Articles in Press



Prevalence of Selective Mutism among Kindergarten Children from Mothers' Perspectives and its Educational Implications

Ali Saleh Jarwan, Farah Mamoun Ali

PII: 1475.2023

DOI: https://doi.org/10.35192/jjoas-h.1475.2023

Reference: JJOAS-H 1475.2023

To appear in: Jordan Journal of Applied Science-Humanities Science Series

Received Date: 20 Sep 2023

Revised Date: 22 Oct 2023

Accepted Date: 01 Nov 2023

Please cite this article as: Jarwan, A. S. & Ali, F. M. (in press). Prevalence of Selective Mutism among Kindergarten Children from Mothers' Perspectives and its Educational Implications. *Jordan Journal of Applied Science – Humanities Science Series*. https://doi.org/10.35192/jjoas-h.1475.2023

This is a PDF of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form. As such, this version is no longer the Accepted Manuscript, but it is not yet the definitive Version of Record; we are providing this early version to give early visibility of the article.

Please also note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Articles in Press

Prevalence of Selective Mutism among Kindergarten Children from Mothers' Perspectives and its Educational Implications

نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات

Ali Saleh Jarwan*, Farah Mamoun Ali

Yarmouk University, Irbid, Jordan

Jarwan_2012@yahoo.com*

Abstract

This study investigated the prevalence rate of Selective Mutism Disorder (SMD) among kindergarten children from the perspectives of their mothers, and examined whether prevalence differs according to the child's sex and birth order. To achieve the study objectives, the researchers developed a 16-item screening questionnaire for SMD after establishing its validity and reliability. The instrument was administered to 427 mothers of kindergarten children enrolled in public schools in Ajloun governorate. The results indicated that the prevalence rate of selective mutism among these children was 16.16%. Chi-square (χ^2) analysis revealed statistically significant differences in prevalence in favor of females and first-born children. These findings highlight the need for early identification and intervention in preschool settings. The study recommends organizing awareness and training workshops for kindergarten and early primary teachers to recognize signs of selective mutism, refer suspected cases for specialist assessment, and implement classroom strategies that reduce anxiety and support gradual verbal participation. Enhancing educators' knowledge and collaboration with families can contribute to better social-emotional adjustment and more equitable learning opportunities for children with selective mutism.

Keywords: Special Educational Needs, Selective Mutism Disorder, Kindergarten Children, Mothers.

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات، وما إذا كانت تختلف تبعًا لمتغيري جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة. ولتحقيق أهداف الدراسة، أعد الباحثان مقياسًا للكشف عن اضطراب الصمت الانتقائي تكون من (١٦) فقرة، وجرى التحقق من دلالات صدقه وثباته، طُبق على (٤٢٧) من أمهات أطفال الروضة (Kg٢) في المدارس الحكومية بمحافظة عجلون. أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة (١٦,١٦٪)، وأشارت قيمة مربع كاي χ^2 إلى وجود فروق دالة إحصائيًا في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة تعزى لمتغيري الجنس لصالح الإناث، والترتيب في الأسرة لصالح الأول. وفي ضوء نتائج الدراسة، يوصي الباحثان بضرورة تنظيم ندوات توعوية للمعلمات في مرحلتي رياض الأطفال، والأساسية الدنيا؛ للكشف عن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي.

الكلمات المفتاحية: الاحتياجات التربوية الخاصة، اضطراب الصمت الانتقائي، أطفال الروضة، الأمهات.

Articles in Press

المقدمة

الإطار النظري والدراسات السابقة

يعد الصمت الانتقائي أحد الاضطرابات السلوكية التي تعيق الطفل عن ممارسة حياته الطبيعية، والتكيف مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه؛ إذ يرفض الحديث مع أي شخص خارج الأسرة، ويميل إلى العزلة والانطواء داخل المجتمع المدرسي. ويصنف الصمت الانتقائي كأحد اضطرابات القلق الاجتماعي، ويتصف برفض الطفل التحدث في المواقف الاجتماعية التي يتوقع منه التحدث فيها كالكبار، والرفاق في الروضة، بالرغم من امتلاكه القدرة على التحدث بشكل طبيعي في المنزل ومع أسرته (Beidel & Bunnell, 2014).

ويصيب الصمت الانتقائي بعض الأطفال في سن الخامسة، ويكتشف بوضوح حين التحاقهم بالروضة، وبالرغم من أنه اضطراب نادر نسبيًا، وتتراوح نسبة انتشاره عالميًا بين (٠,٠٣٪-١,٩٪)؛ إلا أنه يحتاج إلى التدخل المبكر، وإلاّ تعرض الطفل لصعوبات أكاديمية، ومشكلات تتعلق بالقلق الاجتماعي، قد تستمر معه، وتؤثر في شخصيته، وحياته المستقبلية (Muris & Ollendic, 2021). ولا يقتصر تأثير اضطراب الصمت الانتقائي على الطفل الذي يعاني منه فحسب؛ بل يمتد إلى الكبار والصغار في بيئته الاجتماعية؛ فتتكون لديهم اتجاهات سلبية نحوه، ويصفونه بالخجل، والانطواء، والعناد، ويتعاملون معه بطريقة تنطوي على الاستبعاد، والتجاهل (Hoyne, 2014).

ومرّ اضطراب الصمت الانتقائي بتطور تاريخي؛ فقد عُرف في القرن التاسع عشر بالحالة النفسية التي تعرف باسم "الحبسة الطوعية" (Voluntary Aphasia)، وبعدها عُرف باسم "الخرس الاختياري" (Elective Mutism)، وتم تغييره في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV) باسم "الصمت الانتقائي" (Selective Mutism) (American Psychiatric Association, 1994). وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، أُدرج الصمت الانتقائي ضمن اضطرابات القلق؛ مما يشير إلى أن الأطفال الذين يعانون منه يشعرون بالقلق من التحدث بدلاً من عدم الرغبة في التحدث في مواقف محددة (American Psychiatric Association, 2013).

ويعرف الصمت الانتقائي بأنه "فشل الطفل بالتحدث في ظروف معينة، بينما يتحدث بطلاقة في ظروف أخرى" (McHolm et al., 2005)، وعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-٥) بأنه "فشل مستمر في التحدث بمواقف اجتماعية محددة (الروضة، والمدرسة، وجماعة اللعب)، حيث يكون الحديث متوقعًا، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى" (American Psychiatric Association, 2013)، في حين عرفه ستراك (Starke, 2018) بأنه "اضطراب يبدأ عادة في سن (٣-٤) سنوات، يُظهر فيه الطفل فشل في الكلام عند التحدث مع الآخرين في المدرسة، أو مع الغرباء، بينما يتحدث بصورة طبيعية في المنزل".

مما سبق، يستخلص الباحثان أن الصمت الانتقائي اضطراب يفشل فيه الطفل بالتحدث في المواقف الاجتماعية التي يتوقع منه التحدث فيها، كالروضة، والمدرسة، ومع الرفاق، أو في جماعة اللعب، بالرغم من امتلاكه القدرة على التحدث بشكل طبيعي في المنزل، ومع أفراد أسرته.

وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب الصمت الانتقائي أكثر انتشارًا بين الإناث منه بين الذكور، بمتوسط قدره (٢:١) (Dummit et al., 1997)، وفي السياق ذاته، أشار شاركي وماكنيكولاس (Sharkey & McNicholas, 2008) بأنه أكثر شيوعًا لدى الإناث منه عند الذكور بنسبة تتراوح من (١-١,٢)، في حين أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) إلى عدم وجود اختلاف في نسبة انتشاره تبعًا لمتغير جنس الطفل.

ويرتبط اضطراب الصمت الانتقائي بترتيب محدد في الأسرة، وفي هذا السياق، أظهرت نتائج دراسة شتاينهاوزن وجوزي (Steinhausen & Juzi, 1996) أن الطفل الأول من حيث ترتيبه في الأسرة هو الأكثر عرضه للإصابة بهذا الاضطراب بنسبة (٤٨٪)، يليه الطفل الثاني (٤٥٪)، والطفل الوحيد بنسبة (١٨٪).

وتتعدد أسباب الصمت الانتقائي لدى الأطفال، منها: الظروف الأسرية، والصراعات داخل الأسرة، وتعرضهم للصدمات، واضطراب النمو في مرحلة الطفولة، والتعرض للإيذاء، والدلال الزائد، والخجل (Milic, Muris & Ollendic, 2021; 2015; Masty, 2014). ويوصف الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائي

بأنهم خجولون، ومنسحبون، وحسّاسون، وتظهر لديهم أعراض القلق، والوسواس القهري (Kristensen, 2000).

ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) اضطراب الصمت الانتقائي ضمن اضطرابات القلق الاجتماعي، ويشخص بناءً على المعايير الآتية (American Psychiatric Association, 2013):

١. عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (يتوقع فيها الكلام، كالمدرسة)، على الرغم من الكلام في مواقف أخرى.
٢. يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية، أو المهنية، أو في التواصل الاجتماعي.
٣. مدة الاضطراب على الأقل شهر (لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة).
٤. لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة، أو بالإحساس بالراحة معها، وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي.
٥. لا يفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصلي (اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي)، ولا يحدث حصرًا في سياق اضطراب طيف التوحد، أو فصام، أو اضطراب ذهاني آخر.
٦. وقد حاولت بعض النظريات تقديم تفسيرات منطقية للصمت الانتقائي، وفق خلفيتها النظرية، ومن هذه النظريات:

- **نظرية التحليل النفسي:** ركزت هذه النظرية على النكوص إلى مرحلة نمائية سابقة، ويرى فرويد بأن عودة الطفل الذي يعاني من الصمت الانتقائي إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو يشعره بالاطمئنان إذا رجع إلى المرحلة الفمية التى لا يستطيع التحدث فيها، محاولاً الهروب من البيئة التي يعيش فيها، ويكون هذا الهروب نوعًا من الدفاع عن النفس (Middendorf, 2013).
- **نظرية أدلر:** ركزت هذه النظرية على الشعور بالنقص، ويرى أدلر أن السلوك غير السوي يظهر من خلال التطور الاجتماعى، وأن **الحماية** الأبوية الزائدة هى من أسباب الصمت الانتقائي؛ إذ تجعل الطفل يشعر بعدم الكفاءة، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، وأن غياب الأب والأم يُشعر الطفل بالنقص، الذي يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة (الزيات، ١٩٩٦).
- **النظرية السلوكية:** ركزت هذه النظرية على أن مفاهيم الطفل، وإدراكاته، والطريقة التي يفكر فيها هي التي تُحدد سلوكه، وتفسر **هذه** النظرية اضطراب الصمت الانتقائي بأنه سلوك متعلم يرجع إلى القلق الاجتماعي، أو محاولة جذب انتباه الآخرين (McLeod et al., 2013).
- **نظرية الأنظمة الأسرية:** تنظر هذه النظرية إلى اضطراب الصمت الانتقائي بوصفه نتيجة الصراع، أو الخلل في العلاقات الأسرية، وأن عائلة الطفل المصاب باضطراب الصمت الانتقائي، قد تكون تعاني من توتر في التواصل بين **الزوجين**، أو قد تكون حازمة، أو مسيطرة بشكل مفرط؛ فاضطراب الصمت الانتقائي ذو علاقة وثيقة بتوتر العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل؛ مما يجعل الطفل غير قادر على الثقة بالعالم الخارجي، والاعتماد على الذات؛ مما يجعله يُطور أعراض اضطراب الصمت الانتقائي (Remschmidt et al., 2001).
- **نظرية معالجة المعلومات:** ترى هذه النظرية أن الطفل لديه نظام فسيولوجي يُمكنه من معالجة الخبرات والمعلومات من خلال التجارب التى مرَّ بها الطفل، وتخزن فى شكل ذكريات تستقر فى الدماغ، وتتصل بنظام من الشبكات التى تحوي الأفكار، والمشاعر، ويحدث التعلم الجديد عندما تتحد تداعيات المعاني مع الخبرات السابقة المخزنة فى ذاكرة الطفل؛ فإذا تعرض إلى خبرات سلبية أو مؤلمة، فإنها تخزن فى الذاكرة بطريقة مختلفة، وتسبب الاضطرابات النفسية، كاضطرابات القلق، ومنها اضطراب الصمت الانتقائي (Shapiro, 2001).

الدراسات السابقة

أجرى ستاينهاوزن وجوزي (Steinhausen & Juzi, 1996) دراسة تحليلة إكلينيكية لسمات الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل مصابًا باضطراب الصمت الانتقائي، قسمت

إلى مجموعتين: مجموعة من الأطفال المحالين عياديًا، ومجموعة من الأطفال غير المحالين عياديًا، والمشخصين بالصمت الانتقائي، ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدمت قوائم شاملة للسمات المراد فحصها، وقائمة سلوك الطفل. أظهرت النتائج انتشار الاضطراب بشكل أكبر عند الفتيات، وزيادة نسبة انتشاره لدى الطفل الأول بنسبة (٤٨٪)، وللطفل الثاني بنسبة (٤٥٪)، وللطفل الوحيد بنسبة (١٨٪).

وقامت كمبولينين وآخرون (Kumpulainen et al., 1997) بدراسة هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين طلاب الصف الثاني الابتدائي، وملاحظة المشكلات ذات الصلة. تكونت عينة الدراسة من (٢٠١٠) طلبة في الصف الثاني الابتدائي في فنلندا، وتم التواصل مع جميع المعلمين البالغ عددهم (٢٨٩) معلمًا، وإرسال نموذج من معايير تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية النسخة الثالثة، وطلب إلى المعلمين الذين يجدون طلابًا تنطبق عليهم المعايير الإجابة عن مقياس المرفق. أظهرت النتائج وجود (٣٨) طفل تنطبق عليهم المعايير التشخيصية، يمثلون ما نسبته (٢٪) من أفراد عينة الدراسة، وأن نسبة الإناث المصابات أعلى منها لدى الذكور.

وأجرى كوب وجيلبيرغ (Kopp & Gillberg, 1997) دراسة هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في السويد. تكونت عينة الدراسة من (٢٧٩٣) طالبًا وطالبة، و تم نشر استبيان يتضمن أعراض اضطراب الصمت الانتقائي على جميع المعلمين المتضمنين لعينة الدراسة، والطلب منهم الإجابة عن استبيان واحد لكل صف دراسي من بين (١٠١) صف. أظهرت النتائج إصابة (٣) طالبات، وطالبين باضطراب الصمت الانتقائي، وهذا يمثل ما نسبته (٠,٠٠١٨٪) من أفراد العينة، ووجود فرق دال إحصائيًا في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وقام بيرجمان وآخرون (Bergman et al., 2002) بدراسة هدفت الكشف عن مدى انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في مجتمع مدرسي، ومقارنة الأعراض لدى الأطفال المصابين وغير المصابين نسبة إلى الجنس. تكونت عينة الدراسة من (٢٢٥٦) طفل في مرحلة الروضة، والصف الأول والثاني الأساسيين، وطُلب إلى (١٢٥) معلمًا ومعلمة محاولة التعرف إلى الأطفال الذين قد تنطبق عليهم معايير التشخيص المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، وكشفت النتائج وجود اضطراب الصمت الانتقائي لدى (١٦) طفل من العينة، يمثلون ما نسبته (٠,٠٠٧٪) من أفراد عينة الدراسة.

وقام أليزور وبريدنيك (Elizur & Perednik, 2003) بدراسة الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين أطفال الروضة المواطنين مقارنة بالمهاجرين في القدس الغربية. تكونت عينة الدراسة من (٩) أمهات لأطفال مهاجرين، و(١٠) أمهات لأطفال مواطنين، قاموا بالإجابة عن مقاييس ذاتية التقييم. كشفت النتائج أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين المواطنين (٠,٧٦٪)، ونسبته لدى المهاجرين (٢,٢٪).

وأجرت كاراكايا وآخرون (Karakaya et al., 2008) دراسة هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في تركيا. تكونت عينة الدراسة من جميع الطلبة في مرحلة الروضة، والصفوف الثلاثة الأساسية الأولى بعدد (٦٤١٠٣) طالبًا وطالبة. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم بناء استبانات متضمنة لمعايير تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، وإرسالها للمعلمين. كشفت النتائج عن وجود (٥٢٦) طالبًا وطالبة يشتبه إصابتهم باضطراب الصمت الانتقائي، وتم تشخيص (٢١) طالبًا وطالبة عياديًا بنسبة (٠,٨٣٪) من أفراد العينة، و(٣) طلاب في مرحلة الروضة، و(١٥) طالبًا وطالبة في الصف الأول الأساسي، و(٣) طلاب في الصف الثاني الأساسي، وكانت نسبة الذكور المصابين أعلى منها لدى الإناث.

وقام شاركي ماكنيكولاس (Sharkey & McNicholas, 2012) بدراسة هدفت إلى تقصي نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في مجتمع المدارس الابتدائية في ايرلندا. تكونت عينة الدراسة من (١٠٩٢٧) طفلاً في المرحلة الابتدائية، تراوحت أعمارهم بين (٤-١٢) سنة، أُرسل مقياس تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي لـ (٣٩) مدرسة، وطلب إلى المعلمين الإجابة عنه إذا اعتقدوا إصابة أحد الأطفال. أظهرت النتائج أن (٢٠) طفل من أطفال العينة مصابون باضطراب الصمت الانتقائي، يشكلون ما نسبته (٠,٠١٨٪) من أفراد العينة.

وأجرت الناشي وناصر (٢٠١٨) دراسة هدفت إلى بناء مقياس لاضطراب الصمت الانتقائي، ومعرفة نسبة انتشاره ومستوى هذا الاضطراب لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي، ومعرفة الفروق تبعًا لمتغير النوع. تكونت عينة الدراسة من (٥٠٠) طالب وطالبة في مدارس محافظة بغداد، ولتحقيق أهداف الدارسة، استخدم مقياس

أعراض اضطراب الصمت الانتقائي. أظهرت النتائج إصابة (٦٥) طالبًا وطالبة بالصمت الانتقائي، يشكلون ما نسبته (١٣٪) من العينة، وعدم وجود فرق دال إحصائيًا تبعًا لمتغير النوع.

وهدفت دراسة الهواري وآخرين (٢٠٢٢) الكشف عن الاختلافات في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغيرات: العمر، والنوع، والمستوى الاجتماعي، وترتيب الطفل في الأسرة، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفلاً مصابًا بالصمت الانتقائي في محافظة الفيوم، تراوحت أعمارهم بين (٧-١٢) سنة، ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم مقياس تشخيص اضطراب الصمت الانتقائي. أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائيًا تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث، وعدم وجود فرق دال إحصائيًا تبعًا لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة.

وقام أبو الفضل وآخرون (٢٠٢٢) بدراسة هدفت إلى الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين درجات الصمت الاختياري لدى الأطفال كما تدركه الأمهات، ودرجاته كما تدركه المعلمات، والكشف عن الفروق تبعًا لمتغيرات: الجنس، والمستوى الاقتصادي، والمستوى الاجتماعي، والمستوى الثقافي. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً في مرحلة الروضة، تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات. ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم مقياس الصمت الاختياري، وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين درجات إدراك الأمهات وإدراك المعلمات للصمت الاختياري، وعدم وجود فرق دال إحصائيًا بين درجات الذكور والإناث في مقياس الصمت الاختياري.

وفي دراسة دوجرو وآخرين (Dogru et al., 2023) التي هدفت تقصي المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية المصاحبة للاضطرابات النفسية لدى الأطفال المعالجين من اضطراب الصمت الانتقائي. تكونت عينة الدراسة من (٤٩) طفلاً، تراوحت أعمارهم بين (٥-١٣) سنة، تعالجوا من اضطراب الصمت الانتقائي في تركيا في الفترة بين (٢٠١٦-٢٠٢١). ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم البحث الرجعي، وجمع سجلات أفراد العينة من (٤) مستشفيات، وعرض الأطفال على (٤) أطباء نفسيين، وتم تشخيصهم بالرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، واستخدم مقياس الانطباع السريري الكلي الشامل. أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائيًا بين الإناث والذكور المصابين بالصمت الانتقائي في شدة الأعراض، أو تأخر النمو، أو مدة الإصابة، أو الاستجابة للعلاج، ووجود فرق دال إحصائيًا في وجود اعتلال مشترك، وبداية ظهور الاضطراب، ووقت تشخيصه لصالح الإناث.

يُلحظ من الدراسات السابقة أنها اهتمت بالكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في فنلندا، والسويد، وفلسطين، وتركيا، وإيرلندا، والعراق، وجمهورية مصر العربية، والكشف عن الفروق تبعًا لبعض المتغيرات، كالجنس، والعمر، وترتيب الطفل في الأسرة. وقد أفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في إطارها النظري، وصوغ مشكلتها، وتأكيد أهميتها، ومناقشة نتائجها.

وتلتقي الدراسة الحالية مع الهدف الذي سعت إليه الدراسات السابقة؛ إلا أنها امتازت عنها في الفئة المستهدفة؛ إذ حاولت الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات، ومعرفة الفروق تبعًا لمتغيري جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة؛ مما يجعلها الدراسة الأولى في الأردن –في حدود اطلاع الباحثيْن- التي تُجرى في هذا الميدان.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

جاءت فكرة الدراسة الحالية من واقع عمل أحد الباحثين مشرفًا على طلبة التدريب الميداني في تخصص الإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، وزياراته الإشرافية المتكررة إلى المدارس الحكومية التي توجد فيها شعب مخصصة لرياض الأطفال، والآخر مرشدة تربوية متدربة في إحدى تلك المدارس، ولحظ الباحثان أن بعض الأطفال يفشلون في الكلام عند التحدث مع الآخرين في المدرسة، أو مع الغرباء، كما ذكرت المعلمات، بينما يتحدثون بصورة طبيعية في المنزل، كما ورد على لسان أمهاتهم في أثناء الحديث معهن.

وانطلاقًا مما خلصت إليه نتائج بعض الدراسات، كدراسة موريس وأوليندیك (Muris & Ollendic, 2021) التي أشارت إلى التأثير السلبي لاضطراب الصمت الانتقائي في الأداء الأكاديمي، والاجتماعي، والانفعالي للطفل في مرحلة رياض الأطفال، التي تعد الأساس في تكوين شخصيته، وتأهيله لمراحل التعليم اللاحقة، وتحتاج إلى التدخل المبكر، وإلاّ تعرض لصعوبات أكاديمية، ومشكلات تتعلق بالقلق الاجتماعي التي قد تستمر معه، وتؤثر في شخصيته، وحياته المستقبلية. جاءت فكرة إجراء الدراسة الحالية بهدف الكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات، ومعرفة الفروق في نسبة الانتشار تبعًا لمتغيري: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة.

Articles in Press

أسئلة الدراسة

حاولت الدراسة الإجابة عن السؤالين الآتيين:

١. ما نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات؟

٢. هل تختلف نسبة اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات باختلاف متغيري: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة؟

أهمية الدراسة

تأتي أهمية الدراسة من الناحيتين النظرية والتطبيقية؛ فمن الناحية النظرية، تتناول الدراسة متغيرًا مهمًا وهو اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة، وبالرغم من خطورته، وأثاره السلبية؛ إلا أنه لم يلقَ الاهتمام الكافي، ذلك أن مرحلة رياض الأطفال هي الأساس في تكوين شخصية الطفل، وتأهيله لمراحل التعليم اللاحقة، كما أنها قد تُثري المكتبة المحلية والعربية بما وفرته من معلومات حول اضطراب الصمت الانتقائي. وتأتي أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية في إمكانية الإفادة من نتائجها، والتوصيات المنبثقة عنها في توجيه المرشدين لضرورة وضع استراتيجيات وبرامج إرشادية للوقاية من الإصابة بهذا الاضطراب؛ فضلًا عن وضع خطط علاجية، قد تُسهم في علاج الأطفال المصابين به. كما توفر هذه الدراسة مقياسًا لاضطراب الصمت الانتقائي تم تطويره وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) يُمكن الإفادة منه في إجراء دراسات مستقبلية في هذا المجال.

التعريفات الإجرائية والاصطلاحية

اشتملت الدراسة على التعريفات الآتية:

الصمت الانتقائي

"فشل مستمر في التحدث بمواقف اجتماعية محددة (الروضة، المدرسة، جماعة اللعب)، حيث يكون الحديث متوقعًا، على الرغم من التحدث في مواقف أخرى" (American Psychiatric Association, 2013). ويعرف إجرائيًا بأنه: اضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، يتميز بالإحجام عن الحديث في مواقف اجتماعية محددة داخل الروضة أو المدرسة على الرغم من التحدث خارجها، ويعبر عنه من خلال الدرجة الكلية التي حصل عليها الطفل على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي المستخدم كما تدركه الأمهات.

أطفال الروضة

الأطفال من عمر (٥) سنوات، الملتحقين بمرحلة رياض الأطفال (Kg2) في المدارس الحكومية التابعة لمحافظة عجلون.

حدود الدراسة ومحدداتها

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة متيسرة من أمهات أطفال الروضة (Kg2) الملتحقين بالمدارس الحكومية التابعة لمديرية التربية والتعليم في محافظة عجلون في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤م، كما تتحدد نتائج الدراسة بأداتها (مقياس اضطراب الصمت الانتقائي)، وما تحقق له من دلالات صدق وثبات، ودرجة موضوعية استجابات أفراد عينة الدراسة على فقراته.

الطريقة والإجراءات

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

١. **المتغيرات التصنيفية:** اشتملت على:

- جنس الطفل، ولها مستويان: ذكر، وأنثى.
- ترتيب الطفل في الأسرة، وله أربعة مستويات: الأول، والثاني، والثالث، والأخير.

٢. **المتغير التابع:** نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات.

Articles in Press

مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات أطفال الروضة (Kg2) الملتحقين بالمدارس الحكومية في مديرية التربية والتعليم في محافظة عجلون في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤م، البالغ عددهن (٢٣١١) أمًا، وذلك وفقًا لإحصائيات قسم التخطيط في مديرية التربية والتعليم في محافظة عجلون. في حين تكونت عينة الدراسة من (٤٢٧) أمًا، اختارن بالطريقة المتيسرة، والجدول (١) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغيري جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة.

جدول (١): توزيع أفراد عينة الدراسة تبعًا لمتغيري جنس الطفل وترتيبه في الأسرة

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة
جنس الطفل	ذكر	٢٢٨	٥٣,٤
	أنثى	١٩٩	٤٦,٦
ترتيب الطفل في الأسرة	الأول	١٤٤	٣٣,٧
	الثاني	١٠٠	٢٣,٤
	الثالث	١٠٥	٢٤,٦
	الأخير	٧٨	١٨,٣
	المجموع	٤٢٧	١٠٠,٠

أداة الدراسة

مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

لتحقيق أهداف الدراسة، طور الباحثان مقياس اضطراب الصمت الانتقائي، وذلك بالتوافق مع المعايير التشخيصية لاضطراب الصمت الانتقائي (DSM-5)، تكون من (١٦) فقرة، وتم صياغة (٤) فقرات لكل معيار، ويتم الحكم على وجود الاضطراب في حال توافر جميع معايير الصمت الانتقائي التي تمت الإشارة إليها سابقًا.

صدق المقياس

أولاً: صدق المحتوى

للتحقق من صدق المحتوى للمقياس، عُرض بصورته الأولية على مجموعة من المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي، والصحة النفسية، وعلم النفس الإكلينيكي؛ إذ طُلب إليهم إبداء رأيهم في فقرات المقياس، وتحديد مدى قياسها للمعايير التي وضعت لقياسها، والتحقق من دقة صياغتها اللغوية، وتقديم أي اقتراحات يرونها مناسبة، حذفًا، أو إضافة، أو تعديلاً. وأجرى الباحثان التعديلات التي اقترحها المحكمون التي اقتصرت على إعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات، وبقي المقياس بصورته النهائية مكونًا من (١٦) فقرة.

ثانيًا: صدق البناء

للتحقق من صدق بناء المقياس، جرى تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) أمًا من أمهات أطفال الروضة، من مجتمع الدراسة، ومن خارج عينتها؛ لتقدير معامل ارتباط بيرسون بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٢) يبين ذلك.

جدول (٢): معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
١	٠,٦٤**	٧	٠,٧٠**	١٣	٠,٧٠**
٢	٠,٧٧**	٨	٠,٦٠**	١٤	٠,٦٣**
٣	٠,٦٨**	٩	٠,٦٨**	١٥	٠,٤٣*
٤	٠,٥٧**	١٠	٠,٧٢**	١٦	٠,٦١**
٥	٠,٦٨**	١١	٠,٥٢**		
٦	٠,٦٣**	١٢	٠,٧٧**		

*دالة إحصائيًا (٠,٠٥).

**دالة إحصائيًا (٠,٠١).

يُلحظ من جدول (٢) أن معاملات ارتباط بيرسون بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين

(٠,٤٣-٠,٧٧)؛ مما يشير إلى صدق بناء المقياس.

ثبات المقياس

جرى التحقق من ثبات المقياس، بتطبيقه عينة استطلاعية مكونة من (٢٥) أمًا من أمهات أطفال الروضة، من مجتمع الدراسة، ومن خارج عينتها، وأعيد تطبيق المقياس على العينة ذاتها بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وحساب ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار، من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين، وبلغ (٠,٨٢)، كما تم حساب معامل الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)، وبلغ (٠,٧٧)؛ مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

تصحيح المقياس

تمت الإجابة على فقرات المقياس وفق تدريج ثنائي يأخذ الوزنين الآتيين: (نعم) وتأخذ درجتين، و(لا) وتأخذ درجة واحدة، وهناك (٤) فقرات لكل معيار، وقد تم الاعتماد على المعيار الآتي للحكم على نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة؛ إذ إن أعلى درجة على المعيار الواحد (٨)، وأدنى درجة (٤)، (٨+٤=٢/١٢=٦)، وتعد هذه الدرجة نقطة قطع لتحديد مدى توفر المعيار؛ فأي طالب يتجاوز هذه الدرجة على المعايير جميعها حسب (DSM-5)، يُصنف بأن لديه اضطراب الصمت الانتقائي.

إجراءات الدراسة

لتنفيذ الدراسة، اتبعت الإجراءات الآتية:

- إعداد مقياس الدراسة بالرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، والتحقق من دلالات صدقه وثباته.
- الحصول على كتاب تسهيل مهمة من عمادة كلية التربية في جامعة اليرموك إلى مديرية التربية والتعليم في محافظة عجلون.
- اختيار العينة بالطريقة المتيسرة من أمهات أطفال الروضة، وتوزيع نسخ المقياس عليهن ورقيًا، وإلكترونيًا عبر نموذج (Google Form).
- إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة، واستخلاص النتائج وتفسيرها، وتقديم التوصيات المناسبة.

المعالجات الإحصائية

للإجابة عن السؤال الأول للدراسة، حُسبت التكرارات الملاحظة لأفراد عينة الدراسة، والنسب المئوية لها، وللإجابة عن السؤال الثاني، استخدم اختبار χ^2 للكشف عن دلالة الفروق في النسب تبعًا لمتغيري: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة.

عرض النتائج ومناقشتها

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: "ما نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات؟". للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت التكرارات والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي، والجدول (٣) يبين ذلك.

جدول (٣): التكرارات والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات مقياس اضطراب الصمت الانتقائي

المتغير التابع	مستويات المتغير التابع	العدد	نسبة الانتشار (%)
اضطراب الصمت الانتقائي	ليس لديه اضطراب	٣٥٨	٨٣,٨٤
	لديه اضطراب	٦٩	١٦.١٦
	الكلي	٤٢٧	١٠٠

يُلحظ من جدول (٣) أن عدد الأطفال الذين تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب الصمت الانتقائي من عينة أطفال الروضة بلغ (٦٩) طفلاً وطفلة، بنسبة (١٦.١٦%) من إجمالي العينة. وتبدو هذه النسبة مرتفعة عند مقارنتها بالدراسات السابقة التي أجريت على عينة من أطفال الروضة، وطلبة المرحلة الأساسية الدنيا. وربما يعود السبب في ذلك إلى الثقافة الاجتماعية التي تمارسها الأسر الشرقية تجاه أطفالها، وما تتضمنه من أساليب التسلط،

Articles in Press

والحزم الشديد في التعامل معهم؛ ليكونوا أكثر طاعة وانصياعًا للوالدين. وفي هذا السياق، أشار ريشميت وآخرون (Remschmidt et al., 2001) إلى أن اضطراب الصمت الانتقائي قد يكون نتيجة للصراع، أو الخلل في العلاقات الأسرية، وأن عائلة الطفل المصاب باضطراب الصمت الانتقائي، قد تكون تعاني من توتر في التواصل بين الزوجين، أو قد تكون حازمة، أو مسيطرة بشكل مفرط؛ مما يجعله غير قادر على الثقة بالعالم الخارجي، والاعتماد على الذات. فضلاً عن تعرضه للصدمات، واضطراب النمو في مرحلة الطفولة، والتعرض للإيذاء، والدلال الزائد، والخجل (Muris & Ollendic, 2021; Milic, 2015; Masty, 2014). ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه نظرية التحليل النفسى بأن عودة (نكوص) الطفل الذي يعاني من الصمت الانتقائي إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو يشعره بالاطمئنان إذا رجع إلى المرحلة الفمية التى لا يستطيع التحدث فيها، محاولاً الهروب من البيئة التى يعيش فيها، ويكون هذا الهروب نوعًا من الدفاع عن النفس (Middendorf, 2013). وما أشارت إليه النظرية السلوكية في أن الصمت الانتقائي ببعض الأحيان، قد يكون سلوك متعلم يرجع إلى القلق الاجتماعي، أو محاولة جذب انتباه الآخرين (McLeod et al., 2013).

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الناشي وناصر (٢٠١٨) التي أظهرت إصابة (٦٥) طالبًا وطالبة بالصمت الانتقائي من تلاميذ الصف الأول الابتدائي في مدارس محافظة بغداد، يشكلون ما نسبته (١٣٪) من العينة. في حين اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كمبولينين وآخرين (Kumpulainen et al., 1997) التي أظهرت أن (٣٨) طفلاً من طلبة الصف الثاني الإبتدائي في فنلندا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب الصمت الانتقائي، ويمثلون ما نسبته (٢٪) من عينة الدراسة، ودراسة كوب وجيلبيرغ (Kopp & Gillberg, 1997) التي أظهرت أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى الطلبة في السويد (٠,٠٠١٨٪) من أفراد العينة، ودراسة بيرجمان وآخرون (Bergman et al.,2002) التي كشفت عن وجود اضطراب الصمت الانتقائي لدى (١٦) طفل من العينة، ويمثلون ما نسبته (٠,٠٠٧٪) في مجتمع مدرسي، ودراسة أليزور وبريدنيك (Elizur & Perednik, 2003) التي كشفت أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين المواطنين (٠,٧٦٪)، بينما كانت نسبته لدى المهاجرين (٢,٢٪)، ودراسة كاراكايا وآخرين (Karakaya et al., 2008) التي كشفت عن وجود (٥٢٦) طالبًا وطالبة يشتبه إصابتهم باضطراب الصمت الانتقائي، وتم تشخيص (٢١) طالبًا وطالبة عياديًا بنسبة (٠,٨٣٪) من أفراد العينة، ودراسة شاركي ونيكولاس (Sharkey & McNicholas, 2012) التي أظهرت أن (٢٠) طفلاً من أطفال العينة مصابون باضطراب الصمت الانتقائي، يشكلون ما نسبته (٠,٠١٨٪) من أفراد عينة الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي ينص على: "هل تختلف نسبة اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة من وجهة نظر الأمهات باختلاف متغيري: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة؟". للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت التكرارات والنسب المئوية لانتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال الروضة تبعًا لمتغيري: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة، واستخدم اختبار χ^2 للكشف عن الدلالة الإحصائية للفروق بين نسبتين مستقلتين تبعًا لمتغيري الدراسة، وجدول (٤) يبين ذلك.

جدول (٤): التكرارات والنسب المئوية واختبار χ^2 لتقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغيري جنس الطفل وترتيبه في الأسرة

المتغير	المستويات	العدد	نسبة الانتشار (%)	قيمة ٢χ	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
جنس الطفل	ذكر	٢٢٨	٦,٣٢			
	أنثى	١٩٩	٩,٨٣	٦,٧٣٠	١	٠,٠٠٩
ترتيب الطفل في الأسرة	الأول	١٤٤	٨,١٩	١٠,٧٦٦	٣	٠,٠١٣
	الثاني	١٠٠	٢,٥٧			
	الثالث	١٠٥	٣,٠٤			
	الأخير	٧٨	٢,٣٤			

يُلحظ من جدول (٤) وجود اختلاف في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير جنس الطفل لصالح الإناث. وربما يعود السبب في ذلك إلى طبيعة عملية التنشئة الاجتماعية المتبعة في المجتمع الأردني، ونظرة المجتمع للذكور مقارنة بالإناث، وبما تفرضه من قيود والتزامات في الكلام؛ فالأنثى يجب أن تكون خجولة سواء في المنزل أم خارجه، وقد لا يسمح لها بالتحدث أمام الغرباء، على عكس الذكر الذي يجب أن يكون مبادرًا بالحديث، ومتفاعلاً مع الآخرين، وتتاح له حرية الاختيار، وحرية التعبير عن آرائه، وميوله، وقد تكتسب الإناث هذه السلوكيات بالنمذجة عن طريق تقليد الأم الخجولة، وأن طبيعة الأنثى تختلف عن الذكر في مستوى سمة الخجل؛ فقد تشعر بخجل كبير عندما تتحدث مع الغرباء، وحينها يمكن أن يصبح الصمت الانتقائي ملازم لها. وما يؤكد

هذه النتيجة، ما أشار إليه دوميت وآخرون (Dummit et al., 1997) من أن اضطراب الصمت الانتقائي أكثر انتشارًا بين الإناث منه بين الذكور، بمتوسط قدره (٢:١)، وشاركي وماكنيكولاس (Sharkey & McNicholas, 2008) بأن اضطراب الصمت الانتقائي أكثر شيوعًا لدى الإناث منه لدى الذكور بنسبة تتراوح من (١-١,٢).

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كمبولينين وآخرين (Kumpulainen et al., 1997) التي أظهرت وجود فرق في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي بين طلبة الصف الثاني الإبتدائي في فنلندا تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة كوب وجيلبيرغ (Kopp & Gillberg, 1997) التي كشفت عن وجود فرق دال إحصائيًا في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة الهواري وآخرين (٢٠٢٢) التي أظهرت وجود فرق دال إحصائيًا في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال في محافظة الفيوم تبعًا لمتغير الجنس لصالح الإناث. في حين اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كاراكايا وآخرين (Karakaya et al., 2008) التي أشارت إلى أن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي في تركيا لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث، ودراسة الناشي وناصر (٢٠١٨) التي أظهرت عدم وجود فرق دال إحصائيًا في أعراض اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير النوع، ودراسة أبو الفضل وآخرين (٢٠٢٢) التي أظهرت عدم وجود فرق دال إحصائيًا بين درجات الذكور والإناث في مقياس الصمت الاختياري.

وأظهرت النتائج وجود اختلاف في نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة لصالح الأول. وربما يعود السبب في أن الطفل الأول أكثر عرضه للإصابة باضطراب الصمت الانتقائي إلى الضرر النفسي الذي يحدث له من اهتمام العائلة بالمولود الجديد؛ فهو يمر بمرحلة يكون فيها هو الطفل الوحيد الذي يحصل على اهتمام ورعاية والديه، وهو مركز العائلة، وفجأة يجد نفسه وقد أزاحه طفل جديد من فوق عرشه، وجاء هذا الطفل ليسحب منه الاهتمام، وأصبح عليه أن يتقبل مشاركة هذا القادم الجديد له في حب واهتمام أبويه، وهذا بدوره قد يحدث صدمة على المدى القصير والبعيد للطفل الأول، وبالرغم من الحب والاهتمام له؛ إلا أنه يعاني من أخطاء تربوية عديدة نظرًا لقلة خبرة أبويه في التربية؛ فهو أول تجربة تربوية لهما، خاصة إذا كانا يعيشان وحدهما بعيدًا عن كنف العائلة الأكبر.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة ستاينهاوزن وجوزي (Steinhausen & Juzi, 1996) التي أظهرت انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى الطفل الأول بنسبة (٤٨٪)، وللطفل الثاني بنسبة (٤٥٪)، وللطفل الوحيد بنسبة (١٨٪). في حين اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الهواري وآخرين (٢٠٢٢) التي أظهرت عدم وجود فرق دال إحصائيًا في مستوى اضطراب الصمت الانتقائي تبعًا لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة، يوصي الباحثان بالآتي:

١. تنظيم ندوات توعوية للمعلمات في مرحلتي رياض الأطفال، والأساسية الدنيا؛ للكشف عن الأطفال ذوي اضطراب الصمت الانتقائي.
٢. توعية أمهات الأطفال المصابين باضطراب الصمت الانتقائي وتوجيههن إلى ضرورة اتباع أساليب معاملة إيجابية، تتسم بالدفء، والتقبل.
٣. إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية للكشف عن نسبة انتشار اضطراب الصمت الانتقائي لدى أطفال المرحلة الأساسية الدنيا.
٤. تصميم برامج إرشادية وقائية وعلاجية، وإشراك المعلمات والأمهات فيها؛ لعلاج اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال.

الشكر والتقدير

نتوجه بخالص الشكر إلى المراجعين ورئيس التحرير على تعليقاتهم القيّمة على المسودة الأولية لهذه الورقة البحثية. كما نعرب عن تقديرنا لمشاركة أمهات أطفال الروضة (Kg2) الملتحقين بالمدارس الحكومية في مديرية التربية والتعليم في محافظة عجلون الذين ساهموا في هذه الدراسة، ونشكر مديرية تربية وتعليم في محافظة عجلون على تسهيل عملية جمع البيانات. جميع الأخطاء أو أوجه القصور المتبقية هي مسؤوليتنا بالكامل.

الإقرارات الأخلاقية

تم إجراء هذه الدراسة وفقًا لمبادئ إعلان هلسنكي (١٩٦٤)، وحصلت على موافقة لجنة البحث والأخلاقيات في وزارة التربية والتعليم، الأردن. وقد تم الالتزام بالمبادئ الأخلاقية التالية أثناء تنفيذ البحث:

Articles in Press

- مبدأ الموافقة الطوعية (تم الحصول على الموافقة المستنيرة من الجهات المعنية في مديرية تربية وتعليم في محافظة عجلون).
- مبدأ تقليل المخاطر على المشاركين.
- مبدأ السرية.
- مبدأ إبلاغ المشاركين بمحتوى وأهداف البحث.
- مبدأ التوثيق الإلزامي لمراحل ونتائج البحث.
- مبدأ موثوقية الأدوات المنهجية المستخدمة في البحث.
- مبدأ صلاحية معالجة البيانات البحثية.

بيان توافر البيانات

تتوفر مجموعات البيانات التي تم جمعها وتحليلها خلال هذه الدراسة عند الطلب من الباحثين.

التمويل

لم يتم تلقي أي تمويل لإجراء هذا البحث.

تضارب المصالح

يؤكد الباحثان عدم وجود أي تضارب في المصالح.

مساهمة الباحثين

- قام كل من علي جروان وفرح علي بوضع تصور الدراسة وتصميمها، بالإضافة إلى جمع البيانات وتحليلها.
- تمَّ كتابة المسودة الأولى للمقال بواسطة علي جروان وفرح علي.
- قام الباحثان بمراجعة النصوص وتحريرها، واعتمدا النسخة النهائية للنشر.

الموافقة على النشر

يوافق الباحثان على تقديم هذه الورقة البحثية للنشر، وهما بانتظار قرار هيئة التحرير بعد عملية التحكيم، ويوافقان على نشرها في حال قبولها. كما يؤكدان أن هذا العمل لم يُنشر سابقًا ولم يُقدَّم إلى أي مجلة أخرى للنظر في نشره.

المراجع

أبو الفضل، محفوظ ومسلم، حسن والطنطاوي، شاهندا. (٢٠٢٢). الصمت الاختياري لدى أطفال الروضة "كما تدركه الأمهات والمعلمات" وعلاقته ببعض المتغيرات. *مجلة التربية الخاصة*، (٣٨)، ٨٢-١٢٥.

الزيات، فتحي. (١٩٩٦). *سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطي والمنظور المعرفي*. دار النشر للجامعات.

الناشي، وجدان وناصر، أشواق. (٢٠١٨). قياس اضطراب الصمت الإنتقائي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. *مجلة كلية التربية الأساسية*، (١٠٢)، ٩٣٧-٩٧٤.

الهواري، شيماء وبدوي، نوره وأحمد، مروة والعوضي، هبة. (٢٠٢٢). اضطراب الصمت الإنتقائي لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ٩(١٦)، ٢٣٥٢-٢٣٨٥.

References

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Articles in Press

Beidel, D. C., & Bunnell, B. E. (2014). Assessment and treatment of social anxiety disorder and selective mutism in children and adolescents. *Directions in Psychiatry*.

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 938–946.

Dogru, H., Ucuz, I., Uzun Cicek, A., & Comertoglu Arslan, S. (2023). Clinical characteristics according to sex and symptom severity in children with selective mutism: A four-center study. *Nordic Journal of Psychiatry, 77*(2), 158–164.

Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1451–1459.

Hoyne, B. (2014). *Understanding, identifying and supporting children and young people with selective mutism (SM): Perspectives and experiences of key stakeholders* (Doctoral dissertation, UCL Institute of Education).

Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. G., Öç, Ö. Y., Memik, N. Ç., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., & Yavuz, C. I. (2008). Selective mutism: A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 114–117.

Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(2), 257–262.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2), 249–256.

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(1), 24–29.

Masty, J. K. (2014). *A functional assessment of selective mutism* (Doctoral dissertation, Fordham University).

McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. New Harbinger Publications.

McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., & Ollendick, T. H. (2013). *Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents: A clinical guide*. Guilford Press.

Middendorf, J. (2013). Selective mutism: Assessment and intervention. *Journal of Speech and Language, 35*(2), 95–120.

Milić, M. I. (2015). *The nature of anxiety in children with selective mutism*. Macquarie University.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management, 14*, 159–167.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251*, 284–296.

Articles in Press

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.

Sharkey, L., & McNicholas, F. (2008). More than 100 years of silence: Elective mutism: A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 255–263.

Sharkey, L., & McNicholas, F. (2012). Selective mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine, 29*(1), 36–40.

Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders, 74*, 45–60.

Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(5), 606–614.

Articles in Press