القلق والخجل الإجتماعي محددين للتلعثم لدى عينة من الأطفال

إعداد
فاديه طـه أحـمـد عـبد العـال
باحـثة دكتوراه في علم النفس-كلية البنات- جامعة عين شمس

أ.د/ حمدي محمد ياسين
أستاذ علم النفس- كلية البنات- جامعة عين شمس

أ.م.د/ هبة حسين إسماعيل
أستاذ علم النفس المساعد- كلية البنات- جامعة عين شمس

مدخل الدراسة:
يُعد التلعثم مُشكلة عالمية تحدث في جميع اللغات والأجناس، فهي من أكثر اضطرابات التواصل حدة، حيث أن نسبة انتشاره (1%) تقريبًا بين عامة الناس، أغلبهم من الأطفال، ويقل إلى (0,8%) لدى المراهقين، ويكون شائعًا بين الذكور عنه بين الإناث، ففي إحصاءات مستشفى عين شمس بالقاهره خلال عام (2002-2001) تبين أن عدد المترددين على وحدة التخاطب بالمستشفى بلغ (2100) حالة تُعاني من اضطرابات تخاطبية كان من بينهم (650) حالة تلعثم، (75%)منهم ذكور والباقي من الإناث، في المرحلة العمرية (6-14)عامًا. (محمد النحاس،11:2006)
مشكلة الدراسة وأسئلتها: يعد القلق والخجل الاجتماعي من العوامل المساهمة في ظهور التلعثم؛ مما يُشكل ذلك خطورة على حياة الأطفال سواء في الجانب النفسي، أو الاجتماعي، حيث يرجع التلعثم إلى الصراع والقلق والخوف المكبوت، والصدمات النفسية، والانطواء، والعصابية، وضعف الثقة بالنفس، والعدوان المكبوت، والحرمان الانفعالي، والافتقار إلى العطف. (حامد زهران،1997: 430)
وبتحليل الدراسات التي تناولت جدلية اسهام القلق في حدوث التلعثم فقد أشارت نتائج دراسات كل من (جريجوري1995 ,Gegory)؛ (منال فتوح،2014)؛ (ميشيل وآخرون ,Michelle, et al) 2004)؛ (إبراهيم الشافعي،2011)؛ على وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين القلق واللجلجة.
أما عن الدراسات التي تناولت جدلية اسهام الخجل الاجتماعي في حدوث التلعثم فقد أشارت نتائج دراسات كل من (مارلين وآخرون Marilyn, et al., 1998؛جينسبرج2000 ,Ginsberg؛ فان كويك فاست Van Kuik Fast, 2011) على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الخجل الاجتماعي والتلعثم.
أما عن العلاقة بين التلعثم والنوع فقد أشارت نتائج دراسات كل من (نوران العسال،1990)؛ (عبد العزيز الشخص،1997)؛ (Ambrose,1993)؛ (محمد عطية، 1999)؛ Craig, et al., (2005)؛ (حسن عبد المعطي،2000) إلى تباين التلعثم بتباين النوع.
وبناءً على ما تقدم نطرح مشكلة الدراسة، ونوضح محدداتها في ضوء المتغيرات التالية:
أولًا-أسئلة الدراسة:
1. ما مدى اسهام كل من القلق والخجل في التنبؤ بالتلعثم لدى الأطفال؟
2. ما مدى اختلاف التلعثم باختلاف النوع؟

ثانيًا-أهداف الدراسة: إن القيمة العلمية للدراسة تُمثل في تحقيق أهدافها بصورة إجرائية؛ نصوغهاكالتالي
1. دراسة إمكانية كل من القلق والخجل في التنبؤ بالتلعثم.
2. الكشف عن تباين التلعثم بتباين النوع.

ثالثًا- محددات الدراسة: يعتمد نجاح أي دراسة علمية على محددات ومقومات نوضحها فيما يلي:-
أ. أسئلة الدراسة: وهي المحددات الأساسية لنتائج أي دراسة علمية، وقد سبق الإشارة إليها.
ب. عينة الدراسة: تتحد نتائج الدراسة في ضوء العينة وخصائصها، وقد اعتمدت الدراسة على عينة
(ن=30) من الأطفال المتلعثمين (21 ذكور،9 إناث).
ج. أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على مقاييس القلق، الخجل الاجتماعي، وأعراض التلعثم، وهم من إعداد الباحثين.
د. الإطار الزمني: تم إجراء الدراسة خلال الفترة الزمنية من 3/2018 حتى 12/2018.
ه. الإطار المكاني: تم اختيار عينة الدراسة من الأطفال المتلعثمين الذين يترددون على عيادات الأطفال بمركز الطب النفسي التابع لمستشفى الدمرداش.

رابعًا-أهمية الدراسة: تنبثق أهمية الدراسة من خلال عدة اعتبارات يأتي في صدارتها ما يلي:-

أ. **أهمية المتغيرات:** تستقي هذه الدراسة أهميتها من ضرورة لفت الانتباه إلى القلق والخجل الاجتماعي كمنبئات لاضطراب التلعثم.

ب. **أهمية المجال البحثي:** تتعدد المجالات البحثية التي تنتمي لها هذه الدراسة، فهي من حيث العينة تقع في فئة اضطرابات الكلام، ومن حيث المتغيرات تنتمي لعلم النفس الإكلينيكي، ومن حيث الأدوات تمثل القياس النفسي، وهذا ما يبرز أهمية الدراسة.

ج. **الأهمية السيكومترية:** تتمثل في بناء مقاييس (القلق، الخجل الاجتماعي، وأعراض التلعثم) لدى الأطفال.

مفاهيم الدراسة، وتتضمن:

أولاً- مفهوم القلق:بتحليل تعريف كل من{(الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسيةDSMV,1994)؛(أحمد عبد الخالق،1994: 14)؛ (وحيد كامل،2004: 33)؛(أحمد عكاشة،1989: 38)}؛ نستخلص التعريف النظري للقلق بأنه "شعور عام غامض غير سار محتواه الخوف، التحفز والتوتر مصحوبًا عادًة ببعض الاضطرابات النفسية، المعرفية، الجسمية مثل ضيق التنفس، زيادة ضربات القلب، الصداع، توتر العضلات والتعرق".

ثانياً- مفهوم الخجل الاجتماعي: بتحليل تعريف كل من{(فؤاد البهي،1984: 293)؛(أسعد رزق، 45:1979) ؛(Raven, 1983: 65)؛ (زينب شقير،1994: 17)؛ (طه حسين،2009: 18)}؛ نستخلص التعريف النظري للخجل الاجتماعي بأنه "حالة انفعالية تنطوي على شعور سلبي بالذات أثناء تفاعله الاجتماعي؛ تؤدي بالفرد إلى الانسحاب من الاتصالات الاجتماعية مع الآخرين".

ثالثـــاً- مفهـــوم التلعـــثم: بتحليـــل تعريـــف كـــل مـــن(Bloodstin,1987,p.312) ؛(كمـــال دسوقي،45)1990:؛ (Haynes,1990,p.175)؛ (محمود حموده،132)1991: ؛ (فرج عبدالقادر وآخرون، 1993: 383)؛ (Hardman,1996, p.344)؛ (عبد العزيز الشخص،1997: 276) ؛ (أحمد عكاشة، 1999: 303)؛ (جين نيسكون،9)2000:؛ (آمال أباظة، 2003: 133)؛ (زينب شقير،2006: 22)؛ (يوسف بطرس،2007: 24)؛ نستخلص التعريف النظري للتلعثمبأنه "اضطراب نفسي المنشأ، عبارة عن ميكانيزم دفاعي تستخدمه الذات للحد من القلق والخوف في محاولة منها للتحقيق الذات، ويظهر في شكل تكرار للصوتSound Repetition أو إطالة Prolongation أو وقفات في الكلام Pauses؛ مما يُؤدي إلي إعاقة عملية الانجاز لدى الفرد بسبب إعاقة التواصل الاجتماعي".

عرض تحليلي للدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة: حظيت متغيرات الدراسة بكثير من الدراسات التي يمكن استعراض عينة منها في ضوء المحاور الآتية:

أولاً- القلق والتلعثم لدى الأطفال دراسات ميدانيه:

هدفت دراسة "جريجوري1995 ,Gegory" المقارنة بين كل من المتلجلجين والعاديين في أعراض القلق والخوف الاجتماعي، على عينة (22) من المتلجلجين، ومثلهم من العاديين، وأكدت النتائج على وجود فروق ذات دلالة بين كل من المتلجلجين والعاديين في كل من القلق الاجتماعي، واضطراب التجنب والانطواء، وأيضًا وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين كل من القلق واللجلجة، والخوف الاجتماعي واللجلجة.

وللتعرف على الفروق بين المتلعثمين والأسوياء في عوامل التنشئة الوالدية والقلق وتقدير الذات، أجرت "عفراء خليل 2000"دراستها على(40) طفلًا متلعثمًا و(40) طفلًا عاديًا في عمر المدرسة الابتدائية، وطبقت مقاييس (التنشئة الوالدية متعدد الأبعاد، القلق، تقدير الذات)، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها حصول الأطفال المتلعثمون على تقديرات أعلى بدلالة إحصائية في كل من متغير التنشئة الوالدية بأبعاده الخاطئة (الحماية الزائدة، القسوة، بث القلق، الشعور بالذنب)،

ومقياس القلق، بينما حصلوا على تقديرات أدنى في مقياس تقدير الذات؛ مما حصل عليه الأسوياء بدلالة إحصائية.

وفي عام 2004 أجرى "ميشيل وآخرون- Michelle, et al"دراسته للتعرف على أثر التوقعات الاجتماعية السلبية على درجة القلق الاجتماعي والخوف من التقييم السلبي عند المتلجلجين، وشملت العينة على (34) من المتلجلجين و(34) من العاديين البالغين، واستخدموا الأدوات التالية (مقياس الخوف من التقييم السلبي، مقياس متعدد الأبعاد لقلق السمة)، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة بين المتلجلجين والعاديين في كل من القلق الاجتماعي، والخوف من التقييم الاجتماعي السلبي في اتجاه عينة المتلجلجين.

ولمعرفة المتغيرات الشخصية المرتبطة باضطرابات النطق والكلام وكل من القلق، رهاب الكلام، الاكتئاب، القبول والرفض الوالدي من جانب الأم، أجرى "إبراهيم الشافعي، 2011" دراسة على طلاب المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بالمملكة العربية السعودية، وذلك على (726) طالب وطالبة، وأظهرت النتائج أن القلق ورهاب الكلام والرفض الوالدي لديهم القدره على التنبؤ باضطراباتالكلام، كما بينت وجود علاقات ارتباطية موجبة دالة بين اضطرابات النطق والكلام وكل من رهاب الكلام والقلق، ووجود علاقة ارتباطية عكسية دالة بين اضطرابات النطق والكلام والرفض الوالدي من جانب الأم، في حين عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراباتالكلام وكل من القبول الوالدي من جانب الأم والاكتئاب.

ولدراسة الاضطرابات السلوكية وعلاقتها باللجلجة وقلق الكلام في مرحلة الطفولة المتأخرة أعدت "مروة الباري،2012"، دراسة على عينة عددها (130)طفلًا، أعمارهم من(9-12)عامًا، أستخدمت مقاييس اللجلجة، الخجل والإنطواء، قوائم المشكلات السلوكية، العدوان وقلق التحدث أمام الجمهور. وأسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق في الخجل، ارتباط موجب لمتغيرات البحث، قلق التحدث أمام الجمهور.

ولتحديد العلاقة بين اضطرابات القلق واللجلجة، وإمكانية التنبؤ باللجلجة في ضوء اضطرابات القلق، وإبراز الديناميات الشخصية للطفل شديد اللجلجة، قامت"منال فتوح،2014"، بدراسة استهدفت (300) تلميذ وتلميذة في المرحلة (9-12) سنة، واستخدمت اختبار رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال، تفهم الموضوع.C.A.T، مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي، القلق، وأداة قياس شدة اللجلجة، استمارة دراسة الحالة من إعداد الباحثة، وأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين درجات التلاميذ في اضطرابات القلق واللجلجة.

ثانيًا- الخجل الاجتماعي والتلعثم لدى الأطفال دراسات ميدانيه:

في دراسة "مارلين وآخرون Marilyn,et al.,1998"، هدفت الكشف عنأثرالسخرية التي يتعرض لها المتلعثمين، وكذلك رد الفعل السلبي للآخرين على طريقة كلام المتلعثم، على عينة (28) طفلًا متلعثمًا في المرحلة (7-15)سنة، وطبقت مقاييس ضبط السلوك، الخجل، وتقييم الطلاقة في النطق، وبينت النتائج أن المتلعثمين الذين يتعرضون للسخرية والتهكم من الآخرين، يواجهون صعوبة في التعامل مع المحيطين ويكونون أكثر عزلة وانطواء، كما أن خوف المتلعثم من رد الفعل السلبي للآخرين على طريقة كلامه؛ يؤدي إلى اغترابه الاجتماعي، وانسحابه من المحيط المدرسي.

وللكشف على بعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم في الكلام عند الأطفال قدمت "جيهان عباس،1998"، دراسة على (44) حالة تلعثم في الأطفال من (6-12) سنة، كما طبقتقائمة دراسة الحالة واختبار وكسلر للذكاء، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين زيادة حدة التلعثم وسخرية المحيطين من هؤلاء الأطفال المتلعثمين، ووجود علاقة بين انشغال الآباء عن

أبنائهم وزيادة حدة التلعثم لدى المتلعثمين، ووجود علاقة بين زيادة حدة التلعثم وموقف المدرسين من المتلعثمين.
كما أجرى"جينسبرجGinsberg,2000"، دراسة هدفت التعرف على بعض العوامل النفسية (الخجل- الشعور بالذات) التي ترتبط بالتلعثم، وطبقت مقاييس الخجل، الشعور بالذات، ضبط السلوك، وإدراك التلعثم، وبينت النتائج أن بُعد الخجل والشعور بالذات من العوامل النفسية التي ترتبط بالتلعثم، وأن هناك علاقة ارتباطية بين العوامل النفسية، البيئية والتلعثم.
ولتحديد أنماط الشخصية السائدة لدى الأطفال ذوي التأتأة مقارنة بالأطفال ذوي الكلام الطبيعي أعد "أحمد التايه،2002"، دراسة على (60) طفلا وطفلة، في المرحلة (8-12)سنة، وطبق استبانه الأنماط الشخصية للأطفال(CPQ) المعدلة للبيئة الأردنية، وأظهرت النتائج أن الأطفال المتأتئين أكثر تحفظًا وأقل ذكاءًا ومغامرة واهتياجًا، وأكثر توترًا، وأقل اندفاعية واطمئنانًا واعتبارًا للذات، وذلك مقارنة بالأطفال ذوي الكلام الطبيعي.
وفي عام 2011أجرى "فان كويك فاست ,Van Kuik Fast"، دراسة موسعة عن خبرات القهر لدى الأطفال المتلجلجين واستراتيجات التعامل معه، على (7) أطفال من (10-13) سنة، واستخدم مقابلات شبه منظمة، تحليل البيانات، مقياس شدة اللجلجة واستبيان أساليب التنشئة الوالدية، وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من اللجلجة لديهم خبرات مرتفعة نظرًا لتعرضهم للسخرية من الآخرين عندما يتحدثون بدون طلاقة، الأمر الذي جعلهم يتجهون للانطواء وتجنب الظهور في المناسبات الاجتماعية المختلفة، كما أن خبرات القهر لديهم أدت إلى شعورهم بعدم الثقة بالنفس.
التعقيب على الدراسات السابقة: ويتضمن ما يلي:
أولًا- القضايا المتفق عليها، وتتمثل في الآتي:
أ. اتفاق نتائج الدراسات السابقة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق والتلعثم (جريجوري1995 ,Gegory؛ ميشيل وآخرون- Michelle, et al, 2004 ؛عفراء خليل2000).
ب. إجماع نتائج الدراسات السابقة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الخجل والتلعثم (مارلين وآخرون Marilyn, et al., 1998؛جينسبرج Ginsberg, 2000؛ فان كويك فاست Van Kuik Fast, 2011).
ثانيًا- أوجه الاستفادة، وتتمثل في الآتي:
أ. تحديد الأسس المنهجية والجوانب البحثية من خلال الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة.
ب. اختيار العينة وتحديد خصائصها.
ج. تحديد المنهج الأمثل لتحقيق أهداف الدراسة.
د. إعداد المقاييسالملائمة لعينة ومتغيرات الدراسة.
ه. صياغة الفروض بشكل قابل للقياس.
ثالثًا- ما تضيفه هذه الدراسة، ويتمثل في إعداد مقاييس لكل من(أعراض التلعثم،للقلق، والخجل الاجتماعي، فضلًا عن تحديد المتغيرات المنبئه للتلعثم لدى الأطفال المتلعثمين، بالإضافة إلى الكشف عن تباين التلعثم بتباين النوع.
فروض الدراسة: في ضوء العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة يمكن الإجابة عن أسئلة الدراسة من خلال التحقق من الفروض التالية:
1. يتنبأ كل من القلق والخجل الاجتماعي بالتلعثم لدى الأطفال.
2. يختلف التلعثم باختلاف النوع (ذكور، إناث).

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أ. **منهج الدراسة:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره أكثر المناهج تحقيقًا لأهداف الدراسة.

ب. **عينة الدراسة:** بلغ قوامها (ن=30) من الأطفال المتلعثمين (21 ذكور، 9 إناث)، تراوحت أعمارهم بين (9-12)، ممن يترددون على عيادات الأطفال التخصصية بمركز الطب النفسي التابع لمستشفيات جامعة عين شمس؛ بهدف تطبيق الأدوات التشخيصية عليهم للإجابة على أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها ولتحقق من فروضها.

ج. **أدوات الدراسة:** اعتمدت الدراسة على بناء ثلاثة مقاييس، نعرضهم على النحو التالي:

أولًا- مقياس أعراض التلعثم: مر المقياس في بناؤه بعدة مراحل يمكن إيضاحها فيما يلي:

1.الدراسة الاستطلاعية: وتتضمن جمع مصادر المعرفة المرتبطة بالمقياس سواء كان ذلك تحليل للنظريات، وتفنيد الدراسات السابقة، والوقوف على المقاييس المعدة سلفًا، فمن المسلم به أن القياس النفسي يعتمد على نظريات تفسره، وبحوث ميدانية تختبر صلاحيته، ويعد تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة خطوة أساسية لبناء المقياس، حيث تحددت مكونات مقياس أعراض التلعثم من خلال:

أ. مراجعة التعريفات الإجرائية لكل من {(ناصر قطبي، 52:1986)؛ (أحمد عكاشة،1999: 303)؛ (Hardman,1996, p.344)؛ (جين نيسكون، 9)2000:؛ (آمال أباظة،2003: 133)؛ (زينب شقير،2006: 22)؛ (يوسف بطرس 2007: 24)}.

ب. تحليل نظرية كل من (السيادة المخية؛ دورة ألفا المستثارة؛ التحليل النفسي؛ السلوكية؛ والتشخيصية).

ج. تفنيد دراسة كل من (جينسبرج2000 ,Ginsberg)؛ (جنيفر وتشارلز Jennifer& Charles, 2001)؛ (ميشيل وآخرون- Michelle, et al,2004)؛ (Boey Ronny,2008)؛ (Evan David, 2009)؛ (كويك فاست Van Kuik Fast,2011)؛ (ويجل Weigel,2013).

د. الاطلاع على مقاييس (أداة شدة التلعثم للأطفال لـــ/ رايلي1984,Riley، ترجمة سيد البهاص2005؛ مقياس مارك أونسلو ومعاونوه لتقدير شدة ونوع اللجلجة لـ/ Onslow, et al., 2003، ترجمة محمود اسماعيل؛ استبيان أعراض التلعثم Adolescent Communication Questionnaire إعداد Bray Melissa, et al., 2003؛ مقياس وصمة العار الذاتي للتلعثم.(4S) Items in thefirst version of the Self-Stigma of stuttering scale إعداد Michael P. Boyle,2013).

ه. الاستفادة من الخبراء ومتخصصي علم النفس، وذلك بطرح استبانة مفتوحة تتضمن سؤالًا واحدًا هو "ما أعراض الطفل المتلعثم من وجهة نظرك؟" طُبق على عينة من الأختصاصيين، وقد تم تحليل

مضمون استجابات الأخصائيين على النحو الذي يُمكننا من تكوين المفردات وصياغة العبارات.

2. تحديد المكونات: تم تحديد مكونات مقياس أعراض التلعثم وفقًا للتعريف الإجرائي المستخلص بعد مسح الدراسات السابقة المتعلقة بالمفهوم، حيث يعرف بأنه استجابة الفرد للأعراض (النفسية، الاجتماعية، الأكاديمية للتلعثم)، ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الطفل على المقياس المعد لذلك.

3. صياغة مفردات المقياس: تم صياغة المفردات في ضوء عدة اعتبارات منها(الصياغة الواضحة للبنود، أن تنسجم مفردات المقياس مع الهدف العام للمقياس، عدم صياغة المفردة بصيغة النفي، أن تراعي صياغة العبارة بيئة العمل (لغة المهنة)، أن لا تكون العبارة مزدوجة المعنى، وأن لا تكون مُوحيه)، وقد بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (39) مفردة.

4. تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، والذي يتمثل في(دائمًا، أحيانًا، نادرًا)، حيث أن شكل الاسستجابة الثنائي محدود جدًا لا يعطي المفحوص المساحة الكافية للتفكير في الاختيار، أما الشكل الخماسي للاستجابة فمن شأنه أن يشتت المفحوص نظرًا لكثرة البدائل المطروحة أمامه، فضلًا عن أن طبيعة المقياس تفرض ذلك.

5. تحكيم المقياس: تم تحكيم المقياس بعرضه على (ن=3)أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، لإبداءآرائهم بشأن العبارات وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى وتعديل بعض منها كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (1) نتائج تحكيم مقياس أعراض التلعثم

المكونات	المفردة قبل التعديل	المفردة بعد التعديل	سبب التعديل،الحذف
المكون الأول الأعراض النفسية	أنا شخص عديم الفائدة.	حذف	عبارة غير مناسبة
	أنا أقل من زملائي.	حذف	مكررة
	أفتقد الثقة بنفسي.	حذف	مكررة
المكون الثاني الأعراض الاجتماعية	أرفض دعوتي لأي مناسبة اجتماعية.	أرفض حضور أي مناسبة اجتماعية.	زيادة دقة المفردة
	عندما أضل طريقي أتردد في سؤال الآخرين	حذف	نسبة اتفاق قليلة
	تخجل أسرتي مني عندما أتكلم.	حذف	نسبة اتفاق قليلة
	أستغرق وقتًا طويلًا في طلب احتياجاتي.	أستغرق وقتًا طويلًا في طلب احتياجاتي.	زيادة دقة المفردة
	أضرب من يسخر مني.	حذف	عبارة غير مناسبة
المكون الثالث الأعراض الاكاديمية	زملائي يتجنبون الكلام معي.	حذف	عبارة غير مناسبة
	يصعب على سرد الأحداث المدرسية لوالدتي	حذف	نسبة اتفاق قليلة
	زملائي يسخرون من كلامي	حذف	مكررة

6. الصورة النهائية للمقياس: أصبح المقياس في صورته النهائية مكونًا من (30) مفردة موزعة على ثلاثة مكونات، وكذلك تم توزيع مفردات المقياس في صورته النهائية بشكل دائري تفعيلاً لمبدأ المرغوبية الاجتماعية، بحيث أصبحت بنود المقياس موزعة على النحو التالي:

جدول (2) التوزيع الدائري لبنود مقياس أعراض التلعثم

1	الأعراض النفسية	1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28
2	الأعراض الاجتماعية	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29
3	الأعراض الاكاديمية	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30

7. تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس وفقًا للبدائل الموجودة (دائمًا=3، أحيانًا=2، نادرًا=1)، بحيث تكون أعلى درجة للمقياس (90)، وأقل درجة (30)، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على بنود المقياس.

8.الكفاءة السيكومترية للمقياس: وتتمثل في التحقق من ثبات وصدق المقياس بعدة طرق، وذلك بهدف الوفاء بالمعاني المختلفة لكل من الثبات والصدق.

أولاً- صدق المقياس، وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. صدق البناء والتكوين: تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسره له، وكذلك التعريفات الإجرائية وقد سبق إيضاح ذلك.

ب. صدق المحكمين: تم عرض المقياس على (ن=3) من أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، وقد أخذت آرائهم بعين الاعتبار، حيث بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (39) مفردة، وأصبح في
صورته النهائية مكونًا من (30) مفردة.

ج.القدرة التمييزية للمقياس: تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الارباعي الأعلى والأدنى على مقياس أعراض التلعثم وكذلك أبعده الفرعية كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول (3) القدرة التمييزية لمقياس أعراض التلعثم ومكوناته الفرعية

القيم الاحصائية / مكونات المقياس	مجموعات المقارنة	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية	إرباعي أعلى	10	14.50	145.00	0.00	3.766	0.01
	إرباعي أدنى	9	5.00	45.00			
الأعراض الاجتماعية	إرباعي أعلى	10	15.50	155.00	0.00	4.047	0.01
	إرباعي أدنى	10	5.50	55.00			
الأعراض الاكاديمية	إرباعي أعلى	11	15.00	165.00	0.00	3.959	0.01
	إرباعي أدنى	9	5.00	45.00			
الدرجة الكلية	إرباعي أعلى	11	14.00	154.00	0.00	3.654	0.01
	إرباعي أدنى	8	4.50	36.00			

يُلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس أعراض التلعثم وأبعاده الفرعية؛ مما يعني أن المقياس لديه قدرة عالية على التميز بين المجموعات الطرفية، حيث يُعد ذلك أحد مؤشرات صدق المقياس.

ثانيًا- ثبات المقياس: وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. معامل ألفا لكرونباخ، وبلغ قيمته (0.85)،**وطريقة التجزئة النصفية** وبلغت قيمتها (0.95)؛ مما يُشير إلى ثبات مرتفع للمقياس.

ب. ثبات الاتساق الداخلي: تم حساب الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية، ودرجة المقياس ككل بهدف الاطمئنان للاستقرار والتجانس، ونوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (4) قيم معاملات الارتباط بين مكونات مقياس أعراض التلعثم والدرجة الكلية له

مكونات المقياس	الأعراض النفسية	الأعراض الاجتماعية	الأعراض الاكاديمية
الأعراض النفسية			
الأعراض الاجتماعية	.803**		
الأعراض الاكاديمية	.839**	.984**	
الدرجة الكلية	.895**	.982**	.991**

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل تراوحت مابين(.803**/.991**)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن هناك اتساق داخلي بين
مكونات المقياس؛ مما يحملنا على الوثوق بالمقياس والاطمئنان لنتائجه.

ثانيًا- مقياس القلق: مر المقياس في بناؤه بعدة مراحل يمكن إيضاحها فيما يلي:

1 .الدراسة الاستطلاعية: وتتضمن تحليل للنظريات، وتفنيد الدراسات السابقة، والوقوف على المقاييس المعدة سلفًا، ويتمثل ذلك فيما يلي:

أ. مراجعة التعريفات الإجرائية لكل من{(سامر رضوان، 200148:)؛ (أحمد عبد الخالق،1994: 14)؛ (أحمد عكاشة،1989: 38)؛ (DSMV,1994)؛ (المركز الدولي للصحة والمرض،2006)}.

ب. تحليل كل من (نظرية التحليل النفسي؛النظريةالسلوكية؛ والنظرية المعرفية).

ج. تفنيد دراسة كل من{(جريجوري1995 ,Gegory)؛ (عفراء خليل، 2000)؛ (ميشيل وآخرون Michelle, et al, 2004)؛ (إبراهيم الشافعي، 2011)؛ (مروة الباري،2012)}.

د. الإطلاع على كل من (مقياس القلق للأطفال لـ/ فيولا الببلاوي،1987 ؛ مقياس القلق الحالة-السمة للأطفال، لـ/ عبد الرقيب البحيري، 1982؛ مقياس القلق الاجتماعي، لـ/ فاطمة الكتابي،2004؛ مقياس القلق الاجتماعي، لـ/ محمد عبد الرحمن، هانم عبد المقصود1998، مقياس القلق الاجتماعي لـ/ ايمن ناصر2001).

ه. الاستفادة من الخبراء ومتخصصي علم النفس، وذلك بطرح استبانة مفتوحة تتضمن سؤالًا واحدًا هو "ما هي أعراض القلق النفسي التي تظهر على الأطفال المتلعثمين؟، طُبق على عينة من الأختصاصيين، وقد تم تحليل مضمون استجابات الأخصائيين على النحو الذي يُمكننا من تكوين المفردات وصياغة العبارات.

2. تحديد المكونات: تم تحديد مكونات مقياس القلق وفقًا للتعريف الإجرائي المستخلص بعد مسح الدراسات السابقة المتعلقة بالمفهوم، حيث يعرف بأنه استجابة الفرد (للمظاهر الفسيولوجية، والمظاهر المعرفية)، ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الطفل على المقياس المعد لذلك.

3. صياغة مفردات المقياس: تم صياغة المفردات في ضوء عدة اعتبارات منها(الصياغة الواضحة للبنود، أن تنسجم مفردات المقياس مع الهدف العام للمقياس، عدم صياغة المفردة بصيغة النفي، أن تراعي صياغة العبارة بيئة العمل (لغة المهنة)، أن لا تكون العبارة مزدوجة المعنى، وأن لا تكون مُوحيه)، وقد بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (22) مفردة.

4. تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، والذي يتمثل في(دائمًا، أحيانًا، نادرًا).

5.تحكيم المقياس: تم تحكيم المقياس بعرضه على (ن=3)أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، لإبداءآرائهم بشأن العبارات وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى وتعديل بعض منها كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (5) نتائج تحكيم مقياس القلق

المكونات	المفردة قبل التعديل	المفردة بعد التعديل	سبب التعديل، الحذف
المكون الأول المظاهر الفسيولوجية	تنتابني رغبة في الذهاب للحمام	أذهب للحمام بشكل متكرر	زيادة دقة المفردة
	ينتابني صداع متكرر	أشعر بصداع متكرر	زيادة دقة المفردة
	يؤرقني التفكير في مستقبلي	حذف	نسبة اتفاق قليلة
المكون الثاني المظاهر المعرفية	يصعب علي التعامل مع المواقف الطارئة	اتعامل بصعوبة مع المواقف الطارئة	زيادة دقة المفردة
	يصعب علي التركيز في المذاكره	تركيزي ضعيف خلال المذاكره	زيادة دقة المفردة
	يصعب علي انجاز المهام التي تتطلب مني مهارة	حذف	نسبة اتفاق قليلة

6. الصورة النهائية للمقياس: أصبح المقياس في صورته النهائية مكونًا من (20) مفردة موزعة على مكونان، وكذلك تم توزيع مفردات المقياس في صورته النهائية بشكل دائري تفعيلاً لمبدأ المرغوبية الاجتماعية، بحيث أصبحت بنود المقياس موزعة على النحو التالي:

جدول (6) التوزيع الدائري لبنود مقياس القلق

1	المظاهر الفسيولوجية	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19
2	المظاهر المعرفية	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20

7.تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس وفقًا للبدائل الموجودة (دائمًا=3، أحيانًا=2، نادرًا=1)، بحيث تكون أعلى درجة للمقياس (60)، وأقل درجة (20)، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على بنود المقياس.

8.**الكفاءة السيكومترية للمقياس:** وتتمثل في التحقق من ثبات وصدق المقياس بعدة طرق، وذلك بهدف الوفاء بالمعاني المختلفة لكل من الثبات والصدق.

أولاً- صدق المقياس، وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. صدق البناء والتكوين: تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسره له، وكذلك التعريفات الإجرائية وقد سبق إيضاح ذلك.

ب. صدق المحكمين: تم عرض المقياس على (ن=3) من أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، وقد أخذت آرائهم بعين الاعتبار، حيث بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (22) مفردة، وأصبح في صورته النهائية مكونًا من (20) مفردة.

ج.القدرة التمييزية للمقياس: تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الارباعي الأعلى والأدنى على مقياس القلق وكذلك أبعده الفرعية كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول (7) القدرة التمييزية لمقياس القلق ومكوناته الفرعية

القيم الإحصائية / مكونات المقياس	مجموعات المقارنة	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المظاهر الفسيولوجية	إرباعي أعلى	13	16.00	208.00	0.00	3.988	0.01
	إرباعي أدنى	9	5.00	45.00			
المظاهر المعرفية	إرباعي أعلى	12	14.50	174.00	0.00	3.760	0.01
	إرباعي أدنى	8	4.50	36.00			
الدرجة الكلية	إرباعي أعلى	12	16.50	198.00	0.00	3.973	0.01
	إرباعي أدنى	10	5.50	55.00			

يُلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس القلق وأبعاده الفرعية؛ مما يعني أن المقياس لديه قدرة عالية على التميز بين المجموعات الطرفية، حيث يُعد ذلك أحد مؤشرات الصدق.

ثانيًا- ثبات المقياس: وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. معامل ألفا لكرونباخ، وبلغ قيمته (0,93)،**وطريقة التجزئة النصفية** وبلغت قيمتها (0,97)؛ مما يُشير إلى ثبات مرتفع للمقياس.

ب. ثبات الاتساق الداخلي: تم حساب الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية، ودرجة المقياس ككل بهدف الاطمئنان للاستقرار والتجانس، ونوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول(8) قيم معاملات الارتباط بين مكونات مقياس القلق والدرجة الكلية له

مكونات المقياس	المظاهر الفسيولوجية	المظاهر المعرفية
المظاهر الفسيولوجية		
المظاهر المعرفية	.934**	
الدرجة الكلية	.982**	.985**

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل تراوحت مابين(**934./**985.)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن هناك اتساق داخلي بين مكونات المقياس؛ مما يحملنا على الوثوق بالمقياس والاطمئنان لنتائجه.

ثالثًا- مقياس الخجل الاجتماعي: مر المقياس في بناؤه بعدة مراحل يمكن إيضاحها فيما يلي:

1. الدراسة الاستطلاعية: وتتضمن تحليل للنظريات، وتفنيد الدراسات السابقة، والوقوف على المقاييس المعدة سلفًا، ويتمثل ذلك فيما يلي:

أ. مراجعة التعريفات الإجرائية لكل من{(فؤاد البهي،1975: 293)؛ (أسعد رزق، 45:1979) ؛ (Raven, 1983: 65)؛ (زينب شقير،1994: 17)؛ (طه حسين،2009: 18)}.

ب. تحليل كل من (نظرية الحاجات لـ/ ماسلو؛ نظرية التحليل النفسي؛ النظرية المعرفية السلوكية).

ج. تفنيد دراسة كل من{(مارلين وآخرون Marilyn, et al., 1998)؛ (جيهان عباس،1998) ؛ (جينسبرج2000 ,Ginsberg)؛ (أحمد التايه، 2002)؛ (فان كويك Van Kuik Fast, 2011)}.

د. الإطلاع على كل من (مقياس العزلة الاجتماعية لـ/عادل عبد الله2003؛ مقياس الاغتراب لـ/ آمال أباظة 2004؛ مقياس الخجل الاجتماعي لـ/ نضال كمال وأحمد عبد الله،2011؛ مقياس الخجل للتلاميذ لـ/ حسين الدريني،1981، مقياس الخجل الاجتماعي لـ/ علي شعيب1996).

ه. الاستفادة من الخبراء ومتخصصي علم النفس، وذلك بطرح استبانة مفتوحة تتضمن سؤالًا واحدًا هو "ما هي أعراض الخجل الاجتماعي التي تظهر على الأطفال المتلعثمين؟، طُبق على عينة من الأختصاصيين، وقد تم تحليل مضمون استجابات الأخصائيين على النحو الذي يُمكننا من تكوين المفردات وصياغة العبارات.

2. تحديد المكونات: تم تحديد مكونات مقياس الخجل الاجتماعي وفقًا للتعريف الإجرائي المستخلص بعد مسح الدراسات السابقة المتعلقة بالمفهوم، حيث يعرف بأنه استجابة الفرد (مفهوم الذات السلبي،
والمخاوف الاجتماعية)، ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الطفل على المقياس المعد لذلك.

3. صياغة مفردات المقياس: تم صياغة المفردات في ضوء عدة اعتبارات منها(الصياغة الواضحة للبنود، أن تنسجم مفردات المقياس مع الهدف العام للمقياس، عدم صياغة المفردة بصيغة النفي، أن تراعي صياغة العبارة بيئة العمل (لغة المهنة)، أن لا تكون العبارة مزدوجة المعنى، وأن لا تكون مُوحيه)، وقد بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (21) مفردة.

4. تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، والذي يتمثل في(دائمًا، أحيانًا، نادرًا).

5.تحكيم المقياس: تم تحكيم المقياس بعرضه على (ن=3)أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، لإبداءآرائهم بشأن العبارات وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى وتعديل بعض منها كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (9) نتائج تحكيم مقياس الخجل الاجتماعي

المكونات	المفردة قبل التعديل	المفردة بعد التعديل	سبب التعديل، الحذف
المكون الأول مفهوم الذات السلبي	أنا شخص عديم الفائدة	أرى نفسي عديم الفائدة	زيادة دقة المفردة
	أهرب من مواجهة المشكلات	أهرب من مواجهة مشكلاتي	زيادة دقة المفردة
	أشعر بأنني مراقب من الآخرين	حذف	نسبة اتفاق قليلة
المكون الثاني المخاوف الاجتماعية	أتجنب التحدث أمام جمع من الناس	أتجنب الحديث آمام الغرباء	زيادة دقة المفردة
	أهرب من طرح أفكاري على الآخرين	أتجنب طرح أفكاري على الآخرين	زيادة دقة المفردة

6. الصورة النهائية للمقياس: أصبح المقياس في صورته النهائية مكونًا من (20) مفردة موزعة على مكونان، وكذلك تم توزيع مفردات المقياس في صورته النهائية بشكل دائري تفعيلاً لمبدأ المرغوبية الاجتماعية، بحيث أصبحت بنود المقياس موزعة على النحو التالي:

جدول (10) التوزيع الدائري لبنود مقياس الخجل الاجتماعي

1	مفهوم الذات السلبي	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19
2	المخاوف الاجتماعية	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20

7.تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس وفقًا للبدائل الموجودة (دائمًا=3، أحيانًا=2، نادرًا=1)، بحيث تكون أعلى درجة للمقياس (60)، وأقل درجة (20)، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على بنود المقياس.

8.الكفاءة السيكومترية للمقياس: وتتمثل في التحقق من ثبات وصدق المقياس بعدة طرق، وذلك بهدف الوفاء بالمعاني المختلفة لكل من الثبات والصدق.

أولاً- صدق المقياس، وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. صدق البناء والتكوين: تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسره له، وكذلك التعريفات الإجرائية وقد سبق إيضاح ذلك.

ب. صدق المحكمين: تم عرض المقياس على (ن=3) من أساتذة علم النفس بجامعة عين شمس، وقد أخذت آرائهم بعين الاعتبار، حيث بلغ عدد مفردات المقياس في صورته الأولى (21) مفردة، وأصبح في صورته النهائية مكونًا من (20) مفردة.

ج.القدرة التمييزية للمقياس: تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الارباعي الأعلى والأدنى على مقياس القلق وكذلك أبعده الفرعية كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول (11) القدرة التمييزية لمقياس الخجل الاجتماعي ومكوناته الفرعية

القيم الإحصائية / مكونات المقياس	مجموعات المقارنة	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
مفهوم الذات السلبي	إرباعي أعلى	12	14.50	174.00	0.00	3.782	0.01
	إرباعي أدنى	8	4.50	45.00			
المخاوف الاجتماعية	إرباعي أعلى	10	14.50	145.00	0.00	3.746	0.01
	إرباعي أدنى	9	5.00	45.00			

الدرجة الكلية	إرباعي أعلى	10	12.50	125.00	0.00	3.452	0.01
	إرباعي أدنى	7	4.00	28.00			

يُلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس الخجل الاجتماعي وأبعاده الفرعية؛ مما يعني أن المقياس لديه قدرة عالية على التميز بين المجموعات الطرفية، حيث يُعد ذلك أحد مؤشرات صدق المقياس.

ثانيًا- ثبات المقياس: وتم حسابه بالطرق الآتية:

أ. معامل ألفا لكرونباخ، وبلغ قيمته (0,87)،**وطريقة التجزئة النصفية** وبلغت قيمتها (0,98)؛ مما يُشير إلى ثبات مرتفع للمقياس.

ب. ثبات الاتساق الداخلي: تم حساب الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية، ودرجة المقياس ككل بهدف الاطمئنان للاستقرار والتجانس، ونوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول(12) قيم معاملات الارتباط بين مكونات مقياس الخجل الاجتماعي والدرجة الكلية له

مكونات المقياس	مفهوم الذات السلبي	المخاوف الاجتماعية
مفهوم الذات السلبي		
المخاوف الاجتماعية	.943**	
الدرجة الكلية	.984**	.988**

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل تراوحت مابين (.943**/.988**)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا يشير إلى أن هناك اتساق داخلي بين مكونات المقياس؛ مما يحملنا على الوثوق بالمقياس والاطمئنان لنتائجه.

نتائج فروض الدراسة ومناقشتها: تتضمن التحقق من صحة الفروض احصائيًا ومناقشة نتائجها كيفيًا في ضوء ما توصلت إليه الدراسات السابقة، والنظريات السيكولوجية المتخصصة.

الفرض الأول ونصة:يتنبأ القلق والخجل الإجتماعي بالتلعثم لدى الأطفال،وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات العينة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد ذو التسلسل الهرمي كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (13) تحليل الانحدار المتعدد ذو التسلسل الهرمي

المتغير التنبؤي	المتغير التابع	معامل B	Beta	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القلق	التلعثم	1.098	.897	10.736	0.01
الخجل الاجتماعي		.851	.728	5.622	0.01

بالقراءة الكمية للجدول السابق يتضح قدرة الخجل الاجتماعي على التنبؤ بالتلعثم، حيث بلغت قيمة Beta (0.728)عند مستوى دلالة (0.01)، ليليها القلق بقدرته على التنبؤ بالتلعثمحيث بلغت قيمة Beta (0.897)عند مستوى دلالة (0.01)؛ لذا يتم قبول الفرض القائل بأمكانية تنبأ القلق والخجل الاجتماعي بالتلعثم، ويتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من (بدرية كمال،1985)؛ (إيناس سالم،1988)؛ (صفاء غازي،1992)؛ (حامد زهران، 1997)؛ (سهير أمين،2005)؛ (فيصل الزراد،1990)؛ (ويسيل Wiesel, L. R,2005)؛ لتؤيد أن كل من القلق والخجل الاجتماعي يُسهمان في حدوث التلعثم لدى الأطفال.

الفرض الثاني ونصة: يختلف التلعثم باختلاف نوع المتلعثمين (ذكور– إناث)، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) العينات المستقلة لدلالة الفروق كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (14) قيمة (ت) ودلالتها على مقياس التلعثم بين الذكور والإناث

المجموعة / المتغير	ذكور (ن=21)		إناث (ن=9)		قيمة (ت)	قيمة (d)	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
التلعثم	56.05	13.35	38.44	1.50	3.904	28	0,01

بالقراءة الكمية للجدول السابق يتضح أن (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث من الأطفال المتلعثمين على مقياس أعراض التلعثم بلغت (3.904) وهي داله إحصائيًا عند مستوى (0.01) في اتجاه الذكور؛ لذا يتم قبول الفرض بأن يختلف التلعثم باختلاف النوع، وهذه النتيجه تتفق مع نتائج دراسة كل من (مصطفى فهمي، 1987)؛ (نوران العسال،1990)؛ (عبد العزيز الشخص،1997)؛ (Ambrose,1993)؛ (محمد عطية، 1999)؛ (Craig, et al., 2005)؛ (حسن عبد المعطي،2000)؛ لتؤيد وجود فروق بين الذكور والإناث على شيوع التلعثم في اتجاه الذكور.

توصيات الدراسة: في ضوء نتائج الدراسات الميدانية والنظرية نوصي بما يلي:-

1. توعية أباء ومعلمي المتلعثمين بأعراض التلعثم وخصائص أفراده.
2. استخدام الإختصاصيين للمقاييس والأدوات اللازمة للكشف عن هذه الفئة من الأطفال.
3. توفير برامج نفسية لعلاج الأعراض النفسية كالقلق والخجل الاجتماعي المسببة لحدوث التلعثم.
4. إرشاد الأهل بالطرق الصحيحة في التعامل مع أبنائهم المتلعثمين.

البحوث المقترحة: من خلال نتائج هذه الدراسة، ومراجعة المستجدات البحثية في الثقافتين العالمية والإقليمية نقترح البحوث التالية:-

1. فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى الأطفال المتلعثمين.
2. فاعلية برنامج علاجي لخفض مستوى الخجل لدى الأطفال المتلعثمين.
3. المعاملة الوالدية وعلاقتها باضطراب التلعثم لدى الأطفال.

المراجع العربية:

١. إبراهيم الشافعي (2011). بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة باضطرابات النطق والكلام لدى طلاب المرحلة الابتدائية والمتوسطة بالمملكة العربية السعودية: دراسة تنبؤية مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية مج12، مارس ص ص267-299.
٢. أحمد التايه (2002). أنماط الشخصية للأطفال ذوي التأتأة والأطفال ذوي الكلام الطبيعي ضمن
المرحلة العمرية 12-8 فيمدينة عمان، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان.
٣. أحمد عبد الخالق (1994). الدراسة التطورية للقلق، حوليات كلية الآداب،14، رسالة 69.
٤. أحمد عكاشة (1989). الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية.
٥. أحمد عكاشة (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، القاهرة، منظمة الصحة العالمي، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
٦. أسعد رزق (1979). موسوعة علم النفس، بيروت، لبنان.
٧. آمال أباظة (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٨. آمال أباظة (2004). مقياس الاغتراب لدى المراهقين والشباب، القاهرة، مكتبة الأمل المصرية.
٩. إيناس سالم (1988). دراسة نفسية في اضطرابات النطق والكلام، دكتوراهالآداب، ج عين شمس.

١٠. بدريـة كمـال (1985). ظـاهرة اللجلجـة فـي ضـوء بعـض العوامـل النفسـية والاجتماعيـة، دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.
١١. جـين نيسـكون (2000). مسـاعدة الأطفـال علـى مواجهـة التلعـثم، ترجمـة مركـز التعريـب والبرمجة،
بيروت، الدار العربية للعلوم.
١٢. جيهان عباس (1998). دراسة لبعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم في الكلام عند الأطفال، ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
١٣. حامد زهران (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
١٤. حسن عبد المعطي (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، دار القاهرة للنشر.
١٥. حسين الدريني(1981). مقياس الخجل، القاهرة، دار الفكر العربي.
١٦. حمدي ياسين (2013). سيكولوجية الفئات الخاصة (ج1)، كلية البنات، جامعة عين شمس.
١٧. رنـا الـدبوس (2004). التلعثم وعلاقتـه بمفهوم الـذات فـي مرحلـة الطفولـة المتـأخرة، رسـالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
١٨. زينب شقير (1994). دراسة في فاعلية الإرشاد النفسي في التأثير على سلوك الخجولات من طالبات جامعة السعودية، مجلة التربية المعاصرة، عدد 34.
١٩. زينب شقير (2006). اضطرابات اللغة والتواصل، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
٢٠. سـالي قاسم (2005). فاعليـة برنـامج لتدريب المهـارات الاجتماعيـة فـي خفض الخجـل لـدى طلاب كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
٢١. سامر رضوان (2001). القلق الاجتماعي، دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد19، شهر يناير.
٢٢. سوين ريتشارد (1988). علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد سلامة، الكويت، مكتبة الفلاح.
٢٣. سـيد البهـاص (1993). مـدى فعاليـة اسـتخدام أسـلوب العـلاج الكلامـي (القـراءة المتزامنـة) وأسلوب
العلاج الجماعي (السيكودراما) في خفض حدة التلعثم، رسالة دكتوراة، كليـة التربيـة، جامعـة طنطا.
٢٤. صـفاء غـازي (1992). فاعليـة أسـلوب العـلاج الجمـاعي والممارسـة السـلبية لعـلاج بعـض حالات اللجلجة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية التربية.
٢٥. طـه حسـين (2009). اسـتراتيجيات إدارة الخجـل والقلـق والاجتمـاعي، دار الفكـر، المملكـة الأردنية الهاشمية، عمان.
٢٦. عادل عبد الله (2003). مقياس العزلة الاجتماعية، ط2، القاهرة، دار الرشاد.
٢٧. عبـد العزيزالشـخص (1997). اضـطرابات النطـق والكـلام، خلفيتهـا، تشخيصـها، أنواعهـا، علاجها، القاهرة، مركز الفتح.
٢٨. عبد الفتاح صابر (1996). اضطرابات التواصل، منشورات كلية التربية، جامعة عين شمس.
٢٩. عفراء خليل (2000). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين فـي الكـلام، رسـالة ماجسـتير غيـر منشـورة، معهـد الدراسـات والبحـوث التربويـة، جامعـة القاهرة.
٣٠. علـي شـعيب (1996). الخجل لـدى الأطفـال وبعض العوامل المتصـلة بـه، مجلـة الدراسـات التربوية.

٣١. فاطمة الكتابي (2004). القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال العلاقة بينهما ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي، دار وحي القلم، بيروت.
٣٢. فرج عبد القادر، وشاكر قنديل، وحسين عبد القادر، ومصطفى كامل (1993). موسوعة علم النفس
والتحليل النفسي، الكويت، دار سعاد الصباح.
٣٣. فؤاد البهي (1984). الأسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة، ط3، دارالفكر العربي.
٣٤. فيصل الزراد (1990). اللغة واضطرابات الكلام، الرياض، دار المريخ للنشر.
٣٥. فيولا الببلاوي (1987). مقياس القلق للأطفال (كراسة التلعيمات)، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٦. كمالدسوقي (1990). ذخيرةعلومالنفس،القاهرة،الدارالدوليةللنشروالتوزيع.
٣٧. محمد النحاس (2006).سيكولوجية التخاطب لدذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
٣٨. محمد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (1998). المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي، وعلاقتها بالتوجيه نحو مساعدة الآخرين لدى طالبات الجامعة، دراسات في الصحة
النفسية ص ص149-199.
٣٩. محمد عطية (1999). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين، ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٤٠. محمودحمودة (1991). الطفولةوالمراهقةالمشكلاتالنفسيةوالعلاج،القاهرة،المطبعةالفنية.
٤١. مروة الباري (2012). الاضطرابات السلوكية وعلاقتها باللجلجة وقلق الكلام في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.
٤٢. مصطفى غالب (1998). في سبيل موسوعة نفسية، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان.
٤٣. منال فتوح (2014).اضطرابات القلق وعلاقتها باللجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية (دراسة سيكومترية- كلينيكية)، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٤٤. منال مقبل (1995). دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللجلجة في الكلام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
٤٥. منى توكل (2008). التهتهة (الاسباب والتشخيص والعلاج)، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.
٤٦. ناصر قطبي (1986). محاضرات في التخاطب، وحدة التخاطب، كلية الطب، جامعة عين شمس.
٤٧. نضال كمال وأحمد عبد الله (2011). بناء مقياس الخجل لدى طلبة الجامعة، الأردن، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس مجلد9، عدد4، ص ص161-125.
٤٨. نوران العسال (1990). التلعثم، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة عين شمس.
٤٩. وحيد كامل (2004). علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، دراسات نفسية، يناير، ص ص68-31.
٥٠. يوسف بطرس (2007). برنامج تخاطبي بالكمبيوتر لتنمية عمليات الكلام والفهم اللغوي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم الكلامية والقرائية في المرحلة العمرية 6-8 سنوات، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفوله، جامعة عين شمس.
٥١. يوسف سيد (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

1. Ambrose, N.G. (1993). Genetic Aspects of early childhood stuttering. J. of speech and hearing Res.; Vol. 36, no. 4p.701-706.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual
of meant al disorders (uth.ed), washing ton.
3. Bloodstain, O., (1987). A Handbook on stuttering, Sell society for Crippled Children and Adults, U.S.A.: Chicago National Easter.
4. Blood, G, W & Blood, I, & Maloney, K, & Qualls, C,D (2007). Anxiety levels in adolescents who stutter, Journal of communication disorders, Vol 40, pp.452-469.
5. Boey Ronny, WuytsFloris, Van de Heyning Paul, Heylen Louis, De Bodt Marc (2008).Reported factors near onset of stuttering in native Dutch-speaking older children, adolescents and adults. The journal of stuttering therapy, advocacy and research - 3:2(2008).
6. Bray, Melissa, Kehle, Thomas; Lawless, Kimberly, Theodore, Lea &Yaruss, Scott (2003). The relationship of self-efficacy and depression to stuttering. American Journal of speech language pathology, 12(4), 425-431.
7. Craig, A. (1994). Anxiety levels in persons who stutter: Comments on the research of Miller and Watson, Journal of speech and hearing research, Vol.
37, No. 1, pp. 90-92.
8. Craig, Ashley & Tran, Y., (2005). The Epidemiology of Stuttering: The Need for Reliable Estimates of Prevalence and Anxiety Levels Over the Lifespan, Advances in speech language pathology, Vol. 7(1), pp.41-46.
9. D.S.M-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Copyright (1994). American Psychiatric Association.
10. Everard, R. (2007). My Stammer doesn't have to Define Me, Adults Learning, vol.19, No. 4.
11. Ginsberg, Amy Patraka (2000). Shame, self- consciousness and locus control in people who stutter. Vol. 161 (4), Journal of Genetic Psychology, 389-399.
12. Gregory, H.H. (1995). Analysis and commentary. Language, speech & hearing services in the school. Vol. 26, No. 2p. 196-200.
13. Hardman, A., (1996). Human Exceptionality, Society, School, and Family, London: Allyn and Bacgn Company.
14. Haynes, W., & Moran, M., (1990). Communication Disorder in Classroom, U.S.A: Kendal Hunt Company.

15. Hearne, Anne; Packman, Ann; Onslow, Mark &Quine, Susan (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. Journal of Fluency Disorders, 33, 81-98.
16. Jones, Mark, Alfred, G.(2002). Statistical power in stuttering Research: A tutorialjournal of speech, language, and Hearing Research, Vol.45, PP 24-255.
17. Marilyn, E., Langevin, & Mark, J., (1998). Teasing Bullying Experienced by children who stutter, to word development of questionnaire-contemporary issues. In communication science and disorders, Vol.25, PP.12-24.
18. Michelle, T.R., Hopper, H; Daniels, D.; George-y, J. & JAMES, L.R.(2004). Predicting self- efficacy and performance during skill acquisition. Journal of Applied psychology, 79, 506-517.
19. National Institute of Mental Health (NIMH) (2006). Facts about social phobia. National Institute of Mental Health.
20. Oliver, Bloodstein (2002). Early stuttering as a type of language difficulty, Journal of fluency disorder, 27, 163-167.
21. Onslow, M. (1992). Variability of acoustic segment durations after prolonged treatment for stuttering. J. of speech and hearing res,; Vol. 35, No. 3P. 529
22. Raven, B & Rubin, J. S (1983). Social psychology, New York.
23. Van Kuik Fast, Nathania (2011). A poilot study of the bullying experiences of children who stutter and the coping strategies they use in response, M.A., University of Alberta, Canada.
24. Weigel, Megan (2013). Adolescents who stutter: perceptions of effective therapy techniques, M.A., Duquesne University.