

فاعلية برنامج إرشاد باللعب لخفض إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال من (٤ - ٦) سنوات

إعداد

د. نجلاء محمد روبي صوفي^١

ملخص الدراسة

استهدفت الدراسة التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشاد باللعب لخفض حدة إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال من (٤ - ٦) سنوات، وقد تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال في الروضة تتراوح أعمارهم من (٤ - ٦) سنوات بمتوسط أعمار ٥ سنوات، طبق عليهم إختبار جودأنف هاريس للذكاء، قائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال من إعداد الباحثة وبرنامج إرشاد باللعب لخفض حدة إضطراب الصمت الإختياري من إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية من أطفال الروضة الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد باللعب، وأطفال المجموعة الضابطة على قائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

The Effectiveness of Play Counseling Program for the reduction of the Selective Mutism to Children (4-6 years old)

Dr. Naglaa Mohammed Roby Sofy

Lecturer, in the Department of Kindergarten

Faculty of Education , Helwan University

Summary of the Study

The study was aimed at identifying the effectiveness of the counseling program to reduce the severity of selective silence disorder in children (4–6 years). The sample study consisted of (8) kindergarten children aged 4–6 years with an average age of 5 years, They were tested by Juden Harris for intelligence, a checklist of selective silence disorder in children prepared by the researcher and a counseling program to reduce the severity of selective silence disorder. The study discovered the following results:

1_ There are statistically significant differences at (0.05%) between the children of the experimental group of kindergarten who have been assigned the counseling program and the children of the control group in the list of selective silence disorder.

مقدمة الدراسة:

إضطراب الصمت الإختياري هو إضطراب يتميز بضعف في التحدث في أوضاع محددة (مثل المدرسة ، والمواقف الاجتماعية) على الرغم من التحدث بشكل طبيعي مع الآخرين (على سبيل المثال ، في المنزل). فهو حالة نادرة نسبياً ولكنها خطيرة تسبب ضعف اجتماعي وأكاديمي كبير إذا ترك دون علاج. حيث نشر في عام ٢٠١٣ من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، ٢٠١٣) ، تم الإشارة إلى الصمت الإختياري بأنه تغير من الصمت الإختياري إلى الصمت الإنتقائي ، مما يعكس تحول في فهم الصمت الإختياري من فعل الإرادة إلى عدم القدرة على الكلام في حالات محددة.

يشعر الطفل الذي يعاني من إضطراب الصمت الإختياري بأنه أكثر أماناً وهو في بيته ومع أسرته أكثر من المدرسة ومع المعلمة حيث أنه مع أسرته يستطيع التحدث دون خوف أو قلق ، ولا يدرك الأباء طبيعة إضطراب الصمت الإختياري إلا مع بداية دخول الطفل الروضة، وتفاعله مع أشخاص آخرين غير أسرته ، وتكون للمعلمة أو المعلم دور في زيادة هذا الإضطراب.

تبدأ مشكلة الصمت الإختياري في الظهور عند الأطفال في عمر من ٣ سنوات إلى ٥ سنوات حيث تكون بداية دخول الطفل المدرسة ولكن لا يتم إكتشافها ومحاولة علاجها إلا عند بلوغ الطفل عمر (٦- ١١) سنة وهو عمر الطفل في المرحلة الإبتدائية، وبعد الإكتشاف المبكر لهذا الإضطراب ضرورة هامة حيث يساعد في منع ظهور المشكلات اللاحقة مثل المشكلات الاجتماعية والمشكلات التعليمية.

(Hung, Spencer& Dronamraju, 2012, p.222)

وقد شخص إضطراب الصمت الإختياري في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي ضمن إضطرابات القلق، حيث أن القلق هو السمة الاساسية للأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب. (Muris &Ollendick, 2015, p.151)

وحيث أن اللعب يشكل أهمية كبيرة في حياة الطفل، حيث يعتبر مظهراً من مظاهر السلوك الإنساني في مرحلة الطفولة المبكرة والتي تعد مرحلة وضع اللبنة الأولى في تكوين شخصية الفرد، فهو يساعد الطفل على النمو المتكامل (جسدياً، اجتماعياً، إنفعالياً، لغوياً، وعقلياً) ، والتعلم الذاتي من خلال اللعب فهو حياة الطفل ووسيلته للنمو والتعلم السليم.

وللعب أهمية نفسية في حياة الطفل حيث يساعد الطفل في التخلص من التوتر الإنفعالي والقلق الذي ينشأ من الضغوط النفسية والقيود المختلفة التي تفرض عليه، كما يساعد الطفل في التخلص من الكبت الذي يتعرض له نتيجة تعرضه للعقاب من جانب الكبار وعدم قدرته على الرد فيتخلص من هذا التوتر من خلال اللعب الإيهامي واللعب بالدمى، كذلك اللعب أداة تعويض تساعد الطفل في القيام ببعض الأشياء التي لا يستطيع القيام بها في الواقع ، كما أنه وسيلة للتعبير عما يدور في نفس الطفل ، كذلك يساهم في تشخيص مشكلات الأطفال النفسية،

وهو أيضا وسيلة لضبط، توجيه، وتصحيح السلوك حيث يساعد الطفل على التعرف على مشكلاته ويسهم في تقبل الطفل لذاته. (هدى قناوى، ٢٠١٤ : ٢٦)

كما يعد الإرشاد باللعب أحد أهم مناهج العلاج النفسي للأطفال، باعتباره علاقة دينامية شخصية بين الطفل ومعالج متدرب على إجراءات العلاج باللعب والذي يحدد فيه مسرح اللعب ويختار الأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته وتتناسب مع مشكلة الطفل بما يسمح بتطوير علاقة آمنة للطفل يعبر فيها عن مشاعره وأفكاره وخبراته، وسلوكياته.

مشكلة الدراسة:

يشكل إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال وبخاصة في سن رياض الأطفال (٤ - ٦) سنوات أهمية كبيرة وخطورة شديدة على المجتمع حيث يشكل هذا السن أهمية كبيرة تظهر وتنمو فيه ثروة الطفل اللغوية كما أنه يتسبب في حدوث قلق وتوتر عند أسر الأطفال، وذلك لتداخل الأسباب التي قد تودى إليه، فمع وجود هذا الإضطراب قد يتسبب في بعض المشاكل اللغوية عند الطفل بالإضافة إلى المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها في تعامله مع الآخرين .

أن الأطفال الذين يعانون من الصمت الإختياري لا يكونون صامتين "عن قصد". لكنهم غير قادرين على التفاعل في بعض المواقف بالكلام وعليه يكون عدم التحدث هو الطريقة التي يحمون بها أنفسهم من القلق الشديد. والعقاب أو الضغط عليهم أو جعلهم يشعرون بالذنب. كما أن محاولة إجبار الطفل على الكلام يمكن أن تجعله أكثر قلقاً و يمكن أن تأتي بنتائج عكسية ، مما يزيد من الصمت الإختياري عنده .

من ناحية أخرى تعد مساعدة الأطفال على اتخاذ خطوات صغيرة لمواجهة مخاوفهم واحدة من أفضل الطرق لمساعدة الطفل في التغلب على الصمت. (Christopher A. Kearney,2010; P.5011)

وقد أشارت إليسا شيبون (Elisa Shipon.2013;p1) أن أكثر من ٩٠٪ من الأطفال المصابين بالصمت الإختياري يعانون من قلق اجتماعي. كما أن أغلب الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الصمت الإختياري لديهم خوف حقيقي من التحدث والتفاعلات الاجتماعية.

وبنزول الباحثة إلى الميدان من خلال التربية العملية والإشراف على الطالبات تم ملاحظة هذا الإضطراب على أطفال الروضة، وضعف قدرة المعلمة على التدخل والتقليل من حدة الإضطراب بل دائما تعاني المعلمة من تأثير هؤلاء الأطفال على نواتج العملية التعليمية، وقد يؤدي الأمر إلى التشخيص الخاطيء لهؤلاء الأطفال بأن لديهم صعوبات تعلم أو ضعف في القدرات العقلية أو توحد. مما تتطلب من الباحثة الدراسة والتدخل العلاجي.

هذا، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في محاولة للإجابة على التساؤلات الآتية:

١- هناك فروق إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لقائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري

عند الأطفال من (٤-٦) سنوات.

٢- ما مدى فاعلية برنامج الإرشاد باللعب فى خفض إضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- الكشف عن مظاهر إضطراب الصمت الإختياري عن أطفال الروضة.

٢- التحقق من وجود فروق بين متوسطات درجات التطبيق القبلى والبعدى لقائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري لأطفال الروضة.

٣- التحقق من مدى فاعلية برنامج الإرشاد باللعب فى خفض إضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية لتناولها لأحد الموضوعات البحثية المهمة وهو إضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة، والتعرف على دور برامج الإرشاد باللعب فى خفض حدة هذا الإضطراب عند الأطفال، مما يسهم من الناحية النظرية فى إثراء البحوث والدراسات فى هذا الجانب، وإلقاء الضوء على هذا الموضوع الذي يشغل اهتمام شريحة عريضة من الأسر والمعلمين.

أما من الناحية التطبيقية فتتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال ما قد تسفر عنه من نتائج يمكن أن يستفاد منها التربويين من معلمات رياض الأطفال فى التعامل مع الأطفال وتعديل سلوكهم بما يحقق الرؤية التربوية للمجتمع.

مصطلحات الدراسة:

أولاً: الصمت الإختياري: Selective Mutism

يعرفه ديفيدسون (Davidson, 2012, p. 11) بأنه حالة مرضية من حالات الاضطراب العاطفي والانفعالي وتشخص على أنها رفض كامل للكلام خارج المنزل، أو مع أشخاص غرباء فيكون صمتهم من اختيا رهم وليس نتيجة عيب خلقي، أو عضوي.

وتعرفه سلوى عبد الباقي (سلوى عبد الباقي، ٢٠١٧: ٣٤٢) بأنه الطفل الذى يفهم اللغة ويتحدث بها ومع ذلك يرفض الحديث لسبب ما.

وتعرف الباحثة فى الدراسة الحالية الصمت الإختياري بأنه عدم قدرة الطفل على الحديث فى مواقف إجتماعية محددة وغير ناتج عن نقص معرفى باللغة، أو خلل وظيفي فى أعضاء النطق والكلام.

ثانياً: اللعب : Play

تعرف هدى قناوى اللعب (هدى قناوى ، ٢٠١٤ : ١٦) بأنه " نشاط ذاتى موجه أو غير موجه ، يمارس بصورة فردية أو جماعية ، ويشغل طاقة الجسم الحركية والذهنية ، فمن خلال اللعب يتمثل الطفل بعض المعلومات والمعارف والمهارات لتصبح جزءاً من كيانه فتجلب له السرور والإستمتاع فيتعلم وينمو".

وتعرفه حنان العنانى (حنان العنانى ، ٢٠١٤ : ١٥) بأنه " وسيط تربوى يساهم فى نمو الشخصية، والصحة النفسية للأطفال، كما أنه وسيلة لتعلم الكثير من المفاهيم العلمية، الرياضية، اللغوية، الدينية، والإجتماعية". وتعرف الباحثة اللعب فى الدراسة الحالية بأنه هو نشاط تعليمي موجه من الطفل أو من قبل المحيطين به ويشترك فيه الطفل بما لديه من خبرات وقدرات وإمكانيات مما يساعد علي إنماء جوانب شخصيته بشكل متكامل.

أولاً: الإطار النظري للدراسة:**١- الصمت الإختياري: Selective Mutism**

الصمت الإختياري هو فشل الطفل فى التحدث فى بعض المواقف الإجتماعية وليس جميعها، فقد يتحدث فى مواقف معينة عندما يكون فى البيت أو مع الوالدين، ألا أنه يفشل فى التحدث فى المدرسة أو الأماكن الخارجية ويتفق مع هذه الحالة الخجل الشديد والإنسحاب والإعتماد على الوالدين. (فريد مصطفى الخطيب، ٢٠٠٦: ٤٤)

لا يتم اكتشاف هذا الاضطراب غالباً إلى أن يبدأ الطفل فى الذهاب إلى المدرسة وهنا تلاحظ المعلمه أن هناك شيئاً ما خطأ. وقد لا يدرك الآباء أن أطفالهم يواجهون صعوبة فى التحدث مع أشخاص آخرين لأن التحدث لا يظهر كمشكلة فى المنزل. أو ربما يظنون أن طفلهم خجول ، لكنهم لا يدركون مدى قلق أطفالهم. (Kehle et al, 2012, p.95)

قد يكون الأطفال الذين لديهم صمت إختياري قادرين فقط على التحدث بطريقة الهمس للمعلمين أو الأقران. أما البعض الآخر لا يكون قادرًا على هذه الطريقة ، وقد يستمر الأطفال عام كامل دون تحدث.

عدم القدرة على الإجابة على الأسئلة الموجهه لهم فى الفصل ، حتى عندما يعرفون الإجابة الصحيحة ، وقد يواجهون صعوبات لطلب المساعدة أو بدء المحادثات. لا يمكن للعديد من الأطفال المصابين بمرض الصمت الإختياري أن يطلبوا استخدام الحمام ، وقد يظلون ساعات أو طوال اليوم دون إستخدام الحمام . (Elisa Shipon & Christy, Ann, 2015:92)

أعراض الصمت الإختياري عند الأطفال:

هناك خلط بين أعراض اضطراب الصمت الإختياري وإضطرابات اللغة والتوحد ويجب علينا التفريق بينهم حيث أن أهم ما يميز اضطراب الصمت الإختياري هو أن الطفل يتكلم بحرية فى مواقف محددة وفى مواقف أخرى يفقد هذه القدرة على الكلام والتحدث نتيجة القلق وعليه فيجب التشخيص الدقيق لهذا الإضطراب وذلك من خلال التقييم النفسى التعليمى الكامل. (Kotrba, 2015, p.27)

وقد أشار كلا من ألى وآخرون وكيارنى (Ale et al ,2013,p.278) (Kearney, 2010, p. 11) وكذلك كيهلى وآخرون (Kehle et al, 2012, p.93) إلى أعراض اضطراب الصمت الإختياري بالآتى:

١- تجنب المواقف الإجتماعية التى تتطلب مبادأة الحديث مع الآخرين.

٢- تجنب الإجابة على من بالباب أو التليفون أو أسئلة المدرسين.

٣- تجنب مواقف التقييم وخاصة التى تتطلب أداء لفظى.

٤- الإختباء والصراخ والهروب ونوبات الغضب إذا طلب منهم الحديث بوجه عام.

٥- سرعة التنفس، وسرعة ضربات القلب.

٦- الإهتزاز، الدوران، الإرتعاش، والشعور بالغثيان.

٧- القلق الإجتماعى .

٨- الفوبيا.

٩- الخجل والحزن.

١٠- الإنسحاب الإجتماعى.

١١- الهمس أثناء الحديث.

١٢- رفض المدرسة.

١٣- رفض الأقران.

١٤- عدم إكمال المهام الأكاديمية اللفظية.

١٥- السلبية.

١٦- التحديق فى الفضاء وقلة الإتصال البصرى.

١٧- غياب التعبيرات الوجهية، ونقص الإبتسام.

١٨- ضعف لغة الجسد، وصعوبة فى الإستجابة غير اللفظية.

١٩- قد يحدث تبول نهارى لأرادى، قيء متعمد ، وتردد فى المشى.

٢٠- أقل ثقة فى الذات أثناء التفاعل مع الأقران.

أسباب الصمت الإختياري:

- أشار كلا من ستين هاوسن وآخرون، و ديفيدسون (Steinhausen et al., 2006; Davidson, 2012) إلى أحد أسباب الصمت الإختياري وهو عامل الوراثة حيث أنه قد يكون أحد الوالدين، أو كلاهما قد يعاني من القلق الاجتماعي، والانطوائية، والرهاب الاجتماعي، ونوبات الخوف في مرحلة الطفولة.
- كما أشارت أميمة محمد عبد الفتاح (٢٠١١ : ١٣١-١٣٢) إلى أسباب الصمت الإختياري عند الأطفال بالتالي:
- ١- الإضطراب النفسى الذى يعانى منه الطفل نتيجة لصراعاته الداخلية.
 - ٢- احساس الطفل المتزايد بالقلق الشديد حول عجزه المحتمل عن التعبير الصحيح كالحضانه أو المدرسة.
 - ٣- الخوف من المدرسة ومن الخبرات الجديدة التى يعيشها الطفل فى المدرسة.
 - ٤- التعرض لصدمات نفسية أو خلافات زوجية.
 - ٥- فراق أحد الوالدين أو مرضه.
 - ٦- تغيير مكان السكن أو تغيير الروضة أو المدرسة وبعد الطفل عن أصدقائه ومعلميه.
- بينما أشار فريد مصطفى الخطيب (٢٠٠٦ : ٤٥) إلى أسباب إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال بالتالي:
- ١- سيطرة الأم أو الحماية الزائدة للطفل أو الانفصال عنه.
 - ٢- عدم شعور الطفل بالأمان والقدرة على التواصل بسبب الخلافات الأسرية التى تحدث أمام الطفل.
 - ٣- سيطرة المعلم وكثرة الإنتقادات.
 - ٤- الأزمات والصراعات النفسية سواء كانت متراكمة أو مفاجئة.
 - ٥- إضطرابات الكلام وما ينشأ عنها من سخرية الآخرين وأنتقاداتهم.
 - ٦- حالات الخجل الشديد والقلق المزمن والتوتر التى تقترن ببعض المواقف، والخبرات السيئة عند الطفل.
- طرق التدخل العلاجى لإضطراب الصمت الإختياري:**

- ١- تقييم لغة الطفل: النظر في نقاط القوة والضعف لدى الطفل في جميع مجالات الاتصال ، بما في ذلك مهارات اللعب والتفاعل والانتباه والاستماع ، فهم الكلمات واللغة ، وذلك باستخدام الكلمات واللغة والتفاعلات الاجتماعية.
- ٢- محاولة فهم الصمت الإختياري: مساعدة الطفل والأسرة على فهم ما يحدث وكيف يؤثر الصمت الإختياري على الطفل عاطفيا.
- ٣- التخفيف من القلق: العمل مع الطفل لتقليل القلق والإجهاد الذي قد يصاحب الصمت الإختياري .
- ٤- استراتيجيات الاتصال: تزويد الأسرة بإستراتيجيات لزيادة وتعزيز التواصل مع الطفل.
- ٥- أشكال التواصل غير اللفظية: تشجيع استخدام التواصل غير اللفظي (مثل الإيماءات والصور) ثم إلى التواصل والتحرك تدريجيا نحو الطفل باستخدام الكلام ثم إلى التواصل داخل الفصل و / أو المنزل.

- ٦- محاولات التواصل: تعزيز محاولات الاتصال بشكل إيجابي عند حدوثها (مثل الهمس والإيماءات).
- ٧- صنع القرار: قدم خيارات للطفل وشجع الطفل على استخدامها.
- ٨- وقت النشاط المهيكل: خصص وقتاً كل يوم وشجع الطفل على الانخراط في نشاط مع طفل آخر أو شخص بالغ .
- ٩- وقت المجموعة: قم بإعداد مجموعات صغيرة قد يشعر الطفل فيها أكثر بالرغبة في التحدث المريح (على سبيل المثال في المدرسة).
- ١٠- تطوير الثقة: بناء ثقة الطفل من خلال إنشاء موقف يتحدث فيه الطفل بحرية ثم يغير الموقف بطريقة تدريجية ومنهجية . (Oerbeck,B,et al , 2016: 253) (Elisa ,Shipon &)
(Christy,Ann,2015:80-84)

٢- اللعب : Play

اللعب هو عبارة عن كل نشاط يقوم به الأطفال سواء كان موجه أو غير موجه من أجل تحقيق المتعة والتسلية ويستغله الكبار ليسهم في تنمية شخصياتهم وسلوكياتهم بأبعادها المعرفية، الجسمية، الإجتماعية، والإنفعالية. (رافدة الحريري، ٢٠١٤ : ٨)

أهمية اللعب للطفل:

أشار على فالح الهنداوي (٢٠٠٣ : ٢٥-٢٧) في حديثه عن الأهمية النفسية للعب، أن اللعب يعتبر من أفضل الوسائل للتخلص من الكبت، فالطفل الذي يعجز عن الرد على إهانة للكبار يلجأ إلى كبت مشاعره ويشعر بالتوتر والاضطراب، فيلجأ إلى اللعب للتخلص من التوتر وإعادة حالة التوازن، وكذلك فإن اللعب وسيلة تعويضية للطفل للقيام بسلوكيات لا يستطيع أداءها في الواقع، كما انه يعد أداة فاعلة في تشخيص مشكلات الطفل الانفعالية وصراعاته، فهو مرآة تعكس ما يعانيه من انفعالات ومشكلات ورغبات وآلام، وكلام الطفل أثناء لعبه مع رفاقه بصورة رمزية يعبر عن الجو الانفعالي الذي يعيشه في الأسرة وعلاقاته مع الآخرين. كما يؤدي اللعب دوراً في تنشئة الطفل اجتماعياً واثراً انفعالياً وعاطفياً فيتعلم من خلال اللعب مع الآخرين، مشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب والقوانين، والأخذ والعطاء والتعاون والإيثار (عبد الهادي، ٢٠٠٤ : ٣٤)

وأتفق كلا من أيزنك (Eysenck, 2000:138) وحنان العناني (٢٠١٤ : ١٢٦) حول أهمية اللعب بالنسبة للطفل في التالي:

- ١- يساعد الطفل في السيطرة على القلق والمخاوف والصراعات النفسية البسيطة.
- ٢- يساعد الطفل في تنمية المشاركة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين وتعزيز السمات الاجتماعية
- ٣- المرغوبة.
- ٤- يساعد في تنمية المهارات الحركية والنمو الجسمي.

٥- يساعد في تنمية مدركات الطفل وتنمية تفكيره.

٦- يساعد في التعرف على نفسه وكشف إمكاناته.

٧- يساعد الطفل في عمليات التعلم.

٨- يساعد اللعب في تشخيص المشكلات التي يعاني منها الطفل.

٩- يساعد في تنمية مشاعرهم ، وتفريغ طاقاتهم الإيجابية.

كما أن الإرشاد باللعب له فوائد هامة بالنسبة للطفل وهي متمثلة في التالي:

١- يعد مجالاً سمحاً للتعبير عن المشاعر والرغبات والصراعات وتحويل المشاعر السلبية كالغضب والعدوان

إلى مشاعر بديلة، والتعبير عنها تعبيراً رمزياً.

٢- يساعد الطفل على الإستبصار بمشاكله ومعرفة أسبابها.

٣- ينمي الميول والثقة بالنفس ، كما ينمي الخيال.

٤- يعطي الفرصة للطفل لإختبار الواقع.

٥- وسيلة لتحقيق التسامى والإعلاء لبعض الدوافع كالعدوان والغضب.

٦- يستخدم في مجال التشخيص والكشف عن مشاكل الأطفال.

٧- يسهم في إعداد الطفل للمستقبل. (حنان العناني، ٢٧٢: ٢٠١٤-٢٧٣) ، (رافدة الحريري، ٢٠١٤:

٢١٣-٢١٤)

وقد أكد دراسة كريستين وميني (Kristin, K. Meany- Walen, 2010) على أهمية اللعب في تعديل سلوك

الأطفال، حيث هدفت الدراسة إلى إختبار فعالية العلاج باللعب لخفض السلوكيات الفوضوية لدى أطفال بمرحلة

رياض الأطفال، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج في تحسين سلوك الأطفال.

كما أكدت دراسة منى كمال أمين (٢٠١٤) والتي هدفت إلى التحقق من مدى فعالية العلاج باللعب في الحد من

بعض مشكلات الانضباط السلوكي، وأسفرت نتائج الدراسة إلى عن فاعلية برنامج العلاج باللعب في تعديل سلوك

الأطفال

ثانياً: الدراسات والبحوث السابقة:

تعرض الباحثة فيما يلي عدداً من الدراسات والبحوث المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية:

استهدفت دراسة كاربون (Carbone et al., 2010) الكشف عن العلاقة بين الصمت الاختياري والمهارات

الاجتماعية والسلوكية والعاطفية لدى الأطفال، و طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٥٨) طفلاً يعانون من

الصمت الاختياري، تراوحت أعمارهم ما بين (٣،٤ - ٨،٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال

بين الصمت الاختياري وضعف المهارات الاجتماعية والسلوكية والعاطفية.

بينما استهدفت دراسة لانج (Lang et al., 2011) الكشف عن فعالية التدخل السلوكي في علاج

الصمت الإختياري في المواقف الاجتماعية والبيئة والمجتمع المحلي، طبقت الدراسة على فتاة تبلغ من العمر (٩) سنوات تعاني من البكم الإختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن علاج الصمت الإختياري وارتفاع الكفاءة الاجتماعية لديها.

كما استهدفت دراسة هارود (Harwood and Bork, 2011) الكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على التواصل اللغوي في ورش التدريب المهني لدى الأطفال ذوي الصمت الإختياري، طبقت الدراسة على عينة قوامها ٢٢ طفلاً من ذوي الصمت الإختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي في علاج الصمت الإختياري وزيادة التواصل اللغوي لدى الأطفال.

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

بينما استهدفت دراسة أوربك (Oerbeck et al., 2012) الكشف عن فعالية برنامج متعدد الوسائط لعلاج الصمت الإختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٧) أطفال، تراوحت أعمارهم بين (٣-٧) سنوات برياض الأطفال، طبق البرنامج لمدة ستة شهور، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في علاج الصمت الإختياري لدى الأطفال.

أما دراسة باسيفيرتا (Paasivirta, 2012) فقد استهدفت الكشف عن فعالية البرامج التدريبية في علاج الصمت الإختياري لدى الطلاب، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٤) طلاب يعانون من الصمت الإختياري تراوحت أعمارهم ما بين (٥-٧) سنوات، وتم تطبيق البرنامج على مجموعة من المعلمين لاكتساب تقنيات سلوكية تساعد الطلاب البكم على التحدث في الفصول الدراسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ وخفض الصمت الإختياري لدى هؤلاء الأطفال.

بينما دراسة أوي (Ooi et al., 2012) هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي على شبكة الانترنت في علاج الصمت الإختياري في سنغافورة، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٥) طلاب بنين وبنات تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١١) عاماً، وطبق عليهم البرنامج لمدة (١٤) أسبوعاً، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن أربع حالات من خلال الجلسات في المنزل والمدرسة وهذا مؤشر على فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الصمت الإختياري

ودراسة كلاين (Klein et al., 2012) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكي من خلال استخدام الآباء للمحفزات بعد تقديم التدريب المناسب لهم في علاج الصمت الإختياري لأبنائهم وتنمية الكفاءة اللغوية، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٣٣) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١٢) عاماً، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام المعززات في علاج الصمت الإختياري لدى هؤلاء الأطفال.

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

بينما أشارت دراسة بيرجمان (Bergman et al, 2103) إلى الكشف عن فعالية العلاج السلوكي في علاج الصمت الاختياري لدى الطلاب، طبقت الدراسة على عينة قوامها (٢١ طفلا) يعانون من البكم الاختياري تراوحت أعمارهم ما بين (٤-٨) سنوات، طبقت الدراسة لمدة (٢٤) أسبوعا، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في خفض الصمت الاختياري.

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

أما دراسة نيوبيري (Newberry, 2014) فقد استهدفت الكشف عن فعالية برنامج تدريبي باستخدام نمذجة بالفيديو في علاج الصمت الاختياري للأطفال، طبقت الدراسة على أطفال في سن (٣-٥) سنوات، وتم تشخيصهم بأنهم يعانون من عجز في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية من مدارس كارولينا اجونونية ولديهم صمت اختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية وعلاج الصمت الاختياري وزادت التفاعلات الاجتماعية بين الطلاب وبعضهم البعض.

أما دراسة جيوستين (Justin, 2015) والتي هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج للعلاج النفسي والسلوكي في خفض حدة الصمت الاختياري لدى الأطفال، طبقت الدراسة على ٤١ من أطفال يعانون من الصمت الاختياري، أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج النفسي والسلوكي في خفض الصمت الاختياري لدى هؤلاء الأطفال وتحسن ملحوظ في خفض حدة القلق الاجتماعي.

بينما اشارت دراسة (فاطمة الزهراء محمد ، ٢٠١٥) والتي هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الإختياري: دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الإبتدائية، طبقت الدراسة على طفلة عمرها (٨) سنوات ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية جلسات البرنامج المقترح في تخفيف حدة الأعراض المصاحبة لإضراب الصمت الإختياري لدى الطفلة وقدرتها على التفاعل الإيجابي مع مجتمع الأقران.

كما أكدت دراسة (هدى أمين عبد العزيز ، ٢٠١٧) والتي هدفت إلى دراسة فعالية الجمع بين العلاج الفردي والأسرى ومشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الإختياري (دراسة حالة)، طبقت الدراسة على طفلها عمرها

٦ سنوات ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كلا من العلاج الفردي والأسرى وكذلك مشاركة المعلمين في خفض حدة الصمت الإختياري عند الطفلة.

ثالثاً: فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة أمكن للباحثة صياغة فروض دراستها على النحو التالي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية من أطفال الروضة الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد باللعب، وأطفال المجموعة الضابطة على قائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

منهج الدراسة :

ينتمي هذا البحث إلى فئة البحوث التي تستهدف دراسة العلاقات السببية بين المتغيرات واختبارها، وبعد المنهج شبه التجريبي من أكثر مناهج البحث مناسبة لتحقيق هذا الغرض، وعليه، فإن البحث الحالي يتبع المنهج شبه التجريبي.

متغيرات البحث:

١- المتغير المستقل:

- برنامج الإرشاد باللعب.

٢- المتغير التابع:

- اضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال.

التصميم التجريبي للبحث:

ويوضحه الجدول التالي على ضوء نمط المتغير المستقل.

جدول (١): التصميم التجريبي للبحث

المتغيرات التابعة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
إضطراب الصمت الإختياري	المتغير المستقل برنامج الإرشاد باللعب	موقف تعلم عادي
	مجموعة تجريبية	

حدود الدراسة (المكانية والزمانية) :

قامت الباحثة بتطبيق الدراسة الحالية على أطفال الروضة من (٤-٦) سنوات بروضة (المشكاة الأهلية - الروضة الخامسة بالدمام) ، كما تم تطبيق أدوات الدراسة فى الفصل الدراسى الثانى للعام الدراسى ٢٠١٧-٢٠١٨ م .

إجراءات الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة فى صورتها النهائية من مجموعتين (تجريبية وضابطة) قوامهما (٨) أطفال من أطفال الروضة بما يساوى ٤ أطفال مجموعة تجريبية، و ٤ أطفال مجموعة ضابطة . وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة من (٤-٦) سنوات بمتوسط عمري قدره (٥) سنوات.

ثانياً: أدوات الدراسة:

١- إختبار جودأنف - هاريس للذكاء (هاريس، ٢٠٠٤)

أعدّ هذا الإختبار بهدف قياس مدى التجانس لدى طلاب المجموعتين التجريبية والضابطة للبحث، قبل البدء فى تجربة البحث، حيث أعدت هذا الإختبار الباحثة الأمريكية "جودأنف" Good enough عام ١٩٢٦، ويتطلب من المفحوص باختصار "رسم صورة رجل" وقد ظل هذا الإختبار فى ميدان الاستخدام العام دون تعديل منذ ظهوره حتى عام ١٩٦٣، حيث ظهر تعديل جديد شامل له باسم "إختبار "جود انف هاريس" - Good enough Harris Drawing test

ويؤكد هذا التعديل على دقة الطفل فى الملاحظة وارتقاء تفكيره المجرد، وليس المهارة الفنية فى الرسم، حيث تعطي درجة لكل جزء من الجسم رسمه الطفل، وتفاصيل الملابس، والنسب والمنظور، وغير ذلك من الخصائص التي بلغت فى طبعة ١٩٦٣ (٨٣) وحدة قابلة للقياس، وقد اختيرت هذه الوحدات على أساس تمايز العمر والعلاقة بالدرجة الكلية فى الإختبار والارتباط بدرجات إختبارات الذكاء الجماعية الأخرى، وتم الحصول على ذلك من إختبار ٥٠ طفلاً و ٥٠ طفلة فى كل مستوى دراسي، ابتداء من الحضانة حتى ١٥ سنة)، ومن أمثلة مفردات التصحيح: وجود الرأس، وجود الرقبة، تفاصيل العين، وضوح إنسان العين، وجود الأصابع، وجود الساقين..الخ.

وقد قنن الإختبار على عينات عربية، وخاصة فى مصر، كما فى دراسة "محمد متولي غنيمه" ١٩٧٦، دراسة "مصطفى فهمي" و"فاطمة حنفي" ١٩٨٣ وغيرهم وحسبت له معاملات بثبات وصدق مرتفعة بلغت ٩٦%.

واستعانت الباحثة بهذا الإختبار للأسباب التالية:

١- أنه مناسب لعمر عينة البحث ٤ - ٦ سنوات.

٢- سهولة تصحيحه.

٣- لا يحتاج إلى مهارات لغوية.

تم بدء تحليل نتائج اختبار رسم الرجل "لجودائف هاريس" للذكاء؛ وذلك بهدف التعرف على مدى تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج الإرشاد باللعب، حيث تراوحت نسب ذكاء الأطفال ما بين (١٠٠ - ١٢٠) درجة.

جدول (٢): يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في اختبار رسم الرجل للذكاء للتحقق من تجانس المجموعات باستخدام إختبار مان ويتنى

بيانات المجموعة	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	قيمة (U) المحسوبة	قيمة (U) الجدولية	الدلالة الإحصائية
تجريبية	٤	٩٠	٢,٦	١٠,٧٥	٤٧,٥	٢٢ عند مستوى دلالة (٠,٠٥)	غير دالة
ضابطة	٤	٩٢,٧٥	٢,٢	١٠,٦٥			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في نسب الذكاء مما يؤكد تكافؤ المجموعتين في مستوى الذكاء.

٢- قائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة إعداد الباحثة.

وصف قائمة الملاحظة:

تتكون القائمة من (٢٠) بنداً تناولت أهم سمات الأطفال الذين يعانون من إضطراب الصمت الإختياري، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٢٠ - ٦٠) حيث تشير الدرجة ٢٠ إلى عدم وجود الإضطراب ، بينما تشير الدرجة ٦٠ إلى وجود الإضطراب بشكل ملحوظ، ولقد وضعت ثلاث بدائل للإجابة على كل بند من بنود القائمة وهي: نعم (٣)، أحيانا (٢)، لا (١) .

وقد تم تطبيق قائمة الملاحظة على مدار شهر مع الأطفال للتأكد من وجود الإضطراب.

صدق القائمة:

وقد قامت الباحثة بإجراء صدق قائمة الملاحظة من خلال حساب الاتساق الداخلي للقائمة وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين المفردة والدرجة الكلية للاختبار .

جدول (٣) يوضح الاتساق الداخلي لقائمة ملاحظة اضطراب الصمت الإختياري

المفردة	الدرجة الكلية للبعد	المفردة	الدرجة الكلية للبعد
١	٠,٤٤٠ **	١١	٠,٢٨٥ **
٢	٠,٤١٤ **	١٢	٠,٤٠٢ **
٣	٠,٥٥٣ **	١٣	٠,٣٩٩ **
٤	٠,٣١٩ **	١٤	٠,٤٠٥ **
٥	٠,٢٦٦ **	١٥	٠,٣٢٨ **
٦	٠,٢٣٥ **	١٦	٠,٥٥٧ **
٧	٠,٢٧٢ **	١٧	٠,٢١١ **
٨	٠,٤٣٨ **	١٨	٠,١٧٧ *
٩	٠,٢٨٨ **	١٩	٠,٤٢٢ **
١٠	٠,٣٢٠ **	٢٠	٠,٣١٩ **

ملحوظة: * تعنى دالة عند مستوى ٠,٠٥

** تعنى دالة عند مستوى ٠,٠١

ثبات قائمة ملاحظة اضطراب الصمت الإختياري:

قامت الباحثة بحساب ثبات الاختبار بعدة طرق وهي بطريقة معامل الفاكرونباخ ومعامل التجزئة النصفية سبيرمان- براون ، والجدول التالي يوضح النتائج التي حصلت عليها الباحثة.

جدول (٤) يوضح حساب معامل الثبات لقائمة ملاحظة اضطراب الصمت الإختياري بمعامل الفاكرونباخ معامل

التجزئة النصفية سبيرمان-براون

معامل التجزئة النصفية سبيرمان-براون	معامل ألفا	عدد المفردات	القائمة
٠,٧٠٦	٠,٧٠٢	٢٠	إضطراب الصمت الإختياري

٣- برنامج الإرشاد باللعب لخفض حدة اضطراب الصمت الإختياري: إعداد الباحثة

أهداف البرنامج:

أ-الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج على خفض حدة اضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة من (٤-٦) سنوات، بما يسهم في مساعدة الأطفال على النمو بشكل صحيح ومتكامل.

ب-الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- تنمية الثقة بالنفس وتدعيم الذات

- تنمية مهارات الاتصال والتواصل بفعالية مع الآخرين

- تنمية قدرة الطفل على التعبير الكلامي.

- تدريب الطفل على التواصل البصري والحوار والمناقشة

- تنمية قدرة الطفل على الاندماج في العمل

- تنمية قدرة الطفل على التعبير عن ذاته وعن مشاعره

- تنمية قدرة الطفل على المشاركة في الأنشطة التي تقدمها المعلمة

الفنيات المستخدمة:

١- الحث والتلقين: بهدف حث الطفل على أداء سلوك محدد.

٢- تشكيل السلوك: هو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب، أو يقاربه من خطوات صغيرة تيسر الانتقال من خطوة إلى أخرى.

٣- التدعيم أو التعزيز: ويمكن أن يكون التدعيم إيجابيا، أو سلبيا، ويقصد بالتدعيم الإيجابي أي فعل، أو حادثة يرتبط تقديمها إلى الفرد بزيادة في السلوك المرغوب، ومن خلال هذا التدعيم تتزايد جوانب كثيرة من السلوك الإيجابي لدى الطفل كالمهارة في الحديث، والتأدب والنشاط إذا ما واجهناها بالانتباه.

٤- النمذجة والتقليد: جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك. وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج. ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.

٥- لعب الدور: بهدف تدريب الطفل على التحدث أمام الآخرين، ومواجهة المواقف التي تسبب له الصمت الإختياري، وذلك بتحديد الأشخاص والمواقف التي يعاني فيها من الصمت الإختياري،

وقيامه بمساعدة زملائه بلعب دور المتحدث فيها، مع زيادة عدد من يتحدث إليهم تدريجياً، كمواقف طرح الأسئلة والإجابة عليها.

برنامج الإرشاد باللعب:

أشتمل البرنامج على عدد (٢٤) جلسة كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٥) يوضح جلسات البرنامج ، المدة الزمنية، الفنيات المستخدمة ومحتوى الجلسات

م	جلسات البرنامج	المدة الزمنية	الفنيات المستخدمة	محتوى الجلسة
١	الأولى - الثانية تعارف من خلال نشاط أنا أسمى أيه؟ وأنا بلعب أيه؟	٣٠ دقيقة لكل جلسة	التعزيز - النمذجة والتقليد	تعارف وتمهيد لتفاعل الأطفال مع أنشطة البرنامج
٢	الثالثة - الرابعة تمارين التنفس والإسترخاء	٣٠ دقيقة لكل جلسة	النمذجة - التعزيز	قامت الباحثة بتدريب الأطفال عينة التجريب على تمارين للإسترخاء ومنها: ١- أخذ نفس عميق وإخراجه ببطء. ٢- رفع الأيدي لأعلى وإنزالها لأسفل مع الجسم كله. ٣- النفخ في قصاصات الورق. ٤- كيس بلاستيك ينفخ فيه الطفل.
٣	الخامسة - السادسة التعبير عن النفس	٣٠ دقيقة لكل جلسة	لعب الدور - التعزيز التشكيل	تدريب الأطفال على كيفية التعبير عن النفس من خلال الكلام وطلب

<p>المساعدة عند الحاجة، وتدريب الأطفال من خلال مسرح العرائس واللعب بالدمى للتعبير عن النفس وفي النهاية تقديم المعززات لكل طفل</p> 			<p>وطلب المساعدة</p>	
<p>يطلب من الأطفال أن يرسم كل واحد رسمة يفضلها وبعد أن ينتهي من الرسم تطلب الباحثة من كل طفل أن يتحدث عن الرسمة التي قام برسمها.</p>	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>السابعة - الثامنة التعبير عن النفس من خلال لعبة (أنا رسمت أيه؟)</p>	<p>٤</p>
<p>قامت الباحثة بتسجيل صوتها أولاً وإعادة سماعه للأطفال ثم بتسجيل أصوات الأطفال ثم أعيد تشغيله وأجعلهم يميزون أصواتهم ومعرفة أصوات زملائهم، ويرافق ذلك التعزيز اللفظي على الاستجابات الصحيحة.</p> 	<p>تشكيل السلوك - التعزيز</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>التاسعة - العاشرة نشاط صوتي الجميل</p>	<p>٥</p>
<p>تعرض الباحثة صور تعبر عن المشاعر المختلفة (الغضب، الحزن، الفرح، النعس، الاندهاش، الخوف) تقوم بترديد الانشودة ثم تعيدها مرة أخرى وتطلب منهم ترديد الانشودة معها مع تقليد الحركات. اهلا اهلا.. كيف حالك اليوم؟ انا سعيد انا</p>	<p>الحث والتلقين - النمذجة والتقليد</p>	<p>٢٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>الحادية عشر - الثانية عشر أنشودة المشاعر</p>	<p>٦</p>

<p>سعيد اهلا اهلا.. كيف حالك اليوم؟ انا حزين انا حزين اهلا اهلا.. كيف حالك اليوم؟ انا غاضب انا غاضب اهلا اهلا.. كيف حالك اليوم؟ انا جائع انا جائع اليوم بعد التأكد من فهم الأطفال للمشاعر تتطلب المعلمة من الطفل تقليد ما يراه في مكعب المشاعر. وتعزز للطفل عند التفاعل والتعبير عن المشاعر.</p> 				
<p>تقليد أصوات الأشياء من خلال مكعب الصور (الديك، الكلب، السيارة، الجرس، القطعة، الدجاجة). تعرض المكعب وتساءلهم عن الصور الموجودة فيه تعطي الطفل مكعب الصور وتطلب منه ان يرميه ويقلد صوت الشيء الذي يظهر له، وتعزز للطفل.</p> 	<p>النمذجة والتقليد التعزيز</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>الثالثة عشر - الرابعة عشر تقليد الأصوات</p>	<p>٧</p>
<p>يجلس الأطفال في حلقة وتبدأ الباحثة في الهمس في أذن الطفل، ونطلب من الطفل ان ينقلها بهمس إلى الطفل</p>	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>الخامسة عشر - السادسة عشر لعبة التليفون</p>	<p>٨</p>

<p>الذي يلية وهكذا إلى نهاية الحلقة وتقوم الباحثة بتعزيز الطفل الذي يستجيب.</p> 			الخريان	
<p>تطلب الباحثة من الأطفال إختيار كرت من الكروت المرسوم عليها موقف ما ويختار الطفل أحد هذة الكروت ويتحدثون عنه من خلال ميكرفون</p>	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل لعب الأدوار</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>السابعة عشر - الثامنة عشر المقابلة التليفزيونية</p>	٩
<p>تحضر الباحثة صندوق به مجموعة دمي على شكل حيوانات وتطلب من كل طفل أن يختار دمية من الصندوق ويقلدها من حيث الصوت والحركة.</p> 	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>التاسعة عشر - العشرون لعبة من هو الحيوان؟</p>	١٠
<p>احضار قصة مصورة وعرضها على الأطفال وننتشارك احداثها سويا</p>	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل الحث والتلقين</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>الحادية والعشرون -الثانية والعشرون لعبة هيا نكمل القصة</p>	١١

				
<p>إحضار مجموعة من الماسكات عن شخصيات حيوانات أو طيور ويطلب من الأطفال إختيار ماسك ولبسه والتمثيل به مع زملائه</p> 	<p>النمذجة والتقليد التعزيز التشكيل الحث والتلقين</p>	<p>٣٠ دقيقة لكل جلسة</p>	<p>الثالثة والعشرون - الرابعة والعشرون</p>	<p>١٢</p>

شكل يوضح إتجاه سير البرنامج:

١- ألعاب تنمي لدى الطفل التعبير عن الذات

٢- ألعاب تنمي لدى الطفل ثقته بذاته

٣- ألعاب تنمي لدى الطفل القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين

تم التكرار لجلسات البرنامج أثناء فترة التطبيق وذلك نتيجة لأعمار الأطفال الزمنية وكذلك لتحقيق فاعلية لجلسات البرنامج، كما تم مراعاة بعض الإعتبارات أثناء تطبيق البرنامج وهي كالتالي:

١- أن أغلب الأطفال الذين يعانون من الصمت الإختياري يرغبون في التحدث إلا ان قلقهم وخوفهم يمنعهم من الكلام، لذا فمن المهم أثناء التعامل مع هؤلاء الأطفال عد الإستعجال في أن يتكلم الطفل بطريقة صحيحة.

٢- إفهام الطفل بأن جميع من حوله يرغبون في مساعدته ولكن سوف يتطلب ذلك وقت حتى يتحقق.

٣- تحديد المواقف التي تمثل صعوبة وضغط على الطفل وتجنبها وكذلك المواقف السهلة والمفضلة بالنسبة للطفل والبدأ منها.

٤- إعداد بيئة آمنة للطفل بحيث لا يشعر بالخوف.

٥- تشجيع الطفل على المشاركة وتعزيز مشاركته.

٦- إتاحة الفرصة للطفل للتحدث دون توتر أو خوف من خلال اللعب والتمثيل الدرامي.

٧- المتابعة المستمرة للطفل أثناء تطبيق البرنامج حتى يستجيب لفظياً في جميع المواقف.

٨- عدم الإصرار على التواصل البصري من جانب الطفل أثناء الحديث معه.

٩- عدم تقديم رشوة للطفل حتى يتكلم فهذا يزيد من قلق الطفل وتوتره، وكذلك عدم معاقبته إذا رفض الكلام.

١٠- إستخدام الدمى مع الطفل فهي من الوسائل المهمة في مساعدة الطفل على الكلام دون خوف أو قلق.

صدق البرنامج:

تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين في مجال علم النفس لتحكيم جلسات البرنامج وبلغت نسبة إتفاق المحكمين لجلسات البرنامج ٩٥ % .

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتيجة الفرض : وينص على ما يلي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية من أطفال الروضة الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد باللعب، وأطفال المجموعة الضابطة على قائمة ملاحظة اضطراب الصمت الإختياري لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

ولإختبار صحة هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي، والنسبة المئوية لخفض اضطراب الصمت الإختياري عند أطفال الروضة، وقيمة $Z^{(*)}$ للفروق بين أطفال مجموعتي البحث (تجريبية / ضابطة).

* Z اختبار كولموجوروف - سميرنوف Kolmogrov- samirnov

جدول (٦) المتوسط الحسابي والنسب المئوية لخفض إضطراب الصمت الإختياري وقيمة (Z) المحسوبة للفروق بين أطفال مجموعتي البحث (تجريبية وضابطة)

الدالة الإحصائية عند مستوى (٠,٠٥)	قيمة Z* المحسوبة	الفرق بين المجموعتين في خفض الإضطراب	النسبة المئوية لخفض الإضطراب	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة	
دالة إحصائية	٣,٦٣١	%٧١,٣٩	%٩٥,٩١	٨٩,٢	٤	تجريبية	عبارات القائمة
			%٢٤,٥٢	٢٢,٨	٤	ضابطة	٦٠ درجة

٢- يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- ارتفاع النسبة المئوية لخفض إضطراب الصمت الإختياري لدى أطفال المجموعة التجريبية عنها لدى أطفال المجموعة الضابطة، حيث بلغت النسبة المئوية لدرجات أطفال المجموعة التجريبية (٩٥,٩١%) بينما بلغت عند الضابطة (٢٤,٥٢) بزيادة قدرها (٧١,٣٩%)،

٢- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال مجموعتي البحث (تجريبية/ ضابطة) في التطبيق البعدي لقائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري لصالح أطفال المجموعة التجريبية .

مناقشة نتيجة الفرض :

تتضح من البيانات السابقة تأكيد صحة الفرض من حيث وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة التجريبية من أطفال الروضة الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد باللعب، وأطفال المجموعة الضابطة على قائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

وقد أتفقت نتيجة الفرض مع دراسة كلا من دراستي (فاطمة الزهراء محمد، ٢٠١٥) و (هدى أمين عبد العزيز، ٢٠١٧) اللاتي طبقن دراسة حالة على أطفال لديهم إضطراب الصمت الإختياري وتبين فاعلية البرامج المطبقة في خفض حدة إضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال وقدرة الأطفال على التفاعل الإيجابي مع مجتمع الأقران.

كذلك أتفقت نتيجة الدراسة مع دراسة نيوبري (Newberry, 2014) والتي أسفرت عن تحسن ملحوظ في اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية وعلاج الصمت الإختياري وزادت التفاعلات الاجتماعية بين الطلاب بعضهم البعض نتيجة تعرض الأطفال لبرنامج تدريبي باستخدام نمذجة بالفيديو .

كما أتفقت مع دراسة هاروود (Harwood and Bork, 2011) والتي أسفرت نتائجها عن فاعلية البرنامج التدريبي في علاج الصمت الإختياري وزيادة التواصل اللغوي لدى الأطفال.

كذلك أتفقت نتيجة الدراسة مع كلا من (Oerbeck et al., 2012) و (Paasivirta, 2012)

و (Ooi et al., 2012) من حيث فعالية برامج العلاج السلوكي في خفض إضطراب الصمت الإختياري لدى الأطفال.

أيضا أتفقت نتيجة الدراسة مع نتيجة دراسة كلا من لانج وآخرون (Lang et al., 2011) و كلاين وآخرون (Klein et al., 2012) و ميتشيل و كارتويل (Mitchell and Kratochwill, 2013) حيث أسفرت نتائج الدراسات عن فاعلية برامج العلاج السلوكي في خفض إضطراب الصمت الإختياري في المواقف الإجتماعية ، وتنمية الكفاءة اللغوية لدى الأطفال.

كما أتصف البرنامج المقترح بدرجة مناسبة من الفاعلية في خفض إضطراب الصمت الإختياري لدى أطفال الروضة من (٤-٦) سنوات.

جدول (٧) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وحجم التأثير التجريبي للمجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لقائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري.

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم التأثير التجريبي (د)	الدالة الإحصائية
عبارات القائمة	تجريبية	٨٩,٧	١,٤٥٦	١٥,٢٣	دالة إحصائية
	ضابطة	٢٢,٨	٤,١١		

إذا كان (د) = ٠,٢ فإن ذلك يدل على حجم صغير للأثر.

إذا كان (د) = ٠,٥ فإن ذلك يدل على حجم متوسط للأثر.

إذا كان (د) = ٠,٨ فإن ذلك يدل على حجم كبير للأثر. (رضا مسعد السعيد، ٢٠٠٣)

ويتضح من الجدول السابق أن حجم التأثير التجريبي قد جاء مرتفعاً وذو دلالة لقائمة ملاحظة إضطراب الصمت الإختياري، حيث بلغ حجم التأثير التجريبي (١٥,٢٣) وهي درجة مرتفعة وذات دلالة إحصائية.

حيث اتسمت أنشطة البرنامج بفاعلية مع الأطفال عينة البحث كما هو موضح بالجدول السابق، كما ساهمت أنشطة البرنامج في زيادة قدرة الأطفال على التفاعل وتحسين التواصل البصري واللفظي لديهم، أيضا ساهمت أنشطة البرنامج في تنمية الثقة بالنفس وتدعيم الذات، تنمية قدرة الأطفال على التعبير الكلامي ، كذلك تدريب

الأطفال على التواصل البصري والحوار والمناقشة، وتنمية قدرة الأطفال على الاندماج في العمل، كذلك تنمية

قدرة الأطفال على التعبير عن ذاتهم وعن مشاعرهم وتنمية قدرتهم على المشاركة في الأنشطة التي تقدمها المعلمة

، وذلك لأن البرنامج مناسب لخصائص نمو الأطفال ويشجع حاجة الطفل إلى اللعب بالإضافة أنه قدم اللعب في شكل نشاط موجه للطفل.

كما أن البرنامج تدرج في خفض اضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال من (٤-٦) سنوات فهو بدأ بمساعدة الطفل في الإسترخاء والتعبير عن الذات، ثم مساعدة الطفل في تنمية ثقته بذاته، وأخيراً تنمية قدرته على التواصل والتفاعل مع الآخرين.

كما كان للعب دور كبير في خفض اضطراب الصمت الإختياري عند الأطفال، حيث لاحظت الباحثة عدم إستجابة الأطفال في الأنشطة التقليدية من حلقة ولقاء أخير أو أنشطة تعليمية موجهة للطفل، بل أزدادت حدة الإضطراب عند الأطفال، ولكن مع تقديم جلسات اللعب للأطفال عينة البحث (التجريبية) بدأ يظهر تحسن ملحوظ في إستجابة الأطفال والتخفيف من شدة القلق لديهم وظهرت فروق واضحة مع المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

توصيات الدراسة:

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في الإهتمام بالأطفال المصابين بإضطراب الصمت الإختياري ومحاولة التدخل المبكر معهم.
- ٢- العمل على تعديل مناهج رياض الأطفال والطفولة المبكرة بحيث يقدم من خلال اللعب وبراى خصائص نمو الأطفال.
- ٣- ضرورة تدريب المعلمات على الكشف المبكر عن حالات الصمت الإختياري عند الأطفال ، والتدريب على كيفية التدخل معهم.

البحوث المقترحة:

- ١- فاعلية برنامج الإرشاد باللعب في خفض اضطراب الصمت الإختياري لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم.
- ٢- دور اللعب في النمو اللغوى والعقلى لطفل الروضة.
- ٣- أثر إستخدام برامج التعلم الإلكترونية في خفض حدة اضطراب الصمت الإختياري لدى أطفال الروضة.

المراجع:

- الحريري.رافدة.(٢٠١٤): الألعاب التربوية وإنعكاستها على الأطفال.عمان:دار اليازوري.
- الخطيب.فريد مصطفى (٢٠٠٦) : الصمت الإختياري.بحث منشور بمجلة رسالة المعلم .مج ٤٤.ع ٢٣
مصر:وزارة التربية والتعليم.
- السعيد .رضا مسعد. (٢٠٠٣): أساليب إحصائية لقياس الأهمية العلمية لنتائج البحوث التربوية، المؤتمر العلمي الخامس عشر، مناهج التعليم والإعداد للحياة المعاصرة، يوليو، الجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس.
- عبد الباقي.سلوى محمد (٢٠١٧): التواصل مع الأطفال وتوجيه سلوكهم.السعودية:مكتبة المتنبى.
- عبد العزيز.هدى أمين . (٢٠١٧):فعالية الجمع بين العلاج الفردي والأسرى ومشاركة المعلمين فى خفض حدة الصمت الإختياري (دراسة حالة)،بحث منشور بمجلة كلية الدراسات الإنسانية، مصر .ع يونية .
- عبد الفتاح.أميمة محمد .(٢٠١١):مشكلات الطفل السلوكية.ط٢.السعودية:مكتبة المتنبى.
- عبد الهادي، نبيل .(٢٠٠٤).سيكولوجية اللعب وأثرها في تعلم الأطفال .الأردن :دار وائل للنشر.
- العنانى.حنان عبد الحميد (٢٠١٤):اللعب عند الأطفال الأسس النظرية والتطبيقية.ط٩.الأردن : دار الفكر
- قناوى.هدى محمد (٢٠١٤): الطفل وألعاب الروضة.السعودية:مكتبة المتنبى.
- كمال أمين عبد العاطي. منى (٢٠١٤): فعالية العلاج باللعب في الحد من بعض مشكلات الانضباط السلوكي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- الهنداوي، علي فالح .(٢٠٠٣). سيكولوجية اللعب .الأردن :دار حنين للنشر والتوزيع.

Ale,C.M. , Mann,A., Menzel,J., Storch, E., Adam B., Lewin, A.B.(2013). Two Cases of Early Childhood Selective Mutism: Variations and Treatment Complexities .*Clinical Case Studies*, 12(4), 278-290.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.) , Text Revision). Washington, DC: Author.

Bergman, R. L., Gonzalez, A., Piacentini, J., & Keller, M. (2013) Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: A randomized controlled pilot study, 51 (10) , 680-705.

Child Mind Institute: (2016): Teachers Guide to Selective Mutism.p2

- Christopher A. Kearney (2010). Helping Children with Selective Mutism and Their parents :Oxford University Press,p.5011
- Carbone, D., Schmidt, A., Cunningham, C., McHolm, E., Edison, S., Pierre, J.& Boyle, M. (2010). Behavioral and Socio-emotional Functioning in Children with Selective Mutism: A Comparison with Anxious and Typically Developing Children Across Multiple Informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Nov, 38 (8) , 1057-1067.
- Davidson, M. (2012). Selective mutism: Exploring the knowledge and needs of teachers, Psy. D, Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology, p. 126
- Diliberto, R. . (2014). Oppositional and anxiety behavior profiles in a clinical sample of youth with selective mutism, University of Nevada, Las Vegas, M.S. University of Nevada, Las Vegas. p153.
- Eysenk,, M., (2000). Psychology, A Student's Handbook. Psychology Press Ltd Publishers. UK.
- Hung,S.L., Spencer,M.S., Dronamraju,R.(2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children and Schools*, 34 (4): 222-230. doi: 10.1093/c s/cds006
- Harwood, D.& Bork, P. (2011). Meeting educators where they are: Professional development to address selective mutism. *Canadian Journal of Education*, 34 (3) , 136-152.
- Justin, A. B. (2015). Fluoxetine for the treatment of selective mutism with elevated social anxiety symptoms: A nonconcurrent multiple baseline design across five cases, Ph.D. School Psychology, Michigan State University.
- Kearney, C.A (2010). Helping children with selective mutism and their Parents, A Guide for School-Based Professionals. Oxford University Press.

- Kehle, T. J., Bray, M. A., Byer-alcorace, G. F., Theodore, L. A. and Kovac, L. M. (2012). Augmented self-modeling as an intervention for selective mutism. *Psychology in the Schools*. 49, (1), 93–103. doi:10.1002/pits.21589
- Kotrba, A. (2015). *Selective Mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. PESI publishing & Media.
- Klein, E. R., Armstrong, S. L. & Shipon, B. (2012). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: Using parents as test presenters, *Communication Disorders Quarterly*, 34 (3), 184-195.
- Kristin K. Meany-Walen, M.A. (2010): Alderian play therapy: Effectiveness on Disruptive behaviors of early elementary-aged children. Unpublished Doctor Dissertation, Doctor Degree of Philosophy University of North Texas.
- Lang, R., Regeister, A., Mulloy, A., Rispoli, M & Botout, A. (2011). Behavioral intervention to treat selective mutism across multiple social situations and community settings, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 3, 623-628
- Mitchell, A. & Kratochwill, T., (2013). Treatment of selective mutism: applications in the clinic and school through conjoint consultation, *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 23 (1) , 30-36.
- Muris, P., Ollendick, T.H. (2015). Children who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Child Family Psychology Reviews*, 18, 151–169 DOI 10.1007/s10567-015-0181-y
- Newberry ,P. D. (2014). Efficacy of video modeling for treatment of selective mutism in children, University of South Carolina, ProQuest, UMI Dissertations Publishing. 149-179.
- Ooi, Y. , Raja, M., Sung, S. , Fung, D. , Koh, J. , et al. (2012) Application of a web-based cognitive-behavioural therapy programme for the treatment of selective mutism in Singapore: a case series study. *Singapore medical journal*, 53 (7) , 446-450.

- Oerbeck, B. , Johansen, J., Lundahl, K. & Kristensen, H. (2012). Selective mutism: A home-and kindergarten-based intervention for children 3–5 Years: A pilot study, *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 17 (3) , 370- 383.
- Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, Kristensen H. Selective mutism.(2016). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Paasivirta, M. (2012). Effects of a brief behavioral training program for teachers of children with selective mutism, Hofstra University, ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Shipon,E.(2013). A GUIDE to Helping Parents, Educators and Treatment professionals Understand Selective Mutism as a Social Communication Anxiety Disorder; Smart Center,p1
- Shipon.E & Ann.C (2015) : Selective Mutism: Identification of Subtypes and Implications for Treatment , *Journal of Education and Human Development* , Vol. 4, No. 1,
- Steinhausen, H., Wachter, M., Laimbock, K., & Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47 (7) , 751-756.
- Young, B. J., Bunnell, B. E. & Beidel, D.C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psycho physiological Arousal, *Behavior Modification*, 36, (4) , 525-544.