomized controlled trial"، وهدفت إلى إختبار فعالية التمارين المائية كعلاج تكميلي لتحسين طلاقة الكلام وتقليل أعراض التأتأة، وقد بينت النتائج تحسنا كبيرا في الأداء الكلامي والثقة بالنفس لدى الأطفال الذين شاركوا في البرنامج. وفي الهند، أجرى الباحثان أميت كومار (A. Kumar) وراجشري شارما (R. Sharma) سنة 2020 دراسة تجريبية أولية بعنوان : "Aquatic therapy as an adjunct treatment for children with speech disorders: A pilot study"، هدفت إلى إكتشاف تأثير العلاج المائي على مهارات التنفس والطلاقة الكلامية لدى الأطفال المصابين بإضطرابات النطق، وأظهرت الدراسة نتائج مشجعة على فعالية الدمج بين العلاج المائي والعلاج النطقي. ومن زاوية أوسع، قدم كل من تشنغيان تانغ (Zhengyan Tang)، ويي وانغ(Ye Wang) وآخرون سنة 2022 في الصين دراسة بعنوان : "Effects of aquatic exercise on mood and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis"، وهدفت إلى تحليل تأثير التمارين المائية على المزاج والقلق من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي، وأكدت النتائج الأثر الإيجابي للتمارين المائية في تحسين الصحة النفسية. وفي تركيا كذلك، أجرت الباحثتان إمينه أدين (Emine Adin) وزريفة بانجار (Zarife Pancar) سنة 2023 دراسة بعنوان : "Effect of Swimming Exercise on Respiratory Muscle Strength and Respiratory Functions in Children with Autism"، هدفت إلى قياس تأثير السباحة على قوة عضلات التنفس ووظائف الجهاز التنفسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وكشفت النتائج عن تحسن واضح في المؤشرات التنفسية، مما يدعم جدوى السباحة كوسيلة علاجية داعمة في هذا المجال.

- **الأساليب والتقنيات المستخدمة في قسم العلاج بالسباحة:**

* **التقنيات النفس–حركية:** تهدف إلى تحسين التنسيق بين النفس والحركة، وتطوير التوازن والتحكم الجسدي في بيئة مائية منها:

– الإعتياد على البيئة المائية: تقليل القلق من الماء، وبناء الثقة والإنفتاح على الأنشطة العلاجية.

– الإسترخاء داخل الماء: تخفيف التوتر الجسدي والنفسي، وتهيئة الطفل لتقبل التمارين التنفسية.

– نفخ الفقاعات بالفم وتحت الماء: تدريب عضلات التنفس وتحسين الإيقاع التنفسي الإرادي.

- إخراج الهواء من الأنف تحت الماء: تعزيز التحكم في آليات الزفير، وتوسيع قدرة الرئة.

- الدمج بين الفم والأنف في التنفس تحت الماء: تنمية المرونة في تقنيات التنفس وتعميم المهارة.

- الحركة على حافة المسبح مع النفخ: دمج التنفس مع الحركة الإيقاعية لرفع مستوى التركيز والتحكم الحركي.

- المرور تحت العقبات والغمر الكامل: تعزيز مهارات التوازن، الشجاعة، والثقة بالنفس.

- تجاوز الحواجز والدوران حولها: تحسين التحكم العضلي والتفاعل الحسي الحركي في الماء.

* **التقنيات اللغوية والتواصلية:** تهدف إلى تنشيط اللغة الشفهية في بيئة محفزة، وتعزيز الطلاقة والتفكير اللفظي أثناء النشاط منها:

- التحدث أثناء النشاط الحركي: تحفيز الطلاقة اللفظية في مواقف ديناميكية وغير تقليدية.

- ترديد أسماء الألوان أو الأشياء: توسيع الحصيلة اللغوية وتنشيط الذاكرة اللفظية في سياقات حركية.

- أنشطة لفظية تفاعلية (مثل: قول كلمة ثم الغوص): ربط اللغة بالفعل، وتحفيز التفكير اللفظي التلقائي.

- التنظيم الإيقاعي في الكلام والحركة: تحسين التزامن بين التنفس، الحركة، والإنتاج اللغوي.

- تشجيع الكلام التلقائي أثناء اللعب الجماعي: تنمية التفاعل الإجتماعي والثقة في التعبير.

* **الأساليب الداعمة والإشرافية:** تهدف إلى توفير بيئة علاجية آمنة، داعمة، ومتكيفة مع إحتياجات كل طفل منها:

- الدعم اللفظي والتشجيع المستمر: رفع الدافعية وتعزيز السلوك الإيجابي بدون ضغط.

- دعم المحاولة دون إجبار: إحترام وتيرة الطفل وتشجيع المشاركة الطوعية.

- المراقبة الحثيثة للتنفس والسلوك: ملاحظة التقدم والتدخل في الوقت المناسب لتوجيه الطفل.

- **محتوى قسم العلاج بالسباحة:**

➢ **الجلسات العلاجية:**

جدول رقم (03): محتوى جلسات العلاج بالسباحة

رقم الجلسة	الهدف منها	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة
01 الأسبوع الأول	التعرف والتأقلم وقبول البيئة المائية. تعزيز الإسترخاء وبناء ثقة في النفس.	حصة واحدة بمقدار 45 دقيقة	مسبح	أدوات السباحة	* التمارين المائية التمهيدية. * الدعم اللفظي. * التفاعل الحركي البسيط.	* جلوس الأطفال على حافة المسبح والضرب بأقدامهم في الماء. * دخول وخروج مستقل من الماء مع التمسك بالحافة. * التأكد من غمر الكتفين تحت الماء عند كل دخول.	* توفير جو من المرح والأمان. * التركيز على دعم الأطفال عاطفيا وتشجيعهم.
02 الأسبوع الثاني والثالث	إكتشاف نظام التنفس في الماء. تنمية الوعي والتحكم في التنفس تحت الماء. وتحسين الثقة بالنفس في البيئة المائية.	حصتين بمقدار45 دقيقة للحصة.	مسبح	أدوات السباحة (كرونومتر)	* تمارين النفخ تحت الماء، مراقبة التنفس.	* نفخ الفقاعات بإستخدام الفم تحت الماء. * تجربة إخراج الهواء من الأنف. * الجمع بين الطريقتين والتأكد من غمر الوجه بالكامل.	* دعم المحاولة دون إجبار. * تشجيع التكرار لتثبيت السلوك التنفسي المنتظم.
03	تنسيق	حصتين	مسبح	أدوات	* الدمج بين	* التحرك على	* مراقبة

الأسبوع الرابع والخامس	الحركة مع التنفس ودمج تقنيات التنفس في حركة متحكم بها.	بمقدار45 دقيقة للحصة.		السباحة (كرونومتر)	الحركة والتنفس. * التنظيم الإيقاعي.	الحافة مع النفخ المستمر تحت الماء. * البدء بإستخدام اليدين، ثم الإنتقال بإستخدام يد واحدة إن أمكن.	تنسيق الحركة والتنفس مع تقديم تعليمات بسيطة وواضحة.
04 الأسبوع السادس والسابع	تشجيع الغمر الكامل والتحكم في التنفس تحت الماء أثناء النشاط الحركي.	حصتين بمقدار45 دقيقة للحصة.	مسبح	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة، عصا، حلقات مائية)	* التمارين التحدية. * التنفس العميق. * التحكم تحت الضغط.	* التنقل مع التمسك بالحافة والمرور تحت العصا. * للأطفال الأكثر راحة البحث عن حلقات موضوعة أسفل العصا.	* مراقبة تنفس الطفل أثناء الغمر. * تعزيز الثقة والهدوء.
05 الأسبوع الثامن والتاسع	تطوير التحكم في التوازن، إدارة المساحة، والقدرة على التكيف.	حصتين بمقدار45 دقيقة للحصة.	مسبح	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة، عصا، حلقات مائية)	* تمرينات التوازن. * تجاوز الحواجز. * التركيز الحركي.	* التنقل على الحافة أو بالقرب منها. * الدوران حول العقبة أو تجاوزها حسب قدرة الطفل.	* تدرج في التحديات حسب مستوى الطفل. * تعزيز الشعور بالإنجاز.
06 الأسبوع العاشر والحادي عشر	تعزيز المهارات المكتسبة في البيئة المائية وتطبيقها في	حصتين بمقدار45 دقيقة للحصة.	مسبح	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة،	* اللعب التفاعلي. * التحدث أثناء الحركة.	* ترديد الألوان أو أسماء الأشياء أثناء النشاط المائي. * أنشطة تعليمية	* خلق جو من المرح والدعم. * التركيز على التنفس

	المواقف الإجتماعية، وزيادة الثقة بالنفس في التحدث أمام الآخرين.			عصا، حلقات مائية)	* التفكير اللغوي.	مثل: قول كلمة تبدأ بحرف معين ثم أداء تحدي (التفكير في كلمة تبدأ بحرف معين، ثم الغوص تحت الماء والبقاء لأطول مدة ممكنة، ليصعد بعدها بسرعة، يركض نحو سلة، يرمي كرة بداخلها، ثم ينطق الكلمة المختارة).	والكلام بشكل متزامن.
07 الأسبوع الثاني عشر	تقييم مدى ترسيخ المكتسبات وإستمرارية أثر البرنامج بعد أخذ إستراحة دامت أسبوعين دون ممارسة أي نشاط داخل المسبح.	حصة واحدة بمقدار 45 دقيقة	مسبح	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة، عصا، حلقات مائية)	* إعادة التطبيق. * التقييم العملي. * الرصد السلوكي.	* إعادة تنفيذ تمارين البرنامج منذ البداية. * مراقبة مهارات الأطفال في التنفس، الحركة، التوازن، الطلاقة.	* ملاحظة الفروقات بين الأداء الأولي والنهائي. * تدوين نقاط القوة والتحسن لكل طفل.

➢ **الجلسة التقييمية:**

جدول رقم (04): محتوى الجلسة التقييمية

الهدف منها	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة
إجراء القياس البعدي لمعرفة فعالية برنامج العلاج بالسباحة.	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	شبكة الملاحظة	* تقييم نهائي. * مقارنة قبل/بعد.	*إعادة تقييم شدة التأتأة. * مقارنة النتائج مع القياس القبلي.	* توثيق النتائج ووضع توصيات مستقبلية.

- **تقييم البرنامج العلاجي:**

تم الإعتماد في تقييم البرنامج العلاجي المتكون من قسمين قسم العلاج الأرطوفوني وقسم العلاج بالسباحة على الطرق التالية:

- المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بتقييم التأتأة عند الطفل.
- التقارير المقدمة من طرف أمهات الأطفال حول تطور وضع أطفالهن وسلوكاتهم أثناء التواصل.
- الملاحظة المباشرة أثناء حصص البرنامج العلاجي لمدى تجاوب الطفل وتفاعله.

- **صدق البرنامج:**

تم عرض البرنامج العلاجي المقترح على 5 محكمين وهم أساتذة بقسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة محمد بن أحمد وهران2، بالإضافة إلى مختصين أرطوفونيين من وهران. الذين قاموا بإبداء ملاحظاتهم وإقتراح مجموعة من التعديلات حول محتوى البرنامج وتمثلت أهم التعديلات فيمايلي:

– دمج القسمين العلاجيين ضمن برنامج واحد متكامل، عوض تقديم برنامجين منفصلين أحدهما يختص بالعلاج بالسباحة والآخر بالعلاج الأرطوفوني. وقد تم بالفعل تعديل الهيكلة العامة للبرنامج العلاجي ليصبح برنامجا موحدا يدمج بين تقنيات العلاج بالسباحة والتقنيات الأرطوفونية في إطار مقاربة علاجية تكاملية.

– إقتراح زيادة عدد الحصص الأسبوعية بغرض تعزيز فعالية البرنامج، إلا أن هذا الأمر تعذر تطبيقه ميدانيا نظرا لإرتباط الأطفال المتمدرسين بجدول دراسي منتظم، مما يجعل من الصعب تخصيص أكثر من حصتين أسبوعيا دون التأثير على إلتزاماتهم الدراسية.

– إستخدام مصطلحات أرطوفونية دقيقة عند الإشارة إلى التقنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي. وبناء على هذه الملاحظة، تم إستبدال العبارات العامة بمصطلحات معتمدة في الأدبيات الأرطوفونية، مثل إستخدام "تقنية التأتأة الإرادية" بدلا من "محاكاة التأتأة"، و"البدء السلس" بدلا من "البدايات اللطيفة."

– الإستفسار حول ما إذا تم إعتماد البرنامج العلاجي من طرف مدرب السباحة. نؤكد في هذا الصدد أن البرنامج قد تم بناؤه بالتعاون مع مدرب سباحة معتمد، وتمت مراجعته والمصادقة عليه لضمان ملاءمته للفئة العمرية المستهدفة ومتطلبات العلاج.

---

* جزيل الشكر للأساتذة الأفاضل الآتية أسماؤهم على تحكيمهم للبرنامج العلاجي المقترح: الأستاذة بوعكاز تركية، الأستاذة حرحيرة وهيبة، الأستاذة بن شدة مليكة، الأستاذة بلعز فاطمة، الأستاذ بلكيلالي الطيب مصطفى.

2. الدراسة الإستطلاعية:

- **الهدف من الدراسة:**

- بناء شبكة ملاحظة خاصة بتقييم التأتأة عند الطفل (القياس القبلي والبعدي).

- بناء البرنامج العلاجي للتكفل بأطفال متمدرسين يعانون من التأتأة.

- إختيار عينة أطفال متمدرسين يعانون من التأتأة وتتطابق خصائصهم مع المعايير المحددة مسبقا (مثل العمر، درجة التأتأة، غياب إضطرابات مصاحبة...)، وذلك من أجل تكوين عينة مناسبة لتطبيق أدوات التقييم والبرنامج العلاجي المقترح.

- **مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية:**

لقد تم إجراء الدراسة الإستطلاعية على عدة حالات في مختلف العيادات والجمعيات: جمعية بنات الخير (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة هـ.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران)، العيادة الأرطوفونية للمختص أمين قايد (وهران)، العيادة الأرطوفونية (discours parfait)، عيادة الشفاء (وهران)، عيادة الصغير عبد الاله (وهران). إمتدت الدراسة الإستطلاعية من نوفمبر 2024 إلى غاية ديسمبر 2025.

- **ظروف إجراء الدراسة:**

ظروف إجراء الدراسة كانت مهيأة بشكل يسمح بجمع معطيات دقيقة وشاملة. في البداية، تم إجراء مقابلات مع الأرطوفونيين المتابعين للحالات، مما ساعدنا على فهم تطور كل حالة من وجهة نظر مهنية، وقد تم الإطلاع كذلك على ملفاتهم الأرطوفونية والنفسية، مما مكنني من تكوين نظرة شاملة عن تاريخهم العلاجي ومستواهم الحالي. بعدها تم إجراء الحصيلة الأرطوفونية لكل طفل بشكل فردي، مما مكننا من تحديد نقاط القوة والصعوبات الخاصة بكل حالة. كما إلتقينا بأولياء الأطفال من أجل التعرف على خلفية كل طفل، وإستكمال المعطيات الضرورية، إلى جانب فهم إنتظاراتهم ومخاوفهم من البرنامج. بعد ذلك، قمت بملاحظة الأطفال في وضعيات طبيعية أثناء اللعب الجماعي، سواء داخل العيادة أو في محيط اللعب، مما أتاح لي فرصة تقييم تفاعلاتهم، سلوكهم، ومستوى

تواصلهم بشكل غير مباشر كل هذه الخطوات ساعدتني في ضبط البرنامج العلاجي بشكل يتماشى مع إحتياجات كل طفل على حدة، مع مراعاة خصائصه الفردية من النواحي اللغوية، النفسية والحركية.

- **مجتمع الدراسة الإستطلاعية:**

يعرف مجتمع البحث، كما شرح ذلك الباحث دوقان وآخرون (1996)، بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث. وبعبارة أخرى، هو الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء التي تشكل مشكلة البحث.

مجتمع الدراسة هم جميع الأطفال الذين يعانون من التأتأة المتواجدون في مختلف العيادات والجمعيات: جمعية بنات الخير(وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة هـ.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران)، العيادة الأرطوفونية للمختص أمين قايد (وهران)، العيادة الأرطوفونية (discours parfait)، عيادة الشفاء (وهران)، عيادة الصغير عبد الاله (وهران).

- **عينة الدراسة ومواصفاتها:**

العينة كما عرفها خفاجة عبد السميع (1990)، هي مجموعة من الأفراد تتمثل فيهم جميع الصفات الرئيسة للمجتمع الأصلي، كما تعد طريقة علمية منطقية في البحث، كما أنها تمثل أسماء بديلة لمحصر الشاهد الذي قد يستحيل إجراؤه.

تم إختيار عينة الدراسة بطريقة مقصودة، حيث شملت العينة أطفالا متمدرسين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 سنة، وهم في المراحل الأولى من التكفل، ولم يسبق لهم أن خضعوا لأي علاج سابق للتأتأة. كما تم التأكد من عدم وجود رهبة أو خوف من الماء لديهم، بالإضافة إلى كونهم يعانون من تأتأة واضحة يمكن ملاحظتها وتقييمها بموضوعية.

جدول رقم (05): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية

المتغير		التكرار	النسبة
الجنس	ذكور	5	55,55
	إناث	4	44,44
السن	6	2	22,22
	7	1	11,11
	8	2	22,22
	9	1	11,11
	10	1	11,11
	11	1	11,11
	12	1	11,11
درجة التأتأة	خفيفة	1	11,11
	متوسطة	4	44,44
	شديدة	4	44,44
تلقي العلاج	تلقى العلاج	5	55,55
	لم يتلقى العلاج	4	44,44
المجموع		9	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) الذي يمثل توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية المتكونة من 9 أطفال يعانون من التأتأة. من حيث التوزيع حسب الجنس، تبين أن الذكور يشكلون النسبة الأكبر (55,55%) مقابل 44,44% من الإناث، أما فيما يخص الفئة العمرية، فقد تراوحت أعمار الأطفال بين 6 و12 سنة، حيث تمثل الفئة العمرية 6 و8 سنوات النسبة الأعلى (22,22% لكل منهما)، والفئة العمرية المتمثلة في 7,9,10,11,12 النسبة الأدنى (11,11 لكل منهم). وبخصوص شدة التأتأة، فقد سجل تساوي بين الدرجة المتوسطة (44,44%) والدرجة الشديدة (44,44%)، ثم سجلت الحالات الخفيفة بنسبة (11,11%)، وهو ما يشير إلى تفاوت في مستوى التأتأة ضمن العينة. وأخيرا، يلاحظ أن أكثر من نصف الأطفال (55,55%) سبق لهم تلقي علاج، في حين لم يخضع الباقون (44,44%) لأي تدخل سابق.

3. الدراسة الأساسية:

- **الهدف من إجراء الدراسة:**

_ تطبيق أدوات الدراسة (شبكة الملاحظة والمقابلة).

_ إختيار نهائي لعينة الدراسة الأساسية.

_ تطبيق البرنامج العلاجي المتكون من قسمين قسم العلاج الأرطوفوني وقسم العلاج بالسباحة للتكفل بالحالات.

– التقييم القبلي والبعدي لإضطراب التأتأة.

- **زمان ومكان إجراء الدراسة:**

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من شهر ديسمبر 2024 إلى غاية شهر جانفي2025 في 4 عيادات أرطوفونية المتمثلة في: جمعية بنات الخير(وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة ه.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران).

- **عينة الدراسة ومواصفاتها:**

تكونت حالات الدراسة من 4 أطفال تم إختيارهم بطريقة مقصودة بعد إجراء تشخيص دقيق لحالات التأتأة بالتعاون مع الأخصائيين الأرطوفونيين، وفق معايير وشروط محددة. من بين الشروط المعتمدة:

•أن يكون الطفل يعاني من تأتأة واضحة تؤثر على طلاقته اللفظية.

•أن لا يعاني من إضطرابات نمائية أو نفسية أو عصبية مصاحبة قد تؤثر على نتائج البرنامج.

•أن لا يكون مصابا برهاب الماء أو موانع جسدية تعيق ممارسة السباحة.

•أن يكون الطفل قادرا جسديا وصحيا على أداء التمارين المائية العلاجية.

•أن لا يكون قد خضع سابقا لأي تدخل علاجي أرطوفوني، وذلك لضمان قياس فعالية البرنامج بشكل مستقل.

وقد تم التأكد من مطابقة الأطفال لهذه المعايير عبر المقابلات مع أوليائهم والأخصائيين، إلى جانب الملاحظة الأولية، ليتم إدماجهم في البرنامج العلاجي. هذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (06): توزيع عينة الدراسة الأساسية

الحالات	الجنس	السن	درجة التأتأة	تلقي العلاج
الحالة الأولى	ذكر	9	شديدة	لم تتلقى العلاج
الحالة التانية	ذكر	7	شديدة	لم تتلقى العلاج
الحالة الثالثة	أنثى	6	شديدة	لم تتلقى العلاج
الحالة الرابعة	أنثى	6	شديدة	لم تتلقى العلاج

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) الذي يمثل توزيع عينة الدراسة الأساسية المتكونة من 4 أطفال متمدرسين تتراوح أعمارهم بين 6 و9 سنوات، يعانون من التأتأة بدرجة شديدة ولم يتلقوا علاجا سابقا. جميع الأطفال في مرحلة نمو لغوي حساس، مما يبرز أهمية التدخل المبكر. ويعد غياب العلاج عاملا يزيد من مخاطر التأتأة على المستوى النفسي والإجتماعي والتعليمي. لذا، يوصى بتقييم شامل وخطة علاج فردية، مع إشراك الأسرة والمدرسة في عملية الدعم.

الفصل السادس: عرض النتائج

1. دراسة الحالات
2. تطبيق البرنامج العلاجي
3. خلاصة عامة عن الحالات

1. دراسة الحالات:

- **دراسة الحالة الأولى**

تقديم الحالة:

الإسم: أحمد الجنس: ذكر

السن: 9 سنوات المستوى الدراسي: 4 إبتدائي

عدد الإخوة: 2 ترتيب في الأسرة: الأكبر

الحالة الإقتصادية للعائلة: متوسطة الإضطراب الذي يعاني منه: التأتأة

السيمائية العامة للحالة:

أحمد طفل ذو 9 سنوات، يدرس في السنة الرابعة إبتدائي، يعاني من إضطراب التأتأة، طوله في المعدل الطبيعي، لون عينيه بني، أسمر البشرة. يعيش في أسرة صغيرة ومستقرة، وتتصف حالته بالخجل والإنطوائية، إذ يظهر سلوكا خجولا ويتحدث بصوت منخفض ويتجنب الحديث خاصة في مواقف التفاعل الإجتماعي. أثناء التحدث، يتجنب التواصل البصري، ويفضل أحيانا التوقف عن الكلام لتفادي التأتأة. يلاحظ عليه سلوكيات مصاحبة مثل غلق العينين عند التوقفات، تحريك الأرجل، قضم الأظافر، والضغط على اليدين. أثناء القراءة، تظهر عليه أعراض كغمض العينين، التوقفات، وتكرار المقاطع خاصة الأولى، في حين يضغط على القلم بشدة عند الرسم، حتى يصدر صوتا واضحا، مما يدل على توتر داخلي.

التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

ينتمي أحمد إلى عائلة متوسطة الدخل، والديه متزوجان، ولا توجد صلة قرابة بينهما. إلتحق بالروضة في سن الخامسة، لا توجد أي سوابق مرضية أو نفسية معروفة لدى الأسرة، كما أن الطفل لا يعاني من أمراض عضوية بإستثناء الحساسية. فترة الحمل والولادة مرا بسلام، إذ كان الطفل مرغوبا به من قبل الوالدين، ولم تواجه الأم أي مشكلات صحية أو نفسية أثناء الحمل، كما لم تتناول أدوية أو تتعرض لضغوطات. الولادة كانت طبيعية وسهلة، وصرخة الميلاد كانت طبيعية، دون أية مشكلات بعد الولادة. أما النمو الحسي الحركي واللغوي للطفل تطورا بشكل طبيعي.

من الناحية الإجتماعية، يعيش الطفل في بيئة أسرية مستقرة ويتمتع بعلاقة طبيعية مع والدته، لكنه يظهر سلوكا عدوانيا تجاه أخيه الأصغر (حسب إفادة الأم). لديه عدد محدود من الأصدقاء في الحي، كما يحب قضاء الوقت في الألعاب الإلكترونية.

وعندما بلغ أحمد سنتين ونصف حدث تغير مفاجئ شكل عامل ضغط غير مباشر للعائلة تمثل في غياب مؤقت للأب بسبب سجنه لمدة ستة أشهر، وقد ربطت العائلة بداية التأتأة بهذا الحدث، حيث بدأت التأتأة تظهر تدريجيا بعد عودة الأب، عندما كان عمر علي حوالي ثلاث سنوات ونصف.

الحالة الراهنة:

يعاني أحمد من إضطراب التأتأة الذي بدأ في سن 3 سنوات ونصف، وظهرت أعراضه بشكل تدريجي على شكل توقفات مصحوبة بأعراض جسدية مثل غلق العينين وشد الرموش. يظهر الطفل وعيا بصعوبته ويبدو متأثرا بنظرة الآخرين له وسخريتهم (على حسب أقواله: يضحكو عليا كي نقرا فالقسم)، مما يفاقم من توتره ويزيد من شعوره بالخجل. وعلى الرغم من كل ماسبق لكنه يبدي إستعدادا لتلقي العلاج (حيث صرح ب: راني باغي نولي نهدر غاية).

تظهر التأتأة في جميع مواقف الكلام، سواء الحوار أو القراءة أو الوصف، وتترافق غالبا مع تكرار المقاطع الأولى وتجنب التواصل البصري. كما يفضل أحيانا الصمت لتفادي الإحراج. أثناء الحوار، تظهر عليه علامات التوتر مثل تحريك الأرجل والضغط على اليدين، ما يشير إلى مستوى مرتفع من القلق المرتبط بالكلام. خلال القراءة، ترافقه توقفات وتكرار المقاطع، كما يتجنب البدء بالكلمات التي تسبب له الصعوبة. أما أثناء الرسم فيضغط بشدة على القلم، مما يدل على توتر داخلي دائم.

- **دراسة الحالة الثانية:**

تقديم الحالة:

الإسم: ياسين الجنس: ذكر

السن: 7 سنوات المستوى الدراسي: 2 إبتدائي

عدد الإخوة: 1 ترتيب في الأسرة: الأصغر

الحالة الإقتصادية للعائلة: جيدة الإضطراب الذي يعاني منه: التأتأة

السيمائية العامة للحالة:

ياسين طفل ذو 7 سنوات، يدرس في السنة الثانية إبتدائي، طوله في المعدل الطبيعي، لون عينيه بني، أبيض البشرة. يعيش في أسرة صغيرة ومستقرة. تتصف حالته بالإنطواء وقليل التفاعل مع الآخرين كما يعتبر جد إندفاعي. يعاني من إضطراب التأتأة، بدأت بالظهور في سن الثالثة وتم التوجه إلى الأخصائي الأرطوفوني وقد لوحظ تحسن واضح حيث بدأت بالإختفاء تدريجيا في سن الخامسة ولم تعد تظهر عليه أي علامات الإضطراب، حتى مع بلوغ ستة سنوات بدأت تظهر الأعراض مجددا.

لوحظ أن التأتأة تزداد بشكل ملحوظ عند تفاعله مع الأشخاص المقربين، خاصة الأم وأهلها. كما أن الطفل مدرك لمعاناته ويبدو منزعجا من حالته، مما يشير إلى وعيه الذاتي بالمشكلة وتأثيرها عليه نفسيا وإجتماعيا.

التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

يعيش ياسين في بيئة أسرية مستقرة تتكون من الأب والأم وأخته الوحيدة، وتوصف العلاقات داخل الأسرة بأنها جيدة. لا توجد صلة قرابة بين الوالدين، حيث يعمل الأب في مجال التجارة، بينما الأم ربة بيت، وكلاهما حاصلا على شهادة الباكالوريا وأكملا السنة الثالثة الجامعية. أنجبت الأم طفلها في سن 27 عاما. من الناحية الوراثية، تشير المعطيات إلى وجود سوابق عائلية للتأتأة، حيث عانت منها كل من الأم والجد من جهة الأم. فترة الحمل والولادة مرا بسلام، إذ كان الطفل مرغوبا به من قبل الوالدين، ولم تواجه الأم أي مشكلات صحية أو نفسية أثناء الحمل، كما لم تتناول أدوية أو تتعرض لضغوطات. الولادة كانت قيصرية، وصرخة الميلاد كانت طبيعية، دون أية مشكلات بعد الولادة. أما

النمو الحسي الحركي واللغوي للطفل تطورا بشكل طبيعي ولم يتم التصريح بوجود صدمات نفسية واضحة خلال مرحلة الطفولة. كما يظهر الطفل سلوكا إجتماعيا مع المقربين منه فقط، ويميل إلى الإندفاعية، إلا أن علاقاته بشكل عام، خاصة مع أخته، توصف بأنها جيدة.

الحالة الراهنة:

يعاني ياسين من إضطراب التأتأة الذي بدأ في سن 3 سنوات، بحيث تم التكفل به وقد لوحظ تحسن واضح حيث بدأت بالإختفاء تدريجيا في سن الخامسة ولم تعد تظهر عليه أي علامات الإضطراب، حتى مع بلوغ ستة سنوات بدأت تظهر الأعراض مجددا على شكل توقفات وتكرارات مصحوبة بأعراض جسدية مثل شد في عضلات الوجه وتحريك اليدين والأصابع بشكل لا إرادي. يظهر الطفل وعيا بصعوبته ويبدو متأثرا بنظرة الآخرين له وسخريتهم (على حسب أقواله: يزعقو عليا كي تحصلي)، مما يفاقم من توتره ويزيد من شعوره بالخجل. وعلى الرغم من كل ماسبق لكنه يبدي إستعدادا لتلقي العلاج (حيث صرح ب: راني باغي نبرا). تظهر التأتأة في جميع مواقف الكلام، سواء الحوار أو القراءة أو الوصف خاصة أمام الأشخاص المقربين، وتترافق غالبا مع تكرار المقاطع الأولى وتجنب التواصل البصري. كما يفضل أحيانا الصمت لتفادي الإحراج.

- **دراسة الحالة الثالثة:**

تقديم الحالة:

الإسم: نور الجنس: أنثى

السن: 6 سنوات المستوى الدراسي: 1 إبتدائي

عدد الإخوة: 1 ترتيب في الأسرة: الأكبر

الحالة الإقتصادية للعائلة: متوسطة الإضطراب الذي تعاني منه: التأتأة

السيمائية العامة للحالة:

نور طفلة ذات 6 سنوات، تدرس في السنة الأولى إبتدائي، طويلة القامة، سمراء البشرة، لون عينيها بني وشعرها بني وطويل. تعيش في أسرة صغيرة ومستقرة. تتصف حالتها بالخجل والإنطوائية، إذ تظهر سلوكا خجولا وتتحدث بصوت منخفض وتتجنب الحديث خاصة في مواقف التفاعل الإجتماعي. بدأت مظاهر التأتأة في سن الثالثة، وتتمثل الأعراض في تكرار الأصوات، إطالات، توقفات أثناء الكلام، بالإضافة إلى حركات جسدية مصاحبة، مثل شد الوجه أو تحريك اليدين. كما تظهر الطفلة مؤشرات على القلق الزائد، خاصة في المواقف التي تتطلب تواصلا إجتماعيا، مما يزيد من حدة التأتأة.

التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

تعيش نور في بيئة أسرية مستقرة، وتوصف العلاقات داخل الأسرة بأنها جيدة. لا توجد صلة قرابة بين الوالدين. من الناحية الوراثية، تشير المعطيات إلى وجود سوابق عائلية للتأتأة إذ يعاني أحد أقارب الطفلة (خالة) من التأتأة. ما يدل على وجود عنصر وراثي محتمل. كما يرتبط ظهور التأتأة بتعرض الطفلة لثلاث صدمات نفسية متعاقبة خلال مرحلة الطفولة. تمثلت الصدمة الأولى في حادثة وقعت أثناء نومها مع والديها، حيث تسللت أفعى إلى الغرفة وإقتربت منها، مما أدى إلى نوبة هلع شديدة رافقها بكاء وصراخ متواصل. ووفقا لتصريح والدتها، بدأت بعد هذه الحادثة أولى أعراض التأتأة بالظهور، كما أصبحت نور تعاني من كوابيس ليلية وخوف دائم من النوم أو البقاء بمفردها. بعد مرور سبعة أشهر، تعرضت لصدمة ثانية تمثلت في مواجهة مباشرة مع كلب كبير ومفترس أثناء عودتها من

الشراء، مما تسبب في نوبة خوف حادة أسهمت في تفاقم أعراض التأتأة، بالإضافة إلى نشوء خوف من الخروج بمفردها. أما الصدمة الثالثة، فقد حدثت عندما كانت في المنزل مع شقيقها الأصغر، الذي تعرض لإصابة خطيرة بسكين أثناء اللعب، مما أدى إلى مشهد دموي أصاب نور بنوبة هلع جديدة، زادت من حدة إضطرابها. ومنذ ذلك الحين، ظهرت لديها مشاعر خوف شديدة تجاه الأدوات الحادة، وعدم القدرة على رؤية الدماء، وهو ما ساهم في تعميق الأعراض المرتبطة بالتأتأة.

فترة الحمل والولادة مرا بسلام، إذ كانت الطفلة مرغوبا بها من قبل الوالدين، ولم تواجه الأم أي مشكلات صحية أو نفسية أثناء الحمل، كما لم تتناول أدوية أو تتعرض لضغوطات. الولادة كانت طبيعية، وصرخة الميلاد كانت طبيعية، دون أية مشكلات بعد الولادة. أما النمو الحسي الحركي واللغوي للطفل تطورا بشكل طبيعي. تعتبر نور طفلة خجولة، تعاني من صعوبة في التفاعل مع الآخرين، وتظهر تجنبا للمواقف الإجتماعية الصعبة. كما تعاني من عدة عوامل نفسية مثل القلق، الخوف، والضغط الإجتماعي التي تعد من المحفزات الأساسية لزيادة حدة التأتأة.

الحالة الراهنة:

تعاني نور من إضطراب التأتأة الذي بدأ في سن 3 سنوات، وظهرت أعراضه بشكل تدريجي على شكل تكرارات صوتية، إطالات، توقفات أثناء الكلام، بالإضافة إلى حركات جسدية مصاحبة، مثل شد الوجه أو تحريك اليدين. كما تظهر الطفلة سلوكا خجولا والقلق الزائد وتتحدث بصوت منخفض وتتجنب الحديث خاصة في المواقف التي تتطلب تواصلا إجتماعيا مثلا عند التحدث أمام الآخرين، أو عبر الهاتف، أو عند التعامل مع أشخاص غرباء. رغم ذلك، تبدو الطفلة مرتاحة داخل محيطها الأسري، ما يشير إلى وجود نوع من الأمان والدعم العاطفي. تلجأ نور إلى إستراتيجيات تجنبية للتعامل مع حالتها، كالتفادي كلمات معينة أو الصمت في المواقف التي تثير توترها. كما تظهر الطفلة وعيا بصعوبتها وتبدو متأثرة بنظرة الآخرين لها وسخريتهم (على حسب أقوالها: يقولولي متعرفيش تهدري)، مما يفاقم من توترها ويزيد من شعورها بالخجل. وعلى الرغم من كل ماسبق لكنها تبدي رغبة لتلقي العلاج (حيث صرحت ب: مرانيش باغية تولي تحصلي الهدرة).

- **دراسة الحالة الرابعة:**

تقديم الحالة:

الإسم: إيناس الجنس: أنثى

السن: 6 سنوات المستوى الدراسي: 1 إبتدائي

عدد الإخوة: 1 ترتيب في الأسرة: الأصغر

الحالة الإقتصادية للعائلة: متوسطة الإضطراب الذي تعاني منه: التأتأة

السيمائية العامة للحالة:

إيناس طفلة تبلغ من العمر 6 سنوات، تدرس في السنة الأولى الابتدائي. قصيرة القامة، بيضاء البشرة، لون عينيها بني وشعرها بني وقصير. تعيش في أسرة صغيرة ومستقرة. تظهر الطفلة وعيا بوجود إضطراب لديها لكنها تستعمل آليات دفاعية وتقول أنها بخير ولا تعاني من أي إضطراب، كما تبدو عليها علامات ضعف الثقة في النفس رغم محاولتها في إخفاء دلك. بدأت مظاهر التأتأة في سن الثالثة، وتتمثل الأعراض في تكرار الأصوات، إطالات، بالإضافة إلى حركات جسدية مصاحبة، مثل شد الوجه أو تعرق اليدين.

التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

تعيش إيناس في بيئة أسرية مستقرة تتكون من الأب والأم وأخيها الوحيد، وتوصف العلاقات داخل الأسرة بأنها طبيعية. لا توجد صلة قرابة بين الوالدين، حيث لا يعمل كلا من الأب والأم. أنجبت الأم طفلتها في سن 27 عاما وقد عانت من سبع حالات إجهاض سابقة. ما يجعل الحمل بإيناس محاطا بالحذر والتوتر. أما والدها يتصف بالعصبية، وله تعامل صارم مع إيناس، مما جعل العلاقة بينهما غير وطيدة، وتظهر الطفلة خوفا واضحا منه. من الناحية الوراثية، تشير المعطيات إلى وجود سوابق عائلية للتأتأة، حيث عانت منها الأم في طفولتها هدا ما خلف لها ضعف في الشخصية. ولادتها كانت مرغوبة وتمت بطريقة طبيعية، صرخة الميلاد كانت متأخر قليلا، وقد تمت رضاعتها بطريقة مختلطة بين الطبيعية والصناعية.

خلال فترة الطفولة المبكرة، أصيبت إيناس ببعض الأمراض على مستوى الجهاز التنفسي، ما إستدعى دخولها إلى المستشفى والبقاء فيه لمدة 20 يوما. على الرغم من ذلك، فقد كان نموها الحسي–الحركي واللغوي طبيعيا ومتوافقا مع عمرها. كما أنها تتمتع بالإستقلالية في النظافة الشخصية.

علاقة إيناس بوالدتها أيضا يشوبها التوتر، وتشعر بالخوف من الطرفين. أما على الصعيد الإجتماعي، فعلاقاتها بالعائلة توصف بأنها عادية، لكنها خجولة جدا عند التعامل مع الغرباء. كما لا تبدي تفاعلا أو حوارا مع الأطفال من نفس عمرها، مما يعكس صعوبات في التكيف الإجتماعي والتواصل مع الأقران.

الحالة الراهنة:

تعاني إيناس من إضطراب التأتأة الذي بدأ في سن 3 سنوات، وظهرت أعراضه بشكل تدريجي على شكل تكرارات صوتية، إطالات، بالإضافة إلى حركات جسدية مصاحبة، مثل تقلصات في عضلات الوجه، إحمرار الوجه، وإرتجاف أو تعرق اليدين.

كما تعاني حاليا من مجموعة من الأعراض النفسية والسلوكية التي تستدعي المتابعة. من أبرز ما يظهر عليها: كوابيس متكررة أثناء النوم، ونقص واضح في التركيز، هذه الأعراض قد تعكس حالة من القلق أو التوتر النفسي المرتبط بعلاقتها الأسرية والتجارب المبكرة التي مرت بها. تظهر الطفلة وعيا بوجود إضطراب لديها لكنها تستعمل آليات دفاعية وتقول أنها بخير ولا تعاني من أي إضطراب، كما تبدو عليها علامات ضعف الثقة في النفس رغم محاولتها في إخفاء دلك ولا تريد الإعتراف أن نظرة الآخرين لها وسخريتهم عليها تزعجها (على حسب أقوالها: خليهم يضحكو لكن الأم صرحت أنها تتأثر كثيرا بكلام الناس)، وعلى الرغم من كل ماسبق لكنها تبدي رغبة لتلقي العلاج (حيث صرحت ب: راني باغية نولي نهدر غاية مع بابا).

2. تطبيق البرنامج العلاجي:

أولا: قسم العلاج الأرطفوني:

تم تطبيق قسم العلاج الأرطوفوني بشكل فردي حيث خضعت كل حالة للجلسات العلاجية على حدى في العيادات الأرطوفونية التي تتبع لها وتراوحت مدة الجلسات بين 40-45 دقيقة بحيث تميز بيمايلي:

- **الجلسات التمهيدية:**

جدول رقم (07): نتائج الجلسات التمهيدية

رقم الجلسة	الهدف منها	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة	النتائج المستخلصة
الجلسة الأولى	تعليم النفسي: بناء علاقة ثقة وتوعية الطفل حول التأتأة.	أدوات الرسم	* الحوار التفاعلي. * الرسم العلاجي. * التفسير المبسط.	* الترحيب بالطفل وخلق جو مريح. * كسب ثقة الطفل. *توعية عن الإضطراب وكيفية التعامل معه. * الطلب من الطفل رسم تمثيلي للتأتأة (أنظر إلى	* التركيز على دعم الطفل عاطفيا، وتفادي الأسئلة المباشرة.	* تمت بناء علاقة ثقة مع جميع الحالات بصورة سليمة. * وتمت توعية الأطفال بطبيعة الإضطراب الدي يعانون منه بأسلوب مبسط وفعال وقد أبدت كل الحلات تفهمها مما يشير إلى إستعدادهم الإيجابي للإنخراط في الجلسلت العلاجية اللاحقة. * تم تقديم قسم العلاج بالسباحة بشكل تمهيدي منظم وجداب وقد أبدت

				الملاحق رقم 3-4-5-6). * إقتراح فكرة العلاج بالسباحة وماعلاقته بالتأتأة.		جميع الحالات قبولا وإستجابة إيجابية مما يعكس دافعهم للمشاركة وإستعدادهم للإنخراط.
الجلسة الثانية	بناء العقد العلاجي مع الأولياء	نسخة من اليرنامج العلاجي	*المقابلة التحفيزية. *الإصغاء الفعال. * التفسير العلاجي.	* الترحيب بالأمهات وتعريف عن الفريق العلاجي. * شرح البرنامج (المدة، عدد الحصص، مكان التنفيذ، مدة كل حصة). * توضيح أهداف البرنامج العلاجية. * تقديم شرح عن التقنيات المعتمدة. * التأكيد على أهمية دور الأهل في المتابعة والتشجيع.	* توثيق ردود فعل الأمهات ومدى تقبلهن للبرنامج. * إقتراح تقديم نسخة مكتوبة من البرنامج للأمهات. * التأكد من فهم الأمهات لجميع التفاصيل.	* تمت بناء علاقة ثقة متبادلة بين الفريق العلاجي والأمهات وتم بناء العقد العلاجي بنجاح وتقبل الأمهات لمبدأ الشراكة الفعالة في العلاج وأبدوا إستعدادا نفسيا أكبر لدعم أطفالهن خلال البرنامج.

				* الإستماع إلى ملاحظات وإستفسارات الأمهات. * توضيح وجود تقييم قبلي وبعدي. * إعلامهم بوجود مدرب سباحة مختص لضمان سلامة الأطفال.		
الجلسة الثالثة	إجراء القياس القبلي لمظاهر التأتأة	شبكة ملاحظة	* التقييم الكمي والكيفي. * ملاحظة مباشرة. * تحليل نمط الكلام.	* جمع معلومات حول شدة التأتأة وتكرارها من خلال التحاور مع الحالات. * تطبيق شبكة الملاحظة.	* تسجيل الملاحظات بدقة.	* تم جمع معلومات شاملة حول جميع الحالات مع تسجيل الملاحظات بدقة لضمان توثيق الخصائص الفردية لكل حالة، كما تم ملء شبكة الملاحظة الخاصة بالقياس القبلي للإضطراب وذلك بهدف تحديد خط الأساس الذي ستقاس عليه فعالية التدخل.

* كانت نتائج القياس القبلي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لكل الحالات كالتالي:

جدول رقم (08): نتائج القياس القبلي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لدى حالات الدراسة

الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
النتائج	81	66	88	75
درجة التأتأة	شديدة	شديدة	شديدة	شديدة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) الخاص بنتائج القياس القبلي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لدى حالات الدراسة. نجد أن جميع الحالات الأربع تقع ضمن الفئة التي تشير إلى درجة الشديدة للتأتأة، حيث حصلت الحالة الثالثة على أعلى درجة (88)، تليها الحالة الأولى (81)، ثم الحالة الرابعة (75)، وأخيرا الحالة الثانية (66)، وهي رغم كونها الأدنى بين الحالات، إلا أنها لا تزال تقع ضمن النطاق الشديد.

تشير هذه النتائج إلى أن جميع الحالات تعاني من إضطراب تأتأة شديد، مما يستدعي تدخلا علاجيا متخصصا. ولذلك، تم إدراج هذه الحالات ضمن البرنامج العلاجي المعتمد في الدراسة الحالية، والذي سيتم عرضه فيما يلي:

- **الجلسات العلاجية:**

جدول رقم (09): نتائج جلسات العلاج الأرطوفوني

رقم الجلسة	الهدف منها	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة	النتائج المستخلصة
الجلسة الأولى	تدريب الطفل على الطلاقات المراقبة	صور، بطاقات جمل	* الطلاقة المراقبة	* تدريب الطفل على نطق جمل مقطعة بإيقاع بطيء.	* يجب البدء بجمل مألوفة للطفل	* أظهرت الحالة الأولى والحالة الرابعة أداء جيدا، حيث تمكنتا من تنفيذ التمارين بنجاح وبدرجة

			* تقطيع الجمل * التنفس البطني.	* ربط التنفس البطني مع إنتاج الكلام.	لتسهيل التمرين. * تكرار التمارين في البيت بإشراف العائلة.	عالية من التوافق مع الأسلوب التدريبي. أما الحالة الثانية والحالة الثالثة فقد حققتا نتائج متوسطة، إذ تمكنتا من أداء التمارين ولكن بصعوبة نسبية. ولوحظ أن الحالة الثانية تميل إلى الإندفاع في نطق الجمل، حيث لم تمنح نفسها الوقت الكافي لتطبيق تقنيات التقطيع الصوتي والإيقاع البطيء بالشكل المطلوب. في حين واجهت الحالة الثالثة صعوبات تتعلق بتنظيم التنفس، إذ لم تكن تأخذ النفس الكافي قبل بدء النطق، مما أدى إلى إستعجال في الإلقاء والتأثير سلبا على جودة الأداء.
الجلسة الثانية	تدريب الطفل على البدء	صور وكلمات مستهدفة	* البدء السلس.	* تدريب الطفل على بدء الكلمات	*تشجيع الطفل على	* أظهرت جميع الحالات الأربع أداء جيدا في هذه الجلسة، حيث تمكنوا من تطبيق الإستراتيجيات

	السلس والإسترخاء		* تقليل الإنسدادات.	والأصوات بلطف وهدوء. * العمل على الإسترخاء وإعادة تكرار التمارين السابقة.	النطق دون إستعجال. * تسجيل الطفل للإستماع الذاتي والتحفيز.	بشكل فعال، مما يعكس تقدما ملحوظا في إستجابتهم للعلاج.
الجلسة الثالثة	العمل على زيادة تعقيد الجمل تدريجيا بعد التمكن من الطلاقة في الجمل البسيطة	بطاقات جمل	* تعقيد تدريجي في البناء اللغوي.	* إنشاء جمل مركبة من جمل بسيطة. * التطبيق خلال سرد أحداث.	* نبدأ بجمل مفهومة، ثم نزد التعقيد تدريجيا.	* أظهرت الحالة الأولى والحالة الثانية أداء جيدا، وتمكنتا من التكيف مع التدرج في تعقيد الجمل بشكل ملحوظ. في المقابل، واجهت الحالة الثالثة والحالة الرابعة بعض الصعوبات في أداء التمارين، ويرجع ذلك إلى صغر سنهما، حيث إنهما لا تزالان في السنة الأولى إبتدائي، مما قد يؤثر على قدرتهما اللغوية والمعرفية.
الجلسة الرابعة	تدريب على التنفس البطني	أدوات تربوية، قصص	* تنفس بطني. * زفير منتظم.	* تمارين تنفس بطني.	* توفير جو ملائم.	* أظهرت جميع الحالات الأربع أداء جيدا في هذه الجلسة، كما لوحظ أن الأطفال عبروا عن إنجدابهم لهدا النوع من

				* تطبيق التنفس المنتظم أثناء الكلام.	* تكرار التمارين في البيت.	التمرين وأبدوا إرتياحا وإستمتاعا ملحوظا خلال الجلسة.
الجلسة الخامسة	تعليم المد الصوتي لتقليل التوتر	كلمات مستهدفة	* مد الحروف الأولى لتقليل التوتر العضلي.	* تكرار كلمات مع مد صوتي مريح.	* التأكيد على الراحة أثناء النطق.	* أظهرت كل من الحالة الأولى والثالثة والرابعة إستجابة جيدة لهذه الإستراتيجية، حيث ساهمت في تعزيز الإسترخاء أثناء الكلام وتحسين الأداء العام. إلا أن الحالة الثانية أبدت مستوى أقل من الإلتزام، إذ كانت تميل إلى الشعور بالملل بسرعة، وأظهرت رغبة في تغيير الكلمات بشكل متكرر، مما أثر على قدرتها على الإستفادة الكاملة من التمرين.
الجلسة السادسة	تقليل الشد العضلي في أعضاء النطق	مرآة	* تمارين الإسترخاء للفك واللسان والشفاه	* سلسلة تمارين إسترخاء عضلات النطق.	* تشجيع الطفل على دمج التمارين في الروتين اليومي.	* أظهرت جميع الحالات إستجابة إيجابية لهذه التمارين، حيث تمكنوا من أدائها بنجاح. كما لوحظ أن الأطفال عبروا عن إرتياحهم وإستمتاعهم بجلسات الإسترخاء

						والتنفس، مما يعزز من فعاليتها كأداة داعمة في تقليل التوتر وتحسين الطلاقة الكلامية ضمن البرنامج العلاجي.
الجلسة السابعة	إستخدام الإيقاع لتسهيل الطلاقة	طبل أو مطرقة	* الإيقاع الكلامي.	* التحدث بإيقاع منتظم مع تصفيق أو ضرب خفيف.	* إستخدام الإيقاع كلعبة لجذب الطفل.	* لاقت هذه التمارين إستحسان جميع الحالات، حيث بدت لهم وكأنها لعبة، مما ساعد في رفع مستوى التفاعل مقارنة بالجلسات السابقة. * أظهرت الحالة الثانية تقدما ملحوظا، إذ كانت في الجلسة الثالثة تميل إلى الإندفاع وسرعة نطق الجمل، بينما في هذه الجلسة نفذت التمرين بإيقاع منظم وإستجابت بشكل جيد. أما الحالة الثالثة، والتي كانت تعاني سابقا من صعوبات في أخذ النفس الكافي قبل النطق، فقد لوحظ أنها أصبحت تأخذ وقتا مناسبا للتنفس، مما إنعكس إيجابا على أدائها في التحدث.

						ويرجح أن هذا التحسن يعود إلى الإستفادة من جلسات السباحة وتمارين الإسترخاء والتنفس البطني التي تم تطبيقها في الجلسات السابقة. * أما الحالة الأولى والحالة الرابعة فقد حافظتا على مستوى جيد من الأداء، حيث نفذتا التمارين بنجاح وبتفاعل إيجابي، مما يدل على إستمرار التحسن في إستجاباتهم العلاجية.
الجلسة الثامنة	وصف صور بإستخدام الطلاقة والتنفس	صور وبطاقات مشاهد مختلفة	* البدء السلس. * التنفس بطني. * الوصف.	* وصف الصور بصوت واضح بإستخدام تقنيات الجلسات السابقة.	* إختيار صور قريبة من إهتمامات الطفل.	* أظهرت جميع الحالات تفاعلا إيجابيا، حيث قامت بوصف الصور دون توتر أو قلق، وتمكنت من أخذ الوقت الكافي للتفكير وإستعمال التنفس بطريقة فعالة قبل الشروع في الكلام. * كما لوحظ تطور واضح في قدرتهم على التعبير، حيث أبدت الحالات وصفا دقيقا وسلسا للصور، على

						عكس ما كانت عليه في المراحل الأولى من البرنامج، إذ كانت تعاني من الخجل، الإنطوائية، وصعوبة في التعبير عن الرغبات أو التفاعل بسهولة مع الآخرين. وعلى الرغم من إستمرار بعض مظاهر التأتأة، إلا أن حدتها كانت أقل بكثير مقارنة بالجلسات الأولى، مما يدل على تحسن ملحوظ في الطلاقة والثقة أثناء التواصل.
الجلسة التاسعة	القراءة المنظمة لتثبيت الطلاقة	قصص قصيرة	* القراءة بصوت عال مع تطبيق. * التنفس المنتظم. * البدء السلس. * الإيقاع الكلامي.	* قراءة نصوص قصيرة بتقنيات الطلاقة.	* تشجيع القراءة في المنزل بنفس الطريقة.	* خصص هذا التمرين للحالتين الأولى والثانية فقط، نظرا لقدرتيهما على القراءة، إذ أبدتا أداء جيدا في تطبيق الإستراتيجيات وتحقيق طلاقة نسبية أثناء القراءة. * أما بالنسبة للحالتين الثالثة والرابعة، وبسبب صغر سنهما وكونهما لا تزالان في السنة الأولى من المرحلة الابتدائية،

						حيث لم تكتسبا بعد مهارة القراءة، فقد تم التركيز معهما على إعادة تنفيذ التمارين السابقة، بهدف تثبيت المهارات المكتسبة وتعزيز إستيعاب التقنيات العلاجية، مثل التنفس البطني والإيقاع البطيء في الكلام. ولوحظ تحسن تدريجي في مستوى تفاعلهما وتطبيقهما لهذه التقنيات.
الجلسة العاشرة	التحكم في القلق المرتبط بالكلام	ملابس، أدوات...	* مواجهة المواقف المخيفة. * تمثيل الأدوار (بائع ومشتري، معلمة وتلميذ). * التعرض التدريجي.	* البدء بالمواقف البسيطة (حديث فقط مع الأخصائي) ثم تدريجيا أمام الآخرين.	* الإنتقال من المواقف السهلة إلى الصعبة تدريجيا.	* أظهرت الحالات إستجابة جيدة عندما كانت التمارين تتم ضمن إطار آمن ومألوف، حيث تمكن الأطفال من ضبط قلقهم وأظهروا طلاقة نسبية أثناء الحديث. إلا أنه بمجرد إنضمام طرف خارجي للمشاركة في التمرين، بدأت مظاهر القلق والتوتر بالظهور على جميع الحالات، مثل التردد في الكلام، والخوف من الوقوع في الخطأ، أو

						التحدث بوتيرة بطيئة ومجهدة. * وقد هدفت هذه الجلسة إلى تعزيز قدرة الأطفال على مواجهة هذه المواقف تدريجيا، ومساعدتهم على كسر حاجز الخوف الإجتماعي المتعلق بالكلام، وذلك ضمن بيئة علاجية آمنة وداعمة.
الجلسة الحادية عشر	بناء الثقة والقبول الذاتي عبر تمرين التأتأة المقصودة.	قصص تخيلية	* التقبل الذات. * الدعم النفسي.	* التأتأة الإرادية يعني يتأتئ كل من الطفل والأخصائي في الحديث عن قصد.	* تحفيز الطفل ومدحه عند كل محاولة.	* أظهر جميع الأطفال إستجابة إيجابية لهذا التمرين، حيث عبروا عن إعجابهم بالجوانب التفاعلية للجلسة، ولاحظوا أن التأتأة ليست حكرا عليهم، وأن الجميع يمكن أن يمر بمواقف مشابهة. * ساهم هذا التمرين في تعزيز تقبلهم لإضطرابهم بشكل ملحوظ، وتخفيف الشعور بالإختلاف أو النقص، مما جعل الجلسة تمر في جو مريح وداعم نفسيا، ونتج عنها مؤشرات إيجابية على مستوى

						القبول الذاتي والثقة بالنفس.
الجلسة الثانية عشر	مراجعة مجمل التقنيات وتعزيز الدعم الأسري	أدوات تربوية	* إعادة مراجعة كل التقنيات السابقة مع إشراك مرافق اطفل.	* تلخيص البرنامج. * عرض التقدم على الأهل. * توجيه الأسرة لدعم الطفل.	* تشجيع الأهل على التطبيق المنزلي المنتظم.	* أبدت جميع الحالات إستيعابا جيدا للتقنيات وإستطاعت تذكرها وتطبيقها بشكل صحيح، مما يعكس مدى ترسخ المهارات المكتسبة لديهم ويعد مؤشرا إيجابيا على فاعلية البرنامج العلاجي في إعدادهم للتعامل مع مواقف التواصل اليومية بثقة أكبر.

ثانيا: قسم العلاج بالسباحة:

- **الجلسات العلاجية:**

تم تطبيق قسم العلاج بالسباحة بشكل جماعي في المسبح المتواجد في بلدية قديل ولاية وهران وكانت مدة الجلسات 45 دقيقة حصة واحدة في الأسبوع بحيث تميز بيمايلي:

جدول رقم (10): نتائج جلسات العلاج بالسباحة

رقم الجلسة	الهدف منها	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة	النتائج المستخلصة
01 الأسبوع الأول	التعرف والتأقلم وقبول البيئة المائية. تعزيز الإسترخاء وبناء ثقة في النفس.	أدوات السباحة	* التمارين المائية التمهيدية. * الدعم اللفظي. * التفاعل الحركي البسيط.	* جلوس الأطفال على حافة المسبح والضرب بأقدامهم في الماء. * دخول وخروج مستقل من الماء مع التمسك بالحافة. * التأكد من غمر الكتفين تحت الماء عند كل دخول.	* توفير جو من المرح والأمان. * التركيز على دعم الأطفال عاطفيا وتشجيعهم.	* أبدت جميع الحالات إستجابة إيجابية وتأقلمت مع البيئة المائية. حيث تمكن الأطفال من الدخول إلى المسبح دون ظهور أية علامات توتر أو مقاومة. عكست هذه الحصة إستعدادا جيدا لدى المشاركين، ومهدت بطريقة سلسة لبناء علاقة إيجابية مع البيئة المائية، مما يعد خطوة أساسية لنجاح الحصص اللاحقة من البرنامج.

02 الأسبوع الثاني والثالث	إكتشاف نظام التنفس في الماء. تنمية الوعي والتحكم في التنفس تحت الماء. وتحسين الثقة بالنفس في البيئة المائية.	أدوات السباحة (كرونومتر)	* تمارين النفخ تحت الماء، مراقبة التنفس.	* نفخ الفقاعات بإستخدام الفم تحت الماء. * تجربة إخراج الهواء من الأنف. * الجمع بين الطريقتين والتأكد من غمر الوجه بالكامل.	* دعم المحاولة دون إجبار. * تشجيع التكرار لتثبيت السلوك التنفسي المنتظم.	* إمتدت الجلسة الثانية من البرنامج على حصتين خلال الأسبوعين الثاني والثالث، وأظهرت الحالة الأولى والحالة الثانية أداء جيدا منذ الحصة الأولى، حيث تمكنتا من تطبيق تقنية التنفس بشكل صحيح، مع غمر الرأس بالكامل تحت الماء دون تردد. أما الحالة الثالثة، فقد أبدت أداء متوسطا خلال الأسبوع الثاني، حيث إقتصرت على غمر الفم فقط دون الرأس، مع تنفيذ تمرين التنفس بشكل جزئي. ومع ذلك، سجلت هذه الحالة تطورا ملحوظا في الأسبوع الثالث، إذ تمكنت من غمر رأسها بالكامل وأداء تمرين التنفس بشكل صحيح. في المقابل، واجهت الحالة الرابعة صعوبة في التمرين خلال كل من الأسبوعين الثاني والثالث، حيث لم تتمكن من غمر الرأس

						بالكامل، وإقتصر أداؤها على غمر الفم فقط أثناء تنفيذ تمرين التنفس وهذا راجع إلى خوفها من شرب الماء. ومع ذلك، فإن مشاركتها المستمرة تشير إلى وجود قابلية للتقدم في الجلسات القادمة مع تعزيز الدعم التدريجي.
03 الأسبوع الرابع والخامس	تنسيق الحركة مع التنفس ودمج تقنيات التنفس في حركة متحكم بها.	أدوات السباحة (كرونومتر)	* الدمج بين الحركة والتنفس. * التنظيم الإيقاعي.	* التحرك على الحافة مع النفخ المستمر تحت الماء. * البدء بإستخدام اليدين، ثم الإنتقال بإستخدام يد واحدة إن أمكن.	*مراقبة تنسيق الحركة والتنفس مع تقديم تعليمات بسيطة وواضحة.	* إمتدت الجلسة الثالثة على حصتين خلال الأسبوعين الرابع والخامس. أظهرت الحالة الأولى والحالة الثانية أداء جيدا منذ بداية الجلسة، حيث تمكنتا من تنفيذ التمرين بفعالية. وقد تطورت الحالة الثانية بشكل ملحوظ في نهاية الأسبوع الخامس، حيث إستطاعت التنقل على حافة المسبح دون إستخدام اليدين، مع الحفاظ على النفخ المستمر تحت الماء. بينما تمكنت الحالة الأولى من التنقل بإستخدام يد واحدة مع أداء تمرين النفخ بكفاءة.

						أما الحالة الثالثة، فقد إستطاعت تنفيذ التمرين بإستخدام كلتا اليدين، مع غمر الرأس بالكامل والنفخ المنتظم تحت الماء، مما يدل على تحسن في مستوى التناسق بين التنفس والحركة. وبالنسبة للحالة الرابعة، فقد بدأت في الأسبوع الرابع بتنفيذ التمرين من خلال التحرك على الحافة بإستخدام اليدين، مع نفخ بالفم فقط دون غمر كامل للرأس. إلا أنها أظهرت تطورا لافتا في الأسبوع الخامس، حيث تمكنت من غمر الرأس بالكامل أثناء الحركة، ويرجع هذا التقدم إلى مستوى الدافعية العالي والدعم المستمر المقدم لها خلال الجلسة.
04 الأسبوع السادس والسابع	تشجيع الغمر الكامل والتحكم في التنفس	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة،	* التمارين التحدية. * التنفس العميق.	* التنقل مع التمسك بالحافة والمرور تحت العصا.	* مراقبة تنفس الطفل أثناء الغمر.	* إمتدت الجلسة الرابعة على حصتين خلال الأسبوعين السادس والسابع، في بداية الأسبوع السادس، تم العمل مع الحالتين الأولى

	تحت الماء أثناء النشاط الحركي.	عصا، حلقات مائية)	* التحكم تحت الضغط.	* للأطفال الأكثر راحة البحث عن حلقات موضوعة أسفل العصا.	* تعزيز الثقة والهدوء.	والثانية على تمرين المرور تحت العصي المثبتة داخل المسبح، مع التنقل على طول الحافة دون الإمساك بها. وقد أظهرت كلتا الحالتين أداء جيدا في هذا التمرين، حيث تمكنتا من المرور تحت العصي بثقة، مع الحفاظ على تحكم واضح في التنفس، والبقاء تحت الماء لمدة أطول مقارنة بالجلسات السابقة. وبناء على هذا التقدم، تم في الأسبوع السابع إدخال تمرين أكثر تطورا، تمثل في وضع حلقات في قاع المسبح، حيث شارك الأطفال في النزول إلى الأسفل لإسترجاع الحلقات، مع الإعتماد على العصا كأداة دعم. وقد أظهرت الحالة الثانية تقدما ملحوظا، إذ أصبحت قادرة على النزول وإسترجاع الحلقات بمفردها دون إستخدام العصا، بينما أظهرت الحالة الأولى أداء

						جيدا في تنفيذ التمرين مع دعم خفيف من العصى. أما بالنسبة للحالتين الثالثة والرابعة، فقد تم التركيز على تمرين المرور تحت العصي مع غمر كامل للجسم أثناء الإمساك بحافة المسبح. وقد أظهرت الحالة الثالثة تحسنا تدريجيا، حيث تمكنت مع نهاية الأسبوع السادس من المرور تحت العصي دون الحاجة للإمساك بالحافة. في المقابل، واصلت الحالة الرابعة تنفيذ التمرين بشكل جيد خلال الأسبوعين، لكنها ظلت تعتمد على الإمساك بالحافة أثناء المرور تحت العصي، وهو ما يعكس تقدما تدريجيا يتماشى مع مستواها العمري والبدني.
05 الأسبوع الثامن والتاسع	تطوير التحكم في التوازن، إدارة المساحة،	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة، عصا،	* تمرينات التوازن. * تجاوز الحواجز.	* التنقل على الحافة أو بالقرب منها. * الدوران حول العقبة أو	* تدرج في التحديات حسب مستوى الطفل.	* إمتدت الجلسة الخامسة على حصتين خلال الأسبوعين الثامن والتاسع، في الأسبوع الثامن، تم العمل مع الحالتين الأولى والثانية (الذكور) على تمرين موجه

	والقدرة على التكيف.	حلقات مائية)	* التركيز الحركي.	تجاوزها حسب قدرة الطفل.	* تعزيز الشعور بالإنجاز.	يتمثل في وضع عقبات داخل المسبح، تحديدا في منتصف المسافة بين جانبي الحافة، وكان الهدف من التمرين هو أن يتقدم الطفل من حافة المسبح، ثم يأخذ نفسا عميقا، يغمر رأسه وجسمه بالكامل، ويتجاوز العقبة تحت الماء، ثم يعود إلى نقطة البداية. وقد أظهر كلا الطفلين أداء جيدا في تنفيذ التمرين، مما شجعنا على رفع مستوى الصعوبة في الأسبوع التاسع. في الحصة الثانية (الأسبوع التاسع)، طلب من الحالتين التنقل من حافة المسبح إلى الجهة المقابلة عبر السباحة تحت الماء بعد أخذ نفس عميق، دون إستخدام أية أدوات مساعدة أو التمسك بالحواف، ثم أخذ إستراحة قصيرة قبل العودة بالطريقة ذاتها إلى نقطة الإنطلاق. وقد أظهر الطفلان إستجابة ممتازة، وتمكنا من البقاء

						تحت الماء لمدة أطول، ما يدل على تحسن في القدرة على التحمل والثقة في الأداء المائي وهذا راجع إلى بنيتهما القوية. أما بالنسبة للحالتين الثالثة والرابعة، فقد سجل الأسبوع الثامن بداية مشجعة، خاصة بالنسبة للحالة الرابعة التي أظهرت تطورا ملحوظا، إذ تمكنت من تجاوز العقبة الموضوعة في منتصف المسبح دون الإمساك بالحافة، وهو ما لم تكن قادرة عليه في الجلسات السابقة. كما تمكنت الحالة الثالثة من أداء التمرين بشكل جيد، مع تحسن ملحوظ في التحكم بالتنفس والقدرة على الغمر الكامل للجسم.
06 الأسبوع العاشر	تعزيز المهارات المكتسبة في البيئة المائية	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة،	* اللعب التفاعلي.	* ترديد الألوان أو أسماء الأشياء أثناء النشاط المائي.	* خلق جو من المرح والدعم.	* إمتدت الجلسة السادسة على مدار الأسبوعين العاشر والحادي عشر، وقد لاقت هذه التمارين إستحسانا كبيرا من جميع

والحادي عشر	وتطبيقها في المواقف الاجتماعية، وزيادة الثقة بالنفس في التحدث أمام الآخرين.	عصا، حلقات مائية)	* التحدث أثناء الحركة. * التفكير اللغوي.	* أنشطة تعليمية مثل: قول كلمة تبدأ بحرف معين ثم أداء تحدي (التفكير في كلمة تبدأ بحرف معين، ثم الغوص تحت الماء والبقاء لأطول مدة ممكنة، ليصعد بعدها بسرعة، يركض نحو سلة، يرمي كرة بداخلها، ثم ينطق الكلمة المختارة).	* التركيز على التنفس والكلام بشكل متزامن.	الأطفال، حيث عبروا عن متعتهم بها، وظهر تفاعل جماعي إيجابي ساعد في خلق جو مريح وآمن، وساهم في تحسين التفاعل الإجتماعي بين الحالات الأربع. أظهرت البيانات المسجلة تطورا واضحا في قدرات الغمر والتحكم في النفس لدى جميع الأطفال. فقد تمكنت الحالة الأولى من البقاء تحت الماء لمدة وصلت إلى 35 ثانية مع نهاية الأسبوع الحادي عشر، بينما سجلت الحالة الثانية رقما أعلى بوصولها إلى 40 ثانية. أما الحالتان الثالثة والرابعة، فقد أحرزتا بدورهما تقدما ملحوظا، حيث تمكنتا من الإستمرار تحت الماء لمدة تتراوح بين 25 و30 ثانية، وهو تطور يعد مؤشرا إيجابيا بالنظر إلى صغر سنهما.

07 الأسبوع الثاني عشر	تقييم مدى ترسيخ المكتسبات وإستمرارية أثر البرنامج بعد أخذ إستراحة دامت أسبوعين دون ممارسة أي نشاط داخل المسبح.	أدوات السباحة (كرونومتر، لوحة السباحة، عصا، حلقات مائية)	* إعادة التطبيق. * التقييم العملي. * الرصد السلوكي.	* إعادة تنفيذ تمارين البرنامج منذ البداية. * مراقبة مهارات الأطفال في التنفس، الحركة، التوازن، الطلاقة.	* ملاحظة الفروقات بين الأداء الأولي والنهائي. * تدوين نقاط القوة والتحسن لكل طفل.	* بعد إنقضاء فترة إستراحة إمتدت لأسبوعين، تم إستدعاء الأطفال مجددا في الأسبوع الثاني عشر لإجراء الجلسة السابعة والأخيرة من برنامج العلاج بالسباحة. وقد خصصت هذه الجلسة لتقييم مدى ترسيخ المهارات المكتسبة خلال الأسابيع السابقة، ولرصد إستمرارية أثر البرنامج بعد التوقف المؤقت عن الجلسات العلاجية. أظهرت النتائج أن جميع الحالات الأربع حافظت على مكتسباتها، وسجلت أداء جيدا في مختلف التمارين، دون ملاحظة أي تدهور في المهارات أو تقنيات التنفس أو الإسترخاء المكتسبة. كما أبان الأطفال عن ثقة أكبر بأنفسهم داخل الماء، وإستمروا في التفاعل الإيجابي مع الأنشطة دون تردد أو خوف.

- **الجلسة التقييمية:**

جدول رقم (11): نتائج الجلسة التقييمية

الهدف منها	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات المستخدمة	التقنيات العلاجية	إجراءات الجلسة	الملاحظات المقترحة	النتائج المستخلصة
إجراء القياس البعدي لمعرفة فعالية برنامج العلاج بالسباحة.	45 دقيقة	العيادة الأرطوفونية	شبكة الملاحظة	* تقييم نهائي. * مقارنة قبل/بعد.	*إعادة تقييم شدة التأتأة. * مقارنة النتائج مع القياس القبلي.	* توثيق النتائج ووضع توصيات مستقبلية.	* أظهرت النتائج القياس البعدي للإضطراب تحسنا ملحوظا في أداء جميع الحالات، حيث لوحظ إنخفاض واضح في مظاهر التأتأة، وتحسن في إستخدام التقنيات المكتسبة، مما يدل على فعالية البرنامج في تطوير مهارات التواصل اللفظي وتقليل الأعراض المرتبطة بالإضطراب.

* كانت نتائج القياس البعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بتقييم التأتأة لكل الحالات كالتالي:

جدول رقم (12): نتائج القياس البعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة لدى حالات الدراسة

الحالات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
النتائج	52	37	64	50
درجة التأتأة	متوسطة	متوسطة	متوسطة	متوسطة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) الخاص بنتائج القياس البعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة حالات الدراسة بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي. وبالمقارنة مع نتائج القياس القبلي التي أظهرت أن جميع الحالات الأربع كانت تقع ضمن مجال الدرجة الشديدة للتأتأة (66–96 درجة)، فإن نتائج التقييم البعدي أظهرت تحسنا ملحوظا لدى جميع الحالات. حيث إنخفضت درجة الحالة الأولى من 81 إلى 52، والحالة الثانية من 66 إلى 37، والحالة الثالثة من 88 إلى 64، والحالة الرابعة من 75 إلى 50. ووفقا لتصنيف مجالات شدة التأتأة نلاحظ أن الحالات الأربعة إنتقلت جميعها من الدرجة الشديدة إلى الدرجة المتوسطة، مما يدل على تحسن ملموس في أعراض التأتأة نتيجة البرنامج العلاجي. وتؤكد هذه النتائج فعالية التدخل العلاجي المستخدم في الحد من شدة التأتأة لدى الأطفال. وبناء عليه، فإن هذه النتائج تبرز أن جميع الحالات التي شخصت بدرجة تأتأة شديدة كانت بحاجة فعلية إلى تدخل علاجي، وهو ما برر إدراجها ضمن البرنامج العلاجي في هذه الدراسة.

3. خلاصة عامة عن الحالات:

شملت العينة الدراسة من أربعة أطفال تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة متواجدين بعيادات أرطوفونية مختلفة " جمعية بنات الخير(وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة ه.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران) "، يعانون من إضطراب التأتأة، وقد تم إخضاعهم لقياس قبلي بإستخدام شبكة ملاحظة التأتأة، أظهرت نتائجه إرتفاعا ملحوظا في مؤشرات التأتأة الأساسية مثل التكرار، والإطالة، والتوقفات،

إلى جانب سلوكيات مصاحبة كشد عضلات الوجه، والحركات الجسدية غير الإرادية أثناء الكلام، وتجنب المواقف التواصلية. تمثلت درجة التأتأة بين الحالات الأربع ضمن الفئة التي تشير إلى درجة الشديدة، حيث حصلت الحالة الثالثة على أعلى درجة (88)، تليها الحالة الأولى (81)، ثم الحالة الرابعة (75)، وأخيرا الحالة الثانية (66)، كما بينت الملاحظات النفسية والسلوكية وجود مؤشرات للقلق، وتراجع في الثقة بالنفس، وصعوبات في التفاعل الإجتماعي. بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على قسمين قسم العلاج الأرطوفوني الذي إمتد على مدى 12 جلسة علاجية وقسم العلاج بالسباحة الذي إمتد على مدى 7 جلسات علاجية بمقدار 12 أسبوع، كشفت نتائج القياس البعدي عن تحسن ملحوظ لدى جميع الحالات، حيث إنخفضت مؤشرات التأتأة الأساسية بشكل واضح، وإختفت بعض السلوكيات المصاحبة أو تراجعت بشكل كبير. كما سجل تحسن نفسي وإجتماعي تمثل في زيادة الإقبال على التفاعل، وإرتفاع مستويات الثقة بالنفس، وتحسن في المبادرة الكلامية داخل البيئة الأسرية والمدرسية. فلاحظنا أن كل الحالات الأربعة قد إنتقلت جميعها من الدرجة الشديدة إلى الدرجة المتوسطة، مما يدل على تحسن ملموس كما تعكس هذه النتائج فاعلية البرنامج العلاجي في إحداث تغيرات إيجابية على المستويين اللغوي والنفسي، وتؤكد أهمية التدخل المتكامل لمعالجة التأتأة عند الأطفال.

الفصل السابع: مناقشة النتائج

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة

الخاتمة

الإقتراحات

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص فرضية الدراسة على أن " للعلاج بالسباحة فعالية في التخفيف من التأتأة لدى أطفال متمدرسين"، وللإجابة على هده الفرضية تم بناء برنامج علاجي قائم على قسمين قسم خاص بالعلاج الأرطوفوني وقسم خاص بالعلاج بالسباحة، وتم تطبيقه على عينة متكونة من 4 أطفال متمدرسين تتراوح أعمارهم من 6 الى 12 سنة متواجدين بعيادات أرطوفونية مختلفة " جمعية بنات الخير(وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة هـ.فاضل (وهران)، العيادة الأرطوفونية يسر الكلام (وهران)، العيادة الأرطوفونية للمختصة س.بلكحل (بلدية البرية بوهران) ". ومن أجل إختبار فعالية البرنامج المقترح تمت المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لشبكة الملاحظة الخاصة بتقييم التأتأة وذلك بإستخدام الإحصاء اللابرامتري Wilcoxon وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (13): إتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى التأتأة لدى حالات الدراسة

المتغير	الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ز المحسوبة	ز الجدولية	مستوى الدلالة
شدة التأتأة	+	4	2.5	10	0	0	0.05
	-	0	0	0			

من خلال نتائج جدول رقم (13) الذي يمثل إتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى التأتأة لدى حالات الدراسة نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي عند مستوى دلالة 0.05 في المقياس مما يجعلنا نقول أن العلاج بالسباحة فعال في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين.

كشفت نتائج الدراسة الحالية، التي إستهدفت أربعة أطفال متمدرسين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة، يعانون من إضطراب التأتأة بدرجة شديدة ولم يسبق لهم الخضوع إلى تكفل أرطوفوني من قبل، عن فعالية واضحة للبرنامج العلاجي المزدوج القائم على قسم العلاج الأرطوفوني وقسم العلاج بالسباحة في تحسين الطلاقة الكلامية والجوانب النفسية والإجتماعية المصاحبة للتأتأة. فعلى المستوى الفردي، أظهرت الحالات الأربعة إنخفاضا لافتا حيث إنخفضت درجة الحالة الأولى من 81 إلى 52، والحالة الثانية من 66 إلى 37، والحالة الثالثة من 88 إلى 64، والحالة الرابعة من 75 إلى 50. ووفقا لتصنيف مجالات شدة التأتأة (0–32: خفيفة،33–65: متوسطة، 66–96: شديدة)، نلاحظ أن الحالات الأربعة قد إنتقلت جميعها من درجة الشديدة إلى درجة المتوسطة، مما يدل على تحسن ملموس في أعراض التأتأة نتيجة البرنامج الذي يمثل مقاربة علاجية مبتكرة تنطلق من فهم شمولي للتأتأة بإعتبارها إضطرابا مركبا يمس الجوانب النطقية والنفسية والحركية لدى الطفل. وتكمن فرادة هذا البرنامج في كونه لا يقتصر على تدريب مباشر على مهارات الكلام، بل يدمج بين تقنيات الطلاقة اللفظية، والتنفس البطني، والإسترخاء العضلي، وبين أنشطة مائية موجهة تهدف إلى تنمية التحكم في النفس والتوازن الجسدي والإنفعالي، ما يخلق بيئة علاجية متعددة الحواس. ويؤسس هذا التداخل بين البعدين الأرطوفوني والبدني ديناميكية علاجية فريدة، تتيح للطفل تطوير مهاراته التواصلية في سياق بعيد عن التوتر والضغط الإجتماعي. كما يتميز البرنامج بالتدرج المنهجي في تقديم التمارين، والإنتقال المدروس من المواقف الآمنة إلى المواقف التي تتطلب قدرا أكبر من المواجهة والإنخراط الإجتماعي، ما يساعد الطفل على بناء مشاعر الثقة والكفاءة الذاتية تدريجيا. ومن الجوانب المتميزة في هذا البرنامج كذلك إعتماده على التصور الإيجابي وتمارين التأتأة المتعمدة التي تعيد صياغة العلاقة بين الطفل والتأتأة، حيث لا ينظر إليها كخلل، بل كظاهرة يمكن التحكم فيها والتعايش معها دون خجل أو قلق. أما على المستوى الإجتماعي، فإن البرنامج لا يعالج فقط أعراض التأتأة، بل يساهم في إعادة دمج الطفل داخل محيطه العائلي والتربوي، من خلال تفعيل دور الأسرة في المتابعة والدعم، وتحسين صورة الذات لدى الطفل داخل المجموعة. ويعد عنصر الإستمرارية أيضا من نقاط القوة في هذا البرنامج، إذ يختتم بجلسة تقييمية بعد فترة راحة تهدف إلى قياس مدى ترسخ المكتسبات في غياب التوجيه المباشر، وهو ما يعزز من فاعلية التكوين الذاتي والإستقلالية في التحكم في الكلام. بهذا الشكل، لا يحقق البرنامج نتائج لحظية فحسب، بل يرسخ ممارسات علاجية قابلة للإستدامة،

ويشكل نقطة تحول حقيقية في حياة الطفل الذي يعاني من التأتأة، مانحا إياه أدوات داخلية وخارجية لفهم ذاته والتعبير عنها بثقة وهدوء.

بالإعتماد على ما سبق، فإن أهمية هذه النتائج لا تقتصر على التغيير الإيجابي في حياة الطفل فحسب، بل تتجلى أيضا في إتساقها مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة، مما يعزز من مصداقية وفعالية البرنامج العلاجي، ففي تايوان، أجرى الباحثان جينغ–شينغ وانغ (Jeng-Shing Wangووين–بينغ هونغ (Wen-Ping Hung) سنة 2009 دراسة بعنوان "The effects of a swimming intervention for children with asthma"، وهدفت إلى تقييم أثر برنامج سباحة منتظم مدته ستة أسابيع على تحسين وظائف الرئة وتقليل شدة أعراض الربو لدى الأطفال، وقد أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا في القدرة التنفسية لدى الأطفال المشاركين. وفي تركيا، أنجز الباحثان حسن غوكسو (H. Goksu) ونعمان ديميرجي (N. Demirci) سنة 2018 دراسة بعنوان "The effect of swimming exercises on speech fluency in children with developmental stuttering"، وهدفت إلى قياس تأثير تمارين السباحة المنتظمة على طلاقة الكلام لدى الأطفال المصابين بالتأتأة التطورية، وأسفرت عن نتائج إيجابية تمثلت في تحسين تدفق الكلام وتقليل نوبات التأتأة. وفي السياق نفسه، أجرى مايكل سميث (M. Smith) وليزا جونسون(L. Johnson) سنة 2019 في الولايات المتحدة دراسة بعنوان "The role of aquatic exercises in improving speech fluency in pediatric stuttering: A randomized controlled trial"، وهدفت إلى إختبار فعالية التمارين المائية كعلاج تكميلي لتحسين طلاقة الكلام وتقليل أعراض التأتأة، وقد بينت النتائج تحسنا كبيرا في الأداء الكلامي والثقة بالنفس لدى الأطفال الذين شاركوا في البرنامج. وفي الهند، أجرى الباحثان أميت كومار (A. Kumar) وراجشري شارما (R. Sharma) سنة 2020 دراسة تجريبية أولية بعنوان "Aquatic therapy as an adjunct treatment for children with speech disorders: A pilot study"، هدفت إلى إكتشاف تأثير العلاج المائي على مهارات التنفس والطلاقة الكلامية لدى الأطفال المصابين بإضطرابات النطق، وأظهرت الدراسة نتائج مشجعة على فعالية الدمج بين العلاج المائي والعلاج النطقي. ومن زاوية أوسع، قدم كل من تشنغيان تانغ(Zhengyan Tang) ، ويي وانغ(Ye Wang) وآخرون سنة 2022 في الصين دراسة بعنوان "Effects of aquatic exercise on mood and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis"، وهدفت إلى تحليل تأثير التمارين المائية على المزاج والقلق من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي،

وأكدت النتائج الأثر الإيجابي للتمارين المائية في تحسين الصحة النفسية. وفي تركيا كذلك، أجرت الباحثتان إمينه أدين (Emine Adin) وزريفة بانجار (Zarife Pancar) سنة 2023 دراسة بعنوان : "Effect of Swimming Exercise on Respiratory Muscle Strength and Respiratory Functions in Children with Autism"، هدفت إلى قياس تأثير السباحة على قوة عضلات التنفس ووظائف الجهاز التنفسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وكشفت النتائج عن تحسن واضح في المؤشرات التنفسية، مما يدعم جدوى السباحة كوسيلة علاجية داعمة في هذا المجال.

وبالإظافة إلى ما قدمته الدراسات السابقة من دعم تجريبي فإن الرجوع إلى الجانب النظري يمكننا من فهم الأبعاد التي تفسر هذه النتائج وتعزز من واجهتها فنجد أن الأدلة العلمية المتنامية أظهرت أن هذا النوع من النشاط البدني لا يقتصر على تقوية الجوانب التنفسية فحسب، بل يمتد أيضا إلى دعم الجوانب النفسية والإجتماعية. فالسباحة تفرض على الطفل التحكم في تنفسه من خلال تقنيات التنفس البطني والتنفس العميق، مما يعزز فعالية التحكم في تدفق الهواء أثناء الكلام ويقلل من الإنحباسات الصوتية، وهي من السمات الأساسية للتأتأة. كما أن إحساس الطفل بالإنجاز من خلال تعلم مهارات السباحة يعزز ثقته بنفسه، ويزيد من قدرته على التفاعل الإجتماعي، مما ينعكس إيجابا على قدراته التواصلية. من هنا، يبدو أن السباحة تلعب دورا تكامليا في علاج التأتأة، حيث تدمج بين الجوانب الفسيولوجية والنفسية والإجتماعية، وتدعم العملية الأرطوفونية بشكل فعال، مما يعزز من فرضية أن دمج السباحة في البرامج العلاجية للأطفال المتأتئين قد يكون خيارا واعدا في التخفيف من حدة هذا الإضطراب وتحقيق طلاقة كلامية مستدامة.

الخاتمة

وفي الختام تعد التأتأة أحد أبرز إضطرابات الطلاقة الكلامية. وغالبا ما تكون مصحوبة بإضطرابات نفسية كالتوتر، القلق، والخجل، مما يؤثر سلبا على الحياة الإجتماعية والدراسية للطفل. ورغم تعدد المقاربات العلاجية، إلا أن فعالية كل منها تختلف حسب طبيعة الحالة والعوامل المرافقة لها.

حاولنا من خلال هذه الدراسة الإحاطة بجوانب هذا الاضطراب المعقد، وإكتشاف مدى فعالية نشاط بدني غير تقليدي – كالسباحة – في التخفيف من مظاهره لدى الأطفال المتمدرسين.

وقد سعينا من خلال الجانب النظري إلى توضيح المفاهيم الأساسية المرتبطة بالتأتأة، من حيث الأسباب، الأعراض، والعلاجات المتوفرة. أما في الجانب التطبيقي، فقمنا بتصميم شبكة ملاحظة خاصة بتقييم التأتأة وبناء وتنفيذ برنامج مكون من قسمين: القسم الأول خاص بالعلاج الأرطوفوني والقسم الثاني يعتمد على العلاج بالسباحة، ومتابعة تأثيره على عينة من الأطفال المتمدرسين الذين يعانون من التأتأة.

أظهرت النتائج عن مؤشرات إيجابية تدعم الفرضية القائلة بأن للعلاج بالسباحة فعالية في التخفيف من التأتأة لدى الأطفال المتمدرسين، وأن السباحة يمكن أن تساهم في تحسين الطلاقة الكلامية، من خلال تخفيف التوتر العضلي والنفسي، وتحسين التنفس والتناسق الحركي.

الإقتراحات

إنطلاقا من النتائج التي توصلنا إليها، ومن خلال ما رصدناه خلال تطبيق البرنامج، نقدم التوصيات التالية:

- تشجيع دمج الأنشطة البدنية، خصوصا السباحة، في البرامج العلاجية الموجهة للأطفال الذين يعانون من إضطرابات الطلاقة، لما لها من أثر إيجابي على الجانب النفسي والجسدي، وبالتالي على الطلاقة الكلامية.
- توفير تكوين مشترك بين الأخصائيين الأرطوفونيين ومدربي السباحة، قصد تصميم برامج علاجية منسجمة تأخذ بعين الاعتبار خصوصية كل طفل.
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر وأكثر تنوعا من حيث الفئة العمرية، شدة التأتأة، والبيئة الإجتماعية، للتحقق من مدى تعميم نتائج هذا النوع من العلاج.
- العمل على توفير بيئة علاجية آمنة ومرحبة داخل المسابح، تحفز الأطفال على التفاعل والمشاركة دون قلق أو خجل.
- الإهتمام بالجوانب النفسية المصاحبة للتأتأة ضمن الجلسات العلاجية، لما لها من دور محوري في تحسين الإستجابة للعلاج.
- إقتراح إدماج التربية البدنية العلاجية في المناهج التكوينية لطلبة الأرطوفونيا، باعتبارها مجالا واعدا يستحق الدراسة والتطوير.
- توعية الأولياء بضرورة مواصلة برنامج السباحة لأطفالهم حتى بعد إنتهاء التدخل العلاجي، لما له من دور فعال في تدعيم المكتسبات المحققة، والحفاظ على الطلاقة الكلامية، وتعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل على المدى البعيد.

- **قائمة المراجع العربية:**

- عكاشة أحمد، المراجعة العاشرة للصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية، ط1، منظمة الصحة العالمية، القاهرة، 1974.
- خيذر حياة، مستوى تقدير الذات لدى الطالب الجامعي المصاب بالتأتأة، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكر، 2019-2020.
- بن قدور، شايب، دور التكفل الأرطوفوني في تحسين إضطراب التأتأة، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في الأرطوفونيا، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، 2019-2020.
- ركزة سميرة وآخرون، التأتأة الماهية والعلاج، جسور للنشر والتوزيع، المحمدية، الجزائر، 2018.
- حمادي أنور، صعوبات النطق والكلام لدى أطفال المرحلة الإبتدائية، دراسة ميدانية بولاية سطيف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة سطيف2، 2014-2015.
- إبراهيم الجرواني هالة، 2012، إضطرابات التأتأة، (ب،ط)، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- حولة محمد، الأرطوفونيا علم الإضطرابات واللغة والكلام والصوت، ط4، دار هومة للنشر، 2011 .
- عبد الله العلي رشا، دراسة مسببات التأتأة عند الأطفال وتأثيراتها المستقبلية، المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، المجلد الأول، العدد الثاني عشر، جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل المملكة العربية السعودية، 2020.
- بن سكريفة مريم، إضطراب اللغة التحصيل الدراسي لدى التلاميذ المرحلة الإبتدائية السنة الاولى والثانية والثالثة، مذكرة لنيل شهادة ليسانس، تخصص تربية المتخصصة والتعليم المكيف، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2013-2014.
- أبوغنيمة يوسف، صعوبات الكلام عند الأطفال وإختلافهم عن أقرانهم، 2011.
- الجمل، 2012، أثر السباحة في تحسين مستوى الإسترخاء النفسي وتقليل التوتر، مجلة البحوث النفسية والتربوية، 15(2)، 125-13.
- عوض زيدان وسام، 2019، السباحة لذوي الإحتياجات الخاصة. عمان، الأردن: دار أمجد للنشر والتوزيع.

- بن سالم يوسف الكعبي سارة. 2019، دراسة حالة: تحسين التأتأة عند الأطفال باستخدام التلاوة القرآنية العلاجية. مجلة علوم الصحة النفسية الإسلامية، .(6)
- طارق زكي، 2009، سيكولوجية التعلثم في الكلام معبر طبعة الأولى.
- خرسي فاطمة إكرام، أثر التأتأة في ظهور إضطراب الشخصية التجنبية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص إضطراب الشخصية، جامعة الدكتور مولاي طاهر سعيدة، 2014-2015.
- عودة الريماوي محمد، علم النفس النمو، ب،ط، دار المسيرة، عمان، 2002.
- حسن مصطفى عبد المعطي،2003، الإضطرابات النفسية للطفولة والمراهقة أسباب تشخيص علاج، القاهرة، طبعة أولى.
- هيثم أبو سعيد جادو، اللجلجة والثعلثم عند الأطفال، عالم الإعاقة، الرياض، 2002.
- زهران حامد عبد السلام، 1998، التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
- بيومي لمياء، 2008، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المتوحدين، أطروحة دكتورة، مصر، جامعة قناة السويس.
- السيد رحاب، 2005، فاعلية برنامج للأنشطة النفس حركية في تنمية بعض المهارات الإجتماعية لأطفال الروضة، رسالة ماجستير، مصر، جامعة الزقازيق.

- **قائمة المراجع الأجنبية:**

- Perry, Jacquelin & Cutner, David M. (1999). Aquatic Therapy Programming: Guidelines for Orthopedic Rehabilitation. Human Kinetics. First Edition.
- Becker, Bruce E. (2009). Aquatic Therapy: Scientific Foundations and Clinical Rehabilitation Applications. Saunders Elsevier. First Edition. pp. 7–9.
- Weiss, Pia & Kjendlie, Per-Ludvik. (2016). Aquatic Exercise: A Guide for Therapy and Training. Human Kinetics. First Edition.
- Zhang, Z., et al. (2022). Effects of aquatic exercise on mood and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 13, 971403.
- Klein, M., & Sullivan, T. (2017). The benefits of aquatic therapy in reducing stress and anxiety. Journal of Psychosomatic Medicine, 72(3), 215–221.
- Bruce, R. A., & Cole, M. (2011). Aquatic therapy: Principles and practices (2nd ed.). Human Kinetics Ilomets, M. (1994). Water therapy combined with

body and speech method in the treatment of stuttering in children. Tallinn Pedagogical University.

- Sourvinos, Y., Tsakanikos, E., & Pange, J. (2021). The effectiveness of Aquatic Speech and Language Therapy (ASLT) in children with Autism Spectrum Disorder. International Journal of Developmental Disabilities, 67(5), 356–364.
- Swim Angelfish. (n.d.). How swimming helps children who stutter. Swim Angelfish.
- Children's Therapy Team. (n.d.). Swimming and stuttering: How aquatic therapy supports communication. Children's Therapy Team.
- SPGCT Aquatics. (n.d.). Benefits of group swimming for children who stutter. SPGCT Aquatics.
- Swimlab International. (n.d.). How swimming supports speech fluency in children. Swimlab International.
- Ladouceur, R., & Martineau, G. (1982). Evaluation of regulated-breathing method with and without parental assistance in the treatment of child stutterers. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13(4), 301–306.
- Elliott, A. J., Miltenberger, R. G., Rapp, J., Long, E. S., & McDonald, R. (1998). Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 29(4), 289–302.
- Reddy, R. P., Sharma, M. P., & Shivashankar, N. (2010). Cognitive behavior therapy for stuttering: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32(1), 1–8.
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., III, & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56(3), 921–932.
- Baumann, N. (2017). The effects of music therapy on stuttering (Undergraduate honors thesis, The University of Akron).
- Moqhimi, F., Saeidmanesh, M., & Yousefi, M. R. (2024). Investigating the effectiveness of music therapy on anxiety caused by stuttering in children aged 4 to 12 years in Yazd City, Iran. Journal of Modern Rehabilitation.
- Wang, J.-S., & Hung, W.-P. (2009). The effects of a swimming intervention for children with asthma. Respirology, 14(6), 838–842.
- Goksu, H., & Demirci, N. (2018). The effect of swimming exercises on speech fluency in children with developmental stuttering.
- Smith, M., & Johnson, L. (2019). The role of aquatic exercises in improving speech fluency in pediatric stuttering: A randomized controlled trial.

- Kumar, A., & Sharma, R. (2020). Aquatic therapy as an adjunct treatment for children with speech disorders: A pilot study.
- Tang, Z., Wang, Y., Liu, J., & Liu, Y. (2022). Effects of aquatic exercise on mood and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 13, Article 1051551.
- Adin, E., & Pancar, Z. (2023). Effect of swimming exercise on respiratory muscle strength and respiratory functions in children with autism. Eurasian Journal of Medicine, 55(2), 135–139

الملحق رقم (01): حوصلة الأرطوفونية

- **تاريخ الحالة:**

1. معلومات عامة عن الحالة:

اللقب والإسم:

تاريخ ومكان الميلاد:

المستوى الدراسي:

العنوان:

رقم الهاتف:

2. تاريخ المرض:

3. البنية العائلية:

وضعية الوالدين:

صلة القرابة بين الوالدين:

العلاقة بين الوالدين:

طبيعة العلاقة مع العائلة:

اللغة المستعملة:

عدد الإخوة:

رتبته بين إخوته:

هل توجد سوابق عائلية خاصة بالإضطراب:

هل اختلط الطفل في أماكن رعاية الأطفال، مع من؟

اللغات واللهجات المستعملة في العائلة:

4. معلومات عن الحمل والولادة وبعد الولادة:

* الحمل:

هل كان الطفل مرغوبا فيه؟

هل جنس الطفل مرغوب فيه؟

هل عانت الأم مشكلة صحية خلال الحمل؟

هل تناولت الأم أدوية أثناء الحمل؟

هل تعرضت الأم للضغط النفسي في أثناء الحمل؟

هل كانت فترة الحمل طبيعية أم صعبة؟

هل إكتملت الفترة المحددة للحمل؟

* الولادة:

هل الولادة طبيعية أم قيصرية؟

كيف مرت الولادة؟

هل إستعملت الملقاط؟

هل لف الحبل السري حول العنق؟

* بعد الولادة:

هل عانى المولود من نقص الأكسجين؟

هل صرخ مباشرة؟

كيف كانت صرخة الميلاد؟

هل وقعت أي مشاكل أخرى؟

وزنه عند الولادة:

نوع الرضاعة ومدتها:

5. النمو الحسي الحركي:

سن الإبتسامة:

هل كان يحرك أطرافه بمرونة؟

سن التحكم في إستقامة الرأس:

سن إكتساب وضعية الجلوس:

سن الحبو:

سن الخطوات الأولى:

سن المشي:

سن ظهور الأسنان الأولى:

سن الإستقلالية في النظافة:

سن الإستقلالية في الأكل:

الجانبية:

سن المناغاة:

سن الكلمة الأولى:

سن الكلمة–الجملة:

سن تكوين الجملة:

6. الجانب العاطفي والسلوكي:

كيف هي طبيعة شخصية الطفل؟

هل تعيش الحالة في أسرة صغيرة أم مع العائلة الكبيرة؟

هل أسرة الطفل مستقرة أم لا؟

نوعية العلاقة مع عائلته:

الأب:

أسلوب تعامل الأم مع الحالة:

الأم:

هل يوجد تفرقة بين الجنسين في العائلة؟

الإخوة:

الرفقاء:

المعلمة:

الأنشطة التي يمارسها:

الأنشطة التي تمارسها الأسرة معه

7. أسئلة تخص التأتأة:

متى ظهرت أول مرة؟

كيف كان الظهور الأول مفاجئ أو تدريجي؟

الشكل الأول الذي ظهرت فيه:

هل توجد مواقف معينة تظهر فيها؟

هل تصاحبها أعراض أخرى؟

هل توجد فترات تقطع فيها؟

رد فعل الأولياء:

رد فعل المحيط:

هل يشك الأولياء في سبب معين للتأتأة؟

هل تعرضت الحالة لصدمات؟

هل الحالة واعية بإضطرابها؟

ما أكثر ما يزعجك كونك متأتئ؟ نظرات الاخرين أم كونك تعاني من هذا الإضطراب؟

هل تقبلت فكرة زيارة المختص الأرطوفوني؟

هل سبق للحالة زيارة مختص نفسي أو أرطوفوني بسبب الإضطراب؟

الملحق رقم (02): شبكة الملاحظة

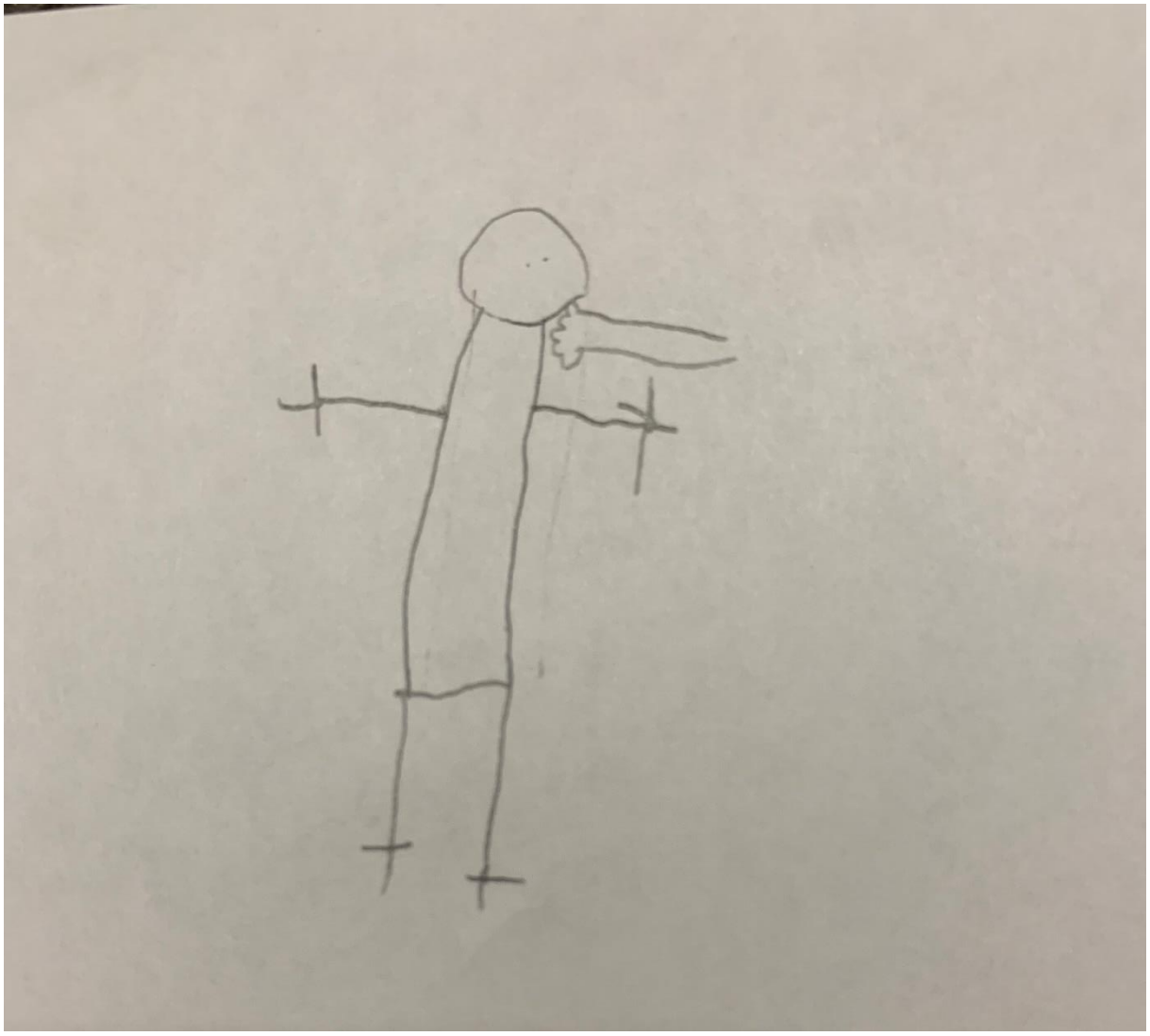
الإسم: **السن:**

الجنس: **الترتيب في الأسرة:**

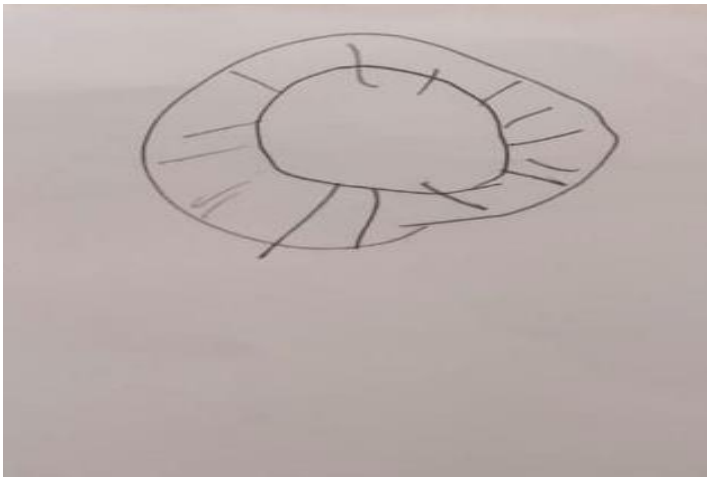
البنود	الفقرات	درجة السلوك				
		دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
نوع التأتأة	تكرار الأصوات مثل " بـ بـ بابا"					
	تكرار المقاطع مثل " بابـ بابا"					
	تكرار الكلمات مثل "أنا أنا ذاهب"					
	إطالة الأصوات مثل "سسسسيارة"					
	إضافة أصوات غير ضرورية مثل "أأأ، ممم"					
	توقف مفاجئ عن الكلام					
السلوكيات المصاحبة	شد في عضلات الوجه أو الرقبة					
	رمش مفرط أو إغلاق العينين					
	تحريك الرأس أو ميلانه					
	تحريك اليدين أو الأصابع بشكل لا إرادي					
	إهتزاز القدم أو النقر بالأصابع					
	تحريك الفم واللسان بشكل غير طبيعي					

محاولات إخفاء التأتأة	تجنب كلمات معينة					
	تغيير الكلمات أثناء الكلام					
	التظاهر بنسيان الكلمات					
	التحدث بسرعة أو ببطء غير طبيعي					
	التحدث بصوت منخفض جدا					
	إستخدام الإيماءات					
ردود الفعل العاطفية	توتر أو قلق أثناء الكلام					
	إحباط أو غضب عند مواجهة صعوبة					
	فقدان الثقة بالنفس					
	الخجل وإحمرار الوجه					
	الخوف من التحدث					
	تجنب التواصل البصري					

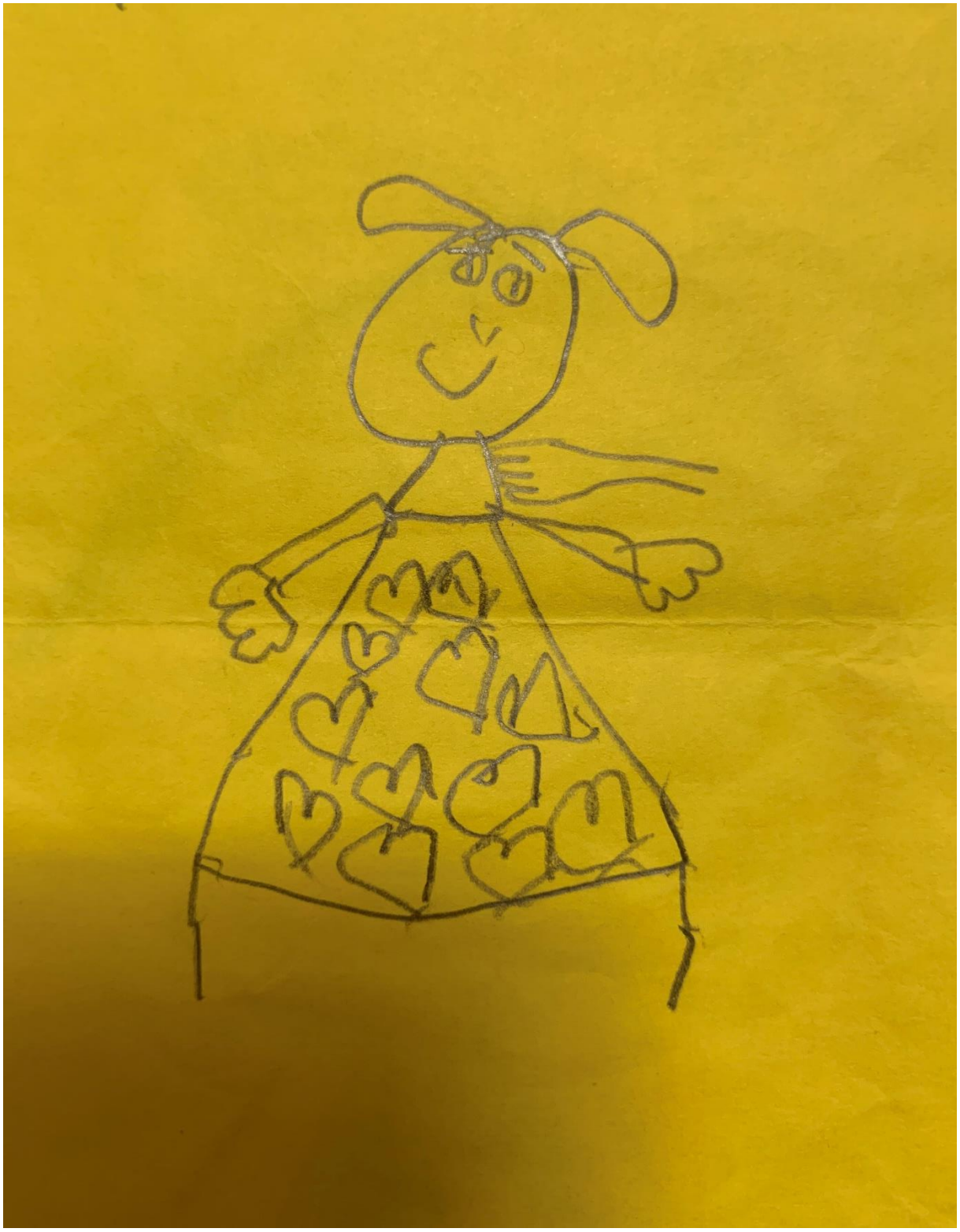
الملحق رقم (03): الرسم التمثيلي للحالة الأولى للتأتأة



الملحق رقم (04): رسم تمثيلي للحالة الثانية للتأتأة



الملحق رقم (05): الرسم التمثيلي للحالة الثالثة للتأتأة



الملحق رقم (06): الرسم التمثيلي للحالة الرابعة للتأتأة

