جامـعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة
للحصول على شهادة دكتوراه علوم
في علم النفس التربوي بعنوان:

المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي دراسة وصفية على تلاميذ المرحلة الابتدائية لولاية أدرار

مقدمة ومناقشة علناً من طرف الطالبة: **تحت إشراف الاستاذ الدكتور:**

أغيات سالمة **ماحي ابراهيـم**

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة	الجامعة
مزيان محمـد	أستاذ التعليم العالي	رئيســـا	جامعة وهران 2
ماحي ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	مشرفـــا	جامعة وهران 2
منصوري مصطفى	أستاذ التعليم العالي	ومقرراً	جامعة مستغانم
شوشان محمد	أستاذ التعليم العالي	مناقشـــا	جامعة أدرار
الطاهـر	أستاذ التعليم العالي	مناقشـــا	جامعة وهران 2
قادري حليمة	أستاذ محاضر أ	مناقشـــا	جامعة مستغانم
قيدوم أحمـــد		مناقشـــا	

السنة الجامعية: 2018- 2019

الإهـداء

إلى من أبتغي رضاهما بعد رضا الله تعالى... راجية رضاهما...مجاهدة لبرهما ما استطعت إلى ذلك سبيلا...

والداي العـزيزين أطال الله بقاءهما وألبسهما ثوب الصحة والعافية

إلى مصدر القوة ورمز التلاحم...إلى فخـري وسندي...إلى إخـواني وأخـواتي...

عـرفانا بدعمهم وتشجيعهم لي...

وإلى كل من علمني حرفا...إلى كل من يسلك طريقا يلتمس فيه علما...

إلى كل من ساعدني في رحلتي العلمية والعملية لهم مني كل التقدير والاحترام...

إلى كل من لم أسعـد برؤياهم ولكن حسبـي أني أعيش في دنياهـم...

الباحثـــة

كلمة الشكـــر

أحمدك ربي وأشكرك على ماتفضلت علي من واسع فضلك ورحمتك...وأسألك ربي بعزتك وجـلالك أن تتقبـل مني هذا العمل خالصا لوجهك الكـريم...

اللهم علمنا ما ينفعنا وأنفعنا بما علمتنا وزدنا علمـاً.

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:

﴿ **من لم يشكر الناس لم يشكر الله، ومن أهدى إليكم معروفا فكافؤه، فإن لم تستطيعوا فادعوا له**﴾.

من هذا المنطلق وإعترافاً بالجميل يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف **ماحي ابراهيم** الذي تكرم بإشرافه على هذا العمل وعلى إرشادات وتوجيهاته القيمة وكل ما من شأنه تعزيزي لإخراج هذا العمل في صورته النهائية.

وأتقدم بخالص الشكر إلى كل من مد لي يد العون لإنجاز هذا العمل المتواضع وإتمامه أخص بالذكر الأساتذة **"بلقوميدي عباس، جعفور ربيعة، أمحمدي علي، قدوري أمحمد"**

دون أن أنسى التلاميذ الذين شملتهم تطبيقات الدراسة ومدراء ومعلمين الابتدائيات وإلى كل المعلمين من المرحلة الابتدائية حتى المرحلة الجامعية...

وإلى كل من علمني حرفا ابتغاء مرضاة الله،

أو استلهمت منه فكرا، أو أسدى لي نصحا.

كما أتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذه الرسالة.

الباحثـــة

ملخص الدراسة بالعربية:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، حيث تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (800) تلميذ وتلميذة من المدارس الابتدائية لولاية أدرار، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان المخاوف المدرسية الشائعة تم بنائه من طرف الباحثة، والذي تكون من (65) فقرة موزعة على (07) أبعاد، وتم التأكد من صدقه وثباته بتجريبه على عينة استطلاعية.

تمت المعالجة الاحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS 20)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ليس هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات.

- هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، والجنس، والمستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة.

- عدم وجود فروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلامذة المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس.

- توجد فروق في المخاوف المدرسية لدى تلامذة المرحلة الابتدائية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي.

- توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة.

الكلمات المفتاحية: المخاوف المدرسية، الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة، تلاميذ المرحلة الابتدائية، التحصيل الدراسي.

Les Phobies scolaires chez les élèves du primaire et sa relation avec l'acquisition scolaire
Une étude prescriptive sur les élèves primaires de la Wilaya d'Adrar

Résumé :

L'étude vise actuellement à savoir faire des phobies scolaires répandues chez les élèves du cycle primaire, qui a utilisé la méthode descriptive, et ce spécimen se constitue d'un (800) élèves du cycle primaire à la wilaya d'Adrar.

Il a achevé le formulaire de la phobie scolaire par le chercheur et sa sincérité et sa stabilité de mettre à l'épreuve cette échantillon statistique au lieu d'utiliser le programme statistique (SPSS 20).

Alors l'étude est parvenue les résultats suivants:

- On ne trouve pas la relation entre les phobies scolaires et la réussite scolaire chez les enfants des différents niveaux.

- Il existe aussi une certaine participation dans tous les types des phobies scolaires (la phobie d'aller à l'école, la phobie à l'enseignant (e), la phobie au directeur (trice), la phobie de camarade, la phobie d'examen, la phobie de la cour de l'école, la phobie du médecin), le sexe, et le niveau scolaire dans la réussite scolaire chez les élèves de cycle primaire entre les différents niveaux.

- Les différences statistiques qui dénotent dans les phobies scolaires n'existent plus entre les deux sexes.

- Il y a de différentes statistiques qui dénotent dans les phobies scolaires par des années (3eme année, 4eme année, 5eme année) primaire.

- Il y a des distinctions des phobies scolaires chez les élèves du primaire renvoient aux changements d'âge.

Mots-clés: Les phobies scolaires, la phobie d'aller à l'école, la phobie à l'enseignant (e), la phobie au directeur (trice), la phobie de camarade, la phobie d'examen, la phobie de la cour de l'école, la phobie de médecin, les apprenants du cycle primaire, l'acquisition scolaire.

Common school-related fears among primary school pupils and their effects on students' academic achievement

A descriptive study of primary school pupils in Adrar Province

Abstract:

The current study aims at exploring common school-related phobias among primary school pupils and their relationship to academic achievement. The descriptive approach was used, and a questionnaire of (65) items distributed to seven dimensions depicting school phobias was applied to a sample of (800) primary school learners in Adrar.

The analysis of data has shown the following:

-There is no relationship between school-related phobias and the academic achievement among primary school students of different levels.

-There is a contribution of both : school fears (fear going to school, fear the teacher, fear of the director, fear of colleagues, fear of the examination, fear of the schoolyard, fear of the school doctor) and the educational level to the academic achievement of primary school students between different levels.

-There is no difference in common school fears according to sex.

-There are differences in school fears among students of primary school according to their scholar years (third, fourth, and fifth year).

-There are differences in school phobias according to the learners' age.

Key words : schools Phobias, school achievement, Primary School, type of phobia

محتويـــات البحـــث

الإهـداء.....أ-
- الشكـــر.....ب
- ملخص الدراسة.....ج
- محتويات البحث.....و
- قائمة الجداول.....ي
- قائمة الأشكال.....ل
- مقدمة البحث.....1

الفصل الأول: تقديم الدراسة

- إشكالية الدراسة.....5
- فرضيات الدراسة.....13
- دواعي إختيارالموضوع.....14
- أهداف الدراسة.....15
- أهمية الدراسة.....16
- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....18

الفصل الثاني: المخاوف المرضية

- تمهيد.....22
- التطور التاريخي لمصطلح الخوف المرضي.....23
- تعريف الخـوف المرضي.....24
- أنواع الخوف ومستوياته.....30 درجات الخوف.....41
- أسباب الخوف المرضي.....42
- أعراض الخوف المرضي.....55
- النظريات المفسرة لمخاوف الأطفال.....55
- المخاوف المرضية الشائعة بين الأطفال.....64
- تأثير الخوف المرضي على الأطفال.....66
- طرق الوقاية من الخوف المرضي.....66
- علاج الخوف المرضي.....67
- خلاصة.....71

الفصل الثالث: الخوف المرضي من المدرسة

- تمهيد.....73
- تاريخ ظهور مصطلح "فوبيا المدرسة".....74
- تعريف الخوف المرضي من المدرسة.....76
- الفرق بين الخوف المرضي المدرسي وبعض المفاهيم الاخرى.....86
- أنواع الخوف المرضي من المدرسة.....97
- أسباب الخوف المرضي من المدرسة.....102
- أعراض الخوف المرضي من المدرسة.....144
- النظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة.....161
- تشخيص الخوف المرضي من المدرسة.....176
- طرق علاج الخوف المرضي من المدرسة.....192
- خلاصة.....230

الفصل الرابع: الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية

- تمهيد 232
- أهمية مرحلة الطفولة في النمو السيكولوجي للفرد.....233
- الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الإبتدائية.....233
- الحاجات الأساسية لتلاميذ المرحلة الإبتدائية.....255
- خلاصة.....262

الفصل الخامس: التحصيل الدراسي

- تمهيد.....264
- تعريف التحصيل الدراسي.....265
- أنواع التحصيل الدراسي.....275
- شروط التحصيل الجيد.....276
- العوامل المؤثرة في عملية التحصيل الدراسي.....281
- دور المدرسة في خفض التحصيل الدراسي.....299
- دور جماعة الأقران في التحصيل الدراسي.....299
- الدافعية والتحصيل الدراسي.....299
- أهداف التحصيل الدراسي.....300
- أهمية التحصيل الدراسي.....301

- أدوات قياس التحصيل الدراسي.....303
- خلاصة.....309

الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- **أولاً**: الدراسة الاستطلاعية.....311
- الهدف من الدراسة الإستطلاعية.....311
- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الإستطلاعية.....311
- أدوات البحث ومواصفاتها.....311
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية.....313
- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية وطريقة معاينتها.....318
- تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية.....322
- تفريغ أدوات الدراسة الاستطلاعية.....322
- حساب مؤشرات الصدق والثبات.....322
- **ثانياً:** الدراسة الاساسية.....326
- منهج الدراسة.....326
- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية.....326
- أدوات البحث ومواصفاتها.....327
- مواصفات عينة الدراسة الأساسية وطريقة اختيارها.....327
- تطبيق وتفريغ أدوات الدراسة الاساسية.....330
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاساسية.....331
- الأساليب الإحصائية المستعملة.....334

الفصل السابع: عرض ومناقشة النتائج

- تمهيد.....337
- عرض نتائج السؤال الأول.....337
- عرض نتائج الفرضية الأولى.....338
- عرض نتائج الفرضية الثانية.....341
- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....349
- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....350
- عرض نتائج الفرضية الخامسة.....353

- مناقشة نتائج السؤال الأول.....356
- مناقشة نتائج الفرضية الأولى 367
- مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....370
- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....372
- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....379
- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....383
- إستنتاج.....384
- الخاتمة.....386
- المساهمة العلمية للدراسة.....390
- الإقتراحات.....392
- مسارات بحثية.....394
- قائمة المصادر والمراجع.....395
- الملاحق.....422

رقم الملحق	محتوى الملحق	الصفحة
01	استمارة المخاوف المدرسية الشائعة قبل التعديل	423
02	استمارة المخاوف المدرسية الشائعة بعد التعديل	427
03	نتائج التحصيل الدراسي للتلاميذ الذين شملتهم الدراسة للموسم (2015- 2016)	431
04	طلب رخصة تربص ميداني	444
05	تراخيص تسهيل مهمة إجراء تربص ميداني	445
06	قائمة المقاطعات التابعة لمديرية التربية لولاية أدرار	448
07	حوصلة دليل التعليم الابتدائي (2015- 2016)	449

قائمة الجداول والأشكال:

1- قائمة الجداول:

رقم الجدول	محتوى الجـــــدول	الصفحة
1	الفرق بين الخوف من المدرسة الحاد والمزمن	98
2	رهاب المدرسة: ملخص مناحي ثلاثة وتفسيراتها وأساليبها العلاجية وجدواها.	228
3	قائمة الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة	313
4	نسبة قبول المحكمين لفقرات الاستبيان ومدى وضوحها	314
5	الفقرات المحذوفة ومبررات حذفها من استبيان المخاوف المدرسية	316
6	فقرات استبيان المخاوف المدرسية الشائعة في شكلها النهائي	317
7	العبارات المعدلة للاستبيان الخاصة بالمخاوف المدرسية الشائعة	317
8	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.	320
9	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن.	321
10	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السنوات الدراسية.	321
11	معاملات الارتباط لفقرات استبيان المخاوف المدرسية ودرجته الكلية.	323
12	معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية.	324
13	معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية مع الدرجة الكلية للاستبيان.	325
14	نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان المخاوف المدرسية.	325
15	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.	328
16	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن.	328
17	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المدارس المنتقاة وعدد الأقسام.	329
18	معاملات الارتباط لفقرات استبيان المخاوف المدرسية ودرجته الكلية.	331
19	معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية.	332

20	معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية مع الدرجة الكلية للاستبيان.	333
21	نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان المخاوف المدرسية.	333
22	المتوسطات الحسابية للمخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة البحث.	337
23	عند معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.	339
24	عند معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي.	339
25	عند معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي.	340
26	نماذج الانحدار المتعدد للمتغيرات الفرعية للمخاوف المدرسية في تأثيرها في التحصيل الدراسي.	342
27	نتائج تحليل تباين الانحدار للنماذج الاربعة.	343
28	بيتا) واختبار (ت) لمتغيرات المخاوف المدرسية في (نتائج معامل تأثيرها على التحصيل الدراسي.	344
29	نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في النمادج الاربعة	345
30	مشكلة الازدواج الخطي بين المتغيرات المستقلة	346
31	نمودج الانحدار المتعدد لمتغيري (الجنس، المستوى) في تأثيرها على التحصيل الدراسي	347
32	نتائج تحليل تباين الانحدار للنموذجين (1، 2)	347
33	يبين نتائج معامل (بيتا) واختبار (ت) لمتغيري (الجنس، المستوى) في تأثيرهما على التحصيل الدراسي	348
34	يبين نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في النموذجين (1، 2)	348
35	دلالة الفروق بين الذكور والإناث في المخاوف المدرسية.	349
36	دلالة الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة لعينة الدراسة بالنظر للسنوات الدراسية الثلاثة (السنة الثالثة، والسنة الرابعة، والسنة الخامسة) ابتدائي.	350

37	يبين المقارنة البعدية لمعرفة اتجاه الفروق في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات الثلاث.	351
38	دلالة الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة تبعاً لمتغير السن.	353
39	يبين المقارنة البعدية لمعرفة اتجاه الفروق في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السن.	354

2- قائمة الأشكال:

رقم الشكل	محتوى الشكل	الصفحة
1	تصور مقترح لتصنيف المخاوف لدى الأطفال وفقا للمجال	38
2	مخطط للمراحل التي يمر بها قلق الانفصال	89
3	يوضح تطور عملية التغيب المدرسي لدى الطفل.	95
4	يبين الفرق بين الخوف المرضي من المدرسة وبعض المفاهيم الأخرى.	96
5	أسباب المخاوف المرضية من المدرسة.	143
6	الأعراض الناتجة عن الخوف المدرسي عند الطفل.	158
7	ملخص خطوات أسلوب التحصين التدريجي.	198
8	الخريطة المعرفية للخوف المرضي من المدرسة.	229
9	سلم ماسلو للحاجات الإنسانية.	257

10	المتوسطات الحسابية للمخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة البحث.	338
11	التوزيع الاعتدالي للبواقي بين المخاوف المدرسية والجنس والمستوى على التحصيل الدراسي.	342

مقدمــة:

تعـتبر المدرسة مكان تفتح ونمو إمكانات الطفل الفكرية، والنفسية، والاجتماعية، فهي تمثل عنصراً محركاً لتحقيق أداء ذاتي وإنتاجي في حياة الطفل، وليحقق هذا الأخير التكيف معها لابد من تفاعل بين جميع مركبات ومتغيرات هذه الأخيرة سواء البشرية أو المادية، لكن وجود أي خلل في هذه العملية قد يؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين الأطفال في مرحلة الطفولة، ومن بينها المخاوف المرضية من المدرسة حيث يعبر الطفل فيها عن خوف شديد من حضور هذا الوسط ويترجم ذلك بجملة من الأعـراض الجسمية وأخرى نفسية، وتبقى الأسباب العامة لهذا الاضطراب متعددة تخفي وراءها أسباب خاصة متعلقة إما بشخصية الطفل، ومحيطه الأسري، أو بعامل آخر أساسي ذلك المتعـلق بالمدرسة ذاتها كمنظمة مركبة ومعقدة بالنسبة للطفل، وهذا ما ينعكس سلباً على جوانب النمو المختلفة لديه كصعوبة التفاعل والاتصال مع الآخرين، إضافة إلى اضطرابات نفسية وسلوكية أخرى، وهناك تأثير آخر يمس الجانب المعـرفي ومن محصلته صعوبات مدرسية عند التلميذ نتيجة فقدان الأمن والشعـور بالقلق، كل هذا يجعل الطفل في إطار نفسي ودراسي خاص قد يميزه التسرب أو الفشل الدراسي.

وطبقاً لنظرية هرمية الحاجات عند "ماسلو Maslow" (1970) والتي تصنف الحاجات لدى الفرد إلى حاجات بيولوجية وحاجات نفسية تعتبر الحاجة إلى الأمن من أهم الحاجات النفسية الأساسية والضرورية للفرد والتي لابد من إشباعها حتى يستطيع الأطفال داخل المدرسة تحقيق النتائج المعـرفية التي يأتون عن قصد لتعلمها في المدرسة، ولكن إذا أصبحت المدرسة فاشلة في توفير الأمن وإشباع هذه الحاجة لدى الأطفال، فإن تعليم الطفل وتنشئته سوف يتأثر سلبيا وبالتالي ينتشر الخوف وقد يؤدي هذا بالبعض إلى الاعتقاد أن المدرسة لم تعد هي المكان والبيئة المثالية للتعلم والنمو، وقد تعمل على خلق مناخ من الخوف والاضطرابات الانفعالية وهذا يمثل عقبة في طريق عملية التعلم ويجعـل المدرسة عاجزة عن القيام بوظائفها التربوية وغيرها من الوظائف الأخرى المنوطة بها.(طه عبد العظيم،2007: 261)

وقد اكتست مشكلة الخوف المدرسي طابعاً عالمياً إذ تراكمت البحوث التي أجريت في كثير من الدول على الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة، ففي البيئة الأجنبية تباينت نتائج الدراسات حول نسبة انتشار هذه الفئة في المجتمع المدرسي، إذ أشارت إحدى الدراسات إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة بلغت في الدول العـربية 20% لدى تلاميذ

المرحلة الابتدائية.(عبد الرحمن سليمان،1994: 126)

من خلال ما سبق نجد أن الطفل في هذه المرحلة العمرية التي يمر بها، هو أكثر فئات المجتمع حاجة إلى الاهتمام به، نظراً لانشغال والديه في أغلب الأحيان بضغوط الحياة ومشاغلها، وعدم التفات المعلمين والمعلمات إليه في ظل تكدس الفصل بعشرات من مثله، ومن ثم أصبح طفل المدرسة الابتدائية بالذات في حاجة إلى من يتابع نموه الصحيح، وإلى من يدرس مشكلاته السلوكية داخل المدرسة بل وخارجها، وإلى من يلقي الضوء على الاضطرابات التي يعاني منها ومخاوفه التي لا يمكن التعبير عنها.(عبد الرحمن سليمان، 1988: 01)

وقمنا من خلال هذه الدراسة بمعالجة نظرية وميدانية بالكيفية التالية:

حيث قسمت هذه الدراسة إلى فصول، بحيث يحتوي الجانب النظري على أربعة فصول والجانب التطبيقي يحتوي على ثلاث فصول.

الفصل الأول: احتوى مدخل الدراسة حيث طرحت فيه الطالبة إشكالية الدراسة، والفرضيات الموضوعة لها، وبينت دواعي اختيار الموضوع والأهداف المرجوة منها، واهمية إجراء هذه الدراسة، وتحديد التعاريف الإجرائية الخاصة بالمفاهيم الأساسية.

الفصل الثاني: تضمن هذا الفصل المخاوف المرضية حيث عرض فيه التطور التاريخي لاصطلاح الخوف المرضي، وتعريف الخوف المرضي، فأنواع الخوف ومستوياته، ودرجات الخوف، وأسباب الخوف المرضي، وكذا أعراض الخوف المرضي، والتوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال، والمخاوف المرضية الشائعة بين الأطفال، وتأثير الخوف المرضي على الطفل، وطرق الوقاية من الخوف المرضي، ختاماً علاج الخوف المرضي.

الفصل الثالث: تضمن هذا الفصل الخوف المرضي من المدرسة، وتناولت فيه الطالبة تاريخ ظهور مصطلح "فوبيا المدرسة"، وتحديد مفهوم الخوف المرضي من المدرسة، والاشارة إلى الفرق بين الخوف المرضي المدرسي وبعض المفاهيم الأخرى، ثم أنواع الخوف المرضي من المدرسة، وأسباب الخوف المرضي من المدرسة، وأعراض الخوف المرضي من المدرسة، وتشخيص الخوف المرضي من المدرسة، والنظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة، ثم طرق علاج المخاوف المدرسية عند الطفل.

الفصل الرابع: يحتوي هذا الفصل على الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية، تناولت فيه الطالبة أهمية مرحلة الطفولة في النمو السيكولوجي للفرد، والخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية، ثم الحاجات الأساسية لتلاميذ المرحلة الابتدائية.

الفصل الخامس: تناولت فيه الطالبة أولاً تعريف التحصيل الدراسي، وأنواع التحصيل الدراسي، والعوامل المؤثرة في عملية التحصيل الدراسي، وكذا أهداف وأهمية التحصيل الدراسي، وأخيراً أدوات قياس التحصيل الدراسي.

الفصل السادس: وتضمن الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث قسمت إلى قسمين القسم الأول خاص بالدراسة الاستطلاعية، واحتوى على الهدف من الدراسة الاستطلاعية، والإطار الزماني والمكاني للدراسة الاستطلاعية، وأدوات البحث ومواصفاتها، ومواصفات العينة وطريقة معاينتها، وتطبيق وتفريغ أدوات الدراسة الاستطلاعية، والخصائص السيكومترية لهذه الأدوات، وملخص التعديلات الملحقة بأدوات البحث، أما القسم الثاني خاص بالدراسة الأساسية تناولنا فيه منهج الدراسة، والإطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية، وأدوات البحث المستعملة ومواصفات العينة، وطريقة تطبيق أدوات الدراسة، وطريقة تفريغ وتصحيح أدوات الدراسة، والخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وانتهى بتحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل السابع: خصص هذا الفصل لعرض النتائج المتحصل عليها ميدانياً وكذا مناقشة وتفسير فرضيات الدراسة.

وقد انتهت الدراسة بذكر المساهمة العلمية رغبة منا في الانتقال بهذه الدراسة إلى التجسيد الميداني. إضافة إلى الاقتراحات، والمراجع المعتمد عليها في إعداد هذه الرسالة وأخيراً الملاحق.

الفصل الأول : مدخل الدراسة

- إشكالية الدراسة.
- الفرضيات.
- دواعي اختيار الموضوع.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- التعاريف الإجرائية.

يتناول هذا الفصل كم دخل للدراسة طرح الإشكالية من خلال مجموعة من التساؤلات التي صيغت الفرضيات كإجابات مؤقتة لها، كما تمت الاشارة إلى أسباب اختيار الموضوع، وكذا أهداف وأهمية الدراسة، وأخيراً التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

1- إشكالية الدراسة:

يعتمد تطور مختلف جوانب النمو عند الطفل على عدة عوامل منها: الاجتماعية، والنفسية وحتى المدرسية، فقد كان يعتمد نموه الانفعالي في البداية على وسطه الاسري، ثم تأتي المدرسة كمؤسسة تعليمية واجتماعية وظيفتها بناء شخصيته ونمو قدراته المعرفية، ولكن في أحيان أخرى قد يكون هذا الوسط مصدراً من مصادر الاضطرابات النفسية عند الطفل خاصة في المراحل الدراسية الأولى، فتظهر المخاوف التي تؤثر على صحة الطفل النفسية، وقد تخصص هذه المخاوف لترتبط أساساً

بالمدرسة وتصبح مخاوف مرضية مدرسية، وتظهر عند التحاق الطفل بالمدرسة أو بعد الدخول أو الاستمرار فيها، وهكذا بعدما كان هذا الوسط مصدراً يساعد الطفل على نمو قدراته المختلفة أصبح منبعاً لمجموعة من الاضطرابات التي تؤثر سلباً على نموه وتحصيله الدراسي.

ومما لاشك فيه أن ظاهرة الخوف من المدرسة تنجم عنها آثار سلبية متنوعة (تعليمية، واجتماعية، وسلوكية، وانفعالية) والتي تعيق أداء التلاميذ وتحول بينهم وبين تحقيق النجاح في مشوارهم الدراسي.

وخوف الطفل من المدرسة يجعله يرفض الذهاب إليها والبقاء فيها، وقد يظهر هذا الخوف في شكل شكاوي جسمية، وأعراض مرضية كالبكاء والعناد أحياناً وذلك عند ارغامه الذهاب إلى المدرسة، وقد يوجه الطفل نقداً شديداً للمدرسة، كل تلك الأمور هي حجة الطفل التي لا أساس لها يقنع بها والديه بإبقائه في المنزل.

وعندما يتطور الخوف قد ترافقه أعراض جانبية تظهر على الطفل، ومن أعراض الخوف من المدرسة: الشعور بالنقص، والانسحاب، والعزلة، والتردد، وضعف الثقة بالنفس وغيرها، وأما الأعراض الجسمية فتتمثل في الاجهاد، والصداع، والتقيؤ، وخفقان القلب، وتصبب العرق، والارتجاف، واضطراب الكلام، والاغماء، والتبول.(حامد زهران، 1997: 506)

وقد يكون الخوف سبباً يؤدي بالتلميذ إلى التصرف بسلوك غير مقبول اجتماعياً، ويعرضه لمشكلات نفسية أخرى مثل التلعثم في الكلام والكذب والغيرة.

كما أن لخصائص المدرسة دور واضح في تشكيل المخاوف المدرسية لدى الأطفال والتي تتمثل في حجم المدرسة، فانتقال الطفل من مدرسة صغيرة إلى مدرسة كبيرة قد يشكل له خوفاً مرضياً مدرسياً، وصرامة الادارة في تطبيق التعليمات، أو صرامة بعض المعلمين، أو بسبب خصائص المبنى المدرسي متعدد الطوابق، أو النشاطات المدرسية غير المناسبة لميول الطفل أو طرق التدريس الغير مناسبة، وعدم ارتباط ما تقدمه المدرسة من مناهج بالواقع المعاش للطفل، والخوف من الفشل في الامتحانات، والمشكلات التي يسببها أقران الطفل في المدرسة أو خارجها كسرقة أدواته أو السخرية منه، وتغير المعلم بسبب المرض أو الموت، والخوف من الحوادث المؤلمة مثل زيارة طبيب الصحة المدرسية أو طبيب الاسنان إلى المدرسة، والتطعيم من قبل ممرضات الصحة للطفل، كل هذه العوامل تساهم في شيوع المخاوف المدرسية لدى التلاميذ.

وقد يرفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة لعدة أسباب مختلفة منها الخوف من المدرسين الصارمين، والخوف من التعرض للإيذاء والسخرية من جانب رفاق المدرسة، أو الخوف من الفشل الدراسي والعقاب الأبوي الذي ينتج عنه،(ب.ب وولمان، 2006: 176) وهذه العوامل كلها قد تساهم في خوف الطفل من المدرسة، وبالتالي انخفاض تحصيلهم الدراسي.

ولقد أثبتت الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت حول المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المدارس الابتدائية في البيئة العربية والأجنبية أن نسبة انتشار هذه المخاوف نسبة لا يستهان بها، حيث توصلت دراسة "محمد عبد العزيز أبو الفضة" (1992) إلى شيوع المخاوف المدرسية بين تلاميذ المدارس الابتدائية بالأردن بنسبة قدرت 15% (محمد أبو الفضة، 1992: 12)، وأشارت دراسات أخرى إلى شيوع الظاهرة بين تلاميذ المرحلة الابتدائية بنسبة 2% فيما بين (6-10) سنوات يعانون من فوبيا المدرسة، وتظهر عند الإناث أكثر من الذكور، كما أنها تكون عند الأطفال في مرحلة الروضة والمرحلة الابتدائية أكثر انتشاراً (لويس مليكة، 1990: 68)، إلا أن نسبته في بعض الدول الأجنبية تتراوح ما بين 2% إلى 7%، في حين تراوحت هذه النسبة في بعض الدراسات الأجنبية الأخرى لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بين 10% إلى 12%.(سوين،1979: 748).

وفي دراسة "جرانل دي الدا وآخرون Granell de alda el all" في مدينة كاركاس في فنزويلا حيث تراوحت نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي بين (0,4%- 1,5%) من مجموع أفراد عينة الدراسة والتي بلغت (1034) تلميذ وتلميذة من كلا الجنسين، وفي دراسة "بيكر وويلز Baker and

wills" تبين أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي بين (7- 8%) من مجموع أفراد عينة الدراسة التي بلغت (1300) تلميذ وتلميذة، في حين بينت دراسة "تشازن Chazan" أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي في المرحلة الابتدائية بلغت حوالي (1- 3%)، فيما قدرت النسبة في دراسة "جراهام Graham"حوالي 3%.(محمد أبو الفضة، 1992: 12)

وأشارت الإحصائيات إلى أن حوالي 5٪ من الأطفال من تتراوح أعمارهم من (14-6) سنة يعانون من فوبيا المدرسة، وأنها تظهر عند الإناث والذكور بنفس المعدل.

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت في عيادات الارشاد النفسي إلى أن طفلاً واحداً بين ألف طفل يشخص بأن لديه خوف من المدرسة، وتختلف هذه النسب من منطقة تعليمية أخرى، وقد ذكرت صحيفة "الجارديان" في عددها الصادر 1959/11/23 أن عدد الأطفال الذين يعانون من الخوف المدرسي يتزايد كل عام، إذ أن في منطقة تعليمية يبلغ عدد أطفالها حوالي خمس آلاف نسمة لا يعرض منهم على قسم الارشاد النفسي للطفل الا عشرون طفلاً فقط يعانون من الخوف المرضي من المدرسة.(رياض العاسمي، 2015: 45)

وقد ذكر "نيرستين Nursten" (1958) أن 8% من الأطفال الذين تم تحويلهم إلى قسم الارشاد النفسي للطفل بمقاطعة "يورشكير Yorkshire" في مدة عامين كانوا مصابين بالخوف من المدرسة، إلا أن تقريراً آخر صدر في العام نفسه أشار إلى انخفاض هذه النسبة إلى 3% في مقاطعات "مانشستر Menchester" و"ليفربول Liver Pool".

أما "بيرن Burne" (1966) فذكر وجود (12) حالة من بين تلاميذ المدارس البالغ عددهم (4000) طفلاً، أي وجود (12) حالة لكل (300) طفل.

وفي العالم العربي أشارت نتائج دراسة أجراها "رياض العاسمي" (1995) إلى وجود (45) حالة قوامها (900) طفلاً يعاني من الخوف المرضي من المدرسة بنسبة قدرها 5%.(رياض العاسمي، 2015: 45)

مما سبق يظهر أن نسبة انتشار المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تستدعي ضرورة الاهتمام بدراستها وسرعة التدخل لتشخيصها وعلاجها.

ويؤكد فاروق أبو عوف (1982) أن التعرف على المخاوف المدرسية وتشخيصها وعلاجها يساعد في التغلب على التسرب الدراسي في كافة مراحله، وهذه المخاوف إذا لم تعالج في المراحل التعليمية الأولى فإنها تمتد إلى المراحل التالية وتكون الحاجة ماسة إلى علاجها، ولابد من تحديد العوامل والأسباب المؤدية لهذه المخاوف لأن هذا يساعد كلا من المعلم والتلميذ والأطراف المعنية في التغلب عليها.

وتشير أدبيات البحث إلى وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية الشائعة، ووجود فروق بين المخاوف المدرسية الشائعة وسن التلميذ، ومستواه الدراسي، ومستوى تحصيله الدراسي، وهذا ما توصل إليه نتائج بعض الدراسات السابقة منها 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) تلميذٍ وتلميذة في المرحلة الابتدائية موزعين بالتوالي على متغيري الجنس والفئة العمرية بين (12-6) سنة، وقد قام الباحث ببناء استبانة مكونة 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.

- كما أوضحت نتائج الدراسة أن جميع المخاوف أكثر شدة عند تلاميذ الصف الخامس الابتدائي عموماً ماعدا الخوف من الرسوب في الامتحانات.(عباس عوض، مدحت عبد اللطيف، 1990: 26)

وتوصل "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 تبعاً لجنسهم (ذكور- إناث)، تم اختيار عينة مكونة من (600) تلميذٍ

وتلميذة من الصفين الخامس والسادس موزعين على ثلاث مدارس ابتدائية في بغداد بالتساوي، وتوصل 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.
- الخوف من الرسوب في آخر السنة.
- الخوف من ضرب المعلم على أصابع اليد بالعصا.
- الخوف من مادة الرياضيات.
- الخوف من مديـر المدرسة.
- الخوف من أخذ درجة غير جيـدة.
- الخوف من التأخر عن حضور الامتحانات.
- الخوف من الامتحانات اليومية.
- الخوف من امتحانات نصف السنة ونهاية السنة.
- الخوف أثناء توزيع الشهادات.
- الخوف من طرح أسئلة على المعلم.
- الخوف من زيارة طبيب المدرسة.
- الخوف من اعتداء بعض الزملاء عند الخروج من المدرسة.
- الخوف من الجلوس في الصف الأمامي.
- الخوف من إلقاء كلمة أو قصيدة في الساحة أمام المعلمين والتلاميذ.

وأظهرت 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.(سهير إبراهيم، 2003: 65)

وتشير دراسة أجراها الباحثان "عباس عوض ومدحت عبد اللطيف" (1990) يهدفان من خلالها إلى معرفة الفروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة، أجراها على عينة قوامها (220) تلميذاً 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.(عباس عوض، مدحت عبد اللطيف،1990: 25)

وفي دراسة أجراها "الحماد عبد الله" (1993) على عينة قوامها (780) تلميذاً وتلميذة بالمرحلة الابتدائية بمدينة الرياض وعلاقته بمتغيرات الجنس، والعمر، والتحصيل الدراسي، وتهدف إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية، كذلك التعرف على الفروق بين التلاميذ والتلميذات في الخوف، ومن ثم الكشف عن علاقة الخوف بالعمر والتحصيل الدراسي، وقد أظهرت النتائج أن هناك مخاوف خاصة بكلا الجنسين، كما أن هناك مخاوف مشتركة منها "الخوف من الرسوب، والخوف من الطرد من المدرسة"، وأظهرت النتائج أن الاناث أكثر خوفاً من الذكور، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الخوف والعمر، ووجود علاقة سالبة بين الخوف والتحصيل الدراسي.(اعتماد عبد المطلب، 1420: 277- 278)

وتشير دراسة "حسن عمر شاكر منسي" (2005) التي تهدف 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 وتراوحت أعمارهم بين (6- 12) سنة، حيث تكونت من (612) تلميذاً وتلميذة، وأظهرت 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 مخاوفاً هو الصف الأول الأساسي، ثم الثاني فالثالث فالرابع فالخامس والسادس، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الصف قلت مخاوف أطفاله.(حسن المنسي، 2005: 66- 92)

وتبين الدراسات في هذا المجال أن خوف الطفل من المدرسة يظهر بوضوح في ثلاث مراحل من العمر المدرسي وهي:

الاولى: 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- 10) سنوات، حيث أشار "هيرسوف" و"دافيدسون" و"سميت" إلى أنه في بريطانيا يظهر بداية الاضطراب بين (7-5) سنوات و(14-11) سنة.

وقد لاحظ "بلاج ويول Blag & Yol" (1986) 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- 12) سنة، ومن (14-13) سنة، ومع ذلك فقد تنوعت نسب انتشار الخوف المرضي من المدرسة وفقاً للعينة المدرسية.

ويشير "كينيدي Kinidy" (1965) إلى أنه قدرت (17) حالة لدى كل (100) طفل ممن هم في سن المدرسة، وذلك في السنة الواحدة، ففي بريطانيا فقد قدر "تشازان" (1962) بأن الخوف المرضي من المدرسة يقدر بـ (1%) لعينة كاملة من الحاضرين في المدرسة خلال مدة عشر سنوات.(رياض العاسمي، 2015: 48- 49)

إن علاقة التحصيل الدراسي بمتغيرات نفسية غير سوية كالمخاوف المدرسية يعتبر سبباً أساسياً في البحث على طبيعة العلاقة بينهما.

إن للمخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية آثاراً سلبية على تحصيلهم الدراسي، هذا ما يبرز الحاجة الماسة إلى تناول هذا الموضوع، كما أن هناك ندرة واضحة حول الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المخاوف المدرسية الشائعة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي وهذا في حدود اطلاع الطالبة، من هنا جاءت الدراسة الحالية كمساهمة لإثراء الموضوع وتسليط الضوء على هذه الظاهرة ميدانياً في البيئة المحلية.

ومن خلال هذه الدراسة سنجيب على السؤال التالي:

- ماهي المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بولاية أدرار؟

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات؟
- ما مدى مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، الجنس، المستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة؟
- هل توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلامذة المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي؟
- هل توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة؟

2- فـرضيات البحث:

انطلاقاً من إشكالية الدراسة والتساؤلات السابقة يمكن صياغة مجموعة من الفرضيات التي تسعى الدراسة إلى التحقق من صحتها، وجاءت على النحو التالي:

- هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات.
- هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، والجنس، والمستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة.
- توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق في المخاوف المدرسية عند تلامذة المرحلة الابتدائية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي.
- توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة.

3- دواعي اختيار الموضوع:

هناك عدة أسباب وراء اختيار هذا الموضوع، ويمكن إبرازها في النقاط التالية:

- يجمع معظم علماء النفس على أهمية السنوات الأولى باعتبارها القاعدة الأساسية في تكوين شخصية الفرد، والدور القاعدي الذي تمثله في نموه السيكولوجي والعلائقي وهذا ما أكده كل من "بياجيه وفرويد" في أعمالهم، ومن هذا المنطلق كان الدافع الأول للباحثة للقيام بهذه الدراسة هو الاهتمام بميدان الصحة النفسية للطفل للتعمق في جذور أحد الاضطرابات التي تخصه في سنواته الأولى من الدراسة ومدى تأثيرها على أدائه.
- الغياب المستمر لبعض التلاميذ عن مدارسهم وكذا غياب المختص النفسي في المدارس الابتدائية لفت انتباه الطالبة الباحثة نظراً لأن الخوف المرضي من المدرسة قد يكون سبباً رئيسياً لهذا الغياب أو حتى سبباً خفياً لخوف التلميذ من المدرسة وبالتالي فشل أو رسوب التلميذ في قسمه.
- شيوع المخاوف المدرسية في المرحلة الابتدائية وهذا حسب الدراسات السابقة التي تمكنت الطالبة من الاطلاع عليها.
- ومن أسباب اختيار هذا الموضوع هو تأثير هذا الاضطراب على الجانب المعرفي والنفسي والاجتماعي للطفل في هذه الفترة الزمنية من عمره لأنه في مرحلة انتقالية من الاتجاه نحو الوالدين إلى اتجاه نحو العلاقات الشخصية والاجتماعية، كل هذه الأسباب دفعت الباحثة للتعرف على طبيعة وجذور المخاوف المدرسية الأكثر شيوعاً عند تلاميذ المرحلة الابتدائية وتوزيعها بينهم.
- إيلاء الاهتمام بالمخاوف المدرسية والإسهام إلى جانب دراسات وأبحاث أخرى والتي تناولت المخاوف المدرسية في المدرسة الجزائرية، لتسهيل تشخيص هذا الاضطراب وعلاجه.
- توفير إطار نظري ثري خاص بمتغير المخاوف المدرسية قد يكون مرجعاً للمهتمين بهذا المتغير.
- المساهمة في إثراء مجال الدراسات النفسية والتربوية بالبحث ميدانياً في علاقة المخاوف المدرسية الشائعة بالتحصيل الدراسي، وخاصة أن الدراسات التي تجمع هذين المتغيرين قليلة وهذا في حدود اطلاع الباحثة.

4- أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ببعض مدارس ولاية أدرار.
- التعرف على العلاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات.
- الكشف عن مدى مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، الجنس، المستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة.
- التعرف على الفروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس.
- التعرف على الفروق في المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي.
- التعرف على الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة.
- وأخيراً الخروج ببعض النتائج والتوصيات التي تساعد المسؤولين التربويين أو المختصين النفسانيين في المدارس على فهم المشكل واقتراح برامج تربوية وأخرى نفسية للتكفل بهؤلاء الأطفال.

5- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

- تعد مرحلة الطفولة بصفة عامة والطفولة المتأخرة بصفة خاصة من المراحل المهمة في حياة الفرد، وأن العمل مع الأطفال في هذه المرحلة لها جوانبها النمائية وحاجاتها وخصائصها ومميزاتها وهو بحد ذاته يحتاج الى دراسة.
- أن المخاوف المدرسية هي واحدة من الاضطرابات النفسية التي تنتشر بين أطفالنا في مرحلة الطفولة ولا تجد اهتماماً كافياً لدراستها، وهي من المشكلات التي قد يواجهها فئة من الأطفال في سنوات عمرهم الباكرة، وقد تستمر معهم بعد ذلك، ومن ثم فإن التنبيه إليها يلقي مزيداً من الضوء عليها لأنها قد تسبب في إعاقة نمو أطفالنا على المستويين الانفعالي والاجتماعي.

- تقوم الدراسة الحالية بالتعرف والكشف عن ظاهرة المخاوف المدرسية لتمييزها عن باقي الاضطرابات النفسية والمدرسية الأخرى، ولفت انتباه المعلمين والقائمين على الطفل بضرورة توفير الجو النفسي الآمن عن طريق تذليل العقبات التي تعترض طريقهم وحل المشكلات التي تواجههم، ممَا يؤدي إلى تطوير الخدمة المقدمة لأطفالنا في سنواتهم المبكرة.
- تتجلى أهمية الدراسة من الناحية النظرية في أهمية مشكلة الخوف المرضي من المدرسة باعتباره إحدى المشكلات التي يعاني منها بعض التلاميذ في مرحلة التعليم الابتدائي، وذلك بتسليط الضوء على أسبابه، ومظاهره، وأشكاله، وماله من آثار سلبية تنعكس على التلميذ مستقبلاً في عدة نواحي.
- إن تحديد الفروق بين الذكور والإناث في المخاوف المدرسية يعطي فهماً أكثر للخصائص النفسية لكل منهما مما يساعد على تهيئتهم عند دخول المدرسة وتجنب أسباب ظهور مثل هذه المخاوف.
- إن معرفة نسبة شيوع المخاوف المدرسية قد يفيد مخططي المناهج الدراسية في إعداد أنشطة صفية أو لاصفية مثيرة لانتباه الأطفال نحو المدرسة أو الدراسة.
- الوقوف على واقع المخاوف المدرسية ونسبة شيوعها في الأوساط المدرسية، وهذا من أجل التخفيف من حدتها، ومن ثم النهوض بالمدارس الابتدائية بما يتوافق مع جهود القائمين بالعملية التعليمية في الاهتمام بتلك الفئة، إضافة إلى تقييم الواقع الفعلي للفوبيا المدرسية ومحاولة مواجهتها واقتراح برامج علاجية لها.
- نقص الاهتمام الكافي ببحث هذا الموضوع في البيئة المحلية وهذا حسب إطلاع الطالبة وما توفر لديها من دراسات وأبحاث سابقة مقارنة مع البحوث التي أجريت على مواضيع أخرى، فجاءت هذه الدراسة لتضيَق الفجوة في بحث هذا الموضوع.
- توصل الباحثة إلى نتائج تكون أساساً منهجياً يستفيد منه الباحثين والدارسين والعاملين والآباء والامهات، للكشف عن المخاوف المدرسية التي يمر بها أطفال المرحلة المتوسطة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، كما أن نتائج الدراسة يمكن أن تساعد في بناء برامج إرشادية للتخفيف من حدة هذه المخاوف.
- تعد هذه الدراسة من ضمن الدراسات ذات الطابع الامبريقي، ويستفيد منها الباحثون المهتمون بدراسات موضوع المخاوف المدرسية الشائعة في المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، إضافة إلى المسؤولين على المؤسسات التربوية المسئولة عن بناء شخصية الطفل.

6- التعاريف الإجرائية للدراسة:

المخاوف المدرسية:

حالة انفعالية تصيب بعض الأطفال والتي تحدث كرد فعل وذلك أثناء ذهاب الطفل إلى المدرسة أو أثناء تواجده في موقف دراسي بدون وجود أسباب عضوية أو اجتماعية تمنعه من الدراسة، من أعراضها: احمرار الوجه، والصداع، والتقيؤ وآلام على مستوى البطن وغيرها من الأعراض، وتظهر في عدة أشكال منها: الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المعلم، والخوف من المدير، والخوف من الزملاء، والخوف من الاختبارات، والخوف من فناء المدرسة -الساحة-، والخوف من طبيب المدرسة، وهو الدرجة التي يحصل عليها التلميذ في استبيان المخاوف المدرسية المطبق في دراستنا الحالية.

الخوف من الذهاب إلى المدرسة:

هو نوع من المخاوف المدرسية يرتبط بخوف التلميذ من الذهاب إلى المدرسة نتيجة شعوره بعدم الآمن أثناء تواجده بها، أو خوفاً من حدوث مكروه لأحد والديه، أو خوفاً من وجود أشخاص غرباء أثناء ذهابه إلى المدرسة، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من المعلم:

هو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط بخوف التلميذ من معلمه نظراً لتشدده في المعاملة، وكثرة نقده لتلاميذه، والاستهزاء بهم والسخرية منهم أمام زملائهم، وتهديدهم بإنقاص درجاتهم، وعقابهم، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من المدير:

هو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط بوجود المدير نظراً لتشدده وقسوته في المعاملة، وعقابهم، وكثرة نقده لتلاميذه، والاستهزاء بهم والسخرية منهم، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من الزملاء:

هو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط خوف التلميذ من زملائه نتيجة الاستهزاء والسخرية منه، وسرقة أدواته والتعدي عليه، ومعايرته على مظهره ولباسه ونتائجه الدراسية، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من الاختبارات:

هو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط بمواقف الاختبارات، وهو حالة من الخوف تعتري التلميذ قبل أو أثناء الاختبارات الشفوية أو الكتابية نتيجة لخوفه من الفشل والرسوب فيها، ويشعر التلميذ ببعض الاعراض النفسية والجسمية أثناء الاختبار، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من فناء المدرسة -الساحة-:

وهو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط بخوف التلميذ من الخروج إلى ساحة المدرسة أثناء الاستراحة، ولا يشارك زملائه اللعب أثناء الخروج إليها نتيجة خوفه من الإصابة بالأذى من طرف زملائه عند خروجه، كما أنه يحتاج من يرافقه للذهاب إلى المرحاض، كما يقرر ذلك التلاميذ.

الخوف من طبيب المدرسة:

وهو نوع من المخاوف المدرسية يظهر ويرتبط بخوف التلميذ من الذهاب إلى طبيب المدرسة للقيام بالفحوصات الطبية، وكذا خوفه من القيام بالتطعيمات الدورية التي يقوم بها أطباء وممرضو الصحة المدرسية أثناء زيارتهم الميدانية للمدارس، كما يقرر ذلك التلاميذ.

تلاميذ المرحلة الإبتدائية:

هم تلاميذ السنوات الثالثة والرابعة والخامسة من المرحلة الابتدائية بولاية أدرار الذين شملتهم الدراسة.

التحصيل الدراسي:

يقصد بالتحصيل الدراسي في الدراسة الحالية النتائج التي حصل عليها التلاميذ في الفصول الدراسية الثلاثة متمثلة في المعدل العام للموسم الدراسي 2015- 2016.

تمهيد:

تعتبر المخاوف المرضية إحدى الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة الطفولة، وهي من أقصى درجات الخوف التي تمس عدة مواضيع أو مواقف، كما يظهر هذا النوع من الاضطرابات عند الطفل ليرتبط بعدة أسباب وعوامل، ولقد اهتمت بهذا الموضوع عدة دراسات ونظريات كنظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية الارتباط (التعلق)، والنظرية

الفيزيولوجية، حيث أن كل نظرية لها رؤية من زاوية معينة للظاهرة وهذا وفقاً لمنهجها الخاص واتجاهها العلمي. وقد تتغير هذه المخاوف مع المراحل العمرية فتظهر لدى الطفل في المرحلة الابتدائية لتصبح حينها مخاوف مدرسية والتي قد يكون لها تأثير سلبي على النمو النفسي، والجسمي، والمعرفي، وتحصيله الدراسي.

ويأتي هذا الفصل ليشمل أولاً التطور التاريخي لمصطلح الخوف المرضي، وتعريف الخوف المرضي، ثم أنواع الخوف ومستوياته، ودرجات الخوف، وأسبابه، فالتوجهات النظرية المفسرة لمخاوف الأطفال، بعدها تفسير الخوف المرضي حسب النظريات، والمخاوف المرضية الشائعة بين الأطفال، وأخيراً تأثير الخوف المرضي على الطفل، وكذا الوقاية والعلاج.

1- التطور التاريخي لمصطلح الخوف المرضي:

المخاوف المرضية والمخاوف الشاذة والفوبيا والخواف والرهاب كلها مصطلحات فنية مترادفة والتي تعد ترجمة للكلمة اليونانية "Phobos" (الفوبيا) التي تعني الخوف "Fear"، والفزع "Dread"، والهلع "Panic"، وقد ظهرت هذه الكلمة (الفوبيا) في القرن الخامس قبل الميلاد إلى أن ظهر مصطلح الخوف المرضي في السنة الميلادية الأولى حيث كتبه الرومان في دائرة المعارف الرومانية في مقال طبي استخدم فيه مصطلح "Hybrophobia" معبراً عن الخوف من داء الكلب " Symptoms of rabies"، أما الاستخدام الفني لمصطلح الخوف المرضي "Phobia" فلم يتم رسمياً إلا في عام (1871) عندما أورد "كارل وستفال Carl Westphal" مصطلح الخوف من الأماكن الواسعة "Agrophobia" وذلك بمعنى الخوف من الاجتماع أو المقابلة في الأماكن العامة.(العيسوي، مدحت عبد اللطيف، 1989: 289)

ثم تطور استخدام مصطلح الخوف والمخاوف الشاذة بصورة أوسع انتشاراً من طرف بعض الكتاب والمفكرين مثل: "برتراند راسل Bertrand Russell"، ويعتبر "كربلين kraepelin" أول من صنف المخاوف المرضية ضمن ضعف الأعصاب أو ا"لنيورسيثينيا Neurasthenia " والمرض القهري "Compulsive Insanity".

وفي عام (1892) ميز" بيترز وريجس Pitres & Regis" بيَن نوعين من المخاوف المرضية وهي المخاوف المنتشرة والمخاوف الخاصة، وقد أصدر ما يقرب من سبعين من الأسماء اليونانية باعتبارها قائمة إجمالية للمخاوف المرضية دون أن تكون تصنيفاً نهائياً للمخاوف المرضية، وقد كانت العلاقة

بين المخاوف المرضية والوساوس "Obsessions " نقطة حيوية وأساسية في تاريخ التطور الفني للمصطلح حيث نظر إليهما "بيترز وريجس" باعتبارهما حالات متشابهة.

ويعد "ستانلي هول G- Stanley Hall" (1924) أول من عمم تصنيف المخاوف المرضية طبقا للأسماء اليونانية.

وفي عام (1893) أطلق "بيير جانيه Pierre Janet" مصطح "البسيكاثنيا Psychasthenia" على كل شيء ماعدا الهستيريا "Hysteria"، وقد استخدم هذا المصطلح متضمناً المخاوف المرضية والوساوس القهرية، وتعني البسيكاثينيا حرفياً العقل الضعيف "Weak Mind"، وميز "سيغموند فرويد" عام (1895) بين المخاوف المرضية والوساوس، وقسم المخاوف إلى مجموعتين هما:

أ- مخاوف مرضية شائعة وهي مخاوف عامة.

ب- مخاوف مرضية عارضة وهي مخاوف مرتبطة بحادثة معينة وأكثر خصوصية.(سيغموند فرويد، ترجمة جورج طرابشي، 1984 :36)

وفي 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 أن 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 اضطرابات القلق في محاولة لتوحيد المصطلحات النفسية وتطويرها.(زمردة النحراوي، 2009: 137)

2- تعريف الخوف المرضي:

أ- تعريف الخوف لغوياً:

جاء في مختار الصحاح (1939): أن الخوف من خاف، خيفة، إخافة: تخويف، خاف خيفة: أي خوفاً، الإخافة: التخويف، قوم خوّف: خائفون.(محمد الرازي، 1939: 193)

وجاء في لسان العرب (1981): أن الخوف من خاف خوفاً وخيفة ومخافة وهو الفزع. (ابن منظور، 1981: 129)

وجاء في معجم رائد الطلاب (1967): خاف خوفاً: فزع أي شيء ضد أمنه.(جبران مسعود، 1967: 414)

كما ورد في المعجم الوسيط (1972): أن الخوف من خاف خوفاً، أخاف الطريق أو الثغر وأخافه إخافاً: أفزع، رجل خاف: شديد الخوف، تخوف عليه شيئاً: خافه.(إبراهيم أنيس، 1972: 271)

وجاء في المعجم الوجيز (1995): خاف خوفاً، ومخافة وخيفة: توقع حلول مكروه.(المعجم الوجيز، 1995: 214)

ب- تعريف الخوف من الناحية النفسية:

لقد وردت عدة تعاريف للخوف لمجموعة من علماء النفس، حيث جاءت هذه التعاريف متقاربة في المضمون، كما أشار "أحمد عكاشة" (1980) إلى: "أن استجابة الخوف هي حيلة دفاعية لاشعورية، يحاول المريض اثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي، ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه، وبالتالي لا يستطيع التحكم والسيطرة على هذا الخوف، ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه ويحوله إلى مواقف خارجية رمزية.(أحمد عكاشة، 1980: 92)

ويعرفه "الطيب عبد الظاهر" (1980): "بأنه انفعال تثيره المواقف الخطيرة، أو المنذرة بالخطر الذي يصعب على الفرد مواجهته".(الطيب عبد الظاهر،1980: 06)

ويشير "عبد العزيز القوصي" (1981) إلى أن "الخوف هو حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف، ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصادر الضرر".(عبد العزيز القوصي، 1981: 318)

ويشير أيضاً "الطيب عبد الظاهر" (1983): "هو خوف شديد من موضوع أو موقف ما أو شخص ما لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخطر، ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطه أو السيطرة عليه، ولا يعرف الفرد سبب له".(الطيب عبد الظاهر، 1980: 32)

وحسب "ممدوحة سلامة" (1987): فالخوف يشير إلى حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعي.(ممدوحة سلامة، 1987: 54)

وأشار "كمال دسوقي" (1988) إلى أن "الخوف هو أحد الانفعالات البدائية العنيفة، غالباً ما يتميز بتغيرات جسمية، وهو رد فعل إنفعالي قوي يشمل مشاعر ذاتية بعدم الارتياح والإثارة، تصحبه فاعلية سمبتاوية منتشرة، كما أن الخوف رد فعل لخطر ما ".(كمال دسوقي، 1988: 540)

وذهبت "فايزة عبد المجيد" (1989) إلى أن "الخوف هو انفعال قوي يصيب الشخص عندما يتوقع أن يتعرض لمصدر موضوعي للتهديد (مادي أو معنوي)، ويصحب انفعال الخوف عادة ثلاثة أنواع من الاستجابات:

أ- **حركية:** يتمثل في تجنب مصدر الخوف أو الحذر من الاقتراب منه.

ب- **معرفية:** يتمثل في الشعور بعدم السرور أو إدراك ما يتضمن الموقف من مخاطر وما يصاحب ذلك من شعور بالتوتر أو الفزع.

ج- **فسيولوجية:** مثل شحوب الوجه، وزيادة ضربات القلب، وإفراز العرق، وسرعة التعب، واتساع حدقة العين، والسرعة في التبول".(فايزة عبد المجيد، 1989: 04)

فالخوف من الجانب الحركي هو الرغبة في الهروب والابتعاد عن مصدر الخطر، أما من الجانب المعرفي هو إدراك الفرد لخطر ما، ويقصد بالخطر المواقف التي تهدد وجود الفرد، أما من حيث الجانب الفسيولوجي فهو استثارة عامة يشعر بها الفرد.

وتعرفه "زينب شقير" (2000) على أنه "خوف مبالغ فيه يصل لحد الرعب، ويتضمن استجابة مصحوبة بالتوتر والرعب لمثيرات أو موضوعات أو أشياء لا تبعث على الخوف (موضوعات أو أشياء عادية ومألوفة)، يصحب هذه الاستجابة جملة أعراض كاصفرار الوجه، التعرق، رجفة الاسنان أو العضلات، سرعة ضربات القلب، القلق والتوتر، الدوخة...الخ".(زينب شقير، 2000: 103)

وعرف "شارلز وآخرون Charles.B et al" (2001) الخوف بأنه: "أحد الانفعالات الأساسية، وهو انفعال تجنب خطر خارجي عادة، ويدركه الفرد شعورياً".(Charles et al, 23)

وقد عرفه "حسن عبد المعطي" (2003) بأنه: "حالة من التوجس تتبلور حول خطر جديد ومحدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعي".(حسن عبد المعطي، 2003: 281)

ويعرفه كذلك إلى أن المخاوف تمثل الاستجابة العصابية الأولى للأطفال؛ ومخاوف الأطفال ماهي إلَا رد فعل انفعالي إزاء تهديد معين، فالطفولة فترة من حياة الانسان تصيبه فيها مخاوف كثيرة، فهو صغير والعالم الذي يعيش فيه مليء بموضوعات ومواقف كثيرة تستطيع بالفعل أن توقع به الأذى.(حسن عبد المعطي، 2003: 295)

وحسب "بدرة ميموني" (2003) أنه: "خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) هو عنيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي، بالرغم من الفرد يدرك بأن هذا الخوف غير منطقي إلا أنه لا يستطيع ضبطه أو التخلص منه".(بدرة ميموني، 2003: 97)

أما "سهير إبراهيم" (2004) فعرف الخوف بأنه: "حالة انفعالية داخلية طبيعية إذا ما اقترنت بالحذر فإنها تسهم في بقاء الإنسان واستمراره، أما الخوف المتكرر الوقوع والمستمر هو خوف مرضي يتسم بالتضخم في موقف ما عن النسبة المعقولة التي يتطلبها هذا الموقف".(سهير إبراهيم،2004: 07)

وتعرف "سناء سليمان" (2005) الخوف بأنه: "حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني، تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الانسان، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة لدى الكائنات الأخرى".(سناء سليمان، 2005: 21)

كما عرفه "أحمد عبد الخالق" (2005) بأنه: "شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة أو تهديداً غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر وخوف لا مصدر له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول".(أحمد عبد الخالق، 2005: 14)

ويشير "أحمد الزغبي" (2005): "الخوف انفعال يتضمن حالة من التوتر تدفع الشخص الخائف الى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر، وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات وبالتغير مع التقدم في العمر، وتزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى".(أحمد الزغبي، 2005: 25)

ويعرفه "محمد قاسم" (2007) بأنه: "حالة انفعالية تستثار عند الشعور بوجود خطر يهدد الشخص ويدفعه للاستجابة، كما ترافقه تغيرات نفسية وعضوية".(محمد قاسم،2007: 174)

كما يعرفه "بلكحل مصطفى" (2007) بأنه: "خوف غير منطقي وملح مع بعض الأشياء أو المواقف أو من العلاقات الانسانية أو الجراثيم...الخ، وهو ناتج عن صراع لاشعوري، فالفرد يخاف من دوافعه ويستفيضها بموضوع تافه".(بلكحل مصطفى، 2007: 20)

وتعرفه "فادية يوسف" (2010) بأنه: "حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يتسبب مثير خارجي في احساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤثر من داخل الطفل، ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الانسان، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة".(فادية يوسف، 2010: 354)

ويعرفه "انجلش وانجلش English & english": "الخوف المرضي أنه خوف دائم من الأشياء أو المواقف وبدون سبب معقول له".

ويعرفه "جليفورد وآخرون": "الفوبيا أنها خوف غير معقول لا يمكن تعليله في موقف ما لا يوجد حد للمنبهات التي تثير المخاوف المرضية عند خبرة بالغة للخوف وقعت في الطفولة، وخبرات حرجة كبتت وتطفو إلى سطح الذاكرة فيما بعد مسببة القلق".(بطرس حافظ، 2008: 40)

ويعرف في موسوعة البسيكاترية أنه: "خبرة الخواف الزائدة المستمر المتعلق بموضوع أو موقف لا يدل مصدره على خطر ما يزداد القلق لدى المريض عند الاقتراب من المواقف ويتناقض بتراجع الموقف المخيف".(زمردة النحراوي، 2009: 37)

ويرى "محمد عبد الظاهر": "أن الفوبيا هي خوف مستمر متطرف ذو طبيعة غير معقولة، وقد يتضمن توقعاً مستمراً لموقف مخيف، وهو فكرة متسلطة وملحة وغير منطقية إذ أن الشخص يعرف تماماً أن هذا الموضوع أو هذا الموقف ليس بخطر حقيقي، وهذه الفكرة المتسلطة تجبر الشخص على أن يتجنب هذا الموضوع أو هذا الموقف ويبتعد عنه ومن ثم يسلك سلوكاً قهرياً".(مجمدي أحمد، 2000: 177)

وقد عرف "روبر Reper": "الخوف المرضي بأنه حالة انفعالية تنشأ عن وجود أو توقع خطر أو مثير مزعج، وتظهر كخبرة داخلية ذاتية تتضمن إثارة وردود أفعال عصبية".(عبد العزيز أبو الفضة، 2012: 02- 03)

ويعرف الخوف بأنه حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يشعر بالخطر، ويكون مصدر هذا الخطر داخلياً من نفس الطفل أو خارجياً من البيئة.(البواب خليل، 2005: 277)

فالخوف حالة انفعالية داخلية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف، ويسلك السلوك الذي يبعده عن مصدر الخوف، فالخوف هو الذي يدفعنا لحماية أنفسنا والمحافظة عليها.(عبد العزيز محمد، 2011: 81)

ويعرفه "كانر Kanner" بأنه: "استجابة طبيعية لأنواع متعددة من الأماكن أو الأشياء تظهر على الفرد الخائف عندما يتعرض لتهديد مثير حقيقي أو خيالي، فالخوف بمثابة وظيفة تكيفية تساعد الفرد على الانتباه لمواجهة خطر موجود أو متوقع".(عبد العزيز أبو الفضة، 2012: 03)

فالخوف إذن هو استجابة انفعالية غير سارة، ناتجة عن الإحساس بوجود مخاطر حادة تهدد شخصية الطفل، ويؤدي غالبا إلى عدم الاستقرار، وتترافق بتغيرات فسيولوجية كالارتجاف، وزيادة سرعة القلب، وألم في المعدة، وتصبب العرق...الخ.

وينبغي أن نفرق بين نوعين من المخاوف:

الأول هو الخوف الطبيعي الموجود لدى معظم الناس، وهو ميكانيزم بقائي يساعد على بقاء الجنس البشري، وهو أيضا ميكانيزم نفسي بيولوجي يعمل على تجنب مصادر الضرر (كالنار، والحيوانات المفترسة، والكوارث الطبيعية كالزلزال)، إذن هذه تعتبر مخاوف طبيعية حين يعبر عنها بصورة واقعية.

فالخوف الطبيعي هو حالة انفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو المنفردة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها، ويظهر الخوف الطبيعي كرد فعل لمؤثر خارجي يتخذ الطفل إزائه أسلوباً غائياً أو دفاعياً، فالخوف الطبيعي إذن خوف موضوعي أو حقيقي من خطر حقيقي.(معصومة سهيل، 1996: 50)

والثاني هو الخوف المرضي والذي يعتبر خوفاً غير حقيقي مثل: خوف الطفل من حيوان وهمي عرف اسمه في روايات جدته، أو الخوف من الطبيب...الخ.

وترى "هيفاء أبو غزالة" أن الفوبيا أو الخوف المرضي هو الخوف الشديد غير المنطقي نحو أناس معينين أو أشياء أو مواقف معينة.

أما مصطلح الفوبيا في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فيشير إلى خوف شديد مرضي من موضوع أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسويائهم، ومن هنا اكتسب طابعه المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة الذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلاً لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، وظل قلقاً حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا.(أسامة فاروق، 2012: 337)

وهناك فرق بين الخوف العادي والخوف المرضي، فالخوف العادي غريزة، وهو حالة يشعر بها كل إنسان في حياته العادية يخاف مما يخاف فعلاً، فالخوف العادي هو إذن هو خوف موضوعي أو حقيقي، أما الخوف المرضي فهو خوف شاذ دائم متكرر مما لا يخيف في العادة، ولا يعرف المريض له سبباً، وقد يكون الخواف عاماً غير محدد وهمياً أو غير حسي كالخوف من المرض أو العفاريت...الخ.(حامد زهران، 1978: 418)

3- أنواع الخوف ومستوياته:

بمراجعة العديد من الأدبيات النظرية المتعلقة باضطراب الخوف المرضي لاحظنا تعدد التصنيفات الخاصة به من طرف الباحثين وعلماء النفس، فمنهم من صنفها من حيث الموضوع أو المثير المسبب لها، ومنهم من وضعها كأحد اضطرابات القلق، ومنهم من صنفه لصنفين أساسيين هما: المخاوف الطبيعية وأخرى مرضية، وفيما يلي شرح موجز لكل منهما:

أ- المخاوف الطبيعية (Normal Phobias):

إنه من الطبيعي أن يخاف الطفل لا بل حتى الراشد من أي مثير يستدعي الخوف كالخوف من الصدمات والكوارث الطبيعية، والحروب، والوحوش المفترسة، والحشرات الضارة...الخ، حيث يكون من المفيد للطفل أن يتجنب مصادر الخوف هذه ويتجنب بالتالي الضرر والأذى الذي يمكن أن يلحق به.

ويعد هذا النوع من الخوف بمثابة ارتكاس طبيعي أو استجابة طبيعية تقوم بدور الحماية للذات والدفاع عنها عند الحاجة لاسيما إذا كانت هذه الاستجابة تتناسب مع مصدر الخوف من حيث شدتها وديمومتها، فالإنسان يخاف في المواقف التي تهدده بالخطر فإذا واجهته سيارة فجأة فإنه يشعر بالخوف فيبتعد، وإذا كان لا يخاف النار فقد تحرقه، وإذا كان لا يخاف الحيوانات الضارة فقد تقتله.(صباح السقا، 1992: 199)

ويختلف الخوف المرضي عن الخوف الذي قد يكون في حالات معينة وبمستوى معين ايجابياً، كما أن منه ما هو طبيعي صحي، وهو الخوف الايجابي المحفز، أما المخاوف المرضية فهي الخوف الشديد والمبالغ فيه من موضوعات ليس فيها ما يدعو للخوف، ولا يتوقع منها ضرر أو تهديد، ولذلك فالمخاوف غير المنطقية يكون مصدرها داخلياً، بينما مصدر الخوف الطبيعي ذات منشأ خارجي.

ويؤكد الكثير من علماء النفس منهم "فرويد Frewd" إلى أن الطفل يولد مزوداً ببعض المخاوف منها الخوف من الأصوات العالية والسقوط من الأماكن المرتفعة، أما المخاوف الأخرى فهي كثيرة فيتعلمها من البيئة التي يعيش فيها وينشأ في أحضانها، فالشخص الذي يتربى ويترعرع في بيئة آمنة ينشأ شجاعاً قليل المخاوف، فالخوف العادي صفة حميدة يجعل الفرد يفر من كل ما يؤذيه ليحمي نفسه ويحافظ على حياته.

وهذا ما يشير إليه "أشرف شريت" (2000) أن مخاوف الطفولة مكتسبة، رغم أن كل مرحلة من مراحل الطفولة لها مخاوفها المميزة، فإن هناك تبايناً فيما يبديه الأطفال من مخاوف.(الفايز عادل، 2002: 598)

ويحصر فرويد هذه المخاوف في ثلاثة أسباب هي:

أ- سبب الخوف واضح كالخوف من خطـر النار.

ب- سبب الخوف الصدفة إذ يقع الخطـر بشكل غير متوقع فجأة كالخوف من السفر بالطائرة.

ج- سبب الخوف غير معروف إطلاقاً كالخوف من المدرسة، والخوف من الأماكن المغلقة...(نبيهة السامراني، 2007: 63)

فالخوف حالة يشعر بها كل إنسان أثناء حياته، فمن الطبيعي للكائن الحي سواء إنساناً أو حيواناً أن يخاف في بعض المواقف التي تهدده بالخطر، فإذا واجهنا ثعباناً فلا بد أن نشعر بالخوف، فالخوف حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف، ويسلك السلوك الذي يبعده عن مصدر الخوف، وهذا ينشأ عن استعداد فطري لدى الكائن الحي، فالخوف هو الذي يدفعنا لحماية أنفسنا والمحافظة عليها.(عبد العزيز محمد، 2011: 81)

فالخوف أمر طبيعي ومعقول وضروري يؤدي إلى حماية الفرد والمحافظة عليه، وهو في درجاته المعقولة صفة طيبة يجب الاتصاف بها، أما إذا كان الخوف كثيراً ومتكرراً الوقوع لأي مناسبة يكون شاذاً، وكذلك تضخم الخوف في موقف ما تضخماً خارجياً عن النسبة المعقولة التي يتطلبها هذا الموقف

عادة يعد أمراً شاذاً، كما أن انعدام الخوف في شخص ما أمر غير عادي وهو نادر للغاية ويغلب أن يكون سببه قلة الادراك.(عبد العزيز محمد، 2011: 83)

والخوف الطبيعي عبارة عن حالة انفعالية من خطر محدد يمكن التحقق من وجوده في عالم الواقع، ويمكن مواجهته بشكل واقعي.(الزغبي أحمد، 2002: 218)

والخوف الطبيعي هو انفعال يحدث نتيجة وعي الفرد بخطر يتعرض له، وهو رد فعل طبيعي للإنسان في مواجهة أي تهديد حقيقي.(الفايز عادل ، 2002: 09)

كما يساعد الخوف الطبيعي الفرد في الحفاظ على البقاء، حيث يعتبر مصدر تنبيه لحماية النفس والدفاع عنها ضد الخطر، فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الانسان.(معصومة سهيل، 1996: 51)

والخوف أمر طبيعي وضروري يؤدي لحماية الفرد مما يجوز أن يسبب له ضرراً وجميع الطرق الوقائية التي نتخذها لحماية أنفسنا من الأخطار تدل على نوع من الخوف نسميه الحذر أو الحيطة ويصح أن نسميه الخوف الواقي.

ب- المخاوف المرضية (Illness Phobias):

فالخوف شعور طبيعي لدى جميع الكائنات الحية، وكل انسان يستجيب لهذا الشعور بطريقة مختلفة، ولكن قد يزيد الخوف عن حده الطبيعي فيصبح عندئذ مرضاً وهو ما يطلق عليه بالفوبيا (Phobia)، فقد يصاب الطفل بالفوبيا من أشياء عديدة منها الخوف من الأماكن المرتفعة، أو الخوف من بعض أنواع الحيوانات على حد لا يتناسب مع خطورة تلك الأشياء بحيث يتحول من طفل طبيعي إلى مريض لا يمكن أداء وظائفه بشكل طبيعي.(عبد العزيز محمد، 2011: 82)

ويعتبر الخوف المرضي خوفاً شاذاً ودائماً ومتكرراً ومتضخماً مما لا يخيف في العادة، وقد يكون الخوف المرضي عاماً غير محددَ وهمياً وغير حسي كالخوف المرضي من الموت والعفاريت.(معصومة سهيل، 1996: 51)

وقد أشارت "الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association" (2000) إلى أن الخوف المرضي هو: "خوف متواصل أو دائم وغير معقول من موضوعات محددة أو أنشطة

ومواقف معينة تسمى بالمنبه الرهابي، وينتج عنه رغبة ضاغطة لتجنب هذا المنبه، ويؤدي ذلك عادة إما إلى تجنبه أو تحمله مع درجة من الفزع أو الرهبة منه."(رشا محمد، 2016: 24)

كما تستخدم أيضا "الجمعية الامريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM IV)" مصطلح المخاوف المرضية وتعني به: "الخوف الواضح المتواصل والمفرط غير المعقول من مواقف وموضوعات معينة، والتي تؤدي إلى تجنبها، مما قد يؤثر على العديد من الوظائف الحياتية والاجتماعية لدى الفرد".(الجمعية الامريكية للطب النفسي APA، 1994: 111)

وأشار "العيسوي" (2000) إلى أن الخوف المرضي هو خوف غير منطقي وغير عقلاني وبدون سبب واقعي كاف، ويدرك المريض أن خوفه خوفاً لا عقلانياً، ومع ذلك لا يستطيع التخلص منه أو التغلب عليه.(العيسوي عبد الرحمان ، 2000: 177)

كما يعتبر الخوف المرضي خوفاً غير منطقي من شيء محدد كموضوع أو موقف أو أي شيء باعث للخوف في عالم الواقع دون أن يكون لذلك خطر حقيقي.(الزغبي أحمد، 2002: 218)

ويقصد أيضا بالخوف المرضي حالات الخوف الشديد المبالغ فيه الذي يصل إلى مستوى الرعب ويتضمن استجابة مشحونة بالتوتر والضيق والانزعاج من مثيرات وموضوعات وأشياء لا تبعث على الخوف بطبيعتها، ويصاحبها أعراض مثل الرجفة أو الرعشة وخفقان القلب وجفاف الحلق والدوار.(الفايز عادل، 2002: 598)

ويشير "سيد محمود الطواب" (2008) إلى أن الخوف المرضي: "هو عبارة عن خوف فجائي شديد غير منطقي وغير مبرر من أشياء وموضوعات ومواقف معينة، بالرغم من وعي الشخص بأن خوفه الشديد ليس له سبب حقيقي على الأقل من وجهة النظر المنطقية، والشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب يعرف جيداً أن خوفه غير مناسب مع مستوى الخطر الذي يواجهه في الموقف إلا أنه يفقد قدرة السيطرة على هذه المشاعر".(سيد محمود الطواب، 2008: 259)

فالمخاوف المرضية هي فزع شديد مبالغ فيه من مثيرات عادية لا يخافها الأفراد الأسوياء، ولذلك توصف بأنها خوف مرضي زائد يصل إلى حد الرعب والهلع المفرط، وتؤدي إلى سوء التوافق وبالتالي إلى اعتلال الصحة النفسية.(زيدان عصمان، 2008: 599)

والمخاوف المرضية عبارة عن خبرات انفعالية قاصرة وقهرية لمخاوف محدودة يشعر بها الشخص في موقف معين ويصاحبها خلل وظيفي كسرعة ضربات القلب، وتصبب العرق، ونلاحظ مخاوف من الأمراض النفسية والعقلية وبعض الأمراض العضوية كالمخ، وفي المخاوف العصابية يدرك المصابين بها المرض بشكل عام، وأن مخاوفهم لا تقوم على أساس ويعتبرونها خبرات معذبة لهم، وهم عاجزون تماماً على السيطرة عليها، وتشمل المخاوف مظاهر سلوكية خاصة ترمي إلى تجنب موضوعها أو على التقليل من الخوف بالقيام بأفعال قهرية، وعادة تنشأ المخاوف العصبية التي قد يختبئ فيها المريض لاشعورياً من صراع ما لا يجد له حلاً، وفي الوقت نفسه تجد لديهم أجهزة عصبية غير مستقرة، وفي معظم الحالات يتم التغلب على هذه المخاوف بعد علاج نفسي.(صفوت وفيق، 2005: 255)

فالخوف سلاح ذو حدين، فقد يشل بدلاً من أن يدفع وينشط، ويكف عوضاً من أن يحفز ويشجع، ويشك في الآخرين بدلاً من أن يوحي بالثقة وحسن الظن والتعاون، والخوف أعم أسباب الكبت؛ لأن خشية عواقب الفعل هي التي تحمل الطفل على كبت كراهيته أو غيظه أو لذته خوفاً من العقاب، والخوف والقلق قوام تكوين الفرد النفسي ودافع سلوكه وعلاقاته الفردية والاجتماعية بوجه عام.(لنيدزاي. س، بول. ج، ترجمة صفوت، 2000: 157)

كما يعتبر فطرة في النفس ولا يخلو منه إنسان في أي وقت من الاوقات، بل هو قوة طبيعية لازمة للمحافظة على بقاء النوع البشري، ويستجيب الانسان عادة لمواقف الخطر التي تهدد وتثير فيه انفعال الخوف بالابتعاد عنها والهرب منها،(محمد نجاتي، 1989: 64) فإذا كان الخوف من الطبائع التي فطر عليها الانسان فهو موروث من جانب، ولا أمل في اقتلاعه من جانب آخر، وإنما يراعي فيه حسن التوجيه، ولهذا كان للبيت والمجتمع والخبرات الفردية المكتسبة أثرها في التخفيف من عبء هذه الفطرة أو زيادتها، مما يجعلنا نجزم بأن الخوف (عملية نسبية) يتفاوت الناس فيها تبعاً للعوامل البيئية والجسمية والنفسية التي يمر بها هذا الكائن الحي.

وتمثل الفوبيا أقصى درجات الخوف، ويتصف حسب "ماركس Marks" بأنه لا يتناسب مع طبيعة الموقف في الدرجة الأولى، ولا يمكن تفسيره إضافة إلى أنه بعيد عن التحكم الإرادي، كما يؤدي بصاحبه إلى تجنب الموقف المخيف.

إلى جانب هذا قد تمس الفوبيا عدة مواقف أو موضوعات يمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات:

✍ الفوبيا من مواضيع محددة كالفئران مثلاً.

✍ الفوبيا من مواقف معينة كالتواجد في مكان مرتفع أو في المدرسة...الخ.

✍ الفوبيا من أمراض معينة أو الموت.(الشربيني زكريا، 2002: 98)

ويقسم فرويد المخاوف الموضوعية (الحقيقية) إلى ثلاثة أقسام بحسب ما يتوقعه الشخص العادي وهي:

- **النوع الأول:** يكون فيه عنصر الخطر بارزاً كالخوف من الثعابين أو من النار.
- **النوع الثاني:** يكون فيه عنصر الخطر محتملاً، لكن وقوع هذا الخطر يرجع للصدفة المحضة مثل: الخوف من السفر في قطار أو طائرة، أو الخوف من العدوى.
- **النوع الثالث:** لا يوجد فيه عنصر الخطر إطلاقاً كالخوف من صعود الأماكن المرتفعة، والخوف من السير في مكان متسع كالميادين والحدائق.(سناء سليمان، 2006: 79)

ويضيف "الجبالي حمزة" أنه من الناحية العلمية والتربوية أن نقسم مخاوف الأطفال حسب موضوعاتها إلى حسية وأخرى غير حسية، فموضوعات الأولى يمكن للطفل إدراكها بحواسه المختلفة بخلاف موضوعاتها الثانية، إذ لا يمكن للطفل إدراك حقيقتها.(الجبالي حمزة، 2006: 83)

ويشير "الميلادي عبد المنعم" إلى أن المخاوف المحسوسة يكون لها مصادر حقيقية واقعية ومحددة، حيث يمكن لمسها في الأطفال بسهولة لأنهم يعبرون عنها بوضوح، ومن هذه المخاوف الخوف من المعلم، والخوف من الطبيب، والخوف من العسكري، ومن بعض الحيوانات كالكلاب والقطط أو ما شابه ذلك، وهناك من يخاف من السفر في قطار أو عربة لأول مرة أو الصعود إلى أماكن مرتفعة.

أما المخاوف غير المحسوسة نجد من بينها الخوف من الموت، ويكون سببه أن الطفل يعيش مع بعض الكبار الذين يخاف أحدهم من الموت ويفزع منه، مما يؤثر في نفسية الطفل وتشعر بأن هناك خطر اسمه "الموت"، ومن تلك المخاوف أيضاً الخوف من الظلام الذي يكون نتيجة لارتباط الظلام في ذهنه بالعفاريت مثلاً، وقد يكون الخوف من الظلام طبيعياً.(الميلادي عبد المنعم، 2006: 136)، والخوف من المرض والأشباح، والألم والتهديد والعقاب والايذاء، وهي تزداد مع تقدم سن الطفل.(أحمد الزبون، 2006: 15)

ويتم التفريق بين استجابة الخواف الأصلية واستجابة الخواف الرمزية، ففي بعض الحالات تكون استجابة الخواف رمزاً لاستجابة أخرى فمثلاً الخوف المرضي من المدرسة قد يكون قلقاً بسبب

الانفصال عن الأم، وخواف الشارع قد يرمز الخوف من التعرض إلى الاعتداء، ففي الحالتين تتم ازاحة الانفعال من مصدره الأصلي إلى مصدر بديل أكثر قبولاً، والخوف من العقاب عند الطفل الصغير يتم اسقاطه على مصدر خارجي هو الظلام فيصبح الخوف من الظلام، ومن هنا يصبح ميكانيزم الازاحة والاسقاط لهما دور فعال في فهم الخوف المرضي.(محمد سعفان، 2010: 45)

ويتفق العديد من الباحثين على أن أكثر المخاوف شيوعاً وانتشاراً لدى الأطفال هي: الخوف من الألم، والخوف من فقدان العطف والحب والرعاية، والخوف من المدرسة، والخوف من الظلام، والخوف من الموت، الخوف من الأمراض، الخوف من الظواهر الطبيعية، والخوف من الأماكن المتسعة أو الضيقة المغلقة أو المرتفعة، والخوف من الحيوانات، والخوف من الزحام، والخوف من الجنائز.(محمد الفوال، 2006: 01- 02)

إن الخوف الموقت خلال فترة الطفولة هو جزء من التطور الطبيعي للأفراد، فقد أظهرت معظم الدراسات حول المخاوف المرضية أن عدد مصادر الخوف يتزايد بتزايد العمر، وأن طبيعة الخوف عند الأفراد تميل للتغير عبر الوقت فقد تتبدل من مخاوف فورية ملموسة إلى مخاوف غير محسوسة وتوقعية، إذ أن الخوف يتطور لدى الطفل عندما يكون قادراً بشكل متزايد على ادراك المخاوف الكامنة في المواقف المختلفة، وإن كان لم يصل لمرحلة الفهم الكامل للمواقف، ولم يكن قادراً على السيطرة عليه، وهكذا فإن الخوف يمكن أن يكون تكيفياً لأنه يتألف من استجابات محمية للمثير والذي لا يمكن السيطرة عليه أو ادراكه.(كراسك، 2004: 68)

وتؤكد أبحاث "جيرسيد وهولمس Jersid & Holms.f" أن مخاوف الاطفال تتأثر بمستوى نضجه ومراحل نموه؛ فالطفل في نهاية عامه الثاني لا يخاف من الافعى وقد يتعدى ذلك إلى حد اللعب بها، وفي منتصف السنة الرابعة يحترس منها ويبتعد عنها، ثم يتطور هذا الاحتراس في نهاية السنة الرابعة إلى خوف واضح وشديد.(Michel zlotowiez, 1974 :12)

ويقسم "فرويد Frewd" المخاوف باعتبار طبيعة موضوع الخوف إلى قسمين كبيرين:

أ- مخاوف عامة: وهي عبارة عن خوف مبالغ فيه من كافة هذه الأشياء التي يكرهها الناس جميعاً ويهابونها إلى حد ما كالظلام، الوحدة، الموت، الثعابين، والأخطار عموماً.

ب- مخاوف نوعية: هي الخوف من أشياء أو مواقف خاصة لا تبعث الخوف في نفس الشخص السوي كالخوف من الأماكن المتسعة، وبعض وسائل النقل، والخوف من الحمامات والأماكن الضيقة عموماً، والخوف من الحيوانات والحشرات، والخوف من الأمراض كالسل أو العدوى أو أمراض أخرى.(دسوقي كمال، 1974: 283)

وتشير "فادية يوسف" (2010) إلى أن للخوف ثلاثة مستويات هي:

أ- الخوف الواقعي: وهو ناتج عن وجود خطر حقيقي في البيئة المحيطة كحيوان مفترس أو سيارة مسرعة.

ب- الخوف غير الواقعي: وهو الخوف الناتج عن وجود خطر غير حقيقي أو وهمي، ويظهر هذا النوع من الخطر عن طريق الخيال أو التصور مثل تصور العفاريت والأشباح.

ج- الخوف المرضي: ويطلق عليه الخوف الناتج عن وجود خطر حقيقي ومجموعة تخيلات أو تصورات مثل الخوف من الظلام.(فادية يوسف، 2010: 356)

ويذكر "محمد غانم" (2004) أن مخاوف الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة يمكن حصرها فيما يلي:

أ- المخاوف الواقعية: مثل السقوط من فوق السلم أو الوقوع على الأرض.

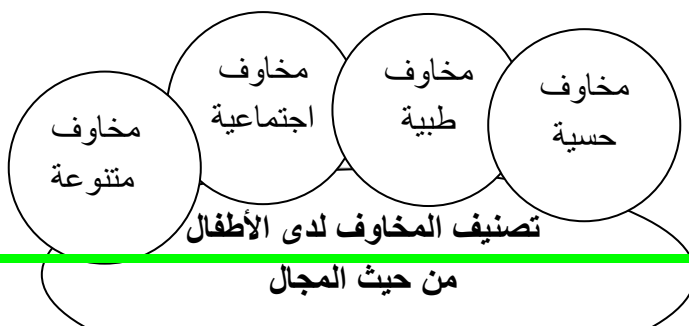
ب- المخاوف البعيدة: مثل الخوف من أذى الحيوانات المتوحشة والمفترسة كالأسد.

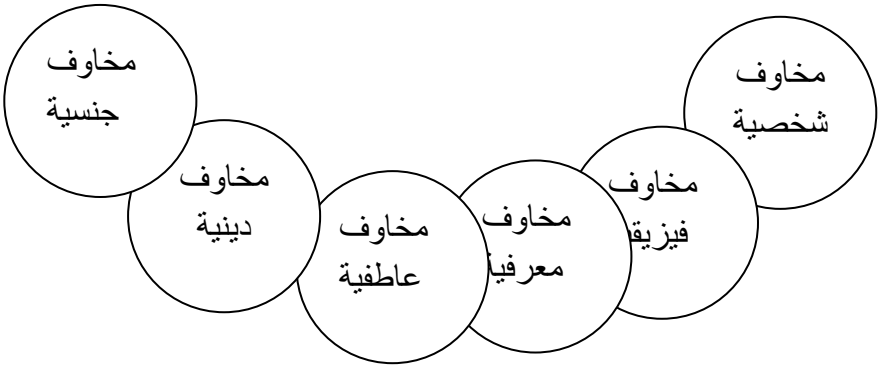
ج- المخاوف غير الواقعية: مثل الخوف من العفاريت والأشباح والكائنات الخرافية التي يشاهدها الطفل في الأفلام أو يسمعها في الحكايات مثل القرش والفك المفترس.

د- المخاوف الغامضة: حيث التوقع المستمر لحدوث خطر مفاجئ أو الخوف من الأماكن المعزولة أو الفسيحة أو المرتفعة، وهي مواقف قد تكون غير مألوفة للطفل.

هـ - المخاوف المدرسية: سواء الالتحاق بالمدرسة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى أو الانشطة المدرسية أو الممارسات والتعاملات داخل المدرسة.(محمد غانم، 2004: 14)

وتصنف المخاوف لدى الاطفال من حيث المجال حسب "مدحت عبد الحميد" (2008) إلى:





شكل (01) تصور مقترح لتصنيف المخاوف لدى الأطفال وفقا للمجال

(مدحت عبد الحميد، 2008: 67)

أ- المخاوف الاجتماعية:

وفي العادة تدخل تلك المخاوف في منطقة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالطفل لتشمل منزله وأسرته وجيرانه وأقرانه ومدرسته والغرباء عنه والنشاطات الاجتماعية المختلفة والمناسبات الاجتماعية والمجاملات الاجتماعية والأماكن العامة والمزدحمة.

ومن أمثلة ذلك الذهاب إلى المدرسة واللعب مع الأقران أو الاشتراك في النشاطات المدرسية مثل الاذاعة المدرسية أو القاء خطبة داخل المدرسة أو حتى الاشتراك في مجلة حائطية أو الجلوس في الصف الأول في الفصل المدرسي، أو الاجابة عن أسئلة المعلم شفوياً أمام الزملاء خشية الإحراج، وهذه بعض المخاوف الاجتماعية:

1- الخوف من النقد والعقاب الوالدي:

وهذا ما أوضحه كل من "سبنس وماك كاثي" (1993) من دراستهما على عينة قوامها (94) تلميذاً من المرحلة الابتدائية، حيث أكدا أنَ كلاً من النقد والعقاب يمثلان تهديداً للأطفال ويقعان في مخاوفهم الشائعة.(مدحت عبد الحميد، 2008: 67- 75)

2- رهاب المدرسة:

ويندرج أيضا تحت الرهاب الاجتماعي نظراً لأن المدرسة هي البيئة الاجتماعية الثانية للطفل، ويقصد به الخوف الشاذ من المدرسة مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل إليها ورفضها.(مدحت عبد الحميد، 2008: 77- 78)

ب- مخاوف معرفية:

مثل الخوف من الامتحانات عموماً، والمنافسات، والمسابقات، وسوء التقدير المدرسي، والخوف من عدم الفهم والاستيعاب أو التحصيل، والخوف من الرسوب، والخوف من عدم تحقيق آمال أو توقعات الآباء والمعلمين، والخوف من التفوق، أو المخاوف الخاصة بالنهايات العظمى للدرجات، وضرورة أن يكون الطفل هو الأول في الترتيب، والخوف من الدروس الخصوصية، والخوف من النسيان...الخ.(مدحت عبد الحميد، 2008: 105)

وتتميز المخاوف المرضية بمجموعة من الخصائص تميزها عن الخوف الطبيعي، تتمثل فيما يلي:

أ- المخاوف هي خوف مرضي دائم من موقف أو موضوع غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أي أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه.

ب- المخاوف هي خوف غير معقول ولا يتناسب مع حجم التهديد أو الخطر الذي يستثيره كما يستشعره الآخرون.

ج- المخاوف تختلف في شدتها، وتتراوح ما بين عدم الارتياح إلى الرعب والهلع والفزع الشديد الذي يعوق توافق الفرد مع بيئته.

د- المخاوف تدفع الفرد إلى تجنب مسبباتها، وقد يتم تعميمها إلى غيرها من المواقف والأحداث والأشياء والأشخاص والأماكن، مما يجعل حياة الفرد صعبة ومكدرة.(حسن عبد المعطي، 2001: 288-289)

ويؤكد "عادل شكري" (2005) على أن الفوبيا تتميز بالخصوصية والذاتية واللامعقولية والدوام، وتتصف استجاباتها بأنها غالباً ما تكون استجابة تجنب، حيث أن السلوك التجنبي يغذي مخاوفنا وفشلنا في مواجهة الخوف يجعلنا نفشل أن نتعلم كيف نسيطر عليه وبذلك نخلق مناخاً تنمو فيه مخاوفنا.(عادل شكري محمد، 2005: 42)

وتدرج الجمعية الأمريكية للطب النفسي " Association American Psychiatric"(2000) الفوبيا في دليلها التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية ضمن اضطراب القلق، حيث تشمل أربعة أنواع رئيسية هي:

1- اضطراب الهلع أو الذعر (نوبات الهلع) "Panic Disorders".
2- الخوف من الأماكن الواسعة المفتوحة "Agora Phobia".

3- المخاوف النوعية المحددة "Specific Phobia".

4- المخاوف الاجتماعية "Social Phobia".

وتندرج المخاوف المدرسية وفق هذا التصنيف أي المخاوف النوعية المحددة، حيث أن الخوف فيها يكون من موضوع محدد بالنسبة للطفل المتمثل في الخوف من المدرسة وعدم القدرة على مواجهة المواقف الحياتية داخلها بما تحمله من نظام وعلاقات جديدة مع الأقران والمعلم، بالإضافة إلى عدم الرغبة في الابتعاد عن الأم.(رشا محمد، 2016: 26- 27)

ويشير مجموعة من الباحثين من بينهم "جين روبرت هاندلي وبولين نيف جين" (2001) إلى أن التصنيف الثالث وهو المخاوف النوعية المحددة والذي تم تقسيمه إلى ثلاثة أنواع وهي:

أ- **الفوبيا البسيطة "Simple Phobia":** عادة يكون الأطفال هم الفئة الأكثر عرضة للإصابة بهذا النوع من الفوبيا، فنجدهم يخافون من أمور بسيطة بلا مبرر كالخوف من الظلام والخوف من المدرسة والخوف من الحيوانات والحشرات وغيرها من الكائنات الأخرى، حيث أنها تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر حتى مرحلة البلوغ.

ب- فوبيا الأماكن المفتوحة "Agoraphobia": وهي الخوف من الأماكن المفتوحة والمواقف المرتبطة بها مثل الزحام الشديد، وعادة ما تظهر في أواخر مرحلة المراهقة وبداية البلوغ.

ج- الفوبيا الاجتماعية "Social Phobia": وعادة ما ترتبط بمرحلة المراهقة، وهنا يخاف الفرد من أن يظهر دون المستوى الاجتماعي والفكري بين الأفراد من حوله، أو أن يشعر بالإحراج في المواقف الاجتماعية.(رشا محمد، 2016: 28)

انطلاقاً مما سبق يمكن القول أن المخاوف تعددت تصنيفاتها، فمنهم من صنفها من حيث الموضوع أو المصدر المسبب لها، والبعض الآخر قسمها من خلال النظرية التي يتبناها كالاتجاه السلوكي الذي استند على المثيرات، ومنهم من صنفها كأحد اضطرابات القلق.

والخوف المرضي عبارة عن انفعال وحالة توتر من حدث أو موضوع أو موقف لا يمثل في حد ذاته مصدر تهديد حقيقي للفرد بحيث تجعله يفر من الموقف الذي أثار خوفه، وتتميز هذه المخاوف بعدم الثبات والتغير حسب العمر الزمني للطفل، كما أنها تنقسم إلى مخاوف حسية كالخوف من الطبيب، ومخاوف غير حسية كالخوف من الموت.

4- درجات الخوف:

للخوف درجات متفاوتة الشدة أدناها الخشية وأعلاها الذعر، وشدة الخوف تكون في العادة متناسبة مع عظم المكروه المتوقع، وسنعرض فيما يلي بعض المفاهيم المتداخلة في معنى الخوف والتي يمكن أن تعد من ناحية أخرى درجات مختلفة منه، ويوردها "وليم الخولي" كما يلي:

أ- **الجزع** (Horror): وهو خليط من الذعر والاستفزاز والاشمئزاز.

ب- **الرهبة** (Awe): وهي عبارة عن انفعال مزيج من الخوف والروعة.

ج- **الوجل** (Appréhension): وهو خوف ضئيل في درجته يختلف عن القلق في كون مصدره خارجياً.

د- **الهلع** (Panic): وهو خوف شديد مع توقع شر في موقف معين.

هـ- **الوهرة** (Ecnoia): وهو حالة خاصة من الفزع والرجفة، وفيه يفزع الصبي فجأة نتيجة لمثير يثير الفزع فعلاً.

و- **الذعر أو الفزع** (Fright): وهو خوف شديد مفاجئ وقصير المدى، والفزع يوحي بمعنى الحركة أكثر من الرعب الذي يشير إلى الجانب الانفعالي .

ي- **الرعب** (Terror): وهو كالفزع خوف شديد مفاجئ وقصير المدى عادة، ويتضمن اضطراباً وجدانياً بنوع خاص، ويوصف صاحبه بأنه مرعوب.

ز- **المهابة** (Révérence): وهي مزيج من الخوف والاحترام والتوقير، في حين أن التهيب يشتمل على عنصري الخوف والخجل من الناس أو الأشياء ويوصف صاحبه بأنه متهيب.

ح- **الجبن:** ويعرف بأنه خاصية شخصية أو عامل داخلي يجعل الفرد أكثر تعرضاً للخوف ويتهيب أموراً لا تخيف غيره.(عادل شكري، 2008: 31، 32)

5- أسباب الخوف المرضي:

إن أسباب الخوف عند الأطفال كثيرة ومتشعبة وليس هناك سبب واحد يساهم في ذلك، فهي لا ترتبط بالعوامل البيئية أو النفسية فقط، وإنما هناك عوامل أخرى يختلف تفسيرها باختلاف مدارس علم النفس.

ولقد اختلف العلماء في الوصول إلى الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب فمنهم من أرجعها إلى الوراثة فقال أن الآباء يورثون هذا الخوف إلى أبنائهم، حيث أن هناك أشخاص لديهم قابلية أكثر للإصابة بالخوف المرضي وهذه القابلية قد تكون أسبابها جينية، ومن العلماء من قال أن الخوف

المرضي خوف متعلم يتعلمه الإنسان خلال مرحلة التنشئة الاجتماعية أي أن أسبابه نفسية اجتماعية غالباً ما تكون صدمة نفسية سببتها خبرة سيئة أو حدث مخيف، كأن يكون الطفل جالساً لوحده يلعب مع القط وفجأة هجم عليه القط وهذه الحادثة سببت له الخوف والألم فأصبح الألم والخوف عند هذا الطفل مقترناً بالقط فزاد احتمال أن يصاب بالخوف من القطط (Ailurophobia)، أيضاً قد يكون السبب هو تخويف الآباء لأبنائهم من بعض الحيوانات مثل القطط والكلاب فيقولون للطفل إذا لمست القط سيعضك ويأكلك، وكذا الأفكار السيئة والسلبية التي يدخلها الآباء في عقول أبنائهم.

وتعد المخاوف من الانفعالات التي يعاني منها الانسان منذ صغره، فالإنسان يرث الاستعداد للشعور بالخوف، ويأتي دور البيئة ليكسبه ويعلمه أنواع المخاوف، فضلاً عن الطريقة التي يعبر بها عن تلك المخاوف.(البجاري أحمد، الطريا أحمد، 2011: 82)

ويرى أصحاب التحليل النفسي أن سبب المخاوف يعود إلى الصراعات النفسية المكبوتة، فخشية عواقب الفعل هي التي تحمل الطفل على كبت كراهيته أو غيظه أو لذته خوفاً من العواقب، فالفرد ولأنه يخاف من غرائزه يجهل حقيقتها وبالتالي يحول قلقه نحو شيء رمزي.

أما أصحاب المدرسة السلوكية يرون أن المخاوف هي عبارة عن "استجابات سلوكية" مكتسبة نتيجة لتجارب غير سارة، زاد في تضخيمها ردود أفعال المحيط، أو نتيجة لعدم الآمان الذي يرجع إلى غياب الأم.(منصوري مصطفى، 2008: 94)

وقد ذكر "فينخل Fenichel" (1969) أن بعض الأفكار المخاوفية تكتسب بسبب شدتها ليس غير، كما أضاف إلى أن فوبيات العدوى واللمس كثيراً ما تعبر عن الميل إلى تجنب القذارة، وفوبيات الحمامات والمراحيض هي شائعة عند الأطفال تكشف كقاعدة عامة عن تكثيف فكرتي القذارة والخصاء.(أتوفينخل، 1969: 22)

وللمخاوف عند الأطفال أسباب كثيرة يمكن أن تدفعهم للخوف في مواقف مختلفة، ومن أبرز هذه الأسباب ما يلي:

- يجمع الكثير من علماء النفس من أمثال "بياجيه وبرونو Piaget et Browno" على أن الأسس الرئيسية لمكونات الشخصية تتشكل في السنوات الخمس الأولى من عمر الإنسان، من هنا يكون

للأسرة عموماً وللأم بصفة خاصة تأثيراً كبيراً في تشكيل سلوك الطفل من خلال الدور التربوي الهام الذي تقوم به في عملية التنشئة.

وقد قام "سرفي Sarvey" (1984) بدراسة لعينة عشوائية من الأطفال ما بين (8-3 سنوات) الذين ظهر عليهم خوف شديد ودائم، وانتهى إلى نتائج بأنهم يعيشون في أسر يكثر فيها الشجار والعراك والخلافات، وممارسة العنف بأشكاله المختلفة (اللفظي أو البدني)، حيث يقوم أطفال هذه الأسر بتقليد سلوك آبائهم، إذ يبدون خوفاً شديداً وعاماً من أشياء بسيطة لا تستدعي الخوف مقارنة بأطفال يعيشون في أسر مستقرة توفر لأطفالها الحب والحنان والأمن النفسي الذي يمكنهم من مواجهة مصادر الخوف ومثيراته، ويجعلهم أكثر قدرة على مقاومتها.(بن عامر زكية، 2007: 54)

كما أظهرت نتائج دراسة "ممدوحة محمود سلامة" (1987) أن الفوبيا ترجع إلى خبرات نفسية واجتماعية يكتسبها الطفل من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها في أسرته، ومدى العلاقات التي تربطه بأسرته وخاصة والديه وثقته بهما، بالإضافة إلى ذلك أن المخاوف تنتقل بالإيحاء والمشاركة الوجدانية.(ممدوحة محمود سلامة، 1987: 56)

وتبين من نتائج الدراسة التي قام بها "عبد العزيز الناصري" (2007) إلى ارتفاع معدل اضطراب الفوبيا لدى الأطفال الذين يمارس معهم آباؤهم أساليب التنشئة اللاسوية والمتمثلة في القسوة والحماية الزائدة والتدليل الزائد والتسلط وغيرها من أساليب التنشئة الخاطئة، ويمكن تفسير ذلك بأن الأساليب التربوية الخاطئة التي يمارسها الآباء مع الأبناء تؤدي إلى نشأة أطفال خائفين يتميزون بالعجز والقصور في تحمل المسؤولية، وتولد لدى الطفل عقدة الذنب ويصبح شخصاً عصابياً، وذلك لأن الطفل الذي يعيش الخوف في كل دقائق حياته يكون انطوائياً ومتسلطاً في كبره، وهو يحمل عقدة طفولته، لذا فإن النظام التربوي الخاطئ من شأنه أن ينشأ العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية لدى الأطفال.(عبد العزيز الناصري، 2007: 128)

- ينتقل الخوف من فرد إلى آخر بالتأثير وبالإيحاء، فإذا كانت الأم تخاف الظلام وعبرت عن هذا الخوف أثناء دخولها المنزل مظلماً أمام ابنها فإن ابنها سيتعلم من أمه أن الظلام مخيف، فإذا تكرر هذا السلوك من الوالدين يصبح جزءاً من سلوك الابن، لذا فعلى أولياء الأمور ضبط انفعالاتهم وعدم تعبيرهم عن الخوف أمام أطفالهم.(نايفة قطامي، عالية الرفاعي، 1997: 145)

وتؤكد دراسات "هاجمان E.R.Hagman" أن مثيرات الخوف عند الأطفال ما بين الثانية والسادسة من حياتهم تتلخص في الخوف من الخبرات الماضية المؤلمة كالخوف من الأشياء الغريبة التي لم يألفها من قبل والخوف مما يخشاه الكبار، فهو يحاكي أهله في خوفهم، أي أن الطفل يخضع في مخاوفه لأنماط الثقافة المهيمنة التي تهيمن على بيئته وتؤثر فيها. (Zlotowiez, 1974: 12)

وأظهرت نتائج دراسة "ممدوحة سلامة" (1987) أن المخاوف المرضية ترجع إلى خبرات نفسية واجتماعية يكتسبها الطفل من خلال التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها في أسرته، ومدى العلاقات التي تربطه بأسرته خاصة والديه وثقته بهما، ويُضافُ إلى ذلك أن المخاوف تنتقل بالإيحاء والمشاركة الوجدانية.(ممدوحة سلامة، 1987: 30)

وأشارت دراسة "كوفمان Kauffman" إلى سلوك المخاوف المرضية الصادر من الكبار يكون له تأثير قوي على اكتساب الطفل لهذا السلوك.(Kauffman, 1985: 47)

كما يعد الخوف من الانفعالات المهمة التي تنمو مع الفرد أثناء عملية التطبيع الاجتماعي (داود حنا، ناظم العبيدي، 1990: 263)، فمصادر تعلم المخاوف تأتي من خلال الاحتكاك بالأشياء المؤذية، ولكن الأوسع في إثارة المخاوف هو ما يكتسبه الطفل من مخاوف الآباء والأمهات.(الوقفي راضي، 1998: 372)

ومن المعروف أن انفعالات الطفل تكون بسبب العديد من المثيرات التي يتعرض لها في حياته، وبسبب العادات والتقاليد والقيم التي تشكل ثقافة مجتمعه، حيث أنه يمكن لبيئة معينة أن تجعل أطفالها أقوياء لا يهابون شيئاً ولا يخافون ولا يترددون، ويتمتعون بصحة نفسية لإشباع حاجاتهم ودوافعهم وتأكيد ذواتهم، كما يمكن لبيئة أخرى أن تربي أطفالها على الخوف فيصبحون غير أصحاء نفسياً.(بولا حريقة، 2001: 66)

إن الضجيج المرتفع الذي يحدث قرب الطفل الرضيع، أو فقدان المسند الذي يؤدي إلى سقوطه يستثيران الخوف لديه، وقد لا يبدي الطفل أي اهتمامات من جراء وجوده مع الغرباء وذلك حتى الشهر السادس أو السابع، لكن هذا الموقف يتغير كلية بعد هذا السن، إذ يتعلم الأطفال تدريجياً التمييز بين الناس المألوفين لديه كالأم والأقرباء مثلاً والناس الآخرين غير المعروفين في عالمه، ويتبع العديد من الأطفال على نحو سريع خوفهم الأول الناجم عن الانفصال عن الأم بالخوف من الغرباء أو الناس الجدد بالنسبة لهم.(كريمان محمد، 2007: 111)

ويشير "مارتين هربرت" (1980) إلى أن الأوضاع التي تخيف الطفل بشكل رئيسي قبل سن المدرسة هي الأوضاع المرتبطة بإحساسه بالأمن، ومخاوفه المرتبطة بالغربة والمفاجأة، ويخاف الأطفال على نحو نمطي من الموضوعات التي لا يستطيعون التحكم فيها كالظلام والضجيج والأطباء والغرباء، وينتقل خوف الأطفال بالتقدم في السن من الموضوعات المادية أو الملموسة إلى الموضوعات التي يكتنفها الغموض كالظلام والوحدة وفقدان الأقارب أو موتهم...الخ.(كريمان محمد، 2007: 111)

- تشاجر الوالدين أمام الأبناء يؤثر تأثيراً سلبياً على نفسية الطفل، وبالتالي يفقد ثقته بوالديه، حيث أظهرت العديد من الدراسات أن شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الآمان داخل أسرته من جهة أخرى.(صموئيل حبيب، 1995: 34)

فالظروف الأسرية المضطربة التي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين، أو بين الاخوة، أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى الشعور بعدم الآمن، فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن النفسي أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف، وتتطور هذه المشاعر وتتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوف مرضي.(الزغبي أحمد، 2013: 185- 186)

ويؤكد "حامد زهران" (1984) على أن الأسرة تعتبر الوحدة الاجتماعية الأولى التي ينشأ فيها الطفل والمسؤولة عن تنشئته اجتماعياً، فالوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن النفسي وتوافقه الاجتماعي، بينما الخلافات الوالدية تخلق توتراً في جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط من السلوك المضطرب لدى الطفل كالخوف والغيرة وعدم الاتزان الانفعالي.(حامد زهران، 1984: 08) كما أن العلاقات المضطربة بين الوالدين تؤثر على صحة الطفل النفسية، وأن الخلافات والنزاعات والمشكلات النفسية بين الوالدين تخلق جواً مضطرباً، وهذا ما يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية غير سوية لدى الطفل.(أحمد عبد الخالق، 1991: 66)

وتشير نتائج دراسة "محمد علي حسن" (1970) إلى أن الفرد إذا نشأ في بيئة أسرية مضطربة فإن نموه يضطرب، حيث أن المناخ الأسري المتسم بالخوف والذي تحيط به الأسرة الطفل يدفعه إلى الانزواء، واضطراب علاقاته مع من يحيطون به.(محمد علي، 1970: 27)

وتؤدي الصراعات بين الأبوين وبين الاخوة، أو بين الآباء والأبناء إلى جو متوتر في البيت، والشعور بعدم الأمن، والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن، فأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوفهم العادية،(جمال القاسم، 2000: 154) كما أن عدم ثقة الطفل بنفسه وشعوره بعدم الأمن يجعله أكثر عرضة للمخاوف.(اعتماد الهندي، 2010: 272)

ويشير "منصور والشربيني" (1420) إلى أن العلاقة التي يسودها الدفء والحب والتقدير المتبادل بين الطفل ووالديه ثمرتها إنسان متزن في انفعالاته وعواطفه.(اعتماد الهندي، 2010: 271)

ويؤكد القرني (1413) أن التنشئة الأسرية المضطربة المتمثلة في تخويف الآباء لأبنائهم وعقابهم بشكل قاس هو السبب الرئيسي لإصابة الأطفال بالمخاوف المرضية.(اعتماد الهندي، 2010: 272)

ويذكر "هيرلوك" أن كل مرحلة من مراحل الطفولة لها مخاوف مميزة إلا أن هناك تبايناً بين ما يبديه الطفل من مخاوف وعلاقته بأسرته.(اعتماد الهندي، 2010: 272)

فقد يخاف الطفل من ممارسة بعض الأنشطة كالقفز مثلاً، وقد يخاف من مقابلة الزوار وخاصة اذا سخر منه أحد أو ضحك عليه.

وتذكر "انتصار يونس" (2000) أن شعور الأبناء بالنبذ الوالدي يزيد من مخاوفهم مما يعوق نموهم وتقدمهم نحو الاستقلالية والاعتماد على النفس.

وتؤكد "رابعة عدوان" (1414) أن المخاوف المتكررة التي لا تتناسب مع المواقف يعد أمر يحتاج إلى تأمل وعلاج.(اعتماد الهندي، 2010: 272)

كما أن الأسرة تحتل مكانة هامة في تنشئة الطفل وتكوين شخصيته والتأثير في سلوكه، وذلك لكون الأسرة أول مكان يبدأ فيه الطفل حياته، ولطول الفترة التي يقضيها في البيت بين أفراد أسرته، بالإضافة إلى العواطف التي تربطه بهؤلاء الأفراد، فالطريقة التي يتبناها الوالدان في تنشئة الأطفال لها أثر واضح في ظهور اضطراب السلوك لدى هؤلاء الأطفال.(العمارية محمد، 2002: 15)

وتعتبر الأسرة هي العامل الأساسي في صنع سلوك الطفل بصفة اجتماعية منذ نشأته الأولى وخلال مراحل نموه المختلفة التي تتولاها بالعناية والرعاية، وكل ما يكتسبه الطفل من الأسرة من خبرات

مؤلمة ناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تؤدي إلى مشكلات نفسية وانفعالية واجتماعية في شخصيته مما يعرضه لبعض الأمراض النفسية كالمخاوف.(حامد زهران، 1979: 195)

وإذا كانت البيئة الأسرية غير صالحة لتربية الطفل تربية سوية، فإن الطفل قد يصاب بأحد المشكلات النفسية كالخوف أو القلق أو الاكتئاب، والمشكلة الحقيقية التي تكمن وراء ذلك تتركز في أن الطفل لا يستطيع أن يعبر عن مكنونات نفسه، ومن ثم فإن هذه الآلام النفسية يمكن أن تظهر على شكل مشكلات سلوكية كالتلعثم في الكلام، والتبول اللارادي، وقد يضطرب سلوك الطفل فيخاف من الذهاب إلى المدرسة، وقد يهرب منها، وقد يكذب ويسرق، وهذا كله يؤثر على تحصيله الدراسي.(وفيق صفوت، 2000: 135)

فالبيئة المنزلية المضطربة القائمة على الشجار والانفصال والطلاق وغياب أحد الوالدين أو كليهما، والوالدان العصبيان، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل، وأسلوب التربية الخاطئة، والتفرقة في المعاملة بين الاخوة، وتفضيل جنس على آخر، والسلطة الأبوية الزائدة، وإثارة المنافسة غير العادلة بين الأطفال، وميلاد طفل جديد، والخطأ في تحول حب الوالدين واهتمامهما به خاصة إذا كان الطفل هو الأول والوحيد.

وتؤكد "رابعة عدوان" (1413) أن الخبرات المؤلمة في الطفولة تكتسب من مواقف يدرك فيها الطفل عدم تقبل والديه ورفضهما له وتسلطهما مما يشعره بعدم الطمأنينة والخوف، وقد اتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته كما تؤدي إلى نقص قدرته على مواجهة مؤثرات الحياة.(مؤمن، 1997: 272)

كما أن المعاملة داخل الأسرة لها أثر كبير في تشكيل وتطبيع شخصية الطفل وإكسابه المعايير السلوكية والاتجاهات النفسية والانفعالية، لذلك كان لأسلوب معاملة الوالدين أثر في تشكيل المخاوف لدى الأبناء، فقد أشارت "ممدوحة سلامة" (1987) إلى وجود علاقة بين ما يبديه الطفل من مخاوف وبين أسلوب معاملة الوالدين مما ينبئ بالمشكلات الانفعالية للأبناء.

وقد أسفرت نتائج الدراسة التي قام بها "كوبلوند Coupland" (2000) على أن عوامل البيئة الأسرية المتمثلة في استخدام أساليب معاملة والدية تقوم على الحماية الزائدة والتحكم الزائد وإساءة معاملة الطفل تعد المسؤولة عن ظهور الفوبيا لدى الطفل.(رشا محمد، 2016: 109)

- ومن العوامل الأخرى المؤدية لحدوث الخوف لدى الطفل أن يكتشف الكبار خوفه من أمر معين، أو القيام بتخويفه من حيوان أليف يخاف منه وذلك من أجل اللهو والتسلية والضحك منه، فيقصون على الأهل ما حدث للطفل حينما رأى قطة مثلاً، فيقدمون له قطة (لعبة) أمام الزوار بشكل يستثير الطفل فيصرخ وهنا يضحك الكبار ويستمرون في لهوهم وضحكهم على حساب تألم الصغير وانزعاجه وليس هناك أقصى من أن يجلس الوالد أمام إبنه ويثير خوفه والطفل يصرخ والوالد يضحك.(عماد مخيمر، هبة علي، 2007: 152)

وقد يلجأ البعض لتخويف الأطفال للتسلية والضحك وهو أمر متكرر الوقوع، فخوف الطفل من القرد مثلاً قد يكون مثاراً للضحك عند الكبار على حساب تألم الصغار وانزعاجهم.

فعبارات الوالدين التي تعبر عن الغضب أو الاستهزاء تؤثر على الأطفال، ويمكن أن تكون مصدراً للإزعاج، كما أن الطفل الخجول يبدي ردود أفعال نحو المواقف الجديدة تتسم بالخوف.(محمد الريماوي، 2003: 315)

ينبعث الخوف في نفس الطفل من خلال تخويفه بأشياء كانت تبدو له طبيعية ولكنها ارتبطت في ذهنه بمواقف مؤلمة مخيفة.(محمد عبد الباري، 2004: 129)

- التربية الخاطئة القائمة على النقد والتوبيخ والضغط والمتطلبات الزائدة لأن مثل هذه الأساليب تنتج أطفالاً يخافون بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص.(جمال القاسم، 2000: 154)

فالتربية الخاطئة القائمة على عقاب الطفل وعدم تعويده الثقة بالنفس وتقديره لذاته، وكذلك تسلط الآباء وعدم سماحهم للطفل بممارسة الأنشطة التي يحبها، أو اعتماده على الآخرين تسبب الخوف لدى الطفل.

إن النقد الزائد للأطفال قد يؤدي إلى تطوير الشعور بالخوف لديهم حيث يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل شيء صحيح، هذا ما يؤدي بدوره إلى أن الطفل يفقد الثقة بنفسه ويظهر عليه الجبن، كما أن التهديد المتكرر للتقييم السلبي يؤدي نتيجة متشابهة.(محمد عزة، 2002: 144)

كما أن الإسراف في استخدام أسلوب التخويف له آثار سلبية، ذلك لأن الطفل تحت وطأة هذا الأسلوب قد ينقلب إلى طاغية ومتجبر ومتسلط حين تتاح له الفرصة، فانقلاب الطفل الوديع بفعل انفلات التربية وجنوحها إلى القسوة والعنف من جانب الآباء أو المربين مؤداها الطبيعي الخوف

الشديد، وهذا من شأنه أن يعكس نفساً مريضة متعطشة دائماً لاستخدام نفس أسلوب الآباء والمربين من بطش وعنف، فكل من يتسم سلوكهم بالإجرام والعدوانية ما هم إلا أطفال شبَوا خائفين لأنهم عانوا كثيراً من العنف والقسوة في بيئتهم التي عاشوا في كنفها بحكم التربية اللاسوية.(وفيق صفوت، 2005: 252)

بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التربية المتزامنة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن أن توجد الخوف عند الأطفال، وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين، كما أن توقعات الآباء المبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الخوف من الفشل عند الأطفال، فالآباء الذين يتوقعون الكمال الزائد من أطفالهم كثيراً ما يعاني أطفالهم من الخوف، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويخافون من محاولة ذلك، بالإضافة إلى ذلك فإن نقد الأطفال الزائد يطور لدى الطفل شعوراً بالخوف بعدم القدرة على عمل الأشياء الصحيحة، وهم يتوقعون دائماً الاستجابات السلبية مما يظهر عندهم الجبن، كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة، فالطفل الذي يكرر توبيخه لتوسيخ ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يخاف من الاتساخ، وقد يتعمم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الفوضى أو عدم الانتظام.(الزغبي أحمد، 2013: 183)

- التهكم والسخرية والافراط في اللوم، كل هذه الأمور تفقد الطفل ثقته بنفسه وتجعل منه طفلاً خوافاً يخشى الوقوع في الخطأ نتيجة ارتباط هذا بالسخرية اللاذعة والقاسية، وغالباً ما يحدث الشعور بالقلق وقلة النوم.(شحيمي، 1994: 108)

- كما أن خبرة الطفل بمرض أو موت شخص عزيز عليه تؤدي به إلى صدمة، وقد يتمثل هذا الشخص في أحد والديه، وخاصة إذا كانت الخبرة الأولى بخصوص المرض المفاجئ أو الموت، وهذا ما قد يحدث خوف الطفل من فقد الوالدين أو أحدهما، لأن الوالدين يمثلان قاعدة الأمن بالنسبة للطفل وأي تهديد لحياتهما أو حياة أحدهما يؤثر على أمنه واستقراره.

- علاقة المخاوف بمواقف غير سارة أو مؤلمة، كأن يرى الطفل الطبيب يخيط أو يضمد جرح طفل مثله، وهذا الأخير يبكي ويتألم والطبيب لا يبالي بسلوك الطفل المريض، فمثل هذا الموقف يولد حالة رعب وخوف لدى الطفل الذي شاهد الطبيب المعالج.(منصوري مصطفى، 2008: 96)

إن الخبرات الغير السارة التي يمر بها الطفل تترك أثاراً سلبية لا تزول بسهولة، إذ يخاف الطفل من ذكر الخبرات المؤلمة التي مرَ بها كالعلاج الطبي أو إجراء عملية جراحية، وأن يكون قد تعرض

للتهديد من قبل حيوان مثلاً ما يمكن أن يسبب له خوفاً محدداً من ذلك الحيوان أو خوفاً من جميع الحيوانات أو توجهاً عاماً للخوف من أي موقف، ويمكن أن يشيع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بالتعميم يمتد ليشمل مجالات متعددة في حياة الطفل.(الحطا يونس، 1988: 107)

وقد يكون خوف الطفل له علاقة بموقف مؤلم ومخيف، كأن يذهب الطفل مع أمه إلى المستشفى ويشاهد طفلاً ينزف بالدم ويقوم الطبيب بخياطة الجرح والطفل يصرخ ويتألم، فهذا المنظر المؤلم يسبب للطفل فيما بعد خوفاً من رؤية الطبيب أو مجرد سماع صوته، كما أن خبرة الطفل المؤلمة من بعض الحيوانات تجعله يعمم خوفه على جميع الحيوانات، كذلك خبرة الصدمة في الحمام وانزلاق رجليه في الماء أو دخول الصابون في عينيه تؤدي إلى النفور من الحمام والخوف من الاستحمام نتيجة هذه الخبرة المؤلمة والسيئة.(عبد اللطيف فرج، 2008: 36)

- تخويف الطفل بقصص مخيفة ومرعبة التي تحكى للأطفال قبل النوم سواء من أمه أو من مربيته، أو مشاهدة أفلام مزعجة وأحداثها مؤلمة، فيبقى الطفل يتألم لما حدث للبطل وهذا ما يجعله يرفض النوم بمفرده لشدة خوفه.(خيري، بوصنوبرة، 2008: 69)

إضافة إلى مشاهدة أفلام العنف التي تؤدي إلى خوف الأطفال من موضوعات هذه الأفلام مما يجعلهم يرفضون النوم بمفردهم لشدة خوفهم.

فقد أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون أفلام العنف ممن تقع أعمارهم ما بين (7-11) سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال الذين لا يشاهدون هذه البرامج، فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل أو اعتداء أو خطف يجعله يعتقد أن ما رآه حقيقة، ويمكن أن يحدث له في الواقع لذلك يجب على الوالدين أن يعتنوا عناية شديدة باختيار الاشرطة التي يشاهدها الأطفال والحصص التي يسمعونها، كما توصلت نتائج الابحاث التي أجراها علماء النفس أن شدة العاطفة التي يشاهد بها الأطفال الصغار قصة مفزعة تصل إلى أربع أو خمس ليالي.(عبد اللطيف فرج، 2008: 36)

- قد يلجأ بعض الآباء لاستثارة الخوف في أطفالهم فيربطونه بأمور لم يقصد بها أن تكون مخيفة وإنما أن تكون مفيدة، فالطبيب الذي يقوم بخدمات إنسانية واجتماعية مفيدة يستعمل إسمه كأداة للتخويف وكذلك الشرطي والمعلم والمدرسة فهذه الموضوعات التي يجب أن ترتبط في ذهنه بفائدتها وقيمتها تستعمل كوسائل للعقاب أو لاستثارة الخوف فينقلب معناها وتصبح مصدراً للخوف له.

تهديد الطفل بالغول أو الشرطي وما شابه ذلك قد يكون وسيلة سهلة للحصول على توافق الطفل، ولكنها مصادر كامنة للمخاوف التي تعيق نمو الطفل.(ولمان، ترجمة محمد عبد الظاهر، 1991: 45)

إضافة إلى تخويف الطفل لدفعه لعمل معين مثل تخويفه من حجرة الفئران والعفاريت، والطبيب، والمعلم.

- وقد يكون الشعور بالخوف لدى الطفل ناتجاً عن التربية والثقافة والعادات المتبعة في مجتمعه، كأن يغرس بذهن الطفل مثلاً أن هناك جناً أو عفريتاً وغيرها من الأفكـار السلبية.(سناء سليمان، 2005: 78)

- تعرض الطفل لمواقف ومثيرات غربية ومنفردة تحدث ألماً نفسياً فيخاف منها، وبتكرار هذه المواقف والمثيرات يثبت انفعال الخوف لدى الطفل ويستمر.(محمد عبد الباري، 2004: 129)

- تهديد الطفل وتخويفه، وذلك باستخدام الكبار للتهديد بأشياء أو أشخاص وتخويف الطفل بها كعقبات من أجل الامتناع عن أفعال وسلوكيات لا يريد أن يدعها أو لفعل سلوكيات يريدها الكبار.

- يلجأ الأطفال إلى الخوف من أجل السيطرة على الآخرين في محاولة منهم لجلب الانتباه لهم ولتجاهل سلوك خاطئ قاموا به، وبذلك يصل الأطفال إلى التقبل من قبل الكبار، وبذلك يكونوا قد استثمروا الخوف كوسيلة للتخلص من موقف ما مثل ادعاء الخوف من الذهاب إلى المدرسة لكي لا يذهب لها الطفل،(جودت عزت، 1999: 170) وهذا النموذج يعزز الطفل بشكل مباشر لوجود المخاوف لديه، وهكذا يؤدي الخوف إلى حالة من الرضا والارتياح على نحو يزيد من حالة الشعور بالخوف، ويزيد الوضع تعقيداً عندما يكون الخوف هو الطريقة الوحيدة والرئيسية لدى الأطفال للتأثير في والديهم، ويتكرر سعي الوالدين لتهدئة الطفل مع الفشل في الوصول إلى الهدف، ومن الأمثلة الواضحة على هذا النمط من السلوك خوف الطفل من المدرسة، فالأطفال يظهرون خوفاً شديداً من الذهاب إلى المدرسة، وتكون النتيجة سماح الوالدان لهم بالبقاء في البيت، مما يجعلهم يحصلون على ما يريدون من تجنب المدرسة والبقاء في البيت، ويقوى هذا النمط إذا كان الوالدين مترددين في إرساله إلى المدرسة وعملاً دون قصد على جعل الاقامة في البيت متعة أو خبرة سارة بالنسبة له، أو كنتيجة لهذه المواقف يصبح الخوف طريقة للتأثير في الآخرين.

- الأطفال ذوي الضعف النفسي والجسمي أكثر استعداداً لتطوير المخاوف عندما يكونوا متعبين أو مرضى، خصوصاً إذا استمرت حالة الضعف الجسمي لفترة طويلة تؤدي إلى الشعور بالعجز وضعف

المقاومة بحيث تصبح الميكانيزمات الدفاعية للطفل أقل فاعلية، وعندما يكون تقدير الذات لديه منخفضاً يكون أكثر عرضة لتطوير المخاوف، (سعيد العزة، 2002: 144) إذ يشعر الطفل بالحزن والعجز وضعف القدرة على التعامل مع المثيرات والأفكار المثيرة للخوف، فالأطفال ذو البنية الجسمية المريضة يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية أو حتى المتخيلة.(بن عامر زكية، 2006: 46)

كما يميل الأطفال لإظهار الخوف إذا كانوا يشعرون بالإعياء والتعب خاصة إذا كانوا يعانون من سوء التغذية أو نقص السكر في الدم، ويعانون من مشاعر سالبة عن ذواتهم.(جودت عزت، 1999: 170)

- الخبرات الأليمة العنيفة في الطفولة، فمرور الطفل بخبرة مؤلمة منفردة عن مثيرات معينة مثل مشاهدة طفل للكلب يجري وراء طفل آخر ويعضه، فمع تكرار هذا الموقف يخاف من الحيوانات، فالخبرة والتكرار سببا هذا الخوف، بالإضافة إلى الحكايات المخيفة للأطفال، وعدوى الخوف عند الكبار، والاحباط والفشل والصراع بين الرغبة والاشباع، وعدم إشباع الحاجات النفسية.

- ومن بين الأسباب التي تكون الخوف لدى الطفل ضربه وهذا ما يشعره بالخوف وعدم الأمان، خاصة حينما يجهل الطفل أسباب عقابه ويكون غير قادر على التمييز بين الصواب والخطأ.

- قد يخاف الطفل إذا فوجئ بوفاة عزيز عليه لاسيما إذا كان يلقى منه عطفاً وحباً ورعاية وحماية، فخوف الطفل من المسائل المجهولة الغير الحقيقية أو التي لا يمكن للطفل إدراكها حسياً كالموت وهي أعمق أثراً في حياة الطفل من الخوف من المحسوسات كالخوف من الظلام.

- ومما يقوي الخوف في نفسية الطفل استثارته كأداة لحفظ النظام أو لدفع الطفل لعمل معين أو منعه من القيام بلعب أو ضوضاء أو غير ذلك.

- ومن أسباب المخاوف المثيرات البيئية مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والبرق والرعد والأمطار...الخ.(Constance, 2004: 515)

وتبقى أسباب المخاوف المرضية عديدة ومتعددة، فالبعض يرجعها إلى ظروف الحياة الحديثة الناتجة من جراء حركات التصنيع الكبرى، والبعض يراها كعصاب نفسي ناجم من خبرات الفشل والاحباط، والبعض يرجعها لأسباب وراثية ناتجة عن أسباب بيولوجية أو إلى التطور البيولوجي أو الحيوي، والبعض يرجعها لأسباب أسرية ناشئة عن أساليب التنشئة.(عبد الرحمان العيسوي، 2001: 181)

6- أعراض الخوف المرضي:

يصاحب المخاوف المرضية بعض الأعراض والمظاهر في مختلف جوانب شخصية الفرد ومنها:

أ- تغيرات جسمية وفسيولوجية:

وتشمل تغير ملامح الوجه، ولون البشرة بسبب تدفق الدم وانخفاض الحرارة وافراز العرق واصفرار الوجه وشحوبه، وصعوبة الحركة وعدم الاستقرار في مكان، وحبسة الصوت وتغير نبرته، وجفاف الحلق، وسرعة النبض وزيادة ضغط الدم، وصعوبة التنفس، ألم المعدة، وسرعة خفقان القلب، والشعور بالضيق والاغماء، والقيء، التبول اللارادي، وفقدان السيطرة في عملية التبرز، وزيادة إفراز الأدرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكلويتين في الدم، وتوتر الجهاز العصبي مما قد يسبب شللاً بسيطاً.

ب- تغيرات معرفية وعقلية:

وتشمل ضعف الادراك والذاكرة والتفكير، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة، ونسيان أو خلط المعلومات والأفكار وتداخلها.

ج- تغيرات وجدانية انفعالية:

وتشمل عدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني، والشعور بالقلق والتوتر والخوف الشديد والخجل، وعدم الشعور بالأمن، ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالنقص.

د- تغيرات سلوكية:

وتشمل ضعف الارادة، والتهور أو الجبن، والتردد والعجز عن العمل، وضعف القدرة على الانجاز، وانخفاض الاداء وسرعة الاجهاد، والاحجام عن مشاركة الآخرين في أنشطتهم،(حسن عبد المعطي، 2001: 290- 294)، والتأتأة في الحديث، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية، وإضاعة الوقت أثناء الاقبال على انجاز عمل ما.

7- النظريات المفسرة لمخاوف الأطفال:

لقد شغل الخوف كظاهرة نفسية اهتمام العديد من مدارس علم النفس ونظرياته المختلفة، وتعددت الاجتهادات المختلفة في تفسيره، فمنها من ينظر إلى المخاوف باعتبارها استجابات متعلمة عن طريق التشريط، ومنها من يرى أن المخاوف مصادرها معلومات غير صحيحة وأخطاء معرفية ومنها من يرى أن لكل فترة نمو مخاوفها الخاصة بها، ومن أشهر هذه النظريات نظرية التحليل النفسي،

والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية الارتباط، والنظرية الفيزيولوجية، وفيما يلي تفسيرات هذه المدارس:

7-1 نظرية التحليل النفسي:

لرائدها "سيغموند فرويد Frewd" يرى أن الخوف المرضي هو عبارة عن حيلة دفاعية لاشعورية حيث يحاول المريض عن طريق عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مر به خلال أحداثه اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالباً ما يجهله المريض، وعلى الرغم من معرفة المريض غرابة خوفه إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على خوفه، والخوف الخارجي يكمن من وراءه الخوف من شيء آخر داخل المريض حيث تزاح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك بصورة لاشعورية بحيث ينتقل إلى انفعال من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولاً مثل: الخوف من المدرسة، فقد يكون بديلاً للخوف والقلق بسبب الانفصال.(محمود الوردي، 1986 :80)

واعتبر "فرويد Freud" في نظريته أن الخوف والقلق إنذار الأنا بأن هناك خطراً، فالقلق يشكل وسيلة الأنا الدفاعية ضد الخطر الداخلي، وقد توصل "فرويد" إلى هذه النتيجة بعد تحليله لبعض الحالات كحالة هانز الذي كان يخاف من الحصان، وتعتبر دراسته لتلك الحالة من الدراسات الأساسية التي أدت إلى تطوير نظرية التحليل النفسي، وهانز طفل في الخامسة من عمره تعرض للفوبيا من عضة الحصان، وموضوع الحصان هذا ما هو إلا دلالة أو رمز لخطر داخلي، حيث أن الخطر الداخلي الغريزي يستبدل بموضوع خارجي موضوع الفوبيا من أجل حماية الأنا، فالأنا عندما تدرك خطر الاخصاء في الهو تتشكل الفوبيا، حيث أن قلق الخصاء سيوجه لموضوع مختلف ويعبر عنه بطريقة منحرفة.

فخوف الطفل من الحصان هو رمز للخوف من الأب، فبدلاً من أن يخاف من الأب أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزاحة الخوف من السبب إلى موضوع رمزي بديل حتى ينجح في ازاحة الخوف من السبب إلى موضوع خارجي مما يجعله يتجنب هذا الموضوع، فالأب القاسي الذي يمنع ابنه من التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعلمه كيف ينظم رغباته في الاتجاه الصحيح، وإنما يترك الطفل لآليات العدوان الخارجي اتجاه الاب بحيث لا يستطيع الطفل التعبير لفظياً عن هذا العدوان وإنما يتمثله خيالياً فيعيشه على مستوى الصورة ويسقطه على الواقع وذلك باستخدام آلية الازاحة.

وقد لخص "ايدلبرج" حالة هانز بما يلي:

1- إن الخوف من الحصان يرجع إلى حقيقة مؤداها أن الحصان كان الرمز اللاشعوري لأبيه.
2- الخوف من أبيه كان سببه الكراهية التي ابتعثها الأب عند هانز الصغير عندما طرده من فراش أمه.
3- كان الطفل عاجزاً على القضاء على أبيه والنوم مع أمه، وعاجزاً عن التخلي عن هذه الرغبات التي كان هانز يكبتها.
4- نتيجة لهذا الكبت فإن الرغبات الممنوعة بقيت نشيطة في اللاشعور.
5- ازاحة رغباته على الحصان، حيث نجح الطفل في التخلص من الشعور بالخوف في المنزل.(قطان سامية، 1982: 17)

وتمثل السنوات الأولى من مراحل النمو القاعدة الأساسية والمرحلة الحاسمة في تكوين وبناء شخصية الفرد، وهذا ما أشار إليه "بطرس حافظ بطرس" أن "فرويد" أكد على أن النمو السلوكي الذي نشأ عليه الطفل في السنوات الأولى من الحياة والأثر الهام له في تحديد نمو الشخصية في السنوات اللاحقة، ويرجع "فرويد" جميع الاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد إلى التثبيت في مرحلة الطفولة الأولى، وهذا ما يثير اهتمام العلماء بمعرفة الخلفيات التي نشأ عليها الطفل في طفولته.(بطرس حافظ بطرس، 2008: 187)

وقد ميز "سيجموند فرويد" بين مرحلتين أساسيتين في تكوين الخوف المرضي هما:

-المرحلة الأولى: مرحلة كبت الرغبات الجنسية، وتحول هذه الرغبة إلى قلق، ثم تعلق القلق بخطر خارجي معين.

- المرحلة الثانية: وفيها تنشأ بعض الاحتياجات ووسائل الدفاع التي تعمل على تجنب التعرض للخطر الخارجي، والكبت في الأصل هو محاولة للهرب من خطر الليبيدو، أما الفوبيا فهي وسيلة من وسائل الدفاع ضد الخطر الخارجي الذي يمثل الخطر الصادر عن الليبيدو أي أنها وسائل دفاعية لتجنب الشعور بالقلق.(سيجموند فرويد، ترجمة محمد عثمان نجاتي، 2008: 18- 19)

ويتضح أن المدرسة التحليلية أولت اهتماماً كبيراً لأثر العوامل والدوافع اللاشعورية في سلوك الإنسان من جهة أخرى نبهت إلى الأثر لمرحلة الطفولة خاصة علاقة الطفل بوالديه في تمهيد الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية.(عزت أحمد، 1963: 57)

وهذا ما تؤكده "وفاء مسعود الحديني" (2001) على أن نظرية التحليل النفسي تربط الفوبيا بخبرات الطفولة، فالفوبيا تتطور في الآخرين على أساس:

- غياب مصدر إشباع احتياجات الطفل.
- الخوف من فقد الحب.
- الخوف والخجل الشديد المرتبطين بالموقف الأوديبي.
- الخوف نتيجة لمشاعر الذنب.(وفاء مسعود الحديني، 2001: 66)

بينما يرجع أصحاب التحليل الحديث إلى وجود تضاد وتنافر بين المعاني والأبنية التي يقدمها الفرد لذاته وبين التهديدات الخارجية مما يشعره بالخوف على ذاته، وقد يصل به هذا الشعور إلى ذروة أنواع الخوف وهو الخوف الشديد من إبادة الذات وفنائها، وقد يتحول الخوف إلى موضوعات خارجية بغرض انكار الخوف تظهر الشكاوي الجسمية ليس لها أسباب عضوية لكنها دفعات نفس جسمية يطلقها اللاوعي دفاعاً عن الذات وهذا هو الخوف المرضي الذي يحدث داخل الفرد وليس استجابة لخطر خارجي، ويعتبر هذا النوع من الخوف من أشد أنواع الخوف.

وقد يلجأ البعض إلى نقل موضوع الخوف الأصلي إلى موضوع آخر كبديل يسقط خوفه عندما يتعرض لموقف لا يمكنه التعبير عنه فمثلاً عندما يخاف الطفل من الأب الغليظ القلب فيتحول إلى خوف ما يسمى بالإسقاط ويطلق عليه الإزاحة، فالطفل هنا يخشى التصريح بالخوف من الأب فيحاول كبت الصراع بداخله ثم يتحول لاشعورياً لموضوع خارجي وذلك بإزاحة الأب الفظ ليحل محله ما يرمز إليه وهو الحيوان فيسقط عليه الخوف، وهكذا يحدث لبعض الدوافع اللاشعورية حيث يسقطها الفرد على مواقف خارجية.(علاء عبد الباقي، 2000: 54)

7-2 النظرية السلوكية:

تؤكد "وفاء الحديني" على أن النظرية السلوكية ترى أن الفوبيا هي إستجابة مكتسبة، فهي تخضع إلى قوانين التعلم، والتعلم لا يختص باكتساب أنماط جديدة من السلوك، ولكن بإضعاف أو إزالة أنماط قائمة من السلوك.(وفاء الحديني، 2001: 65)

أوضح السلوكيون أن الخوف مكتسب من خلال عملية التشريط الكلاسيكي عندما يقع حدثان في نفس الوقت ويرتبطان معاً في مخ الإنسان، أي انتقلت فيه القدرة على إحداث الاستجابة من المثير الأصلي الطبيعي إلى بعض الظروف التي اقترنت بالمثير الأصلي لحادثة قديمة مر بها الطفل في

طفولته، ومن أبرز التجارب في مجال تعلم الخوف تلك التجارب التي قام بها "رينر وواطسون R. Rayner et J. Wattson" (1920) على الطفل "ألبرت Albert" الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهراً حيث أعطاه واطسون سلسلة من الأشياء: فأراً أبيضاً وأرنباً وكلباً وكرة من القطن وبعض الأقنعة وحاول ألبرت الوصول إلى هذه الأشياء واللعب بها، وأثناء لعبه بالفأر الأبيض أحدث واطسون صوتاً عالياً بقطعة من الحديد، وكرر إحداث الصوت العالي لدى إمساك الطفل للفأر الأبيض، وقد ظهر أنه تم إشراط الطفل لدرجة أنه كان يبدأ في الصراخ ويبتعد عن الفأر الأبيض كلما رآه، وبعد أسبوع بدأ الطفل يعمم خوفه على كل الأشياء المشابهة للفأر مثل الكلب الأبيض والمعطف...الخ.(عماد مخيمر، هبة علي، 2007 :153)، ويعتبر هذا هو مبدأ تعميم المثير الذي ينص على أن الاستجابة التي يتم تعلمها لمواجهة مثير ما يصبح المحتمل وقوعها عند مواجهة مثيرات مشابهة، وهذا كلما زاد احتمال وقوع الاستجابة.(الكتاني فاطمة، 2010: 115)

يتضح مما سبق بأن علماء النفس السلوكيون يرون أن الفرد يتعلم الفوبيا أي أنه يمكن اكتساب المخاوف بالاستجابة الشرطية حين ترتبط المثيرات المحايدة بأشياء وصور وأفكار مثيرة للقلق، وقد يتعلم الفرد مخاوف كثيرة، فإذا حدث الخوف لأي سبب من الأسباب التي تستدعي الخوف ارتبط خوفه ببعض الأشياء الخارجية المسببة في حدوث الخوف، وتسمى هذه الطريقة بالاشراط والاقتران.

3-7 نظرية التعلم الاجتماعي:

بعد الانتقادات التي وجهت للاتجاه السلوكي ظهرت اتجاهات جديدة أعطت أهمية للجوانب العقلية والانفعالية للفرد باعتبارها تلعب دوراً في تحديد كيف يفسر الفرد ويستجيب للبيئة، ومن بين تلك الاتجاهات ظهرت نظرية التعلم الاجتماعي عام (1930)، ومن أشهر روادها "ألبرت باندورا Albert Bandoura" الذي أكد على التعلم بالملاحظة، أي اكتساب نماذج سلوكية من خلال ردود أفعال الآخرين الانفعالية.

ووفقاً لافتراضات هذه النظرية فإن التعلم يعتبر مصدراً رئيسياً للقواعد والمبادئ والسلوك، وهذه النظرية تشير إلى أنه يمكن إجراء علاجي فعال تحت ظروف مناسبة للتقليل من المخاوف والتدريب على مهارات إجتماعية جديدة.(خولة أحمد، 2000: 44)

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الفوبيا مكتسبة ومتعلقة بالمشاهدة والملاحظة والتقليد للآخرين، وتتم عملية الاكتساب من خلال المراحل التالية: الانتباه للسلوك، حفظ ما تم الانتباه اتجاهه، إعادة وتكرار للأداء أو السلوك المكتسب، الاستمرار في الأداء الحركي للسلوك المكتسب.

ويمثل التعلم بالمحاكاة للنماذج في حياة الطفل أعلى نسبة من طرق التعلم لكل الأشخاص المؤثرين في حياته بتقليد انفعالاتهم في التفاعل مع مؤثرات البيئة، ولذلك نجد معظم المخاوف الشائعة في الأسرة الواحدة مكتسبة من أفرادها، وأنها متشابهة بينهم.

ويرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أن الطفل يشاهد فيقلد ويحاكي النماذج التي شاهدها فيكتسب النماذج السلوكية سواء كانت سوية أو غير سوية.(علا عبد الباقي، 2000: 60)

4-7 النظرية المعرفية:

يرى أصحاب التوجه المعرفي أن الخوف المرضي لدى الأطفال ينشأ من تبني الطفل لمعتقدات حول توقع الشر من أشياء وأشخاص ومواقف معينة نتيجة لمروره بخبرات سيئة متعلقة بتلك الأشياء أو الأشخاص أو المواقف، حيث يركز الطفل انتقائياً ويتذكر مثيرات خوفه ويضخمها وفي نفس الوقت يقلل من شأن قدرته على مواجهتها ويتوقع الفشل في مواجهتها مما يزيد من مشاعر الخوف لديه ويؤثر على حالته الانفعالية وسلوكه.(Geenberg,1989:25)

5-7 نظرية الارتباط (التعلق):

اهتم "بولبي Bowlby" من خلال هذه النظرية بطبيعة العلاقة بين الأم والطفل ومشاكل قلق الانفصال، والمؤشر المهم حسب بولبي هو الوحدة التي تحمل خطراً كبيراً بالنسبة للأطفال، وبالتالي تعتبر استجابة الخوف لغياب الأم كاستجابة تكيف أساسية، بمعنى أنها أصبحت عملية التطور جزءاً عضوياً من مجموع سلوكات الإنسان بسبب مساهمتها في بقائه، وما يتميز به الإنسان من قوى إدراكية وعقلية قابلة للتعلم يجعل الخوف من الوحدة يتخذ أبعاداً وأشكالاً مختلفة ودرجات متباينة من الشدة

خلال سيرورته النمائية، وقد تلعب الاختلافات الوراثية دوراً في مدى القابلية للخوف من أي موضوع، لكن نمو هذا الاستعداد الوراثي يعتمد على عملية التفاعل بين الطفل وبيئته.(فاطمة الكتاني، 2000 :112)

وكلما نما الطفل ازدادت ظاهرة الخوف أكثر تعقيداً، فالأفكار والمعتقدات سواء كانت معقولة أم غير معقولة، شعورية أو لاشعورية هي جوهر الخوف الإنساني، فالخوف لا يكون فقط من مواقف قائمة كوجود حيوان أو أي موضوع خارجي، بل يكون أيضاً من مواقف متوقعة وهو خوف يرتبط باحتمالات المستقبل كالخوف من الرسوب في نفس القسم...الخ.

6-7 النظرية الفيزيولوجية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن هناك استعداد عضوي لدى الفرد يجعله مستعداً للإصابة بالمخاوف المرضية، حيث يسهل اثارة جهازه العصبي.

إن الجهاز العصبي الذاتي يشكل من قسمين رئيسيين يعملان على نمو متعارض، فالأول هو الجهاز العصبي السمبتاوي: يقوم بتنظيم عملية تكيف الجسم مع حالات الخطر أو الطوارئ، والثاني: هو الجهاز العصبي الباراسمبتاوي: يقوم بتنظيم النشاط الطبيعي الذي يقوم به أعضاء الجسم، وعند إيجاد شيء يؤدي إلى خوف الطفل فإن ذلك يؤدي إلى سيطرة الجهاز السمبتاوي على وظائف الجسم، وتحدث تغيرات عديدة فيها نتيجة لتدفق الأدرينالين في الدم مثل: اتساع حدقة العين، وازدياد خفقان القلب واضطرابات المعدة، وجفاف الحلق، وتعرق اليدين وازدياد ضغط الدم، وازدياد نسبة السكر في الدم...الخ.(سناء سليمان، 2005: 59)

يرى "أيزنك" أنه يوجد متصل كمي كامل لاستجابات الخوف الفيزيولوجي، وأن فقدان السيطرة على عملية الإخراج هو أقصى أعراض الخوف على هذا المتصل وتأتي هذه الأعراض في شكل مظهرين هما:

- **المظاهر الجسمية Somatic:**

تشمل على تعبيرات الوجه (احمرار الوجه)، والرعشة والإجهاد والتوتر.

- **المظاهر الاحصائية Vixerat:**

كخفقان القلب وتغيرات ضغط الدم والتنفس، وزيادة أو نقص إفرازات الغدد فضلاً عن التغيرات الكيميائية مثل التغير في نسبة خلايا كرات الدم الحمراء والجلوكوز، وإفرازات الغدد الصماء، ويتأثر

مقدار الدم في أي منطقة من مناطق الجسم بانقباض وانبساط الأوعية الدموية وهذا التغير مسؤول عن تغير لون الجلد، فيقال أن اصفرار الوجه نتيجة الخوف يعكس تركيزاً نسبياً للدم، ويسيطر الجهاز العصبي السمبتاوي والباراسمبتاوي على إفراز الغدة اللعابية.(أحمد عبد الخالق، 1998: 245)

وقد كشفت الدراسات عن وجود علاقة موجبة بين بعض مقاييس الخوف والمقاييس الفيزيولوجية حيث ظهرت علاقة موجبة بين مقياس الخوف من التشوه(Mutilation questionnais) (MQ) ومقياس النشاط التلقائي (Autonomic activity) حيث وصل الارتباط بينهما إلى (0,269) وهو ارتباط جوهري موجب عند مستوى (0,01).(عادل شكري، 2003: 33)

وأسفرت نتائج دراسة "جير" (1966) لتحديد العلاقة بين الخوف ومقياس استجابة الجلد أن التغيرات توصيل الجلد للكهرباء كانت ذات دلالة كبيرة وأقوى لدى المفحوصين المصابين بالمخاوف الشاذة.(زمرة النحراوي، 2009: 41)

كما أسفرت دراسة "جيلدر وميثيوس" عن ارتفاع دلالة العلاقة بين الخوف ومقياس تدفق الدم في مقدم الذراع Forearm Blood Flow (FBF)، ومن أهم التغيرات الكيميائية الحيوية أثناء الخوف كذلك التغير في الأدرينالين والنورأدرينالين و17- هيدروكسيل كوريتكسيرون والأحماض الدهنية.(صالح الداهري، 2005: 63)

وللكشف عن المناطق المركزية لإثارة الخوف أجريت العديد من الدراسات حيث لاحظ "ميلر" أن الإثارة الكهربائية في مناطق معينة من المخ تنتج كثيراً من الأشكال المصاحبة للخوف، وتبين أن مناطق القشرة التحتية من المخ هي المسببة للخوف وفي الجزء الأساسي من اللوزة، ووجد أن الهيبوثلاموس وبعض أجزاء من اللمبي يمكن أن تثير السلوك نفسه.(عادل شكري، 2003: 34)

7-7 النظرية الجينية:

يهتم أصحاب هذه النظرية بالتكوينات الجسدية والفيسولوجية والعصبية التي تنتقل للفرد وراثياً عبر الجينات، ويطلق على هذه العملية الاستعداد الوراثي، ثم يأتي دور البيئة إما أن ينمي هذا الاستعداد أو يقويه أو يظل كامناً داخل الفرد، ووفقاً لآراء أصحاب هذه النظرية قد تحدث المخاوف المرضية نتيجة استعداد وراثي لدى الفرد مع توفر عدد من المؤثرات البيئية الضاغطة، وعلى ذلك فالأفراد الذين لديهم

استعداد وراثي للاضطرابات الوجدانية يكون رد فعلهم للتهديدات زائد، ويكون لديهم استعداد عال للانسحاب والخوف من المواقف كأسلوب للتغلب على القلق لديهم.(علاء عبد الباقي، 2000: 53)

7-8 نظرية الذات:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الخوف المرضي يمكن تفسيره من خلال المفاهيم السلبية الخاطئة عن الذات وعن الآخرين، ويظهر ذلك من خلال وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب مفهوم الذات والمخاوف بأنواعها، حيث تتحدد الذات وتظهر من خلال المواقف والخبرات التي يمر بها الفرد وأسلوب الحياة التي يعيشها وأنماط التنشئة الاجتماعية التي يتعرض لها وأسلوب التربية خلال العشر سنوات الأولى من العمر ثم تنضج الذات وتزداد خبرة سلباً أو ايجاباً بمرور الوقت والأحداث والتفاعل مع الآخرين.(مدحت عبد الحميد، 1990: 06)

بعد أن تناولنا تفسير الخوف المرضي كما جاء في النظريات السابقة، نشير إلى أن كل نظرية هي انعكاس لفكرها ورؤية من زاوية معينة للظاهرة، وليس في ذلك تضارب في الاتجاهات وإنما تكامل يفيدنا في فهم الظاهرة من وجوه متعددة، فقامت نظرية التحليل النفسي على أن سبب الخوف يرجع إلى الصراعات النفسية المكبوتة، في حين تعتبر النظرية السلوكية الخوف كسلوك متعلم سواء عن طريق الاكتساب أو الملاحظة من خلال التفاعل مع البيئة الاجتماعية للفرد، أما النظرية المعرفية فترجع المخاوف إلى الأفكار والمعتقدات السالبة التي يتبناها الطفل نتيجة مروره بخبرات سيئة، كما اعتمدت نظرية التعلق لبولبي على نظرية التطور الحديثة والتي يقوم عليها العلم البيولوجي، حيث اعتبرت ظاهرة ارتباط الطفل بالأم نظاماً محدداً بيولوجياً ليحافظ على بقاء الرضيع، ولذلك يعتبر خوف الانفصال عن الأم استجابة تكيفية أساسية، ومن خلال عملية التعلم الارتباطي يربط الطفل بين غياب الأم وشعوره بالانزعاج والضيق نتيجة خبراته الخاصة أثناء غيابها، فيتعلم الخوف من موضوعات عديدة.

8- المخاوف الشائعة بين الأطفال:

كثيراً ما تظهر المخاوف بين الأطفال ثم تزول مرة أخرى بدون سبب واضح، ولما كانت المخاوف عند الأطفال بالغة الشدة، فإنه من الصعب جداً أن تفصل مخاوفهم العادية عن حالات خوفهم الشاذة.

فالطفل في السنة الأولى إذا ترك دون طعام لمدة طويلة ظهر عليه ما يبدو حالة الفزع فيصرخ، ويحرك ذراعيه وساقيه بطريقة عشوائية، والمثيرات الأولى للخوف عند الطفل هي الأصوات العالية.

ثم يتطور الخوف تبعاً لمراحل نمو الطفل فيخشى الغرباء، وذلك في الشهر الثامن من عمره فيكتشف لاختلاف الغرباء عن وجه أمه وأبيه.(نبيلة الشوربجي، 2003: 142)

ومع تقدم نمو الطفل تزداد مثيرات الخوف وتختلف في النوع، ففي السنة الثانية وحتى الخامسة يفزع الطفل من الأماكن الغريبة، ويخاف الحيوانات التي لم يألفها.(زكريا الشربيني، 2001: 304)

ويلعب الظلام دوراً هاماً في خوف الطفل، فهو يخشى قدوم الليل لأنه مرتبط في ذهنه بقدوم الظلام بقوى فوق الطبيعة لا يقوى عقله على فهمها، كما يخاف تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها كما في حالة الخوف من الأطباء والعملية الجراحية، وكذلك أطباء الأسنان.(صموئيل حبيب، 1995: 10)

يصعب إلى حد ما معرفة أكثر الموضوعات إثارة للخوف لدى الطفل، ولكن يمكن القول أن خوف الطفل من الكائنات الخرافية والظلام والوحدة والكابوس والموت هو أشد أنواع الخوف، والطفل يخاف من كل شيء يهدد أمنه ومن كل شيء يجهله، وقد أثبتت الدراسة التي قام بها "واطسون Watson" أن الطفل أكثر ما يخاف هو من الصوت العالي حيث يشعر في تلك الحالة أنه فقد الموضوع أحياناً ويأخذ بالبكاء.(أحمد الشرقاوي، 2003: 120)

تتغير المخاوف العامة كلما كبر الطفل، ففي العمر ما بين سن الثانية والرابعة يكون الخوف من الحيوانات هو أكثر المخاوف شيوعاً ولكن بعد هذا العمر تظهر المخاوف من الظلام أو المخلوقات الخيالية، ويتلاشى الخوف من الحيوانات لدى الذكور والإناث بصورة سريعة ما بين سن التاسعة والحادية عشرة.(صباح السقا، 1992: 199)

وفي سن ما قبل المدرسة يتخيل الطفل أشياء وهمية لا وجود لها مثل الخوف من العفاريت والأشباح والجن، ويتمثل هذا بوضوح في بعض قصص الأطفال التي تؤثر على نفسيتهم.

ووجد أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور، ويرجع ذلك إلى أن الذكور في مجتمعنا يتمتعون بقدر من الحرية يفوق ما تتمتع به الإناث، فضلاً عن خوف الآباء عن الإناث يفوق خوفهم على الذكور، هذا بالإضافة إلى التركيب الانفعالي والوجداني والعاطفي للإناث يجعلها أكثر خوفاً، فالتنشئة الاجتماعية تجعلهن أقل تعرضاً للمخاطر وأكثر طلباً للحماية.(أحلام حسن، 2007: 389)

تدل نتائج الأبحاث التي قامت بها "أناستاسي A.Anastasi" وغيرها من الباحثين على أن مخاوف الأطفال تدور حول العمل الدراسي والشعور بالنقص، وقد تنشأ من مواضيع تثير الخوف والقلق، وهي

تهدف في تطورها إلى التخفيف من المخاوف الذاتية الفردية وإلى تأكيد النواحي الاجتماعية، كما تدل دراسات "نوبل ولند G.Noble & S.Lund" على أن الفرد يحتفظ على بعض مخاوفه من طفولته، ومن جملة المخاوف الأكثر انتشاراً وشيوعاً نجد المخاوف المدرسية.(Zlotowiez,1974:12)

9- تأثير الخوف المرضي على الطفل:

إن الخوف انفعال يكثر تعرض الطفل له، ويلعب دوراً بالغ الأهمية في تكوين شخصية الطفل ويتطلب أكبر قسط من العناية والبحث في جذوره، فكثير من المخاوف التي يتعرض لها الطفل تكون من النوع الهدام لقدراته وإمكاناته العقلية والمشتتة لنشاطاته التي تهدف إلى تحقيق الرفاهية للطفل، ويتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق من حريته وتلقائيته، كما تؤدي إلى نقص قدراته على مواجهة ضغوط الحياة.(أحمد إسماعيل، 2003: 120)

والطفل الذي يخاف ليس من السهل عليه تكوين أصدقاء ويفضل أن يبقى وحيداً ويرى أن العالم الخارجي من حوله ليس مصدر أمان وطمأنينة له ولذلك فإنه يتجنبه لأنه بذلك إنما يقي نفسه الدخول في مشاكل جديدة تجعله يشعر بالتعاسة، كما أنه لا يستطيع الاعتماد على نفسه ويصبح غير قادر على التصرف بمفرده في مواقف الحياة المختلفة في المنزل أو في المدرسة بين أقرانه، فيفقد الثقة بنفسه لأنه يشعر أنه غير قادر على أداء أي عمل دون خوف.(فهيم كلير، 1997: 36)

ويشير علماء النفس إلى أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته، كما تؤدي إلى تقلص قدرته على مواجهة توترات الحياة، ورغم أن كل مرحلة من مراحل الطفولة لها مخاوفها المميزة، إلا أن هناك تبايناً فيما يبديه الأطفال من مخاوف.(Hurlack, 1987: 205)

كما يجب أن يستعمل الآباء انفعال الخوف البناء في تنمية شخصية الطفل، وتعويده على النظام والواجب دون مبالغة ودون تخويف وهذا سيساعده على المحافظة على نفسه وعلى التكيف في المجتمع وعلى النجاح في حياته المدرسية ومع أقرانه في محيطه الاجتماعي.(ملاك جرجس، 1993: 28)

10- طرق الوقاية من الخوف المرضي:

ولوقاية الطفل من الخوف المرضي لابد من اتباع الطرق التالية:

- إعداد الطفل للتكيف مع الضيق اليومي وتحمله خاصة مع التوتر وتعليم الأطفال كيف يتعاملون مع حالات الخوف التي قد يتعرضون لها، والألعاب تخدم الأطفال في هذا المجال، وعلى الوالدين تقديم المساعدة في هذا المجال، وعدم تقديم الحماية الزائدة لأبنائهم.
- **الدعم:** إن احترام الوالدين وحبهم لطفلهم يساعده على أن يكون آمناً بعيداً عن التهديد، بينما الانتقاد المستمر والتوبيخ هي معززات لظهور الخوف، يجب على الآباء شرح المواقف التي تسبب الضيق لأطفالهم ليتجنبوا تلك المواقف.
- **تعريض الطفل المبكر والتدريجي لمواقف مخيفة:** على الوالدين أن يعرضا الطفل للمشي في الظلام وذلك بقطع التيار الكهربائي في فترات في الليل، وكذلك فإن طبيب الأسنان يستطيع أن يزيل مخاوف الأطفال تدريجياً، ويكون ذلك بالتحدث إليهم وتقديم الحلول لهم وتجليسهم على الكرسي المعد للخلع بدون أن يخلع لهم سناً واحداً، ثم العودة إلى البيت والرجوع إلى العيادة في اليوم التالي.
- **المشاركة في الاهتمامات:** وذلك بالتحدث في مشاكل مخيفة من قبل أفراد الأسرة، عندها يشعر الأطفال بأنهم ليسوا هم الوحيدون الذين يقلقون ويخافون الأمر الذي لا يشجع مشاعرهم بالخوف باستمرار.
- **شجع الهدوء والتفاؤل:** لا تظهر للأطفال بأنك خائف من الموت على سبيل المثال، وإلا فإنهم سوف يخافون ويقال للطفل بأننا جميعاً سوف نموت، وكذلك يجب تعليم الأطفال أساليب حل المشاكل المتعلقة بالمخاوف، وعلى الآباء أن يتحدثوا مع أطفالهم عن توقع المخاطر.(جودت عزت، 1999: 181)

11- علاج الخوف المرضي:

هناك بعض الأساليب الارشادية والعلاجية التي يمكن أن تستخدم في علاج المخاوف أهمها:

أ- العلاج العقلاني الانفعالي:

وفيه يتم تعديل الأفكار والمعتقدات والتوقعات والتفسيرات غير الصحيحة التي يكونها الشخص عن نفسه وعن حياته وعن المحيطين به وعن المواقف التي تواجهه وتجعله شديد الحساسية وتفقده الثقة بنفسه وبالآخرين، وبما لديه من امكانات وطاقات واستعدادات كثيرة ومتنوعة، وكذلك ازالة أسباب الحزن الزائد والخوف والقلق الذي يسيطر عليه، وكل ذلك يمكن أن يحدث من خلال إتباع برنامج

إرشادي إيجابي لتصحيح السلوكيات والمعتقدات الخاطئة ومشاعر النقص لدى الفرد.(زيدان عصمان، 2008: 603)

ب- العلاج النفسي التحليلي:

يكشف العلاج بالتحليل النفسي عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض، والفهم الحقيقي والشرح، والاقناع والايحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف ويستخدم أيضاً العلاج التدعيمي، وتنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وإبراز نواحي القوة والايجابية لدى الأفراد، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة.

ج- العلاج السلوكي:

وذلك لكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، وفك الاشراط والتعرض لمواقف الخواف نفسه، مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة، والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الأدوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف)، وتستخدم طريقة التحصين بصفة خاصة كما استخدمها "فولبي Wolpe" وطورها "لانج Lang " مستخدماً جهاز التحصين التدريجي الآلي.(أسامة فاروق، 2012: 340)

د- العلاج البيئي والأسري:

ويتلخص في علاج مخاوف الوالدين، وتهيئة جو منزلي تسوده المحبة والتعاطف والهدوء والثبات والاتزان، وتوجيه الوالدين والأقارب فيما يتعلق بضبط الانفعالات والتقليل من الخوف والتوتر والمشاجرات، حتى لا يشيع جو عدم الاطمئنان في الأسرة، وكذلك عدم سرد حكايات مخيفة للطفل.

هـ - العلاج بالعقاقير:

تلعب العقاقير دوراً كبيراً وأساسياً في علاج المخاوف يعطيها الطبيب النفسي للمريض، ولكن دائماً ما ينتاب المريض بأن هذه الأدوية سوف تسبب له الادمان مما يجعله في أي وقت وقف هذه الجرعات مما يسبب له مشاكل صحية، ولكن يجب أن تصحب هذه الأدوية باستشارة الطبيب وهذا أفضل بكثير مما لو أوقفها بدون إذنه، ومن ضمن هذه الأدوية مضادات الاكتئاب فهو علاج ناجح للمخاوف المرضية.(أسامة فاروق، 2012: 340- 341)

التدريب على المهارات الاجتماعية:

ويتم ذلك بتدريب الفرد على التفاعل الاجتماعي والمشاركة والتواصل مع الآخرين، واستخدام ما لديه من استعدادات وقدرات شخصية، ويستخدم في ذلك فنيات متنوعة مثل لعب الأدوار، والنمذجة أو المحاكاة والتشكيل، والمساندة والدعم الاجتماعي، والأساليب التوكيدية، والاسترخاء والتخيل الايجابي.(أحمد الزبون، 2006: 19)

ز- التحصين التدريجي:

وفيه يتم التعامل مع المواقف والمثيرات التي تسبب الخوف لدى الفرد بصورة تدريجية، وذلك لتقليل الحساسية نحوها بالاشراط المضاد بدءاً بأقلها إثارة وصولاً إلى أعلاها إثارة، وذلك بشكل مخطط منتظم طبقاً لحالة الفرد وشخصيته ومشكلته.(محمد الطيب، 1996: 179)

ح- إزالة الحساسية والحالة المعاكسة:

يتعلم الطفل الابطاء في إظهار استجابات الخوف، ويكون ذلك بربط شيء مخيف بشيء سار (حالة معاكسة)، وأن يلعب الأطفال لعبة مسلية في الظلام أو في غرفة مظلمة، والخوف من الظلام في هذه الحالة يتحول إلى متعة كأن يطلب من الأطفال تقليد صوت الرعد، وكذلك شرح لهم أسباب العواصف للتقليل من مخاوفهم إزائها.

ط- مشاهدة النماذج:

ويكون ذلك بمشاهدة الأطفال لأفلام مخيفة وبذلك يتعلم الأطفال عدم الخوف، ثم يعرضون إلى أفلام أكثر إخافة وكذلك بإظهار مواقف شجاعة إزاء تلك المناظر، فالأفلام تقنع الأطفال بأن الشيء الذي يشاهدوه ليس مخيفاً ومثال ذلك كأن يشاهد الأطفال فيلم فيديو لصديق لهم يتغلب على الخوف من الامتحان، أو أن يشاهدوا طفلاً تجرى له عملية جراحية ويمكن تعريض الأطفال لأصوات مفاجئة، وذلك لتقوية مشاعر عدم الخوف لديهم في المستقبل.(جودت عزت، 1999: 173)

و- التدريب:

يدرب الأطفال على التعامل مع المواقف المخيفة وذلك عن طريق اللعب كأن يلعب الطفل في لعبه أسد مخيفة أو في لعبة دب أو ذئب، وعندها قد يلجأ الطفل إلى ضرب هذه اللعبة للتخلص من مخاوفه إزائها.

ك- الخيال الايجابي:

يطلب من الأطفال أن يتخيلوا أنفسهم يقومون بأعمال ايجابية بعيدة عن الخوف أو أن يشاهدوا مناظر جميلة، ويمكن للأطفال أن يشاهدوا أبطالهم يتعاملون مع المواقف المخيفة.

ل- مكافأة الشجاعة:

امتداح سلوكات الشجاعة المناقضة لمشاعر الخوف وذلك بإعطاء الأطفال على سبيل المثال جوائز مادية أو معززات إذا تحدثوا مع الغرباء أو ذهبوا إلى المدرسة في حالة خوفهم منها.

م- التحدث الايجابي مع النفس:

يطلب الأطفال عدم التفكير في المواقف المخيفة، حيث أن التحدث الايجابي مع النفس يشكل استجابة ممتازة ضد مشاعر الخوف، ووظيفته إحلال سلوك مرغوب فيه من الشجاعة محل سلوك منفر أو مخيف.

ن- الاسترخاء:

علم الاطفال الخوافين الاسترخاء العضلي في حالة التوتر الجسدي، وقد يستعمل الاسترخاء كأسلوب مصاحب لأسلوب تقليل الحساسية التدريجي إزاء المواقف المحيطة.(جودت عزت، 1999: 173)

س- إبعاد الطفل عن مصادر الخوف كالخرافات والمآتم والخيالات.

ع- تعويد الطفل على الاعتماد على النفس والاستقلال وعدم السخرية منه.

ف- ربط مصادر الخوف بأشياء محببة سارة وأشياء تعليمية جذابة.

ص- مساعدة الطفل في مواجهة مواقف الخوف وذلك بتشجيعه على ذلك.

ق- إحاطة الطفل بمشاعر الأمن والدفء العاطفي.

خلاصة:

مما تقدم نستخلص القول أن الخوف هو حالة انفعالية طبيعية تظهر في أشكال متعددة وبدرجات مختلفة عند الأطفال، وهناك بعض المخاوف التي تفيد الطفل وتساعده على حفظ بقائه وتكيفه، وبالمقابل توجد مخاوف تلحق أشد الضرر بالطفل ويمكن أن تستمر معه مدى الحياة، وباعتبار أن سنوات الطفولة هي الأهم في حياة الفرد والتي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية فإنه من الضروري الاهتمام بمشكلة الخوف عند الأطفال لما يترتب عليها من آثار سلبية قد تكون عنصراً هدّاماً

لشخصية الطفل فيخرج من مرحلة الطفولة مضطرباً وقلقاً يعاني من سوء التكيف مما ينعكس على الفرد والمجتمع معاً.

الفصل الثالث : الخوف المرضي من المدرسة

- تمهيد.
- تاريخ ظهور مصطلح "فوبيا المدرسة".
- تحديد مفهوم الخوف المرضي من المدرسة.
- الفرق بين الخوف المرضي المدرسي وبعض المفاهيم الأخرى.
- أنواع الخوف المرضي من المدرسة.
- أسباب الخوف المرضي من المدرسة.
- أعراض الخوف المرضي من المدرسة.
- تشخيص الخوف المرضي من المدرسة.
- النظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة.
- طرق علاج الخوف المرضي نت المدرسة.
- خلاصة.

تمهيد:

تعتبر المخاوف المرضية من المدرسة واحدة من عديد الاضطرابات السلوكية التي تنتشر بين أطفالنا في مرحلة الطفولة بصفة عامة ولا تجد اهتمامًا كافيًا لدراستها، وهي من المشكلات التي قد يواجهها فئة من الأطفال في سنوات عمرهم الباكرة، وقد تستمر معهم بعد ذلك وقد تتسبب في إعاقة نمو أطفالنا على المستويين الانفعالي والاجتماعي.

وقد شغلت الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الطفل في سنوات حياته المدرسية اهتمام العديد من الدراسات والنظريات التي تناولت الموضوع وأعطت كل واحدة منها وجهة نظر حول هذه المخاوف وفقاً لمنهجها الخاص واتجاهها العلمي.

إن ذهاب الطفل يمثل انتقالاً كبيراً من الحياة الأسرية إلى شكل جديد، فالطفل في الأسرة تقتصر علاقاته الاجتماعية على والديه واخوته، أما في المدرسة فتتسع دائرة علاقاته الاجتماعية لتشمل المعلمين والزملاء، والمعروف أن مراحل الانتقال في الحياة الاسرية هي مرحلة حرجة يتعرض فيها للأزمات والانفعالات الحادة، لذلك يكون من الممكن أن يشعر الطفل بالخوف اتجاه هذه المرحلة الجديدة في حياته، والمتمثلة في الذهاب إلى المدرسة الذي يمثل خبرة نفسية حساسة وهي جديرة باهتمام الاهل والمعلمين.

وقد ترتبط هذه المخاوف عند الطفل بعوامل عدة، وتتغير باختلاف المراحل العمرية، فقد تظهر في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة لتصبح حينها مخاوف مدرسية كالخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المعلم، والخوف من المدير، والخوف من الفشل في الامتحان، وخوف الطفل من زملائه، وخوفه من الخروج إلى فناء المدرسة، وخوفه من طبيب الصحة المدرسية، هذه المخاوف وأخرى قد يكون لها تأثير سلبي على نواحي النمو النفسي والاجتماعي والمعرفي عند الطفل، ويأتي هذا الفصل ليشمل أولاً تحديد مفهوم الخوف المرضي من المدرسة، تاريخ ظهور مصطلح فوبيا المدرسة، وأنواع الخوف المرضي من المدرسة، فأعراض الخوف المرضي من المدرسة، وكذا تشخيص الخوف المرضي من المدرسة، والنظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة، وأسباب الخوف المرضي من المدرسة، وأخيراً طرق علاج المخاوف المدرسية عند الطفل.

1- تاريخ ظهور مصطلح فوبيا المدرسة:

يعتبر ظهور مصطلح "فوبيا المدرسة" حديثاً نسبياً، فقد كان أول وصف له من قبل "بروادوين Broadwin" سنة (1932)، والتي قامت بدراسة على مجموعة من الأطفال القاطنين بمناطق ريفية، والذين كانوا يرفضون الذهاب إلى المدرسة لظروف خاصة، ويفضلون البقاء بالمنزل، أو يذهبون إليها تحت تهديد الوالدين أو حتمية الفصل الدراسي.(ملاك جرجس، 1993: 28)

وقامت الباحثة "بروادين Broadwin" بالوصف الإكلينيكي لهذه الظاهرة، ولاحظت عند جماعة من الأطفال أن رفضهم للذهاب إلى المدرسة لا يكمن في الرغبة في التسكع، وإنما تصاحبه دائما الرغبة في العودة إلى البيت، ولاحظت أنه ينتابهم الخوف من أن شيئاً ما مرعباً سيحدث لأمهاتهم، مما يجعلهم يتلهفون ويتسارعون إلى البيت للاطمئنان للتخفيف عن قلقهم.(Chiland et Young ,1990 :16)

ويضيف "فونتان وآخرون Fontain et All" أن هذه الملاحظات الأولية من طرف الباحث "بروادين Broadwin " تم إثباتها بعد ذلك من طرف باحثين آخرين أمثال "كاهن وهيرسوف وبولبي" وبذلك أطلقوا مصطلح "الفوبيا المدرسية" على عدم المواظبة على الذهاب إلى المدرسة.(Fontain et : 267 All, 1984)

ثم جاءت بعدها "أدليد جونسون Adélaide Johnson" (1941) واقترحت لأول مرة مصطلح "فوبيا المدرسة" وأرجعت السبب لظهوره إلى العلاقة التبعية الغير سوية بين الأم والطفل(عبد الفتاح غزال،2001: 106)، واستعمل هذا المصطلح لوصف الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة لأسباب غير معقولة ويقاومون هذا الذهاب بردود أفعال كالقلق عند إجبارهم على ذلك (Marcelli, 485 : 1982)، ومنذ ذلك الحين طرح هذا المصطلح العديد من التساؤلات، حيث يفضل "بولبي Bowlby" و"ابلسون Abelson" التحدث عن مصطلح "قلق الانفصال" وتستعمل "ميلاني كلاين Mélanie Klein" مصطلح "اضطراب الفزع أو الهلع" في حين يتحدث "هرسوف Hersov" عن "قلق الرفض المدرسي".(Jean Pierre , 2004 :03)

كل هذه المصطلحات متصلة ببنية مرضية تضم مجموعة من الأعراض الخاصة بالتكوين النفسي للطفل، كما أنه مصطلح يعكس العديد من التساؤلات والبحث كجميع المصطلحات الواردة في مجال علم النفس المرضي والصحة النفسية للطفل.

ويعد "جونسون وفواشتاين وزيوريك وسفندس" (1941) من الأوائل الذين استخدموا مصطلح الخوف من المدرسة، وذلك ليصفوا به ردود أفعال القلق المزمن لدى الأطفال والذي يعد نتاجاً لاستمرار تغيبهم عن المدرسة.(رياض العاسمي، 2014: 41)

ويؤكد "جونسون Johnson" (1957) في دراسة له أن الخوف المرضي من المدرسة يعبر عن زملة معينة من الأعراض تعبير عن قلق الانفصال الذي يحدث ليس فقط في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنه يحدث في السنوات التالية لهذه المرحلة.(Johnson , A.M ,1957 :307)

ولقد أتى العديد من بعد "جونسون" عدد من العلماء الذين شكلوا مفهوم "فوبيا المدرسة" منهم "جولدنبرج Goldenberg" (1953)، "باترسون Patterson" (1965)، إلا أن هؤلاء العلماء لم يشيروا إلى فوبيا الحياة المدرسية ككيان مستقل يمكن من خلاله تفسير ظاهرة الإحجام عن الحضور إلى المدرسة، حيث اعتقد هؤلاء العلماء أن سبب فوبيا المدرسة هو وجود بعض الاضطرابات الانفعالية والميول الوسواسية والهستيرية.(رشا محمد، 2016: 23)

أما "بيرت Burt" فقد استخدم مصطلح الخوف من المدرسة بعد الحرب العالمية الأولى بقليل ليصف رد فعل الأطفال الذين ظهرت عليهم علامات الرعب والخوف الشديد عند احضارهم إلى المدرسة لأول مرة.

كما أفادت البحوث العلمية التي أجراها "بيرت" في توضيح هذا المفهوم؛ فخلال الحرب كان الكثير من هؤلاء الأطفال الذين أخذتهم أمهاتهم إلى الملاجئ القريبة من المدرسة للاحتماء من الغارات الجوية عانوا الخوف من المدرسة فيما بعد.(حامد زهران، 1977: 02)

2- تعريف الخوف المرضي من المدرسة (فوبيا المدرسة):

وردت عدة تعاريف للخوف المرضي من المدرسة لمجموعة من العلماء، وجاءت هذه التعاريف متقاربة في المضمون، وسوف نقتصر على البعض منها:

ويعد "برودوين " (1932) أول من استخدم مصطلح الخوف المرضي من المدرسة، وهو يعرف الطفل الخائف من المدرسة بأنه: "الطفل الغائب عن المدرسة لفترات زمنية متقطعة، وفي معظم مرات الغياب يكون الوالدان على علم بذلك".(العاسمي، 2007: 33-34)

يعرفه "برج وآخرون Berg et al" (1969) الخوف المرضي من المدرسة بأنه: "حالة من الاضطراب تظهر على سلوك الطفل قبيل ذهابه إلى المدرسة، ويصاحبها نوع من القلق العاطفي والرغبة في البقاء في البيت مع علم الوالدين بذلك، علماً بأن هؤلاء الأطفال عادة لا يعانون من أي مشكلات اجتماعية".(Berg & al , 1969 :131)

ويعرف "كيلي Kelly" (1973): "الخوف المدرسي على أنه بغض أو كره تام من قبل الطفل للمدرسة، فالطفل يعاني في هذه الحالة من خوف شديد عند أخذه إلى المدرسة خاصة لأول مرة، ونتيجة ذلك يحاول دائماً تجنب الذهاب إليها ويلتزم البقاء في البيت، ومن ثم تنعكس آثار هذا الإحجام على

صحة الطفل النفسية ونموه التربوي، فالطفل حين يرفض الذهاب إلى المدرسة يكون ذلك نتيجة لقلق حاد يعاني منه، وقد يصاحب هذا القلق بعض الأعراض الجسمانية كالصداع أو الإسهال أو ارتفاع في درجة الحرارة وغير ذلك".(عبد العزيز محمد، 2011: 84)

ويعرفه "فاروق أبو عوف" (1982) بأنه عبارة عن خوف الطفل الشديد أو الحاد من الذهاب إلى المدرسة، ويبقى القلق الذي يرتبط بالموقف المدرسي قوياً وشديداً لدرجة أن الطفل لا يمكنه البقاء بالمدرسة، ويعمل بكل الأساليب للعودة إلى المنزل والبقاء فيه.(فاروق أبو عوف، 1982: 04)

أما "هسيا Hsia" (1984) فيعرف الخوف المدرسي بأنه: " الخوف الشديد والغير المعقول نحو مثيرات مدرسية معينة مثل: حجم المدرسة، ضغط الاختبارات، الرسوب المتكرر، علاقات مضطربة مع الزملاء والمدرسين، وضغط الوالدين على الطفل نتيجة لعدم تحقيقه لطموحاته".(عبد الرحمن سيد، 1994: 131)

ويعرفه "هيث Haeth" (1985): "بأنه حالة من الاضطراب الانفعالي تظهر أثناء التوجه إلى المدرسة أو التواجد بها وأداء واجباتها".(عبد الباسط خضر، 2004: 59)

وأما "عباس عوض ومدحت عبد اللطيف" (1990) فيعرفان الخوف المرضي من المدرسة على أنه: "الخوف الشاذ من المدرسة مع الرغبة في عدم ذهاب الطفل إليها، وعلى ذلك فإن الخوف المرضي من المدرسة يختلف عن مفهوم جناح الأحداث، فالحدث الجانح يكره المدرسة، ويحاول الهروب منها لا خوفاً منها بل رغبة في الالتقاء بصحبة السوء، والتخلص من قيود التعليم".(عماد مخيمر، هبة علي، نقلا عن عباس عوض ومدحت عبد اللطيف، 160:2007)

وفوبيا المدرسة عند "بولبي Bowlby" (1991): "هي عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، والذي ينتج عنه غالباً فترات انقطاع جزئية أو كلية عن المدرسة ويصاحب هذا الخوف اضطرابات وجدانية وانفعالية شديدة تظهر في شكل أعراض مرضية: كالخوف الحاد، والمزاج المتقلب والاتجاهات غير السوية نحو المدرسة، وشكاوي بدنية دون ما أساس عضوي لها يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية لتأكيد بقائه في البيت".(بولبي،1991: 192)

ويعرفه "العيسوي عبد الرحمن" (1992): "الخوف المدرسي عبارة عن ارتباط الخوف القوي بالمدرسة والرهبة والحذر من وقوع كارثة، وفي الغالب ما يصاحب هذه الحالة من الخوف المرضي بعض الآلام والأوجاع الجسمية مثل الصداع أو آلام أو الغثيان".(العيسوي، 1992: 175)

كما عرفه "هيرسوف Hersove": "بأنه حالة مستمرة من رفض حضور المدرسة بسبب صرامة المعلم أو بسبب الفشل في التحصيل الدراسي".(محمد عبد العزيز، 1992: 05)

وجاء الخوف المدرسي في تعريف "محمد عبد العزيز أبو الفضة" (1993) على أنه: "شعور داخلي يشعر به الطفل نتيجة وجود مثير خارجي يتعلق بخصائص أسرة الطفل أو المتغيرات المدرسية حيث يتوقع الأذى والشعور بالدونية فيسلك سلوكاً يبعده عن المدرسة ويبقيه في البيت".(محمد عبد العزيز، 1993: 82)

أما "مجدي أحمد عبد الله" (1997) فيرى أن رهاب المدرسة أو فوبيا المدرسة: "هو الإحجام عن الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء بالمدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفون من المدرسة عن هذا الإحجام في صورة استجابات طبيعية أو شكاوي جسمية يقنعون بها والديهم بإبقائهم في المنزل، ومن هذه الشكاوي الجسمية: الصداع، ألم بالبطن، غثيان، حمى، ألم عضلي، إسهال أو إمساك، إجهاد، تعب، نعاس...الخ".(عماد مخيمر، هبة علي نقلا عن مجدي عبد الله، 2007: 160)

وقد استثمر "أجيرياجيرا Ajuriaguerra" تاريخ ظهور هذا المصطلح والدراسات السابقة حوله واستطاع أن يضع تعريفاً هاماً له فيقول: "الطفل المصاب بفوبيا الحياة المدرسية يقاوم المدرسة والنظم المدرسية، ويشعر بفزع وقلق شديدين عند الذهاب إليها، أو عند الحديث مع المدرسين".(عبد الفتاح غزال، 2001: 107)

ويعرف "لال ولال Lall & Lall" الخوف المرضي من المدرسة بأنه: عبارة عن حالة عصبية تتميز بأعراض الخوف والقلق الحاد، وغالبية الأطفال الذين يعانون من الخوف لا يستطيعون التعبير عن الأسباب الداعية لخوفهم.(رياض العاسمي، 2014: 43)

ويعرف "فيصل عبد اللطيف" (2001) الخوف المدرسي بأنه: "حالة تصيب بعض الأطفال في مرحلة الطفولة، وتتمثل في حدوث القلق الشديد عند محاولة إدخالهم المدرسة، وهناك أربعة عناصر رئيسية تتعلق بهذه الحالة لدى الأطفال وهي:

- الصعوبة المتناهية في المداومة على المدرسة مما ينتج عنه رفض الذهاب إليها.
- حدوث تغيرات نفسية كبيرة عند محاولة أخذ الطفل إلى المدرسة.
- عدم وجود أي خلل نفسي مسبق لدى الطفل يساعد على ظهور فوبيا المدرسة، أي أن الطفل غير مصاب بأي مرض نفسي.
- بقاء الطفل في المنزل عادة يتم بمعرفة ورضا الوالدين".(فيصل عبد اللطيف، 2001: 18)

ويعرفه "العبد الله عادل" (2001): "هو خوف مبالغ فيه من المدرسة بحيث يتجنب الطفل الذهاب إليها، ويرافقه قلق شديد وأعراض جسمية متنوعة كالدوخة والصداع".(العبد الله عادل، 2001: 23)

ويشير "نشواتي عبد المجيد" (2003) إلى أن الخوف المدرسي يعتبر من بين المشكلات الأكثر شيوعاً في الوسط المدرسي التي توجد عند بعض التلاميذ، فتعمل على إعاقة مسارهم التكيفي السليم مع الأهداف التعليمية والتربوية، فيدخل التلميذ في معاناة مستمرة من شأنها إعاقة إحرازه للتقدم العلمي ورفعه للمستوى التحصيلي وبالتالي عدم تحقيق الراحة النفسية.(نشواتي عبد المجيد، 2003: 200)

ويشير "محمد غانم" (2004): "أن الخوف من المدرسة يقصد به الخوف الشاذ والمبالغ فيه منها مع الرغبة في الذهاب إليها ورفضها".(هند العزازي، نقلا عن مجدي أحمد، 2013: 107)

في حين يعرف "سهير إبراهيم" (2004) الخوف من المدرسة بأنه: "خوف مبالغ فيه يتسم بالشدة والقوة غير مبرر منطقياً لا عقلاني يترافق باضطرابات انفعالية ووجدانية عديدة وتظهر على شكل أعراض جسدية دون أساس عضوي لها كأوجاع البطن والمعدة يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية تبرر عدم ذهابه إلى المدرسة".(إبراهيم سهير، 2004: 16)

يذكر "مجدي أحمد" (2005) أن الخوف من المدرسة هو الاحجام (Reluctance) أو رفض (Refusal) الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء في المدرسة، ويعبر الاطفال المتخوفين عن هذا الاحجام أو الرفض في صورة استجابات طبيعية أو شكاوي جسمية يقنعون بها والديهم بإبقائهم في المنزل.(هند العزازي، نقلا عن مجدي أحمد، 2013: 107)

كما ويعرفه "كين وهينس Mc Cune & Hynes" (2005) بأنه: "خوف لاعقلاني من الذهاب إلى المدرسة، يصاحبه اضطراب انفعالي شديد لدى الطفل، يظهر في مقاومة أي محاولات للذهاب والانتظام بالمدرسة".(Mc Cune, Y & Hynes, D, 2005 : 56)

ويشير "رياض العاسمي" (2007) أنه: "خوف شديد وغير معقول لا تبرره الوسائل المنطقية تجاه مكان غير مخيف بطبيعته كالمدرسة، تصاحبه اضطرابات نفسية وجسمية".(العاسمي، 2007: 22)

ويرى كذلك أن الخوف من المدرسة هو أحد مخاوف الطفولة الذي جذب الكثير من الاهتمام، ليس لكونه معيقاً لنمو الطفل، بل لكونه خوفاً حقيقياً وتجنباً صارماً لا يزول مع مرور الوقت في كثير من الاحيان.(العاسمي، 2007: 17)

ويعرفه أيضاً "العاسمي" (2008) بأنه: "خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، وينتج عنه فترات انقطاع كلية أو جزئية عن المدرسة، تصاحبه اضطرابات انفعالية ووجدانية شديدة تظهر في صورة أعراض مرضية كالخوف الحاد والمزاج المتقلب، والاتجاهات السلبية نحو المدرسة، وشكاوي جسمية دون أساس عضوي لها كأوجاع الرأس، والغثيان، وآلام البطن والتي يلجأ الطفل إليها كوسيلة دفاعية عندما يجبر على الذهاب إلى المدرسة من قبل الوالدين وذلك لتأكيد بقائه بالمنزل".(رياض العاسمي، 2008: 38)

كما يعرفه "جوهدوا وآخرون Johdoi et al" (2009) بأنه: "خوف غير منطقي ومبالغ فيه تجاه المدرسة نتيجة نقص المثيرات بها، والمواقف المزعجة مثل العلاقات غير السوية مع الأقران والمعلمين والمناخ النفسي المدرسي، وزيادة توقعات الوالدين وطموحاتهم في أطفالهم نتيجة عدم تحقيقهم لها والخوف من الفشل المتكرر".(رشا محمد، 2016: 33)

ويعرف الخوف من المدرسة في معجم مصطلحات ومفاهيم التعليم والتعلم: "بأنه رد فعل نفسي، قد يصل إلى حد رفض الذهاب إلى المدرسة نهائياً، نتيجة لخبرات سلبية في المدرسة".(مجدي ابراهيم، 2009: 580)

ويعرفه "دوروتي وتامارا Dorothy & Tamara" (2010) الخوف المرضي من المدرسة بأنه "اضطراب عصابي خاص بمرحلة الطفولة يظهر في شكل خوف شديد وغير منطقي مرتبط بالذهاب إلى الروضة أو المدرسة يظهر في صورة مقاومة للحياة والنظام المدرسي ينتج عنه فترات انقطاع كلية أو جزئية عنها مصحوباً ببعض الاضطرابات الانفعالية والوجدانية كالصراخ والبكاء والخوف الحاد وشكاوي جسمية دون أساس عضوي لها وتختفي تلك الأعراض عند بقاء الطفل بالمنزل".(رشا محمد، 2016: 14)

ويرى "عبد العزيز محمد" (2011) "أن الخوف من المدرسة هو انفعال شديد للطفل وعدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة، وقد تظهر عليه بعض الاضطرابات الانفعالية كالبكاء أو بعض الأعراض المرضية الجسمية كالصداع أو الإسهال أو ارتفاع درجة الحرارة، ورغبة كبيرة في البقاء في المنزل ولذلك يعلل عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة بأشياء عديدة منها عقاب المدرس، أو اعتداء أحد التلاميذ عليه أو البقاء مع والدته وغير ذلك".(عبد العزيز محمد، 2011: 84)

ويشير "الشيخ حمود" (2011) إلى أن خوف الطفل المفاجئ من المدرسة ورفضه الذهاب إليها، وهو مظهر من مظاهر قلق الانفصال.(الشيخ حمود، 2011: 32)

كما يعرفه "عبد الفتاح غزال" (2011): "الخوف المرضي عبارة على اضطراب يصيب بعض الاطفال ومن أعراضه الخوف والرعب حين يتواجد الطفل في موقف دراسي وبدون وجود أسباب مرضية أو اجتماعية تمنعه من الذهاب إلى المدرسة".(عبد الفتاح غزال، 2011: 107)

من خلال هذا التعريف نلاحظ أن الباحث يستبعد الأطفال المصابين بمشكلات وعاهات صحية كفقد البصر والسمع، أو الأمراض المزمنة، أو الكارهين للدراسة لظروف اجتماعية كالفقر الشديد.

ويعرف "فايزة يوسف وآخرون" (2012) المخاوف المدرسية بأنها: "انفعالات دائمة أو مؤقتة تثيرها المواقف أو الأوضاع أو الأشخاص أو المواضيع أو الأماكن أو الأفعال المتعلقة بالحياة المدرسية".(فايزة يوسف وآخرون، 2012: 92)

ويشير في تعريف آخر إلى أن الخوف المرضي من المدرسة هو: " الخوف الشاذ المبالغ فيه من المدرسة مع الرغبة في عدم الذهاب إليها ورفضها، بسبب شعور الطفل بالخوف من العقاب والفشل الدراسي وتجنب مواقف الإحراج أمام الآخرين، وقد ينتاب الطفل الشعور بعدم الأمان".(فايزة يوسف، 2012: 21)

وتشير "هند العزازي" (2013): "أن الشعور بالخوف من المدرسة مع الرغبة في عدم الذهاب إليها ورفضها، بسبب شعور الطفل بالخوف من أو المواقف أو الأوضاع المدرسية، أو الأشخاص أو الموضوعات أو الأفعال المتعلقة بالحياة المدرسية".(هند العزازي، 2013: 108)

ويشير "رياض العاسمي" (2014) أن الخوف المرضي من المدرسة أو فوبيا المدرسة هو عبارة عن اضطراب عصابي خاص بمرحلة الطفولة، يشير إلى رد فعل عصابي إتجاه المدرسة، بحيث

يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة رغم إصرار والديه إلا أنه يفضل البقاء في المنزل مع ظهور أعراض نفسية وفيزيولوجية ترافق حالة الخوف هذه لحظة إجباره للذهاب إلى المدرسة كالغثيان وآلام الرأس...الخ.(رياض العاسمي،2014: 43)

وتعرفه "رشا محمد" (2016) أن الخوف المدرسي: "خوف لا منطقي مرتبط بفكرة ذهاب الطفل إلى المدرسة يظهر في الصعوبة المتناهية في المداومة على الذهاب إليها والتغيب عنها، مع عدم وجود أي أسباب مرضية أو اجتماعية تمنعه من ذلك، ويأخذ الخوف شكل دفاعي لتأكيد بقائه بالمنزل بظهور مجموعة من الأعراض النفسية والعضوية كالآلام المختلفة والتشنجات اللاإرادية والبكاء والصراخ عند الذهاب إليها سرعان ما تختفي باختفاء المثير المسبب لها".(رشا محمد، 2016: 14)

ويختلف الخوف من المدرسة عن الهروب من المدرسة في كون التلميذ الذي يهرب دائماً من المدرسة يكون دون علم ومعرفة أسرته بذلك ويدفعه إلى ذلك روح المغامرة، ومحاولة اكتشاف آفاق أبعد في العالم الذي يتحرك فيه، وبشكل أوضح يمكن التمييز بين الهروب من المدرسة والخوف المرضي منها في أن دوافع الطفل للهروب من المدرسة وعدم استمراره فيها عائد لأكثر من سبب ومتغير ونادراً ما يتشابه في الأعراض مع الخوف من المدرسة لأن الطفل الخائف من المدرسة قد يتصنع الآلام العضوية أو تظهر فعلاً عليه لكنها تتلاشى بعد عودته للبيت أو السماح له من قبل أسرته بالبقاء في البيت، بينما التلميذ الهارب عادة يكون بعيداً عن البيت أثناء غيابه، ويعكس غيابه تمرداً أو احتجاجاً على ظروفه الأسرية أو المدرسية أو كلاهما معاً.(رياض العاسمي، 2007: 28)

كما أن التلميذ الهارب من المدرسة يتغيب دون عذر قانوني ودون موافقة الأبوين أو المسؤولين في المدرسة، وأن التلميذ الهارب لا يذهب عادة إلى البيت إلا حين يحين الموعد المعتاد لعودته، وهكذا فإن الوالدين لا يلحظان تغيبه عن المدرسة.(السيد عبد الرحمن، 1996: 218)

وهذا ما يشير إليه "عباس عوض" (1999) أن هروب التلميذ من المدرسة هو تعمد التغيب دون علم أو إذن من المدرسة أو من الوالدين، والطفل الهارب يتغيب عن البيت أيضا فترة هروبه من المدرسة حتى لا تلاحظ الأسرة هذا الهروب، وهذا لرغبة هذا التلميذ في البحث عن المغامرة أو جذب انتباه الآخرين، أو اشباع حب التفاخر أمام باقي الزملاء، وقد يكون التشجيع من طفل آخر منحرف أو مجموعة من الأطفال يشجع بعضهم البعض.(عباس محمود عوض، 1999: 126)

ويشير أيضاً "بيرت هوم Burt" إلى أن الهروب من المدرسة يفتح أمام التلاميذ أبواب الجريمة.(رمضان السيد، 1990: 149)

فقد وصف "كلاين" (1897) هروب الأطفال من المدرسة بغريزة الهجرة المشابهة لهجرة الطيور والحيوانات في بعض الفصول.

بينما وصفه "برودوين Broadwin" (1932) الهروب من المدرسة على أنه غياب متعمد من المدرسة رغم عدم وجود أسباب واضحة لذلك؛ حيث اعتبر أن الصعوبات التي تسبب في غياب الطفل عن المدرسة هي أعراض لاضطرابات في الشخصية يعاني منها الأطفال ذوي "العصاب القهري".(رياض العاسمي، 2014: 39)

ويلاحظ أن مكوث التلميذ الذي يعاني من الخوف المرضي المدرسي بصورة دائمة في البيت، في حين أن التلميذ الذي يهرب من المدرسة يتجنب المكوث في البيت ويدعي أنه ذاهب إلى المدرسة دون الوصول إليها، ويلاحظ أنه متجولاً مع أقرانه المتهربين بعيداً عن الأماكن المعروفة لدى والديه، فهو يشعر بأنه مرفوض من قبل والديه ومعلميه.

والتلاميذ الخائفون من المدرسة هم الذين يرفضون الالتحاق بالمدرسة، ويظهرون قلقاً حاداً عندما يجبرون على الذهاب إليها، ويكون عدم ذهابهم إلى المدرسة معروفاً لأبويهم، وتصاحب حالة الرفض هذه أعراض نفسية- بدنية رغم عدم وجود أدلة عضوية لهذه الشكاوي.(العاسمي، 2007: 37)

ويعرف الطفل الخائف من المدرسة أيضاً بأنه الطفل الغائب عن المدرسة لفترات زمنية متقطعة بدءاً من أيام عدة أو شهور ولغاية سنة أو أكثر، وفي معظم مرات الغياب يكون الوالدان على علم بذلك.(العاسمي، 2014: 40)

أما أهم المعايير التي قدمها أنصار التحليل النفسي في التفريق بين الطفل الخائف من المدرسة والطفل الهارب من المدرسة هي أن الطفل الخائف من المدرسة يبقى قريباً من أمه عندما يكون خارج أوقات الدوام المدرسي، أما الهارب من المدرسة فإنه في هذا الوقت يكون خارج المنزل في الشوارع، والحدائق العامة...الخ.(العاسمي، 2015: 59)

ويؤكد "جولدينبرج وجولدينبرج Goldenberg H & Goldenberg I" (1970) على أهمية التمييز بين الخوف المرضي من المدرسة (فوبيا المدرسة) والهروب المتعمد منها، فدوافع الطفل إلى الهروب

من المدرسة وعدم المواظبة عليها ربما تكون لأكثر من سبب وأشد تعقيداً لكنها نادراً ما تتشابه مع الخوف والقلق والآلام العضوية التي تعتري الطفل الذي يخاف مرضياً من المدرسة، فضلاً عن تجنب الطفل الخائف من المدرسة وإحجامه عنها يمكن تمييز حالته عن حالة ذلك الطفل الهارب منها، بأن الأول يتحاشى الذهاب إلى المدرسة يتصنع الآلام العضوية أو بظهور أعراضها فعلاً عليه، وبالتالي سوف نجده يعود إدراجه إلى البيت على الفور، في حين أن الطفل الهارب من المدرسة عادة ما يكون بعيداً عن البيت أثناء تغيبه عن المدرسة.(عبد الرحمن سيد، شيخة يوسف، 1996: 217)

ويرى "ايزاك Isac" (1974) ضرورة التفرقة بين خوف الطفل من المدرسة وخوفه عند انتقاله من مدرسة لأخرى، فخوف الطفل الذي يرفض باستمرار الذهاب إلى المدرسة يعتبر خوفاً مرضياً يحتاج إلى مختصين في العلاج النفسي.(Isac,1974 :45)

فالهروب من المدرسة هو عبارة عن تغيب الطفل عن المدرسة لأيام كثيرة قد تكون متقطعة أو مستمرة دون عذر شرعي، حيث يتظاهر الأطفال المتغيبون بأنهم يذهبون إلى المدرسة، إلا أنهم يتجهون إلى أماكن غير المدرسة كالجلوس في الحدائق العامة ودون علم الأهل والمدرسة بذلك، بمعنى آخر إن الطفل الهارب من المدرسة هو الذي يمضي الوقت المدرسي بعيداً عن المدرسة والمنزل كالتجول في الشارع والحدائق العامة، بينما الطفل الرافض للمدرسة أو الخائف منها هو الذي يمضي معظم الوقت في المنزل.(رياض العاسمي، 2014: 43)

ويعتقد بعض العلماء أن هناك أسباباً كثيرة تدعو هؤلاء الاطفال للهروب من المدرسة، فقد يكون الطفل مصاب بمرض نفسي أو عقلي، أو قد يكون ناتجاً عن اشباع حاجة تأكيد الذات والتفاخر أمام الزملاء، فقد يكون تشجيع بعض الأطفال سبباً من الهروب من المدرسة، وقد يكون ناتجاً عن خلافات وصراعات بين الوالدين كالطلاق، مما يجعل الطفل غير قادر على متابعة دروسه بهدف التخلص من الواجبات الكثيرة المطلوبة منه، وقد يكون التفوق العقلي عاملاً من عوامل الهروب، إذ يشعر الهارب بالملل لعدم وجود المتعة في الدروس التي يتلقاها في المدرسة، كما يشعر أن المعلومات التي يأخذها من معلمه في الفصل أقل من المعلومات التي لديه، أو قد يكون الهرب من المدرسة نتيجة الخوف من العقوبة التي يتلقاها من المدرسة لتقصيره وإهماله في أداء الواجبات المدرسية.(عبد العزيز القوصي، 1975: 48)

وتشير معظم الدراسات أن التحصيل الدراسي للتلميذ الذي يعاني من الخوف المرضي المدرسي يكون عادياً، بينما تحصيل التلميذ الذي يتهرب من المدرسة يكون ضعيفاً وذا اتجاه سلبي نحو المدرسة، كما ويلاحظ غياب الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي المدرسي بصورة مستمرة قد تستغرق عدة أسابيع أو عدة أشهر، بينما يغيب الطفل الذي يتهرب من المدرسة بصورة متقطعة.(محمد عبد العزيز، 1992: 06)

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن أن نخرج بالتعريف النظري التالي:

الخوف المرضي من المدرسة هو عبارة عن خوف شديد غير منطقي ويتسم في الغالب بالشدة، ولا تبرره الوسائل المنطقية تجاه مكان غير مخيف بطبيعته كالمدرسة، وهو مرتبط بفكرة ذهاب الطفل إلى المدرسة أو أثناء تواجده بها، والذي ينتج عنه غالباً فترات انقطاع جزئية عن المدرسة ويصاحب هذا الخوف اضطرابات وجدانية وانفعالية شديدة تظهر في شكل أعراض مرضية: كالخوف الحاد، والمزاج المتقلب، والاتجاهات غير السوية نحو المدرسة، وشكاوي جسمية دون ما أساس عضوي لها كالآلام المختلفة والبكاء والصراخ عند الذهاب إلى المدرسة، يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية لتأكيد بقائه في البيت، وسرعان ما تختفي هذه الأعراض بانتهاء المثير المسبب لها أي عند بقاء الطفل بالمنزل ولكنها تعود في الظهور عند الذهاب مرة أخرى إلى المدرسة، كما أن الطفل الذي يعاني من الخوف المدرسي لا يمكن تفسير أسباب خوفه، إضافة إلى مصاحبة هذا الخوف ببعض الاضطرابات الجسمية والنفسية المتعددة.

3- الفرق بين الخوف المرضي المدرسي وبعض المفاهيم الأخرى:

مصطلح الخوف المدرسي (الفوبيا المدرسية) له علاقة بعدة مصطلحات منها التغيب عن المدرسة والهروب من المدرسة وقلق الانفصال، لذا سنتطرق إلى العلاقة بين هذه المصطلحات وأهم الاسباب المحتملة لحدوثها.

3-1 قلق الانفصال:

يشعر الأطفال في بداية حياتهم من قلق شديد، والذي يبدو في صورة التعلق الشديد بالأم وعدم الرغبة في تركها، وهذا ما يجعل الطفل يستخدم بعض الحيل الدفاعية وهذا من أجل البقاء دائماً بجانبها والتي تتمثل في رفض الذهاب إلى المدرسة، ومن ثم ظهور أعراض جسمية وانفعالية وسلوكية كالبكاء الشديد والآلام وشكاوي مختلفة التي يبديها الطفل لتأكيد بقائه بالمنزل.

ويختلف مفهوم الخوف المرضي المدرسي عن قلق الانفصال، حيث يعد قلق الانفصال أحد اضطرابات القلق الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة، ويعرفه "عبد الله حسين" (2006) إلى أن اضطراب قلق الانفصال يعرف بأنه: "الخوف المفرط والمستمر الذي يتناسب مع عمر الطفل من البعد عن المنزل أو القائم الاساسي برعايته".(عبد الله حسين، 2006: 79)

ويشير "جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي" (1995) بأنه: "الذعر أو الخوف الذي يستشعره الطفل الذي ينفصل عن أمه".(رشا محمد، نقلا عن جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين الكفافي، 2016: 80)

تبدأ أعراضه في المرحلة الاولى وهذا في الشهور الست الأولى حتى الشهر العاشر من عمر الطفل، ويمكن تشخيصه من خلال قلق شديد متعلق بانفصال الطفل عن والديه المرتبط بهما، يظهر في صورة قلق غير حقيقي بسبب الظن بإصابة أحدهما وأنهما سيتركانه.(عبد المنعم الميلادي، 2006: 109)

يصادف أن يكون هذا القلق عابراً ومنوطاً بالدخول إلى المدرسة لأول مرة، حيث يتلاشى مع الأيام أو الأسابيع الأولى التي تلي هذا الدخول، لكن في حالات أخرى يتطور هذا القلق ليفرز مجموعة من الميكانيزمات، والتي تنذر بدورها بوجود الفوبيا المدرسية، مفهوم اقترحه "جونسون A. Johnson" (1941) ليعرف بذلك " الأطفال الذين يرفضون الذهاب إلى المدرسة لأسباب غير عقلانية ويقاومون من خلال ردود أفعال تعبر عن قلق حاد أو ارتباك عندما تجبرهم عن ذلك".(Mazet et Houzel, 1979 :161)

وقد لاحظ "برودوين Broadwin" (1932) أن هؤلاء الأطفال يخافون من شيء مرعب يحدث لأمهاتهم، مما يجعلهم يسرعون إلى المنزل للاطمئنان على أمهاتهم من أجل تخفيف القلق الذي يعانون منه، كما أنهم يصرحون بأنهم خائفون من المدرسة أو من المعلم أو خائفون من الأطفال الأكبر منهم سناً.(العاسمي، 2014: 40)

وقد توصل الباحثون إلى فهم أسباب قلق الانفصال في المراحل المبكرة من عمر الطفل، حيث أشارت "بولا حريقة" (2006) إلى العلاقة التي توصل لها الباحثون بين قلق الانفصال وخوف الطفل من ترك المنزل والتي ترجع إلى أربعة عوامل هي:

- معاناة أحد الوالدين قلقاً مزمناً بالنسبة للطفل، الذي كان يجبر على البقاء في البيت تحت أنظار والديه، مما زاد من تعلق وقلق الانفصال لديه.

- خوف الطفل من أن يتعرض والداه أو أحدهما إلى مكروه أثناء وجوده في المدرسة، لذا يرغب في البقاء في المنزل لمنع حدوثه.

- خوف الأم ونادراً الأب من أن يحدث مكروه للطفل خارج المنزل، فيفضلان إبقاءه إلى جانبهما ويعودانه على عدم مغادرة المنزل أو الابتعاد عنهما.(رشا محمد نقلا عن بولا حريقة، 2006: 81)

وتوصلت بعض الدراسات التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال عن الأم والأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة منها دراسة كل من "كارلوفيك وآخرين Karlovec et al" (2008) و"دراسة حانا وآخرين Hanna et al" (2006) إلى أن السبب الرئيسي لفوبيا المدرسة يرجع إلى قلق انفصال الطفل عن الأم وذلك عند ذهابه إلى المدرسة، وهذا الخوف الشديد يتولد من التدليل والحماية الزائدة التي يلقاها الطفل من جانب الأم، حيث توصلت هذه الدراسات أن نسبة 67% من الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة لديهم قلق الانفصال عن الأم.(رشا محمد، 2016: 82)

وتشير "أسماء العطية" (2008) أن اضطراب قلق الانفصال يظهر في ثلاثة أنماط هي:

- **النمط الأول:** وهو الأكثر وضوحاً، ويظهر في صورة الضيق الزائد عند الانفصال.
- **النمط الثاني:** وهو الأكثر شدة، ويظهر في صورة ضيق شديد يصل إلى درجة الهلع.
- **النمط الثالث:** ويظهر في صورة قلق مرضي حول الخطر الكامن الذي يهدد سلامة الأسرة، وهو السمة المميزة لهذا الاضطراب، حيث يفكر الطفل بأن والديه قد يتعرضان إلى الخطر كالحوادث والموت وغيرها.(أسماء العطية، 2008: 80- 81)

أما المراحل التي يمر بها الطفل الذي يعاني قلق الانفصال فيصنفها "بولبي Bowlby" في ثلاث مراحل هي:

1- مرحلة الاحتجاج:

وتبدأ هذه المرحلة بعد انفصال الطفل عن أمه أو تتأخر عنه بعض الوقت، ويمكن أن تدوم ساعات عدة إلى أسبوع أو أكثر، يشعر الطفل أثنائها بالضيق الشديد لفقدان أمه، ويبحث بكل الوسائل الممكنة لاستفادتها مستخدماً كل طاقاته، إنه يبكي ويصرخ ويلقي نفسه على الأرض، أو يرمي لعبه في كل اتجاه.

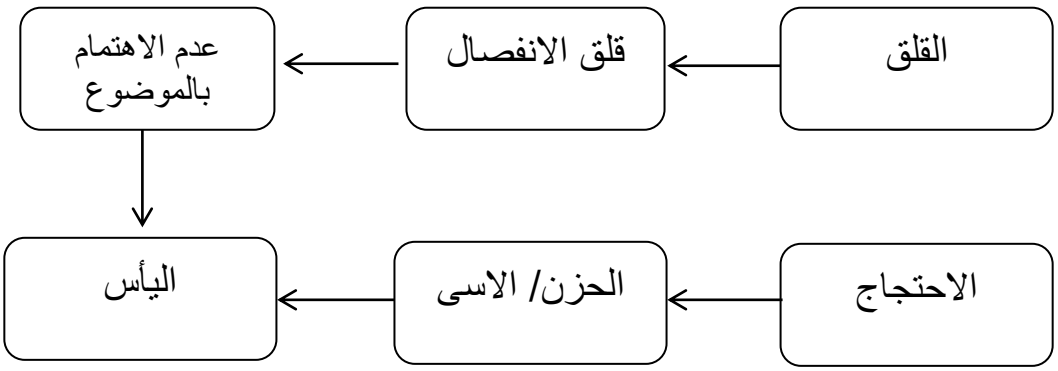
2- مرحلة الحزن والاسى (اليأس):

وهي مرحلة اليأس وفقدان الأمل، وفيها يظهر الطفل القلق لغياب الأم عنه، ويفقد الأمل بعودتها تدريجياً، ويتميز سلوكه في هذه المرحلة بانخفاض الحركات النشطة، وهو يبكي بشكل متقطع، وتغلب عليه الانطوائية وقلة النشاط.

3- مرحلة عدم الاهتمام واللامبالاة:

يمكن في هذه المرحلة ملاحظة اهتمام الطفل بما حوله فهو لا يرفض الآخرين، ويتقبل الطعام واللعب مع الآخرين، ويميل شيئاً فشيئاً إلى التبادل الاجتماعي، وعندما تعود الأم بعد غيابها عنه فإنه لا يكترث بها ويبقى بعيداً عنها وكأنه لا يعرفها من قبل، ويبدو فاقد الاهتمام بها وكأن عودتها لا تعنيه.

والمخطط التالي يوضح المراحل التي يمر بها قلق الانفصال وهي كما يلي:



الشكل رقم (02): يوضح مخطط للمراحل التي يمر بها قلق الانفصال

يبدو من المخطط أن القلق الذي يظهره الطفل نتيجة لغياب أمه عنه يثير فيه الاحتجاج والرفض لهذا الغياب، وعندما تطول فترة الغياب يشعر الطفل باليأس وفقدان الأمل بعودة الأم مما يثير في نفس الطفل شعوراً باليأس والحزن، وبعد ذلك يمر الطفل بمرحلة عدم الاهتمام واللامبالاة لهذا الفقد، ويصبح غير مكترث بغيابها أو في حالة عودة الأم إليها.(فاروق ابو عوف، 1982: 192)

وتوصل كل من "ربيع شعبان والسعيد غازي" (1993) من خلال دراستهما التي هدفت إلى إيجاد العلاقة بين فوبيا المدرسة وقلق الانفصال عن الأم لدى أطفال المدرسة الابتدائية، وتكونت عينة الدراسة من (155) طفلاً وطفلة، تتراوح أعمارهم ما بين (6- 9) سنوات، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين فوبيا المدرسة وقلق الانفصال لدى الأطفال.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المخاوف الشائعة لدى الأطفال بوجه عام وفوبيا المدرسة بصفة خاصة وبعض أساليب المعاملة الوالدية (أسلوب الحماية الزائدة، والتدليل، وأسلوب التسلط) من جانب الوالدين.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين فوبيا المدرسة وبعض أساليب المعاملة الوالدية (أسلوب التقبل، وأسلوب الاستقلال الوالدي) من جانب الوالدين.

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية ما بين الذكور والاناث على مقياس فوبيا المدرسة.(ربيع شعبان، السعيد غازي، 1996: 925)

يتضح مما سبق أن قلق الانفصال يعتبر أحد أسباب حدوث فوبيا المدرسة، في حين ليس كل الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة يظهر لديهم قلق الانفصال، وفي حالة قلق الانفصال يكون مصدر الخوف الرئيسي هو الابتعاد عن الأم، أما فوبيا المدرسية فيكون سببها الخوف من إحدى المواقف كقسوة المعلم أو سخرية الزملاء، فحتى لو ذهب الوالدان معه إلى المدرسة تبقى حالة الفوبيا موجودة لدى الطفل، ويتفق كل من فوبيا المدرسة وقلق الانفصال في بعض المظاهر والأعراض كظهور بعض الشكاوي والآلام التي لا أساس عضوي لها، والرغبة في البقاء في البيت وغيرها، غير أنهما يختلفان في بداية ظهور الاضطراب ففي قلق الانفصال تكون البداية مبكراً قبل سن المدرسة ما بين العام الأول وحتى العام الثالث، بينما فوبيا المدرسة تبدأ في الظهور عند بداية التحاق الطفل بالروضة أو المدرسة ما بين العام الرابع وحتى العام السادس.

3- 2 الرفض المدرسي:

بالاطلاع على العديد من الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع اتفق العديد من العلماء والباحثين على أن مصطلح الخوف المرضي المدرسي مرادف لمصطلح الرفض المدرسي ومنهم "عباس محمود عوض" (1990)، و"حسن مصطفى عبد المعطي" (2003)، و"بيليغريني Pellegrini" (2007)، في حين يرى البعض الآخر أن هناك اختلاف بين مفهوم الخوف المرضي المدرسي والرفض المدرسي، وهذا ما يشير إليه "فيسيلا وتيريسا Ficula & Teresa" (1983) أن الرفض المدرسي يستخدم للإشارة إلى التجنب الانفعالي للمدرسة.

كما يشير "كيرناي وأرفا Kearney & Arva" (2006) إلى أن مصطلح الرفض المدرسي هو غياب بدون عذر مدفوع برفض الطفل الحضور للدروس المدرسية، وصعوبة البقاء بالمدرسة ليوم كامل،

ويتضمن هذا السلوك مقاومة الطفل في الذهاب إلى المدرسة في الصباح، ولكنه في النهاية يحضر إليها، ولكنه يغادرها أو يهرب منها أثناء اليوم الدراسي، ويتضمن سلوك الرفض المدرسي أعراضاً داخلية كالخوف والاكتئاب والقلق الاجتماعي العام، وانخفاض في تقدير الذات، وبعض الشكاوي الجسمية، كما يتضمن أيضاً بعض الأعراض الخارجية كسلوك التمرد والهروب من المدرسة، وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى.(رشا محمد، 2016: 88- 89)

كما أكد "كيرناي Kearney" (2007) على أن الرفض المدرسي يظهر في عدة صور منها الخوف من المدرسة والقلق العام والاكتئاب والقلق الاجتماعي، وهذا الرفض يؤدي بالطفل إلى تجنب المواقف والمحفزات التي تستثير الفاعلية السلبية لديه كالخوف والقلق الشديد، كما يؤدي إلى تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي، وكذلك نوبات من الغضب للفت انتباه الآخرين، كما أن المعززات الملموسة كمشاهدة التلفاز في المنزل تعد أحد العوامل المعززة لهذا السلوك.(رشا محمد نقلا عن Kearney ، 2016: 89- 90)

وتشير "أسماء العطية" (2008) إلى أنه على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية لهذا الاضطراب، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال، فقد يظهر هذا الاضطراب كأحد الأعراض المصاحبة لبعض تلك الاضطرابات، فمثلاً قد يتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة خوفاً من الانشطة الاجتماعية أو التحدث أمام زملائه، فهنا قد يكون عرضاً للمخاوف الاجتماعية، وقد يكون كذلك بالنسبة لقلق الانفصال الذي يظهر في الخوف من الابتعاد عن الوالدين وعن المنزل، وبالتالي يرفض الذهاب إلى المدرسة.(أسماء عبد الله العطية، 2008: 98)

نستخلص مما سبق أن الرفض المدرسي يعتبر أحد مظاهر فوبيا المدرسة، أي أن فوبيا المدرسة أعم وأشمل من الرفض المدرسي، ويعتبر أحد العوامل المسببة لفوبيا المدرسة، وتختلف أعراض فوبيا المدرسة عنها في الرفض المدرسي، حيث أن هذه الأخيرة تتعدد أعراضها كالقلق العام والوساوس القهرية والخوف من العدوان والفوبيا الاجتماعية واضطراب الهلع أو الرعب وصعوبات التعلم وغيرها، في حين أن فوبيا المدرسة تظهر في صورة أعراض عضوية ونفسية وسلوكية واجتماعية ومعرفية.

3-3 التغيب عن المدرسة:

يختلف مفهوم الخوف المرضي المدرسي عن التغيب عن المدرسة، حيث يشير "محمد العمايرة" إلى مفهوم التغيب عن المدرسة بأنه: "الغياب المتكرر عن المدرسة هو انقطاع التلميذ عن المدرسة أو بعض المواد الدراسية بصورة منتظمة، وقد يعود هذا الانقطاع إلى أسباب تتعلق بالمدرسة نفسها أو بالتلميذ أو بعض المواد الدراسية، ويؤدي ذلك إلى حرمان التلميذ من فرص النمو المختلفة، وهذا يؤثر بشكل مباشر فيما بعد على تشكيل شخصيته، وقد يؤدي تكرار الغياب إلى ضعف التلميذ الدراسي في المواد التي يتغيب عنها، وينجم عنه في الغالب تفكير التلميذ بالانقطاع التام عن المدرسة".(محمد العمايرة، 2014: 142)

وقد يستخدم الطفل حيل ماكرة للتغيب عن المدرسة والتجول إما فرادى أو يصحب أطفال متغيبين آخرين يجهل آباؤهم ماذا يعملون عند تغيب أبنائهم عن المدرسة لأول مرة من إدارة المدرسة، وقد يرتبط الغياب بسلوك جانح.

ويشير الغياب عن المدرسة والمرخص به إلى أولئك الأطفال الذين يبقون في المنزل بموافقة والديهم وإدارة المدرسة، بسبب أمراض حقيقية يعاني منها الطفل أو أحد الوالدين، مما يستدعي من الطفل البقاء بجانبهم لرعايتهم.

ومن الأسباب المحتملة لغياب التلميذ عن المدرسة أو المادة الدراسية:

أ- عوامل تربوية:

- عدم تلبية المنهاج لرغبات وميول وحاجات التلاميذ مما يؤدي إلى عدم رغبة التلاميذ في الدراسة أو المدرسة.
- ضعف التواصل بين المدرسة وأولياء أمور التلاميذ.
- عدم قيام أولياء الأمور بدورهم في متابعة أبنائهم في المدارس.
- عدم توافر الهيئة التدريسية المؤهلة علمياً التي تحسن التعامل مع التلاميذ مع اشعارهم بالفائدة التي تعود عليهم من وجودهم في المدرسة.
- طريقة تعامل الادارة المدرسية التسلطية مع التلاميذ تؤدي إلى دفعهم للتغيب عن المدرسة.
- عدم ملاءمة المواد الدراسية لقدرات التلاميذ العقلية.
- سوء الظروف المدرسية مثل عدم توفر الاضاءة والتدفئة والتهيئة.

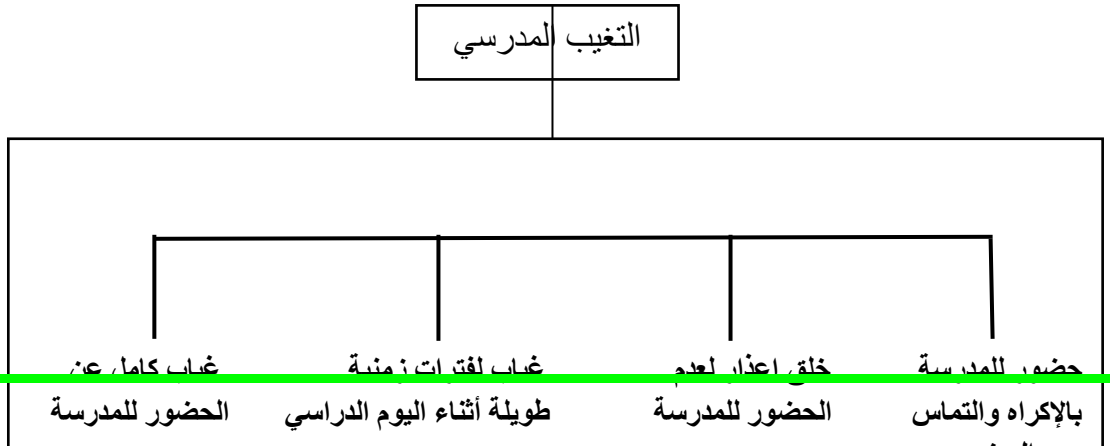
ب- عوامل نفسية:

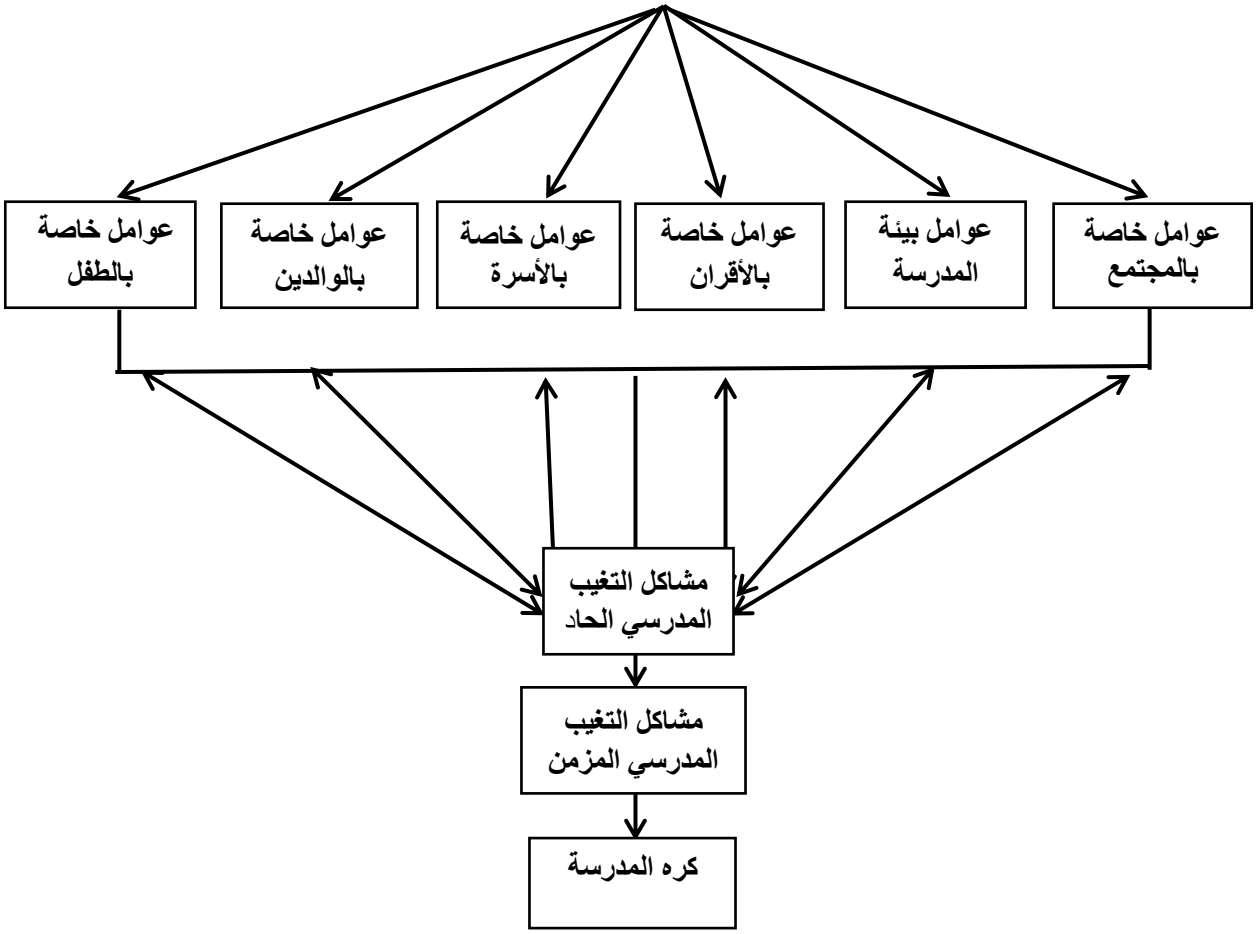
- اثقال كاهل التلميذ بالواجبات المدرسية.
- استخدام العقاب المدرسي وما يتركه من آثار سلبية اتجاه المدرسة.
- تكوين اتجاهات سلبية للتلاميذ عن المدرسة والمعلمين.
- عدم ثقة التلميذ بنفسه، وضعف الحافز لديه اتجاه المدرسة، نتيجة ضعف تحصيله الدراسي.
- خوف التلميذ من مدير المدرسة أو من المعلم أو أحد الزملاء مما يدفعه إلى التغيب عن المدرسة.
- عدم تلبية المدرسة لحاجات التلاميذ النفسية كحاجته للأمن والاطمئنان، وحاجته للحب والنجاح...الخ.(محمد العمايرة، 2014: 143)

- قد يقرر والدي التلميذ في بعض الأحيان بقاءه في المنزل بناء على طلبهم، وذلك لمساعدتهم في أشغال المنزل، أو العمل معهم في الزراعة أو التجارة أو ما شابه ذلك.(رياض العاسمي، 2014: 42)

ويؤكد كل من "بوريجو وآخرون Borrego et al" (2005) و"كونجان وآخرونKogan et al " (2005) أن الغيابات المتكررة عن المدرسة ترتبط بمشاكل صحية لدى الأطفال كالربو مثلا وغيرها من الأمراض، وكذلك المشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب واضطرابات السلوك، كما ترتبط الغيابات عن المدرسة أيضاً بالعوامل الأسرية كالفقر ومشاكل الانفصال والطلاق والظروف الاجتماعية المحيطة، كما أن العوامل المدرسية تعد من العوامل المساهمة في تغيب الطفل عن المدرسة والمتمثلة في كثرة الأعباء ونوع العلاقة بين الطفل وزملائه، كما ارتبطت الغيابات المفرطة أيضاً بالمشاكل الخطيرة التي يواجهها الطفل كالعنف والسخرية من جانب المعلمين والزملاء أو خضوع بعض التلاميذ لإغواء زملائهم، وكذلك ترتبط ببعض السلوكيات الجنسية الخطيرة التي تمارس على الطفل من طرف زملائه والمعلمين أحياناً داخل المدرسة.(رشا محمد، 2016: 92- 93)

في ضوء ذلك اشار "كيرناي Kearney" (2008) إلى عملية التغيب المدرسي والعوامل المؤدية إلى حدوثها ومراحل تطورها لدى الطفل، والشكل التوضيحي التالي يوضح ذلك:





الشكل رقم (03): يوضح تطور عملية التغيب المدرسي لدى الطفل

(رشا محمد نقلا عن Kearney، 2016: 94)

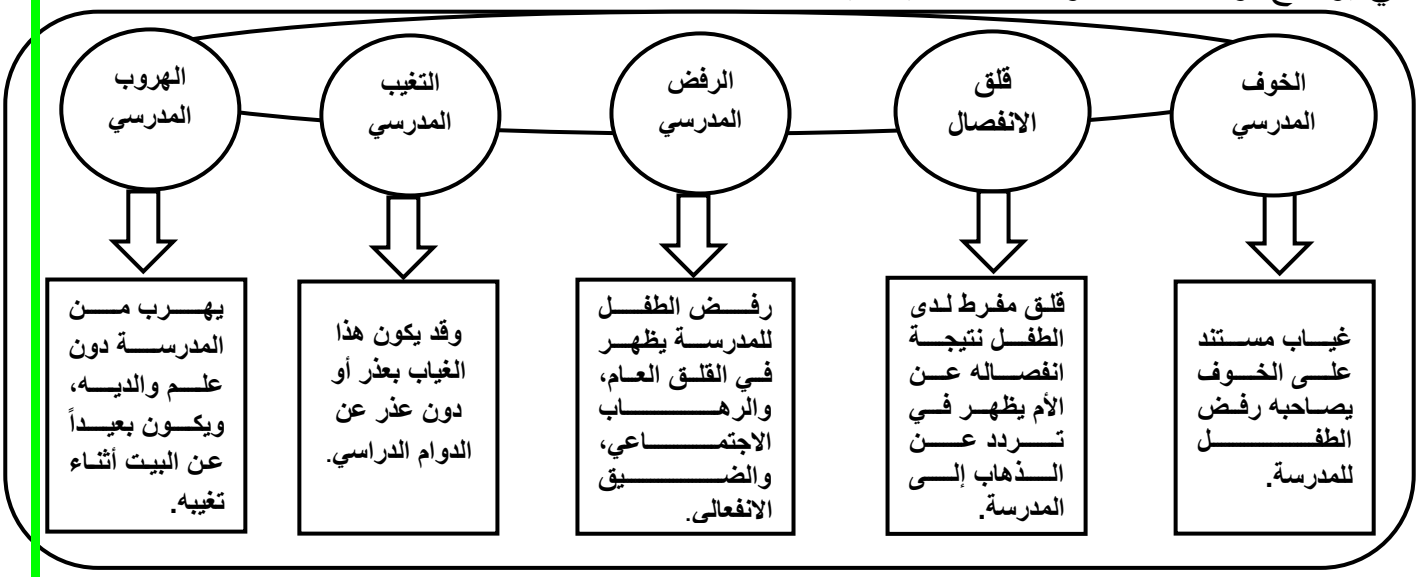
يتضح من الشكل السابق أن عملية التغيب المدرسي تتطور عبر مراحل، ففي البداية يكون الحضور بالإكراه والتماس عدم الحضور للحصص الدراسية الأمر الذي يتطور ويصل إلى مرحلة التغيب الكلي عن الحضور، وهذا الغياب قد يكون بعذر أو بدون عذر يظهر في مجموعة من العوامل والأسباب التي تساهم في حدوثه، وهذه العوامل تتمثل في عوامل خاصة بالمجتمع كنظرة المجتمع إلى المدرسة وأهميتها، وعوامل خاصة بالمدرسة كعلاقة الطفل بمعلمه والادارة، وعوامل خاصة بأقرانه بالمدرسة، وعوامل خاصة بالأسرة كالمشاكل والصراعات بين الوالدين، وعوامل خاصة بالطفل كحالته الصحية والنفسية، كل هذه العوامل تساهم في ظهور وتطور هذا المشكل لدى الطفل، وتطور

التغيب المدرسي قد يكون في بدايته حاداً وقد يتطور ويصل إلى درجة التغيب المزمن وبالتالي يصل إلى كره المدرسة.

3-4 الهروب من المدرسة:

قد يهرب الطفل من المدرسة ووالديه لا يفهمانه والده يضربه وأمه تصرخ في وجهه، ومع ذلك فهو لا ينتظم في دراسته، ويريد أن يهرب دائماً من المدرسة، وقد يكون السبب أنه أقل من زملائه في أشياء كثيرة، ومن المحتمل أن يكون هناك من يراقبه.(Oueld Taleb, 2012: 61)

نستنتج مما سبق أن الخوف المرضي من المدرسة يرتبط بعدة مفاهيم قريبة منه كالقلق الانفصال والرفض المدرسي والتغيب المدرسي والهروب من المدرسة، وبالتالي فإن الخوف المدرسي يختلف عن تلك الانماط والاضطرابات الانفعالية الأخرى، لذا يجب التمييز فيما بينها، والشكل التوضيحي التالي يوضح أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها:



4- أنواع الخوف المرضي من المدرسة:

تأخذ فوبيا المدرسة بين الأطفال عدة أشكال وتصنيفات، يختلف كل واحد منهما عن الآخر اختلافاً واضحاً من حيث فترة العلاج، ومدى تدخل المعالج، ومدى تأثير كل نمط على الصحة النفسية للطفل، ويمكن النظر إليه من زوايا متعددة، بحيث حاول العديد من الباحثين في هذا المجال وضع تصنيف له، فالبعض اعتمد في تصنيفه على شدة الخوف، في حين اعتمد البعض الآخر في تصنيفه تبعاً لبداية ووقت ظهور الاضطراب، والبعض الآخر اعتمد في تصنيفه على الصورة التشخيصية للاضطراب.

1-4 الخوف من المدرسة من النمط الحاد:

يتميز الخوف من المدرسة من النمط الحاد بأنه لا يترافق دائما بمشكلات سلوكية نفسية، وفي الوقت نفسه لا يكون الطفل الذي يقع ضحية لهذا النمط من الخوف المرضي من المدرسة قد عانى من مشكلات سلوكية أو نفسية، وبالتالي من ناحية أخرى يكون خوف الطفل في هذه الحالة محصوراً بالمدرسة فقط، بينما تسير حياة الطفل خارج المدرسة سيراً سوياً وطبيعياً، وهذا النمط من الخوف من المدرسة يمكن السيطرة عليه بسهولة وخلال فترة زمنية قصيرة نسبياً دون تدخل المعالج النفسي أو السلوكي والاكتفاء بمساعدة الأهل فقط ضمن ظروف مناسبة.(أحمد اليوسف، 2002: 156)

والعلاج يتضمن تحرير المثير الذي يسبب الاستجابة الخوافية بحيث يتمكن الطفل من المثير دون أن تتبعه الاستجابة الخوافية.(عبد المنعم الميلادي، 2004: 79)

مثال: في حالة الخوف من المدرسة الناتج عن رهبة الانفصال عن الأم، فإن العلاج يتضمن تمكن الطفل من الذهاب إلى المدرسة دون خوف ودون أن يستدعي الذهاب إليها رهبة الانفصال عن الأم وهذا يتطلب الربط ما بين المدرسة والأم كأن تذهب الأم بصحبة طفلها الخواف إلى المدرسة، وتدخل معه إلى الصف وتبقى بصحبته لفترة من الزمن ثم تعود به وتكرر الأم هذا الإجراء لعدة مرات بحيث يربط الطفل ما بين المدرسة والأم، في مرحلة ثانية عندما يتم الربط ما بين المدرسة والأم تكتفي بتوصيل طفلها إلى المدرسة والدخول بصحبته لفترة قصيرة ثم تذهب وهكذا حتى يمكن للأم الاكتفاء بتوصيل الطفل إلى المدرسة فقط دون أن تدخل معه، بعد ذلك يتم تعزيز الطفل وتقديم مكافآت له بسبب ذهابه للمدرسة، بعد ذلك تقدم المكافآت حين يقوم الطفل بالواجبات والأنشطة المدرسية بصورة ناجحة.(أنوار إبراهيم، 2005: 216)

2-4 الخوف من المدرسة من النمط المزمن:

يترافق هذا النمط من الخوف من المدرسة عادة بمشكلات سلوكية ونفسية شتى، أو يكون الطفل قد عانى سابقاً من مشكلات نفسية وسلوكية وعدم التكيف، وهذا النمط من الخوف لا يكون محصوراً بالمدرسة فقط، ولكنه جزء من مشكلات سلوكية ونفسية تشمل مجمل الحياة الاجتماعية والنفسية للطفل، مما يؤدي بالطفل إلى الانسحاب اتجاه المواقف والتجارب والأنشطة التي تتطلب تكيفاً فعالاً، وبالتالي يؤثر ذلك على نمو الطفل الاجتماعي والنفسي ويحدث اضطرابات في الشخصية.(سناء سليمان،2006: 152)

الجدول رقم (01): الفرق بين الخوف من المدرسة الحاد والمزمن

الخوف من المدرسة من النمط الحاد	الخوف من المدرسة من النمط المزمن
- تظهر الأعراض للمرة الأولى.	- تظهر الأعراض للمرة الثانية والثالثة.
- تكون البداية في أول أيام الأسبوع الدراسي، ويليها مرض الطفل في الأيام التالية.	- تكون البداية في أول أيام الأسبوع الدراسي، ويليها مرض شديد للطفل في الأيام التالية.
- تكون البداية حادة.	- تكون البداية بسيطة.
- يتعرض لها الأطفال صغار السن نسبياً.	- يتعرض لها الأطفال كبار السن نسبياً.
- يسأل الطفل دائماً على صحة الأم الجسمية، ويتوهم أنها مريضة.	- صحة الأم لا تستدعي اهتمام الطفل.
- يوجد اتصال جيد بين الوالدين.	- يوجد اتصال ضعيف بين الوالدين.
- الوالدين متوافقين في معظم المجالات.	- الأم عصابية، الأب مضطرب الشخصية.
- يتفهم الوالدان ديناميات الأمور الكامنة وراء مخاوف الطفل من المدرسة.	- لا يتفهم الوالدان الأمور الكامنة وراء مخاوف الطفل من المدرسة ولا يعملان لتخليص الطفل منها.

(رشا محمد، نقلا عن Beidel & Turner، 2005: 160)

إن عودة الطفل إلى مدرسته يحتاج إلى تعاون مدرسه، ويجب عليه تفهم موقفه، وعند إجبار الطفل على العودة إلى المدرسة رغم معارضته وهو يصرخ ويبكي، قد يشعر الأبوان أنهما أصبحا عديمي الرحمة، ولكن عادة ما يتوقف الطفل عن البكاء حين يصل صفه وحتى تأتي هذه اللحظة قد تصاحب الأم أو الأب نظرات غضب من الآخرين تدل على قسوتهما مع هذا الطفل.(عبد العزيز القوصي، 1998: 230)

وإذا استمر الخوف من المدرسة مترافقاً بمشكلات سلوكية ونفسية، وعدم تكيفه لدى الطفل دون معالجة فإن ذلك سيعيق تعلم الطفل للمهارات والتفاعل مع الزملاء والأقران، وتنمية الحس الاجتماعي واكتساب المعرفة مستقبلاً مما ينبئ بحدوث اضطرابات عصابية وتكيف رجعي ضعيف وسلبي اتجاه المواقف والاتجاهات التي تتطلب تكيفاً فعالاً وبالتالي الفشل في إنجاز الأعمال والمهمات التي تتطلب الاستقلالية والاعتماد على النفس، وهذا النمط من الخوف يتطلب تدخل المعالج النفسي أو السلوكي بأسرع وقت ودون تباطؤ.(ميموني بدرة،2003: 84)

كما يصنف "ميللر وآخرون Miller & al" (1974) الخوف المرضي من المدرسة إلى حالة (State) وسمة (Trait)، وتعني حالة الخوف من المدرسة مشكلة ثانوية بسيطة ترتبط بموقف مدرسي بعينه، أما سمته فتشير إلى مشكلة أولية أو أساسية، وإن كان "ميللر" يدرج حالته تحت فئة القلق الاجتماعي.(ولمان، ترجمة عبد الظاهر الطيب، 1991: 203)

ويشير "رينولد وجانسن Reynoleds & Jansen" (2007) إلى أن "كوليدج أحان وبيك Coolidge Hahan & Peak" يعدا أول من وضعا تصنيفاً لفوبيا المدرسة وذلك في عام (1957) استناداً على الاختلافات الظاهرة على عينة من الأطفال قوامها (27) طفلاً وطفلة يعانون من الخوف المرضي من المدرسة، حيث استخلصوا نوعين من المخاوف المرضية المدرسية هما:

4- 3 النوع العصابي Neurotic School Phobia:

ويتسم الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الفوبيا بكونهم أطفالاً صغاراً وأغلبهم من الاناث، وتظهر الفوبيا هنا بشكل مفاجئ، وقد تظهر أيضاً بعد عدة سنوات من حضور الطفل الطبيعي للمدرسة، وفيه تتغير شخصية الطفل من النوعية المتعاونة المحبوبة إلى الخائفة المضطربة.

4- 4 النوع المزمن Chronic School Phobia:

وتكون شخصية الطفل فيه أكثراً اضطراباً، وعادة ما يكون هذا النوع بصورة تدريجية، ويظهر في صورة خوف وقلق من المدرسة يأخذ طابع الشدة والحدة، كما تبين أيضاً أن أطفال هذا النوع يعانون من اضطرابات في الشخصية أكثر وضوحاً من أطفال النوع الأول، ويكون أطفال هذا النوع أكبر سناً من أطفال النوع الأول.(رشا محمد، 2016: 50- 51)

ويصنف "بكر وويليس Baker & Willis" المخاوف المرضية المدرسية من خلال دراستهما على مجموعة من الأطفال يعانون من المخاوف المدرسية وقدر عددهم (99) طفلاً وطفلة، والتي كانت تهدف إلى الكشف عن الأنماط المميزة لهذا الاضطراب، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود نمطين من المخاوف المدرسية لدى الأطفال وهما كما يلي:

- النمط الأول:

وهم الأطفال الذين أصبحوا فوبياوين بعد دخول المدرسة بفترة زمنية أقل من 3 سنوات، ويطلق عليه إسم فوبيا المدرسة الكاراكتارلوجية "Character logical school phobia" كما أنهم أظهروا مشاكل واضطرابات نفسية عديدة لديهم.

- النمط الثاني:

وهم الأطفال الذين لم يستطيعوا دخول المدرسة منذ البداية على الإطلاق، وهم شخصيات إنسحابية أكثر من أطفال النمط الأول ويطلق عليها فوبيا المدرسة العصابية "Neurotic school phobia" .(رشا محمد، 2016: 51- 52)

بينما "عبد الرحمن سيد سليمان" فقد صنف فوبيا المدرسة استناداً للصورة الشخصية التي يظهر فيها الاضطراب، ويؤكد أن هذا التصنيف يساعد المعالج النفسي في عملية التشخيص، حيث قسم فوبيا المدرسة إلى أربعة فئات:

- الفئة الأولى: قلق الانفصال "Séparation Anxiety":

ويحدث للأطفال حديثي العهد بالروضة أو المدرسة، الذين يكون لديهم خبرة قليلة جداً بها، حيث يظهر هؤلاء الاطفال اضطرابات مزاجية وسلوكية غير مرغوب فيها وذلك عندما يحثهم والديهم للذهاب إليها كالتوسل للوالدين بالبقاء بجوارهم، حيث يستخدمونها كوسيلة للبقاء بالمنزل وبمن يتعلقون به وخاصة الأم.

- الفئة الثانية: قلق بسيط الشدة "Sample Anxiety":

وهذا النوع يحدث للأطفال الذين انتظموا في الذهاب إلى الروضة أو المدرسة لمدة سنة أو سنتين ولم تظهر عليهم أي أعراض تتعلق برفض الذهاب إليها فيما مضى، ولكن بعد هذه الفترة يعاني الطفل من قلق مفاجئ حاد نحو الروضة أو المدرسة، وتصاحب هذه البداية المفاجئة أعراض فوبيا المدرسة، وتكون في صورة بسيطة الشدة.

- الفئة الثالثة: القلق الشديد المزمن "Sever Chronic Anxiety":

وهذا النوع ينطبق على الأطفال ذوي الأعراض الشديدة المزمنة لفوبيا المدرسة في سلوكياتهم تجاه المدرسة، وغالباً ما تتطور هذه الأعراض المرضية لتصبح اضطراباً واضحاً في سلوك الطفل عندما يصل إلى مراحل متقدمة.

- الفئة الرابعة: القلق النفسي الذهاني "Psychosis Anxiety":

ويشير هذا إلى حالات معينة تظهر لديهم أعراض فوبيا المدرسة كجزء من أعراض ذهان الطفولة، وهذا يظهر في المراحل العمرية المتقدمة.(عبد الرحمن السيد سليمان، 1994: 58-59)

كما وضع "يل وآخرون Yule et al" (1980) والذي اعتمد فيه على سبب ظهور الاضطراب، وهذا التصنيف تبنى عليه العديد من الأساليب العلاجية والتي تستخدم في علاج هذه الفئة من الأطفال، حيث صنفها إلى أربعة أنواع هي:

- النوع الأول: يظهر هذا النوع في بداية التحاق الطفل بالروضة أو المدرسة (عند بداية السنة الأولى) من المدرسة، ويرجع إلى قلق الانفصال.

- النوع الثاني: يحدث للأطفال الرافضين للمدرسة لأقل من أسبوعين.

- النوع الثالث: يحدث لدى الأطفال وذلك بعد انتقال الطفل من مدرسة إلى أخرى، أو الانتقال من صف دراسي إلى آخر وتكون المشكلة واضحة بسبب اضطرابات ومشاكل الأسرة.

- النوع الرابع: هذا النوع يحدث للأطفال الذين لازموا المدرسة لمدة تسع سنوات ويظهر في صورة كبيرة، كما يظهر هذا النوع في حالة من الاكتئاب النفسي الشديد التي تنتاب الطفل، وفي شكل حالة فصام.(رشا محمد، 2016: 56- 57)

يتضح مما سبق أن للخوف المرضي من المدرسة عدة تصنيفات، فبعض الباحثين اعتمد في تصنيفه على شدة الخوف وحدته، في حين اعتمد البعض الآخر في تصنيفه تبعاً لبداية ووقت ظهور الاضطراب، والبعض الآخر اعتمد في تصنيفه على الصورة التشخيصية له، وتكمن أهمية وضع هذه التصنيفات والأشكال المتعددة لهذا الاضطراب وذلك للمساعدة في التشخيص ووضع خطط وبرامج علاجية تتناسب مع طبيعة كل نوع، كما يجب الاطلاع على هذه التصنيفات من طرف الباحثين المهتمين لأنها تعتبر الخطوة الأولى التي تبنى عليها الدراسات والبحوث العلمية.

5- أسباب الخوف المرضي من المدرسة:

لقد تزايد اهتمام العلماء بدراسة الخوف المرضي من المدرسة لما ينتج عنه من اضطرابات سلوكية تؤثر بالسلب على شخصية الطفل المصاب به، ومن هنا ظهرت الحاجة لدراسة العوامل المسببة له حتى يمكننا الفهم والتنبؤ والتدخل المبكر لخفض الآثار السلبية الناتجة عنه، حيث تؤكد دراسات عديدة في علم النفس ومنها دراسة "جين وآخرون al Ginn et" (2010) ودراسة "ميك

وآخرون Mike et al " (2004) ودراسة "برنستين وآخرون Pernestein et al" (1990) على أنه ليس هناك عامل محدد وراء ظهور الخوف المرضي من المدرسة عند الطفل وهي غير محددة المعالم بشكل واضح ودقيق، بل هناك أسباب عديدة إذ يتظافر أكثر من عامل في حدوثه بعضها خاص بالعوامل الشخصية الخاصة بالطفل، وبعضها الاخر خاص بالعوامل الأسرية كأساليب المعاملة الوالدية، وعوامل أخرى متعلقة بالمتغيرات الخاصة بالحياة المدرسية وما تتضمنه من مثيرات أو مواقف طبيعية وبشرية، ومن هذه الأسباب نذكر ما يلي:

أولاً: الاسباب الخاصة بالطفل:

يمكن أن نجمل هذه الأسباب فيما يلي:

- ضعف الثقة بالنفس.
- اعتماد الطفل الشديد على والديه.
- القلق الشديد والضغوط التي تهدد شعور الطفل باحترامه لنفسه، بسبب عدم قدرته على التغلب على بعض الصعوبات خارج المنزل.
- المرض المزمن الذي يعاني منه الطفل أو حادث طارئ ألم به.
- إجراء عمليات جراحية للطفل استدعت بقاؤه في المستشفى لمدة طويلة.
- الشعور بالنقص والعجز، كالضعف الجسمي والاعاقة الجسمية كالنحافة والسمنة والتشوهات الخلقية المختلفة.
- مشاعر الحرمان والنبذ كما يدركها الطفل من قبل الوالدين، فقد اظهرت نتائج الدراسة التي قامت بها "ممدوحة سلامة" (1987) عن مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول والرفض الوالدي وجود ارتباط موجب ودال بين ما يبديه الأطفال من مخاوف وبين إدراكهم للرفض من قبل والدتهم.(ممدوحة سلامة، 1987: 54)
- مرور الطفل بخبرات انفصال عابرة ارتبطت بأحد أنواع مخاوف النمو التي يتعرض لها الطفل كالخوف من الهلاك، والخوف من فقدان الأم، والخوف من الغرباء، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من الاشباح.
- موت أو مرض شخص في الأسرة متعلق به الطفل تعلقاً شديداً.

إن التعلق الشديد بالوالدين بصفة عامة والأم بصفة خاصة وشدة الارتباط بها وقلق الانفصال عنها يمثل أحد العوامل المساهمة في إحداث الخوف من المدرسة، إذ يرى "انجلش وبيرسون English et

Person" (1980) أن ذهاب الطفل إلى المدرسة يتضمن صدمتين، فالأولى تمثلت في تجربة الانفصال عن الوالدين، أما الصدمة الثانية فتمثلت في الاتصال بأناس غرباء، وتظهر لدى الطفل أعراض إكلينيكية معينة، وتزداد مخاوفه أثناء ذهابه إلى المدرسة أو عندما يكون بالصف الدراسي.(حسن عبد المعطي، 2003: 310)

وهذا ما توصل إليه "أورجيلس وآخرون Orgiles et al" (2009) هدفت إلى الكشف عن أعراض مخاوف المدرسة وقلق الانفصال فضلاً عن تقييم العلاقة بين هاتين المشكلتين وذلك بإثبات ما إذا كانت المخاوف المدرسية تتنبأ بقلق الانفصال وتكونت عينة الدراسة من (178) طفل من (8- 11 سنة)، وتم عمل مسح للمخاوف المدرسية في مدارس البنين واستخدام مقياس قلق الانفصال للأطفال وكان هناك أربعة نماذج للتنبؤ بقلق الانفصال من خلال المخاوف المدرسية، وقد أسفرت النتائج أن المخاوف المدرسية وقلق الانفصال مرتبطة ارتباطاً كبيراً لدى الأطفال.(هند العزازي، 2013: 121)

ويشير "مبارك ربيع" (1991) أن الطفل المتعلق بأمه عاجز عن التصرف بمعزل عنها، ويعاني نقصاً في الأمان العاطفي أو الخوف من فقدانه، بل يصر على البقاء في أجواء يعتبرها آمنة، فهذا الطفل يعتبر أن المدرسة هي تمثل بالنسبة له مسؤولية جديدة ملقاة على عاتقه، ومن شأنها أن تكون مصدراً جديداً لانتقادات أمه أو غضبها عليه أو ضربها له، ومثل هذا الطفل يكون مرتبطاً بأمه ومتعلقاً بها من خلال علاقة سادو مازوشية، ويعاني هؤلاء الاطفال صعوبات مدرسية لأنهم يرفضون الذهاب إلى المدرسة رفضاً عاطفياً متمرداً.(مبارك ربيع، 1991: 179)

ويشير "رجاء محمود أبو علام ومحمد أحمد غالي" (1973) إلى أن "اوتورانك Otto Rank" قد أرجع سبب حدوث الفوبيا إلى خوف الطفل من الانفصال عن أمه، حيث أشار إلى أن الانسان يشعر في جميع مراحل نمو شخصيته بخبرات متتالية من الانفصال، وميلاد الطفل هو أول خبرة انفصال تمر بالإنسان، إذ تسبب له صدمة وتثير فيه قلقاً شديداً، كما اعتبر قلق الميلاد المصدر الذي تنشأ عنه حالات القلق والفوبيا، واعتبر الانفصال عن الأم الصدمة الأولى التي يتعرض لها الطفل، وكذلك اعتبر جميع حالات الانفصال التالية مثيرة للصدمة، فالفطام مثلاً يتضمن انفصال الطفل عن ثدي أمه وهو يسبب صدمة للطفل لأنه شبيهاً بحالة الانفصال الأولية والذهاب إلى الروضة أو المدرسة يثير القلق والخوف الشديد لأنه يتضمن انفصالاً عن المنزل، إذن فالقلق في رأي "رانك Rank" هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات (رشا محمد، 2016: 64)، لكن في الواقع لا يمكن الجزم بهذا الطرح لأن الطفل

قد لا يبدي خوفاً وهو بعيد عن أمه وفي وسط آخر غير المدرسة كقاعات الرياضة أو الألعاب...الخ، وهنا يكون الخوف المدرسي معزولاً عن تلك الأماكن، أي أن الطفل يكون في حالة نفسية جيدة وهو خارج هذا الوسط، والخوف يكون مرتبطاً بالوسط المدرسي فقط، وبالتالي النتيجة التي نخرج بها هي أن الأمر لا يتعلق مباشرة بهذا السبب ولكن بتكوين نفسي مرضي خاص بالطفل.(محمد مياسا،2001: 148)

- الانتقال إلى مسكن آخر في مرحلة الطفولة المبكرة، وعدم استقرار علاقاته الاجتماعية مع أقرانه نتيجة لذلك.

- الخجل والانطواء الذي يجعل الطفل عرضة للاضطهاد والنبذ من قبل رفاقه في المدرسة.(العاسمي، 2015: 97)

ثانياً: الاسباب الخاصة بالأسرة:

- إن موقف الطفل من المدرسة متنوع الأشكال، وردود الأفعال تتأثر بعدد كبير من العوامل ومن بينها: موقف الأهل، أقوال الإخوة والأشخاص الآخرون، والاعداد المسبق لهذا الوضع، وأساليب معاملة الوالدين والمعلمين.(الخليدي، وهبي، 1997: 167)
- وقد يكون الخوف من المدرسة عن طريق اقتران المدرسة بمثير أو موقف معين يثير في نفس الطفل الخوف بحيث يرتبط أو يقترن ذهاب الطفل إلى المدرسة بفقدان الأم أو البعد عنها، وتكرار ذلك يجعل المدرسة تكسب صفة المثير، لذلك يشعر الطفل بالخوف منها.(عبد العزيز محمد، 2011: 92)
- خوف الوالدين الشديد على الطفل وتعبيرات الاهتمام الزائد من طرف الأم للطفل أو القائم برعايته، وردود الأفعال المتعلقة بمخاوف الطفل، كما يظهر الخوف من المدرسة بسبب أن أحد الوالدين يكون قلقاً على الطفل ويحاول إبقاءه في المنزل من أجل الاستئناس بصحبته، وأن يخاف أحد الوالدين أوكلاهما من أن يحدث مكروهاً للطفل عند ذهابه للمدرسة.(حسن عبد المعطي، 2003: 311)

ويرى "وولمان" (2006) أن الآباء غير المستقلين في تصرفاتهم، والذين يعوزهم الاحساس بالأمان قد يعطوا الطفل الانطباع بأنهم الذين يخافون الانفصال وأنهم هم الذين يحتاجون إلى الطفل ويؤدي تشبثهم اللاشعوري بالطفل إلى إضعاف وتثبيط عزيمته من أجل تحقيق استقلاليته وتوكيده لذاته، وتنشأ فوبيا المدرسة لدى العديد من الأطفال المفرطين في الاعتماد على والديهم والذين يتلقون الحماية الزائدة

والتدليل، كما لو كانوا يحسون الحاجة التي تكمن وراء حرص أمهم عليهم وبطبيعة الحال، فالأم ترغب شعورياً في أن يذهب طفلها إلى المدرسة وأن يكون مستقل الشخصية ولكن صنوف القلق اللاشعوري قد تجعلها تتصرف بطريقة غير متسقة وتؤدي بدورها إلى زيادة قلق الطفل واعتماده الزائد عليها.(وولمان، 2006: 178)

فقد تخاف بعض الأمهات القلقات من بقائهن بالبيت بمفردهن، حيث أن الزوج يخرج من البيت ليتوجه إلى عمله فإن الزوجة تلوذ بصحبة طفلها وقد لا تعترف بهذا أمام نفسها كقاعدة عامة فهي ليست مدركة لرغبتها بصورة تامة ولكنها لا تضيع فرصة السماح لطفلها بالتغيب عن المدرسة في الأيام الممطرة، أو عندما يعطس الطفل أو يخدش أصبعه.(وولمان، محمد عبد الظاهر، 1991: 200)

وهذا ما توصل إليه "دوغس وقوريو Dugas & Gueriot" من خلال أعماله، حيث توصل إلى وجود سمات شخصية معينة عند والداي الطفل الذي يعاني من هذا المشكل، حيث يكون الأب قلقاً والأم أيضاً تعاني إما قلقاً واكتئاباً أو لهما حماية مفرطة اتجاه طفلهما تجعله في تبعية دائمة لها، بحيث تكون لها رغبة لاشعورية في بقاء طفلها إلى جانبها، أما على مستوى البنية النفسية لهذا الطفل فتشير "ليدا بوليك H.Lida Pulik" إلى ضعف الأنا الذي يؤسس الخوف المدرسي كميكانيزم دفاعي لتحقيق الشعور بالأمن اتجاه بيئة معينة أو أشخاص محددين.(Richard Clautier.1990:553)

وتوصلت الدراسات التي أجريت في أواخر الستينيات من هذا القرن؛ منها دراسة "بيرج، ونيكولز، وريشارد" (1969) والتي قارنت بين مجموعتين من الأطفال، الأولى: تضم مجموعة الأطفال ذوي المخاوف المرضية من المدرسة، وقسمت بدورها إلى مجموعتين فرعيتين، الأولى: ذوي المخاوف المرضية الحادة، والاخرى: ذوي المخاوف المرضية المزمنة، والثانية: تضم مجموعة الأطفال الأسوياء أي الأطفال الذين لا يعانون من أية مخاوف من المدرسة أو غيرها من الاضطرابات الأخرى كمجموعة ضابطة، وقد وجد أن أمهات الأطفال ذوي المخاوف المرضية من المدرسة بنوعيها الحاد والمزمن كن أكثر عصابية، وأكثر تفضيلاً لأن يكون أطفالهن معتمدين، ويتسمون بالتصاق أكبر بالأم وحرية أقل في الحركة بعيداً عن المنزل...الخ.(عبد الرحمن سليمان، 1988: 56- 59)

فقد أشار "ايماجاوا Imagawa" (1974) بأن علاقة الطفل بوالديه تلعب دوراً حثيثاً في خوفه من المدرسة خاصة علاقته بأمه والتي يشوبها التبعية والحماية الزائدة، وذلك من خلال دراسة لحالة فوبيا

من المدرسة اتضح أنها تتميز بالقلق والانطواء والانفعالية، كما أن علاقته بوالديه تفتقر إلى الاستقلالية.(عباس محمود، مدحت عبد الحميد، 2003: 51)

وأكد كل من علماء النفس "فرويد وإيزنك وسكينر وبندورا Freud & Eysenck & Skinner & Bandoura" أهمية الدور الذي تلعبه العلاقة بين الطفل ووالديه فمثلاً وجد أن الحماية الزائدة والتسامح الزائد عن الحاجة يخلقان في الطفل الأنانية، وعدم القدرة على المواجهة والإحباط، وعدم الشعور بالمسؤولية، والإفراط في الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين.(محمد عبد العزيز، 1992: 15)

ويشير "عمر الهمشري" (2003) إلى مظاهر الإفراط في الحماية الوالدية الزائدة، كمتابعة حركات الطفل وسكناته من تعرضه للخطر، وفرض نظام معين من الطعام عليه خوفاً على صحته وإلباسه أكثر مما يحتمل حتى لا يبرد، والمكوث بجانبه أثناء دراسته، ومنعه من تكوين صداقات مع الأطفال الآخرين، وبالتالي ينمو الطفل في ظل هذا الاتجاه بشخصية ضعيفة غير مستقلة تعتمد على الغير، وتتسم هذه الشخصية بعدم الاستقرار وانعدام التركيز وعدم النضج وانخفاض الطموح والشعور بالإحباط والخوف من المسئولية، وانخفاض الثقة بالنفس ومثل هذه الشخصية غالباً ما تكون حساسة على نحو مفرط للنقد، وكل هذا يؤدي إلى سوء التوافق.(عمر الهمشري، 2003: 333)

إن نوع العلاقة التي تنشأ بين الطفل ووالديه، وطريقة معاملتهما له لها أثر بالغ في تكوين صحته النفسية، فإذا اتسمت هذه العلاقة بالسواء حققنا التوافق النفسي للطفل، وأما إذا اتسمت هذه العلاقة بالتوتر أدى ذلك إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية لدى الطفل، حيث تشير العديد من الدراسات لذلك منها دراسة "ويتكار وآخرون Whitkar et al" (2006)، ودراسة "توبياكولادوز Topiacollados" (2005) حيث أشارت الدراستان إلى الأثر الذي تلعبه الأم في إصابة أطفالها بالاضطرابات النفسية كالفوبيا والقلق والاكتئاب.

ويشير "ديفنات Devanath" (2010) إلى أن أساليب المعاملة الوالدية التي يتخذها الوالدان في تنشئة أطفالهما تعتبر العامل الأساسي في تشكيل شخصية الطفل وتكوين اتجاهاته وميوله ولذا كانت السنوات الأولى من حياة الطفل لها أهميتها في تنشئته وفي تمتعه بأكبر قسط من التوافق السليم في حياته، فأساليب المعاملة الوالدية تنعكس في صورة ردود أفعال يعبر عنها الأبناء في سلوكياتهم في مختلف المواقف الحياتية، حيث يعد أسلوب الحماية الزائدة والتدليل كأحد أساليب المعاملة الوالدية التي تقوم

على الاعتمادية وعدم القدرة على الاستقلالية أحد العوامل المسئولة عن ظهور المخاوف من الحياة الجديدة داخل المدرسة الأمر الذي قد يتطور إلى الفوبيا المرضية.(رشا محمد، 2016: 11)

وتوضح "مايسة النيال" (2002) أن الحماية الزائدة تأخذ ثلاثة أشكال وذلك كما أشار إليها "ليفي" (1943) وهي:

أ- الاحتكاك الزائد بالطفل Excessive contact:

ويتمثل في رغبة الآباء في بقاء الطفل أمامهم، ويغالون في وقايته من المرض، وذلك عن طريق تقديم ما يلزم من الدواء، أو اجباره على لبس ملابس ثقيلة أكثر من اللازم، ويمكثون بجانبه أثناء لعبه ودراسته لدرجة انجاز واجباته المدرسية في حالة تعثره في أدائها.

ب- التدليل Infantilization:

وقد وجد "ليفي" أن بعض الآباء يعاملون أطفالهم ممن تتراوح أعمارهم ما بين (12- 13 سنة) وكأنهم أطفال رضع، فيطعمونهم ويساعدونهم في قضاء حاجاتهم التي يستطيع الاطفال القيام بها في مثل هذا السن وهذا ما سماه بالتدليل الزائد.

ج- منع الطفل من الاستقلال في السلوك Prévention of Independent Behavior :

وهنا يمنع الآباء أطفالهم من تكوين صداقات أو علاقات مع الأطفال ومن الاشتراك في النشاطات المدرسية أو الرحلات، وبالرغم من كون الطفل في الثامنة مثلاً يرفض والديه أن يعبر الطريق بمفرده أو أن يركب دراجته ليذهب إلى المدرسة من المنزل مثلاً.(رشا محمد، 2016: 109- 110)

وتوصلت دراسة قامت بها "جونسون Johnson" (1941) على ثمانية أطفال يعانون من فوبيا المدرسة، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ثلاثة عوامل أساسية تعد هي المسؤولة عن ظهور هذا الاضطراب وهي: القلق الحاد لدى الطفل، والقلق المتزايد لدى الأم، وعدم حل مشكلة العلاقة الاعتمادية في مرحلة الطفولة ما بين الطفل والأم.

ويتضح لنا دور أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية وخاصة أسلوب الحماية الزائدة والتدليل من جانب الأسرة وخاصة الأم والذي يعد أحد العوامل الرئيسية المسؤولة عن فوبيا المدرسة.(رشا محمد، 2016: 111- 112)

كما ويتضح من دراسة "كيهن Kuhn" (1993) قام بها للكشف عن المعاملة الوالدية وأثرها في ظهور فوبيا المدرسة، حيث تكونت عينة الدراسة من (42) طفلاً وطفلة من المصابين بفوبيا المدرسة تتراوح أعمارهم ما بين (9- 17 سنة) ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود صراعات لدى أسر هؤلاء الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة، كما أشارت النتائج إلى ارتباط الحماية الزائدة بفوبيا المدرسة، كما أن تلك الأسر لا تعطي فرصة لهؤلاء الأطفال للتعبير عن الرأي والذي يعد سبباً من أسباب الخوف المرضي من المدرسة.(رشا محمد، 2016: 131)

ويتفق ذلك مع ما أشار إليه "حسن مصطفى عبد المعطي" (2003) أن علاقة الطفل بوالديه تلعب دوراً حثيثاً في ظهور الخوف المرضي من المدرسة، خاصة العلاقة المعتمدة والتي يشوبها التبعية والحماية الزائدة، ويتميز الأطفال المصابون بفوبيا المدرسة بالقلق والانطواء، كما أن علاقته بوالديه تفتقر إلى الاستقلالية، وأن أحد أسباب شعور الطفل بالفوبيا هو ممارسة الآباء للضغوط على أبنائهم للذهاب إلى المدرسة، بالإضافة إلى صراعات داخلية تتولد لدى الأبناء كنتيجة لهذه الضغوط.(حسن عبد المعطي، 2003: 112)

وأشارت دراسة "سارسون Sarason" (1980) إلى أن أسلوب الحماية الزائدة من الأم للطفل أو القائم برعايته يؤدي إلى ظهور فوبيا المدرسة، حيث يكون أحد الوالدين قلقاً على الطفل ويحاول ابقاءه في المنزل من أجل الاستئناس به أو الخوف من أن يحدث مكروهاً عند ذهابه إلى المدرسة، ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة "اوزكان وآخرون Ozcan et al" أن الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة يعانون من الحماية الزائدة وقلق الابتعاد عن الأم.(رشا محمد، 2016: 134)

يتضح مما سبق أن الفوبيا المدرسية يكتسبها من خلال تنشئته الاجتماعية كالحماية الزائدة والتدليل وقلق الأم على طفلها وشدة تعلقها به.

- الخلافات الأسرية وما فيها من شجارات متكررة وما يترتب عليها من ازعاجات نفسية وذهنية تستهلك قدراً من الطاقات الذهنية وتربك الاستقرار النفسي وتؤثر سلباً على الانجازات الدراسية.
- وجود مشاكل أسرية بين الآباء وتوتر العلاقات بينهم، وهنا يعتقد الطفل أنه من الضروري أن يبقى في المنزل لكي يحمي أمه من قسوة الأب، فقد توصل "برنستين وجارفينكل Pernstein & Garfinkel" (1988) إلى أن الوالدين في عائلات الأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي من المدرسة يصفون المناخ العائلي بالتوتر، والاضطرابات الانفعالية، ويعد هذا نقيض ما أظهرته أسر

الأطفال الأسوياء من حيث أنها تعبر عن التفاعل الإيجابي داخل المنزل والاتصال المباشر بين أفراد الأسرة.(Pernstein & Gafinkel, 1988 : 70)

كما أنه لابد من الاشارة إلى نهاية هذه المرحلة من عمر الطفل - مرحلة الطفولة المتأخرة- هي بداية ظهور بوادر المراهقة، أين يصبح الطفل يبحث عن الاستقلالية وتحقيق الذات، وهنا يشير "مرسلي Mercelli" إلى أنه كلما كانت الروابط العلائقية الأولى للطفل سليمة كلما كان ذلك استثماراً للأنا لتحقيق الأمن والتوازن النفسي، وبالتالي لابدا أن هناك عدة عوامل أسرية واجتماعية تساهم في ظهور الخوف المدرسي لدى الطفل، فقد أبرزت دراسة "برنستين Pernestein" (1990) أن العلاقات الأسرية المضطربة هي بمثابة العامل الأول في ظهور هذا الاضطراب عند الطفل.(عبد الفتاح غزال،2001: 107)

كما تشير الدراسات الاكلينيكية إلى أن الأسرة المضطربة تنتج أطفالاً مضطربين، وأن الكثير من اضطرابات الطفل ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة المتمثل في الظروف غير المناسبة وأخطاء التنشئة الاجتماعية.(زهران حامد، 1995: 184)

وتشير دراسة "تريست وآخرون Trictt et al" (1994) إلى أن المشاكل والاضطرابات النفسية وعدم قدرة الطفل على الادراك والتخيل والتفكير المنطقي دائماً تكون مصاحبة للتعرض للمعاملة السيئة والعنف، كما أنها تؤثر على التحصيل الدراسي.(وسام قشدة، عبد العزيز ثابت، 2006: 156)

ويشير "محمد عبد المؤمن" (1986) إلى أن العلاقات الأسرية المشوبة بالتوتر وعدم التفاهم تؤدي إلى فشل التلاميذ دراسياً، بالإضافة إلى كثرة المهام والواجبات التي يكلفون بها تؤدي إلى كراهيتهم للمدرسة ورفضهم الذهاب إليها نتيجة خوفهم من الفشل في الدراسة وتحقيق التوافق السوي.(محمد عبد المؤمن، 1986: 25)

كما ويعزى الاخصائيون أسباب الاضطرابات النفسية عند الطفل منها الخوف من المدرسة في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، وقد أولت البحوث التجريبية العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه.(Haj Yahia, 2000 : 33)

إن الأسرة المستقرة التي تشبع حاجات الطفل في اتزان، وما يتميز به من تجاوب عاطفي بين أفراد الأسر عامل هام في سلامة الطفل من الاضطرابات، أما الأسرة المضطربة هي مرتع للاضطرابات النفسية.(سلامة عبد السلام، عبد الغفار أحمد، 1977: 101)

وتشير دراسة "ايماجاوا Imagawa" (1974) أن علاقة الوالدين بالطفل واتجاهاتهم نحوه يلعب دوراً خطيراً في شعور الطفل بالمخاوف المرضية المدرسية، فحينما تكون هذه العلاقات غير سوية وقائمة على التبعية وعدم الأمان والحماية الزائدة والنبذ والإهمال يشعر الطفل بالمخاوف المرضية.(44: Imagawa ,1974)

في حين أن العلاقة القائمة على القبول والدعم الاجتماعي من قبل الوالدين تساهم في التقليل من المخاوف المدرسية، وهذا ما توصلت إليه دراسة "بداليو Pedalino" (1982) أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الطفل من طرف والديه والمخاوف المدرسية وتأثير ذلك على مستوى التحصيل الدراسي، وأن الأطفال الذين يتمتعون بمستويات عالية من الدعم الاجتماعي يعانون من مخاوف أقل، وفي نفس الوقت يظهرون تحصيلاً مدرسياً أقل مقارنة بغيرهم من التلاميذ.(Pedalino, 1982 :1687)

وتتفق دراسة "بارلا Barla" (1981) مع نتائج دراسة "ايماجاوا Imagawa" حيث أوضحت أن أحد أسباب شعور الطفل بالمخاوف المرضية هو ممارسة الآباء للضغوط على أبنائهم للذهاب إلى المدرسة.(Barla Martin, 1981: 34)

وأشار "ماربيرجر Marberger " (1980) إلى أن كفاءة التعلم وفعاليته تعتمدان اعتماداً كبيراً على الاتجاهات التربوية في كل من المنزل والمدرسة، وكنتيجة لاختلاف تأثير بيئة المدرسة كبيئة جديدة على حياة التلميذ عن بيئة الأسرة، فإن مشاعر الخوف تتولد عند التلميذ نتيجة البيئة الأسرية غير الصالحة فيرفض الذهاب إلى المدرسة، حيث أن له عالماً مجهولاً يشعر معه بفقدان الحاجة إلى الأمن فتتولد لديه مشاعر الخوف.(Marberger, 1980 : 51)

يتضح مما سبق أن شعور الطفل بعدم الأمن يتوقف بدرجة كبيرة على نوعية العلاقة القائمة داخل الأسرة والأساليب الوالدية التي تتسم بالتذبذب وعدم الألفة وهذا الاحساس يؤدي إلى الخوف والقلق في مواجهة الطفل لموقف جديد كالذهاب إلى المدرسة.

- انفصال الوالدين قد يكون سبب في خوف الطفل من المدرسة، وهذا ما توصل إليه "أورجيلس وآخرون Orgiles et al" (2008) في دراسته التي يهدف من خلالها التعرف على مستوى المخاوف المدرسية لدى عينة من الأطفال من أبوين مطلقين ومقارنتهم بمجموعة أطفال من أبوين غير مطلقين، وتكونت عينة الدراسة من (95) طفلاً وطفلة من الإسبان، تراوحت أعمارهم بين (8- 12 سنة)، وقد أسفرت النتائج عن ارتفاع في مستوى المخاوف المدرسية لدى أبناء من والدين مطلقين تزيد نحو الخوف من الفشل في الدراسة والعقاب، وأن مخاوف الأطفال من والدين غير مطلقين تزيد نحو الخوف من الفشل في الدراسة والعقاب وذلك بمعدل 42 مرة أعلى من مجموعة الأطفال أبناء الوالدين المطلقين، ويعود ذلك التغيير في أساليب التربية وعدم وجود رقابة بعد الطلاق.(هند العزازي، 2013: 121)

ويذكر "وولمان" أن بنتاً في الثانية من عمرها تعاني الخوف المرضي من المدرسة بشكل حاد، كما جاء في التقرير التشخيصي عنها، وقد كانت ترفض الذهاب إلى المدرسة، فتتقيأ كلما حاول والدها ارغامها على ذلك، وكان نومها مضطرباً إلى درجة كبيرة، تعصف به الكوابيس، ولم يكن السبب الذي قدمته لتفسير خوفها من الذهاب إلى المدرسة سبباً مقبولاً في حقيقة الأمر، فهي ذات يوم استرقت السمع إلى المشادات الكلامية بين والديها، وعرفت أنهما قررا الانفصال، ففي وقت متأخر من الليل عشية إصابة البنت بالخوف المدرسي كان والداها يناقشان قرارهما غير مدركين أن أبنتهما كانت مستيقظة في فراشها وتستمع إليهما، وفي ذلك الصباح أخبرتها أمها بأن والداها سينتقل إلى مسكن آخر بصورة مؤقتة.(وولمان، 1985: 169- 170)

- إهمال الآباء لأبنائهم وعدم الاهتمام بهم وتقبلهم ولومهم ونقدهم الدائم لهم مما يؤدي إلى شعور الطفل بالرفض والنبذ، فيضطرون نتيجة لذلك لرفض المدرسة وعدم الذهاب إليها كمحاولة لجذب انتباه الوالدين، حيث يؤكد "محمد جاسم العبيدي" (2009) أن اتجاه الاهمال الزائد يحدث أحياناً عندما يولد طفل في أسرة تكون مكتفية ولا تريد طفلاً جديداً، أو يكون لدى الأسرة مجموعة أطفال بنات ويريدون طفلاً ذكراً فيأتي الطفل أنثى على غير رغبتهم أو العكس، بحيث يتم اهمال الوليد الجديد بقلة رعايته بتحقيق اشباعاته وحاجاته الفسيولوجية والنفسية، وهذا ما يفقده الشعور بالأمن والخوف من الناس ومن المستقبل والسلبية في التعامل وعدم الثقة بالنفس وبالآخرين وهذا ما يؤثر سلبياً على صحته النفسية.(محمد جاسم العبيدي، 2009: 76)

كما يشير "سامي ملحم" (2007) إلى أن هناك عدد من الأسباب التي تدعو الأطفال إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم من قبل والديهم من أبرزها إهمال الأطفال وعدم السهر على راحتهم وإشباع حاجاتهم، وانفصال الطفل عن والديه، والتهديد بالعقاب البدني الشديد، إشعار الطفل بالسخرية من طرف والديه، وتميز شخصية الوالدين أو أحدهما بالعصبية، وعدم حماية الطفل والاهتمام بشؤونه، وهذا الشعور يسبب اضطراباً في شخصية الطفل واتباعه أنماطاً متباينة من السلوك كأن يكون الطفل الذي أسيئت معاملته من قبل والديه قلقاً مضطرباً شديد التعلق بوالديه، ويقوم بسلوك يتميز بالمقاومة والعناد والعدوانية من أجل لفت الانتباه.(سامي ملحم، 2007: 272)

- فقدان الطفل للاهتمام من طرف والديه؛ فلكل طفل وضعه المميز في عائلته، هذا الوضع الذي لا تستطيع المدرسة تأمينه للطفل بحيث يعتبر أن وجوده في المدرسة هو بمثابة فقدان لهذا الموقع المتميز، فإذا ما وجد هذا الطفل نفسه محروم من احتياجاته فهذا كاف حتى يضطرب نفسياً وخائفاً من الذهاب إلى المدرسة.(مبارك ربيع، 1999: 127)

وبالتالي فإن عدم اهتمام الوالدين بالطفل وإهماله يؤدي إلى رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة وخوفه منها، وهذا لجذب انتباه الوالدين إليه، وتظهر لدى الطفل مظاهر جذب الانتباه لتعويض النقص الذي يشعر به من والديه.

يتضح مما سبق أن أساليب المعاملة الوالدية غير السوية كالتفرقة بين الأبناء، والاهمال، والقسوة، والتسلط، والحماية الزائدة والتدليل، قد تكون المسؤولة عن تكوين الشخصية السلبية للأبناء، حيث تفتقد القدرة على مواجهة المواقف الجديدة وتنشئ منها شخصية منطوية وتهدد أمنه النفسي، مما يجعله عرضة للإصابة بالخوف المرضي من المدرسة.

- سوء معاملة الآباء والمدرسين للطفل مما يؤدي إلى تكوين خبرات مؤلمة عن المدرسة والمدرس والتعليم بوجه عام.

- إن مشاعر الأطفال غالباً ما تكون انعكاساً لخوف الوالدين عليهم، وهنا يفكر الأطفال لماذا يشعر الوالدان بهذا القلق الشديد، فبعض الأطفال ينتقلون من البيت إلى المدرسة والعكس، ولكنهم قد يخشون الرجوع إلى المدرسة ثانية حتى مرور أسابيع قليلة على ذهابهم وإيابهم، فمشاعر القلق هي رد فعل طبيعي لأي موقف جديد لدى الفرد، فبالنسبة للكثير من الأطفال فإنهم يغادرون المنزل لأول مرة، وعند

عودة الطفل تنهال عليه الأسئلة من والديه على كل ما صادفه في يومه؛ إن دقة هذه الأسئلة قد تكون سبباً أساسياً لخوف الطفل وقلقه.(Today Magasine U.S.A, 1997 :67)

وقد أشارت نتائج دراسة "جونتان ودافيدسون Jonathan & Davidson" (2000) إلى أن الطفل يكتسب الخوف والقلق من خلال عملية الملاحظة لوالديه والاستماع لهما حيث أن هاتين العمليتين لهما بالغ الأثر في تلقين الخوف والقلق لديه، ومن هنا أوصت الدراسة بمراعاة الوالدين لتصرفاتهما وسلوكياتهما التي تنتقل لطفلهما من خلال عملية الملاحظة التي تعد مصدراً لتلقين الخوف والقلق.(رشا محمد، 2016: 116)

- تعلم الخوف من قبل الوالدين بشكل مباشر مثل خوف أحد الوالدين من المواقف الجديدة، وهذا ينمي في نفس الطفل الخوف من مثل هذه المواقف وخاصة عند دخول الطفل للمدرسة كبيئة جديدة، ويؤيد هذا الرأي ما وجد من تشابه بين مخاوف الأم ومخاوف طفلها؛ فالطفل يخاف من الاشياء نفسها التي تخاف منها أمه، فالأم التي تخاف على أبنائها خوفاً شديداً ينتقل خوفاً إليهم، ويصبحون عرضة للخوف الشديد على أنفسهم.(العاسمي، 2015: 98)

ففي دراسة قامت بها "بيرت Burt" بعد فترة قصيرة من الحرب العالمية الثانية، وجد بأن كثيراً من الأطفال الذين أخذوا من قبل أمهاتهم إلى الملاجئ الواقعة قرب المدرسة من أجل وقايتهم من الغازات الجوية، كانوا يخافون من تلك الغازات بالقدر الذي تخاف منه الأمهات، وقد ارتبط خوفهم هذا بالمدرسة.(سامية قطان، 1982: 103)

- وقد يكون عدم الاستحسان والنبذ من جانب الآباء عاملاً مساهماً في خوف الطفل من المدرسة، ويظهر في مقدمة الصورة: الفشل الدراسي، أو الخوف من المعلمين، أو الخوف من التلاميذ الكبار...الخ.

- احتمال وجود علاقة عدائية لاشعورية بين الطفل وأمه كالخوف من الانفصال عن بعضها وكمحاولة لكبت الشعور العدائي بين الطرفين تحاول أن تكون الأم موضوع العاطفة، حيث يجبر الطفل على البقاء بجانبها، وقد أشارت "دافيدسون Davidson" (1961) إلى الخوف المرضي من المدرسة على أنه تعبير ودليل على اضطراب العائلة، وأن أمهات الأطفال ذوي المخاوف المرضية من المدرسة يتصفن بالتناقض الوجداني، لذا فهن يخشين من عدوانيتهن المكبوتة والتي تظهر غالباً في انفجار ثورات الغضب، مما يفقدهن التوازن الانفعالي في التعامل مع أطفالهن، ويصف الأمهات بأنهن غير ناضجات،

وأنهن يعتمدن على أمومة الجدة، وأنهن ميالات لتكرار علاقتهن بأطفالهن بما كانت، إلا أنهن يعملن بصورة لاشعورية في الاتجاه المناقض لهذا.(العاسمي، 2015: 100)

- كما أن المقارنات بين الأطفال من طرف الوالدين تولد لدى أبنائهم الخوف من الفشل.(محمد عبد الباري، 2004: 129)

- تسلط الآباء وشغفهم في السيطرة على كل حركات الطفل دون أن يتركوا له حرية التفكير فعليه أن يطيعهم طاعة عمياء يتولد عنده الخوف من معارضتهم وبالتالي هذا يسبب في خوفه من المدرسة.

ويوضح "محمد جاسم العبيدي" (2009) إلى أن اتجاه التسلط والسيطرة الزائد من طرف الوالدين إزاء الصغير يؤدي إلى أن يصبح الطفل مقهوراً، وعليه أن ينفذ ما يطلب منه، وتكرار معاملة الطفل بهذا الأسلوب المصاحب أحياناً بالعقاب والضرب أو الحرمان يترك آثاراً سلبية على صحة الطفل النفسية فنجده دائماً خائفاً قلقاً مستسلماً، وقد ينقلب هذا الاستسلام في مرحلة تالية إلى التمرد والعدوان والاحساس بالنقص، مما يؤدي إلى الخلل في الصحة النفسية وسوء توافق الطفل.(محمد العبيدي، 2009: 76)

- إن التلاميذ الذين يعانون من مخاوف مرضية من المدرسة سببه تعرضهم لخبرات مؤلمة مروراً بها في عملية تنشئتهم وتربيهم في الأسرة والمدرسة، ولذا يتجنبوا الحضور إلى المدرسة والخوف منها، لشعورهم بعدم الكفاءة لأداء المهام المدرسية التي يكلفون بها متمثلة في النشاط التحصيلي أو الأنشطة الاجتماعية في المدرسة، أو تكليف الآباء لهم القيام بمسئوليات تفوق مستويات طاقاتهم، فينعكس ذلك على شخصياتهم في صورة الاضطرابات والمخاوف المرضية.(مصطفى الصفطي، 1995: 245)

- الأساليب الخاطئة في التربية، فقد يتحدث الوالدان أمام الطفل على العقاب في المدارس أو يصفون المدرس بأنه شديد ويستعمل أساليب عديدة لتأديب التلاميذ، ومنها ما يقع فيه كثير من الآباء في وضع صورة في ذهن الطفل عن المدرسة من أجل القيام بمعاقبة الطفل مما يتسبب في خوف الطفل من المدرسة.(عبد العزيز محمد، 2011: 92)

- السخرية من الطفل ونبذه من طرف الوالدين أو المعلمين يؤدي إلى ظهور فوبيا المدرسة، وهذا ما أشارت إليه "كاي Kay" (1999) إلى أن هناك العديد من الأساليب المختلفة الموجهة نحو الطفل والتي تؤدي بدورها إلى الإساءة الشعورية والنفسية لديه، فالنقد اللاذع للطفل والسخرية والنبذ كلها أساليب

مؤلمة، فالأطفال يتميزون بالحساسية الشديدة للنقد، وحتى الأحداث البسيطة تترك آثارها على ثقة الطفل في ذاته، ولكن الاساءة الشعورية واستمرار الوالدين في اتباع ذلك الأسلوب يرتبط بعواقب طويلة المدى في تقدير الطفل لذاته، والتي تؤدي إلى مشكلات نفسية واضحة أهمها القلق والخوف والسلوك العدواني والانسحاب وعدم القدرة على المشاركة في الانشطة المختلفة.(رشا محمد، 2016: 117)

- الانتقال السريع للطفل من حالة إلى أخرى دون المرور بمراحل تساعده على تجاوز مخاوفه وأهمها أن الكثير من العائلات خاصة في المدن الصغيرة والأرياف لا تتوفر لهم إمكانية تهيئة أبنائهم قبل سن السادسة من العمر للمدرسة من خلال تسجيلهم في رياض الأطفال نظراً للدور المهم الذي تقوم به رياض الأطفال في تهيئتهم للمدرسة.

- تترسخ استجابة خوف الطفل من المدرسة في الحالات التي يوافق فيها الأب أو الأم على عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة.

- يؤدي الخوف من العقاب الأبوي أو تعرض الطفل إلى سخرية الآباء من فشل الأبناء أو مقارنتهم بأطفال آخرين ناجحين دراسياً إلى الخوف من الذهاب إلى المدرسة.(محمد الريماوي،2003: 80)

- مرض الأم أو الأب، أو توقع موت أحد الوالدين، وأعتبر "لازاروس Lazarus" (1960) أن الخوف من الموت هو النواة أو القاعدة الأساسية للخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل ومن البيئة الخارجية أيضاً، وفي هذا السياق فقد ذكر حالة طفلة في التاسعة من عمرها عبرت بأنها لم تخش أو تخاف من المدرسة، ولكنها كانت تخاف أن تموت والدتها قبل أن تعود من المدرسة إلى المنزل.(العاسمي، 2015: 100)

- وغالباً ما يعاني الطفل الخوف من المدرسة في أعقاب انقطاعه عنها بسبب الإجازة أو المرض، وعندما يعود إليها يشعر بالخوف، ويكثر هذا عند الأطفال الذين ينتمون إلى أسر يقل ويسوء فيها التواصل بين أفرادها وتنتشر فيها المشكلات السلوكية.(محمد قاسم، 2007: 475)

- ومن الأسباب المتعلقة بالأسرة أيضاً فقد ذكر كل "ايزنبرج وجولد بيرج وفان هوتن Eisenberg, Goldberg and Van Houten" كل اتجاهاته نحو المدرسة في السنوات القادمة.(جابر نصر الدين، 2001: 153)

إن للأسرة دوراً في تشكيل الخوف المرضي المدرسي لدى أطفالها حيث أن أم الطفل الذي يعاني من خوف مرضي مدرسي تكون مصابة بانفعال شديد يرجع لأيام طفولتها، وليس لها قدرة على علاقتها الاعتمادية مع أمها، كما وجد كل من "بيرج وبتلر وبتشارد وجاكسون وستن فيلد" أن أم الطفل الذي يعاني من خوف مرضي مدرسي لديها اضطرابات عصبية أكثر مقارنة مع أم الطفل العادي.(مصطفى الصفطى، 1995: 220)

إضافة إلى ذلك تؤدي الظروف الأسرية أحياناً كازدياد مولود جديد في الأسرة قبل دخوله المدرسة فيحول علاقة الطفل مع الآخرين إلى علاقات غير متقبلة وربما خطيرة بالنسبة له، وفي بعض الأحيان يكون التحويل السلبي نحو المعلم الذي يصبح موضوع الخوف L'objet "Phobogène " ومن جهة أخرى قد تدرج العلاقات الأسرية المضطربة أو الصراعات العائلية في موقع المساعد، فالطفل حاضر لمساندة الأم من خلال الحماية المفرطة التي تقدمها له لكنه قد يكون نفسياً غائباً عن المدرسة تماماً.(Maurice Despinoy, 2002 :554)

كما ذكرت "ميلفيل Melvilie" أن من أسباب تعلق الطفل بأمه والذي يؤدي إلى تشكيل سلوك الخوف المرضي من المدرسة قدوم مولود جديد في الأسرة، وقد يبالغ الوالدان بتعليم أطفالهما قبل إرسالهم للمدارس بدعوى الحرص على إكسابهم المهارات الأساسية في اللغة العربية أو الرياضيات، لدرجة أن هذا التعليم قد يصبح عبئاً على عاتق الأطفال مما يسبب كراهية الأطفال للدراسة ويصبح هذا الحرص المبالغ فيه ضرراً بليغاً عليهم. (محمد عبد العزيز، 1992: 15)

ويشير كل من "بيزرت وجاكسون وجيرارد Piesert & Jackson and Girard" إلى مواقف واتجاهات الآباء من المدرسة، ومدى اهتمامهم بالتعليم كأمور أساسية في تحفيز التلاميذ على التحصيل الدراسي الجيد وفي مقاومتهم لترك المدرسة مبكراً، كما تلعب توقعات الوالدين لمدى نجاح أو فشل أبنائهم في المقررات المدرسية دوراً أساسياً في تشكيل الخوف المرضي المدرسي وذلك من خلال الخبرات التي مروا بها وهم في المدرسة كقول أحد الوالدين لا يمكن أن تكون ضعيفاً في مادة الرياضيات مثلي.(محمد عبد العزيز، 1992: 15)

والذهاب إلى المدرسة يعني الانفصال عن الوالدين والخضوع لنظم وضعتها جماعات من غير الاسرة، والمشاركة في نشاطات الجماعة، كلها تعتبر مصادر فعالة في الضغط على الطفل، ومعالجة الآباء والمدرسين لهذه المتطلبات من الممكن أن تجعل خبرة الدراسة إيجابية وصحية أو تجعلها عثرة

في نمو شخصية الطفل، والخبرات الشائعة الخطيرة للنمو النفسي السوي للطفل في محيط الدراسة هي الضغط الزائد للوصول إلى مستويات تحصيل معينة.(عباس محمود عوض، 1999: 88)

- ويتوقف حب الطفل للمدرسة وخوفه وكراهيته لها على أول خبراته بها لأن البداية الحسنة للذهاب للمدرسة تأتي من أول خبرة سواء سبقها الاستعداد السليم أو الخاطئ أو عدم الاستعداد أصلاً، ولا يقل خطراً عن عدم الذهاب للمدرسة الاعداد لها بطريقة خاطئة، والخبرة المريرة بالمدرسة تتطور إلى خشية تتزايد عاماً بعد آخر، حتى يجيء الوقت الذي يثور فيه الطفل على والديه طالباً عدم الذهاب إلى المدرسة ويضطر هؤلاء لإخراجه منها.(دسوقي كمال، 1979: 361)

فبعض الآباء رغبة منهم في تحبيب المدرسة إلى أبنائهم يزينون لهم صورة المدرسة ولو على غير الحقيقة والواقع، وحين يقال للطفل أنه حين يذهب إلى المدرسة سوف يجد زملاء كثيرين يلعب معهم، ثم يتصادف حين يذهب لا يحب الآخرين اللعب معه، والطفل الذي تؤكد له أمه أنها ستكون عند باب المدرسة للعودة به إلى البيت، ويتكرر تأخرها في الحضور وهو في انتظارها جائعاً وتعباً فيتسرب إليه الملل والكره ويفضل عدم الذهاب إلى المدرسة.

وكما يلاحظ "كيسلر Kesler" فإن المخاوف المرضية ناتجة عن القلق المرتبط بمظاهر متنوعة في مواقف المدرسة بما فيها الخوف من الفشل، والخوف من المعلمين، والخوف من الأقران في الصف، وقلق الامتحان.(عبد الله قاسم، 2001: 233)

- صعوبة مشاركة الطفل مع الآخرين؛ فبعض الأمهات تربي أطفالها على مبدأ عزلهم عن الآخرين، وعندما يجد هؤلاء الأطفال أنفسهم أمام عشرات التلاميذ دفعة واحدة، إضافة إلى عدد من المعلمين فإنهم يشعرون بالغربة في المدرسة لا يعزيهم إلا عودتهم إلى البيت، والعائق الأول في طريق هؤلاء الاطفال هو صعوبة اتصالهم بالآخرين.(مبارك ربيع، 1999: 126).

ثالثاً: أسباب تتعلق بالمدرسة:

ويمكن للمدرسة نفسها أن تثير الخوف عند الطفل إذا ارتبطت ببعض الأحداث المخيفة والمتمثلة في:

تلعب المدرسة دوراً هاماً في حياة الفرد لا يقل عن دور الأسرة، حيث أنه لا يقتصر دورها على نقل المعرفة والعلوم للأفراد، بل تساهم في توفير الظروف المناسبة لنمو الفرد اخلاقياً واجتماعياً ونفسياً، فإذا ما اقتصر دور المدرسة على التعليم دون الاهتمام بباقي النواحي بسبب كثرة الأعباء على المعلمين أو عدم تأهليهم التأهيل المناسب، أو بسبب نقص الأجور السبب الذي يؤدي لاستخدام العقاب بشكل غير منطقي، والتعامل بالأسلوب الديكتاتوري الاستبدادي، فتصبح المدرسة موقع طرد أكثر منها مكان جذب للتلاميذ، وتعمل المدرسة في مثل هذه الظروف كمعزز للفشل وتهميش التلاميذ، وظهور اضطرابات نفسية كالخوف من الذهاب الى المدرسة.(رمضان السيد، 1990: 149)

هناك أيضاً أسباب تتصل بالمدرسة على اعتبارها بيئة جديدة ومصدر خوف للطفل أيضاً، حيث يعجز الطفل في اطارها على التكيف معها، من حيث التفوق الدراسي، أو من حيث التعامل مع الاقران، وقد وجدت بعض الدراسات مثل دراسة "كوبر Cober" (1966) نتيجة انتقال سكن الأسرة من منطقة لأخرى، مما يجد الطفل صعوبة في التوافق مع المكان الجديد، والأطفال والمعلمين الجدد كبيئة جديدة لم يألفها من قبل، وأظهرت دراسة "نزل رود جينا" (1984) وجود مجموعة من العوامل تعد مسؤولة عن سلوك الرفض عند الذهاب إلى المدرسة وهي: النظام القائم في المدرسة، والبعد عن الزملاء، والخوف من باص المدرسة، ومطالب دراسية كثيرة، وخبرة جديدة مع التلاميذ وأناس جدد في المدرسة.(العاسمي، 2015: 100)

ومن ناحية أخرى يتوقف تكيف الأطفال بالمدرسة على الطريقة التي تستقبلهم بها أول أيام التحاقهم بالمدرسة، فنظام المدرسة، وشخصية المدرسين، بصرف النظر عن المعدات المادية لحجرات الدراسة والمواد الدراسية أو جداول الحصص والكتب المقررة وغيرها هي التي ستهيأ الجو النفسي والاجتماعي اللازم لتوافق الطفل بالمدرسة وحبه لها، وبالتالي نمو شخصيته في المدى البعيد، ونجاحه التحصيلي في المدى القريب والعلاقات التي تخلق هذا الجو الصحي العقلي أو المرضي اللاتوافقي فيما بين المعلم والتلميذ وزملاء الدراسة هي التي ستحدد للمستقبل ما إذا كانت المدرسة تخرج المواطن الصالح أو فرد غير متوافق.(دسوقي كمال، 1979: 362)

وتتمثل العوامل المدرسية المسببة في ظهور المخاوف المدرسية في الخوف من الفشل في الامتحان، خوف الطفل من الوصول إلى المدرسة متأخراً، الخوف من التوبيخ، الخوف من المدرسين الصارمين، التعرض إلى الايذاء أو السخرية من جانب رفاق المدرسة، أو خبرة سيئة في تكوين

صداقات مع الاصدقاء والمعلمين، وبعد المسافة بين البيت والمدرسة، والخوف من الفشل في المدرسة والعقاب الأبوي الناتج عنه الاحساس بالضعف البدني بالمقارنة مع زملائه، أو انتقاله من مجموعة إلى أخرى أو مدرسة إلى أخرى، أو الخوف من الزحام والضوضاء داخل المدرسة، والخوف من الامتحانات، والخوف من الضعف في التحصيل الدراسي.(منى عبد الستار، 2016: 592- 593)

فقد أشار "لاست وآخرون Last et al" إلى أهمية العوامل المدرسية في ظهور الخوف لدى الطفل، حيث وجد في دراسته التي أجراها على (65) طفلاً وطفلة يعانون من فوبيا المدرسة أن العوامل المدرسية الأكثر أهمية في خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة هي الخوف من البيئة المدرسية باعتبارها بيئة جديدة، وبالتالي مصدراً للخوف حيث يعجز فيها الطفل على التوافق معها، وكذلك الخوف من التعامل مع الأقران والخوف من الأذى الذي ربما يلحق به بالمدرسة والأسباب المسببة للخوف داخل غرفة الصف كعدم القدرة على الاجابة على أسئلة المعلم والخوف من الازدحام والخوف من الامتحانات وغيرها، وبالتالي يكون الابتعاد عن هذا الإطار المدرسي سبباً من أسباب الخوف المدرسي.(رشا محمد، 2016: 136)

ويشير كل من "موردوك وينر Mordock, J et Weiner" (1975) أن سبب الخوف المرضي من المدرسة قد يكون المصدر الرئيسي في هذه الحالة هو المدرسة ذاتها، فقد يرجع إلى خبرة الطفل بموقف مثير داخلها، أو في الفصل، أو مع المدرسة، أو أي خبرة سيئة أو فشل في تكوين صداقات مع الأقران.(عباس محمود ، مدحت عبد الحميد: 52)

أما "كلاين Klin" (1945) فقد قسم خوف الطفل من المدرسة إلى خوفه من المدرس أو من التلاميذ الآخرين أو من العمل المدرسي الذي يتوقع منه الفشل نتيجة لكبر حجم المنهاج والموضوعات التي يتناولها وضخامة الواجبات المدرسية الملقاة على عاتق الطفل، وأسلوب الامتحانات التقليدي الذي يعتمد على الحفظ الآلي، وهذا التقسيم نحتاج إليه لتحديد نوع العلاج، وخصوصاً في الحالات التي يكون فيها الخوف من المواقف المختلفة داخل المدرسة مثل الصعوبات الدراسية الحقيقية.(العاسمي، 2015: 101)

وقد وجدت بعض الدراسات التي قام بها كل من "هيرسوف" (1960)، و"بلاج" (1979)، و"بلاج ويول" (1986)، و"تريستر" (1980)، و"ايزنبرج" (1958) بعض الادلة على بعض الأطفال الخائفين من الذهاب إلى المدرسة يغيرون في أكثر الاحيان مدارسهم نتيجة انتقال الاهل إلى بيت آخر، لذلك يجد

الطفل صعوبة في التوافق مع البيئة الجديدة ومع الاطفال والمعلمين الجدد، ومن الاحداث الصادمة للطفل داخل الفصل وخارجه مثل الخوف من الازدحام، والخوف من الاماكن المغلقة، والخوف من الامتحانات، والخوف للتعرض من قبل الأقران، وبعد المسافة بين البيت والمدرسة.(العاسمي، 2015: 102)

كما قد يكون الخوف المرضي من المدرسة اضطراباً عاماً يخفي خلفيات أخرى كالخوف من المعلم لما يمثله من سلطة وعقاب، وعدم الرغبة في تلقي المعرفة، والشعور بعدم القدرة على الدراسة وبالتالي الخوف من الفشل الدراسي وعدم تحقيق رغبة الوالدين، والخوف كذلك من النقد والتوبيخ في القسم وسخرية الزملاء، وبعد المدرسة عن البيت، وعدم وجود أنشطة جذابة داخل المدرسة، وزيادة التكاليف والواجبات المدرسية، وكل هذا يؤدي إلى عدم الشعور بالأمن في هذا الوسط بكل متطلباته وقوانينه الصارمة، فيتكون حينئذ الخوف من المدرسة كاستجابة شرطية أو كعرض رمزي لهذه المخاوف كلها، وقد يؤثر هذا النوع من الخوف عند الطفل على الجانب الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين، فنلاحظ الانسحاب التدريجي للطفل من الأنشطة الجماعية لأنه في بحث دائم للبقاء بالمنزل والاقتراب من الأم، وتمثل الأم عندها موضوعاً أولياً لإسقاط غضبه.(لطفي الشربيني،2003 :148)

إن المخاوف المرضية المدرسية قد تكون ناتجة عن سوء المناخ السائد في المدرسة وناتجة عن سوء معاملة العاملين في المدرسة بداية بإدارة المدرسة ومروراً بالمعلمين الذين لا يهمهم سوى هدف واحد هو رفع مستوى إنتاج التلاميذ متمثلاً 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 بما يؤدي إلى ظهور ضغوط انفعالية تجعل التلاميذ يكرهون الذهاب للمدرسة ويهربون منها لشعورهم بالخوف نتيجة افتقادهم للأمن.

إن البيئة المدرسية بما تحويه من معلمين ومناهج وامتحانات وعلاقات بين التلاميذ بعضهم البعض وبينهم وبين المعلمين، كل ذلك قد يمثل نوعاً من الضغوط التي من شأنها أن تؤثر في سلوك وقدرة التلميذ على التوافق النفسي، وقد يكون سبباً في ظهور المخاوف المدرسية.(مدحت سمير، 1997: 02)

وقد يلجأ بعض الاصدقاء والمعلمين إلى اثارة الاستهزاء والسخرية والضحك على التلميذ إذا عقب من قبل المعلم أو نتيجة فشله في الدراسة أو تسربه أو كان يعاني من قصور جسمي أو عقلي، فبمجرد

السخرية من التلميذ بشأنه أن تولد لديه نوعاً من الكره للمدرسة وتجنبها، ومن ثم الخوف من الذهاب إليها.(عبد اللطيف فرج، 2008: 63- 64)

وتوصل "هيرسوف Hersov" (1960) أن أكثر من (50%) من الاطفال ذوي المخاوف المدرسية مروا بخبرة الخوف بشكل غير مباشر من أشياء ذات صلة بنظام المدرسة مثل معلم يستخدم أسلوب تهكمي، زميل يستأسد على من هو أضعف منه، أو خوف من الاخفاق في الامتحان.(عبد الرحمن سيد، 1988: 84)

وقام "أوجانين Ojanen, S" (1980) بدراسة على عينة من الأطفال قوامها (80) طفلاً، تتراوح بين (7- 14) سنة، وقسمت العينة إلى تجريبية وأخرى ضابطة، ومثلت العينة التجريبية الأطفال الذين يعانون من الخوف من المدرسة، بينما كانت العينة الضابطة من الأطفال الأسوياء، إضافة إلى ذلك احتوت العينة الاجمالية للدراسة على (32) مدرساً، و (32) من الآباء والأمهات لأطفال العينة التجريبية، وذلك لفحص القلق لدى المدرس وتأثيره على التلاميذ ومخاوفهم، وأسفرت النتائج على أن حوالي من ثلثي العينة التجريبية (الفوبية) كانت تصف المدرس في صورة سالبة، وأن المثلث المسئول عن اضطراب الطفل هو: المنزل، والمدرس، والطفل ذاته.(عباس عوض، مدحت عبد الحميد: 50)

وأشار "تشازان Chazan" (1962) إلى أهمية العوامل المدرسية في نمو الخوف لدى الطفل، حيث وجد في دراسته التي أجراها على (33) طفلاً يعانون الخوف المرضي من المدرسة الأكثر أهمية في خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة، والتي جاءت حسب تقارير الاطفال كما يلي:

- الخوف من الأطفال الآخرين الأكبر سناً.
- الخوف من الأذى الذي ربما يلحق به في المدرسة.
- الكره من طريقة القاء الدروس.
- الأحداث المسببة للخوف لدى الطفل داخل غرفة الصف مثل الخوف من الازدحام، الخوف من الامتحانات، عدم القدرة عن الاجابة عن أسئلة المعلم.(العاسمي، 2015: 102)

كما أن للمدرسة دوراً واضحاً في تشكيل المخاوف المرضية المدرسية لدى الأطفال والتي تتمثل في حجم المدرسة، فانتقال الطفل من مدرسة صغيرة إلى مدرسة كبيرة قد يشكل لديه خوفا مرضياً 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، وتغير المعلم بسبب المرض أو الموت.(محمد عبد العزيز أبو الفضة، 1992: 15- 16)

والكثير من الأبحاث في هذا المجال ترى بأن العوامل المدرسية قد تكون أحد مصادر الخوف الرئيسية والأكثر انتشاراً لدى معظم الأطفال، حيث يرى "مردوك وهيرسوف Mardock & Hersov" (1975)، و"هيرسوف Hersov" (1960) أن سبب الخوف المدرسي لدى الكثير من الأطفال قد لا يكون له علاقة بقلق الانفصال عن الأم كما يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي وخاصة نظرية الانفصال، وإنما يرجع بصورة رئيسية إلى خبرة مقلقة تحدث للطفل دخل أسوار المدرسة، ويؤكد هذا القول الدراسة التي أجراها في الولايات المتحدة الامريكية، حيث تبين منها أن أطفال المدراس الابتدائية يميلون إلى الخوف من المواقف الدراسية التالية:

- فشل امتحاني.
- تأخر الطفل عن الحضور إلى المدرسة.
- ضعف في التهجي.
- ضعف في القراءة.
- الحصول على درجات منخفضة في الامتحانات.
- التوبيخ الذي يتلقاه من بعض زملائه ومدرسيه.
- عدم قدرته على منافسة أقرانه في أداء الاعمال المدرسية (كتابة الوظائف، حفظ القصائد، حل المسائل الحسابية...الخ).(العاسمي، 2015: 101- 102)

ويمكن أن نلخص أهم المواقف المدرسية التي يمكن أن تثير الخوف في نفس الطفل وتجعله غير قادر على الذهاب إليها ورفضها رفضاً كلياً أو جزئياً بالمواقف التالية:

1- الخوف من المدرسين الصارمين.
2- تعرض الطفل للإيذاء والسخرية من رفاقه في المدرسة.
3- خبرة سيئة في تكوين صداقات مع الاقران.
4- الخوف من الفشل في الدراسة والعقاب الوالدي الناتج عن ذلك.
5- الاحساس بالضعف البدني بالمقارنة مع زملائه، فقد يبدو الطفل نحيل الجسم أو سمين أو قصير أو طويل القامة.

6- الإحساس برداءة الملابس وعدم نظافتها والتي تسبب الشعور بالحرج والضيق لدى الكثير من الأطفال.

7- الانفصال عن بعض زملاء المدرسة المحبوبين له سواء من خلال انتقاله إلى مدرسة أخرى.

8- الجو المدرسي المليء بالواجبات والمتطلبات الكثيرة.

9- الخوف من الازدحام والزحام مثل الأعداد الكثيرة من التلاميذ في المدرسة أو في الصف.

10- الخوف من الامتحانات.

11- بعد المسافة بين البيت والمدرسة.

12- الخوف من سقوط بناء المدرسة.

يمكن القول أن اتجاهات الطفل نحو النظام العام للمدرسة والاتجاه نحو المدرسين والتلاميذ والأشياء الأخرى المتعلقة بالبيئة المدرسية، والتي يمكن أن يعتبرها الطفل مصدر تهديد لذاته تعتبر من الأمور الأكثر أهمية في مستوى غياب وتكرار عدم ذهاب الطفل إلى المدرسة.(العاسمي، 2015: 103- 104)

لابد أن هاته المعاناة النفسية التي تسببها المدرسة لهؤلاء الأطفال تجد جذورها في السنوات الأولى من الدخول للمدرسة، حتى وإن بدت الأسباب متوفرة داخل حيز المدرسة (المعاملة السيئة من قبل المعلم، الاحتكاك السلبي بزملاء المدرسة، عدم القدرة على الاستيعاب...الخ).(نبيلة بن سعد، 2014: 166)

فالعلاقة بين المعلم والتلميذ جوهر لموقف تعليمي، فهناك المعلم الجبار الطاغوت الذي يفرض سلطته على تلاميذه بالقوة والعنف والاستبداد مخضعاً إلى ارادته وغير مراع ما قد تحدثه قوته من ردة فعل معاكسة ومخاطرة من كراهية، ونفور، وخوف منه ومن تصرفاته.(محمد بن شقرون، 1986: 38)

وقد يكتسب الطفل الخوف من معلمه نتيجة لتوقعاته التي توحي بالدور التسلطي للمعلم فهو ينتشر في القصص والحكايات الشعبية وغيرها من وسائط نقل الثقافة بين كافة الأسر وفي كل مجتمع محلي يتبادل الناس من خلالها ذخيرة من القصص الخاصة بالأساليب التي يتبعها المعلم مع تلاميذه وينقلها كل جيل عن الجيل السابق، وهذه القصص المتداولة تدور حول المعلمين الذين يرغمون التلاميذ على الخضوع والاستقامة.(محمد بن شقرون، 1986: 46)

وقد يخاف الطفل من المعلم نتيجة ضربه بحجة عدم معرفته لكتابة أو قراءة كلمة أو جملة، وربما يحدث هذا في الأسبوع الأول من الدخول إلى المدرسة، فكيف يمكن لطفل دخل بعد أسبوع للمدرسة أن

يعرف الكتابة والقراءة؟ وكيف يتمكن المعلم أن يضرب الطفل لهذا السبب؟ وكيف يمكن أن يوظف الكتابة والقراءة ويحب المعلم؟ هكذا تنشأ مخاوف الطفل من المعلم إن لم يحسن المعلم موقفها من الطفل ويعيد له الثقة، فقبل أن يتعلم الطفل الكتابة والقراءة هو بحاجة إلى العناية والصبر وبعث روح الشعور بالارتياح والأمان يساعده ذلك بالتدرج على تكوين المعارف النهائية.

لقد اكتسبت الامتحانات المدرسية أهمية قصوى فأصبحت هي الهدف الذي يسعى إليه التلميذ وولي الأمر وأعضاء هيئة التدريس، ومن المؤسف أن هذه الامتحانات تستخدم كسلاح يتحكم في مستقبل الأبناء بينما كان المفروض أن تكون وسيلة لإرشادهم وتوجيههم.

ويشير "جمال محمد" (1996) أن الخوف من الامتحانات؛ فهي ظاهرة عامة يشعر بها كل تلميذ يريد النجاح في امتحانه، ولكن يجب توقع درجة معينة من الخوف، ويجب عدم انتقاد الطفل لاعترافه بهذا الخوف، فإن كل امتحان دراسي من المحتمل أن يثير مشاعر (الخوف من المجهول، الخوف من التعرض للعقاب أو السخرية، الخوف من التعرض للرفض).(هند العزازي، 2013: 104)

وقد يكون الخوف من المدرسة نتيجة الخوف من الفشل في الاختبارات المدرسية، حيث يرى "سبيلبرجر Spielberger" (1980) أن الأفراد الذين يعانون درجة عالية من الخوف من الاختبار يدركون المواقف على أنها مهددة للشخصية، وهم في مواقف الاختبار غالباً ما يكونون متوترين وخائفين وفي حالة انفعالية مما يشتت انتباههم وتركيزهم في الاختبار (أحمد الزغبي، 2013: 59)، فأي فرد مهما كانت حالته النفسية في استقرارها لا تخلو من التأثير النفسي وما يصاحبه من عبء ذهني وجسدي، عندما يمر بضغوط الامتحانات (الفصلية والشهرية).

فكثيراً ما نجد التلاميذ خائفين كلما اقتربت مواعيد الاختبارات، وهو الأمر الذي قد يخلق مشاكل كبيرة بالنسبة لهم وإلى محيطهم بسبب الانفعالات والاضطرابات التي تصاحبهم وهم في صدد التحضير لها.

ويعد التأثير اليسير دافعاً مهماً على حسن الأداء ويحرك قوى النفس والذهن والجسد نحو تحقيق الهدف، ولكن عندما يشتد تأثر الشخصية بضغوط الامتحانات ويتجاوز الحد الطبيعي يختل ميزان الاستقرار النفسي وتتأثر المعنويات النفسية والقدرات العقلية والحالة الجسدية فيضعف تحمل الاجهاد الذهني وتقل القدرة على التركيز والفهم والحفظ، ويتزايد الخوف ويدور الفرد في حلقة مفرغة، وقد

يصاحب ذلك توقع الفشل والاخفاق وتقل الدافعية ويحصل الضجر والملل والكآبة والحزن، وتبدأ اضطرابات متنوعة في النوم والجهاز الهضمي كما تضعف الشهية للأكل.(عبد اللطيف فرج، 2009: 49)

فالاختبارات المدرسية المرتبطة بأشكال قاسية من العقاب يمكن أن تكون مبعث قلق بالنسبة للتلميذ، وخاصة حينما يكون التلميذ غير مستعد دراسياً استعداداً تاماً، وحين تكون حساسيته الانفعالية شديدة.(هيفاء أبو غزالة: 37)

ويخاف التلميذ من الامتحان باعتباره موقفاً حاسماً ومصيرياً في حياته، فعلى أساسه يتحدد مستقبله، ولذلك كانت الحكمة في تعدد مواقف الامتحان في الأنظمة الجديدة واتاحة أكثر فرصة أمام التلميذ وعدم الاعتماد على امتحان وفرصة واحدة.(العيسوي، 1997: 85)

فبدلاً من أن تكون الاختبارات وسيلة حقيقية لقياس القدرات العقلية والتحصيل المثالي، وبالتالي هي تعتبر أداة عن طريقها يمكن توجيه التلاميذ وإرشادهم، تحولت إلى غاية في حد ذاتها، حيث تستعمل الآن كسلاح يتحكم في حياة الصغار ومستقبل الكبار، والاختبارات في بلادنا للأسف صارت ترتبط بالخوف من الفشل في أدائها ومن ضياع المستقبل المأمول، لذلك أصبح تلاميذنا يعانون من اضطرابات نفسية شديدة كلما اقترب موعدها.(وفيق صفوت، 2005: 107)

كما أشارت دراسة "أيزنك وراخمان Eysenck & Rachman" (1965) إلى أن 20٪ من تلاميذ المدارس يعانون من الخوف من الاختبار بدرجات متفاوتة.(أحمد الزغبي، 2013: 59- 60)

كما دلت الدراسة التي قام بها "بنيامين وآخرون Banyamin et al"(1961) أن التلاميذ الذين يعانون بشكل كبير من الخوف من الاختبار ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية، ويصادفون مشكلات في تعلم المواد الدراسية، وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور التلميذ بعدم الأمن، مما يؤدي إلى ضعف تركيزه، وقلقه أثناء النوم، مما يضعف استعداده للاختبار.(أحمد الزغبي، 2013: 60)

وينشأ الخوف من الاختبارات بسبب الخوف من الفشل نتيجة الشعور بعدم القدرة والكفاءة على الأداء، حيث أن للتحصيل الدراسي أهمية خاصة في حياة التلميذ الدراسية بجميع مراحلها، وفي تحديد مستقبله التعليمي، كما أن تحقيق الأهداف التعليمية التعلمية يعتمد بدرجة كبيرة على مدى تحقق التحصيل الدراسي، ومن غير المستغرب القول بأن معظم التلاميذ في كل المراحل الدراسية قد يعانون من درجات متفاوتة من الخوف قبل وأثناء الامتحان؛ نتيجة لتوقع الفشل في الامتحان أو الخوف من

الرسوب مما يؤدي إلى تدني مستوياتهم التحصيلية.(باسم الدحادحة، خميس البوسعيدي، 2014: 24) وقد يكون نتيجة ارتباط الامتحان بخبرة الفشل في حياة التلميذ، وتكرار مرات الفشل، أو صعوبة الامتحانات والشعور بأن المستقبل يتوقف على الامتحانات.(زهران حامد، 2000: 99)

إن الامتحانات ترفع درجة الانزعاج النفسي ولكن ليست العامل الوحيد المؤثر، فهناك عوامل أخرى يجدر الاشارة إليها إذا وجدت مع الامتحانات أحدثت حالات الخوف المرضي من الامتحانات وهي:

- الخوف من قاعة الامتحان والمراقبين وعدم وجود وقت كاف للاستعداد للامتحان.
- تعزيز الخوف من الامتحانات من قبل الأسرة وفق أساليب التنشئة التي تستخدم العقاب مما يؤدي إلى خوف التلميذ من النتائج السيئة.
- مواقف التقييم ذاتها، فالتلميذ إذا شعر أنه موضع تقييم واختبار فإن مستوى الخوف سيرتفع لديه.(الداهري صالح، 2005: 207)
- الأفكار والتصورات الخاطئة عن الامتحان.
- ضعف الثقة بالنفس.
- عدم استعداد التلميذ للامتحان.
- الاضطرابات الجسمية للمتعلم.(حامد زهران، 2000: 96)
- طبيعة شخصية التلميذ، فثمة صلة وثيقة بين طبيعة الشخصية وقدرتها على مواجهة الضغوط والتكيف معها.
- التوقعات المبالغ فيها والطموحات المتجاوزة جداً للقدرات الفعلية للفرد، فأحياناً تقف القدرات العقلية حاجزاً أمام تحقيق الأمنيات فإما أن ترفع القدرات أو تخفض التوقعات لتقل الفجوة المزعجة للنفس داخلياً.
- عدم الارتياح لبعض المواد الدراسية أو بعض المعلمين، أو المنافسة الشديدة.(عبد اللطيف فرج، 2009: 49- 50)
- ومن العوامل التي قد تؤدي إلى الخوف إزاء الدراسة والامتحانات تكدس الفصول الدراسية وكثافة المناهج والمقررات الدراسية بما يفوق قدرة التلميذ أو يزيد عن الوقت المحدد من العام الدراسي، ومن العادات السليبة المسؤولة عن الشعور بالقلق ازاء الامتحانات عادات التلميذ السلبية في الاستذكار ومن ذلك الحفظ الآلي الأصم والتكرار الميكانيكي والبعد عن الفهم والنقد والتحليل

والتركيب والمقارنة والتطبيق واستخلاص النتائج والاستنباط والاستدلال والربط بين العلوم المختلفة وتطبيق ما يتعلمه من مبادئ وحقائق على حياته العلمية واتباع المنهج العلمي في التفكير.(العيسوي عبد الرحمن، 1997: 85)

- ومن العوامل المسببة للخوف من الاختبارات كذلك حدة المنافسة بين التلاميذ على المستوى والتطلع إلى الفوز بمكانة في المدرسة، وعلى مستوى الأسرة الواحدة الكبيرة أو الصغيرة، وميل الأسرة إلى مقارنة الأبناء بعضهم ببعض أو أبناء الجيران ومعايرة التلميذ المتأخر.(العيسوي عبد الرحمن، 1997: 84)
- ومن العوامل المسببة للخوف من الاختبارات الخوف من الفشل، إن التمسك بالنجاح سمة عامة وقائمة بين بني البشر، فالنجاح هو المكافأة الطبيعية المقابلة لأي جهد مبذول، وذكر "أجنس Agnes" (1981) أنه لا يمكن أن ننكر الفشل لأنه موجود ومتوقع ويجب أن نتقبل الفشل والهزيمة على أنهما أمران لا مفر منهما، ولكن ينبغي أن لا تثبط انتكاسات جهودنا المستقبلية أو تؤدي لخفض تقدير الذات.(هند العزازي، 2013: 104)

وقد ارتبطت الاختبارات في ذهن الطفل بالخوف من الفشل في أدائها، ومن ثم يعانون من حالات نفسية سيئة مما يضطر الآباء في بعض الأحيان إلى عرضهم على الأخصائيين النفسانيين نتيجة القلق عليهم.(وفيق صفوت، 2005: 258)

وقد يعاني بعض التلاميذ من مخاوف تتعلق بالفشل في الدراسة؛ ذلك لأن المدارس تعزز المعيار الواحد للتفوق وهو المعيار العقلي فقط عن طريق الامتحانات دون أن تهتم بسائر القدرات أو الإمكانات، ولذلك يستطيع المعلم أن يقلل من هذا الخوف على أساس أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد، وأن كل إنسان قادر على التفوق في المجال الذي يحبه وبالتالي يحقق النبوغ والتفرد.(وفيق صفوت، 2005: 131-130)

- ومن العوامل المسببة للخوف من الامتحانات الخوف من الرسوب، حيث أجريت دراسة على بعض تلاميذ المرحلة المتأخرة من التعليم الابتدائي للتعرف عن أهم مخاوفهم الشائعة فأشارت النتائج إلى أن أغلبية التلاميذ يخافون من الرسوب في الامتحانات، وظهر ثلثا المجموعة خوفاً من الحصول على درجات ضعيفة، وعبر خمس الأطفال عن خوفهم من ضرب الأساتذة الآخرين، ونستخلص

من النتائج السابقة أن الرسوب هو محل خوف نسبة كبيرة من التلاميذ من الاختبارات.(هند العزازي، 2013: 104)

وتؤثر الاحباطات الدراسية على الصحة النفسية للطفل، مما يزيد من فرص ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالخوف من المدرسة، وضعف الثقة النفسية، والشعور بالدونية، والأعراض الانسحابية، والعدوانية وغيرها من الاضطرابات التي تعيق النمو النفسي للطفل.

- ومن الأمور المشجعة على إثارة الخوف لدى التلميذ من الامتحانات مبالغة وسائل الاعلام بقضية الامتحانات، مما ينتقل أثره إلى نفسية التلاميذ فيصيبهم بالخوف والذعر ويتصورون أن الامتحان عبارة عن موقف رهيب ومفزع.
- ومن الأمور السالبة المرتبطة بإثارة الخوف من الامتحان اعتماد التلاميذ على تعاطي المنبهات والمواد التي تدفعهم للسهر أكثر من اللازم وهي من الأمور الضارة صحياً وتربوياً، ولذلك ينبغي تحاشيها بكل الطرق والاعتماد على الراحة الجيدة والتغذية الجيدة والظروف الفيزيقية الجيدة كالإضاءة والهدوء والتهوية والحرارة وما إلى ذلك مما يشجع على التركيز وعدم تشتت الانتباه.
- ومن الأمور السيئة في عملية الاستذكار والتأثر بها تقليد أقران السوء من زملاء التلميذ، فينتقل إليه عدوى الاهمال فتتراكم عليه المواد التي لا يستوعبها أولاً بأول، ومن ثم يجد نفسه أمام أكوام وأكداس من المواد العلمية التي يتعين عليه أن يستوعبها في فترة وجيزة، حيث يترك الدراسة والاهتمام بها طوال العام تقريباً ثم ينكب عليها دفعة واحدة فيصاب بالأمراض فضلاً عن تعرض ما يحصله للتبخر والزوال والنسيان والتشويش والخلط الذهني وصعوبة التذكر والاسترجاع.(العيسوي عبد الرحمن، 1997: 86)

ففي مرحلة المدرسة الابتدائية كثيراً ما يعاني الطفل من مخاوف اجتماعية أي الخوف من انتقاد التلاميذ والمعلمين له ومخاوف تعليمية في التحصيل الدراسي أو الفشل المدرسي (Ajuriguerra & :37 Mercelli,1983)، ففي دراسة أجراها "هرسوف Hersov" (1960) توصل إلى أن (50٪) من الأطفال ذوي المخاوف المرضية المدرسية مروا بخبرات الخوف بشكل مباشر من أشياء مثل استخدام الأسلوب التهكمي من طرف المعلم، ومن انتقادات زملائه في نفس الفصل، أو الخوف من إخفاقه الدراسي.(عبد الرحمن السيد، 1994: 84)

وقد يواجه الطفل بعض الخبرات المؤلمة والقاسية في المدرسة وتسبب له المخاوف المرضية في المدرسة ونجد منها: العقاب، التخويف، التحقير، كثرة الواجبات وغير ذلك من الخبرات المؤلمة.(صبرة محمد، 2004: 303)

وقد تكون المدرسة مثيرة للخوف لدى الطفل إذا ارتبطت ببعض الأحداث أو المواقف المثيرة للخوف من ذلك اعتداء بعض التلاميذ عليه، أو الخلاف والمشاجرة مع أحد الزملاء، أو الإخفاق المدرسي، أو وفاة أو مرض أحد أفراد الأسرة، مما يجعل الطفل يشعر بأن وجوده في المنزل يمكن أن يمنع حدوث الأمور السيئة كالوفاة والمرض.(عبد العزيز محمد، 2011: 92)

فكل توافق بأشخاص ومواقف جديدة يصحبه قدر معين من التوتر الانفعالي، فالكبار أنفسهم في مواجهة المواقف الجديدة أو القيام بأدوار لم يتدربوا عليها كتسلم الوظيفة أو الانتقال لبلد آخر أو السكن بحي جديد مع جيران جدد، مما يلزمهم الوقت الكافي للتوافق مع المواقف الجديدة وهذا الذي هو أصعب عند الطفل في حالة مواجهة موقف جديد بالنظر لقلة خبرته؛ حيث يبدأ توتره الانفعالي الحاد بمختلف الطرق التي أكثرها شيوعاً الخوف الشديد، قابلية الاثارة، الميل للصراخ من غير سبب ظاهر، فقدان الشهية، اضطراب النوم، القيء، نقصان الوزن، اضطرابات الكلام...الخ.(دسوقي كمال، 1979: 363)

ويرى "رمزية الغريب" (1975) أن اختلاف البيئات المدرسية في اتجاهاتها وعلاقتها بتلاميذها، فالبيئة المدرسية التي تشبع حاجات تلاميذها، ويشعرون فيها بذواتهم وتقدير زملائهم ورضا مدرسيهم تختلف عن تلك البيئة التي لا تشبع فيها احتياجات التلاميذ ومتطلبات نموهم.(رمزية الغريب، 1975: 01)

يعتمد تكيف الطفل على الاتصال بينه وبين معلمه، والمعلم يتحمل المسؤولية في عدم تكيف الطفل، فالمعلمون يستطيعون معرفة وتمييز عدم تكيف الطفل مع نفسه ومع المحيطين به لأنهم يقضون ساعات كثيرة مع الطفل يومياً، والمعلم الذي يعرف مراحل النمو ومميزات كل مرحلة لابد وأن يلاحظ أي اضطراب ظاهر في سلوك الطفل.(هيفاء ابو غزالة: 37)

وقد يكتسب الطفل الخوف من المعلم من بيئته الأسرية، وتهديد والديه بعقاب معلمه نتيجة قيامه بسلوك لا يرضيهما، وفي هذا المقام تقول الدكتورة "ابتسام عطية": "إن الخوف يرجع إلى الصورة الذهنية السلبية التي تتكون عند الطفل منذ صغره عن المدرس أو المدرسة؛ إذ يُقدّمان له عن طريق الأبوين أو الأقارب أو وسائل الإعلام على أنهما سلطة لها صلاحيات التحكم وضبط السلوكيات

المعوجة، كما أن دخول المدرسة يتواكب مع قهر آخر تمارسه الأسرة في البيت لضبط مواعيد المذاكرة والاستيقاظ والنوم، وكل هذا يساهم في تكوين صورة سلبية عن المدرسة يصعب تصحيحها فيما بعد".(خليل فاضل، 1994: 59)

- أسلوب معاملة المعلم لزملائه في الدوام وخارجه فهذه المعاملة القاسية التي تصدر من المعلم تؤثر على التلميذ وبالتالي تكون أحد أسباب خوف التلميذ من المعلم وهذا يؤثر سلباً على تحصيله العلمي.

كما أن المعلم الذي يفرق بين التلاميذ في المعاملة قد يكون كسبب في ظهور المخاوف المدرسية، حيث أظهرت نتائج دراسة "حامد الفقي" (1974) أن المدرس الذي يفرق بين التلاميذ في المعاملة حيث يحيط البعض منهم بالعناية والرعاية والعطف، مثل هذا السلوك من المدرس يصيب التلاميذ المحرومين من هذا الاهتمام بمشاعر الإحباط وفقدان الأمن، ويفقدهم ثقتهم بأنفسهم وبالمدرسين وبالمدرسة وتظهر عندهم مخاوف مرضية من المدرسة.(حامد الفقي، 1974: 09)

الطفل في المدرسة يظهر نوعاً من الخوف اتجاه الضجيج، فأصوات التلاميذ العالية، وتوبيخ المعلمين عليها تحدث عند الطفل اضطراباً نفسياً.(أنس شكشك، 2008: 77)

كذلك من أسباب خوف الطفل من المدرسة ما يحصل في المواقف التربوية المدرسية حين يعمد المعلم إلى تعنيف التلميذ حين يتطوع للإجابة ويخطئ، بل وجعل زملائه يسخرون منه ببعض الحركات التهكمية، وبالتالي يحجم عن المشاركة في المناقشة، وهذا ما يسبب في خوفه من المدرسة.(بطرس حافظ، 2010: 337)

ويعتبر العقاب الجسدي هو المظهر الأكثر شيوعاً لدى المدرس المتسلط الذي يلجأ إلى هذه الوسيلة اللاتربوية لفرض الخضوع والطاعة، ومن أساليب العقاب الجسدي في المدارس الابتدائية الضرب بأشكاله المختلفة (الضرب على الأيدي والأرجل، والصفع، والركل، وشد الشعر) وأدواته المتنوعة مثل: (العصي، والمساطير، وخراطيم المياه، والأحزمة، وأدوات أخرى...الخ).(علي أسعد وطفة، 1999: 09)

ويتعرض التلميذ لمختلف العقوبات النفسية القاسية التي يكون لها أثرها البالغ في شخصية الطفل، ومن بين الأساليب المعتمدة استعمال المدرس لأسلوب التوبيخ، والسب، والشتم والسخرية، والتحقير،

والازدراء، وأحكام الدونية، والتهديد، والتخويف، والحرمان...الخ، ويتخذ العقاب النفسي كذلك شكل اللامبالاة، فيترك الطفل مهملاً في مؤخرة القسم، أو حرمانه من الفسحة ولا يكلف بأي نشاط مدرسي، وكذا التهديد بتنقيص النقاط وتنفيذ التهديد، والانذار بالفصل من المدرسة.(وطفة علي، 1999: 10)

إن العقاب الصارم أو القاسي يعمل على عرقلة قدرة المتعلم على التحكم، ويعيق قدرته على الاستغراق في المادة الدراسية ويؤدي إلى خفض مستوى التحصيل الدراسي لديه.(عمر عبد الرحيم، 2004: 441)

فقسوة المعلم واستخدامه للضرب المبرح حد للألم، وتفننه في ابتكار أساليب العقاب من سخرية وتهكم ومعايرة، كل هذه الأساليب اللاتربوية تؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والرعب في نفوس التلاميذ الصغار، مما يدفعهم إلى كراهية المعلمين بصفة خاصة، وكراهية المدرسة بصفة عامة، وهذا التردي الواضح يحفز الصغار دوماً في نشوء الخوف من المدرسة، وهو الأمر الذي يؤدي بكل تأكيد إلى إخفاقهم الدراسي ومن ثم رسوبهم في الاختبارات، فيصابون بالاضطرابات النفسية الأمر الذي يقضي في النهاية على صحتهم النفسية.(وفيق صفوت، 2005: 256)

كما أن العقاب الذي يمارس في المدرسة ويستخدمه المعلم بحجة الحفاظ على النظام يترك أثاراً سلبية على شخصية المتعلم، إذ يؤثر على انفعالاته ومستوى تحصيله (العربي ذهبية، 2010، 34)، حيث أكدت دراسة "منصور" (1979) أن استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقاب يؤدي إلى خوف التلميذ من المدرسة وضعف ثقته بنفسه مما ينعكس سلباً على تحصيله الدراسي.(أحمد الزغبي، 2002: 222)

فسوء معاملة التلاميذ واستعمال العقاب يترك آثاراً سلبية في شخصيتهم، فقد تؤدي بهم إلى الخوف من المدرسة والنفور والهروب منها، أو تدني الدافعية للتعلم أو ظهور سلوكات عدوانية.(أحمد مرسي: 96)

ويعتبر توبيخ المعلم للتلميذ وسيلة تربوية خاطئة وغير سليمة، وهي لا تقل ضرراً عن الضرب، فالتوبيخ نوع من العنف يجب عدم اللجوء إليه ولو بدعوى التهذيب والتأديب لأنه يؤدي إلى القهر وافتقاد التلميذ الاحساس بالأمان، ويؤكد الدكتور "ابراهيم عيد" أستاذ بالطب النفسي بكلية التربية بجامعة عين شمس عام (2008) أن الطفل الذي يتعرض للتوبيخ المستمر يشعر بأنه عاجز ويفقد الثقة في نفسه وفي امكاناته وقدراته وفي كل من حوله ويخاف الآخرين، كما أشار إلى أن الخوف في حد

ذاته ينبوع العدوان الذي قد يتخذ صوراً متعددة منها تعذيب الذات، بل وتتحول الشحنات العدوانية في داخله إلى عدوان صريح ومباشر.(ابراهيم العثمان، 2011: 170)

لذا تعد أساليب التعامل والتي يوظفها بصورة صحيحة خلال تعامله مع تلاميذه داخل القسم أحد المؤشرات على النجاح الدراسي، ويعد افتقار المعلم لها عائقاً قوياً في تحقيق النجاح الدراسي، مما يؤدي إلى ظهور مشكلات مدرسية لدى التلميذ وتعيق تكيفه.(بلعالية محمد، 2009: 12)

والمدرس يعتبر قائداً خلال وظيفته التعليمية بالمدرسة، بحيث يتفاعل مع أفراد جماعته تفاعلاً إيجابياً يؤدي إلى تنمية قدراتهم وتحديد طاقاتهم وتحقيق أهدافهم، وبذلك يعتبر القدوة الحسنة بالنسبة للتلاميذ، الأمر الذي يجعل هذه العلاقة علاقة احترام وتقدير متبادلة، من ثم فإن تعاطف المدرسين مع التلاميذ وتفهم مشكلاتهم والمساهمة في حلها يعزز ثقة التلاميذ بهم ويجعلهم أكثر نجاحاً في أدائهم.(محمد جاسم، 2004: 76)

ولذا كان من الضروري أن يعرف المدرس دوره كقائد ويعرف طريقة القيادة السليمة بأن يعين التلاميذ على الوصول إلى أهداف واضحة محددة ويعطيهم فرصة الاسهام في العمل وتقديرهم بالمدح نتيجة الأداء الحسن وزيادة الاندماج، واتباع سياسة موحدة في معالجة سلوكيات التلاميذ.(جابر نصر الدين، 2001: 151)

كما أن الطفل الذي ينشأ في ظل تربية تعتمد على الطاعة العمياء لا يشعر بأي مشكلة في المدرسة مع معلم يتبع أساليب التربية الديكتاتورية أو القمعية، حيث يفرض عليه أساليب العمل ووسائل تنفيذها، وهكذا يصبح الطفل خاضعاً خضوعاً أعمى لأوامر وتعليمات الكبار، يعمل كالآلة الصماء فاقد القدرة على التفكير الحر، وهو ما تنأى عنه أساليب التربية الحديثة بشكل جذري.(وفيق صفوت، 2005: 261)

ويضيف "وفيق مختار" (2005) أن من أسباب الخوف من المدرسة قسوة المعلم واستخدامه للضرب المبرح حد الألم، وتفننه في ابتكار أساليب العقاب من سخرية وتهكم ومعايرة، كل هذه الأساليب اللاتربوية تؤدي بدورها إلى إثارة مشاعر الخوف والرعب في نفوس التلاميذ الصغار، مما يدفعهم إلى كراهية المعلمين بصفة خاصة وكراهية المدرسة بصفة عامة.(هند العزازي، 2013: 103)

بالإضافة إلى أن سلوك المدرس ينعكس على التلاميذ، فالتلميذ غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيله ضعيفاً نسبياً، ويؤثر سلوكه سلبياً في الفصل الدراسي، إذ كلما زاد

خوف التلميذ من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك "جودنف Goodenough".(أحمد الزغبي، 2013: 60)

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها "الزيود والحباشنة" (2006) إلى أن من أسباب الخوف المدرسي: الممارسات الاستفزازية الخاطئة من طرف بعض المعلمين، وضعف التحصيل الدراسي للتلميذ، بالإضافة إلى الاستهزاء والسخرية من قبل زملائه، والتمييز بين التلاميذ.(الزيود والحباشنة، 2006: 142)

ويؤكد "أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار" (1972) أن الجو النفسي المدرسي يؤثر على شخصية التلاميذ، فالجو المتسم بالاستبداد والسيطرة والقهر يؤدي إلى زيادة إنتاج أفراد المدرسة، ولكن يؤدي إلى سلوك غير مرغوب فيه بينما الجو الذي تسوده روح الديمقراطية يؤدي إلى تماسك الجماعة والعلاقات الطيبة بين أفرادها.(أحمد سلامة، عبد السلام عبد الغفار، 1972: 01)

ولما كنا نؤمن بأن المعلم على الأخص معلم المرحلة الابتدائية لديه القدرة على أن يترك أثراً قوياً في نفوس أطفاله، فنحن نرى أنه يمكن أن يقوم بعدة أدوار مجتمعة، من شأنها أن تحقق صحة نفسية جيدة، فهو يستطيع القيام بدور الأب الحاني المهاب المؤثر، ودور المشرف المحب الودود، ودور العالم الذي يثق فيه أطفاله لفرط علمه ومعارفه وخبراته، ودور الصديق الناصح العطوف، ودور الموجه الذي يقوم سلوك تلاميذه الذي يرشدهم إلى السوي والصحيح من السلوك، ودور المعالج الذي يشخص الداء ويقدم الدواء في حنو وتفهم.(وفيق صفوت، 2005: 257)

فبوجود البيئة المدرسية الآمنة والملائمة للعملية التربوية ولكافة الأفراد العاملين بالمدرسة بما فيها التلميذ من شأنها أن تؤدي إلى التحصيل الدراسي الجيد للتلاميذ من جهة، كما تساهم هذه البيئة الايجابية في رفع مستوى الصحة النفسية وبالتالي التقليل من ظهور الاضطرابات النفسية بشتى أنواعها عند التلميذ والتقليل من حدتها من جهة أخرى.

- وجود هوة كبيرة بين المعلم والتلميذ؛ إذ أن المعلم لا يقوم بمحاورة التلميذ أو مناقشته بخصوص تحصيله التعليمي وعلاماته المتدنية، أو عدم رضا التلميذ عن المادة الدراسية، فضلاً عن أن خوف التلميذ من السلطة التربوية يمكن أن يؤدي إلى وجود هذه الهوة.(خالد الصرايرة، 2009: 143)
- انعدام الثقة بالنفس فقد تجد التلميذ لا يشارك في الأنشطة الصفية، وربما يترك بعض الأسئلة الصعبة عليه بدون حل في دفاتره دون أن يسأل المعلم أو حتى زملائه عنها، وقد يغفل التلميذ في

هذه الحالة عن العديد من المعلومات لأنها تحتاج إلى وقت وجهد وصبر في التعامل معها؛ إذ أنها تشعره بالخوف والحرج والحساسية الشديدة من الزملاء والمعلمين، لذا يتجنب ما أمكن العمل مع الزملاء في القسم أثناء القيام بالأنشطة الصفية.(صالح الداهري،2005: 169، 170)

- قد يتكون الخوف عند الطفل نتيجة عدم تقبله للوسط المدرسي وخاصة القسم لأنه يمثل له مكان مغلق قد يحد من حريته ونشاطه.
- وهناك عامل آخر يرتبط بسلوك الخوف من المدرسة هو كثرة الواجبات المدرسية التي تفوق قدرات التلاميذ وإمكاناتهم والتي أصبحت تمثل عبئاً ثقيلاً على التلاميذ، وتؤثر على نموهم وتعرضهم للاضطرابات وتظهر عليهم أعراض الخوف من الفشل الدراسي.
- انخفاض مستوى تحصيل التلميذ مقارنة بمن هم في سنه من الأمور الجوهرية في إشعاره بأنه أقل من غيره، ولهذا نجده خائفاً ويفضل الصمت وعدم المشاركة في فصله أو مع الآخرين في أي نشاط ما.(زكريا الشربيني، 2002: 92)
- وقد يكون الخوف من المدرسة مرتبطاً بمواقف مدرسية معينة نتيجة لخبرات سيئة يعيشها الطفل في المدرسة مما يشعره بعدم الأمن والطمأنينة كعدم قدرة التلميذ على حصوله على الجوائز التشجيعية في المدرسة من خلال التحصيل الأكاديمي وتكوين الصداقات المدرسية، وهناك تلاميذ آخرون يشعرون بالخوف من حصولهم على درجات رديئة وبالتالي قد يشعر التلميذ بعدم الأمان.(حسن عبد المعطي، 2003: 312)
- شعور الطفل بعدم قابليته من الأطفال الآخرين وزملائه في المدرسة، فالعلاقات بين الأقران المبنية على عدم الاحترام والتقبل لها أثر بالغ في تكيف الطفل النفسي والدراسي وفي ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالخوف من المدرسة.
- نضيف عاملاً مهماً آخر وهو تعرض الطفل لاعتداء جسمي من طرف أصدقائه أو أشخاص آخرين سواء داخل المدرسة أو خارجها جعله يفقد الشعور بالأمن، والخوف من تكرار ذلك الحادث في يوم آخر.
- النقص الجسماني والإعاقة في جوانب منها العرج والطول المفرط أو القصر الشديد والتشويه الخلقي والسمنة المفرطة والنحافة الشديدة وأيضاً انخفاض مستوى الذكاء والتأخر الدراسي كلها عوامل تسبب للتلميذ الشعور بعدم الثقة بنفسه والخوف من المحيطين به.(صالح الداهري،2005: 117)

- تعرض الطفل للعدوان من طرف أقرانه في المدرسة خاصة من ذوي البنية الضخمة، خاصة إذا كان غير قادر على رد هذا العدوان.
- قد يواجه الطفل بعض الصعوبات في التكيف مع الآخرين، ويمكن أن يعود للبيت ويقص لأهله قصصاً خيالية عن أطفال آخرين حاولوا ضربه وإيذاءه، والطفل في المدرسة بين عدد كبير من الرفاق منهم العدواني ومنهم المسالم ومنهم المتفوق، وقد يعاني التلميذ صعوبات في قبوله بين أفراد هذه الفئة أو في تكتل فئة أخرى ضده، وكثيراً ما يعاني التلميذ من أثر توجيه الرفاق السلبي وأساليب تكيفهم غير الناجحة.(هيفاء أبو غزالة: 37)
- قد يغير الطفل أيضاً مكان السكن وبالتالي سيغير مدرسته الأولى، والحاجة إلى البدء في مدرسة جديدة وصداقات جديدة أو مجرد تغيير المدارس أو الفصل الدراسي واختلاف زملاء وأصدقاء الدراسة وهنا قد لا يتقبل الطفل هذا التغيير وينظر إليه كتهديد لأمنه، وتمثل المدرسة الثانية مكان غريب وغير آمن،(لبنى الطحان، 1995 :54) حيث يؤكد "نيرستين Nursten" (1985) أن تغيير المدرسة يكون أحياناً بمثابة الشرارة التي تشعل نيران الخوف المرضي.(وولمان، ترجمة محمد عبد الظاهر، 1985: 60)
- قد يميل بعض الأطفال إلى فعل أشياء ضارة داخل المدرسة فهم يسرعون في نزول السلم، أو يقفزون من أماكن مرتفعة، أو يعبثون بالطباشير، أو يمضغون الورق، وهنا قد تكون نصائح المعلم في هذه المواقف فيها نوع من التخويف.
- وعندما يدرس الأطفال أشياء عن العواصف أو السيول أو الجراثيم يشعرون بالخوف، إذ لم يحصلوا على المعرفة الكافية للأسباب، وطرق الوقاية والعلاج، فإن ذلك يؤدي إلى الاصابة بمشاعر الخوف لديهم، فالواجب على المعلم استخدام الطرق الجيدة في حصول التلميذ على المعارف بطريقة لا تثير فيه الخوف.(وفيق صفوت، 2005: 130)
- وقد يبرر الطفل خوفه من المدرسة بأن معلمه ليس في المستوى، وأصدقاءه في القسم يكرهونه، ويطلب من والديه أن ينقلوه إلى مدرسة أخرى، مما يجعله يتغيب عن المدرسة فتزداد مخاوفه من عقاب المعلم لأنه لا يهتم بدروسه ومن رد فعل أصدقائه بأنه كسول، ويبقى الخوف من المدرسة أو النظام المدرسي بصفة عامة هو العائق أمامه، ويرى الطبيب الألماني "لمب Lamp" أن من بين ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم لديهم مخاوف مدرسية بحيث أنهم يشتكون من الصداع، والآم في البطن، وقضم الأظافر وغيرها من الاضطرابات والتي تزول أثناء الإجازات المدرسية، والتي قد

تشكل في ذهن الطفل نتيجة لسماعه من غيره من الأطفال عن الثغرات الموجودة في المدرسة مثل: قسوة المعلم، اعتداءات الأطفال، الضبط والنظام الذي يجب الالتزام به داخل المدرسة وغيرها من الأشياء التي ينظر لها الطفل على أنها مواقف وحالات غير سارة. (Ajuriguerra & Mercelli,1983 : 37)

وقد ذكر كل من "اولسن وكولمان Olsen and Coleman" من أسباب الخوف المرضي من المدرسة: مقابلة الغرباء، أو الخوف من الحوادث المؤلمة مثل زيارة طبيب الصحة أو طبيب الأسنان إلى المدرسة، والتطعيم من قبل ممرضات الصحة.

ويصف "أسعد يوسف" (1982) أنه يؤدي دخول الطفل المدرسة إلى مجابهة زخم جديد من التحديات، وعلى الاطفال قبل كل شيء التخلي على كثير من اتكاليتهم السابقة على الأهل وعلى محيط الأسرة، إذ تفرض الحياة الجديدة عليهم أن يقضوا ساعات طويلة من كل أسبوع في محيط جديد يديره أشخاص غرباء ويشغله أطفال غير مألوفين، ولا يلاقي الناشئ في وضعه الجديد التقبل النفسي المطلق الذي اعتاده في البيت، فهو الآن في وسط جديد تلغى منه بعض الأوضاع الثابتة والاحترام الذي اكتسبه من أسرته وعليه أن يبدأ صفحة جديدة نظيفة.(أسعد يوسف، 1982: 196)

لذلك يعتبر انتقال الطفل إلى المدرسة لأول مرة حدثاً يتطلب إعداداً جيداً حتى لا يترك أثاراً نفسية سلبية، ورغم أن العديد من الأطفال يتطلعون بكثير من الشغف للذهاب إلى المدرسة وخاصة الأطفال الذين لهم إخوة يكبرونهم سناً ملتحقين بالمدارس حتى تكون لديهم الرغبة في تقليد إخوانهم في جميع الأعمال المدرسية من حمل الحقيبة وتعلم القراءة والكتابة، وبالرغم من كل ذلك إلا أن هناك جوانب غير إيجابية تجاه المدرسة من بعض الأطفال حيث يُظهر عدد منهم مخاوف متباينة من الذهاب إلى المدرسة أو مجرد التفكير في الذهاب إلى المدرسة وخاصة عند بدء التحاقهم بها.(عبد العزيز محمد، 2011: 80)

كما أن هناك علاقة بين المخاوف الاجتماعية والمهارات الاجتماعية كالخوف من الأصدقاء، والخوف من المدرسة، وصورة الشخص عن الآخر، والتهديد داخل الاسرة، وهذا ما توصلت إليه دراسة "أيمن محمد السيد محمد شحاتة" (2010) التي تهدف إلى التعرف على العلاقة بين المخاوف الاجتماعية والمهارات الاجتماعية لدى أطفال في المرحلة العمرية (10- 14) سنة، وتكونت العينة من (320) تلميذاً وتلميذة من الابتدائي والاعدادي من مجموعة المدارس الحكومية في محافظة الشرقية،

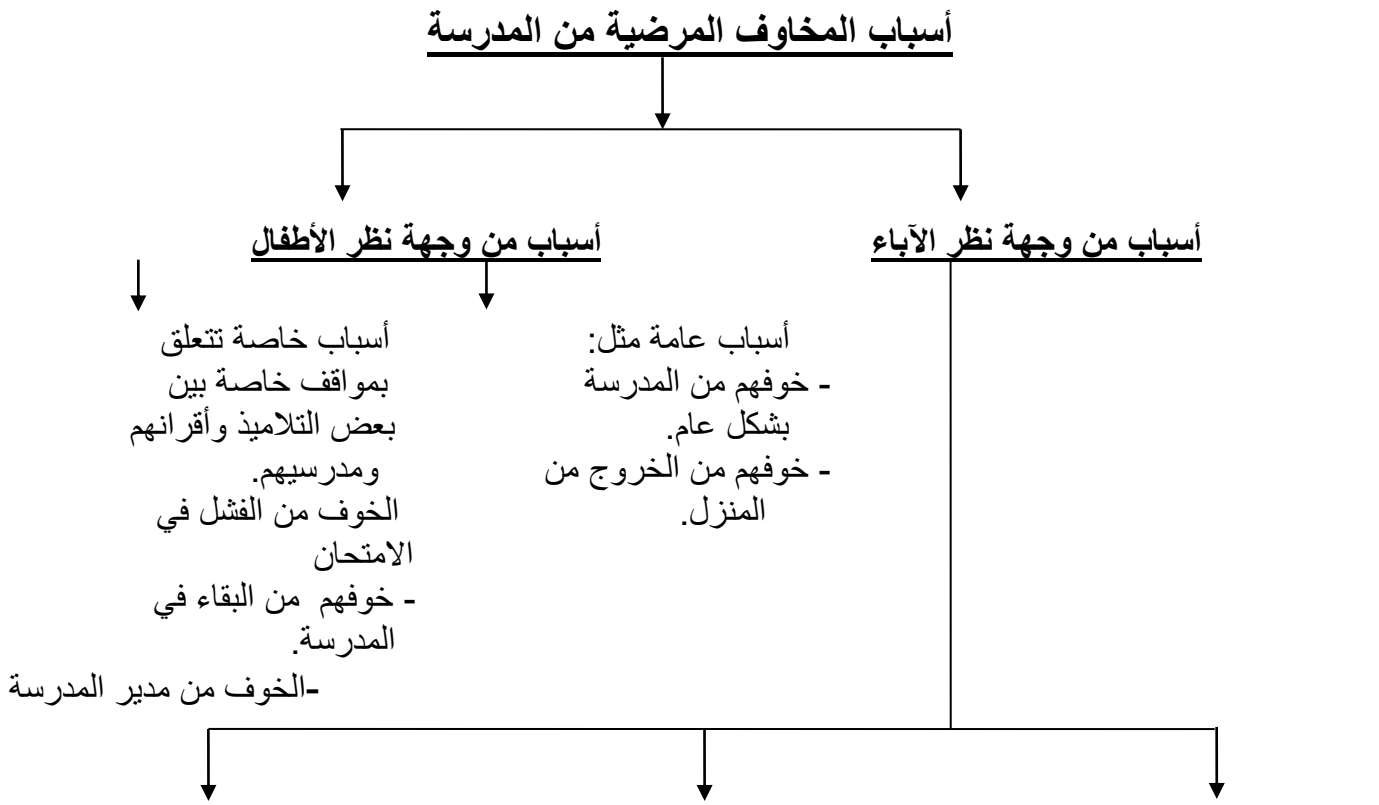
وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين المخاوف الاجتماعية والمهارات الاجتماعية بين المخاوف من: الاصدقاء، المدرسة، صورة الشخص عند الآخر، التهديد داخل الأسرة والمهارات التوكيدية والوجدانية، وسالبة بين المخاوف من نقص المهارات الاجتماعية والمهارات التوكيدية والضبط الذاتي، كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في درجة المخاوف الاجتماعية في اتجاه الاناث ماعدا المخاوف من الوالدين والتهديد داخل الأسرة غير دالين إحصائياً، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة المخاوف الاجتماعية من الاصدقاء، والمدرسة، صورة الشخص عن الآخر، التهديد داخل الأسرة في اتجاه الأسر ذات المستوى الثقافي الاجتماعي المرتفع وفي الأسر ذات المستوى الثقافي الاجتماعي المنخفضة في الخوف من الغرباء.(هند العزازي، 2013: 121- 122)

وتوضح "لوحوزي Le Heuzy": "أن الفوبيا المدرسية تتواجد في مفترق الطرق بين الهشاشة الداخلية وتصاعد العوامل الخارجية"، كما أنها تعتقد أن هذا النوع من الأطفال الذين يعانون من المخاوف من الشخصيات الهشة تؤدي بفعالية أقل الواجبات الأدائية أو تعاني من صعوبات التعلم والتركيز، وهذا يؤثر على الجانب العلائقي بين الطفل وزملاء المدرسة أو مع المعلمين سلباً.(Le Heuzy, M.F et Mouren,M.C, 2008: 175)

وهكذا فإن أسباب الخوف من المدرسة تحوي التفاعل الحيوي المستمر بين مثلث: الطفل، الأسرة، المدرسة وما يحتويه هذا الإطار من ديناميات انفعالية واتجاهات نفسية وخلفيات ثقافية.

ونتيجة لهذا ولأسباب أخرى تجعل الطفل خائفاً من الذهاب إلى المدرسة، وقد لا يقدم أي سبب على الإطلاق لهذا الخوف، بينما يعزي بعض الأطفال الآخرين الخوف من الذهاب إلى المدرسة إلى جوانب متباينة في الحياة المدرسية كالخوف من أن يعتدي عليهم الأطفال الأكبر سناً أو أن يضايقوهم، وبعضهم يذكرون القلق الذي يشعرون به إزاء أدائهم المدرسي السيء، أو الخوف من المدرسين الصارمين...الخ.

نستنتج مما سبق أن خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة يرتبط بصورة أساسية بما نسميه بمثلث القلق أو الخوف، وهو الجانب المتعلق بالطفل وتقديره لذاته وامكاناته والجانب المتعلق بالأسرة ومتغيراتها، والمدرسة ومتطلباتها.



الشكل التخطيطي رقم (05): يبين أسباب المخاوف المرضية من المدرسة

(عبد الباسط متولى خضر،2004: 32)

6- أعراض الخوف المرضي من المدرسة:

تنشأ فوبيا المدرسة عند معظم الأطفال بشكل تدريجي، حيث أنهم يمرون بمرحلة تزداد فيها مقاومتهم للذهاب إلى المدرسة تدريجياً، حتى يصل في النهاية إلى الرفض التام للذهاب إليها، وعادة ما يدعي الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة من مبررات وجيهة كحيل ليتجنبوا بها الذهاب إلى المدرسة، فقد تظهر على هؤلاء الأطفال بعض الأعراض المرضية والتي تعد من المؤشرات على

وجود فوبيا المدرسة لديهم، ويتم ذلك من خلال استجابات جسمية، وفسيولوجية، وانفعالية، وسلوكية، ومعرفية تحدث في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة خاصة في أيام الدوام الرسمي، وأثناء التواجد في موقف مدرسي، وتختلف هذه الاستجابات من فرد إلى آخر تبعاً لمتغيرات عدة منها العمر، والجنس، ومستوى النضج، والحالة الصحية، لتشمل هذه الأعراض:

1-6 التغيـرات الفسيولوجية:

يشير "محمد نجاتي" إلى أن مخاوف الطفل من المدرسة تظهر في صورة أعراض بدنية، والتي قد تظهر خاصة في الصباح عند مغادرة الطفل المنزل للذهاب إلى المدرسة، وتشمل هذه الأعراض: الغثيان، والقيء، والصداع، والإسهال، وآلام البطن، وقد تظهر أيضاً مشكلات في الأكل، واضطرابات في النوم، ومخاوف أخرى مختلفة، وتسبب شكاوي الطفل زيادة قلق الوالدين عليه، ما يجعلهما يوافقان على بقاء الطفل في المنزل، وبمجرد أن يطمئن الطفل إلى أنه يستطيع البقاء في المنزل تأخذ أعراضه في الزوال، ولكنها تعود مرة أخرى في الصباح التالي عندما يقرر الوالدان أنه قد حان الوقت لكي يعود إلى المدرسة.(محمد نجاتي، 1999: 206- 207)

ويضيف كل من "ستيفن وآخرون Steven et al" (2005) و"أسماء عبد الله" (2008) أن السمة المميزة لهذا الاضطراب هي التردد، وعدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة، حيث تظهر على الطفل الخائف من المدرسة بعض الأعراض الجسمية كالتقيؤ، وألم الرأس والمعدة والاسهال، وشحوب الوجه، وزيادة التنفس، وبعض التشنجات اللاإرادية، وزيادة خفقان القلب، والآلام المتكررة بالصدر والظهر، والغثيان وفقدان الشهية، والنعاس، والحمى وصعوبات البلع والتهابات الحنجرة.(رشا محمد، 2016: 39-40)

وفي أغلب الأحيان لا يرفض الطفل بشكل مباشر الذهاب إلى المدرسة، فهو يترجم رفضه هذا على شكل شكوى من الألم في بطنه أو وجع في رأسه أو عدم وجود شهية للأكل.(الخليدي، وهبي، 1997: 167)

ويمكن أن تبدأ هذه الشكاوي بالظهور بعد العطلة أو بعد الغياب لفترة طويلة عن المدرسة، وبعض الأطفال يذهبون في الصباح إلى المدرسة، ولكن ما إن اقتربوا منها حتى تبدأ الأعراض بالظهور لديهم، وبعضهم الآخر يرفض تماماً الذهاب إلى المدرسة، وكلما طالت فترة البقاء الطفل في المنزل كلما أصبح من الصعب أكثر عودته إلى المدرسة.(Wanda et al, 2003 : 02)

وتعتبر الأعراض الفيزيولوجية ذات منشأ نفسي حيث أن أكثر الأعراض انتشاراً كالصداع، وآلام البطن، وارتفاع درجة الحرارة، والشكوى من آلام المفاصل، والتهاب الحلق المتكرر، وخفقان القلب، وآلام الصدر والإسهال، وربما تزداد الأعراض لتصل إلى الإغماء أو عدم القدرة على النوم أو كثرة النوم والتعب وشحوب الوجه، وفي العادة أن هذه الأعراض لا تشير إلى مشكلة عضوية حقيقية لأنه عند الكشف على الطفل تكون نتائج الفحص سليمة ويتضح عدم وجود أي مشكلة عضوية، علماً بأن هذه الأعراض لا تظهر إلا في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة وأثناء وجود الطفل في المدرسة، وقد تحدث دون أن يعبر الطفل بتاتاً عن خوفه أو رفضه للذهاب إلى المدرسة.(عبد العزيز محمد، 2011: 94)

ويحدد "العظماوي" (1988) أعراض الخوف المدرسي عند الطفل غالباً ما ترتبط مع شكوى الطفل من أعراض بدنية عابرة كأوجاع البطن، وآلام في البلعوم أو الأطراف خاصة الساقين أو القدمين وغيرها.(عبد العزيز محمد، 2011: 93)

وفي ضوء ما سبق يتضح أنَ الأطفال المصابين بالخوف المرضي من المدرسة تظهر عليهم مجموعة من المظاهر الفسيولوجية وهي كما يلي:

- شحوب الوجه واحمرار العينين وبرودة الأطراف.
- الصداع أو ألم بالمعدة، غثيان، دوار الرأس، والأعراض النفس- جسمية Psychosomatic.
- التغيرات في سرعة خفقان القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم في الحالات الحادة من الخوف، ويعمل القلب بسرعة تفوق طاقته.
- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير، وفي بعض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يتوقف التنفس.
- يتدفق هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكلويتين بشدة في الدم، وهو هرمون قوي تؤدي الكميات القليلة منه إلى ازدياد سرعة النبض وارتفاع ضغط الدم، مما يساعد على ظهور علامات الخوف الجسمية المختلفة.
- ضعف قدرة وكفاءة المخ على العمل مما يؤدي إلى حدوث شلل مؤقت أو مستمر.
- تحدث تقلصات عضلية داخلية تتضح في صورة ردود أفعال انعكاسية.(نعيم الرفاعي،1995: 402)
- جفاف الفم مما يؤدي إلى صعوبة إخراج الكلام.
- ارتعاش الأطراف أو الشفتين.
- تعرق الجسم أو الأطراف والشعور بالقشعريرة.

- ارتفاع درجة حرارة الجسم وظهور الحمى.
- الغثيان والرغبة في التقيؤ.
- الإسهال.
- فقدان الشهية للطعام.
- صعوبة في البلع وألم بالحلق.
- التبول اللاإرادي وكثرة الذهاب إلى دورات المياه.

ويوضح "فيصل عبد اللطيف" أن هذه الأعراض ما هي إلا أنواع مختلفة من الدفاع الذاتي للطفل، وذلك لمقاومة توهماته غير الواقعية، حيث تسمى هذه الأعراض "بالأعراض التنكرية"، حيث تختفي تحت طياتها الحالة الأصلية للمرض، لذا نجد أن هذه الأعراض لا تظهر إلا خلال أيام الأسبوع الدراسية وتختفي تماماً في أيام العطل والاجازات، أو عندما يسمح للطفل بالبقاء بالمنزل، وقد يصاب الطفل بعدد من المضاعفات في حالة عدم علاجه مع إمكانية تحول الطفل مستقبلاً إلى إنسان انعزالي وانطوائي، وقد يبدو على الطفل احساس متنامي بالشعور بالذنب، وقد تتحول الحالة في المستقبل إلى حالة مرضية تتعلق بالعصاب.(فيصل عبد اللطيف، 2001: 19- 20)

وأعراض التلميذ الذي يعاني من الخوف من المدرسة تختلف عن الأعراض المرضية ذات المنشأ العضوي، وذلك بأنها تظهر بشكل مفاجئ لحظة اقتراب موعد ذهاب الطفل الخواف إلى المدرسة، أو في حال إجبار الطفل الخواف على الذهاب إلى المدرسة من قبل أحد الوالدين، وسرعان ما تختفي هذه الأعراض بمجرد تيقن الطفل الخواف بأنه لن يذهب إلى المدرسة.(سناء سليمان، 2005: 148)

2-6 التغيرات السلوكية:

يعتبر "هرسوف Hersov" (1960) من الباحثين المتميزين الذين شخصوا أعراض الخوف المدرسي تشخيصاً دقيقاً، فهو يرى أنه في بداية ظهور هذه المشكلة عند الطفل تكون هناك شكوى متكررة غامضة من قبل التلميذ نحو المدرسة أو الإحجام عنها بشكل متكرر، هذه الشكوى غير مركزة على هدف محدد ومعين في المدرسة، فالتلميذ مرة يشكو من المدرس، ومرة يشكو من أقرانه التلاميذ، ومرة يشكو من المواد الدراسية وهكذا، فكل ما يتعلق بالمدرسة يمكن أن يقع في مجال شكواه، إلى جانب هذه الشكوى المستمرة نلاحظ أن قلق التلميذ يزداد صباح كل يوم دراسي، فالتلميذ يزداد قلقه ويضطرب سلوكه عند أخذه إلى المدرسة.(الكندري جاسم، سهل راشد، 1412 :41)

ويصف "بلاج Blag" (1987) أعراض المخاوف المرضية من المدرسة لدى الطفل بشكل واضح حيث بين أن هذه المخاوف تبدو في شكل شكاوي مبهمة والإحجام عن الذهاب إلى المدرسة بشكل منتظم ليصل به الحال في النهاية إلى رفض الذهاب إليها.(عبد الرحمن سيد، 1996: 217)

ويشير "اجيريجيرا ميرسيلي Ajuriguerra.J & Mercelli.D" بأن الطفل الخائف من المدرسة يبين رد فعل الخوف حين يحين وقت الدراسة، فالطفل يتظاهر بالخوف يبكي ثم يطلب من والديه بأنه سيذهب إلى المدرسة في وقت لاحق، وإذا ضغطا عليه ستأخذ الأمور مجرى آخر قد يغلق على نفسه في الغرفة أو يهرب باكياً، وفي بعض الأحيان قد يهدأ الطفل هذا ما يترك المجال لمربيه لتوجيهه للذهاب إلى المدرسة، ولكن سرعان ما يترك المدرسة هارباً غير مقاوم لها ويرجع إلى المنزل.(Ajuriguerra.J & Mercelli.D, 1983 : 40)

فالطفل من وجهة نظر "بلاج Blag" لديه الرغبة والدافع للذهاب إلى المدرسة، لكنه يتوقع حدوث شيء مكروه له أو لأحد أفراد أسرته وخاصة أمه، مما يجعله يصر على البقاء في البيت، ونجده يعلل أعراضه وإحجامه عن الذهاب إلى مدرسته بأسباب كثيرة ولكنها في كثير من الأحيان غير صحيحة، إلا أنها في ذات الوقت قد تكون مقبولة ومعقولة بالنسبة للكبار في الأسرة، أما بالنسبة للطفل نفسه كأن يقول: إن عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة راجع إلى أن المدرس غير عادل بين التلاميذ، وأنه يتصف بالشدة والقسوة في تعامله معه، أو أن يقول أن التلاميذ كثيراً ما يعتدون عليه بالضرب أو أن المواد صعبة جداً أو أن الواجبات كثيرة، وهكذا نجد أن بعض هذه التبريرات هي في الحقيقة غير صحيحة وقد تكون من نسيج خياله.(عبد الرحمن سليمان: 141)

ففي حالة بقاء الطفل في البيت وعدم ذهابه إلى المدرسة يهدأ ويعد والديه بأنه سوف يذهب في وقت لاحق، وبعد ذلك يبدأ في التبرير فيقول بأن المعلم ليس في المستوى وأصدقائه في القسم يكرهونه، وقد يطلب الانتقال إلى مدرسة أخرى، ويستمر الطفل في الغياب مما يزيد من مخاوفه من المعلم لأنه لا يهتم بدروسه وبحل واجباته، وخوفه من زملائه لأنهم يرونه بأنه تلميذ كسول، وربما قد ينجز واجباته في البيت، ويبقى الخوف من المدرسة والنظام المدرسي هو العائق أمامه.

ويبين "بيرج Berg" (1969) أن الطفل الذي يعاني خوفاً مرضياً من المدرسة يتصف في كثير من الأحيان بالأفراط الزائد في الاعتماد على أمه، وأن العلاقة بين الطفل تأخذ دائماً طابع الاعتماد المفرط

من جانب الطفل، والرغبة المفرطة في المساعدة من جانبها هذه العلاقة الاتكالية المفرطة تعمل على حدوث القلق عند الطفل.(عبد الرحمن سليمان، 1988: 75)

ويحدد "فاضل خليلي" (1407هـ) أعراض الخوف المدرسي بأنها تبدأ بشكوى مبهمة من المدرسة بشكل عام أو مقاومة بسيطة للذهاب إلى المدرسة تتحول بالتدريج إلى رفض كامل وإذا أجبر الطفل في الصباح على الذهاب إلى مدرسته فإنه قد يعود من منتصف الطريق باكياً، وقد يصاب بحالة من الهلع الشديد يهرع بعدها إلى منزله، وأحياناً تظهر المشكلة مقنعة بأعراض جسمانية بحتة مثل: فقدان الشهية والقيء والغثيان والإغماء والصداع والمغص وتعب لا مبرر له وإسهال وآلام الأطراف وخفقان بالقلب.(فاضل خليلي، 1407: 211)

ففي دراسة أجراها "شازان Chazan" (1962) وجد أنَ هناك عدداً من الأطفال يلجأون إلى هذه العملية للتعبير عن قلقهم أثناء تواجدهم في المدرسة، ويبين أنه بمجرد الذهاب إلى المنزل أو الخروج من المدرسة يتحدث الطفل بصورة طبيعية مع زملائه أو أفراد أسرته.(الكندري جاسم، سهل راشد، 1412 :42)

وأجريت دراسات على الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة اتضح فيها أنهم اتكاليون، عدوانيون، قلقون، يميلون إلى الانسحاب والانعزال، وغير ناضجين اجتماعياً، ومتعلقون بأمهاتهم بدرجة كبيرة، وقدرتهم على تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس ضعيفة.(وجدان عبد العزيز وآخرون، 2011: 147)

بينما يرى "كمال وهبي وعبد المجيد الخليدي" (1997) أن السبب في ظهور هذه الأعراض قد يكون راجعاً للطفل نفسه، حيث يشعر أنه غير قادر على حل مشاكله بنفسه في مدرسته أو أنه من الصعب عليه إقامة علاقات مع الأطفال الآخرين، الأمر الذي يولد لديه حالة شعور بالقلق والضيق، وكذلك يدفعه إلى الانفراد وحب العزلة كنوع من البحث عن الحماية النفسية في حب البقاء في المنزل، ومشكلة الطفل لا تبقى عند هذا الحد، بل أن المنعكسات اللاحقة التي تتولد لدى الطفل من جراء عزلته وخوفه وقلقه تكون في شكل اضطراب سلوكي مثل كون الطفل يميل للعدوان والتدمير والغضب الشديد، ليس فقط مع من يصطدمون به، بل أيضاً مع إخوته وأهله، وقد لا يحدث هذا وإنما يلاحظ أن الطفل ينزوي لوحده ويرفض التحدث للآخرين أو مشاركتهم ألعابهم وحديثهم.(رشا محمد، 2016: 42)

ويرى 'محمد شعلان" أنه قد تولد لدى الطفل رغبة شديدة في رفض الذهاب إلى المدرسة، وإذا ذهب فإنه يبكي حتى يعود إلى منزله، وقد يتحول هذا إلى اضطراب سلوكي، ينتج عنه فشل التلميذ في الدراسة.

بالإضافة إلى ظهور العدوانية وانخفاض التوافق النفسي والدراسي لدى الطفل الذي يعاني من فوبيا المدرسة كلما زادت مخاوفه، وهذا ما توصلت إليه دراسة "علاء محمود الشعراوي" (1999) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين المخاوف التي يدركها التلاميذ في الفصل الدراسي بتوافقهم وعدوانيتهم، ومعرفة الفروق بين الجنسين في إدراكهم للمخاوف في الفصل الدراسي، وتحديد الفرق بين الصفوف الثلاثة بالحلقة الثانية من التعليم الأساسي، مع توجيه نظر المعلمين إلى الأسلوب المناسب لإدارة الفصل، وتكونت العينة من (1050) تلميذاً وتلميذة من الصفوف الثلاثة بالحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي، وقد أسفرت النتائج عن ارتفاع درجة العدوانية وانخفاض درجة التوافق بزيادة المخاوف.(هند العزازي، 2013: 120)

بينما يرى "كيلي Kelly" (1973) أن المخاوف المرضية تفصح عن نفسها من خلال طرق وأساليب مختلفة، وبدرجات متنوعة ومتباينة من الحدة والشدة، وأن هذا يتوقف على عدة عوامل منها: سن الطفل ومستوى نضجه، فعلى سبيل المثال نجد الأطفال الصغار الذين يدخلون رياض الأطفال قد يبكون ويتصايحون، أو يتعلقون يائسين بأمهاتهم في حين يظهر على الأطفال الأكبر سناً الذعر الحاد أو بطء السلوك، إضافة إلى مشاعر أولية عبارة عن مشاعر خوف من شر مرتقب يصيبهم من خلال البقاء في المدرسة.(Kelly,1973 :11)

يتضح من خلال ما سبق أنَ الأطفال المصابين بالخوف المرضي من المدرسة تظهر عليهم مجموعة من المظاهر السلوكية وتتمثل في الأعراض التالية:

- الارتعاش والبكاء والتوسل إلى الاهل للبقاء في المنزل.
- رفض الذهاب إلى المدرسة.
- الخوف من البقاء في المدرسة.
- الخوف من الذهاب إلى دورات المياه في المدرسة لأنها تعد غير مألوفة لدى الطفل.
- الإحجام عن تناول الطعام في المطعم المدرسي.

- التوقعات السلبية اتجاه المعلمين (المعلمين غير عادلين وظالمين ويعطون واجبات كثيرة)، واتجاه الواجبات (أنها كثيرة ومملة)، واتجاه الزملاء (عدائيون وعدوانيون).(بطرس حافظ، 2010: 231)
- عدم القدرة على التحرر من العلاقة الاعتمادية مع أمهاتهم، الهلع، الفزع الليلي المثير للانتباه، ليصل في نهاية الأمر إلى رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة رفضاً كلياً ويفضل البقاء في البيت، وغالباً ما يكون هذا الرفض مصاحباً بعلامات واضحة من القلق والذعر والتي تبدو في أوضح صورها عندما يحين ذهاب الطفل إلى المدرسة.
- ضعف أداء وإنجـاز التلميذ، فالخوف لا يحفز التلميذ على الإبداع وإنما يجعله شخصاً متقوقعاً في قالب ضيق لا يستطيع تخطي حدوده.(مدحت إبراهيم، 2002: 78)
- البقاء في المنزل مع الوالدين.(Gérard et all, 2003 : 64)
- اضطرابات النوم كالنوم المتقطع والكوابيس المزعجة التي يدور محتواها عن المدرسة والبيئة الخارجية كمثير مهدد لكيان الطفل.
- الاصرار المستمر ورفض الذهاب للنوم دون أن يكون بجوار من يتعلق بهم تعلقاً شديداً.
- الكوابيس المزعجة المتكررة التي تأخذ طابع الصراع.(Allen, Rut Pross, 1997 : 28)
- عدم الرغبة في الحديث والرغبة في العزلة وعدم التفاعل مع الأطفال والارتباك والتردد أو الشعور بالخجل أو العدوانية أثناء اللعب.(عبد العزيز محمد، 2011: 93)
- يكون الطفل حاد التصرف وصعب التعامل في صبيحة اليوم الدراسي.
- تكرار خلق الأعذار التي تجعله يتغيب عن المدرسة كل يوم.
- اللجوء إلى الانسحاب من الجماعة في حالة الفشل في إقناع الأسرة بعدم الذهاب إلى المدرسة.(الكندري جاسم، سهل راشد، 1412 :43)
- اضطراب في الكلام على الرغم من أنه لا توجد لديه عيوب في النطق.
- عدم القدرة على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين.
- التعلق الشديد بالأم ورفض الخروج من الفراش، والرغبة في البقاء في المنزل أثناء الدوام المدرسي.
- الصمت وعدم القدرة على الكلام رغم أنه لا توجد لديه أي عيوب في النطق.

ومن جهة أخرى قد تفصح المخاوف المرضية من المدرسة عن نفسها من خلال طرائق وأساليب مختلفة وبدرجات متنوعة ومتباينة في الشدة، وأن هذا يتوقف على سن الطفل ومستوى نضجه، فعلى

سبيل المثال نجد الأطفال الصغار الذين يدخلون رياض الاطفال قد يبكون ويتعلقون بأمهاتهم، في حين يظهر الاطفال الأكبر سناً الذعر الحاد والخوف الشديد من شر مرتقب يصيبهم من خلال البقاء في المدرسة.(العاسمي، 2015: 83)

ويذكر "رين Raine" (1979) حالة طفلة ذات الترتيب الثالث في أسرتها كل صباح قبل ذهابها إلى المدرسة تجلس على طاولة الافطار وتبكي بصمت مشتكية من مغص معوي، فهي لا تريد أن تأكل، ولا تريد الذهاب إلى المدرسة، وتكرر الطفلة هذا السلوك كل صباح، ولكن هذه الاعراض تزول نوعاً ما أثناء الاجازات والعطل الرسمية.(باترسون، 1981: 77)

ويؤكد هذا الرأي ما ذهب إليه "وولد فوجل، كوليدج، وهاهن، وهيرسوف" (1960) و"بلاج" (1987) في أن انعدام الشكوى من هذه الامراض الجسمية خلال عطلات نهاية الأسبوع والاجازات المدرسية وعطل الصيف يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض والمواظبة على الذهاب إلى المدرسة.(العاسمي، 2015: 85)

3-6 التغيرات المعرفية:

وتشمل الأعراض المعرفية اضطراب التذكر؛ فذاكرة الطفل الخائف من المدرسة تضعف وسرعان ما ينسى الأشياء الأساسية بما فيها اسمه واسم أقرب الناس إليه، وعدم القدرة على ترتيب الأفكار، وتشوش التفكير، وعدم القدرة على التركيز، وكثرة النسيان وكثرة الشرود، وعدم القدرة على الابتكار، واضطراب في فهم وإدراك الأمور، وتوقع الخطر مما يجعل الطفل محاصراً بمخاوفه، إضافة إلى أن التلميذ الخائف سرعان ما ينسى الأشياء الأساسية في حياته، كما لا يستطيع التلميذ الخائف إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من إحساسات إذ أن مراكز الترجمة الإدراكية بالمخ تضعف أو يبطل عملها إلى حد بعيد أثناء الشعور بالخوف.(حسن عبد المعطي، 2003: 292)

ومعظم الدراسات التي تناولت الخوف المرضي من المدرسة وعلاقته بالقدرات العقلية والتحصيلية انتهت إلى أن الغالبية العظمى من الأطفال يكون مستوى ذكائهم في المتوسط أو فوق المتوسط، كما يظهرون في الغالب مستوى مقبولاً في التحصيل الدراسي، وهذا ما أكدته دراسات كل من "وارين جولد نبرج واسنبرج وهيرسوف".(العاسمي، 2015: 91)

وتشمل أيضاً الأعراض المعرفية ضعف التحصيل الدراسي، وقد تضاربت الآراء حول العلاقة بين التحصيل الدراسي وخوف الطفل من المدرسة، فيرى بعضهم أن الخوف من المدرسة لا يقتصر على التلاميذ المتأخرين دراسياً، وإنما ينتشر كذلك بين التلاميذ المجتهدين بقدر ما ينتشر بين المتوسطين والمتأخرين دراسياً، بينما يرى البعض الأخر أن هناك علاقة ارتباطية طردية بين الخوف المرضي من المدرسة لدى الاطفال والتأخر الدراسي.

وقد أسفرت نتائج الدراسة التي أجراها "العاسمي" (1995) إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين في التحصيل الدراسي وذلك لصالح الأطفال العاديين، أي أن الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة لديه انخفاض واضح في الاداء المدرسي وفي الاستعداد الدراسي.(العاسمي، 2015: 88- 89)

يتضح مما سبق أن هناك علاقة طردية بين الخوف المرضي من المدرسة والتحصيل الدراسي، بمعنى أنه كلما انقطع الطفل عن المدرسة نتيجة لخوفه منها، فإن ذلك يفقده الكثير من المعلومات التي سيطالب بها في الامتحان، وهذا الأمر يجعله في حالة من التشتت الذهني وقت الامتحانات لعدم قدرته على استيعاب المعلومات التي حصل عليها أقرانه في المدرسة وعندئذ يصاب بالإحباط، وبالتالي ستكون نتائج دراسته غير جيدة.

4-6 التغيرات الانفعالية:

وتتعدد الأعراض والمظاهر الانفعالية للأطفال المصابين بالخوف المرضي من المدرسة، حيث أشار "حمدي محمد وآخرون" (2000) إلى أن هؤلاء الأطفال يتسمون بالخجل والانسحاب، والشعور بالنقص، والتمركز حول الذات، وفقدان الثقة بالنفس.(حمدي محمد وآخرون، 2000: 126)

فالتلميذ الخائف من المدرسة لا يتميز بالثبات الانفعالي بل يتميز بالتقلب الوجداني، فقد يتنكر لصديقه ويبدي له الكراهية الشديدة، ولا يكون في ذلك متصنعاً فيما يبديه من مشاعر الحب والكراهية.

فإذا ما اشتد خوف التلميذ من المدرسة فإنه ينخرط في سلسلة من الانفعالات الشديدة وقد يصيبه الإغماء أو فقدان الوعي، وقد تظهر عليه أعراض هستيرية أثناء سيطرة هذه المخاوف عليه، وقد يصاب ببعض الهلوسات البصرية والسمعية في صورة أشباح تتربص به أو تهديدات يسمعها.(حسن عبد المعطي، 2003: 293)

ويرى "بلاج Blag " (1987) أن الطفل الذي يعاني خوفاً مرضياً من المدرسة عادة ينعكس هذا الخوف على سلوكه الخارجي، إذ يعاني الطفل في هذه الحالة من صعوبة كبيرة في السيطرة على حالته الانفعالية عند ذهابه إلى المدرسة وفي كثير من الأحيان ترتبط هذه الحالة الانفعالية بأعراض جسمية مثل الصداع، والقيء، والإسهال وغيرها.(عبد الرحمن سيد: 141)

ويشير "عبد العزيز محمد" (2011) إلى أن الأعراض الانفعالية تشمل قلق الطفل واضطرابه السلوكي والالتزام بالصمت في المدرسة مع الزملاء والمدرسين، وفي بعض الأوقات يكون الطفل شديد الانفعال، وقد يكون الطفل حاد التصرف مع زملائه والمدرسين، وقد يصعب التعامل معه قبل الذهاب إلى المدرسة لاستيائه من الذهاب إلى المدرسة.(عبد العزيز محمد، 2011: 93)

وتؤكد "زينب شيقر" (2000) أن هؤلاء الأطفال يتسمون بالعدوانية والقلق والميل إلى الانسحاب والانعزال، وعدم النضج الاجتماعي، وكذلك التعلق الشديد بالأم، وعدم القدرة على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين، والشعور بالسلبية اتجاه المواقف الدراسية.(زينب شيقر، 2000: 239)

ومن بين الأعراض الانفعالية التي تظهر عند الطفل الخائف من المدرسة الخجل والانطواء والعزلة، فهو يرفض الحضور إلى المدرسة والدخول إلى غرفة الصف والوقوف أمام التلاميذ للإجابة على سؤال طرحه المعلم، لذلك نراه يهرب من هذا الموقف كلياً ويحاول قدر الامكان تجنب المدرسة والبقاء في البيت بجانب والدته.

وفي هذا الجانب أكدت الدراسة التي أجراها "جيمس James" (1992) أن هناك علاقة وثيقة بين خجل الطفل ورفضه الذهاب إلى المدرسة، وشدد على الأساليب التربوية الخاطئة التي تنتهجها الأسرة والمدرسة والمجتمع عموماً في التعامل مع هؤلاء الأطفال والتي تنعكس على نظرة الطفل السلبية نحو نفسه والأسرة والآخرين.(العاسمي، 2015: 91- 92)

وقد تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة اضطرابات نفسية كالاكتئاب، وهذا ما توصل إليه "أنجو وآخرون Hanjo et al" (2001) من خلال دراسة عرضية قام بها على عينة قوامها (446) من الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (5- 17) سنة يعانون من فوبيا المدرسة، حيث أسفرت نتائج الدراسة على أن حوالي (17%) من العينة يعانون من حالة الاكتئاب الناتج عن

الفوبيا لديهم، كما اتسم البنيان النفسي لديهم بانعدام الاتزان النفسي والانفعالي.(رشا محمد، 2016: 46-47)

وتوصل الباحثون أن الاكتئاب لدى هؤلاء الاطفال قد يكون عرضاً طارئاً ينتاب الطفل وهو في طريقه إلى المدرسة وأثناء وجوده في المدرسة، وقد تم التأكد من ذلك من خلال الدراسة التي أجراها "بلاج" (1987) وتوصل إلى أن (17) حالة من أصل (70) حالة تعاني الخوف المرضي من المدرسة، أظهرت وجود اكتئاب لديها.

ويعد بعض الباحثين مثل "ألجر وتيرمان Alger et Tyerman" (1955) أن أعراض الخوف المرضي من المدرسة هو مجرد عرض من أعراض الاكتئاب، وأن المشكلة الرئيسية التي يعاني منها الطفل والذي يتجلى في عدم رغبته في التعامل أولاً مع الاكتئاب الذي يعاني منه الطفل، وعدم رغبته في التعامل مع الآخرين من الزملاء أو المعلمين في المدرسة، لذلك يفضل البقاء في المنزل ليحمي نفسه من المثيرات التي تعكر صفو هدوئه النفسي.(العاسمي، 2015: 86- 87)

وفي دراسة أجراها "العاسمي" (1995) على عينة قوامها (45) طفلاً يعاني الخوف من المدرسة، وتوصل إلى أن هناك فروق دالة احصائياً بين أطفال المجموعتين على مقياس الاكتئاب لصالح الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، فقد تزداد حدة المخاوف فتؤدي إلى درجة عالية من الاكتئاب.(العاسمي، 2015: 87)

وتوصل "برابهسوامي وآخرون Prabhuswamy et al" (2006) من خلال دراسة قاموا بها على عينة من الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة بدولة الهند، حيث تكونت عينة الدراسة من (33) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين (4- 16) سنة، واعتمد الباحثون على مقياس تقييم فوبيا المدرسة والمقابلة الاكلينيكية التشخيصية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً ما بين فوبيا المدرسة وظهور اضطرابات نفسية لدى الأطفال، حيث بلغت نسبة انتشار الاضطرابات النفسية وتقلب المزاج بين أفراد العينة بـ 87,9%، وتوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً ما بين فوبيا المدرسة والاكتئاب، حيث بلغت نسبة انتشار الاكتئاب بين أفراد العينة بـ 63,6%.(رشا محمد، 2016: 47)

وتوصل "كنولمان وآخرون Knollmann et al" (2010) في دراسة أجراها على عينة من الأطفال يعانون من الخوف المرضي من المدرسة بألمانيا، والتي قدرت بـ (89) طفلاً وطفلة، تتراوح أعمارهم

ما بين (4- 15) سنة، توصل إلى انتشار الاضطرابات النفسية والانفعالية لدى هذه العينة والمتمثلة في أعراض القلق والاكتئاب وضعف الثقة بالنفس، وتقلب المزاج، وضعف الاتزان الانفعالي لديهم، كما أن البنية النفسية لهؤلاء الأطفال اتسمت باضطراب صورة الذات.(Knollmann et al, 2010: 43)

كما يعاني التلاميذ الذين يعانون من الخوف المدرسي من أعراض انفعالية قصوى ما يكون كسبب في ظهور أعراض سيكوسوماتية.

وهذه الأعراض تختلف حسب شكل الخوف المدرسي وموضوعاته وما يتركه من أثر على صحة التلميذ النفسية والجسمية وعلى تحصيله الدراسي.

بينما يرى "جونسون Johnson" (1941) أن هناك عوامل مهيئة لبداية فوبيا المدرسة تظهر بشكل أعراض وهي:

- قلق حاد لدى الأطفال حول مرض عضوي معين، أو صراعات انفعالية ظاهرة، كتوهم المرض أو أعراض قهرية هستيرية.
- عدم قدرة هؤلاء الأطفال على التخلص من العلاقة الاعتمادية بينهم وبين أمهاتهم.
- الرعب أو الفزع الليلي الذي يكون مثيراً للانتباه.
- الثورات المزاجية العنيفة.
- مرض عضوي حقيقي.(عباس عوض، 1990: 48)
- الشعور بالكآبة والحزن.
- ظهور نوبات من الغضب واستعمال العنف كرمي الدمى أو تحطيم أثاث المنزل.
- تقلب في المزاج.
- يتميز بعدم الاتزان الانفعالي والوجداني والشخصي.
- اضطراب صورة الذات وفقدان الثقة بالنفس.
- الشعور بالدونية.

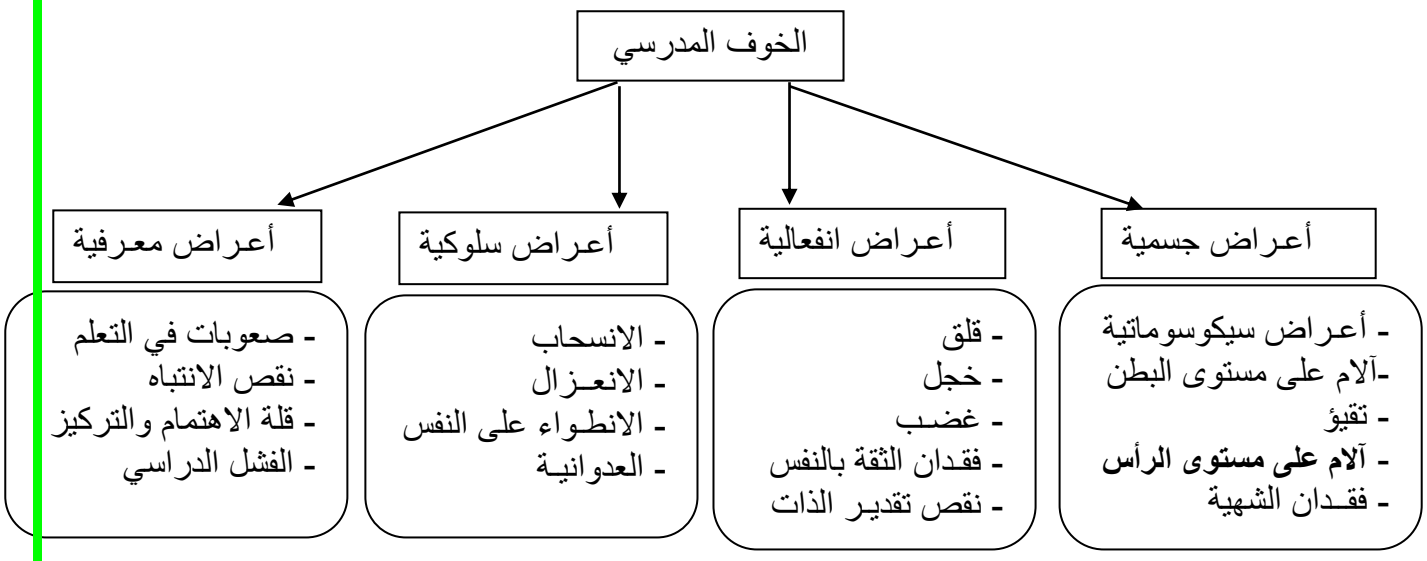
وتصاحب أعراض الخوف المرضي من المدرسة أعراض أخرى مثل: الخوف من الظلام، الخوف من الحيوانات، واضطرابات في النوم، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من الوحدة، والاكتئاب الذي قد أصبح أكثر ثباتاً بمرور الوقت، كذلك الاعتمادية المفرطة على الأهل، كما ينتج عنه

فشل التلميذ في الدراسة، والانسحاب من الجماعة، أو عدم القدرة على التذكر عندما تطرح عليه بعض الأسئلة، وكذلك الاضطرابات العاطفية والخوف من الأصوات العالية.(حمودة،1991 : 184)

وتوصل "ستوبا وكلارك Stopa & clark" (1993) من خلال دراسة تهدف إلى التعرف على الأفكار السلبية لدى ذوي المخاوف المرضية، وهل لديهم قصور في السلوك الاجتماعي، وتقييمهم على أدائهم الاجتماعي، وكيف يكون تركيزهم في المواقف الرهابية، حيث أثبتت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من الفوبيا يسجلون معدل أعلى من أفكار التقييم الذاتي السلبي، وكذلك وجد أن تقدير هؤلاء الأفراد لمهاراتهم الاجتماعية.(بلحسني وردة، 2010: 69)

ويتفق الكثير من العلماء على أنه رغم تباين الأعراض (جسمية، ونفسية، ومعرفية) وتباين شدتها إلا إنهم لاحظوا أن الأعراض السابقة غالباً ما تحدث في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، وربما تحدث أيضاً أثناء وجود الطفل في المدرسة، إلا أنها تزول تماماً بمجرد السماح للطفل بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة، كما تزول أيضاً في نهاية الأسبوع وفي الإجازات المدرسية وفي العطل الصيفية مما يدعم وجود علاقة بين أسباب هذه الأعراض وبين المواظبة أو عدم الذهاب إلى المدرسة.(صباح السقا، 1992 :199)

والشكل التالي يوضح التأثير السلبي للخوف المدرسي على مختلف جوانب النمو عند الطفل وتتلخص فيما يلي:



الشكل التخطيطي رقم (06): يبين بعض الأعراض الناتجة عن الخوف المدرسي عند الطفل

7- تشخيص الخوف المرضي من المدرسة:

تتوقف حدة مخاوف الطفل المدرسية على جنس الطفل وطبيعة شخصيته، أي يختلف التأثير بالخوف من طفل إلى آخر ولا توجد دلائل قاطعة لدى العلماء على أن المخاوف ترجع في أصلها إلى عوامل وراثية، وتشير التقديرات العشوائية إلى أن طفلاً واحداً بين كل ألف طفل ($\frac{1}{1000}$) يشخص بأن لديه خوفاً من المدرسة، ولكن هذه النسب تختلف من منطقة تعليمية إلى أخرى، وقد أشارت بعض الدراسات بشكل عام من 1% إلى 2% من أطفال المدارس العامة، و 5% إلى 8% من الأطفال الذين تتم إحالتهم إلى العيادة النفسية يعانون خوفاً مرضياً من المدرسة، وتبين الدراسات أن هذا الاضطراب يحدث بالتساوي بين الذكور والاناث، وأنه يحدث بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العالية أيضاً، أما "فيللر" فقد وجد أن هذا الاضطراب يوجد عند ذوي مستويات الذكاء المختلفة.(أنس شكشك، 2008: 77) وقد يشخص هذا الاضطراب بأنه مرض عضوي نتيجة لشكاوي الطفل الجسمية، ويشخص بأنه يعاني من صعوبات في التحصيل الدراسي، أو ضعف في القراءة أو الحساب وغيرها من التشخيصات المختلفة التي يقدمها بعض الدارسين لهذه المشكلة متناسين بذلك العوامل النفسية الكامنة وراء سلوك خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة كوجود مدرس صارم، أو خلافات مع الأقران...الخ.

وغالبا ما يتم تشخيص اضطراب خوف المدرسة عن طريق الأعراض التالية:

- قلق شديد مرتبط بانفصال الطفل عن ذويه.
- يعاني الطفل من شكاوي جسدية متنوعة قبيل ذهابه إلى المدرسة.
- يعاني الطفل الخائف من المدرسة من كوابيس مزعجة تتعلق بابتعاد الشخص المرتبط به، أو بمواقف مدرسية غير مقبولة.
- البكاء والتوسل وذلك حين يجبر الطفل على الذهاب إلى المدرسة.
- علامات متكررة من الانزعاج والقلق الحاد مثل: الرغبة في العودة إلى البيت عندما يكون في المدرسة.
- الغياب عن المدرسة بمعرفة الوالدين.(أنس شكشك،2008: 78)

فقد أشار كل من "كان ونورستين وكارول Kahn, Nursten and Carroll " (1981) إلى أن كل حالة من حالات الخوف المرضي من المدرسة تتضمن مجموعة من التصورات المختلفة عن غيرها مثل: الاعتبار الشخصي الداخلي للطفل، والعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، لذلك اقترحوا أربعة مجالات

كأسباب منطقية للخوف من المدرسة تجعل كل معالج قادراً على وضع تشخيص دقيق، والمجالات الأربعة هي:

- العمر الزمني وعلاقته بالعوامل النمائية.
- التفاعل الإيجابي مع الأم، والأسرة، والمجتمع.
- ديناميات البنية النفسية الداخلية للطفل.
- نظرة الطفل لأعراضه كاغتراب الأنا أو انسجام الأنـا.(عبد المجيد منصور،2003: 35)
- وينبغي على القائم بعملية التشخيص أن يأخذ في الاعتبار بعض النقاط الهامة مثل:
- أن يفرق بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي.
- إن القلق الشديد الذي يعاني منه الطفل الخائف من المدرسة قد يكون عرضاً لاضطرابات أخرى لا علاقة لها بخوف المدرسة.
- أن يتم التفريق بين خوف المدرسة والهروب من المدرسة والتسرب الدراسي، وبين غياب الطفل عن المدرسة لوجود مريض في المنزل (كالأب أو الأم) يستدعي بقاء الطفل.
- الحصول على فحص طبي شامل، والغرض منه استبعاد أية أمراض عضوية حقيقية.(عبد المجيد منصور،2003: 35)

وينبغي عند تشخيص المخاوف المدرسية أن نضع في الاعتبار عامل استمرار الاستجابة لمدة لا تقل عن ستة أشهر وعامل الزمن الذي ظهر فيه الخوف، وذلك لأن من بعض الأشياء أو الاشخاص أو المواقف يأتي طبيعي ثم يختفي بعد ذلك في أشهر أو سنوات بسيطة، وعلى سبيل المثال أكثر المخاوف ظهوراً في العمر الزمني (9- 13) سنة خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة متأخراً، والخوف من الامتحانات...الخ.(محمد سعفان، 2010: 45)

وتصنف المخاوف المدرسية حسب الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (DSMIV) فإن محكات تشخيص اضطراب القلق في الطفولة الأولى والثانية ضمن أعراض قلق الانفصال فيما يلي:

ظهور الأعراض لمدة أربعة أسابيع على الأقل:

- النمو الغير المناسب وقلق متزايد متصل بالانفصال عن البيت أو عن من يتعلق بهم الطفل تعلقاً شديداً.
- الألم المتكرر الشديد عن توقع الانفصال عن البيت أو من يتعلق بهم تعلقاً شديداً.

- قلق دائم ومتكرر لفقدان شخص عزيز أو توقع حدوث ضرر أو كارثة.
- قلق دائم ومتزايد جداً لحدوث مكروه يؤدي إلى الانفصال عن شخص عزيز.
- الاصرار على الرفض والمقاومة والكراهية للذهاب للمدرسة أو أي مكان آخر.
- الاصرار المستمر ورفض الذهاب للنوم دون أن يكون بجوار من يتعلق بهم تعلقاً شديداً وهذا ما يظهر في رفض النوم بعيداً عن البيت.
- الكوابيس المزعجة المتكررة التي تأخذ طابع الصراع.
- آلام في المعدة، والغثيان، والقيء وهذا عند حدوث أو توقع الانفصال من الأشخاص الذين يتعلق بهم.
- المدة قد تتراوح في أربعة أسابيع.
- قبل سن 18 سنة.
- قد يحدث هذا الاضطراب بتغيير في الوظائف الاجتماعية والمدرسية وأي نطاق من العلاقات والبداية المبكرة قبل 6 سنوات.
- هذا الاضطراب يحدث بصفة منفردة أثناء حدوث اضطراب النمو السائدة لدى المراهقين والبالغين.(Allen, 1997 : 28)

ويشير "بيتر وآخرون Peter et al" في دراسة هدفت إلى دراسة الحالة الاكلينيكية للمخاوف الشائعة عند الاطفال، تكونت العينة من (290) تلميذ وتلميذة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (8- 13) سنة، حيث تَم تقسيم تلك المخاوف ومدى حدتها من خلال عدة وسائل قياسية ومقابلات تشخيصية لقياس اضطرابات القلق وذلك وفق المعايير الخاصة بمقياس التشخيص والاحصاء اليدوي للاضطراب العقلي، وقد أسفرت النتائج عن أن مخاوف الطفولة تعكس اضطرابات قلق دلالية لدى الأطفال بنسبة 22,8%.(هند العزازي، 2013: 120)

8- النظريات المفسرة للخوف المرضي من المدرسة:

لقد شغل موضوع الفوبيا المدرسية كظاهرة نفسية بحتة اهتمام العديد من مدارس علم النفس ونظرياته المختلفة، وتعددت الاجتهادات المختلفة في تفسيراتها لها، ويركز التفسير النظري للخوف المرضي من المدرسة على عدة اتجاهات ساهمت في تفسيره وتحليله وهي: نظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والنظرية الغرائزية والنظرية المعرفية.

1-8 نظرية التحليل النفسي:

ويعتبر "فرويد Frewd" رائد هذه النظرية، حيث يرى أن الفوبيا هي محصلة قلق ناتج عن صراع بين المطالب الغريزية والقوى الدفاعية للأنا، واستندت هذه النظرية في تفسيرها لفوبيا المدرسة على المكانيزمات الدفاعية كعملية الاسقاط وما تشمله من مفاهيم الإشباع والتعلق المفرط بالأم، كما تعتمد في تفسيرها أيضاً على التثبيت أو النكوص إلى مراحل سابقة للنمو.(رشا محمد، 2016: 58- 59)

يوضح "كيلي Kelly" وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير الخوف المرضي من المدرسة، ويركز على الاتكالية التي تقدمها الأم لطفلها، هذه الأم قد تكون عصابية، وتحمل دوافع للاتكالية لم تجد إشباعاً لها، فالاتكالية تخلق عدوانية مكبوتة عند الطفل والأم، إلا أنها تخلق عند الطفل الخوف من الانفصال بشكل خاص.

إن الاتكالية والخوف من العدوانية تثبط الأنا وتكف نموها عند الطفل، في حين أن الخوف يتم تحويله على المدرسة.(أنس شكشك،2008: 73)

ويتبين من نظرية "فرويد" أن أعراض العصاب هي نتيجة لوجود رغبة مكبوتة، وعندما يخاف الشخص من شيء ما، فإن خوفه هذا يشير إلى أنه يريد لهذا الحدث أن يحدث، ولكن الرغبات المكبوتة لا تظهر إلا عن طريق معالجة تقوم على التحليل النفسي، أما "أدلر Adler" فإنه لم يتناول مشكلة الخوف بشكل منظم، إلا أنه ركز على فكرة الشعور بالنقص، وفي نظر "يونج Yung" الخوف هو عبارة عن سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي.(سيغموند فرويد، 1989: 35)

وترى "آنا فرويد" أنه لا يمكن لأي طفل أن يندمج في المدرسة قبل أن يتحول الليبيدو من قبل الوالدين إلى المجتمع، وعندما يتأخر أو يخاف المرور في العقدة الأوديبية، فإنها تمتد كنتاج للعصاب الداخلي، وبالتالي فإن الاضطراب في التكيف مع الجماعة ونقص الاهتمام ومخاوف المدرسة.(آنا فرويد، 1974: 14)

وترجع نظرية التحليل النفسي الخوف المرضي المدرسي إلى المرحلة الأوديبية حيث المشكلات الجنسية والعدوانية والأزمات غير المحلولة والتي بدورها تهيئ الفرد لأن ينمي الصراعات، والتي تخلق بدورها صراعات مستقبلية في حياة الفرد مما يؤدي إلى عدم الراحة للفرد، وبالتالي يتحاشى الاتصال بالمثير الذي يستمر في انفعالات تتعلق بالمثير الصراعي، وكما ذكر "ايزنك Isanc" أن المخاوف المرضية المدرسية مردها إلى الصراع الكامن وخاصة الصراع الذي جذوره في مرحلة

الطفولة المبكرة، فالمخاوف المرضية المدرسية تمثل رمزاً للخوف الحقيقي، ومن وجهة نظر "ايزنك Isanc" أن خوف الانفصال عن الأم أو الخوف المتعلق بالإنجاز يشكلان عاملين هامين في تشكيل الخوف المرضي المدرسي والذي بدوره يؤدي سلوكاً تجنبياً كلياً للمدرسة، ويلعب البيت دور المعزز والمكافئ لهذا السلوك.(محمد أبو الفضة، 1992: 17)

هناك نظريات تحليلية أخرى فسرت الخوف المرضي من المدرسة في ضوء قلق الانفصال، يفترض عالم النفس "جونسون Jonson" أن الخوف المرضي من المدرسة لا يتضمن خوفاً من المدرسة بالدرجة التي يتضمن الخوف من الانفصال عن الوالدين، وخاصة الأم التي تبدي قلقها حين ينفصل عنها، ثم ينتقل هذا الخوف والقلق إلى ابنها، وكذلك هي وجهة النظر السلوكية أن الطفل يخاف من أن يفتقد والدته وذلك لأن حياته رهن بوجودها.

ويصبح الخوف مشروطاً أي متعلقاً بفكرة الذهاب إلى المدرسة حيث أنه سيفتقد والدته إذا ذهب إلى المدرسة، وكما يصبح هذا الخوف شديداً، فيرفض الذهاب إلى المدرسة وبقاؤه في المنزل يتعزز حيث تخفض حالة الخوف عنده، وعادة ما يجلب له مكافآت على شكل لعب ومودة ورعاية.(مبارك ربيع،1991 :97)

وقد وصف "براودين" (1932) كيف أن الطفل أثناء معالجته يبدو كأنه يجري نحو المنزل لتصوره أن شيئاً مخيفاً يحدث لأمه، كما برهن أيضاً على خوف الطفل من ذلك عندما يكون بعيداً عن أمه، ويعتقد أنه يريد أن يكون قريباً منها، وفي هذه الحالة يتولد بداخله صراع بين حبه لأمه واتجاهاته العدوانية نحوها، أو صراع بين الرغبات الغريزية اللاشعورية ومكونات الأنا.

لقد قام "لوشلان Lauchlan" (2003) بتطبيق نظرية التحليل النفسي على طفل يعاني من العصاب الوسواسي وذلك بالهروب من المدرسة إلى البيت في حالة من الرعب، وحينما يصل إلى المنزل تبدو عليه علامات السعادة والارتياح، ولكن عندما يعود إلى المدرسة تبدو عليه علامات القلق مرة أخرى، وقد وصف "لوشلان Lauchlan" كيف أن الطفل أثناء معالجته يبدو وكأنه يجري نحو المنزل لتصوره أن شيئاً مخيفاً يحدث لأمه، ويعتقد أنه يريد أن يكون قريباً منها، وفي هذه الحالة يتولد بداخله صراع بين حبه لأمه واتجاهاته العدوانية نحوها، أو صراع بين الرغبات الغريزية الأولية اللاشعورية ومكونات الأنا.(رشا محمد، 2016: 63)

ويشير "رياض العاسمي" إلى أن "آنا فرويد" قد فسرت فوبيا المدرسة أنه لا يمكن لأي طفل أن يندمج في المدرسة قبل أن يتحول الليبيدو إلى من قبل الوالدين إلى المجتمع، وعندما يتأخر في المرور إلى العقدة الأوديبية فإنها تمتد كنتاج للعصاب الداخلي، وبالتالي تظهر الاضطرابات في التكيف مع الجماعة، ونقص الاهتمام، وظهور مخاوف مدرسة.(رياض العاسمي، 2008: 110)

بينما يفسر "أدلر Adler" الفوبيا على أنها تكون نتيجة شعور الفرد بالدونية وانعدام الأمن، وهذا ما يثير مشاعر القلق لديه، ويحاول الفرد الدفاع ضد القلق الناشئ عنه، وذلك باستخدام آلية التعويض.(صلاح الدين عبد الغني، 2000: 125)

يتضح مما سبق أن "أدلر Adler" يشير من خلال تفسيره للفوبيا أن فوبيا المدرسة قد تنشأ لدى الطفل نتيجة انعدام شعوره بالأمن داخل المدرسة والذي يتمثل في خوفه من المعلم أو المدير أو خوفه من زملائه ويحول هذا الخوف من المدرسة بتوهم المرض والشكاوي التي لا أساس عضوي لها من أجل البقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة.

ويشير "فاروق أبو عوف" (1928) إلى أن نظرية التحليل النفسي تؤكد على الدور الذي تقوم به الأم في ظهور فوبيا المدرسة، حيث تؤكد النظرية على فوبيا المدرسة سببه قلق الانفصال الحاد كنتيجة لخوف الطفل اللاشعوري على حياة أمه التي يراها معرضة للخطر، ومن ثم تكون حياته هو أيضاً في خطر، ويمكن أن تنتقل عداوة من الوالدين إلى الطفل ويؤدي بدوره إلى رد فعل فوبياوي لدى الطفل، حيث يستبدل مشاعر الغضب عن الصراع التكافلي الثنائي بين الأم والطفل إلى الخوف من المدرسة، وكنتيجة لمشاعر الغضب الشديد لدى الطفل التي تصيبه وتظهر في شكل نوبات، وتتضمن ردود أفعال مختلفة، ومن ثم تبدأ مخاوفه من المدرسة، ورغبته في العودة إلى الأم.(رشا محمد، نقلا عن فاروق أبو عوف، 2016: 66)

وترى "جونسون ورفاقه Johnson et al" (1941) من خلال دراسة قاموا بها على (08) أطفال يعانون الخوف المرضي من المدرسة أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية تشكل الأسباب الفعلية من وجهة نظرهم المسؤولة عن المخاوف المرضية من المدرسة وهي:

1- قلق حاد لدى الطفل.
2- قلق يتزايد لدى الأم.
3- عدم حل مشكلة العلاقة الاعتمادية في مرحلة الطفولة بين الطفل وأمه.

وقد استخلصت "جونسون ورفاقها" نتيجة مؤداها أن الخوف المرضي من المدرسة عبارة عن "قلق الانفصال" ناتج عن علاقة اعتمادية بين الأم والطفل لم يتم حلها.(العاسمي، 2015: 119)

2-8 نظرية التعلق وقلق الانفصال:

اهتمت نظرية التعلق لـ"بولبي Bowlby" بدراسة العلاقة بين الرباط الذي يظهر وينمو بين الآباء والطفل، ويرى أن الارتباط ناتج عن مجموعة من ردود الفعل الفطرية التي تعتبر ذات أهمية من أجل الحماية وبقاء النوع، فسلوكيات الرضيع مثل البكاء والابتسامة والرضاعة والالتصاق، تؤدي إلى حث الأم على رعاية الطفل والاهتمام به وتعزيز التواصل بينهما، فالأم بيولوجياً مهيأة للاستجابة لإشارات الرضيع، بالمقابل يستجيب الرضيع لرؤية وصوت وإشارات الأم، ونتيجة الأنظمة المبرمجة بيولوجياً يكون كل من الأم والرضيع ارتباطاً بيولوجياً.(Hetherington & Parke, 1983: 222)

ويرى "جون بولبي Bowlby" (1973) على أن ما يخافه الطفل ليس لما سوف يحدث له في المدرسة، ولكن ما يخافه هو ترك المنزل، وأن المظاهر غير المناسبة للمدرسة: مثل مدرس صارم، أو مضايقة الطفل من قبل أطفال آخرين ليست سوى تبريرات، كما أن الخوف يكون على أشده لدى الطفل إما قبل ترك المنزل أو أثناء الذهاب إلى المدرسة.

ويرى "بولبي" أن أغلب حالات رفض المدرسة التي تشاهد عند بعض الأطفال هي نتيجة لواحد أو أكثر من نماذج التفاعل الاسري بين الطفل والوالدين، والنماذج التي قدمها "بولبي" في نظريته لتفسير هذه الظاهرة هي كالتالي:

النموذج الاول:

"تعاني الأم، ونادراً الأب من قلق مزمن بالنسبة لموضوع الارتباط، حيث يبقى الطفل في المنزل ليرافقها".

قد تخاف بعض الامهات اللواتي يعانين من القلق من بقائهن لوحدهن في المنزل بمفردهن بعد ذهاب الزوج إلى العمل في الصباح، لذلك قد تبقى الأم بصحبة طفلها في ظل غياب الزوج، كما أنها تسمح للطفل بالتغيب عن المدرسة في الأيام الممطرة، أو شديدة الحرارة، وفي حالات كثيرة يشعر الطفل بنفس رغبة أمه نفسها، حيث يختلق معاذير وحجج لعدم ذهابه إلى المدرسة.(وولمان، 1985: 29)

النموذج الثاني:

"يخاف الطفل أن يحدث شيء ما مرعب قد يحدث للأم أو ربما للأب عندما يكون في المدرسة لذا يبقى في البيت ليحدث هذا الشيء المرعب".

ويرى "بولبي" أن هذا النموذج هو أكثر النماذج تكراراً، ويحدث بالتوافق مع النموذج الاول ومقترناً به".

ويفسر هذا أن الطفل يضمر رغبات عدائية لاشعورية ضد الأم، ويكون خائفاً خشية أن يعزو مخاوف الطفل إلى خبراته، فعلى سبيل المثال قد يصبح الطفل خائفاً على أمه لأنها ربما تمرض أو تموت أثناء غيابه عن المنزل ووجوده في المدرسة، بعد أن يسمع أو يرى مرض أو موت أحد الاقارب وخصوصاً عندما تكون الأم في صحة سيئة.(العاسمي، 1995: 17)

النموذج الثالث:

"قد يكون الطفل خائفاً من المدرسة خوفاً، مما يمكن أن يحدث له هو نفسه في حالة ذهابه إليها، وعادة ما يكون التفسير هو تهديدات الأبوين له".

تؤكد نظرية التحليل النفسي وفقاً لما يقرره "كينيدي" على الدور الذي تقوم به الأم في ظهور الخوف المرضي من المدرسة، كما أقر "سبرلينج Sperling" (1964) وجهة النظر هذه، حيث يؤكد أن الخوف المرضي من المثير يثيره قلق الانفصال الحاد كنتيجة لخوف الطفل اللاشعوري على حياة أمه الذي يراه معروضاً إياه للخطر، ومن ثم تكون حياته هو أيضاً في خطر، وأن هذا القلق يمكن أن تنتقل عدواه من الوالدين إلى الطفل.

ويذكر "دافيد شيهان Daved Cheehan" (1988) حالة طفلة تعاني الخوف المرضي من المدرسة، كانت "زو Zoe" في المدرسة تصاب كثيراً بالإغماء، وكانت غالباً ما تشكو من تقلصات في بطنها تمنعها من الذهاب إلى المدرسة، وكانت في زيارة دائمة للطبيب، وتعرضت كثيراً للتصوير بأشعة إكس أثناء فحوصاتها الطبية، ولكن نتائج الفحوص الطبية أظهرت أنه لم يكن هناك شيء غير طبيعي لدى زو، وأنها مجرد طفلة عصبية، ولعل هناك مشكلة في المدرسة أو البيت.

وعندما سأل الأبوين زو إن كانت تستطيع أن تشرح ما بها من أذى تشرح ببساطة نوباتها، وحين كانا يصران على أسئلتهما الصارمة كانت تحكي لهما أشياء حدثت لهما، فهي كانت ترغب في

حمايتهما، وكانت تخشى في كل ليلة أن تموت في نومها، ولذلك كان عليها أن تسوي حساب كل شيء مع ربها، فقد كانت تشعر أن الله هو وحده الذي يستطيع فهم الأمور.(العاسمي، 2015: 130- 131)

ويرى "جافريس Javeris" أن الطفل يستبدل مشاعر الغضب الناجمة عن الصراع التكافلي بين الأم والطفل ويوجهها نحو المدرسة، وكنتيجة لمشاعر الشديد التي تصيب الطفل فإنها تظهر بشكل نوبات متضمنة ردود فعل حشوية، والتي تعد شيئاً مقزعاً له، ومن ثم يبدأ مخاوفه من المدرسة ورغبته في العودة إلى المدرسة.(فاروق أبو عوف، 1982: 04)

النموذج الرابع:

"تخاف الأم ونادراً الأب من شيء مرعب قد يحدث للطفل، ولذا تبقيه في المنزل، وفي حالات عديدة تتفاقم مخاوف الأم أكثر لو كان الطفل مريضاً مرضاً شديداً أو بدرجة خفيفة".

ويمكن تفسير ذلك بناء على نظرية تحقيق الرغبة، إن ما تخافه الأم هو أن رغباتها العدوانية اللاشعورية ضد طفلها قد تتحقق، وأن الأم تكون مهمومة بطريقة عادية من خطر يصيب طفلها، لأنها تتذكر مأساة ما وقعت في الماضي.(العاسمي، 2015: 131)

يبدو من العرض الذي قدمه "جون بولبي Bowlby" (1973) للتفاعل الأسري المسؤول عن خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة أو رفضه الذهاب إليها، وأن العلاقة القائمة بين الطفل ووالديه وادراك الطفل هذه العلاقة وما يشوبها من صراعات تدور حول العدوان والنكوص والاعتمادية تلعب دوراً هاماً في ظهور الخوف المرضي من المدرسة.

3-8 النظرية السلوكية:

إن أصحاب النظرية السلوكية يرون أن الخوف المرضي من المدرسة قد يتعلمه الطفل من خلال عملية التقليد، أو عن طريق الفائدة والأهمية التي تعود عليه كنتيجة لهذه الاستجابات، فاستجابة التجنب والابتعاد عن مصادر الخطر يصاحبها المكافأة والاشباع، لذلك يتعلمها الطفل، فالطفل الذي يرغب في أن يبقى ملتصقاً مع أمه يخلق أسباباً للاعتذار عن الذهاب إلى المدرسة، وإذا وافقته أمه يشعر بالمكافأة بالبقاء إلى جانبها، وعلى ذلك يتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة لأن عدم الذهاب يؤدي إلى حصوله على المكافأة.(عيسوي، 1990: 148)

إنَ علماء النفس السلوكيين يركزون على العوامل المختلفة التي تعمل على تطوير الخوف المرضي من المدرسة مثل القلق المشروط والاستجابة لمثيرات محددة مرتبطة بالمدرسة، بالرغم من أن عدداً من علماء النفس يوافقون على أن قلق الانفصال يلعب دوراً هاماً في نمو الخوف المرضي من المدرسة، فإن القلق المرتبط بالمواظبة على المدرسة أو تجنبها يحدث نتيجة لعدد من الأسباب، وكما يلاحظ "كيسلر" فإن المخاوف المرضية ناتجة عن القلق المرتبط بمظاهر متنوعة في مواقف المدرسة بما فيها الخوف من الفشل الدراسي، والخوف من المعلمين، والخوف من الأقران في الصف، وقلق الامتحان والحصول على نتائج متدنية...الخ.

وتعرف النظرية السلوكية الخوف المدرسي على أنه (اقتران شرطي) لأن المدرسة اقترنت بشيء أثار الخوف لدى الطفل، وربما يكون فقدان الأم أو شيء آخر، فخوف الطفل من فقدان أمه اقترن بالذهاب إلى المدرسة، فأصبح الطفل يخاف المدرسة مما يدعم عملية خوف الطفل من المدرسة هو زيادة عاطفة الأم للطفل وخاصة عندما تظهر عليه بعض الأعراض المرضية وتحبذ بقاءه في البيت.(عبد العزيز محمد،2011: 87)

ويؤكد "رياض العاسمي" على أنَ السلوكيين يولون أهمية كبيرة لفوبيا المدرسة، ويرون أنها تنشأ نتيجة المواقف المدرسية التي ترتبط ارتباطاً شرطياً على المستوى اللفظي تعبيراً عن فقدان الوالدين سواء بالموت أو الطلاق ومن خلال التشريط تصبح الأنشطة ذات العلاقة بالمدرسة مثيرات مخيفة تبعث على السلوك الهروبي لدى الطفل، فالطفل يتجنب القلق المرتبط بهذه المثيرات التي تبعث القلق عن طريق بقائه في المنزل، كما ينظر بعض السلوكيين إلى الخوف المرضي من المدرسة باعتباره استجابة لا تكيفية ومتعلمة ارتبطت شرطياً بالخوف من فقدان الأم.(رياض العاسمي، 2008: 123)

ومن وجهة نظر السلوكيون (الاشراط الكلاسيكي) الذين يعتبرون أن المدرسة والمثيرات المرتبطة بها في الأصل لا تمثل مصدر خوف للطفل، وبالتالي هي لا تدفعه إلى النفور منها، في حين أن ارتباط مثيرات المدرسة بالعقاب البدني لعدة مرات يكسب هذه المثيرات القدرة على استجرار نفس مشاعر الضيق التي يستجرها العقاب البدني، وبهذه الطريقة يتعلم الطفل الخوف من معلم معين أو موضوع تعلم معين، وبالتالي قد يتكون لديه خوفاً عاماً من المدرسة.(نزيه حمدي وآخرون، 2010: 335)

تشير المدرسة السلوكية إلى الخوف من المدرسة على أنه استجابة تكيفية متعلمة ارتبطت ارتباطاً شرطياً بالخوف من فقدان الأم، فالمدرسة كمثير محايد تصبح مقترنة شرطياً على المستوى اللفظي

بالأفكار ذات الصلة بفقدان الأم، مثلاً تقول الأم لابنها: "إنك غداً ستتركني وتذهب إلى المدرسة، هناك رفاق غير مناسبين ابتعد عنهم، قد تعود من المدرسة ولا تجدني في البيت، سأشتاق إليك كثيراً أثناء غيابك"، وبالتالي فالمثير المحايد (المدرسة) يصبح مثيراً شرطياً جديداً، وعندما يصبح هذا الارتباط حاداً على المستوى الانفعالي يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة ويبقى بالمنزل.(أنس شكشك،2008: 74)

ويشير السلوكيون إلى أن الطفل إذا طور سلوك الكراهية نحو معلم ما، فإنه سيطور سلوك الكراهية للمواد التي يدرسها هذا المعلم، وربما يبقى سلوك الكره هذا حتى ولو انتقل المعلم، وقد ينسحب هذا نحو المدرسة، ومن وجهة نظر "موريرMowrer" فيرى أن الخوف المرضي من المدرسة يتم على مرحلتين: الاكتساب والاحتفاظ، حيث يكتسب الخوف المرضي من المدرسة والتي تقل إذا تم تجنب أو تحاشي للمدرسة، كما أن التعزيز السلبي والحصول على معززات ثانوية على شكل: اهتمام الوالدين، ومشاهدة التلفاز يقوي الاستجابة التجنبية للمدرسة، وقد ذكر كل من (سلجيمان ورتشمان وهيرنستين Selgiman , Rachman and Hernnsteen) أن لهذه النظرية قدرة كبيرة في الكشف عن الكثير من حالات الخوف المرضي المدرسي.(محمد أبو الفضة، 1992: 18- 19)

ويذهب السلوكيون الجدد ومن بينهم "سكينرSkinner" إلى أن الطفل لا يتعلم الخوف من المدرسة بالاشراط الكلاسيكي فقط، بل أضافوا الاشراط الإجرائي عن طريق تدعيم الخوف من المدرسة عند الطفل في البيت والمدرسة، فقد يعاقب الطفل عن عدم أدائه لواجباته المدرسية (تدعيم ايجابي)، وقد تهدد الأم طفلها بذهابه إلى المدرسة (تدعيم سلبي)، ولذا يصبح الذهاب إلى المدرسة مؤلماً والبقاء في البيت ممتعاً، فيشعر الطفل في ذهابه إلى المدرسة بقلق الانفصال عن البيت وتنشأ فوبيا المدرسة.(سلوى السيد سليمان، 2005: 46)

والاشراط الاجرائي يقوم على مبدأ أساسي مفاده أن السلوك محكوم بنتائجه بمعنى أن السلوكيات التي تتبعها نتائج ايجابية معززة على الفرد تزداد احتمالات تكرارها مستقبلاً، في حين أن السلوكيات التي تتبعها نتائج سلبية عقابية على الفرد تنقص احتمالات تكرارها مستقبلاً، وبهذا المعنى فإن وجود الطفل في المدرسة بما يتضمنه من سلوكيات قد يعود عليه التعزيز فيقوى، أو قد يعود عليه بالعقاب فيضعف أيضاً، وربما تكون هناك بيئات أخرى منافسة للمدرسة توفر كميات أكبر من التعزيز، الأمر الذي يدفع الطفل إلى التواجد في المدرسة، على سبيل المثال قد توفر البيئة الأسرية فرصاً كبيرة للتعزيز عبر الاشباع الفوري للحاجات واللعب المثير ومشاهدة التلفاز والحصول على معدلات عالية

من الانتباه عن طريق الأم أو غيرها من الراشدين، وفي حالة كهذه فإنه من المتوقع أن يميل الطفل إلى تفضيل المنزل على المدرسة التي توفر كميات قليلة جداً من التعزيز مقارنة بالبيت، هذا إضافة إلى أنه ربما يتعرض في المدرسة لتوابع عقابية تضعف من إقباله عليها وتدفعه لتجنبها.(نزيه حمدي وآخرون، 2010: 336)

وترى "عائشة محمد علي" (2006) إلى أن خوف الطفل من المدرسة سلوك مكتسب من الخبرات التي يتعرض لها الطفل، كما يتعلمه من الكبار ويرتبط باتجاهات المعلم داخل المدرسة نحو الطفل، كل هذا يرتبط في ذهن الطفل ويدفعه إلى الشعور بالخوف من المدرسة مما يؤدي إلى رفضه الذهاب إليها.(رشا محمد نقلا عن عائشة محمد علي، 2016: 73)

بينما يرى اتجاه آخر من اتجاهات المدرسة السلوكية في تفسيره للخوف المرضي من المدرسة أن مرد هذا السلوك لدى الطفل ناتج عن انتقال الطفل من صف لآخر ومن مدرسة لأخرى، وذلك عندما ينتقل الطفل من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الاعدادية، ومن الاعدادية إلى الثانوية، ومثل هذا الانتقال قد يجد فيه الطفل صعوبة في التوافق مع المدرسين الجدد والزملاء الجديد أو مع المدير الجديد، ومع المطالب الجديدة التي يفرضها نظام هذه المدرسة، وعندما يفشل الطفل في الوصول إلى التكيف أو التوافق الناجح مع هذه البيئة فإنه يلجأ إلى الانسحاب منها والبقاء في المدرسة وذلك كوسيلة دفاعية لتخفيف من حدة القلق الذي يعاني منه، وشيئاً فشيئاً يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة بصورة جزئية أو كلية لأنه لا يستطيع أن يتوافق مع الظروف المدرسية المختلفة التي تشكلها هذه البيئة الجديدة.(حامد زهران، 1977: 31)

وتفسر نظرية التعلم المخاوف العامة التي يعاني منها الطفل بشكل عام، والمخاوف المدرسية على وجه الخصوص أن هؤلاء يرفضون الذهاب إلى المدرسة نتيجة لعدة عوامل منها ما يلي:

1- تعزيزات سلبية يتلقونها في المدرسة.
2- تجنب المواقف القلقة التي يتعرض الطفل في البيئة المدرسية.
3- تعزيزات ايجابية تحدث للطفل خارج أسوار المدرسة وخاصة من قبل الوالدين في المنزل.
4- انتقال الطفل من مدرسة لأخرى نتيجة لظروف خاصة تمر بها الأسرة والتي يجد فيها الطفل صعوبة كبيرة في التوافق مع المدرسة الجديدة، وما تتضمنه من مطالب وعلاقات اجتماعية.(العاسمي، 2015: 139)

يتضح مما سبق أن الخوف المرضي المدرسي في ضوء النظرية السلوكية هو حاصل مجموعة من المثيرات السلبية التي يتلقاها الطفل في المدرسة والمتمثلة في العقاب والسخرية من طرف المعلم أو المدير، والسخرية والاستهزاء من طرف أقرانه وسرقة أدواته، عدم توفر مناخ جيد داخل المدرسة وغيرها من المثيرات، بالإضافة إلى المثيرات التي يتلقاها الطفل خارج بيئة المدرسة وخاصة من طرف الوالدين في المنزل، أي أنها نظرت إلى الفوبيا المدرسية باعتبارها استجابات متعلمة، كما تؤكد هذه النظرية على نشأة فوبيا المدرسة نتيجة لتجنب الطفل للمواقف التي تثير قلقه في المدرسة، ومع مرور الوقت إذا لم تعالج هذه المخاوف ستتحول إلى اضطرابات سلوكية أكثر تعقيداً.

4-8 النظرية الغرائزية:

وترى أن الخوف استعداد وشعور غريزي كامن في البناء النفسي والبدني للطفل، والإحساس بالخوف يأتي نتيجة نضج الجهاز العصبي والمراكز الحسية في الدماغ، وقبل هذا النضج يوجد علامات من التخوف مما يشير إلى وجود بذور الخوف وكمونها ومن ذلك أن الطفل ينتابه الرهبة المفاجئة إذا فقد توازنه أو سمع صوتاً عالياً مفاجئاً فهذه الاستجابات أشبه بالخوف، ويمكن أن تفسر في ضوء نظرية المنعكسات الكامنة في تكوين الطفل منذ ميلاده على أنها خوف وراثي.(محمد عبد العزيز أبو الفضة، 1992: 17)

5-8 النظرية المعرفية:

تقوم هذه النظرية على مبدأ التعلم، وترى أن الخوف شعور داخلي وسلوك يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤشرات البيئة، فالخوف المدرسي ناتج عن إدراك الفرد لخطر مثير ما أو موقف ما أو توقع خطر ما، مما يرغمه على تجنب المدرسة، وهو محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الطفل في ضوء تقاليد ومعايير المجتمع كما أنها ترفض بذور الخوف الوراثية، وترى أن الطفل يولد متجرداً من الخوف، وما يظهر في المراحل الأولى من عمره هو حصيلة ما تعلمه وما شاهده وما أحس به من مخاوفنا وانفعالاتنا، فالطفل مقلد ومحاك للمشاعر، وترى هذه النظرية أن الفرد يخاف المدرسة بعد تعلم أن المدرسة مخيفة، وكذلك بعد مواجهة الفرد لمثيرات داخل المدرسة بصورة خبرات مباشرة أو غير مباشرة كالعقاب بأنواعه المختلفة، أو الرسوب في الامتحانات، أو خبرة والديه، ومن هنا يبدأ تفكير الفرد الذي يعاني خوف مرضي من المدرسة حول المدرسة ومثيراتها مما يكون لديه معلومات سلبية عن المدرسة وكل ما يتعلق بها، وبالتالي يتعرض الفرد لأحاسيس مختلفة بمجرد استجابته لذلك المثير أو الموقف، فالاستجابات الجسمية والفسيولوجية والانفعالية تعقب إدراك المثير أو الموقف، كما قد

يتشكل الخوف المرضي من المدرسة من توقع الفرد التعرض إلى مثير أو موقف مما ينتج عنه سلوك تجنبي للمدرسة، وقد ذكر كل من "ويد ومالوي وبركتور Wade, Malloy and Proctor" أن لهذه النظرية قدرة محدودة في الكشف عن المخاوف المرضية المدرسية، كما أن هذه النظرية تفاؤلية في علاج الخوف، وقد اشتقت من نظريات "بافلوف وواطسون وسكينر" وتصورها فالطفل يمكن أن يخاف من شيء غير مخيف لأنه شاهد من حوله من يخافون من هذا الشيء.(محمد عبد العزيز أبو الفضة، 1992: 18)

8- 6 النظرية الاجتماعية:

أما نظرية التعلم الاجتماعي فترى أن الأطفال يكتسبون الخوف المرضي المدرسي جراء ملاحظة أفراد آخرين لديهم تجارب مؤلمة مع عناصر المدرسة مثل الإخوة، أو الوالدين، أو الرفاق مما يؤدي إلى سلوك تجنبي للمدرسة، وترى هذه النظرية أن البيت يلعب دور المعزز والمكافئ لهذا السلوك من حيث توفير الحب والرعاية واللعب والهدايا ومشاهدة التلفاز..الخ، وقد تبنى هذه النظرية عدد من الباحثين مثل "ريمان، وجاندا، ولانكاستر، ونال، وديتمار Riman, Janda, Lancaster, Nahl and Dittmar" في تفسير ظاهرة الخوف المرضي المدرسي، وذلك من خلال دراستهم حيث وجدوا أن ثلاث حالات من أصل خمس وأربعين قد أصيبوا بالخوف المدرسي الناتج عن خبرات النموذج، إلا أن لهذه النظرية قدرة محدودة في الكشف عن المخاوف المرضية المدرسية.(محمد عبد العزيز أبو الفضة، 1992: 18)

ويضيف "نزيه حمدي وآخرون" (2010) أن نظرية التعلم الاجتماعي تفترض أن الأطفال الذين يفتقرون لمهارات التفاعل الاجتماعي اللازمة للتكيف في المدرسة، ويكونون أكثر عرضة لتطوير خوف مرضي منها، وتعود جذور هذه المشكلة إلى خلو حياة الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة من خبرات التعلم والتفاعل الاجتماعي التي تكسبه مهارات التواصل مع الآخرين والتعامل مع الانفعالات المختلفة وخاصة السلبية منها، وعادة ما يتسم هؤلاء الأطفال بالحساسية الزائدة والانفعال السريع، وهم يخشون التعرض للنقد ولهذا يتجنبون مواقف معينة مثل حصة التربية الرياضية أو الطابور الصباحي.(نزيه حمدي وآخرون، 2010: 334)

8-7 نظرية الذات:

قدمت هذه النظرية تفسيراً بديلاً للنظريات السابقة، ففي نظر أصحاب هذا الاتجاه تبدأ هذه المشكلة عند الأطفال عندما يرتكبون خطأ يتمثل في تقييمهم المرتفع وغير المنطقي لذواتهم، ومن ثم سعيهم للحفاظ على هذه الصورة غير الواقعية التي حملها كل منهم عن ذاته، وعندما تتهدد صورة أي منهم عن ذاته داخل المدرسة بسبب الفشل في مهام أكاديمية أو اجتماعية فإنه يبدأ بالشعور بالخوف، وبالطبع فإنه من المتوقع أن يسعى الطفل للتخلص من حالة الخوف التي ارتبطت مباشرة بالمدرسة فيلجأ إلى تجنب الذهاب إليها والبقاء في البيت، وهناك ينجح في الحفاظ على صورته التي يحملها عن ذاته، وذلك عبر رئيسية تتمثل في التعلق الشديد بأمه، ويشير البحث في هذا المجال إلى أن العديد من الأطفال الذين يعانون من مخاوف مرضية من المدرسة يتعرضون فيها لمواقف ضاغطة تساهم في ظهور أعراض انسحابية أو عدوانية أو قلقة، وتتضمن الابحاث التي أجراها "المركز الوطني لقراءة العقاب البدني في الولايات المتحدة الأمريكية" أدلة تشير إلى أن الأطفال الخائفين من المدرسة يتعرضون فيها لأساليب عقابية مؤذية تؤثر سلباً على تقديرهم لذواتهم.(نزيه حمدي وآخرون، 2010: 333)

وتهتم هذه النظرية بأية أنشطة يقوم بها الطفل داخل المدرسة مثل علاقته بالمعلمين وزملاء فصله، حين يناقشون صلتها بتهديد صورة الذات لدى الطفل، ذلك لأن صورة الطفل عن ذاته تكون متضخمة، وغير واقعية، وتكون حاجته إلى التفوق والتميز عالية، لذلك فإنه عندما يواجه مشكلات تتحدى مستوى أداءه المدرسي ونجاحه يصبح الطفل مترقباً للشر، ويتحدد مقدار قلقه في ضوء حجم جهوده المبذولة للاحتفاظ بصورته عن ذاته بلا اضطراب أو تشويش.

ومعنى ذلك أن الملامح الرئيسية لهذه المشكلة (الخوف من المدرسة) من وجهة نظر مفهوم الذات تظهر لدى الأطفال الذين لديهم قيمة عالية لذواتهم وانجازاتهم، لذلك فهم يحاولون أن يتعلقوا بتخيلاتهم الذاتية غير الواقعية عندما يكونون في موقف تهديدي في المدرسة، ونتيجة لذلك فإنهم يعانون من القلق والانسحاب إلى مواقف أخرى، لكي يستطيعوا أن يحافظوا على تخيلاتهم الذاتية النرجسية، ومن الممكن أن يكون هذا الانسحاب مقبولاً لهم كي يتوجهوا إلى البيت ويبقون بجانب الأم.

وافترض "ليفنتال وسيلز Leventhal and Sills" (1964) أن المشكلة الرئيسية التي يعاني منها هؤلاء الاطفال هي أنهم يعطون قيمة مرتفعة لأنفسهم وتحصيلهم الدراسي، وعندما يهدد هذا التقدير المبالغ فيه

للذات في البيئة المدرسية، فهؤلاء الاطفال يصابون بالقلق، وبهذا يبدأ الطفل بكراهية المدرسة والخوف منها والاصرار على عدم الذهاب إليها بكونها تعد من وجهة نظره مصدر تهديد لذاته.

وأشار "لاورنيس Lawrence" إلى أن الخوف المرضي من المدرسة يعد نتيجة لمفهوم مضطرب للذات، وكنتيجة لتقويم زائد في المنزل.

وهدفت دراسات أخرى إلى دراسة العلاقة بين الخوف المرضي من المدرسة وتقييم الذات لديهم مثل دراسة "نيكولس وبيرج Nickols and Perg" (1970) والتي خلصت أنه لا توجد فروق دالة في تقييم الذات بين الاطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والمجموعة الضابطة.

وأظهرت دراسة "العاسمي" (1995) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة والأطفال العاديين في الطفل عن نفسه، (العاسمي، 1995: 05) وهذه النتيجة توصل إليها "نيكولس وبيرج" تخالف نتائج دراسة "ليفنتال وسيل" (1964) ودرسة "لاورينس" (1987) ودراسة "يوسف عبد الفتاح" (1993) وترى أن الملامح الرئيسية للخوف المرضي من المدرسة تكمن لدى الأطفال الذين لديهم قيمة زائدة بأنفسهم وبإنجازاتهم الذين يحاولون أن يتعلقوا بتخيلاتهم الذاتية غير الواقعية عندما تواجههم مشكلات تتحدى مستوى أدائهم المدرسي ونجاحهم فيه، ومن هنا نرى أن نظرية الذات ارجعت السبب الحقيقي الكامن وراء ظاهرة خوف الطفل من المدرسة إلى المبالغة الزائدة في تقدير قدراته وامكاناته، وليس الخوف من المدرسة بكل ما تتضمنه من مواقف مختلفة.(العاسمي، 2015: 143)

تشخيص الخوف المرضي من المدرسة:

فقد يشخص الخوف المرضي من المدرسة بشكل خاطئ، فقد يبدو على أنه صعوبات دراسية يعاني منها الطفل في المدرسة كفشل دراسي، صعوبات في القراءة والحساب وما إلى ذلك من التشخيصات المختلفة التي يقدمها بعض الدارسين لهذه المشكلة متناسين بذلك العوامل النفسية والاجتماعية والأسرية الكامنة وراء هذا السلوك كولادة مولود جديد، أو وجود مدرس صارم في المدرسة.

وتشير نتائج استبيان "كوبر Copper" إلى دور المدرسة المحدود في توليد الخوف لدى الطفل، رغم وجود توترات وضغوط كثيرة في الحياة المدرسية، فالمدرسة هي أول البيئات الهامة خارج محيط العائلة التي ينفصل فيها الطفل عن الأسرة بشكل متكرر، وهي تجبر الطفل على أن يكيف نفسه مع

أطفال غرباء وأشخاص بالغين غير مألوفين بالنسبة له، ويتعامل مع أم بديلة، كما يجد نفسه مضطراً على تأدية واجبات يراها صعبة، وعندما يكبر يتنافس مع أقرانه، وربما تكون هناك أسباب أخرى مترسبة لدى الطفل كأن يضطر إلى عبور منطقة فيها كلب مفترس وهو في طريقه إلى المدرسة أو يتغير مدرس الصف، ويأتي مدرس آخر لا يتوافق أو ينسجم معه الطفل، ومن الأسباب أيضاً الانتقال إلى مدرسة جديدة لها نظام أكثر صرامة، أو شعور الطفل بأنه من طبقة اجتماعية أقل من أقرانه، ومثل لبعض تلاميذه، فالطفل "ايرك" كان في الثالثة من عمره، وكان تلميذاً مجتهداً ومخلصاً في المدرسة، ومحبوباً بين أساتذته وزملائه، وكان عضواً في نادي الشباب، وفجأة رفض الذهاب إلى المدرسة قائلاً : إنه يخاف أن يتوقف قلبه عن النبض وهو في طريقه إلى المدرسة، وكان يرفض أيضاً الذهاب إلى مركز الارشاد النفسي، وقد بادر المعالج للاتصال به في منزله، وذهب لزيارته فوجده يلعب مسروراً بقطاره الكهربائي، ويشاهد التلفزيون، وكان ينظر وينصرف بشكل طبيعي جداً، وأخذه المعالج بسيارته لمقابلة مدير المدرسة، وعندما اقتربا من المدرسة ثارت ثائرة الطفل، ولولا أن باب السيارة كان مغلقاً لقفز منه، رغم أن السيارة كانت تسير بسرعة كبيرة، وكان من الواضح أنه كان في مأزق وتمنى لو استطاع الرجوع إلى المنزل، ولكن عندما تغير اتجاه السيارة لاحظ المعالج أن ملامح الطفل بدت تظهر عليها بوادر السرور والفرح.

وعن الاسباب الداعية إلى رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة، فقد صرح الطفل للمعالج بأنه قرأ يوماً في الصحف عن أناس يموتون في الشارع، وأنه يخاف أن يحدث له ذلك، وأثناء عملية التحليل النفسي وصف "ايرك" حادثة حدثت قبل أسبوع من بداية انشغاله بأفكار الموت، وبعد مرور الوقت تخلص من خوفه من الموت، ومن الذهاب إلى المدرسة، وقد ذكر مدير المدرسة أنه كان يأتي إلى المدرسة بانتظام.(العاسمي، 2015: 150- 151)

يبدو أنه على القائم بعملية تشخيص الخوف المرضي من المدرسة أن يأخذ باعتباره العوامل اللاشعورية الكامنة وراء هذا الخوف والتي تعد مسؤولة بشكل مباشر عنه، من هذا يؤكد الدارسون على ضرورة التشخيص الدقيق للخوف من المدرسة تجنباً للخلط بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض اضطرابات أخرى قد تكون مشتركة أو مصاحبة لأعراض الخوف من المدرسة، ومن جهة ثانية أشار كل من "كاهن ونورستين وكارول Kahn, Nursten and Carroll" (1981) إلى أن كل حالة من حالات الخوف المرضي من المدرسة تتضمن مجموعة من التصورات المختلفة عن غيرها مثل: الاعتبار الشخصي الداخلي للطفل والعوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، لذلك فقد اقترحوا أربعة

مجالات كأسباب منطقية لخوف الطفل من المدرسة والتي تجعل كل مرشد قادر على وضع تشخيص دقيق والمجالات الأربعة هي كالتالي:

- العمر الزمني وعلاقته بالعوامل النمائية.
- التفاعل الفعال مع الأم، الأسرة، المجتمع.
- ديناميات البيئة النفسية الداخلية.
- نظرة الطفل نحو أعراضه كاغتراب الأنا.

ويشخص الخوف المرضي من المدرسة بشكل عام من خلال الدلائل التالية:

- قلق شديد مرتبط بانفصال الطفل عن ذويه الذين يرتبط بهم وخاصة الأم.
- قلق شديد مرتبط بإصابة أو أذى سوف يقع للأشخاص المتعلق بهم الطفل أو خوفه من أنهم سوف يتركونه ولا يعودون.
- الرفض المستمر للذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الغياب من المدرسة دون سبب وجيه خمس مرات على الأقل في الفصل الواحد.
- البقاء في المنزل مع معرفة الوالدين بذلك.
- يعاني الطفل من الشكاوي الجسمية المتنوعة في الساعات الأولى قبل ذهابه إلى المدرسة مثل: الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو القيء...الخ.
- علاقات متكررة من الانزعاج والقلق الحاد مثل: رغبة الطفل في العودة إلى المنزل عندما يكون في المدرسة.
- غياب السلوكيات اللااجتماعية مثل: السرقة أو الكذب أو التخريب.(العاسمي، 2015: 155- 156)
- المعاناة من كوابيس وأحلام مزعجة تتعلق بابتعاد الشخص المرتبط به أو بمواقف مدرسية متنوعة.

وعلى القائم بعملية التشخيص أن يأخذ باعتباره عدداً من النقاط الهامة مثل:

- القدرة على التمييز بين الخوف الطبيعي والخوف المرضي لدى الطفل، لأن الخوف الطبيعي حالة عادية يمر بها كثير من الأطفال عند بدء التحاقهم بالمدرسة، وذلك عندما يبتعدون عن الوالدين لأي سبب من الأسباب، أما الخوف المرضي فهو خوف شديد غير منطقي ولا يمكن تبريره لأن المثيرات أو المواقف أو الأشياء أو الأشخاص التي يخاف الطفل منها في الواقع مثيرات لا تسبب الخوف أو الأذى للطفل في أي حال من الاحوال.

- القدرة على التمييز بين القلق الشديد الذي يعاني منه الطفل الخائف من المدرسة والقلق المرتبط بأمور لا تتعلق بالمواقف المدرسية.
- أن يتم التفريق بين الخوف من المدرسة وكل من الرفض والهروب من المدرسة والتسرب المدرسي أو غياب الطفل عن المدرسة لوجود مريض في المنزل (الأب- الأم) يستدعي بقاء الطفل معه.
- كما ينبغي على القائم بعملية التشخيص التركيز على نقطة مهمة وهي أن الطفل الخائف نتيجة الفشل الذي يشعر به، أو متعرضاً لعدوان حقيقي خارج المنزل أو المدرسة، يجعله حجة له لرفض الذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الحصول على فحص طبي شامل، الغرض منه استبعاد أية أمراض عضوية حقيقية، لأن الكثير من المعالجين يتكهنون أن مشكلة الطفل سيكوسوماتية.
- وأخيراً فإن التقصي الدقيق في تفاصيل الأماكن التي يبدي منها الطفل الخوف يمكن أن يساعد على تحديد الأهمية النسبية للمخاوف إزاء المدرسة، والمخاوف اتجاه الانفصال، وهنا يحتاج الأمر إلى حكم إكلينيكي ناضج لتقييم الموقف، كما أن المقابلات الشخصية مع الأطفال الخائفين من المدرسة يلزم أن يكملها تقييم اجتماعي دقيق للمنزل، وتقص دقيق أيضاً للمواقف المدرسية والأشخاص الموجودين فيها والتي من الممكن أن تشكل عوامل خوف حقيقية أو خيالية بالنسبة للطفل.
- كما ينبغي على المرشد أو المعالج النفسي أن يأخذ باعتباره مجموعة من الضروريات والقضايا العملية والنظرية عند تشخيصه لحالة الطفل الذي يعتقد أنه يعاني الخوف المرضي من المدرسة وهي:

1- القيام باتصالات مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والمدرسين والآباء للتأكد من وجود هذه المشكلة، وليست الأعراض المصاحبة لها أعراض مرضية حقيقية لا علاقة لها بعزوف الطفل عن المدرسة.
2- التأكد من أن الذي يأخذ على عاتقه مسؤولية علاج هذه الحالة هو شخص متخصص.
3- استبعاد المشكلات الطبية (الجسمية) قبل البحث في الأسباب الأخرى لرفض الذهاب إلى المدرسة.
4- تحديد دافعية الطفل لتلقي الارشاد أو العلاج.
5- السرعة في التدخل من قبل المرشد أو المعالج النفسي.
6- تحديد الوقت المناسب لإجراء المقابلات.

7- مكان عقد المقابلات أو الجلسات ومكان كل جلسة.

8- أسلوب المقابلة والمقياس الخاص بالخوف من المدرسة، للتأكد من أن الطفل يعاني من هذا الخوف وليس من اضطراب آخر.

9- أسلوب المقابلة المتبع مع الطفل، هل هو أسلوب الارشاد باللعب أو أسلوب الارشاد المباشر أو الارشاد غير المباشر...الخ.

10- كما يسعى المرشد أو المعالج النفسي إلى خفض حدة القلق الذي يعاني منه الطفل بالدرجة الأولى.(العاسمي، 2015: 158)

أما محتوى القضايا التي ينبغي التركيز عليها أثناء قيام المرشد النفسي بعملية التشخيص لحالة الطفل الذي يعاني الخوف من المدرسة وهي:

أولاً: فيما يتعلق بالطفل:

1- شكل الحضور بالنسبة للطفل.

2- التاريخ التطوري للخوف من المدرسة.

3- الأعراض المصاحبة لخوف الطفل من المدرسة مثل ألم الطفل في عضو من أعضاء جسده أو غثيان أو بكاء.

4- نشاطات الطفل خارج المدرسة.

5- الاتجاه نحو مشكلة رفض المدرسة.

6- قدرات الطفل العقلية والتحصيلية.

7- الصفات الشخصية مثل الانطوائية أو الحساسية أو العدوانية أو الخجل أو صعف في تقدير الذات.

8- علاقة الطفل بالأصدقاء خارج المدرسة.

ثانياً: فيما يتعلق بالأسرة:

1- بقاء الأسرة والعلاقات القائمة فيها.

2- مصادر الضغط والقلق داخل الأسرة.

3- الوضع الاجتماعي الاقتصادي.

4- أساليب التربية المتبعة فيها.

5- صفات الأبوين مثل الحماية الزائدة.

ثالثاً: فيما يتعلق بالمدرسة:

1- علاقة الطفل بالزملاء والمدرسين.

2- انتقال الطفل من مدرسة إلى أخرى أو من صف إلى آخر.

3- الشعور بالوحدة داخل أسوار المدرسة.

4- مستواه التحصيلي.(العاسمي، 2012: 160)

لذلك سنتناول هذه القضايا المتعلقة بالطفل والأسرة والمدرسة بشيء من التفصيل من خلال ما يلي:

أولاً: فيما يتعلق بالطفل:

1- شكل الحضور وتاريخه:

يجب أن يتم التعرف على طول المدة الزمنية للمشكلة وحدتها، ويجب على المعالج أن يعرف المدة التي قضاها الطفل خارج المدرسة، وفيما إذا كانت المشكلة قد ظهرت فجأة عند الطفل الذي كان يواظب على الحضور إلى المدرسة بشكل منتظم، أو أن المشكلة قد ظهرت بشكل متدرج خلال سنواته الأولى إلى أن وصلت في النهاية إلى الذروة برفض الطفل كلياً الذهاب إلى المدرسة، وفي حالة البداية المفاجئة للمشكلة غالباً هناك سلسلة من العوامل التي أدت إلى ذلك، وهذه العوامل يمكن التعرف عليها حالما يتم إيضاحها فإن الخطة العلاجية ستسير بشكل سلس.

أما الحالات التي يحدث فيها الخوف المرضي من المدرسة أو رفضها بشكل متدرج فإنها تحتاج إلى بذل جهد أكبر، قد يكون هناك بعض العوامل المثيرة التي أدت أخيراً إلى جعل الطفل يرفض نهائياً الذهاب إلى المدرسة، ولكن فوق كل هذا وذاك يجب تركيز الانتباه للقضايا الراسخة الأخرى التي قد تكون هي المسؤولة عن هذا الخوف على سبيل المثال: التاريخ الطويل من الغياب المتكرر للطفل الذي من المحتمل أنه قد يسبب في اضطراب علاقات الطفل مع أقرانه في المدرسة وفهم جزئي للمنهاج المدرسي، بالإضافة إلى البحث في أشكال الحضور لأطفال آخرين من الأسرة نفسها، والذين هم إما في المدرسة حالياً، أو قد غادروا المدرسة مؤخراً.

بالإضافة إلى ذلك فالأطفال الذين يحضرون إلى المدرسة بشكل متقطع غالباً ما ينتمون إلى أسر لا تهتم كثيراً بالأمور التعليمية، وأن هذه الأسر لديها دافعية قليلة لإعادة طفلهم إلى الدوام الكامل في المدرسة.

ولا يمكن الاعتماد على المعلومات التي يقدمها الأطفال وآبائهم فيما يتعلق بتاريخ حضورهم إلى المدرسة ونسبة تغيبهم عنها، والمعلمون في بعض الأحيان لا يقيمون بشكل جيد مدى الغياب الذي تغيبه الطفل عن المدرسة، لذلك فمن الضروري للمعالج أن يقوم بنفسه بالتأكيد من نسبة حضور الطفل أو دوامه في المدرسة من خلال سجلات المدرسة، وإن وجد المعالج أن الطفل كان يداوم بشكل جيد، فإن هذا قد يدفع المعالج إلى النظر إلى العوامل المتعلقة بالمدرسة أو بالمنزل على سبيل المثال في حالات معينة قد يكون هناك معلم معين هو الذي قد يسبب القلق للطفل، فعندما تحين المادة التي يدرسها قد يتغيب الطفل عن هذا اليوم، وأحياناً قد تشجع بعض الأمهات أطفالهن على التغيب عن المدرسة لأيام محدودة عندما تشعر هؤلاء الامهات بالعزلة والوحدة.

2- الأعراض المرافقة:

هناك العديد من الأسئلة والأمور التي تحتاج إلى الشرح، وذلك للحصول على وصف دقيق للمشكلات المحيطة بالخوف المرضي من المدرسة، والطريقة التي يتعامل فيها الكبار مع هذه المشكلات على سبيل المثال:

- كيف يتخذ شكل رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة؟
- ما الذي يحدث بالضبط كل صباح عندما يستيقظ الطفل من النوم؟
- هل توجد مشكلة عند الطفل في النهوض من الفراش وارتداء الملابس أو تناول الطعام؟
- هل يجهز الطفل كتبه وحاجاته من أجل المدرسة؟
- إذا تم تشجيع الطفل للمضي قُدماً في الذهاب إلى المدرسة، ما الذي يحصل بعد ذلك؟
- هل تظهر على الطفل علامات قلق جسدية على سبيل المثال: آلام في المعدة أو صداع أو نعاس أو ارتعاش أو ذعر؟
- هل يحتج أو يعترض الطفل على الذهاب إلى المدرسة؟
- هل تم الضغط على الطفل للذهاب إلى المدرسة؟
- هل يظهر الطفل مزاجاً مشاكساً، وكم الشدة التي يصل إليها مزاجه الغاضب أو مشاكسته، وأي شكل من يأخذ هذه المشاكسة؟
- هل يلقي الطفل بالأشياء الموجودة حوله؟
- هل هدد الطفل في يوم من الأيام بالانتحار؟
- إذا كان قد هدد بالفعل بالانتحار فماذا كان السياق السلوكي وماذا قال بالضبط؟

- هل يبدو الطفل على أنه يعاني من حالة قلق عامة؟
- هل توجد لدى الطفل مشكلة في السيطرة على المعدة والمثانة؟(العاسمي، 2015: 162)

3- النشاطات خارج المدرسة:

إن المدى الذي يشارك فيه الطفل بشكل طبيعي في النشاطات خارج المدرسة، يعطي المعالج النفسي فكرة جيدة حول شدة المشكلة التي يعاني منها الطفل، فالطفل المنطوي على ذاته داخل المنزل والذي يرفض ترك أمه وغير راغب في رؤية أصدقائه غالباً ما يكون أكثر اضطراباً من الطفل الذي يستمر في التصرف بشكل طبيعي خارج ساعات الدوام المدرسي، ومن الأهمية بمكان أن يتأكد المعالج فيما إذا كان الطفل المنطوي على ذاته في المنزل يعاني من قلق الانفصال، أو أنه يعاني من تجنب مرضي قوي من أصدقاء المدرسة، وقد يكون من المفيد أيضاً أن يتأكد المعالج من أن العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الطفل كانت موجودة في بداية مشكلة رفض الطفل للذهاب إلى المدرسة أم أنها تطورت كنتيجة لكونه خارج المدرسة.

4- الموقف نحو مشكلة الخوف من المدرسة:

بعض الأطفال قد تكون لديهم مواقف سلبية اتجاه المدرسة بحيث يشعرون بهذه الطريقة ستكون لديهم دافعية ضعيفة لتغيير موقفهم، وبذلك فمن الضروري البحث في مشاعرهم اتجاه جوانب الحياة المدرسية جميعها.

أما الفريق الآخر من الأطفال وهم الأكثر شيوعاً فإنهم يضعون أهمية كبيرة للمدرسة ويشعرون بالذنب نتيجة تغيبهم الدائم، ويجب على المعالج في مثل هذه الحالات أن يؤكد لهؤلاء الأطفال أنه بإمكانهم تجاوز هذه المشكلة.

5- الوظائف العقلية والتحصيلية:

يعاني بعض الأطفال الخائفين من المدرسة من صعوبات في التعلم إن لم يتم التعرف عليها بشكل كامل من قبل المدرسة. إن التقييم الدقيق لمواطن القوة والضعف عند الطفل سيسمح للمعالج النفسي أن ينصح ببرنامج تعويضي مفصل، وفي بعض الحالات فإن حل المشكلات قد يكون خارج عن نطاق الوسائل العلاجية المتوفرة في المدرسة لذلك يجب طلب المساعدة من شخص متخصص.

6- خصائص الشخصية:

إن السمات المزاجية للطفل وتركيب الشخصية لديه يجب عدم اهمالهما، وأن الأحداث اليومية التي لا تكاد لا تلفت انتباه الأطفال العاديين يمكن أن تكون مهددة للأطفال سريعي التأثير، فعلى سبيل المثال إن الطفل الذي لديه تقدير منخفض للذات قد يتأثر بسرعة ويفسر أية علامات ضحك كما لو أنه موجه له.

إن الطفل المنطوي على ذاته والذي كان يعيش حياة هادئة قد يجد ضوضاء المدارس الكبيرة غير مريح بالنسبة له.

7- العلاقات مع الأقران:

من المفيد الحصول على صورة لعلاقات الطفل في المدرسة، إذا كان الطفل غير مألوف بشكل كبير ويتم السخرية منه دائماً، فإن هذا من شأنه أن يقدم أساساً واقعياً جداً لتجنب الطفل عن المدرسة، وإذا كان الأمر كذلك فمن المهم للمعالج وهو يناقش الوالدين والمعلمين والطفل أن يحاول فهم أسباب هذه السخرية، هل سخرية أقران الطفل نتيجة لوجود عيب أو مشكلة تتعلق بشكله الخارجي أو بسبب سلوكياته أو بسبب حساسيته الزائدة؟

إن المشكلات المتعلقة بالعلاقات الأساسية أحياناً لا يمكن التغلب عليها، وينصح عندئذ بتغيير المدرسة. إن بعض الأطفال يعتمدون بشكل كبير على صديق أو صديقين مقربين منهم في مثل هذه الحالة فإن تغيير الطفل لمجموعته التي يوجد فيها هذان الصديقان قد يسببا إزعاجاً للطفل.

8- التاريخ التطوري:

إن الأطفال الخائفين من المدرسة غالباً ما يكونون من المدللين أو يتم التعامل معهم بتساهل شديد، لذلك يجب البحث في الأسباب المحتملة لهذا التدليل من جانب الأبوين، فعلى سبيل المثال:

- هل هناك تفسيرات أو تبريرات طبية أو اجتماعية تجعل الأبوين يعاملان طفلهما بشكل مختلف عن بقية الأطفال؟
- هل هذا الطفل المدلل هو الأكثر تعلقاً من جانب الأبوين على حساب الأبناء الأكبر سناً منه؟
- هل عانت الأم في إنجاب هذا الطفل أكثر من معاناتها في إنجاب بقية الأطفال؟
- هل عانى هذا الطفل من مرض كاد أن يؤدي بحياته؟

- هل عانى هذا الطفل من خبرات انفصال صعبة ومؤلمة؟
- هل عانت الأم من اكتئاب ما بعد الولادة عند إنجابها لهذا الطفل؟

إن مثل هذه الأحداث قد تقود الأبوين لتدليل طفلهم واشباع حاجته بشكل مبالغ به، مما يجعل هذا الطفل أكثر عرضة للتأثير والاضطراب.(العاسمي، 2015: 166)

ثانياً: القلق المرتبط بالمنزل:

هناك العديد من القضايا المتعلقة بالمنزل والتي يجب أن تبحث بشكل منهجي، ولسوء الحظ فالقلق الناجم عن أحداث معينة يمكن أن يتشكل ويتم الحفاظ عليه من خلال ردة الفعل التي يبديها البالغون في محيط الطفل، وبذلك فإن الطفل الذي يشعر بالكدر بشكل طبيعي وذلك لفقده أحد الأبوين أو أحد الأقارب أو أحد الأصدقاء، قد يستمر في الانزعاج والضيق إذا وجد أحد أعضاء الأسرة يعاني من الاكتئاب.

ويمكن أن تنشأ مخاوف وقلق متشابه إذا كان هناك مرض في الأسرة (جسدي أو عقلي) وخاصة عندما يبالغ الأبوين في الحديث عن حالة المرض أمام طفلهما، وأحياناً يأخذ الطفل المعنى المجازي للعبارات التي يتحدث بها الأهل على أنها تحمل المعنى الحرفي.

المخاوف المتعلقة بالصحة يمكن أن تثار إذ تعرض الطفل لمرض وخصوصاً إذا شعر الطفل بالاكتئاب بعد إصابة فيروسية غير سارة مرة أخرى يمكن أن يسلط الضوء على المشكلات التي يعاني منها الطفل، وذلك بالحديث الدائم عن الأعراض الجسدية للطفل دون توضيح هذه المشكلات وبشكل مشابه يمكن أن يتم تعزيز وتشكيل الأعراض الجسمية والنفسية البسيطة التي يعاني منها الطفل، وذلك بتركيز الانتباه عليها من خلال ما يلي:

1- إعطاء أدوية للطفل لا ضرورة لها.
2- الاستفسار المبالغ به عن مشاعر الطفل.
3- أخذ الطفل لمرات عديدة لمقابلة الطبيب خلال ساعات الدوام المدرسي.

إن عدم الأمان والاحساس بالقلق الاجتماعي غالباً ما ينشأ بعد انتقال الأسرة من منزل إلى آخر، فالطفل يكون قد اكتسب التوتر العائلي الناتج عن حزم الامتعة والرحيل، بالإضافة إلى ذلك إذا كان الانتقال من منزل إلى آخر يتضمن انفصال الطفل عن أصدقائه المقربين، وإذا كان هذا الانتقال

سيفرض على الطفل رحلة طويلة حتى يصل إلى مدرسته، أي ان المنزل الجديد يكون أبعد من المنزل القديم عن المدرسة، وإذا اضطر الطفل عن تغيير مدرسته، فإن القلق يبرز بشكل واضح، وأحياناً الغيرة من اهتمام الابوين بالطفل الأصغر في المنزل قد يكون عاملاً هاماً، بالإضافة إلى ولادة طفل جديد، أو حدوث مرض للطفل الصغير في المنزل، مما يدفع الأبوين للاهتمام به متناسين طفل المدرسة، ويمكن للأهل أن يساهموا في قلق الطفل بشكل مبالغ به مما يؤدي بالطفل إلى إعطاء صورة لنفسه أكبر من حجمه الحقيقي.

إن الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن يتم تعزيزه سلبياً من خلال التجنب الناجم عن النشاطات غير المحببة للطفل أو للأشخاص غير المحببين له في المدرسة، ويمكن أن يعزز ايجابياً من خلال:

1- تمتع الطفل بحرية في المنزل على سبيل المثال: أن يستطيع مشاهدة التلفاز والبقاء في السرير متأخراً، وأن يمارس هواياته واهتماماته الخاصة.
2- أن يعامل الطفل معاملة خاصة، وأن يتم الاهتمام به كثيراً وهو خارج المدرسة، وفي بعض الأحيان يقوم الأبوان بشراء ملابس جديدة...الخ.
3- إزالة الضغط عن الطفل للحضور إلى المدرسة، وذلك عندما يثور الطفل ويعترض بشدة، وهذا من شأنه للطفل بأنه على حق وأن المدرسة على خطأ، وبالتالي يعزز الأهل سلوك التجنب عند طفلهم.(العاسمي، 2015: 168- 169)

وأخيراً قد تكون هناك صعوبات عملية كثيرة متضمنة في أخذ الطفل إلى المدرسة، بحيث أن المشكلات لا تواجه من قبل الأبوين، ومن الأمور التي تحدث بشكل شائع في هذه الحالة هي:

1- الأب لا يكون موجوداً في الصباح عندما تظهر صعوبات الطفل.
2- الأم لا تستطيع أن تتدبر أمر الطفل عندما يظهر مزاجاً مشاكساً.
3- وجود أطفال أصغر سناً في الأسرة يتوجب أخذهم إلى المدرسة، وبذلك تشعر الأم بأنها غير قادرة على التعامل مع الطفل الذي يخاف من المدرسة، وفي الوقت ذاته متطلبات الأسرة الأخرى.
4- سكن الأسرة في مكان بعيد عن المدرسة بحيث لا توجد وسيلة نقل أخرى إلا باص المدرسة.
5- عدم رغبة الأبوين في إجبار طفلهم على الذهاب إلى المدرسة، وذلك لأنهم لا يريدان إزعاج طفلهما، ويشعران بالقلق اتجاه إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة، وذلك لأنهم لا يردان

إزعاج طفلهما، ويشعران بالقلق اتجاه إجبار الطفل على الذهاب إلى المدرسة، فهما يعتقدان أن هذا الاجبار من شأنه أن يزيد الطين بلة.(العاسمي، 2015: 169)

1- العلاقات الأسرية:

إن استمارة سجل الخوف المرضي من المدرسة تقدم وسيلة سريعة لتسجيل المعلومات الاساسية، في العديد من الأسر تتمتع الأم بعلاقة لطيفة للغاية مع ابنها، وتتمتع بعلاقة غير مشبعة وبعيدة مع زوجها، إن الأمر قد يزداد سواء عندما يكون على الأب أن يعمل لساعات طويلة خارج المنزل، وبالتالي تلقى كل أعباء الأسرة على الأم، ومن الأهمية بمكان أن يعرف المعالج إلى من يميل الطفل أكثر إلى أمه أم إلى أبيه، ويجب عليه أن يعرف أيضاً نوعية العلاقات بين أفراد الأسرة، ومن المهم أيضاً التعرف على موقع الطفل في الأسرة ومكانته.

في بعض الأحيان يكون الفارق العمري بين الطفل وأخيه الأكبر كبيراً جداً لدرجة أن الطفل يشعر أنه وحيد في عالم الكبار المحيط في الأسرة، في مثل هذه الحالة فإن الأبوين والأشقاء الأكبر سناً للطفل يميلون إلى إشعاره بأنه ذو قيمة كبيرة، في بعض الأحيان يمكن أن يوضح الابن الأكبر تحت ضغط لكي يتصرف بطريقة معينة بحيث يكون نموذجاً يقتدي به الإخوة والأخوات الأصغر سناً، وقد يشعر الابن الأوسط بأنه مهمل وذلك لأن اخوته الأصغر منه سناً يحصلون على الرعاية من جانبه أبويه واخوته الأصغر منه سناً يتمتعون بحرية التصرف في حياته.

2- مصادر الضغط والقلق:

من المهم أن نتذكر أنه قد تكون هناك أموراً عديدة، وإن كانت لا تهم الطفل بصورة مباشرة إنما مع ذلك قد يتسبب بناء حالة من الضغط والقلق لأعضاء آخرين في الأسرة، وهذا ينتج عنه أن أفراد الأسرة تصبح لديهم قدرة ضعيفة على حل مشكلاتهم الخاصة، أحياناً عندما تتعدد مشكلات الأسرة، فإن الخوف المرضي من المدرسة قد لا يكون القضية الأساسية أو محور اهتمام الأسرة، وفي مثل هذه الحالة قد يكون مهماً أن يتم تأسيس أنظمة دعم للأسرة، بالإضافة إلى تقديم المساعدة في كيفية التعامل مع الخوف المرضي من المدرسة.

3- التكاليف المادية:

من المفيد البحث في التكاليف والعوائد في الخوف المرضي من المدرسة لكل فرد من أفراد الأسرة، بالإضافة إلى الأسرة برمتها، في بعض الأحيان تؤدي المشكلة عند الطفل خدمة للأسرة، فعلى سبيل

المثال يمكن لهذه المشكلة أن تنقل تفكير الأبوين من التفكير المؤلم في حياتهم الزوجية التي يعيشانها إلى التفكير في مشكلة طفلهما.

إن الأم التي توجد لديها عقدة الخوف من الأماكن المزدحمة والتي تعيش في ظروف منعزلة قد تكون مسرورة بالبقاء مع طفلها في المنزل كرفيق لها. إن مثل هذه الأمور قد ينتج عنها رفض العلاج من قبل الأسرة، وهذا الرفض إما أن يكون واضحاً وصريحاً أو يكون ضمنياً.

4- أساليب التربية:

يجب قدر المستطاع أن يتم تشجيع الأسرة على تنظيم مصادرها الخاصة في التغلب على المشكلات والصعوبات التي يعاني منها الطفل، إذ أخذ المعالج على عاتقه كل المسؤولية في العلاج عندئذ قد ينشأ موقف اتكالي من جانب الأهل وينسون دورهم في علاج طفلهم، وبناء على ذلك يحتاج المعالج الاجابة على الاسئلة التالية:

- هل الشخصية صاحبة السلطة في الأسرة؟
- ما الدور الذي يلعبه الجدان في تربية أحفادهما؟
- هل هناك أحد من أعضاء الأسرة يشكل نموذجاً للمشكلة التي يعاني منها الطفل الخائف من المدرسة؟
- هل يستطيع الأبوان أن يفرضا رأيهما على طفلهما ويمارسا السلطة عليه، أو أنه خارج عن نطاق سيطرتهما ولا يستطيعان السيطرة عليه؟
- كيف ينظر كل فرد من أفراد الأسرة للصعوبات التي يعاني منها الطفل، وما البرنامج العلاجي المقترح من وجهة نظرهم؟

إن هذا النوع من البحث والاستقصاء مهم للغاية خصوصاً مع الأسر التي تقاوم العلاج بشدة.

ثالثاً: المدرسة:

يؤكد العديد من المعالجين أن هناك جوانب عديدة من الحياة المدرسية هي التي تسبب قلق الأطفال، وأن ادراك الطفل للمدرسة هو الذي بحاجة إلى التغيير وليس حصول أي تغيير حقيقي في المدرسة.

وأن معظم الأطفال لا يتأثرون بالأحداث المختلفة التي يهتم بها كثيراً الأطفال الخائفون من المدرسة، إلا أن مخاوفهم هذه يجب أن تكون غير واقعية ولا عقلانية، وأن التركيز في العمل العلاجي يتطلب العمل حول كيفية التعامل مع هذه المخاوف اللاعقلانية من خلال خفض الحساسية.

فالمعالج الذي يستخدم أسلوب الافاضة أو الغمر يبعد عن أبويه القلقين، ويجبر الطفل على مواجهة المواقف المثيرة للخوف بدرجة من الدعم الاجتماعي والاكاديمي، رغم أن درجات القلق عند الطفل ترتفع في البداية، فإن سلوك التجنب عند الطفل يضعف حتى ينتهي القلق بصورة نهائية، ويدرك الطفل أن المواقف المثيرة للقلق قد تمت إساءة فهمها أو تشويهها، وفي هذا الحال سيعود الطفل إلى حياته الطبيعية في المدرسة متمتعاً بها، وكل الأشخاص ومن ضمنها الأبوان والمعلمون سيشعرون بالامتنان للمعالج لأنه اتخذ موقفاً قوياً وثابتاً بغض النظر عن كون هذه الطريقة مبسطة بشكل كبير.(العاسمي، 2015: 172- 173)

وهناك العديد من الأمور العامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، ففي بعض المدارس قد توجد فيها مشكلات متعددة غالباً ما يشار إلى طريقة الأنظمة للتعامل مع هذه المشكلات، بالإضافة إلى العمل العلاجي الفردي؛ ففي بعض المدارس قد يظهر تلاميذ ضعيفو التحصيل فقط في المجموعات العمرية الأكبر سناً حضوراً ضعيفاً للمدرسة.

إن الاطفال الخائفين من المدرسة والذين ينتمون إلى مثل هذه المدارس قد يكون من الصعب علاجهم، وخصوصاً إذا كان الاصدقاء المقربون من هؤلاء الاطفال يتغيبون بشكل منتظم عن المدرسة، وبذلك يقدمون نماذج قوية لسلوك التجنب لدى الأطفال الخائفين من المدرسة.

وهناك المدارس التي تعاني من الشغب ومشكلات كبيرة في النظام قد تفرض تحديات كبيرة في النظام، وتفرض تحديات لابأس بها للعلاج.

إن الطفل القلق جداً والذي يشتكي بشكل دائم من السخرية الدائمة من قبل أقرانه قد يكون عنده بعض الصعوبات المعينة في إعادة التكيف في مثل هذه البيئة، وقد يكون من الضروري نقله إلى مدرسة فيها نظام أفضل وأمان أكبر بالنسبة له.

النظام في المدرسة:

إن تغيير الطفل للمدرسة أو حدوث تغيير جوهري داخل المدرسة ذاتها غالباً ما يسبق الخوف المرضي من المدرسة، وربما هذا لن يكون مستغرباً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار المدى الواسع للتعديلات أو الاصلاحات المتضمنة في التغيير. فالطفل غالباً ما يضطر أن يصبح معتاداً على قواعد جديدة وروتين جديد، بالإضافة إلى متطلبات أكاديمية مختلفة، وتوقعات مختلفة، وأساليب تعليمية غير مألوفة له، وطرائق تدريس مختلفة، بالإضافة إلى تشكيل صداقات جديدة. إن التغير الذي يحصل عند انتقال الطفل من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الاعدادية، حيث يوجد مدرسون عدة يدرسون في الصف أو الفصل الواحد قد يؤدي إلى حدوث اضطرابات لدى بعض الاطفال، وإذا كانت المدرسة الجديدة موجودة في مكان بعيد عن المنزل ومحاطة ببيئة غير مألوفة للطفل، فإن احساس الطفل بعدم الأمان يمكن أن يتزايد، وكذلك هناك مواد دراسية معينة يمكن أن تخلق مشكلات كثيرة لأطفال معينين، فعندئذ قد تتمركز الصعوبات حول العمل أو الوظائف التي يؤديها التلاميذ في المدرسة، فيما إذا كانت سهلة جداً أم صعبة جداً، بالإضافة إلى العلاقات مع المعلمين أو مع التلاميذ في المجموعة التعليمية، كذلك من الممكن أن تتمركز الصعوبات حول الأسلوب التعليمي، لذلك فالمشكلات التعليمية المحدودة تحتاج إلى بحث دقيق وعلاج من قبل المعالج النفسي.

فالأطفال ذوو الوزن الزائد قد يجدون في دروس الرياضة تهديداً لهم وأن الفشل في أداء التمرينات الرياضية، بالإضافة إلى سخرية الأقران قد يؤدي إلى احساس الطفل بضعف الثقة بالنفس، لذلك من المهم أن يتم توفير ألعاب بحيث يستطيع هؤلاء الأطفال أداءاها، وبالتالي يستعيدون الثقة بأنفسهم. إن تجنب الألعاب يمكن أن يرتبط مع العديد من المشكلات ومن ضمنها الخوف من الأذى الجسدي، الخوف من الاستحمام أمام الأقران، الخوف من المدرس الذي ينفعل بشدة أمام الأطفال...الخ، لذلك يجب توضيح القلق المرتبط بكل جانب من جوانب الحياة المدرسية للطفل حتى يتم اتخاذ الخطوات الملائمة للمساعدة.

وهناك عدد من الأطفال لديهم طموح كبير ويضعون لأنفسهم أهدافاً شبه مستحيلة التحقق، وعندما يفشلون في تحقيق هذه الأهداف يشعرون بالقلق الشديد، إن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما يكون تحصيلهم عال، وهناك أطفال آخرون قد يكون لديهم مشكلات في التعامل مع الامتحانات، فالعديد من هؤلاء

يشعرون بالخجل من القراءة بصوت مرتفع والاجابة على أسئلة المدرس أمام زملائهم، إن الاشارة المبكرة لوجود الخوف المرضي من المدرسة غالباً لا يمكن ملاحظتها.

كثيراً ما تشير الأيام الزائدة التي يقضيها الطفل خارج المدرسة، وزيارته المتكررة إلى العيادة المدرسية مشتكياً من وجود آلام خفيفة وصداع إلى أن هناك شيئاً ما خطأ في هذا الطفل، وأن تقديم المساعدة للطفل في هذه المرحلة والاهتمام الزائد به والتعامل الجيد معه، فهذه المرحلة يمكن أن تجنب الطفل خوفاً مرضياً شديداً، ولكن ما إن تتطور المشكلة لديه ستنشأ لديه أمور ثانوية.(العاسمي، 2015: 174- 175)

نستنتج مما سبق أنه ينبغي في هذه المرحلة الإشارة إلى نقطة مهمة وهي التمييز بين التشخيص والعلاج، ويجب منذ البداية أن يولي المعالج انتباهاً شديداً للعديد من الأمور الأساسية والجوهرية المتعلقة بطريقة العلاج، وذلك لكي يبني الثقة، وأن يجمع كل المعلومات الهامة المتعلقة بالمشكلة ثم استخلاصها من كل طرف من الأطراف المشتركة في العلاج، وأن العملية التشخيصية بحد ذاتها تتضمن العناصر العلاجية ممهدة للطريق لمرحلة المجابهة النهائية، والمؤلمة بهدف إحداث التغير الايجابي في سلوك الطفل الخائف من المدرسة وتكوين اتجاهات سارة بخصوص المدرسة.

10- طرق علاج الخوف المرضي من المدرسة:

يختلف نوع العلاجات باختلاف أسباب الخوف وأنواعه، ولكن تبقى هناك بعض الطرق العلاجية العامة التي يمكن استخدامها مع حالات الخوف المتنوعة بما فيها الخوف المدرسي، كما يجمع علماء النفس على ضرورة عودة الطفل إلى المدرسة في أسرع وقت ممكن، وكلما طالت الفترة التي يبقى فيها الطفل بعيدا عن المدرسة فإن التغلب على المشكلة يزداد صعوبة وتعقيداً، ويعتبر "كندي" أنه بنجاحنا في عودة الطفل إلى المدرسة نكون قد ضمنّا معدل نجاح 100% في التغلب على الخوف من المدرسة (أنس شكشك،2008: 80)، ومن الطرق والأساليب التي يمكن استخدامها للتغلب على الخوف من المدرسة ما يلي:

10-1 العلاج السلوكي:

وأهم الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي ما يلي:

أ- تقليل الحساسية والاشراط المضاد (التحصين التدريجي):

وذلك لكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك، وفك الاشراط والتعرض لمواقف الخوف المرضي من المدرسة نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة، والتعويد العادي في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة، ومنع استثارة الخوف.(حسن عبد المعطي، 2003: 321)

إن الهدف من هذه التقنية هي مساعدة الأطفال ليصبحوا أقل حساسية أو لا يستجيبوا للموضوعات التي تثير خوفهم، فعندما يتم اقتران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي حدث سار "اشراط" مضاد فإن الحساسية تقل، فعلى سبيل المثال يمكن أن يقوم الطفل بتمثيل بعض الأدوار في المنزل، فقد يمثل أنه معلم وهو يدرس بعض التلاميذ كخطوة أولى للتغلب على خوفه من معلمه، كما أن وجود العائلة إلى جانب الطفل يساعد على تشجيعه على تقليل الحساسية، فكتابة تعبير ما أو رسم صور تمثل مخاوف الأطفال كصور المعلمين الذين يعنفونه، صور الزملاء الذين يسخرون منه، وضخامة ساحة المدرسة، ثم مناقشتها مع إخوته مثلا تؤدي بالطفل إلى فراغ شعوره بالخوف والتقليل من شدته.(محمد الشحيمي، 1994: 111)

ومن أجل تأثير أسلوب تقليل الحساسية يجب على المرشد أن يبني علاقة جيدة مع الطفل، وإذا كانت الفوبيا قوية لدرجة أن يقاوم عودته إلى المدرسة فيجب أن يبدأ هذا الأسلوب في البيت في جو هادئ، وفي هذه الطريقة يبدأ بتقويم المثير الأقل قلقاً والذي هو ضمن هرم القلق حتى يصل فيه الطفل إلى آخر سلم القلق، والهرم يحتوي على فقرات كثيرة حيث أن كل طفل يختلف عن الآخر، فعلى المرشد أن يبني لكل حالة هرماً خاصاً بها، وعندما يصبح الطفل على استعداد تام للدخول إلى المدرسة تذهب الأم وتدخل معه إلى الصف ثم تتركه.(هيفاء أبو غزالة: 37)

أما بالنسبة للمعلم في المدرسة فيمكن أن يساعد التلميذ في الدخول للمدرسة حتى ولو مشى معه خطوات خارج بناء المدرسة، وأي مستوى من المشاركة للطفل في المدرسة يجب أن يشجع عليها كالمشاركة في نشاطات الفن أو الموسيقى...الخ

إن المعلم الذي يمتاز بالمرونة يمكنه أن يتبع عدة أساليب ومعززات للطفل، فهو يستطيع معرفة ما الذي يتمتع به الطفل، ويمكنه أن يقرأ كتاب عن المدرسة، ويمكنه أن يمشي مع الطفل في الملعب، ويمكنه أن يلعب مع الطفل في ساحة المدرسة، وذلك لتقليل حساسية الطفل من الخوف المرضي من المدرسة.(نعيم الرفاعي، 1966: 38)

وينبغي على المعلم مساعدة التلميذ الذي يعاني من الخوف المدرسي على تنمية قدراته وإشباع ميوله، ولا يؤنبه ولا يحقره نتيجة غيابه عن الفصل بل يجب تشجيعه ونقله من حالة السلبية إلى حالة الايجابية، وعدم الالتفاف إلى ما يصدره من استثارة جسمية أثناء الاجابة والنقاش مع المعلمين أو التلاميذ، وعليه أن يخفف من حدة شعوره بصعوبة الموقف الذي يعيش فيه ويعطيه طابع الاعتيادية، والاهتمام به في الأسئلة حتى يشعر بأنه محط اهتمامه، كما ينبغي تقديم الخبرات والمواقف التعليمية التي تتناسب مع قدراته وإمكانياته وميوله وتشبع حاجاته والتي يمكن عن طريقها إزالة الخوف من نفسية الطفل عن طريق رفع روحه المعنوية وتعزيز ثقته بنفسه عن طريق ألفاظ التشجيع وبتعبيرات مؤثرة تدل على الإعجاب مهما كان حجم الإجابة التي يجيب عليها.

إن هؤلاء التلاميذ مرهفوا الحس ولديهم قدرات كبيرة على الإبداع لكنها مختفية تحت هذه النفس الخائفة، أي أنه من الأهمية إشراك التلميذ في الأنشطة اللاصفية كالإذاعة المدرسية فيتاح للتلميذ الذي يعاني من المخاوف المدرسية الفرصة في كتابة الموضوعات أو حتى يلقيها بعد تمرنه من قبل المعلم أو حتى تعود إلقائه مرات على نفسه، ويحسن أن يستفيد من سماع صوته مسجلاً ليقف على نقاط القوة والضعف فيما يقدمه.

فإشعار الطفل بالنجاح والقدرة على التفوق هو الذي يجعله يثق بنفسه ويشعر بالأمن، مما يجعله أكثر اتزاناً وإبداعاً ولا يحدث ذلك إلا أثناء شعوره الدائم بالحب من الجميع ومن معلميه وأصدقائه وإحساسه بقيمته بينهم، ويتم ذلك بتقريب المعلم منه في فترات الراحة، وبين الحصص حتى يثق به، ويحاول تلمس مواهبه ومحاسنه وإبرازها حتى يشعر الطفل بالارتياح في المدرسة ويقبل عليها ويحب الذهاب إليها، بدلاً من الخوف منها ومن معلميه، وتوفير المثل الأعلى الذي يقلده الطفل في المدرسة ويقتدي به.

وتقوم هذه العملية على أساس تقليل حدة المخاوف عند التلميذ بصورة تدريجية نحو مثير معين عن طريق الخطوات التالية:

- تحليل السلوك الناتج عن المثيرات التي تعمل على إثارة واستدعاء الخوف عند التلميذ.
- تقديم مواقف تثير الخوف في التلميذ بشكل تدريجي تبدأ من الأسهل إلى الأصعب.
- تدريب التلميذ أثناء مواجهة هذه المواقف على الاسترخاء مما يسهل عملية امتصاص هذه المواقف بصورة تدريجية.

- تكرار الربط بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى الخوف حتى يتم التخلص تدريجياً منه.

قام "كروغان Croghan" (1989) بدراسة هدفت إلى علاج المخاوف المرضية من المدرسة باستخدام فنية التحصين المنهجي التدريجي وهي أحدى فنيات العلاج السلوكي، حيث تكونت عينة الدراسة من (30) تلميذاً في السابعة عشرة من العمر يعانون من المخاوف المدرسية منذ خمس سنوات، واستخدم الباحث برنامجاً يقوم على التحصين التدريجي المنهجي، وذلك بتعريض كل حالة لصور ترتبط بمصدر الخوف، وتخيل الحالة لمشهد مشاجرة بين زملائه كان قد تعرض لها منذ خمس سنوات، وقد قام المعالج بتفسير تلك الصور التي ترتبط بمصدر الخوف لدى الحالة، وما يرتبط ببعض المواقف الخاطئة التي أدت لتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة والخوف المرضي منها، وتكونت جلسات البرنامج من (12) جلسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية قبل وبعد البرنامج لصالح التطبيق الثاني، بالإضافة إلى اختفاء الأعراض المرضية المرتبطة بفوبيا المدرسة.(زينب محمود، سميرة عبد الله، 2012: 553- 554)

واستخدم "ولبي" هذا الأسلوب في علاج القلق والخوف لدى الأفراد الذين يعانون منه، ويتضمن هذا الأسلوب التعامل المباشر مع أعراض الخوف من خلال العمل على خفض حدتها بشكل تدريجي، وثمة افتراض أساسي من وجهة نظر "ولبي" يكمن وراء هذا الاجراء مؤداه إن الاستجابة للموقف الذي يتم تخيله تشبه الاستجابة للموقف الواقعي، ولتحقيق ذلك ابتدع ولبي فنية احلال استجابة الاسترخاء محل استجابة القلق، وذلك من خلال المزاوجة بين الاسترخاء العضلي ومدرج القلق الذي يتضمن مشاهد وموضوعات معينة تحدث استجابات القلق غير المناسبة لدى المريض، ومدرج القلق كما يحدده "ولبي" هو قائمة للمواقف التي يستجيب لها المريض بكميات متدرجة من القلق، فالموقف الأكثر ازعاجاً يوضع في رأس القائمة، بينما الأقل ازعاجاً يوضع في نهايتها، ومدرج القلق كما يحدده "ولبي" هو قائمة للمواقف التي يستجيب لها المريض بكميات متدرجة من القلق؛ فالموقف الأكثر ازعاجاً يوضع في رأس القائمة، بينما الموقف الأقل ازعاجاً يوضح في نهايتها، ويلخص "ولبي" نظريته على النحو التالي: إذا كان إتلاف مثير يتكون من خمسة عناصر متكافئة التأثير هي (I1، I2، I3، I4، I5) ومثير (50) وحدة من استجابة القلق لدى المريض، فإننا سوف نجد بشكل تناسبي أن قلقاً أقل سوف يتم ابتعاثه بائتلاف يتكون من (I1، I2، I3، I4) يمكن أن يكون قادراً تماماً على كف الوحدات العشرة التي يبتعثها (I1) بمفرده، فإذا ما تم بشكل متكرر كف القلق الذي تبعثه (I1) وذلك بمناقضته للاسترخاء ،

فإن شدته سوف تهبط في نهاية الأمر إلى الصفر، ونتيجة لذلك فإن تقديم (I1، I2) سوف يبتعث الآن إلى (10) وحدات القلق بدلاً من (20) وحدة، و(I2) هذه سوف تتعرض بدورها للكف التشريطي عندما تتم معاكستها للاسترخاء، وبالمضي في هذا الطريق، فإن الائتلاف كله (I1، I2) سوف يفقد قدرته على توليد القلق.(حسام الدين عزب، 1982: 117)

هذا ويمكن أن تلخص المراحل التي يقطعها هذا الأسلوب بما يلي:

أولاً: يقيم المعالج ترتيباً تدريجياً للمواقف المخيفة التي يعاني منها الطفل في المدرسة بدءاً من المواقف الأشد توليداً للخوف، نزولاً بالتدريج عبر المواقف الأقل، فالأقل توليداً للخوف أو القلق، ويطلب المعالج من المريض وهو في حالة استرخاء أن يتخيل أولاً المثيرات ذات التأثير الضعيف ويكررها المريض في خياله، وذلك بالاستعانة بتوجيهات المعالج النفسي حتى يفقد القدرة على استثارة القلق والخوف وأن ترتبط باستجابات الاسترخاء والهدوء النفسي، وعندما يصل إلى هذه الدرجة يمكنك الانتقال إلى المثيرات التي تليها، وهكذا حتى ينهي المريض المثيرات أو المواقف جميعها دون قلق أو خوف.

ثانياً: تدريب المريض أثناء مواجهته أي موقف من المواقف المثيرة للقلق على الاسترخاء بهدف تقليل الحساسية نحو المثير المقلق.

ثالثاً: الربط المتكرر بين عملية الاسترخاء واستدعاء المثيرات التي تؤدي إلى القلق حتى يتم التخلص تدريجياً من القلق، ويرى "ولبي" أن تخيل المثيرات الباعثة على القلق والخوف لا يقل أهمية عن مواجهتها بشكل مباشر، فتقليل الحساسية يبدأ في المعالجة بالتخيل، وفي نهاية العلاج يطلب من المعالج مواجهة المثيرات والأحداث بالواقع، وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة أو بالمشاركة الفاعلة، وفي هذه الحالة ينتقل المريض من الموقف التالي من هرم القلق بعد مروره بالموقف السابق بنجاح.(العاسمي، 2015: 193)

وقد قام "كروجان Croghan" (1981) بدراسة على طفل يبلغ من العمر (17) سنة، كان يعاني من الخوف المرضي من المدرسة لمدة خمس سنوات باستخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم، فقد تم معالجة المراهق في البداية عن طريق خفض الحساسية اتجاه القلق الشائع وقضايا أخرى مثل التحضير والذهاب إلى المدرسة في كل صباح، وبعد ذلك اكتشف "كروجان" بأن الطفل مازال يضمر ذكريات مؤلمة بشأن تقصيره في مساعدة طفلين قبل خمس سنوات، وكان المراهق يرفض أن يحارب هذه

المشاعر المؤلمة، وفي ضوء هذا تم خفض حساسية الطفل اتجاه هذا الحادث من خلال جلسات علاجية مؤلفة من (12) جلسة، وتمت مساعدة الطفل على اعادة بناء الحادثة والنظر إلى الاستجابة التي قام بها كنوع من الاستجابة العقلانية، وذلك بعد سنة كاملة من المتابعة.(العاسمي، 2015: 194)

وقد رسم "بيرت وهارفي Harvey & Bert" (1978) خمس خطوات ضرورية لتطبيق فنية خفض الحساسية المنظم للطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، وهذه الخطوات هي:

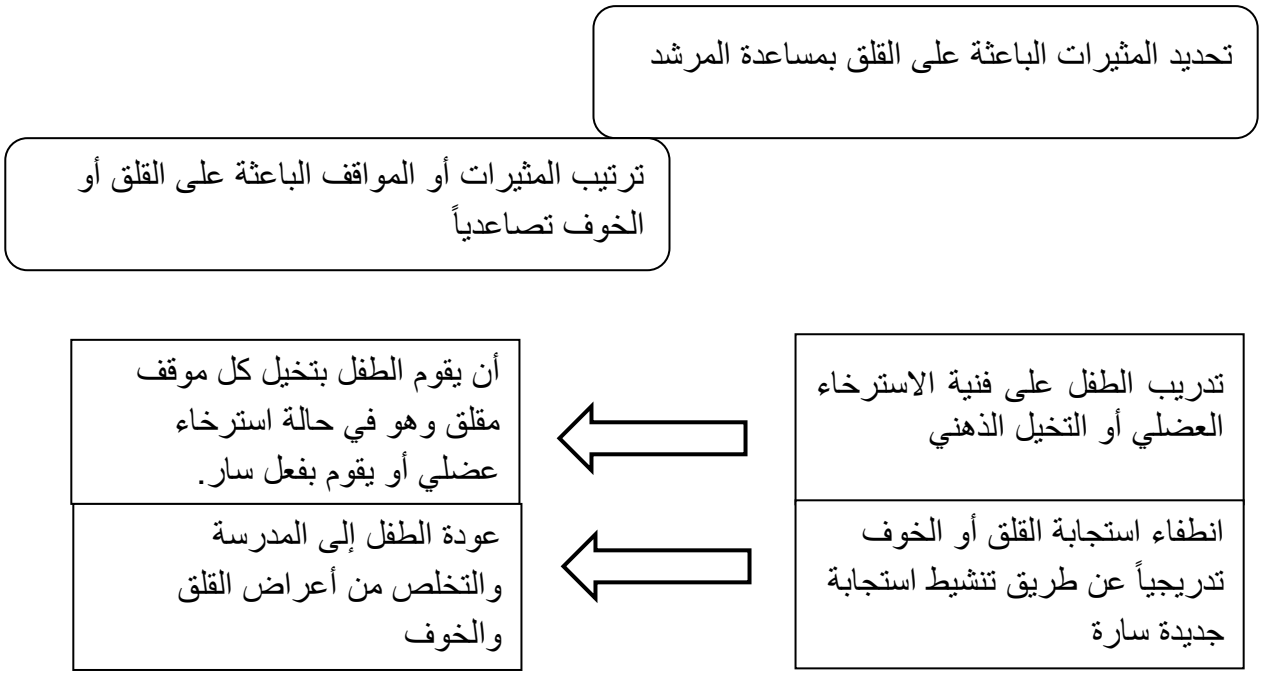
1- تعليم الطفل وتدريبه على فنية الاسترخاء العضلي.
2- إزالة كل مصادر التعزيز والدعم الثانوي من قبل الوالدين.
3- البدء في برنامج مع الطفل لإزالة الخوف والحساسية الزائدة من المواقف المدرسية غير المرغوب بها.
4- تعزيز الطفل والوالدين عندما يمضي الطفل أوقات متزايدة في المدرسة.
5- معالجة الطفل على أساس يوحي بفترة لا تزيد عن ستة أسابيع.

ويرى "هارفي وبيرت" أن هذا اللون من العلاج يعتبر فعالاً في معالجة هذا الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال بشرط أن يتم التعاون بين المعالج النفسي والمتمدرس والوالدين.(رياض العاسمي، 1998: 27)

وذكر "لازاروس" (1960) حالة طفلة تبلغ من العمر تسع سنوات ونصف تعاني الخوف المرضي من المدرسة، بالإضافة إلى مجموعة أعراض مصاحبة لهذا الخوف وهي آلام في المعدة، كوابيس ليلية، تبول لاإرادي، وقد تولد لديها الخوف من المدرسة فجأة بعد أن كانت متكيفة بصورة جيدة مع الجو المدرسي، والمواظبة على الذهاب إلى المدرسة باستمرار، وذلك من خلال مرورها بخبرات مؤلمة عديدة: مشاهدة زميل لها يغرق في الماء، موت زميل آخر في حادث سيارة، أو رؤية حادث سيارة وموت سائقها على أثر ذلك، وقد شخص المعالج مشكلة الطفل، على أنها خوف من فقدان أمها، وبناء على هذا التشخيص تم وضع مدرج هرمي لقلق انفصال الطفلة مكون من سبعة نقاط، وتم تدريب الطفلة على تخيل كل نقطة من النقاط السبع وهي في حالة استرخاء، وأظهرت النتائج أن الطفلة بعد عشرة أيام من التدريب على فنية التحصين التدريجي لإزالة خبرات قلق الانفصال لديها، بدت عليها ملامح التحسن، وأصبحت مواظبته في الذهاب إلى المدرسة بشكل منتظم، وزالت الأعراض المصاحبة لهذا الخوف مثل: التبول الليلي، والاحلام والكوابيس المزعجة، وآلام المعدة، وبعد خمسة عشر شهراً

من متابعة الحالة تبين ثبات تحسن الطفلة واستمرارها في الذهاب إلى المدرسة.(عباس محمود عوض، مدحت عبد الحميد، 1990: 62)

ويمكن أن نضع ملخص تخطيطي للخطوات التي يمر بها أسلوب التحصين التدريجي مع الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة بما يلي:



الشكل رقم (07): ملخص خطوات أسلوب التحصين التدريجي

المرحلة الأولى:

- **تحديد المثيرات الباعثة على القلق:**

عند بناء مدرج هرمي للقلق لدى الطفل الذي يعاني الخوف من المدرسة، قد تكون المواقف المخيفة أو المقلقة لدى هذا الطفل هي:

1- ملاحظات جارحة مع المعلم.
2- ملاحظات جارحة مع الزملاء في الصف.
3- التحدث مع الجماعة.
4- الخوف من الزحام في المدرسة.
5- الخوف من حدوث مكروه في المدرسة.
6- الخوف من دخول الصف.

7- الخوف من الامتحانات.

8- الخوف من فقدان الأم عندما يكون في المدرسة.

المرحلة الثانية:

وهي أن يقوم الطفل مع المرشد بترتيب المثيرات أو المواقف الباعثة على الخوف أو القلق لدى الطفل، بحيث يبدأ بالمواقف الأقل خوفاً وقلقاً وينتهي بالمثيرات المخيفة أو المقلقة.

المرحلة الثالثة:

تدريب الطفل على فنية الاسترخاء العضلي، وينبغي علينا في هذا المجال أن نؤكد نقطة مهمة وهي أن القائم بعملية العلاج والمتبني فنية التحصين التدريجي المنظم، وأن يأخذ باعتباره مجموعة من النقاط عند تطبيق هذه الفنية مع الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات انفعالية مختلفة مثل القلق والخوف، وهذه النقاط هي:

- أن يكون المفحوص (طفلاً، شاباً، راشداً) قد تدرب جيداً على فنية الاسترخاء العضلي.
- أن يكون المفحوص قد تم تحديد جميع المثيرات الباعثة على القلق لديه من ذلك الموقف سواء كان في المدرسة أو في المنزل.
- أن يقوم المفحوص بمساعدة المعالج بترتيب تسلسل المثيرات المخيفة أو المقلقة عنده بدءاً من المثيرات الأقل إثارة للقلق كما تم تحديدها لديه في هرم القلق، وأن يقوم بتخيل الموقف الباعث على القلق وهو في حالة استرخاء تام.

وعندما يطمئن المفحوص والمعالج بأنهما استطاعا تجاوز هذا الموقف دون أي قلق يتم الانتقال إلى الخطوة التالية وهكذا، ولكن يجب أخذ الحذر بعدم الانتقال إلى الخطوة التالية إلا بعد إنجاز الخطوة نفسها والتي بصدد التدريب عليها.

- ينبغي على المعالج أن يقوم بتعزيز المفحوص عندما ينتقل إلى الموقف الآخر بنجاح، وهذا يدل على أن المفحوص استطاع بمساعدة المعالج محو حالة الخوف أو القلق من الموقف أو المثير الذي استثار القلق.
- ينبغي متابعة حالة المفحوص بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الارشادي أو العلاجي المخصص له بهدف التحقق من أن هذا البرنامج كان له أثر طيب.

وأظهرت الدراسات العديدة التي استخدمت هذا الأسلوب في علاج الخوف المرضي من المدرسة فاعليته في علاج هذا الاضطراب مثل دراسة "لازاروس" (1960)، ودراسة "باترسون" (1965)، ودراسة "تشامبل" (1967)، ودراسة "ميلر" (1972) ودراسة "كروجان" (1981)، ودراسة "سيد سليمان" (1988).

ولقد علل "ولبي" الأهمية الكبرى التي يحظى بها هذا الأسلوب من العلاج بالقول: "إن هذه الطريقة هي أعظم ما تكون بشكل دقيق مسايرة للطريقة التجريبية، كما أثبت هذا الاسلوب فاعليته في التصدي للكثير من المشكلات الانفعالية مثل الخوف من المدرسة، أو قلق الامتحان، أو مشكلات النوم، والاضطرابات الجنسية والادمان على المخدرات...الخ". (العاسمي، 2015: 198- 200)

ب- المكافأة أو التعزيز:

وذلك بجعل الذهاب للمدرسة مدعوماً حيث يكافأ الطفل على أي سلوك يقربه منها.(صالح الداهري، 2005: 351)

وينبغي تحديد سبب المخاوف وزمانها ومكانها تحديداً دقيقاً وامتداح الطفل ومكافأته كلما تقدم خطوة في تحمل المواقف المخيفة، فمثلاً طفل يخاف من الذهاب إلى المدرسة فيشكو من آلام جسمية، فيجب أن يرسل الطفل إلى المدرسة وأن يمتدح، وتتم مكافأته للتقدم الذي يحرزه لأنها أمور تساعده على اكتساب الشجاعة وعلى حل مشكلة خوفه بالتغلب على موضوع الخوف.(عماد عبد الرزاق،1983: 55)

المثير المخيف ← رد فعل فيزيولوجي ← إستجابة سلوكية ← إزالة الخوف (تعزيز)

نجد أن هناك عاملين (إستجابة أو إجراء) يقوم به الطفل، وهو الذي يؤدي إلى الإثابة إذا ما واظب على الذهاب إلى المدرسة (تقبل الأقران، استحسان الوالدين لسلوك الطفل)، وفي نفس الوقت إنقاص الإثابة عندما يمكث في البيت (عدم اهتمام الوالدين به، ومنعه من مشاهدة التلفاز، وتجاهل شكواه)، وتطبيق هذه التقنية يتطلب تعاوناً بين البيت والمدرسة.(أحمد اليوسف، 2000: 156)

تتم مكافأة الطفل على كل سلوك يقوم به أثناء الذهاب إلى المدرسة، ولا يكافأ على أي سلوك يبعده عنها حيث يكافئه على ذهابه إلى المدرسة لفترات قصيرة، ثم تندرج معه شيئاً فشيئاً حتى يستطيع البقاء يوماً كاملاً بالمدرسة.

إلى جانب ذلك تعزيز التلاميذ للقيام بالأنشطة والواجبات المدرسية بصورة ناجحة وتعديل سلوكاتهم وذلك بالابتعاد عن الضرب، التوبيخ، التخويف والسخرية.(صبرة محمد، 2004: 306)

وهذا الأسلوب من العلاج يعتمد على التدعيم كعامل أساسي في التخلص من الخوف المدرسي، ولذلك من المهم عند علاج المشكلة أن نقوم بعملية إعادة تعلم عن طريق حصوله على مكافئة معينة أو تدعيم معين، وفي هذه الحالة تعتبر المكافأة كنتيجة لاستجابة، ومن ثم نتوقع أن يزداد تكرار هذه الاستجابة نتيجة لرغبة الطفل في الحصول على نفس المكافأة مرة أخرى.

ج- فنية الاسترخاء:

يمكن استخدام طريقة الاسترخاء في علاج المخاوف المدرسية، وكذلك توجد وسيلة أخرى ناجحة وهي محاكاة سلوك الغير، حيث يتعلم الطفل من خلال الملاحظة كيف يتعامل أطفال آخرون مع المواقف التي تثير خوفه، كما يتم علاج المخاوف عن طريق تعويد الطفل الاعتماد على نفسه تدريجياً واكتساب الخبرات بنفسه، كما أن الاستخفاف بمخاوف الطفل واتهامه بالجبن وغير ذلك من الأساليب القاسية ستعقد المشكلة، لذلك ينبغي تشجيع الطفل على التعبير عن خوفه والتغلب عليه.(عبد الفتاح غزال، 2001: 96)

د- العلاج بالسيكودراما:

كما يمكن استخدام العلاج بالسيكودراما وهو أسلوب علاجي نفسي يستخدم أسلوب تمثيل الفرد المريض بدور أكثر في تمثيله جماعة تعد لهذا الغرض، وكان "مورينوا Morino" هو من ابتدع هذه الطريقة العلاجية في العصر الحديث، حيث بدأ "مورينوا Morino" (1909) لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية نفسية وذلك عن طريق قيامهم بلعب أدوار معينة.(علي كمال، 1994: 453)

ففي حالة الخوف المدرسي عادة يكون هناك تفكك بين أجزاء شخصية الطفل ويكون نتيجة لهذا التفكك بعملية استبدال أو التصاق لاشعوري لهذه المخاوف في مثيرات طبيعية في البيئة كأن يكون المعلم شديداً جداً أو تكون الواجبات المدرسية كثيرة أيضاً، وهكذا يتجنب الطفل الذهاب إلى المدرسة، فهذه العملية تعتبر وسيلة فعالة لحماية التلميذ من الوقوع في المواجهة مع الرغبات اللاشعورية التي تثير في نفسه الخوف.(عبد العزيز محمد، 2011: 102)

هـ- العلاج بالاستبصار:

ويستخدم العلاج بالاستبصار الذي يقوم على فهم الطفل الذي يعاني من الفوبيا المدرسية، كما يكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وذلك عن طريق:

- تنمية ثقة الطفل بنفسه وتعديل مفهومه عن نفسه.
- تبصير الطفل وتنمية ثقته بنفسه وتعديل مفهومه عنها.
- تبصير الطفل بمشاعره نحو أمه.
- تبصير الأم على تدريب طفلها الاعتماد على نفسه والاستقلال عنها.
- تبصير الطفل بالمشكلة التي يعاني منها وذلك بإشعاره بها وتقبله لها.
- تبصير المدرسين بمشكلة الطفل.
- قيام المدرسة بتخفيف مخاوف الطفل.
- تكوين علاقات طيبة مع التلميذ.
- استثارة خبرات التلميذ السابقة.
- مساعدة التلميذ على تحويل هذه الخبرات عن طريق الاستبصار ومن ثم نقلها إلى الواقع مما يساعد على تقليل حدة التوتر نحو المدرسة، ومن ثم العودة إلى المدرسة.
- اشعاره بالأمن والطمأنينة عندما يتواجد في المدرسة.(صالح الداهري، 2005: 351)

حيث توصلت "فاطمة الزهراء النجار" (1999) من خلال دراستها التي تهدف تخفيف المخاوف من المدرسة باستخدام برنامج معرفي سلوكي عن طريق تصحيح الأفكار والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بالمدرسة بوجه عام والمعلم والامتحان، بلغت عينة الدراسة (24) تلميذاً وتلميذة من الذين يعانون من المخاوف اتجاه المدرسة، وتتراوح أعمارهم ما بين (8- 10) سنوات، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وتتكون من (12) تلميذاً وتلميذة منها (6 ذكور،6 إناث)، ومجموعة ضابطة تتكون من (12) تلميذاً وتلميذة (6 ذكور، 6 إناث)، واستخدمت الباحثة البرنامج المعرفي السلوكي يتضمن: (النمذجة المعرفية، لعب الأدوار، أسلوب حل المشكلات، إعادة البناء المعرفي)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى نجاح البرنامج في خفض درجة الأفكار السلبية المرتبطة بها لدى عينة الدراسة التجريبية.(زينب محمود، سميرة عبد الله، 2012: 555- 556)

بالإضافة إلى استخدام العلاج الجماعي والذي يشمل التشجيع الاجتماعي وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم (سهام أبو عطية، 1989: 76)، ويتم ذلك بتشجيع الطفل على الاندماج مع غيره من الأطفال وتنمية قدرته على التفاعل الاجتماعي السليم، بالإضافة إلى العناية بمخاوف الوالدين ويتم ذلك بالتوجيه النفسي للوالدين حتى يقللوا من مخاوفهم أمام أطفالهم والوقاية من انتقالها إليهم.(أشرف أسعد، 2011: 170)

وتوصلت سلوى السيد حجازي (2005) في دراستها التي تهدف خفض فوبيا المدرسة من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية، حيث بلغت العينة (20) تلميذاً وتلميذة بالصفوف الثلاثة الأولى بالمرحلة الابتدائية، ممن تتراوح أعمارهم بين (7-8) سنوات، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعددهم (10) تلاميذ، ومجموعة ضابطة وعددهم (10) تلاميذ، طبق على تلاميذ المجموعة التجريبية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية، ويضم البرنامج مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية (النمذجة، لعب الأدوار، التغذية المرتدة والتدعيم)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحسن المجموعة التجريبية في المهارات الاجتماعية وانخفاض درجة فوبيا المدرسة لديهم، واستمرار تأثير البرنامج لما بعد الانتهاء من التطبيق بشهرين.(زينب محمود، سميرة عبد الله، 2012: 557)

ويستخدم أيضاً العلاج التدعيمي وتنمية الثقة بالنفس وتشجيع النجاح والشعور به، وإبراز نواحي القوة والإيجابية لدى الطفل، وتنمية شعوره بالأمن أثناء ذهابه إلى المدرسة أو أثناء التواجد بها.(أحلام محمود،2007: 36)

2-10 العلاج الاسري:

وفي بعض الأحيان يستلزم الأمر علاجاً أسرياً إذا كانت الأسرة هي السبب في تكوين المخاوف لطفلها، وأحياناً العلاج الدوائي إجبارياً في الحالات الاكتئابية وهنا تستعمل مضادات الاكتئاب.(Maurice Despinoy, 2002 : 109)

ففي دراسة لـ "Baden et al" (1999) التي تهدف فعالية العلاج الأسري في علاج فوبيا المدرسة، بلغت العينة (18) تلميذاً تتراوح أعمارهم (6- 9) سنوات، من التلاميذ المتغيبين بكثرة عن مدارسهم وهؤلاء الذين يظهرون أعراض الخوف من الحضور إلى المدرسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فعالية للعلاج الأسري المنظم في علاج فوبيا المدرسة.(زينب محمود، سميرة عبد الله، 2012: 556)

وقد أكدت الابحاث الحديثة في هذا المجال والتي نشرها "سكينر" (1978) و"فرام روس" (1978) و"هيسا" (1984) على أن العلاج يجب أن يبنى على نموذج الأسرة، حيث يلعب الأب دوراً محورياً في العلاج.

كما أكدت المعالجات النفسية للطفل أهمية العلاج القائم على المجتمع أو العلاج الخارجي أي الدعم من الأهل والمدرسة والاقارب وطبيب المدرسة...الخ.

بالإضافة إلى المساعدة بين المدرسة والمنزل في علاج الخوف المدرسي وهذا ما تشير اليه دراسة "جيني كاثرين Jenni catherine. B" (1997) والتي هدفت إلى اختبار الدور المشترك للمدرسة والمنزل في علاج الفوبيا المدرسية، وتكونت العينة من الاطفال الذين تتروح أعمارهم بين (5- 7) سنوات وحتى أواخر المرحلة الثانوية، بالإضافة إلى عينة من الآباء، وقد أسفرت النتائج عن أن 50% من المراهقين الذين خضعوا للعلاج في هذه الدراسة استمروا في المعاناة من صعوبات خطيرة حتى في الحضور للمدرسة بعد فترة العلاج، وأن 70% لديهم أدلة مستمرة على وجود الاضطراب العقلي.(هند العزازي، 2013: 119- 120)

إن طرائق العلاج الأسري تتجاوز العلاقة الثنائية للطفل والأبوين، لأن هذا اللون من العلاج يخاطب نظام الأسرة برمته وعدَ الخوف المرضي من المدرسة على أنه دليل على أداء أسري خاطئ، لذلك فقد أشار "سكينر" لطريقته في العلاج والقائمة على العلاج النفسي للأسرة مجتمعة على أن المشكلة الرئيسية في وجود الخوف المرضي من المدرسة على أنه دليل على أداء أسري خاطئ، وفشل الأبوين في مساعدة طفلهم على التخلي عن الاعتماد الشديد على الأم، لهذا فهناك مشكلة ثابتة بشأن انفصال الطفل وترك المنزل مع وجود علاقة لاحقة لديه لإسقاط العلاقة الحصرية (القلقة) بينه وبين أمه ومع معلماته، وهذا أمر ممكن في المدرسة الابتدائية، حيث يوجد معلم واحد للطفل في المدرسة، وخصوصاً في المرحلة الأولى من التعليم، بينما لا يكون ذلك في المرحلة الثانوية بسبب وجود أكثر من معلم للطفل.

وقد أشار "سكينر Skynner" (1974) إلى أن الأطفال الخائفين من المدرسة يكونون محميين من تحديات الواقع من قبل أمهاتهم، وأن الأمهات لديهن علاقات تملك وقلق مع أمهاتهن، ومع مرور الوقت فإن تلك الأمهات ينقلن هذه العلاقة إلى أبنائهن.

ويتم التحدي الجوهري لذلك بـ:

1- إضعاف صفة التعلق في المرحلة الفمية لدى الطفل.
2- إضعاف لمشاعر التملك لدى الطفل.

ويدعم النجاح في هذه المرحلة المبكرة الانجازات اللاحقة والفشل في هذه المرحلة يخلق مشكلات وصعوبات في حل التناقضات الأوديبية.

ويرى "سكينر" بأن الروابط داخل هذه الأسر تسير عموماً من الأب إلى الطفل، مع وجود علاقة ضعيفة بين الزوجين، وفي محاولة لحل هذه الصعوبات الواضحة يتم التأكد على العناصر العلاجية التالية:

1- الأسرة بكاملها تكون متضمنة في العلاج، إضافة إلى أعضاء آخرين من العائلة إذا اقتضت الضرورة.
2- التأكيد على الحوار والمواجهة غير الشفوية للأبوين حول أسلوب العلاقة على المستوى الشعوري واللاشعوري المتبع بينهما، مع التركيز على التفاعل الأسري في الوقت الحاضر، رغم أن الأحداث الماضية ربما تؤخذ بعين الاعتبار عندما تظهر.
3- التركيز على العودة المبكرة للطفل إلى المدرسة.
4- اضعاف الرابطة بين الطفل وأمه، وتقوية الرابطة الزوجية، وذلك بتشجيع الأب لكي يأخذ دوراً أكثر فعالية وأكثر وضوحاً.
5- في الحالات الأكثر وضوحاً عند الأهل خصوصاً إذا تم شرح المشكلة لهم، فإنهم يفكرون بشكل جدي حول المشكلات الموجودة في الأسرة والتي تعد السبب الأول عن خوف الطفل من المدرسة، وبالتالي تستطيع الأسرة أن تنظم أساليبها وتحل المشكلة في ضوء ذلك، ولكن في الحالات التي يكون فيها الأبوين أقل تعاوناً أو غير قادرين على التكيف، فإن الدور الأبوي الغالب يجب أن يملأ من قبل المعالج أو بعض الأفراد الآخرين كالأخصائي الاجتماعي.
6- وعلى النقيض من الاجراءات العلاجية السريعة فإن "سكينر" يدعو إلى استعمال الأدوية للمساعدة في مرحلة المواجهة، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الخجولين جداً يتم مساعدتهم عن طريق جعلهم يحضرون في مجموعات العلاج النفسي، بينما يتم مساعدة الأمهات على أن يصبحن أكثر استقلالية عن أطفالهن عن طريق مساعدتهم للحضور إلى جلسات العلاج النفسي الخاصة بالأمهات.

ويلاحظ الأسلوب العلاجي هذا أن الخوف المرضي من المدرسة لدى الطفل يفهم على أنه مشكلة نفسية اجتماعية، لذلك يؤكد على دور الأسرة في مساعدة الطفل على المواظبة للذهاب إلى المدرسة من خلال حل الصراعات القائمة بين الوالدين والطفل، ويتجلى دور المعالج من خلال تقديم نظام قيمي واضح يحدد فيه طبيعة مسؤوليات الأبوين أثناء عملية العلاج.(العاسمي، 2015: 234-236)

ويبقى التكفل النفسي بالطفل الخائف من المدرسة عملية تتظافر فيها جميع الجهود من طرف الأسرة والمدرسة مع بعضها، حيث أن خصائص هذا الطفل هي التي تفرض هذا النوع من التكفل على أساس السند، بحيث يرتكز على المقابلة والملاحظة ويهدف إلى مساعدة الطفل على التعبير اللغوي ومساعدته على تجاوزه خوفه من المدرسة، أما في الحالات المضطربة انفعالياً والتي تعاني الكف ولا تفصح عن شعورها بالخوف رغم وجوده، فهنا التكفل يتطلب وسائل اللعب والتمثيل، وهذه الالعاب تساعده على التعبير عن الصراع واشباع حاجاته، وتسهل الاتصال بينه وبين الآخرين، مما يخفض من شدة شعوره بعدم الارتياح، لأن الطفل في الكثير من الحالات رهين ظروفه وعلاقاته العائلية، لابد أن نساعده على فهم الصعوبات الكيفية التي تواجهه عند دخوله المدرسي، وذلك بمساعدة الوالدين الذين يلعبون دوراً هاماً في التكفل، وهذا ما يخلق في نفس الطفل الثقة بنفسه وبالمحيط التربوي.(ميموني بدرة، 2003: 84)

ولقد استخدم "باندورا وزملاؤه" في علاج مخاوف الأطفال تقليد نماذج الشجاعة ويقوما على مشاهدة الطفل الخواف لأطفال آخرين يعرض عليهم أفلاماً كرتونية ثم أفلاماً سينمائية منها الشيء الذي يخاف منه الطفل والأطفال الآخرون يشاهدونه وهم فرحون مسرورون فيقلدهم في سلوك الشجاعة ويتخلى عن مخاوفه.(الكندري جاسم، راشد سهل: 101)

كما دلت الدراسات الحديثة على أن الخوف إذا كان معتدلاً وغير شديد فهو مفيد في دفع الإنسان إلى حسن الأداء، أما إذا كان على درجة عالية من الشدة أدى ذلك إلى ظهور اضطراب لدى الإنسان وسوء أدائه، فالخوف الشديد من أداء الامتحانات يعوق التلميذ على التركيز الجيد أثناء الاستذكار، فيؤدي به إلى الأداء السيئ في الامتحانات.(الكندري جاسم، راشد سهل: 105)

بالإضافة إلى العلاج البيئي الذي يشمل علاج مخاوف الوالدين، وعلاج الجو المنزلي الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والاتزان، وعلاج الوالدين والأقارب في حالة عدوى الخوف المرضي، وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف يبذل

محاولات العلاج والتقليل من الشجارات وعدم الخوف، وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال.(حسن عبد المعطي، 2003: 321)

ويذكر "العاسمي" عدة إرشادات نفسية وتربوية للأسرة والمعلمين ذات طبيعة وقائية وعلاجية من أجل حل مشكلة الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، ففيما يتعلق بالأسرة يشدد على عدة أمور منها :

- فهم نفسية الطفل وتجنب تخويفه من المدرسة ومنحه اتجاهات إيجابية اتجاه المدرسة والابتعاد عن تخويفه من المدرسة دون قصد، وضرورة الحوار مع الطفل.

- أما فيما يتعلق بالمدرسة ضرورة توفر الصفات السليمة والمألوفة عند المعلمين، وضرورة الاهتمام بالإعداد المهني والأكاديمي للمعلم، لكي يكون مستعداً لمواجهة المشكلات التي تظهر لدى الأطفال بطريقة حكيمة، وعلى المعلمين تجنب العقاب القاسي والشديد في السن المبكرة من عمر الطفل لتجنب احتمال ظهور المخاوف التشريطية لدى الطفل اتجاه المدرسة، وجعل العلاقة بين الطفل والمعلم قائمة على الحب والود والتعاون، وذلك لحاجة الطفل إلى ذلك.(العاسمي، 2007: 34)

- التعبير عن طريق الرسم (كرسم المعلم ورسم المدير...الخ).

- اصطحاب الطفل إلى المدرسة خاصة أثناء القيام بالحفلات كحفل آخر السنة.

- إعطاء صورة جميلة عن المدرسة وعن المعلم.

- لابد من إحاطة الطفل بجو من الدفء العاطفي ليشعر بالآمن والطمأنينة، وإذا صادف الطفل ما يخيفه أو يزعجه في الذهاب إلى المدرسة الواجب التوضيح للطفل عدم المبالغة في خوفه.(أشرف أسعد، 2011: 169)

- أن لا يلمس الوالدين جبهة الطفل لتفحص حرارته صباح كل يوم دراسي طالما هما متأكدان من سلامة حالته الصحية.(سناء سليمان، 2005: 113)

- وإذا كان الخوف سلوكاً متعلماً، وهناك ارتباط كبير بين مخاوف الأطفال ووالديهم لذا يتحتم على الوالدين أن يتحليا بروح الاطمئنان والهدوء، وألا يفزعا ولا يجزعا أمام أطفالهما حتى لا ينتقل هذا الخوف أو الفزع إليهم.

- أن نوضح لأطفالنا أن الامتحانات المدرسية ما هي إلا تقييم لعمل جاد ومتواصل على مدار العام، وأنها وسيلة وليست غاية وذلك لإظهار جوانب التفوق والنبوغ، كما أنها وسيلة لاكتشاف نواحي القصور لتلافيها مستقبلاً، وأن الخوف من الفشل أو الرسوب فيها لن ينال إلا أولئك الأطفال المهملين الذين لا

يؤدون واجباتهم على أحسن وجه، ومما يساعد على ذلك هدوء الآباء الانفعالي وبالأخص في أيام الامتحانات، والابتعاد عن الشحن المعنوي المبالغ فيه، وعلى المعلمين عدم تخويف الأطفال من الامتحانات كأن يلوحوا لهم بصعوبتها أو تعقيدها ومن ثم حتمية الرسوب فيها.

- رفض أسلوب التخويف إذا كنا قد عقدنا العزم على استخدامه دون ضابط أو رابط، ولندرك أن التخويف المبالغ فيه من شأنه أن يمحو شخصيات الأطفال، فقد يلتزمون به ظاهرياً ولكن يبقى بداخلهم رغبة ملحة في التحرر منه حتى بتلك الأساليب اللاشعورية كالانسحاب والانطواء والسلبية أو التسلط والعنف والعدوان.

- ألا يستخدم أسلوب التخويف من أجل إرهاب الأطفال وقسرهم على اتباع أنماط سلوكية معينة، بل يجب أن يستخدم في حدود معينة حسب أنماط شخصياتهم، ودرجة حساسيتهم وإذعانهم لتقبل النصح والإرشاد.

- أن نعطي للأطفال تفسيرات مقبولة لكل الوقائع والأحداث التي يرونها غريبة، وأن نجيب على أسئلتهم التي قد تكون بدافع الخوف بكل هدوء حتى نعيد إليهم ما يفقدونه من طمأنينة وأمان.

- ألا يسخر الوالدان من الأطفال إذا عبروا عن خوفهم من أحد الأشياء أو الأشخاص بل يجب أن نقف بجانبهم ونطمئنهم حتى يذهب عنهم الخوف ويتلاشى.

- عدم قص القصص المخيفة للأطفال سواء بقصد إخافتهم، وبالأخص حينما تعمد بعض الأمهات لتخويف أبنائهن لإجبارهم على الطاعة، أو لكي يذهبوا إلى الفراش لينامو فتنتابهم الأحلام المزعجة والكوابيس التي تؤرقهم.

- عدم اللجوء إلى الأسلوب الديكتاتوري سواء في المنزل أو المدرسة الذي يقوم على الاستبداد والنظر إلى الأفراد على أنهم آلات صماء، وفرض النظم الجامدة التي تقتل الحرية، وتجبر أفرادها على الطاعة العمياء دون إبداء الرأي حتى لا يشب الأطفال وقد تسربت إلى تصرفاتهم وسلوكياتهم روح الجبن.

- العمل بالأساليب الديمقراطية في بيوتنا ومدارسنا التي تقدر قيمة كل فرد، وتعمل على تنميته جسمياً وعقلياً ووجدانياً، وتمنح لكل فرد حرية التفكير والتعبير في حدود مصلحته ومصلحة الجماعة، عندها يشب الأطفال وقد درجوا على النشاط والحركة والحيوية والايجابية، فنقضي بذلك على الخوف والرهبة.(وفيق صفوت، 2005: 263-264)

- ينبغي على الوالدين أن يكفا عن جعل البيت بيئة تحقق كل مطالب الطفل وتنفيذ كل رغباته، فهو حين يذهب إلى المدرسة لن يستطيع المعلم أو المعلمة جعل حجرة الدراسة تتكيف برغباته ومطالبه، بل

سيطلب منه هو أن يتكيف بها، وعموماً فأهم إعداد للطفل تدريبه على أن يتكيف لمواقف وأشخاص آخرين لم يألفهم من قبل، وكلما كان هذا الاعداد مبكراً كان أفضل، ويتم ذلك بالحضانات ورياض الأطفال قبل الالتحاق بالمدرسة الابتدائية.(دسوقي كمال، 1979: 365)

- ينبغي أن تكون للصفوف الأولى ابتدائي خصوصية في كل ما يتعلق بالعملية التعليمية والتربوية، فمن الضروري أن تكون الفصول مختلفة عن باقي الصفوف والمقاعد مناسبة لهذا السن من حيث المقاس والشكل، والجدران متميزة بألوانها الجذابة، وكذلك وسائل الايضاح، بالإضافة لوسائل الترفيه واللعب لابدا أن تخصص لهؤلاء التلاميذ وفق سنهم.

- ينبغي على الوالدين تدريب الطفل على التخلص من خوفه من المدرسة بالقيام بزيارات متعددة مع الطفل قبل بدء العام الدراسي قدر الامكان لحضور حفل يتخلله فقرات ترفيهية أو نشاط رياضي معين حتى يتعود على مشاهدة المعلمين وبعض مرافق المدرسة ويخرج بانطباع إيجابي.

- مساعدة الطفل على اكتساب المهارات التكيفية اللازمة للتفاعل والتواصل في المدرسة مثل مهارات التواصل الاجتماعي وتوكيد الذات وغيرها.

- مساعدة الطفل على اكتساب المهارات اللازمة للنجاح الدراسي مثل مهارات المذاكرة، وهذا لتجاوزه لنقاط ضعفه المساهمة في خوفه من الفشل.

- استخدام العقود السلوكية لتشجيع الطفل على الذهاب إلى المدرسة.

- إزالة المصادر المسؤولة عن خوف الطفل من المدرسة مثل التعرض للعقاب البدني من قبل المعلمين أو زملائه، أو التهديد من قبل الأسرة في حالة الفشل وغيرها.(عبد اللطيف الدبور، 2012: 286)

3-10 العلاج باللعب:

استخدم "فرويد" هذه الفنية في تشخيص حالة الطفل "هانز" الذي كان يخاف أن تعظه الأحصنة، ولكن عن طريق والد "هانز" وقد نظر فرويد إلى هذه الحالة على أساس نظريته في النمو النفسي الجنسي للفرد التي تواجه مصاعب معينة في أعمار أو مراحل معينة.

وقد كان للعب "هانز" التلقائي يقوم بدور حصانه ويترك دمى الخيول تسقط، وكان ذلك السلوك من جانب الطفل يعد بديلاً عن التداعي الحر.(محمد شعلان، 1979: 86)

وفي هذا الأسلوب يتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب، مما يمكنه من ضبط وتوجيه سلوكه نحو الهدف المنشود، وفي علاج الطفل الذي يخاف من المدرسة يعطي المعالج أدوات اللعب الموجودة في غرفة اللعب أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية.

وغالبا ما يقوم الطفل باختيار ألعابه التي يفضلها من بين تلك الألعاب الموجودة في غرفة اللعب، تاركاً المعالج الحرية له في اللعب بها بالطريقة التي يراها مناسبة له دون خوف أو قلق، وهذا الأسلوب يجعل الطفل يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية، مما يتيح له فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والاحباط، فعندما يعطي الطفل أدوات اللعب فإنه يبدأ في التعبير عن مشكلاته التي قد يشجعه على تكرار الموقف الذي يمس مشكلاته الانفعالية، فيعبر الطفل عن انفعالاته ورغبته في عدم الذهاب إلى المدرسة، كما يستطيع أن يجد الحلول لصراعاته، وأن يصل إلى حل لمشكلته من خلال زوال القلق وخفض التوتر الذي يعاني منه الطفل، أما دور المعالج النفسي المتبني أسلوب العلاج باللعب فينحصر في تفسير دوافع ومشاعر الطفل بطريقة تتناسب مع عمره وحالته بعد أن يكون قد كون علاقة بينه وبين الطفل قائمة على الاحترام والثقة المتبادلة، والمعالج النفسي كذلك يحاول أن يوضح للطفل مخاوفه اتجاه الذهاب إلى المدرسة، والتي هي عبارة عن رمز لصراعاته اللاشعورية، حيث يقوم باستبصار الطفل بأصل مشكلته، وعندما يتم فيه الطفل عن أسباب مشكلته، وقد توصل "عبد الرحمن سليمان" (1988) من خلال دراسة قام بها تهدف لدراسة مقارنة بين أسلوبي اللعب غير الموجه والتحصين التدريجي في علاج المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، فقد تكونت عينة الدراسة من (60) تلميذ وتلميذة من أطفال الصفوف الثلاثة الاولى من المرحلة الابتدائية، حيث قسمهم إلى ثلاث مجموعات:

1- **المجموعة التجريبية الأولى:** وهي تلك المجموعة التي طبق عليها برنامج التحصين التدريجي.
2- **المجموعة التجريبية الثانية:** وهي التي طبق عليها برنامج العلاج غير الموجه عن طريق اللعب.
3- **المجموعة الضابطة**: وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين مجموعتي الأطفال التجريبية الأولى والثانية لصالح أطفال المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج باللعب غير الموجه).(عبد الرحمن سيد سليمان، 1988: 02)

وقد استخدمت "كلاين" الدمى المصغرة في اللعب الاسقاطي، وكانت الدمى تمثل في أغلب الأحيان أفراد الأسرة، ويمكن أن يلعب الطفل بالصلصال بطريقة تظهر أن وحدات الصلصال تمثل مجموعة من الناس ربما كانوا من أفراد أسرة الطفل أو الزملاء أو المدرسين في المدرسة، ففي هذه الحالة قد يوافق الطفل أو يرفض ما يقوله المعالج النفسي أو قد يستمر في اللعب، فإذا كانت الموافقة بقلق شديد حيال التفسير الذي يقدمه المعالج، فمن المحتمل أن تتعارض هذه الموافقة مع تفسير المعالج على موقف الانكار من جانب الطفل.(محمد قاسم، 2001: 242)

ولو حاولنا تطبيق ما قلناه عن العلاج باللعب الموجه وغير الموجه في علاج الطفل الذي يعاني من الخوف من المدرسة، فإننا نجد ما يلي:

1- تكوين علاقة طيبة بين الطفل والمعالج النفسي تقوم على مساعدة الطفل على إظهار السلوكات والمواقف المؤلمة التي مر بها في حياته السابقة سواء في المدرسة أو في المنزل أو في البيئة الخارجية، وذلك بهدف اكتشافها والتعرف عليها.
2- الحديث عن جميع الخبرات التي تسبب للطفل قلقاً وتوتراً داخل أو خارج المدرسة، وتشجيعه على توجيه شعوره إيجابياً نحو المعالج.
3- مساعدة الطفل على إدراك هذه الخبرات عن طريق الاستبصار والتعميق بالمثيرات والمواقف التي أدت إلى ظهور القلق والخوف من المدرسة.
4- الرجوع إلى المدرسة بأسرع وقت ممكن.(العاسمي، 2015: 183)

10- 4 العلاج بالإضافة أو التفجر الداخلي:

يعد هذا الشكل من العلاج تقنية من تقنيات العلاج السلوكي التقليدي والذي يعتبر فعالاً في معالجة المخاوف المرضية من المدرسة، وهذه التقنية تم بناؤها على أسس الاشتراط الكلاسيكي، ويقوم هذا النوع من العلاج على تقديم بعض المناظر المتخيلة للطفل الذي يعاني الخوف والقلق بصورة متدرجة بدءاً من المثيرات ذات التأثير الكبير والتي تؤدي إلى استثارة ردود فعل القلق القوية لدى الطفل، بمعنى آخر مواجهة الطفل مواجهة مباشرة وفورية بالموقف المخيف لدرجة عالية من الشدة دون مقدمات، ويترك حتى تبدأ درجة القلق أو الخوف نحو هذه المواقف المثيرة بالتناقص تدريجياً، والهدف من هذه التقنية هو تعريض الطفل لقدر كبير من القلق أو الخوف في الوقت الذي يخلو فيه الموقف من أي خطر موضوعي فضلاً عن استجابات القلق التي لا تجد تعزيزاً يمكن أن تؤدي إلى انطفائها تدريجياً، ويرى أصحاب هذا التوجه في العلاج أن استجابات القلق غير السوية التي يعاني منها الطفل ماهي إلا انتاج

للإشراط الكلاسيكي الصدمي، والذي أدى إلى هذه الصدمة الانفعالية، فإن تقديم المثير الشرطي المكثف في ظل غياب المثير الطبيعي يؤدي إلى إطفاء هذا الدور للمثير الشرطي في إثارة القلق أو الخوف، فالطفل الذي يخاف من المدرسة على سبيل المثال يطلب منه المعالج الذي يتبع هذا الأسلوب أن يتخيل نفسه في أشد المواقف المقلقة له، وهي على سبيل المثال موقف الذهاب إلى المدرسة، والجلوس في غرفة الصف، والوقوف أمام التلاميذ للإجابة على سؤال طرحه المعلم، وعند ذلك يبدأ الطفل يتخيل الموقف الذي يثير الخوف والقلق لديه بشكل متكرر ودون أن يرتبط ذلك بحضور الطفل فعلياً لهذا الموقف، ومع استمرار جلسات العلاج هذه فإنه سوف تنطفئ استجابة الطفل من المثيرات المسببة للقلق لديه، وقد استخدم "سميت وشارب Smith and Sharpe" (1970) هذا الاسلوب في علاج طفل يدعى "بيلي Billy" كان يعاني الخوف من المدرسة لمدة سبع أسابيع قبل أن يبدأ بالعلاج، فقد كان تفكير "بيلي" بعد خمس أو ست جلسات علاجية باستخدام فنية الافاضة مواظباً على الحضور إلى المدرسة بشكل منظم، وانتهى العلاج عند حدود الجلسات الست، وبعد (13) أسبوعاً من انتهاء جلسات العلاج بالإفاضة صرح بيلي أنه كان يحضر إلى المدرسة بانتظام دون قلق، وأكد والده ومدرسوه بأنه كان سعيداً، وتحسنت علاقاته مع أقرانه بشكل ملحوظ.(حساب الدين عزب، 1982: 102)

ويمكن أن نلخص هذا الاسلوب العلاجي بما يلي:

يطلب من الطفل في بداية الأمر أن يسجل في قائمة المواقف التي تثير الخوف لديه بصورة متدرجة بدءاً من أشدها وانتهاء بأقلها شدة، ومن ثم الاسترخاء وتصور نفسه وهو يقترب من الموقف المخيف تقرباً بطيئاً لمدة ثوان شريطة البقاء في وضعية الاسترخاء، ومن ثم جعل الطفل يتخيل مناظر ومواقف سارة حتى يعود إلى هدوئه، وبعدها ينتقل إلى مواقف مخيفة أكثر شدة يكرر السلوك التقريبي الذي مارسه في المواقف السابقة.(العاسمي، 2015: 203- 204)

10- 5 التصور الانفعالي:

استخدم المعالجين السلوكين فنية أخرى للتصدي للمشكلات الانفعالية التي يعاني منها المفحوصين ألا وهي فنية التصور الانفعالي، وهي عبارة عن أسلوب تبادلي فعال يستخدم مع فنية التحصين التدريجي المنظم بمساعدة تدريبات الاسترخاء، والهدف من هذه الفنية هي مساعدة المفحوص على تخيل أو تصور المواقف التي تثير الخوف والقلق لديه بهدف تثبيط انفعال القلق أو الخوف، فقد عالج "لازاروس وابراموبتز Lazarus and Abromawitz" (1962) طفلة تبلغ من العمر ثماني سنوات، كانت تعاني بالإضافة إلى الخوف من المدرسة، التبول اللارادي، حيث استخدم معها الباحثان الصور التي تثير

بعض الانفعالات المتعلقة بمخاوفها في المواقف المدرسية، وذلك من خلال قراءة قصة تتناول خوف طفلة من الذهاب إلى المدرسة، وبعد نهاية العلاج عادت الطفلة إلى المدرسة واستمرت في المواظبة إلى الحضور إليها بانتظام، كما أن التبول اللارادي لديها قد انتهى بعد شهرين من العلاج، وفي فترة المتابعة لاحظ الباحثان ان الطفلة قد تخلصت من خوفها ومن التبول، كما تحسن تحصيلها الدراسي وعلاقاتها الاجتماعية.

والطريقة التخيلية في العلاج تتألف من قيام المفحوص بتخيل المواقف المخيفة على نحو حي بقدر ما يمكن، وأن يخبر كل انفعالات التي تبتعثها تلك التخيلات، ويكون هدف المعالج هو الابقاء على قلق المريض عند مستوى عال بقدر ما يمكن، ويتحقق ذلك بوصفه أكثر رعباً وبشكل مضطرد للمشاهد التي يتم تخيلها، بمعنى آخر إن هذا الأسلوب يتضمن المواجهة القوية للموقف الأكثر اثارة حتى تظهر إشارات واضحة على انتهاء القلق، وبناءاً على الاتجاه الكلاسيكي في العلاج السلوكي فإذا شعر الطفل بالقلق كنتيجة لاشراط سابق، فإن التقدم الجوهري للمثيرات الشرطية في أي مثير أساسي مضاد سيقود حتماً إلى زوال استجابة القلق أو الخوف، وعادة ما تشير الافاضة إلى الطريقة الواقعية المباشرة في العلاج.

أما العلاج التفجيري فهو ينجز المواجهة في خيال الفرد مضخماً إلى حد كبير المخاوف الأسوء بالنسبة له، لذلك فإن المواجهة المباشرة للمخاوف الأكثر شدة في الحياة الواقعية (الافاضة) أمر علاجي ضروري وملح للغاية، ويحتاج الأبوان والمعلمون إلى كثير من الاقناع بأن المواجهة الاجبارية هي الطريقة المثلى، ومن نقطة ثانية هناك الكثير من القضايا العلاجية العملية تحتاج إلى التأمل، فإذا تم اساءة التعامل مع الافاضة، فإن هذا سينعكس سلباً على المعالج، وإلى زيادة القلق عند الطفل، ويؤدي أيضاً إلى عدم تعاون الأبوين.

10- 6 العلاج التوافقي:

وهذا السلوك عبارة عن تعاقد بأن تقدم مكافأة عن كل استجابة يتعاون فيها الطفل والمعالج بشرط أن يستجيب بشكل معين حتى يحصل على التعزيز، وقد أكد كل من "هيرسوفHersov " (1970) و"باترسون Paterson" (1965) على أن ينصب التعزيز على السلوك المناسب لمقتضيات الموقف الذي يتفاعل فيه الطفل مع بيئته بهدف انجاز أمر ما، وأن يتم عدم التعزيز للسلوك غير المناسب، وكان لـ "هيرسوف" بعض الاجراءات لتحقيق ذلك وهي:

1- التعامل مع الوالدين الذين يعززون بطريقة غير مقصودة سلوك تجنب المدرسة لدى الطفل، وأي سلوك آخر يتطلب علاجاً.
2- التعامل مع المرشد النفسي، وذلك لأنه قد يوجد تعزيزاً غير مقصود للسلوك الذي يدل على خوف ورهبة من المدرسة.
3- التعامل مع الطفل نفسه بأسلوب مدعم ومشجع ومساند.(فاروق أبو عوف، 1982: 42)

وإذا عدنا إلى الاجراءات السابقة بشيء من التفصيل لوجدنا أن:

الخطوة الاولى: وفيها يتم التخطيط لتعديل سلوك الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة مع والديه الذين يقومان بتعزيز سلوك الطفل عندما يذهب إلى المدرسة، ويتضمن هذا التعاون مع والدي الطفل ما يلي:

أ- أن يبقى الوالدان حازمين في قرارهما بشأن انتظام طفلهما في الذهاب إلى المدرسة، وغير معززين لأي سلوك يرتبط بخوف الطفل من المدرسة مثل: البكاء والصراخ أو أي شكوى يعبر عنها الطفل التي تتعلق ببعض المواقف بالنسبة له في البيئة المدرسية.

ب- أن يقوم الوالدان بتعزيز أي سلوك يصدر عن الطفل الخائف من المدرسة بأنه على استعداد للذهاب إلى المدرسة في ذلك اليوم لوحده، أو أنه راغب بكتابة الواجبات المنزلية، أو أن يقول لوالديه أنه جاد اليوم في الذهاب إلى المدرسة لكنه بحاجة إلى علبة الألوان.

ج- العمل على محو أو تثبيط أي نوع من السلوك يمكن أن يظهر كبديل للسلوك الأصلي غير المتوافق، ويؤكد "هيرسوف Hersov" على تزويد الوالدين ببعض المعلومات الضرورية عن أسلوب وكيفية استخدام مبادئ وفنيات الاشراط الاجرائي وفق أسلوب مبسط وسهل، وذلك من أجل استيعابه وتطبيقه في الأوقات المناسبة مع الأطفال الذين يعانون مشكلات سلوكية مثل الخوف المرضي من المدرسة.

الخطوة الثانية:

وتعني أن يكون المعالج النفسي مستعداً للتواجد مع الطفل في المدرسة حين يشعر بحالة من الضيق والقلق أو عدم الارتياح، وأن يبقى مشجعاً ومدعماً له خلال هذه الحالة، كما ينبغي أن يكون المرشد حازماً في قراره بشأن عودة الطفل من المدرسة بأسرع وقت ممكن.

ففي دراسة قام بها "ايلون، سميت وروجرز Ayllon, Smith and Rogers" (1970) اعتمدوا فيها على التعزيزات الايجابية والسلبية لفتاة عمرها ثمان سنوات تعيش في مستوى اجتماعي اقتصادي

منخفض، أظهرت الطفلة وهي في الصف الثاني الابتدائي عدم رغبتها في الذهاب إلى المدرسة طوال العام الدراسي الثالث، حاولت الأم أخذها إلى المدرسة، لكن الطفلة أصيبت بصدمة انفعالية عنيفة وبعض الاعراض المرضية فأخذتها أمها بعد ذلك إلى المستشفى، وهناك تم علاجها عن طريق اعطائها بعض الأدوية المهدئة في بداية الأمر لتسكين حالتها، وقد تم تشخيص الحالة من قبل ادارة مشفى طب الأطفال على أنها حالة خوف مرضي من المدرسة، وقد قام الباحثون بوضع جدول لرصد سلوك الطفلة من ناحية التحصيل الدراسي، والتوافق داخل المنزل، حيث استخدم الباحثون العقاب لتجنب المدرسة كتعزيزات سلبية، وبعض قطع الحلوى، والمعاملة الخاصة من جانب الوالدين والباحثين، وبالتدريج بدأت الطفلة بالتحسن، وأصبحت تواظب المدرسة باستمرار، حيث حصلت على نتائج جيدة في الدراسة، في حين كان معدلها الدراسي في السابق في حدود المتوسط، وقد انتهت الدراسة إلى نتيجة هامة مفادها أن استخدام تحليل السلوك وفنيات العلاج السلوكي ثم إزالة أعراض الخوف المرضي من المدرسة هو الحل الوحيد لمعرفة مدى نجاح هذا النوع من العلاج.

الخطوة الثالثة:

تتضمن هذه الخطوة التي تقوم بين المعالج والطفل الذي يخاف من المدرسة ما يلي:

أ- أن يقوم المعالج النفسي بتعزيز أي سلوك يصدر عن الطفل بالاتجاه المطلوب (الذهاب إلى المدرسة) سوءاً كان سلوكاً لفظياً أو سلوكاً اجرائياً.

ب- يقوم المعالج بتثبيط أي سلوك غير سوي يصدر عن الطفل، وذلك من خلال استخدام أساليب عدم التعزيز لهذا السلوك مثل: الصمت، تجاهل السلوك اتجاه بكاء الطفل.

ج- أن يستخدم المعالج مع الطفل أسلوب علاج شخص في مواجهة شخص آخر (العلاج الفردي) كي يفرغ الطفل الشحنة الانفعالية ويطرد أية مشاعر عدوانية نحو أي تعديل في اتجاهه نحو المدرسة أو المنزل أو اتجاه نفسه، وقد عالج "باترسون" (1965) بنجاح حالة طفل في السابعة من عمره يشكو من مخاوف مرضية من المدرسة مصحوبة بعجز شديد عن الانفصال عن والديه وخاصة الأم، وقام "باترسون" بنفسه بدور عامل التغيير الأولي والأساسي لسلوك الطفل، فقد استطاع أن يشكل سلوك الطفل مستخدماً في ذلك المديح والمعززات الرمزية وذلك لتحقيق استقلال الصبي عن أمه في غرفة الاستشارة النفسية، كما استخدم مع الطفل فنية اللعب بالدمى، والتي تتجانس مع المواقف المستمدة من بيئة الطفل، وقد روعي فيها أن تركيبها مساعداً في تشكيل سلوك الطفل.

وبعد مرور إحدى عشرة جلسة كان بمقدوره دخول المدرسة وقضاء بضع دقائق في الصف الدراسي، وبمزيد من الجلسات زاد الوقت المنقضي في المدرسة تدريجياً إلى أن جاءت الجلسة الثالثة والعشرون، إذ تمكن الطفل من المواظبة الكاملة على حضور المدرسة.

10-7 فنية العلاج بالتشكيل:

يعرف "دوجلاس" التشكيل على أنه أي تصرف أو تطور يطرأ كسلوك جديد عن طريق التعزيز لأي سلوك مشابه للسلوك المرغوب فيه، وتدريجياً يقدم تعزيزاً مناسباً ودقيقاً كلما حدث سلوك أكثر دقة أو مجموعة سلوكيات مقصودة، أو وحدة سلوك منضبطة مع الاستجابة الختامية فيكافئ عليها الفرد، أما عن تحديد خطوات التشكيل أو التقربات المتتابعة فيجب قبل البدء في برنامج التشكيل تحديد الاطار الخارجي للتقرب المتتابع من خلال حركة الفرد في محاولته لتحقيق السلوك النهائي، فعلى سبيل المثال لو افترضنا أن الهدف النهائي كبرنامج علاجي هو عودة الطفل الخائف من المدرسة بالرجوع إليها، فإن على المعالج أن يحدد ما يلي:

1- الهدف النهائي من عملية التعلم.

2- استخدام التعزيز الايجابي لتغيير السلوك غير المرغوب به.

3- تقديم التعزيز أو التدعيم مباشرة بعد نجاح الاستجابة المرغوبة.

4- تقديم التعزيز للشخص لكل استجابة صحيحة تقربه من تحقيق الهدف النهائي، ففي حالة الخوف المرضي من المدرسة يمكن مثلاً أن يستخدم هذه الفنية كما يلي:

- اللعب خارج المنزل إذا قام به الطفل مع أسرته فإنه يحصل على تعزيز، إذا قام به الطفل لوحده يحصل على تعزيز.
- كتابة الواجبات المدرسية إذا قام بها الطفل بالتعاون مع أحد أفراد أسرته أو لوحده يحصل على تعزيز.
- الاستيقاظ صباحاً، إذا صحى الطفل بمساعدة أهله يحصل على تعزيز، وإذا صحى بنفسه يحصل على تعزيز.
- الذهاب إلى المدرسة، إذا ذهب الطفل إلى المدرسة برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز، إذا ذهب إلى المدرسة بمفرده يحصل على تعزيز.
- المواظبة: إذا حضر الطفل آخر حصة برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز.
- إذا حضر آخر حصة لوحده يحصل على تعزيز.

- إذا حضر آخر حصتين يحصل على تعزيز.
- إذا حضر آخر ثلاث حصص يحصل على تعزيز.
- إذا حصل أربعة حصص في اليوم برفقة أحد أفراد أسرته يحصل على تعزيز.
- إذا حضر أربعة حصص لوحده يحصل على تعزيز.
- إذا حضر يوم دراسي كامل يحصل على تدعيم (تعزيز).

وفيما يلي عرض لبعض الدراسات التي استخدمت فنية التشكيل أو التي تسمى أحياناً بفنية التقربات المتتابعة، والمتتبع لهذه الدراسات يلاحظ أن بعضها يركز على دور أحد الوالدين أو كليهما في العملية العلاجية، وبعضها الآخر يركز على المدرس، وبعضها الثالث يركز على الاثنين معاً، وقد استخدم "دوليز وليامز Doleys & Williams" (1977) فنية التقربات المتتابعة في علاج طفل يعاني الخوف المرضي من المدرسة، وذلك بالاستعانة بالوالدين، حيث وضعا نظاماً يقوم بمقتضاه العاملون في المدرسة باستدعاء الوالدين بعد أي سلوك فوضوي يقوم به الطفل، حينئذ يحضر الوالدان ويقومان بتنفيذ العقاب الذي هو عبارة عن وضع الطفل في غرفة صغيرة يستطيع أن يخرج منها فقط ليعود إلى الصف الدراسي، وكذلك أعيدت صياغة سلوك الوالدين غير المشروط في المنزل وخلال ثلاثة أسابيع من بداية البرنامج بدأت المواظبة على الحضور إلى المدرسة بشكل كامل، وبعد أربعة أشهر من المتابعة كان يواظب على الحضور إلى المدرسة بشكل جيد كما كان أداءه الاكاديمي جيداً.(العاسمي، 2015: 211- 212)

وفي دراسة أخرى استخدم بعض العاملين المهمين في المدرسة (مدير المدرسة، المعلم، الاخصائي النفسي) كعوامل تغيير، قد كتب "هيرسوف Hersov" تقريراً أشار فيه إلى استخدم المرشد المدرسي في علاج طفل يبلغ من العمر (12) سنة، وقد استدعت المعالجة وجود ثلاثة عناصر منفصلة ولكن بينها علاقة، وقد تم معالجة الأم كعنصر أول على مدار ثلاث عشرة جلسة استشارية للقيام بالتعزيز المناسب، والقيام بإجراءات الانطفاء ذات الصلة بالمواظبة الملائمة على الذهاب إلى المدرسة، وتناولت الجلسات الاستشارية كذلك السلوكيات المتعلقة بالمدرسة، وأيضاً تبريرات الطفل وبكاؤه قبل مغادرته المنزل، كما كان هناك اتصال من جانب المعالج بالمرشد المدرسي كعنصر ثان، وكان الاتصال به من أجل دعم البرنامج العلاجي، أما العنصر الثالث: تمت مقابلة الطفل خلال خمس عشرة جلسة استشارية فردية في محاولة تزويد المعالج بفرصة لتعزيز أنماط السلوك المطلوبة ومحو أنماط السلوك النكوصية كالبكاء واللجوء إلى تبرير والتماس الاعذار من خلال التجاهل وعدم التعزيز، كذلك سمحت الجلسات

للطفل بأن يعبر عن مشاعر العداء المتعلقة بتغيير الاتجاهات سواء في البيت أم في المدرسة، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن البرنامج العلاجي المتبع مع هذه الحالة بعناصره الثلاثة كان فعالاً في تخليص الطفل من السلوك غير المرغوب فيها خلال خمسة عشر أسبوعاً من العلاج، حيث بدأ الطفل في المواظبة للحضور إلى المدرسة بشكل منتظم، كذلك أشارت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة أشهر أن الطفل مازال مواظباً على الذهاب إلى المدرسة.(العاسمي، 2015: 213)

أما العوامل التي يمكن أن تؤثر في فاعلية التشكيل يمكن إجمالها فيما يلي:

1- تحديد السوك النهائي:

إن الخطوة الأولى في عملية تشكيل السلوك هي التحديد الواضح للسلوك النهائي، حيث أن السلوك لا يتم إلا بمشاركة فريق العلاج ومساعدته للحالة على التدريب المستمر والمتواصل مع توضيح كل خطوة من خطوات البرنامج العلاجي، كما يجب أن يكون كل فرد في فريق البرنامج العلاجي، كما يجب أن يكون كل فرد في فريق البرنامج العلاجي بما فيهم الحالة على وعي تام بالدور الذي يلعبه داخل هذا البرنامج، بالإضافة إلى أهمية تقديم التعزيز في الوقت المناسب والمحدد لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية.

أما فيما يتعلق بكيفية صياغة السلوك النهائي، فيجب أن تتم وفقاً للطريقة المميزة لصياغة السلوك وهي: التكرار، الشدة، الديمومة، إلى جانب الظروف التي تمت فيها صياغة السلوك والارشادات المختلفة وفقاً لظروف البرنامج العلاجي المصمم لذلك، ففي حالة الطفل الخائف من المدرسة فإن السلوك النهائي يتجلى في عودة الطفل إلى المدرسة في أسرع وقت ممكن والمواظبة المستمرة والمتواصلة على الحضور عليها، مع غياب أية سلوكيات أخرى تعيق ذهاب الطفل إلى المدرسة (كالبكاء، التعلق بالوالدين، الحجج التي يتفوه بها الطفل والتي تعبر عن عدم رغبته في الذهاب إلى المدرسة).

2- تحديد نقطة البداية للبرنامج:

من المؤكد أن بلوغ النهايات رهناً بالبدايات، لذلك لابد من تحديد نقطة البداية للبرنامج العلاجي وصولاً إلى السلوك النهائي، لأن تعزيز بعض السلوك هو الذي يؤدي إلى المتتابع لباقي السلوك، وأنه ليس بكاف تعزيز السلوك خلال وقت الجلسة، ولكن يجب أن تتابع التعزيز حتى بلوغ السلوك الختامي، كما يجب مناقشة كل فرصة لخطوات البرنامج حتى يمكن تقديم صياغة دقيقة ومحكمة تحديد الخطوة

الأولى أو التمهيدية وصولاً إلى الخطوة النهائية، إذ من المعلوم أنه في برامج التشكيل لا تولي أهمية كبرى لمكان حدوث هذا السلوك، لكن المهم هو مستوى الاتساق الذي سوف تتحقق به هذه الاستجابة في الوقت الحاضر، حيث أن غرض برنامج التشكيل تحقيق هدفين في آن واحد هما:

أ- تعزيز التقريب المتتابع من السلوك الأولي وحتى السلوك النهائي.

ب- يجب أن يكون السلوك الأولي مشابهاً تماماً للسلوك النهائي.

3- تحديد خطوات التشكيل:

يجب قبل البدء في برنامج التشكيل تحديد الاطار الخارجي للتقريب المتتابع من خلال حركة الفرد في محاولته لتحقيق السلوك النهائي، فعلى سبيل المثال لو افترضنا أن الهدف النهائي للبرنامج هو عودة الطفل الخائف من المدرسة إليها، فإن البرنامج يحدد أن الطفل سوف يبدأ بالاستيقاظ صباحاً وبشكل نشيط، ويحضر حقيبته متوجهاً إلى المدرسة بمفرده، فتكون هذه الخطوة الاستجابة التمهيدية الأولى للبرنامج لأنه من المفترض أن الذهاب إلى المدرسة سيمر بعدد من الاجراءات مثل الاستيقاظ صباحاً وبشكل نشيط، ويحضر حقيبته متوجهاً إلى المدرسة بمفرده، فتكون هذه الخطوة الاستجابة التمهيدية الأولى للبرنامج لأنه من المفترض أن الذهاب إلى المدرسة سيمر بعدد من الاجراءات مثل: الاستيقاظ باكراً، ارتداء ملابس المدرسة، حمل الحقيبة، التوجه إلى موقف باص المدرسة أو التوجه لوحده إلى المدرسة أو بصحبة أقرانه، كما أن الطفل أثناء هذه المحاولات يتلقى التعزيز عن كل خطوة أو اجراء يقوم به، وتستمر التعزيزات لعدد من المحاولات حتى يستمر الطفل في تتابع ناجح للخطوات لإحداث السلوك النهائي أولاً هو الذهاب إلى المدرسة دون خوف أو قلق.

ويرى "باندورا وزملائه Bandora et al" فيما يتعلق بفنية التشكيل، إن تشكيل الاستجابة يعدل بشكل تدريجي المسالك عن طريق تعزيز عناصر صغيرة من السلوك الجديد المرغوب فيه، ومن ثم يكون الاقتراب بشكل متتابع أو التقربات المتتابعة من السلوك النهائي.

وقد استخدم "باترسون" بهدف تقديم خطوات متتالية على أن تكون كل خطوة أكبر من سابقتها من الانفصال عن الأم، وقد حاول "باترسون" أن يجعل الطفل يستشعر بالأمن في هذا النوع من السلوك، وأن يتقبله بالنسبة للدمية، ويحدث هذا في الوقت الذي كان فيه على الأم أن تتحرك أبعد فأبعد وبصورة تدريجية، وذلك حتى تغادر غرفة اللعب، وذلك في خطوات تدريجية كما هو الحال في موقف اللعب، وبعد انقضاء عدد من الجلسات العلاجية أصبح الطفل قادراً على الانتظام بالمدرسة ذلك أي نوع من

القلق، كما أنه لم يعد يخشى الابتعاد عن أمه، وقد دلت متابعة الطفل لمدة ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي، وأن هناك تحسناً واضحاً وملموساً في توافقه النفسي والاجتماعي العام، كما أنه لم يبدي أي دليل على خشيته أو خوفه من الابتعاد عن الأم أو وجوده في المدرسة.

وأخيراً يمكن القول أنه من خلال الدراسات الميدانية التي أجريت للتأكد من فاعلية فنية التشكيل في علاج الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة، إن هذا الأسلوب قد أثبت فاعليته سواء كان الأسلوب الوحيد المستخدم أم بمشاركته وفنيات علاجية أخرى كالتحصين التدريجي، أو الأسلوب التوقعي، لذلك يوصي الكثير من الباحثين باستخدامه في مثل هذه الحالات وخاصة الأطفال صغار السن.(العاسمي، 2015: 215- 217)

10- 8 العلاج القائم على التدريب على المهارات الاجتماعية:

يوجد لدى الكثير من الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة مشكلات أساسية في التعامل مع الأقران والاساتذة على حد سواء، فقد أشار "كينغ" (1987) إلى ذلك القول: من المدهش أنه رغم الازدياد الكبير في الابحاث التي تتحدث عن التدريب لتحسين المهارات الاجتماعية في علاج الخوف المرضي من المدرسة، ويعد "داوسن، ريزنر، يونيس، ماتيسون" (1982) أول من قاموا بتعديل هذا الأمر من خلال وصف رائع لطفلة تبلغ من الثانية عشرة من عمرها تعاني الخوف المرضي من المدرسة وخوف زائد من الأطفال الذكور غير المألوفين. لقد عانت الطفلة من مشكلات جسدية متعددة، وقلة في التعامل مع أقرانها في وحدة العلاج النفسي بالمستشفى، حيث تضمن العلاج الانتباه لمجالات عديدة من ضمنها:

1- وضع الجسد وخاصة تصلب الجسد وقلة الحركة في الساق والأطراف.
2- المزاج العصبي المتقلب مثل: الضحك بسخرية أو تهجم الوجه، أو نبرة الصوت العالية.
3- الاتصال العيني.
4- تصنع العواصف والمشاعر المناسبة في التعاملات الاجتماعية.
5- المحتوى الشفهي للرسائل والاستجابات.

أما الاجراءات العلاجية فكانت تسير على النحو التالي: حث المعالج الطفلة للمشاركة في التدريب على أن تغير أو تعدل سلوكها بنفسها من خلال قيامها بتمثيل الأدوار العشرة التي اقترحها "باندورا Bandora" (1969) و"ماتيسون Matison" (1981) في كل جلسة من جلسات العلاج، وعادة ما يسبق

لعب الأدوار نقاش عام لمدة خمس دقائق حول المخاوف المرضية للطفل، وكيف يمكن أن يساعد البرنامج التدريبي في علاجها، وبعد ذلك يشكل المعالج السلوكيات الملائمة قبل أن يطلب من الطفل تمثيل المشهد، ويتم تعزيز الطفل اجتماعياً للتقدم الذي يحرزه، مع تقديم نصيحة محددة حول المجالات التي تتطلب التحسن ومزيد من التعديل، ثم يعاد التدريب على المشهد بكامله، وبعد ذلك يتم تقديم المشهد الثاني، حيث يتبع العلاج نفس المشهد الثاني، حيث يتبع العلاج نفس النموذج، وهكذا حتى يتم انهاء المشاهد العشرة كلها، وقد استمرت الجلسات العلاجية لمدة (24) جلسة علاجية، وبعد (07) أسابيع من انتهاء العلاج، و(12) أسبوعاً من متابعة الحالة واظبت الطفلة على الحضور إلى المدرسة بشكل تام وكان أداؤها جيداً، وكانت تتعامل بشكل طبيعي مع أقرانها، وتعامل بثقة أكبر مع الآخرين كما حدث في النهاية تعميم للمهارات الاجتماعية الأكثر ايجابية لدى الطفلة تشمل مواقف الحياة اليومية خارج المدرسة.(العاسمي، 2015: 215- 218)

10-9 العلاج المعرفي:

إن أصحاب هذا الاسلوب في العلاج يفضلون المنطق على النصيحة، لذلك يؤكدون على المنطق والظروف الجارية للتعامل مع الصعوبات السلوكية التي يعاني منها الكثير من الأطفال وخصوصاً حالات رفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة، كما أن الأسلوب يؤكد على التعليم أكثر من القبول غير المشروط للعلاجات غير الموجهة والعلاج غير المباشر.

10-10 العلاج بالواقع:

يعد "جلاسر Glasser" أول من تحدث عن هذا النوع من العلاج، حيث وصفه بالقول: لكي تكون جديرين بالاحترام يجب علينا الالتزام بمعيار سلوكي نرضى عنه ولكي نفعل ذلك يجب أن نتعلم أن ننصح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ، وأن نعزز أنفسنا إذا ما فعلنا الصواب، وإذا لم نقيم سلوكنا أو إذا لم نعمل على تحسينه، فإننا لن نشبع حاجاتنا وبالتالي لن نكون جديرين بالاحترام، سوف نعاني بشدة نتيجة لذلك من الضغوط، كما يحدث عندما نفشل في الحب، إن الاخلاقيات والمعايير والقيم أو السلوك الصحيح والخاطئ، ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجاتنا لتقدير الذات، وتعد جانباً ضرورياً في العلاج بالواقع.(محمد شعلان، 1979: 85)

كما يرى "جلاسر" أيضاً أن مراحل العلاج بالواقع تبدأ بـ:

1- تحقيق الاندماج الانساني بين المعالج والمفحوص.

2- مساعدة المفحوص على تحقيق حاجاته في العالم الحقيقي.

3- مساعدة المفحوص على تحسين قدرته ورغبته في أن يعيش على نحو أكثر مسؤولية.

وفي حالة الطفل الذي يعاني الخوف المرضي من المدرسة فإن على المعالج أن يناقش عدم حضور الطفل إلى المدرسة، كذلك المظاهر غير المناسبة في سلوك الطفل، وأيضاً التأكيد على نقاط القوة لدى الطفل لكي يساعده على الحضور إلى المدرسة بشكل منتظم.(يوسف عبد الفتاح، 1993: 16-28)

10- 11 العلاج العقلي الانفعالي:

تعتبر محاولة "اليس Ellis" أكبر محاولة لإدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، وقد بدأ أسلوب "اليس" في التطور عندما اقتنع بأن الخبرات المبكرة الخاطئة أو غير المنطقية تستمر، وأنها لا تنطفئ رغم عدم تعزيزها من الخارج، لأن الأفراد يعزون هذه الخبرات المتعلمة بتكرار تلقيناها داخلياً لأنفسهم وبأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم ونظرة خاصة بهم تؤدي إلى رفض العلاج.(باترسون، 1981: 18)

إن المعالج النفسي المؤمن بهذا الأسلوب يساعد الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من المدرسة على أن يجعل تفكيره منطقياً وعقلانياً، ويتم انجاز هذا من خلال حوار يساعد فيه المعالج الطفل على أن يفهم أن المعتقدات التي بدت له منطقية وطبيعية هي الآن غير معقولة وغير منتجة، والأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة يمكن أن يتعلموا التخيل النفسي من أجل تقويم موضوعي، لذلك فإن هناك عدداً من الاستراتيجيات يمكن استخدامها لإنجاز هذا الهدف أهمها: الاقتداء أو لعب الأوار والنصيحة والبناء المعرفي (التخيل أو الادراك النفسي) واستخدام المسرح لإظهار سخافة عدم الحضور إلى المدرسة.(يوسف عبد الفتاح، 1993: 23)

10- 12 العلاج الدوائي:

وفي الجانب الآخر من العلاج النفسي لظاهرة الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال هناك العلاج الدوائي أو الكيميائي؛ إذ يعتقد أصحاب هذا التوجه في العلاج أن سبب الخوف من المدرسة هو التأثيرات الناتجة عن أورام في المخ، لذلك يرون بأن العقاقير الطبية والعمليات الجراحية لها أثر كبير

وإيجابي في علاج مثل هذه الحالات، وقد قام "بوزنانسكي وآخرون Posonski et al" ممن يتبعون هذا الأسلوب في علاج المخاوف الاجتماعية المرضية وتجنب المدرسة، وذلك باستخدام عقار (هالوبيريدول Haloperdol) لدى فئة عمرية مختلفة، وذلك على عينة مكونة من خمسة وعشرون طفلاً، بعضهم في سن المرحلة الابتدائية والقسم الآخر في فئات عمرية مختلفة.

أما الاجراءات التي اتبعها الباحثون مع أفراد هذه الفنية فكانت على النحو التالي: قام الباحثون بتقديم عقار (هالوبيريدول) لعينة البحث لمدة أسبوعين، وبعد ذلك تمكن الأطفال الذين يعانون الخوف من الذهاب إلى المدرسة بصحبة آبائهم في البداية، وبعد أيام عديدة استطاع الأطفال تأدية عملهم المدرسي دون خوف أو رهبة من المدرسة.

واستخلص الباحثون من خلال نتائج الدراسة أن عقار (هالوبيريدول) قد يفيد في التخلص من أعراض الخوف المرضي من المدرسة.

كما تحدث "فرومر Frommer" (1967) عن الأعراض الجانبية المحتملة لعقار (فينوباربيتون Pherobarpitone) والذي يوصف غالباً كمهدئ للأطفال الذين يعانون من اضطرابات مزاجية، والأطفال الذين يخافون بشكل حاد من ترك أمهاتهم وبشكل خاص عندما يذهبون إلى المدرسة، حيث اقترح أن الاكتئاب، والقلق عرض من أعراض الاكتئاب، عندئذ يتم علاج الحالة بمضادات اكتئاب مثل (فينيلزين Phenelzine) و(الناردیل Nardel) و(كلورديزيوكسيد Chlordiazepoxide)، وبناءاً على ذلك فقد عالج "فرومر Frommer" (14) طفلاً بهذه الأدوية الموصوفة أعلاه، وقد كانوا من نموذجين مختلفين:

النموذج الأول: أطفال يعانون من اضطرابات مزاجية.

النموذج الثاني: أطفال يعانون من اضطرابات خوافية عند ترك أمهاتهم، وذلك عندما يذهبون إلى المدرسة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن (28) طفلاً من أصل (41) تحسنوا على مضادات الاكتئاب، وحالة واحدة فقط أظهرت تحسناً طفيفاً باستخدام عقار (لوفنوبايربيتو Lephenobaerbito).

ما يؤخذ على أن النوع من الدراسات هو عدم وجود مؤشرات تؤكد على سلامة تشخيص هذه الحالة بشكل دقيق، كما يغيب عنها في كثير من الأحيان المنهجية العلمية في اختيار العينة السريرية لكل طفل، إضافة لذلك أنها لم تقدم أية معطيات حول حضور الطفل المدرسة، والتحسن في الأداء المدرسي، والأعراض المصاحبة لحالة الخوف من المدرسة عند عرض نتائج الدراسة، كما أن بعض

الأدوية قد يكون لها تأثيرات جانبية مؤذية على بعض الأطفال، تجعل من الصعب على الأهل والقسم الطبي في المستشفى القائم بعملية العلاج التخلص من الأعراض الجانبية لهذا العقار، بالإضافة إلى ذلك فقد يتوقع الأهل أن مشكلة الطفل هي مشكلة صحية وليست سلوكية أو انفعالية.(العاسمي، 2015: 231-232)

كما أن للمدارس النفسية تفسيرات وأساليب علاجية مختلفة لعلاج المخاوف المرضية من المدرسة، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (02): رهاب المدرسة: ملخص مناحي ثلاثة وتفسيراتها وأساليبها العلاجية وجدواها

المنحى العلاجي	تفسيره للمخاوف المرضية من المدرسة	أسلوبه العلاجي
المدرسة التحليلية (التقليدية): التأكيد القوي على ايديولوجية المخاوف من المدرسة (الاسباب المرضية)، وضرورة التعرف عليها والاستبصار العميق بالعلل المساهمة في حدوثه.	- وجود علاقات اعتمادية تكافلية بين الأم والطفل مصاحبة باتجاهات عدائية، وشعور بالذنب، شعور الطفل بالقلق، ويصبح الضيق وسيلته في الانفصال عن الأم ويزاح هذا كله إلى المدرسة.	**التحليل النفسي:** ويعتمد العلاج التحليلي على الاستبصار، وتطوير قوة الأنا، وتحسين العلاقات الأسرية وتقوية التفاعل بين الطفل وأفراد أسرته، وأسلوب العلاج في هذه الحالة مطول جداً، بالإضافة إلى أنه مكلف ويكاد ينعدم دور المدرسة في العلاج
المدرسة التحليلية (السيكودينامية): تأكيد معتدل على الأسباب المرضية للمخاوف من المدرسة، تأكيد قوي على الأنا والوعي بالذات، كذلك هناك تأكيد قوي على التفاعلات مع الأشخاص الآخرين ذوي الأهمية والمكانة.	- وجود استغراق تام في أحلام اليقظة والأوهام من جانب الطفل، إلى جانب احساس متعاظم بالقيمة والأهمية، وصورة الذات لدى الطفل غير حقيقية، ويناضل الطفل للاحتفاظ بصورته غير الواقعية عن ذاته عندما تتعرض للتهديد من المدرسة، والمعلمين، والأقران. ويقود القلق الناجم عن كل ما سبق إلى رفض المدرسة بل ويشجعه على الهروب منها بمطالبة والديه يبقى في البيت.	**العلاج النفسي:** ويعتمد العلاج النفسي على الاستبطان وتقوية الأنا (الذات) مع الاستعانة بالأشخاص الآخرين ذوي الاهمية والمكانة، كما يعتمد العلاج النفسي على مشاركة الأسرة، والأقران، والمعلمين، فاشتراكهم له أهميته في تحقق قيمة التأثيرات المساهمة في احداث المخاوف وفي معالجتها، وتلعب المدرسة دوراً متوسطاً لكن العلاج بهذا الأسلوب يظل مطولاً جداً.
نظرية التعلم: تعطي نظرية التعلم أدنى اهتمام بالأسباب المرضية للمخاوف من المدرسة، وفي المقابل تعطي اهتماماً قوياً وتأكيدا لضرورة ازالة الأعراض والابقاء	**الانماط السلوكية غير التكيفية:** هي انماط سلوكية متعلمة، وهي نتيجة للأحداث البيئية المحركة للتأثيرات السلوكية النوعية فعلى سبيل المثال خوف الطفل من فقدان الوالدين أو	**التشريط الكلاسيكي والاجرائي:** استخدام التعزيز البسيط، التشكيل، النمذجة، التشريط المضاد، الكف بالنقيض، والكف المتبادل، والهدف من استخدام هذه الفنيات هو التعامل

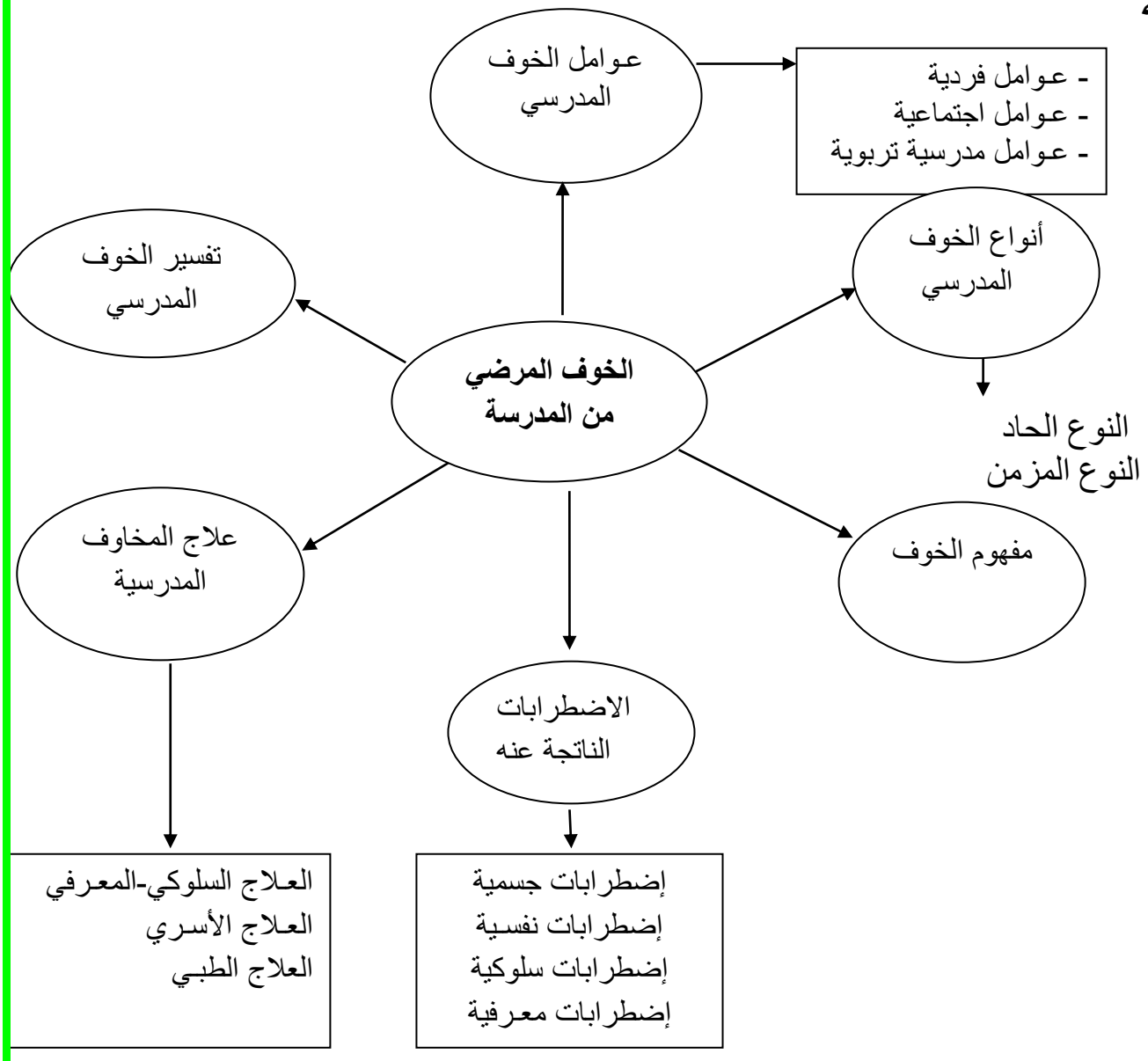
على احتمالات الافادة من سلوك الطفل في السياقات البيئية.

نبذهما له يصبح مشروطاً لفظياً بالمدرسة أو بكافة الأحداث ذات الصلة الوثيقة بالمدرسة.

مع السلوكيات غير التكيفية وعلاجها بشكل مباشر، ودور المدرسة هنا ربما يكون دوراً شاملاً، بالإضافة إلى أن العلاج النفسي يكون اقتصادياً.

(عبد الرحمن سيد سليمان، 1996: 145)

ـة



الشكل التخطيطي رقم (08): يبين خريطة معرفية للخوف المرضي من المدرسة

خلاصـة:

نستخلص من خلال هذا الفصل أهمية دراسة ظاهـرة الخوف المرضي من المدرسة لانعكاساتها ونتائجها الوخيمة على أداء التلاميذ وصحتهم الجسمية والنفسية؛ حيث إن استمراره مع الطفل المتعلم يعيق جودة تعلمه بل قد يكون سبباً من أسباب إخفاقه في دراسته، وقد لا يستند خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة إلى أساس واقعي، شأنه شأن المخاوف المرضية الأخرى، فقد يكون نتيجة خوف الطفل من المعلم أو المدير، أو نتيجة خوفه من الاختبارات التحصيلية، أو خوفه من سخرية زملائه، أو خوفه من حدوث مكروه لأحد والديه، أو خوفه من الخروج لفناء المدرسة، أو خوفه من الذهاب إلى طبيب المدرسة لإجراء الفحوصات، وبالتالي ستظهر هذه المخاوف كاستجابة شرطية لهذه الاضطرابات النفسية، وقد تؤثر على تطور بنيته النفسية ونمو قدراته المعرفية وعلاقاته الاجتماعية وتكيفه المدرسي وحتى مردوده الدراسي.

الفصل الرابع: الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الإبتدائية

- تمهيد.
- أهمية مرحلة الطفولة في النمو السيكـولوجي للفرد.
- الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية.
- الحاجات الأساسية لتلاميذ المرحلة الابتدائية.
- خلاصة.

تمهيد:

تعتبر مرحلة التعليم الابتدائي ذات أهمية كبيرة في السلم التعليمي، وتأتي أهميته في كونه أول المراحل التعليمية التي يتوقف عليها النجاح بدرجة كبيرة في المراحل التعليمية الأخرى، ويمثل التلميذ محور العملية التربوية، إذ أن نجاحه يعني نجاح هذه العملية وفشله يعني فشلها، ولا يتأتى له هذا النجاح إلا بإدراك القائمين عليه لخصائص نموه الجسمية، والعقلية، والحسية الحركية، والانفعالية، واللغوية، والاجتماعية إدراكاً يمكن كل واحد منهم أن يتعامل معه وفق معايير النمو المحددة ووفق التعرف على حاجاته حتى تتكامل الجهود قصد جعله فرداً يتميز بصحة جسمية ونفسية سليمة، ويأتي هذا الفصل ليشمل أولاً أهمية مرحلة الطفولة في النمو السيكولوجي للفرد، وكذا الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية وأهمية التعرف عليها، وأخيراً الحاجات النفسية لتلاميذ هذه المرحلة.

1- أهمية مرحلة الطفولة في النمو السيكولوجي للفرد:

تشير الدراسات إلى وجود اختلافات بين مختلف النظريات التي اهتمت بالنمو عند الطفل، إلا أن الأغلبية منها تتفق على أن لهذه المرحلة أهمية كبرى في حياة الفرد، ويعتبر العديد من الباحثين المهتمين بجوانب النمو المولود الجديد كإنسان معقد والذي سيشهد فيما بعد مجموعة من التحولات القصوى تمس الجانب الفيزيولوجي، وبعد مرور سنوات سيشهد نمواً معرفياً أين سيكتب اللغة وغيرها، أما على المستوى العاطفي فتعتبر العلاقات الأولى للطفل الأساس الأول والنموذجي الذي ستبنى عليه فيما بعد العلاقات الإنسانية للطفل، فقد اعتبر العديد من المحللين النفسانيين مرحلة الطفولة الأساس الأول لبناء ونمو شخصية الفرد.(Karine,2005:18 Durand)

وتؤكد معظم الدراسات والبحوث التي أجريت على أهمية السنوات الأولى من حياة الفرد واعتبارها كمختبر أين يكتشف الطفل عالمه الخارجي، وكيفية التعامل معه ونذكر منها: دراسة "بريار Preyer" سنة (1987) وهو أول من قام بملاحظات منظمة على المولود والطفل في وسطه الأسري، وكذلك "هنري فالون وبياجيه Henry Wallon & Piaget " اللذان قدما بحوثاً هامة تخص النمو النفسي للطفل حيث أن "فالون Wallon" قدم بحوثاً تناولت النمو الانفعالي وأهم الأزمات التي تؤثر على البناء النفسي للطفل، أما "بياجيه Piaget" فبعد قيامه بملاحظات على أبنائه في سنة (1936) اهتم بالعمليات العقلية البنائية عند الطفل.(Maurice Despinoy, 2002:32)

كما أنه لابد من الإشارة إلى أعمال أخرى كأعمال "سبيتز Spitz" وأعمال "ماهلر Mahler" وآخرين، إضافة إلى البحوث الطبية كأبحاث "برازلتون Brazelton" وهي كلها بحوث أكدت نتائجها

أهمية مرحلة الطفولة في التكوين النفسي للفرد ونموه العلائقي، والدور القاعدي الذي تمثله في النمو السيكولوجي للفرد بصفة عامة.

2- الخصائص النمائية لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

وتعتبر هذه المرحلة نقطة الانطلاق لبناء شخصية الطفل، ويمكن أن ننظر لهذه المرحلة وفقاً للاعتبارات التالية:

أ- أن التعليم الابتدائي يتناول الأطفال في مرحلة تتشكل فيها شخصياتهم وهي مرحلة من أخطر سنوات عمرهم.

ب- أن التعليم الابتدائي يضم أكبر عدد من التلاميذ، وهو البوتقة التي ينصهر فيها جميع أبناء الشعب على اختلاف أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.

ج- أن التعليم الابتدائي هو نقطة البداية في تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص، فهو المسئول الأول على التحقيق السليم لهذا المبدأ.

د- إن هذه المرحلة تعتبر أحسن المراحل للتعلم، ويرجع ذلك إلى مجموعة الخصائص الفسيولوجية والنفسية والانفعالية التي يتميز بها الطفل في هذه المرحلة، فالطفل في هذه المرحلة يكون قادراً على إدراك الأشياء، وتزداد قدرته على الابتكار والتخيل والمحاكاة والتمثيل والتفكير بدرجة كبيرة، كما يحب الاستطلاع للتعرف على بيئته وعلى اثبات وجوده في الحياة.(عبد الستار جبار، 2012: 193)

وتتضمن الخصائص النمائية للتلاميذ ما يلي:

أ- معرفة الخصائص النفسية والعقلية والجسدية للأطفال في المراحل المختلفة والتغيرات التي تحدث لهم عن طريق النمو والتطور.

ب- تفسير التغيرات السلوكية التي تطرأ على الأطفال في المجالات السابقة في الأعمار المختلفة وربطها بالخصائص النمائية.

ج- ادراك العلاقات بين السمات العقلية والنفسية والجسدية للأطفال في المراحل المختلفة وبين طرائق تفكيرهم وتعلمهم.

د- أهمية معرفة المعلم للتلاميذ الذين يتولى تنظيم تعلمهم وأهمية عدم قصر هذه المعرفة على أسمائهم وأشكالهم وغيرها من المعلومات الديمغرافية بل يتعدى ذلك إلى الأمور والجوانب التي لها انعكاساتها على تنظيم التعلم مثل قدراتهم العقلية ومستواهم النمائي.

هـ- التخطيط السليم للمواقف التعليمية.

و- تنويع الأسئلة والأنشطة التي يعدها المعلم.

ي- التعرف على أنجح الأساليب في التعامل مع الطلاب.

ح- مراعاة الفروق الفردية في التخطيط والتنفيذ.

ط- اختيار طرق التدريس المناسبة لتلاميذه.

1-2 خصائص النمو الجسمي للتلاميذ في المرحلة الابتدائية:

قبل التوسع في هذا العنصر كان من الضروري التطرق ولو بصفة وجيزة لمفهوم النمو، وأهم النظريات التي تناولته.

وتكمن أهمية دراسة النمو من حيث أن معرفة العوامل المؤثرة فيه ومطالبه في كل مرحلة من المراحل العمرية تساعد كل من الآباء والمعلمين والمهتمين بتربية الطفل في تهيئة الظروف اللازمة للنمو الصحيح، كما يساعد ذلك على ضبط سلوك الطفل في مراحل النمو المختلفة.

مفهوم النمو:

النمو هو عبارة عن سلسلة من المراحل تميزها تغيرات كيفية وكمية في نفس الوقت، وقد يحدث أن الفرد البالغ لا يمكنه فهم الطفل لأنه لا يستطيع الربط بين التغيرات التي يعيشها وما يعيشه هذا الأخير، فجاءت نظريات النمو لشرح ما يعيشه الطفل في مرحلة ما أو وسط معين، كما ظهرت اختلافات عديدة بينها، حيث حدد علم النفس الطفل هذا الاختلاف فيما يلي:

- جوانب النمو التي تهتم به كل نظرية (مثلا: البعد النفسي، والمعرفي، والاجتماعي).
- كما يظهر الاختلاف في نوع المنهج المتبع لدراسة النمو.
- فيما يخص جوانب النمو، فلقد تعددت أبعاد دراسة النمو عند الطفل حتى أن كل نظرية اهتمت بجانب معين منه، فاهتم "فرويد Freud" بالنمو النفسي من الناحية الجنسية Psycho-Sescuel واعتبرها كقاعدة لتفسير الاضطرابات في السنوات اللاحقة من العمر، أما "بياجيه Piaget" فارتكزت أبحاثه على علم النفس التكويني ولب نظرياته كان تطور النمو المعرفي عند الطفل والتي ألغت الجانب العاطفي والاجتماعي من النمو واهتمت به نظريات أخرى كنظرية التعلم الاجتماعي، حيث أشارت إلى دور الاكتساب والتعزيز أو انطفاء السلوك الاجتماعي عند الطفل في علاقته مع المحيط الاجتماعي عامة (Richard Cloutier,Andie Reuaud,1990:08)

أما من الناحية المنهجية فاعتمدت كل نظرية على منهج معين، فلقد استعمل "فرويد" طريقة الاستماع للفرد الذي يعاني من اضطراب دون ملاحظة سلوكه في المحيط الذي يعيش فيه، أما "بياجيه" وهو باحث ذو تكوين بيولوجي فاعتمد على منهج ملاحظة الطفل في مواقف خاصة تستدعي منه حل مشكل معين، وهذا يشير إلى أن كل نظرية اعتمدت على منهج معين يخدم جانب خاص من النمو.(حسن عبد المعطي:2000: 10)

ومن خلال ما عرض نستخلص أن النمو عبارة عن عملية تمايز تدريجي وإضافة معلومات جديدة وإعادة تنظميها، وبالتالي تعقد أكثر فأكثر في المعارف والمهارات، وهذا ما جعل "سيلومي W.Sillomy" يعرفه: "بأنه تطور تدريجي من مستويات بسيطة إلى أخرى معقدة ".

أما "هنري فالون Hanry Wallon" فيقول أن "الفرد بيو- سيكو- إجتماعي" أي أن النمو عملية مركبة من عدة عوامل لا يمكن فصلها عن بعضها.(فيوليت إبراهيم،عبد الرحمن السيد، 2002 :18)

أما "محمد عودة الريماوي" (2003) فيرى أن النمو تغير إيجابي أو تطور نوعي في السلوك والعمليات المعرفية والانفعالية، فمادام النمو مستمراً فالطفل ينتقل من حركة الذراع الكلية إلى حركة الأصابع وحدها، ومن الأصوات إلى الحروف إلى الكلمات، ومن الزحف إلى الحبو إلى الوقوف إلى المشي، ومن العمليات الحسية الحركية إلى صنع الرمز إلى العمليات الفكرية العيانية إلى العمليات الفكرية المجردة.

هذه النقلة من حالة إلى حالة تحمل التطور أو التغير النوعي، وله هدف يتمثل في إيصال الفرد إلى القدرة على التكيف.(محمد الريماوي:20)

لكل مرحلة من مراحل النمو خصائص وصفات تميزها عن غيرها من المراحل، ومرحلة الطفولة من أهم مراحل نمو الانسان، نظراً لما تملكه من خصائص يستطيع الطفل من خلالها اكتساب الكثير من المهارات الحركية والقدرات الادراكية وحبه الشديد للعب والحركة والنشاط الدائم.

يهتم تلميذ المرحلة الابتدائية بالتعبير عن ذاته وإشباع رغباته، وتساعده المدرسة في فتح شهيته لاكتساب الخبرات الجديدة التي تزيده نمواً سليماً، وعلى الرغم من أن الأطفال يشتركون في مجموعة من الخصائص العامة إلا أن هناك فروقاً كبيرة فيما يتعلق بنموهم الجسمي والعقلي والاجتماعي،

والمقصود بالنمو الجسمي الزيادة في الطول والوزن وحجم الجسم، ومن الخصائص الجسمية البارزة لدى تلاميذ هذه المرحلة ما يلي:

ـ يمتاز النمو الجسمي في هذه المرحلة بالبطء والانتظام إذا ما قيس بالنمو في المراحل التي قبلها والتي بعدها، حيث تزداد قوة الطفل العضلية ويتزايد النسيج العضلي، بالإضافة إلى حدوث تغيرات لباقي أنحاء الجسم، وسميت هذه المرحلة بمرحلة الكمون، حيث يكون الطفل في هذه المرحلة أكثر حيوية ونشاطاً وسرعة في الأداء وقدرة على التناسق الحركي، وتتطور لديه المهارات اليدوية نتيجة نضج العضلات.(بطرس حافظ ،2010: 30)

يشير "حامد زهران" إلى أن التغيرات تكون في جملتها في النسب الجسمية أكثر منها مجرد زيادة في الحجم، وتبدأ سرعة النمو الجسمي في التباطؤ حيث يصل حجم الرأس إلى حجم الراشد، وفي منتصف هذه المرحلة يزيد طول الأطراف حوالي 50% من طولها، بينما يزيد طول الجسم ككل في هذه الفترة بحوالي 25% ويزيد الطول بمعدل 5% في السنة، أما الوزن تصل نسبة الزيادة فيه تقريبا 10% سنوياً، وتبدأ الفروق الجسمية بين الجنسين في الظهور فنجد أن الذكور أطول بقليل من الإناث، بينما يتجه الجنسان نحو التساوي في الوزن في نهاية هذه المرحلة.(سعيد زيان،2007 :72)

ـ تتميز هذه المرحلة بتساقط الأسنان اللبنية، ويظهر بدلاً منها الأسنان الدائمة.(سامي ملحم، 2004: 146)

- القدرة على التحمل ضعيفة، فالقلب صغير نسبياً، ويتعرض الأطفال لأمراض الطفولة.
- عظام الطفل لينة، وقد تبرز العيوب القوامية بوضوح.(عبد الستار جبار، 2012: 194)

وتهدف المدرسة الابتدائية من تحقيق النمو الجسمي السليم للتلاميذ أن يلم الطفل بالقواعد الصحية العامة ويمارسها، وأن يعرف مبادئ التغذية الصحية في الأكل، والشرب، والنوم، وأن يتعود ممارسة الرياضة ليكون سليم البدن.(تركي رابح، 1990: 210)

2-2 خصائص النمو الحركي لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

يتميز النمو الحركي لتلاميذ المرحلة الابتدائية بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:

- يتميز الطفل في هذه المرحلة بنشاطه الدائم للحركة ويستخدم عضلاته الكبيرة كالظهر والرجلين التي تنمو أسرع من العضلات الصغيرة كالأطراف.(عبد الستار جبار، 2012: 194)

- تتميز هذه المرحلة بظهور النشاط الزائد عند بعض التلاميذ مع القدرة على تعلم المهارات الحركية التي تساعد على تنمية العضلات، ومن العوامل المساعدة على ذلك انتظام النمو الجسمي الذي يسمح بتوفير طاقة زائدة وتطلع الطفل لفهم العالم من حوله مستفيداً من حواسه وعضلاته.

- اكتساب المهارات الكتابية والعددية ونمو المهارات الخاصة بالرسم والفن والرياضة.

- الاتجاه نحو الأنشطة اليدوية والرياضية.(سعيد زيان، 2007: 73)

- يزيد التآزر الحركي بين العينين واليدين، وتزداد السرعة والدقة.

- يستطيع طفل هذه المرحلة أن يؤدي أعمالاً لنفسه كأن يلبس ملابسه بنفسه، ويشبع حاجاته.(كريمان بدير،2007: 137)

- يميل الطفل إلى كل ما هو عملي فيبدو وكأن الأطفال عمال صغار ممتلئون نشاطاً وحيوية ومثابرة.(كامل عويضة، 1996: 128)

- ظهور النمو التدريجي بالنسبة للأداء الهادف لمختلف النواحي الحركية، كما يظهر التحسن بالنسبة لأداء الحركات وخاصة من الناحية الكيفية، ويتمثل ذلك في أن الطفل يقوم بالرد على كل مثير خارجي بأداء بعض الاستجابات الحركية المختلفة.

- سرعة تحول الطفل بحيث أنه لا يستقر على وضع معين أو مدة طويلة في أداء عمل معين أو ممارسة نشاط واحد.

- تعلم الطفل تدريجياً وبمرور الوقت التحكم في الدوافع التي تبعث على الحركة، حتى لا يقوم دائماً بترجمة وتحويل كل مثير خارجي إلى حركة معينة.(سامي لطفي، 2007: 159)

ويعتبر التفوق في المهارات الحركية عاملاً مهماً في تكوين شخصية الأطفال في هذه المرحلة، فقد ثبت أن الأطفال المتفوقين في المهارات الحركية دائماً يختارون للمراكز القيادية بين زملائهم ليس فقط في النشاط الرياضي ولكن في أغلب الأنشطة المدرسية مثل مسؤولية النظام داخل الحجرة الدراسية وفي الفناء المدرسي.

وتزداد سرعة الاستجابات الحركية وقوتها بزيادة عمر الطفل فقد أثبتت دراسة "جودانف Goodenough" أن هناك علاقة ارتباطية بين سرعة الاستجابات الحركية وقوتها، وبين قوة الطفل وطوله ووزنه وصحته العامة، وقد ثبت أن معظم المتفوقين في النشاط الحركي يميلون للطول والصحة العامة عن زملائهم العاديين.(عزيز حنا، 1982: 08)

أما الفروق بين الجنسين في المهارات الحركية تتلخص في أن الذكور يميلون إلى الحركة التي تحتاج إلى قوة وعنف كلعب الكرة والجري والقفز، بينما تتميز الإناث بممارسة النشاطات الحركية المتصفة بالتنظيم الحركي والدقة كالرقص والعزف الموسيقي.(خليل معوض، 2003: 96)

- يهتم بالنشاط في ذاته بصرف النظر عن نتائجه، وهو ممتلئ بالنشاط ولكنه يتعب بسرعة.
- تزداد القدرة والثقة في هذه المرحلة نظراً لنمو الامكانات الجسمية والعضلية الدقيقة.(عصام نور، 2004: 97)
- ظهور النمو التدريجي بالنسبة للأداء الهادف لمختلف النواحي الحركية، كما يظهر التحسن بالنسبة للأداء الحركات وخاصة من الناحية الكيفية، ويتمثل ذلك في أن الطفل يقوم بالرد على كل مثير خارجي بأداء بعض الاستجابات الحركية المختلفة.
- سرعة تحول الطفل بحيث أنه لا يستقر على وضع معين أو مدة طويلة في أداء عمل معين أو ممارسة نشاط واحد.
- تعلم الطفل تدريجياً وبمرور الوقت التحكم في الدوافع التي تبعث على الحركة، حتى لا يقوم دائماً بترجمة وتحويل كل مثير خارجي إلى حركة معينة.
- في العامين الأولين من هذه المرحلة يتميز الطفل بالنشاط الزائد، كما يربط الكثير من حركاته ببعض الحركات الجانبية الزائدة والتي نجدها بوضوح عند تعليم الطفل بعض المهارات الحركية كالرمي مثلاً أو المهارات الحركية المركبة.(سامي لطفي، 2007: 159-261)
- يزيد الطول بنسبة 5%، كما يزيد الوزن بنسبة 10%، وتساقط الأسنان اللبنية، ويظهر بدلاً منها الأسنان الدائمة، وتظهر الفروق الفردية بين الجنسين بوضوح، فالذكور هم أطول قليلاً من الاناث، أما في الوزن يكاد الجنسان يتساويان في الوزن مع نهاية هذه المرحلة.(سامي ملحم، 2004: 146).

2-3 خصائص النمو الحسي لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

يتميز النمو الحسي في هذه المرحلة ببعض التغيرات تتمثل فيما يلي:

يتجلى النمو الحسي للطفل في هذه المرحلة بإدراك الألوان والزمن وفصول السنة والبعد المكاني للأشياء، ويتوقف ذلك على مدى سيطرة الطفل على أعضائه وعلى خبرته بطبيعة المواد التي تتكون منها الأجسام، وتزداد قدرته على إدراك الأعداد، فيتعلم العمليات الحسابية (الجمع، الطرح، الضرب، القسمة).(بطرس حافظ، 2010: 31)، ففي سن السابعة يدرك فصول السنة، وفي سن الثامنة يدرك شهور السنة ويدرك المدى الزمني للدقيقة والساعة والأسبوع والشهر، وينمو ادراك المسافات أكثر من

المرحلة السابقة وتزداد قدرته على إدراك الأعداد، فيتعلم العمليات الحسابية الأساسية كالجمع ثم الطرح في سن السادسة ثم الضرب في سن السابعة، والقسمة في سن الثامنة.

أما الألوان فيدركها في بداية المدرسة الابتدائية وتظهر قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية.(صلاح الدين العمرية، 2005: 116)

أما عن ادراك أشكال الحروف الهجائية فيلاحظ أنه قبل سن الخامسة يتعذر على الطفل أن يميز بين الحروف الهجائية المختلفة، ومع بداية المدرسة الابتدائية تظهر قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية المختلفة الكبيرة المطبوعة ويستطيع تقليدها، إلا أنه يخلط في أول الأمر بين الحروف المتشابهة مثل: ب- ت- ث- ج- ح- خ- د- ذ- ر- ز- س- ش- ص- ض- ط - ظ- ع- غ.(صلاح الدين العمرية، 2011: 116)

يكتمل نضج حواس الطفل في هذه المرحلة فيزداد إدراكه البصري، كما تزداد دقة السمع فيفرق بين الأصوات المتشابهة.(سعيد زيان، 2007: 79)

ويستمر السمع في طريقه إلى النضج، إلا أنه غير ناضج تماماً.(صلاح الدين العمرية، 2011: 116)

يعاني حوالي 80% من أطفال هذه المرحلة من طول النظر، بينما يعاني حوالي 3% فقط من أطفال هذه المرحلة من قصر النظر، ويزداد التوافق البصري مع التقدم في العمر، وتكون حاسة اللمس قوية في هذه المرحلة.(سامي ملحم، 2004: 266)

وتدل بعض البحوث حول الحاسة الكيميائية أن التمييز الشمي للطفل في سن السابعة لا يختلف كثيراً عن تمييز الراشد.

وتعتبر الطريقة الكلية في تعليم القراءة أنسب في هذه السن من الطريقة الجزئية، فالطفل في هذه السن يشبه الفنان (ادراك كلي) أكثر مما يشبه العالم (ادراك جزئي)، والطريقة الكلية طريقة طبيعية تسير مع طبيعة عملية الادراك ونموها، فالإنسان إذا رأى شيئاً جديداً انشغلت حواسه وعقله بالصورة العامة الكلية لهذا الشيء أولاً، ثم أخذ في تبين الأجزاء والتفاصيل المميزة بالتدريج، فالطفل يدرك كلمة بابا قبل أن يدرك أجزاءها ب، أ، ب، أ.(صلاح الدين العمرية، 2011: 117)

ولرعاية النمو الحسي يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

- الاعتماد في التدريس على حواس الطفل، وتشجيع الملاحظة والنشاط واستعمال الوسائل السمعية البصرية في المدرسة.
- توسيع نطاق الإدراك عن طريق الرحلات إلى المتاحف والمعارض وغير ذلك.(كريمان بدير،2007: 139)
- رعاية النمو الحسي واستخدام الحواس في خبرات مناسبة.
- ويمكن للمدرس أن يحسن دقة الادراك عن طريق تنمية دقة الملاحظة وادراك أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء ودقة إدراك الزمن والمسافات والوزن والألوان...الخ.
- يجب أن تكون كتب القراءة مصورة وخطها كبيراً.(صلاح الدين العمرية، 2011: 117)

4-2 خصائص النمو العقلي (المعرفي) لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

تلعب المدرسة دوراً هاماً في حياة الطفل حيث تعلمه أنماطاً كثيرة من السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتوسع حصيلته الثقافية وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية في ظل إشرافها وتوجيهها، والمدرسة في نفس الوقت تتطلب قدراً مناسباً من استعداد الطفل وإعداده للتوافق مع الحياة الجديدة.(صلاح الدين العمرية، 2011: 118)

يتطلب فهم النمو المعرفي لأطفال هذه المرحلة العودة إلى النظريات والدراسات التي اتخذته موضوعاً لها، ومن بين أهم هذه النظريات نظرية جان بياجيه في النمو المعرفي التي تعد من أكثر النظريات عمقاً وشمولاً، ومن أكثرها تأثيراً في فهم طبيعة النمو المعرفي لطفل المرحلة الابتدائية.

يرى "بياجيه Piajet" أن كل طفل يولد مزوداً بإمكانات أكيدة ومحددة للتفاعل مع البيئة واكتشافها، وهذه الإمكانات هي بداية لنمو تفكير الطفل، فهي تنمو وتتعدل نتيجة الخبرة مع البيئة، كما تؤثر البيئة التي ينشأ فيها الطفل في معدل نموه، وذلك من خلال ما تعرضه البيئة من مثيرات للطفل.(حطيبة فهمي،2009: 28)

ووفقاً لبياجيه يتم النمو المعرفي وفق مراحل متتابعة من الطفولة حتى المراهقة، وكل مرحلة من هذه المراحل تكون نتيجة للمراحل السابقة والمراحل اللاحقة تحتوي ما قبلها.(توق، عدس،1990: 99)

وتتميز هذه المرحلة بمجموعة من الخصائص المعرفية وتتمثل فيما يلي:
- اتساع الآفاق العقلية المعرفية وتعلم المهارات الدراسية (القراءة والكتابة والحساب).(صلاح الدين العمرية، 2011: 113)

- إن احتكاك الطفل بالمحيط المدرسي والاجتماعي يساعدانه على تعلم الكثير من الأنماط السلوكية الجماعية واكتساب المهارات وتوظيفها في تنمية قدراته العقلية التي تزداد نمواً.
- ينمو ذكاء الطفل مطرداً في سن 12 سنة، وفي التاسعة والعاشرة يتقدم البنون على البنات في الذكاء بحوالي نصف سنة، ويمكن تسجيل حضور فروق في الذكاء بين أفراد العمر الواحد والجنس الواحد، وطفل هذه المرحلة يتميز في القدرة على التفكير.(منصوري عبد الحق، 2007: 138)
- ومن مظاهر النمو المعرفي في هذه المرحلة حب الاستكشاف، وهذا الحب للمعرفة يقابله رعاية معرفية من الوالدين متمثلة في توفير مصادر للمعرفة (كتب، ومجلات، وزيارات لأماكن أثرية، ومشاهدة التلفاز...إلخ)، وأيضا يتسم النمو المعرفي في هذه المرحلة بنضج العمليات العقلية العليا (انتباه، وإدراك، وتفكير، وتذكر، وتخيل...إلخ) وتتضح هذه الجوانب فيما يلي:

أ-الانتباه:

هو حصر الشعور وتركيزه على موضوع معين في المجال الإدراكي للفرد، في بداية هذه المرحلة يكون مدى الانتباه بسيطاً ومدته قليلة، وفي نهايتها يستطيع الطفل أن يركز انتباهه ولمدة أكثر من نصف ساعة في موضوع واحد، ويجب أن يكون التدريس للأطفال مشوقاً وجذاباً ويستثير انتباههم ويستخدم في ذلك الوسائل التعليمية المناسبة.

ب- التذكر:

هو عملية عقلية يسترجع بها الفرد خبراته أو معلوماته الماضية التي سبق أن احتفظ بها في ذاكرته، وفي بداية هذه المرحلة يستطيع الطفل أن يحفظ دون فهم إلا أنه في نهاية المرحلة يستطيع الطفل أن يحفظ ويفهم معنى ما يحفظه.

ج- التخيل:

في بداية المرحلة يتسم التخيل بالجموح وعدم التقيد بقوانين الطبيعة فيتخيل الطفل نفسه سوبرمان مثلاً، ويسهم الخيال في زيادة قدرة الطفل على الإبداع.(عماد مخيمر،2009 :257)

- يبدأ التمايز بين القدرات الخاصة وبين الذكاء والقدرات العامة.
- ينمو ذكاء الطفل تدريجياً حيث يبدأ في استخدام المفاهيم والمدركات، وفي آخر المرحلة تنمو لديه القدرة على الابتكار.
- تظهر ملامح التخيل الواقعي الإبداعي وتزداد القدرة على تعلم المفاهيم.(سعيد زيان،2007 :80)

- تنمو المفاهيم ويزداد تعقدها وتجريدها وثباتها، ومن أمثلة ذلك مفاهيم الخير والشر والظلم والعدل...الخ، ويرغب الطفل في هذه المرحلة في معرفة الكثير عن البيئة التي يعيش فيها وعن بلاده وبلاد العالم الأخرى.(محمود منسى، سيد الطواب ،2008 :141)

في هذه المرحلة العمرية يتوقع أن ينتقل الطفل من وجهة نظر بياجيه إلى أنساق جديدة في التفكير بعد أن يكون قد أزال أو هو في طريقه لإزالة العقبات التي كانت تحول دون أن يفكر تفكيراً علمياً سليماً من مثل: التمركز حول الذات، وضعف قدرته على إدراك خاصية الاحتفاظ، وعلى أداء عمليات التصنيف و الترتيب...الخ.(محمد الريماوي ،2003 :291)

فيدرك الطفل خلال هذه المرحلة أن كمية السائل هي متساوية في الوعائيين رغم اختلاف شكلهما، وعلى العموم فإن طفل هذه المرحلة ينمو عنده الإحساس بالثبات فيما يتصل بمفاهيم الكم والحجم والوزن والارتفاع.(Piaget ,1936:44)

والتجربة الكلاسيكية التي قام بها بياجيه في إدراك خاصية الاحتفاظ تبدأ بمسك الطفل بكرتين متساويتين من الصلصال في كل منهما، وعندما يوافق الطفل على أنهما متساويتان يبدأ الجزء الثاني من التجربة، وهنا يغير شكل إحدى الكرتين ثم يسأل الطفل مرة أخرى عما إذا كانت هناك نفس الكمية من الصلصال في كل منهما أو أن أحدهما أكبر من الأخرى، فالطفل في هذه المرحلة سوف يجيب بأن كمية الصلصال قد تغيرت.(محمود منسى، سيد الطواب ،2008 :174)

التحول الآخر المطلوب في هذه المرحلة هو القدرة على المعكوسية "Reversibilily" فالطفل يصبح قادراً على عرض سلسلة من العمليات عرضاً عقلياً كأن يحل سؤالاً حسابياً في عقله، وهي تتعلق بإمكانية الطفل أن يعود في تفكيره إلى النقطة التي بدأ منها، فالأطفال بين الثامنة والتاسعة يستطيعون الإجابة على الأشكال من نوع الصندوق والخشيبات مثال: أربع خشيبات "أ، ب، ج، د" مختلفة في طولها ولكن الفرق بينها بسيط نجد أن طفل هذه المرحلة يؤدي هذه العملية معتمداً منهجية سليمة، وبإمكانهم كذلك تركيب وفك الوحدات والقيام باستنتاجات مثل أ= ب + ج معنى ذلك أن ب= أ- ج أو أن ج= أ- ب أو "أ" أكبر من "ب"، هذه القدرة المجسدة في عكس العملية وفك الوحدة إلى عناصرها المكونة لها وتركيب العناصر في كل جامع هي أساسية لفهم العلاقات المنطقية.(Piaget,1950:137)

كما يستطيع الطفل في هذه المرحلة حسب بياجيه أن يدرك وجود مجموعات تندرج تحت فئة أعم، ويستطيع أن يدرك عقلياً ما إذا كان صندوق ما به عدد من الكرات الحمراء أكبر أو أصغر من عدد آخر من الكرات الزرقاء بدون اللجوء إلى قياس هذا الفرق عن طريق معادلة الكرات واحدة بواحدة، كما يستطيع أن يحل المشكلات عن طريق المحاكاة (التقليد) بدل المحاولة والخطأ، وأن يفرق بين الوقت الحالي والوقت الماضي، ويصنف الموضوعات ويرتبها بتسلسل على أساس أبعادها.(بدر الشيباني،2000 :184)

ويستهدف النمو العقلي المنشود للطفل في المرحلة الابتدائية إكسابه القدر الضروري اللازم له في حياته من ألوان المعرفة وما يتصل به من خبرات واتجاهات سليمة ويتمثل ذلك فيما يلي:

- أن يتمكن الطفل من أدوات المعرفة الأساسية: كالقراءة والكتابة والتعبير بحيث يمكنه أن يقرأ في سهولة ويسر وأن يعبر عن نفسه، وعما يدور حوله تعبيراً سليماً وواضحاً.
- أن يتمكن الطفل من العمليات الأساسية في الحساب (الجمع، والطرح، والضرب والقسمة) والقدرة على استخدامها استخداماً ناجحاً.
- أن يكتسب الطفل خلال المواقف التعليمية في المواد المختلفة المعلومات والخبرات التي تنمي شخصيته، وتزيد من فهمه للحياة حوله، وتساعده على الاندماج في حياة الجماعة.
- أن ينمو لديه حب الاستطلاع وقراءة الكتب والمجلات وبذلك تتوفر لديه القدرة على الاستزادة من ألوان المعرفة وتحصيل المعلومات، ومعرفة كيفية الوصول إليها من مصادرها المختلفة.
- أن يتدرب الطفل على التفكير المنظم.
- أن تنمو لدى الطفل القدرة على الابتكار، والتصرف، والقدرة على حل المشكلات التي تواجهه.(تركي رابح ،1990 :210 - 211)

- يدرك الطفل في هذه المرحلة موضوعات العالم الخارجي من حيث اتصالها ببعضها البعض، فالطفل يستطيع اعطاء وصف لما يحدث في صورة ما، وقد يستعمل بعض الأسماء والأفعال في وصفه.
- كما يتميز الطفل في هذه المرحلة باكتساب اللغة.
- يستمر النمو العقلي المعرفي بمعدلات تتسم بالسرعة.
- تعلم الطفل للمهارات الأساسية نظراً لذهابه إلى المدرسة مثل القراءة والكتابة والحساب، ويهتم بالمواد الدراسية، ويحب الكتب والقصص.

- القدرة على التذكر بمعنى زيادة قدرته على الحفظ، حيث يستطيع الطفل حفظ ما يقارب عشرة أبيات من الشعر تزيد إلى إحدى عشرة بيت في سن الثامنة إلى سن الحادية عشر.

- ينمو التفكير الحدسي المرتبط بالموضوعات في مرحلة ما قبل العمليات إلى التفكير القائم على العلاقات المتبادلة أو العكس في نهاية المرحلة.

- تنمو القدرة على التخيل لدى الطفل في هذه المرحلة من الابهام إلى الواقعية.

- نمو المفاهيم لدى الطفل في هذه المرحلة، في البداية يكون متمركزاً حول الذات ثم تحدث تغيرات في نمو بعض المفاهيم.

- تنمية الابتكار عند الطفل من خلال اللعب والرسم والأشغال اليدوية.

- عدم وقوع في خطأ استعجال تكون المفاهيم واقحامها على الطفل قبل الأوان فيردد الطفل كلمات جوفاء.

- مساعدة الطفل في تنمية تفكيره من الذاتية المركزة إلى الموضوعية النسبية على أن نتخفف من رعايتنا له عاماً بعد عام حتى يعتمد على نفسه في مشكلاته المختلفة، وحبذا لو واجهنا الطفل في جميع مراحل نموه بمشكلات عقلية تتناسب في درجة صعوبتها مع مستوى نضجه، فلا تكون سهلة تمتهن تفكيره ولا صعبة تعجزه وتشعره بالفشل.

- الاهتمام بالتوافق المدرسي وتكوين عادات الدراسة بالنسبة لاستفادة الطفل إلى أقصى حد من الخبرات التربوية التي تقدمها المدرسة، وأهمية توفير الخبرات المباشرة في المنهج.

- النظر إلى الأطفال في المدرسة على أنهم مواطنون صغار بدون أي تفرقة بالنسبة للمولد أو الجنس أو الأصل أو اللون أو المستوى الاجتماعي أو اللغة أو الدين.

- تعاون الأسرة والمدرسة إلى أقصى حد ممكن، وتلعب مجالس الآباء والمعلمين دوراً كبيراً في هذا الصدد وخاصة إذا كثرت المناسبات التي تجمع بين الآباء والمدرسين حيث يناقشون معاً حاجات الطفل النفسية ومدى تقدمه الدراسي وما قد يكون هناك من مشكلات.(صلاح الدين العمرية، 2011: 118- 119)

5-2 خصائص النمو الانفعالي لتلاميذ المرحلة الابتدائية :

تتميز هذه الفترة بالثبات الانفعالي ولذلك يطلق بعض الباحثين على هذه المرحلة اسم "مرحلة الطفولة الهادئة"، وذلك قياساً إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي تتسم بحدة الانفعالات وعدم ثباتها، وقياساً لفترة المراهقة التي تتسم بعدم الاستقرار الانفعالي (عماد مخيمر، 2009 :259)، فخلال هذه

المرحلة تقل نسبة الثورات والتوترات التي كان يعاني منها الطفل في المراحل السابقة في المنزل والحضانة.(عصام نور، 2004: 100)

كما يلاحظ في السنوات الثلاثة الأولى من هذه المرحلة أن الطفل لا يصل إلى مرحلة النضج الانفعالي، ويتعلم الأطفال اشباع حاجاتهم بطريقة بناءة دون الحاجة إلى نوبات الغضب، ويبدي الحب ويحاول الحصول عليه، ويقاوم النقد في الوقت الذي يميل فيه إلى نقد الآخرين، كما يشعر بالمسؤولية ويستطيع تقييم سلوكه الشخصي، ويعبر عن الغيرة بمظاهر سلوكية مختلفة، وتتغير مخاوفه من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوانات والظلام إلى الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية، وتشتد مواقف الغضب في حالة الاحباط.(صالح أبو جادو، 2005: 391-392)

فخلال هذه المرحلة تتسع دائرة اتصالات الطفل بالعالم الخارجي بالتحاقه بالمدرسة، فيتفاعل الطفل مع أقرانه ومعلميه بعد أن كانت علاقاته قاصرة على والديه وإخوته.

فالعلاقات الانفعالية التي كانت محصورة في نطاق الأسرة والتي كانت تنصب على أفراد أسرة الطفل تتوزع على أهداف متعددة تشمل أقرانه في الفصل، ورفاقه في اللعب، ومعلميه الذين يتعامل معهم.

فالطفل أثناء تعامله في البيئة المدرسية يحرص على أن يوافق بين رغباته ورغبات الآخرين، وهذا يطبع سلوكه بالهدوء والثبات الانفعالي.

وفي علاقات الطفل الاجتماعية الجديدة يكون اتجاهات انفعالية وعاطفية من نوع جديد بعد أن كانت انفعالية وعواطفه متمركزة على الأبوين والإخوة، وهذه الاتجاهات الوجدانية الجديدة تكسب الطفل اتزاناً انفعالياً فيخفف الطفل من تركيز انفعالاته الوجدانية على الوالدين فيتيح له ذلك فرصة النمو والنضج الانفعالي والاجتماعي.(خليل معوض، 2003 :102)

كما تشهد هذه المرحلة نمو علاقات الطفل الاجتماعية مع الرفاق من خلال العمل الرمزي وإدراك أن العلاقات الاجتماعية تقوم على تبادل في الحقوق والواجبات.

وتزداد قدرة الطفل في هذه المرحلة على ضبط النفس، وعلى تفسير وفهم المواقف التي يتعرض لها قبل التصرف، كما تقل مواقف الخوف العامة وتزداد مواقف الإخفاق في الأداء، ويبدأ وضوح ميل الطفل إلى تحمل المسؤولية وتقويم سلوكه وتقدير روح المرح والمتعة في اللعب التنافسي مع أصدقائه

مما يساعده على التخلص من الكثير من دوافعه الداخلية كالعدوان والغيرة والعناد.(بدر الشيباني، 2000 :182)

كما تتسم شخصية الطفل بتقبل الضوابط والنظام، وهذا يعود لعدة أسباب من أهمها:

ـ توزيع الطاقة الانفعالية على موضوعات متعددة (الأسرة، زملاء المدرسة، جماعة الرفاق) مما يخفف من انفعالات الطفل ويقلل من حدتها وشدتها.

ـ توزيع الطاقة الانفعالية للطفل في أنشطة متنوعة داخل وخارج المنزل وظهور هوايات الطفل تستنفذ جزء من وقته وطاقته الانفعالية.(عماد مخيمر،2009 :259)

بالإضافة إلى ذلك فإن من أهم سمات النمو الاجتماعي في هذه المرحلة ما يلي:

- السعي الحثيث نحو الاستقلال.
- بزوغ معان وعلامات جديدة للمواقف الاجتماعية.
- تعدل السلوك بحسب المعايير والاتجاهات الاجتماعية وقيم الكبار.
- نمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة.
- نمو الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية.
- اتساع دائرة الميول والاهتمامات.(صلاح الدين العمرية، 2011: 123)

بالنسبة للميول فهي تبدأ في التخصص، كما أنها تصبح أكثر واقعية وموضوعية مما كانت عليه قبل هذه المرحلة، فلم يعد الطفل يهتم بنفسه أي بمشاعره أو حركاته الخاصة، بل أصبح يهتم بأشياء معينة في العالم الخارجي كالمهن المختلفة أو يسجل ميلاً نحو أنواع المعرفة كالهندسة أو الطب أو الطيران.(منصوري عبد الحق، 2007 :137)

أما فيما يخص الانفعالات عند الطفل فهي تختلف عنها عند الراشد بسبب تأثير النضج والتعلم على النمو الانفعالي، وأهم الخصائص المميزة لانفعالات الطفل ما يلي:

أ- شدة الانفعالات: يستجيب الطفل إزاء المواقف البسيطة بنفس الشدة التي يستجيب بها في المواقف الخطيرة.

ب- تكرار ظهور الانفعالات: قد يتكرر ظهور الانفعالات لدى الطفل تكراراً كبيراً، وحينما يكبر يكتشف أن بعض الانفعالات تقابل بالعقاب من الآخرين فيتعلم أن يتوافق مع المواقف المثيرة والاستجابة لها بطريقة مقبولة.

جـ- قصر المدى الزمني لها: قد ينتقل الطفل سريعاً من حالة انفعالية إلى حالة معاكسة لها مثلاً الانتقال من البكاء إلى الضحك.(علاء الدين كفافي ،1990 :93)

د- الاستجابة الانفعالية الفردية: "تعكس فردية الطفل" يتشابه نمط الاستجابة عند جميع الأطفال حديثي الولادة، وبالتدرج فإن آثار التعلم والبيئة تبدأ في الظهور ويصبح السلوك المصاحب للانفعال فردياً.

هـ- تغيير قوة الانفعال من مرحلة إلى أخرى: تتغير الانفعالات في قوتها، فتظهر انفعالاته قوية في مراحل معينة من العمر وتضعف في قوتها بزيادة النمو، بينما هناك انفعالات أخرى تظهر ضعيفة ثم تقوى كلما كبر الطفل ويرجع هذا إلى زيادة النمو العقلي.

و- تحديد الانفعال عن طريق السلوك: قد لا يظهر الطفل تفاعلاً مع الموقف المثير للانفعال مباشرة، ولكن هذا التفاعل قد يظهر عليه من خلال عدم الاستقرار أو ظهور عوارض سلوكية كقضم الأظافر.(روبرت واطسون،2004 :385)

ويلاحظ ظهور بعض الانفعالات لدى الطفل في هذه المرحلة، حيث تظهر مخاوف الأطفال بدرجات مختلفة، وتتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة، فالخوف السابق من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوانات والظلام وغيرها يكاد يقل ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن النفسي والاجتماعي.(صلاح الدين العمرية، 2011: 120)

ويكون العدوان والشجار بين الذكور بعضهم البعض، ويقل بين الذكور والاناث، ويقل جداً بين الاناث والاناث، ويميل الذكور إلى العدوان اليدوي، أما الاناث فعدوانهن لفظي، ويلاحظ أن مشاهدة نماذج العدوان لدى الكبار تزيد من السلوك العدواني عند الاطفال.(صلاح الدين العمرية، 2011: 123)

يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

- رعاية النمو الانفعالي وتفهم سلوك الطفل وإشعاره بالراحة والأمن وأنه مرغوب فيه ليستطيع أن يعبر عن انفعالاته تعبيراً صحيحاً.

- علاج مخاوف الأطفال عن طريق ربط الشيء المخيف بأشياء متعددة سارة كاللعب مع الأطفال الذين لا يخافون نفس الشيء الذي يخافه، وإزالة مصادر خوفه.
- عدم التركيز أكثر من اللازم على أي طارئ سلوكي انفعالي ما لم يستدم ويؤثر في توافق الطفل.
- اتاحة فرصة التنفيس الانفعالي عن طريق اللعب والموسيقى والرسم والتمثيل...الخ. فالتنفيس الانفعالي يزيل التوتر ويفيد في تعريف الكبار بما يضايق الطفل وبحاجاته غير المشبعة، ومن ثم يمكن مساعدته.
- الالمام بالمشاعر الكامنة تحت الاستجابات الانفعالية السطحية والسلوك الظاهر.
- خطورة إتباع النظام الصارم الجامد والمتزمت في التعليم.
- خطورة مقارنة الطفل بإخوته أو رفاقه على مسمع منه حتى لا يتولد الشعور بالنقص عند الطفل على الأقل مرتبة في أعين والديه أو مدرسيه.
- النظر إلى الاضطرابات السلوكية على أنها أعراض لحاجات غير مشبعة يجب إشباعها، وإحباطات يجب التغلب عليها وصراعات عنيفة يجب تعليم الطفل كيف يحلها أولاً بأول.(صلاح الدين العمرية، 2011: 122)

6-2 خصائص النمو اللغوي لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

يتميز النمو اللغوي لتلاميذ المرحلة الابتدائية بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:

- تنمو القدرة على التعبير اللغوي وتزداد المفردات بحوالي 51% عن ذي قبل في هذه المرحلة، كما تتطور القدرة على القراءة للتعرف على الجمل وربط مدلولاتها بأشكالها ثم بعد ذلك إلى مرحلة القراءة الفعلية.(صلاح الدين العمرية، 2005: 120)

فعندما يدخل الطفل المدرسة وقائمة مفرداته تضم أكثر من كلمة، وتعتبر هذه المرحلة مرحلة الجمل المركبة الطويلة، ولا يقتصر الأمر على التعبير الشفوي بل يمتد إلى التعبير التحريري مع مرور الزمن وانتقال الطفل من صف إلى آخر في المدرسة، ويلاحظ أنه مما يساعد على طلاقة التعبير التحريري التغلب على صعوبات الخط والهجاء.(صلاح الدين العمرية، 2011: 119)

تشهد هذه المرحلة نمو اللغة التي تسمح للطفل بالتعبير عن احتياجاته وأفكاره وأحاسيسه، يكون النمو اللغوي أكثر تحصيلاً وتعبيراً وفهماً، ويشمل التعبير الشفهي والكتابي، ويتميز هذا التعبير بالوضوح والدقة والفهم.(سعيد زيان ،2007 :75)

ويظهر النمو اللغوي عند الأطفال في هذه المرحلة في القدرة على تعلم القراءة، وقد أجرى "ديفيد الكيند David Elkind" سنة (1984) بحثاً عن أثر تعلم القراءة على القدرة اللفظية، وأثبت أن تدريب الأطفال الصغار على النطق السليم يمكن أن يكون له أثر كبير على كفاءتهم في القراءة فيما بعد.

إن استعداد الطفل للقراءة يكون موجوداً قبل الالتحاق بالمدرسة، ويبدو ذلك في اهتمامه بالصور والرسوم والكتب والمجلات والصحف، ويحدد "جيزل وآخرون Gesell et al" عدة مؤشرات تشير إلى استعداد الطفل للقراءة، هذه المؤشرات هي:

- الابصار العادي أو المصحح.
- السمع العادي أو المصحح.
- مستوى الذكاء العادي.
- التآزر الحركي.
- النمو السوي العادي للشخصية.
- النمو العادي للغة وفهمها.
- سلامة النطق.
- سواء السلوك بصفة عامة.
- الاهتمام بسماع القصص والقدرة على متابعتها.
- القدرة على تركيز الانتباه.
- القدرة على التوافق مع روتين المدرسة.

وتتطور القدرة على القراءة بعد ذلك إلى التعرف على الجمل وربط مدلولاتها بأشكالها، ثم تتطور بعد ذلك إلى مرحلة القراءة الفعلية التي تبدأ بالجملة فالكلمة فالحرف، وعملية القراءة عملية مركبة معقدة تعتمد على الحركة والتفكير وغير ذلك من نواحي النمو العقلي.(صلاح الدين العمرية، 2011: 120)

وكلما تقدم الطفل في السن تقدم في تحصيله اللغوي وفي قدرته على التحكم في اللغة، وكلما كان في حالة صحية سليمة يكون أكثر نشاطا وأكثر قدرة على اكتساب اللغة، والأطفال الذين يعيشون في بيئة أعلى اجتماعياً واقتصادياً وثقافياً يكون نموهم اللغوي أفضل من الذين يعيشون في بيئات فقيرة.(كريمان بدير،2007: 151)

وهناك بعض المشكلات التي تصاحب المفردات في هذه المرحلة وهي أن الأطفال لا يملكون الخبرة الكافية لتذوق ما تتضمنه الكلمات من معان، ذلك أن في أغلب الأحيان أن المعنى الواحد قد تكون له عدة ألفاظ، وأن الكلمة قد يكون لها معنى خاص وآخر عام، لذلك لا يعني زيادة مستوى فهم الكلمات بنفس الدرجة، كما أن الطفل قد يفهم آلاف الألفاظ لكنه لا يستطيع أن يستخدم منها إلا عدداً محدوداً، كما ترتفع نسبة الجمل البسيطة في حديث الأطفال في هذه المرحلة، وهذا ما بينته دراسة "محمد محمود رضوان" (1960) التي أجريت على عينة من الأطفال بالقاهرة في سن الخامسة وارتفاع نسبة استخدام الأسماء تليها الأفعال فالحروف ثم أنواع أخرى.(أمل حسونة، 2004: 173)

7-2 خصائص النمو الاجتماعي لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

في هذه المرحلة يتدرب الطفل على تكوين علاقات متنوعة، فتساهم المدرسة في بناء شخصية الطفل، وتكون طاقات الطفل على العمل الجماعي ما زالت محدودة وغير واضحة ويكون مشغولاً أكثر ببديلة الأم (المدرسة).(صلاح الدين العمرية، 2011: 122)

فعن طريق المدرسة يتدرب الطفل على ضروب التفاعل الاجتماعي مع أفراد آخرين على مستوى يخالف مستوى التعامل الأسري، يتدرب على الأخذ والعطاء والتعاون، إذ أن المدرسة بيئة حافلة بأنواع المنافسات والخبرات وفيها يمارس الطفل الميول والهوايات، ويتدرب على الحقوق والواجبات.

ويذهب الطفل إلى المدرسة ويتوقف سلوكه الاجتماعي في المدرسة مع جماعات أقرانه وفي البيئة المحلية ومع طبقته الاجتماعية على نوع شخصيته التي نمت نتيجة لتعلمه الماضي في المنزل وفي البيئة المحلية وفي دار الحضانة إذا كان قد مر بها.(صلاح الدين العمرية، 2011: 122)

فالمدرسة إذن ليست حجرات للدراسة ومكان تلقن فيه العلوم فقط، بل المدرسة أبعد من ذلك بكثير فهي بجانب أنها مكان لتلقين العلوم فهي أيضاً معمل اجتماعي يساهم في تشكيل وبناء شخصية الطفل وتربيته وذلك بوسائل متعددة كضروب النشاط الرياضي، والاجتماعي، والثقافي، والفني.

فدور المدرسة هام في تزويد الأطفال بالخبرات الاجتماعية وفي صقل وتنمية المهارات والقدرات والميول، وفي تطبيع الطفل على قواعد السلوك الاجتماعي والأخلاقي.(خليل معوض، 2003 :104)

كما يبدأ الاهتمام بجماعة الرفاق في هذه المرحلة وهذه الجماعة تشكل جزءاً هاماً من مفهوم الذات لدى الطفل، كما تشكل جزءاً هاماً من شعوره بالقيمة وتقدير الذات، كما تؤدي إلى شعوره بالإنجاز.(عماد مخيمر،2009 :261)

ويمكن أن يكون لجماعة الأقران في المدرسة دور واضح في تنمية الجوانب الاجتماعية في شخصية الطفل؛ فوجود الطفل في أسرته لا يكفي لتربيته اجتماعياً.(عبد الحميد شاكر، 2002: 122)

وتكثر الصداقات عن ذي قبل لازدياد صلة الطفل بالأطفال الآخرين في المدرسة، وتكون الصداقات محدودة العدد، ويعتبر الأصدقاء حلفاء له بعد أن كان يعتبرهم منافسين له في المرحلة السابقة، ولا يفرق الطفل في هذه المرحلة في صدقاته بين الجنسين كثيراً، وقد يهتم بالأصدقاء ورفاق السن أكثر من اهتمامه بأفراد الأسرة.(صلاح الدين العمرية، 2011: 123)

ويزداد التعاون بين الطفل ورفاقه في المنزل والمدرسة، وتكون المنافسة في أول هذه المرحلة فردية ثم تصبح في آخرها جماعية في الألعاب الرياضية والتحصيل الدراسي، وإذا كان التنافس نضالاً من جانب الأفراد ضد بعضهم البعض فالتعاون جماعي نحو هدف مشترك.(صلاح الدين العمرية، 2011: 123)

وتعتبر المدرسة مكاناً مهماً لتعليم الطفل الكثير من القيم والمعايير الخلقية والاجتماعية السائدة في مجتمعه، وهو لا يتعلم المعايير والقيم فقط، ولكن يتدرب على تطبيقها واستخدامها الاستخدام الصحيح.(كفافي علاء الدين، 1997: 68)

وتتكون عند الطفل المعايير والاتجاهات والقيم الاجتماعية التي يكتسبها من خلال احتكاكه بالمؤسسات التعليمية والاجتماعية، وهذا ما يشير إليه "حامد زهران": "يزيد احتكاك الطفل بجماعات الكبار واكتسابه معاييرهم واتجاهاتهم وقيمهم، كما يزيد تأطير جماعة الرفاق، ويكون التفاعل الاجتماعي مع الأقران على أشده، يشوبه التعاون والتنافس والتماسك، ويبدأ تأثير النمط الثقافي العام وتنمو فردية الطفل وشعوره بفردية غيره".(سعيد زيان نقلا عن حامد زهران، 2007 :82)

ويتابع الطفل باهتمام ما يجري في وسط الكبار من جنسه، فنجد الطفل يستمع لأقوال والديه ومناقشاته مع أصدقائه، ويحاول فهم هذه الآراء ويرددها، بينما الفتاة تولي الاهتمام لما تهتم به أمها وأخواتها الكبار.

ويظهر التقدم الاجتماعي للطفل في لعبه بعد أن كان لعبه انعزالياً في سنتي مهده فردياً في طفولته المبكرة، يصبح لعباً جماعياً في هذه المرحلة، بمعنى أنه يستطيع أن يشارك في الألعاب الجماعية كعضو في فريق، ويلعب بروح الفريق، وأن يتقبل الخطة العامة التي يلعب بها الفريق، وأن يتعاون مع بقية الأعضاء لتحقيق النصر الذي ينسب للفريق ككل وليس لفرد فيه، وهكذا يمثل تطور لعب الطفل نمواً اجتماعياً (علاء الدين كفافي، 1998: 85)، ومن خلال اللعب الجماعي يتعلم الأطفال الكثير عن أنفسهم وعن رفاقهم وتتاح لهم فرصة تحقيق المكانة الاجتماعية.(صلاح الدين العمرية، 2011: 123)

كما تظهر اجتماعية الطفل في موقفه من الثقافة ممثلة في العادات والعرف، والآداب الملتزم بها في الأسرة، والطفل يحاول فهم تلك العادات والآداب ويلتزم بها هو الآخر.(علاء الدين كفافي، 1998: 85)

أما فيما يخص العوامل المؤثرة في النمو الاجتماعي في هذه المرحلة وبصفة خاصة هو عملية التنشئة الاجتماعية في المدرسة بعدة عوامل منها: البناء الاجتماعي للمدرسة، وحجم المدرسة وسعتها، وأعمار التلاميذ، والفروق الاجتماعية والاقتصادية بين الأطفال، وكذلك يتأثر بعمر المدرس، وجنسه، وحالته الاجتماعية وشخصيته، ويتأثر أيضاً بالعلاقة بين المدرس والطفل، والعلاقة بين التلاميذ بعضهم، والعلاقات بين المدرسة والأسرة. وتؤثر علاقة الطفل بالوالدين واستخدام الثواب والعقاب في توافقه الاجتماعي.

كذلك يتأثر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة بعوامل هامة مثل وسائل الاعلام والثقافة العامة والخبرات المتاحة للتفاعل الاجتماعي.(صلاح الدين العمرية، 2011: 124)

3- الحاجات الأساسية لتلاميذ المرحلة الابتدائية:

يسعى الفرد في حياته لتحقيق الكثير من الأهداف، وتحقيق هدف من الأهداف يعني إشباع حاجة بذاتها مما يؤدي من حيث هو خفض للتوتر إلى ظهور حاجة أو حاجات أخرى وراء هدف آخر، وهكذا فالحياة البشرية ليست في صميمها إلا سلسلة من الأهداف المتتابعة، والتي تكمن وراءها الكثير من الحاجات والدوافع، والتي يسعى الفرد باستمرار لمحاولة إشباعها لإعادة التوافق والاتزان، وبقدر إشباع هذه الحاجات تتوقف الصحة النفسية للفرد.

تكتسب الحاجات خواصها من خلال الأثر الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، فالحاجة إلى النجاح والحاجة إلى الإنجاز تظهران بوضوح لدى تلاميذ هذه المرحلة، وتسعى إلى تحقيق مستوى

معين في المجتمع، ولذلك فإن اختلاف المستويات الثقافية من مجتمع لآخر يجعل نظام الحاجات لدى الأفراد يختلف طبقاً لاختلاف هذه المستويات.(أنور الشرقاوي، 1988: 41)

يشير "حامد زهران" (1982) أن للنمو مطالبه وحاجاته، وتنتج هذه المطالب من تفاعل مظاهر النمو العضوي كما في تعلم المشي، وآثار الثقافة القائمة كما في تعلم القراءة، ومستوى طموح الفرد كما في اختيار المهنة.(كركوش فتيحة نقلا عن حامد زهران، 2011: 20)

لقد وضع "ماسلو Maslow" ترتيباً هرمياً للحاجات في أدناه الحاجات الفسيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والماء والأكسجين والراحة والنشاط والجنس والإشباع الحسي وهي الحاجات الأساسية وعندما تشبع هذه الحاجات ينتقل الفرد إلى إشباع الحاجات في المستوى الأعلى وهي الحاجة إلى الأمن، يلي ذلك الحاجة إلى الحب والانتماء والتفاعل، يتلو ذلك في المستوى الحاجة إلى المكانة والاحترام والتقدير واحترام الذات يلي ذلك الحاجة إلى تحقيق الذات، وأخيراً تأتي الحاجات الجمالية، ولاشك أن فهم حاجات الفرد وطرق إشباعها يضيف إلى قدرتنا على مساعدتها للوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي و التوافق النفسي والصحة النفسية.(حامد زهران،1995: 35)

الحاجة شيء ضروري لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية) فالحاجة إلى الأكسجين ضرورية للحياة نفسها وبدون الأكسجين يموت الفرد أما الحاجة إلى الحب والمحبة فهي ضرورية للحياة بأسلوب أفضل وبدون إشباعها يكون الفرد سيء التوافق.

الشكل رقم (09): يبين سلم ماسلو للحاجات الانسانية

أولا: <u>الحاجات الأولية اللازمة للبقاء (المستوى الأول)</u>:

1- الحاجات الفسيولوجية:

وهي حاجات أساسية للفرد من أجل نموه وقيامه بواجباته ووظائفه الفسيولوجية وأهم هذه الحاجات (الحاجة إلى الطعام، والحاجة إلى الشراب، والحاجة إلى التنفس، والحاجة إلى الدفء والراحة والنوم والحركة وكل ما هو ضروري للبقاء)، فكلما مارس الطفل الحركة بحرية اكتسب قوة جسمية وساعد ذلك على النمو الطبيعي واكتساب خبرات ومعلومات عن العالم الخارجي، وإشباع هذه الحاجات بطريقة سليمة له دور هام في حياة الفرد ويساعده على تدعيم صحته النفسية ومساعدته على التكيف السليم.(صالح الداهري،2005: 198)

2- الحاجات الأمنية:

الأمن هو من أهم الحاجات الأساسية الضرورية لنمو النفسي السوي والتوافق، والصحة النفسية للفرد بعد الحاجات الأولية، فالأمن يعني تحرراً من الخوف أياً كان مصدر هذا الخوف، ويشعر الإنسان بالأمن متى كان مطمئناً على صحته وعمله ومستقبله وأولاده وحقوقه ومركزه الاجتماعي، كما يعني رغبة الفرد في السلام والأمن والطمأنينة وفي تجنب القلق والاضطراب والخوف.

وتظهر الحاجة إلى الأمن لدى الأطفال بوضوح في تجنبهم لمواقف الخطر والخوف من الأشياء غير المألوفة، فهي تحررهم من الخوف وأن لا يكون مهدداً في مستقبله، وأن يكون مستقراً في حياته الأسرية والمدرسية.

3- الحاجة إلى الشعور بالحب والانتماء:

وضع ماسلو الحاجة إلى الحب والانتماء في المستوى الثالث بالهرم، فالإنسان كائن اجتماعي بطبعه يحب الانتماء للجماعة، وتحقيق نوع من التعايش القائم على المحبة والألفة.

فعندما يتم إشباع الحاجة إلى الأمن يتوجه إلى مقابلة حاجته الطبيعية للمحبة والعطف والانتماء والقبول، وهذه الحاجة تشكل واقعاً هاماً في السلوك التنظيمي للفرد، حيث تدفعه لبذل جهد مقصود في البحث عن مواقف تيسر له إشباع هذه الحاجة، مما يجعله يمارس سلوكيات إيجابية يكون مردودها إشباعاً لهذه الحاجة ونجد حاجة الانتماء تظهر في سلوك تلاميذ المرحلة الابتدائية عندما يرغبون في الانضمام إلى أقرانهم، ونوع العلاقة التي تربط بينهم، وفي رغبتهم في الانضمام إلى النوادي الرياضية وغير ذلك من أوجه النشاط الاجتماعي، والوقت الذي يمضونه في هذا النشاط الجماعي مبتعدين عن

النشاط الفردي ولا تقتصر الحاجة إلى الانتماء على مجرد ميل الفرد إلى الوجود في جماعة بل إن قوامها هو شعور الفرد بأنه جزء متكامل من جماعة يتعاون أفرادها ويتساندون ويهتم بعضهم ببعض، فإذا لم تشبع هذه الحاجات نتيجة لغياب الأصدقاء أو الأقران أو الأقارب بوجه عام فإن الطفل يشعر بالوحدة والخواء النفسي.(كاملة شعبان، عبد الجبار تيم، 1999: 18)

والحاجة إلى الحب والمحبة من أهم الحاجات النفسية اللازمة لصحة الفرد، فتتمثل هذه الحاجة لدى الفرد في اهتماماته نحو تقبل الآخرين له، وإنشاء علاقات حميمية مع الأصدقاء والأقارب، ولاشك أن كل فرد يسعى إلى أن ينظم بيئة اجتماعية صديقة تلائمه من حيث الميول والعواطف والأهواء ويجمع بينهم رباط متين.(علاء الدين كفافي، 1990 :93)

إن صحة الطفل النفسية وتوازنه العاطفي لا يتوقفان على تلبية الحاجات الفيزيولوجية، بل يرتبطان بشكل قوي بمدى قدرة المحيط على توفير الطمأنينة كما يقول العالم "برستون Preston" يستدعي توفر الحب والقبول والاستقرار معاً، ويعود مسؤولية توفير هذه الاركان الثلاثة إلى الوالدين من خلال علاقتهم المباشرة مع الطفل.

فالحب الذي تقدمه الأم لوليدها ضروري ليس فقط لنموه العاطفي وإنما أيضاً لنموه الجسدي والعقلي، فهو الغذاء النفسي للطفل على حد تعبير "سبيتز Spitz"، وتؤكد ذلك الدراسات التي أجريت على أطفال المؤسسات الذين نشأوا بعيداً عن أمهاتهم حيث أجريت مقارنة بين أطفال تربوا في مؤسسات توفرت فيها كل أسباب الرفاهية والعناية، وأطفال نشأوا في السجون مع أمهاتهم المنحرفات، إذ تبين أن نمو أطفال المجموعة الثانية كانوا أوفر حظاً بكثير من جميع النواحي النفسية والعقلية وحتى الجسدية، قياساً إلى نمو أطفال المجموعة الأولى.(محمد النابلسي، 1996: 41)

وتتمثل الحاجة للانتماء في الرغبة في الانتماء العاطفي، واقامة العلاقات العاطفية، والرغبة في إيجاد مكانة بين الآخرين وتحقيق المكانة الاجتماعية.(صالح الداهري،2005: 199)

إن إحساس الطفل بأنه مقبول، وأن له مكانة مميزة عند والديه والأقربين يولد عنده شعوراً بالطمأنينة والأمان، ويقوي ثقته بنفسه وبالعالم من حوله، وقد لوحظ أنه رغم كل مظاهر القبول والمكانة التي تعطى للطفل من خلال توفير أسباب الراحة وتأمين حاجاته فإن حدسه يستطيع أن يبين

مدى حب أبويه له ورغبتهما به، وحتى نوع العلاقة التي تربطه بهما، إن عدم قبول الطفل لاشعورياً من قبل الأهل ينطوي على مقدار أكبر من الأخطار بالنسبة للطفل.(محمد النابلسي، 1996: 42-43)

إن إحساس الطفل بأنه منبوذ من طرف أبويه أو من أحدهما يولد عنده شعوراً غامضاً بالذنب يرافقه احساس بالخوف، فيحاول أن ينسج حوله في هذه الوضعية أوهاماً خيالية، وفي كل الحالات يترك ذلك آثاراً سلبية على صحته النفسية.

والمكانة التي يحتلها الطفل في وعي الأهل يجب أن تنطلق من قبول الطفل لذاته وليس لأفعاله أو لما يحققه من أمان وأحلام أبويه واعية كانت أو غير واعية.

من هنا نستطيع أن نفهم الآثار العميقة التي تنجم عن علاقة الطفل بوالديه، فالطفل لا يؤذيه عقاب أو تعنيف على ذنب اقترفه إذا كان موقناً من حب والديه له وقبولهما له، في حين أن أكثر ما يؤلمه نفسياً هو شعوره باللامبالاة والبرود العاطفي الذي ينجم عن علاقة ولديه به رغم سعيهما الحثيث لتأمين وسائل الراحة والرفاهية له.(محمد النابلسي، 1996: 43)

مما تقدم نستطيع القول أن صحة الطفل النفسية تتأثر بطبيعة العلاقة التي يقيمها مع أبويه، وبمدى حاجته لمشاعر الحب اتجاهه بشكل دائم، واشعاره بمكانته المميزة عندهما، فينشأ قوياً وقادراً على تخطي المراحل الحساسة من نموه، والتغلب على نزواته، والتنازل عن أنانيته، وارجاء اشباع حاجاته، مما يسمح له بإقامة علاقات سوية مع محيطه وأقرانه.

ثانيا: <u>الحاجات الثانوية (المستوى الأعلى)</u>:

1- الحاجة إلى الاحترام والتقدير:

تتمثل في الحاجة إلى تقدير الذات والحب، فبعد إشباع الفرد للحاجات الثلاثة السابقة يبدأ حسب وجهة نظر "ماسلو Maslow" بالسعي لإشباع حاجاته إلى التقدير التي تضمن عملية داخلية مثل احترام الذات والاستقلالية والتحصيل، وعوامل تقدير خارجية مثل أن تكون له مكانة وأن يحظى باعتراف الآخرين وانتباههم، ويلاحظ أنه كلما تم الاقتراب من قمة هرم ماسلو تصبح الحاجة أكثر تجريداً وأصعب في الاشباع، ويدخل في عملية إشباع هذه الحاجة التصور الذاتي الذي يحمله الفرد عن نفسه.

وتظهر هذه الحاجة بوضوح عند طفل هذه المرحلة الذي يجب أن تقدر ذاته، وتحترم إرادته، وتبدو واضحة عندما يرفض السماح للآخرين بالتدخل في شؤونه الخاصة أو بنقده أو التعليق على تصرفاته، يرغب في الخروج والبحث عن جماعات الأطفال الذين من عمره والذين يجد معهم المعاملة التي ترضي ذاته.(صالح الداهري،2005 :198)

وحاجة الطفل إلى التقدير الاجتماعي تتضمن حاجته إلى أن يشعر سواء من داخله أو من جانب الآخرين بأن ما يقوم به من أنواع السلوك المختلفة عمل له قيمة وأهمية، وهذا يجعله أكثر ثقة في امكاناته وقدراته وأكثر قدرة على تحدي الصعوبات التي يمكن أن تواجهه حال وجوده بين أقرانه كما يعطيه القدرة على المساهمة الإيجابية والفعالة في تحقيق أهداف الجماعة التي ينتمي إليها، والحاجة إلى التقدير الاجتماعي تمثل مظهراً عاماً بين أطفال المرحلة الابتدائية، كما تصبح الحاجة إلى التقدير واضحة بين الجنسين وبعضهما، وبينهما وبين المراهقين والراشدين.(خليل معوض، 2003 :105)

2- الحاجة إلى تحقيق الذات:

تتمثل في رغبة الفرد في أن يكون ما يريد هو من نفسه لا ما يريده له الآخرون فيحقق آماله وطموحاته بما يتناسب مع شخصيته.(كاملة شعبان، عبد الجبار تيم، 1999: 17)

وللخبرات المدرسية أيضاً دور مهم وفعال في تحقيق الذات؛ فهي المؤسسة الاجتماعية التي تتقبل الطفل بكل حسناته وسيئاته عندما يأتي من المنزل، وترتبط الخبرات المدرسية ارتباطاً وثيقاً بتحقيق الذات لدى الطفل، وتظهر الدراسة التي أجراها "شارلوت بوهلر" (1952) أن الأشخاص الذين يمتلكون خبرات وذكريات جيدة عن حياتهم المدرسية (علاقات الزملاء، المعلمين، النجاح الأكاديمي، الأنشطة الرياضية والترفيهية) يحملون مفاهيم ايجابية عن أنفسهم (الذات) وبالمقابل فان الخبرات المدرسية البائسة والفشل الدراسي تؤثر بشكل مدمر على الذات، وتؤدي إلى الشعور بعدم المقدرة والكفاءة، والخوف، والارتباك، وعدم الشعور بالأمان، ومن العوامل المدرسية التي تؤثر على تحقيق الذات المعلمون وطرقهم في حث التلاميذ على الدراسة والتحصيل، والأنشطة المدرسية الرياضية والترفيهية والاجتماعية سواء لدى الذكور أو الاناث.(عبد الله نبوية، 2000 :31)

إن الحاجات في مرحلة الطفولة تختلف عنه في المراحل الأخرى، وتأخذ في التعقيد في المراحل التالية حينما يخرج الفرد إلى المجتمع الخارجي ويواجه كثيراً من المثيرات في مختلف المواقف السلوكية التي يتعرض لها.

3- الحاجة إلى النجاح:

إن الحاجة إلى النجاح من الحاجات المكتسبة التي تنمو بالإشباع وتضعف بالحرمان، فحرمان الطفل من أمه في السنوات الأولى من عمره يحرمه من كل فرص التعلم والتدريب (ابراهيم العثمان، 2011: 36)، وتحقيق هذه الحاجة تشعر الطفل بالأمن والثقة بالنفس.(صالح الداهري،2005 :198)

وهناك حاجات أخرى ثانوية:

أ- الحاجة الى اكتساب المهارات اللغوية: تعد مرحلة الطفولة من أسرع مراحل النمو اللغوي تحصيلاً وتعبيراً وفهماً، فالنمو اللغوي في هذه المرحلة له قيمته في التعبير عن النفس والتوافق النفسي والاجتماعي والنضج العقلي.(ابراهيم العثمان، 2011: 36)

ب- الحاجة إلى تنمية القدرة على التفكير: يعد نمو التفكير مظهراً من مظاهر النمو العقلي الذي يتوقف على خبرات الطفل الحسية بالبيئة التي حوله، وتفكير الطفل يقوم على ادراكه الحسي وما يكونه من صور ذهنية مختلفة حسية ولفظية، يسترجعها ويستحضرها في سياق نشاطه العقلي.(ابراهيم العثمان، 2011: 36)

خلاصة:

إن معرفة التلاميذ معرفة دقيقة وموضوعية وواعية تجعل المعلم أقدر على القيام بمسؤولياته، وأقدر على تنفيذ مهماته التعليمية بما ييسر التعلم ويجعله أكثر نجاحاً وفاعلية، ولذلك علينا أن نجعل التعرف إليهم عقلياً وجسمياً واجتماعياً غاية مرحلية نتوسل بها لتحقيق غاية أكبر وأعظم هي توفير فرص النمو المتكامل السوي والمتوازن لأطفالنا.

وعلى المعلم أن يتحسس احتياجاتهم المرحلية ويحقق التجاوب معهم، وهذا للتقليل من ظهور أي اضطرابات نفسية وسلوكية ومدرسية، كما أن تجاهل مثل هذه الحاجات وعدم تمكنه من إشباعها من شأنه أن يجعل هذا التلميذ غير قادر على الاندماج في وسطه المدرسي والاجتماعي.

الفصل الخامس: التحصيل الدراسي

- تمهيد
- تعريف التحصيل الدراسي
- أنواع التحصيل الدراسي
- شروط التحصيل الجيد
- العوامل المؤثرة في عملية التحصيل الدراسي
- دور المدرسة في خفض التحصيل الدراسي
- دور جماعة الاقران في التحصيل الدراسي
- الدافعية والتحصيل الدراسي
- أهداف التحصيل الدراسي
- أهمية التحصيل الدراسي
- أدوات قياس التحصيل الدراسي
- خلاصة

تمهيد:

يعتبر التحصيل الدراسي من المفاهيم المتداولة كثيراً عند الباحثين في مجال التربية وعلم النفس، وتوصلت العديد من الدارسات والأبحاث إلى أنه المجال الأكثر موضوعية، ويعتبر محكاً أساسياً للتعرف على المستوى التعليمي الحقيقي للمتعلم، ويتم عن طريقه معرفة فعالية المؤسسات التعليمية، فهو عملية مستمرة يستخدمها المعلم لتقدير مدى تحقيق الأهداف عند المتعلم، كما يعمل على مساعدة المؤسسات التربوية والتعليمية على استخدام نتائج التحصيل في عملية التخطيط والتقدير، فالتحصيل الدراسي عملية معقدة يتدخل في حدوثه مجموعة من العوامل لجعل عملية التعلم أكثر فاعلية واستثماراً من طرف المتعلم، ويشارك فيها مجموعة من الأطراف التي تعمل جاهدة للدفع بالمتعلم إلى اكتساب اكبر قدر من المعارف، فبعضها يتعلق بالتلميذ نفسه؛ أي من حيث قدراته، واستعداداته، وميوله، وحالته النفسية والصحية، وقد تتمثل هذه الأطراف في الأسرة ومدى رعايتها لهذا المتعلم مادياً ومعنوياً، إضافة إلى الاهتمام والمتابعة البيداغوجية من طرف الوالدين، أما الطرف الثاني فيتمثل في المؤسسة التعليمية والطاقم التربوي الذي يعمل بصورة مباشرة مع المتعلم ويمده بمعالم النظام والانضباط، إضافة إلى تزويده بشتى العلوم والمعارف التي تساعده على التفتح والنمو السليم واثبات ذاته وقدراته وميوله وتقدير مستوى التلميذ في تحقيق أهدافه في ظل المعايير والقيم الاجتماعية التي تعمل المؤسسة التعليمية على ترسيخها من خلال مناهجها وبرامجها التربوية للوصول به إلى التشبع من القيم الاجتماعية، الثقافية، التاريخية للمجتمع الذي يعيش فيه.

ويأتي هذا الفصل ليشمل أولاً تعريف التحصيل الدراسي، وأنواع التحصيل الدراسي، والعوامل المؤثرة في عملية التحصيل الدراسي، وكذا أهداف وأهمية التحصيل الدراسي، وأخيراً أدوات قياس التحصيل الدراسي.

1- تعريف التحصيل الدراسي:

يعتبر مفهوم التحصيل الدراسي من المفاهيم الأساسية في علم النفس التربوي، وهو من الأهداف السامية التي يسعى المجتمع إلى تحقيقه من خلال برامج التربية والتعليم، باعتبار أن التحصيل هو المؤشر الأساسي لمعرفة مدى نجاح العملية التعليمية وتحقيقها لأهدافها، فقد وردت عدة تعاريف للتحصيل الدراسي لمجموعة من العلماء والباحثين، وجاءت هذه التعاريف متقاربة في المضمون، وسوف نقتصر على البعض منها:

يعرف التحصيل لغة: "بأنه مصدر فعل حصَل، يحصَل، تحصيلاً، ويقال حصَل الدَين أي جمعه، وحصَل العلم أو الشيء أي حصل عليه، وحصَل الكلام أي ردَه إلى محصوله ومفاده الدين جمعه، تحصل على المسألة".(المنجد الابجدي، 1967: 369)

تحصل الشيء تجمع وتثبت، ويقال تحصل من المناقشة كذا استخلص، والحاصل ما خلص من الفضة ونحوها من حجارة المعدن، ويقال هذا حاصل المال باقيه بعد الحساب، وحاصل الموضوع وخلاصته، وحاصل الجمع والضرب في علم الحساب نتيجته، الحاصل ما حصل من الأموال وغيرها، والمحصول ما بقي من الشيء.(المنجد في اللغو والاعلام، 1997: 138)

ويعرفه "الطاهر سعد الله" (1988): "كلمة مشتقة من الفعل حصل، محصولاً، محصول الشيء أثبت، بقي، وبمعنى آخر حصل عليه من حق كذا أي يبقى، وهي تعني في كل هذا البقاء، ما تبقى من الشيء سواء كان مادياً أو معنوياً، ويقال الحاصل جمع حواصل، وهو ما خلص من العفنة من حجارة المعدن أو ما بقي فيها، وحصل وما حصل من أموال حتى تسمى بالحصيلة أي البقية".(الطاهر سعد الله، 1988: 27)

وجاء في المنجد في اللغة والاعلام (1997): تحصل الشيء: تجمع وتثبت، ويقال تحصل من المناقشة كذا استخلص والحاصل ما خلص من الفضة ونحوها من حجارة المعدن، ويقال هذا حاصل المال باقيه بعد الحساب، وحاصل الموضوع وخلاصته وحاصل الجمع والضرب في علم الحساب نتيجته الحاصل ما حصل من الأموال وغيرها، والمحصول: ما بقى من الشيء.(المنجد في اللغة والاعلام، 1997: 138)

كما يشير "الفراهيدي" (2005) إلى أن الفعل "حصَل يعني: بقي وثبَت، والتحصيل هو تمييز ما يحصل".(الفراهيدي، 2005: 194)

أما اصطلاحاً فقد وردت عدة تعاريف للتحصيل الدراسي نذكر منها:

ورد في قاموس التربية (1960): أن التحصيل هو إنجاز أو كفاءة في الأداء في مهارة ما أو معرفة ما.(مايسة النيال، مدحت أبو زيد، 2009: 14)

وعرفته "رمزية الغريب" (1970) على أنه الانجاز التحصيلي للمتعلم في مادة من المواد الدراسية أو مجموعة من المواد يقدر بالدرجات منها الاختبارات المعدة والتي تجريها المدرسة في آخر العام الدراسي، فهو يعبر عن مستوى أداء التلميذ بعد تلقيه لبرنامج دراسي خلال السنة الدراسية.(رمزية الغريب، 1970: 38)

وتشير أيضاً "رمزية الغريب" إلى أن التحصيل الدراسي على أنه: "حدوث عمليات التعلم التي ترغب فيها؛ أي تحصيل التلاميذ في اكتسابهم لما تهدف إليه المدرسة والمعلم".(ساعد وردية، 2003: 47)

أما في قاموس علم النفس (1971) فعرف التحصيل بأنه: مستوى محدد من الانجاز أو الكفاءة أو الأداء في العمل المدرسي، يجرى من قبل المدرسين أو بواسطة الاختبارات المقننة.(مايسة النيال، مدحت أبو زيد، 2009: 14)

ويعرفه "صلاح الدين علام" (1971): "على أنه مدى استيعاب المتمدرسين لما تعلموه من خبرات معينة في مادة دراسية مقررة، وتقاس بالدرجات التي يحصل عليها المتمدرس في الاختبارات التحصيلية ".(صلاح الدين محمد علام، 1971: 18)

ويشير "سيد خير الله" (1972) أن التحصيل الدراسي: "هو كل أداء يقوم به المتعلم في الموضوعات المدرسية المختلفة، والذي يمكن اخضاعه للقياس والتقدير الكمي عن طريق الدرجات التي يحصل عليها في الاختبارات".(بن يوسف أمال، 2007: 98)

أما "ويستر Wayster" (1971) فيعرفه بأنه: "أداء التلميذ لعمل ما من ناحية الكم أو الكيف".(مايسة النيال، مدحت أبو زيد، 2009: 14)

ويرى "السيد خير الله" (1972) أن التحصيل الدراسي يتم قياسه بالاختبارات التحصيلية، وذلك في نهاية السنة الدراسية، وهو ما يعبر عن المجموع العام لدرجات التلميذ في جميع المواد الدراسية.(ساعد وردية، 2003: 11)

ويعرفه "قاموس التربية" (1973) بأنه: "المعرفة المكتسبة أو تطور المهارات في المواضيع المدرسية والتي تتحدد عادة عن طريق درجات اختبار أو بتقديرات المعلمين أو بكليهما".(المهيزع، 1994: 14)

أما "لافون Lafon" (1973) فيعرفه على أنه: "تلك المعرفة التي يكتسبها الفرد من خلال البرنامج الدراسي قصد تكيفه مع الوسط المدرسي".(R. Lafon, 1973: 15)

ويعرفه "نعيم الرفاعي" (1980) على أنه: "ما يكون عليه التلميذ في المدرسة، والدرجة التي وصل إليها من معارف، والمعلومات التي يضمها المنهاج الدراسي.(نعيم الرفاعي، 1980: 227)

ويشير "الطاهر سعد الله" (1989) إلى أن التحصيل الدراسي: "هو نسبة الحصول على معلومات تبين درجة ما حصله التلاميذ بطريقة مباشرة من محتوى المادة الدراسية من خلال الاختبارات التي يطبقها المعلم على متعلميه على مدار العام الدراسي لقياس مدى الاستيعاب للمعارف والمهارات التي لها علاقة بالمادة الدراسية".(الطاهر سعد الله، 1989: 25)

في حين يذكر "فطيم لطفي" (1989) أن التحصيل الدراسي هو: "مقدار ما يحصله عليه التلميذ من خبرات ومهارات في مادة دراسية أو مجموعة مواد مقدراً بالدرجات التي يحصل عليها نتيجة لأدائه الاختبارات التحصيلية، كما تحدد بالمعدل التراكمي".(فطيم لطفي، 1989: 122)

ويعرفه "قطامي وبرهوم" (1992): "بأنه الاداء الاكاديمي الذي يقوم به الطفل في المجالات العلمية المختلفة".

في حين يشير "العيسوي عبد الرحمن" (1993) أن التحصيل الدراسي: "هو مقدار المعرفة أو المهارة التي حصل عليها الفرد نتيجة التدريب والمرور بالخبرات السابقة".(العيسوي عبد الرحمن، 1993: 300)

ويعرفه "أبو علام رجاء" (1994) أنه: "هو معلومات وصفية تبين مدى ما تعلمه التلاميذ بشكل مباشر من محتوى المادة المدرسية، وذلك من خلال الاختبارات التي طبقت على التلاميذ خلال العام الدراسي، لقياس مدى استيعابهم للمعارف والمفاهيم والمهارات".(أبو علام رجاء، 1994: 306)

في حين يعرفه "الحليبي والرياشي" (1994) بأنه: "ناتج ما تعلمه التلاميذ بعد إجراء عملية التعلم".(الحليبي والرياشي، 1994: 25)

وعرفه "المهيزع" (1994) بأنه: "المعرفة المكتسبة بالمواضيع المدرسية التي تحدد عادة عن طريق درجات اختبار أو بتقديرات المعلمين أو كليهما".(المهيزع، 1994: 04)

أما "الزعيمي محمد" (1995) فقد عرف التحصيل الدراسي: "بأنه النتيجة التي يحصل عليها التلميذ بعد إجراء عملية التعليم والتعلم في برامج الدراسة في جميع المستويات".

ويعرفه "الحامد محمد بن معجب" (1996) بأنه: "كل ما يتعلمه الفرد في المدرسة من معلومات خلال دراسته لمادة ما، وما يدركه المتعلم من العلاقات بين هذه المعلومات وما يستنبطه منها من حقائق تنعكس في أداء المتعلم على اختبار يوضع وفق قواعد مجتمع تمكن من تقدير أداء المتعلم كمياً بما يسمى بدرجات التحصيل".(الحامد محمد بن معجب، 1996: 01)

ويعرفه "حمدان محمد" (1996) بأنه: "سلوك أو استجابة على شكل معلومة صغيرة مثل حرف أو كلمة".(حمدان محمد، 1996: 08)

ويفرق "حمدان محمد" (1996) بين مفهوم التحصيل كفاعلية نفسية ناتجة عن التعلم، وأيضا كمحصلة بيئية كنتيجة مدرسية، فيشير إلى أن التحصيل نفسياً كنتيجة للتعلم يعني الزيادة المضطردة للرموز والمعلومات التي تودعها السيالات العصبية بدون كلل في الذاكرتين الطويلة والقصيرة المدى من الدماغ، وللزيادة في العملية الكيمو حيوية أو الكيمو كهربائية في السيالات العصبية العابرة لخلايا الدماغ حسب اختصاصاتها المختلفة باعتبار الرسائل الحسية القادمة للدماغ من بوابات الادراك البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية تزداد معها كمية التعلم، أما التحصيل بيئياً كنتيجة مدرسية فيرجع إلى المحصلة النهائية للمعارف والمهارات والميول لدى الدارسين نتيجة عملية التعلم، فهو عامل تابع ومتأثر بعدة عوامل مستقلة أهمها المتعلم والمعلم والمنهج الدراسي، ويلي ذلك عوامل أخرى مثل الادارة المدرسية والأسرة والأقران وغرفة الدراسة واللوائح التنظيمية.(حمدان محمد، 1996: 09 -10)

ويتحدد التحصيل الدراسي من خلال مدى ما تعلمه التلاميذ من محتوى المادة الدراسية، ومدى استيعاب التلاميذ للمعارف والمفاهيم والمهارات التي لها علاقة بالمادة الدراسية، ويقاس التحصيل من خلال الاختبارات التي تطبق على التلاميذ، ويمكن أن تكون هذه الاختبارات إما شهرية أو فصلية، أو في نهاية المرحلة التعليمية.(مسعود حنان، 1998: 105)

ويعرفه "السالم والطراونة" (1997) بأنه مقدار ما يحققه المتعلم من أهداف تعليمية في مادة دراسية أو مجموعة مواد نتيجة مروره بخبرات ومواقف تعليمية تعلمية.(الحبيشي سلطان، 2005: 33)

ويشير "حسن علي" (1998): "التحصيل الدراسي هو درجة الاكتساب التي يحققها الفرد، أو مستوى النجاح الذي يحرزه أو يحصل عليه في مادة دراسية أو مجال تعليمي.(حسن علي، 1998: 99)

ويعرفه "عبد المحسن الكناني" (1998): "التحصيل الدراسي هو كل أداء يقوم به التلميذ في الموضوعات المدرسية المختلفة، والذي يمكن إخضاعه للقياس عن طريق درجات الاختبارات، أو تقديرات المدرسين أو كليهما معاً".(عز الدين عطية، 2002: 15)

يشير "عبد المجيد سيد أحمد" (1998) إلى أن التحصيل الدراسي الهادف أو ما يطلق عليه بالتحصيل التربوي من شأنه أن يحدث تغييراً في النشاط العقلي والانفعالي والخلقي وسمات أخرى نفسية وجسمية.

وتتمثل التغيرات السلوكية في تغيرات خارجية (ظاهرة) تكشف عن السلوك الظاهر للمتعلم في نظام العادات، وفي السلوك اللغوي والعلاقات الاجتماعية والسلوك الشخصي.(عصماء بلة، 2008: 25)

وورد "لجاد الله أبو المكارم" (1998) "جيمس دريور J. Dreour" التحصيل في قاموس علم النفس هو: "مستوى الأداء في سلسلة من الاختبارات المتقنة التي غالباً ما تكون تربوية".(عصماء بلة، 2008: 25)

ويعرف " تشابلن Chaplin" التحصيل على أنه: " مستوى محدد من الانجاز أو الكفاءة أو الأداء في العمل المدرسي يجرى من قبل المعلمين أو بواسطة الاختبارات المقننة".(بن لادن، 2001: 21)

يعرف "راشد محمد" (2000) التحصيل الدراسي على أنه "عملية اكتساب المعارف أو المعلومات المدرسية بطريقة منظمة.(راشد محمد، 2000: 24)

كما يشير "أحمد ابراهيم وآخرون" (2000) إلى أن التحصيل الدراسي هو: "الانجاز التحصيلي للتلميذ في مادة دراسية أو مجموعة من المواد مقدراً بالدرجات طبقاً للامتحانات التي تجريها المدرسة آخر العام أو نهاية الفصل الدراسي".(أحمد ابراهيم وآخرون، 2000، 07)

ويعرفه "صلاح الدين علام" (2000): "التحصيل الدراسي على أنه يمثل درجة الاكتساب التي يحققها الفرد في مادة معينة أو في مجال تعليمي معين، أو هو مستوى النجاح الذي يحرزه في تلك المادة أو الذي وصل إليه، ويحدد بواسطة درجة الاختبار أو الدرجات المحددة من قبل المعلمين، كما يضيف أن التحصيل يعبر عن مستوى اكتساب التلميذ للحقائق والمفاهيم والتعليمات المنظمة في وحدة بناء الكائن الحي عند مستويات الاستذكار والفهم والتطبيق، والذي يقدر بالدرجات التي يحصل عليها التلميذ في الاختبار التحصيلي المعد لهذا الغرض".(صلاح الدين علام، 2000: 35)

ويعرفه "صلاح الدين علام" أيضاً بأنه يمثل مدى استيعاب التلاميذ لما تمت دراسته وتعلمه من خبرات معينة في مادة دراسية معينة".(الشهراني، الغنام، 1993: 29)

ويشير أيضاً "صلاح الدين علام" (1420) على أنه: "ما يدل على الوضع الراهن لأداء الفرد أو ما تعلمه أو اكتسبه بالفعل من معارف ومهارات في برنامج معين، أي يعتمد على خبرات تعليمية محددة في أحد المجالات الدراسية أو التدريبية".(علام صلاح الدين، 1420: 306)

في حين يعرفه "مصطفى القمش" التحصيل على أنه: "المعرفة والمهارات المكتسبة من قبل التلاميذ كنتيجة لدراسة موضوع أو وحدة تعليمية محددة".(مصطفى القمش، 2000: 72)

ويعرفه "حمدان محمد" (2002) بأنه: "أي معرفة أو خبرة أو مهارة نظرية أو علمية تتم دراستها من المتعلمين بطريقة منظمة بمعلمين وقاعات ومناهج وجداول وخدمات مساعدة".(حمدان محمد، 2002: 135)

ويشير "طه فرج وآخرون" (2003): إلى أن المصطلح يستخدم للإشارة إلى القدرة على أداء متطلبات النجاح المدرسي سواء في التحصيل بمعناه العام أو النوعي لمادة دراسية معينة.(طه فرج وآخرون، 2003: 183)

يعرفه "أحمد حسين وعلي أحمد الجمل" (2003): على أنه مدى استيعاب التلاميذ من خبرات معينة من خلال قدرات دراسية ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها التلاميذ في الاختبارات التحصيلية لهذا الغرض.(عصماء بلة، 2008: 26)

ويشير "محمد جاسم العبيدي" (2004) بأنه: "بلوغ مستوى من الكفاءة في الدراسة، وتحديد ذلك باختبارات التحصيل المقننة أو تقديرات المدرسين أو الاثنين معاً ".(محمد جاسم العبيدي، 2004: 293)

ويعرفه "عمر خطاب" (2006): "هو النتيجة التي يتحصل عليها التلميذ من خلال دراسته في السنوات السابقة، أي مجموع الخبرات والمعلومات التي حصل عليها التلميذ".(عمر خطاب، 2006: 201)

ويؤكد هذا التعريف على النتيجة التي يتحصل عليها التلميذ بعد حصوله على مجموعة من المعلومات والخبرات.

وتعرفه "بن يوسف أمال" (2007) بأن التحصيل الدراسي: "يعبر عن النتائج والتقديرات التي يتحصل عليها التلميذ في مادة أو مختلف المواد الدراسية خلال العام الدراسي والتي يقوم بها المعلم ويختبر من خلالها أداء وكفاءة تلاميذه".(بن يوسف أمال، 2007: 100)

ويرى "قورة محمد" أن التحصيل الدراسي هو الانجاز التحصيلي للتلميذ في مادة دراسية معينة أو مجموعة مواد مقدراً بالدراجات.(العجمي مها، 1999: 21)

وتعرف الموسوعة النفسية التحصيل الدراسي: "بأن يحقق الفرد لنفسه مستويات أعلى من العلم والمعرفة الذي يقارن عادة بالدراسة، فنقول مستوى التحصيل ونعني به الدرجة التي يتحصل عليها التلميذ في امتحان مقنن".(عبد ربه فضل، 2008: 62)

ويعرفه "ايزنك Eysnek" بأنه: "التحقق الناجح لهدف معين يتطلب جهداً خاصاً ودرجة النجاح التي تحقق في واجب معين، كما أنه نتيجة نشاط عقلي أو جسمي محدد طبقاً للمطالب الفردية أو الموضوعية أو كليهما".(المهيزع، 1994: 14)

ويعرفه "العفتان" (1414هـ) بأن: "التحصيل الدراسي يتمثل في المستوى الذي يحققه التلميذ في تحصيله للمقررات الدراسية أثناء العام الدراسي، بحيث يمكننا أن نستدل عليه من النسبة المئوية للمجموع الكلي للدرجات التي حصل عليها التلميذ في نهاية أو نصف العام الدراسي".(العفتان، 1414: 29)

ويعرفه "ابراهيم الكناني" بأنه: "كل أداء يقوم به التلميذ في الموضوعات المدرسية المختلفة، والذي يمكنه اخضاعه للقياس عن طريق درجات اختبار أو تقديرات المعلمين أو كليهما".(سعد الله الطاهر، 1991: 47)

ويتضح أن هذا التعريف على جانبين: الأول يتمثل في مستوى الكفاءة، والثاني طريقة التقويم التي يقوم بها المعلم.

يعرفه "تيس سيد علي" (2009) التحصيل بأنه: "مقدار المعرفة أو المهارة التي حصل عليها الفرد نتيجة التدريب".

ويشير أيضاً إلى أنه مجموع المعلومات والمعطيات الدراسية والمهارات والكفاءات التي يكتسبها التلميذ من خلال عملية التعلم، وما يحصل عليه من مكتسبات عن طريق التجارب والخبرات ضمن إطار المنهج التربوي المعمول به.(تيس سيد علي، 2009: 30- 31)

في حين يعرفه "محمد النوبي" (2010): "هو مدى استيعاب التلميذ لبعض المعارف والمفاهيم والمهارات المتعلقة بالمادة الدراسية، ويدل التحصيل الدراسي على الوضع الراهن لأداء الفرد أو تعلمه أو ما اكتسبه بالفعل في برنامج تعليمي".(محمد النوبي، 2010: 99)

يشير "شابلان Chaplin" إلى أن التحصيل الدراسي عبارة عن مستوى معين من الانجاز أو الكفاءة في العمل الدراسي، وهذا كما تم تقييمه من قبل المدرسين أو باستخدام الاختبارات المقننة أو الاثنين معاً.

كما يعرفه "بول باونت كوني Bolbwnetcony": "التحصيل الدراسي هو العلاقة بين محتوى المعارف المكتسبة والوقت المستعمل أو المستخدم في الاكتساب من طرف التلميذ".(مولاي محمد: 325)

ومن خلال هذه التعاريف يمكن تعريف التحصيل الدراسي بأنه مجموع الخبرات السابقة والمعارف التي يتم تحصيلها من طرف التلميذ من خلال دراسته لمقرر أو وحدة تعليمية معينة والتي تقاس من خلال الاختبارات التحصيلية.

والتحصيل الدراسي هو قياس قدرة التلميذ على استيعاب المواد الدراسية المقررة ومدى قدرته على تطبيقها من خلال وسائل قياس تجريها المدرسة عن طريق الامتحانات الشفوية والكتابية.

التحصيل الدراسي هو إتقان جملة من المهارات والمعارف التي يمكن أن يمتلكها التلميذ بعد تعرضه لخبرات تربوية في مادة دراسة معينة أو مجموعة من المواد.

لقد اختلف الباحثون في وضع مفهوم محدد وواضح للتحصيل الدراسي، فهناك من يقتصر على العمل المدرسي فقط، وهناك من يرى أنه كل ما يحصل الفرد من معرفة، فالاتجاه الأول يخصص

التحصيل الدراسي للعملية التعليمية، أما الاتجاه الثاني يدمج ما يحصله الفرد من المدرسة وما يحصله من المعلومات بطريقة غير مقصودة وغير موجهة.(سعد الله الطاهر، 1991: 82)

أما بالنسبة "لحامد عبد القادر" يرى أن التحصيل الدراسي هو اكتساب المعرفة والمهارات، وله جانبان:

- عملية تتصل بالمواد العلمية التي تدرس بالمدرسة على اختلاف درجتها.
- يتصل بالأعمال والنشاطات التي يزاولها الانسان بمهارة في المدرسة كالرسم أو خارج المدرسة كالحرف والصناعات المختلفة.(العيسوي عبد الرحمان، 1974: 36)

ومن ثمة فإن مفهوم التحصيل الدراسي من المفاهيم الأساسية في علم النفس التربوي باعتباره المؤشر الأكثر موضوعية والدال على المستوى التحصيلي الذي وصل إليه المتعلم وكذا درجة التعلم، وقد ورد الكثير من التعريفات؛ فمنهم من يربطه بنضج ونمو العمليات العقلية، ومنهم من يرى أنه عملية اكتساب لجملة من المعلومات والمعارف، ومنهم من يؤكد أنه المقدار أو الدرجة التي تحصل عليها التلميذ في الامتحان، وعموماً فإن هذه التعاريف متكاملة فيما بينها وملمة لهذا المفهوم بصورة أكثر موضوعية.

2- أنواع التحصيل الدراسي:

يمكن تقسيم التحصيل الدراسي إلى ثلاث مستويات وهي كما يلي:

2-1 التحصيل الدراسي الجيد:

ويتمثل في ذلك السلوك الذي يعبر عنه بتجاوز الفرد في أدائه المستوى المتوقع منه في ضوء قدراته واستعداداته الخاصة، بمعنى أنَ التلميذ ذا التحصيل المرتفع يستطيع أن يحقق مستويات تحصيلية مدرسية تتجاوز متوسطات أقرانه وزملائه في العمر العقلي والعمر الزمني بحيث يكون هذا التجاوز بشكل مثير وغير متوقع، ويمكن تفسيره من خلال بعض المتغيرات المتمثلة في المثابرة، وارتفاع دافع الانجاز لديه، واستقراره الانفعالي، ووضوح أهدافه، ودرجة المنافسة.(صالحي سعيدة، 2013: 112)

ويكون فيه أداء التلميذ مرتفعاً عن زملائه في نفس المستوى أو في نفس القسم، ويتم ذلك باستعمال التلميذ لجميع قدراته وإمكاناته وهذا للحصول على مستوى أعلى للأداء التحصيلي، واكتسابه للخبرات والاستفادة من المعلومات المقدمة أكبر وأنفع.

2-2 التحصيل الدراسي المتوسط:

في هذا النوع من التحصيل الدراسي تكون الدرجة التي يحصل عليها التلميذ تمثل نصف امكاناته وقدراته التي يمتلكها، بحيث يكون أداؤه متوسطاً ودرجة احتفاظه واستفادته من المعلومات متوسطة.

3-2 التحصيل الدراسي المنخفض:

يعرف هذا النوع من الأداء بالتحصيل الدراسي الضعيف، حيث يكون فيه أداء التلميذ أقل من المستوى العادي مقارنة مع بقية زملائه، فنسبة استفادته من المعارف والخبرات ضعيفة وتكاد تنعدم.

وفي هذا النوع من التحصيل يكون استغلال المتعلم لقدراته العقلية ضعيفاً جداً بالرغم من توفر القدرات، وقد يكون هذا التأخر في جميع المواد الدراسية، وهو ما يطلق عليه الفشل الدراسي العام، لأن التلميذ يجد نفسه عاجزاً عن فهم ومتابعة البرنامج الدراسي رغم محاولته التفوق على هذا العجز، وقد يكون في مادة واحدة أو مادتين ويكون نوعي.(بن يوسف أمال، 2007: 101)

والتحصيل الدراسي المنخفض هو سلوك يعبر عن عدم التوافق في الأداء عند المتعلمين بين ما هو متوقع وبين ما ينجزه المتمدرس فعلاً من خلال تحصيله الدراسي، فالتلميذ الذي يتأخر تحصيله الدراسي بشكل واضح على الرغم من امكانياته العقلية والتي تؤهله أن يكون أفضل من ذلك، فتأخره دراسياً لا يرجع فقط إلى نقص في قدراته واستعداداته، وإنما يرجع إلى عوامل أخرى تتمثل في العوامل البيئة أو الثقافية.(شاكر قنديل، 1988: 493)

ويمكن أن نربط مفهوم التحصيل الدراسي المنخفض بثلاث مفاهيم أساسية وهي:

أ- **التأخر الدراسي:** فالتلميذ المتأخر دراسياً في الغالب لا يتمكن من رفع مستواه ومواصلة دراسته، فيضطر إلى ترك مقاعد الدراسة.

ب- **التخلف الدراسي:** ويعني عدم قدرة التلميذ على استيعاب البرامج الدراسية، فقد يكرر التلميذ المتخلف دراسياً عدة سنوات في صف واحد، وفي الكثير من الأحيان يطرد من المدرسة.

ج- **الفشل الدراسي:** وقد ينتج الفشل الدراسي نتيجة التأخر الدراسي أو نتيجة صدمة نفسية أو عجز أثناء الامتحان أو مرض مفاجئ.(صالح عبد العزيز: 09)

ومنه يمكن القول أن التحصيل الدراسي المنخفض يكون نتيجة مجموعة من العوامل الذاتية والمتمثلة في الجانب العقلي الذي يرتبط بالذكاء والقدرة على الاستيعاب والانتباه والتركيز، إضافة إلى عوامل أخرى والمتمثلة في العوامل النفسية والانفعالية، وكذا العوامل الاجتماعية التي تؤكد على دور المحيط الاسري في ارتفاع أو انخفاض المستوى التحصيلي للتلميذ.

3 - شروط التحصيل الجيد:

يعتمد التحصيل الجيد على مجموعة من الشروط والعوامل التي تساعد التلميذ على تثبيت ما اكتسبه من معارف وتتمثل فيما يلي:

أ- التدريب المركز:

ويقصد بالتدريب المركز ذلك الذي يتم في وقت واحد وفي دورة واحدة، ومن مضاعفاته أنه يؤدي إلى التعب والشعور بالملل، كما أن ما يتعلمه الفرد بالطريقة المركزة يكون عرضة للنسيان، لكون فترات الراحة لا تتخللها دورات تدريبية.

ب- التدريب الموزع:

هو ذلك التدريب الذي يتم على فترات متباعدة، تتخللها فترات راحة أو عدم تدريب، ومن مزايا التدريب الموزع أنه يؤدي على تثبيت ما يتعلمه الفرد، هذا إلى جانب تجدد نشاط التعلم بعد فترات من الانقطاع مما يؤدي بالمتعلم إلى الإقبال على التعلم باهتمام كبير.(راشدي علي، 1993: 146)

ونجد أن التدريب الموزع والمركز يخضع إلى طبيعة الموضوع المراد تعلمه، فالمواد الصعبة يفضل أن يستعمل فيها التعلم الموزع عكس المواد السهلة، حيث يصبح التدريب الموزع فيها مضيعة للوقت والجهد (النوبي محمد، 2010: 101)، فالقصيدة التي يلزم لحفظها تكررها عشر ساعات يكون تعلمها أسهل وأكثر ثباتاً ورسوخاً إذا قسمنا هذه الساعات العشر على خمسة أيام مثلاً بدلاً من حفظها في جلسة واحدة.(العيسوي عبد الرحمان، 1999: 394)

ولقد وجد أن التدريب المركز يؤدي إلى التعب والشعور بالملل، كما أن ما يتعلمه الفرد بالطريقة المركزة يكون عرضة للنسيان، وذلك أن فترات الراحة تعطل دوران التدريب الموزع تؤدي إلى تثبيت ما يتعلمه الفرد.(محمد جاسم، 2004: 28)

ج- التكرار:

فالإنسان يحتاج لتعلم خبرة معينة يجب عليه تكرارها، ولا يقصد بذلك التكرار الآلي الأعمى، بل ذلك التكرار الموجه الذي يؤدي إلى نمو الخبرات والارتقاء بها، فالتكرار الآلي المحض هو مضيعة للوقت إذا ما لم يقم على أساس الفهم والتركيز والانتباه والملاحظة الدقيقة ومعرفة معنى ما يتعلمه الفرد.(مجدي محمد، 2004: 414)

وأن التكرار لا ينجح ولا يكون فعالاً في عملية التعلم إذا لم يكن مقروناً بتوجيه المدرس نحو الارتفاع المستمر بمستوى الأداء.(حامد زهران، 2005: 35)

ويؤدي التكرار إلى نمو الخبرة وارتقاؤها، بحيث يستطيع الانسان أن يقوم بالأداء المطلوب بطريقة آلية، وفي نفس الوقت بطريقة آلية وسريعة.(العيسوي عبد الرحمان، 2004: 24)

د- شرط الدافع:

لحدوث عملية التعلم لابد من وجود الدافع الذي يحرك الكائن الحي نحو النشاط المؤدي إلى إشباع الحاجة، كلما كان الدافع لدى الكائن الحي قوياً كان نزوع الكائن الحي نحو النشاط المؤدي إلى التعلم قوياً.

هـ - النشاط الذاتي:

إن النشاط الذاتي يدفع بالفرد إلى التعلم الجيد، وذلك من خلال البحث، والاطلاع، والتنقيب، واستخلاص الحقائق بدلاً من تلقي هذا الأخير معلومات جاهزة من طرف المعلم، فالسعي الذاتي هو من نواتج دافع الإنجاز وهذا ما يؤدي إلى ترسيخ المعلومات واكتساب أكبر قدر من المعارف، فالمتعلم يجب أن يكون فعالاً ونشطاً في عملية التعلم.(عشوي عبد الرحمان، 1974: 621)

ويعتبر النشاط الذاتي الطريقة الأمثل لاكتساب المهارات والخبرات والمعلومات والمعارف المختلفة، حيث أن التعلم الجيد هو الذي يقوم على النشاط الذاتي وهذا ليكون أكثر ثباتاً وأقل قابلية

للنسيان، أما التعلم القائم على التقليد والسرد والإلقاء من جانب المدرس فإنه نوع رديء من التعلم، حيث أنه لا يثير نشاط التلاميذ الذاتي ولا يحفزهم على عملية التعلم.(مجدي محمد، 2004: 417)

و- الطريقة الكلية والطريقة الجزئية:

تفضل الطريقة الكلية عن الطريقة الجزئية عندما تكون المادة المراد تعلمها سهلة وقصيرة ومتسلسلة تسلسلاً منطقياً، بحيث أن الموضوع الذي يكون ذا وحدة طبيعة يكون سهلاً في تعلمه بالطريقة الكلية، ثم بعد ذلك يبدأ في تحليله إلى جزئياته ومكوناته التفصيلية، في حين أن المواضيع المكونة من أجزاء لا رابط بينهما، أو صعبة أو مسرفة في الطول يفضل استخدام الطريقة الجزئية في تعلمها.(العيسوي، 2000: 101)

ز- الإرشاد والتوجيه:

إن الإرشاد والتوجيه يعتبر أحد المحاور الأساسية في مخطط التعليم والتربية، ومن ثمة فإنه يجب على المعلم أن يعرف متى يجب أن يكون التلميذ في حاجة إلى توجيهه، واعطاءه فرصة لحل مشاكله وحده والاعتماد على ذاته في محاولة الفهم والاستبصار، وإذا رأى المعلم أن التلميذ أصابه عجز أو بحاجة إلى مساعدة، فعليه أن يتدخل في الوقت المناسب وبأساليب بيداغوجية ونفسية موضوعية.(طه فرج، 1986: 122)

ويؤدي ارشاد المتعلم إلى الاقتصاد في الجهد اللازم لعملية التعلم وعن طريقه يتعلم الفرد الحقائق الصحيحة منذ البداية بدلاً من تعلم أساليب خاطئة ثم يضطر لبذل الجهد لمحو المعلومات الخاطئة، ثم تعلم المعلومات الصحيحة بعد ذلك، فيكون جهده مضاعفاً.(العيسوي، 2000: 222)

ومما لا شك فيه فإن التحصيل القائم على أساس الإرشاد والتوجيه أفضل من التحصيل الذي لا يستفيد فيه التلميذ من إرشادات المعلم، فالإرشاد يؤدي إلى حدوث التعلم بمجهود أقل ومدة زمنية أقصر، وذلك بإرشاد المتعلم إلى المهارات الدراسية المناسبة بما في ذلك عادات الاستذكار الصحيحة، وكذلك مساعدته على حل مشكلات تظهر أثناء مشواره الدراسي خاصة ما يتعلق بالتأخر الدراسي، ويفضل للإرشادات أن تفهم بطريقة إيجابية لا سلبية، وأن يشعر المتعلم بالتشجيع.(محمد النوبي، 2010: 102)

ح- طريقة التسميع الذاتي:

يعتبر التسميع الذاتي من بين أحد العمليات البيداغوجية التي يلجأ لها المتعلم، محاولاً استرجاع ما حصله من معلومات أو ما اكتسبه من خبرات أو مهارات، وذلك أثناء الحفظ وبعده بمدة قصيرة؛ وهذه العملية لديها فائدة كبيرة بحيث تظهر للمتعلم مقدار ما خزنه في ذاكرته وما حفظه وما تبقى في حاجة إلى مزيد من التكرار حتى يرسخ في الذاكرة، إضافة إلى أن عملية التسميع تؤدي بالمتعلم إلى زيادة الحافز على بذل الجهد والمثابرة.(العيسوي عبد الرحمان، 1984: 200)

ويستحسن من المتعلم ألا يباشر عملية التسميع الذاتي إلا بعد فهم المادة واستيعابها، حيث أن التعجل فيها دون فهمها واستيعابها يؤدي إلى شعوره بالفشل والإحباط.(العيسوي عبد الرحمان، 2000 :101)

ط - التقويم الذاتي:

يصل المتعلم إلى التقويم الذاتي عن طريق التغذية الراجعة التي تظهر له صدق وملائمة أفعاله وخبراته ومهارته، فهي الحد الفاصل بين النتائج المنتظرة والواقع وكذا الفرق بينهما، فالقدرة على التقويم الذاتي تظهر بصورة جلية وايجابية إذا قابلها المربي بتعزيز وتشجيع، بحيث يرى فيها تقويماً إضافياً، وفي هذه الحالة يغذي المربي بصورة مباشرة مشروع استثمار بيداغوجي مصيره النجاح والكفاءة لكون أن العلاقة التربوية بين المتعلم والمعلم قائمة على التعاون المشاركة.(Delandsheere.v, Delandsheere.G, 1992 : 307)

ك- الوضعية التعليمية والتوقيت:

إن التحصيل الجيد يشترط توفر حيز ومكان وموضوع مناسب يتميز بالهدوء والإضاءة وتوافر كل العوامل الفيزيقية التي تسهل عملية اكتساب المهارات والخبرات، إضافة إلى ذلك يجب على المتعلم أن ينظم وقت دارسته ومراجعته بصورة مستمرة وموضوعية، كأن يخصص الفترة الصباحية لدارسة المواد التي تتطلب انتباهاً وتركيزاً كبيراً، أما الفترة المسائية فيستغلها أكثر في المراجعة والاستذكار؛ ويضاف إلى كل هذا الجد والمواظبة أثناء التحصيل والحفظ والمراجعة المستمرة.(Viau, 1994, 87)

ل- معرفة المتعلم بالنتائج التي تعلمها:

توصل "ثورندايك" في نظريته لقانون المران أي أن ممارسة الفعل دون معرفة النتائج لا يؤدي إلى حدوث التعلم الجيد، حيث تساعد معرفة النتائج في وقت قصير أو التغذية الراجعة إلى الضبط الذاتي للسلوك، وتهدف التغذية الراجعة إلى تصحيح استجابة المتعلم لسلوكه في الاتجاه الصحيح فإن معرفة

المتعلم بنتائج تحصيله تجعله يعمل على مباراة نفسه ومباراة زملائه، فيسعى دائماً إلى التقدم في الطريق الصحيح، وعدم معرفة المتعلم بنتائج التحصيل قد يوقعه في الخلط، فقد يظن أنه وصل إلى القمة فلا يبدل جهداً وقد يظن أنه لا يحرز أي تقدم فيضعف حماسه ويتراجع تحصيله.(مجدي محمد، 2004: 417)

لقد أثبتت التجربة أن ممارسة الفعل دون معرفة بالنتائج لا يؤدي إلى حدوث التعلم الجيد، فمعرفة المتعلم بمقدار ما أحرزه من نجاح أو ما هو عليه من تقصير يقود إلى بذل المزيد من الجهد للمحافظة على مستواه إن كان جيداً أو ضعيفاً، فمعرفة المتعلم بنتائج تحصيله تجعله يعمل على مباراة نفسه وزملائه، فيسعى دائماً إلى أن يتنافس وأن يتفوق على زملائه، أما عدم معرفة النتائج فقد ألقي في روع الفرد أنه قد وصل إلى القمة فلا يبذل جهداً، وقد يلقي في روعه أنه لم يحرز أي تقدم وتضعف همته وحماسه، كذلك فإن معرفة نتائج التحصيل تبين للمتعلم الطرق الصحيحة والطرق الخاطئة في اكتساب المهارات أو الخبرات المطلوبة ويتبع الطرق الناجحة.(عصماء بلة، 2008: 28)

3- العوامل المؤثرة في عملية التحصيل الدراسي:

يعتبر التحصيل الدراسي المعيار الأساسي لمعرفة مدى تحقيق الأهداف التربوية، فقد اهتم علماء التربية بالتحصيل الدراسي والعوامل التي قد تعيق سيرورة العملية التربوية، بحيث تتنوع هذه العوامل وتتداخل فيما بينها لتؤثر بصورة مباشرة على عملية التعلم، فقد تكون عوامل ذاتية (فردية) وهي تخص بالتلميذ وما يبذله من مجهود، وحالته الجسمية والنفسية وذكائه وقدراته العقلية وميوله واتجاهاته، ومنها ما يتعلق بالبيئة المحيطة بالتلميذ كالبيئة الأسرية التي يعيش فيها والبيئة المدرسية، وتجدر الإشارة إلى إن كل عامل من هذه العوامل تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتؤثر بصفة ايجابية أو سلبية على عملية التحصيل الدراسي؛ وعليه يمكن تصنيف أهم العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي كما يلي:

3-1 العوامل الذاتية:

وهي مجموعة العوامل التي تتصل بصورة مباشرة بالمتعلم، ومن بين هذه العوامل الذاتية ما يلي:

أ- العوامل العقلية:

وتتمثل في العمليات العقلية الكبرى والتي لها علاقة بالإنجاز والتحصيل مثل الذكاء، الانتباه والتركيز، التخيل، والتي تعبر عن قابلية المتعلم لاكتساب وتخزين أكبر عدد ممكن من المعلومات

والمهارات.(نعيم الرفاعي، 1972: 52)، وأي خلل على مستوى هذه العمليات العقلية يؤدي إلى انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، وهذا ما أثبتته الدراسة التي أجراها "بيرت Burt" وتوصل إلى أن القدرات العقلية العامة كالانتباه والتركيز والادراك والتذكر من شأنها أن تضعف القدرة اللغوية والعددية في بعض المواد الدراسية.

فالتلميذ ذوي الذكاء المرتفع أكثر استفادة من خبراته السابقة، لذا هو أقدر على التحصيل والتعلم، كما أنه أسرع وأدق في الفهم وإدراك العلاقات وتزداد هذه الصلة كلما زادت المادة تعقيداً.(مايسة النيال، مدحت عبد الحميد، 2009: 19)

ويضيف "عبد العزيز القوصي" أن قدرات التلميذ العقلية تسبب في انخفاض التحصيل الدراسي كالتأخر في الذكاء أو ضعف أو تأخر في القدرة على التذكر، أو إحدى القدرات الخاصة التي يلزم وجودها نسبة كبيرة للتقدم في مادة دراسية معينة كالقدرة اللغوية أو القدرة الهندسية.(عبد العزيز القوصي، 1982: 428)

ومما لا شك فيه هناك علاقة بين الذكاء المرتفع والتحصيل الدراسي الجيد، وذلك إذا قيس عن طريق الدرجات التي يحصل عليها التلاميذ في المواد الدراسية، إلى جانب رغبتهم في البقاء لفترات طويلة في المدرسة، في حين أن التلاميذ ذوي الذكاء المنخفض يتعثرون في دراستهم.

وقد ينخفض الارتباط بين التحصيل الدراسي ونسبة الذكاء في بعض الأحيان إذا لم تطبق الاختبارات التحصيلية المقننة واستبدلت بتقديرات المدرسين، فنجد تأثر تقديرات المدرسين بالعوامل الشخصية والذاتية.(مايسة النيال، مدحت عبد الحميد، 2009: 15- 16)

ويعتبر الذكاء من أهم العوامل العقلية التي تؤثر على التحصيل الدراسي، و بالتالي فإن انخفاض نسبة الذكاء لدى التلاميذ يكون كافياً للتأخر الدراسي العام، لأن نسبة الذكاء إذا كانت دون المتوسط تكون كافية لتعطيل مستوى مقبول في العمل المدرسي.(محمد العليمان، خالد هواش، 1999: 26)

توصلت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الذكاء والتحصيل الدراسي، وهذا ما أكده "رياز Raiz" (1979) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين الذكاء والتحصيل.(عويد المشعان، 1994: 112)

وتوصل "جابر عبد الحميد" إلى وجود ارتباط بين الدرجات الكلية على اختبار الذكاء وبين المجموع الكلي للتحصيل بلغ (0,84) عند الذكور و(0,72) عند الإناث.(منصوري مصطفى، 2008: 27)

وحسب "هانز ايزنك H.Eysnek" فإن العلاقة بين التحصيل الدراسي والذكاء وثيقة، وأن الذكاء ضروري للتحصيل الدراسي إلا أنه ليس العامل الأساسي والوحيد في ارتفاعه.(عويد المشعان، 1994: 112)

وتوصل "بيرت Burt" في دراسة أجراها على عينة من التلاميذ مكونة من (700) تلميذ وتلميذة متأخري التحصيل، وجد أن معامل الارتباط بين نسبة الذكاء والتحصيل الدراسي قدرت بـ 50,74، وأشارت نفس الدراسة إلى أن أعلى المواد الدراسية ارتباطاً بالذكاء هي مادة الإنشاء ثم الحساب وأقلها ارتباطاً هي الخط ثم الرسم، وعليه فإن التلاميذ الذين يتميزون بنسبة عالية من الذكاء تحصيلهم مرتفع في هذه المواد.

وقد أشارت "فرينون Vernon" أن درجة التحصيل ترتبط بالدرجة التي يتحصل عليها التلميذ في اختبارات الذكاء، حيث وجد أن نسبة الارتباط بين مادتي الرياضيات واللغة الانجليزية حيث قدرت نسبة الذكاء بـ (0,80).

كما توصل "تايلور" أن هناك ارتباط بين نسبة الذكاء ودرجة التحصيل حيث قدرت بـ 0,75 لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، في حين تراوحت بين (0,60 و 0,65) لدى تلاميذ المرحلة الثانوية.(بن يوسف أمال، 2007: 102)

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن تقدير متوسط نسب ذكاء الأفراد الذين ينجحون في مراحل التعليم المختلفة وكانت معاملات الارتباط في هذه الدراسات تتراوح بين (0,30 إلى 0,70)، مما يدل على وجود علاقة موجبة واضحة بين نسبة الذكاء وبين النجاح في الدراسة، غير أن هذه العلاقة ليست دائماً ثابتة، فهناك بعض الحالات لتلاميذ حاصلين على نسب عالية ولكنهم ليسوا ناجحين في أعمالهم المدرسية بطريقة مرضية، كما أن هناك حالات لتلاميذ نسبة ذكائهم غير عالية ولكنهم يؤدون أعمالهم المدرسية بنجاح، وقد أوضح "تايلور" (1965) أن معامل الارتباط بين نسبة الذكاء والتحصيل الدراسي (0,75) لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تتراوح بين (0,60 و 0,65) لدى تلاميذ الثانوية، في حين ينخفض إلى (0,50) بين طلاب الجامعات، وربما يرجع ذلك إلى أن التحصيل في الجامعة يتوقف إلى حد كبير على ميول الطلاب واهتماماتهم.(مايسة النيال، مدحت عبد الحميد، 2009: 15- 16)

ومن جهة أخرى يمكن للتلميذ أن يكون متوسط الذكاء وناجحاً في دراسته إذا توفرت له فرص وعوامل النجاح والعكس صحيحاً، فقد يتأخر التلميذ في دراسته رغم أن ذكاءه فوق المتوسط وهذا بسبب عدم توفر فرص وعوامل النجاح.(بقيوة سمير، 2007: 29)

يتضح مما سبق أن هناك إجماعاً بين الباحثين على أهمية الذكاء في عملية التحصيل الدراسي، بحكم أن الذكاء هو العامل الأول المؤثر على عملية التحصيل والذي يكون سبباً في فشل أو نجاح التلاميذ.

ب- العوامل الجسمية:

وهي متعلقة بالجانب الفيزيولوجي للمتعلم والمتمثلة في النمو الحسي والحركي أو بصورة أشمل الصحة بصفة عامة، أي سلامة الجسم من اضطراب النمو الجسمي بسبب سوء التغذية والذي يؤثر بدوره على نمو الدماغ والعمليات العقلية التي لها صلة مباشرة بالقدرات المعرفية للمتعلم، إضافة إلى عوامل أخرى تساهم في انخفاض التحصيل كضعف البصر والسمع وعيوب النطق وبعض الاعاقات والعاهات.(كمال الدسوقي، 1979: 54)

ومن أهم العوامل الجسمية التي ترتبط بالتحصيل الدراسي نجد البنية العامة للمتعلم، حيث تلعب البنية دوراً في تحديد نسبة الانتباه والتركيز، فالتلميذ الذي يتمتع ببنية سليمة يكون تركيزه منصباً فقط على دراسته، أما التلميذ الذي يتمتع ببنية ضعيفة فإن الضعف يؤثر على تركيزه، وهذا ما ينجم عنه غياب مستمر عن الدراسة وبالتالي هذا يؤثر على مردوده الدراسي.

فالتحصيل الدراسي يتأثر بالحالة الصحية للمتعلم كأن يكون مصاباً بأمراض مزمنة تحتم عليه الغياب بصفة مستمرة ومتكررة.

كما أن إصابة التلميذ بعاهة في إحدى حواسه سوف يؤثر سلباً على تحصيله الدراسي، فالتلميذ المصاب بضعف البصر أو السمع دون الاهتمام به ووضعه في المكان المناسب في الصف سيؤدي ذلك إلى تأخر التلميذ في دراسته.

وهذا ما توصلت إليه دراسة "رمزية الغريب" (1979) أن هناك علاقة بين القصور في النمو وفي الوظائف الجسمية وبين المستوى التحصيلي المتدني للمتعلم، كما وجد أن نسبة الاعاقة السمعية والبصرية ترتفع بين المتأخرين دراسياً عنها بين الأفراد العاديين والمتفوقين.(رمزية الغريب، 1979: 155)

كما توصل "الحامد بن معجب" (1990) في دراسة قام بها للكشف عن أثر المعاناة من الأمراض والعاهات الجسمية على استمرارية ونجاح التلميذ في المدرسة، وقد تبين أن نسبة الاعاقة السمعية والبصرية ترتفع بين المتأخرين دراسياً عنها بين الأفراد العاديين والمتفوقين، وأن هناك علاقة بين القصور في النمو وفي المستوى التحصيلي للتلاميذ، وفي المقابل التلاميذ المتفوقون لا يعانون من مشكلات صحية تؤدي إلى تعثرهم الدراسي.(الحامد بن معجب، 1990: 161)

كما يمكن أن يصاب التلميذ بحالات عدم التوافق والتوازن الحسي حركي والاضطرابات التي تصيب اللسان وأجهزة الكلام، مما يسبب له صعوبة في النطق إضافة إلى المشكلات النفسية الناجمة عن معايرة التلاميذ والشعور بالنقص.(بقيوة سمير، 2007: 30).

هذا إضافة إلى الاضطرابات النفس جسدية كالاضطرابات المعدية وآلام الرأس، وقد يحدث أن يستعمل التلميذ يده اليسرى بدلاً من اليمنى فيحاول تغيير ذلك بالقوة مما يؤثر على تحصيله الدراسي.(عطية محمود، 2007: 85)

ج- العوامل النفسية والانفعالية:

وهي كل الميكانيزمات المحركة للتلميذ والتي تجعله يبذل طاقته للقيام بتحصيل ما يتعلمه أو يتدرب عليه أو استرجاع ما طلب منه، وفي هذا الصدد يشير "تولمان وارالدان" أن التكيف النفسي والاجتماعي له تأثير قوي على تحصيل التلميذ، وأن الأطفال الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة أكثر تحصيلاً من الآخرين.(منصوري مصطفى، 2005: 23)

إن عدم استقرار المتعلم من الناحية النفسية والانفعالية يؤثر على قدراته الخاصة كالانتباه والتركيز والاحتفاظ بالرغم من أنه قد يكون متوسط الذكاء أو ذكياً؛ إن اضطراب الاتزان عند المتعلم، وضعف ثقته بنفسه، والميل إلى الكسل والخمول وتتشتت الانتباه، ما هو إلا نتيجة مباشرة لمظاهر الإحباطات النفسية في بيئته المدرسية، وهذه العوامل كلها تجعل من المتعلم منصرفاً عن متابعة الدروس، وقل ما يشارك في النشاط التربوي وهذا ما يؤدي إلى تأخره الدراسي في مادة أو أكثر.(محمد سلامة، توفيق حداد، 1973: 148)

ومما لا شك فيه فإن التلميذ القلق أو الخائف أو المكتئب لا يستطيع أن يحصل وأن يتعلم كالتلميذ الغير القلق والخائف، وهذا يعني أن القلق يعد عاملاً سلبياً وخطراً على صحة الفرد في حالة زيادة شدته وتخطي الحدود الممكن تحملها، وأن القلق يقف في الغالب كعائق أمام التنظيم العقلي، كما يحد من

الوظائف العقلية لدى التلميذ، مما يجعله يجد نفسه عاجزاً على التعامل مع واجباته الدراسية بنجاح.(محمد قاسم، 2008: 94)

وفي دراسة أجراها "أوتيل" (1981) تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين القلق والتحصيل الدراسي، حيث خلصت الدراسة التي قام بها إلى وجود فروق جوهرية بين تحصيل التلاميذ، وجد أن مستوى التحصيل الدراسي للتلاميذ ذوي القلق المنخفض أحسن وأفضل من مستوى التحصيل الدراسي لدى التلاميذ ذوي القلق العالي أو المرتفع.(صبرة محمد، محمد عبد الغني، 2005: 390)

كما أن التلميذ الخجول يظهر ضعفاً ملحوظاً في تحصيله الدراسي نتيجة عدم مشاركته في القسم وتجنب طرح الأسئلة في حالة عدم فهمه للدرس.

وقد يسيء المدرسون تفسير خجل التلميذ حيث يظنون أن إحجامه على المشاركة في القسم يرجع إلى عدم القدرة على الفهم، حتى أنهم قد يخلصون إلى أنه بطيء في التحصيل الدراسي، فيتجنبون توجيه الأسئلة إليه أثناء الدرس معتقدين أنه يجهل الإجابة، وبالتالي تتزعزع ثقة التلميذ الخجول بنفسه وتفتر همته، الأمر الذي يؤدي به إلى العزلة والانسحاب مما يؤثر على تحصيله الدراسي.(عطية محمود، 2007: 53)

إن الراحة النفسية للمتعلم وعدم تعرضه للصدمات أو مواقف انفعالية ونفسية مؤثرة كالقلق، والخوف، والاكتئاب، والخجل، وضعف الثقة بالنفس، والشعور بالفشل...الخ، تعتبر من العوامل المساهمة في تحصيل دراسي مثمر.

ومن بين العوامل التي تساهم في تدني تحصيل التلميذ تدني تقدير الذات، فالشعور الذي يحمله التلميذ نحو نفسه هو أحد محددات السلوك البالغة الأهمية، فشعور التلميذ بأنه بلا قيمة يفتقر إلى احترام الذات الأمر الذي يؤثر على دوافعه واتجاهاته وسلوكه وبالتالي على تحصيله العلمي.(سعيد العزة، 2002: 99)

ويشير "موسى جبريل" (1993) أن الأطفال ذوي التقدير السلبي للذات يعانون من الإدراك السالب للذات وعدم الرضا عن ذواتهم وكذا عدم القدرة على تحمل المسؤولية والتشاؤم، إضافة إلى أنهم غالباً ما يضعون أنفسهم في مواقف لا يستعطون الانجاز فيها، فيلومون أنفسهم أحياناً بسبب إخفاقهم، الأمر الذي يسئ للصحة النفسية لديهم.(محمد النوبي، 2010: 74)

وتوصل "سيمون وسيمون" (1975) إلى وجود ارتباط دال إحصائياً قدر بـ 0,33% بين تقدير الذات والتحصيل الدراسي، وبين تقدير الذات والذكاء.(منصوري مصطفى، 2008: 44)

ويشير "كامل مصطفى" (1995) في دراسة يهدف من خلالها إلى التعرف عن العلاقة بين التحصيل الدراسي وسمات الشخصية، فسمات الشخصية المختلفة تؤثر في التحصيل الدراسي للتلاميذ في مختلف مراحلهم التعليمية، كما توصل أيضاً إلى وجود علاقة موجبة مرتفعة بين التحصيل الدراسي ومدى تقبل التلاميذ لأدوارهم الاجتماعية وإحساسهم بالمسؤولية الاجتماعية، حيث أن تلك السمات تجعل التلاميذ ينتظمون في دراستهم ويهتمون بإعداد دروسهم، كما وجد أن التلاميذ الذين لم يصلوا إلى مستوى تحصيلي يتناسب مع قدراتهم يتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين ويميلون إلى الهروب من المواقف الاجتماعية.(كامل مصطفى، 1995: 277)

د- ميول واتجاهات المتعلم نحو المدرسة والدراسة:

تؤثر الميول والاتجاهات على التحصيل الدراسي للتلميذ، حيث يعد ميل أو نفور التلميذ لمادة معينة عامل يساعد على تعلمها أو عامل ينفر منها، فكلما كان يميل نحو مادة معينة فإنه سوف يزداد اهتمامه وتركيزه واجتهاده نحوها لتحقيق مستوى أحسن فيها، فإذا كان التلميذ يميل إلى العمل اليدوي مثلاً فإن تحصيله في الأعمال المخبرية والنشاطات التقنية يرتفع، في حين إذا كان التلميذ ميله منخفضاً اتجاه المادة فإن ذلك سيقلل من اهتمامه وتركيزه مما ينعكس سلباً على أدائه، فالاتجاه السلبي نحو الرياضيات أو اللغة الفرنسية مثلاً يجعل التلميذ يرى أنها مادة صعبة ولا يمكن تعلمها وبالتالي ينخفض تحصيله الدراسي فيها.

ويشير "عبد الرحيم محمد" (1982) أن من الأسباب المرتبطة بانخفاض التحصيل الدراسي اتجاهات التلاميذ نحو المدرسة، كذلك انشغال التلميذ ببعض الأمور العاطفية أو بمشكلة من مشكلاته الخاصة، كما أن استعمال الطريقة الخاطئة في المذاكرة تلعب دوراً مهماً في انخفاض التحصيل الدراسي للتلميذ، كما ويؤثر الجو النفسي والمناخ الاجتماعي للوسط الذي يعيش فيه التلميذ تأثيراً بالغ الأهمية في انخفاض التحصيل الدراسي، ومعاملة الوالدين واتجاهاتهم النفسية نحو الابن هي تعتبر من بين العوامل التي قد تساهم إلى حد كبير في انخفاض التحصيل الدراسي.(السهلي: 52- 53)

3- 2 العوامل الموضوعية:

أ- نوع المادة ودرجة تنظيمها:

فكلما كانت المادة المراد حفظها واضحة المعنى مترابطة الأجزاء يسهل على التلميذ إدراك ما بينها من علاقات ومن ثم تكون أيسر في الحفظ وأثبت في الذهن.

ب- التكرار الموزع والتكرار المركز:

أسفرت نتائج الدراسات على أن التكرار الموزع على مرات أفضل من التكرار المركز في وقت واحد.

ج- الطريقة الكلية والطريقة الجزئية:

ويتوقف نجاحها على عوامل عدة منها: كمية المادة ونوعها وسن الحافظ وذكائه والغرض من الحفظ وعوامل أخرى، وقد دلت الدراسات على أن الطريقة الكلية أفضل من الطريقة الجزئية حين لا تكون المادة طويلة أو صعبة، وحين تكون لها وحدة طبيعية أو تسلسل منطقي يمكن اتخاذه إطاراً تندمج فيه التفاصيل والأجزاء، ومن عيوب الطريقة الكلية أنها تقتضي على الحافظ تكرار الأجزاء السهلة حين تختلف أجزاء المادة في صعوبتها.

د- طريقة التسميع الذاتي:

يقصد بها محاولة الاسترجاع أثناء الحفظ أو بعده بمدة معقولة، فهو يبين للحافظ مقدار ما غاب عنه فيزيده عناية وتكراراً، ومن ناحية أخرى ففي التسميع الذاتي حافز على ذلك الجهد للحافظ، فقد أسفرت نتائج الدراسات أن الحفظ المقترن بالتسميع الذاتي يزيد من كمية المحفوظات.(مايسة النيال، مدحت عبد الحميد، 2009: 18- 19)

فأسلوب التلميذ الذي يتبعه في المذاكرة يؤثر على أدائه، فالتلميذ الذي ينظم وقته ويشرع في المذاكرة قبل الامتحان بمتسع من الوقت هذا يساعده على الاحتفاظ على المعلومات بطريقة جيدة، في حين أن التلميذ الذي لا يهتم بمراجعة دروسه بصورة يومية حتى ليلة الامتحان يجد نفسه غير قادر على مراجعة كل الدروس لأن الوقت غير كاف للاطلاع على كل الدروس وهذا يؤثر سلباً على تحصيله الدراسي.

هـ - الطريقة الفاعلة في التحصيل:

يجب أن يكون موقف المحصل مما يحصله موقفاً إيجابياً، فلا يرضى بمجرد التكرار الآلي، فالتحصيل الحقيقي هو تحصيل المعنى يتمثل في عملية تفكير وتحليل ومقارنة وتأويل، وعلى قدر ما يبذله المحصل من جهد في تحصيله واستذكاره، تثبت المعاني في ذهنه، ويسهل عليه الاستفادة منها.

و- تجاوز حد الحفظ:

يجب ألا يكف المحصل على الحفظ بمجرد شعوره أنه حفظ أو بمجرد قدرته على التسميع المباشر، فقد دل التجريب على أن المضي في تكرار ما تم حفظه يؤدي إلى ثباته في الذهن.

ز- الارشاد:

ثبت بالتجريب أن التحصيل المقترن بإرشاد أفضل من التحصيل بدونه، بل أن الرغبة في التحصيل من دون إرشاد قد لا تؤدي إلى الهدف المنتظر منها، كما ظهر أن الارشادات والتعليمات الايجابية المفصلة المشجعة أفضل من التعليمات السلبية العامة المثبطة.(مايسة النيال، مدحت عبد الحميد، 2009: 18-19)

3- 3 العوامل الأسرية:

تعتبر الأسرة من أهم المؤشرات والعوامل التي تلعب دوراً هاماً في حياة المتعلم والتي تدفعه إما للنجاح والإنجاز أو إلى الفشل والتسرب من الدراسة، ذلك لأن الظروف الأسرية الجيدة من شأنها أن توفر الجو النفسي الاجتماعي المساعد على التحصيل الجيد، في حين الظروف الأسرية السيئة تعرقل نمو التلميذ الجسمي والنفسي والعقلي والانفعالي وبالتالي تؤثر سلباً على مردوده التحصيلي.

إن توفير الأسرة للجو الذي يسوده الحب والحنان والثقة والاهتمام له تأثير على نجاح أبنائها، فقد يعاني الأبناء من اضطرابات نتيجة إهمال الوالدين وحرمانهم من الاهتمام والحب، مما يؤدي بهم إلى عدم الاستقرار النفسي.

ويمكن اعتبار سوء تفاهم الوالدين وانفصال الزوجين والخصام المستمر والخلافات بينهما له أثر كبير على مستوى الإنجاز عند الأبناء، فالآباء عوضاً أن يكونوا متفرغين لمساعدة أبنائهم في التعلم والإنجاز وتوفير محيط تربوي هادئ، نجدهم يساهمون من خلال المشاكل الزوجية والخلافات في اضطراب أبنائهم وتشويش تفكيرهم وإحباطهم.(محمد عدس، 1999: 25)

كما أن تدني المستوى الاقتصادي للأسرة يلعب دوراً هاماً في تدني التحصيل الدراسي للمتعلم، فدخل الأسرة الضعيف وعدم توفر مسكن مريح يعتبر من المشاكل التي تواجه الأسرة، ويترتب على ذلك عدم توفر الجو المناسب للمذاكرة هذا يؤثر على نتائج المتعلم الدراسية.

فقد توصل "وايت Wayet" (1982) في دراسته إلى أن العلاقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتحصيل الدراسي هي علاقة ارتباطية موجبة بمعنى أنه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد كلما ارتفع انجازه الدراسي، وكلما انخفض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد انخفض انجازه الدراسي.(محمد النوبي، 2010: 107)

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن التلاميذ ذوي الأسر ذات الحجم الكبير غالباً ما يكون تحصيلهم الدراسي أقل من التلاميذ ذوي الأسر المتوسطة الحجم، وهذا ما أكده "أناستازي Anastazi" (1956) و "دافي Davie" (1972) أن التلاميذ ذوي الأسر الكبيرة الحجم يقل تحصيلهم نتيجة حالة أسرهم الاقتصادية، وأن أغلبهم كانوا يتوقفون عن الدراسة في سن مبكرة ويلتحقون بالعمل وهذا لمساعدة أسرهم على سد حاجياتهم، وهذا على عكس الأسر ذات الحجم المتوسط.

وتوصل "إبراهيم عثمان" (1989) في دراسة عن الخلفية الأسرية للطفل المتأخر دراسياً إلى وجود علاقة ارتباطية بين نوعية السكن والتحصيل الدراسي قدرت بـ (0,18).(محمد منيزل، خالد خليف، 1999: 70)

ويؤكد "الحامد بن معجب" (1996) إلى أن تماسك الأسرة ومعاملة الوالدين والمستوى الاجتماعية والاقتصادي للأسرة وعدد أفراد الأسرة لها دور هام في التأثير على تحصيل التلميذ وعلى سلوكه العام، وأنه كلما قلت المشاكل الأسرية زاد تحصيل التلميذ.(الحامد محمد بن معجب، 1996: 159)

إضافة إلى ذلك نجد المستوى الثقافي للأسرة وللوالدين بوجه أخص، فالعائلة المثقفة والمتعلمة تساهم بفاعلية في تكيف طفلها المدرسي، وذلك بمساعدته على حل واجباته المدرسية والحرص على نجاحه في الامتحانات، كما أن للأسرة المثقفة دوراً في إنماء الرصيد اللغوي لأطفالها وأسلوب تعاملهم مع مختلف الوضعيات الاجتماعية وتوجيه سلوكهم في المحيط المدرسي.

كما يلعب المناخ الثقافي الذي توفره الأسرة أو تحرص على توفره لإشباع رغبات وميول واتجاهات الطفل دوراً هاماً في نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي، ويزيد من قدرة الطفل على التحصيل المدرسي الايجابي.(صبرة محمد، 2005: 63)

فالتلميذ الذي يعيش في وسط ثقافي غني سوف يساعده هذا الوسط على اكتساب التجارب والخبرات التعليمية التي تزيد من معارفه، فالأسر التي يكون مستواها الثقافي مرتفعاً تقوم بتوفير الجو العلمي

والثقافي المناسب لأبنائها داخل البيت ومساعدتهم على الدراسة والمراجعة وتوفير الكتب والمجلات العلمية.

في حين أن الأسرة غير المثقفة لا تهتم بحالة أبنائها الدراسية وحل واجباتهم المدرسية، ولا توفر لهم الجو المناسب للاستذكار، إضافة إلى هذه الأسر عادة ما تتبنى اتجاهات سلبية نحو التعلم والنظم التربوية.(صبرة محمد، 2005: 109)

فقد توصل "إبراهيم عثمان" في دراسته إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التحصيل الدراسي للأبناء والمستوى التعليمي للأم، حيث قدر معامل الارتباط بـ (0,34)، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي للأب وتحصيل أبنائه حيث قدر معامل الارتباط بـ (0,31).(محمد منيزل، خالد خليف، 1999: 75)

كما توصل "الحامد بن معجب" (1996) في دراسته إلى أن التلاميذ المتأخرين دراسياً ينحدرون من أباء وأمهات لا يجيدون القراءة والكتابة، وهذا قد يرتبط بمستويات هذه الأسرة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، كما يرتبط بإدراك الآباء لأهمية التعليم أو أساليب التربية، وبالتالي أهمية دفع التلميذ للتعلم وتوفر الجو المناسب لذلك.(الحامد محمد بن معجب، 1996: 82)

3- 4 العوامل المدرسية:

هناك مجموعة من العوامل المدرسية التي تتداخل وتجتمع لتؤثر بصورة مباشرة على المتعلم ومن ثمة على تحصيله الدراسي، وتتمثل هذه العوامل في كل ما يتعلق بالمدرسة من المناهج وطرق التدريس والوسائل التعليمية، ومنها ما يلي:

أ- مواظبة المتعلم على الحضور:

إن حضور المتعلم في المدرسة والاطلاع على جميع المواد المقررة وحضور كل الحصص أمراً ضرورياً وهاماً للوصول إلى النجاح الموغوب فيه، وعلى المعلمين توفير الجو المناسب لتحبيب المدرسة والمواد المقررة للمتعلم.

ب- الجو الاجتماعي المدرسي:

يعتبر الجو الاجتماعي المدرسي من العوامل الأساسية التي تؤثر على التحصيل الدراسي، فالتفاعل الإيجابي والتعاون بين أفراد المجتمع المدرسي، وإتاحة الفرصة للمتعلم لإشباع حاجاته البيداغوجية

والنفسية والاجتماعية، ويزيده رغبة في التحصيل وارتفاع مستوى انجازه، أما إذا كان العكس بحيث يتكتل مجموعة من التلاميذ ضد التلميذ الجديد أو البدين أو النحيف واللامساواة في التعامل من طرف المعلم يؤدي بالمتعلم إلى إهمال واجباته والتغيب عن المدرسة ومن ثمة النفور من المدرسة.(نعيم الرفاعي، 1972: 35)

ويتأثر التحصيل الدراسي للتلميذ بالجو المدرسي العام، فحسب الجماعة تحدد مستواه الدراسي، وهنا تبرز مسؤولية المدرسة في إعطاء أهمية والاهتمام التام في ايجاد الجو المناسب للتلميذ على العمل والاجتهاد.(أحمد زكي، 1989: 142)

ج- نظام الامتحانات:

إن التقويم في المدرسة ينحصر فقط على قياس التحصيل من خلال الامتحانات، فهي التي يعتمد عليها المعلم في إصدار أحكام على مستويات التلميذ وكذا عملية الانتقال من صف لآخر دون مراعاة الظروف التي يمر بها التلميذ النفسية والبيداغوجية أثناء فترة الامتحانات.

د- المعلم:

يعتبر المعلم واحداً من أهم المتغيرات التي تؤثر في العملية التعليمية، وترجع هذه الأهمية لتعدد الأدوار التي يقوم بها المعلم داخل الفصل، ولا يقتصر دور المعلم على نقل المعلومات فحسب، وإنما يتسع دوره ليشمل تحقيق الأهداف التربوية التي تتضمن اكساب التلاميذ المهارات والاتجاهات والقيم، إضافة إلى إكسابهم المعرفة التي تساهم في بناء شخصيتهم.(محمود عبد الحليم، 1991: 365)

والمدرس هو قوام العملية التربوية، وبحكم اتصاله اليومي والمباشر بالتلاميذ، فهو ليس مجرد مدرس ينقل المعلومات للتلاميذ ويملأ عقولهم بموضوعات الدراسات، وإنما وظيفته أشمل من ذلك بكثير لأنه مربي لشخصيات التلاميذ جسمياً وعقلياً وخلقياً، فالمدرس الناجح يحبب تلاميذه في المدرسة والتعلم ويخلق عندهم الحوافز لمواصلة الدراسة وتحقيق النجاح.(محمد خليفة، 1989: 85)

يعد المعلم حجر الزاوية في العملية التعليمية، لذا يجب أن تتوفر فيه مجموعة من الخصائص وهذا للقيام بدوره المنوط به، وتتمثل العوامل المتعلقة بالمعلم في خبرته المهنية وإعداده وتكوينه العلمي وشخصيته، حيث أن اعداد المعلم وتأهيله يساعده على فهم مشكلات التلاميذ النفسية والسلوكية والتحكم فيها وتزيد من مكتسباته المعرفية.

كما يؤثر المعلم في التحصيل الدراسي بشكل إيجابي من خلال أربعة عوامل أساسية وهي:

- التمكن من المادة العلمية.
- التمكن من التدريس نظرياً وتطبيقياً.
- تمكن المعلم من امتلاك الميول الاجتماعية نحو التربية والتعلم.
- التمكن من معرفة الفروق الفردية ومراعاتها في التدريس، وكذا مراعاة مراحل النمو المختلفة.(راشد محمد، 2000: 52)

وهناك عوامل أخرى تؤثر في التحصيل بشكل ايجابي:

- **عامل الدقة:** ويعني الاحاطة بكل جوانب المعلومة المقدمة من طرف المعلم من أجل ترسيخها، لأن المعلومة الدقيقة تعتبر أساس الخبرات والمهارات.
- **عامل التكرار:** إن تكرار المعلم لمعلومات يكسبها نوعاً من الثبات في أذهان التلاميذ.
- **عامل التنظيم:** يساعد التنظيم المعلم على ضبط معلوماته، ففهم التلاميذ للمادة يتوقف على تنظيم أجزائها إلى وحدات منظمة.(أحمد زكي، 1989: 142)

كما قد يؤثر المعلم في التحصيل الدراسي للتلاميذ سلباً، وهذا ما أشارت إليه "رمزية الغريب" (1970) في دراسة حول أثر شخصية المعلم على تحصيل التلاميذ، حيث استنتجت وجود العديد من الصفات المتمثلة في المشاركة الوجدانية، والتعاطف مع التلاميذ، والبشاشة، والمعاملة الطيبة، وأكدت أن هذه الصفات الايجابية التي يتصف بها المعلم هي صفات محببة لدى التلاميذ، وعليه فإن نفسية التلاميذ تتأثر بشخصية المعلم وكل ما يحمله من خصائص، وهذا ينعكس إيجاباً وسلباً على تحصيل تلاميذه.(زبدي ناصر الدين،2007: 38)

فقد توصل "أندرسون Anderson" (1950) في دراسة له أن شخصية المعلم ومعاملته للتلاميذ تؤثر في تحصيلهم، وأن التلاميذ الذين يواجهون الصعوبات والضغوطات المدرسية قادرون على تزويدهم بالمسؤولية اللازمة، كما أثبتت دراسات أخرى أن نجاح العملية التعليمية يمثل 60% منه على عاتق المعلم، بينما 40% ترجع إلى الادارة، والمناهج الدراسية، والكتب، وظروف التلاميذ العائلية.(عصماني رشيدة، 2009: 97)

ومن العوامل المدرسية التي تؤثر سلباً على التحصيل الدراسي ما يلي:

- وجود مدرسين غير مؤهلين.

- انتقال المدرسين من قسم لآخر أو من مدرسة لأخرى.
- سوء نقل المعلمين للرسالة التعليمية للمتعلمين.
- سوء العلاقة بين المدرس والمتمدرس، وهذا ما يخلق مشكلات داخل الفصل الدراسي وعادة يؤدي هذا إلى رفض المادة من طرف التلميذ وبالتالي يؤثر على أدائه التحصيلي.

هـ - المنهج الدراسي:

يلعب المنهج الدراسي دوراً هاماً في استيعاب وتحصيل التلميذ للمادة المدرسة، وهناك عدة عوامل تساهم في انخفاض التحصيل الدراسي للتلميذ وسببه الرئيسي يعود إلى المنهج، ومن بين هذه الأسباب نجد ما يلي:

- اكتظاظ المنهج والاهتمام بالكم دون الكيف.
- اعتماد المنهج على الحفظ دون الفهم.
- توجيه المنهج نحو التلاميذ الأكفاء.
- نقص عنصر التشويق وشد انتباه التلميذ.
- نقص الترابط بين المحتويات وعدم مراعاة التسلسل المنطقي في المحاور والأهداف.
- صعوبة المنهج.(سميرة السالم، 1995: 48)

يعتبر المنهاج من العناصر الأساسية التي يجب توظيفها لإشباع حاجات المتعلم المعرفية وتحقيق ذاته وإمكاناته وقدراته وفقاً لمراحل النمو مع مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ، وقد يكون المنهاج صعباً أو طريقة تقديمه غامضة، وهذا قد يرجع لنقص كفاءة المعلم أو لعدم ترابط محتويات المنهج وعدم تسلسلها، بالإضافة إلى افتقاره لعنصر التشويق، وهذا ما يجعل المتعلم ينفر من التعلم.

وكلما كانت المناهج الدراسية ملائمة لمستوى وقدرات التلميذ وعمره العقلي والزمني وخصائصه النمائية، ففي مرحلة الطفولة يجب أن يعتمد المقرر الدراسي على الأشياء التي تعتمد على المحسوس والتدرج معه والتسلسل في صعوبة المعلومات، وضرورة أن تخلق هذه المناهج الدراسية نوعاً من الملائمة مع متطلبات البيئة ومراعاة الجوانب النمائية لكل مرحلة.

يتأثر التحصيل الدراسي للتلاميذ بالمنهج الدراسي، فصعوبة هذا المنهج وعدم ملاءمته لمستوى سن التلاميذ وقدراتهم وميولهم واتجاهاتهم، وعند عدم ارتباط محتوى المنهج بالبيئة التي يعيش فيها التلاميذ، وطول محتوى المنهاج مقارنة مع الوقت المحدد له قد يؤثر سلباً على تحصيل التلاميذ.

وتوجد بعض المواد الدراسية التي تشكل لبعض المتعلمين عقبة دراسية يعانون من اجتيازها والأسباب في ذلك كثيرة منها ضعف الخلفية اللغوية أو المهارية للمتعلم في مادة من المواد، وعدم اقتناع المتعلم بما يدرس، إضافة إلى أسباب تتعلق بأستاذ المادة.(رمزية الغريب، 1979: 155)

و- الوسائل التعليمية:

تعتبر الوسائل التعليمية أهم العوامل المدرسية المؤثرة على التحصيل الدراسي، فعدم توفر الوسائل التعليمية يؤدي إلى إعاقة العملية التربوية، وفشل المدرس في إيصال رسالته للتلاميذ بطريقة سهلة وواضحة.(سعيد حسني، 2002: 36)

ي- طرق التدريس:

إن نجاح المنهج في تحقيق الأهداف التعليمية يرتبط بطريقة التدريس الجيدة المتبعة من طرف المعلم، فأسلوب المعلم في تقديم المادة العلمية وتناولها أمام التلاميذ وصياغتها حسب طاقة الاستيعاب لديهم يسهل عليهم الحصول على المعلومات بصفة واضحة ومنظمة، أما طريقة التدريس الغير الواضحة ستنعكس سلباً على أداء التلميذ ومستواه الدراسي.

ك- توزيع التلاميذ في الأقسام:

فاكتظاظ الأقسام وسوء توزيع التلاميذ في المدرسة وداخل الفصل يعد من العوامل التي تعيق أداء المعلم في تقديم رسالته، فقد لا يتمكن من إنهاء المقرر الدراسي في الوقت المناسب بسبب العدد الكبير للتلاميذ في الفصل مما يجعل الفصل الواحد يحتوي على مجموعات متباينة في المستوى التعليمي، وهذا ما يسبب مصدر ازعاج للمعلم، ولا يمكنه إعطاء الفرصة لكل تلميذ للتعرف على قدراتهم وامكاناتهم، وبالتالي يقلل من أدائهم.

ل- الادارة المدرسية:

تلعب الادارة المدرسية دوراً هاماً في العملية التعليمية، فالإدارة المتسلطة والغير الضابطة تنفر المعلمين والمتعلمين، وتعرقل سير البرنامج الدراسي وبالتالي تقلل من فاعلية

المعلمين في عملية التدريس ومن دافعية المتعلمين وتخفض تحصيلهم الدراسي.

ويمثل الجو المدرسي بما يشمله من علاقات بين التلميذ والزملاء والمعلمين والاداريين، وبما يشمله من قيم أكاديمية واجتماعية، وما ينتج عن ذلك من سلوكيات تعزيزية للتلميذ أحد الجوانب المؤثرة على التحصيل الدراسي للتلميذ وشخصيته وسلوكه، والجو المدرسي الفعال يمكن أن توفره الإدارة الجيدة وينعكس ذلك على جوانب مختلفة، وهذا ما يشير إليه "آل ناجي محمد" منها كتحديد عدد التلاميذ في الشعب الدراسية وفتح شعب جديدة، وتفهم المعلمين لقدرات التلاميذ المختلفة وتشجيعها من خلال توفير البيئة الدافعة إلى ذلك، إضافة إلى توفير الوسائل التعليمية المناسبة واستخدام استراتيجيات التعليم المناسبة، وتشكيل لجان من المتخصصين لمناقشة المشكلات التي تواجه التلاميذ وإيجاد الحلول المناسبة لذلك، وأيضاً التفاعل الجيد والمستمر مع الأولياء في أمور التلاميذ وخاصة المتأخرين دراسياً ومناقشتهم في تدني تحصيل أبنائهم، ولاشك في أن عدم توفير الجو المدرسي المستقر ينجم عنه مشكلات دراسية لدى التلاميذ.(آل ناجي محمد، 2002: 10)

كما أن الجو المدرسي الذي يتسم بالتقبل ويتيح الفرصة للتلاميذ لإشباع حاجاتهم وإشعارهم بالتفوق والنجاح ويزيدهم ثقة بأنفسهم ويوقظ فيهم الحماس، أما إذا اضطربت علاقة التلميذ بالآخرين من تلاميذ ومعلمين وإداريين فإن ذلك سيؤثر سلباً على تحصيله، أي أن التلميذ الغير متوافق دراسياً مع عناصر المجال المدرسي يؤثر ذلك سلباً على تحصيله العلمي.

4- دور المدرسة في خفض التحصيل الدراسي:

تلعب المدرسة دوراً هاماً في زيادة التحصيل الدراسي، إلا أن هناك عدة عوامل تتدخل لتجعل من المدرسة أداة لانخفاض التحصيل الدراسي وذلك من خلال جملة من العوامل:

- السلطة المدرسية الدكتاتورية التي تؤثر على التلميذ من الناحية النفسية والتحصيلية.
- عدم انتظام التلميذ في المدرسة وكثرة الغياب وانعدام الرقابة.
- عدم مراعاة ميول واستعدادات التلميذ ومراحل نموه وكذا الفروق الفردية.
- سوء العلاقة بين التلاميذ والطاقم التربوي.

وخلاصة القول أن المدرسة قد تكون سبباً في انخفاض التحصيل الدراسي للتلاميذ وذلك من خلال نوع السلطة الممارسة أو عدم مراعاة المعلم للفروق الفردية بين التلاميذ أو سوء العلاقة بين الطاقم التربوي والمتعلم.

لذا فإن العوامل المؤثرة في انخفاض التحصيل الدراسي لاشك أنها كثيرة ومتشعبة، بدءاً من المدرسة وامكانياتها، والمعلم ومهاراته، وطرق التدريس وفعاليتها، والمنهاج وجودته، وإمكانات الفرد واستعداداته، ودور الأسرة في تحفيز ما لديه ودفعه لإنجاز أفضل، أو إعاقته أحياناً حيث أن دور الأسرة يتأثر بمستواها الاقتصادي والثقافي.

5- دور جماعة الأقران في التحصيل الدراسي:

يلعب الأقران دوراً أساسياً في التحصيل الدراسي إما إيجابا أو سلباً، فيتدنى تحصيل التلميذ نظراً لإمضاء وقت كبير في اللعب أو السهر لوقت متأخر، وقد يتأثر التحصيل الدراسي إيجاباً من خلال بث روح المنافسة بين الأقران، والتعاون، والعمل الجماعي، المنافسات العلمية.(راشد محمد، 2000: 48)

6- الدافعية والتحصيل الدراسي:

للدافعية علاقة كبيرة بالتحصيل الدراسي، بحيث توجه سلوك الأفراد نحو تحقيق الأهداف، وهناك جملة من المؤشرات التي تدل على وجود دافعية كبيرة نحو الدارسة والنجاح مثل: المنافسة، والحماس، والتركيز، والاهتمام، وانجاز الواجبات، والمثابرة والرغبة في الإنجاز، وتحقيق الأهداف التعليمية.

وتعتبر الدوافع من المكانيزمات الأساسية التي تحرك الفرد لتحقيق حاجاته وهذا للإحساس بالراحة والاتزان والانسجام النفسي، والفرد من خلال حياته يمر بعدة مواقف تحتم عليه استثمار دوافعه استثماراً ايجابياً لمواجهة صراعاته وإشباع حاجاته، وتعتبر الدافعية للإنجاز من بين الدوافع الأساسية التي لها علاقة مباشرة بالتحصيل الدراسي للمتعلم، بحيث تدفعه هذه الدوافع إلى القيام بمجهود كبير لتحقيق أهدافه التحصيلية.

7- أهداف التحصيل الدراسي:

يسعى التحصيل الدراسي لتحقيق الأهداف التالية:

- يهدف التحصيل الدراسي إلى تمكين المتعلم من معرفة مستواه ورتبته، مقارنة بمستوى زملائه في نفس الصف، كما يمكن للمعلمين من معرفة مستوى تلاميذهم، ذلك من خلال التعرف على مستواهم ورتبتهم وكذا قدرتهم على استيعاب المعارف والمهارات المختلفة في مادة معينة خلال فترة زمنية معينة.(نعيم الرفاعي، 1972: 258)
- إكساب التلاميذ أنماطاً سلوكية متفق عليها في المنظومة التربوية والتعليمية.

- تحديد الاستجابات الواجب تعزيزها، فمن خلال نتائج التحصيل يتمكن المعلم من التعرف على التقدم الذي تحصل عليه، وكذا الصعوبات التي تعترضه وتعيق سير وصول المعلومات.
- يسمح بمراعاة خصائص نمو التلاميذ المسئولة عن اختلاف أدائهم.
- يسمح التحصيل الدراسي بمتابعة سير التعلم وتقدير الأمور التي تمكن منها المتعلم، والتي صعب عليه إدراكها، وهذا لتساعد كل من المعلم والمتعلم على إعادة بناء خطة سير الدروس، وإعادة صياغة الأهداف التعليمية والتي ترتبط بخصائص نمو التلاميذ آخذين بعين الاعتبار قدرات وميول التلاميذ.
- تساعد النتائج المتحصل عليها في التحصيل الدراسي على زيادة دافعية المتعلم.(بن يوسف آمال، 2007: 109)

ويهدف التحصيل الدراسي إلى تقييم المعلومات والمعارف الدراسية الخاصة بالتلميذ من خلال الخطوات التالية:

أ- قياس مستوى التلاميذ بعد انتهاء فترة تعليمية معينة.

ب- اعتماد النتائج لمنح الشهادات والدرجات والإجازات.

ج- قياس الفوارق بين عناصر الفعل التعليمي، من أهداف ومحتوى ومناهج ومدى مساهمتها لبلوغ الأهداف المرجوة.

د- التعرف إلى أي مدى تم تحقيق الأهداف المحددة في الفترة التكوينية والتعليمية.(محمد خروبي، 1983: 25)

8- أهمية التحصيل الدراسي:

تتجلى أهمية التحصيل الدراسي فيما يلي:

- تقدير النتيجة الحقيقية للمتعلم وهذا لانتقاله إلى مرحلة تعليمية أخرى.
- تحديد نوع الدراسة والتخصص الذي سينتقل إليه المتعلم لاحقاً، وهذا انطلاقاً من النتائج التي تحصل عليها.
- إن التحصيل الدراسي يساعد على معرفة ما حصله المتعلمون من المادة الدراسية.
- يعد التحصيل الدراسي وسيلة فعالة يتعرف من خلاله المتعلمون على مدى تقدمهم في التحصيل الدراسي، وتحفيزهم على بذل جهد أكثر للوصول لدرجة أكبر من التقدم.

- يساعد المعلم على معرفة مدى استجابة المتعلمين لعملية التعلم، ومدى استفادتهم من طريقة التدريس المتبعة، ولذلك يعتبر التقويم وسيلة فعالة تساعد المعلم على الوقوف على نواحي الضعف التي يعاني منها المتعلمين.

- يساعد تقويم التحصيل الدراسي على معرفة ما إذا كان المتعلم قد وصل إلى المستوى المطلوب في التحصيل الدراسي.

- يساعد التحصيل الدراسي المعلم في الحصول على معلومات عن ترتيب المتعلم، وفي خبرة معينة بالنسبة لمجموع المتعلمين في الصف الدراسي.

- معرفة المستوى التعليمي للمتعلم بمقارنة نتائجه بنتائج زملائه في نفس القسم أو نفس المستوى.

- الحصول على معلومات عن نمو المتعلم التحصيلي في فترة معينة حتى يستطيع المعلم متابعة هذا النمو، ويتعرف عما إذا كان طبيعياً مستمراً أم هو نمو وقتي متقطع.(بن يوسف آمال، 2007: 110)

- يهتم التلاميذ بالتحصيل باعتباره سبيلاً لتحقيق وتقدير الذات.

وتتجلى أهمية التحصيل الدراسي في أوجه عدة في حياتنا الاجتماعية، فالواقع أن تنمية التعليم تسمح بمكافحة جملة من العوامل المسببة لانعدام الأمن مثل البطالة، والاستعباد، والنزاعات الدينية المتطرفة، وهكذا أصبح النشاط الدراسي بكل مكوناته أحد المحركات الرئيسية للتنمية في فجر القرن العشرين، وهو يساهم من ناحية أخرى في التقدم العلمي والتكنولوجي، ومن هنا يمكن القول أن أي مجتمع يسعى للنمو والتطور لابدا لأبنائه مواصلة التحصيل الدراسي لكي يكونوا قادرين على استيعاب عناصر هذا النمو والتطور، فلكي يحقق أي بلد تنمية ينبغي أن يكون سكانه المتمدرسون أو العاملون قادرين على استخدام التكنولوجيات وأن يتمتعوا بالقدرة على الابداع والاكتشاف، وهذا يرتبط إلى حد كبير بمستوى الاعداد النفسي الذي يتلقاه الأفراد، ومن ثم فإن الاستثمار في مجال التعليم شرط لابد منه للتنمية الاقتصادية والاجتماعية على المدى البعيد.(ابراهيم نوفل، 2001: 29)

ومما لاشك فيه أن التحصيل الدراسي له أثر كبير في شخصية التلميذ، فهو يجعل التلميذ يتعرف على حقيقة قدراته وامكاناته، كما أن وصول التلميذ إلى مستوى تحصيلي مناسب في دراسته للمواد المختلفة، فهو يبث الثقة في نفسه ويدعم فكرته عن ذاته، ويبعد عنه القلق والتوتر مما يقوي صحته النفسية، أما فشل التلميذ في التحصيل الدراسي المناسب لمواد دراسته، فإنه يؤدي إلى فقدان الثقة بنفسه

والاحساس بالإحباط والنقص والتوتر والقلق، وهذا من دعائم سوء الصحة النفسية للفرد.(غيثاء علي بدور، 2001: 173)

وعليه فإن التحصيل الدراسي هو المعيار الوحيد الذي يتم بموجبه قياس تقدم التلاميذ في الدراسة ونقلهم من صف تعليمي لآخر، وكذلك توزيعهم في تخصصات التعليم المختلفة، أو قبولهم في مختلف الكليات والجامعات، وللتحصيل الدراسي أهمية كبيرة في توافق التلميذ في الحياة ومواجهة مشكلاتها الذي قد يتمثل في استخدامه حصيلة معارفه في التفكير وحل المشكلات التي تواجهه أو اتخاذ القرارات.

9- أدوات قياس التحصيل الدراسي:

إن الهدف الرئيسي للعملية التربوية هو وصول المتعلم إلى تحقيق ذاته واشباع حاجته المعرفية من خلال تحصيل دراسي يفتح له معالم مستقبله العلمي، وبما أن التحصيل الدراسي يعتبر مؤشراً أساسياً للنجاح أو الفشل فهو يخضع لمجموعة من أدوات القياس والتقويم.

يحتاج قياس التحصيل الدراسي إلى أدوات ووسائل موضوعية حتى يستطيع المعلم اصدار حكم موضوعي على ما تعلمه التلميذ ومدى تحقق الأهداف التعليمية، وهذا ما يتطلب الاعتماد على أدوات قياس منها ما يلي:

9-1 الملاحظة:

هي استراتيجية يستخدمها المعلم من أجل الحصول على معلومات تفيد في الحكم على التلميذ، وفي تقويم مهاراته وطريقة تفكيره وسلوكاته...الخ.

وتعتبر الملاحظة إحدى أدوات قياس مستوى الأداء، أي مدى قدرة المتعلم على توظيف المعلومات التي تعلمها، حيث يلاحظ المعلم السلوك اللفظي ويسجل استجاباتهم في غرفة الصف، ومن خلال مشاركتهم وتفاعلهم أثناء الدرس، ويستخدم المعلم الملاحظة لقياس بعض المهارات كالقراءة المسترسلة والسليمة من الأخطاء، أو كتابة فقرة بدون أخطاء، أو تصميم تجربة علمية، أو إنجاز مشروع...الخ.

والملاحظة تكون أكثر فعالية إذا استخدم المعلم سجل الملاحظة والذي يساعد على تحديد محكات الأداء وتحديد سلم التنقيط.(بوسنة محمد، 2007: 113)

كما يجب على المعلم أن يحدد مسبقاً ما سيتم ملاحظته، مراعياً استخدام أداة الرصد المناسبة كسلم التقدير وقائمة الرصد والوقت المستغرق في عملية الملاحظة.

9- 2 المقابلة:

يمكن للمعلم تحديد مستوى تحصيل تلاميذه للمعرفة الموجهة لهم ومدى تحقيق الأهداف التعليمية من خلال المقابلات التي يجريها معهم (فردية أو جماعية)، ويتم فيها طرح الأسئلة الشفوية ومناقشتها معهم، حيث يساعد النقاش على تقدير مستوى اكتساب المعرفة ومستوى التفكير والاتجاهات والميول التي يحملها التلاميذ.(زيتون عايش، 2005: 343)

9-3 تقارير التلاميذ ومشاريع البحوث:

تستخدم هذه الأدوات لقياس قدرة المتعلم على الابداع في عمل ما وقدرته على التخطيط وإحداث التكامل بين أجزاء المعرفة، إضافة إلى قدرته على العمل مع الآخرين بنشاط في مواقف حياتية حقيقية.(الطراونة محمد، 2011: 10)

9- 4 التقويم الذاتي:

إن استخدام أدوات التقويم الذاتي لا تساعد على قياس التحصيل فقط بل أنها عامل هام يمكن التلميذ من معرفة مواطن قوته وضعفه وتقويم أدائه، كما أنها وسيلة مساعدة للمعلم للمقارنة بين مستويات تحصيل التلاميذ.(عمر محمود وآخرون ، 2010: 175)

9- 5 الاختبارات التحصيلية:

الاختبار هو أداة للقياس تتكون من مجموعة من الأسئلة التي يطلب أن يجيب عنها التلميذ، وهي تقيس مدى ما تعلمه الفرد في المدرسة أي أنها تقيس الأثر الذي يحدثه التعليم أو التدريب تحت ظروف معينة.(مقدم عبد الحفيظ، 1993: 21)

والاختبار التحصيلي هو اختبار يقوم المعلم بإعداده من أجل تقدير مستوى تحصيل التلاميذ.

وتعتبر الاختبارات التحصيلية التي يراد بها قياس التحصيل الدراسي من أهم وسائل تقويم التحصيل وتحديد المستوى التحصيلي للتلاميذ في مقرر معين أو في مجموعة من المقررات الدراسية.(رجاء محمود ابو علام، 2006: 369)

وهذه الاختبارات يعدها المعلم نفسه وذلك نظراً لاختلاف الاهداف الخاصة المباشرة للتعليم من قسم إلى قسم أخر، أو من مستوى إلى مستوى آخر، أو معلم لمعلم آخر، لأنه مطالب بمعرفة ما إذا كان تلامذته قد اتقنوا المفاهيم والخبرات والمهارات التي قدمت لهم في حجرة الدراسة.

- أنواع الاختبارات التحصيلية:

تعتبر الاختبارات التحصيلية من أهم وسائل تقويم التحصيل الدراسي، وتستخدم لقياس ما تعلمه التلاميذ في نهاية كل فصل، وهي من أهم وسائل تقويم التحصيل وتحديد مستوى التلاميذ، ويستخدم المعلمون أنواعاً كثيرة من اختبارات التحصيل أهمها ما يلي:

أ- الاختبارات المقننة:

تصمم هذه الاختبارات من طرف المختصين في القياس وبناء الاختبارات، بحيث تشمل مجالاً واسعاً من الأهداف التربوية، فهي اختبارات قابلة للتطبيق في مجال واسع، وتستخدم هذه الاختبارات لإبراز الفروق بين التلاميذ في مستوى تعليمي معين، وبالتالي فإن مجال القياس يشمل كل المواد وليس مادة واحدة فقط أو جزء منها.

ومن أمثلة الاختبارات التحصيلية المقننة بطارية ستانفورد للتحصيل، والتي تضم الاختبارات التالية: اختبار الفهم والقراءة، اختبار القواعد، اختبار الحساب، اختبار التفكير الرياضي.(بوسنة محمود، 2007: 111)

ب- الاختبارات الأدائية:

يسمى هذا النوع بالاختبارات العملية أو الاختبارات غير اللفظية، وهي اختبارات يتم فيها محاكاة الموقف الطبيعي بدرجة أكبر مما تسمح به الاختبارات الكتابية، ويعتبر الموقف الطبيعي في هذه الحالة محك الأداء، وتستخدم هذه الاختبارات لقياس مخرجات التعلم المتعلقة بالأداء الحركي والعملي، كأن تستخدم هذه الاختبارات في مقررات العلوم لقياس المهارات العملية في المخبر.(أبو علام رجاء محمود، 2007: 389)

وتستهدف الكشف عن قدرة التلميذ على القيام بأنشطة متعددة وأدائها لمهارات في موقف حياتها الحقيقي أو مشابه له، وهو يناسب بعض المواد وبعض الأهداف المعرفية قد لا يتطلب أداءً أو سلوكاً يقوم به التلميذ بل الاسترجاع لمعلومة تكون كافية.

وتصنف الاختبارات الأدائية إلى نوعين:

1- اختبارات التحكم:

وتقيس مستوى قدرة التلميذ على التحكم في الأدوات المخبرية، وتنفيذ نشاطات العمل المخبري.

2- اختبارات التعرف:

وتقيس قدرة التلميذ على توظيف معارفه للتعرف على الأشياء والمواد المجهولة.(زيتون عايش، 2005: 358)

وتصنف حسب أغراضها إلى ما يلي:

1- اختبار تحديد المستوى:

قد تستخدم الاختبارات التحصيلية من أجل تحديد مستوى التلميذ في برنامج أو الذين يدرسون مادة من المواد، وذلك من أجل معرفة ما إذا كان لديهم المتطلبات الأساسية من أجل بداية البرنامج أي معرفة مستوى جاهزيتهم لمثل هذا النشاط كاختبارات تحديد المستوى في معاهد اللغة.

2- اختبار التقييم المستمر:

تعطى من قبل المدرسة في فترات متعددة من البرنامج لغرض توجيه تعلم التلاميذ للمادة الدراسية، وهذا من شأنه أن يعطي الفرصة لتغذية راجعة لمستويات تعلم التلاميذ وتشخيص نقاط الضعف والقوة لتحسين مستوى تعلمهم.

3- اختبارات التشخيص:

والتي تستخدم لغرض التشخيص أي تشخيص صعوبات التعلم كصعوبات القراءة والكتابة والرياضيات.

4- اختبارات النهائية:

تعطي عادة في نهاية البرنامج الدراسي لغرض إعطاء تقييم شامل للتلاميذ حول ما درسوا، وذلك بإعطائهم درجات أو شهادة تفيد نجاحهم في برنامج أو مقرر معين وتمييز أسئلة هذه الاختبارات الشمولية.

3- الاختبارات الشفوية:

هي اختبارات على شكل أسئلة غير مكتوبة يطلب الاجابة عنها دون كتابة، وتهدف إلى معرفة مدى فهم التلميذ للمادة الدراسية، ومدى قدرته على التعبير عن نفسه، ويهدف هذا النوع من الاختبارات إلى

قياس قدرة التواصل المعرفي وقياس مستوى التفكير ومدى سرعة الفهم، كما أنها تساعد على الكشف عن الأخطاء المفاهيمية وتعديلها، وتقيس قدرة التلميذ على المناقشة، وتكشف عن اتجاهات وميول التلاميذ.(زيتون عايش، 2005: 358)

ج- الاختبارات المقالية والموضوعية:

5- الامتحانات المقالية:

وهي عبارة عن سؤال واحد أو عدة أسئلة تعطى للتلاميذ من أجل الإجابة عليها، وفي هذه الحالة فإن دور التلميذ يكمن في استرجاع المعلومات التي درسها سابقاً، ويكتب فيها ما يتناسب والسؤال المطروح كما تحتاج الإجابة أيضاً إلى الفهم والقدرة على التعبير والربط بين الموضوعات.(أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000: 19).

6- الامتحانات الموضوعية:

سميت بالامتحانات الموضوعية لأنها تخرج عن ذاتية المصحح عند وضع الدرجات، كما يمكن لأي إنسان أن يقوم بتصحيحها إذا أعطي له مفتاح الإجابة وطريقة الإجراء، أما أنواع الأسئلة الموضوعية فهي:

1- **أسئلة صواب – خطأ أو أسئلة نعم – لا:** وفي هذا النوع من الاختبارات يتم عرض بعض العبارات على التلاميذ، ثم يطلب منهم تأكيد صحتها أو خطائها بكتابة كلمة "صح أو خطأ" في الخانة.(عبد القادر كراجة، 1998: 145)

2- **أسئلة التكميل.**

3- **أسئلة الاختيار من متعدد:** وذلك بإعطاء سؤال ثم مجموعة من الاجابات، إجابة واحدة فقط تكون الصواب.(سامي ملحم، 2000: 212)

4- **أسئلة الترتيب.** (أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى، 2000: 19- 20).

5- **أسئلة المزدوجة:** وهي في العادة تتكون من قائمتين متوازيتين، ويطلب من التلاميذ التوصيل بين المثيرات (الأسئلة) وما يناسبها من اجابات.(عبد القادر كراجة، 1998: 164)

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن التحصيل الدراسي هو مقدار المعرفة التي يكتسبها المتعلم في العملية التربوية، وتتداخل فيه عدة عوامل لتؤثر بصورة مباشرة على عملية التعلم، فقد تكون عوامل ذاتية وهي تخص التلميذ، وحالته الجسمية والنفسية وذكائه وقدراته العقلية وميوله واتجاهاته، ومنها ما يتعلق بالعوامل الأسرية ومنها ما يتعلق بالعوامل المدرسية، تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتؤثر بصفة ايجابية أو سلبية على عملية التحصيل الدراسي، كما تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى تعريف التحصيل الدراسي، وكذا أهدافه وأهميته، وأدوات قياسه.

الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- **أولاً: الدراسة الاستطلاعية:**
- الهدف من الدراسة الاستطلاعية
- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الاستطلاعية
- أدوات البحث ومواصفاتها
- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية وطريقة معاينتها
- تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية
- تفريغ أدوات الدراسة الاستطلاعية
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية
- ملخص التعديلات الملحقة بأدوات البحث
- **ثانياً: الدراسة الاساسية**:
- منهج الدراسة
- الاطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية
- مواصفات عينة الدراسة الأساسية وطريقة اختيارها
- طريقة تطبيق وتفريغ أدوات الدراسة
- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاساسية
- الأساليب الاحصائية المستعملة

سنتناول في هذا الفصل مجموعة من الإجراءات المنهجية المكملة للدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، وحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات)، وهذا بغرض التحقق من الفرضيات المطروحة.

أولا- الدراسة الاستطلاعية:

1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تسعى الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

- اختبار أدوات جمع المعلومات والتأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات) والذي يعتبر شرطاً أساسياً لصدق وموضوعية أي بحث علمي.
- التعرف على ميدان البحث والصعوبات التي يمكن أن تواجه إجراءات البحث في صورته النهائية.
- ضبط المجتمع الأصلي للعينة والتعرف على خصائص ومواصفات أفراد العينة.
- إدخال التعديلات اللازمة على أدوات البحث وهذا إن اقتضت الضرورة ذلك لإعدادها في صورتها النهائية.

2- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

تم الشروع في هذه الدراسة وتطبيق أدوات جمع المعلومات (الاستبيان) في الفترة ما بين 10 أفريل 2016 إلى غاية 17 أفريل 2016، وهذا بمدرسة عائشة أم المؤمنين بولاية أدرار.

3- أدوات الدراسة ومواصفاتها:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الطالبة الباحثة ببناء أداة الدراسة والمتمثلة في استبيان المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وهذا بعد الاطلاع على الاطار النظري وأدبيات البحث والدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير وهذا في حدود المراجع والمصادر والدراسات السابقة التي أمكن على الطالبة تفحصها والاطلاع عليها ومنها دارسة "عبد الفتاح غزال" (2001) حول فوبيا الحياة المدرسية عند الطفل في الحلقات الأولى من التعليم، ودراسة "جاسم أحمد" (2003) حول مسح ميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، ودراسة "ابتسام عطية" (2005)، ودراسة "محمد عبد العزيز أبو الفضة" (1992) والتي تهدف بناء مقياس المخاوف المرضية المدرسية لدى تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المدرسة في الأردن، وهذا من أجل بناء فقرات هذا الاستبيان.

وقد قامت الباحثة بالاطلاع على المقاييس الخاصة بالمخاوف سواء الأجنبية منها والعربية فوجدت أن معظم المقاييس وضعت لتناول المخاوف الشائعة بشكل عام منها مقياس المخاوف الشائعة إعداد "فايزة عبد الحميد" (1980)، وقائمة مسح المخاوف "لجوزيف ولبه، بيتر لاند"، إعداد: أحمد محمد عبد الخالق" (1984)، بطارية تشخيص فوبيا المدرسة والأفكار السلبية المرتبطة بها في البيئة العربية إعداد: "زينب شيقر، سميرة عبد الله كردي" (2011)، مقياس المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة العمرية (9- 12) سنة إعداد: "ردينة محمد توفيق" (2013).

إن ندرة المقاييس الخاصة بالدراسة الحالية "المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية"، هذا ما دفع الطالبة إلى تصميم استبيان يتناسب مع عينة الدراسة الحالية.

بعد ذلك تم إعداد الاستبيان في صورته الأولية مكونة من (65) فقرة موزعة على (07) أبعاد، منها (09) فقرات عكس اتجاه الخاصية (الفقرات السالبة)، والاستبيان موزع على قسمين:

القسم الأول: تضمن البيانات الشخصية لأفراد العينة باعتبارها متغيرات مستقلة وهي: الجنس، والسن، والقسم (الصف).

القسم الثاني: اشتمل هذا القسم على فقرات الاستبيان وهي موزعة على الأبعاد التالية:

- **بعد الخوف من الذهاب المدرسة**: ويقيس الفقرات من 01 إلى 16.
- **بعد الخوف من المعلم**: ويقيس الفقرات من 17 إلى غاية الفقرة 30.
- **بعد الخوف من المدير**: ويقيس الفقرات من 31 إلى 35.
- **بعد الخوف من الزملاء:** ويقيس الفقرات من 36 إلى 48.
- **بعد الخوف من الامتحانات:** ويقيس الفقرات من 49 إلى 58.
- **بعد الخوف من فناء المدرسة -الساحة- :** ويقيس الفقرات من 59 إلى 62.
- **بعد الخوف من طبيب المدرسة**: ويقيس الفقرات من 63 إلى غاية الفقرة 65.

وتضمنت بديليـن (02) (نعم – لا).(أنظر الملحق رقم (01))

4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية:

1-7 صدق أداة البحث:

أ- صدق المحكمين:

يعد الصدق من الخصائص الأساسية والمهمة في بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية؛ وذلك للكشف عن محتوياتها، وللتحقق من صدق أداة البحث تم عرض الاستبيان في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، والجدول التالي يوضح قائمة الأساتذة المحكمين ورتبهم العلمية والجامعات المنتمين لها:

الجدول رقم (03): قائمة الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة المنتمي إليها
1	عبد المحسن رزوقي الجبوري	أستاذ التعليم العالي	جامعة بغداد
2	شوشان محمد الطاهر	أستاذ التعليم العالي	جامعة أحمد دراية- أدرار
3	فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
4	بن دانية أحمد	أستاذ مساعد	جامعة الملك فهد – المملكة العربية السعودية
5	قادري حليمة	أستاذ محاضر أ	جامعة أحمد بن بلة- وهران2
6	زروالي لطيفة	أستاذ محاضر أ	جامعة أحمد بن بلة- وهران2
7	جعفور ربيعة	أستاذ محاضر أ	جامعة قاصدي مرباح- ورقلة
8	بن زروال فتيحة	أستاذ محاضر أ	جامعة العربي بن مهيدي- أم البواقي
9	علاق كريمة	أستاذ محاضر أ	جامعة عبد الحميد بن باديس- مستغانم
10	يوسفي حدة	أستاذ محاضر أ	جامعة الحاج لخضر- باتنة
11	بن سالم خديجة	أستاذ محاضر ب	جامعة أحمد دراية - أدرار

تم عرض هذا الاستبيان على مجموعة من المحكمين، وهذا لمعرفة رأيهم حول مدى صلاحية ووضوح الفقرات من الناحيتين التربوية واللغوية للموضوع المراد دراسته، ومدى انتماء ومناسبة كل فقرة إلى البعد الذي تقيسه، ومدى سلامة الفقرات من حيث الصياغة، وملائمة الفقرات للفئة المقدمة إليها، وإبداء التعديلات أو الملاحظات في حال ما احتاجت الفقرة إلى تعديل أو حذف أو إضافة فقرات أخرى غير واردة في هذا الاستبيان.

لقد اتفق معظم المحكمين على فقرات الاستبيان إلا أن بعض الفقرات التي تم حذفها في إطار التعديل الذي طرأ على الاستبيان ككل، حيث أنه من بين (65) فقرة بقيت (56) فقرة وافق عليها المحكمون بالإجماع، والجدول التالي يبين نسبة قبول المحكمين لفقرات الاستبيان.

الجدول رقم (04): يبين نسبة قبول المحكمين لفقرات الاستبيان ومدى وضوحها

رقم الفقرة	نسبة الاتفاق	رقم الفقرة	نسبة الاتفاق
1	88,88%	33	100%
2	100%	34	100%
3	88,88%	35	22%
4	100%	36	22%
5	100%	37	100%
6	88,88%	38	80%
7	88,88%	39	22%
8	55%	40	100%
9	88,88%	41	80%
10	%22	42	80%
11	%55	43	80%
12	80%	44	88,88%
13	55%	45	80%
14	22%	46	80%
15	%22	47	80%

16	%22	48	80%
17	88,88%	49	100%
18	88,88%	50	100%
19	100%	51	100%
20	80%	52	100%
21	100%	53	100%
22	80%	54	100%
23	80%	55	80%
24	80%	56	80%
25	80%	57	80%
26	80%	58	80%
27	88,88%	59	88,88%
28	80%	60	80%
29	88,88%	61	80%
30	80%	62	80%
31	88,88%	63	80%
32	88,88%	64	80%
		65	22%

يتضح من خلال الجدول رقم (04) أن عدد الفقرات التي وافق عليها المحكمون بنسبة 100% بلغت (15) فقرة بنسبة 26,78% من نسبة القبول الكلي، أما عدد الفقرات التي وافق عليها المحكمون بنسبة 80% بلغت (26) فقرة بنسبة 46,42% من نسبة القبول الكلي، أما الفقرات التي بلغت نسبة 88,88% بلغت (13) فقرة بنسبة 23,21% من نسبة القبول الكلي، والفقرات التي بلغت نسبة 55% بلغت (03) فقرات بنسبة 5,35% من نسبة القبول الكلي، في حين أن الفقرات التي بلغت نسبة 22% بلغت (08) فقرات بنسبة 14,28% من نسبة القبول الكلي، وهي مرفوضة لأنها لم تحصل على موافقة الخبراء.

في ضوء ملاحظات واقتراحات المحكمين التربوية واللغوية حول فقرات وأبعاد الاستبيان تم إلغاء (11) فقرة والمتمثلة في الفقرات التالية:(8، 10، 11، 13، 14، 15، 16، 35، 36، 39، 65)، وتم اعتماد نسبة 80% كحد أدنى لقبول الفقرات، وهذا حتى تكون أكثر ارتياحاً وثقة من حيث صدق المحتوى.(معمرية بشير، 2007: 135)، واقتصرت التعديلات التي أجمع عليها المحكمون على الجانب اللغوي، وقد أجريت التعديلات المطلوبة وذلك لضبط الاستبيان في صورته النهائية.

- **ملخص التعديلات الملحقة بأدوات البحث:**

بعد عرض الاستبيان على المحكمين طرأت عليه بعض التعديلات والمتمثلة في حذف بعض الفقرات بسبب انعدام أو نقص مصداقيتها استناداً إلى رأي المحكمين أو لطرق حساب الصدق إحصائياً، وقد مَس الحذف في هذه الدراسة مجموعة من فقرات استبيان المخاوف المدرسية بلغ عددها (11) فقرة، وإعادة الصياغة اللغوية لبعض الفقرات التي أشار إليها المحكمين بعدم وضوحها، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (05) الفقرات المحذوفة ومبررات حذفها من استبيان المخاوف المدرسية

رقم الفقرة	الفقرة المحذوفة	مبررات حذفها
8	أخاف من أن يحدث مكروه لأحد والداي أثناء وجودي في المدرسة	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
10	أصاب بألم خلال وجودي بالمدرسة بعيداً عن رعاية الوالدين	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
11	يحتمل موت أحد والداي أثناء تواجدي بالمدرسة	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
13	كثيرا ما أجد كلابا مفترسة في طريق المدرسة	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
14	أصاب بضربات الشمس عند ذهابي إلى المدرسة	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
15	يرافق ذهابي إلى المدرسة أو عودتي منها حدوث البرق والرعد	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
16	يرافق ذهابي إلى المدرسة أو عودتي منها تساقط الأمطار والثلوج	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
35	أشعر بتفضيل المدير زملائي علي	%وافق عليها المحكمون أقل من 80

36	يستولي زملائي على ممتلكاتي	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
39	أتكلم أمام رفاقي في القسم	%وافق عليها المحكمون أقل من 80
65	يكشف علي من قبل الأطباء الذين يزورون المدرسة	%وافق عليها المحكمون أقل من 80

يتضح من الجدول رقم (05) الفقرات المحذوفة من استبيان المخاوف المدرسية ومبررات حذفها؛ حيث تم تقليص عدد فقرات الاستبيان من (65) فقرة في نسخته الأولية إلى (56) فقرة ستطبق بها في صورته النهائية في الدراسة الأساسية (أنظر الملحق 02)، أي تم حذف (11) فقرة بإجماع الأساتذة المحكمين ونتائج صدق الاتساق الداخلي والصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)، لتبقى (56) فقرة، وجاءت بعد إعادة تنظيمها وترتيبها على الشكل التالي:

الجدول رقم (06): يوضح فقرات استبيان المخاوف المدرسية الشائعة في شكلها النهائي

الابعاد	الفقرات الموجبة	الفقرات السالبة
الخوف من الذهاب الى المدرسة	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11	
الخوف من المعلم	12- 13- 14- 15- 16- 18- 19- 20- 21 – 23- 25	17- 22- 24
الخوف من المدير	27- 28	26- 29
الخوف من الزملاء	30- 31- 33- 34- 35- 36- 38- 39	32- 37- 40
الخوف من الامتحانات	41- 42- 43- 45- 46- 47- 48- 49- 50	44
الخوف من فناء المدرسة	51- 52- 53- 54	
الخوف من طبيب المدرسة	55- 56	

بعد عرض الاستبيان على المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص تم تعديل الفقرات التالية:

الجدول رقم (07): يوضح العبارات المعدلة للاستبيان الخاصة بالمخاوف المدرسية الشائعة

رقم الفقرة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
23	يخرجني المعلم للكتابة على السبورة.	أخاف أن يخرجني المعلم للكتابة على السبورة.
29	أتبول في القسم بسبب خوفي من المعلم.	حصل لي أن تبولت في القسم بسبب خوفي من المعلم.
41	يدرس معي زملاء سلوكاتهم غير عادية.	يدرس معي زملاء سلوكاتهم غير مهذبة.
43	أدخل في شجار مع رفاقي.	كثيراً ما أدخل في شجار مع رفاقي.
44	أجد حرجاً في الحديث أمام زملائي في القسم.	أخاف من الحديث أمام زملائي في القسم.
46	يكشف زملائي ضعفي في حل مسائل الرياضيات.	يسخر مني زملائي لضعفي في مادة الرياضيات.
47	يكشف زملائي ضعفي في قراءة النصوص.	أخاف أن يكشف زملائي ضعفي في قراءة النصوص.
50	أريد أن أتغيب عن المدرسة يوم الاختبار.	أفضل أن أتغيب عن المدرسة يوم الاختبار.
53	خوفي من الاختبار يفقدني الشهية.	خوفي من الاختبار يفقدني الشهية في الأكل.
55	يعاقبني والداي إذا تحصلت على علامات ضعيفة.	أخاف أن يعاقبني والداي إذا تحصلت على علامات ضعيفة.
58	أرسب في صفي.	أخاف أن أعيد السنة.
61	يؤذيني زملائي عند خروجي إلى ساحة المدرسة.	أتلقى الأذى من طرف زملائي عند خروجي إلى ساحة المدرسة.
64	أتعرض للتطعيم بالإبر من قبل ممرضات الصحة المدرسية.	أخاف من التطعيم بالإبر من قبل ممرضات الصحة المدرسية.

5- عينة الدراسة الاستطلاعية:

أ- طريقة اختيار العينة الاستطلاعية:

لقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية متعددة المراحل، حيث تستخدم هذه العينة عندما يكون مجتمع الدراسة كبير وموزع على منطقة جغرافية واسعة، بحيث قامت الطالبة بإحصاء عدد المدارس بولاية أدرار والبالغ عددها (346) مدرسة ابتدائية، وذلك بالاعتماد على الوثائق المستلمة من طرف مديرية التربية لولاية أدرار، واختيرت ثمان (08) مدارس منها، وقامت بإحصاء عدد الاقسام بعينة عشوائية بسيطة، واختيرت مدرسة واحدة لإجراء الدراسة الاستطلاعية، وداخل هذه المدرسة المختارة يسحب قسم واحد من أقسام السنوات (الثالثة، الرابعة، الخامسة) ابتدائي بطريقة عشوائية، والبالغ عددهم (100) تلميذ وتلميذة والمسجلين رسمياً للموسم الدراسي (2015/ 2016) بولاية أدرار، وتراوحت أعمارهم ما بين (7- 13) سنة.

أجريت هذه الدراسة والدراسة الأساسية لهذا الموضوع على عينة من تلاميذ السنوات (الثالثة والرابعة والخامسة) ابتدائي للاعتبارات التالية:

1)- تركيز معظم الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية على تناول موضوع المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية - في حدود اطلاع الطالبة- نذكر منها: دراسة "وليد جعفر" (1984) حول مخاوف الأطفال في المرحلة الابتدائية، ودراسة "مبارك ربيع" (1985) الموسومة بـ: الوسط الاجتماعي وعلاقته بظهور المخاوف المدرسية عند الأطفال، ودراسة "عباس عوض ومدحت عبد اللطيف" (1990) حول الخوف من المدرسة لدى الأطفال، ودراسة "فاطمة المنتصر الكتاني" (2000) والمعنونة بـ: مقياس المخاوف المدرسية عند أطفال المرحلة الابتدائية، ودارسة "عبد الفتاح غزال" (2001) حول فوبيا الحياة المدرسية عند الطفل في الحلقات الأولى من التعليم، ودراسة "جاسم أحمد" (2003) بعنوان: مسح ميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، ودراسة "ابتسام عطية" (2005)، ودراسة محمد عبد العزيز أبو الفضة (1992) بناء مقياس المخاوف المرضية المدرسية لدى تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المدرسة في الأردن، ودراسة "جيرسيلد gear sild" (1932) حول أنواع المخاوف عند الأطفال، ودراسة "أشا سيدنا sidana usha" (1968) بعنوان دراسة مقارنة للمخاوف المرضية في مرحلة الطفولة الوسطى، ودراسة "لابزومونك Labsomanck" (1976)، ودراسة "مايكل غ كونر" (2000) بعنوان: يخشون الذهاب إلى المدرسة، ودراسة "ديمتري" (2006)، ودراسة "الكيس" (2008).

ومن خلال عرض الدراسات السابقة التي تدور حول المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية نستخلص بعض النقاط المهمة وهي:

- هدفت دراسات أخرى إلى التعرف على مدى شيوع المخاوف المدرسية في المرحلة الابتدائية، والكشف عن الفروق في مستوى المخاوف المدرسية تبعاً لمتغيري الجنس والعمر، ومن تلك الدراسات دراسة "وليد جعفر" (1984)، ودراسة "عباس عوض ومدحت عبد اللطيف" (1990)، ودراسة "أشا سيدانا Usha Sidana" (1968)، أما دراستنا الحالية فهدفت إلى التعرف على العلاقة بين المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية والتحصيل الدراسي، والكشف عن الفروق في المخاوف المدرسية يعزى لمتغيري الجنس والسن والمستوى الدراسي.
- تنوع المناهج المعتمدة في هذه الدراسات، فبعض الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي والبعض الآخر اعتمدت المنهج العيادي، أما في دراستنا الحالية تم الاعتماد على المنهج الوصفي.
- تنوع أدوات الدراسات السابقة منها المقاييس والاختبارات كاختبار (TAT)، والمقابلة والملاحظة المباشرة ودراسة الحالة والتعبير الحر سواء بالرسم أو الحوار وغيرها من الأدوات، أما دراستنا الحالية فاعتمدت على تطبيق استبيان المخاوف المدرسية والذي تم بنائه من طرف الطالبة.
- تنوع العينات ومستويات الأعمار التي تم التعامل معها في هذه الدراسات إلا أن معظمها كان من الذين لديهم خوف مرضي من المدرسة، أما في دراستنا الحالية تم اختيار العينة من تلامذة المرحلة الابتدائية والتي تتراوح أعمارهم ما بين (7- 13) سنة.
- تعددت الأساليب الإحصائية في الدراسات السابقة منها: اختبار (ت) "T.test" وتحليل التباين وكا^2 وغيرها من الأساليب الاحصائية، أما في دراستنا الحالية فتم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، وتحليل التباين، ومعادلة شيفيه للمقارنات البعدية، اختبار (ت).
- معظم الدراسات أجريت في المرحلة الابتدائية.
- افتقار البيئة المحلية - في حدود اطلاع الطالبة- إلى دراسات تناولت المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي.

2)- ظهور بعض المخاوف المدرسية لدى تلاميذ هذه المرحلة كونهم في بداية مشوارهم الدراسي.

3)- ومن خلال احتكاك الباحثة لفترة معينة بتلاميذ المرحلة الابتدائية وهذا بحكم عملها كأستاذة التعليم الابتدائي لاحظت بعض الحالات من التلاميذ كانوا يخشون الذهاب إلى المدرسة، وبعضهم يخاوفون من الامتحانات والمعلمين والمدير ومن زملائهم، مما دفع الباحثة إلى الكشف عن المخاوف المدرسية

الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، والتعرف في الفروق بين الجنسين والسنوات العمرية في المخاوف المدرسية.

ب- مواصفات العينة:

- توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية في تلاميذ السنوات (الثالثة، الرابعة، الخامسة) ابتدائي لمدرسة عائشة أم المؤمنين بأدرار والمنتقاة بشكل عشوائي كما سبقت الإشارة إليه، وكان عدد التلاميذ (100) تلميذ وتلميذة وهي موزعة كالتالي:

الجدول رقم (08): يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	64	64%
الاناث	36	36%
المجموع	100	100%

يظهر من خلال الجدول رقم (08) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حيث قدرت نسبة الذكـور بـ 64%، في حين قدرت نسبة الاناث بـ 36%، من إجمالي عينة الدراسة الاستطلاعية، والفرق لصالح الذكور كما هو مبين.

- توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن:

تراوحت أعمار أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية ما بين (13-7) سنة، وهي موزعة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
7 سنوات	2	2%
8 سنوات	12	12%
9 سنوات	33	33%

10 سنوات	26	26%
11 سنة	19	19%
12 سنة	5	5%
13 سنة	3	3%
المجموع	100	100%

من خلال الجدول رقم (09) الذي يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن، وسجلت أعلى نسبة في سن 9 سنوات بنسبة 33%، بينما أصغر نسبة قدرت بـ 2% لدى التلاميذ ذوي الفئة العمرية 7 سنوات، وبالتالي نلاحظ تقارب في السنوات العمرية (7- 13-12) سنة سجلت نسب منخفضة، وتقارب في السنوات العمرية (8- 9- 10- 11) سنة.

- توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السنوات الدراسية:

أجريت هذه الدراسة على تلاميذ السنوات (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي بمدرسة عائشة أم المؤمنين بولاية أدرار، والبالغ عددهم (100) تلميذ وتلميذة والمسجلين رسمياً للموسم الدراسي (2015-2016)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (10): يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السنوات الدراسية

السنوات الدراسية	الذكور	الاناث	النسبة المئوية
السنة الثالثة	17	17	34%
السنة الرابعة	22	8	30%
السنة الخامسة	25	11	36%
المجموع	64	36	100%

يتبين من الجدول أعلاه توزيع عينة الدراسة حسب السنوات الدراسية أن هناك تقارب في النسب ، في حين بلغت نسبة تلاميذ السنة الرابعة %المئوية، حيث قدرت نسبة تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي بـ 34 كأعلى نسبة.%، وتليها نسبة السنة الخامسة ابتدائي والمقدرة بـ 36%ابتدائي بـ 30

6- تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية:

بعد حصول الطالبة على رخصة لتطبيق الدراسة الاستطلاعية، قامت بتطبيق أداة الدراسة والمتمثلة في استبيان المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية؛ وهذا بعد الاتفاق مع مدير المدرسة على ساعة فراغ لتلاميذ عينة الدراسة، حيث تم التطبيق في الفترة الصباحية حيث يكون التلاميذ في حيوية ونشاط.

كانت البداية بتقديم الباحثة لمحة موجزة عن دواعي وجودها بين التلاميذ وعن أهمية البحث العلمي والتربوي، وهذا كل من أجل لفت انتباههم وإعطائهم نظرة إيجابية عن البحث، وطمأنة التلاميذ بأن هذا الاستبيان ليس باختبار مدرسي، بعد ذلك تم توزيع الاستبيان وكذلك تقديم الشرح الوافي لطريقة الإجابة على الفقرات.

وبعد التأكد من فهم التلاميذ لفقرات الاستبيان، طلب منهم البدء في الإجابة، وأثناء التطبيق تم تدوين الملاحظات التي أبداها بعض التلاميذ والتي تبدو في فهم معاني بعض الكلمات وقد روعي أن يتم تعديل هذه الكلمات بالصورة المناسبة، وبعد الانتهاء تم جمع الأوراق وبداية عملية التفريغ.

7- تفريغ أدوات الدراسة الاستطلاعية:

تم وضع سلم التنقيط بعد تصميم الاستبيان، فأعطيت الفقرات التي هي في اتجاه الخاصية الدرجة (1) والتي عكس اتجاه الخاصية الدرجة (0).

8- حساب مؤشرات الصدق والثبات:

8-1 صدق أداة البحث:

أ- صدق الاتساق الداخلي:

يعتمد الاتساق الداخلي على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار، وكذلك ارتباط كل وحدة أو بند مع الاختبار ككل.(سعد عبد الرحمان، 1998: 170)

بما أن الاستبيان المطبق في الدراسة مكون من سبعة (07) أبعاد والتي تم ذكرها في وصف الأداة، وكل بعد يقيس مجموعة من الفقرات، وبما أن هذا الاستبيان ككل يتوقع منه أن يقيس المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، فقد تم تقدير هذا النوع من الصدق بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة في الاستبيان والدرجة الكلية؛ وهذا لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة مع الفقرات الممثلة للمخاوف المدرسية، وجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11): يوضح معاملات الارتباط لفقرات استبيان المخاوف المدرسية ودرجته الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0,47**	30	0,41**
2	0,43**	31	0,49**
3	0,54**	32	0,52**
4	0,48**	33	0,55**
5	0,57**	34	0,50**
6	0,48**	35	0,68**
7	0,40**	36	0,60**
8	0,44**	37	0,57**
9	0,57**	38	0,63**
10	0,55**	39	0,54**
11	0,56**	40	0,60**
12	0,46**	41	0,49**
13	0,52**	42	0,54*
14	0,60**	43	0,61**
15	0,53**	44	0,48*
16	0,44**	45	0,54**
17	0,60**	46	0,57**
18	0,59**	47	0,44**
19	0,55**	48	0,52**
20	0,51**	49	0,49**
21	0,72**	50	0,53**
22	0,68**	51	0,50**
23	0,52**	52	0,58**
24	0,49**	53	0,51**

25	0,61**	54	0,70**
26	0,60**	55	0,70**
27	0,68**	56	0,86**
28	0,54**		
29	0,64**		

** دال عند مستوى الدلالة (0,01).

* دال عند مستوى الدلالة (0,05).

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط الخاصة بدرجات كل فقرة من فقرات الاستبيان، حيث تبين النتائج دلالة العلاقة بين فقرات الاستبيان، وتبين أن كل الفقرات دالة عند مستوى دلالة (0,01)، ما عدا فقرتان (42، 44) فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05)، وهذا ما يعزز فكرة الثقة في تمثيل كل فقرة التي تنتمي اليها.

وتم حساب معامل ارتباط كل بعد مع الأبعاد الأخرى، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (12): يوضح معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية

الابعاد	الخوف من الذهاب الى المدرسة	الخوف من المعلم	الخوف من المدير	الخوف من الزملاء	الخوف من الامتحانات	الخوف من فناء المدرسة	الخوف من طبيب المدرسة
الخوف من الذهاب الى المدرسة							
الخوف من المعلم	0,50**						
الخوف من المدير	0,11*	0,12*					
الخوف من الزملاء	0,33**	0,24*	0,23*				
الخوف من الامتحانات	0,40**	0,13*	0,21*	0,23*			
الخوف من فناء المدرسة	0,15*	0,26**	0,16*	0,24*	0,11*		
الخوف من طبيب المدرسة	0,24*	0,12*	0,15*	0,16*	0,21*	0,14*	

0,01)**دال عند مستوى دلالة (.

0,05)*دال عند مستوى دلالة (.

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط الخاصة بأبعاد الاستبيان، حيث تبين النتائج دلالة العلاقة بين أبعاد الاستبيان، وتبين أن الأبعاد (الخوف من المعلم مع الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من الزملاء مع الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من فناء المدرسة مع الخوف من المعلم) دالة عند مستوى دلالة (0,01)، بينما الأبعاد الأخرى فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05).

وتم حساب معامل الارتباط بين كل بعد مع الاستبيان ككل، بالإضافة إلى ارتباط كل بعد مع الابعاد الأخرى، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (13): يوضح معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية مع الدرجة الكلية للاستبيان

الابعاد	معامل الارتباط
بعد الخوف من الذهاب الى المدرسة	78**0,
بعد الخوف من المعلم	70**0,
بعد الخوف من المدير	35**0,
بعد الخوف من الزملاء	63**0,
بعد الخوف من الامتحانات	**0,57
بعد الخوف من فناء المدرسة- الساحة	34,0**
بعد الخوف من طبيب المدرسة	35**0,

** دال عند مستوى الدلالة (0,01).

* دال عند مستوى الدلالة (0,05).

من خلال الجدول يتبين مدى ارتباط كل بعد بالمجموع الكلي للأبعاد الذي يظهر أنه دال وتراوحت (0, 78، 34,0قيمه ما بين (مجموعها الكلي، وكذا ارتباط كل خوف مدرسي بالمخاوف الأخرى ارتباطاً دالاً، وهذا ما يدل على صدق الاستبيان، وبالتالي صلاحية تطبيقه في الدراسة الأساسية.

ب- الصدق التمييزي باستخدام طريقة المقارنة الطرفية:

بحيث تمت المقارنة بين طرفي عينة الدراسة الاستطلاعية (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) بنسبة 27% في استبيان المخاوف المدرسية، وجاءت نتائج ذلك مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): يبين نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان المخاوف المدرسية

الاسلوب الاحصائي / العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	27	26,37	5,56	12,57	52	,010
المجموعة الدنيا	27	12,30	1,68			

يتضح من الجدول السابق دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) على فقراتها، حيث بلغت قيمة "ت" عند12,57 ، مما يعني)0,0(1مستوى دلالة وهي قيمة دالة تمتع فقرات هذا الاستبيان بقدرة كافية على التمييز بين أفراد المجموعتين ممن لهم مخاوف مدرسية مرتفعة وأولئك الذين لهم مخاوف منخفضة.

-2- ثبات أداة البحث:8

يشير الثبات إلى أن المقياس أو الاختبار يعطي النتائج نفسها فيما لو أعيد تطبيقه لمرات عدة على العينة نفسها وفي ظروف مشابهة، وقد تم حساب معامل ثبات استبيان المخاوف المدرسية بطريقة ألفا كرونباخ.

- معامل الفا كرونباخ:

يعبر معامل ألفا كرونباخ عن مدى ارتباط أي اختبار بالدرجة الكلية للاختبار، حيث بلغت قيمة معامل ثبات أداة الدراسة 0,70 وهي قيمة دالة على ثبات الاستبيان ككل، وبالتالي يمكن الاعتماد عليها وتطبيقها في الدراسة الاساسية.

وكخلاصة للخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة بينت النتائج أنها تتمتع بقدر مقبول وكاف من الصدق والثبات.

ثانياً- الدراسة الأساسية:

1- منهج الدراسة:

لقد اتبعت الطالبة في هذه الدراسة المنهج الوصفي والمناسب لطبيعة موضوع الدراسة الحالية، الذي يرتكز على الاتجاه الكمي الإحصائي حيث يقوم بتحديد الوضع الحالي للظاهرة المدروسة وإعطاء تقرير وصفي عنها.(عبد الرحمن عدس، 1993: 17)، كما يهدف إلى وصف الظاهرة وجمع الحقائق والمعلومات والملاحظات عنها، وتقرير حالتها كما توجد عليه في الواقع، ويشتمل على التحليل والتفسير واكتشاف العلاقات بين المتغيرات.

2- الاطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية:

تم تطبيق هذه الدراسة من 02 ماي 2016 إلى غاية 31 ماي 2016 وهذا بالمدارس الابتدائية التالية: مدرسة عائشة أم المؤمنين، ومدرسة محجوب بتيميمون، مدرسة العقيد لطفي، مدرسة أنس بن مالك، مدرسة عائشة أم المؤمنين، مدرسة خالي علي علي، ومدرسة عبد الحميد بن باديس بأدرار، مدرسة أعبود بأوقروت.

3- أدوات الدراسة ومواصفاتها:

3-1 استبيان المخاوف المدرسية:

تمثلت أداة الدراسة في استبيان المخاوف المدرسية والذي تم بناءه وتجريبه في الدراسة الاستطلاعية من طرف الطالبة حيث تضمن في صورته الأولية (65) فقرة موزعة على (07) أبعاد وذلك على سلم التنقيط (نعم، لا)، بعدها تم عرض هذا الاستبيان على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (11) أستاذاً محكماً من ذوي الخبرة والاختصاص، وافقوا على (56) فقرة موزعة على (07) أبعاد (أنظر الجدول رقم صفحة 315).

3-2 التحصيل الدراسي:

استعانت الطالبة لقياس التحصيل الدراسي بنتائج التلاميذ، وتم رصد مجموع الدرجات التحصيلية لعينة البحث من واقع السجلات المدرسية وهذا للحصول على المعدل العام لكل تلميذ (كشوف النقاط للفصول الثلاثة لكل التلاميذ الذين شملتهم الدراسة للموسم 2015- 2016).

4- مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

أ- مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع هذه الدراسة في تلاميذ المرحلة الابتدائية البالغ عددهم (54233) تلميذاً وتلميذة والمسجلين رسمياً للموسم الدراسي (2016/2015) بولاية أدرار، والذين يمثلون المجتمع الأصلي لعينة الدراسة الحالية.

ب- طريقة اختيار العينة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية متعددة المراحل، حيث تستخدم هذه العينة عندما يكون مجتمع الدراسة كبيراً وموزعاً على منطقة جغرافية واسعة، بحيث قامت الطالبة بإحصاء عدد المدارس بولاية أدرار والبالغ عددها (346) مدرسة ابتدائية، وذلك بالاعتماد على الوثائق المستلمة من طرف مديرية التربية لولاية أدرار (أنظر الملحق رقم (04))، واختيرت ثمان (08) مدارس منها، وقامت بإحصاء عدد الاقسام بعينة عشوائية بسيطة لإجراء الدراسة مثلما ذكرنا سابقاً، وداخل هذه المدارس أجريت الدراسة على أقسام السنوات الثلاثة (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، وبلغ عدد التلاميذ (800) تلميذ وتلميذة.

ج- مواصفات العينة:

- توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس:

تمثلت عينة الدراسة الأساسية في تلاميذ السنوات (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي لكل من مدرسة عائشة أم المؤمنين، مدرسة العقيد لطفي، مدرسة أنس بن مالك، مدرسة خالي علي علي، مدرسة عبد الحميد بن باديس بأدرار، ومدرسة محجوب، مدرسة عائشة أم المؤمنين بتيميمون، مدرسة أعبود بأوقروت، والبالغ عددهم (800) تلميذ وتلميذة، وهي موزعة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (15): يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكور	408	51%
اناث	392	49%
المجموع	800	100%

من خلال الجدول رقم (15) يظهر توزيع تلاميذ عينة هذه الدراسة حسب الجنس، حيث بلغت % من المجموع الكلي للعينة، في حين بلغت النسبة المئوية للإناث 49%النسبة المئوية للذكور 51 ويظهر أن هناك تقارب بين نسبتي الذكور والإناث على العموم.

- توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن:

يتراوح سن عينة الدراسة الأساسية بين (07- 13 سنة)، وهي موزعة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (16): يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب السن

السن	التكرار	النسبة
سنوات7	6	%0,75
8 سنوات	121	%15,12
9 سنوات	233	29,12%
10 سنوات	240	30%
11 سنة	143	17,87%
12 سنة	33	4,12%
13 سنة	24	3%
المجموع	800	%100

يظهر من خلال الجدول رقم (16) توزيع تلاميذ هذه العينة حسب السن، وقدرت نسبة التلاميذ في وهي أصغر نسبة.0,75% كأعلى نسبة، بينما قدرت في سن 7 سنوات بـ %سن 10 سنوات بـ 30

- توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المدارس وعدد الأقسام:

تم انتقاء المدارس الابتدائية الثمانية بطريقة عشوائية كما ذكرنا سابقاً، وهي موزعة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المدارس المنتقاة وعدد الأقسام

المنطقة	المدارس	السنوات الدراسية	عدد الاقسام المتعامل معها	عدد التلاميذ	%النسبة
		السنة الثالثة	2	62	
	مدرسة عائشة أم	السنة الرابعة	2	59	21,62%
	المؤمنين	السنة الخامسة	2	52	

		السنة الثالثة	2	47	
	مدرسة العقيد لطفي	السنة الرابعة	2	55	15,5%
		السنة الخامسة	1	22	
		السنة الثالثة	1	28	
أدرار	**مدرسة خالي علي علي**	السنة الرابعة	1	30	12,25%
		السنة الخامسة	1	40	
		السنة الثالثة	1	23	
	مدرسة أنس بن مالك	السنة الرابعة	1	32	6,87%
	مدرسة عبد الحميد بن	السنة الثالثة	1	25	
	باديس	السنة الرابعة	1	30	6,87%
		السنة الثالثة	1	16	
	مدرسة محجوب	السنة الرابعة	1	37	11%
تيميمون		السنة الخامسة	1	35	
		السنة الثالثة	1	18	
	مدرسة عائشة أم	السنة الرابعة	1	27	8,75%
	المؤمنين	السنة الخامسة	1	25	
		السنة الثالثة	1	29	
	مدرسة أعبود	السنة الرابعة	1	21	8,87%
أوقروت		السنة الخامسة	1	21	

من خلال الجدول رقم (17) يظهر توزيع التلاميذ وفق المدارس المنتقاة بشكل عشوائي كما سبقت الاشارة إليه، وكذا الأقسام المقرر التعامل معها في إجراء الدراسة الأساسية وعددها (27) قسماً دراسياً بمجموع (800) تلميذ وتلميذة، حيث بلغت النسبة المئوية لتلاميذ مدرسة عائشة أم المؤمنين بأدرار بـ 21,62%15,5 ، وبلغت النسبة المئوية %، في حين بلغت النسبة المئوية لتلاميذ مدرسة العقيد لطفي بـ 12,25 ، ويظهر أن هناك تشابه بين النسبتين في كل من مدرسة %لتلاميذ مدرسة خالي علي علي بـ 6,87 والتي مثلت أصغر نسبة، في حين سجلت %أنس بن مالك وعبد الحميد بن باديس والتي قدرت بـ

، وقدرت نسبة التلاميذ بمدرسة عائشة أم المؤمنين بتيميمون بـ %نسبة التلاميذ في مدرسة محجوب 11 . %، في حين تقاربت النسبة بمدرسة أعبود بأوقروت والتي بلغت 8,87% 8,75

5- تطبيق وتفريغ أدوات الدراسة الأساسية:

بعد تحديد ساعة الفراغ تم تطبيق الاستبيان مباشرة وذلك بالشكل التالي:

- طمأنة التلاميذ بأن هذا الاستبيان ليس باختبار مدرسي ولا يحتاج للمذاكرة قبل تطبيقه.
- توزيع نسخ الاستبيان على التلاميذ.
- قراءة الفقرات جيداً وشرح طريقة الإجابة عن الاستبيان.
- اعطاء أمثلة توضيحية قبل البدء في الإجابة.
- تنبيه التلاميذ إلى ضرورة الإجابة على كل الفقرات.
- شرح كل فقرة على حدة وبعد الانتهاء من شرح الفقرات تعطى الإشارة للتلاميذ للإجابة وهكذا حتى انتهاء كل الفقرات.
- بعد الانتهاء تم جمع الأوراق على التلاميذ وبداية عملية التفريغ.

كيفية تصحيح الاستبيان:

تم تصحيح الاستبيان بإعطاء درجة (1) للفقرات الموجبة، ودرجة (0) للفقرات السلبية.

5- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الأساسية:

5-1 صدق أداة البحث:

أ- صدق الاتساق الداخلي:

يتكون الاستبيان من (56) فقرة موزعة على سبعة (07) أبعاد، وكل بعد يقيس مجموعة من الفقرات، وقد تم تقدير هذا النوع من الصدق بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة في الاستبيان والدرجة الكلية، وهذا لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة من الفقرات الممثلة للمخاوف المدرسية، وجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): يوضح معاملات الارتباط لفقرات استبيان المخاوف المدرسية ودرجته الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0,46**	30	0,51**
2	0,49**	31	0,49**

3	0,52**	32	0,62**
4	0,40**	33	0,44**
5	0,53**	34	0,66**
6	0,84**	35	0,56**
7	0,38**	36	0,50**
8	0,41**	37	0,47**
9	0,54**	38	0,62**
10	0,87**	39	0,55**
11	0,49**	40	0,65**
12	0,48**	41	0,46**
13	0,87**	42	0,63**
14	0,62**	43	0,56**
15	0,45**	44	0,62*
16	0,53**	45	0,52**
17	0,67**	46	0,55**
18	0,52**	47	0,42**
19	0,47**	48	0,51**
20	0,57**	49	0,49**
21	0,68**	50	0,46**
22	0,38**	51	0,50**
23	0,47**	52	0,59**
24	0,39**	53	0,66**
25	0,56**	54	0,69**
26	0,49**	55	0,80**
27	0,51**	56	0,85**
28	0,49**		
29	0,50**		

** دال عند مستوى الدلالة (0,01).

* دال عند مستوى الدلالة (0,05).

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط الخاصة بدرجات كل فقرة من فقرات الاستبيان، حيث تبين النتائج دلالة العلاقة بين فقرات الاستبيان، وتبين أن كل الفقرات دالة عند مستوى دلالة (0,01)، ما عدا الفقرة (44) فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05)، وهذا ما يعزز فكرة الثقة في تمثيل كل فقرة التي تنتمي اليها.

وتم حساب معامل ارتباط كل بعد مع الأبعاد الأخرى، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (19): يوضح معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية

الابعاد	الخوف من الذهاب الى المدرسة	الخوف من المعلم	الخوف من المدير	الخوف من الزملاء	الخوف من الامتحانات	الخوف من فناء المدرسة	الخوف من طبيب المدرسة
الخوف من الذهاب الى المدرسة							
الخوف من المعلم	0,51**						
الخوف من المدير	0,26**	0,41**					
الخوف من الزملاء	0,45**	0,53**	0,40**				
الخوف من الامتحانات	0,34**	0,35**	0,22**	0,44**			
الخوف من فناء المدرسة	0,38**	0,44**	0,32**	0,46**	0,16**		
الخوف من طبيب المدرسة	0,24**	0,30**	0,18**	0,32**	0,32**	0,31**	

** دال عند مستوى الدلالة (0,01)

يبين الجدول أعلاه معاملات الارتباط الخاصة بأبعاد الاستبيان، حيث تبين النتائج دلالة العلاقة بين أبعاد الاستبيان، وتبين أن الأبعاد كلها كانت دالة عند مستوى دلالة (0,01).

وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع كل بعد مع المجموع الكلي للاستبيان، بالإضافة إلى ارتباط كل بعد مع الأبعاد الأخرى، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (20): يوضح معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المخاوف المدرسية مع الدرجة الكلية للاستبيان

الابعاد	معامل الارتباط
بعد الخوف من الذهاب الى المدرسة	0,71**
بعد الخوف من المعلم	0,81**
بعد الخوف من المدير	0,54**
بعد الخوف من الزملاء	0,80**
بعد الخوف من الامتحانات	0,64**
بعد الخوف من فناء المدرسة- الساحة	0,59**
بعد الخوف من طبيب المدرسة	0,48**

** دال عند مستوى الدلالة (0,01).
* دال عند مستوى الدلالة (0,05).

من خلال الجدول السابق يتبين مدى ارتباط كل بعد بالمجموع الكلي للأبعاد الذي يظهر أنه دال (0,81 ، 0,01) كلها دالة عند مستوى دلالة (0,01) مما يدل على مدى تناسق هذه 4,0وتراوحت قيمه ما بين (5 الأبعاد مع مجموعها الكلي، وكذا ارتباط كل خوف مدرسي بالمخاوف الأخرى ارتباطاً دالاً، وهذا ما يدل على صدق الاستبيان، وبالتالي صلاحية تطبيقه في الدراسة.

ب- الصدق التمييزي باستخدام طريقة المقارنة الطرفية:

بحيث تمت المقارنة بين طرفي عينة الدراسة الأساسية (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) بنسبة 27%×800× 0,27 أي 0,27 من 216) بواقع سحب 216 = في استبيان المخاوف المدرسية، وبالتالي (ن كل مجموعة، وجاءت نتائج ذلك مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (21): يبين نتائج المقارنة الطرفية لاستبيان المخاوف المدرسية

الاسلوب الاحصائي / العينة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	216	12,64	2,51	43,52-	340	,010
المجموعة الدنيا	216	31,91	5,99			

يتضح من الجدول السابق دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (المجموعة العليا والمجموعة الدنيا) على فقراتها، حيث بلغت قيمة "ت" عند-43,52 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (1)0,0 ، مما يعني تمتع فقرات هذا الاستبيان بقدرة كافية على التمييز بين أفراد المجموعتين ممن لهم مخاوف مدرسية مرتفعة وأولئك الذين لهم مخاوف منخفضة.

5-2- ثبات أداة البحث:

يشير الثبات إلى أن المقياس أو الاختبار يعطي النتائج نفسها فيما لو أعيد تطبيقه لمرات عدة على العينة نفسها وفي ظروف مشابهة، وقد تم حساب معامل ثبات استمارة المخاوف المدرسية بطريقة ألفا كرونباخ.

- معامل ألفا كرونباخ:

يعبر معامل ألفا كرونباخ عن مدى ارتباط أي اختبار بالدرجة الكلية للاختبار، حيث بلغت قيمة معامل ثبات أداة الدراسة 0,70 وهي قيمة دالة على ثبات الاستبيان ككل، وبالتالي يمكن الاعتماد عليها وتطبيقها في الدراسة.

وكخلاصة للخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة بينت النتائج أنها تتمتع بقدر مقبول وكاف للدلالة على صدقها وثباتها، وبالتالي أشير إلى تحسن هذه المؤشرات بالمقارنة بين الدراستين الاستطلاعية والأساسية، وهذا دلالة على صلاحيتها للتطبيق في الدراسة والوثوق بها.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

إن الهدف من استعمال الأساليب الإحصائية هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل والتفسير والحكم (بلقوميدي،2000: 106)؛ وبالرجوع إلى فرضيات الدراسة فإن الباحثة قد استعملت الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة وبالاعتماد على البرنامج الإحصائي للحزم الاحصائية في العلوم الاجتماعية(SPSS) Version 20,00 وهي كالآتي:

- **حساب التكرارات والنسب المئوية** لوصف خصائص العينة.
- **حساب المتوسطات الحسابية** لتحديد شيوع المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية.
- **معامل "ألفا كرونباخ** Alpha-Cronbach" لحساب ثبات الاستبيان.
- حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية.

- **بيرسون (ر)** لحساب صدق الاتساق الداخلي للاستبيان، ومعامل الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي.

- **اختبار (ت) "T-Test" للدلالة الاحصائية** وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجنسين على استبيان المخاوف المدرسية الشائعة.

- **حساب تحليل التباين البسيط "F. Test"** لاستخراج الفروق بين المجموعات الثلاث (السنة الثالثة، الرابعة، الخامسة) ابتدائي على كل بعد فرعي وعلى استبيان المخاوف المدرسية ككل، واستخراج الفروق بين المجموعات العمرية الأربعة.

- **اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية** وهذا لتحديد اتجاه الفروق.

- **حساب تحليل الانحدار المتعدد** (**Régression multiple**) وهذا لتحديد الأثر بين المتغيرات المستقلة (المخاوف المدرسية، الجنس، المستوى الدراسي) على المتغير التابع (التحصيل الدراسي).

تمهيد:

بعد تفريغ الاستبيانات وإدخالها في البرنامج الإحصائي (SPSS.20,00)، قامت الطالبة بإجراء العمليات الحسابية التي يقتضيها البحث، والتي تسمح باختبار فرضيات البحث المعتمدة، وتتمثل هذه العمليات من خلال الأساليب الإحصائية الوصفية المذكورة سالفاً، وفيما يلي عرض ومناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

أولاً: عرض النتائج:

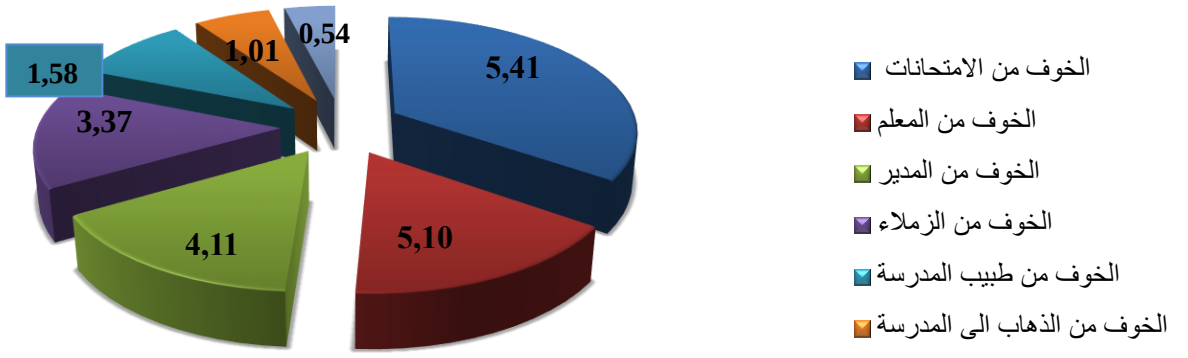
1- عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الذي ينص على: ماهي المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بولاية أدرار؟

فقد تم اختباره من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمخاوف المدرسية الشائعة، وجاءت النتائج مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (22): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة البحث

الأبعـــاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب شيوع المخاوف المدرسية قيد البحث
الخوف من الامتحانات	5,41	2,01	الأول
الخوف من المعلـم	5,10	2,61	الثاني
الخوف من الـزملاء	4,11	2,22	الثالث
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	3,37	1,91	الرابع
الخوف من المديـر	1,58	1,02	الخامس
الخوف من فناء المدرسة - الساحة-	1,01	1,02	السادس
الخوف من طبيب المدرسة	0,54	0,72	السابع

شكل بياني رقم (10): يبين المتوسطات الحسابية للمخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة البحث.



يتضح من الجدول والشكل البياني أعلاه أن الخوف من الامتحانات يمثل أعلى متوسط، بينما جاء في الترتيب الثاني الخوف من المعلم، ثم جاء الخوف من الزملاء في الترتيب الثالث، ويليه في الترتيب الرابع الخوف من الذهاب إلى المدرسة، ويأتي في الترتيب الخامس الخوف من المدير، والخوف من فناء المدرسة - الساحة- في الترتيب السادس، وسجل أصغر متوسط حسابي في بعد الخوف من طبيب المدرسة.

2- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى التي تنص على أن: هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ المرحلة الابتدائية من مختلف مستوياتهم، حيث دلت النتائج على ما يلي:

الجدول رقم (23): يبين معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي

الابعاد	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	الخوف من المعلم	الخوف من المدير	الخوف من الزملاء	الخوف من الامتحانات	الخوف من فناء المدرسة	الخوف من طبيب المدرسة	التحصيل الدراسي
الخوف من الذهاب إلى المدرسة								
الخوف من المعلم	0,57**							
الخوف من المدير	0,35**	0,54**						
الخوف من الزملاء	0,51**	0,66**	0,57**					
الخوف من الامتحانات	0,42**	0,49**	0,31**	0,55**				
الخوف من فناء المدرسة	0,51**	0,55**	0,46**	0,57**	0,28**			
الخوف من طبيب المدرسة	0,35**	0,43**	0,38**	0,50**	0,49**	0,44**		
التحصيل الدراسي	0,11-	0,11-	0,02-	0,08-	0,02-	0,05-	1,38*	

**دال عند مستوى دلالة (0,01)

*دال عند مستوى دلالة (0,05)

يظهر من الجدول السابق أنه لم تكن هناك علاقة ارتباطية بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي في معظم الابعاد، بينما وانحصرت العلاقة فقط بين الخوف من طبيب المدرسة والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.

الجدول رقم (24): يبين معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي

الابعاد	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	الخوف من المعلم	الخوف من المدير	الخوف من الزملاء	الخوف من الامتحانات	الخوف من فناء المدرسة	الخوف من طبيب المدرسة	التحصيل الدراسي
الخوف من الذهاب إلى المدرسة								
الخوف من المعلم	0,50**							
الخوف من المدير	0,21**	0,33**						
الخوف من الزملاء	0,48**	0,51**	0,28**					
الخوف من الامتحانات	0,35**	0,24**	0,19**	0,43**				
الخوف من فناء المدرسة	0,33**	0,39**	0,15*	0,43**	0,13*			
الخوف من طبيب المدرسة	0,20**	0,19**	0,05	0,25**	0,20**	0,30**		
التحصيل الدراسي	0,15-*	0,16-**	0,06-	0,06-	0,05-	0,22-**	0,02-	

**دال عند مستوى دلالة (0,01)
*دال عند مستوى دلالة (0,05)

يظهر من الجدول (24) أنه لم تكن هناك علاقة في المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي، وانحصرت العلاقة في كل من بعد الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المعلم، والخوف من فناء المدرسة.

الجدول رقم (25): يبين معاملات الارتباط بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي

الابعاد	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	الخوف من المعلم	الخوف من المدير	الخوف من الزملاء	الخوف من الامتحانات	الخوف من فناء المدرسة	الخوف من طبيب المدرسة	التحصيل الدراسي
الخوف من الذهاب إلى المدرسة								
الخوف من المعلم	0,31**							
الخوف من المدير	0, 11**	0,24**						
الخوف من الزملاء	0,19**	0,24**	0, 20**					
الخوف من الامتحانات	0, 15**	0, 23**	0,06	0,27**				
الخوف من فناء المدرسة	0,11**	0,23**	0,30**	0,25**	0,03-			
الخوف من طبيب المدرسة	0, 09	0,19**	0,02	0,11*	0,17**	0,08		
التحصيل الدراسي	0,18-**	0,27-**	0,26-**	0,12-*	0,04	0,27-**	1,09	

**دال عند مستوى دلالة (0,01)
*دال عند مستوى دلالة (0,05)

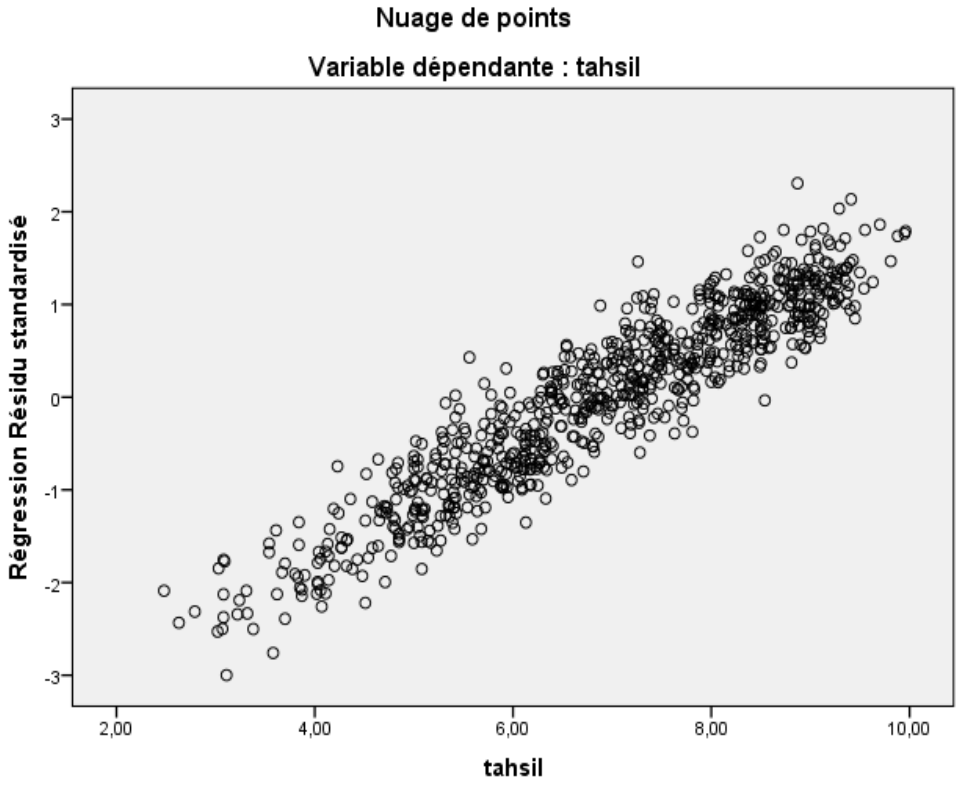
يظهر من الجدول (25) أنه لم تكن هناك علاقة ارتباطية بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي (الخوف من الامتحانات، والخوف من طبيب المدرسة)، وانحصرت في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، والخوف من الزملاء، والخوف من فناء المدرسة.

3- **عرض الفرضية الثانية التي تنص على أن: " هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الامتحانات، الخوف من فناء المدرسة، الخوف من طبيب المدرسة) الجنس، المستوى الدراسي في التحصيل الدراسي".**

وقبل إجراء تحليل الانحدار المتعدد تم التأكد من توفر شروط استخدام الانحدار كالتالي:

1- التحقق من أن متوسط البواقي يساوي (0).
2- التحقق من عدم وجود الازدواج بين المتغيرين المستقلين، وتم التحقق من هذا الشرط باستخدام عامل تضخم التباين، ويتضح من الجدول (28) أن قيمة هذا العامل هي 1,58.
3- التحقق من عدم وجود ارتباط ذاتي بين البواقي (Residuals)، وتم التحقق من هذا الشرط باستخدام (Durbin Watson) حيث نجد أن قيمته تساوي 1,25 وتم مقارنتها بالقيمة الجدولية .
4- تجانس البواقي (ثبات تباين البواقي)، وتم التحقق من هذا الشرط باستخدام شكل انتشار البواقي على محور (x)، ونلاحظ من شكل الانتشار أن النقاط تتوزع بشكل متساوي حول قيمة (0) بنسبة (98%) مما يشير إلى تحقق شرط التباين، والشكل التالي يوضح ذلك.
5- التوزيع الاعتدالي في المجتمع لدرجات المتغير التابع عند كل مستوى من المستويات المكونة للمتغيرات المستقلة المجتمعة.
6- العلاقة الخطية بين المتغير التابع عند تثبيت المتغيرات المستقلة الأخرى.
7- اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي.

وتم التأكد كل من الشروط الخامس والسادس والسابع من شكل توزيع انتشار البواقي.



الشكل (11): يوضح التوزيع الاعتدالي للبواقي بين المخاوف المدرسية والجنس والمستوى على التحصيل الدراسي

نلاحظ من الشكل أن النقاط مجتمعة حول الخط المستقيم، مما يبين لنا قوة العلاقة الخطية بين المخاوف المدرسية والجنس والمستوى والتحصيل الدراسي.

ولاختبار هذه الفرضية استخدمنا تحليل الانحدار المتعدد (Regression multiple)، حيث دلت النتائج على ما يلي:

الجدول رقم (26): يبين نماذج الانحدار المتعدد للمتغيرات الفرعية للمخاوف المدرسية في تأثيرها في التحصيل الدراسي باستخدام طريقة خطوة بخطوة.

النموذج	معامل الارتباط (ر)	معامل التحديد ($ر^2$)	معامل التحديد المصحح ($ر^{-2}$)	الخطأ المعياري	Durbin Watson	مستوى الدلالة
1	0,21	0,04	0,04	1,56		دال عند 0,01
2	0,24	0,06	0,05	1,55	1,25	دال عند 0,01
3	0,28	0,08	0,07	1,53		دال عند 0,01
4	0,29	0,09	0,08	1,52		دال عند 0,01

يتضح من الجدول (26) أن قيمة معامل الارتباط (ر) في النموذج الرابع قدر بـ 0,29 وقيمة معامل التحديد ($ر^2$) فقد بلغت 0,09، وقدرت قيمة معامل التحديد المصحح ($ر^{-2}$) بـ 0,08، في حين قدرت قيمة

الخطأ المعياري بـ 1,52، وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة أقل من 0,01؛ وهذا في الحالة التي تحتوي على المتغيرات المستقلة (الخوف من المعلم، الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من فناء المدرسة، الخوف من طبيب المدرسة)؛ ويدل على أن هذه المتغيرات مجتمعة تمكننا من تفسير (9%) من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (التحصيل الدراسي) وهي نسبة ضئيلة من التباين المفسر من خلال هذه المتغيرات، ونسبة (91%) من الانحرافات ترجع لعوامل أخرى كالحظ، مما يفسر لنا ضعف تأثير المخاوف المدرسية على التحصيل الدراسي.

وللتحقق من دلالة النماذج الاربعة تم اجراء تحليل تباين الانحدار (ANOVA)، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (27): يبين نتائج تحليل تباين الانحدار للنماذج الاربعة

النموذج	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
1	الانحدار	1	95,53	95,53	39,12	دال عند 0,01
	البواقي	798	1948,48	2,44		
	المجموع	799	2044,01			
2	الانحدار	1	124,96	62,48	25,94	دال عند 0,01
	البواقي	798	1919,05	2,40		
	المجموع	799	2044,01			
3	الانحدار	1	166,32	55,44	23,50	دال عند 0,01
	البواقي	798	1877,68	2,35		
	المجموع	799	2044,01			
4	الانحدار	1	183,32	45,83	19,58	دال عند 0,01
	البواقي	798	1860,68	2,34		
	المجموع	799	2044,01			

يتضح من الجدول (27) نتائج تحليل الانحدار للنماذج الاربعة، ونلاحظ أن المتغيرات المستقلة (الخوف من المعلم، الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من فناء المدرسة، الخوف من طبيب المدرسة) لها تأثير دال احصائياً على التحصيل الدراسي، حيث قدرت قيمة (ف) في النموذج (01) بـ 39,12، بينما في النموذج (02) بلغت قيمة (ف) 25,94، في حين بلغت قيمة (ف) في النموذج (03) بـ 23,50، وقدرت قيمة (ف) في النموذج (04) بـ 19,58 وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

ولمعرفة المساهمة الفردية لكل المتغيرات المستقلة (المخاوف المدرسية) في تأثيرها في التحصيل الدراسي تم استخراج معاملات (Beta) المعيارية، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (28): يبين نتائج معامل (بيتا) واختبار (ت) لمتغيرات المخاوف المدرسية في تأثيرها على التحصيل الدراسي

النموذج	المتغيرات	قيمة (بيتا)	عامل تضخم التباين(VIF)	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	الخوف من المعلم	0,21-	1	6,25-	دال عند 0,01
2	الخوف من المعلم	0,25-	1,10	7,06-	دال عند 0,01
	الخوف من طبيب المدرسة	0,12	1,10	3,49	دال عند 0,01
3	الخوف من المعلم	0,19-	1,29	4,99-	دال عند 0,01
	الخوف من طبيب المدرسة	0,15	1,15	4,32	دال عند 0,01
	الخوف من فناء المدرسة	0,16-	1,29	4,18-	دال عند 0,01
4	الخوف من المعلم	0,14-	1,54	3,51	دال عند 0,01
	الخوف من طبيب المدرسة	0,16	1,15	4,52	دال عند 0,01
	الخوف من فناء المدرسة	0,14-	1,34	3,63-	دال عند 0,01
	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	0,10-	1,42	2,69-	دال عند 0,01

يتضح من الجدول (28) نتائج معامل (بيتا) واختبار (ت) لمتغيرات المخاوف المدرسية في تأثيرها على التحصيل الدراسي، ونلاحظ أن المعامل الثابت دال احصائياً، وكذلك هناك دلالة إحصائية لتأثير المتغيرات المستقلة (المخاوف المدرسية) على المتغير التابع (التحصيل الدراسي)، كما نلاحظ أن المتغيرات المستقلة التي أبقى عليها النموذج الرابع تتمثل في الخوف من المعلم حيث قدرت قيمة (بيتا) 0,14- وقيمة (ت) قدرت بـ 3,51، والخوف من طبيب المدرسة حيث بلغت قيمة (بيتا) 0,16 وقيمة (ت) قدرت بـ 4,52، والخوف من فناء المدرسة وقدرت قيمة (بيتا) 0,14- وبلغت قيمة (ت) 3,63-، والخوف من الذهاب إلى المدرسة حيث قدرت قيمة (بيتا) 0,10- وقيمة (ت) 2,69-، وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

ويمكننا من الجدول (28) أن نصيغ معادلة الانحدار المتعدد قصد مساعدتنا على إمكانية التنبؤ بدرجات المتغير التابع (التحصيل الدراسي) بمعلومية درجات المبحوث على المتغيرات المستقلة.

التحصيل الدراسي= 7,70+ (0,09-× درجة متغير الخوف من المعلم) + (0,36× درجة متغير الخوف من طبيب المدرسة)+ (0,09-× درجة متغير الخوف من الذهاب إلى المدرسة).

الجدول (29): يبين نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في النماذج الاربعة

النموذج	المتغيرات	قيمة (بيتا)	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	0,11-	2,95-	دال عند 0,01
	الخوف من المدير	0,06-	1,71-	غير دال عند 0,05
	الخوف من الزملاء	0,03-	0,85-	غير دال عند 0,05
	الخوف من الامتحانات	0,05	1,37	غير دال عند 0,05
	الخوف من فناء المدرسة	0,12-	3,32-	دال عند 0,01
	الخوف من طبيب المدرسة	0,12	3,49	دال عند 0,01
2	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	0,13-	3,39-	دال عند 0,01
	الخوف من المدير	0,07-	1,95-	دال عند 0,05
	الخوف من الزملاء	0,06-	1,60-	غير دال عند 0,05
	الخوف من الامتحانات	0,02	0,54	غير دال عند 0,05
	الخوف من فناء المدرسة	0,16-	4,18-	دال عند 0,01
3	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	0,10-	2,69-	دال عند 0,01
	الخوف من المدير	0,05-	1,30-	غير دال عند 0,05
	الخوف من الزملاء	0,02-	0,47-	غير دال عند 0,05
	الخوف من فناء المدرسة	0,01	0,37	غير دال عند 0,05
4	الخوف من المدير	0,04-	1,22-	غير دال عند 0,05
	الخوف من الزملاء	0,00	0,05	غير دال عند 0,05
	الخوف من الامتحانات	0,03	0,92	غير دال عند 0,05

يتضح من الجدول (29) نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في كل النماذج الأربعة، حيث نلاحظ أنه تم استبعاد الخوف من المعلم في النموذج الأول، واستبعاد الخوف من المعلم، والخوف من طبيب المدرسة في النموذج الثاني، كما تم استبعاد الخوف من المعلم، والخوف من طبيب المدرسة، والخوف من فناء المدرسة في النموذج الثالث، وتم استبعاد الخوف من المعلم، والخوف من طبيب المدرسة، والخوف من فناء المدرسة، والخوف من المدير، والخوف من الذهاب إلى المدرسة، كما نلاحظ أنه ليس هناك ادراج للمتغيرات في وهي: الخوف من المدير، والخوف من الزملاء، والخوف من الامتحانات في معادلة الانحدار كون تأثيرها على التحصيل الدراسي ضئيل وغير دال إحصائياً، ويفسر كل منها كمية ونسبة قليلة من التباين المفسر في درجات متغير التحصيل الدراسي.

الجدول (30): يبين مشكلة الازدواج الخطي بين المتغيرات المستقلة

النموذج	المتغيرات	قيم مميزة	فهرس الشروط
1	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	1,89	1
	الخوف من المعلم	0,11	4,15
2	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	2,42	1
	الخوف من المعلم	0,46	2,28
	الخوف من المدير	0,10	4,75
3	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	3,11	1
	الخوف من المعلم	0,47	2,57
	الخوف من المدير	3,18	3,12
	الخوف من الزملاء	0,10	5,53
4	الخوف من الذهاب إلى المدرسة	3,95	1
	الخوف من المعلم	0,49	2,82
	الخوف من المدير	0,32	3,47
	الخوف من الزملاء	0,12	5,57
	الخوف من الامتحانات	0,09	6,33

يتضح من الجدول (30) اختبارات تشخيص الازدواج الخطي، حيث نلاحظ فيه أن أكبر قيمة لهذا المعامل 6,33 وهي أقل من (30) القيمة التي تعني أن هناك خطورة لمشكلة الازدواج الخطي، حيث نستنتج من ذلك أنه ليس هناك وجود لخطورة مشكلة الازدواج الخطي هذا من جهة، ومن جهة أخرى نلاحظ من الجدول (28) أن أكبر قيمة لعامل تضخم التباين هي 1,54 وهي أقل من القيمة (10) التي تعني وجود ازدواج خطي، ومنها نستنتج أنه ليس هناك مشكلة ازدواج خطي بين المتغيرات المستقلة.

- إن عدم وجود مشكلة الازدواج الخطي يعني أن المتغيرات المستقلة لا تنزع إلى التغير خلال الزمن (في السلاسل الزمنية).
- كذلك يعني ابتعادنا عن الوقوع في الخطأ من النوع الثاني β .
- إن النتائج السابقة تؤكد ثبات النموذج، حيث نلاحظ عدم وجود اختلاف الاشارات معاملات النموذج.
- عدم وجود مشكلة الازدواج الخطي يعني سلامة بيانات العينة.

الجدول (31): يبين نموذج الانحدار المتعدد لمتغيري (الجنس، المستوى) في تأثيرها على التحصيل الدراسي باستخدام طريقة خطوة بخطوة

النموذج	معامل الارتباط (ر)	معامل التحديد ($ر^2$)	معامل التحديد المصحح($ر^{-2}$)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
1	0,20	0,04	0,04	1,56	دال عند 0,01
2	0,26	0,06	0,06	1,54	دال عند 0,01

نلاحظ من الجدول (31) أن قيمة معامل الارتباط للعلاقة بين متغيري (الجنس، المستوى) والتحصيل الدراسي في النموذج الثاني قدر بـ 0,26 وقدرت قيمة معامل التحديد($ر^2$) 0,06، وقدرت الخطأ المعياري 1,54 وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01، وهذا في الحالة التي تحتوي على المتغيرات المستقلة (الجنس، المستوى)، ويدل ذلك على أن هذه المتغيرات مجتمعة تمكننا من تفسير (6%) من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (التحصيل الدراسي) وهي نسبة ضئيلة من التباين المفسر من خلال هذه المتغيرات، وأن (94%) من الانحرافات ترجع لعوامل أخرى كالحظ، مما يفسر لنا ضعف تأثير متغيري (الجنس، المستوى) على التحصيل الدراسي.

وللتحقق من دلالة النماذج الاربعة تم اجراء تحليل تباين الانحدار (ANOVA)، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (32): يبين نتائج تحليل تباين الانحدار للنموذجين (1، 2)

النموذج	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
1	الانحدار	1	83,78	83,78	34,11	دال عند 0,01
	البواقي	798	1960,22	2,45		
	المجموع	799	2044,01			
2	الانحدار	2	137,69	68,84	28,78	دال عند 0,01
	البواقي	797	1906,31	2,39		
	المجموع	799	2044,01			

يتضح من الجدول (32) نتائج تحليل تباين الانحدار للنموذجين (1، 2)، ونلاحظ أن المتغيرات المستقلة (الجنس، المستوى) لها تأثير دال إحصائياً على التحصيل الدراسي، حيث قدرت قيمة (ف) في النموذج الأول 34,11، وبلغت قيمة (ف) في النموذج الثاني 28,78 وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

ولمعرفة المساهمة الفردية لكل المتغيرات المستقلة (المخاوف المدرسية) في تأثيرها في التحصيل الدراسي تم استخراج معاملات (Beta) المعيارية، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول (33): يبين نتائج معامل (بيتا) واختبار (ت) لمتغيري (الجنس، المستوى) في تأثيرهما على التحصيل الدراسي.

النموذج	المتغيرات	قيمة "بيتا"	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	المستوى	0,20	5,84	دال عند 0,01
	المستوى	0,20	5,89	دال عند 0,01
2	الجنس	0,16	4,74	دال عند 0,01

يتضح من الجدول (33) أن المعامل الثابت دال إحصائياً، وكذلك هناك دلالة إحصائية لتأثير المتغيرات المستقلة (الجنس، المستوى) على التحصيل الدراسي، كما نلاحظ أن المتغيرات المستقلة التي أبقى عليها النموذج الثاني هي: متغير المستوى حيث بلغت قيمة "بيتا" 0,20 وقدرت قيمة (ت) 5,98، ومتغير الجنس حيث قدرت قيمة "بيتا" 0,16 وقيمة (ت) 4,74 وهي قيم كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

الجدول (34): يبين نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في النموذجين (1، 2)

النموذج	المتغيرات	قيمة "بيتا"	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
1	الجنس	0,16	4,74	دال عند 0,01

يتضح من الجدول (34) نتائج المتغيرات المستبعدة من معادلة الانحدار في كلا النموذجين، حيث نلاحظ أنه تم استبعاد متغير المستوى، كون أن تأثيرها على التحصيل الدراسي غير دال إحصائياً، وإدراج متغير الجنس حيث قدرت قيمة "بيتا" 0,16 وقدرت قيمة (ت) 4,74 وهي قيم دالة عند مستوى دلالة 0,01.

من خلال نتائج الجداول السابقة تبين وجود أثر دال إحصائياً للمتغيرات المستقلة (المخاوف المدرسية، الجنس، المستوى) على المتغير التابع (التحصيل الدراسي).

4-عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة التي تنص على أنه: "توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس".

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية، والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول رقم (35): يبين دلالة الفروق بين الذكور والإناث في المخاوف المدرسية باستخدام اختبار (ت) للمجموعتين المستقلتين.

المجموعات / الابعاد	الذكـور		الإناث		القيمـة (ت)	درجـة الحـرية	الدلالة الاحصائية
	م1	ع1	م2	ع2			
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	3 ,43	1,95	3,31	1,86	0,86	798	غير دال
الخوف من المعلم	5,29	2,69	4,90	2,51	2,12	798	دال عند 0,03
الخوف من المدير	1,59	1,01	1,57	1,02	0,27	798	غير دال
الخوف من الزملاء	4,29	2,20	3,94	2,24	2,22	798	دال عند 0,02
الخوف من الامتحانات	5,31	2,07	5,53	1,94	-1,54	798	غير دال
الخوف من فناء المدرسة -الساحة-	1,11	1,07	0,91	0,96	2,73	798	دال عند 0,01
الخوف من طبيب المدرسة	0,48	0,69	0,60	0,76	-2,26	798	غير دال

يظهر من الجدول أن الفروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية انحصرت في الخوف من المعلم، والخوف من الزملاء، والخوف من فناء المدرسة والذكور هم أكثر خوفاً، بينما لم تكن هناك فروق في المخاوف المدرسية الأخرى (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المدير، والخوف من الامتحانات، والخوف من طبيب المدرسة).

5- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة التي تنص على أنه: "توجد فروق في المخاوف المدرسية عند تلاميذ المرحلة الابتدائية بالنظر إلى لسنواتهم الدراسية (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي".

ولاختبار الفرضية تم اجراء تحليل التباين البسيط (ANOVA)، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (36): يبين دلالة الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة لعينة الدراسة بالنظر لسنواتهم الدراسية الثلاث باستخدام تحليل التباين البسيط.

الابعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة المعنوية
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	بين المجموعات	2	105,483	52,742	14,922	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	2816,997	3,535		
	المجموع	799	2922,48			
الخوف من المعلم	بين المجموعات	2	327,501	163,751	25,500	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	5118,094	6,422		
	المجموع	799	5445,595			
الخوف من المدير	بين المجموعات	2	25,652	12,826	12,669	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	806,903	1,012		
	المجموع	799	832,555			
الخوف من الزملاء	بين المجموعات	2	185,453	92,727	19,597	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	3771,196	4,732		
	المجموع	799	3956,649			
الخوف من الامتحانات	بين المجموعات	2	26,701	13,351	3,317	دال عند 0,05
	داخل المجموعات	797	3207,519	4,024		
	المجموع	799	3234,220			
الخوف من فناء المدرسة -الساحة-	بين المجموعات	2	23,863	11,932	11,668	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	814,985	1,023		
	المجموع	799	838,849			
الخوف من طبيب المدرسة	بين المجموعات	2	4,910	2,455	4,662	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	797	419,728	0,527		
	المجموع	799	424,639			

يبين الجدول (36) الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة بين أفراد عينة الدراسة يعزى للسنوات الدراسية، حيث يظهر من نتائج تحليل التباين البسيط أن هناك فروقاً دالة إحصائياً للسنوات الثلاث في كل المخاوف المدرسية.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين السنوات الدراسية تم استخدام المقارنة الثنائية البعدية (معادلة شيفيه Scheffe)، والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول رقم (37): يبين نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لمتوسطات تقديرات أفراد عينة الدراسة لمعرفة اتجاه الفروق في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات الدراسية الثلاث (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) إبتدائي.

المتغيرات	مجموعات المقارنة	قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية الثلاث		
		الخامسة	الرابعة	الثالثة
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	السنة الثالثة	0,86*	0,18	
	السنة الرابعة	0,67*		
	السنة الخامسة			
الخوف من المعلم	السنة الثالثة	1,59*	0,88*	
	السنة الرابعة	0,70*		
	السنة الخامسة			
الخوف من المدير	السنة الثالثة	0,43*	0,11	
	السنة الرابعة	0,31*		
	السنة الخامسة			
الخوف من الزملاء	السنة الثالثة	1,06*	0,05-	
	السنة الرابعة	1,01*		
	السنة الخامسة			
الخوف من الامتحانات	السنة الثالثة	0,44*	0,14	
	السنة الرابعة	0,30		
	السنة الخامسة			
الخوف من فناء المدرسة -الساحة -	السنة الثالثة	0,43*	0,20	
	السنة الرابعة	0,22*		
	السنة الخامسة			
الخوف من طبيب المدرسة	السنة الثالثة	0,19*	0,13	
	السنة الرابعة	0,05		
	السنة الخامسة			

كشفت معادلة شيفيه كما هو موضح في الجدول رقم (37) عن وجود فروق واضحة في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) إبتدائي، بحيث أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد فرق بين السنوات الدراسية الثلاث في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، ويرجع الفرق لصالح تلاميذ السنة الثالثة إبتدائي حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 0,86*، في حين توجد فروق دالة إحصائياً في بعد الخوف من المعلم، حيث يرجع الفرق لصالح تلاميذ السنة الثالثة إبتدائي حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 0,88*، كما يلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائياً في بعد

الخوف من المدير، حيث يرجع الفرق لصالح تلاميذ السنة الخامسة إبتدائي حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 0,43*، وفي بعد الخوف من الزملاء تبين أنه توجد فروق دال إحصائيا بين السنوات الدراسية الثلاث (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، والفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 1,06*، وتوجد فروق دالة إحصائياً في بعد الخوف من الامتحانات والفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي مقارنة بالسنوات الأخرى، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بين السنوات بـ 0,44*، بينما في بعد الخوف من فناء المدرسة -الساحة- يرجع الفرق لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي مقارنة بالسنوات الأخرى (السنة الرابعة والخامسة) حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بين السنوات بـ 0,43*، وتبين وجود فروق دالة إحصائياً بين السنوات الدراسية الثلاث في الخوف من طبيب المدرسة، ويرجع لفرق لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي مقارنة بالسنتين (السنة الرابعة والخامسة) ابتدائي، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بين السنوات بـ 0,19*.

6- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة التي تنص على أنه "توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة ".

الجدول رقم (38): يبين دلالة الفروق في المخاوف المدرسية الشائعة تبعاً لمتغير السن.

الابعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة المعنوية
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	بين المجموعات	7	122,380	17,483	4,945	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	2800,100	3,535		
	المجموع	799	2922,480			
الخوف من المعلم	بين المجموعات	7	283,458	40,494	6,213	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	5162,137	6,518		
	المجموع	799	5445,595			
الخوف من المدير	بين المجموعات	7	19,883	2,840	2,768	غير دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	812,672	1,026		
	المجموع	799	832,555			
الخوف من الزملاء	بين المجموعات	7	164,732	23,533	4,915	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	3791,917	4,788		

	المجموع	799	3956,649			
الخوف من الامتحانات	بين المجموعات	7	80,201	11,457	2,877	غير دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	3154,019	3,982		
	المجموع	799	3234,220			
الخوف من فناء المدرسة -الساحة-	بين المجموعات	7	28,496	4,071	3,979	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	810,353	1,023		
	المجموع	799	838,849			
الخوف من طبيب المدرسة	بين المجموعات	7	13,236	1,891	3,640	دال عند 0,01
	داخل المجموعات	792	411,403	0,519		
	المجموع	799	424,639			

يتضح من الجدول أعلاه أنه يوجد فروق دال إحصائياً بين السنوات العمرية في أبعاد المخاوف المدرسية، وأظهر تحليل التباين أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في المخاوف المدرسية عند تلاميذ المرحلة الابتدائية تبعاً للسنوات العمرية التي ينتمون إليها.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين السنوات العمرية تم استخدام المقارنة الثنائية البعدية (معادلة شيفيه Scheffe)، والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول رقم (39): يبين المقارنة البعدية لمعرفة اتجاه الفروق في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات العمرية.

المتغيرات	مجموعات المقارنة	المتوسط الحسابي	قيم فروق المتوسطات بين السنوات العمرية							
			2,96	3	3	3,36	3,44	3,60	3,77	3,83
الخوف من الذهاب إلى المدرسة	8 سنوات	3,83	0,87	0,83	*0,83	0,47	0,39	0,23	0,06	0
	9 سنوات	3,77	*0,81	0,77	*0,77	0,41	0,33	0,17	0	
	14 سنة	3,60	0,64	0,60	0,60	0,24	0,16	0		
	12 سنة	3,44	0,48	0,44	0,44	0,08	0			
	13 سنة	3,36	0,4	0,36	0,36	0				
	10 سنوات	3	0,04	0	0					
	7 سنوات	3	0,04	0						
	11 سنوات	2,96	0							
			4,48	4,59	5,19	5,50	5,51	5,82	6	5,25
	7 سنوات	6,25	1,77	1,66	1,06	0,75	0,74	0,43	0,25	0

	8 سنوات	6	*1,52	*1,41	0,81	0,5	0,49	5,57	0	
الخوف من المعلم	13 سنة	5,82	1,34	1,23	0,63	0,32	0,31	0		
	9 سنوات	5,51	*1,03	0,92	0,32	0,01	0			
	14 سنة	5,50	1,02	0,91	0,31	0				
	12 سنة	5,19	1,71	0,6	0					
	11 سنة	4,59	0,11	0						
	10سنوات	4,48	0							
			1,36	1,41	1,44	1,53	1,74	1,75	1,76	1,80
	14 سنة	1,80	0,44	0,39	0,36	0,27	0,06	0,05	0,04	0
	8 سنوات	1,76	0,4	1,37	0,32	0,23	0,02	0,01	0	
الخوف من المدير	7سنوات	1,57	0,39	0,34	0,31	0,22	0,01	0		
	9 سنوات	1,74	0,38	0,33	0,3	0,21	0			
	12 سنة	1,53	0,17	0,12	0,09	0				
	10 سنوات	1,44	0,08	0,03	0					
	11 سنة	1,41	0,05	0						
	13 سنة	1,36	0							
			3,55	3,76	3,88	4,30	4,50	4,59	4,75	5,09
	13 سنة	5,09	1,54	1,33	1,21	0,79	0,59	0,5	0,34	0
	7 سنوات	4,57	1,02	0,81	0,69	0,27	0,07	0,02-	0	
	9 سنوات	4,59	1,04	*0,83	*0,71	0,29	0,09	0		
الخوف من الزملاء	8 سنوات	4,50	0,95	0,74	0,62	0,2	0			
	14 سنة	4,30	0,75	0,54	0,42	0				
	12 سنة	3,88	0,33	0,13	0					
	10 سنوات	3,76	0,21	0						
	11 سنة	3,55	0							
			4,13	5,07	5,29	5,30	5,53	5,66	5,75	5,82
	13 سنة	5,82	1,69	0,75	0,53	0,52	0,29	0,16	0,34	0
	9 سنوات	5,75	1,62	0,68	0,46	0,45	0,22	0,09	0	
	8 سنوات	5,66	1,53	0,59	0,37	0,36	0,13	0		
الخوف من الامتحانات	12 سنة	5,53	1,4	0,46	0,24	0,23	0			
	14 سنة	5,30	1,17	0,23	0,01	0				
	11 سنة	5,29	1,16	0,22	0					
	10 سنوات	5,07	1,94	0						
	7 سنوات	4,13	0							
			0,69	0,86	0,89	1	1,10	1,11	1,34	1,45
	13 سنة	1,45	0,76	0,59	0,56	0,45	0,35	0,34	0,11	0
	8 سنوات	1,34	0,65	*0,48	0,45	0,34	0,24	0,23	0	
الخوف من فناء المدرسة -الساحة -	9 سنوات	1,11	0,42	0,25	0,22	0,11	0,01	0		
	14 سنة	1,10	0,41	0,24	0,21	0,1	0			
	7سنوات	1	0,31	0,14	0,11	0				
	11 سنة	0,89	0,2	0,03	0					
	10 سنوات	0,86	0,17	0						
	12 سنة	0,69	0							

										0,88
								0,88	7 سنوات	0
							0,58	0,78	8 سنوات	
						0,34*	0,48	0,73	13 سنة	
					0,29*	0,44	0,43	0,58	9 سنوات	
					0,14	0,29	0,28	0,53	12 سنة	
					0,09	0,14	0,23	0,44	11 سنة	
					0	0,09	0,14	0,44	10سنوات	
					0	0	0,14	0,30	14 سنة	
										0,88
										0

0,88	0,78	0,73	0,58	0,53	0,44	0,44	0,30			الخوف من طبيب المدرسة
0	0,1	0,15	0,3	0,35	0,44	0,44	0,58	0,88	7 سنوات	
	0	0,05	0,2	0,25	*0,29	*0,34	0,48	0,78	8 سنوات	
		0	0,15	0,2	0,14	0,29	0,43	0,73	13 سنة	
			0	0,05	0,09	0,14	0,28	0,58	9 سنوات	
				0	0	0,09	0,23	0,53	12 سنة	
					0	0	0,14	0,44	11 سنة	
						0	0,14	0,44	10سنوات	
							0	0,30	14 سنة	

كشفت معادلة شيفيه كما هو موضح في الجدول رقم (39) عن وجود فروق واضحة في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات العمرية، بحيث أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد فرق بين السنوات الدراسية الثلاث في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، ويرجع الفرق لصالح تلاميذ ذوي سن (8 سنوات)، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 0,83*، ويرجع الفرق أيضاً في بعد الخوف من المعلم لصالح تلاميذ ذوي سن (8 سنوات)، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 1,51*، أما بالنسبة لبعد الخوف من الزملاء اتضح أن الفرق يرجع لصالح تلاميذ ذوي سن (9 سنوات)، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بـ 0,83*، ويرجع الفرق في بعد الخوف من فناء المدرسة -الساحة- لصالح تلاميذ ذوي سن (8 سنوات)، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بين الفئات بـ 0,48*، ويرجع الفرق أيضاً في بعد الخوف من طبيب المدرسة لصالح تلاميذ ذوي سن (8 سنوات)، حيث قدرت قيمة فروق المتوسطات بين الفئات بـ 0,34*.

بينما تبين من نتائج الجدول أنه لا يوجد فرق بين السنوات العمرية في بعدي الخوف من المدير، والخوف من الامتحانات.

ثانياً: مناقشة النتائج:

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الذي تنص على أنه: "ماهي المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بولاية أدرار؟"

لقد أسفرت نتائج الدراسة عن تحقق هذه الفرضية كما يتضح ذلك من نتائج الجدول (22) حيث كشفت عن شيوع المخاوف المدرسية بين تلاميذ المرحلة الابتدائية تبعاً لنوع وطبيعة كل مصدر خوف المحدد إجرائياً، بحيث رتب الخوف من الامتحانات في الرتبة الأولى وسجل أعلى متوسط حسابي في بعد الخوف من الامتحانات والمقدر بـ 5,41، 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 أيضاً إرجاعها إلى طبيعة الامتحانات السائدة وصعوبة الأسئلة التي تثير خوف التلميذ، فلا شك أن التلميذ إذا شعر أنه موضع تقويم واختبار فإن مستوى الخوف سيرتفع لديه، ومما يجدر ذكره هنا أنه من غير المعقول تقييم عمل وجهد التلميذ على مدار عام كامل بل على مدار مرحلة دراسية كاملة من خلال الامتحان، فربما يتعرض هذا التلميذ لحادث ما أو يمرض، وهذا ما يؤثر سلباً على مستوى تحصيله ويضعه تحت ضغوط نفسية وبالتالي يتراجع أداؤه، فضلاً عما يسببه أسلوب الامتحانات من شعور بالفشل مما يؤدي لصعوبة لدى الطفل تؤثر على تعلمه وإنجازه خاصة إذا تعرض للقسوة والعقاب والسخرية.(بطرس حافظ، 2007: 53)

فالامتحانات جزء من البرنامج التربوي في المدرسة، ولها أهميتها الخاصة، والاتجاهات نحوها سواء من قبل المعلمين أو التلاميذ أمر على جانب كبير من الأهمية لما لها من تأثير على الصحة النفسية، فقد تصبح مصدراً للخوف، ويشير "فؤاد أبو حطب وأمال صادق" (1995) أن العمل المدرسي وما 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.

أما العامل الآخر فله علاقة مباشرة بالمعلمين وأساليب معاملتهم لتلاميذهم قبل الامتحان، فمنهم من يذكر للتلاميذ أن الاختبارات التي ستقدم لهم ستكون غير عادية ويصعب الاجابة عليها، وتتطلب جهداً كبيراً في مذاكرة الدروس، وأنها مختلفة عن الاختبارات التقليدية مما يترتب عليه تفكير وانشغال غير مبرر، وهو أمر يرفع من مخاوفهم الذي يشتت التفكير ويصبح عائقاً للتحصيل الدراسي.

وكثيراً ما يساء استخدام الامتحانات عندما يضغط المعلم على تلاميذه بالامتحانات، ويضغط الآباء على أبنائهم للحصول على درجات مرتفعة، كما يصبح الامتحان مصدر خوف أيضاً عندما يستخدمه المعلم كنوع من العقاب للتلاميذ على خطأ واحد ارتكبه.

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.

ويذكر "مجدي أحمد عبد الله" (2005) أنه قد يظهر الخوف المدرسي في محيط عديد من المشاكل التي تغشى الفصول الدراسية، خاصة إذا كان المستوى الدراسي فيها لا يرقى إلى مستوى ذكاء الطفل وقدراته أو أنه يفوق ذكاء الطفل وقدراته، كما يكون لنتائج الاختبارات غير المرضية والخبرات المدرسية غير السارة دوراً مهماً في ظهور المخاوف المدرسية.(مجدي أحمد عبد الله، 2005: 242- 244)

وتعرض 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، حيث أجريت دراسة على بعض تلاميذ المرحلة المتأخرة من التعليم الابتدائي للتعرف عن أهم مخاوفهم الشائعة فأشارت النتائج إلى أن أغلبية التلاميذ يخافون من الرسوب في الامتحانات، وظهر ثلثا المجموعة خوفاً من الحصول على درجات ضعيفة، ونستخلص من النتائج السابقة أن الرسوب هو محل خوف نسبة كبيرة من التلاميذ من الاختبارات.(هند العزازي، 2013: 104)

توقعات الآباء الكبيرة من حصول ابنهم على علامات عالية، حيث لا يستطيع التلميذ تحصيلها لإرضائهم، وهنا يعرَض التلميذ لضغط نفسي كبير الذي من شأنه أن يفقده القدرة على التركيز في الامتحان.

ويشير "شارلز شيفر وهوارد ميلمان" (1989) أن توقعات الآباء المبالغ فيها هي سبب قوي لخوف الأطفال من الفشل، وكذلك فإن الآباء النزاعين للكمال الزائد كثيراً ما يعاني أطفالهم من الخوف، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويخافون من المحاولة.(شارلز شيفر، هوارد ميلمان، 1989: 133)

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بوجود خلل تربوي داخل الصفوف الدراسية، فغالباً ما تجد العديد من المعلمين من بداية العام الدراسي يقدمون دروسهم بهدف النجاح في الامتحان، كما أنهم يتوعدون التلاميذ بأسئلة امتحانات غاية في الصعوبة.

ويعطي المعلمون انطباعاً لتلاميذهم بأن الامتحانات تستخدم كأسلحة، وأنها شيء يبعث على الخوف والرهبة، وبدلاً من ذلك ينبغي أن يكون واضحاً للتلاميذ أن الامتحانات ليست إلا وسائل لمساعدة كل من المعلمين والتلاميذ على اكتشاف الحد الذي حققوه في اكتساب المعارف والمهارات، وفي هذه الحالة يصبح الخوف من الامتحان أمراً طبيعياً يوفر للتلميذ الطاقة ويحفزه على بذل مزيد من الجهد في الاستذكار، 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 انخفاض الدرجات بالرغم من أن قدراته قد تكون مرتفعة.

وتنتاب التلاميذ أثناء الامتحان 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.(أنس شكشك، 2008: 92)

وقد يتغيب الكثير من التلاميذ عن قصد أيام الامتحانات الشهرية أو الدورية التي يجريها المعلم، وبعضهم رسب لتغيبه حتى عن امتحانات نهاية الفصل الدراسي، وهم بذلك يكشفون عن رغبة في الهرب خوفاً من مواجهة فشلهم وضعف أدائهم الدراسي.(منى اللبودي، 2005: 183)

كما يمكن إرجاعها إلى كثرة الواجبات المدرسية التي تفوق قدرات التلاميذ وإمكاناتهم والتي أصبحت تمثل عبئاً ثقيلاً على التلاميذ وتؤثر على نموهم وتعرضهم للاضطرابات، وبالتالي يصبح التلاميذ يعتمدون على الوالدين أو أحد الإخوة لإنجازها مما يظهر عليهم أعراض الخوف من الفشل الدراسي.

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، ومن المؤسف أن هذه الامتحانات تستخدم كسلاح يتحكم في مستقبل الأبناء بينما كان المفروض أن تكون وسيلة لإرشادهم وتوجيههم.

إن الامتحانات ترفع درجة الانزعاج النفسي ولكن ليست العامل الوحيد المؤثر، فهناك عوامل أخرى يجدر الإشارة إليها إذا وجدت مع الامتحانات أحدثت حالات الخوف المرضي من الامتحانات وهي:

- الخوف من قاعة الامتحان والمراقبين وعدم وجود وقت كاف للاستعداد للامتحان.
- تعزيز الخوف من الامتحانات من قبل الأسرة وفق أساليب التنشئة التي تستخدم العقاب مما يؤدي إلى خوف التلميذ من النتائج السيئة.
- مواقف التقييم ذاتها، فالتلميذ إذا شعر أنه موضع تقييم واختبار فإن مستوى الخوف سيرتفع لديه.(الداهري صالح، 2005: 207)

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي أجراها "سارسون ومندلر" (1957) حول المخاوف المدرسية عند تلاميذ المرحلة الابتدائية، حيث توصل أن حوالي 20% من الأطفال يخافون من الامتحانات ويكون تحصيلهم ضعيفاً بسبب تلك المخاوف وسجلت أعلى نسبة مقارنة بالمخاوف الأخرى.(فيصل خير الزراد، 1998: 65)

ويتفق ذلك مع ما يذكره "شارلز شيفر، هوارد مليمان" (1989) أن من الاحصائيات الهامة المتعلقة بالمدرسة تشير إلى أن 20% من الأطفال يخافون الامتحانات بحيث ينخفض أدائهم بسبب هذه المخاوف.(هند عصام زكي، 2013: 160)

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 ترتيباً تسلسلياً من أشدها إلى أقلها انتشاراً، بحيث سجل الخوف من أخذ درجة غير جيدة، والخوف من التأخر عند حضور الامتحانات، والخوف من الامتحانات اليومية، والخوف من الامتحانات نهاية السنة كلها سجلت المرتبة الأولى.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة "جراسك Graske" (2004) التي تهدف إلى الكشف عن المخاوف الشائعة عند الأطفال، فتوصل إلى أنه من بين المخاوف الشائعة لدى هذه الفئة هي الخوف من تدني التحصيل.

وأظهرت دراسة "المنتصر الكتاني" (2000) أن أكثر موضوعات الخوف المرتبطة بالمدرسة هي الخوف من الامتحانات.(فاطمة الكتاني، 2000: 125)

ورتب الخوف من المعلم في الرتبة الثانية كما هو مبين من الجدول رقم (22) حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 5,10، ويمكن تفسير هذه النتيجة كون المعلم هو الشخص الأقرب من التلميذ بعد والديه ويقضي معظم وقته مع تلاميذه، والمعلم هو الرمز الثاني للسلطة في حين يكون الأب هو مصدر السلطة الأول، 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.

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 متمثلاً 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.

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.

فالعلاقة بين المعلم والتلميذ جوهر لموقف تعليمي، فهناك المعلم الجبار الطاغوت الذي يفرض سلطته على تلاميذه بالقوة والعنف والاستبداد مخضعاً إلى إرادته وغير مراع ما قد تحدثه قوته من ردة فعل معاكسة ومخاطرة من كراهية، ونفور، وخوف منه ومن تصرفاته.(محمد بن شقرون، 1986: 38)

وتوصل "هيرسوف Hersov" (1960) إلى أن أكثر من 50% من الأطفال ذوي المخاوف المدرسية مروا بخبرة الخوف بشكل غير مباشر من أشياء ذات صلة بنظام المدرسة مثل معلم يستخدم أسلوب تهكمي، وزميل يستأسد على من هو أضعف منه، أو خوفه من الاخفاق في الامتحان.(عبد الرحمن سليمان، 1988: 84)

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.

وهناك بعض المحددات داخل القسم والتي قد تكون مسئولة عن ظهور الخوف من المدرسة منها عدم قدرة المعلم على مناقشة التلاميذ بشكل منطقي واللجوء إلى الاستهزاء بهم وبأفكارهم ورفض فكرة الحوار المتبادل معهم، فسلوك خوف التلميذ من المدرسة قد يكون في بعض الأحيان نتيجة لاستجابة المعلم اتجاه التلميذ من حيث عدم مراعاة مشاعره وجرح نرجسيته أمام الآخرين، وهذا يعني أن أسلوب إدارة المعلم للقسم قد يسهم في ظهور الخوف المدرسي لدى التلاميذ، فإذا كان أسلوب المعلم في تعامله مع التلاميذ يتسم بالقسوة والسخرية والإهانة والتقليل من شأن بعض التلاميذ قد يؤدي بهم إلى الخوف من المعلم والمدرسة ككل.

وتعود مخاوف التلميذ من المعلم لارتباطه بموقف أو خبرة مؤلمة في ذهن التلميذ كرؤية التلميذ لمعلمه يقوم بضرب أحد التلاميذ فإنه في هذا الموقف يربط هذا التلميذ المعلم بالألم والقسوة وبالتالي ينعكس هذا على التلميذ فيخاف من ذلك المعلم.

ويشير "انسبونغ وايزيل Anspangh & Ezell" (1995) إلى أن أهمية الجو الانفعالي داخل الفصل به قبول وتختزل فيه الضغوط وتقل فيه درجات التنافس بين التلاميذ، وأن يشعر التلاميذ بالحرية في التعبير عن مشاعرهم بأمان دون خوف.

وإذا اتسم الفصل بقيادة تتصف بالتزمت، وكثرة القيود والواجبات، وما يصاحب ذلك من احباط لحاجات التلاميذ، فهنا تظهر مخاوف متعددة لدى التلاميذ منها الخوف من المعلم نتيجة استخدامه أسلوب غير مناسب يسوده العقاب وتوجيه الأوامر وعدم الاهتمام بمشاعر التلاميذ.

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 بالتزمت الصارم تميل إلى انتاج أنماط من السلوك تتميز بالمخاوف وسوء التوافق.(الشعراوي علاء، 1999: 137)

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.

وتوصل "جودوين جودوين وكانتريل Goodwin, Goodwin & Cantrill" (1988) إلى أن عدد من الحاجات الانفعالية لأطفال المرحلة الابتدائية ناتجة عن عدم استقبالهم لدرجة كافية من الانتباه من جانب المعلمين.

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.(سهير إبراهيم، 2003: 65)

كما توصل "حسن عمر وشاكر منسي" (2005) إلى أن أكثر المخاوف المدرسية شيوعاً بين تلاميذ في المرحلة الاساسية في مدينة أربد بالأردن هو الخوف من المعلم.(حسن عمر، شاكر منسي، 2005: 71)

ورتب الخوف من الزملاء في الرتبة الثالثة بعد الخوف من المعلم كما هو موضح في الجدول رقم (22) بحيث قدر المتوسط الحسابي 4,11، 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 شعراً كانت أم نثراً والتي تتطلب القراءة أمام الآخرين فإن التلميذ قد يحجم عن القراءة ويحتج بأنه غير حافظ، برغم أنه يكون حافظاً للمادة بشكل جيد جداً.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً 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 سناً أو أن يضايقوه.

نضيف عاملاً مهماً 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 وأيضاً 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.(منى اللبودي، 2005: 183)

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 خوفاً منهم هذا ما يجعله يشعر بعدم الأمن والطمأنينة داخل المدرسة، وبالتالي يؤثر سلباً على تحصيله الدراسي.

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 فوبيا المدرسة 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 شيوعاً هو الخوف من اعتداء بعض الزملاء عند الخروج من المدرسة، وخوف التلميذ من إلقاء كلمة أو قصيدة أمام زملائه.(سهير إبراهيم، 2003: 65)

ورتب الخوف من الذهاب إلى المدرسة في المرتبة الرابعة، حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 3,37، 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.

فقد أشار "لاست وآخرون Last et al" إلى أن العوامل المدرسية الأكثر أهمية في خوف الطفل من الذهاب إلى المدرسة هي الخوف من البيئة المدرسية باعتبارها بيئة جديدة، وبالتالي مصدراً للخوف حيث يعجز الطفل على التوافق معها، وكذلك الخوف من التعامل مع الأقران والخوف من الأذى الذي ربما يلحق به بالمدرسة والأسباب المسببة للخوف داخل غرفة الصف كعدم القدرة على الاجابة على أسئلة المعلم والخوف من الازدحام والخوف من الامتحانات وغيرها.(رشا محمد، 2016: 136)

ويعتبر بعد المدرسة عن البيت، وعدم وجود أنشطة جذابة داخل المدرسة، وزيادة التكاليف والواجبات المدرسية، وكل هذا يؤدي إلى عدم الشعور بالأمن في هذا الوسط بكل متطلباته وقوانينه الصارمة، فيتكون حينئذ الخوف من المدرسة كاستجابة شرطية أو كعرض رمزي لهذه المخاوف كلها.

كما أنَ للمدرسة دوراً واضحاً 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 مرضياً 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: 15- 16)

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "عبير تيسير ابراهيم" (1998) إلى أن المخاوف الشائعة لدى أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الأساسية في لواء بني كنانة تتمثل في خوف الاطفال من الذهاب إلى المدرسة.(عبير تيسير ابراهيم، 1998: ل، م)

ورتب الخوف من المدير في المرتبة الخامسة، وقدر المتوسط الحسابي بـ 1,58، 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 اليها دراسة "وليد جعفر" (1984) (فاطمة الكتاني، 2000: 127)، ودراسة "عبد الفتاح غزال" (2001)، ودراسة "جاسم أحمد" (2003) ودراسة "جراسك Graske" (2004) 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 الذهاب إلى المدير.(حسن منسي، 2005: 71)

ويأتي في المرتبة السادسة الخوف من فناء المدرسة - الساحة- حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 1,01، 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.

وسجل الخوف من طبيب المدرسة كأدنى متوسط حسابي حيث قدر بـ 0,54، وهذا ما أشارت إليه الدراسة التي قام بها "جورمان Gorman" (2003) ودراسة "خلدون الزبيدي" (1982) حيث أظهرت النتائج أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى الأطفال هو خوفهم من الأطباء والممرضين.(حسن منسي، 2005: 71)

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة "حسن عمر شاكر منسي" (2005) حيث أظهرت أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى الاطفال في المرحلة الاساسية في مدينة أربد بالأردن هو خوفهم من الطبيب.(حسن منسي، 2005: 71)

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى التي تنص على أنه: "هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات".

أسفرت نتائج الفرضية الأولى أنه ليس هناك علاقة ارتباطية بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات (السنة الثالثة، الرابعة، الخامسة) ابتدائي، حيث أظهرت النتائج أنه لم تكن هناك علاقة ارتباطية بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي في معظم الأبعاد، بينما انحصرت العلاقة فقط بين الخوف من طبيب المدرسة والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي، وانحصرت العلاقة في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المعلم، والخوف من فناء المدرسة والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الرابعة ابتدائي، بينما لم تكن هناك علاقة في الأبعاد الأخرى في الخوف من المدير، والخوف من الزملاء، والخوف من الامتحانات، والخوف من طبيب المدرسة والتحصيل الدراسي، ولم تكن هناك علاقة في الخوف من الامتحانات، والخوف من طبيب المدرسة والتحصيل الدراسي عند تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي، وانحصرت العلاقة في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، والخوف من الزملاء، والخوف من فناء المدرسة، وهذا ما يعني عدم تحقق الفرضية.

ويمكن إرجاع النتيجة لطبيعة العينة وخصائصها من حيث الجنس والمستوى الدراسي والتي أجريت عليها الدراسة، كون تلاميذ الابتدائي من المستويات المختلفة يمرون بنفس الظروف الموحدة في المدرسة والمتمثلة في أساليب التعامل المستخدمة من طرف المعلم، وإجراءات الاختبارات، والمبنى المدرسي غير المناسب، وعدم توفر فضاءات مناسبة لممارسة الهوايات المفضلة المساعدة على إثبات الذات، والعلاقات المضطربة أحياناً بين المعلمين والتلاميذ، أو بين التلميذ وزملائه،

وازدحام الصفوف، والاضاءة الرديئة، وسوء التهوية وكل هذه الظروف التي يمر بها التلاميذ من مختلف المستويات الدراسية متشابهة، مما يسهم في تأثير المخاوف المدرسة بصورة إيجابية على تحصيلهم الدراسي.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "ابراهيم علي" (1992) حيث توصل لعدم وجود تأثير دالة إحصائياً بين مخاوف المدرسية للأطفال ومستوى التحصيل الدراسي.(ابراهيم ابراهيم علي، 1992: 203)

واتفقت هذه النتيجة التي توصلت إليها "سوسن نور الهي" (1421هـ) في دراستها التي تهدف من خلالها إلى التعرف على طبيعة المخاوف لدى عينة من تلميذات الصفوف العليا من المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات، حيث تكونت العينة من (240) تلميذة وتراوحت أعمارهن من (10- 12 سنة)، وتوصلت إلى أنه لا يوجد تأثير لمخاوف التلميذات على التحصيل الدراسي.(سوسن نور الهي، 1420: 02)

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه عدة دراسات وهو أن المخاوف المدرسية تؤدي إلى تعطيل الوظائف العقلية للتلاميذ في أثناء إجرائهم للامتحانات وتشل قدراتهم وتخفض ثقتهم بأنفسهم، وبالتالي ينسى ما راجعه هذا ما يؤثر سلباً على نتائجه التحصيلية، وهذا ما أشارت إليه دراسة "كين وآخرون Quin et al" (2000) تهدف لدراسة العوامل الاجتماعية المسببة للخوف من المدرسة، حيث شملت الدراسة على ستة عشرة مدرسة، وتراوحت أعمار التلاميذ بين (10- 12 عاماً)، وأسفرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون الخوف من المدرسة يسجلون انخفاضاً ملحوظاً في تحصيلهم الدراسي.(العنزي فريح، 2003: 184- 185)

واختلفت مع نتائج الدراسة التي أجراها "رياض العاسمي" (1995) التي تهدف إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الخوف من المدرسة والتحصيل الدراسي؛ أي أن الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من المدرسة لديه انخفاض واضح في أدائه المدرسي.(رياض العاسمي، 1995: 89)

وأسفرت نتائج كل من "هيل أوساراسون" أن التلاميذ الراسبين الذين يعيدون السنة الدراسية لديهم مستوى مرتفع من الخوف من الامتحان بالمقارنة مع أقرانهم في السنة الدراسية ذاتها من غير الراسبين، وتوصل "جودري وسبيليرجر" إلى عدد من النتائج للكشف عن العلاقة بين الخوف من

الامتحان والتحصيل الدراسي، فظهر منها أن الخوف من الامتحان المرتفع يرتبط بالأداء المنخفض في كل من المستويات المدرسية والجامعية.(العنزي فريح، 2003: 185)

كما تختلف هذه النتيجة مع ما توصل إليه "محب عبد الغفار" (1998) إلى وجود علاقة بين الخوف من المدرسة والتحصيل الدراسي.(محب عبد الغفار، 1998: 01)

وأشارت الدراسة التي قام بها "بنيامين وآخرون" إلى أن التلاميذ الذين يعانون من الخوف من الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الامتحانات المدرسية، ويجدون صعوبات في تعلم المواد الدراسية، ويكون هذا نتيجة لشعور التلميذ بعدم الأمن والخوف غير العادي مما يؤدي إلى ضعف تركيزه أثناء الدراسة مما يضعف استعداده للامتحان.(خليل فاضل، 1994: 59)

وتشير الطالبة إلى أن التلميذ الذي يخاف من المدرسة ليس بالضرورة أن يكون تحصيله الدراسي مرتفع أو العكس، لكن قد تساهم عوامل أخرى في ارتفاع أو انخفاض هذا التحصيل، فقد يكون التلميذ ذو قدرات عقلية مرتفعة كالذكاء والقدرات العقلية وقابليته للتعلم ومهما كان مستواه هو الأفضل تحصيلاً، وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات كدراسة "عبد الهادي السيد" (1984) التي توصلت إلى نتيجة تؤكد أن الذكاء هو الذي يسهم بقدر أكبر في التحصيل الدراسي.

3- مناقشة الفرضية الثانية التي تنص على أن: " هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الامتحانات، الخوف من فناء المدرسة، الخوف من طبيب المدرسة) الجنس، المستوى الدراسي في التحصيل الدراسي".

وقد دلت نتائج المعالجة الاحصائية أن الارتباط الكلي بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (التحصيل الدراسي)، حيث فسر معامل التحديد (حجم الاثر) ما نسبته 9% من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (التحصيل الدراسي) وهي نسبة ضئيلة من التباين المفسر من خلال هذه المتغيرات المستقلة (الخوف من المعلم، الخوف الذهاب إلى المدرسة، الخوف من فناء المدرسة، والخوف من طبيب المدرسة) لكن لها دلالتها الاحصائية.

ودلت نتائج (بيتا) المعيارية بأن هناك مساهمة للخوف من المعلم في التحصيل الدراسي حيث قدرت قيمة (بيتا) -0,14 والخوف من طبيب المدرسة وقدرت قيمة (بيتا) 0,16، والخوف من فناء المدرسة حيث بلغت قيمة (بيتا) -0,14، والخوف من الذهاب إلى المدرسة حيث قدرت قيمة (بيتا) -0,10، مما

يعني أنه إذا نقصت هذه المخاوف المدرسية بدرجة معيارية يزيد التحصيل الدراسي بدرجة معيارية والعكس.

ويمكن ارجاع هذه النتيجة أن هذه المخاوف يمكن أن تكون حافزاً للتلميذ في رفع مستوى تحصيله الدراسي، فالمعلم الحازم في تعامله مع التلاميذ وذلك من خلال حرصه على الجد والاجتهاد، واستخدام بعض الأساليب مع التلاميذ الذين يثيرون الفوضى كالاتصال البصري الصارم، واستخدام بعض تعابير الوجه وتذكيرهم بقوانين الصف وأنظمته المتفق عليها، وإعطائهم الحرية في التعبير عن آرائهم وذلك بالمشاركة في الحصة، وحرصهم على إنجاز واجباتهم المدرسية، كل هذه السلوكيات التحفيزية التي يتبناها المعلم تجاه التلاميذ تتحول إلى دوافع تشجع التلاميذ على بذل الجهد أكثر من أجل رفع مستوى تحصيلهم المعرفي وتحسين نتائجهم وتكون النتيجة لذلك المردود الدراسي الجيد.

وتتفق هذه النتيجة ما توصل إليه "وولمان" (1991) يشير أن الاطفال الذين يعانون من المخاوف المدرسية يتفوقون في دراستهم ويبدو أنهم لا يخافون الفشل الدراسي، وأن هذه المخاوف ترفع من مستوى التحصيل الدراسي.(وولمان، 1991: 208)

وقد دلت نتائج المعالجة الاحصائية أن الارتباط بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (التحصيل الدراسي)، حيث فسر معامل التحديد (حجم الاثر) ما نسبته 6% من التباين الكلي في درجات المتغير التابع (التحصيل الدراسي) وهي نسبة ضئيلة من التباين المفسر من خلال هذه المتغيرات المستقلة (الجنس، المستوى الدراسي) لكن لها دلالتها الاحصائية.

ودلت نتائج (بيتا) المعيارية بأن هناك مساهمة للجنس على التحصيل الدراسي حيث قدرت قيمة (بيتا) 0,02، وليس هناك مساهمة للمستوى الدراسي وقدرت قيمة (بيتا) 0,16 وهي غير دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يعني أن الجنس يؤثر على التحصيل الدراسي.

ولم تتفق نتيجة هذه الفرضية مع بعض الدراسات التي تؤكد أن المخاوف المدرسية لا تؤثر بالتحصيل الدراسي لمرحلة تعليمية أو مستوى دراسي معين، فقد تكون هذه المخاوف المدرسية ظاهرة لدى أغلب التلاميذ، ولكن تزيد أكثر عند التقدم في المستوى الدراسي نظراً لزيادة تعقد المهام الخاصة بكل مرحلة أو مستوى دراسي وزيادة وعي وادراك التلميذ لمسؤولياته.

واختلفت هذه النتيجة مع توصلت إليه دراسات أخرى، حيث أشار "هيل Hill" (1972) إلى أنه يبدأ ظهور المخاوف المدرسية في الصف الثاني ابتدائي ثم يتزايد سنة بعد أخرى وهذا ما يؤثر على تحصيله العلمي.

وتوصل "سيد الطواب" (1992) إلى أنه يوجد تأثير رئيسي لعامل المستوى؛ أي أن درجات المخاوف المدرسية تختلف باختلاف المستوى الدراسي وهذا ما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي.

وفي دراسة أجراها "الحماد عبد الله" (1993) وأوضحت النتائج أن هناك علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين المخاوف المدرسية والجنس، ووجود علاقة سالبة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي.(اعتماد عبد المطلب، 1420: 277- 278)

4- مناقشة الفرضية الثالثة التي تنص على أنه: "توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس".

أسفرت نتائج الدراسة عدم تحقق الفرضية كما يتضح ذلك من نتائج الجدول رقم (35)، فقد بينت أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في المخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة البحث تعزى لمتغير الجنس، وبذلك لم تثبت الفرضية الثالثة.

يظهر من النتائج أن الفروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية انحصرت في الخوف من المعلم، والخوف من الزملاء، والخوف من فناء المدرسة والذكور هم أكثر خوفاً، بينما لم تكن هناك فروق في المخاوف المدرسية الأخرى (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، والخوف من المدير، والخوف من الامتحانات، والخوف من طبيب المدرسة).

ويمكن تفسير هذه النتيجة والتي تؤكد عدم وجود فروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية لطبيعة العينة التي أجريت عليها الدراسة، بالإضافة إلى ظروف الحياة المدرسية الموحدة والمتمثلة في حجم المدرسة ونظامها، وإجهاد الامتحانات أو احتمال مواجهة الفشل في المدرسة، والعلاقات المضطربة مع الزملاء أو المعلمين والمعلمات، وأن المعاملة التي يتلقونها من المعلمين أو أطراف أخرى من المجتمع هي متشابهة إلى حد ما، وعدم توفر فضاءات مناسبة لممارسة الهوايات المفضلة المساعدة على إثبات الذات، وكل هذه الظروف التي يمر بها كل من الجنسين متشابهة، مما يسهم في ظهور هذه المخاوف المدرسية لدى الجنسين.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات العلمية منها دراسة "ولد فوجل" (1956)، ودراسة "بلاج" (1979) التي أجراها على (71) تلميذ وتلميذة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يشتكون الخوف المرضي من المدرسة (العاسمي، 2015: 77)، ودراسة "وليد الشطري" (1986) التي هدفت إلى التعرف على الفروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، وتوصلت نتائج هذه الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية.(فاروق أبو عوف، 1987: 17)

واتفقت مع دراسة "عباس عوض ومدحت عبد اللطيف" (1990) التي أجريت على عينة من التلاميذ قوامها (220) تلميذاً وتلميذة من الصفوف الرابع والخامس والسادس ابتدائي، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية بين تلاميذ العينة.(عباس عوض، مدحت عبد اللطيف، 1990: 25)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "محمد حسين" (1992) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية.(محمد حسين، 1992: 47)

وهذا ما أشارت إليه دراسة "مها أبو حطب" (1994) التي توصلت إلى أنه لم يظهر أي اختلاف بين الجنسين في المخاوف المدرسية.(عبد الرحمن السيد،1994: 125)

كما أسفرت نتائج دراسة "العاسمي" (1995) إلى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في درجة الخوف في متغيراته المختلفة: الخوف من الامتحانات، الخوف من الاصدقاء، الانطواء والعزلة، التعلق الوالدي.(العاسمي رياض، 2015: 77)

وتتفق مع ما توصل إليه " العاسمي" (2002) من خلال دراسته حول تطور المخاوف لدى أطفال المدراس الابتدائية من الجنسين، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة بين مخاوف الذكور والاناث.(العاسمي رياض، 2002: 22)

وثمة دراسات أخرى أثبتت أيضاً عدم وجود فروق بين الجنسين في المخاوف المدرسية مثل دراسة "برات Pratt, K" (1945)، ودراسة "نالفين Nalven, F" (1970)، ودراسة "ميلر وآخرين Miller,L.C et al" (1971).(Morris, R & Kratochwill, T, 1983: P55)

ودراسة كل من "ماكوبي وجاكلين Maccoby, E.E & Jacklin, C.N" (1974)، ودراسة "ممدوحة محمد سلامة" (1987).(ممدوحة محمد سلامة، 1987: 57)

بينما لم تتفق هذه النتيجة مع دراسة "خلدون الزبيدي" (1982) في دراسته التي أجراها بالعراق التي تهدف إلى التعرف على المخاوف المدرسية الشائعة لدى الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (900) تلميذ وتلميذة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مخاوف الذكور والاناث فهي أكثر حدة عند الاناث منها عند الذكور فيما يتعلق بالخوف من الطبيب عند زيارته للمدرسة، والخوف من الذهاب إلى المرافق الصحية.(العاسمي رياض، 2015: 78)

كما تبين وجود فروق في بعد الخوف من المعلم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور 5,29 وانحراف معياري قدره 2,69، في حين قدر المتوسط الحسابي للإناث بـ 4,90 وانحراف معياري قدر بـ 2,51، وبلغت قيمة "ت" 2,12 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة أقل من 0,03، ويمكن تفسير ارتفاع درجات خوف الذكور من المعلمين عن الاناث إلى أن الذكور أكثر حساسية من الاناث في التأثر بعوامل الاستهزاء والسخرية، والشدة في المعاملة والنقد، ويرجع أيضاً خوف الذكور من المعلم إلى ارتفاع درجة التهديد والتوبيخ والعقاب البدني من جانب المعلمين على الذكور من الاناث اللواتي يمتثلن بسهولة للقواعد والتوجيهات.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه دراسة "كاميليا عبد الفتاح" (1980) التي أجريت على (77) طفلاً وطفلة من رياض الأطفال وأطفال الصف الأول ابتدائي بمدينة القاهرة إلى أن الذكور أكثر خوفاً من المعلم من الاناث، ودراسة "عبد الرحيم بخيت" (1984) التي توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في الخوف من المعلم، ودراسة "وليد جعفر" (1984) توصل إلى ارتفاع نسبة مخاوف الاناث مقارنة مع الذكور، والذكور أكثر خوفاً من المعلم من الاناث.(فاطمة الكتاني، 2000: 127)

وقد توصلت دراسة "لينتز Lentz" (1985) إلى أن هناك فروقاً دالة احصائياً بين الذكور والاناث في المخاوف المتعلقة بالعقاب البدني سواء في البيت أو في المدرسة، وأن هذه المخاوف ظهرت بدرجة أكثر حدة لدى الاناث منها لدى الذكور.(العاسمي، 2015: 78)

وأظهرت نتائج الدراسة التي أجراها "هيرسوف وجينا" (1984) أن الاطفال الذكور أكثر معاناة من الخوف من المدرسة مقارنة بالإناث.(العاسمي رياض، 2015: 78)

كما توصل "علاء الشعراوي" (1999) إلى وجود فروق دالة بين الجنسين في الخوف من المعلم، حيث كانت الإناث أكثر خوفاً من المعلم عن الذكور.(علاء الشعراوي، 1999: 149)

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة "سهير ابراهيم" (2004) التي أشارت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في الخوف من المعلم، والفرق يرجع لصالح الاناث.(هند عصام زكي، 2013: 184)

واتفقت أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة "هند عصام العزازي" (2013) إلى أنه توجد فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية والفرق يرجع لصالح الاناث.(هند عصام زكي، 2013: 04)

وتبين وجود فروق في بعد الخوف من الزملاء لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم 4,29 وانحراف معياري قدره 2,20، في حين قدر المتوسط الحسابي للإناث 2,24 وانحراف معياري قدره 3,94، وبلغت قيمة "ت" 2,22 بمستوى دلالة 0,02 وهي قيمة دالة.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة "أيمن محمد السيد" (2010) توصل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة المخاوف الاجتماعية (الخوف من الأصدقاء) في اتجاه الاناث.(هند عصام زكي، 2013: 122)

وكذلك توصلت "فايزة عبد المجيد" التي تهدف إلى دراسة مقارنة حول مخاوف الاطفال في كل من الريف والحضر، حيث تكونت العينة من (587) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ المدارس الابتدائية، حيث أظهرت أن للإناث مخاوف أكثر من الذكور في كل من المدن والريف.(العاسمي رياض، 1995: 79)

ويتضح أنه توجد فروق في بعد الخوف من ساحة المدرسة تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم 1,11 وانحراف معياري قدره 1,07، في حين قدر المتوسط الحسابي للإناث بـ 0,91 وانحراف معياري قدره 0,96 وبلغت قيمة "ت" 2,73 بمستوى دلالة 0,01 وهي قيمة دالة.

وهذا ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة أي وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية منها دراسة "خلدون الزبيدي" (1982) في دراسته التي أجراها بالعراق عن وجود المخاوف المدرسية لدى الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (900) تلميذ وتلميذة، أظهرت نتائج

الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مخاوف الذكور والاناث فيما يتعلق بالخوف من الامتحانات، والخوف من الطبيب عند زيارته للمدرسة، والذهاب إلى المرافق الصحية، والخروج إلى الفسحة أثناء الراحة فهي أكثر حدة عند الاناث منها عند الذكور، إلا أن خوف الذكور كان أعلى من الاناث.(العاسمي رياض، 2015: 78)

ودراسة "مبارك ربيع" (1985) أن درجة التعبير عن المخاوف المدرسية لدى الإناث تسجل ارتفاعاً دالاً إحصائياً بالنسبة لاستجابات الذكور في الوسطين المنخفض والمتوسط، أما في الوسط المرتفع فقد تبين أنه ليس هناك فرق ذو دلالة في التعبير عن المخاوف المدرسية بين الجنسين.

واتفقت مع نتائج دراسة كل من "باود Bowed" (1984)، ودراسة "بيبرس Pepres" (1988)، ودراسة "جراسك Grask" (2004) حيث توصلوا إلى أن مخاوف الاناث أكثر من الذكور.(حسن منسي، 2005: 71)

واتفقت مع نتائج دراسة "محمد منصور وفاروق عبد السلام" (1980) بأن الاناث أكثر خوفاً من الذكور، وقد أسفرت دراسة "يوسف عبد الفتاح" (1992) عن ارتفاع المخاوف المدرسية لدى الاناث منها لدى الذكور.(زينب شقير: 126)

وأظهرت نتائج دراسة "مرسي" (1988) التي هدفت إلى دراسة المخاوف الشائعة لدى أطفال المدارس الابتدائية في مدينة دمياط، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسط مخاوف الذكور من المدرسة، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الاناث مقارنة بالذكور.(رياض العاسمي، 2002: 79)

واتفقت مع نتائج دراسة "جيرسيلد Gear Sild" (1965) وتبين أن متوسط مخاوف الإناث أعلى من متوسط مخاوف الذكور، والفرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، فالإناث هن أكثر خوفاً من الذكور من والديهن، ومن الفشل الدراسي، ومن التعرض للنقد وسخرية الزملاء في المدرسة.(فاطمة الكتاني، 2000: 124)

ودراسة "أشا سيدنا Usha Sidna" (1968) حيث توصل إلى أنه توجد فروق بين الذكور والإناث في المخاوف المدرسية.(فيوليت إبراهيم، عبد الرحمن السيد، 2002: 99)

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "عبد الفتاح غزال" (2001) في دراسته التي تهدف إلى استجلاء ومعرفة اضطراب فوبيا الحياة المدرسية عند الطفل في الحلقات الأولى من التعليم، وتوصلت إلى أن الذكور أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب عكس الاناث.(عبد الفتاح غزال، 2001: 112)

ودراسة "جاسم أحمد" (2003) بحيث توصل إلى أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في المخاوف المدرسية لصالح الاناث، وتفوقت الإناث على الذكور في معظم المخاوف المدرسية ومن بينها: 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 درجات غير جيدة، والخوف من التجمع في الساحة، والخوف من عاملات المدرسة.(سهير إبراهيم، 2003: 65)

وتوصلت "فايزة يوسف عبد المجيد" (2012) في دراسة أجرتها تهدف من خلالها الكشف عن المخاوف المدرسية وعلاقتها بصعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى عينة من الأطفال في المرحلة العمرية من (9- 12) سنة، والتي أجريت على أطفال الصفوف الثلاثة الأخيرة في المرحلة الابتدائية، حيث بلغ عددهم (227) تلميذاً وتلميذة، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث على مقياس المخاوف المدرسية في اتجاه الاناث.(فايزة يوسف، 2012: 19)

كذلك من الدراسات التي أثبتت تفوق الاناث في اظهار المخاوف المدرسية عامة عن الذكور منها دراسة "جابر عبد الحميد جابر" (1978).(جابر عبد الحميد جابر، 1978: 454)، ودراسة "عواطف عبد الوهاب بكر" (1981).(عواطف عبد الوهاب بكر، 1981: 121)، ودراسة "أحمد عبد الخالق" (1984).(أحمد محمد عبد الخالق، 1984: 52)، ودراسة "أحمد خيري حافظ" (1989).(أحمد خيري حافظ، 1989: 14)

وكشفت نتائج دراسة "عبير تيسير ابراهيم" (1998) إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في المخاوف الشائعة لدى أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الأساسية تعزى لمتغير الجنس، حيث تفوقت الاناث عن الذكور في الخوف من المدرسة.(عبير تيسير ابراهيم، 1998: ل-م)

وكذا دراسات أخرى أثبتت أن الاناث أكثر خوفاً من الذكور منها دراسة "انجيلنو وآخرين "Angelino et al" (1956)، ودراسة "بامبر "Bamber, J" (1974) ودراسة "بولبي "Bowlby, J" (1973)، و "كرواك "Croake, J" (1969)، ودراسة "كنوكس "Knox, F" (1973)، و "جراي "Gray, J"

(1981)، و دراسة "راسيل Russell ,G" و"سكرر Scherer, M" و "ناكاميرNackamura, C " و "سبييجلر Spiegler" و "ليبرت Liebert".(Morris, R & Kratochwill, T, 1983: P55)

بينما أظهرت دراسات أخرى فروقاً في درجة الخوف من المدرسة بين الذكور والاناث، وجاءت هذه الفروق لصالح الأطفال الذكور، ومن هذه الدراسات دراسة "كاميليا عبد الفتاح" (1980) التي توصلت إلى أن الذكور أكثر خوفاً من الاناث، ودراسة "هيرسوف وجينا" (1984) والتي أظهرت نتائجها أن الذكور أكثر معاناة للخوف من المدرسة مقارنة بالإناث.

نستنتج أنه توجد فروق في أبعاد المخاوف لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس والمتمثلة في بعد الخوف من المعلم، وبعد الخوف من الزملاء، وبعد الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، في حين لا توجد فروق في أبعاد المخاوف المدرسية الأخرى منها بعد الخوف من الذهاب إلى المدرسة، وبعد الخوف من المدير، وبعد الخوف من الامتحانات، وبعد الخوف من طبيب المدرسة، وبالتالي لم يتم تحقق هذه الفرضية.

5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة التي تنص على أنه: "توجد فروق في المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي".

لقد أسفرت نتائج تحليل التباين عن تحقق هذه الفرضية ويتضح ذلك من نتائج الجداول (36)، (37)؛ أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً في المخاوف المدرسية بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، وتم التعرف على اتجاه الفروق لصالح أي مستوى يرجع الفرق وذلك باستخدام معادلة شيفيه للمقارنات البعدية كما هو موضح في الجدول رقم (37)، وبناءاً على قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المدونة في هذا الجدول يتضح أن الفرق في الخوف من الذهاب إلى المدرسة يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أن تلميذ السنة الثالثة ابتدائي قد يشكل فكرة سلبية في ذهنه بأنه في حالة ذهابه إلى المدرسة سوف يحدث مكروهاً لوالديه، أو مقارنة الآباء للطفل بأطفال آخرين تحصلوا على علامات عالية ما يجعله خائفاً من الذهاب إلى المدرسة.

كما أظهرت نتائج اختبار فرضية البحث من خلال الجدول (36) أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من المعلم بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، ويتضح من قيم الفروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المسجلة في الجدول (37) أن الفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة ربما إلى ارتفاع درجة تشدد المعلمين مع تلاميذ السنة الثالثة عن تلاميذ السنوات الرابعة والخامسة ابتدائي بسبب رغبة المعلمين في زيادة التحكم في التلاميذ، كما أن معلمي السنة الثالثة يعتمدون على الأساليب التربوية القاسية كالعقاب والسخرية والنقد والاستهزاء بالتلميذ أمام زملائه، وتهديده بانقاص درجاته، الأمر الذي يشكل لدى التلميذ خوفاً من معلمه.

وتبين من نتائج الجدول (36) أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من المدير بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، ويظهر من خلال قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المدونة في الجدول (37) والفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة لكون تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي يشكلون فكرة خاطئة نحو المدير في أنه صارم في اتخاذ قراراته، وكون هؤلاء التلاميذ مقبلين على اجتياز امتحان شهادة التعليم الابتدائي، مما تجد المدير يحرص على نجاح أكبر نسبة من التلاميذ في هذا الامتحان هذا ما يجعل التلميذ خائفاً من اجتياز هذا الامتحان.

وأظهرت نتائج الدراسة من خلال الجدول (36) أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من الزملاء بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، ويتبين من خلال قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المدونة في الجدول (37) أن الفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن تلاميذ السنة الثالثة الذين يبدون خوفاً من زملائهم ربما راجع للسخرية التي يتلقاها التلميذ من زملائه وشتمه وتمزيق دفاتره وسرقة أدواته، لكون تلاميذ هذه السنة أكبر سناً مما يجعل البعض منهم يمارسون بعض السلوكات العدوانية اتجاه زملائهم، وبالتالي هذا ما يسبب لهم خوفاً من زملائهم.

كما اتضح من نتائج الجدول (36) أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من الامتحانات بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي، ويتبين من قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المدونة في الجدول (37) أن هذا الفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي.

وتفسر هذه النتيجة إلى ارتفاع درجة الخوف من الاختبارات لدى تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي عن السنوات الرابعة والخامسة ابتدائي، كون تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي تمثل نهاية المرحلة الابتدائية، والتلميذ يسعى للنجاح بدرجات مرتفعة في شهادة التعليم الابتدائي وهذا للالتحاق بالمتوسطة، مما يجعل الطريق ميسراً للالتحاق بالثانوية.

وقد ترجع هذه النتيجة إلى طبيعة أسئلة الامتحانات التي تجرى لتلاميذ السنة الثالثة ابتدائي وإجراءاتها، ولكون هؤلاء التلاميذ مقبلين على اجتياز شهادة التعليم الابتدائي لأول مرة وبالتالي تتغير طريقة إجراء الامتحان، فالتلميذ في السنوات الماضية تعود الجلوس مع زميله في حين أصبح يجلس لوحده أثناء إجراء الامتحان، إضافة إلى أن أسئلة الامتحان في هذه السنة تكون أصعب من الماضي وهذا ما يثير خوفه، وكذا زيادة عدد الحراس عن الماضي فالتلميذ فيما مضى تعود على معلمه في الامتحانات، لكن أثناء اجتياز الشهادة يحرس عليه معلمون آخرون، وبالتالي كل هذه العوامل قد تسبب في خوفه من الفشل في الاختبار.

كما قد ترجع إلى ما يبثه بعض المعلمين من خوف في نفوس التلاميذ من الامتحانات وعقابهم على نتائجهم المتدنية، وللآباء دور في ظهور خوف الامتحان عند تلاميذ السنة الخامسة من خلال توقعاتهم غير المنطقية التي لا يراعون فيها قدرات أبنائهم الحقيقية محددين نتائج لا يمكن لأبنائهم أن يحققوها .

ويشير "ب.ب. وولمان Wollman" (2006) أن التلميذ الذي يتقدم لامتحان ليس له رأي في اختيار من يمتحنه، والأسئلة التي سيجيب عليها، والاجراءات المتبعة في الامتحان، وكل امتحان دراسي من المحتمل أن يثير الخوف من المجهول، والخوف من التعرض للعقاب والسخرية والرفض.(الفليكاوي حليمة، 2013: 185)

واتفقت هذه النتيجة مع الدراسة التي أجراها "خلدون الزبيدي" (1982) حيث توصل إلى أن جميع المخاوف أكثر شدة عند تلاميذ الصف الخامس الابتدائي عموماً ماعدا الخوف من الامتحانات.(حسن منسي، 2005: 71)

وبالنسبة لنتائج الجدول (36) فتبين أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من فناء المدرسة - الساحة- بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) إبتدائي، ويظهر من خلال قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المدونة في الجدول (37) يظهر أن الفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة إبتدائي.

وتفسر نتيجة رجوع ارتفاع درجة الخوف من فناء المدرسة لتلاميذ السنة الثالثة، لأنهم لم يتعودوا اللعب في فضاءات واسعة والاحتكاك بأطفال آخرين عكس تلاميذ السنوات الرابعة والخامسة إبتدائي.

كما اتضح من خلال الجدول (36) أنه يوجد فرق دال إحصائياً في الخوف من طبيب المدرسة بالنظر إلى السنوات الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) إبتدائي، ويظهر من خلال قيم فروق المتوسطات بين السنوات الدراسية المسجلة في الجدول (37) يظهر أن الفرق يرجع لصالح تلاميذ السنة الثالثة إبتدائي.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة لكون تلاميذ السنة الثالثة ابتدائي يخافون من إجراء الفحوصات الطبية ويربطونها بالحقنة.

وتوصل "سوسن نور الهي" (1421هـ) في دراسته التي تهدف إلى التعرف على طبيعة المخاوف لدى عينة من تلميذات الصفوف العليا من المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات، حيث تكونت العينة من (240) تلميذة وتراوحت أعمارهن من (10- 12) سنة، وتوصلت إلى أن تلميذات الصفوف العليا يشعرن بالخوف بدرجة متوسطة.(سوسن نور الهي، 1420: 02)

وتوصلت دراسة "عبير تيسير ابراهيم" (1998) التي تهدف إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الأساسية في لواء بني كنانة، وتوصلت إلى أن متوسطات الخوف لدى تلاميذ الصف الثاني هي الأعلى، ثم جاء في المرتبة الثانية متوسطات الصف الأول، في حين تقل هذه المخاوف عند التقدم في العمر.(عبير تيسير ابراهيم، 1998: ل، م)

6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة التي تنص على أنه: " توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة".

كشفت نتائج تحليل التباين عن تحقق هذه الفرضية ويتضح ذلك من نتائج الجداول (38)، (39) عن وجود فروق واضحة في المخاوف المدرسية بالنظر إلى مرحل عمرية مختلفة، بحيث أظهرت نتائج الدراسة أنه يوجد فرق بين السنوات العمرية في الخوف من الذهاب إلى المدرسة، ويرجع الفرق لصالح تلاميذ الفئة العمرية 8 سنوات، ويوجد فرق بين السنوات العمرية في بعد الخوف من المعلم، حيث يرجع الفرق لصالح تلاميذ السنوات العمرية 8 سنوات، ويوجد فرق في بعد الخوف من الزملاء، والفرق يرجع لصالح تلاميذ 10 سنوات، وتبين أنه يوجد فرق بين السنوات العمرية في الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، ويرجع الفرق لصالح تلاميذ 10 سنوات، ويوجد فرق بين السنوات العمرية في بعد الخوف من طبيب المدرسة، ويرجع لفرق لصالح تلاميذ 10 سنوات، بينما تبين من النتائج أنه لا يوجد فرق بين السنوات العمرية في بعدي الخوف من المدير، والخوف من الامتحانات.

واتفقت هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة "أشا سيدانا Usha Sidana" أن أكثر المخاوف انتشاراً في هذه المرحلة العمرية هي: الخوف من الأشخاص الغرباء والخوف من الذهاب إلى المدرسة والخوف من المعلم.(فيوليت إبراهيم، عبد الرحمن السيد، 2002: 99)

واتفقت مع دراسة "بارنت Barnett" (1969) قام بها على عينة تكونت من (228) تلميذ وتلميذة تراوحت أعمارهم بين (7-12) سنة، وأظهرت نتائجها أنه كلما تدرج الطفل في النمو فإن المخاوف الخيالية تنقص وتبدأ في الظهور مخاوف اجتماعية كالمخاوف المتعلقة بالمدرسة وهذا كلما كبرت أعمارهم منها: الخوف من الزملاء والمعلمين.(عبد الفتاح غزال،2001: 115)

ودراسة "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 تبعاً للعمر.(عبد الرحمن السيد،1994: 125)

واختلفت هذه النتيجة مع ما توصل إليه "يونس محمد" (1981) في مدينة بغداد للكشف عن المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الاعدادية، وتكونت عينة الدراسة من (110) تلميذاً وتلميذة، أظهرت نتائج الدراسة أن خوف الاطفال من الامتحانات والدروس يزيد كلما تقدموا في العمر والصف.(حسن منسي، 2005: 68)

كما لم تتفق مع نتائج دراسة "باورير Baurer" (1976) ودراسة "ريتشاردس وزملائه Richards and others" في أنه كلما تقدم الأطفال في العمر قلت مخاوفهم.

وتوصلت دراسة "حسن عمر شاكر منسي" (2005) إلى أن مخاوف الأطفال تقل كلما ارتفع مستوى الصف الدراسي، حيث أن أكثر الصفوف الدراسية خوفاً هو الصف الأول الأساسي ثم الثاني فالثالث فالرابع فالخامس فالسادس، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الصف قلت مخاوف أطفاله.(حسن منسي، 2005: 69)

على خلاف دراسات أخرى توصلت إلى عكس ذلك منها دراسة "سوسن نور الهي" (1421هـ)، التي تهدف إلى التعرف على طبيعة المخاوف لدى عينة من تلميذات الصفوف العليا من المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات، حيث تكونت العينة من (240) تلميذة وتراوحت أعمارهن من (10- 12) سنة، وبينت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين التلميذات في الخوف تبعاً للسن (10- 12) سنة.(سوسن نور الهي، 1420: 02)

استنتـاج:

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 أدرار، حيث سجلت أعلى مرتبة في بعد الخوف من الامتحانات بمتوسط حسابي قدر بـ 5,41، ورتب في المرتبة الاخيرة بعد الخوف من طبيب المدرسة بمتوسط حسابي قدره 0,54.

وفيما يتعلق بالفرضية الأولى التي نصت على أن هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات، لم تتحقق هذه الفرضية.

وفيما يخص الفرضية الثانية التي نصت على أن هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة - الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، والجنس، والمستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة.

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

أما الفرضية الرابعة التي نصت على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في المخاوف المدرسية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (السنة الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي فقد تحققت هذه الفرضية.

وفي الأخير فيما يخص الفرضية الخامسة التي نصت على أنه توجد فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة، فقد تحققت هذه الفرضية، وأثبتت ووافقت عليها بعض الدراسات وخالفتها دراسات أخرى.

خاتمــة:

يعد الخوف المرضي من المدرسة من المشكلات النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة، ولا تجد اهتماماً كافياً لدراستها، وهي من الاضطرابات التي قد يواجهها الأطفال في سنوات عمرهم المبكرة، وقد تستمر معهم إلى مرحلة متقدمة من العمر، مما يسبب في اعاقة نموهم الانفعالي والاجتماعي والدراسي.

وقد تظهر على هؤلاء الأطفال بعض الأعراض المرضية والتي تعد من المؤشرات على وجود خوف مرضي من المدرسة لديهم، ويتم ذلك من خلال استجابات جسمية، وفسيولوجية، وانفعالية، وسلوكية، ومعرفية تحدث في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، وأثناء تواجدهم في موقف مدرسي، وسرعان ما تختفي هذه الأعراض عند عودة الطفل إلى البيت، كما أن هذه الأعراض تختلف حسب شكل الخوف المدرسي وموضوعاته وما يتركه من أثر على صحتهم النفسية والجسمية وعلى تحصيلهم الدراسي.

وهناك عوامل عديدة تساهم في ظهور هذه المخاوف، إذ يتظافر أكثر من عامل في حدوثها، فمنها العوامل الشخصية المتعلقة بالطفل ذاته كضعف الثقة بالنفس، واعتماد الطفل على والديه، الشعور بالنقص والعجز نتيجة الضعف الجسمي والاعاقة الجسمية كالنحافة والسمنة والتشوه الخلقي، وقلق الانفصال عن الأم، وبعضها الآخر متعلق بالعوامل الأسرية كوجود خلافات أسرية بين الآباء وتوتر العلاقات بينهما، وأساليب التنشئة المتبعة من طرف الوالدين كالحماية الزائدة والتدليل والاهمال

والقسوة، وتعرض الطفل إلى سخرية الآباء نتيجة فشله أو مقارنته بأطفال آخرين ناجحين دراسياً، وقلق الأم على طفلها وشدة تعلقها به، أو مرض أحد الوالدين أو توقع موت أحدهما، وهناك عوامل أخرى تتعلق بالبيئة المدرسية كالخوف من المدرسين الصارمين والمدراء المتسلطين، والتعرض إلى الايذاء أو النقد والتوبيخ والسخرية من جانب زملائه في المدرسة، وعدم وجود أنشطة جذابة داخل المدرسة، وزيادة التكاليف والواجبات المدرسية أو خبرة سيئة في تكوين صداقات مع الاصدقاء والمعلمين، وبعد المسافة بين البيت والمدرسة، وانتقال الاهل إلى بيت آخر، لذلك يجد الطفل صعوبة في التوافق مع البيئة الجديدة ومع الاطفال والمعلمين الجدد، أو نتيجة الخوف من الامتحانات لكبر حجم المنهاج والموضوعات التي يتناولها وضخامة الواجبات المدرسية الملقاة على عاتق الطفل، وأسلوب الامتحانات التقليدي الذي يعتمد على الحفظ الآلي هذا ما يؤدي إلى الفشل وضعف التحصيل الدراسي، أو الخوف من الزحام والضوضاء داخل المدرسة.

وقد يؤثر هذا النوع من الخوف عند الطفل على تكيفه الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين، فنلاحظ الانسحاب التدريجي للطفل من الأنشطة الجماعية، فالطفل غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيله ضعيفاً نسبياً، ويؤثر سلوكه سلبياً في الفصل الدراسي.

حاولنا من خلال هذه الدراسة الكشف عن المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، باعتبار أن المدرسة هي ثاني مؤسسة تحتضن الطفل بعد الأسرة، وقد تمثل بيئة جديدة ومصدر خوف للطفل أيضاً، حيث يعجز الطفل في اطارها على التكيف معها، والطفل المصاب بهذا الاضطراب إذا لم يتم تشخيصه وعلاجه مبكراً سوف يؤثر سلباً على تحصيله الدراسي، وبالتالي خصصنا الجانب النظري من الدراسة لدراسة الخوف المرضي من المدرسة، وما يطرحه هذا المفهوم من تعاريف، وأنواع الخوف المرضي من المدرسة، وأسبابه، وأعراضه، وطرق تشخيصه، وخلفيات نظرية مفسرة للخوف المرضي من المدرسة، وكذا طرق علاج المخاوف المدرسية، ثم تطرقنا إلى الحديث عن مرحلة عمرية معينة وهي مرحلة الطفولة المتوسطة، وتناولنا فصل خاص بالتحصيل الدراسي بتعاريفه، وأنواعه، وشروطه، والعوامل المؤثرة فيه، وكذا أهدافه وأهميته، وأخيراً الأدوات المعتمد عليها في قياس التحصيل الدراسي.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء استبيان المخاوف المدرسية الشائعة في المرحلة الابتدائية من طرف الطالبة، وهذا بعد الاطلاع على الاطار النظري للدراسة والدراسات السابقة، وتكون في صورته

الأولية من (65) فقرة موزعة على (07) أبعاد، وتم التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة وذلك بعد عرضها على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، ونتائج صدق الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي باستخدام طريقة المقارنة الطرفية، وحساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ، ليصل في صورته النهائية إلى (56) فقرة موزعة على (07) أبعاد.

وتم تطبيق هذا الاستبيان على عينة قدر عددها (800) تلميذ وتلميذة من المرحلة الابتدائية بولاية أدرار، من المستويات الدراسية الثلاثة (السنة الثالثة، الرابعة، الخامسة) ابتدائي، والمسجلين رسمياً للموسم الدراسي (2015- 2016)، حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

واعتمدت الطالبة على المنهج الوصفي والمناسب لطبيعة موضوع الدراسة الحالية، وأخيراً تحديد الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة وذلك لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة وبالاعتماد على البرنامج الإحصائي للحزم الاحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS Version 20,00) والمتمثلة في: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار(ت) T.test، وتحليل الانحدار المتعدد (multiple Regression)، وحساب تحليل التباين البسيط F.test، واختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات البعدية.

وبناءاً على المعطيات التي جمعت من هذه الدراسة توصلت الطالبة إلى النتائج التالية:

- بينت نتائج اختبار السؤال الذي ينص على: ماهي المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية؟ أنه سجلت أعلى مرتبة في بُعد الخوف من الامتحانات حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 5,41، بينما قدر أدنى متوسط حسابي في بُعد الخوف من طبيب المدرسة وجاء في المرتبة السابعة بنسبة قدر بـ 0,54.

- أظهرت نتائج اختبار فرضية البحث الأولى أنه ليس هناك علاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مختلف المستويات، أي لم تتحقق هذه الفرضية.

- أظهرت نتائج اختبار فرضية البحث الثانية أن هناك مساهمة كل من المخاوف المدرسية (الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة-، الخوف من طبيب المدرسة)، والجنس، والمستوى الدراسي في التحصيل الدراسي عند تلامذة المرحلة الابتدائية بين مستويات دراسية مختلفة.

- بينت نتائج اختبار فرضية البحث الثالثة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تعزى لمتغير الجنس.

- أظهرت نتائج اختبار فرضية البحث الرابعة أنه توجد فروق دالة إحصائياً في المخاوف المدرسية بالنظر إلى سنواتهم الدراسية (الثالثة، والرابعة، والخامسة) ابتدائي.

- بينت نتائج اختبار فرضية البحث الخامسة وجود فروق في المخاوف المدرسية الشائعة عند تلامذة المرحلة الابتدائية من مراحل عمرية مختلفة.

وبالتالي كانت هذه النتائج النهائية التي توصلت إليها الدراسة الحالية وهي مرتبطة بالعينة التي أجريت عليها الدراسة، وبظروف إجراء هذه الدراسة، وربما كانت هذه النتائج منطلقاً ومحفزاً لبحوث ودراسات أخرى.

قائمة المصادر والمراجع

- المراجع باللغة العربية
- المجلات والدوريات
- البحوث العلمية
- المعاجم والقواميس
- المراجع باللغة الاجنبية

قائمة المصادر والمراجـع:

المراجع باللغة العربية:

1- ابراهيم بن عبد الله العثمان.(2011)، بناء وتعديل سلوك الأطفال، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

2- أبو غزال معاوية محمود.(2007)، نظريات التطور الإنساني، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط2.

3- أبو علام رجاء محمود.(1994)، علم النفس التربوي، دار القلم، الكويت.

4- أبو علام رجاء محمود. (2007)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، القاهرة.

5- أبو عوف فاروق.(1982)، رهاب المدرسة- العوامل المؤدية لظهور وأساليب علاج للتخلص منه، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

6- أحمد ابراهيم وآخرون،(2000). عناصر الفصل الدراسي، مكتبة المعارف الحديثة، الاسكندرية.

7- أحمد زكي صالح.(1989)، علم النفس التربوي، دار النهضة المصرية، القاهرة، ط3.

8- أحمد عبد الخالق.(1991)، أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

9- أحمد عبد الخالق.(1998)، علم النفس الفسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندريـة، ط2.

10- أحمد عكاشة.(1980)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط4.

11- أحمد عزت راجع.(1963)، أصول علم النفس، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، القاهرة، ط7.

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

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

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

15- أحمد الزغبي.(2013)، الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

16- أحمد محمد الزغبي، علم النفس النمو، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، ط1.

17- أحمد محمد الزبون.(2006)، سيكولوجية الطفولة وثقافة الخوف، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن.

18- أحمد سلامة، عبد السلام عبد الغفار.(1972)، علم النفس الاجتماعي، دار النهضة العربية، القاهرة.

19- أحمد منير مرسي، المعلم والنظام، المكتبة الحديث، القاهرة.

20- أحلام حسن محمود.(2007)، الصحة المدرسية والنفسية للطفل، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية، ط1.

21- أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى.(2000)،العلاج المعرفي والاضطرابات، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت.

22- أسامة فاروق مصطفى.(2012)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط2.

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

24- أشرف أسعد نخلة.(2011)، المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، ط1.

25- أمل محمد حسونة،(2004). علم النفس النمو، الدار العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة.

26- أنس شكشك.(2008)، الإرشاد المدرسي للطفل، شعاع للنشر والعلوم، سوريا، ط1.

27- أنور محمد الشرقاوي.(1988)، التعلم: نظريات وتطبيقات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط2.

28- أوتو فينخل، ترجمة صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق.(1969)، نظرية التحليل النفسي في العصاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ج1.

29- باترسون، ترجمة حامد الفقي.(1981)، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، الجزء الأول، دار القلم، الكويت.

30- بطرس حافظ بطرس.(2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

31- بطرس حافظ بطرس.(2010)، المشكلات النفسية وعلاجها، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، ط2.

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

33- بوسنة محمد.(2007)، علم النفس القياسي، المبادئ الاساسية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

34- بنجمان وولمان، ترجمة محمد عبد الظاهر الطيب.(1985)، مخاوف الأطفال، دار المطبوعات الجديدة، القاهرة.

35- بنجمان وولمان، ترجمة محمد عبد الظاهر الطيب.(1991)، مخاوف الأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط2.

36- بنجمان وولمان، ترجمة محمد عبد الظاهر الطيب.(2006)، مخاوف الأطفال، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

37- بقيوة سمير، (2007)، الطب النفسي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.

38- البواب خليل.(2005)، الموسوعة النفسية، منشورات دار اليوسف للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1.

39- تركي رابح.(1990)، أصول التربية والتعليم، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

40- توق محي الدين، عدس عبد الرحمن.(1990)، أساسيات علم النفس التربوي، مركز الكتاب الأردني، عمان.

41- جابر عبد الحميد جابر.(1978)، دراسة مسحية للمخاوف الشائعة لدى عينة من القطريين وغير القطريين من الجنسين، عالم الكتب، القاهرة.

42- جمال القاسم.(2000)، الاضطرابات السلوكية، دار صفاء، عمان، ط1.

43- جمعية الطب النفسي الأمريكي, ترجمة تيسير حسون.(2004)، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية **DSM IV**.

44- جوزيف وليه، بيتر لانج، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق.(1984)، كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

45- حامد عبد السلام زهران.(1977)، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة.

46- حامد عبد السلام زهران.(1977)، التوجيه والارشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، ط 2.

47- حامد عبد السلام زهران.(1979)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، ط3.

48- حامد عبد السلام زهران.(1995)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.

49- حامد عبد السلام زهران.(1995)، علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة، ط 5.

50- حامد عبد السلام زهران.(1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مطابع سجل العرب، القاهرة، ط3.

51- حامد عبد السلام زهران (2000)، الارشاد النفسي المصغر، عالم الكتب، القاهرة، ط1.

52- حامد عبد السلام زهران.(2005)،الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب للنشر والتوزيع، القاهرة، ط4.

53- حطيبة فهمي.(2009)، منهج الأنشطة في رياض الأطفال، دار المسيرة، عمان.

54- حسام الدين عزب.(1982)، العلاج السلوكي الحديث – تعديل السلوك، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ط2.

55- حسن مصطفى عبد المعطي.(2000)، علم النفس النمو، دار قباء للنشر، القاهرة، ط2.

56- حسن مصطفى عبد المعطي.(2001)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الاسباب، والتشخيص، والعلاج)، دار القاهرة، القاهرة.

57- حسن مصطفى عبد المعطي.(2003)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الاسباب- التشخيص- العلاج)، مكتبة القاهرة للكتاب، القاهرة، ط1.

58- حسن علي حسن.(1998)، سيكولوجيا الانجاز، ،مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

59- حلمي عبد القادر.(1993)، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر

60- حمدان محمد زياد.(1996)، التحصيل الدراسي (مفاهيم- مشكلات- حلول)، دار التربية الحديثة، دمشق.

61- حمدان محمد زياد.(2002)، تحفيز التعلم والتحصيل توجيه سلوك الطلاب في الاسرة والمدرسة تعلم البراعة والتحصيل الدراسي، دار التربية الحديثة، دمشق، ط1

62- حمزة الجبالي.(2006)، مشاكل الطفل والمراهق النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

63- حمودة محمود.(1991)، الطفولة والمراهقة المشكلات والعلاج، المطبعة الفنية، القاهرة.

64- الحامد محمد بن معجب.(1996)، التحصيل الدراسي: دراساته، نظرياته، واقعه، والعوامل المؤثرة فيه، الدار الصولتية، الرياض.

65- خليل ميخائيل معوض.(2003)، علم النفس التربوي أسسه وتطبيقاته، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، ط1.

66- خولة أحمد يحي،(2000)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط1.

67- خيري وناس، بوصنوبرة عبد الحميد.(2008)، تربية وعلم نفس تشريع مدرسي، الديوان الوطني للتعليم والتكوين عن بعد، الجزائر.

68- الخليدي عبد المجيد، وهبي كمال.(1997)، الأمراض النفسية والعقلية، دار الفكر العربي، بيروت.

69- داود عزيز حنا، وناظم هاشم العبيدي.(1990)، علم نفس الشخصية، مطبعة التعليم العالي بالموصل، بغداد.

70- الداهري صالح حسن، (2005)، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل، عمان.

71- ربيع محمد شحاتة.(2010)، أصول علم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

72- رشا محمد حسين.(2016)، فوبيا الحياة المدرسية لدى تلاميذ المدارس، أطفالنا للنشر والتوزيع، الجزائر، ط 1.

73- رمزية الغريب.(1970)، التقويم والقياس النفسي والتربوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

74- رمزية الغريب.(1975)، التعليم "دراسة نفسية توجيهية"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط 5.

75- رمزية الغريب.(1979)، العلاقات الانسانية في حياة الصغير ومشكلاته اليومية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

76- رمضان السيد.(1990)، اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.

77- رياض نايل العاسمي.(2007)، الخوف المرضي من المدرسة: المفهوم، الاسباب، التشخيص، العلاج، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق.

78- رياض نايل العاسمي.(2007)، سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

79- رياض نايل العاسمي.(2008)، سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق، ط1.

80- رياض نايل العاسمي.(2015)، سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

81- زبدي ناصر الدين.(2007)، سيكولوجية المدرس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط1.

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

83- زمردة النحراوي.(2009)، أبعاد الشخصية واستبانات الخوف، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

84- زيتون عايش.(2005)، أساليب تدريس العلوم، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.

85- زينب محمود شيقر.(2000)، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

86- سامي ملحم.(2000)، القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان، ط1.

87- سعد الله الطاهر.(1991)، علاقة القدرة والتفكير الابتكاري بالتحصيل الدراسي- دراسة سيكولوجية، ديوان المطبوعات، الجزائر.

88- سعيد زيان.(2007)، مدخل إلى علم نفس النمو، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

89- سعيد حسن العزة.(2002)، سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة، دار العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

90- سعيد حسن العزة.(2002)، صعوبات التعلم ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

91- سليمان سناء.(2005)، مشكلة الخوف عند الأطفال، عالم الكتب، القاهرة.

92- سليمان سناء.(2006)، أطفالنا كيف نتعامل معهم، دار كيوان للنشر والتوزيع، دمشق، ط1.

93- سميرة السالم.(1995)، التأخر الدراسي، وزارة التربية الوطنية والتعليم العين، الامارات.

94- سوين ريتشارد، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة.(1979)، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، القاهرة.

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

96- سيغموند فرويد، ترجمة محمد عثمان نجاتي.(1989)، الكف والعرض والقلق، دار الشروق، القاهرة، ط1.

97- سيغموند فرويد، ترجمة محمد عثمان نجاتي.(2008)، الكف والعرض والقلق، دار الشروق، القاهرة، ط4.

98- صالح حسن الداهري.(2005)، مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر، عمان، ط1.

99- صالح حسن الداهري.(2005)، علم النفس الإرشادي نظرياته وأساليبه الحديثة، دار وائل للنشر، عمان، ط1.

100- صالح عبد العزيز، التربية وطرق التدريس، مصر، ط4.

101- صالح محمد أبو علي جادو.(2005)، علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

102- صبرة محمد علي.(2004)، الصحة النفسية والتوافق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

103- صبرة محمد علي.(2005)، الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

104- صبرة محمد علي، محمد عبد الغني.(2005)،الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

105- صلاح الدين علام.(2000)، مدخل لعلم النفس، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1.

106- صلاح الدين عبد الغني محمد.(2000)، في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.

107- صموئيل حبيب.(1995)، سيكولوجية الخوف، دار الثقافة، القاهرة، ط1.

108- طه عبد العظيم حسين.(2007)، سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي، دار الجامعة الجديدة، القاهرة.

109- طه فرج عبد القادر وآخرون.(2003)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار غريب، القاهرة.

110-الطاهر سعد الله.(1989)، علاقة القدرة على التفكير الابتكاري بالتحصيل الدراسي- دراسة سيكولوجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

111- الطيب محمد عبد الظاهر.(1980)، إختبار المخاوف (الفوبيات) للأطفال، كلية التربية، جامعة طنطا.

112- الطيب محمد عبد الظاهر.(1983)، مقياس المخاوف للأطفال، بحوث في السلوك والشخصية، دار المعارف، القاهرة، المجلد 03.

113- عادل شكري محمد.(2003)، المخاوف المرضية قياسها وتصنيفها وتشخيصها، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

114- عادل شكري محمد.(2005)، المخاوف المرضية (قياسها- تصنيفها- تشخيصها)، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

115- عباس محمود عوض.(1999)، المدخل إلى علم النفس النمو، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

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

117- عبد الفتاح غزال.(2001)، المشكلات التعليمية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.

118- عبد الفتاح غزال.(2011)، دراسات إكلينيكية في مجال الطفولة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ط1.

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

120- عبد العزيز القوصي.(1975)، الصحة النفسية، مطبعة السعادة، القاهرة، ط5.

121- عبد اللطيف دبور وآخرون.(2012)، الارشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، دار الفكر، عمان، ط2.

122- عبد المنعم الميلادي.(2004)، مشاكل تواجه الطفل، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة، ط1.

123- عبد المنعم الميلادي.(2006)، الأمراض والاضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعية، الاسكندرية.

124- عبد المنعم الحنفي.(1978)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.

125- عبد المجيد سيد أحمد منصور.(2003)، موسوعة تنمية الطفل، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.

126- عبد المؤمن محمد.(1986)، مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية.

127- عبد اللطيف حسن فرج.(2008)، الاضطرابات النفسية: الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الامراض النفسية للطفل، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

128- عبد الستار ابراهيم.(1993)، العلاج السلوكي للطفل، عالم المعرفة، الكويت.

129- عبد الستار جبار الصمد.(2012)، العدوانية عند الاطفال، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، ط1.

130- عبد القادر كراجة.(1998)، القياس والتقويم في علم النفس، دار اليازوري، عمان، ط1.

131- عدس عبد الرحمن.(1993)، أساسيات علم النفس التربوي، دار الفرقان، الأردن.

132- عـزيز حنا داود وآخرون.(1982)، التلميذ في التعليم الأساسي، منشأة المعارف للنشر، القاهرة.

133- عز الدين جميل عطية.(2002)، الامراض النفسية، عالم الكتاب للطباعة والنشر، القاهرة، ط2.

134- عطية محمود.(2007)، علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيق، مكتبة النهضة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

135- عماد عبد الرزاق.(1983)، الأعـراض والأمراض النفسية وعلاجها، دار الفكر العربي، عمان.

136- عماد محمد مخيمر، هبـة محمد علي.(2007)، المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهـرة.

137- عماد محمد مخيمر.(2009)، المدخل إلى علم النفس الارتقائي، دار الكتاب الحديث، القاهرة، ط1.

138- عمر عبد الرحيم نصر الله.(2004)، تدني مستوى التحصيل والانجاز المدرسي: أسبابه وعلاجه، دار وائل للنشر، عمان، ط1.

139- عمر محمود أحمد وآخرون.(2010)، القياس النفسي والتربوي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

140- عمر الهمشري.(2003)، التنشئة الاجتماعية للطفل، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

141- علام صلاح الدين محمود.(1420)، القياس والتقويم التربوي والنفسي (أساسياته وتطبيقاته)، دار الفكر العربي، مصر.

142- علاء عبد الباقي ابراهيم.(2010)، الخوف والقلق، عالم الكتب، القاهرة، ط1.

143- علي كمال.(1994)، العلاج النفسي قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان، ط1.

144- عواطف عبد الوهاب بكر، اختبار الخوف للأطفال (ابتداء من عمر 9 سنوات) في أحمد محمد عبد الخالق، بحوث في السلوك والشخصية، دار المعارف، القاهرة، المجلد الاول.

145- العبد الله عادل.(2001)، العلاج النفسي السلوكي، دار الرشاد، القاهرة، ط1.

146- العيسوي عبد الرحمان، في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت.

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

148- العيسوي عبد الرحمان.(1993)، أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

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

150- العيسوي عبد الرحمان.(2000)، الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف، الاسكندرية.

151- العيسوي عبد الرحمان.(2000)، الاضطرابات النفس جسدية، دار الراتب الجامعية القاهرة.

152- العيسوي عبد الرحمان.(2001)، الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف، الاسكندرية.

153- العيسوي عبد الرحمان.(2004)، علم النفس التربوي، دار النهضة العربية، لبنان، ط1.

154- العيسوي عبد الرحمان.(2011)، سيكولوجية الطفل، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، ط1.

155- فاضل خليلي.(1407 هـ)، الصحة النفسية والعقلية للأسرة، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة.

156- الفت حقى.(1992)، الاضطراب النفسي، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.

157- قطان سامية.(1982)، الامراض النفسية والعقلية في المعاجم والموسوعات النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

158- كامل محمد عويضة.(1996)، علم النفس النمو، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1.

159- كاملة الفرخ شعبان، عبد الجبار تيم.(1999)، النمو الانفعالي عند الطفل، دار صفاء للنشر والتوزيع, عمان، ط1.

160- كركوش فتيحة، (2011). سيكولوجية طفل ما قبل المدرسة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2.

161- كريمان بدير.(2007)، الأسس النفسية لنمو الطفل، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

162- كلير فهيم.(1998)، أولادنا والمدرسة، دار جهاد للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1.

163- كمال الدسوقي.(1979)، النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية، مصر.

164- كفافي علاء الدين.(1998)، رعاية نمو الطفل، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.

165- كفافي علاء الدين.(1997)، علم النفس الإرتقائي، دار الفجر للطباعة والنشر، القاهرة.

166- كمال دسوقي (1974)، الطب العقلي والنفسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

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

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

169- المنتصر الكتاني فاطمة.(2001)، الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال، المطبوعات الجامعية، المغرب، ط1.

170- مايسة أحمد النيال، مدحت عبد الحميد أبو زيد.(2009)، علم النفس التربوي- قراءات ودراسات، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ط1.

171- مبارك ربيع.(1991)، مخاوف الأطفال وعلاقتها بالوسط الاجتماعي، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الرباط.

172- مجدي محمد عبد الله.(2004)،الاضطرابات النفسية للطفل، دار المعرفية الجامعية، الاسكندرية.

173- مجدي أحمد عبد الله.(2005)، الاضطرابات النفسية للأطفال: الاعراض والاسباب والعلاج، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

174- محمد أحمد ابراهيم سعفان.(2010)، الارشاد النفسي للأطفال، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

175- محمد أيوب الشحيمي.(1994)، مشاكل الأطفال كيف نفهمها، دار الفكر اللبناني، بيروت.

176- محمد جاسم محمد.(2004)، سيكولوجية الادارة التعليمية والمدرسية وأفاق التطوير العام، مكتبة دار الثقافة، عمان، ط1.

177- محمد جاسم العبيدي.(2004)، علم النفس التربوي وتطبيقاته، مكتبة دار الثقافة، عمان، ط1.

178- محمد جاسم العبيدي.(2009)، مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

179- محمد حسن العمايرة.(2014)، المشكلات الصفية: السلوكية- التعليمية- الاكاديمية- مظاهرها- أسبابها- وعلاجها، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط 4.

180- محمد حسين رشا.(2016)، فوبيا الحياة المدرسية لدى تلاميذ المدارس، أطفالنا للنشر والتوزيع، الجزائر، ط1.

181- محمد خليفة بركات.(1989)، علم النفس التعليمي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت، ط3.

182- محمد داود عبد الباري.(2004)، الصحة النفسية للطفل، إيتراك للنشر، القاهرة، ط1.

183- محمد عودة الريماوي.(2003)، في علم نفس الطفل، دار الشروق، عمان، ط1.

184- محمد عودة الريماوي.(2003)، علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

185- محمد قاسم عبد الله.(2007)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط3.

186- محمد قاسم عبد الله.(2008)، مدخل الى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط4.

187- محمد عبد الرحيم عدس.(1999)، تدني الانجاز المدرسي، دار الفكر العربي، الاردن.

188- محمد عثمان نجاتي.(1989)، القرآن وعلم النفس، دار الشروق، القاهرة، ط 4.

189- محمد عثمان نجاتي.(1999)، التعايش مع الخوف وفهم القلق ومكافحته، دار الشروق، القاهرة.

190- محمد مياسا.(2006)، الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية، دار الجيل، بيروت.

191- محمد النابلسي.(1996)، الطفل وعالمه النفسي، الشركة العالمية للكتاب، بيروت، ط1.

192- محمد النوبي محمد علي.(2010)، علم النفس الاكلينيكي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

193- محمد بن شقرون.(1986)، النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية، بيروت.

194- محمود عبد الحليم منسي.(1991)، علم النفس التربوي للمعلمين، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

195- مجدي أحمد محمد.(2000)، علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

196- مدحت عبد الحميد أبوزيد.(2008)، علم نفس الطفل، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

197- مرتضى سلوى.(2002)، تربية الطفل مشكلات وحلول، دار الرضا للنشر، دمشق، ط1.

198- مصطفى القمش.(2000)، القياس والتقويم في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، ط1.

199- معصومة سهيل المطيري.(1996)، الصحة النفسية مفهومها - اضطراباتها، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت، ط1

200- معمرية بشير.(2012)، أساسيات القياس النفسي وتصميم ادواته، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.

201- معمرية بشير.(2007)، القياس النفسي وتصميم ادواته، منشورات الجزائر، الجزائر، ط2.

202- مقدم عبد الحفيظ.(1993)، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

203- ممدوحة محمد سلامة.(1987)، كراسة تعليمات ودليل استخدام القبول- الرفض الوالدي للأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

204- منصوري عبد الحق.(2007)، الطفولة والمراهقة، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران.

205- منصوري مصطفى.(2005)، التأخر الدراسي وطرق علاجه، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، الجزائر، ط 2.

206- منصوري مصطفى.(2008)، التأخر الدراسي وطرق علاجه، دار الغرب للطباعة والنشر، وهران، الجزائر، ط3.

207- منصوري مصطفى.(2008)، مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، الجزائر.

208- ملاك جرجس.(1993)، مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه، مكتبة المحبة، القاهرة.

209- ميموني بدرة معتصم.(2003)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

210- مولاي بودخيلي محمد، نطق التحفيز المختلفة وعلاقته بالتحصيل الدراسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

211- سامي محمد ملحم.(2004). علم النفس النمو (دورة حياة الانسان)، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

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

213- سعد عبد الرحمان.(1998)، القياس النفسي: النظرية والتطبيق، دار الفكر العربي، القاهرة، ط 3.

214- سلامة عبد السلام، عبد الغفار أحمد.(1977)، علم النفس الاجتماعي، دار النهضة المصرية، القاهرة.

215- سيد محمود الطواب.(2008)، الصحة النفسية والارشاد النفسي، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.

216- سهير كامل أحمد.(2003)، أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.

217- الشيخ حمود محمد، العمار خالد.(2011)، الارشاد المدرسي، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

218- نايفة القطامي، عالية الرفاعي.(1997)، نمو الطفل ورعايته، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

219- نبيلة عباس الشوربجي.(2003)، المشكلات النفسية للأطفال، دار النهضة العربية، القاهرة، ط1.

220- نبيهة صالح السامراني.(2007)، أعراض الأمراض النفسية العصابية تربوياً ومهنياً، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

221- نزيه حمدي وأخرون.(2010)، مشكلات الاطفال وطرق علاجها، القاهرة، ط1.

222- نعيم الرفاعي.(1966)، الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، جامعة دمشق، دمشق.

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

224- نشواتي عبد المجيد.(2003)، علم النفس التربوي، دار الفرقان للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

225- هاني عبد الرحمن الطويل.(2007)، الإدارة التربوية والسلوك المنظمي، الجامعة الأردنية.

226- الهمشري عمر.(2003)، التنشئة الاجتماعية للطفل، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

227- وطفة علي أسعد، (1999)، بنية السلطة وإشكالية التسلط التربوي في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت.

228- وفيق صفوت مختار.(2005)، سيكولوجية الطفولة- دراسة تربوية نفسية في الفترة عامين إلى اثني عشر عاماً، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

229- الوقفي راضي.(1998)، مقدمة في علم النفس، دار الشروق، عمان، ط3.

230- يونس الحطا ابراهيم.(1988)، علم النفس التكويني الطفولة والمراهقة، دار الكتب للطباعة والنشر، بغداد.

المجلات والدوريات:

231- ابراهيم ابراهيم علي.(1992)، مخاوف الاطفال في علاقتها بتقدير الذات والتحصيل الدراسي (دراسة امبريقية كلينيكية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية في دولة مجلس التعاون لدى دولة الخليج- قطر)، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، ص ص 203، 246.

232- أحمد إبراهيم اليوسف.(2000)، ولدي يخاف من المدرسة، مجلة العربي، الكويت، العدد 497، ص ص 156- 175.

233- أحمد الشرقاوي.(2003)، خوف الصغار، مجلة العربي، الكويت، العدد 535، ص120.

234- أحمد عبد الخالق.(2005)، المقياس العربي للتفاؤل والتشاؤم- نتائج مصرية، مجلة دراسات نفسية، المجلد الخامس، العدد الثاني، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مصر.

235- أحمد يونس محمود البجاري، أحمد وعد الله الطريا.(2011)، أثر برنامج تربوي للتخفيف من المخاوف النفسية الناتجة من معالجة الأسنان لدى طلبة كلية التربية، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد 10، العدد 4.

236- أحمد خيري عبد الحافظ.(1989)، المخاوف الشائعة لدى عينات من طلاب المملكة العربية السعودية، مجلة علم النفس، العدد 9.

237- 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، ص ص 271- 303.

238- باسم محمد علي الدحادحة، خميس عبد الله البوسعيدي.(2014)، أثر القراءة في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الطلبة القلقين بسلطنة عمان، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 12، ص ص17- 42.

239- بن سعد نبيلة.(2014)، الصور الوالدية عند الأطفال الذين يعانون من الفوبيا المدرسية خلال فترة الكمون (دراسة عيادية لست حالات من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية واختبار، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 12، ورقلة، الجزائر، ص 165- 190.

240- بن لادن سامية محمد.(2001)، المناخ المدرسي وعلاقته بالتحصيل والطمأنينة النفسية لدى طالبات كلية التربية للبنات بالرياض، مجلة كلية التربية وعلم النفس، الجزء 01، العدد 25، ص ص 207- 330.

241- تيس سيد علي.(2009)، أثر استخدام الرزم التجريبية والبطاقة الفنية في تحصيل طلاب العلوم لمفاهيم بنية المادة، مجلة دراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، كلية العلوم الانسانية الاجتماعية، جامعة الجزائر، العدد 12، ص ص 29- 56.

242- جابر نصر الدين.(2001)، أساليب وطرق التعامل مع الجماعات المدرسية من وجهة نظر نفسية- اجتماعية، مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، العدد 01، ص ص 149- 161.

243- حامد عبد العزيز الفقي.(1974)، كيف يتقدم الطفل في المدرسة، صحيفة التربية، العدد 04، ص 62.

244- حمدي محمد ياسين وآخرون.(2000)، المشكلات الشائعة لطفل الروضة بدولة الكويت وعلاقتها بتقبله للروضة وذلك كما تدركه المعلمة، مجلة الطفولة، العدد 01 ، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، ص ص 110- 164.

245- الحليبي عبد اللطيف، الرياشي حمزة.(1994)، العوامل المرتبطة بانخفاض التحصيل الدراسي لطلاب الرياضيات بكلية المعلمين بالإحساء كما يراها أعضاء هيئة التدريس والطلاب، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 52، ص ص 15- 90.

246- خـالد الصرايرة.(2009)، أسباب سلوك العنف الطلابي الموجه ضد المعلمين والإداريين في المدارس الثانوية الحكومية بالأردن، مجلة العلوم التربوية، الأردن، المجلد 05، العدد 02، ص143.

247- خليل فاضل.(1994)، الاضطرابات النفسية لبعض تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة الثقافة النفسية، بيروت، المجلد 05، العدد 17، ص ص 59- 74.

248- ربيع شعبان عبد العليم، السعيد غازي.(1996)، المخاوف المدرسية وعلاقتها باضطرابات التعلق والانفصال لدى أطفال المدرسة الابتدائية، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الارشاد النفسي بجامعة عين شمس (الارشاد النفسي في عالم متغير) الفترة من 23- 25 ديسمبر، المجلد الثاني، ص ص 925- 952.

249- زينب محمود شقير، سميرة عبد الله كردي.(2012)، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة المخاوف المدرسية والأفكار السلبية المرتبطة بها لدى تلميذات المرحلة الابتدائية بالطائف، مجلة كلية الآداب، جامعة بنها، العدد 27، ص ص334- 578.

250- زيور نيفين مصطفى.(1990)، دراسة في سيكوديناميات المخاوف لدى عينة من الأطفال، مجلة علم النفس، العدد 16، القاهرة،ص ص28- 50.

251- زيدان عصمان محمد.(2008)، أثر الالتحاق بجلسات تحفيظ القرآن الكريم في خفض مستوى المخاوف والخجل لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مصر، المجلد 07، العدد 03، يوليو 2008، ص ص 591- 636.

252- الزيود ماجد، الحباشنة ميسر.(2006)، العنف المدرسي في المدارس الحكومية، مجلة العلوم التربوية، الأردن، المجلد 05، العدد 02، ص143.

253- صباح السقا.(1992)، القضية التربوية في خوف الأطفال، مجلة التربية، قطر، العدد 101، ص199.

254- الصفطي مصطفى محمد.(1995)، البيئة الأسرية والبيئة المدرسية الصحية وغير الصحية وعلاقة كل منهما بالمخاوف المرضية من الجنسين، مجلة التربية المعاصرة، مصر، المجلد 12، العدد 39.

255- سهام أبو عطية.(1989)، الرعاية الوالدية للأطفال، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 03، ص76.

256- الشهراني عامر، الغنام محرز.(1993)، دراسة تحليلية لبعض العوامل التربوية المؤدية الى تدني تحصيل طلاب الفيزياء كما يراها أعضاء هيئة التدريس والطلاب بقسم الفيزياء بكلية التربية بأبها، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 48، الجزء 14، ص ص 55- 96.

257- الشعراوي علاء محمود.(1999)، المخاوف المدركة في الفصل المدرسي وعلاقتها بالتوافق والعدوان لدى تلاميذ الحلقة الثانية بالتعليم الاساسي، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية المنوفية، مصر، مجلد 14، العدد 03، ص ص 161- 128

258- عباس محمود عوض، مدحت عبد الحميد.(1990)، الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال "دراسة عاملية"، مجلة علم النفس، القاهرة، العدد 13، ص 25.

259- عبد الرحمن السيد سليمان.(1994)، الخوف المرضي من المدرسة (فوبيا المدرسة) في ضوء نظرية قلق الانفصال رؤية تحليلية نقدية، مجلة الارشاد النفسي، العدد 03، مركز الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص ص 57- 89.

260- عبد الحميد شاكر.(2009)، الخيال من الكهف إلى الواقع الافتراضي، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، عمان، المجلد 03، العدد 04، ص 122.

261- عبد الرحمن سيد سليمان، شيخة يوسف الدربستي.(1996)، رفض المدرسة بين الخوف المرضي (الفوبيا) وجوانب الفشل الأخرى في المواظبة عليها، مجلة كلية التربية، العدد 20، الجزء 3، ص ص 215- 241.

262- عبد الرحمن سيد سليمان.(1996)، الفنيات العلاجية للمخاوف المرضية من المدرسة: عرض ونقد، مجلة علم النفس، القاهرة، العدد 37، ص ص 140- 160.

263- عبد الرحمن سيد سليمان.(1997)، دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد 07.

264- عبد العزيز محمد نعيم.(2011)، خوف الطلاب الجدد من المدرسة، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، العدد 20، ص ص 78- 119.

265- عبد العزيز الناصري محمد.(2007)، التربية والخوف، مجلة النبأ، العدد 61، مطابع الزهراء، ص ص 123- 136.

266- عقيل محمود عطا حسين، النمو الإنساني الطفولة والمراهقة، دار العربية، الأردن، العدد 198.

267- عويد سلطان المشعان.(1994)، دافع الانجاز وعلاقته بالقلق والاكتئاب والثقة بالنفس لدى الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين في القطاع الحكومي، الحولية العشرين.

268- العجمي مها.(1999)، العلاقة بين قلق الاختبار والتحصيل الدراسي لدى طالبات كلية التربية للبنات في الاحساء (الاقسام الادبية)، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 72، ص ص 15- 51.

269- العنزي فريح عويد.(2003)، التحصيل الدراسي وعلاقاته بالمخاوف المرضية وقلق الامتحان لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بدولة الكويت، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، الكويت، المجلد 29، العدد 111، ص ص 171، 221.

270- فايزة يوسف عبد المجيد، محمد رزق البحيري.(2012)، المعاملة الوالدية الخاطئة وعلاقتها بالمخاوف الاجتماعية لدى عينة من الأطفال في المرحلة العمرية من (9- 15) سنة، دراسات الطفولة.

271- فطيم لطفي محمد.(1989)، العلاقة بين عادات الاستذكار والتحصيل الاكاديمي لدى طلبة وطالبات كلية البحرين الجامعية، المجلة العربية للعلوم الانسانية، العدد 36، المجلد 09 ، الكويت، ص ص 112- 137.

272- فيصل محمد خير الزراد.(1998)، دراسة تشخيصية لبعض حالات خوف الامتحان، مجلة الثقافة النفسية، بيروت، المجلد 09، العدد 35، ص65.

273- فيصل عبد اللطيف الناصر.(2001)، رهاب المدرسة، مجلة الطبيب العربي، العدد 02، جامعة الخليج العربي، ص ص 18- 24.

274- قشدة وسام، ثابت عبد العزيز.(2006)، العنف الاسري وأثره على الصحة النفسية للطفل، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 12، ص 156.

275- الكندري جاسم، سهل راشد.(1412هـ)الخوف المدرسي مفهومه ونظرياته وطرق علاجه، رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد 49، ص ص33-63.

276- محمد حسين.(1992)، الخوف المرضي وعلاقته بصعوبات التعلم والتخلف العقلي، مجلة علم النفس، العدد 22، ص ص 47- 94.

277- محمد منيزل العليمان، خالد خليف هواش.(1999)، العلاقة بين الدافع للإنجاز وقلق الامتحان وأثرها على التحصيل في مادة اللغة الانجليزية لدى طلبة المرحلة الاساسية والثانوية في محافظة مفرق، مجلة العلوم النفسية والتربوية ،المجلد 7 ،العدد 3، ص ص 201-222.

278- محمد خير الفوال.(2006)، الخوف والسلوك الفردي عند الأطفال، بحث مقدم إلى مؤتمر فيلادلفيا الدولي الحادي عشر (ثقافة الخوف)، 24- 26 أفريل 2006.

279- مصطفى أحمد تركي.(1981)، قلق الامتحان بين القلق كسمة والقلق كحالة، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، العدد 03، ص19.

280- ممدوحة محمد سلامة.(1987)، مخاوف الاطفال وادراكهم للقبول – الرفض الوالدي، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد الثاني، ص ص 54- 61.

281- منى عبد الستار محمد حسن.(2016)، دور الأسرة والمدرسة في تباين سلوك الخوف لدى أطفال صف الأول الابتدائي من المدرسة "دراسة ميدانية"، مجلة كلية التربية الاسلامية، النجف الأشرف، المجلد 2، العدد 41، ص ص 592- 610.

282- نجيب الخزندار، انتصار نجيب الخزاندار.(2009)، الحاجات النفسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بغزة، مجلة التربية، قطر، العدد 168، ص137.

283- وفاء مسعود الحديني.(2001)، المخاوف الشائعة لدى طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد 60، ص ص 64- 74.

284- يوسف عبد الفتاح.(1993)، مخاوف الاطفال ومفهوم الذات لديهم- دراسة مقارنة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد 21، ص ص 62- 72.

البحوث العلمية:

- رسائل الدكتوراه:

285- ابراهيم نوفل.(2001)، علاقة التحصيل العلمي بالنجاح الاجتماعي، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

286- بلحسني وردة.(2010- 2011)، أثر برنامج معرفي- سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه منشورة، اشراف قريشي عبد الكريم، جامعة ورقلة، الجزائر.

287- صالحي سعيدة.(2012-2013)، تأثير سمات الشخصية والتوافق النفسي على التحصيل الاكاديمي للطلبة الجامعيين، أطروحة دكتوراه منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر2، الجزائر.

288- سهير إبراهيم محمد.(2003-2004)، المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال المرحلة العمرية (من 12-16 سنة)، أطروحة دكتوراه منشورة، إشراف فايزة يوسف عبد المجيد، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

289- عبد الرحمن سيد سليمان.(1988)، دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

- رسائل الماجستير:

290- بلقوميدي عباس.(2001-2000)، المستوى الاقتصادي والتعليمي وعلاقتهما بالتحصيل في مادة الرياضيات، رسالة ماجستير غير منشورة، إشراف أحمد معروف، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران، الجزائر.

291- بلعالية محمد.(2010-2009)، الكفاءات الاجتماعية لدى المعلم من وجهة نظر التلاميذ وعلاقتها بنمط شخصيته، رسالة ماجستير غير منشورة، إشراف بن طاهر بشير، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران، الجزائر.

292- بلكحل مصطفى.(2007)، استخدام التحصين التدريجي في خفض مخاوف الأطفال من الظلام (مساهمة في دراسة النمو الانفعالي المضطرب)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر.

293- بن عامر زكية.(2007-2006)، المخاوف المرضية من المدرسة وعلاقتها بالانتباه لدى أطفال المرحلة الوسطى (12-6سنة)، رسالة ماجستير غير منشورة، اشراف مشربط علي، قسم علم النفس، جامعة تلمسان، الجزائر.

294- بن يوسف أمال.(2007- 2008)، العلاقة بين استراتيجيات التعلم والدافعية للتعلم وأثرها على التحصيل الدراسي، رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر.

295- الحبيشي سلطان بن مقبل.(2005)، عوامل ضعف طلاب وطالبات المرحلة الثانوية في تحصيل المفاهيم الفيزيائية حسب رأي معلمي ومعلمات الفيزياء بمنطقة تبوك، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

296- راشد محمد.(2000)، التحصيل الدراسي لدى طلبة التعليم الثانوي العام في مدارس دولة البحرين الحكومية والخاصة، رسالة ماجستير منشورة، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة القديس يوسف، بيروت.

297- رياض العاسمي.(1995)، دراسة كلينيكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون الفوبيا المدرسية في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

298- صلاح الدين محمد علام.(1971)، القدرات العقلية المهمة للتحصيل في الرياضيات البحثية في المدارس الثانوية، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

299- عبد ربه فضل.(2008)، العلاقة بين الامتحان والتحصيل الدراسي لدى الطلبة في مدارس المتفوقين، رسالة ماجستير منشورة، جامعة دمشق ، سوريا.

300- عبير تيسير ابراهيم عبد الكريم.(1998)، المخاوف الشائعة لدى أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الاساسية في لواء بني كنانة في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير منشورة، جامعة اليرموك.

301- عصماء احمد محمد بلة.(2008)، مدى فاعلية الارشاد الجماعي في رفع مستوى التكيف الاكاديمي والتحصيل الدراسي للطالبات بمدرسة الحاجة مدينة الثانوية الحكومية بأمدرمان، رسالة ماجستير منشورة، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.

302- العربي قوري ذهبية.(2010- 2011)، العقاب الجسدي والمعنوي للمدرسين وتأثيرهما على ظهور السلوك العدواني لدى التلميذ المتمدرس في مستوى التعليم المتوسط ومستوى التعليم الثانوي (دراسة ميدانية بولاية تيزي وزو)، رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة تيزي وزو، الجزائر.

302- العفتان علي بن عبد الله.(1414 هـ)، مقارنة بين أطفال المرحلة الابتدائية الذين التحقوا والذين لم يلتحقوا برياض الاطفال في الدافعية نحو التعليم والتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.

303- غيثاء علي بدور.(2011)، مستوى الطموح وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلبة التعليم الفني، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

304- فراحي فيصل.(1999- 2000)، دور الجامعة الجزائرية في تنمية اتجاهات الحداثة لدى طلبتها، رسالة ماجستير غير منشورة، إشراف مزيان محمد، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران، الجزائر.

305- لبنى إسماعيل الطحان.(1995)، تقدير الذات وعلاقتها ببعض المخاوف لدى الطفل الأصم، رسالة ماجستير منشورة، إشراف فايزة عبد المجيد، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس، القاهرة.

306- محمد عبد العزيز أبو الفضة.(1992- 1993)، البناء العاملي لمقياس المخاوف المرضية المدرسية الشائعة لدى طلبة الصفوف الثلاثة الأساسية الأولى في الأردن، رسالة ماجستير منشورة، إشراف محمد وليد بطش، قسم علم النفس، الجامعة الأردنية، عمان.

307- مدحت سهير إبراهيم.(1997)، ضغوط البيئة المدرسية كما يدركها تلاميذ المعاهد الابتدائية الأزهرية وعلاقتها بتوافقهم النفسي، رسالة ماجستير منشورة، تحت إشراف فايزة يوسف عبد المجيد، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

308- المهيزع فهد مهيزع.(1994)، التحصيل الدراسي وعلاقته بالعادات والاتجاهات الدراسية لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، الرياض.

309- ساعد وردية.(2002- 2003)، علاقة قلق امتحان البكالوريا بالتحصيل الدراسي للتلميذ، رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.

310- سلوى السيد سليمان.(2005)، فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض فوبيا المدرسة، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، القاهرة.

311- سوسن نور الهي.(1420)، الخوف لدى عينة من طالبات الصفوف العليا من المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات في مدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، الرياض.

312- السهلي عبد الله حميد حمدان، الامن النفسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلاب رعاية الايتام بالرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، رعاية وطفولة، الرياض.

313- الفايز عادل سليمان محمد.(2002)، المخاوف وعلاقتها بسمات الشخصية لدى التلاميذ المتخلفين عقلياً المدموجين في المدارس العادية بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير منشورة، إشراف محمد عبد الرزاق هويدي، جامعة الخليج العربي، البحرين.

314- مسعود حنان.(1998)، اتجاهات طلبة المرحلة الثانوية نحو التعليم الثانوي والعام والفني والمهني وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

315- هند عصام زكي ابراهيم العزازي.(2013)، المخاوف المدرسية وعلاقتها بصعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى عينة من الاطفال في المرحلة العمرية من (9- 12) سنة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

المعاجم والقواميس:

316- إبن منظور.(1981)، لسان العرب، الدار المصرية للتأليف والترجمة، القاهرة.

317- إبراهيم أنيس.(1972)، المعجم الوسيط، دار المعارف، القاهرة، ط 2.

318- محمد بن أبي بكر الرازي.(1976)، مختار الصحاح، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

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

المراجع باللغة الأجنبية:

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

321- Allen.(1997), DSMIV un guide clinique de diagnostic differentiel, Paris.

322- Berg.I, Nichots.K and Partichard,C.(1969), School phobia its classification and relationship to dependency, Journal of child psyco. Psyshiat.

323- Bernstein, G.A & Gafinkel, B.D.(1988), Pedigrees, Functioning, And Psychology

324- Barla Allen, Rut Pross.(1997) , DSMIV un guide clinique de diagnostic différentie, Paris, P28

325- Craske, Michelle, Fear and anxiety in children and adolescents: Bulletin of the Menninger clinic, 2004, vol. 61, Issue 2.

326- Chiland et Young.(1990), L'enfant dans sa famille, le refus de l'école, 1ere édition, Paris.

327- Constance .H.(2004) , Intergénérationnel transmission of dépression, Test of an interpersonel stress model in a community sample , Journal of counseling and clinical psychology , 72, 3, pp 511-522.

328- Fontain et All.(1984), Clinique et thérapie comportement, édition études vivantes, Paris.

329- Geenberg M.S, and Back, A.T.(1989), Depression Versus Anxiety:A Test of the Content. Specifieity Hypothesis, journal of Abnormal psychology, vol 98.

330- Gérard E, Durlache C, Fontain M, Boyer P.(2003), L'anxiété sociale, Mardaga, Belgique, P 64)

331- Hsia, H.(1984), Struchural and Strategic approach to school phobia, School Refusal, Psychology in School.

332- Jean Pierre.(2004), Dumond et autres Psychiatrie de l'enfant et de l'adolexent, édition heure Paris, Tome 1.

333- Haj Yahia, M.(2000). The incidence of wife abuse and battering and some scoio démographic correlates as revealed by two nationel survery in palestinian society, Family violence journal, 15 (4), 347- 350.

334- Maurice Despinoy.(2002), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Ed. Armand Colin, Paris.

335- Michel Zlotowiez.(1974), Les peurs enfentines, Ed. P.U.F, Paris.

336- Marbegr, Cart s.(1980) , parent citizens, the forece in education, Bulletin, Vol 64, No 43.

337- Marcelli .D.(1982), Enfant et psychopathologie, 6éme édition, Masson, Paris, 1982.
338- Martin. (1981), Abinormal Psychology, London, Holt, Rinehart & Winston.

339- Mazet. P, Houzel. D.(1979), Psychiatrie de l'enfant et de l' adolescent, Volume 1, edition Maloine, Paris.

340- Morris, R. J & Kratochwill, T. R.(1983), Treating children's Fears and Phobias: A Behavioral Approach, New York: Pergampn Press.

341- Mc Cune, Y & Hynes, D.(2005), Ten years follow-up of children with school refusal, Journal of psychological Medicine, 22, pp 56- 58.

342- Lafon. R.(1973) , Vocabulaire de psychologie, PUF, Paris.

343- Le Heuzy, M.F et Mouren, M.C.(2008), Phobie Scolaire: Comment aide les enfants et adolescent en mal d'école, Lyon, Edition Josette.

344-Richard Cloutier, André Renand.(1990), Psychologie de l'enfant, Ed. Goeitin Morin, Paris.
345- Ronald J. Comer.(1996), Fundamentals abnormal psychology, W.H Freeman and Company, New York.

346- Piaget ,J.(1936), La gense des principes de conservation dans la physique de l'enfant, Annuaire de l'instruction publique en suisse, Année 27.

347-Piaget, J.(1950), La réversibilité de la pensée et les opérations logiques, Bulletin de la société francophone de philosophie, Année 44 No: 04.

348- Oueld Taleb M.(2012) Manuel de la pédopsychiatrie, office des publication universitaire, Alger.

349- Oween, Patricia and others.(2002), Fears of Hispanic and Anglo Children: Real-World fears in the 1990, Hispanic journel of Behavioral Science, Vol.23 Issue, 4 p 483.

350- Wanda .P, Fremont .M.D.(2003), School Refusal in children and adolescents, Journal of the American of family physicans, Vol 68 pp155.

351- Kelly, E.W.(1973), School phobia : A review of theory and treatment. Psychology in the schools, 10, 33- 42.

352- Kauffman J .(1985),Characteristics of children's behavior disorders, 3rd Ed. Ohio, chles, E. Merrill pub.co.

353- Knollmann et al.(2010), School avoidance from the point of view of Child and adolescent psychiatry, Dtsch arzteld, 107, 43- 49.

354- Isac. M, Marks.(1974), Living with fear, New York, printed and bound by R .R Donnelley.

355- In Families of School Phobic Children, American Journal of Psychiatry, Vol (145), No (1), PP 70- 74.

356- SPSS 20.00.(2011), for Windows, Standard Version, SPSS Inc.

قائمة الملاحق

الملحق (01): استمارة المخاوف المدرسية الشائعة قبل التعديل

الملحق (02): استمارة المخاوف المدرسية الشائعة بعد التعديل

الملحق (03): نتائج التحصيل الدراسي للتلاميذ الذين شملتهم الدراسة للموسم (2015- 2016)

الملحق (04): طلب رخصة تربص ميداني

الملحق (05): تراخيص تسهيل مهمة إجراء تربص ميداني

الملحق (06): قائمة المقاطعات التابعة لمديرية التربية لولاية أدرار

الملحق (07): حوصلة دليل التعليم الابتدائي (2015- 2016)

جامعــة وهــران

كلية العلوم الإجتماعيــة قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

ملحق رقم (01)

استمـــارة الدراســة قبل التعديل

أيها التلميذ أيتها التلميذة:

إليك مجموعة من المواقف التي تواجهك في المدرسة اقرأها جيدا وحدد ما ينطبق عليك بدقة، نرجو منك أن تتعاون معنا في الاجابة على كل سؤال بصدق وذلك بوضع علامة (×) أمام كل اجابة صحيحة، مع العلم أن اجابتك سوف تحظى بالسرية ولا تستغل إلا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلا على تعاونكم معنا

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكـر ☐ أنثى ☐

السـن:.....

القســم:.....

رقم الفقرة	الفقـــــرات	نعم	لا
1	أخاف من الذهاب إلى المدرسة		
2	أشعر بضيق عندما يقترب وقت المدرسة		
3	أشعر بعدم الأمان أثناء وجودي في المدرسة		
4	لا أتغيب عن المدرسة لمجرد شعوري بألم خفيف		
5	كثيرا ما أتأخر عن الحضور في الوقت الرسمي للمدرسة		
6	أبكي عندما أكون في المدرسة		
7	أحتاج إلى مرافقة أحد والداي للذهاب إلى المدرسة		
8	أخاف من أن يحدث مكروها لأحد والداي أثناء وجودي في المدرسة		
9	كثيرا ما أجد أشخاص غرباء عند ذهابي إلى المدرسة		
10	أصاب بألم خلال وجودي بالمدرسة بعيداً عن رعاية الوالدين		
11	يحتمل موت أحد والداي أثناء تواجدي بالمدرسة		
12	أخاف من التعرض لحوادث المرور من طرف السيارات التي تسير في طريق المدرسة		
13	كثيرا ما أجد كلابا مفترسة في طريق المدرسة		
14	أصاب بضربات الشمس عند ذهابي إلى المدرسة		
15	يرافق ذهابي إلى المدرسة أو عودتي منها حدوث البرق والرعد		
16	يرافق ذهابي إلى المدرسة أو عودتي منها تساقط الأمطار والثلوج		
17	أشعر بالضيق عندما أكون في القسم		
18	أخاف عندما تهددني أمي بأنها ستشكوني إلى المعلم		
19	أخاف من أن يسألني المعلم أثناء الدرس		
20	يسخر مني المعلم أمام زملائي		
21	يعاقبني المعلم لمجرد إرتكابي لخطأ بسيط		
22	لا أشعر بالخوف عندما يطلب مني المعلم قراءة نص		
23	يخرجني المعلم للكتابة على السبورة		
24	يعاقبني المعلم بقسوة إذا لم أنجز واجباتي المنزلية		

25	يعاقبني المعلم إذا تحصلت على علامات ضعيفة		
26	يعاقبني المعلم إذا تحدثت مع زميلي الذي يجلس بجانبي		
27	لا أحرم من ممارسة النشاطات التي أحبها من طرف معلمي		
28	أكلف بتنظيف الاستراحة من قبل المعلم بسبب عدم إنجاز واجباتي		
29	أتبولت في القسم بسبب خوفي من المعلم		
30	أوصف بالتلميذ الكسول في القسم من طرف معلمي		
31	لا يعاقبني المدير إذا تأخرت عن وقت دخول المدرسة		
32	يعاقبني المدير إذا تحصلت على نتائج ضعيفة في الاختبار		
33	أهرب بمجرد رؤيتي للمدير في الساحة		
34	لا أشعر بالخوف أثناء دخول المدير إلى القسم		
35	أشعر بتفضيل المدير زملائي علي		
36	يستولي زملائي على ممتلكاتي		
37	أخاف من طلب أدواتي المسروقة من زملائي		
38	يعايرني زملائي على مظهري غير اللائق		
39	أتكلم أمام رفاقي في القسم		
40	لا أخاف من التزاحم مع زملائي أثناء خروجهم من المدرسة		
41	يدرس معي زملاء سلوكاتهم غير عادية		
42	أرى رفاقي يتشاجرون أثناء خروجهم من القسم		
43	أدخل في شجار مع رفاقي		
44	أجد حرجا في الحديث أمام زملائي في القسم		
45	لا أبدو بمظهر يوازي زملائي في المدرسة من حيث اللباس		
46	يكشف زملائي ضعفي في حل مسائل الرياضيات		
47	يكشف زملائي ضعفي في قراءة النصوص		
48	لا أحب أن أبقى لوحدي في القسم		
49	أخاف من الفشل في الاختبار		
50	أريد أن أتغيب عن المدرسة يوم الاختبار		
51	خوفي من الاختبار يفقدني التركيز		
52	لا أتوتر بمجرد سماعي بأنه سيجرى اختبار		
53	خوفي من الاختبار يفقدني الشهية		
54	خوفي من الاختبار يسبب لي إضطرابا في النوم		

55	يعـاقبني والداي إذا تحصلت على علامات ضعيفة		
56	يقارنني والداي بزملائي المتفوقين علي		
57	أخاف أن لا أحقق رغبة والداي في الحصول على المراتب الأولى في الاختبارات		
58	أرسب في صفي		
59	أخرج إلى ساحة المدرسة وقت الاستراحة		
60	أحب أن أشارك زملائي اللعـب في الساحة أثناء الإستراحة		
61	يؤذونني زملائي عند خروجي إلى ساحة المدرسة		
62	أذهب إلى مرحاض المدرسة دون مرافق		
63	أخاف من الذهاب إلى طبيب المدرسة للقيام بالفحوصات		
64	أتعرض للتطعيم بالإبر من قبل ممرضات الصحة المدرسية		
65	يكشف علي من قبل الأطباء الذين يزورون المدرسة		

ملحق رقم (02)

استمـــارة الدراســة بعد التعديل

أيها التلميذ أيتها التلميذة:

إليك مجموعة من المواقف التي تواجهك في المدرسة اقرأها جيداً وحدد ما ينطبق عليك بدقة، نرجو منك أن تتعاون معنا في الاجابة على كل سؤال بصدق وذلك بوضع علامة (×) أمام كل اجابة صحيحة، مع العلم أن اجابتك سوف تحظى بالسرية ولا تستغل إلا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكـر ☐ أنثى ☐

السـن:.....

القســم:.....

رقم الفقرة	الفقـــــرات	نعم	لا
1	أخاف من الذهاب إلى المدرسة		
2	أشعر بضيق عندما يقترب وقت المدرسة		
3	أشعر بعدم الأمان أثناء وجودي في المدرسة		
4	لا أتغيب عن المدرسة لمجرد شعوري بألم خفيف		
5	كثيرا ما أتأخر عن الحضور في الوقت الرسمي للمدرسة		
6	أبكي عندما أكون في المدرسة		

7	أحتاج إلى مرافقة أحد والداي للذهاب إلى المدرسة		
8	كثيرا ما أجد أشخاص غرباء عند ذهابي إلى المدرسة		
9	أصاب بألم خلال وجودي بالمدرسة		
10	أخاف من أن أتعرض لحوادث المرور من طرف السيارات التي تسير في طريق المدرسة		
11	كثيرا ما أجد كلاباً مفترسة في طريق المدرسة		
12	أشعر بالضيق عندما أكون في القسم		
13	أخاف عندما تهددني أمي بأنها ستشكوني إلى المعلم		
14	أخاف من أن 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 نص		
18	أخاف أن يخرجني المعلم للكتابة على السبورة		
19	يعاقبني المعلم بقسوة إذا لم أنجز واجباتي المنزلية		
20	يعاقبني المعلم إذا تحصلت على علامات ضعيفة		
21	يعاقبني المعلم إذا تحدثت مع زميلي الذي يجلس بجانبي		
22	لا أحرم من ممارسة النشاطات التي أحبها من طرف معلمي		
23	أكلف بتنظيف الاستراحة من قبل المعلم بسبب عدم إنجاز واجباتي		
24	أتبول في القسم بسبب خوفي من المعلم		
25	أوصف بالتلميذ الكسول في القسم من طرف معلمي		
26	لا يعاقبني المدير إذا تأخرت عن وقت دخول المدرسة		
27	يعاقبني المدير إذا تحصلت على نتائج ضعيفة في الاختبار		
28	أهرب بمجرد رؤيتي للمدير في الساحة		
29	لا أشعر بالخوف أثناء دخول المدير إلى 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	كثيراً 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 اضطراباً في النوم		
47	أخاف أن يعاقبني والداي إذا 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 إلى ساحة المدرسة وقت الاستراحة		
52	أحب أن أشارك زملائي اللعب في الساحة أثناء الاستراحة		

53	أتلقى الأذى من طرف زملائي عند خروجي إلى ساحة المدرسة		
54	أذهب إلى مرحاض المدرسة دون مرافق		
55	أخاف من الذهاب إلى طبيب المدرسة للقيام بالفحوصات		
56	أخاف من التطعيم بالإبر من قبل ممرضات الصحة المدرسية		