مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية
المجلد 39 العدد 2 (2023): 63-89

Damascus University Journal of Educational and Psychological Sciences
Vo. 39 No.2 (2023): 63-89

الصمت الانتقائي وعلاقته بالخجل عند أطفال الروضات الحكومية "دراسة مقارنة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق والأطفال الذين لم يتعرضوا"

د. منال الشيخ [1]

[1] الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي– قسم الإرشاد النفسي– كلية التربية – جامعة دمشق.

الملخص

هدف البحث إلى تعرُّف مستوى الصمت الانتقائي ومستوى الخجل لدى أطفال الروضات الحكومية الذين تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق، والعلاقة بين الصمت الانتقائي وظاهرة الخجل، والكشف عن الفروق بينهم وفق متغير الجنس، وتأثير كل من الصمت الانتقائي والمتغيرات الديمغرافية على الخجل. تمّ تطبيق المنهج الوصفي التحليلي على عينة الدراسة، التي بلغ عددها (100) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة بعمر يتراوح بين (4–5) سنوات في محافظة دمشق تم تشخيصهم من خلال تطبيق قائمة شطب لأعراض الأحداث الصادمة (C.P.T.S.D) من أجل تشخيص الأطفال الذين تعرَّضوا لأحداث صادمة. استعانت الدراسة ببعض الأدوات منها مقياس الصمت الانتقائي ومقياس الخجل ومن أهم نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الانتقائي ومظاهر الخجل لدى الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي ومقياس الخجل وفق متغير الجنس. وإنَّ الصمت الانتقائي له تأثيراً دالاً في تبيان متغير مظاهر الخجل.

الكلمات المفتاحية: الصمت الانتقائي، الخجل، الأحداث الصادمة، أطفال الروضة.

تاريخ الايداع:29/11/2021
تاريخ القبول:1/8/2022

حقوق النشر: جامعة دمشق –سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص
CC BY-NC-SA 04

ISSN: 2789-6390 (online)
http://journal.damascusuniversity.edu.sy/

Selective silence and its relationship to shyness among children in government kindergartens "A comparative study between children who have been exposed to traumatic events in the city of Damascus and children who have not been exposed"

Dr. Manal AL Sheikh [1]

1 Assistant Professor in the Department of Psychological Counseling - Department of Psychological Counseling - College of Education - University of Damascus

Abstract

The aim of the research is to identify the level of selective silence and the level of shyness among government kindergarten children who have been exposed to traumatic events in the city of Damascus, and the relationship between selective silence and the phenomenon of shyness, and to reveal the differences between them according to the gender variable, and the effect of selective silence and demographic variables on shyness. The analytical descriptive approach was applied to the study sample, which numbered (100) male and female kindergarten children aged (4-5) years in the city of Damascus. They experienced traumatic events. The study used some tools, including the selective silence scale and the shyness scale. The most important results of the study: There is a positive, statistically significant correlation between selective silence and manifestations of shyness among children who have been exposed to traumatic events. And there were no statistically significant differences between the mean scores of the answers of the research sample members on the selective silence scale and the shyness scale according to the gender variable. And selective silence has a significant effect in showing the variable manifestations of shyness.

Received **:** 29/11/2021
Accepted: 1/8/2022

Copyright: Damascus University- Syria, The authors retain the copyright under a CC BY- NC-SA

Key Words: Selective Silence, Shyness, Traumatic Events, Kindergarten Children.

المقدمة:

تعد المشكلات الناجمة عن الصدمات النفسية كصدمة الاعتداء الجنسي أو تعرُّض أحد أفراد الأسرة للحريق أو الغرق أو القتل أمام عينبه ...إلخ مشكلات واسعة الانتشار في مجتمعات العصر الحديث خاصة لما تتسم به من ضغوطات وتعقيدات ومُسبِّبات كثيرة للصدمات؛ وكذلك من سرعة زائدة في نسق التغيرات الاجتماعية. لذا أصبحت اليوم حديث الساعة نظراً لارتفاع نسبتها لدى مختلف الفئات العمرية في المجتمعات، فهي سلوكيات يصدرها الفرد بغرض إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين وهي تؤثر سلباً على حالته النفسية.

إذ يمر الطفل في مراحل حياته المختلفة بالكثير من المؤثرات التي تقوده إلى مجموعة من التغيرات في شخصيته منها ما هو إجابي ومنها ما هو سلبي أما السلبي منها فيؤدي إلى اضطرابات نفسية سلوكية لدى الطفل وتحتاج إلى الانتباه والرعاية حتى يتمكن من التخلص منها ومن بين هذه الاضطرابات ما يطلق عليه الصمت الانتقائي وهو أبرز الاضطرابات الناتجة عن التفاعل السلبي بين الطفل والبيئات التي يتواجد فيها كالروضة أو النادي أو أماكن التجمع السلبي حيث يلاحظ أن الطفل الذي يعاني من مشكلة الصمت الانتقائي قد يعاني من مشكلة الخجل، مما يؤثر سلباً على كثير من جوانب نموهم، بحيث تظهر مجموعة من الاعراض النفسية التي تحتاج الى التدخل النفسي بشكل أو بآخر، ومنها (ظاهرة الخجل)، وهو ما سننظر به في هذا البحث من اجل الوقوف على كافة جوانب هذا الاضطراب، وتحديد طرق ووسائل تشخيصه ومعالجته.

1 . مشكلة البحث:

ويعد الصمت الانتقائي أحد هم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال حديثي الالتحاق بالمدرسة أو الروضة، حيث تصل نسبة المصابين به من الأطفال نحو (1–2%) من الأطفال بالولايات المتحدة الأمريكية أو ما يقارب (7) حالات بين (1000) طفل وبذلك فهو يفوق في انتشاره إعاقة التوحد.

يُعدُّ الصمت الانتقائي أحد اضطرابات الطفولة متعدد الأبعاد، حيث يُعد من الاضطرابات السلوكية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية والتكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، فيرفض الطفل الحديث مع أي شخص خارج نطاق الأسرة، وقد يتجنَّب الحديث مع بعض الأفراد من داخل الأسرة ذاتها، ويميل إلى العزلة والانطواء داخل المجتمع المدرسي، وغالباً ما يحدث ذلك الاضطراب قبل عمر الخامسة وعند الالتحاق بالمدرسة، إلا أنه غالباً ما يتم تشخيص الحالات من الخامسة إلى السابعة، وعند ذلك قد يستمر الطفل يعاني من الاضطراب لمراحل لاحقة إذا تأخر التشخيص والعلاج (سليمان، 2002، 14).

تبرز أبرز مؤشرات الصمت الانتقائي من خلال فشل الطفل في الحديث خلال مواقف اجتماعية معينة، على الرغم من مقدرة الطفل على الحديث، إلا أنه يحجم عنه لعدم شعوره بالارتياح تجاه بعض المواقف الاجتماعية، وقد سعت العديد من النظريات إلى تفسير ذلك الاضطراب الذي تكمن خطورته في تعميم الطفل لتلك الحالة على المواقف التي يتعامل لها كافة، ومن الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالصمت الانتقائي تعرضهم لأحداث صادمة تهدد حياتهم فتترك الكثير من الآثار السلبية؛ لا سيَّما تفاعله مع البيئات التي يتواجد فيها كالروضة أو النادي.

كذلك يُصنَّف الصمت الانتقائي من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس (DSMIV-IR) باعتباره أحد الاضطرابات التي تبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة المبكرة، مع الأخذ في عين الاعتبار سلامة الطفل المصاب بالصمت الانتقائي عضوياً ولا سيَّما جهاز الكلام، ويُشير بعض علماء النفس إلى اضطراب الصمت الانتقائي بوصفه أحد الأعراض المرتبطة بالخجل (Shymess).

في حين أكدت إحدى الدراسات أن الإصابة به قد تصل نحو (27%) من بين الأطفال الملتحقين حديثاً بالمدرسة، إلا أنَّ (20%) من الحالات يتم تشخيصها بصورة خاطئة. وأشارت نتائج الدراسات السابقة إلى وجود مشكلات نفسية للأطفال الذين يتعرضون إلى أحداث صادمة (Jeong, *et al*., 2016; Asukai, *et al*., 2002, 176). كالتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج المرتبطة بالحدث (الأحداث) الصادمة؛ والتغيرات الكبيرة في الاستثارة والتفاعل الاجتماعي والخجل والقلق والخوف الاجتماعي. كما أظهرت مجموعة كبيرة من الأبحاث والدراسات السابقة كدراسة: زهانج وآخرون ,.*Zhang, et al*. (2021)، لو وآخرون ,.*Lu, et al*. (2021)، زهو وآخرون Zhou, et al (2021)، زهانج وآخرون ,.*Zhang, et al*. (2020)، شي وآخرون Shi, *et al*.,(2017)، وجود انتشاراً كبيراً لاضطراب الشدة ما بعد الصدمة المحتمل والأمراض النفسية الوخيمة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة، إضافة إلى معاناتهم من حدوث مشكلات نفسية في المستقبل نتيجة الصدمات النفسية التي تعرَّضوا لها كمشكلة الصمت الانتقائي.

ونظراً لما لاضطراب الصمت الانتقائي من آثار سلبية على الطفل وأسرته، حيث يؤدي إلى إحجام الطفل عن الحديث اللفظي بصورة مطلقة خلال بعض المواقف الاجتماعية وداخل المدرسة مما يؤدي إلى ضعف الأداء الأكاديمي لدى الطفل ويؤهله إلى تنامي التجنب الاجتماعي ويكرس للعزلة الاجتماعية؛ ونظراً لغموض اضطراب الصمت الانتقائي وتشابكه مع العديد من الاضطرابات النفسية التي قد تنتاب الطفل، ومن هنا كانت الحاجة ملحة لإلقاء الضوء حول هذا الاضطراب وتفسير أسباب حدوثه وأهم الأساليب العلاجية التي يمكن من خلالها التغلب على الاضطراب. ومما سبق يسعى البحث الحالي إلى الإجابة عن السؤال الآتي: **. ما طبيعة الفروق في الصمت الانتقائي وفي الخجل لدى أطفال الروضة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا؟**

2 . أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث في النقاط الآتية:

2-1- قد يُفيد هذا البحث الباحثين في الحقل الأكاديمي ومعلمات رياض الأطفال في التعرف على أسباب الخجل لدى الأطفال، والأساليب المناسبة للتعامل معهم.

2-2- يمثّل البحث استجابة لحاجة ماسة ومشكلة واقعية يُعاني منها الأطفال والقائمين على رعايتهم لتلافي أوجه القصور والنشكلات النفسية التي يعاني منها بعض أطفال الروضة من أجل تحسين أدائهم في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية.

2-3- قد يُسهم البحث الحالي في زيادة معرفة القائمين على العملية التعليمية وتوعيتهم باضطراب الصمت الانتقائي من حيث أعراضه وأسبابه وكيفية تشخيصه، وأهم الأساليب المعالجة التي يُمكن الاستعانة بها خلال التدخل العلاجي.

2-4- قد تفيد نتائج البحث الحالي معلمات رياض الأطفال في كيفية التعامل مع الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة، وإعادة استبصارهم بأنفسهم؛ مما يساهم كثيراً في إيجاد تقدير عالٍ لذواتهم من خلال العمل على رفع مستوى الصحة النفسية لديهم.

2-5- يمكن أن تُساعد نتائج البحث في إعداد برامج إرشادية بهدف الحد من الآثار التي يمكن أن تتركها الخبرات الصادمة على أطفال الروضة ونموهم النفسي.

2-6- قد تفيد نتائج البحث الحالي المهتمين بالمجال النفسي بمؤسسات رياض الأطفال من خلال تزويدهم بمعلومات عن سُبل وأساليب علاج اضطراب الصمت الانتقائي، مما يزيد من قدرتهم على مواجهة اضطراب الصمت الانتقائي، لما له من نتائج إيجابية في تحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال.

3 . أهداف البحث: هدف البحث إلى تعرُّف:

يهدف البحث إلى تعرُّف:

3-1- علاقة الصمت الانتقائي بظاهرة الخجل لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق.

3-2- الفروق بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي ومقياس الخجل وفق متغير الجنس.

3-3- تأثير كل من الصمت الانتقائي والمتغيرات الديمغرافية على الخجل لدى الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة.

4 . أسئلة البحث: يسعى البحث الحالي إلى الإجابة عن التساؤلات الآتية:

4-1- ما مستوى الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق؟

4-2- ما مستوى الخجل لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق؟

5 . فرضيات البحث: سعى البحث إلى اختبار الفرضيات الآتية عند مستوى دلالة (0.05):

5-1- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الانتقائي وظاهرة الخجل لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة.

5-2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي وفق متغير الجنس.

5-3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل وفق متغير الجنس.

5-4- يوجد تأثير دال إحصائياً لدى أطفال الروضة في كل من الصمت الانتقائي والمتغيرات الديمغرافية على الخجل.

5-5- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة.

5-6- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخجل لدى أطفال الروضة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا.

6 . حدود البحث:

من المعروف أن لكل بحث محدداته الخاصة التي تعكس مدى الدقة والالتزام بمنهجية البحث بشكل عام ويمكن بيان هذه الحدود كما يلي:

6-1- **الحدود الموضوعية:** تتمثل الحدود الموضوعية في دراسة الصمت الانتقائي والخجل عند أطفال الروضة في مدينة دمشق الذين تعرضوا لأحداث صادمة والذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة وفي الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة وأبعادها، كما تتمثل في طبيعة العينة وخصائصها.

6-2- **الحدود المكانية:** تم تطبيق أداة البحث في محافظة دمشق.

6-3- **الحدود البشرية:** تم تطبيق أداة البحث على عينة من الأطفال الذين تعرَّضوا لأحداث صادمة، ظهر لدى الباحثة (132) طفلاً وطفلة تعرضوا لأحداث صادمة، والأطفال الذين لم يتعرضوا لحدث صادم في محافظة دمشق.

6-4- **الحدود الزمنية:** تم تطبيق أدوات البحث بتاريخ (2021/10/3- 2021/12/8م).

7 . تعريف المصطلحات العلمية والإجرائية:

7-1- الصمت الانتقائي: "فشل مستمر في التحدث في مواقف اجتماعية محددة (على سبيل المثال، الروضة، المدرسة، مع رفقاء اللعب) حيث يكون الحديث متوقعاً، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى" (American Psychiatric Association, 2000, 125).

يُعرَّف الصمت الانتقائي إجرائياً بأنه: هو فشل الطفل على التحدث في ظروف اجتماعية معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى، ويُقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الصمت الانتقائي بأبعاده التي يتضمنها: (المخاوف، الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة، الروضة) المستخدم في هذا البحث.

7-2- الخجل: "خوف وارتباك يداهم الشخص عند قيامه بأدائه عمل معين" (الدريني، 2004، 2).

يُعرَّف الخجل إجرائياً بأنه: درجة عالية من الانكماش والارتباك والخوف يشعر بها الطفل حين يلتقي بأشخاص من خارج محيطه وهي ظاهرة واسعة الانتشار، ظاهرة انفعالية يعاني صاحبها من ردود فعل فسيولوجية تتمثل في احمرار الوجه وزيادة في دقات القلب وجفاف الحلق وبرود اليدين. ويُقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الخجل المستخدم في هذا البحث.

7-3- الخبرات الصادمة: هي "استجابة الفرد عقب تعرضه لحادث صادم يشعر فيه بالعجز وعدم القدرة على التحكم، وتتميز الخبرات الصادمة بأنها مباشرة وغير مباشرة، كما أنها مستمرة" (Qouta, 2000, 10).

وتعرّف الباحثة الخبرات الصادمة إجرائياً: بأنها مجموعة من الأحداث المفاجئة والمربكة التي تعرَّض لها طفل الروضة، التي ينتج عنها عدم قدرة الفرد على السيطرة والتصرف، وأخذ القرار المناسب بسبب شدتها، وتتمثل في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في قائمة تشخيص أعراض الخبرات الصادمة.

8 . دراسات سابقة:

8-1- دراسات عربية:

دراسة عبد الهادي وحسني (2001): بعنوان: (حالات الخجل عند الأطفال).

في دراستهما التي أجرياها في عمان للتعرف على حالات الخجل عند الأطفال والمراهقين حيث وجد الباحثان أن الأطفال الخجولين عادة ما يكونون خائفين ولديهم ميلاً إلى تجنب الآخرين وليس لديهم ثقة بأنفسهم ومترددين ولا يستطيعون الاتصال بالآخرين وغير مبادرين أو متطوعين في المواقف الاجتماعية، ولديهم ميل للصمت ويخشون النظر في أعين متحدثيهم وقد لاحظ الباحثان أن فترات الخجل عند الأطفال ما بين (5-6) سنوات بحيث يكون لدى هؤلاء ميلاً إلى العزلة الاجتماعية، لذلك فهم نادراً ما يتلقون المديح الاجتماعي.

. دراسة الهبهاب وآخرون (2008)، مصر: بعنوان: (الخجل وعلاقته بالتحصيل الدراسي).

هدفت الدراسة إلى تعرف الفروق في الخجل وفقاً لمتغير الجنس، وتعرف الفروق في الخجل وفقاً لمتغير التخصص، وتعرف الفروق في الخجل وفقاً لمتغير السنوات الدراسية، وتعرف الفروق في الخجل وفقاً لمتغير الجنس. تكونت عينة الدراسة من (76) من طلبة جامعة 7 أكتوبر. استخدم الباحثون مقياس الحرج الموقفي من إعداد بدر محمد الأنصاري.وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الخجل وفقاً لمتغير التخصص الدراسي لصالح طلبة علم النفس وعلم الاجتماع.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الخجل وفقاً لمتغير السنة الدراسية. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الخجل وفقاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.

. دراسة الأحمد (2015)، السعودية: بعنوان: (فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة أعراض الصمت الاختياري " دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية").

هدفت الدراسة الحالية إلى تعرف مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في تخفيف حدة بعض الأعراض المرتبطة باضطراب الصمت الانتقائي لطفلة بالمرحلة الابتدائية، كما تهدف الدراسة إلى تعديل الظروف البيئية غير الملائمة، وإكساب الطفلة كما تهدف الدراسة الحالية، مهارات اللازمة للتعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال بحث أسبابه، إلى توعية القائمين على تربية الطفل بأهمية الاضطراب وأعراضه المرضية وكيفية تشخيصية، استعانت الدراسة الحالية بمنهج دراسة الحالة (8) حيث اقتصرت عينة الدراسة على حالة واحدة لطفلة بالمرحلة الابتدائية عمرها سنوات تعانى من الصمت الاختياري تم تحويلها إلى العيادات النفسية بمركز النخبة الطبي الجراحي بمدينة الرياض. استعانت الدراسة ببعض الأدوات منها: استمارة دراسة الحالة، البرنامج العلاجي من إعداد الباحثة، ومن أهم نتائج الدراسة: فعالية جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تخفيف حدة الأعراض المصاحبة لاضطراب الصمت الانتقائي لدى الطفلة وقدرتها على التفاعل الإيجابي مع مجتمع الأقران والبيئة الاجتماعية خارج المنزل.

8-2- دراسات أجنبية:

دراسة ماناسيس Manassis (2007)، الولايات المتحدة الأمريكية: بعنوان:

The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism.

(الذاكرة العاملة غير اللفظية والقلق الاجتماعي واللغة الشفهية لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري مقارنة بغيرهم من المضطربون والأسوياء "دراسة مقارنة").

هدفت الدراسة إلى مقارنة الذاكرة العاملة غير اللفظية والقلق الاجتماعي واللغة الشفهية لدى الأطفال ذوي الصمت الاختياري مقارنة بغيرهم من المضطربون والأسوياء، من خلال مقارنة ثلاث مجموعات من الأطفال أعمارهم (6 سنوات)، الأولى من الأطفال العاديين وقوامها (19) طفلاً، والثانية من الأطفال الذين يعانون من الصمت الاختياري (M.S) قوامها (44) طفلاً، والثالثة قوامها (28) طفلاً ممن يعانون من اضطراب القلق، وبقياس المتغيرات السابقة لدى المجموعات الثلاث توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: إنَّ الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي كانوا الأكثر معاناة من الاضطراب اللغوي والقلق الاجتماعي، كما أظهر هؤلاء الأطفال عجزاً في الذاكرة البصرية، كما أكَّدت الدراسة تدني المهارات اللغوية لدى الطفل المتباكم، وعدم قدرته على استقبال القواعد اللغوية، كما أوصت الدراسة بأهمية تناول الجانب المعرفي لدى الطفل المتباكم.

دراسة كريستي Christy (2012)، الولايات المتحدة الأمريكية: بعنوان:

Selective silence: identification of subtypes and their impact on treatment.

(الصمت الانتقائي: تحديد الأنواع الفرعية وتأثيرها على العلاج).

أكدت الدراسة أن اضطراب الصمت الانتقائي يعني عجز الطفل عن التواصل الاجتماعي من خلال بعض المواقف ولا تختلف الأعراض من طفل لآخر، وإنما تختلف سبل التشخيص، حيث استعانت الدراسة بعينة قوامها (442) لحالات أطفال مضطربين، وتمت المقارنة بينهم من حيث أعراض الصمت الانتقائي باستخدام مقياس تشخيص الصمت الانتقائي، تراوحت أعمار الأطفال من 3 وحتى 18 عاماً حيث تمت المقارنة النمائية للأعراض، وكما تناولت الدراسة تحديد بعض السمات النفسية والسلوكية لبعض الحالات الفردية لدى هؤلاء الأطفال، حيث أكدت الدراسة أن عملية تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي تُعد تحدياً قوياً للقائمين على التشخيص، وعدم اختلاف الأعراض المصاحبة لاضطراب الصمت الانتقائي من مرحلة عمرية لأخرى.

دراسة فازاليفا Vasilyeva (2013)، انكلترا: بعنوان:

Significant Factors in the Development of elective Mutism: A single case Study of a 5 year-old girl.

(العوامل المهمة في تطور الصمت الانتقائي: دراسة حالة لفتاة تبلغ من العمر 5 سنوات).

تناولت الدراسة حالة طفلة عمرها (5) سنوات تعاني من اضطراب الصمت الانتقائي حيث أكدت الدراسة أن العامل الرئيس المسبب للصمت الانتقائي يرجع إلى ما يسمى بقلق الانفصال المرتبط بالأم والذي يؤدي إلى ظهور العديد من العلامات المرضيّة السلوكية كالعدوان أو الانفعالية أو القلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية مما يؤدي إلى إحجام الطفل عن الحديث.

. دراسة أمينيان وآخرون Aminian, Et al. (2015)، الهند:

عنوان الدراسة: (مقارنة الاكتئاب والقلق والإجهاد والخجل والعدوان والتحصيل التعليمي لدى الطلبة الذكور الذين يعيشون مع أحد الوالدين **أو كليهما)**.

Comparing the Depression, Anxiety, Stress, Shyness, Aggression and Educational Attainment, in Single and Two-Parent Male Students.

هدفت الدراسة إلى مقارنة الطلبة الذكور الذين يعيشون مع أحد الوالدين بالذين يعيشون مع كليهما في متغيرات: الاكتئاب، والخجل، والقلق، والضغط، والعدوان، والتحصيل العلمي. تألفت عينة الدراسة من الطلبة جميعهم في مدينة كراجي والبالغ عددهم (190) طالباً. تمَّ استخدام مقاييس الاكتئاب، والخجل، والقلق، والضغط، والعدوان.

أهم نتائج الدراسة: وجود مؤشرات الخجل والاكتئاب والقلق والضغط لدى الطلبة الذكور الذين يعيشون مع أحد الوالدين، ولا يوجد فرق في كل من القلق والعدوان بين المجموعات، وأظهرت النتائج أنَّ غياب أحد الوالدين يؤثر سلباً في الصحة النفسية للذكور وفي تحصيلهم العلمي.

. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة وجدت الباحثة أنَّ بحثها الحالي تشابه مع بعض الدراسات السابقة كدراسة عبد الهادي وحسني (2001)، ودراسة الأحمد (2015) في تناول متغير الصمت الانتقائي؛ بينما تناولت دراسة الهبهاب وآخرون (2008) متغير الخجل.

ويتميّز البحث الحالي عن الدراسات السابقة في سعيه إلى تعرُّف الصمت الانتقائي وعلاقته بالخجل لدى أطفال الروضة بمحافظة دمشق.

9- الإطار النظري للبحث:

9-1- مفهوم الصمت الانتقائي:

يرى (Cunningham & Mcholm, 2008) أن الصمت الانتقائي هو فشل الطفل في التحدث في ظروف معينة بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى، وهذا ما اتفقت عليه المفاهيم والتعريفات التي تم العثور عليها في الدراسات العربية والأجنبية، وكذلك في المراجع المختلفة، حيث هناك من اعتبره جزءاً من القلق الاجتماعي، وشكلاً من أشكاله، بحيث يتفاعل الطفل مع المناطق الطبيعية كالمدرسة والروضة والبيت ولكنه في بعض الأحيان لا يكون تفاعله على ما يرام فيها، وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (الصبي 2013، 41).

ويرى كل (Keller & BERGMAN, 2008) أن الصمت الانتقائي عبارة عن اضطراب في سلوك الطفل ينتج عن الفشل في الحديث في مواقف اجتماعية محددة.

ويرى خليل فاضل (1996) أن أهم علامات الصمت الانتقائي الطبية هي فشل في التخاطب مع الآخرين في البيئة المحيطة، وهو يعد اضطراباً نادر الحدوث (العنزي، 2009، 121).

ويعرفه جاكوبسين (Jacobsen, 1995, 863) بوصفه أحد الاضطرابات النادرة التي تصيب الأطفال في مرحلة مبكرة، وتتمثل في العجز عن الحديث خلال بعض المواقف الاجتماعية، ويرتبط الاضطراب بالعنف الأسري تجاه الأطفال والنبذ والإهمال، وتهديد الأطفال بضرورة الالتزام بالصمت أحياناً. من خلال التعريفات السابقة نجد أنَّ هناك اختلافاً بين الباحثين في تحديد مصطلح موحد للتعبير عن الاضطراب، حيث يُطلق عليه البعض الصمت الانتقائي، في حين أطلق عليه البعض مصطلح البكم الاختياري والذي يصنف الاضطراب ضمن فئة الإعاقة، إلا أنَّ البكم لا يُعد مصطلحاً دقيقاً من وجهة نظر الباحثة إذ أنَّ الطفل قادر على الحديث خلال بعض المواقف، ولا يوجد لديه مشكلات عضوية ترتبط بجهاز الكلام.

9-2- أسباب الصمت الانتقائي لدى الأطفال:

من أهم أسباب الصمت الانتقائي، ما يأتي:

9-2-1- القلق الزائد إزاء الآثار السلبية للحديث: حيث يعتقد بعض الأطفال أنهم سيتعرضون للعديد من الآثار السلبية إذا تحدثوا، أو أن الآخرين سيسخرون منهم، أو أنهم يعتقدون أنهم لا يستطيعون التعبير عن ما يريدون بشكل جيد، أو خوفهم بان يتم تجاهلهم.

9-2-2- معاناة الطفل للحزن أو الانسحاب الاجتماعي.

9-2-3- المعارضة، التلاعب، أو السلوك العنيد.

9-2-4- قد يكتسب الطفل التباكم من خلال العوامل الوراثية لدى الآباء أو بفعل النمذجة (Chavira, *et al*, 2007).

9-2-5- بعض الأطفال قد يرفضون التحدث عمداً قد يكون هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى نطاق واسع من التعزيز مثل الاهتمام المفرط من الآباء أو غيرهم لسلوك عدم الكلام فيعتقد الطفل أنه يمكن أن يتجنب المدرسة وغيرها من الالتزامات من خلال رفض الكلام.

9-2-6- اعتماد الطفل على الوالدين.

9-2-7- التعرض للإيذاء الجسدي أو الجنسي (Torey, 1980, 118).

9-2-8- سوء معاملة الطفل سواء بالإهمال أو النبذ.

9-2-9- المخاوف الاجتماعية لدى الطفل، والتي تؤدي إلى تجنبه هذا القلق المرتبط بالتفاعل الاجتماعي.

9-2-10- فقدان عزيز أو التعرض لحادث ضاغط أو تعرُّض الطفل لعدة حوادث صادمة وليس حادث صادم واحد.

9-2-11- الخجل الزائد (Extreme shyness) والانسحاب (Jackson, *et al*., 2005, 81).

9-3- أعراض الصمت الانتقائي لدى الأطفال:

تتفاوت أغراض الصمت الانتقائي من طفل لآخر وفقاً لشدة الاضطراب لديه والتي قد تتضح فيما يأتي:

9-3-1- **الأعراض الجسمانية:** تتضح من خلال: توتر العضلات، والهز والرجفة، والتعرق.

9-3-2- وسرعة التنفس، تسارع في دقات القلب، والغثيان، والدوار، واحمرار الوجه وغيرها من الأعراض التي تشبه نوبات الذعر (panic)، وقد يصعب اكتشاف هذه الأعراض فكثيراً من الأطفال ذوي الصمت الاختياري لا يكشفون عن وجود هذه الأعراض لديهم.

9-3-3- **تدنى المهارات الاجتماعية لدى الطفل وإحجامه عن التواصل الاجتماعي:** كالتشبث بالآباء، الاختباء، أو الهروب أثناء التعامل مع الغرباء، البكاء، التجمد، ونوبات الغضب عندما يُطلب منه التحدث في الأماكن العامة.

9-3-4- **سيطرة أعراض القلق الاجتماعي (Social Anxiety Symptoms):** حتى أن بعض الأطفال يمتنعون عن تناول الطعام أمام الآخرين داخل المدرسة، أو استخدام دورات المياه أحياناً (Angela, *et al*, 2005, 11).

9-3-5- تنتاب الطفل حالة من الوجوم والعبس (Blank Facial Expression): فلا يمكن أن يراهم معلموهم أو آباؤهم مبتسمين، ويمكنهم التعبير عن مشاعر عدم السعادة من خلال بعض الإيماءات وتعبيرات الوجه.

9-3-6- **الأعراض السلوكية:** تجنب الطفل للتواصل البصري (Avoid Eye Contact) وغالباً ما يتجه نظر الطفل لأسفل.

9-3-7- الوجه الجليدي أو المقنع (Masked Facial Expression) وسيطرة علامات الحزن على الطفل أحياناً.

9-3-8- قلّة الطعام (Poor Eater)، وقلّة النوم (Camposano, 2011, 47).

9-3-9- حساسية الطفل الزائدة تجاه البيئة المحيطة بالموقف التفاعلي الاجتماعي.

9-3-10- يميل الطفل ذو الصمت الانتقائي إلى العزلة واللعب بمفردة وعدم المشاركة حتى في الأنشطة التي لا تعتمد على التواصل اللفظي (Angela, *et al*., 2005, 11).

يسعى الطفل أحياناً إلى التخفيف من حدة القلق الاجتماعي المسيطر عليه، بزيادة الاستجابة الاجتماعية أو الحسية تجاه الآخرين لتجنب الإحساس بعدم الكفاءة وتدنى مهارات التحدث لدية، وتظهر هذه السلوكيات في بداية الإصابة بالاضطراب وقبل عجزه عن الحديث ففي بعض الحالات يكون لدى الطفل قلق تجاه استجابة الآخرين تجاه صوته، فيلجأ للعناق وطرق جسدية أخرى للتعبير عن مشاعره تجاه الأفراد المألوفين بالنسبة له، بذلك يتجنب الحديث وإحلاله بوسيلة تواصل أخرى.

9-4- النظريات المفسرة للصمت الانتقائي:

9-4-1- نظرية أدلر:

قد يكون النقص سبباً من أسباب الصمت، حيث يعتقد أدلر أن أسباب السلوك غير السوي تظهر من خلال التطور الاجتماعي، وأن الحماية الأبوية الزائدة هي أول أسباب هذا السلوك، حيث تجعل الطفل يشعر بعدم الكفاءة وغير قادر على تحمل المسؤولية وغياب الأب والأم يشعر الطفل بمشاعر النقص والذي يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة ان حيث ركزت نظرية /آدلر/ على الشعور بالنقص (الزيات، 1996، 197).

9-4-2- نظرية النكوص عند فرويد:

يعرف فرويد بأنه العودة إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو يشعر بها الفرد بالاطمئنان، ومن الممكن هنا أن يشعر الطفل الذي يعاني من الصمت الانتقائي بالاطمئنان إذا رجع إلى المرحلة الفمية التي لا يستطيع التكلم بها، محاولاً الهرب من البيئة التي يعيش فيها، فلا يجد خلالها إشباعاً لحاجاته، ويكون هذا الهرب نوعاً من الدفاع عن النفس، حيث ركزت نظرية فرويد على النكوص إلى مرحلة نمائية سابقة (Middendorf, 2013).

10- منهج البحث:

انطلاقاً من طبيعة البحث والبيانات المراد الحصول عليها لمعرفة الصمت الانتقائي وعلاقته بالخجل عند الاطفال قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويسهم وصفها وصفاً دقيقاً ويوضح خصائصها عن طريق جمع المعلومات وتحليلها وتفسيرها ومن ثم تقديم النتائج في ضوئها.

11. المجتمع الأصلي للبحث:

شمل المجتمع الأصلي للبحث أطفال الروضات الحكومية البالغ عددهم (6490) طفلاً وطفلة في محافظة دمشق وفق آخر إحصاء لمكتب الإحصاء في مديرية التخطيط والعلاقات الدولية في وزارة التربية، وبعد تطبيق قائمة شطب لأعراض الأحداث الصادمة (C.P.T.S.D) من أجل تشخيص الأطفال الذين تعرَّضوا لأحداث صادمة، والجدول الآتي يوضّح توزّع أفراد المجتمع الأصلي للبحث من أطفال الروضة:

الجدول (1): توزع أطفال الروضة في المجتمع الأصلي للبحث

	الذكور	الإناث	المجموع الكلي
عدد أطفال الروضة	3364	3126	6490

12- عينة البحث: لتحقيق أهداف البحث شملت عينة البحث مجموعة أولى مكوَّنة من (524) طفل وطفلة تم سحبهم من مؤسسات رياض الأطفال الحكومية وفق التقسيم الجغرافي لمحافظة دمشق: (شمال، جنوب، وسط، غرب، شرق)، حيث تمَّ أخذ روضتين من كل منطقة جغرافية، وبعد تطبيق اختبار الربيعيات وأخذ الأطفال الذين حصلوا على مستوى (50% فأعلى) في مقياس الخجل، تم تطبيق قائمة شطب لأعراض الأحداث الصادمة (C.P.T.S.D)، أخذت الباحثة أعلى درجات لـ (100) طفلاً وطفلة تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق، تم تشخيصهم من خلال تطبيق مقياس قائمة شطب لأعراض الأحداث الصادمة (C.P.T.S.D) عليهم، وبذلك بلغت عينة البحث النهائي للأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة (100) طفل وطفلة موزعة على (38) ذكور و(62) إناث بنسبة سحب من المجتمع الأصلي للروضات العشرة (19.08). وتم سحب مجموعة ثانية مكوَّنة من (100) طفلاً وطفلة لم يتعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق بنسبة سحب من المجتمع الأصلي للروضات العشرة (19.08). ومن أهم المعايير التشخيصية المرتبطة باضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال، الآتي:

1) استعانت الباحثة بالعديد من المعايير التشخيصية من خلال الدراسات السابقة والإطار النظري للدراسة الحالية، وجمع المعلومات المرتبطة بمظاهر الاضطراب لدى الأطفال سواء داخل المنزل أو المدرسة والمقابلات الإكلينيكية لاضطراب الصمت الاختياري لدى الأطفال. على الرغم أنه لا يوجد فحوصات مخبرية أو إشعاعية لتشخيص الصمت الاختياري إلا أنه تمَّ وضع العديد من المعايير من خلال الدليل التشخيصي الرابع، ومنها:

- يفشل الطفل بالكلام في مواقف اجتماعية محددة بشكل مستمر كالروضة أو مع الأصدقاء في اللعب، بحيث يكون من المتوقع أن يتكلم في هذه المواقف، يبقى صامتاً رغم قدرته على الحديث في المواقف الأخرى.
- أن يتعارض هذا الاضطراب مع التحصيل التربوي والإنجاز المهني والتواصل الاجتماعي.

- يجب أن يستمر هذا الاضطراب لمدة شهر على الأقل، وقد لا يكون من الشهر الأول للذهاب إلى الروضة، حيث يمكن أن يكون ذلك بعد وقت غير محدد نتيجة أحداث معينة تسببت للطفل بالخجل والرغبة في عدم الذهاب.
- لا يتم تشخيص الصمت الانتقائي على أنه فشل في الكلام الناتج عن نقص المعلومات ونقص المساعدة والبطء، بل بحاجة إلى موقف اجتماعي.
- لا يتم تشخيص الصمت الانتقائي على أنه اضطراب في حال كان ناتجاً عن خلل مثل التأتأة، ولا يجب أن يرتبط بالاضطرابات النمائية أو انفصام الشخصية أو اضطرابات ذهانيه أخرى

2) استبعاد عملية التشخيص حلال الشهر الأول من بدء الدراسة، والتأكد من خلو الطفل من كافة الاضطرابات النمائية والتأخر اللغوي واضطرابات النطق، والإعاقات الحسية من خلال التقارير والفحوص الطبية لحالة الطفل (American Psychiatric Association, 2000).

الجدول(2):توزع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس

المتغير	الفئة	عدد الأطفال	النسبة
الجنس	ذكور	38	%38
	إناث	62	%62
	المجموع الكلي	**100**	**% 100**

13- أدوات البحث:

13-1- مقياس الصمت الانتقائي:

. مرحلة الاطلاع واختيار المقياس:

وصف المقياس: صمَّمت الباحثة مقياس الصمت الانتقائي، ويتألف المقياس من عدد من الأسئلة بلغت (24) عبارة و(3) أبعاد (بعد المخاوف، بعد التفاعل مع الآخرين، بعد الروضة)، موجَّه إلى معلمات رياض الأطفال في محافظة دمشق، وتتوزع البنود على الأبعاد الفرعية للمقياس وفق الآتي:

الجدول (3): أبعاد مقياس الصمت الانتقائي

أبعاد المقياس	أرقام العبارات
البعد الأول: المخاوف	**7-1**
البعد الثاني: التفاعل مع الآخرين	**15 -8**
البعد الثالث: في الروضة	**24 -16**

. **طريقة تصحيح المقياس:** تتدرج إجابات معلمات الروضة أفراد عينة البحث على هذا المقياس من (1 إلى 3) درجات من خلال اختيار أحد البدائل الآتية: (لا، إلى حد ما، نعم). وتشير الدرجات المرتفعة إلى أن الطفل لديه مستوى مرتفع من الصمت الانتقائي، أما الدرجات المنخفضة فتشير إلى أن الطفل لديه مستوى منخفض من الصمت الانتقائي. وبذلك تكون أعلى درجة يحصل عليها الطفل في مقياس الصمت الانتقائي هي (72) درجة، وأدنى درجة هي (24) درجة.

. الدّراسة الاستطلاعية لمقياسي البحث (الصمت الانتقائي، الخجل):

بهدف التّحقق من وضوح بنود المقياسين وتعليماتهما، قامت الباحثة بدراسة استطلاعية، إذ طبقت المقياسين على عينة صغيرة من الأطفال الذين تمَّ تشخيصهم بأنهم تعرضوا لأحداث صادمة بلغ عددهم (20) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة في محافظة دمشق –لم تشملهم العينة الأصلية للبحث–، ونتيجة للدّراسة الاستطلاعية، بقيت بنود المقياسين كما هي، وكذلك التّعليمات المتعلقة بهما، حيث تبين أنّها واضحة تماماً ومفهومة. كما تمَّ تعديل بعض البنود من حيث الصياغة والأخطاء اللغوية والمطبعية.

. التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الصمت الانتقائي:

. صدق مقياس الصمت الانتقائي:

– **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):** بهدف التحقق من صلاحية بنود مقياس الصمت الانتقائي عُرض المقياس على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية في جامعة دمشق بلغ عددهم (7) أعضاء هيئة تدريسية، لبيان رأيهم في صحة كل بند، فضلاً عن ذكر ما يرونه مناسباً من إضافات أو تعديلات، وبناءً على الآراء والملاحظات تمَّ تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة، وبالتالي بلغ المجموع النهائي لبنود هذا المقياس بصورته النهائية (24) بنداً.

. صدق البناء الداخلي لمقياس الصمت الانتقائي:

تم إجراء معامل الارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية وكل بُعد من الأبعاد الفرعية للمقياس، وجائت النتائج وفق الآتي:

الجدول(4):الارتباطات بين المجموع الكلي والأبعاد الفرعية لمقياس الصمت الانتقائي

	الارتباط	البُعد الأول: (المخاوف)	البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين)	البُعد الثالث: (الروضة)
مقياس الصمت الانتقائي	ارتباط بيرسون	0.882**	0.867**	0.845**
	مستوى الدلالة	0.000	0.000	0.000
	عدد البنود	8	8	8

أظهرت النتائج أنَّ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية وكل بُعد من الأبعاد الفرعية تراوح بين (0.845 و 0.882)، وهو ارتباط مرتفع يدلّ على أنَّ مقياس الصمت الانتقائي متجانس في قياس السمة المقيسة.

الصدق التمييزي لمقياس الصمت الانتقائي:

تمَّ إجراء الصدق التمييزي على مقياس الصمت الانتقائي بين الرباعي الأعلى في درجات المقياس، وهم (6) أطفال من أفراد البحث، والرباعي الأدنى في درجات إجاباتهم على المقياس، وهم (6) أطفال من أفراد البحث لاستجابات أفراد عينة البحث، وفق درجاتهم الكلية على المقياس، وإهمال (8) أطفال الذين كانت درجاتهم في الوسط، حيث رتبت البنود تنازلياً.

وتم حساب اختبار كولموغروف – سميرنوف (**Kolmogorov- Smirnov Z**) لمعرفة توزع البيانات وتحديد الاختبار المناسب لدراسة الفروق، وذلك حسب الجدول التالي:

الجدول (5): اختبار كولموغروف – سميرنوف لمعرفة توزع البيانات في مقياس الصمت الانتقائي

أبعاد المقياس	البُعد الأول: (المخاوف)	البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين)	البُعد الثالث: (الروضة)	إجمالي المقياس
المطلق	1.000	1.000	1.000	1.000
إيجابي	0.000	0.000	0.000	0.000
سلبي	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
اختبار كولموغروف – سميرنوف	2.450	2.236	2.610	2.236
القيمة الاحتمالية	0.000	0.000	0.000	0.000

تظهر النتائج في الجدول (5) أنَّ جميع قيم سميرنوف دالة إحصائياً لأنَّ قيم (Sig) مستوى الدلالة المحسوبة أصغر من (0.05)، وبالتالي فالبيانات ليست موزعة طبيعياً ويجب استخدام اختبار لامعلمي لدلالة الفرق بين الربيعين الأول والرابع. لذلك عولجت النتائج إحصائياً باستخدام اختبار لا معلمي (اختبار ويلككسون) لدلالة الفروق بين الرباعيين الأعلى والأدنى، وكانت النتائج كما يشير إليها الجدول (6):

الجدول (6): اختبار ويلككسون لدراسة الفروق بين الربيع الأعلى والربيع الأدنى لمقياس الصمت الانتقائي

الصدق التمييزي		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	ويلككسون المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
البُعد الأول: (المخاوف)	1.00	6	15.50	93.00	3.838	55.000	0.000	دالة عند (0.05)
	4.00	6	5.50	33.00				
	المجموع	12						
البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين)	1.00	6	15.50	93.00	3.844	55.000	0.000	دالة عند (0.05)
	4.00	6	5.50	33.00				
	المجموع	12						
البُعد الثالث: (الروضة)	1.00	6	15.50	93.00	3.871	55.000	0.000	دالة عند (0.05)
	4.00	6	5.50	33.00				
	المجموع	12						
الدرجة الكلية	1.00	6	15.50	93.00	3.792	55.000	0.000	دالة عند (0.05)
	4.00	6	5.50	33.00				
	المجموع	12						

يُظهر الجدول (7) أنَّ قيمة Z المقابلة لقيمة ويلككسون المحسوبة في الدرجة الكلية لمقياس الصمت الانتقائي بلغت (3.792)، وجميعها دالة إحصائياً لأن قيمة الاحتمال بلغت (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود صدق تمييزي للمقياس أي المقياس لها قدرة تمييزية لوجود فروق بين الأرباعي الأعلى والأرباعي الأدنى أي أصحاب الدرجات العالية والمنخفضة.

ثبات مقياس الصمت الانتقائي: تمَّ حساب معامل الارتباط "سبيرمان" بين استجابات الأفراد حسب التجزئة النصفية، و"بيرسون" حسب الإعادة، وثبات ألفا كرونباخ، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (5): نتائج الثبات بالإعادة وسبيرمان براون للتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس الصمت الانتقائي

أبعاد مقياس الصمت الانتقائي	ثبات الإعادة	سبيرمان براون	ألفا كرونباخ
البعد الأول: (المخاوف)	0.850	0.844	0.779
البعد الثاني: (الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة)	0.842	0.806	0.784
البعد الثالث: (الروضة)	0.873	0.769	0.731
الدرجة الكلية	0.884	0.812	0.790

أظهرت النتائج أنَّ قيم معاملات الثبات بالإعادة في الدرجة الكلية للمقياس بلغت (0.884) وهي دالة إحصائياً، كما بلغت قيمة الثبات بالتجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط سبيرمان (0.812)، وبلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.790)، وهي تدل على ثبات المقياس، وتسمح بإجراء البحث.

13-2- مقياس الخجل:

مرحلة الاطلاع واختيار بنود المقياس: تم فيها الاطلاع على بعض الدراسات التّي تناولت موضوع الخجل لدى الأطفال في الروضة. ثمّ طوَّرت الباحثة في ضوء هذه المقاييس بنود مقياس الخجل لدى الأطفال في الروضة، وذلك بصياغة (24) بنداً في المقياس.

طريقة تصحيح مقياس الخجل: تتم الإجابة على بنود مقياس الخجل بواحدة من الإجابات الثلاث الآتية: (نعم، أحياناً، لا). فالبنود تُعطى درجاتها وبالتّرتيب السّابق على النحو التّالي: (3، 2، 1). وتشير الدرجة المرتفعة لدرجات أفراد عينة البحث في المقياس على ارتفاع مستوى الخجل لديهم، والعكس صحيح. وأعلى درجة افتراضية في المقياس (72)، وأدنى درجة افتراضية في المقياس (24) درجة.

. صدق مقياس الخجل:

- **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):** بهدف التحقق من صلاحية بنود مقياس الخجل عُرض المقياس على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية في جامعة دمشق بلغ عددهم (7) أعضاء هيئة تدريسية، لبيان رأيهم في صحة كل بند، فضلاً عن ذكر ما يرونه مناسباً من إضافات أو تعديلات، وبناءً على الآراء والملاحظات تمَّ تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة، وبالتالي بلغ المجموع النهائي لبنود هذا المقياس بصورته النهائية (24) بنداً.

- **صدق البناء الداخلي:** تم إجراء معامل الارتباط بين الدرجة الكلية وكل بند من البنود الفرعية للمقياس، وجاءت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (7): معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس الخجل

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
1.	**0,589	7.	**0,559	13.	**0,613	19.	**0,546
2.	**0,524	8.	**0,552	14.	**0,609	20.	**0,594
3.	**0,532	9.	**0,541	15.	**0,604	21.	**0,546
4.	**0,557	10.	**0,551	16.	**0,624	22.	**0,571
5.	**0,554	11.	**0,563	17.	**0,655	23.	**0,563
6.	**0,528	12.	**0,533	18.	**0,479	24.	**0,640

أظهرت النتائج أنَّ قيم معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والبنود الفرعية تراوحت بين (0,479 – 0,655)، وهذا يدلُّ وجود ارتباط إيجابي ودال إحصائياً بين المجموع الكلي والبنود الفرعية المكوّنة له؛ مما يدل على أنَّ مقياس الخجل متجانس في قياس الغرض الذي وضع من أجله، ويتسم بالصدق الداخلي.

الصدق التمييزي لمقياس الخجل:

تمَّ إجراء الصدق التمييزي على مقياس الخجل بين الرباعي الأعلى في درجات المقياس، وهم (6) أطفال من أفراد البحث، والرباعي الأدنى في درجات إجاباتهم على المقياس، وهم (6) أطفال من أفراد البحث لاستجابات أفراد عينة البحث، وفق درجاتهم الكلية على المقياس، وإهمال (8) أطفال الذين كانت درجاتهم في الوسط، حيث رتبت البنود تنازلياً.

وتم حساب اختبار كولموغروف – سميرنوف (**Kolmogorov- Smirnov Z**) لمعرفة توزع البيانات وتحديد الاختبار المناسب لدراسة الفروق، وذلك حسب الجدول التالي:

الجدول (8): اختبار كولموغروف – سميرنوف لمعرفة توزع البيانات في مقياس الخجل

مقياس الخجل	الدرجة الكلية
المطلق	1.000
إيجابي	0.000
سلبي	-1.000
اختبار كولموغروف – سميرنوف	2.236
القيمة الاحتمالية	0.000

تظهر النتائج في الجدول (8) أنَّ جميع قيم سميرنوف دالة إحصائياً لأنَّ قيم (Sig) مستوى الدلالة المحسوبة أصغر من (0.05)، وبالتالي فالبيانات ليست موزعة طبيعياً ويجب استخدام اختبار لامعلمي لدلالة الفرق بين الربيعين الأول والرابع. لذلك عولجت النتائج إحصائياً باستخدام اختبار لا معلمي (اختبار ويلككسون) لدلالة الفروق بين الرباعيين الأعلى والأدنى، وكانت النتائج كما يشير إليها الجدول (9):

الجدول (9):اختبار ويلككسون لدراسة الفروق بين الربيع الأعلى والربيع الأدنى لمقياس الخجل

الصدق التمييزي		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	ويلككسون المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
الدرجة الكلية	1.00	6	17.50	105.00	3.801	55.000	0.000	دالة عند (0.05)
	4.00	6	7.50	45.00				
	المجموع	12						

يُظهر الجدول (9) أنَّ قيمة Z المقابلة لقيمة ويلككسون المحسوبة في الدرجة الكلية لمقياس الخجل بلغت (3.792)، وجميعها دالة إحصائياً لأن قيمة الاحتمال بلغت (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود صدق تمييزي للمقياس أي المقياس لها قدرة تمييزية لوجود فروق بين الأرباعي الأعلى والأرباعي الأدنى أي أصحاب الدرجات العالية والمنخفضة.

ثبات مقياس الخجل: تمَّ حساب معامل الارتباط "سبيرمان" بين استجابات الأفراد حسب التجزئة النصفية، و"بيرسون" حسب الإعادة، وثبات ألفا كرونباخ، وجاءت النتائج وفق الجدول الآتي:

الجدول (10): نتائج الثبات بالإعادة وثبات التجزئة النصفية وفق سبيرمان براون وألفا كرونباخ لمقياس الخجل

مقياس الخجل	ثبات الإعادة	سبيرمان براون	ألفا كرونباخ
الدرجة الكلية	0.876	0.791	0.739

أظهرت النتائج أنَّ قيم معاملات الثبات بالإعادة في الدرجة الكلية للمقياس بلغت (0.876) وهي دالة إحصائياً، كما بلغت قيمة الثبات بالتجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط سبيرمان (0.791)، وبلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.739)، وتدل على ثبات المقياس، وتسمح بإجراء البحث.

14 . عرض النتائج ومناقشتها وتفسيرها:

11-1- الإجابة عن أسئلة البحث ومناقشتها وتفسيرها:

11-1-1- ما مستوى الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق؟

لحساب مستوى الصمت الانتقائي لدى أفراد عينة البحث من أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق تم حساب المتوسط الحسابي لكل بند ثمَّ للدرجة الكلية للمقياس، ويمكن تحديد المستويات كما يلي:

الجدول (11): تقدير مستويات /الصمت الانتقائي/ و/ الخجل / لدى الأطفال

المتوسط	المستوى
1 – 1.66	ضعيف
1.67 – 2.32	متوسط
2.33 – 3	مرتفع

وتمَّ ذلك بالاعتماد على استجابات المقياس 3-1 ÷ 3 = 0.66

الجدول (12): الدّرجة الكلية لمتوسط الأبعاد كافة في مقياس الصمت الانتقائي بين أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة

	مقياس الصمت الانتقائي	الأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة				الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة			
م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الرتبي	المستوى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الرتبي	المستوى
.1	البُعد الأول: (المخاوف).	13.12	9.552	1.64	ضعيف	22.59	8.918	2.82	مرتفعاً
.2	البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين).	12.47	9.170	1.55	ضعيف	20.31	7.538	2.53	مرتفعاً
.3	البُعد الثالث: (في الروضة).	11.69	9.473	11.46	ضعيف	22.06	8.385	2.75	مرتفعاً
	الدّرجة الكلية	37.28	28.195	1.55	ضعيف	64.96	24.841	2.70	مرتفعاً

يلاحظ من الجدول (12) أنَّ مستوى الصمت الانتقائي لدى الأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة كان منخفضاً حيث بلغ متوسطه الرتبي (1.55)، وأنَّ مستوى الصمت الانتقائي لدى الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة كان مرتفعاً حيث بلغ متوسطه الرتبي (2.70).

11-1-2- ما مستوى الخجل لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق؟

لحساب مستوى الخجل لدى أفراد عينة البحث من أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة في محافظة دمشق تم حساب المتوسط الحسابي لكل بند ثمَّ للدرجة الكلية للمقياس، وجاءت النتائج على الشكل الآتي:

الجدول (13): الدرجة الكلية لمتوسط الإجابات على مقياس الخجل بين أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة

	الأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة				الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة			
مقياس الخجل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الرتبي	المستوى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الرتبي	المستوى
الدرجة الكلية	44.18	17.859	1.84	متوسطاً	58.26	16.900	2.42	مرتفعاً

يتضح من درجات الجدول (13) أنَّ مستوى الخجل لدى الأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة كان متوسطاً حيث بلغ متوسطه الرتبي (1.84)، وأنَّ مستوى الخجل لدى الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة كان مرتفعاً حيث بلغ متوسطه الرتبي (2.42).

هذا يعني أنَّه ينبغي على الروضة أن تؤدي دوراً مهماً في تهيئة الجو المناسب الذي يتيح للطفل تكوين صورة نفسية واضحة عن ذاته بعد تعرضه لأحداث صادمة، يتمثل بها بشكل يضمن استقراره الداخلي وحسن صحته النفسية. كما أنها تنمي النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس لدى الطفل. وتنمي المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة.

ويُعدُّ الخجل ظاهرة طبيعية عند الأطفال، ولكن عندما يكون شديداً ويستمر فترة طويلة عندئذ يُمكن أن يُسمَّى الخجل بالاضطراب التجنبي، يُعاني من خلاله الطفل من قلق مفرط وأفكار سلبية نحو الذات، وصعوبات في الأداء وفقدان التركيز، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية. ومن أهم الأعراض التشخيصية لطفل تعرَّض لصدمة هي الأعراض التجنبية، وهذا ما أكده (جرجس، 1985، 179).

11-2- الإجابة عن فرضيات البحث ومناقشتها وتفسيرها:

تمَّ اختبار الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

11-2-1- الفرضية الأولى: ((لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الانتقائي وظاهرة الخجل لدى أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة)).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمَّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الأطفال على مقياس الصمت الانتقائي، ومقياس الخجل. وجاءت النتائج كالآتي:

الجدول (14): معامل الارتباط بيرسون بين الصمت الانتقائي والخجل لدى أفراد عينة البحث

	الارتباط	الدرجة الكلية للخجل
البُعد الأول: (المخاوف)	معامل الارتباط بيرسون	**0.558**
	القيمة الاحتمالية	**0.000**
البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين)	معامل الارتباط بيرسون	**0.534**
	القيمة الاحتمالية	**0.000**
البُعد الثالث: (في الروضة)	معامل الارتباط بيرسون	**0.588**
	القيمة الاحتمالية	**0.000**
الدرجة الكلية لمقياس الصمت الانتقائي	معامل الارتباط بيرسون	**0.663**
	القيمة الاحتمالية	**0.000**

مناقشة الفرضية: كما هو موضح في الجدول السابق بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون في الدرجة الكلية بين المتغيرين (ر=0.663**)، وهو يعني ارتباطاً إيجابياً، أي **ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة** لوجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الصمت الانتقائي ومظاهر الخجل عند مستوى الدلالة (0.05) لدى أفراد عينة البحث.

وقد يعود ذلك إلى أنَّ الأطفال الذين لديهم صمت انتقائي يظهرون نوعاً من الخجل والاعتماد على الأهل عند لقاء الأقارب أو الأصدقاء أو الغرباء و ويستمر لفترة طويلة، عندئذ يمكن أن يسمى الخجل بالاضطراب التجنبي أو الهروبي فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين ويعاني من عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع ويعيش منطوياً على نفسه بعيداً عن الآخرين ويحاول الابتعاد عن الآخرين في المناسبات الاجتماعية، ويتكلم بصوت منخفض ويتلعثم ويحمر وجهه وأذناه عند تفاعله مع الآخرين في المجتمع (بطرس، 2008، 135). كما يتص الطفل الذي يُعاني من الصمت الانتقائي بتحاشي التواصل مع الآخرين وعدم الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية والخوف وضعف الثقة بالنفس وبالآخرين والتردد والتكلم بصوت منخفض واحمرار الوجه وتصبب العرق عند الحديث وقد يترافق ذلك مع حدوث ارتعاش في أطراف الجسم مثل اليدين عند الحديث أمام الآخرين (الزغول، 2006، 146).

11-2-2- الفرضية الثانية: ((لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي وفق متغير الجنس)).

لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الأطفال أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي استناداً إلى متغير الجنس: (ذكور، إناث)، تم استخدام اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لتوضيح دلالة الفروق، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (15): قيمة اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الطلبة على مقياس الصمت الانتقائي تبعاً لمتغير الجنس

أبعاد المقياس	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	د. ح	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	القرار
المخاوف	ذكور	38	22.04	8.662	98	0.639	0.523	غير دال عند (0.05)
	إناث	62	22.96	8.580				
التفاعل مع الآخرين	ذكور	38	20.40	7.619	98	0.027	0.978	غير دال عند (0.05)
	إناث	62	20.60	7.634				
في الروضة	ذكور	38	22.44	8.792	98	0.355	0.723	غير دال عند (0.05)
	إناث	62	22.36	8.788				
الدرجة الكلية	ذكور	38	64.88	25.073	98	0.984	0.106	غير دال عند (0.05)
	إناث	62	65.92	25.002				

يُلاحظ من الجدول (15) أن قيمة (ت) بلغت (0.984) في الدرجة الكلية للمقياس، وبلغت القيمة الاحتمالية (0.106)، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، لذا تُقبل الفرضية الصفرية القائلة: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلبة أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي تبعاً لمتغير الجنس**".

وتعزو الباحثة ذلك إلى أنَّ الأطفال سواء أكانوا ذكوراً أم إناثاً يفتقدون إلى المهارات الاجتماعية بين الأطفال المتأثرين بالصمت الانتقائي لا تختلف اختلافاً كبيراً (Amir, 2005, 68). كما أنَّ هؤلاء الأطفال غير قادرين على التواصل اللفظي عندما يقترب منهم شخص بالغ؛ بينما يتفاعل بعض الأطفال بسهولة مع أقرانهم داخل المنزل وخارجه (Amir, 2005, 69).

وأشارت العديد من نتائج الدراسات أنه بصرف النظر عن التواصل اللفظي لديهم، فإن العديد من الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي يتصفون أيضاً بتجنب ملامسة العين، وقلّة الابتسام في المواقف الاجتماعية، ونوبات الغضب، واحمرار الوجه، (McHolm, *et al*, 2005; Dummit, *et al*., 1997, 655; Kristensen, 2001, 136).

كما أشارت نتائج العديد من الدراسات (Dow, et al, 1995) بأن الأحداث الصادمة أو أحداث الحياة الكبرى، مثل سوء المعاملة أو وفاة أحد أفراد أسرته، تؤدي إلى بداية الصمت الانتقائي لدى الطفل باختلاف نوعه الاجتماعي سواء أكان ذكراً أم أنثى

ومع ذلك، وفقاً لدراسات أحدث، فإن الأطفال الذين عانوا من الصدمة ليسوا أكثر عرضة للإصابة بالخرس الانتقائي، ونادرًا ما ترتبط صدمة الطفولة المبكرة بتطور الاضطراب (Gray *et al*., 2002؛ Steinhausen & Juzi, 1996).

11-2-3- الفرضية الثالثة: ((لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل وفق متغير الجنس)).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمَّ حساب الفروق بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل، تعزى إلى متغير الجنس: (ذكور، إناث)، وذلك باستخدام اختبار ت ستودينت، وجاءت النتائج على النحو التالي:

الجدول(16): نتائج اختبار ت ستودينت لدلالة الفروق بين متوسطي درجات إجابات الذكور والإناث على مقياس الخجل

مقياس الخجل	متغير الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	القيمة الاحتمالية	القرار
الدرجة الكلية	ذكور	38	58,95	15,963	98	0.988	0.776	غير دال
	إناث	62	58,34	15,829				

مناقشة الفرضية: يظهر من خلال الجدول (16) بأن قيمة ت = (0,988) عند درجة حرية = (98)، والقيمة الاحتمالية (0.776)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05). وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مقياس الخجل بين متوسطي درجات استجابات الأطفال الذكور ومتوسط درجات استجابات الأطفال الإناث على مقياس الخجل.

ويمكن تفسير ذلك بأنَّ الوالدين يتبعان نفس أسلوب المعاملة الوالدية بغض النظر عن جنسه، ويعتقد من يقوم على رعايتهم بعد تعرضهم للأحداث الصادمة بأن الأطفال مازالوا صغاراً ويحتاجون إلى الرعاية الزائدة والحماية من الأخطار.

تختلف نتيجة البحث الحالي مع نتيجة . دراسة الهبهاب وآخرون (2008) لتي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الخجل وفقاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.

11-2-4- الفرضية الرابعة: ((يوجد تأثير دال إحصائياً لدى أطفال الروضة في كل من الصمت الانتقائي والمتغيرات الديمغرافية على الخجل**))**. للتحقق من صحة الفرضية تمَّ استخدام تحليل التباين المتعدّد، ويُبيّن الجدول (17) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات البحث:

الجدول (17): الإحصاءات الوصفية للتفاعل بين المتغيرات

	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد المفقود
الصمت الانتقائي	100	64.96	24.841	0
البُعد الأول: (المخاوف).	100	22.59	8.918	0
البُعد الثاني: (التفاعل مع الآخرين).	100	20.31	7.538	0
البُعد الثالث: (في الروضة).	100	22.06	8.385	0
الخجل	100	58.26	16.900	0

وقامت الباحثة بتحديد مقدار تأثير كل متغير من متغيرات البحث في مظاهر الخجل لدى أفراد عينة البحث من "أطفال الروضة"، استخدمت الباحثة اختبار تحليل الانحدار الخطي المتعدّد، والجدول الآتي يبيّن نتائج هذا الاختبار لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل، ومقياس الصمت الانتقائي:

الجدول (18): قيمة معامل التحديد المتعدد

النموذج	ر	$ر^2$
1	0.76	0.581
2	0.685	0.469
3	0.643	0.414

حيث أدخلت متغيرات الخجل، والصمت الانتقائي، وأبعاده (المخاوف، التفاعل مع الآخرين، في الروضة)، وأشارت النتائج إلى أنَّ هناك ثلاث مراحل هي:

المخاوف؛ والخجل وقيمة ر2 له هي (0.581).

التفاعل مع الآخرين؛ والخجل وقيمة ر2 له هي (0.469).

الصمت في الروضة؛ والخجل وقيمة ر2 له هي (0.414).

الجدول (19): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد للخجل والصمت الانتقائي وأبعاده

النموذج	المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية			
	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	بيتا	ت	مستوى الدلالة	القرار
المرحلة الأولى						
القيمة الثابتة	158.001	27.944		5.654	0.000	دال
المخاوف* والخجل	-0.008	0.142	-0.002	-0.060	0.952	غير دال
المرحلة الثانية						
التفاعل مع الآخرين * والخجل	-31.823	3.011	-0.476	-10.569	0.000	دال
المرحلة الثالثة						
الصمت في الروضة * والخجل	25.857	3.022	0.386	8.555	0.000	دال

يتبين من الجدول السابق أن متغير (المخاوف* والخجل) قيمة مستوى الدلالة فيه غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث كانت قيمة بيتا (0.002)، كما أن متغير (التفاعل مع الآخرين * والخجل) قيمة مستوى الدلالة فيه دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث كانت قيمة بيتا (0.476) عند مستوى الدلالة (0.01)، ويشير ذلك إلى أنَّ التفاعل مع الآخرين له تأثيراً دالاً في تبيان متغير مظاهر الخجل، أيضاً متغير (الصمت في الروضة * والخجل) قيمة مستوى الدلالة فيه دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث كانت قيمة بيتا (0.386) عند مستوى الدلالة (0.01)، ويشير ذلك إلى أنَّ الصمت في الروضة له تأثيراً دالاً في تبيان متغير مظاهر الخجل..

ويمكن أن تفسير ذلك بأنَّ متغير الصمت الانتقائي يؤثر في مستوى مظاهر الخجل لدى الطفل الذي تعرَّض لخبرات صادمة، فالخبرات الصادمة التي يتعرض لها الأطفال، والظروف الأسرية، والاجتماعية، والثقافية، والدراسية، والاقتصادية، والمرحلة العمرية نفسها التي يعيشونها تُساهم في ظهور الخجل لدى الأطفال الذكور والإناث.

وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة ثابت وآخرين (2001) إلى وجود معاناة واضحة لدى الأطفال الذين يعانون من أحداث صادمة من خلال الخبرة الواقعية.

11-2-5- الفرضية الخامسة: ((لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة)).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمَّ حساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي، بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستيودنت (t-test)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول (20):

الجدول (20): نتائج اختبار (ت ستيودنت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة

مقياس الصمت الانتقائي	متغير الصدمة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	القيمة الاحتمالية	القرار
المخاوف	لم يتعرضوا	100	13.12	9.552	198	7.399	0.000	دال عند (0.05)
	تعرضوا لها	100	22.59	8.918				
التفاعل مع الآخرين	لم يتعرضوا	100	12.47	9.170	198	8.159	0.000	دال عند (0.05)
	تعرضوا لها	100	20.31	7.538				
في الروضة	لم يتعرضوا	100	11.69	9.473	198	7.107	0.000	دال عند (0.05)
	تعرضوا لها	100	22.06	8.385				
الدرجة الكلية	لم يتعرضوا	100	37.28	28.195	198	15.337	0.000	دال عند (0.05)
	تعرضوا لها	100	64.96	24.841				

مناقشة الفرضية: من خلال الجدول (20) يُلاحظ أن قيمة (ت) في الدرجة الكلية قد بلغت (15.337)، وبلغت القيمة الاحتمالية (0.000)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)؛ وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة لأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الصمت الانتقائي، أي إنَّ أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة أكثر ميلاً إلى الصمت الانتقائي من الأطفال الذين لم بتعرضوا لأحداث صادمة.

هذا يؤكد ما تتركه الأحداث الصادمة من آثار تُهدد سلامة الأطفال، فيصبح الطفل أكثر استعداداً أو استهدافاً لاضطراب الصمت الانتقائي واضطرابات نفسية أخرى (Amer, *et al.*, 2000).

11-2-6- الفرضية السادسة: ((لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الخجل لدى أطفال الروضة بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا)).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تمَّ حساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل، بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة، وذلك باستخدام اختبار ت ستيودنت (t-test)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول (21):

الجدول (21): نتائج اختبار (ت ستيودنت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل بين الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة والأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة

مقياس الخجل	متغير الصدمة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	القيمة الاحتمالية	القرار
الدرجة الكلية	لم يتعرضوا	100	44.18	17.859	198	12.672	0.000	دال عند (0.05)
	تعرضوا لها	100	58.26	16.900				

مناقشة الفرضية: من خلال الجدول (21) يُلاحظ أن قيمة (ت) في الدرجة الكلية قد بلغت (12.672)، وبلغت القيمة الاحتمالية (0.000)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)؛ وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة لأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الخجل، أي إنّ أطفال الروضة الذين تعرضوا لأحداث صادمة أكثر خجلاً من الأطفال الذين لم يتعرضوا لأحداث صادمة. **ويمكن تفسير ذلك** بأنَّ الأطفال المصابون بالصمت الانتقائي غالباً ما يشاركون ويتفاعلون ويتواصلون لفظياً في محيط مريح، مثل المنزل أو مع أقران موثوق بهم. هؤلاء الأطفال قادرون على التحدث وفهم لغتهم الأم. ومع ذلك، عند وضعهم في أماكن اجتماعية منظمة مثل الروضة أو المدرسة أو النوادي الصيفية، فإنهم يكونون صامتين وخجولين ومنسحبين اجتماعياً (American Psychiatric Association, 2000).

وقد ظهرت عدة عوامل تُساهم في حدوث الصمت الانتقائي منها الخجل أو القلق الاجتماعي، صعوبة التوافق مع البيئة الجديدة (فاضل، 1996، 163)، ومن خلال ما سبق تستنتج الباحثة أنَّ هناك علاقة بين الصمت الانتقائي والخجل، ويُمكن التخلص من مشكلة الصمت الانتقائي بتخفيف حالة الخجل عند الأطفال.

15. مقترحات البحث: بناءً على نتائج البحث يُمكن تقديم المقترحات الآتية:

15-1- ضرورة الاهتمام بالأطفال الذين يعانون من مشكلة الصمت الانتقائي.

15-2- إعداد خطة مشتركة بين الأهل والروضة بمشاركة المعلمات من اجل الاتفاق على الأساليب التعاون والتعامل مع الطفل من اجل المساهمة في إنجاح علاجه بأسرع وقت ممكن.

15-3- تنفيذ حملات توعية معدة وفق أسس متينة عن اضطراب الصمت الانتقائي.

15-4- عقد ورشات عمل لمعلمات الرياض والمرشدين التربويين في الروضات من أجل مساعدتهم في كشف حالات الصمت الانتقائي.

15-5- التركيز على البرامج الإرشادية الموجهة إلى مربيات الروضة والأهل للتغلب على الصمت الانتقائي.

15-6- توعية مربيات الأطفال باضطراب الصمت الانتقائي نظراً لأهمية التشخيص الجيد والتدخل العلاجي المبكر والفعَّال.

15-7- توعية الآباء بضرورة البُعد عن القسوة في التعامل مع أبنائهم الذين لديهم اضطراب الصمت الانتقائي.

15-8- إجراء دراسات أخرى مع متغيرات في محافظة دمشق، حيث اقتصرت الدراسة الحالية على دراسة الصمت الانتقائي وعلاقته بالخجل عند الأطفال على عينة من معلمات الاطفال.

المراجع References:

1. الأحمـد، بتـول. (2015). فعالية برنامج علاجي مقتـرح في تخفيـف حدة أعراض الصمت الاختياري " دراسة حالة لطفلة بالمرحلة الابتدائية". *مجلة كلية التربية*، جامعة الأزهر، العدد (162)، مصر، ص. ص: 433– 482.
2. بطرس، حافظ بطرس. (2008). المشكلات النفسية وعلاجها. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
3. ثابت، محمد؛ وآخرون. (2001). أثر الصدمة النفسية على الأطفال الفلسطينيين والصحة النفسية لأمهاتهم في قطاع غزة. غزة: برنامج غزة للصحة النفسية.
4. جرجس، ملاك. (1985). الطفل الخجول كيف نشجعه ونرعاه. ط2، الرياض: دار اللواء.
5. الدريني، حسين عبد العزيز. (2004). مقياس الخجل. القاهرة: دار الفكر العربي.
6. الزغول، عماد عبد الرحيم. (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. عمان: دار الشروق.
7. الزيـات، فتحـي مصـطفى. (1996). سـيكولوجية الـتعلم بـين المنظـور الارتبـاطي والمنظـور المعرفـي. القـاهرة: دار النشـر للجامعات.
8. سليمان، عبد الرحمن. (2002). اضطراب الصمت الاختياري (التباكم) لدى الأطفال. مجلة علم النفس، العدد (63)، السنة (16)، القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.
9. الصبي، عبد الله. (2013). الصمت الانتقائي. موقع أطفال الخليج – ذوي الاحتياجات الخاصة، مقال منشور بتاريخ 24 أيلول.
10. العنزي، باسل علي. (2009). مفهوم الطفل وفق اتفاقية حقوق الأطفال لعام (1989). الحوار المتمدن، العدد 2750.
11. فاضل، خليل. (1996). الخرس الانتقائي. العدد 452، مجلة العربي، الكويت، وزارة الإعلام.
12. الهبهاب، فاطمة؛ بلاعو، فاطمة؛ الجروشي، فاطمة: سالم، كبيرة. (2008). الخجل وعلاقته بالتحصيل الدراسي. مركز دراسات وبحوث الخليج، أطفال الخليج.
13. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
14. Aminian, Leile & Et al. (2015). Comparing the Depression, Anxiety, Stress, Shyness, Aggression and Educational Attainment, in Single and Two-Parent Male Students. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences, vol 5(s2), p. p: 593-598.
15. Amir, D. (2005). Re-finding the voice: Music therapy with a girl who has selective mutism. Nordic Journal of Music Therapy, 14 (1), 67–77.
16. Angela, E., Mcholm, Charles E. Cunningham. (2005). Helping Your Child With Selective Mutism: Practical Steps To Overcome A Fear Of Speaking Paperback.
17. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Kishimoto J, Miyake Y, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis. (2002) 190:175–82. doi: 10.1097/00005053-200203000-00006.
18. Chavira, Da., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., Stein, Mb. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

19. 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, 836–846.
20. Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (5), 653–660.
21. Jackson, M., Allen, R., Boothe, A., Nava, M., Coates, C. (2005). Innovative analysis and interventions in thetreatment of selective mutism. Clinical case studies, 4 (1)81-111
22. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA CJ CJ. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiol Heal. (2016) 38:e2016048. doi: 10.4178/epih.e2016048.
23. Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. European Child and Adolescent Psychiatry, 10, 135–142.
24. Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, McInnes A, Clark S. (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46:1187–1195.
25. McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking. Oakland, CA: New Harbinger.
26. Middendorf, J. (2013). Selective mutism: assessment and intervention. cincinnati children's hospital medical center ohio speech-language and hearing Association, 16(4): 20-37.
27. Qouta, S. (2000). Trauma, Violence and Mental Health: the Palestinian experience. Gaza: Al Jarrah Printing Press.
28. Shi, L., Wang, L., Jia, X., ET AL. (2017). Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study.
29. Torey, L. (1980). Classification of Elective Mutism. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, (19): 118-133.
30. Vasilyeva, N. (2013). Significant Factors in the Development of elective Mutism: A single case Study of a 5 year-old girl. British J of Psychotherapy, 29 (3), 373- 388.
31. Zhang, H., Shi, Y., Jing, P., et al. (2020). Posttraumatic stress disorder symptoms in healthcare workers after the peak of the COVID-19 outbreak: A survey of a large tertiary care hospital in Wuhan. Psychiatry Res, 2020 Dec;294:113541.
32. Zhang, R., Hou, T., Kong, X., ET AL. (2021). PTSD Among Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak: A Study Raises Concern for Non-medical Staff in Low-Risk Areas. Front. Psychiatry, 12 July 2021 | https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.696200
33. Zhou, T., Guan, R., Sun, L. (2021). Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of COVID-19 in Wuhan: The mediating effects of self-efficacy and coping strategies. ORIGINAL ARTICLE, First published: 20 March 2021, https://doi.org/10.1111/aphw.12267.