



كلية التربية للطفولة المبكرة

إدارة البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=====

# العلاج بالواقع لخفض السلوك الإنسحابي لدى أطفال الروضة المتلعثمين

إعداد

د/ غادة كامل سويفي

مدرس العلوم النفسية

كلية رياض الأطفال – جامعة أسيوط

﴿العدد العاشر – يوليو 2019م﴾

## مستخلص البحث

هدف البحث الحالي إلي خفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة والتعرف علي تأثير ذلك علي التلعثم من خلال برنامج العلاج بالواقع لدي الأطفال، والتأكد من استمرار فاعليته بعد توقفه من خلال القياس التتبعي، وقد تم استخدام أدوات البحث التالية وهي: مقياس التلعثم لطفل الروضة، و مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة ذوي التلعثم، واختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لـ RAVEN، وبرنامج العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.

وتكونت عينة البحث النهائية من ( 12 ) طفلاً و طفلة، و قد اشتملت المجموعة التجريبية علي (6) أطفال منهم (3) ذكور و(3) إناث، أما المجموعة الضابطة فتكونت من (6) أطفال منهم (2) ذكور و (4) إناث.، وتوصلت نتائج البحث إلي:

وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين التلعثم و السلوك الانسحابي لدي الأطفال عينة البحث.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس التلعثم لصالح المجموعة التجريبية.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي.

وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس التلعثم لصالح القياس البعدي.

عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من إنتهاء التطبيق) علي مقياس السلوك

الانسحابي.

**الكلمات المفتاحية:** برنامج العلاج بالواقع - السلوك الانسحابي - أطفال الروضة المتلعثمين.



## **Reality Therapy to reduce Withdrawal Behavior of Stuttering Kindergarteners**

### **Abstract**

The recent study aimed at decreasing withdrawal behavior among kindergarteners and the effect of this for Stuttering through a Reality therapy program for kindergarteners. The following tools were administered: Stuttering Scale for kindergarteners, withdrawal behavior Scale for Stuttering Kindergarteners, Raven successive matrixes test, Reality therapy program to reduce withdrawal behavior for Stuttering. The final sample consisted of (12) children, the experimental group was comprised of 6 children (3 boys), (3 girls) and the control group was comprised of 6 children (2 boys), (4 girls).

### **Results indicated that:**

1. There is a correlation statistically significant positive between Stuttering and withdrawal behavior for kindergarten children of The Study Sample .
2. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental and control groups in the post-administration of the withdrawal behavior Scale for Stuttering kindergarteners, in favor of the experimental group.



3. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental and control groups in the post-administration of the Stuttering Scale for kindergarteners, in favor of the experimental group.
4. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre-post administrations of the the withdrawal behavior Scale for Stuttering kindergarteners, in favor of the post-administration.
5. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre-post administrations of the the Stuttering Scale for kindergarteners, in favor of the post-administration.
6. -There are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the post- and follow-up administrations ( One month after Application ) of the the withdrawal behavior Scale for Stuttering kindergarteners.

**Keywords:** Reality therapy program, withdrawal behavior, Stuttering kindergarteners



## مقدمة البحث:

يعد الاهتمام بالطفل ضرباً من ضروب التحضر والرقي، فهو مطلباً إنسانياً محتوماً، ذلك لأن طفل اليوم هو رجل المستقبل، لذا فخبرات الطفولة تنعكس علي شخصيته في شتي مراحل حياته، وتشكل السنوات الأولى من حياة الطفل الأساس الجوهري في حياته اللغوية، وقد يحدث أحياناً ألا تنمو مهارات التواصل اللفظي لديه بشكل سوي بسبب اضطرابات في النطق والكلام.

والتواصل من المميزات التي أنعم بها الخالق سبحانه وتعالى علي الإنسان، وتسهم اللغة في تبادل المعرفة بين الأفراد، حيث يظهر عمل الجهاز الكلامي بالتحكم في إصدار الكلام وإنتاجه بشكل سلس ومنظم، ومن ثم فإن حدوث أي خلل في جهاز الكلام يؤدي إلي إعاقة خروج الكلام وإنتاجه والتي تسبب اضطرابات الكلام ومن أنواعها التلعثم أو التأتأة أو اللججة ( Stuttering – Stammering ).

وينبغي أن نتدارك هذه المظاهر المرضية في عمر الطفولة لكي لا تتعد الأمور فيصعب العلاج، حيث تتعدد المظاهر المرتبطة بهذا الاضطراب، وقد حدد الدليل الاحصائي للاضطرابات العقلية ( DSM- 5,2013 )<sup>(\*)</sup> عدة معايير لتشخيص التلعثم منها وجود اضطراب في سلاسة الكلام يشمل واحداً أو أكثر من: التكرار للكلمات-تمديد الصوت-لتوقف ضمن الكلمة-وجود توتر جسدي أو إطناب ويقصد به وجود كلمات بديلة لتجنب الكلمات الإشكالية ويسبب هذا الاضطراب القلق عند التحدث، كما تبدأ هذه الأعراض في مرحلة الطفولة، ويشترط لوجوده ألا ينسب لوجود عجز حسي أو حركي أو عصبي.

كما يصاحب التلعثم حالة مستمرة من القلق و التوتر نتيجة وجود تهديدات يشعر بها الأطفال، وتظهر الاحباطات المتكررة عند ظهور المواقف الكلامية التي يفشل في نطقها بصورة صحيحة (علي، 2017، 251).



وتتعدد المشكلات التي يعاني منها الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، ومن هذه المشكلات اضطرابات الكلام والنطق والتي من أهمها مشكلة التلعثم الشائعة بين الأطفال في وقتنا الراهن والذي اهتم بعض الباحثين بتقديم بعض التدخلات العلاجية التي تخفض من حدته لما له من آثار سلبية أخرى كالسلوك الانسحابي و الانعزالي و الخجل إلي غير ذلك، ومن هذه الدراسات دراسة عبد النبي ( 2007)، ودراسة التوني ( 2010)، ودراسة Euler& etal (2014)، ودراسة حسن ( 2014)، ودراسة Brown& etal (2015)، ودراسة علي (2017).

ومن المشكلات المصاحبة للتلعثم السلوك الانسحابي، حيث يشير الانسحاب Withdrawal إلي الهروب من العالم الواقعي إلي الخيال، فهو محاولة للتكيف يحصل الفرد من خلالها علي الإشباع وإن كان إشباعاً تخيلياً وفي الحالات الشديدة أو المستمرة فهو عرض ذهاني حيث يصعب علي الذهاني التعامل مع الواقع كليةً فينسحب بشكل كامل إلي عالمه الخاص (عبد الحميد وكفافي، 1995، 3282). وتتمثل مظاهر الانسحاب في العزلة وتجنب المبادرة إلي التحدث مع الآخرين أو أداء أنشطة مشتركة معهم، وكذلك الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين و التفاعل معهم مما يؤدي إلي عدم الشعور بالسعادة والمعاناة من الاكتئاب، كما قد ينطوي علي سلوكيات أخرى مثل القلق والكسل والخمول والخوف من التعامل مع الآخرين والشعور بالنقص والدونية وسهولة الإقنياد مع عدم الإستجابة للتغيير ( علي، 2012، 176). و لهذا فالسلوك الانسحابي من أخطر الطرق التي يلجأ إليها الطفل لخفض التوتر الذي يصيبه نتيجة مشكلات يمر بها، وذلك لأنها تتم في هدوء وبانتظام لا يلفت نظر مشرفي النشاط وعادةً ما يعجب هؤلاء بالسلوك الهادئ المنظم مما يصعب الكشف عنهم (إسماعيل، 2001، 191).

وقد اهتمت بعض الدراسات بتقديم بعض التدخلات العلاجية لخفض أعراض السلوك الانسحابي وذلك كما في دراسة كوبر Kopper ( 2000)، ودراسة ريف Reeve (2001)، ودراسة بيرري وريتشارد Perri & Richard ( 2009)، ودراسة الكريمين (2010)، ودراسة حامد (2014)، ودراسة حسن (2014)، ودراسة أحمد (2016)، ودراسة دهيس (2016)، ودراسة علي (2017)، وكذلك دراسة عماره (2017).



ومن التدخلات العلاجية التي لاقت اهتماماً من قِبَل الباحثين في الوقت الراهن " العلاج بالواقع"، حيث يري جلاسر Glasser أن العلاج الواقعي هو أسلوب علاج عقلائي يتجه نحو تغيير السلوك وينظر له كعملية تعلم حتي يصبح السلوك واقعي، والإنسان قادر علي تغيير الواقع الذي يعيشه ولديه القدرة علي إشباع إحتياجاته بالطريقة التي يختارها لتحقيق التوازن بين رؤية الإنسان لذاته والبيئة المحيطة به (Glasser,2002,103).

فالعلاج الواقعي أسلوب إرشادي قد استمد مبادئه ومفاهيمه من النظرية السلوكية- المعرفية والذي أثبت فاعليته في الارشاد والعلاج، وذلك لكونه أسلوباً حديثاً يركز فيه على قوى وإمكانات الفرد التي يمكن أن تقوده إلى التخلص من المشكلات، وذلك لأن الناس يقررون مصيرهم وهم مسؤولون عن حياتهم، وعلى ذلك فان أهمية تطبيق مختلف الأساليب الإرشادية نابعة من اعتقاد نظري وهو أن المشكلات التي يعانيها الفرد (النفسية والسلوكية) هي مشكلات ذاتية تتبع من داخل الفرد، لذا فان الطريق لتعديل السلوك وحل المشكلات هو جعل الذات تمر بخبرة تعليمية أو انفعالية تجعل الفرد يزيد من مهاراته أو يغير من استجاباته ويقلل من مخاوفه أو يعدل من مدركاته.

وفي هذا السياق يُبرز إبراهيم (2014، 169) دور العلاج بالواقع بفتياته للتعرف علي نقاط القوة بالفرد، وبالتالي دفعهم لتقبل الواقع وتغيير سلوكهم السلبي لآخر إيجابي، فهذه الفتيات تزيد من الثقة بالنفس وتشعر المشاركين بالنجاح من خلال تفاعلهم مع الآخرين مما يساعدهم علي تخفيف حدة المشكلات التي يواجهونها.

وقد أكدت بعض الدراسات علي أن أسلوب العلاج الواقعي له أثر فعال في تعديل اتجاهات الأفراد وسلوكهم وفي معالجة المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجههم، حيث لم يقتصر استخدام العلاج بالواقع مع السلوكيات الشاذة في المجال التربوي فقط، بل شمل فئات أخرى أشارت إليها بعض الدراسات لخفض بعض الاضطرابات وعلاج بعض المشكلات، كما في دراسة العسقلاني (1995) التي هدفت إلي اختبار فاعلية برنامج علاجي يستند إلي أسس وفتيات العلاج الواقعي في علاج بعض الاضطرابات السلوكية (النشاط الزائد- السلوك العدواني- المشاغبة)، وتكونت العينة من (40) تلميذاً من تلاميذ

المرحلة الابتدائية بسلطنة عمان، وتوصلت النتائج إلي فاعلية العلاج الواقعي في علاج تلك الاضطرابات السلوكية.

وهدفت أيضاً دراسة سعيد (٢٠٠١) إلى التحقق من فاعلية أسلوب العلاج الواقعي في خفض الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة في بغداد، وتوصلت النتائج إلى فاعلية العلاج الواقعي في خفض مستوى الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة. كما في دراسة ليجورن وآخرون Legorn & etal (2003) التي هدفت إلى تقدير فاعلية العلاج الواقعي مع الرهاب الاجتماعي في ضوء مقارنته بالعلاج المعرفي السلوكي، وقد أظهرت النتائج تحسن كلا المجموعتين غير أن مجموعة العلاج الواقعي أظهرت إنخفاضاً ملحوظاً في مستوى الرهاب الاجتماعي أكثر من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ودراسة التميمي (٢٠٠٤) التي هدفت إلى التعرف على أثر أسلوبي العلاج الواقعي والنمذجة في تقبل طلبة الثانوية لأبائهم العائدين من الأسر، وتوصلت النتائج إلى فاعلية الأسلوبين الإرشاديين (العلاج الواقعي، النمذجة) من خلال تأثيرها الواضح في تقبل الطلاب لأبائهم. وكذلك دراسة الجميلي (2007) التي هدفت إلى التعرف على أثر العلاج الواقعي في خفض قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية وأظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وبدلالة احصائية بلغت (٠,٠٥) ولصالح المجموعة التجريبية بعد تلقي أفرادها التدريب على أسلوب العلاج الواقعي، كما هدفت دراسة علي (2012) إلى بيان فاعلية برنامج للعلاج الواقعي في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من المراهقين المكفوفين، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي.

ومن خلال ما سبق فقد تبنت الباحثة في البحث الحالي نظرية العلاج بالواقع لجلاسر في بناء البرنامج وذلك لكونه أسلوب يمتاز بأسلوبه المعرفي العقلاني التعليمي والتوجيهي والمنطقي، كما أن هذا العلاج سهل التطبيق ويساعد المشاركين علي فهم الواقع الذي يعيشون فيه وإشباع حاجاتهم لما يتلاءم مع هذا الواقع.





## مشكلة البحث:

إنبثقت مشكلة البحث الحالي من إحساس الباحثة بمعاناة بعض الأطفال من مشكلة التلعثم واللججة أثناء التحدث في قاعة النشاط، وذلك أثناء الإشراف علي الطالبات في التدريب الميداني وشكوي الطالبات من صعوبة التعامل مع هذه الفئة من الأطفال علي الرغم من ذكائهم في الجوانب التعليمية، إلا أن الكثير منهم أيضاً يعاني من السلوك الانسحابي رغبةً منهم في إخفاء تلعثهم أمام أقرانهم، هذا بالإضافة إلي عدم توفر أداة تشخيصية لمثل هذه الفئة في هذه المرحلة العمرية - علي حد علم الباحثة - مما دعا الحاجة إلي سرعة توجه الباحثة وسعيها لتوفير أداة تشخيصية بالإضافة إلي تقديم علاج بالواقع لتخفيف السلوك الانسحابي لديهم، بما يعود عليهم بالنفع وتخفيف الضرر الواقع عليهم جراء هذا التلعثم، هذا بالإضافة إلي أنه لا توجد دراسات عربية - علي حد علم الباحثة - تناولت هذا الموضوع من هذا الجانب التشخيصي العلاجي.

حيث يعد التلعثم من المشكلات الخطيرة التي يعاني منها الطفل في مرحلة الطفولة، وهو ما يؤدي بالطفل إلي العجز عن التعبير عن نفسه بسهولة ويسر، كما يصعب عليه التفاعل مع البيئة المحيطة تفاعلاً إيجابياً، فالتلعثم ليس فقط إعاقة للكلام وإنما هو إعاقة عن الحياة الاجتماعية، حيث يعرض الطفل للعديد من المشكلات النفسية (عبد النبي، 2007، 5). لما له من تأثير سلبي وإضطرابات ظاهرة كسائر إضطرابات النطق في سلوك الطفل والتي تنعكس آثاره علي تعامله مع من حوله والتي من أهمها العزلة والانسحاب وعدم التوافق الاجتماعي (Gibbon & Paterson, 2006, 281). فهو مجال واسع من الخطورة وتشمل عوائق ملحوظة وأعراض حادة تمنع التواصل الشفهي بفعالية، وتشير الإحصائيات العالمية أن ما يقارب أربعة أضعاف الذكور مصابون بالتلعثم مقارنة بالإناث في العالم ويشمل ( 70 ) مليون من البشر في العالم أي 1% من سكانه (النوبي، 2018، 181).

وقد أوصت دراسة علي ( 2017 ) بأهمية التشخيص والعلاج المبكر لاضطراب التلعثم مع تنوع البرامج التدريبية المقدمة لتلك الفئة. حيث أن البرامج الإرشادية العلاجية



تعمل علي مساعدة الفرد علي أداء دوره في مجتمعه بتوافق وإنسجام، كما أنها تعتبر من الوسائل المهمة والمساعدة للمتعلم في تكوين شخصيته وبنائها، بحيث يستطيع التوافق مع نفسه ومع البيئة المحيطة به (عبد القادر، 2009، 20). لذا فهناك حاجة ماسة لظهور برامج تؤكد علي استخدام أساليب وفنيات تهدف إلي مساعدة الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته ويفهم خبراته، ولكي يحقق أهداف تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق التوافق الشخصي والتربوي في المجتمع الذي يعيش فيه ويندمج ويتفاعل داخله (Jack,2009,241)،(أحمد،2003، 8).

كما أكد فال وآخرون Fall& etal (2005,229) علي أن المعالج النفسي في ضوء نظرية العلاج بالواقع يري أن السلوك غير المتوافق يمكن تغييره والمضطربين سلوكياً ونفسياً يمكن أن يصبحوا أسوياء إذا حاولوا الاندماج مع غيرهم وتصرفوا بمسئولية وصواب لإشباع حاجاتهم المختلفة.

وقد قامت الباحثة في البحث الحالي بالاطلاع علي الدراسات السابقة التي اهتمت بخفض اضطراب التلعثم لدي الأطفال من خلال تقديم برامج تدريبية وإرشادية وعلاجية، وأيضاً الدراسات الخاصة بخفض السلوك الانسحابي والتي منها دراسة عبد النبي (2007)، ودراسة التوني ( 2010)، ودراسة إيولر وآخرون Euler& etal (2014)، ودراسة حسن(2014)، ودراسة Brown& etal براون وآخرون (2015) وكذلك الدراسات التي تناولت أنواع مختلفة من التدخلات العلاجية وذلك كما في دراسة كوبر Kopper (2000)، ودراسة ريف Reeve(2001)، ودراسة بييري و ريتشارد Perri & Richard (2009)، ودراسة الكريمين ( 2010)، ودراسة حامد ( 2014)، ودراسة دهيس ( 2016)، ودراسة عماره (2017).

وكذلك الدراسات التي اعتمدت علي أسلوب العلاج الواقعي مع متغيرات أخرى كما في دراسة سعيد ( ٢٠٠١)، ودراسة ليجورن وآخرون Legorn& etal (2003)، ودراسة الجميلي (2007)، ودراسة علي ( 2012) وذلك بغرض التعرف علي مكونات البرنامج وتحديد الخطوات التي يجب إتباعها عند بناء البرنامج.



وبناءً على ذلك فإن هذا البحث سوف يحاول خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتلعثمين باستخدام العلاج بالواقع، مستفيداً من خبرات الباحثين السابقين في هذا المجال من حيث الإطار النظري والبرامج التدريبية والإرشادية والعلاجية المتعلقة بمتغيرات البحث.

وتأسيساً على ما سبق يمكن أن تصاغ المشكلة الحالية في السؤال الرئيس التالي:  
ما فاعلية العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدى أطفال الروضة المتلعثمين؟.  
ويتفرع من هذا السؤال الرئيسي عدة أسئلة فرعية وهي:

-هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التلعثم والسلوك الانسحابي لدى الأطفال عينة البحث؟.

-هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية؟.

-هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس التلعثم لصالح المجموعة التجريبية؟.

-هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي؟.

-هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التلعثم لصالح القياس البعدي؟.

-هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من إنتهاء التطبيق) على مقياس السلوك الانسحابي؟.



## أهداف البحث:

- يهدف البحث الحالي لخفض السلوك الانسحابي والتعرف علي تأثير ذلك علي التلعثم من خلال برنامج العلاج بالواقع لدي الأطفال، والتأكد من استمرار فاعليته بعد توقفه من خلال القياس التتبعي.
- إعداد مقياس لتشخيص شدة التلعثم لدي أطفال الروضة.
- إستفادة المؤسسات المتخصصة في تشخيص ورعاية هذه الفئة من الأطفال المتلعثمين من خلال إسهام علمي ودراسة تطبيقية لخفض السلوك الانسحابي لديهم.

## أهمية البحث:

### 1- الأهمية النظرية:

- تناؤل البحث لمشكلة التلعثم وهي من اضطرابات النطق الأكثر شيوعاً بين الأطفال، حيث أن أي خلل في النطق يؤدي إلي تأخر في الحياة النفسية والاجتماعية.
- الاهتمام بمرحلة الطفولة المبكرة ومشكلاتها، حيث أن التلعثم يترك آثاراً سلبية علي نمو الطفل النفسي والسلوكي والاجتماعي، لذا ينبغي تقديم التدخل العلاجي العاجل الذي يحد من الآثار السلبية لهذا الاضطراب.
- قلة الدراسات العربية - في حدود علم الباحثة - التي تناولت تقديم برامج تدخل لخفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال المتلعثمين في هذه المرحلة العمرية.
- تسهم نتائج هذا البحث في توفير أساس لأبحاث تجريبية لاحقة تقترح أساليب مختلفة للتخفيف من معاناة هذه الفئة من الأطفال ذوي اضطراب التلعثم.
- تأصيلها النظري للعلاج بالواقع والسلوك الانسحابي واضطراب التلعثم من خلال إطارها النظري ليستفيد منه المهتمون بهذه المجالات.



## 2- الأهمية التطبيقية:

- تظهر أهمية البحث الحالي في اختبار فاعلية العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي ومدى تأثيره علي خفض التلعثم لدي الأطفال.
- إعداد مقياس للسلوك الانسحابي لأطفال الروضة من ذوي التلعثم يتناسب مع خصائص شخصيتهم لتشخيصهم للوقوف علي مشكلاتهم التي يعانون منها وتقديم العلاج المناسب.
- تصميم مقياس لتشخيص التلعثم يناسب المرحلة العمرية لأطفال الروضة.
- قد يفيد هذا البحث هؤلاء الأطفال في مدارس و مراكز الرعاية الخاصة بهم، وخاصةً لدي أطفال الروضة.
- التقدم من خلال نتائج البحث بالتوصيات والمقترحات اللازمة نحو توجيه الوالدين والمعلمين والمختصين في وضع البرامج والخدمات النفسية التي تساعد في توجيه وإرشاد الأطفال المتلعثمين من خلال خفض السلوك الانسحابي لديهم.

## حدود البحث:

تتمثل حدود البحث فيما يلي:

١. **الحدود البشرية:** تم اختيار عينة البحث الحالي من الأطفال ذوي التلعثم ممن تراوحت أعمارهم ما بين ( 4.8 - 6.9 ) عاماً، وعددهم ( 12 ) طفلاً و طفلة من المستويين الأول والثاني بالروضة، ممن يعانون من التلعثم ولديهم السلوك الانسحابي، مقسمين إلي مجموعتين متساويتين تجريبية و ضابطة، أما المجموعة التجريبية فعددها ( 6 ) أطفال منهم ( 3 ) ذكور و ( 3 ) إناث، والمجموعة الضابطة والتي تكونت من ( 6 ) أطفال منهم ( 2 ) ذكور و ( 4 ) إناث.
٢. **الحدود المكانية:** تم تطبيق البحث علي بعض الروضات بمدينة أسيوط وهي روضة الجامعة المشتركة، وروضة حراء، وروضة الفاروق لغات المشتركة، وروضة الانتصار التجريبية.



٣. الحدود الموضوعية : اقتصر البحث علي الكشف عن فاعلية برنامج العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.
٤. المحددات الزمنية : تم تطبيق أدوات البحث منذ بداية 2018 / 10 / 8م بالفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 2018 / 2019 م.
- أدوات ومواد البحث: تم إعداد أدوات البحث التالية:
١. مقياس التلعثم لطفل الروضة .( إعداد/ الباحثة )
  ٢. مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة ذوي التلعثم.( إعداد/ الباحثة )
  ٣. اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لـ RAVEN ( تعديل و تقنين ). إعداد / عماد أحمد حسن(2014).
  ٤. برنامج العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.( إعداد/ الباحثة )

### منهج البحث:

اعتمدت الباحثة علي المنهج شبه التجريبي، حيث تم استخدام التصميم التجريبي لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، باستخدام القياس القبلي والبعدي للمجموعتين ثم القياس التتبعي للمجموعة التجريبية وذلك لمعرفة مدى فاعليته، حيث أن متغيرات البحث هي:

المتغير المستقل: هو برنامج العلاج بالواقع، والمتغير التابع: هو السلوك الانسحابي والتلعثم لدي الأطفال، والمتغيرات الوسيطة: هي العمر و الذكاء.

### مصطلحات البحث:

عُرفت مصطلحات البحث الحالي كما يلي:

#### • اضطراب التلعثم: Stuttering

عرفه علي ( 2017، 252) بأنه اضطراب في طلاقة اللسان وعدم القدرة علي خروج الكلام بطريقة إنسيابية مصحوبة بإطالة مشوهه للكلام، ويظهر من خلال التكرارات



اللاإرادية للحروف والمقاطع والكلمات، ووجود وقفات زائدة عند الكلام أو إطالة أو وقفة نتيجة لقطع تدفق الكلام نتيجة صعوبة في الانتقال من الصوت الأول إلى الصوت الثاني. وتعرفه الباحثة في البحث الحالي إجرائياً علي أنه اضطراب ينتج عنه عدم القدرة علي خروج الكلام بطريقة إنسيابية ويظهر من خلال التكرارات اللاإرادية للحروف والمقاطع والكلمات، أو المد الزائد للحروف المتحركة، أو وقفات زائدة أثناء الكلام أو وقفة نتيجة لقطع تدفق الكلام، ويصاحبه حركات لاإرادية بالإضافة إلي ردود أفعال انفعالية كالسلوك الانسحابي والخجل لدي المتلعثم، وذلك كما يقيسه المقياس المعد لذلك، ويتمثل التلعثم في ثلاثة أبعاد أساسية، وهي:

#### ١ - بعد تكرار التلعثم:

وهو تكرار التلعثم عند الأطفال في فترات زمنية متقاربة تُقاس بالثوان، ويتم التعرف عليها في المقياس الحالي من خلال كلام الطفل وحديثه عن بعض المواقف الوصفية الحرة، أو الصور والمواقف التي يعرضها عليه الملاحظ، كأن يُطلب من الطفل أن يصف الروضة أو قاعة النشاط أو المنزل.

#### ٢ - بعد طول التلعثم:

هي الفترة الزمنية التي يستغرقها الطفل المتلعثم في التكرار اللفظية للحروف والكلمات من خلال الوصف التوضيحي والتخيلي للصور والأحداث و تُقاس بالثوان، حيث أنه كلما زادت الفترة المستغرقة في التلعثم كلما زادت شدة التلعثم لديه، وتحسب بمتوسط أطول ثلاث فترات تلثم لدي الطفل المتلعثم.

#### ٣ - بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم:

وهي مجموعة الإيماءات الجسمية والإصدارات الصوتية المصاحبة للتلعثم نتيجة صعوبة الاسترسال في إخراج الكلمات والحروف، مما يسبب الشعور بالخجل والحيرة والخوف والتوتر والقلق والسلوك الانسحابي، بالإضافة إلي بعض الإصدارات الصوتية كارتفاع الصوت والصفير والسرعة الزائدة في الكلام وجفاف الشفاه وغيرها من حركات



وأصوات، وذلك كما يقيسه المقياس الحالي ويُعبر عنه من خلال الدرجة التي يحصل عليها الطفل عبر هذا المقياس.

#### • السلوك الانسحابي: Withdrawal Behavior

يعرف بكونه سلوك انعزالي يظهر بصورة لاتوافقية، وتشير إلى الانغلاق علي الذات والانعزالية والقصور في إقامة العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، وتجنب المشاركة في المواقف الاجتماعية (علي، 2017، 253)، (عمارة، 2017، 874).

ويُعرف إجرائياً في البحث الحالي علي أنه مجموعة من الإستجابات السلوكية التي يصدرها الطفل تتضمن عدم قدرته علي التفاعل الاجتماعي مع من يحيطون به، وعدم إقامة حوار مع الجماعة مما يؤدي إلي الهروب منهم وإنسحابه وعدم التفاعل أو الإدماج معهم، مع ميل الفرد إلي الابتعاد عن مصادر توتره وقلقه وعن مواقف الإحباط والصراع الشديد ويتمثل في الإنطواء والميل إلي العزلة، ووجود صعوبات في عقد صداقات حميمة أو الاستمرار بها، والانشغال بالذات والعالم الداخلي للفرد، والخجل والارتباك والتردد والتحفظ في المواقف الاجتماعية بصفة عامة، مع العزوف عن مشاركة الأقران في الأنشطة المختلفة مصحوباً باضطراب في العلاقات الاجتماعية مع المعلم والأقران والأسرة والمجتمع.

ويمكن تحديد هذه الأعراض السلوكية في ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

#### ١ علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة:

ويتمثل في عدم قدرة الطفل علي التعامل مع أقرانه بالروضة داخل قاعة النشاط أو خارجها، مع صعوبة التواصل مع معلميه وإدارة الروضة والمشرفين بالروضة، ورجبته المستمرة في الإنعزال والإنطواء عن الآخرين خوفاً من إظهار الاضطراب الذي يعاني منه وهو التلعثم.





## ٢ - علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة:

ويتضح ذلك في ميل الطفل المستمر في الانسحاب عن الآخرين في النادي أو الشارع أو أي تجمعات خارجية سواء كان الطفل يعرفهم أم لا يعرفهم، رغبةً منه في إخفاء اضطرابه التلعثم الذي يعاني منه، وإحساسه بالخجل في التكلم أمامهم أو التناحر معهم.

## ٣ - علاقات الطفل داخل المنزل:

وهو رغبة الطفل في الانسحاب والانعزال عن أفراد أسرته، مع عدم الرغبة في اللعب مع إخوته والتحدث معهم، وكذلك عدم الرغبة في إستقبال الزائرين للمنزل والتواجد بينهم لتجنب التناحر معهم، رغبةً منه في إخفاء ما يعانيه من اضطراب ملحوظ متمثل في التلعثم أمامهم. ويُعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها الطفل في المقياس المستخدم في البحث.

## • برنامج العلاج بالواقع:

يشير علي ( 2012، 178) للعلاج الواقعي علي أنه أسلوب علاجي وإرشادي قابل للتطبيق علي الأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية بشكل فردي أو جماعي مركزاً علي وجود حواراً عقلياً ومنطقياً بين المرشد والمرشد، هادفاً إلي مساعدة المرشد علي أن يصبح واعياً بسلوكه ويبني خطأً لتغيير سلوكه من أجل الوصول إلي مهارات ناجحة، وأن يواجه الواقع ويشبع حاجاته في إطاره من أجل الوصول إلي سلوك واقعي ومسئول وصائب. ويعرفه الرشيد ( 2008، 16) بأنه العملية التي يقوم فيها المرشد النفسي بتقديم المساعدة للمسترشد بحيث تمكنه من المواجهة الايجابية للواقع والتكيف معه، وإشباع الحاجات على وفق مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب.

وتعرف الباحثة البرنامج إجرائياً في البحث الحالي بأنه مجموعة من الأنشطة القائمة علي فنيات العلاج بالواقع وفقاً لمجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة علي الأسس والمبادئ العلمية التي يتطلبها البحث الحالي بهدف خفض السلوك الانسحابي ومعرفة أثره في تحسين حدة التلعثم لدي أطفال المجموعة التجريبية، ويتضمن البرنامج مجموعة من الخبرات والمعلومات والمهارات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأطفال خلال



فترة زمنية محددة لكي تساعدهم في التغلب علي المشكلات التي يعانون منها، وقد تمثلت فنياته في: الاسترخاء الكلامي، والخطوات الواقعية لتعديل السلوك، وتقديم الموضوع، والمرح والدعابة، والمناقشة والحوار، والمسئولية، والتغذية الراجعة، والتقويم الذاتي، والمناقشة والحوار، والعصف الذهني، ومواجهة السلوك الشائع السلبي، والواجب المنزلي، والتعهد، والتعزيز، وإعادة التعلم، بما يتناسب مع الهدف من البحث وهو خفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### أولاً: العلاج بالواقع:

يشير مؤسس هذا الأسلوب العلاجي جلاسر Glasser إلي أن العلاج الواقعي يعتبر أحد ركائز المدرسة الإنسانية في العلاج النفسي، حيث أنه يعطي أهمية كبيرة لقدرة الإنسان علي تحديد مصيره والاختيار بين البدائل وفقاً لما يملكه من قدرات ذاتية، فهو امتداداً لمجموعة من الأساليب العلاجية والتي منها العلاج الوجودي والجشطلتي وهي تركز علي الجانب الذاتي في التعلم من خلال فهمهم للعالم الواقعي الذي يعيشون فيه، كما تؤكد هذه النظرية علي أن الأفراد يعيشون في محيطين مختلفين فالأول هو المحيط الواقعي كما هو في الواقع، والثاني هو كما يدركونه بحواسهم، وكذلك فالسلوك هو محصلة لتفاعل أربعة عناصر هي: الفعل والتفكير والشعور والخبرة الحركية (Glasser, 2005a, 29).

ويعرف علي أنه عملية تعليم وتعلم من أهم محاورها إشباع الحاجات في العالم الواقعي ومساعدة الفرد حتي يستجيب بنجاح لمطالب العالم الواقعي الذي يعيش فيه (زهران، 1997، 377). ويعرفه الرشدي والسهل ( 502، 2000) بأنه العملية التي يقوم فيها المرشد النفسي بتقديم المساعدة للمسترشد بحيث تمكنه من المواجهة الإيجابية للواقع والتكيف معه، وإشباع الحاجات علي وفق مفاهيم المسئولية والواقع والصواب.

كما يضيف عبد العزيز ( 2001، 103) أن العلاج بالواقع يركز علي وجود حوار منطقي بين المرشد والمسترشد وهذا يتطلب أن يكون المرشد لديه مهارات لغوية ليسأل عديداً من الأسئلة مما يساعد المسترشد علي أن يكون واعياً بسلوكه ويبنى خطأ



لتغيير السلوك غير المسؤول. فالعلاج بالواقع يساعد المسترشدين علي أن يصبحوا فعالين مقومين لذواتهم، حيث يؤكد جلاسر علي أن القضية الأخلاقية تعني الإلتزام بمعيار سلوكي نرضي عنه (بشري، 2007، 47).

أما الجميلي ( 2007، 210) فيشير إلي أن العلاج الواقعي هو تدريب واقعي يتضمن مجموعة من النشاطات في عدد من المواقف التعليمية على شكل جلسات إرشادية باستخدام الاستراتيجيات والفنيات الإرشادية الآتية "المسؤولية، والخطوات الواقعية لتعلم السلوك، والصحيح، والفعالية والمرح، وتحديد الواجب البيتي، والتقويم الذاتي". كما يعرفه عمر ( 2004، 31) بأنه عملية إرشادية تعليمية تساعد الإنسان علي اكتشاف حاجاته الفسيولوجية والسيكولوجية التي لم يشبعها، و تحديد المشكلات الناتجة عن عدم إشباعها أو إشباعها بطرق خاطئة، ثم مساعدته علي تكوين الصور الذهنية الإيجابية لما يريد به إشباع حاجاته بطرق مشروعة، وتقييم أفعاله التي يقوم بها لتحقيق هذه الصور الذهنية، وفق قدراته وإمكاناته حسب الموارد المتاحة في بيئته التي يعيش فيها. ويعرفه أيضاً الخرافي والقحطاني ( 2016، 488) بأنه أسلوب للإرشاد والعلاج النفسي لمساعدة الأفراد في السيطرة علي مشكلاتهم السلوكية وتقييم سلوكهم ومعرفة حاجاتهم، والتخطيط لإشباعها بشكل مقبول إجتماعياً.

ويتبنى جلاسر فكرة أن هناك أربعة مكونات متلازمة ومرتبطة معاً هي التي تكون طريقة تصرفنا وهي: الفعل أو الحركة، والتفكير، والشعور، ووظائف الأعضاء ( Glasser, 2004, 109).

لذا فالعلاج الواقعي هو أسلوب إرشادي مباشر يهدف إلى مساعدة المسترشدين على تغيير سلوكهم والتحكم بحياتهم من خلال فهم الواقع الذي يعيشون فيه، وإشباع حاجاتهم بناءً على مفاهيم المسؤولية والواقع والصواب.

**أهداف العلاج بالواقع:**

إن الهدف الرئيسي من العلاج بالواقع هو مساعدة المسترشدين علي تحمل المسؤولية الشخصية والتي تعني القدرة علي التصرف بطرق تحقق غايات الفرد مما يساعده علي تحقيق النجاح والذي يتأتى من خلال تطوير نسق أو طريقة للحياة تساعده



علي أن يصبح ناجحاً في معظم محاولاته وجهوده (بشري، 2007، 65). ويرى "جلاسر" أنه ينبغي علي الفرد السيطرة علي اتجاه العلاقات سواء مع الذات أو مع الآخرين، وطلب المساعدة الغير مباشرة من الآخرين، مع تجنب إيجاد الأعداء بعدم القدرة علي فعل ما (Glasser,2004,63). فالأفراد في العلاج الواقعي يقيمون أفعالهم وفق نظرية الاختيار Choice Theory وذلك من خلال اختيارهم لسلوكيات بديلة فعالة لتكوين علاقات مشبعة سليمة مع الآخرين (Dyson,2003,6-8).

ومن الأهداف التي يحققها العلاج بالواقع أيضاً ما يلي:

- تشجيع العملاء علي اكتساب المهارة في صياغة أساليب فعالة لإشباع احتياجاتهم.
  - يركز العلاج الواقعي علي الجانب الشعوري للعملاء ومساعدتهم علي زيادة مستوي الوعي لتعلم طرق بديلة لسلوكيات جديدة.
  - تقييم السلوكيات والاحتياجات بطريقة واقعية، معتمدين علي مبدأ المسؤولية الذاتية (Glasser,2005,23).
  - إزالة السلوكيات غير المسؤولة بأخري مسؤولة وهادفة.
  - تزويد الفرد بمهارات تمكنه من التعايش والاندماج مع الآخرين ومواجهة الواقع الذي يعيشه.
  - مساعدة الفرد علي امتلاك قدرات إتخاذ القرارات وحل المشكلة.
  - استبدال السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة بأخري مقبولة لدي المجتمع المحيط به (Glasser,2001,29).
- ويتضح الهدف من استخدام العلاج بالواقع في البحث الحالي في محاولة خفض أعراض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين، مما يقلل من شدة التلعثم لديهم، وبشكل يساعدهم علي التكيف مع الواقع الذي يعيشونه بمشكلاته وبما يزيل الخوف والخجل من أنفسهم.



### خطوات العلاج بالواقع:

يشير بريكل Brickell (6, 2007) إلي أن العلاج بالواقع هو طريقة معرفية وسلوكية تساعد الفرد علي نمو قوته السيكولوجية لمواجهة الضغوط الحياتية ومشاحناتها اليومية، والتحكم في سلوكياتهم وحياتهم، حيث يركز الإرشاد الواقعي علي اختيار السلوك الأكثر فاعلية والقادر علي إشباع الحاجات اليومية والمستقبلية بغض النظر عما حدث في الماضي. فجوهر العلاج بالواقع يتحدد في بعض العوامل التي تتضمن المسؤولية، والاستقلالية، والاندماج، وإشباع الحاجات (الانتماء - القوة - المتعة - الحرية - الهوية - الواقع - التعلم - الحب)، فنظرية العلاج بالواقع تعتبر من المداخل الأساسية لتعليم الأفراد أداء سلوكيات أكثر فاعلية والتعامل مع الضغوط اليومية سواء كانت ضغوط أكاديمية أوحياتية (Glasser,2001,54). وكذلك إقامة علاقة وثيقة مع العميل فهو العامل الأهم في عملية العلاج بالواقع (Glasser,2004,82).

ويمكن إيجاز الخطوات المتبعة طبقاً لنظرية العلاج بالواقع كما يلي:

- **العلاقة الشخصية:** وتتمثل في الفهم الواعي والتعامل بمسئولية مع المريض مع تقبله بما هو عليه من مميزات وعيوب ومشاعر إيجابية وسلبية أي قبوله بواقعه الحالي.
- **التخطيط للسلوك المسئول:** وهذه الخطوة تأتي حينما يشعر الفرد بأن سلوكه لا يفي حاجاته، حيث يتم تقديم المساعدة في وضع وتطوير خطة واقعية تشبع حاجاته سهلة التنفيذ وواقعية وأن تكون خطواتها لينة ومرنة لضمان تحقيق النجاح (سري، 2000، 182).
- **التركيز علي السلوك أكثر من المشاعر:** وذلك لأن السلوك هو الذي يمكن تغييره، فمع أن المشاعر والسلوك مترابطان إلا أننا لا نستطيع أن نأمر أنفسنا بأن يكون شعورنا أفضل ولكن نستطيع أن نسلك بطريقة أفضل (الزيود، 1998، 356).



- **التركيز علي الحاضر:** حيث أن الحاضر جزء من الواقع، فمحاولات فهم الماضي تبعدنا عن الواقع الذي هو جوهر العلاج الواقعي ( سليمان، 1997، 580).
- **الحكم علي السلوك و تقييمه:** وذلك من خلال إكساب المسترشد القدرة علي رؤية سلوكه والحكم عليه وتقييمه حتي يكتسب القدرة علي تقويم وتعديل سلوكه برغبته الداخلية للتغيير للأفضل.
- **عدم تقبل الأعذار:** من خلال مقاومة المرشد طلبات المسترشد للتعاطف والتبرير حتي يتمكن المسترشد من مواجهة الواقع والتعامل معه كما هو (Glasser, 2005, 58, 30).

#### الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في التدريب على أسلوب العلاج بالواقع:

تتضمن مجموعة من الطرق والاستراتيجيات تتمثل فيما يلي :

- **تقديم الموضوع :** ويقصد به منح أفياد المجموعة المعرفة بموضوع الجلسة وأهمية اكتسابه وكيفية تطبيقه وقد قام الباحث بشرح موضوع الجلسة بشكل جيد لكي يتمكن أفياد المجموعة جميعهم من معرفة السلوك الذي يتدربون عليه مع تعريف مختصر، فضلاً عن أهدافه وكيفية تطبيقه.
- **المسؤولية :** وهي موقف سلوكي معين يصاغ على شكل مثال أو سؤال يتوافق محتواه مع موضوع الجلسة وقد أعدت مجموعة من النماذج السلوكية الخاصة بموضوع كل جلسة تضمنت مواقف معينة تتعلق بالحياة الشخصية. ويشير "جلاسر" إلي أن المسؤولية هي سلوك يقوم به الفرد لإشباع حاجاته من خلال وسائل لا تتعارض مع سعي الآخرين لإشباع حاجاتهم، ولذلك يؤكد أنصار العلاج الواقعي علي أهمية أن يبتعد الفرد عن النقد الشديد تجاه الذات أو تجاه الآخرين لأن ذلك يساهم في الهروب من الواقع وعدم الوصول إلي تحقيق الأهداف (Glasser,2001,74) . كما



يؤكد Kim (2001,177) إن العلاج بالواقع هو علاقة إنسانية إيجابية تقوم على المسؤولية الشخصية للفرد.

● **الخطوات الواقعية لتعلم السلوك:** ويقصد به المراحل التي يمر بها تعلم السلوك على شكل خطوات متتابعة تتوافق مع موضوع كل جلسة.

● **الفعالية والمرح:** الفعالية وهي مجموعة أنشطة منظمة تضم أدواتاً مفترضة لمواقف محددة من خلالها يستطيع أفراد المجموعة فهم ومساعدة أنفسهم والآخرين. أما المرح فهو أسلوب غير مباشر يمكن إيصاله شفويًا وغير شفوي يساعده في تقريب أفراد المجموعة من بعضهم البعض، وقد أعدت الباحثة عدة مواقف تتناسب مواضيعها وأهدافها مع كل جلسة بهدف تحقيق التفاعل بين أفراد المجموعة من خلال العمل الجماعي الذي يتطلبه أداء الفعاليات.

● **إعادة التعلم:** في هذه المرحلة يعاد ما تم تعلمه خلال الجلسة وهي مرحلة يتم فيها إعادة جميع الخبرات التي تم تعلمها خلال الجلسة من خلال مناقشة عدد من الموضوعات ذات العلاقة بموضوع الجلسة.

● **تحديد الواجب المنزلي:** يتم تكليف أفراد المجموعة بتطبيق ما تم تعلمه في مواقف الحياة الواقعية.

● **التقويم الذاتي:** يتم تقويم أداء أفراد المجموعة عن طريق إبداء آرائهم بما دار خلال الجلسة الإرشادية (الجميل، 2007، 214-215)، (Glasser, 2002, 80).

● **النمذجة:** وقد هدفت دراسة أدامو وآخرون Adamo & etal (2015) إلى استخدام النمذجة لزيادة الأنشطة للأطفال الصغار، وخاصةً الذين يعانون من خطر الخمول، حيث أن الأنشطة تزيد من المشاركة في الأنشطة مما تساعد على تغيير سلوكهم لعينة (3) من أطفال ما قبل المدرسة النمذجية، ومن أدوات الدراسة مقياس



الانسحاب، وأسفرت النتائج عن أن زيادة الأنشطة البدنية وغيرها من الأنشطة للأطفال ساعد علي التقليل من السلوك الانسحابي لديهم مع الأقران مع حدوث تغيرات اجتماعية في السلوك.

وقد استخدمت الباحثة هذه الفنيات في إعداد أنشطة جلسات برنامج العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين، وأثبتت فاعليتها في الحد من أعراض السلوك الانسحابي مع التقليل من شدة التلعثم لديهم.

### ثانياً: اضطراب التلعثم لدي الأطفال:

كثرت تعريفات التلعثم فمن الناحية اللغوية فقد وردت في المعاجم العربية ألفاظ تحمل معانيها نفس مدلول التلعثم وهي الرته-التأتأة-الفأفة-اللججة-التهتهة-اللوة، والتلعثم يعني تلكاً ومكث وتأني وهي التوقف والتردد قبل النطق (إسماعيل، 2006، 647). فقد عرفه القمش (100، 2000) علي أنه اضطراب في الكلام حيث يكرر المتحدث الحرف الأول عدداً من المرات أو يتردد في نطقه عدداً من المرات مع مصاحبات جسمية كتعبيرات الوجه أو حركة اليد. كما عرفه عبد ربه (2000، 244) بأنه نقصاً في الطلاقة اللفظية يتميز بظواهر كلامية مثل تكرار بعض الحروف أو التوقف لمدي معين عند نطق بعض الكلمات يصاحبه مظاهر حركية مثل حركة الرقية واليدين، كما يرتبط ببعض المظاهر النفسية كالخوف والقلق.

وعرفه البهاص (2005، 5) علي أنه اضطراب في طلاقة اللسان يعوق انسياب الكلام، وتبدو مظاهره في التكرارات اللاإرادية للمقاطع و الحروف، أو المد الزائد للحروف المتحركة، أو وقفات زائدة أثناء الكلام، ويصاحبه حركات لاإرادية للرأس و الأطراف، بالإضافة إلي ردود أفعال انفعالية كالخوف والقلق وانخفاض تقبل الذات لدي المتلعثم. كما عرفه عبد الغني وآخرون (2016، 419) بأنه قصور الطلاقة في الكلام يظهر في صورة توقف أو إطالة أو تكرار بشكل لاإرادي لبعض الكلمات أو المقاطع أو الأصوات، مما يجعل المتلعثم يبذل مجهوداً ملحوظاً عند الكلام مما يؤثر علي قدرة الآخرين علي فهم كلامه، مما يؤدي به علي إلي الإحجام عن المواقف التي يتوقع أن يتلعثم بها.





وتتنوع أنواع التلعثم ما بين التكرار Repetition في الصوت نفسه بالتتابع، لدرجة تلفت انتباه المستمع، والتكرار يكون لبعض عناصر الكلام مثل: تكرار لحرف م م م م محمد، أو تكرار لمقطع مثل فا فا فانوس، أو تكرار لكلمة مثل لكن لكن لكن انظر، أو تكرار لعبارة، أو الإطالة Prolongation في نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة، والتوقف الكلامي Blockages ويظهر من خلالها عجز المتلعثم عن إصدار أي صوت علي الإطلاق علي الرغم من الجهد العنيف الذي يبذله (أمين، 2000، 119).  
ونتفاهم المشكلة عند طريقة إبداء الرأي وهو ما يسمى بمتلازمة التعبير التلعثمي " stuttered لذي speech syndrome"، فالتلعثم اضطراب متغير، حيث يحدث في مواقف معينة مثل التحدث في الهاتف أو عند الإلتقاء بمجموعة كبيرة من الأشخاص، ويمكن أن تكون التأتأة شديدة أو أقل شدة، اعتماداً على الوعي الذاتي للمصاب (النوبي، 2018، 181).

**والتلعثم هو إنشطار في الفونيم يظهر كما في الصور التالية:**

تلعثم توقي مثل ..... كلمة ( محمد ) تنطق م توقف حمد.

تلعثم طويل مثل ..... كلمة ( محمد ) تنطق م تطويل حمد.

تلعثم تكراري مثل .... كلمة ( محمد ) تنطق م م م حمد تكرار أوتنطق محمد

محمد محمد محمد ( النحاس، 2006، 98).

وتعرفه الباحثة في البحث الحالي إجرائياً علي أنه اضطراب ينتج عنه عدم القدرة علي خروج الكلام بطريقة إنسيابية ويظهر من خلال التكرارات اللاإرادية للحروف والمقاطع والكلمات، أو المد الزائد للحروف المتحركة، أو وقفات زائدة أثناء الكلام أو وقفة نتيجة لقطع تدفق الكلام، وبصاحبه حركات لاإرادية بالإضافة إلي ردود أفعال انفعالية كالسلوك الانسحابي والخجل لدي المتلعثم، وذلك كما يقيسه المقياس المعد لذلك.

**خصائص الأطفال ذوي اضطراب التلعثم:**

إن الأفراد ذوي التلعثم عادة ما يجدون أنفسهم متذبذبين حيث يملوا بأيام جيدة وأخري غير جيدة وأيام بدون تلعثم، ويمكن أن يكون عشوائي من خلال تلعثمهم المتذبذب، حيث يشير



علماء الوراثة والفيولوجيا العصبية أن للتأتأة أسباب على الرغم من صعوبة اكتشافها، ويوجد أيضاً العديد من تقنيات العلاج التي تساعد في ارتفاع الطلاقة عند بعض الأشخاص المصابين لدرجة لا يمكن للأذن غير المتدربة تحديد المشكلة (النوبي، 2018، 182).

وقد توصل عبد الفتاح ( 2002 ) إلي أنه من أعراض التلعثم عند الأطفال الميل للتكرار والإطالة والإعاقة من مقاطعة، واضطرابات في التنفس ونشاط حركي زائد، والسلوك التجنبي بالإضافة إلي ردود الأفعال الانفعالية.

والمتلعث يشعر بالدونية، فيظن أن كلامه ربما لا يقبله أحد ممن حوله، فيتجنب الكثير من المواقف مما يقلل من خبرته في الحياة، فيتوتر ويرتكب لأقل مشكلة تقع له، مما يزيد من تلعثمه (Blood & etal, 2001, 162)، (المشاقبة، 2003، 97). فيظهر بمظهر الخجل خوفاً من أن يتعرف عليه أحد كمتلعثم فيسخر منه المحيطين به ( Jones & etal, 2001, 250). ومنهم من يضطر لاستخدام وسائل لاجتناب المواقف الصعبة في محاولة منه لإخفاء التلعثم بإتباع حيل متنوعة تساعده علي التصرف في المواقف الصعبة (Yamada & Homma, 2007, 1198). ويؤدي بالطفل للوقوع في العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية فيتولد لديه شعور بالقلق والإحباط، مما يعرقل حياته ويعوق تقدمها (الببلاوي، 2003، 69). كما يصاحب التلعثم خصائص سلوكية ثانوية مثل الشد العضلي، وتحريك واهتزاز بعض أجزاء الجسم، مع اضطرابات في التنفس (Nicolosi & etal, 2004, 89). فالمتلعثم يجد صعوبة في التعبير عما يريد و عما يجول في خاطره ( رسلان، 2012، 244).

وتتفاوت هذه السلوكيات في شدتها لدي الأفراد المتلعثمين من البسيطة إلي الشديدة، حيث تزيد في مواقف معينة كالتحدث في الهاتف و تنخفض في مواقف أخرى كالتحدث إلي حيوان أليف (Thackery & Harris, 2003, 949).

وقد إتضح من خلال التطبيق الفعلي لأدوات البحث أن الأطفال عينة البحث يعانون بالفعل من بعض هذه الأعراض سابقة الذكر، مما ساعد الباحثة الاطلاع علي



الأطر النظرية والدراسات السابقة للتعرف علي خصائص هذه العينة من الأطفال وكيفية التعامل معهم وتقديم العلاج المناسب لذلك.

### أسباب التلعثم:

علي الرغم أن البعض يعزو سبب التلعثم إلى صعوبة نطق بعض الأصوات المفخمة في اللغة العربية (Stuttering therapy – Wikipedia)، إلا أنه بشكل عام لا يوجد اتفاق موحد على سبب لتطور التلعثم معروف حتى الآن، وهناك مجموعة متنوعة من الفرضيات والنظريات تشير إلى عوامل متعددة تسهم في التلعثم، ومن بين هذه الفرضيات والنظريات يوجد هناك أدلة قوية على أن لدى التلعثم يرجع إلي أساس وراثي (Genetic Basis)، فالأطفال الذين لديهم درجة قرابة أولية مصابين بالتلعثم فإن احتمالية إصابتهم به تتضاعف ثلاثة مرات، ولكن تشير الدراسة التوأمية والدراسات المعتمدة إلى أن العوامل الوراثية تتفاعل مع العوامل البيئية كما يحدث مع التلعثم، والكثير من الأشخاص المصابين بالتأتأة لا يوجد لديهم تاريخ عائلي بهذا الاضطراب، ويوجد هناك دليل على أنه ينتشر التلعثم أكثر بين الأطفال الذين يصاحب معهم أيضاً مشاكل في الكلام أو اللغة أو الحركة. وقد أشار روبرت ويست - الرائد في الدراسات الوراثية للتلعثم- أن وجود التأتأة يعني ربط للحقيقة التي تقول أن الكلام المعبر هو شيء مكتسب في تطور البشرية بينما رأي آخر أن السبب في التلعثم هو التنشج اللاإرادي (النوبي، 2018، 183)، (Baxter& etal,2015,684).

وكما يشير النعيمي ( 2006، 251- 252)، Bloodstein (2007,45) إلي أن النظريات ترجع التلعثم إلي:

- ١ نظريات ترجعها للعوامل الوراثية العضوية: وذلك كما في نظرية الهيمنة المخية والنظرية البيوكيميائية والنظريات النيوروفسيولوجية.
- ٢ نظريات ترجعها للعوامل النفسية العصبية: كما في النظرية النفسية.
- ٣ نظريات ترجعها للعوامل الاجتماعية: كما في نظرية جونسون ونظرية صراع الدور.



وانطلاقاً من النظريات السابقة إتضح للباحثة مدي مناسبة عينة البحث الحالي مع النظرية النفسية والاجتماعية في إعداد جلسات البرنامج الحالي، لأن ما يهمننا في هذا الموضوع هو التعامل مع الجانب النفسي لخفض أعراض الانسحابي مما ينعكس أثره علي التقليل من حدة التلعثم لديهم.

### تشخيص اضطراب التلعثم لدي الأطفال:

إن اضطراب التلعثم له تأثير بالغ على أداء الفرد وحالته العاطفية؛ حيث أن الخوف من نطق بعض حروف العلة أو الساكنة والخوف من الوقوع في التلعثم في المواقف الاجتماعية والعزلة والقلق والإجهاد والإحساس بالعيب والتتمر خاصة بين الأطفال واستخدام كلمة بدل عن كلمة وإعادة ترتيبهم في جملة لإخفاء التلعثم أو الشعور بفقد السيطرة خلال الحديث يجعل الفرد عرضة للإصابة بالقلق الاجتماعي (النوبي، 181، 2018). فالتلعثم كما يشير Backman (2004) في دراسته اضطراباً يشمل تكرار وتردد وإعاقات أثناء الكلام. وهو ينتشر بين الذكور أكثر مما ينتشر بين الإناث في كل المجتمعات تقريباً، وغالبية الأطفال يمرون بفترة قصيرة من التلعثم، وقد يتطور من تكرارات بسيطة للأصوات إلي تكرار للكلمات والمقاطع لدي حوالي 1% من الأطفال (النعيمي، 2006، 251). وهي منتشرة بين الأطفال إلي الثانية عشر (سليمان، 2010، 80).

وفي ضوء ما تحمله كلية الطب- جامعة عين شمس من إحصائيات للأفراد المترددين علي وحدة التخاطب في مستشفى الدمرداش ومستشفى عين شمس التخصصي عن عام 2001- 2002، وقد بلغ قوام الحالات ( 2100 ) أغلبها أطفال ذكور إذ بلغ عددهم 75% ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 6- 12 ) عاماً هذا علي الصعيد المحلي، أما علي الصعيد العالمي فقد ورد في دليل التشخيص الرابع للاضطرابات العقلية 1994 (DSM.VI) أن معدل انتشار التلعثم لدي الأطفال يصل 1% و تصل نسبة الذكور للإناث 3 : 1 ( ياسين والتوني، 2010، 216).

كما أن بعض صفات التلعثم ليست سهلة بالنسبة للمستمعين للكشف عنها، ونتيجة لذلك يتطلب تشخيص التلعثم مهارات معتمدة مثل علم أمراض النطق واللغة ويسمى باللغة



الإنجليزية (SLP) speech-language pathologist، ومن وسائل تشخيص التلعثم الملاحظة المباشرة للفرد و خلفية عن معلومات الفرد عبر تاريخ الحالة، فيجب أن تكون المعلومات من المصدرين أعلاه في فترات متعددة وأماكن وأوقات متغيرة، ويمكن أن يقوم أخصائي علاج النطق واللغة بتجميع تاريخ الحالة عن الفرد من خلال مقابلة مفصلة أو المحادثة مع الوالدان، ويمكن أيضاً مراقبة التفاعلات بين الطفل والوالدان و طريقة كلام والدا الطفل (Al-Tamimi & etal, 2013, 874). ومن الاختبارات المستخدمة طريقة تنبؤ التلعثم للأطفال ( SPI ) الذي يحلل تاريخ حالة الطفل وتكرارات جزء من الكلمة والإطالة في الصوت وإعادة التلعثم من أجل تحديد شدته، كما يتم مراقبة الأطفال والبالغين وتقييمهم لإظهار الدلائل الاجتماعية أو النفسية أو العاطفية المحتملة للأعراض المرتبطة باضطرابهم، وهناك بعض التقييمات المشتركة لهذا الاضطراب والتي تتضمن قياس القلق والمواقف، والتقارير الشخصي في الخوف من التواصل ( PRCA )، والتقييم الذاتي للمصابين بالتلعثم للتفاعلات في مواقف الكلام ( SSRSS ) (النوبي، 2018، 184)، ( Brown & etal, 2016, 15).

ويتم تشخيص التلعثم وفقاً لدراسة Ramig & Shames (2006) من خلال عدة معايير تمثلت في: تكرار متعدد لجزء من الكلمة وإعادة للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة، وإطالة للصوت، وظهور عدد من الوقفات غير المألوفة وإبدال للكلمات وتداخل في الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل، هذا إضافة إلى تجنب الحديث، وارتفاع طبقة الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات، وصعوبة في ابتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء اللازم للكلام.

كما يشير النوبي ( 2018، 182 - 183 )، Bloodstein (2007) إلى أن سلوكيات التلعثم الأولية هي الإشارات الواضحة العلنية في فشل طلاقة التعبير ويشمل تردد في الأصوات أو في المقاطع الصوتية أو في الكلمات أو في العبارات والعوائق وإطالة الأصوات، ووجدت هذه الاختلافات من عدم السلاسة في الكلام الطبيعي عند جميع المصابين بالتلعثم، ويمكن أن يطول التلعثم ويُحدث تكراراً وينتج عن ذلك بذل الكثير من الجهد، وتنقسم أنواع التردد في اضطراب التلعثم إلى:



## 1- أوضاع التردد:

- التردد بالمقاطع الصوتية - وهو تكرار مقطع صوت كلمة واحدة (مثل : على - على- على الكرسي) أو جزء من الكلمة التي لا تزال مقطع صوتي كامل ومثال على ذلك " تتحت... " و "الفتح".
- تكرار مقطع صوتي غير كامل- وهو أن يردد مقاطع صوتية غير كاملة كالحروف ومثال على ذلك الحروف الساكنة بدون حروف عله ومثال على ذلك "ب- ب- ببرد".
- تكرار عدد من المقاطع الصوتية- وهو تكرار أكثر من مقطع صوتي مثل تكرار كلمة كاملة أو أكثر من كلمة " أنا اعرف - أنا أعرف- أنا أعرف الكثير من المعلومات".

## 2- أوضاع ثابتة:

- وتأتي مع سماع تدفق الهواء - تحدث عند إطالة الصوت مثل "أوووووووممي".
- والأخرى تأتي بدون سماع تدفق الهواء- مثل إعاقة في الكلام أو التوقف الحساس عندما لا يقال شيئاً على الرغم من الجهد المبذول في ذلك.

## 3- أوضاع إضافية:

- لفظي: ويشمل التدخل الغير ضروري مثل المراجعات مثل الرجوع إلى بداية الجملة وتصحيحها مثل أنا-صديقتي... " فهنا صححت "صديقتي" بدلا عن " أنا".
- غير لفظي\_ وهي سلوكيات الكلام المرئية أو المسموعة مثل لعق الشفة العليا باللسان والنحنة و دفع الرأس بطريقة ما لاختبار عصب العين إلى آخره من السلوكيات. وعادة ما يمثل لمحاولة لاخترق أو التحايل على الإعاقة.
- لذا فإن التدخل والكشف المبكر لحالات الأطفال الحرجة التي تحتاج لذلك له أكبر الأثر في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث المنع والتخفيف والتقليل من تأثير عوامل



الخطر النمائية للأطفال، وكذلك تسريع النمو لديهم (Bruder, 2010,339). مع عدم المحافظة علي التواصل البصري (8, Kehoe,2006).

وهناك بعض الاختبارات التي تصلح للأطفال الصغار وتساعد في التشخيص كما يلي:

اختبار ستانفورد - بينيه، واختبار رسم الرجل (جود- إنف)، واختبار الشخصية للأطفال، واختبار تفهم الموضوع للأطفال، واختبار الرسم الحر (النعيمة، 2006، 255).

وقد إستفادت الباحثة من ذلك في تشخيص هؤلاء الأطفال عينة البحث من خلال الأداة المعدة في البحث الحالي والتي تقيس ثلاثة أبعاد وتكرار التلعثم وطول التلعثم والأعراض المصاحبة له.

### علاج اضطراب التلعثم لدى الأطفال:

هناك العديد من التدخلات العلاجية لاضطراب التلعثم نذكر منها:

- ١-العلاج الطبي: حيث أن أصحاب هذا الاتجاه يرون أن الأطباء يعالجون التلعثم بالتدخل الجراحي Surgery أو بالعلاج الكيماوي Chemotherapy باستخدام الأدوية المهدئة، وقد أثبتت بعض الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد وله محازير كثيرة (السعيد، 2003، 55).
- ٢-العلاج النفسي: والذي يتمثل في الاسترخاء الكلامي، وتمارين الكلام الإيقاعي، وطريقة النطق بالمضغ، واستخدام الغناء والموسيقى لتقليل الأعراض المصاحبة.
- ٣-العلاج السلوكي: والذي يتضمن خطة علاجية تشتمل السلوك الكلامي غير الطبيعي، والعناصر الانفعالية، والحالة العقلية والاتجاهات السلبية للكلام.
- ٤- طريقة التخيل: وهو علاج ذاتي لتقليل خوف الطفل من التلعثم وزيادة ثقته بنفسه (النعيمة، 2006، 256- 257)، (Andrews& etal,2016,45).



٥ -العلاج الكلامي: وهو مكمل للعلاج النفسي ويعتمد علي بعض الفنيات كالاسترخاء الكلامي والكلام الإيقاعي والنطق بالمضغ كما اتبعتهم دراسة هانكوك Hancock (2000).

٦ -العلاج البيئي: ويهتم بدمج الطفل في أنشطة اجتماعية حتي تتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتتمو شخصيته وينتقي لديه الخجل والانطواء والانسحاب (السعيد،2003، 214)، (Malard,2004).

وبناءً علي ذلك فإن العلاج المتعدد لمواجهة اضطراب التلعثم لا يخرج عن كونه أنماط من العلاج النفسي الجماعي التي تستثمر وجود الجماعة في علاج الاضطراب عن طريق التفريغ الانفعالي وتكوين علاقات جديدة والاستبصار وبناء عادات سلوكية جديدة.

وقد هدفت دراسة إسماعيل ( 2006 ) إلي الوقوف علي بعض المواقف التي يتعرض لها الطفل المتلعثم وكيفية مواجهته لها، ومدى تباين أساليب التعامل مع الضغوط لدي الطفل المتلعثم بتباين أبعاد مفهوم الذات.

وتنوعت التدخلات العلاجية المقدمة للأطفال المتلعثمين، فقد قدمت دراسة عبد النبي (2007) برنامج إرشادي لتنمية مفهوم الذات وعلاقته بالاضطرابات السلوكية لدي الأطفال المتلعثمين، في حين أشارت دراسة التوني ( 2010 ) برنامج للبرمجة اللغوية العصبية وآخر معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات التعلم لدي عينة مكونة من ( 10 ) أطفال متلعثمين خضعوا للبرنامج الأول، ومثلهم خضعوا للبرنامج الثاني، وقد أثبتت النتائج

فاعلية البرنامجين في خفض شدة التلعثم. كما قام لايهو وكليبي Laiho& Klippi(2007) بدراسة تستهدف فحص تأثير البرامج العلاجية المكثفة في علاج سلوك التلعثم لدي الأطفال والمراهقين، واستخدمت ثلاث فنيات علاجية وهي العلاج بالتحدث، والارشاد للوالدين، والعلاج السلوكي، لعينة مكونة من ( 21 ) طفلاً ومرافقاً من المتلعثمين، و(29) من آبائهم وأمهاتهم، وتوصلت النتائج إلي فاعلية البرنامج في تحسن اضطراب





التلعثم والأعراض المصاحبة له، كما أظهر جميع المشاركين تغيرات إيجابية في سلوكيات التلعثم في فترة المتابعة.

كما توصلت دراسة إيولير وآخرون Euler& etal (2014) إلى فاعلية عدة برامج تدخلية لعلاج التلعثم في ألمانيا لدي ( 231 ) حالة علاجية فردية، وتم تفضيل اثنين من التدخلات هما منهج تعديل سلوك التلعثم، ومدخل تشكيل الطلاقة مقارنة بأساليب التنويم المغناطيسي الإيحائي، وضبط التنفس، وأشارت النتائج إلى كفاءة التدخلات المكثفة مقارنة بالتدخلات طويلة الأمد، وفاعلية التدخلات الجماعية مقارنةً بالفردية. وتتفق أيضاً دراسة القطاونة (2014) علي أن هناك فرقاً ذات دلالة إحصائية في شدة التلعثم بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح التجريبية. وفي دراسة أجراها مركز أبحاث التلعثم الأسترالي ( Australian Stuttering Research Center, 2004 ) والتي هدفت إلى تحسين سلوك التلعثم ورفع مستوى الثقة بالنفس لدى عينة مكونة من ( 34 ) متلعثماً، و(34) من غير المتلعثمين طبق عليهم اختبار شدة التلعثم ومقياس الثقة بالنفس. وقد أشارت النتائج أن حالات المتلعثمين يعانون من المخاوف والقلق الاجتماعي ومن ضعف الثقة بالنفس، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج.

كما توصلت نتائج دراسة حسن ( 2014 ) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في اضطرابات النطق وأبعاده والسلوك الإنسحابي وأبعاده لدي المجموعة التجريبية لصالح البعدي، وأيضاً وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المقاييس السابقة لصالح التجريبية، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي و التتبعي في المقاييس السابقة، من خلال استخدام الفنيات المتعددة وهي النمذجة و لعب الدور و الاسترخاء و المناقشة و الحوار والتمييز و غيره من الفنيات.

وأكدت أيضاً دراسة Brown& etal (2015) علي فاعلية أحد البرامج العلاجية المكثفة، والذي إشتمل علي التدريب علي المهارات الكلامية، والعلاج المعرفي السلوكي، ومهارات الاتصال لمدة أسبوعين لخفض الأعراض الظاهرة والكامنة لدي ( 38 ) من المراهقين المتلعثمين، وإشتمل القياس شدة وتكرار سلوك التلعثم، بالإضافة إلي مجموعة



من المقاييس النفسية علي مدار ( 12 ) شهراً، وأشارت النتائج إلي عدم وجود أية تغيرات في فترة الشهرين السابقين للبرنامج، كما انخفضت شدة وتكرار سلوك التلعثم أثناء القراءة بعد تطبيق البرنامج، واستمر هذا لفترة خمسة أسابيع وفقاً للقياس التتبعي. وقد توصلت نتائج دراسة علي ( 2017 ) إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسات المتكررة لصالح البرنامج في القياسات التنازلية للتلعثم والسلوك الانسحابي ولصالح القياسات التصاعدية في الطلاقة اللغوية.

أما في البحث الحالي فقد قدم مدخلاً جديداً في التعامل مع هذه الفئة من الأطفال وهو العلاج بالواقع لتحسين التلعثم لديهم وخفض السلوك الانسحابي الذي يعانون منه ويزيد بالتالي من معاناتهم لهذا الاضطراب.

### ثالثاً: السلوك الانسحابي لدي الأطفال:

يشير بيترسون Peterson (1,2002) إلي أنه شعور الأطفال بأنهم وحيدون ولا أحد غيرهم يواجه مشاكلهم في محيطهم، كما أنهم غير قادرين علي مواجهة الصعوبات التي تؤدي حتماً إلي إنخفاض تقديرهم لذاتهم. حيث يعرفه العزة ( 2002، 210 ) بأنه يتمثل في إنعزال الفرد في التعامل مع الآخرين والذي يؤدي بدوره إلي عزلته ووحدته. في حين يعرفه إسماعيل ( 2001، 192 ) بأنه وسيلة دفاعية لا شعورية يهدف بها الإنسان إلي التخفيف من حدة التوتر أو الألم نتيجة عدم إشباع دوافعه بالابتعاد عن مصدر التوتر والقلق.

كما يعرفه سيسالم ( 2002، 67 ) بأنه أحد المظاهر التي يتميز بها الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وهو يعبر عن فشل الفرد في التكيف مع الواقع ومع متطلبات الحياة الاجتماعية، ومن مظاهره: الانطواء علي الذات وأحلام اليقظة والقلق الزائد وإدعاء المرض والخوف وعدم الرغبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

ويعرفه أيضاً روسيلنت Rossilt (115,2003) بأنه ميل الفرد إلي الابتعاد عن عوائق إشباع دوافعه وحاجاته وكذلك من مصادر توتره وقلقه وعن مواقف الإحباط



والصراع الشديد. وفي ذلك يري كلاً من السواح ( 2007، 43)، وعبدالواحد (2011، 357) أنه سلوك يتضمن عدم قدرة الطفل علي التفاعل الاجتماعي مع من يحيطون به، وعدم إقامة حوار مع الجماعة مما يؤدي إلي الهروب منهم وإنسحابه وعدم التفاعل أو الاندماج معهم.

كما تشير دراسة العربي ( 2015، 76) ودراسة صابر ( 2015، 10) إلي أن السلوك الانسحابي هو اضطراب في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين يتمثل في الإنطواء والميل إلي العزلة، ووجود صعوبات في عقد صداقات حميمة أو الاستمرار بها، والانشغال بالذات والعالم الداخلي للفرد، والخجل والتردد والتحفظ في المواقف الاجتماعية بصفة عامة.

ويعرفه شعيب ومحمد (2014، 391) بأنه هو شكل متطرف من الاضطراب في العلاقات مع الآخرين وتبدأ بالانفصال عنهم في أغلب الأوقات لأسباب ليست ضمن سيطرة الشخص، ثم يأخذ الفرد بالانسحاب بشكل متعمد أكثر فأكثر. وينقسم الانسحاب الاجتماعي إلي نوعين: الأول عضوي بحيث يبتعد الفرد عن مجالسة الآخرين والاختلاط معهم، ويترك بينه وبينهم مسافة أمان كبيرة، والثاني ذهني حيث يكون الفرد موجود مع الآخرين بجسده لكن ذهنه شارداً في مكان آخر بحيث لا يتابع ما يقولون أو يناقشون ( James&House,2001, 273-274 ).

ويُعرف إجرائياً في البحث الحالي علي أنه مجموعة من الإستجابات السلوكية التي يصدرها الطفل تتضمن عدم قدرته علي التفاعل الاجتماعي مع من يحيطون به، وعدم إقامة حوار مع الجماعة مما يؤدي إلي الهروب منهم وإنسحابه وعدم التفاعل أو الاندماج معهم، مع ميل الفرد إلي الابتعاد عن مصادر توتره وقلقه وعن مواقف الإحباط والصراع الشديد ويتمثل في الإنطواء والميل إلي العزلة، ووجود صعوبات في عقد صداقات حميمة أو الاستمرار بها، والانشغال بالذات والعالم الداخلي للفرد، والخجل والارتباك والتردد والتحفظ في المواقف الاجتماعية بصفة عامة، مع العزوف عن مشاركة الأقران في الأنشطة المختلفة مصحوباً باضطراب في العلاقات الاجتماعية مع المعلم والأقران والأسرة والمجتمع.



### خصائص الأطفال ذوي السلوك الانسحابي:

يشعر الأطفال المنسحبون بالفشل في المشاركة بالأنشطة الجماعية، كما أنهم يترددون في تفاعلاتهم مع الآخرين مما يؤدي إلي تجاهلهم أو معاملتهم سيئة تؤدي إلي زيادة إنعزالهم نتيجة إفتقارهم إلي المهارات الاجتماعية والاتصال مع الآخرين سواء في اللعب أو في الحديث (القاسم، 2000، 162).

وتشير دراسة روبين وآخرون Rubin& etal (2009) أن كثير من الأطفال يمتنعون عن ممارسة الأنشطة الجماعية مع الأقران، وقد يرجع عدم وجود تفاعل اجتماعي في مرحلة الطفولة إلي مجموعة متنوعة من الأسباب ومنها الخوف الاجتماعي والقلق وتفضيل العزلة، بالإضافة للتكيف السلبي والصعوبات الاجتماعية والعاطفية (مثل: انخفاض تقدير الذات وظهور أعراض الاكتئاب)، وصعوبات الأقران (مثل: الرفض والإيذاء وضعف جودة الصداقة)، والصعوبات المدرسية (مثل: العلاقات السيئة بين الطفل ومعلميه والصعوبات الأكاديمية وتجنب الذهاب للمدرسة). ويضيف ابن عامر ( 2011، 107- 108) إلي أن هؤلاء الأطفال يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية مع الأقران والمدرسين ويسعون لمزاولة الأعمال الفردية، فالسلوك الانسحابي وسيلة لاشعورية لتخفيف الألم والتوتر نتيجة عدم إشباع دوافعه.

وقد وصفت دراسة كوبلان وآخرون Coplan& etal (2012) الأطفال من خلال استكشاف المواقف والاستجابات لمختلف أشكال الانسحاب الاجتماعي في الصين وكندا في المدارس الابتدائية المبكرة من خجل وقلق وعدم انتظام، وقد ألفت هذه النتائج إلي الاختلافات الثقافية بين المجتمعات في مختلف أشكال الانسحاب الاجتماعي. ويحدد السواح (2007، 60-61) في دراسته خصائص الطفل ذو السلوك الانسحابي في عدم السعادة والرضا، وبطء التعلم، والشعور بالوحدة النفسية، وعدم القدرة علي مسايرة الآخرين. كما تشير دراسة شينيدر وآخرون Schneider& etal (2000) إلي أن الأطفال المنسحبون في رياض الأطفال يظهرون سلوكاً تحفظياً في تفاعلهم مع الآخرين، وأظهرت الدراسة أيضاً أن الانسحاب الاجتماعي يرتبط بسوء التكيف و يؤدي إلي إعاقة النمو الاجتماعي للأطفال وبالتالي يصبح تقدير الذات لديهم منخفض. وفي هذا الصدد يشير

القبالي (2007) في دراسته أن السلوك الانسحابي لدى الأطفال يؤثر علي اكتسابهم اللغة والأنماط السلوكية والقيم والاتجاهات وأسلوب التعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم.

وكذلك يشير هيمان ومارجليت Heiman& Marglit (2002,155) أن الأفراد الذين يعانون من العزلة والانسحاب يتصفون بالآتي: أنهم يتحدثون قليلاً ويسألون أسئلة قليلة، كما يظهرون إهتمامات قليلة بتكوين صداقات مع الأقران، ويشاركون مشاركة ضعيفة في التفاعلات الاجتماعية. في حين يحدد هاريس و آخرون Harrist& etal (1997, 278) عدة أنماط للسلوك الانسحابي للأطفال تتمثل في الخجل والانطواء والسلوك الانعزالي(السلبى- الايجابى) والسلوك التجنبى.

وتتمثل أهم مظاهر السلوك الانسحابي لدى الأطفال فيما يلي:

١ -الانطواء: ويتصف الشخص الإنطوائي بأنه خجول وحساس ويفضل العزلة والهرب من الآخرين ومن التجمعات، ولا يقوي علي المواجهة وعلي التعبير عن رأيه، ويشعر بضيق شديد حين يضطر للتعامل مع الآخرين (أبو النصر، 2005، 66). ويشترك الانطواء والانسحاب في كثير من المظاهر، مثل التمرکز حول الذات وإنشغاله بأفكاره ومشاعره الخاصة بدلاً من انفتاحه علي الآخرين وتفاعله معهم ( الأمازي، 2012، 42).

٢ -الخجل: وهو درجة عالية من الارتباك والخوف ويشعر بها الطفل حين يلتقي بأشخاص من خارج محيطه(بكار، 2010، 115). ويتصف الشخص الخجول بأنه أكثر قلقاً وتوتراً وأقل لباقة وثقة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أنه يميل العزلة والانشغال بالذات وتأمل ما بها من نقص والميل للصمت عند وجوده في جماعة ( محمد، 2002، 18).

٣ -العزلة الاجتماعية: وهي إحدى العلاقات المشوشة بين الأطفال وهو سلوك تجنبى للآخرين، ويفتقر هؤلاء الأطفال إلي التعلم الاجتماعي والقدرة علي إقامة علاقات مع الآخرين ( العربي، 2015، 217). كما يميل مستوي النشاط لدي بعض الأطفال



المنسحبين إلى الانخفاض الشديد وخاصةً في الحالات الإنسحابية الإكتئابية (السويلم، 2010، 35). وفي هذا السياق يشير هاسكن Haskin (2009) إلى أن الانسحاب والانطواء والانعزال من المظاهر الرئيسية للقلق الاجتماعي.

ويمكن تحديد هذه الأعراض السلوكية في البحث الحالي إلى ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

- ١ - علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة: ويتمثل في عدم قدرة الطفل على التعامل مع أقرانه بالروضة داخل قاعة النشاط أو خارجها، مع صعوبة التواصل مع معلميه وإدارة الروضة والمشرفين بالروضة، ورغبته المستمرة في الإنعزال والإنطواء عن الآخرين خوفاً من إظهار الاضطراب الذي يعاني منه وهو التلعثم.
- ٢ - علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة: ويتضح ذلك في ميل الطفل المستمر في الإنسحاب عن الآخرين في النادي أو الشارع أو أي تجمعات خارجية سواء كان الطفل يعرفهم أم لا يعرفهم، رغبةً منه في إخفاء اضطرابه التلعثم الذي يعاني منه، وإحساسه بالخجل في التكلم أمامهم أوالتحاور معهم.
- ٣ - علاقات الطفل داخل المنزل: وهو رغبة الطفل في الإنسحاب والانعزال عن أفراد أسرته، مع عدم الرغبة في اللعب مع إخوته والتحدث معهم، وكذلك عدم الرغبة في إستقبال الزائرين للمنزل والتواجد بينهم لتجنب التحاور معهم، رغبةً منه في إخفاء ما يعانيه من اضطراب ملحوظ متمثل في التلعثم أمامهم.

أسباب السلوك الإنسحابي:

- ١ -العوامل الوراثية الجينية:حيث أن بعض الأطفال لديهم استعداد وراثي ليكونوا أكثر إنطوائية وإنسحاباً عن غيرهم(عبد الله، 2001، 112).
- ٢ -العوامل البيئية المكتسبة: والتي تتمثل في:



• عدم الشعور بالأمن: حيث يتجنب الطفل الإنخراط في التفاعلات مع الأقران أو المعلمين أو الوالدين حيث عدم الشعور بالطمأنينة والارتياح، ومن ثم اللجوء للعزلة والانسحاب (الشريبي، 2001، 93)، (عبدالمعطي، 2001، 347).

• الخوف من الآخرين: ويعد من أحد الأسباب المؤدية للإنسحاب، حيث يهرب الأطفال وينسحبون من التفاعل الاجتماعي طلباً للأمان وذلك بعدم إشتراكهم في الأنشطة واللعب بسبب الخوف والخجل من الآخرين مما يضرهم إلى الانسحاب والانعزال عن الآخرين (الشريبي و صادق، 2000، 341).

٣ العوامل الأسرية: حيث يرجع السلوك الانسحابي إلي بعض العوامل الأسرية التي تتمثل في:

رفض الوالدين لطفلهما، و قسوة الأب علي أطفاله، والتهديد المستمر للطفل، مخاوف الأم (علي، 2012، 186).

وقد توصلت نتائج دراسة أبو العينين ( 2007 ) إلي أن أساليب المعاملة الوالدية لها أثر كبير في إحداث السلوك الانسحابي، كما وجد ارتباط شديد الصلة بين المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة والسلوك الانسحابي لدي الأطفال.

مما سبق يمكن القول بأنه يمكن تحديد نزعة الفرد إلي الانعزال والانسحاب من خلال تفاعله مع الآخرين، فالسلوك الإنطوائي إذا أصبح قائماً علي أساس من الخوف فإنه يشير إلي تكيف سيء يدعي بالسلوك الانسحابي.

### السلوك الانسحابي لدي الأطفال المتعلمين:

إن الطفل المتعلم يجاهد نفسه لستر مظاهر هذا الاضطراب ليخفيه عن الآخرين بما يعاني من مشاعر النقص وأحاسيس التأخر عن الأقران، لذا فينطوي علي نفسه بالامه ويتجنب الحديث أمام الآخرين، وذلك من جراء ما يعانيه من قلق وخوف وحزن وخجل وشعور بالدونية ويلجأ إلي السلوك الانسحابي.



فالطفل الذي لا يستطيع التعبير عن نفسه واما يدور بينه وبين الآخرين والتواصل معهم بسبب اضطراب نطقه قد يؤدي به إلى العديد من المشكلات النفسية والسلوكية نتيجة ما يعانيه من اضطراب النطق والتي منها: الخجل والإحباط والإنطواء أو السلوك العدواني تجاه الآخرين أو السلوك الانسحابي أو النشاط الزائد، وذلك لما يتعرض له الطفل من سخرية وإستهزاء من الأطفال الآخرين (Demirel,2010,64).

ويعاني الشخص الانطوائي والانسحابي من أحياناً من صعوبات في الكلام عند التحدث مع الآخرين مثل الفأفة أو بطء الكلام أو التردد فيه، كما يجد صعوبة في الإنسجام مع الآخرين، مع تكوين علاقات مع من هم أصغر منه سناً، مما يؤدي إلى مشكلات عديدة كالإكتئاب وقلة الحماسة، وبالتالي يقلل القدرة والكفاءة علي الدراسة والعمل (أبو النصر، 2005، 66).

وقد اهتمت بعض الدراسات بتقديم تدخلات علاجية للمتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي، حيث هدفت دراسة علي (2017) إلى البحث عن فاعلية برنامج تدريبي لخفض التلعثم في تحسين الطلاقة اللغوية وخفض السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال عددهم (11) طفلاً وطفلة تم تقسيمهم إلى ( 5 ) أطفال مجموعة تجريبية، و ( 6 ) أطفال مجموعة ضابطة أعمارهم ما بين 6-13 عاماً، وقد تم استخدام مقياس ستانفورد بينيه ومقياس اضطراب التلعثم ومقياس مهارات الطلاقة اللغوية ومقياس السلوك الانسحابي والبرنامج التدريبي، وقد أشارت النتائج إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسات المتكررة لصالح البرنامج في القياسات التنازلية للتلعثم و السلوك الانسحابي و لصالح القياسات التصاعدية في الطلاقة اللغوية، كما توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وأيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (1) والتتبعي ( 2 ) لصالح القياس البعدي. كما أوصت الدراسة بأهمية التشخيص والعلاج المبكر لاضطراب التلعثم مع تنوع البرامج التدريبية المقدمة لتلك الفئة.





كما توصلت نتائج دراسة حسن ( 2014 ) إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في اضطرابات النطق وأبعاده والسلوك الانسحابي وأبعاده لدي المجموعة التجريبية لصالح البعدي، وأيضاً وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المقاييس السابقة لصالح التجريبية، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبقي في المقاييس السابقة. مما سبق عرضه من دراسات سابقة يتضح أن الأطفال المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي يتصفون بالتحفظ في تعاملاتهم بالآخرين ويترددون في الالتزام بمعظم المهام ويميلون إلي الحديث بصوت منخفض بسبب ما يعانون من تلعثم من حيث التكرار والإطالة والأعرض المصاحبة لذلك، مما يزيد من خجلهم ويعمق من مظاهر وأنماط إنسحابهم.

وبناءً علي ذلك يتضح أن السلوك الانسحابي يؤثر سلباً علي الفرد والمجتمع وخاصةً عندما يكون هذا الفرد يعاني من مشكلة واضطراب كالتلعثم الذي يزيد بدوره من سلوكه الانسحابي، مما يستدعي التدخل بتقديم برامج إرشادية علاجية لتخفيف حدة السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.

#### التدخل العلاجي لخفض السلوك الانسحابي:

يشير الأمازي ( 2012، 50 ) إلي أن استخدام التعليمات والحث علي الاندماج ولعب الدور والتغذية الراجعة مع الإستعانة بالرفاق تساعد الطفل المنسحب علي التفاعل الاجتماعي، كما أن الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية من أفضل الأساليب الإيجابية في العلاج. كما أن النمذجة لها دور كبير في التقليل من حدة السلوك الانسحابي لدي أطفال ما قبل المدرسة وذلك ما توصلت إليه نتائج دراسة أدامو وآخرون Adamo & etal (2015). في حين تشير دراسة Volter (2004) إلي تأثير اللعب في خفض السلوك السلبي لدي ثلاث مجموعات من الأطفال وكل مجموعة تكونت من ( 20 ) طفلاً وطفلة في مرحلة ما قبل المدرسة، تكونت المجموعة الأولى من أطفال يعانون من القلق



والانسحاب، والثانية تعاني من الغضب والعنوانية، بينما المجموعة الثالثة لا تعاني من أي مشاكل إجتماعية.

ولقد تناولت بعض الدراسات أنواع مختلفة مختلفة من التدخلات العلاجية وذلك كما في دراسة كوبر Kopper (2000) التي توصلت إلي فاعلية الإرشاد الجمعي لدي (80) طالباً من طلبة المدارس الذين يعانون من العزلة. ودراسة ريف Reeve (2001) التي إستهدفت تطبيق برنامج إرشادي لعلاج السلوك الانسحابي والعزلة الاجتماعية لدي (23) طفلاً وطفلة، باستخدام استراتيجيات مختلفة لزيادة السلوك الإيجابي المساند للأطفال ومستخدماً التعزيز الاجتماعي، وتوصلت الدراسة إلي إكتساب الأطفال سلوكيات اللعب الجماعي والتعاون والبعد عن العزلة والانسحاب والأحلام الخيالية لديهم. كما توصلت نتائج دراسة بيرري وريتشارد Perri & Richard (2009) إلي فاعلية التدريب علي الضبط الذاتي لخفض المستوي الخجل لدي طلبة المستوي العاشر.

في حين توصلت نتائج دراسة الكريمين ( 2010 ) إلي فاعلية برنامج علاجي يستند إلي اللعب للحد من السلوك الانسحابي وتحسين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدي (224) من طلبة المرحلة الأساسية، مقسمين إلي ( 112 ) تجريبية وضابطة من الذكور ومثلها من الإناث، وتم استخدام مقياس السلوك الانسحابي، ومقياس مفهوم الذات، ومقياس التكيف الاجتماعي، وبرنامج علاجي يستند إلي اللعب الجماعي.

وأكدت أيضاً دراسة حامد ( 2014 ) علي فاعلية الارشاد باللعب في تخفيف السلوك الانسحابي لدي عينة من أطفال المرحلة الابتدائية لدي عينة من مكونة من ( 10 ) أطفال في المرحلة العمرية من ( 6 - 11 ) عاماً ممن يعانون من السلوك الانسحابي، وتوصلت النتائج إلي التأثير الإيجابي للبرنامج في التخفيف من حدة السلوكيات الإنسحابية لدي الأطفال لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، ومدى إستمرارية فاعلية البرنامج بعد الانتهاء من التطبيق بشهرين علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي. كما توصلت نتائج دراسة حسن ( 2014 ) إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في إضطرابات النطق وأبعاده والسلوك الإنسحابي وأبعاده لدي المجموعة التجريبية لصالح البعدي، وأيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين

التجريبية والضابطة في المقاييس السابقة لصالح التجريبية، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في المقاييس السابقة.

وتهدف أيضاً دراسة صابر ( 2015 ) إلي التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض السلوك الانسحابي وتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال الذاتويين، بلغ عددهم ( 20 ) طفل وطفلة ممن تراوحت أعمارهم ما بين ( 3-7 ) سنوات، وقد أشارت النتائج إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياسي المهارات الاجتماعية والسلوك الانسحابي قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وكذلك إستمرارية أثر البرنامج في تحسين المهارات التي اكتسبها أطفال المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة.

بينما هدفت دراسة أحمد ( 2016 ) إلي التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي لخفض بعض إضطرابات النطق وأثره في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي في إضطرابات النطق والسلوك الانسحابي وأبعادهم لدي المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في متغيرات الدراسة.

في حين أشارت نتائج دراسة دهيس ( 2016 ) إلي فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم علي الألعاب التعليمية الالكترونية في تعديل بعض المشكلات السلوكية كالسلوك الانسحابي وزيادة التفاعل الاجتماعي لدي ( 20 ) تلميذ من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي ممن تبلغ أعمارهم ما بين ( 9-12 ) عاماً.

وقد توصلت نتائج دراسة علي ( 2017 ) إلي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسات المتكررة لصالح البرنامج في القياسات التنازلية للتلعثم والسلوك الانسحابي ولصالح القياسات التصاعدي في الطلاقة اللغوية، كما توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي



والبعدي لصالح القياس البعدي، وأيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (1) والتتبعي (2) لصالح القياس البعدي، كما أوصت الدراسة بأهمية التشخيص والعلاج المبكر لاضطراب التلعثم مع تنوع البرامج التدريبية المقدمة لتلك الفئة.

كما أكدت نتائج دراسة عماره (2017) علي فعالية برنامج إرشادي تكاملي للحد من السلوك الانسحابي لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتكونت العينة من (12) طفلاً مقسمين إلي مجموعتين تجريبية وضابطة، كما اعتمدت علي المنهج التجريبي، وتوصلت النتائج إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس السلوك الانسحابي.

أما دراسة عقل (2013) فقد هدفت لقياس فاعلية برنامج تخاطبي في علاج التلعثم وأثره في تنمية الأمن النفسي لدي أطفال المرحلة الابتدائية وعددهم (10) أطفال، وتوصلت النتائج لتحقيق فروض الدراسة في فاعلية البرنامج التخاطبي في علاج التلعثم وزيادة مستوي الأمن النفسي لدي أطفال المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي.

من مجمل الدراسات السابقة التي تم عرضها سابقاً يتضح تعدد التدخلات العلاجية المقدمة للأطفال ذوي السلوك الانسحابي لخفض حدة أعراض هذه المشكلة السلوكية من خجل وخوف وإنعزال وإنطواء إلي غير ذلك من أعراض، مما دعا الحاجة إلي تقديم التدخل العلاجي لفئة الأطفال عينة البحث الحالي من ذوي السلوك الانسحابي.

### العلاج بالواقع لخفض حدة السلوك الانسحابي:

اهتمت بعض الدراسات بفنيات العلاج بالواقع لخفض حدة بعض الاضطرابات والمشكلات السلوكية والنفسية وذلك كما في دراسة سعيد (2001) التي هدفت إلى التحقق



من فاعلية أسلوب العلاج الواقعي في خفض الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة في بغداد، وتكونت العينة من ( ٢٤ ) طالباً قسموا على مجموعتين متساويتين تلقت المجموعة التجريبية تدريباً على أسلوب العلاج الواقعي، أما المجموعة الضابطة فلم تتلقَ أي نوع من التدريبات، قام الباحث بأعداد أداتين (مقياس الشعور بالخجل، والبرنامج الارشادي)، تم تطبيق البرنامج الارشادي بواقع ( ١٤ ) جلسة، مدة الجلسة الواحدة ( ٤٥ ) دقيقة، وبواقع جلستين في الأسبوع، وتوصلت النتائج إلى فاعلية العلاج الواقعي في خفض مستوى الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة. وهدفت دراسة ليجورن و آخرون Legorn& etal (2003) إلى تقدير فاعلية العلاج الواقعي مع الرهاب الاجتماعي في ضوء مقارنته بالعلاج المعرفي السلوكي، لعينة مكونة من ( 36 ) مريض، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين (أ) وعددهم (18) تعرضوا لبرنامج العلاج الواقعي، والمجموعة (ب) وعددهم (18) تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وأظهرت النتائج تحسن كلا المجموعتين غير أن مجموعة العلاج الواقعي أظهرت إنخفاضاً ملحوظاً في مستوى الرهاب الاجتماعي أكثر من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي. أما دراسة باسارو وآخرون Passaro& etal (2004) فقد هدفت إلى التأكد من فاعلية العلاج الواقعي وغرفة المساندة في علاج الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية لعينة (10) من الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتي منها النشاط الزائد ونقص الانتباه والعناد والتحدي والعدوان، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج الواقعي في علاج هذه الاضطرابات.

كما هدفت دراسة الجميلي (2007) إلى التعرف على أثر العلاج الواقعي في خفض قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وبدلالة احصائية بلغت ( ٠,٠٥ ) ولصالح المجموعة التجريبية بعد تلقي أفرادها التدريب على أسلوب العلاج الواقعي.

بينما توصلت الباحثة لدراسة واحدة استخدمت العلاج بالواقع للخفض من حدة السلوك الانسحابي وهي دراسة علي ( 2012 ) التي هدفت إلى بيان فاعلية برنامج للعلاج الواقعي في خفض السلوك الانسحابي لدى عينة من المراهقين المكفوفين، واستخدم الباحث



المنهج التجريبي، علي عينة قوامها ( 16 ) طالباً من المكفوفين قسموا بالتساوي إلي مجموعتين تجريبية وضابطة، وتراوحت أعمارهم ما بين ( 17-18 ) عام من المراهقين المكفوفين، واستخدم الباحث مقياس السلوك الانسحابي وبرنامج العلاج بالواقع، وتمت معالجة البيانات إحصائياً باختبار مان ويتني ومعامل ارتباط بيرسون، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل و بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي.

من خلال استعراض الإطار النظري والدراسات السابقة يتضح مدي تأثير التلثم علي الطفل بشكل عام وما له من آثار نفسية تنعكس علي السلوك الظاهري للطفل بدرجات متفاوتة بداية من العدوان ووصولاً إلي الإنسحاب.

### فروض البحث:

في ضوء الإطار النظري وما أسفرت عنه الدراسات السابقة من نتائج تمت صياغة فروض البحث كالتالي:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين التلثم والسلوك الانسحابي لدي الأطفال عينة البحث.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس التلثم لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس التلثم لصالح القياس البعدي.



- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي ( بعد شهر من إنتهاء التطبيق ) علي مقياس السلوك الانسحابي.

### الخطوات الإجرائية للبحث:

#### منهج البحث:

اعتمدت الباحثة علي المنهج شبه التجريبي، حيث تم استخدام التصميم التجريبي لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخري ضابطة، باستخدام القياس القبلي والبعدي للمجموعتين ثم القياس التتبعي للمجموعة التجريبية وذلك لمعرفة مدي فاعليته، حيث أن متغيرات البحث هي:

المتغير المستقل: هو برنامج العلاج بالواقع، والمتغير التابع: هو السلوك

الانسحابي والتلعثم لدي الأطفال، والمتغيرات الوسيطة: هي العمر والذكاء.

قامت الباحثة بمراعاة بعض المعايير أثناء اختيارها لعينة البحث والتي منها: عدم

وجود أي إعاقات بدنية أو صعوبات في التعلم، وعدم وجود أي مشاكل أخري في النطق

أوالنمو اللغوي تكون متزامنة مع التلعثم، مع عدم وجود أي مشاكل في السمع، وألا يكون

هناك برامج تدخلية أخري لنفس العينة.

وقد تم إجراء قياس قبلي لاختيار عينة الدراسة، وانطبقت الشروط علي ( 12 ) من

الأطفال المتلعثمين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (5- 7) سنوات.

وتم تطبيق مقياس الذكاء، وإجراء التكافؤ وتقسيم عينة البحث إلي مجموعتين:

الأولي تجريبية وعددها (6) أطفال، والثانية ضابطة وعددها (6) أطفال.

#### عينة البحث:

#### أ - العينة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس التلعثم في صورته الأولية علي العينة الاستطلاعية

للتعرف علي مدي ملائمة البنود للتطبيق علي أطفال هذه المرحلة العمرية، ومدي

مناسبتها للكشف عن التلعثم لدي الأطفال، حيث تم اختيار أطفال من الذين يعانون من



التلعثم واللججة من الأطفال المترددين علي بعض مراكز التخاطب بمدينة اسيوط ( \* )، وذلك بناءً علي التقارير الواردة من المختصين في هذا المجال بواقع ( 32 ) طفلاً وطفلة ممن يعانون من المشكلة وبمتوسط عمري (6.7) عاماً، وقد إستفادت الباحثة من التطبيق علي العينة الاستطلاعية في التعرف علي مدي ملائمة البنود علي الأطفال ومدي أهميتها وإستيفائها لتشخيص هذه الفئة من أطفال الروضة، مع ضرورة التطبيق الفردي علي الأطفال من قبل المختصين، وكذلك بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث (الصدق - الثبات )، ولإتاحة الفرصة لتطبيق وحدات البرنامج وفقاً لما هو مخطط لها زمنياً ومكانياً علي العينة النهائية.

#### ب - العينة الأساسية:

وتكونت عينة البحث النهائية من ( 12 ) طفلاً وطفلة، اشتملت المجموعة التجريبية علي (6) أطفال منهم (3) ذكور و(3) إناث، أما المجموعة الضابطة فتكونت من (6) أطفال منهم (2) ذكور و(4) إناث.

وقد تم إجراء مجموعة من الخطوات المتتالية للوصول إلي العينة النهائية كما يلي:

- أختيرت العينة الأساسية من بين ( 45 ) طفلاً وطفلة بالمستويين الأول والثاني مرشحين من قبل معلمهم بأنهم يعانون من مشكلات واضطرابات في النطق والكلام وهؤلاء الأطفال من أربعة روضات بمدينة اسيوط، حيث تم تطبيق مقياس التلعثم عليهم بمعاونة معلمة الفصل والأخصائي النفسي بالروضة، كما تم الاستعانة ببعض الخبراء (\*\*).

وقد تم التوصل لتشخيص ( 18 ) طفلاً وطفلة من بينهم من ذوي التلعثم أي ممن حصلوا علي أعلى الدرجات في مقياس التلعثم وذلك بإتفاق الملاحظين فيما بينهم علي التشخيص. ويوضح الجدول (1) توزيع أطفال العينة الأساسية ومتوسط العمر الزمني لديهم:

\* أختيرت العينة الاستطلاعية من بعض المراكز: مركز Yes I Can، وجمعية أصدقاء أحمد بهاء الدين ( مركز التدخل المبكر و التأهيل المجتمعي )، ومركز حق الحياة، و مركز العد المشرف.

\*\* تم الإستعانة بانثن من الخبراء اللاتي يعملن لدي مراكز التربية الخاصة والتخاطب.





جدول (1): توزيع أطفال العينة الأساسية ومتوسط العمر الزمني

العمر الزمني	العدد الكلي	روضة الرسمية المتميزة بأسويوط	روضة الجامعة بأسويوط	روضة الفاروق بأسويوط	روضة دار حراء بأسويوط	الروضة المستوى	الانحراف المعياري
							المتوسط
1.22	5.31	26	8	6	5	7	kg1
1.37	6.46	19	4	3	8	4	kg2
1.66	5.84	45	12	9	13	11	العدد الكلي

- تم تطبيق بطاقة ملاحظة السلوك الانسحابي علي الأطفال المتلعثمين للتعرف علي مَن يعاني من هذه المشكلة مما تزيد من مشكلة التلعثم لديهم، وقد تم إستبعاد ستة أطفال من بين (18) طفلاً وطفلة كانوا يعانون من مشكلات أخرى وهي العدوان والنشاط الزائد ولا يعانون من السلوك الانسحابي (بنتان وأربعة ذكور)، لتصبح العينة ( 12 ) طفلاً وطفلة من المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي.

- تم تقسيم العينة النهائية إلي مجموعتين إحداهما المجموعة التجريبية وعددها ( 6 ) أطفال منهم (3) ذكور و( 3 ) إناث، والأخري المجموعة الضابطة والتي تكونت من ( 6 ) أطفال منهم (2) ذكور و(4) إناث. ويوضح الجدول (2) توزيع أفراد العينة:

جدول رقم (2): توزيع أفراد المجموعة التجريبية والضابطة

مجموعتا الدراسة	الذكور	الإناث	العدد الكلي
المجموعة التجريبية	3	3	6
المجموعة الضابطة	2	4	6
العدد الكلي	5	7	12



جدول (3): توزيع أطفال العينة النهائية ( التجريبية و الضابطة ) علي الروضات

العدد الكلي	روضة الانتصار التجريبية بأسيوط	روضة الجامعة بأسيوط	روضة الفاروق بأسيوط	روضة دار حراء بأسيوط	الروضة / المستوى
7	2	2	1	2	kg1
5	1	0	3	1	kg2
12	3	2	4	3	العدد الكلي

- كما تم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين من حيث: العمر الزمني، ومستوي الذكاء، ومستوي التلعثم، ومستوي السلوك الإنسحابي.

تكافؤ مجموعتي البحث:

قامت الباحثة بالتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي وذلك من حيث كلاً من العمر الزمني، ومستوي الذكاء، ومستوي التلعثم، ومستوي السلوك الانسحابي، وتم استخدام اختبار مان ويتي ( Mann-Whitney ) للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين وقد جاءت النتائج علي النحو التالي:

• من حيث العمر الزمني:

للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني تم استخدام اختبار مان- ويتي للعينات المستقلة وفيما يلي جدول ( 4 ) يوضح نتائج هذا الاختبار:

جدول (4): التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني

قيمة "z"	المجموعة الضابطة قبلي			المجموعة التجريبية قبلي			المتغير
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.754	133	11.04	6	121	10.12	6	العمر الزمني

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة "z" غير دالة احصائياً مما يدل على التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر الزمني، وقد بلغ المتوسط الحسابي



لسن المجموعة التجريبية 5.88 بانحراف معياري قدره 0.62، بينما بلغ المتوسط الحسابي  
لسن المجموعة الضابطة 5.67 بانحراف معياري قدره 0.57.

• من حيث مستوى الذكاء:

يوضح الجدول التالي رقم (5) نتائج تكافؤ المجموعتين في درجات الذكاء:

جدول (5): يوضح تكافؤ أفراد العينة في متغير الذكاء

قيمة "z"	المجموعة الضابطة قبلي			المجموعة التجريبية قبلي			المتغير
	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.877	88.00	10.04	6	81.00	9.65	6	الذكاء

ويتضح من الجدول السابق أن قيمة "z" غير دالة احصائياً مما يدل على التكافؤ  
بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الذكاء، وقد بلغ المتوسط الحسابي لذكاء  
المجموعة التجريبية 14.63 بانحراف معياري قدره 1.22، بينما بلغ المتوسط الحسابي  
لذكاء المجموعة الضابطة 15.08 بانحراف معياري قدره 1.56، مما يدل على أن عينة  
البحث متكافئة من حيث درجة الذكاء.

• من حيث مستوى التلعثم:

للتحقق من التكافؤ بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق  
القبلي لمقياس التلعثم تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجاتهم في  
التطبيق القبلي على مقياس التلعثم لأطفال الروضة:



جدول (6): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس التلعثم لدي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج

المجموعة الضابطة قبلي ن=6		المجموعة التجريبية قبلي ن=6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
3.007	83.304	5.657	81.530	تكرار التلعثم
3.025	58.222	3.205	55.362	الحركات اللارادية والأصوات المصاحبة
4.031	50.036	2.715	56.167	طول التلعثم
5.244	231.66	5.468	238.50	الدرجة الكلية للمقياس

وقد تم استخدام اختبار مان- ويتني للعينات المستقلة للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس التلعثم لطفل الروضة، وفيما يلي جدول (7) يوضح النتائج كما يلي:

جدول (7): نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي أبعاد مقياس التلعثم والمجموع الكلي

الدالة	Z	U	الضابطة (ن=6)		التجريبية (ن=6)		الأبعاد	م
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
غير دالة	0.326 -	15.00	27	4.50	21	3.50	تكرار التلعثم	1
غير دالة	0.466 -	13.05	24	4.00	21	3.50	الحركات اللارادية والأصوات المصاحبة	2
غير دالة	0.089 -	15.00	27	3.50	21	3.50	طول التلعثم	3
غير دالة	0.354 -	14.50	27	4.00	21	3.50	الدرجة الكلية للمقياس	



ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس التلعثم وأبعاده حيث كانت جميع قيم " Z " غير دالة إحصائياً مما يدل على تحقق التكافؤ بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي.

• من حيث مستوي السلوك الانسحابي:

للتحقق من التكافؤ بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس السلوك الانسحابي تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجاتهم في التطبيق القبلي على مقياس السلوك الانسحابي:

جدول (8): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس السلوك الانسحابي

لدى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج

المجموعة الضابطة قبلي ن = 6		المجموعة التجريبية قبلي ن = 6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
1.146	16.224	1.032	15.676	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة
0.854	16.011	1.211	18.066	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة
1.074	17.055	1.471	16.706	علاقات الطفل داخل المنزل
3.056	61.85	2.258	62.52	الدرجة الكلية للمقياس

وقد تم استخدام اختبار مان-ويتني للعينات المستقلة للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس السلوك الانسحابي لطفل الروضة وفيما يلي جدول (9) يوضح النتائج :



جدول (9): نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي والمجموع الكلي

الدالة	Z	U	الضابطة قبلي (ن = 6)		التجريبية قبلي (ن = 6)		الأبعاد	م
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
غير دالة	0.249	16.50	40.50	6.75	37.50	6.25	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	1
غير دالة	0.489	17.00	37.50	6.19	34.05	6.63	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	2
غير دالة	0.081	17.50	38.50	6.40	39.50	6.58	علاقات الطفل داخل المنزل	3
غير دالة	0.327	16.00	37.00	6.17	41.00	6.83	المجموع الكلي	

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس السلوك الانسحابي وأبعاده حيث كانت جميع قيم " Z " غير دالة إحصائياً مما يدل على تحقق التكافؤ بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي.

### أدوات البحث:

تمثلت أدوات البحث في الأدوات التالية:

أولاً: مقياس التلعثم لأطفال الروضة: إعداد/ الباحثة.

قامت الباحثة في البحث الحالي بإعداد هذا المقياس لأطفال الروضة، حيث توجد ندرة في توافر مثل هذه الأداة - في حدود علم الباحثة - لهذه المرحلة العمرية.



### الهدف من المقياس:

يهدف هذا المقياس إلي تحديد درجة وشدة وطبيعة التلعثم لدى أطفال الروضة، من خلال أبعاد المقياس التي تم تحديدها في البحث الحالي.

### وصف المقياس:

يتكون المقياس من نموذج الاختبار والتصحيح والمواد المستخدمة وهي الصور، ويحتوي في صورته النهائية من ثلاثة أبعاد أساسية وهي بعد تكرار التلعثم، وبعد طول التلعثم، وبعد الحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم، وقد ترجمت الباحثة هذه الأبعاد الأساسية إلي بعض الأنماط التي تساعد علي قياس هذه الأبعاد والتي ضمت تحت بعد تكرار التلعثم {أ} وصف مواقف حرة و {ب} التعرف علي الصور و {ج} وصف مواقف مصورة، وبعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم، وبعد طول التلعثم.

### خطوات بناء المقياس:

مر إعداد المقياس بالخطوات التالية:

- إجراء مسح للبحوث والدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بالبحث الحالي، والاطلاع علي الكتابات النظرية والتراث السيكولوجي الخاص باضطراب التلعثم لدي الأطفال.

- الاطلاع علي بعض المقاييس ذات الصلة باضطراب التلعثم لدي الأطفال، والتعرف علي طرق الإعداد والتصميم، حيث إستفادت الباحثة من هذه المقاييس في التعرف علي الأبعاد الأساسية لتصميم المقياس وإعداد عباراته بما يتناسب مع طفل الروضة. ومن المقاييس التي اضطلعت عليها الباحثة ما يلي:

- اختبار شدة التلعثم " النسخة العربية " ( إعداد/ نهلة عبد العزيز ، 2001).
- مقياس التلعثم لدي الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة ( إعداد/ محمود عبد الرسول، 2007).
- مقياس تشخيص اللججة لدي الأطفال ( إعداد/ السيد يس ، 2008).



• مقياس تشخيص اضطرابات اللغة و الكلام (إعداد/ فيوليت فؤاد وعبد الستار شعبان، 2008).

• مقياس التلعثم لدي الأطفال المعاقين عقلياً (إعداد/ عبدالعزيز عبدالعزيز وآخرون، 2016).

- بعد تحديد الهدف من المقياس وأبعاده، تم تصميم البنود التي تتناسب مع التعريف الإجرائي للأبعاد، وبصورة قابلة للقياس، حيث تضمن البعد الأول: (أ) 10 مواقف حرة، و (ب) 17 موقف للتعرف علي الصور، و (ج) 15 موقف من المواقف المصورة، كما تضمن البعد الثاني: 20 بنداً، أما البعد الثالث: فهو متضمن في جميع البنود السابقة.

- قامت الباحثة بإعداد المقياس في صورته الأولية، والذي تضمن ثلاثة أبعاد أساسية، وقد تم عرضه علي السادة المحكمين وعددهم ( 12 ) محكم من الأساتذة والأساتذة المساعدين في مجال الطفولة والتربية الخاصة والصحة النفسية والخبراء في مجال التخاطب (ملحق 1)، و ذلك لإبداء الرأي في عبارات المقياس وأبعاده من حيث: مدي مناسبة البنود للمرحلة العمرية، ومدي مناسبة البنود للأبعاد المذكورة، مع إضافة أو حذف أو تعديل البنود التي تحتاج لذلك. وقد أسفر رأي السادة المحكمين عن بعض التعديلات التي رأت الباحثة مدي أهميتها لتصبح أكثر إرتباطاً بالأبعاد ولتكون أكثر إجرائية وقابلة للقياس، فقد إتفق السادة المحكمين علي حذف صورتين من البعد الأول (ب) وهما رقما 20 الصورة (10) كراسة، 23 الصورة (13) موتوسيكل، نظراً لعدم وضوحهما وتشابههما مع بنود أخرى، وإضافة 4 بنود في البعد الثاني لتصبح 24 بنداً.

- قامت الباحثة بتطبيق المقياس في صورته الأولية (ملحق 2) علي عينة إستطلاعية للتعرف علي مدي ملائمة البنود للتطبيق علي أطفال هذه المرحلة العمرية، و مدي مناسبتها للكشف عن التلعثم لدي الأطفال، حيث تم اختيار أطفال من الذين يعانون من التلعثم واللججة من الأطفال المترددين علي بعض مراكز التخاطب بمدينة اسيوط وذلك بناءً علي التقارير الواردة من المختصين في هذا المجال بواقع (30) طفلاً وطفلة





ممن يعانون من المشكلة، وقد إستفادت الباحثة من التطبيق علي العينة الاستطلاعية في التعرف علي مدي ملائمة البنود علي الأطفال ومدي أهميتها وإستيفائها لتشخيص هذه الفئة من أطفال الروضة، مع ضرورة التطبيق الفردي علي الأطفال من قبل المختصين.

### تطبيق المقياس و تصحيحه:

- يطلب من المتلعثم وصف بعض المواقف الحرة، والتعرف علي بعض الصور ونطق ما بالصورة، وكذلك وصف بعض المواقف المصورة التي تتضمن مجموعة من الأحداث المتنوعة وأخري متسلسلة، حيث يتم عرض صورة تلو الأخرى وإتاحة الفرصة للطفل للتركيز والتمعن فيها وإستيعابها جيداً، ثم يبدأ في وصفها، ويمكن مساعدة الطفل في الاسترسال بالتكلم ببعض الأسئلة التوضيحية، مع ضرورة تسجيل كل ما يقوله الطفل.
- تتابع الباحثة كلام الطفل في النموذج المعد لذلك لملاحظة تكرار حدوث التلعثم لديه وذلك بوضع ( - ) لكل كلمة ليس بها تلعثم في مربع ووضع ( / ) لكل كلمة بها تلعثم أيضاً في مربع، حيث يراعي تكملة كل المربعات الصغيرة (150) مربع لكل جزء في المقياس وهي الأجزاء أ، ب، ج، حيث يمكن استخدام بعض (المواقف أو الصور) أوكلها لملا كل المربعات الصغيرة.
- ينبغي التركيز علي أن التكرار في المقطع من الكلمة أو الإطالة الصامتة أو المسموعة في الكلمة أو المقطع يعتبر تلعثم، كما أن الوقفة بداخل الكلمة الواحدة أيضاً تلعثم، هذا بالإضافة إلي أنه إذا تلعثم الطفل في حرف العطف " و" والكلمة التي تليها يعتبر تلعثماً ويأخذ مربعاً واحداً، وبعد الصمت قبل الكلمة وإن كان معه محاولات بدون صوت لنطق الكلمة اضطراب في التنفس تلعثماً في النطق.
- يراعي أن الكلمات التي يكررها الطفل ببطئ أو تكرار الكلمة ذات الأكثر من مقطع واحد أو تكرار العبارة أو الجملة فهذا لا يعتبر تلعثم لأنه قد يكون ناتجاً عن التفكير فيما يليه من كلمات، لذا يظهر التلعثم إن وُجد في الكلمة التي تلي هذا البطء في الكلمات الأولى.



- يتم حساب النسبة المئوية لعدد الكلمات المتلغثة التي تحمل العلامة ( / ) من جدول المربعات الصغيرة (150) مربعاً، بحيث يتم تجاهل أول صف وآخر صف نظراً لتدخل عوامل نفسية وجسدية كالخوف والقلق والتوتر والخجل في أول صف وكذلك التعب والقلق والتوتر في آخر صف، لذا تصبح النسبة المئوية علي ( 100 ) مربع، و يكتب الرقم بذلك في المربع الخاص بالجدول و يكون هذا الرقم النسبة المئوية، حيث يتم الرجوع إلي جداول تكرار التلغثم (أ)، (ب)، (ج) و يحسب متوسط الدرجة وتحويلها إلي نسبة تقديرية لمستوي التلغثم حسبما يتضح في الجدول التقديري (أ) في المقياس.
- يتم حساب بعد طول التلغثم بحصر أطول ثلاث فترات للتلغثم علي طول ( 150 ) كلمة سابقة الذكر في بعد التكرار، ومن ثم حساب المتوسط لهم وتحويله إلي درجة تقديرية تمثل مستوي الشدة للتلغثم، ويتضح في الجدول التقديري (ب) في المقياس.
- يتم أيضاً حساب مستوي التلغثم من خلال البعد الثالث وهو الحركات والأصوات المصاحبة، وذلك من خلال مراقبة الطفل أثناء الكلام والتعبير عن المواقف والصور، وبناءً علي ذلك يتم تحديد درجة الشدة التي يعاني منها الطفل، وأيضاً بناءً علي إتفاق الملاحظين ( إستعانت الباحثة في التشخيص بمعلمة الفصل و الأخصائي النفسي بالروضة بالإضافة لبعض الخبراء المختصين).
- تصبح أعلي درجة للمقياس يمكن أن يصل إليها المتلغثم في المجموع الكلي للأبعاد (256) وأقل درجة (64) وعدم وجود التلغثم (0).
- تم عرض المقياس في صورته الأولية علي عدد من السادة المحكمين (ملحق 1) للوصول إلي التعديلات الملائمة والتي تصل بالمقياس إلي صورته النهائية (ملحق 3).

#### التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من الصدق والثبات للمقياس، وذلك من حيث:

أولاً: صدق المقياس:

تم حساب الصدق بالطرق التالية:



### ١ صدق المحكمين:

تم حساب الصدق بعرض المقياس علي مجموعة من السادة أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال الطفولة والتربية الخاصة والصحة النفسية والخبراء في مجال التخاطب وعددهم ( 12)، وبناءً علي توجيهاتهم تم إضافة بعض البنود وحذف البعض، والجدول التالي يوضح معاملات الإتفاق بين المحكمين لبنود المقياس.

جدول (10): معاملات الإتفاق بين المحكمين علي بنود مقياس

التلعثم لأطفال الروضة (ن = 12)

رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق
1	12	%100	14	11	%92	27	11	%92	53	12	%100	40	12	%100
2	11	%92	15	11	%92	28	11	%92	54	12	%100	41	12	%92
3	12	%100	16	12	%100	29	11	%92	55	11	%92	42	12	%100
4	12	%100	17	12	%100	30	10	%83	56	12	%100	43	11	%92
5	12	%100	18	10	%83	31	12	%100	57	12	%100	44	12	%100
6	11	%92	19	12	%100	32	12	%100	58	12	%100	45	12	%100
7	10	%83	20	4	%33	33	11	%92	59	12	%83	46	10	%92
8	12	%100	21	12	%100	34	12	%100	60	10	%83	47	12	%100
9	12	%100	22	12	%100	35	12	%100	61	12	%100	48	11	%92
10	12	%100	23	3	%25	36	12	%100	62	12	%100	49	12	%100
11	11	%92	24	12	%100	37	11	%92				50	12	%100
12	12	%100	25	11	%92	38	12	%92				51	11	%92
13	12	%100	26	12	%100	39	12	%100				52	12	%100

يتضح من الجدول السابق أن نسب الإتفاق بين السادة المحكمين علي عبارات المقياس تراوحت ما بين 83% - 100% وهي نسب مقبولة، ولذا سوف يتم الإبقاء علي بنود المقياس بإستثناء البنود 20، 23 فلم تكن نسب الإتفاق مقبولة، لذا تم حذفهما.



## ٢-الصدق التلازمي (الصدق المرتبط بالمحك):

تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات العينة الاستطلاعية علي المقياس الحالي ودرجاتهم علي اختبار شدة التلغم (إعداد/ نهلة عبد العزيز، 2001) كمحك خارجي، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.794) وهي قيمة مرتفعة مما يدل علي صدق المقياس الحالي.

## ٣-صدق المحتوي:

للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط لدرجات البنود بالأبعاد وبالدرجة الكلية للمقياس ككل، ويمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال جداول الأبعاد كما يتضح من جدول (11)، (12)، (13).

## جدول (11): صدق المحتوي علي بنود البعد الأول ( تكرار التلغم أ، ب، ج )

لمقياس التلغم لأطفال الروضة (ن = 32)

البنود	الارتباط بالبعد	الكلية	الارتباط بالدرجة	البنود	الارتباط بالبعد	الكلية	الارتباط بالدرجة	البنود	الارتباط بالبعد	الكلية	الارتباط بالدرجة
1	**0.5	**0.447	11	**0.4	**0.521	21	**0.6	**0.650	31	**0.3	**0.518
2	**0.4	**0.425	12	**0.5	**0.551	22	**0.4	**0.439	32	**0.5	**0.569
3	**0.3	**0.534	13	**0.5	**0.615	23	**0.5	**0.392	33	**0.3	**0.383
4	**0.6	**0.553	14	**0.4	**0.482	24	**0.3	**0.472	34	**0.5	**0.492
5	**0.5	**0.437	15	**0.6	**0.644	25	**0.4	**0.395	35	**0.5	**0.594
6	**0.4	**0.375	16	**0.4	**0.490	26	**0.5	**0.419	36	**0.6	**0.555
7	**0.5	**0.469	17	**0.5	**0.510	27	**0.5	**0.662	37	**0.4	**0.482
8	**0.6	**0.562	18	**0.3	**0.405	28	**0.3	**0.451	38	**0.6	**0.684
9	**0.3	**0.402	19	**0.6	**0.531	29	**0.4	**0.645	39	**0.4	**0.498
10	**0.3	**0.355	20	**0.4	**0.494	30	**0.4	**0.482	40	**0.4	**0.551

\*\* دال عند 0,01



جدول (12): صدق المحتوى علي بنود البعد الثاني (بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم ) لمقياس التلعثم لأطفال الروضة (ن = 32)

الرتبة	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود
1	**0.586	**0.660	17	**0.561	**0.553	9	**0.506	**0.436	
2	**0.389	**0.442	18	**0.599	**0.545	10	**0.481	**0.577	
3	**0.492	**0.601	19	**0.533	**0.404	11	**0.470	**0.367	
4	**0.472	**0.423	20	**0.482	**0.461	12	**0.448	**0.387	
5	**0.495	**0.554	21	**0.504	**0.383	13	**0.538	**0.497	
6	**0.589	**0.627	22	**0.492	**0.414	14	**0.368	**0.345	
7	**0.532	**0.451	23	**0.510	**0.415	15	**0.421	**0.366	
8	**0.464	**0.372	24	**0.465	**0.539	16	**0.478	**0.595	

\*\* دال عند 0,01

جدول (13): صدق المحتوى علي بنود البعد الثالث(بعد طول التلعثم)

لمقياس التلعثم لأطفال الروضة (ن = 32)

البنود	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود	الارتباط الكلية بالدرجة	الارتباط بالبعد	البنود
1	**0.506	**0.37	49	**0.670	**0.55	33	**0.545	**0.51	17
2	**0.559	**0.42	50	**0.439	**0.48	34	**0.392	**0.49	18
3	**0.383	**0.40	51	**0.492	**0.60	35	**0.403	**0.38	19
4	**0.492	**0.48	52	**0.474	**0.38	36	**0.490	**0.48	20
5	**0.594	**0.50	53	**0.395	**0.41	37	**0.498	**0.41	21
6	**0.505	**0.55	54	**0.499	**0.50	38	**0.417	**0.52	22
7	**0.482	**0.40	55	**0.612	**0.53	39	**0.343	**0.40	23
8	**0.684	**0.64	56	**0.501	**0.45	40	**0.392	**0.47	24
9	**0.498	**0.41	57	**0.557	**0.45	41	**0.551	**0.50	25
10	**0.451	**0.39	58	**0.567	**0.30	42	**0.375	**0.30	26

الدرجة الكلية بالارتباط	الارتباط بالبعد	البنود	الدرجة الكلية بالارتباط	الارتباط بالبعد	البنود	الدرجة الكلية بالارتباط	الارتباط بالبعد	البنود	الدرجة الكلية بالارتباط	الارتباط بالبعد	البنود
**0.582	**0.44	59	**0.476	**0.58	43	**0.482	**0.33	27	**0.454	**0.44	11
**0.584	**0.44	60	**0.551	**0.42	44	**0.505	**0.54	28	**0.529	**0.44	12
**0.494	**0.42	61	**0.364	**0.53	45	**0.482	**0.40	29	**0.482	**0.40	13
**0.680	**0.60	62	**0.397	**0.30	46	**0.694	**0.60	30	**0.466	**0.34	14
**0.464	**0.52	63	**0.484	**0.50	47	**0.496	**0.43	31	**0.432	**0.49	15
**0.691	**0.60	64	**0.364	**0.42	48	**0.555	**0.61	32	**0.545	**0.53	16

\*\* دالة عند مستوي 0.01

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس،  
وجداول (14) يوضح هذه المعاملات:

جدول (14): معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

#### لمقياس التلثم لأطفال الروضة

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	أبعاد مقياس التلثم لطفل الروضة
**0.557	تكرار التلثم
**0.546	بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلثم
**0.489	طول التلثم

\*\* دالة عند مستوي 0.01

وبالاطلاع علي الجداول السابقة ( 11)، (12)، (13) يتضح أن بنود مقياس التلثم قد حققت معدلات إتساق موجبة، حيث أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01) والذي يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمقياس، كما يتضح أيضاً من جدول (14) أن الأبعاد تتسق مع المقياس ككل حيث كانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0,01) مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع أبعاد المقياس، وأنه بوجه عام صادق في قياس ما وضع لقياسه.



ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

١ - معامل ألفا كرونباخ:

وللإطمئنان قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ علي العينة الاستطلاعية وذلك كما يتضح في الجدول (15).

٢ - طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس علي أطفال العينة الاستطلاعية التي إشمئت علي (32) طفلاً وطفلة، ثم تم تصحيح المقياس وتجزئته إلي نصفين: اشتمل القسم الأول علي البنود الفردية، كما اشتمل القسم الثاني علي البنود الزوجية وذلك لكل طفل علي حدة، ثم تم حساب معامل الارتباط بطريقة سبيرمان براون بين درجات المفحوصين في المفردات الفردية والمفردات الزوجية فكانت قيمة معامل سبيرمان للتجزئة النصفية مرتفعة، والذي يدل علي تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات، ويتضح ذلك في نفس الجدول (15) السابق.

جدول (15): قيم معاملات الثبات لمقياس التلعثم لأطفال الروضة

معامل الثبات		أبعاد مقياس التلعثم لطفل الروضة
التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	
0.714	0.751	تكرار التلعثم
0.745	0.784	بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم
0.713	0.822	طول التلعثم
0.736	0.779	الدرجة الكلية للمقياس

من خلال إستعراض الجداول السابقة يتضح أن قيم معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ تراوحت ما بين 0,751 و0,822، بينما تراوحت قيم معاملات الثبات



باستخدام معادلة التجزئة النصفية بين 0,714 و 0,745 وهي قيم مقبولة مما يدل على ثبات مقياس التلثم لأطفال الروضة.

ثانياً: اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة لـ RAVEN (تعديل و تقنين ).

إعداد/ عماد أحمد حسن علي(2014). ملحق (7)

يعد هذا المقياس من مقاييس الذكاء الأدائية أي غير اللفظية، وقد لجأت إليه الباحثة نظراً لأن أداء أطفال الروضة علي المقاييس الأدائية أفضل من أدائهم علي المقاييس اللفظية وخاصةً هذه عينة البحث الحالي لما قد يكون لبعض الأطفال من صعوبات لغوية حيث يصعب عليهم التعبير لفظياً، ويتكون اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة من ثلاثة أقسام هي (أ)، (أب)، (ب) يشمل كل منها علي ( 12 ) بنداً، والقسمان (أ)، (ب) هما نفس القسمين في اختبار المصفوفات المتتابعة العادية ( SPM ) مضافاً إليها قسماً جديداً هو (أب) يتوسطهما في الصعوبة، وقد أعدت لكي تقيس بشكل تفصيلي العمليات العقلية من عمر ( 5 ) سنوات ونصف إلي ( 11 ) سنة، و يتكون كل بند من المصفوفات من شكل أو نمط أساسي اقتطع منه جزء معين، وتحتة ستة أجزاء يختار من بينها المفحوص الجزء الذي يكمل الفراغ في الشكل الأساسي، واستخدمت الألوان كخلفية للمشكلات لكي تجعل الاختبار أكثر تشويقاً وإثارة لانتباه الأطفال، وليس للاختبار زمن محدد للإجابة وإن كان يستغرق في المتوسط ما بين ( 15 ) إلى ( 30 ) دقيقة ويمكن تطبيقه فردي أو جماعي بتعليمات بسيطة للغاية.

#### وصف مصفوفات الاختبار :

يتكون هذا الاختبار من مجموعات وهي كما يلي:

**المجموعة (أ):** والنجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إكمال نمط مستمر، وعند نهاية المجموعة يتغير هذا النمط من اتجاه واحد إلى اتجاهين في نفس الوقت.

**المجموعة(أب):** والنجاح فيها يعتمد على قدرة الفرد على إدراك الأشكال المنفصلة في نمط كلي على أساس الارتباط المكاني.





المجموعة(ب): والنجاح فيها يعتمد على فهم الفرد للقاعدة التي تحكم التغيرات في الأشكال المرتبطة منطقياً أو مكانياً، وهي تتطلب قدرة الفرد على التفكير المجرد.

- صدق الاختبار:

أشارت العديد من الدراسات الأجنبية التي استخدمت الصدق التلازمي أن معامل الارتباط بين اختبار المصفوفات المتتابعة الملون واختبار وكسلر للأطفال تراوحت ما بين (0.24) إلى (0.8) ، كما أشارت نتائج دراسات أخرى أن معامل الارتباط بين اختبار المصفوفات المتتابعة الملون واختبار ستانفورد بينيه تراوحت ما بين (0.32) إلى (0.68).

- ثبات الاختبار:

تراوحت معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار في العديد من الدراسات ما بين (0.62) إلى (0.91) ، كما أشارت نتائج دراسات أخرى أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية تراوحت بين (0.44) إلى (0.99).

ثالثاً: مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة ذوي التلعثم: إعداد/ الباحثة.

الهدف من المقياس:

أعدت الباحثة هذا المقياس بهدف قياس السلوك الانسحابي للأطفال ذوي التلعثم بما يتناسب مع أهداف البحث وطبيعة العينة.

بناء المقياس:

- قامت الباحثة بمراجعة الإطار النظري وما تتضمنه من تعريفات للسلوك الانسحابي وبعض استعراض للدراسات السابقة العربية والأجنبية كدراسة دوناهو Donahue (2007)، ودراسة بيرري وريتشارد Perri & Richard (2009)، ودراسة سمعان وأبو فخر (2010)، ودراسة دهيس (2016).

- الاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت السلوك الانسحابي للأطفال، ونظراً لاختلاف البيئة الثقافية والعمر الزمني والعقلي لأفراد العينة عن عينات الدراسات



السابقة لجأت الباحثة إلي إعداد هذا المقياس. ومن المقاييس التي رجعت لها الباحثة لإعداد المقياس الحالي:

- مقياس السلوك الانسحابي للأطفال، إعداد/ عادل عبد الله محمد (2003).
- مقياس السلوك الانسحابي للأطفال، إعداد/ حنان عثمان محمد أبو العينين (2007).
- مقياس السلوك الانسحابي، إعداد/ صالح سالم السويلم (2010).
- مقياس السلوك الانسحابي للأطفال ذوي صعوبات التعلم، إعداد/ وليد وهدان حميد عماره (2017).
- مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة، إعداد/ سيد صبحي و آخرون (2018).

-تحديد التعريف الإجرائي للسلوك الانسحابي في المقياس بأبعاده، والتي ذُكرت في التعريفات الإجرائية لمصطلحات البحث.

-وقد تم اختيار بعض المهارات الخاصة بالمقياس من خلال ما يمر به الطفل في مواقف الحياة اليومية والتي تمر بثلاث محطات أساسية وهي المنزل والروضة وخارج الروضة والمنزل(النادي أو أي مؤسسات للتجمعات)، ولذلك إختارت ثلاثة أبعاد أساسية وهي علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة، وعلاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة وعلاقات الطفل داخل المنزل، كما قامت الباحثة بتطبيق سؤال مفتوح علي بعض الأخصائيين في الروضات والمعلمات وأولياء أمور الأطفال المتعلمين بواقع عينة قوامها ( 46 ) من المعلمين والأخصائيين وأولياء أمور بعض الأطفال المتعلمين، تضمن أهم أبعاد السلوك الانسحابي المنتشر لدي هؤلاء الأطفال، وقد كان السؤال: من واقع تعاملكم مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التلعثم واللججة، ما الأعراض التي تظهر لدي هؤلاء



الأطفال من سلوكيات إنسحابية؟، حيث إستفادت الباحثة من آرائهم في صياغة عبارات المقياس، وفي ضوء الاطلاع علي الإطار النظري والدراسات السابقة والمقاييس وآراء المعلمين والأخصائيين وأولياء أمر بعض الأطفال المتلعثمين قامت الباحثة بصياغة العبارات، وقد إنتهي الأمر بصياغة ( 36 ) عبارة بواقع (12) عبارة لكل بعد.

قامت الباحثة بعرض الصورة المبدئية (ملحق 4) علي عدد من السادة المحكمين من بعض أساتذة علم النفس والصحة النفسية في رياض الأطفال (ملحق 1).

كما قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أقرها السادة المحكمين ليكون المقياس في صورته النهائية (ملحق 5) مكون من (36) عبارة تتدرج تحت ثلاثة أبعاد، وقد كانت التعديلات متمثلة في العبارة رقم (4، 9، 11) في البعد الأول والعبارة (22) في البعد الثاني والعبارة (36) في البعد الثالث.

**تصحيح المقياس:** صاغت الباحثة لكل مفردة ثلاثة بدائل وهي (تتطبق تماماً- تتطبق إلي حدٍ ما- لا تتطبق) مقابل الدرجات ( 3-2-1)، حيث تأخذ الإستجابة علي السلوك الإنسحابي المرتفع ثلاث درجات، وتليها الإستجابة التي تدل علي السلوك الإنسحابي المتوسط في الشدة وتأخذ درجتان، أما الإستجابة الثالثة فتدل علي المستوي المنخفض للسلوك الإنسحابي وتأخذ درجة واحدة فقط، لتصبح الدرجة العظمي للطفل ذوي السلوك الإنسحابي المرتفع (108) درجة، وتصبح الدرجة الدنيا للطفل ذوي السلوك الإنسحابي المنخفض (36) درجة.

**التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس:** قامت الباحثة بالتحقق من الصدق والثبات للمقياس، وذلك من حيث:

**أولاً: صدق المقياس:** تم حساب الصدق بالطرق التالية:

١ - **صدق المحكمين:** تم حساب الصدق بعرض المقياس علي مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال الطفولة والتربية الخاصة والصحة النفسية



والخبراء في مجال التخاطب وعددهم ( 12 )، وذلك للحكم علي مدي صلاحية العبارات للمرحلة العمرية والعينة الخاصة بالبحث الحالي وكذلك مدي صلاحية كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه وأيضاً مدي السلامة اللغوية للعبارات، وبناءً علي توجيهاتهم تم تعديل بعض العبارات وهي العبارة رقم ( 4 ، 9 ، 11) في البعد الأول والعبارة (22) في البعد الثاني والعبارة ( 36) في البعد الثالث، وقد تم الإبقاء علي الاستجابات التي بلغت نسبة الاتفاق عليها ( 80%) فأكثر في تحكيم المقياس، والجدول التالي يوضح معاملات الإتفاق بين المحكمين لعبارات المقياس.

جدول (16): معاملات الإتفاق بين المحكمين علي عبارات مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة (ن = 12)

رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق	رقم العبارة	عدد مرات الإتفاق	نسبة الإتفاق
1	11	92%	13	12	100%	25	12	100%
2	12	100%	14	12	100%	26	12	100%
3	12	100%	15	12	100%	27	11	92%
4	11	92%	16	12	100%	28	12	100%
5	12	100%	17	10	83%	29	12	100%
6	11	92%	18	12	100%	30	12	100%
7	12	100%	19	11	92%	31	11	92%
8	12	100%	20	12	100%	32	12	100%
9	10	83%	21	12	100%	33	10	83%
10	12	100%	22	11	92%	34	11	92%
11	12	100%	23	10	83%	35	12	100%
12	11	92%	24	12	100%	36	12	100%

يتضح من الجدول السابق أن نسب الإتفاق بين السادة المحكمين علي عبارات المقياس تراوحت ما بين 83% - 100% وهي نسب مقبولة، ولذا سوف يتم الإبقاء علي بنود المقياس مع إجراء بعض التعديلات.



٢ صدق المحتوي:

للتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط لدرجة العبارات بالأبعاد وبالدرجة الكلية للمقياس، ويمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج كما هو موضح بالجدول (17):

جدول (17): صدق المحتوي علي عبارات مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة (ن=32)

الدرجة الكلية الارتباط	الارتباط بالبعد	بنود البعد الثالث	الدرجة الكلية الارتباط	الارتباط بالبعد	بنود البعد الثاني	الدرجة الكلية الارتباط	الارتباط بالبعد	بنود البعد الأول
**0.456	**0.563	25	**0.667	**0.570	13	**0.505	**0.374	1
**0.364	**0.474	26	**0.522	**0.593	14	**0.431	**0.355	2
**0.617	**0.463	27	**0.678	**0.542	15	**0.379	**0.464	3
**0.640	**0.599	28	**0.422	**0.496	16	**0.404	**0.412	4
**0.619	**0.633	29	**0.567	**0.510	17	**0.529	**0.444	5
**0.654	**0.567	30	**0.452	**0.694	18	**0.482	**0.466	6
**0.559	**0.691	31	**0.683	**0.578	19	**0.496	**0.540	7
**0.432	**0.496	32	**0.562	**0.615	20	**0.490	**0.426	8
**0.577	**0.536	33	**0.483	**0.544	21	**0.474	**0.638	9
**0.432	**0.607	34	**0.508	**0.689	22	**0.553	**0.529	10
**0.442	**0.396	35	**0.682	**0.635	23	**0.615	**0.511	11
**0.560	**0.519	36	**0.666	**0.594	24	**0.432	**0.376	12

\*\* دال عند 0,01

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس والجدول (18) يوضح هذه المعاملات:



جدول (18): معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة (ن = 32)

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	أبعاد مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة
**0.667	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة،
**0.593	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة
**0.658	علاقات الطفل داخل المنزل

\*\* دال عند 0,01

مما سبق يتضح من الجداول السابقة ( 17)،(18) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ( 0.01) والذي يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمقياس، حيث أن الأبعاد تتسق مع المقياس، مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع أبعاد المقياس، وأنها بوجه عام صادقة في قياس ما وضعت لقياسه.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

١- الثبات بالتجزئة النصفية:

تم تجزئة مقياس السلوك الانسحابي إلي نصفين بعد تطبيقه علي عينة مكونة من (32) طفلاً وطفلة، إذ يحتوي النصف الأول علي البنود الفردية والنصف الثاني علي البنود الزوجية، وبلغ معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون لأبعاد المقياس التالية: علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة، وعلاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة وعلاقات الطفل داخل المنزل والدرجة الكلية كما يلي ( 0.734، 0.650، 0.732، 0.669)، وتعد معاملات الثبات بالتجزئة النصفية هي معاملات مقبولة، والجدول ( 19) يوضح معاملات الثبات بهذه الطريقة.



## ٢- الثبات بإعادة التطبيق:

وتم ذلك بإجراء تطبيقين علي العينة بفاصل زمني قدره ( 15 ) يوماً بين التطبيقين الأول والثاني، وبلغ معامل الارتباط بطريقة بيرسون للأبعاد ( 0.578 ، 0.743 ، 0.661 وللدرجة الكلية 0.657 )، وهو دال عند مستوي ( 0.1 )، مما يدل علي تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات، والجدول (19) يوضح معاملات الثبات بهذه الطريقة.

### جدول (19): قيم معاملات الثبات لمقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة ذوي التلعثم

معامل الثبات		أبعاد مقياس السلوك الانسحابي لأطفال الروضة ذوي التلعثم
إعادة التطبيق	التجزئة النصفية	
0.578	0.734	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة.
0.743	0.650	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة.
0.661	0.732	علاقات الطفل داخل المنزل.
0.657	0.669	الدرجة الكلية للمقياس

رابعاً: برنامج العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين

### إعداد/ الباحثة.

قامت الباحثة بإعداد برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض حدة السلوك الانسحابي لدي الأطفال المتلعثمين، وقد مرت الباحثة بعدة خطوات لإعداد البرنامج والتي تمثلت فيما يلي:

- أولها الاطلاع علي الإطار النظري وما تضمنه من تناول للسلوك الانسحابي وأبعاده وكذلك اضطراب التلعثم للأطفال وأبعاده، وكذلك العلاج بالواقع وفنياته.
- الاطلاع علي الدراسات السابقة التي تضمنت تقديم برامج تدريبية وإرشادية وعلاجية خاصة بخفض السلوك الانسحابي وخفض التلعثم لدي الأطفال والتي



منها دراسة عبد النبي ( 2007)، ودراسة التوني ( 2010)، ودراسة Euler& etal (2014)، ودراسة حسن ( 2014)، ودراسة Brown& etal (2015) وكذلك الدراسات التي تناولت أنواع مختلفة من التدخلات العلاجية وذلك كما في دراسة Kopper ( 2000)، ودراسة Reeve (2001)، ودراسة Perri & Richard ( 2009)، ودراسة الكريمين ( 2010)، ودراسة حامد ( 2014)، ودراسة دهيس (2016)، ودراسة عماره (2017).

- وأيضاً الدراسات التي اعتمدت علي أسلوب العلاج الواقعي مع متغيرات أخرى كما في دراسة سعيد ( ٢٠٠١)، ودراسة Legorn& etal (2003)، ودراسة الجميلي (2007)، ودراسة علي ( 2012) وذلك بغرض التعرف علي مكونات البرنامج وتحديد الخطوات التي يجب إتباعها عند بناء البرنامج.

- عرضت الباحثة البرنامج بصيغته الأولية علي عدد من الخبراء والمتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية برياض الأطفال للتأكد من الأهداف والأنشطة التي استخدمت فيه فضلاً عن عدد الجلسات الإرشادية، والمدة الزمنية اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج .

- بعد اطلاع الخبراء والمحكمين علي مخطط البرنامج، وبعد إجراء التعديلات اللازمة أصبح البرنامج الإرشادي جاهزاً للتطبيق النهائي (ملحق 6).

**الأساس النظري للبرنامج:** اعتمد البرنامج الحالي علي نظرية العلاج بالواقع من خلال تدريب أفراد العينة علي خفض السلوك الانسحابي باستخدام فنياته .

#### أهمية البرنامج:

- تتضح أهمية البرنامج في خفض السلوك الانسحابي ومعرفة أثره في الحد من اضطراب التلعثم لدي الأطفال عينة البحث.

- تتبع أهمية البرنامج الحالي من أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث السابقة.





- تظهر الأهمية من طبيعة الفئة المستهدفة وهم الأطفال المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي، حيث أن البرنامج يسلط الضوء علي فئة لم تلقي حقها الطبيعي في البحث والدراسة.
- يفيد البرنامج العاملين في مجال التربية الخاصة والروضات للعاديين وكذلك الفئات المستهدفة.
- قد يستفيد الباحثون الجدد من خلال تسليط الضوء علي هذه الفئة وفتح المجال أمامهم لتقديم الرعاية والعناية بهم من خلال المزيد من الدراسات.

#### أهداف البرنامج:

- الهدف العام:** وتمثل في اختبار العلاج بالواقع في خفض السلوك الانسحابي ومعرفة أثره في الحد من اضطراب التلعثم لدي الأطفال.
- الأهداف الإجرائية:** وتتمثل بعض الأهداف الإجرائية في أن يكون الطفل قادراً علي أن:
  - يتمكن من التعاون مع الآخرين.
  - يتفاعل مع أقرانه في قاعة النشاط.
  - يتجنب الخوف من المحيطين به.
  - يتذكر ما تعلمه في الجلسات السابقة من سلوكيات إيجابية.
  - يتواصل مع الآخرين بالكلام أكثر من الإشارة.
  - يكون صداقات مع الأطفال في النادي أو أي تجمعات أخرى.
  - يفكر في السلوكيات الإيجابية المرغوب فيها.
  - يربط ما تعلمه بالواقع.
  - يفكر فيما يدور حوله من أحداث.
  - يتعلم من مواقف الحياة الواقعية.



### مكونات البرنامج:

تكون البرنامج من عدد من الجلسات اشتملت علي فنيات متنوعة قائمة علي العلاج بالواقع لخفض السلوك الانسحابي والتي تساعد علي التخلص من التلعثم لدي الأطفال.

### الحدود الإجرائية للبرنامج:

#### ١ - الحدود البشرية:

تم تطبيق جلسات البرنامج علي أطفال المجموعة التجريبية وعددها ( 6 ) أطفال منهم (3) ذكور و (3) إناث.

#### ٢ - الحدود المكانية:

قامت الباحثة بتطبيق البرنامج علي روضتين الفاروق لغات وروضة الجامعة بمدينة اسيوط.

#### ٣ - الحدود الزمنية:

يشتمل البرنامج الحالي علي ( 22 ) جلسة يتم تدريب الأطفال المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي عليها للتخفيف من حدة السلوك الانسحابي لديهم، ومدة كل جلسة يتراوح ما بين (30 - 45) دقيقة، وذلك علي مدي ستة أسابيع بواقع أربعة جلسات أسبوعياً يتخللها فترات راحة وقد إقتضت الحاجة إلي أن تكون متتابعة ليعتاد الطفل علي التفاعلات الإجتماعية فيتخلص بالعلاج بالواقع من السلوك الانسحابي، وقد تم التطبيق بداية خلال الفصل الدراسي الأول بدايةً من 2018 /10/22 م وحتى 2018 /11/29 م، كما تم إجراء القياس التتبعي بعد شهر من تطبيق البرنامج.

### الفنيات المستخدمة في البرنامج:

إستعانت الباحثة في إطار البحث الحالي بفنيات العلاج بالواقع والتي تمثلت في العصف الذهني - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - المرح والدعابة - المناقشة والحوار- مواجهة السلوك الشائع السلبي - التعهد - المسؤولية

- الواجب المنزلي - التقويم الذاتي - لعب الدور - النمذجة، حيث أثبتت بعض الدراسات فاعلية العلاج بالواقع لتحسين السلوك الانسحابي كما في دراسة سعيد ( ٢٠٠١)، ودراسة ليجورن وآخرون ( 2003 ) Legorn& etal، ودراسة الجميلي ( 2007)، ودراسة علي (2012).

ويوضح الجدول ( 20 ) مخطط للبرنامج الذي يهدف إلي خفض حدة السلوك الانسحابي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.

### جدول (20): مكونات جلسات برنامج العلاج بالواقع

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
الجلسة الأولى	الجلسة التمهيدية	التعارف بين الأطفال والباحثة	- أن يتعرف الأطفال علي بعضهم البعض. - إعطاء فكرة مبسطة عن البرنامج وطبيعته.	الحوار والمناقشة - المرح والدعابة - تقديم الموضوع.	30 دقيقة
الجلسة الثانية	موقف في حياتي	تنمية قدرة الطفل علي الاندماج والتفاعل مع الآخرين ومن ثم التخلص تدريجياً من التلعثم.	- أن يدرك الطفل أهمية التعاون والتفاعل مع الآخرين. - أن يتعلم الطفل من مواقف الحياة الواقعية. - أن يتجنب الطفل الانعزال عن أقرانه. - أن يتحدث الطفل مع المحيطين به.	تقديم الموضوع العصف الذهني- المناقشة والحوار - التقويم الذاتي - الخطوات الواقعية لتعديل السلوك.	30 دقيقة
الجلسة الثالثة	لعبة أوصفني	تنمية قدرة الطفل علي التفاعل مع الآخرين من خلال التحوار معهم داخل الروضة أو خارجها.	- أن يتذكر الطفل ما تعلمه في الجلسة السابقة. - أن يتجنب الطفل السلوك الانسحابي عن الآخرين. - أن يشعر الطفل بالسعادة عن تعاونه و إندماجه مع الآخرين. - أن يكرر الطفل ما تعلمه في مواقف حياته مشابهه.	إعادة التعلم - تقديم الموضوع - المرح والدعابة - المناقشة والحوار - التغذية الراجعة - المسؤولية - التقويم الذاتي.	30 دقيقة

مجلة "دراسات في الطفولة والتربية" - جامعة اسويط

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
الجلسة الرابعة	لعبة دائرة التعارف	تمكين الطفل من المشاركة مع الآخرين والتحدث معهم دون خجل لتجنب السلوك الانسحابي والتلثم.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يركز الطفل فيما يدور حوله تجنباً للانسحاب.</li> <li>- أن يتعلم الطفل من مواقف الحياة الواقعية.</li> <li>- أن يتجنب الطفل التفاعل بالإشارات فقط مع الآخرين.</li> <li>- أن يصف الطفل الأحداث من حوله.</li> </ul>	الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - العصف الذهني - تقديم الموضوع.	45 دقيقة
الجلسة الخامسة	جلسة أنشودة التعاون	تنمية التعاون والاندماج مع الآخرين لتجنب السلوك الانسحابي والتلثم بين الأطفال وبعضهم البعض.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يركز الطفل في الأنشودة.</li> <li>- أن يشعر الطفل بالسعادة عند سماعه الأنشودة.</li> <li>- أن ينشد الطفل الأنشودة مع أقرانه.</li> <li>- أن يمثل الطفل مع أصحابه الأنشودة كما هي.</li> </ul>	النمذجة - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع .	45 دقيقة
الجلسة السادسة	قصة كوتر والتلثم	خفض حدة أعراض السلوك الانسحابي من خلال الاندماج والتفاعل مع الآخرين وبالتالي الحد من إضطراب التلثم.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يفهم الطفل معني القصة.</li> <li>- أن يعيد الطفل التعليم في مواقف أخرى.</li> <li>- أن يشعر الطفل بالسعادة عند سماعه للقصة مع الآخرين.</li> <li>- أن يستمع الطفل للقصة مع أقرانه باهتمام.</li> <li>- أن يلعب الطفل أحد أدوار القصة مع أقرانه.</li> </ul>	لعبة الدور - العصف الذهني - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع - مواجهة السلوك الشائع السلبي .	45 دقيقة
الجلسة السابعة	هيا نكمل بعضنا بالمكعبات	تنمية قدرة الطفل علي التفاعل والمشاركة مع الآخرين للحد من السلوك الانسحابي داخل الروضة وداخل المنزل وخارجهما.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يتذكر الطفل ما تعلمه في الجلسة السابقة.</li> <li>- أن يتعرف الطفل علي أضرار السلوك الانسحابي.</li> <li>- أن يتعلم الطفل من مواقف الحياة الواقعية.</li> <li>- أن يفكر الطفل في تركيبات</li> </ul>	العصف الذهني - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم -مواجهة	30 دقيقة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
			إبداعية تستثير قدرته علي الوصف والتحدث. - أن يشعر الطفل بأهمية المشاركة مع الآخرين. - أن يركب الطفل أشكال مختلفة بالمكعبات.	السلوك الشائع - السلبي - - التعهد - المسئولية - الواجب المنزلي.	
الجلسة الثامنة	برنامج عيش الواقع	تنمية قدرة الطفل علي التكيف مع الآخرين ومعايشة الواقع الفعلي لتجنب السلوك الانسحابي في كل مكان، وبالتالي خفض حدة التلعثم.	- أن يتعلم الطفل من مواقف الحياة الواقعية. - أن يفهم الطفل طرق الارتباط بالواقع. - أن يفكر الطفل في مواقف مرتبطة بالواقع. - أن يشعر الطفل بضرورة الارتباط بالواقع الفعلي. - أن يجلس الطفل مع الآخرين متجنباً السلوك الانسحابي.	التقويم الذاتي - العصف الذهني - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - المرح والدعابة - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي - لعب الدور - المسئولية.	45 دقيقة
الجلسة التاسعة	الصندوق السحري	خفض حدة أعراض السلوك الانسحابي من خلال الاندماج والتفاعل مع الآخرين وبالتالي الحد من اضطراب التلعثم.	- أن يتخيل الطفل ما بداخل الصندوق. - أن يفكر الطفل في المهمة المكلف بها. - أن يشارك الطفل الآخرين في اللعبة. - أن ينفذ الطفل ما تطلبه البطاقة المسحوبة من الصندوق السحري.	العصف الذهني - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع -	30 دقيقة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
				التعهد - المسئولية - التعزيز .	
الجلسة العاشرة	نزهة في الحديقة	تعويد الطفل علي التفاعل مع الآخرين لتجنب السلوك الانسحابي مما يقلل من حدة التلعثم لديه.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يربط الطفل ما تعلمه بالواقع.</li> <li>- أن يفكر الطفل فيما يدور حوله من أحداث.</li> <li>- أن يتأمل الطفل جمال مظاهر الطبيعة في تجمعها معاً.</li> <li>- أن يقلد الطفل مظاهر الطبيعة في إندماجها معاً.</li> <li>- أن يبحث الطفل عن الآخرين رغبةً في التجمع معهم.</li> </ul>	الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع - المسئولية - التقويم الذاتي - العصف الذهني - التأمل.	45 دقيقة
الجلسة الحادية عشر	لعبة الكرسي الخالي	تجنب الطفل للسلوك الانسحابي محاولاً التفاعل والاندماج مع الآخرين (داخل الروضة - داخل المنزل - خارجهما).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يفهم الطفل ما تقصده الباحثة (أن كلانا يكمل الآخر).</li> <li>- أن يعتاد الطفل علي التعامل مع الآخرين دون إنعزال و انسحاب.</li> <li>- أن ينفذ الطفل ما تعلمه في كل مكان (في الروضة - في المنزل - خارجهما).</li> <li>- أن يتحدث الطفل مع الآخرين معبراً عن رأيه.</li> </ul>	المرح و الدعابة - المناقشة - الحوار - المسئولية - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع - الخطوات الواقعية لتعديل السلوك.	30 دقيقة
الجلسة الثانية عشر	البازل	تعويد الطفل علي التعاون و الإندماج مع الآخرين تجنباً للسلوك الانسحابي (داخل الروضة - داخل المنزل - خارجهما)، مما يؤثر إيجابياً للحد من مشكلة التلعثم.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يفكر الطفل في المواقف الواقعية الإيجابية.</li> <li>- أن يتناقش الطفل مع أقرانه للتخلص من السلوك الانسحابي.</li> <li>- أن يتعاون الطفل مع أقرانه في رسم الموقف السلوكي الإيجابي.</li> <li>- أن يختار الطفل الموقف الإيجابي الذي يرسمه مع الآخرين.</li> </ul>	التقويم الذاتي - المرح والدعابة - المناقشة - الحوار - العصف الذهني - المسئولية - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع	45 دقيقة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
الجلسة الثالثة عشر	قصة مفتوحة النهاية	تنمية قدرة الطفل علي تحمل مسؤولية إتخاذ القرار في ضوء عمل تفاعلي للتقليل من حدة السلوك الانسحابي وبالتالي الحد من التلعثم لديهم.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يؤلف الطفل قصة من الواقع الفعلي.</li> <li>- أن يفكر الطفل في نهاية القصة.</li> <li>- أن يشعر الطفل بالسعادة عند سماعه للقصة.</li> <li>- أن يستمع الطفل للقصة مع أقرانه باهتمام.</li> </ul>	العصف الذهني - المناقشة والحوار - مواجهة السلوك الشائع السليبي - المسئولية - الواجب المنزلي.	30 دقيقة
الجلسة الرابعة عشر	تعالوا نرسم ونلون	تعويد الطفل علي التواصل مع الآخرين في أي مكان لخفض حدة أعراض السلوك الانسحابي، مما يقلل من اضطراب التلعثم لديه.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يتعرف الطفل علي الخطوات الواقعية لتعلم السلوك.</li> <li>- أن يفكر الطفل في المهمة المكلف بها.</li> <li>- أن يشارك الطفل الآخرين في الرسم والتلوين.</li> <li>- أن يلون الطفل ما يُطلب منه.</li> <li>- أن يسترخي الطفل أثناء التحدث أمام الآخرين.</li> </ul>	مواجهة السلوك الشائع السليبي - التعهد - المسئولية- الواجب المنزلي - التعزيز - الاسترخاء الكلامي.	45 دقيقة
الجلسة الخامسة عشر	جلسة المذيع	تنمية قدرة الطفل علي التفاعل والتواصل أمام الآخرين دون خوف أو خجل في أي مكان لخفض السلوك الانسحابي والتقليل من اضطراب التلعثم لديه.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن ينتبه الطفل لمستوي الصوت الذي يصدره حتي يحسن من اضطراب التلعثم لديه.</li> <li>- أن يتجنب الطفل السلوك الانسحابي في أي مكان.</li> <li>- أن يرسم الطفل المذيع مع أقرانه.</li> <li>- أن يلون الطفل المذيع الذي رسمه مع أقرانه.</li> </ul>	المرح والدعابة - لعب الدور - مواجهة السلوك الشائع السليبي - التعهد - المسئولية - التعزيز - الاسترخاء الكلامي.	45 دقيقة
الجلسة السادسة عشر	جلسة المونولوج	مساعدة الطفل علي التحدث والتعبير عن النفس أمام الآخرين لحدد من السلوك الانسحابي داخل الروضة وداخل المنزل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يفكر الطفل في اقتراح حلول للموقف المطروح عليه .</li> <li>- أن يشعر الطفل بالسعادة مناجاته لنفسه أمام أقرانه.</li> <li>- أن يحدث الطفل نفسه أمام الآخرين و كأن أحداً لم يراه.</li> </ul>	العصف الذهني - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التعهد -	30 دقيقة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
		وخارجهما، بما يحد من اضطراب التلعثم.		المسئولية - الواجب المنزلي.	
الجلسة السابعة عشر	جلسة من تصادف	مساعدة الطفل علي التخفيف من حدة السلوك الانسحابي عن الآخرين والذي يساعده علي علاج التلعثم لديه.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يتعلم الطفل كيفية التواصل مع الآخرين ( أقارب - غرباء).</li> <li>- أن يتجنب الطفل التفاعل بالإشارات فقط مع الآخرين.</li> <li>- أن يتحرك الطفل بحرية دون قيود.</li> <li>- أن يتحدث الطفل تجاه الآخرين بحرية.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>لعب الدور - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك -إعادة التعلم - تقديم لموضوع - التقويم الذاتي.</li> </ul>	30 دقيقة
الجلسة الثامنة عشر	جلسة المظلة (البراشوت)	تتمية قدرة الطفل علي التفاعل والإندماج مع الآخرين دون خوف أو خجل في أي مكان لخفض السلوك الانسحابي والتقليل من اضطراب التلعثم لديه في ضوءالعلاج بالواقع.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن ينتبه الطفل لتكرار الكلمات حتي يحسن من اضطراب التلعثم لديه.</li> <li>- أن يشارك الطفل الآخرين في اللعب بالبراشوت.</li> <li>- أن يتجنب الطفل السلوك الانسحابي في أي مكان.</li> <li>- أن يدور الطفل مع أقرانه بالبراشوت.</li> <li>أن يسترخي الطفل أثناء التحدث أمام الآخرين.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم- مواجهة السلوك الشائع السلبي- الواجب المنزلي - التعزيز- الاسترخاء الكلامي.</li> </ul>	30 دقيقة
الجلسة التاسعة عشر	مسرح العرائس	تتمية قدرة الطفل علي التحدث أمام الآخرين تجنباً للسلوك الانسحابي في أي مكان دون خوف أو خجل.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أن يربط الطفل ما تعلمه بالواقع.</li> <li>- أن يفكر في حل لبعض المشكلات التي تواجهه.</li> <li>- أن يعتاد الطفل علي المواقف الاجتماعية.</li> <li>- أن يمثل الطفل مع أقرانه الموقف</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>التقويم الذاتي - المرح والدعابة - المناقشة والحوار- العصف الذهني المسئولية - لعب</li> </ul>	45 دقيقة



رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام	الأهداف الإجرائية	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة
			السلوكي الإيجابي. - أن يتحدث الطفل أمام أحد الزائرين.	الدور النمذجة - المسؤولية.	
الجلسة العشرون	جلسة حقيقية الهدايا	تنمية قدرة الطفل علي التكيف مع الآخرين و معايشة الواقع الفعلي لتجنب السلوك الانسحابي في كل مكان، وبالتالي خفض حدة التلعثم.	- أن يفكر الطفل في الهدية التي يقدمها للآخرين. - أن يشعر الطفل بالسعادة عندما يقدم هدية للآخرين. - أن يقدم الطفل هدية للآخرين. - أن يعد الطفل الهدية التي يقدمها للآخرين.	التقويم الذاتي - العصف الذهني - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التغذية الراجعة - المسؤولية.	45 دقيقة
الجلسة الحادي والعشرون	جلسة قص ولصق	تنمية قدرة الطفل علي معايشة الواقع الفعلي لتجنب السلوك الانسحابي في كل مكان سواء في الروضة أو المنزل أو خارجها وبالتالي يقلل من حدة التلعثم لديه.	- أن يركز الطفل في القص و اللصق كما في الشكل المطابق للصورة. - أن يفكر الطفل فيما تحمله الصورة من معاني. - أن يقارن الطفل ما تعلمه بمواقف الواقع التي يعيشها. - أن يفرح الطفل أثناء إعداد للصورة بأوراق القص واللصق	التقويم الذاتي - مواجهة السلوك السلبى الشائع - الخطوات الواقعية لتعلم السلوك - إعادة التعلم - التعهد - المسؤولية.	45 دقيقة
الجلسة الثانية والعشرون	الجلسة الختامية	الوقوف علي مستوي الأطفال والتحقق من مستوي تقدمهم.	- أن يتم تقييم مستوي التقدم الأطفال من خلال القياس البعدي. - الحفاظ علي أثر البرنامج.	الحوار والمناقشة - التعزيز - النمذجة.	45 دقيقة.

#### الأدوات المستخدمة:

كمبيوتر - كروت وصور ورسومات - متاهات - لوحات - فوم - ألوان وأقلام  
رصاص - كور - المظلة - عرائس قفازية - حقيبة هدايا - صندوق - البازل - مجموعة  
من المكعبات - معززات - هدايا رمزية.



### تقييم البرنامج:

- وفيه يتم الوقوف علي مدي تحقق أهداف البرنامج، وقد إعتمدت الباحثة في البحث الحالي علي الطابع الجماعي في العلاج، وقد تم التقييم علي ثلاثة مراحل وهي:
- **المرحلة الأولى:** قبل تطبيق البرنامج وذلك من خلال القياس القبلي لتحديد درجة التلعثم وشدته ومستوي السلوك الإنسحابي لدي هذه الفئة من أطفال المجموعة التجريبية والضابطة.
  - **المرحلة الثانية:** حيث يتم التقييم علي أفراد المجموعة التجريبية فقط أثناء جلسات البرنامج وذلك لملاحظة التغيير الذي يطرأ علي السلوك عقب كل نشاط.
  - **المرحلة الثالثة:** وفيها يتم التقييم الأخير وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي لأدوات البحث ومقارنته بالقياس القبلي للتأكد من وجود تحسن قد طرأ علي مستوي أفراد المجموعة التجريبية، كما يتم تقييم مدي إستمرار فاعلية البرنامج من خلال إجراء القياس التتبعي وذلك بعد شهر من إنتهاء تطبيق البرنامج ومن إجراء القياس البعدي.

### صدق البرنامج:

- بعد الإنتهاء من إعداد البرنامج قامت الباحثة بعرضه في صورته الأولية علي مجموعة من المحكمين لأخذ آرائهم ومقترحاتهم فيما يلي:
- عدد الجلسات المناسبة للأطفال مع تحديد مدة كل جلسة.
  - مدي مناسبة الفنيات العلاجية، مع معرفة مدي مناسبة الأدوات المستخدمة لتحقيق أهداف البرنامج.
  - مناسبة الإجراءات لأهداف كل جلسة.
  - مناسبة الأنشطة المصاحبة لتحقيق كل جلسة.
- وقد تمثلت آراء السادة المحكمين فيما يلي:
- مناسبة عدد جلسات البرنامج مع مشكلة السلوك الإنسحابي التي هي مجال البحث الحالي.
  - أن تتدرج الأنشطة داخل الجلسات من السهل إلي الصعب.



- مناسبة عدد الفنيات المستخدمة مع الجلسة بحيث تحقق الهدف منها.

### الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بعد إعداد البرنامج بالصورة التي طلبها السادة المحكمين من تعديلات بتطبيقه علي عينة استطلاعية وذلك علي ( 9 ) من الأطفال المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي من نفس مجتمع الدراسة الاستطلاعية، وذلك للتعرف من مدي مناسبة جلسات البرنامج لخصائص أفراد العينة، ومعرفة مدي ملائمة الأنشطة ومدي مناسبة الفنيات والأدوات المناسبة لإستخدامها في جلسات البرنامج، وكذلك مدة الجلسات، وبذلك أصبح البرنامج مضبوطاً علمياً وصالحاً للتطبيق علي العينة الأساسية.

### الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية التالية للتحقق من صحة الفروض

كما يلي:

- اختبار مان ويتني Mann- Whitney : للكشف عن دلالة الفروق بين

متوسطات المجموعات الصغيرة المستقلة.

- اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon : للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات

المجموعات الصغيرة المرتبطة.

### نتائج البحث وتفسيرها:

للتحقق من صحة فروض البحث الحالي قامت الباحثة بمعالجة البيانات إحصائياً

باستخدام معادلة مان ويتني وذلك لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في

متغيرات البحث، كما تم استخدام معادلة ويلكوكسون لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية، وبين البعدي والتتبعي.

### اختبار صحة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول علي أنه " توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية

بين التلعثم والسلوك الانسحابي لدى الأطفال عينة البحث".



وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين درجة التلثم ودرجة السلوك الانسحابي لدي الأطفال مجموعة الدراسة، وأستخدم الأسلوب الاحصائي معامل الارتباط لبيرسون " Pearson Correlation"، وذلك كما يلي في جدول (21).

**جدول (21): الارتباط بين التلثم و السلوك الانسحابي وأبعاده**

**لدي أطفال الروضة المتلثمين**

أبعاد المقياس	التلثم	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	علاقة الطفل بالآخرين داخل المنزل	الدرجة الكلية للمقياس
التلثم	1	-	-	-	-
علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	0.833	1	-	-	-
علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	0.754	0.680	1	-	-
علاقات الطفل داخل المنزل	0.826	0.714	0.835	1	-
الدرجة الكلية للمقياس	0.859	0.934	0.905	0.820	1

ينضح من الجدول السابق وجود ارتباط موجب قوي بين التلثم وأبعاد السلوك الانسحابي (علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة، وعلاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة، وعلاقات الطفل داخل المنزل) والدرجة الكلية للسلوك الانسحابي لدي الأطفال المتلثمين وذلك عند مستوي دلالة (0.01).

**تفسير نتائج الفرض الأول:**

وقد بينت نتائج هذا الفرض وجود ارتباط موجب ذات دال إحصائياً بين التلثم والسلوك الانسحابي لدي الأطفال عينة البحث، أي أنه كلما ارتفعت درجة اضطراب التلثم لدي الأطفال عينة البحث ارتفعت درجة السلوك الانسحابي لديهم، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة ومنها دراسة علي (2017) التي هدفت إلي البحث عن فاعلية برنامج تدريبي لخفض التلثم في تحسين الطلاقة اللغوية وخفض



السلوك الانسحابي لدى عينة من الأطفال، كما أوصت الدراسة بأهمية التشخيص والعلاج المبكر لاضطراب التلعثم مع تنوع البرامج التدريبية المقدمة لتلك الفئة.

كما هدفت دراسة حسن ( 2014 ) إلي التحقق من فعالية برنامج تدريبي لتخفيف بعض إضطرابات النطق وأثره في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم).

وفي هذا الصدد يشير ديميريل Demirel (2010,64) إلي أن الطفل المتلعثم يجاهد نفسه لستر مظاهر هذا الاضطراب ليخفيه عن الآخرين بما يعاني من مشاعر النقص وأحاسيس التأخر عن الأقران، لذا ينطوي علي نفسه بآلامه ويتجنب الحديث أمام الآخرين، وذلك من جراء ما يعانيه من قلق وخوف وحزن وخجل وشعور بالدونية ويلجأ إلي السلوك الانسحابي. ويؤكد ذلك أبو النصر ( 2005، 66) بأن الشخص الذي يعاني من السلوك الانطوائي والانسحابي يعاني أحياناً من صعوبات في الكلام عند التحدث مع الآخرين مثل الفأفة أو بطء الكلام أو التردد فيه، كما يجد صعوبة في الإنسجام مع الآخرين، مع تكوين علاقات مع من هم أصغر منه سناً، ويترتب علي ذلك مشكلات عديدة كالاكتئاب وقلة الحماسة، مما يقلل القدرة والكفاءة علي الدراسة والعمل.

وبهذا تم التحقق من صحة الفرض الأول الذي ينص علي أنه "توجد علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين التلعثم والسلوك الانسحابي لدي الأطفال عينة البحث".

#### اختبار صحة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني علي أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني ( Mann- Whitney ) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المستقلة، وقد كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:



جدول (22): المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لدرجات مقياس السلوك الانسحابي لدي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

المجموعة الضابطة ن=6		المجموعة التجريبية ن=6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
1.014	17.016	1.034	8.366	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة
0.921	16.776	0.572	10.322	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة
1.050	16.441	1.102	9.202	علاقات الطفل داخل المنزل
2.062	58.77	1.468	22.50	الدرجة الكلية للمقياس

جدول (23): نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي والمجموع الكلي

الدالة	Z	U	الضابطة (ن=6)		التجريبية (ن=6)		الأبعاد	م
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
دالة عند 0.01	2.929	0.00	66	5.50	17	3.21	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	1
دالة عند 0.01	2.916	0.00	68	5.50	17	3.21	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	2
دالة عند 0.01	2.913	0.00	65	5.50	17	3.21	علاقات الطفل داخل المنزل	3
دالة عند 0.01	2.728	0.00	66	5.50	17	3.21	المجموع الكلي	

يتضح من الجدول السابق (23) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوي (0.01) بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي والمجموع الكلي لصالح المجموعة التجريبية.



### تفسير نتائج الفرض الثاني:

أظهرت نتائج هذا الفرض وجود فروق دالة إحصائية عند مستوي ( 0.01 ) بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي والمجموع الكلي لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل علي وجود اختلافات بين أفراد المجموعة التجريبية عن أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالواقع والذي ساعد علي خفض حدة السلوك الانسحابي لأفراد المجموعة التجريبية من ذوي التلعثم، ويرجع هذا إلي فاعلية البرنامج في زيادة التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين داخل الروضة وداخل المنزل وخارجها مما ساعد علي معالجة الانطواء والخجل وزاد من قدرة الطفل علي الإندماج مع الآخرين.

ويمكن تفسير ذلك وفقاً لاستخدام العلاج بالواقع بفنياته المتعددة والذي كان له أكبر الأثر في النتائج التي حققها مع أطفال الروضة المتلعثمين ذوي السلوك الانسحابي، حيث يتناسب مع طبيعة العينة من ناحية ومع خصائصهم من ناحية أخرى، ومن الفنيات المستخدمة والتي ساعدت الأطفال علي التقليل من حدة السلوك الانسحابي لديهم فنية التعزيز والخطوات الواقعية لتعديل السلوك - التغذية الراجعة - تقديم الموضوع -المسئولية - التقويم الذاتي - العصف الذهني - المرح و الدعابة - المناقشة و الحوار - التأمل - التعهد - النمذجة و غيرها من فنيات ساعدت في تحقيق أهداف البحث.

ومن الجلسات التي ساهمت في خفض حدة السلوك الانسحابي بأبعاده المختلفة "جلسة الصندوق السحري" و"جلسة نزهة في الحديقة" والتي تكشف للطفل متعة العيش في الواقع مع مظاهر الطبيعة المتناغمة التي تحكي قصصاً في التفاعل و الاندماج بما في ذلك مجموعات الأشجار و الزهور و أسراب الطيور وغيرها من مظاهر الطبيعة التي توضح للأطفال مدي أهمية التفاعل والإندماج فيما بينهم، كما أن جلسة "لعبة الكرسي الخالي" و"جلسة البازل" تعبر عن مدي أهمية الفرد داخل المجموعة سواء في الروضة أو في المنزل أو خارجها، حيث أن الاندماج داخل المجموعة يحفز الفرد علي التخلص من المشكلات التي تواجهه أفضل من الانسحاب، وكذلك جلسة "قصة مفتوحة النهاية" حيث أن الأطفال قد أبدعوا في تقديم نهايات قد يكون بعضها من وحي خيالهم وقد تكون



من الواقع الفعلي الذي يعيشه هؤلاء الأطفال، وهذا ما يرتبط بفنيات العلاج بالواقع كما أشار لذلك الجميلي (2007، 210) الذي يشير إلى أن العلاج الواقعي هو تدريب واقعي يتضمن مجموعة من النشاطات في عدد من المواقف التعليمية على شكل جلسات إرشادية باستخدام الاستراتيجيات والفرص الإرشادية الآتية "المسؤولية، والخطوات الواقعية لتعلم السلوك، والصحاح، والفعالين والمرح، وتحدي الواجب البنّائي، والتفويض الذاتي".

وفي هذا يتفق البحث الحالي مع دراسة سعي (2001) التي هدفت إلى التحقق من فاعلية أسلوب العلاج الواقعي في خفض الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة في بغداد، وتوصلت النتائج إلى فاعلية العلاج الواقعي لدى المجموعة التجريبية التي تلقت تدريباً على أسلوب العلاج الواقعي دون الضابطة في خفض مستوى الشعور بالخجل لدى طلاب المرحلة المتوسطة. وأيضاً دراسة ليجورن وآخرون Legorn & etal (2003) التي هدفت إلى قياس فاعلية العلاج الواقعي مع الرهاب الاجتماعي في ضوء مقارنته بالعلاج المعرفي السلوكي، وقد أظهرت النتائج تحسن كلا المجموعتين غير أن مجموعة العلاج الواقعي أظهرت إنخفاضاً ملحوظاً في مستوى الرهاب الاجتماعي أكثر من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ودراسة الجميلي (2007) التي هدفت إلى التعرف على أثر العلاج الواقعي في خفض قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية وأظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وبدلالة احصائية بلغت (0,05) ولصالح المجموعة التجريبية بعد تلقي أفرادها التدريب على أسلوب العلاج الواقعي ، كما هدفت دراسة علي (2012) إلى بيان فاعلية برنامج للعلاج الواقعي في خفض السلوك الانسحابي لدى عينة من المراهقين المكفوفين، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي على مقياس السلوك الانسحابي.

وقد أثبتت بعض الدراسات فاعلية البرامج في خفض السلوك الانسحابي والخجل وتنمية قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعي وذلك كما في دراسة كوبر (2000) Kopper، ودراسة ريف (2001) Reeve، ودراسة بيرري وريتشارد (2009) Perri & Richard، وأيضاً نتائج دراسة الكريمين (2010)، ودراسة أدامو وآخرون (2015) Adamo & etal.





كما أكدت أيضاً دراسة حامد ( 2014 ) علي فاعلية الارشاد باللعب في تخفيف السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال من ( 6 - 11 ) عاماً ممن يعانون من السلوك الانسحابي، وتوصلت النتائج إلي التأثير الإيجابي للبرنامج في التخفيف من حدة السلوكيات الانسحابية لدي الأطفال لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية. هذا بالإضافة إلي نتائج دراسة حسن ( 2014 ) التي توصلت إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في اضطرابات النطق وأبعاده والسلوك الانسحابي وأبعاده لدي المجموعة التجريبية لصالح البعدي، وأيضاً وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المقاييس السابقة لصالح التجريبية، من خلال استخدام الفنيات المتعددة وهي النمذجة ولعب الدور والاسترخاء والمناقشة والحوار والتميز وغيره من الفنيات. كما أشارت نتائج دراسة صابر ( 2015 ) إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياسي المهارات الاجتماعية والسلوك الانسحابي قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

في حين أشارت نتائج دراسة دهيس ( 2016 ) إلي فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم علي الألعاب التعليمية الالكترونية في تعديل بعض المشكلات السلوكية كالسلوك الانسحابي وزيادة التفاعل الاجتماعي، وكذلك أكدت نتائج دراسة عماره ( 2017 ) علي فعالية برنامج إرشادي تكاملي للحد من السلوك الانسحابي لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وتوصلت النتائج إلي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية و الضابطة علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك أسفرت نتائج دراسة علي ( 2017 ) إلي وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات التلعثم والطلاقة اللغوية والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسات المتكررة لصالح البرنامج.

وترى الباحثة أنه لخفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال المتعلمين ينبغي التركيز علي التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال مع الآخرين داخل الروضة وداخل المنزل وخارجهما، وفي ذلك إعتمدت الباحثة علي بعض الفنيات التي تتمثل في النمذجة



والتعزيز ولعب الدور وغيرها، وذلك لأن الطفل قادر علي التقليد و المحاكاة لكل ما يدور حوله من أحداث عن طريق الملاحظة والتعريض المستمر وبصورة منتظمة لبعض المواقف التفاعلية الاجتماعية الإيجابية، فهو كما يُقال "الطفل عجيبة يسهل تشكيله"، حيث يُعطي للطفل فرصة لملاحظة النموذج ثم يُطلب منه أداء نفس العمل (لعب الدور والنمذجة) الذي يقوم به النموذج، وهذا ما خضع له أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة بما أتاح لهم الفرصة للتنمية والعلاج للسلوك الانسحابي.

وبذلك فقد تحققت صحة الفرض الثاني الذي ينص علي أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح المجموعة التجريبية".

#### اختبار صحة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث علي أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس التلثم لصالح المجموعة التجريبية".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المستقلة كأحد الأساليب اللابارامترية للوقوف علي دلالة ما قد يطرأ علي هذه الفئة عينة البحث كما تعكسها درجاتهم علي المقياس، وقد كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (24): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس التلثم لدي المجموعة

#### التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

المجموعة الضابطة ن = 6		المجموعة التجريبية ن = 6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
4.037	87.204	3.593	44.222	تكرار التلثم
3.545	99.336	3.347	38.000	بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلثم
3.205	74.601	2.429	38.500	طول التلثم
5.702	243.38	6.521	158.00	الدرجة الكلية للمقياس



جدول (25): نتائج اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس التلعثم

والمجموع الكلي

م	الأبعاد	التجريبية (ن = 6)		الضابطة (ن = 6)		U	Z	الدلالة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
1	تكرار التلعثم	3.50	21	9.50	57	0.00	3.09 -	دال عند 0.01
2	بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم	3.50	21	9.50	57	0.00	2.96 -	دال عند 0.01
3	طول التلعثم	3.50	21	9.50	57	0.00	2.99 -	دال عند 0.01
	الدرجة الكلية للمقياس	3.50	21	9.50	57	0.00	2.89 -	دال عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ( 25 ) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوي ( 0.01 ) بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس التلعثم والمجموع الكلي لصالح المجموعة التجريبية.  
تفسير نتائج الفرض الثالث:

أظهرت نتائج هذا الفرض وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوي ( 0.01 ) بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي أبعاد مقياس التلعثم والمجموع الكلي لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل علي وجود اختلافات بين أفراد المجموعة التجريبية عن أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج بالواقع والذي ساعد علي خفض حدة التلعثم لديهم و يرجع ذلك إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج و التي تتمثل في التعزيز و النمذجة والاسترخاء والمناقشة والحوار ولعب الدور، وذلك كما أشار الجميلي ( 2007 ، 210 ) الذي يشير إلي أن العلاج الواقعي هو تدريب واقعي يتضمن مجموعة من النشاطات في عدد من المواقف التعلّمية على شكل جلسات إرشادية باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات والفروض الإرشادية.

ويتضح فاعلية البرنامج من خلال جلساته المعدة بفنيات العلاج بالواقع من قبل الباحثة والتي خفضت من حدة اضطراب التلعثم لدي أطفال العينة التجريبية من خلال

تكرار الحديث مع الآخرين وذلك كما في "جلسة أنشودة التعاون"، و"جلسة مسرح العرائس" التي ساعدت الأطفال علي التفاعل اللفظي مع الأقران دون خوف أو خجل من خلال تكرار الأنشودة والتفاعل مع العرائس القفازية في لعبة عروستي، حيث كان الأطفال خلال جلسة مسرح العرائس في غاية السعادة والفرح وهو ما شجعهم علي المناقشة والحوار مع الآخرين، كما أن "جلسة المونولوج" ساعدت الأطفال علي مناجاة النفس لتتفيس انفعالاتهم والتعبير عما بداخلهم من حزن وألم أو فرح وسعادة طبقاً للموقف الذي يعيشونه، وكذلك فإن "جلسة المظلة (البراشوت)" و"لعبة أوصفني" تحفز الأطفال أيضاً علي التحوار والمناقشات مع غيرهم ممن يعيشون معهم، فقد استطاع الأطفال عبر هذه الجلسات أن يتحدثوا مع بعضهم البعض في جو يسوده المرح والدعابة، وطريقة تعبر عن تحمل المسؤولية في تعديل السلوكيات من اللاسوية إلي السوية.

وفي هذا الصدد أشارت بعض الدراسات إلي أهمية بعض هذه الفنيات لعلاج بعض اضطرابات النطق وخاصةً التلعثم كما في دراسة عبد النبي (2007)، ودراسة التوني (2010)، كما توصلت دراسة Euler & etal (2014) إلي فاعلية عدة برامج تدخلية لعلاج التلعثم في ألمانيا لدي (231) حالة علاجية فردية، وتم تفضيل اثنين من التدخلات هما منهج تعديل سلوك التلعثم، ومدخل تشكيل الطلاقة مقارنة بأساليب التنويم المغناطيسي الإيحائي، وضبط التنفس، وأشارت النتائج إلي كفاءة التدخلات المكثفة مقارنة بالتدخلات طويلة الأمد، وفاعلية التدخلات الجماعية مقارنةً بالفردية.

كما توصلت نتائج دراسة حسن (2014) إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المقاييس السابقة لصالح التجريبية، من خلال استخدام الفنيات المتعددة وهي النمذجة ولعب الدور والاسترخاء والمناقشة والحوار والتمييز وغيره من الفنيات التي كانت ذات معني ومغزي مع هؤلاء الأطفال، مما جعلهم أكثر مرونة وفهماً والتزاماً بالحضور لجلسات البرنامج، وكانوا كذلك أكثر وعياً للإستفادة الكاملة من أنشطة البرنامج المستخدم في إطار مواقف واقعية حياتية مما أسهم في تغيير السلوك السلبي إلي آخر إيجابي. وهذا هو الهدف الأساسي من نظرية العلاج بالواقع



لجلاسر Glasser (2001,29) وهو استبدال السلوكيات الاجتماعية غير المقبولة بأخري مقبولة لدي المجتمع المحيط به.

وأكدت أيضاً دراسة Brown& etal (2015) علي فاعلية أحد البرامج العلاجية المكثفة، والذي إشتمل علي التدريب علي المهارات الكلامية، والعلاج المعرفي السلوكي، ومهارات الاتصال لمدة أسبوعين لخفض الأعراض الظاهرة و الكامنة لعينة من المتلعثمين، وإشتمل القياس شدة وتكرار سلوك التلعثم، بالإضافة إلي مجموعة من المقاييس النفسية علي مدار ( 12 ) شهراً، وأشارت النتائج إلي عدم وجود أية تغيرات في فترة الشهرين السابقين للبرنامج، كما انخفضت شدة وتكرار سلوك التلعثم أثناء القراءة بعد تطبيق البرنامج، واستمر هذا لفترة خمسة أسابيع وفقاً للقياس التتبعي. وكذلك الحال في دراسة لايهو وكليبي Laiho& Klippi (2007).

ومن هذا المنطلق فقد ركزت الباحثة في أثناء تطبيقها لجلسات البرنامج علي السلوك والمشاعر وركزت أيضاً علي الحاضر والمستقبل ومواجهة الواقع وتدعيم السلوكيات المسئولة التي يقمن بها أفراد المجموعة التجريبية مع رفض الأعدار وضرورة الالتزام والتعهد والتخطيط الجيد لمستقبل أكثر نجاحاً، وقد استوعب الأطفال الأنشطة التي أختيرت لهم والتي كانت مناسبة لقدراتهم وإمكاناتهم بما جعلتهم أكثر إندماجاً فيما بينهم داخل الروضة، هذا بالإضافة إلي الواجبات المنزلية التي شجعت الأطفال علي تطبيق ذلك داخل المنزل وخارجه أي في النادي وغيره من الأماكن التي يجتمع فيها الأطفال مع الآخرين. وبذلك تحققت صحة الفرض الثالث الذي ينص علي أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس التلعثم لصالح المجموعة التجريبية."

#### اختبار صحة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض علي أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي".



وقد تم توضيح المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري في القياس القبلي والبعدي علي أفراد المجموعة التجريبية، و كانت النتائج كما يوضحها جدول (26). ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف علي دلالة الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس السلوك الانسحابي في القياسين القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما يوضحها جدول (27).

جدول (26): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس السلوك الانسحابي

لدي المجموعة التجريبية قبلي و بعدي

القياس القبلي ن= 6		القياس البعدي ن= 6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
1.034	8.366	1.032	15.676	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة
0.572	10.322	1.211	18.066	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة
1.102	9.202	1.471	16.706	علاقات الطفل داخل المنزل
1.468	22.50	2.258	62.52	الدرجة الكلية للمقياس

جدول (27): نتائج اختبار ويلكوكسون (W) للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي

م	الأبعاد	نوع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
1	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	2.264	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		
2	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	2.232	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		

م	الأبعاد	نوع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
3	علاقات الطفل داخل المنزل	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	2.214	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		
	المجموع الكلي	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	2.201	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		

وبالنظر في جدول (27) يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي والدرجة الكلية عند مستوي (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي لصالح متوسطات القياس البعدي، مما يعني وجود تحسن لدي أفراد المجموعة التجريبية في مستوي السلوك الانسحابي لديهم في القياس البعدي وهو ما يشير إلي تحقق نتائج الفرض الرابع من فروض البحث.

#### تفسير نتائج الفرض الرابع:

وقد كان الفرق بين الاختبار القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوي السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي والذي ظهر أثره في تحسن مستوي التلعثم لديهم من خلال الاندماج والتفاعل والمشاركة مع الأقران داخل قاعة النشاط أو خارجها مما خفض من حدة السلوك الانسحابي وبالتالي خفف من مشكلة التلعثم لدي أفراد المجموعة التجريبية، حيث أكدت النتائج علي أن السلوك الانسحابي قد إنخفض لدي أطفال المجموعة التجريبية وظهرت لديهم سلوكيات إيجابية نتيجة استخدام أنشطة وفنيات البرنامج من تعزيز ونمذجة ولعب الدور والاسترخاء والمناقشة والحوار والتمييز وغيره من الفنيات.

فقد كان الأطفال يقدون نماذج إيجابية لأطفال في نفس العمر الزمني لتعديل السلوك لأن الأطفال في هذه المرحلة العمرية يفقدون الخبرة التي تمكنهم من إتباع التعليمات من الآخرين ولذا فهم في حاجة ماسة إلي رؤية نماذج لسلوكيات إيجابية يتم تدريبهم علي تقليدها لتحل محل السلوكيات السلبية لديهم سواء بالملاحظة الشخصية أو من خلال الوسائل التكنولوجية، حيث أن العلاج الواقعي أثبت فاعليته في إدراك الأطفال لأنفسهم وتبصيرهم بواقعهم وتتمتع شعورهم بالمسؤولية تجاه أنفسهم والآخرين من حولهم،



مما أسهم في تنظيم خبراتهم وفي تمتع التعاون والتفاعل الاجتماعي والاندماج مع الآخرين بطريقة مقبولة اجتماعياً في إطار الواقع، كما أن جلسات البرنامج بأنشطته وفنياته أُخترت لمواقف حاليته من الواقع الفعلي كما في جلسة " موقف في حياتي " و " برنامج عيش الواقع " فهي جلسات يتعايش فيها الطفل مع ما قد يتعرض له في الواقع من مشكلات ومن خلالها يطرح حلولاً مع مناقشته وتناوله مع الآخرين من أقرانه في إطار خطوات واقعية لتعديل السلوك السلبي الشائع، مع إعطاء الوقت الكافي لمناقشة هذه المواقف في إطار جماعي، ويتضح أيضاً أن أسلوب الإرشاد الجماعي الذي استخدم في عمل التدرج وما تخلله من مناقشات حرة وموضوعية قائمة على أساس الاستماع والتفهم والابتعاد عن النقد عن البناء شجع الأطفال على طرح أفكارهم دون تردد أو خوف، مما أكسبهم الثقة بالنفس بعد شعور كل واحد منهم بأن رأيه وأفكاره تحتل مكانة هامة عند الآخرين، وهو ما شجعهم على المشاركة في الأنشطة مع بعضهم البعض، وهذا ما تناولته بعض الجلسات كجلسة " هيا نكمل بعضنا بالمكعبات " و "جلسة الصندوق السحري " و "جلسة حقيبة الهدايا " التي تثير فضول الأطفال للمشاركة والتفاعل بالحديث اللفظي وغير اللفظي وكذلك بالمشاركة الفعالة والاندماج فيما بينهم.

كما كان للاستراتيجيات و الفعاليات الإرشادية القائمة على العلاج بالواقع و التي استخدمت في إعداد أنشطة الجلسات الإرشادية تأثيراً واضحاً في إضفاء جو من المودة والتآلف بين أفراد المجموعة التجريبية، ويتضح ذلك في " لعبة دائرة التعارف "، و " جلسة أنشودة التعاون " التي تتيح الفرصة للأطفال للتعاون والمشاركة ، هذا بالإضافة إلى إتاحة الفرصة للأطفال للمشاركة في الألعاب الجماعية والانتقال من مكان لآخر والاستمتاع بالنشاط والتعاون والتقبل بين الأطفال وبعضهم البعض، فضلاً عن إنسجامهم أثناء اللعب وتبادلهم الأدوار أثناء اللعب التعاوني.

وفي هذا يتفق البحث الحالي مع دراسات كلاً من Kopper (2000)، ودراسة Reeve (2001)، ودراسة سعي (٢٠٠١)، ودراسة التميمي (٢٠٠٤)، ودراسة Perri (2009) & Richard، وأيضاً نتائج دراسة الكريمين (2010)، ودراسة حسن (2014)، ودراسة Adamo&etal (2015)، ودراسة صابر (2015)، ودراسة حامد (2014).





وبهذا نتحقق صحة الفرض الرابع الذي ينص علي أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس السلوك الانسحابي لصالح القياس البعدي.".

**اختبار صحة الفرض الخامس:**

ينص هذا الفرض علي أنه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس التلعثم لصالح القياس البعدي.".

وقد تم توضيح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس القبلي والبعدي علي أفراد المجموعة التجريبية، وكانت النتائج كما يوضحها جدول (28).

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف علي دلالة الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس التلعثم في القياسين القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما يوضحها جدول (29).

**جدول (28): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس التلعثم لدي المجموعة التجريبية قبلي وبعدي**

القياس البعدي ن = 6		القياس القبلي ن = 6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
3.593	44.222	5.657	81.530	تكرار التلعثم
3.347	38.000	3.205	55.362	الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلعثم
2.429	38.500	2.715	56.167	طول التلعثم
6.521	158.00	5.468	238.50	الدرجة الكلية للمقياس



جدول (29): نتائج اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي أبعاد مقياس التلثم

م	الأبعاد	نوع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
1	تكرار التلثم	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	-2.01	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		
2	بعد الحركات اللاإرادية والأصوات المصاحبة للتلثم	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	-2.207	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		
3	طول التلثم	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	-2.207	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		
	المجموع الكلي	الرتب السالبة	6	3.50	21.00	-2.207	دالة عند 0.05
		الرتب الموجبة	0	0	0		
		التساوي	0	0	0		

وبالنظر في جدول (29) يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية علي أبعاد مقياس التلثم والدرجة الكلية عند مستوي (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي لصالح متوسطات القياس البعدي، مما يعني وجود تحسن لدي أفراد المجموعة التجريبية في مستوي التلثم لديهم في القياس البعدي وهو ما يشير إلي تحقق نتائج الفرض الخامس من فروض البحث.



### تفسير نتائج الفرض الخامس:

وتفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج القائم علي نظرية العلاج بالواقع لجلاسر في الإستفادة من تنمية الخبرات والتجارب الحية التي عاشها أفراد المجموعة التجريبية طيلة مدة البرنامج واكتسابهم جملة من السلوكيات المسئولة، بالإضافة إلي الاندماج والتواصل بالآخرين في إطار الواقع الفعلي، وكذلك تفاعل الطفل في مجموعة متكاملة من الأنشطة التي تحمل أهدافاً مشتركة وهي التخلص من السلوك الانسحابي والتقليل من حدة اضطراب التلعثم لديهم والتي استندت علي مجموعة من فنيات العلاج بالواقع، حيث يشير الأمازي (2012، 50) إلي أن استخدام التعليمات والحث علي الاندماج ولعب الدور والتغذية الراجعة مع الإستعانة بالرفاق تساعد الطفل المنسحب علي التفاعل الاجتماعي، كما أن الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية من أفضل الأساليب الإيجابية في العلاج. كما أن النمذجة لها دور كبير في التقليل من حدة السلوك الانسحابي لدي أطفال ما قبل المدرسة وذلك ما توصلت إليه نتائج دراسة أدامو وآخرون (2015) Adamo&etal ودراسة القطاونة (2014).

ومن الجلسات التي شجعت أطفال المجموعة التجريبية علي التخلص من أعراض التلعثم لديهم من حيث التكرار والإطالة وكذلك الأعراض الجسمية المصاحبة " جلسة تعالوا نرسم ونلون"، و" جلسة المذياع"، و" جلسة المونولوج" حيث أن هذه الجلسات قد مكنت الأطفال من التحدث أمام الآخرين دون خوف أو خجل، كما كانوا متفاعلين ومتجاوبين مع هذه الجلسات وبالتدرج تحسن مستوي الحديث لديهم وانخفضت شدة التلعثم لديهم، إلا أن طفلة كانت معترضة علي التحدث كلقاء مع شخص آخر أو حتي التحدث مع نفسها "مناجاة النفس" ولكن تدريجياً إنضمت للفريق وبدأت تتخلص من خجلها وخوفها، كما أن "جلسة من تصادف"، و"جلسة المظلة (البراشوت)" بما يتضمنوا من تحدث وتكرار لبعض الكلمات قد ساعدت الطفل علي تبادل الحديث مع الآخرين في أي مكان يتواجد فيه، وغيرها من الجلسات التي هدفت إلي تدريب الطفل علي التخلص من تلعثمه من تكرار و طول و أعراض مصاحبه لهذا التلعثم، فمن خلال هذه الجلسات تفاعل هؤلاء



الأطفال مع بعضهم البعض في حب وسعادة متحدثين ومتحاورين فيما بينهم، مما دعمهم علي التقليل من أعراض هذا الاضطراب.

هذا بالإضافة إلي أن جلسة " قصة كوثر والتلثم " كأجدي جلسات البرنامج عززت من قوة النتيجة الإيجابية للحد من اضطراب التلثم لدي الأطفال من حيث التكرار والإطالة والأعراض المصاحبة، وهذه القصة تعرض قضية طفلة متلعثمة تواجه النقد والسخرية وعدم التفاعل من الآخرين، وقد تفاعل الأطفال مع هذه القصة بقوة مما جعلهم يدركون أن الأمر بسيط حيث أن هناك أطفال مثلهم و استطاعوا أن يتخطوا الصعاب وهو ما زاد من عزيمة ودافعية أطفال المجموعة التجريبية.

وفي هذا يتفق البحث الحالي مع ما توصلت إليه نتائج دراسة حسن ( 2014 ) إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي في اضطرابات النطق وأبعاده والسلوك الانسحابي وأبعاده لدي المجموعة التجريبية لصالح البعدي، من خلال استخدام الفنيات المتعددة وهي النمذجة ولعب الدور والاسترخاء والمناقشة والحوار والتمييز بين السلوك السوي واللاسوي وغيره من الفنيات.

وبذلك تحققت صحة الفرض الخامس الذي ينص علي أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس التلثم لصالح القياس البعدي".

#### اختبار صحة الفرض السادس:

ينص الفرض السادس علي أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من إنتهاء التطبيق ) علي مقياس السلوك الانسحابي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون ( Wilcoxon (W لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الصغيرة المرتبطة، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:



جدول (30): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس السلوك الانسحابي

لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي

القياس التتبعي ن = 6		القياس البعدي ن = 6		الأبعاد
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.824	7.265	1.034	8.366	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة
0.544	12.000	0.572	10.322	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة
0.611	7.603	1.102	9.202	علاقات الطفل داخل المنزل
0.881	18.47	1.468	22.50	الدرجة الكلية للمقياس

جدول (31): نتائج اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon للفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي

م	الأبعاد	نوع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
1	علاقة الطفل بالآخرين داخل الروضة	الرتب السالبة	1	1.50	1.50	-1.30	غير دال
		الرتب الموجبة	3	2.83	8.50		
		التساوي	2	0	0		
2	علاقة الطفل بالآخرين خارج الروضة	الرتب السالبة	2	2.75	5.50	-0.54	غير دال
		الرتب الموجبة	3	3.17	9.50		
		التساوي	1	0	0		
3	علاقات الطفل داخل المنزل	الرتب السالبة	2	2.25	4.50	-0.81	غير دال
		الرتب الموجبة	3	3.40	10.50		
		التساوي	1	0	0		
غير دال	المجموع الكلي	الرتب السالبة	0	0	0	-0.91	غير دال
		الرتب الموجبة	6	3.40	23.00		
		التساوي	0	0	0		

ويتضح من الجدول السابق ( 31 ) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي أبعاد مقياس السلوك

الانسحابي والمجموع الكلي، مما يعني عدم وجود اختلاف بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في السلوك الانسحابي، والذي يدل علي استمرار الثبات النسبي في نتائج القياسين البعدي والتتبعي علي أبعاد مقياس السلوك الانسحابي بعد مرور شهر من إنتهاء تطبيق البرنامج.

#### تفسير نتائج الفرض السادس:

وهذا ما يشير إلي فاعلية جلسات البرنامج بفنياته من خلال إندماج الأطفال في العديد من المواقف التي أتاحتها جلسات البرنامج والأنشطة المقدمة في البرنامج والتي استمرت خلال فترة المتابعة، والتي ركزت علي التنوع في الأنشطة المقدمة للأطفال ذوي السلوك الانسحابي المنخفض من المتعلمين لتخفيف السلوك الانسحابي ودمجهم مع أقرانهم، مع الحرص علي تدعيمهم ببعض الوسائل والطرق التي تساعدهم علي الاندماج مع الآخرين داخل الروضة والمنزل وخارجهما، حيث أن بقاء أثر البرنامج يرجع إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج وكذلك الأنشطة المتعددة التي تضمنتها الجلسات. كما أن العلاج بالواقع ساعد الأطفال علي خفض سلوكهم الانسحابي داخل الروضة وداخل المنزل وخارجهما في أي مكان، ومن ثم تطوير صورة إيجابية عن الذات من خلال وضع الخطة الإرشادية وتنفيذها، حيث أصبح الأطفال قادرين علي خوض تجارب النجاح في السلوك المسؤول وتحقيق أكبر قدر من المسؤولية من خلال التعايش والاندماج مع الآخرين ومواجهة الواقع الذي نعيشه، مما جعل الأطفال أكثر قدرة علي السيطرة علي ظروفهم وحل مشكلاتهم التي يتعرضون لها، بالإضافة إلي نمو قدرتهم علي إتخاذ القرارات والعيش بسلام وسط الآخرين، فالاندماج مع الواقع قد لازم هؤلاء الأطفال حتي بعد نهاية البرنامج وعند القيام بالقياس التتبعي، حيث أصبح أطفال المجموعة التجريبية علي وعي بالواقع وقدرة علي مواجهة مشكلاته وآثاره السلبية المترتبة عليه، كما تعلموا كيفية التوافق السوي مع حياتهم الواقعية من خلال الممارسات الفعلية لأنشطة الجلسات، وقد إكتسبوا أيضاً القدرة علي التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة داخل الروضة وداخل المنزل وخارجهما، وهو ما يتفق مع الغاية النهائية من برنامج العلاج



بالواقع وهي مساعدة الفرد علي إشباع حاجاته للإندماج والتفاعل مع الآخرين وفق مفاهيم المسؤولية والواقعية والصواب.

وبذلك يتفق البحث الحالي مع دراسة كلاً من: حسن ( 2014 ) التي توصلت نتائجها إلي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتتبعي في مقاييس الدراسة، من خلال استخدام الفنيات المتعددة وهي النمذجة ولعب الدور والاسترخاء والمناقشة والحوار والتمييز وغيره من الفنيات. ودراسة صابر ( 2015 ) التي توصلت إلي إستمرارية أثر البرنامج في تحسين المهارات التي اكتسبها أطفال المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة.

وترجع الباحثة المحافظة علي مستوي التحسن لدي الأطفال في القياس التتبعي إلي متابعة أفراد الأسرة للأطفال في المنزل وحثهم علي إتباع الطرق الصحيحة والسوية التي تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج، مع التوجيه المستمر للأطفال والاستمرار علي استخدام التعزيزات اللفظية والإيمائية والمادية لضمان إستمرار التقدم والتحسين، وقد يرجع ذلك أيضاً إلي اقتناع المعلمات بدور العلاج المقدم للأطفال مما دعم استمرار التحسن وبقاء أثر البرنامج علي المدى الأطول وهذا ما أكدته تعليقات وردود فعل المعلمات علي تحسن أطفالهم في قاعة النشاط.

كما أن استخدام الفنيات المتعددة القائمة علي العلاج بالواقع وهي النمذجة ولعب الدور والاسترخاء الكلامي والمناقشة والحوار وتقديم الموضوع والخطوات الواقعية لتعديل السلوك وتعديل السلوك السلبي الشائع وغيره من الفنيات، فقد كانت مشجعة ومحفزة علي تذكر هذه الأنشطة وتطبيقها في كل مكان، هذا بالإضافة إلي أن الواجب المنزلي كما له أفضل الأثر في تطبيق مثل هذه الأنشطة داخل الروضة وكذلك داخل المنزل وخارجهما أي في النادي وعند الجيران إلي غير ذلك، مما دعم استمرارية التطبيق في أي مكان يتواجد فيه الطفل مع الآخرين ويستطيع التفاعل معهم والإندماج إليهم، وقد كان أيضاً لفنية التغذية الراجعة أثراً فعالاً في التذكرة المستمرة لما سبق أن تعلمه الطفل في الجلسات السابقة، ومن هذه الجلسات التي كانت تنشط ذاكرة الطفل باستمرار لترتبط ما تعلمه بالواقع



الفعلي " جلسة موقف في حياتي " و" جلسة منْ تُصايف " و"جلسة حقيبة الهدايا " و"جلسة قص ولصق" و"جلسة الصندوق السحري وغيره من الجلسات الفعالة.

وبذلك تم التحقق من صحة الفرض السادس الذي ينص علي أنه " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من إنتهاء التطبيق) علي مقياس السلوك الانسحابي".

### تفسير النتائج:

• يرجع خفض التلعثم وخفض السلوك الانسحابي نتيجة لتعرض أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج من خلال تطبيق اللعب التخيلي بالتحدث لخفض القلق والخوف من التحدث أمام الآخرين والذي يؤثر علي نسبة التلعثم لديهم، ولعب الدور بأداء أفراد العينة لأدوار المتلعثمين وعكس الأدوار وعرض طريقة المرأة كنشيط أوصفني؛ ولذا ظهرت فاعلية البرنامج علي المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وذلك كما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات كدراسة عبد النبي ( 2007)، ودراسة التوني ( 2010)، وكذلك دراسة Euler& etal (2014)، ودراسة حسن (2014)، ودراسة Brown& etal (2015).

• بالنسبة للسلوك الانسحابي اتفقت نتائج بعض الدراسات مع نتائج الفرض الحالي في خفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال وذلك بعد التدريب علي أنشطة البرنامج القائم علي فنيات العلاج بالواقع، وفي هذا يتفق البحث الحالي مع دراسة Donahue (2007) والتي أكدت علي فاعلية برنامج إرشادي جمعي باستخدام أسلوب عكس المشاعر وإعطاء التغذية الراجعة، وتعليم الأطفال المشاركة الاجتماعية، وكيفية التحدث مع الآخرين باستخدام أساليب معرفية سلوكية لخفض العزلة، ودراسة Perri & Richard (2009) والتي أظهرت فاعلية التدريب علي الضبط الذاتي لخفض مستوي الخجل، وأيضاً دراسة دهيس ( 2016) التي





توصلت إلي فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم علي الألعاب التعليمية الالكترونية في تعديل بعض المشكلات السلوكية كالسلوك الانسحابي وزيادة التفاعل الاجتماعي.

- وترجع فاعلية البرنامج في خفض السلوك الانسحابي إلي خفض العزلة وارتفاع مستوي التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين لدي أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة بعد إنتهاء البرنامج، وذلك كما أظهرت نتائج دراسة Kopper (2000)، ودراسة Reeve (2001)، ودراسة Perri & Richard (2009)، وأيضاً نتائج دراسة الكريمين (2010)، ودراسة حامد (2014).
- ويرجع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات التلعثم والسلوك الانسحابي للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي إلي ما تضمنه البرنامج من فنيات متنوعة ومتباينة الأمر الذي أشار لإستمرارية الأثر الإيجابي للبرنامج خلال فترة القياس التتبعي، مما جعل البرنامج أكثر استمرارية.
- كما تُرجع الباحثة المحافظة علي مستوي التحسن لدي الأطفال في القياس التتبعي إلي متابعة أفراد الأسرة للأطفال في المنزل وحثهم علي إتباع الطرق الصحيحة والسوية التي تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج، مع التوجيه المستمر للأطفال والاستمرار علي استخدام التعزيزات اللفظية والإيمائية والمادية لضمان إستمرار التقدم والتحسن، وقد يرجع ذلك أيضاً إلي اقتناع المعلمات بدور العلاج المقدم للأطفال مما دعم استمرار التحسن وبقاء أثر البرنامج علي المدى الأطول وهذا ما أكدته تعليقات وردود فعل المعلمات علي تحسن أطفالهم في قاعة النشاط، وهو ما أثبتته دراسة حسن (2014).



- ويمكن عزو النتائج الإيجابية لهذا البحث إلي البرنامج المستخدم لأنه تضمن أنشطة وواجبات وتدريبات ومهارات بُنيت علي أساس العلاج بالواقع بهدف خفض أعراض السلوك الانسحابي للأطفال والحد من اضطراب التلعثم لديهم، وذلك من خلال استبدال السلوكيات غير المسئولة بأخري مسؤولة، وهو ما أكدت عليه بعض الدراسات كما في دراسة سحبي (٢٠٠١)، ودراسة Legorn& etal (2003)، ودراسة باسارو وآخرون (Passaro& etal 2004)، ودراسة الجميلي (2007)، ودراسة علي (2012).

- إن تدريب أطفال المجموعة التجريبية علي التخطيط وإتخاذ القرار وإستبدال السلوك الإنسحابي بآخر إندماجي مدعم بالتقاؤل والسعادة والأمل والثقة بالنفس، جعلهم قادرين علي تخطي مشكلتهم واضطرابهم بقوة وتحدي.

### التوصيات:

- في ضوء النتائج التي أسفر عنها البحث الحالي تقدم الباحثة بعض التوصيات التي من شأنها أن تسهم في الحد من السلوكيات المضطربة وخاصةً السلوك الانسحابي للأطفال العاديين بصفة عامة والأطفال المتلعثمين بصفة خاصة، ويمكن إيجاز تلك التوصيات فيما يلي:
- الكشف المبكر عن الأطفال ذوي اضطراب التلعثم.
  - تدريب القائمين بالرعاية والأخصائيين ومعلمي الأطفال في مختلف المراحل الدراسية علي تطبيق البرنامج لخفض السلوك الانسحابي وتحسين اضطراب التلعثم لدي الأطفال.
  - ضرورة تفعيل دور الأخصائي النفسي في الروضات وتوفير الوقت اللازم له والإمكانات التي تمكنه من ملاحظة ودراسة سلوك الأطفال.
  - ضرورة الاهتمام بتوفير الأنشطة المختلفة (الرياضية - الفنية - الاجتماعية - الثقافية- الترفيهية) لكافة الأطفال داخل الروضة.



- ضرورة التعاون بين المعلمين والأخصائيين في الروضة لتحديد حالات الأطفال ودراسة إحتياجاتهم.
- ضرورة الاعتماد علي مبدأ التعزيز للسلوك الإيجابي والبعد عن أساليب العقاب حتي يشعر الأطفال بالأمن في المناخ داخل الروضة.
- ينبغي أن تتعاون الأسرة مع الروضة في التعرف علي خصائص سلوك أطفالهم في المرحلة العمرية المنوطة بالذكر.
- يجب أن يعمل أفراد الأسرة علي توفير مناخ أسري آمن يسوده التعاون والمشاركة.
- علي القائمين برعاية الطفل شغل وقت فراغه بأنشطة مستمرة ومتنوعة حتي لا يُتْرَك وحده فيتمركز حول نفسه أو ينسحب.
- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال في قدراتهم الكلامية، مع متابعة الكبار لكل ما يطرأ علي سلوك أطفالهم.
- عدم إجبار الطفل الذي يعاني من التلعثم علي التخلص من مشكلته والتحدث بطريقة سليمة بشكل صارم.
- تقبل أفراد الأسرة لطفلهم الذي يعاني من التلعثم وعدم إظهار الرفض لكلامه مع عدم التصحيح المستمر له.
- ينبغي علي المعلمات حث الأطفال علي المشاركة والتفاعل مع أقرانهم داخل قاعة النشاط من خلال المناقشات الجماعية.
- ينبغي علي المعلمات عدم الإستهانة بطريقة الطفل في التحدث مع عدم لومه وتوبيخه لأنه يزيد من إضطراب التلعثم لديه، لذا يلجأ إلي السلوك الإنسحابي.
- الملاحظة المستمرة من قبل القائمين برعاية الطفل لسلوكه مع رصد مستوي التفاعل لديه مع الآخرين.
- إقامة دورات وندوات إرشادية لأولياء أمور الأطفال ذوي التلعثم لتبصيرهم بكيفية التواصل مع أطفالهم.
- إعداد برامج كمبيوتر للأطفال ذوي التلعثم لتدريبهم علي النطق بطريقة سليمة من خلال التعامل مع الأقران.



## البحوث المقترحة:

إستكمالاً للجهد الذي بدأتها الباحثة في البحث الحالي وفي ضوء ما انتهت إليه النتائج تزي الباحثة إمكانية القيام بدراسات أخرى متنوعة تهتم بالأطفال المتلعثمين، بحيث تتناول هذه الدراسات المقترحة الموضوعات الآتية:

- فاعلية برنامج قائم علي العلاج بالواقع لتنمية الطلاقة اللغوية لدي أطفال الروضة المتلعثمين.
- فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة السلوك الانسحابي لدي الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة.
- فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية التفاعل الاجتماعي لدي أطفال الروضة المتلعثمين.
- أثر برنامج علاجي واقعي لتنمية توكيد الذات علي أطفال الروضة المتلعثمين.
- تعديل بعض سلوكيات الأطفال المتلعثمين.
- فاعلية العلاج باللعب لخفض حدة التلعثم لدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- استخدام برنامج كمبيوتر لتنمية بعض المهارات اللغوية لأطفال الروضة ذوي التلعثم.
- فاعلية العلاج بالواقع لتنمية السلوك التوافقي للأطفال ذوي التلعثم.
- فاعلية الإرشاد الأسري لخفض حدة القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين.
- فاعلية الارشاد المعرفي السلوكي لتنمية بعض الجوانب المعرفية لدي أطفال الروضة المتلعثمين.



## المراجع

- إبراهيم، فيوليت فؤاد وشعبان، عبد الستار ( 2008). مقياس تشخيص اضطرابات اللغة والكلام. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، محمد على حسن (2014). فاعلية برنامج ارشادى قائم على فنيات العلاج بالواقع فى تنمية معدل التحصيل الدراسى فى العلوم لدى عينة من الطلاب بطيئى التعلم . مجلة التربية، جامعة الأزهر - كلية التربية، 160(1)، أكتوبر، 189 - 168.
- ابن عامر، وسيلة (2011). سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى التلميذ وبعض المشكلات الانفعالية المشابهة له. مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 11(22)، 118 - 105.
- أبو العينين، حنان عثمان محمد (2007). دراسة السلوك الانسحابي لدى الأطفال من حيث علاقته بأساليب المعاملة الوالدية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- أبو النصر، مدحت ( 2005). الإعاقة النفسية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية. القاهرة، مجموعة النيل العربية.
- أحمد، سهير كامل ( 2003). التوجيه والارشاد النفسي للصغار. الاسكندرية، مركز الاسكندرية للكتاب.
- أحمد، مها صبري (2016). فعالية برنامج تدريبي في خفض اضطرابات النطق وأثره على السلوك الانسحابي لدي الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الخفيفة . مجلة التربية الخاصة ، كلية علوم الإعاقة والتأهيل- مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية ، جامعة الزقازيق، 15 (أبريل)، 345 - 277 .
- إسماعيل، إيمان محمد صبري ( 2006). التلعثم لدى الأطفال دراسة في مفهوم الذات وأساليب التعامل مع الضغوط. مجلة دراسات عربية في علم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 5(3)، يوليو، 643-708.
- إسماعيل، نبيه إبراهيم ( 2001). عوامل الصحة النفسية السليمة. القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر.
- الأمازي، ولاء كرم محمد ( 2012). فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الشعور بالانسحاب الاجتماعي وأثره في زيادة الثقة بالنفس لدى الأطفال ذوي العسر القرائي. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.



- الببلاوي، إيهاب (2003). اضطرابات النطق: دليل أخصائي التخاطب المعلمين و الوالدين. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- البهاص، سيد أحمد ( 2005). أداة قياس شدة التلعثم للأطفال والمراهقين. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- التمهي، سميرة علي حسن ( ٢٠٠٤ ). أثر أسلوبي العلاج الواقعي والنمذجة في تقبل طلبة الثانوي لأبائهم العائدين من الأسر. رسالة دكتوراة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- التوني، سهير ( 2010). تنمية الثقة بالنفس باستخدام فنيات البرمجة اللغوية العصبية والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الأطفال المتلعثمين. رسالة دكتوراة، كلية تربية البنات، جامعة عين شمس.
- الجمعة، محمود عبد الرسول حسن ( 2007). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى الأطفال الكويتيين بمرحلة الطفولة المتأخرة.رسالة دكتوراة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- الجميل، علي عليخ خضر ( 2007). أثر العلاج الواقعي في خفض قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية . مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية ، كلية التربية الأساسية ، جامعة الموصل، (2)5، 205-225.
- الخرافي، نورية مشاري والقحطاني، هيفاء محمد عثمان (2016). فعالية العلاج الواقعي في التخفيف من السلوك العدواني لدى طالبات المرحلة الثانوية في دولة الكويت . مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط- كلية التربية، 32(3)، يوليو، 479 - 512.
- الرشدي، بشير صالح والسهل، راشد علي ( ٢٠٠٠ ). مقدمة في الارشاد النفسي . الكويت، مكتبة الفلاح.
- الرشدي، بشير صالح (2008). الإرشاد النفسي وفق نظرية العلاج الواقعي. الكويت، مكتبة الكويت الوطنية.
- الرفاعي، نهلة عبد العزيز ( 2001). تعريب و تقنين شدة التلعثم عن ريلي علي البيئة العربية. بحث منشور في المجلة الطبية، كلية طب، جامعة عين شمس.
- الزيود، نادر فهمي (1998). نظريات الإرشاد و العلاج النفسي. عمان، دار الفكر للطباعة والنشر.
- السعيد، حمزة ( 2003). مظاهر التأثأة عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات . مجلة الطفولة والتنمية، 3(10)، 33- 55.



- السواح، صالح عبد المقصود ( 2007). فعالية التدريب علي التواصل في تعديل السلوك الانسحابي لدي الأطفال ضعاف السمع. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- السويلم، صالح سالم ( 2010). فاعلية برنامج إرشادي لخفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال القابلين للتعلم من المعاقين عقلياً. رسالة دكتوراة، معهد الدراسات التربوية، جامعة عين شمس.
- الشرييني، زكريا أحمد (2001). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة، دار الفكر العربي.
- الشرييني، زكريا أحمد و صادق، يسرية ( 2000). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملة ومواجهة مشكلاته. القاهرة، دار الفكر العربي.
- العربي، حميدة السيد (2015). مقدمة في صعوبات التعلم. القاهرة، دار الفكر العربي.
- العزة، سعيد حسني ( 2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية. الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العسقلاني، عائشة ( 1995). مدي فاعلية العلاج الواقعي في علاج بعض الاضطرابات السلوكية لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية بسلطنة عمان. رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- القاسم، جمال متقال (2000). الاضطرابات السلوكية. عمان، دار الصفاء للنشر و التوزيع.
- القبالي، يحيى (2007). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. عمان، دار الطريق للنشر و التوزيع.
- القطاونة، يحيى حسين (2014). فاعلية برنامج تدريبي في علاج التلعثم وأثره في مستوى الثقة بالنفس لدى الأطفال المتعلمين . مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، جامعة القدس المفتوحة، 2(7)، 235-272.
- القمش، مصطفى نوري ( 2000). الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة. الأردن، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- الكريمين، محمد عبد العزيز ( 2010). فاعلية برنامج علاجي يستند إلي اللعب الجماعي للحد من السلوك الانسحابي وتحسين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدي الطلبة الوافدين في المرحلة الأساسية بدولة الإمارات العربية. رسالة دكتوراة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، الأردن.
- المشاقبة، فارس (2003). اضطرابات النطق عند الأطفال. الكويت، الجمعية الكويتية.



-النحاس، محمد محمود (2006). سيكولوجية التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

-النعمي، لطيفة ماجد (2006). التلعثم عند الأطفال : اسبابه وطرق تشخيصه وعلاجه . مجلة التربية، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم، 35(158)، سبتمبر، 250 - 259.

-النوبي، محمد (2018). سيكولوجية التلعثم. المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، المؤسسة العربية للبحث العلمي والتنمية البشرية، 15(1)، اغسطس، 180 - 186.

-أمين، سهير (2000). اللجاجة التشخيص والعلاج. عمان، دار الفكر العربي.

-بشري، صمويل تامر (2007). الاكتئاب والعلاج بالواقع. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

-بكار، عبد الكريم (2010). مشكلات الأطفال " تشخيص و علاج لأهم عشر مشكلات ". القاهرة، دار السلام للطباعة والنشر والترجمة.

-حامد، حسناء حسين (2014). فاعلية الإرشاد باللعب في تخفيف السلوك الانسحابي لدي

عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بمدينة المنيا. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنيا.

-حسن، أسامة عبد المنعم عيد (2014). فعالية برنامج تدريبي لتخفيف بعض إضطرابات

النطق وأثره في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من الأطفال المعاقين عقلياً ( القابلين

للتعلم ). رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

-دهيس، نهلة (2016). فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم علي الألعاب التعليمية الإلكترونية

في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدي تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي. رسالة

ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

-رسلان، شاهين (2012). الأمومة ومشكلات الطفولة. القاهرة، دار غريب.

-زهرا، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط 3، القاهرة، عالم

الكتب.

-سري، إجلال (2000). علم النفس العلاجي. ط2، القاهرة، عالم الكتب.

-سعدي، ناسو صالح ( ٢٠٠١ ). أثر أسلوب العلاج الواقعي في خفض الشعور بالخجل لدى

طلاب المرحلة المتوسطة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة المستنصرية .

-سليمان، جمال عبد الناصر (2009). اضطرابات النطق و الكلام فنيات علاجية و سلوكية.

القاهرة، مصر العربية للنشر و التوزيع.

-سليمان، عبد الرحمن سيد (1997). العلاج النفسي الواقعي - مفاهيمه النظرية وتطبيقاته

الارشادية أسرياً ومدرسياً. حوليات كلية التربية، جامعة قطر، 14، 579 - 627.



- سمعان، مريم و أبوفاخر، سماعيل ( 2010). الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وعلاقته ببعض المتغيرات. دراسة ميدانية في مراكز رعاية وتأهيل المعوقين ذهنياً في محافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق، 26(4)، 770-812.
- سيسالم، كمال ( 2002). موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسي. العين، دار الكتاب الجامعي للنشر و التوزيع.
- شعيب، علي محمود ومحمد، عبد الله علي ( 2014). قضايا معاصرة في صعوبات التعلم " النظرية و التطبيق " . القاهرة، دار جونا للنشر و التوزيع.
- صابر، أماني أحمد ( 2015). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض السلوك الانسحابي وتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال الذاتيين . دراسات الطفولة، جامعة عين شمس - كلية الدراسات العليا للطفولة، 18(66)، يناير، 14 - 9.
- صبيحي، سيد وكمال، ياسمين رمضان وعلي، بهية عبد الباسط ( 2018). الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الانسحابي لدى عينة من أطفال الروضة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس - مركز الإرشاد النفسي، 54، أبريل، 433 - 452.
- عبد الحميد، جابر وكفافي، علاء الدين ( 1995). معجم علم النفس و الطب النفسي (إنجليزي، عربي)، الجزء السابع، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبد العزيز، مفتاح محمد ( 2001). علم النفس العلاجي - إتجاهات حديثة. القاهرة، دار قباء.
- عبد الغني، عبد العزيز عبد العزيز وإبراهيم، فيوليت فؤاد ويوسف، محمود رامز ( 2016). الخصائص السيكومترية لمقياسي النمو اللغوي والتلعثم لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 47(1)، أغسطس، 415-441.
- عبد الفتاح، إيناس ( 2002). التلعثم في الكلام: استراتيجيات التشخيص و العلاج النفسي الكلامي. القاهرة، مكتبة المهندس.
- عبد القادر، أشرف أحمد ( 2009). الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة، مكتبة الزهراء.
- عبد الله، محمد قاسم ( 2001). أمراض الأطفال النفسية و علاجها " علم نفس الأطفال المرضى". سوريا، دار المكتبي للطباعة و النشر.



- عبد المعطي، حسن مصطفى (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب والتشخيص والعلاج). القاهرة، دار القاهرة للنشر.
- عبد النبي، هند إسماعيل إمبابي ( 2007). برنامج إرشادي لتنمية مفهوم الذات وعلاقته بالاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتعلمين. رسالة دكتوراة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
- عبد الواحد، سليمان (2011). ذو صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية، خصائصهم، اكتشافهم، رعايتهم، مشكلاتهم. عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر.
- عبد ربه، صفوت أحمد ( 2000). فاعلية العلاج السلوكي متعدد المحاور والقراءة المتزامنة في علاج اللججة والاضطرابات النفسية المصاحبة. رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- عقل، بدير عبد النبي بدير ( 2013). فاعلية برنامج تخاطبي في علاج التلعثم وأثره في الأمن النفسى لدى أطفال المرحلة الابتدائية . مجلة التربية، جامعة الأزهر - كلية التربية ، 155(4)، أكتوبر، 347 - 306.
- علي، إبراهيم علي السيد ( 2012). فاعلية برنامج للعلاج الواقعي في خفض السلوك الانسحابي لدي عينة من المراهقين المكفوفين. مجلة القراءة والمعرفة، 130، 174- 204.
- علي، محمد النوبي محمد (2017). فاعلية برنامج تدريبي لخفض التلعثم في تحسين مهارات الطلاقة اللغوية وخفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، مايو، 85، 247- 282.
- عماره، وليد وهدان حميد (2017). فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك الانسحابي لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم. مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، 21، يناير، 868- 902.
- عمر، محمود ماهر (2004). العلاج الواقعي: رؤية تحليلية لمدرسة وليم جلاسر الإرشادية. الولايات المتحدة الأمريكية: أكاديمية ميتشغان النفسية.
- محمد، السيد يس التهامي ( 2008). فاعلية برنامج للتدخل المبكر في علاج بعض اضطرابات الكلام واللغة لدي الأطفال. رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- محمد، حنان بنت أسعد (2002). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدي عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.



- محمد، عادل عبد الله ( 2003). مقياس السلوك الانسحابي للأطفال " الأطفال العاديون و ذوو الإحتياجات الخاصة " . القاهرة، دار الرشاد.
- ياسين، حمدي محمد والتونى، سهير محمد (2010). التلعثم ومفهوم الذات في مرحلة الطفولة المتأخرة . دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس - كلية الدراسات العليا للطفولة ، (47)13، أبريل - يونيو، 215 - 223.
- **Al-Tamimi,F.;** **Khamaiseh,Z&** **Howell,P.(2013).** "Phonetic complexity and stuttering in Arabic". *Clinical Linguistics & Phonetics*, 27 (12), 874–887. ISSN 0269-9206.
- **Adamo,E.K.;** **Wu,J.;****Wolery,M.;** **Hemmeter,M.L.;** **Ledford,J.R.&** **Barton,E.E.(2015).** Using video modeling, prompting, and behavior-specific praise to increase moderate- to- vigorous physical activity for young children with down syndrome. *Journal of Early Intervention*, 37(4), 270- 285.
- **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: Author.
- **Andrews, C.;** **O'Brian, S.;** **Onslow, M.;** **Packman, A.;** **Menzies, R . &Lowe, R. (2016).** Phase II trial development of a syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 48, 44-55.
- **Australian Stuttering Research (2004).** Social Anxiety in Stuttering:Measuring Negative Social Expectancies. *Journal of Fluency Disorder*, 29(3), 201-212.
- **Backman,S.(2004).** Stuttering research center. Information from internet.  
<http://www.betterhealth.vic.gov.au/BHCV2/bhcarticles.nsf>.  
PMID 23944195. doi:10.3109/02699206.2013.823242.



- **Baxter, S.; Johnson, M.; Blank, L.; Cantrell, A.; Brumfitt, S.; Enderby, P. & Goyder, E. (2015).** The state of the art in non pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: a systematic review of effectiveness. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(5), 676-718.
- **Blood, G.; Blood, I.; Tellis, G. & Gabel, R. (2001).** Communication apprehension and self-perceived Communication competence in adolescents who stutter. *Journal of fluency disorder*, 26, 161- 178.
- **Bloodstein, O. (2007).** *A Handbook on stuttering (8th eds.)* Chicago: national Easter seal society.
- **Brickell, J. (2007).** *Reality therapy- helping people take more effective control of their lives.* Center for Reality therapy, United Kingdom.
- **Brown, B. ; Millard, S. & Zebrowski, P. (2015).** On the Efficacy of Stuttering Treatment for Adolescents who Stutter: Long-term and Short Term Outcomes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 335.
- **Brown, L.; Wilson, L.; Packman, A.; Halaki, M.; Onslow, M. & Menzies, R. (2016).** An investigation of the effects of a speech restructuring treatment for stuttering on the distribution of intervals of phonation. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 13-22.
- **Bruder, M. (2010).** *Early childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future.* Council for Exceptional Children, 76(3), 339-355.
- **Coplan, R.; Zheng, S.; Weeks, M. & Chen, X. (2012).** Young children's perceptions of social withdrawal in China and Canada. *Journal Early Child Development and Care*, 182(5), 591-607.



- **Demirel,M.(2010)**. Primary school curriculum for educable mentally retarded children. A Turkish case. USA- China Education Review, 7(3), 64-91.
- **Donahue, M.( 2007)**. Helping Adolescents with Withdrawn. Applying the Therapy in Withdrawn Counseling ,Psychological Abstract. (6-9). Ellis, A. 1987. The Practice of Rational-Emotive Therapy. New York.
- **Dyson,M.(2003)**. Self agency therapy: An integration of reality and existential humanistic therapies. Ph.D.Thesis. Villanova University.
- **Euler, H. ; Lange, B. ; Schroeder, S. & Neumann, K. (2014)**. The effectiveness of stuttering treatments in Germany. Journal of fluency disorders, 39, 1-11.
- **Fall,K.;Holden,J.&Marquis,A.(2005)**. Theoretical models of counseling and psychotherapy. New York: Brunner- Rutledge.
- **Gibbon,F.& Paterson,L.(2006)**. A survey of, speech language therapists, views on electropalatography therapy outcome Scotland. Journal of child language teaching& therapy, 2(22), 275- 292.
- **Glasser,W.(2001)**. Fibromyalgia: Hope from a completely new perspective. Chastworth, CA: William Glasser, Inc.
- **Glasser,W.(2002)**. Unhappy teenagers: A way for parents and teachers to reach them. New York, Harper Collins Publishers.
- **Glasser,W.(2004)**. Warning: psychiatry can be hazardous to your mental health. New York, Harber Collins Publishers.
- **Glasser,W.(2005)**. Reality therapy, a new approach to psychiatry. New York, Harper Collins Publishers.



- **Glasser,W.(2005a)**. The choice theory approach to pain that has no known medical cause. Unpublished manuscript.
- **Hancock,K.(2000)**. Predictors of stuttering relapse one years following treatment for children aged 9-14 years. Journal of Fluency Disorder.23, 32- 37.
- **Harrist,A.W.; Zaia,A.F.; Bates,J.E.; Kenneth,A.& Petil,G.S.(1997)**. Subtypes of social withdrawal in early childhood: socio metric status and social- cognitive differences across for years. Child development, 68(2), 278- 294.
- **Haskin,H.(2009)**. The Withdrawal and social behaviors of children with specific and nonspecific language impairment. Unpublished Master Thesis, Brigham Young University, USA.
- **Heiman,T.& Marglit,M.(2002)**. Lone lines, depression and social skills among student with mild mental retardation in different educational setting. Journal of special education, 32(3), 154- 163.
- **House, James. (2012)**. "Social Isolation Kills,But How and Why?".Psychosomatic Medicine, 63,273-274.
- **Jack,D(2009)**. Investigating of the effects of aviolence prevention program in reducing kindergarten- Aged children's Seif – reported Aggressive Behavior. Pennsy ivania V.S: PDAT.
- **Jones,M.; Gebski,V.; Onslow,M.& Packman,A.(2001)**. Design of randomized controlled trials principles and methods applied to a treatment for early stuttering. Journal of fluency disorder,26, 247- 267.
- **Kehoe,T.(2006)**. No miracle cures a multifactor guide to stuttering therapy. United states of America, University college press.



- **Kim,Y.S.(2001)**. The development and effects of a reality therapy parent group counseling program. International Journal of Reality Therapy, 20(2), 4-7.
- **Kopper,B (2000)**. The Relationship between Self-Control and Isolation Behavior, Journal of Abnormal Psychology, 104 (4), 592-600.
- **Laiho,A.& Klippi,A. (2007)**.Long- and short- term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. Article in International Journal of Language & Communication Disorders 42(3),367-382 , July.
- **Legorn,P.; Roy,K.& Chemin,I.(2003)**. Virtual reality therapy in social phobia. Journal de- therapia compartmental, 13(3), 113-127.
- **Malard,R.(2004)**.Using problem solving procedures in family management of stuttering. Journal of Fluency Disorder.23, 115- 126.
- **Nicolosi,L.; Harryman,E.& Kresheck,J.(2004)**. Terminology of communication disorder. New York, Lippincott Williams& Wilkns Company.
- **Passaro,P.; Moon,M.; Wiest,D.& Wong,E.(2004)**. The needs of student with emotional and behavioral challenges though the use ofanin- school support room and reality therapy. Journal of Adolescence, 39(155), 503-517.
- **Perri , M.& Richard, C.( 2009)**. Training Counseling Program on Self-Control for Shy Students. Journal of Adolescent, 18, 253-270.
- **Peterson,C.M.(2002)**. Country living isolation issues. University of monnesota, Extention service number, 983.



- **Ramig,P.& Shames,G.(2006).** Stuttering and other disorders of fluency In.G.Shames& N.Anderson.(Eds.), Human communication disorders: An introduction (7<sup>th</sup> ed., 183-221). Boston: Allyn and Bacon.
- **Reeve,J.(2001).** Understanding motivation and emotion (3<sup>rd</sup>, ed). Forth Worth, TX : Harcourt College Publishers, 585 pages.
- **Rossilt,J.(2003).** Affect and progress in physicalre habititction. Journal of psychosomatic, Research,33, 20-50.
- **Rubin,K.; Coplan, R . & Bowker , J.(2009).** Social Withdrawal in Childhood, The publisher's final edited version of this article is available at Annu Rev Psychol.60: 141–171.
- **Schneider,B.H.; Fonzi,A.; Tomada,G.& Tani,F.(2000).** A cross-national comparison of children's behavior with their friends in situations of potential conflict. Journal of Cross- Cultural Psychology, 31, 259- 266.
- **Stuttering therapy - Wikipedia,** the free encyclopedia.
- **Thackery,E.& Harris,M.(2003).** The gale encyclopedia of mental disorders. 1, New York, The gale group Inc.
- **Volter,J.S.(2004).** Compliance and non- Compliance in anxious, aggressive and society competent children: the impact of the childs game and maternal behavior. Behavior Therapy, Summer, 3(187), 495-513.
- **Yamada,J.& Homma,T.(2007).** A simple and effective treatment for stuttering : Speech practice without audience. Medical Hypotheses, 69, 1196- 1199.

