

فعالية برنامج سلوكي في خفض حده الصمت
الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية
لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

د. سعيد كمال عبد الحميد
أستاذ مشارك - كلية التربية - جامعة الطائف

ملخص البحث:

هدف البحث للكشف عن فعالية برنامج سلوكي في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وقد بلغت عينة الدراسة (٦) طلاب تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٨) سنوات، بمتوسط عمري (٧,٢) سنوات، وتم إعداد مقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدركه الآباء. إعداد (Bergman et al., 2001) (ترجمة: الباحث)، ومقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدركه المعلمين إعداد (Bergman et al, 2001) (ترجمة: الباحث)، وقائمة الكفاءة الاجتماعية للأطفال كما يدركه الآباء والمعلمين (إعداد الباحث)، ومقياس ستانفورد بينية للذكاء (الصورة الرابعة) (تقنين حنورة، ٢٠٠٣)، والبرنامج السلوكي للأطفال (إعداد /الباحث)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري الكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي.

The effectiveness of a behavioral program in the reduction of the Selective Mutism for the development of social competence among primary school students

The study aimed to detect the effectiveness of a behavioral program to reduce Selective Mutism and the development of social competence among primary school students, reached the study sample (6) students ages ranged from (6-8) years, with an average age (7.2 years), were prepared scale Selective Mutism for children as parents realize. Preparation (Bergman et al, 2003) Translation (researcher), and Selective Mutism for children as teachers realize preparation (Bergman et al, 2001) Translation (researcher), and a list of social competence for children as parents and teachers realize. (Prepared by the researcher), scale Stanford of intelligence (fourth image). (rationing Hnor, 2003), behavioral program for children (Setup / researcher), and resulted in the results of the study about the presence of statistically significant differences among the middle ranks of the experimental group on a scale Selective Mutism and social competence as realize by parents and teachers) in two measurements pre and post in favor of telemetric, and there are no statistically significant differences between the average scores of the experimental group arranged on a scale Selective Mutism social competence as realize by parents and teachers) in two measurements and dimensional iterative.

مقدمة البحث:

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو؛ فهي مرحلة البناء الفعلي للشخصية، ففيها يقل اعتماد الطفل على الكبار ويزداد اعتماده على نفسه، ويتم فيها الانتقال من بيئة المنزل إلى بيئة الحضانة، حيث يبدأ في التفاعل مع البيئة الخارجية المحيطة به (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص. ٦٨٧)؛ فينمو فيها الطفل نفسياً واجتماعياً وعقلياً وجسمانياً، حيث أن الإنسان كل لا يتجزأ وما يؤثر في جانب من جوانب نموه يكون له آثاره البعيدة في الجوانب الأخرى (إبراهيم، ٢٠٠٨).

ويعد النمو الاجتماعي من أهم مظاهر النمو؛ لأنه يتيح للطفل الفرصة لفهم العالم الذي يعيش فيه، وبالتالي يتوقف نجاح هذا النمو على اكتساب الطفل للخبرات الحياتية المختلفة التي تساعده على اكتساب خصائص النمو الأخرى (صادق؛ وأبو حطب، ١٩٩٠، ص. ٣٠٧).

ويتسم النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة باتساع عالم الطفل وزيادة وعيه بالأشخاص والأشياء، ويزداد اندماجه في كثير من الأنشطة فهو يتعلم الجديد والمتنوع من الكلمات والمفاهيم والأفكار، ويمر بخبرات جديدة من العالمين الفيزيائي والاجتماعي (محمد، ٢٠٠٣، ص. ٧٨؛ Thomas, & Metz, 2004).

غير أن قسماً من الأطفال يواجهون صعوبات ومشكلات تسبب لهم اضطرابات نفسية تؤثر تأثيراً خطيراً على مستقبلهم وحياتهم، وتمنعهم من التواصل مع الآخرين والعيش بطريقة طبيعية ومن أبرز هذه المشكلات مشكلة "الصمت الاختياري" (Black & Uhde, 1992; Kumpulaine et al., 1998; Vecchio, 2003, p. 2)

ويعرف الصمت الاختياري Selective Mutism بأنه: "عدم التحدث في مواقف اجتماعية يتوقع أن يكون الطفل قادراً فيها على التحدث رغم أنه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى" (Dow et al., 1999; Hooper, & Linz, 1992; Nowakowski et al., 2009). كما يعرف بأنه: "نوع من القلق، أو الرهاب الاجتماعي للأطفال حيث لوحظ أنهم يتكلمون بشكل طبيعي مع المقربون لهم ويصابون بالصمت مع الغرباء وقد يستعمل الأطفال الإشارات، أو الإيماءات، أو نظرات العيون للتعبير عما يريدون (Cunningham et al., 2004; Manassis et al., 2003). فالصمت حالة تنتاب الطفل في مواقف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في مواقف أخرى (American Psychiatric Association, 1994).

الأطفال المصابين بالصمت الاختياري يبقون صامتين، والبعض منهم قد ينطق بكلمات محدودة جداً، بينما يتكلمون وبطلاقة في مواقف أخرى (Heilman, 2006, pp.1-3).

ويظهر هذا الاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة في عمر سنتان، ولكن يتم تشخيصه عند دخول الطفل المدرسة؛ فالأعراض تصبح واضحة وتتمثل أعراضه الأولية في الخجل، والانطوائية، والسلوك الانعزالي، والخوف، والعصبية، والغضب (National institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2000; Schwartz & Shipon-Blum, 2005).

والصمت الاختياري ليس محصوراً في البيئة المدرسية ولكن يلاحظ بصورة أوضح في تلك البيئة أكثر من غيرها، ويؤثر على المهارات اللفظية والتحصيل الأكاديمي والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال (Bergman, et al, 2002; Jackson, et al, 2005; Justin, 2015; Oerbek et al, 2015).

ويزداد الأمر أهمية بين أطفال المرحلة الابتدائية، حيث أن نسبة انتشار الصمت الاختياري تزداد إلى حد كبير بين أطفال المدرسة الابتدائية وبخاصة التي تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٥) عاماً (Cohan, et al, 2006; Bergman, et al, 2009; Sanetti et al, 2002; Bergman et al, 2002; Davidson, 2012; Steinhausen et al., 2006). كما جاء عند الاختياري (Vocchio, 2003) أن معدل حدوث الصمت الاختياري بين الأطفال يساوي (١٨) طفلاً لكل (١٠,٠٠٠) حالة، كما جاء في دراسة كل من إنزور، وبيريدينك (Elizur and Perednik, 2003) أن معدل حدوث الصمت الاختياري بين الأطفال يساوي (٣٨) طفلاً من أصل (٢٠١٠) طفلاً بالولايات المتحدة، وأن النسبة تزداد مع التقدم بالعمر (Bergman et al., 2002). كما يتساوى حدوث هذا الاضطراب في البنين مع البنات (Bergman et al., 2002; Manassis et al., 2007; Nowakowski et al., 2009).

وهكذا فإن الصمت الاختياري هو حالة مرضية من حالات الاضطراب العاطفي والانفعالي وتشخص على أنها رفض كامل للكلام خارج المنزل، أو مع أشخاص غرباء فيكون صمتهم من اختيارهم وليس نتيجة عيب خلقي، أو عضوي (Black & Uhde, 1995; Davidson, 2012, p.11) فضلاً عن ما يتركه من آثار سلبية على شخصيته، لاسيما لدى أطفال المرحلة الابتدائية، حيث يؤدي

الصمت الاختياري إلى شعور الطفل بالاكْتئاب، وتدنى مفهوم الذات، والخجل، والقلق، والخوف، وتقلب المزاج، (Dow et al., 1995; Kolvin & Fundudis, 2003; Vocchio, 1981). الأمر الذي يفقده الثقة في نفسه، ويدفعه للانزواء عن الآخرين، وتجنب المشاركات الصفية، وعدم القدرة على التوافق، وتدنى التحصيل الأكاديمي، ونقص المهارات الاجتماعية (American Psychiatric Association, 1994; Cohan, 2007; Davidson, 2012).

ويضيف كل من (Heilman, 2006; Paasivirta, 2012; Shriver et al., 2011; Young et al., 2012) أن الصمت الاختياري له تأثير سلبي على المهارات الأكاديمية، واللفظية، والنمو الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. كما يشير يونج (Young et al., 2012) أن الصمت الاختياري يؤدي إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية.

والكفاءة الاجتماعية تعني: "القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية، والاستفادة من المهارات الاجتماعية، والقدرة على التنظيم الانفعالي والاجتماعي، والقدرة على احترام الذات" (Nunez, 2011, 34)؛ فتؤثر الكفاءة الاجتماعية على كافة الجوانب المختلفة بما في ذلك التحصيل الأكاديمي، والتوافق النفسي والاجتماعي (Monahan, 2008; Michellee, 2009; Wang, 1998).

كما أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الصمت الاختياري وبين مستوى الكفاءة الاجتماعية (Cunningham et al., 2004; Cunningham et al., 2006; Christon et al., 2012; Klein et al., 2013; Young et al., 2012). فالصمت الاختياري يؤدي إلى عجز في التفاعل الاجتماعي (Krysanski, 2003; Heilman, 2006)، والمهارات الأكاديمية والمهنية والتواصل الاجتماعي، واللغة الشفوية، والصوتية، والاكْتئاب، والكفاءة الاجتماعية (Davidson, 2012; Farris, 2005; Mitchell & Kratoch, 2013; Klein et al., 2013; Shriver et al., 2011).

ومن ثم تبدو أهمية التدخل العلاجي للحد من الصمت الاختياري لدى الأطفال بصفة عامة وأطفال المرحلة الابتدائية بصفة خاصة؛ مما عمل على زيادة اهتمام الباحثين بوضع البرامج لعلاج مشكلة الصمت الاختياري.

وتنوعت الأساليب المتنوعة في علاج الصمت الاختياري؛ مثل: التدريب اللغوي (Harwood & Bork, 2011; Klein et al., 2013; Ortega, 2010)،

والتعزيز (Klein et al., 2013)، والتغذية الراجعة (Blum et al., 1998)، ونمذجة الفيديو (Newberry, 2011; Thomas et al., 1998)، والعلاج الجماعي (Sharkey et al., 2008)، والعلاج النفسي، والقصاص (Mitchell & Kratochwill, 2013; Owen, 2008).

كما أكدت العديد من الدراسات الأجنبية على فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري، ومن بينها دراسة كل من: (Beare & Torgerson, 2008; Brian et al., 2006; Christon et al., 2012; Hung et al., 2012; Klein et al., 2013; Lang et al., 2011; Moldan, 2005; Oerbeck et al., 2012; Paasivirta, 2012; Phei, 2010; Watson et al., 1992) كما أشار كل من: (Elizalde-Utnick, 2007; krysanski, 2003; Schwartz & Shipon-Blum, 2005) إلى فعالية العلاج السلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال.

ومما سبق يتضح لنا الدور الفعال للعلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري؛ مما دعي الباحث للاعتماد عليه بهدف تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية ومع ذلك لم يجد الباحث - في حدود علمه - دراسات عربية تناولت العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري، فضلا عن ندرة الأدب النظري العربي حولها، وهو ما يحاول البحث الحالي تحقيقه.

مشكلة البحث:

من خلال خبرة الباحث وعمله كرئيس للجنة التدريب الميداني بكلية التربية وجد أن نسبة كبيرة من الأطفال في المدارس الابتدائية يعانون من الصمت الاختياري والذي يتمثل في عدم التحدث في مواقف اجتماعية يتوقع أن يكون الطفل قادراً فيها على التحدث رغم أنه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى، وهؤلاء الأطفال يعانون من قصور في مهاراتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية، ومهاراتهم الأكاديمية، وتمثلت أعراض الصمت الاختياري الأولية في الخجل والانطوائية، والسلوك الانعزالي، والخوف والعصبية والغضب، والسلوك الإنسحابي من المواقف الاجتماعية والاستغراق في أحلام اليقظة والكسل والخمول، وفقدان الاهتمام بالأحداث والأشياء والأشخاص، الأمر الذي يقود إلى الاكتئاب والقلق، فهؤلاء الأطفال لا يستجيبون لمبادرات الآخرين ولا ينظرون إلى الأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يكونون صداقات بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك. مما يؤثر على تحصيلهم الأكاديمي، وكفاءتهم الاجتماعية.

وعليه تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي: ما فعالية برنامج سلوكي في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي؟. وللإجابة على التساؤل الرئيس تتفرع الأسئلة التالية:

- (١) هل هناك فروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي؟.
- (٢) هل هناك فروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي؟.
- (٣) هل هناك فروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي؟.
- (٤) هل هناك فروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي؟.

هدف البحث:

استهدفت البحث ما يلي:

- (١) التعرف على فعالية البرنامج سلوكي في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي بمدينة الطائف.
- (٢) الكشف عن استمرارية البرنامج في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي بمدينة الطائف.

أهمية البحث:

تتلخص أهداف ما يلي:

- (١) تسهم هذه الدراسة في تناولها لمشكلة حديثة نسبياً، وهي الصمت الاختياري؛ مما قد يسهم في إثراء التراث السيكولوجي في هذا المجال حيث توجد ندرة في الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت البرنامج السلوكي في علاج متغيرات الدراسة.
- (٢) إضافة عدد من المقاييس الجديدة للمكتبة العربية وهي: مقياس الصمت الاختياري، ومقياس الكفاءة الاجتماعية.
- (٣) إعداد برنامج سلوكي لعلاج الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال، والذي يمكن أن يستفيد منه المعلمين داخل غرفة الصف في توظيفها في علاج هؤلاء الأطفال.

مصطلحات البحث الإجرائية:

- (١) **الصمت الاختياري Selective Mutism**: «هو اضطراب يصيب الطفل يمنعه من الكلام في مواقف اجتماعية ومدرسية رغم أنه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى».
- (٢) **الكفاءة الاجتماعية Social Competence**: «هي قدرة الفرد على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية والاستفادة من المهارات الاجتماعية، وقدرته على التنظيم الانفعالي والاجتماعي، والقدرة على احترام ذاته» (Nunez, 2011, p.34).
- (٣) **العلاج السلوكي Behavioral Therapy**: «هو شكل من أشكال العلاج النفسي، يعتمد على نظريات التعلم، بهدف تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية» (Oon, 2010; Paasivirta, 2012).

الإطار النظري:**أولاً: الصمت الاختياري:**

يعرف الصمت الاختياري Selective Mutism بأنه: «عدم التحدث في مواقف اجتماعية يتوقع أن يكون الطفل قادراً فيها على التحدث رغم أنه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى» (Hooper, & Linz, 1992; Dow et al., 1999; Nowakowski et al., 2009). فالصمت الاختياري حالة مرضية من حالات الاضطراب العاطفي والانفعالي وتشخص على أنها رفض كامل للكلام خارج المنزل، أو مع أشخاص غرباء فيكون صمتهم من اختياريهم وليس نتيجة عيب خلقي، أو عضوي (Davidson, 2012, p.11; Black & Uhde, 1995; Cohan et al., 2006).

أ) تاريخ الصمت الاختياري:

في أواخر القرن التاسع عشر أقر (Adolf, Kussmaul, 1977) لأول مرة أعراض يظهر فيها أحجام الأطفال، أو رفضهم بالتحدث في بعض المواقف الاجتماعية على الرغم من وجود قدرات صوتية سليمة لديهم، وصاغ «كوسماول» هذا الاضطراب بفقدان القدرة على الكلام، وسماها الفيزيا التطوعية (voluntary mutism) «أما Tramper» وهو طبيب انجليزي أعاد تسمية هذا الاضطراب «Mutism Elective» بالصمت الاختياري، أو البكم الاختياري، في عام ١٩٣٠ م قبل تصنيف الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM-IV-TR) على مجموعة من الأطفال الذين لا يتحدثون إلا مع أناس مقربين جداً، ويرفضون الحديث مع أي

شخص غريب. كما هناك مصطلحات كثيرة لتفسير هذا الاضطراب مثل: الخجل الكلامي «speech shyness»، والرهاب الكلامي «speech phobia»، وتجنب الكلام «speech avoidance»، والامتناع عن الكلام «speech inhibition»، والبكم الانفعالي المنشأ «thymogenic mutism»، والبكم العصبي «neurotic mutism»، والبكم الوظيفي «functional mutism» (Hooper, & Linz, 1992; Davidson, 2012). ثم قامت (Zsazsa, 1984) بإعادة دراسة هذه الظاهرة على عينة من الأطفال المرضى الذين يعانون من الصراعات الداخلية بعد المرور بخبرات مؤلمة رفضوا بعدها الكلام وقامت بتصنيفهم وفق الصراع الداخلي واعتبرت الصمت حيلة لاشعورية لعدم الرضا عن الواقع. (McInnes et al., 2004; Davidson, 2012).

أما الدليل التشخيصي الاحصائي للطبعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV TR; American Psychiatric Association, 2000)، يصنف البكم الاختياري بأنه ضمن مجال اضطرابات الطفولة ويشتمل على المعايير الآتية:

- (١) أن يكون الطفل لا يتكلم في أوضاع معينة بالرغم من أنه يتحدث في حالات أخرى.
- (٢) أن يستمر الطفل ذوى البكم الاختياري لمدة شهر باستثناء الشهر الأول في المدرسة.
- (٣) أن لا يكون الصمت الاختياري بسبب مشكلات لغوية، أو اضطرابات في النمو، أو الفصام.
- (٤) يصاحب الصمت الاختياري بعض الاضطرابات ومنها: الخجل المفرط والخوف من الحرج الاجتماعي والعزلة الاجتماعية والانسحاب، والتشتت، ونوبات الغضب (DSM IV- TR; APA, 2000, p. 127; Steinhausen et al., 2006; Davidson, 2012, p.127)

(ب) أسباب الصمت الاختياري:

أشار كل من (Dow et al., 1995; Andersson & Thomsen, 1998; McInnes et al., 2004; Steinhausen et al., 2006; Davidson, 2012) إلى وجود علاقة بين العامل الوراثي والصمت الاختياري، فقد يكون أحد الوالدين، أو كلاهما قد يعاني من القلق الاجتماعي، والانطوائية، والرهاب الاجتماعي، ونوبات الخوف في مرحلة الطفولة.

ووضح كل من (Black and Uhde, 1992; Dummit et al., 1997)، إلى وجود علاقة بين الصدمات التي يتعرض لها الطفل والصمت الاختياري.

كما أكد كل من (Kristensen, 2001; Counningham et al, 2004) إلى وجود علاقة بين الاضطرابات النفسية والصمت الاختياري، وينظر البعض إلى البكم الاختياري على أنه شكل من أشكال القلق الاجتماعي، وأنه تأخر في النمو، وأنه عرضاً من أعراض الاضطراب النفسي (Anstendig, 1998)، كما يشير البعض الآخر إلى أن الصمت الاختياري ناتج عن استجابة الصدمة عند دخول المدرسة، وأنه مظهر من مظاهر الاضطراب الأسري، أو تغير البيئة مثل الهجرة، أو الاختلافات اللغوية التي تؤدي إلى البكم الاختياري وبخاصة في الأسر ثنائية اللغة والهجرة (Beck & Hubbard, 1987)، أما التفسيرات النفسية للبكم الاختياري هو كتم الصوت لمعاينة أحد أفراد الأسرة، أو كرد فعل على حدث اليم الذي يطلق عليه القلق المكبوت، فالطفل يعيش في عزلة اجتماعية وعلاقات أسرية مضطربة، وتاريخ أسري يتميز بالخجل والانطواء والتخبط وعلاقات غير سوية بين الآباء والأمهات والأطفال (Schvarzman et al, 1990).

(ج) طبيعة ومظاهر الصمت الاختياري:

يبدأ الصمت الاختياري في مرحلة الطفولة المبكرة قبل دخول المدرسة مع بداية عمر (٣) سنوات، وبالرغم من الظهور المبكر للصمت الاختياري في مرحلة ما قبل المدرسة لكن لا يتم تشخيصه إلا في وقت متأخر عندما تصبح المهارات اللفظية أكثر أهمية للنجاح في الدراسة ورفض الطفل التحدث والأعراض تصبح أكثر وضوحاً مما يؤثر على التفاعل الاجتماعي، والتحصيل الأكاديمي ونقص المهارات الاجتماعية (Dow et al., 1999; Cohan et al., 2006; Steinhausen et al., 2006)، وكما أن التدخل المبكر أنسب لحالات الصمت الاختياري؛ لأن التأخر في العلاج قد يكون أكثر صعوبة في العلاج مع مرور الوقت (Ford et al., 1998).

(د) خصائص الأطفال ذوي الصمت الاختياري:

(أ) الخصائص الانفعالية:

هؤلاء الأطفال لديهم خصائص مشتركة فهؤلاء الأطفال يتكلمون بصوت عالي وبحرية في المنزل ولكنهم لا يتكلمون مع الغرباء سواء في المدرسة، أو المجتمع المحيط (Krysanski, 2003; Freeman et al., 2004)، كما يعاني هؤلاء الأطفال من الخجل، والتردد، والحرج، والقلق، والانسحاب الاجتماعي خلال مواقف التفاعل الاجتماعي (Ford et al., 1998; National institute on).

Deafness and Other Communication Disorders, 2000; Schwartz & Shipon-Blum, 2005).

(٢) الخصائص اللغوية:

يعانى هؤلاء الأطفال من تدنى واضح في اللغة التعبيرية والاستقبالية، والتواصل الاجتماعي مع الآخرين، ورفض الكلام في المدرسة والتحدث مع الغرباء، بالرغم من تحدّثه مع المقربين منه. (Yanof, 1996; Yehaneh et al., 2003; Manassis et al., 2007; Nowakowski et al., 2009) هؤلاء الأطفال الإشارات، أو الإيماءات، أو نظرات العيون للتعبير عما يريدون (Manassis et al., 2003). كما يصاحب البكم الاختياري أعراض اضطراب الكلام مثل حدوث اضطرابات في ارتقاء عمليات النطق، واضطرابات في الفهم والتعبير اللغوي (سليمان، ٢٠١١، ص. ٢٠٧).

(٣) الخصائص الأكاديمية:

على الرغم من الظهور المبكر للصمت الاختياري في مرحلة ما قبل المدرسة لكن لا يتم تشخيصه إلا في وقت متأخر عندما تصبح المهارات اللفظية أكثر أهمية للنجاح في الدراسة ورفض الطفل التحدث والأعراض تصبح أكثر وضوحاً مما يؤثر على التفاعل الاجتماعي، والتحصيل الأكاديمي ونقص المهارات الاجتماعية (Dow et al., 1999; Cohan et al., 2006; Steinhausen et al., 2006).

(٤) الخصائص النفسية:

يعانى الأطفال ذوى الصمت الاختياري من تدنى مفهوم الذات، والرهاب الاجتماعي، والاكتئاب، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعدم القدرة على اكتساب المهارات المناسبة اجتماعياً، وعدم القدرة على بدء المحادثات؛ مما يعوق تواصلهم الاجتماعي وتفاعلهم الاجتماعي (Kumpulaine et al., 1998; Vecchio, 2003). الأمر الذي يفقده الثقة في نفسه، ويدفعه للانزواء عن الآخرين، وتجنب المشاركات الصفية، وتدنّي التحصيل (Kolvin & Fundudis, 1981; Dow et al., 1995; Vocchio, 2003).

(٥) الخصائص الاجتماعية:

أن الأطفال الذين يتعمدون عدم الكلام فيفضلون الصمت وعدم المبادرة في الحديث، أو فتح حوار مع الآخرين، ويكون عدم الإجابة عن أي سؤال هو الظاهر على الطفل، ويتواصلون بواسطة الإيماءات، أو مقاطع كلامية (Oerbek et al, 2015).

(Justin, 2015)، كما يعاني الطفل ذوى الصمت الاختياري من الانطواء، والخجل، والعزلة الاجتماعية والعلاقات الأسرية المضطربة (Schvarztman et al., 1990; Heilman, 2006). وتجنب الاتصال وإقامة علاقات اجتماعية مستمرة مع الآخرين، وضعف الميل إلى المشاركة الصفية، والافتقار إلى المهارات الاجتماعية، وضعف الثقة بالنفس، والإكتئاب، وتدنى الكفاءة الاجتماعية (Heilman, 2006; Krysanski, 2003; Kumpulaine et al., 1998; Vecchio, 2003; Yehaneh et al., 2003).

(هـ) نظريات الصمت الاختياري:

ـ **النظرية النفسية:** تنظر إلى الصمت الاختياري على انه مظهر من مظاهر الصراع، وتعد أن رفض الطفل أن يتكلم باعتباره وسيلة للتعامل مع الغضب، أو الإحباط ضد معاقبة الآباء (Kumpulainen, 2002; Vecchio, 2003)، أو كرد فعل على حدث اليم الذي يطلق عليه القلق المكبوت، أو الخوف من كشف أسرار الأسرة (Schvarztman et al., 1990).

ـ **نظرية النظم الأسرية:** وترى هذه النظرية أن الصمت الاختياري يرجع إلى خلل في العلاقات الأسرية وإلى العلاقة الخاطئة بين الأم والطفل، وعلى سبيل المثال الخوف وعدم الثقة في الغرباء بالإضافة إلى فقدان الأسرة القدرة على التواصل مع الآخرين والحماية المفرطة، والتعلق الزائد بالأم، والاعتماد على الكبار (Tatem & Delcampo, 1995).

ـ **النظرية السلوكية:** تركز على السلوك اللغوي الذي يتحدد عن طريق استجابات يمكن ملاحظتها بشكل حسي وعلاقة هذه الاستجابات بالعالم المحيط بها، كما أن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز، وأن التعزيز والتقليد يؤديان دوراً في النمو اللغوي (Vecchio, 2003).

ـ **النظرية النفعالية:** يرى فيجوتسكي (Vygotsky) أن أساس تعلم اللغة يعود إلى التفاعل الاجتماعي حيث له تأثير قوي في تطور المعرفة، وإن هذه النظرية ما هي إلا محاولة لإيجاد إنسان اجتماعي. وتشير هذه النظرية إلى دور الأقران في نمو وتطور الطفل (Dow et al., 1995; Steinhause et al., 2006).

ـ **النظرية المعرفية:** تؤكد هذه النظرية على أن النمو اللغوي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنمو المعرفي وإن تطور اللغة عند الأفراد يعتمد بدرجة كبيرة على تطور العمليات المعرفية لديهم. (Black&Uhde, 1994; Tatem&Delcam po, 1995).

النظرية الفطرية: ترى هذه النظرية أن اللغة ليست سلوكاً يكتسب بالتعلم والتدرب والممارسة فحسب، كما يرى السلوكيون، بل هناك حقائق عقلية وراء كل فعل سلوكي، أي أن اللغة تعد تنظيمًا عقلياً معقداً لأنها أداة تعبير وتفكير في أن واحد (Elizalde-Utnick, 2007; Davidson, 2012)

نظرية التعلم الاجتماعي: تلعب المعرفة دوراً رئيساً في التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة، ويرى باندورا أن معظم السلوك الإنساني متعلم بإتباع نموذج، أو مثال حي وواقعي (Chomsky, 1981; Krysanski, 2003; Schwartz & Shipon-Blum, 2005).

ثانياً: العلاقة بين الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية لدى أطفال المدرسة الابتدائية:

يترك الصمت الاختياري آثاراً سلبية على شخصية الأطفال، لا سيما لدى أطفال المرحلة الابتدائية، حيث يؤدي الصمت الاختياري إلى شعور الطفل بالاكئاب، وتدنى مفهوم الذات، والخجل، والقلق، والخوف، وتقلب المزاج (Dow et al., 1995; Kolvin & Fundudis, 1981; Vocchio, 2003) في نفسه، ويدفعه للانزواء عن الآخرين، وتجنب المشاركات الصفية، وعدم القدرة على التوافق وتدنى التحصيل الأكاديمي ونقص المهارات الاجتماعية (American Psychiatric Association, 1994; Cohan, 2007; Davidson, 2012). فيؤثر الصمت الاختياري على المهارات اللفظية والتحصيل الأكاديمي والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال (Bergman, et al, 2002; Jackson, et al., 2005; Oerbek et al., 2015; Justin, 2015) فيؤدي الصمت الاختياري إلى ضعف الكفاءة الاجتماعية مما يؤثر على التحصيل الدراسي وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية مع الأقران الآخرين (Young et al., 2012)، وهذا يتفق مع دراسة كل من (Bergman et al., 2002; Steinliausen & Juzi, 1996) التي أشارت نتائجها إلى انخفاض مستوى الكفاءة الاجتماعية وضعف الأداء الأكاديمي نتيجة الصمت الاختياري.

فالكفاءة الاجتماعية تعنى القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية والاجتماعية والاستفادة من المهارات الاجتماعية والقدرة على التنظيم الانفعالي والاجتماعي والقدرة على احترام الذات (Nunez, 2011, p.34).

فتؤثر الكفاءة الاجتماعية على كافة الجوانب المختلفة بما في ذلك التحصيل الأكاديمي والتوافق النفسي والاجتماعي (Monahan, 2009; Michellee, 2009; Wang, 1998; 2008).

كما تعني الكفاءة الاجتماعية قدرة الفرد على التفاعل بشكل فعال مع المحيطين به، كما أن مرتفعي الكفاءة الاجتماعية أكثر قدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وانفتاحاً مع الآخرين أكثر من الأفراد منخفضي الكفاءة الاجتماعية (مجدي، ٢٠٠٣، ص.٥؛ Fabes, et al, 1999, p. 432). فالكفاءة الاجتماعية تعني القدرة على الاحتفاظ بعلاقات مرضيه مع الآخرين (النجار، ٢٠٠٣، ص. ٩٣٠). وتكوين الصداقات والحفاظ على العلاقات وتسوية النزاعات بين الأفراد بطريقة فعالة (Gamer et al., 1994; Ladd, 1999).

زيادة الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال الصامتين تشجعهم إلى الخروج من دائرة الانغلاق على أنفسهم إلى الانفتاح على الآخرين والتواصل معهم في كافة مناحي الحياة مما يعزز ثقتهم بأنفسهم وبالتالي شعورهم بالرضى عن أنفسهم (Heilman, 2006, 19; Yehaneh et al., 2003; Black & Uhde, 1995; Dummit et al, 1997). وتعد الكفاءة الاجتماعية مظلة لجميع المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الفرد لكن ينجح في حياته وعلاقاته الاجتماعية فالشخص ذو الكفاءة الاجتماعية ينجح في اختيار المهارات المناسبة لكل موقف، ويستخدمها بطرق تؤدي إلى نواتج إيجابية (مصطفى، ٢٠٠٣، ص. ٢١٢). فعدم التحدث في المدرسة يؤثر على التفاعل الاجتماعي ويحد من المشاركة في الأنشطة المدرسية ويضعف المهارات اللغوية لدى الأطفال (Black & Uhde, 1995)؛ فالصمت الاختياري يؤدي إلى عجز في التفاعل الاجتماعي، والمهارات الأكاديمية والمهنية، والتواصل الاجتماعي، واللغة الشفوية والصوتية، والكتابة، والكفاءة الاجتماعية (Davidson, 2012; Farris, 2005; Heilman, 2006; Klein et al., 2013; Krysanski, 2003; Mitchell & Kratochwill, 2013; Shriver et al., 2011). كما أشارت العديد من الدراسات على وجود علاقة بين الصمت الاختياري وبين الكفاءة الاجتماعية (Christon et al., 2012; Cunningham et al., 2004; Cunningham et al., 2006; Klein et al., 2013; Young et al., 2012).

دراسات سابقة:

تم تقسيم الدراسات السابقة إلى محورين رئيسين هما:

أولاً: دراسات تناولت العلاقة بين الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية:

استهدفت دراسة (Cunningham et al., 2004) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والسلوكي التوافقي والقصور العاطفي والاجتماعي والتحصيل الأكاديمي لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٠٤) طفلاً يعانون من الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة واضحة بين الصمت الاختياري والعجز في الكفاءة الاجتماعية وتدنى التحصيل الأكاديمي.

فيما استهدفت دراسة (McInnis et al., 2004) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري واضطراب القلق والسرد القصصي لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٧) أطفال يعانون من الصمت الاختياري، و(٧) أطفال يعانون من الرهاب الاجتماعي، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة واضحة بين الصمت الاختياري والعجز في الكفاءة الاجتماعية، والرهاب الاجتماعي، ومهارات السرد، واضطراب القلق، وضعف القدرة اللغوية والمعرفية.

بينما استهدفت دراسة (Couningham et al., 2006) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري الرهاب الاجتماعي والقلق وسلوك المعارضة والمهارات الاجتماعية ومفهوم الذات لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (١١٣) طفلاً يعانون من الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين الصمت الاختياري والوسواس القهري وأعراض الاكتئاب وقلق الانفصال الرهاب الاجتماعي وضعف المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير لفظي لدى الأطفال.

في حين استهدفت دراسة (Manassis et al., 2007) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والإدراك واللغة والقلق الاجتماعي لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة من الأطفال يعانون من الصمت الاختياري، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي وضعف المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي لدى الأطفال.

أما دراسة (Omdal and Galloway, 2008) استهدفت الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي والسلوكيات العنيدة لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (١١) طفلاً يعانون من الصمت

الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال بين الصمت الاختياري والقلق الاجتماعي والسلوكيات العنيدة.

فيما استهدفت دراسة (Carbone et al., 2010) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والمهارات الاجتماعية والسلوكية والعاطفية لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٥٨) طفلاً يعانون من الصمت الاختياري، تراوحت أعمارهم ما بين (٤، ٣-٨، ٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال بين الصمت الاختياري وضعف المهارات الاجتماعية والسلوكية والعاطفية.

فيما استهدفت دراسة (Young et al., 2012) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية والقلق واضطراب السلوك لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣٥) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة بين الصمت الاختياري ونقص الكفاءة الاجتماعية وشدة القلق واضطراب السلوك.

واستهدفت دراسة (Alyanak et al., 2013) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والمشكلات الاجتماعية والعاطفية والسلوكية والتوافق النفسي لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٢٦) طفلاً يعانون من الصمت الاختياري، تراوحت أعمارهم ما بين (١١، ٢-٨، ١١) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة بين الصمت الاختياري ونقص الكفاءة الاجتماعية والقلق والتوافق النفسي والاكتئاب.

ثانياً: دراسات تناولت فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري:

استهدفت دراسة (Jackson et al., 2005) الكشف عن فعالية برنامج متعدد الأبعاد لعلاج الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على طفل يبلغ من العمر (٦) سنوات، وتم تطبيق البرنامج المتعدد (السلوكي - المعرفي - الفيديوي)، أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع ملحوظ في السلوكيات اللفظية خلال معاملة الطفل مع اقرانه ومعلميه.

فيما استهدفت دراسة (Brian et al., 2006) الكشف عن فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على طفل عمرة (١٠) سنوات يعاني من صمت اختياري ولديه أعراض القلق المتزامنة، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري لدى الطفل.

بينما استهدفت دراسة (Sharkey et al.,2008) الكشف عن فعالية العلاج الجماعي في علاج الصمت الاختياري للأطفال وآبائهم، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٥) أطفال لديهم صمت اختياري متوسط أعمارهم (٦,١) عاماً، طبق البرنامج التدريبي لمدة (٨) أسابيع، أسفرت نتائج الدراسة عن علاج الصمت الاختياري في البيئة المدرسية و مواقف الحياة اليومية

في حين استهدفت دراسة (Owen,2008) الكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على القصص في علاج الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على طفل مصاب بالصمت الاختياري عمرة (٦) سنوات، ومن خلال تطبيق البرنامج التدريبي القائم على القصص والتواصل اللفظي والعلاج بالدراما، أسفرت نتائج الدراسة عن علاج الصمت الاختياري للطفل.

أما دراسة (Beare and Torgerson, 2008) استهدفت الكشف عن فعالية برنامج لتعديل السلوك لعلاج الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على طفل يبلغ عمره (١٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في السلوك اللفظي والصمت الاختياري لدى الطفل.

فيما استهدفت دراسة (Phei,2010) الكشف عن فعالية برنامج تكاملي قائم على العلاج بالدراما والتدخلات السلوكية لعلاج الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على طفلة عمرها (٥) سنوات لديها صمت اختياري، أسفرت نتائج الدراسة من علاج الصمت الاختياري لدى الطفلة.

في حين استهدفت دراسة (Ortega,2010) الكشف عن فعالية برنامج تدريبي لتنمية السلوك اللفظي لأربعة طلاب يعانون من الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٤) طلاب يعانون من الصمت الاختياري، تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٧) سنوات، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي في علاج الصمت الاختياري.

بينما استهدفت دراسة (Lang et al.,2011) الكشف عن فعالية التدخل السلوكي في علاج الصمت الاختياري في المواقف الاجتماعية والبيئة والمجتمع المحلي، طبقت الدراسة على فتاة تبلغ من العمر (٩) سنوات تعاني من البكم الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن علاج الصمت الاختياري وارتفاع الكفاءة الاجتماعية للفتاة.

أما دراسة (Newberry,2011) فقد استهدفت الكشف عن فعالية برنامج تدريبي باستخدام نمذجة بالفيديو في علاج الصمت الاختياري للأطفال، طبقت الدراسة على أطفال في سن (3-5) سنوات، وتم تشخيصهم بأنهم يعانون من عجز في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية من مدارس كارولينا الجنوبية ولديهم صمت اختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية وعلاج الصمت الاختياري وزادت التفاعلات الاجتماعية بين الطلاب وبعضهم البعض.

فيما استهدفت دراسة (Harwood and Bork, 2011) الكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على التواصل اللغوي في ورش التدريب المهني لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري، طبقت الدراسة على عينة قوامها (22) طفلاً من ذوي الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي في علاج الصمت الاختياري وزيادة التواصل اللغوي لدى الأطفال.

بينما استهدفت دراسة (Oerbeck et al.,2012) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية برنامج متعدد الوسائط لعلاج الصمت الاختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (7) أطفال، تراوحت أعمارهم بين (3-7) سنوات برياض الأطفال، طبق البرنامج لمدة ستة شهور، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في علاج الصمت الاختياري لدى الأطفال.

أما دراسة (Paasivirta,2012) فقد استهدفت الكشف عن فعالية البرامج التدريبية في علاج الصمت الاختياري لدى الطلاب، طبقت الدراسة على عينة قوامها (4) طلاب يعانون من البكم الاختياري تراوحت أعمارهم ما بين (5-7) سنوات ومعلمين قوقازيين، وتم تطبيق البرنامج على مجموعة من المعلمين لاكتساب تقنيات سلوكية تساعد الطلاب البكم على التحدث في الفصول الدراسية، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ وخفض البكم الاختياري لدى هؤلاء الأطفال

- دراسة (Ooi et al.,2012) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي على شبكة الانترنت في علاج الصمت الاختياري في سنغافورة، طبقت الدراسة على عينة قوامها (5) طلاب بنين وبنات تراوحت أعمارهم ما بين (6-11) عاماً، وطبقت عليهم البرنامج لمدة (14) أسبوعاً، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن أربع حالات من خلال الجلسات في المنزل والمدرسة وهذا مؤشر على فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الصمت الاختياري

واستهدفت دراسة (Christon et al.,2012) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري والرهاب الاجتماعي ” دراسة حالة“، طبقت الدراسة على مرافقة لديها رهاب اجتماعي وصمت اختياري، طبق البرنامج (٦١) جلسة تضمنت جلسات التنفس وإعادة الهيكلة المعرفية والاسترخاء والتعرض والمهارات الاجتماعية، أسفرت نتائج الدراسة عن خفض الصمت الاختياري والرهاب الاجتماعي لدى الفتاة.

- دراسة (Klein et al.,2013) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج السلوكي من خلال استخدام الآباء للمحفزات بعد تقديم التدريب المناسب لهم في علاج الصمت الاختياري لأبنائهم وتنمية الكفاءة اللغوية، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣٣) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام المعززات في علاج الصمت الاختياري لدى هؤلاء الأطفال.

- دراسة (Mitchell and Kratochwill,2013) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج النفسي والتدريبات السلوكية لعلاج الصمت الاختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على (٤) أطفال يعانون من الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج النفسي في خفض الصمت الاختياري لدى هؤلاء الأطفال.

- دراسة (Bergman et al,2103) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري لدى الطلاب، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٢١) طالباً يعانون من البكم الاختياري تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٨) سنوات، طبقت الدراسة لمدة (٢٤) أسبوعاً، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري.

- دراسة (Jacob et al,2103) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري لدى طفلة كورية، تبلغ من العمر (٧) سنوات وتعانى من البكم الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري.

- دراسة (Dilibert,2014) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية العلاج السلوكي في خفض اضطرابات الصمت الاختياري والسلوكيات المصاحبة لها، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٥٧) من الأطفال، وأسفرت نتائجها فعالية البرنامج التدريبي في علاج الصمت الاختياري وخفض السلوكيات المصاحبة لها وتنمية التعبيرات اللغوية لدى الأطفال.

- دراسة (Justin,2015) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية برنامج للعلاج النفسي والسلوكي في خفض حده الصمت الاختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على (٥-١٤) أطفال يعانون من الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج النفسي والسلوكي في خفض الصمت الاختياري لدى هؤلاء الأطفال وتحسن ملحوظ في خفض حده القلق الاجتماعي.

- دراسة (Oerbek et al,2015) هدفت الدراسة للكشف عن فعالية برنامج للعلاج النفسي والسلوكي في خفض حده الصمت الاختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على (٢٤) من الأطفال يعانون من الصمت الاختياري تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٩) سنوات بمتوسط عمري قدره (٥,٦) سنوات، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري لدى هؤلاء الأطفال وزيادة الحصيلة اللغوية وكان التحسن بنسبة ٧٨٪ لدى الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات أما الأطفال الأكثر عمرا كان التحسن بنسبة ٣٣٪ مما يؤكد على أهمية التدخل المبكر.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

(١) أشارت نتائج الدراسات إلى فعالية البرنامج سلوكي في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال ومن بينها دراسة كل من: (Beare & Torgerson, 2008; Brian et al., 2006; Christon et al.,2012; Hung et al., 2012; Klein et al., 2013; Lang et al.,2011; Moldan, 2005; Paasivirta,2012; Phei, 2010; Watson et al.,1992)

(٢) طبق البرنامج السلوكي في العديد من الدراسات على الأطفال في عمر المدرسة - عمر عينة الدراسة الحالية، مما يؤكد مناسبة هذا الأسلوب لهذه الفئة العمرية، مثل دراسة كل من: (Bergman et al,2103; Jacob et al,2103; Justin,2015; Klein et al.,2013; Klein et al.,2013; Oerbek et al, 2015; Ooi et al., 2012; Young et al.,2012) كما استخدمت مع أطفال ما قبل المدرسة، مثل دراسة (Alyanak et al.,2013; Carbone et al.,2010; COUNINGHAM et al.,2006; Dilibert,2014; Newberry,2011; Oerbeck et al.,2012; Omdal&Galloway, 2008; Ortega, 2010; Sharkey et al.,2008) كما تباين عدد العينات التجريبية التي طبق عليها البرنامج

السلوكي، وتراوحت غالبيتها بين (٢-٢٣) دراسة؛ (Bergman et al,2103; COUNNINGHAM et al., 2006; CUNNINGHAM et al.,2004; JACOB et al,2103; JUSTIN, 2015; KLEIN et al.,2013; MITCHELL & KRATOCHWILL, 2013; OERBEK et al, 2015; OOI et al.,2012; Paasivirta,2012) في حين انخفض عددها إلى (١)، كما في دراسة كل من (Amari et al.,1999; Beare & Torgerson,2008; Brian et al.,2006; Jackson et al.,2005; Jacob et al,2103; Lang et al.,2011; Owen,2008; Pecukonis & Pecukonis,1991) Phei,2010; Watson et al.,1992)، بينما ارتفعت إلى (١٥٨) فرداً، كما في دراسة (Carbone et al.,2010).

- (٣) غابت الدراسات - في حدود علم الباحث - على المستوى العربي التي تناولت البرنامج السلوكي مع الكفاءة الاجتماعية والصمت الاختياري.
- (٤) يختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة في أنها تجمع بين الكفاءة الاجتماعية والصمت الاختياري في نفس الوقت.
- (٥) استفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة الفروض، وإعداد البرنامج التدريبي، والبرنامج السلوكي وما يتطلبه البحث من أدوات.

فروض البحث:

- (١) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- (٢) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- (٣) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي.
- (٤) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي.

الطريقة والإجراءات:

وفيما يلي بيان ذلك بالتفصيل:

أولاً: منح البحث:

حيث أن البحث الحالي قائم على إجراء برنامج سلوكي لخفض الصمت الاختياري وتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الابتدائية، فقد استخدم المنهج التجريبي ذا المجموعة التجريبية الواحدة وتحددت متغيرات الدراسة على النحو التالي: المتغير المستقل البرنامج السلوكي والمتغيرين التابعين الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية.

ثانياً: عينة البحث:

أ- تحديد عينة البحث: قام الباحث بتحديد عينة البحث من خلال القيام بالخطوات الآتية:

- (١) قام الباحث بحصر أسماء الأطفال المقيدون بمدرسة المغيرة بن شعبة الابتدائية تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦-٩) سنوات من الصف الأول إلى الصف الثالث.
- (٢) قام الباحث بالاستعانة بالمعلم والآباء بتطبيق مقياس الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية للأطفال إعداد (الباحث) على عينة قوامها (٤٥٠) طفلاً. وأسفر التطبيق عن استبعاد (٤٤٤) طفلاً حصلوا على درجات منخفضة في مقياس الصمت الاختياري والكفاءة الاجتماعية، فأصبحت العينة المتبقية (٦) أطفال، تراوحت أعمارهم ما بين (٦-٨) سنوات، بمتوسط عمري (٦,٣) سنوات لديهم صمت اختياري وكفاءة اجتماعية منخفضة جداً وتم التكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية في متغيرات العمر الزمني، ومعامل الذكاء، الصمت الاختياري، والكفاءة الاجتماعية قيد البحث في التطبيق القبلي. وتكونت عينة البحث الاستطلاعية من (٣٠) طفلاً وذلك لحساب المعاملات العلمية (الصدق - الثبات) للاختبارات المستخدمة في البحث، وأيضاً لتجريب برنامج السلوكي المقترح.

ثالثاً: أدوات البحث:

استخدم الباحث في البحث الحالي الأدوات الآتية:

- (١) مقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدرسه الآباء إعداد: (Bergman et al., 2001) (ترجمة: الباحث).

- (٢) مقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدركه المعلمين إعداد:
(Bergman et al., 2001) (ترجمة: الباحث).
- (٣) قائمة الكفاءة الاجتماعية للأطفال كما يدركه الآباء والمعلمين
(إعداد: الباحث)
- (٤) مقياس ستانفورد بينية للذكاء (الصورة الرابعة). (تقنين حنوره، ٢٠٠٣)
- (٥) البرنامج السلوكي للأطفال (إعداد / الباحث).

وفيما يلي وصف لكل أداة قام الباحث باستخدامها:

١- مقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدركه الآباء. إعداد (Bergman et al., 2001) ترجمة (الباحث)

تم اختيار هذا المقياس كونه تم استخدامه في العديد من الدراسات منها
دراسة كل من (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Stein, 2007; Manassis, Fung, et al., 2003; Manassis, Tannock, et al., 2007)، وطبق على عينة من أطفال المدرسة الابتدائية وفي نفس عمر عينة
الدراسة الحالية.

وصف المقياس: صمم هذا الاختبار (Bergman et al, 2001) لتشخيص

مظاهر الطفل ذوى الصمت الاختياري بالصفوف الأولى ويتكون المقياس من (١٧)
عبارة مقسمة إلى (٣) أبعاد، البعد الأول: المدرسة (٦) عبارات، والبعد الثاني: الأسرة،
أو المنزل (٦) عبارات، والبعد الثالث: البيئة الاجتماعية خارج المدرسة (٥) عبارات،
وقام (Bergman et al, 2008) بعمل تحليل عاملي للأبعاد الثلاثة وكانت درجة
التحليل العاملي هي (٠,٥٨٩) وكانت درجات الاتساق الداخلي للعبارة على معامل
كرونباخ هي (٠,٨٤٢) ويطبق هذا الاختبار على الوالدين، ويأخذ درجات (٠، ١، ٢، ٣)
للبدائل الأربعة الآتية (دائمًا، غالبًا، نادرًا، أبدًا)، وبناءً عليه تكون النهايتان
الصغرى والعظمى لدرجة الفرد على المقياس هي (١٧-٥١)، ويدل انخفاض الدرجة
على ارتفاع الصمت الاختياري.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

- ثبات المقياس: حيث بلغ معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس بعد
تطبيقه على العينة الاستطلاعية (ن=٣٠)، وذلك من خلال معلمهم بفواصل زمني
قدره أسبوعان من التطبيق الأول، وحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين
درجات العينة في التطبيقين وبلغ (٠,٨٨٩)، وهو دال إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١).

– صدق المقياس: تم حسابه الصدق بطريقة صدق المحكمين والصدق الظاهري، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية في صدق الاتساق الداخلي بين (٠,٧٤-٠,٨١) وجميعها دالة عند (٠,٠١)، كما قام بحساب صدق المحك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس ودرجات قائمة الصمت الاختياري إعداد /النفيعي (٢٠١٢) كمحك خارجي لمقياس الصمت الاختياري المستخدم في البحث الحالي إعداد (Bergman et al,2001) ترجمة (الباحث) وتم حساب معامل الارتباط بينهما بعد تطبيقهما على العينة الاستطلاعية من خلال المعلمين والاباء، وقد بلغ معامل الارتباط (٠,٧٩)، وهو دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

٢- مقياس الصمت الاختياري للأطفال كما يدركه المعلمين (إعداد (Bergman et al,2001) ترجمة (الباحث)

وصف المقياس: صمم هذا الاختبار لتشخيص مظاهر الطفل ذوى الصمت الاختياري بالصفوف الأولى ويتكون المقياس من (٦) عبارات، وقام (Bergman et al,2002) بعمل الاتساق الداخلي للعبارات على معامل كرونباخ هي (٩٦,٠) ويطبق هذا الاختبار على المعلمين، ويأخذ درجات (٠,١,٢,٣) للبدائل الأربعة الآتية (دائماً، غالباً، نادراً، أبداً)، وبناءً عليه تكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الفرد على المقياس هما (٦-١٨)، ويدل انخفاض الدرجة على ارتفاع الصمت الاختياري

الخصائص السيكومترية للقائمة :

– ثبات المقياس: يتمتع هذا المقياس بمعدلات ثبات، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية (ن=٣٠)، وذلك من خلال معلميه بفاصل زمني قدره أسبوعان من التطبيق الأول، وحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات العينة في التطبيقين وبلغ (٠,٨٨٩)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

– صدق المقياس: تم حسابه الصدق بطريقة صدق المحكمين والصدق الظاهري، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية في صدق الاتساق الداخلي بين (٠,٧٤-٠,٨١) وجميعها دالة عند (٠,٠١) مما يدل تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق، كما قام بحساب صدق المحك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس ودرجات قائمة الصمت الاختياري إعداد /النفيعي (٢٠١٢) كمحك خارجي لمقياس الصمت الاختياري المستخدم في البحث الحالي إعداد

(Bergman et al, 2001) ترجمة (الباحث) وتم حساب معامل الارتباط بينهما بعد تطبيقهما على العينة الاستطلاعية من خلال المعلمين والآباء، وقد بلغ معامل الارتباط (٠,٧٨)، وهو دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

٣- قائمة تقدير الكفاءة الاجتماعية للأطفال كما يدرکها الآباء والمعلمين.

(إعداد / الباحث)

إعداد القائمة قام الباحث بإجراء الخطوات الآتية:

قام الباحث بإعداد الصورة الأولية لقائمة تقدير المعلم للكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال اتبع الباحث الخطوات التالية:

مراجعة الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة التي تناولت الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال.

الإطلاع على بعض مقاييس الكفاءة الاجتماعية: مثل مقياس كل من (ابو غالي، ٢٠١٤، 2011 Nunez، أبوorman ٢٠٠٨؛ ٢٠٠٣، شوقي، حبيب، ٢٠٠٣؛ Rydell, et al, 1997، لسمادوني، ١٩٩١)

في ضوء ذلك قام الباحث بصياغة الصورة الأولية للقائمة والتي تكونت من (٢٥) عبارة مقسمة إلى أربعة أبعاد رئيسية هما (التحكم بالذات وضبط النفس، الاستقلالية والاعتماد على الذات، المشاركة والتوافق مع مجتمع الرفاق، الوعي بالأمر المتعلقة بأمنه وسلامته). وذلك لعمل صدق وثبات القائمة.

قام الباحث بعرض القائمة على عدد من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة وبعض المتخصصين العاملين في مجال الطفولة وذلك للحكم على صلاحية القائمة للتطبيق على العينة ومدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه وطريقة توزيع الاختيارات للاستجابة، إلى غير ذلك، وقد أسفر التحكيم على اتفاق المحكمين بنسبة (٨٩٪) على (٢٠) عبارة للقائمة ككل والاتفاق على حذف (٥) عبارات وإعادة صياغة (٣) عبارات من القائمة وبالتالي أصبحت القائمة مكونة من (٢٠) عبارة تم الاتفاق عليها من قبل السادة المحكمين

— وصف القائمة وهدفها: يهدف هذا المقياس إلى قياس تقدير المعلم للكفاءة

الاجتماعية لدى الأطفال ممن يتراوح عمرهم الزمني ما بين (٦-١٤) عام. ويتكون هذا المقياس من (٢٠) عبارة مقسمة إلى (٤) أبعاد، روعي في صياغتها أن تكون ألفاظها سهلة وواضحة.

الخصائص السيكومترية للقائمة :

- ثبات القائمة: يتمتع هذا المقياس بمعدلات ثبات، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية (ن=٣٠)، وذلك من خلال معلمتهم بفاصل زمني قدره أسبوعان من التطبيق الأول، وحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات العينة في التطبيقين وبلغ (٠,٨٢)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

- صدق القائمة: أما عن الصدق فتم حسابه بصدق المحكمين والصدق الظاهري، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية في صدق الاتساق الداخلي بين (٠,٧١-٠,٨١) وجميعها دالة عند (٠,٠١)، كما قام بحساب صدق المحك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس ودرجات مقياس الكفاءة الاجتماعية للأطفال. إعداد/ طاهر (٢٠١٤) كمحك خارجي لقائمة تقدير المعلم للكفاءة الاجتماعية المستخدم في البحث الحالي (إعداد الباحث)، وتم حساب معامل الارتباط بينهما بعد تطبيقهما على العينة الاستطلاعية من خلال معلمتهم، وقد بلغ معامل الارتباط (٠,٧٥)، وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

الصورة النهائية للقائمة: تتكون القائمة من (٢٠) عبارة مقسمة على أربعة أبعاد: التحكم بالذات وضبط النفس، الاستقلالية والاعتماد على الذات، المشاركة والتوافق مع مجتمع الرفاق، الوعي بالأمور المتعلقة بأمنه وسلامته، وضع معد المقياس لكل عبارة من عباراته ثلاث اختيارات تتمثل في (كثيراً=٣، أحياناً=٢، نادراً=١). وبناعاً عليه تكون النهايتان الصغرى والعظمى لدرجة الضرد على المقياس هما (٢٠، ٦٠) درجة على الترتيب. ويدل ارتفاع الدرجة على ارتفاع الكفاءة الاجتماعية وانخفاضها على عدم ضعف الكفاءة الاجتماعية.

٤- مقياس ستانفورد بينيه العرب للذكاء (الطبعة الرابعة)، تعريب وتقنين/ حنوره (٢٠٠٣) :

يعد مقياس ستانفورد بينيه (ط٤) من أكثر مقاييس الذكاء استخداماً مع فئة المعاقين عقلياً، وهو امتداد لمقياس ستانفورد بينيه (ط٣) الذي أعده لويس تيرمان وآخرون، وقد تم حساب ثبات المقياس من خلال معادلة كيو دريتشاردسون (٢٠) ودرجات الخطأ المعياري، حيث ظهر إن معاملات الثبات تراوحت ما بين (٠,٩٦٠,٧٢) لجميع المجموعات العمرية وبالنسبة لجميع المجالات، أما بالنسبة لوسيط الثبات (عبر الفئات العمرية من سن (٢) حتى سن (٢٣ ١٨) فقد تراوح ما بين (٠,٩٢٠,٧٣)، كذلك قام المؤلفون بحساب الثبات من خلال إعادة إجراء الاختبار،

وجاءت معظم معاملات الثبات فوق (٠,٧٠)، وقد أجريت مقارنات لمعاملات الثبات على اختبارات المقياس في صورته الكاملة (١٥ اختباراً) والصورة المختصرة (اختباران ٤ اختبارات ٦ اختبارات)، وقد اتضح أن الدرجات مالت جميعها إلى الارتفاع حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٩٩٠,٨٧). كما تم حساب صدق المقياس بإيجاد معامل الارتباط بين درجات المقياس واختباراته الفرعية، كان أبرزها حساب معامل ارتباط بين درجات المقياس الجديد ومقياس ستانفورد بينيه الطبعة الثالثة (١٩٧٢) الصورة (ل م)، حيث تم الكشف عن معاملات صدق (ارتباط) باختبارات الطبعة الرابعة لمقياس بينيه التي تراوحت ما بين (٠,٨١٠,٥٦)، كذلك ظهر وجود معاملات ارتباط مرتفعة بين أبعاد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال تراوحت ما بين (٠,٨٣٠,٦٣) للمقياس اللفظية والعملية والكلية مقارنة بالمجالات الأربعة والدرجة المركبة (SAS) في الطبعة الرابعة لمقياس بينيه.

٥- البرنامج السلوكي لدى الأطفال (إعداد/ الباحث).

في ضوء الإطار النظري، وما تم عرضه من الدراسات السابقة والتي تناولت برامج تدريبي سلوكي لعلاج الصمت الاختياري، تم إعداد البرنامج الحالي بصورته الأولية، وفيما يلي بيان ذلك:

أسس بناء البرنامج :

يقوم البرنامج الحالي على أساس الاتجاه السلوكي ومنطلقاته النظرية وفتياته المتنوعة، وكما أن العلاج السلوكي يعتمد على التعزيز والإثابة، وهذا يساعد في تكرار السلوك، وأن القاعدة الأساسية في المنهج السلوكي هو أن السلوك تحكمه نتائجه، بمعنى أن النتيجة التي تعود على الفرد بفائدة تضمن للسلوك أن يصدر عن الفرد مرة أخرى والنتيجة التي لا تعود عليه بفائدة، أو تعود عليه ببعض الألم تجعله لا يميل إلى تكرار هذا السلوك.

مصادر إعداد البرنامج :

أستند الباحث في بناء وإعداد البرنامج إلى الأسس النظرية والفلسفية لنظريات العلاج والإرشاد السلوكي كونه الأساس الذي أعتد عليه الباحث في البرنامج. وكان من أهم مصادر إعداد البرنامج هو الإطلاع على التراث النظري للأدبيات النفسية والإرشادية، والذي كان الأساس في تحديد فنيات واستراتيجيات البرنامج.

أهداف البرنامج :

يهدف البرنامج التدريبي الحالي إلى علاج الصمت الاختياري، وذلك لدي عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، بما يحقق الطلاقة الكلامية لديهم في المواقف

الحياتية المختلفة. وإلى أن يصل الطفل ذوى الصمت الاختياري إلى مستوى جيد من التعبير اللفظي، وتنمية قدرة الطفل على الاستماع، وتنمية قدرة الطفل على الانتباه والفهم والتركيز، وتنمية قدرة الطفل على ربط اللفظ بمدلوله الجسم، و تنمية قدرة الطفل على التعبير اللفظي.

أهمية البرنامج :

تنبع أهمية البرنامج كونه يركز على تحسين الأداء اللغوي وعلاج الصمت الاختياري لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام أساليب متنوعة، ومن ثم فإن البرنامج بمحتواه يساهم في علاج الصمت الاختياري، وتحسين وتنمية المهارات اللغوية المختلفة لدى الأطفال، ومن ثم يشكل هذا البرنامج نموذجاً عملياً يمكن أن يتدرب عليه الأطفال من قبل المعلمين وأولياء الأمور، كما تنبع أهمية هذا البرنامج من نتائج البحوث والدراسات التي أكدت على فعالية مثل هذه البرامج في علاج الصمت الاختياري، وتنمية ورفع مستوى المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال.

الفنيات المستخدمة في البرنامج :

- (١) الحث والتلقين: بهدف حث الطفل على أداء سلوك محدد.
- (٢) تشكيل السلوك: هو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب، أو يقاربه من خطوات صغيرة تيسر الانتقال من خطوة إلى أخرى.
- (٣) التدعيم أو التعزيز: ويمكن أن يكون التدعيم إيجابياً، أو سلبياً، ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل، أو حادثة يرتبط تقديماً إلى الفرد بزيادة في السلوك المرغوب، ومن خلال هذا التدعيم تتزايد جوانب كثيرة من السلوك الإيجابي لدى الطفل كالمهارة في الحديث، والتأدب والنشاط إذا ما واجهناها بالانتباه.
- (٤) النمذجة والتقليد: جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك. وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج. ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.
- (٥) التمرينات الرياضية: تهدف إلى تقوية عضلات البطن والصدر والرقبة لما لها من دور في عملية الكلام ونطق الأصوات ويدخل في ذلك ممارسة الطفل حركات رياضية للعضلات التي لها علاقة بتنبيه التنفس والدورة الدموية كالوثب والتوازن.

- (٦) تمارينات خاصة بالتنفس: وتستهدف تدريب الطفل على التنفس العميق لتوسيع الصدر والتعود على دفع الزفير وإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد بحيث يكون الشهيق من الأنف مع قفل وثبوت الأكتاف وان يخرج هواء الزفير من الفم بصوت مسموع وان يتم استيعاب سريع للهواء وزفير بطئ، أو استيعاب سريع وزفير سريع، أو استيعاب بطئ وزفير بطئ الخ.
- (٧) تدريبات الاسترخاء: بهدف التخلص من التوتر الناتج عن الخوف من الكلام أمام الآخرين، حيث يطلب من الأطفال الاسترخاء على المقاعد، وغلق أعينهم، والتنفس بعمق، مع التحدث إليهم بما يشجعهم على الاسترخاء.
- (٨) لعب الدور: بهدف تدريب الطفل على التحدث أمام الآخرين، ومواجهة المواقف التي تسبب له البكم الاختياري، وذلك بتحديد الأشخاص والمواقف التي يعاني فيها من الصمت الاختياري، وقيامه بمساعدة زملائه بلعب دور المتحدث فيها، مع زيادة عدد من يتحدث إليهم تدريجياً، كمواقف طرح الأسئلة والإجابة عليها، والتحدث في مقدمة الفصل.. الخ.
- (٩) تدريبات إعادة سرد القصص: وفيها يتم عرض القصص أمام الطفل، ثم يطلب من إعادتها، وكذلك سرد القصص المصورة. وتضمن ذلك تقديم المعززات بأنواعها المختلفة عند

— محتوى الجلسات التدريبية

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: التعرف وتقديم للبرنامج

الجلسة الثانية والثالثة:

عنوان الجلسة: تدريبات المحاكاة والتخيل.

هدف الجلسة: تنمية الثقة بالنفس والتقليد والمحاكاة وحب العمل الجماعي التعاوني.
الفيئات المستخدمة: القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز - الحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بتوضيح الهدف من الجلسة، ثم قام بتدريب الأطفال على التخيل من خلال قصص مختلفة، طلب الباحث من كل طالب أن يختار المكان الذي يجد فيه الراحة من خلال إغماض عينيه لمدة دقيقتين وأن يتخيل كل طالب أنه يقوم برحلة إلى مكان يحبه، وأثناء هذه الرحلة عليه أن يختار طالب يشاركه في هذه الرحلة، وخلال ذلك يقوم بعدة فعاليات وأنشطة مع هذا الصديق الذي اختاره، بعد ذلك يبلغ الباحث الطالب بانتهاء

الرحلة ويطلب الباحث من الطالب سرد قصة عن الرحلة التي قام بها أثناء التخيل، والحديث عن الصديق ومن هو، وما هي مشاعرك أثناء الرحلة، وفي نهاية الجلسة طلب الباحث من الأطفال عند الذهاب للمنزل أن يتخيلوا رحلات أخرى، ثم قام الباحث بشكرهم وبتقديم المعززات لكل طفل واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الرابعة والخامسة :

عنوان الجلسة : تابع تدريبات المحاكاة والتخيل.

هدف الجلسة : تنمية الثقة بالنفس والتقليد والمحاكاة والتعبير الكلامي.

الفنيات المستخدمة : القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز - الحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتدريب الأطفال على التخيل بأن هناك (مرايا) وقسم الطلاب إلى أزواج بحيث يقف كل طالب أمام زميله ويتخيل كل منهم أن الآخر مرآة وزميله يقف أمامه ويفعل كما يفعل زميله من نطق وكلام وحركات، ثم يتبادل كل طالب دور الآخر ويقوم بتقليده، وفي نهاية الجلسة طلب الباحث من الأطفال عند الذهاب للمنزل أن يقوموا بالتدريب على ما قاموا به في الجلسة مع إخوانهم والديهم، ثم قام الباحث بشكرهم وبتقديم المعززات لكل طفل واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة السادسة والسابعة :

عنوان الجلسة : تقليد الأصوات والمشاعر.

هدف الجلسة : تنمية الثقة بالنفس والتقليد والمحاكاة والتعبير اللفظي.

الفنيات المستخدمة : القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز - المناقشة - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث في بداية الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي، ثم قام بتعريف الأطفال بهدف الجلسة، ثم قام الباحث بعرض صور تعبر عن المشاعر المختلفة على الأطفال. وطلب المدرب من الأطفال تقليد الأصوات (الديك-الرياح-السيارة-جرس المدرسة-القطعة-الحصان وغيرها)، وتقليد المشاعر (الغضب-الحزن-الفرح-الخوف-البكاء)، وبعد التأكد من فهم الأطفال للمشاعر، طلب الباحث من كل طفل تقليد ما يراه. وقام الباحث بتكليف الأطفال بتنفيذ هذه التدريبات مع أقرانهم وتم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثامنة والتاسعة :**عنوان الجلسة:** ألعاب ترفيهية تعاونية رياضية.**هدف الجلسة:** تنمية روح الفريق والتعبير عن النفس والتفريغ الانفعالي وإشاعة جو الفرح.**الفيئات المستخدمة:** القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز - المناقشة - الواجب المنزلي.**محتوى الجلسة:** في هذه الجلسة طلب الباحث من الأطفال الجلوس بشكل عشوائي ومتفرق كل طالب في ركن وطلب منهم العد من واحد إلى عشرون ومن شروط اللعبة أن لا يعد طالبين نفس الرقم في نفس اللحظة وفي حال حدوث ذلك يبدأ جميع المشاركين بالعد من جديد وتعد هذه اللعبة من الطرق الرائعة في تعليم الطلاب التعبير اللفظي والصبر والإلحاح في الوصول إلى الهدف وحل المشكلات والعمل الجماعي، وبعد الانتهاء شكرهم الباحث على الالتزام بما تعلموه، وقام الباحث بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة**الجلسة العاشرة والحادية عشر :****عنوان الجلسة:** تدريبات التنفس.**هدف الجلسة:** تنمية التنفيس الانفعالي وإمكانياتها التعبيرية وتفريغ الطاقة السلبية.**الفيئات المستخدمة:** كرة تنس طاولة - بلاطين - التعزيز - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.**محتوى الجلسة:** بعد مراجعة الباحث مع الأطفال ما دار في الجلسة السابقة، قام الباحث بتدريب الأطفال على التنفس العميق لتوسيع الصدر والتعود على دفع الزفير وإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد بحيث يكون الشهيق من الأنف مع قفل وثبوت الأكتاف وان يخرج هواء الزفير من الفم بصوت مسموع وان يتم استيعاب سريع للهواء وزفير بطئ، أو استيعاب سريع وزفير سريع، أو استيعاب بطئ وزفير بطئ الخ والهدف من الجلسة إلى تقوية عضلات البطن والصدر والرقبة لما لها من دور في عملية الكلام ونطق الأصوات، ثم قام الباحث بشكرهم على الحضور والالتزام وقام بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر :

عنوان الجلسة: الحروف الهجائية.

هدف الجلسة: تنمية المهارات اللغوية للأطفال.

الفنيات المستخدمة: النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال، ثم طلب منهم التعرف على الحروف الهجائية التي أمامهم من خلال المجسمات البلاستيكية، ثم يطلب منهم تكلمة الحروف الهجائية، ثم يطلب منهم أن يكتبوا أسمائهم ويقرأوا أسمائهم وان يستكملوا الجمل الناقصة وتجميع كلمتين لتكوين جملة مفيدة وقراءة بعض الكلمات حتى يستطيع التعبير اللفظي، وفي نهاية الجلسة وتم تقديم المعززات لكل طفل واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر :

عنوان الجلسة: الرد على التليفون واستقبال الضيوف

هدف الجلسة: تنمية المهارات الاجتماعية والتعبير اللفظي.

الفنيات المستخدمة: القصص - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بتدريب الأطفال على كيفية إجراء المحادثة التليفونية وكيفية الرد الصحيح مع إجابات معقولة وقام الباحث برن جرس التليفون وعند توقف الجرس يقوم أحد الأطفال بالرد على التليفون ومتابعة الحوار، وقام الباحث باستخدام كلمات الثناء والتشجيع للطلاب حتى يزيد الحوار والمحادثة بين الطلاب، وتدريب الأطفال على كيفية استقبال الضيوف بالمنزل وكيفية الترحيب بهم، وبعد التأكد من تدريبهم على المحادثات التليفونية واستقبال الضيوف، وفي نهاية الجلسة ثم قام الباحث بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة السادسة عشر:

عنوان الجلسة: التعبير عن النفس وطلب المساعدة عند مواجهة مشكلة.

هدف الجلسة: تنمية التواصل اللفظي.

الفنيات المستخدمة: القصص - التعزيز - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: شرح الباحث للأطفال الهدف من الجلسة، ثم قام الباحث بتدريب الأطفال على كيفية التعبير عن النفس من خلال الكلام، وطلب المساعدة عند مواجهة المشكلات، قام الباحث بتدريب الأطفال على التشكيل من خلال الصلصال، ومن خلال مسرح العرائس للتعبير عن النفس، وقام الباحث في نهاية الجلسة بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة السابعة عشر:

عنوان الجلسة: الإصغاء والمناقشة والإجابة عن الأسئلة المطروحة.

هدف الجلسة: إكساب الأطفال المهارات الاجتماعية.

الفنيات المستخدمة: القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز - المناقشة - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بشرح الهدف من الجلسة، ثم قام الباحث بتقديم نموذج يسرد السيرة النبوية المتمثلة بحياة الرسول، ولادته وبعثته، وتم تدريب الأطفال على الإصغاء وكيفية طرح الأسئلة ويقوم الباحث بمناقشة الطلاب عن السيرة النبوية وأسباب الهجرة من مكة إلى المدينة وشجع الباحث الأطفال على الوقوف فردا فردا أمام المجموعة وتوضيح السيرة النبوية بكل ثقة ومقدرة، وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثامنة عشر :**عنوان الجلسة :** تقبل الذات وتقبل الآخرين.**هدف الجلسة :** تنمية الثقة بالنفس.**الفنيات المستخدمة :** القصص - النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : التقى الباحث والأطفال وتم مراجعة الجلسة السابقة، قام الباحث بتقديم نموذج لطالب يدعى يوسف في الصف الثاني الابتدائي يتمتع بقدرات وإمكانات جيدة لكنه كون فكرة غير طيبة عن نفسه نتيجة فشله في أحد الامتحانات، ثم قام الباحث بمناقشة حالة هذا الطالب فكان مخطئاً لتكوينه فكرة خاطئة عن نفسه وعلينا أن نثق في أنفسنا وان لا نياس عند مرورنا بمرحلة الفشل، وأن نعتمد على أنفسنا في مواجهة المواقف المحرجة، وأن نحدث أنفسنا بأحاديث إيجابية كأن نقول: أنا قادر على اجتياز الامتحان المقبل، وبعد تدريب الأطفال على السلوكيات الإيجابية وتعديل السلوك غير السوي الضعيف، مع إضفاء جو من المرح والمتعة داخل الجلسة، وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة التاسعة عشر :**عنوان الجلسة :** خفض الشعور بالقلق.**هدف الجلسة :** تنمية الشعور بالأمن والاطمئنان نحو الآخرين.**الفنيات المستخدمة :** القصص المصورة- التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتعريف الطلاب بالهدف من الجلسة، وأن القلق هو الشعور بالحزن والضيق وعدم الارتياح حول المشكلات المتوقعة، ويسأل الباحث الأطفال ماذا لو ذهبتم إلى المدرسة ولم تؤدوا واجباتكم بالشكل المطلوب، وكيف يكون شعورك حين دخول المعلم غرفة الفصل، ويطلب الباحث من كل طفل أن يخبر زميله عن المواقف التي تثير القلق وكيف يمكن التخلص من المواقف التي تثير القلق، وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة العشرون :**عنوان الجلسة: قصة الصندوق الغريب**

هدف الجلسة: التدريب على مهارة التواصل السمعي والتخيل والتعبير الكلامي
الغيات المستخدمة: القصص - النمذجة - التعزيز - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: يقوم الباحث بمراجعة الواجب المنزلي، ثم يقوم الباحث بسرد جزء من قصة (الصندوق الغريب) على الأطفال ويطلب من كل طفل تخيل نهاية القصة فيقول الباحث كان فيصل مع أخيه سعود يقضيان العطلة الصيفية على شاطئ البحر، وذات مرة غطسا معا وسبحا في أعماق البحر، وفجأة وجدا صندوقا غريبا قديما تتدلى من حبات من اللؤلؤ والمرجان والذهب، وكان ثقيلًا جدا ولم يستطيعوا تحريكه من مكانه، يطلب الباحث من الأطفال تخيل ما سيفعلونه فيصل وأخيه سعود، وتم تشجيع الطلاب على التعبير الكلامي والإنصات إلى الآخرين أثناء الحديث علما بأنه ليس هناك إجابات صحيحة، أو خاطئة، وبعد التدريب والتأكد من فهم الأطفال لمحتوى الجلسة، وقام بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الواحدة والعشرون :**عنوان الجلسة: الإفصاح الذاتي ومواجهة الخجل**

هدف الجلسة: التعرف على التقييم السلبي للذات الذي سبب الشعور بالخجل.
الغيات المستخدمة: القصص - التعزيز - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بتعريف الطلاب بالهدف من الجلسة، وسماع القصص من كل طالب التي تؤدي إلى الشعور بالخجل أمام الجيران والزملاء في الفصل والتي تؤدي إلى الصمت الاختياري، أو الامتناع عن الكلام، قدم الباحث بعد سماع القصص النصائح للتخلص من الخجل، وحكي الباحث قصة طفل يخجل من دخول الفصل ويرتبك من زملائه والمعلم عندما ينادى عليه المعلم وأنه يخفق دائما إذا سئله المعلم، وبعد شرح الباحث لهم كيفية التخلص من الخجل ومواجهته، وفي نهاية الجلسة قام الباحث بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثانية والعشرون والثالثة والعشرون :**عنوان الجلسة:** التعبير عن المشاعر (الإيجابية-السلبية).**هدف الجلسة:** تنمية مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية.**الفنيات المستخدمة:** النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بتدريب الأطفال على الهدوء والاسترخاء، ثم قام الباحث بمناقشة الطلاب حول ما يشعرون به من مشاعر إيجابية تجاه ذاتهم وتجاه الآخرين، وطلب من كل طالب منهم أن يعبر تلقائيا عن مشاعره الإيجابية وأن يتخيل أشخاصا، أو موضوعات معينة يشعر برغبة إيجابية نحوها ولديه مشاعر طيبة تجاهه، كما قام الباحث بتدريب الأطفال على إتاحة الفرصة لهم للتعبير عن مشاعرهم السلبية سواء نحو ذاتهم، أو نحو أشخاص، أو موضوعات وكيفية تعديل هذه المشاعر السلبية إلى ايجابية، ثم قام المدرب بتقديم المعززات لكل طفل من الأطفال أجاد القدرة على التعبير عن اتجاهاته الإيجابية، أو السلبية، واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة

الجلسة الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون :**عنوان الجلسة:** مواجهة ضغوط الآخرين**هدف الجلسة:** تنمية مهارة مواجهة ضغوط الآخرين.**الفنيات المستخدمة:** النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بتعريف الطلاب بأسباب الضغوط وكيفية مواجهتها سواء أكان (ضغوط أسرية، أو مدرسية، أو مجتمعية) وغيرها، ثم قام الباحث بتعليم الطلاب بكيفية تحسين علاقاتهم داخل الأسرة وتحسين علاقاتهم مع المعلمين وتحسين العلاقات غير السوية مع أقرانهم. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة

الجلسة السادسة والعشرون :**عنوان الجلسة :** التعاطف والمشاركة الوجدانية .**هدف الجلسة :** تنمية مهارات التعاطف والمشاركة الوجدانية**الغنيات المستخدمة :** النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتعريف الطلاب ماهية التعاطف والمشاركة الوجدانية، ثم قام الباحث بتشجيع الطفل على إظهار مهارات التعاطف والمشاركة الوجدانية مع الآخرين من مواقف سارة، أو محزنة، وكيفية تقديم العون للآخرين في حالة الفرح والحزن مثال (حالة وفاة) وما هي خطوات المساندة التي يمكن تقديمها في مثل هذه الحالات، وفي نهاية الجلسة ثم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال اللذين يستطيعون إظهار مواقف التعاطف والمشاركة الوجدانية واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة

الجلسة السابعة والعشرون :**عنوان الجلسة :** أسلوب لعب الدور .**هدف الجلسة :** التدريب على أسلوب لعب الدور**الغنيات المستخدمة :** النمذجة - لعب الدور - التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتدريب الأطفال على فهم لعب الدور والذي يعنى تمثيل نفس المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الأطفال ذوى الصمت الاختياري والطريقة التي يتصرف بها في مثل هذه المواقف ويتم استخدام فنية النمذجة حيث يقوم الباحث بسرد قصص لمجموعة من الطلاب واجهوا مواقف ضاغطة والطرق التي قاموا بها إزاء هذا الموقف، وطلب الباحث من الأطفال تمثيل أحد الأدوار للمواقف الضاغطة، وبعد تمثيل بعض المواقف الضاغطة وكيفية التغلب عليها، طلب منهم الباحث التدريب المنزلي مع الآباء والأمهات والأخوان على مثل هذه المهارات. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة

الجلسة الثامنة والعشرون :**عنوان الجلسة :** الصلاة في جماعة و قراءة القرآن الكريم.**هدف الجلسة :** تنمية التعبير اللغوي من خلال قراءة القرآن الكريم.**الفنيات المستخدمة :** النمذجة - لعب الدور - التعزيز- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتدريب الطلاب على كيفية قراءة القرآن الكريم وبين لهم فوائد قراءة القرآن الكريم وأثرها على هدوء النفس واطمئنان القلب وانبعاث السكينة، وكيفية المحافظة على أداء الصلاة في جماعة، وبيان فوائدها وأثارها، ومن فوائد الصلاة إنها تبعث في النفس الطمأنينة والهدوء، وتخلص الإنسان من الشعور بالضيق، وتقضى على الخوف والقلق، وتساعد على التخلص من الصمت الاختياري وتنمية التعبير اللغوي، وتنمي التفاعل الاجتماعي مع زملائه في مسجد المدرسة.. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة

الجلسة التاسعة والعشرون والثلاثون :**عنوان الجلسة :** الاسترخاء.**هدف الجلسة :** خفض القلق والتوتر.**الفنيات المستخدمة :** النمذجة- التعزيز- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة : قام الباحث بتدريب الطلاب علي الاسترخاء من خلال شفت البطن إلى الخلف، والعودة إلى الوضع الطبيعي، وأخذ شهيق عميق وزفير، وإرخاء عضلات الوجه والرقبة والكتفين والذراعين، حتى يتم التخلص من القلق والتوتر، والتفكير بالكلام بطريقة صحيحة وعدم الخوف والتوتر، وإذا أشعروا بالبيكم، أو الامتناع عن الكلام يقومون بعملية الاسترخاء مرة أخرى، وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الواحد والثلاثون :**عنوان الجلسة:** التدريب التمثيلي، أو اللعب الموجه.**هدف الجلسة:** خفض المشاعر السلبية للإحباط المصاحب للصمت الاختياري.**الغيات المستخدمة:** النمذجة - التعزيز - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة وهي التخلص من الحساسية تجاه البكم الاختياري، وطلب من الأطفال تمثيل موقف حدث فيه صمت اختياري وحدث فيه شد وجهد شديد وشعور بالإحباط، ومن ثم تعديله إلى لحظات سهلة وخالية من الجهد والإحباط، وطلب من الأطفال الاشتراك مع بعض في مجموعة الإنشاد وبصوت عالي لأبيات من الشعر العربي الفصيح، ومن خلال توظيف بعض الألعاب التمثيلية لتوفير فرص التواصل والتفاعل الاجتماعي، وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثانية والثلاثون :**عنوان الجلسة:** المواجهة**هدف الجلسة:** خفض الضغوط النفسية وتبسيط المشكلة.**الغيات والأساليب المستخدمة:** النمذجة - التعزيز - نشاط جماعي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة وهي تشجيعهم على التواصل مع الناس، وقام الباحث بتدريب الأطفال على مواجهة المواقف التي كانوا يتجنبونها بالكلام مثال (التدريب على الرد على التليفون-إلقاء كلمة أمام زملاء) حتى يتم التخلص من مواقف الإحراج وتقليل الخوف من البكم الاختياري ومواجهة المواقف التي يخافون فيها. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الثالثة والثلاثون :**عنوان الجلسة: مقابلة تليفزيونية**

هدف الجلسة: تنمية بعض المهارات الاجتماعية (المصافحة - التحية - الابتسامه - التعريف بالاسم - التواصل البصري - الحوار والمناقشة والإجابة على التساؤلات)

الفنيات والأساليب المستخدمة: النمذجة - لعب الدور - التلقين - التعزيز - نشاط جماعي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة وهي تشجيعهم على التواصل البصري واللغوي مع الآخرين وخفض القلق والتوتر، وقام الباحث بتدريب الأطفال على تمثيل الأدوار من خلال عمل مقابلة تليفزيونية وجاء بطفلين الأول يقدم برنامج تليفزيوني ويسأل أسئلة والطفل الآخر يجيب على الأسئلة، ثم تم قلب الدور وتم تدريب الأطفال على تجنب الخوف والقلق والسلوكيات غير السوية والصمت الاختياري والدخول في حوارات ومناقشات والتخلص من الخجل الزائد عن الحد. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الرابعة والثلاثون والخامسة والثلاثون**عنوان الجلسة: تنسيق وتزين حجرة الفصل**

هدف الجلسة: تنمية بعض المهارات الاجتماعية (النظافة - التحية - الابتسامه - التعريف بالاسم - التواصل البصري - الحوار والمناقشة والإجابة على التساؤلات)

الفنيات والأساليب المستخدمة: التلقين - التعزيز - نشاط جماعي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة وهو تزيين الفصل وقام بتوزيع الأدوار على كل طفل من الأطفال من أعمال فنية، ومن خلال المناقشات مع الأطفال مع بعضهم البعض تم تدريب الأطفال على تجنب الخوف والقلق والسلوكيات غير السوية والصمت الاختياري والدخول في حوارات ومناقشات والتخلص من الخجل الزائد عن الحد والمشاركة مع الآخرين وعدم الانزواء. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة الخامسة والثلاثون

عنوان الجلسة: المسابقات الثقافية

هدف الجلسة: التخلص من الخجل والخوف والدخول في حوارات مع الأقران
الفنيات والأساليب المستخدمة: التلقين - التعزيز - نشاط جماعي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة، ومن خلال المناقشات مع الأطفال مع بعضهم البعض تم تدريب الأطفال على تجنب الخوف والقلق والسلوكيات غير السوية والصمت الاختياري والدخول في حوارات ومناقشات والتخلص من الخجل الزائد عن الحد والمشاركة مع الآخرين وعدم الانزواء من خلال تعريض الطفل ومواجهته بمواقف كانت تسبب له الخجل والخوف الاجتماعي مثل زجه في خضم الحفلة، وأن يبادر بعض زملاءه بالتحية، والدخول في حوارات اجتماعية مما يساعد على إزالة خجلة وخوفه. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة السادسة والثلاثون

عنوان الجلسة: قراءة أعداد بسيطة

هدف الجلسة: مساعدة الطالب على الاندماج وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.
الفنيات والأساليب المستخدمة: التلقين - التعزيز - نشاط جماعي.

محتوى الجلسة: قام الباحث بمراجعة الجلسة السابقة مع الأطفال، ثم وضع لهم هدف الجلسة يطلب المدرب من عدد من الطلاب ذوى الطلاقة في الكلام قراءة أعداد بسيطة على السبورة من ١-٢٠، ثم يطلب من الأطفال ذوى الصمت الاختياري الاشتراك مع زملائهم من خلال كورال للأعداد وحث الطلاب على الاندماج مع زملائهم وبعد تكرار التدريب، تم تدريب الأطفال على تجنب الخوف والقلق والدخول في حوارات ومناقشات والتخلص من الخجل الزائد عن الحد والمشاركة مع الآخرين، حتى يستطيع الأطفال ذوى الصمت الاختياري القيام بالأداء أمام زملائهم دون خجل، أو خوف. وفي نهاية الجلسة تم تقديم المعززات لكل طفل من الأطفال واتفق معهم على موعد الجلسة القادمة وبذلك انتهت الجلسة.

الجلسة السابعة والثلاثون: متابعة مدى استمرارية ما تعلموه وما تم تدريبهم

عليه في الجلسات

رابعاً: الخطوات الإجرائية للدراسة:

- (١) إعداد البرنامج التدريبي باستخدام التدريب السلوكي
- (٢) تحديد عينة الدراسة ومجانستها.
- (٣) إجراء القياس القبلي لمقياسي الصمت الاختياري ومقياس الكفاءة الاجتماعية على أطفال المجموعتين التجريبية.
- (٤) قام الباحث بتطبيق البرنامج التجريبي على أفراد المجموعة التجريبية.
- (٥) إجراء القياس البعدي على أطفال المجموعة التجريبية.
- (٦) قام الباحث بتطبيق القياس التتبعي بعد مرور شهرين من نهاية تطبيق البرنامج.
- (٧) قام الباحث بتصحيح الاستجابات وجدولة الدرجات واستخلاص النتائج ومناقشتها.
- (٨) قام الباحث بتفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

تمثلت الأساليب الإحصائية المستخدمة في الأساليب اللابارامترية، وذلك من خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة باختصاراً ب Spss.V.20.

نتائج البحث ومناقشتها وتوصياتها**أولاً: نتائج البحث:****نتائج الفرض الأول:**

ينص الفرض على أنه: «توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي».

ولاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (١).

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الرتب الموجبة (٦)		الرتب السالبة (صفر)		التجريبية قبلي/بعدي	المجموع
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
٠,٠٥	٠,٠٢٧	٢,٢٠٧	٢١,٠٠	٣,٥٠	صفر	صفر	الصمت الاختياري كما يدركه الآباء	الصغير
٠,٠٥	٠,٠٢٦	٢,٢٣٢	٢١,٠٠	٣,٥٠	صفر	صفر	الصمت الاختياري كما يدركه المعلمين	

ويتضح من الجدول (١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يدل على تحقق الفرض الأول من فروض الدراسة.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: «توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي».

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (٢).

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الرتب الموجبة (٦)		الرتب السالبة (صفر)		التجريبية قبلي/بعدي	المجموعة
			متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
٠,٠٥	٠,٠٢٧	٢,٢٢٦	٢١,٠٠	٣,٥٠	صفر	صفر	الكفاءة الاجتماعية كما يدركها الآباء	المتغير
٠,٠٥	٠,٠٢٦	٢,٢٢١	٢١,٠٠	٣,٥٠	صفر	صفر	الكفاءة الاجتماعية كما يدركها المعلمين	

بالنظر في الجدول (٢) يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) وذلك للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، ومما يشير إلى تحقق نتائج الفرض الثاني من فروض الدراسة.

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه: «لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي».

ولاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب البارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (٣).

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الرتب الموجبة (٦)		الرتب السالبة (صفر)		التجريبية بعدي/تتبعي	المجموعة
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
غير دال	٠,٨١٦	١,٥٠	١,٥٠	٤,٥٠	٢,٢٥	الصمت الاختياري كما يدركه الآباء	المتغير
غير دال	صفر	٥,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٥٠	الصمت الاختياري كما يدركه المعلمين	

ويتضح من الجدول (٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) -، مما يدل على تحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة.

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض على أنه: «لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي في القياسين البعدي والتتبعي».

ولاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة (Z) كأحد الأساليب البارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي. وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (٤).

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الاجتماعية في القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	الرتب الموجبة (٦)		الرتب السالبة (صفر)		التجريبية بعدي/تتبعي	المجموعة
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب		
غير دال	صفر	٥,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٥٠	الكفاءة الاجتماعية كما يدركها الآباء	المعنى
غير دال	صفر	٥,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٥٠	الكفاءة الاجتماعية كما يدركها المعلمين	

ويتضح من الجدول (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في مقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين)، مما يدل على تحقق الفرض الرابع من فروض الدراسة.

ثانياً: مناقشة النتائج وتفسيرها:

قد أكدت نتائج البحث الحالي على أن التدريب بالبرنامج سلوكي له أثر واضح في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي بمدينة الطائف حيث يتضح من جدول (١)، (٢) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) ومقياس الكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. فيمكن تفسير هذه النتيجة بأن البرنامج الذي تم استخدامه مع الأطفال في البحث الحالي وهو بالبرنامج سلوكي فقد اشتمل على أنشطة وفتيات متعددة ومناسبة لهذه الفئة من ولها دور فعال في الحد من الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية. وهذا يتفق مع كلام (Ford et al., 1998). إلى أن التدخل المبكر باستخدام العلاج السلوكي أنسب لحالات الصمت الاختياري لأن التأخر في العلاج قد يكون أكثر صعوبة في العلاج مع مرور الوقت.

كما أن تدريب الأطفال في بعض جلسات البرنامج على كيفية إقامة حوار مع الآخرين والتعرف عليهم والتعبير عن رغباتهم وحاجاتهم الشخصية مما زاد الكفاءة الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال. حيث قام الباحث بتدريب الأطفال على فنيات العلاج السلوكي كالحث والتلقين كنوع من الحفز، أو الدفع للفرد لكي يأتي بسلوك معين مع التلميح، أو الإيحاء بأن السلوك سيعم، ومن خلال استخدام فنية تشكيل السلوك، والتعزيز، والنمذجة والتقليد، والتمارين الرياضية بهدف تقوية عضلات البطن والصدر والرقبة لما لها من دور في عملية الكلام ونطق الأصوات ويدخل في ذلك ممارسة الطفل حركات رياضية للعضلات التي لها علاقة بتنبيه التنفس والدورة الدموية كالوثب والتوازن، واستخدام التمرينات الخاصة بالتنفس بهدف تدريب الطفل على التنفس العميق لتوسيع الصدر والتعود على دفع الزفير وإخضاع الجهاز التنفسي لنظام محدد بحيث يكون الشهيق من الأنف مع قفل وثبوت الأكتاف وان يخرج هواء الزفير من الفم بصوت مسموع وان يتم استيعاب سريع للهواء وزفير بطئ، أو استيعاب سريع وزفير سريع، أو استيعاب بطئ وزفير بطئ الخ. كما كان لاستخدام تدريبات الاسترخاء بهدف التخلص من التوتر الناتج عن الخوف من الكلام أمام الآخرين، حيث يطلب من الأطفال الاسترخاء على المقاعد، وغلقت أعينهم، والتنفس بعمق، مع التحدث إليهم بما يشجعهم على الاسترخاء كان له الكثير من الأثر في خفض حدة الصمت الاختياري وتحسين الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال.

كما كان لتدريب الباحث للأطفال على فنية لعب الدور من تدريب الأطفال على التحدث أمام الآخرين، ومواجهة المواقف التي تسبب له البكم الاختياري، وذلك بتحديد الأشخاص والمواقف التي يعاني فيها من الصمت الاختياري، وقيامه بمساعدة زملائه بلعب دور المتحدث فيها، مع زيادة عدد من يتحدث إليهم تدريجياً، كمواقف طرح الأسئلة والإجابة عليها، والتحدث في مقدمة الفصل.. الخ. ومن خلال تدريبات إعادة سرد القصص: وفيها يتم عرض القصص أمام الطفل، ثم يطلب من إعادة سرد القصص المصورة. وتضمن ذلك تقديم المعززات بأنواعها المختلفة كان له الفضل الأول في خفض حدة الصمت الاختياري وتحسين الكفاءة الاجتماعية. وبذلك تتفق عمومية نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها دراسات كل من: Watson et al., 1992; krysanski, 2003; Schwartz & Shipon-Blum, 2005; Moldan, 2005; Brian et al., 2006; Elizalde, 2007 Beare & Torgerson, 2008; Phei, 2010; Lang et al., 2011; Paasivirta, 2012; Hung et al., 2012;

Christon et al.,2012; Klein et al.,2013 إلى فعالية العلاج السلوكي في خفض حده الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال.

كما يتضح من جدول (٣)، (٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) والكفاءة الاجتماعية (كما يدركها الآباء والمعلمين) في القياسين البعدي والتتبعي. كما كان لفعالية البرنامج السلوكي في تحسين الكفاءة الاجتماعية وخفض حده الصمت الاختياري، فذوي مرتفعي الكفاءة الاجتماعية أكثر قدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وانفتاحاً مع الآخرين أكثر من الأفراد منخفضي الكفاءة الاجتماعية.

فتعد الكفاءة الاجتماعية مظلة لجميع المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الفرد لكن ينجح في حياته وعلاقاته الاجتماعية فالشخص ذو الكفاءة الاجتماعية ينجح في اختيار المهارات المناسبة لكل موقف، ويستخدمها بطرق تؤدي إلى نواتج إيجابية. (مصطفى، ٢٠٠٣، ص. ٢١٢).

كما أشارت العديد من الدراسات على وجود علاقة بين الصمت الاختياري وبين الكفاءة الاجتماعية (Cunningham et al.,2004; Christon et al.,2012; Cuningham et al.,2006; Klein et al.,2013; Young et al.,2012). فالصمت الاختياري يؤدي إلى عجز في التفاعل الاجتماعي (Krysanski,2003; Davidson, 2012; Klein et al.,2013; Heilman, 2006; Mitchell&Kratowchwill,2013; Shriver et al.,2011) والمهنية والتواصل الاجتماعي، واللغة الشفوية والصوتية والكتابة والكفاءة الاجتماعية (Farris,2005). فكلما خفض الصمت الاختياري زادت الكفاءة الاجتماعية والعكس صحيح.

كما كان لاستخدام التعزيز في اكتساب السلوكيات الإيجابية وأن تقديم التعزيز (الإيجابي، أو السلبي) عقب كل سلوك يصدر من الطفل له أثره الواضح في تحسين الكفاءة الاجتماعية وخفض الصمت الاختياري. فقد كشفت نتائج هذه الدراسة أن التعزيز له دور هام وفعال في خفض الصمت الاختياري وتحسن الكفاءة الاجتماعية فاستخدام التعزيز الإيجابي كان له تأثير في تثبيت وتكرار هذا السلوك لدى الأطفال.

ثالثاً: توصيات وبحوث مقترحة:**أ- توصيات البحث:**

- (١) إرشاد المعلمين وأولياء الأمور بكيفية تدريب الأطفال على خفض كيفية خفض الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية من خلال الدورات التدريبية والندوات الخاصة بذلك.
- (٢) تقديم أنشطة وبرامج جماعية مما يزيد من التواصل الاجتماعي، ويقلل من الصمت الاختياري التي تصدر منهم في الغرفة الصفية.
- (٣) تقديم المعززات المادية والمعنوية عن كل سلوك إيجابي يصدر من الطفل.
- (٤) التقارب بين المدرسة والأسرة حتى يتم تكرار وتنفيذ السلوكيات التي تم التدريب عليها في المدرسة في المواقف المختلفة.
- (٥) الاهتمام بدور أخصائي التخاطب بالمدرسة في تحسين تواصل الطفل مع الآخرين والذي بدوره يؤدي إلى الصمت الاختياري.
- (٦) الاستفادة التربوية من نتائج البحث الحالي في خفض الصمت الاختياري لدى الأطفال من خلال تحسين الكفاءة الاجتماعية في المواقف المختلفة.

ب- بحوث مقترحة:

- (١) فعالية التدريب باستخدام نمذجة الذات في الحد من الصمت الاختياري لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- (٢) فعالية التدريب باستخدام نمذجة الذات في الحد من الصمت الاختياري لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
- (٣) فعالية التدريب السلوكي في تعليم المهارات الحياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

المراجع

- إبراهيم، نجلاء محمد (٢٠٠٨). الذكاء الوجداني وعلاقته بمصدر الضبط لطفل الروضة، رسالة دكتوراه، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، مصر.
- أبورمان، فاطمة عبد المجيد (٢٠٠٨). أثر برنامج إرشادي مستند إلى نظرية الاختيار في الكفاءة الاجتماعية والكفاءة الذاتية المدرسة لدى الأحداث الجانحين في الأردن، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية، الأردن.
- أبو غالي، عطايف محمود. (٢٠١٤). فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى التلميذات المساء إليهم في مرحلة الطفولة المتأخرة، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١٥ (٣)، ٢٧٥-٢٩١.
- حبيب، مجدي (٢٠٠٣). اختبار الكفاءة الاجتماعية (ط٢). القاهرة: دار النهضة المصرية.
- حنورة: مصري عبد الحميد. (٢٠٠٣). مقياس بينيه العرب للذكاء. الطبعة الرابعة، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سليمان، فريال خليل، والأحمد، أمل (٢٠١١). بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال الرياض وعلاقتها بتقييم الوالدين، دراسة ميدانية لدى عينة من أطفال الرياض من عمر (٤-٥) سنوات في محافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق، ٢٧، ١٣-٥٦.
- السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩١). مقياس المهارات الاجتماعية - كراسة التعليمات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شوقي، طريف (٢٠٠٣). المهارات الاجتماعية الاتصالية. القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.
- طاهر، محمد عبد الكريم. (٢٠١٤). قياس الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي وغير المتحقين برياض الأطفال من وجهة نظر المعلمين والمعلمات، مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الإنسانية، ٨، (١٥)، ٣٢١-٣٦٨.
- عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد، سامية مختار (٢٠٠٣). فعالية برنامج تدريبي لمهارة الاستماع في بعض جوانب نمو طفل الروضة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

النجار، فريد (٢٠٠٣). المعجم الموسوعي لمصطلحات التربية. بيروت: مكتبة لبنان.
النفيعي، خالد سلطان (٢٠١٢). السلوك التوافقي للأطفال ذوى الصمت الاختياري-
بالصفوف الأولية واقرأنهم العاديين بمكة المكرمة: دراسة مقارنة، رسالة
ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.

Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H., Demirkaya, S., Karakoç,
Y Tülin & Vehid, H. (2013) Parental adjustment, parenting
attitudes and emotional and behavioral problems in children
with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*. Jan, 27
(1) , 9-15.

Amari A., Slifer K., Gerson A., Schenck E. & Kane, A. (1999).
Treating selective mutism in a paediatric rehabilitation patient
by altering environmental reinforcement contingencies
Pediatric Rehabilitation, *Pediatric Rehabilitation (Pediatr
Rehabil)* , Apr-Jun, 3 (2) , 59-64.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical
manual of mental disorders*, (4th ed.) Washington, DC:
American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical
manual of mental disorders*. (4th ed.) , Text Revision).
Washington, DC: Author.

Andersson, C.B., & Thomsen, P.H. (1998). Electively mute children;
An analysis of 37 Danish cases. *NordJ Psychiatry*, 52, (3)
, 231-238.

Anstendig, K. (1998). Selective mutism: A review of the treatment
literature by modality from 1980-1996. *Psychotherapy*, 35 (3)
, 381-391.

Beare, P., Torgerson, C & Creviston, Cindy. (2008) Increasing verbal
behavior of a student who is selectively mute. *Journal of
Emotional and Behavioral Disorders*, 16 (4) , 248-255.

- Beck, J.R., & Hubbard, M.G. (1987). Elective mutism in a missionary family: A case study. *Journal of Psychology and Theology*, 15, 291-299
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCrackem, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (8) , 938-946.
- Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. (2013) Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: *A randomized controlled pilot study*, 51 (10) , 680-705.
- Bergman, R., Keller, M., Piacentini, J., & Bergman, A. (2008). The development of psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 37 (2) , 456-464.
- Bergman, R., Keller, M., Wood, J., Piacentini, J., & McCracken, J. (2001). Selective mutism questionnaire (SMQ) : Development and findings. *Paper presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Conference, Honolulu, HI.
- Black, S., & Uhde, T. W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, (7) , 1000-1006.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (7) , 847-856.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the, Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 (6) ,1090-1094.

- Blum, N J., Kell, R S., Starr, H L., Lender, W L., Bradley-Klug, K L., et al. (1998). Case study: audio feedforward treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, (1) , 40-43.
- Brian ,F., Oliveros, A.& Ehrenreich, J. (2006). Assessment and Behavioral Treatment of Selective Mutism, *Clinical Case Studies*, 5, 5 , 382-402.
- Carbone, D., Schmidt, A., Cunningham, C., McHolm, E., Edison, S., Pierre, J.& Boyle, M. (2010). Behavioral and Socio-emotional Functioning in Children with Selective Mutism: A Comparison with Anxious and Typically Developing Children Across Multiple Informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Nov, 38 (8) , 1057-1067.
- Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M.B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46 (11) , 1464-1472.
- Chomsky, N. (1981) Principles and Parameters in Syntactic Theory in Hornstein and Lightfoot, *Explanation in Linguistics*, “the Logical Problem of Language Acquisition”. Longman: London
- Christon, L ., Robinson, E., Arnold, C., Lund, H ., Vrana, S ., et al. (2012). Modular Cognitive-Behavioral Treatment of an Adolescent Female With Selective Mutism and Social Phobia: A Case Study, *Clinical Case Studies*, 11 (6) , 474-491.
- Cohan ,S. (2007). Developing a sub typing system for selective mutism, *Do ,of Philosophy*, University of California, San diego.p ,91.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (11) , 1085-1097.

- Cunningham, C., McHolm, A.& Boyle, M. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (5) , 245-55.
- Cunningham, C., McHolm, A., Boyle, M& Patel, Sejal (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 8, 1363-1372.
- Davidson, M. (2012). Selective mutism: Exploring the knowledge and needs of teachers, *Psy. D, Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology*, p.126
- Diliberto, R. . (2014). Oppositional and anxiety behavior profiles in a clinical sample of youth with selective mutism, University of Nevada, Las Vegas, M.S. University of Nevada, Las Vegas. p153
- Dow, S., Barbara, B., Sonies, C., Scheib, D., & Moss, S. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,7, 836-846.
- Dow, S., Sonies, B., Scheib, D., Moss, S., & Leonard, H. (1999). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. In S. A. Spasaro & C. E. Shaefer (Eds.) *Refusal to speak: Treatment of selective mutism in children* ,.19-44). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Dummit, E., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. (1997). Systematic assessment of fifty children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,5, 653-660.

- Elizalde-Utnick, G. (2007). Young selectively mute English language learners: School- based intervention strategies. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 3, 141-161.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of SM in immigrant and native families: A controlled study, *Journal of Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42 (12), 5-59.
- Fabes, R., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., et al (1999). Regulation, emotionality, and preschoolers' socially competent peer interactions. *child development* , 70 (2) , 432-442.
- Farris, D. (2005). Multidisciplinary, multimodal treatment of selective mutism: A case study, University of Houston, ProQuest, UMI Dissertations Publishing..
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13,3,192-227.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Dow, S. P., & Leonard, H. L. (2004). Selective mutism. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed., 280-301,. New York: Guilford Press.
- Gamer, P., Jones, D.C., & Miner, J. (1994). Social competence among low-income preschoolers: Emotion socialization practices and social cognitive correlates. *Child Development*, 65(2), 622-637.
- Harwood, D.& Bork, P. (2011). Meeting educators where they are: Professional development to address selective mutism. *Canadian Journal of Education*, 34 (3) , 136-152.
- Heilman, K. (2006). Neurobiology of social behavior in individuals with selective mutism, degree of doctor of philosophy in

- psychology in the graduate college of the university of illinois at chicago.p,161.
- Hooper, S., & Linz, T. (1992). Child psychopathology: diagnostic criteria and clinical assessment (pp. 409-459). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Hung, S., Spencer, M & Dronamraju, R. (2012). Selective mutism: Practice and intervention strategies for children, *Children & Schools, 34 ,4 ,222-230*.
- Jackson, M., Allen, R., Boothe, A., Nava, M., & Coates, A. (2005). Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies, 4,(1)*, 81-112.
- Jacob, M., Suveg, C., & Shaffer, A. (2013). Developmentally sensitive behavioral treatment of a 4-year-old, korean girl with selective mutism, *Anne Clinical Case Studies, 12 (5)*, 335-347.
- Justin, A. B. (2015). Fluoxetine for the treatment of selective mutism with elevated social anxiety symptoms: A nonconcurrent multiple baseline design across five cases, *Ph.D. School Psychology, Michigan State University*.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L. & Shipon, B. (2013). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: Using parents as test presenters, *Communication Disorders Quarterly, 34 (3)*, 184-195.
- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22 (3)*, 219-232.
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10 (2)*, 135-142.

- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *Journal of Psychology: Interdisciplinary & Applied*, 137 (1), 29-40.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*, 16 (3),175-180.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, R., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7 (1), 24-29.
- Ladd, G. (1999).Peer relationships and social competence during early and middle childhood. *Annual Review of Psychology*. Annual 50 (1),331-353
- Lang, R., Register, A., Mulloy, A., Rispoli, M& Botout, A. (2011). Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings, *Journal of Applied Behavior Analysis*,44, 3, 623-628.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Charactering selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 18, (3) , 153-161.
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, J., Minde, K., McInnes, A.& Clark, S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 46 (9) , 1187-1195.
- McInnes A., Fung D.,Manassis K., Fiksenbaum, L.& Tannock R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: an exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13 (4) , 304-315.
- Michellee. z. (2009).Parent-child synchrony and children's social competence in early childhood degree of, *Master of Science*, University of California, p.65.

- Mitchell, A. & Kratochwill, T. (2013). Treatment of selective mutism: applications in the clinic and school through conjoint consultation, *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 23 (1), 30-36.
- Moldan, M. (2005) Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal*, 33 (3), 291-307.
- Monahan, K. (2008). The development of social competence from early childhood through middle adolescence: Continuity and accentuation of individual differences over time, Degree Doctor of philosophy, Temple University.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2000). Speech and language: Developmental milestones. (Nlli Publication No. 00-4781). Retrieved March 6, 2005 from NIDCD website:
- Newberry ,P. D. (2011). Efficacy of video modeling for treatment of selective mutism in children, University of South Carolina, ProQuest, UMI Dissertations Publishing,. 1498179.
- Nowakowski, M., Cunningham, C., McHolm, A., Evans, M. , Edison, S., et al. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism, *Infant and Child Development*, 18, (3) , 271-290.
- Nunez, A. I. (2011). Development and validation of the children's social competence scale, *Degree Doctor of Philosophy*, The Faculty of Morgridge College of Education University of Denver..
- Oerbeck, B. , Johansen, J., Lundahl, K. & Kristensen, H. (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3–5 Years: A pilot study, *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 17 (3) , 370-383.

- Omdal, H& Galloway, D. (2008). Could selective mutism be re-conceptualised as a specific phobia of expressive speech? an exploratory post-hoc study. *Child & Adolescent Mental Health, 13* (2) ,74-81
- Ooi, Y., Raja, M., Sung, S., Fung, D., Koh, J., et al. (2012) Application of a web-based cognitive-behavioural therapy programme for the treatment of selective mutism in Singapore: a case series study. *Singapore medical journal, 53* (7), 446-450.
- Oon, P. P. (2010) Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism, *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15* (2) , 215-230.
- Ortega, M. L. (2010). The generalization of verbal speech across multiple settings for children with selective mutism: A multiple-baseline design pilot study, Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology, ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Owen, M. (2008). Communication through story: Story-making with a child diagnosed with selective mutism. Concordia University (Canada) , ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Paasivirta, M. (2012). Effects of a brief behavioral training program for teachers of children with selective mutism, Hofstra University, ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Pecukonis, E. & Pecukonis, M. (1991). An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 22* (1), 9-21.
- Phei ,O.P. (2010) Playing with gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15* (2) , 215-230.

- Rydell, A. M., Hagekull, B., & Bohlin, G. (1997). Measurement of two social competence aspects in childhood. *Developmental Psychology*, 33 (5) , 824-833.
- Sanetti, L. M., Hagermoser., Luiselli, J, K. (2009). Evidence-based practices for selective mutism: Implementation by a school team. *Research In Practice*, 3, (1) ,27-42.
- Schvarztman, P., Homshtein, 1., Klein, E., Yechezkel, A., Ziv, M., & Herman, J. (1990). Elective mutism in family practice. *The Journal of Family Practice*, 31, 319-320.
- Schwartz, R. H. & Shipon-Blum, E. (2005). "Shy" child? Don't overlook selective mutism. *Contemporary Pediatrics*, 22 (7) , 30-36.
- Sharkey, L., Nicholas, F., Edwina B., Begley, M., Sinead A., et al. (2008). Group therapy for selective mutism - a parents' and children's treatment group, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39, (4) , 538-545.
- Shriver, M., Segool, N. & Gortmaker, V. (2011). Behavior observations for linking assessment to treatment for selective mutism, *Education & Treatment of Children*, 34, (3) , 389-410.
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimbock, K., & Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47 (7) , 751-756.
- Steinliausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (5) , 606-614.
- Tatem, D., & DelCampo, R. (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy*, 17 (2) , 177- 194.
- Thomas, K, Madaus, M., Baratta, V., & Bray, M. (1998). Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism. *Journal of School Psychology*, 36 (3), 247-260.

- Thomas, M. & Metz, W. (2004). Promoting child social-emotional growth in primary care settings: Using a developmental approach, *Clinical Pediatrics*. 43 (2) , 119
- Vecchio, J. (2003) Selective mutism: Unwilling to speak or scared silent?. *Master of Arts*, Graduate College University of Nevada, Las Vegas.
- Wang, S. (1998). Child social competence: Relations with parent social cognitive skills, parent advice-giving, and child social cognitive skills, *degree of Doctor of Philosophy in Psychology*, 296.
- Watson, S. & Kramer, J. (1992). Multimethod behavioral treatment of long-term selective mutism, *Psychology in the Schools*, 29 (4) , 359-366.
- Yanof, J. (1996). Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: The medium is the message ,National Library of Medicine. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, (1) , 79-100.
- Yehaneh, R., Beidel, D., Turner, S., Pina, A., & Silverman, W. (2003). Clinical distinctions between SM and social phobia; An investigation of childhood psychopathology. *Journal of Am Acad Child Adolesc Psychiatry* /, 42 (9) , 1069-1075.
- Young, B. J., Bunnell, B. E. & Beidel, D.C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psycho physiological *Arousal, Behavior Modification*, 36, (4) , 525-544.