



عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

درجة شُيُوع المَخَافِ المَرَضِيَّة لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا
التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم

دلال هاني حسني الحسن

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1429 هـ - 2008 م

درجة شُيوع المَخاوف المَرَضِيَّة لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا
التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طُولكرم

إعداد:

دلال هاني حسني الحسن

بكالوريوس تربية وعلم نفس من جامعة النجاح الوطنية

المشرف الرئيس: د. نبيل عبد الهادي

المشرف الثاني: د. يوسف ذياب عواد

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة
النفسية من كلية الصحة العامة/ برنامج الدراسات العليا / جامعة
القدس



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

الصحة النفسية المجتمعية

إجازة الرسالة

درجة شُيوع المَخاوف المَرَضِيَّة لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس
الحكومية في محافظة طُولكرم

اسم الطالبة: دلال هاني حسني الحسن

الرقم الجامعي 20520141

المشرف الرئيس: د. نبيل عبد الهادي

المشرف الثاني: د. يوسف ذياب عواد

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2008/9/6 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم
وتواقيعهم:

التوقيع:
التوقيع:
التوقيع:
التوقيع:

1- رئيس لجنة المناقشة: د. نبيل عبد الهادي

2- المشرف الثاني: د. يوسف ذياب عواد

3- الممتحن الخارجي: د. عبد عساف

4- الممتحن الداخلي: د. إياد الحلاق

القدس - فلسطين

1429هـ - 2008م

الإهداء

إلى والدي الغالي أطل الله عمره وأبسسه لباس الصحة والعافية.

إلى والدتي الغالية التي وهبتني الحياة, ودعاؤها الذي أعطاني القوة للاستمرار.

إلى إخوتي القناديل التي توهجوا حولي وأناروا طريقي.

إلى أختي النجمة البيضاء التي أنارت سمائي وشاركتني أحلامي.

إلى أساتذتي الجواهر النفيسة التي رصعت نتاج عملي.

إلى منة الله الصغيرة التي بضحكاتها البريئة أعطتني الأمل بالغد.

دلال هاني حسني الحسن

إقرار:

أقر أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أية درجة عليا لأي جامعة أو معهد .

التوقيع:.....

دلال هاني حسني الحسن

التاريخ: 2008\9\6

الشكر والعرفان

الحمد والشكر لله الذي أعانني على إتمام هذا البحث, حيث أتقدم بفائق الاحترام لكل الذين شاركوا في بذل الجهود والمساعدات التي جعلت هذا البحث ممكناً من جامعة القدس وعمادة الدراسات العليا, وكلية الصحة العامة, وأخص بالذكر الدكتور نبيل عبد الهادي الذي قام بالإشراف على هذه الرسالة وأولاها العناية, والدكتور يوسف ذياب عواد الذي كان لتوجيهاته الأثر الكبير في إثراء هذه الدراسة.

وكما أتقدم بوافر الامتنان إلى الدكتورة نجاح مناصرة منسقة برنامج الصحة النفسية في جامعة القدس, والدكتور محمود خريشة مسؤول اللجنة العلمية في جمعية الطب النفسي, والأستاذ أحمد السيد على مساعدتهم لي والذين تفضلوا عليّ بتوجيهاتهم وإرشاداتهم السديدة, وأشكر الدكتور عبد عساف والدكتور إياد الحلاق أعضاء لجنة المناقشة لجهودهم.

المخلص

بحثت هذه الدراسة في التعرف على درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم، وإلى ترتيب الأبعاد المتعلقة بالمخاوف المرضية وهي: (مجال الأعراض السلوكية الظاهرية، ومجال الأعراض الفسيولوجية، ومجال المشاعر الداخلية)، كما هدفت إلى التعرف على أثر المتغيرات الديموغرافية (الجنس، والصف، ومكان السكن، والتحصيل الأكاديمي، والوضع الاقتصادي) على درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم. ولتحقيق هدف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، حيث قامت الباحثة بتطوير استبانة للمخاوف المرضية، تم التأكد من صدقها وثباتها الذي بلغ (0.95)، وطبقت الاستبانة على عينة عشوائية مكونة من (491) تلميذا وتلميذة من تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم، وذلك خلال الفصل الثاني من العام (م2007/2008). وبعد جمع الاستبانات تم إجراء التحليل الإحصائي المناسب للصالحه منها وعددها (491) باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: إن معدل درجة شيوع أنواع المخاوف المرضية كانت متوسطة بنسبة (51.82%) وأن درجات مقياس أنواع المخاوف المرضية تتباين من حيث درجة شيوعها وشدتها من الدرجة الضعيفة إلى المتوسطة فالمرتفعة. كما أظهرت النتائج باستخدام تحليل الانحدار المتعدد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم، حيث تبين أن أعراض المخاوف المرضية تتباين من حيث درجة شيوعها الدرجة الضعيفة إلى المتوسطة فالمرتفعة أيضاً، حيث احتل بعد المشاعر الداخلية المرتبة الأولى، وفسر ما نسبته (0.806)، فيما احتل بعد الأعراض السلوكية الظاهرية المرتبة الثانية وفسر مانسبته (0.133)، وأخيراً احتل البعد الثالث الأعراض الفسيولوجية المرتبة الثالثة، وفسر مانسبته (0.061). وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغيرات الجنس، والتحصيل الأكاديمي، والوضع الاقتصادي للأسرة، و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغيري الصف، ومكان السكن.

وفي ضوء نتائج الدراسة أوصت الدراسة: إجراء دراسات تكشف عن الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع التلاميذ ذوي المخاوف المرضية من جانب المعلمين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين, وضرورة إرشاد العاملين في حقل التربية والتعليم من المعلمين والمعلمات إلى كيفية التعامل مع التلاميذ في مختلف مراحل التعليم, وضرورة توطيد العلاقة التفاعلية الإيجابية بين المدرس والطالب والأسرة وبناء علاقة حوارية بينهم.

Abstract

The level of currency Phobias upon pupils of the high compulsory stage at the at the governmental school in Tulkarem's province.

The study research of recognition of the level of currency Phobias upon pupils of the high compulsory stage at the governmental schools in Tulkarem's province, and to arrange the morbid Phobias related dimensions, which are:

The appeared psychological symptoms field, the physiological symptoms field, and internal feelings field. It also aimed at recognition of the effect of the demographic changes, (sex, class, residency, academic, achievements and the economic situation) on the level of currency Phobias upon the pupils of the high compulsory stage in Tulkarem's province. To achieve the aim of the study the searcher used the analytical describing method, he has developed questionnaire of morbid dreads, which has validity, and are liability of (0.95), The questionnaire was applied and carried out on a random sample of (791) male and female student of the high compulsory stage during the second semester of the scholastic year (2007-2008). After collecting the questionnaires, the researcher used appropriate statistical analysis has been done on the best 491 ones, by using SPSS program. The study has reached the following results: The types of morbid phobias vary upon its currency degree and its intensity from the weak degree to the middle and to the high one. It also shows that the morbid phobias upon pupils of high compulsory stage have a difference of the weak degree to the middle degree and the high one too. The request shows-using the multitude retrogression analysis existence of significant statistical function among the averages of morbid dreads dimensions upon the high compulsory stage pupils in Tulkarem's province. It was shown that the morbid phobias symptoms vary in terms of its currency degree to the middle and high degree too. As the internal feeling, dimensions occupied the 1st degree and it explained the percentage of (0.806) where as the apparent behavior symptoms occupied the second degree. In addition, explained the percentage of (0.133), At last, the physiological symptoms dimension occupied the third degree and explained the percentage of (0.061). There are significant statistical difference on the statistical function level ($\alpha \leq 0.05$) to the morbid phobias currency upon the high compulsory stage in the governmental schools in Tulkarem's province, referring to sex, and it was proper for females and the academic achievement and The family economic level below. There are no significant statistical differences on the statistical function level ($\alpha \leq 0.05$) to morbid phobias currency upon high compulsory stage student in the governmental schools in Tulkarem's province referring to the grade

and residency changes. So according to the results of the study the study has recommended the following: Performing comprehensive survey studies on dreaded pupils who are suffering of in different learning stages, Performing studies that discover the proper strategies to deal with morbid feared (phobia) students, Strengthening the positive relationships between the teacher, the student, and the family, and building dialogue languages among them.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وخلفيتها

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 أهداف الدراسة

4.1 أسئلة الدراسة وفرضياتها

5.1 أهمية الدراسة

6.1 حدود الدراسة

7.1 تعريف المصطلحات

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

تُعد السنوات الأولى من حياة الفرد من أهم فترات حياته، كونها الدعامة الأساسية التي تقوم عليها حياته النفسية والاجتماعية لاحقاً. فمرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص والمعدلات البنائية في حياتنا، تستوجب بأن يتعرض الطفل خلالها لاضطرابات عنيفة تخلخل بناء شخصيته في المراحل البنائية المتتالية، فالطفل كما يقال هو أبو الرجل، بمعنى أن ما نزود به الطفل في مقتبل عمره سيمارسه عندما يكبر (أبو النيل، 1984).

ومما لا شك فيه أن مرحلة الطفولة مرحلة مهمة في تنظيم الشخصية الإنسانية، وان ما يتعرض له الفرد في هذه المرحلة من ضغوط وأزمات نفسية مختلفة تترك أثراً في شخصيته، بحيث تظهر في شكل اضطرابات نفسية كالشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس، والقلق والخوف من الإقدام على تحمل المسؤولية، والوساوس والمخاوف المتعددة التي تسيطر على الفرد وتستنزف طاقته العقلية، وتضعف من قدرته على العمل والإنتاج. بل إن كثيراً من الأعراض والأمراض العضوية مثل الصداع وخفقان القلب والقرحة المعدية والسرطان والفشل الكلوي وغيرها ترجع إلى اضطرابات نفسية في معظمها بل تعدّ أعراضاً أو أمراضاً عضوية نفسية المنشأ (psychosomatic) (أبو النيل، 1984).

ويولي علماء النفس موضوع الحاجات الجسمية والنفسية اهتماماً كبيراً، فمطالب الفرد وحاجاته النفسية لها دور أساس في تحقيق حالة نفسية مستقرة، يشعر من خلالها بالأمن والطمأنينة

والتوازن بين قوى نفسه الداخلية، أو بين مصالحه الفردية ومصالح الجماعة، وهذه المطالب أكثر ما تكون إلحاحاً في فترة الطفولة والشباب بسبب تميزهما بالحيوية وقلة الخبرة، فالحاجة إلى النجاح والتقدير والاكتشاف والسكن النفسي والانتماء وغير ذلك تكون شديدة الوضوح في هذه المرحلة (شوكت، 2000).

ويُعد الأمن النفسي أحد الحاجات النفسية المهمة في مرحلة الطفولة، حيث تعدّ الأم أول مصدر لشعور الطفل بالأمن، ولخبرات الطفولة دور مهم في درجة شعور المرء بالأمن النفسي، فأمن الفرد النفسي يصبح مهدداً في أية مرحلة من مراحل العمر إذا ماتعرض لضغوط نفسية أو اجتماعية لا طاقة له بها، مما يؤدي إلى الاضطراب النفسي، لذلك يعدّ الأمن النفسي من الحاجات ذات المرتبة العليا للإنسان ويتحقق بعد تحقيق حاجاته الدنيا، وقد حدد (ماسلو) عدداً من الدوافع للسلوك الإنساني بشكل هرمي قاعدته الأساسية هي الحاجات الجسمية الأولية الفطرية، تليها مباشرة الحاجة إلى الأمن، ثم الحاجة إلى الحب والحاجة إلى الانتماء، ثم الحاجة إلى الاحترام والتقدير، ثم الحاجة إلى تحقيق الذات (جبر، 1996).

ويرى (ماسلو) في نظريته عن الدافعية أن الحاجات الفسيولوجية والأمن والانتماء والمحبة والتقدير وتحقيق الذات حاجات أساسية يعد إشباعها مطلباً رئيساً لتوافق الفرد، بينما يشكل عدم إشباعها مصدراً لقلقه، ولذلك فإنه يلزم إشباعها حتى يستطيع الفرد أن ينمو نمواً نفسياً سليماً (حسين، 1987).

ويُعد الأمن النفسي للفرد من المتطلبات الأساسية للصحة النفسية التي يحتاج إليها كي يتمتع بشخصية ايجابية متزنة ومنتجة، ويُعرف الأمن النفسي بأنه شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم له، ويعاملونه بدفءٍ ومودةٍ وشعوره بالانتماء للجماعة وأن له دوراً فيها، وإحساسه بالسلامة، وقلة شعوره بالخطر والتهديد والقلق (العتوم وعبد الله، 1997).

ويُعد انفعال الخوف من الانفعالات المهمة في حياة الإنسان؛ ذلك لأنه يعينه على انقضاء شر الأخطار التي تهدده مما يساعده على البقاء والحياة، فالخوف يؤدي وظيفة مهمة إما أن يدفع الفرد إلى الهروب من الخطر، أو أن يجعله يسلك سلوكاً يبعده عن مصادر الضرر والحذر منه، وقد يصل به هذا الشعور أحياناً إلى مرحلة تعيقه عن ممارسة الحياة بصورة اعتيادية، إذ قد يطغى الخوف على جميع جوانب حياته التي قد تشمل التوافق الشخصي والاجتماعي له، فيؤثر على علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين ومن ثم يصبح خوفاً مرضياً (القوصي، 1979) و(عفيفي، 1980).

ويرى بعض الباحثين كما أشار (روس، 1986) و(عزت، 1990) إلى أن لكل مرحلة من مراحل نمو الطفل مخاوفها الخاصة التي ترتبط بالحاجات الأساسية لتلك المرحلة، ورغم ذلك فإن الخوف مستتر وليس من الضروري أن ينتهي بانتهاء المرحلة التي يظهر فيها، بل يتوقف على مقدار ما لاقاه الطفل من عطف ورعاية، وعلى نوع الخبرات التي يمر بها في طفولته المبكرة.

كما يرجع الباحثون استمرار المخاوف إلى الأحداث المؤلمة في حياة الطفل، واضطراب البيئة الأسرية، وأحداث الحياة التي يجد الطفل فيها صعوبة التوافق، كتغيير المدرسة أو موت من يحب أو رؤية الحوادث، وعادة ما يخاف الأطفال الذين يعانون من اضطراب الخوف من الحديث أمام الآخرين، والخوف من مواجهة الغرباء، والتمسك بالشخص القائم على رعايته، وتجنب اللعب في مجموعة، والخوف من الأماكن الممتعة، أو الخوف من الأماكن الضيقة، والخوف من الظلام، أو الخوف من الوحدة والخوف من السحر والأشباح (روس، 1986)، (عزت، 1990).

إن الخوف هو أحد المشكلات النفسية التي يعاني منها كثير من الأطفال، وعلى الرغم من أن الخوف في إطاره الطبيعي له وظائف إيجابية في كثير من الأحيان، إلا أنه إذا اشتدت درجته وزادت حالته تطرفاً، فإن ذلك يؤثر على الشخص تأثيراً سلبياً ينعكس في شكل اضطراب في السلوك ويترك آثاراً ضارة على الشخصية، وهذا النوع من الخوف يطلق عليه الخوف المرضي، وتتميز مرحلة الشباب فيما تتميز به بوجود عدد من الضغوط والمشقات التي يتعرض لها أفراد هذه المرحلة وتجعلهم مستهدفين لعدد من المشكلات النفسية ولعل في مقدمتها القلق (Berzonsky, 1981).

ويخرج الخوف أحياناً عن كونه مجرد خوف صريح، فيتخذ شكل انفعالات أخرى قد تبدو أنها لا تمت للخوف بصلة، ولكن أساسها في الواقع يكون الخوف، ومن هذه الانفعالات التي تنفرع عن الخوف: القلق، والوسوسة، والخجل، وضعف الثقة بالنفس، وإن هذه الحالات أُنّي كان شكلها فإنها تؤثر تأثيراً سلبياً على الشخص وعلى صحته النفسية والجسمية وتكيفه الاجتماعي (داوود، 1982).

وقد صنف الخوف في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) في زمرة اضطرابات القلق وسمي بالمخاوف المرضية.

ويتضمن الخوف المرضي درجة شديدة وغير عقلانية من الخوف، التي تؤثر بدرجة شديدة على أنشطة الطفل الطبيعية، ويظهر الخوف عند الأطفال من المهد إلى المراهقة، والمخاوف المرضية التي تظهر عندهم هي في جوهرها استجابات لمثيرات لأشياء موجودة بالفعل في البيئة المباشرة المحيطة، ومع نمو الطفل ودخوله المدرسة ترتبط المخاوف بأشياء أخرى من الظلام، والظواهر الخارقة للطبيعة والغرائب، إضافة إلى الخوف من المستقبل، ويعتمد نمو الخوف المرضي عند الأطفال بالدرجة الأولى على الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الطفل في حياته (سعد، 2001).

وقد شهدت فلسطين عدة حروب وأزمات وصدمات غير متوقعة طوال العقود الثلاثة الماضية وازداد الأمر سوءاً منذ بداية انتفاضة الأقصى عام (2000م)، فيواجه الأطفال يومياً صوراً من الاعتقالات والاختيالات والأعمال الإرهابية والتشويش الإعلامي وفقدان الأمن والأمان فضلاً عن الذل والإحباط النفسي. وبعض هذه الأزمات تمحورت في المجالات المهنية والصحة والسعادة للفرد، كما حدث عدد من الأزمات الجماعية إلى جانب الأزمات الفردية الشخصية.

وتم تحويل حياة الطفل الفلسطيني إلى شبه جحيم دائم، بالإضافة إلى تصفيته جسدياً، والأخطر من ذلك قتل أحلامه وطموحاته في الحياة والحرية والاستقلال، فأمتدت الممارسات المستمرة من الطفل الرضيع إلى أطفال الابتدائية والإعدادية والثانوية لتطال الجميع بلا استثناء وبلا رحمة.

وقد نشرت وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تقريراً بين أنه في عام 2001 قتل (110) أطفال (دون سن 18) كما جرح (6160) آخرون، وقد أظهر مسح فلسطيني أن (69%) من الأطفال بين عمر (4-14) سنة يعانون من اضطرابات نفسية، في خلال الأشهر الخمسة الأولى من انتفاضة الأقصى.

من وسائل انتهاك حقوق الأطفال التي استخدمها الاحتلال:

استخدام القوة بشكل مفرط، وعدم الاهتمام بتعريف الطفل، وانتهاك الحق في الحياة، وانتهاك الحق في الرفاه الجسدي والنفسي، وانتهاك الحق في الحماية من التعذيب، وانتهاك الحق في التعليم (وزارة الاجتماعية، 2001).

في ضوء ما سبق وجدت الباحثة من الأهمية بمكان تناول هذا الموضوع بالدراسة العلمية، لاسيما أن الواقع الفلسطيني المضطرب يترك أثراً ضاراً على الأطفال وصحتهم النفسية، مما

يتطلب الوقوف عند هذه الظاهرة وتحديد العوامل المسببة لها أو ذات الأهمية فيها، لغرض الوصول إلى نتائج وتوصيات تسهم في التغلب والتقليل من حجم هذه الظاهرة الخطيرة.

2.1 مشكلة الدراسة:

تتخذ المخاوف إشارة مرضية قد لا يعرف المريض لها سبباً محدداً، كما قد لا يستطيع التخلص منها أو التحكم فيها بمفرده، وفي الوقت نفسه يشعر بأن سلوكه في بعض المواقف يثير الخوف والقلق لديه. كما تجعله يشعر بالرعب وعدم الراحة والرغبة في البقاء بعيداً عنها، وأحياناً قد يبكي الطفل وتحدث له نوبات غضب عندما يواجه هذه الأشياء، الأمر الذي قد يؤثر على الروتين اليومي والأداء الأكاديمي وتفاعلاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأقران والآخرين (سيلفرمان وآخرون، 1996).

وتؤثر المخاوف المرضية على النمو العقلي والحركي للطفل، كما تؤثر على استجاباته النفسية وتهدد الإدراك الحسي لديه، أي أنها تؤثر على النمو الطبيعي للفرد وتحدث تغييراً سلبياً في مظاهر السلوك الخارجية والمشاعر الداخلية والجانب النفسي بصفة عامة.

وفي ضوء عمل الباحثة أخصائية نفسية في وزارة الصحة الفلسطينية، وجدت من الأهمية بمكانة تناول هذا الموضوع بعدما أكدت ورش عمل كثيرة وندوات ودراسات انتشار هذه الظاهرة في المجتمع الفلسطيني الذي يعاني من أزمات وبؤر توتر أحدثت ضرراً كبيراً في شخصية الأطفال ونفسياتهم.

• وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة على النحو التالي:

ما درجة شيوع أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

وما درجة شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

وما ترتيب الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

وهل تتأثر درجة شيوع المخاوف المرضية ببعض المتغيرات المتعلقة بتلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم خلال الفصل الدراسي 2008/2007م وهي: الجنس، والصف، ومكان السكن، والتحصيل الأكاديمي، والوضع الاقتصادي للأسرة.

3.1 أسئلة الدراسة وفرضياتها:

1.4.1 السؤال الرئيس.

ما مدى درجة شيوع أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم؟

2.4.1 السؤال الثاني:

ما مدى درجة شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم؟!؟

3.4.1 السؤال الثالث:

ما ترتيب الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم؟!؟

وينبثق عن هذا السؤال الفرضية التالية:

1.3.4.1 الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الأبعاد المتعلقة بالمخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

4.4.1 السؤال الرابع:

ما أثر المتغيرات المتعلقة بتلاميذ المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في محافظة طولكرم وهي: الجنس، والصف الدراسي، ومكان السكن، والتحصيل الأكاديمي للطالب، والوضع الاقتصادي للأسرة على درجة شيوع المخاوف المرضية لديهم؟

وينبثق عن هذا السؤال الفرضيات الخمس الآتية:

1.3.4.1 الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا تعزى إلى متغير الجنس.

2.3.4.1 الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا تعزى إلى متغير مكان السكن.

3.3.4.1 الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا تعزى إلى متغير الصف الدراسي.

4.3.4.1 الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا تعزى إلى متغير التحصيل الأكاديمي للطالب.

5.3.4.1 الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي للأسرة.

4.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى:

1.4.1 أنواع المخاوف المرضية التي يعاني منها تلاميذ المدارس الحكومية الأساسية في محافظة طولكرم وترتيبها حسب درجة شيوعتها.

2.4.1 أعراض المخاوف المرضية التي يعاني منها تلاميذ المدارس الحكومية الأساسية في محافظة طولكرم وترتيبها حسب درجة شيوعتها.

3.4.1 مدى مساهمة الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية وترتيبها حسب أهميتها.

4.4.1 أثر متغيرات الجنس، ومكان السكن، والتحصيل الأكاديمي للطالب، والصف الدراسي، والوضع الاقتصادي للأسرة على مدى شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم.

5.1 أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من حيث أن كون المخاوف المرضية باتت تعد من المشكلات المهمة التي يعاني منها الأطفال في الوطن العربي بعامة وفي فلسطين بخاصة.

وهي إلى جانب ذلك تكتسب أهمية من حيث:

1.5.1 لعل اهتمام المجتمعات بالأطفال نابع من أهمية الدور الأساس على اعتبار أنهم قادة المجتمع غداً، ومركز طاقته الفعالة والمنتجة القادرة على إحداث التغيير في جميع مجالات الحياة.

2.5.1 إن التطور السريع للمجتمع يتطلب أن يكون أبناء هذا المجتمع ذوي قدرة على تحمل المسؤولية، مؤثرين في بناء المجتمع وتقدمه ومساهمين في عملية التغيير، وفي ترسيخ دعائم المواطنة الصالحة مما ينبغي الالتفات إلى مشكلات الأطفال والإسهام في حلها.

3.5.1 تحتل مرحلة الطفولة مكانة بارزة في تنظيم الشخصية وعليه فإن ما يتعرض له الفرد في هذه المرحلة من ضغوط وأزمات نفسية مختلفة تترك أثراً في شخصيته بحيث تظهر في شكل اضطرابات نفسية مثل الشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس، والقلق والخوف.

4.2.1 يسهم التشخيص المبكر للمخاوف المرضية وتحديد العوامل المسؤولة عنها وتحديد مظاهرها ومعرفة علاقتها ببعض المتغيرات المتعلقة بالأطفال والبيئة المدرسية في تبني برامج علاجية وقائية وبنائية للتغلب عليها.

5.2.1 كما تثير هذه الدراسة الاهتمام لدى المعلمين، والإدارات المدرسية في تقدير حجم المشكلة، جنباً إلى جنب مع تفعيل دور الإرشاد المدرسي في هذا الجانب.

6.1 حدود الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على المحددات التالية:

1.6.1 المحدد المكاني: جميع المدارس الأساسية الحكومية في محافظة طولكرم التي تشتمل على الصفوف من السادس الأساسي حتى العاشر الأساسي.

2.6.1 المحدد البشري: تلاميذ الصف السادس وتلميذاته حتى العاشر الأساسي (مرحلة التعليم الإلزامي).

3.6.1 المحدد الزماني: الفصل الدراسي الثاني (2007/2008م).

4.6.1 أداة الدراسة: تتضمن مدى صدق استبانته درجة شيوع المخاوف المرضية وثباتها لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم.

7.1 تعريف المصطلحات:

1.7.1 **الخوف المرضي**: هو خوف مستمر، وغير منطقي، وغير معقول من شيء معين ومحدد، أو من نشاط أو أوضاع معينة مع رغبة بتجنب واعٍ للشيء المثير للخوف، حيث إن وجود هذا الشيء أو توقع حدوثه يؤدي إلى ضيق شديد جداً، ويؤثر على حياة الإنسان، وفي معظم الحالات مايرى الشخص أن هذه المخاوف غير معقول (DSM-IV, 2000).

ويُعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها التلميذ في ضوء المقياس المستخدم.

2.7.1 **المرحلة الأساسية العليا**: هي مرحلة التعليم الممتدة من الصف السادس الأساسي إلى الصف العاشر الأساسي.

3.7.1 **المدارس الحكومية**: هي المدارس التي تخضع قانونياً، وإدارياً، ومالياً لإشراف وزارة التربية والتعليم العالي.

4.7.1 **محافظة طولكرم**: هي إحدى المحافظات التي تقع شمال فلسطين، وتتكون من مدينة رئيسة (طولكرم)، ومخيمين (طولكرم ونورشمس)، وعدد كبير من البلدات والقرى المحيطة بها.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري

2.2 الدراسات السابقة

1.2.2 الدراسات العربية السابقة المتعلقة بالمخاوف المرضية

2.2.2 الدراسات الأجنبية السابقة المتعلقة بالمخاوف المرضية

3.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري:

1.1.2 مقدمة:

يعدّ الخوف من المشكلات النفسية التي قد تؤثر على الإنسان، إذ ينتج عنه كثير من المشكلات التي تؤثر على سلوكيات الإنسان المصاب وتضعف من قدرته على التعامل مع الواقع بشكل سليم وطبيعي ولهذا المرض أيضاً انعكاسات على شخصية المريض، وقد لا يتمكن من تأدية التزاماته تجاه المجتمع و الآخرين، وقد تكون أعراضه ظاهرية أو مخزونة، فالظاهري يحسّه ويلمسه الآخرون، أما المخزون فلا يعرف به إلا المصاب بهذا النوع من المرض، حيث يصبح المريض إنساناً مهزوزاً لا يستطيع اتخاذ أي قرار لخوفه الشديد من النتائج التي قد يظن من خوفه أنها ستحدث فيما بعد فيكون متردداً.

وللخوف عدة أشكال، فمنه الخوف من المجهول، وخوف التخيل، والخوف بمفهومه العام، فكل هذه الأشكال مجتمعة قد تؤدي إلى نتيجة واحدة وهي مرض الخوف.

أما الخوف من المجهول فهو خوف غير مبرر وهو يعمل على فقدان الثقة بالنفس، وقد يكون المرض قد رافق المصاب من فترة الطفولة، أو نتيجة صدمة قد تعرض لها في إحدى مراحل حياته.

أما الخوف التخيلي فهو بالحقيقة مجرد أوهام داخلية وتخيلات تؤثر على المصاب وتشعره بوجود حقيقة ثابتة لهذا الأمر، وهو بالحقيقة مجرد أوهام، وقد تكون مرافقة للشخص المصاب منذ الطفولة.

ومن أنواع الخوف؛ الخوف من الله عزوجل، وإن الخوف من الله عزوجل يكون محبباً إلى قلب الإنسان المؤمن المتعلم فيخاف الله ولا شيء سواه، فإنه يكون قد وصل إلى أن ما يصيبه من

خير فهو من عند الله وإذا ما أصابه سوء فهو مما صنعته يداه، فهو يخاف الله لإلوهيته ويدعوه طمعاً برحمته بل ويشعر من خلاله بعظمة الله وبديع صنعه، فهو يؤمن إيماناً مطلقاً بأن علاج الخوف يكون بالالتزام بما أمر الله من خلال كتابه وسنة رسوله الكريم، لقوله تعالى: {وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ}، (سورة البقرة: 155)، {وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ، فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ} (النازعات: 40-41)، {وَلِمَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ جَنَّاتٌ} (الرحمن: 46): {قُلْ إِنِّي أَخَافُ إِنْ عَصَيْتُ رَبِّي عَذَابَ يَوْمٍ عَظِيمٍ} (الأنعام: 15). وهذا الخوف هو خوف مستحب ولا يُعد خوفاً مرضياً، أي أنه خوفٌ طبيعيٌّ (www.altebalfsi.net/new_page_12.htm).

وهناك الخوف المحمود الذي يمنع صاحبه عن محارم الله لقوله تعالى: {وَأَيُّهَا فَارْهَبُونَ} (البقرة: 40)، وامتدح الله الخائفين منه لقوله تعالى: {إِنَّ الَّذِينَ هُمْ مِّنْ خَشْيَةِ رَبِّهِمْ مُّشْفِقُونَ} (المؤمنون: 57)، بالإضافة إلى وجود الخوف المذموم، وهو الخوف من المخلوقات خوفاً تزيد عن درجة الخوف من الله أو يساويها، حيث يعتقد بقدرتها على النفع والضرر لقوله تعالى: {مَّا مِنْ دَابَّةٍ إِلَّا هُوَ آخِذٌ بِنَاصِيَتِهَا إِنَّ رَبِّي عَلَىٰ صِرَاطٍ مُّسْتَقِيمٍ} (هود، 56)، (علوان، 1989).

2.1.2 الفرق بين الخوف والقلق النفسي:

يستخدم الكثيرون مصطلحي الخوف والقلق على أن لهما المعنى نفسه حيث أن أعراض كل منهما متشابهة إلي حد بعيد، فالخوف انفعال وقتي إزاء خطر نوعي حقيقي أو غير حقيقي يظهر كرد فعل مؤقت نتيجة تقدير الفرد لقوته تقديراً أقل مما تحتاجه مقاومة الخطر وعدم استطاعة التصدي له. كما أن المريض بالخوف يسيطر نسبياً على الخطر ويربطه بموضوع خارجي.

أما القلق فهو إحساس ليس له هدف فهو خوف من سبب مجهول وقد لا يوجد سبب له على الإطلاق، ولكنه يعكس ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة أو العجز وفقدان لقيمة الذات والتقليل من شأنها وقدرتها على مواجهة أغلب المواقف، فالقلق حالة من التوتر الشامل والشعور بعدم الارتياح الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف (الشربيني، 1994).

3.1.2 مفهوم الخوف الطبيعي Fear:

الخوف هو حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية، ويظهر في أشكال متعددة بدرجات تتفاوت بين الحذر والحيلة إلى الهلع والفرع والرعب وربما الهرب.

وهو حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الشخص عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر. ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الإنسان وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى، وكلما كانت درجة الخوف في الحدود المعقولة غير المتطرفة كان الإنسان سوياً في هذا الانفعال، ويمكنه التحكم في انفعاله، ولكن كلما كانت درجة الخوف كبيرة بحيث يتعذر معها السيطرة والتعقل كنا أمام فرد يعاني من اضطراب نفسي من مؤثراته إصدار سلوك شاذ أو عمل تصرف شاذ بهدف البعد عن مصدر الخوف. فعندما يبدي الفرد خوفاً مرتبطاً بموضوعات ومواقف لا تتطوي على تهديد حقيقي أو خطر واقعي فانه بذلك يعاني من خوف مرضي أو فوبيا Phobia (الشربيني، 1994).

إن الخوف الطبيعي للطفل هو شعوره أو إحساسه على أنه ظاهرة طبيعية وعادية، ويأتي كرد فعل لمؤثر خارجي يجعل الطفل يتخذ إزاءه أسلوباً وقائياً أو دفاعياً، كأن يرى الطفل شخصاً يطلق النار بشكل عشوائي هنا وهناك دون تمييز ويقترّب من الطفل أو البالغ، إذ يولد شعوراً بالخوف والقلق على الحياة لدى كل من الطفل والبالغ على حد سواء.

فالهروب هنا من أمام هذا الإنسان الذي يطلق النار هو سلوك طبيعي، فهو خوف يمثل خوفاً طبيعياً عادياً ومنطقياً وليس خوفاً مرضياً (سليمان، 2005).

4.1.2 مفهوم الخوف المرضي Phobia:

من خلال الاطلاعات المتعددة في موضوع المخاوف المرضية تبين أن هناك عدداً من التعريفات التي تصدت لتوضيح مفهومها، ورغم وجهات النظر المختلفة في هذه التعريفات، وعدم اتفاقها على تعريف واحد، إلا أنها تتفق جميعاً في النهاية على أمر واحد، وهو عدم معقولية هذه المخاوف. وقد عرف (زهران، 1978) الفوبيا بأنها "نوع من خوف دائم من وضع أو موضوع أو شخص أو شيء أو مكان غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض تماماً أن هذا الخوف غير منطقي أو ليس له ما يبرره. ورغم هذا فإن الخوف يتملكه ويتحكم في سلوكه ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهري.

وقد عرف (وولمان, 1985) الخوف المرضي بأنه "خوف غير عقلاني يقوم على التقييم الذي يهول من شأن القوة المهددة أو يقلل من شأن قوى المرء وإمكانياته". حيث أن الإفراط في تقدير قوى المرء وإمكاناته يجعل الشخص طائشاً وعرضة للأذى والخطر, بينما يؤدي التقليل من قوة المرء وإمكانياته إلى أن يخاف المرء من أخطار تافهة أو غير موجودة في الواقع.

أما (رجب, 1995) فقد عرف الخوف بأنه: "خوف غير منطقي وغير معقول, ولا يمكن تبريره ظاهرياً, ولا نستطيع في معظم الأحوال عزوه إلى أسبابه الحقيقية, لأنه يرتبط بأشياء عادية غير مخيفة".

من خلال النظر إلى التعريفات الثلاثة السابقة نرى مدى اتفاقها على عدم عقلانية هذه المخاوف, عدا عن أن كل تعريف منها قد ركز في مفهومه على جانب معين, فيما ركز (زهرا, 1978) على أن الفوبيا نوع من خوف دائم من وضع لا يستند إلى أساس واقعي ويصاحبه القلق والعصابية والوسواس القهري.

ونرى أن (وولمان, 1985) ركز على التقييم الذي يهول من شأن القوى المهددة أو التقييم الذي يقلل من شأن قوى المرء وإمكاناته.

بينما ركز(رجب, 1995) على صعوبة البحث عن أسبابه, حيث ذكر أنه لا يمكن تبريره ظاهرياً, وقد لا نستطيع في معظم الأحوال أن نرده إلى أسبابه الحقيقية.

وقد عرف (العيسوي, 1987) الفوبيا على أنها " نوع من الخوف المستديم, الذي لا يستند إلى أسباب قوية أو معقولة بالنسبة للمريض. "كما فسر ذلك بأن هذه الحالة تحدث عندما يكبت الإنسان شعوره بالخوف, فإنه يترجم ذلك في شكل خوف من شيء ليس من شأنه إثارة الخوف, ويلاحظ أن معظم الناس لديهم بعض المخاوف البسيطة كالخوف من الفئران, ولكن أحياناً يصبح هذا الخوف شديداً بطريقة مرضية قد تعطل الإنسان عن أداء أدواره وممارسة حياته الطبيعية.

كما ذكر أن جميع المخاوف عبارة عن مخاوف غير معقولة وأن الخوف من هذه الموضوعات ليس إلا تعبيراً رمزياً عن انفعالات مقنعة, فقد يرجع إلى الشعور بالذنب أو العار, وبذلك لا يخاف الإنسان من الشعور بالذنب أو العار بشكل مباشر, فيستبد به الخوف من شيء آخر, حيث أن الفوبيا هي تعبير عن صراع أو إحباط يعاني منه الإنسان (العيسوي, 1987).

وبحسب أكسفورد (Oxford Text Book): يعرف الخوف المرضي أنه خوف مستمر، وغير معقول من شيء معين و محدد، من نشاط أو أوضاع معينة مع رغبة لتجنب هذه الأوضاع (Gelder, 2000).

وبحسب (Synopsis OF Psychiatry): يعرف الخوف المرضي على أنه خوف غير منطقي وغير معقول، ويؤدي إلى تجنب واعٍ للشيء المثير للخوف، حيث أن وجود هذا الشيء أو توقع وجوده يؤدي إلى ضيق شديد، ويؤثر على حياة الإنسان، وفي معظم الحالات يرى الشخص أن هذه المخاوف غير معقولة (Kaplan & Sadoch's, 1998).

وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV). الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) American psychiatric Association يُعرف الخوف المرضي على أنه خوف غير طبيعي وغير عقلائي، ويتضمن التجنب للمكان أو الموضوع الذي يخاف منه ويؤثر على الأداء العام للفرد الذي يدرك غالباً أن ردة فعله مبالغ فيها وغير منطقية.

وتمثل المخاوف المرضية بنسبتها التي قد تصل (10%) مرضاً نفسياً شائعاً، وتتم معالجتها بوسائل وطرق مختلفة وعلى رأسها العلاج السلوكي المعرفي (Kaplan & Sadoch's, 1998).

ويتعلق بعض من المخاوف المرضية بالمجال الطبي (يقصد بها الخوف من الأطباء، وكرسي طب الأسنان، والمستشفيات، والقيء، ورؤية الدم، والحقن) التي تؤثر في قدرة المريض على الحصول على رعاية صحية كافية.

5.1.2: أقسام المخاوف المرضية:

تنقسم المخاوف المرضية إلى ثلاثة أقسام:

1.5.1.2 الفوبيا البسيطة Simple Phobia: هي خوف شديد مستمر غير عقلائي، يصاحبه قلق بوجود وضع معين أو شيء محدد مثل الخوف من الحيوانات، والمرتفعات، والعواصف، والطيران، وركوب الطائرات، وكرسي الأسنان، والحقن الطبية، والمرض، والموت، وعادة ماتبدأ في سن الطفولة حيث يكثر الخوف من الظلام، والوحدة، والحقنة، وتختفي في عمر متأخر قد تصل إلى العشرينات. (DSM IV, 2000).

2.5.1.2 الفوبيا الاجتماعية Social phobia: إن الفوبيا الاجتماعية أو ما يعرف بالرهاب الاجتماعي هو اضطراب نفسي يتمثل بالقلق الشديد عند التعرض لمواقف اجتماعية وتتضمن أشخاصاً يشعر فيها الفرد أنه مراقب وقابل للنقد، وبخاصة حين التحدث أمام جمع أو الدخول إلى أماكن عامة مثل المطاعم، أو قاعات أندية واجتماعات، وحتى الوقوف في الصف للإجابة عن سؤال، وتبدأ عادة في فترة الطفولة المتأخرة (Mancinie and others, 2005).

ويُعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، وبخاصة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية، وعلى الرغم من أن بداية المعاناة مع الرهاب الاجتماعي تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة، فإن الغالبية العظمى منهم لا يتم تشخيصهم إلا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدعون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب، ولذلك يجب في هذه الحالة الجمع بين العلاجين السلوكي والمعرفي من جهة، والعلاج الطبي من جهة ثانية (Mancinie and others, 2005).

وتشير بعض الدراسات والبحوث العلمية الأخرى إلى أن اضطراب الرهاب الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر، وهي من ستة أعوام إلى إثني عشر عاماً، ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره في أثناء مرحلة المراهقة وبدايات سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكراً (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006).

ويرى Clark & Wells أن الرهاب الاجتماعي يستثير حدثاً أو موقف تفاعل اجتماعي، كموقف الإملاء وسط مجموعة من التلاميذ في السياق المدرسي. ويسمى هذا الحدث البيئي أو الموقف الاجتماعي مثيراً منشطاً، من شأنه أن ينشط مجموعة من الافتراضات أو المخططات المعرفية السلبية. مما ينتج عنه إدراك سلبي للبيئة الاجتماعية، بحيث يدركها الطفل أو المراهق أو الشاب، أو حتى الراشد أو المسن على أنها بيئة اجتماعية خطيرة وتبعث على الشعور الشديد بالتهديد والخوف والهلع، ومن ثم تبدأ هذه الافتراضات والمخططات المعرفية في إفراز مجموعة كبيرة من المعتقدات الخاطئة ومن الأفكار الآلية السلبية من قبيل (أنا لا قيمة لي اجتماعياً، ويكرهني الآخرون، وأنا فاشل، وأنا لست مثل زملائي الآخرين في الصف، ..) ويزداد على ما سبق ظهور قدر من التصلب المعرفي نظراً لاعتقاد الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو شاباً) بأنه لن يتحسن ولن يستطيع التغيير إيجابياً، واعتقاده بأن هذا الاضطراب سيستمر ولا علاج له، وينجم عن ذلك مرحلة معرفية جديدة، إذ يتعامل المريض بالرهاب الاجتماعي في هذه الحالة مع ذاته ويدركها على أنها شيء اجتماعي، وليست موضوعاً اجتماعياً يجب احترامه، ويحدث تعميم هذه الأعراض المعرفية والمزاجية على كل السياقات الاجتماعية، فيبدأ المريض

في إدراك ذاته على انتقاد الآخرين لها وأنها محبطة لهم، وأياً كان هؤلاء الآخرون: أهلاً أو أقارباً أو جيراناً أو أصدقاءً أو زملاءً أو مدرسين... إلى آخره، ومن ثم تبدأ الأعراض المزاجية بالظهور، وأبرزها القلق المختلط بالكآبة، والشدة، والخوف الذي قد يصل إلى حد الفزع، والخوف من تقويم الآخرين له سلبياً (Clark & Wells , 1995).

ونتيجة لتفاعل الأعراض المعرفية والمزاجية، ينشأ كثير من الاضطرابات السلوكية، كالانسحاب الاجتماعي، واهتزاز الألفاظ والكلام، وارتعاش اليدين وارتجاف الجسم، وجفاف الحلق وسرعة التنفس، والضغط الشديد، ويحدث تفاعلاً متبادلاً بين جميع هذه الأعراض، ومن ثم مع مرور الوقت تقوى هذه الأعراض وتشتد وتزداد رسوخاً إذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب (Clark & Wells , 1995).

وغالباً ما يحدث تداخل أو تفاعل بين القلق الاجتماعي وارتقاء المهارات الاجتماعية، وكذلك التوافق في أداء الأدوار الاجتماعية خاصة في السياقات الاجتماعية، كالمدرسة، والنادي، وتشكيل جماعات النشاط؛ كالرحلات، والنشاط الثقافي، والخطابة، بحيث يمكننا التنبؤ من القلق الاجتماعي بحالة الرهاب الاجتماعي في سني العمر المبكرة ومن ثم يسهل علاجها قبل أن تتفاقم (Kesler, 2003).

ويطلب التشخيص للرهاب الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي (DSM-IV, 2000) توفر المظاهر التالية لدى الفرد:

- حالة الخوف المستمر من واحد من المواقف الاجتماعية أو أكثر، حيث يتعرض الإنسان إلى احتمال تفحص الآخرين له، ويخاف من أن يعمل عملاً أو يتصرف بطريقة خاصة تؤدي إلى أهانته والتقليل من شأنه، ويتميز ذلك في ظهور بعض السلوكيات.

- تشخص الحالة على أنها خوف اجتماعي في حال عدم وجود اضطراب نفسي آخر (كالقلق الحاد والتأتأة)، أو اضطراب عضوي (باركنسون)، أما إذا وجدت مثل هذه الاضطرابات فلا تشخص الحالة على أنها خوف اجتماعي.

- خلال إحدى فترات الاضطراب وعند التعرض للموقف المثير للخوف، يظهر عند الفرد رد فعل فوري يتميز بالقلق.

- يحدث تجنب للموقف المخيف، وإذا استطاع الفرد أن يتحمل الموقف فسيرافق ذلك قلق وتوتر شديدان.

- إن تجنب المواقف والسلوك الهروبي سيؤثر في الأداء المهني للفرد وفي نشاطه الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين.

- يدرك أن خوفه مفرط في درجته أو أنه غير منطقي.

- بالنسبة للأطفال والمراهقين, يجب أن نميز الخجل أو الخوف الاجتماعي عن اضطراب الشخصية الهروبية التجنبية, (APA, 1978).

أما في الدليل العالمي للاضطرابات النفسية الأخير (ICD 10, 1988) يتطلب التشخيص توفر ثلاث نقاط على الأقل من الصفات التالية:

- ترقب وتوتر مستمر وعام.

- مراقبة النفس ومشاعر عدم الأمان ومشاعر النقص.

- التشوق والتطلع إلى أن يحبه ويتقبله الآخرون.

- فرط الحساسية للرفض والانتقاد.

- عدم الاستعداد لإقامة علاقات مع الآخرين ما لم تكن هناك ضمانات بالتقبل.

- علاقات اجتماعية قليلة ومحدودة.

- تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر في المواقف اليومية, مما يؤدي إلى تجنب عدد من الأنشطة والأعمال.

- نمط مقيد من الحياة اليومية؛ وذلك بسبب الحاجة إلى الأمان والاطمئنان وإلى الخطوات الأكيدة المعروفة.

حيث يتبين من عرض نقاط الدليلين وجود تشابه, والنقاط التالية هي الأساسية المشتركة بينهما:

العلاقات المحدودة وتجنب العلاقات الاجتماعية, وتجنب الاحتكاك بالآخرين, والتطلع إلى قبولهم, والحساسية الزائدة للنقد, والشعور بعدم الأمان, مع تضخيم الصعوبات الحياتية العادية (المالح, 1995).

3.5.1.2 الفوبيا من الأماكن الواسعة أو المزدحمة Agoraphobia: وهو الخوف غير المحدد من وجوده في أوضاع أو أماكن يكون الخروج أو الهروب منها صعباً، أو يكون طلب المساعدة صعباً في حالة حدوث حالة زعر أو قلق، مثل أن يكون الفرد وحده أو يكون في حشد.

وتتحدد أهم ملامح هذا الاضطراب لدى المصابين بالخوف من الأماكن المتسعة في خوفهم من البقاء بمفردهم، وتجنبهم الأماكن العامة المزدحمة، وكذلك وسائل النقل العامة، والمرور تحت الأنفاق أو فوق الجسور (عبد الرحمن، 2002).

ويذكر ريكمان (Rachman, 1998) إن السمات البارزة للخوف من الأماكن المتسعة هي الخوف، وتجنب الأماكن العامة، والخوف من السفر بخاصة عبر وسائل المواصلات العامة، وتقترن هذه السمات أحياناً بخوف الشخص من البقاء وحيداً حتى في المنزل.

ويظهر اضطراب الخوف من الأماكن المتسعة عادة خلال مرحلة النضج المبكر، ويكثر بين الإناث ضعف معدله بين الرجال على الأقل، وغالباً ما يقترن ببعض المشكلات الأخرى مثل اضطرابات الهلع، والخوف من الأماكن المغلقة والاكنتاب.

ويحدث الخوف من الأماكن المتسعة وفقاً للنسخة المنقحة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV) في سياق اضطرابين هما: اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، والخوف من الأماكن المتسعة دون وجود تاريخ سابق لاضطراب الهلع، وفي كلا الاضطرابين يحدث الخوف من الأماكن المتسعة استجابة لنوبات الهلع. ويمثل القلق من التواجد في أماكن أو مواقف محرجة السمة الجوهرية للخوف من الأماكن المتسعة، بحيث يصعب الهرب منها، أو أن تتوافر فيها المساعدة في حالة الإصابة بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع (APA, 2000).

وقد يكون التمييز ما بين الخوف الاجتماعي واضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة صعباً، وبخاصة عندما يكون هناك تجنب للمواقف الاجتماعية فقط. فعلى سبيل المثال، فإن المصابين باضطرابات الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، والمصابين بالمخاوف الاجتماعية، قد يتجنبون معاً المواقف المزدحمة كمراكز التسوق الكبيرة، والحفلات المزدحمة، كما أن التشخيص الفارق بين الاضطرابين أحياناً قد يكون صعباً لا سيما عندما تحدث نوبات هلع في المواقف الاجتماعية، وقد يساعد تحديد مصدر القلق، ونمط نوبات الهلع في التمييز بين الاضطرابين و في تشخيصهما (APA, 2000).

وفي السياق نفسه نجد أن المصابين بالمخاوف الاجتماعية يصبحون قلقين من احتمال تقييم الآخرين السلبي لهم، أما المصابون باضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة فإن قلقهم غالباً ما يكون ناتجاً عن الخوف من حدوث نوبات هلع. كما أن هناك اقتراناً بين اضطرابات الخوف من الأماكن المتسعة والخوف الاجتماعي، حيث بينت دراسة (سوليوم Solym) أن (30%) من المصابين بالخوف الاجتماعي تنطبق عليهم المحكات التشخيصية للخوف من الأماكن المتسعة، وأن (55%) من المصابين بالخوف من الأماكن المتسعة تنطبق عليهم المحكات التشخيصية للخوف الاجتماعي. وقد يعود هذا التصاحب إلى أن مرضى الاضطرابين يعانون من تجنب المواقف بسبب الخوف من نوبات الهلع (Page, 1994).

وهذه إشارة بسيطة طبعاً لبعض أنواع الفوبيا، وهناك كثير من الحالات والأنواع المختلفة، ولكن ما نريد أن نشير إليها هنا هو الانتباه إلى ما لهذا العلاج بحسب رأي الأخصائيين من نتائج فعالة ومضمونة. وما يمكن أن يعاني منه أطفالنا دون أن نعيده الانتباه في الوقت الذي يمكننا فيه علاجه، والتخلص منه بمساعدة أخصائيين عن طريق التدريب السلوكي تجاه أي نوع من أنواع الفوبيا وقد أدى هذا العلاج بحسب رأي الأخصائيين إلى نتائج فعالة ومضمونة.

ونقلاً عن القائي (1996) فإن الخوف عبارة عن حالة انفعالية وله أربعة مكونات أو أعراض وهي: السلوكية، والفسولوجية، والمعرفية، والداخلية؛ ونفصلها فيما يلي:

6.1.2 الأعراض المصاحبة للخوف:

1.6.1.2 الأعراض السلوكية الظاهرية:

من أهم هذه الأعراض ما يلي:

- الصراخ اللاإرادي طلباً للإغاثة.
- اتخاذ وضع هجومي يحاول فيه الفرد حشد كل طاقاته للدفاع ولقهر حالة الخوف.
- التراجع أو الفرار من الساحة.
- مص الأصابع، أو قضم الأظافر، أو عض الشفة، وشد الشعر.
- البكاء.
- اللجوء إلى شخص آخر طلباً للنجدة أو الإغاثة.
- الارتباك، إذ يصدر عن الخائف تصرفات تتم عن اضطرابه فيبدو وكأنه يسيء استخدام الأشياء.

- السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية، وتصنع الجرأة والشجاعة.
- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، ويصبح الخوف عائقاً مثل الامتناع عن الأكل في المطاعم، والتنزه، والرياضة، أو حتى مغادرة المنزل، أو عبور الطريق.
- الاعتداء: فالخوف يدفع الأطفال إلى أن يعتدوا، فالطفل الخائف يعتدي ليرهن على أنه ليس جباناً.
- أعراض سلوكية ظاهرة مثل عدم تنظيم الحديث، عدم القدرة على التنسيق، عدم القدرة على حل المشكلات وأحياناً عدم الانضباط (عبد الخالق، 1996).

2.6.1.2 الأعراض الفسيولوجية:

وفيما يلي أهم هذه الأعراض:

- الإجهاد، والصداع، والتقيؤ، أو الغثيان، والإسهال.
- شحوب اللون، واصفرار الوجه أو احمرار فوري فيه.
- جفاف الفم لدرجة يصعب فيها على اللسان التحرك في داخله، وبالتالي يتعسر عليه النطق.
- اختلال وظائف الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يؤثر على أغلب وظائف الجسم الداخلية (زهرا، 1978).
- ضيق في التنفس مما يؤدي إلى الاختناق، وبالتالي يدفع الفرد إلى استنشاق نفس عميق.
- زيادة ضربات القلب لدرجة يمكن سماعها، وارتفاع ضغط الدم، كما يؤدي إلى إمداد السكر اللازم لمواجهة الخطر، وتنشيط إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين، ويعمل الفص الداخلي للغدة النخامية والغدة فوق الكلوية على زيادة إفرازهما مما يقوي قدرة الفرد على مواجهة الخطر إما بالإقدام وإما بالهرب.
- زيادة القوة البدنية وسرعة الحركة بحيث يصبح الكائن الحي كله في حالة تعبئة وتأهب يقط.
- ارتعاش في الجسم يمكن أن يؤدي إلى شلله وإعاقة حتى عن المشي.
- العرق الغزير والإغماء.
- القشعريرة ووقوف شعر الجسم.
- نقص القدرة على التحكم في المثانة مما قد يحدث إدراراً في البول تلقائياً.
- تقلص العضلات مما يؤدي إلى عدم دوران الدم بصورة متوازنة وضعف المفاصل.
- تقلص الأوتار الصوتية مما يؤدي إلى تغير في نبرة الصوت.
- اضطراب النوم والشعور بالأرق والشعور بالنعاس. (وولمان، 1985).

3.6.1.2 الأعراض المعرفية:

وفيما يلي أهم هذه الأعراض:

- اضطراب في إدراك الأمور وفهمها.
- العجز عن التعلم.
- الاعتقاد في الخطر.
- الرغبة في التجنب.
- الشعور بالعجز.
- ضعف التركيز، وتشتت الانتباه.
- النسيان.

4.6.1.2 المشاعر الداخلية:

وفيما يلي أهم هذه الأعراض:

- الشعور بالحياء والارتباك من شدة الموقف، وتتجسد هذه الصفات على هيئة قلة الكلام، والاختفاء عن الآخرين.
- الحيرة واليأس من الحياة الناجم عن الشعور بافتقاد الأمن.
- فقدان الرغبة في أداء الواجبات والأعمال.
- الميل إلى الكذب والخداع.
- القلق الشديد على الشخص الذي يمكن أن يجد فيه مأمناً وملاذاً.
- الانطواء والعزلة بعيداً عن أفراد المجتمع.
- فقدان الحنان والعاطفية.
- الشعور بالقلق وعدم الارتياح.
- ضعف الثقة بالنفس (الفائمي، 1996).

من هنا يتضح للباحثة من خلال تعرضها لتلك الأعراض، أن الخوف الذي لا تظهر فيه تلك الأعراض، هو خوف إيجابي وصحي، ويكون دافع الخوف هو حماية المرء، فهو خوف طبيعي يتناسب تماماً مع الموقف الذي يظهر فيه، وأعراضه تكون طبيعية وتنتهي بانتهاء موقف الخوف الطبيعي.

أما الخوف المرضي أو السلبي فهو الذي تصاحبه الأعراض السابقة في صورة أو أكثر حسب طبيعة موقف الخوف الذي يكون دائماً غير متناسب مع شدة الخوف التي يظهرها المرء مع بقاء الأعراض لمدة قد تطول أو تقصر رغم انتهاء الموقف الذي أدى إلى الخوف.

كما كثيراً من الاضطرابات النفسية مثل الوسواس القهري، والعزلة، والعدوان، والقلق، والتوتر، بالإضافة إلى بعض من الأمراض الجسمية كارتفاع ضغط الدم، والصداع، ومرض السكري، وآلام الظهر قد تكون المخاوف المرضية إحدى مسبباتها.

7.1.2 الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية للفوبيا:

1.7.1.2: الأهداف الأولية لمرض الفوبيا:

تتمثل في إقصاء مصدر الخطر والخوف الداخلي عن الوعي والشعور، أي بكبت الدوافع المرفوضة، إلا أن كبتها لا يعني زوالها من حياة الفرد، فالمهمة الأولى التي تهدف إليها الفوبيا هي تقليل الخوف من الداخل إلى الخارج ومن موضوعات داخلية إلى موضوعات خارجية واستنفاد طاقات الدوافع المكبوتة في مخاوف تشغل الوعي والشعور وتصرفهما بعيداً عن الأمور الذاتية الداخلية (العيسوي، 1988).

2.7.1.2: الأهداف الثانوية للمخاوف المرضية:

وتتمثل في رغبة لا شعورية عند المريض لأن يعتمد علي الآخرين وأن يلفت انتباههم واهتمامهم عند إظهار أعراض الخوف ويرغم الأهل على الالتفاف حوله والعناية به ومن ثم يشعر بالأمن ويمكنه التحكم في المحيطين به (زهران، 1978).

8.1.2 بعض النظريات التي تفسر الخوف المرضي:

1.8.1.2 النظرية الغرائزية:

وتؤكد هذه النظرية على أن الخوف شعور واستعداد غريزي كامن في البناء النفسي والبدني للطفل، وأن الإحساس أو الشعور بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية في الدماغ وأجزاء من الجهاز العصبي المركزي.

وما يسبق هذا النضج لا يكون اختفاء للخوف، بل علامات من التخوف والتردد والحذر، وهذا يشير إلى وجود بذور للخوف وكمونها منتظرة ذلك النضج العصبي، ويدل على ذلك أن الطفل قد تتابه الرهبة المفاجئة إذا فقد توازنه أو تعرض لاحتمال السقوط من مكان مرتفع أو سمع صوتاً عالياً مفاجئاً (سليمان، 2005).

2.8.1.2 نظرية التعلم السلوكية:

وتعتمد هذه النظرية على مبدأ التعلم Learning، وتؤكد أن الخوف شعور داخلي وانفعال يتعلمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط، وهو محصلة لعمليات التنشئة، التي يتلقاها الصغير في إطار تقاليد المجتمع الذي يعيش فيه ومعاييره.

وترفض هذه النظرية فكرة بذور الخوف الوراثية، وترى أن الطفل يولد متجرداً من الخوف، وما يظهر لديه في فترة عمره هو حصيلة ما تعلمه وما شاهده وما أحس به من مخاوف وانفعالات، فهو مقلد ومستنسخ للمشاعر.

وقد اشتقت هذه النظرية في ضوء نظريات بافلوف وسكينر، وبحسب هذه النظرية وتصورها يمكن أن يخاف الطفل من شيء غير مخيف، وقد لا يخاف من شيء يستحق الخوف. ويتعلم الخوف أو يكتسبه عن طريق الاقتران الشرطي.

ومن الممكن أن يكون نظام التغذية سبباً في خوف الطفل من الوحدة أو الظلام أو الحيوانات أو الخبرات الجديدة لاقتران هذه الأشياء بخبرات مؤلمة أخرى.

وقد يحدث تعميم المثيرات إلى الناس والموضوعات والمواقف المشابهة لتلك التي حدث معها الاشتراط بسهولة وسرعة خلال سنوات العمر الأولى، لأن الطفل الصغير تنقصه القدرة على الفهم والخبرة اللذين يمكنانه من النظر إلى الموقف نظرة ناقدة، ومعرفة كيف أن كثيراً من استجاباته الانفعالية تنصف بأنها غير معقولة (سليمان، 2005).

وقد وجد أن تلك العوامل تتمثل في:

* جهل الآباء بنفسية أطفالهم حينما يستغلون خوفهم من شيء ما للإضحاك والتسلية فيصرخ الطفل خائفاً من هذا الشيء ويضحك الأب كذلك مما يمهّد بالنتائج السيئة من حيث علاقة الطفل بوالده، وفي شخصية الطفل وسلوكه بشكل عام فيما بعد.

* يزداد الخوف عند الأطفال حينما نستشيرهم من أجل حفظ النظام أو قضاء الطفل لعمل معين أو منعه من القيام بلعب أو ضوضاء أو غير ذلك فنهددهم بعبارات مثل (إذا لم تكف عن هذا العمل فسيأخذك للشرطي أو الشحاذ، أو سنضعك في الغرفة مع الفئران...).

* التنشئة التي تقوم على إشعار الطفل بالذنب أو الخجل أو النقص أو توقع عليه عقوبة شديدة إنما تسيء إلى الطفل ونموه النفسي وتوقعه في هاوية المخاوف المرضية، بدلاً من أن تأخذ بيده على طريق النمو النفسي السليم (رجب، 1995).

3.8.1.2 نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن المخاوف المرضية، خوف متسلط ملح ومتكرر الظهور من شيء معين أو موقف معين من غير أن يشكل ذلك الشيء أو الموقف المعين خطراً موضوعياً على الشخص. فالحذر الذي يبديه من يقف في مكان مرتفع يطل على منخفض عميق خوف مقبول ومعقول. أما الخوف الشديد من الوقوف فوق أي مكان يبدو مرتفعاً وتبدو المنخفضات حوله، مع العلم بأن الشخص الخائف محاط بحواجز تحميه من الأخطار فهو حالة خوف مرضي. فالخوف المرضي يكون في كل حالاته شديداً قاسياً يظهر لدى المصاب، من غير أن يكون هناك خطر موضوعي يبرر ذلك.

وتتكون المخاوف المرضية حسب نظرية فرويد لدى الفرد جراء مروره بموقف مؤلم وصعب ومخيف في آن واحد في مرحلة الطفولة، حيث يقوم الطفل بكبتها في اللاشعور، كما أنها تتكون نتيجة لمرور الفرد في صراعات أسرية، ونتيجة لذلك كله يبحث اللاشعور عند الفرد عن متنفس من قلقه وصراعاته عن طريق الخوف المرضي من موقف معين في بيئته، ويطمئن لاشعورياً بشأن وصوله إلى حل صراعاته (سليمان، 2005).

4.8.12 النظرية المعرفية:

تنتقل هذه النظرية من فكرة أساسية صحيحة وهي أن تفاعل كل منا مع المجتمع يبني على مجموعة تجاربه التي تولد عنده نمط تفكير معين، فمن يفشل مرة ويؤدي بسبب ذلك قد يفشل

في المرة التالية ليس بسبب عدم قدرته، ولكن لأنه ترسخت عنده فكرة أنه سيفشل فيفشل، وكذلك من تعود على أن يقوم الآخرون بتخويله وأهانته عند طلبه شيئاً ما، فإنه عندما يعيش في مكان آخر تصاحبه هذه الفكرة فيخشى طلب شيء معين بسبب الفكرة التي ترسخت عنده أنه سيهان أو يخوف عندما يطلب، وهكذا قد يكون الرهاب الاجتماعي استجابة لفكرة خاطئة أن ما يحيط بالفرد مخيف أو أنه لن يقدر عليه أو أنه سيغمر عليه فيقلق زيادة ويتحقق ما يتوقعه بسبب ذلك (نشواتي، 2003).

لكن للجمع بين هذه النظريات سبيل وهو ما يتجه إليه الباحثون عموماً فيقولون إن الإنسان يرث موروثاً يجعل مستوى قلقه في الإطار الطبيعي وهذا الطبع الموروث يزيد أو ينقص بحسب الظروف التي يمر بها الإنسان فإن مر بتجارب صعبة، وتحطيم متكرر، ونقد جارح فإن الأفكار القلقة ستترنح عنده ويزداد معدل القلق ليصل إلى حالة مرضية تؤثر على أداء الإنسان وحياته؛ فيفشل في بعض الأمور المهمة بسبب تجنبه هذا القلق الناتج عند مواجهته للمجتمع وحاجته للتفاعل معه.

5.8.1.2 بالإضافة إلى العوامل التالية التي تكون خاصة بالطفل:

1.4.6.1.2 القصور الجسمي (العاهات، والإعاقات، والقصور العقلي).

2.4.6.1.2 عدم معرفة الطفل الواقعية ببعض الأشياء كالغفاريات والغولة.

3.4.6.1.2 الطفل القلق: الذي يعاني من القلق فهو لا يخاف شيئاً معيناً بذاته وإنما يساوره إحساس بعدم الأمان دائماً، ويؤثر هذا الإحساس تأثيراً ضاراً في سلوكه الكلي مما يسبب له إعاقات تعرقل تعلمه، وصعوبات اجتماعية مختلفة (وولمان، 1985).

9.1.2 ما تتصف به مخاوف الأطفال بالنسبة لمخاوف الكبار:

1.9.1.2 الشدة: الطفل الصغير يستجيب بالشدة نفسها لأنفه الأحداث ولأخطر المواقف، وحتى المراهق فإنه قد يستجيب بانفعال حاد لما يرى الكبار أنه موقف إحباطي بسيط.

2.9.1.2 التكرار: إن انفعال الخوف يتكرر كثيراً... ولكن الطفل كلما تقدم في العمر يبدأ في اكتشاف بعض الحقائق، منها أن عدم التقبل والعقاب غالباً ما يلي أي انفعال حاد، فيتعلم كيف يتحكم بانفعالاته، وأن يتكيف مع المواقف الباعثة للخوف، فيتحكم في اندفاعه أو يستجيب بطريقة مقبولة.

3.9.1.2 قصر المدى: ينتقل الطفل الصغير بسرعة من حالة انفعالية لأخرى ويرجع ذلك إلى:

- تهيئة نوع من الاتزان الانفعالي المستقر بمرحلتين التعبيرات الانفعالية غير المحزنة.

- العجز عن الفهم التام للمواقف بسبب عدم نضج الإدراك والخبرة المعدومة.

- مدى الانتباه القصير الذي يجعل من الممكن للطفل أن يتحول إلى موضوعات أخرى بسهولة (سليمان, 2005).

4.9.1.2 استجابات الطفل تكشف عن فرديته:

يتشابه النمط الاستجابي لكل الأطفال حديثي الولادة, ولكن بتقدم العمر يزداد تأثير عوامل التعليم والعوامل البيئية, فالسلوك المقترن بالمخاوف المختلفة يصبح ذا خصوصية فردية, فأحد الأطفال سيجري مندفعاً خارج الغرفة عندما يخاف من شيء بعكس طفل آخر قد يختبئ خلف والدته, بينما يبقى الآخر في مكانه يبكي و يصرخ.

5.9.1.2 تغير شدة الخوف من مرحلة إلى مرحلة أخرى:

فالمخاوف التي كانت قوية في عمر معين تضعف قوتها كلما تقدم الطفل بالعمر, بينما تقوى مخاوف أخرى ضعيفة, وترجع هذه الاختلافات جزئياً إلى التغير في قوة الدافع, والنمو الإدراكي للطفل, والتغيير في الميول والقيم.

6.9.1.2 يمكن التعرف عليها من خلال السلوك الرمزي:

قد لا يظهر الطفل مخاوفه بصورة مباشرة, ولكن بصورة غير مباشرة عن طريق عدم الاستقرار, وكثرة الحركة, وأحلام اليقظة, والصراخ, وصعوبات النطق, والعصبية, كما في حالة قضمه الأظافر ومص الأصابع (سليمان, 2005).

10.1.2 العوامل المسؤولة عن التنوع في مخاوف الأفراد:

أكد سليمان (2005) على أن هناك كثيراً من العوامل المسؤولة عن التنوع في مخاوف الأفراد منها:

1.10.1.2 الجنس: نجد في كل الأعمار أن لدى البنات مخاوف أكثر من الأولاد، ومن الشائع اجتماعياً أن تخاف البنات من أشياء معينة كالنحابين والحشرات.

2.10.1.2 الذكاء: إن الطفل الذي يسبق نموه أقرانه من السن نفسها يتشابه في مخاوف مع المجموعات الأكبر سناً، بينما تتشابه مخاوف الطفل المتخلف مع مخاوف الأطفال الأصغر سناً.

3.10.1.2 الوضع الاقتصادي والاجتماعي: إن مخاوف الأطفال الذين ينتمون للطبقات الفقيرة أكثر من مخاوف الأطفال الذين ينتمون إلى الطبقة الوسطى، أو الغنية، فهم يخافون على الأخص من العنف الذي يزعج أطفال الطبقة المتوسطة والعالية بدرجة أقل كثيراً.

4.10.1.2 الحالة الجسمية: فإذا كان الطفل متعباً أو جائعاً أو ذا بنية ضعيفة، فإنه يستجيب بدرجة كبيرة من الخوف عما لو كان في حالة طبيعية، كما سيخاف في كثير من المواقف التي لا تثير الخوف فيه أصلاً.

5.10.1.2 الاتصال الاجتماعي: فإذا وجد الفرد مع آخرين خائفين فإنه سيخاف أيضاً، وكلما زاد عدد أفراد الجماعة زاد معدل انتشار المخاوف، كما يزداد عدد مثيرات الخوف لدى الطفل الواحد.

6.10.1.2 ترتيب الطفل الميلادي: يميل الطفل الأول لأن تكون مخاوفه أكثر من الطفل الأخير لأنه يتعرض لحماية زائدة من الوالدين. وكلما كان ارتباط الأشقاء الصغار كبيراً بالأشقاء الكبار، كانت المخاوف المتعلمة أكثر.

7.10.1.2 الشخصية: يميل الأطفال الأقل شعوراً بالأمن لأن يكونوا أكثر وأسهل خوفاً من الأطفال الذين يشعرون بالأمن. كما يتعلم الطفل المنبسط مخاوف أكثر عن طريق تقليد الآخرين، على عكس الطفل المنطوي.

وعموماً، فإن الفروق الفردية في استجابات الخوف أكثر من تلك التي تشير إليها العوامل التي سبق ذكرها، فالخوف لا يعتمد على مثير معين، ولكن على الظروف المحيطة بالفرد وعلى حالة الطفل في وقت حدوث المثير (سليمان، 2005).

11.1.2 بعض الأساليب الفعالة لعلاج الخوف عند الأطفال:

إذا تأصل الخوف عند الطفل وأصبح خوفاً مرضياً، فإن الحديث المباشر مع الفرد على أن يخاف منه لا يسبب له أذى، كما أن حدث الطفل على التغلب على مخاوفه وتحقيرها لا يفيد كثيراً، ولا بد من استخدام العلاج النفسي وفتياته في علاج المخاوف المرضية (الفوبيا).

ومن أكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي:

1.11.1.2 Insight Therapy: العلاج بالاستبصار

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها، وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله، وتعديل مفهومه عن ذاته، وتعديل اتجاهاته نحو والديه وإخوته وأصدقائه ومدرسيه...

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين، والمدرسين، وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حد كبير (الزعيبي، 2005).

2.11.1.2 Behavioral Therapy: العلاج السلوكي

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك ويتم ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله، والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك، وتعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها.

ومن أهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج المخاوف المرضية ما يلي:

1.2.11.1.2 Desestization: خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف

تهدف هذه الطريقة إلى مساعدة الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أم عن طريق التلفاز أم عن طريق التخيل، وتقريب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف، وهو مسترخٍ وفي حالة نفسية طيبة تجعل الموقف المؤلم ممتعاً وغير مؤلم مما يغير استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والطمأنينة.

2.2.11.1.2 ملاحظة نماذج الشجاعة مع التشجيع المقرون بالشرح اللفظي:

تعمل هذه الطريقة على تقليل الحساسية، فالطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة...

فالملاحظة تقنع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه، ومن المفضل المزوجة ما بين الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسماً على مواجهة الموقف المخيف بالتدرج وذلك بوجود الوالدين، وهذا من شأنه أن يساهم في تهدئة الطفل.

3.2.11.1.2 الاسترخاء Relaxation:

إن استرخاء عضلات الطفل الخائف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (إشراط مضاد)، إذ يساعد الاسترخاء الطفل على التركيز الإيجابي، ويمكن استخدام الاسترخاء مع خفض الحساسية التدريجي من الموضوع المخيف للطفل بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إخافتها للطفل شيئاً فشيئاً، ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من المشهد الذي يتم وصفه، فأسلوب الاسترخاء بالتنفس والاسترخاء العضلي العميق يستخدم لعلاج الأعراض الفسيولوجية والشد العضلي والعصبية والارتجاف إلى آخره، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لتهدئة الطفل عن طريق التنفس ببطء وبانتظام وبتناغم مع العد ببطء أيضاً، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي التام (الصبوة، 2007).

4.2.11.1.2 الإيحاء الذاتي:

إن تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع الذات) بشكل صامت يمكن أن يحسن من مشاعره نحو الموضوع المخيف، فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها أكثر خوفاً، في حين أن

التفكير بأفكار إيجابية تؤدي إلى سلوك أهدأ، ومثال ذلك: (أستطيع أن أواجه ذلك)، (إنني أصبح أكثر شجاعة). كما يمكن تدريب الأطفال على كيفية إيقاف أفكارهم المخيفة بمجرد قول (توقف)، وبعدها يقولون لأنفسهم عبارات إيجابية مضادة (الزعبي، 2005).

3.11.1.2 العلاج المعرفي: Cognitive Therapy

حيث يزود المريض بعرض وافٍ لطبيعة المعارف والإدراكات المسببة للرهاب من قبيل (مفهوم الأفكار الآلية السلبية، وطبيعة المواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والكره النفسي، والأسباب التي تقف خلف الأفكار الآلية السلبية المسؤولة عن استمرار الخوف). ومن خلال المواقف التي يعرضها المعالج النفسي تتم مساعدة المريض في إدراك أنه لا بد أن يكون قادراً على تحديد التفسيرات والتنبؤات المحددة التي يتوصل إليها بنفسه، لكي يكون في وضع يمكنه من إيقاف هذه الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة بشكل فعال، والتي هي المسؤولة عن الخبرات الانفعالية المزاجية السلبية كاستجابات لهذه المواقف الاجتماعية (Bech, 1985).

4.11.1.2 العلاج الدوائي (العقاقير):

تستعمل الأدوية (العقاقير) الطبية في علاج حالات عصاب الفوبيا.. ويكون استعمال الدواء لتخفيف حدة الخوف عند المريض مما يسهل في علاج المريض بالوسائل السلوكية والنفسية.

12.1 الوقاية من المخاوف المرضية:

يتفق كثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال ما هي إلا استجابات متعلمة، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وإزالة التعلم الخاطئ الذي واجهوه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي).

وتتلخص أهم الإجراءات الوقائية من المخاوف المرضية كما يرى عودة وآخرون (1984) فيما يلي:

1.12.1 عدم تخويف الأطفال، وكذلك عدم استغلال مخاوفهم للسيطرة عليهم وضبط سلوكهم.

2.12.1 تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء.

3.12.1 تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه، وتحمل المسؤولية حتى يتعود على الجرأة والإقدام.

4.12.1 تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد، ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجين للهدوء والتفؤل والاستجابة بشكل مناسب.

5.12.1 تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على طفلها، كلما قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه.

6.12.1 الإقلال من تحذير الآباء لأبنائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس، وتجعلهم جبناء يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة.

7.12.1 إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشئ مثل هذه المواقف.

8.12.1 لا بد أن توجد رقابة علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما يذاع ويبث عبر الراديو، والتلفاز، وأفلام الفيديو، حتى نجنب الأطفال من الأضرار النفسية (عودة وآخرون، 1984).

2.2 الدراسات السابقة:

تناولت عدد من الدراسات المخاوف المرضية لمختلف المراحل العمرية، وستتناولها الباحثة بحسب الآتي:

1.2.2 الدراسات العربية:

1.1.2.2 دراسة ثابت وفستانز (2006).

قام الباحثان بدراستهما بهدف التعرف على آثار ضغوط ما بعد الصدمة في أثناء الحرب على الأطفال الفلسطينيين الذين عرضتهم قوات الاحتلال الإسرائيلي للخوف من الحرب من قبل، وكذلك للتعرف على العلاقة بين عوامل الخوف العصبي وضغوط ما بعد الصدمة. وتكونت عينة الدراسة من (239) طفلاً تراوح أعمارهم ما بين (6-11) سنة، وقد استخدم الباحثان عدة مقاييس وهي: قائمة غزة للأحداث الصادمة، ومقياس ردة الفعل للأطفال لما بعد الصدمة ومقياس روتر للوالدين والمعلمين، وأظهرت نتائج الدراسة أن (174) طفلاً أي ما نسبته (72.8%) يعانون من ضغوط ما بعد الصدمة بشكل خفيف، بينما 98 طفلاً أي ما نسبته (41%) يعانون بدرجة ما بين متوسطة إلى شديدة. وأظهرت نتائج الحالات على اختبار روتر للوالدين التي أجريت على عينة مكونة من (64) طفلاً وطفلة، أي ما نسبته (26.8%) لها ارتباط قوي في ردود الفعل ما بعد الصدمة، بينما لم تظهر أي علاقة ارتباطية على مقياس روتر للمعلمين. كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن العدد الكلي للذين أجريت عليهم الدراسة في تأثير الخوف من الحرب هو أفضل متبئ للإشارة إلى وجود ضغوط نفسية شديدة لما بعد الصدمة.

2.1.2.2 دراسة مجيد (2006).

وهي بعنوان دور الأزمات النفسية في إثارة المخاوف لدى الشباب الجامعي في العراق. وقد أجريت هذه الدراسة على (300) طالب وطالبة من مختلف الكليات في جامعة بغداد، حيث هدفت إلى تحديد مدى معاناة الشعب العراقي من أعراض الخوف والقلق المستقبلي. وقد أظهرت النتائج مدى ارتفاع المخاوف المستقبلية لدى الإناث أكثر من الذكور، بالإضافة إلى مواجهة نوعين من المخاوف هما: المخاوف المهنية والاجتماعية والشخصية من جهة، وما يتعلق بالشؤون السياسية والأزمات والكوارث من جهة ثانية.

3.1.2.2 دراسة حجازي (2003).

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى التعرف على وجود فروق في أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال (6-12) والمصابين ببعض الأمراض النفسجسمية (ربو شعبي، عصبي، أكزيما، سكري) والأطفال العاديين في المملكة العربية السعودية-الرياض، وقد

تكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات وتتمثل المجموعات الأربع فيما يلي: المجموعة الأولى: وهي مجموعة الأطفال المصابين بالربو الشعبي وعددهم (30) فرداً، والمجموعة الثانية: وهي مجموعة الأطفال المصابين بسكر الدم وعددهم (20) فرداً، والمجموعة الثالثة: وهي مجموعة الأطفال المصابين بالأكزيما وعددهم (20) فرداً، والمجموعة الرابعة: وهي مجموعة الأطفال العاديين وعددهم (23) فرداً. وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى السكر في متغير المخاوف المرضية لصالح مرضى السكر، وأن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي في متغير المخاوف المرضية لصالح مرضى الربو، كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الأكزيما في متغير المخاوف المرضية لصالح مرضى الأكزيما.

4.1.2.2 دراسة عساف وأبو الحسن (2003).

قام الباحثان بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على آثار الضغوط النفسية المترتبة على فعل الاجتياحات الاسرائيلية لمنطقة مخيم جنين، ودرجة تأثرها بالمتغيرات الديموغرافية (الجنس، ومستوى دخل الأسرة، والمستوى الدراسي للطالب)، وثانياً معرفة المشكلات التي يتعرض لها التلاميذ نتيجة الاجتياحات الاسرائيلية للمخيم.

وتكونت عينة الدراسة من (135) تلميذاً وتلميذة اختيروا بالطريقة العشوائية من تلاميذ الصفوف العليا من المرحلة الأساسية من مراحل التعليم في فلسطين التي تديرها وكالة الغوث للاجئين ممثلة (34%) من مجتمع الدراسة. وتم تطبيق مقياس الآثار النفسية الصدمية، وقد أظهرت النتائج أن معدل الآثار النفسية الصدمية كانت متوسطة بنسب (56,3%)، وهذا يدل على أن (25,2) من تلاميذ المدارس يعانون من الضغوط النفسية الصدمية بدرجة شديدة، كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرات الجنس، ومستوى دخل الأسرة، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مستوى الصف لمصلحة الصفوف الدنيا، وكما بينت الدراسة الأعراض النفسية، والسلوكية، والتعليمية، والفسولوجية التي يعاني منها تلاميذ المرحلة الأساسية العليا نتيجة لاجتياح القوات الإسرائيلية.

5.1.2.2 دراسة الدمخلي (1996).

قام الباحث بإجراء دراسة هدفت إلى تصميم برنامج علاجي جمعي خاص بإعادة البنية المعرفية للفرد، يستند على مبادئ أليس (Ellis) في العلاج العقلاني الانفعالي بهدف خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، وتكونت عينة الدراسة من عشرين طالباً من طلاب المرحلة الثانوية

الذين يعانون من رهاب التحدث أمام الآخرين. كان متوسط أعمارهم (18) سنة، وكان متوسط درجاتهم على مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين (22.15%) وبانحراف معياري (3.41). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.35) ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة (14.65) بعد تطبيق البرنامج مباشرة. وهذا يعني أن برنامج العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي له فعالية في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية في حين لم ينخفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة الضابطة كما تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده.

6.1.2.2 دراسة الفقى (1993).

أجرى الباحث دراسة هدفت الى التعرف إلى التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون نتيجة للاحتلال العراقي، والتي أجريت على عينة من الطلاب الجامعيين مكونة من (300) طالب من الجنسين وعلى عينة من طلاب المدارس الثانوية مكونة من (271) طالباً من الجنسين. وقد أعد الباحث أداة دراسة لتحقيق أهداف الدراسة بالإضافة لقائمة أيزنك للشخصية. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أعراض الخوف، وقد سجلت أعلى نتائج على فقرات الأداة المتمثلة بالخوف من المستقبل والخوف من سماع أصوات الانفجارات والخوف من الخروج ليلاً. كما كشفت نتائج الدراسة أن أعراض الخوف تتشابه لدى أفراد العينة وبين الجنسين ولدى الأعمار المختلفة، ولدى من كان داخل الكويت في أثناء العدوان العراقي وخارجه، والمتمثلة في الخوف من المستقبل والخوف عند سماع أصوات الانفجارات والخوف من الخروج ليلاً.

7.1.2.2 دراسة عبد المؤمن (1992).

قام الباحث بدراسة هدفت إلى الكشف عن المخاوف المرضية لدى عينة من التلاميذ العاديين، وذوي صعوبات التعلم، والمتخلفين عقلياً من ذوي التخلف البسيط، كما هدفت إلى الكشف عن الفروق بينهم وأثر متغيري الجنس والعمر الزمني في المخاوف المرضية. وتكونت عينة الدراسة من (220) تلميذاً من الجنسين من المدارس الابتدائية وقسمت العينة إلى (80) تلميذاً من الأطفال العاديين و(80) تلميذاً من الأطفال المتخلفين عقلياً. واستخدم الباحث في الدراسة اختبار المخاوف للأطفال إعداد عبد الظاهر الطيب (1983). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة بين التلاميذ العاديين، والتلاميذ ذوي صعوبات التعلم، والتلاميذ المتخلفين عقلياً

في المخاوف لصالح الأطفال العاديين, كما اتضح عدم وجود فروق بين الجنسين في العينة الكلية من المخاوف المرضية, لكن اتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة بين الجنسين في عينة العاديين لصالح البنين, ووجود علاقة ذات دلالة بين العمر الزمني والمخاوف المرضية لدى عينة ذوي صعوبات التعلم بينما لا توجد مثل هذه العلاقة لدى عينة العاديين, وعينة المتخلفين عقلياً والعينة الكلية.

8.1.2.2 دراسة بكر وآخرون (1991).

قام الباحثون بدراسة حول الوضع النفسي للطفل الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة, وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الفلسطينيين وبخاصة المراهقين منهم يعانون من عدد من المشكلات النفسية المختلفة التي من أهمها: الاكتئاب والخوف بنسبة (11%), وعدم الإذعان والانصياع لأوامر الأهل والمعلمين ما نسبته (13.4%), والتشاجر ومع الآخرين ما نسبته (5.25%). ناهيك عن ظهور المشكلات الأخرى مثل: عدم تحمل المسؤولية, والشعور بالمرارة والغيرة, وعدم الرغبة في الاستيقاظ من النوم, واضطرابات النوم, واللجوء إلى الكبت.

9.1.2.2 دراسة عبد الفتاح (1991).

قام الباحث بدراسة هدفت التعرف إلى الفروق بين الذكور والإناث في كل من المخاوف المرضية, ومفهوم الذات لدى مجموعة من الأطفال المصريين بمدارس الإمارات العربية المتحدة, وتكونت عينة الدراسة من (143) طفلاً بواقع (73) طفلاً من الذكور و(61) طفلاً من الإناث ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (10-13) سنة, واستخدم الباحث مقياس المخاوف للأطفال ترجمة عواطف بكر (1980) ومقياس مفهوم الذات, وأسفرت نتائج الدراسة عن أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الجنسين لصالح الإناث, كما اتضح أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من المخاوف, ومفهوم الذات الواقعي والمثالي, وتقبل الذات.

1.1.2.2 دراسة عوض وعبد اللطيف (1990).

قام الباحثان بدراسة هدفت إلى إعداد مقياس لقلق الانفصال لدى الأطفال, وتقنيه على البيئة المصرية, ومن ثم التعرف إلى البنية العاملية لهذا المقياس, والفروق بين الجنسين في قلق

الانفصال. وتكونت عينة الدراسة من (218) طفلاً بواقع (109) من الذكور و(109) من الإناث ممن تراوحت أعمارهم الزمنية من (9-11) سنة. واستخدم في الدراسة مقياس قلق الانفصال لدى الأطفال إعداد الباحثين (1990)، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الصورة العاملية لمفردات مقياس قلق الانفصال تكونت من أربعة عوامل هي الأعراض الاكتئابية المصاحبة لقلق الانفصال، والشعور بالتهديد من الانفصال عن الوالدين، وخوف الطفل من ترك المنزل، وذلك لإدراكه للشقاق الوالدي، وعدم وجود فروق جوهرية في متغيرات مقياس قلق الانفصال لدى كل من الذكور والإناث عينة الدراسة.

11.1.2.2 دراسة عبد الحميد (1989).

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين أطفال المدارس الابتدائية والأطفال من نزلاء مؤسسات الأحداث في المخاوف الشائعة وفقاً لمتغير الجنس، ومدى شيوع المخاوف عند الأطفال في هاتين المجموعتين، وقد تكونت عينة الدراسة من (200) طفل قسمت إلى مجموعتين متساويتين بواقع (50) من الذكور و(50) من الإناث من تلاميذ المدارس الابتدائية، والمجموعة الثانية تكونت من (100) طفل بواقع (50) من الذكور و(50) من الإناث من أطفال مؤسسات الأحداث، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (10-12) سنة، واستخدمت في الدراسة اختبار الخوف للأطفال (ترجمة عواطف بكر، 1980)، واختبار تفهم الموضوع لموارد (ترجمة سيد غنيم وهدي برادة)، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة بين تلاميذ المدارس والأطفال من نزلاء مؤسسات الأحداث في المخاوف الشائعة لصالح عينة الأحداث، بينما لم يتبين وجود فروق بين الذكور والإناث من نزلاء مؤسسات الأحداث في المخاوف الشائعة، كما إتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين تلميذات المدارس وأقرانهن من فتيات الأحداث في المخاوف الشائعة المستخدمة في الدراسة لصالح فتيات المؤسسات.

12.1.2.2 دراسة العيسوي وعبد الحميد (1989).

وقد قام الباحثان بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة ما بين مخاوف الأطفال والقلق، وإلى التعرف على ماهية الفروق بين الذكور والإناث من الأطفال في تلك المتغيرات، وتألفت عينة الدراسة من (100) طفل بالمرحلة الابتدائية بواقع (50) من الذكور و(50) من الإناث بمتوسط عمري قدره (11.62) سنة واستخدم الباحثان اختبار المخاوف المرضية للأطفال إعداد محمد عبد الظاهر الطيب (1980) واختبار القلق (الحالة _ السمة) للأطفال لسبيلبرجر Spielberg

(1973) (ترجمة عبد الرقيب البحيري, 1982), وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين المخاوف المرضية وحالة القلق, وسمته لدى أطفال عينة البحث, بينما لم يتضح وجود فروق بين الجنسين في الحالة, بينما اتضح أن الإناث كن أكثر إظهاراً لسمة القلق والمخاوف من الذكور.

13.1.2.2 دراسة سلامة (1987).

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى التحقق من العلاقة بين ما يبديه الأطفال من مخاوف في مرحلة الطفولة المتأخرة, ومدى إدراكهم للقبول والرفض الوالدي وكانت عينة الدراسة قوامها (101) طفل, بواقع (52) من الذكور, و(49) من الإناث من الصفوف: الرابع, والخامس, والسادس بالمدارس الابتدائية, وتراوحت أعمارهم الزمنية من (10-13) سنة, واستخدمت الباحثة مقياس الخوف للأطفال (ترجمة عواطف بكر, 1980), واستبيان رونر للقبول/الرفض الوالدي Roner (1984). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة بين مجموعة درجات الخوف, ودرجات الرفض الوالدي سواء أكان من الأم أم من الأب, وأن هناك علاقة بين ما يبديه الطفل من مخاوف, وبين إدراكه للرفض الوالدي. مما يوحي بإمكانية التنبؤ بالمشكلات الانفعالية للأبناء في ضوء ما يدركونه من قبول ذويهم أو رفضهم.

14.1.2.2 دراسة داود (1982).

قام الباحث بدراسة هدفت إلى التحقق من الفروق بين الجنسين في المخاوف, التي أجريت على (600) طالب و(600) طالبة من مدارس المرحلة المتوسطة العراقية تراوحت أعمارهم ما بين (12-17) سنة, وقد قام الباحث بإعداد قائمة لمسح المخاوف للتعرف على الفروق بين الجنسين. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين في المخاوف, إذ أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور.

15.1.2.2 دراسة عبد الحميد (1982).

وقد هدفت هذه الدراسة التعرف إلى ديناميات شخصية الأطفال الرهابيين, كما يظهر ذلك في قصصهم على اختبار تفهم الموضوع (C.A.T) والتعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الذكور والإناث على تلك الديناميات. تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال بواقع (5) من الذكور و(5) من الإناث. وطبقت الباحثة مقياس الخوف ترجمة عواطف بكر (1980), مقياس الخلو من الأعراض العصابية إعداد عطية هنا (1965), كما طبقت اختبار تفهم الموضوع

C.A.T للأطفال إعداد بلاك Bellak (1975) بالإضافة إلى المقابلات الإكلينيكية.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن وجود أعراض إكلينيكية مميزة للبناء الدينامي للطفل الرهابي تتمثل في الخوف من الوحدة، ومن الانفصال عن الوالدين، والقلق والتوتر والعرق والرعدة والفرع والرعب والصراخ الشديد بالإضافة إلى سرعة دقات القلب، وصعوبة التنفس.

16.1.2.2 دراسة عبد الحميد (1978).

قام الباحث بدراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في المخاوف والفروق بين القطريين وغير القطريين، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (204) طالب وطالبة من مدارس الدوحة الإعدادية والثانوية من القطريين وغير القطريين تراوحت أعمارهم بين (12 - 19) سنة بمتوسط (15.86) وانحراف معياري (1.17)، وقد استخدم الباحث مقياساً للخوف من إعدادهِ. وكشفت نتائج الدراسة عن فروق جوهرية بين الجنسين في المخاوف لصالح الطالبات لدى عينة القطريين وعينة غير القطريين. كما تبين أن مخاوف الطالبات تتركز حول الجثث، والاختناق، والرسوب في الامتحان، والفئران، والحقن، والدم، والأماكن المرتفعة، والحياة بعد الموت، والعنكبوت، والثعابين، والأماكن المظلمة والحشرات، والكلاب. في حين تتركز مخاوف الطلبة في الموت المفاجئ، والتعرض للنقد، والمجادلة مع الوالدين. هذا ولم تكشف الدراسة عن فروق جوهرية بين القطريين وغير القطريين في المخاوف.

2.2.2 الدراسات الأجنبية:

1.2.2.2 دراسة أيزجيك وآخرون (Izgc & others, 2004):

قام الباحثون بدراسة بعنوان الرهاب الاجتماعي بين طلاب الجامعات وعلاقتها باحترام الذات وصورة الجسم، وهدفت الدراسة إلى إثبات انتشار الرهاب الاجتماعي وعلاقته بهيئة الجسم وصورته واحترامها. بلغ عدد المشاركين في الدراسة (1003) طالب تم تعيينهم من جامعة Cumhuriyet حيث تم اختيارهم عشوائياً من جميع الفصول الدراسية. وضمت مجموعة تضم (391) من الإناث (38.9%)، و(612) من الذكور (61.1%) طالباً بنسبة (10%) من إجمالي عدد الطلاب (11276) حيث كان (4125) من الإناث و(7151) من الذكور وقد تم استخدام نموذج المعلومات الشخصية عن الجنس، والطبقة الاجتماعية، والمدرسة، والسن. وكما استخدم مقياس روزنبرغ لتقدير الذات والمقابلة التشخيصية لمقياس الخوف الاجتماعي حسب DSM- III R، حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الإناث

والفئة الاجتماعية إذ كلما قل المستوى الاجتماعي كانت صورة الجسد ومستوى تقدير الذات متدنياً، وكانت أعلى نسبة وجود للخوف الاجتماعي ما بين أعمار (21-24)، وأدنى معدل وجود الخوف الاجتماعي في عمر (25).

2.2.2.2 دراسة موسى وآخرون (Mousa & others, 1999).

قام الباحثون بدراسة هدفت الى التعرف على الفروق بين الأطفال المصريين في المخاوف تبعاً للعمر، والجنس، والمستوى الاجتماعي، والاقتصادي للأسرة، ونوع المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من (883) طفلاً بواقع (386) من الذكور و(447) من الإناث من المدارس الحكومية و(594) من المدارس الخاصة، ممن تراوحت أعمارهم من (8-13) سنة واستخدم الباحثون مقياس المخاوف للأطفال من إعدادهم، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الإناث أظهرن مخاوف أعلى من الذكور بالنسبة للخوف من الظلام، والحيوانات، والأماكن المتسعة، وأظهرت المجموعة الأصغر سناً مخاوف أعلى من المجموعة الأكبر سناً، كما أظهرت المجموعة الأكبر سناً في المدارس الحكومية مخاوف أكثر من أطفال المدارس الخاصة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن المخاوف تزداد حدتها لدى الذكور مع تقدم العمر في المدارس الحكومية وتتناقص مع التقدم في العمر مع الأطفال في المدارس الخاصة، وذلك بالنسبة للذكور والإناث في المجموعات البحثية.

3.2.2.2 دراسة تيرجون وآخرون (Turgeon & others, 1998):

أجرى الباحثون دراستهم لبحث معدلات الانتشار وقياس الفروق ما بين الجنسين في اضطراب الخوف من الأماكن المتسعة. وتكونت عينة الدراسة من (96) أنثى و(58) ذكراً، ممن يعانون من اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، وأوضحت النتائج أن الاضطراب المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة أكثر شدة لدى الإناث، وقررت الإناث تجنب الخوف من الأماكن المتسعة، وذلك عند مواجهة مواقف أو أماكن متسعة بمفردهن.

4.2.2.2 دراسة موريس (Muris, 1997):

قام الباحث بدراسة هدفت إلى الكشف عن أهم المخاوف الشائعة في مرحلة ما قبل المدرسة

والتعرف على المصادر المسببة لهذه المخاوف. تكونت عينة الدراسة من (129) طفلاً ممن تراوحت أعمارهم بين (6-12) سنة وتمت المجانسة بينهم من حيث السن والمستوى الاجتماعي للأسرة. واستخدم الباحث مقياس مسح المخاوف للأطفال لأوليندك (Ollendick, 1983), واستمارة المعلومات للطفل من إعداد الباحث, وذلك لجمع بيانات عن الطفل من خلال مجموعة من المعلومات السلبية, والمشروطة التي تسهم في نمو المخاوف لدى الأطفال, وأسفرت نتائج الدراسة عن أن أكثر المخاوف الشائعة لدى الأطفال التي ظهرت على المقياس هي الخوف من العنكبوت الذي ارتبطت بجميع أفراد عينة الدراسة, كما اتضح عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث بعد التطبيق البعدي للمقياس المستخدم في الدراسة).

5.2.2.2 دراسة سبنس (Spenc , 1997):

قامت الباحثة بدراسة هدفت الى التعرف على أعراض القلق لدى عينة من الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من أعراض القلق والمخاوف, وتكونت عينة الدراسة من (698) طفلاً بالمرحلة الابتدائية من المستويات الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة والمنخفضة ممن تراوح أعمارهم من (8-12) سنة, وقسمت العينة إلى مجموعتين (273) طفلاً من الذكور, و(425) طفلاً من الإناث, استخدمت الباحثة مقياس القلق للأطفال Spence (1997) إعداد الباحثة, وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ستة عوامل مرتبطة بأعراض القلق واضطراباته عند أطفال العينة التي تظهر بصورة واضحة في كل من عوامل (الهلع, والخوف من الأماكن المتسعة, والمخاوف الاجتماعية, وقلق الانفصال, والوسواس القهري, والقلق العام, والخوف من الأذى الجسدي). كما أظهرت النتائج أن أكثر أعراض القلق شيوعاً هي الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة, وأقلها شيوعاً كان الوسواس القهري, وأن الإناث كن أكثر إظهاراً للأعراض الستة المرتبطة بالقلق لدى الذكور.

6.2.2.2 دراسة " جيلبيرت وآخرون (Gilbert, & others, 1994)

قام الباحث بدراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في ظهور أعراض المخاوف المرضية, وقد أجريت الدراسة على عينة من الطلاب قوامها (102) طالب بواقع (46) من الإناث و(56) من الذكور ممن تراوحت أعمارهم ما بين (11 - 14) سنة وتم اختيارهم من إحدى مدارس ولاية إلينوى الأمريكية, وقد استخدم الباحث فيها قائمة مسح المخاوف المعدلة للأطفال (FSS-R). وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الجنسين في المخاوف حيث حصلت الإناث على متوسط أعلى من الذكور.

7.2.2.2 دراسة آرينديل وآخرون (Arrindell, & others, 1993):

قام الباحث بدراسة هدفت إلى الكشف عن فروق بين الجنسين، والتي أجريت على عينة قوامها (168) بواقع (120) طالبة و(48) طالباً من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية وباستخدام قائمة مسح المخاوف، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين لصالح الإناث في المخاوف، حيث تبين أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بوجه عام.

8.2.2.2 دراسة أوليندك وآخرون (Ollendick & others, 1991):

قام الباحثون بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الخوف والقلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال الانجليز، واختبار بعض الصفات السيكومترية لمقياس المخاوف للأطفال المعدل (1983)، وتكونت عينة الدراسة من (237) طفلاً بواقع (158) من الذكور و(169) من الإناث، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (8-10) سنوات من المدارس البريطانية، من ذوي المستوى المتوسط. واستخدم الباحثون قائمة مسح المخاوف المعدل للأطفال إعداد أوليندك Ollendick (1983) ومقياس القلق الظاهر المعدل للأطفال لرينولدز وريتشموند Reynolds & Richmond (1978)، واستمارة الاكتئاب للأطفال لكوفاكس Kovacs (1981). أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الخوف والقلق. كما اتضح أن هناك تشابهاً في المخاوف السائدة بين الأطفال في كل من إنجلترا وأمريكا وأستراليا، وأن هذه القائمة تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة احتوت على خمسة عوامل: وهي الخوف من الفشل، والنقد، والخوف من المجهول، والخوف من الحيوانات، ومن الجروح البسيطة، والخوف من الخطر والموت، والمخاوف الطبية بعامة.

9.2.2.2 دراسة ساندرسون وزملائه (Sandirson & others, 1990):

قام الباحثون بدراسة على (130) مريضاً من المترددين على عيادة اضطرابات القلق، بهدف بحث العلاقة بين الخوف من الأماكن المتسعة والخوف الاجتماعي، حيث أجريت مقابلة للمرضى باستخدام قائمة مقابلة اضطرابات القلق المعدلة Anxiety Disorder Revised Interview Schedule، وكشفت النتائج عن أن (17%) من المصابين يعانون من الخوف الاجتماعي، ويعانون أيضاً من اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، في حين أن (22%) من المصابين باضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة يعانون من اضطراب الخوف الاجتماعي.

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى التعرف على طرائق واستراتيجيات تحرير الأطفال من الخوف ومقدار التدعيم الاتصالي، والعلاقة بين خبرة عناية الأطفال بأنفسهم حينما يتعرضون لخبرة الخوف بعد ساعات المدرسة، والتدعيم، والمساعدة الاجتماعية لهم والعلاقة بين الخوف والمتغيرات الديموغرافية الأخرى، قد تكونت عينة الدراسة من (33) طفلاً من المهتمين بأنفسهم ممن تراوحت أعمارهم الزمنية بين (9-15) سنة، وقامت الباحثة بجمع البيانات عن طريق المقابلات الشخصية والعوامل الديموغرافية، وقسمت العينة على أساس هذه البيانات إلى مجموعة يتنابها الخوف ومجموعة لا تشعر بالخوف على الإطلاق، أما التدعيم والمساندة الاجتماعية بعد ساعات المدرسة فتم قياسه بعدد من الأفراد المهتمين بالطفل (تليفونات - زيارات - فسح - مغادرة منزل) ويقاس من خلال قائمة التدعيم والمساندة الاجتماعية للأطفال إعداد والشيك وبرافو وساندلر Wolchich, Braver, Sandler (1984)، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن مشاهدة الأصدقاء ترتبط بنقص الخوف، وأن التدعيم المتاح بعد الخروج من المدرسة كان أكبر ارتباطاً بالبعد عن الخوف، وأن الأطفال الذين يملكون تدعيماً انفعالياً بالإضافة إلى النصيحة يحتل أياً يكونوا أكثر اتصالاً بالآخرين للتغلب على مشاعر الخوف لديهم، وربما يرجع هذا إلى أن هؤلاء الأطفال يشعرون بالتدعيم والمساندة الاجتماعية أكثر. ومن ثم قدرة أكثر على الثقة بأنفسهم، وأن مشاهدة أصدقاء أكثر بعد المدرسة وفي أثنائها يسهل على الوالدين تفسير التباين في الخوف.

3.2.2 تعقيب على الدراسات السابقة المتعلقة بالمخاوف المرضية:

من خلال استعراض الباحثة للدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تمكنت من الاطلاع عليها والمتعلقة بموضوع الدراسة بمجال المخاوف المرضية، أنها:

- دراسة (مجيد، 2006)، ودراسة (عبدالفتاح، 1991)، ودراسة (عوض وعبد اللطيف، 1990)، ودراسة (عيسوي وعبد الحميد، 1989)، ودراسة (داوود، 1982)، ودراسة (عبد الحميد، 1978)، جميع هذه الدراسات فيها إجماع على وجود فروق بين الجنسين لصالح الإناث في المخاوف، حيث تبين أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بعامة، في حين خالفت دراسة (الفقي، 1993) ودراسة (عساف وأبو الحسن، 2003)، الدراسات السابقة في أن متغير الجنس ليس له دلالة إحصائية، وأن الذكور والإناث متساويان بالنسبة لظهور أعراض المخاوف المرضية، وقد اختلفت دراسة (عبد المؤمن، 1992) عن الدراسات السابقة حيث أسفرت نتائج دراستها عن

وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في عينة العاديين لصالح البنين حيث أن الذكور أكثر خوفاً من الإناث.

وقد اتفقت الدراسات العربية السابقة مع الدراسات الأجنبية التالية: (Izgc & others , 2004), ودراسة (Mousa & others, 1999), ودراسة (Turgeon & others, 1998), ودراسة (Gilbert & others, 1994), ودراسة (Arrindell, & others, 1993) بوجود فروق بين الجنسين لصالح الإناث, حيث أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بشكل بعامة.

• كما بينت دراسة (عوض وعبد اللطيف, 1990) لقلق الانفصال لدى الأطفال وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الصورة العاملية لمفردات مقياس قلق الانفصال تكونت من أربعة عوامل هي: الأعراض الاكتئابية المصاحبة لقلق الانفصال, والشعور بالتهديد من الانفصال عن الوالدين, وخوف الطفل من ترك المنزل, وذلك لإدراكه للشقاق الوالدي, ودراسة (عبد الحميد, 1989) للبحث في الفروق بين أطفال المدارس الابتدائية والأطفال من نزلاء مؤسسات الأحداث في المخاوف الشائعة, ودراسة (سلامة, 1987) للتحقق من العلاقة بين ما يبديه الأطفال من مخاوف في مرحلة الطفولة المتأخرة ومدى إدراكهم للقبول والرفض الوالدي, وأسفرت نتائج دراسة (عبد الحميد, 1982) عن وجود أعراض إكلينيكية مميزة للطفل الرهابي تتمثل في الخوف من الوحدة, ومن الانفصال عن الوالدين, حيث أن جميع الدراسات السابقة أجمعت على تأثير الوضع الاجتماعي مثل الانفصال عن الوالدين والبقاء في مؤسسات اجتماعية على ظهور المخاوف المرضية مما له تأثير واضح على ظهور أعراض المخاوف المرضية, ومدى تأثير ذلك على مدى إدراكهم وقبولهم لذواتهم.

وقد شاركت نتائج الدراسات العربية السابقة الدراسات الأجنبية التالية: دراسة (Izgc & others, 2004) الرهاب الاجتماعي بين طلاب الجامعات وعلاقتها باحترام الذات, وصورة الجسم, وأسفرت نتائجها عن علاقة الفئة الاجتماعية بتقدير الذات, وكلما قل المستوى الاجتماعي كانت صورة الجسد ومستوى تقدير الذات متدنيين. ودراسة (Ollendick & others, 1991) التعرف على العلاقة بين الخوف والقلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال الانجليز فقد احتوت على خصائص سيكومترية بوجود أعراض مرافقة منها الخوف من الفشل والنقد, أي أن تقدير الذات متدنٍ ودراسة (Spence, 1997) أظهرت وجود عوامل مرتبطة بأعراض القلق واضطراباته عند الأطفال كالخوف من الانفصال.

- كما أن الدراسات العربية التالية: (حجازي, 2003) علاقة القلق والاكتئاب والمخاوف بالأمراض النفسجسمية، ودراسة (عيسوي وعبد الحميد, 1989) التي أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين المخاوف المرضية وحالة القلق، ودراسة (عبد الحميد, 1982) أسفرت نتائجها عن وجود أعراض إكلينيكية مميزة للطفل الرهابي كانت تتمثل في الخوف من الوحدة، ومن الانفصال عن الوالدين، والقلق، والتوتر، والعرق، والرغبة، والفرع، والرعب والصراخ الشديد بالإضافة إلى سرعة دقات القلب وصعوبة التنفس. حيث أن جميع هذه الدراسات أكدت على وجود علاقة ارتباطية ما بين الخوف وأمراض نفسية كالقلق والاكتئاب، وأمراض نفسجسمية مثل (الربو والسكري).

وقد شاركت نتائج الدراسات العربية السابقة دراسة (Spence, 1997) بوجود عوامل مرتبطة بأعراض القلق واضطراباته عند الأطفال مثل الهلع، والخوف من الأماكن المتسعة، والمخاوف الاجتماعية، وقلق الانفصال، والوسواس القهري، والقلق العام، والخوف من الأذى الجسدي.

- كما اتفقت الدراسات الأجنبية التالية بعلاقة الخوف الاجتماعي بالخوف من الأماكن المتسعة: ففي دراسة (Turgeon & others, 1998) قررت الإناث تجنب الشديد للمواقف الناتجة عن الخوف من الأماكن المتسعة وعند مواجهة مواقف أو أماكن بمفردهم، وفي دراسة (Sandirson & others, 1990) التي كشفت نتائجها عن أن (17%) من المصابين يعانون من بالخوف الاجتماعي، ويعانون أيضا من اضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة، في حين أن (22%) من المصابين باضطراب الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المتسعة يعانون من اضطراب الخوف الاجتماعي.

كما أن الدراسات التالية: (عبد الحميد, 1978) عن مخاوف الطالبات تركزت حول كثير من المخاوف ومنها: الخوف من الحشرات، والحيوانات مثل الفئران، والعنكبوت، والثعابين، والكلاب. ودراسة (Muris, 1997) عن أهم المخاوف الشائعة في مرحلة ما قبل المدرسة كانت أكثر المخاوف وضوحاً لدى الطلاب هي الخوف من العناكب.

- كما اتفقت دراسة (Mousa & others, 1999) بوجود دلالة لمتغير العمر حيث أظهرت المجموعة الأصغر سناً مخاوف أعلى من المجموعة الأكبر سناً، كما أظهرت المجموعة الأكبر سناً في المدارس الحكومية مخاوف أكثر من أطفال المدارس الخاصة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن المخاوف تزداد حدتها لدى الذكور مع تقدم العمر في المدارس الحكومية وتتناقص مع التقدم في العمر مع الأطفال في المدارس الخاصة. ومع دراسة (عساف وأبو الحسن,

2003) بوجود دلالة لمتغير العمر, ودراسة (عبد المؤمن, 1992) بوجود علاقة ذات دلالة بين العمر الزمني والمخاوف المرضية لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم, في حين أن دراسة (الفي, 1993) أكدت عدم وجود دلالة لمتغير العمر على ظهور أعراض الخوف حيث أن نتائج الدراسة أسفرت عن أن أعراض الخوف تتشابه لدى أفراد العينة, وبين الجنسين, ولدى مختلف الأعمار.

• وقد اتفقت الدراسات العربية التالية:دراسة (عساف وأبو الحسن, 2003) ودراسة (ثابت وفتانز, 2006) ودراسة (بكر وآخرون, 1991) حيث قام الباحثون بدراسة حول الوضع النفسي للطفل الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة, وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الفلسطينيين وبخاصة المراهقين منهم يعانون من عدد من المشكلات النفسية المختلفة التي من أهمها: الاكتئاب, والخوف, وآثار ضغوط ما بعد الصدمة في أثناء الحرب على الأطفال الفلسطينيين الذين تعرضهم من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي للخوف من الحرب.

وتميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث:

أداة الدراسة: مستحدثة أعدتها من قبل الباحثة, ومن ثم عرضها على هيئة محكمين للنظر بفقرات الأداة ومدى ملاءمتها للدراسة, ثم عمل التعديلات بعدها للظهور باستبانة بصورتها النهائية, حيث تم الاستعانة ببعض المقاييس في بناء أداة الدراسة, وهي مقياس المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة, من إعداد الباحث (أسعد نصيف سعد, 2001م), جامعة عين شمس, واختبار الخوف للأطفال, إعداد: د.عواطف عبد الوهاب بكر), واختبار المخاوف للأطفال من إعداد:(د. محمد عبد الظاهر الطيب), وقائمة القائي (1996), الأطفال ومشاعر الخوف والقلق, بالإضافة إلى التشخيص الأمريكي للاضطرابات النفسية DSM-IV.

عينة الدراسة: حيث شملت المرحلة الأساسية العليا وهي مرحلة المراهقة من سن (12-15), حيث لم تدرس هذه المرحلة بشكل كبير, وكل الدراسات كانت تركز على مرحلة الطفولة سواء أكانت الطفولة المبكرة أم الطفولة المتأخرة كمرحلة عمرية, حيث جمعت هذه الدراسة ما بين مرحلة الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة.

مجتمع الدراسة: تميزت الدراسة الحالية بأنها بحثت بموضوع هام في البيئة الفلسطينية وبخاصة بعد حدوث الانتفاضة, وقد حاولت تجسير النقص الناتج عن قلة الدراسات المتعلقة بهذا المجال التي تظهر إحصائيات عن مدى انتشار الخوف المرضي بين تلاميذ المدارس.

متغيرات الدراسة: تميزت الدراسة الحالية بقياس درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية وعلاقتها بمتغيرات متعددة منها: الجنس, ومكان السكن, والصف, والتحصيل الأكاديمي, والوضع الاقتصادي مجتمعة, بعكس الدراسات السابقة التي تناولت كل مجال على حدة في حدود اطلاع الباحثة.

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات

1.3 المقدمة

2.3 منهج الدراسة

3.3 مجتمع الدراسة

4.3 عينة الدراسة

5.3 أداة الدراسة

6.3 إجراءات تطبيق الدراسة

7.3 متغيرات الدراسة

8.3 المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث:

الطريقة والإجراءات

1.3 المقدمة:

يتضمن هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي اتبعت في هذه الدراسة بما في ذلك منهج الدراسة, ومجتمعها, وعينتها, وأداة الدراسة, وصدقها وثباتها, وإجراءات التطبيق, ومتغيرات الدراسة, والمعالجات الإحصائية التي ستقوم الباحثة باستخدامها لاستخراج النتائج.

2.3 منهج الدراسة:

يتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته أغراض الدراسة, وذلك لأن المنهج الوصفي يهتم بوصف ما هو كائن من الأحداث التي وقعت لملاحظتها ووصفها وتفسيرها وتحليلها للوصول إلى أسباب هذه الظاهرة والعوامل التي تتحكم فيها واستخلاص النتائج لتعميمها.

3.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع تلاميذ من المرحلة الأساسية العليا للمدارس الحكومية من الصف السادس الأساسي إلى الصف العاشر الأساسي, في محافظة طولكرم, أي الفئة العمرية المستهدفة من (12 سنة إلى 15 سنة), ومن الجنسين موزعين على مختلف المدارس الحكومية البالغ عددها (87) مدرسة.

ويوضح الجدولان التاليان توزيع مجتمع الدراسة:

جدول رقم (1.3) توزيع مجتمع الدراسة بحسب الجنس:

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
عدد الطلاب	9569	8872	18441

جدول رقم (2.3) توزيع مجتمع الدراسة بحسب مكان السكن:

مكان السكن	مدينة	قرية	المجموع
عدد المدارس	22	65	87

4.3 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من تلاميذ المرحلة الأساسية العليا وتلميذاتها في المدارس الحكومية بالطريقة العشوائية المنتظمة، وقد بلغ عددهم (491) موزعين إلى (252) من الذكور، و(239) من الإناث، بما نسبته (2.7%) من مجتمع الدراسة، حيث تم إيضاح العينة من المجتمع الإحصائي بعد سؤال دائرة الإحصاء المركزية، بأنه يمكن أخذ عينة الدراسة بنسبة (2.5%-10%) من مجتمع الدراسة، حيث انه كلما كبر المجتمع الإحصائي كلما قلت عينة الدراسة وكلما قل المجتمع الإحصائي كلما كبرت عينة الدراسة.

وتبين الجداول التالية توزيع عينة الدراسة بحسب متغيرات التلاميذ:

1.4.3 متغير الجنس

الجدول (3.3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية (%)
ذكر	252	51.3%
أنثى	239	48.7%
المجموع العام	491	100.0%

2.4.3 متغير الصف

الجدول (4.3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الصف:

الصف	التكرار	النسبة المئوية (%)
السادس	69	14.1%
السابع	92	18.7%
الثامن	80	16.3%
التاسع	115	23.4%
العاشر	135	27.5%
المجموع العام	491	100.0%

3.4.3 متغير مكان السكن

الجدول (5.3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان السكن:

مكان السكن	التكرار	النسبة المئوية (%)
مدينة	184	37.5%
قرية	307	62.5%
المجموع العام	491	100.0%

4.4.3 متغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ

الجدول (6.3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ:

التحصيل الأكاديمي للتلميذ	التكرار	النسبة المئوية (%)
مقبول فما دون	23	4.7%
جيد	90	18.3%
جيد جداً	138	28.1%
ممتاز	240	48.9%
المجموع العام	491	100.0%

5.4.3 متغير الوضع الاقتصادي للأسرة

الجدول (7.3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

الوضع الاقتصادي للأسرة	التكرار	النسبة المئوية (%)
منخفض	23	4.7%
متوسط	138	28.1%
مرتفع	231	47.0%
مرتفع جداً	99	20.2%
المجموع العام	491	100.0%

5.3 أداة الدراسة:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي المتعلق بالمخاوف المرضية للأطفال, قامت الباحثة بإعداد أداة الدراسة (استبانة) بصورة مبدئية حيث تعرضت إلى كثير من التعديلات, وقد أصبحت أداة الدراسة في صورتها النهائية مكونة من قسمين, القسم الأول؛ يتضمن عدداً من المتغيرات المستقلة وهي:

الجنس, ومكان السكن, والصف, والتحصيل الأكاديمي للطالب, والوضع الاقتصادي للأسرة.

أما القسم الثاني فيتعلق بمقياس المخاوف المرضية لدى طلبة المدارس وأعراضها:

المخاوف المرضية حيث تضم (21) فقرة.

أما أعراض المخاوف المرضية فتشتمل على:

أولاً: الأعراض السلوكية الظاهرية حيث تضم (8) فقرات.

ثانياً: الأعراض الفسيولوجية حيث تضم (17) فقرة.

ثالثاً: المشاعر الداخلية حيث تضم (31) فقرة.

وبذلك يحتوي القسم الثاني من الاستبانة على (77) فقرة.

1.5.3 صدق الأداة:

قامت الباحثة بعرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التربية وعلم النفس في عدد من الجامعات الفلسطينية (انظر ملحق رقم 1), وذلك للاستفادة من خبرتهم ومقترحاتهم حول ملاءمة الأداة لأغراض الدراسة, ومدى صدقها وقد طلبت الباحثة من المحكمين الإجابة عن الأسئلة التالية:

ما مدى وضوح لغة الفقرات وسلامتها لغوياً ؟

ما مدى شمول الفقرات للجانب المدروس ؟

ما إمكانية إضافة أي معلومات, أو تعديل بعض الكلمات, أو صياغة بعض الفقرات بالطريقة التي يرونها مناسبة ؟

وذلك من أجل الحكم على صلاحية بنود المقياس لقياس ما وضع لقياسه, وقد بلغ عدد المحكمين (9) والمدرجة أسماؤهم في الملحق رقم (1), وبناء على آراء المحكمين تم تعديل صياغة بعض الكلمات, وإضافة بعض المتغيرات والفقرات, وإعادة صياغة بعض الفقرات.

وقد تم عرضها مرة أخرى في صورتها النهائية على (3) اختصاصيين في مجال التربية وعلم النفس حيث أجمعوا على ملاءمة الاستبانة لغرض الدراسة.

2.5.3 ثبات الأداة:

استخدمت الباحثة معامل الثبات كرونباخ ألفا Cronbach's alpha وقد بلغ معامل الثبات للمجالات وعلى الدرجة الكلية كما يلي:

جدول رقم (8.3) معامل ثبات كرونباخ ألفا لمجالات الدراسة:

المجالات	معامل الثبات
مجال الأعراض السلوكية الظاهرية	0.70
مجال الأعراض الفسيولوجية	0.80
مجال المشاعر الداخلية	0.91
مجال أنواع المخاوف المرضية	0.92
الدرجة الكلية	0.95

يتضح مما سبق أن معامل ثبات كرونباخ ألفا على الدرجة الكلية قد بلغ (0.95)، وهو ملائم وفي بأعراض الدراسة.

6.3 إجراءات تطبيق الدراسة:

لقد تم إجراء الدراسة وفق الخطوات التالية:

1.6.3 الحصول على موافقة من عمادة الدراسات العليا / قسم الصحة النفسية، لإجراء الدراسة بتاريخ (2008/2/10م).

2.6.3 الحصول على قوائم أعداد الطلبة مجتمع الدراسة لعام (2008/2007م) من وزارة التربية والتعليم - مديرية محافظة طولكرم.

3.6.3 عرض أداة الدراسة على مجموعة من المحكمين.

4.6.3 إعداد أداة الدراسة بصورتها النهائية.

5.6.3 اختيار أفراد عينة الدراسة.

6.6.3 توزيع أداة الدراسة (مقياس المخاوف المرضية وأعراضها) على عينة الدراسة.

7.6.3 جمع الاستبانات من أفراد العينة.

8.6.3 قامت الباحثة بتدقيق الاستبانة المعادة، والتأكد من سلامتها وصحتها لأغراض الدراسة، ومن ثم ترميزها وإدخالها إلى الحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

7.3 متغيرات الدراسة:

1.7.3 المتغيرات المستقلة (Independent Variables):

1.1.7.3 الجنس وله مستويان: ذكر، وأنثى.

2.7.1.3 مكان السكن وله مستويان: مدينة، وقرية.

3.7.1.3 الصف وله خمسة مستويات وهي: السادس، والسابع، والثامن، والتاسع، والعاشر.

4.7.1.3 التحصيل الأكاديمي للطالب؛ وله أربعة مستويات: مقبول فما دون، وجيد، وجيد جداً، وممتاز.

5.7.1.3 الوضع الاقتصادي للأسرة؛ وله أربعة مستويات: منخفض، ومتوسط، ومرتفع، ومرتفع جداً.

2.7.3 المتغيرات التابعة (Dependent Variables):

وتتمثل باستجابات أفراد عينة الدراسة على استبانة المخاوف المرضية المستخدمة في هذه الدراسة.

8.3 المعالجة الإحصائية:

تمت المعالجة الإحصائية بحسب الآتي:

حساب المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والانحرافات المعيارية لكل فقرة، ولكل مجال، والمدى الربيعي، وتحليل الانحدار المتعدد.

تم استخدام اختبار (t-Test) لمجموعتين مستقلتين؛ وذلك لحساب متغيري الجنس، ومكان السكن.

تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE-WAY ANOVA)؛ وذلك لحساب متغيرات التحصيل الأكاديمي، والوضع الاقتصادي، والصف.

تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لإيجاد الفروق بين المتوسطات الحسابية للمتغيرات داخل المتغير المستقل، ولصالح من تكون الفروق ذات دلالة احصائية.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة:

1.4 المقدمة

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

3.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

1.3.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

4.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.

1.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

2.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

3.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

4.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

5.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

الفصل الرابع

1 : 1 نتائج الدراسة:

1.4 المقدمة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم، وإلى تحديد أثر متغيرات كل من الجنس، والصف، ومكان السكن، والتحصيل الأكاديمي للتلميذ، والوضع الاقتصادي للأسرة وبعد عملية جمع المعلومات تم معالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (Statistical package for Social Science) وفيما يلي عرض للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نصه:

مامدى درجة شيوع أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم ؟

كانت نتائج متوسطات أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم مرتبة تنازلياً بحسب الجدول الآتي:

جدول رقم (1.4) المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والانحرافات المعيارية، ودرجة المخاوف لمجال أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا مرتبة تنازلياً.

الرتبة	الرقم بالاستبانة	مجال أنواع المخاوف المرضية	المتوسطات	الانحراف المعياري	النسبة المئوية %	درجة الشبوع
1	13	أشعر بالخوف من الإصابة بمرض ليس له علاج	3.65	1.47	73.00	مرتفعة
2	11	أشعر بالخوف من الإصابة بإعاقة دائمة	3.40	1.52	68.00	مرتفعة
3	12	أشعر بالخوف من نشوب حرب أهلية	3.40	1.40	68.00	مرتفعة
4	9	أشعر بالخوف من الافتراق عن الوالدين	3.30	1.54	66.00	مرتفعة
5	10	أشعر بالخوف عند سماع صوت الانفجارات والقنابل	2.96	1.44	59.20	مرتفعة
6	8	أشعر بالخوف من رؤية الدم والأشلاء الجسدية	2.96	1.56	59.20	متوسطة
7	17	أشعر بأنني سأسقط وأنا في مكان عال	2.91	1.36	58.20	متوسطة
8	5	أشعر بالخوف من الأماكن المظلمة	2.81	1.46	56.20	متوسطة
9	1	أشعر بالخوف من الأماكن الفارغة	2.78	1.40	55.60	متوسطة
10	3	أشعر بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق أو القاعات	2.73	1.35	54.60	متوسطة
11	14	أشعر بالخوف من الفئران والصراصير	2.66	1.59	53.20	متوسطة
12	21	أشعر بالخوف عند سماع صوت الرعد	2.36	1.32	47.30	متوسطة
13	15	أشعر بالخوف عند رؤية صورة ثعبان	2.29	1.41	45.80	متوسطة
14	4	أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	2.22	1.31	44.50	متوسطة

متوسطة	43.40	1.21	2.17	أشعر بالخوف الشديد عند سماع صوت الإسعاف	18	15
متوسطة	43.00	1.32	2.15	أشعر بالخوف من الخروج بمفردي	6	16
منخفضة	42.60	1.24	2.13	أشعر بالخوف من حلول الظلام	19	17
منخفضة	41.80	1.24	2.09	أشعر بالخوف من الأصوات العالية	7	18
منخفضة	38.50	1.17	1.92	أشعر بالخوف من الدخول إلى مكان فيه ناس مجتمعون ويتكلمون	16	19
منخفضة	35.60	1.15	1.78	أشعر بالخوف من السفر بالسيارات أو الباصات	2	20
منخفضة	35.00	1.03	1.75	أشعر بالخوف من الأمطار والسيول	20	21
متوسطة	51.80	0.85	2.59	الدرجة الكلية		

يتضح من نتائج الجدول السابق وباستخدام المئين (25) أن هناك (5) أنواعاً من المخاوف المرضية من أصل (21) نوعاً تتصف درجة شيوعها بالمرتفعة تشكل ما نسبته (23.8%)

وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجتها بالمرتفعة هي: أشعر بالخوف من الإصابة بمرض ليس له علاج، أشعر بالخوف من الإصابة بإعاقة دائمة، أشعر بالخوف من نشوب حرب أهلية، أشعر بالخوف من الافتراق عن الوالدين، أشعر بالخوف عند سماع صوت الانفجارات والقنابل.

بينما يشير المئين (50) أن هناك (11) نوعاً من أنواع المخاوف المرضية تتصف درجتها بالمتوسطة، وبما نسبته (52.38%). وتشير النتائج إلى أن أبرز خمسة أنواع تتصف درجة شيوعها بالمتوسطة هي: أشعر بالخوف من رؤية الدم والأشلاء الجسدية، أشعر بأني سأسقط

وأنا في مكان عالٍ، أشعر بالخوف من الأماكن المظلمة، أشعر بالخوف من الأماكن الفارغة، أشعر بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق أو القاعات.

وأخيراً يظهر المئين (75) أن هناك (5) أنواع من أنواع المخاوف المرضية تتسم درجة شيوعها بالمتدنية (23.8%).

وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتسم درجة شيوعها بالمتدنية هي : أشعر بالخوف من الأمطار والسيول، أشعر بالخوف من السفر بالسيارات أو الباصات، أشعر بالخوف من الدخول إلى مكان فيه ناس مجتمعون ويتكلمون، أشعر بالخوف من الأصوات العالية، أشعر بالخوف من حلول الظلام.

2.4.1 السؤال الثاني:

ما مدى درجة شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم ؟

كانت نتائج متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم مرتبة تنازلياً بحسب الجدول الآتي:

جدول رقم (2.4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا مرتبة تنازلياً.

الرتبة	الرقم بالاستبانة	ترتيب الأعراض	المتوسطات	الانحراف المعياري	المجال أو البعد	درجة شيوعها
1	48	ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي	2.79	1.33	مشاعر داخلية	مرتفعة
2	26	أشعر بوجود أفكار مقلقة لا تفارقني	2.76	1.31	مشاعر داخلية	مرتفعة
3	2	ألجأ إلى شخص آخر طلباً للمساعدة أو الإغاثة	2.70	1.09	أعراض سلوكية ظاهرية	مرتفعة
4	1	أشعر بالرغبة في البكاء بسهولة	2.66	1.27	أعراض سلوكية ظاهرية	مرتفعة
5	44	يتم استفزازي بسهولة وأشعر بالمضايقة والإثارة	2.63	1.33	مشاعر داخلية	مرتفعة

مرتفعة	مشاعر داخلية	1.22	2.61	أشعر بان لدي أفكاراً أو معتقدات لا يشاركني فيها الآخرون	29	6
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.17	2.53	أشعر بصعوبة في اتخاذ القرارات المناسبة	38	7
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.33	2.51	أشعر بالحساسية تجاه الآخرين	43	8
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.35	2.50	أحس بالحيرة واليأس من الحياة	39	9
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.24	2.49	أشعر بالحزن الشديد	42	10
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.27	2.43	أحلم أحلاماً مزعجة خلال النوم	51	11
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.31	2.39	أشعر بان المستقبل لا أمن فيه وأن الأمور لا يمكن ان تصبح أفضل	41	12
مرتفعة	أعراض فسيولوجية	1.18	2.38	أشعر بالإرهاق من أداء أية مهمة	25	13
مرتفعة	مشاعر داخلية	1.16	2.38	أشعر بفقدان الرغبة في أداء الواجبات والأعمال	37	14
متوسطة	مشاعر داخلية	1.22	2.37	أقلق بصورة مبالغ فيها على الأشياء	49	15
متوسطة	مشاعر داخلية	1.21	2.35	أشعر بعدم الرغبة بالكلام	54	16
متوسطة	مشاعر داخلية	1.12	2.35	أشعر بعدم تقني بالناس	45	17
متوسطة	أعراض سلوكية ظاهرية	1.15	2.33	أشعر بالارتباك فيبدو كأنني أسيء استخدام الأشياء	4	18
متوسطة	مشاعر داخلية	1.41	2.32	أفكر بالموت كثيراً	28	19
متوسطة	أعراض فسيولوجية	1.25	2.25	يشعرنى الآخرون بشحوب لون وجهي أو احمرار فوري فيه	18	20
متوسطة	مشاعر داخلية	1.27	2.23	أحس بالرغبة بتجنب الناس والمواقف المختلفة	40	21
متوسطة	مشاعر داخلية	1.16	2.21	أشعر بأن كل شيء عناء بعناء	30	22
متوسطة	أعراض سلوكية ظاهريّة	1.12	2.20	أشعر بالتوتر الداخلي دائماً	6	23

متوسطة	مشاعر داخلية	1.27	2.16	أشعر بعدم القدرة على الاحتفاظ بمشاعر الحب أو الإحساس بها	56	24
متوسطة	أعراض فسيولوجية	2.63	2.15	أشعر بالخمول أو قلة النشاط	11	25
متوسطة	مشاعر داخلية	1.24	2.15	أشعر باليأس من المستقبل	50	26
متوسطة	مشاعر داخلية	2.19	2.13	أشعر باضطراب في فهم الأمور وإدراكها	34	27
متوسطة	مشاعر داخلية	1.17	2.13	أشعر بانفعالات مزاجية حادة لا يمكن السيطرة عليها	47	28
متوسطة	اعراض فسيولوجية	1.11	2.13	أشعر بارتعاش في الجسم	19	29
متوسطة	اعراض فسيولوجية	1.09	2.12	أشعر بضعف الشهية للطعام	12	30
متوسطة	مشاعر داخلية	1.23	2.10	أشعر بالحياء والارتباك والرغبة بالاختفاء عن الناس	55	31
متوسطة	أعراض فسيولوجية	1.03	2.10	أشعر بتغيير في نبرة الصوت	23	32
متوسطة	أعراض فسيولوجية	1.18	2.06	أشعر بزيادة ضربات القلب وسرعتها	16	33
متوسطة	مشاعر داخلية	1.17	2.06	أشعر في وجود خطر يدهمني	36	34
متوسطة	مشاعر داخلية	1.21	2.01	أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	33	35
متوسطة	أعراض فسيولوجية	1.06	2.01	أشعر بدرجات متفاوتة من السخونة والبرودة في جسمي	15	36
متوسطة	أعراض سلوكية ظاهرية	1.15	2.00	أشعر بالرغبة بالصراخ اللاإرادي	8	37
متوسطة	أعراض فسيولوجية	1.11	1.98	أشعر بالفشعريرة ووقوف شعر الجسم	22	38
منخفضة	أعراض فسيولوجية	1.08	1.97	أشعر بآلام في العضلات	13	39
	مشاعر داخلية	1.07	1.97	أشعر بأن الأشياء المألوفة	32	40

منخفضة				تبدو غريبة أو غير حقيقية بالنسبة لي		
منخفضة	أعراض سلوكية ظاهرية	1.20	1.96	أشعر بالخوف من الخروج من المنزل بمفردي	5	41
منخفضة	مشاعر داخلية	1.12	1.95	أشعر بفقدان الحنان والعاطفية	53	42
منخفضة	أعراض فسيولوجية	1.06	1.95	أشعر بتعرق الوجه	21	43
منخفضة	أعراض فسيولوجية	1.14	1.91	أشعر بضيق في التنفس	14	44
منخفضة	مشاعر داخلية	1.13	1.82	أشعر بالرعب المفاجئ بلا سبب	46	45
منخفضة	مشاعر داخلية	0.99	1.81	أميل إلى الكذب	52	46
منخفضة	أعراض فسيولوجية	1.00	1.79	أشعر بالغثيان أو اضطرابات في المعدة	17	47
منخفضة	مشاعر داخلية	1.03	1.77	أشعر بتدني القدرة على التعلم	35	48
منخفضة	أعراض فسيولوجية	0.95	1.75	أشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة	9	49
منخفضة	مشاعر داخلية	1.01	1.74	أشعر بانني عديم الأهمية	31	50
منخفضة	أعراض سلوكية ظاهرية	1.08	1.73	أشعر بدافع ملح لتكسير الأشياء وتخريبها	7	51
منخفضة	أعراض سلوكية ظاهرية	1.12	1.71	أقوم بقضم الأظافر أو عض الشفة أو شد الشعر	3	52
منخفضة	أعراض فسيولوجية	0.96	1.70	أشعر بجفاف في الفم وعدم القدرة على الكلام	20	53
منخفضة	أعراض فسيولوجية	0.95	1.58	أشعر بآلام في القلب أو الصدر	10	54
منخفضة	أعراض فسيولوجية	0.99	1.56	أشعر بالحاجة إلى التبول بصورة مفاجئة	24	55
منخفضة	مشاعر داخلية	2.63	1.52	أفكر في الانتحار	27	56

يتضح من نتائج الجدول السابق وباستخدام المئين (25) أن هناك (14) فقرة من أصل (56) فقرة تتصف درجة شيوعتها بالمرتفعة، من حيث البعد المتعلق بالمشاعر الداخلية تشكل ما نسبته (78.5%)، ومنها فقرتان متعلقتان بمجال الأعراض السلوكية الظاهرية تبلغ نسبتها (14.28%)، في حين تبلغ نسبة ما يتعلق بمجال الأعراض الفسيولوجية (7.14%).

وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجتها بالمرتفعة هي: ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي، أشعر بوجود أفكار مقلقة لا تفارقني، ألجأ إلى شخص آخر طلباً للمساعدة أو الإغاثة، أشعر بالرغبة في البكاء بسهولة، يتم استفزازي بسهولة وأشعر بالمضايقة والإثارة.

بينما يشير المئين (50) أن هناك (24) فقرة تتصف درجتها بالمتوسطة، منها ما تبلغ نسبته (53.57%) يتعلق بمجال المشاعر الداخلية، ومانسبته (35.71%) ما يتعلق بالأعراض الفسيولوجية في حين أن أقلها ما يتعلق بالأعراض السلوكية الظاهرية حيث بلغت النسبة (10.71%). وتشير النتائج إلى أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجة شيوعتها بالمتوسطة هي: أقلق بصورة مبالغ فيها على الأشياء، أشعر بعدم الرغبة بالكلام، أشعر بعدم تقني بالناس، أشعر بالارتباك فيبدو كأني أسوء استخدام الأشياء، أفكر بالموت كثيراً.

وأخيراً يظهر المئين (75) أن هناك (18) فقرة تتسم درجة شيوعتها بالمتدنية، وتشكل الأعراض الفسيولوجية ما نسبته (50%)، في حين بلغت النسبة المئوية للبعد المتعلق بالمشاعر الداخلية (35.71%)، بينما بلغت نسبة ما يتعلق بالمشاعر الداخلية (14.28%) وهي نسبة متدنية. وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتسم درجة شيوعتها بالمتدنية هي: أفكر في الانتحار، أشعر بالحاجة إلى التبول بصورة مفاجئة، أشعر بالآلام في القلب أو الصدر، أشعر بجفاف في الفم وعدم القدرة على الكلام، أقوم بقضم الأظافر أو عض الشفة أو شد الشعر.

3.4.1 السؤال الثالث:

3.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصه:

ما ترتيب الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية في محافظة طولكرم؟!

وينبثق عن هذا السؤال الفرضية التالية:

1.3.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى التي نصها:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

وقد كانت نتائج تحليل الانحدار المتعدد للأبعاد المتعلقة بأعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم وفق الجدول الآتي:

جدول (3.4) تحليل الانحدار المتعدد لمدى تأثير الأبعاد الثلاثة حول شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم

مستوى الدلالة	قيمة ت	معامل ميل خط الانحدار واتجاهه b	معامل التفسير R^2	معامل الارتباط r	البعد
*0.000	45.077	0.728	0.806	0.90	مشاعر داخلية
*0.000	26.337	0.413	0.133	0.365	أعراض سلوكية ظاهرية
*0.000	32.442	0.333	0.061	0.247	أعراض فسيولوجية

يتبين من الجدول السابق أن لمجال المشاعر الداخلية أكبر الأثر، حيث فسرت مانسبته (0.806)، فيما فسّر البعد المتعلق بالأعراض السلوكية الظاهرية (0.133)، أما البعد المتعلق بالأعراض الفسيولوجية فقد فسّر ما نسبته (0.061).

وتشير هذه النتائج إلى أن البعد المتعلق بالمشاعر الداخلية يحتل المرتبة الأولى من حيث مدى شيوعها بين التلاميذ، في حين يحتل البعد المتعلق بالأعراض السلوكية الظاهرية المرتبة الثانية، بينما تبين أن البعد المتعلق بالأعراض الفسيولوجية كانت درجة شيوعه قليلة جداً.

4.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

1.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير الجنس.

من أجل فحص الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين Independent t-Test ونتائج الجدول رقم (4.4) تبين ذلك.

جدول (4.4) جدول اختبار (ت) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الجنس:

مستوى الدلالة	ت المحسوبة	أنثى العدد=239		ذكر العدد=252		الجنس المجالات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
*0.000	6.07	0.66	2.34	0.61	1.99	الأعراض السلوكية الظاهرية
0.25	1.15	0.59	2.00	0.58	1.94	الأعراض الفسيولوجية
*0.000	4.41	0.72	2.37	0.63	2.10	المشاعر الداخلية
*0.000	10.82	0.81	2.97	0.71	2.23	أنواع المخاوف المرضية
*0.000	7.24	0.56	2.45	0.55	2.09	الدرجة الكلية

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة (ت) المحسوبة لمجال (الأعراض الفسيولوجية) كانت (1.15) وهذه القيمة أصغر من القيمة الجدولية (1.96) وبذلك يتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة

الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير الجنس وعلى المجال (الأعراض الفسيولوجية)، بينما كانت قيم (ت) المحسوبة للمجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، والمشاعر الداخلية، وأنواع المخاوف المرضية، والدرجة الكلية) على التوالي (6.07, 4.41, 10.82, 7.24) وجميع هذه القيم أكبر من القيمة الجدولية (1.96)، وبذلك يتضح بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha = 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وعلى المجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، والمشاعر الداخلية، وأنواع المخاوف المرضية، والدرجة الكلية). وبذلك نرفض الفرضية الصفرية بسبب وجود فروق إحصائية دالة لصالح الإناث.

2.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير مكان السكن.

من أجل فحص الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين Independent t-test ونتائج الجدول رقم (5.4) تبين ذلك.

جدول (5.4) جدول اختبار ت لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير مكان السكن.

مستوى الدلالة	ت المحسوبة	قرية العدد=307		مدينة العدد=184		مكان السكن المجالات
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.09	1.73	0.61	2.12	0.72	2.23	الأعراض السلوكية الظاهرية
0.26	1.14	0.60	1.99	0.56	1.93	الأعراض الفسيولوجية

0.71	0.38	0.68	2.22	0.71	2.25	المشاعر الداخلية
0.14	1.48	0.86	2.55	0.82	2.66	أنواع المخاوف المرضية
0.47	0.72	0.58	2.25	0.59	2.29	الدرجة الكلية

* غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن قيم (ت) المحسوبة للمجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، والأعراض الفسيولوجية، والمشاعر الداخلية، وأنواع المخاوف المرضية، والدرجة الكلية) كانت على التوالي (1.73, 1.14, 0.38, 1.48, 0.72) وجميع هذه القيم أصغر من القيمة الجدولية (1.96) وبذلك يتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha = 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير مكان السكن على جميع المجالات.

3.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير الصف.

من أجل فحص الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ONE-WAY ANOVA حيث يوضح الجدول رقم (6.4) المتوسطات الحسابية بينما يوضح الجدول رقم (7.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي

جدول (6.4) المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الصف:

العاشر	التاسع	الثامن	السابع	السادس	الصف
العدد=135	العدد=115	العدد=80	العدد=92	العدد=69	المجالات
2.14	2.17	2.20	2.14	2.16	الأعراض السلوكية الظاهرية
1.91	1.97	2.05	1.94	1.98	الأعراض الفسيولوجية

2.27	2.28	2.28	2.19	2.07	المشاعر الداخلية
2.11	2.14	2.18	2.09	2.07	الدرجة الكلية

*تبيّن نتائج الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لمجالات المخاوف المرضية تعزى لمتغير الصف، ولفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج بحسب الآتي:

جدول رقم (7.4) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير الصف:

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط الانحراف	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	مصدر التباين	الصف
0.96	0.16	0.067	0.267	4	بين المجموعات	الأعراض السلوكية الظاهرية
		0.432	209.912	486	داخل المجموعات	
			210.179	490	المجموع	
0.55	0.77	0.263	1.051	4	بين المجموعات	الأعراض النفسية
		0.341	165.773	486	داخل المجموعات	
			166.824	490	المجموع	
0.25	1.34	0.633	2.534	4	بين المجموعات	المشاعر الداخلية
		0.473	229.734	486	داخل المجموعات	
			232.268	490	المجموع	
0.83	0.38	0.127	0.508	4	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.338	164.506	486	داخل المجموعات	
			165.015	490	المجموع	

غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من خلال نتائج الجدول السابق أن قيم (ف) المحسوبة للمجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، الأعراض الفسيولوجية، المشاعر الداخلية، أنواع المخاوف المرضية، الدرجة الكلية) قد كانت على التوالي (0.16, 0.77, 1.34, 1.19, 0.38) وجميع هذه القيم أصغر من القيمة الجدولية (2.39) وبذلك يتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الصف على جميع المجالات وعلى الدرجة الكلية، وبذلك نقبل بالفرضية الصفرية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية.

4.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.

من أجل فحص الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ONE-WA ANOVA حيث يوضح الجدول رقم (8.4) المتوسطات الحسابية بينما يوضح الجدول رقم (9.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي.

جدول (8.4) المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ:

التحصيل الأكاديمي	مقبول فما دون	جيد	جيد جدا	ممتاز
المجالات	العدد=23	العدد=90	العدد=138	العدد=240
الأعراض السلوكية الظاهرية	2.58	2.40	2.14	2.04
الأعراض الفسيولوجية	2.35	2.08	1.98	1.88
المشاعر الداخلية	2.77	2.40	2.25	2.11
الدرجة الكلية	2.56	2.29	2.12	2.01

تبيّن من نتائج الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بين متوسطات مجالات المخاوف المرضية، ونفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج بحسب الآتي:

جدول رقم (9.4) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتميذ

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط الانحراف	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	مصدر التباين	الصف / المجالات
*0.000	10.29	4.178	12.533	3	بين المجموعات	الأعراض السلوكية الظاهرية
		0.406	197.646	487	داخل المجموعات	
			210.179	490	المجموع	
*0.000	6.32	2.085	6.254	3	بين المجموعات	الأعراض الفسيولوجية
		0.330	160.570	487	داخل المجموعات	
			166.824	490	المجموع	
*0.000	9.69	4.360	13.081	3	بين المجموعات	المشاعر الداخلية
		0.450	219.187	487	داخل المجموعات	
			232.268	490	المجموع	
*0.000	7.37	2.389	7.168	3	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.324	157.846	487	داخل المجموعات	
			165.015	490	المجموع	

• دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة لمجال (أنواع المخاوف المرضية) كانت (1.56) وهذه القيمة اصغر من القيمة الجدولية (2.61) وبذلك يتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ وعلى المجال (أنواع المخاوف المرضية)، بينما كانت قيم (ف) المحسوبة للمجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، المشاعر الداخلية، أنواع المخاوف المرضية، الدرجة الكلية) على التوالي (10.29, 6.32, 9.69, 7.37) وجميع هذه القيم أكبر من القيمة الجدولية (2.61) وبذلك يتضح بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ وعلى هذه المجالات، وعلى الدرجة الكلية، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية.

ولتحديد لصالح من كانت الفروق استخدمت الباحثة اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية حيث كانت النتائج كما يلي:

أولاً: مجال الأعراض السلوكية الظاهرية:

جدول رقم (10.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال الأعراض السلوكية الظاهرية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ:

التحصيل الأكاديمي للتلميذ	مقبول فما دون	جيد	جيد جداً	ممتاز
مقبول فما دون		0.18	*0.43	*0.54
جيد			*0.25	*0.36
جيد جداً				0.10
ممتاز				

يتضح من نتائج الجدول السابق:

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \leq \alpha$)

- ❖ بين مقبول فما دون وجيد جداً حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين مقبول فما دون وممتاز حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين جيد وجيد جداً حيث الفروق كانت لصالح جيد.

❖ بين جيد وممتاز حيث الفروق كانت لصالح جيد.

وتبين مما سبق أن مجال الأعراض السلوكية الظاهرية يزداد بنقصان التحصيل الأكاديمي للتلميذ والعكس صحيح.

ثانياً: مجال الأعراض الفسيولوجية:

جدول رقم(11.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال الأعراض الفسيولوجية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ:

التحصيل الأكاديمي للتلميذ	مقبول فما دون	جيد	جيد جداً	ممتاز
مقبول فما دون		*0.27	*0.38	*0.47
جيد			0.10	*0.20
جيد جداً				0.09
ممتاز				

يتضح من خلال الجدول رقم (11.4)

-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \leq 0.05)$

- ❖ بين مقبول فما دون وجيد حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين مقبول فما دون وجيد جداً حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين مقبول فما دون وممتاز حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين جيد وممتاز حيث الفروق كانت لصالح جيد.

وتبين مما سبق أن مجال الأعراض الفسيولوجية يزداد بنقصان التحصيل الأكاديمي للتلميذ.

ثالثاً: مجال المشاعر الداخلية:

جدول رقم(12.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال المشاعر الداخلية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ :

ممتاز	جيد جدا	جيد	مقبول فما دون	التحصيل الأكاديمي للتعلم
*0.66	*0.52	*0.37		مقبول فما دون
*0.29	0.15			جيد
0.14				جيد جدا
				ممتاز

يتضح من خلال الجدول رقم (12.4)

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \leq \alpha)$

- ❖ بين مقبول فما دون وجيد حيث الفروق كانت لصالح مقبول فمادون.
- ❖ بين مقبول فما دون وجيد جدا حيث الفروق كانت لصالح مقبول فمادون.
- ❖ بين مقبول فما دون وممتاز حيث الفروق كانت لصالح مقبول فمادون.
- ❖ بين جيد وممتاز حيث الفروق كانت لصالح جيد.

وتبين مما سبق أن مجال المشاعر الداخلية يزداد بنقصان التحصيل الأكاديمي للتعلم.

رابعا: الدرجة الكلية

جدول رقم (13.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم على الدرجة الكلية تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي للتعلم:

ممتاز	جيد جدا	جيد	مقبول فما دون	التحصيل الأكاديمي للتعلم
*0.45	*0.38	0.21		مقبول فما دون
*0.24	*0.18			جيد
0.07				جيد جدا
				ممتاز

يتضح من خلال الجدول رقم (13.4)

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \leq \alpha)$

- ❖ بين مقبول فما دون وجيد جدا حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.

- ❖ بين مقبول فما دون وممتاز حيث الفروق كانت لصالح مقبول فما دون.
- ❖ بين جيد وجيدا جدا حيث الفروق كانت لصالح جيد.
- ❖ بين جيد وممتاز حيث الفروق كانت لصالح جيد.

وتبين مما سبق أن الدرجة الكلية تزداد بنقصان التحصيل الأكاديمي للتلميذ.

5.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.

من أجل فحص الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA حيث يوضح الجدول رقم (14.4) المتوسطات الحسابية بينما يوضح الجدول رقم (15.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي

جدول (14.4) المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

مرتفع جدا	مرتفع	متوسط	منخفض	الوضع الاقتصادي
العدد=99	العدد=231	العدد=138	العدد=23	المجالات
2.06	2.05	2.33	2.60	الأعراض السلوكية الظاهرية
1.90	1.89	2.05	2.48	الأعراض الفسيولوجية
2.07	2.16	2.39	2.77	المشاعر الداخلية
1.74	2.03	2.25	2.61	الدرجة الكلية

يُظهر الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، ولفحص فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، استخدم تحليل التباين الأحادي، وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (15.4) نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط الانحراف	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	مصدر التباين	الوضع الاقتصادي المجالات
*0.000	9.97	4.052	12.157	3	بين المجموعات	الأعراض السلوكية الظاهرية
		0.407	198.022	487	داخل المجموعات	
			210.179	490	المجموع	
*0.000	9.09	2.949	8.848	3	بين المجموعات	الأعراض الفسيولوجية
		0.324	157.976	487	داخل المجموعات	
			166.824	490	المجموع	
*0.000	10.11	4.540	13.619	3	بين المجموعات	المشاعر الداخلية
		0.449	218.649	487	داخل المجموعات	
			232.268	490	المجموع	
*0.000	7.69	2.488	7.465	3	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.324	157.550	487	داخل المجموعات	
			165.015	490	المجموع	

* دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة لمجال (أنواع المخاوف المرضية) كانت (0.43) وهذه القيمة أصغر من القيمة الجدولية (2.61) وبذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha = 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة وعلى المجال (أنواع المخاوف المرضية)، بينما كانت قيم (ف) المحسوبة للمجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، المشاعر الداخلية، أنواع المخاوف المرضية، الدرجة الكلية) على التوالي (9.97, 9.09, 10.11, 7.69) وجميع هذه القيم أكبر من القيمة الجدولية (2.61) وبذلك يتضح بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة

شروع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة وعلى المجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، الأعراض الفسيولوجية، المشاعر الداخلية، الدرجة الكلية)، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية ونأخذ بالفرض البديل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لهذه المجالات وعلى الدرجة الكلية.

ولتحديد لصالح من كانت الفروق استخدمت الباحثة اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية حيث كانت النتائج كما يلي:

أولاً : مجال الأعراض السلوكية الظاهرية:

جدول رقم (16.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شروع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال الأعراض السلوكية الظاهرية تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة :

الوضع الاقتصادي للأسرة	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
مقبول فما دون		0.26	*0.55	*0.53
جيد			*0.28	*0.27
جيد جدا				0.01-
ممتاز				

يتضح من خلال الجدول رقم (16.4)

-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \leq \alpha)$

- ❖ بين منخفض ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومنخفض حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين متوسط ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح متوسط.
- ❖ بين متوسط ومنخفض حيث الفروق كانت لصالح متوسط.

وتبين مما سبق أنه كلما تدنى الوضع الاقتصادي للأسرة كلما زادت الأعراض السلوكية الظاهرية.

ثانيا : مجال الأعراض الفسيولوجية:

جدول رقم(17.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال الأعراض الفسيولوجية تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

الوضع الاقتصادي للأسرة	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
مقبول فما دون		*0.42	*0.59	*0.57
جيد			*0.17	*0.15
جيد جدا				0.01-
ممتاز				

يتضح من خلال الجدول رقم (17.4)

-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(0.05 \leq \alpha)$

- ❖ بين منخفض ومتوسط حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض وجيد جدا حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومرتفع جدا حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين متوسط ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح متوسط.
- ❖ بين متوسط ومرتفع جدا حيث الفروق كانت لصالح متوسط.

وتبين مما سبق أنه كلما تدنى الوضع الاقتصادي للأسرة كلما زادت الأعراض الفسيولوجية.

ثالثا: مجال المشاعر الداخلية:

جدول رقم(18.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم بحسب مجال المشاعر الداخلية تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

الوضع الاقتصادي للأسرة	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
مقبول فما دون		*0.38	*0.61	*0.69
جيد			*0.23	*0.31
جيد جدا				0.08
ممتاز				

ينتضح من خلال الجدول رقم (18.4)

-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha = 0.05)$

- ❖ بين منخفض ومتوسط حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومرتفع جدا حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين متوسط ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح متوسط.
- ❖ بين متوسط ومرتفع جدا حيث الفروق كانت لصالح متوسط.

وتبين مما سبق أنه كلما تدنى الوضع الاقتصادي للأسرة كلما زادت المشاعر الداخلية.

رابعا : الدرجة الكلية:

جدول رقم(19.4) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم على الدرجة الكلية تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة:

الوضع الاقتصادي للأسرة	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
منخفض		*0.30	*0.48	*0.50
متوسط			*0.18	*0.20
مرتفع				0.02
مرتفع جدا				

ينتضح من خلال الجدول رقم (19.4)

-يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \leq 0.05)$

- ❖ بين منخفض ومتوسط حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين منخفض ومرتفع جدا حيث الفروق كانت لصالح منخفض.
- ❖ بين متوسط ومرتفع حيث الفروق كانت لصالح متوسط.

❖ بين متوسط ومرتفع جدا حيث الفرق كانت لصالح متوسط.

وتبين مما سبق أنه كلما تدنى الوضع الاقتصادي للأسرة كلما زادت الدرجة الكلية على جميع المجال.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة

1.5.1 مناقشة نتائج الدراسة

1.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

2.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

3.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

1.3.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

1.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

2.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

3.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

4.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

5.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

2.5 توصيات الدراسة

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 المقدمة:

يتضمن هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم، كما يتضمن الفصل التوصيات التي قدمتها الباحثة في ضوء نتائج الدراسة.

1.1.5 مناقشة نتائج الدراسة:

1.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي نصه:

ما مدى درجة شيوع أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

أشارت نتيجة السؤال الأول الموضحة في الجدول (1.4) وبعد حساب المتوسطات الحسابية والنسب المئوية، والانحرافات المعيارية، ودرجة المخاوف لمجال أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا، وباستخدام المئين (25) أن هناك (5) أنواع من المخاوف المرضية من أصل (21) نوعاً تتصف درجة شيوعها بالمرتفعة تشكل ما نسبته (23.8%)، وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجتها بالمرتفعة هي: أشعر بالخوف من الإصابة بمرض ليس له علاج، أشعر بالخوف من الإصابة بإعاقة دائمة، أشعر بالخوف من نشوب حرب أهلية، أشعر بالخوف من الافتراق عن الوالدين، أشعر بالخوف عند سماع صوت الانفجارات والقنابل.

بينما يشير المئين (50) أن هناك (11) نوعاً من أنواع المخاوف المرضية تتصف درجتها بالمتوسطة، وما نسبته (52.38%). وتشير النتائج إلى أن أبرز خمسة أنواع تتصف درجة شيوعها بالمتوسطة هي: أشعر بالخوف من رؤية الدم والأشلاء الجسدية، أشعر بأني سأسقط وأنا في مكان عال، أشعر بالخوف من الأماكن المظلمة، أشعر بالخوف من الأماكن الفارغة، أشعر بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق أو القاعات.

وأخيراً يظهر المئين (75) أن هناك (5) أنواع من أنواع المخاوف المرضية تتسم درجة شيوعها بالمتدنية (23.8%).

وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتسم درجة شيوعها بالمتدنية هي: أشعر بالخوف من الأمطار والسيول، أشعر بالخوف من السفر بالسيارات أو الباصات، أشعر بالخوف من الدخول إلى مكان فيه ناس مجتمعون ويتكلمون، أشعر بالخوف من الأصوات العالية، أشعر بالخوف من حلول الظلام.

وتعزو الباحثة النتيجة إلى الفقرات المرتفعة لأنها كانت على علاقة بالخوف من الأمراض التي ليس لها علاج، والإصابات، والحروب، وهذا له علاقة بضعف التواصل بالماضي والثراء الاتصالي الذي حققه الانترنت والتلفاز بيث معلومات هائلة عن الجرائم الفردية والمنظمة والكوارث بأشكالها كافة بصورة لحظية، وتأثير وسائل الإعلام المبرمج، بالإضافة إلى نشر إحصائيات حول الأمراض وعدد المصابين بالأمراض المختلفة، كالسرطان، والإيدز، وأنفلونزا الطيور، وغيرها كثير من الأمراض التي لم يجد العلماء لها علاجاً جذرياً، فأصبح نطاق المخاوف الصحية لا حدود له، وأرقامها ترسم صورة سوداوية وتبعث على تفشي ثقافة الخوف، فالخوف إحساس معد، وبخاصة عندما يحتاج أحد الأبناء لإسعاف أو علاج، ينتقل الخوف من نفوس المربين لأبنائهم دون الانتباه لذلك.

أما على الصعيد الاجتماعي والسياسي الفلسطيني، فتحدد ثقافة الخوف وفق معيار درجة ديمقراطية الحياة الاجتماعية والسياسية، وبما أننا نعيش في ظل ظروف سياسية صعبة تسبب حالة من اليأس في نفوس التلاميذ، وتسبب نوعاً من الخوف الناجم عن الحروب، وأن الاضطراب النفسي الذي ينجم عن افتراق التلاميذ عن عائلاتهم، له أعمق الأثر في نفوس التلاميذ من صوت القنابل المتساقطة عليهم.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (عوض، عبد اللطيف، 1990) لقلق انفصال الأطفال عن الوالدين والشعور بالتهديد، ودراسة (عبد الحميد، 1982) التي أسفرت نتيجتها عن وجود

أعراض إكلينيكية مميزة للطفل الرهابي كانت تتمثل بالخوف من الانفصال عن الوالدين, ودراسة سبنس (Spence, 1997) التي أظهرت وجود عوامل مرتبطة بأعراض واضطرابات الفلق عند الأطفال كالخوف من الانفصال. بأن من أعلى درجات الخوف شيوعاً لدى التلاميذ هي الخوف من الانفصال عن الوالدين.

كما لم تتفق نتيجة هذه الدراسة بأن من أقل أنواع الخوف شيوعاً هي الخوف الاجتماعي مع دراسة تيرجون وآخرون (Turgeon & others, 1998) ودراسة ساندرسون وآخرون (Sandirson & others, 1990) التي بينت أن من أكثر أنواع الخوف شيوعاً هو الخوف الاجتماعي والأماكن المتسعة.

2.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصه:

ما مدى درجة شيوع أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم ؟

لقد كانت نتائج متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم لمجالات أعراض المخاوف المرضية وباستخدام المئين (25), تظهر أن هناك (14) فقرة من أصل (56) فقرة تتصف درجة شيوعها بالمرتفعة, من حيث البعد المتعلق بالمشاعر الداخلية حيث تبلغ نسبتها (78.5%), ومنها فقرتان متعلقتان بمجال الأعراض السلوكية الظاهرية تبلغ نسبتها (14.28%), في حين تبلغ نسبة مايتعلق بمجال الأعراض الفسيولوجية (7.14%).

وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجتها بالمرتفعة هي: ألوم نفسي على الأحداث التي تمر بي, أشعر بوجود أفكار مقلقة لا تفارقني, الجأ إلى شخص آخر طلباً للمساعدة أو الإغاثة, أشعر بالرغبة في البكاء بسهولة, يتم استنزائي بسهولة وأشعر بالمضايقة والإثارة.

بينما يشير المئين (50) أن هناك (28) فقرة تتصف درجتها بالمتوسطة, منها ما تبلغ نسبته (53.57%) يتعلق بمجال المشاعر الداخلية, ومانسبته (35.71%) ما يتعلق بالأعراض الفسيولوجية في حين أن أقلها ما يتعلق بالأعراض السلوكية الظاهرية حيث بلغت النسبة (10.71%). وتشير النتائج إلى أن أبرز خمسة أعراض تتصف درجة شيوعها بالمتوسطة هي: أقلق بصورة مبالغ فيها على الأشياء, أشعر بعدم الرغبة بالكلام, أشعر بعدم تقتي بالناس, أشعر بالارتباك فيبدو كأنني أسيء استخدام الأشياء, أفكر بالموت كثيراً.

وأخيراً يظهر المئين (75) أن هناك (18) فقرة تنسم درجة شيوعها بالمتدنية، وتشكل الأعراض الفسيولوجية مانسبته (50%)، في حين بلغت النسبة المئوية للبعد المتعلق بالمشاعر الداخلية (35.71%)، بينما ما يتعلق بالمشاعر الداخلية فقد بلغت نسبته (14.28%) وهي نسبة متدنية. وتظهر النتائج أن أبرز خمسة أعراض تنسم درجة شيوعها بالمتدنية هي: أفكر في الانتحار، أشعر بالحاجة إلى التبول بصورة مفاجئة، أشعر بالآلام في القلب أو الصدر، أشعر بجفاف في الفم وعدم القدرة على الكلام، أقوم بقضم الأظافر أو عض الشفة أو شد الشعر.

وتعزو الباحثة النتيجة إلى أن أطفال فلسطين يعانون من أعراض المخاوف المرضي التي منها الأعراض المشاعر الداخلية، والأعراض السلوكية الظاهرة، الأعراض الفسيولوجية، والمتمثلة بالاضطرابات النفسية العصابية، والاندفاعية، والتهور، والتقليل من شأن الذات وتقديرها، والشعور بالانزوائية والخجل، واضطرابات التفكير، والحزن، وذلك يبدو واضحاً بنتائج الفقرات المرتفعة والمتوسطة، إن العنف الذي يعيشه الطفل هذه المرة شديد للغاية، ويختلف اختلافاً كلياً عما سبق وشاهده، الأمر الذي يترك انعكاسات نفسية غاية في الخطورة على نفسية الطفل وسلوكه ووجدانه، الذي يحتاج إلى بيئة صحية تتوفر فيها كل عناصر الحب، والحنان، والشعور بالأمان لينمو نمواً سليماً فإذا انعدم الشعور بالأمن وحل محله القلق والتوتر فسرعان ما تظهر الأعراض على الطفل وتنعكس على سلوكه وعلاقته بوالديه وبمن حوله، وفي هذه المرحلة حيث يكون الأطفال في بؤرة المواجهة وهم أكثر الفئات عرضة وتأثراً بهذا العنف إضافة إلى مايشاهدونه باستمرار من عنف وإطلاق رصاص وصواريخ وقذائف من خلال شاشات التلفاز التي تمثل نوعاً من الخبرات الصادمة تترك أثراً مباشراً على نفسية الطفل وسلوكه وتكون أعراضها على شكل ارتفاع في مستوى التوتر، وقلة الانتباه، والتركيز كما تترك أثراً على علاقته بوالديه وبمن حوله.

3.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصه:

ما ترتيب الأبعاد المتعلقة بالمخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية في محافظة طولكرم؟!

وينبثق عن هذا السؤال الفرضية التالية:

1.3.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى التي نصها:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الأبعاد المتعلقة بالمخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظة طولكرم؟

لقد كانت نتائج تحليل الانحدار المتعدد للأبعاد المتعلقة بالمخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم، أن هناك فروقاً دالة بين أعراض المخاوف المرضية، حيث احتلت المشاعر الداخلية المرتبة الأولى، وفسرت ما نسبته (0.806)، فيما احتلت بالمرتبة الثانية الأعراض السلوكية الظاهرية، وفسرت ما نسبته (0.133)، وكانت الأعراض الفسيولوجية قد احتلت المرتبة الثالثة، وفسرت ما نسبته (0.061).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الظروف السياسية السيئة التي يمر بها الشعب الفلسطيني، وتأثير الممارسات الإسرائيلية القاسية والصدمات التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون قد كان وقعها بالغاً وشديداً في النفوس، وهذه الممارسات الإنسانية قد أحدثت الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية: كالقلق المزمن، والخوف، والاكتئاب والكوابيس، فغالباً ما يصاحب الصدمة خوف مزمن (فوبيا) من الأحداث والأشخاص والأشياء التي ترافق وجودها مع الحرب مثل صفارات الإنذار.. وصوت الطائرات.. إلخ، يقابلها الطفل بالبكاء أو العنف أو الغضب أو الاكتئاب الشديد. وقد تكون الصدمات ناجمة عن مشاهدة الطفل لحالات وفاة مروعة أو جثث مشوهة لأقارب له فإنها يمكن أن تؤثر على قدراته العقلية. وتتسبب الصدمة في معاناة الأطفال من مشكلات عصبية ونفسية ممتدة مثل الحركات اللاإرادية، وقلة الشهية للطعام، والابتعاد عن الناس، والميل للتشاؤم واليأس، وسرعة ضربات القلب في بعض المواقف.

وقد تسبب أزمة هوية حادة، فالطفل لا يعرف لمن ينتمي ولماذا يتعرض لهذه الآلام، أما الأطفال الأكبر سناً فيجدون أنفسهم وقد أصبحوا في موقف الجندي عليهم الدفاع عن أنفسهم وذويهم ولو

عرضهم ذلك للخطر، وحتى إذا لم يفعل الأطفال ذلك فإنهم يجدون أنفسهم في حالة من التشرذم والفقر تفوق قدرتهم على الاستيعاب خصوصاً على التعبير الجيد عن المشاعر والرغبات مما يغذي مشاعر دفيئة تظهر في مراحل متقدمة من أعمارهم في صور عصبية وانطواء وتخلف دراسي وغيرها من الأعراض، والكوابيس.

4.1.5.1. مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الذي نصه:

ما أثر بعض المتغيرات المتعلقة بتلاميذ المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظة طولكرم على شيوع المخاوف المرضية عندهم؟

وينبثق عن هذا السؤال الفرضيات الخمس التالية:

1.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير الجنس.

أظهرت نتائج فحص الفرضية الواردة في الجدول (4.4) رفض الفرضية الصفرية، حيث أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) لظهور المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الجنس، وإن الفروق كانت لصالح الإناث.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن هذه المرحلة تعدّ من الناحية النفسية مرحلة حرجة، وهي تشمل مرحلتين المراهقة الأولى التي تتميز بتغيرات بيولوجية سريعة، ومرحلة المراهقة الوسطى، وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية، وبما أن هذه المرحلة تتميز بالتغيرات البيولوجية السريعة، والأكثر تفرقة بين الجنسين، فالفقرة السريعة في النمو طولاً ووزناً، تختلف بين الذكور والإناث، فالبنات يبلغن في سن مبكرة مقارنة مع الصبيان، ولهذه التحولات الهرمونية والتغيرات الجسدية في هذه المرحلة تأثير قوي على الصورة الذاتية والمزاج والعلاقات الاجتماعية، وبخاصة عند الإناث، حيث تكون ردة فعلها تجاه التغيرات البيولوجية التي تحدث معها معقدة أكثر من الذكور، إذ أنها مزيج من الشعور بالمفاجأة والابتهاج والخوف والانزعاج، كما أن الأساليب التربوية والاجتماعية في تنشئة الفتاة مختلفة حيث أن الإناث أكثر حساسية في مواجهة المشكلات والصدمات، وأقل قدرة على تحمل الضغوط، وعواطف الإناث وانفعالاتها تحتل الجانب الأهم في توجيه سلوكياتهن، كون قدرة التحمل والتحكم لديهن أقل من

الذكور وبخاصة عندما يتعرضن إلى مناظر الانفجارات والقنابل، ورؤية الدم، والأشلاء الجسدية، ومشاعر الخوف وقلق الانفصال، والافتراق عن الأهل مقارنة مع الذكور.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (مجيد، 2006)، ودراسة (عبدالفتاح، 1991)، ودراسة (عوض وعبداللطيف، 1990)، ودراسة (عيسوي وعبد الحميد، 1989)، ودراسة (داوود، 1982)، ودراسة (عبد الحميد، 1978) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى متغير الجنس، وهذه الفروق لصالح الإناث.

وقد اتفقت أيضاً مع الدراسات الأجنبية التالية: (Izgc & others, 2004)، ودراسة (Mousa & others, 199)، ودراسة (Turgeon & others, 1998)، ودراسة (Gilbert, & others, 1994)، ودراسة (Arrindell, & others, 1993) على وجود فروق بين الجنسين لصالح الإناث، حيث أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بعامة.

بينما اختلفت مع دراسة (الفقي، 1993) على أن متغير الجنس ليس له دلالة إحصائية، وأن الذكور والإناث متساوون بالنسبة لظهور أعراض المخاوف المرضية، وقد اختلفت أيضاً مع دراسة (عبد المؤمن، 1992) حيث أسفرت نتائج دراستها عن وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في عينة العاديين لصالح البنين حيث أن الذكور أكثر خوفاً من الإناث، وقد يعود ذلك إلى اختلاف المرحلة العمرية لعينات الدراسة.

2.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير الصف.

وقد أظهرت نتيجة فحص الفرضية الواردة في الجدول (4.4) قبول الفرضية الصفرية، حيث اتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) لدرجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم تبعاً لمتغير الصف وعلى المجالات (الأعراض السلوكية الظاهرية، الأعراض الفسيولوجية، المشاعر الداخلية، أنواع المخاوف المرضية، الدرجة الكلية)، وبذلك نقبل بالفرضية الصفرية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير الصف.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المرحلة التي تمت دراستها في هذا البحث تعدّ مرحلة المراهقة، وهي مرحلة عمرية تمرّ بالإنسان مثلها مثل أي مرحلة عمرية أخرى لكن المختلف فيها هي التغيرات التي تحدث للمراهق والقرارات الصعبة التي ينبغي على الآباء اتخاذها لتنشئة الفتى أو الفتاة إما بطريقة صحيحة أو خاطئة، بالإضافة إلى كثير من التغيرات الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، للاقتراب من النضج، لأنه في مرحلة المراهقة يبدأ الفرد في النضج العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، فهي مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الرشد، ويمر المراهق خلالها بكثير من المشاكلات، والصراعات الداخلية، والتمرد، والاستقلالية، وفقد تكون متشابهة لدى كل أفراد مرحلة المراهقة بغض النظر عن فروق العمر، وهذا ما استدلت عليه من خلال هذا البحث.

وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة (الفقي, 1993) حيث أكدت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير العمر على ظهور أعراض الخوف حيث أن نتائج الدراسة أسفرت على أن أعراض الخوف تتشابه لدى أفراد العينة وبين الجنسين ولدى مختلف الأعمار.

وقد خالفت هذه النتيجة نتيجة دراسة (Mousa & others, 1999) بوجود دلالة لمتغير العمر: حيث أظهرت المجموعة الأصغر سناً مخاوف أعلى من المجموعة الأكبر سناً، كما أظهرت المجموعة الأكبر سناً في المدارس الحكومية مخاوف أكثر من أطفال المدارس الخاصة. كما أوضحت نتائج الدراسة أن المخاوف تزداد حدتها لدى الذكور مع تقدم العمر في المدارس الحكومية، وتتناقص مع التقدم في العمر مع الأطفال في المدارس الخاصة.

وقد خالفت أيضاً نتيجة دراسة (عبد المؤمن, 1992) بوجود علاقة ذات دلالة بين العمر الزمني والمخاوف المرضية لدى عينة ذوي صعوبات التعلم - عينة الدراسة.

3.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير مكان السكن.

أظهرت نتيجة فحص الفرضية الواردة في الجدول (5.4) قبول الفرضية الصفرية، حيث لم يثبت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) لظهور المخاوف المرضية تبعاً لمتغير مكان السكن.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مدينة طولكرم مدينة صغيرة جغرافية مقارنة مع حجم قراها المحيطة التي لا تبعد عنها إلا بعضاً من الكيلومترات، وعلاقة سكانها متواصلة يوميا مع المدينة، فمعظم سكان مدينة طولكرم من أصول ممتدة للقرى المجاورة، فضلاً عن هجرة كثير من أهل هذه المدينة أيام النكبات الفلسطينية.

كما أن المعضلات الإسرائيلية المتمثلة بالحواجز العسكرية والسواتر الترابية التي فصلت المدينة عن قراها والوضع العام الذي يعيشه الشعب الفلسطيني متشابه إلى حد ما، إضافة إلى ظروف الحياة الصعبة التي يعيشها طلاب المدارس، والمثيرات التي يتعرضون لها في حياتهم واحدة على السواء في القطاع المدني والقطاع الريفي.

4.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير التحصيل الأكاديمي.

أظهرت نتيجة فحص الفرضية الواردة في الجدول (13.4) رفض الفرضية الصفرية، حيث أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) لظهور المخاوف المرضية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي.

حيث كانت الفروق بين مقبول فمادون وجيد جداً حيث الفروق كانت لصالح مقبول فمادون، وبين مقبول فمادون وممتاز حيث الفروق كانت لصالح مقبول فمادون، وبين جيد وجيداً جداً حيث الفروق كانت لصالح جيد، وبين جيد وممتاز حيث الفروق كانت لصالح جيد.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة التي تشير إلى أن تحصيل الطالب يرتبط بالمخاوف المرضية، فكما زاد التحصيل الأكاديمي كلما قلت ظهور المخاوف المرضية والعكس صحيح حيث أن الانتقال من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة التكميلية هي تجربة صعبة في معظم الأحيان بالنسبة للطلاب، إذ يجد المراهق نفسه أمام ظروف جديدة بالنسبة له تفرض عليه التكيف السريع مع المرحلة الجديدة ويكون الانتباه موجهاً على عملية التعليم والمنهج المطروح، كذلك تعدد المدرسين وتعدد المواد المنهجية، يجعلان التلميذ يشعر ببعض الضياع، وعليه التكيف السريع مع هذه التغيرات، كما يدرك الطالب سطحية العلاقات مع المدرسين بينما كان المدرس في الماضي عنصراً مهماً في حياة الطفل، ويأتي هذا الإدراك في وقت يكون فيه التلميذ بحاجة ماسة إلى إقامة علاقة وطيدة مع مدرسيه تسمح له بتكوين هوية شخصية مستقلة عن أسرته، ويحتاج إلي نماذج راشدة

مختلفة عن والديه إلى حد ما، بالإضافة إلى عدم الإحساس بالأمان والثقة بالواقع الموجود حوله يساعد على ظهور المخاوف المرضية، وبالتالي تدني التحصيل الأكاديمي، فمشاعر القلق والتوتر والخوف التي تتاب التلاميذ تعيق قدرتهم على التحصيل الدراسي، وما يحتاجه من تركيز ذاكرة وانتباه شديد.

بالإضافة إلى وجود عدة عوامل تؤثر في تدني المستوى الأكاديمي للطالب مثل:

عوامل متعلقة بالطالب مثل الحضور غير المنتظم، وعدم الانتباه في الصف، ومشكلات سلوكية وانفعالية مثل الإحساس بالخوف والضياع، وطموحات تربوية متدنية، وعدم الثقة بالنفس.

والعوامل العائلية: كالمبالاة في تربية الأبناء، وعدم توفر القيم في البيت، والتفكك الأسري، واللجوء إلى العقاب.

والعوامل المدرسية: عدم تواجد الحوافز، والمثيرات الكافية داخل الصف، وعدم تواجد الفرص لإقامة علاقات سليمة مع المدرسين، وعدم توافق المنهج المدرس مع احتياجات الطلبة واهتماماتهم، بالإضافة إلى عدد هائل من الطلبة داخل المدرسة بعامه وداخل الصف بخاصة.

5.4.1.5.1 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة التي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) بين متوسطات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية تعزى إلى متغير الوضع الاقتصادي للأسرة.

أظهرت نتيجة فحص الفرضية الواردة في الجدول (14.4) رفض الفرضية الصفرية، حيث أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) لظهور المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة، وقد اتضح من خلال الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \leq \alpha$) بين وضع اقتصادي منخفض ووضع اقتصادي مرتفع حيث الفروق كانت لصالح وضع اقتصادي منخفض. وبين وضع اقتصادي منخفض ووضع اقتصادي مرتفع حيث الفروق كانت لصالح وضع اقتصادي مرتفع. وبين وضع اقتصادي مرتفع ووضع اقتصادي منخفض حيث الفروق كانت لصالح وضع اقتصادي مرتفع جداً حيث الفروق كانت لصالح وضع اقتصادي مرتفع ووضع اقتصادي متوسط ووضع اقتصادي مرتفع حيث الفروق كانت لصالح وضع اقتصادي متوسط.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \leq \alpha$) بين الفئات الأخرى.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن هناك عوامل ذات صلة بمستوى الأداء عند الطلاب وتلعب دوراً أساسياً في تنمية قدراته العقلية التي منها: بيئة الطالب، حيث يعتمد تأثيرها على عوامل ذات صلة من بينها مستوى التغذية، والإثارة العقلية، والمناخ الثقافي في البيت، والمواهب الخاصة تتأثر إلى حد كبير بالعوامل المحيطة بالفرد فضلاً عن العوامل الوراثية. وإن مقدار ما يستطيع الطالب أن يتعلمه في أي موقف يتعرض له، يعتمد على ظروف ذلك الموقف، والعوامل المؤثرة فيه، وكذلك على تجهيزات الفرد الوراثية، وبالإضافة إلى دافعية النجاح، لأن الدافعية تعدّ عاملاً مهماً من العوامل المؤدية إلى النجاح.

فوجود الطالب في بيئة غنية مليئة بالمشورات، وعائلة تدعم التعلم وتحث أبناءها على الإنجاز والتفوق في ظل ظروف اقتصادية مقبولة تكفل لهم العيش الكريم وتوفر لأبنائها الفرص التربوية الملائمة داخل المنزل كالتشجيع على القراءة والإبداع، وتظهره بشكل بارز وملحوظ، مقارنة مع الطلاب الذين يعيشون في بيوت لا يتاح لأفرادها الفرص الكامنة لصقل ذكائهم، نجدهم أقل دافعيةً وتكيفاً، بالإضافة إلى إحساسهم بالحرمان والنقص، وعدم وجود الأمان، وجميع هذه الظروف مجتمعة تؤثر في ثقة الطالب بنفسه وتقلل من مستوى دافعيته نحو التعلم والنجاح، بالإضافة إلى تأثيرها المباشر على شخصيته.

كما أن العائلة ذات الوضع الاقتصادي المتدني لن تفكر إلا بكيفية توفير الاحتياجات الأساسية لأبنائها من مأكّل وملبس ومسكن جيد، ومحاولة العيش الكريم دون حاجة الآخرين، ومتناسية بسبب هذه الظروف الاحتياجات الأخرى التي قد تكون مهمة لبعض التلاميذ في مثل هذه المرحلة.

وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Izgc & others, 2004)، ودراسة (Ollendick & others, 1991) بمدى تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الأبناء وتقدير الذات لديهم.

2.5 توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج البحث توصي الباحثة بما يلي:

1.2.5 إجراء دراسات تكشف عن الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع التلاميذ ذوي المخاوف المرضية من جانب المعلمين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين.

2.2.5 ضرورة إرشاد العاملين في حقل التربية والتعليم من المعلمين والمعلمات إلى كيفية التعامل مع التلاميذ في مختلف مراحل التعليم. ولتحقيق ذلك فإنه من الضروري أن تتبنى الجهات المعنية من وزارة التربية والتعليم بعض البرامج الإرشادية، وتنفيذها من خلال الدورات الموجهة، وورشات العمل الممنهجة.

3.2.5 توطيد العلاقة التفاعلية الإيجابية بين المدرس والطالب والأسرة، وبناء علاقة حوارية بينهم، والتأكيد على الدور التربوي للمعلم، وما يمثله من قدوة للنشء وتنشيط دور أولياء الأمور في العملية التعليمية لما يحققه ذلك من أمن نفسي.

4.2.5 دعم دور الأخصائي الاجتماعي والنفسي بالمدرسة، وتأهيلهما للقيام بالدور الوقائي والبنائي والعلاجي المنوط بهما، وتدريبهما على سبل التعامل مع الحالات المرضية على نحو سليم.

5.2.5 عقد الندوات والأنشطة الاجتماعية والأكاديمية التي يكتسب من خلالها تلاميذ المدارس سمات ومهارات تعزز الثقة بالنفس وتقدم الدعم الاجتماعي لهم.

6.2.5 تطوير البيئات المدرسية وتزويدها بالوسائل التي تسهم في تعزيز الشعور بالأمن والأمان لدى تلاميذ المدارس، لجعلها بيئة محببة أكثر لدى الطلبة، وذلك بإشراكهم بالأنشطة (الرحلات الترفيهية، والرحلات التعليمية، والعزف، والرسم، والرياضة، والتدبير المنزلي) وتزويدهم بالوسائل اللازمة كالملاعب، ومكتبات جيدة.

7.2.5 إجراء دراسات مسحية شاملة للمخاوف التي يعاني منها التلاميذ في مختلف المراحل المدرسية لما لها من آثار سلبية على تحصيلهم وعلى الجوانب النفسية والاجتماعية لدى التلاميذ.

8.2.5 إجراء دراسات تجريبية لفحص مدى تأثير بعض البرامج في التخفيف من المخاوف المرضية.

9.2.5 أن تسهم وسائل الإعلام في التخفيف مما يعانيه التلاميذ من مخاوف، وذلك عن طريق الندوات التلفزيونية والبرامج الإرشادية، ومساعدتهم للتصدي لما يعانون من أزمات نفسية ومخاوف.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

المراجع

المراجع العربية

- القران الكريم

أبو النيل, م. (1984): الأمراض السيكوسوماتية والأمراض الجسمية النفسية المنشأ، عربية وعالمية، مكتبة الخانجي.

الأنصاري ب. (1998): المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتيين، رسالة دكتوراه منشورة، كلية الآداب، جامعة الكويت.

بكر، أ ، سليم، ح ، عرفات، ك. (1991): الطفل الفلسطيني في الأراضي المحتلة: أوضاعه الصحية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية والتربوية. جنيف: مؤسسة التعاون.

جبر، ج. (1996): بعض المتغيرات الديمغرافية المرتبطة بالأمن النفسي مجلة علم النفس، مج 10، ع 39، ص ص 80-93.

حجازي، ع. (2003): فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال.

(6 - 12) العاديين والمصابين ببعض الأمراض النفسجسمية، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

حسين، م. (1987): "مفهوم الذات وعلاقته بمستويات الطمأنينة الانفعالية" مجلة العلوم الاجتماعية، مج 15، ع 3، ص ص 103-128.

- داود, ع. (1982): مخاوف المراهقين في مرحلة الدراسة المتوسطة في مدينة بغداد, رسالة ماجستير غير منشورة, جامعة بغداد, العراق.
- الدمخلي, أ. (1996): فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين, رسالة ماجستير منشورة, كلية التربية, جامعة الملك سعود, الرياض.
- رجب, م. (1995): أطفالنا من أين نبدأ, سلسلة مكتبة الشباب, العدد (29), الهيئة العامة لقصور الثقافة, الأمل للطباعة والنشر.
- روس, ه. (1986): مخاوف الأطفال, ترجمة السيد محمد خيرى, ط4, النهضة المصرية, القاهرة.
- الزعيبي, أ (2005): مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية (أسبابها وسبل علاجها), ط1, دار الفكر, بيروت.
- زهران, ح. (1978): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة), الطبعة الثانية, عالم الكتب, القاهرة.
- سالم, ي. (1996): مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف المشكلات الأكثر شيوعاً لدى أطفال المرحلة الابتدائية, مجلة كلية التربية (التربية وعلم النفس), عين شمس, العدد(20), الجزء الثالث, ص ص 181-241.
- سعد, أ. (2001): "مدى فاعلية برنامج علاج سلوكي للعمل مع الجماعات لخفض بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى تلميذات المدارس الأساسية في مرحلة الطفولة المتأخرة", رسالة دكتوراه, جامعة عين شمس, جمهورية مصر العربية.
- سلامة, م. (1990): الإرشاد النفسي من منظور إنساني, ط3, مطبعة الأنجلو المصرية, القاهرة.
- سليمان, س. (2005): مشكلة الخوف عند الأطفال, ط (1), مطبعة عالم الكتب, جمهورية مصر العربية.
- الشربيني, ز. (1994): "المشكلات النفسية عند الأطفال, دار الفكر العربي, القاهرة.

- شوكت, ع. (2000): "الحاجات النفسية ومصادر إشباعها لدى طلاب وطالبات الجامعة, دراسة مقارنة" دراسات نفسية, مجلد (10), العدد (4), ص ص 533-573.
- الصبوة, م. (2007): " العلاج المعرفي - السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي", مجلة الطفولة العربية, العدد (30), ص ص 31-45.
- عبد الخالق, أ. (1994): الدراسة التطورية للقلق, دوريات كلية الآداب, العدد (14), الرسالة 90, مجلس النشر العلمي, جامعة الكويت.
- عبدالله, هـ. (1997): الصحة النفسية للطفل, مشروع الخطة الشاملة لرعاية الطفولة ودراسات الأمومة في قطر, الدوحة, وزارة التربية والتعليم.
- عبد الرحمن, م. (2002): علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب - الأعراض -التشخيص العلاج, دار قباء, القاهرة.
- عبد الفتاح, ي. (1992): بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم دراسة مقارنة, مجلة علم النفس, العدد (2), الهيئة المصرية العامة للكتاب, القاهرة, ص ص 28-35.
- عبد الحميد, ج. (1978): دراسات نفسية في الشخصية العربية, عالم الكتب, القاهرة.
- عبد الحميد, ش. (1982): تشخيص الرهاب عند الأطفال باستخدام تفهم الموضوع C.A.T, رسالة ماجستير غير منشورة, كلية التربية, جامعة طنطا, جمهورية مصر العربية.
- عبد الحميد, ل. (1990): دراسة مقارنة لمتغيرات ترتبط ببعض أبعاد التكوين النفسي لأطفال المدارس الابتدائية وأطفال مؤسسات الأحداث في المخاوف الشائعة, المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري " تنشئته ورعايته ". المجلد الثاني, مركز دراسات الطفولة, جامعة عين شمس, ص ص 96-105.
- عبد المؤمن, م. (1992): الخوف المرضي وعلاقته بصعوبات التعلم والتخلف العقلي, مجلة علم النفس, العدد(22), الهيئة المصرية للكتاب, القاهرة, ص ص 25-32.
- العنوم, ع, عبدالله, ع. (1997): " أثر سماع القران الكريم على الأمن النفسي " مجلة جامعة أم القرى العلوم التربوية والنفسية و الاجتماعية, مج 10, ع16, ص ص 13-45.

عزت, د. (1990): الرهاب(الفوبيا) وراثته واكتساب, مجلة العربي, العدد(179), ص
ص147-150

عساف, ع, أبو الحسن, و. (2003): آثار الضغوط النفسية الصدمية المترتبة على فعل الاجتياحات
الإسرائيلية لمنطقة مخيم جنين, دراسة غير منشورة, نابلس, فلسطين.

عفيفي, ف. (1980): السلوك الاجتماعي بين علم النفس والدين, مكتبة غريب, القاهرة.

علوان, ع. (1989): تربية الأولاد في الإسلام, ج1, ط(17), مطبعة دار السلام, جمهورية
مصر العربية.

عودة, م, مرسي, ك. (1984): الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام, دار القلم,
الكويت.

عوض, ع, عبد الطيف, م. (1990): الخوف المرضي من المدرسة, مجلة علم النفس, العدد
(13), السنة الرابعة, القاهرة, الهيئة المصرية العامة للكتاب, القاهرة, ص ص 38-64.

العيسوي, ع, وعبد اللطيف, م. (1989): مخاوف الأطفال وعلاقتها بحالة القلق وسمته, الكتاب
السنوي في علم النفس, الجمعية المصرية للدراسات النفسية, القاهرة, المجلد (6), ص
ص289-302.

عيسوي, ع. (1988): "الإسلام والعلاج النفسي الحديث", بيروت: دار النهضة العربية.

الفاقي, ح. (1993): التأثيرات السلبية المعرفية والانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الكويتيون
نتيجة للاحتلال العراقي, المجلد 22, العدد(1), ص ص 22 - 79, الكويت.

القائمي, ع. (1996): الأطفال ومشاعر الخوف والقلق, مكتبة فخر اوي, بيروت.

القوصي, ع. (1974): علم النفس أسسه وتطبيقاته التربوية- الأسس العامة والدوافع
وسيكولوجية الجماعات, ط9, مكتبة النهضة المصرية, القاهرة.

المالح, ح. (1995): "الخوف الاجتماعي (الخجل), دراسة علمية للاضطراب النفسي ومظاهره
وأسبابه وطرق معالجته, دار الاشرافات للنشر والتوزيع, دمشق, سورية.

مجيد, س. (2006): دور الأزمات النفسية في إثارة المخاوف لدى الشباب الجامعي في العراق, بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الدولي الحادي عشر, كلية التربية, جامعة فيلادلفيا, العراق.

نشواتي, ع. (2003): علم النفس التربوي, الطبعة الرابعة, دار الفرقان, الأردن.

وزارة الشؤون الاجتماعية. (2001): الانتهاكات الإسرائيلية لحقوق الأطفال الفلسطينيين, وزارة الشؤون الاجتماعية, دولة فلسطين.

وولمان, ب. (1985): مخاوف الأطفال, ترجمة: عبد العزيز القوسي ومحمد عبد الظاهر الطيب, دار المطبوعات الحديثة, الإسكندرية.

المراجع الأجنبية:

Ahrens-Eipper, S., & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells Model of social phobia to children: the case of a "dictation phobia" Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 34, PP103-106.

Anrrindell, W.A., Kolk, A.M., Pickersghil M.J., & Agerman, W.J. (1993). Biological sex, sex role orientation, masculine sex role stress, dissimulation and self-reported fear. Advances in Behaviour Research and Therapy, 15, PP103-146.

American Psychiatric Association. (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition (DSM-III), text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV) text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bech, A.T. & Emery, G. (1985). Anxiety Disorders and phobias; A Cognitive Perspective. New York: Basic Books.

Berzonsky, M.D. (1981). Adolescence Development. New York: Macmillan.

- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia, in R.G. Heimborg, M. Leibowitz, D. Hope, & F. Scheier (Eds.), Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. New York: Guilford, PP (69-93).
- Gilbert, A.M., Gilbert, B.O., & Gilbert, D.G. (1994). Fears as a function of gender and extraversion in adolescents. Journal of Social Behavior - and Personality PP, 9, 89-94.
- Gelder, M. (2000), Oxford Text Book of Psychiatry, The 3rd edition, Oxford.
- International Classification Of Diseases, 10. ICD, (1988) World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva, Draft of Chapter V.
- Izgiç, F, MD¹, Gamze Akyüz, MD², Orhan Doğan, MD³, Nesim Kuğu, MD² Ferda Izgic ‘gamze akyüz ‘ orhan doğan ‘ nesim kuğu, Social Phobia Among University Students and Its Relation to Self Esteem and Body Image
- Kaplan and Sadoch's. (1998), Synopsis Of Psychiatry, The 8th edition, USA.
- Kesler, r.c. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implication for intervention. Acta Pschiatrica Scandiniva, PP108, 19-27.
- Mancini, c, Ameringeen, M., Bannett, M., Patterson, B., & Waston, C. (2005) Emerging treatment for child & adolescent social phobia: A review. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, P15, 14, 589-607.
- Miller, Margert (1990): The relationship between self-care children experience and their social support networks, dissertation abstract international, Vol.50, No (8), P1251.
- Mousa, S., et al. (1999): Gender Differences in phobia among Egyptian school children :Development perspective. The Egyptian Journal of psychiatry, Vol.22, No(1), PP 45-54.
- Muris, Peter (1997): Common childhood fears and their origins. Behaviour research and therapy, Oct, VO.1 35, No (10), PP 929-937

- Ollendick, T.H., et al. (1991): Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. Journal of child psychology and psychiatry, Vol 32, No (2), PP 321-331.
- Page, A. (1994). Distinguishing panic disorder and agoraphobia from social phobia. Journal of Nervous and Mental Disorder. PP128, 611-617.
- Rachman, S. (1998). Anxiety. East Sussex: Psychology Press, P (115).
- Sanderson, W.C., Dinardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.H.(1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-111-R anxiety disorder. Journal of abnormal Psychology, No (99), PP308-312.
- Silverman, W. K. & Kurtines, W. M. (1996). Anxiety and phobic disorders: A pragmatic approach. New York: Plenum Press.
- Spence, S. (1997): The Spence children's anxiety scale (SCAS) structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor–analyti study. Journal OF Abnormal Psychology, Vol109, No (2), PP280-297.
- Thabet, A.Vostanis, P (2006): Post –Trumatic Stress Reactions in Children of War, Sited (http://www.gcmhp.net/research/Post_traumatic.html) visited (8/9/2008).
- Turgeon, L., Marchard, A., & Dupuis, G. (1998). Clinical features in pan disorderwithagoraphobia: Acomparisionof men and women. Journal of anxiety Disorder, 12,539-553.
- World Health Organization: The 10th Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, Division of Mental Health; 1992.

المراجع الالكترونية

- [http:// www.altebalfnafi.net /new_page_12.htm](http://www.altebalfnafi.net/new_page_12.htm) on (13-4-2008).

- <http://www1.cpa-apc.org:8080/Publications/Archives/CJP/2004/september/sep2004.asp>

الملاحق

ملحق (1)

قائمة لجنة المحكمين لاستبانة درجة شيوخ المخاوف المرضية والأبعاد المتعلقة بها.

الدرجة العلمية	المؤسسة	اسم المحكم
دكتورة	جامعة النجاح الوطنية	عبد عساف
دكتورة	جامعة القدس	سمير شقير
دكتورة	جامعة القدس	عبد المحسن عدس
دكتورة	جامعة القدس	سهير صباح
دكتورة	جامعة القدس	عفيف زيدان
دكتورة	جامعة النجاح الوطنية	معروف الشايب
دكتورة	جامعة النجاح الوطنية	محمود الشخشير
دكتورة	جامعة النجاح الوطنية	حسن نيم
طبيب نفسي	الصحة النفسية المجتمعية	محمود خريشة

ملحق (2)

استبانة درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس

كلية الدراسات العليا

قسم الصحة النفسية المجتمعية

استبانة

المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية

التلميذ/ة المحترم/ة.

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بغرض الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من جامعة القدس بعنوان:
(درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا التابعة للمدارس الحكومية في محافظة طولكرم)، أرجو من حضرتكم الإجابة عن هذه الدراسة.
علماً أن المعلومات التي يتم الحصول عليها مخصصة لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم.

أولاً: البيانات الشخصية:

أرجو وضع إشارة (X) داخل المربع المناسب:

الجنس: ذكر أنثى .

الصف: السادس السابع الثامن التاسع العاشر .

مكان السكن: مدينة قرية .

التحصيل الأكاديمي للتلميذ: مقبول فما دون جيد جيد جداً ممتاز

الوضع الاقتصادي للأسرة: منخفض متوسط مرتفع مرتفع جداً

ثانيا: أنواع المخاوف المرضية:

الرقم	الفقرات	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة ضعيفة	درجة ضعيفة جدا
1	أشعر بالخوف من الأماكن الفارغة					
2	أشعر بالخوف من (السفر بالسيارات أو الباصات)					
3	أشعر بالضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق أو القاعات					
4	أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة					
5	أشعر بالخوف من الأماكن المظلمة					
6	أشعر بالخوف من الخروج بمفردي					
7	أشعر بالخوف من الأصوات العالية					
8	أشعر بالخوف من رؤية الدم والأشلاء الجسدية					
9	أشعر بالخوف من الافتراق عن الوالدين					
10	أشعر بالخوف عند سماع صوت الانفجارات والقنابل					
11	أشعر بالخوف من الإصابة بإعاقة دائمة					
12	أشعر بالخوف من نشوب حرب أهلية					
13	أشعر بالخوف من الإصابة بمرض ليس له علاج					
14	أشعر بالخوف من الفئران والصراصير					

					15	أشعر بالخوف عند رؤية صورة ثعبان
					16	أشعر بالخوف من الدخول إلى مكان فيه ناس مجتمعون ويتكلمون
					17	أشعر بأني سأسقط وأنا في مكان عالٍ
					18	أشعر بالخوف الشديد عند سماع صوت الإسعاف
					19	أشعر بالخوف من حلول الظلام
					20	أشعر بالخوف من الأمطار والسيول
					21	أشعر بالخوف عند سماع صوت الرعد

ثالثاً: القسم الخاص بأعراض المخاوف المرضية:

أولاً: الأعراض السلوكية الظاهرية:

الدرجة					الرقم	الفقرات
ضعيفة جداً	ضعيفة	متوسطة	كبيرة	كبيرة جداً		
					1	أشعر بالرغبة في البكاء بسهولة
					2	ألجأ إلى شخص آخر طلباً للمساعدة أو الإغاثة
					3	أقوم بقضم الأظافر أو عض الشفة أو شد الشعر
					4	أشعر بالارتباك، فيبدو كأنني أسيء استخدام الأشياء.
					5	أشعر بالخوف من الخروج من المنزل بمفردي

					أشعر بالتوتر الداخلي دائماً	6
					أشعر بدافع ملح لتكسير الأشياء وتخريبها	7
					أشعر بالرغبة بالصراخ اللاردي	8

ثانياً: الأعراض الفسيولوجية:

الرقم	الفقرات	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	بدرجة ضعيفة جداً
1	أشعر بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة					
2	أشعر بآلام في القلب أو الصدر					
3	أشعر بالخمول وقلة النشاط					
4	أشعر بضعف الشهية للطعام					
5	أشعر بآلام في العضلات					
6	أشعر بضيق في التنفس					
7	أشعر بدرجات متفاوتة من السخونة والبرودة في جسمي					
8	أشعر بزيادة ضربات القلب وسرعتها					
9	أشعر بالغثيان أو اضطرابات في المعدة					
10	يشعرنني الآخرون بشحوب لون وجهي أو احمرار فوري فيه					
11	أشعر بارتعاش في الجسم					
12	أشعر بجفاف في الفم وعدم القدرة على الكلام					
13	أشعر بتعرق الوجه					
14	أشعر بالقشعريرة ووقوف					

					شعر الجسم
					15 أشعر بتغيير في نبرة الصوت
					16 أشعر بالحاجة إلى التبول بصورة مفاجئة
					17 أشعر بالإرهاق من أداء أي مهمة

ثالثاً: المشاعر الداخلية:

الرقم	الفقرات	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	متوسطة	درجة ضعيفة	درجة ضعيفة جداً
1	أشعر بوجود أفكار مقلقة لا تفارقني					
2	أفكر في الانتحار					
3	أفكر بالموت كثيراً					
4	أشعر بأن لدي أفكاراً أو معتقدات لا يشاركني الآخرون فيها					
5	أشعر بأن كل شيء عناء بعناء					
6	أشعر بأنني عديم الأهمية					
7	أشعر بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية بالنسبة لي					
8	أشعر بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة					
9	أشعر باضطراب في فهم الأمور وإدراكها					
10	أشعر بتدني القدرة عن التعلم					
11	أشعر في وجود خطر يداهمني					
12	أشعر بفقدان الرغبة في أداء الواجبات والأعمال					
13	أشعر بصعوبة في اتخاذ القرارات المناسبة					
14	أحس بالحيرة واليأس من الحياة					
15	أحس بالرغبة بتجنب الناس والمواقف المختلفة					
16	أشعر بأن المستقبل لا أمن فيه وأن					

					الأمر لا يمكن أن تصبح أفضل	
					أشعر بالحزن الشديد	17
					أشعر بالحساسية تجاه الآخرين	18
					يتم استفزازي بسهولة وأشعر بالمضايقة والإثارة	19
					أشعر بعدم تقني بالناس	20
					أشعر بالرعب المفاجئ بلا سبب	21
					أشعر بانفعالات مزاجية حادة لا يمكن السيطرة عليها	22
					ألم نفسي على الأحداث التي تمر بي	23
					أقلق بصورة مبالغ فيها على الأشياء	24
					أشعر باليأس من المستقبل	25
					أحلم أحلاما مزعجة خلال النوم	26
					أميل إلى الكذب	27
					أشعر بفقدان الحنان والعاطفية	28
					أشعر بعدم الرغبة بالكلام	29
					أشعر بالحياء والارتباك والرغبة بالاختفاء عن الناس	30
					أشعر بعدم القدرة على الاحتفاظ بمشاعر الحب أو الإحساس بها	31

وشكرا لكم

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة القدس

القدس

كلية الصحة العامة

Al-Quds University

Jerusalem

School of Public Health



التاريخ: 2008/2/10

الرقم: لك ص ع/506/2008

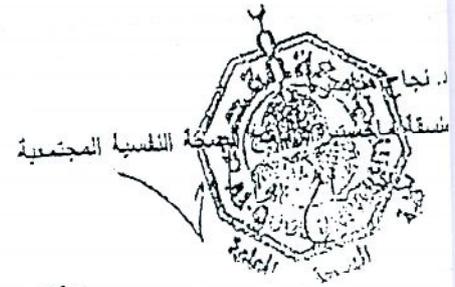
حضرة الأستاذ محمد الفيج المحترم
مدير التربية والتعليم/ طولكرم

الموضوع: تدريب الطالبة دلال هاني الحسن

تحية طيبة وبعد،،

الرجاء السماح للطالبة دلال هاني الحسن 20520141 وهي طالبة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية بتطبيق الاستبيان (درجة شيع المَخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم)، وتقبلوا مع فائق الاحترام،،

التفاني
العملية
الدراسية
17-2-08



مخة: الملف



م: م ط / 6 / 2008
ت: 2008/2/24
ن: 17 / صفر / 1429

حضرة مدير/ة مدرسة المحترم/ة
طيبة وبعد ،،،

الموضوع : الدراسة الميدانية

رافق على قيام الطالبة (دلال هاني الحسن) - طالبة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية /جامعة طولكرم) و تزيج الاستبانة المعدة لهذه الغاية ، شريطة الا يؤثر ذلك على سير العملية التعليمية في

مع الاحترام ،،،،،

مدير التربية والتعليم

أ.محمد المنيع



الفهارس

فهرس الجداول

الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
51	توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس.....	الجدول 1.3
51	توزيع مجتمع الدراسة حسب مكان السكن.....	الجدول 2.3
51	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس.....	الجدول 3.3
52	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الصف.....	الجدول 4.3
52	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان السكن.....	الجدول 5.3
52	توزيع عينة الدراسة حسب متغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 6.3
53	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 7.3
55	معامل الثبات كرونباخ ألفا.....	الجدول 8.3
60	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والانحرافات المعيارية ودرجة المخاوف لمجال أنواع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا مرتبة تنازلياً.....	الجدول 1.4
62	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية والانحرافات المعيارية لمجالات أعراض المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية العليا مرتبة تنازلياً.....	الجدول 2.4
67	تحليل الانحدار المتعدد لمدى تأثير الأبعاد الثلاثة حول شيوع المخاوف المرضية.....	الجدول 3.4
68	اختبار(ت) لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الجنس.....	الجدول 4.4
69	اختبار(ت) لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير مكان السكن.....	الجدول 5.4
70	المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الصف.....	الجدول 6.4
71	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الصف.....	الجدول 7.4
72	المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية التابعة تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 8.4
73	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 9.4

74	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بحسب مجال الأعراض السلوكية الظاهرية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 10.4
75	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بحسب مجال الأعراض الفسيولوجية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 11.4
76	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية بحسب مجال المشاعر الداخلية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ.....	الجدول 12.4
76	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على الدرجة الكلية تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي للتلميذ....	الجدول 13.4
77	المتوسطات الحسابية لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 14.4
78	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة شيوع المخاوف المرضية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 15.4
79	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية حسب مجال الأعراض السلوكية الظاهرية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 16.4
80	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية حسب مجال الأعراض الفسيولوجية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 17.4
81	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية حسب مجال المشاعر الداخلية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 18.4
82	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على الدرجة الكلية تبعاً لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.....	الجدول 19.4

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
105	قائمة لجنة المحكمين لاستبانه درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية والأبعاد المتعلقة بها.....	ملحق 1.
106	استبانه درجة شيوع المخاوف المرضية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية.....	ملحق 2.
112	رسالة موجهة إلى مدير التربية والتعليم للحصول على الإحصائيات المتعلقة بمجتمع الدراسة لتلاميذ المرحلة الأساسية في محافظة طولكرم, وللحصول على الموافقة لتوزيع أداة الدراسة على مجتمع الدراسة تلاميذ المرحلة الأساسية العليا في محافظة طولكرم.....	ملحق 3.
113	رسالة موجهة من مدير التربية والتعليم لكافة المدارس الحكومية بالموافقة على توزيع أداة الدراسة.....	ملحق 4.

فهرس المحتويات

الصفحة	المبحث	الرقم
	الإهداء	
أ	إقرار.....	
ب	الشكر والتقدير.....	
ج	الملخص باللغة العربية.....	
هـ	الملخص باللغة الانجليزية.....	
1-10	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وخلفيتها.....	
1	محتويات الفصل الأول.....	
2	المقدمة.....	1.1
6	مشكلة الدراسة.....	2.1
7	أسئلة الدراسة وفرضياتها.....	3.1
8	أهداف الدراسة.....	4.1
9	أهمية الدراسة.....	5.1
10	حدود الدراسة.....	6.1
10	تعريف المصطلحات.....	7.1
11-48	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة.....	
11	محتويات الفصل الثاني.....	
12	الإطار النظري.....	1.2
12	مقدمة.....	1.1.2
13	الفرق بين الخوف والقلق النفسي.....	2.1.2
14	مفهوم الخوف الطبيعي.....	3.1.2
14	مفهوم الخوف المرضي.....	4.1.2
16	أقسام المخاوف المرضية.....	5.1.2
16	الفوبيا البسيطة.....	1.5.1.2
17	الفوبيا الاجتماعية.....	2.5.1.2
20	الفوبيا من الأماكن الواسعة أو المزدحمة.....	3.5.1.2
21	الأعراض المصاحبة للخوف.....	6.1.2

21	الأعراض السلوكية الظاهرية.....	1.6.1.2
22	الأعراض الفسيولوجية.....	2.6.1.2
23	الأعراض المعرفية.....	3.6.1.2
23	المشاعر الداخلية.....	4.6.1.2
24	الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية للفويا.....	7.1.2
25	بعض النظريات التي تفسر الخوف المرضي.....	8.1.2
25	النظرية الغرائزية.....	1.8.1.2
25	نظرية التعلم السلوكية.....	2.8.1.2
26	نظرية التحليل النفسي.....	3.8.1.2
27	النظرية المعرفية.....	4.8.1.2
27	العوامل التي تكون خاصة بالطفل.....	5.8.1.2
27	ما تتصف به مخاوف الأطفال بالنسبة لمخاوف الكبار.....	9.1.2
29	العوامل المسؤولة عن التنوع في مخاوف الأفراد.....	10.1.2
30	بعض الأساليب الفعالة لعلاج الخوف عند الأطفال.....	11.1.2
30	العلاج بالاستبصار.....	1.11.1.2
30	العلاج السلوكي.....	2.11.1.2
32	العلاج المعرفي.....	3.11.1.2
32	العلاج الدوائي.....	4.11.1.2
32	الوقاية من المخاوف المرضية.....	12.1
34	الدراسات السابقة.....	2.2
33	الدراسات العربية.....	1.2.2
40	الدراسات الأجنبية.....	2.2.2
44	تعقيب على الدراسات السابقة.....	3.2.2
49-57	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات.....	
49	محتويات الفصل الثالث.....	
50	المقدمة.....	1.3
50	منهج الدراسة.....	2.3
50	مجتمع الدراسة.....	3.3
51	عينة الدراسة.....	4.3
53	أداة الدراسة.....	5.3

55	.....إجراءات تطبيق الدراسة.	6.3
56	.....متغيرات الدراسة.	7.3
56	.....المعالجات الإحصائية.	8.3
58-82	.....الفصل الرابع: نتائج الدراسة.	
58	.....محتويات الفصل الرابع.	
59	.....المقدمة.	1.4
59	.....النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.	1.1.4
62	.....النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.	2.1.4
66	.....النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث.	3.1.4
67	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.	1.3.1.4
68	.....النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.	4.1.4
68	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.	1.4.1.4
69	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.	2.4.1.4
70	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.	3.4.1.4
72	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.	4.4.1.4
77	.....النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.	5.4.1.4
83-95	.....الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة والتوصيات.	
83	.....محتويات الفصل الخامس.	
84	.....المقدمة.	1.5
84	.....مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.	1.1.5
86	.....مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.	2.1.5
88	.....مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث.	3.1.5
88	.....مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.	1.3.1.5
89	.....مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.	4.1.5
89	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.	1.4.1.5
90	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.	2.4.1.5
91	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.	3.4.1.5
92	.....النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.	4.4.1.5
93	.....النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.	5.4.1.5
94	.....توصيات الدراسة.	2.5

96	.....المراجع
104	.....الملاحق
105	.....قائمة الملاحق
114	.....الفهارس
116	.....فهرس الجداول
117	.....فهرس الملاحق
119	.....فهرس المحتويات