

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

أ. م. د. وجدان عبد الامير ثبيت الناشي أ. م. د. أشواق صبر ناصر
الجامعة المستنصرية/ كلية التربية الاساسية

الملخص

يهدف البحث الحالي الى بناء مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ومعرفة نسب انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ الصف الاول الابتدائي من المرحلة الابتدائية، ومعرفة الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي على وفق متغير النوع (ذكور-إناث)، وتكونت عينة البحث من (500) تلميذ موزعين بحسب متغير الجنس وبواقع (250) ذكوراً و(250) إناثا الدارسين في مدارس محافظة بغداد. ولقد تم اعداد مقياس اضطراب الصمت الانتقائي من خلال اتباع الاجراءات العلمية. واطهرت النتائج ان التلاميذ المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يشكلون نسبة مقدارها (13%) من العينة في حين لم يكن هناك فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث في اضطراب الصمت الانتقائي.

مشكلة البحث

يواجه الاطفال ولاسيما في السنوات الاولى مشكلات سلوكية عدة، قد تتطور عند البعض منهم، وتشكل اضطراباً مما يؤثر في مقدرتهم على التعلم المدرسي والتوافق في حياتهم المدرسية والاسرية ويصبحون عرضه للإصابة باضطرابات سلوكية وامراض نفسية، لكثرة خطورته ولا سيما اذا كان احد الوالدين أو كلاهما لديهما مشاكل (الروسان، 1989: 189).

ومن بين تلك الاضطرابات التي يصاب بها الاطفال في سنوات الدراسة الاولى هو اضطراب الصمت الانتقائي هو عبارة عن اضطراب يصيب الأطفال حيث ينتاب الطفل حالة من الصمت أو ما يقاربها في المواقف الاجتماعية وخاصة في المدرسة. معظم الأطفال المصابين يبقون صامتين تماماً في حالة مواجهتهم ضغوطاً نفسية معينة ولكن البعض قد يهمس بالكلام أو ينطق كلمات محدودة جداً. بينما يتكلمون وبطلاقة في أوضاع اجتماعية أخرى لا يواجهون فيها أي نوع من الضغط النفسي.

تأتي مشكلة الاضطرابات السلوكية عند الاطفال في مقدمة القضايا التي استقطبت جدلاً كبيراً حولها. وقد قام العلماء بالبحث والتقصي عن اسبابها فوجد بعضهم انها تكمن في البناء البيولوجي

للفرد ووجد البعض الآخر ان السبب الرئيس هو التربية الاسرية غير الصحيحة والتي تظهر اثارها على سلوك الاطفال اذ يمارس بعضهم السلوك العدواني والبعض الآخر يظهر عليه القلق أو التأخر الدراسي أو السرقة أو السلوك الانسحابي أو السلوك الاتكالي وغير ذلك من الاضطرابات. (يحيى، 2000: 31-32)

كما أن الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي غالباً ما يعتمدون على أشكال أخرى من الاتصالات للعمل والتفاعل في الأوساط الاجتماعية. ومن الأمثلة على هذه الأشكال من الاتصالات تشمل استخدام الإيماءات، وهز الرأس، والتفاف، وتشمل الخصائص السلوكية الخجل، الانطوائية وغالبا العناد والتحدي (Kehle, et al , 1998: p.260)

وقد تم وضع تصور لاضطراب الصمت الانتقائي المثير للجدل، اذ اعتبر بعض الباحثين أن المشكلة هي في المقام الأول بسبب سلوك العناد والتحدي، ومع ذلك، معظم الباحثين في هذا المجال، ربطوا الصمت الانتقائي بالخجل والقلق بشكل عام وبالقلق الاجتماعي على وجه الخصوص (Steinhausen & Juzi, 1996, 606).

ويعتقد أن الصمت الانتقائي هو نوع من الرهاب الاجتماعي للأطفال حيث لوحظ أنهم يتكلمون بشكل طبيعي مع الناس المألوفين لهم ويصابون بالصمت مع الغرباء. قد يستعمل الطفل الإشارة أو الإيماءة أو نظرات عينية للتعبير عما يريد وليس الكلمات. (Lesser-Katz, 1988: p.305)

كما اشار كوب وجيلبرج (1997) أنه اضطراب نفسي يتميز بفشل الطفل في التحدث في مواقف مختارة مثل المدرسة بالرغم من قدرته على التحدث الطبيعي في مواقف أخرى. ويبدأ عادةً في مرحلة عمرية ما قبل المدرسة أو قبل سن الخامسة أو عند دخوله في سن السادسة وفي أغلب الحالات قد يستمر لبضعة أسابيع أو لبضعة شهور، لكنه نادراً ما يستمر لعدة سنوات. والتي يترتب عليها توقف الطفل عن أداء أدواره الاجتماعية والمدرسية، وإخفاقه في المواظبة على الذهاب إلى المدرسة نتيجة تعرضه لسخرية زملائه، لما يعانيه من أعراض اضطرابات في ارتقاء عمليات النطق ، والفهم والتعبير اللغوي، والتي تكون مصاحبة للخجل الشديد والعزلة الاجتماعية والانسحاب والانفجارات الانفعالية، أو سلوك العناد خاصة داخل المنزل (Kopp&Gillberg, 1997:p.258)

ويعد الصمت الاختياري لدى بعض الأطفال ذا علاقة وثيقة بالاضطرابات النفسية والسلوكية ؛ لارتباطه مباشرةً بالجوانب العقلية المعرفية والوجدانية والسلوكية، فهو أحياناً يعد حيلة لاشعورية من الطفل لرفض الموقف الذي يعيشه، ومن ثم تأثيره على أدائه في مواقف التفاعل الاجتماعي الأمر الذي يمكن القول معه بأن تباين الأطفال في هذا الجانب يقف خلف تفاعلهم وتوافقهم في المواقف الحياتية بصورة عامة والاجتماعية بصورة خاصة (Sharkey et al, 2008:p. 255).

ومن بين الاعراض الخارجية التي قد تكون ملحوظة في الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي جمود في تعبيرات الوجه، وصعوبة في الاتصال بالعين، والبطء للرد، وزيادة الحساسية تجاه البيئة المحيطة ويمكن للتلاميذ الذين لديهم اضطراب الصمت الانتقائي أن يكونوا متحدين، متحكمين، يخططون لرفضهم الكلام. ويقوم المعلمون أحياناً بتفسير سلوك هؤلاء التلاميذ بأنه سلوك متحدٍ ومعارض بسبب معرفتهم بأن هؤلاء التلاميذ يتحدثون في المواقف الاجتماعية الأخرى. (Crundwell,2006: p.48)

ويعد اضطراب الصمت الانتقائي من المشاكل النفسية الكبيرة التي يعاني منها ليس الاطفال فقط بل احياناً حتى الكبار كالوالدين او المعلمين، الا ان الادب النظري اشار الى وجودها عن الاطفال بصورة اكبر. وتبرز هذه المشكلة في عدم توافر وسيلة لقياس وتشخيص الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المدارس الابتدائية تمكن الباحثين والتربويين من الوصول الى الحقائق التي تؤدي الى معالجة هذه المشكلة ومن اجل التركيز عليها في البرامج العلاجية التي سوف تعد، ومن اجل الوقوف على طبيعة هذه المشكلة تسعى الباحثتان الى دراسة للكشف عن اضطراب الصمت الانتقائي لدى الاطفال من خلال بناء وتطبيق مقياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المدارس الابتدائية اذ لا توجد وسيلة لقياس هذا الاضطراب معدة للبيئة العراقية - على حد علم الباحثتان- ولتكون اضافة علمية ساهمة في مكتبة علم نفس الطفل العراقية.

اهمية البحث

ح ظيت مرحلة الطفولة باهتمام المختصين على مر العصور، ولا تخلو الفنون وروائع الأدب من شعر ونثر والعلوم الانسانية الاخرى من الاشارة الى دور الطفولة. اذ انها تمثل بداية مراحل نمو الانسان، لذلك ينبغي توفير السعادة والاجواء الصحيحة له لإطلاق قدراته الابداعية. لهذا يشكل الاهتمام بالطفولة دعامة اساسية يبني عليها مستقبل الفرد من خلال التنبؤ بخصائص الشخصية اعتماداً على الخبرات المبكرة في حياة الطفل، وذلك لأن الطفولة تمثل حجر الاساس في بنية شخصية الفرد واستقراره الانفعالي. (رزيق، 1963: 3)

ويعتقد توماس (Tomas) ان طباع الطفل والضغط الاجتماعي وتذبذب المعاملة ربما تتعارض مع البيئة المدرسية وتعامل المعلم مع نوع السلوك الصادر عن الطفل فاذا كان هناك اختلاف في التوجيه وتعارض فيما بينها تظهر حالة الاضطراب السلوكي. وهناك تأثير كبير للمدرسة في نوع السلوك الصادر عن الطفل ويذهب راي بعض الباحثين الى ان بعض الاطفال تتتابههم حالات من الاضطراب السلوكي عندما يبدؤون بالذهاب الى المدرسة وتنتهي بانتهاء الدوام فيها وبعض هؤلاء الاطفال تزداد حالتهم سوءاً في السنوات الاولى من المرحلة الابتدائية وتعزى هذه الحالات الى

العقبات المدرسية ونوعية المعلم ولذا تعد المدرسة عاملاً له تأثير مساعد للعامل البيولوجي.
(راشد، 2002: 76)

ويعد الصمت الانتقائي من اضطرابات الشخصية والسلوكية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية والتكيف مع المحيط الذي يعيش به، حيث يرفض الكلام مع أي شخص خارج نطاق الأسرة، ويتجنب لفظ أي كلمة في المدرسة حتى مع أقرانه، بل ويكون منطوياً ومتوقفاً على نفسه ومنعزلاً، لكنه يتحدث بحرية مع الأهل والاشقاء في المنزل. وهذا النوع من السلوك قد يثير أنماطاً متباينة من السلوك التجنبي الانسحابي الذي من شأنه أن يعوق الطفل عن اكتساب مهارات التوافق النفسي والاجتماعي فضلاً عن التقييم السلبي الذي قد يحدده الآخرون تجاهه، حيث أن الطفل ذا الصمت الاختياري لا يتمتع فقط عن الاشتراك مع أقرانه في مشاعرهم وأنشطتهم وتفاعلهم بل أنه يتسم أيضاً بالجمود داخل المدرسة وتجنب الاتصال اللغوي بالآخرين مما قد يجعله محدود الخبرة بصورة أكبر من نموه الاجتماعي والنفسي، حيث أن العزلة الاجتماعية تعد من أبرز مظاهر سلوك ذوي الصمت الانتقائي مما يؤدي إلى حرمانه من التفاعل الطبيعي لنموه اللغوي والاجتماعي والانفعالي والعقلي. (Sharp et al, 2007: p.568)

وتكتسب المرحلة الابتدائية أهمية متميزة لأنها تمثل المرحلة الأساس التي تبنى عليها المراحل التعليمية التي تليها، وهي بمثابة القاعدة التي تمد الفرد بالحد الأدنى من التربية والتعليم. فضلاً عن أنها من أكثر المراحل خطورة في حياة الإنسان (صغير، 1987: 10).

وأن عدم التحدث في الحالات العامة، وخاصة المدرسة، يمكن أن تعيق التقدم الدراسي للطفل لان المعلمين لا يتمكنون من الحصول على اجابات من هؤلاء الاطفال كما ان العديد من هؤلاء الاطفال يجدون صعوبة في الخضوع لاختبارات الذكاء او اي اختبارات اخرى، فضلاً عن البعض من هؤلاء الاطفال يكونون منبوذين من قبل اقرانهم والذي يؤثر على تطور التواصل الاجتماعي والكلام وتطور اللغة قد يتأخر كذلك. وتختلف نسب انتشار هذا الاضطراب حسب الدراسات لا سيما ان الكثير من الاباء يعزون المشكلة الى الخجل البسيط وان الطفل في نهاية المطاف سوف ينمو، فضلاً عن ان العديد من هؤلاء الاطفال يتحدثون بحرية في المنزل والاباء في كثير من الاحيان لا يطلبون علاج ابنائهم وذلك لان الكلام العلني أو مشكلة اللغة واضح (Bergman et al, 2002: p. 938-946).

وقد ميز كل من فاونديز وكولفن (1981) بين خرس الصدمة والذي يظهر بشكل مفاجئ كرد فعل للصدمة، والصمت الانتقائي حيث يكون الحديث فيه مقتصراً على مجموعة صغيرة من الاقرباء، وأشاروا الى ان ندرة الادبيات حول الصمت الانتقائي: (Kolvin& Fundudis, 1981)

p.232). كما ان التشخيص ينبغي أن يحدث فقط عندما يرفض الطفل التحدث بعد تعلم شامل للغة جديدة (Bradley & Sloman,1975: p.512)

ويوصف الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي من قبل الباحثين بانهم خجولون ومنسحبون وحساسون ومتحفظون وتظهر لديهم اعراض القلق والوسواس القهري والاكتئاب، واضطرابات النمو شائعة أيضا في هذه الفئة من المضطربين، ولا سيما مشاكل التعبير والتواصل اذ اظهرت دراسة ان (68.5%) من الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي لديهم معايير من اضطرابات النمو (Kristensen,2000:p.249).

ووفقاً لدليل الاضطرابات أن (90%) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي تظهر لديهم معايير الرهاب الاجتماعي في التشخيص والإحصائية، كما ان (30%) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي لديهم ضعف الكلام النمائي (كول، 2006: 56).

يبدأ الاضطراب عادة في عمر 3-6 سنوات ولكن المشكلة قد تستمر وتظهر في وقت لاحق حتى دخول المدرسة اي في عمر 6-8 سنوات، ويبدو ان الصمت الانتقائي متغير لكن المزمّن منه يستمر لسنوات ففي دراسة اجريت على تلاميذ الصف ممن يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي فان (53%) كانت اصابتهم به منذ الروضة كما ان (18%) منهم كانت اصابتهم به منذ مرحلة ما قبل المدرسة (Black & Uhde,1992 p.1091).

ووجدت دراسات عديدة ان الاطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي يعانون من الخجل والقلق الاجتماعي والانطوائية والرهاب الاجتماعي وحالات من الاكتئاب والعناد والتحدي فضلاً عن وجود بعض الحالات ممن يعانون من سلس البول واضطراب النوم واضطراب الاكل . (Dummit etal ,1997) (Kolvin& Fundudis,1981) (Black & Uhde, 1995) (Steinhausen & Juzi,1996) (Vecchio & Kearney, 2005).

فضلاً عن وجود مستويات عالية من المشاكل النفسية في الأسر التي يعاني ابنؤها من اضطراب الصمت الانتقائي، كما ان الاسر تمارس سلطة وسيطرة اكبر تجاه ابنائهم (Kolvin& Fundudis,1981) (Vecchio & Kearney, 2005).

وقد اختلفت هذه الدراسات والابحاث في هذا الاضطراب حول انتشاره بين العينات التي خضعت للبحث. كما ان هناك اختلافاً في مسألة الجنس (ذكور-اناث) فهناك دراسات وجدت ان نسبة انتشار الاضطراب عند الاناث اكثر، واخرى وجدت العكس بأن الذكور هم الاكثر اصابة بهذا الاضطراب، في حين كانت هناك نتائج لدراسات اخرى بعدم وجود فروق حقيقية بين الذكور الاناث.

وأشار (توب بيل بيرج وآخرون) الى ان الأطفال من أصول مهاجرة، والذين يتعلمون لغة ثانية قد يكونون ثلاثة مرات أكثر عرضة للإصابة باضطراب الصمت الانتقائي من الأطفال الأصليين (Toppelberg et al,2005: p.595).

وذكر برادلي وسلومان (1975) أن 23 من 26 طفلاً من المصابين باضطراب الصمت الانتقائي هم من اصول مهاجرة، كما ان معدلات انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في الاطفال المهاجرين في الدراسات المختلفة تتراوح (2.2 حتى 28٪) ، كما يمكن للأطفال المهاجرين الذين يرفضون التحدث بلغة جديدة ان تظهر لديهم اعراض اضطراب الصمت الانتقائي (Bradley & Sloman,1975:p.512).

ونظراً لخطورة وطبيعة اضطراب الصمت الانتقائي السلوكية بالنسبة الى غيره من الاضطرابات الصمت الانتقائي، فقد بدأ الباحثون وضع استراتيجيات التقييم والعلاج لهذه الفئة من المضطربين، مثل عدد الكلمات التي قيلت في الحالات العامة، ووضع استراتيجيات التقييم والتحليل الوظيفي السلوكي لقيت دعماً كبيراً من قبل الباحثين في هذا المجال.

(Schill,et al, 1996: p.21)

مما تقدم تتضح اهمية البحث الحالي فيما يأتي:-

1. ندرة الدراسات التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي على المستوى العربي.
2. ندرة الدراسات التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي على انه اضطراب مستقل بذاته وليس مرافقا لاضطرابات اخرى مثل الرهاب والقلق الاجتماعي.
3. نظرا لعدم وجود مقاييس لتشخيص اضطراب الصمت الانتقائي على المستوى العربي تقدم الباحثان إسهاما متواضعا في توفير أداة لقياس اضطراب الصمت الانتقائي ، من خلال أداة القياس التي تم اعدادها في هذا البحث.
4. قد تساهم هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الدارسين والباحثين لتناول موضوعها وتغذيته تربوياً بطرق وأساليب علمية مختلفة ومن جوانب متعددة.

اهداف البحث:

يستهدف البحث الحالي ما يأتي:

1. بناء مقياس اضطراب الصمت الانتقائي.
2. تعرف نسب انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.
3. تعرف مستوى اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية المصابين به.
4. تعرف الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية المصابين به على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).

حدود البحث:

تحدد مجتمع البحث الحالي بتلاميذ المرحلة الابتدائية الدارسين في مدارس محافظة بغداد التابعة لمديرية الكرخ الثالثة والذين تتراوح اعمارهم من (7-9) ومن كلا الجنسين وللعام الدراسي (2017-2018).

تحديد المصطلحات:

أولاً: المقياس

يعرفه كل من:-

- Chaplin (1971, 428) "بأنه: مجموعة من الأسئلة المقننة للفرد بهدف قياس قدرته او تحصيله في المجال الذي وضعت لقياسه".
- Good (1973, 507) " بأنه: سلسلة من العبارات أو الأسئلة التي تهدف إلى الكشف عن آراء وخصائص شخصية معينة للمجيب عنه".
- Anastasi (1988, 4) "مجموعة مرتبة من المثيرات أعدت بطريقة مقننة لعينة مختارة من السلوك".

أما البحث الحالي فمن خلال ما تقدم يعرف المقياس اجرائياً بأنه مجموعة من الفقرات اعدت لتقيس وتشخص بطريقة كمية اضطراب الصمت الانتقائي.

ثانياً: الصمت الانتقائي:

وعرف بعدة تعريفات منها تعريف:-

- يعرفه الاشوال (1987)
"حالة مرضية نجد فيها الفرد يرفض الكلام، وقد يبدو غير قادر على السمع والكلام معا".
(الاشول، 1987: 31)

• عبد الحميد وكفافي (1990)

" اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة، يتميز بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية، بما فيها مواقف الدراسة، على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وعلى فهم اللغة. ولا يحدث في هذه الحال أي من الاضطرابات الجسمية أو العقلية الأخرى. وقد تكون الحماية الأمومية الزائدة والبقاء في المستشفى لفترة، أو الالتحاق بالمدرسة من العوامل التي تهيئ لهذا الاضطراب"
(عبد الحميد وكفافي، 1990: 1098).

• حمودة (1991)

" يتميز برفض الطفل أو المراهق الثابت للتحدث في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية العظمى، مشتملا المدرسة، بالرغم من قدرته على فهم اللغة وقدرته على الكلام، وليس ذلك عرضا للإرهاب الاجتماعي أو الاكتئاب أو اضطراب ذهاني مثل الفصام... والطفل المصاب بالبحكم الاختياري يمكنه أن يتواصل بواسطة الإيماءات مثل هز الرأس، أو بواسطة مقاطع كلامية مختصرة بنغمة واحدة، والغالب أنه لا يتحدث في المدرسة، ولكنه يتحدث طبيعيا في البيت، ونادر، ما يرفض التحدث في المواقف الاجتماعية.. وهؤلاء الأطفال لديهم مهارات لغوية طبيعية غالبا "

(حمودة، 1991: 281).

• الشخص والدماطي (1992)

" رفض الفرد للكلام والتحدث بحيث قد يبدو غير قادر على السمع والتحدث بالرغم من قدرته على الكلام " (الشخص والدماطي، 1992: 162).

• الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) ، (2000)

"اضطراب في الطفل الذي لا يتكلم في الحالات التي يكون فيها الكلام متوقعا منه، ولكن يتحدث بشكل طبيعي في مواقف أخرى" (A.P.A,2000).

ومن مراجعة ما ورد أعلاه، فقد تبنت الباحثتان تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A. (2000) لاضطراب الصمت الانتقائي

أما التعريف الإجرائي لاضطراب الصمت الانتقائي فهو: "الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي المعد في هذا البحث "

اطار نظري ودراسات سابقة

اولاً: الاطار النظري:

لمحة عن اضطراب الصمت الانتقائي

كان اول من وصف الصمت الانتقائي الطبيب الالمانى أدولف كوسماول عندما وصف الأطفال الذين كانوا قادرين على التحدث بشكل طبيعي ولكن في كثير من الأحيان يرفض الكلام بوجود اضطراب اسماه الاحتباس الاختياري ، على الرغم من أن هذا المصطلح عفا عليه الزمن، ولكن كان ذلك جزءا من جهد مبكر لوصف مفهوم يدعى الان الصمت الانتقائي .

وأول من كتب عن الصمت هو كانر عام 1943م . وأول من أطلق اصطلاح (الصمت الاختياري) هو ترامر 1934م، عندما وصف سلوك صبي عمره ثماني سنوات الذي كان صامتا ولكن مع مجموعة صغيرة من الأقارب والاقربان.

(Cline & Baldwin, 2004: P. 34)

وفي عام 1980، حددت توري هايدن وجود أربعة أنماط فرعية من الصمت الاختياري، على الرغم من أن هذه المجموعة من الأنواع الفرعية ليست مستعمل في التشخيص حالياً. أول هذه الأنماط والأكثر شيوعاً، "الخرس التعايشي أو التكافلي" الذي يتميز بان الأم مهيمنة ومسيطرة وذات صوت مسموع مع غياب الأب، وتم استخدام الخرس لضبط جميع أنواع السلوك من قبل الكبار، والنمط الفرعي الثاني وهو أقل شيوعاً هو خرس رهاب التحدث، إذ يظهر فيه الطفل خوفاً مميّزاً في الاستماع إلى تسجيل صوته، وشمل هذا النوع الفرعي أيضاً بعض السلوكيات المرتبطة بشعائر الأسرة حيث كان يعتقد أن ذلك سبب للحفاظ على سرية الأسرة. أما النمط الفرعي الثالث فهو "خرس رد الفعل"، يعتقد أن سببه الصدمة أو سوء المعاملة، ولكن ليس كل الأطفال يوضعون في هذه الفئة فقط الذين يشخصون على أنهم تعرضوا إلى سوء معاملة ويظهر هؤلاء الأطفال أعراض الاكتئاب. أما النوع الفرعي الرابع والأخير، وصفت هايدن "خرس السلبية العدوانية" الذي يشخص فيه الصمت على أنه عدوان، ويرتبط معه سلوك معادٍ للمجتمع **Hayden, (1980:119-133).**

ولم تعد هذه الأنماط الفرعية متداولة في اضطراب الصمت الانتقائي بالرغم من أن مصطلح (رهاب التحدث) لا زال يستخدم أحياناً لوصف هذا الاضطراب لكنها قد تكون أيضاً أعراضاً للقلق الاجتماعي (APA, 2013).

وفي عام (1952) نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، لأول مرة (الخرس الاختياري) في طبعته الأولى، والذي وصف بأنه "رفض مستمر للتحدث في المواقف الاجتماعية كلها تقريباً" على الرغم من القدرة العادية للكلام. في حين أن الخجل المفرط والقلق وغيرها من الصفات المرتبطة وردت أسماؤهم في قوائم الميزات المرتبطة بالخرس الاختياري، وشملت أهم العوامل المسببة (الحماية المفرطة من قبل الأمهات، والتخلف العقلي، والصدمة النفسية). ولم يظهر مفهوم الصمت الانتقائي في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية (DSM) حتى عام 1980، في عام 1994، تم استبدال "اختياري" بـ "انتقائي" في محاولة للقضاء على الاعتقاد الخاطيء بأن الأفراد يختارون عدم التحدث **Joseph, (1999: p.1-4).** فضلاً عن أن المعلومات المتوفرة عن هذا الاضطراب كانت ضئيلة جداً في كتب ومراجع ادب الأطفال، وفي ذلك الوقت كان علماء النفس لا يزالون في طور البحث فيما إذا كان الصمت الانتقائي شكلاً من أشكال اضطرابات القلق أو إذا كان اضطراباً مستقلاً عن الاضطرابات الأخرى في التشخيص والعلاج .

(Krysanski, 2003 : P. 29-40)

ووصف الخرس الاختياري في الطبعة الثالثة المنقحة (DSM III-R) بأنه اضطراب ليس له علاقة بالرهاب الاجتماعي. لكنه شكل من أشكال العناد والتحدي (APA, 2013). في حين طلب سونيومان عام 1994 المشارك لمؤسسة الخرس الاختياري تغيير اسم المصطلح الى الصمت الانتقائي في الطبعة الرابعة للـ (DSM) ووصف بأنه اضطراب له علاقة باضطراب القلق، لا سيما في النسخة المنقحة (DSM IV-TR) (APA, 2013).

النظريات التي تناولت الصمت الانتقائي

نظرية التحليل النفسي

بين فرويد Freud أهمية خبرات الطفولة في البناء الشخصي للفرد، معللاً معظم الاضطرابات النفسية الى شدة استخدام المقاومة والكبت في اللاشعور وقيمة الحياة الجنسية في تلك المرحلة وفق مكونات الشخصية الثلاث المعروفة عند فرويد الـ (Id) والـ (Ego) والـ (Super ego)، وينظر الى الاضطراب على انه نتيجة للصراع بين مركبات الشخصية (Kimble et.al., 1980, 390). ويعبر الصمت الانتقائي عن قلق شديد وصراع داخلي يعاني منه الطفل في بعض الأحيان نتيجة توقف النمو او تثبيت النمو على المراحل الاولى للنمو عند فرويد مما يدل على وجود قصور ملحوظ في احد جوانب النمو اذا قيس بالجوانب الاخرى ويبدو تأثيره عندما يواجه الطفل موقفاً جديداً في حياته لا يقدر على مواجهته ، فانه يلجأ إلى التوقف عن الكلام بالرغم من استطاعته الكلام لا سيما في المواقف التي تشكل تهديد بالنسبة له (Rabian, 2009, 60).

وينظر ليزركاتز (1988) الى الاضطراب على انه حالة رد فعل اتجاه الغرباء ووفقاً لنظرية فرويد فان ردة الفعل هذه تدل على ان هناك نكوصاً او تثبيتاً على مرحلة طفولية سابقة وهي فكرة اقترحها لأول مرة شيفيلد واخرون عام (1950) وحدد نوعين من ردود الفعل في الطفولة ، "متوافقة" أو "معارضة"، مشيراً في ذلك الى الخلفية الاسرية على حد سواء .

(Roe, 2011: p. 5)

ترى جلاسر (2002) أن الإساءة الانفعالية سلوك يصدر من الآباء أو مقدمي الرعاية للطفل بشكل مقصود أو غير مقصود يتسم بالدوام والتكرار ولا يتطلب الاتصال البدني للطفل، ويتمثل بالإهمال النفسي، والازدراء (النعته السلبية) للطفل والتفاعل السلبي معه، والفشل في أدراك أو الاعتراف بفرديته واستغلاله في سلوكيات غير اجتماعية. وبناءً على ذلك تصنف جلاسر الإساءة الانفعالية إلى خمس فئات أساسية تستوعب كل السلوك المجدد لهذه الإساءة بناءً على التعريف العام الذي تتبناه للإساءة الانفعالية وهي:

1- الإهمال وعدم التجاوب الانفعالي مع الطفل وتجاهل مشاعره وانفعالاته وسلوكياته التعبيرية وتشير بصفة عامة إلى عدم حساسية الآباء وانشغالهم الدائم بمشكلاتهم وصعوباتهم وأعمالهم

- الخاصة وبالتالي يفقد الطفل وجودهم النفسي عند الاحتياج إليهم فضلا عن إلى قصور أو نقص الإشراف والمتابعة.
- 2- إغراء خصائص أو صفات سلبية بالطفل وإصاق صفات أو أشياء قبيحة به فضلا عن الاتجاهات العدائية نحو الطفل وتشويه سمعته ونبذته والتقليل من شأنه أو تحقيره والاعتقاد بان هذا الطفل يستحق مثل هذه المعاملة مما يفرضي إلى أن يكون الأطفال ضحايا هذه الفئة من فئات الإساءة الانفعالية بالتسليم بصحة الخصائص الملصقة بهم والتصرف بمقتضاها في الوقت نفسه.
- 3- التفاعل مع الطفل بطرق غير متسقة أو متذبذبة ولا تتناسب مع عمره ولا مع المرحلة النمائية التي يمر بها ويتضمن ذلك توقع انجازات أو أعمال من الطفل تفوق بكثير قدراته الإنمائية، والحماية الزائدة للطفل وتقيد محاولاته للاستكشاف والتعلم وتعريض الطفل لأحداث وتفاعلات مربكة أو غامضة أو صادمة. وتتضمن هذه الفئة أيضاً عددا من التفاعلات المختلفة منها تعرض الطفل لمشاهدة نوبات العدوان أو العنف الأسري أو محاولات الأب أو الأم الانتحار وذلك في إطار النقص الحاد في معلومات الآباء فيما يتعلق بأساليب تربية ورعاية الأبناء ومعايير وخصائص النمو النفسي للمراحل الإنمائية المختلفة ويمارس مثل هؤلاء الآباء سلوكيات الإساءة الانفعالية المجسدة لهذه الصيغة غالباً بسبب خبراتهم الخاصة التي تعرضوا لها هم أنفسهم أثناء طفولتهم .
- 4- فشل الآباء في إدراك والاعتراف بفرديّة الطفل وقدراته وخصائصه النفسية الفريدة ويتضمن ذلك استخدام الطفل لتلبية أو تحقيق الاحتياجات النفسية للآباء والعجز عن التمييز بين واقع الطفل وحدود عالمه وخصوصية هذا العالم ومعتقدات ورغبات الكبار.
- 5- الفشل في تنمية قدرات ومهارات التوافق الاجتماعي لدى الطفل وتتضمن هذه صيغة اكتساب الطفل سلوكيات منحرفة غير اجتماعية (الإفساد أو التشجيع على الانحراف السلوكي) الإهمال النفسي (الفشل في توفير الإثارة العقلية أو فرص الاستكشاف والتعلم).
- ويظهر الأطفال المتعرضون للإساءة اضطراباً معرفياً مرتبطاً بتأخر النمو وعيوب في اللغة والكلام وعادة ما يصعب عليهم أن يعبروا عن مشاعرهم فنجد تأخراً في اللغة خاصة فيما يتعلق بطرق التعبير اللفظي إذ أن اللغة لا تستخدم كوسيلة للتعبير عن الأفكار والمقاصد والمشاعر فقط بل كوسيلة لتحاشي العقاب، ومن ناحية أخرى فإن للبيئة التي يحدث فيها الإساءة اثراً كبيراً خاصة وأن الأفراد المسؤولين عن الطفل لا يقضون وقتاً طويلاً في الحديث معه، ومن ثم لا يجد الطفل من يساعده على تطور مهارات اللغة لديه وتبعاً لذلك يتأثر الذكاء اللفظي وتنخفض درجات الطفل في مقاييس الوظائف العقلية العامة، وحينما يصل الطفل إلى سن الكمون يفشل في إظهار تطور

نمو الأنا وفي تطوير ميكانيزمات الكمون التي تمكن الأطفال العاديين من مقاومة القلق وبالتالي يصاب بالاضطراب (Trickett & McBride, 1995:p132-133).

وقد اشار داو وآخرون (1995) الى ان التعرض لتجارب مؤلمة يعد احد الاسباب المؤدية الى الاصابة بالصمت الانتقائي، اذ ينظر الى التوقف عن الكلام مع الاخرين في العالم الخارجي باعتباره آلية للتعامل مع الحدث الصادم، كما ان البيئات الجديدة مثل بدء الدراسة قد تكون مثيرة للقلق والصدمة للغاية لبعض الأطفال. وقد يكون سبب القلق عند ترك الطفل وحده مع الغرباء للمرة الأولى (Dow et al., 1995: p. 837).

والتجارب المؤلمة الأخرى المحتملة التي قد تؤدي إلى اضطراب الصمت الانتقائي تشمل ولادة أخ، طلاق الوالدين أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو عملية جراحية في سنوات الطفولة المبكرة واضطراب الصمت الانتقائي يحدث أيضاً بعد إساءة معاملة الطفل جنسياً أو جسدياً، إذ اشارت اندرسون وتومسن (1998) أن ثلث عينة المصابين باضطراب الصمت الانتقائي قد تعرضوا الى هذه الالاءة خلال السنوات السابقة لتطور الكلام.

(Andersson & Thomsen ,1998: p.538)

النظرية السلوكية

يرى اصحاب هذا المنظور أن السلوك غير السوي ليس مرضاً أو عرضاً لمرض، وإنما هو نمط من السلوك يتعلمه الفرد مثلما يتعلم أنماط السلوك السوية، وعلى هذا فهم يرفضون فكرة المرض العقلي وينظرون إليه على أساس أنه أساليب تكيفيه غير ناجحة مع مشكلات الحياة، ويقوم العلاج برأيهم على أساس تعديل أو تغيير الطرائق التي يتفاعل بها الفرد مع البيئة. المحور الرئيس لهذا المنظور هو عملية التعلّم وتسمى أيضاً (المثير والاستجابة)، إذ ان المثير الذي يتعرض له الكائن الحي ينجم عنه حدوث استجابة.

وفقاً للنظرية السلوكية فان الاطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي قد يستمرون في عدم التحدث للحد من الخوف والقلق، و تجنب المواقف العصبية، والحصول على الامتيازات والاهتمام من القائمين بالرعاية، اذ ان فشل الطفل في التكلم ينظر إليه على أنه استراتيجية تعلمها رداً على المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق، كما ينظر اليه على انه ناتج من التعزيز السلبي لسلوك الصمت الذي يسلكه الطفل، اذ ينظر الى الصمت الانتقائي باعتباره استجابة تكيفية بدلا من مرض

او اضطراب (Krynski, 2002: p.53)

نظرية الانظمة الاسرية

المنظرون في نظرية الانظمة الاسرية ينظرون الى اضطراب الصمت الانتقائي على انه نتيجة الصراع أو الخلل في العلاقات الاسرية، وقد اشارت سوباك واخرون (Subak,et al ,1982,335)، و اشار ريمس جامبت واخرون (2001) ان عائلة الطفل المصاب باضطراب الصمت الانتقائي قد تكون تعاني من توتر في الاتصال بين الزوجين، وتنافر زوجي او قد تكون مسيطرة بشكل مفرط وحازمة بشكل مفرط.

(Remschmidt et al., 2001: p.285).

ان اضطراب الصمت الانتقائي قد ينجم عن العلاقات العصبية مع والدي الطفل ولا سيما الام. اذ ان الرغبة في السيطرة على الطفل من قبل الوالدين تجعل الطفل يشعر حولهما بمشاعر متناقضة (حب وكره في ذات الوقت) (Krysanski, 2002: p. 55)

وقد تم اثبات ان اضطراب الصمت الانتقائي ذو علاقة وثيقة بتوتر العلاقات الاسرية بين الوالدين والطفل والاعتماد المفرط على الاسرة مما يجعل الطفل غير قادر على الثقة في العالم الخارجي والاستقلال والاعتماد على الذات مما يجعله يطور اعراض اضطراب الصمت الانتقائي (Remschmidt et al., 2001:286)

النظرية البيولوجية

ويشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفسيولوجي يرى أن الاضطراب السلوكي هو نتاج ومحصلة لخلل في وظائف وأعضاء في جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه، قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في افرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان، والحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم على سبيل المثال لا الحصر ويضيف هذا الاتجاه بانه مرتبط بعلم البيولوجيا التي ترى بأن الوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، ويرى هذا الاتجاه بأن الكروموسومات والجينات (المورثات) تلعب دوراً في وجود الاضطراب السلوكي (العزة، 2002: 44).

وقد اشارت (Kristensen, 2000: P.251) ان حالة اضطراب الصمت الانتقائي ترتبط بشذوذ في الكروموسوم (18). كما اشار شتاين هاوزن واد ماك (1997) الى ان العوامل الوراثية تؤدي دورا مهما في مسببات حدوث اضطراب الصمت الانتقائي، اذ قاموا بدراسة على مجموعة من الاطفال استهدفت مقارنة خلفيات الاسر لـ(38) طفلا مصابين باضطراب الصمت الانتقائي و(31) طفلا يعانون من الاضطرابات العاطفية واضطراب في النمو والتعبير، وقد وجدوا دليلاً على وجود اصابات في اسر واقارب الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي والاضطرابات النفسية وكانت اضطرابات النطق واللغة مشتركة في أقارب كل العينات. وأشاروا إلى أن العوامل الوراثية قد تلعب دوراً في حدوث الاضطراب (Steinhausen & Adamek :1997,107).

وقام كريستنسن وتورجيسين (2001) بمقارنة التقارير الذاتية والصفات الشخصية لدى أباء (50) طفلاً مصابين باضطراب الصمت الانتقائي في النرويج، أكدت النتائج على وجود تاريخ عائلي من الاصابات باضطراب الصمت الانتقائي والقلق الاجتماعي لدى اباء الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي (Vecchio & Kearney, 2005: p.34).

وأشار الى ذلك ابراون ولويد في عام 1975 في أن واحدا وخمسين في المئة من الأطفال الذين لم يتحدثوا في المدرسة كان عندهم والد خجول واحد على الأقل ، وكان اثنان وثلاثون في المئة منهم كان لديهم اشقاء خجولون مع شكل من أشكال تجنب الكلام مما يدل على وجود تاريخ عائلي لهذا الاضطراب (Gray, et al, 2002: p.41-51).

ويشير كري واخرون (2002) ان الاطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي يعانون من العجز العصبي ، وتعتمد هذه النظرية على البحوث السلوكية المتعلقة بنظام التثبيط الخاص بالجهاز العصبي ، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي لديهم اعراض قلق كبير ومستمر وتقلب في المزاج وقد تكون هذه الاعراض بسبب النشاط المفرط لنظام التثبيط ، كما ان نظام التثبيط هذا له اتصال مكثف بقشرة الفص الجبهي، كذلك له علاقة بمسارت هرمون السيروتونين (Gray, et al, 2002: p.41-51).

جمعية الطب النفسي الامريكية (APA):

وتُعد معايير الكراسة التشخيصية والاحصائية لجمعية الطب الامريكية (DSM) باصداراتها الخمسة من اهم المؤسسات العلمية التي تُعتمد عالمياً في تشخيص وتحديد الاضطرابات النفسية والذهانية، وقد حددت اضطراب الصمت الانتقائي كأحد انواع اضطرابات القلق. وقد اوردت الجمعية اهم المعايير التي تشخص اضطراب الصمت الانتقائي وهي:

1. الفشل المتواصل في التحدث في مواقف اجتماعية محددة حيث يكون من المتوقع الحديث فيها مثل التحدث في المدرسة.
2. يؤثر الإضطراب على التحصيل التعليمي أو المهني أو التواصل الاجتماعي .
3. مدة الاضطراب لا تقل عن 1 شهر في اقل تقدير .
4. لا يرجع عدم الكلام إلى عدم القدرة على النطق او التحدث باللغة المنطوقة في الوضع الاجتماعي الموجود فيه المضطرب .
5. لا يمكن تفسير الاضطراب بانه اضطراب التواصل او اضطراب التوحد او اضطراب الفصام او اي اضطراب ذهاني آخر (A.P.A.).

ان الذين يعانون من هذا الاضطراب ينبغي ان يكونوا متقنين للغة التي يتحدث بها المجتمع المحيط اي قد يكونوا مهاجرين ولا يتقن الفرد لغتهم . لذا ينبغي التقييم بشكل جيد لتشخيص

الاضطراب من خلال المتدربين على هذه عملية القياس. ونجد ان الافراد المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يعانون على الاغلب من القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية والرهاب الاجتماعي . كما انهم يعانون غالباً من: (عدم وجود اتصال العين، التمسك الأهل، التخفي، الهروب، البكاء، جمود الحركة، نوبة الغضب إذا طلب منهم التحدث علانية، تجنب تناول الطعام في الأماكن العامة، قلق عند التقاط صورة أو فيديو، عدم استخدام الحمامات العامة) (ASHA).

مناقشة النظريات

من ملاحظة النظريات اعلاه يتضح ما يأتي:-

- هناك بعض التداخلات التي قد يتعرض لها الأطفال في مراحل نموهم المتقدمة والتي تخلق جواً من الربكة والتوتر الأمر الذي يؤثر بشكل سلبي في كثير من الأحيان على جانب أو أكثر في نمو الطفل. وتتمثل هذه التداخلات في ظهور أحد الأعراض أو الظواهر النفسية والتي تحتاج إلى التدخل النفسي بشكل أو بآخر.
- اضطراب الصمت الانتقائي هو أحد الأعراض أو الظواهر النفسية، وفيه يمتنع الطفل عن الكلام وعدم التجاوب مع أي حوار في أماكن معينة كالمدرسة مثلاً ومع أشخاص معينين كالمدرس والغرباء أو أحياناً مع الأب، وبالرغم ان الطفل يمتنع عن الكلام في هذه المواقف ومع بعض الأشخاص إلا أنه في مواقف أخرى يتحدث أحياناً وبطلاقة وبشكل عادي .
- ويصل الصمت الانتقائي ذروته عندما يمتنع الطفل أيضاً عن الابتسام والنظر إلى الشخص الذي يحاوره ولكن هذا يحدث بنسبة نادرة، ويعبر هذا الصمت الاختياري عن قلق شديد وصراع داخلي يعاني منه الطفل في بعض الأحيان غير معروفة أسبابه وقد يرجع في بعض الأحيان إلى توتر في العلاقات الأسرية أو فراق الطفل لوالديه مدة زمينة طويلة نسبياً أو وجود الأم المتسلطة أو تزامن ذلك مع موقف مؤلم تسبب فيه الشخص المعني مع الطفل فيعمم الطفل بقصوره المعرفي الألم على مواقف مشابهة. وقد يستمر الصمت الاختياري ساعات قليلة وقد يستمر أياماً أو أسابيع أو شهوراً ونادراً ما يصل لسنوات.
- وقد استتدت الباحثتان الى معايير جمعية الطب النفسي الامريكية في تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي، كما تبنتا نظرية جلاسر في تفسير حدوث هذا الاضطراب.

دراسات سابقة

وقد ميز كل من فاونديز وكولفن (Kolvin& Fundudis,1981) بين خرس الصدمة والذي يظهر بشكل مفاجئ كرد فعل للصدمة ،والصمت الانتقائي حيث يكون الحديث فيه مقتصرًا على مجموعة صغيرة من الاقرباء ، و اشاروا الى ان ندرة الادبيات حول الصمت الانتقائي يعني ان معظم المعرفة حول هذا الاضطراب جاءت من دراسة حالة عينات صغيرة من وجود المجموعة الضابطة. وقد اجري الباحثون دراسة شملت (24) طفلاً لديهم اضطراب الصمت الانتقائي منهم (13) فتاة و(11) فتى بالمقارنة مع (84) طفلاً يعانون من اعاقه في القدرة على الكلام فضلاً عن (102) طفل من العاديين ،تم متابعتهم من عمر (5 - 10) سنوات وقد اظهرت الدراسة ان الاطفال المصابين بالصمت الانتقائي لديهم تأخر في تطور النضج ولا سيما في الكلام وشذوذ في التعبير، ونسبة عالية من المشكلات السلوكية مثل سلس البول، فضلاً عن وجود الخجل من السنوات الاولى ووجود مستويات عالية من المشاكل النفسية في الأسر (Kolvin& Fundudis,1981:p . 232)

قام كل من بلاك واوده (Black & Uhde ,1992) بدراسة شملت (30) طفلاً منهم، 21 اناثا و 9 ذكور تتراوح أعمارهم بين 5-12 سنة في أمريكا ووجد الباحثون أنه بالإضافة إلى اضطراب الصمت الانتقائي، فإن أكثر الأطفال لديهم أيضا الرهاب الاجتماعي أو اضطراب الانطوائية في الطفولة أو المراهقة، وكان 30% من هؤلاء الأطفال لديهم انواع اخرى من الرهاب ،وتوصلوا إلى أن اضطراب الصمت الانتقائي يمكن أن يكون مرتبطاً مع أعراض القلق الاجتماعي بدلاً من كونه متلازمة متميزة. ووجدوا ان الاضطراب يبدأ في عمر 3-6 سنوات ولكن المشكلة قد تستمر وتظهر في وقت لاحق حتى دخول المدرسة اي في عمر 6-8 سنوات، كما وجدوا ان اضطراب الصمت الانتقائي قد يكون مزمن وبنسبة (53%) كانت اصابتهم به منذ الروضة كما ان (18%) منهم كانت اصابتهم به منذ مرحلة ما قبل المدرسة (Black & Uhde,1995: p.1090-1091)

وتعد دراسة ستاين هاوزن وجوسي (Steinhausen & Juzi, 1996) حول اضطراب الصمت الانتقائي من الدراسات المهمة في هذا الجانب، إذ استخدم الباحثان معايير (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO,1992) للتعرف على وجود اضطراب الصمت الانتقائي لمجموعة مكونة من (100) طفل من سويسرا وألمانيا، وجد الباحثان ان نسبة اصابة الذكور بالنسبة الى الاناث 1:2 مع ظهور في سن ما قبل المدرسة في جميع الفئات الاجتماعية. و كان ثلث العينة لديهم مشاكل في التعبير والكلام ما قبل تقييم المرض ، وكان ثلاثة أرباع الانحرافات السلوكية في مرحلة الطفولة أو مرحلة ما قبل المدرسة. كما ان أكثر سمات الشخصية المشتركة

هي الخجل والقلق وغيرها من مشاكل السلوك. فضلاً عن ان خمس العينة اظهرت عناداً وتحدياً وسلوكيات عدوانية، وكانت المواقف الاجتماعية والمدرسة هي الاماكن المشتركة التي لا يتكلم فيها الاطفال، ووجد الباحثون دليلاً على ارتباط اضطراب الصمت الانتقائي بالاكثتاب واضطرابات الاكل واضطرابات النوم، كما ان (25%) من الحالات يعانون من سلس البول (Steinhausen & Juzi, 1996:606).

واجرى دومنت واخرون (Dummit et al, 1997) دراسة على (50) طفلاً يعانون من اضطراب الصمت الانتقائي منهم (36) انثى و(14) من الذكور تتراوح أعمارهم بين (3-15) سنوات في أمريكا، وقد تم جمع مستويات الإصابة باضطراب الصمت الانتقائي من عدد من العينات في اثنتين مدرستين مدارس السويد من قبل كوب وجيلبرج (1997)، وقد وجدوا ان نسبة انتشار الاضطراب من 10-18 وهو أعلى من المعدل الذي اقترحه في دراسات سابقة وقادهم إلى الاستنتاج بأن الصمت الانتقائي قد تكون أكثر انتشاراً مما اعتقد سابقاً. ووجد الباحثون أن جميع الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي اجتمعت لديهم معايير الرهاب الاجتماعي، وكان (48%) منهم لديهم اضطرابات القلق (Dummit et al, 1997: p.653-660).

اما دراسة اندرسون واخرين (Andersson et al, 1998) فقد اجريت على 37 طفلاً من الدنمارك ممن يعانون من الصمت الانتقائي. ووجدت الدراسة ان معدلات انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى الاناث اكثر من الذكور. وأشارت الدراسة الى ان اهم اسباب الاصابة بهذا الاضطراب كانت والتجارب المؤلمة الأخرى المحتملة التي قد تؤدي إلى اضطراب الصمت الانتقائي تشمل ولادة أخ، طلاق الوالدين أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو عملية جراحية في سنوات الطفولة المبكرة واضطراب الصمت الانتقائي يحدث أيضاً بعد إساءة معاملة الطفل جنسياً أو جسدياً، إذ أن ثلث عينة المصابين باضطراب الصمت الانتقائي قد تعرضوا الى هذه الاساءة خلال السنوات السابقة لتطور الكلام (233, Andersson et al, 1998).

كما قام كومبول انيمن وآخرون (Kumpulainen et al, 1998) بدراسة شملت عدد من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8-9 سنوات في فنلندا وباستخدام استبيان وجد الباحثون ان (38) من الاطفال لديهم اضطراب الصمت الانتقائي اي بنسبة (2%) من حجم العينة الاصيلي، وكانت النسبة اعلى لدى الذكور منه لدى الاناث وقد وصف الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي بانهم خجولون وانسحابيون الا ان البعض منهم كان عدائياً. (Kumpulainen et al, 1998: p. 24).

وأشارت دراسة برغمان واخرين (Bergman, Piacentini, Mc Cracken) التي طبقت على عينة اطفال من المدارس. حيث وجدت الدراسة ان نسبة انتشار الصمت الانتقائي تصل الى

(2%) من عينة الدراسة، وأنه منتشر بين كلا الجنسين. وإن أهم ما يعاني من هؤلاء الاطفال هو تأخر اللغة لديهم، كما انهم يعانون من الخجل، فضلا عن انهم يشعرون بانهم منبوذون من الاخرين وخاصة الاقران (Bergman et al, 2002, 938-946).

اجريت دراسة كريستينسن (Kristensen, 2000) على الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي للتعرف على الاعراض المصاحبة للاضطراب. فوجدوا ان الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي من قبل الباحثين بانهم خجولون ومنسحبون وحساسون ومتحفظون وتظهر لديهم اعراض القلق والوسواس القهري والاكتئاب، واضطرابات النمو شائعة أيضا في هذه الفئة من المضطربين، ولا سيما مشاكل التعبير والتواصل اذ اظهرت دراسة ان (68,5%) من الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي لديهم مؤشرات اضطرابات النمو. كما ان هناك حالات ترتبط بشذوذ في الكروموسوم (Kristensen, 2000: p. 249-256)

كما استهدفت دراسة كانينغهام واخرين (Cunningham et al, 2004) الكشف عن العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي والقلق، كما استهدفت الكشف عن العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واختلال وظائف الاسرة و الانفصال بين الابوين، فضلا عن تعرف فيما اذا كان الطفل قد فشل في المدرسة، وتعرف فيما اذا كان الطفل يشعر بالخوف من تكوين علاقات صداقة مع الاخرين، اجريت الدراسة على عينة مكونة من (52) طفلاً مصابين باضطراب الصمت الانتقائي و(52) طفلاً من غير المصابين باضطراب الصمت الانتقائي، وقد تم استعمال استبيان اعد من قبل الباحثين يجاب عليه من قبل الاب والام، اظهرت النتائج ان الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يظهرون اعراض القلق والوسواس والشكاوى من الالم جسدية بشكل اكبر من غير المصابين، كما اظهرت النتائج بان الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي هم اقل عناد وتحدي من الاطفال الاعتياديين كما انهم يظهرون صعوبات انتباه اقل في المدرسة، ولم يعثر الباحثين على اية فروق بين مجموعة المصابين وغير المصابين في بنية الاسرة، والموارد الاقتصادية، أداء الاسرة، صعوبات مزاج الأمهات، والأنشطة الترفيهية، أو الشبكات الاجتماعية. كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق احصائية بين المجموعتين في استراتيجيات التعامل من قبل الابوين مع الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي، وأشارت النتائج ايضا ان الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يعانون من عجز كبير في المهارات الاجتماعية. على الرغم من المعلمين وأولياء امور الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي صنفوا على انهم اقل حزما اجتماعياً.

(Cunningham et al, 2004: p. 1363-1372)

استهدفت دراسة مشنس واخرين (McInnes et al, 2004) معرفة العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واعراض القلق والعجز اللغوي والمعرفي واعراض اضطرابات النطق ، اجريت الدراسة على عينة مكونة من (7) اطفال مصابين باضطراب الصمت الانتقائي ومجموعة المقارنة والتي تكونت من (7) اطفال ايضا من الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي وتشير النتائج إلى أن الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي يظهر لديهم عجز في اللغة التعبيرية الدقيقة التي قد تؤثر على الأداء الأكاديمي على الرغم من إظهار قدراتهم اللغوية والمعرفية في المواقف غير الأكاديمية مقارنة بمجموعة الرهاب الاجتماعي كما انه لا توجد فروق بين المجموعتين في اظهار اعراض القلق (McInnes et al, 2004: p. 304-315)
دراسة (Christoph et al ,2006: p. 751-756)

وقد قام كل من فيكيو وكيرني (Vecchio & Kearney, 2005) بمقارنة (15) طفلا من الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي، و(15) طفلا يعانون من اضطرابات القلق دون الصمت الانتقائي و(15) من الاطفال لا يعانون من الصمت الانتقائي او اضطرابات القلق وتم استعمال المقابلة للمقارنة الاطفال مع اسرهم، كما تم اتخاذ الاجراءات التشخيصية عن سلوكهم من قبل الاءاء والمدرسين، وقد تبين ان جميع الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي لديهم اضطرابات القلق الاجتماعي، ولم تكن هنالك فروق دالة بين مجموعة الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي ومجموعة الاطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق فيما يتعلق بتقديرات الاءاء والمعلمين حول مشاكلهم السلوكية، ولكن كانت كلتا المجموعتين اعلى بكثير من المجموعة الضابطة (اي الاطفال الذين لا يعانون من الصمت الانتقائي او اضطرابات القلق) وقد اظهر تقييم الاءاء ان اسر الاطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي واضطرابات القلق تمارس سيطرة على اطفالها وبدرجة كبيرة مقارنة باسر غير المصابين.

(Vecchio & Kearney, .2005:p.31) .

استهدفت دراسة (Christopher et al ,2006) التنبؤ بالإصابة بالاضطرابات النفسية لدى عينة من الشباب المصابين باضطراب الصمت الانتقائي في مرحلة الطفولة، اجريت الدراسة على عينة مكونة من (33) شابا مصابين باضطراب الصمت الانتقائي في مرحلة الطفولة فضلا عن اثنتين من المجموعات متطابقة في العمر والجنس من اجل المقارنة وهذه المجموعات الاخيرة تتألف من (26) شاباً مصابين باضطرابات القلق في مرحلة الطفولة و(30) شاباً لم يصابوا باي اضطراب او مرض في مرحلة الطفولة، وقورنت المجموعات الثلاث فيما يتعلق بوجود اضطراب نفسي في مرحلة الشباب عن طريق استخدام المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI)، وقد اظهرت النتائج تحسن اعراض اضطرابات الصمت الانتقائي لدى عينة الشباب المصابين

باضطراب الصمت الانتقائي في مرحلة الطفولة لدى العينة بأكملها، ومع ذلك فقد أظهرت النتائج ان كلا من المجموعتين المصابين باضطراب الصمت الانتقائي في مرحلة الطفولة والمصابين باضطرابات القلق في مرحلة الطفولة اظهروا معدلات اعلى بكثير للإصابة بالاضطرابات الرهابية والاضطرابات النفسية الاخرى من المجموع الضابطة دراسة.

(Christopher et al ,2006: P. 751-756)

استهدفت دراسة (Carbone et al ,2010) التعرف على المهارات الاجتماعية لدى الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي، وقد تكونت عينة الدراسة من (158) طفلاً منهم (44) طفلاً مصابين باضطراب الصمت الانتقائي و(65) مصابين باضطراب القلق و(49) طفلاً على انهم مجموعة ضابطة وقد تم استعمال تقارير الأداء السلوكي والاجتماعي والعاطفي وقد اظهرت النتائج ان هناك فروقاً ذات دلالة احصائية في المهارات الاجتماعية ولصالح المجموعة الضابطة مما يعني ان الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي لديهم مهارات اجتماعية اقل، كما لا توجد فروق بين مجموعة الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي والمصابين باضطرابات القلق في المهارات الاجتماعية، ومع ذلك فقد اظهرت مجموعة الاطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي معدلات اعلى من الاطفال المصابين باضطرابات القلق والمجموعة الضابطة في اضطراب القلق الاجتماعي، وتشير النتائج إلى أن اضطراب الصمت الانتقائي يمكن من خلاله التنبؤ باضطراب القلق، مع العجز الأساسي في العمل الاجتماعي والقلق الاجتماعي (Carbone et al ,2010:p. 1057-1067).

من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثان ان مفهوم الصمت الانتقائي قد تطور بالترجيح من خلال تراكم الدراسات وايجاد العلاقات المتعدد من متغيرات اخرى مع هذا الاضطراب حتى تبلور المفهوم بهذا الشكل.

وجدت الباحثان ان معظم الدراسات قد تناولت عينة من الاطفال اما الدراسات التي ركزت على المراهقين فكانت نادرة لان الاضطراب ينتشر غالباً بين الاطفال، لذا كانت عينة البحث الحالي حول الاطفال في الصف الاول الابتدائي. كما يتضح من الدراسات السابقة ان بعض الباحثين اعدوا اداة مناسبة لعيناتهم واخرين اعتمدوا على مقاييس جاهزة او معايير لتشخيص الاضطراب، وكان على الاغلب الوالدين هم من يقوموا بالاستجابة، لذا اعدت الباحثان اداة لقياس الاضطراب تجيب عليها الام. واختلفت حجم العينات في الدراسات السابقة، وقد وجدت الباحثان ان من الافضل توسيع العينة ليكون التعميم اشمل في النتائج فحدد (500) طفل من الذكور والاناث وهي عينة اكبر من جميع العينات في الدراسات السابقة.

كما ان اغلب الدراسات اعتمدت متغيرات متنوعة وكان من بينها من تناول متغيراً واحداً من المتغيرات او أكثر ومن تلك المتغيرات اضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي والاضطرابات اللغوية والمعرفية. كما اهتمت الدراسات بالتعرف على طبيعة هذا الاضطراب والعوامل التي تسهم فيه وكيفية تشخيصه ومشاكل التشخيص. وقد تبين أن معظم هذه الدراسات قد اعتمدت معايير المراجعة الثالثة لجمعية الطب النفسي الأمريكية (APA- DSM) ولذلك فقد انتهجت الباحثتان ذات الاسلوب واعتمدت معايير الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطراب.

اجراءات الدراسة الميدانية

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي يتطلبها البحث والتي يمكن أن يحقق بها أهدافه.

مجتمع وعينة الدراسة

تكون مجتمع البحث من تلاميذ الصف الاول الابتدائي المسجلين في المدارس الابتدائية الحكومية للعام الدراسي 2017-2018 في مديرية تربية الكرخ الثالثة بمدينة بغداد ومجموعهم (6798) يتوزعون في (45) مدرسة، وقد بلغ عدد افراد عينة البحث من (500) تلميذ وتلميذة من مجتمع البحث، اختيرت بالاسلوب المرحلي العشوائي، اذ اختيرت عشوائياً خمس مدارس واختير من كل مدرسة (100) تلميذ وتلميذة من الصف الاول الابتدائي، بواقع (50) ذكر و(50) أنثى والجدول (1) يوضح ذلك .

جدول (1)

عدد الاطفال (الذكور والاناث) موزعين حسب المدرسة والنوع

المدرسة	الذكور	الاناث	المجموع
مدرسة الحرية المختلطة	50	50	100
مدرسة التسامي المختلطة	50	50	100
مدرسة الامام علي المختلطة	50	50	100
مدرسة طارق بن زياد المختلطة	50	50	100
مدرسة السيدة سكينة المختلطة	50	50	100
المجموع	250	250	500

أداة الدراسة:

ولأجل قياس أعراض اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المدارس الابتدائية وتحقيقاً للهدف الاول في البحث، كان على الباحثتين القيام ببناء مقياس يتناسب مع المرحلة العمرية لأفراد مجتمع البحث بالاعتماد على أي من المراجع التشخيصية المعتمدة عالمياً (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الرابع) (DSM-IV) أو المراجعة العاشرة

للتصنيف الدولي للأمراض- تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية/ الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD/10)، ويغطي أعراض ال اضطراب الصمت الانتقائي لدى التلاميذ للمرحلة الابتدائية ، ويناسب البيئة العراقية لذلك اتبعت الباحثتان الخطوات الآتية في بناء المقياس لبناء هذا المقياس قامت الباحثتان باتباع الخطوات الآتية:

1. تحديد مجالات المقياس اضطراب الصمت الانتقائي:-

إن بعض المقاييس النفسية، وإن كان بعضها لا يتطلب تحديد مجالاتها، فإن البعض الآخر منها قد يتطلب تحديد هذه المجالات وإبراز أهمية كل مجال بحيث تتضمن فقرات كل مجال ما يناسب أهمية كل مجال الذي يمثله في الوظيفة المقاسة، وبما أن الباحثتين اعتمدا على (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الرابع (DSM-IV) لذا فقد تم تحديد مجالات (المعايير التشخيصية) لاضطراب الصمت الانتقائي في ضوء (DSM-IV) وهذه المعايير هي:-

1. عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم أن الطفل يتكلم في مواقف أخرى .
2. يؤثر الاضطراب في الإنجازات العلمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.
3. مدة الاضطراب هي على الأقل شهر (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).
4. لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.

2. تعليمات المقياس:

سعت الباحثتان إلى أن تكون تعليمات المقياس واضحة ودقيقة حيث طلب المستجيبين الإجابة عنها بكل صراحة وصدق وموضوعية لغرض البحث العلمي، وذكرت أنه لا توجد هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة بقدر ما تعبر عن رأيهم، مذكورة بأنه لا داعي لذكر أسمائهم وإن الإجابة لن يطلع عليها أحد سوى الباحثة، وذلك ليطمئن المستجيبون على سرية الإجابات على المقياس.

3. تصحيح المقياس:

صيغت فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي بالاتجاه الذي يقيس اضطراب الصمت الانتقائي، أما بدائل الاستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (لا يعاني من المشكلة ،يعاني بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة)، وأعطيت الدرجات (1,2,3) لكل استجابة تنطبق على الفقرة.

4. عرض الاداة على الخبراء:

ويقصد به مدى تمثيل الاختبار للمحتوى المراد قياسه ويشير ايبيل (Ebell: 1972) الى ان افضل طريقة للتأكد من صدق المقياس هو عرض فقراته على مجموعة من الخبراء للحكم على مدى صلاحيتها في قياس الخاصية التي وضع لاجلها وقد تحقق هذا النوع من الصدق عندما عرض المقياس بفقراته البالغة (30) فقرة (ملحق 1) على (10) خبراء (ملحق 2/ من المتخصصين في التربية وعلم النفس والاختبارات والمقاييس وقد حصلت فقراته على نسبة اتفاق تراوحت ما بين (80-100%) والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2)

آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

ت	أرقام الفقرات			
	الموافقون	المعارضون	النسبة	التكرار
1	10	-	%100	1، 2، 3، 4، 6، 8، 9، 10، 12، 13، 25، 26، 27، 28، 29
2	8	1	%80	5، 7، 11، 14، 15، 16، 17، 18، 20، 21، 22، 23، 24، 30

5. التحليل الإحصائي للفقرات:

يعرف التحليل الإحصائي انه الدراسة التي تعتمد على التحليل المنطقي الاحصائي والتجريبي لفقرات الاختبار وذلك للتعرف على قوة تمييز الفقرة لغرض تحسينها وأعداد الصيغة النهائية للاختبار وقد تم حساب القوة التمييزية للفقرة بتطبيق المقياس على عينة من (150) تلميذا وتلميذة وقد تم حساب نسبة (27%) من الدرجات العليا و(27%) من الدرجات الدنيا وقد بلغت (80) استمارة بواقع (40) استمارة لكل مجموعة ثم استخدم الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في كل فقرة بين هاتين المجموعتين المتطرفتين واتضح من خلال القيم التائية لدلالة الفروق ان الفقرات (12,15) غير مميزة، اما باقي الفقرات فكانت مميزة كما في جدول (3)

جدول (3)

القيم التائية لفقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		ت
	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
3.080	0.44144	2.1000	0.50064	2.4250	1
5.968	0.50574	2.4750	0.15811	2.9750	2
3.045	0.96044	2.2750	0.51640	2.8000	3
4.819	0.50064	2.5750	0.15811	2.9750	4
3.746	0.53349	2.3500	0.47972	2.7750	5
3.265	0.49614	2.4000	0.53048	2.7750	6
3.523	0.38481	2.1750	0.55238	2.5500	7
3.226	0.45220	2.2750	0.57957	2.6500	8
3.261	0.49614	2.6000	0.30382	2.9000	9
2.802	0.84580	2.5500	0.31623	2.9500	10
2.897	0.87669	2.4750	0.30382	2.9000	11
0.711	0.96609	2.2000	0.92126	2.3500	*12
2.720	0.83166	2.2250	0.53349	2.6500	13
3.087	0.83781	2.3750	0.38481	2.8250	14
0.459	0.95542	2.1000	0.99228	2.2000	*15
2.934	0.84124	2.4000	0.48305	2.8500	16
4.085	0.93918	2.2000	0.36162	2.8500	17
4.608	0.91147	2.2000	0.30382	2.9000	18
4.384	0.45220	2.2750	0.60764	2.8000	19
2.173	0.50637	2.5000	0.61966	2.7750	20
4.849	0.91952	2.2250	0.22072	2.9500	21
3.814	0.92681	2.2500	0.36162	2.8500	22
2.266	0.92819	2.1000	0.84580	2.5500	23
4.287	0.98710	2.0000	0.57679	2.7750	24
5.982	0.87119	2.1000	0.22072	2.9500	25
2.670	0.87560	2.4500	0.36162	2.8500	26
2.718	0.96077	2.0000	0.84580	2.5500	27
3.025	0.89693	2.3750	0.42667	2.8500	28
7.165	0.90014	1.9000	0.22072	2.9500	29
3.608	0.94699	1.7750	0.84732	2.5000	30

علاقة الفقرة بالدرجة الكلية:-

يعد هذا الأسلوب من أدق الوسائل المستخدمة في حساب الاتساق الداخلي للمقياس ولقد تم استخراج معامل تمييز فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي باستخدام معادلة الارتباط بيرسون بين درجات الافراد على كل فقرة وبين درجاتهم الكلية على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي ولـ (150) استمارة وهي الاستثمارات نفسها التي خضعت للتحليل بأسلوب العينتين المتطرفتين . وقد تبين ان جميع معاملات الارتباط كانت مميزة على وفق معيار (Allen & Yen, 1979: p.) (124) باستثناء اربع فقرات حيث كانت القيم المحسوبة لها اصغر من القيمة الجدولية (0.160) والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4)

معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي والدرجة الكلية عليه

معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها	ت
0.40	21	0.52	11	0.44	1
0.56	22	0.10	*12	0.43	2
0.45	23	0.45	13	0.51	3
0.33	24	0.42	14	0.55	4
0.39	25	0.15	*15	0.45	5
0.45	26	0.57	16	0.37	6
0.64	27	0.44	17	0.53	7
0.57	28	0.43	18	0.37	8
0.52	29	0.55	19	0.43	9
0.36	30	0.41	20	0.47	10

6. صدق المقياس

إن مفهوم الصدق (Validity) يعني أن يكون المقياس ذا صلة وثيقة بالظاهرة التي يقيسها، وأن يكون المقياس قادراً على أن يميز بين المتغير أو الظاهرة المدروسة عن المتغيرات أو الظواهر التي يحتمل أن تخلط بها أو تتداخل معها (فرج، 1980 : 112). كما أشارت انستازي (Anastasi, 1976: p. 134) في هذا الصدد إلى أن الصدق هو تجميع للأدلة التي نستدل بها على قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه، وقد تحقق في المقياس الحالي الصدق الظاهري ، ولقد تحقق هذا النوع من الصدق وذلك من خلال عرض فقرات المقياس قبل تطبيقه على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس، وقد بين أيكن (Aiken, 1979: p. 7) إن الصدق الظاهري لأي مقياس يتحقق إذا تم عرضه قبل التطبيق على

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبرنا

مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس للخاصية المراد قياسها، بحيث تجعل معدل المقياس مطمئناً إلى آرائهم ويأخذ بالأحكام التي يتفق عليها معظمهم. وهكذا فقد تحقق للباحثين هذا النوع من الصدق لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي وذلك عندما تم عرض فقراته وتعليماته على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس والذين وافقوا على صلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله وطريقة تصحيحه.

7. ثبات المقياس:-

يقصد بثبات المقياس الاتساق في النتائج، ويعد المقياس ثابتاً إذا أعطى نتائج متسقة عند إعادة تطبيقه، وقد استخرج الثبات لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي بطريقتين هما:
أ. إعادة الاختبار:

استعملت الباحثتان طريقة إعادة الاختبار لاستخراج معامل الثبات، فقد جرى سحب عينة عشوائية مؤلفة من (40) تلميذ وتلميذة أعيد عليها تطبيق المقياس بعد مضي أسبوعين من بداية التطبيق الأول، إذ تشير الأدبيات إلى أن المدة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني تمتد بين أسبوع إلى أسبوعين وبحسب طبيعة الظاهرة . وبعدها أوجدت العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل ارتباط بيرسون، إذ بلغ (0.91)، وتعد هذه القيمة مقبولة لأغراض البحث العلمي .
ب. التجزئة النصفية:

قسمت الفقرات في هذه الطريقة إلى نصفين ، تألف كل نصف من (14) فقرة ، وقد جرى التقسيم على أساس الفقرات الفردية والزوجية ، وبعد حساب معامل ارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار وجد أنه (0.81) ولما كان معامل الارتباط المستخرج هو لنصف الاختبار ، لذا فقد جرى تعديله باستعمال معادلة سبيرمان - براون وقد بلغ معامل الثبات للمقياس باستعمال هذه الطريقة (0.92) ، وتعد هذه القيمة مقبولة موازنة بالدراسات السابقة.

رابعاً: التطبيق النهائي:

بعد التأكد من صلاحية أداة البحث الحالي ملحق (3) تم تطبيقه على عينة البحث التي تم اختيارها والتي قوامها (500) تلميذ وتلميذة ويجب على المقياس من قبل الام ، حرصت الباحثتان على ان يتم توزيع استمارات المقياس بإشرافهما وبعد ان تأكدت الباحثتان من فهم تعليمات المقياس طلبتا منهم قراءته بشكل دقيق والاجابة عنها باختيار احد البدائل بحسب ما ينطبق على التلاميذ من فقرات وبكل حرية لان اجاباتهم لن يطلع عليها احد سوى الباحثة.

خامساً: الوسائل الإحصائية:

لمعالجة بيانات هذا البحث فقد تم الاستناد الى الحقيبة الاحصائية للعلوم النفسية والاجتماعية spss وتم استعمال الوسائل الاحصائية الآتية:

- 1- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لاستخراج تمييز الفقرات والفروق بين الذكور والاناث.
- 2- معامل ارتباط بيرسون لاستخراج علاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، ولإستخراج الثبات بطريقة اعادة الاختبار، وبطريقة التجزئة النصفية.
- 3- معادلة سبيرمان لتصحيح الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- 4- الاختبار التائي لعينة واحدة لمقارنة الوسط الحسابي للمصابين باضطراب الصمت الانتقائي بالوسط الفرضي للمقياس.

عرض النتائج ومناقشتها

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق أهدافه المرسومة، ومناقشة تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة في هذا البحث وكما يأتي:

1. بناء مقياس اضطراب الصمت الانتقائي:-

وقد تحقق هذا الهدف من خلال أتباع الاجراءات العلمية المتعلقة ببناء هذا المقياس وقد تم استعراض هذه الاجراءات في الفصل السابق.

2. معرفة نسب انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية:-

لغرض معرفة نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي فإن ذلك يتطلب توافر ثلاثة معايير تشخيصية من أصل اربعة معايير وفقاً لـ (DSM) يشترط للإصابة باضطراب الصمت الانتقائي أن تتوافر ثلاثة معايير او أكثر للإصابة بهذا الاضطراب وتتكرر هذه المعايير كل يوم تقريباً وهذا ما وافق عليه الخبراء) ولقد بلغ عدد المصابين باضطراب الصمت الانتقائي والمشخصين في ضوء المقياس الذي أعدته الباحثتان لهذا الغرض (65) تلميذ وتلميذة يشكلون نسبة مقدارها (13%) من العدد الكلي لعينة البحث الحالي والبالغ عددها (500) تلميذ وتلميذة.

ولقد كان اكثر المعايير تكرر لدى التلاميذ المضطربين هو العجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم أن الطفل يتكلم في مواقف أخرى اذ تكرر هذا المعيار لدى جميع المصابين بالاضطراب والبالغ عددهم (65) تلميذاً وتلميذة، ومن ثم يلية المعيار الثاني مدة الاضطراب هي على الأقل شهر (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة). فالمعيار الثالث يؤثر الاضطراب في الإنجازات العلمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي ومن ثم المعيار الرابع لا ينجح العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي. ولا تختلف هذه النسبة كثيراً عن النسب في الابحاث والدراسات السابقة الا انها تُعد الاكثر مقارنة بالدراسات السابقة. وقد تكون الثقافة

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبر نا

الاجتماعية لها الاثر الاكبر لما هو معروف عن اساليب التسلط والحزم الشديد التي تمارسها الاسر الشرقية تجاه ابنائهم ليكونوا اكثر طاعة وانصياعاً للكبار عندما يكبرون.

3. معرفة مستوى اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية المصابين به:

كان المتوسط الحسابي لعينة التلاميذ المصابين باضطراب الصمت الانتقائي البالغة (65) تلميذ وتلميذة يبلغ (71.342) وهو اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (56) ، وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة تبين ان القيمة التائية المحسوبة (32.643) وهي ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (64)، مما يشير إلى ارتفاع مستوى اضطراب الصمت الانتقائي للعينة التي لديها مؤشرات هذا الاضطراب. والجدول (5) يوضح ذلك.

جدول (5)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسط درجات اضطراب الصمت الانتقائي والمتوسط الفرضي للعينة التطبيقية الرئيسية

العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
تلاميذ المرحلة الابتدائية	65	71.342	3.768	56	32.643	2.00	0.05

ووفقاً لنظرية فرويد فان الاضطراب لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية هو حالة رد فعل اتجاه الغرباء، وهذا يدل على ان هناك نكوصاً او تثبيتاً على مرحلة طفولية سابقة. كما ان اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية يعبر عن قلق شديد وصراع داخلي يعاني منه الطفل في بعض الأحيان نتيجة توقف النمو مما يدل على وجود قصور ملحوظ في احد جوانب النمو اذا قيس بالجوانب الاخرى ويبدو تأثيره عندما يواجه الطفل موقفاً جديداً في حياته لا يقدر على مواجهته ، فانه يلجأ إلى التوقف عن الكلام بالرغم من استطاعته الكلام لا سيما في المدرسة التي تعد من المواقف التي تشكل تهديداً بالنسبة له (Rabian, 2009: p. 60).

1. تعرف الفروق في اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية على وفق متغير النوع (ذكور-إناث).

كان الوسط الحسابي لعينة الذكور من تلاميذ المرحلة الابتدائية على مقياس الصمت الانتقائي (81.9400) والانحراف المعياري (10.752) بينما كان الوسط الحسابي لعينة الاناث على نفس المقياس (77.5600) والانحراف المعياري (14.833) وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين ان القيمة التائية المحسوبة (1.704)، وهي غير ذات دلالة معنوية عند مستوى

(0.05) ودرجة حرية (63) مما يشير إلى انه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في اضطراب الصمت الانتقائي وجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطي درجة اضطراب الصمت الانتقائي على وفق متغير النوع

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
ذكور	37	81.9400	10.752	1.704	2.00	غير ذات دلالة
اناث	28	77.5600	14.833			

بينت النتائج في الجدول (6) عدم وجود فرق دال في اضطراب الصمت الانتقائي يعزى الى متغير النوع (ذكور-اناث). وتختلف نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسة اندرسون واخرين (Andersson et al , 1998) التي اشارت الى ان انتشار الصمت الانتقائي تكون معدلات انتشاره اعلى لدى الاناث منه لدى الذكور، كما انها تختلف مع نتائج دراستي (Kehle et al, 1998) و(Kumpulainen etal, 1998) اللتين وجدتا نتيجة مغايرة لدراسة اندرسون حيث وجدنا ان الاضطراب اكثر انتشارا بين الذكور منه لدى الاناث. ويمكن ان تكون الدراسة الحالية اكثر موضوعية حيث انها لم تتجه مع اي اتجاه منهما، خاصة وان البحوث لم تثبت فسلجياً ارتباط الاضطراب بالنوع (ذكور-اناث). كما اشار الى ذلك الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM -5) ان اضطراب الصمت الانتقائي لا يختلف كثيراً حسب الجنس (APA,2013).

الاستنتاجات

وفقاً لنتائج البحث الحالي تستنتج الباحثتان ما يأتي :-

1. ارتفاع نسبة الاصابة بهذا الاضطراب عند التلاميذ في المدارس الابتدائية انما يدل على ضعف في الوعي الاسري في كيفية التعامل مع ابنائهم لتنمو شخصياتهم بشكل سليم .
2. ان اضطراب الصمت الانتقائي غير مرتبط بجنس الطفل فليس لنوع الجنس تأثيراً في احتمالية ظهوره لدى الاطفال .

التوصيات:

وفقاً لنتائج البحث الحالي توصي الباحثتان بما يأتي:

1. توجيه اولياء الامور الاطفال المصابين بالصمت الانتقائي بالتعامل مع اطفالهم بأساليب للمعاملة تتسم بالدفء اكثر من اتصافها بالعداء لاحتواء الابناء، والتعرف على طبيعة علاقاتهم، وتطلعاتهم المستقبلية.

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبرنا

2. ضرورة التعرف على الهويات التي يفضلها التلاميذ وتنميتها لديهم بدلا من اللجوء الى اساليب للتسلية قد تكون لا تساعد على تنمية مهاراتهم.
3. استخدام هذا المقياس من قبل المرشدين النفسيين ومكاتب الارشاد والعلاج النفسي في التشخيص النفسي لأعراض اضطراب الصمت الانتقائي.

المقترحات:

تقترح الباحثتان ما يأتي:-

1. بناء برنامج ارشادي للتخفيف من اعراض اضطراب الصمت الانتقائي.
2. اجراء دراسات تستهدف التعرف على العلاقة بين اضطراب الصمت الانتقائي واساليب المعاملة الوالدية.
3. اجراء دراسات تستهدف معرفة مدى تزامن الاصابة باضطراب الصمت الانتقائي والتوحد.
4. اجراء دراسة عن علاقة اضطراب الصمت الانتقائي باضطراب اخرى اهمها اضطراب عناد التحدي واضطراب فرط الحركة والنشاط واضطراب تشتت الانتباه.

قائمة المصادر

1. الأشول، عادل عز الدين (1987): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية0
2. جورارد، سدي، وتيد لنزمن (1988): الشخصية السليمة، ترجمة حمد دلي الكربولي وموفق الحمداني، بغداد، مطبعة وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
3. حموده، محمود عبد الرحمن (1991): النفس أسرارها وأمراضها، ط2، القاهرة، دار المعارف.
4. راشد، عدنان غائب (2002): الاضطرابات الانفعالية عند الاطفال، بغداد، دار الشؤون الثقافية العامة.
5. رزيق، معروف (1963): كيف نربي ابناءنا ونعالج مشاكلهم، ط1، دراسة نفسية تربوية سيكولوجية الاطفال والمراهقين، دار التفكير، ط1، دمشق
6. الروسان، فاروق(1989): سيكولوجية الاطفال غير العاديين - مقدمة في التربية الخاصة، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان.
7. الشخص عبد العزيز السيد و الدماطي، عبد الغفار (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
8. صغير، محمد سعود، (1987): علاقة السلوك العدواني ببعض المتغيرات العائلية لدى تلاميذ الصف الخامس الابتدائي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، كلية التربية ابن رشد.
9. عبدالحميد، جابر و كفاقي، علاء الدين(1990) "معجم علم النفس والطب النفسي"، دار النهضة العربية، القاهرة.
10. العزة ، سعيد (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، عمان:الدار العلمية للنشر والتوزيع.
11. فرج ، صفوت (1980) : القياس النفسي: النظرية والتطبيق . القاهرة: دار الفكر العربي.

12. يحيي، خولة احمد (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، كلية العلوم التربوية، الجامعة الاردنية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

13. Aiken, R. L (1979) : Psychological Testing and Assessment . Allyn & Bascon Inc .
14. Allen & Yen (1979) : Introduction to Measurement Theory . California : Brooke Cole.
15. American Psychiatric Association (A.P.A.), (2013): Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 5th Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
16. American Psychiatric Association (A.P.A.), (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Text revision. Washington, DC: Author
17. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942812§ion=Treatment#SLP_Treatment_Options_and_Techniques
17. Anastasi, A.(1988): Psychological Testing, New York : Macmillan.
18. Andersson, C.B., & Thomsen, P.H. (1998). Selectively mute children: An analysis of 37 Danish cases. Nord Journal of Psychiatry, 52, 231-238.
19. Bergman, R.L., Piacentini, J., & Mc Cracken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41(8), 938–946.
20. Black, B., & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 1090-1094.
21. Bradley, S., & Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 14(3), 510–514
22. Carbone, Diana; Schmidt, Louis A.; Cunningham, Charles C.; McHolm, Angela E.; Edison, Shannon; St. Pierre, Jeff; Boyle, Michael H(2010) Behavioral and Socio-Emotional Functioning in Children with Selective Mutism: A Comparison with Anxious and Typically Developing Children across Multiple Informants, Journal of Abnormal Child Psychology, v38 n8 p1057-1067
23. Chaplin, J.P.(1971). Dictionary of Psychology, New York : Dell Pub.
24. Christopher A. Kearney , Jennifer Vecchio(2006) Functional Analysis and Treatment of Selective Mutism in Children, SLP- ABA Volume 1, No. 2
25. Cline, Tony and Baldwin, Sylvia (2004) “Selective Mutism in Children. Second Edition” London and Philadelphia: Whurr
26. Crundwell, Marc A. (2006). Identifying and teaching children with selective mutism. Teaching Exceptional Children, 38, (3), 48
27. Cunningham, Charles E.; McHolm, Angela; Boyle, Michael H.; Patel, Sejal(2004) Behavioral and Emotional Adjustment, Family Functioning, Academic Performance, and Social Relationships in Children with Selective Mutism, Journal of Child Psychology and Psychiatry, v45 n8 p1363-1372
28. Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.E., & Leonard, H.L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34(7), 836–846.

- Dummit, ES, Klein, RG, Tancer, NK, Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, JA (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
29. Good, Carter. V. (1973). *Dictionary of Education*, New York: McGraw Hill.
30. Gray, R. M., Jordan, C. M., Ziegler, R. S., & Livingston, R. B. (2002). Two sets of twins with selective mutism: Neuropsychological findings. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 8(1), 41-51.
31. Hayden, Torey Lynn (1980) Classification of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 119-133.
32. Joseph, Paul R. (1999). Selective mutism-The child who doesn't speak at school. *Pediatrics*, 104 (2), 1-
33. Kehle, T. J., Madaus, M. R., Baratta, V. S., & Bray, M. A. (1998). Augmented self modeling as a treatment for children with selective mutism, *Journal* 36 (3), 247-260.
34. Kimble, G. A. & et. al. (1980). *Principles of general psychology*. 5th edition, New York, John Wiley & Sons, Inc.
35. Kolvin, I. and Fundudis, T. (1981) "Elective Mute Children: Psychological Development and Background Factors" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22 (3), 219-232
36. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257-262.
37. Kristensen, H. (2000) "Selective Mutism and Comorbidity with Developmental Disorder/Delay, Anxiety Disorder and Elimination Disorder" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 (2), 249-256
38. Krysanski, Valerie L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137 (1), 29-40
39. Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H. and Somppi, V. (1998) "Selective Mutism among second graders in Elementary School" *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 7, 24-29
40. Lesser-Katz, M. (1988). The treatment of elective mutism as stranger reaction. *Psychotherapy*, 25, 305-313.
41. Mcinnes, Alison; Fung, Daniel; Manassis, Katharina; Fiksenbaum, Lisa; Tannock, Rosemary (2004) *Narrative Skills in Children with Selective Mutism: An Exploratory Study*, *American Journal of Speech-Language Pathology*, v13 n4 p304-315.
42. Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67 .
43. Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-296.
44. Roe, Victoria (2011) *Listening to Young People with Selective Mutism*, Paper presented at the British Educational Research Association Annual Conference, held at the Institute of Education, London.
45. Schill, M.T., Kratochwill, T.R., & Gardner, W.I. (1996). An assessment protocol for selective mutism: Analogue assessment using parents as facilitators. *Journal of School Psychology*, 34, 1-21.

46. Sharkey, Louise and McNicholas, Fiona, (2008) "More than 100 years of silence: Elective Mutism. A review of the literature" European Child and Adolescent Psychiatry 17 (5), 255-263
47. Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. Journal of Anxiety Disorders, 21, 568-579 .
48. Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 606-614.
49. Steinhausen, H-C. and Adamek, R. (1997) "The family history of children with Elective Mutism: A Research Report" European Child and Adolescent Psychiatry 6, 107-111.
50. Subak, M., West, M., & Carlin, M. (1982). Elective mutism: An expression of family psychopathology. International Journal of Family Psychiatry, 3, 335-344.
51. Toppelberg C.O., Tabors P., Coggins A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44(6), 592-595.
52. Trickett PK. And McBrid CC. (1995) . The developmental impact of different forms of child abuse and neglect, Developmental Review, 15 (3), 311 -33.
53. Vecchio, J. and Kearney, C. A. (2005) "Selective Mutism in Children: Comparison to Youths with and without Anxiety Disorders" Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 27(1), 31-37
54. Vecchio, J.L., & Kearney, C.A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27, 31-37.
55. Wong, P. (2010). Selective Mutism: A Review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. Psychiatry, 7(3), 23-31.

ملحق (1)

مقياس اضطراب الصمت الانتقائي بصيغته الأولية

الجامعة المستنصرية

كلية التربية الأساسية

الأستاذ الفاضلالمحترم

تحية طيبة

تروم الباحثان بناء مقياس لاضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المدارس الابتدائية ... ونظراً لما نعده فيكم من خبرة علمية ودراية، نرجو التفضل بإبداء ملاحظاتكم حول صلاحية الفقرات التي تم اعتمادها من الأدبيات المتعلقة بهذا الاضطراب ... وإضافة وتعديل ما ترونه مناسباً. علماً أن الباحثين قد تبنتا تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) لاضطراب الصمت الانتقائي حيث عرفته بأنه: (اضطراب لدى الطفل الذي لا يتكلم في الحالات التي يكون فيها الكلام متوقفاً منه، ولكنه يتحدث بشكل طبيعي في مواقف أخرى) (A.P.A.) 2000 وقد وضعت جمعية الأمريكية للطب النفسي أربعة معايير تشخيصية لاضطراب الصمت الانتقائي تم تحديدها كمجالات في مقياس الصمت الانتقائي الذي تم اعداده في البحث الحالي. لذلك يرجى بيان صلاحية تعليمات المقياس وبدائله وكذلك بيان صلاحية الفقرات المنضوية تحت كل مجال من مجالاته وبيان ما إذا كانت تحتاج إلى إضافة أو تعديل. علماً ان الإجابة على المقياس ستكون من قبل عينة من الأمهات. كما ان بدائل الاجابة التي

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية

أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبرنا

تقابل العبارات هي (لا يعاني من المشكلة، يعاني بدرجة بسيطة، يعاني بدرجة شديدة اعطيت الاوزان (1، 2، 3) على التوالي عندما تقيس العبارات مفهوم اضطراب الصمت الانتقائي وبالعكس عندما تقيس عكس المفهوم.
... شكراً لتعاونكم خدمةً للبحث العلمي ...

الباحثان

◆ تعليمات المقياس

الملاحظات	غير صالحة	صالحة	التعليمات
			عزيزتي الأم الفاضلة..... بين يديك مجموعة من العبارات الخاصة بسلوك طفلك او طفلتك، يرجى الإجابة عليها علماً انه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، وان الاجابة لن يطلع عليها احد سوى الباحثين، يرجى قراءة كل فقرة بدقة مع فائق الشكر و التقدير ...

◆ مجالات او معايير مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

اولاً: عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة، في حين أن الطفل يتكلم في مواقف أخرى.

ت	الفقرة	صالحة	غير صالحة	التعديل
1.	يتحدث طفلي /طفلتي بشكل طبيعي في المنزل			
2.	يعجز طفلي /طفلتي عن التحدث بشكل طبيعي في المدرسة			
3.	لا يستطيع طفلي /طفلتي اعطاء إجابات صحيحة في الاختبارات التي تحتاج قدرة لفظية .			
4.	يعجز طفلي /طفلتي عن الإجابة على الأسئلة في الصف			
5.	يعجز طفلي /طفلتي عن القراءة بصوت عال في الصف			
6.	لا يستطيع طفلي /طفلتي ان يسأل المعلم او المعلمة سؤالاً أو يطلب المساعدة			
7.	لا يستطيع طفلي /طفلتي ان يطلب المساعدة من الاخرين			
8.	يعجز طفلي /طفلتي عن التحدث بشكل طبيعي امام الطبيب			
9.	يتحدث طفلي /طفلتي بشكل طبيعي مع الاطفال الاخرين اثناء اللعب			

ثانياً: يؤثر الاضطراب في الإنجازات العلمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.

ت	الفقرة	صالحة	غير صالحة	التعديل
10	يعجز طفلي /طفلتي عن العمل أو اللعب مع مجموعة			
11	ليس لدى طفلي /طفلتي القدرة على البدء بمحادثة مع الاخرين			
12	ضعف القدرة على الادراك التفاصيل والعلاقات			
13	يعاني طفلي /طفلتي من تخلف دراسي			

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
 أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبرنا

ت	الفقرة	صالحة	غير صالحة	التعديل
14	ليس لدى طفلي /طفلتي القدرة على المشاركة في العروض الرياضية او الموسيقية			
15	يعجز طفلي /طفلتي عن تمييز الاصوات بشكل واضح			
16	التواصل الاجتماعي مع الاخرين ضعيف			
17	طفلي /طفلتي غير متعاون مع معلمية او المشرفين عليه			
18	يفشل طفلي /طفلتي في تنظيم المهام وتنفيذها .			
19	يعاني طفلي /طفلتي من صعوبة في مجال التعلم			

ثالثاً: مدة الاضطراب هي على الأقل شهر (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).

ت	الفقرة	صالحة	غير صالحة	التعديل
20.	لاكثر من شهرين يعجز طفلي /طفلتي عن التحدث في المدرسة			
21.	رغم انه يتكلم بشكل طبيعي لكنه لاكثرمن شهر يعجز عن الحديث			
22.	يعجز طفلي /طفلتي عن القراءة بشكل طبيعي لاكثر من شهرين			

4. ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.

ت	الفقرة	صالحة	غير صالحة	التعديل
23.	يتكلم كثيراً بشكل مختلف عن الأطفال الاخرين من نفس العمر (كلام طفلي ، تهته) .			
24.	يجيب عن السؤال قبل اتمامه			
25.	يقاطع الاخرين في الحديث			
26.	يروى قصصا غير حقيقية او كاذبة			
27.	لا يستمع او يصغي الى التعليمات التي تقدم اليه			
28.	يتجنب المهام التي تتطلب قدرة على التحدث .			
29.	يستجيب طفلي /طفلتي لسماع الاغاني والقصص			
30.	يستخدم اصواتاً ساكنة ومتحركة لتلبية طلبه			

قياس اضطراب الصمت الانتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية
 أ.م.د. وجدان محمد الأمير ثبيته الناشي ، أ.م.د. أشواق صبرنا

ملحق (2)

أسماء الخبراء المحكمين في صلاحية المقاييس مرتبة حسب القب والحروف الهجائية

ت	اللقب العلمي	اسم الخبير	الاختصاص الدقيق	الكلية	الجامعة
1.	استاذ دكتور	ايمان عباس علي	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستنصرية
2.	استاذ دكتور	راهبة عباس عبود	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستنصرية
3.	استاذ دكتور	حيدر كريم سكر	شخصية وصحة نفسية	تربية أساسية	مستنصرية
4.	أستاذ دكتور	احمد عبد الحسين	شخصية وصحة نفسية	التربية للعلوم الانسانية	كربلاء
5.	أستاذ مساعد دكتور	عدنان مارد المكصوسي	علم النفس العام	التربية للعلوم الانسانية	كربلاء
6.	أستاذ مساعد دكتور	ايمان عبد الكريم	شخصية وصحة نفسية	تربية أساسية	مستنصرية
7.	أستاذ مساعد دكتور	سعدية كريم درويش	ارشاد نفسي	تربية أساسية	مستنصرية
8.	أستاذ مساعد دكتور	علي العبيبي جبارة	علم النفس التربوي	تربية أساسية	مستنصرية
9.	أستاذ مساعد دكتور	محمد عبد الكريم	قياس وتقييم	تربية أساسية	مستنصرية
10.	أستاذ مساعد دكتور	حنان جمعة	علم النفس العام	تربية أساسية	مستنصرية

ملحق (3)

مقياس اضطراب الصمت الانتقائي بصيغته النهائية

عزيزتي الأم الفاضلة ... تحية طيبة ...

بين يديك مجموعة من العبارات الخاصة بسلوك طفلك او طفلتك، يرجى منك الإجابة على العبارات الآتية علما انه ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة ولا ترتبط الاجابات بتقييم التلميذ في المدرسة، وانما لاغراض العلمي فقط. كما ان الاجابة لن يطلع عليها احد سوى الباحثين ، يرجى قراءة كل فقرة بدقة والتأشير على احد البدائل التي تقابل العبارات بما تجدينه يناسب ابنك/ ابنتك.

... مع فائق الشكر و التقدير ...

الباحثان

ت	الفقرات	لا يعاني من المشكلة	يعاني بدرجة بسيطة	يعاني بدرجة شديدة
1.	يتحدث طفلي/ طفلتي بشكل طبيعي في المنزل			
2.	يعجز طفلي/ طفلتي عن التحدث بشكل طبيعي في المدرسة			
3.	لا يستطيع طفلي/ طفلتي اعطاء إجابات صحيحة في الاختبارات التي تحتاج قدرة لفظية			
4.	يعجز طفلي/ طفلتي عن الإجابة على الأسئلة في الصف			
5.	يعجز طفلي/ طفلتي عن القراءة بصوت عال في الصف			
6.	لا يستطيع طفلي/ طفلتي ان يسأل المعلم او المعلمة سؤالاً أو يطلب المساعدة منها			

ت	الفقرات	لا يعاني من المشكلة	يعاني بدرجة بسيطة	يعاني بدرجة شديدة
7.	لا يستطيع طفلي/ طفلتي ان يطلب المساعدة من الاخرين			
8.	يعجز طفلي/ طفلتي عن التحدث بشكل طبيعي امام الطبيب			
9.	يتحدث طفلي/ طفلتي بشكل طبيعي مع الاطفال الاخرين اثناء اللعب			
10.	يعجز طفلي/ طفلتي عن العمل أو اللعب مع مجموعة			
11.	ليس لدى طفلي/ طفلتي القدرة على البدء بمحادثة مع الاخرين			
12.	يعاني طفلي/ طفلتي من تخلف دراسي			
13.	ليس لدى طفلي/ طفلتي القدرة على المشاركة في العروض الرياضية او الموسيقية			
14.	التواصل الاجتماعي ل طفلي/ طفلتي مع الاخرين ضعيف			
15.	طفلي/ طفلتي غير متعاون مع معلمية او المشرفين عليه			
16.	يفشل طفلي/ طفلتي في تنظيم المهام وتنفيذها			
17.	يعاني طفلي/ طفلتي من صعوبة في مجال التعلم			
18.	لاكثر من شهرين يعجز طفلي/ طفلتي عن في المدرسة			
19.	رغم طفلي/ طفلتي يتكلم بشكل طبيعي لكنه لاكثر من شهر يعجز عن الحديث مع الغرباء			
20.	يعجز طفلي/ طفلتي عن القراءة بشكل طبيعي لاكثر من شهرين			
21.	يتكلم طفلي/ طفلتي بشكل مختلف عن الاطفال الاخرين من نفس العمر (تأتأة، بطريقة غير مناسبة لعمره اصغر من عمره)			
22.	يجيب طفلي/ طفلتي عن السؤال قبل اتمامه			
23.	يقاطع طفلي/ طفلتي الاخرين في الحديث			
24.	يروي طفلي/ طفلتي قصصا غير حقيقية او كاذبة			
25.	لا يستمع طفلي/ طفلتي او يصغي الى التعليمات التي تقدم اليه			
26.	يتجنب طفلي/ طفلتي المهام التي تتطلب قدرة على التحدث			
27.	يستجيب طفلي/ طفلتي لسماع الاغاني والقصص			
28.	يستخدم طفلي/ طفلتي اصوات ساكنة ومتحركة لتلبية طلبه			

Measurement Selective Mutism Disorder Scale Among Primary School Pupils

Asst.Prop.Dr.Wijdan AbdulAmeer Thabeet Alnashy`1
Asst.Prop.Dr.Ashwak Saber Naser
Al Mustansiryah University/ Faculty of Basic Education

Abstract

The current research aims building Selective Mutism disorder scale and identify as the spread of Selective Mutism disorder among first grade pupils in primary school ratios, and identify differences in Selective Mutism disorder according to the type variable (male -female), The study sample consisted of (500) pupils distributed according to variable sex (250) males and (250) female students in the province of Baghdad schools. And have been prepared in Selective Mutism disorder scale by following scientific procedures. The results showed that pupils infected Selective Mutism disorder make up the amount (13%). While there were no significant differences between males and females in the Selective Mutism disorder.