

الفصل السادس
نتائج الدراسة ومناقشتها

obeikandi.com

في هذا الفصل يعرض الباحث لنتائج الدراسة الحالية بصفة عامة، بحيث يمكن مناقشة فروض الدراسة ومدى تحققها، ثم التعرف على مدى اتفاق أو اختلاف نتائج هذه الفروض مع الدراسات السابقة.

نتائج الفرض الأول،

سبق أن قدمنا صياغة الفروض في الفصل السابق، وفيما يلي يمكن عرض كل فرض على حدة للتأكد من مصداقيته من خلال الإطار النظري السابق عرضه ومن خلال الأساليب الإحصائية المستخدمة. وقد جاءت صياغة الفرض الأول على النحو التالي:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام أسلوب (العلاج الظلي)".

وللتحقق من صحة الفرض السابق، تم التطبيق القبلي والبعدي لأدوات الدراسة على مجموعة العلاج الظلي (المجموعة التجريبية الأولى) وذلك بناء على محك المتوسط والانحراف المعياري لدرجات المقاييس المستخدمة.

ونوضح الجداول التالية نتيجة التحقق من هذا الفرض:

جدول (٧)

يوضح (قيمة t) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة العلاج الظلي على

مقياس شدة التلعثم 3-SSI

| مجموعة العلاج الظلي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | انجاه الفرق |
|---------------------|------|------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ٢١.٢ | ٣.٥٥ | ٨.٩٣ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدي | ١٤.١ | ٣.٩٨ | | | البعدي |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١.٢.٢٦٢ = ٠.٠١.٣.٢٥٠ = ٠.٠٠١.٤.٧٨٠

جدول (٨)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدى لمجموعة العلاج الظلي على مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم"

| مجموعة العلاج الظلي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---------------------|--------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٥٤.٠٣ | ١٨.٢٧ | ٨.٨٢ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدى | ١٤٢.٠٩ | ١٦.٥٥ | | | البعدى |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١.٢.٢٦٢ = ٠.٠١.٣.٢٥٠ = ٠.٠٠١.٤.٧٨٠

جدول (٩)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق "تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الأطفال"

| مجموعة العلاج الظلي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---------------------|-------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٥١.٩ | ٢٠.٣٤ | ٦.٧٤ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدى | ٩٤.٩ | ١٣.٢٣ | | | البعدى |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١.٢.٢٦٢ = ٠.٠١.٣.٢٥٠ = ٠.٠٠١.٤.٧٨٠

من الجداول السابقة يتضح لنا صحة الفرض الأول بشكل عام حيث كانت هناك فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) قبل العلاج وأطفال المجموعة أنفسهم بعد الانتهاء من

تطبيق أسلوب العلاج الظلي، وهذه الفروق دالة لصالح التطبيق البعدي، وهذا يدل على فاعلية أسلوب العلاج الظلي في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

فقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن العلاج الظلي من أفضل الطرق العلاجية المستخدمة في علاج مشكلة التلعثم في الكلام، ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أن تلعثم الطفل يزداد عندما يستمع لتلعثمه في الكلام، وتتم عملية العلاج الظلي بأن يقوم المعالج بالقراءة وبصوت مرتفع، يتبعه المتلعثم بالقراءة مباشرة، ويردد المتلعثم ما يقوله المعالج بالسرعة نفسها وبمعدل الصوت نفسه، ويجب أن تكون مادة القراءة ملائمة لمستوى الطفل المتلعثم العقلي والتعليمي.

وقد أشار العديد من العلماء إلى فاعلية العلاج الظلي مع المرضى الذين يعانون من التلعثم بشرط التعاون بين المعالج والمتلعثم، والنتيجة الخاصة بهذا الفرض تتفق مع نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث تتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها "كونداس" *Kondas* (١٩٦٧) والتي أشارت إلى فاعلية أسلوب العلاج الظلي في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال والمراهقين، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة "جوهاينسون" *Johannesson* (١٩٧٥) على الرغم من اختلاف العينة المستخدمة في كلتا الدارستين على أساس أن دراسة "جوهاينسون" استخدمت عينة من المراهقين المتلعثمين، في حين أن الدراسة الحالية أجريت على الأطفال المتلعثمين، كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة "محمد نزيه عبد القادر" (١٩٧٦) في التأكيد على فاعلية أسلوب العلاج الظلي في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال والمراهقين.

وهكذا فإن أسلوب العلاج الظلي يعمل على إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين مثير هو كلمة المعالج واستجابة هي كلمة المتلعثم، فالعلاج الظلي هو عمل حركي يعتمد على

المحاكاة؛ فيحدث نوع من الكف والقمع لاضطراب التلعثم، لأن إدراك المتلعثم يتحول بعيداً عن تركيزه حول صوته هو ويراقب ويلاحظ صوت المعالج أو المتكلم ليتحدث خلفه مباشرة (حسام الدين عزب، ١٩٨١، ١٨٥)، (Espir Gliford, 1983, 95)

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما انتهت إليه نتائج دراسات كلا من "جوران وآخرون" Goran- et al (١٩٧٦) وكذلك نتائج دراسة "هيلي وهاو" Healey and Howe (١٩٨٧) وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى انخفاض ملحوظ في تكرار الكلمات وإطالة الأصوات لدى المتلعثمين الذين تلقوا جلسات علاجية من خلال أسلوب العلاج الظلي، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة "سهير محمود أمين" (١٩٩٥) والتي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي لدى الأطفال المتلعثمين باستخدام العلاج الظلي وذلك لصالح التطبيق البعدي.

فالنتائج مجتمعة تبرهن على فاعلية أسلوب العلاج الظلي في علاج وخفض حدة التلعثم في الكلام سواء عند الأطفال أو المراهقين.

وفي ضوء ما أوضحتته نتائج الدراسات السابقة من وجود فروق دالة إحصائية بين درجات التطبيق القبلي والبعدي باستخدام أسلوب العلاج الظلي لصالح التطبيق البعدي، نتبين أنه تحقق الفرض الأول للدراسة والقائل بوجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق القبلي والبعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام أسلوب العلاج الظلي.

نتائج الفرض الثانى

جاءت صياغة هذا الفرض على النحو التالى:

"توجد فروق دالة إحصائياً فى مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام أسلوب (العلاج بالممارسة السلبية" وتوضع المرادف التالية نتيجة التحقق من هذا الفرض:

جدول (١٠)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية على مقياس شدة التلعثم (SSI-3)

| مجموعه العلاج بالممارسة السلبية | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|------------------------------------|-------|------|----------|---------|-------------------------|
| التطبيق القبلي | ٢٠.٨٠ | ٤.٢١ | ٦.١٦ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي |
| التطبيق البعدي | ١٣.٩٠ | ٤.٢٠ | | | |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١٢٠٢٦٦٢ = ٠.٠٠١٣٠٢٥٠ = ٠.٠٠١٧٨٠

جدول (١١)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية على مقياس تحديد مصاحبات التلعثم)

| مجموعه العلاج بالممارسة السلبية | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---------------------------------------|-------|------|----------|---------|-------------------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٤.٩ | ٨.٧٥ | ٦.٩٦ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي |
| التطبيق البعدي | ١٤٤.٣ | ٨.٦٤ | | | |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٢, ٢٦٢ = ٠.٠١, ٣, ٢٥٠ = ٠.٠٠١, ٧٨٠ = ٤.

جدول (١٢)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية على مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلعثم لدى الأطفال (

| مجموعة العلاج بالممارسة السلبية | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|------------------------------------|-------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٢,٢ | ٨,١٢ | ١٩,٦٨ | ٠,٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدي | ٩٦,٧ | ١٠,٩٣ | | | البعدي |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٢, ٢٦٢ = ٠.٠١, ٣, ٢٥٠ = ٠.٠٠١, ٧٨٠ = ٤.

من الجداول السابقة يتضح لنا صحة الفرض الثاني بشكل عام حيث كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) قبل العلاج وأطفال المجموعة أنفسهم بعد الانتهاء من تطبيق أسلوب العلاج بالممارسة السلبية، وهذه الفروق دالة لصالح التطبيق البعدي، وهذا يدل على فاعلية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في علاج وخفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

فقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن العلاج بالممارسة السلبية من الأساليب السلوكية الذي يعتمد عليه في علاج التلعثم بصورة فعالة، حيث يطلب فيه إلى المتلعثم أن يصطنع التلعثم عن طريق التكرار المقصود للمقاطع، أو عن طريق تكرار كل كلمة يتلعثم فيها المريض عن عمد وبصوت عال حتى تتحقق له القراءة والكلام بطلاقة وسلاسة، كما

أشارت بعض الدراسات السابقة إلى أن الممارسة السلبية طريقة نفسية مساعدة يلجأ إليها علماء النفس، وتفيد بشكل فعال في علاج التلعثم، وملخص هذه الطريقة وضع الطفل المتلعثم في موقف يتطلب منه تكرار عملية الكلام والتلعثم مع ما فيها من اضطراب في النطق عدة مرات متتالية، حتى يؤدي ذلك إلى تعب الفرد والنفور من عملية التكرار (التلعثم) في حد ذاتها، وضرورة التخلص من هذا الشكل المتعب من الكلام (فيصل الزباد، ١٩٩٠، ٩٤).

وهنا تتضح فاعلية أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في خفض درجة التلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث يهدف إلى قيام المتلعثم بتكرار كل حرف أو مقطع يتلعثم فيه عن عمد وذلك عدة مرات بصوت مرتفع حتى يصل إلى الطلاقة، كما يهدف إلى استبدال ردود أفعال المتلعثم المعتادة بأنماط سلسلة وبسيطة من التوقف أثناء الكلام دون صراع وبدون اللجوء إلى أساليب الإحجام والتفادي في الكلام.

ويرى الباحث أن نتيجة هذا الفرض تتفق مع نتائج بعض الدراسات التي حاولت التعرف على فاعلية استخدام العلاج بالممارسة السلبية في علاج التلعثم؛ فتأتي نتائج دراسات كل من "فيشمان" *Fishman* (١٩٥٥)، وكذلك نتائج دراسة "شيهان وفواز" *Sheehan & Voas* (١٩٥٧)، ودراسة "محمد نزيه عبد القادر" (١٩٧٦) حيث تؤكد النتائج على فاعلية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في خفض حدة التلعثم.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما انتهت إليه نتائج دراسة (صفاء غازي، ١٩٩٢) من فاعلية العلاج بالممارسة السلبية في علاج حالات التلعثم سواء الأطفال أو المراهقين.

فنتائج الدراسة الحالية مجتمعة مع نتائج الدراسات السابقة تبرهن على تحسن الأطفال المتلعثمين الذين يتلقون علاجاً من خلال أسلوب الممارسة السلبية وبالتالي يتحدثون بطلاقة ويتعدون عن تفادي المواقف الاجتماعية.

وعلى هذا الأساس يعد أسلوب العلاج بالممارسة السلبية من الأساليب السلوكية الذي يعتمد عليه في علاج التلعثم بصورة فعالة، فالتكرار المتعمد والمقصود للمقاطع والكلمات يؤدي إلى نوع من الإجهاد وبالتالي يمكن أن يتحدث المتلعثم بطلاقة (Seltzer, 1986, 46)، (لويس مليكة، ١٩٩٤، ٩٥).

وفي ضوء ما أوضحتها الدراسات السابقة، وجد من النتائج ما يدعم فاعلية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية مع المتلعثمين، ومن خلال ما سبق يتبين أن تحقق الفرض الثاني القائل بوجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام العلاج (بالممارسة السلبية)

نتائج الفرض الثالث:

جاءت صياغة هذا الفرض على النحو التالي:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام (الأسلوبين السابقين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إيجاد الفروق بين متوسطات درجات التطبيق القبلي والبعدي على المجموعة التجريبية العلاجية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبية

معا إلى جانب الإرشاد الوالدي) ومن ثم إيجاد قيمة "ت" على مقاييس الدراسة كما هو موضح بالجدول التالية:

جدول (١٣)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدى لمجموعة العلاج الظلي والعلاج بالممارسة السلبيه إلى جانب الإشاد الوالدي على مقياس شدة التلعثم (SSI-3)

| مجموعه العلاج الظلي والممارسه السلبيه والإرشاد الوالدي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ٣٠,٠٠ | ٣,٨٠ | ١٣,١٠ | ٠,٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدى | ٩,٦ | ٢,٩٥ | | | البعدى |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠,٠٥ = ٠,٠١, ٠,٢, ٠,٢٦٢ = ٠,٠١, ٠,٣, ٠,٢٥٠ = ٠,٠٠١, ٠,٠٠٥ = ٤,٧٨٠

جدول (١٤)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدى لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبيه إلى جانب الإشاد الوالدي على مقياس تحديد مصاحبات التلعثم)

| مجموعه العلاج الظلي والممارسه السلبيه والإرشاد الوالدي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٣,٢ | ٨,٢٤ | ٧,٩١ | ٠,٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدى | ١١٤,٢ | ١٤,٥٣ | | | البعدى |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠,٠٥ = ٠,٠١, ٠,٢, ٠,٢٦٢ = ٠,٠١, ٠,٣, ٠,٢٥٠ = ٠,٠٠١, ٠,٠٠٥ = ٤,٧٨٠

جدول (١٥)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدى لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية إلى جانب الإشراف الوالدي على مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض التلثم لدى الأطفال)

| مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإشراف الوالدي | م | ع | قيمة ت | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|------|--------|---------|----------------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٠.٨ | ٩.٢٢ | ١٩.٧٢ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدى |
| التطبيق البعدى | ٨٥.٢ | ٦.٦٦ | | | |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١، ٢.٢٦٢ = ٠.٠١، ٣.٢٥٠ = ٠.٠٠١، ٤.٧٨٠ = ٠.٠٠٠١

جدول (١٦)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدى للأباء لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية إلى جانب الإشراف الوالدي على استمارة تعديل السلوك الوالدي)

| مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإشراف الوالدي | م | ع | قيمة ت | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|------|-------|--------|---------|-----------------------------|
| التطبيق القبلي | ٧٧.٢ | ١٠.٦٧ | ١٣.٠٢ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدى للأباء |
| التطبيق البعدى | ٣٧.٨ | ٤.٠٧ | | | |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١، ٢.٢٦٢ = ٠.٠١، ٣.٢٥٠ = ٠.٠٠١، ٤.٧٨٠ = ٠.٠٠٠١

تدل النتائج المستخلصة الإحصائية الموضحة بالجداول السابقة على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج بالأسلوبين إلى جانب الإرشاد الوالدي) قبل العلاج وأطفال المجموعة أنفسهم بعد التطبيق البعدي وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، وهذا يدل على فاعلية الأساليب العلاجية والإرشادية في علاج وخفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة والتي تؤكد على أهمية وفاعلية استخدام الأساليب العلاجية مجتمعة معا في علاج التلعثم، وتؤكد هذه الدراسات على فاعلية استخدام أكثر من أسلوب علاجي عن استخدام أسلوب علاجي واحد فقط فالنتائج الإحصائية تدل على أن استخدام العلاج الظلي والممارسة السلبية معا إلى جانب برنامج إرشادي للوالدين أفضل وأكثر فاعلية في علاج التلعثم.

حيث يجد المعالج في أحيان كثيرة أن علاج مشكلة الطفل (التلعثم مثلاً) لا يقتصر على علاج المتلعثم فقط، بل قد يتطلب الأمر علاجاً وتعديلاً في سلوك الوالدين أنفسهم، ومن ثم فعلى المعالج أن يعطي الوقت للأسرة وخاصة الوالدين محاولاً إرشادهم إلى كيفية معاملة طفلهم المتلعثم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٣، ٦٠ - ٦٥)

كما تزداد فاعلية الأساليب العلاجية للتلعثم مع مشاركة الوالدين، حيث يهدف البرنامج الإرشادي إلى تحسين بيئة الطفل المتلعثم، وكذلك مساعدة الوالدين على فهم مشكلة طفلهم المتلعثم (Cooper, 1987, 19- 29)، (Kelly and conture, 1992, 1256- 1267) وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة التي قام بها (محمد نزيه عبد القادر) "١٩٧٦" والتي أكدت على فاعلية استخدام أسلوبي العلاج بالممارسة السلبية والترديد في علاج التلعثم، واختلفت الدراسة الحالية عن هذه الدراسة في العينة، بالإضافة إلى أن الدراسة

الحالية أضافت الإرشاد الوالدي إلى جانب الأساليب العلاجية، وهذه النقطة الأخيرة أشارت إليها "هدى برادة" والتي أكدت على فاعلية الجلسات الإرشادية لمهات الأطفال المتلعثمين، على الرغم من اختلاف دراستها عن الدراسة الحالية في الساليب العلاجية المستخدمة (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٣١٨).

كما يتضح من نتائج هذا الفرض أهمية الإرشاد الوالدي في علاج التلعثم لدى الأطفال، لأن جانباً كبيراً من العلاج قد يوجه إلى بيئة الطفل المتلعثم في محاولة لإصلاحها قدر المستطاع، وقد أشار بعض العلماء إلى أهمية إدماج الوالدين في برامج إرشادية؛ وذلك لإكسابهم أساليب وفنيات جديدة تفيد في كيفية معاملة الأطفال المتلعثمين.

ويركز "بلودشتين" *Bloodstein* - على أهمية وفاعلية الإرشاد الوالدي كوسيلة علاجية تساعد على خفض حدة التلعثم لدى الأطفال، لذلك فقد أشار بعض المعالجين إلى أهمية ضرورة تأسيس مؤسسات علاجية إرشادية للآباء؛ لمساعدة أطفالهم المتلعثمين وكيفية التعامل معهم (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٩٠ - ١٩٥)، (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٧٥ - ٧٩).

وتدعم نتائج الدراسة الحالية ما توصل إليه "جريجوري" *Gregory* (١٩٨٦) من أن التدخل الوالدي في مراحل علاج التلعثم من الأمور المفيدة جداً، وقد اقترح بعض المعالجين أهمية تأسيس مؤسسات علاجية إرشادية للآباء؛ بحيث تعقد لهم اجتماعات خاصة لمناقشة مشكلة طفلهم المتلعثم، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة "هبة سليم" (١٩٩٥) والتي أشارت إلى فاعلية وأهمية إرشاد الأسرة وخاصة الوالدين في علاج اضطرابات الكلام.

ومن خلال ما سبق تبين أن الفرض الثالث قد تحقق والقائل بوجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التطبيق القبلي والبعدي لدى الأطفال المتلعثمين لصالح التطبيق البعدي باستخدام الأسلوبين السابقين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي.

نتائج الفرض الرابع:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي لدى الأطفال المتلعثمين (المجموعة الضابطة) الذين لم يتلقوا أي نوع من الأساليب العلاجية لصالح التطبيق البعدي. هذا الفرض يتيح الفرصة لاختبار الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة على مقاييس الدراسة من خلال اختبار "ت" $T-test$ وفيما يلي نوضح ذلك:

جدول (١٧)

يوضح (قيمة T ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس شدة التلعثم SSI-3)

| المجموعة الضابطة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|------------------|------|------|----------|---------|-------------|
| التطبيق القبلي | ٢٥.٧ | ٧.٣٢ | - ٢.٢٤ | غير | - |
| التطبيق البعدي | ٢٦.٢ | ٧.٢٨ | | دالة | |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) $0.05 = 0.01, 0.02, 0.05 = 0.001, 0.01, 0.05$

التلقائي لدى المتلعثمين، وهذا يؤكد على أهمية تطبيق واستخدام الأساليب النفسية والكلامية الموجودة بالتراث وعدم ترك الأطفال المتلعثمين بدون علاج؛ لأن ترك الطفل المتلعثم بدون علاج يؤدي إلى تفاقم المشكلة وزيادة حدتها، وعلى الرغم من أن نتيجة هذا الفرض تبدو في ظاهرها سلبية على أنها تلفت الانتباه إلى أهمية التدخل العلاجي وعدم ترك المتلعثم بدون علاج، وهنا تلفت أنظار الآباء إلى ضرورة عرض طفلهم المتلعثم على المتخصصين في مجال علم النفس والتخاطب لاختيار الأسلوب العلاجي المناسب وخفض حدة التلعثم في الكلام.

نتائج الفرض الخامس

تم صياغة الفرض الخامس على النحو التالي:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية).

وتوضع الجدول (الأحصائية التالية نتيجة للتحقق من هذا الفرض):

جدول (٢٠)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية)

على مقياس شدة التلعثم 3-SSI

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|------|----------|--------|-------------|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي | ١٤,١٠ | ٣,٩٨ | ٠,١٣ | غير | - |
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية | ١٣,٩ | ٤,٢٠ | | دالة | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٠.٠٢, ٠.٠١ = ٠.٠١, ٠.٠٢, ٠.٠١, ٠.٠١ = ٠.٠٠١, ٠.٠٠٢, ٠.٠٠١

جدول (٢٥)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي) على مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض حدة التلعثم لدى الطفل

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|------|-------|----------|---------|--|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي | ٩٤.٩ | ١٣.٢٣ | ٢.٥٧ | ٠.٠٥ | لصالح التطبيق البعدي |
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي | ٨٥.٢ | ٦.٦٦ | | | للمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٠.٠٢, ٠.٠١ = ٠.٠١, ٠.٠٢, ٠.٠١, ٠.٠١ = ٠.٠٠١, ٠.٠٠٢, ٠.٠٠١

جدول (٢٦)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للآباء على استمارة تعديل السلوك الوالدي لدى مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد

| مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ٧٧.٢ | ١٠.٦٧ | ١٣.٠٢ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدي | ٢٧.٨ | ٤.٠٧ | | | البعدي للآباء |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) $0.05 = 0.01, 0.2, 0.263 = 0.01, 0.3, 0.250 = 0.001, 0.780 = 0.001$

يتضح من خلال الجداول الإحصائية السابقة وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وأطفال المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي) لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية إلى جانب الإرشاد الوالدي، حيث أن قيمة "ت" الخاصة بالفروق بين متوسطات الدرجات دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 لصالح مجموع العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي بالنسبة لمقياس "شدة التلعثم".

وكذلك بالنسبة لمقياس "تحديد مصاحبات التلعثم" وكذلك دلالة الفروق إحصائياً على مقياس "تقدير المواقف" عند مستوى 0.05 ، وهذا يدل على أن الجمع بين استخدام أسلوبى العلاج الظلي والممارسة السلبية إلى جانب الإرشاد الوالدي أكثر فاعلية في خفض حدة التلعثم عن استخدام أسلوب علاجي واحد فقط.

كما نلاحظ من خلال الجدول الأخير فاعلية الإرشاد الوالدي؛ حيث تشير الدراسات السابقة إلى أن استخدام أسلوب علاجي مع الطفل المتلعثم لا يكفي، وضرورة وضع خطة إرشادية للوالدين حول كيفية معاملة الطفل المتلعثم لضمان نجاح الأسلوب العلاجي الفعال ولكن خيرات الأسرة وخاصة الوالدين غير الكافية عن المشكلة وكيفية علاجها قد يؤثر في فاعلية الأسلوب العلاجي وتأخير العلاج أو التحسن، لذلك ظهرت فاعلية الإرشاد الوالدي في تحسن المجموعة التجريبية الثالثة عن مجموعة العلاج الظلي فقط.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة "محمد نزيه عبد القادر" (١٩٧٦) والتي أشارت إلى فاعلية الجمع بين أسلوبى العلاج الظلي والممارسة السلبية في خفض حدة

التلعثم، وقد أضافت الدراسة الحالية جزء الإرشاد الوالدي في علاج تلعثم الأطفال مما أكد على أهمية استخدام الأساليب العلاجية المختلفة مع المتلعثم إلى جانب الإرشاد الوالدي. كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة "صفاء غازي" (١٩٩٢) والتي أشارت إلى فاعلية الجمع بين أسلوبى الممارسة السلبية والسيكودراما في علاج التلعثم، وقد استخدمت الدراسة الحالية أسلوب الممارسة السلبية بدلا من السيكودراما وأضافت جانب الإرشاد الوالدي في علاج التلعثم.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية إلى حد كبير مع نتائج دراسة "سهير محمود أمين" (١٩٩٥) والتي أشارت إلى فاعلية استخدام أسلوب العلاج الظلي والعلاج باللعب الجماعي غير الموجه إلى جانب الإرشاد الوالدي في علاج وخفض حدة التلعثم لدى الأطفال؛ على الرغم من اختلاف الدراستين في نوعية الأساليب العلاجية المستخدمة.

وتؤكد دراسة "أدمز" Adams (١٩٩٢) على أهمية المشاركة الإيجابية للوالدين ضمن البرامج العلاجية للمتلعثمين، وتدعم نتائج دراسة "ريستين وكوك" *Rustin & Cook* (١٩٩٥) أهمية التدخل الوالدي في علاج التلعثم.

وفي إطار ذلك يركز "بلودشتين" *Bloodstein* على أهمية الإرشاد الوالدي كوسيلة علاجية تساعد على خفض حدة التلعثم لدى الأطفال، وأنه يجب أن يتركز البرنامج العلاجي على الوالدين وليس على الطفل فقط؛ وذلك في صورة إعطاء المعلومات للأباء وخاصة الأم حول مشكلة التلعثم لدى الطفل وكيفية التعامل معها.

وكذلك يتفق "ويليامز" *Williams* (١٩٨٩) مع سابقه في أن الإرشاد الوالدي يلعب دورا فعالا في علاج التلعثم لدى الأطفال، وفي حالات كثيرة يكون للإرشاد الوالدي دور فعال

فى علاج التلعثم الأولى بدون استخدام أسلوب علاجي، فأحياناً يكون العلاج فى يد ومتناول الأباء أكثر من المعالج.

نتائج الفرض السابع:

ينص الفرض السابع على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي للمجموعة الرابعة الضابطة"
وتضع الجداول (الإحصائية التالية نتيجة التحقق من صحة فرض الفرض):

جدول (٢٧)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفرق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس شدة التلعثم 3-SS1)

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | انجاء الفرق |
|-------------------------------------|-------|------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي | ١٤.١٠ | ٢.٩٨ | ٥.٧٢ - | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ٢٦.٢٠ | ٧.٢٦ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١، ٠.٠٢، ٠.٠١، ٠.٠٢، ٠.٠٥، ٠.٠١، ٠.٠٢، ٠.٠٥ = ٠.٠٠١، ٠.٠٠٢، ٠.٠٠٥، ٠.٠٠١، ٠.٠٠٢، ٠.٠٠٥ = ٠.٠٠٠١، ٠.٠٠٠٢، ٠.٠٠٠٥

جدول (٢٨)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة الأولى (العلاج الظلي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس "تقدير مصاحبات التعلم"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|-------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي | ١٤٢.٩ | ٥.٠١ | ٤.٩٢ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٦٧.٦ | ١٦.٥٥ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ < ١.٢.١٠١ = ٠.٠٠١ < ١.٢.٨٧٨ = ٠.٠٠٠١ < ٣.٩٢٢

جدول (٢٩)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس "تقدير المواقف"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|-------|----------|---------|--|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي | ٩٤.٩ | ١٣.٢٣ | - ١٠.١٢ | ٠.٠١ | لصالح التطبيق البعدي لدى مجموعة العلاج الظلي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٤٠.٤ | ٩.٣٨ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ < ١.٢.١٠١ = ٠.٠٠١ < ١.٢.٨٧٨ = ٠.٠٠٠١ < ٣.٩٢٢

يتضح من خلال الجداول والتحليلات الإحصائية السابقة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة التجريبية الأولى (العلاج الظلي) والمجموعة الضابطة، حيث أن قيمة "ت" الخاصة بالفروق بين متوسطات الدرجات دالة إحصائياً على جميع مقاييس الدراسة عند مستوى ٠.٠٠١، وهذا يدل على مدى فاعلية العلاج الظلي المستخدم في خفض درجة التلعثم لدى الأطفال. وهذا ما أشارت إليه معظم نتائج الدراسات السابقة حول وجود تحسن وانخفاض ملحوظ في درجة التلعثم لدى الأطفال والمراهقين المتلعثمين أثناء استخدام العلاج الظلي؛ حيث يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على تنظيم إيقاع الكلام ووضوح المعنى الصريح لقطعة القراءة التي يتم ترديدها وسهولة صياغة الجمل، وتغيير طبقات الصوت، وألا ينظر المتلعثم إلى المعالج وإنما يركز انتباهه على ما يسمعه (عبد المطلب القرطي، ١٩٩٨، ٣٤٨-٣٤٩)، كما أشار "يترز" Yates (١٩٧٠) إلى فاعلية العلاج الظلي مع مرضى التلعثم الشديد وهذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية.

نتائج الفرض الثامن،

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبية معا إلى جانب الإرشاد الوالدي).

وتوض (الجدول الإحصائية نتيجة التحقق من صحة هذا الفرض).

جدول (٣٠)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (الأسلوبان معا والإرشاد الوالدي) على مقياس "شدة التلعثم 3-SSI"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية | ١٣.٩٠ | ٤.٢٠ | ٢.٣٥ | ٠.٠٥ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي |
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي | ٩.٦٠ | ٢.٩٥ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١، ٠.٢، ٠.١ = ٠.٠١، ٠.٢، ٠.٥، ٠.٠١ = ٠.٠٠١، ٠.٠١، ٠.٠٠١

جدول (٣١)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي) على مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|-------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية | ١٤٤.٣ | ٨.٦٤ | ٤.٧ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين والإرشاد الوالدي |
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي | ١١٤.٢ | ١٤.٥٣ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠,٠٠١, ٠,٠١, ٠,٠٥, ٠,١, ٠,٢, ٠,٥, ١, ٢, ٥, ١٠, ٢٠, ٥٠, ١٠٠

جدول (٣٢)

يوضح قيمة "ت" ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالتماسة السلبية) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج بالأسلوب الوالدي والإرشاد الوالدي) على مقياس "تقدير المواقف"

| العجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اأجاه الفرق |
|---|------|-------|----------|---------|-------------------------------------|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالتماسة السلبية | ٩٦.٧ | ١٠.٩٣ | ٣.٢٦ | ٠.٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج |
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي | ٨٥.٢ | ٦.٦٦ | | | بالأسلوبين والإرشاد الوالدي |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠,٠٠١, ٠,٠١, ٠,٠٥, ٠,١, ٠,٢, ٠,٥, ١, ٢, ٥, ١٠, ٢٠, ٥٠, ١٠٠

يتضح من الجداول الإحصائية السابقة تحقق الفرض الثامن القائل بوجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي "لصالح المجموعة التجريبية الثالثة (الأسلوبين معا والإرشاد الوالدي)", وهذا يدل على فاعلية الجمع بين أكثر من أسلوب علاجي عن استخدام أسلوب علاجي عن استخدام الأسلوب العلاجي واحد فقط.

جدول (٣٤)

يوضح (قيمة t ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لى المجموعة الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين التطبيق البعدي لى المجموعة الضابطة على مقياس تحديد مصاحبات التلعثم)

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية | ١٤٤.٣ | ٨.٦٤ | ٨.٣٣ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٦٧.٦ | ٥.٠١ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) $0.05 = 0.01, 0.02, 0.01 = 0.001, 0.002, 0.001 = 0.0001$

جدول (٣٥)

يوضح (قيمة t ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لى المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) وبين التطبيق البعدي لى المجموعة الضابطة على مقياس تقدير المواقف)

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|-------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية | ٩٦.٧ | ١٠.٩٣ | ٩.٣- | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٤٠.٤ | ٩.٣٨ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) $0.05 = 0.01, 0.02, 0.01 = 0.001, 0.002, 0.001 = 0.0001$

يتضح من خلال الجداول الإحصائية السابقة تحقق الفرض التاسع والذي ينص على

"وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية الثانية وأطفال"

المجموعة الضابطة" وذلك لصالح المجموعة التجريبية الثانية (العلاج بالممارسة السلبية) حيث نجد أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، وهذا يدل على فاعلية أسلوب العلاج بالممارسة السلبية في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

وتتفق نتيجة هذا الدراسة مع نتائج دراسات كل من "محمد نزيه عبد القادر" (١٩٧٦) ودراسة "صفاء غازي" (١٩٩٢) والتي أشارت إلى فاعلية ودور العلاج بالممارسة السلبية في علاج تلعثم المراهقين، وهذا يؤكد لنا الدور الفعال لطريقة الممارسة السلبية في علاج العديد من مشكلات الأطفال ومن بينها التلعثم في الكلام، خاصة وأن هذا الأسلوب سهل الاستخدام في المنزل ولا يحتاج إلى مهارة علاجية تقتصر على المعالج فقط، كما تؤكد نتائج هذا الفرض على ضرورة إعداد برامج علاجية للأطفال المتلعثمين دون تركهم بدون علاج أملا في الشفاء أو التحسن بدون تدخل علاجي.

نتائج الفرض العاشر:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج بالأسلوبين معا إلى جانب الإرشاد الوالدي) وبين متوسطات درجات التطبيق البعدي لدى المجموعة الرابعة الضابطة".

وتوضع (الجدول الإحصائية التالية نتيجة التحقق من صحة هذا الفرض):

جدول (٣٦)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفرق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (الأسلوبان معا والإرشاد الوالدي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس "شدة التلعثم 3-SSI"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|------|----------|---------|--|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي | ٩.٦٠ | ٢.٩٨ | ٦.١٠- | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ٢٦.٢٠ | ٧.٢٨ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١.٢.١٠١ = ٠.٠١.٢.٨٧٨ = ٠.٠٠١.٢.٩٢٢ = ٣.٩٢٢

جدول (٣٧)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفرق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة الثالثة (الأسلوبان معا والإرشاد الوالدي) وبين التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة على مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---|-------|-------|----------|---------|--|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي | ١١٤.٢ | ١٤.٥٣ | ٩.٧٤ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية معا والإرشاد الوالدي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٦٧.٦ | ٥.٠١ | | | |

درجة الحرية = ١٨

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١.٢.١٠١ = ٠.٠١.٢.٨٧٨ = ٠.٠٠١.٢.٩٢٢ = ٣.٩٢٢

جدول (٣٨)

يوضح قيمة "ت" ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق البعدي لدى المجموعة التجريبية الثالثة (الأسلوبان معا والإرشاد الوالدي) وبين التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة على مقياس "تقدير المواقف"

| المجموعة | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | انجاء الفرق |
|---|-------|------|----------|---------|---|
| التطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي | ٨٥.٢ | ٦.٦٦ | ١٤.٧١ - | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق البعدي لمجموعة العلاج الظلي ولممارسة السلبية معا والإرشاد الوالدي |
| التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة | ١٤٠.٤ | ٩.٣٨ | | | |

درجة الحرية = ١٨

• مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٠١, ٠.٠١, ٠.٠٥, ٠.١, ٠.٢, ٠.٥, ٠.٨, ٠.٩, ٠.٩٩, ٠.٩٩٩

يُضح من الجداول السابقة وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي) وبين الدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لصالح مجموعة العلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي، حيث إن قيمة "ت" دالة إحصائياً على جميع مقاييس الدراسة، وهذا يدل على فاعلية وتأثير أسلوب العلاج الظلي والممارسة السلبية معا إلى جانب الإرشاد الوالدي في خفض حدة التلعثم لدى الأطفال.

وتتفق نتيجة هذا الفرض إلى حد كبير مع نتائج دراسة "سهير محمود أمين" (١٩٩٥) والتي أشارت إلى فاعلية العلاج بأكثر من أسلوب علاجي بالإضافة إلى وضع برامج ومحاضرات إرشادية للوالدين تفيد وتساعد في كيفية معاملة الطفل المتلعثم، كما اتفقت

جدول (٤٠)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمجموعة العلاج بالممارسة السلبية على مقياس تحديد مصاحبات التعلم)

| مجموعة العلاج بالممارسة السلبية | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|---------------------------------|-------|------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٤.٩ | ٨.٧٥ | ٦.٩٦ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدي | ١٤٤.٣ | ٨.٦٤ | | | البعدي |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٢, ٢٦٢ = ٠.٠٠١, ٣, ٢٥٠ = ٠.٠٠٠١, ٧٨٠ = ٤.٧٨٠

جدول (٤١)

يوضح (قيمة ت) ومستويات دلالة الفروق بين التطبيق القبلي والبعدي لمجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية مع الإرشاد الوالدي على مقياس تحديد مصاحبات التعلم)

| مجموعة العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي | م | ع | قيمة "ت" | الدلالة | اتجاه الفرق |
|--|-------|-------|----------|---------|---------------|
| التطبيق القبلي | ١٦٣.٢ | ٨.٢٤ | ٧.٩١ | ٠.٠٠١ | لصالح التطبيق |
| التطبيق البعدي | ١١٤.٢ | ١٤.٥٣ | | | البعدي |

درجة الحرية = ٩

مستويات دلالة (ت) = ٠.٠٥ = ٠.٠١, ٢, ٢٦٢ = ٠.٠٠١, ٣, ٢٥٠ = ٠.٠٠٠١, ٧٨٠ = ٤.٧٨٠

يتضح من خلال النتائج والجداول الإحصائية السابقة تحقق الفرض الحادي عشر

حيث أظهرت قيمة "ت" دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٠٠١، وهذا يدل على فاعلية

الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية في خفض درجة الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة لمشكلة التلعثم في الكلام، فلقد أشار العلماء إلى تعدد خصائص وأعراض التلعثم لدى الأطفال، سواء النفسية مثل: القلق والاكتئاب والعدوان والانطواء ونقص الثقة في النفس، أو الجسدية مثل: حركات باليدين والأرجل والرأس والعينين والشفاة واللسان، بالإضافة إلى الأعراض الثانوية المتمثلة في التجنب والتفادي إلى جانب التكرار والإطالة والتوقف.

وجدير بالذكر أنه بمجرد تطبيق مقياس "تحديد مصاحبات التلعثم" لاحظ الكاتب ارتفاع درجة الأعراض النفسية والجسدية لدى الأطفال المتلعثمين، وأصبح من ضمن الأهداف الإجرائية للأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية العمل على خفض حدة هذه الأعراض قدر المستطاع؛ لأن العديد من الدراسات السابقة أشارت إلى ارتباط القلق والاكتئاب والعدوان بالتلعثم لدى الأطفال؛ وأنه كلما زادت هذه الأعراض كلما زادت مشكلة التلعثم وأصبحت أكثر تعقيداً.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسات كل من "بدرية كمال" (١٩٨٥)، ودراسة "إيناس عبد الفتاح" (١٩٨٨)، والتي أشارت إلى ضرورة استخدام أساليب علاجية متنوعة لخفض حدة الأعراض النفسية لدى المتلعثمين، وهذا يؤكد على فاعلية الأساليب النفسية في خفض الأعراض المصاحبة لمشكلة التلعثم.

وتلقت نتيجة هذا الفرض أنظار المتخصصين إلى ضرورة الاهتمام بعلاج الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة للتلعثم، وذلك من خلال استخدام الأساليب العلاجية المتنوعة والمناسبة.

نظرة عامة حول مناقشة نتائج الدراسة،

يمكن إجمال مناقشة نتائج الدراسة فيما يلي:

- ١- فاعلية استخدام أسلوب العلاج الظلي فى خفض حدة التلعثم لدى الأطفال وبالتالي فاعليته فى خفض حدة الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة لهذه المشكلة.
- ٢- فاعلية استخدام أسلوب العلاج بالممارسة السلبية فى خفض حدة التلعثم لدى الأطفال وبالتالي فاعليته فى خفض الأعراض النفسية والجسمية المصاحبة لهذه المشكلة.
- ٣- تدل نتائج الدراسة على أن الجمع بين أسلوبى العلاج الظلي والممارسة السلبية والإرشاد الوالدي كل ذلك له تأثير وفاعلية فى خفض حدة التلعثم وأعراضه المصاحبة عن استخدام أسلوب علاجي واحد فقط وبدون إرشاد.
- ٤- تدل النتائج على أهمية وفاعلية الإرشاد الوالدي فى علاج التلعثم لدى الأطفال.
- ٥- تدل النتائج على أهمية عدم ترك وإهمال الطفل بدون تدخل علاجي؛ أملاً فى التحسن والشفاء التلقائي، وهذا يعنى ضرورة التدخل العلاجي لمشكلة التلعثم بأي أسلوب علاجي من جانب المتخصصين فى مجال التخاطب وعلم النفس.

obeikandi.com

خاتمة

هكذا يتبين لنا من خلال عرض ومناقشة النتائج العامة للدراسة أن أسلوب العلاج الظلي وأسلوب العلاج بالممارسة السلبية والعلاج بالأسلوبين معا والإرشاد الوالدي لهما دور كبير في علاج العديد من المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال وخاصة مشكلة التلعثم في الكلام، كما أن الاتجاهات السلبية لدى معظم المعالجين حول صعوبة علاج مشكلة التلعثم بدأت تتغير، وظهرت اتجاهات حديثة تؤكد على فاعلية العديد من الأساليب العلاجية في خفض حدة التلعثم، حيث يتحسن التلعثم على الجانب النفسي والاجتماعي، ويتحول من شخص منطو إلى شخص اجتماعي، ويتحسن في شدة التلعثم طبقا للأساليب العلاجية المستخدمة، ويبدو من خلال نتائج الدراسة أن الإرشاد الوالدي من أهم الاتجاهات الحديثة في علاج التلعثم، وهذه النتيجة تعني في جوهرها ضرورة توعية وإرشاد الآباء إلى خطورة مشكلة التلعثم في الكلام وكيفية علاجها، وكيفية التعامل معها من جانب الآباء والأشقاء والأصدقاء والمدرسين.

هذا ومن خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، نجد أن هناك بعض القضايا التي يري الكاتب أنه من الضروري إلقاء مزيد من الضوء عليها؛ فالتلعثم من الموضوعات المهمة والجدير بالدراسة في ظل العديد من المتغيرات، ويمكن الاهتمام بالعديد من الدراسات في المستقبل نجلها فيما يلي:

- ١- دراسة فاعلية برامج الإرشاد الوالدي في علاج تلعثم الأطفال في الكلام.
- ٢- دراسة فاعلية برامج الإرشاد الوالدي في علاج تلعثم المراهقين في الكلام.
- ٣- دراسة فاعلية برامج الإرشاد المدرسي في علاج تلعثم الأطفال والمراهقين.

- ٤- دراسة فاعلية العلاج المعرفي في علاج التلعثم لدى الأطفال.
 - ٥- دراسة لتقييم فاعلية استخدام فنيات وأساليب العلاج الجماعي في علاج حالات التلعثم.
 - ٦- دراسة مقارنة بين فاعلية الأساليب العلاجية في علاج مشكلة التلعثم لدى الأطفال العاديين والمتأخرين عقليا.
- وفي النهاية يأمل الكاتب أن تكون نتائج هذه الدراسة قد ألقت بعض الضوء على علاج مشكلة التلعثم في الكلام لدى الأطفال، ويرجو الباحث أن تكون هذه الدراسة خطوة جادة في طريق البحث العلمي تتبعها خطوات أخرى.

مراجع الدراسة

أولاً، المراجع العربية.

ثانياً، المراجع الأجنبية.

obeikandi.com

أولاً، المراجع العربية،

- ١- إبراهيم كاظم العظماوي: معالم من سيكولوجية الطفولة والفتوة، والشباب، بغداد، دار الشؤون الثقافية العامة، الطبعة الأولى، ١٩٩٨.
- ٢- ابن منظور، لسان العرب، القاهرة، مطبعة بولاق الأميرية، الجزء الثاني، الطبعة الأولى، بدون تاريخ.
- ٣- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٢.
- ٤- أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٢.
- ٥- أحمد محمد رشاد: استخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين، رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، ١٩٩٣.
- ٦- أحمد محمد الزعبي: الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، جامعة صنعاء، دار الحكمة اليمانية، الطبعة الأولى، ١٩٩٤.
- ٧- أرثر- جونجسما، مارك بيترسون، خطة العلاج النفسي، ترجمة- عادل دمرdash، مراجعة- لطفي فطيم، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٦.
- ٨- أشرف سعد: اللججة عند الأطفال، مجلة الوعي الإسلامي، العدد (٤٠١)، السنة السادسة والثلاثون، ١٩٩٩.
- ٩- أماني أحمد داود: علاج اضطرابات الصوت، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الطب، وحدة أمراض التخاطب، جامعة عين شمس، ١٩٩١.
- ١٠- انتصار يونس: السلوك الإنساني، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الثامنة، ١٩٩١.

- ١١- أوتوفينخل: نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة- صلاح مخيمرو وآخرون، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الكتاب الثاني، ١٩٦٩.
- ١٢- إيناس عبد الفتاح أحمد: دراسة نفسية في اضطرابات النطق والكلام، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٨٨.
- ١٣- بدرية كمال أحمد: ظاهرة اللججة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٨٥.
- ١٤- بتروفسكي: ياروشفسكي: معجم علم النفس المعاصر، ترجمة: حمدي عبد الجواد عبد السلام رضوان، مراجعة: عاطف أحمد، القاهرة، دار العالم الجديد، الطبعة الأولى، ١٩٩٦.
- ١٥- ثريا عبد الرؤوف محمود: دراسة تجريبية لاختبار مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف من قلق الثانوية العامة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد الثاني، السنة الثانية، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١٩٩٤.
- ١٦- ثناء يوسف العاصي: تربية الطفل (نظريات وآراء)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الأولى، ١٩٩٤.
- ١٧- جمال محمد سن: اللججة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٧.

- ١٨- جمعة سيد يوسف، فيصل عبد القادر يونس: العلاقة بين مدة المرض وكل من فهم وإنتاج اللغة لدى عينة من مرضى الفصام المزمن، مجلة علم النفس، العدد العاشر، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٩.
- ١٩- حامد عبد السلام زهران: علم نفس النمو، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الخامسة، ١٩٩٠.
- ٢٠- -----: الترجييه والإرشاد النفسي "نظرة شاملة" مجلة الإرشاد النفسي، السنة الثانية، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١٩٩٤.
- ٢١- -----: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثالثة، ١٩٩٧.
- ٢٢- حامد عبد العزيز الفقى: دراسات فى سيكولوجية النمو، الكويت، دار القلم، الطبعة الرابعة، ١٩٩٠.
- ٢٣- حسام الدين عزب: العلاج السلوكي الحديث- تعديل السلوك- أسسه النظرية وتطبيقاته العلاجية والتربوية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى ١٩٨١.
- ٢٤- حلمي أحمد حامد: مبادئ الطب النفسي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، ١٩٩١.
- ٢٥- حنان عبد الحميد العناني: الصحة النفسية للطفل، الأردن- عمان، دار الفكر، ١٩٩٥.
- ٢٦- خليل ميخائيل معوض: سيكولوجية النمو- الطفولة والمراهقة، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، الطبعة الثانية، ١٩٨٣.
- ٢٧- زكريا الشرييني: المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربي الطبعة الأولى، ١٩٩٤.

- ٢٨- زينب محمد أبو حذيفه: ديناميات الفزع الليلي- البوال- التهتهة لدى الأطفال. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، ١٩٩٢.
- ٢٩- زينب محمود شقير: فاعلية الإرشاد النفسي في التأثير على سلوك الخجولات من طالبات الجامعة في المملكة العربية السعودية، مجلة التربية المعاصرة، العدد الرابع والثلاثون، السنة الحادية عشر، ديسمبر، ١٩٩٤.
- ٣٠- -----: سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٩.
- ٣١- سامح عريفج: علم النفس التطوري عمان- الأردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، ١٩٩٣.
- ٣٢- سامي عبد القوي علي: مدخل إلى علم الأدوية النفسية (سيكوفارما كولوجي)، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٦.
- ٣٣- سرجيوسبني: التربية اللغوية للطفل، ترجمة- فوزي عيسى وآخرون، مراجعة- كاميليا عبد الفتاح، القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩١.
- ٣٤- سهير كامل أحمد: سيكولوجية نمو الطفل، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٤.
- ٣٥- سهير محمود أمين: دراسة لدى فاعلية أسلوبين التظليل واللعب غير الموجه في علاج حالات اللججة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٩٥.
- ٣٦- سيد محمد خير الله، ممدوح الكناني: التقويم والقياس في التربية وعلم النفس، القاهرة، مطابع الهلال، ١٩٨٧.

- ٣٧- سيد محمد عبد العال: اختبار المصفوفات المتتابعة المقنن، دراسة تقييمية نقدية للاختبار، القاهرة، مكتب سعيد رأفت، ١٩٨٣.
- ٣٨- صفاء غازي أحمد: فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللججة، رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٩٢.
- ٣٩- صفوت فرج: القياس النفسي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثانية، ١٩٨٩.
- ٤٠- عباس محمود عوض: علم النفس العام، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، بدون تاريخ.
- ٤١- -----: المدخل إلى علم نفس النمو، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥.
- ٤٢- عبد الحليم محمود السيد وآخرون: علم النفس العام، القاهرة، مكتبة غريب، الطبعة الثالثة، ١٩٩٠.
- ٤٣- عبد الرحمن محمد العيسوي: باثولوجيا النفس، الإسكندرية، دار الفكر العربي، ١٩٩٠.
- ٤٤- -----: مشكلات الطفولة والمراهقة، أسسها الفسيولوجية والنفسية، بيروت - لبنان - دار العلوم العربية، الطبعة الأولى، ١٩٩٣.
- ٤٥- -----: العلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥.
- ٤٦- عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (أساليبه ومبادئ تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، ١٩٩٤.

- ٤٧- عبد الستار إبراهيم وآخرون: العلاج السلوكي للطفل - أساليب ونماذج من حالاته، عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد (٨٠) ديسمبر، ١٩٩٣.
- ٤٨- عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، ١٩٩٦.
- ٤٩- -----: في الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، ١٩٩٨.
- ٥٠- عبد المنعم الحفني: موسوعة الطب النفسي، الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً، القاهرة، مكتبة مدبولي، المجلد الثاني، ١٩٩٢.
- ٥١- -----: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي، الطبعة الرابعة، ١٩٩٤.
- ٥٢- -----: الموسوعة النفسية، علم النفس في حياتنا اليومية، القاهرة، مكتبة مدبولي، الطبعة الأولى، ١٩٩٥.
- ٥٣- علاء الدين كفاقي: رعاية نمو الطفل، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٨٨.
- ٥٤- عمر الفاروق محمد صديق: الفاعلية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى قطاعات من الشباب المصري، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩٨٦.

- ٥٥- فان دالين: مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة - محمد نبيل نوفل وآخرون، مراجعة - سيد أحمد عثمان، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الخامسة، ١٩٩٤.
- ٥٦- فؤاد البهي السيد: الذكاء - القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الثانية، ١٩٨٩.
- ٥٧- فرح عبد القادره وآخرون: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الكويت، دار سعاد الصباح، الطبعة الأولى، ١٩٩٣.
- ٥٨- فيصل عباس: أعضاء على المعالجة النفسية (النظرية والتطبيق)، بيروت، لبنان، دار الفكر اللبناني، الطبعة الأولى، ١٩٩٤.
- ٥٩- فيصل محمد خير الزداد: اللغة واضطرابات النطق والكلام، الرياض، دار المريخ، ١٩٩٠.
- ٦٠- فوس. ب. م: آفاق جديدة في علم النفس، ترجمة - فؤاد أبو حطب، عالم الكتب، ١٩٧٢.
- ٦١- كاميليا عبد الفتاح: العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثانية، ١٩٨٠.
- ٦٢- لويس كامل مليكه: علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، التشخيص والتنبؤ في الطريقة الاكلينيكية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الخامسة، ١٩٩٢.
- ٦٣- -----: العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثانية، ١٩٩٤.
- ٦٤- -----: علم النفس الاكلينيكي، الجزء الأول، تقييم القدرات، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٧.

- ٦٥ - مجدي أحمد محمد عبد الله: الطفولة بين السواء والمرض، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩١.
- ٦٦ - مجد الدين الفيروز أبادي: القاموس المحيط، الجزء الرابع، الطبعة الخامسة، بدون تاريخ.
- ٦٧ - محمد أحمد غالي - رجاء محمود أبوعلام: القلق وأمراض الجسم، دمشق، الطبعة الأولى، ١٩٧٤.
- ٦٨ - محمد أيوب شحيمي: مشاكل الأطفال - كيف نفهمها - المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها، بيوت، دار الفكر اللبناني، الطبعة الأولى، ١٩٩٤.
- ٦٩ - محمد درويش محمد: الفعالية العلاجية لتكنيك التشريط التنفيري المعرفي في إطفاء عادة التدخين لدى طالبات الجامعة، دراسة سيكومترية - كLINيكية - مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الرابع والأربعون، السنة الحادية عشر، القاهرة، ١٩٩٧.
- ٧٠ - محمد السيد الهابط: التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية، ١٩٨٥.
- ٧١ - محمد عبد الظاهر الطيب: الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة، الإسكندرية، منشأة المعارف، ١٩٨١.
- ٧٢ - محمد عبد المؤمن حسين: مشكلات الطفل النفسية، القاهرة، دار الفكر الجامعي، بدون تاريخ.
- ٧٣ - محمد عويبة - كمال إبراهيم مرسى: الصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس، الكويت، دار القلم، الطبعة الأولى، ١٩٨٤.

- ٧٤- محمد نزيه عبد القادر: فعالية الممارسة السلبية والترديد كأسلوبين في معالجة حالات التلعثم، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية الجامعة الأردنية، ١٩٧٦.
- ٧٥- محمود حمودة: الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، ١٩٩١.
- ٧٦- محمود الزيايدي: الأمراض النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٦.
- ٧٧- محيي الدين أحمد حسين: التنشئة الأسرية والأبناء الصغار، القاهرة، سلسلة الألف كتاب الثاني، العدد (٥٠) الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩١.
- ٧٨- مصطفى رجب: أطفالنا ومشكلاتهم التربوية والنفسية، أسبابها والوقاية منها، المكتب المصري لتوزيع المطبوعات، ١٩٩٩.
- ٧٩- نوران العسال: التلعثم، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الطب، وحدة أمراض التخاطب، جامعة عين شمس، ١٩٩٠.
- ٨٠- هبة سليم عبده: أهمية إرشاد الأسرة في علاج اضطرابات الصوت والكلام، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الطب، وحدة أمراض التخاطب، جامعة عين شمس، ١٩٩٥.
- ٨١- هدى عبد الحميد بريدة، فاروق محمد صادق: علم النفس النمو، القاهرة، النعام للطباعة والتجارة، ١٩٩١/٩٠.
- ٨٢- هدى محمد قناوي: اللججة في الكلام وعلاقتها ببعض أساليب التنشئة الاجتماعية، ندوة الطفل المعوق، الحلقة الدراسية الإقليمية لعام ١٩٨٢، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٢.

- ٨٢- وسمية المنصور: عيوب الكلام، دراسة لما يعاب عند اللغوين العرب، حوليات كلية الآداب، الحولية السابعة، الرسالة الثامنة والثلاثون، كلية الآداب، جامعة الكويت، ١٩٨٦.
- ٨٤- وفيق صفوت مختار: أمراض الكلام عند الأطفال، الكويت، مجلة العربي، العدد (٤٨٦)، ١٩٩٩.
- ٨٥- وليم الخولي: الرتبة والعقلة، القاهرة، مجلة علم النفس، ١٩٥٠.
- ٨٦- يوسف مراد: مبادئ علم النفس العام، القاهرة، دار المعارف، ١٩٥٧.

ثانيا، المراجع الأجنبية،

- 87- Adams, M. R. " The demands and capacities model (1): Theoretical elaboration" *Journal Fluency Disorders*, (15) 1990, pp 135- 141.
- 88- ----- "Childhood Stuttering Under positive conditions, *American Journal of speech Language pathology: a journal of clinical practice*, 1, 1992, p 5 - 6. (on- Line)- Available: <http://www-mankato-msus-edu/dept/...kuster/Bibliography/bibo-K-html#A>.
- 89- Ahlam Abd El Salam, "Recent Trends in Stuttering Therapy, Master Degree in phoniatries, Faculty of Medicine, Ain Shams, University, 1993.
- 90- Andrews, G and Craig, A. "Prediction of outcome after treatment for stuttering. *British, Journal of psychiatry*, (153) 1988, pp 236- 240,
- 91- Anthony, Wray. "Returning to school May Have been stressful for achildren who stutter (Reprinted with permission) from parent- Child Guide Book, Volume, Me, 1- 4- fall, 1995- (on- Line).
Avaialbe= <http://www.Prevent-stuttering-com/school-html>
- 92- ----- "Support Groups for parents of children who stutter. (Reprinted withh permission From parent- child Guide Book, Volum, Me 2-1, winter, 1996, (on- line)- Avaialbe: <http://www.Prevent-stuttering.com/support-html>
- 93- ----- "Stuttering can Be prevented iF Detected Early (part1), Reprinted with permission From parent- child Guide Book, Volume Me 2-3, Apr- May, 1996, (on-Line)- <http://www.Prevent-stuttering.com/Guidel.html>

- 94- Axlin, Virginia: "Playtherapy", New York: Ballantine Book, 1969.
- 95- Barbara, Dominick. "Stuttering In American Handbook of psychiatry, Vol. (1) by Ariet, Silvano- et al, New York: Basic Book publishers, 1995, pp 950- 962.
- 96- Beaty, David. "Amulti modal Approach to Elimination of Stuttering- perceptual- Motor skills, Feb, Vol. 50 (1), 1980, pp 51- 55.
- 97- Berkowitz, Samuel. "Behavior therapy" In the Newer therapies source book by Edwin Lawrence- Stuart- Irving, R- New York: vannostr and Reinhold company, 1982.
- 98- Berry, M, and Eisenon, J. "Speech Disorders: principles and practice of therapy: New York: Appleton- century crofts- Division of Meradith corporation, 1956.
- 99- Bhargava,S. "Participant Modeling in stuttering- Indian, Journal of psychiatry, Vol. 30 (1) 1988, pp91- 93.
- 100- Bill Murphy. "Empowering children who stutter: Reducing shame, Guilt, and Anxiety". American speech- Language, Hearing Association's. seattle, washington, November, 1996, (on- line)- Avaiable: <http://www.mankato- msus- edu/dept/comdis/ kuster/ Therapy WWW/ murphy- html>
- 101- Blood, G. W. "Treatment efficacy in adults who stutter: Review and recommendations. Journal of fuluency Disorders, 18, 1993, pp 303- 318 (on- line)- Avaiable: <http://www.mankato- msus- edu/dept/comdis/ kuster/ Bibliography/ bibo- k- html# A>.

- 102- -----, "Abehavioral- Cognitive therapy program for adults who stutter: computers and counseling- *Journal of communication Disorders*, 1995, 28, pp 165- 180, (on- line). Aavailable: <http://www.aafp.Org/ afp/ 1980 50- lap/ Lawrence - html>.
- 103- Bloodstein, O. "Ahandbook on stuttering. Chicago: National Easter Seal Society for crippled children and Adults, 1969.
- 104- -----, "Stuttering". In *collier's Encyclopedia*, Vol. 21, 1986, p 573.
- 105- -----, *A Hand book on stuttering* Chicago, National Easter Seal Society, 1987.
- 106- Bluemel, C.S: "primary and secondary stammering, the *Quarterly, Journal of speech*, 18, 1932, pp 187- 200.
- 107- Brady, J. "the pharmacology of stuttering: A critical review- *American Journal of Psychiatry*, (148), No (10), 1991, pp 1309- 1316.
- 108- Brumfitt, S.M and Peake, M.D. "Adauble- Blind study of vereapamil in the Treatment of Stuttering. "the *British Journal od Disorders of communication*, Vol. 23, (1), 1988, pp 35- 50.
- 109- Cherry, E and Sayers, B. "Experiments upon the total inhibition of stammering by external control and some clinical results, " *Journal of psychosomatic Research*, (1) 1965, pp 233- 246.
- 110- Chollar, Susen. "Stuttering- the parental in Fluenc. " *Psychology Today*, Vol. (22), 1988, p 12- 13.
- 111- Conture, E. "Youngsters who stutter- Diagnosis, parent counseling and Referral, *Journal of Development of Behavior pedia atrics*, Vol. (3) 1988, pp 163- 169.

- 112- -----, "Why does my child stutter? Memphis, T.N. Speech Foundation of America, 1989.
- 113- -----, "Treatment efficacy: Stuttering, *Journal of Speech and Hearing Research*, Volume: 39, 1996, pp 18- 26. (on- line). Available: [http://madine- Web. aol. Com: 8000/Post- query/ weblines/ hrs 1996 14 20 143? Stuttering.](http://madine-Web.aol.Com:8000/Post-query/weblines/hrs19961420143?Stuttering)
- 114- Conture, E, and Guitar, B. "Evaluating efficacy of treatment of stuttering: School- age children, *Journal of Fluency Disorders*, 18, 1993, pp 253 - 287. (on- line)- Available: [http://www.mankato-msus-edu/dept/...kuster/ Bibliography/ bibo- K- html# A.](http://www.mankato-msus-edu/dept/...kuster/Bibliography/bibo-K.html#A)
- 115- Cooper, E. "Understanding the process: Memphis- T. N. Speech Foundation of America, 1987.
- 116- Costa, A. "Anti depressants and the treatment of stuttering, *American Journal of psychiatry*, (149), 1992, p 9.
- 117- Crais, A.R. "Effect of self and therapeutic control of stuttering cases: " *Journal of clinical psychology*, Feb, Vol. (21), 1982. pp 65- 69.
- 118- Craven, D. and Ryan, B., "the use of a portable delayed auditory Feed back, Unit in Stuttering therapy, *Journal of fluency Disorders*, (9), 1984, pp 237- 243.
- 119- Curlee, R. "Does my child stutter? Memphis- T.N. speech foundation of America, 1989.
- 120- David, L. Rosenhan and Martin, E- seligman. *Stuttering. Abnormal psychology*, second Edition, w.w Norton and company, New York, London, 1989.

- 121- Dorvan, Band peter, R. "A Guide for parents of children who stutter, Suggestions from Tow Experts (n-d), (on- line). Available: [http://www.mankato-msus-edu/dept/comdis/kuster/parents/parents guide.html](http://www.mankato-msus-edu/dept/comdis/kuster/parents/parents%20guide.html).
- 122- DSM.IV. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder's, ed 4, Copy right. American psychiatric. A association, Washington, 1994.
- 123- Espir, M, and Gliford, R. The Basic -Neurology of Speech and language. London: Black well scientific publications, 1983.
- 124- Fishman, H. Astudy of the effieacy of Negative Practice as a corrective for stammering. In Acompendium of Research and theory of stuttering- by charles F- Diehl (1959) Ed- spring field IIIions, U,S,A, Charles-c-Thomas pulisher, 1955.
- 125- Freema, Frances. Stuttering- In Speech Language and Hearing Vol. (2) by Lass, Norman et al, London, sunders company, 1982.
- 126- Fukawa. "Acompartive study of stutterers and non stutterers throgth Delayed Auditory feedback, Journal of Speech- Hearing Resarch, September, Vol. (31), 1988, pp 475 - 479.
- 127- Galaburda, A. and Geschwind, N. "Cerebral Lateralization: Biological mecal mechanisms, Association and pathology: (1) Ahypothesis and aprogram for research, Archives of Neurology, (42), 1985.
- 128- Garber, Anath. "psychodramatic. treatment of stutters, In group psychotherapy and psychodrama, Vol. XXVI, No, 1-2, New York: Moreno Institute, 1973.

- 129- Gavin Andrews, and Anne, Feyer. "An analysis of Behavioral treatment Drogram for stutering" *Behavior, Modification, Vol. (9), No, 4, Oct, sage publications, Ine- 1985.*
- 130- Goran, et al, "Acontrolled study of two Behavior Methods in the treatment of stuttering, *Behavior therapy, Vol. (7), 1976, pp 587 - 592.*
- 131- Gregory, Hugo. *Stuttering: A contem porpary perspective in International Association of Logopedics and phoniatics- London: Medical and Scientific publishers, 1986.*
- 132- -----, *The clinician's attitudes. Memphis, T.N. Speech Foundation of America, 1987.*
- 133- Haskell and Larr, "psychodramatic Role Training with stutterers- In *Group psychotherapy and psychodrama- vol. XXVI- No, 1- 4, New York: Moreno Insitute, 1974.*
- 134- Healey, E. Howe,W. "Speech Shadowing characteristics of stutterers under Diotic and Dichotic conditions", *Journal of communication Disorders, Vol. (20), 1987, pp 493 - 506.*
- 135- Healey, E-c, et al, "Decision making in the treatment of School- age Children who stutter" *Journal of communication Disorders, 28, (2), 1995, pp 107- 124.*
- 136- Ingham, R. "Stuttering treatment efficacy: paradigm dependent or independent" *Journal of Fluency Disorders, 18, 1993, pp 133- 149.*
- 137- James, Hunt. *Stammering and stuttering, their nature and treatment. Hafner publishing company, New York and London, 1967.*

- 138- Johneson, W. "Perceptual and Evaluational factors in stuttering, *folia phoniatica* 1958, pp 211- 233.
- 139- -----, "Two Behavior therapy techniques in the treatment of stuttering" *Journal of Behavior therapy*, Vol. (41), 1975, pp 11 - 22.
- 140- Johnson, W. et al, "Diagnostic methods in speech pathology,," New York: Harper and Row publisher, 1963.
- 141- Julie Mazzuca. "The student who stutters- Teacher's Guide, 1989. (online). Available: [http:// www.Mankato- msus- edu/dept/comdis/ kuster/ InFoPwDs/student who stutters- html](http://www.Mankato-msus-edu/dept/comdis/kuster/InFoPwDs/student%20who%20stutters-.html).
- 142- Kelly, E, and conture, E. "Speaking rates response time latencies, and interrupting behaviors of Young stutterers- non stutterer's, and their mothers", *Jounral of Speech and Hearing Research*, 53, 1992, 1256-1267.
- 143- Kondas, O. "The treatment of stammering in children By the Shadowing Method, *Behavior Reseach and therapy*, Vol. (5), 1967- pp 325 - 329.
- 144- Kully, D, and Langevin, M. "Intensive treatment for stuttering Adolescents. *Stuttering and Related Disorders of fluency*, 2nd edition- Edited by Richard-f- curlee, ph, D- theime Medical publishers, Inc, New York, 1999.
- 145- Langevin, M. and Boberg E. "Results of an Intensive stuttering therapy program" I- *JSLPA*, Volume, 17, Number (3) and (4), September,

- journal of Speech- Language pathology and Audiology, December, 1993, pp 158- 166.*
- 146- Lanyon, R, and Golds, W. *Habit Disorders- In International, Handbook of Behavior Modification and therapy by Bellack, Alan's et al, New York: plenumpress, 1982.*
- 147- Lena Rustin. "Parents and families of children with communications Disorders: *Folia phoniatr Logep, International: Journal of phoniatrice, the Michal. Palin centre for stammering children, London, 1995, pp 123- 139.*
- 148- Lena Rustin, and Kuhr Armin. "The treatment of stammering- A Multi- Model Approach in an In- patient setting- the *British Journal of Disorders of communication, Vol. 18, (2), 1983, pp 93- 96.*
- 149- Lena Rustin & Cook, F. "Parental involvement in the treatment of Stuttering- *Language, Speech and Hearing services in the Schools, 26, 1995, pp 127 - 137. (on- line). Available: http:// www- mankato- msus edu/dept/... kuster/Bibliography/ bib 1-2-html#L.*
- 150- Lester, Crow, and Alice Crow, *Adolescent Development and Adjustment. McGraw Hill Book company, Inc- New York, 1950.*
- 151- Lincoln, M, et al, "Aclinical operant treatment for school- age children who stutter" – *American Journal of Speech Language Pathology, 2, 1996, pp 73- 85- (on- line). Available: http:// www.mankato- msus- edu/ dept/ ... kuster/Bibliography/ bibI- Z- html#L.*

- 152- Lincoln, M, and onslow, M. "Long- term outcome of early intervention of Speech- Language Pathology, 1, 1997, pp 51- 58- (on- line). Available: [http:// www.mankato- msus- edu/ dept/ ... kuster/Bibliography/ bibl- Z- html#L](http://www.mankato-msus-edu/dept/...kuster/Bibliography/bibl-Z-html#L).
- 153- Louise, Guerney. Client- Centered nondir active play therapy" In Handbook of play therapy by Schaefer, Charles- O; Connor, Kevin, New York: Wiley Inter science publication- 1983.
- 154- Ludlow, C and Braun, A. "Research Evaluating the neuro phacological agents for treating stuttering: possibilities and problems". Journal of F fluency, of Disorders, 18, 1993, pp 169- 182. (on- line). Available: [http:// www.mankato- msus- edu/ dept/ ... kuster/Bibliography/ bibl- Z- html#L](http://www.mankato-msus-edu/dept/...kuster/Bibliography/bibl-Z-html#L).
- 155- Maclead, J, "Effect of Single and Comined Altered Auditory Feedback on stuttering frequency at two speech rates" – Journal of communication Disorders, 28, 1995, pp 217- 228. (on- line). Available: [http:// www.mankato- msus- edu/ dept/ ... kuster/Bibliography/ bibl- Z- html#L](http://www.mankato-msus-edu/dept/...kuster/Bibliography/bibl-Z-html#L).
- 156- Madison, "Psychological Changes and their Relation to Self control of stuttering children", Journal of general psychology, jun, Vol. (147) 1986, 233 - 240.
- 157- Mahmoud, Youssef, "Features of the Arabic Language As they Apply to use of Coarticulation in stuttering therapy, Doctor, D, in phoniatics Faculty Of Medicine, Ain Shams, University, 1986.

- 158- Marilyn, Langevin, "Teasing/ Bullying Experienced by children who stutter: to word Development of a Questionnaire- Contemporary Issues. In Communication Science and Disorders, Volume, (25), 1998, pp 12- 24.
- 159- Martin, R. "Effect of Delayed Auditory Feedback in the treatment of stuttering therapy", Journal of Speech and Hearing Ddisorder, Feb, Vol. (49), 1984, pp 53 – 58.
- 160- Meyers, S. "Verbal Behavior of preschool stutterers and conversational partners, observing reciprocal relationships, Journal of Speech and Hearing Disorders, (55), 1990, pp. 700- 712.
- 161- Meyers, and Freeman. "Are Mothers of Stutterers different? An investigation of social communicative, (10), 1985.
- 162- Michael, Lawrence, and David, Barclay. "Stuttering" A Brief Review, American A cademy of Family physicians, May, 1998, (on- line): Available: [http:// www.aafp- org/ aFP/ 1980 501 aP/Lawrence- html](http://www.aafp- org/ aFP/ 1980 501 aP/Lawrence- html).
- 163- Millar, 's and Watson, B. "The Relationship between communication attitude, anxiety and depression in stutterers and non stutterers, Journal of Speech and Hearing Research, (35), 1992, pp 789- 798.
- 164- Miltenberger, R, et al, "Simplified treatment and long-term follow up for stuttering in adults: a study of two cases, Journal Behavior therapy Exp Psychiatry, Volume: 27, 1996, Jun, pp 181- 188. (on- line): Available: <http:// madine, web-aol. Com. 8000/ post- query/ weblin hrs 19901469005? Stuttering>.

- 165- Morley, Muriel. "The Development and Disorders of speech in childhood, London: Churchill Livingstone, 1972.
- 166- Naser Kotby, et al. "Acomparsion Between Stutterers and Nonstutterers, Intelligence, Slef Concept, Anxiety and Depression"., *psychological studies*, B2, p2, April, 1992, pp 337- 349.
- 167- Naser kotby, et al. "Central Auditory Function in stutterers, (Continued Study), the new Egyptian, Journal of Medicine, 8, (6), 1993, pp 1550- 1554.
- 168- National Association For Speech Fluency. "Stuttering Treatment: Fluency Master Is Effective for children". (on- line)- Available: [http:// www.Stuttering control- com/ fnchild. html](http://www.Stuttering control- com/ fnchild. html).
- 169- Paul, A. Clarke. "Child- Adoleceent psychology, Abell, Howell Company, 1968.
- 170- Perkins, W. H. *Stuttering versus Fluency*, Memphis, T.N. Speech Foundation of America, 1987.
- 171- Peter Ramig. "Parent- Clinician- Child partnership in the therapeutic process of the preschool and Elementary- Aged child who stutter, *Seminars in Speech and Language*, Vol. (14)# 3, 1993, (on- line). Available: <http:// www. Mankato- msus- edu/ dept/ comdis/ kuster/ parents/ raming parents, html>.
- 172- -----, "To the parents of the non fluent child, 1995, (on- line). Available: <http:// www. mankato- msus- edu/ dept/ comdis/ kuster/ in Fop, WDs/ student who stutters html>.

- 173- Rachel Karniol. "Stuttering, Language, and Cognition: A Review and a Model of stuttering as suprasegmental sentence, plan Alignment, (SPA) psychological Bulletin, Vol. (117), N. (1). 1995, pp 104- 118.
- 174- Raj, Baharath. "Treatment of Stuttering, Indian, Journal of Clinical Psychology Vol. 3, (2), 1976, pp 157- 163.
- 175- Rasha Mahammed, "The Use of Visi Pitch in the Management of Stuttering. The Master Degree in Phoniatics, Faculty of Medicine, Ain Shams University, 1996.
- 176- Ratner, Nan, Bernsteinc. "Measurable outcomes of Instructions to Modify Normal parent- child, verbal. Interactions: Implications for Indirect Stuttering therapy – Journal of Speech and Hearing Research, Vol. 35, (1), 1992, pp 14 - 20.
- 177- Riley, G.D. "Stuttering Severity Instrument For Children and Adults. (3rded). Austin, TX: Pro – Ed, 1994.
- 178- Schulze, H, Johannsen. "Importance of parent- Child Interaction in the Genesis of stuttering, Folia Phoniatr, 1991, pp 133 - 143.
- 179- Seltzer, Leon. Paradoxical Strategies in Psychotherapy New York: A Wiley Interscience Publisher Hohnwiley and sons, 1986.
- 180- Sheehan, J. and Voas, R. Stuttering as Conflict A Compendium of Research and theory of Stuttering. Charles F- (1959) Spring Field Illions, U.S.A. Charles. C. Thomas publisher, 1957.
- 181- Sheehan, J. "Principles of therapy" Memphis, T. N. Speech Foundation of America, 1987.
- 182- ----- "Relapes and Recovery, Memphis, T.N. Spech foundation of America, 1988.

- 183- Shirley, N. Sparks. *Birth Defects and Speech Language Disorders*, College Hillpress, 1984.
- 184- Siegel, G. "Stuttering and Behavior Modifaction": *Commentary*, *Journal of Fluency Disorders*, 18, 1993, pp 109 - 114. (on- line)- Available: [http:// www.mankato. msus. edu/ dept/ ... kuster/Bibliography/ bibl. Z. html#L](http://www.mankato.msus.edu/dept/...kuster/Bibliography/bibl.Z.html#L).
- 185- Starkweather. *A Cademic American Encyclopediea Arete Publishing Company, Inc, Princeton, New Jersey, Vol. 18, 1981, p 309 - 310*.
- 186- ----- *Talking with the parents of young Stutterers. Memphis, T. n. Speech Foundation of America, 1987*.
- 187- Starkweather, and Gottwald. "The demands and Capacities model, Clinicial appications", *Journal of Fluency Disorders (15)*, 1990, p 11.
- 188- Stark weather, et al. "Stuttering Prevention: Amanal for parents, June, 11, 1997. (on- line)- Available: [http:// www.mankato. Msus-edu/ dept/ comdis/kuster/ parents/ Starwther. html](http://www.mankato.Msus-edu/dept/comdis/kuster/parents/Starwther.html). (on- line)- Available: [http:// www.mankato. Msus- edu/ dept/ comdis/kuster/parents/ starweather. html](http://www.mankato.Msus-edu/dept/comdis/kuster/parents/starweather.html).
- 189- Stephen, B, Hood. *Helping Children talk Fluently. Speech and Hearing Clinic, the University of south Alabama, (n.d)*. (on- line)- Available: [http:// www.mankato. Msus/ edu/ dept/ comdis/ kuster/parents/parents inFo. html](http://www.mankato.Msus/edu/dept/comdis/kuster/parents/parents inFo.html).
- 190- Stephen, P. and Erry, H. "Concurrent Validity of the Standard Prograssive Matrices for Hispanic and Non Hispanic serenth- Grade

- students. "psychology in the school, Vol. (23), October, 1996. p 333-334.
- 191- Story, R, et al. "Pre- and Pottreatment Comparison of the kinematics of the Fluent Speech of Persons who Stutter. *Journal of Speech and Hearuing Resarch Volume*, 39, 1996,oct., pp 991- 1005. (on- line)- Available: <http://medine-Web-aol-Com-8000/post-query/webline/hrs19961420164?Stuttering>.
- 192- St-patrick's Day. "Medical Article on Stuttering"- (on- line)- Available: <http://www.rogerKnapp-com/medical/stutter-html>.
- 193- Stromsta, C. *Elements of Stuttering Atsmorts pulishing, oshtemo, M. I, U.S.A., 1986.*
- 194- Stuttering- Medical Articleon Stuttering. (on- line)- Available: <http://www.rogerknapp.com/medical/stutter.html>.
- 195- Timmons. "Using Delayed Auditory Feeback in the treatment of Stuttering". *Perceptual- Motor- Skills*, April, Vol. (56), 1983- pp 575 – 599.
- 196- Wakaba, Y. 'Group play therapy for Japanese Children who stutter, *journal of Fluency Disorders*, Vol, 8, (2) 1983, pp 93 – 118.
- 197- Williams, D. "What do I tell people about my child's stuttering? *Memphis. T.N. Speech Foundation of America*, 1989.
- 198- Van Riper, C. "The Severe Young stutterer- *Memphis, T.N. Speech Foundation of America*, 1987.
- 199- Yairi, E. "Is the Basis of Stuttering Genetic? *ASHA- American Speech- Language Hearing Association*, 40 (1): 1998, pp 29- 32, (on- line)-

- Available: <http://chid-nihgor/netocgi/nph-b...p=I&u=Isimple/simple.html>. & 5&F = G.
- 200- Yairi, E, et al. "Genetics of Stuttering acritical review.," *Journal of Speech Hearing Research, Volume (39), 1996, pp 771- 784. (on-line)- Available: <http://medline-web-aol-com:8000/post-query/webline/hrs19961456109?>*
- 201- Yates, Aubrey. *Behavior therapy New York: Johnwiley and Sons Inc. 1970.*
- 202- ----- "Effect of Behavioral and Psychological Techniques in the Treatment of Stuttering" *Journal of Clinical Psychology, Jun, Vol. (22) 1983, pp 107 - 125.*