العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري لدى الأطفال وبرنامج مقترح لمواجهتها من منظور طريقة خدمة الفرد

إعـــداد
دكتــور / مسعد إبراهيم الدسوقي علي يوسف
مدرس خدمة الفرد
المعهد العالي للخدمــة الإجتمـاعيــة بكفر صقر
بالشرقية

2019م

ملخص البحث :

استهدفت الدراسة تحديد العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية والتوصل لبرنامج مقترح لمواجهتها والتخفيف من حدتها من منظور طريقة خدمة الفرد, اعتمدت الدراسة على نظرية الأنساق العامة كموجه نظري للدراسة لتفسير وتحليل العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ، وقد تحددت مفاهيم الدراسة في ثلاثة مفاهيم (مفهوم العوامل المرتبطة ، مفهوم المشكلة ، مفهوم الصمت الاختياري,),

تنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية, بالاعتماد على منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة العمدية للأطفال ذوي الصمت الاختياري بمدارس المرحلة الإبتدائية بإدارة شربين التعليمية بمحافظة الدقهلية ، تحدد حجم العينة (32) طفل ، بتطبيق إستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري (من إعداد الباحث) ، وقد توصلت الدراسة إلى تحديد العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري والتب تمثلت في (العوامل النفسية ، العوامل الأسرية ، العوامل المدرسية) ، وعدم وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على إستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري ، ووضع برنامج مقترح لمواجهتها من منظور طريقة خدمة الفرد بالإعتماد على نموذج إنتقائي قائم على إستخدام أساليب علاجية مستمدة من أربعة نماذج علاجية هي (نموذج العلاج المعرفي السلوكي ، نموذج التركيز على المهام ، العلاج الأسري ، العلاج القصصي)

الكلمات المفتاحية : العوامل المرتبطة ، المشكلة ، الصمت الإختياري ، العوامل النفسية ، العوامل الأسرية ، العوامل المدرسية.

Abstract :

The study aimed to identify the : related factors with the problem of selective mutism among children in the primary stage, and to arrive at a suggested to confront and reduce it from the perspective of the social casework method.

The study relied on the theory of general systems as a theoretical guide for the study to explain and analyze the f related factors with the problem of selective mutism among children in the primary stage. The study concepts were idefined in three concepts (the concept of related factors, the concept of the problem, the concept of selective mutism),

This study belongs to the type of descriptive-analytical studies, based on the social survey method by means of a deliberate sampling of children with selective mutism in primary schools in the Sherbeen Educational Administration in Dakahlia Governorate.

The study reached to identify the related factors with the problem of selective mutism and repentance represented in (psychological factors, family factors, school factors) , and the absence of statistically significant differences between males and females on the forms of related factors with the problem of selective mutism, and the development of a suggested program to confront it from the perspective of the social casework method based on a eclectic model based on the use of treatment techniques derived from four treatment models (the cognitive-behavioral therapy model, the task centered model, family therapy, narrative therapy)

Key words : related factors, problem, selective mutism, psychological factors, family factors, school factors..

المبحث الأول : مشكلة الدراسة وأهميتها

أولاً : مشكلة الدراسة :

الأطفال هم مصدر الثروة في المجتمع علي المدى البعيد وهم الذين سيتحملون عبء المسئولية في المستقبل، وبذلك يصبح الاهتمام برعاية الطفولة هدفاً من أهم الأهداف التي تسعي إليها كافة المجتمعات فالتنمية في حقيقتها عملية حضارية لكونها بناء للإنسان وتحرير له وتطوير لكفاءاته وإطلاق لقدراته، كما أنها اكتشاف لموارد المجتمع وتنميتها وحسن إستثماره.**(علي ، 2011 : ص112)**.

حيث تعتبر مرحله الطفولة هي الأساس في بناء الإنسان والنمو عبر مراحل حياته وتشكل الشخصية فيها وبذرتها الأولى فإن توفرت لها الظروف المواتية للنماء والازدهار أنبتت شخصية قوية البنيان عميقة الجذور وعند تناول أية مشكلة من مشكلات الطفولة ينبغي النظر إليها من زاويتين الأولى هي: البحث عن الدوافع والمسببات التي أدت إلى هذه المشكلة, والثانية هي: طرق ووسائل العلاج التي يمكن اتباعها والأخذ بها للتغلب على مسببات المشكلة والعوامل المؤدية إليها وإزاء ذلك ينبغي مراعاة أن لكل طفل طبيعته وظروفه الفردية التي تجعله مختلفاً عن غيره من الأطفال وأن له ظروفاً وأحوالاً أسرية واجتماعية وبيئية تجعله أيضاً مميزاً عن غيره.**(بدوي ، 2012 : ص5)**.

وتنتشر في العالم نسبة عالية من الأطفال حيث أشارت الاحصائيات التي قامت بها منظمة اليونيسيف عن وضع الأطفال في العالم عام 2017 حيث أشارت إلى أن مجموع سكان العالم عام 2017 حوالي(7.427.263.000) نسمة وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حوالي(435.314.000) نسمة بينما عدد الاطفال على مستوى العالم بين من هم دون سن الخمس سنوات (674.143.000) طفلاً و18 سنة يبلغ عددهم حوالي (2.295.160) طفلاً وفي منطقه الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حوالي (49.143.000) طفلاً دون سن الخمس سنوات و(152.698.000) طفلاً دون سن 18 سنة أي أن نسبة الأطفال في العالم (40 %) وتبلغ نسبتهم في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حوالي (40.46 %) من إجمالي السكان, بينما بلغت نسبة الأطفال في مصر لمن هم دون سن 18 سنة (36.997 %) من اجمالي عدد السكان.**(اليونيسيف, 2017, ص177)**.

حيث أكدت **دراسة (شعبان : 2010)** على أهمية مرحلة الطفولة في بناء شخصية الطفل، فإذا ما اعترى تربية الطفل أي خلل فان ذلك سيؤدي إلى نتائج غير مرضية تنعكس سلباً على الفرد والمجتمع معاً.

وتشكل الأسرة كنسق اجتماعي شبكة من العلاقات والتفاعلات داخل هذا النسق والتي توجد بها العديد من الأدوار والقواعد التي تحكم في هذا التفاعل من خلال أنماط معينة من الاتصالات بالإضافة إلى الطرق المختلفة التي يستخدمها هذا النسق في حل مشاكله بصوره تجعل كل الأطراف في هذا النسق يؤدوا أدوارهم كما يجب بفاعلية, فعلى الرغم من أهمية الاستقرار الأسري في البيئة الأسرية على حياه الأفراد فمن خلاله يتحقق التوافق النفسي والاجتماعي إلا أن الحياه الأسرية لا تسير في حالة استقرار دائم وتعارضها العديد من المشكلات التي تسهم في عدم قدرة الأسرة على القيام بوظائفها المختلفة وبالتالي يؤثر على كافه الأنساق بها, وقد يؤدي تؤدي هذه المشكلات إلى آثار مدمرة على الزوجين والأبناء.**(القرني ، 2018 : ص10)**.

وتعتبر الأسرة نسق اجتماعي رئيسي فهي مصدر الأخلاق والدعامة الأولى لضبط السلوك والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أول دروس الحياة الاجتماعية وبالرغم من صغر حجمها إلا أنها تعتبر من أقوى أنساق المجتمع فعن طريقها يكتسب الإنسان إنسانيته وفيها يتحول المولود من كائن بيولوجي إلى مخلوق اجتماعي يعيش في انسجام مع الآخرين وفقاً للقيم والمعايير في المجتمع.**(جبل ، 2012 : ص15)**.

حيث تكسب الأسرة الطفل القيم والاتجاهات والعادات والتقاليد والمعايير السلوكية المقبولة اجتماعياً وأخلاقياً ودينياً كما تعلمه المهارات السلوكية والاجتماعية والمعرفية بالإضافة إلى اكتساب المهارات الاجتماعية وكيفية التعامل مع الآخرين.**(مليجي ، 2003 : ص ص30-31)**.

ويشير الباحثون إلى أهمية وجود الطفل في بيت أسرى حتى إن كان غير مناسب, فهو أفضل من وجوده في مؤسسة أخرى, فقد تتصف رعاية الطفل فيها بالرتابة والافتقاد إلى العلاقات التي يوفرها جو الأسرة فالمؤسسات لا يمكنها تزويده بالإشباع العاطفي الكافي وتنمية الحس المناسب.**(زهران وآخرون، 2003 : ص38)**.

حيث أكدت **دراسة (محمد : 2002)** أن هناك العديد من الصعوبات والمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الأبناء داخل النسق الأسري, ولعل أهم مظاهر افتقاد الأسرة لوجهة الضبط السفر الدوري للعمل لراعى الأسرة وغيابه لفترات طويلة, السفر للعمل خارج الوطن, الانشغال الدائم للوالدين في مهام العمل ومسئولياته فيكون تواجدهما تواجداً شكلياً يفتقد الفاعلية والوجود الأدائي, مرض رب الأسرة وانشغال الآخرين بتمريضه, افتقاد قيادات الأسرة فاعلية عمليات الضبط الاجتماعي – كثرة المشاغبات والنزاعات الأسرية – الوفاة أو الموت المفاجئ لراعى الأسرة وقائدها.

وهذه الصعوبات والظروف الاجتماعية أو الاقتصادية أو النفسية أحياناً ما تحول دون توفر البيئة الطبيعية لهؤلاء الأبناء وبذلك يحدث الحرمان الذى قد يكون حرماناً بسبب الوفاة أو الطلاق أو الهجر أو العمل بالخارج, حيث قد يتعرض الفرد إلى ظروف اجتماعية خارجة عن إرادته متمثلة في انفصال الأبوين أو فقدهما أو فقدان أحدهما بما يؤثر على بناء شخصيته بشكل إيجابي وعدم إشباع احتياجاته المختلفة وتعرضه للعديد من المشكلات التي تبدو جلية في السلوكيات الصادرة عنه وسوء علاقته بالبيئة المحيطة به بما يدفعه للبحث الدائم لتعويض ذلك بشتى الصور **(سليمان ، 2005 : ص28)**.

حيث توصلت **دراسة (القديري : 2006)** إلى أن التنشئة الأسرية السلبية وعدم إشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية عند الأبناء يؤدى إلى انحراف الأبناء.

حيث توصلت دراسة **بيورجست وآخرون (Burgest.et.al : 2003)** أن هناك علاقة قوية بين الإهمال والانتهاك النفسي للأطفال.

ويمكن أن يتعرض الطفل داخل الأسرة لأشكال عديدة من القسوة وسوء المعاملة ومنها الإهمال، الاعتداء البدني والجنسي، سوء المعاملة النفسية.**(محمد ، 2001 : ص95)**

كما أن هناك آثار ونتائج سلبية لإساءة معاملة الأطفال وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات ومنها **دراسة (علي : 2016)** والتي أشارت إلى تأثير الإساءة على ما يعانى منه الطفل من مشكلات نفسية **ودراسة (إسماعيل : 2000)** عن إساءة معاملة الأطفال تبين من نتائجها أن نسبة 60 % من الأطفال يتعرضون لمعاملة قاسية من والديهم أو القائمين على رعايتهم , وأن

نسبة 95 % منهم لا يوجد اهتمام من قبل والديهم, وأن نسبة 72.5 % يتعرضون للسخرية من قبل والديهم, وأن نسبة 97.5 % يتعرضون للضرب.

والمهم في الأمر أن الطفل الذى يمارس عليه مثل هذا الاستغلال – وأحياناً كثيرة بأساليب عنيفة – يتبلد الحس لديه, ويصبح قليل التأثر بالأحداث التي يعيشها, كما يتولد لديه الإحساس بالدونية الذى يترسخ فيه شيئاً فشيئاً ويصبح منفصلاً في شخصيته وسلوكه.**(شكور، 2007 : ص110)**.

وهذا ما أشارت إليه **دراسة كامبي وكامب (Kempe R.S & Kempe C. H. : 2010)** من أن هناك آثاراً نفسية تترتب على إساءة المعاملة تتمثل في نقص القابلية للإستمتاع بالحياة ، والتبول اللاإرادي وعدم الإستقرار وثورات الغضب ، وإنخفاض تقدير الذات، التأخر الدراسي ، والإنسحاب والعناد والتمرد ، وزيادة الشك والريبة.

كما حددت **بروكمان (Brockman : 2012)** الآثار السلوكية والنفسية والشخصية والإجتماعية المترتبة على إساءة معاملة الأطفال في التالي : إنخفاض تقدير الذات ، السلوك المعارض والمضاد ، نقص الدافعية ، الخوف ، الصعوبة في إتخاذ القرار ، عدم القدرة على الاستمتاع بالحياة ، مشكلات مدرسية متعلقة بالتحصيل الدراسي ، الإكتئاب ، عدم القدرة على فهم العلاقات الشخصية المتبادلة.

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو؛ فهي مرحلة البناء الفعلي للشخصية ، ففيها يقل إعتماد الطفل على الكبار ويزداد إعتماده على نفسه ، ويتم فيها الإنتقال من بيئة المنزل إلى بيئة الحضانة والمدرسة ، حيث يبدأ في التفاعل مع البيئة الخارجية المحيطة به.**(عبد الرحمن ، 1998: ص 687)**.

ويتسم النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة باتساع عالم الطفل وزيادة وعيه بالأشخاص والأشياء، ويزداد إندماجه في كثير من الأنشطة فهو يتعلم الجديد والمتنوع من الكلمات والمفاهيم والأفكار، ويمر بخبرات جديدة من العالمين الفيزيائي والإجتماعي.**(محمد، سامية مختار 2003 ، ص 78) ؛ (Thomas, & Metz, 2004)**.

غير أن قسماً من الأطفال يواجهون صعوبات ومشكلات تسبب لهم اضطرابات نفسية تؤثر تأثيرا خطيرا على مستقبلهم وحياتهم ، وتمنعهم من التواصل مع الآخرين والعيش بطريقة طبيعية ومن أبرز هذه المشكلات مشكلة "الصمت الاختياري

فقد يتعرض الطفل في هذه المرحلة إلى مشكلات إجتماعية وإنفعالية لقلة خبرته في الحياة ، لذا يحتاج إلى من يوجهه ويرشده إلى السلوكيات الصحيحة في كل تصرفاته ، وانفعالاته ، وحركاته ، ومن المشكلات التي يتعرض لها الطفل مشكلة الصمت الاختياري حيث أن لها تأثيراً بالغاً في نمو الطفل ، ومن هنا تأتى أهمية معرفة المتغيرات الخاصة بالطفل الذي يعاني من هذه المشكلة ومساعدته في التخلص من هذه الحالة لأنها تتطلب الكثير من الوعي والمعرفة ، وكلما إكتشفناها مبكراً كلما أمكن النجاة بالطفل من هذه المشكلة.

فالصمت الاختياري هو حالة تصف سلوك الأطفال القادرين على الكلام ، ولكنهم يتحولون إلى الصمت مع أناس معينين أو في مواقف معينة وأماكن معينة ، ويكون اختيار الصمت كنتيجة لصدمة مخيفة أو للفت الانتباه أي فشل الطفل في التحدث في بعض المواقف وليس جميعها ، فقد يتحدث في مواقف معينة عندما يكون في البيت أو مع الوالدين, إلا أنه بفشل في التحدث في المدرسة أو الأماكن الخارجية, ويرتبط مع هذه الحالة الخجل الشديد والإنسحاب والإعتماد على الوالدين.**(الخطيب ، 2006 : ص44)**.

كما يعد من الإضطرابات السلوكية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية والتكيف مع المحيط الذي يعيش فيه حيث يرفض الحديث مع أي شخص خارج نطاق الأسرة, بل أنه يتجنب الحديث مع بعض الأفراد داخل الأسرة ذاتها ، وأقرانه ويميل إلى العزلة والإنطواء داخل المجتمع المدرسي ، ويصيب الإضطراب نحو 2 % من الأطفال والمراهقين أحياناً, كما يشيع بين الإناث بصورة أكبر من الذكور (1 : 1.5) وغالباً ما يحدث ذلك الاضطراب قبل عمر الخامسة وعند الالتحاق بالمدرسة, إلا أنه غالباً ما يتم تشخيص الحالات من السابعة إلى الثامنة ، وبذلك قد يستمر الطفل يعاني من الاضطراب لمراحل لاحقة إذا تأخر التشخيص والعلاج **(Kearney, 2010 : p.11)**.

ويؤكد **شيبون (Shipon , 2007 : p.887)** أن نحو 70 % من حالات الأطفال المتباكمون يتعرضون لإساءة التشخيص من جانب القائمين على رعاية الطفل, ومن ثم يلزم توعيتهم بذلك الاضطراب من حيث علاماته وأسبابه, وكذلك الإجراءات العلاجية المناسبة للطفل المتباكم.

ويتصف ذلك الاضطراب بالفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية معينة متوقع فيها من الطفل أن يتحدث ، على الرغم من أنه يتحدث في مواقف أخرى, وتكون هذه المواقف في الأغلب داخل المدرسة **(Roslin, Brittany.D : 2013)** حيث لوحظ أن معظم الحالات يبدأ معها ظهور هذا الطفل عندما يدخل الطفل المدرسة للمرة الأولى **(Ellis : 2015)** ، كما أشار إلى أنه كلما استمر الاضطراب مدة أطول زادت صعوبة علاجه ، كما أكدت دراسة **ديلون وجاكلين (Dillion, Jacalyn R. : 2016)**إلى أنه غالباً ما يتم تشخيص اضطراب الصمت الاختياري بعد سنة إلى ثلاث سنوات من ظهوره لدى الأطفال, حيث يظل الوقت المستغرق بين العرض والعلاج مرتفعاً بوضوح ، كما أنه لا يوجد داخل المدارس فهم جيد لهذا الاضطراب أو معرفة بدور الأخصائي داخل المدرسة.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن إضطراب الصمت الإختياري يحدث في مرحلة الطفولة مثل **دراسة (النفيعي ، خالد سلطان : 2012) ، ودراسة (كامل ، أنطون جابي : 2013)** ، وأشارت إلى أن الصمت الإختياري من الإضطرابات الغامضة التي تتداخل مع مشكلات أخرى لدى الأطفال كالقلق والخوف والإكتئاب.

كما أسفرت نتائج **دراسة (المالكي ، موزة : 1996)** عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال العاديين والأطفال الذين يعانون من الصمت الإختياري في التفكير الإبتكاري ومكوناته : الطلاقة ، والمرونة ، والأصالة ، لصالح الأطفال العاديين.

كما أكدت دراسة **كل من هوين وبيبهن (Hoyne,Bebhin : 2014)** على أن اضطراب الصمت الاختياري ليس له تأثير ملحوظ على الطفل الصامت اختيارياً فقط ، ولكن يمتد تأثيره على الأفراد المحيطين به ، حيث يصف المحيطون الطفل الصامت اختيارياً بأنه طفل خجول, أو منطوٍ, أو عنيد, وهذه المفاهيم الخاطئة قد تؤدي إلى طرق غير ملائمة كما تسهم في تقليل فرص العلاج.

فضلا عن ما يتركه من آثار سلبية على شخصيته ، لاسيما لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، حيث يؤدي الصمت الاختياري إلى شعور الطفل بالاكتئاب ، وتدنى مفهوم الذات، والخجل، والقلق، والخوف ، وتقلب المزاج.**(Dow et al., 1995 ; Vocchio, 2003).**

الأمر الذي يفقده الثقة في نفسه ، ويدفعه للانزواء عن الآخرين ، وتجنب المشاركات الصفية ، وعدم القدرة على التوافق ، وتدنى التحصيل الأكاديمي ، ونقص المهارات الاجتماعية.**(Cohan, 2007; Davidson, 2012).**

وهناك حالة من الجدل والإختلاف بين الباحثين على إستخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذا الإضطراب فالبعض يطلق عليه الصمت الإنتقائي ، في حين يطلق عليه البعض الآخر البكم الإختياري ، كما يطلق عليه آخرين الخرس الإنتقائي أو الإختياري ويشير به إلى حالة رفض الكلام ، في حين يطلق عليه البعض الآخر البكم أو الخرس الإختياري ، وآخر يطلق عليه الحُبسة الكلامية المتعمدة ، وأخيراً يطلق عليه آخرين مصطلح التباكم.**(سليمان ، 2002 : ص ص33-34).**

وفيما يتعلق بالدراسات التي تناولت الصمت الإختياري فقد وجد الباحث ما يلي :

أ) دراسات تناولت العلاقة بين الصمت الإختياري ومتغيرات أخرى :

حيث توصلت **دراسة (غزال : 1993)** إلى وجود علاقة بين الصمت الاختياري والإضطراب الأسري لدى بعض الأطفال العاديين والمعاقين ذهنياً ، حيث وجد أن (11) حالة من (21) حالة تعيش في جو أسري مضطرب ، بينما وجد الباحث أيضاً في الأطفال المعاقين ذهنياً أن (17) حالة من (22) حالة من الأطفال الصامتين يعيشون في جو أسري مضطرب.

بينما استهدفت **دراسة (الذهبي : 2017)** بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية في محافظة بغداد بجانبيها الكرخ و الرصافة من وجهة نظر معلميهم ، وأجري التحليل الإحصائي للفقرات وتم استخراج الخصائص السيكومترية من الصدق الظاهري والثبات بطريقة ألفا كرونباخ وكانت قيمة معامل الثبات للاختبار (0.96) وبعد إجراء التحليل الإحصائي للمقياس قامت الباحثة بحذف الفقرات الغير مميزة والغير دالة إحصائياً، حيث حذفت (12) فقرة

من المقياس البالغ (48) فقرة واستبقت الفقرات المميزة والدالة إحصائيا ليصبح مقياس الصمت الاختياري بصورته النهائية والمتكون من (36) فقرة.

كما توصلت **دراسة (عمار: 2019)** إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصمت الاختياري والحرمان العاطفي لدى طلاب المرحلة الاعدادية وعدم وجود فروق بين الذكور والاناث في درجة الصمت الاختياري كما أسفرت نتائج الدراسة الاكلينيكية عن عدد من العوامل الأسرية المسببة لارتفاع درجة الصمت الاختياري وتوهم المرض لدى عينة البحث.

ب) بينما بذلت جهود بحثية أخرى للتعامل مع مشكلة الصمت الإختياري سواء بإقتراح نماذج ومداخل علاجية أو بالتدخل المباشر مع هذا السلوك السلبي :

حيث توصلت **دراسة (محمد ، ناهد : 2013)** إلى تصور مقترح من منظور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة إضطراب الصمت الإختياري لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية بأسوان.

في حين إستهدفت **دراسة شريفر وآخرون (Shriver, et.al : 2011)** التعرف على مدى فعالية التدخل السلوكي التكاملي لعلاج عينة من الأطفال من يعانون من التباكم قوامها (21) طفلاً ينتمون للفئات العمرية (٤ : ٨) سنوات واعتمدت الدراسة على ملاحظات الآباء وتقارير المعلمين في تشخيص الحالات وأكدت الدراسة على فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي التكاملي في تحسن حالات الحديث الوظيفي لدى الأطفال وبلغت نسبة التحسن 75 % وتخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الاطفال واستمر التحسن بانتهاء ثلاثة أشهر من المتابعة.

كما توصلت **دراسة (حمودة ، فريال فوزي : 2015)** إلى فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باللغب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي إضطراب الصمت الإختياري.

بينما استهدفت **دراسة (النجار : 2015)** التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة بعض الأعراض المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري لطفلة بالمرحلة الابتدائية عمرها 8 سنوات وإكساب الطفلة المهارات اللازمة للتعامل مع المواقف الحياتية المختلفة وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة الأعراض المصاحبة لاضطراب الصمت الاختياري لدى الطفلة وقدرتها على التفاعل الايجابي مع الأقران والبيئة الاجتماعية خارج المنزل.

في حين استهدفت **دراسة (العزاليد : 2015)** الكشف عن فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمت الاختياري (كما يدركه الآباء والمعلمين) في القياسين القبلي والبعدي عند 0.01. في حين توصلت نتائج **دراسة (شعراوي ، إيمان محمد : 2016)** إلى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة إضطراب الصمت الإختياري لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإبتدائية.

كما استهدفت **دراسة(عبد اللطيف : 2018)** التعرف على فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينه من الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً داخل المدارس وقد تم استخدام بعض الفنيات المعرفية السلوكية وبعض الفنيات السلوكية ، وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في خفض درجة إضطراب الصمت الإختياري وتحسين التفاعل الإجتماعي لدى أطفال العينة التجريبية واستمرت فعالية البرنامج بعد توقفه بشهرين في خفض حدة إضطراب الصمت الإختياري داخل المدرسة وتحسين درجة التفاعل الإجتماعي.

ومن تحليل هذه الدراسات ونتائجها تبين للباحث ما يلي :

– هناك دراسات أكدت على إرتباط الصمت الإختباري بمتغيرات أخرى مثل : **دراسة (غزال : 1993)** التي توصلت إلى وجود علاقة بين الصمت الاختياري والإضطراب الأسري ، و**دراسة (عمار: 2019)** التي توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الصمت الإختياري والحرمان العاطفي لدى طلاب المرحلة الإعدادية.

– وهناك دراسات إقترحت أو إستخدمت مداخل ونماذج علاجية للحد من الصمت الإختياري مثل :

دراسة (محمد ، ناهد سعد : 2013) التي توصلت إلى تصور مقترح من منظور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة إضطراب الصمت الإختياري ، و**دراسة شريفر وآخرون (Shriver, et.al : 2013)** التي أثبتت فعالية التدخل السلوكي التكاملي لعلاج عينة من الأطفال من يعانون من التباكم ، و**دراسة (حمودة ، فريال فوزي : 2015)** التي أثبتت فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باللعب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي إضطراب الصمت الإختياري ، و**دراسة (النجار : 2015)** التي إقترحت برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة بعض الأعراض المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري ، و**دراسة (العزاليد : 2015)** التي أثبتت فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري

وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، كما توصلت **دراسة (شعراوي ، إيمان محمد : 2016)** إلى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة إضطراب الصمت الإختياري لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإبتدائية ، و**دراسة (عبد اللطيف : 2018)** التي أثبتت فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينه من الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً داخل المدارس.

– ندرة الدراسات (في حدود علم الباحث) سواء من منظور الخدمة الإجتماعية عامة أو من منظور طريقة خدمة الفرد خاصة التي إهتمت بدراسة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري.

والخدمة الإجتماعية كمهنة إنسانية تستهدف التغلب على العزلة الاجتماعية نتيجة صعوبة التفاعل الإجتماعي مع المحيطين به التي يشعر بها الطفل وتوفير الخدمات والموارد والدعم المستمر على مستوى الوحدات الصغرى (الأطفال وأسرهم) وعلى مستوى الوحدات الكبرى (المدرسة والمجتمع المحيط والمؤسسات التي تقوم على رعايتهم وبما يتضمنه ذلك من تخطيط برامج الرعاية لهم والمساهمة في وضع سياسة إجتماعية لهم **(حلاوة ، 2011 : ص77)**.

ونظراً لإهتمام الخدمة الإجتماعية عامةً وخدمة الفرد خاصةً بالأسرة بإعتبارها نواة المجتمع ووحدته الأساسية لاسيما أي جهد يبذل لحماية هذه الوحدة ينعكس أثره على أفرادها في حياتهم الأسرية.**(الصديقي وآخرون ، 2014 : ص195)**.

وخدمة الفرد هي طريقة مهنة الخدمة الاجتماعية التي تسعى لمساعدة الأفراد سيئ التكيف الذين يقعون في مجالها لإستغلال الطاقة الشخصية والبيئية في تصحيح تكيفهم.**(جبل ، 2018 : ص85)**.

وعلى هذا فيمكن لخدمة الفرد كطريقة مهنية وكعلم تطبيقي أن تلعب دوراً رئيسياً في مواجهة تلك المشكلات ، ومساعدة هؤلاء الأطفال على التخلص من العوامل والأسباب التي أدت بهم إلى الصمت الإختياري,

كما أن خدمة الفرد كطريقة مهنية من طرق الخدمة الإجتماعية تمتلك العديد من المداخل والنظريات والنماذج سواء كانت نظريات ونماذج تستخدم للتفسير والتحليل لمشكلات أنساق

العملاء (الأفراد والأسر) ، أو نظريات ونماذج تستخدم للتدخل المهني وإحداث تغيير مع أنساق العملاء (الأفراد والأسر).

ويرى الباحث أن نظرية الأنساق العامة يمكن أن تستخدم في تفسير مشكلة الدراسة الحالية (الصمت الإختياري) والعوامل المرتبطة بها.

ويعتبر أول من وضع أصول نظرية الأنساق في الإربعينات من القرن الماضي هو عالم بيولوجي إسمه لدوج فون برتالانفي (**Ludwig Von Bertalanffy – 1901-1972**) حيث تمثل هذه النظرية محاولة لبناء نموذج نظري شامل يضم كل الأنساق الحية All Living Systems ويكون قابلاً للتطبيق في كل العلوم السلوكية ، وقد كان الإسهام الرئيسي لبرتالانفي هو وضع إطار Framework يمكن من خلاله النظر لظواهر تبدو للوهلة الأولى بلا علاقة تربط بينها ثم لندرك بعد ذلك أنها معاً تمثل مكونات مترابطة لنسق أكبر.**(النوحي ، 2002 : ص41)**.

حيث تعتبر **نظرية الأنساق العامة** أولى النظريات التي ساعدت في توضيح العلاقة الوظيفية بين مكونات جسم الأنسان الذى ينظر على أنه نسق بيولوجي أكبر يتضمن العديد من الأنساق الصغرى مثل الجهاز العصبي....إلخ, وعندما يفشل أحد هذه الأجهزة في أداء وظيفته يؤثر سلبياً على أداء باقي الأجهزة، وهذا ما يفسر العلاقات بين هذه الأجهزة كأنساق فرعية وتأثيرها على أداء جسم الإنسان ككل.**(سليمان وآخرون ، 2005 : ص46)**.

كما قدم بينكس ومانيهان (Pincus and Minahan) نموذج لممارسة نظرية الأنساق يتكون من أربعة أنساق : نسق العميل Client System ، نسق التغيير Change Agent System ، نسق الهدف Target System ، نسق الفعل Action System **(Harris, John ; White Vicky (2013 : p448**

ولقد تعددت التعريفات المرتبطة بمفهوم النسق نظراً لاختلاف وجهات نظر العلماء نحو مفهوم النسق:

حيث يعرف النسق على أنه : ذلك الكل الذى يتكون من أجزاء متداخلة فيما بينها ومعتمدة على بعضها البعض.**(حبيب ، 2009 : ص64).**

كما يعرف بأنه : مجموعة معقدة من العناصر المتفاعلة, وهو مجموعة من الأشياء مرتبطة ببعضها البعض إلى جانب من العلاقات بين الأشياء وبين سماتها.**(Barker, Philip , 2007 : p.80).**

حيث ترى نظرية الأنساق العامة 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 الزائد على الكبار**(Tatren & Delcampo, 1995 : p.89)**

ويمكن استخدام نظرية الأنساق العامة في تفسير مشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال حيث أن الطفل يعيش في أسرة ، كما أنه تلميذ في مدرسة وبالتالي فهو يعتبر نسق صغير وجزء من نسق أكبر ، ومن هنا فأي تغيير يحدث في الأسرة يؤثر بالضرورة على الطفل ، ومن ثم فإن أساليب التنشئة الأسرية غير السوية وأساليب المعاملة الوالدية السالبة وأساليب معاملة المدرسين والزملاء غير السوية للطفل بالمدرسة تؤثر على الطفل وتجعله عرضة للوقوع في العديد من الاضطرابات والتي منها الصمت الإختياري.

وفي ضوء ما سبق عرضه ، ومن خلال الدراسات السابقة والإحصاءات والتقارير عن مشكلة الصمت الإختياري يمكن للباحث أن يحدد مشكلة الدراسة الراهنة في قضية رئيسية مؤداها :

ما العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

ويتفرع من هذه القضية عدة قضايا فرعية وهي :

1) ما العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟
2) ما العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟
3) ما العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

ما البرنامج المقترح للحد من العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية من منظور طريقة خدمة الفرد ؟

ثانياَ : أهمية مشكلة الدراسة ومبررات إختيارها :

1) طبيعة المرحلة العمرية التي تتعامل معها الدراسة وهى مرحلة الطفولة ، حيث تعتبر من أهم المراحل العمرية في حياة الإنسان.

2) تتناول الدراسة الحالية مشكلة تؤثر على فئة من فئات المجتمع المدرسي ، وهم الطلاب ذوي إضطراب الصمت الإختياري ، والذي يعيق تحصيلهم ونجاحهم وتواصلهم الإجتماعي.

3) مشكلة الصمت الاختياري لها تأثيراً بالغاً في نمو الطفل لغوياً وأكاديمياً وحركياً وعلى تفاعله إجتماعياً مع الزملاء والمعلمين والإدارة المدرسية.

4) ندرة البحوث والدراسات (في حدود علم الباحث) والتي تناولت مشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال في محيط مهنة الخدمة الاجتماعية عامة وخدمة الفرد خاصة.

5) من المتوقع أن تفيد نتائج الدراسة الحالية الأخصائيين الإجتماعيين بالمجال المدرسي ومجال الطفولة فيما يتعلق بإقتراح برامج علاجية للتعامل مع أحد المشكلات الهامة وهى مشكلة الصمت الإختياري.

6) إثراء تراث الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة بمشكلة حديثة نسبياً وهي الصمت الاختياري.

7) قد تساهم نتائج هذه الدراسة في تشجيع باحثين آخرين على إجراء بحوث تجريبية لعلاج هذه مشكلة.

ثالثاَ : أهداف الدراسة :

يتحدد الهدف الرئيسي الأول للدراسة في :

– تحديد العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

وينبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية :

1) تحديد العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

2) تحديد العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

3) تحديد العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

أما الهدف الرئيسي الثاني للدراسة فيتحدد في :

- التوصل إلى برنامج مقترح للتعامل مع العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري من منظور طريقة خدمة الفرد.

رابعاً : تساؤلات الدراسة :

يتحدد التساؤل الرئيسي الأول للدراسة في :

ما العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية هي:

1) ما العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

2) ما العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

3) ما العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

4) هل توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقياس الصمت الاختياري ؟

يتحدد التساؤل الرئيسي الثاني للدراسة في :

ما البرنامج المقترح للحد من العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية من منظور طريقة خدمة الفرد ؟

خامساً : مفاهيم الدراسة :

(1) مفهوم العوامل المرتبطة : Related Factors Concept

لغوياً يقصد بالعوامل : أنها الباعث أو المؤثر في الشيء.**(مدكور ، إبراهيم ، 1997 : ص435).**

وفي اللغة الإنجليزية يشير قاموس المورد إلى مفهوم العوامل على أنه : أسلوب يفسر إرتباط عوامل مع بعضها البعض ، أو إختلاف هذه العوامل.**(البعلبكي ، منير ، 2005 : ص269).**

والعوامل هي : واحدة من الأشياء العديدة والمهمة التي تؤثر أو تتسبب في إحداث موقف ما. **(Pearson , 2003 : p.233).**

أما قاموس علم الإجتماع فيعرف العوامل على أنها : التفاعل المتبادل الذي يستمر فترة معينة من الزمن تؤدي إلى ظهور مجموعة توقعات إجتماعية.**(غيث ، محمد ، 1997 : ص315).**

وفي معجم العلوم الإجتماعية يشار إلى مفهوم العوامل على أنها : تكوين يصل إليه الباحث من خلال تحليل علاقات تربط بين عدد من المتغييرات المتعلقة بأحد الظواهر**(بدوي ، أحمد ، 1993 : ص150).**

أما موسوعة علم النفس فتعرف العوامل على أنها : كل عنصر يمكن أن يستخدم مقام السبب لظاهرة معينة أو يمكن أن يؤثر فيها.**(رولان دراون ، 1997 : ص46).**

بينما قاموس علم النفس يعرف العامل على أنه : أي شيء يساهم في نتيجة أو له علاقة سببية بظاهرة أو حدث أو فعل.**(Gary R. VandenBos , 2015 : p.406).**

كما يعرف قاموس الخدمة الإجتماعية العوامل على أنها : متغير يمر به الباحث ، يوليه إهتمامات خاصة أو يعالجه معالجة معينة عند دراسته للقدرات المحددة له.**(السكري ، أحمد ، 2000 : ص316).**

<u>ويمكن تعريف العوامل المرتبطة إجرائياً وفقاً لهذه الدراسة على أنها</u> :

- مجموعة من المتغيرات أو الأسباب المترابطة.
- تؤدي إلى حدوث مشكلة الصمت الإختياري لدى بعض طلاب المرحلة الإبتدائية.
- تصنف هذه العوامل إلى عوامل متعددة منها : العوامل النفسية ، الأسرية ، المدرسية.
- الأمر الذي يتطلب تحديدها بدقة (من خلال إستمارة إستبار).
- وذلك لمواجهتها والحد منها (من خلال برنامج مقترح من منظور طريقة خدمة الفرد).

(2) مفهوم المشكلة : Problem Concept

تعرف المشكلة **لغوياً** على إنها إلتباس الأمر ويقال أشكل الأمر بمعنى إلتبس الأمر.**(الرازي ، 1995 : ص145).**

ويشير مفهوم المشكلة **في اللغة الإنجليزية** إلى مسألة أو معضلة **ويقصد بها** مشكلة في السلوك البشري أو العلاقات الاجتماعية **(البعلبكي ، 2000 : ص725)**.

أو هي **مسألة صعبة** أو محيرة تتطلب الحل أو اتخاذ قرار بشأنها**(J.B.Sykes,1984:819)** فهي **صعوبة** تحتاج إلى الانتباه والتفكير**(Poul Procter , 1990 : 872)**.

كما يشار إليها علي أنها **سؤال محير يتطلب تسوية خاصة** عندما يكون الحل صعباً أو غير أكيد أو عند تقديم أو التعامل مع مشكلة خاصه من المشكلات الاجتماعية الأخلاقية أو الانفعالية أو مشكلات السلوك اللاتوافقي **(Webster Dictionary,1990:1004-1005)**.

وتعرف المشكلة في **العلوم الاجتماعية** على أنها : ظاهرة تتكون من عدة أحداث أو وقائع متشابكة وممتزجة بعضها بالبعض الآخر لفترة من الوقت يكتنفها الغموض واللبس تواجه الفرد أو الجماعة ويصعب حلها قبل معرفة أسبابها أو الظروف المحيطة بها وتحليلها للوصول إلى اتخاذ قرار بشأنها **(بدوي ، 1993 : ص327)**.

كما يشير مفهوم **المشكلة الاجتماعية** إلى : وضع اجتماعي غير مرغوب فيه وهناك حاجة إلى جذب الانتباه إليه وذلك إما في رأي نسبة كبيرة من الناس في المجتمع أو في رأي أصحاب السلطة في المجتمع **(Jon M.Shepard, Harwin L. Voss , 1978 :1-2)**.

كما تعرف المشكلة في **الخدمة الإجتماعية** بأنها : موقف يقع فيه الإنسان وتعجز قدراته عن مواجهتها بفاعلية مناسبة أو أن تصاب قدراته بعجز ما في إمكاناتها بحيث يعجز عن تناول مشكلات حياته بنجاح.**(السكرى ، 2000: ص202)**.

<u>ويمكن تعريف المشكلة إجرائياً وفقاً لهذه الدراسة على أنها</u> :

- موقف يواجه بعض تلاميذ المرحلة الابتدائية.
- هذا الموقف ناتج عن مجموعة عوامل نفسية ، وأسرية ، ومدرسة.
- هذا الموقف لا تستطيع قدرات التلاميذ على مواجهته ،
- بما يعوق تكيفهم مع نفسهم أو مدرستهم ويؤثر بالتالي على حياتهم الدراسية والإجتماعية.
- هذا الموقف يجعلهم يصمتون عن الكلام في مواقف معينة.
- الأمر الذي يتطلب تحديد هذه العوامل النفسية ، والأسرية ، والمدرسة.

– من أجل التوصل إلى برنامج مقترح لمواجهتها والحد منها.

(3) مفهوم الصمت الإختياري : Selective Mutism Concept

الصمت الاختياري **Selective Mutism** هو فشل الطفل على التحدث في ظروف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى **(Cunningham & Mcholm, 2008 : P.335).**

كما يعرف بأنه اضطراب يصيب الطفل يمنعه من الكلام في مواقف اجتماعية ومدرسية رغم أنه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى **(Omdal & Galloway, 2008 : P.112).**

ويعرف بأنه اضطراب في سلوك الطفل ينتج عن الفشل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة**(Keller & Bergman, 2008 : P.65).**

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).**

في حين يعرفه البعض غلى أنه حالة مرضية من حالات الإضطراب العاطفي والإنفعالي ، وتشخص على أنها رفض كامل للكلام خارج المنزل، أو مع أشخاص غرباء فيكون صمتهم من إختيارهم وليس نتيجة عيب خلقي، أو عضوي. **Black & Uhde, 1995; Davidson, (2012, p. 11)**

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية**(DSM–IV–TR and DSM–5)** ، الصمت الإختياري على أنه إضطراب نادر ، يحدث بشكل شائع ولكن ليس حصريًا في الأطفال الصغار ، ويتميز بالفشل المستمر في التحدث في مواقف إجتماعية معينة على الرغم من القدرة على التحدث وفهم اللغة المنطوقة.**(Gary R. VandenBos , 2015 : p.950).**

كما حدد المعايير التشخيصية لإضطراب الصمت الإختياري على النحو التالي :

1) الفشل المستمر في التحدث في مواقف إجتماعية معينة (على سبيل المثال ، في المدرسة) على الرغم من القدرة على التحدث في مواقف أخرى.

2) عادة ما يكون سن البدء قبل 5 سنوات ، ويستمر الفشل في الكلام لمدة شهر واحد على الأقل (بدون إحتساب الشهر الأول في المدرسة ، عندما يخجل العديد من الأطفال من التحدث).

3) يتعلم معظمهم المهارات والمواد الأكاديمية المناسبة للعمر – (يصطدم الصمت الإختياري بالتحصيل التربوي والإنجاز المهني والتواصل الإجتماعي).

4) الصمت الإختياري يرتبط بالقلق الشديد والرهاب الإجتماعي

5) الصمت الإختياري لا يعد فشل في الكلام (الناتج عن بطء أو نقص المعلومات أو نقص المساعدة).

.(Gary R. VandenBos , 2015 : p.951)

مظاهر الصمت الاختياري :

يبدأ الصمت الاختياري في مرحلة الطفولة المبكرة قبل دخول المدرسة مع بداية عمر (3) سنوات، وبالرغم من الظهور المبكر للصمت الاختياري في مرحلة ما قبل المدرسة لكن لا يتم تشخيصه الافي 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, كما أن التدخل المبكر أنسب لحالات الصمت الاختياري؛ لأن التأخر في العلاج قد يكون أكثر صعوبة في العلاج مع مرور الوقت.**(Steinhausen, et al. : 2006).**

النظريات المفسرة للصمت الإختياري :

النظرية النفسية: تنظر إلى الصمت الاختياري على أنه مظهر من مظاهر الصراع، وتعد أن رفض الطفل أن يتكلم باعتباره وسيلة للتعامل مع الغضب، أو الإحباط ضد معاقبة الآباء أو كرد فعل على حدث أليم الذي يطلق عليه القلق المكبوت، أو الخوف من كشف أسرار الأسرة **(Kumpulainen, 2002 : p.113)**

النظرية الانفعالية : يرى فيجوتسكي (Vygotsky) أن أساس تعلم اللغة يعود إلى التفاعل الاجتماعي حيث له تأثيراً قوياً في تطور المعرفة، وأن هذه النظرية ما هي إلا محاولة لإيجاد

إنسان اجتماعي, وتشير هذه النظرية إلى دور الأقران في نمو وتطور الطفل **(Steinhausen et al., 2006 : p.65).**

النظرية الفطرية : ترى هذه النظرية أن اللغة ليست سلوكاً يكتسب بالتعلم والتدرب والممارسة فحسب، كما يرى السلوكيون، بل هناك حقائق عقلية وراء كل يفعل سلوكي، أي أن اللغة تعد تنظيما عقليا معقداً لأنها أداة تعبير وتفكير في آن واحد **(Elizalde - Utnick, 2007,p.161)**

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, 2015, p.220)**

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).**

<u>ويمكن تعريف الصمت الإختياري إجرائياً وفقاً لهذه الدراسة على أنه</u> :

– سلوك لطفل المرحلة الإبتدائية

– تتمثل مؤشراته في :

فشل الطفل في الحديث في مواقف إجتماعية ومدرسية محددة.

هذا الفشل يكون غير ناتج عن نقص معرفي في اللغة ولا عن خلل وظيفي أو عضوي في النطق.

– يرتبط بالقلق الشديد والرهاب الإجتماعي.

– يصطدم بالتحصيل التربوي والإنجاز المهني والتواصل الإجتماعي.

– يؤثر سلبياً على حياته المدرسية والإجتماعية.

المبحث الثاني : الإجراءات المنهجية للدراسة :

(1) نوع الدراسة :

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية التي يمكن من خلالها الحصول علي معلومات دقيقة تصور الواقع وتشخصه ، وتقوم علي تقرير خصائص معينة يغلب عليها صفة التحديد ، لذا فالدراسة الحالية تستهدف تحديد العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الإختياري لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية والتوصل إلى برنامج مقترح لمواجهتها والحد منها من منظور طريقة خدمة الفرد.

(2) المنهج المستخدم :

إعتمدت الدراسة على المنهج العلمي بإستخدام منهج المسح الإجتماعي بالعينة للأطفال بالمرحلة الإبتدائية بإدارة شربين التعليمية (32 مفردة) والذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لإضطراب الصمت الإختياري كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (*DSM–IV–TR* and *DSM–5*)

(3) أدوات الدراسة :

- **صحيفة بيانات معرفة :** تحتوى على بيانات خاصة بالأطفال مرتبطة بالسن والنوع ومحل الإقامة والسنة الدراسية وترتيب الطالب داخل الأسرة وعدد أفراد الأسرة.
- **إستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري (إعداد الباحث)**

وقد اتبع الخطوات التالية لإعداد الإستمارة :

1. تم الاطلاع على ما سبق من دراسات وكتابات نظرية ذات صلة بموضوع البحث.

- تم عرض الإستمارة على عدد (10) من أعضاء هيئة التدريس بكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية (جامعة حلوان ، المعهد العالي للخدمة الإجتماعية بكفر صقر) تخصص خدمة الفرد ، وذلك لاستطلاع آرائهم حول الإستمارة ، ونتج عنه حذف وإضافة وتعديل بعض العبارات ، ، وقد تم الإعتماد علي نسبة إتفاق لا تقل عن (80 %) ، وتم صياغة الإستمارة في صورتها النهائية.

2. تم تجريب الإستمارة باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار قبل تطبيقها على عينة الدراسة, وذلك بتطبيقها على (10) أطفال خارج إطار العينة الأساسية للبحث.
3. **وصف الإستمارة :** تشتمل الإستمارة على (40) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد أساسية هي:

البعد الأول : العوامل النفسية (12) العبارات من (1 : 12)

البعد الثاني : العوامل الأسرية (18) عبارات من (13 : 30)

البعد الثالث : العوامل المدرسية (10) عبارات من (31 : 40)

4. **طريقة تصحيح الإستمارة** : لتصحيح عبارات الإستمارة تم وضع 3 استجابات هي (نعم– إلى حد ما – لا), ولقد أعطيت لكل استجابة من هذه الاستجابات وزناً (درجة معينة) **أوزانها كالتالي:** (نعم=3), (إلى حد ما=2), (لا =1).

تحديد ثبات الإستمارة : قام الباحث باختبار ثبات الإستمارة من خلال تطبيقها على (10) أطفال ثم قام الباحث بتطبيق الإستمارة مرة أخرى بعد 15 يوم على نفس الحالات وهو ما يعرف علميا بطريقة إعادة الاختبار Test–Re–Test وقد استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لتحديد درجة ثبات الإستمارة ككل.

جدول رقم (1) يوضح العلاقة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لإستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري للأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام معامل ارتباط بيرسون ن=10

المسلسل	أبعاد الأداة	قيمة ر ودلالتها
البعد الأول	العوامل النفسية	.842**
البعد الثاني	العوامل الأسرية	.990**
البعد الثالث	العوامل المدرسية	.939**
المقياس ككل		**.924****

**دال عند مستوى معنوية 0.01 * دال عند مستوى معنوية 0.05

ويتضح من بيانات الجدول السابق أن معامل الثبات لكل بعد من أبعاد الأداة, ولـلأداة ككل مقبول وهذا غير دال إحصائياً ، نستخلص من ذلك أن الإستمارة تعتمد على صدق نتائجها ودلالتها المعنوية, وقد روعي أن تكون ظروف التطبيق في القياس القبلي والبعدي متشابهة إلى حد كبير حيث قام الباحث بشرح ما تتضمنه الإستمارة وكيفية الإجابة عليها وكذلك وحد مكان التطبيق.

5. **تحديد صدق الإستمارة** : تم حساب صدق الاتساق الداخلي للإستمارة وذلك لكون الإستمارة ككل وحدة واحدة مترابطة تقيس العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري للأطفال بالمرحلة الابتدائية ، حيث تم تطبيق الإستمارة على عينة قوامها

(10) أطفال خارج العينة الأساسية للبحث, وتم حساب الاتساق الداخلي للإستمارة كالآتي:

صدق الاتساق الداخلي للأبعاد: حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد في الإستمارة والدرجة الكلية للإستمارة وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (2) يوضح العلاقة بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لإستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري للأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام معامل ارتباط بيرسون (ن=10)

المسلسل	أبعاد الأداة	قيمة ر ودلالتها
البعد الأول	العوامل النفسية	.805**
البعد الثاني	العوامل الأسرية	.688**
البعد الثالث	العوامل المدرسية	.739**

** دال عند مستوى معنوية 0.01 * دال عند مستوى معنوية 0.05

ويتضح من نتائج الجدول السابق صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.

صدق الاتساق الداخلي للعبارات: كذلك تم حساب العلاقة بمعامل بيرسون لإيجاد العلاقة بين كل عبارة من العبارات ومجموع البعد, وكذلك مجموع الإستمارة ككل ، وجاءت البيانات كما في الجدول الآتي:

جدول (3) العلاقة بين درجة كل عبارة ومجموع البعد نفسه وأيضاً الدرجة الكلية لإستمارة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري للأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام معامل بيرسون (ن=10)

م	العبارات	علاقتها بالبعد	علاقتها بالأداة
	أولاً: العوامل النفسية		
.1	أشعر بالخوف عندما أريد أن أطلب شئ من والداي	.764**	.666**
.2	أشعر بدقات قلبي عند تواجدي بالأماكن المزدحمة	.835**	.687**
.3	أتصبب عرقاً إذا طلب مني الحديث أمام الغرباء	.771**	.687**
.4	أشعر بجفاف حلقي عندما يطلب مني الحديث مع أناس لا أعرفهم	.708**	.635*
.5	أشعر ببرودة يدي عند تكليفي بعمل أمام الآخرين	.812**	.649**
.6	أشعر بآلام في المعدة عندما أكون في وسط غير مألوف لي	.691**	.566*
.7	أشعر بالخجل عندما يتحدث الآخرين عني	.753**	.553*
.8	أسعد عندما أكون بمفردي	.676**	.676**
.9	أشعر بالضيق عندما أكون خارج المنزل	.688**	.688**
.10	أشعر بالخوف من أن أبدو غبياً أمام الآخرين	.666**	.722**
.11	أخشى التحدث أمام زملائي في الفصل	.772**	.640*

م	العبارات	علاقتها بالبعد	علاقتها بالأداة
.12	يبدو علي التوتر إذا طُلب مني التفاعل داخل الفصل	.731**	.599*
	ثانياً: العوامل الأسرية		
.13	يمنعني والداي من الخروج لشراء أي شئ خوفاً علي	.670**	.530*
.14	يمنعني والداي من الذهاب مع زملائي في الرحلات الرسمية	.797**	.676*
.15	يوبخني والداي لأبسط الأشياء	.889**	.576*
.16	يضربني والداي عندما يشتكي مني أحد	.518*	.543*
.17	يفرض والداي رأيهما علي	.831**	.799**
.18	يقلل والداي من شأني أمام الآخرين	.552*	.675*
.19	يقارن والداي بيني وبين إخوتي	.689**	.562*
.20	يعتقد والداي أنني لا أستطيع أن أنجز عملي بمفردي بالرغم من قدرتي على ذلك	.601*	.598*
.21	يسخر والداي من تصرفاتي أمام الآخرين	.878**	.743**
.22	يضربني والداي بدون سبب	.764**	.666**
.23	يغضب والداي إذا لم أفهم ما يقصدونه	.795**	.684**
.24	يطلب والداي أن أتنازل عن بعض ممتلكاتي لإخوتي	.722**	.635*
.25	يرى والداي أنني غير قادر على الدفاع عن نفسي من أذى الآخرين	.835**	.687**
.26	يقلل والداي من شأني لأنني ضعيف دراسياً	.771**	.687**
.27	يشتري والداي هدايا لإخوتي أكثر مني	.708**	.635*
.28	أبتعد عن مجالسة الضيوف في المنزل	.669**	.611*
.29	أفضل الصمت عندما يكون هناك نقاش جماعي مع أسرتي	.564*	.524*
.30	يتشاجر والداي باستمرار	.689**	.543*
	ثالثاً: العوامل المدرسية:		
.31	لا يشجعني المعلم على المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية	.518*	.543*
.32	ينتقدني المعلم أمام زملائي	.831**	.799**
.33	يهملني المعلم داخل الفصل	.752**	.675*
.34	أميل إلى العزلة داخل الفصل	.810**	.562*
.35	يعاقبني المعلم لأنني لا أنظر إليه عندما يوجه كلامه لي	.764**	.524*
.36	لا أستطيع التواصل لفظياً مع زملائي	.670**	.530*
.37	يسخر مني زملائي في الفصل	.882**	.676**
.38	يعاقبني المعلم إذا أخطأت أمام زملائي	.797**	.554*
.39	يحرجني المعلم أمام زملائي لدرجاتي المنخفضة	.753**	.701**
.40	يقارن المعلم بيني وبين زملائي	.788**	.626*

** دال عند مستوى معنوية 0.01 * دال عند مستوى معنوية 0.05

ويتضح من نتائج الجدول السابق أن الإستمارة تتمتع بدرجة عالية من الصدق.

6. **تفسير الدرجات:** يتم تفسير الدرجات في ضوء أعلى درجة وأقل درجة للإستمارة, فالدرجة الكبرى للإستمارة (120) هي (40*3 = 120), أما الدرجة الصغرى للإستمارة (40) هي (40*1=40).

جدول (4) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3	مستوى مرتفع

أساليب التحليل الإحصائي :

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي بإستخدام برنامج (SPSS.V. 24.0) الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية ، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية : التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والإنحراف المعياري ، والمدى ، ومعامل (ألفا . كرونباخ) للثبات ، ومعامل ارتباط بيرسون ، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

(4) مجالات الدراسة :

أ) المجال المكاني : تم تطبيق الدراسة بمدارس إدارة شربين التعليمية بمحافظة الدقهلية ، وذلك على النحو التالي :

م	اسم المدرسة	عدد الحالات	مكان المدرسة
1	مدرسة خالد ابن الوليد الإبتدائية المشتركة	8	حضر
2	مدرسة الزهراء الإبتدائية المشتركة	8	حضر
3	مدرسة الخطيب الإبتدائية المشتركة	8	حضر
4	مدرسة شربين الإبتدائية المشتركة	8	حضر

وقد تم اختيار المجال المكاني للمبررات التالية :

- توافر عينة الدراسة بتلك المدارس.
- ترحيب إدارات هذه المدارس وتعاونهم في تطبيق إستمارة الدراسة.

ب) المجال البشري: تحدد مجتمع البحث في عينة عمدية قدرها (32) مفردة (16) ذكور و (16) إناث.

شروط اختيار العينة :

1) أن يتراوح عمر الطفل بين (6-10) سنوات.
2) أن يكون ملحق بمرحلة التعليم الأساسي.
3) أن لا يكون لديه أية اضطرابات أخرى مثل اضطرابات النطق والكلام والتوحد.
4) أن يعيش الطفل في بيئته الطبيعية.

5) أن تنطبق عليه المعايير التشخيصية لإضطراب الصمت الإختياري كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (*DSM–IV–TR* and *DSM–5*)

ج) المجال الزمني :

تمثلت الحدود الزمنية للدراسة في فترة إجراء الدراسة الميدانية والتي بدأت في الفترة ما بين أول اكتوبر 2018م حتى أخر ديسمبر 2018م.

1. خصائص عينة الدراسة

1. المتغيرات الكمية:

جدول رقم (5)

يوضح توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الكمية (ن=32)

م	المتغيرات الكمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	السن	8	0.5
4	عدد أفراد الأسرة	5	0.86

يوضح الجدول السابق أنه:

- متوسط سن الأطفال (8) سنة, وبانحراف معياري (0.5) سنة تقريباً.
- متوسط عدد أفراد أسر الأطفال (٥) أفراد ، بانحراف معياري فرد واحد تقريباً.

2. **المتغيرات الكيفية :**

جدول (6) توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الكيفية(ن=32)

م	النوع	ك	%
1	ذكر	16	50
2	أنثى	16	50
	المجمـوع	**32**	**100**
	السنة الدراسية	**ك**	**%**
1	الصف الأول الابتدائي	11	34.4
2	الصف الثاني الابتدائي	9	28.1
3	الصف الثالث الابتدائي	6	18.75
4	الصف الرابع الابتدائي	6	18.75
	المجموع	**32**	**%100**
	ترتيب الطفل داخل الأسرة	**ك**	**%**
1	الأول	12	37.5
2	الثاني	9	28.1

3	الثالث	8	25
4	الرابع	3	9.4
المجموع		**32**	**%100**
محل الإقامة		**ك**	**%**
1	حضر	32	100
2	ريف	0	0
المجموع		**32**	**%100**

يوضح الجدول السابق أن:

- تساوي نسبة الذكور والإناث, حتى تكون العينة ممثلة عن الجنسين ولإيجاد الفروق في العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري.
- أكبر نسبة من الأطفال في الصف الأول الابتدائي بنسبة (34.4 %)، يليها الصف الثاني الابتدائي بنسبة (28.1 %), وقد يدل ذلك على أن مشكلة الصمت الاختياري تصيب الأطفال في سن صغير، يليها الصف الثالث والرابع بنسبة (18.75 %) لكل منهما, وقد يشير ذلك إلى أن اضطراب الصمت الاختياري ينتشر أكثر بين الأطفال الأقل سناً.
- أكبر نسبة من الأطفال الذين يقع ترتيبهم في الترتيب الأول بين إخوتهم بنسبة (37.5 %), يليها من هم بالترتيب الثاني بنسبة(28.1 %), ثم من هم بالترتيب الثالث بنسبة (25 %), وأخيراً من هم بالترتيب الرابع بنسبة (9.4 %).

كل الأطفال المبحوثين يعيشون في مجتمع حضري وذلك بنسبة (100 %), قد يشير ذلك إلى ارتفاع نسبة الأطفال المصابين بالصمت الاختياري في هذه المجتمعات وقد يرجع ذلك إلى عدم وعي الآباء والمعلمين بأساليب المعاملة السوية مع أبنائهم وكذلك انشغالهم عنه ويتفق ذلك مع ما أكددت عليه دراسة **شيبون (Shipon : 2007)** أن نحو 70 % من حالات الأطفال المتباكمون يتعرضون لإساءة التشخيص من جانب القائمين على رعاية الطفل, ومن ثم يلزم توعيتهم بذلك الاضطراب من حيث علاماته وأسبابه, وكذلك الإجراءات العلاجية المناسبة للطفل المتباكم.

المبحث الثالث : عرض وتحليل نتائج تساؤلات الدراسة :

التساؤل الرئيسي للدراسة : ما العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

والذي يمكن الإجابة عليه من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية :

التساؤل الفرعي الأول: ما العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

جدول رقم (7) يوضح مستوى العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (ن=32)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
.1	أشعر بالخوف عندما أريد أن أطلب شئ من والداي	2.77	0.75	2
.2	أشعر بدقات قلبي عند تواجدي بالأماكن المزدحمة	2.64	0.69	7
.3	أتصبب عرقاً إذا طلب مني الحديث أمام الغرباء	2.65	0.74	6
.4	أشعر بجفاف حلقي عندما يطلب مني الحديث مع أناس لا أعرفهم	2.41	0.82	12
.5	أشعر ببرودة يدي عند تكليفي بعمل أمام الآخرين	2.72	0.75	3
.6	أشعر بآلام في المعدة عندما أكون في وسط غير مألوف لي	2.55	0.77	10
.7	أشعر بالخجل عندما يتحدث الآخرين عني	2.67	0.72	5
.8	أسعد عندما أكون بمفردي	2.53	0.66	11
.9	أشعر بالضيق عندما أكون خارج المنزل	2.56	0.59	9
.10	أشعر بالخوف من أن أبدو غبياً أمام الآخرين	2.68	0.71	4
.11	أخشى التحدث أمام زملائي في الفصل	**2.58**	0.62	8
.12	يبدو علي التوتر إذا طُلب مني التفاعل داخل الفصل	2.78	0.65	1
	المجموع	**2.63**	**0.71**	**المستوى مرتفع**

يتضح من الجدول السابق أن مستوى العوامل النفسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية بشكل عام مرتفع بمتوسط حسابي (2.63) وانحراف معياري (0.71), وفيما يلي توضيح أعلي ثلاث عبارات وأقل ثلاث عبارات في الاستجابات حيث جاء في الترتيب الأول يبدو علي التوتر إذا طُلب مني التفاعل داخل الفصل بمتوسط حسابي (2.78) وانحراف معياري (0.65), بينما جاء في الترتيب الثاني أشعر بالخوف عندما أريد أن أطلب شئ من والداي بمتوسط حسابي (2.77) وانحراف معياري (0.75), بينما جاء في الترتيب الثالث أشعر ببرودة يدي عند تكليفي بعمل أمام الآخرين بمتوسط حسابي (2.41) وانحراف معياري (0.75).

بينما جاء في الترتيب الأخير أشعر بآلام في المعدة عندما أكون في وسط غير مألوف لي بمتوسط حسابي (2.55) وانحراف معياري (0.77), يليها أسعد عندما أكون بمفردي بمتوسط حسابي (2.53) وانحراف معياري (0.66), وأخيراً أشعر

بجفاف حلقي عندما يطلب مني الحديث مع أناس لا أعرفهم بمتوسط حسابي (2.53) وانحراف معياري (0.82).

ويشير ذلك إلى سوء واضطراب النمو النفسي الوجداني لدى الأطفال مما يؤثر على تفاعلهم وتكيفهم الاجتماعي مع المحيطين.

التساؤل الفرعي الثاني : ما العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

جدول رقم (8) يوضح مستوى العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (ن=32)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
.13	يمنعني والداي من الخروج لشراء أي شئ خوفاً علي	2.85	0.53	10
.14	يمنعني والداي من الذهاب مع زملائي في الرحلات الرسمية	2.41	0.63	18
.15	يوبخني والداي لأبسط الأشياء	2.91	0.7	5
.16	يضربني والداي عندما يشتكي مني أحد	2.89	0.63	7
.17	يفرض والداي رأيهما علي	2.83	0.7	11
.18	يقلل والداي من شأني أمام الآخرين	2.93	0.86	3
.19	يقارن والداي بيني وبين إخوتي	2.92	0.79	4
.20	يعتقد والداي أنني لا أستطيع أن أنجز عملي بمفردي بالرغم من قدرتي على ذلك	2.88	0.79	8
.21	يسخر والداي من تصرفاتي أمام الآخرين	2.87	0.73	9
.22	يضربني والداي بدون سبب	2.77	0.64	13
.23	يغضب والداي إذا لم أفهم ما يقصدونه	2.68	0.73	14
.24	يطلب والداي أن أتنازل عن بعض ممتلكاتي لإخوتي	2.42	0.7	17
.25	يرى والداي أنني غير قادر على الدفاع عن نفسي من أذى الآخرين	2.79	0.66	12
.26	يقلل والداي من شأني لأنني ضعيف دراسياً	2.94	0.64	2
.27	يشتري والداي هدايا لإخوتي أكثر مني	2.67	0.65	15
.28	أبتعد عن مجالسة الضيوف في المنزل	2.96	0.74	1
.29	أفضل الصمت عندما يكون هناك نقاش جماعي مع أسرتي	2.90	0.62	6
.30	يتشاجر والداي باستمرار	2.56	0.66	16
	المجموع	**2.79**	**0.61**	**المستوى مرتفع**

يتضح من الجدول السابق أن مستوى العوامل الأسرية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية بشكل عام مرتفع بمتوسط حسابي (2.79) وانحراف معياري (0.61), وفيما يلي توضيح أعلي ثلاث عبارات وأقل ثلاث عبارات في الاستجابات حيث جاء في الترتيب الأول أبتعد عن مجالسة الضيوف في المنزل بمتوسط حسابي (2.96) وانحراف معياري (0.74), بينما جاء في الترتيب الثاني يقلل والداي من شأني لأنني ضعيف دراسياً بمتوسط حسابي (2.94) وانحراف معياري (0.64), بينما جاء في الترتيب الثالث يقلل والداي من شأني أمام الآخرين بمتوسط حسابي (2.93) وانحراف معياري (0.86).

بينما جاء في الترتيب الأخير يتشاجر والداي باستمرار بمتوسط حسابي (2.56) وانحراف معياري (0.66), يليها يطلب والداي أن أتنازل عن بعض ممتلكاتي لإخوتي بمتوسط حسابي (2.42) وانحراف معياري (0.7), وأخيراً يمنعني والداي من الذهاب مع زملائي في الرحلات الرسمية بمتوسط حسابي (2.41) وانحراف معياري (0.63).

ويشير ذلك إلى اضطراب المناخ الأسري للأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً مما يؤثر على النمو النفسي والاجتماعي لهم يظهر ذلك في سلوكهم وتفاعلهم مع المحيطين بهم من إخوة ومدرسين وزملاء بالمدرسة وكذلك أي شخص غريب عنهم.

حيث توصلت دراسة **(غزال :1993)** إلى وجود علاقة بين الصمت الاختياري والاضطراب الأسري لدى بعض الأطفال العاديين والمعاقين ذهنياً, حيث وجد أن (11) حالة من (21) حالة تعيش في جو أسري مضطرب بينما وجد الباحث أيضاً في الأطفال المعاقين ذهنياً أن (17) حالة من (22) حالة من الأطفال الصامتين يعيشون في جو أسري مضطرب.

كما توصلت **دراسة (عمار: 2019)** إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصمت الاختياري والحرمان العاطفي لدى طلاب المرحلة الاعدادية وعدم وجود فروق بين الذكور والاناث في درجة الصمت الاختياري كما أسفرت نتائج الدراسة الاكلينيكية عن عدد من العوامل الأسرية المسببة لارتفاع درجة الصمت الاختياري لديهم.

التساؤل الفرعي الثالث : ما العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

جدول رقم (9)

يوضح مستوى العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (ن=32)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
.31	لا يشجعني المعلم على المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية	2.94	0.45	8
.32	ينتقدني المعلم أمام زملائي	3	0.52	1
.33	يهملني المعلم داخل الفصل	2.88	0.41	10
.34	أميل إلى العزلة داخل الفصل	3	0.75	م2
.35	يعاقبني المعلم لأنني لا أنظر إليه عندما يوجه كلامه لي	2.99	0.49	7
.36	لا أستطيع التواصل لفظياً مع زملائي	3	0.39	م3
.37	يسخر مني زملائي في الفصل	3	0.69	م3
.38	يعاقبني المعلم إذا أخطأت أمام زملائي	3	0.72	م5
.39	يحرجني المعلم أمام زملائي لدرجاتي المنخفضة	2.92	0.57	9
.40	يقارن المعلم بيني وبين زملائي	3	0.68	م6
	المجموع	**2.97**	**0.53**	**المستوى مرتفع**

يتضح من الجدول السابق أن مستوى العوامل المدرسية المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية بشكل عام مرتفع بمتوسط حسابي (2.97) وانحراف معياري (0.53), حيث جاء في الترتيب الأول ينتقدني المعلم أمام زملائي, أميل إلى العزلة داخل الفصل, لا أستطيع التواصل لفظياً مع زملائي, يسخر مني زملائي في الفصل, يعاقبني المعلم إذا أخطأت أمام زملائي, يقارن المعلم بيني وبين زملائي بمتوسط حسابي (3) لكل منهم , يليهم يعاقبني المعلم لأنني لا أنظر إليه عندما يوجه كلامه لي بمتوسط حسابي (2.99) وانحراف معياري (0.49), يليها لا يشجعني المعلم على المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية بمتوسط حسابي (2.94) وانحراف معياري (0.45).

بينما جاء في الترتيب الأخير يحرجني المعلم أمام زملائي لدرجاتي المنخفضة بمتوسط حسابي (2.92) وانحراف معياري (0.57), وأخيراً يهملني المعلم داخل الفصل بمتوسط حسابي (2.88) وانحراف معياري (0.41).

ويشير ذلك إلى اضطراب المناخ المدرسي للأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً وعدم وعي المدرسين وعدم اهتمامهم بهم مما يؤثر على النمو النفسي والاجتماعي لهم يظهر ذلك في سلوكهم وتفاعلهم مع المحيطين بهم من ومدرسين وزملاء بالمدرسة وأي شخص لا يعرفونه, ويتفق ذلك مع ما أكدت عليه **دراسة (عبد اللطيف : 2018)** أن الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً داخل المدارس لديهم صعوبة في التفاعل والتكيف الاجتماعي داخل محيط المدرسة.

التساؤل الفرعي الرابع: هل توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين الذكور والإناث على مقياس الصمت الاختياري ؟

جدول رقم (10) يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مقياس العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (ن=32)

م	المتغيرات	الذكور		الاناث		قيمة الدلالة	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
1	العوامل النفسية	2.57	.75	2.68	.69	.843	غير دال
2	العوامل الأسرية	2.75	.56	2083	66	.881	غير دال
3	العوامل المدرسية	2095	.49	2.99	.56	.919	غير دال
	العوامل ككل	**2.76**	**0.6**	**2.83**	**0.64**	**.881**	**غير دال**

** دال عند مستوى معنوية 0.01 * دال عند مستوى معنوية 0.05

يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية, حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.76) بانحراف معياري (0.6) في مقابل المتوسط الحسابي (2.83) بانحراف معياري (0.64), وبلغت قيمة الدلالة 0.881 وهي غير دالة إحصائياً, ويتفق لك مع ما توصلت إليه **دراسة (عمار: 2019)** إلى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث من طلاب المرحلة الاعدادية على مقياس الصمت الاختياري.

النتائج العامة للدراسة :

1) مناقشة تساؤلات الدراسة :

ما العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ؟

أ. العوامل النفسية :

1. يبدو علي التوتر إذا طُلب مني التفاعل داخل الفصل
2. أشعر بالخوف عندما أريد أن أطلب شئ من والداي
3. أشعر ببرودة يدي عند تكليفي بعمل أمام الآخرين
4. أشعر بالخوف من أن أبدو غبياً أمام الآخرين
5. أشعر بالخجل عندما يتحدث الآخرين عني
6. أتصبب عرقاً إذا طلب مني الحديث أمام الغرباء
7. أشعر بدقات قلبي عند تواجدي بالأماكن المزدحمة
8. أشعر بالضيق عندما أكون خارج المنزل
9. أسعد عندما أكون بمفردي

ب. العوامل الأسرية :

1. أبتعد عن مجالسة الضيوف في المنزل
2. يقلل والداي من شأني لأنني ضعيف دراسياً
3. يقلل والداي من شأني أمام الآخرين
4. يقارن والداي بيني وبين إخوتي
5. يوبخني والداي لأبسط الأشياء
6. أفضل الصمت عندما يكون هناك نقاش جماعي مع أسرتي
7. يضربني والداي عندما يشتكي مني أحد
8. يعتقد والداي أنني لا أستطيع أن أنجز عملي بمفردي بالرغم من قدرتي على ذلك
9. يسخر والداي من تصرفاتي أمام الآخرين
10. يمنعني والداي من الخروج لشراء أي شئ خوفاً علي
11. يفرض والداي رأيهما علي

ج. **العوامل المدرسية :**

1. ينتقدني المعلم أمام زملائي
2. أميل إلى العزلة داخل الفصل
3. لا أستطيع التواصل لفظياً مع زملائي
4. يسخر مني زملائي في الفصل
5. يعاقبني المعلم إذا أخطأت أمام زملائي
6. يقارن المعلم بيني وبين زملائي
7. يعاقبني المعلم لأنني لا أنظر إليه عندما يوجه كلامه لي
8. لا يشجعني المعلم على المشاركة في الأنشطة المدرسية الجماعية
9. يحرجني المعلم أمام زملائي لدرجاتي المنخفضة
10. يهملني المعلم داخل الفصل

د. لا توجد فروق بين الذكور والاناث على مقياس العوامل المرتبطة بالصمت الاختياري لدى أطفال عينة الدراسة.

المبحث الرابع : البرنامج العلاجي المقترح للتخفيف من حدة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية من منظور طريقة خدمة الفرد (برنامج انتقائي)

سوف نتناول البرنامج المقترح في ضوء عدة نقاط تتمثل في :

1. **نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بتأثير العوامل النفسية والأسرية والمدرسية على الإصابة باضطراب الصمت الاختياري:**

أ. شعور الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً بالوحدة والحزن والعزلة عن الناس وعدم تقدير الذات.

ب. عدم وعي المحيطين بالطفل بكيفية التعامل معهم.

ج. يواجه الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً العديد من المشكلات الاجتماعية وهي عدم القدرة على اكتساب المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة على الاعتماد على النفس، وكذلك مشكلات في تفاعلهم مع المحيطين.

د. هناك علاقة بين أساليب التنشئة الأسرية للأطفال ذوى اضطراب الصمت الاختياري.

2. نتائج الدراسة الحالية التي قام بها الباحث :

حيث توصلت الدراسة إلى أن الأطفال ذوى اضطراب الصمت الاختياري لديهم العديد من المشكلات النفسية والأسرية والمدرسية.

1. الهدف العام للبرنامج المقترح وفق نتائج الدراسة :

التخفيف من حدة العوامل المرتبطة بمشكلة الصمت الاختياري لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

2. الأهداف الفرعية للبرنامج :

أ. تعديل السلوكيات اللاتوافقية لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري.

ب. تعديل أساليب المعاملة الوالدية للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري

ج. تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أسرة الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري تجاه طبيعة اضطراب الصمت الاختياري.

د. تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المدرسين ذوي اضطراب الصمت الاختياري تجاه طبيعة اضطراب الصمت الاختياري.

ذ. تنمية مهارات التواصل الإجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري.

ر. تدريب الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري على المشاركة في الأنشطة الجماعية.

3. النموذج العلاجي الذي يعتمد عليه البرنامج :

نموذج انتقائي يشتمل على أساليب علاجية مستمدة من العلاجات التالية :

أ) العلاج المعرفي السلوكي.

ب) نموذج التركيز على المهام

ج) العلاج القصصي.

د) العلاج الأسري.

ويمكن الإ،ستفادة منهم في البرنامج المقترح وذلك من خلال استخدام الاستراتيجيات ، والأساليب ، والمهارات ، والخصائص ، والأنساق المشاركة ؛ وهو ما سوف يتم توضيحه بشيء من التفصيل فيما يلى :

الاستراتيجيات التي يعتمد عليها الأخصائي وفقا للبرنامج :

استراتيجية الاستعراض المعرفي :

تتمثل هذه الاستراتيجية في مرحلة الدراسة والتقدير ومن خلالها يقوم أخصائي خدمة الفرد بمساعدة الوالدين على عرض أفكارهم اللاعقلانية ومشاعرهن تجاه سلوك أطفالهم, ويكون دور أخصائي خدمة الفرد التشجيع وتكوين العلاقة لاستمرار التعاون بما يحقق هدف التدخل المهني

استراتيجية إعادة البناء المعرفي: وتشتمل استراتيجية إعادة البناء المعرفي في مرحلة العلاج على عدة خطوات هي:

1) إقناع الوالدين بأن أفكارهم تجاه الطفل وزيادة وعيهم بأساليب المعاملة الوالدية السوية.

(1)استبدال أفكارهم الخاطئة بأفكار منطقية ملائمة.

أهم أساليب العلاج التي يمكن إستخدامها في البرنامج المقترح :

م	الأسلوب	الهدف من إستخدامه
1	التدعيم الإيجابي positive-reinforcement	تعزيز السلوكيات المرغوبة الناجحة : السلوك اللفظي : التحدث المباشر السلوك غير اللفظي : الإيماءات كتفاعل الطفل وإتصاله الناجح مع زملائه – التدعيم قد يكون مادياً أو معنوياً
2	التعليمات الموجهة للذات self-instruction	تدريب الطفل على مراقبة نفسه ، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد تعليم الطفل كيف يتحدث مع نفسه بخيث يفهم متطلبات المهام المطلوب منه القيام بها
3	تعزيز الذات self-reinforcement	تدريب الطفل على كيفية تعزيز نفسه من خلال مكافأة نفسه على نجاحه في إنجاز أهداف معينة
4	مثيرات الإضعاف التدريجي أو التضاؤل التدريجي Stimulus fading	حيث يعرض مثير قديم مع مثير جديد ثم إكتساب أو تعلم إستجابة جديدة له أو مقترنه به ، وفي حين يتضائل المثير القديم تدريجياً من حيث الحجم والشدة والوضوح ، يكتسب المثير الجديد سيطرة على الإستجابة
5	الشرح Explanation	يستخدم لمساعدة الطفل على تغيير الأفكار الخاطئة، فهو يساعد العميل على تحديد واكتشاف الأفكار الخاطئة التي يستخدمها الطفل لخلق الانفعالات اللاوظيفية ولتحدي وتغيير الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية

6	توضيح التواصل الداخلي Clarifying internal communication	يساعد الطفل على إحداث فهم أفضل للعديد من الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية المستترة في ألفاظه عن نفسه وعن الآخرين ، وعندما تصبح هذه الأفكار الخاطئة في نطاق وعي وإدراك الطفل فإنها تكون معدة للتغيير من خلال عملية الإستعراض المعرفي
7	إعادة التشكيل : (التأطير) Reframing	وهو يهدف إلي تعديل أو إعادة بناء نظرة أو إدراك الطفل للمشكلة أو السلوك , ويعرف هذا الأسلوب على أنه " فن التعامل المعتدل في رؤية الموقف بشكل مختلف
8	التحويل Diversion	يستخدم لعلاج الأطفال الذين لديهم إنفعالات قوية غير مرغوبة مثل (الوحدة ، الألم ، الاكتئاب ، الإحباط ، ...) هذه الإنفعالات غير المرغوبة تنشأ بشكل أساسي من التفكير غير العقلاني والسلبي ، ومن هنا يتم مساعدتهم على تحويل معارفهم السلبية إلي معارف مختلفة مرتبطة بأنشطة تحويلية جديدة كالإندماج في نشاط بدني أو في تفاعلات إجتماعية
9	التدريب على الصمود أمام الضغوط Stress inoculation Training	هو عملية تعليم الأطفال كلاً من المهارات المعرفية والجسدية للتوافق بشكل مستقل مع مواقف المحن والمواقف الضاغطة ، ويقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم الطفل كيف يواجه أو يتعامل (يتوافق) مع مواقف متدرجة للضغوط المتعددة
10	الاسترخاء Relaxation	يستخدم لمساعدة الأطفال ذوي المشكلات المرتبطة بالقلق ، ويتضمن عدة طرق منها : ضبط التنفس – إسترخاء العضلات المتدرج – الإستبصار والتأمل في المشاهد السارة ، و يستهدف : تقديم أسلوب توافق لتقليل القلق ولتدعيم الوعي بالذات وإدراكها ومراقبة وملاحظة حالات الإنفعال الجسدية وللتزويد بمشاعر السيطرة والتحكم في الأعراض والإمداد بميكانيزمات التوافق 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

11	تمثيل مواجهة نتائج الدور غير المرغوب Role Reversal	ويتم ذلك عن طريق تهيئة موقف تمثيلي يتصرف فيه الطفل كما لو كانت النتائج غير المرغوبة لدور معين قد وقعت بالفعل وصار الطفل في موقف المواجهة المؤلم معها – وهو يزيد من فهم الطفل وإدراكه لنتائج مثل هذا الدور ، كما يزيد من إحساسه بما قد يترتب عليه من آلام ومتاعب بالرغم من أن الموقف كله موقف تمثيلي مصطنع
12	لعب الدور Role playing	بهدف تدريب الطفل على التحدث أمام الآخرين، ومواجهة المواقف التي تسبب له البكم الاختياري، وذلك بتحديد الأشخاص والمواقف التي يعاني فيها من الصمت الاختيا ري، وقيامه بمساعدة زملائه بلعب دور المتحدث فيها، مع زيادة عدد من يتحدث إليهم تدريجيا، كمواقف طرح الأسئلة والإجابة عليها، والتحدث في مقدمة الفصل.. الخ.
13	النمذجة Modeling	ويستخدم في تقوية أو إضعاف سلوك موجود فعلاً لدى الطفل أو إكسابه سلوكاً جديداً ، ويتم ذلك عن طريق تقديم وعرض نماذج حقيقية أو رمزية (من خلال أفلام سينمائية) للسلوك المطلوب على الطفل القيام به وتحت شروط خاصة في التطبيق
14	النمذجة المستترة Covert Modeling	وهو يعمل على تقليل سلوكيات التجنب والعزلة والتعامل مع القلق الشديد ، و يستخدم لتعليم الأطفال بشكل عقلي في شكل نموذج (من المفضل القيام بأنفسهم بأداء مهمة التخيل) ناجح لإنجاز هدف مرغوب
15	التشكيل Shaping	وهو يستخدم في بناء السلوك الإيجابي لدى الطفل بصورة تدريجية ، حيث يتم تعزيز الطفل وحثه على الحديث والتفاعل الإيجابي مع الآخرين تدريجياً بدايو من التواصل غير اللفظي بالإيماءات حتى التفاعل بالصوت الخافت والهمس إنتهاءاً إلى التواصل اللفظي مع الزملاء ثم الغرباء
16	المهام المتدرجة Graded Tasks	وتستخدم في إيقاف واعتراض سمة وجود التفكير أو عدم وجوده لدى الطفل ، حيث يتم وضع مهام متدرجة لواجبات منزلية سهلة في البداية ثم تزيد صعوبتها في تدرج حتى يستطيع الأطفال القيام بها والتوافق مع مواقف التفكير هذه.
17	خفض الحساسية المنتظم regulatory reducing	تعريض الطفل لمواقف مقلقة أو مخيفة له تدريجياً عن طريق التخيل لها حتى يتم التأكد من قدرته على مواجهتها ، إعطاء الطفل قصة يقوم بتلخيصها وعرض محتواها أمام زملائه بالفصل

	sensitivity	
18	التكليفات أو الواجبات المنزلية homework assignments	تكليف الطفل بمجموعة من المهام والواجبات بؤديها فب المنزل مع تدريبه عليها أثناء المقابلات العلاجية
19	التدريب على المهام	إستخدام هرم القلق Anxiety Hierarchy (هرم منتظم للمواقف التي يمكن للطفل أن يتحدث فيها بعيداً عن القلق والتوتر وبعفوية تامة) والبدء بالمواقف الأقل خوفاً وقلقاً وتوتراً ، حيث يتم تدريب الطفل على كل خطوة أو موقف بشكل فردي في هذا الهرم حتى يصبح أكثر إرتياحاً ويتحدث بعفوبة تامة في المواقف المختلفة الأخرى – مثال : يمكن البدء بتدريب الطفل على إمالة وهز الرأس للأمام أو للخلف للتعبير عن كلمة نعم أو لا ، ثم بعدها يتم تدريبه على أن يحرك فمه دون نطق أو تلفظ الكلمات ، ثم خطوة همس الكلمات أو كتابتها على الورق. مثال آخر : تكليف الطفل بأداء مهام لفظية متدرجة : التحدث بعبارات قصيرة ، ثم التحدث بجملة كاملة ، ثم اللإجابة على الأسئلة التي توجه له بشكل مباشر. تدريب الطفل على التحدث أمام الأخرين بصورة متدرجة (التحدث أمام شخص واحد غريب ، ثم بالتعزيز لهذا السلوك بعد إتقانه يتم التدريب غلى التحدث أمام مجموعة من الأشخاص).
20	أساليب العلاج القصصي	تدريبات إعادة سرد القصص: وفيها يتم عرض القصص إمام الطفل، ثم يطلب من إعادتها، وكذلك سرد القصص المصورة. وتضمن ذلك تقديم المعززات بأن واعها المختلفة عند

أشكال العلاج :

يمكن للأخصائي الإجتماعي إستخدام أنواع متعددة في العلاج بحسب مقتضيات كل حالة وظروفها.

(1) **العلاج الفردي** : مع الطالب ذوي إضطراب الصمت الإختياري ، حيث تستخدم المقابلة كأداة لتنفيذ إستراتيجيات العلاج وأساليبه (استعراض معرفي ، إعادة البناء المعرفي ، .....)

(2) **العلاج الجماعي** : وهو يطبق من خلال جلسات جماعية للطلاب ذوي إضطراب الصمت الإختياري.

الأدوات التي يعتمد عليها العلاج (داخل المدرسة) :

يمكن الإعتماد علي :

(1) المقابلة كآداة علاجية رئيسية. (2) الملاحظة. (3) المناقشات الجماعية. (4) الندوات. (5) التقارير. (6) تحليل محتوي المقابلات.

أهم مهارات المعالج في البرنامج المقترح :

أ. مهارة المقابلة

ب. مهارة الإقناع

ج. مهارة الاتصال

د. مهارة الملاحظة

هـ. مهارة تكوين علاقة مهنية بين الأخصائي والأسرة والمدرسين والأطفال ذوي الصمت الاختياري.

و. المهارة في جمع البيانات

ز. مهارة التحليل والربط والتفسير.

ح. مهارة التسجيل

مدة تطبيق البرنامج المقترح : (3-4) أشهر

الأنساق المشتركة في البرنامج المقترح :

أ. **الأطفال ذوي الصمت الاختياري (نسق العميل- نسق الهدف)**

ج. **زملاء الأطفال ذوي الصمت الاختياري (نسق الهدف)**

حيث أن زملاؤها بالمدرسة يجب التغيير فيهن لإحداث تغيير في الطفل نفسه (كنسق مستهدف), وأيضاً من هو نقطة قوة تجاه الطفل وسوف يساهموا في حل المشكلة (كنسق عمل)

د. الأسرة **(نسق الهدف)**

هـ. الأخصائي الاجتماعي **(نسق التغيير)**

و. المؤسسة **(نسق العمل)**

ز. المدرسين **(نسق الهدف)**

أما أهم الأدوار المهنية التى يمكن أن يؤديها الأخصائى الإجتماعى فى ضوء هذا البرنامج :

(1) **دور المساعد أو المعين** Enabler : حيث يقوم الأخصائى بتشجيع الطالب ذوي إضطراب الصمت الإختياري على الحديث والتعاطف معه والتعبير عن نفسه والتنفيس Ventilation عن مشاعره حيال مشكلته وأسبابها والموقف الحالى له فى المدرسة.

(2) **دور المعالج** Therapist : وينصب هذا الدور أساساً على التعامل مع الطالب ذوي إضطراب الصمت الإختياري.

(3) **دور المعلم** Teacher : ويقوم الأخصائى الإجتماعي بتزويد الطالب ذوي إضطراب الصمت الإختياري بالمعلومات ، والمعارف ، والأفكار ، والتفسيرات ، والإتجاهات ، والخبرات ، وكذا المهارات التى تفيده فى مواجهه واقعه ومشكلته القائمة – ويتم ذلك من خلال (المحاضرات ، الندوات ، الشرح والتوضيح والإقناع ، والمواجهة ، والنمذجة ولعب الدور ، والواجبات المنزلية ، لتعليم العميل أنماط سلوكية جديدة).

(4) **دور مغير السلوك** Behavior changer : حيث يعمل الأخصائى الإجتماعي فى هذا الدور على تعديل وتغيير سلوك الصمت الإختياري وعادات الطالب ذوي إضطراب الصمت الإختياري ، وذلك من خلال تعديل مدركاته وأحكامه والتى تعدل بالتالى إنفعالاته وداوفعه ومن ثم سلوكه وطريقة تفكيره وتعديل آماله وأهدافه الحيوية والتى تؤثر على كافة المدركات الأخرى.

المراجع المستخدمة في البحث :

- علي ، إسماعيل علي (2011) : المشكلات السلوكية للأطفال وسبل الوالدين في مواجهتها ، (الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية).
- بديوي ، أحمد علي(2012) : أبناؤنا – سلسلة سفير التربوية (10) ، طفلك ومشكلاته النفسية : "التشخيص / العلاج ، (القاهرة : وحدة ثقافة الطفل بشركة سفير).
- اليونيسيف ، منظمة الأمم المتحدة (2017) : تقرير إحصائي عن حالة أطفال العالم ، الأطفال في عالم رقمي ، (نيويورك : منظمة الأمم المتحدة).
- شعبان ، عبد ربه (2010) : الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصرياً ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (غزة : كلية التربية ، الجامعة الاسلامية).
- القرني ، محمد مسفر علي (2018) : نموذج رعاية للعلاج الأسري ، (الرياض : مكتلة الرشد).
- جبل ، عبد الناصر عوض أحمد (2012) : تنمية القدرات الابتكارية للمضطربين سلوكياً ، (الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث).
- مليجي ، أمال عبد السميع (2003) : الأطفال والمراهقون المعرضون للخطر، (القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية).
- زهران وآخرون ، حامد عبد السلام (2003) : دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، (القاهرة : عالم الكتب).
- محمد ، محمد رشدي (2002) : دور الأخصائي الاجتماعي مع حالات عدم التوافق المدرسي غياب الأب عن الأسرة ، بحث منشور في مجلد المؤتمر العلمي السنوي الخامس عشر لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، المجلد الرابع.
- سليمان وآخرون ، حسين حسن (2005) : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة ، (بيروت : المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع).
- القديري ، ريما علوي حسن (2006) : التنشئة الأسرية وعلاقتها بانحراف الطلاب ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (عدن : كلية الآداب ، قسم علم الاجتماع ، جامعة عدن).
- Burgest , A.W., et al (2003) : Assessing child abuse : The triads check list, J, PsychoPsoc Nursment Health serv, Apr, Vol. 28, No.4.

- محمد ، أبو بكر موسى (2001) : ظاهرة أطفال الشوارع ، " رؤية غير حضارية" ، (القاهرة : مكتبة النهضة المصرية).

- علي ، ياسمين أيمن محمد (2016) : الأفكار اللاعقلانية لدى الأمهات الصغيرات وعلاقتها (القبول – الرفض) الوالدي للأبناء في إطار النظرية المعرفية في خدمة الفرد ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (القاهرة : كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان).

- إسماعيل ، إيمان محمد صبري (2000) : إساءة معاملة الأطفال – " دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين" ، بحث منشور بمجلة علم النفس ، (القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد الثالث والخمسون).

- شكور، جليل وديع (2007) : الطفولة المنحرفة ، (لبنان : الدار العربية للعلوم).

- Kempe, R.S. & Kempe, C.H (2010) : Child Abuse , Cambridge, Harvard University Press.

- Brockman, M (2012) : children and Physical abuse, in Thomas & Grimes: Children's Needs Psychological perspectives, (Washington, Dc : The National Association of School Psychologist).

- عبد الرحمن ، محمد السيد (1998) : نظريات الشخصية ، (القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر التوزيع).

- محمد، سامية مختار(2003) : فعالية برنامج تدريبي لمهارة الاستماع في بعض جوانب نمو طفل الروضة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (الزقازيق : كلية التربية ، جامعة الزقازيق).

- الخطيب ، فريد مصطفى (2006) : الصمت الاختياري ، مثالى منشورة في مجلة رسالة المعلم ، (القاهرة : إدارة التخطيط والبحث التربوي, وزارة التربية والتعليم) ، مج(44), ع(2-3).

- Kearney, C. (2010) : Helping children with selective mutism and their parents: A guide for school-based professionals , (New York: Oxford University Press, Inc).

- Shipon-Blum, E. (2007) : Understanding selective mutism: a guide to helping our teachers understand. Selective mutism group childhood anxiety, Network, (215) 887-5748, Www. Selective mutism.org, -A 501(C (3) Nonprofit Organization.

- Roslin, Britany D. (2013) : Adapting Parent Child interaction Therapy for Selective Mutism : A Test of Generalization Across. Ph. D. , (New York : the University of Hofstra, United States).

- Ellis Chris (2015) : Selective Mutism : A Survey of School Posologists' Experience, Knowledge and Perceptions, Ph. D. , (Califomia : the University of Chapman, United States).

- Dillian , Jacalyn R. (2016) : An Examination of School Professional's Knowledge of Selective Mutism. Psy. D. , (New York : St. John's University, United States).

- كامل ، أنطون جابي نعيم (2013) : الصمت الإختياري لدى الأطفال : أعراضه ، أسبابه ، ووسائل التعامل معه ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (مكة : كلية التربية ، جامعة أم القرى).

- النقيعي ، خالد سلطان (2012) : السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت الإختياري بالصفوف الأولية وأقرانهم العاديين بمكة المكرمة – دراسة مقارنة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (فلسطين : جامعة القدس).

- المالكي ، موزة عبد الله (1996) : مقارنة القدرات الإبتكارية بين مجموعتي أطفال عولجوا من الصمت الإختياري وأطفال عاديين في دولة قطر ، دراسة غير منشورة ضمن فعاليات ندوة دور المدرسة والأسرة والمجتمع في تنمية الإبتكار ، (قطر : كلية التربية ، جامعة قطر).

- Hoyne, Bebhinn (2014) : Understanding, Identifying and Supporting Children and Young People with Selective Mutism, (S M : Perspectives and Experiences of Keys Take Holders.

- 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.

- Vecchio, J. (2003) : Selective mutism : Unwilling to speak or scared silent ?. , Master of Arts, (Las Vegas : Graduate College University of Nevada).

- Cohan ,S. (2007) : Developing a sub typing system for selective mutism, Do ,of Philosophy, (San diego : University of California) , p ,91.

- 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

- سليمان ، عبد الرحمن سيد (2002) : اضطراب الصمت الاختياري (التباكم) لدى الأطفال ، بحث منشور في مجلة علم النفس ، (القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب) ، ع(63) ، ج(16).

- غزال ، عبد الفتاح علي (1993) : دراسة اكلينيكية للعلاقة بين الصمت الاختياري والاضطراب الأسري لدى بعض الأطفال العاديين والمعاقين ذهنياً ، بحث منشور في مجلة كلية التربية ، (أسيوط : كلية التربية ، جامعة أسيوط) ، ع(9) ، ج(2) ، يونيو.

- الذهبي ، هناء مزعل حسين (2017) : بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الإبتدائية ، بحث منشور في مجلة البحوث التربوية والنفسية ، (بغداد : جامعة بغداد) ، ع52 ، ص379-405.

- عمار، مروة محمود محمد(2019) : الصمت الاختياري وتوهم المرض وعلاقتهما بالحرمان العاطفي المدرك لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية "دراسة سيكومترية-كلينيكية ، بحث منشور في مجلة كلية التربية ، (طنطا : كلية التربية ، جامعة طنطا) ، ع(2) ، ج(74) ، أبريل.

- محمد ، ناهد سعد بحر (2013) : تصور مقترح من منظور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة إضطراب الصمت الإختياري لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية بأسوان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (أسوان : كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة أسوان).

- Shriver, Mark et al. (2011) : Behavior observation as for linking assessment to treatment for selective mutism Education and treatment of children 34.

- حمودة ، فريال فوزي محمد (2015) : فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باللغب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي إضطراب الصمت الإختياري ، رسالة ماجستير غير منشورة ، (كفر الشيخ : كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة كفر الشيخ).

– النجار ، فاطمة الزهراء محمد (2015) : فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري – دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية ، بحث منشور في مجلة كلية التربية ، (القاهرة : جامعة الأزهر) ، ع(162) ، ج(4) ، يناير.

– العزاليد ، سعيد كمال عبد الحميد (2015) : فعالية برنامج سلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، بحث منشور في مجلة التربية الخاصة ، (الزقازيق : كلية علوم الاعاقة والتأهيل ، جامعة الزقازيق) ، ع(13) ، أكتوبر.

– شعراوي ، إيمان محمد كامل فؤاد (2016) : فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة إضطراب الصمت الإختياري لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإبتدائية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، (بنها : كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة بنها).

– عبد اللطيف ، فاطمة سيد (2018) : فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ، بحث منشور في المجلة المصرية للدراسات النفسية ، (القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية) ، ع(99) ، مج(28) ، أبريل.

– حلاوة ، محمد السيد(2011) : الإعاقة العقلية والأسر ، "سلسلة دراسات وقضايا في التربية الخاصة" ، (الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية).

– الصديقي وآخرون ، سلوى عثمان (2014) : المداخل النظرية في خدمة الفرد ، (الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث).

– جبل ، عبد الناصر عوض أحمد (2018) : نظريات ونماذج مختارة في خدمة الفرد ، (القاهرة : مكتبة النهضة المصرية).

– النوحي ، عبد العزيز فهمي (2002) : الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية – عملية حل المشكلة ضمن اطار نسقي ايكلوجي ،(القاهرة : بدون دار نشر).

- Harris, John ; White Vicky (2013) : A Dictionary of Social Work and Social Care , (London : Oxford University Press).

– حبيب ، جمال شحاته (2009) : الممارسة العامة "منظور حديث في الخدمة الاجتماعية" ، (الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث).

- Barker, Philip (2007) : Basic Family therapy, 5th ed., University of Calgary, Black Well Publishing.

- Tatem, D. & DelCampo, R (1995) : Selective mutism in children : A structural family therapy approach to treatment , Contemporary Family Therapy, 17 (2).

– مدكور ، إبراهيم (1997) : المعجم الوجيز ، (القاهرة : الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية).

– البعلبكي ، منير (2005) : قاموس المورد (إنجليزي– عربي) ، ط 39 ، (بيروت : دار العلم للملايين).

- Pearson (2003) : Longman Active Study Dictionary , 3rd ed. , (England : Edinburgh , Marlow , Pearson Education).

– غيث ، محمد عاطف (1997) : قاموس علم الإجتماع ، (الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية).

– بدوي ، أحمد زكي (1993) : معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية ، ط3 ، (بيروت : مكتبة لبنان).

– رولان دراون ؛ فيرا رولان دراون ؛ فرانسوا بوير (1997) : موسوعة علم النفس ، ترجمة منشور عويدان ، (بيروت : دار عويدان).

- Gary R. VandenBos , ed-in-chief (2015) : APA Dictionary of Clinical Psychology , 2nd ed., (Washington, DC : American Psychological Association Press).

– السكري ، أحمد شفيق (2000) : قاموس الخدمة الإجتماعية والخدمات الإجتماعية ، (الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية).

– الرازي ، محمد بن أبي بكر بن عبد القادر (1995) : مختار الصحاح ، (القاهرة : المطبعة الأميرية).

- J.B.Sykes (1984) : The Concise Oxford Dictionary of current English , 4th. ed. , London , University Press Oxford , Larendon Press.

- Poul Procter (1990) : Long Man Dictionary of Contemporary English , librairie Du Liban.

- The new international Webster's comprehensive Dictionary of The English language (1999) : Deluxe Encyclopedic ed. ,U.S.A. Florida, Trident press international.

- Jon M.Shepard, Harwin L. Voss (1978) : Social Problems , (New York : Macmillan Publishing Co. , Inc.).
- Cunningham, E. McHolm , A. Boyle, M (2008) : Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls , Child and Adolescent Mental Health , Volume 13.
- Omdal, H. Galloway, D. (2008) : Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech ? , An Exploratory Post-hoc Study.
- Keller, M, Bergman, L, Piacentini, J, Bergman, A (2008) : The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire , Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- Bergmann, Lindsey R. (2013) : Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach, (References) , Treatment for Children with Selective Mutism an Integrative Behavioral Approach, XI, 137, Pp. New York, NY. US: Oxford University Press, US.

- 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).
- Kumpulainen, K. (2002) : Phenomenology and treatment of selective mutism.CNS Drugs, 16 (3)
- 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.
- Elizalde-Utnick, G. (2007) : Young selectively mute English language learners: School- based intervention strategies , Journal of Early Childhood and Infant Psychology, 3.
- Black, 8., & Uhde, T. W. (2015) : Treatment of elective mutism with fluoxetine : A double-blind, placebo-controlled study : Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33, (7).
- Vecchio, J. (2003) : Selective mutism : Unwilling to speak or scared silent?.Master of Arts, Graduate College University of Nevada, Las Vegas.