

فاعلية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية من المدرسة لدى عينة من تلاميذ مرحلة الطفولة المتوسطة من (6-9) سنوات

the effectiveness of a training program to reduce the fears of a sample of middle school children aged 6-9 years

بلال عيسى بلال موسى^{1*}، عبد الحميد آدم إبراهيم عبد الله²

¹جامعة البحر الأحمر (السودان)

²جامعة البحر الأحمر (السودان)

تاريخ النشر: 2024-01-24

تاريخ القبول: 2024-01-24

تاريخ الاستلام: 2021-05-04

ملخص: هدفت الدراسة إلى الكشف على فاعلية برنامج إرشادي تدريبي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ مرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6 - 9) سنوات، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في مستوى المخاوف المرضية لدى عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح، وتكونت عينة الدراسة من (10) تلاميذ (5 ذكور و 5 إناث) تم اختيارهم بصورة قصديه من مجتمع الدراسة المتمثل في (28) (19 تلميذ و 9 تلميذه) استخدم الباحثان المنهج التجريبي (التصميم شبه التجريبي / القياسين القبلي والبعدي) وتم استخدام مقياس المخاوف المرضية والمقابلة التشخيصية وبرنامج علاجي سلوكي-معرفي مقترح كأدوات للدراسة، واستخدم الباحثان برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) لتحليل بيانات الدراسة؛ جاءت نتائج الدراسة كالآتي: هنالك فاعلية للبرنامج الإرشادي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6 - 9) سنوات، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل في مستوى المخاوف المرضية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.005) فأقل علي الاختبار البعدي للبرنامج الإرشادي المقترح واختبار المتابعة لصالح المجموعة التجريبية؛ وخرجت الدراسة بالعديد من التوصيات من أهمها: ضرورة تطبيق برامج العلاج النفسي خاصة العلاج المعرفي السلوكي لمعرفة أسباب الخوف المرضي واضطرابات الطفولة بشكل عام والتصدي للأعراض والتخلص منها، وذلك لضمان نمو نفسي سليم.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي؛ المخاوف المرضية؛ مرحلة الطفولة المتوسطة.

Abstract: The aim of the study was to identify the effectiveness of a training program to reduce the fears of a sample of middle school children aged 6-9 years. The aim was to identify the differences in the level of satisfactory concerns in the study sample before and after the proposed program. The study sample consisted of 10 students (5 males and 5 females) who were selected from the study population of 28 (19 students and 9 students), The researchers used the experimental approach (semi-experimental design / tribal and remote measurements), The school phobia scale, the diagnostic interview and the proposed behavioral-cognitive therapy program were used as study tools. The researchers used the statistical packages for social sciences (Spss) to analyze the study data; The results of the study were as follows: There is an effectiveness of the pilot program to reduce the fears of patients in a sample of children in middle childhood aged 6-9 years. There were statistically significant differences at the level of significance (0.05) and less in the level of disease fears between the experimental group and the control group in the post-test for the experimental group. There were statistically significant differences at the level of significance (0.005) or less on the post-test of the proposed extension program and follow-up test for the experimental group; The study included several recommendations, the most important of which are: The need for the application of psychological therapy programs, especially cognitive behavioral therapy to identify the causes of fear of the sick and childhood disorders in general and to address the symptoms and disposal, in order to ensure healthy psychological growth.

1- مقدمة

يعتبر الخوف بصفة عامة مثل أي سلوك آخر ينمو من خلال ثلاثة أنواع من الظواهر وهي: الفطرة ثم الاعتماد على النضج، فالتطور من خلال التعلم الفردي والخبرة الاجتماعية وهذه الأنواع الثلاثة قد أسهمت بصفة خاصة في تنوع الاستجابات وذلك طبقاً لدرجة تطور قشرة المخ (شكري، 2008).

المخاوف المرضية هي الخوف من موضوع أو شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطها أو التخلص منها أو السيطرة عليها (زهران، 1996).

وتعتبر المخاوف المرضية عن الاستجابة العصابية الأولى للأطفال، وذلك مما يجعل علماء النفس يعتقدون أن العصاب عند الأفراد هو المخاوف المرضية هذا بالإضافة إلى أن المخاوف تمثل نقطة البداية في كثير من الحالات العصابية والذهانية (أوتوفينخل، 2006).

ويعد الخوف أحد الانفعالات الشائعة لدى الناس بصفة عامة ولدى الأطفال بصفة خاصة، فهو إحدى القوى التي تعمل على البناء أو الهدم في تكوين الشخصية أو نموها، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة كان الإنسان سويًا وكلما كانت درجة الخوف كبيرة كنا أمام فرد يعاني من اضطراب نفسي (الشربيني، 1994).

ويتصف الطفل الذي يخاف خوفاً مرضياً بالتوتر والانطواء وعدم الجرأة والتهتة وانخفاض تقدير الذات ويكون لديه شعور انفعالي بعدم المواءمة (و.ج ماكبريد، 1995).

فالطفل الذي يتصف بهذه الصفات يصبح شخصاً سيئ التوافق وينخفض مستوى مهاراته الاجتماعية فالأطفال ذو المهارات الاجتماعية المنخفضة لديهم صعوبة في فهم وتفسير سلوك ومقاصد الآخرين على نحو يستدعي ردود أفعال دفاعية تؤثر سلباً على العلاقة معهم التي كان من الممكن تجنبها في حالة الفهم الدقيق لها. والمخاوف المرضية ظاهرة مرضية نفسية انفعالية اجتماعية اتسعت في المجتمعات، وأصبح الخوف يسكن حياة الطفل بأشكال متعددة ومختلفة تؤثر في حياته بشكل كبير نتيجة ما يتعرض له من خلال وسائل التقنية الحديثة مثل التلفاز والحاسب الآلي والهاتف المتنقل والأجهزة اللوحية متمثلة بأفلام الرعب، وانتشار ألعاب الموت.

وتعد مرحلة الطفولة الوسطى التي تبدأ من سن (6-9) سنوات من مراحل النمو الحاسمة والتي يستمر فيها نمو الشخصية حيث يدخل فيها الطفل المدرسة الابتدائية وتمتاز في النمو السريع للذات واتساع الأفق العقلية والمعرفية للطفل ويتعلم المهارات الأكاديمية المختلفة مثل القراءة والكتابة والمهارات الجسمية اللازمة للألعاب واللوان النشاط المختلفة وتتضح فردية الطفل نحو اكتساب اتجاهات سليمة نحو ذاته، كما تتسع دائرة علاقاته الاجتماعية إلى جماعات جديدة وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية وتزداد استقلاليته عن والديه وأسرته (زهران، 2005).

تفيد العديد من الدراسات بأن كثير من أطفال الألفية الثالثة يعانون من مشكلات نفسية، فعدد الأطفال الذين يعانون مشكلات انفعالية ونمائية قد تضاعف ثلاث مرات خلال العقدتين السابقتين.

وفي دراسة وطنية أجريت في الولايات المتحدة وجد أن المشكلات النفسية الاجتماعية قد تضاعف عددها ثلاث مرات ما بين عامي (1996) و(1989) كما يقول كلير هذه الزيادة كانت في جميع أنماط المشكلات النفسية ومنها المخاوف المرضية، وبالرغم من تعدد وتنوع مسارات حركة البحث العلمي في مجال المخاوف المرضية فإن البحوث والدراسات العربية والأجنبية في هذا المجال لا تتناسب مع اتساع هذه الظاهرة النفسية الانفعالية

في المجتمعات العربية موضع الاهتمام من أجل بناء جيل صاعد قادر على البناء والتنمية يتمتع بدرجة كافية من تقدير الذات والصحة النفسية والاجتماعية.

1.1 - مشكلة الدراسة:

يعتبر الخوف من العوامل الشديدة التأثير في الإنسان، وهي من أهم العوامل التي المحركات التي تدفعه للقيام بالسلوك معين لردة فعل لدافع الاضطراب الناشئ منه والوصول إلي مرحلة الاستقرار، ويختلف سلوك الفرد تجاه المؤثر المسبب، ويحاول اختيار أفضل الطرق المتاحة إليه للتغلب علي الخوف أو المواجهة، وإما بالتجنب التام والابتعاد وإما التحايل، غير أن المشكلة تكمن في مدى كون المسبب الخوف قائماً ولا يستطيع الفرد الخلاص منه بالطرق السليمة، والمشكلة الأكبر تقع عندما يكون ضحية هذا الخوف هو الطفل إلي قد يكتسب سلوكيات سيئة في محاولته مواجهة مخاوفه بعقله الصغير وخبراته القليلة (نحيلي، وزوبي، 2011).

مما دفع الباحثان إلى الاهتمام بهذه الدراسة خصوصية مرحلة الطفولة الوسطى حيث يتعرض الطفل إلى مثيرات وخبرات متعددة وجديدة باتساع دائرة الاتصال بالعالم الخارجي مما يؤدي إلى توزيع حياة الطفل الانفعالية على مختلف ما يحيط به من موضوعات وأفراد وجماعات جديدة في المدرسة والمجتمع الخارجي وتلاحظ مخاوف الأطفال بدرجات مختلفة عن المراحل السابقة، وتتغير من الخوف من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوانات والظلام ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن اجتماعياً ومن هنا جاءت مبررات الدراسة الحالية بتصميم برنامج إرشادي تدريبي جماعي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من طلبة مرحلة الطفولة الوسطى بهدف التعرف على أسباب المخاوف وأنواعها وكيفية مواجهتها والحد منها لديهم، وفي ضوء ذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

ما مدى فاعلية البرنامج الإرشادي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من طلبة مرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6 - 9) سنوات؟

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية لدى عينة من أطفال مرحلة الطفولة المتوسطة بعد تطبيق البرنامج؟

2.1 - فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض التالية:

1. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية، في اتجاه القياس البعدي.
2. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية، لصالح أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
3. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس المخاوف المرضية.

3.1- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من طلبة مرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6 - 9) سنوات، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في مستوى الخوف المرضى من المدرسة لدى عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج المقترح والتعرف على الفروق في مستوى المخاوف المرضية لدى عينة من طلبة مرحلة الطفولة المتوسطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

4.1- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها:

- تتصدى لمرحلة الطفولة المتوسطة والتي تنتسج فيها دائرة اتصال الطفل في العالم الخارجي حيث يكتسب فيها الطفل العديد من المواقف الانفعالية المتباينة، ويتحدد سلوكه وحياته في المستقبل.
- تكمن أهمية الدراسة في أهمية الموضوع الذي تناولته المخاوف المرضية وترجع أهمية الدراسة إلى ما تتركه المخاوف المرضية للأطفال من تأثيرات سلبية على التحصيل بصفة عامة وعلى التوافق النفسي بصفة خاصة، ومن هنا فإن دراسة هذا الموضوع قد يساهم في العمل أمام المسترشدين النفسيين في المساندة لإعادة التوافق النفسي لدى الأطفال.
- ولهذه الدراسة أهمية من الناحيتين النظرية والتطبيقية حيث اتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة والبحوث المتعلقة بالمخاوف المرضية في المجتمع العربي ندرة هذه الدراسات المتعلقة بالبرامج الإرشادية وبالتالي هناك حاجة ماسة لإجراء المزيد من هذه البحوث والدراسات للتحقق من فاعلية الفنيات الإرشادية المستخدمة في الدراسة للحد من المخاوف المرضية لدى أفراد العينة.

5.1- مصطلحات الدراسة:

(1) البرنامج الإرشادي:

هو برنامج مخطط ومنظم يتضمن مجموعة من الأنشطة والخبرات المحددة ومرتبطة بجدول زمني معين هدفه الحد من المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ وتلميذات مدارس مرحلة الأساس بمدينة بورتسودان باستخدام بعض الأساليب والفنيات منها السيوكودراما والمحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار الذاتي والاسترخاء.

(2) المخاوف المرضية:

حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الفرد عندما يتأثر بمؤثر خارجي ويشعر بالخطر وينبعث هذا المؤثر من داخله ويعد انفعال الخوف أحد أهم الحيل الدفاعية من أجل الحفاظ على الذات وبقائها. الشربيني (1994).

وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس المخاوف المرضية.

(3) مرحلة الطفولة المتوسطة:

الطفولة لغةً بأنها الفترة الزمنية أو المرحلة العمرية الواقعة بين مولد الإنسان حتى بلوغه، وتشترك معاني اللغة بهذا التعريف إجمالاً، لتتفق بذلك مع المفهوم الاصطلاحي للطفولة، إذ تُشير معاجم علم الاجتماع ومعاجم علم النفس إلى ذات المفهوم المُتعلّق بتلك المرحلة المُمتدّة بين ولادة الطّفل وبلوغه.

التعريف الاصطلاحي للطفولة إلى كونها المرحلة التي تبدأ بولادة الطفل وتنتهي ببلوغه، وتظهر فيها خصائص تميز سلوكياته واستقلاليته وتفكيره وبناءه في تلك الفترة، فهي بذلك المرحلة التي يعيشها الإنسان منذ ولادته حتى البلوغ (Hougaard, 2008).

مرحلة من مراحل النمو تمتد هذه المرحلة من حياة الإنسان من (6-9) سنوات، من دخول المدرسة إلى الصفوف الثلاثة الأولى، كما ورد في كتاب زهران، وهناك اختلافات بين المختصين في تقسيم المراحل وكذلك مسمياتها.

6.1- الإطار النظري والدراسات سابقة:

تمثل المخاوف المرضية لدى الأطفال العصاب الأول والحقيقي إذ أنها توجد خلف كل عصاب، ويمكن تحديد المخاوف المرضية بأنها خوف مبالغ فيه من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدرا للخطر، وهو خوف غير منطقي وغير معقول، وهو يختلف عن الخوف العادي الذي يشعر به الإنسان في المواقف الطبيعية.

وفي هذا الصدد يشير Bernstein & Connolly (2007) إلى أنه يجب التمييز بين المخاوف العادية والملائمة نمائي وتلك الاضطرابات التي تعوق بشكل خطير أداء الأطفال، ويضيفان أن مخاوف الطفولة تمثل فترة انتقالية نمائية سوية وقد تنشأ كاستجابة للأخطار المدركة، ولكنها تصبح مشكلة إذا لم تتلاشى مع مرور الزمن وإذا أعاققت أداء الأطفال.

ولقد عرفت Marks (1969) الفوبيا على أنها شكل خاص من الخوف، وقد اشتقت الكلمة من الكلمة اليونانية Phobos والتي تعني الهروب والخوف المفرع، أو الرعب، والذي: (1) لا يتناسب مع متطلبات الموقف (2) لا يمكن تفسيره أو إقناع الفرد بالعدول عنه، (3) خارج عن نطاق السيطرة الإرادية و(4) يفضي إلى تجنب الموقف الذي يخافه الفرد (وقد تؤدي الفوبيا أيضا إلى شل حركة الشخص) وهناك مجموعتان من الفوبيات وترتبط الأولى بمثيرات خارجية وتنقسم إلى أربع مجموعات فرعية: (1) فوبيا الأماكن المتسعة، (2) الفوبيات الاجتماعية (3) فوبيات الحيوان، (4) فوبيات محددة متنوعة الأشكال (الأماكن المرتفعة، الظلام، الجراثيم، الحرارة، العواصف السم،... الخ)، وترتبط المجموعة الثانية من الفوبيات بالمثيرات الداخلية للمريض، ولذلك لا يمكن تجنبها (الفوبيات الوسواسية).

ويميز الدليل التشخيص الإحصائي الرابع (APA, 1994) DSM-IV بين أربعة أنواع شديدة الشيوع من الفوبيات المحددة: النوع المرتبط بالحيوانات (الخوف الذي تسببه الحيوانات والحشرات)، النوع المرتبط بالبيئة الطبيعية (الخوف الذي تسببه موضوعات موجودة في البيئة الطبيعية مثل: العواصف، الظلام، والماء)، النوع المرتبط بالدم والحقن والضرر (الخوف الذي تثيره رؤية الدماء، أو الضرر، أو أخذ حقنة)، والنوع الموقفي Situational Type (أي الخوف الذي يثيره موقف محدد مثل وسائل المواصلات العامة، الأنفاق، الكياري)، ونوع "آخر" متنوع (الخوف الذي تثيره مثيرات مثل: الضغط، وتجنب المواقف التي تؤدي إلى الاختناق).

أعراض الخوف المرضي ومظاهره التي يصاب بها الشخص الخائف، حيث يظهر عدد من الانفعالات والتي من أبرزها تأثر لون البشرة حيث يتغير لون بشرة الخائف فيبدو شاحبا مصفرا ويميل أحيانا إلى الزرقة ويتدفق الدم إلى سطح الجلد فيزداد إفراز العرق وتنخفض درجة حرارة الجسم، فتبرد الأطراف، وتحدث بعض التغيرات في حركات الجسم كالرعشة والإجهاد والهبوط أو الإغماء والشعور بالدوار أو التقيؤ والتبول أحيانا

(شريت، 2000)، وقد تحدث تغيرات داخل جسم الخائف كخفقان القلب وانقباض أو انبساط الأوعية الدموية وسيطرة الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي على إفراز الغدة اللعابية، وإحداث اضطرابات بالتنفس حيث تضطرب حركة الخائف فيجد نفسه في شهيق وزفير شديدين وكذلك يتدفق هرمون الأدرينالين بشدة في الدم؛ مما يساعد على ظهور علامات الخوف الجسمية بشكل واضح، فإن العجز عن السيطرة على أجهزة النطق، يصيب الشخص الخائف بجفاف حلقه ويصاب بالحبسة، كما أنه إذا استطاع الكلام فإن صوته يكون مرتعشا (الفايز، 2002)، ويشير أسعد (1990) إلى أن الحالة العقلية تلعب دورا، فالشخص الخائف لا يستطيع إدراك جميع ما يصل إلى الحواس من إحساسات فيكون لديه تبدل في حالة الخوف، كما أنه لا يتمتع بنفس قوة الذاكرة التي اعتاد أن يتمتع بها، كما أنه ينسى أشياء أساسية في حياته أو فيما يتعلق بأقرب الأشخاص لديه ولا يحسن ترتيب أفكاره أو أن يراعي المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه، فلا يقوم بتقديم أفكار مترابطة لأنه يفكر بطريقة مشوشة نتيجة الخوف، ويعتبر فقدان السيطرة على عملية الإخراج أقصى أعراض الخوف (Ramirez & Cratochwill، 1990).

1- أشكال المخاوف المرضية:

- **الخوف من الحيوانات والحشرات:** يخاف بعض الأطفال من بعض الحيوانات والحشرات التي تنتشر عادة في البيئة المحلية للأطفال مثل القطط والفئران والكلاب والعنكبوت والصراصير، ويتضاءل ذلك مع نمو عقل الطفل، ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات وخاصة الأليفة منها، لكن قسما كبيرا منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد (ملحم، 2004).
- **الخوف من الأماكن:** مثل الخوف من الأماكن الفسيحة أو الغريبة أو المظلمة، وبعض الأطفال يخافون من محلات الجزارة أو الصيدليات أو المستشفيات أو عيادات الأطباء (الشربيني، 2005) فإذا دخل طفل ما مكانا جديدا وصادف فيه خبرة سيئة فقد يعمل على تجنب هذا المكان أو أي مكان آخر جديد عليه كعيادة الطبيب وما يرتبط به من مثيرات (كالمرضة مثلا)، ويطلق علماء النفس على هذا النوع من الخوف اسم " فوبيا الأماكن المفتوحة " وهي شائعة لدى الأطفال (شحيبي، 1994) ويرى البعض أن هذا النمط من الخوف يرتبط بالخوف من الخطر البدني كالخوف من التسمم أو الاختطاف؛ ويرجع ذلك إلى كثرة خروجهم إلى الطريق وركوب المواصلات ووقوع حوادث التصادم.
- **الخوف من الظلام:** يعتبر الخوف من الظلام من أكثر المخاوف شيوعا بين الأطفال ويرتبط الخوف من الظلام ارتباطا وثيقا بالخوف من الأماكن الجديدة، كما يعتبر الخوف المرضي من الظلام عند الأطفال ضمن المخاوف غير الحسية.
- **الخوف من دلائل الموت وما يرتبط به:** قد يخاف الطفل من منظر الدواء والجروح والعمليات الجراحية وتناول الأدوية والحقن وحوادث السيارات ورائحة الغاز في البيت وانتقال العدوى إليهم من المرضى ويتجنبونهم، وقد تتحول هذه المخاوف الناتجة من تلك المشاهد إلى وساوس تنتاب الأطفال ولا تغيب عن أذهانهم.
- **الخوف من الموت:** تشير الدراسات التي أجريت على خبرة الموت لدى الأطفال أن موت شخص عزيز له تؤدي إلى الصدمة إذا كانت الواقعة تمثل بالنسبة له الخبرة الأولى في حياته.

- **الخوف من العداوة والنقد:** يخاف الطفل من مشاعر الغضب التي تنتاب الكبار والمشاجرات أو الخلافات العائلية وأصواتهم المرتفعة، كما يخاف من تجاهل الآخرين له أو نبذه، وتوجيه كلمات ناقدة له.

- **مخاوف أخرى مثل:** الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من فقدان الثقة، والخوف من أشياء ارتبطت بموقف مخيف.

وتتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة وتكاد تختفي مخاوف الأطفال من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوانات والظلام ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن الاجتماعي والاقتصادي. (ملحم، 2004).

2- أسباب مخاوف الأطفال:

أ. **قمع انفعال الطفل:** عقاب الوالدين لسلوك الخوف لدى أطفالهم خشية أن يصبح الطفل خوفاً أو إجبارهم على مداعبة بعض الحيوانات أو ذبح الحيوانات والطيور أمامهم خاصة في المناسبات الدينية أو القومية (ملحم، 2004).

ب. **الخبرات غير السارة:** إن الخبرات غير السارة التي يمر بها الأطفال تترك آثاراً سلبية لا تزول بسهولة، إذا يخاف الطفل من تكرار الخبرات المؤلمة التي مر بها كالعلاج الطبي أو عملية جراحية أو أن يكون قدر تعرض للعض مثلاً أو التهديد من قبل حيوان ما يمكن أن يسبب له خوفاً محدداً من ذاك الحيوان أو خوفاً من جميع الحيوانات أو توجهها عاماً للخوف من أي موقف.

ج. **التأثير على الآخرين:** إن الطفل يمكن أن يستخدم المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم، فأحياناً قد يكون إظهار الطفل الخوف هو إحدى الطرق القوية لجذب الانتباه (شفير وميلمان، 1989).

د. **الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي:** يوصف بعض الأطفال بأنهم كانوا دائماً حساسين للغاية وخوافين منذ الولادة أو خلال السنة الأولى أو الثانية من العمر، وهؤلاء الأطفال يظهرون استجابات جد قوية للأصوات أو للحركة المفاجئة أو للتغيرات في البيئة.

هـ. **النقد والتوبيخ:** إن النقد الزائد للأطفال قد يؤدي إلى تطوير شعور بالخوف لديهم، حيث يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل شيء صحيح، ويبدو هؤلاء الأطفال كأنهم يتوقعون النقد دائماً، وهذا يؤدي بدوره إلى أن الطفل يفقد الثقة بنفسه ويظهر عليه الجبن والخنوع، الضبط والمتطلبات الزائدة: إن الأطفال الذين يعيشون في جو بيت يتسم بالضبط الزائد يمكن أن يصبحوا أطفالاً خوافين بشكل عام أو أطفالاً يخافون من السلطة بشكل خاص، فقد يخافون من المعلمين أو رجال الشرطة أو ممن يمثلون السلطة.

و. **اضطراب الجو العائلي:** إن الجو المتوتر في البيت الذي يحدث الصراعات المستمرة بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء يؤدي إلى شعور بعدم الأمن، والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية.

ز. **النموذج:** يخاف الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية لأفراد أسرته ومن يخالطهم في البيئة، كما يتعلم الخوف بتقليده لسلوكهم من خلال ملاحظته الخوف لدى الكبار أو الأخوة أو الرفاق، ومن المعتاد أن نرى لدى الأطفال شديدي الخوف واحداً من الوالدين على الأقل لديه مخاوف شديدة، فمثلاً الأم التي تخاف من الكلاب أو المرتفعات قد يعاني طفلها من خوف مشابه.

3- النظريات المفسرة للمخاوف المرضية:

تناولت بعض النظريات العلمية تفسير ومعالجة الخوف على أنه استعداد فطري ومنها ما يفسره على أنه متعلم.

أ- النظرية الغريزية:

تؤكد هذه النظرية على أن الخوف شعور واستعداد غريزي كامن في البناء النفسي والجسمي للطفل وأن الإحساس بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية في الدماغ وأجزاء من الجهاز العصبي المركزي، وقبل هذا النضج لا يظهر الخوف (الشربيني، 1994)، ويقسم فرويد المخاوف إلى قسمين:

- الأول: يسميه المخاوف الموضوعية ويرتبط فيها الخوف بموضوع معين محدد كالخوف من الحيوانات أو من الظلام أو الموت.
- الثاني: يسميه المخاوف العامة وهذا النوع لا يرتبط فيه الخوف بأي موضوع فحالة الخوف لا تستقر على موضوع معين وصاحب هذه الحالة يتوقع الشر والرعب في أي لحظة ومن أي شيء (القوصي، 1981).

ب- النظرية الشرطية (التعليم الشرطي):

تركز النظرية الشرطية على أن المخاوف تنشأ نتيجة لخبرة مباشرة وغير مباشرة حيث يحدث اشتراط Conditioning يبين موقف معين وخبرة الخوف وهم يركزون على الاشتراط التقليدي في نشأة المخاوف المرضية وقد نشر "جون ب واطسون" مقالاً يعرض فيه أن الاستجابات الانفعالية مثل المخاوف يمكن اكتسابها من خلال الإشراف الكلاسيكي ويعرف هذا الموضوع في تراث علم النفس بقصة البرت الصغير (قاسم، 2004). وبصفة عامة فالمخاوف تحدث نتيجة لوجود ارتباط بين مثيرين إحداها طبيعي والآخر شرطي ونتيجة هذا الترابط يكتسب المثير الغير طبيعي الشرطي صفات المثير الطبيعي فأصبح يفعل ما يفعله (هيد، 2002). وعلى هذا النمط يمكن أن يتعلم الفرد كثير من المخاوف فإذا حدث انفعال الخوف لأي سبب من الأسباب التي تستدعي الخوف ارتبط انفعال الخوف ببعض الأشياء الخارجية التي كانت موجودة أثناء حدوث الانفعال بحيث تكسب هذه الأشياء القدرة على إثارة انفعال الخوف فيما بعد وتسمى هذه الطريقة التي يتعلم بها الفرد كثير من انفعالاته بالاقتران أو الاشتراط (أحمد، 2009).

ت- النظرية المعرفية:

وتركز النظرية المعرفية على أن المخاوف إنما قد تصدر من معلومات غير صحيحة أو أخطاء معرفية فالفرد في النظريات المعرفية لا يكون توجهه فقط نحو اكتساب مواقف الاستجابة بل الاتصال مع البيئة المحيطة به من خلال العمليات المعرفية، والسلوك ليس سلسلة آلية متعاقبة من الوقائع فقط بل يتوقف على تقدير وتوقع وتفسير الفرد (هيد: 2002) ونرى هنا أن النظرية المعرفية تركز على أن تعلم الفرد لبعض انفعالاته يتم عن طريق الفهم والإدراك وهذا الفهم يساعد على تكوين الاستجابة الانفعالية كالخوف من النار أو الأصوات المرتفعة أو الحيوانات المفترسة، وللنظرية المعرفية دور هام في تفسير المخاوف المرضية، والتي تم صياغتها من خلال المعالجين السلوكيين المعرفيين، والكثير من الدراسات التي أجريت على اختبار هذه النظرية أشارت في مجملها إلى أخطاء في التفكير مثل تكوين الاتجاهات السلبية للذات، والمعتقدات اللاعقلانية، وفي ضوء هذه الرؤية تسبق الأفكار الخاطئة السلوك الفوبيا (Emmelkamp, 1985).

4- نظرية العاملين:

تعتبر نظرية Mower دمجا للاشتراط الكلاسيكي والإجرائي فهي تتضمن عاملين: يشير العامل الأول إلى أننا نتعلم الخوف من وجود المثير المخيف من خلال عملية الاشتراط، ويشير العامل الثاني إلى أن خفض الخوف والقلق يكون من خلال الهروب وتجنب الموقف المثير، وهذا يؤدي إلى حدوث تحسن، وتجنبك للموقف المخيف يؤدي إلى خفض المخاوف وهذا يمثل مكافأة (Houston et al., 1979).

وقد أوضح Mower بأن المخاوف تكون مشروطة والتي يتم إجراؤها في المعمل من الممكن أن تخضع للانطفاء، وذلك إذا قدم المثير الشرطي الفأر الأبيض في حالة الطفل البرت بتكرار بدون مثيرات لا شرطية مثل الصوت المرتفع، فإن الاستجابة الانفعالية سيعتريها الاضمحلال بالتدريج، ولكن بالرغم من ذلك نجد أن استجابة الخوف في العالم الواقعي خارج جدران المعمل تقاوم الانطفاء، ويرجع السبب طبقا لمورو إلى أن الفرد عندما يواجه الموقف المخيف، ويخبر حالة القلق فإن الاستجابة هي الهروب من الموقف المخيف، وهذا سيؤدي إلى خفض حدة هذه المخاوف، وعلى هذا الأساس نجد أنه من الصعوبة أن تخضع هذه المخاوف للانطفاء. (Rimm, 1981,20 & Lefobvre).

5- نظرية التعلم بالملاحظة:

يعتقد عالم السلوك البرت بندورا أنه يمكن التعلم مباشرة من خلال ملاحظة الآخرين أو ما يسمى التعلم بالنيابة أو العوض، وأن التعلم بالملاحظة يختصر عملية التعلم فيشير إلى أنه إذا كان على الفرد أن يعتمد كلية على أفعاله ليتعلم، فإن معظمنا لن يعيش عملية التعلم (دافيدوف، 1997). ويتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الأخوة أو الزملاء وقد دلت الدراسات أنه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحدا من الوالدين على الأقل مصاب بمخاوف شديدة، فالأم التي تخاف من الحشرات والصراصير والمرتفعات يصيب طفلها ما أصابها من هلع أو خوف عند رؤية مثل هذه الحشرات أو رؤية هذه المرتفعات (محمد، 1994).

4- الدراسات سابقة:

قام سعد (2001) بدراسة عنوانها مدى فاعلية برنامج إرشادي علاجي للعمل مع الجماعات لخفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى تلميذات المدارس الابتدائية في مرحلة الطفولة المتأخرة وهدفت الدراسة إلى الكشف عن أهم المخاوف وأكثرها شيوعا لدى تلميذات المدارس الابتدائية مع تعميم برنامج علاجي سلوكي وقياس مدى فعالية هذا البرنامج؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن مدى فعالية برنامج العلاج السلوكي للعمل مع الجماعات في خفض المخاوف الشائعة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وفي دراسة يحيى (2003) استخدام السيودراما في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة وهدفت الدراسة إلى التحقق من استخدام السيودراما والنمذجة لمعرفة مدى فاعلية كل منهما من خلال إعداد برنامج سيودرامي وبرنامج للنمذجة يعتمد على الدراما في التخفيف من الفوبيا الاجتماعية والكشف عن مدى فاعلية الدمج بين البرنامجين للحد من الفوبيا؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تأثير دال لمتغير المعالجة (السيودراما) في تباين درجات أفراد المجموعات الفرعية المستخدمة (المجموعتين التجريبيتين) (ذكور - إناث) في القياس البعدي للفوبيا لصالح درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين، وعدم وجود تأثير دال

للمتغير (النوع) والمعالجة السيكدوراما والنمذجة في تباين درجات أفراد المجموعات الفرعية المستخدمة والمجموعتين التجريبيتين الضابطين في القياس البعدي للفوبيا الاجتماعية.

وقام عبد الظاهر (2004) بدراسة عنوانها مدى فعالية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية، وهدفت الدراسة للتعرف إلى مدى فعالية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية وارتباطا سالباً بين الفوبيا الاجتماعية والمهارات التوكيدية، وأظهرت الإناث فوبيا اجتماعية أعلى من الذكور وكانت فعالية برنامج العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي مؤثرة في خفض الفوبيا ولا يوجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين، كما يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني على مقياس الفوبيا بعد العلاج ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج كما يوجد فروق بين متوسطي درجات أفراد مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية بعد العلاج مباشرة ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج في مقياس الفوبيا.

وفي دراسة (2006) Dasari & Knell أثر العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال الذين لديهم قلق ومخاوف مرضية، وهدفت الدراسة إلى بيان أثر العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال الذين لديهم قلق ومخاوف مرضية وتكونت العينة من (30) طفلاً ومرافقاً لديهم قلق ومخاوف مرضية وتم اختيار (6) أطفال منهم وتم استخدام مع أفراد العينة العلاج المعرفي السلوكي؛ وأسفرت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في خفض اضطرابات القلق والمخاوف المرضية لديهم.

وأجرى (2008) Pina & Silverman دراسة بعنوان أثر العلاجات النفس الاجتماعية لاضطرابات القلق والمخاوف لدى الشباب وهدفت الدراسة إلى بيان أثر العلاجات النفس الاجتماعية لاضطرابات القلق والمخاوف المرضية لدى الشباب وتكونت العينة من (30) دراسة اهتمت بعلاج الشباب من القلق (الانفصال، الرهاب الاجتماعي، والقلق العام ومخاوف خاصة) واستخدمت فنيات العلاج المعرفي السلوكي؛ وأسفرت نتائج الدراسة بالتأكيد بفاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة في خفض درجة المخاوف المرضية لدى الشباب من أفراد المجموعة التجريبية عن أقرانهم في المجموعة الضابطة.

وأجريت دراسة من قبل (2008) others & Marja عنوانها المخاوف والفوبيا الخاصة لدى الناس وهدفت الدراسة للتعرف على مدى انتشار بعض المخاوف المرضية مثل الخوف من الحيوانات والمرتفعات والمياه والأماكن المغلقة والطيران والعواصف واعتمد الباحث جمع البيانات من خلال دراسة استطلاعية مسحية؛ وأسفرت نتائج الدراسة بأن أكثر الحالات السائدة هي التي تعاني من الخوف من المرتفعات العالية ويليها الخوف من الحيوانات ثم الخوف من الأماكن المغلقة والخوف من رؤية الدماء والخوف من الماء والعواصف ثم الخوف من ركوب الطائرة والخوف من البقاء وحيداً.

وأجرى (2008) others & Hougaard دراسة بعنوان تطبيق برنامج للعلاج السلوكي المعرفي لبعض العملاء المصابين بالمخاوف المرضية، هدفت الدراسة إلى تطبيق برنامج للعلاج السلوكي الإدراكي لبعض العملاء المصابين ببعض المخاوف المرضية وكان مدة البرنامج عبارة عن علاج جماعي مكثف لمدة (5) أيام

متتالية خلال أسبوع واحد من الساعة (9-2) من كل يوم وكانت مجموعة العلاج مكونة من (9) عملاء و(8) طلاب معالجين متدربين الذين كانوا متواجدين خلال (25) ساعة الكاملة للعلاج وكان يقدم نوع من العلاج الفردي بعد انتهاء فترة العلاج الجماعي في كل يوم؛ وأسفرت نتائج الدراسة أن العلاج الجماعي المكثف كانت ذا قيمة لدى أفراد العينة حيث ساهم في انخفاض بعض أعراض المخاوف المرضية على مدار الأسبوع.

وفي دراسة عجلان (2008) "دراسة سيكومترية لدراسة مخاوف الأطفال والمراهقين في ضوء كل من العمر والنوع وارتباط تلك المخاوف بالصحة النفسية، وهدفت لدراسة الفروق في مخاوف الأطفال تبعاً للنوع والعمر؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث، وجاءت المخاوف لصالح الإناث وذلك من حيث التعرض للأذى والخوف من الحرب والإصابة من المرض والخوف من الاعتداء ومن الحشرات والحيوانات.

قام (2009) others & Gren بدراسة عنوانها انتشار الرهاب في عينة مجتمعية من المراهقين في المدارس الإعدادية بالسويد، هدفت الدراسة للتعرف إلى مدى انتشار الرهاب في عينة مجتمعية من المراهقين في المدارس الإعدادية في السويد في فترة الخطر التي تنمو فيها بعض المخاوف المرضية وتكونت العينة من (2128) طالب؛ وأسفرت النتائج بأن الرهاب الاجتماعي هو أمر عام في حالات الأمراض النفسية لدى المراهقات الذين بلغت نسبتهم (6.6%) أما المراهقين بلغت النسبة (1.8%) وهذا يدل على وجود فروق بين الجنسين في الإصابة بالمخاوف المرضية، وكما لا توجد فروق في أعمار المراهقين في الإصابة بالمخاوف المرضية وإن أكثر المواقف التي تسبب تلك المخاوف لديهم هي التحدث أمام الآخرين في الفصل ومحادثة شخص ما غير مألوف لديهم على الهاتف.

وأجرى سليمان (2010) بدراسة عنوانها فعالية برنامج للعب الدرامي في خفض حدة المخاوف المرضية لأطفال الروضة، وهدفت الدراسة إلى إعداد برنامج للعب الدرامي والتحقق من مدى فعالية البرنامج المستخدم في خفض حدة المخاوف المرضية لدى أطفال الروضة، وتكونت عينة الدراسة (60) طفلاً من النوعين (ذكور، إناث) وتم تقسيمهم (30) مجموعة ضابطة و(30) مجموعة تجريبية، وتم استخدام رسم الرجل ومقياس المخاوف المرضية وبرنامج اللعب الدرامي، واستخدم المنهج التجريبي؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج المستخدم في خفض المخاوف المرضية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

تنوعت الدراسات السابقة والأدب التربوي ولذلك ينبغي من خلال التنوع في الأهداف والبرامج المستخدمة التباين الواضح في طبيعة مجتمع الدراسة وكيفية اختيار العينة، حيث نجد الدراسات السابقة تناولت مراحل عمرية مختلفة منها تناول مرحلة الطفولة ومنها تناول المراهقة وكذلك التنوع في نتائج الدراسة وهذا يتماشى مع طبيعة كل دراسة، استفاد الباحثان في تصميم البرنامج الإرشادي ومن عرض نتائج الدراسة وفي ضوء ذلك تمكن الباحثان من تحديد فروض الدراسة.

2- الطريقة والأدوات:

1. منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج التجريبي للوقوف على مدى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة للحد من المخاوف المرضية لدى أفراد العينة.

2. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من جميع الأطفال مدرستي ديم الشاطئ بنين وبنات محلية بورتسودان للعام الجامعي (2017-2018) ممن تتراوح أعمارهم بين (6-9) سنة، وتم اختيار العينة بناءً على ما أسفرت عنه نتائج عملية التطبيق على مقياس المخاوف المرضية، وقد تم اختيار (10) طفلاً وطفلة وهم الأعلى درجات في مقياس المخاوف المرضية حيث اتضح بأنه لا يوجد فروق بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

3. أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس المخاوف المرضية:

وفي إطار الأدب التربوي الذي يتعلق بالمخاوف المرضية وفي ضوء الدراسات السابقة واستطلاع رأي عينة من الأساتذة المتخصصين في الجامعات في هذا المجال قام الباحثان ببناء المقياسين وبلغ عدد عبارات مقياس المخاوف المرضية (26) عبارة، تم تعديله وملائمته علي البيئة السودانية من قبل الباحثان.

قام الباحثان بحساب معامل الصدق والثبات بمعادلة Cranbach Alpha لحساب قيمة معامل الثبات لفقرات المقياس والدرجة الكلية فكانت كالاتي:

جدول (1): يوضح قيم الصدق والثبات

رقم	العبارة	معامل الصدق	معامل الثبات
1	هل تنزعج عند وجود غرباء في بيته؟	0.79	0.62
2	هل تتردد في طلب المساعدة من الأطفال الآخرين؟	0.84	0.71
3	هل تصمت بوجود الغرباء؟	0.82	0.68
4	هل تتمنى أن لا تذهب إلى المدرسة أبداً	0.79	0.62
5	هل تبعد عن الهاتف وينادي من يرد عليه؟	0.86	0.74
6	هل تتجنب اللعب مع الأطفال الآخرين؟	0.80	0.64
7	هل تتردد في الخروج وحده لشراء ما يريد من متجر قريب؟	0.77	0.59
8	هل تخاف من الوقوع في المدرسة نتيجة الدوخة؟	0.85	0.72
9	هل تحس بالرهبة عندما تسأل المعلمة؟	0.79	0.63
10	هل تخاف من اللعب مع الأصدقاء ؟	0.77	0.6
11	هل تتلعثم عند التحدث مع الآخرين؟	0.82	0.68
12	هل تبكي إذا رأى مشاجرة بين والديه؟	0.85	0.72
13	هل ترفض الذهاب للمناسبات الاجتماعية؟	0.88	0.78
14	هل ترتبك عندما يوجه له شخص غريب أي سؤال؟	0.81	0.65
15	هل تتردد من الاستفسار عن شيء يثيره؟	0.77	0.6
16	هل يتعرق وجهك عندما يتكلم مع الآخرين؟	0.76	0.58
17	هل تمارض حتى يتغيب عن الروضة؟	0.86	0.74
18	هل تستسلم بسهولة في أي موقف يواجهه؟	0.84	0.7
19	هل تمتنع عن زيارة الأقارب؟	0.85	0.72
20	هل تركض مبتعداً عندما يناديه شخص غريب؟	0.82	0.67
21	هل تتردد في مساعدة الأطفال الآخرين؟	0.79	0.62
22	هل تبدي رغبته في البقاء داخل المنزل؟	0.83	0.69
23	هل تتكلم بصوت خافت غير مسموع؟	0.73	0.54

24	هل تشكو من ألم في بطنه عندما يطلب منه زيارة احد؟	0.84	0.71
25	هل تلتصق بمن حوله عند الخروج من المنزل؟	0.81	0.66
26	هل يصعب عليك الدفاع عن نفسه عندما يضايقه الأطفال؟	0.88	0.77
	الدرجة الكلية	0.82	0.72

مما سبق يخلص الباحثان إلى أن المقياس بجميع محاوره يتمتع بدرجة ثبات مناسبة لاستخدامها لأغراض هذه الدراسة حيث بلغ معامل الثبات الكلي (0.72) ومعامل الصدق الكلي للمقياس (0.82%)، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بالصدق والثبات.

- ثانيا: البرنامج الإرشادي (إعداد الباحثين):

أ- وصف البرنامج:

هو برنامج إرشادي جماعي يشتمل على بعض الأساليب والفنيات ومنها السيوكودراما والمحاضرة والحوار والمناقشة الجماعية، وفنيات معرفية كأسلوب حل المشكلات والواجبات المنزلية بالإضافة إلى فنيات سلوكية منها النمذجة والتقرير والاسترخاء.

ب- خطوات البرنامج: وينقسم أهداف البرنامج إلى ثلاثة أقسام:

1. هدف علاجي: هدفه الحد من المخاوف المرضية لدى عينة من طلاب وطالبات من خلال دحض

الأفكار اللاعقلانية الخاطئة واستبدالها بأفكار عقلانية باستخدام بعض أساليب الإرشاد الجماعي المتضمنة في البرنامج.

2. هدف وقائي: هدفه إكساب أفراد المجموعة التجريبية بعض الفنيات الإرشادية التي تمكنهم

من الحد من المخاوف المرضية من خلال العمل على وقايتهم من الأفكار غير العقلانية الخاطئة التي يعتقدونها بسبب ما لديهم من مخاوف مرضية وتعليمهم على ممارسة الفنيات الانفعالية السلوكية.

3. هدف نمائي: وهدفه إتاحة الفرصة أمام المجموعة التجريبية إلى زيادة النمو المعرفي والسلوكي

عن طريق تعزيز أفكارهم العقلانية ومساعدتهم في الحد من المخاوف المرضية.

ت- محتوى جلسات البرنامج:

تم ترتيب جلسات البرنامج الإرشادي بشكل منطقي يتناسب مع طبيعة مشكلة الدراسة الحالية وكانت عدد الجلسات (12) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا لمدة شهرين ، وكان زمن كل جلسة (45) دقيقة، وتم تحديد محتوى الجلسات بناءً على أهداف البرنامج وكذلك على الفنيات العلاجية المتبعة في جلسات البرنامج.

ث- صدق البرنامج:

- الصدق الظاهري:

وتم عرض البرنامج على مجموعة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس التربوي والتربية، لمعرفة آرائهم في مدى مناسبة البرنامج للأهداف التي وضع لأجلها، وقد تم الأخذ بآراء المحكمين التي كانت في الغالب تنظم وتثري الإستراتيجيات والأهداف التي استخدمت في البرنامج، وتلخصت آراء المحكمين في الآتي:

1. زيادة عدد الجلسات إلي (12) جلسة بدلا من (10).

2. زيادة مدة البرنامج من شهر ونصف إلي شهرين.

3. تقليل مدة الجلسة من (50) دقيقة إلي (45) دقيقة؛ استنادا إلي أن الطفل لم يتحمل الالتزام لمدة أطول.

4. تحديد نوع الواجب المنزلي المذكور في الجلسات.

ج- تطبيق البرنامج:

تمت إجراء الدراسة في ثلاثة مدارس أساس بولاية البحر الأحمر لعدم توفر مجموعة الدراسة في مؤسسة واحدة، وهي مدرسة الشرقية الابتدائية بنين، ومدرسة ديم الشاطي بنين بنات. وقد قام الباحثان بزيارة استطلاعية للمدرسة وقامت بمقابلة معلمي التلاميذ أفراد العينة في هذه الدراسة حيث أن كل حالات المخاوف المرضية التي لاحظها المعلمون. وقد استمرت هذه الدراسة فترة شهرين.

4. التحليل الإحصائي:

استخدم الباحثان مجموعة من الأساليب الإحصائية الآتية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات المقياس.
- معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لاختبار ثبات وصدق المقياس.
- اختبار (ت).

3- عرض النتائج ومناقشتها:

للإجابة على السؤال الأول الذي نص علي: ما مدى فاعلية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6-9) سنوات؟
قد تم استخراج المتوسطات الحسابية لأداء مجموعتي الدراسة علي التطبيق القبلي للدراسة في البرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية حسب متغير المجموعتين.

جدول (2): يوضح الإجراء التالي

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضابطة	5	24.70	3.79
التجريبية	5	29.90	3.76
المجموع	10	27.30	4.18

يظهر من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي غير المعدل لأداء المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي لفاعلية البرنامج الإرشادي المقترح، ويتضح ذلك بأن هنالك فاعلية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6-9) سنوات.
وللتأكد من الفرق بين المتوسطتين الحسابيين بين المجموعتين ذو دلالة إحصائية، فقد تم تطبيق اختبار (T-test) الفرق بين متوسطي الأداء القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على البرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة بمدينة بورتسودان:

جدول (3): يوضح الفروق بين متوسط الأداء التطبيقي القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على البرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية

التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القبلي	20.10	2.28	5	7.052	0.000
البعدي	29.90	3.76			

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط الأداء التطبيقي القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على البرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية

استنادا إلى قيمة (ت) المحسوبة التي بلغت (7.052) وباحتمال يساوي (0.000)، مما يدل على أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج المقترح للحد من المخاوف المرضية. ويرى الباحثان أن هنالك تحسن ملحوظ في الحد من المخوف المرضي لدى المجموعة التجريبية التي طبقت عليها للفرق بين متوسطي مجموعتي الدراسة علي الاختبار البعدي، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل في مستوى المخاوف المرضية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي التي طبق عليها البرنامج المقترح الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية، واتفقت هذه النتيجة قام عبد الظاهر (2004)، دراسة يحيى (2003)، ودراسة سعد (2001).

والدراسة الحالية اهتمت بإشراك الأم أو القائم على رعاية الطفل في الأسرة كمساعد الباحث في تطبيق البرنامج التدريبي، وكعلم الطفل في البيت، وساعد ذلك في فعالية البرنامج الإرشادي المقترح. للإجابة على السؤال الثاني الذي نص:

هنالك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل في مستوى المخاوف المرضية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اختبار المتابعة؟

جدول (4): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء مجموعتي الدراسة علي اختبار المتابعة لبرنامج مستوى المخاوف المرضية

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضابطة	5	23.10	2.18
التجريبية	5	27.80	3.55

يظهر من الجدول السابق أن متوسط أداء المجموعة التجريبية علي اختبار البرنامج الإرشادي المقترح في المخاوف المرضية لدى الأطفال، كان أعلى من متوسط أداء المجموعة الضابطة، حيث بلغ (27.80) في حين بلغ متوسط المجموعة الضابطة (23.10)، وبلغ الفرق بين المتوسطين (4.70). وللتأكد من الفرق بين المتوسطتين الحسابيين بين المجموعتين ذو دلالة إحصائية، فقد تم تطبيق اختبار (T- test) وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5): يوضح الفرق بين متوسطي المجموعتين الضابطة والتجريبية

التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
القبلي	23.10	2.18	5	3.564	0.002
البعدي	27.80	3.55			

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) فأقل بين متوسط أداء المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية علي اختبار المتابعة البرنامج الإرشادي المقترح في المخاوف المرضية لدى الأطفال، استنادا إلى قيمة (ت) المحسوبة والتي بلغت (3.564) وباحتمال يساوي (0.002)، مما يدل على أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج الإرشادي المقترح في المخاوف المرضية لدى الأطفال. ويتضح من نتائج الدراسة إلى أن فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في المخاوف المرضية لدى الأطفال حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.005) فأقل علي الاختبار البعدي للبرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة واختبار

المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يتفق مع دراسة سعد (2001)، ودراسة سلفرمان وبينه (2008) ودراسة سليمان (2010).

4- الخلاصة:

لقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

1. هنالك فاعلية للبرنامج الإرشادي للحد من المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة أعمارهم من (6-9) سنوات.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) فأقل في مستوى المخاوف المرضية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاختبار البعدي التي طبق عليها البرنامج المقترح البرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.005) فأقل علي الاختبار البعدي للبرنامج الإرشادي المقترح للحد من المخاوف المرضية لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتوسطة واختبار المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

كما خرجت الدراسة بالعديد من التوصيات من أهمها:

- ضرورة الاهتمام بأطفال الطفولة المبكرة وخاصة الأطفال الذين تظهر عندهم أعراض الإضرابات النفسية من خلال تقديم الخدمات والبرامج النفسية. ضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين سواء بالمدارس أو المراكز النفسية والتربية بأحدث البرامج العلاجية التي طرأت في الميدان النفسي.
- ضرورة تطبيق برامج العلاج النفسي بأنواعه المختلفة للتعرف علي أسباب الخوف المرضي واضطرابات الطفولة بشكل عام والتصدي للأعراض والتخلص منها، وذلك لضمان نمو نفسي سليم، وتوفير المناخ المناسب لنموهم وإشباع حاجاتهم النفسية والجسدية، وتجنب استخدام الأساليب الخاطئة في تنشئتهم ورعايتهم في جو يسوده الحب، وضرورة التواصل الفعال بين الوالدين والمدرسة. ويقترح الباحثان توسيع الدراسة الحالية على جميع مراحل النمو الإنساني.

الإحالات والمراجع:

- أحمد، سهير كامل (2009). الصحة النفسية والتوافق. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- الأنصاري، بدر محمد (2001). المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتيين. *حوليات الأدب والعلوم الاجتماعية*، (21).
- الزغبى، أحمد محمد (1994). *الأمراض النفسية، المشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال*. صنعاء: دار الحكمة اليمنية.
- أبو نصيف، سعد. (2001). مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي للعمل مع الجامعات لخفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى تلميذات المدارس الابتدائية في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس.
- زهران، حامد (2005). *علم النفس النمو*. ط5. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد (1996). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: دار الكتب.
- شحاتة، سليمان (2010). فعالية برنامج للعب الدرامي في خفض حدة المخاوف المرضية لأطفال الروضة. *دراسات تربوية ونفسية*. مجلة كلية التربية بالزقازيق، (69).
- شارلز شيفر، هوارد مليمان (1989). *مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها*. ترجمة نسيمه داود. نزيه حمدي. عمان الجامعة الأردنية عمادة البحث العلمي.
- شحيمة، محمد (1994). *مشاكل الأطفال كيف نفهمها؟ المشكلات وانحرافات الطفولة وسبل علاجها*. بيروت: دار الفكر اللبناني.
- الشربيني، زكريا (1994). *المشكلات النفسية عند الأطفال*. القاهرة: دار الفكر العربي.

- شريت، أشرف (2000). مخاوف الأطفال المعاقين عقليا. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- شكري، محمد شكري (2008). الفوبيا، التصنيف والتشخيص والقياس. الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.
- عبد الظاهر، عبد الله. (2004). مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية جامعة أسيوط.
- عجلان، غفاف محمود (2008). دراسة سيكومترية لدراسة مخاوف الأطفال والمراهقين في ضوء كل من العمر والنوع وارتباط تلك المخاوف بالصحة النفسية. مجلة التربية بأسيوط، 25 (1) (ج1)
- الفايز، عادل. (2002). المخاوف وعلاقتها بسمات الشخصية لدى التلاميذ المتخلفين عقليا المدمجين في المدارس العادية بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الخليج العربي. مملكة البحرين.
- قاسم، أنسي محمد أحمد (2004). علم النفس التعلم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القوصي، عبد العزيز (1981). أسس الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- لندا، دافيدوف (1997). مدخل علم النفس. ترجمة: سيد الطواب، محمود عمر، نجيب خزام، مراجعه وتقديم، فؤاد أبو حطب. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- ملحم، سامي محمد (2004). علم نفس الطفولة "دورة حياة الإنسان". ط1. عمان: دار الفكر.
- هيد، مني محمد إبراهيم. (2002). دراسة فاعلية برنامج إرشادي في خفض بعض المخاوف الشائعة لدى أطفال المؤسسات الاجتماعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- لطفی، يحيى محمد. (2003). استخدام السيودراما في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.

- Emmelkamp, P. (1985). Anxiety and fear in Bellack, A.S Herson, M & Kaziden, A.E (eds), *International handbook of behavior modification and therapy* New York: Plenum Press.
- Gren, M., Tillfors, M., & others. (2009). Social Phobia in Swedish adolescents. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. Vol. 44, Issue 1 p 1-7.
- Hobson, R. Peter: Lee Anthony. (2009). Play, Autism: Childern, Interpersonal Competence; Peer Relationship; Social Behavior; Comparative Analysis; Imagination, Creativity. *Journal of Autism and Development Disorders*. v37 n1 p12-22 Jan 2009.
- Hougaard, E., Madsen, S.S., & others. (2008). A Novel Group Therapeutic Format in Cognitive Behavioural Treatment for Clients with Social Phobia in Training Setting: A Case Study of One Treatment Group with Nine.
- Knell, Susan. M & Dasari, Meena. (2006). Short Term play Therapy For Children (2nd Ed). In Schaefer, Charleskaduson, Heidi Gerard (Eds.). New York. Ny, Us: Guilford Press. Cognitive-Behavioral play Therapy for Children with Anxiety and Phobias.
- Lefebvre, R & Rimm, D. (1981). Phobic disorder in Turner, S.M., Gullone, K & Adams, H. E (eds) *Handbook behavior Therapy*. New York: John Wiley.
- Maija F., Margreet L., & others. (2008). Specific fears and phobias in the general population: Results from the Netherlands. *Social Psychology & Psychiatric Epidemiology*, Vol. 43, Issue 3) P. 200-208.
- Silverman, Wendy-k; Pina, Armando-A. (2008). *Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Youth*. Steele, Ric G (Ed); Elkin, T. David (Ed); Roberts, Michael C (Ed) *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Practice*. New York, Ny. Us: Springer Science + Business Media, Pp.65-82.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

موسي، بلال عيسى بلال وعبد الله، إبراهيم آدم عبد الحميد (2024). فاعلية برنامج إرشادي للحد من المخاوف المرضية من المدرسة لدى عينة من تلاميذ مرحلة الطفولة المتوسطة من (6-9) سنوات. مجلة العلوم النفسية والتربوية. 9(4)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 38-22.