

جامعة الجزائر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية و الأطفونيا

المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية وتأثيرها في تقدير
الذات عند المصابة بالبحة الصوتية
(مقارنة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات)
دراسة ميدانية: تقدير الذات بمقياس كوبر سميث

تحت إشراف:
الأستاذ نواني حسين

من إعداد الطالبة:
عدة مريم

السنة الجامعية: 2008/ 2009

شكر

نشكر الله عز و جل و نحمده على ما وهبنا إياه من قوة و إرادة لانجاز هذا العمل المتواضع.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذي المحترم نواني حسين على قبوله الإشراف على هذا العمل و على توجيهاته القيمة.

أشكر أساتذة الكرام على قبولهم مناقشة هذا البحث و شكر خاص إلى الأستاذ باشن مصطفى.

و كل من ساندني و شجعني من قريب و من بعيد.

إهداء

إلى الوالدين العزيزين أمي و أبي اللذان كانت نصائحهما شموعا
تضيء دربي, إلى إخوتي و أخواتي.

إلى أبناء إخوتي و أخواتي : هارون الرشيد ، أوليفي ، شناز ،
سامي علي، راني عادل، شكيب.

إلى الحاج عمرو الصديقة سورية و كل عائلتهما.

إلى صارة ورحيمة .

إلى كل الأساتذة اهدي هذا العمل.

الفهرس

الموضوع	
المقدمة	ص.....
إشكالية	البحث ص.....
فرضيات	البحث ص.....

الجزء الاول : الجانب النظري

الفصل الأول: تقدير الذات و وضعية المرأة الجزائرية

أ- تقدير الذات

تمهيد

- 1- تحديد مفاهيم الذات.....
ص
- 2- تعاريف الذات.....
ص
- 3- مراحل نمو مفهوم الذات
ص.....
- 4- الشعور و اللاشعور في مفهوم الذات
ص.....
- 5- نظريات الذات.....
ص
- 6- معنى تقدير الذات.....
ص

- 7- أنواع تقدير الذات ص
- 8- كيفية قياس الذات ص
- 9- صعوبات قياس الذات ص

ب- وضعية المرأة الجزائرية :

تمهيد

- 1- المرأة الجزائرية و التعليم ص
- 2- المرأة الجزائرية و العمل ص
- 3- تقدير الذات عند المرأة ص
- 4- العلاقة بين تقدير الذات و نجاح ص
- 5- تأثير المشاكل على تقدير الذات ص

الفصل الثاني: البحة الصوتية

ا- الجانب

العادي ص

تمهيد

- 1- تعريف الصوت ص
- 2- مكونات الكلام ص
- 3- دراسة الجانب التشريحي ص
- 4- دراسة الجانب ص

العصبي.....	ص
5- دراسة	الجانب
الفيزيولوجي.....	ص
6- دراسة	الجانب
الفيزيائي.....	ص

ب-	الجانب	المرضي
.....	ص	

تمهيد

1-	تعريف	الصوت
المرضي.....	ص	
2-تصنيف	البحّة	
الصوتية.....	ص	
3-التجهيد	الصوتي	علاماته
العضوية.....	و	ص
4-عوامل	و	البحّة
الصوتية.....	أسباب	ص

الفصل الثالث: إعادة التربية الصوتية

تمهيد

1-	معنى الكفالة الأرتوفونية.....
	ص
2-	مبادئ إعادة التربية الصوتية.....
	ص
3-	إعادة تربية البحة الصوتية.....
	ص
4-	أسباب فشل و عوامل نجاح إعادة التربية الصوتية.....
	ص
5-	دور المختص الأرتوفوني.....
	ص

الجزء الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الأول منهج البحث و إجراءاته

تمهيد

- 1- تحديد متغيرات البحث
ص
- 2- مكان إجراء البحث
ص
- 3- عينة البحث
ص
- 4- تقنيات البحث
ص
- 5- صعوبات البحث
ص

الفصل الثاني: نتائج الدراسة التطبيقية

- 1- جداول تقدير الذات قبل إعادة التربية الصوتية للفئة العاملة و الفئة غير العاملة.....
ص
- 2- جداول المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية للفئة العاملة و الفئة غير العاملة.....
ص
- 3- جداول تقدير الذات بعد المشاركة للفئة العاملة و الفئة غير العاملة.....
ص
- 4- جداول المشاركة و تقدير الذات للفئة العاملة و الفئة غير العاملة.....
ص
- 5- مخطط المشاركة و تقدير الذات للفئة العاملة.....
ص
- 6- مخطط المشاركة و تقدير الذات لفئة غير العاملة
ص

الفصل الثالث: مناقشة الفرضيات

أ- المعالجة الإحصائية

1- الفرضية الأولى.....
ص

2- الفرضية الثانية.....
ص

3- الفرضية الثالثة.....
ص

ب- المناقشة العامة للنتائج

الخاتمة.....
ص

الاقتراحات.....
ص

مقدمة:

إن الأفراد يتميزون عن بعضهم البعض ليس فقط بما نلاحظه عليهم من صفات جسمانية وإنما تتميزهم عناصر ومميزات عديدة تتجمع كلها في مصطلح الشخصية، التي تعني ذلك التنظيم الديناميكي المتكامل من الصفات والمميزات والتركيبات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تبدو في العلاقات الاجتماعية للفرد والتي تميزه عن غيره من الأفراد تمييزاً واضحاً (مصطفى فهمي 1976 ، ص 71) وهذا ما يعني أنها تشمل دوافع الفرد، ميوله، عواطفه، اهتماماته الخلفية وآرائه ومعتقداته وذكائه ومواهبه الخاصة ومعلوماته وما يتخذ من أهداف ومثل وعاداته الاجتماعية.

كما يوضح كل من (زيمباردو وراش ، 1980، ص 192) في تعريفهم العام للشخصية أنها عبارة عن مجموعة من الصفات النفسية، المنفردة للشخص، بحيث تؤثر هذه الصفات في أنماط سلوكية خاصة، متنوعة، وذلك بطرق ثابتة نسبياً في حالات مختلفة عبر الزمن.

وخلال تطور شخصية الإنسان تكتسب أساليب معينة يحاول بها الدفاع عن كيانه وتخفيف من توتره الداخلي وتحقيق سلوك التوافق فهو يعمل على تطوير أساليب دفاعية ، ص لمواجهة ما يعانیه من القلق والغضب والإحباط، وقد يلجأ إليها كل إنسان لمواجهة واقف الحياة المختلفة لكي يتمكن من تحقيق التوازن النفسي والتكيف مع الآخرين ومع البيئة، وهذا ما تؤكد بعض التعريف الشخصية بأنها "عبارة عن تكتما هو(الغرائز)، الأنا (الذات) والأنا الأعلى (kamel .dessougui 1988,1990 p 1320).

أما أدلر يعرفها: "الشخصية هي أسلوب حياة وطريقته المميزة في الاستجابة لمشكلات حياته، بما في ذلك أهدافه الحياتية".

في حين البعض يؤكد ذلك بتعريفهم "على أنها استجابات الفرد وردود أفعالهم عند مواجهتهم للمواقف التي يعيش أحداثها (صباح باقر 1983 ص 38).

أما سكينر فيقول بأنها نتائج تأثير المحيط الخارجي في السلوك الإنساني ولا شيء غير ذلك. كل إنسان يتعرض في حياته اليومية لمشاكل عديدة، قد لا تؤثر على شخصيته سلباً، فيعمل ما بجهده لإيجاد حل لها أو لتخفيف منها، لكن كثيراً ما تصادفه مشاكل أخرى لم يعتد عليها من قبل، كفقدان الصوت مثلاً الذي هو عنصر أساسي لتحقيق الإتصال وضمان البقاء وسط الجماعة أي الإدماج في المجتمع، فيشعر حينئذ أن شخصيته مهددة بالإنهيـار لكون صوته جزء من شخصيته وأن لا مستقبل عملي له خاصة وإن كانت مهنته تتطلب استعمال الصوت بكثرة وشعور بفقدان إمكانياته في البيت كرب عائلة كان يفرض وجوده كلما أعلى صوته، كل هذا قد يكون له انعكاس على شخصية المصاب بصفة عامة وبالأخص على ذاته، حيث تتغير نظرتة إلى نفسه وإلى من حوله، وتسيطر عليه فكرة الإحساس بالفشل والإحباط وأن لا فائدة من وجوده خاصة وسط الجماعة ، إذ لا يستطيع إبداء وفرض رأيه والتعبير عما يريده، خاصة وإن كان البعض من هذه الجماعة ينظر للمصاب بهذا الإضطراب الصوتي كشخص لا يمكنه الدخول في الحوار والنقاش الطويل كالسابق، فيهمشه عن باقي الأفراد الآخرين، فهنا المصاب بالإضطراب الصوتي ينقص من قيمته ويفضل العزلة عن الجماعة سواء في البيت أو العمل أو الشارع فبالتالي يختل توازنه بين نظرتة لنفسه ولواقعه، وهذا ما يعرقل نضجه الاجتماعي والإنفعالي.

وكل هذا قد نلاحظه من خلال سلوكياته باعتبار تصرفات الإنسان وأفعاله هي حكم على شخصيته ودليل على نفسيته لأن كما يقول البعض للأفعال صوت أعلى من صوت الأقوال (فاخر عاقل 1980 ص 170).

فمن خلال ملاحظاته لأفعاله وتصرفاته يتضح لنا مدى تأثير ذلك المشكل على نفسية المصاب وكيف يعيش مشكلته.

الإشكالية و الفرضيات

الإشكالية :

شهدت الكفالة الأرتوفونية، في هذه السنوات الأخيرة تطورا كبيرا ، إذ خصصت أقسام عديدة للمتابعة النفسية الأرتوفونية في جميع المراكز الطبية الاجتماعية و المستشفيات و حتى في المدارس بعد ما كانت اغلب الإضطرابات اللغوية و الصوتية يكتفى بعلاجها طبيا، دون أن يوجه المريض إلى المختص الأرتوفوني لتكملة علاجه، فإذا أصب بالبحه الصوتية ، فكثيرا ما كان يلجأ إلى التداوي التقليدي بالأعشاب و المستحضرات ، جاهلا دور المختص الأرتوفوني في مساعدته نفسيا و صوتيا.

أما حاليا فالمصاب بالبحه الصوتية بعد متابعة محدودة عند الطبيب المختص في أمراض الأذن الأنف الحنجرة يوجه مباشرة إلى إعادة التربية الصوتية باعتبارها مكملة لعلاج الطبي، خاصة و أن الإنسان لا يمكنه أن يتجرد من صفة من صفاته الشخصية التي تميزه عن غيره و من أهم هذه العناصر الصوت الذي هو عبارة عن المادة الخام التي تتكون منها أية لغة منطوقة عند الإنسان ووضوح هذا الصوت و صدوره بصورة طبيعية له أهمية في جعل اللغة مفهومة و تؤدي وظيفتها بالنسبة لمن يستخدمها (سيف الدين كربية، 2007، اضطرابات الصوت) كما انه وسيلة لتعبير عن المشاعر و الانفعالات الشخصي و التفاعل مع الآخرين عن طريق الحوار الذي يتطلب قدرة إيصال الكلام للغير بفضل الصوت الذي هو نتيجة صحة جهاز الكلام للمتكلم و الجهاز السمعي للمستمع . فالمصاب بالبحه الصوتية رغم عدم معاناته من إضطراب الكلام أو اللغة فقدان صوته يعجزه عن التصويت (Michel arrivé 1989 p63) و إجراء حوار صحيح كامل مع المستمع إليه، الشيء الذي يجعل المصاب بالبحه الصوتية كثيرا ما يشعر انه لم

يبقى له إلا جسده فيلجأ إلى الصمت و الإنطواء و التركيز على حوار داخلي من ذات لذات، من ذات لأخر، من ذات لعالم خارجي، خاصة و أن الصوت يكمن في الجسد (André padoux) إذ حتى و إن كان الصوت مضطرب أو منعدم، فهو موجود باستمرار و يحتل كل الجسد، و هذا ما تفسره الإشارات و العبارات الوجهية للمصاب بالبحه الصوتية الذي يفضل الانعزال و الانفراد، فتبدوا عليه سلوكيات و إنفعالات تؤثر سلبيا على تصور ذاته (Michel poiazat) يعرف Perron, R الذات على انه مجموعة من المميزات و الخصائص التي يكونها الفرد عن نفسه بالنسبة لجهاز قيمه الخاصّة (Perron, R, 1991, p 14-16)

و قد بين من خلال دراساته حول تصور الذات، ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي الاجتماعي و الجانب التحليلي لهذا المفهوم بالنسبة لهذا الباحث، فيقول لا نستطيع دراسة الذات إن لم نأخذ بعين الاعتبار متغيرات الفرد الداخلية النفسية الاجتماعية (Perron, R, 1971, p 13-14) .

قدم Perron, R ثلاث مراجع أساسية لتطور الذات :

- الأنا المدركة عن طريق الإجابة على السؤال من يكون.
- الأنا المثالي التي تكون حسب المميزات التي يتمنى الشخص أن يتصف بها كيف يريد أن يكون .
- المثل الأعلى للانا و ذلك بالإجابة على ماذا يجب أن يكون . فذات المصاب بالبحه الصوتية تتأثر كثيرا بأحاسيسه و إنفعالاته الخاصة و الصورة التي يكونها الآخرين عليه ، فالذات حسب تصور النظريات الإنسانية هي نتائج للتفاعلات الرمزية أو الحقيقية ، فهي موضوع الإدراك الذاتي عند شخص ما، أي مجموعة تصورات و إدراكاته ، كما يعرفونها بالعمليات الإدراكية المعرفية، التي يقوم بها الشخص ، فأى إضطراب في تعاملات الشخص مع غيره يؤدي إلى إضطراب لذات الشخص و تكون صورة سلبية له (Michel arrivé) و هذا ما لاحظناه كثيرا عند المصابين بالبحه الصوتية إذ كثيرا ما يصرحون بمدى تأثير اضطراب الصوت على حالاتهم النفسية من توتر و إحباط ، خاصة أثناء

تفاعلهم الفاشل مع الآخرين، الشيء الذي يدفع بالأغلبية إلى تكوين صورة سلبية لذاته و بالتالي الانعزال و الانطواء على الذات.

يقول فاروق عبد الفتاح أن تقديرنا لذواتنا يتغير في المواقف المختلفة أثناء تكوين علاقاته بالآخرين حيث أن للعوامل البيئية و العوامل الشخصية دور كبير في تكوين تقدير الذات (فاروق عبد الفتاح، 1987، ص 20).

في نفس الصدد يقول كارل روجرز أن دافع تحقيق الذات غالبا ما يصطدم و يتصارع مع نيل قبول الآخرين و نظرة الغير له حتى و إن حاول تأكيد ذاته (مصطفى عشوي، مدخل الى علم النفس، ص 180).

في نفس السياق يصف أبراهام ماسلو أن تحقيق الذات يخضع للضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد (مصطفى عشوي، مدخل الى علم النفس، ص 182) خاصة إذا كان هذا الفرد مصاب بإضطراب يقلل أو يحد من علاقاته بالآخرين كإصابته بالبحه الصوتية فالمصاب هنا يجد نفسه أمام مشكلين :

كيفية تبليغ رسالته اللغوية للمستمع من جهة و رد فعل و نظرة الغير له من جهة أخرى (مصطفى فهمي، 1967) إذ هذا الأخير غالبا ما يطلب منه أن يبذل جهدا اكبر أثناء التصويت أو إعادة ما يقوله مرات عديدة، هذا ما ينعكس سلبيا على نفسية المصاب بالبحه الصوتية فينشأ عنده القلق المستمر باعتباره رد فعل يقوم به الفرد .

يشير (s.sullivan) أن القلق له قوة لها أثرها في تكوين الذات أو تقدير الذات كما تشير الدراسات إلى إختلاف مستويات تقدير الذات عند الأفراد بإختلاف درجات قلق هؤلاء إثر إصابتهم بالاضطراب الصوتي.

وضّحت دراسة (محمد عبد الرحمان) أن الأفراد الذين يعانون من تقدير ذات منخفض غالبا ما تكون درجة قلقهم النفسي مرتفعة جدا مقارنة بذوي تقدير الذات المرتفع حيث نجدهم يسيطرون على قلقهم النفسي بدرجات متفاوتة.

كما وضّحت دراسات أخرى حول الاضطرابات النفسية المؤدية للبحه الصوتية و التي أجريت على 100 مريض و إستغرقت 3 سنوات، أن الحالة النفسية للمصاب بالاضطراب الصوتي تعتبر من اكبر العوامل التي تزيد من حدّة المرض.

يقول الدكتور (محمد بركة) رئيس وحدة أمراض التخاطب يطب عين شمس أن البحة الصوتية تعتبر من العوامل المحقّرة لتعرّض المريض للقلق بنسبة 53% و الاكتئاب بنسبة 33% مما يسبّب الانحطاط من قيمة الذات أو تقدير الذات.

و بهذا أوحّت هذه الدراسة بضرورة مشاركة الأطباء النفسيين مع أطباء أمراض التخاطب (شارك في الدراسة وحدة أمراض التخاطب بجامعة عين الشمس و أطباء نفسيون بنفس الكلية ووحدة أمراض التخاطب بجامعة الزقازيق و الهدف الأساسي من هذا التكلّف النفسي للمصاب بالبحه الصوتية هي الرّفْع من معنوياته و التقليل من قلقه و اكتنابه و تهيئته للمشاركة في إعادة التربية الصوتية لأن العلاج الناجح لا يكون من مجهودات الفاحص فقط و إنما بمشاركة المفحوص و هذا ما يؤكد صحة ملاحظتنا أثناء الممارسة الأرطوفونية حيث أن أغلبية المصابين بالبحه الصوتية كثيرا ما يصارحننا عن مدى توترهم النفسي و قلقهم المستمر إثر إصابتهم بهذا الاضطراب الصوتي خاصة و إن كان الدّواء المقرر من الطبيب المختص في أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة لم يعطي نتائج ايجابية سريعة، وهذا كثيرا ما كان ينعكس سلبيا على تقدير ذاته و بالتالي على مشاركته في الحصص المبرمجة له فكانت أغلبية الحالات إما تسجل عيادات

متكررة و إما حضورها كان جسديا دون بذل أي جهد لفهم و كسب تقنيات العلاج، لكن هذا كان بنسب مختلفة من حالة لأخرى.

فهناك حالاك يعتبر صوتها أساس مستقبلها العملي، فأى إضطراب فيه هو إضطراب لمستقبلها و حياتها العملية و قد بينت دراسة (دي بفوار) أن نسبة 34% من العاملات أثر ذلك على مفهوم ذاتها حيث أصبحت تشعر بعدم القدرة على العمل ، 38% من عاملات في قطاع خاص كانت تعاني من الخوف من فقدان الوظيفة أكثر من التي تعمل في الوظيفة الحكومية الثابتة.

هذه المشكلة ينتج عنها الخوف من فقدان الوظيفة والمكانة الإجتماعية فكل هذا ينعكس سلبيا على تقدير الذات.

و إنطلاقا من هذه الدراسات، خطرت على بالنا تساؤلات عديدة متعلقة بمدى إختلاف درجات تقدير الذات و درجات المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية عند الفئة العاملة و الفئة غير العاملة، و ذلك من خلال طرح مجموعة من التساؤلات، نحاول الإجابة عليها من خلال هذه الدراسة :

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية قبل إعادة التربية الصوتية ؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية ؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في زيادة تقدير الذات بعد المشاركة في حصص الكفالة الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية؟

الفرضيات :

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية قبل إعادة التربية الصوتية .
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية .
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في زيادة تقدير الذات بعد المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحه الصوتية .

الإطار النظري

الفصل الاول

تقدير الذات و وضعية المرأة الجزائرية

أ- تقدير الذات :

تمهيد:

إن من نعم الله على العبد أن يهبه المقدره على معرفة ذاته و القدرة على وضعها في الموقف اللائق بها إذ أن جهل الإنسان نفسه و عدم معرفته بقدراته يجعله يقيم ذاته تقيما خاطئا .

1- تحديد مفاهيم الذات:

* الذات: كثيرا ما يطلق عليها اسم النفس

فهي تعني الشخصية أو الأنا، وينظر إليها على أنها القوة أو العامل الذي يسمح للإنسان الشعور بكيانه الخاص المستمر.

* الشعور بالذات: بعني الوعي بوجود الفرد ذاته بتفكيراته وأفعاله ووجوده هو ذاته ككيان منفرد وكما يعني الوعي صراحة بما يعمل ولماذا يعمل.

* إتساق الذاتي: يطلق على الأشخاص أو الأشياء أو النظريات بمعنى تناقضها مع نفسها في أي فعل أو طور أو مظهر كما أن هذا المفهوم يعني ثبات أو اتفاق السلوك الذي يكشف عن درجة عالية من الترابط بالذات.

* حظ من قدر الذات: يعني الدافع المندمج في الشعور السلبي بالذات أو الإحساس بالدونية والإنقاص من قدر الذات فبالتالي الإستجابة العادية بالخضوع والإستسلام للغير المصحوبة بمشاعر قوية بالنقص أو الدونية.

* تقبل الذات: هو ذلك الإتجاه الذي يمثل في كون الفرد راضيا أساسا عن نفسه وعن سجايه واستعداداته وعن معرفة وإدراك المرء لحدوده. كما أنها تعني ذلك الإتجاه الذي يتخذه المرء عن ذاته وخواصه الشخصية التي يجدها ذات أحقية فريدة، فبالتالي لا ينطوي على السلبية وهذا التقبل بالذات يؤدي عموما لجهود بناءة وهو كما يعتقد الكثير أساسي لصحة الشخصية.

* تحليل الذات: تشمل في محاولة لفهم سلوك المرء الخاص: قدرات المرء وتعجزاته ودوافعه وكوناته النفسية ولا يمكن لتحليل الذات أن يكون ناجحا في تفهم النواحي الأكثر سطحية من ذات نفس المرء.

* تأكيد الذات: الميل في المواقف الاجتماعية للإلحاح في إنجاز أهداف المرء الخاصة حتى على حساب الآخرين وميل للصدارة في العلاقات الاجتماعية.

* تقدير الذاتي: وهو ميل الفرد لتقييم وتقدير لسجايه أو سماته الشخصية التي نتحصل عليها بتقديم الإستبيان self assessment questionnaire الذي يدعو لتقرير وصفي عن السلوك الرهين من غير تقييم.

* إحساس بالذات: فحسب وليام مكوجل: هو تلك المشاعر أو الأحاسيس المتضادة البسيطة التي مع بعضها البعض هي نواة عاطفة اعتبار الذات وهو على نوعين:

1- الشعور الإيجابي بالذات: الذي هو الحس الشعوري المركزي الناتج عن الفوز بالتحقيق أو الثناء.

2- الشعور السلبي بالذات: يكون عندما يحس المرء أنه قد أخفق أو انتقد.

وليم مكدوجل يميز الإحساس الإيجابي بالذات "حب الذات أو الأنانية" والإحساس السلبي بالذات عن "مشاعر الدونية أو النقص".

* **إرضاء الذات:** عند ميرفي "Murphy" تعني تلك الأعراف أو العادات التي تصف الطرق الإستحصال على إشباعات غير نفعية مثل لمعة فضيات المائدة، مقاس خطوات الرفض، عادات صيانة النفس (kamel dessougui, p 1330-1334)

2- مفهوم الذات:

* **البعد التاريخي:** إن مفهوم الذات كشيء يحدد السلوك الإنساني ليس صيغة نظرية حديثة بل جذوره ترجع للتاريخ القديم، ففي المجالات التاريخية نجد أن الإنسان لديه قوة كامنة فيه مهيمنة عليه وهي التي تؤثر على مصيره .

أما اليوم فعلم النفس يتناول ذات الإنسان بطريقة علمية، إذ يعتبر مفهوم الذات بمثابة كيان افتراضي إلى حد ما سيدل عليه من سلوك الإنسان، ويؤكدون ذلك بقولهم: أن المشاعر والمعتقدات التي تتحكم في الإنسان تكون بمثابة الدوافع لسلوكها أما الأشياء التي تسبق استجابات الفرد فهي مفهوم الذات.

-**جيمس 1860:** يعتبر أن الأنا وهي الأفراد كمعنى الذات بالإضافة إلى أن النفس تعني المظاهر الروحية المادية والاجتماعية، أما الميول والقدرات العقلية فهي تندرج تحت النفس الروحية، ثم جاءت نظرتة حول الذات التي أدمجت شعور الفرد واتجاهاته بالمبادئ العلمية. أما الكتاب الآخرون استخدموا مصطلح النفس الذي يدور على عملية ديناميكية وأنها نظام من العمليات الإدراكية ولها علاقة بعملية الإدراك.

-**ألبرت:** اعتبر الذات أنها ملائمة للشخصية، تكسب الشخص الاستقرار والثبات بالنسبة لتقييمه للأمور المقاص و الإتجاهات وأن الأنا والنفس يجب اعتبارها صفات وظيفية لكي تدرك على الوظائف المناسبة للشخصية.

-**فرويد:** يرى بأن الأنا تقوم بدور تنفيذي اتجاه الشخصية التي تكون الإختبارات العقلية وتكمن في العقل وذلك بالنسبة إلى الشخص الصحيح، والأنا نظام من العمليات.

-**ميد:** يرى أن الشخص يستجيب لنفسه لشعور معين واتجاهات معينة، مثلما يستجيب الآخرون، وأن النفس بمثابة عملية شيء مدرك بالحواس على التوالي ويقول لأن النفس شيء من الإدراك.

-**ليوين:** أن الذات بمثابة المنطقة الروحية التي تحدد المعتقدات الحالية اتجاه النفس، وإعطائه فضاء الحياة ، إذ يشمل عالم الفرد من الخيارات الشخصية كفضاء يتحرك فيه الفرد، وهو كجهاز داخلي معقد يصدر عنه سلوك الفرد، وكل التغيرات التي تجدد اتجاه السلوك، وتكمن في فضاء الحياة لذلك الفرد.

-**لوند هولم:** قد يميز بين النفس الذاتية التي تمثل فيما يعتقد الشخص عن اتجاه نفسه، فهو يقول أن النفس الذاتية تتغير بسبب الخيارات التي يتفاعل بها الفرد مع الآخرين في سبيل مواصلة أعماله المختلفة.

-**شريف وكانتريل:** فهما يقولان أن النفس شيء مدرك بالحواس، أما الأنا فهي سلسلة من العمليات المتعاقبة ومجموعة من الإتجاهات التي تشمل التفسير الشخصي عن القيم والشعور الجدير بالتقدير، فإذا كان الإعتبار الذاتي عند الشخص في مأزق فإن المواقف الأنا تكزن في حالة تحفز فتدفعه لبذل جهد أكبر وعمل أكثر.

-سيموند: يرى أن النفس هي الطريقة التي يتصرف بها الشخص مع نفسه والأنا والنفس هما مظهران مميزان للشخصية وأن الشخص لا يدرك المفهوم الحقيقي لذاته.

-كاتيل: يرى أن هناك فرق بين إدراك خاص بفكرة الذاتية، الوعي، وعاطفة النفس ويعتبر أن عاطفة اعتبار الذات أهم تأثير على الإنسان.

- ميرفي: يحدد النفس مثل تحديده لمعنى الفرد باعتبارها شيء معروف لديه، فالذات عنده هي إدراك كيانه الكلي.

- روجرس: إن النفس اللاشعورية لدى الفرد يمكنها أن تشوه الفكرة الذاتية لديه فإذا تواجد شعور إيجابي على النفس، فنلاحظها تشعر أنها جديرة بالتقدير والإستحسان.

-سينج وكوميس: إن الكيفية التي يعرف بها الشخص ماهي إلا نتيجة إدراكه للموقف وإدراكه لنفسه في اللحظة التي يقوم فيها بفعل معين، لأن الإدراك هو سبب السلوك وكيفية شعور الشخص وتفكيره يحددان طريقة فعله، فالنفس تتكون من إدراك يتعلق بالفرد الذي له آثار حيوية وهامة على سلوك الفرد (سيد خير الله، 1981، ص 8).

التعاريف:

لقد تعددت آراء وتعريف العلماء لمفهوم الذات، فالبعض يرى أم مفهوم الذات يتضمن جميع الأبعاد الداخلية والخارجية، الشخصية وغير الشخصية، والتي لها صلة بالعوامل الشعورية، ولكل ما يحيط بالفرد من المؤثرات والأشياء والمفاهيم، القيم، الإتجاهات، والحياة بصفة عامة.

- في حين أن البعض الآخر يعتقد أن مفهوم الذات "يتمثل في نظرة الإنسان لنفسه بعيدا عن بينته، وهي القوة المحركة لسلوكه، وهي المنظم الديناميكي لقياس الإنسان لعالمه الداخلي والخارجي وعلى ضوءها يتحرك ويسلك، وهو مفهوم يقابل مفهوم الشخصية (صباح باقر، ص 31).

ويقول روجرز عن مفهوم الذات: "إن إدراك الفرد لنفسه وللآخرين وتقبله لكل ما حوله من الأشياء والقيم والإتجاهات والمفاهيم، نابع من تنظيم الفرد لنفسه ومفهومه لذاته ولشخصيته".

-أو كما يعرفه الآخرون: "هو المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة، وهو ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن مجموعة التنظيمات السلوكية، التي يمكن أن تصدر عنه نحو البيئة المحيطة وعلى الأخص بالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه (محمد عماد الدين إسماعيل، 1984 ، ص 132).

إلى جانب تعاريف أخرى، ومن جوانب أخرى لكنها مكملة لهذه التعريفات السابقة:

-إن مفهوم الذات في علم النفس العام "يتفق الكثير على أنه مفهوم لا يختلف بتاتا عن مفهوم الأنا، الذي هو موضوع المعرفة والوعي، فهذا المفهوم يستعمل بكثرة وبعلاقة مع مفهوم الذات وإدراك الذات (joseph nuttin, 1975, p20)

إن مفهوم الذات " هو بناء نفسي، الذي يتمثل في مجموعة من الشعور والعمليات التأملية التي يستدل عنها بواسطة السلوك الملحوظ أو الذاكرة (الدكتور سيد خير، ص 18).

3 – مراحل نمو مفهوم الذات :

ان مفهوم الذات عنصر قابل للتغير و التطور فهو يمر بثلاث مراحل متسلسلة

1- المرحلة الحسية : ان الكائن العضوي الذي سيكون مفهوما عن ذاته يعاني منذ الولادة من حالات التوتر و عدم الاتزان ، مما نطلق عليه كلمة الحاجات ، و هذا الكائن لكي يعيش و يستمر حياته البيولوجية ، لا بد ان تتوفر له الضر و ف المثلى في البيئة التي يعيش فيها و إلا يختل توازنه و بالتالي تنشأ حالة اسماها بالحاجة البيولوجية كالحاجة للأكل و الشراب الذي إذا ما أشبعت يعود له توازنه، أما إذا ما كان العكس أي اختلال و عدم الاتزان عليه مجموعة من المثيرات الداخلية التي تدفع الطفل بدوره إلى استجابات معينة و التي تصبح موضوعا للإدراك، الذي يدرك كشكل عام ، أي التواترات و الاشباعات الناجمة عن حالات الاتزان و عدم الاتزان التي يمر بها الطفل ، تصبح جزءا من المجال الإدراكي للطفل و هذه هي المرحلة الإدراك التمايز بين الذات و غير الذات (محمد عماد الدين إسماعيل، ص137)

فالنظريات الحديثة في علم النفس و الدراسات السلوكية اكدت بان الذات تتكون منذ الطفولة المبكرة و بعد الميلاد (صباح باقر، ص30)

ب- المرحلة السلوكية البدائية : حيث تبدأ تنمو لدى الطفل تنظيمات سلوكية أكثر تخصصا بهدف الإشباع و إزالة التوتر الناجم عن الجوع و العطش او آثار جنسية و تثبت في صورة عادات و دوافع يحكم تدعيمها ، و هذه التنظيمات البدائية للسلوك هي ما تدور حول الذات في هذه المرحلة و هي ما يمكن القول انها تقابل في نظرية التحليل النفسي، تنظم الهو او الذات الغريزية و تسمى هذه المرحلة بالمرحلة السلوكية البدائية (الدكتور سيد خير الله، ص20) فمفهوم الذات هنا يمكن استنتاجه من سلوكه أي كل ما نلاحظه (الدكتور سيد خير الله، ص20) و هو يتحقق من خلال الخبرات و الاتصالات التي يكونها و خاصة أثناء تدخل الوالدين الذين يساعدهم على النمو، و كيفية إستجاباتهم لخبراته المكتشفة التي تؤثر عليه تأثيرا هاما فتطور فكرته عن نفسه (سيد خير الله، ص20).

و تعتبر هاتين المرحلتين أوليتين في نمو مفهوم الذات، إذ يبدأ بتمييز بين ما هو ذاته و ذات غيره، إلى جانب تنظيم سلوكه البدائي أي سلوكه الذاتي.

ج- المرحلة الاجتماعية : ففي هذه المرحلة تحل العادات و الدوافع الجديدة المحل التي كان الطفل قد كونها بطريقة أولية، حيث تساهم في ذلك عوامل كثيرة فالعامل الثقافي يعمل بقصد تحقيق هذا الهدف إلى جانب عملية أخرى تتمثل في قدرة هذا الطفل في استعمال الرموز اللغوية، و تفاعله مع الآخرين في بيئته، التي تتدخل في تكوين مفهوم ذاته الذي يتطور من خلال ما يكتسبه هذا الفرد من خبرات جديدة أثناء اتصالاته و إحتكاكه بغيره.

إذا في هذه المرحلة تتطور المفاهيم التي يكتسبها من الوالدين أثناء إحتكاكه بأقاربه و أشخاص محيطين به .

4- الشعور و الا شعور في مفهوم الذات :

إن تكوين الفرد لمفهوم الذات، لا يتضمن بالضرورة، إن يكون ذلك الفرد واعيا بمحتوى هذا المفهوم، أي قادرا على التعبير عنه، أو تحديده تحديدا لغويا صريحا، بل إن الدراسات الشخصية قد أصبحت تجمع الآن على معظم محتوى مفهوم الذات يكون على مستوى الأشعور.

و التعريف على المحتوى اللاشعوري للذات، أمر ممكن إذ هناك أدوات و أساليب تساعد على ذلك كالأحكام التي يصدرها الفرد، على تعبيراته الخاصة، دون أن يعرف أنها كانت قد صدرت

عنه، و كما في الإختبارات و كذلك عبارات يسقطها الشخص على موقف او على شخصية يفترض انه يوجد معها ،و كما يحدث في الإختبارات إسقاطية حيل لا شعورية ،ميكانيزمات الدفاع. يستخدمها الفرد ،دفاعا عن الذات.

- اما المحتوى الشعوري للذات، فالتعرف عليه يكون أكثر سهولة ، ففي هذه الحالة يمثل مفهوم الذات العبارات التي تصدر عن شخص في وصفه لنفسه، على ان الحد الفاصل بين محتوى الشعوري و الاشعوري في مفهوم الذات ليس ثابتا، ذلك ان بعض النواحي مكبوثة او لاشعورية من محتوى مفهوم الذات يمكن ان تستحظر الى الشعور أي يعبر الفرد عنها لغويا، عندما يساعد على ازالة الاسباب التي الى الكبت (محمد عماد الدين اسماعيل ص 137- 145)

5 - نظريات الذات:

هناك نظريتين أساسيتين من نظريات الذات التي تتضمن معالم مشتركة وهما نظرية "كارل روجرز" في عام 1901 ونظرية "سنيج وكومبز" عام 1949. لكن هذا لا يعني أن نظرية الذات لا ترجع إلا لهؤلاء فقط بل إلى العديد من الكتاب الذين كتبوا عن الذات كمفهوم يؤثر في الشخصية ك"وليام جيمس" في كتاب "مبادئ علم النفس" في 1790 وكذلك "هول ولندزي" في عام 1958، إلا أن مفهوم الذات في الوقت الحاضر يتضمن معنيين مختلفين، فهو قد يستخدم أحيانا للإشارة إلى اتجاهات الفرد نحو مشاعره ومدركات وتقييماته لذاته كموضوع Self asanbjt ، أما المعنى الثاني: فهو الذات كعملية self asanproces والتي تربط قيامها بمجموعة من العمليات التي تقوم بعمل شيء ما.

***نظرية كارل روجرز:** يعتبر روجرز الذات كجزء متميز من المجال الظاهري يتكون من المدركات الشعورية والقيم المتعلقة بالأنا، ويتضمن مفهوم الذات السورة الجسدية الرئيسية المتعلقة بمن أكون أنا كمدرس أو طالب أو موظف أو كشخص له تاريخ معين ومجموعة من المطامح والأهداف، ويستجيب الكائن الحي ككل منظم للمجال الظاهري من أجل إشباع حاجاته، ذلك أنه إذا كان هناك عدد من الحاجات المحددة إلا أن هناك دفعا واحدا أساسيا وهو: تحقيق وتأكيد أو الرفع من قيمة الذات، وينظر كارل روجرز إلى مفهوم الذات كمفهوم متطور عن تفاعل الكائن الحي مع البيئة ولذلك يكتشف الفرد من هو، من خلال خبراته مع الأشياء والأشخاص، وقيم الأشخاص الآخرين، التي يمكن أن يتمثلها في ذاته أو يدركها ذاته بطريقة مضطربة، ومفهوم الذات عنده يتمثل في اتساق والثبات إلى جانب النضج والتعلم وهو ينظر إلى التعلم والنمو على ضوء التنظيم وإعادة للمجال الإدراكي.

وهكذا فمفهوم الذات حسب هذه النظرية هي كجزء من المجال الظاهري فهو الصورة المنظمة للذات من حيث علاقتها بالبيئة، وما يعنيه الفرد عن ذاته (مصطفى فهمي ص67).

***نظرية سنيج وكومبز:** وقد تشبه نظرية سنيج وكومبز نظرية كارل روجرز، فقد استخدم مصطلح المجال الظاهري ليشير إلى البيئة السيكولوجية، ويؤكد أن كل سلوك بدون استثناء، إنما يتحدد بالمجال الظاهري للكائن الحي أي موضوع السلوك ويضم المجال الظاهري الذات الظاهرية و Phenomal self والتي تتضمن كل أجزاء في المجال الظاهري التي يعتبرها الفرد كجزء أو خاصية لذاته، وهكذا فمفهوم الذات الذي يتكون من أجزاء للمجال الظاهري والتي تتميز عن طريق الفرد باعتبارها خصائص محددة وثابتة، ففي ضوء هذا المجال الظاهري هو الذي يحدد الذات الظاهرية.

وفي النهاية فمفهوم الذات هو الجانب الأكثر أهمية وأكثر تحديدا للمجال الظاهري وللذات

الظاهرية، في تحديد الكيفية التي يتصرف بها الفرد ويؤكد أن ثمة حاجة إنسانية أساسية نستطيع بموجبها أن نفهم السلوك الإنساني وأن نتنبأ به وهي المحافظة على الذات الظاهرية ورفع قيمتها.

6- معنى تقدير الذات:

"هو تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وكذلك قدراته ووسائله وإتجاهاته وشعوره حتى يبلغ كل ذلك ذروته حتى تصبح قوة مواجهة لسلوكه (سيد خير الله ص18 و 107).

أما القاموس الخاص بعلم النفس يعرفه على أنه "ميل الفرد لتقييم وتقدير لسجاياه أو سماته الشخصية، (kamel dessougui , p13-15) كما البعض الآخر يعرف تقدير الذات على أنه: فهم الفرد لنقاط ضعفه ونقاط قوته".

7-أنواع تقدير الذات:

أ-تقدير الذات السلبي: هناك مبادئ تؤدي إلى وجود الذات السلبية، إذ أن الفرد هنا يفنقر إلى ثقة في قدرته ويكون يائسا لا يجد حل لمشكلته، ويظن أن محاولاته كلها تفشل ويعتقد أن سلوكه ومستوى أدائه يكون منخفضا جدا، لأنه يظن أن ليس في استطاعته إلا أن يجيد القليل من الأعمال فالشخص ذو تقدير ذات سلبي تكون لديه صورة سلبية عن نفسه، يشعر بالإذلال من خلال ما يظهره من السلوك ويخاف من المواقف التي يجدها حوله، إذا ما فشل، وهو ما يعمل دائما على افتراض أنه لا يمكنه النجاح وأنه مقدر له بالفشل وأنه غير جدير بالإعتبار.

ب- تقدير الذات الإيجابي: وهي تتمثل في الصورة الإيجابية التي يكونها الفرد عن نفسه، فيشعر أنه إنسان ناجح وجدير بالتقدير، إذ تنمو لديه الثقة بقدرته وبإيجاد الحلول لمشكلته، ولا يخاف من المواقف التي يجدها حوله، بل يواجهها بكل إرادة وباقتراض أنه سينجح فيها (سيد خير الله، ص108).

8- كيفية قياس مفهوم الذات:

لقياس مفهوم الذات تعتمد على ملاحظة السلوك الخارجي الصادر عن الفرد المراد اختياره، لأن مباشرة بعد تناولنا ومعرفتنا للكيانات النفسية نستنتج طبيعة الفكرة من ذلك السلوك الملاحظ خلال فترة من الزمن.

فالسلك كما هو واضح في معجم مصطلحات علم النفس "هو الجزء المحيط بالذات من حيث أنها مصدر السلوك التي تظهر فيه آثار قوى هذه الذات من حيث أنها تحتك بالبيئة الخارجية التي تؤثر فيها وتتأثر بها (محمد مصطفى زيدان ص85).

في حين يتفق الجميع على أن السلوك يتمثل في تصرفات الفرد وأفعاله التي هي حكم على شخصيته ودليل على نفسيته (فاخر عاقل ص 170)، ففي هذا الاطار يرى Ellis و هو احد رواد هذا التناول (فونتان و رونون 1986 ص 49) بان سلوك الفرد يمر بثلاث مراحل و هي :

اولا : وجود بعض الاحداث الخارجية التي تؤثر على حياة الفرد

ثانيا : يفكر الفرد في تلك الاحداثو يفسرها بطريقة المعرضية الخاصة

ثالثا : يبدي الفرد سلوكا مطبوعا بتلك الافكار و الاعتقادات و يرى beck ان الكف النفسي فهو راجع الى مونوتوج داخلي يترجم عن طريق التقير السلبي للذات

فالسُّلوك يعرف ككل أنه ذو علاقة بالمشكلة، لذلك لو استمر الشخص في التصرف بطريقة خاصة هنا يمكننا أن نستنتج الآلية المتصلة من سلوكه، لذلك قام العلماء بتطوير مجموعة متنوعة من الإختبارات، وذلك لتحديد نوع السلوك، وقد أجريت على أساس أن يطلب من الشخص أن يبدي بمعلومات عن نفسه، وقد تكون نتيجة هذه الإختبارات صحيحة لحد ما، وبالطبع لا يمكن أن نلاحظ ونقيم الحياة الخاصة للفرد بصفة مستمرة مثل ملاحظة وتقييمه هو لنفسه، ولكنه قد يكون هناك اقتراب من تحقيق السن المرجو من الإختبارات، كأن نسأل الفرد حول ما يستحسنه أو لا يستحسنه وعن اهتماماته واتجاهاته، فروجرز يقول: " أن الوسيلة المثلى لفهم السلوك يمكن التعرف عليه من خلال الإطار المرجعي للفرد نفسه".

أما فيما يخص نتائج هذه الإختبارات فيمكن أن تتأثر بالعوامل التالية:ذ

- بتقلبات المزاج النفسي أو ظروف الإختبار و زمانه ومكانه.
- بتأملات ذاتية حول الأوضاع الشخصية، أسرية، اجتماعية ومدرسية ومهنية.
- تطابق بين الوصف الحالي والوصف الأمثل لمفهوم الذات.
- تطابق بين تقرير النفس الذاتية وبين الفعل والتقارير الموضوعية للملاحظين.
- إستنتاجات مؤخدة بالإسقاطات والفحوص الإكلينيكية .

وهكذا فليس لنا مقياس دقيق للفكرة الذاتية ولبس لقول الشخص وكيفية وصفه لذاته هي التي تحكم بها فحسب ونعتبرها مؤشرات تعتمد عليها بل نعتد على ملاحظة سلوكه لأن ما يعتقده الفرد وما يشعر به اتجاه نفسه هم الذين يواجهون سلوكه-(سيد خير عبد الله، مرجع سابق، ص 19).

9- صعوبات قياس مفهوم الذات:

وهي تتمثل في:

- في كونه شامل، يقيس كثيرا من العوامل المتغيرة، مما يتعذر علينا أن نقيم كل عامل على حدة.
- كون الأداة الخاصة باختبار تقدير الذات ناقصة ليس فقط لعدم ثباتها وصحة مفعولها وإنما لعدم وصفها وصفا كافيا لهذه الذات، وهي إحدى المشكلات التي نشأت عن الإهتمام الواسع النطاق بمفهوم الذات والتمثلة في قياس الكيان النفسي ذاته.
- صعوبة تطبيق أدوات القياس بدقة وبشيء من الثقة دون أن يسبق تجربتها واختبارها حتى يقتنع بها من سيقوم بتطبيقها.
- إستخدام الإختبارات الخاصة بالقياس لا تأتي بفائدة ونتيجة إلا في ثبات القياس نفسه وفي إستعمال الباحثين الآخرين لنفس هذه الأدوات حتى يمكنهم أن يتفقوا على النتائج في ظل الظروف نفسها أو في ظروف مختلفة، الأمر الذي من شأنه أن يجعل الباحثين يتوصلون لنتائج نافعة.
- كثيرا ما يفشل الباحثون في إعطاء تحديد كافي للكيان النفسي فتظهر مشاكل في نتائج قياس النفس لذا عليه أن يحدد مفهوم الذات على أساس مقاييس نتيجة اختبار محدد ، وبعد إجراء التجربة يقوم بالربط بين نتائج بحثه ونتائج الأبحاث الأخرى.

يجد الباحث نفسه أمام مشكلة عندما يحاول أن يعمم نتائج بحثه بالأبحاث الأخرى، فبسبب الحدود المعروفة لوضع البحث والتفسير الضيق لمفهوم الذات الضروري للقيام بالتجربة فبالتالي لا يستطيع ربط نتائج بحثه ربطا منطقيا بعالم الواقع ولا

يتمكن من تحديد العامل المتغير ولا يستطيع تعميم نتائجه لذا لا بد على الباحث أن يحدد المقاييس الدقيقة للعامل المتغير وأن يربطوه بالنظرية الكلية للسلوك، فبالنتالي يكون الباحث في وضع أفضل لكي يقارن نتائجه بنتائج الأبحاث الأخرين ويعمم نتائج بحثه (سيد خير الله، ص180).

ب – وضعية المرأة الجزائرية:

تمهيد:

لقد شهدت وضعية المرأة في السنوات الأخيرة تغيرات عديدة و هذه التغيرات تميزت بمستويين:
المستوى الاول: يخص دور المرأة في مختلف النشاطات الثقافية، الإجتماعية، الإقتصادية.

المستوى الثاني: يخص الوعي الذي إكتسبته المرأة فيما يتعلق بوضعيتها داخل المجتمع و أصبحت تحل مناصب هامة سواء على مستوى الوزارات او الإدارات و الشركات المختلفة (بوتقنوشت، م، نفس المرجع، ص 78).

1- المرأة الجزائرية و التعليم:

يمثل التعليم في كل المجتمعات وسيلة لنمو الفكر و الخروج من الجهل، و قد عمدت الجزائر على تشجيع هذه الفكرة و ذلك من خلال المساواة بين الجنسين في التعليم و حق المرأة في المشاركة في كل الأنشطة الاجتماعية، و لكن رغم التوعية لازالت هناك نسبة عالية للأمية النسوية السائدة في الأرياف تدل على أن النساء في هذه الأوساط لا زلن يعانين من الجهل و الإنغلاق أي لازلن منعزلات عن ما جد من تفكير واعي بالنسبة للمرأة العامة و نفس الكلام ينطبق على بعض النساء في المدينة التي لازالت تعاني من الجهل و البطالة (لعجالي، م، 1959، ص 121).

2- المرأة الجزائرية و العمل:

إن العمل هو عبارة عن مشاركة المرأة اقتصاديا، لكن مساهمة نصف المجتمع غير مستغلة إذ نجد أن هناك شريحة واسعة من النساء بدون عمل. و لكن يمكن القول أن هناك من النساء من يجعلن من العمل وسيلة لسد حاجيتهن و مواجهة مصاريف الحياة و تكاليفها و نيل معيشة أفضل و قد يكون الدافع، عكس بعض النساء هو الاستمتاع بالعمل لنسيان همومهن و عند البعض الآخر هو وسيلة لتأكيد الذات، و إبراز الشخصية و وسيلة للفتح و الإستقلال الذاتي (براش، ت، م، نفس المرجع، ص27).

3- تقدير الذات عند المرأة:

تقدير الذات عند المرأة هو درجة شعورها بالرضا عن نفسها في عدة نواحي في مشاعرها و عواطفها و كيفية تكوينها و توزيعها و اهتماماتها و افكارها و مستوى و نوع صداقاتها و إستغلالها لوقتها و اعمالها و انجازاتها في

الحياة و ثقنتها في امكانياتها و هذا التقدير لا يبني على غرور خادع و اشباع للذات على حساب الآخرين.

تقدير الذات لا يتحقق عادة بالتنافس مع الآخرين و كذلك ليس سجلا لنجاحات المرأة او إخفاقها في حياتها و تجاربها السابقة ، انما يستند الى الشعور بالقدرة و الكفاية و الفاعلية في التعامل مع الحاضر و المستقبل و بصورة اوضح تقدير الذات هو مجموع المشاعر و المفاهيم التي تكونها المرأة عن نفسها و اقتناعها بذاتها.

4- العلاقة بين تقدير الذات و النجاح :

هناك اتفاق بين الباحثين عن وجود علاقة بين تقدير الذات و النجاح ، و لكن الإختلاف القائم هو عن طبيعة هذه العلاقة ، فهل لا بد ان يكون الشخص متفوق في تحصيله العلمي أنها علاقة تبادلية، مع أنه لا بد من الاعتراف بأن الاعتراف بالذات مطلب لكي يتم التفوق في الحقل العلمي، و هذا التفوق يؤدي إلى زيادة الثقة بالذات ، فالكل منها يغذي الآخر .

5 - تأثير المشاكل على تقدير الذات :

إن المشاكل مهما كان نوعها اجتماعية أو صحية بشكل عام تعد الأساس في التأثير على البعد الاجتماعي من مفهوم الذات لدى الفرد لأن من خلال التعامل مع المجتمع المحيط به ، يأخذ الإحساس بأهمية الدور الذي يشغله، و التقدير الذي يرغب في الحصول عليه، و ينعكس على علاقته مع المحيطين به من خلال نظرتهم له، و قد يكون فيها جزء من البعد العقلي من حيث تقدير الفرد لقدراته في العمل ، فأى إختلال او اضطراب يمس هذه القدرات خصوصا قدراته في التعامل مع المجتمع المحيط به ، كإضطرابات لغوية او اضطرابات صوتية التي تحدد من علاقاته بالغير، تؤدي به الى التوتر و الخوف من فقدان مكانته الاجتماعية من خلال إحتكاكه بالآخرين او مكانته الإقتصادية كفقدان وظيفته ، مما يشعره بالإنحطاط قيمته و مكانته في المجتمع .

الفصل الثاني

البحة الصوتية

أ- الجانب العادي :

تمهيد:

يعتبر الصوت العنصر الأساسي لجعل اللغة المنطوقة واضحة و مفهومة و تؤدي وظيفتها لمن يستخدمها ، و أي خلل به أو إنعدامه يؤدي بالإنسان إلى الكثير من المشاكل التخاطب و الاتصال بالآخرين عن طريق اللغة المنطوقة.

1- تعريف الصوت العادي:

من الصعب علينا أن نعطي تعريفا واحدا للصوت العادي الذي هو موجود دائما في الكلام، وهذا نظرا لطبيعته ومظهره غير المحددة وتنوعه على حسب السن والجنس، ونوع الموضوع المتحدث به.

لكن يمكننا توضيحه بالتطرق إلى تعريف أوضح يخدم موضوع بحثنا: "الصوت علاقة وطيدة بشخصية كل فرد، فهو مصدر ناحيته العاطفية والإحساسية ، وصورة شخصيته الفيزيولوجية، والنفسية كما أنه يعتبر وسيلة للحوار مع الآخرين، لتبادل الآراء والتعبير عن أدنى شيء من أحاسيسنا الداخلية، إلى جانب كونه عند الأغلبية الوسيلة الأساسية لممارسة مهنة أو عمل مثل: البائع، الأستاذ، المحامي، ... الخ، وعند البعض الآخر وسيلة للتعبير كالممثل والمطرب (claire dinville 1981 p 15).

فمن هذا التعريف البسيط للصوت يتضح لنا أن أهميته في تكوين شخصية الفرد باعتباره جزء أساسي منها فإصابة الصوت يؤدي حتما إلى المماس بشخصية الفرد بصفة عامة وذاته بصفة خاصة.

2- مكونات جهاز الكلام:

أ- الجانب الصوتي الفيزيائي: ينظر إلى الكلام كظاهرة صوتية من حيث انتشار الألفاظ في الهواء ووقوعها على حاسة السمع، وإدراكها وتعتمد هذه الدراسة على فيزياء الصوت ودراسة الخصائص الفيزيائية له كالشدة، المدة، الارتفاع، الطابع، الجرس.

ب- الجانب العضوي أو الفيزيولوجي:

يدرس الجهاز الإنساني الصوتي أي الأعضاء المصوتة بعبارة أوضح دراسة آلية التنفس وآلية التصويت، وتحديد مكان التصويت والنطق والأعضاء المسؤولة عن إصدار صوت ما.

ج- الجانب النفسي:

يدرس سلسلة العمليات الذهنية المختلفة معتمدا على ذلك في علم النفس التجريبي وسيكولوجية اللغة وما توصل إليه كل منهما من نتائج عن طريق الروايز والتجارب المخبرية (حنفي بن عيسى أستاذ بجامعة الجزائر. محاضرات في علم النفس اللغوي. الطبعة الثانية 1988 ص 104).

3 - دراسة الجانب التشريحي:

1- الحنجرة : تقع الحنجرة اعلى القصبة الهوائية او فوق الرغامي قبل البلعوم و في المنطقة

الوسطى و الأساسية للرقبة و تحت اللسان و امام البلعوم المتصل بها .
و تتكون الحنجرة من احدى عشر cartilages مرتبطة الواحدة بالآخرى بواسطة
Ligament و بسلسلتين من العضلات التي تنشط هذه المجموعة إما لتعطي للحنجرة حركات
بالنسبة للاعضاء المجاورة لها او لتحريك العناصر المكونة للحنجرة و منها نجد ثلاث انواع
من العضلات :

- عضلات tenseurs الوتار الصوتية

- عضلات dilateurs

- عضلات constricteurs (leon constantin « la parole et la voix » 1980 p 35)

إذا ما إستمرينا في وصف الحنجرة نلاحظ في كل جانب:

ا- الالوتار الصوتية : و هي عبارة عن شفرين des lévres يوجدان بصورة متناضرة على يمين-
شمال فتحة المزمار التي تتسع و تضيق بتقلص بعض الالياف العضلية فهذه الفتحة المزمارية تتسع
اثناء الشهيق و تضيق اثناء الزفير و هذه الالوتار الصوتية لها دور فعال في انتاج الصوت
الحنجري بفضل اهتزازها (حنفي بن عيسى ص 88).

ب- الالوتار الصوتية الكاذبة : و هي توجد فوق زوج الالوتار الصوتية تدعى الحبال الصوتية
الكاذبة التي لا تلعب أي دور في التصويت العادي و يفصلها عن الالوتار الصوتية البطين.

ج - الفتحة المزمارية : و تتمثل في الفراغ الموجود بين الالوتار الصوتية لما يكونان بعيدان عن
بعضها البعض .

د- الغضاريف:

- الغضروف الحلقي cricoide: يقع في المنطقة السفلى للحنجرة و يتصل بالغضروف

الدرقي و الطرجاهالي و له شكل خاتم له فص chaton من الجهة الخلفية .

-الغضروف الدرقي thyroide : فهو غضروف كبير ذو شكل مضلع رباعي و يتصل

بالغضروف الحلقي و يدعى نتوءه الذي يبدو في عنق الانسان تفاحة دم.

- الغضروف اللساني-المزماري épiglottique: فهو غضروف مرّن و رقيق يعلو

الحنجرة اثناء البلع و طرفه العلوي يتجاوز الغضروف الدرقي و يرتبط بقاعدة اللسان.

-غضروف طرجهاليان arytheroide : هما غضروفان صغيران ذوي شكل هرمي

موضوعان و قائمان عموديا على الطبقة الجانبية العليا للغضروف الحلقي

(François le huche et andré allali 1991 p 25)

و- عضلات الحنجرة : إن حركات الحنجرة اثناء التصويت و النطق بالأحرف المختلفة تكون
سريعة مرتفعة او منخفضة و هذه العملية بثلاث مجموعات من العضلات و هم :

1- عضلات داخلية anterieur : تربط الحنجرة بعضلة sus hyoidien

2- عضلات عليا : تربط الحنجرة بالقلعة الجمجمة مباشرة تحت القناة الصوتية .

2-العصافة الرئوية : و تشمل على

ا - الرئتين : و هي توجد في القفص الصدري على جانبي القلب و قاعدتها تضغط

على عضلة الحجاب Diaphragme و النسيج الداخلي لرئتين مشكل من نخارب رئوية

مرتبطة فيما بينها بنسيج لين.

إن الشريان الرئوي مقسم إلى قسمين و كل قسم يدخل في الرئة عن طريق le hile وعلى مستوى هذه التجارب تحدث عملية تصفية الدم حيث يتخلص من الكربون و يملئ بالأكسجين و تكون ذا لون احمر .

غشاء الصدر البطني : كل رئة محاطة بضعف من غشاء الصدر البطني plèvres واحدة تكون ملتحمة بالرئتين و اخرى موضوعة على الحاجز القفص الصدري و عكس الحجاب diaphragme و بين الورقتين يوجد السائل الذي يسهل مروره و يصبح abundant .

ب- **القفص الصدري:** و هو تجويف يحدده الحاجز العضلي الذي يضغط على الهيكلية العظمية charpente osseuse .

إن هيكلية القفص الصدري يتكون من جهة الخلفية على اثني عشر فقرة ظهرية و من الجوانب على اثني عشر زوج من جهة الأضلاع و من الأمام على عظم سطحي كما يحتوي على le sternum و من "القفص" أين ترتبط الأضلاع التي تدور حول نقطة اتصال على العمود الفقري تحت تاثير العضلات المقاصصة للأضلاع.

إن الحاجز العضلي للقفص الصدري يتكون من :

- الحجاب الذي يشكل حلبة عضلية حيث الشرين تبرز من المحيط نحو المركز .
- إن العضلات التي تحكم الأضلاع حيث التشنجات و التقلصات ترتفع مقدمة القفص صدري بصورة ملحوظة من 82 سم إلى 95 سم.

إن العضلات intercostaux تكون رقيقة بين الأضلاع أما العضلات surcostaux لها نقطة الثابتة على الفقرة الظهرية و نقطتها المتحركة على الضلع المنخفض بطريقة مباشرة (Demousseau ,A et Haumesser, J, 1941 ,p73)

3-التجاويف الرنانية: تقوم التجاويف الواقعة فوق المزمار بدور رنان ، فإذا مرّ الصوت الصادر عن الحنجرة عبر هذه التجاويف ، فإنه يرنّ ، و هي كمايلي :

1-3 – التجويف البلعومي l'hypo pharynx : هو تجويف يقع في مؤخرة الفم أو بعبارة أخرى هو التجويف الذي يتبع الفم من وراء مؤخرة اللسان ، و له ممرّ خاص بالأكل و آخر خاص بالهواء ، فهو عضو متصل بالفم و الأنف و الحنجرة و المريء . و هو تجويف عضلي قابل للتضايق جانبييا و من الخلف إلى الأمام ، و هذه التغيرات لحجم البلعوم تحدث بواسطة عضلات constricteurs للبلعوم ، و تكون على حساب حركات الحنجرة و بالتالي تفسر لنا دور هذه التغيرات في النطق بالمصوتات.

2-3 – التجويف الفمي laropharynx : يتغير حجمه و شكله حسب حركات اللسان ، فعند فتح الفم نرى في مؤخره كل جزء أعمدة داخلية ، و يتكون التجويف الفمي من :

أ- **الفم :** و هو عضو اساسي للنطق و التصويت ، و هو معروف لدى الجميع ، و له دور في حدوث ضجيج .

ب- **شراع الحنك :** هو عضو عضلي غير حيوي ، و وضعيته نوعا ما مرتفعة و متغيرة على حسب المواقف المختلفة للنطق و على حسب وجود او غياب الغنيات ، و تغير حركات كل من الذقن الأدنى machoire inferieur و اللسان صعود و نزول الحنجرة او ضيق البلعوم ،

أما الشفتين ، فلما يصل إليها الكلام، يأخذ شكلها الشكل المناسب لإحداث المصوتات المختلفة .
و يتكون شرع الحنك من قسمين :

● **قسم علوي** : يدعى الحنك، و هو يتكون من قسمين :
حنك صلب في الأمام ، و حنك أو شرع الحنك في الخلف ، و في أعلاه نجد اللهاة .

● **قسم سفلي** : يتألف من :
اللسان : هو عضو حيوي إما يسهل أو يعرقل حركات اللسان تسمح بإصدار أنواع مختلفة من الأصوات .

الأسنان : لها دور مهم في التصويت.

3-3 التجويف الأنف : له شكل و حجم ثابت، يظهر دوره في بعض الحروف الممزوجة بالغنة (François le huche et andré Allali, p 30).
حيث أن شرع الحنك ينخفض فيتصل التجويف، الفمي بمؤخرة الأنف أو بلعوم الأنف فينطق بالمصوتات الأنفية مثل : An , On , Un أما عند النطق بالمصوتات الشفوية، فإن شرع الحنك ، يرتفع و يمنع الهواء المرور من الأنف .

و لهذه الأجواف الصوتية دور في وجود أنواع من الطابع ، فحسب الفرد يكون الصوت المنتج من طرف الحجرة غني بالنغمة أثناء إنتاج صوت رئان، فيكون بذلك الطابع الشخصي للفرد (leon constantin ,p37) .

الجيوب الأنفية:

سبق و أن ذكرنا أن التجويف الأنفي يتصل بالبلعوم الأنفي و هذا الإتصال يتحقق إثر صعود الحنك الذي يعرقل مرور الهواء . والجيوب les sinus هم تجاويف ملحقة للجيوب الأنفية بفضلها تتصل بفوهات صغيرة Petites artifices تسمى ب ostium .

و هذه التجاويف تكون مملوءة بالهواء ، و أنواعها أربعة هي :

- جيوب جبهية تحت تجويف العين
- جيوب فكية بين تجويف العين و العظم الفكي الأعلى .
- جيوب ethmoidale التي تكون حجاب مقعر يفصل العين عن الجيوب الأنفية
- جيوب spherodale كروية الشكل تنتمي لسقف التجويف الأنفي .

4-دراسة الجانب العصبي:

لابد أن نعطي نظرة عن الجانب العصبي ، و أفضل شيء نستهل به هو قول Edouard "garde" إذ ما كنا نعمل ضجيج بالحجرة فإننا نتكلم و نغني بالعقل" .

فالتجارب التي أجريت في المجال الصوتي العصبي تدل على أنّ إهتزاز الأوتار الصوتية مرتبطة بتشاط عصبي إيقاعي كمجموعة من المرسلات الحركية و الحسية التي تسير على طول الألياف العصبية بطريقة oxculaire ، وهذا التيار العصبي أعتبر و بصفة عامة كنتيجة لتحويل الطاقة الكيماوية إلى الطاقة إلكترونية تعمل و تضع بالخلايا العصبية metabolisme الكيماوي، يكون على حسب الوظيفة الهرمونية ، فالمثيرات العصبية

الخاصة بالتصويت مرتبط هي الأخرى ب endocrines .

ففي ما يخص الصوت ، فهو يتمثل في الهرمونات surienales .
و كذلك في إختلافات البناء الشخصي لكل فرد حسب الوراثة.

و من خلال هذا ، يبين المختصون في التصويت العصبي أن هلامونات كل العدد تعمل على العدد تعمل على ميكانيزم التصويت. (leon constantin,p37).

5- دراسة الجانب الفيزيولوجي:

تقوم الحنجرة بثلاث وظائف أساسية وهي:

- وظيفة التنفس.
- وظيفة التصويت.
- وظيفة البلع.

1- التنفس: إن التنفس عملية حيوية تتمثل في عملية دخول وخروج الهواء من الرئتين، وتحقيق التبادلات الغازية مع مروحة وتهوئة رئوية تسمح بملأ النخاريب Les alvéoles التي تؤدي إلى حركات صدرية وبطنية ذات مدة مختلفة إذ أن الشهيق يكون أطول من الزفير، وهذا أثناء التنفس العادي بفضل نشاط كل من القصبة الهوائية والشعيرات الرئوية والقصيبات.

أما أثناء التصويت والكلام تحدث هناك تحديث تعديلات حساسة مقارنة مع التنفس الحيوي المتمثل في السعة التنفسية والمدة الزفيرية. فالسعة الحيوية تكون أهم عن التي في التنفس العادي، إذ يكفي أن يكون هناك نصف لتر من الهواء حتى نتكلم، وهي تخلف نوعا ما على حسب طبيعة جسم الشخص وقوته العضلية والحالة الرئوية والسن.

فأثناء التصويت الهواء يأخذ طريق معاكس حتى يصل للحنجرة بشدة وبسرعة منظمة لإنتاج الأصوات.

فالعملية التنفسية إذن تمر بمرحلتين:

أ- **الشهيق:** وهو يتمثل في عملية دخول وتخزين الهواء في الرئتين فينزل الحجاب الحاجز الذي يفصل الصدر عن البطن، ويتسع القفص الصدري بابتعاد الأضلاع بفضل الأضلاع البيضعية، كما تنزل الحنجرة والقصبة الهوائية وتنتج الأوتار الصوتية، وتتحرك الأعضاء شبيهة الفقرية، حيث الشهيق يكون سريع وهادئ، إذ هو المرحلة التهيئية ذا أهمية خاصة ، ما دام الزفير يكون على حسبه.

ت- **الزفير:** وهو يمثل في عملية خروج الهواء من الرئتين إلى الخارج، فيرتفع الحجاب الحاجز ويضيق القفص الصدري وتتنخفض الأضلاع. فالزفير الحيوي مهم في إنتاج الأصوات لأن الصوت حسب Le Huche يعتبر كزفير مصوت ذورنة sonorisée.

وأثناء الكلام تكون مدة الزفير على حسب طول الجملة ومعنى النص، فعند الطفل تكون ما بين 12 و 20 ثانية، وعند الراشد تتراوح ما بين 25 و 30 ثانية، بالتدريب تصل إلى 40 و 50 ثانية، أما عند المصابين بإضطرابات تنفسية، فهي تقدر ببعض الثواني لأنها ذات صلة ليس بالسعة الرئوية، لكن بالحربة العضلية البطنية الصدرية.

2- التصويت: تعتبر الحنجرة العضو الأساسي للتصويت فهي العنصر المنتج للصوت أو

مصدر الطاقة الصوتية لدى الإنسان والحيوان المجهز بالرتتين. فهو عضو متحرك يؤدي وظيفته بفضل نشاط الأعضاء المتحركة، فأثناء الكلام وأثناء التصويت يكون هذا العضو حر لإحداث حركات طبيعية في اتجاه Antero-posteriens، فمثلا عند النطق بصوت حاد [i] ترتفع الحنجرة ، وتنخفض عند النطق بصوت عالي [o] ، وكذلك نشعر بإحساس بسيط يتمثل في شدة التوتر العضلية لما نرفع الصوت أو نتكلم بقوة، هذا الإحساس الذي ينقص لَمَّا نخفض الصوت أو ننقص من حدته ، أما حركة الأوتار الصوتية تكون على حسب حركات الحنجرة، فأثناء الشهيق تبتعد الأوتار الصوتية وتنتفح الفتحة المزمارية، ويحدث العكس أثناء الزفير، وكذلك أثناء التصويت حيث تتغلق الفتحة المزمارية وتقترب الأوتار الصوتية وتهتز (Claire Dinville P 23).

3- البلع: تتغير حركات الحنجرة عن موضعها أثناء عملية البلع، كما تتعلق الفتحة المزمارية بغضروف يسمى الغلصمة. (François le huche et André Allali , p 20)

6- دراسة الجانب الفيزيائي:

للصوت ثلاثة صفات فيزيائية وهي:

-الشدّة: وهي الصفة الفيزيائية التي تسمح لنا التمييز بين الصوت القوي والصوت الضعيف، الصوت الناقص القريب إلى الصوت المهموس الذي كثيرا ما نلاحظه في أواخر الكلمة، وتقاس شدة الصوت بكمية الطاقة الهوائية وتمثل الشدة الصوتية سعة تنوع المرافق لهذا الصوت ونقصد به ضغط المنطقة تحت المزمارية.

-الإرتفاع: هي الخاصية النوعية التي تسمح بالتمييز ما بين الأصوات الحادة أو المرتفعة والأصوات الغليظة أو المنخفضة ويرتبط ارتفاع الصوت مع حجم الحنجرة ودورية حركة شفاه اللسان المزمار (مذكرة نهاية ليسانس: إقتراح مشروع تمهيدي لمرحلة التمريبات الصوتية ضمن بروتوكول إعادة التربية الصوتية ،إعداد: حمزوي ولحلو، تحت إشراف مجيبة خليفة، سنة 1993-1994 ،ص 25) ويمكن تحديد إرتفاع موضوعيا بفضل diapason أو جهاز sonographe (François le huche et André Allali, tome1, p 20).

-الطابع: وهي الصفة التي تسمح لنا بالتعرف على الشخص، إن تحديد طابع الصوت شيء صعب نوعا ما، لأن الأذن حساسة لطابع أكثر من آلة التحليل الصوتي التي كثيرا ما تعطينا تحديدا ذاتيا، إذ يصعب التفريق ما بين ثلاثة أنواع من الطابع الصوتي :

- الطابع الذي ينتمي إلى ميكانيزم التجهيد، إذ يكون أجش Rauque، فالصوت هنا يعطي إحساس أن الأوتار لصوتية غليظة وجافة، أو طابع Eraillé يعني أن هناك une parasite أثناء اهتزاز الأوتار الصوتية.

- الطابع الذي ينتمي إلى إصابة الميكانيزم الصوتي، فطابع هنا إما أن يكون étouffé الشيء الذي يدل أن الصوت دون طابع ودون صدى، أو طابع أصم sourd الذي يدل أن الصدى داخلي، أو طابع voilé يعني محجوب الذي يدل على وجود صحیح النفس أثناء التصويت، فيتهرب الهواء ويفقد الصوت رناته أو الطابع غني بسبب عدم انغلاق الحنك أثناء تصويت المصوتات الشفوية ويترجم بفقدان الطاقة الرنانة.

- الطابع الذي ينتمي إلى تغير السجل الصوتي

(François le huche et André allali , tome 2, p22)

ب- الجانب المرضى :

تمهيد:

إن وظيفة الصوت كثيرا ما تتعرض إلى علل أو متاعب، و قد تكون هذه الأمراض ناتجة عن أسباب عضوية تصب عضو الصوت لدى الإنسان و هو الحنجرة و قد تنتج هذه الأمراض من سوء استعمال الشخص لأداة التصويت لديه، و أبرز هذه الأمراض ما يطلق عليه اسم البحة الصوتية .

1- تعريف البحة الصوتية :

هي كل ما يصيب وظيفة الصوت من علل او متاعب و قد تكون هذه الأمراض ناتجة عن أسباب عضوية تصيب عضو الصوت لدى الإنسان و هو الحنجرة و قد تنتج هذه الأمراض من سوء استعمال الشخص لأداة الصوت لديه (سيف الدين، اضطرابات الصوت 2007) و ابرز هذه الأمراض ما يطلق عليه اسم البحة الصوتية يعرف le huche البحة الصوتية بأنها اضطراب مؤقت أو دائم للوظيفة الصوتية، فإما يشعر به الشخص نفسه أو محيطه الخارجي وكما يعرفه بأنه عبارة عن فساد صفة أو مجموعة من الصفات الفيزيائية للصوت، (Francois le allali et andré allali. p 71)

2- تصنيف البحة الصوتية:

لقد أجريت تجارب عديدة لتصنيف الإضطرابات الصوتية منذ القدم: لكن منذ نهاية القرن xix^e وقت إكتشاف Garcia للتنظيم الحنجري، فلو حظ des enrouements، دون وجود سبب ملاحظ، وبدأ الأطباء بتصنيف مقبول نوعا ما لكنه أهمل ، وحتى الآن لا زال يوجد تضارب كبير بين الإضطرابات الصوتية الوظيفية والإضطرابات الصوتية العضوية، إذ تستعمل نفس المصطلحات لتعريفهم، ف-Dr Heuyer يقول بأن الإضطرابات الوظيفية هي اضطرابات فيزيولوجية، إذن فهي عضوية، وبين العضوية والوظيفية لا يوجد إلا إختلاف كمي، لكن يمكن تحديد البعض منها مثل: شلل الأوتار الصوتية فهي فضوى ، أما la mue فهي وظيفية.

وحتى يتضح لنا الأمر أكثر فضلنا تصنيف هذه الإضطرابات الصوتية على النحو الذي يهم الأرطوفونيين، والذي ينتمي لحقائق تطبيقية لأن كثيرا ما يكون هدف إعادة التربيبة الصوتية هو إلغاء التجهيد المفرط لميكانيزم الصوت والتنفس ولذا نقوم بتصنيفها إلى:

- الإضطرابات الصوتية الراجعة إلى الزيادة في الحدرية
- الإضطرابات الصوتية الراجعة إلى النقص في الحدرية (Claire dinville. p33)

1-2 الإضطرابات الصوتية الراجعة إلى الزيادة الحدرية العضلية:

1-1-2- **الصوت الأجهش:** تكثر هذه البحة في سن الطفولة لأسباب عديدة لتقليد الأصوات

بعنف والبكاء المستمر، وقد تستمر هذه البحة لسن الرشد. (Claire dinville, P32)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
الصوت الأجلش	-الأوتار الصوتية سليمة -الأوتار الصوتية ذات لون أبيض وأحيانا ذات لون وردي ومنتفخة نوعا ما	الشدة: قوية جدا الإرتفاع: منخفضة الطابع: Eraillé

(مذكرة نهاية ليسانس لحمزاوي فهيمة و لحلوح سامية ص35) .

يوجد هذه السلية المخاطية في الثلث من الجزء الأمامي للأوتار الصوتية.

2-1-2-سليلة مخاطية: وتنتهي هذه البحة إلى pathologie traumatique وتظهر عند الذين يجهدون صوتهم ويتكلمون كثيرا وباستمرار وفي ظروف سيئة .

(Encyclopédie medico-chirurgicale dysphonie dysfonctionnelles p 09)

وقد نجده عند الأفراد الذين لهم اضطراب وظيفي لمدة طويلة.

(François le huche et André allali tome2 ,p55)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
سليلة مخاطية	-الأوتار الصوتية لا تلتقي جيدا وهذا ما يسمح بتسرب الهواء -وجود انتفاخ في ثلثي الداخلي والثلث الوسطى للوتر الصوتي توجد في كل وتر صوتي ولكن بتساوي	الشدة: قوية الإرتفاع: منخفضة الطابع: 'sourd ، Ranque ، voité نوعا ما

3-1-2-Eversion Ventriculaire: فهو عبارة عن نوع من الورم ناتج عن التهابات حنجرية ومرض حنجري مزمن (مذكرة نهاية ليسانس لحمزاوي فهيمة و لحلوح سامية 1993-1994 ص36)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
Eversion Ventriculaire	-لون الأشرطة البنطية حمراء -مقاربة بكثرة وجود Herni فوق المنطقة البلعومية للوتر الصوتي	الشدة: قوي الإرتفاع: منخفضة الطابع: أجلش مشدود

4-1-2-البحة التشنجية: وتتمثل في صعوبة صوتية هامة تظهر على شكل تشنج أعضاء التصويت والتنفس ، وفي البداية تظهر بطريقة مرحلية في وسط أو آخر الجملة، ثم تصبح دائمة

متكررة، وهذه البحة صعبة لإعادة التريبة الصوتية (Claire Dinville, P 42)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
البحة التشنجية	-أثناء التصويت نلاحظ تشنجات تنافسية تعطي لصوت طابع غير منتظم -تشنجات حنجرية تعطي صوت étranglée	الشدّة: منخفضة ومحدودة الإرتفاع: مرتفعة الطابع: sourd، étouffée

(مذكرة نهاية ليسانس لحمزاوي فهيمة و لحلو سامية ص36)

2-1-5- الإنتفاخ المغزلي: هو عبارة عن ارتجاع على مستوى الغضروف الطرجهالي وهذا بسبب التجهيد الصوتي كالكحول، تدخين أو مرض غام، زكام وكثيرا ما يظهر في مرحلة العادة الشهرية، وأحيانا هذا الانتفاخ المغزلي يتحدد على الطرف الحر للوتر الصوتي.

(François le huche et André allali, tome2, p80)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
الانتفاخ المغزلي	-إنتفاخ على مستوى المخاطية والأوتار الصوتية لمدة طويلة -شعور المريض بالتعب أثناء التصويت	الشدّة: قوية جدا الارتفاع: منخفضة الطابع: soufflée أي صعوبة تنفسية بسبب ضيق غلصمي صوت الغناء جد سيء صوت نداء محدود

2-1-6- قرحة الإلتماس: تظهر في قدم أو وتر أو وترين صوتيين والمصاب كثيرا ما يكون رجل في سن معين ونادرا ما يكون مرأة التي تجهد حنجرتها والتي تتكلم بشدة قوية وبصورة مستمرة إذن عبارة عن إفراط في حركة العضلات الخاصة بانتفاخ الغلصمة (Encyclopedie medico-chirurgicale, p09)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
قرحة الإلتماس	-تعب وألم أثناء التصويت في التنضير الحنجري نلاحظ قرحة على مستوى مخاطية الوتر الصوتي، وسلوك تشديد الأوتار الصوتية أثناء les attaques des coups de glottes -لون الغضاريف رمادي إلتهاب وتري الذي يكون على شكل Granulomme	الشدّة: قوية. الإرتفاع: منخفضة. الطابع: sourd،

2-2- البحات الصوتية الراجعة في نقص في الحدرية العضلية:

2-2-1- العقيدة: هو عبارة عن Pseudo Tumeur، كما يمكن أن يكون نتيجة التجهيد الصوتي أو التهاب مزمن هام، وفي غالب الأحيان هو نتيجة تطور السليلة المخاطية (claire dinville , p43-49)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
العقيدة	-صعوبة تصوتية وتنفسية أي عدم قيام الأوتار الصوتية بالوظيفة التصوتية والتنفسية بسهولة -شعور المريض بـ Tiraillement et Picotement على مستوى الأوتار الصوتية -في التنظير الحنجري تظهر العقيدة إما على شكل Pédicule أو Tuméfaction	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة وقد تتطور إلى غياب كلي للصوت الطابع: 'rauque', 'voilée', 'sourd'

2-2-2 تلم الوتر الصوتي: هو عبارة عن تشوه خلقي يوجد عند الأطفال الصغار ويبقى حتى عند الكبر حيث أن إصابات الصوت تصبح شديدة. (Claire dinville,p45)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
تلم الوتر الصوتي	-ظهور تشنج على طول وتر أو وترين صوتيين	الشدة: ضعيفة الارتفاع: مرتفعة الطابع: euronée, détimbré ومصحوبة بتشنجات

2-2-3- Synéchies palmures des CV : هو تشوه خلقي ولادي ناتج عن ندبة جرح.

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
Synéchies palmures des CV	-عدم اهتزاز الأوتار الصوتية على طولها -قيام الأشرطة البطنية بعمل الأوتار الصوتية ومساهمتها في التجهيد الصوتي	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: حاد غير مستقر الطابع: Eraillé

2-2-4- الصوت المبجوح: يحدث نتيجة الحالة العامة السيئة وهي كثيرا ما تكون نتيجة أمراض رئوية أو إتهاب حنجري وهو يتطور من الصوت المبجوح إلى غياب كلي للصوت (claire dinville, p 45)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
الصوت المبجوح	-الأوتار الصوتية سليمة وذات لون أحمر اهتزاز دوامي للأوتار الصوتية -إحساس المريض بألم في منطقة البلعومية الحنجرية.	الشدة: قوية الإرتفاع: منخفضة الطابع: Eraillé، جش جدا

5-2-2- Mono cordite Vasomotrice: لا تأتي فجأة بل بعد مرض غدي واضطرابات هرمونية خاصة عند النساء في مرحلة العادة الشهرية أو بعد مرض affection tractus وعند المطر بين ذوي تقنيات سيئة كما يمكن القول أنه إتهاب محدود على وتر صوتي، ويظهر بعد مدة من استعمال الصوت

(encyclopedie medico-chirurgicale,p13)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
Monocordite Vasomotrice	-في البداية الأوتار الصوتية تكون رمادية ثم ذات لون وردي ثم حمراء ونفس الشيء بالنسبة للغضاريف -اهتزاز غير عادي أو غير متساوي للأوتار الصوتية -شعور المريض بألم في الوتر الصوتي المصاب	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: voilée ، sourd

6-2-2- الفتحة البيضوية: فهو تشوه على شكل atrophique كما هو الحال في تلم الوتر الصوتي الذي يمنع من وجود احتكاك وتلاحم الأوتار الصوتية (claire dinville , p36)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
الفتحة البيضوية	-عدم تلاحم الأوتار الصوتية	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: مرتفعة الطابع: souflée

7-2-2- coup de fouet laryngien: هي نوع من mono cordite الذي يظهر فجأة بعد جهد عنيف عند الأطفال الذين يتكلمون بجهد أو يبكون باستمرار أو يصرخون بعنف أو عند المطربين الغير محترفين يعانون لمدة طويلة و برفع الصوت وبشدة قوية ويجهد على النوتات الحادة، وكثيرا ما تتطور إلى عقيدة أو سلية مخاطية (claire dinville, p36)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
coup de fouet laryngien	-صعوبة اهتزاز الأوتار الصوتية الأوتار الصوتية ذات لون أحمر -شعور المريض بالألم في جهة من الحنجرة	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: éraillé

8-2-2- شلل وترى وحيد الجانب: وهو كثير الانتشار عن شلل وترى الثنائي الجانب والشلل الوترى وحيد الجانب يكثر من جهة اليسر و la beauce تكون جد هامة على حساب وضعية الوتر الصوتي المشلول الذي يكون إما في وضعية paramédiane أو Intermdianne أو mediane (claire dinville , p 42)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
شلل وترى وحيد الجانب	-عدم اهتزاز وتر صوتي المصاب -إهتزاز وترى غير متساوي	الشدة: قوية الإرتفاع: منخفضة الطابع: souflée، sourd

9-2-2- بحة نفسية: تحدث فجأة لأسباب متنوعة، قلق صوتي، صدمة نفسية من كل نوع وتظهر بعد زكام بسيط، تجهيد صوتي، دواء هرموني أو بعد بحة مؤقتة، وهذه البحات تصبح متكررة وقد تتطور هذه البحة إلى غياب كل صوت خاصة عند النساء medoco- (encyclopedie chirurgicale,p11)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
بحة نفسية	-الأوتار الصوتية لا تؤدي وظيفتها -فهي ذات لون أحمر و Hypotonique وأشرطة بطنية تؤدي عمل الأوتار الصوتية الذي أصبح مستحيل الأوتار صوتية سليمة	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: مبجوح، éraillé، sourd، nasonné

10-2-2-إضطرابات البلوغ: وهي تعني تلك المرحلة أين يحدث تطور الأعضاء الصوتية للطفل لأعضاء الراشد (claire dinville, p 37)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
إضطرابات البلوغ	-نلاحظ اضطرابات vasomotrice للأوتار الصوتية -عدم توازن بين الحنجرة للطفل و صدره كذلك الحنجرة والقدرة التنفسية للطفل	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: مرتفعة الطابع: éraillé، bitonal

11-2-2- Phonasthenie: هي بحة تنتج عن تعب ذات أسباب متنوعة فيمكن أن تكون نتيجة حياء كبير أو une Convalexence وكل ردود أفعال العصبية العضلية (claire dinville, p42 et 52)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
Phonasthenie	-إهتزاز غير عادي للأوتار الصوتية	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: rauque

12-2-2- l'archite crico-arythenoidien: تظهر بعد أمراض معدية، بعد زكام، بعد تعب عضلي، خاصة عند المغنين. (encyclopedie medico-chirurgicale, p 39)

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
l'orchite crico-arythenoidien	-حالة الأوتار الصوتية مصحوبة بـ une béance glottique لأن وتر صوتي المصاب أعلى من وتر صوتي السليم -لون الأوتار الصوتية وردي واهتزازها غير متساوي. -الغضاريف لا تتحرك وحركاتها غير كاملة	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: rauque، مبوح، مزدوج الغنة

13-2-2- التهابات الحنجرية وظيفية: تأتي بعد التهاب حنجرة وتوجد حساسية في الجهة العلوية، وتحدث في كل سن وخاصة عند الأطفال الذين يكون كثيرا والبائعون وكل من له وظيفة تتطلب الكلام الكثير وهي في نفس الوقت بحة التهابية وظيفية hyperkinitique تتبع بـ hypokinisie.

التشخيص العيادي	حالة الأوتار الصوتية	التشخيص الأرتوفوني
التهابات حنجرية وظيفية	-أوتار صوتية ذات لون وردي و boudiné	الشدة: ضعيفة الإرتفاع: منخفضة الطابع: éraillé مبوح حلقي gutturale ويتطور إلى غياب كلي للصوت

3- **التجهيد الصوتي وعلاماته العضوية**

تعتبر ظاهرة التجهيد الصوتي من الظواهر الأكثر إنتشارا عند المصابين بالإضطرابات الصوتية إذ لما يحدث لنا أي خلل في الصوت، فإننا نضغط لا شعوريا محاولين استرجاعه كالأول، وهذا التجهيد الصوتي يكون في الأول بتزايد نشاطي مؤقت الذي يؤدي إلى تقليل إرادي في الإنتاج الصوتي وخاصة لما يعاني المفحوص من الصعوبات الصوتية.

فهذا التجهيد الصوتي قد يتطور بإصابة الغشاء المخاطي للحنجرة، وبالتالي يتلف أكثر فأكثر الوظيفة الصوتية، فيؤدي لإضطراب صوتي، وأحيانا إلى غياب صوتي نوعا ما كامل وبالتالي يعود عليه المريض فالشخص الذي يجهد صوته تظهر عليه علامات عضوية وهي:

3-1- **إصابة الموقف العام**: وهي تتمثل في عنصرين:

أ- **ضيق العمودية**: حيث نلاحظ على الشخص الذي يجهد صوته انحناء العمود الفقري، ونزول ضلعي وتضييق للصدر، وينزل رأسه نحو الرقبة وذقنه نحو الأمام وهذا أثناء التصويت.

ب- **تقلص عضلي la crispation**: حيث أنه كلما يقوم بتصويت بشدة كل الأعضاء المتداخلة في النطق والكلام، وهذا ما يظهر خاصة في عضلات الوجه وكذلك الأعضاء العلوية.

3-2- **A Haque en coup de Glotte**: إن الإستعمال الدائم لميكانيزم الصوت يسبب

صعوبات على مستوى الميكانيك الحنجري، وهذا ما يؤدي إلى الإستحالة الحاجب الحاجز أن يحقق تنظيم النفس هذا الدور يجب أن يكون مؤكد بالحنجرة نفسها، إذ لديها وظيفة تنظيم مجرى الكلام وإهتزازه.

3-3 ظهور إحساس ذاتي خاص: إن تطور الحلقة المفرغة للتجهيد الصوتي يكون بطريقة متغيرة على حسب حالة المريض وشعوره وإحساساته التالية:

- أ- **إحساس بنقص النشاط:** فأحيانا المريض يظن أن صوته تنقصه القدرة، إذ يظن أنه من الصعب إيصاله لغيره، فيرى أن التجهيد الصوتي أساسي وضروري لإنتاجه لصوت.
- ب- **التعب أثناء التصويت:** إذ يتعب أثناء التصويت المطول نظرا للتجهيد الصوتي الذي يؤدي إلى عدم التلد بالكلام.
- ج- **الإحساس بالأم حنجرية بلعومية:** فكثيرا ما يحس المريض بالأم متنوعة في الحنجرة التي تتبع بقلق.
- د- **حصر تنفسي:** كثيرا ما يشعر المريض بضيق أثناء التنفس.
- هـ- **اللاشعور بالجهد المبذول:** لا يشعر المفحوص بأية حساسية خاصة، فيستعمل طاقة معتبرة لإنتاج الصوت.

4-3 Altération laryngée et perilaryngée: فسلوك التجهيد الصوتي كثيرا ما يؤدي إلى إصابة المخاطية الحنجرية، فهذه الإصابة مسؤولة عن les paresthesies المذكورة أعلاه، وهذه الإصابة تسبب أمراض أكثر خطورة على مستوى الحنجرة.

3-5: التقليل من ليونة الصوت والجهاز الصوتي: هو عنصر أساسي للتجهيد الصوتي، والذي يشرح جيدا نفاء هذا، فهو يعني إستحالة المريض أن يصحح هذا السلوك الصوتي مهما كانت النصائح والتعليمات المعطاة له.

3-6 الإفساد الصوتي: إن إصابة الصوت تكون مختلفة حسب الحالات وحسب الأوقات وحسب نوع الفعل الصوتي، وهذا مهما كانت أهمية السلوك الصوتي، فقد يحدث دون أن يتبع بإصابة مخاطية الأوتار الصوتية

(François le huche et andré allali , tome 2 , p74)

4-عوامل وأسباب البحة الصوتية:

تعود الإضطرابات الصوتية لأسباب وعوامل مختلفة، التي يمكن أن تكون عضوية، وظيفية، نفسية، بالإضافة للعوامل الإجتماعي، العائلية، النفسية، مهنية، وعلينا أن نكون على الإضطراب وكيفية ظهوره وتطوره، ولتوضيح هذا نذكرها بتفصيل بدءا بالعوامل والأسباب المؤدية ثم العوامل والأسباب المشجعة (claire dinville, p 52)

4-1-العوامل والأسباب المؤدية للبحة الصوتية:

4-1-1-1-4 الأمراض الوعائية: يمكن أن يحدث عند المرأة اضطراب صوتي هام إذا ما كانت العلاقة vasomotrice بين الجهاز الصوتي والجهاز الجنسي تحدث إضطراب، وهذا يزداد في مرحلة الحيض وخاصة إذا وجد من قبل خلال الشهور الأخيرة من الحمل، وكذلك أثناء توافق الحيض. أما عند الطفل فنجد أن في مرحلة la mue أي تطور أعضائه بين الطفولة والمراهقة أعضائه الحنجرية تكون حمراء وملتهبة، والدورة الدموية لا تعود عادية إلا لما الصوت يصبح ثابتا.

4-1-2- أمراض الغدد الهرمونية: كما هو الحال في حالة زيادة إفراز الهرمون درتي الذي يؤدي إلى عدو وضوح الصوت مؤقتا والطابع يكون غير مسموع، ويتحاول الطابع الحاد إذ يصبح غير ممكن وصوت الغناء مستحيل، وهذا ما يحدث عند المفحوص الشعور بالقلق الذي يزداد بزيادة اضطراب الصوت، يكون متغير، ضعيف وغير كاف، أما في حالة Hyper surréaliens الصوت يكون ذا قدرة ومسموع بسبب العضلية المتطورة جدا، في حين يتعب الصوت بسهولة عند الذين عندهم شدة ضعيفة.

4-1-3- بعض الأمراض Hepato intestinales: مثل قرحة، اضطرابات هضمية التي يمكنها أن تحدث اضطرابات صوتية إذ يكون للمصابين ردود أفعال vasomotrice على مستوى العملية التنفسية الكافية وأداء دوره فنلاحظ ضياع الصوت الذي يصبح Hypotonique، إلى جانب أمراض أخرى كالربو، وأمراض الصدرية المزمنة واضطرابات المروحة الرئوية، كلها تعرقل العملية التنفسية.

4-1-4- mal administration d'hormone: تتمثل في 50% من اضطرابات Hypotonique فأخذ أدوية ضعيفة التركيز لمد طويلة تسبب باستمرار اضطرابات حنجرية، حتى وإن كانت تلك الأدوية ذا تركيز القوي تؤخذ لمدة قصيرة، لأن تكرار تلك الأدوية تعطي كمية كبيرة من الهرمونات المركزة Hormones absorbés ويظهر بذلك الإضطراب الصوتي إما فجأة و بتدرج حتى بعد التوقف من أخذ الدواء ويمكن لهذا الإضطراب الصوتي أن يتطور، إذ الصوت يصبح يمتاز بعدم ثباته والأوتار الصوتية تصبح ذات لون وردي تتعدى الأوتار الصوتية الكاذبة وذلك بسبب الأعراض العصبية الأمامية للعمود الفقري للمنطقة الوسطى.

وحسب Terneaud هذا الإضطراب الصوتي هو نتيجة التي بعد أخذ دواء أو نظرا لأخذ راحة صوتية المطولة بسبب الإصابات الحنجرية.

4-1-5- بعض أمراض حلقة أذن، أنف، حنجرة و affection du system: فبعض الأمراض الأنفية، الحنجرية يمكن أن تسبب إعاقة ميكانيك الحنجرة، كما هو الحال عند إصابة حنجرية حادة أو التهاب حنجري بعد سفر طويل، أو برد أو حساسية، وكذلك حالات أخرى مثل: خناق حاد فهذه الإصابة المؤقتة للجهاز الصوتي تؤدي إلى الدخول في التجهد الصوتي حسب الأشكال السابقة الذكر.

وإلى جانب ذلك فكل الإضطرابات المشتركة أو غير المشتركة مع الصوت، لغة أو الكلام وكذلك الإضطرابات الحركية أو الموجودة في مناطق مختلفة من الجهاز العصبي وهذا ما يؤدي إلى إصابة الحدربة العضلية وعدم تنسيق الحركي وأحيانا إلى به شلل أو شلل الأعضاء الصوتية وصعوبة في تعديل الشدة والصوت يكون مصاب إما بزيادة أو بنقص فيكون لطابع متغير، أصم حاد جدا أو أعنف.

4-1-6- العوامل النفسية: إن العوامل العاطفية والعائلية وحتى العملية يمكنها أن تحدث صدمات نفسية هامة لظهور اضطراب صوتي بفعل ضغوطات نفسحركية التي تظهر على مستوى الجهاز الصوتي.

هذه الأمراض النفسية التي تكون في تطور مستمر إذا ما وجدت الأرضية المشجعة كالحساسية المفرطة، تعب الجهاز العصبي، حالة قلق واكتئاب، لكن يوجد دائما عامل أساسي الذي يسببه هو الحداد، الخوف، تضارب مؤقت أو دائم، فغياب الصوت النفسي عادة ما يحدث فجأة ويكون في تطور سريع ومتقارب.

أما الإضطرابات الصوتية الشديدة تتطور ببطئ، فهذه الإضطرابات تكون بسيطة في أول شهر ثم تتطور شيئاً فشيئاً حتى تصبح ثابتة.

4-1-7- الضعف والإنحطاط: كل فرد يمر بمراحل حافلة بالأحداث المهنية أو العائلية والتي تؤدي إلى تعب أو أمراض تسبب مؤقتاً في إضعاف القدرات الجسدية المخزنة.
(François le huche et André Allali, p 74)

4-1-8- السعال: يحدث بسبب إصابة المخاطية الحنجرية، وهو عامل ميكانيكي نجده بكثرة في بداية تكون الاضطراب الصوتي الوظيفي.

4-1-9- المرحلة القيلتهرية: في هذه المرحلة، يحدث هناك تعديل الطبقة السطحية للمخاطية الحنجرية للأوتار الصوتية Pacello يقول أن في هذه الفترة l'éqishemism تخشن وبنائها الخلوي يعدل في نفس الوقت مع المخاطية، وهكذا نجد أن الصوت العادي قبل الحيض يكون خفيف souple، لكن خشونة المخاطية الحنجرية قد تؤدي إلى الدخول في التجهيد الصوتي.

4-1-10- الحمل والجراحة البطنية: لما يحدث هناك تعديل على مستوى البطن، يمكن أن يشعر الفرد بـ une gêne أثناء التصويت فيجهد صوته.

2-4- العوامل والأسباب المشجعة لظهور البحة الصوتية:

4-2-1- الوسط العملي: وتتمثل في ظروف العمل التي تفرض على المريض أن يتكلم بصوت عالي ولمدة طويلة فيتعرض إثرها لاضطراب صوتي كما هو الحال بالنسبة للمحامي، الممثل والمترجم، الأستاذ، المغني... الخ، خاصة إذا كان مكان العمل غير ملائم بارد، تغير مفاجئ للحال إلى جانب الضغط على صوته فيحدث له تعب صوتي ثم بعد هذا التجهيد تعب مستمر والأوتار الصوتية تأخذ شكل bondinée، والأوتار الصوتية الكاذبة تحتك فيكون هروب الهواء بسبب غلق غير كامل لها، إلى جانب ظهور أعراض أخرى، كاحمرار وإلتهاب الحنجرة والرقبة وبعض الأعضاء منها كأوتار صوتية. فالصورة المهنية كثيراً ما تحكم على الأفراد بإجهاد صوتهم إذا ما كان مضطرباً.

4-2-2- الصفات النفسية: نجدها خاصة عند العصابي الذي لا يستطيع استعمال وضعيه مناسبة لإصدار أصوات حيث أنه يسرع للتصويت ويميل للقلق.

4-2-3- الوضعيات النفسية الصعبة: قلنا أن العوامل العاطفية والعائلية يمكن اعتبارها كعوامل مؤدية لاضطراب صوتي، وهنا نعني كل الحالات التي تعاني من صعوبات نفسية دائمة.

4-2-4- الوسط العائلي والاجتماعي: للوسط العائلي والاجتماعي كذلك دوره في التأثير على الوظيفة الصوتية وظهور الإضطراب الصوتي، وذلك بسبب تقليد لصوت ذا شدة قوية، وخاصة في الأوساط العائلية الكبيرة أين الجميع يتكلم في نفس الوقت بالفرد هنا يرفع صوته دون إن يدرك ذلك مما يسبب له إضطراب صوتي وحتى في العائلة المنعزلة والمكبوتة أين الصوت العادي يعتبر ذا شدة كبيرة فكل هذه العوامل مشجعة جداً لظهور الإضطراب الصوتي، خاصة وإن كان الفرد حيوي ونشط أو على العكس منعزل وخجول فمن جهة يوجد تجاوز للحدربة العضلية ومن جهة أخرى نقص لصوته.

4-2-5- الكحول والتدخين: تؤثر هذه المواد على المخاطية الأوتار الصوتية، وبالتالي لها تأثير سلبي على الصوت.

4-2-6- أمراض مزمنة أذن، أنف، حنجرة: مثل إختناق حاد sunnisme الإضطراب الصوتي إلى جانب حساسية وكذلك le reflex Gastro-œsophagien الذي يسبب إصابة بلعومية حنجرية.

4-2-7- les troubles de l'audition: مهما كان نوع هذه الإضطرابات السمعية فإنها تؤدي حتما إلى اضطرابات على مستوى البلع ونقص في العملية التصويتية إذ الصوت يصبح غليظ أو حاد جدا، أو ضعيف جدا ، أو أعنف أو غليظ، فالأصم مثلا الذي له صعوبة في المراقبة السمعية – التصويتية لا يقدر صفات إنتاجاته اللغوية فيرفع صوته، أو تكون له صعوبة في القيام بالحركة المناسبة للصوت.

4-2-8- التقنية الصوتية défectueuse: نجدها خاصة عند الأشخاص المجبرين على الغناء في ظروف غير ملائمة، وهم ليسوا على دراية بالتقنية (Claire Dinville , P68)

4-2-9- التعرض للغبار: حيث يؤدي إلى تثبيت التجهيد الصوتي.

4-2-10- وجود مصاب باضطراب صوتي في المحيط : إن الإضطراب الصوتي كثيرا ما يتطور بالتقليد، كل من صفات الفيزيائية وصفات سلوكية، فالأشخاص والمحيط بهم يتخل في وجود الإضطراب الصوتي عند الفرد.

4-2-11 وجود Hypo acoustique في المحيط:إنها تعرض المريض لجهد وإجهاد صوتي.

4-2-12- السوابق الرئوية: إن بعض الأمراض الرئوية تسبب ظهور إضطراب صوتي إذ يكون سلوك تنفسي خاص (François le huche et André Allali , p76)

الفصل الثالث

إعادة التربية الصوتية

تمهيد:

للكفالة الأرتوفونية مبادئ وتقنيات يجب عرضها قبل التطرق لإعادة التربية الصوتية.

1- معنى الكفالة الأرتوفونية:

إن الكفالة اصطلاحاً تعني : ضمان و الأرتوفونية هو علم يدرس إضطرابات اللغة، الكلام و الصوت.

و الكفالة الأرتوفونية: هي عبارة عن تلك الحصص التي يبرمجها المتخصص الأرتوفوني للمصاب بإضطراب ما، قصد تشخيص إضطرابه و تخطيط برنامج، الكفالة به أرتوفونيا، هذه الكفالة التي تبدأ منذ اللقاء الأول، الذي يجمع الفاحص و المفحوص إلى أخص حصته، حيث تشمل هذه الحصص كل من: المقابلة و جمع معلومات عن المفحوص ، وتكوين علاقة بين الفاحص و المفحوص جيدة مبنية على الثقة و الأمان، و العمل على تقليل من قلقه في تشجيعه، إلى جانب تبليغ الفاحص المفحوص بإضطرابه و بأهمية هذه الحصص الأرتوفونية، و شرح له الطريقة التي تشتمل بها، و أهمية مشاركة و حضوره لهذه الحصص الوصول إلى نتائج إيجابية، وبالتالي التغلب على إضطرابه، إلى جانب هذا لا ننسى ذكر دور المختص الأرتوفوني من الناحية النفسية خاصة في الحالات الصعبة، التي تعاني من إضطراب يمس شخصيتها كالمصابين بالإضطرابات الصوتية، خاصة و أننا نعلم أن الصوت جزء من شخصية الإنسان و الذي هو موضوع بحثنا، حيث أن المختص الأرتوفوني هنا أثناء إعادة التربية الصوتية يحاول دائماً أن يقلل من توتر و قلق المفحوص و الرفع من معنوياته و التخفيف عن معاناته النفسية ، بما يقدمه له من تشجيعات و أمل على تحسين صوته إذا ما بذل جهداً و حاول متابعة الحصص بكل صرامة وجد فمهي إذن مبادئ إعادة التربية الصوتية؟ و الطريقة المتبعة لكفالة المصابين بإضطرابات الصوتية؟

2- مبادئ إعادة التربية الصوتية :

قبل أن نقدم الجزء الخاص بإعادة تربية الصوت، لا بد أن نقوم بتحديد بعض النقاط الأساسية التي يجب على كل مختص في علم النفس الأرتوفوني أن يلم بها، و هذه النقاط تتمثل فيما يلي:

• إن الصوت يتحقق بفضل الحركة التنفسية التي تؤدي إلى إهتزاز الأوتار الصوتية و إلى إحساس حركي إهتزازي des cavités suslaryngée لذا يجب أثناء إعادة تربية الصوت أن نعتني بالعملية التنفسية، لأنها العملية الأساسية لإحداث و تطور الصوت الذي يتبع المنطقة العضلية الجلدية الدقيقة و التي تكون مرفقة بإحساس تسرب النفس عبر الأعضاء الصوتية.

• عند إصدار الصوت، هناك دائماً intrication بين وظيفة الحنجرة ووظيفة العضلات التنفسية، هذا ما يعني أن الصوت هو الكل أي مجموعة العضلات ، وفي نفس الوقت ظاهرة إهتزازية.

• في بداية إعادة التربية كثيراً ما نجد ثلاث مشاكل بدرجات مختلفة، تستوجب الحل، وهي موجودة على ثلاث مستويات مختلفة لهذا لا بد من متابعة التسلسل التالي :

أ-إعادة تربية العملية التنفسية.

ب-التقليل من الجهد الحنجري-البلعومي كي تتغلب على إصابة الأوتار الصوتية بالتهاب، وهي الإصابات الأخرى.

ج-تعويد من جديد ولأحسن الحجرات الرنانة للصوت المنطوق من الحنجرة، وهذا لكون أنه في كثير من الحالات يصعب جداً وضع حد للجهد الصوتي و إصابات الأوتار

الصوتية، مادامت العملية التنفسية لا تستطيع القيام بدورها كما ينبغي (Claire Dinville, P78-82)

لكن في بعض الحالات، إذا ما كانت الإصابة بسيطة و اضطرابات الطابع خفيفة يمكن و بسهولة خلال الحصة الأولى أن يحدث هناك تنسيق بين التنفس و التصويت، وخاصة إذا ما كانت للمفحوص القدرة الجيدة على الإنتباه و التكيف ، وهذا ما نجده في كثير من الأحيان.

- إن الصوت يتحقق بفضل مجموعة من الأجهزة حيث ليس لها معنى عضلي، والتي تعتبر تعديل نشاطها صعب كحجاب الحاجز diaphragm ، الحنجرة و شراع الحنك، و نحن لا نقوم بتعديل وظيفتها إلا بالحركات و وضعيات الأجهزة المحافظة لها التي لها معنى عضلي، وبالتالي نستطيع العمل عليها مباشرة كاللسان، الفك السفلي machoire inférieur و كل العضلات التنفسية...
- عمل الأجهزة المختلفة التي سبق ذكرها تحدث مجموعة من الإحساسات التي لا تحلل و لا ندرس عند الأشخاص العاديين الذين لا يعانون من مشكلة في الصوت، وإنما تحلل إلى أقصى حد ممكن عند المريض الواعي لها و هذا ما يساعد على العلاج و المراقبة لإحداث الإرسال العادي.

- إن الوظيفة الصوتية هي نشاط عضلي، تجب الشعور به على شكل الإحساس بالصمود و : le soutien ferme et souple
أ- على مستوى الطبقة الوسطى للصدر، و المنطقة شبه الفقرية و العضلات البطنية
ب- على مستوى الأجواف الحنجرية كالإحساس بتوسيعها ، و تفرع الأعمدة les piliers
للتغلب على الشد الحنجري الذي نجده خاصة في الإضطراب صوتي hyperkinitique
و هذه الإحساسات العضلية تكون مشتركة مع الإحساسات الحركية، وهي تعلمنا نشاط الأجهزة و وضعيتها و درجة ليونتها و نشاطها و هذا على مستوى:

-اللسان، الفك السفلي، الرقبة، الرأس و العمود الفقري
-الحنجرة و هنا يكون الإحساس العام للحركة، عدم وجود القوة
-الإحساس الحركي الإهتزازي الموجود في المنطقة الأعوان فوق الحنجرة البيت هي نتيجة تطور الصوت، وهي إحساسات ذاتية لا تفرق عن الإحساسات الموضوعية، بما أن الظواهر الفيزيولوجية و اللغوية تقع داخل أعضائها.

-هذه الإحساسات تشوج بمراقبة سمعية-صوتية audi-phonatoire ، بمعنى أنه عندما يسمع الفرد صوته، يسمع ذلك بتقييم ، تحسين لإرتفاعه و دقته و نوعية الرنة، لكنها تعتبر وسيلة مراقبة غير ثابتة لكون ظروف سماعه تختلف من قاعدة لأخرى، و هذا ما يجعل الشخص يف كثير من الأحيان يجهد صوته حتى يتسن له سماعه، و هذا يتعبه.

فهكذا الفيزيولوجية الصوتية تعلمنا أن تقنية و الميكانيزمات الصوتية و التنفسية تكون نفسها رغم الإختلافات الموجودة على مستوى الشدة، الإرتفاع، الطابع و ظروف القاعدة
Claire (Dinville, P78-82)

3-إعادة تربية البحة الصوتية:

أ-العملية التنفسية : إن الصوت يعمل كآلة الريح، وهذا ما بين لنا المكانة التي تأخذها عملية تصحيح التنفس في تصحيح الإضطرابات الصوتية، التي كثيرا ما تحدث بسبب إضطرابات لحركة

التنفسية، ولهذا فإن التمرينات الأولى في إعادة التربية تركز على تحقيق التنفس العادي، فإثناء إعادة التربية، نجد مشاكل عديدة عند المصابين بالإضطرابات الصوتية، حيث نجد تنوع في الإصابة إلى جانب صعوبات تنفسية، أو استعمال سيء لميكانيزم التنفس إلى جانب بعض المرض الذين يتنفسون تنفس عادي خارج التصويت و لكن يستعملون بجهد صوتهم أي جهد حنجري و ذلك إما للضرورة مهنية أو لأسباب أخرى و هذا ما يعكس سلبا على التنفس و يعرفل ميكانيزمه لكن هناك من يتنفس عاديا لكن صوته مضطرب و دون طابع و أوتارهم الصوتية قليلة الحركة و هذا الصوت الضعيف يجعل المفحوص يجهد على حنجرته و تنفسه.

إلى جانب الحالات الأخرى أين يكون تنفسهم غابت الإضطرابات، حتى خارج الكلام و هذا عند الأفراد الذين لا يملكون القدرة الكافية و نقص في السعة *hypertonie* و *hypertonie* للبطن رغم تنوع هذه الحالات.

لكن يمكن في بداية إعادة التربية أن نلتقي بمرض ينجحون بكل سهولة في تحقيق توازن ما بين سعة الحركات و ليونة العضلات و القدرة الرئوية ولهم حدس لما يجب القيام به و لديهم قدرة على الإنتباه و حسن السمع و يتكيفون بكل سهولة لما يقدم لهم من تعاليم حول التصويت و التنفس و بالتالي ينسقون ما بين هاتين العمليتين أي كل مراحل إعادة التربية يتعلمونها بسهولة و بدون مشكل لدرجة أن تلغي البعض منها.

كما أن هناك حالات تعرفل لديهم العملية التنفسية لأسباب خطيرة كالمصابين بأمراض رئوية حيث يصعب عليهم التحكم في تنفسهم و بالتالي تكون لديهم إضطرابات تنفسية متنوعة نذكر منها :

La respiration inversée: إذا يرفع الصدر أثناء الشهيق للأمام و البطن تدخل و تكون مشدودة و أثناء الزفير البطن ترفع للأمام مرخية و الصدر يدخل.

La respiration costale supérieur: البطن تكون مشدودة غير متحركة أثناء الشهيق و الزفير.

La respiration abdominale: البطن تكون مشدودة أثناء الشهيق بدل من إرخائها و خاصة أثناء الكلام ، فالحركات البطنية تمنع *les cotes* من الإفتاح ، والمنطقة الشبه الفقرية من المشاركة في التنفس و أمام كل هذه الصعوبات علينا أن نفهم أن هناك حالات صعبة و أخرى سهلة و علينا بتكيف التقنية مع كل الحالات بالإحتفاظ على مبادئها.

****في الحالات السهلة نبدأ بتمرينات التنفس البطن في وضعية الوقوف لأنها الوحيدة التي تسمح بالمروحة الكاملة للمنطقة الصدرية السفلى و منطقة القفص الصدري و هو عبارة عن التنفس الفيزيولوجي الذي يجده عند الأشخاص العاديين، وحتى يعي المريض الحركة التنفسية نقوم بحركات طبيعية، بإتساعها و تباطؤها ولما يعيها جيدا، نمر إلى إيقاعات تنفسية المكيفة لتمرينات الصوتية كإصدار صوتم ما أو مقطع ، والإيقاع يكون على شكل شهيق سريع و زفير سريع، أما في إصدار صوتم مطور يكون الشهيق سريع و زفير بطيء نوعا ما، و هذا حتى تهيئة للتنفس المستعمل في الكلام اليومي.**

****وفي الحالات الصعبة نقوم بعملية التنفس و المريض ممدودا و مستقيما و تركه بالتنفس و لا تضغط عليه كثيرا بتوجيهاتنا و لكن نعيه بالحركات التي يقوم بها و نطلب منه أن ينقص في العملية، يجعل راحة بين كل عملية، شهيق و زفير حتى يكون هناك إتساع للمنطقة الوسطى للصدر و زيادة للسعة الرئوية، كما أن هناك حالات أين نقوم بتجزئة الشهيق إلى قسمين:**

-خروج البطن و تكون مرخية
-إتساع المنطقة الصدرية الوسطى بإشتراك لعضلات المنطقة الشبه الفقرية حيث هاتين

الحركتين تكون متبوعة و بالتالي يكون هناك وعي بتعديل الحركات و الإحساس التي تعدتها و هكذا يصحح بعض أخطائه

أما فيما إذا كانت حالة تخلص في عدم إقناع المريض بأهمية الحماية التنفسية و لا يحسن أدائها نقتراح عليه كل هذه التمرينات (Claire Dinville, P78-82)

1-نحاول إسترخاء المريض و هذا إسترخاء الأعين مفتوحة لـ François le huche ، الذي يجري مرة يف اليوم خلال بعض دقائق، و الوقت يختر بتدقيق من طرف المفحوص، و هذا التمرين لا يؤدي فقط إلى إسترخاء عضلي بمفرده ولكن يساعد المفحوص على التحكم في الطاقة النفسية الحركية، فهذا الإسترخاء يؤدي بالتدرج إلى راحة المفحوص أكثر من تحريك عضلاته بصفة محددة و معينة فهو تمرين قصير المدة يتعلم من خلاله المفحوص طريقة تنفس خاصة ، مكونة من تنهدات مقطوعة بتوقيفات نوعا ما طويلة و أثناء هذه التوقيفات على المفحوص أن يقوم بشد، نزيير و إسترخاء منطقة ما من جسمه و يكون ذلك على شكل دورة حول جسمه، نبدأ بالتدرج،

باليد و الساعد الأيمن، الرجل الأيمن، الرجل اليسرى ثم اليد و الساعد الأيسر بعدها الكتف الأيسر، الرأس ، الكتف الأيمن (François le huche et andré allali 1989, p 97)

2-ننتظر أن يكون المريض مرخي

3-جلب إنتباهه على الحركات الطبيعية المحققة في هذه الوضعية و التي هي سريعة و قليلة

4-تبطئ و توسيع حركاته حتى يصل إلى تنفس هادئ

5-نبدأ في كل حالات بتمارين تنفسية شهيق بضغط بسيط على البطن و les cotes inferieur الذي يتبع بصوت بسيط ينتج بتقارب الشفاء و أثناء القيام بهذه التمرينات التنفسية يكون المريض مرخي و يديه على المنطقة الوسطى للصدر و الأخرى على البطن حتى يراقب حركاته و يقوم بعمل متزن و جيد و ذلك أمام المرأة حتى يلاحظ كل ما يجري على مستوى المنطقة البطنية عن المنطقة الصدرية و يصحح أخطائه إن أمكن ذلك أو يقلل منه (claire dinville p101)

وفيما يلي عرض لبعض التمرينات التنفسية الأخرى :

***النفس الإيقاعي "4-8-2"**: وهو يطبق مباشرة بعد إسترخاء le huche و يطلب هيئة هادئة من طرف المفحوص، فالأيدي تكون موضوعة الواحدة فوق الصدر و الأخرى فوق البطن، حتى يعي المفحوص حركات عضلاته البطنية و الصدرية، و تكون العملية كالتالي:

على المفحوص أن يدخل الهواء في مدة 2 ثواني ، ثم يحتفظ بها في بطنه لمدة 8 ثواني، ثم يخرجها في مدة 4 ثواني.

***القوس**: يكون المفحوص هنا في وضعية إرسال صوتي مركزا نظره على شيء يقابله، فيرسل النفس بطريقة متتابعة و بسرعة على شكل سلسلة متكونة من ثلاث أنفاس منفصلة عن بعضها البعض لمدة 2 ثواني و يؤدي هذه السلسلة دون عنف و لا جهد مبدول.

***القفوذ**: وهنا المفحوص لا يركز نظره على شيء معين و إنما على جمجمة ، أي صدره و بطنه إما مباشرة أو مستعنا بالمرأة موضوعا يدا على الصدر و أطراف الأصابع على البطن.

و تحتوي هذا التمرين على إعادة سلسلة من ثلاث أنفاس شهيقية لملي البطن بالهواء و تتبع كل واحدة منها بنفس زفيري.

Soufle de dragon : يشمل هذا التمرين على صفة من تمرين القوس وهي الوضعية العمودية و تركيز النظر على شيء معين، وصفة من تمرين القنفوذ المتمثل في شكل الشهيق، فحتى هنا المفحوص يكون إما واقفا أو جالسا، يد على الصدر و آخر على البطن، مركزا نظره على شيء معين بمراقبة وضعياته في المرأة أثناء الإرسال الصوتي، فبعد تنفس، يسجل راحة لمدة نصف أو 2 ثانية ، ثم يأخذ الهواء لملئ البطن كما هو الحال في تمرين القنفوذ ويليه مباشرة نفس كما هو الحال في تمرين القموش على شكل سهم، حيث المفحوص هنا يشد عضلات بطنه قليلا قبل الإرسال(François le huche et andré allali p 145-149)

ب-تمرينات التصويت: بعدما يكتسب المريض المراقبة الكافية للعملية التنفسية وبعدها يعي الإحساسات الناتجة عنها، نمر إلى تنسيقها بالتمرينات التصويتية من أجل تحقيق للصفات الثلاثة للصوت وهي : الإرتفاع، الطابع، الشدة، التي كثيرا ما تكون مصابة عند المصابين بالإضطرابات الصوتية، فتصحيح تلك الإضطرابات الصوتية لا تكون إلا بمراقبة الحركات، إدراك لبعض الإحساسات و الوعي بما يجب القيام به و تجنبه و الذي يكون بعد الحصول على المعلومات و التي تساعد على القضاء على الإضطرابات الصوتية و ذلك بفضل مجموعة من المراحل أهمها :

- 1-أثناء النطق نقوم و نتدخل في وظيفة الأعضاء الصوتية كالحنجرة و شرع الحنك و ذلك بملامسة.
- 2-أن ننزل الحنجرة و ننقص من شدة الأوتار الصوتية بإنزال الدقن بهدوء.
- 3-محاولة الحصول على نفس نتائج إنزال الرأس و ذلك بمشاركة كل من رقبة و العمود الفقري.
- 4-صعود الحنجرة و هذا برفع الرأس بهدوء، الشيء الذي يؤدي إلى تقليل من الشدة الكبيرة للبلعوم و الأوتار الصوتية.
- 5-نزول المفحوص لرأسه و دقنه الأسفل يؤدي إلى نزول الحنجرة لما تكون في أعلى تم إتساع البلعوم و ذلك بضغط بسيط على تفاحة آدم، و العكس لما تكون الحنجرة في أسفل.
- 6-لما لسان يكون مدفوع إلى الوراء على الفاحص أن يساعد المفحوص ليرجع اللسان لوضعيته العادية و ذلك بوضع un abaisse longues dessus فتتحصل بذلك على إحساس بإسترخاء المنطقة البلعومية الحنجرية، هنا مصوتة المنطوقة تكون a ثم نمر إلى مصوتية أخرى و ذلك بقد المنطقة البلعومية الحنجرية.
- 7-لما الحنجرة تكون مدفوعة نحو الأمام يمكننا إلغاء هذا بشد الحنجرة في مكانها باليد.
- 8-نضع ضغط بسيط باليد في كل جانب من الرقبة على مستوى الغضروف الطرجهالي لتسهيل إقتراب الأوتار الصوتية.

9-معالجة يدوية أكثر دقة خاصة في حالات شلل الوتري حتى نقلل من la beance glothique و تسمح له بوعي مشكلة.

*إختيار المصويتات: إن الأبحاث تختلف عن بعضها البعض بتنوع الإصابات الطابع فإذا كانت البحة من نوع hyperhinitique فهنا نقوم بتقليل من الجهد الغير فعال الذي يؤثر سلبا على الأعضاء الصوتية، الرقبة، الكتفين، العمود الفقري و أحيانا كل الأعضاء الصوتية، الرقبة، الكتفين، العمود الفقري و أحيانا كل الجسم و لنصح الصوت هنا نقوم بإرخاء أعضاء التصويت و هذا بإختيار المصوتات الثانية : ou, u, o تنطقها بلطف ثم نرفع من شدة.

أما إذا كانت البحة من نوع hyperknitique نختار المصوتات التالية i, é,u التي تتطلب الرقة في نطقها.

*إختيار الصامتات: لما تكون البحة من نوع hyperknitique نختار صامة ch أو f بشرط أن ينطقها المفحوص دون تجهيد الحنجرة و يكون طويلا عن العادة و لما يعي المريض التقنية

المستعملة هنا ننتقل إلى إدخال المصوتات لتلك الصامتات كما هو الحال في : F-O ، ch-o ، ch-ou ، ou
أما في بحة من نوع hyperknitique التموين يكون بنفس الطريقة لكن بالحرف S و متبوع بمصوتة é, i .

وهناك المرض الذين يتحصلون على نتائج حسنة بفضل إستعمال K، لذا يجب أن نكون دقيقين في السمع و ملاحظين، ثم ننتقل إلى إستعمال كلمات مثل Coca-Cola و capitaine .

*إختيار الصامتات الإهترازية: كإختيار الصامة الفنية مثل : M.N.gn حيث المفحوص يشعر بالإهتراز كما هو الحال عند النطق بأصوات و الفم مغلق و نستعملها خاصة في بحاث hyperknitique أما في حالة Hypoknitique نختار صامة L يجعل جعل حافة اللسان نحو وسط الحنك .

*إختيار الإرتفاع و الشدة: في حالة hyperknitique نختار الشدة و الإرتفاع العالي جدا و النوتة تكون أعلى من النوتة الأساسية و العكس في حالة hyperktinique .

*إختيار مدة الأصوات : إن المصوتات تكون مطولة على حسب المريض الذي إما يتحكم في نفسه فيحتفض به أو يتركه يتسرب لذا فكثيرا ما نبدء بالمصوتات المسبوقة بصمات .

وهذه الطرق تسمح للمريض بتفكير في وضعية الحنجرة، البلعوم، حركات الشراع الحنك و شدة الأوتار الصوتية و تقارب الغدد الدرقية لأن ذلك هام جدا حيث يعي المريض إحساساته و إدراكاته العضلية الحركية لأعضائه الصوتية و حتى يتضح لنا الأمر جيدا، يمكننا تقديم ولو فكرة بسيطة عن كيفية القيام بالتربية الصوتية و التي تكون كالتالي:

1-سلسلة من الأعداد: في البداية كل عدد يقسم إلى نفس، ثم نجعلها بسلسلة متكونة من 4 أرقام أو 8 أرقام أو 10 أرقام كلها على نفس الشهيق .

2-جمل صغيرة : التي يعيدها بشدة بسيطة على حسب الحالات .

3-تمارينات حول القراءة: وذلك على بعض المقاطع التي تكون متبوعة بنفس ، ثم نقوم بنفس الشيء بالنسبة لجملة معينة و التنوعات تكون على حسب المريض إما عالية أو منخفضة لأن الصوت المطول يؤدي إلى تطور العضلية الصوتية و إلى قوة الإحتفاظ النفس البطني .

4-تكرار نفس الجمل: ولكن بتغيير حيث نبدأ بنوتات التي إختارها المريض في الأول ثم تصل إلى النوتات الأساسية و المنتمية للصوت العادي للمفحوص

5-قراءة غير مباشرة: وهي عبارة عن جمل قصيرة بقراءها المختص بشدة و إرتفاع حيث يأخذ بعين الإعتبار الإمكانات اليومية للمريض حيث يكررها بتقليد للمختص و لهذه الطريقة فائدة حيث تعطى للمريض وقتلأخذ نفسه و سماع نفسه و مراقبتها

6-قراءة المباشرة: النص هنا بقراءة من طرف المريض بحذر حيث يقسمه إلى جمل و يراقب نفسه و نوعية إنتاجه الصوتي ففي الأول يجدها مألوفة بمفاجآت حيث المريض لا يرى طوال الجملة فلا يتنفس فبفقد صوته في آخر الجملة و آخرون يقومون بتنفس في كل فاصلة .

7-الحوار المواقف: وهنا علينا أن نتأكد أن المريض يستعمل جيدا صوته في كل الضروف ياته اليومية، و في كل المرافق، فإذا كان يعمل بمسرح نطلب منه لقطة معينة أو محاضر يلقي بحث باختيار موضوع معين، حتى نراقب إذ يطبق ما تعلمه في حصص إعادة التربية الصوتية، إلى جانب هذا يمكننا تسجيل صوته في أول حصة، حتى يرى أهمية العملية التنفسية و تحسن صوته (claire dinville p 84-109)

إلى جانب بعض التمرينات الأخرى نذكر منها:

1-تمرين الذبابة: هنا المفحوص يقوم بإصدار الصوت "M" لمدة 2 أو 3 ثواني و الفم على نوتة سهة عليه، فعند الرجل تكون النوتة متراوحة ما بين "Si1 و Mi2" وعند المرأة ما بين "Re3 و La3"، فالمفحوص يكون في وضعية إرسال صوتي كما هو الحال في التمرين القوس مستعملا النفس البطيء.

2-تمرين Ma Me Mi Mo Mu : وهي عبارة عن مجموعة من الأصوات حيث يبدأ المفحوص ينطبق الصوت و الفم مغلق لكن عكس تمرين السابق يفتح الفم في النهاية تصويت كل مصوتة.

3-تمرين bra bre bri bro bru : وهذا التمرين يحتوي على 15 سلسلة من الحروف بدءا بالحرف Br ثم Cr ثم Dr حتى نصل إلى Zr و le r يكون roulé ويحدث إهتزاز طرف اللسان، و النوتة المستعملة في هذا التمرين هي : عند الرجل Sol3 وعند المرأة Mi2, Mi3.

4-حساب القاني: فالمفحوص يقوم بالعد من 0 إلى 20 بصورة منتظمة و مستعينا بالتنفس البطني و يبدأ ب " et " أثناء كل عد.

5-تمرين AK, IK, OK: هو عبارة عن إعادة سلسلة متكونة من ثلاث مقاطع حيث شدة المصوتة تكون ضعيفة في البداية ثم ترتفع بتدرج، وكل إلقاء يكون مسبوق بنفس بطني و نشاط عضلات البطن.

6-تمرين النداء: وهو تدريب المفحوص على صوت النداء، لذا فيستعمل صوت الصدر مستعينا بمقطع OH على النوتة Mi3 للرجل و Sol3 أو La3 للمرأة

(François le huche et André allali , Tome3 , p 166 à 179)

4-أسباب فشل و عوامل نجاح إعادة التربية الصوتية :

مهما تكون درجة خطورة الإضطرابات الصوتية فإن عوامل مختلفة تتدخل، فتؤدي إلى فشل جزئي أو كلي لإعادة التربية، فأحيينا المصاب يرفض كل أو مرحلة من المراحل الأساسية لنجاح إعادة التربية، إذ يرفض المشاركة مهما كان نوعها فلا يقوم بمراقبة أخطاءه و لا بالتقديرات المنظمة كما لا يقبل أن يتغير صوته، ظنا من أنه ليس صوته الشخصي و الأول إلى جانب هذا فكثيرا ما يرفض القيام بتمرينات الخاصة بالتنفس، ظنا منه أنها ضياع للوقت فبالنتالي لا يؤمن بإعادة التربية الصوتية.

كما أن هناك البعض منهم ذوي الإرادة القوية و الحضور الدائم و المنظم لخصص إعادة التربية الصوتية، لكن يرغم من هذا فهم لا ينجحون في الحصص نظرا لعدم التركيز و الانتباه، أي حضورهم يكون جسمى فقط.

لكن برغم من وجود بعض الصفات المرتبطة بشخصية المريض أو بضروفه العملية أو

العائلية فإن بعض الصعوبات التي تنتج عن ذلك قد تزول شيئاً فشيئاً بفضل قدرة وكفاءة المختص الأرتوفوني و أحياناً تزول بتكرار حصص إعادة التربية نظراً للتدريب المنتظم و الدائم من طرف المفحوص، حيث نجد أن هناك بعض المرض لهم صعوبة في التركيز و الإنتباه و السماع و الملاحظة في بداية إعادة التربية لكن كثيراً ما يزول ذلك نظراً لما تتمتع به الأخصائية الأرتوفونية من تكوين في ميدان علم النفس و علوم التربية ، إذ أن هذه الأخيرة بكفاءتها و قدراتها المهنية و تجربتها الميدانية و تقنياتها المتنوعة تنجح في كسب ثقة المفحوص بها و بإعادة التربية و إقناعه وجعله لوحده يندمج و يتعامل بجد مع حصص إعادة التربية الصوتية، لذا يجب إعطاء الوقت الكافي و نلاحظه كيف يتصرف و نلاحظ سلوكه باستمرار و لا نحكم عليه منذ الوهلة الأولى.

لكن و ما نلاحظه بكثرة هو حاجة المفحوص و تشوقه لرؤية النتائج الأولى لإعادة التربية حتى يتشجع أكثر للعمل و يؤمن بكفالة لذا فإن سماع الصوت المسجل بعد إعادة التربية للمفحوص كان يعاني من نفس الإضطراب الصوتي ، كثيراً ما يؤدي إلى تشجيع المريض و دفعه للعمل بحماس من جهة و من جهة أخرى تسمح له أن يعي أخطاءه الصوتية و الصفات الفيزيولوجية لصوته .

و من هذا يمكننا تحديد العوامل الأساسية لنجاح الكفالة و هي :

الدافعية و حب العلاج خاصة عند الذين تعتبر الوظيفة الصوتية ضرورية في حياتهم العملية، خاصة إذا ما كانت لهم قدرة الإنتباه و المراقبة و الحماس في العمل و سهولة تقليد و أن حساسة و إعادة تكيف فيزيولوجي عادي و إدراك سريع لمختلف الإحساسات و كل هذا يكون سهل لتحقيق و يؤدي إلى نتائج حسنة بفضل الوسط الإجتماعي و العملي و العائلي المشجع خاصة إذا قبل المريض بمساعدة شخص من محيطه و كان يحتاج كثيراً لصوته لممارسة مهنته التي تفرض عليه ذلك ، و نحن هنا ما علينا إلا بإقناعه بضرورة و أهمية التوفيق عن الكلام كثيراً لمدة ثلاث أو أربع أسابيع حتى يتعود على التمرينات و التدريبات و نتحصل على النتائج الأولى لإعادة التربية الصوتية فنصل حتماً لنجاح إعادة التربية نتائج جديدة لو إحترم المريض نظام و برنامج إعادة التربية و هذه النتائج تكون دائمة إذا ما بقي المريض على حالة العامة و الفيزيولوجية الجيدة و إتباع بإنتظام الأدوية و حصص إعادة التربية الصوتية ليتغلب على إصاباته و يضع حد لتطورها و تثبتها فتتحسن نوعية صوته (Claire dinville p 128)

5- دور المختص الأرتوفوني :

للمختص الأرتوفوني دور صعب و عظيم إذ يجد نفسه إلى جانب مشاكل إعادة تربية أمام حقائق نفسية لا يتعرف عليها بسهولة و هي موجودة عند أغلب الحالات ، كما أن عليه أن يكون على بكل المحتوى الفيزيولوجي حتى يتمكن من إعطاء شرح وافي عن الجهاز الصوتي ، ميكانيزم الإضطرابات ، إجراء حصص إعادة التربية الصوتية و عن الوسائل التي يستعملها معهم، لكل حالة و ينجح في إقناعه، يعني أن يجدّ تبليغهم لأن المفحوص في حاجة أن يكون مبلغ عن ما يخصّ حالته في كل حصة و بكل شيء يقوم به الفاحص، لأن التبليغ كما قيل هو "علم و فن" فإذا ما أحسن الفاحص التبليغ نجح في إقناع المفحوص و بالتالي يحقق نجاح في كفالته و كسب ثقته (محاضرة غير منشورة لوحدة اضطرابات الصوت و علاجها).

فالعامل النفسي يكون منذ الوهلة الأولى من إعادة التربية أي منذ اللقاء الأول بين المريض و المختص الأرتوفوني ، إذ يعمل هذا الأخير على خلق جو الهدوء و الراحة الأساسية لنجاح الكفالة و كسب ثقة المريض و ذلك بتكوين علاقة مباشرة مع المريض و العمل على تكيف و تعديل كل المراحل على حسب السن الوسط ، الشخصية و حالته النفسية و ما يعانيه من الصعوبات و عليه أن يقبله كما هو (الأستاذة : مجيبة خليفة ، جامعة الجزائر 1994)

فكارل روجرز يقول : على الفاحص أن يتصف بأربعة صفات رئيسية و هي :

- **حالة التفاهم** : إذ على الفاحص أن يعيش حالة المفحوص كحالته الشخصية و يوصلها له، إذ يكون قدير على إيصال إحساساته و شعوره لذلك المفحوص.
- **المشاركة الوجدانية** : كما أن عليه أن يكون قدير على معرفة العالم الداخلي للمفحوص و يعيش معه قلقه و تعب و يشاركه فيها، لأن بفضل هذا يمكن للمختص أن يكسب ثقة المفحوص .
- **الإعتراف الإيجابي** : إذ على المختص أن يترجم إيجابيا كل أفعال و أقوال المفحوص و لا يعتبرها سلبية لأن ذلك يقلل من العلاقة بينهم و يفقد المفحوص ثقة الفاحص.
- **الإعتراف اللاشعري** : إذ الفاحص لا يشرط على المفحوص لأن ذلك يجعل المفحوص يشعر أن الفاحص يضغط عليه (محاضرات غير منشورة لوحدة اضطرابات الصوت للأستاذة مجيبة خليدة جامعة الجزائر)

كما عليه أن يعمل من أجل خلق إتران نفسي جيد لبعض المرض ذوي الحالة نفسية محطمة و قلقه التي تتطلب صفات إنسانية تفق بجانبها ، فأمام هذه الحالات المعقدة على المختص أن يقلل من قلقهم و يشجعهم إلى أقص ما يمكن.

و نحن نعلم أن الصوت هو شخصية الإنسان كما سبق و أن عرفناه لذا فعلى المختص الأرتوفاوني أن يكون على علم بأساس بناء شخصية المريض، و يكون ذا معرفة بعلوم نفسية الوسيعة و بالقليل من المعنى النفسي و الحدسي و ذلك من خلال إيصالته بالمريض و تجربته أثناء إعادة تربية الصوتية ، و هذا ما يسمح له يكسب حكم منطقي و صحيح أمام الصعوبات التي يتلقاها لذا فعليه أمام الحالات المعقدة التي تعاني من مشاكل نفسية :

* أن يحسن الإستماع إليهم و إعطاءهم فرصة الحديث عما يقلقهم لأن هذه الطريقة كثيرا ما تساعد المختص الأرتوفاوني في فهم المشكلة الحقيقية لمفحوصه ، فالبعض يؤكد هذا بقوله أن المختص الأرتوفاوني يستطيع القيام بعمل نفسي علاجي إذا ما سمع لمرضاه.

* إعلام المفحوص بطريقة جيدة و واضحة عن ميكانيزم إضطرابه الصوتي حتى يعي طريقته الخاصة في التوضيف (François le huche et andré allali, p203, tom 3)

إلى جانب هذا فإن دور المختص الأرتوفاوني قد يتسع ليشمل جوانب أخرى تحيط بالمفحوص كحالته و مشاكله الخاصة بالعمل ، بالمحيط العائلي و الخارجي كيف يشعر بإضطرابه و كفالاته ، هل هو يحتاج فعلا للمساعدة ، هل يتقبل كل من :

- أهمية و فعالية التمرينات اليومية و تكرارها .
- تزامن الحصص .
- تتابع إعادة التربية الصوتية أم لا .
- هل يتقبل نوعية التنفس ، تغير الصوت و إلا لا تكون هناك نتائج حسنة .

فالمختص الأرتوفاوني يجد نفسه أمام مشاكل خاصة بتعديل التقنية أثناء إعادة التربية إذ لا بمعرفة نظرية لكي يحكم على تطور إعادة التربية بل عليه أن يتقبل أن هذه التقنية تتغير على حسب المريض و أن النتائج تكون على حسب شخصية و كفاءة المختص الأرتوفاوني من جهة و دور فعل المصاب و حضوره الدائم من جهة أخرى ، كما أنه يحاول دائما أن يعرف لماذا الكفالة أحيانا تحتاج لوقت قصير و أحيانا أخرى تحتاج لوقت طويل و بالتالي يضع علاقة بين ذلك و سلوك المريض إذ يحدد إن توقف أو وصل إعادة التربية و على المختص الأرتوفاوني هنا أن يكون له

تفكير نقدي و ليس سلبي حتى لا يفشل و يستمر في أعماله ، إذ كثيرا ما يلتقي البعض المختصين مشاكل إذا ما كانت النتائج الأولية ضعيفة و أخذت وقت طويل. فهنا المختص يحاول أن يفرض نفسه أمام المفحوص بتحديد له نظام و برنامج عمل و أن يثبت شجاعته و قدراته العملية.

و حتى يتحقق نتائج حسنة عليه أن يلاحظ سلوك المفحوص،يحسن الإستماع إليه ، يشرح له تمارين خاصة إذا كان مهم جدا و يبين له نجاحاته في تحسين الصوت و يريه كيفية القيام به، بشرح بسيط على نفسه فيقنعه بأهمية تمرين و ذلك بتدريب منهجي و منظم،فإلى جانب كل المختص يجب أن يكون ذا شخصية قويّة حتى يكتسب ثقة المريض و يضمن له نجاح في إعادة تربيته الصوتية (Claire diniville ,p130) .

الإطار المنهجي

الفصل الأول :

منهج البحث و إجراءاته

1-تحديد متغيرات البحث :

1- تقدير الذات:

يقصد بتقدير الذات في هذه الدراسة ، الدرجة التي تتحصل عليها المصابة بالبحه الصوتية في مقياس كوبر سميث.

2- إعادة التربية الصوتية :

يقصد بها في هذه الدراسة بالدرجة التي تتحصل عليها المصابة بالبحه الصوتية في مقياس المشاركة في مقياس المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

3- الفئة العاملة و الفئة غير العاملة :

يقصد بها في هذه الدراسة بالمستوى التعليمي و المستوى العلمي لكنا المجموعتين ، و تشمل أفراد المجموعة الأولى ذوي المستوى التعليمي و المستوى العلمي المرتفع اللواتي بلغن المستوى الجامعي و يمارسون و وظائف مختلفة، و أفراد المجموعة الثانية ذوي المستوى التعليمي و المستوى العلمي المنخفض اللواتي لم يتجاوزن المستوى الابتدائي و بدون عمل.

2-ميدان البحث :

لقد تم إختيار موضوع بحثنا أثناء الممارسة الأروطوفونية و كان ذلك في المركز الطبي الإجتماعي بالجزائر الوسطى الذي يحتوي على عدة وحدات مختصة :

- وحدة للفحص النفسي و الفحص الأروطوفوني
- وحدة لعلاج أمراض العظام
- وحدة لعلاج أمراض الكلى
- وحدة لطب الأسنان
- وحدة لعلاج الأمراض العصبية و العقلية
- مخبر التحاليل
- مخبر الأشعة
- مكتب الصيدلة

ولقد إكتفينا بالعمل في هذا المركز الطبي الاجتماعي لأننا وجدنا عدد لا بأس به من الحالات المصابة بالبحه الصوتية بكل أنواعه ما عدا مستأصلي الحنجرة بإعتبارها حالات خاصة .

بالنسبة للنظام الداخلي لهذا المركز يمكن تلخيصه كمايلي :

يأتي المريض للمركز برسالة من طرف طبيب أخصائي في أمراض الأذن الأنف و الحنجرة تكون إستشارة خارجية وهذا خطوة أساسية لقبوله في العلاج داخل المركز الطبي الاجتماعي وإن كانت غير واضحة أو جاء بها المريض بعد مرور أشهر نقوم بتوجيهه إجباريا إلى مصلحة علاج حلقة الأنف الأذن الحنجرة لإعادة فحصه من جديد قصد تشخيص حنجري دقيق لحالته ثم نشرع في المتابعة الأروطوفونية.

3-عينة البحث :

نحاول في هذا البحث دراسة اثر المشاركة للمصابة بالبحه الصوتية في حصص إعادة التربية الصوتية في زيادة تقدير الذات .

قبل شرونا في إختيار العينة المراد إستخدامها في التطبيق، فرضت علينا مشكلة بحثنا الحالي تحديد مميزات و خصائص مجتمع البحث، لقد قام البحث على الطريقة غير إحتماالية (غير عشوائية) أي على الإختيار المقصود للعينة (عينة قصدية) و هذا تطلب منا تحديد مميزات عينة البحث التي تتكون من مجموعتين عددها الكلي 28 حالة مصابين بالبحه الصوتية بمختلف أنواعها ما عدا مستاصلي الحنجرة باعتبارها حالات خاصة .

المجموعة الاولى : نساء عاملات (ذات مستوى تعليمي عالي).

المجموعة الثانية : نساء غير عاملات (ذات مستوى تعليمي منخفض) .
ولهذه العينة موصفات التالية :

- **السن :** يتراوح سن مجموعة البحث من 26 إلى 68 سنة .

- **الجنس :** تتكون مجموعة بحثنا من الجنس الأنثوي.

- **المستوى التعليمي :** يتراوح ما بين الجامعي و الابتدائي.

- **المستوى الاجتماعي و الإقتصادي :** كان يتراوح ما بين الراقى والبسيط.

- **الجانب المرضي :** كل الإضطرابات الصوتية بمختلف أشكالها العيادية
ماعدا مستاصلي الحنجرة باعتبارها حالات خاصة

4-تقنيات البحث :

يحسب الكثيرين أن العلم في أساسه ليس إلا جمع الحقائق و لكن , هذا غير صحيح، فقد أصاب ديوي حين قال : بان البحث العلمي يوجد لوجود مشكلة ، و انه في البداية، وضع غير محدود ، تكون فيه الأفكار غامضة ، و يشير ديوي بعد ذلك إلى أن المشكلة، لا يمكن حلها إلا بعد أن يستشعر المفكر هذه الأخيرة ، و يطرح هذه التساؤلات ، و يضع تلك الفرضيات (فاخر عاقل، 1982 ، ص49) و يضيف انه، إذا اثبت الاختبار صحة فرضية صارت نظرية أو قانون ، و إذا لم يثبت تخلى عنه إلى فرضية جديدة تؤيدها الاختبارات و تدعمها ،الوقائع المجردة ، و البحث العلمي يعتمد على منهج ، فالعلم لا يكون علما بقدر ما تكون طريقته علمية و منهجية بغية الوصول إلى تعميم النتائج المحصل عليها، أي قلب الفرضية التي تثبت صحتها الى قانون او حقيقة عامة (فاخر عاقل، 1982، ص52) لقد إعتادنا في بحثنا هذا على مايلي :

1-4 الملاحظة :

وتعرف الملاحظة أنها وسيلة من وسائل جمع البيانات، من خلال ملاحظة الباحث للظاهرة التي يقوم بدراستها وتسجيل كل ما نلاحظه بدقة وموضوعية دون أن يتدخل في مسار حدوثها وظروفها (محمد حسن غانم، 2004، ص46) وهناك الملاحظة المباشرة والملاحظة غير مباشرة ، و إستعنا في دراستنا هذه على الملاحظة المباشرة باعتبارها وسيلة هامة لجمع المعلومات بالرغم من أنها وسيلة لا تسمح بروية الظواهر في مجملها، وتم الاعتماد على هذه التقنية منذ بداية البحث حيث تم تسجيل ملاحظات عديدة منذ دخول المفحوص لمكتب الفحص الأرطوفوني وهذا عن سلوكه و ردود فعله أثناء إجراء المقابلة الموجهة أثناء تطبيق إختبار تقدير الذات لكوبرر سميت وأثناء إجراء حصص إعادة التربية الصوتية .

2-4 المقابلة :

قبل التطرف الى المقابلة العيادة نصف الموجهة،تقديم تعاريف حول المقابلة بصفة عامة اذ تعتبر المقابلة العادية من بين التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها ، عند القيام باي بحث علمي ، في مجال تخصصنا ، كونها تسمح لنا بالإقتراب من المفحوص و جمع مختلف المعلومات التي تساعدنا على فهم المشكل الحقيقي الذي يعاني منه تعرف المقابلة حسب paul robert أنها عبارة عن تبادل الكلام مع شخص او عدة أشخاص (روبرت ، ب ، 1993 ، ص 784) فهي تعتبر أداة للبحث، عبارة عن حوار لفظي وجها لوجه بين الباحث القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو مجموعة أشخاص الهدف منها هو الحصول على المعلومات التي تعبر عن الآراء أو الإتجاهات أو الإدراكات أو المشاعر أو الدوافع أو سلوكيات في الماضي و الحاضر كما تكتشف المقابلة عن ابعاد هامة للمشكلة.

تعرف المقابلة حسب paul robert انها عبارة عن تبادل الكلام مع شخص او عدة اشخاص (روبرت، ب، 1993 ، ص 784)

اما المقابلة العيادية فان المختص لا يستعمل فيها اية وسيلة، فهو حاضر بسمعه و بصره و يتدخل بين الحين و الأخر، ليفهم اكثر، كما انها تمكننا من الكشف عن جزء من المعاش الشعوري للمفحوص و هي وسيلة شخصية ، علاجية، تقنية بحثه (شلين ك ، 1985 ص 9).

كما تعرفها كذلك انها علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص و يمكن ان تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته و وحدته (شلين ك ، نفس المرجع، ص 136).

كما تعرفها ايضا بانها اتصال و تفاعل الذي يقع بين الباحث و المفحوص و هي تعتمد على المحتوى الخارجي لفهم المحتوى الداخلي، و في المقابلة ينبغي الاهتمام بكلام المفحوص دون إهمال ردود أفعاله (شلين ك ، 1989 ، ص 32).

يرى عطوف محمد ياسين بان القابلة عبارة عن علاقة ديناميكية، و تبادل لفظي بين شخصين او أكثر، الشخص الاول هو احصائي ، اما الشخصالثاني فهو الذي يتوقع المساعدة (عطوف ، م، 1984، ص 399).

هكذا فالمقابلة تشكل اول الطرق الاساسية التي يعتمد عليها الاكلينيكي في الاتصال بالفرد و الحصول على معلومات و حقائق خاصة به (انزيدو، د ، شبارك).

1- المقابلة الموجهة :

هي مقابلة مهيكلة تبنى من طرف الفاحص محددة بنعم أو لا .

2- المقابلة غير الموجهة :

يطلب فيها من المفحوص التحدث بكل حرية دون تدخل الفاحص.

3- المقابلة نصف الموجهة :

تتميز بانها ذات إجابات مفتوحة اذ ان للباحث شبكة اسئلة توجيه مريئة متكونة من اسئلة يتم تحديد محاورها و أول من إستعمل مقابلة نصف الموجهة هو روجرز و تستعمل في البحوث النفسية و الاجتماعية ويعرفها "محمد خليفة بركات" بأنها تلك التي تعتمد على دليل مقابل و ترسم خطتها بالتفصيل و تحدد فيها الأسئلة و صياغتها (بركات م خ المرجع السابق ص 76). و في إطار بحثنا إعتدنا على المقابلة نصف موجهة كتقنية لجمع المعلومات اللازمة حول

المفحوص وللتمهيد لتطبيق اختبار تقدير الذات لكوبر سميث و كذلك للحصول على معلومات للتحقق من صحة الفرضيات وقد إعتدنا في المقابلة نصف موجهة على دليل متكون من أسئلة موضوعة من أربع محاور :

المحور الأول : بيانات شخصية

الإسم و اللقب, السن, الحالة المدنية , عدد الأولاد , المهنة, المستوى التعليمي , المستوى الإجتماعي و الإقتصادي..

المحور الثاني : البحة الصوتية و سوابقها

تاريخ ظهور البحة الصوتية؟ سبب ظهورها ؟ هل هي في تطور أم بقيت على حالها ؟ هل تتابع عند مختص حلقة الأذن الأنف الحنجرة.

المحور الثالث تقدير الذات و تأثيره على علاقته مع الغير

- ما هي النظرة التي كنت تعطيتها لنفسك قبل البحة الصوتية؟
- هل غيرت البحة الصوتية من نظرتك لنفسك ما هي أحاسيسك في هذا الوقت؟
- هل للبحة الصوتية سبب في الصورة التي تعطيتها لنفسك ؟
- ما هي علاقتك مع الغير هل غيرت البحة الصوتية من علاقاتك مع الغير في البيت و في العمل ؟

المحور الرابع : إعادة التربية الصوتية

- هل زرت من قبل أخصائي في علم النفس الأروطوفوني؟
- ماذا تنتظرين من الفحص الأروطوفوني ؟

3-4 مقياس تقدير الذات :

إختبار تقدير الذات لكوبر سميث COOPER SMITH يستخدم مع الافراد الذين تبلغ اعمارهم من 16 سنة فما فوق ويتكون من 25 عبارة و يمكن تطبيقه فرديا او جماعيا و نادرا ما يزيد وقت عن 15 دقيقة و يجب على الفاحص ان يتقاضي إستخدام كلمة "تقدير الذات" مفهوم الذات " او " تقييم الذات" عندما يطبق المقياس على المفحوصين، وفي العنوان أيضا حتى يمنع إستجابات التحيز لذا يجب ، أن تكون تعليمات الفاحص "اليوم سوف نقوم بمقياس كوبر سميث إجاباتك على المقياس سوف تساعدني في معرفة ما تحبه وما لا تحبه". و الهدف من إستخدام هذا المقياس هو معرفة مستوى تقدير الذات لدى كل فرد و ذلك بالنظر إلى أجوبة كل واحد منهم .

مقياس تقدير الذات

يمكن الحصول على درجات المقياس بإتباع الخطوات التالية :

1- درجات العبارات السالبة صحيحة على سبيل المثال أتضايق بسرعة في المنزل .إذا أجاب عليها لا تنطبق نعطيه نقطة .

2- درجات العبارات الموجبة صحيحة على سبيل المثال أنا واثق من نفسي تماما . إذا أجاب عليها تنطبق نعطيه نقطة للحصول على الدرجة الكلية للمقياس أجمع عدد العبارات المقياس الصحيحة أضرب المجموع الكلي للدرجات الخام في أربعة و تكون أقصى درجة تساوي مائة(أنظر الملحق رقم 1)
وتحتوي مقياس تقدير الذات على أربعة مقياس فرعية و فيما يلي جدول يوضح أرقام العبارات في كل المقياس الفرعية.

الدرجات الكلية للمقياس (درجات الخام)	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
12	25.24.19.18.15.13.12.10.7.4.3.1	- الذات العامة
4	21.14.8.5	- الذات الاجتماعية
6	22.20.16.11.9.6	- المنزل و الولدين - العمل
3	23.17.2	
25		

تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات المختلفة :

يتوقف تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات المختلفة على توزيع الدرجات و هذا الجدول يوضح فئات تصنيف تقدير الذات

الفئات	مستويات تقدير الذات
40-20	درجات منخفضة في تقدير الذات
60-40	درجات متوسطة في تقدير الذات
80-60	درجات مرتفعة في تقدير الذات

4-3 تقنيات إعادة التربية الصوتية :

تتكون من تقنيات التنفس و تقنيات التصويت التي تطبق تدريجيا على حسب كفاءة و قدرة المفحوص على استيعاب التمرينات تتمثل هذه التقنيات في مايلي :

1 - تمرينات التنفسية : تعتبر من التمرينات الاولى في إعادة التربية الصوتية ترتكز

على تحقيق التنفس العادي للمفحوص ، أما الدين لا يتقنون التنفس البطني فهؤلاء تطبق عليهم :

1 - 1 تقنية الاسترخاء الاعين مفتوحة مرة في اليوم لخلال دقائق .

1 - 2 التنفس الايقاعي 2-8-4 تطبق مباشرة بعد الاسترخاء الاعين المتوحة الى جانب تمارينات تنفسية اخرى .

ب - تمارين التصويت : و تشمل إختبار :

ب-1 المصوتات

ب-2 الصامتات

ب-3 سلسلة الاعداد كل عدد يقسم الى نفس ثم نجمعها بسلسلة متكونة من 4 او 8 او 10 ارقام

3-5 - مقياس المشاركة في إعادة التربية الصوتية :

لقد تم تطوير قائمة من الملاحظات الخاصة بسلوكات و معاملات المفحوص أثناء حصص الكفالة الأرتوفونية و ذلك لمحاولة قياس متغير الكفالة الأرتوفونية المحدد إجرائيا بالمشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية، و قد حددت هذه المشاركة هي الأخرى في العوامل و العناصر القابلة للملاحظة و القياس و هي :

1- وعى المصاب لنوع بحته الصوتية : و ذلك من خلال استجوابنا له عن سبب قدومه للفحص الأرتوفوني.

2- تقبل المصاب لتقنيات العلاج : و ذلك بتسجيل ملاحظات حول سلوكاته و ردود فعله أثناء شرحنا له عن طريقة العلاج و أثناء شرحنا له عن طريقة العلاج و أثناء مشاركته في حصص إعادة التربية الصوتية.

3- الحضور و الغياب : يقصد به حضور المفحوص للحصص المبرمجة له بشكل منتظم، و دون تسجيل غيابات كثيرة غير مبررة أو غياب المفحوص لكثير من هذه الحصص و يتم الحصول على هذه التكرارات عن طريق تسجيل الملاحظات عن ذلك باعتبارنا متابعين لهذه الحالات.

4- إعادة التمارينات في البيت : يقصد بها إعادة المفحوص للتمارين المبرمجة له في البيت أو عدم إعادتها ، و هذا من خلال و ذلك عن طريق استجوابه في كل حصة.

5- كسب تقنية التمرين بسهولة : يقصد بها كفاءة و سرعة المفحوص في كسب تقنية التمرين المقترح عليه، ام أنه مدة طويلة في التمرين الإبتدائي .

6- الصرامة و المثابرة : و هذه من خلال ملاحظة سلوكات المفحوص و ما يبذله من جهد لإنجاز التمرين بطريقة جيّدة ، لا يولي أهمية للعمل المطلوب منه .

7- الاستمرارية و إنهاء الحصّة المبرمجة : و هذا من خلال ملاحظة سلوكيات المفحوص ، هل ينهي الحصّة المبرمجة له، أو كثيراً ما يطلب تأجيلها لحصّة أخرى بحجة تعب أو ألم في عضو من أعضاء التصويت.

تطبيق مقياس المشاركة :

الهدف من استخدام هذا المقياس هو معرفة درجة المشاركة لدى كل فرد ، وذلك بتسجيل كل المعلومات و الملاحظات لكل مفحوص، أثناء كل الحصص المبرمجة لإعادة الترتيب الصوتية (أنظر الملحق رقم 2)

كيفية التنقيط :

لقد تمّ وضع سلم لقياس هذه العوامل على حدى ، فبعد التطلع على عدد الحصص المبرمجة لكل المفحوصين في الأسبوع ، و التي كانت مرتين ، و في مدّة شهر و اسبوع تصل عدد هذه الحصص لعشر حصص .
شرح تنقيط كل سلوك لوحده بناء على هذا الأساس :

إعطاء علامة "1" إذا ما كان المفحوص يؤدي السلوك كل يوم أو 8 مرّات من كل 10 مرّات المحددة. إعطاء علامة "0" إذا ما كان المفحوص لا يؤدي السلوك بناتا أو لا يؤديه أكثر من 3 مرّات من كل 10 مرّات المحددة .

هكذا القياس بالنسبة لكل سلوك لوحده ثمّ نجمع المجموع الكلي لنقاط هذه السلوكيات .

سلم المشاركة :

يتم تحديد مشاركة المفحوص وفق سلم مدرّج من (0 إلى 7) ، إذ تعتبر مشاركة المفحوص منخفضة إذا كانت درجات المشاركة تتراوح ما بين (0 إلى 3).
تعتبر مشاركة المفحوص متوسطة إذا كانت درجات المشاركة تتراوح ما بين (3 إلى 5).
تعتبر مشاركة المفحوص مرتفعة إذا كانت درجة المشاركة تتراوح ما بين (5 إلى 7).

تصنيف مستويات المشاركة

درجات المشاركة	مستويات المشاركة
3-0	مشاركة منخفضة
5-3	مشاركة متوسطة
7-5	مشاركة مرتفعة

5- صعوبات البحث :

في ميدان البحث العلمي وجهتنا بعض الصعوبات في إنجاز هذه العمل ، حيث أننا لم نجد ما يكفي من الدراسات السابقة، التي تفيد موضوع بحثنا بل الأكثر الدراسات التي وجدت في

موضوع البحة الصوتية تناولت الجانب ألسيبي و الجانب العلاجي لهذا الإضطراب الصوتي.

كما و جدنا بعض الصعوبات أثناء تطبيقنا لإختبار تقدير الذات لكوبر سميث و ذلك مع بعض أفراد كلتا الفئتين :

مع الفئة العانلة، كانت بعض الحالات تعطينا إجابات متناقضة ، مما جعلنا نكرر الإختبار مرّات عديدة، لتأكد من صحّة أجوبتهم .

أما مع أغلبية حالات الفئة غير العاملة، فالصعوبة كانت تكمن في فهم عبارات الإختبار، فكنا نعمل قدر الإمكان بتبسيطها و ترجمتها باللغة العامية لبعض الحالات و باللغة القبائلية للبعض الأخر.

الفصل الثاني

نتائج الدراسة التطبيقية

بعد تطبيقنا لإختبار تقدير الذات لكوير سميت لكل أفراد عينة البحث ، نقوم بعرض الجداول الخاصة بنتائج المتحصل عليها لكل من مجموعة أفراد الفئة العاملة و مجموعة أفراد الفئة غير العاملة و ذلك قبل المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

جدول رقم 1 :

نتائج اختبار تقدير الذات للفئة العاملة قبل إعادة التربية الصوتية :

المجموع 4 X	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	تقدير الذات الحالات
44	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	1
32	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	2
52	+	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	3
40	+	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	4
40	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-	5
36	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	+	-	6
68	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	7
72	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	8
36	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	9
20	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	10
60	-	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	11
44	+	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	12
38	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	13
64	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	14

تعليق و مناقشة نتائج الجدول رقم 1 :

يوضح الجدول نتائج الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع و نتائج الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض ، فنتائج تقدير الذات المرتفع تتراوح ما بين "60 و 72" بمعدل 4 حالات ، و نتائج تقدير الذات المتوسط و المنخفض تتراوح ما بين "20 و 52" بمعدل 10 حالات.

فمن خلال هذه النتائج يتضح لنا مدى تأثير البحة الصوتية سلبيا في تقدير الذات عند أفراد الفئة العاملة ، إذ كما هو واضح في هذا الجدول أن أغلب الحالات كان تقدير ذاتها إما متوسط أو منخفض بنسبة 71.42 % ، و هذه النتيجة حسب متابعتنا لهذه الحالات قد تعود لعاملين أساسيين و هو نوع الإضطراب الصوتي التي تعاني منه المصابة و أهمية الوظيفة التي تمارسها ، فأغلبية الحالات كانت تعاني من شلل و تيري ، أو شلل و تيرين ، الذي سبب إنعدام كلي للصوت ، مما أدى بها إلى القلق و التوتر المستمر خاصة عند فقدان الوظيفة عند الحالات التي كانت تشغل مناصب هامة في مؤسسات خاصة ، في حين نجد نسبة 28.57 % من الحالات كان تقدير ذاتها مرتفع ، و أغلب هذه الحالات تعاني من صوت مبجوح من حين لآخر سبب سلبية مخاطية ، أو عقدتين و كانت تحت العلاج الطبي المكمل لإعادة الترتيب الصوتية ، كما أنها تشغل مناصب عمل في إطار طبي فكان و عيها بنوع إضطرابها و علاجها قلل من تأثير ذلك سلبيا على تقدير ذاتها .

جدول رقم 2 :

نتائج تطبيق اختبار تقدير الذات للفئة غير العاملة:

المجموع 4 x	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	تقدير الذات الحالات
20	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	1
24	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	2
60	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	3
48	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	4
36	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	5
36	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	6
40	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	7
38	-	+	-	+	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	8
38	-	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	9
48	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-	+	+	10
56	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	+	11
48	-	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	-	+	-	+	-	-	+	12
40	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	13
62	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	14

تعليق و مناقشة الجدول رقم 2 :

يوضح الجدول نتائج الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع ، و نتائج تقدير الذات المنخفض ، فننتائج تقدير الذات المنخفض ، فننتائج تقدير الذات المرتفع تتراوح ما بين "60 و 72" بمعدل 2 حالات ، و نتائج تقدير الذات المتوسط و المنخفض تتراوح ما بين "20 و 56" بمعدل 12 حالات.

فأغلب حالات الفئة غير العاملة كان تقدير ذاتها إما متوسط أو منخفض و ذلك 85.71% و كانت أغليبتها تعاني من شلل الوترين الذي سبب انعدام كلي للصوت و ألم مستمر لمعظم أعضاء الجسم مما أدى بالأغلبية إلى الخوف و القلق المستمرين خاصة عدم الشفاء مما إنعكس سلبيا على تقدير ذاتها في حين نجد نسبة 14.28% من حالات كان تقدير ذاتها مرتفع فهناك بعض الحالات التي بالرغم من إصابتها بالإضطراب الصوتي الذي كان سببه العقدتين و التي أصيبت به حسب تصريح الطبيب المختص في أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة من سنوات عديدة و التي لم تتابع العلاج بانتظام فعدم إنعدام الكلي للصوت و عدم وعيها بمرضها ، لم يؤثران سلبيا على تقدير ذاتها ، فصوتها المبحوح كان مألوفا عندها و عند عائلتها .

و في ما يلي عرض للجداول الخاصة بالمشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية لكل من أفراد الفئة العاملة و أفراد غير العاملة و ذلك وفق المقياس المطور لقياس الكفالة الصوتية.

جدول رقم 3:

جدول المشاركة في حصص الكفالة الصوتية للفئة العاملة

المجموع	7	6	5	4	3	2	1	المشاركة الحالات
7	+	+	+	+	+	+	+	1
3	+	-	-	-	+	-	+	2
5	+	+	+	-	-	+	+	3
7	+	+	+	+	+	+	+	4
5	+	+	-	+	-	+	+	5
7	+	+	+	+	+	+	+	6
5	+	+	+	+	-	+	+	7
7	+	+	+	+	+	+	+	8
3	+	-	-	-	+	-	+	9
7	+	+	+	+	+	+	+	10
5	-	+	+	+	+	-	+	11
7	+	+	+	+	+	+	+	12
6	-	+	+	+	+	+	+	13
7	+	+	+	+	+	+	+	14

الإشارات : + تعني يؤدي السلوك
- تعني لا يؤدي السلوك

تعليق و مناقشة نتائج الجدول رقم 3 :

يوضح الجدول نتائج الأفراد نتيجة تطبيق مقياس المشاركة حيث أن نتيجة المشاركة في حصص الكفالة الصوتية عند أفراد الفئة العاملة تتراوح ما بين 3 و 7 ، فأغلب الحالات قد شاركت بدرجة مرتفعة جدا تقدر ب "6 و 7" بمعدل 8 حالات ، و كانت أغليبتها تتابع العلاج الطبي و إعادة التربية الصوتية بانتظام ، مما أدى إلى إستعادة صوتها في مدة محدودة ، في حين نجد بعض الحالات الأخرى قد شاركت بدرجة متوسطة تقدر ب "3 و 5" و ذلك بمعدل 6 حالات ، فبعض هذه الحالات كانت إما تسجل غيابات مستمرة و البعض الأخرى كانت تجد صعوبة في كسب تقنية العلاج مما جعلنا نعيد معها التمرينات الإبتدائية مدة طويلة .

جدول رقم 4:

جدول المشاركة فى حصص الكفالة الصوتية للفئة غير العاملة:

المجموع	7	6	5	4	3	2	1	المشاركة الحالات
4	-	-	+	+	-	+	+	1
2	-	-	-	-	+	-	+	2
2	-	-	-	-	+	-	+	3
3	+	-	-	+	+	-	-	4
2	+	-	-	-	+	-	-	5
4	+	+	+	+	-	-	-	6
3	-	-	-	+	+	-	+	7
2	+	-	-	-	+	-	-	8
3	-	-	+	+	-	-	+	9
5	-	-	+	+	-	+	+	10
4	+	+	-	-	-	+	+	11
5	+	+	-	-	+	+	+	12
3	+	-	-	-	+	-	+	13
4	-	-	+	+	-	+	+	14

الإشارات : + تعني يؤدي السلوك
- تعني لا يؤدي السلوك

تعليق و مناقشة الجدول رقم 4 :

يوضح هذه الجدول نتائج الأفراد نتيجة تطبيق مقياس المشاركة ، حيث أن نتيجة المشاركة في حصص الكفالة الصوتية عند الفئة غير العاملة تتراوح ما بين "2 و 5" ، فأغلب الحالات قد شاركت بدرجة منخفضة جدا تقدر ب "2 و 3" بمعدل 8 حالات و كانت أغلبيتها إما تصرح بعدم إقناعها بنوعية العلاج و تطالب بالأدوية في كل حصة من حصصها مما إنعكس سلبيا على مثابرتها و مشاركتها و بالتالي صعوبة كسب تقنية العلاج ، و الوصول إلى نتائج إيجابية ، في حين نجد بعض الحالات الأخرى قد شاركت بدرجة متوسطة تقدر ب "4 و 5" بمعدل 6 حالات، فأغلبيتها بالرغم من أنها مآكثات في البيت فوعيتها بنوع إضطرابها الصوتي و كيفية علاجه من تجارب غيرها جعلها حتى و إن كانت لها صعوبة في المشاركة الإيجابية أثناء الحصص فكانت لا تسجل غيابات مستمرة .

بعد عرضنا لنتائج المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية و بعد إعادة تطبيق اختبار تقدير الذات لكوبر سميت لكل أفراد عينة البحث نقوم بعرض الجداول الخاصة بنتائج المتحصل عليها لكل من مجموعة أفراد الفئة العاملة و مجموعة أفراد الفئة غير العاملة بعد إعادة التربية الصوتية.

جدول رقم 5:

نتائج تقدير الذات للفئة العاملة بعد المشاركة في الكفالة الصوتية:

المجموع 4 X	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	تقدير الذات الحالات
64	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	1
44	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-	2
40	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	3
72	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	4
56	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	5
76	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	6
60	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	7
68	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	8
56	+	+	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	9
80	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	10
60	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+	11
68	+	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	12
68	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	-	+	-	+	+	13
76	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	+	14

تعليق و مناقشة الجدول رقم 5 :

يوضح هذا الجدول نتائج تقدير الذات للفئة العاملة بعد المشاركة في حصص الكفالة الصوتية ، فننتائج تقدير الذات المرتفع تتراوح ما بين 60 و 80 بمعدل 10 حالات و نتائج تقدير الذات المتوسط و المنخفض تتراوح ما بين 40 و 56 بمعدل 4 حالات .

فمن خلال هذه النتائج يتضح دور المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية في درجات تقدير الذات عند أفراد الفئة العاملة إذ كما هو واضح في هذا الجدول أن أغلب الحالات كان تقدير ذاتها مرتفع بنسبة 71.42 % و لهذه النتيجة علاقة بنجاح إعادة التربية الصوتية التي أدت إلى تحسن الصوت و بالتالي إرتفاع تقدير الذات و هذا ما لاحظناه عند الحالات التي شاركت في إعادة التربية الصوتية بصفة منتظمة عكس بعض الحالات التي بقيت نتائج تقدير ذاتها منخفضة و ذلك بنسبة 28.57 % ، فهذه الحالات كما لاحظناه أثناء متابعتنا لها فكانت تسجل غيابات مستمرة و أحيانا لا تكمل حصتها المبرمجة .

جدول رقم 6:

نتائج تقدير الذات للفئة غير العاملة بعد المشاركة في الكفالة الصوتية:

المجموع 4 x	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	تقدير الذات الحالات	
40	-	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	1	
44	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	-	2	
36	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	+	3	
32	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	4	
40	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	5	
72	+	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	6	
40	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	+	-	7	
36	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	8	
44	+	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	+	9	
52	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	10	
60	+	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	11
40	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-	+	-	-	12	
48	+	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+	+	13	
64	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+	+	+	14	

تعليق و مناقشة الجدول رقم 6 :

يوضح هذا الجدول نتائج تقدير الذات للفئة غير العاملة بعد المشاركة في حصص الكفالة الصوتية ، فنتائج تقدير الذات المرتفع تتراوح ما بين 60 و 72 بمعدل 3 حالات و نتائج تقدير الذات المتوسط و المنخفض تتراوح ما بين 32 و 52 بمعدل 11 حالات ، فأغلب حالات الفئة غير العاملة بقي تقدير ذاتها منخفض و ذلك بنسبة 78.57 %.

هذا يتفق مع نتائج في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية فأغلبية الحالات كانت إما لا تبذل أي جهد أثناء القيام بالتمارين المبرمجة في حصص إعادة التربية الصوتية و إما تسجل غيابات مستمرة ، في حين نجد نسبة 21.42% من الحالات التي زادت درجات تقدير ذاتها ، و هذا يعود إلى عاملين أساسيين و هما المشاركة الإيجابية لبعض الحالات أثناء حصص إعادة التربية الصوتية ، كما أنه قد يعود للحالة النفسية الغير المضطربة لبعض الحالات ، الغير الواعية بنوع إضطرابها الصوتي فأغلب هذه الحالات كانت تتمتع بتقدير ذات مرتفع .

و في ما يلي عرض للجداول الخاصة بالمشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية و نتائج تطبيق إختبار تقدير الذات بعد إعادة التربية الصوتية لكل من أفراد الفئة العاملة و الفئة غير العاملة .

جدول رقم 7:

نتائج المشاركة ونتائج تقدير الذات للفئة العاملة:

الحالات	نتيجة المشاركة	نتيجة تقدير الذات
1	7	64
2	3	44
3	5	40
4	7	72
5	5	56
6	7	76
7	6	60
8	7	68
9	3	56
10	7	80
11	5	60
12	7	68
13	6	68
14	7	76

تعليق و مناقشة الجدول رقم 7 :

يوضح هذا الجدول نتائج المشاركة للفئة العاملة مقارنة بنتائجهم في تقدير الذات، فعند هؤلاء نسبة نتائج المشاركة مرتفعة حيث أننا نلاحظ أنّ هناك نسبة 85 % الذين شاركوا بدرجة مرتفعة تتراوح ما بين "5" و "7" بمعدل 12 حالات و تقدير الذات لمعظم أفراد هذه الفئة قد ارتفع فهو يتراوح ما بين "60" و "80" و بنسبة 15 % الذين شاركوا بدرجة منخفضة و متوسطة تقدر ب "3" بمعدل 2 حالات ، و تقدير الذات لأفراد هذه الفئة منخفض يتراوح ما بين "44" و "56".

كما أننا نلاحظ أنه ليس كلما كانت درجة المشاركة مرتفعة جدا كانت درجة تقدير الذات مرتفعة جدا ، وكلما كانت درجة المشاركة منخفضة جدا كانت درجة تقدير الذات منخفضة جدا ، فهناك مثلا حالة شاركت بدرجة "3" و تقدير ذاتها بدرجة "56" كما أننا نلاحظ أن هناك حالة أخرى شاركت بدرجة "6" و تقدير الذات عندما يقدر بدرجة "60" ، هذا يعني أنه رغم إختلاف في درجات المشاركة لهذه الحالات فدرجات تقدير الذات متقاربة نوعا ما.

جدول رقم 8:

نتائج المشاركة ونتائج تقدير الذات للفئة غير العاملة

الحالات	نتيجة المشاركة	نتيجة تقدير الذات
1	4	40
2	2	44
3	2	36
4	3	32
5	2	40

72	4	6
40	3	7
36	2	8
44	3	9
52	5	10
60	4	11
40	5	12
48	3	13
64	4	14

تعليق و مناقشة الجدول رقم 8:

يوضح هذا الجدول نتائج المشاركة للفئة غير العاملة مقارنة بنتائجهم في تقدير الذات ، فعند هؤلاء نسبة نتائج المشاركة منخفضة حيث أننا نلاحظ أن نسبة 28 % شاركوا بدرجة مرتفعة تقدر ب "5" بمعدل 2 حالات و تقدير الذات عندهم قد يتراوح ما بين "64 و 72" و نسبة 72 % الذين شاركوا بدرجة منخفضة و متوسطة تتراوح ما بين "2 و 4" و تقدير الذات لأفراد هذه الفئة منخفض يتراوح ما بين "32 و 48".

كما أننا نلاحظ أنه ليس كلما كانت درجة المشاركة منخفضة جدا ، كانت درجة تقدير الذات منخفضة جدا و كلما كانت درجة المشاركة مرتفعة جدا كانت درجة تقدير الذات مرتفعة جدا ، فهناك مثلا حالة شاركت بدرجة "5" و تقدير ذاتها يقدر بدرجة "40" ، كما أننا نلاحظ أن هناك حالة أخرى شاركت بدرجة أقل تقدر ب "2" و تقدير الذات عندها بدرجة "44" ، و قد يعود هذا كما شرحناه في الجداول السابقة للحالة النفسية للمصابة بالبحّة الصوتية .

تعليق المخطط رقم 1 :

يوضح هذا المخطط أن أغلب أفراد الفئة العاملة تشارك بدرجة مرتفعة، 7 حالات شاركت بدرجة 7 و 2 حالات شاركت بدرجة 6 و 3 حالات شاركت بدرجة 5، و 2 حالات شاركت بدرجة منخفضة تقدر ب3.

كما نلاحظ أن هناك تصاعد في المخطط، أي كلما كانت درجة المشاركة مرتفعة كلما ارتفعت درجة تقدير الذات، كحالة شاركت بدرجة "7" و درجة تقدير الذات عندها "80" ، وحالة أخرى شاركت بدرجة "6" و درجة تقدير الذات عندها "68" .

تعليق المخطط رقم 2 :

يوضح هذا المخطط أن أغلب أفراد الفئة غير العاملة تشارك بدرجة منخفضة، 4 حالات شاركت بدرجة 2 و 4 حالات أخرى شاركت بدرجة 3، و 4 حالات أخرى شاركت بدرجة 4، و 2 حالات شاركت بدرجة مرتفعة تقدر ب 5.

كما نلاحظ أن هناك تذبذب في المخطط أي أنه ليس كلما ارتفعت درجة المشاركة ارتفعت درجة تقدير الذات، و كلما انخفضت درجة المشاركة انخفضت درجة تقدير الذات ، إذ يتضح أن هناك من له درجة مرتفعة في المشاركة كحالة شاركت بدرجة "5" و درجة تقدير الذات عندها "40" ، و حالة أخرى شاركت بدرجة "4" و درجة تقدير الذات عندها "72".

الفصل الثالث

مناقشة الفرضيات

لتحليل و مناقشة نتائج الدراسة التطبيقية و لدراسة الفروق بين المجموعتين التي مثلت عينة البحث لجأنا إلى المعالجة الإحصائية و التحليل الإحصائي لكل النتائج ، ثم مناقشتها على ضوء البحوث و الدراسات السابقة .

1- المعالجة الإحصائية :

إن دراسة الإحصاء في العلوم الاجتماعية لقد أصبح أمرا لا غنى عنه، لكي يتمكن الباحثون من تصميم التجارب العلمية و إجراء الدراسات و البحوث النفسية، و تحليل البيانات المستمدة منها تحليلا واعيا، مستبصرا، و إستعاب نتائجها و تقييمها و الإفادة منها ، فعلم الإحصاء يتضمن النظرية و الأساليب الرياضية التي تفيد في جمع و تمثيل و تحليل و تفسير بيانات البحوث المختلفة إستخلاص معلومات مفيدة منها، و بذلك ييسر للباحث الطريق للإجابة أو حل مشكلة بحثه، و من ثم يمكن للباحث إستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة في تحليل هذه البيانات لغرض التحقيق من صحة فروضه أو إجابة المقترحة لحل المشكلة (صلاح الدين محمود علام، 2000).

لذا لجأنا إلى إختبار "ت" لدراسة دلالة الفروق بين درجات المجموعتين في كل من مقياس كوبر سميث لتقدير الذات و المقياس المطور لقياس المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

لإختبار فرضيات الدراسة، تم إستخدام الإحصائي "ت" لتحديد الدلالة الإحصائية بين المجموعتين، أي دراسة الفروق بين متوسط مجموعة الفئة العاملة و مجموعة الفئة الغير العاملة المصابة بالبلحة الصوتية و يعطى هذا الإختبار بالعلاقة التالية :

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s^2}{n_1} + \frac{s^2}{n_2}}}$$

حيث أن :

م1: يعني متوسط المجموعة الأولى

م2: يعني متوسط المجموعة الثانية

مج ف1: مجموع مربعات فروق الدرجات من متوسط المجموعة الأولى

مج ف2: مجموع مربعات فروق الدرجات من متوسط المجموعة الثانية

ن1: عدد أفراد المجموعة الأولى

ن2: عدد أفراد المجموعة الثانية

(سعيد عبد الرحمن " القياس النفسي "، 1983 ، ص 120)

المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى:

الجدول الخاصة بالمتوسطات الحسابية لدرجات تقدير الذات للفئة العاملة و الفئة غير العاملة قبل إعادة التربية الصوتية :

جدول رقم 1 :

المتوسط الحسابي لدرجات تقدير الذات للفئة العاملة قبل إعادة التربية الصوتية.

طريقة الحساب

لحساب المتوسط الحسابي لكل حالة نقسم درجة تقدير الذات على عدد الحالات ثم نجمع المجموع الكلي لهذه المتوسطات.

و لحساب مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي ، نرجع متوسط الحسابي لكل حالة ثم نجمع المجموع الكلي.

الحالات	درجات تقدير الذات	المتوسط الحسابي لكل حالة	مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة
1	44	2.14-	4.57
2	32	14.14-	199.93
3	52	12.14-	147.37
4	40	6.14-	37.69
5	40	6.14-	37.69
6	36	10.14-	102.81
7	68	21.86	477.85
8	72	25.86	668.73
9	36	10.14-	102.81
10	20	26.14-	683.29
11	60	13.86	192.09
12	44	2.14-	4.57
13	38	8.14-	66.25
14	64	17.86	318.97
		م = 46.14	مجم ف = 2858.52 = 53.46

تعليق الجدول رقم 1 :

يوضح هذا الجدول قيمة المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفئة العاملة التي بلغت 46.14 ومجموعة فروق الدرجات عن متوسط المجموعة الأولى الذي بلغ 53.46 .

جدول رقم 2 :

المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفئة غير العاملة قبل إعادة التربية الصوتية.

طريقة الحساب : نفس الطريقة المذكورة سابقا.

الحالات	درجة تقدير الذات	المتوسط الحسابي لكل حالة	مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة
1	20	20.28-	411.27
2	24	16.28-	265.03
3	60	19.72-	388.87
4	48	7.72	59.59
5	36	4.28-	36.63
6	36	4.28-	36.63
7	40	0.28-	0.07
8	38	2.28-	5.19
9	38	2.28-	5.19
10	48	7.72	59.59
11	56	15.72	247.11
12	48	7.72	59.59
13	40	0.28-	0.07
14	62	21.72	471.75
		م=2=40.28	مج ف=2=1987.06 =44.57

تعليق الجدول رقم 2 :

يوضح هذا الجدول قيمة المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفة الغير عاملة التي بلغت 40.28 و مجموعة فروق الدرجات عن متوسط المجموعة الثانية الذي بلغ 44.57 .

بعد حساب المتوسطات الحسابية و مجموع مربعات فروق المتوسطات لكل مجموعتين نطبق معادلة الإحصائي "ت"

$$\underline{4.28 - 46.14}$$

$$\underline{44.57 + 53.46}$$

$$\frac{1}{14} + \frac{1}{14} \times 2 - 14 + 14$$

$$\underline{5.86}$$

$$\underline{98.03}$$

$$(0.14) \times 26$$

$$\underline{5.86}$$

$$\underline{98.03}$$

$$3.64$$

$$1.13 \quad \underline{5.86}$$

$$5.18$$

ت المحسوبة = 1.13

جدول رقم 3 :

قيمة "ت" المحسوبة = 1.13	متوسط تقدير الذات للفئة العاملة قبل المشاركة في إعادة التربية الصوتية م1 = 46.14
	متوسط تقدير الذات للفئة غير العاملة قبل المشاركة في إعادة التربية الصوتية م2 = 40.28

تعليق الجدول رقم 3 :

يوضح الجدول متوسطات تقدير الذات لكلتا الفئتين قبل إعادة التربية الصوتية التي بلغت 64.14 و 40.28 و قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت 1.14 .

التحليل الإحصائي :

عند مستوى الدلالة 0.05 "ت" المجدولة تساوي 2.056 (أنظر الملحق رقم 3) و هي أكبر "ت" المحسوبة التي بلغت 1.13 و هذه ما يدل على أنه لا توجد فروق في درجات تقدير الذات قبل إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة ، لذا فيمكن القول أنه لا توجد جوهرية بين الفئتين و نتائج الجداول 1 ، 2 ، 3 توضح ذلك ، و هذا ما ينفي الفرضية الأولى القائلة بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحّة الصوتية قبل المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

ملاحظة :

درجة الحرية = (ن - 2) أنظر الملحق رقم 3 .

المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية :

الجدول الخاصة بالمتوسطات الحسابية لدرجات المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية لكل من الفئة العاملة و الفئة غير العاملة:

جدول رقم 1:

المتوسط الحسابي لدرجات المشاركة للفئة العاملة :

الحالات	درجات المشاركة	المتوسط الحسابي لكل حالة	مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة
1	7	0.58	0.33
2	4	2.42-	5.85
3	6	0.42-	0.17
4	7	0.58	0.33
5	7	0.58	0.33
6	7	0.58	0.33
7	7	0.58	0.33
8	7	0.58	0.33
9	4	2.42-	5.85
10	7	0.58	0.33
11	7	0.58	0.33
12	7	0.58	0.33
13	6	0.42-	0.17
14	7	0.58	0.33
		م = 6.42	مج ف = 15.34 = 3.91

تعليق الجدول رقم 1 :

يوضح الجدول قيمة المتوسط الحسابي لدرجة المشاركة للفئة العاملة التي بلغت 6.42 و مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي الذي بلغ 3.91 .

جدول رقم 2 :

المتوسط الحسابي لدرجات المشاركة للفئة غير العاملة :

الحالات	درجات المشاركة	المتوسط الحسابي لكل حالة	مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة
1	4	0.72	0.51
2	2	1.28-	1.63
3	2	1.28-	1.63
4	3	0.28-	0.56
5	2	1.28-	1.63
6	4	0.72	0.51
7	3	0.28	0.56
8	2	1.28-	0.63
9	3	0.28	0.56
10	5	1.72	2.95
11	4	0.72	0.51
12	5	1.72	2.95
13	3	0.28-	0.56
14	4	0.72	0.51
		م=2=3.28	مج ف=2=16.65 =4.08

تعليق الجدول رقم 2 :

يوضح الجدول قيمة المتوسط الحسابي لدرجة المشاركة غير العاملة التي بلغت 3.28 و مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي الذي بلغ 4.08 .

طريقة الحساب : نفس الطريقة المذكورة سابقا.

بعد حساب المتوسطات الحسابية و مجموع فروق المربعات للمتوسطات لكل الفئتين نطبق معادلة الإحصاء "ت".

$$\frac{2م - 1م}{2}$$

$$\frac{\text{مج ف} 1 + \text{مج ف} 2}{\frac{1}{2} + \frac{1}{1} \times 2 - 2}$$

$$\frac{3.28 - 6.42}{2}$$

$$\frac{4.08 + 3.91}{3.64}$$

$$\frac{3.14}{2}$$

$$\frac{7.99}{3.64}$$

$$2.12 \quad \frac{3.14}{1.48}$$

ت المحسوبة = 2.12

جدول رقم 3 :

المتوسطات الحسابية للمشاركة للفئة العاملة و الفئة غير العاملة :

قيمة "ت" المحسوبة = 2.12	متوسط المشاركة للفئة العاملة م1 = 6.42
	متوسط المشاركة للفئة غير العاملة م2 = 3.28

تعليق الجدول رقم 3 :

يوضح الجدول متوسطات المشاركة لكلتا الفئتين التي بلغت 6.42 و 3.28 و قيمة "ت" المحسوبة التي بلغت 2.12 .

التحليل الإحصائي :

عند مستوى الدلالة 0.05 "ت" المجدولة تساوي 2.056 (أنظر الملحق رقم 3) و هي أصغر من "ت" المحسوبة ، التي بلغت 2.12 ، و هذا ما يدل على أن هناك فروق في درجات المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة لصالح الفئة العاملة ، حتى و إن كانت قيمة ت المحسوبة ليست كبيرة جدا ، و قد يعود هذا لكون عينة البحث ليست كبيرة جدا ، لذا فيمكن القول أنه توجد فروق جوهرية بين الفئتين و نتائج الجداول 1،2،3 توضح ذلك ، و هذا ما يحقق الفرضية الثانية القائلة بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحّة الصوتية في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

ملاحظة : درجة الحرية = (ن - 2) أنظر الملحق رقم 3 .

المعالجة الإحصائية للفرضية الثالثة :

الجدول الخاصة بالمتوسطات الحسابية لدرجات تقدير الذات للفئة العاملة و الفئة غير العاملة بعد إعادة التربية الصوتية :

جدول رقم 1 :

المتوسط الحسابي لدرجات تقدير الذات للفئة العاملة بعد إعادة التربية الصوتية .

طريقة الحساب :

نفس الطريقة المذكورة سابقا .

الحالات	درجات تقدير الذات	المتوسط الحسابي لكل حالة	مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة
1	64	0.58	0.33
2	44	19.42-	377.13
3	40	23.42-	548.49
4	72	8.58	73.61
5	56	7.42-	55.05
6	76	12.58	158.25
7	60	9.42-	88.73
8	68	4.58	20.97
9	56	7.42-	55.05
10	80	16.58	274.89
11	60	9.42-	88.73
12	68	4.58	20.97
13	68	4.58	20.97
14	76	7.42	158.25
		م=1م 63.42=	مج ف=1م 1941.42= 44.06 =

تعليق الجدول رقم 1 :

يوضح هذا الجدول قيمة المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفئة الغير العاملة التي بلغت 63.42 و مجموعة فروق الدرجات عن المتوسط المجموعة الأولى التي بلغت 44.06.

جدول رقم 2 :

المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفئة غير العاملة بعد إعادة التربية الصوتية .

طريقة الحساب:

نفس الطريقة المذكورة سابقا.

مجموع مربعات فروق الدرجات عن المتوسط الحسابي لكل حالة	المتوسط الحسابي لكل حالة	درجات تقدير الذات	الحالات
39.43	6.28-	40	1
5.19	2.28-	44	2
105.67	10.28-	36	3
203.91	14.28-	32	4
39.43	6.28-	40	5
661.51	25.72	72	6
39.43	6.28-	40	7
105.67	10.28-	36	8
5.19	2.28-	44	9
32.71	5.72	52	10
188.23	13.72	60	11
39.43	6.28-	40	12
3.44	1.72	48	13
314.88	17.72	64	14
مج ف=2=1784.12 42.23 =	م=1=46.28		

تعليق الجدول رقم 2 :

يوضح هذا الجدول القيمة المتوسط الحسابي لدرجة تقدير الذات للفئة غير العاملة التي بلغت 46.28 و مجموعة فروق الدرجات عن متوسط المجموعة الثانية التي بلغت 42.23. بعد حساب المتوسطات الحسابية و مجموع فروق المتوسطات لكل المجموعتين نطبق معادلة الإحصاء "ت".

$$\underline{46.28 - 63.42}$$

$$\underline{42.23+44.06}$$

$$\underline{\frac{1}{14}} + \underline{\frac{1}{14}} \times 2-14+14$$

$$\underline{17.14}$$

$$\underline{86.29}$$

$$3.64$$

$$3.25 \quad \underline{17.14}$$

$$4.86$$

$$ت المحسوبة = 3.25$$

جدول رقم 3 :

جدول المتوسطات الحسابية لتقدير الذات للفئة العاملة و الفئة غير العاملة بعد إعادة التربية الصوتية.

قيمة "ت" المحسوبة = 3.25	متوسط تقدير الذات للفئة العاملة م1 = 63.42
	متوسط تقدير الذات للفئة غير العاملة م2 = 46.28

تعليق الجدول رقم 3 :

يوضح الجدول متوسطات تقدير الذات لكلتا الفئتين بعد المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية التي بلغت 63.42 و 46.28 و قيمة ت المحسوبة 3.25 .

التحليل الإحصائي:

عند مستوى الدلالة 0.05 "ت" المجدولة تساوي 2.056 (أنظر الملحق رقم 3) و هي أصغر من "ت" المحسوبة التي بلغت 3.25 و هذا ما يدل على أن هناك فروق في درجات تقدير الذات بعد إعادة التربية الصوتية بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة لصالح الفئة العاملة حتى و إن كانت قيمة ت المحسوبة ليست كبيرة جدا و قد يعود هذا لكون عينة البحث ليست كبيرة جدا ، لذا فيمكن القول أنه توجد فروق جوهرية بين الفئتين و نتائج الجداول 1 ، 2 ، 3، توضح ذلك و هذا ما يحقق الفرضية الثالثة القائلة بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة المصابة بالبحّة الصوتية بعد المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

ملاحظة : درجة الحرية = (ن-2) أنظر الملحق رقم 3

ب-المناقشة العامة للنتائج :

حرصت الدّراسة الحالية على تحديد مدى تحقيق فرضيات البحث ، من نتائج التحليل الإحصائي اللازمة، و هذا من خلال تقديم تفسيرات للنتائج التي تحصلنا عليها ، كما نحاول مناقشة و مقارنة هذه النتائج على ضوء البحوث و الملاحظات التي سجلناها طيلة إجراء هذا البحث، و سنقوم ببسط و تفسير كل الفرضيات على النحو التالي :

تحليل و مناقشة نتائج الفروق في تقدير الذات للمصابة بالبحّة الصوتية ، قبل إعادة التربية الصوتية بين الفئة و الفئة غير العاملة :

كشفت نتائج الدراسة الحالية على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات بين كلتا الفئتين ، هذا يعني أنّ الفروق ليست جوهرية ، فتقدير الذات عند المصابة بالبحّة الصوتية منخفض سواء كانت عاملة و ذلك بنسبة 71.42 % أو غير عاملة بنسبة تفقد 85.71 % كما هو واضح في الجدول 1 و 2 ص 84-86، و هذا ما يعطينا صورة واضحة على مدى تأثير البحة الصوتية على ذات المصابة، فأغلبية الحالات كانت تصرّح أنّ إضطراب صوتها هو مصدر التوتّر و القلق الذي أصبحت

تعيّشه سواء في البيت أو في العمل، خاصّة أثناء تعاملاتها مع الآخرين ، إذ بالرغم من عدم إصابتها بالاضطراب اللغوي أو الاضطراب الكلامي فقدان الصوت أو اضطرابه ، يجعل اللغة المنظوفة غير واضحة بالنسبة للفرد الآخر، الشيء الذي كثيرا ما يؤثّر سلبيا على علاقة المصابة بالأفراد المحيطين بها ، إذ يعتبر المحيط الخارجي، من العوامل المؤثرة إما سلبيا أو إيجابيا على تقدير ذات الفرد، هذا ما يتفق مع دراسة (فاروق عبد الفتاح، 1987) الذي يشير إلى أن العوامل التي تؤثر في تقدير الذات كثيرة منها ما يتعلّق بالفرد نفسه مثل استعداداته و قدرته و فرصه و منها ما يتعلّق بالبيئة الخارجية و بالأفراد الذين يتعامل معهم فالبيئة المشجّعة تزيد من تقدير الذات و البيئة المحيطة تقل من تقدير الذات.

هذا ما أكدته مجموعة الملاحظات التي سجلناها أثناء المتابعة الأرتوفونية حول السلوكات المصابة بالبحّة الصوتية، التي كانت تولي إهتماما كبيرا لتصرفات الآخرين معها سواء في البيت أو في العمل ، فالمصابة غير العاملة، أي ربة البيت كانت غالبا ما تشعر بفقدان قدرة فرض نفسها أمام أبناءها كالسابق، و المصابة العاملة خاصّة التي تشغل منصب عالي بفرض رأيها و الدخول في مناقشات طويلة مع زملاءها في العمل فكل هذا قد ينعكس سلبيا على تصور ذاتها و الشعور بفقدان القدرات التي كانت تتمتع بها، فالأغلبية صرّحت لنا باللجوء إلى الكف النفسي على أن تتحاور مع الآخرين ، يعرف BECK الكف النفسي على أنه عبارة عن مونولوج داخلي الذي يترجم عن طريق التقدير السلبى للذات .

هذا ما يتفق مع وجهة نظر ELLIS الذي يقول بان سلوك الفرد يمر بثلاث مراحل و هي :

أولا : وجود بعض الأحداث الخارجية التي تؤثر على حياة الفرد و تطبعها.

ثانيا : بفكر الفرد في تلك الأحداث و يفسرها بطريقة المعرفية الخاصة .

ثالثا : يبدي الفرد سلوكا مطبوعة بتلك الأفكار و الإعتقادات (فونتان و رونون، 1986 ، ص 19).

بيّنت نتائج الدّراسة على أنّ الإصابة بالبحّة الصوتية سواء عند الفئة العاملة أو غير العاملة كانت سبب في إنخفاض تقدير الذات، الذي هو نتيجة القلق و التوتر التي تعاني منه أغلبية الحالات التي تعتبر اضطرابها إنهاء لشخصيتها و مساس لتوازنها النفسي و الإجتماعي بإعتبار الصوت جزء من أجزاء تكوين شخصية الفرد .

أكدت دراسة (زوكولو، 1992، ص 547) أهميّة القلق في تأثيره سلبيا على تقدير الذات ، فكّلما ارتفع القلق نقص تقدير الفرد لذاته .

كذلك أوضحت دراسة كل من(ما يرز، 2000، و جرشام، 1998) أنّ القلق يرتبط بتقدير الذات ، فالسلوكات السلبية للفرد الناتجة عن تفاعلاته مع الآخرين بسبب اضطراب مهما كان نوعه لها دور في إنخفاض تقدير الذات، هذا ما يتفق مع نتائج هذه الدّراسة التي أوضحت مدى تأثير البحة الصوتية في إنخفاض تقدير الذات نتيجة القلق و التوتر من صعوبات التفاعل مع الآخرين.

تحليل و مناقشة نتائج الفروق في مقياس المشاركة بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة :

حرصت الدّراسة الحالية على التحقيق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين كلتا الفئتين لصالح الفئة العاملة حيث توصلنا إلى أنّ الفروق جوهريّة ، هذه النتيجة تتفق مع توقعات بحثنا الحالي ، حيث إيّضح أنّ أفراد الفئة العاملة ذات المستوى التعليمي المرتفع الذي حدّد في العينة بالمستوى الجامعي قد شاركت بدرجات مرتفعة بالرغم من إنخفاض درجات تقدير ذاتها بسبب القلق و التوتر المستمر الذي كانت تعاني منه إثر إصابتها بالبحّة الصوتية حسب تصريحاتها ، عكس أفراد الفئة غير العاملة ذات المستوى التعليمي المنخفض الذي حدد في العينة بمستوى لا يتعدى الابتدائي ، شاركت بدرجات منخفضة ، كما هو واضح في الجدول رقم 3 و 4 ص 88-90 ،

تؤيد هذه النتيجة إتفاق جميع مدارس علم النفس التي ترى أنّ القلق و التوتر الذي يصيب الأفراد نتيجة إضطرابات و أحداث مهما كان نوعها هو من جهة أساس جميع الأمراض النفسية و الإختلالات الشخصية و الإضطرابات السلوكية، لكن من جهة أخرى و في الوقت نفسه منطلق كل الإنجازات الإيجابية (سامية القطان 1986) .

يتفق هذا الرأي مع الملاحظات التي سجلناها عند أغلب أفراد الفئة العاملة سواء التي كانت تشغل مناصب حكومية هامة، أو التي كانت تعمل في مؤسسات خاصة ، فالقلق و التوتر المصحوب بالخوف و الإنذار من فقدان المكانة و السلطة التي كانت تتمتع بها العاملة في منصب حكومي عالي ، و فقدان الوظيفة خصوصا بالنسبة للعاملة في مؤسسة خاصة ، كان حافزا أساسيا في جعل المصابة بالبحّة الصوتية خاصة الواثقة من ذاتها و قدراتها على مواجهة التحدي أن تتغلب على قلقها وضعفها أثناء حصص إعادة التربية الصوتية و ذلك من خلال مشاركتها مشاركة فعالة و تسجيل درجات مرتفعة . لقد أوضحت النتائج المتحصل عليها في مقياس المشاركة لأفراد الفئة العاملة و الملاحظات المسجلة حول سلوكيات هؤلاء أثناء متابعتنا الأرتوفونية لهم أنهم فعلا أكثر قدرة على السيطرة على أنفسهم و التحكم في حياتهم الإنتاجية، فهم يتحكمون في مشاعرهم و إستجاباتهم إتجاه القضايا و الأحداث التي تواجههم .

هذا ما يؤيد قول (سامية القطان 1980) أنّ القلق و التوتر بالرغم من ما يسببه من إنخفاض في تقدير الذات كما هو الحال عند المصابة بالبحّة الصوتية فهو إشارة إنذار للإستعداد للمواجهة، فهو باعث أساسي للدفاع أي التعبير عن الحوافز و الدفاعات .

هذا ما تؤكده النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة ، حيث أغلب أفراد الفئة العاملة قد سجلت تحسنا كبيرا و ملحوظا في نتائج إعادة التربية الصوتية إذ نجد أنّ نسبة 85.72 % شاركو بدرجة مرتفعة و نسبة 14.28 % شاركو بدرجة منخفضة، عكس أفراد الفئة غير العاملة الماكثة في البيت التي بالرغم ما قدم لها من تبليغ حول حالتها المرضية و دورها في نجاح كفالتها الصوتية، و التغلب على حالتها النفسية من قلق و توتر ، فكانت كما تسجل غيابات متكررة أو حضورها جسديا دون بذل أي جهد لكسب تقنيات العلاج فأغلب أفراد هذه الفئة بقيت في التمرينات الإبتدائية مدة طويلة ، فنجد أنّ نسبة 14.28 % شاركت بدرجة مرتفعة و نسبة 85.82 % شاركت بدرجة منخفضة.

يتضح من خلال هذه النتائج المسجلة حول الفروق في المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية لكلا الفئتين ، أنّ للمستوى التعليمي و العلمي للمصابة بالبحّة الصوتية إلى جانب سلوكياتها و كفاءتها طيلة الكفالة الصوتية دور أساسي في تحديد مدى نجاح أو فشل العلاج الصوتي.

تحليل نتائج الفروق في زيادة تقدير الذات بين الفئة العاملة و الفئة غير العاملة :

أسفرت نتائج الدراسة الحالية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في زيادة تقدير الذات بعد المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية بين كلتا الفئتين ، و ذلك لصالح الفئة العاملة، إذ تبين أنّ الفروق جهورية .

يرجع ذلك الأرتفاع في درجات تقدير الذات إلى الدور الذي تلعبه حصص إعادة التربية الصوتية و كذلك كفاءة المصابة بالبحّة الصوتية في التغلب على القلق و التوتر و بالتالي مشاركتها الإيجابية أثناء الكفالة الصوتية .

يتفق هذا إلى حد كبير مع بعض الباحثين في علم النفس حول وجود علاقة بين النجاح و تقدير الذات، حيث أكدت هذه الدراسة أن النجاح بصفة عامة له تأثير إيجابي في زيادة تقدير الذات (مبارك بقنة ، 1984) .

هذا ما تؤيده النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة حيث أنّ أغلبية أفراد الفئة العاملة التي تحصلت على درجات مرتفعة في مقياس المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية تحصلت على درجات

مرتفعة في إختبار تقدير الذات ، أما أفراد الفئة غير العاملة التي تحصلت على درجات منخفضة في مقياس المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية، تحصلت على درجات منخفضة في إختبار تقدير الذات، كما هو واضح في الجدول 7 و 8 ص 94-96.

كشفت النتائج من ناحية أخرى أن للحالة النفسية للمصابة بالبحّة الصوتية من قلق و توتر كان له أثر سلبي على نتائج الكفالة الصوتية، هذا ما يتفق مع مجموعة الملاحظات التي سجلناها طيلة المتابعة الارطوفونية لسلوكات و تعاملات بعض الحالات أثناء الكفالة الصوتية إذ بالرغم من ما قدّمناه لها من تبليغ عن حالتها و ما يجب القيام به لإسترجاع صوتها و إعلامها بأن العلاج ممكن و أن سلوكها الجيد و كفاءتها هي التي تحدد نجاح أو فشل علاجها، إلا أن الكثير منها كانت تسجل غيابات متكررة و لم تقتنع بطريقة العلاج بما فيها من تقنيات التنفس و تقنيات التصويت ، بل كانت من حين لآخر تطالبنا بوصفة الدواء إذ تعتبره الطريقة الناجعة لتحسين صوتها، فكل هذا قد إنعكس سلبيا على نتائج المشاركة و نتائج تقدير الذات .

في حين نجد حالات أخرى التي كانت لا تعاني من القلق و التوتر إثر إصابتها بالبحّة الصوتية، فنجد أن بالرغم من نتائجها المنخفضة في مقياس المشاركة فنناجها في إختبار تقدير الذات مرتفعة . في هذا الصدد بينت دراسة أجريت حول علاقة القلق و تقدير الذات ، أن للقلق أثر في تكوين تقدير الذات المرتفع لمن لا يعاني من القلق عكس الذي يعاني من القلق فله تقدير الذات منخفض، هذا ما توضحه نتائج بعض الحالات التي بالرغم من إصابتها بالبحّة الصوتية فتقدير الذات عندها مرتفع سواء قبل أو بعد إعادة التربية الصوتية بالرغم من إنخفاض نتائجها في مقياس المشاركة .

أشارت دراسة (فاروق عبد الفتاح، 1987) حول العوامل المؤدية لتكوين الذات أن هناك عوامل متعلقة بالفرد نفسه تتحدد بقدرة خلوه من القلق ، إلى جانب عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي و مدى تأثيره على الفرد .

كما أننا لا نغفل أن للمستوى التعليمي و العملي المرتفع للفئة العاملة أثر في نجاح الكفالة الصوتية و زيادة تقدير الذات مقارنة بالمستوى التعليمي و العملي المنخفض للفئة غير العاملة التي لم تسجل تحسنا كبيرا ، و يعتبر هذا إستنتاج منطقي و يتفق إلى حد كبير مع النتائج المتحصل عليها في إختبار تقدير الذات بعد المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية، حيث نجد أن أفراد الفئة العاملة زاد تقدير ذاتها بنسبة 78.57% و نسبة 21.43% بقي تقدير ذاتها منخفض عكس أفراد الفئة غير العاملة إذ نجد أن نسبة 35.72% زاد تقير ذاتها و 64.28% كان تقدير ذاتها منخفض .

الخاتمة

الخاتمة:

من خلال الدراسات النظرية التي إعتدنا عليها في هذا البحث المتواضع ، و المعطيات التطبيقية التي جمعناها بخصوص موضوع دور المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية ، في زيادة تقدير الذات عند المصابة بالبحّة الصوتية ، و هي صميم البحث الحالي لإختبار الفرضيات المرفقة في إطار العام لمشكلة البحث.

كان منطلق البحث ، الإطار النظري الذي إهتم بدراسات تقدير الذات و البحة الصوتية و إعادة وسائل و تقنيات بهدف القياس ثم تطبيقها على أفراد المجموعتين و تمثلت في مقياس كوبر سميث لتقدير الذات و مقياس المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية .

بعد حصولنا على المعطيات اللازمة من خلال درجات المقاييس و ذلك لكل أفراد المجموعتين ، قمنا بالتحليل الإحصائي لإعطاء معنى لهذه الدرجات معتمدين على إختبارات لعينات مستقلة ، و بعد إنتهائنا من المعالجة الإحصائية ، عرضنا النتائج المتوصل إليها مع مناقشتها على ضوء الأبحاث القائمة في نفس المجال ، و خلصت الدراسة الحالية إلى ما يلي :

من خلال دراستنا لمتغير تقدير الذات عند الفئة العاملة مقارنة بالفئة غير العاملة قبل إعادة التربية الصوتية تبين أن للبحّة الصوتية تأثير سلبي قبل إعادة التربية الصوتية على تقدير الذات للمصابة لكلا المجموعتين كما تبين من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس المشاركة لكلا المجموعتين أن لمتغير المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية دور كبير في زيادة تقدير الذات للمصابة و بينت النتائج المتحصل عليها الفرق الواضح في درجة المشاركة و تقدير الذات بين كلتا المجموعتين.

أسفرت دراستنا بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة العاملة و الغير العاملة في مقياس تقدير الذات و مقياس المشاركة ، كما إستنتجنا أن الكلام الذي هو نتيجة التصويت ، هو أساس العلاقات مع الآخرين و أي إضطرابات في الصوت هو إضطراب في هذه العلاقة ، الشيء الذي كثيرا ما ينعكس سلبيا على ذات المصابة ، وهذا ما لاحظناه أثناء عرض نتائج الدراسة التطبيقية لكل الحالات قبل إعادة التربية الصوتية ، سواء عند الفئة العاملة أو الفئة غير العاملة حيث كانت نتائج تقدير الذات عندها إما متوسطة أو منخفضة تتراوح ما بين 20 و 72 بمعدل 22 حالة من 28 حالة الذين يمثلون أفراد عينة البحث ن غير أن المشاركة الفعالة لبعض الحالات أثناء حصص إعادة التربية الصوتية قد كان له دور كبير في تحسين صوت هؤلاء ، و بالتالي زيادة تقدير الذات و لكن بدرجات متفاوتة من حالة لحالة و من فئة لفئة لصالح الفئة العاملة التي شاركت بدرجة تتراوح ما بين 5 و 6 و 7 فكان تقدير ذاتها المرتفع يتراوح ما بين 60 و 80 بمعدل 10 حالات من 14 حالة الذين يمثلون أفراد هذه المجموعة عكس حالات الفئة غير العاملة التي رغم متابعتها لبعض الحصص ، شاركت بدرجة تقدر ب 5 فكان تقدير ذاتها المرتفع يقدر ب 52 بمعدل 2 حالات من 14 حالة الذين يمثلون أفراد هذه المجموعة .

فمن هنا نستنتج أنه كلما كانت درجات المشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية مرتفعة كلما إرتفعت درجات تقدير الذات فالبحّة الصوتية تأثير سلبي على ذات المصابة سواء كانت عاملة أو غير عاملة ، كما نستنتج أن للمشاركة في حصص إعادة التربية الصوتية و تحسين الصوت دور كبير في إرتفاع درجات تقدير الذات عند المصابة العاملة أكثر من غير العاملة ، هذا ما يدل على أن للمستوى التعليمي و المستوى العلمي دور في فهم تقنيات إعادة التربية الصوتية و بالتالي بذل جهد أثناء الحصص المبرمجة .

الإقتراحات

الإقتراحات :

1- مجموعة إقتراحات لتطبيق إختبار الذات للوصول إلى نتائج يقينة و دقيقة :

- و هو أن تكون عينة البحث كبيرة.
- أن نتأكد من صحة إجابة المفحوص لكون إختبار تقدير الذات إختبار شامل ، يتناول جوانب عديدة من حياة الفرد و هذا بإعادة الإختبار مرات عديدة.
- القيام بتجارب عديدة قبل تطبيق الإختبار.
- تطبيق الإختبار في ظروف ملائمة و في قاعة هادئة، مع مراعاة الحالة النفسية للمفحوص.
- قيام بدراسات عديدة في هذا الموضوع لتأكد من النتائج، و أن لا نعتمد فقط على إجابات المفحوص بل يجب التأكد من ذلك خلال سلوكاته.

2- مجموعة إقتراحات لنجاح إعادة التربية الصوتية.

- قبل إعادة التربية الصوتية على المختص الأرتوفوني أن يتكفل سيكولوجيا بالمصاب، يعني يخصص له حصص سيكولوجية يعطيه فيها فرصة التعبير عن رفضه لبخته الصوتية ، حتى يتمكن المختص الأرتوفوني من معرفة تأثير ذلك على نفسية المصاب ، لان العلاج لا ينجح أبدا و المصاب غير مستقر نفسيا و هذا ما لاحظناه في هذه الدراسة.
 - إلى جانب ذلك على المختص الأرتوفوني أن يبرمج للمصاب بالبحه الصوتية ذوي تقدير الذات المنخفض حصص جماعية مع الذين تقدموا في إعادة التربية الصوتية و سجلوا تحسن ملحوظ في علاج البحة الصوتية حتى يشجعه و يعطيه أمل النجاح في استعادة صوته و يقلل من يأسه.
 - على المختص الأرتوفوني أن يطلب من المفحوص أن يسجل صوته بعد كل مدة معينة، حتى يلاحظ بنفسه التحسن الإيجابي لصوته و يصبح لوحده يكتشف متى يتحسن صوته و متى يسوء و تقنيات و أسباب تحسنه.
 - على المختص الأرتوفوني أن يوضح للمفحوص و يؤكد له على أن الصوت لا يتحسن لوحده و لا فقط بعمل المختص الأرتوفوني وإنما بحسن الاستماع و التركيز، و عدم فقدان الأمل بسهولة إذا ما فشل في تمرين من التمرينات، بل تكون له الثقة بقدراته و كفاءته لمواجهة بخته الصوتية.
- نأمل أن يكون هذا البحث و نتائجه ما هو إلا بداية الاهتمام و العناية بإجراء دراسات حول الناحية النفسية للمفحوص مهما كان نوع اضطرابه اللغوي او الصوتي لأنه أساس نجاح الكفالة الأرتوفونية .

المراجع باللغة العربية

- 1- ابن عيسى حنفي ، أستاذ بجامعة الجزائر 1988 ، " محاضرات في علم النفس اللغوي " ، الطبعة الثانية .
- 2- باقر صباح ، 1983 ، "المشكلات الإرشادية " ، مطبعة دار السلام ببغداد .
- 3- بركات محمد خليفة، 1974، "مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس"، الطبعة الاولى " دار القلم" الكويت.
- 4- بركات محمد " مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس "، دار العلم.
- 5- راجح احمد عزت، 1973، " اصول علم النفس " ،دار المعارف القاهرة .
- 6- جمانة غنيمات، 2006، "المرأة محور اهتمام نفسها" .
- 7- جوليات روتز، 1982، "علم النفس الاكلينيكي"، ترجمة محمود هنا دار الشروق .
- 8- حنان هلسة، 2004، " المشاكل النفسية و الشخصية التي تعاني منها المرأة العاملة " .
- 9- سامية القطان ،1980، "كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية " ، الجزء 1 القاهرة الأنجلوالمصرية .
- 10- سامية القطان، 1980 ، " مقياس القلق السوي "، المؤتمر الثاني لعلم النفس.
- 11- سيد غنيم، 1975، "سيكولوجية الشخصية محدداتها قياسها نضريتها "، القاهرة دار النهضة العربية .
- 12- سيف الدين كربية ، 2007 ، " اضطرابات الصوت " .
- 13- سيد خير الله أستاذ و رئيس قسم علم النفس عميد كلية التربية جامعة المنصورة، 1981، " مفهوم الذات أسسه النظرية و التطبيقية"، دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت .
- 14- سعد عبد الرحمان أستاذ في علم النفس الإجتماعي ، 1983 ، "القياس النفسي" ،مكتبة الفلاح الكويت.
- 15- عشوي مصطفى، " مدخل إلى علم النفس"، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 16- عطوف محمود ياسين، 1984، " علم النفس الإكلينيكي "، دار العلم للملايين بيروت .
- 17- عيسوي عبد الرحمان، 2000، "الإحصاء السيكولوجي التطبيقي"، دار المعرفة الجامعة الإسكندرية.
- 18- فؤاد البهي، 1958 ، "الجداول الإحصائية لعلم النفس و العلوم الإنسانية الأخرى " ، القاهرة دار الفكر العربي .

- 19- فؤاد البهي، 1979، "علم النفس الإحصائي و قياس العقل البشري" ، الطبعة 3 القاهرة دار الفكر العربي.
- 20- فاخر عاقل، 1980، "إعرف نفسك"، دراسات سيكولوجية ، الطبعة الرابعة .
- 21- فاخر عاقل، 1982، "اسس البحث العلمي في العلوم السلوكية" ،دار العلم للملايين بيروت لبنان .
- 22- فهمي مصطفى أستاذ و رئيس قسم الصحة النفسية كليّة التربية جامعة عين الشمس، 1967، "علم النفس الإكلينيكي" ، دار مصر للطباعة.
- 23- قطب محمد، 1945، "دراسات في النفس الإنسانية" ، دار مطابع الشعب مصر .
- 24- طوني غوبول هوك، 1994، " سيكولوجية التقييم الذاتي لا تلم نفسك و الاخرين" ، ترجمة سمير الشبخاني منشورات دار الافاق الجديدة بيروت.
- 25 - محمد شحاتة ربيع، 1994، " قياس الشخصية" ، دار المعرفة الجامعية القاهرة.
- 26- محمد شحاتة غانم، 2004، " الأمراض النفسية والشخصية" ، المكتبة المصرية للطباعة و النشر.
- 27 - محمد عماد الدين إسماعيل، 1983، "النمو في مرحلة المراهقة" .

المعاجم باللغة الفرنسية

- 1- Larousse médicale, 2008, édition française, MC paris.
- 2- Norbert Sil Lamy, 1991, **dictionnaire de psychologie**, BordAy Paris.
- 3- Dessougui kamel, **1988-1990** , **thessaures of psychologie**, volume 2, from j to z.
- 4- Dictionnaire : français – arabe.
- 5- Encyclopédie médico-chirurgicale tome3.

مذكرات

1- مذكرات نهاية اللىسانس "تقدير الذات عند فاقدى لوظيفة الإخراج"

إعداد حنفي سليمان

تحت إشراف الأستاذة دومنجي جامعة الجزائر

2- مذكرة نهاية اللىسانس "اقتراح مشروع تمهيدى لمرحلة التمرينات الصوتية

ضمن برتوكول إعادة التربية الصوتية إعداد حمزاوي فهيمه ولطوح

سامية

تحت إشراف الأستاذة مجيبة خليفة