القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين

الأستاذ الدكتور

إيهاب عبد العزيز الببلاوي

أستاذ التربية الخاصة

وعميد كلية علوم ذوى الاعاقة التأهيل- جامعة الزقازيق

إسماعيل أحمد إسماعيل أبوالنيل

باحث دكتوراه

مستخلص البحث

استهدف البحث التعرف علي القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين واستخدم الباحث المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طفلاً متلعثماً ممن تتراوح أعمارهم (٦-٩)، (٩-١٢) عاماً منهم (٢٦) متلعثماً من الذكور، (٢٤) من الإناث بمتوسط عمري قدرة (٩,٣٢٠) وانحراف معياري قدرة (١،٦٥٩) واستخدم الباحث أدوات لتحقيق أهداف الدراسة تمثلت في مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الرابعة): تعريب وإعداد لويس كامل مليكه (١٩٩٨)، ومقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية إعداد: محمد بيومي خليل (٢٠٠٠) استمارة دراسة حالة الطفل المتلعثم تعريف وإعداد إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٥)، ومقياس شدة التلعثم مقياس شدة التلعثم (تعريف وتقنين، سيد البهاص) (٢٠١٠)، مقياس القلق الاجتماعي (إعداد/ الباحث)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية ووجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١) بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في القلق الاجتماعي وفقاً للنوع (الذكور، الإناث) وذلك لصالح الإناث في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي، باستثناء بعد (المشكلات المعرفية) حيث تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (منخفض، متوسط، مرتفع)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للعمر (٦- ٩) عاماً، (٩ – ١٢) عاماً.

كلمات المفتاحية: القلق الاجتماعي، التلعثم، الأطفال.

Abstract

The study aimed to identify the social anxiety of stuttering children, and the research used the descriptive approach, and the study sample consisted of (50) stutterers, whose ages ranged between (6-9) and (9-12) years, and the sample was divided into (26) Males, and (24) females, with an average age of (9,320), and a standard deviation of (1,659). To achieve the objectives of the study, the researcher used several tools represented in the Stanford-Binet scale of intelligence (fourth image): Translated and preparation of Louis Kamel Malika (1998), the developed socio-economic and cultural level scale for the Egyptian family prepared by: Mohammad Bayoumi Khalil (2000), the form for the case study of the stuttering child Translated and prepared by: Eman Fouad Kashif (2005), the stuttering severity scale (Translated and legalization: Sayed Al-Bahas (2010), and the scale of Social anxiety (prepared by Ehab Al-Beblawy - Ismail Abu Al-Nil), and the results of the study showed a statistically significant differences at the level of (0.01) between the mean scores of children stuttering in social anxiety according to gender (males and females) in favor of females in the dimensions and the total degree of social anxiety, except the dimension of (cognitive problems) Where the results indicate that there are no statistically significant differences between males and females, and there are no statistically significant differences between the mean scores of children who stutter in the dimensions and the total degree of social anxiety according to the economic, social and cultural level (low, medium, high), and There are no statistically significant differences between the mean scores of children who stutter in the dimensions and the total degree of social anxiety according to age (6-9) years, and (9-12) years.

Key words: social anxiety, stuttering, children

مقدمة:

تعتبر الطفولة من أهم المراحل العمرية في صناعة المستقبل، والاهتمام بالطفولة هو اهتمام بالمستقبل وقد يتعرض الأطفال إلى مشكلات كثيرة أثناء نموهم منها صحية واجتماعية ونفسية، وعيوب النطق والكلام إحدى هذه المشاكل وتؤثر اضطرابات الكلام واللغة تأثيراً سلبياً على الجوانب الاجتماعية، والسلوكية، والنفسية، والأكاديمية للأطفال الذين يعانون منها، وتختلف هذه التأثيرات السلبية تبعاً لنوع وشدة الاضطراب (Kent, 2004, P162)، كما أن الطفل الذي يعاني من اضطراب التلعثم يواجه صعوبة في إصدار الكلام واستخدامه في التواصل مع الاخر وذلك يتسبب في وقوعه في كثير من الاضطرابات النفسية والاجتماعية والانفعالية والأكاديمية، وتكون العديد من السمات والخصائص التي تؤثر سلباً على حياة الطفل ونشأته (إيهاب الببلاوي، ٢٠١٠، ص٤٢). والتلعثم هو اضطراب في الكلام يصحبه في كثير من الأحيان القلق في المواقف النفسية والاجتماعية، ويكون شائعاً بين الأطفال ويمكن أن يستمر حتى مرحلة البلوغ (Shing Ying Chu, Koich Mori, 2020).

والتلعثم هو اضطراب كلامي حيث يتعطل تدفق الكلام بواسطة التكرارات اللاإرادية أو إطالة في الأصوات أو المقاطع الصوتية أو في الكلمات أو في العبارات، وأيضاً التوقفات الصامتة غير اللاإرادية أو عدم قدرة الشخص المصاب بالتلعثم علي إنتاج الصوت (Scheuric, Beidel & Vanrychkeghem, 2019, p.21)، وتشير دراسة كرايمان وآخرين Kraaimaat, Jansseent, Van & Dam (2002) أن (٥٠٪) من البالغين المصابين بالتلعثم لديهم اضطراب القلق الاجتماعي؛ حيث يشعر الشخص المصاب بالتلعثم بالقلق الشديد مما يدفعه إلي السعي للحصول علي علاج التلعثم التي يعاني منها، وقد توصلت دراسة ايفريك وآخرون Iverach (2009) أن معدل انتشار اضطراب القلق الاجتماعي بلغ بنسبة (٢١,٧٪) لدي البالغين وذلك خلال عام. وقد يكون لدي الأشخاص الذين لديهم فرط في نشاط اللوزة الدماغية استجابة مرتفعة للخوف الأمر الذي يؤدي إلي زيادة القلق في المواقف الاجتماعية، البيئة قد يكون اضطراب القلق الاجتماعي سلوكاً مكتسباً من الآباء فالآباء الذين يسلكون سلوكاً قلقاً في المواقف الاجتماعية أو مفرط بين في حماية أطفالهم قد يؤدي ذلك إلي إصابة الأبناء باضطراب القلق الاجتماعي. (Lisa Iverach, Ronald M. Rapee, 2014)

والقلق الاجتماعي هو "أكثر من مجرد الشعور بالتوتر أو الخجل مما يجعل الفرد بتجنب جميع أشكال التواصل والتفاعلات اليومية كالحديث الصغير، والتواصل البصري" (Patric Brilley, 2020)، وقد أرتبط التلعثم بالعديد من الآثار السلبية، فنجد الأطفال الذين لم يتجاوزا ثلاثة سنوات من أعمارهم هم أكثر عرضة (الاضطراب السلوك، الاضطراب الانفعالي، والقلق الاجتماعي) مقارنتهم بأقرانهم، أما بالنسبة للبالغين الذين يعانون من التلعثم يعانون من العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية مثل مشاكل التواصل مع الآخرين، الشعور بالقلق بشأن التحدث، عدم التحدث أو تجنب المواقف التي تتطلب التحدث، كما تؤثر التلعثم علي نوعية الحياة (Scheuric, Beidel & Vanrychkeghem, PP 21-22 2019)، وقد أجرى Shing Ying Chu, Koich Mori (2020) دراسة استهدفت المقارنة بين المتلعثمين وغير المتلعثمين وأسفرت نتائجها عن وجود القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين مقارنة بأقرانهم غير المتلعثمين، وأنه توجد علاقة موجبة بين القلق الاجتماعي والتلعثم، وارتفاع معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين ويسعي الباحث من خلال الدراسة الحالية إلى كشف العلاقة ما بين القلق الاجتماعي والتلعثم لدي أطفال المرحلة الابتدائية.

مشكلة البحث

انبثقت مشكلة البحث من واقع عمل الباحث مع أطفال المرحلة الابتدائية والمترددين علي المراكز التأهيلية حيث لاحظ الباحث أن عدداً من أولئك الأطفال الذين يعانون من التلعثم أنهم أكثر قلق وتوتراً ولا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم أو انفعالاتهم ويتجنبون المشاركات الاجتماعية ويفتقرون إلي التواصل مع الآخرين، يوجد العديد من اضطرابات النطق والكلام والطفولة المتأخرة ومن أهم هذه الاضطرابات الخاصة بطلاقة النطق اضطراب التلعثم (Hearne, Packman & Onslow. Ouine, 2008, p82)، ومشكلة التلعثم تكمن خطورتها في تعثر الطفل في كلامه، بل في تأثيره السيئ على شخصية الطفل، إذ يترتب علي ظهوره بعض الآثار النفسية التي قد تترك انطباعاً سلبياً على الشخصية لدي الطفل المتلعثم (عبدالعزيز سليم، ٢٠٠٤، ص٩٠).

وتشير نتائج الدراسة إلي أنه قد تم ملاحظة أن هناك الكثير من تلاميذ المرحلة الابتدائية يعانون من اضطراب التلعثم والذي يؤثر سلباً علي حالتهم النفسية، ونظراً لما يمر به المتلعثمون من تغيرات سريعة في النمو، واضطراب الجوانب النفسية، والاجتماعية، ونتيجة لاستمرار معظم هؤلاء في التلعثم لفترة من الوقت، فإنهم يواجهون صعوبة قد تتسم بأنها أكثر تعقيداً وبمقاومتها لأي نوع من التغير، هذا بالإضافة إلي أنه قد ينتج عن وعيهم الذاتي وإدراكهم للآخرين مزيداً من الإحباط والإحراج ونقص الثقة بالنفس (Hearne, Packman & Onslow. Ouine, 2008, p82).

ومن خلال ما سبق فإن الدراسة الحالية تبحث عن كشف العلاقة بين القلق الاجتماعي والتلعثم لدي الأطفال المتلعثمين. ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

(١) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين؟
(٢) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى في المستوي الاجتماعي والاقتصادي (منخفض- متوسطة – مرتفع) لدي الأطفال المتلعثمين؟
(٣) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمر (٦-٩) (٩-١٢) عاماً لدي الأطفال المتلعثمين؟

أهداف البحث

(١) التعرف على طبيعة ومسار اضطراب القلق الاجتماعي.
(٢) الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث المتلعثمين في القلق الاجتماعي.
(٣) التعرف على الأعراض الإكلينيكية المصاحبة لارتفاع مستوي اضطراب القلق الاجتماعي لدي الأشخاص الذين يعانون من التلعثم.
(٤) التعرف على العوامل الديموغرافية (العمر- الجنس- المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي) لدي الأطفال المتلعثمين؟.

أهمية البحث

(١) تعود أهمية الدراسة إلى طبيعة الفئة العمرية وأهمية هذه المرحلة وهى مرحلة الطفولة المتأخرة وأهميتها في بناء حياة الإنسان.

(٢) تتضح أهمية الدراسة من أهمية اللغة ودورها المهم في التواصل بين الأفراد والجماعات والتعبير عما بداخل الفرد من ميول وانفعالات ومشاعر وأحاسيس تجاه الآخرين.

(٣) تقديم حلولاً مهمة للمنشغلين بالأطفال المتلعثمين من معلمين وأخصائيين وأسر للتعرف على طبيعة القلق الاجتماعي وتحسين مستوى التفاعل والتواصل لدى هؤلاء الأطفال.

(٤) تحقيق أقصي قدر ممكن من التوافق النفسي والاجتماعي والتربوي لدى هؤلاء الأطفال المتلعثمين.

مفاهيم البحث

١. **التلعثم** Stuttering: هو "اضطراب كلامي شائع بين الأطفال والكبار على السواء، ولها مظاهر سلوكية تتمثل في التكرارات الصوتية وإطالة النطق، والاحتباسات الصوتية التي غالبا ما تكون في بداية نطق المقاطع أو الكلمات أو الجمل بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية كانفعالات الوجه وحركات الفم والرأس والرقبة واليدين والرجلين، ولها أيضا مظاهر فسيولوجية تتمثل في عدم انتظام التنفس وزيادة معدل ضربات القلب وزيادة ضغط الدم" (سيد البهاص، ٢٠١٣، ١٤٩).

٢. **القلق الاجتماعي** Social Anxzity: هو حالة من الخوف الواضح والانسحاب الشديد من مواقف التواصل الاجتماعي والمشاركات المجتمعية الفعالة مع أقرانه فيميل الفرد للعزلة والانسحاب من أن يكون موضع ملاحظة الآخرين".

محددات البحث

أولًا: المحددات الزمانية: سوف يتم التطبيق خلال الفصل الدراسي الأول من العام٢٠١٩/٢٠٢٠م.

ثانياً: المحددات المكانية: المراكز التأهيلية والتدريبية للتخاطب والمستشفيات بمركز ومدينة ميت غمر بالدقهلية.

ثالثاً: المحددات المنهجية

- **المنهج**: سوف يستخدم الباحث المنهج الوصفي.

- **العينة**: سوف يجري الباحث الدراسة على عينة من الأطفال المتلعثمين وعددهم (٥٠) طفلاً متلعثماً ممن تتراوح أعمارهم (٦-٩) (٩-١٢) منهم (٢٦) متلعثماً من الذكور، (٢٤) من الإناث بمتوسط حسابي قدرة (٩,٣٢٠) وانحراف معياري قدرة (١,٦٥٩) ممن يخضعون بالفعل للعلاج من القلق الاجتماعي والتلعثم بالمستشفيات ومراكز التأهيل والتدريب للتخاطب وسوف يتم اختيار العينة بناء علي طلب الباحث من الأخصائيين النفسيين وأخصائي التخاطب أن ينتقوا الأطفال الذين لديهم قلق اجتماعي وتلعثم بموافقة أولياء الأمور.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا: **التلعثم**:

في ذخيرة علوم النفس (١٩٩٠) التلعثم هو: "اضطراب في الكلام يتميز بانقباضات وتوتر واحتراز الأجهزة العضلية الداخلية في التكلم؛ فهو اضطراب نفسياً وليس جسمياً، ويصاحبه أحياناً أعراض جسمية ونفسية (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ص١٤٣٣)، ويعرفه سعيد العزالى (٢٠١٤، ص٢٣٦) بأنه اضطراب فى النطق يكون فيه الإيقاع وطلاقه الحديث متأثراً بتقطعات وحبسات كلامية يمتاز بفترات صمت أو ببطء في الحديث ومط الأصوات وتكرار للكلمات أو الجمل بشكل متقطع. والتلعثم هو اضطراب كلامي من حيث يتعطل تدفق الكلام بواسطة التكرارات اللاإرادية أو إطالة في الأصوات أو المقاطع الصوتية أو في الكلمات أو في العبارات، وأيضاً التوقفات الصامتة غير اللاإرادية أو عدم قدرة الشخص المصاب بالتلعثم علي إنتاج الصوت (Scheuric, Beidel & Vanrychkeghem, 2019, p 21).

انتشار التلعثم

ينتشر التلعثم بين الأطفال غالبًا أكثر مما هو بين الراشدين، وتزيد نسبة الذكور إلى الإناث حيث تكون ما بين ٢: ١، أو ٣-٤: ١ وهذا الاضطراب يميل إلى الشيوع في المجتمعات المتقدمة والراقية أكثر من البدائية والمتخلفة (حسن عبد المعطي، ٢٠٠١، ص. ١٧٤؛ نوران العسال، ١٩٩٩، ص١٠)، ويبلغ معدل انتشار التلعثم حوالي (٥٠٪) من السكان، وتكون شائعة لدي الأطفال الصغار (ما قبل المدرسة) كجزء طبيعي من تعلمهم التحدث، وقد تحدث التلعثم لدى الأطفال الصغار حيث يكون كلامهم وقدراتهم اللغوية ليست متطورة كفاية لتتماشي مع ما يودون قوله. وعندما يكبر معظم الأطفال يتخلصوا من التلعثم خلال مراحل النمو، إلا أنه فى

بعض الأحيان تكون التلعثم حالة مزمنة في مرحلة البلوغ، وذلك بنسبة (١٥- ٢٠)٪ (Scheuric, Beidel & Vanrychkeghem, 2019, P21).

أنواع التلعثم

قسم (إيهاب الببلاوي، ٢٠١٠، ص.٣) أنواع التلعثم في ثلاث نقاط رئيسة وهي:

(١) تكرار جزء من الكلمة مثل: ك.ك. كل يوم.

(٢) تكرار الكلمة كلها مثل: أنا. أنا. أنا مسافر.

(٣) تكرار العبارة ككل مثل: لماذا ذهبت. لماذا ذهبت. لماذا ذهبت.

سمات شخصية المتلعثم

إن العديد ممن يعملون مع الأطفال الذين يعانون من التلعثم غالباً ما يسمعون آباء هؤلاء الأطفال يصفون أبنائهم بالحساسية الزائدة (لينا روستين، ٢٠٠٤، ص٢١). كما تذكر بعض الدراسات النفسية بأن الفرد الذي يعاني من التلعثم من النوع الحساس، ويعاني من القلق، ويعاني من مشاعر النقص، وعدم الطمأنينة والخوف، والإحباط والتهديد، والتوتر، وهو فرد إذعاني (غير توكيدي) منطوي، ميال إلي كبت المشاعر، وقمع الأفكار، يعاني من حرمان عاطفي شديد يعوضه أحياناً عن طريق العدوان، وهو شخص خجول وبطئ الحركة ولا يستطيع ضبط الحركات الإرادية والتحكم فيها وخاصة اللسان والفك والشفاه (Gabel, Hughes, & Daniels, 2008, p148).

ومما سبق نستخلص أهم السمات لشخصية المتلعثم منها:

نقص تقدير الذات والقصور في المهارات الاجتماعية، والحساسية المفرطة نحو فترات ضعف الطلاقة، والقلق الشديد والخوف الزائد والتوتر، والاهتزاز والتوتر العضلي وتغيير ملامح الوجه وحركة العينين والشفتين والأنف والرقبة، والعدوان والميل إلي كبت المشاعر والأفكار.

أعراض التلعثم

الأعراض الظاهرية الحركات العضلية الزائدة، وتحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لا شعوري؛ وذلك لاعتياد الطفل المتلعثم فعل هذه الحركات لارتباطها بمحاولات للنطق، وأشهر هذه الحركات إغماض العينين، وتقطيب الوجه، وهز الأيدي، وهز الأرجل، وانقباض البطن، وعوج الفم والشفاه.

السلوك التجنبي ويلجأ الطفل المتلعثم إلى مجموعة من الأساليب منها تجنب وتفادي توقع حدوث التلعثم نتيجة إحساسه بالإحباط، وشعوره بالرفض الاجتماعي فيبتكر وسائل وأساليب للتفادي منها: رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع فيها أن يتلعثم، ورفض نطق كلمات يستطيع أن يعبر عنها بحركات أشاريه مثل هز الرأس تعبيرا عن الموافقة (محمد النحاس، ٢٠٠٩).

التلعثم في ضوء النظريات المفسرة له

توجد عدد من النظريات المفسرة للتلعثم نذكر منها ما يأتي:

أولاً: العوامل العضوية والوراثية المفسرة للتلعثم:

١ـ نظرية السيطرة المخية Neulo Physiological theory

ويرى (Rotatori, Obiakors, & Bakken, 2011, p.121) أن التلعثم هو عدم وجود سيطرة مخية وهو ما يؤدي إلى ظهور أعراض التلعثم. كما يفسر دراسة التلعثم تبعاً لنظرية السيطرة المخية علي افتراض مفاده أنه في حالة عدم وجود سيطرة مخية فإنه يؤدي إلى ظهور العديد من أعراض التلعثم (Yamada & Homma, 2007, p.1198)

٢ـ النظرية النيورفسيولوجية Neurophysiological theory

ويفسر (محمد النحاس، ٢٠٠٥، ص١١٥) النظرية النيورفسيولوجية على أن التغذية المرتدة تصل إلى الدماغ في أوقات مختلفة وأى اضطراب في توقيت توصيل المعلومات الكلامية إلى الدماغ يمكن أن يؤدى إلى التلعثم.

ثانياً: القلق الاجتماعي:

مفهوم القلق الاجتماعي

يصنف دليل التشخيص الإحصائي الخامس (DSM IV (2013 أن اضطراب القلق الاجتماعي تحت اضطرابات القلق ويعتبر الاضطراب النفسي الأكثر شيوعا، ويأخذ المرتبة الرابعة بين الاضطرابات النفسية وهو الاضطراب الذي يتسم بالخوف الزائد، والمستمر، والتجنب في المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وتكوين الصداقات، وكذلك تجنب المواقف التي يتم فيها تقييم الفرد من قبل الآخرين مثل: الأداء والتحدث والأكل والكتابة أمام الآخرين لأن ذلك يشعره بالحرج والارتباك والخجل.

ويعرفه كلاً من Olivares, Dlivares & Ortiz- Gonzliez, (2019) أنه هو "اضطراب نفسي يشعر فيه الفرد بالخوف الزائد ويظهر في المواقف الاجتماعية التي يخشي فيها الفرد التعرض للتقييم السلبي فيميل للعزلة والتجنب للمشاركات الاجتماعية حيث أنه يكون غير قادر علي مواجهة الآخرين".

ومما سبق عرضه من التعريفات السابقة التي وضحت وفسرت القلق الاجتماعي يستطيع الباحث أن تعريفًا إجرائيًا أن القلق الاجتماعي على أنه "حالة من الخوف الواضح والتجنب الشديد لمواقف تعامل الفرد مع الآخرين مصحوبة بحالة من التوتر والاضطراب تنتج من توقع الفرد للتقييم السلبي للمواقف الاجتماعية فيميل الفرد للعزلة والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية والمشاركة المجتمعية، وفيه يتجنب الفرد أن يكون موضع ملاحظة الآخرين".

نسبة انتشار القلق الاجتماعي

إن القلق الاجتماعي ينتشر في كل المجتمعات، وتعاني منه كل الفئات العمرية، وقد أشارات الدراسات المسحية التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي ١٣,٣ ٪، حيث إنه يأتي في المرتبة الثالثة بعد الاكتئاب ١٧٪ وإدمان الكحول ١٤٪، وأنه من خلال التدريب علي المهارات الاجتماعية يتم خفض القلق الاجتماعي Ozcan (2010)، وقد توصلت دراسة (٢٠١٩) Scheuric, Beidel & Vanrychkeghem، أن معدل انتشار اضطراب القلق الاجتماعي بلغ بنسبة (٢١,٧٪) لدي البالغين وذلك خلال عام. كما توصلت نتائج العديد من الدراسات أن معظم البالغين الذين يعانون من التلعثم لديهم سمة القلق والقلق الاجتماعي بشكل واضح وملحوظ، وأن خطر الإصابة بالقلق الاجتماعي يصيب البالغين من المتلعثمين.

أعراض القلق الاجتماعي

ومن أعراض القلق الاجتماعي ما ذكرته مني رضا (٢٠٠٦، ص٢٤) أن أعراض القلق من أكثر الأمراض انتشاراً بمختلف أنواعها وتكون أعراضه بصورة دائمة في صورة:

(١) شعور بالهلع أو الخوف الشديد.
(٢) عدم القدرة على التحكم في وساوس فكرية.

(٣) ذكريات مؤلمة تعيد الإنسان لمعايشة الحدث.
(٤) تصبب العرق.
(٥) غثيان.
(٦) اهتزازات عصبية مع عدم الشعور بالراحة.

مكونات القلق الاجتماعي

ويذكر حسين فايد (٢٠٠٤، ص١٠) أن مكونات القلق الاجتماعي هي:

(١) **المكون المعرفي**: ويتضح في إدراك الشخص للموقف الاجتماعي بطريقة سلبية مع تركيزه على التقييم السلبي الذي قد يتعرض له من الآخرين.
(٢) **المكون الفيسولوجي**: ويتجسد في التغيرات الفيزيولوجية الناجمة عن استشارة الجهاز العصبي المستقل وتنشيطه ومنها زيادة معدل ضربات القلب ورعشة الصوت والأطراف واصفرار الوجه وزيادة إفراز العرق.
(٣) **المكون السلوكي**: ويتمثل في السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق عند الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي.

أسباب القلق الاجتماعي

ومن أسباب القلق الاجتماعي ما وضحته دراسةLisa Iverach, Ronald & Rapee, 2014, p70)) أن هناك مجموعة من العوامل التي تسبب القلق الاجتماعي منها ما يلي:

(١) **الصفات الموروثة**: حيث تميل اضطرابات القلق إلي الانتشار بين أفراد الأسرة الواحدة.
(٢) **بنية الدماغ**: حيث يمكن أن يلعب بنية الدماغ التى تسمي اللوزة الدماغية دوراً فى التحكم في استجابة الخوف. قد يكون لدى الأشخاص الذين لديهم فرط في نشاط اللوزة الدماغية استجابة مرتفعة للخوف الأمر الذي يؤدي إلي زيادة القلق في المواقف الاجتماعية.
(٣) **البيئة**: قد يكون اضطراب القلق الاجتماعي سلوكاً مكتسباً من الآباء فالآباء الذين يسلكون سلوكاً قلقاً في المواقف الاجتماعية أو مفرط بين فى حماية أطفالهم قد يؤدى ذلك إلى إصابة الأبناء باضطراب القلق الاجتماعي.

النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي

١ـ نظرية التحليل النفسي

ويفسر أصحاب نظرية التحليل النفسي على أنه القلق الاجتماعي كما يراه فرويد هو إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية ويكدر صفوها، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع الهي تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات التي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى المكدرة والممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيدًا من القوى الدفاعية لتحلو دون المكونات والنجاح في الإفلات من أسر الشعور (إيهاب الببلاوي، أشرف عبد الحميد ٢٠٠٨، ص٢٢١).

٢ـ النظرية السلوكية

يري أنصار المدرسة السلوكية في تفسيرهم للقلق الاجتماعي على أنه قلق حدث في الماضي نشأ من مثير مقلق فعلا، صاحب هذا الموقف مثير آخر (موقف أو موضوع) غير مقلق، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابعة فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المقلق وحده مرتبطًا بالقلق وباعثًا له بعد ذلك (إيهاب الببلاوي، أشرف عبد الحميد، ٢٠٠٨، ص٢٢١).

٣ـ النظرية الفسيولوجية

ومن النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي هي النظرية الفسيولوجية حيث يري(حسين فايد، ٢٠٠٤، ص٢٧٢) أن الجبهة الأمامية، والهيبوثلاموس، واللوزة، وحصان البحر هي المناطق المسئولة عن القلق، وقد أوضحت الدراسات التي فيها فحص المخ أن هناك اختلاف كبير في كمية سريان الدم بين نصفي المخ لدى مرضى القلق. ومن أسباب القلق الفسيولوجية هي نشاط الجهازين (السمبثاوي والباراسمبثاوي) (أحمد عكاشة، ٢٠٠٥، ص٣٠٠).

٤ـ النظرية المعرفية السلوكية:

ويري أنصار المدرسة المعرفية السلوكية أن أسباب الاضطراب كالتضييق والاكتئاب والقلق تعود إلى طريقة التفكير الفرد، فهناك أفكار لا عقلانية تؤدي إلي الضيق وأفكار عقلانية تقينا من القلق والضيق وتخرجنا من حلقته وتحول حياتنا إلي سعادة وهناء بدلا من الضيق والشقاء، فالفكرة التي تستولي على تفكيرنا تولد

انفعالا ومشاعر تدفعنا إلي السلوك الذى يتناسب مع هذه الفكرة وهذه المشاعر (نبيل سفيان، ٢٠٠٤، ص٢٩٩).

القلق الاجتماعي عند الأطفال المتلعثمين

وقد تم ربط التلعثم باضطراب القلق الاجتماعي وذلك بسبب عدة أسباب:

١. أن التلعثم يؤدي إلي شعور الفرد بالخجل والحرج، ويحاول تفادي الحديث مع الآخرين أو تجنب الدخول في مواقف أخرى خصوصاً عندما تكون درجة الاضطراب شديدة، مما يؤدي إلي مزيد من المشكلات الاجتماعية والنفسية.

٢. تعرض الطفل (في مرحلة ما قبل المدرسة) إلي السخرية والاستهزاء بهم واستبعادهم، وكذلك ردود الأفعال السلبية من قبل أقرانهم، تزيد من إصابة الطفل باضطراب القلق الاجتماعي في مراحل لاحقة وإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من التلعثم يكونوا عرضه للعزلة الرفض الاجتماعي والشعور بعدم التقبل مقارنة بأقرانهم الطبيعيين الذين لا يعانون من التلعثم. (Lisa Iverach, Ronald M.Rapee, 2014)

وتوجد العديد من الدراسات التي تربط التلعثم بالقلق الاجتماعي مثل:

دراسة أسماء يوسف (٢٠٠٩) التي هدفت إلى التعرف علي العلاقة بين مستوي الخواف الاجتماعي والتلعثم لدى عينة من الأطفال المتلعثمين، وتكونت عينة الدراسة من (٣٥) طفلاً متلعثماً، (٣٥) طفلاً عادياً، وأسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة إرتباطية بين التلعثم والخواف الاجتماعي.

وكذلك دراسة Elaine Bulmgart, & Ashley Craig (2010) التي هدفت إلى التعرف على المستوي الاقتصادي والاجتماعي والتكاليف المالية الشخصية المرتبطة بالتلعثم، وتكونت العينة من (٢٠٠) متلعثماً، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التلعثم يؤدي إلي تدهور نوعية الحياة في الأداء العاطفي والنفسي والاقتصادي والاجتماعي، ويرتبط التلعثم بعواقب اقتصادي قد تتحدث نوعية الحياة، ولم تتأثر التكاليف المالية الاقتصادية بشكل كبير بجنس الشخص أو دخله السنوي أو شدة التلعثم لدي الأفراد المتلعثمين.

ومن الدراسات دراسة مروة فتحي الباري (٢٠١٢) التى هدفت إلى التعرف علي الفروق بين الجنسين في مجموعة من المتغيرات (الاضطرابات السلوكية، والتلعثم، قلق الكلام) واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي وتم اختيار عينة قدرها (١٠٣) من الأطفال المتلعثمين ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) عاماً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الجمل لصالح الإناث المتلعثمين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين.

وكذلك ذكرت دراسة Leili, H, Homayoun ,K. (2013) وجود علاقة بين التلعثم والقلق الاجتماعي لدي عينه من الأطفال المتلعثمين، وأسفرت نتائجها على وجود بين الذكور والإناث المتلعثمين في البعد الفسيولوجي لمقياس القلق الاجتماعي.

وهدفت دراسة نوال البدوي (٢٠١٣) طبيعة العلاقة بين مفهوم الذات والتوافق التفسير الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المتلعثمين والمكونة من (٤) طفلا متلعثما في مرحلة الطفولة المتأخرة من (١٢٩) عاماً ممن يترددون على معهد السمع والكلام لعلاج التلعثم، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس مفهوم الذات، ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال المتلثمين ، وكشفت النتائج عن ضعف مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المتلعثمين، فالمتلعثم يجد صعوبة في الاتصال بالآخرين نظرا الاضطراب الكلام لديه مما يدفعه للابتعاد عن مصاحبة الآخرين. وبذلك فإن العلاقة بين التلعثم واضطراب التوافق الاجتماعي علاقة تبادلية.

كما هدفت دراسة Elaina Kefalianos, Mark onlsow, & obioha Ukoumunne (2014) إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين التلعثم والقلق الاجتماعي لعينة من الأطفال المتلعثمين، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمر الزمني بين الأطفال المتلعثمين حيث لم يلاحظ أي فروق في العمر، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لصالح الإناث، ولم يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للمستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأطفال المتلعثمين، وأن الحالة المزاجية كانت متأثرة خلال الفترة التي أعقبت بداية التلعثم ولكنها تضاءلت مع تأثير النمو لاحقاً.

ودراسة Viecent, Isable & Ciso- A Research Team, (2014) التي كشفت العلاقة بين التلعثم والقلق والتي أكدت نتائجها على تسجيل فروق ذات دلالة إحصائية للقلق الاجتماعي بين الذكور والإناث لصالح الإناث على الذكور.

وكذلك دراسة Okutoyi Kochung & Mbagays (2016) التي كشفت طبيعة العلاقة بين القلق الاجتماعي والتلعثم وأسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين القلق والتلعثم وعن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لصالح الإناث على الذكور.

فى حين هدفت دراسة دعاء علي طلبة (٢٠١٧) التعرف على فعالية برنامج علاجي للحد من اضطرابات النطق لدي أطفال المدرسة الابتدائية وأثرة في تحسين الثقة بالنفس لديهم، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالباً وطالبة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث علي مقياس اضطرابات القلق (التلعثم- فوبيا الكلام)، لصالح الذكور علي الإناث.

وكذلك دراسة Lisa Lverach, Mark onslow (2018) التي هدفت إلى التعرف علي المقارنة بين البالغين الذين يتلعثمون مع اضطراب القلق الاجتماعي وبدونه وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٥) متلعثماً بلغ عدد الذكور (٢١٩) والإناث (٥٦)، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق في المتغيرات الديموغرافية فكانت متشابهة إلي حد كبير ولا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لدي المتلعثمين، ولا تودج فروق ذات دلالة إحصائية تعزي من العمر الزمني ولا للمستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لدي المتلعثمين في الدراسة، ووجدت علاقة ترتبط بين القلق الاجتماعي والتلعثم وسببها ضعف كبير في الحياة ونظرة أكثر سلبية عن كلامهم.

وكذلك دراسة هدفت دراسة Daichi limura, john van borsel (2018) التي التعرف علي الوعي العام والمعرفة من التلعثم في دولة اليابان والتعرف على المستوي الاجتماعي الثقافي لدي الأطفال المتلعثمين وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزي للمستوي الثقافي الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين، واختلفت المعرفة باختلاف العمر والجنس والمستوي الثقافي والاجتماعي، وأشارت النتائج إلي الحاجة لزيادة المعرفة والوعي بالتلعثم، ووجود علاقة بين القلق والتلعثم.

ودراسة Amuche Nnamani, & Josephine, Mkpoikanke (2019) التي أكدت على وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والتلعثم، وتكونت العينة (٩٢) متلعثماً، وأسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في القلق لصالح الإناث علي الذكور المتلعثمين وأنه لا يوجد فروق تعزي للعمر الزمني ولا المستوي الاجتماعي الاقتصادي لدي المتلعثمين.

وكذلك دراسة عبد النعيم مؤمن (٢٠١٩) التى هفدت إلى التعرف وجود موقف سلبي ووصمت عار تجاه التلعثم بسبب انخفاض المستوي الثقافي والتعليم للأسرة نحو التلعثم، وأنه تم العثور على عرض وسائط منخفض للتلعثم يمكن أن تتأثر النتيجة الإجمالية للتلعثم بمستوي تعليم أفراد الأسرة وخلفيتهم الاجتماعية، وأن هناك حاجة لمزيد من البحث لتشمل عدداً أكبر من الإناث بما في ذلك مستويات مختلفة من الوضع الاقتصادي الاجتماعي، وعدداً أكبر من الأطفال المصابين بالتلعثم علي جميع المستويات.

والتى هدفت دراسة Shin Ying Chu & Koichi Mori (2020) إلي مقارنة القلق الاجتماعي بين البالغين اليابانيين الذين يتحكمون بالتلعثم وعدم التلعثم، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) متلعثماً و(١١٤) بالغاً غير متلعثم ثم تطبق مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس التلعثم وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات إحصائية تعزي للعمر الزمني للمتلعثمين فلم يكن للعمر أي تأثير في القلق الاجتماعي والتلعثم لدي أي من المجموعتين، وتم العثور علي الفروق بين الجنسين في الفروع الفرعية للقلق الاجتماعي مع تسجيل الإناث أعلي في المقياسين الفرعيين للقلق الاجتماعي عن الذكور، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للمستوي الاقتصادي الاجتماعي لدي المتلعثمين، ووجود معدلات مرتفعة من القلق الاجتماعي لدي البالغين المتلعثمين باليابان مقارنة بالبلدان الأخرى.

فروض البحث:

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي من الأطفال المتلعثمين؟

(٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى في المستوي الاجتماعي والاقتصادي (منخفض- متوسطة – مرتفع). لدى الأطفال المتلعثمين ؟

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للعمر (٦-٩) (٩-١٢) لدى الأطفال المتلعثمين؟

إجراءات البحث:

منهج البحث: اعتمد البحث على المنهج الوصفي للتعرف على طبيعة العلاقة بين القلق الاجتماعي والتلعثم لدي الأطفال المتلعثمين، والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي، والفروق التي تعزي للمستوي الاجتماعي والاقتصادي بين (منخفض- متوسط- مرتفع) لدي الأطفال المتلعثمين، والفروق التى تعزي للعمر (٦-٩) (٩-١٢) لدى الأطفال المتلعثمين.

مجتمع البحث: يتكون مجتمع الدراسة الحالية من التلاميذ ذوي القلق الاجتماعي الذين يعانون من التلعثم بمراكز النطق والكلام وممن يخضعون للعلاج بمستشفيات ومراكز النطق والكلام بمركز ومدينة ميت غمر.

عينة البحث: تكونت عينة الدراسة (٥٠) طفلاً متلعثماً ممن تتراوح أعمارهم (٦-٩)، (٩-١٢) عاماً منهم (٢٦) متلعثماً من الذكور، (٢٤) من الإناث بمتوسط حسابي قدرة (٩,٣٢٠) وانحراف معياري قدرة (١,٦٥٩) ممن يخضعون للعلاج بمستشفيات ومراكز النطق والكلام بمركز ومدينة ميت غمر.

أدوات البحث: قام الباحث باستخدام مجموعة من الأدوات في البحث الحالي لتحقق التكافؤ بين أفراد العينة، وقياس متغيرات الدراسة، واختبار الفروض وتتمثل هذه الأدوات فيما يلي:

أ – أدوات ضبط العينة: وهي كما يلي :

١. مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الرابعة): تعريب وإعداد لويس كامل مليكة (١٩٩٨).
٢. مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية إعداد: محمد بيومي خليل (٢٠٠٠).
٣. استمارة دراسة حالة الطفل المتلعثم تعريف وإعداد إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٥).

ب- أدوات القياس متغيرات الدراسة وهي:

١- مقياس شدة التلعثم تعريب: سيد أحمد البهاص (٢٠١٠):

أداة قياس شدة التلعثم (SSI=3):

أعد هذا المقياس (ريلاى Rilay، 1994، وترجمه : سيد أحمد البهاص، ٢٠١٠) لقياس شدة التلعثم، ويتضمن ثلاثة أبعاد هي:

البعد الأول: التكرارات الصوتية Frequency

وتتضمن المحادثة والقراءة، ففي المحادثة يسأل المفحوص مجموعة أسئلة شخصية في زمن لا يتعدى خمس دقائق وتدور الأسئلة حول (اسمه- محل إقامته- أفراد أسرته- السيب في مشكلته الكلامية- اتجاهه نحر تلك المشكلة).

وفي القراءة يطلب منه أن يقرا قطعة قرآنية لا يتعدى زمنها خمس دقائق بالنسبة للتلميذ العادي الذي هو في نفس سن المتلجلج ويتم تسجيل كل من المحادثة والقراءة، ثم تحسب النسبة المئوية بقسمة عدد السمات على عدد الكلمات المقروءة أو المتحدث بها مع ضرب الناتج × ١٠٠، ثم تحول النسبة المئوية إلى درجات من خلال جول المعايير بحد أقصى (١٨) درجة للمحادثة والقراءة أما بالنسبة الغير القارئين فيعتمد تقدير شدة التلعثم على المحادثة فقط.

البعد الثاني: الاحتباسات الصوتية Sound Blocks

وقد اعتمد "رايلى" في حسابها على متوسط ثلاث احتباسات، وقد حدد المدة الزمنية للاحتباسات بحيث تتراوح من (أقل من نصف ثانية. أكثر من دقيقة)، أما الحد الأقصى للدرجات المقابلة فهو (٧) درجات لكل احتباسه، وحتى يمكن حساب المتوسط تجمع درجات الاحتياسات الثلاث وتقسم على ثلاثة أبعاد وهي:

البعد الثالث: المصاحبات الجسمية Physical Concomitants

وتتضمن أربعة مصاحبات هي: الأصوات الصارفة للانتباه (اللاهية) Distracting Sounds كضوضاء التنفس، صفير بالصوت، الشهيق المفاجئة الزفير الشديد..... الخ.

انفعالات الوجه (التكشيرات الوجهية) Facial Crimiances كارتعاش الفم، تحدب اللسان، الضغط على الأسنان أو الشفة... الخ.

حركات الرأس Head Movements وتشتمل حركة الرأس للخلف أو للأمام أو التلفت على الأجناب... الخ.

حركات الأطراف Extremities Movements وتشمل حركة الزراعين وحركة الرجلين الخ.

ويعطي المفحوص ثلاث درجات مستقلة لكل بعد من الأبعاد سابقة الذكر، ثم تجمع درجات الأبعاد للحصول على الدرجة الكلية والتي على أساسها يتم تصنيف الحالة في مستوى من مستويات اللجلجة (منخفض جدا أقل من المتوسط متوسط حاد-حاد جدة)

تقنين المقياس

قام مصمم المقياس ومعده بتعريب وترجمة مفردات الأداة، ثم قام بتقينين الأداة على عينة مصرية بلغ عددها (٤٢) متلجلجا من المترددين على وحدة التخاطب بمعهد السمع والكلام بالقاهرة

صدق المقياس

استخدم مصمم المقياس طريقتين لتحديد صدق أداة قياس شدة اللجلجة هما

أ) الاتساق الداخلي

حيث تم حساب معاملات الارتباط الداخلية بين درجة كل بعد فرعي والدرجة الكلية للأداة مطروح منها درجة البعد، ووجد أن جميع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية دالة عند مستوي (٠،٠١)، مما يعني اتساق الأبعاد الفرعية في علاقتها بالميزان الداخلي (الدرجة الكلية للأداة).

(ب) صدق الميزان (المحك الخارجي):

استخدم المؤلف "تقرير الطبيب" للحالة كمحك خارجي لحساب صدق الأداة حيث يتم عرض حالات اللجلجة (ن= ٢٤) على الطبيبة المختصة بأمراض الكلام بمعهد السمع والكلام، حيث طلب منها أن تضع درجة لكل حالة على سلم متدرج من (١-١٠) من خلال المحادثة مع الحالات، وتم حساب معامل الارتباط بين

الدرجة الكلية للحالات على "أداة قياس شدة اللجلجة" ودرجة تقدير الطبيب لها، وقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجتين (٠،٩٠٨) وهو دال إحصائية عند مستوى (٠،٠١) مما يعني أن الأداة على قدر مناسب من الصدق في تقديرها لدرجة اللجلجة الحالات.

ثبات المقياس

الحساب ثبات المقياس تم أستخدم معد المقياس طريقة القاكرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس التلعثم، والذي حقق التجانس بين درجة العبارة والبعد الذي تنتمي إليه بشكل يجعلنا نثق في نتائج تطبيقه

وقد تم التحقق من ثبات الأداة عن طريق إعادة التطبيق على عينة مكونة من (٣٠) متلجلجا من الأطفال والمراهقين، وتراوحت معاملات الثبات بين التطبيقين الأول والثاني الأبعاد الأداة الثلاثة بين (٠،٦٧، ٠،٨٣) وهو معامل مرتفع دال عند نسبة (٠،٠١).

٢ـ مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحث)

أعد الباحث هذا المقياس بهدف قياس القلق الاجتماعي لدى الأطفال ولمساعدة الباحث في اختيار عينة الدراسة، ومن المبررات التى دعت الباحث لإعداد مقياس القلق الاجتماعي هي:

١. في حدود اطلاع الباحث لا توجد مقاييس لقياس القلق الاجتماعي لدى هذه الفئة العمرية.
٢. الحاجة لمقياس يتسم بخصائص سيكومترية مقبولة عند استخدامه وتطبيقه.

خطوات إعداد مقياس القلق الاجتماعي

١. اطلع الباحث على بعض الأدبيات والدراسات السابقة العربية والاجنبية والمقاييس التي تضمنت بنوداً، أو مفردات تسهم في إعداد المقياس تمهيداً لإعداد الصورة الأولية منها، مقياس القلق الاجتماعي لذوى الإعاقة البصرية، إيهاب الببلاوى (٢٠٠٢)، ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال ضعاف السمع، وحيد كامل(٢٠٠٣)،. ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال ضعاف السمع، عماد ناصف (٢٠٠٩)، ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال Shinying (2020).

٢ـ وضع الصورة الأولية للمقياس

بعد إطلاع الباحث على بعض مقاييس القلق الاجتماعي وبعض الدراسات والأدبيات الخاصة بالقلق الاجتماعي، تمكن الباحث من وضع الصورة الأولية لمقياس القلق الاجتماعي والتي تكونت من (٣٤) مفردة في ثلاثة أبعاد (١١) لبعد الأعراض الفسيولوجية-(١٢) لبعد المكون السلوكي- (١١) لبعد المكون المعرفي. وقد راعي الباحث الآتي:

١- أن يكون المقياس مناسباً للمرحلة العمرية.
٢- أن تكون مفردات واضحة ومفهومه.
٣- أن لا يكون المقياس طويلاً وسهل التطبيق.

٢. طريقة تصحيح المقياس

تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع القلق الاجتماعي أما الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض القلق الاجتماعي لدى الأطفال، والمقياس ذو تدريج ثلاثي، ويتضمن مفردات كلها موجبة وقدم تم تصميم تلك المفردات باستخدام مفتاح النصح الآتي كثيراً أعطيت (٣) درجات، وأحياناً أعطيت (٢) درجات، ونادراً أعطيت (١) درجة واحدة.

٣. عرض المقياس على السادة المحكمين

تم عرض المقياس على السادة المحكمين وهم (١٠) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، وبناءا على آراء المحكمين تحت إعادة صياغة بعض مفردات المقياس، وتم حذف المفردات (٥، ١٣، ١٥، ١٧، ٢٦) من إجمالي مفردات المقياس لتصبح عدد مفردات بعد الحذف (٢٩) مفردة.

أبعاد المقياس

١. **البعد الأول** (الأعرض الفسيولوجية)

وهي "ما يحدث للشخص من اضطرابات نفسية مثل: الحزن، والضيق، والتوتر، وجملة الحالة النفسية العامة التي يكون عليها الطفل، وما يترتب على ذلك من اختلالات وظيفية مثل خفقان القلب، واحمرار الوجه، وجفاف الحلق، أو الرعشة".

٢. **البعد الثاني** (المكون السلوكي)

وهو "كل ما يظهر على سلوك الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي من تداخل الأفكار وتشويه المعارف، وتقييمه السلبي لذاته، واعتقاده السلبي في تقدير وتقييم الآخرين له"

٣. **البعد الثالث** (المكون المعرفي)

وهو "كل تصرفات الفرد في المواقف الاجتماعية، مثل الارتباك والرغبة في العزلة والهروب من المواقف الاجتماعية المختلفة، أو تجنب الأماكن العامة والمنتزهات، وتجنب المواجهة مع الآخرين والتواصل معهم".

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي

تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية من الأطفال ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) سنة وبلغ عددهم (٥٠) طفلاً؛ وتم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

أولاً: الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات المفردات ودرجات الأبعاد الفرعية للمقياس والنتائج كما يلي:

جدول (١)

معاملات الإرتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه لأطفال العينة الإستطلاعية فى مقياس القلق الإجتماعي ن = ٥٠

البُعد	رقم المفردة	معامل الإرتباط	البُعد	رقم المفردة	معامل الإرتباط	البُعد	رقم المفردة	معامل الإرتباط
١/ الأعراض الفسيولوجية	١	٠,٩٢٢**	٢/ مكون سلوكي	١٢	٠,٨٤١**	٣/ مكون معرفي	٢٣	٠,٩٢٢**
	٢	٠,٧٣٨**		١٣	٠,٤٨٠**		٢٤	٠,٧٢٦**
	٣	٠,٧٣٧**		١٤	٠,٦٧٣**		٢٥	٠,٥٦٨**
	٤	٠,٧٢٤**		١٥	٠,٤٩٦**		٢٦	٠,٣١١*
	٥	٠,٥٤٤**		١٦	٠,٧٢٣**		٢٧	٠,٨٧٢**
	٦	٠,٨١٨**		١٧	٠,١٩٥		٢٨	٠,٥٦٧**
	٧	٠,٨٦٠**		١٨	٠,٧٤٣**		٢٩	٠,٨٢٣**
	٨	٠,٧٨٩**		١٩	٠,٧٥٩**		٣٠	٠,٧٦٢**
	٩	٠,٨١٦**		٢٠	٠,٧٧٦**		٣١	٠,٥٧٠**
	١٠	٠,٧٦٣**		٢١	٠,٧٠٩**		٣٢	٠,٨٢٧**
	١١	٠,٦٨٨**		٢٢	٠,٧٩١**		٣٣	٠,٦٧٧**
							٣٤	٠,٨٩٠**

يتضح من جدول (١) أنه توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس القلق الإجتماعي لدى أطفال العينة الإستطلاعية والدرجة الكلية للبُعد الذى تنتمي إليه المفردة، بإستثناء المفردة رقم (١٧) ويوضح جدول (١) حساب معامل الإرتباط بين درجة كل بُعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لمقياس القلق الإجتماعي.

جدول (٢)

معاملات الإرتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس القلق الإجتماعي لدى أطفال العينة الإستطلاعية ن = ٥٠

م	الأبعاد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
١	الأعراض الفسيولوجية	٠,٩٧٠**	٠,٠١
٢	مكون سلوكي	٠,٩٦٢**	٠,٠١
٣	مكون معرفي	٠,٩٦٣**	٠,٠١

يتضح من جدول (٢) أنه توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١) بين درجة كل بُعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لمقياس القلق الإجتماعي لدى أطفال العينة الإستطلاعية، مما يدل على أن هناك إتساق ما بين المفردات والأبعاد الخاصة بالمقياس.

ثانياً: حساب ثبات المقياس

جدول (٣)

حساب معامل الثبات للمفردات الخاصة بالأبعاد الثلاثة لمقياس القلق الإجتماعي ن = ٥٠

البُعد	رقم المفردة	ألفا كرونباخ	البُعد	رقم المفردة	ألفا كرونباخ	البُعد	رقم المفردة	ألفا كرونباخ
١/ الأعراض الفسيولوجية	١	٠,٩١٢	٢/ مكون سلوكي	١٢	٠,٨٤٩	٣/ مكون معرفي	٢٣	٠,٩٠٠
	٢	٠,٩٢١		١٣	٠,٨٧٥		٢٤	٠,٩١٢
	٣	٠,٩٢٢		١٤	٠,٨٦٤		٢٥	٠,٩١٨
	٤	٠,٩٢٢		١٥	٠,٨٧٦		٢٦	٠,٩٢٥
	٥	٠,٩٣٢		١٦	٠,٨٥٨		٢٧	٠,٩٠٣
	٦	٠,٩١٧		١٧	٠,٨٨٦		٢٨	٠,٩١٨
	٧	٠,٩١٥		١٨	٠,٨٥٦		٢٩	٠,٩٠٧
	٨	٠,٩١٩		١٩	٠,٨٥٥		٣٠	٠,٩١٠
	٩	٠,٩١٧		٢٠	٠,٨٥٣		٣١	٠,٩١٨
	١٠	٠,٩٢٠		٢١	٠,٨٥٩		٣٢	٠,٩٠٦
	١١	٠,٩٢٤		٢٢	٠,٨٥٢		٣٣	٠,٩١٤
							٣٤	٠,٩٠٢

ألفا كرونباخ الكلية = ٠,٩٢٧ ألفا كرونباخ الكلية = ٠,٨٧٤ ألفا كرونباخ الكلية = ٠,٩١٨

يتضح من جدول (٣) أن معاملات الثبات للمفردات الخاصة بمقياس القلق الإجتماعي، فيما يتعلق بمفردات البُعد الأول (الأعراض الفسيولوجية) كانت أقل من قيمة (ألفا الكلية للبُعد) بإستثناء المفردة رقم (٥)، وبالنسبة لمفردات البُعد الثاني (المكون معرفي) كانت أقل من قيمة (ألفا الكلية للبُعد) بإستثناء المفردات (١٣، ١٥، ١٧)، وكانت مفردات البُعد الثالث (المكون السلوكي) أقل من قيمة (ألفا الكلية للبُعد) بإستثناء المفردة (٢٦)، وبالتالي يتم حذف المفردات (٥، ١٣، ١٥، ١٧، ٢٦) من إجمالي مفردات المقياس لتصبح عدد مفرداته بعد الحذف (٢٩) مفردة.

جدول (٤)

حساب معامل الثبات لأبعاد مقياس القلق الإجتماعي

بطريقتي (ألفا كرونباخ ، التجزئة النصفية) ن = ٥٠

م	الأبعاد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	
			سبيرمان – براون	جتمان
١	الأعراض الفسيولوجية	٠,٩٢٦	٠,٩٦٩	٠,٩٦٦
٢	مكون سلوكي	٠,٩٤١	٠,٨٦٧	٠,٨٦١
٣	مكون معرفي	٠,٩٥٥	٠,٩٥٩	٠,٩٥١

* قيمة ألفا كرونباخ الكلية = ٠,٩٥٩

يتضح من جدول (٤) أن معاملات الثبات للأبعاد الخاصة بمقياس القلق الإجتماعي قد حققت قيم مرتفعة فى أبعاده الثلاثة، حيث تتراوح في طريقة ألفا كرونباخ ما بين (٠،٩٢٦، ٠،٩٥٥)، ما لوحظ تقارب متجه معاملات الثبات الخاصة بأبعاد المقياس فى كل من طريقتى «سبيرمان – براون ، جتمان» حيث تتراوح فى سبيرمان – براون ما بين (٠،٨٦٧، ٠،٩٦٩) وفى جتمان ما بين (٠،٨٦١، ٠،٩٦٦)، وبمقارنة قيم ألفا كرونباخ المحسوبة بالقيم الكلية يتضح أن جميع قيم ألفا كرونباخ المحسوبة كانت أقل من القيمة الكلية، مما يدل على تمتع مقياس القلق الإجتماعي بدرجة عالية من الثبات.

ثالثاً: حساب صدق المقياس

أولاً: الصدق التمييزي

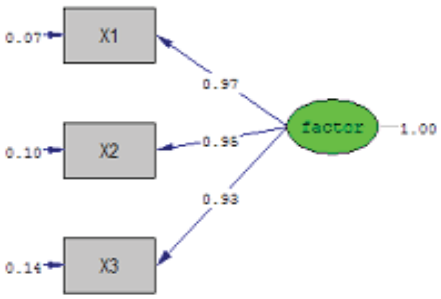
لإيجاد معامل الصدق لمقياس القلق الإجتماعي قام الباحث بالحصول على الإستجابات الخاصة بمفردات المقياس من أطفال عينة البحث الإستطلاعية البالغ عددها (٥٠) طفلاً من مجتمع البحث وبخلاف العينة الأساسية، ثم قام بإجراء المقارنة الطرفية بحساب دلالة الفروق بين متوسطي الإرباعيين (الأعلى، الأدنى) بعد أن قام بترتيب البيانات ترتيباً تصاعدياً، وكما يتضح فى جدول (٥).

جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الإرباعيين (الأعلى – الأدنى) فى مقياس القلق الإجتماعي

المتغيرات	المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	z	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية	مميزة	١٥	٣٣,٠٠٠	٢٣,٠٠	٣٤٥,٠٠	٠,٠٠	١٢٠,٠٠	٤,٩٩٢**	٠,٠١
	غير مميزة	١٥	٢٣,٠٦٧	٨,٠٠	١٢٠,٠٠				
مكون سلوكي	مميزة	١٥	٣٢,٠٠٠	٢٣,٠٠	٣٤٥,٠٠	٠,٠٠	١٢٠,٠٠	٥,٠٠١**	٠,٠١
	غير مميزة	١٥	٢١,٨٦٧	٨,٠٠	١٢٠,٠٠				
مكون معرفي	مميزة	١٥	٣٤,٢٠٠	٢٣,٠٠	٣٤٥,٠٠	٠,٠٠	١٢٠,٠٠	٤,٧٢٦**	٠,٠١
	غير مميزة	١٥	٢٢,٠٦٧	٨,٠٠	١٢٠,٠٠				
الدرجة الكلية	مميزة	١٥	٩٩,٢٠٠	٢٣,٠٠	٣٤٥,٠٠	٠,٠٠	١٢٠,٠٠	٤,٧٢٣**	٠,٠١
	غير مميزة	١٥	٦٧,٠٠٠	٨,٠٠	١٢٠,٠٠				

يتضح من جدول (٥) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين (المميزة، غير المميزة) في الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس القلق الإجتماعي ، وذلك لصالح متوسط رتب درجات المجموعة المميزة، مما يدل على صدق مقياس القلق الإجتماعي وقدرته على التمييز ما بين المستويات المرتفعة والمنخفضة.



شكل رقم (١)

الصدق العاملى لمقياس القلق الاجتماعي

ويوضح المسار التخطيطى فى الشكل رقم (١) تشبعات المتغيرات المشاهدة الثلاثة بالعامل الكامن)القلق الإجتماعي) وهى القيم قرينة الأسهم الخارجة من العامل الكامن الى المتغيرات المشاهدة (X3-X2-X1) المقابلة للأبعاد الثلاثة على التوالى، وقد حظي نموذج العامل الكامن الواحد لمقياس القلق الإجتماعي للأطفال على قيم جيدة لجميع مؤشرات حسن المطابقة، حيث كانت قيمة كا٢ (X2) غير دالة إحصائياً ؛ مما يُشير إلى مطابقة النموذج الجيدة للبيانات، كما أن قيم بقية مؤشرات المطابقة وقعت في المدى المثالي لكل مؤشر، مما يدل على مطابقة النموذج الجيد للبيانات موضع الاختبار ويؤكد قبول هذا النموذج (عزت عبد الحميد، ٢٠٠٨، ص١١٩)

كما أن معاملات الصدق الثلاثة) التشبعات بالعامل الكامن الواحد (دالة إحصائية يا عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يدل على صدق جميع الأبعاد الثلاثة المشاهدة لمقياس القلق الإجتماعي، ومن هنا يمكن القول أن نتائج التحليل العاملى التوكيدي من الدرجة الأولى قدمت دليلا قو يا على صدق البناء التحتى لهذا المقياس، وأن مقياس القلق الإجتماعي للأطفال عبارة عن عامل كامن عام واحد تنتظم حوله العوامل الفرعية الثلاثة المشاهدة لها (الأعراض الفسيولوجية - مكون سلوكي- مكون معرفي) (عزت عبد الحميد محمد حسن، ٢٠٠٨).

نتائج الفرض الأول:

جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين وفقاً لمتغير النوع (ذكر – أنثى)

المتغيرات	النوع	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية	ذكر	٢٦	٣٠,٧٦٩	١٥,٩٢	٤١٤,٠٠	٦٣,٠٠	٤١٤,٠٠	٤,٩٠٧**	٠,٠١
	أنثى	٢٤	٣٣,٤٥٨	٣٥,٨٨	٨٦١,٠٠				
المشكلات السلوكية	ذكر	٢٦	٣١,٠٣٩	١٧,٤٤	٤٥٣,٥٠	١٠٢,٥٠	٤٥٣,٥٠	٤,٢١١**	٠,٠١
	أنثى	٢٤	٣٢,٣٧٥	٣٤,٢٣	٨٢١,٥٠				
المشكلات المعرفية	ذكر	٢٦	٣٣,٩٦٢	٢٢,٥٢	٥٨٥,٥٠	٢٣٤,٥٠	٥٨٥,٥٠	١,٥٦٥	غير دال
	أنثى	٢٤	٣٤,٤٥٨	٢٨,٧٣	٦٨٩,٥٠				
الدرجة الكلية	ذكر	٢٦	٩٥,٧٦٩	١٣,٦٠	٣٥٣,٥٠	٢,٥٠	٣٥٣,٥٠	٦,٠٥١**	٠,٠١
	أنثى	٢٤	١٠٠,٢٩٢	٣٨,٤٠	٩٢١,٥٠				

يتضح من جدول (٦) أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في القلق الاجتماعي وفقاً للنوع (الذكور، الإناث) وذلك لصالح الإناث في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي، باستثناء بُعد (المشكلات المعرفية) حيث تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث، وهو ما يجيب على التساؤل الأول لهذه الدراسة والذي ينص على «هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي من الأطفال المتلعثمين».

اتفقت نتيجة الفرض الأول مع توصلت إليه دراسة Leili, H, Homayoun, K. (2013) والتي أكدت علي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المتلعثمين في البعد الفسيولوجي لمقياس القلق الاجتماعي، واتفقت أيضاً مع دراسة

Elaina Kefalianos, Mark onlsow (2014) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لصالح الإناث وتسجيل الإناث المعاقين درجات أعلي في مستويات القلق والقلق الاجتماعي، كما اتفقت مع دراسة Viecente & Isable (2014) والتي أكدت علي تسجيل الإناث فروقاً دالة إحصائيا من الذكور في القلق الاجتماعي لدي الإناث المتلعثمين عن الذكور المتلعثمين ودراسة Okutoyi & J. Kochung, (2016) والتي اتفقت في نتائجها مع نتيجة هذا الفرض وهو وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث المتلعثمين في القلق الاجتماعي لصالح الإناث، واتفقت أيضاً مع نتيجة دراسة Amuche & Nnamani, (2019) أن القلق الاجتماعي أعلي بدلالة إحصائية لدي الإناث المتلعثمين عن الذكور وأن التلعثم لد الإناث أعلي من الذكور، كما اتفقت مع نتيجة دراسة Shin Ying & Koichi, (2020) والتي أسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لصالح الإناث وتسجيل الإناث المتلعثمين درجات أعلي في المقياسين الفرعيين للقلق الاجتماعي عن الذكور المتلعثمين، واختلفت نتيجة الفرض الأول مع دراسة أسماء يوسف (٢٠٠٩) حيث كانت الفروق بين الذكور والإناث المتلعثمين في القلق الاجتماعي غير دالة وغير موجودة ودراسة نوال البدوي (٢٠١٣) وهي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين الذكور والإناث المتلعثمين. واختلفت مع دراسة مروة فتحي الباري (٢٠١٢) التي أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي لدي الأطفال المتلعثمين، واختلفت مع نتيجة دراسة كريمة عبد الشافي (٢٠١٤) وهي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المتلعثمين في القلق الاجتماعي لصالح الذكور، كما اختلفت مع دراسة دعاء طلبة (٢٠١٧) التي أثبتت وجود فروق لصالح الذكور عن الإناث المتلعثمين في القلق أو التلعثم وفوبيا الكلام.

ويُعزي الباحث هذه النتيجة إلي أن القلق الاجتماعي يرتبط بالتلعثم وتزداد مؤشرات الخطر مع سن البلوغ فيظهر القلق الاجتماعي ويكون ملحوظاً بدلالة إحصائية لدي الإناث أكبر وأعلى من الذكور.

نتائج الفرض الثاني:

جدول (٧)

حساب دلالة الفروق باستخدام اختبار "كروسكال – واليز" بين متوسط رتب درجات القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (مرتفع – متوسط – منخفض)

المتغيرات	المستوى	ن	المتوسط الحسابي	متوسط المربعات	قيمة " كا٢ "	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية	منخفض	١٧	٣٢,٠٠٠	٢٥,٩٤	٠,٠٧٩	غير دال
	متوسط	١٧	٣٢,٠٥٩	٢٤,٧١		
	مرتفع	١٦	٣٢,١٢٥	٢٥,٨٨		
المشكلات السلوكية	منخفض	١٧	٣٢,٠٠٠	٢٩,٢٩	٢,٢٣٠	غير دال
	متوسط	١٧	٣١,٤١٢	٢٢,١٢		
	مرتفع	١٦	٣١,٦٢٥	٢٥,٠٦		
المشكلات المعرفية	منخفض	١٧	٣٤,١١٨	٢٣,٧١	١,٠٨٦	غير دال
	متوسط	١٧	٣٤,٤١٢	٢٨,٣٥		
	مرتفع	١٦	٣٤,٠٦٣	٢٤,٣٨		
الدرجة الكلية	منخفض	١٧	٩٨,١١٨	٢٦,٠٦	٠,٠٤١	غير دال
	متوسط	١٧	٩٧,٨٨٢	٢٥,٠٩		
	مرتفع	١٦	٩٧,٨١٣	٢٥,٣٤		

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (منخفض، متوسط، مرتفع)، وهو ما يجيب على التساؤل الثاني لهذه الدراسة والذي ينص على «هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي في المستوى الاجتماعي والاقتصادي (منخفض – متوسط – مرتفع) في القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين».

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة Elaine & Bulmgart, (2010) التي أكدت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي في المستوي الاجتماعي والثقافي لدي الأطفال المتلعثمين لكنها أثبتت انه يوجد فروق في المستوي الاقتصادي والتكاليف المالية للتلعثم لدي المتلعثمين، واتفقت مع دراسة Elaine, (2014) وهي أيضاً

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للمستوي الثقافي الاجتماعي لدي المتلعثمين في حين أنها وضحت أن التلعثم يرتبط بعواقب اقتصادية قد تتحدي نوعية الحياة، وأنه لم تتأثر التكاليف الاقتصادية بشكل كبير بجنس الشخص أو دخله السنوي أو مدي شدة التلعثم، واتفقت مع دراسة Lisa Leverach, (2018) والتي أسفرت في نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للمستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لدي المتلعثمين، وأيضاً اتفقت مع دراسة Muche & Nhamani (2019) وهي أنه لم توجد فروق دالة إحصائيا تعزي للمستوي الاجتماعي والاقتصادي الثقافي لدي المتلعثمين وأن القلق مرتبط بشكل كبير بصعوبة التواصل والمستوي الاجتماعي، واتفقت مع دراسة Shin Ying & Koichi Mori (2020) والتي أكدت علي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي في المستوي الاجتماعي والثقافي والاقتصادي لدي المتلعثمين باليابان مقارنة بالبلدان الأخرى، واختلفت نتيجة الفرض الثاني مع دراسة Daichi & limura, (2018) التي أسفرت في نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي في المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي لدي الأطفال المتلعثمين واختلفت المعرفة بالتلعثم باختلاف العمر والجنس والمستوي الثقافي الاجتماعي والاقتصادي، واختلفت مع دراسة عبد النعيم مؤمن (٢٠١٩) التي أشارت إلي وجود موقف سلبي ووصمته عار تجار التلعثم بسبب انخفاض المستوي الثقافي والتعليمي للأسرة نحو التلعثم. وأن هناك مزيد من الحاجة للتعرف علي مستويات مختلفة من الوضع الاقتصادي والاجتماعي ويعزي الباحث هذه النتيجة إلي أن المتغيرات الديمغرافية قد تكون تتشابه إلي حد كبير ولا زالت هناك حاجة أكبر لمزيد من البحث كي يشمل عدداً أكبر من المتلعثمين وكافة المستويات المختلفة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية ومقارنة البلدان ببعضها البعض في كافة المستويات والوقوف علي نتائج أكبر وحقائق أفضل تخص المستوي الاجتماعي والاقتصادي والثقافي (منخفض – متوسط – مرتفع) لدي الأطفال المتلعثمين.

نتائج الفرض الثالث

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين وفقاً لمتغير العمر (٦-٩ سنوات)، (٩-١٢ سنة)

المتغيرات	العمر	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
الأعراض الفسيولوجية	٦ - ٩ سنوات	٢٤	٣٢,٥٤٢	٢٩,١٥	٦٩٩,٥٠	٢٢٤,٥٠	٥٧٥,٥٠	٠,٠٨٥	غير دال
	٩ - ١٢ سنة	٢٦	٣١,٦١٥	٢٢,١٣	٥٧٥,٥٠				
المشكلات السلوكية	٦ - ٩ سنوات	٢٤	٣١,٧٠٨	٢٥,٨٥	٦٢٠,٥٠	٣٠٣,٥٠	٦٥٤,٥٠	٠,٨٦٤	غير دال
	٩ - ١٢ سنة	٢٦	٣١,٦٥٤	٢٥,١٧	٦٥٤,٥٠				
المشكلات المعرفية	٦ - ٩ سنوات	٢٤	٣٤,٠٠٠	٢٢,٩٤	٥٥٠,٥٠	٢٥٠,٥٠	٥٥٠,٥٠	٠,٢١٤	غير دال
	٩ - ١٢ سنة	٢٦	٣٤,٣٨٥	٢٧,٨٧	٧٢٤,٥٠				
الدرجة الكلية	٦ - ٩ سنوات	٢٤	٩٨,٢٥٠	٢٧,٣٣	٥٦٥,٠٠	٢٦٨,٠٠	٦١٩,٠٠	٠,٣٩٠	غير دال
	٩ - ١٢ سنة	٢٦	٩٧,٦٥٤	٢٣,٨١	٦١٩,٠٠				

يتضح من جدول (٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للعمر (٦- ٩)، (٩ – ١٢) عاماً، وهو ما يجيب على التساؤل الثالث لهذه الدراسة والذي ينص على «هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمر (٦- ٩)، (٩-١٢) عاماً في القلق الاجتماعي لدى الأطفال المتلعثمين».

اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة Elaina, (2014) التي أسفرت في نتائجها عن عدم ملاحظة أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتلعثمين تعزي لصالح العمر وأن النتائج غير دالة إحصائياً، واتفقت مع دراسة

lisa lever (2018) وهي عدم وجود فروق في المتغيرات الديمغرافية كانت متشابهة إلي حد كبير ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمر لدي الأطفال المتلعثمين، كما اتفقت في دراسة Amuche Namani, (2019) والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمر الزمني بني المتلعثمين، كما اتفقت مع دراسة shimyina, (2020) وهي عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزي للعمر بين المتلعثمين وأنه ليس للعمر الزمني تأثير في اضطراب القلق الاجتماعي لديهم، واختلفت مع دراسة (Daichi & john, 2018) والتي أكدت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للعمرين المتلعثمين، وأن المعرفة بالتلعثم تختلف باختلاف العمر والجنس لدي المتلعثمين.

ويُعزي الباحث هذه النتيجة إلي أن المتغيرات الديموغرافية في كثير من الدراسات تكون متشابهة وأن هناك علاقة بين التلعثم واضطراب القلق الاجتماعي وأن العمر الزمني مهم جداً للتدخل في التأهيل والحد من اضطراب القلق الاجتماعي لخفض التلعثم لتحقيق أقصي قدر ممكن من التوافق النفسي والاجتماعي والأكاديمي والمهني للفرد المتلعثم.

ملخص نتائج الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١) بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في القلق الاجتماعي وفقاً للنوع (الذكور، الإناث) وذلك لصالح الإناث في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي، باستثناء بُعد (المشكلات المعرفية) حيث تشير النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث.

٢. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (منخفض، متوسط، مرتفع).

٣. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المتلعثمين في الأبعاد والدرجة الكلية للقلق الاجتماعي وفقاً للعمر (٦- ٩) عاماً، (٩ – ١٢) عاماً.

التوصيات:

١. تبصير المعلمين والأخصائيين النفسيين والتخاطب بأهمية مراعاة الفروق الفردية بين الذكور والإناث من الأطفال المتلعثمين.
٢. توفير الجو المناسب والمناخ الهادئ للطفل المتلعثم وإعطائه الفرصة للتعبير عن رأيه وبناء ثقته بنفسه.

البحوث المقترحة:

١. إجراء دراسة للتعرف على طبيعة العلاقة بين التلعثم وبعض المتغيرات النفسية للأطفال المتلعثمين.
٢. إجراء دراسة للتعرف على طبيعة العلاقة بين التلعثم وبعض المتغيرات الاجتماعية لتلاميذ المرحلة الابتدائية المتلعثمين.

المراجع

أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٥). علم النفس الفسيولوجي (ط١٠).القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أسماء يوسف أحمد (٢٠٠٩). مستوي الخواف الاجتماعية وعلاقته بمعدل اللجلجة لدي عينة من الأطفال (دراسة سيكومترية – إكلينيكية) رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

آية محمد عبد اللطيف (٢٠٢٠): مستويات التلعثم وعلاقتها بالصمود النفسي لدي المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.

إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادي لخفض القلق لدي عينة من الأطفال المتلجلجين وتحسين مفهوم الذات لديهم، مجلة الدراسات التربوية والاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠١١، ١٧٩-٢٥٨، مصر.

إيمان فؤاد كاشف (٢٠١٠). مشكلات الكلام واللجلجة: دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٠). اللجلجة- تعريفها- أشكالها وأنواعها- والسلوكيات المرتبطة بها وعلاجها، مجلة احتياجات خاصة، جامعة الملك سعود.

إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٤). اضطراب التواصل (ط١٠). الرياض: دار الزهراء.

إيهاب عبدالعزيز الببلاوي وأشرف محمد عبدالحميد (٢٠٠٨). التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي: إستراتيجية عمل الأخصائي النفسي بمدارس العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة (ط٢). الرياض: دار الزهراء.

حسن مصطفي عبدالمعطي (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار القاهرة.

حسين على فايد (٢٠٠٤). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدي طالبات الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي. القاهرة: مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

حمدي الفرماوي (٢٠٠٩). اضطرابات التخاطب (الكلام- النطق- اللغة- الصوت). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

دعاء علي طلبة (٢٠١٧): أثر برنامج علاج للحد من اضطرابات النطق لدي أطفال المدارس الابتدائية وأثره في تحسين الثقة بالنفس لديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.

سيد أحمد البهاص (٢٠١٠). أداة قياس شدة التلعثم (ط٢). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سيد أحمد البهاص (٢٠١٣). سيكولوجية اللغة واضطراب التواصل (ط٣). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عبدالعزيز إبراهيم سليم (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج علاجي تكاملي بتعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدي عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مصر.

عبدالنعيم الزهراء مؤمن (٢٠١٩): معرفة الأسرة وموقفها من التلعثم في محافظة سوهاج، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة سوهاج.

كمال دسوقي (١٩٩٠). ذخيرة علم النفس (مج١). القاهرة: الدار الدولية.

لينا روستين (٢٠٠٤). كيف يمكن التغلب علي التلعثم لدي الأطفال وطلبة المدارس(ترجمة خالد العمري). القاهرة: دار الفاروق.

محمد محمود النحاس (٢٠٠٥). سيكولوجية التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد محمود النحاس (٢٠٠٥). مدي فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدي عينة من الأطفال في المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه، جامعة بنها، كلية التربية، مصر.

مروة فتحي الباري محمد (٢٠١٢). الاضطرابات السلوكية وعلاقتها باللجلجة وقلق الكلام في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، مصر.

منى رضا (٢٠٠٦). الموسوعة الطبية- الصحة النفسية والعقلية والعصبية. الموسوعة الصحية الحديثة، القاهرة: دار الفكر العربي.

ناريمان محمد رفاعي (٢٠١٠). دراسة لمستوي فعالية الذات المدركة لدي عينة من المراهقين المتلعثمين، دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة بنها، أكتوبر (٨٤) ٣٠٥، مصر.

نبيل صالح سفيان (٢٠٠٤). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي: دليلك لاكتشاف شخصيتك وشخصيات الآخرين ومعالجة الأمراض الشخصية. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.

نوران العسال (١٩٩٠). التلعثم. رسالة دكتوراه، كلية الطب، جامعة عين شمس، مصر.

Amuche Nnamani, Josephine, akabogu, Mkpoikanke Sunday out (2019). Cognitive behavior language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents. *Journal of international medical research*, june 3(2019), pp 3109-3114.

Daichi limura, john van borsel (2018). Public awareness and knowledge of stuttering in japan. *Journal of communication disorders,* V. (72), (2018), pp 136-145.

Diagnostic and statistical Manual of Disorders (2013). (5th ed.). Copyright: *American psychiatric*.

Elaina Kefalianos, Mark onlsow, obioha Ukoumunne, susan Block and sheena reilly (2014). Stuttering, temperament, and anxiety: Data from a community cohort ages 2-4 years, *journal of speech*, language and hearing V.(4) 57. pp 1314-1322.

Elaine Bulmgart, Ashley Craig (2010). An investigation into the per sonal financial costs associated with stuttering, *journal of fluency disorders*, V. (35), Issue3, pp.203-215.

Gabel, R., Hughes, S. & Daniels, D. (2008). Effects of stuttering severity and therapy involvement on role entrapment of people who stutter. *Journal of fluency Disorders*,V.(41), pp146 – 152.

Hearne, A, Packman, A, Onslow, M. & Quine, S. (2008). Stuttering and its Treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, V.(33), pp81 – 98.

Kent, Raymond (2004). T***he MIT Encyclopedia of Communication Disorders***, London, The MIT Press.

Kraaimaat, F.W., Jansseent, P., & Van Dam. Baggen , R . (2002) . *social anxiety and stuttering Perceptual and Motor skills*, V.(72), p766

Leili, H, Homayoun, K. (2013). Comparing the level of anxietyin male and femal school students . *Procardia-Social and Behavioral Science,* V 84 (9).pp 41-46.

Lisa Lverach, Mark onslow (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *journal of fluency disorders*, V.(56), pp55-68.

Lverach, L., Menzies, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2011). Anxiety and stuttering: Continuing templar a complex relationship. *Journal of speech – language pathology*.V.(20), pp221-232.

Lverach, L., Ronald, Rapee. M. (2014). social anxiety disorderand stuttering: Current statue and futuree directions. Journal *of fluency Disorders*,V.(40), p69-82.

Narimani, M, Sotuden, M, & Zahed, F. (2009). Comparing The fundamental Conflicts Between Fluent children and children who stutter. *Journal of Applied sciences*,.V(21), pp 3917 – 3921.

Okutoyi , J. Kochung, E, & Mbagays. C .(2016). Extent Stuttering Effects Occur Among Learners Who stutter in primary schools in Kenya Greener. *Journal of Educational research* ,V (6). pp223-229 .

Olivares-Dlivares, P.; Ortiz- Gonzliez, P. & Olivares, J. (2019). Role of Social Skills Training in adolescents with Social Anxiety Disorder. International *Journal of Clinical and Health Psychology*, V. (19), pp. 41-48.

Ozcan, N. k (2010). *internet use and its Relation with the Psychosocial.*

Patrick M. Brilley, Charles Ellis (2020). Relative contributions to overall impact of stuttering in adults using the overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES) *Journal of flueney disorders*, V.(65) , p105775.