الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــة الشعبيـــــة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعـــة وهـــــران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

السنة الثانية ماستر

تخصص علم النفس العيادي

المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية

دراسة وصفية لـ360 تلميذ بمدرستي الرائد فراج- قديل –

وعبد الخالق محمد الصغير – وهران -

سبيت هوارية

شـادلـــي سعـــاد

أمام لجنـــــة المناقشـــــة

الاسـم و اللقـب	الرتبـة	المؤسسـة الأصليـة	الصفـة
مـوسـي محمـد	أستاذ محاضر-أ-	جامعـة وهـران2	رئيسـا
مـلال صافيـة	أستاذة محاضرة-أ-	جامعـة وهـران2	مشرفـا
بـن قـو أمينـة	أستاذة محاضرة-أ-	جامعـة وهـران2	مناقشـا

السنة الجامعية 2025/2024

إهـــــداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون) صدق الله العظيم

..إلى من كلله الله بالهيبة والوقار ..الى من علمني العطاء

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يتغمده برحمته الواسعة

..وستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد

الى روح والدي العزيز

.. إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب والحنان

.. إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب

أمي الحبيبة

.. إلى أولادي ميلود ومرام إلى إخوتي وأبناؤهم وأخواتي (عوينة- سهام- شهيناز-فضيلة- سعاد -

سهيلة- أمينة،ايمان.....)

إلى كل زميلاتي وزملائي في الدراسة تخصص: علم النفس العيادي

إليهم جميعا أهدي هذا الجهد المتواضع

سبيت هوارية

إهـــــداء

أهدي هذا العمل الى والدي الكريمين .....نبع الحنان و عنوان التضحية أطال الله في عمرهما

إلى أخي و أخواتي .....حفظهم الله ورعاهم

إلى زوجي الكريم..... و ابنتي فلدة قلبي

الى أصدقائي و زملائي في العمل .....و زملائي في مشواري الدراسي

إلى أساتذتي الكرام .....لولاهم ما كنت هنا

إلى رفيقتي و زميلتي سبيت هوارية

إلى كل من وقف الى جانبي و ساعدني

أهدي للجميع هذا العمل

حبا.....و عرفانا.....و تقديرا.....و إخلاصا

شادلي سعاد

شكـــر وعـرفـــان

الحمد لله على إحسانه والشكر له على توفيقه وامتنانه

ونشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له تعظيما لشأنه

ونشهد أن سيدنا محمد عبده ورسوله الداعي إلى رضوانه صلى الله عليه وعلى آله وأصحابه وأتباعه وسلم

الشكر بعد الله عز وجل إلى كل من سخره الله لمساعدتنا ولإعانتنا على إتمام مذكرتنا وتقديمها بين أيديكم

لا يسعنا أيضا إلا أن نتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الأستاذة المشرفة

"مـــلال صافيـــــة" التي لم تبخل علينا بنصائحها وإرشاداتها وتوجيهاتها

كما نتقدم بالشكر والعرفان إلى لجنة المناقشة وكل مدراء المدراس الابتدائية الذين رحبوا بنا

إلى كل من المعلمين والمعلمات والتلاميذ الذين قدموا لنا يد المساعدة

والى كل من أعاننا في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد

سبيت/شادلي

ملخص الدراسة:

هدفت الد راسة إلى الكشف عن المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى (8سنوات-11سنوات) ببعض الابتدائيات بمدينة وهران، وتنبثق أهمية البحث في فهم الظاهرة وتوجيه نتائج البحث الى الاباء والمربين والنفسانيين والمرشدين التربويين من أجل توعيتهم بالأسلوب المثالي لتقليل مخاوف الأطفال مما قد يساعد اندماجهم وتكيفهم، ومعالجة أساليب التربية بما يحقق سيادة الفرد والمجتمع.

وكذلك الكشف عن الفروق في المخاوف المرضية حسب متغيري الجنس والسن والمستوى التعليمي ومكان الإقامة، ولتحقيق أهداف الد راسة استخدمت الطالبتان المنهج الوصفي التحليلي المناسب للدراسة الحالية حيث طبقت عينة الدراسة على عينة مكونة من 360 تلميذا وتلميذة من تلاميذ الابتدائي منهم (166 الاناث و194 الذكور)، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مدرستين من ولاية وهران،وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان المخاوف المرضية الشائعة للأطفال، تم بناؤه من طرف الباحثة أغيات سالمة، والذي يكون من (56) فقرة موزعة على 7 أبعاد، وتم التأكد من صدقه وثباثه بتجريبه على عينة استطلاعية في البيئة المحلية .

وقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية(SPSS-27)،وتوصلت النتائج إلى وجود مخاوف مرضية شائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، حيث سجلت درجات متوسطة لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المخاوف المرضية الشائعة لصالح الذكور، كذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير السن(9سنوات-10سنوات) و المستوى التعليمي(س4-س5) في المخاوف المرضية الشائعة، وأيضا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الإقامة (الريف-المدينة)،

ولقد تم مناقشة النتائج المتوصل إليها بناء على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والخبرة المتحصل عليها كمايلي:

-يوجد مخاوف مرضية شائعة لدى تلاميذ الطور الابتدائي، حيث يعتبر الخوف من الامتحان والمدرسة والزملاء والمعلم والساحة والمدير والطبيب من أكثر المخاوف المرضية ظهورا لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، مرتبة من حيث الشدة

- مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة متوسط.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير الجنس.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير السن.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير المستوى التعلمي.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمكان الاقامة.

فهرس المحتويات

العنـــــــوان	رقم الصفحة
الشكر والتقدير	أ
ملخص الدراسة باللغة العربية	ب
المحتويات	ج
قائمة الجداول	د
مقدمة البحث	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل الى الدراسة	
1- مشكلة الدراسة	4
2- فرضيات الدراسة	5
3- أهداف الدراسة	5
4- أهمية الدراسة	5
5- التعاريف الإجرائية للمفاهيم الأساسية للدراسة	6
6- الدراسات والبحوث السابقة	8-7-6
الفصل الثاني: الطفولة المتوسطة	
تمهيد	11
أولا: مفهوم الطفولة المتوسطة	11
ثانيا: خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة (6 سنوات-10سنوات)	11
ثالثا: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة (6سنوات-10سنوات)	12
رابعا: الحاجات الأساسية للطفل في هذه المرحلة	14
خامسا: الاضطرابات التي تصيب أطفال المرحلة الابتدائية	15

خلاصة الفصل	16
الفصل الثالث: المخاوف المرضية لدى أطفال المرحلة الابتدائية	
تمهيـــد	17
أولا: لمحة تاريخية عن المخاوف المرضية	17
ثانيا: تعريف المخاوف المرضية	18
ثالثا: أنواع المخاوف المرضية عند الطفل المتمدرس	18
رابعا: أعراض المخاوف المرضية	20
خامسا: القوائم الارتقائية لمخاوف الأطفال وفق العمر الزمني	21
سادسا: أسباب المخاوف المرضية	22
سابعا: التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية (القلق، الرهاب، الخوف العادي، نوبة الهلع، قلق الانفصال)	22
ثامنا: النظريات المفسرة للمخاوف المرضية لدى الأطفال	26
تاسعا: الوقاية والعلاج من المخاوف المرضية	28
خلاصة الفصل	30
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	33
المنهج المتبع وأدواته	33
أولا: الدراسة الاستطلاعية	
- المنهج المتبع وأدواته	33
- الهدف من الدراسة الإستطلاعية	36
- الاطار الزماني و المكاني للدراسة الإستطلاعية	36
- أدوات البحث ومواصفاتها	36
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية	36
- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية وطريقة معاينتها	37
- تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية	37
- تفريغ أدوات الدراسة الاستطلاعية	37

ثانيا: الدراسة الأساسية	
- منهج الدراسة	**37**
- الاطار الزماني و المكاني للدراسة الأساسية	**38**
- أدوات البحث ومواصفاتها	**38**
- مواصفات عينة الدراسة الأساسية وطريقة معاينتها	**39**
- تطبيق وتفريغ أدوات الدراسة الأساسية	**40**
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الأساسية	**40**
– الأساليب الإحصائية المستعملة	**40**
خامسا:عرض ومناقشة النتائج	
تمهيد	**42**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية العامة	**42**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الاولى	**45**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية	**46**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة	**47**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة	**50**
عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة	**52**
استنتاج عام	**54**
خاتمة	**55**
قائمة المراجع	**56**
قائمة الملاحق	**59**

قـــائمـــة الجـــداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح معاملات الارتباط أبعاد مقياس استبيان المخاوف المرضية ودرجته الكلية	34
02	قياس ثبات مقياس القلق المرضي لدى أطفال المرحلة الابتدائية	36
03	مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية	37
04	مواصفات عينة الدراسة الأساسية	39
05	المخاوف المرضية الأكثر شيوعا لدى أطفال المرحلة الابتدائية	42
06	فروق في المستويات و مقارنتها بنسب مئوية	45
07	الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الجنس	46
09-08	المقارنة البعدية في مستوى المخاوف المرضية تبعا للسن. اتجاه الفروق باستخدام LCD	48-47
10	الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير المستوى التعلمي	50
11	الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الاقامة	52

مقدمـــة:

تعد المخاوف المرضية من المشكلات النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة، ولم تتلقى اهتماما كافيا خاصة فيما يخص مرحلة الطفولة المتوسطة لدراستها، و هي من الاضطرابات التي تواجه الطفل في فترة مبكرة من نموه و قد تستمر معه الى مرحلة متقدمة من السن ، مما يسبب اضطراب و اعاقة في نموه الانفعالي و اجتماعي و نفسي ودراسي و قد تظهر هذه الأعراض المرضية والتي تعد من المؤشرات على وجود خوف من المدرسة و الغرباء وحتى من العائلة ، ويتم ذلك من خلال استجابات جسمية ،و فيزيولوجية ،و انفعالية ، وسلوكية ، و معرفية، تحدث له في كل الأوقات في المنزل و المدرسة و حتى في الشارع ، و سرعان ما تختفي عندما يختفي الموقف الذي كان فيه ، كما أنه يوجد عوامل عديدة تساعد في ظهور هذه المخاوف ، فمنها عوامل شخصية التي تتعلق بضعف الثقة بالنفس و اعتماد الطفل على والديه ، الشعور بالنقص و العجز و ذلك بسبب الضعف الجسمي ، و الاعاقة الجسمية كالنحافة و السمنة ، و التشوه الخلقي ، و قلق الانفصال عن الأم و غيرها من العوامل الأسرية كوجود الخلافات الأسرية بين الآباء ، وتوتر العلاقات بينهما، و أساليب التنشئة المتبعة من طرف الوالدين كالحماية الزائدة و التدليل
والإهمال و القسوة ، و تعرض الطفل الى سخرية الآباء نتيجة فشله أو مقارنته بأطفال الآخرين ناجحين دراسيا ، وقلق الأم وتعلقها بطفلها ، أو مرض أحد الوالدين أو توقع موتهما ، وهناك عوامل أخرى تتعلق بمحيط المدرسة ، كالخوف من المعلم و المدير و الامتحان نتيجة للمناهج الصعبة و الطويلة ، و التعرض للإيذاء و السخرية من قبل الزملاء،حيث أشارت الدراسات أن نسبة الأطفال بلغت20% في الدول العربية الذين يعانون من الخوف المرضي داخل المدارس، ومن خلال ما سبق نجد أن الطفل في هذه المرحلة يمر بعدة مشاكل وضغوطات، خاصة اذا لم يجد التفاتة من المعلمين و المعلمات،لدراسة سلوكاته واضطراباته ومخاوفه التي يعاني منها التي لا يمكنه التعبير عنها،و لتحقيق هذا الهدف ثم تقسيم الدراسة الى جانبين أولهما جانب نظري واحتوى على فصلين وتمثلت في الفصل الأول الخاص بمدخل إلى الدراسة،وتضمن طرح الاشكالية، الفرضيات، أهمية و أهداف الدراسة، وختم بعرض مصطلحات الدراسة اجرائيا، والدراسات السابقة والفصل الثاني خاص بالطفولة المتوسطة وعرض فيه مفهوم الطفولة المتوسطة، مظاهر النمو، خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة، إضافة الى الاضطرابات الخاصة بمرحلة الطفولة الوسطى، و خلاصة الفصل.

أما الفصل الثالث فخصص للمخاوف المرضية لدى أطفال المرحلة الابتدائية وفيه تم التطرق أولا إلى مقدمة، لمحة تاريخية عن المخاوف المرضية، تعريفها ، أنواعها، أعراضها ، أسبابها ، القوائم الارتقائية لمخاوف الأطفال وفق العمر الزمني، التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية (القلق، الرهاب، الخوف العادي، نوبة الهلع، قلق الانفصال)، النظريات المفسرة لها،الوقاية والعلاج منها و خلاصة الفصل.
وبعدها الجانب الثاني فخصص للدراسة الميدانية والجانب التطبيقي واشتمل على فصل رابع خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة وتم فيه عرض المنهج المستخدم والأدوات المطبقة في الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، أهدافها، عينة الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية، وعينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها، الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية.
أما الفصل الخامس خصص لعرض النتائج ومناقشتها، لنختم الدراسة بخاتمة شاملة لما ورد في الدراسة، ثم عرض المراجع المعتمدة والملاحق.

الجانب النظري

الجانب النظري

الفصل الأول:مدخل الى الدراسة

1- اشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- التعاريف الاجرائية لمفاهيم الدراسة

6- الدراسات والبحوث السابقة

1-مشكلة الدراسة:

تعتبر حياة الفرد وحدة واحدة منذ ولادته حتى وفاته، فنلاحظ تغيرات تطرأ على حياته، فتؤثر على نموه في مختلف النواحي الجسمية والنفسية و الإجتماعية ،فلا شك أن هذا التغيير يلاحظ في عهد الطفولة الأولى سواء كان تغيرا جسميا أو نفسيا ،و ما لاحظناه بحكم احتكاكنا بهذه الفئة من الأطفال في العمل هو مخاوف الكبار وسوء تربيتهم ومعاملاتهم واهمالهم لأبنائهم يؤثر على سلوكاتهم وانفعالاتهم، لذلك تعتبر مرحلة الطفولة ميدانا خصبا للعديد من البحوث والدراسات في علم النفس والدراسات المختلفة الأخرى النفسية والتربوية والاجتماعية والبيولوجية والطبية.
وبما أن مرحلة الطفولة مهمة وأساسية في بداية حياة أي فرد فهي تلك المرحلة التي تنشئ لنا رجل المستقبل وعليه فلا بد من الاهتمام بهذه المرحلة ، وهذا ما جعل الكثير من الدارسين يطرحون مجموعة من المواضيع ومن بينها الإضطرابات النفسية التي يمر بها الطفل وعلى سبيل الذكر: القلق، المخاوف المرضية...إلخ، لذلك يعد الإهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره بمعنى أن إعداد الطفل ورعايته في كافة جوانب الحياة هو إعداده لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغيير السريع الذي نعيشه اليوم.
من بين المشكلات التي تلاحظ عند الطفل في هذه المرحلة هي المخاوف المرضية التي يواجهها بعض الأطفال في سنوات عمره الباكر وقد تستمر معهم بعد ذلك، فقد يكون ذلك سببا في إعاقة نموهم الانفعالي والاجتماعي على حد سواء،وقد يكون سبب هذه المخاوف هي الأسرة هذه الأخيرة التي تعتبر من وسائط التنشئة الإجتماعية حيث تأثر على سلوكات الطفل وانفعالاته وذلك من خلال الأساليب التي يتعامل بها الآباء مع أبنائهم، وقد تؤثر سلبا أو ايجابا على أطفالهم ومعارفهم، وفيها تنمى مهاراتهم وخاصة في المراحل العمرية الأولى للأطفال، حيث أن أغلب السلوكات تتأثر بمستوى تعليم الوالدين والمستوى الاجتماعي الثقافي للأسرة (الشربيني، وصادق، 2000، ص5)
وأيضا تأثرهم بالآخرين وبقيمهم وعاداتهم، وقد أوضحت بعض الدراسات أن الاناث يتميزون ببعض المخاوف وأن الذكور يتميزون بالبعض الآخر وقد يكون الصغار أكثر خوفا من الكبار في بعض مواقف الخوف، وقد أكدت الدراسات أن للأطفال مخاوف شديدة منها الخوف من خطر الأمراض، أو السقوط و الوقوع، أو العمليات الجراحية... وما يصيب الجسم من الألآم، خطر الهجوم من الحيوانات، كالكلاب و النحل والحشرات والأفاعي...الخ، التخيلات، العفاريت و الشياطين التي تطارده، الظلام، الأماكن الغريبة التي لم يراها سابقا، الخوف من المركبات، القذارة، الخوف من السباحة، وهناك مخاوف أخرى يخاف منها الطفل ولكن ما ذكر من أنواع المخاوف هي الأكثر شيوعا في البيئة العربية، والطفل يقوم بإبدال خوف ما بخوف آخر بطريقة لا شعورية خاصة عندما يخلق خوف أولي أصلي صراعا داخليا واحساسا بالذنب، ويلاحظ أن بعض مخاوف الأطفال عقلانية، غير أن أغلب المخاوف تنحصر كلما كبر الأطفال لكن عند بعضهم تستمر الى أعمار أكبر فور ولوجهم الى المدرسة بما يسمى بالرهاب

أو الخوف العصابي المدرسي، فنلاحظ عدة مخاوف يعاني منها الطفل المتمدرس أدرجت تحت مجموعة من الأبعاد: الخوف من الامتحان والمعلم والمدرسة و المدير والزملاء والساحة والطبيب، ونظرا لأهمية الموضوع وأهميته بالنسبة للباحثتين بحكم احتكاكهم بالتلاميذ مباشرة ، حيث لاحظنا بعض الانفعالات و السلوكات عليهم فور دخولهم في فترة امتحانات، إضافة الى تهربهم من المدير وصرامة بعض المعلمين والإدارة في تطبيق التعليمات، وكذا اعتراضهم للقيام بالفحوصات الطبية الدورية، والمشكلات التي يسببها الأقران في المدرسة أو خارجها كسرقة أدواته أو السخرية منه، وتغيير المعلم بسبب المرض أو الموت، وكل هذه العوامل تساهم في شيوع المخاوف المدرسية لدى التلاميذ، ومن هنا جاءت فكرة القيام بالدراسة الحالية كمساهمة لإثراء الموضوع وتسليط الضوء على هذه الظاهرة ميدانيا في البيئة المحلية،ومن خلال هذه الدراسة سنجيب عن التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

ماهي المخاوف المرضية الشائعة لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية في مرحلة الطفولة المتوسطة؟

التساؤلات الجزئية:

ما هو مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة؟

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير الجنس؟

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير السن؟

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير المستوى التعلمي؟

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمكان الإقامة ؟

2-الفرضية العامة:

-يوجد مخاوف مرضية شائعة لدى تلاميذ الطور الابتدائي حيث يعتبر الخوف من المعلم والخوف من المدير الامتحان من أكثر المخاوف المرضية ظهورا لدى أطفال المرحلة المتوسطة.

الفرضيات الجزئية:

- مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة متوسط.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير الجنس.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير السن.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير المستوى التعلمي.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمكان الإقامة.

3-أهداف الدراسة:

-تهدف هذه الدراسة إلى البحث في المتغيرات النفسية للمخاوف المرضية لدى عينة من التلاميذ المتمدرسين في الطور الابتدائي، من أجل التعرف على الفروق بين أفراد العينة على مقياس المخاوف المرضية.

-الكشف عن المخاوف المرضية الأكثر ظهورا لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة

-التعرف على مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة

- التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الجنس

- التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغيري السن، والمستوى التعليمي، والإقامة.

4-أهمية الدراسة:

-إتاحة فرصة لهذه الفئة من الأطفال وإيجاد حل لهم لينعموا بحياة هادئة خالية من التوتر والقلق.

-المخاوف المرضية من بين الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين الأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى ولا تجد اهتماما كافيا بدراستها.

-التنبيه لهذه المرحلة المهمة من حياة الطفولة الوسطى والسعي إلى تناولها بالدراسة.

-احتكاكنا بهذه الفئة من الأطفال عن قرب بحكم العمل في هذا المجال كأستاذتين بالطور الابتدائي.

الأهمية النظرية:

- ستفيد نتائج هذه الدراسة في إثراء المكتبة الجامعية، نظرا لنقص البحوث المتاحة للمخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتوسطة في حدود علم الباحثتين.

- زيادة الرصيد المعرفي السيكولوجي فيما يتعلق بالكشف عن بعض المتغيرات ذات العلاقة بالجانب النفسي والاجتماعي.

الأهمية التطبيقية:

-تساعد تطبيقيا للعاملين في مجالات علم النفس العيادي والصحة النفسية وعلم النفس التربوي بوضع برامج إرشاد نفسي للتعامل مع مشكلة المخاوف المرضية قبل أن تتحول إلى اضطرابات نفسية تعيق تمدرس الطفل.

-معرفة أهمية المتغيرات النفسية ومدى إسهامها في ظهور المخاوف المرضية والتقليل من حدة حدوثها.

-التعرف على أهم المخاوف التي تعترض الطفل في حياته اليومية والمدرسية والكشف عن أساليب تفاديها، ومن ثم توعية الوالدين وأولياء الأمور باتباع الأساليب المناسبة أثناء تعاملهم مع أبنائهم.

-أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة وهي المخاوف المرضية في الطور الابتدائي وعلى الآباء و المربين في هذه المرحلة ضرورة مراعاة مراحل النمو والتوافق النفسي مع العمل على فهم فلذات كبدهم، وتنمية القيم الصالحة لديهم و اعدادهم لتحمل المسؤولية في المستقبل.

5-التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

هناك مفاهيم متعددة للمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة وصيغت منها المفاهيم الإجرائية التالية:

1-**المخاوف المرضية:** هو خوف مرضي دائم، غير منطقي وغير معقول ولا يستند الى أساس واقعي من موقف أو كموضوع غير مخيف بطبيعته لا يمكن ضبطه أو التخلص منه، ويسمى هذا الموقف بالمثير الرهابي، وتنشأ من خبرات وتجارب صارمة حرجة كبتت وتطفو الى سطح الذاكرة فيما يسبب القلق(عبدالحميد،2008،ص:291).

وتعرف اجرائيا: أنها الدرجة التي سيتحصل عليها التلميذ في مقياس المخاوف من خلال الأبعاد التالية: الخوف من المدرسة/الخوف من المعلم/الخوف من المدير/ الخوف من الامتحان/الخوف من الزملاء الخوف من الساحة/الخوف من الطبيب.

2-تعريف المرحلة الابتدائية: يقصد بالمرحلة الابتدائية هي كل طفل يتراوح سنه بين (8-11سنة) يزاول تعلمه بالمدرسة الابتدائية (مدرسة الرائد فراج - قديل- ومدرسة عبد الخالق محمد الصغير بوهران) ومستوى التعلمي(السنة الرابعة-السنة الخامسة).

3-**تعريف الطفولة المتوسطة إجرائيا:** وهي المرحلة التي تبدأ من السن السادسة حتى سن التاسعة سواء كانوا ذكورا أو إناثا، والتي تشمل على الصفوف الثلاث الأولى حيث يدخل الطفل في هذه المرحلة إلى المدرسة، إما قادما من المنزل مباشرة أو منتقلا من دور الحضانة.

6- الدراسات والبحوث السابقة:

ولقد أثبتت الدراسات و البحوث السابقة التي أجريت حول المخاوف المرضية و الطبيعية في الدول الأجنبية و العربية انتشارا لا يستهان به ويمكن تصنيف الدراسات السابقة التي أمكن للطالبتين الاطلاع عليها الى محور رئيسي تتفرع منه محاور فرعية هي:

الدراسات التي تناولت المخاوف:

أ/ دراسات تناولت المخاوف التكيفية(الطبيعية).

ب/ دراسات تناولت المخاوف المرضية.

أولا: الدراسات التي تناولت المخاوف:

أ/ دراسات تناولت المخاوف التكيفية(الطبيعية):

-أجرى عبد المنعم طلعت عباس(1992)دراسة هدفت الى التعرف على نوعية المخاوف الشائعة بين المراهقين والمراهقات، واعداد وتقنين قائمة للمخاوف، وتكونت عينة الدراسة من 410 من الذكور والاناث من طلبة الصف الثانوي(القسم العلمي) من مستوى اقتصادي واجتماعي فوق المتوسط وتحت المتوسط، تتراوح أعمارهم بين 15-17سنة في بعض مدارس الريف بمحافظة القيلوبية، وبعض مدارس الحضر في مصر الجديدة القاهرة، واستخدم الباحث الأدوات الاتية: قائمة المخاوف، اختبار الشخصية، مقياس العصابية، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وقد أسفرت النتائج عن:

-أن شعور المراهقات بالخوف أكبر من شعور المراهقين.

-وجود فروق بين المراهقين والمراهقات (ذكور واناث) في الريف والحضر في درجة الخوف لصالح أبناء الريف.

-وجود فروق بين المراهقين والمراهقات (ذكور واناث) في المستوى الاجتماعي والاقتصادي تحت المتوسط لصالح ذوي الدخل المتوسط.

-وجود علاقة بين درجة المخاوف وبين كل من العصابية وحالة القلق.

-أجري نبيل حسن(2000) دراسة هدفت إلي معرفة العلاقة بين البيئة الأسرية وعلاقتها بالإكتئاب والمخاوف لدي أطفال الريف والحضر بالمدرسة الإبتدائية،وقد اشتملت عينة الدراسة علي(184) تلميذا وتلميذة من تلاميذ الصف الرابع والخامس الإبتدائي بواقع (82 من تلاميذ مدارس الحضر ، 102 من تلاميذ الريف) تراوحت أعمارهم مابين (9-12سنة) ، وقد إستخدمت الدراسة مقياس البيئة الأسرية ، مقياس الإكتئاب للصغار ، إختبار المخاوف للأطفال وقد أسفرت النتائج وجود فروق بين تلاميذ مجموعة الريف وتلاميذ مجموعة الحضر في عوامل البيئة الأسرية في اتجاه تلاميذ الريف ، مضامين الرعاية الأسرية للطفل في إتجاه الحضر ، توفير المناخ الإنفعالي السليم للطفل في اتجاه تلاميذ الريف ، عوامل البيئة الأسرية ككل إتجاه تلاميذ الريف .

ب/ دراسات تناولت المخاوف المرضية:

-أجرى عباس محمود عوض، ومدحت عبد اللطيف(1990) دراسة هدفت الى معرفة الفروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة وقد تكونت العينة من220 تلميذ من المرحلة الابتدائية بالإسكندرية في الصف الرابع الخامس والسادس ابتدائي، وقد تم استبعاد الأطفال الذين فقدوا والديهم ،أعد الباحث مقياس الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال، وطبقت على عينة استطلاعية من 100 تلميذ من الصفين الرابع والخامس للتأكد من صدقه وثباته، وطبق على العينة الأساسية، ويتكون المقياس من 32 بندا يجاب عليه (بنعم أو لا) مع إعطاء درجة للإجابة (1-0) وتشير الدرجة الكلية المرتفعة إلى زيادة معدل الخوف المرضي للأطفال في حين تشير الدرجة المنخفضة الى قلة معاناة الأطفال من هذه الأعراض وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة احصائيا بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة.

-وتشير دراسة حسن عمر شاكر منسي (2005) التي تهدف الى التعرف على المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الأساسية في مدينة اربد بالأردن، ومعرفة الفروق بين الجنسين والصف الدراسي في المخاوف المرضية الشائعة، وتم اختيار عينة من 612 تلميذ وتلميذة، تراوحت أعمارهم بين(6-12سنة)

وأظهرت النتائج أن أكثر المخاوف شيوعا عند الأطفال هي الخوف من الانفصال عن الام، والخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الطبيب...الخ كما أظهرت النتائج أن المخاوف تقل كلما ارتفع مستوى الصف الدراسي.

-دراسة بلقوميدي ، أسالمة، ماحي (2016) والتي تركز على معرفة المخاوف الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وتتكون العينة من 250 تلميذ وتلميذة من المدارس الابتدائية بمدينة أدرار، وتوصلت الى أن المخاوف المدرسية تنتشر تبعا لطبيعة ونوع الخوف، وخلصت الى وجود فروق إحصائية في المخاوف المدرسية بالنظر الى الطور الثاني و الثالث بالنسبة لأبعاد المخاوف فهي تختلف من جهة شدة كل بعد من سنة دراسية الى أخرى وعدم وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية.

-دراسة "خلدون الزبيدي" (1982) في دراسة قام بها في مدينة بغداد، وهذا من أجل التعرف على أنواع المخاوف التي يعاني منها الأطفال في المدرسة، حيث أجراها على 900 تلميذ وتلميذة في المرحلة الابتدائية موزعين بالتوالي على متغيري الجنس والفئة(6-12سنة)، وقد قام الباحث ببناء استبانة من 30 فقرة، شملت مختلف مجالات المخاوف المدرسية وهي: الخوف من العاملين في المدرسة مثل: الخوف من مدير المدرسة، المعلم، وطبيب الصحة المدرسية، والخوف من الدروس مثل :الخوف من اللغة الانجليزية، والخوف من الامتحانات والنتائج الدراسية، والخوف من الوحدة كالخوف من الذهاب إلى المرحاض، والخوف من الزحام مثل الخروج إلى الساحة أثناء الاستراحة، والخوف من الاختلاط في المدرسة، والخوف من الأماكن المرتفعة مثل صعود ونزول سلم المدرسة، وقد كشفت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مخاوف التلاميذ المدرسية في: الخوف من الاختبار، والطبيب عند زيارته المدرسة، والذهاب إلى المرافق الصحية، والخروج إلى الساحات أثناء فترات الراحة، كانت هذه المخاوف أكثر حدة لدى الإناث منها لدى الذكور. (سالمة، 2019 ، ص:10)

كما أوضحت نتائج الدراسة أن جميع المخاوف أكثر شدة عند تلاميذ الصف الخامس الابتدائي عموما ماعدا الخوف من الرسوب في الامتحانات.

-دراسة جاسم أحمد(2003) من خلال مسح ميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، وهذا للتعرف على المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، وعلى هذا الأساس تم التعرف على أنواع المخاوف المدرسية لتلاميذ المرحلة الابتدائية، والفروق في المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تبعا لجنسهم (ذكور- إناث) ، تم اختيار عينة مكونة من 611 تلميذ وتلميذة من الصفين الخامس والسادس ،موزعين على ثلاث مدارس ابتدائية في بغداد بالتساوي، وتوصل إلى أن المخاوف المدرسية التي يعانيها التلاميذ مرتبة تسلسلية من أشدها إلى أقلها انتشارا وهي:

-الخوف من الألفاظ غير اللائقة التي يوجهها المعلم أمام التلاميذ.

-الخوف من الإمتحانات في آخر السنة.

الخوف من ضرب المعلم على أصابع اليد بالعصا حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية لصالح الاناث، ومن بين المخاوف الشائعة لدى الاناث: الخوف من الألفاظ غير اللائقة التي يوجهها المعلم أمام التلاميذ، والخوف من ضرب المعلم على أصابع اليد بالعصا، والخوف من الرسوب آخر السنة، والخوف من معاون المدرسة، والخوف من الجلوس في الصف الأمامي، والخوف من أخذ درجة غير جيدة، والخوف من التجمع في الساحة، والخوف من عاملات المدرسة؛ دراسة الباحثان حيث يهدفان من خلالها إلى معرفة الفروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة، أجراها على عينة قوامها 100 تلميذة وتلميذة، تم اختيارها بطريقة عشوائية من الصفوف: الرابع والخامس والسادس ابتدائي بمدينة الإسكندرية، وأثبتت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة بين تلاميذ العينة .(إبراهيم،2003،ص،65)

-دراسة حسن المنسي(2005) تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الأساسية في مدينة إربد بالأردن، ومعرفة الفروق بين الجنسين والصف الدراسي في المخاوف الشائعة، وتم اختيار عينة الدراسة في تلاميذ المرحلة الأساسية من الصف الأول حتى الصف السادس الأساسي في مدينة أربد بالأردن ، حيث تكونت العينة من 600تلميذا وتلميذة، أعمارهم بين (6-10) حيث أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر المخاوف الشائعة لدى أطفال هذه المرحلة كان من بينها الخوف من الانفصال عن الأم، والخوف من المعلم، والخوف من المدير، والخوف من الطبيب...الخ، كما أظهرت النتائج أن مخاوف الأطفال تقل كلما ارتفع مستوى الصف الدراسي، كما بينت النتائج أن مخاوف الأطفال تختلف باختلاف الجنس والصف الدراسي، حيث أن أكثر الصفوف الدراسية مخاوفا هو الصف الأول الأساسي، ثم الثاني فالثالث فالرابع والخامس والسادس، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الصف قلت مخاوف أطفاله.(المنسي، 2005،ص91)

- دراسة فايزة يوسف عبد المجيد (2012) أجرتها تهدف من خلالها الكشف عن المخاوف المرضية وعلاقتها بصعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى عينة من الأطفال في المرحلة العمرية من (9-11 سنة)، والتي أجريت على أطفال الصفوف الثلاثة الأخيرة في المرحلة الابتدائية،حيث بلغ عددهم (227) تلميذاً وتلميذة،

وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة احصائيا بين الذكور والاناث على مقياس المخاوف المرضية في اتجاه الاناث (فايزة يوسف،2012 ،ص19).

-دراسة مها أبو حطب(1994) وتمثل هدف الدراسة في تحديد أهم المخاوف الشائعة بين أطفال المدارس في المرحلة العمرية من(8-14 سنة)، كما تبين أن مخاوف الأطفال المرضية تتناسب مع المخاوف الشائعة تبعا للعمر. (عبد الرحمن السيد، 1994 ،ص12).

الدراسات الأجنبية:

-دراسة أجرى بول PAULوبيترPETER(2000) هدفت الى التعرف على المخاوف الطبيعية والمرضية الشائعة في مرحلة الطفولة والنظرية الوراثية والبيئية التي تشرح طبيعتها، وتكونت عينة الدراسة من(1106) من التوائم بالسويد تراوحت أعمارهم من (8-9سنوات) وقد تم استخدام مقياس شدة الخوف ومقياس المخاوف المرضية وقد أسفرت النتائج عن :

-أن الاناث أكثر خوفا من الذكور في كل أنماط الخوف (الخوف من الحيوانات، الخوف من التشوه، الخوف من المواقف...).

-أن الاناث أكثر تعرضا من الذكور للمخاوف المرضية من الحيوانات.

-دراسة جرانل دي الدا وآخرونGranell de alda el all: أظهرت هذه الدراسة أن التلاميذ الذين يعانون الخوف المرضي المدرسي في مدينة كاركاس في فنزويلا قدرت نسبتهم ب 1,4%

-دراسة بيكر وويلز Baker and wills:

تبين هذه الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي بين 7%-0% من مجموع أفراد عينة الدراسة التي بلغت 311 تلميذ وتلميذة

-دراسة "تشازن (Chazan):

أظهرت هذه الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي في المرحلة الابتدائية بلغت حوالي 0 %- 3%

-دراسة جراهامGraham :

- أشارت احصائيات هذ الدراسة إلى أن حوالي 5% من الأطفال من تتراوح أعمارهم من(4-6سنوات) يعانون من فوبيا المدرسة، وأنها تظهر عند الإناث والذكور بنفس المعدل.

-دراسة نيرستين Nursten":

أشارت هذه الدراسة إلى أن 0% من الأطفال الذين تم تحويلهم إلى قسم الارشاد النفسي للطفل بمقاطعة العام " Yorkshire" في مدة عامين كانوا مصابين بالخوف من المدرسة، إلا أن تقرير آخر صدر في مانشستر نفسه أشار إلى انخفاض هذه النسبة إلى 3% في مقاطعات .

تعليق عام على الدراسات السابقة:

تكمن أهمية استعراض الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية في الاستفادة منها قدر المستطاع في التعليق وتفسير نتائج الدراسة، وفي ضوء ما تم استعراضه يمكن استخلاص أوجه الاتفاق والاختلاف مع الدراسة الحالية في مجموعة من النقاط نذكر منها:

-معظم الدراسات السابقة التي تم عرضها كانت حديثة وخاصة العربية مما يؤكد بالاهتمام المتزايد بمتغيرات الموضوع، اختلفت بعض الدراسات العربية في طرح موضوع المخاوف المرضية من خلال دراسات تمس متغيرات عديدة؛ ركزت معظم الدراسات بشكل كبير على الفئة العمرية الحساسة وهي مرحلة الطفولة المتوسطة.

-اعتمدت جل الدراسات التي تم عرضها على الاستبانة كأداة لجمع البيانات، اما بقية الادوات كانت ثانوية

-اعتمدت الدراسة الحالية على مقياس المخاوف المرضية للأطفال.

الفصل الثاني:الطفولة المتوسطة

تمهيد

1)أولا: مفهوم الطفولة المتوسطة:(6سنوات-11 سنوات)

2) ثانيا: خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة :(6سنوات-11سنة)

3) ثالثا: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة:(6سنوات-

11سنة)

4) رابعا: الحاجات الأساسية للطفل في هذه المرحلة

5) خامسا: المشاكل الخاصة بمرحلة الطفولة الوسطى

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الطفولة المتوسطة مرحلة مهمة من مراحل النمو التي يمر بها الطفل، إذ أنها تتوسط الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة، والتي يشهد فيها حدثا مهما وهو الدخول المدرسي، حيث يستقل عن ذويه ويكتسب معايير وقيم جديدة ويكون مستعدا للاعتماد على نفسه ، وقد خصصنا هذا الفصل للحديث عن الطفولة المتوسطة، فما المقصود بالطفولة المتوسطة؟ وما هي خصائصها ومظاهرها؟ وما هي أهم الحاجات الأساسية للطفل في هذه المرحلة؟ وماهي أهم المشاكل التي يعاني منها الأطفال المتمدرسين؟

أولا: مفهوم الطفولة المتوسطة (6-10سنوات):

حسب "عبد الفتاح عبد الكافي" فإن مرحلة الطفولة هي عبارة عن مراحل عمرية متدرجة من عمر الكائن البشري من سن الميلاد إلى البلوغ.(عبد الكافي،2005،ص176).

وحسب "نوبار سيلامي" فإن مرحلة الطفولة هي مرحلة من حياة الإنسان، تبدأ من الولادة إلى مرحلة المراهقة، ومن وجهة نظر علم النفس الحديث، الطفل لا يعتبر كراشد لجهله بالمعارف والأحكام، فالطفولة مرحلة هامة للتحولات من الولادة إلى الرشد، وتخرجه من دائرة الحيوانية. (N. Sillamy, 2003, p98)

وحسب "عبد الرحمان الوافي" فالطفولة تبدأ من مرحلة الوضع وتستمر حتى سن البلوغ، فهي مرحلة حتمية يمر بها كل مولود بشري، وينمو جسمياً، حسياً، حركياً، عقلياً، لغوياً، نفسياً واجتماعياً، في أسرته وفي المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وذلك مرورا بالمراحل التطورية الثلاث. (الوافي، 2006 ، ص 141).

ومن أهم هذه المراحل كما أشار إليها الباحث "عبد الفتاح دويدار" نجد الطفولة المتوسطة التي تبدأ من سن السادسة من ميلاد الطفل حتى نهاية العام التاسع من عمره، وفيها ينتقل الطفل من البيت إلى المدرسة، فتتوسع دائرة بيئته الاجتماعية وتتنوع تبعاً لذلك علاقاته وتتحدد، طفولة المرحلة الابتدائية، ويكتسب الطفل معايير وقيم واتجاهات جديدة، والطفل في هذه المرحلة يكون مستعداً لأن يكون اعتمادياً على نفسه وأكثر تحملاً للمسؤولية، وأكثر ضبطاً لانفعالاته، وهي أنسب مرحلة للتنشئة الاجتماعية وغرس القيم التربوية والتطبيع الاجتماعي (دويدار، 1996 ، ص218)

وحسب "علي الهنداوي" فإن الطفولة المتوسطة توصف على أنها المرحلة المناسبة لعملية التنشئة الاجتماعية، كما أنها فترة حرجة للطفل لنمو الاستقلالية عنده وتحمل المسؤولية،وتتصف هذه المرحلة بالنشاط الزائد للطفل، مما يجعل حياته ملؤها اللعب .(الهنداوي، 2009 ، ص 211).

وحسب "عصام نور" فمرحلة الطفولة المتوسطة تتوسط مرحلتين أولهما: مرحل الطفولة المبكرة، وثانيهما مرحلة الطفولة المتوسطة، وثالثها مرحلة الطفولة المتأخرة حيث تضع الطفل على مشارف المراهقة، وتعني دراسياً طفل الصفوف الثلاث الأولى من المرحلة الابتدائية (السنة الأولى، الثانية والثالثة) ويشعر الطفل في هذه المرحلة باختلاف عمن هم أصغر منه سناً (6سنوات-10سنوات).

من خلال ما سبق نستنتج أن مرحلة الطفولة المتوسطة هي المرحلة والتي تشمل على الثلاث سنوات الأولى من الابتدائية، بحيث يلتحق الطفل بالمدرسة ويزداد اهتمامه بتكوين علاقات اجتماعية والتنوع في تلك العلاقات الاجتماعية سيساعده في التخفيف من حدة انفعالاته،وفيها ينتقل من البيت الى المدرسة.

ثانيا: خصائص مرحلة الطفولة المتوسطة:

هناك مجموعة من الخصائص يتميز به الطفل في مرحلة الطفولة المتوسطة حسب الباحث "جنكيز" وهي:

-استمرار النمو من الاعتماد على الغير إلى الاستقلال رغبة في تحقيق ذاته.

-يتعلم كيف يسهم في وضع خطة مع جماعة، ويتعاون مع أفراد المجموعة .

-يبدأ في وضع قواعد اللعب ويطبقها مطالباً بدوره وحفظ حقه كما يبدأ في حب التنافس.

-يعبر عن شعوره نحو الكبار، ويكره أن تعطى له الأوامر.

-يهتم بالماضي بدلاً من الحاضر أو المستقبل.

-يهتم بما هو خطأ وما هو صواب.

-ممتلئ بالنشاط ولكن يتعب بسرعة، كثيراً ما يرى نفسه حالماً.
-يلعب الأطفال والبنات سوياً غير أن الاختلاف في نوع اللعب يبدأ في الظهور.
-اتساع الآفاق العقلية المعرفية وتعلم المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.
-تعلم المهارات الجسمية اللازمة وألوان النشاط العادية.
-اكتساب اتجاه سليم نحو الذات.
-اتساع البيئة الاجتماعية والخروج الفعلي إلى المدرسة والانضمام إلى جماعات جديدة.
-زيادة الاستقلال عن الوالدين.
-يهتم بالنشاط في ذاته بصرف النظر عن نتائجه.
-تزداد القدرة والثقة في هذه المرحلة نظراً لنمو الإمكانيات الجسمية والعضلية الدقيقة.
-يبدأ في الاهتمام برأي الأصدقاء فيه، أي أن إرضاء الأصدقاء عنه أهم من إرضاء الآباء والكبار.
(شبناق، 2010 ، ص 85)

ثالثا: مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة(6-10سنوات):

3-1النمو الجسمي:

تبدأ سرعة النمو الجسمي في التباطؤ، ويصل حجم الرأس إلى حجم رأس الراشد، ويتغير شعر الناعم الى شعر أكثر خشونة، وعند سن الثامنة يزداد طول الأطراف حوالي50 في السنة، ويزداد طول الجسم بحوالي 25 % أي بحوالي 05 % في السنة، وتبدأ الفروق الجسمية بين الجنسين في الظهور، فيكون البنون أطول من البنات في البداية ثم يتساوى الجنسين في النهاية، تتساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان الدائمة، ويزداد الوزن بنسبة 10 % في السنة (همام، 1984 ، ص 193)

3-2النمو الحسي:

يلاحظ على الطفل في هذه المرحلة ادراكه للزمن ، وينمو لديه إدراك المسافات ويستطيع إدراك الألوان، وتكون حاسة اللمس أقوى منها عند الراشد، ولا يختلف التمييز الشمي لطفل السابعة عن تمييز الراشد، كما يمكنه في سن السابعة أن يدرك فصول السنة، وفي سن الثامنة أن يدرك شهور السنة، وتزداد قدرته على إدراك الأعداد ويتعلم العمليات الحسابية الأساسية، بحيث يتعلم الجمع والطرح في سن السادسة، والضرب في سن السابعة، والقسمة في سن التاسعة، كما تظهر قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية، الا أنه يخلط في أول الأمر الحروف المتشابهة من ناحية الشكل، كما يدرك الطفل الصورة الكلية والعامة للأشياء قبل أن يدرك الأشياء والتفاصيل.(ملحم،2001، ص 264)

3-3النمو الحركي:

ويظهر من خلال النمو الحركي نمو العضلات الكبيرة والعضلات الصغيرة، بحيث نجد أن الطفل يحب العمل اليدوي ويحب تركيب الأشياء وامتلاك ما تقع عليه يداه، ومشاهدة النشاط الزائد وتعلم المهارات الجسمية والحركية اللازمة للألعاب مثل لعب الكرة وألوان النشاط العادية كالجري والتسلق والرقص ونط الحبل والتوازن كما في ركوب الدراجة ذات العجلتين في حوالي السابعة، وفي نهاية هذه المرحلة يستطيع العوم، ويزداد التآزر الحركي بين العينين واليدين ويقل التعب وتزداد السرعة والدقة ويتبع ذلك نوع من الرضا الانفعالي بسبب تحصيل هذه المهارة.
(قصيبات، 2007، ص 62)

3-4النمو اللغوي:

حين يبلغ الطفل السادسة يكون قد تعلم نطق 2500 كلمة، بحيث تزداد المفردات بحوالي 50% عن ذي قبل في هذه المرحلة (ملحم، 2001، ص 265) ينتقل الطفل إلى مرحلة الجمل المركبة الطويلة، وتنمو قدرته على التعبير التحريري ويتخطى صعوبات خط الهجاء، كما يهتم بالرسوم والصور والكتب والمجلات والصحف وتنمو قدرته على القراءة، ويميز المترادفات ويكتشف الأضداد اللغوية، ويصل نطقه في نهاية المرحلة إلى ما يقرب من مستوى نطق الراشد، ويلاحظ أن البنات يسبقن البنين في هذه المرحلة ويتفوقن عليهم ،وقد لوحظ أنه كلما تقدم الطفل في السن تقدم في تحصيله اللغوي وفي قدرته على التحكم في اللغة، وكلما كان في حالة صحية سليمة كان أكثر نشاطاً وأكثر قدرة

على اكتساب اللغة، وأن الأطفال الذين يعيشون في بيئة أعلى اجتماعياً واقتصادياً وأكثر ثقافة يكون نموهم اللغوي أفضل من الذين يعيشون في بيئات أفقر. (عجاج، 2008، ص57)

3-5النمو المعرفي:

تزداد رغبة الطفل في التعلم عن طريق النشاط واللعب في سن السادسة، ولكن فترات التركيز ما تزال قصيرة نسبياً، وفي حوالي السابعة تنمو بداية القدرة على التفكير المجرد واستخدام الرموز، ولكن لا يزال يحتاج إلى التعلم عن طريق التجارب المحسوسة، كما يزداد حب الطفل للأغاني والموسيقى، والحكايات والأساطير والقصص التي تدور حول الطبيعة والفكاهات والبرامج التلفزيونية، وأهم مظاهر النمو المعرفي في سن السابعة إدراك مفهوم الوقت ومفهوم المال وفي الثامنة يميل إلى الجدل، وتزداد معرفته بالفروق بين الأشياء والأفراد، وينمو لديه الاستعداد الجمالي وحب الروايات الدرامية، والقصص الخيالية، كما أنه مغرم بجمع الأشياء أما في التاسعة فتتضح قدراته واستعداداته، كما أنه يستطيع التركيز لمدة أطول ولكنه يفقد الحماس بسرعة إذا لم يجد المكافأة الفورية والتشجيع الدائم، وفي هذا السن يقل الاهتمام بالخيال، وتقل أحلام اليقظة وتغلب عليه الواقعية، وتزداد الطلاقة اللفظية.
(عبد السلام، قصيبات، 2007 ، ص61).

كما حدد "بياجيه" مراحل النمو الأربعة عند السادسة أو السابعة، يدخل الأطفال في المرحلة الثالثة منها وهي مرحلة العمليات العيانية (الحسية)، ويتضمن هذا التحديد للعمليات العيانية خاصتين هامتين: **الخاصية الأولى :** هي منطقية التفكير في هذه المرحلة، بمعنى أن الطفل يكون قد تخلص من صفة التفكير الذاتي التي كان يتصف بها في المرحلة السابقة، وأصبح موضوعياً في تفكيره، و**الخاصية الثانية:** هي محدودية التفكير فيما هو عيني أو محسوس ويضيف "بياجيه" أن العمليات العيانية هي عبارة عن أفعال عقلية أو تصورات قابلة للمعكوسية. (إسماعيل، 1989، ص33)

3-6النمو الانفعالي:

تتهذب الانفعالات ، إلا أن الطفل لا يصل في هذه المرحلة إلى النضج الانفعالي المناسب، فهو قابل للاستثارة الانفعالية السريعة، حيث تكون لديه الغيرة والتحدي والمخاوف التي اكتسبها في المرحلة السابقة، ويتعلم الأطفال في هذه المرحلة كيف يشبعون حاجاتهم بطريقة بناءة، أكثر منها محاولة إشباعها عن طريق نوبات الغضب كما في المرحلة السابقة، ويبدي الطفل الحب ويحاول الحصول عليه بكافة الوسائل وتتحسن علاقاته الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين، وتكون لديه حساسية للنقد والسخرية من قبل الوالدين أو المعلمين أو الأقران، بينما يميل إلى نقد الآخرين، بحيث تتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة من الأصوات والاشياء الغريبة والحيوانات والظلام، ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية، وقد تظهر نوبات الغضب في مواقف الإحباط ، وتلعب الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام المختلفة دورا كبيراً في نشوء العوامل الانفعالية المتنوعة لدى الأطفال.
(ملحم، 2001، ص 266) .

3-7النمو الاجتماعي:

تنشأ العلاقات الاجتماعية بين الطفل وأمه منذ الميلاد وتكون تلك العلاقات أساس الحب والعطف، ويحاول أن يطيع والديه ويساعد أمه في أعمال المنزل، وعندما يدخل الطفل المدرسة الابتدائية يقل اعتماده على والديه بشكل ملحوظ، والأطفال في هذه المرحلة لا يميلون للاختلاط الجنسي الآخر ولا يلعبون معهم، وتعتبر المدرسة وسطاً للعلاقات الاجتماعية، فتعمل على تطبيع الطفل وفق إطار عام والنظم والقواعد والتقاليد، كما أن الطفل في هذه المرحلة يسعى إلى الاستقلالية، ونمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة. (عوض، 1999 ، ص77).

3-8النمو الجنسي:

في هذه المرحلة يكون لدى الطفل حب الاستطلاع الجنسي، وٍ اصراره على معرفة وظائف الجسم والفروق بين الجنسين، وقد يميلون إلى القيام ببعض التجارب الجنسية واللعب الجنسي مع بعضهم البعض. (زهران، 2005 ، ص 262).

3-9النمو الديني:

في هذه المرحلة يكون النمو الديني فيما يتعلمه الطفل في مواد القرآن الكريم، والتوحيد والفقه وتهذيب السلوك، وذلك من خلال تعلم الجانب العقائدي في تعرفه على ربه ودينه ونبيّه، والتعرف على كيفية ممارسة العبادات تدريجياً، ويعتمد اكتسابها في البداية على التلقين الذي يلعب دوراً هاماً في تكوين الأفكار والمعايير الدينية للطفل، ثم تأتي بعدئذٍ مرحلة الممارسة والتطبيق للمعلومات الدراسية حتى يصبح سلوكاً ممارساً يطبقه في حياته اليومية وتمثل مرحلة الطفولة المتوسطة بنية خصبة مناسبة لغرس وتعزيز المبادئ الخُلقية الصحيحة المستمدة من الشريعة الإسلامية في شخصية الفرد(عجاج، 2008،ص58).

رابعا: الحاجات الأساسية للطفل في هذه المرحلة:

الحاجة شيء ضروري إما لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية)، أو للحياة كأسلوب أفضل (حاجة نفسية)، بالإضافة إلى الهواء والماء والنوم، ودرجة الحرارة المناسبة والوقاية من الجروح والأمراض والسموم، في حين أن الحاجات النفسية هي كذلك ضرورية للحياة بأسلوب أفضل وبدون إشباعها يصبح الفرد سيء التوافق، ومن بين الحاجات التي يحتاجها الطفل نذكر:

4-1الحاجة إلى الأمن:

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن والطمأنينة بالانتماء إلى جماعة الأسرة والمدرسة والرفاق في المجتمع، وأن الطفل يحتاج إلى الرعاية في جو آمن يشعر فيه بالحماية من كل العوامل الخارجية المهددة، حتى لا يشعر بتهديد خطير لكيانه مما يؤدي إلى أساليب سلوكية قد تكون انسحابية أو عدوانية.

الحاجة إلى الحب والمحبة:

وهي أهم الحاجات الانفعالية التي يسعى الطفل إلى إشباعها، فهو يحتاج إلى أن يشعر
أنه محب محبوب، والحب المتبادل بينه وبين والديه وٍ اخوته وأقرانه فنجد أن كل إنسان يتوق إلى أن يكون محبوباً، والمعلم الجيد هو الذي يحب طلابه، والطفل يشعر بالقلق وعدم الراحة إذا شعر أن معلمه لا يحبه (زهران، 2001 ، ص294-296)

4-2الحاجة إلى الاستقلال:

يرغب الأطفال في الاستقلال وأخذ المسؤولية على عواتقهم، والمعلم الحكيم هو الذي يتيح الفرص لطلابه كي يحققوا هذه الرغبة ما أمكن وفي حدود عدم الإضرار بمصلحتهم(عاقل،1985،ص101).

4-3الحاجة إلى تعلم المعايير السلوكية:

يحتاج الطفل على مساعدة في تعلم المعايير السلوكية نحو الأشخاص والأشياء، بحيث تقوم المؤسسات القائمة على عملية التنشئة الاجتماعية مثل الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام وغيرها بتعليم هذه المعايير السلوكية للطفل مما يساعد في توافقه الاجتماعي، وإن الطفل يحتاج إلى المساعدة في تعلم حقوقه ما له وما عليه،وما يفعله وما لا يفعله وما يصح وهو في جماعة، وما يصح وهو في حدود الأسرة، وما يصح وهو خارج نطاقها.

4-4الحاجة إلى تقبل السلطة:

تختلف أنماط السلطة في الثقافات المختلفة، فبعض الثقافات تتيح فيها ممارسة أي سلوك يختاره الطفل، يأكل ما يشاء ومتى يشاء وينام عندما يتعب، بينما البعض الآخر يلزم الطفل بتقبل السلطة.فإشباع هذه الحاجة للطفل يرتبط بإشباع الحاجة إلى إرضاء الكبار، حيث يرتبط إرضاء الكبار بخضوع الطفل للسلطة السائدة في الأسرة، فلا ينبغي أن تشجع الأم عملاً قام به الطفل، وفي الوقت نفسه ينهر الأب الطفل لأدائه، لأن اتفاق الوالدين وتوحد معاملتهما يجعل الطفل يستجيب وينمو في الاتجاه المرغوب.(الشوربجي،2002، ص58).

4-5الحاجة إلى الإنجاز والنجاح:

يحتاج الطفل إلى التحصيل والإنجاز والنجاح، وهو يسعى دائماً عن طريق الاستطلاع،والاستكشاف والبحث وراء المعرفة الجديدة التي يتعرف على البيئة المحيطة به، وحتى ينجح في الإحاطة بالعالم من حوله، وهذه الحاجة أساسية في توسيع إدراك الطفل وتنمية شخصيته،وهو لهذا يحتاج إلى تشجيع الكبار وغرس روح الشجاعة فيه.

4-6الحاجة إلى مكانة واحترام الذات:

يحتاج الطفل إلى أن يشعر باحترام ذاته، وأنه جدير بالاحترام وأنه كفء يحقق ذاته،ويعبر عن نفسه في حدود قدراته وإمكاناته، مما يؤدي الى احترامه للآخرين.

4-7الحاجة إلى اللعب:

يعتبر اللعب من الوسائل التي تساعد الطفل على تفهمه للعالم، ويتطلب إشباع هذه الحاجة إتاحة وقت فراغ للّعب وإفساح مكان للّعب واختيار اللّعب المشوق بالإضافة إلى أن الطفل في هذه المرحلة يجد الفرصة لممارسة الكثير من ألوان اللعب المنظم داخل المدرسة كاللعب الجماعي.

(الشوربجي، 2002 ، ص 92).

خامسا: الاضطرابات التي تصيب أطفال المرحلة الابتدائية:

يصاحب النمو في هذه المرحلة عدد من المشكلات التي تدل على فشل تربية في محيط الطفل، وعدم قدرة الطفل على التكيف الصحيح مع الأوضاع التي يجد نفسه فيها عدد من المشكلات الناتجة عن أسباب عضوية وراثية ونفسية ومن هذه المشكلات:

5-1الكذب: وله عدة أنواع مثل: الكذب الادعائي والخيالي والأناني والانتقامي، والوقائي وهذه الأنواع جميعا عرض ظاهري على مشكلة داخلية لا تتطور لتصبح مرضا الا إذا تكررت وأصبحت مادة للطفل (زيدان ،1986ص 134)

5-2**الغياب والتأخر عن المدرسة:** هي علامة على سوء التكيف ويكثر الغياب في سن السادسة عن السابعة أو الثامنة نتيجة بعض الأمراض الصحية أو نفور الطفل من مجتمع المدرسة أو المدرس بعينه.

5-3**الاضطرابات التعلم:** حيث يكون مستوى الطالب التحصيلي أقل من مستوى زملائه ويعتبر العجز في القراءة اشارة الى سوء التوافق الانفعالي حيث يقاوم الطفل القراءة حتى لا يسرع نضجه فيضيع اعتماده على والديه ويقاومه لكي يعبر عن تمرده على مطالبة والديه بالاعتماد على نفسه وكذلك الضعف في الحساب عرض يدل على صعوبة في التركيز والانتباه، كما أن صعوبات النطق من أكثر صعوبات التعلم وضوحا وقد ترجع لأسباب عضوية راجعة لتكوين الفم والسمع أو التلف العصبي لم يكن كذلك فالسبب نفسي. (حقي 1986،ص133).

5-4**اضطرابات النوم:** ومن أشكاله التجوال الليلي و الأحلام المزعجة، التبول اللا ارادي ، الأرق ، النعاس، وهذه جميعا تدل على توتر انفعالي و يعتبر الأرق من أقل الاضطرابات حدوثا في الطفولة أم التبول اللا ارادي فيعتبر أكثر مشكلات النوم ازعاجا للأباء (حقي ،1986،ص134).

5-5**الجناح:** وهو ميل متطرق الى العدوان و التخريب و الانتقام و الميل للكذب و السرقة و معارضة السلطة أيا كانت و هي تقود اذا ما استمرت الجريمة (زيدان 1986،ص) ومن أكثر مظاهر الجناح في الطفولة الوسطى السرقة و هي الحصول على ما يملكه الآخرون دون رضاهم (عريفج، 1984، ص135)

5-6**الاضطرابات الانفعالية :** منها اضطراب الخوف خاصة في الأيام الأولى للالتحاق بالمدرسة و اضطراب الغضب و له مثيرات كثيرة في هذا السن مثل: زيادة الاهتمام بطفل معين ، خسارة الطفل في منافسة معين ، الرغبة في الحصول على ما لدى الأطفال الأخرين و من مظاهر الاضطرابات الانفعالية مص الأصابع وقضم الأظافر، و بل الشفاه (المليجي، 1973،ص136) و تمثل الغيرة وهي مركب من الانفعالات الغضب و الكراهية و الحزن و الخوف و القلق و العدوان واحدة من المشكلات في هذه المرحلة حيث تحدث عندما يشعر الطفل بالتهديد.

الخلاصة: إن مرحلة الطفولة المتوسطة (6-10سنوات) هي مرحلة من مراحل النمو الأساسية في حياة الطفل، بحيث ينمو في عدة نواحي منها النفسية الجسمية والحسية والحركية واللغوية والعقلية، والمعرفية والانفعالية، بالإضافة إلى الناحية الجنسية والدينية، وكذلك الحديث عن أهم حاجات الطفولة في هذه المرحلة، إلى جانب تمييزها بدخول الطفل المدرسة وبالتالي ينمو ويتطور الجانب الاجتماعي ،وقد لمسنا ظهور بعض الاضطرابات النفسية وبعض المخاوف لها تأثير على نمو شخصية الطفل من جميع الجوانب،لذلك خصص لها الفصل الموالي للتعمق فيها أكثر ومعرفة أسبابها و أعراضها وطرق العلاج.

الفصل الثالث:المخاوف المرضية لدى أطفال المرحلة الابتدائية

-تمهيد

1- لمحة تاريخية عن المخاوف المرضية

2- تعريف المخاوف المرضية

3- أنواع المخاوف المرضية عند الطفل

4- أعراض المخاوف المرضية

5-المخاوف المرضية لدى الطفل المتمدرس

6-القوائم الارتقائية للمخاوف المرضية وفق العمر الزمني

7-التشخيص الفارقي

8- النظريات المفسرة للمخاوف المرضية

9- الوقاية و العلاج من المخاوف المرضية

10- خلاصة الفصل

أولا: المخاوف المرضية

تمهيد:

تندرج المخاوف المرضية بصفة عامة تحت مجموع الاضطرابات العصابية التي تشتمل على القلق والاكتئاب العصبي والعصاب القهري، الهستيريا ، حيث تعرف المخاوف المرضية بأنها خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع غير مخيف بطبيعته، حيث أنه غير منطقي تؤدي به دائما إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف حتى يتخلص الفرد من قلقه وهذا ما يجعله يشعر بالوحدة والخجل من نفسه وهي متنوعة وكثيرة: الخوف من الأماكن الواسعة، أو المغلقة، الخوف من الظلام ،الخوف من الامتحان، الخوف من المعلم ،وهذا ما سنستعرضه في هذا الفصل.

1- لمحة تاريخية عن المخاوف المرضية:

ان المخاوف المرضية و المخاوف الشاذة و الفوبيا و الخواف و الرهاب كلها مصطلحات مترادفة و التي تعد ترجمة للكلمة اليونانية "phobos" الفوبيا التي تعني الخوف" fear" ، و الفزع " Dread "، و الهلع " panic " ، وقد ظهرت هذه الكلمة (الفوبيا) في القرن الخامس قبل الميلاد الى أن ظهر مصطلح الخوف المرضي في السنة الميلادية الأولى حيث كتبه الرومان في دائرة المعارف الرومانية في مقال طبي استخدم فيه مصطلح "Hybrophobia" معبرا عن الخوف من داء الكلب" symptômes of rabies" ، أما الاستخدام الفني لمصطلح الخوف المرضي "phobia" فلم يتم رسميا إلا في عام (1871) عندما أورد" كارل وستفال carl westphal" مصطلح الخوف من الأماكن الواسعة "Agrophobia " وذلك بمعنى الخوف من الاجتماع أو المقابلة من الأماكن العامة (العيسوي، عبد اللطيف ،1989 ص289).

ثم تطور مصطلح الخوف و المخاوف الشاذة بصورة أوسع انتشارا من طرف بعض الكتاب و المفكرين مثل: "برتراند راسل Bertrand Russell" ، ويعتبر "كربلينKraepelin" أول من صنف المخاوف المرضية ضمن ضعف الأعصاب أو" النيورسيثينيا Neurasthenia" و المرض القهري "Compulsive Insanity".

و في عام 1892 ميز "بيترز و ريجس Pitres et Regis" بين نوعين من المخاوف المرضية و هي المخاوف المنتشرة و المخاوف الخاصة ، وقد أصدر ما يقارب من سبعين من الأسماء اليونانية باعتبارها قائمة اجمالية للمخاوف المرضية دون أن تكون تصنيفا نهائيا للمخاوف المرضية ، وقد كانت العلاقة بين المخاوف المرضية و الوساوس "Obsessions" نقطة حيوية و أساسية في تاريخ التطور الفني للمصطلح حيث نظر اليهما بيتروريجس " Regis Pitres et " باعتبارهما حالات متشابهة.

و يعد "ستانلي هول G-Stanley Hall" (1924) أول من عمم تصنيف المخاوف المرضية طبقا للأصناف اليونانية.

و في عام (1893) أطلق" بيير جانيه Pierre Janet" مصطلح " البسيكاثنيا Psychasthenia " على كل شيء ماعدا "الهستيريا Hystria " ، وقد استخدم هذا المصطلح متضمنا المخاوف المرضية و الوساوس القهرية ، وتعني البسيكاثينيا حرفيا العقل الضعيف "Weak Mind" ، و ميز سيغموند فرويد عام (1895) بين المخاوف المرضية و الوساوس ، و قسم المخاوف المرضية الى مجموعتين هما :

أ-مخاوف مرضية شائعة و هي مخاوف عامة.

ب-مخاوف مرضية عارضة وهي مخاوف مرتبطة بحادثة معينة و أكثر خصوصية (فرويد ، ترجمة طرايشي ،1984 ص36).

في عام (1952) تم فصل المخاوف المرضية عن فئة ردود الأفعال القهرية في مؤتمر ضم جمعيتي الطب العقلي الأمريكيتين ، وفي العام ذاته تم تصنيف الخوف المرضي في (DSMI) باعتبار ان رد فعل الخوف المرضي لا يصنف ضمن الاضطرابات العصابية ، وفي الدليل التشخيصي الثاني(DSMII) الصادر عام (1968) اندرجت المخاوف المرضية ضمن العصاب ثم صنفت في الدليل الاحصائي الثالث (DSMIII) الصادر عام 1980 تحت اضطراب القلق في محاولة لتوحيد المصطلحات النفسية و تطويرها (زمردة ، 2009 ،ص 137).

2- تعريف المخاوف المرضية:

2-1-تعريف الخوف لغة: خافه يخافه وخيفة ومخافة (كواشي، ص 27) ويعني الفزع ويعني القتل كما في قوله تعالى: (...وإذا جاءهم أمر من الأمن أو الخوف أذاعوا به جناس) (سورة النساء،آية83) وقد يراد به العلم قال تعالى: (...فمن خاف من موص جنفا أو إثما فأصلح) (سورة البقرة،آية182) وقد يقصد به النقص قال تعالى: (...أو يأخذهم على تخوف) (سورة النحل،آية47).

2-2-وورد في المعجم الوجيز: خاف خوفا، ومخافة وخيفة: توقع حلول مكروه، خيف بكسر الياء، فزع، الخوف انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه أو يمر من المحبوب.(المعجم الوجيز،1979،ص214)

2-3-تعريف الخوف اصطلاحا: انفعال فطري غريزي يولد به الإنسان (مصطفى،1999 ، ص:336)، حيث أنه انفعال على صلة بالعقل والادراك وبالجسد، فالإنسان لا ينتابه الخوف إلا إذا أدرك وجود خطر يهدد حياته. (الرومي،1978 ،ص 238)

2-4-مفهوم الخوف من ناحية المعارف النفسية: يعرف زكريا الشربيني(1994) الخوف العادي بأنه شعور طبيعي يحسه كل انسان طفلا أو بالغا، أي يخاف الفرد من نفس الأشياء التي تخيف الافراد في نفس السن، ويطلق عليه الخوف الموضوعي، أما غير موضوعي أو الخوف المرضي فهو خوف شاد مبالغ فيه متكرر أو شبه دائم لا يخيف الافراد من نفس السن. (الشربيني،1994،ص116)

2-5-تعريف المخاوف المرضية: خواف بضم حرف الخاء (هي خوف مرض فوبيا) وتعني الرهبة، الذعر، اشتقت من الكلمة اليونانية PHOBOS ، FEARالهروب .

وذكر ماركس أن الاستخدام العلمي لهذا المصطلح ظهر في القرن التاسع عشر الميلادي حتى أصبح يلاقي رواجا وقبولا بين العلماء، و هي نوع خاص من الخوف الشديد يثيره موقف أو شيء أو فكرة لا تفارق الشخص ويقف أمامها عاجزا (الغامدي،2006، ص:33)

وهي أيضا: استجابة لخطر واضح وموجودا وليس متخيلا، وهو وقتي يزول بزوال المنبه، وهو مدرك شعوريا. (العنزي و عويد، 2003، ص188).

-من التعريفات السابقة اشتقت الباحثتين التعريف الاجرائي التالي: الخوف هو حالة انفعالية داخلية طبيعية أو موضوعية اذا ما اقترنت بالحذر والترقب فإنها تسهم في بقاء الانسان واستمراره والخوف يدفع بالخائف الى الهرب أو الاختفاء ، أما الخوف الكثير و المتكرر الوقوع و المستمر لأية مناسبة هو خوف مرضي يتسم بالتضخم في موقف ما بحيث يخاف الفرد مما لا يخيف الآخرين في نفس العمر ويؤدي إلى هروبه ويصاب بالهلع و الرعب.

3-أنواع المخاوف المرضية لدى الطفل:

3-1-رهاب خلاء المساحة أو الأماكن الواسعة: هو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول في الزحام أو الأماكن العامة السفر وحيدا في القطارات ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية ولذا فهو أشد الاضطرابات إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيس المنزل.

معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة: وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

-نوبات ذعر غير متوقعة، حدوث نوبات واحدة على الأقل على مدار شهر أو أكثر وتكون متبوعة بواحدة أو أكثر من الأعراض التالية:

-اهتمام دائم بالنسبة لحدوث نوبات إضافية
-الانزعاج على ما يتبع النوبة من عواقب مثل: فقدان التحكم بالإصابة بنوبة قلبية أو الوصول إلى الجنون.
-تغير جوهري في السلوك المرتبط بالنوبة
-لا ترجع نوبات الذعر إلى التأثيرات الفيسيولوجية المباشرة للمواد المأثرة نفسيا سوء استخدام العقاقير أو العلاج بالأدوية النفسية أو سبب حالات طبية عامة. (مصطفى، 2011،ص 337)

AGORO PHOPIA2-3: وهو أيضا نوع أخر يحتاج إلى مساعدة محترفة والأشخاص المصابون بهذا الخوف يخشون الدخول أو الخروج حتى من المنزل ويتميز هذا الخوف أحيانا من نوبات ذعر ويصبحون خائفين من نوبة تأتيهم بعيدا عن امان البيت، ولا أحد هناك يساعدهم، وفضلا عن ذلك فإن هؤلاء الأشخاص يخافون من المسطحات المائية والمناظر المكشوفة والشوارع الفارغة ويشعرون بأنهم مرتاحون حين يكون المكان محاطا بالأشجار أو مغلقا والكثير من هذه المخاوف يعتمد على قلق الانفصال في مرحلة الطفولة وهذا النوع يمكن علاجه. (حسين، 2013، ص 30)

3-3الرهاب الاجتماعي:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الأخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد وقد يظهر عليه احتقان الوجه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع.

معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي: وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجا ومرتبكا أمام الأخرين وقد توجد هذه الأعراض مع الأطفال حسب تطور علاقتهم بأقرانهم، التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريبا مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن رهابهم بالغضب أو تجنب المواقف التي تثير غضبهم ، يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد والتي تكون دائما مليئة بالقلق أو الأسى على النفس إذا كان الفرد أقل من 18سنة فيجب أن تتبع ظهور عرض أو أكثر من أعراض الرهاب لمدة 6 أشهر على الأقل.

إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي فإن الخوف في المعيار لا يكون مرتبطا بها ويتحدد عموما ما إذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الاجتماعية مع الأخذ بعين الاعتبار تشخيص اضطرابات الشخصية التجنبية حيث تتشابه في الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الاجتماعية.
(حسن، 2008، ص59-60)

4-3الرهاب المحدد:

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد، مثل الاقتراب من الحيوانات، اماكن مرتفعة، الرعد، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول، التبرز في مراحيض عامة، منظر الدم أو الجروح ، وعلى الرغم من أن الموقف عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها.

وأهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرهاب المحدد هو الخوف من التلوث البيئي والإشعاعي والعدوى بالأمراض التناسلية.

مؤشرات التشخيص:

من أجل التشخيص المؤكد يجب:

- أن يكون الأعراض سواء النفسية أو الخاصة بالجهاز اللاإرادي أساسا من مظاهر القلق وليس ثانوية لأعراض أخرى مثل ضلالات وأفكار وسواسية.
- يجب أن يقتصر القلق على وجود الفرد في الموقف الرهابي المحدد
- يتم تجنب الرهابي كما كان ذلك ممكنا ويتضمن رهاب بالمرتفعات، الحيوان.(عكاشة ، ص163 -164)

كما توجد مخاوف أخرى نذكر منها:-الخوف من الناس-الخوف من الماء-الخوف من رؤية النار مشتعلة، الخوف من الأقذار، الخوف من الألم والتعرض له ،الخوف من البرق والرعد،الخوف من الزواحف (أفاعي، ثعابين.... الخ،

الخوف من الحيوانات كلاب، خيول .... الخ،الخوف من الجراثيم، الخوف من الزحام، الخوف من الغرباء، الخوف من رؤية الدم،الخوف من الأمراض، الخوف من الأكل، الخوف من جثث الموتى، الخوف من التفكير، الخوف من التلوث، الخوف من الحشرات، الخوف من الأوساخ، الخوف من المشاعر،الخوف من الزواج، الخوف من الحب، الخوف من العمل،الخوف من الموت والفناء، الخوف من الظلام، الخوف من البدانة.
(العيسوي ، 1996،ص 164).

4-أعراض المخاوف المرضية لدى الطفل:

4-**1أعراض جسدية (المظاهر الفسيولوجية):** الشعور بالتعب وضعف الطاقة الحيوية ، الإصابة بالصداع وصعوبة التنفس إضافة إلى اضطرابات في المعدة والنوم وعسر الهضم والغثيان تصبب العرق البارد، الرعشة، بالإضافة إلى زيادة سرعة التنفس وفقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب وزيادة إفراز العرق ،القصور الجسمي والقصور العقلي والرعب من المرض.

4-**2صعوبة التواصل مع الآخرين والتعبير عن النفس:** يعاني الشخص المصاب بالمخاوف من صعوبة التواصل مع الآخرين وارتباط بالتعبير عما يدور في نفسه.
الخوف من المواقف الاجتماعية والدخول فيها يحاول الفرد المصاب بالمخاوف الاجتماعية تجنب مشاركة الآخرين في المناسبات الاجتماعية وعدم الالتفات للنقاشات والأحاديث الاجتماعية التي تدور بين الأفراد

4-3تشتت الأفكار: يعاني الشخص بالمخاوف من تشتت أفكاره وعدم القدرة على تجميع الأفكار والآراء ووضعها في المكان المناسب في المواقف الاجتماعية بالإضافة إلى عدم قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي مع الاخرين والشعور بالنقص والغيرة منهم شعور الفرد بعدم الراحة في المواقف الاجتماعية وصعوبة التعبير عن الذات، الفشل المبكر في حل المشكلات .

4-4مظاهر اجتماعية: عدم اندماج الفرد مع الاخرين في تفاعلهم و نشاطاتهم يؤدي إلى الخمول الظاهري وتجنب الاتصال والتواصل معهم. وكذا عدم الاستقرار الأسري والمضطرب ببسبب الشجار والانفصال والطلاق والعطف الزائد والحماية الزائدة والوالدان العصبيان (السلطة الوالدية المتعصبة، التربية الخاطئة كالمنع والعقاب، الرهبة، عدم المساواة في المعاملة بين الأطفال). (عطار، 2018 ، ص 11-12).

4-5المظاهر السلوكية والنفسية الانفعالية: تتمثل في اضطراب شخصية الفرد الذي يبدو في ظهور بعض النوم المضطرب توقع المشكلات مثل: التهتهة في الحديث، الحركات العصبية، الإنكماش الخجل وعدم الجرأة، الشر، شدة الحرص، التهاون، الإستهتار، عدم القدرة على التفكير المستقل، إضاعة الوقت بسبب التردد، الخمول، الهروب، خوف الكبار وانتقاله للأطفال عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد الشعور بالإثم وما يرتبط به من خواف، وقد يكون الخواف دفاعا لحماية المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة، جنسية أو عدوانية حيث ينقل الانفعال من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولا، وهكذا يعتبر الخواف بمثابة ستار عن الدخان يلقى على المشكلة لتجنبها وتنحيتها عن الشعور. (سوسن ،2000،ص21)

4-6تخويف الأطفال وعقابهم: والحكايات المخيفة التي تحكى لهم، والخبرات المريرة القاسية التي يمرون بها والخبرات المخيفة المكبوتة خاصة الطفولة المبكرة.(زهران ،2005 ، ص505).

5-القوائم الارتقائية للمخاوف عند الاطفال:

5-1القوائم الارتقائية لمخاوف الأطفال وفق العمر الزمني:

8 سنوات	تقل المخاوف و يقل القلق و يظل خوفه من الشجار و من الفشل يقل الخوف من عناصر الطبيعة و السمعية و البصرية يحب أن يخرج ليلا مع والديه ربما تخاف البنات من الرجال الغرباء الخوف من كلمة بخ أو من الحكايات المخيفة يكرر عمدا مواقف الخوف لكي يتحلل منها. خوفه من ان يفوته القطار .
9 سنوات	تختلف المخاوف من طفل الى طفل يكون معظم خوفه من فشله في دراسته يحمل الهم من أن يعجز عن الوفاء يفرح الأطفال اخافة بعضهم بعض بالتجسس أو الاختباء

5-2 الأحلام:

8 سنوات	يندر قصه للأحلام تتفاوت من طفل الى طفل البعض يحبون الأحلام وقصها أو التحدث عنها معظمها أحلام لطيفة عن الخبرات والممتلكات ، ورفاق اللعب، و بعضها عن الصعوبات أو الهموم الشخصية قد عاد بعض الأولاد الى أحلام الحيوانات أو الغرائب التي لا تصدق ربما رأو أحلاما مخيفة نتيجة للسما أو الراديو أو قراءاتهم لا يريدون أن يوقظوا أثناء الحلم
9 سنوات	يرى كثيرا من أحلاما بشعة مفزعة بأنهم قد أصيبوا أو قتلوا بالرصاص أو اختطفوا ولا يكون الطفل وحده فيها هو الضحية بل ربما كانت الأم أو أحد الأصدقاء أحلام بالحركة : الدوران و السياحة و الطيران بالخبرات اليومية والهموم الشخصية يحلم بالحوادث الطبيعية (كالعواصف والنار) أو بأنه يطارد أو يهدد منتبه الى أن الأحلام تثيرها السما أو الراديو البعض يحبون أن يحلموا و خاصة في الصباح الباكر، وربما رغبوا في العودة الى النوم لاستكمال الحلم يجب قص الرؤيا.

(الجرواني، دنيللي ،2014،ص18– 25)

6-أسباب المخاوف المرضية لدى الأطفال:

أهم أسباب المخاوف عند الأطفال نلخصها فيما يلي:

6-1أسباب صحية: حيث أن الأطفال الضعاف أو المرضى هم أكثر عرضة للخوف، ويؤدي انخفاض تقدير الذات الى مزيد من الخوف.

6-2أسباب شخصية ونفسية: قد تكون أسباب المخاوف خبرات مؤلمة أو حوادث مفزعة حدثت في مرحلة الطفولة وكبتت في اللاشعور، فتسبب العقد النفسية و المخاوف المرضية.

6-3أسباب أسرية: تتضمن الخلافات الزوجية والأسرية والعقاب الصارم وقصص الرعب والتهديد، ومخاوف الأهل، وأخطاء تربوية، وغياب الأم، وهذه بيئة خصبة لتوليد المخاوف لدى الطفل، حيث يلتقط المخاوف من أهله عن طريق التوحد والتعلم بالمشاهدة، وكذلك استخدام التخويف كوسيلة تربوية غير صحيحة يؤثر على أعصابه، مما يولد المخاوف لديه.

6-4أسباب اجتماعية: تتعلق بوقوع أحداث فوق قدرة الطفل على الفهم وتأثر الطفل بمخاوف الاخرين، والبيئة المدرسية، حيث يخاف الطفل من الفشل وفقدان رعاية والديه وحبهما له،وتأثره بمخاوف المجتمع.
(معوض،1983،ص250).

6-5عدم الثقة في النفس: ويرجع ذلك إلى عدة أسباب مثل: خوف الطفل من الإمتحان أو من مقابلة الزوار وخاصة إذا كان أحد قد سخر منه أو ضحك عليه أو نقده وبعد ذلك يشعر الطفل بالخوف من الحديث أمام الغرباء والأصدقاء في الفصل والخوف من مقابلة الزوار أو الحديث معهم؛ تسلط الآباء في السيطرة على كل حركات الطفل دون أن يتركوا له حرية التفكير فيتولد عنده الخوف من الوقوع في الخطأ؛ والتأخر الدراسي وإنخفاض مستوى الذكاء كلها تسبب للطفل خوفا بعدم الثقة في النفس؛ نشأة الطفل وتواجده في بيئة تعاني من القلق النفسي والتخلف الإجتماعي تؤدي به إلى الخوف والقلق والحيرة والإرتباك. (زهران، 2005 ، ص505).

7-التشخيص الفارقي:

من الضروري أثناء تشخيص الخوف المرضي التمييز بينه وبين الخوف العادي، وكذلك بين الخوف المرضي كمرض وبين الخوف المرضي كعرض لمرض آخر فلابد أن نلاحظ أن الخوف قد يكون مصاحبا لعدة أمراض ولذا يجب عدم التسرع في تشخيص حالات الخوف لأنها كثيرا ما تخفي أمراضا أخرى، فالخوف قد يكون أحد أعراض القلق أو أحد أعراض الهستيريا، وإذا ظهر الخوف المرضي، بعد الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب وجداني اكتئاب سن اليأس ، كذلك لا نستطيع إغفال احتمال وجود مرض عضوي و الاكتئاب او كما في حالة ذهان المرح، في الجهاز العصبي تصلب شرايين المخ ويظهر الخوف المرضي في حالة الفصام، وخاصة ما يسمى فصام المراهقة الذي يبدأ باستجابات خوف غامضة وكذلك يظهر الخوف المرضي في حالات البارانويا وفي السلوك القهري والوساوس (الزراد، 2004 ، ص:51).

من أهم طرق تشخيص المخاوف نجد قوائم مسح المخاوف حيث استخدمت في التشخيص وفي التنبؤ بالسلوك وتحديد الالام ومعرفة مدى التقدم العلاجي ، ودرجة المخاوف لدى المريض، ثم يقاس مدى التغيير في درجته على القائمة ويجب على الإكلينيكي أيضا أن يستخدم استجابات المريض، وقد استخدمت هذه القوائم كذلك في ذاتها بعد العلاج التنبؤ بالسلوك التجنبي الصريح للإناث (شكري و كريم ، 1117 ، ص: 4)

الفرق بين القلق والخوف المرضي:

القلق خوف محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كالهرب أو الاختفاء أو الهجوم فهو انفعال مؤلم نشعر حين لا نستطيع أن نفعل شيء حيال موقف مخيف يهددنا بالخطر، اما الخوف فهو انفعال يجعل الإنسان قادرا على الهروب أو الاختفاء أو الهجوم على الموقف المهدد (الجرواني، العطار،2014،ص15-16)

الأعراض الفيزيولوجية للقلق والخوف الشديد: تتمثل أعراض القلق الشديد في زيادة ضغط الدم، وضربات القلب، توتر العضلات وعدم استقرار، كثرة الحركة، أما الخوف الشديد يتمثل في انخفاض ضغط الدم وضربات القلب، ارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا الى حالة اغماء .
(مصطفى، 2011 ،ص133)
ويرى "مابكريد"Mabkrid بأن القلق صورة الخوف العصابي أو المرضي والخوف العصابي نوع من الخوف لا يدرك له الفرد مصدرا أو موضوعا في الواقع الخارجي، ويمكن ان يكون القلق انفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر. وعليه الفرق بين الخوف والقلق في أن مصدر التهديد في حالة الخوف خارجي يسهل تحديده، بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخليا لا شعوري يصعب تحديده، وإن استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها بينما تتسم استجابة القلق بالدوام والاستمرارية (الجرواني، العطار،2014، ص15-16).

الفرق بين الخوف العادي والخوف المرضي:

الخوف العادي: هو غريزة وهو حالة يشعر بها كل خوف العادي هو غريزة وهو حالة يشعر بها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مثل حيوان مفترس، حين يشعر باقترابه منه ينفعل ويخاف ويقلق ويسلك سلوكا ضروريا للمحافظة على الحياة وهو الهرب، فالخوف إذن هو خوف موضوعي أو حقيقي من خطر حقيقي. يمكن معرفة السبب بالتغلب عليه، أما الخواف أو الخوف المرضي: فهو خوف شاذ ودائم ومتكرر ومتضخم في العادة ولا يعرف المريض له سببا، وقد يكون الخواف غير محدد، وهميا او غير حسي كالخوف المرضي فهو غامض لا يتم التخلص منه إلا بالتشخيص وبناء عليه يمكن السير على أساليب معينة للعلاج فالخوف يعد دافع لتجنب الخطر، والاستعداد له أما الخواف المرضي فإنه يتملك الفرد رغبة عارمة لتجنب موقف الإثارة، قد يجعله ذلك التجنب عاجزا عن مواصلة حياته اليومية بشكل طبيعي وسوي. (الجرواني، العطار،2014،ص35).

تفسير أسباب الرهاب:

التفسيرات الفيسيولوجية: أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أي أسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا المرض حيث أجريت دراسة حول التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية لها أثر في نقل اضطرابات الحصر والتي تتضمن نوبات الفزع وما يرافقها من اعراض أخرى أهمها التجنب، دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية في الأسر المحددة وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والاكتئاب قد تكون مرتبطة، بالتاريخ المرضي لأقارب المرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الاكتئاب واضطرابات الهلع والقلق أو إ دمان الكحول إلى حد ملحوظ بالمقارنة بأقارب الأسوياء (زهران ، 2005 ،ص235)

نوبات الهلع: التشخيص الفارقي للاضطراب أو المرض يجب تمييزه عن غيره من الأمراض ، والتي قد تتشابه أعراضها مع عرض أو اضطراب أخر و هذه التفرقة بين المرض و الاضطراب وما يشابهه من أمراض أو اضطراب أخر يهدف الى زيادة كفاءة التشخيص من ناحية ، و الى زيادة كفاءات العلاجات من ناحية أخرى (محمد عبد مصطفى 2004،ص 28) ولابد من التمييز بين نوبات الهلع و:

أ/الرهاب الاجتماعي: ان الأشخاص الذين يعانون من نوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء قد يتجنبون المواقف الاجتماعية و الأدائية، حيث يقومون بأفعال كثيرة خوفا من التعرض لنوبة الهلع وليس خوفا من التقييم السلبي ، والخزي و الارتباك ، و على الرغم من أن كلتا المجموعتين قد تعانيان من نوبات الهلع ، فان هذه النوبات لدى مرضى الرهاب الاجتماعي أو الدخول فيه بالفعل ، وفي المقابل فانه لتشخيص نوبات الهلع لابد أن يكون هناك في تاريخ الحالة على الأقل نوبة غير متوقعة و نوبات لاحقة لا يقتصر حدوثها على المواقف الاجتماعية ، كما أن محتوى الأفكار الآلية في الرهاب الاجتماعي يدور حول الخوف من الارتباك و التقييم السلبي ، في حيث يدور محتواها في نوبات الهلع حول العواقب الكارثية مثل: الأزمة القلبية أو الموت أو فقدان السيطرة أو الضبط، فمرض الرهاب الاجتماعي شأنهم في ذلك شأن مرض نوبات الهلع يعانون من أعراض القلق الجسمية و على الرغم من ذلك ، وليس مفاجئا فقد وجد أن أعراض الرهاب الاجتماعي أكثر قابلية للملاحظة من قبل الآخرين، مثل:احمرار الوجه ،

الارتجاف ، جفاف الحلق، العرق ، وذلك مقارنة بمرض الهلع الذين يميلون لأن يخبروا أعراضا مثل: الدوار و خفقان القلب و ألم الصدر و مشكلات في التنفس و فقد الاحساس و الاغماء .
(Lincoin2003 p 3-4).

ب/اضطراب القلق المحدد و غير محدد : لابد من التوقف عن وصف نوبات الهلع في هذه الحالة و ذلك لعدم اكتمال أعراض نوبات الهلع من حيث أنها تحدث فجأة من غير توقع (DSM3 5 tm ,2013,p212-213)

ج /اضطرابات العقلية الأخرى مصحوبة بنوبات الهلع و التي ترتبط بمميزات مثل اضطرابات القلق و اضطرابات العقلية الذهانية : قد يتصرف الفرد حيال موقف اجتماعي معين يشكل فيه القلق اجتماعي مغلف بعدم القدرة ممزوجا بخوف رهابي كرهاب الخلاء ، وتكون نوبات الهلع هنا ردا على الخوف من هذا الرهاب الرهاب النوعي (DSM3 5 tm2013 p213).

د/أمراض أخرى تشترك مع نوبات الهلع: ترتبط نوبات الهلع مع اضطرابات و أمراض أخرى كثيرة و بنسب مرتفعة، منها على سبيل المثال :نوبات الهلع مصحوبة برهاب الخلاء ، و الاكتئاب المصحوب بنوبات الهلع ، والاضطرابات ثنائية القطب ، و مرض الهوس.... ويحدث بما يسمى بالدوار وعدم انتظام ضربات القلب و أيضا مع مرضى الربو المزمن و القولون العصبي
(DSM3 5 tm 2013:214 -213)

المخاوف المحددة أو المخاوف البسيطة:

يعد المظهر الأساسي لهذا النوع من الخوف أو إضطراب القلق في كون أن القلق أو الخوف محدد بموضوع ما أو موقف ما ، والذي يستدعي حالة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف وقد يأخذ هذا الخوف شكل الذعر أو الفزع ولكنه لا يشخص على أنه إضطراب فزع يمثل القلق في مثل هذه الحالات الخوف من الأذى مثل : الخوف من تحطم الطائرة إذا سافر فيها أو الخوف من عضة الكلاب ، وينبغي أن تتضمن أشكال الخوف البسيطة قلق الفرد من أو الاغماء (زهران، 2005، ص ،510) فقدانه السيطرة أو الذعر أو الإصابة بالإعياء .

معايير تشخيصه:

ظهور الخوف الواضح بصورة زائدة أو غير معقولة، نتيجة لموضوع أو موقف محدد، مثل: الحيوانات، رؤية الدم، ظهور أعراض الخوف التي قد تتشابه مع نوبات الذعر ولكن بصورة موقفية أو عابرة مع ملاحظة ان القلق لدى الأطفال قد يظهر في صورة صراخ ، نوبة غضب شديد، أو التجمد (التسمر) أو التثبت أو الإرتماء في أحضان الغير والإمساك به بشدة يكون الفرد مدركا بأن خوفه غير معقول أو زائد عن الحد.

تجنب الموقف المستدعي للخوف مع حالة شديدة من القلق أو الشعور بالمحنة تواجه هذه المواقف الفرد في حياته اليومية وأعماله ودراسته ونشاطاته الإجتماعية أو تكون لديه حالة الإرتباك لتوقع الخوف لدى الأفراد تحت سن الثامنة عشر يكون طور الخوف لمدة ستة أشهر لاتعد المخاوف وأعراض القلق الناتجة مرتبطة بإضطراب قلق آخر.

الخوف الإجتماعي أو إضطراب القلق الاجتماعي:

إن المظاهر الأساسية للخوف الإجتماعي هي الخوف المستمر من المواقف الإجتماعية أو التي تتطلب الوجود في المجتمع والذي يرتبك فيه الفرد في الظهور أو القيام بأي عمل يجعل الأفراد يستجيبون لها بنوبة فيها نوع من القلق ، وقد يتخذ هذا الأخير شكل من أشكال الفزع ، ويتم تشخيص هذه الحالة إذا كان القلق الناتج عن المواقف الإجتماعية من شأنه أن يعيق النشاطات اليومية المعتادة ، وأدائه الوظيفي ، أويكون الشخص مكروبا لكونه يعاني من هذه المخاوف. (عبد المعطي، 1998 ، ص: 355)

معايير تشخيصها:

خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو لتفحص من قبل الآخرين، ويخاف الفرد من أنه سيتصرف أو أن يظهر أعراض القلق بطريقة تكون مهينة ومربكة؛ التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق في أغلب الأحوال بشكل تباييني والذي يأخذ صورة القيد الموقفي أونوبة الهلع؛ يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه أوغير منطقي؛

المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة يجري تجنبها أو يكون تحملها مع قلق أو أسى شديد؛
أن تجنب أو ترقب القلق في الموقف أو الأسى في الموقف الإجتماعي أو الأداء المخيف يتدخل بشكل جوهري مع النظام العادي للشخص أو أدائه المهني أو الأنشطة الاجتماعية؛ أعمارهم أقل من سنة يشترط وجود العلامات لمدة أن يكون الخوف أو التجنب غير راجع إلى تأثيث فيزيولوجية مباشرة لعقار أو لحالة طبية ستة أشهر على الأقل؛
عامة ولا يفسر بشكل أفضل لوجود اختلال عقلي آخر مثل تشوه بدني، أو اختلال الشخصية الفصامية، أو قلق الانفصال إذا وجدت حالة طبية عامة أو اختلال عقلي آخر فإن الخوف المذكور في لا يرتبط به مثلا مثل الخوف من اللجلجة أو الإرتعاش في حالة مرض الشلل الرعاش بركينسون أو إظهار سلوك شاذ في تناول الطعام في حالات فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي (الشناوي ،1990 ، ص175)

قلق الانفصال:Separation Anxiety:

يختلف مفهوم المدرسة عن مفهوم قلق الانفصال (Separation anxiety) فقلق الانفصال هو الذعر أو الخوف سيشعره الطفل الصغير الذي ينفصل عن أمه أو بديلها، بينما فوبيا المدرسة حسب "فريد مان وأخرين "Fredman et al" (1988) هي خوف الصغير المفاجئ من المدرسة ورفضه المواظبة على الذهاب اليها، وهنا ينظر إليه عادة على أنه مظهر دال على قلق الانفصال، كما يؤكد "عبد الرحمان سليمان" على أن قلق الانفصال ليس هو السبب الرئيسي لظهور الأعراض المرضية على اختلاف مظاهرها فيما بين الحاد والمزمن لفوبيا المدرسة، ومن ثم يمكن القول إن تطور المخاوف المرضية من المدرسة يتخذ طابع انتقائيSéléctive
(سليمان، 1999 ، ص 148)
وقد يظهر الأطفال الذين لديهم إضراب قلق الانفصال انشغالاً حول أمنهم الخاص، أو أمن والديهم وتراخياً في الذهاب للمدرسة أو الأنشطة الأخرى البعيدة عن الوالدين. (محروس والسيد،1998، ص 247)
وهناك من يرى أن المظاهر الإكلينيكية لكل من فوبيا المدرسة وقلق الانفصال تتشابه إلى حد كبير، كالرغبة في البقاء في المنزل، والخوف من الظلام، والذعر الشديد، وظهور بعض الأعراض الاكتئابية، والشكاوى البدنية، والخوف من الأماكن المفتوحة. (بولبي، 1991 ، ص 181).
من خلال ما ذكر سابقا يتضح أن قلق الانفصال قد يكون من ضمن أسباب فوبيا المدرسة ومظهر من مظاهرها.

التشخيص الفارقي لقلق الانفصال:

عند تشخيص قلق الانفصال يجب تمييزه عن الاضطرابات الأخرى التي قد يكون بينها وبين قلق الانفصال علاقة أو أعراض متشابهة نذكر منها مايلي:

1- القلق العادي: هو ظاهرة عادية غير مرتبطة على موقف الانفصال فقط بل يكون مرتبط بمجالات أخرى تشمل العمل،الأداء المدرسي،وغيرها من الأحداث و الافعال.(الأشول،2008،ص252).

2- قلق الانفصال ورفض الذهاب الى المدرسة:

هو من الأعراض الشائعة لقلق الانفصال، ولكنه ليس عرضا نوعيا من أعراضه،فالأطفال المصابون بالمخاوف المرضية يظهرون ما يدل على رفضهم الذهاب الى المدرسة، وفي مثل هذه الظروف قد يصاب الطفل في مرحلة لاحقة من عمره بالقلق(عبد المعطي،2003،ص274).

3- قلق الانفصال والرهابات:

قلق الرهاب غير منتشر قبل سن 18 سنة ولا يرجع سببه قلق الانفصال، فمن خلال الأعراض نجد أن ردود فعل الأطفال الذين يعانون من قلق الإنفصال عن والديهم يمكن أن يظهروا نوبة من الذعر والهلع،وبالرجوع الى التاريخ المرضي الأسري وجدت الدراسات أن النساء اللواتي يعانين من رهاب الأماكن المفتوحة ولديهن سوابق مرضية لأعراض قلق الانفصال تكون امكانية اصابة أطفالهم بقلق الانفصال كبيرة ولكن لا يمكن الجزم بذلك بل هناك تداخل بين الاضطرابين(Servant, 2001 ,P54).

8-النظريات المفسرة للمخاوف المرضية:

8-1تفسير نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الخوف المرضي الفوبيا عبارة عن حيلة دفاعية لاشعورية حيث يحاول المريض عن طريقه – أي الخوف المرضي – عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مر به خلال حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالبا ما يجهله المريض، وعلى الرغم من معرفة المريض غرابة خوفه وموقفه اتجاه بعض مثيرات الخوف لديه إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على خوفه وذلك لأن هذا الخوف الخارجي يكمن وراءه الخوف من شئ آخر داخل المريض ، ومن ثمة فإن المريض لا يواجه الص ا رع الداخلي بنفسه بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية ، وبمعنى آخر إن لعملية التحويل التي حصلت لها دورا ديناميا في عملية الخوف المرضي , حيث تزاح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك بصورة لاشعورية حيث ينتقل من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قوة ، فمثلا الخوف من المدرسة قد يكون بديلا للخوف والقلق بسبب الإنفصال عن الأم إذا الخوف المرضي من وجهة نظر التحليل النفسي عبارة عن عملية دفاعية لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستحبة ، جنسية أو عدوانية في الغالب فقد تشعر المرأة بالخوف من الوحدة ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من احتمال قيامها بعلاقات جنسية شاذة أو محرمة وترغب بها لا شعوريا (الزراد، 1984 ، ص: 47)

يقول "سيجموند فرويد " في تفسير هذه المخاوف أنها عبارة عن مخاوف داخلية ذاتية أو مخاطر داخلية تحولت إلى مخاطر خارجية أي انتقال ما يشعر به الإنسان من قلق داخلي إلى قلق خارجي أقل خطورة من الشعور بالقلق أو الذنب الداخلي ، فالخوف يتضمن عنصرا، وقد ترجع هذه الحالة إلى إسقاط الصرعات التي عجز الفرد في حلها وإسقاطها لتظهر على شكل مخاوف من أشياء لا تثير الخوف بطبيعتها ، ولكن هناك تفسيرا واقعيا للفوبيا دون الرجوع إلى فكرة إزاحة الخوف أو نقله من موضوع ذاتي ألى موضوع آخر يرمز إليه كأن يقول أن الخوف من الأب خوف داخلي قد تحول ليظهر على شكل ، فالطفل الذي عضه كلب وتسبب في جرحه ليس من المستغرب أن يخاف من الكلاب. (زغير ، 2010 ، ص:206)

تعتبر مدرسة التحليل النفسي من أهم المدارس التي أولت عناية كبيرة في التصدي لتفسير المخاوف المرضية بشكل خاص حيث يرى رائدها "سيجموند فرويد "بأن القلق هو لب الإضطرابات النفسية وحجر الزاوية والقاسم المشترك فيها (بن عقيلان،2005 ،ص: 28).

8-1-2 يونج:

وهو تلميذ فرويد إلا أنه لم يوافق أستاذه على بعض جوانب نظريته الخاصة باللاشعور وزعم أن هناك لا شعور جمعيي بالإضافة إلى اللاشعور الفردي فبالنسبة للفرد الواحد فإنه يقوم بتخزين الرغبات والمخاوف التي لم يتمكن من التعبير عنها في بيئته الاجتماعية التي يعيش فيها، كما أنه يقوم في الوقت نفسه بتخزين الرغبات والمخاوف التي لم تتمكن الأجيال السابقة من التعبير عنها. ومعنى ذلك أن المخاوف القديمة جدا التي عانى منها الأسلاف القريبون والبعيدون لا تموت أو تفنى بل تختزن تخزينا وتحبس في نطاق الفرد الواحد فالعقل الجمعي هو تعبير عما ترسب في اللاشعور الجمعي من خبرات ومخاوف عبر الأجيال المتعاقبة (عبد المجيد،1988،ص7-8).

8-2المدرسة السلوكية:

إن الإتجاه السلوكي والمدرسة السلوكية يعتبرون الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة مكتسبة تم تعلمها عن طريق عملية الإشراط وذلك بأن أصبح المريض يخاف من بعض الظروف التي اقترنت زمنيا بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة ، ونتيجة لهذا الإرتباط يكتسب المثير غير الطبيعي الشرطي عند " بافلوف " صفات المثير الطبيعي – غير شرطي – فأصبح يفعل مايفعله ولما كان التعلم يتميز بالعلاقة فيه بين المثير الأصلي والمثير الطبيعي ليس من الضروري أن تكون واضحة في ذهن المتعلم كان من الممكن أن يستجيب المريض بنفس السلوك - الخوف – لمثيرات شبيهة بالمثير الأصلي – عملية تعميم المثير – ودون أن يعرف العلاقة بين هذه المثيرات وبين المثير الأصلي للخوف ، وحتى لو أدرك المريض هذه العلاقة السيئة وحاول كبتها وإزالتها من ذكرياته أو من ساحة شعوره لكن ذلك لا يعني أنه تخلص من خبرته حول هذه العلاقة كلية بل يبقى جزء من الموقف وهو وجه الشبه بين

الموقف الحالي والموقف الأصلي، والذي سيصبح مثيرا للخبرة الوجدانية التي سبق أن مر بها.(الزراد، 2007 ، ص: 47)

كذلك تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد و اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ وأن الاضطراب الانفعالي ناتج من العوامل التالية:

-تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية؛ الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب؛

ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة مواجهته لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب الاستجابة.(الحريري، 2009 ، ص: 138).

-" MOURRER" أحد أصحاب النظرية السلوكية يرى أن النموذج السلوكي يميز بين مرحلتين أساسيتين لاكتساب السلوك وتفسيره للمخاوف المرضية:

المرحلة الأولى : ترى أن الأحداث المحايدة تصبح مرتبطة بالخوف نتيجة لإقترانها بمنبهات -هي أحداث طبيعية تؤدي إلى إثارة عدم الراحة والقلق ، ومن خلال عمليات التشريط فإن الأفكار أو الصور العقلية تصبح ذات قدرة على إنتاج القلق وعدم الراحة

المرحلة الثانية : تتكون فيها لدى الفرد استجابة تجنبية يقوم بها ليخفض من القلق و الذي أستثير من مختلف المنبهات المثيرة للخوف والقلق. (البشير ، 2007 ، ص : 46).

8-3النظرية المعرفية:

ميز "جوزف ولي" بين المخاوف العصابية التي ترجع إلى أسباب معرفية مكتسبة من البيئة أو المحيط وبين المخاوف الكلاسيكية المكتسبة من طريق الإشراط فقد وجد "ولي" أن الكثير من المخاوف العادية مرتبط بتهديدات واقعية تستند إلى أرضية فكرية أو معرفية يتم إنسابها من قبل البيئة مثل الخوف من الأفاعي ، أو عيادة الأسنان بالرغم من أننا لن نتعرض إلى آلام حفر الأسنان أو إلى أذى الأفاعي .... فالخوف هنا معرفي، وقد يصل هذا الخوف العادي إلى الخوف العصابي المكتسب، ونحن نعلم أن المعلومات أو المعارف خاطئة أو الناقصة. (الزراد , 2007 ,ص:50)

أما المخاوف الكلاسيكية الإشراطية فهي التي نختبرها ونتعرض إليها ميدانيا مثل الخوف من ركوب العربات بعد حادث إصطدام، وخوف الجندي من القتال بسبب أهوال الحرب أوالخوف من الإمتحان بعد الفشل بالنتيجة أو الخوف من الموت المفاجئ ... إلخ ، وتبين ل "بولي " أن هذا النوع من المخاوف الكلاسيكية أكثر إنتشارا لذى مرضى العصاب من المخاوف العصابية المعرفية كما أن لعامل الإستعداد دورا كبيرا في ذلك، فعندما يتعرض عدد من الأفراد إلى مواقف مولدة للخوف أو القلق فإن بعض هؤلاء هم الذين يظهرون إستجابات خوف عصابية وليس الجميع ، وهذا يعني وجود فروق فردية من حيث الإستعداد للإصابة ، كما أن التوتر النفسي والقلق في الأعصبة يحدثان تغيرات في وظائف الجسم مما قد يحدث إضطرابات سيكوسوماتية تجعل الفرد أكثر استعدادا للتعرض لحالات الأعصبة وتنظر المدرسة المعرفية للخوف المرضي على أنه مجموعة من الأفكار أو المدركات غير الواقعية التي يتحملها الفرد اتجاه موقف خوافي فوبي، فالخوف في جوهره هو مفهوم أو تصور معين متوجه بمحتواه إلى المستقبل أو يشير إلى احتمال الضرر الشخصي، وبهذا المعنى فإن الخوف يمثل "ميلا" إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا أو أن تكون استجابته إن تعرض لها هي استجابة قلق، فمريض الخوف يتسم بسمة عامة هي أنه يستجيب للموقف الخوافي الفوبي كموقف دراما داخلية فمثلا حين يقترب أحد مرضى خواف المرتفعات من حافة منحدر تتخطفه خيالات السقوط وأفكاره ،وربما أحس بجسمه يميل اتجاه الحافة.(بيك، ترجمة مصطفى ، 2000 ، ص: 151).

8-4النظرية الاجتماعية :

يرى "تيسنج" أن شدة ما يبديه الطفل من مخاوف لها علاقة بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته ، ويري "ريتير" أن المخاوف تزداد شيوعا حينما تنعدم ثقة الطفل في علاقته بوالديه، بينما يرى "ريجولد" إن الخوف يزداد عندما يكون الفرد وحيدا بلا رفيق، ويقول "بولبي" إن الحضور النفسي لمن يتعلق بهم الطفل وجدانيا يجعله أقل عرضة للمعاناة من الخوف، وقد ظهر من دراسة مصرية أن الارتباط بين الخوف والرفض من قبل الأم هو والارتباط ذاته بالنسبة للأب وهي معاملات جوهرية ومن الممكن أن ينتقل الخوف كذلك بالإيحاء والمشاركة

الوجدانية، ويرى آخرون أن الشعوب تسودها مخاوف تنتقل من جيل إلى جيل وتصبح على مر الزمان من جملة التقاليد وإذا تتبعنا كثيرا من المخاوف الشعبية الحاضرة لراينا أنها ميراث للإنسان البدائي وفي ذلك يقول "نيتشه" إننا نعيش على أثار العواطف الأولى التي انفعل بها أجدادنا في العصور البدائية ، بينما باندورا يعزي المخاوف المرضية من خلال اكتساب الفرد أو تعلمه أنماط السلوك من خلال إدراكهم وملاحظتهم الحالية المباشرة على ردود أفعال الأخرين ومن ثم تقليدهم لتلك الأفعال، ومن ثم يمكن أن نفترض أن المخاوف تنمو عندما تضطرب علاقة الشخص الاجتماعية بالمحيطين به وتنمو المخاوف والقلق والإحساس بالغربة والنبذ والرفض حتى أن هناك نوعا من المخاوف له أهميته بين أنواع المخاوف وهو المخاوف الاجتماعية. (شكري و كريم ، 2007 ، ص: 70)

نظرية الإرتباط (التعلق):

" من خلال هذه النظرية بطبيعة العلاقة بين الأم و الطفل ومشاكل قلق الانفصال والمؤشر المهم حسبه هو الوحدة الواحدة التي تحمل خطرا كبيرا بالنسبة للأطفال و بالتالي تعتبر استجابة الخوف لغياب الام كاستجابة تكيف،أساسية بمعنى أنها أصبحت عملية التطور جزء عضوي من مجموع سلوكات الانسان بسبب مساهمتها في بقائه، وما يتميز به الانسان من قوى إدراكية خلال سيرورته النمائية،وقد تلعب الاختلافات الوراثية دورا في مدى القابلية للخوف من أي موضوع،لكن نمو هذا الاستعداد الوراثي يعتمد على عملية التفاعل بين الطفل وبيئته،وكلما نما الطفل ازدادت ظاهرة الخوف أكثر تعقيدا، فالأفكار والمعتقدات سواء كانت معقولة أو غير معقولة أو شعورية أو غير شعورية متوقعة أو غير متوقعة وهي جوهر الخوف الانساني،كاحتمال المستقبل مثل:الخوف من الرسوب في الامتحان...الخ (فاطمة،2000،ص112)

9-الوقاية والعلاج من المخاوف المرضية:

9-1 الوقاية:

تتنوع أساليب العلاج وتتعدد وهذا يتوقف على نوع الخواف وطبيعته ودرجته، فهناك العلاج السلوكي يقوم هذا العلاج على إطفاء الشعور بالخوف عن طريق الممارسة السلبية أو الإغراق أو الكف المشترك، ويمكن المعالجة بالتعريض التدريجي للموقف المثير بحيث تتكون لديه ثقة في الشيء الذي يخاف منه. (بطرس، 2008 ، ص 338)

ذلك بأن يجعل المريض في حالة تقبل واسترخاء ثم يقدم الشيء المثير تدريجيا مع الإيحاء والتعزيز ومع المثابرة والتكرار يتعلم المريض الاطمئنان للشيء الذي يخاف منه، وهناك وسائل وقائية مثل منع مثيرات الخوف والحيلولة دون تكوين خوف شرطي أو استجابة شرطية ومن ذلك عدم إظهار القلق على الأولاد حين تعرضهم لموقف مثير للخوف مع العمل بكل هدوء – ما أمكن ذلك- لشرح طبيعة ذلك الموقف وكذلك أيضا التقليل من المبالغة في النقد والتحقير والاستهزاء وكذلك عدم إظهار خوف الكبار أمام أطفالهم لئلا ينتقل لهم ذلك الخوف عن طريق التقمص والتقليد ومنها تعويد الطفل على النظر للجوانب الإيجابية وعدم التركيز على الأخطاء فقط، ومنها تدريب الطفل منذ الصغر على مواجهة المشكلات ومحاولة حلها ومساعدته في ذلك بالتوجيه والتسديد. (بطرس، 2008، ص: 339)

ولحماية الطفل من الخوف المرضي لابد من اتباع الطرق التالية:

-اعداد الطفل للتكيف وتحمله للضيق اليومي و التوتر،وتعليم الأطفال كيف يتعاملون مع حالات الخوف التي قد يتعرضون لها،وتقديم المساعدة من طرف الوالدين على أن لا يفرطوا في حمايتهم الزائدة لهم.

9-1-1-الدعم:ان احترام الوالدين وحبهم لطفلهم يساعده على أن يكون آمنا بعيدا عن التهديد،بينما الانتقاد المستمر و التوبيخ هي معززات لظهور الخوف،يجب على الآباء شرح المواقف التي تسبب الضيق لأطفالهم ليتجنبوا تلك المواقف.

9-1-2-تعريض الطفل المبكر و التدريجي لمواقف مخيفة: على الوالدين أن يعرضا الطفل للمشي في الظلام ،وذلك بقطع التيار الكهربائي في فترات من الليل، وكذلك فان طبيب الأسنان يستطيع أن يزيل مخاوف الأطفال تدريجيا و يكون طلك بالتحدث اليهم وتقديم الحلول لهم وتجليسهم على كرسي معد للخلع بدون خلع لهم سنا واحدا،ثم العودة الى البيت والرجوع الى العيادة في اليوم الموالي.

9-1-3-المشاركة في الاهتمامات:وذلك بالتحدث في مشاكل مخيفة من قبل أفراد الأسرة عندها يشعر الأطفال بأنهم ليسوا الوحيدين الذين يقلقون ويخافون الأمر الذي لا يشجع مشاعرهم بالخوف باستمرار.

9-1-4-شجع الهدوء والتفاؤل:لا تظهر للأطفال بأنك خائف من الموت على سبيل المثال،وإلا فإنهم سيخافون ويقال للطفل بأننا جميعا سنموت،ويجب تعليمهم أيضا أساليب حل المشاكل المتعلقة بالمخاوف،وعلى الآباء أن يتحدثوا مع أطفالهم عن توقع المخاطر.(جودت،عزت،1999،ص181)

9-1-5 طريقة المراقبة الذاتية:تعتمد على تدريب الأطفال على الاسترخاء،والايحاء لأنفسهم عن طريق عبارات معينة أنهم في وضع مريح ومسل رغم أنهم في تجربة مخيفة بالنسبة لهم،بمشاركة والديهم،لكي يتحقق العلاج مع استعمال الثواب عند كل حصة.

9-1-6 طريقة الوقاية باللعب:تعتمد على تفهم الوسط الاجتماعي بالدرجة الأولى،وذلك بضرورة مشاركة الطفل والوسط الاجتماعي له في العلاج،وهي بذلك تشترك في الوقاية في التعامل معها بكثير من التفهم والمرونة و التفتح.

9-2علاج الخوف المرضي:

هناك بعض الأساليب الإرشادية و العلاجية التي يمكن أن تستخدم في علاج المخاوف أهمها:

أ- العلاج العقلاني الانفعالي:

وفيه يتم تعديل الأفكار و المعتقدات والسلوكات و التوقعات والتفسيرات غير الصحيحة المرتبطة بموضوع خوفه،وجعله يردد كلمات وعبارات مشجعة ومضادة للخوف لبضع دقائق، وباشراك الآباء في الوسط الاجتماعي على استمرار مثل هذه الحصص حتى تكلل بالنجاح.

ب-العلاج النفسي:

علاج التحليل النفسي يكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزي للأعراض وتحريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض. ويستخدم أيضا العلاج النفسي التدعيمي وتنمية الثقة بالنفس وتشجيع النجاح والشعور به و إبراز نواحي القوة و الايجابية لدى الفرد،كذلك يستخدم العلاج التحليلي الحديث المختصر من طرف بعض المعالجين إضافة إلى العلاج بالتنويم الإيحائي. (عبد المعطي ، 2001 ،ص321)

ج -العلاج المعرفي:

والهدف الرئيسي من هذا العلاج هو التعرف على سوء التفسيرات المأسوية للأعراض ففي الجلسة الأولى نستخرج وصفا للإحساسات، والأفكار والصور والإنفعالات، والميول التي تحدث بشكل نمطي خلال نوبة الهلع الفوبيا نقوم بتعريف المريض بفكرة أن الأفكار والمعتقدات يمكن أن تسهم في إصابته بنوبات الهلع نحاول تطبيع القلق بما يساعد المريض على أن ينظر إلى استجابات القلق كجزء من الاستجابة المعتادة للبدن. (عبد المعطي، 2002، ص56)

ونحن نستخدم هذه البيانات من أجل تحديد الأفكار الخاطئة التي يعتنقها المريض بشأن بعض
الأعراض الخاصة بالهلع بشكل عام، ونقيم معتقدات الهلع والمخاوف بواسطة مقياس استبيان نطبقه الآن على مرض المخاوف وتبدو المعتقدات متضمنة عدة موضوعات أساسية : القابلية للتعرض للخطر أنا معرض للخطر التصعيد ، والعجز عن التكييف وقد استخدم المعالجون هذا المقياس كأداة تشخيص للمساعدة على توضيح الافتراضات الخاطئة لدى المريض حول القلق والخوف بعد تحديد المعتقدات الأساسية ، واستخراج درجة الإحساس بالخوف في غرفة الاستشارة يصبح هدفنا هو إعداد نظرة بديلة غير مأسوية لأعراض الخوف ومن تم نبدأ في مساعدة المريض على اختبار صحة معتقداته المتعلقة بالخوف أول وسيلة وقع عليها الاختيار هي أسلوب زيادة سرعة التنفس الذي ابتدعه " CLARK"كلارك، تضمنت هذه الطريقة جعل المريض يتنفس بسرعة وبعمق لمدة دقيقتين،
وملاحظة أثر التنفس السريع، وتقدير وجه الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبة الخوف، وإذا كان التشابه قوي يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس ،إذا فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس، فإننا نحاول إثارة الأحاسيس بوسائل أخرى ، كجعل المرضى يركزون على صور عقلية مخيفة أو الإهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صورة مثيرة، كذلك نشجع المرضى على استخدام تلك الأساليب خلال الخوف التلقائي وخلال التعرض المقصود للمواقف المخيفة، وعندما يجيد المرضى أساليب التكيف ويفهموا فكرة أن الأعراض ليست خطيرة، و غير خاضعة للسيطرة بالمرة، نحثهم بالتدريج على التخلي عن الأساليب ويتركوا أنفسهم يتعرضون للأعراض عندما يتلاشى الخوف من الأعراض، فإننا نركز بشكل متزايد على

ردود فعل المرضى لمسببات القلق الموجودة في البيئة مثل العلاقات الأسرية وعلاقات العمل، بإستخدام نموذج معرفي جديد.(عبد المعطي، 2002 ، ص: 56)

د-العلاج الطبي:

يتمثل في علاج الأمراض المصاحبة للخوف الرئيسي وخاصة إذا كانت تسيطر على حياة المريض وتعوق توافقه الاجتماعي بشكل واضح، حيث يمكن استخدام بعض العقاقير المهدئة مثل: ستيلازين، موديتان، (زهران ، 1997 ، ص: 507)

هـ-هناك علاجات للمخاوف الخاصة بالأطفال نذكر منها:

-إن صادف الطفل ما يخيفه لا تساعده على نسيانه فالنسيان يدفن المخاوف في تلافي الأسباب السابقة قدر المستطاع، النفس ثم لا تلبث أن تصبح مصدرا للقلق والاضطراب النفسي، ولكن يجب التفاهم مع الطفل وتوضيح الأمور له، فإذا كان يخاف من اللصوص ويحسب أن صوت الرياح ليلا عندما تصطدم بالشبابيك والأبواب هي لصوص نقول له: إن الرياح تجعل الأبواب والشبابيك تحدث هذه الأصوات لأنها قديمة وغير محكمة، ونؤكد له أن هذه الأصوات نفسها تحدث أثناء النهار وهكذا حتى تزول مخاوفه، ويمكن أن تجرب أمامه نفس الأصوات بالأبواب وحبذا لو يجرب هو الهدوء و الإتزان وعدم الهلع والخوف والفزع بنفسه فيدفع الباب بنفس الطريقة ليسمع نفس الصوت فيزول خوفه في أي موقف خصوصا عندما يمرض الطفل واستعمال الخوف البناء في تنمية شخصية الطفل.

-إبعاد الطفل عن مثيرات الخوف كالقصص الخيالية و المأتم والخرافات .

-معاملة الطفل عندما يخطئ على أنه طفل لا يميز بين الصواب والخطأ فنرشده إلى الصواب ليشعر بالأمان والطمأنينة دون عقاب واستهزاء وسخرية بل والدفاع عنه عند نقد أو مواجهة الغير له، إزالة مخاوف الطفل بربط ما يثير خوفه بافتعال السرور فهو يخاف من القط ويحب الطعام فبينما هو يأكل نعرض عليه قطا من بعيد.
(زغير، 2010، ص: 223)

خلاصة الفصل:

علاج الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية يحتاج الى طرق علاجية متكاملة تمس جميع الأفراد القائمين على رعايتهم بدء من المحيط الأسري ثم المعلمين ثم المجتمع ككل.

وكخلاصة لعلاج مخاوف الأطفال يجب:

*إزالة خوف الطفل بربط ما يخيفه بانفعال سرور(تطبيق قاعدة الاشتراط تطبيقا عكسيا).

*العلاج النفسي بالكشف عن مخاوفه ودوافعها المكبوتة، وتصحيح مفاهيمه.

*العلاج الجماعي بتشجيعه على الاندماج مع الأطفال و تفاعله الاجتماعي السليم.

*علاج مخاوف الوالدين وتحسين الجو المنزلي.

*على الأم أن تعلم ابنها دائما الخشية من الله- عز وجل- حتى يرق قلبه، وتصير التقوى صفة لازمة، بقوله تعالى:(وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى).(النازعات:40-41)

ويعد الإطار النظري والدراسات السابقة مراجع يستساق منه المعلومات لتوظيفها في الجانب المنهجي للدراسة، لهذا الخ ،وكذا النظريات ...كان لزاماً التطرق إلى كل جوانب ومحددات الموضوع، من تعريف إلى أهمية ومراحل، المفسرة لمتغيرات الموضوع والدراسات السابقة .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة:

تمهيد

1/أولا: المنهج المستخدم في الدراسة

2/ثانيا: الدراسة الاستطلاعية

3/ثالـــثا: الدراسة الأساسية

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري وما تضمنه من مجموعة من التعاريف العلمية و النفسية والنظريات والآراء والإلمام بمختلف الجوانب النظرية الخاصة بالمخاوف المرضية و الطفولة الوسطى، والتطرق الى أهم العلاجات بالنسبة للتلاميذ المتمدرسين الذين يعيشون المخاوف المرضية، سنتطرق إلى جانب ثاني من البحث و المتمثل في الجانب التطبيقي والذي يضم مجموعة من الإجراءات المنهجية المكملة للدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، وحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق و الثبات)، وهذا بغرض التحقق من الفرضيات المطروحة.

أولا: المنهج المتبع وأدواته:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على المخاوف المرضية لدى التلاميذ الابتدائي فان المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي، وهو المناسب لطبيعة موضوع الدراسة الذي يرتكز على الاتجاه الكمي الاحصائي حيث يقوم بتحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة و اعطاء تقرير وصفي عنها (عسيوي، 1993، ص17) كما يهدف الى وصف الظاهرة وجمع الحقائق والمعلومات و الملاحظات عنها و التقرير حالتها كما توجد عليه في الواقع ويشتمل على التحليل و التفسير و اكتشاف العلاقات بين المتغيرات، والذي يتلاءم مع طبيعة الموضوع المدروس والذي هو دراسة ظاهرة نفسية والذي يهدف الى التعرف على المخاوف المرضية الشائعة لدى أطفال المرحلة الابتدائية .

الأدوات المستخدمة في الدراسة:

لكي نحقق الدراسة قامت الطالبتين بالاعتماد على استبيان المخاوف المرضية الشائعة على التلاميذ الابتدائي لأغيات سالمة، حيث تضمن في صورته الأولية 65 فقرة موزعة على 7 أبعاد و ذلك على سلم التنقيط (نعم أو لا) الذي قامت به الطالبتين وذلك بعد الاطلاع على الجانب النظري و الدراسات السابقة التي أمكن الطالبتين تفحصها و الاطلاع عليها منها دراسة "عبد الفتاح الغزال " (2001) حول فوبيا الحياة المدرسية عند الطفل في الحلقات الأولى، ودراسة "جاسم أحمد" (2003) حول مسح الميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، ودراسة "ابتسام عطية"(2005) ، ودراسة "محمد عبد العزيز أبو فضة" (1992) و التي تهدف في بناء مقياس المخاوف المرضية المدرسية لدى التلاميذ من التعليم الابتدائي من مدرسة في الأردن وهذا من أجل بناء فقرات الاستبيان التعليم و قد قامت الباحثتين بالاطلاع على مقاييس الخاصة بالمخاوف سواء الأجنبية منها و العربية فوجدتا أن معظم المقاييس وضعت لتناول المخاوف الشائعة بشكل عام منها المخاوف الشائعة اعداد" فايزة عبد الحميد" (1980) ، وقائمة مسح المخاوف" لجوزيف ولبه " ، " بيتر لاند " اعداد أحمد محمد عبد الخالق (1984) ، بطارية تشخيص فوبيا المدرسة و الأفكار السلبية المرتبطة بها في البيئة العربية اعداد: " شيقر، كردي"(2011) ، مقياس المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة العمرية 9-12 سنة اعداد: " محمد توفيق "(2013).

المقاييس الخاصة بالدراسة الحالية "المخاوف المرضية المدرسية لدى التلاميذ المرحلة الابتدائية" نادر وهذا ما استدعى الطالبتين الى تصميم استبيان يتناسب مع عينة الدراسة.

-تم اعداد استبيان في صورته الأولى و الذي يتكون من (65) فقرة موزعة على (7) أبعاد منها : (9) فقرات عكس اتجاه الخاصية (الفقرات السالبة) ، و يتوزع الاستبيان على قسمين:

القسم الأول: تضمن البيانات الشخصية لأفراد العينة باعتبارها متغيرات مستقلة و هي : الجنس، السن المستوى التعلمي،الاقامة.

القسم الثاني: يشتمل على فقرات وهي موزعة على الأبعاد الأتية:

بعد يخص الخوف من المدرسة: ويقيس الفقرات من 01 الى 13

بعد يخص الخوف من المعلم: ويقيس الفقرات من 14 الى غاية 26

بعد يخص الخوف من المدير: ويقيس الفقرات من 27 الى30

بعد يخص الخوف من الزملاء: ويقيس الفقرات من 31 الى40

بعد يخص الخوف من الامتحانات: ويقيس الفقرات من 41 الى50

بعد يخص الخوف من فناء المدرسة" الساحة": ويقيس الفقرات من 51 الى54

بعد يخص الخوف من طبيب المدرسة: ويقيس الفقرات من 55 الى غاية 56

الخصائص السيكومترية لمقياس المخاوف المرضية:

1/الصدق:

من أجل حساب صدق المقياس تم تطبيق طريقة صدق الإتساق الداخلي وكانت نتائجه كما يلي:

الجدول رقم(1):يوضح معاملات الارتباط أبعاد مقياس استبيان المخاوف المرضية ودرجته الكلية:

الفقرات	البعد 1 الخوف من المدرسة	البعد 2 الخوف من المعلم	البعد 3 الخوف من الزملاء	البعد 4 الخوف من الامتحان	البعد 5 الخوف من المدير	البعد 6 الخوف من الساحة	البعد 7 الخوف من الطبيب	الدرجة الكلية
1	0.32**							0.26**
2	0.44**							0.39**
3	0.41**							0.30**
4	0.25**							0.11**
5	0.47**							0.35**
6	0.30**							0.24**
7	0.35**							0.24**
8	0.43**							0.26**
9	0.44**							0.28**
10	0.34**							0.21**
11	0.41**							0.28**
12	0.47**							0.37**
13	0.30**							0.20**
1		0.40**						0.31**
2		0.38**						0.37**
3		0.35**						0.29**
4		0.51**						0.45**
5		0.38**						0.15**
6		0.36**						0.35**
7		0.45**						0.26**
8		0.42**						0.34**
9		0.33**						0.22**

0.12*						0.21**		10
0.29**						0.43**		11
0.37**						0.37**		12
0.36**						0.45**		13
0.32**					0.45**			1
0.40**					0.48**			2
0.06					0.14**			3
0.18**					0.38**			4
0.22**					0.35**			5
0.12-*					0.71			6
0.35**					0.45**			7
0.27**					0.48**			8
0.37**					0.38**			9
0.41**					0.41**			10
0.27**				0.51**				1
0.30**				0.15**				2
0.28**				0.52**				3
0.02-				0.15**				4
0.38**				0.45**				5
0.35**				0.50**				6
0.30**				0.51**				7
0.34**				0.50**				8
0.16**				0.46**				9
0.19**				0.45**				10
0.06**			0.63**					1
0.36**			0.39**					2
0.39**			0.47**					3
0.16**			0.61**					4
0.03		0.43**						1
-0.06		0.49**						2
0.37**		0.35**						3
0.13		0.69**						4
0.31**	0.80**							1
0.26**	0.84**							2
0.43**	0.35**	0.24**	0.59**	0.66**	0.40**	0.47**	0.69**	الدرجة الكلية

**الارتباط دال عند مستوى دلالة0.01

-ثبات المقياس: تم قياس ثبات المقياس اعتمادا على ثلاث أساليب احصائية وهي: معامل ثبات جوتمان، معامل ثبات كرونباخ، ومعامل ثبات سبيرمان، و التي تظهر من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم(2)

جدول رقم(2): قياس ثبات مقياس القلق المرضي لدى أطفال المرحلة الابتدائية:

طرق قياس الثبات / الأبعاد	جوتمان	ألفا كرونباخ	سبيرمان براون
الخوف من المدرسة	0.54	0.54	**0.66
الخوف من المعلم	0.75	0.64	**0.69
الخوف من الزملاء	0.60	0.45	**0.62
الخوف من المدير	0.32	0.26	**0.36
الخوف من الامتحان	0.64	0.50	**0.60
الخوف من الساحة	0.26	0.21	**0.21
الخوف من الطبيب	0.25	0.22	**0.34
المقياس	**0.60**	**0.72**	**0.84**

ت بديلين (نعم ، لا) (أنظر الى الملحق رقم1).

نلاحظ من خلال الجدول رقم(2) الخاص بقيم ثبات مقياس المخاوف المرضية لدى الأطفال، أن معاملات ثبات المقياس ككل عالية وهي دالة عند مستوى 0.01 وتراوحت بين 0.60 و0.84 وكذلك معاملات ثبات أبعاد المقياس

والتي تراوحت بين 0.21 و 0.75 وهي قيم تدل على تمتع المقياس في صورته الكلية بثبات عال، وهو ما يؤكد تمتع المقياس بالصفات السيكومترية الجيدة التي تؤهله للاستخدام الجيد في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية:

1/**الهدف من الدراسة الاستطلاعية:** تسعى الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

- اختبار أدوات جمع المعلومات و التأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق و الثبات) و الذي يعتبر شرطا أساسيا لصدق وموضوعية أي بحث علمي.
- التعرف على ميدان البحث والصعوبات التي يمكن أن تواجه اجراءات البحث في صورته الأخيرة.
- ضبط المجتمع الأصلي للعينة و التعرف على خصائص ومواصفات أفراد العينة.
-ادخال التعديلات الازمة على أدوات البحث لاعدادها في صورتها النهائية.

2/الإطار الزمني والمكاني: تم الشروع في هذه الدراسة و تطبيق أدوات جمع المعلومات (الاستبيان) خلال السداسي الرابع من شهر 1 مارس 2025 الى 20 أفريل مع التلاميذ السنة الرابعة و الخامسة.

في مدرستي: عبد الخالق محمد الصغير و الرائد فراج بولاية وهران.

ظروف اجراء الدراسة الاستطلاعية:

بعد حصول الطالبتين على رخصة لتطبيق الدراسة الاستطلاعية، قامت بتطبيق أداة الدراسة والمتمثلة في استبيان المخاوف المرضية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وهذا بعد الاتفاق مع مدير المدرسة على ساعة فراغ تلاميذ عينة الدراسة، حيث تم التطبيق خلال الفترتين الصباحية حيث يكون الأطفال في حيوية ونشاط والمسائية في حالة تعذر بعضهم عن الحضور وتغيبهم في الفترة الصباحية يقدم لهم في الفترة المسائية، وكانت البداية بتقديم الباحثتين لمحة موجزة عن دواعي وجودها بين التلاميذ وعن أهمية البحث العلمي و التربوي، وكل هذا من أجل لفت انتباههم وإعطائهم نظرة ايجابية عن البحث، وطمأنا التلاميذ بأن هذا الاستبيان ليس بامتحان مدرسي، بعد ذلك تم توزيع

الاستبيان وتقديم الشرح اللازم لطريقة الاجابة على الفقرات، وبعد التأكد من فهم التلاميذ لفقرات الاستبيان، طلب منهم البدء في الاجابة وأثناء التطبيق تدون الملاحظات التي أبداها التلاميذ والتي تبدوا في فهم بعض الجمل وقد عدلت بالصورة المناسبة، وبعد الانتهاء تم جمع الأوراق وبداية عملية التفريغ.

المجتمع الدراسة : يتكون مجتمع الدراسة من جميع تلاميذ الطور الثاني (السنة الرابعة) و الطور الثالث (السنة الخامسة) من التعليم الابتدائي في مدرستين :عبد الخالق محمد الصغير بوهران و الرائد فراج بقديل والبالغ عددهم 360 لإحصائيات وزارة تربية والتعليم لعام الدراسي 2025/2024

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من 360 تلميذا وتلميذة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتميزوا بالمواصفات التالية:

جدول رقم(3):مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

المتغيرات		التكرار	النسب المئوية%
الجنس	ذكور	194	%53.9
	إناث	166	%46.1
السن	8	4	%1.1
	9	85	%23.6
	10	146	%40.6
	11	125	%34.7
المستوى التعلمي	السنة الرابعة	165	%45.8
	السنة الخامسة	195	%54.2
الإقامة	الريف	308	%85.6
	المدينة	52	%14.6
المجمـــــــــــــوع		360	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3) الخاص بتوزيع العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس و السن و المستوى التعلمي و الاقامة حيث أننا نلاحظ من خلال السن أن أكبر نسبة من التلاميذ تبلغ أعمارهم 10 سنوات، حيث تبلغ نسبتهم حوالي 40.6% من عينة الاناث و الذكور، يليها عدد التلاميذ الذي يتراوح أعمارهم 11 سنة بنسبة 34.7 % و23.6 % سنهم 9 سنوات، و أن أقل نسبة من التلاميذ تراوحت أعمارهم 8 سنوات، حيث بلغت نسبتهم حوالي1.1% من عينة الاناث والذكور.

كما يتبين من خلال الجدول أن الدراسة أجريت على تلاميذ ذوي المستوى التعلمي للسنوات(الرابعة-الخامسة) ابتدائي بمدرسة الشهيد الرائد قديل بولاية وهران و البالغ عددهم 305 تلميذ و تلميذة، ومدرسة عبد الخالق محمد الصغير البالغ عددهم 55 و المسجلين رسميا للموسم الدراسي (2024-2025) و الجدول يوضح أن هناك تفاوت في النسب، حيث بلغت نسبة السنة الرابعة45.8%،وقدرت نسبة تلاميذ السنة الخامسة كأعلى نسبة ب 54.2%.

و في الأخير توزيع العينة من خلال الاقامة حيث نلاحظ أن معظمها أخذت من الريف بنسبة 85.6% أما المدينة بنسبة 14.6 %.

الصغير البالغ عددهم 55 و المسجلين رسميا للموسم الدراسي (2024-2025) و الجدول يوضح أن هناك تفاوت في النسب، حيث بلغت نسبة السنة الرابعة45.8%،وقدرت نسبة تلاميذ السنة الخامسة كأعلى نسبة ب 54.2%.

و في الأخير توزيع العينة من خلال الاقامة حيث نلاحظ أن معظمها أخذت من الريف بنسبة 85.6% أما المدينة بنسبة 14.6 %.

صعوبات الدراسة الاستطلاعية : تتمحور الصعوبات فيما يلي:

1-غياب الاساتذة وبالتالي غياب التلاميذ بسبب الأمراض

2-تدخل العطل المدرسية مما لا تسمح بمواصلة الدراسة وتوقف بشكل مؤقت.

3-تزامن وجود الدراسة التي نقوم بها مع امتحانات التلاميذ.

4-محاولة الأستاذة استرجاع التلاميذ الغائبين في تلك الفترة للقيام بالاستبيان.

3-الدراسة الأساسية:

المنهج المتبع وأدواته:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على المخاوف المرضية لدى التلاميذ الابتدائي فان المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي، وهو المناسب لطبيعة موضوع الدراسة الذي يرتكز على الاتجاه الكمي الاحصائي حيث يقوم بتحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة و اعطاء تقرير وصفي عنها (عسيوي، 1993، ص17) كما يهدف الى وصف الظاهرة وجمع الحقائق والمعلومات و الملاحظات عنها و التقرير حالتها كما توجد عليه في الواقع ويشتمل على التحليل و التفسير و اكتشاف العلاقات بين المتغيرات، والذي يتلاءم مع طبيعة الموضوع المدروس والذي هو دراسة ظاهرة . نفسية والذي يهدف الى التعرف على المخاوف المرضية الشائعة لدى أطفال المرحلة الابتدائية

1/الهدف من الدراسة الأساسية:

تسعى الدراسة الأساسية في هذا البحث الى تحقيق الأهداف التالية:

- اختبار أدوات جمع المعلومات والتأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات) و الذي يعتبر شرطا أساسيا لصدق وموضوعية أي بحث علمي.
- التعرف على ميدان البحث والصعوبات التي يمكن أن تواجه اجراءات البحث في صورته الأخيرة.
- ضبط المجتمع الأصلي للعينة والتعرف على خصائص ومواصفات أفراد العينة.
-ادخال التعديلات الازمة على أدوات البحث لإعدادها في صورتها النهائية.

2/الإطار الزمني والمكاني: تم الشروع في هذه الدراسة و تطبيق أدوات جمع المعلومات (الاستبيان) خلال السداسي الرابع من شهر 1 مارس 2025 الى 20 أفريل مع التلاميذ السنة الرابعة و الخامسة.

في مدرستي: عبد الخالق محمد الصغير والرائد فراج بولاية وهران.

4-ظروف اجراء الدراسة الأساسية:

بعد حصول الطالبتين على رخصة لتطبيق الدراسة الاستطلاعية، قامت بتطبيق أداة الدراسة والمتمثلة في استبيان المخاوف المرضية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وهذا بعد الاتفاق مع مدير المدرسة على ساعة فراغ تلاميذ عينة الدراسة، حيث تم التطبيق خلال الفترتين الصباحية حيث يكون الاطفال في حيوية ونشاط والمسائية في حالة تعذر بعضهم عن الحضور وتغيبهم في الفترة الصباحية يقدم لهم في الفترة المسائية، وكانت البداية بتقديم الباحثتين لمحة موجزة عن دواعي وجودها بين التلاميذ وعن أهمية البحث العلمي و التربوي، وكل هذا من أحل لفت انتباههم

جدول رقم(4):مواصفات عينة الدراسة الأساسية

المتغيرات		التكرار	النسب المئوية%
الجنس	ذكور	194	%53.9
	إناث	166	%46.1
السن	8	4	%1.1
	9	85	%23.6
	10	146	%40.6
	11	125	%34.7
المستوى التعلمي	السنة الرابعة	165	%45.8
	السنة الخامسة	195	%54.2
الإقامة	الريف	308	%85.6
	المدينة	52	%14.6
المجمـــــــــــــوع		360	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4) الخاص بتوزيع العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس و السن و المستوى التعلمي و الاقامة حيث أننا نلاحظ من خلال السن أن أكبر نسبة من التلاميذ تبلغ أعمارهم 10 سنوات، حيث تبلغ نسبتهم حوالي 40.6% من عينة الاناث و الذكور، يليها عدد التلاميذ الذي يتراوح أعمارهم 11 سنة بنسبة 34.7 % و23.6 % سنهم 9 سنوات، و أن أقل نسبة من التلاميذ تراوحت أعمارهم 8 سنوات، حيث بلغت نسبتهم حوالي1.1% من عينة الإناث والذكور.

كما يتبين من خلال الجدول أن الدراسة أجريت على تلاميذ ذوي المستوى التعلمي للسنوات(الرابعة-الخامسة) ابتدائي بمدرسة الشهيد الرائد قديل بولاية وهران و البالغ عددهم 305 تلميذ و تلميذة، ومدرسة عبد الخالق محمد الصغير البالغ عددهم 55 و المسجلين رسميا للموسم الدراسي (2024-2025) و الجدول يوضح أن هناك تفاوت في النسب، حيث بلغت نسبة السنة الرابعة45.8%،وقدرت نسبة تلاميذ السنة الخامسة كأعلى نسبة ب 54.2%.

و في الأخير توزيع العينة من خلال الاقامة حيث نلاحظ أن معظمها أخذت من الريف بنسبة 85.6% أما المدينة بنسبة 14.6 %.

5-صعوبات الدراسة الأساسية : تتمحور الصعوبات فيما يلي:

1-غياب الاساتذة وبالتالي غياب التلاميذ بسبب الأمراض

2-تدخل العطل المدرسية مما لا تسمح بمواصلة الدراسة وتوقف بشكل مؤقت.

3-تزامن وجود الدراسة التي نقوم بها مع امتحانات التلاميذ.

4-محاولة الأستاذة استرجاع التلاميذ الغائبين في تلك الفترة للقيام بالاستبيان.

5- الوقت الطويل الذي يستغرقه جمع البيانات.

6-الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية:

بعدما قامت الطالبتان بمقياس المخاوف المرضية وكذا تفريغ نتائجه ووسائل القياس وتنظيمها، تم تطبيق الأساليب الإحصائية التي يتطلبها البحث والتي تسمح باختبار فرضيات البحث والمتمثلة في:

أولا: الإحصاء الوصفي:

- المتوسطات الحسابية
- الإنحراف المعياري
- التكرارات
- النسب المئوية

ثانيا: الإحصاء الاستدلالي:

- اختبار ألفا كرونباخ
- اختبار جوتمان
- اختبار سبيرمان براون
- اختبار" ت" لمجموعتين مستقلتين
- تحليل التباين ANOVA

وتم معالجة المعطيات ببرنامج الحزم الإحصائية في العلوم الإجتماعية (SPSS.27) .

الفصل الرابع
عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

I. عرض ومناقشة النتائج

1-عرض ومناقشة نتائج فرضية الد راسة العامة

2-عرض ومناقشة نتائج فرضية الجزئية الأولى

3-عرض ومناقشة نتائج فرضية الجزئية الثانية.

4-عرض ومناقشة نتائج فرضية الجزئية الثالثة

5-عرض ومناقشة نتائج فرضية الجزئية الرابعة .

6-عرض ومناقشة نتائج فرضية الجزئية الخامسة .

II. إستنتاج عام

I. عرض النتائج ومناقشتها:

تمهيد:

بعد تحديد المنهج المتبع وأدواته واستخدام أدوات الدراسة على العينة واستخدام مختلف الأساليب الإحصائية للتحقق من صحة فرضيات الدراسة سوف يتم عرض نتائج الدراسة حسب كل

فرضية ومتغيراتها.

1-عرض النتائج ومناقشة الفرضية العامة:

تنص هذه الفرضية على أنه: يوجد مخاوف مرضية شائعة لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتوسطة، و النتائج مبينة في الجدول رقم(5):

الجدول رقم (5): المخاوف المرضية الأكثر شيوعا لدى أطفال المرحلة الابتدائية

المتغيرات	الرتب المتوسطة
بعد الامتحان	6.11
بعد المدرسة	5.08
بعد الزملاء	5.00
بعد المعلم	4.93
بعد الساحة	2.81
بعد المدير	2.43
بعد الطبيب	1.64

من خلال الجدول رقم (5) والخاص بترتيب المخاوف المرضية الأكثر شيوعا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، نجد المخاوف المرضية في المدرسة التي يعاني منها التلميذ مرتبة من حيث الشدة إلى أقلها: في المرتبة الأولى الخوف من الإمتحان ب6.11 يليها الخوف من المدرسة ب5.08،ثم الخوف من الزملاء 5.00،بعدها الخوف من المعلم 4.93 تبعه الخوف من الساحة ب2.81،فالخوف من المدير ب2.43 وأخيرا الخوف من الطبيب 1.64 كأقل معدل.

وتتفق النتائج مع دراسة "جاسم أحمد" (2003) من خلال مسح ميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، وهذا للتعرف على المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، وعلى هذا الأساس تم التعرف على أنواع المخاوف المدرسية الشائعة لتلاميذ المرحلة الابتدائية، تم اختيار عينة مكونة من600 تلميذ وتلميذة من الصفين الخامس والسادس موزعين على ثلاث مدارس ابتدائية في بغداد بالتساوي، وتوصل
إلى أن المخاوف المدرسية التي يعانيها التلاميذ مرتبة تسلسليا من أشدها إلى أقلها انتشاراً وهي:
-الخوف من الألفاظ غير اللائقة التي يوجهها المعلم أمام التلاميذ،الخوف من الرسوب في الامتحان، الخوف من ضرب المعلم، الخوف من مادة الرياضيات، الخوف من مدير المدرسة، الخوف من أخذ درجة غير جيدة، الخوف من التأخر عن حضور الامتحانات، الخوف من طرح أسئلة على المعلم، الخوف من زيارة طبيب المدرسة، الخوف من اعتداء بعض الزملاء عند الخروج من المدرسة، الخوف من إلقاء كلمة أو قصيدة في الساحة أمام المعلمين والتلاميذ.

(إبراهيم، 2003 ، 65).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نرى أن هناك اختلاف واضح في رتب المخاوف المرضية عند الطفولة المتوسطة بحيث **رتب الخوف من الامتحانات في الرتبة الأولى** حيث سجلت أعلى رتبة متوسطة في بعد الخوف من الامتحانات والمقدر ب **6,11** ، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن الطفل يخاف من الامتحان لعدم قدرته على الاستيعاب أو لتشتت ذهنه، أو عدم ملائمة ظروف منزله للاستذكار الجيد، أو قد يرجع إلى عدم قدرة الطفل على الفهم أو التركيز في المدرسة أو غير ذلك من الصعوبات التعليمية، أو بسبب الصورة السلبية التي يكونها التلميذ عن الامتحان، فيتصور التلميذ بأن أسئلة الامتحان ستكون صعبة وأنه سيفشل هذا ما يشتت انتباهه ويضعف أداءه.
ويمكن أيضا إرجاعها إلى طبيعة الامتحانات السائدة وصعوبة الأسئلة التي تثير خوف التلميذ، كما يمكن أن يتعرض هذا التلميذ لحادث ما أو يمرض، ويضعه تحت ضغوط نفسية(بطرس ،2007، ص 53).
فالامتحانات جزء من البرنامج التربوي في المدرسة، ولها أهميتها الخاصة، والاتجاهات نحوها سواء من قبل المعلمين أو التلاميذ لما لها من أهمية و تأثير على الصحة النفسية، فقد تصبح مصدراً للخوف، ما يرتبط به من امتحانات مصدر لكثير من الخوف لدى التلميذ في مختلف المراحل الدراسية،وخاصة في ظروف التعليم التي تبالغ في تقدير الشهادة الاعدادية باعتبارها نهاية مرحلة التعليم الابتدائي، بالإضافة إلى أن الامتحانات تركز على الجانب المعرفي فقط فيما تغفل الجوانب الأخرى، فعلى المعلم أن يشمل كل الجوانب أثناء بناء أسئلة الامتحان، ونقص مهارات المعلم التقويمية، وعدم وجود إجابات محددة لبعض أسئلة الامتحان، وعدم وجود فاصل زمني بين الاختبارات، بل أن التلميذ قد يؤدي أكثر من امتحان في اليوم الواحد هذا من شأنه عدم إعطائه فرصة مراجعة المواد والتهيؤ للامتحان لما يعانيه من إرهاق بدني وذهني وتوتر نفسي ، كلها عوامل تسهم في خوف التلميذ من الامتحان،تعرض الطفل إلى عقاب الوالدين نتيجة حصوله على نتائج متدنية، أو مقارنته بأطفال آخرين ناجحين دراسياً وبالتالي هذا ما يجعل هذا الطفل يتوقع الفشل في الامتحان، ومن العوامل المسببة للخوف من الامتحانات الخوف من الرسوب ويشير لها" شارلز شيفر وهوارد ميلمان(1989) أن توقعات الآباء المبالغ فيها هي سبب قوي لخوف الأطفال من الفشل، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويخافون من المحاولة(شارلز شيفر، هوارد ميلمان،1989،ص133)
ولكن المشكلة إذا فاق هذا الخوف قدرة التلميذ على التحمل لأنه في هذه الحالة تضعف قدرته على التركيز أثناء الاستذكار وقدرته على التذكر أثناء الامتحان، ويصاحب ذلك ردود أفعال واضطرابات فيزيولوجية متباينة كارتفاع ضغط الدم،وزيادة ضربات القلب، الأمر الذي يعيق التركيز والانتباه لمهمة الإجابة على أسئلة الامتحان ويؤدي ذلك إلى ضعف الأداء والتحصيل الدراسي ومن المؤسف أن هذه الامتحانات تستخدم كسلاح يتحكم في مستقبل الأبناء بينما كان المفروض أن تكون وسيلة لإرشادهم وتوجيههم ،وقد ينعكس خوف الطفل من المدرسة على التعليم بأسره، وقد يخاف الطفل من المدرسة لهذا السبب خاصة إذا رسب في الامتحان، وقد يزداد الأمر سوءاً إذا ما تكرر رسوبه، أو قد يكون مرد الأمر إلى القسوة الزائدة في المنزل على الطفل قبل الامتحان أو أثناءه،لقد اكتسبت الامتحانات المدرسية أهمية قصوى فأصبحت هي الهدف الذي يسعى إليه التلميذ وولي الأمر وأعضاء هيئة التدريس، إن المخاوف المرضية المدرسية قد تكون ناتجة عن سوء المناخ السائد في المدرسة وسوء معاملة العاملين في المدرسة بداية بإدارة المدرسة ومروراً بالمعلمين الذين لا يهمهم سوى هدف واحد هو رفع مستوى إنتاج التلاميذ متمثلا في زيادة نسبة نجاحهم الدراسي دون مراعاة لحاجاتهم وميولهم واهتماماتهم من خلال المواد الدراسية والأنشطة المدرسية المرتبطة بهذه المواد، أو مراعاة ما بينهم من فروق فردية في القدرات والاستعدادات مما يؤدي إلى ظهور ضغوط انفعالية تجعل التلاميذ يكرهون الذهاب للمدرسة ويهربون منها لشعورهم بالخوف نتيجة افتقادهم للأمن.
ورتب الخوف من الذهاب إلى المدرسة في المرتبة الثانية، حيث قدر المتوسط الرتبي ب **5,08** ، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن المدرسة قد تكون كمكان غير مرغوب فيه أو كمكان لتوقيع العقاب، وقد يصبح ذهاب الطفل إلى المدرسة مشكلة، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم التدرج في ذهاب الطفل إلى المدرسة، أو عدم تعود الطفل زيارة المدرسة مع اخوته الأكبر منه سناً، فضلاً عن ندرة الحفلات التي تقيمها المدارس الابتدائية، بالإضافة إلى عدم وجود ما يستثير ميول الطفل واهتماماته، كما أنَ للمدرسة دور اً واضح ا في تشكيل المخاوف من الذهاب إليها لدى الأطفال والتي تتمثل في حجم المدرسة، فانتقال الطفل من مدرسة صغيرة إلى مدرسة كبيرة قد يشكل لديه خوفا مرضيا مدرسياً، وصرامة الإدارة المدرسية في تطبيق التعليمات، أو صرامة بعض المعلمين، أو بسبب خصائص المبنى المدرسي مثل تعدد الطوابق، أو النشاطات المدرسية غير المناسبة لميول الطفل أو طرق التدريس، وعدم ارتباط ما تقدمه المدرسة من مناهج بحياة الطفل(محمد عبد العزيز أبو الفضة،1992،ص15-16) ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة" خلدون الزبيدي(1982) التي تهدف إلى الكشف عن المخاوف الشائعة عند الأطفال والتعرف على

المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، فتوصل إلى أنه من بين المخاوف الشائعة لدى هذه الفئة هي الخوف من المدرسة ودراسة حسن منسي(2005)إلى أن أكثر المخاوف المدرسية شيوعا بين التلاميذ في المرحلة الأساسية في مدينة اربد هو الخوف من المدرسة(حسن عمر، شاكر منسي،2005،ص71).

ورتب الخوف من الزملاء في الرتبة الثالثة بعد الخوف من المعلم كما هو موضح في الجدول رقم(5)بحيث قدر المتوسط الرتبي ب**5,00**، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن التلاميذ الذين لديهم خوف من زملائهم، وهذا الخوف يجعل التلميذ في الكثير من الأحيان يمتنع عن القراءة أمام زملائه، وحتى المواد التي تحتاج التسميع مثل قراءة نص أو حفظ بعض المقطوعات الأدبية، والتي تتطلب القراءة أمام الآخرين فإن التلميذ قد يحجم عن القراءة ويحتج بأنه غير حافظ، برغم أنه يكون حافظا للمادة بشكل جيد جداً، ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضا في اعتداء بعض الزملاء على التلميذ والسخرية منه ونقده وشتمه ،وتمزيق دفاتره وسرقة أدواته وإتلاف مقاعد الصف كلها أمور تُكون له خوف من زملائه، كما أن التلميذ يعزى مخاوفه إلى جوانب متباينة من الحياة المدرسية، وتشمل شكواه وخوفه من أن يتعدى عليه الأطفال الأقوى والأكبر سنا أو أن يضايقوه، نضيف عاملا مهما آخر وهو تعرض الطفل لاعتداء جسمي من طرف زملائه أو أشخاص آخرين سواء داخل المدرسة أو خارجها هذا ما يجعله يفقد الشعور بالأمن، والخوف من تكرار ذلك الحادث في يوم آخر، ويعتبر النقص الجسمي وإعاقة التلميذ في جوانب كالعرج والطول المفرط أو القصر الشديد أو وجود تشوه خلقي إضافة إلى السمنة المفرطة والنحافة الشديدة وأيض اً انخفاض مستوى الذكاء والتأخر الدراسي، كلها عوامل تسبب للتلميذ الشعور بعدم الثقة بنفسه والخوف من سخرية زملائه في القسم، ومعايرته على مظهره غير اللائق ، وقد يتجنب الطفل مواقف القراءة الجهرية لأن قراءته ركيكة وتثير سخرية زملائه وضيق معلميه،وهذا ما يجعل الطفل يخاف من زملائه، كما تعتبر علاقات التلميذ بزملائه من العلاقات الهامة في تكيفه، فجماعة الزملاء الموجودين في الفصول الدراسية تساهم في بناء شخصية التلميذ وتنمية هواياته ومهاراته، بالإضافة إلى تأثير هؤلاء الزملاء في ثقافته، وقد تؤثر جماعة الرفاق في سلوك هذا التلميذ بالإيجاب أو السلب أكثر من تأثير الأسرة والمعلمين وذلك لأن التلميذ حين ينضم لهذه الجماعات فهو يشترك مع أعضائها في الاهتمامات والأفكار وتشبع رغبات معينة لديه، في حين إذا كان التلميذ لا يحتك بزملائه ويظهر خوفا منهم هذا ما يجعله يشعر بعدم الأمن والطمأنينة داخل المدرسة، وبالتالي يؤثر سلبا عليه، وعدم تقبل الأقران للتلميذ ينشئ جو من عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة، والتي تسبب نوع من عدم التوافق النفسي والخوف المرتبط بفكرة الذهاب إلى المدرسة، وبالتالي نشأة المخاوف المرضية لدى التلميذ، وتتفق هذه النتيجة مع كل من دراسة" ممنون حورية(1995) ودراسة "حسن عمر وشاكر منسي"(2005) التي توصلت إلى أن أكثر موضوعات الخوف ظهوراً في المرحلة ما بين(6-13 سنة) هي الخوف من نقد وسخرية الأصدقاء، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة" جاسم أحمد " (2003) أن أكثر المخاوف المدرسية شيوعا هو الخوف من اعتداء بعض الزملاء عند الخروج من المدرسة، وخوف التلميذ من إلقاء كلمة أو قصيدة أمام زملائه (إبراهيم، 2003،ص65).

ورتب الخوف من المعلم في الرتبة الرابعة كما هو مبين من الجدول رقم(5)حيث قدرت الرتبة المتوسطة ب **4,93** ، ويمكن تفسير هذه النتيجة كون المعلم هو الشخص الأقرب من التلميذ بعد والديه ، ويقضي معظم وقته مع تلاميذه، والمعلم هو الرمز الثاني للسلطة ، كما أن المدرس الذي هو أكثر الأشخاص مداومة على فرض النظام والانضباط قد يصبح هو موضوع المخاوف بالنسبة للطفل، وتتأثر شخصية الطفل بشخصية مدرسه، واتجاهاته،وآرائه، ومعتقداته، وطريقته في التفكير، فإذا كان هذا المعلم من الشخصية المتسلطة خاصة إذا كان يعتمد الأساليب التربوية الخاطئة كالقسوة، والاسراف في العقاب، وسب وشتم التلميذ، والسخرية والاستهزاء منه أو تعمد إحراجه أمام زملائه الأمر الذي يشكل لدى التلميذ مخاوف من المعلم، وللعلاقة بين المعلم والطفل دور فعال في تنمية النزعة نحو خوف الطفل من المدرسة،ويتسم المعلم الذي يثير الخوف في تلاميذه بعدد من السمات غير المرغوبة أهمها الاستهزاء والسخرية، والشدة في المعاملة، وكثرة النقد، ويكون تأثير هذه السمات كبيراً إذا كان التلميذ خجولاً فإنه يتأذى كثيراً من المعلم، ويظهر تأثير ذلك في صورة الخوف من الحديث في الفصل، كما أن الكثير من المعلمين يجبر التلاميذ على الوقوف حتى قبل توجيه السؤال له مما يجعلهم في حالة ارتباك، ويزيد هذا الارتباك إذا استهزأ بهم المعلم وبطريقة حديثهم. كما أن خوف الطفل من المعلم اكتسبه من بيئته الأسرية، وتهديد والديه بعقاب معلمه نتيجة قيامه بسلوك لا يرضيهما، بالإضافة إلى الصورة الذهنية السلبية التي تتكون عند الطفل من طرف بيئته الأسرية منذ الصغر عن المدرس أو المدرسة، كما تمارس الأسرة دورها في ضبط مواعيد المذاكرة والاستيقاظ والنوم، وكل هذا يساهم في تكوين صورة

سلبية عن المعلم يصعب تصحيحها فيما بعد، كما يلجأ بعض المعلمين إلى أساليب مختلفة لضبط فصولهم، فالكثير من المعلمين يهدف إلى جعل الفصل في حالة صمت أثناء حديثه، وقد يستخدم في سبيل ذلك أسلوب التخويف والترهيب، ويذكر "عادل الأشول "(1982) أن الجو المدرسي الذي تسيطر عليه قيادة تتسم بالصرامة تميل إلى انتاج أنماط من السلوك تتميز بالمخاوف وسوء التوافق(الأشول، 1982 ،ص137)

وخوف التلميذ من المعلم يعيق عملية التواصل بين التلاميذ ومعلميهم، ويجعل جهود التعليم غير فعالة وغير مثمرة، ومن ثم يكون ناتج العملية التعليمية ضعيفاً، لأن العملية التعليمية برمتها هي في أساسها عملية تواصل من خلال التفاعلات بين أطرافها التي تتم داخل حجرة الدراسة باعتبارها بيئة اجتماعية،وتتفق هذه النتيجة مع دراسة" جاسم أحمد "(2003)التي تهدف إلى التعرف على المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، بحيث توصلت إلى أن المخاوف المدرسية التي يعانيها التلاميذ مرتبة تسلسلياً من أشدها إلى أقلها انتشاراً وهي : الخوف من الألفاظ غير اللائقة التي يوجهها المعلم أمام التلاميذ، والخوف من ضرب المعلم على أصابيع اليد بالعصا، والخوف من طرح أسئلة المعلم(ابراهيم،2003، ص65)،كما توصل" حسن عمر وشاكر منسي" (2005)إلى أن أكثر المخاوف المدرسية شيوعا بين تلاميذ في المرحلة الاساسية في مدينة أربد بالأردن هو الخوف من المعلم (حسن عمر، شاكر منسي،2005،ص71).

ويأتي في **المرتبة الخامسة الخوف من الساحة** حيث قدر المتوسط الرتبي ب **2,81** ، ويمكن تفسير ذلك تعود هؤلاء التلاميذ اللعب في فضاءات واسعة غير المدرسة واحتكاكهم بأطفال آخرين وخوفهم من الأماكن الواسعة، وخوفهم من الذهاب الى مرحاض المدرسة، وربما خوفهم من التعدي عليهم وتلقي الأذى من طرف زملائهم عند خروجهم إلى ساحة المدرسة.

ورتب **الخوف من المدير في المرتبة السادسة**، وقدر المتوسط الرتبي ب **2,43** ، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن الخوف من المدير يرجع إلى الفكرة الخاطئة التي يشكلها التلاميذ نحو المدير، ويتصورنه بأنه يمثل سلطة في المدرسة، بالإضافة إلى طريقة التعامل القاسية التي يتعامل بها بعض المدراء مع التلاميذ والمثيرة للخوف، وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها ودراسة" جاسم أحمد "(2003) ودراسة" حسن عمر شاكر منسي(2005) ، ودراسة" خلدون الزبيدي(1982) التي تهدف إلى الكشف عن المخاوف الشائعة عند الأطفال والتعرف على المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، فتوصل إلى أنه من بين المخاوف الشائعة لدى هذه الفئة هي الخوف من المدير.(حسن منسي، 2005) ،وسجل **الخوف من طبيب المدرسة** كأدنى متوسط رتبي حيث قدر ب **1,64** ، وهذا ما أشارت إليه الدراسة التي قام بها" خلدون الزبيدي" (1982) حيث أظهرت النتائج أن أكثر المخاوف شيوعا لدى الأطفال هو خوفهم من الأطباء والممرضين، واتفقت هذه النتيجة أيضا مع دراسة حسن عمر شاكر منسي "(2005) حيث أظهرت أن أكثر المخاوف شيوعا لدى الاطفال في المرحلة الاساسية في مدينة أربد بالأردن هو خوفهم من الطبيب(حسن عمر، شاكر منسي،2005،ص71).

عرض نتائج ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى:تنص هذه الفرضية على أن:" مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة متوسط لدى تلاميذ الابتدائي ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام النسب المئوية وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم(6) والخاص بتوزيع العينة الأساسية حسب مستويات المخاوف المرضية.

جدول رقم(6):مستويات المخاوف المرضية:

الفئات	المستويات	التكرار	النسب المئوية%
0 – 18	منخفض	139	38.6%
19 – 37	متوسط	216	60.0%
38 – 57	مرتفع	5	1.4%
المجموع		360	100

يتضح من خلال الجدول رقم (6) والخاص بتوزيع العينة الأساسية حسب مستويات المخاوف المرضية أن أغلب العينة يتمركزون في الفئة (19-37)والتي تشير الى مستوى متوسط ب 60%، يليها المنتمين الى الفئة (0-18) ب 38.6%والتي تشير الى مستوى منخفض، وأخيرا المنتمين الى الفئة (38- 57)ب1.4% والتي تشير الى مستوى مرتفع، هذه النتائج تؤكد أن لتلاميذ الابتدائي مخاوف مرضية بمستويات مختلفة، والمتمثلة في المستوى المنخفض، المتوسط، و المرتفع .

وقد أسفرت نتائج الدراسة على وجود مخاوف مرضية لدى أطفال المرحلة المتوسطة بشكل متوسط ب60%وتتفق النتائج مع دراسة حسن المنسي(2005)التي تهدف إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الأساسية في مدينة إربد بالأردن، حيث تكونت العينة من 600تلميذا وتلميذة، أعمارهم بين (6-10) حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مخاوف الأطفال تختلف باختلاف الفئات العمرية والصف الدراسي، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الصف قلت مخاوف أطفاله.

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية على أنه: **يوجد فروق دالة احصائيا في مستوى المخاوف المرضية لدى تلاميذ الابتدائي تبعا للمتغيرات: الجنس، المستوى التعليمي، الإقامة**، وللاجابة على هذه الفرضية تم استعمال اختبار" ت"

لمجموعتين مستقلتين وكانت النتائج كالتالي:

أ/الجنس:

تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم(7):

جدول رقم(7):الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الجنس

المتغيرات		المتوسط البياني	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
بعد المدرسة	ذكور	3.96	2.23	358	-0.45	0.64(غير دالة)
	الاناث	4.06	1.78	348		
بعد المعلم	ذكور	4.05	2.36	358	1.93	0.05
	الاناث	3.60	1.97	353	1.96	(دالة عند0.05)
بعد المدير	ذكور	1.42	0.93	358	1.55	0.12(غير دالة)
	الاناث	1.27	0.90	352		
بعد الزملاء	ذكور	3.76	1.64	358	0.64	0.51(غير دالة)
	الاناث	3.86	1.39	352	0.65	
بعد الامتحان	ذكور	5.18	2.09	358	-1.72	0.08(غير دالة)
	الاناث	5.53	1.69	332	-1.75	
بعد الساحة	ذكور	1.65	1.27	358	0.95	0.34(غير دالة)
	الاناث	1.54	0.87	292	0.98	
بعد الطبيب	ذكور	0.57	0.75	358	-1.43	0.15(غير دالة)
	الاناث	0.69	0.76	350		
المقياس	الذكور	20.63	6.86	358	0.67	0.94(غير دالة)
	الاناث	20.59	5.20	353	0.68	

نلاحظ من خلال الجدول رقم(7)الخاص بالفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الجنس، أن قيمة "ت" المحسوبة في المقياس ككل وكذا الأبعاد (المدرسة، المدير، الزملاء، الامتحان، الساحة، الطبيب) غير دالة احصائيا وهذا ما يظهر جليا من خلال تقارب المتوسطات الحسابية في جميع الأبعاد، لكن لمسنا وجود فروق في بعد المعلم لصالح الذكور لكنها دالة احصائيا عند 0.05، والتي تفسر على أن الذكور الذين يعانون من المخاوف المرضية أظهروا خوفا من المعلم مقارنة بالإناث والفرضية تحققت جزئيا، ولكن عموما لا توجد فروق في مستوى المخاوف المرضية بين الذكور، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة عبد المنعم طلعت

عباس(1992)دراسة هدفت الى التعرف على نوعية المخاوف الشائعة بين المراهقين والمراهقات، واعداد وتقنين قائمة للمخاوف، وتكونت عينة الدراسة من 410 من الذكور والاناث من طلبة الصف الثانوي (القسم العلمي) من مستوى اقتصادي واجتماعي فوق المتوسط وتحت المتوسط، تتراوح أعمارهم بين (15-17سنة) في بعض مدارس الريف بمحافظة القيلوبية، وبعض مدارس الحضر في مصر الجديدة القاهرة، واستخدم الباحث الأدوات الآتية: قائمة المخاوف، اختبار الشخصية، مقياس العصابية، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وقد أسفرت النتائج عن شعور المراهقات بالخوف أكبر من شعور المراهقين،وحسب خبرتنا الفروق تختلف كذلك حسب التنشئة الاجتماعية ، حيث يميل الذكور الى اظهار شجاعة أكبر في مواجهة المواقف المخيفة وقد يخشى الذكور من العقاب أو الفشل في الامتحان،ويمكن تفسير ارتفاع درجات الخوف الذكور من المعلمين عن الاناث الى أن الذكور أكثر حساسية من الاناث في التأثر بعوامل الاستهزاء و السخرية ، و الشدة في المعاملة و النقد ، و يرجع أيضا خوف الذكور من المعلم الى ارتفاع درجة التهديد و التوبيخ و العقاب البدني من جانب المعلمين على الذكور من الاناث اللواتي يمثلن بسهولة للقواعد و التوجيهات.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت اليه دراسة "كاميليا عبد الفتاح (1980) التي أجريت على (77) طفلا و طفلة من رياض الأطفال و أطفال الصف الأولى ابتدائي بمدينة القاهرة الى أن الذكور أكثر خوفا من المعلم من الاناث (الكتاني ، 2000 ،ص127).

و من خلال الميدان نلاحظ الفروق تختلف كذلك حسب التنشئة الاجتماعية ، حيث يميل الذكور الى اظهار شجاعة أكبر في مواجهة المواقف المخيفة وقد يخشى الذكور من العقاب أو الفشل في الامتحان و كذلك نجد خوف الذكور من المعلم و المدير لأنهما يعتبران سلطة التي يجدها في الأباء.

ومن خلال ما سبق يمكن تفسير ارتفاع درجات الخوف الذكور من المعلمين عن الاناث الى أن الذكور أكثر مشاغبة وحركة من الاناث و هذا ما يجعلهم أكثر عرضة للعقاب و التأثر بعوامل الاستهزاء و السخرية ، و الشدة في المعاملة و النقد ، و يرجع أيضا خوف الذكور من المدير الى ارتفاع درجة التهديد و التوبيخ من جانبه على الذكور من الاناث اللواتي يمتثلن بسهولة للقواعد و التوجيهات.

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

ب/ السن:

تم استخدام التباين للمقارنة بين المجموعات، وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم(8) كما يلي:

جدول رقم(8):المقارنة البعدية في مستوى المخاوف المرضية تبعا للسن:

المتغيرات		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
بعد المدرسة	مابين المجموعات	29.89	3	9.96	2.42	0.65
	داخل المجموعات	1463.03	356	4.11		
بعد المعلم	مابين المجموعات	68.46	3	22.88	4.87	0.02
	داخل المجموعات	1670.64	356	4.69		
بعد المدير	مابين المجموعات	4.56	3	1.52	1.80	0.14
	داخل المجموعات	300.21	356	0.84		
بعد الزملاء	مابين المجموعات	12.95	3	4.31	1.85	0.13
	داخل المجموعات	830.20	356	2.33		
بعد الامتحان	مابين المجموعات	4.47	3	1.49	0.40	0.75
	داخل المجموعات	1329.11	356	3.73		
	مابين المجموعات	24.69	3	8.23	7.06	<0.001

بعد الساحة	**داخل المجموعات**	415.08	356	1.16		
بعد الطبيب	**مابين المجموعات**	3.45	3	1.15	2.00	0.11
	داخل المجموعات	207.86	356	0.57		

نلاحظ من خلال الجدول رقم(8) أن الخاص بالفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير السن أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير السن، وذلك في المقياس ككل وكذا الأبعاد المكونة له، وهذا لأن أغلبية العينة تمركزوا في الفئة العمرية(9-10 سنوات)، لذلك لمسنا فرقا طفيفا ،وعليه نقول أن السن يؤثر في مستوى المخاوف المرضية لدى تلاميذ ابتدائي والفرضية تحققت جزئيا وهذه النتيجة أتت متوافقة مع دراسة

عبد المنعم طلعت عباس(1992)التي هدفت الى التعرف على نوعية المخاوف الشائعة بين المراهقين والمراهقات، واعداد وتقنين قائمة للمخاوف، وتكونت عينة الدراسة من 410 من الذكور والاناث من طلبة الصف الثانوي(القسم العلمي) ، تتراوح أعمارهم بين 15-17سنة في بعض المدارس في مصر الجديدة القاهرة، وقد أسفرت النتائج عن:

-أن شعور المراهقات بالخوف أكبر من شعور المراهقين.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام LCD وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(9)المقارنة البعدية في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير السن:ولتأكيد وجود فروق في مستوى المخاوف لدى تلاميذ الابتدائي تم استخدام اتجاه الفروق بواسطة LCD كما هو موضح في الجدول رقم(9)

مستوى المخاوف المرضية		**المجموعات المقارنة**			
		8سنوات	**9سنوات**	**10سنوات**	**11سنة**
بعد المدرسة	**8سنوات**	--	--	--	--
	9 سنوات	--	--	*0.55	--
	10سنوات	--	-*0.55	--	-*0.57
	11سنة	--	--	*0.57	--
بعد المعلم	**8سنوات**	--	--	--	--
	9 سنوات	--	--	--	-0.65*
	10سنوات	--	--	--	0.98*
	11سنة	--	*0.65	0.98*	--
بعد المدير	**8سنوات**	--	--	--	--
	9 سنوات	--	--	--	--
	10سنوات	--	--	--	-0.24*

	11سنة	--	--	-0.24*	--
بعد الزملاء	8سنوات	--	--	--	--
	9 سنوات	--	--	--	-0.49*
	10سنوات	--	--	--	--
	11سنة	--	--	--	*0.49
بعد الساحة	8سنوات	--	1.96*	2.16*	2.31*
	9 سنوات	-1.96*	--	--	--
	10سنوات	-2.16*	--	--	--
	11سنة	-*2.31	-0.34*	--	--
بعد الطبيب	8سنوات	--	-0.76*	--	--
	9 سنوات	0.76*	--	--	--
	10سنوات	--	--	--	--
	11سنة	--	--	--	--
بعد المقياس	8سنوات	--	--	--	--
	9 سنوات	--	--	--	--
	10سنوات	--	--	--	-1.92*
	11سنة	--	--	1.92*	--

(الفروق دالة عند مستوى 0.05)

نلاحظ من خلال الجدول رقم(9) أن الخاص بالمقارنة البعدية في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير السن أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير السن عند مستوى 0.05،في مستوى المخاوف المرضية للطفل المتمدرس الذين يتراوح سنهم بين (9-10سنوات) (10-11سنة) لصالح ذوات السن (9-10 سنوات)وذلك في المقياس ككل وكذا الأبعاد المكونة له،في حين يوجد فروق لكنها غير ذالة احصائيا في مستوى المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يتراوح سنهم بين(8-9سنوات)،وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة" مها أبو حطب(1994) وتمثل هدف هذه الدراسة في تحديد أهم المخاوف الشائعة بين أطفال المدارس في المرحلة العمرية من(8-14 سنة) ، كما تبين أن مخاوف الأطفال المرضية تتناسب مع المخاوف الشائعة تبعا للعمر(عبد الرحمن السيد،1994، ص125)،وأيضا ما جاء به جراهام Graham

حيث تشير احصائيات هذه الدراسة الى أن حوالي5%من الأطفال ممن يتراوح أعمارهم (4-6سنوات)يعانون من فوبيا المدرسة،وأنها عند الإناث والذكور بنفس المعدل،ودراسة" نيرستين" Nursten (1958) حيث تشير إلى أن10% من الأطفال الذين تم تحويلهم إلى قسم الإرشاد النفسي للطفل بمقاطعة مانشستر في مدة عامين كانوا مصابين بالخوف من المدرسة، إلا أن تقرير آخر صدر في مانشستر في العام نفسه أشار إلى انخفاض هذه النسبة إلى 3% في مقاطعة مانشيستر وليفربول،كما تتفق هذه النتائج مع الفئات العمرية في هذا المجال حيث أن خوف الطفل من المدرسة يظهر بوضوح في ثلاث مراحل من العمر المدرسي وهي:

الأولى :عند دخول الطفل المدرسة أو بعدها بقليل أي بين سن الخامسة والسابعة.

الثانية :تبدأ من سن الحادية عشرة إلى سن الثانية عشرة من عمر الطفل.

الثالثة :تبدأ من سن الرابعة عشرة، وهذه المرحلة تختلف عن المرحلتين السابقتين في نوع ودرجة المشكلة النفسية، حيث تكثر فيها حالات الاكتئاب والقلق.

-فقد وجد علماء النفس بأن العمر الذي يبدأ فيه ظهور الخوف من المدرسة يحدث بشكل أساسي بين (5-10سنوات)، حيث أشار" هيرسوف Hirsof"و"دافيدسون Davidson"و"سميت Smith" إلى أنه في بريطانيا يظهر بداية الاضطراب بين (5-7 سنوات)و(11-14سنة)،وقد لاحظ" بلاج ويول" 1986 "Yol Blag & بأن الخوف من المدرسة يظهر خلال المدى العمري هذا، ولكنهم وافقوا على أن هناك فترات يكون فيها الخوف من المدرسة في الذروة، وهذه الفترات هي من (5-6 سنوات) ومن(11-12سنة)، ومن(13-14 سنة)، ومع ذلك فقد تنوعت نسب انتشار الخوف المرضي من المدرسة وفقا للعينة المدرسية.

عرض نتائج ومناقشة الفرضية الرابعة: التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير المستوى التعلمي ، تم استخدام التباين للمقارنة بين المجموعات، وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم(10) كما يلي:

جدول رقم(10): الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير المستوى الدراسي:

المتغيرات		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
بعد المدرسة	مابين المجموعات	518,520	2	259,260	94,986	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	974,411	357	2,729		
بعد المعلم	مابين المجموعات	619,415	2	309,707	98,730	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	1119,874	357	3,137		
بعد المدير	مابين المجموعات	32,164	2	16,082	21,060	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	272,611	357	,764		
بعد الزملاء	مابين المجموعات	252,185	2	126,093	76,171	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	590,970	357	1,655		

بعد الامتحان	مابين المجموعات	370,281	2	185,140	76,171	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	963,317	357	2,698		
بعد الساحة	مابين المجموعات	14,279	2	7,140	5,990	0.003 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	425,496	357	1,192		
بعد الطبيب	مابين المجموعات	18,233	2	9,116	17,163	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	189,631	357	,531		
بعد المقياس	ما بين المجموعات	9192,843	2	4596,421	373,915	<0.001 دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	4388,488	357	12,293		

نلاحظ من خلال جدول رقم (10) أن مستوى المخاوف المرضية يمس السنتين الرابعة و الخامسة وهذا في كل الأبعاد حيث سجلت مستوى دلالتهم ب 0.001>عند السنة الرابعة و الخامسة و بمستوى دلالة 0.003 في بعد الساحة ،التي تنص على أنه: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير المستوى التعلمي**، وهذا ما تأكده دراسة حسن المنسي(2005) تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الأساسية في مدينة إربد بالأردن، ومعرفة الفروق بين الجنسين والصف الدراسي في المخاوف الشائعة، وتم اختيار عينة الدراسة في تلاميذ المرحلة الأساسية من الصف الأول حتى الصف السادس الأساسي في مدينة أربد بالأردن ، حيث تكونت العينة من 600تلميذا وتلميذة، أعمارهم بين (6-10) حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مخاوف الأطفال تقل كلما ارتفع مستوى الصف الدراسي، كما بينت النتائج أن مخاوف الأطفال تختلف باختلاف الجنس والصف الدراسي، حيث أن أكثر الصفوف الدراسية مخاوفا هو الصف الأول الأساسي، ثم الثاني فالثالث فالرابع والخامس والسادس.(المنسي، 2005،ص91)،كما تشير دراسة تشازن (chazan) أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي في المرحلة الابتدائية بلغت حوالي0%- 3% ،من خلال ملاحظتنا نجد أن هناك اختلاف بين المخاوف المرضية عند الأطفال في السنة الرابعة والخامسة بسبب تطورهم النفسي، حيث تكون المخاوف أكثر ارتباطا بالمواقف الجديدة مثل تغيير المعلمين،وزيادة التمارين و الواجبات المنزلية والدراسية،بينما في السنة الخامسة تصبح أكثر تعقيدا بسبب الخوف من الامتحان و التفكير في النتائج.

عرض نتائج ومناقشة الفرضية الخامسة:

التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية تعزى لمتغير الإقامة، تم استخدام اختبار ت لمجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم(11) كما يلي:

جدول رقم(11): الفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الإقامة:

المتغيرات		المتوسط البياني	الانحراف المعياري	درجة الحرية df	قيمة ت	المستوى الدلالة
بعد المدرسة	الريف	4.09	2.06	358	1.74	0.38
	المدينة	3.55	1.80	75.39	1.92	غير دالة عند 0.05
بعد المعلم	الريف	3.85	2.30	358	0.26	0.006
	المدينة	3.76	1.40	104.21	0.37	دالة عند 0.05
بعد المدير	الريف	1.37	0.92	358	1.08	0.64
	المدينة	1.23	0.87	71.69	1.12	غير دالة عند 0.05
بعد الزملاء	الريف	3.88	1.56	358	2.38	0.16
	المدينة	3.34	1.25	80.52	2.78	غير دالة عند 0.05
بعد الامتحان	الريف	5.29	1.99	358	-1.31	0.001
	المدينة	5.67	1.41	89.71	-1.68	دالة عند 0.05
بعد الساحة	الريف	1.55	1.15	358	-2.09	0.002
	المدينة	1.90	0.72	101.36	-2.88	دالة عند 0.05

بعد الطبيب	الريف	0.68	0.77	358	3.14	<0.001 دالة عند 0.05
	المدينة	0.32	0.58	84.57	3.88	
المقياس	الريف	20.75	6.48	358	1.02	<0.001 دالة عند 0.05
	المدينة	19.80	3.46	121.94	1.55	

من خلال الجدول رقم(11) الخاص بالفروق في مستوى المخاوف المرضية تبعا لمتغير الإقامة، نلاحظ أن قيمة "ت" المحسوبة في المقياس ككل وكذا الأبعاد (المدرسة، المدير، الزملاء) غير دالة احصائيا وهذا ما يظهر جليا من خلال تقارب المتوسطات الحسابية في جميع الأبعاد، لكن لمسنا وجود فروق في (بعد المعلم، بعد الامتحان ، بعد الساحة ، بعد الطبيب ، بعد المقياس) دالة احصائيا عند 0.05، و الفرضية تحققت لصالح الريف، ويعود ذلك لكبر العينة في الريف مقارنة بالقاطنين بالمدينة،زيادة على العوامل البيئية و الاجتماعية والنفسية التي يمر بها الأطفال، فمهم جدا معرفة وجود فروقات فردية وفهمها لتقديم الدعم المناسب للأطفال في كلا البيئتين، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة نبيل حسن(2000) دراسة هدفت إلي معرفة العلاقة بين البيئة الأسرية وعلاقتها بالإكتئاب والمخاوف لدي أطفال الريف والحضر بالمدرسة الإبتدائية،وقد إشتملت عينة الدراسة علي(184) تلميذا وتلميذة من تلاميذ الصف الرابع والخامس الإبتدائي بواقع (82 من تلاميذ مدارس الحضر ، 102 من تلاميذ الريف) تراوحت أعمارهم مابين (9-12 سنة) ، وقد إستخدمت الدراسة مقياس البيئة الأسرية ، مقياس الإكتئاب للصغار ، إختبار المخاوف للأطفال وقد أسفرت النتائج وجود فروق بين تلاميذ مجموعة الريف وتلاميذ مجموعة الحضر في عوامل البيئة الأسرية في اتجاه تلاميذ الريف ، مضامين الرعاية الأسرية للطفل في اتجاه الحضر، وعوامل البيئة الأسرية ككل اتجاه تلاميذ الريف ،و اتفقت أيضا مع دراسة عبد المنعم طلعت عباس(1992)حيث هدفت الى التعرف على نوعية المخاوف الشائعة بين المراهقين والمراهقات، واعداد وتقنين قائمة للمخاوف، وتكونت عينة الدراسة من 410 من الذكور والاناث من طلبة الصف الثانوي(القسم العلمي) ،تتراوح أعمارهم بين 15-17سنة في بعض مدارس الريف بمحافظة القيلوبية، وبعض مدارس الحضر في مصر الجديدة القاهرة، وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق بين المراهقين والمراهقات (ذكور واناث) في الريف والحضر في درجة الخوف لصالح أبناء الريف.

استنتاج:

وفي الأخير وكخلاصة حول النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وبعد مناقشتها حسب الفرضيات، يمكننا القول أن نتائج الفرضيات منها ما هو دال وما هو غير دال نجملها فيما يلي:

من خلال نتائج الدراسة بين السؤال الذي يبحث عن المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بولاية وهران، حيث سجلت أعلى مرتبة في بعد الخوف من الامتحانات بمتوسط حسابي قدر ب6,11 ، ورتب في المرتبة الأخيرة بعد الخوف من طبيب المدرسة بمتوسط حسابي قدره 1,64.

وفيما يتعلق بالفرضية الأولى التي نصت على أنه يوجد فروق دالة احصائيا لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بشكل متوسط ولقد تتحققت هذه الفرضية.

وفيما يتعلق بالفرضية الثانية التي نصت على أنه توجد فروق في المخاوف المرضية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس، فلم تتحقق أي أنه لم تكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في المخاوف المرضية.

وفيما يخص الفرضية الثالثة التي نصت على وجود فروق دالة احصائيا في المخاوف المرضية تعزى لمتغير السن، قد تحققت الفرضية، ووافقت عليها بعض الدراسات.

أما الفرضية الرابعة التي نصت على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في المخاوف المرضية بالنظر إلى المستوى التعلمي (السنة الرابعة والخامسة)ابتدائي فقد تحققت هذه الفرضية.

وفي الأخير فيما يخص الفرضية الخامسة التي نصت على أنه توجد فروق في المخاوف المرضية الشائعة عند تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الإقامة، فقد تحققت هذه الفرضية، ووافقت عليها بعض الدراسات.

الخاتمـــة:

تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة حرجة من مراحل نمو الطفل وتتزامن مع تزايد مخاوفه، ومن بين مخاوف الطفل الخوف من المدرسة ذاتها ومايصاحبه من خوف فقدان الآخرين والخوف من الأصوات العالية كالأجراس وكذلك الخوف من الطريق ومايتوقعه من الضياع والإعتداء من قبل المجهولين وغير ذلك من المخاوف ، كما أن الطفل في هذه المرحلة يخشي الانفصال عن والديه وعن أمه تحديدا بشكل أكبر كما يخشي إذا خرج من المنزل ألا يعود إليه فيفضل أحيانا ألا يخرج منه،وحتى يحظى الطفل عامة والتلميذ المتمدرس خاصة بالصحة النفسية، لابد من التخفيف من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الطفل في المدرسة،وفي الأخير وعلى ضوء هذه النتائج قمنا باقتراح مجموعة من التوصيات و المواضيع نوجزها فيمايلي:

*ضرورة التواصل مع أولياء الأمور وتفعيل دورهم فيما يخص المشاركة في الأنشطة التربوية والترفيهية مع أبناءهم، وتخصيص وقت لهم للتخفيف من مخاوفهم.
*ضرورة توفير أخصائي نفساني في كل مؤسسة تربوية للتكفل بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية للكشف عنها مبكرا.
*تشجيع التلاميذ على ممارسة الأنشطة الثقافية والاجتماعية والرياضية، لأنها تعكس شعوره الداخلي بالرضا و السعادة، كما أنها توجه طاقته وتساعد على نمو شخصيته.
*يجب أن لا تكون المدرسة أرضا خصبة لتوليد المخاوف التي تعود لمثيرات معينة، كحجم المدرسة وضغط الاختبارات و المعلومات التي يتلقاها الطفل أو العلاقات المضطربة مع الرفاق والمدرسين والعقاب، ويقابله ضغط من الوالدين كي يحقق الطفل نجاحات وهو عاجزفيخاف من الفشل وفقدان رعاية الوالدين وحبهما، مما يسبب له مشكلات متعلقة بالقلق و الكتئاب وكراهية المدرسة، ويكون أقل قدرة على الانجاز والتفوق في المدرسة.
*اجراء دورات تكوينية وميدانية ومحاضرات للأساتذة والمربين لتحسيسهم بمختلف الاضطرابات النفسية والسلوكية الانفعالية التي يعاني منها الطفل فور التحاقه بالمدرسة.
*دور الأسرة في التخفيف من المخاوف المرضية عند الطفولة الوسطى.
*المخاوف المرضية الشائعة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أطفال المرحلة المتوسطة.
*اقتراح برامج علاجية للتكفل بالأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية.

قائمة المراجع

1- المراجع بالعربية:

- الشربيني، زكريا (2002)،المشكلات النفسية عند الأطفال،ط1،القاهرة،دار الفكر العربي.

- بولبي جون، ترجمة عبد الهادي عبد الرحمن(1991)، سيكولوجية الانفصال، دار الشروق، بيروت.

- سيغموند، فرويد(1971)،الذات والغرائز،ترجمة عثمان نجاتي،ط2،القاهرة،مكتبة دار النهضة المصرية.

- سيغموند، فرويد، ترجمة جورج طرابيشي(1984) ، التحليل النفسي لرهاب الأطفال،ط1 ، دار الطليعة للطباعة والنشر،

- عطية ،أسماء عبد الله (2008)،اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، الاسكندرية،مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

- متولى خضر،عبد الباسط (2004)،تنمية وتعديل سلوك الأطفال والشباب، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

-أ.غيات، سالمة (2019)،المخاوف المدرسية الشائعة لدى التلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي شهادة الدكتوراه في علم النفس التربوي.

-إبراهيم أنيس(1972) المعجم الوسيط، دار المعارف، ط2، القاهرة.
-ابن منظور(1981)، لسان العرب، الدار المصرية للتأليف والترجمة، القاهرة.
-أبو عوف،فاروق(1982)،رهاب المدرسة،العوامل المؤدية لظهور وأساليب العلاج للتخلص منه،

-أحمد خيري عبد الحافظ(1989) ، المخاوف الشائعة لدى عينات من طلاب المملكة العربية السعودية، مجلة
-أحمد،عكاشة(1980)،الطب النفسي المعاصر،القاهرة،ط4، مكتبة الانجلو مصرية.

-أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى(2000)،العلاج المعرفي والاضطرابات، دار النهضة العربية للنشر
-أسامة، فاروق مصطفى(2012)،مدخل الى الاضطرابات السلوكية الانفعالية، ط2،عمان،دار المسيرة للنشر والتوزيع.

-اسماعيل، أحمد محمد (1993)،مشكلات الطفل السلوكية، الاسكندرية، دار الفكر الجامعي.

-اعتماد عبد المطلب، عبد السبحان الهندي(2010)، القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالمخاوف لدى تلميذات الصفوف المتقدمة بالمرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، المجلد الرابع، العدد الأول،ص30 – 271 .

-الأشول،عادل عز الدين،(2008)،علم النفس النمو من الجنين الى الشيخوخة،القاهرة،مكتبة الأنجلو مصرية.

-الجرواني،هالة ابراهيم،العطار ،محمد نيللي(2014)،مخاوف الأطفال،التشخيص و العلاج،ط1،الاسكندرية،دار الكتب والوثائق القومية.

-الزراد،فيصل محمد،(1984)،علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، لبنان، دار العلم للملايين.

-الزغبي،أحمد محمد(2002)،الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية،عمان،دار زهران للنشر والتوزيع.

-الزغبي،أحمد محمد(2005)،مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية ،ط1،دمشق،دار الفكر.

-الزغبي،أحمد محمد(2009)،علم النفس النمو(الطفولة والمراهقة)،الأردن،دار زهران للنشر والتوزيع.

-الشربيني،زكريا(2002)،المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي،القاهرة.

-العيسوي عبد الرحمان(1974)، القياس والتجريب في علم النفس والتربية، دار النهضة العربية، القاهرة

-العيسوي عبد الرحمان(1997)، سيكولوجية الطفولة والمراهقة،ط1، دار النهضة العربية، بيروت.

-العيسوي عبد الرحمان(2004)، علم النفس التربوي، دار النهضة العربية، ط1، بيروت .
-الفت حقى(1992)، الاضطراب النفسي، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.

-الفقي ،حامد عبد العزيز (1974) ، كيف يتقدم الطفل في المدرسة، صحيفة التربية، العدد 04 ، ص62 .

-القوصي،عبد العزيز(1998) ، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

-المنتصر الكتاني فاطمة(2001) ، الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال،ط1، المطبوعات الجامعية، المغرب.
-بطرس حافظ بطرس(2010)، المشكلات النفسية وعلاجها،ط2، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان.

-زهران، حامد عبد السلام(1980)،التوجيه والإرشاد النفسي،ط2،القاهرة،عالم الكتب.

-زهران، حامد عبد السلام(1997)،الصحة النفسية والعلاج النفسي،ط3،القاهرة،عالم الكتب.

-سيد سليمان،عبد الرحمن(1999)، بحوث ود راسات في العلاج النفسي(.الجزء الأول) القاهرة،مكتبة زهراء الشرق.
-شكري،عادل محمد(2005)، المخاوف المرضية(قياسها تصنيفها تشخيصها)، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
-شيفر،شارلز،ميلمان،هوارد(1989)، مشكلات الأطفال و المراهقين، ترجمة نسيمة داوود، نزيه حمدي، ط1، منشورات الجامعة الأردنية،عمان.

-صموئيل، حبيب(1995)، سيكولوجية الخوف،ط1، دار الثقافة، القاهرة.
-طه ،عبد العظيم حسين(2007) ، سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي، دار الجامعة الجديدة، القاهرة.
-عباس محمود عوض، مدحت عبد الحميد(1990)، الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال"دراسة عاملية"، مجلة علم النفس، القاهرة، العدد 13 ، ص 25.
-عبد الستار، ابراهيم(1993)، العلاج السلوكي للطفل، عالم المعرفة، الكويت.

-عبد المعطي،حسن مصطفى(2003)،الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة،القاهرة،كلية التربية، علم النفس، العدد. 9 .
-عريفج،سامي (2002)، سيكولوجية النمو (دراسة الاطفال ما قبل المدرسة)، ط2، دار الفكر، عمان.
-عطية، محمود(2007) ، علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيق، مكتبة النهضة المصرية للطباعة والنشر،القاهرة
-عوض،عباس محمود (1999) ،المدخل إلى علم النفس النمو، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
العيسوي عبد الرحمان(2004)، علم النفس التربوي،ط1، دار النهضة العربية، لبنان.
العيسوي عبد الرحمان.(2011)، سيكولوجية الطفل،ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت.

-فيصل محمد خير الزراد(1998)، دراسة تشخيصية لبعض حالات خوف الامتحان، مجلة الثقافة النفسية،

بيروت، المجلد 09 ، العدد 35 ، ص(65).

-كمال دسوقي(1974)، الطب العقلي والنفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
لدى طلبة الصفوف الثلاثة الأساسية الأولى في الأردن، رسالة ماجستير منشورة، إشراف محمد وليد بطش، قسم علم النفس، الجامعة الأردنية، عمان.

-لطفي الشربيني(2003)، الطب النفسي ومشكلات الحياة، ط1،دار النهضة العربية، بيروت.

-لنيدزاي .س، بول .ج، ترجمة صفوت فرج(2000) ، مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.

-مجمع اللغة العربية(1995)،المعجم الوجيز، مطابع الأهرام، القاهرة.

-محمد ابراهيم،سهير ابراهيم(2004)،المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى اطفال المرحلة العمرية(12-16 سنة)،رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في دراسة الطفولة قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، تحت اشراف الدكتورة فايزة يوسف عبد المجيد، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس،القاهرة.

-محمد بن أبي بكر الرازي(1976)، مختار الصحاح، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
-محمد جاسم العبيدي(2004)، علم النفس التربوي وتطبيقاته،ط1، مكتبة دار الثقافة، عمان.

-محمد جاسم محمد(2004) ، سيكولوجية الادارة التعليمية والمدرسية وأفاق التطوير العام، ط1،مكتبة دار الثقافة، عمان.
-محمد عبد العزيز أبو الفضة(1992-1993)، البناء العاملي لمقياس المخاوف المرضية المدرسية الشائعة، لدى طلبة الصفوف الأساسية الأولى في الأردن، رسالة ماجيستير منشورة،اشراف محمد وليد بطش، قسم علم النفس ، الجامعة الأردنية،عمان.

-ملاك جرجس(1993) ، مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه، مكتبة المحبة، القاهرة.
-ملحم، سامي (2000)،القياس والتقويم في التربية وعلم النفس،ط1، دار المسيرة، عمان.

-ملحم، سامي(2002)،مشكلات طفل الروضة،الأردن،دار الفكر.

-ملحم،سامي محمد (2007)، المشكلات النفسية عند الأطفال،ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

-ممدوحة محمد سلامة(1987)، كراسة تعليمات ودليل استخدام القبول الرفض الوالدي للأطفال، مكتبة الانجلو المصرية،القاهرة.
-ممدوحة محمد سلامة(1987)، مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول الرفض الوالدي، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد الثاني،ص (54-61)

-ميموني، بدرة معتصم(2003)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق،ط1، ديوان المطبوعات الجامعية الأطفال، المغرب.

-نعيم، الرفاعي(1987)، الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف،المطبعة التعاونية، دمشق.

المراجع باللغة الاجنبية:

-Ajuriguerra juliou et Mercelli Daniel.(1983), Psychopatalogie de l'enfant, Ed. Masson, Paris.

-Oueld Taleb M.(2012) Manuel de la pédopsychiatrie, office des publication, universitaire, Alger.
-Piaget ,J.(1936), La gense des principes de conservation dans la physique de

l'enfant, Annuaire de l'instruction publique en suisse, Année 27.

- SPSS 27.00.(2024), for Windows, Standard Version, SPSS Inc.

قائمة الملاحـــق

الملحق (1) :استمارة المخاوف المدرسية الشائعة

استبيان الدراسة:

أيتها التلميذة وأيها التلميذ:

اليك مجموعة من المواقف التي تواجهك في المدرسة اقرأها جيدا وحدد ماينطبق عليك بدقة ، نرجو منك أن تتعاون معنا في الاجابة عن كل سؤال بصدق وذلك بوضع علامة (×) أمام كل اجابة صحيحة, مع العلم أن اجابتك سوف تحضى بسرية ولا تستغل الا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلا عل تعاونكم معنا

البيانات الشخصية:

الجنس: **ذكر** ☐ **أنثى** ☐

السن:.....

القسم:.....

رقم الفقرة	الفقرات	نعم	لا
01	أخاف الذهاب إلى المدرسة		
02	أشعر بضيق عندما يقترب وقت المدرسة		
03	أشعر بعدم الأمان أثناء وجودي في المدرسة		
04	لا أتغيب عن المدرسة لمجرد شعوري بألم خفيف		
05	كثيرا ما أتأخر عن الحضور في الوقت الرسمي للمدرسة		
06	أبكي عندما أكون في المدرسة		
07	أحتاج الى مرافقة أحد والداي للذهاب الى المدرسة		

08	كثيرا ما أجد أشخاص غرباء عند ذهابي الى المدرسة		
09	أصاب بألم خلال وجودي بالمدرسة		
10	أخاف أن أتعرض لحوادث المرور من طرف السيارات التي تسير في طريق المدرسة		
11	كثيرا ما أجد كلابا مفترسة في طريق المدرسة		
12	أشعر بالضيق عندما أكون في القسم		
13	أخاف عندما تهددني أمي بأنها ستشكوني الى المعلم		
14	أخاف عندما يسألني المعلم أثناء الدرس		
15	يسخر مني المعلم أمام زملائي		
16	يعاقبني المعلم لمجرد ارتكابي لخطأ بسيط		
17	لا أشعر بالخوف عندما يطلب مني المعلم قراءة النص		
18	أخاف أن يخرجني المعلم للكتابة على السبورة		
19	يعاقبني المعلم بقسوة اذا لم أنجز واجباتي المنزلية		
20	يعاقبني المعلم اذا تحصلت على علامات ضعيفة		
21	يعاقبني المعلم اذا تحدث مع زميلي الذي يجلس بجانبي		
22	لا أحرم من ممارسة نشاطات التي أحبها من طرف معلمي		
23	أكلف بتنظيف الاستراحة من قبل المعلم بسبب عدم انجاز واجباتي		
24	أتبول في القسم بسبب خوفي من المعلم		
25	أوصف بالتلميذ الكسول في القسم من طرف معلمي		
26	لا يعاقبني المدير اذا تأخرت عن وقت الدخول المدرسة		

27	يعاقبني المدير ادا تحصلت على نتائج ضعيفة في الاختبار		
28	أهرب بمجرد رؤيتي للمدير في الساحة		
29	لا أشعر بالخوف أثناء دخول المدير الى القسم		
30	أخاف من طلب أدواتي المسروقة من زملائي		
31	يعايرني زملائي على مظهري غير اللائق		
32	لا أخاف من التزاحم مع زملائي أثناء خروجهم من المدرسة		
33	يدرس معي زملاء سلوكاتهم غير مهذبة		
34	أرى رفاقي يتشاجرون أثناء خروجهم من القسم		
35	كثيرا ما أدخل في شجار مع رفاقي		
36	أخاف من الحديث أمام زملائي في القسم		
37	لا أبدو بمظهر يوازي زملائي في المدرسة من حيث اللباس		
38	يسخر مني زملائي لضعفي في مادة الرياضيات		
39	أخاف أن يكشف زملائي ضعفي في قراءة النصوص		
40	لا أحب أن أبقى لوحدي في القسم		
41	أخاف من الفشل في الاختبار		
42	أفضل أن أتغيب عن المدرسة يوم الاختبار		
43	خوفي من الاختبار يفقدني التركيز		
44	لا أتوتر بمجرد سماعي بأنه سيجرى اختبار		
45	خوفي من الاختبار يفقدني الشهية في الأكل		
46	خوفي من الاختبار يسبب لي اضطرابا في النوم		

47	أخاف أن يعاقبني والداي اذا تحصلت على علامات ضعيفة		
48	يقارنني والداي بزملائي المتفوقين علي		
49	أخاف أن لا أحقق رغبة والداي في الحصول على المراتب الأولى في الاختبارات		
50	أخاف أن أعيد السنة		
51	أخرج الى ساحة المدرسة وقت الاستراحة		
52	أحب أن أشارك زملائي اللعب في الساحة أثناء الدراسة		
53	أتلقى الأذى من طرف زملائي عند خروجي الى ساحة المدرسة		
54	أذهب الى مرحاض المدرسة دون مرافق		
55	أخاف من الذهاب الى طبيب المدرسة للقيام بالفحوصات		
56	أخاف من التطعيم بالإبر من قبل ممرضات الصحة المدرسية		

الملحق(2):رخصة تربص ميداني.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
The People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
University of Oran 2 "Mohamed Ben Ahmed"
كلية العلوم الاجتماعية
Faculty of Social Sciences

جامعة وهران 2

قسم علم النفس والأرطفونيا

شعبة: علم النفس

الرقم : ...../ق ع ن أ/ك ع إ/ج و 2024/2

وهران في: 2024/12/04

إلى السيد(ة) مديرة مدرسة .....
عبد الخالق محمد الصفير/ الأبنعزاج

الموضوع: طلب إجراء تربص تطبيقي لنهاية الدراسة لنيل "شهادة ماستر"

سيدي،

تحية طيبة وبعد، بهدف تحضير الطلبة الآتية أسماؤهم:

1) الطالب (ة): شادلي سعاد .....

2) الطالب (ة): حسينات مواريه .....

والمسجلين في السنة الثانية ماستر (ل م د) تخصص: علم النفس العيادي .....

يشرفنا أن نطلب خدمتكم بقبول إجراء التربص التطبيقي في هيئتكم، استكمالا للمسار البيداغوجي للتكوين في طور ماستر ، والذي يمكن الطالب من التأقلم مع الجوانب العملية والميدانية وتطبيق معارفه النظرية.

وفي الأخير فإننا نبقى مستعدين لتقديم كل معلومة إضافية ضرورية ونشكركم مسبقاً على تعاونكم.

إمضاء الهيئة المستقبلة

مسؤول الشعبة علم النفس و الأرطوفونيا

د. محمد مو...
نائب رئيس القسم البيداغوجي
قسم علم النفس والأرطوفونيا
كلية العلوم الاجتماعية

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
قسم علم النفس و الأرطفونيا
نيابة القسم
كلية العلوم الاجتماعية

ملحق رقم (2): استمارة اختيار موضوع الموافقة على الإشراف

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
The People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
University of Oran 2 "Mohamed Ben Ahmed"
كلية العلوم الاجتماعية
Faculty of Social Sciences

قسم علم النفس والأرطفونيا وهران في:.....

شعبة: علم النفس

الرقم : ...../ق ع ن أ/ك ع إ/ج و 2024/2

استمارة اختيار موضوع والموافقة على الاشراف"

نحن الأستاذ (ة) :

الإسم واللقب: ..... هلال صابرينة .....

الرتبة: ..... أستاذة محاضرة أ .....

نوافق على الإشراف ومتابعة موضوع مذكرة الماستر للسنة الجامعية 2025/2024الموسومة ب

..... الخوف المرضية عند تلاميذ الابتدائي .....

.....

من إعداد :

1) الطالب (ة) : ..... نسيمة هواري .....

2) الطالب (ة):..... شادلي سعاد .....

والمسجلين في السنة الثانية ماستر تخصص .....علم النفس العيادي.....

الأستاذ المشرف مسؤول فريق التكوين مسؤول الشعبة

د. محمد موسي
نائب رئيس القسم للبيداغوجيا
قسم علم النفس والرطوفونيا
كلية العلوم الاجتماعية

العنوان: ص ب 1015 المنور وهران 31000 الجزائر Adresse : B.P. 1015 El M'naouer Oran 31000 Algérie