

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال

د. فاطمة سيد عبد اللطيف

مدرس علم النفس

كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري، وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً داخل المدارس. وقد تم استخدام بعض الفئات المعرفية السلوكية، وبعض الفنيات السلوكية طبقاً لشروطها، ولخصائص عينة الدراسة، والمرحلة العمرية التي يمرون بها. وقد تم استخدام الإجراءات المناسبة لاختيار العينة الأساسية المكونة من (١٠) أطفال (٦ من الإناث و٤ من الذكور) يعانون صمتاً اختيارياً، وعجزاً في التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ الأولى تجريبية تضم (٣ من الإناث و٢ من الذكور) يطبق عليها البرنامج، والثانية ضابطة تضم (٣ من الإناث و٢ من الذكور) ولا يطبق عليها البرنامج، وهم في المرحلة العمرية من (٦.٥ - ٨) سنوات. وقد تم استخدام وتطبيق الأدوات الآتية: مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة (إعداد الباحثة) - مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي (إعداد: البحيري، ٢٠٠٢) - مقياس "ستانفورد-بينيه" (الصورة الخامسة).

وقد لعب البرنامج التدريبي دوراً فعالاً في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال العينة التجريبية. وقد استمرت فعالية البرنامج بعد توقفه بشهرين في خفض حدة اضطراب الصمت الاختياري داخل المدرسة، وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، وقد تمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة، وتم وضع بعض التوصيات في ضوء تلك النتائج.

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

الاجتماعي لدى عينة من الأطفال

د. فاطمة سيد عبد اللطيف

مدرس علم النفس

كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر

مقدمة الدراسة

تضع الطبعة الأخيرة للدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة) (DSM-5) اضطراب "الصمت الاختياري Selective Mutism" بين اضطرابات القلق، حيث وصفت عديد من الدراسات السابقة القلق بأنه أحد أهم الأعراض البارزة لدى كثير من الأطفال الذين يعانون هذه الحالة (Muris, Peter & et al., 2015). وتوصف تلك الحالة بأنها انسحاب من الكلام مع أفراد غير أفراد الأسرة، أو في أماكن خارج البيت (Beidel, Deborah & et al., 2014). 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 يتم اكتشاف هذا الاضطراب داخل المدرسة، وهو ما أشارت إليه عديد من الدراسات السابقة، منها دراسة كل من (Paasivirta, Maria, 2012); (Erikson, Dalene, 2012); (Williams, Beverly, 2012); (Davidson, Malkie, 2012); (2012)، حيث لوحظ أن معظم الحالات يبدأ معها ظهور هذا الاضطراب عندما يدخل الطفل المدرسة للمرة الأولى (Ellis, Chris, 2015). وقد أشارت دراسة كل من (Bergman, Lindse, 2013); (Beidel, Deborah & et al., 2014) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري يؤثر على الأداء الوظيفي الاجتماعي والأكاديمي. كما أشارت دراسة (Alyanak, Behiye & et al., 2013) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون مشكلات التفاعل الاجتماعي، وبعض المشكلات السلوكية والانفعالية. وأشارت دراسة (Klein, Evelyn & et al., 2013) إلى أن (42%) من الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون عجزاً شديداً في التفاعل الاجتماعي، وقصوراً في القدرة على التعبير. كما أشارت دراسة (Young, Brennan & et al., 2012) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون إثارة أقل من الأطفال الآخرين أثناء مهام التفاعل الاجتماعي. وأشارت دراسة (Williams, Beverly, 2012) ودراسة (Beidel

(Deborah, 2014) إلى خطورة اضطراب الصمت الاختياري، حيث يعتبر هذا الاضطراب من الاضطرابات المزمنة التي إذا تركت دون علاج فإنها تشكل قصوراً طويلاً الأمد في الإنجاز الأكاديمي، والمهني، والاجتماعي. كما أشارت دراسة (Ellis, Chris, 2015) أن التأخر في التدخل العلاجي يزيد من صعوبة العلاج، كما أنه يؤثر سلباً في فعالية العلاج. وأشارت عديد من الدراسات السابقة، مثل دراسة كل من (Erickson, 2012); (Paasivirta, Maria, 2012); (Dalene, 2012); (Hung Shu, Lan & et al., 2012); (Oerbeck, Beate & et al., 2012); (Roslin, Brittany D., 2013); (Bergman, Liendsey, 2013); (Conn, 2014); (Bridgidn & et al., 2014); (Ellis, Chris, 2015); (Monzo, Maria, 2015); إلى أن التدخل التجريبي له دور فعال في تحسين اضطراب الصمت الاختياري بالرغم من تنوع البرامج التدخلية المستخدمة في هذه الدراسات، وإن كان أغلبها يشير إلى أهمية الفنيات المعرفية - السلوكية والفنيات السلوكية. كما أشارت دراسات أخرى، مثل دراسة كل من (Ale, Chelsea, 2013); (Paul, Howard A., 2013); (M. & et al., 2013) إلى تقديم البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية والسلوكية مرتكزة على التعرض للتفاعلات الاجتماعية؛ لذا جاءت هذه الدراسة كمحاولة للتعرف على فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري، وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال.

مشكلة الدراسة

ترجع الباحثة مشكلة الدراسة إلى: (١) تأثير اضطراب الصمت الاختياري "Selective Mutism" على الأداء الوظيفي الاجتماعي، والانفعالي، والأكاديمي لدى الأطفال الصغار في مرحلة حرجة من نموهم (Bergman, Lindsey, 2013). وقد وصفه (Barterian, Justin, 2015) بأنه اضطراب موهن فيما يتصل بالعواقب الأكاديمية والاجتماعية. (٢) ما أشارت إليه دراسة كل من: (Ale, 2012), (Davidson, Malkie, 2012), (Chelsea M. & et al., 2013) إلى أن التأخر في تلقي التدخل العلاجي لحالات اضطراب الصمت الاختياري يسهم في تردي فعالية العلاج. وهو أيضاً ما أشارت إليه دراسة (Williams, Beverly, 2012) من أن الوقاية المبكرة واستراتيجيات التدخل العلاجي تعد من الأمور المهمة على الترتيب لخفض العواقب طويلة الأمد إذا ترك ذلك الاضطراب دون علاج. وكذلك ما أشارت إليه دراسة (Ellis, Chris, 2015) من أنه كلما استمر اضطراب الصمت الاختياري مدة أطول زادت صعوبة علاجه. (٣) ما أشارت إليه دراسة كل من (Hoyne, Bebhin, 2014); (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

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل =

والعلاج مرتفعاً بوضوح، كما أنه لا يوجد داخل المدارس فهم جيد لهذا الاضطراب أو معرفة بالأدوار التي يستطيع أن يقوم بها الأخصائي النفسي داخل المدرسة، وما يستطيع أن يقدمه من إسهامات لحالات اضطراب الصمت الاختياري. (٤) أيضاً أشارت دراسة (Hoyne, Bebhin, 2014) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري ليس له تأثير ملحوظ فقط على الطفل الصامت اختياريًا، ولكن أيضاً يكون له تأثير على الأفراد المحيطين به، حيث يصف المحيطون الطفل الصامت اختياريًا بأنه طفل خجول، أو منطوي، أو عنيد، وهذه المفاهيم الخاطئة قد تؤدي إلى طرق غير ملائمة - غالباً - يتفاعل بها الراشدون مع الأطفال المصابين باضطراب الصمت الاختياري، كما تسهم في تقليل فرص العلاج (Debra Harwood, 2011). (٥) أيضاً ما أشارت إليه عديد من الدراسات، مثل دراسة كل من (Klein, Alyanak, Behiye & et al., 2013); (Diliberto, Rachele Alexandra, 2014); (Evely & et al., 2013) من أن هذا الاضطراب من الاضطرابات التي تسبب عجزاً في التفاعل الاجتماعي بنسبة (٤٢%) من الحالات.

وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

- ما مدى فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال؟

وتتفرع من هذا التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)؟
- ٢- هل توجد فروق بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة؟
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)؟
- ٤- هل توجد فروق بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة؟

- ٥- هل توجد فروق بين متوسطي رتب الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) ومقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة؟
- ٦- هل توجد فروق بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين) على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) وأبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة؟

أهمية الدراسة

تبرز أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

(أ) الأهمية النظرية:

(١) أهمية المرحلة العمرية التي تنصدي لها هذه الدراسة، حيث تعتبر حلقة التعليم الابتدائي اللبنة الأولى للتعليم الصحيح والأساس لكل مراحل التعليم اللاحقة. (٢) احتواء هذه الدراسة على برنامج تدريبي يتناول خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري لدى عينة من الأطفال، وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال حتى يستطيع الطفل التحدث بشكل طبيعي داخل المدرسة، وبالتالي يحرز تقدماً تربوياً، وحتى لا يمثل هذا الاضطراب عقبة لمن يتعاملون مع الطفل على المستوى الأكاديمي، وتحقيق التفاعل الاجتماعي مع الزملاء والمعلمين، حيث يلعب التفاعل الاجتماعي مع الأقران دوراً مهماً في عملية النمو الاجتماعي لدى الأطفال، حيث يزودهم بخبرات تعليمية عديدة تساعدهم في تعلم المهارات الاجتماعية، واللغوية، والحركية، وطريقة التعبير عن المشاعر والعواطف.

(ب) الأهمية التطبيقية:

تزويد المكتبة النفسية والعيادات السلوكية ببرنامج قائم على بعض فنيات النظرية المعرفية - السلوكية، وبعض فنيات النظرية السلوكية، ومُعد بأسلوب شيق، حيث يتناول أدوات ووسائل مبتكرة لخفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال، وأيضاً تزويد المكتبة النفسية بمقياس لقياس الصمت الاختياري داخل المدرسة، ومقياس للتفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- (١) تصميم برنامج تدريبي يهدف إلى خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال. (٢) الكشف عن فعاليته في خفض درجة

===== **فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل** =====
اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال داخل المدرسة. (٣) التحقق من استمرارية فعالية البرنامج في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري، وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي للأطفال داخل المدرسة.

التعريفات الإجرائية

- **الأطفال ذوو اضطراب الصمت الاختياري "Children with Selective Mutism Disorder"**

هم أطفال يعانون فقدان القدرة على التحدث، والانسحاب التام من الكلام داخل المدرسة، برغم أنهم يتحدثون طبيعياً داخل الأسرة، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦.٥ - ٨) سنوات، ولا يتصفون بأية اضطرابات أخرى (اضطرابات التواصل، والاضطرابات العصابية الأخرى التي يمكن أن تحدث في مرحلة الطفولة). وهذا الفشل في الكلام لا يرجع إلى عدم فهم اللغة المنطوقة، أو الافتقار إلى المعرفة، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال بهذا الاضطراب من قبل الطبيب المختص^(٥) بالعيادة الخارجية (١٦ - C) (١٥ - C) لمركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس، والذي تطبق فيه الدراسة الحالية، بالإضافة إلى تطبيق الباحثة لمقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس) من إعداد الباحثة.

- **التفاعل الاجتماعي "Social Interaction"**

مشاركة الطفل اجتماعياً زملاءه ومعلميه داخل المدرسة، وقدرته على التواصل الاجتماعي، والتعاطف معهم، وتعبير عنه الدرجة المرتفعة على مقياس التفاعل الاجتماعي (إعداد الباحثة).

- **البرنامج التدريبي "Training Program"**

خطة محددة ودقيقة تجمع بين بعض الفنيات المعرفية - السلوكية وبعض الفنيات السلوكية، والتي استخدمت طبقاً لشروطها، وخصائص عينة الدراسة، والمرحلة العمرية التي يمرون بها، وتشمل وسائل وأدوات مبتكرة وجذابة؛ بهدف خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي.

(٥) تشخيص الطبيب لهذا الاضطراب يعتمد على معايير (DSM-5)، كما أن مقياس الصمت الاختياري - (من إعداد الباحثة) - يعتمد على معايير (DSM-5).

محددات الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالموضوع الذي تناولته الباحثة (فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال)، حيث

تحدد الدراسة بما يلي:

(أ) الأدوات والعينة المستخدمة في الدراسة.

(ب) المتغيرات الآتية:

- ١) المتغير المستقل (البرنامج التدريبي). ٢) المتغير التابع (اضطراب الصمت الاختياري داخل المدارس - التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة). ٣) متغيرات دخيلة (السن - الذكاء - المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي - مستوى الصمت الاختياري داخل المدرسة - مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة).

الإطار النظري للدراسة

- تعريف اضطراب الصمت الاختياري "Selective Mutism Disorder"

يعد اضطراب الصمت الاختياري أحد اضطرابات الطفولة النادرة نسبياً، والذي يتصف بالفشل المستمر في التحدث في سياقات محددة - المدرسة مثلاً - بالرغم من التحدث على نحو طبيعي في سياقات أخرى كالمزمل مثلاً. ولقد أشارت دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري أحد اضطرابات القلق، والذي يتسم بالفشل المستمر في التحدث في مواقف اجتماعية معينة، والتي يكون التحدث متوقفاً أثناءها (مثل داخل المدرسة، أو فيما بين الأقران المألوفين، أو بين الراشدين) برغم التحدث بشكل عادي في مواقف أخرى (مثل داخل المنزل، أو بين أفراد الأسرة). وأشارت دراسة (Bergman, Lindsey R., 2013) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري حالة سلوكية موهنة يفشل الطفل فيها في التحدث في مواقف اجتماعية معينة برغم التحدث بشكل منتظم وطبيعي في مواقف أخرى. كما يعرف اضطراب الصمت الاختياري بأنه الفشل المطرد في التحدث في مواقف اجتماعية معينة، رغم أن الفرد نفسه يكون قادراً على التحدث في مواقف أخرى (Debra, Harwood, 2011). وقد أشارت دراسة (Ellis, Chris, 2015) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري أحد اضطرابات القلق الذي يتحدث فيه التلميذ في سياق ما، ولكنه لا يتحدث في سياق آخر، حيث يكون الحديث متوقفاً، وفي الغالب يكون هذا السياق هو المدرسة. كذلك أشارت دراسة (Dillan, Jacalyn R., 2016) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري أحد اضطرابات القلق، والذي يتصف بفقدان الكلام في سياق أو

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل، أكثر، والذي يكون فيه التحدث متوقفاً اجتماعياً، وقد يحدث هذا فقدان للكلام رغم وجود الكلام الطبيعي في مواقف أخرى.

- بداية ومسار اضطراب الصمت الاختياري

أشارت دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014) إلى أن متوسط سن بدء اضطراب الصمت الاختياري يتراوح ما بين (٢.٧ - ٤.١) سنة. كما أشارت دراسة (Williams, Beverly, 2012) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري يتضح عادة لدى صغار الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٢ - ٤) سنوات، ولكن غالباً ما يتم تشخيصه بعد ذلك عند التحاق الطفل بالحضانة أو بروضة الأطفال. وأشارت دراسة (Hung, Shu-Lan, 2012) إلى أن بدء اكتشاف اضطراب الصمت الاختياري يكون عادة في الأعمار ما بين (٣ - ٦) سنوات عندما يبدأ الأطفال الذهاب إلى دور الحضانة، ومع ذلك تتم إحالة هؤلاء الأطفال - في الغالب - للعلاج في أعمار ما بين (٦ - ١١) سنة عندما يلتحقون بالمدرسة الابتدائية؛ مما يؤثر على فاعلية العلاج. والسبب في ذلك - كما أشارت إليه دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014) - أن المدرسين لا يستطيعون تقييم الإنجاز الأكاديمي في المواد الدراسية التي تتطلب مكونات لفظية مثل القراءة بصوت مرتفع، وفي هذه الحالة فإن المدرسين - وليس الوالدان - هم الذين يقدمون الدافع للسعي إلى العلاج، ويُطلب من الوالدين المساعدة في العلاج بالعرض على الأخصائيين في المدرسة أو خارجها، حيث إن الطفل لن يتقدم بدون القدرة على تقييم المهارات الأكاديمية.

- انتشار اضطراب الصمت الاختياري

أجرى (Sharkey, Louise & et al., 2012) دراسة للتعرف على نسبة انتشار اضطراب الصمت الاختياري لدى أطفال المدارس الابتدائية الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ١٢) سنة، حيث تم أخذ عينة من (٣٩) مدرسة تغطي منطقة جغرافية تشمل (١٠٩٢٢٧٩) طفلاً بجمهورية أيرلندا، وأظهرت النتائج أن معدل انتشار اضطراب الصمت الاختياري بين تلاميذ المرحلة الابتدائية (٠.١٨%).

- المعايير التشخيصية لاضطراب الصمت الاختياري (F94.0):

- A - تشير إلى فشل التحدث في المواقف الاجتماعية المحددة التي بحاجة إلى توقعات التحدث (على سبيل المثال: في المدرسة) على الرغم من حدوثها في حالات أخرى.
- B - يتداخل الاضطراب مع التحصيل العلمي، أو المهني، أو الاجتماعي مع الاتصالات.
- C - مدة الاضطراب على الأقل شهر واحد (لا يقتصر على الشهر الأول من المدرسة).

D - لا يتسبب عدم الكلام في نقص المعرفة، أو الراحة، أو اللغة المحكية المطلوبة في الحالات الاجتماعية.

E - لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب الاتصالات (على سبيل المثال: Childhood Onset اضطراب الطلاقة)، ولا يحدث حصرياً أثناء اضطراب طريف التوحد، والفصام، أو أي اضطراب ذهاني آخر (DSM-5-2013، ترجمة: مصطفى، ويوسف، ٢٠١٥: ٣٥٥).

- أعراض اضطراب الصمت الاختياري

(١) هسات نادرة جداً إلى أحد أقران الصف الأول ومعلم اللغة (من روضة الأطفال إلى الصف الثالث). (٢) التواصل عبر رسائل قصيرة مكتوبة، ورسائل نصية. (٣) لا يتحدث إلى أي أحد فيما عدا الأقارب من الدرجة الأولى. (٤) التعرض للرفض من الأقران (Beidel, Deborah, & et al., 2014).

- علاج اضطراب الصمت الاختياري

أشارت دراسة (Barterian, Justin A., 2015) إلى أهمية عقار فلوكستين (بروزاك). كما أشارت دراسة (Beidel, Deborah, et al., 2014) إلى أن كلاً من العلاج الدوائي، والعلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي تكون فعالة، وتصل نسبة نجاحها إلى (٧٠%). وكذلك أشارت دراسة (Erickson, Dalene, 2012) إلى فعالية العلاج بالفن (الرقص - الدراما - المسرح).

- التداخل بين اضطراب الصمت الاختياري وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى

• الصمت الاختياري والرهاب الاجتماعي Social Phobia:

هدفت دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014) إلى تقييم اضطراب الرهاب

الاجتماعي واضطراب الصمت الاختياري، حيث أشارت إلى نموذجين لحالتين:

- الحالة الأولى "جيسكا Jessica" (١٢) عاماً: والتي وصلت إلى العيادة النفسية مرتدية معطفاً شتوياً له قلنسوة وسوستة مغلقة تماماً، وقلنسوته مرفوعة برغم الطقس الصيفي مرتفع الحرارة، وقالت والدتها إن ابنتها "Jessica" ترددي هذا المعطف في جمع الأوقات؛ لأنها لا تريد أن ينظر إليها أحد، ولم تقم أثناء الجلسة بأي تواصل عن طريق العينين، وأخبرت والدتها بأن الطريقة الوحيدة التي كانت تتعرف بها على زملائها في الفصل كانت بربط أصواتهم بأحذيتهم، ولأنها لم تكن تستطيع أن تقوم بالاتصال بالعين (التواصل البصري) معهم فإنها لم تستطع التعرف

===== فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل =====

عليهم بوجههم، ويصفها زملائها بأنها غير اجتماعية، ولا تتفاعل معهم، ووصفت "Jessica" نفسها قائلة: "لا أريد أن أكون هذه الفتاة الخائفة، لكن لا يسعني فعل ذلك".

- الحالة الثانية "Nina": كانت "Nina" لا تتحدث إلى أي أحد فيما عدا الأقارب من الدرجة الأولى منذ أن كانت في الرابعة من عمرها تقريباً، وكان الاستثناء الوحيد همسات نادرة جداً إلى أحد أقران الصف الأول، ومعلم اللغة (من روضة الأطفال إلى الصف الثالث)، وفي وقت تناول الطعام تتواصل "Nina" عبر رسائل قصيرة مكتوبة ورسائل نصية، وقالت والديها إنها تتعرض للرفض من زملائها، وتعاني قصوراً في المواد الدراسية.

كان هذان نموذجين لحالتين مختلفتين؛ تمثل الأولى نموذجاً لاضطراب الرهاب الاجتماعي، وتمثل الثانية نموذجاً لاضطراب الصمت الاختياري (Beidel, Deborah & et al., 2014: 56). وهما من الاضطرابات التي أساسها القلق الذي يوجد لدى الأطفال والمراهقين، وبينما يعد اضطراب الرهاب الاجتماعي أحد أكثر اضطرابات القلق انتشاراً بنسبة انتشار (7%)، فإن اضطراب الصمت الاختياري يعتبر من الاضطرابات النادرة نسبياً بنسبة انتشار أقل من (1%)، كما أن اضطراب الرهاب الاجتماعي يبدأ من (11 - 15) سنة، مع وجود أعراض في سن الثامنة من العمر، أما سن بداية اضطراب الصمت الاختياري فتتراوح ما بين (2.7 - 4.1) سنة (Beidel, Deborah & et al., 2014: 56 - 57). وقد لاحظت الباحثة الحالية أن هناك أطفالاً في العيادة النفسية يحملون كلا التشخيصين، ويبدأ علاج هذه الحالات بعلاج اضطراب الصمت الاختياري، وبمجرد أن يصبح الطفل قادراً على التحدث إلى المعالج وربما إلى بضعة أفراد آخرين، فإن التدخلات العلاجية لاضطراب الرهاب الاجتماعي تكون أكثر فعالية.

* الصمت الاختياري والسلوك الانسحابي Withdrawal Behavior:

السلوك الانسحابي نمط من السلوك يتعد فيه الفرد عن أداء الوظائف اليومية العادية، مع ما يصاحبها من إحباطات، وتوترات، وخيبة أمل، ويعني هذا إبعاد عصبي للذات عن التفاعل الاجتماعي العادي مصحوباً بعدم التعاون مع الآخرين، وعدم الالتزام بالمسئولية (عبد الحميد، وكفاقي، 1996: 4225).

* الصمت الاختياري والخجل Shyness:

عرّف (الحقنسي، 1978: 299) الخجل بأنه: "حالة ارتباك وقلق وكف في حضور الآخرين". فالخجل سمة عادية للشخصية، بما يعني أن كل فرد لديه درجة ما من الخجل، قد تزيد عند البعض وتقل عند البعض الآخر، وعند غالبية الأفراد قد تقع وسط هذين الطرفين، أما

اضطراب الصمت الاختياري فهو فئة إكلينيكية، أو حالة مرضية تخضع للتدخل الإرشادي والعلاجي، وربما يكون الفارق بين الصمت الاختياري والخجل أكثر وضوحاً من حيث شدة ردود الأفعال الانفعالية، فاضطراب الصمت الاختياري يشير إلى شكل أكثر تطرفاً وشدة للقلق من الخجل.

• الصمت الاختياري واضطراب الشخصية التجنبية:

اضطراب الشخصية التجنبية ينطوي على متلازمة من الأعراض التي تحدد نمطاً مميزاً من أنماط اضطراب الشخصية، وهو نمط أكثر شمولاً وشدة من اضطراب الصمت الاختياري، وقد أشار "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV" إلى أعراض اضطراب الشخصية التجنبية (DSM-IV, 1994: 662 – 665).

• الصمت الاختياري واضطرابات التواصل:

الطفل ذو اضطراب الصمت الاختياري يفشل في التحدث، ولكن الفشل في التحدث غير مساوٍ تماماً للفشل في التواصل، ذلك أنه يعتمد على أشكال تواصل غير لفظية متنوعة، والتي تتضمن الإيماء، أو كتابة رسائل موجزة، أو استخدام وسائل مثل أجهزة الكمبيوتر والهواتف الذكية للتفاعل مع الآخرين (Beidel, Deborah C. & et al., 2014).

• مفهوم التفاعل الاجتماعي "Social Interaction":

تأثير متبادل بين نسقين أو أكثر، وهو مصطلح أوسع من مصطلح التواصل، فهو علاقة اجتماعية بين أناس من طبيعتها أن يؤثر الأفراد في بعضهم البعض بالتبادل (الدسوقي، ١٩٨٨: ٧٢٦). وهو علاقة بين نسقين أو شخصين أو جماعتين أو أكثر تؤدي إلى تأثير متبادل ومشارك (عبد الحميد، وكفافي، ١٩٩١: ١٧٧١). كما عرّفه (Trepagnier, 1996) بأنه: "عملية مشاركة بين الأطفال من خلال مواقف الحياة اليومية، تفيد في إقامة علاقات مع الآخرين، وتشمل المهارة في التعبير عن الذات، والاتصال بالآخرين، ومشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية، وإقامة حوار وصداقة معهم" (بخش، ٢٠٠٢: ١٣٢).

• الصمت الاختياري والعجز في التفاعل الاجتماعي:

لا تكاد دراسة سابقة للصمت الاختياري تخلو من الإشارة إلى العجز في التفاعل الاجتماعي كمشكلة مصاحبة لاضطراب الصمت الاختياري، حيث أشارت دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014: 60) إلى أن اضطراب الصمت الاختياري يؤثر على النمو الاجتماعي للأطفال، ويمنعهم من المشاركة في أنشطة الطفولة المعتادة، وهو ما أشارت إليه دراسة

===== فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل =====
(Barterian, Justin, 2015)، ودراسة (Bergman, Lindse, 2013)، ودراسة (Klein, Evelyn & et al., 2013)، ودراسة (Diliberto, Rachel & et al., 2013)، ودراسة (Young, Brennas & et al., 2013)، ودراسة (Alexandra, 2014).

دراسات سابقة

تتناول الدراسات السابقة ثلاثة محاور كالتالي:

(أ) في إطار تحليل عدد كبير من الدراسات السابقة، أشارت الغالبية العظمى منها إلى اضطراب الصمت الاختياري والعجز في التفاعل الاجتماعي.

فدراسة "ديليبرتو راشيل ألكساندرا" (Diliberto, Rachele Alexandra, 2014)

هدفت إلى تحديد بروفييلات سلوك المعارضة والقلق لدى عينة إكلينكية من الشباب الذين يتلقون العلاج في عيادة اضطرابات القلق بجامعة "نيفادا - لوس أنجلوس" بسبب اضطراب الصمت الاختياري. تكونت عينة الدراسة من (٥٧) من الشباب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الاختياري منذ الطفولة ويستمر لديهم حتى الجامعة سيبدون مشكلات في التفاعل الاجتماعي منذ صغرهم، مع وجود أعراض لاضطراب القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى أن هؤلاء الأطفال من المتوقع أن يظهروا علاقة بسيطة بالسلوكيات العدوانية، وأعراض اضطراب التحدي المعارض (الأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الاختياري مع أحد بروفييلات سلوك للقلق)، أما الأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الاختياري مع بروفييل المعارضة فيسبدون سلوكاً عدوانياً، وأعراض اضطراب التحدي المعارض، بالإضافة إلى توقع أن هؤلاء الأطفال سيظهرون مشكلات التفاعل الاجتماعي، وأعراض اضطراب القلق الاجتماعي. وفي دراسة أخرى لـ "أليانك بيهيي، وآخرون" (Alyanak, Behiye & et al., 2013) بحثت المشكلات السلوكية الانفعالية لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، بالإضافة إلى التوافق النفسي والاتجاهات الوالدية للأمهات والآباء. تضمنت عينة الدراسة عدد (٢٦) من الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري الذين تراوحت متوسطات أعمارهم ما بين (٢.١١ - ٨.١١) سنة، وعدد (٣٢) من الأطفال الأصحاء كعينة ضابطة تراوحت متوسطات أعمارهم ما بين (٢.٥٥ - ٨.١٨) سنة، بالإضافة إلى آباء وأمهات جميع أولئك الأطفال. وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري حصلوا على درجات أعلى في المشكلات السلوكية والانفعالية، ومشكلات التفاعل الاجتماعي من أطفال المجموعة الضابطة، كما أن شدة المشكلات السلوكية والانفعالية، وضعف التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري

قد ارتبطت بالمرض النفسي لدى الأمهات وليس المرض النفسي لدى الآباء. كما أشارت دراسة كلين إيفيلين، وآخرون" (Klein, Evelyn & et al., 2013) إلى أن (٤٢%) من الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون عجزاً شديداً في التفاعل الاجتماعي، وقصوراً في القدرة على التعبير، خاصة في المرحلة العمرية ما بين (٥ - ١٢) سنة، حيث بحثت هذه الدراسة تقييم اللغة التعبيرية والتفاعل الاجتماعي لدى عدد من الأطفال الذين يعانون اضطراب الصمت الاختياري. وفي دراسة أخرى لـ"يوج برينان، وآخرون" (Young, Brennan & et al., 2012) شارك فيها (٣٥) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥ - ١٢) سنة، (١٠) أطفال منهم يعانون اضطراب الصمت الاختياري، و(١١) طفلاً يعانون القويبا الاجتماعية، و(١٤) طفلاً بدون تشخيص. اشتملت أدوات القياس على تقديرات الطبيب السريري والوالد، والملاحظات السلوكية، والمقاييس الفسيوسيكولوجية، وأشار الأطباء السريريون إلى أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري يعانون عجزاً شديداً، وأقل فعالية اجتماعية وقلق، لكن المجموعات لم تختلف في التعلق المقدر من قبل الوالد، وأثبتت المقاييس الفسيوسيكولوجية أن الأطفال في مجموعة اضطراب الصمت الاختياري كانوا يعانون إثارة أقل من الأطفال الآخرين أثناء مهام التفاعل الاجتماعي. ويفترض الباحثون أن فقدان الكلام قد يسهم كأحد آليات للتجنب، وهذا يفسر النقص في الإثارة.

(ب) أشارت مجموعة أخرى من الدراسات السابقة إلى تأثير البرامج الإرشادية والعلاجية في تحسين اضطراب الصمت الاختياري.

منها تلك الدراسة التي أجرتها (شعراوي، ٢٠١٦)، والتي استهدفت التحقق من فاعلية برنامج في تخفيف حدة اضطراب الصمت الاختياري. استخدمت الباحثة مجموعة تجريبية واحدة، واحتوى البرنامج على جلسات خاصة بالوالدين والمعلمات، وجلسات خاصة بالوالدين فقط، وجلسات خاصة بالمعلمات فقط؛ للتعرف على ماهية الصمت الاختياري، ودور الأسرة والمدرسة في اكتشافه. وقد حقق البرنامج دوراً فعالاً في خفض حدة اضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال عينة البرنامج. أيضاً دراسة (حمودة، ٢٠١٥) التي هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باستخدام اللعب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري. استخدمت الدراسة أدوات (استمارة ملاحظة سلوك الخجل (إعداد الباحثة) - مقياس الخجل (إعداد الباحثة) - برنامج العلاج باللعب غير الموجه (إعداد الباحثة)). وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي باللعب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري. كما قام "إليس، كريس" (Elis, Chris, 2015) باستطلاع عمل الأخصائيين النفسيين بالمدارس لتحديد

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

عديراً من يعرفون حالة اضطراب الصمت الاختياري، وعدد من عقل مع التلاميذ ذوي اضطراب الصمت الاختياري في أنواع التقييمات التي استخدموها، والتدخلات التي قاموا بها، ونتائج العلاج. تم جمع البيانات عن طريق الاستطلاع عبر الإنترنت لعدد (١٦٥) مشارك فيما يتعلق بختبراتهم، ومعرفة، وإدراكاتهم المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٩٧%) من المشاركين الأخصائيين النفسيين بالمدارس لديهم معرفة بأحد التلاميذ الذين يعانون اضطراب الصمت الاختياري، وأن (٨١%) منهم عملوا مباشرة مع أحد التلاميذ المصابين باضطراب الصمت الاختياري. وقد اشتملت غالبية طرائق التقييم على الملاحظات المباشرة، والمقابلات التشخيصية، ومعظم الخدمات التي قدمت كانت مقابلات شخصية مع الوالدين والمدرسين، والتي تبعتها مقترحات وإحالات لمعالجة خصوصية، واشتملت التدخلات العلاجية الأكثر تكراراً على الجلسات الفردية، والعلاج باللعب، والمجموعات الصغيرة، وتم استخدام أسلوب سلب الحساسية، وتعديل السلوك، والعلاج السلوكي المعرفي. كما بحثت دراسة 'مونزو، ماريان، وآخرون' (Monzo, Maria & et al., 2015) حالتين لطفتين اختاراً ألا يتحدثتا خارج منزل عائلتهما؛ في الحالة الأولى من هاتين الحالتين استمر العلاج النفسي الفردي من قبل المعالج النفسي للطفل الذي بدأ بالعلاج النفسي بين الوالد والطفل، وبدأ في الحالة الثانية بالعلاج الأسري الذي تبعه العلاج النفسي الفردي للطفل، وتمت مساعدة كلا الطفلين الصامتين والسديهما لتقديم أفكار وكلمات لأحداث معينة، وبذلك تم تحقيق مستوى أفضل للتواصل. كما قام 'كون، بريدجيد، وآخرون' (Conn, Bridgid M. & et al., 2014) بدراسة لقياس فعالية التدخل المبكر لعلاج اضطراب الصمت الاختياري لدى صبي أمريكي من أصول إفريقية في سن ما قبل المدرسة، واستمر العلاج السلوكي للطفل لمدة ثلاثة أشهر. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن التدخل المبكر مع اضطراب الصمت الاختياري مفيد في خفض حدة هذا الاضطراب، كما أنه مرتبط بتناقص إمكانية الإصابة باضطراب القلق فيما بعد في مرحلة الطفولة. وأجرت (محمد، ٢٠١٣) دراسة أوضحت من خلالها أن (٣٠%) من التلاميذ يعانون مشكلات انفعالية وسلوكية تعرقل سير دراستهم وتؤثر على مستوى تحصيلهم. وقد وضعت هذه الدراسة تصوراً مقترحاً من منظور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة مشكلة اضطراب الصمت الاختياري لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بأسوان. أيضاً دراسة لـ'روزلين، بريتانى د.' (Roslin, Brittany D., 2013) هدفت إلى التعرف على أثر التفاعل بين الوالد والطفل في علاج الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري؛ تكونت عينة الدراسة من (٥) أطفال وأبائهم. تم تطبيق (١٢) جلسة اشتملت على التفاعل بين الوالد والطفل، وتم تدريب الآباء على استخدام الفنيات السلوكية لتشجيع الطفل

على التعبيرات اللفظية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بالتفاعل بين الوالد والطفل فعال في علاج الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن العلاج بالتفاعل بين الوالد والطفل قد أثبت فعاليته في علاج الأطفال المصابين باضطرابات القلق، والأطفال ذوي السلوك التخزيني. كما قدم 'برجمان، ليندسي' (Bergman, Lindsey, 2013) برنامجاً شاملاً ومتكاملاً لصغار الأطفال الذين يعانون أعراض اضطراب الصمت الاختياري، ويستخدم هذا البرنامج فنيات العلاج السلوكي التي تستهدف الزيادات التدريجية في التحدث عبر المواقف التي يجد فيها الطفل صعوبة في التحدث، بالإضافة إلى فنيات تشكيل المثير، وخبر المثير، وفقد الحساسية المنهجية للمثير (التعرض المتدرج لموقف التحدث). وقد تم استخدام جميع هذه الفنيات بمرونة في نظام الإثابة (التعزيز) السلوكي للمشاركة في العلاج. وقامت 'باسيفيرتا، ماريا' (Paasivirta, Maria, 2012) بتصميم برنامج لمساعدة المدرسين على اكتساب فنيات سلوكية بسيطة لتشجيع الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري على التحدث في الفصل. اشتملت مكونات البرنامج على التدريب على المهارات، والاستشارات، والتدريب الرياضي. شارك في هذه الدراسة (٨) أطفال، وتم تدريب المدرسين على الفنيات السلوكية لتشجيع الطفل على التعبير تعبيراً لفظياً عن أفكاره، كما تم تدريب المدرسين على وضع معايير معينة أثناء جلسات التدريب، وتم تدريب المدرسين أيضاً على تعزيز الاستجابات اللفظية للطفل بعد التواصل غير اللفظي، والتثناء على الطفل بسبب استجاباته اللفظية. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن والدين لثلاثة من الأطفال ذكروا زيادة عامة في سلوكيات التحدث، وذكر اثنان من المدرسين زيادة بشكل عام في التعبيرات اللفظية للأطفال في المدرسة. وأجرى 'إريكسون، دالين' (Erickson, Dalene, 2012) دراسة بعنوان: (الصمت الاختياري والعلاج بالفن) هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج بالفن في خفض حدة اضطراب الصمت الاختياري. تكونت عينة الدراسة من عدد من المدرسين وأولياء الأمور لأطفال كانوا مصابين باضطراب الصمت الاختياري. وقد أشاروا إلى أن طرائق العلاج بالفن (الرقص - الدراما - المسرح) كانت مفيدة في خفض حدة اضطراب الصمت الاختياري، والتشجيع على التواصل. كما أشاروا إلى أهمية العلاج السلوكي المعرفي، واستخدام العقاقير المضادة للقلق. وأيضاً أجرى 'أوريك، بيت، وآخرون' (Oerbeck, Beate & et al., 2012) دراسة للتعرف على فعالية برنامج علاجي للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري. اشتملت عينة الدراسة على (٧) أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (٣ - ٥) سنوات، تمت إحالتهم للعلاج بسبب اضطراب الصمت الاختياري. بدأ العلاج في المنزل، واستمر في روضة الأطفال لمدة (١٤) أسبوعاً، وتم وضع أهداف للعلاج تبدأ من (١) قدرة الطفل على التحدث إلى المعالج النفسي

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

في حجرة منفصلة وبحضور الوالد، وحتى (٦) قدرة الطفل على التحدث في جميع سياقات روضة الأطفال بدون حضور المعالج. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٦) من الأطفال تحدثوا في جميع سياقات روضة الأطفال، وتحدث طفل واحد في بعض سياقات روضة الأطفال. كما قدم "هانج، شو-لان، وآخرون" (Hung, Shu-Lan & et al., 2012) دراسة هدفت إلى مساعدة الأخصائيين النفسيين والمدرسين بالمدارس لفهم أفضل لملامح الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري لتمكينهم من الاكتشاف المبكر، والتدخل المبكر في الروضة، والصفوف الأولى في المدرسة الابتدائية، حيث يعد الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر لهذا الاضطراب أمراً مهماً وضرورياً من أجل العلاج الفعال، ولمنع التعقيدات التي قد يطول أمدها مثل التطبع الاجتماعي، ومشكلات التعلم.

(ج) أشارت بعض الدراسات السابقة إلى تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية مرتكزة على التعرض للتفاعلات الاجتماعية.

فقد قام "أل، تشيلسي م.، وآخرون" (Ale, Chelsea M. & et al., 2013) بعلاج حالتين لاضطراب الصمت الاختياري في الطفولة المبكرة باستخدام العلاج السلوكي مرتكزاً على التعرض للتفاعلات الاجتماعية، وبناء المهارات الاجتماعية. وقد أكدت الدراسة على أهمية تقديم علاج معد بشكل خاص لمراعاة الحاجات الفردية لكل أسرة، ومساعدة الأطفال على التفاعل الاجتماعي بشكل جيد. أيضاً ناقشت دراسة "بول، هيوارد أ." (Paul, Howard A., 2013) علاج الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أهمية استخدام فنيات خفض المثير، وتشكيل المثير، وسلب الحساسية المنهجية للمثير، والإثابة السلوكية، بالإضافة إلى أهمية بناء المهارات الاجتماعية، وتحسين التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري.

تقيب على الدراسات السابقة

(١) أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن التدخل التجريبي له دور فعال في تحسين اضطراب الصمت الاختياري، بالرغم من تنوع البرامج التدخلية المستخدمة في تلك الدراسات، وإن كان أغلبها يشير إلى أهمية الفنيات السلوكية والسلوكية المعرفية. (٢) أشارت غالبية الدراسات السابقة مثل دراسة (Klein, Evelyn & et al., 2013) إلى أن مشكلة العجز في التفاعل الاجتماعي مصاحبة لاضطراب الصمت الاختياري، حيث تمثل نسبة (٤٢%) من الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري. (٣) أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أهمية تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية مرتكزة على التعرض للتفاعلات الاجتماعية لخفض حدة الصمت الاختياري،

وبناءً على ذلك، وفي ضوء الإطار النظري للدراسة، وكذلك نتائج الدراسات السابقة، تمت صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

فروض الدراسة

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس).
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس).
- ٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) وأبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.
- ٦- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين) على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) وأبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

تستند الدراسة الراهنة إلى المنهج التجريبي؛ لأنه من أنسب المناهج لتحقيق أهدافها. والجدول التالي يوضح التصميم التجريبي للدراسة الحالية:

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

جدول (١)

التصميم التجريبي للدراسة الحالية

مجموعة الدراسة	القياس القبلي	المعالجة التجريبية	القياس البعدي	القياس التتبعي
المجموعة التجريبية	- مقياس الصمت الاختياري (صورة الأطفال) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال (إعداد الباحثة)	البرنامج التدريبي لخفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين مستوى التفاعل الاجتماعي	- مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة المدرس) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال (إعداد الباحثة)	- مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة المدرس) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال (إعداد الباحثة)
المجموعة الضابطة	- مقياس الصمت الاختياري (صورة الأطفال) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال (إعداد الباحثة)	لا توجد معالجة تجريبية	- مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة المدرس) (إعداد الباحثة) - مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال (إعداد الباحثة)	

ثانياً: عينة الدراسة

اتخذت الباحثة عدة محددات لاختيار العينة:

أ- محددات جغرافية

تم اختيار العينة من العيادات النفسية بمرکز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس بمحافظة القاهرة، الغرفة (16 - C) (15 - C) (ملحق (أ)).

ب- محددات عمرية

تم اختيار العينة من الأطفال تلاميذ الحلقة الابتدائية (الصفين الأول والثاني الابتدائيين) في المرحلة العمرية من (٦.٥ - ٨) سنوات، حيث غالباً ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب داخل المدارس، وهو ما أشارت إليه العديد من الدراسات السابقة، مثل دراسة كل من (Paasivirta, Maria, 2012); (Erickson, Dalene, 2012); (Williams, Beverly, 2012); (Snu-Lan, Hung, 2012); (Beidel, Deborah, 2014); (Ellis, Chris, 2015).

إجراءات اختيار عينة الدراسة

- تم تشخيص^(٥) عدد (١٠) حالات (٤ ذكور و٦ إناث) في المرحلة العمرية من (٦.٥ - ٨) سنوات باضطراب الصمت الاختياري داخل المدرسة، وذلك من قبل طبيب الصحة النفسية بالعيادة النفسية الخارجية بمرکز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٥) تشخيص الطبيب يعتمد على معايير (DSM-5).

٢- قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (***) (صورة الوالد - صورة المدرس) (إعداد الباحثة) على الحالات لتأكيد التشخيص، وقد حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، ودرجات منخفضة على مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد)، وهذا يؤكد إصابتهم باضطراب الصمت الاختياري داخل المدارس.

٣- بعد التأكد من إصابة الأطفال باضطراب الصمت الاختياري داخل المدارس، قامت الباحثة بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة (إعداد الباحثة)، وقد حصل الأطفال فيه على درجات منخفضة، مما يؤكد إصابتهم بالعجز في التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

٤- وفقاً لتلك الإجراءات، تم تقسيم الحالات إلى مجموعتين؛ الأولى تجريبية تضم (٢ ذكور و٣ إناث) يطبق عليهم البرنامج التدريبي، والثانية ضابطة تضم (٢ ذكور و٣ إناث) لا يطبق عليهم البرنامج التدريبي. والجدول التالي يوضح تقسيم عينة الدراسة:

جدول (٢)

تقسيم عينة الدراسة^(٥) إلى مجموعتين تجريبية وضابطة

المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية		
العدد	النوع	الصف الدراسي	العدد	النوع	الصف الدراسي
٢ (**)	إناث	الصف الأول	٢ (**)	إناث	الصف الأول
١ (***)	إناث	الصف الثاني	١ (***)	إناث	الصف الثاني
١ (****)	ذكور	الصف الأول	١ (****)	ذكور	الصف الأول
١ (*****)	ذكور	الصف الثاني	١ (*****)	ذكور	الصف الثاني
العدد الكلي للمجموعة الضابطة			العدد الكلي للمجموعة التجريبية		
٣ إناث + ٢ ذكور (٥ حالات)			٣ إناث + ٢ ذكور (٥ حالات)		
١٠ حالات (٦ إناث و٤ ذكور)			المجموع الكلي للعينة الأساسية		

ولقد التزمت الباحثة بعدد من الشروط عند اختيار العينة كالتالي:

(**) مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس) (إعداد الباحثة) يعتمد على معايير (DSM-5).

(٥) الأطفال من مدارس خاصة باللغة العربية من محافظة القاهرة.

(٥٥) مدرسة الشهيد عماد علي كامل الابتدائية المشتركة بشارع رمسيس، مدرسة القبة الغداوية الابتدائية المشتركة بالعباسية - الوايلي، مدرسة أم الأبطال الابتدائية المشتركة بعين شمس، مدرسة نجم الدين الابتدائية المشتركة بالسيدة زينب.

(***) مدرسة الأنوار الابتدائية المشتركة بكوبري القبة.

(****) مدرسة البشري الابتدائية المشتركة بحلمية الزيتون.

(*****) مدرسة الإيمان الخاصة بمنشية الصدر.

المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ٩٩ - المجلد الثامن والعشرون - أبريل ٢٠١٨ (٣٨٩)

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

(١) ألا يكون أفراد العينة متصفين بأية اضطرابات أخرى، مثل اضطرابات التواصل أو الاضطرابات العصبية التي يمكن أن تنشأ في مرحلة الطفولة. (٢) أن تكون الأعراض قد ظهرت قبل شهر من وقت التشخيص. (٣) أن يكون الفشل في التحدث داخل المدرسة لا يرجع إلى عدم فهم اللغة المنطوقة أو الافتقار إلى المعرفة. (٤) أن تكون الحالات المختارة غير خاضعة لتدريبات أو برامج أخرى، ولا يتناولون أية عقاقير للحد من القلق مثل عقار "فلوكستين Floxten".

ضبط متغيرات عينة الدراسة

أ- ضبط متغيرات (الذكاء - العمر الزمني - المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي): استخدمت الباحثة اختبار "مان-ويتني" كأسلوب إحصائي لبارامترى؛ لتوضيح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات (الذكاء - العمر الزمني - المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي). والجدولان التاليان يوضحان دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات (الذكاء - السن - المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي) والأدوات المستخدمة:

جدول (٣) دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات (الذكاء - السن -

المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي) باستخدام اختبار "مان-ويتني"

المتغيرات	الأداة المستخدمة	مجموعتا المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	الدلالة
الذكاء	مقياس "ستانفورد- بينيه" (الصورة الخامسة)	التجريبية	٥	٥.٥٠	٢٧.٥٠	١٢.٥٠	صفر	غير دالة
		الضابطة	٥	٥.٥٠	٢٧.٥٠			
العمر الزمني (السن)	ملفات الأطفال بالعيادة الخارجية	التجريبية	٥	٥.٥٠	٢٧.٥٠	١٢.٥٠	صفر	غير دالة
		الضابطة	٥	٥.٥٠	٢٧.٥٠			
المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي	مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي (عداد: محمد رزق البحيري، ٢٠٠٢)	التجريبية	٥	٦.٠٠	٣٠.٠٠	١٠.٠٠	٠.٥٢٥	غير دالة
		الضابطة	٥	٥.٠٠	٢٥.٠٠			

جدول (٤)

المتغيرات	مجموعتا المقارنة	النوع	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	الدلالة
الذكاء	التجريبية	إناث	٣	٢.٦٧	٨.٠٠	٢.٠٠	٠.٦٠٩	غير دالة
		ذكور	٢	٣.٥٠	٧.٠٠			
	الضابطة	إناث	٣	٢.٦٧	٨.٠٠	٢.٠٠	٠.٦٠٩	غير دالة
		ذكور	٢	٣.٥٠	٧.٠٠			

يتضح من جدول (٣) و جدول (٤) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين أطفال

المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات (الذكاء، السن، المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي)، كما أنه لا توجد فروق بين ذكور وإناث المجموعة التجريبية وذكور وإناث المجموعة الضابطة في الذكاء، حيث كانت قيم $Z =$ (صفر، صفر، ٠.٥٢٥، ٠.٦٠٩، ٠.٦٠٩)، وهي قيم غير دالة إحصائياً.

ب- ضبط متغيرات الصمت الاختياري (صورة المدرس) - التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة:
لضبط مستوى اضطراب الصمت الاختياري ومستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) ومقياس التفاعل الاجتماعي على كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة، ثم استخدمت اختبار "مان-ويتني" كأسلوب إحصائي لابارامتري. والجدولان التاليان يوضحان دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) ومقياس التفاعل الاجتماعي (داخل المدرسة) باستخدام اختبار "مان-ويتني":

جدول (٥)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) باستخدام اختبار "مان-ويتني"

الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الترتيب	متوسط الترتيب	العدد	مجموعتا المقارنة	مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)
غير دالة	١.٠٤٨	٧.٥٠	٣٢.٥٠	٦.٥٠	٥	التجريبية	
			٢٢.٥٠	٤.٥٠	٥	الضابطة	
غير دالة	صفر	٣.٠٠	٩.٠٠	٣.٠٠	٣	إناث	المجموعة التجريبية (الصمت الاختياري)
			٦.٠٠	٣.٠٠	٢	ذكور	
غير دالة	صفر	٣.٠٠	٩.٠٠	٣.٠٠	٣	إناث	المجموعة الضابطة (الصمت الاختياري)
			٦.٠٠	٣.٠٠	٢	ذكور	

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

جدول (٦)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبيّة والضابطة قبل تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة باستخدام اختبار "مان-ويتني"

مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة	مجموعتنا المقارنة	للعدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	الدلالة
البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية	التجريبية	٥	٥.٠٠	٢٥.٠٠	١٠.٠٠	٠.٥٣٧	غير دالة
	الضابطة	٥	٦.٠٠	٣٠.٠٠			
البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي	التجريبية	٥	٤.٨٠	٢٤.٠٠	٩.٠٠	٠.٧٦٧	غير دالة
	الضابطة	٥	٦.٢٠	٣١.٠٠			
البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي	التجريبية	٥	٥.٢٠	٢٦.٠٠	١١.٠٠	٠.٣٢٩	غير دالة
	الضابطة	٥	٥.٨٠	٢٩.٠٠			
الدرجة الكلية للمقياس	التجريبية	٥	٤.٩٠	٢٤.٠٠	٩.٥٠	٠.٦٣٦	غير دالة
	الضابطة	٥	٦.١٠	٣٠.٥٠			
البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية	إناث	٣	٣.٨٣	١١.٥٠	٠.٥٠٠	١.٤٨١	غير دالة
	ذكور	٢	١.٧٥	٣.٥٠			
البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي	إناث	٣	٤.٠٠	١٢.٠٠	صفر	١.٨٢٦	غير دالة
	ذكور	٢	١.٥٠	٣.٠٠			
البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي	إناث	٣	٣.٨٣	١١.٥٠	٠.٥٠٠	١.٥٢١	غير دالة
	ذكور	٢	١.٧٥	٣.٥٠			
الدرجة الكلية	إناث	٣	٤.٠٠	١٢.٠٠	صفر	١.٧٣٢	غير دالة
	ذكور	٢	١.٥٠	٣.٠٠			
البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية	إناث	٣	٢.١٧	٦.٥٠	٠.٥٠٠	١.٥٢١	غير دالة
	ذكور	٢	٤.٢٥	٨.٥٠			
البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي	إناث	٣	٢.١٧	٦.٥٠	صفر	١.٥٢١	غير دالة
	ذكور	٢	٤.٢٥	٨.٥٠			
البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي	إناث	٣	٢.١٧	٨.٠٠	٢.٠٠	٠.٦٠٩	غير دالة
	ذكور	٢	٣.٥٠	٧.٠٠			
الدرجة الكلية	إناث	٣	٢.٣٣	٧.٠٠	١.٠٠	٠.٢٣٦	غير دالة
	ذكور	٢	٤.٠٠	٨.٠٠			

يتضح من جدول (٥) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، كما يتضح من الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية، والذكور والإناث في المجموعة الضابطة في مستوى اضطراب الصمت الاختياري داخل

المدرسة، حيث كانت قيم $Z = (1.048, \text{صفر، صفر})$ ، وهي قيم غير دالة إحصائياً.
- كما يتضح من جدول (٦) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، كما يتضح من الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية، والذكور والإناث في المجموعة الضابطة في التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، حيث كانت قيم $Z = (0.537, 0.767, 0.329, 0.636, 1.481, 1.826, 1.051, 1.732, 1.051, 0.609, 0.263)$ ، وهي قيم غير دالة إحصائياً.

أدوات الدراسة

أ) الأدوات المستخدمة لقياس تكافؤ عينة الدراسة (المجموعتين التجريبية والضابطة):

١- مقياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي (إعداد: محمد رزق البحيري، ٢٠٠٢).

هدف هذا المقياس إلى قياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي للأسرة المصرية في الظروف الراهنة، ويتكون المقياس من (٥٦) بنداً (ملحق (٧)). وقد تم حساب صدق المقياس بأكثر من طريقة: صدق المضمون (المحتوى)، وصدق التمييز بين المجموعات، حيث بلغت قيمة "ت" (٣.٥٣١)، وكانت دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، فضلاً عن حساب الصدق العاملي من الدرجتين الأولى والثانية، والذي أشار إلى صدق مضمون المقياس، واتساق بنوده، وكفائها في قياس المستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي. كما تم حساب ثبات المقياس بأكثر من طريقة، حيث بلغت قيمته (٠.٨١) لإعادة التطبيق، و(٠.٨٧) للتجزئة النصفية، و(٠.٨٧) لمعامل ألفا لكرونباخ، مما يدل على معاملات ثبات مرتفعة (البحيري، ٢٠٠٥: ١٨٩).

٢- مقياس "ستافورد-بينيه" للذكاء (الصورة الخامسة).

اعتمدت الباحثة على معدلات الذكاء التي تم الحصول عليها بواسطة أخصائي قياس الذكاء بالمركز، حيث إن لديه معرفة بالإجراءات وقواعد التصحيح الدقيق.

ب) الأدوات المستخدمة في الفحص والتقدير النفسي العيادي:

١- مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة الوالد - صورة المدرس) (٥) (إعداد الباحثة)

(ملحق (٣)):

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

- الهدف من المقياس:

تم إعداد هذا المقياس ليشمل الكشف عن اضطراب الصمت الاختياري للطفل داخل المدرسة، وهذا ما قدم في مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة المدرس)، وأيضاً وجود صمت اختياري داخل المنزل، وهذا ما قدم في مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة الوالد)، وذلك حتى يتم تحديد الفئة المستهدفة وهم الأطفال الذين يعانون صمتاً اختيارياً داخل المدرسة.

وقد استوتحت الباحثة فكرة هذا المقياس، وبالتالي أمكنها ضياغة عباراته من خلال:

- الإطار النظري الخاص بمفهوم اضطراب الصمت الاختياري، والمعايير التشخيصية الخاصة بالاضطراب (الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس DSM-5).
- سؤال الأطباء والمعالجين النفسيين عن أعراضه (**)، والدراسات السابقة عن هذا الاضطراب.

• الاطلاع على بعض مقاييس الصمت الاختياري:

(١) قائمة ملاحظة سلوك الصمت الاختياري (إعداد: حمودة، ٢٠١٥).

(٢) قائمة خصائص الصمت الاختياري (إعداد: النفعي، ٢٠١٢).

(٣) قائمة الصمت الاختياري (Bergmann, Lindsey, 2013).

من هذا المنطلق، ونتيجة لتحليل المصادر والروافد السابقة، اعتمد مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة الوالد - صورة المدرس) على المعايير التشخيصية التي أشار إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5). وبالتالي تضمن المقياس (١٥) عبارة تشخيصية (صورة الوالد) و(١٥) عبارة (صورة المدرس)، يوجد أمام كل عبارة اختياران (لا تتطبق - تتطبق)، ويوجد أمام (تتطبق) اختياران (تتطبق بدرجة بسيطة - تتطبق بدرجة شديدة)، حيث يحصل الطفل في العبارة التي (لا تتطبق) على درجة واحدة، أما في العبارة التي (تتطبق) فيحصل الطفل على درجتين إذا كانت (تتطبق بدرجة بسيطة) وثلاث درجات إذا كانت (تتطبق بدرجة شديدة)، وبالتالي تدل الدرجة المرتفعة على وجود مستوى مرتفع من اضطراب الصمت الاختياري.

- تعليمات الإجابة عن المقياس:

يقوم الوالد/ المدرس بتطبيق المقياس بعد توضيح الباحثة لتعليمات الإجابة عن عبارات

(**) مركز الطب النفسي والعصبي للدكتور حمزة حمودة، ومركز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (العيادة النفسية) التابع لجامعة عين شمس، أ.د. محمد نجيب الصوية (جمعية المعالجين النفسيين).

المقياس لكل من الوالد والمدرس، حيث يقوم كل منهما بوضع علامة (✓) أمام البديل المناسب الذي يعبر عن شدة السلوك الذي يصدر عن الطفل.
- تصحيح المقياس:

مفتاح تصحيح مقياس الصمت الاختياري للأطفال (صورة الوالد - صورة المدرس):

تطبيق		لا تتطبق	المفتاح للوالد والمدرس
بدرجة شديدة	بدرجة بسيطة		
٣	٢	١	الدرجات

* تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (١٥ - ٤٥) درجة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: صدق المقياس Validity

(أ) صدق المحتوى Face Validity

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على بعض أعضاء هيئة التدريس في مجالي الصحة النفسية ودراسات الطفولة (ملحق (٦))، ثم قامت الباحثة بإعادة النظر في المقياس في ضوء ما أبداه السادة المحكمون من ملاحظات وإرشادات خاصة بتعديل المقياس (ملحق (٢))، كما يوضح الملحق نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل عبارة من عبارات المقياس.

(ب) صدق التمييز بين المجموعات المتباينة (صورة المدرس)

قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد) و(صورة المدرس) على عينة قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري داخل المدارس، والذين تم تشخيصهم بهذا الاضطراب من قبل الطبيب المختص بالعيادات الخارجية^(*) في المرحلة العمرية من (٦.٥ - ٨) سنوات - أطفال الصفين الأول والثاني الابتدائيين - كما تم تطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد) و(صورة المدرس) على عينة قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة من الأطفال الأسوياء في المرحلة العمرية ذاتها (٦.٥ - ٨) سنوات - أطفال الصفين الأول والثاني الابتدائيين - ثم قامت الباحثة بقياس الفروق بين المجموعتين، وظهر أنه يوجد فرق واضح في أداء

(*) مركز ابني لرعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومركز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس، ومركز شمس الحياة للطب النفسي للأطفال، ومركز د. محمود حمودة للطب النفسي، وجمعية أحياء الطفولة بمدينة نصر، ومركز الطب النفسي بالدمرداش، ومركز العلاج النفسي والسلوكي للأطفال بالمعادي، ومركز دار الأمل للطب النفسي للأطفال.

(**) يعتمد تشخيص الطبيب على معايير DSM-5.

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل =
المجموعتين على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) عند مستوى دلالة (٠.٠١).
والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٧)

الفروق بين الأطفال الأسوياء والأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري على مقياس الصمت
الاختياري (صورة المدرس)

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة 'ت'	مستوى الدلالة
الأطفال الأسوياء	٤٠	١٨.٦٥	٢.٧٧	٣١.٢٧٧	٠.٠١
الأطفال ذوو اضطراب الصمت الاختياري	٤٠	٤٠.١٨	٣.٣٥		

يتضح من جدول (٧) أن قيمة 'ت' = (٣١.٢٧٧) عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على وجود فروق بين المجموعتين في الأداء^(٩) على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، مما يشير إلى قدرة المقياس (صورة المدرس) على التمييز بين الأطفال الأسوياء والأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، وهذا يدل على صدق المقياس، وبمقارنة تشخيص الطبيب بالعيادة الخارجية للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري بدرجاتهم على المقياس اتضح وجود درجة اتفاق عالية، وهذا يدل على كفاءة المقياس في قياس اضطراب الصمت الاختياري.

(ج) صدق المحك (صورة الوالد)

قامت الباحثة بتطبيق قائمة ملاحظة سلوك الصمت الاختياري (إعداد: حمودة، ٢٠١٥) على العينة السابقة، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال على القائمة ودرجاتهم على مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد)، وبلغ معامل الارتباط (٠.٧٦)، وهو دال عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس Reliability

استخدمت الباحثة عدة إجراءات للتحقق من ثبات المقياس كالتالي:

(أ) إعادة تطبيق المقياس

قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس) على عينة الأطفال نفسها بفواصل زمني قدره (١٥) يوماً، وتم حساب معامل الارتباط بطريقة "بيرسون" بين التطبيقين الأول والثاني، حيث كانت قيمة معامل ارتباط "بيرسون" بين التطبيقين

(٥) الفروق في اتجاه الأطفال الأسوياء.

الأول والثاني (صورة الوالد) = (٠.٧٥٣)، وبين التطبيقين الأول والثاني (صورة المدرس) = (٠.٧٥٩)، وهي قيم دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١).

ب) معامل ألفا لكرونباخ

تم حساب معامل ألفا لكرونباخ عند ن = (٤٠)، وكانت لصورة الوالد = (٠.٦٢٠)، ولصورة المدرس = (٠.٧٣٣).

- التجانس الداخلي لمقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس)

لحساب التجانس الداخلي للمقياس، قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس (صورة الوالد)، ومعامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمقياس (صورة المدرس) للعينة السابقة. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس)

صورة المدرس			صورة الوالد		
الدالة	قيمة معامل الارتباط	العبارة	الدالة	قيمة معامل الارتباط	العبارة
٠.٠١	٠.٤٨٦	١ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٨٠	١ ر
٠.٠٥	٠.٣٩٤	٢ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٤٨٩	٢ ر
٠.٠١	٠.٤٩٧	٣ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٤٢٦	٣ ر
٠.٠١	٠.٦٢٠	٤ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣٨٨	٤ ر
٠.٠١	٠.٥٢١	٥ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٤٦	٥ ر
٠.٠١	٠.٥٦٥	٦ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣٦٣	٦ ر
٠.٠١	٠.٤٣٠	٧ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣٢١	٧ ر
٠.٠١	٠.٤١١	٨ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٥٠	٨ ر
٠.٠١	٠.٤٠٠	٩ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٠٤	٩ ر
٠.٠٥	٠.٣٤٨	١٠ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٤٦	١٠ ر
٠.٠٥	٠.٣٢٩	١١ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٢٢	١١ ر
٠.٠١	٠.٤٤٨	١٢ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣١٤	١٢ ر
٠.٠١	٠.٥٣٧	١٣ ر	دالة عند ٠.٠١	٠.٥٢٢	١٣ ر
٠.٠١	٠.٥٩٩	١٤ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣٩٢	١٤ ر
٠.٠١	٠.٦٠٣	١٥ ر	دالة عند ٠.٠٥	٠.٣٤٥	١٥ ر

يتضح من جدول (٨) أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) و(٠.٠١)، وتدل معاملات الارتباط المرتفعة على أن المقياس يتمتع باتساق داخلي مرتفع.

٢- مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة (إعداد الباحثة) (ملحق (٥)):

لإعداد هذا المقياس، قامت الباحثة بالإجراءات الآتية:

أ) الاطلاع على الدراسات والبحوث النظرية المفسرة لمفهوم التفاعل الاجتماعي بأبعاده المختلفة (أسس التفاعل الاجتماعي - وسائل التفاعل الاجتماعي - أشكال التفاعل الاجتماعي - العوامل المؤثرة في التفاعل الاجتماعي - عمليات التفاعل الاجتماعي)،

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

ومن النظريات المفسرة للتفاعل الاجتماعي نظرية "Bales" (١٩٥٠)، والتي حاول فيها دراسة مراحل وأنماط التفاعل الاجتماعي، حيث قسم مراحل التفاعل الاجتماعي إلى: (التعرف - التقييم - الضبط - اتخاذ القرارات - ضبط التوتر - التكامل)، والتفاعل الاجتماعي - من منظور نظرية التحليل النفسي - اجتماعي، وله منظوران؛ الأول يرى أن الجماعة الإنسانية الصغيرة عبارة عن مجتمع مصغر، والمنظور الثاني يرى أن الجماعة الإنسانية الصغيرة عبارة عن لقاء بين أشخاص، وعلاقتهم مع بعضهم، يزدهر فيها تجانس وتعاضل الطبع (رزق الله، الأحمد، ٢٠٠٨: ٤٩٥).

(ب) الاطلاع على بعض المقاييس التي اهتمت بقياس التفاعل الاجتماعي، ومنها:

- (١) مقياس التفاعل الاجتماعي (إعداد: محمد، ٢٠٠٣)، والذي يتكون من (٣٢) عبارة تشمل ثلاثة أبعاد (الإقبال الاجتماعي، والاهتمام الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي).
- (٢) مقياس التفاعل الاجتماعي داخل الفصل الدراسي (إعداد: هنري موراي Henry Murray؛ تعريب وإعداد: عبد الرحيم، والفقي، ١٩٨٠)، والذي يضم (٨٩) بنداً، ويصور البيئة النفسية والاجتماعية داخل فصول المدارس الثانوية، ويضم (٩) مقاييس فرعية (الاندماج - الانتماء - تفعيل الدرس - المثابرة - التنافس - الترتيب والتنظيم - وضوح القواعد - ضبط الدرس - التجديد).
- (٣) مقياس التفاعل الاجتماعي (إعداد: السوسي، وعبد المقصود، ٢٠٠٢).
- (٤) مقياس التفاعل الاجتماعي (إعداد: طوسون، ٢٠١٠)، والذي يضم (٣٣) عبارة، ومكون من ثلاثة مكونات: (المبادأة بالتفاعل، والكفاءة الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي).

من هذا المنطلق، ونتيجة لتحليل المصادر والروافد السابقة، تم وضع التعريف الإجرائي للتفاعل الاجتماعي بأنه: "مشاركة الطفل اجتماعياً زملاءه ومعلميه داخل المدرسة وقدرته على التواصل الاجتماعي والتعاطف معهم"، وتعبّر عنه الدرجة المرتفعة على مقياس التفاعل الاجتماعي، وبالتالي يضم المقياس ثلاثة مكونات فرعية:

أولاً: المشاركة الاجتماعية: حرص الطفل على التعاون مع زملائه ومعلميه، ومشاركتهم داخل المدرسة.

ثانياً: التواصل الاجتماعي: قدرة الطفل على إقامة علاقة تواصل جيدة ودائمة مع زملاءه والمعلمين داخل المدرسة.

د / فاطمة سيد عبد اللطيف

ثالثاً: التعاطف الاجتماعي: اهتمام الطفل بزملائه ومعلميه، ومشاركتهم وجدانياً، والانشغال بهم، ويتضمن المقياس (٢١) عبارة موزعة على المكونات السابقة، ويوجد أمام كل منها اختياران (لا تطبق - تطبق)، ويوجد أمام (تتطبق) اختياران (تتطبق بدرجة بسيطة - تطبق بدرجة شديدة)، حيث يحصل الطفل في العبارة التي (لا تتطبق) على درجة واحدة، أما في العبارة التي (تتطبق) فيحصل الطفل على درجتين إذا كانت (تتطبق بدرجة بسيطة) وثلاث درجات إذا كانت (تتطبق بدرجة شديدة)، وبالتالي تتراوح درجات المقياس ما بين (٢١ - ٦٣) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من التفاعل الاجتماعي.

- تعليمات الإجابة عن المقياس:

يقوم المدرس بتطبيق المقياس بعد التوجيهات التي ترشده إليها الباحثة، حيث يقوم بوضع علامة (✓) أمام البديل المناسب الذي يعبر عن درجة السلوك الذي يصدر عن الطفل.

- تصحيح المقياس:

مفتاح تصحيح مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري:

تطبيق		لا تطبق	المفتاح للمدرس
بدرجة شديدة	بدرجة بسيطة		
٣	٢	١	الدرجات

* تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٢١ - ٦٣) درجة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: صدق المقياس Validity

(أ) صدق المحتوى

قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على بعض أعضاء هيئة التدريس في ميادين علم النفس، والصحة النفسية، ودراسات الطفولة (ملحق (٦))؛ ثم قامت الباحثة بإعادة النظر في المقياس في ضوء ما أبداه السادة المحكمون من ملاحظات وإرشادات خاصة بتعديل المقياس (ملحق (٤))، كما يوضح الملحق نسبة اتفاق السادة المحكمين على كل عبارة من عبارات المقياس.

(ب) صدق التمييز بين المجموعات المتباينة

قامت الباحثة بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على عينة الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٦.٥ - ٨) سنوات - أطفال الصفين

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

الأول والثاني الابتدائيين - والذين تم تشخيصهم بهذا الاضطراب من قبل الطبيب المختص بالعيادات الخارجية^(٥)، بالإضافة إلى تطبيق الباحثة لمقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس) (إعداد الباحثة)، والذي يؤكد وجود هذا الاضطراب لديهم، كما قامت الباحثة بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على عينة قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة من الأطفال الأسوياء في المرحلة العمرية ذاتها (٦.٥ - ٨) سنوات - تلاميذ الصفين الأول والثاني الابتدائيين - ثم قامت الباحثة بقياس الفروق بين المجموعتين، وظهر أنه يوجد فرق واضح في أداء المجموعتين على الأداة عند مستوى دلالة (٠.٠١). والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩)

الفروق بين الأطفال الأسوياء والأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري على مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت'	مستوى الدلالة
الأطفال الأسوياء	٤٠	٤٧.٩٨	٧.٠٤	١٥.٥٧	٠.٠١
الأطفال ذوو اضطراب الصمت الاختياري	٤٠	٢٧.٥٨	٤.٣٧		

يتضح جدول (٩) أن قيمة ت' = (١٥.٥٧) عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على وجود فروق بين المجموعتين^(٥٥) في الأداء على مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأطفال الأسوياء والأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، وهذا يدل على صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس Reliability

استخدمت الباحثة عدة إجراءات للتحقق من ثبات المقياس كالتالي:

أ) إعادة تطبيق المقياس

قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على عينة الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري وعددهم (٤٠) طفلاً وطفلة (العينة السابقة) بفواصل زمني قدره (١٥) يوماً، وتم حساب معامل الارتباط بطريقة "بيرسون" بين التطبيقين الأول والثاني، وكانت نتيجة معاملات الارتباط كما في الجدول التالي:

(٥) مركز ابني لرعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومركز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس، ومركز شمس الحياة للطب النفسي للأطفال، ومركز د. محمود حمودة للطب النفسي، وجمعية أحياء الطفولة بمدينة نصر، ومركز الطب النفسي بالدمرداش، ومركز العلاج النفسي والسلوكي للأطفال بالمعادي، ومركز دار الأمل للطب النفسي للأطفال.

(٥٥) الفروق في اتجاه الأطفال الأسوياء.

جدول (١٠)

معاملات الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال داخل المدرسة
٠.٠١	٠.٦٥٦	البعد الأول: المشاركة الاجتماعية
٠.٠١	٠.٦٧٤	البعد الثاني: التواصل الاجتماعي
٠.٠١	٠.٨٦٥	البعد الثالث: التعاطف الاجتماعي
٠.٠١	٠.٧٣٥	الدرجة الكلية للمقياس

* جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

ب) معامل ألفا لكرونباخ

تم حساب معامل ألفا لكرونباخ، وكانت الدرجة الكلية للمقياس = (٠.٨٢٧)، وللبعد الأول = (٠.٥٤٢)، وللبعد الثاني = (٠.٤٤٨)، وللبعد الثالث = (٠.٤١٧).

- التجانس الداخلي لمقياس التفاعل الاجتماعي Internal Consistency

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس للعيننة السابقة، وحساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه. والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (١١)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الأبعاد
٠.٠١	٠.٩٦٧	البعد الأول: المشاركة الاجتماعية
٠.٠١	٠.٩٧٨	البعد الثاني: التواصل الاجتماعي
٠.٠١	٠.٩٦٠	البعد الثالث: التعاطف الاجتماعي

* معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	البعد الثالث	مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	البعد الثاني	مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	البعد الأول
٠.٠١	٠.٤٥١	١٥ ر	٠.٠٥	٠.٣٧٤	٨ ر	٠.٠٥	٠.٣٤٧	١ ر
٠.٠٥	٠.٣٧٠	١٦ ر	٠.٠٥	٠.٣٢٨	٩ ر	٠.٠٥	٠.٣٨٢	٢ ر
٠.٠١	٠.٤٤٠	١٧ ر	٠.٠١	٠.٤٨٢	١٠ ر	٠.٠١	٠.٥٠٥	٣ ر
٠.٠١	٠.٥٣٦	١٨ ر	٠.٠١	٠.٤٦٢	١١ ر	٠.٠١	٠.٥٩٩	٤ ر
٠.٠١	٠.٦٣٦	١٩ ر	٠.٠١	٠.٥٠٨	١٢ ر	٠.٠١	٠.٥٤٥	٥ ر
٠.٠١	٠.٤٤٠	٢٠ ر	٠.٠١	٠.٥٦٦	١٣ ر	٠.٠١	٠.٥٩٢	٦ ر
٠.٠١	٠.٧٨٨	٢١ ر	٠.٠١	٠.٦٦٣	١٤ ر	٠.٠١	٠.٧٣٤	٧ ر

يتضح من جدولي (١١) و(١٢) أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠٥)

و(٠.٠٠١)، وبالتالي فإن المقياس يتمتع باتساق داخلي مرتفع.

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

٣- البرنامج التدريبي لخفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين مستوى التفاعل

الاجتماعي لدى عينة من الأطفال (إعداد الباحثة) (ملحق (١)):

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

١- الأسس العامة:

حق الطفل ذي اضطراب الصمت الاختياري في الإرشاد النفسي، فالتعامل مع هذا الاضطراب - وإن كان نادراً، ومحاولة تحسينه - يجعل الطفل يحقق مستوى أفضل من النمو الانفعالي والاجتماعي والأداء الأكاديمي.

٢- الأسس النظرية:

يعتمد الأساس النظري للبرنامج التريبي على عدد من الفنيات التي تم انتقاؤها من المدرسة السلوكية المعرفية (فنية التعليمات الموجهة للذات - التعزيز الذاتي - الواجبات المنزلية)، والمدرسة السلوكية (أسلوب التعزيز الإيجابي الخارجي، وأسلوب سلب الحساسية المنظم). ولقد راجع كل من (Carpenter & Apter, 1987); (Glen, Rueda & Rutherford, 1984) أساليب التدخل التي وصفوها بأنها سلوكية معرفية (س. هـ. باترسون، ترجمة: الفقي، ١٩٩٠: ١١٩)، ومن هذه الأساليب التي سوف يتم استخدامها في البرنامج ما يأتي:

١) التعليمات الموجهة للذات "Self-Instructions":

نجح 'ميكنيوم' في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون اضطرابات سلوكية عن طريق التعليمات الذاتية، حيث قام بتعليم الأطفال أن يتكلموا مع أنفسهم، بحيث يفهمون متطلبات المهام المطلوب منهم القيام بها، وذلك بتدريب الطفل على مراقبة نفسه، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد، وإعطائه أوامر من أجل تقديم استجابة أفضل كأن يطلب من الطفل إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المطلوب منه القيام به، ثم يعطيه معلومات للقيام بالمهمة بشكل بطيء، وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة، وأن يستخدم خياله لتحقيق الهدف، ويقدم له عبارات المدح والاستحسان، ويعلمه كيف يضع احتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد، وأن يقول عبارة أو جملة لتتكيف مع الفشل، وعبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات، وذلك بالقيام بمحاولة جديدة، واستجابة بديلة ومناسبة، ومن هذه الجمل "كن موضوعياً" و"قف وفكر" و"قم بواجبك" (حافظ، ٢٠٠٨: ١٧٩).

٢) تعزيز الذات "Self-Reinforcement":

يشير إلى التعزيز الذي يقدمه الفرد لنفسه، ويقوم الفرد بهذه العملية لتنظيم سلوكه على أساس النتائج والعواقب التي يحققها لنفسه (أحمد، ٢٠٠١: ٢٢١ - ٢٢٢). حيث يقوم الفرد

بمكافأة نفسه على نجاحه في إنجاز أهداف معينة، وهو ما يجعل هذه الفنية وسيلة مهمة وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكي، ولتحقيق الأهداف المرجوة (محمد، ٢٠٠٠: ١٧١).

٣) التكاليفات أو الواجبات المنزلية "Homework Assignments":

يؤديها الطفل في المنزل، وتعمل على تعزيز ما يتم تعلمه، والتدريب عليه خلال الجلسات (محمد، ٢٠٠٠: ١٧٩).

- الفنيات السلوكية "Behavioral Techniques":

١) التعزيز الإيجابي "Positive Reinforcement":

يشير إلى أي فعل أو حادثة يرتبط بتقديمها للفرد بزيادة في شيوع السلوك المرغوب، ويجعل "سكينر" من هذه الحقيقة موضوعاً لنظريته في السلوك، فيطلق على جوانب السلوك التي يتم تدعيمها من البيئة مفهوم "السلوك الفعال Operant Behavior" قاصداً الإشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثاراً فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتم تدعيمه أو ينطفئ بمقدار استجابات البيئة (أي العائد البيئي)، ويطلق "سكينر" على العملية التي بمقتضاها يتم تدعيم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم "التشريط الفعال" (إبراهيم، ١٩٩٤: ٢٢٨ - ٢٣٠). وقد تكون المدعمات مادية أو معنوية، ومن العوامل التي تزيد من فاعلية التدعيم (فورية التدعيم - اتساق التدعيم) (كفاقي، ١٩٩٩: ٢٨٣ - ٢٨٤). أن يكون الشيء المستخدم كتدعيم له قيمة ما عند الشخص (إبراهيم، ١٩٩٤: ٢٥٢).

٢) خفض (سلب) الحساسية المنظم "Regulatory Reducing Sensitivity":

بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم على يد "ماري كوفر جونز M. C. Jones" تلميذة "Watson" لمساعدة أحد الأطفال "Peter" للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات، وما زال هذا المنهج التدريجي في حالات الخوف والقلق لدى الأطفال من المناهج الأثيرة لدى المعالجين النفسيين للطفل حتى الآن. وقد نشر الطبيب النفسي السلوكي المعروف "Joseph, Wolpe" (١٩٨٥) كتابه الشهير بعنوان "العلاج بالكف المتبادل"، وفيه أثبت أن ما يقرب من (٩٠%) من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها - نحو (٢٠٠) حالة - أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ، وقد استوحى "Wolpe" الفكرة الرئيسة لهذا المبدأ من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله "Jones" بثلاثين عاماً، ويلخص "Wolpe" طريقته كالتالي: "إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور المواضيع المثيرة له، فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق، أو تؤدي - على الأقل - إلى كف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقص، ثم الاختفاء التام بعد ذلك".

===== فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل =====

ويتطلب استخدام هذا الأسلوب لدى الطفل عدداً من الشروط، منها:

(١) أن نكون قادرين على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق بمعنى أنها استجابات إذا حضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعده، مثل التشجيع والمدح للطفل من المقربين له، أما بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سناً فمن الممكن تدريبهم على الاسترخاء في جلسات مستقلة. (٢) تقسيم الموقف أو المواضيع المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة، بحيث نبدأ بأقلها إثارة لمخاوف الطفل. (٣) يتم تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجياً إما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديداً، أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ذلك ممكناً، وبعد أن نتأكد من قدرة الطفل على مواجهة الخوف بطريق التخيل أولاً (إبراهيم، الدخيل، إبراهيم، ١٩٩٣: ٦١ - ٦٤).

جلسات البرنامج:

فيما يلي عرض لجلسات البرنامج، والهدف منها، وأهميتها، والفنيات، والأدوات

المستخدمة فيها:

- الجلسات من الأولى حتى السادسة.

أ- هدفت أولى جلسات البرنامج إلى بناء الثقة والطمأنينة (كسر حاجز الرهبة) بين الباحثة والأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، وبين هؤلاء الأطفال بعضهم البعض.

ب- أهمية هذه الجلسات للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري:

أشار الإطار النظري والدراسات السابقة إلى أن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري لا يتحدثون مطلقاً إلى أي أحد فيما عدا أقاربهم من الدرجة الأولى، ولديهم رغبة قوية في عدم المشاركة أو التعاون مع أي أشخاص غير مألوفين لهم، ويتعاملون مع زملائهم داخل الصف بهمسات نادرة جداً (قد لا يكون صوت الطفل مسموعاً حتى لزميله)، ومن الصعب أن يقرأ أو يقول أي شيء بصوت مرتفع، ومن الصعب جداً أن يبادر إلى إجراء أي حوار مع قرين، فكان هذا عائقاً شديداً أمام الباحثة في تطبيق أولى جلسات البرنامج، حيث أبدى الأطفال تبرماً في بداية جلسات البرنامج؛ لذا كان لا بد من بناء الألفة والثقة، وكسر حاجز الرهبة والتردد، ولم يكن هذا بالأمر السهل، حيث يعاني الأطفال ذوو اضطراب الصمت الاختياري مشاعر تتطوي على تناقضات، وارتباكات من الإقبال على الآخرين، أو الابتعاد عنهم، والشعور بالحرج، مع الرغبة في التفاعل أو الاندماج معهم، فمشاعرهم تتصف بالحيرة والتردد، وتوقعات سلبية من التعامل مع الآخرين، وإقامة علاقات معهم.

ج- الفنيات المستخدمة في هذه الجلسات:

استخدمت الباحثة تدريبات سلوكية منتظمة (متدرجة)؛ تدريب رقم (١): جلوس الأطفال مع بعضهم البعض. تدريب رقم (٢): تدريب الأطفال على مشاهدة فيديو (حكايات مسرح العرائس) مع بعضهم البعض. تدريب رقم (٣): تدريب الأطفال على الضحك والغناء مع بعضهم البعض. تدريب رقم (٤): تدريب الأطفال على مناقشة بعضهم البعض، وطرح بعض الأفكار تعليقاً على حكايات مسرح العرائس. تدريب رقم (٥): تدريب الأطفال على التواصل مع بعضهم البعض لكيفية إجراء عمل مشترك (عروسة الأراجوز). تدريب رقم (٦): تدريب الأطفال على تجسيد هذا العمل وتنفيذه.

د- الأدوات المستخدمة في هذه الجلسات:

١) C.D: أوبريت "الليلة الكبيرة" - تأليف: صلاح جاهين - تلحين: سيد مكايي - إخراج: صلاح السقا. ٢) C.D: حكاية مسرح القاهرة للعرائس - أوبريت "صحصح لما ينجح" - إنتاج: مسرح القاهرة للعرائس - شركة صوت القاهرة للصوتيات والمرئيات - تأليف وأغاني: صلاح جاهين - إخراج مسرحي: صلاح السقا. ٣) C.D: مسرحية عرائس "علي بابا والأربعين حرامي" - إنتاج: شركة النيل فيلم. ٤) (قص - لصق - ورق مقوى أحمر وأصفر - ألوان فلوماستر - شعر العروسة) لتجسيد شكل الأراجوز.

- الجلسات من السابعة حتى الواحدة والعشرين.

أ- هدفت إلى تعديل الأفكار السلبية لدى الطفل ذي اضطراب الصمت الاختياري إلى أفكار إيجابية.

ب- أهمية هذه الجلسات للطفل ذي اضطراب الصمت الاختياري:

أشارت دراسة (Beidel, Deborah & et al., 2014: 58 - 59) إلى أن الطفل ذا اضطراب الصمت الاختياري (داخل المدرسة) يعاني بعض الأفكار السلبية عن سلوكياته، والتي تكون سبباً لصمته؛ لذا كان اتجاه واضعي العلاج إدخال فنيات مصممة لتعالج الأفكار السلبية عن سلوكيات هؤلاء الأطفال، مثل (أياً ما سأقول سيبدو غباء) (What I say will sound stupid)، حيث يتم تدريب الأطفال على أن يخالفوا أو يعدلوا هذه الأفكار السلبية.

ج- الفنيات المستخدمة في هذه الجلسات:

استخدمت الباحثة بعض الفنيات المعرفية السلوكية (التعليمات الموجهة للذات -Self-Instructions - تعزيز الذات "Self-Reinforcement" - الواجبات المنزلية "Homework")، وبعض الفنيات السلوكية (التعزيز الإيجابي "Positive

===== فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل
"Reinforcement".

د- الأدوات المستخدمة في هذه الجلسات:

أقلام رصاص - سبورة - أقلام سبورة - أقلام فلوماستر - ورق رسم.

- الجلسات من الثانية والعشرين حتى الواحدة والثلاثين.

أ- هدفت إلى تدريب الطفل تدريجياً على الوقوف أمام زملاجه في الفصل، والتحدث عن ملخص قصة قرأتها عليه الباحثة، ومدى استفادته منها، وقد تناولت الجلسات خمسة تدريبات تدريجية لكل طفل، بالإضافة إلى تدريبات التخيل.

ب- أهمية هذه الجلسات للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري:

يعاني الأطفال ذوو اضطراب الصمت الاختياري (داخل المدرسة) قلقاً شديداً يجعلهم يلزمون الصمت؛ لذا كانت هذه الجلسات لتدريب الأطفال تدريجياً على القدرة على التحدث، وإلقاء كلمة بصوت مرتفع وواضح أمام زملائهم.

ج- الأساليب المستخدمة في هذه الجلسات:

استخدمت الباحثة أسلوب خفض الحساسية المنظم، وهو أحد الأساليب السلوكية، ويتم فيه تعريض الطفل تدريجياً لدرجات متصاعدة من استثارة القلق المتعلق بالحديث أمام زملاء بصوت واضح ومسموع، وفي الوقت نفسه يكون في حالة دعم وتشجيع من قبل الباحثة (كاستجابة معارضة للقلق)، حيث كانت الجلسات الثالثة والعشرون، والخامسة والعشرون، والسابعة والعشرون، والتاسعة والعشرون، والواحدة والثلاثون تتم بصورة فردية لكل طفل على حدة.

د- الأدوات المستخدمة في هذه الجلسات:

قصة "فزاعة لا تهابها العصافير"، قصة للأطفال بقلم: محمد علي شاهين - قصة "الأرنب الذكي"، قصة للأطفال بقلم: كامل كيلاني - قصة "العصفور الجميل"، بقلم: عز الدين جلاوجي، والتي نالت جائزة الثقافة في مسابقتها سنة ١٩٩٩م بالجزائر - قصة "الحلم والمستقبل"، قصة للأطفال بقلم: لينا كيلاني - قصة "حمدان الهيمان"، قصة للأطفال بقلم: عبد الجواد خفاجي. زمن تنفيذ البرنامج:

لكي تتمكن الباحثة من تطبيق البرنامج، حضرت البرنامج التدريبي للعلاج المعرفي - السلوكي (C.B.T)، والذي كان ضمن فعاليات المؤتمر الإقليمي السنوي الرابع للطب النفسي التكاملي (٢٠١٧م) أثناء تطبيق الباحثة لجلسات البرنامج (ملحق (١٠)). ولكي يسمح للباحثة بتطبيق البرنامج بمركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس، تم تقديم طلب لعميدة المعهد لإبداء الموافقة المبدئية على تطبيق البرنامج، وتمت الموافقة بتاريخ

٢٠١٧/٢/١٩م (ملحق (٨)). كما تابعت لجنة أخلاقيات البحث العلمي بالمعهد المادة العلمية للبرنامج أثناء تطبيقه بالمركز (ملحق (٩)). وقد تم تطبيق البرنامج في الفترة من ٢٠١٧/٢/١٩ إلى ٢٠١٧/٥/٢م، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً بإجمالي (٣١) جلسة، زمن الجلسة الواحدة من (٤٠ - ٦٠) دقيقة.

تقييم البرنامج:

تم تقييم البرنامج خلال مرحلتين:

- المرحلة الأولى: التطبيق البعدي

المقصود به التطبيق البعدي لمقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، ومقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة عقب انتهاء البرنامج مباشرة على كلتا المجموعتين الضابطة والتجريبية.

- المرحلة الثانية: الدراسة التتبعية

وتهدف إلى التحقق من مدى استمرارية فعالية البرنامج عن طريق إعادة التطبيق لمقياسي الصمت الاختياري (صورة المدرس)، والتفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج.

إجراءات الدراسة

- ١- قامت الباحثة بترجمة عدد كبير من الدراسات السابقة الأجنبية الخاصة باضطراب الصمت الاختياري؛ حتى تكون هناك مادة علمية يستند إليها البحث؛ وذلك لندرة الدراسات العربية الخاصة بهذا الاضطراب.
- ٢- إعداد الأدوات السيكمترية اللازمة للبحث، والمناسبة للمرحلة العمرية لعينة البحث (مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد - صورة المدرس)، ومقياس التفاعل الاجتماعي)، والتأكد من كفايتهما السيكمترية بحساب الصدق والثبات لكل منهما.
- ٣- بعد إعداد تلك الأدوات، قامت الباحثة بتحديد مكان إجراء البحث (العيادات النفسية بمركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس)، وتحديد العينة وهم تلاميذ الحلقة الابتدائية (أطفال الصفين الأول والثاني الابتدائيين)، حيث تم تشخيص (١٠) حالات (٤ من الذكور و٦ من الإناث) يعانون اضطراب الصمت الاختياري في المرحلة العمرية من (٦.٥ - ٨) سنوات بواسطة الطبيب المختص بالعيادة النفسية بمركز رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التابع لجامعة عين شمس، ولتأكيد التشخيص قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

- صورة المدرس) على الحالات، وقد حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، ودرجات منخفضة على مقياس الصمت الاختياري (صورة الوالد)، كما قامت الباحثة - بعد التأكد من إصابتهم باضطراب الصمت الاختياري داخل المدارس - بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي عليهم، وقد حصلوا على درجات منخفضة، مما يؤكد إصابتهم بالقصور في التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

٤- وفقاً لهذه الإجراءات، تم تقسيم الحالات إلى مجموعتين؛ الأولى مجموعة تجريبية تضم (٣ من الإناث و٢ من الذكور) يطبق عليهم البرنامج، والثانية مجموعة ضابطة تضم أيضاً (٣ من الإناث و٢ من الذكور)، ولا يطبق عليهم البرنامج.

٥- تمت مجانسة المجموعتين في المرحلة العمرية، والذكاء، والمستوى الثقافي الاقتصادي الاجتماعي، ومستوى اضطراب الصمت الاختياري، ومستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

٦- تم تطبيق البرنامج أثناء حصول الباحثة على دورة تدريبية في (C.B.T) (ملحق (١٠))، وبعد موافقة عميدة معهد الدراسات العليا للطفولة بتاريخ ٢٠١٧/٢/١٩م (ملحق (٨)). حيث تم تطبيق جلسات البرنامج بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً في الفترة من ٢٠١٧/٢/٢٠ إلى ٢٠١٧/٥/٢م، ثم تم الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي أثناء فترة التطبيق للتأكد من تنفيذ المادة العلمية للبرنامج بتاريخ ٢٠١٧/٣/٢٦م (ملحق (٩)).

٧- بعد تطبيق البرنامج، قامت الباحثة بإجراء التطبيق البعدي بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) على كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة، وتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي على أفراد المجموعتين أنفسهم.

٨- بعد توقف البرنامج بشهرين (أثناء فترة النشاط الصيفي بالمدرسة)، قامت الباحثة بتطبيق مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) على المجموعة التجريبية؛ للتأكد من مدى استمرارية فعالية البرنامج في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري داخل المدرسة، وتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي؛ للتأكد من استمرارية فعالية البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي.

٩- تمت معالجة البيانات إحصائياً.

١٠- تم عرض، ومناقشة، وتفسير النتائج في ضوء كل من الإطار النظري، والدراسات

١١- تم وضع التوصيات بناءً على نتائج الدراسة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة

معامل ارتباط بيرسون "Person Correlation" - اختبار "T-Test" - معادلة مان-ويتني "Mann-Whitney" - معادلة ويلكوكسون "Wilcoxon" - معادلة ألفا كرونباخ "Chronbach".

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في خفض مستوى اضطراب الصمت الاختياري بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس). وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدمت الباحثة اختبار مان-ويتني لتوضيح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٣)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت

الاختياري

مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)	مجموعتا المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
	التجريبية	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠	صفر	٢.٦١١	دالة عند ٠.٠١
	الضابطة	٥	٨.٢٠	٤.٠٠٠			

يتضح من جدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج وأطفال المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية في خفض حدة مستوى اضطراب الصمت الاختياري، حيث كانت قيمة $Z = (٢.٦١١)$ ، وهذه القيمة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يوضح أن البرنامج كان له تأثير واضح، ومميز، ودال إحصائياً في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري لدى أطفال المجموعة التجريبية عنه في المجموعة الضابطة. وتعزو الباحثة هذا التحسن إلى الأساس النظري لبرنامج الدراسة الذي اعتمد على بعض الفنيات المعرفية السلوكية وبعض الفنيات السلوكية، والتي أثبتت الدراسات السابقة فعاليتها في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري، فقد احتوى برنامج

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

الدراسة على فنيات معرفية سلوكية (التعليمات الموجهة للذات: Self-Instruction) لـدونالد هيربرت ميكينبوم، و(تعزيز الذات: Self-Reinforcement)، وفيها تم تعديل الأفكار السلبية إلى أخرى إيجابية للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري، وفنيات سلوكية (التعزيز الموجب: Positive Reinforcement) لإثابة للسلوك الإيجابي أثناء الجلسات، وأسلوب خفض الحساسية المنظم لـ "M. C. Jones"، وفيه تم تعريض الأطفال تدريجياً لدرجات متصاعدة من استثارة القلق المتعلق بالحديث أمام زملاء بصوت واضح ومسموع، وفي الوقت نفسه كان الأطفال في حالة دعم وتشجيع من الباحثة كاستجابة معارضة للقلق. ولقد أشارت عديد من الدراسات إلى أهمية هذه الفنيات في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري، منها دراسة كل من: (Elis, Chris, (2015); (Bergmann, Lindsey, 2013); (Oerbeek, Beate & et al., 2012). وقد استخدمت هذه الفنيات بمرونة ودقة أثناء جلسات البرنامج، مع مراعاة شروط تطبيق هذه الفنيات في هذه المرحلة العمرية، واستخدام أدوات ووسائل جذابة، مما جعل البرنامج يأتي بمطلوباته في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري لدى أطفال المجموعة التجريبية.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة لصالح أطفال المجموعة التجريبية في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان-ويتني" لتوضيح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٤)

دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الترتيب	متوسط الترتيب	العدد	مجموعًا المقارنة	مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
دالة عند ٠.٠١	٢.٦٣٥	صفر	٤٠.٠٠	٨.٠٠	٥	التجريبية	البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية
			١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	الضابطة	
دالة عند ٠.٠١	٢.٦٤٣	صفر	٤٠.٠٠	٨.٠٠	٥	التجريبية	البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي
			١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	الضابطة	
دالة عند ٠.٠١	٢.٦٣٥	صفر	٤٠.٠٠	٨.٠٠	٥	التجريبية	البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي
			١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	الضابطة	
دالة عند ٠.٠١	٢.٦١٩	صفر	٤٠.٠٠	٨.٠٠	٥	التجريبية	الدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
			١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	الضابطة	

يتضح من جدول (١٤) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج وأطفال المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي، حيث كانت قيم $Z = (٢.٦٣٥, ٢.٦٤٣, ٢.٦٣٥, ٢.٦١٩)$ لكل من المشاركة الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي، والتعاطف الاجتماعي، والدرجة الكلية للمقياس على الترتيب، وهذه القيم دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على أن البرنامج كان له تأثير مميز وواضح في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة لدى أطفال العينة التجريبية. وتعرّضت الباحثة هذا التحسن إلى البرنامج التدريبي، والذي هدفت فنياته السلوكية المعرفية والسلوكية إلى خفض درجة الصمت الاختياري، وارتكزت جلساته على التعرض للتفاعلات الاجتماعية، فقد احتوت المجموعة الأولى من جلسات البرنامج على تدريبات سلوكية متدرجة حتى يستطيع الطفل ذو الصمت الاختياري التحدث إلى الباحثة، وإلى زملائه في البرنامج بتدريبات سلوكية بدأت من: (١) تدريب الطفل على الجلوس مع زملائه. وانتهت بـ(٦) تدريب الأطفال على القيام بعمل مشترك مع بعضهم البعض باستخدام أدوات (قص - لصق - ورق مقوى - ألوان - مقص - شعر العروسة). أما المجموعة الثانية من جلسات البرنامج فقد احتوت على فنيات سلوكية معرفية وسلوكية لتغيير الأفكار السلبية المسببة للصمت، وارتكزت جلساتها على التدريب على التفاعل مع المعلمة، والزملاء في الفصل، والزملاء في المدرسة. بينما احتوت المجموعة الثالثة من جلسات البرنامج على فنيات سلوكية (سلب الحساسية المنظم)، والتي هدفت إلى خفض درجة القلق المسبب للصمت لدى الطفل ذي اضطراب الصمت الاختياري، وقد ارتكزت جلساتها على تدريب الطفل تدريجياً على حكاية قصة، ومدى استفادته منها أمام زملائه في الفصل، وقد احتوى هذا التدريب على خمسة تدريبات متدرجة بدأت من:

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

تدريب (١) حكاية الطفل للقصة ومدى استفادته منها أمام المرأة في البيت. وانتهت بتدريب (٥) قراءة الطفل للقصة ومدى استفادته منها أمام زملائه المقربين في المدرسة. ولا شك في أن هذا له أثر في زيادة التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في خفض مستوى اضطراب الصمت الاختياري على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس).
وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ويلكوكسون" لتوضيح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس). والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٥)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس

الصمت الاختياري

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	اتجاه الرتب	نوع القياس	مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)
دالة عند ٠.٠١	٢.٠٣٢	صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة	قبل/ بعدي	
		١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	الرتب السالبة		
				صفر	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		

يتضح من جدول (١٥) صحة الفرض الثالث، حيث كانت قيمة $Z = (٢.٠٣٢)$ ، وهذه القيمة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وهذا يدل على أن البرنامج قد حقق أهدافه، وأن النظريات والفنيات، والأدوات، والطريقة التي تبناها البرنامج قد أتت بمدلولاتها في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري. فقد احتوت المجموعة الأولى من جلسات البرنامج على تدريبات سلوكية منظمة (متدرجة) حتى يستطيع الأطفال ذوو الصمت الاختياري التحدث إلى الباحثة وإلى زملائه في البرنامج، وقد استخدمت فيها الباحثة أدوات شيقة وجذابة، منها C.D حكايات مسرح العرائس، والأدوات اللازمة لتجسيد الأطفال لشكل العروسة. أما المجموعة الثانية من جلسات البرنامج فقد احتوت على تعديل للأفكار السلبية لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري إلى أفكار إيجابية، حيث يعاني هؤلاء الأطفال بعض الأفكار السلبية عن سلوكياتهم، والتي قد تكون مسببة لصمت الطفل داخل المدرسة؛ لذا كان لا بد من تعديل هذه الأفكار كمبدأ أساسي للعلاج، وهو ما أشارت إليه دراسة (Beidel, Deborah C., 2014: 58 - 59)، والتي أشارت إلى أهمية علاج الأفكار السلبية التلقائية عن سلوكيات هؤلاء الأطفال، وتشجيعهم على مخالفتها، بينما احتوت

د / فاطمة سيد عبد اللطيف

المجموعة الثالثة من جلسات البرنامج على تدريبات لخفض درجة القلق، والتي تم فيها تعريض الطفل تدريجياً لموقف التحدث أمام زملاء، وهو ما أشارت إليه دراسة (Bergmann, Lindsey, 2013) التي استخدمت الزيادات التدريجية في التحدث عبر المواقف التي يجد فيها الطفل صعوبة في التحدث (التعرض المتدرج لموقف التحدث)، وأيضاً دراسة (Oerbeck, Beate & et al., 2012) التي استخدم فيها أسلوب "سلب (خفض) الحساسية المنظم"، والذي تدرج من: (١) قدرة الطفل على التحدث إلى المعالج النفسي في حجرة منفصلة بحضور الوالد، وحتى (٦) قدرة الطفل على التحدث في جميع سياقات روضة الأطفال بدون حضور المعالج.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ويلكوسون" لتوضيح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٦)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية (قبل/ بعد) تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة

مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة	نوع المقياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	متممى الدلالة
البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	٢.٠٣٢	دالة عند ٠.٠٥
		الرتب الموجبة	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠		
		الرتب المتشابهة	صفر				
		المجموع	٥				
البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	٢.٠٤١	دالة عند ٠.٠٥
		الرتب الموجبة	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠		
		الرتب المتشابهة	صفر				
		المجموع	٥				
البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	٢.٠٣٣	دالة عند ٠.٠٥
		الرتب الموجبة	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠		
		الرتب المتشابهة	صفر				
		المجموع	٥				
الدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة	قبلي/ بعدي	الرتب السالبة	صفر	صفر	صفر	٢.٠٢٣	دالة عند ٠.٠٥
		الرتب الموجبة	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠		
		الرتب المتشابهة	صفر				
		المجموع	٥				

يتضح من جدول (١٦) صحة الفرض الرابع، حيث كانت قيم $Z = (٢.٠٣٢, ٢.٠٤١, ٢.٠٣٣)$

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل = (٢٠٠٢٣)، وذلك لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس على الترتيب، وهذه القيم دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، وهذا يدل على أن البرنامج كان له تأثير واضح ومميز في تحسين درجة التفاعل الاجتماعي للأطفال داخل المدرسة. وتعود الباحثة هذا التحسن إلى ما أشارت إليه البحوث السابقة من ضرورة تقديم البرامج الإرشادية للأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري مرتكزة على التعرض للتفاعلات الاجتماعية، مثل دراسة (Ale, Chelsea M & et al., 2013)، والتي قام من خلالها بعلاج حالتين لاضطراب الصمت الاختياري باستخدام العلاج السلوكي، مرتكزاً على التعرض للتفاعلات الاجتماعية، وبناء المهارات الاجتماعية، ودراسة (Paul, Howard A., 2013) التي تم من خلالها علاج الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري باستخدام فنيات خفض المثير، وتشكيل المثير، وسلب الحساسية المنهجية المثيرة، بالإضافة إلى بناء المهارات الاجتماعية.

خامساً: نتائج الفرض الخامس ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) وأبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان-ويتني" لتوضيح دلالة الفروق بين الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) ومقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. والجدولان التاليان يوضحان ذلك.

جدول (١٧)

دلالة الفروق بين الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس

الصمت الاختياري (صورة المدرس)

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	مجموعتا المقارنة	مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)
غير دالة	صفر	٣.٠٠	٩.٠٠	٣.٠٠	٣	إناث	
			٦.٠٠	٣.٠٠	٢	ذكور	

جدول (١٨)

دلالة الفروق بين الذكور والإناث أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على أبعاد

مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة U	مجموع الترتيب	متوسط الترتيب	العدد	النوع	مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
غير دالة	١,٧٧٧	صفر	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	إناث	البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية
			٩,٠٠	٤,٥٠	٢	ذكور	
غير دالة	١,٨٢٦	صفر	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	إناث	البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي
			٩,٠٠	٤,٥٠	٢	ذكور	
غير دالة	١,٧٧٧	صفر	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	إناث	البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي
			٩,٠٠	٤,٥٠	٢	ذكور	
غير دالة	١,٧٣٢	صفر	٦,٠٠	٢,٠٠	٣	إناث	الدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
			٩,٠٠	٤,٥٠	٢	ذكور	

يتضح من جدول (١٧) وجدول (١٨) صحة الفرض الخامس، حيث كانت قيمة $Z =$ (صفر) لمقياس الصمت الاختياري داخل المدرسة، و $(١,٧٧٧, ١,٨٢٦, ١,٧٧٧, ١,٧٣٢)$ لكل بعد من أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة والدرجة الكلية على الترتيب، وهي قيم غير دالة إحصائياً. وترجع الباحثة نتيجة الفرض إلى احتواء البرنامج على أدوات، ووسائل إثارة لانتباه كلا الجنسين، وكانت علاقة الباحثة بالأطفال (الذكور/ الإناث) تتسم بالمساواة في المعاملة، وفي توزيع المعززات، ومنحهم الفرص المتكافئة في المناقشة والتحدث معها، بالإضافة إلى استخدام الفنيات السلوكية المعرفية والفنيات السلوكية بأدوات، وأساليب مناسبة للمرحلة العمرية لأطفال البرنامج، فكان لهذا أثر في استجابة الأطفال من كلا الجنسين للبرنامج، ولم توجد دراسة - في حدود اطلاع الباحثة - توضح أن هناك اختلافاً في تقديم تلك الفنيات طبقاً لمتغير النوع.

سادساً: نتائج الفرض السادس ومناقشتها وتفسيرها:

والذي نصه: "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين) على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)" وأبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ويلكوكسون" لتوضيح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس) ومقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة. والجدولان التاليان يوضحان ذلك.

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

جدول (١٩)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الصمت

الاختياري (صورة المدرس)

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	اتجاه الرتب	نوع القياس	مقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)
غير دالة	٠.٣٦٥	٦.٠٠	٢.٠٠	٣	الرتب الموجبة	بعدي/ تبقي	
		٤.٠٠	٤.٠٠	١	الرتب السالبة		
				١	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		

جدول (٢٠)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على أبعاد مقياس

التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	اتجاه الرتب	نوع القياس	مقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
غير دالة	١.٤١٤	صفر	صفر	صفر	الرتب الموجبة	بعدي/ تبقي	البعد الأول/ المشاركة الاجتماعية
		٣.٠٠	١.٥٠	٢	الرتب السالبة		
				٣	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		
غير دالة	٠.٤٤٧	١.٠٠	١.٠٠	١	الرتب الموجبة	بعدي/ تبقي	البعد الثاني/ التواصل الاجتماعي
		٢.٠٠	٢.٠٠	١	الرتب السالبة		
				٣	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		
غير دالة	٠.٥٧٧	٤.٠٠	٢.٠٠	٢	الرتب الموجبة	بعدي/ تبقي	البعد الثالث/ التعاطف الاجتماعي
		٢.٠٠	٢.٠٠	١	الرتب السالبة		
				٢	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		
غير دالة	صفر	٧.٥٠	٢.٥٠	٣	الرتب الموجبة	بعدي/ تبقي	الدرجة الكلية لمقياس التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة
		٧.٥٠	٣.٧٥	٢	الرتب السالبة		
				صفر	الرتب المتشابهة		
				٥	المجموع		

يتضح من جدول (١٩) وجدول (٢٠) صحة الفرض السادس، حيث كانت قيمة $Z = ٠.٣٦٥$ لمقياس الصمت الاختياري (صورة المدرس)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، كما كانت قيم $Z = (١.٤١٤, ٠.٤٤٧٢, ٠.٥٧٧, صفر)$ لكل بعد من أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي والدرجة الكلية على الترتيب، وهي قيم غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على استمرار فعالية البرنامج في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي؛ لأن هدف البرنامج ليس فقط إحداث تغييرات سلوكية مؤقتة، وهي خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي خلال فترة عمل البرنامج، ثم تعود للظهور مرة أخرى بعد انتهائه بقدر ما هو بقاء واستمرار لفاعليته، ومن هنا تبدو أهمية المتابعة حتى يتم التأكد من استمرار فاعلية

د / فاطمة سيد عبد اللطيف

البرنامج، وذلك حتى تصبح القدرة على التحدث وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي داخل المدرسة سلوكاً متأصلاً لدى أطفال المجموعة التجريبية.
تعقيب عام على نتائج الدراسة

- ١- لعب البرنامج التدريبي دوراً فعالاً في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال المجموعة التجريبية.
- ٢- تم التأكد من صلاحية البرنامج لكلا الجنسين الذكور والإناث، والتأكد من استمرارية فاعليته في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري داخل المدرسة، وتحسين درجة التفاعل الاجتماعي.

توصيات الدراسة

في ضوء ما كشفت عنه نتائج الدراسة الحالية، تم وضع مجموعة من التوصيات كما يلي:

- ١- ضرورة تفاعل الآباء مع المدرسين داخل المدرسة، والأخصائيين النفسيين في علاج المشكلات النفسية أو السلوكية التي يعانيها أبنائهم داخل المدرسة.
- ٢- ضرورة تعرف الأخصائيين النفسيين على الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري من أجل الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر في مرحلة الروضة، والصفوف الأولى من المدارس الابتدائية.
- ٣- أهمية تدريب الأخصائيين النفسيين بالمدارس على التعامل مع حالات اضطراب الصمت الاختياري، وهو ما أشارت إليه دراسة (Elis, Chris, 2015).
- ٤- ضرورة تصميم برامج تدريبية للمدرسين بالمدارس على بعض الفنيات السلوكية البسيطة لتشجيع الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري على أن يتحدثوا في الفصل.
- ٥- فهم خصائص الطفل ذي اضطراب الصمت الاختياري، وعدم التقليل من شأنه أمام زملائه في الفصل.
- ٦- تقييم الإنجاز الأكاديمي في المواد الدراسية التي تتطلب مكوناً لفظياً بطريقة تتناسب الطفل ذا اضطراب الصمت الاختياري إلى أن تتحسن قدرته على التحدث بصوت مرتفع.

المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية

١. إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
٢. إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبد العزيز بن عبد الله، إبراهيم، رضوى (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل: أساليب ونماذج من حالاته، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٨٠)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
٣. أحمد، سهير كامل (٢٠٠١). الصحة النفسية للأطفال، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.
٤. البحيري، محمد رزق أحمد (٢٠٠٢). "بعض المتغيرات المرتبطة بتحمل الغموض لدى عينة من الصم"، رسالة ماجستير، علم نفس، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٥. البحيري، محمد رزق أحمد (٢٠٠٥). "تقييم فاعلية برنامج لتعديل الغضب ومظاهره لدى عينة من المتأخرين عقلياً القابلين للتعليم"، رسالة دكتوراه، علم نفس، كلية البنات، جامعة عين شمس.
٦. بخش، أميرة طه (٢٠٠٢). "فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحيين"، مجلة العلوم التربوية، العدد الأول، المملكة العربية السعودية.
٧. بطرس، حافظ بطرس (٢٠٠٨). المشكلات النفسية وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٨. الحفني، عبد المنعم (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (إنجليزي - عربي)، الجزء الثاني، مكتبة مديولي، القاهرة.
٩. حمودة، فريال فوزي محمد (٢٠١٥). "فاعلية برنامج للعلاج النفسي الجماعي باللعب غير الموجه في تخفيف حدة الشعور بالخجل لدى الأطفال ذوي اضطراب الصمت الاختياري"، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة كفر الشيخ.
١٠. الدسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، A to I، الدار الدولية للنشر والتوزيع، هليوبوليس، غرب القاهرة.

د / فاطمة سيد عبد اللطيف

١١. رزق الله، رندا، الأحمد، أمل (٢٠٠٨). "العلاقة بين مهارة الذكاء العاطفي والتفاعل الاجتماعي، دراسة ميدانية وصفية على عينة من تلاميذ الصف السادس من التعليم الأساسي في محافظة دمشق"، مجلة جامعة دمشق، المجلد (٢٤)، العدد الأول.

١٢. س. هـ. باترسون، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي (١٩٩٠). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القسم الثاني، الكويت: دار القلم.

١٣. السرسى، أسماء، عبد المقصود، أماني (٢٠٠٢). التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة بين التشخيص والتحسين، مجلة كلية التربية، العدد (٢٦)، الجزء الثاني، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٤. شعراوي، إيمان محمد كامل فؤاد (٢٠١٦). "فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة اضطراب الصمت الاختياري لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية"، رسالة دكتوراه، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة بنها.

١٥. طوسون، حسام الدين مصطفى (٢٠١٠). "فاعلية برنامج خدمة الجماعة لتنمية التفاعل الاجتماعي بين الأطفال العاديين والأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعلم"، رسالة دكتوراه، معهد الطفولة، جامعة عين شمس.

١٦. عبد الحميد، جابر، وكفاقي، علاء الدين (١٩٩١). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٧. عبد الحميد، جابر، وكفاقي، علاء الدين (١٩٩٦). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٨. عبد الرحيم، فتحي السيد، والفقي، حامد عبد العزيز (١٩٨٠). مقياس التفاعل الاجتماعي داخل الفصل الدراسي، إعداد: هنري موراي، مؤسسة علي جراح الصباح، الكويت.

١٩. كفاقي، علاء الدين (١٩٩٩). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري "المنظور التسقي الاتصالي"، دار الفكر العربي، القاهرة.

٢٠. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي "أسس وتطبيقات"، دار الرشد، القاهرة.

٢١. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٣). مقياس التفاعل الاجتماعي للأطفال خارج المنزل، دار

فعالية برنامج تدريبي في خفض درجة اضطراب الصمت الاختياري وتحسين التفاعل

الرشاد، القاهرة.

٢٢. محمد، ناهد سعد بحر (٢٠١٣). تصور مقترح من منظور طريقة العمل مع الجماعات في التخفيف من حدة اضطراب الصمت الاختياري لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بأسوان، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسوان.

٢٣. مصطفى، علي أحمد سيد، محمد، يوسف محمد (٢٠١٥). ترجمة الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية، إعداد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (PAP) ٢٠١٣، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٢٤. النفيعي، خالد سلطان مشعل (٢٠١٢). "السلوك التكيفي للأطفال ذوي الصمت الاختياري بالصفوف الأولية وأقرانهم العاديين بمكة المكرمة (دراسة مقارنة)"، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

25. Ale, Chelsea M.; Mann, Angela; Menzel, Jessie; Starch, Erick; Lewin, Adam B. (2013). Two Cases of Early Childhood Selective Mutism: Variations and Treatment Complexities. (References). Vol. 12(4), pp. 278 – 290.
26. Alyanak, Behiye; Kilin, Caslan' Ayse, Harmonci; Halime Sozen; Demirkaya, Sevcan; Karakoc, Yurtbay; Fulin, Vehid; Hayriye, Ertem (2013). Parental Adjustment, Parenting Attitudes and Emotional and Behavioral Problems in Children with Selective Mutism. Journal of Anxiety Disorders, Vol. 27(1), Jan., pp. 9 – 15.
27. Barterian, Justin A. (2015). Fluoxetine for the Treatment of Selective Mutism with Elevated Social Anxiety Symptoms a Non-Concurrent Multiple Baseline Design Across Five Cases. Ph. D. the University of Michigan, United States, Michigan.
28. Beidel, Deborah C.; Bunnell, Brian E. (2014). Assessment and Treatment of Social Anxiety Disorder and Selective Mutism in Children and Adolescents. Direction in Psychiatry, Vol. 34(1), pp. 55 – 62.

29. 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.
30. Conn, Bridgid M.; Coyne, Lisa W. (2014). Selective Mutism in Early Childhood: Assessment and Treatment of an African-American Preschool boy. (References). Clinical Case Studies, Vol. 13(6), pp. 487 – 500.
31. Davidson, Malkie (2012). Selective Mutism: Exploring the Knowledge and Needs of Teachers. Psy. D., University of New Jersey, United States.
32. Debra Harwood (2011). Meeting Educators where they are: Professional Development to Address Selective Mutism, Vol. 34, No. 3, pp. 136 – 152.
33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV, American Psychiatric Association (APA), 1994.
34. Diliberto, Rachel Alexandra (2014). Oppositional and Anxiety Behavior Profiles in a Clinical Sample of Youth with Selective Mutism. M. S., the University of Nevada, Las Vegas, United States, Nevada.
35. Dillian, Jacalyn R. (2016). An Examination of School Professional's Knowledge of Selective Mutism. Psy. D., St. John's University, United States, New York.
36. Ellis, Chris (2015). Selective Mutism: A Survey of School Psychologists' Experience, Knowledge and Perceptions. Ph. D., the University of Chapman, United States, California.
37. Erickson, Dalene (2012). Selective Mutism and Art Therapies. M.S., the University of North Dakota, United States, North Dakota.
38. Hoyne, Bebhinn (2014). Understanding, Identifying and Supporting Children and Young People with Selective Mutism (S. M): Perspectives and Experiences of Keys Take Holders. D. Ed. Psych., University of London, Institute of Education, United Kingdom, England.

39. Hung, Shu-Lan; Spencer, Michael S.; Pronamraju, Rani (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. (References). *Children & Schools*, Vol. 34(4), Oct., pp. 222 – 230.
40. Klein, Evelyn R.; Armstrong, Sharon Lee; Shipon Blum, Elisa (2013). Assessing Spoken Language Competence in Children with Selective Mutism: Using Parents as Test Presenters. (References). *Communication Disorders Quarterly*, Vol. 34(3), May, pp. 184 – 195.
41. Monzo, Maria Pozzi; Micotti, Sara; Rashid, Shila (2015). The Mutism of the Mind: Child and Family Therapists at Work with Children and Families Suffering with Selective Mutism. *Journal of Child Psycho-Therapy*, Vol. 41(1), Jan., pp. 22 – 40.
42. Muris, Peter, Ollendick, Thomas H. (2015). Children who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism. The New Anxiety Disorder in DSM-5-(Reference). *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 18(2); June, pp. 151 – 169.
43. Oerbeck, Beate; Johanson, Jorunn; Lundahl, Kathe; Kristensen, Hanne (2012). Selective Mutism: A Home and Kindergarten Based Intervention for Children 3 – 5 years: A Pilot Study. (References). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 17(3), Jul., pp. 370 – 383.
44. Paasivirta, Maria (2012). Effective of a Brief Behavioral Training Program for Teachers of Children with Selective Mutism. Ph. D., the University of Hofstra, United States, New York.
45. Paul, Howard A. (2013). Review of Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach *Child and Family Behavior Therapy*, Vol. 35(4), pp. 337 – 341.
46. Roslin, Brittany D. (2013). Adapting Parent Child Interaction Therapy for Selective Mutism: A Test of Generalization Across. Ph. D., the University of Hofstra, United States, New York.

47. Sharkey, Louise; McNicholas, Fiona (2012). Selective Mutism: A Prevalence Study of Primary School Children in the Republic of Ireland, Irish Journal of Psychological Medicine, Vol. 29(1), Apr. – May, pp: 36 – 40.
48. Williams, Beverly (2012). Selective Mutism among School Age Males and Females, and the Informed Practice of School Psychology. Psy. D. the University of Alliant International, United States, California.
49. Young, Brennan J.; Bunnell, Brian E.; Beidel, Deborah C. (2012). Evaluation of Children with Selective Mutism and Social Phobia: A Comparison of Psychological and Psycho-Physiological Arousal Behavior Modification, Vol. 36(4), pp. 525 – 544.

Effectiveness of a Training Program in Reducing Level of the Selective Mutism Disorder and Improving the Social Interaction for Sample of the Children

Dr. Fatma Sayed Abdel Latif
Lecturer of Psychology
Faculty of the Humanity Studies
Al-Azhar University

Conclusion of the study

The current study aimed to know effectiveness of a training program in reducing level of the Selective Mutism disorder, and improving the Social Interaction for sample of the children with Selective Mutism inside the schools. Some of the cognitive behavioral and behavioral techniques had been used according to its conditions and features of the sample, and the age period that they have. The suitable procedures had been used to choose the basic sample, which is consisted of (10) children; (6 males & 4 females) with Selective Mutism and failure of the Social Interaction inside the school. Whereas they were divided to two groups; the first group is experimental, includes (3 females & 2 males), has submitted to the program application, and the second group is controller, includes (3 females & 2 males), has not submitted to the program application. And all of them in the age period from (6.5 – 8) years. **The next tools had been used and applied: Scale of the Selective Mutism (father form – teacher form) (prepared by the researcher); scale of the Social Interactive inside the school (prepared by the researcher); scale of the cultural, economic and social level (prepared by Mohamed Rezq El-Behairy, 2002); scale of "Stanford-Beniet" (V form).**

The training program achieved an effective role in reducing level of the Selective Mutism disorder and improving the social interaction for children of the experimental group. Effectiveness of the program lasted after two months from stop it, in reducing intensity of the Selective Mutism disorder inside the school, and in improving the Social Interaction degree inside the school. The results had been discussed in light of the theoretical frame of the study and the previous studies, and some of the recommendations had been put in light of those results.