جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -الجزائر

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إعداد:

بن قويدر فاطمة قيدوم جمال

بعنوان:

التنشئة الأسرية وعلاقتها بالمخاوف المرضية
" في مرحلة الطفولة المتأخرة "
دراسة ميدانية ببعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة

نوقشت يوم ..... /...../2020

لجنة المناقشة المكونة:

أ. د/ بوضياف نادية ..... رئيسا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

د / باوية نبيلة ..... مشرفا ومقررا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

د / صالحي طارق ..... مناقشا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الموسم الجامعي:2020/2019

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -الجزائر

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

شعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس عيادي

إعداد الطلبة:

بن قويدر فاطمة قيدوم جمال

بعنوان:

التنشئة الأسرية وعلاقتها بالمخاوف المرضية
" في مرحلة الطفولة المتأخرة "
دراسة ميدانية ببعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة

نوقشت يوم ..... /...../2020

لجنة المناقشة المكونة:

أ. د / بوضياف نادية ..... رئيسا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

د / باوية نبيلة ..... مشرفا ومقررا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

د / صالحي طارق ..... مناقشا ..... جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الموسم الجامعي:2020/2019

شكر وتقدير

الحمد لله أهل الحمد والثناء والصلاة والسلام على نبينا محمد صلى الله عليه وسلم و على آله و صحبه و سلم.

الحمد لله سبحانه و تعالى على إحسانه و توفيقه لنا و على ما أسداه لنا من نعم لا تعد ولا تحصى.

و الشكر موصول إلى المشرفة الدكتورة باوية نبيلةعلى ما أسدته لنا من نصح و توجيه و إرشاد.

كما يطيب لنا أن نتقدم بجزيل الشكر و عظيم الامتنان إلى كل من أ؟سهم في مساعدتنا، و توجيهنا و إرشادنا خاصة أساتذة كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية.

و أخيرا يسعدنا أن نتقدم بجزيل الشكر و التقدير و العرفان للمناقش لتفضيله بقبول مناقشة هذه المذكرة و الحكم عليها و إثرائها بأرائه السديدة.

وفق الله الجميع لما فيه خير الدنيا و الآخرة إنه سميع مجيب، و آخر دعوانا إن الحمد لله رب العالمين.

الملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التنشئة الأسرية بالمخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ببعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة، وكذلك الكشف عن الفروق في المخاوف المرضية حسب متغيري الجنس و مكان الإقامة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الطلبة المنهج الوصفي الإرتباطي المناسب للدراسة الحالية حيث كانت ستطبق الدراسة على عينة مكونة من (150) تلميذا وتلميذة من مرحلة الطفولة المتأخرة ببعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة للعام الدراسي 2019-2020 مستخدمين في ذلك استبيان أساليب المعاملة الوالدية من وجهة نظر الأبناء (مقياس أمبو)، أما الاداة الثانية فهي مقياس المخاوف المرضية للأطفال der (kat) kinder – angst – test من تصميم " ثرنز، تيوز"، ترجمة وتعريب "عواطف بكر". وكان من المفروض تطبيق الآداتين وتجميع البيانات و معالجتها بإستخدام برنامج SPSS فقط.

ويتم مناقشة النتائج المفترض التوصل إليها بناءا على ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتحصل عليها.

Abstract :

The study aimed to reveal the relationship of the family upbringing with the pathological concerns of children in late childhood in some primary and intermediate stages in the city of Ouargla, as well as to reveal the differences in the disease fears according to the variables of sex and place of residence, and to achieve the objectives of the study, the students used the descriptive correlational approach appropriate for the current study where it was to be applied The study is based on a sample of (150) male and female students from late childhood stage in some elementary and middle school levels in the city of Ouargla for the academic year 2019-2020, using a questionnaire of methods of neonatal treatment from the children's point of view (Ombo scale), As for the second tool, it is a measure of children's phobias (kat) der kinder - angst - test designed by "Thorns, Teose", translated and localized by "Bakr Awatif". The two tools were to be applied, and data compiled and processed using SPSS only.

The supposed results are discussed based on the theoretical heritage and previous studies obtained.

فهرس المحتويات

العنــوان	رقم الصفحة
الشكر والتقدير	أ
ملخص الدراسة باللغة العربية	ب
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	و
فهرس الملاحق	ز
مقدمة	02
الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة	
1- تحديد إشكالية الدراسة	06
2- تحديد تساؤلات الدراسة	08
3- تحديد فرضيات الدراسة	09
4- تحديد أهمية الدراسة	09
5- تحديد أهداف الدراسة	10
6- تحديد التعاريف الإجرائية	10
7- الدراسات السابقة والتعليق عليها	11
8- حدود الدراسة	21
الفصل الثاني: التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية لدى الأطفال	
تمهيد	23
أولا: التنشئة الأسرية	
1- مفهوم أساليب التنشئة الأسرية	23
2- خصائص التنشئة الأسرية	24
3- النظريات المفسرة للتنشئة الإجتماعية	24
4- أهداف التنشئة الأسرية	27
5- العوامل المؤثرة في التنشئة الأسرية	28
ثانيا: المخاوف المرضية	
1- التطور التاريخي للمخاوف المرضية	30

2- مفهوم المخاوف المرضية	32
3- أعراض المخاوف المرضية	35
4- أنواع المخاوف المرضية	36
5- أسباب المخاوف المرضية	44
6- التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية	47
7- نظريات المفسرة للمخاوف المرضية	48
8- الوقاية والعلاج من المخاوف المرضية	51
خلاصة الفصل الثاني	55
الجانب الميداني	
الفصل الثالث: الاجراءات المنهجية للدراسة	
1- المنهج المستخدم للدراسة	58
2- الدراسة الإستطلاعية	58
2-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية	58
2-2 عينة الدراسة الاستطلاعية	58
2-3 أدوات الدراسة الاستطلاعية	58
2-4 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية	59
3- الدراسة الأساسية	62
3-1 عينة الدراسة الأساسية	62
3-2 أدوات الدراسة الأساسية	63
3-3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية	63
الفصل الرابع : تحليل البيانات عرض وتفسير ومناقشة النتائج	
1- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية العامة	65
2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى	66
3- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية	67
4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة	68
5- إستنتاج عام	68
6- بعض المقترحات	68
فهرس المراجع	70
فهرس الملاحق	74

فهرس الجداول

الجـــــــــــدول	الصفحة
جدول رقم(1) توزيع العبارات على الابعاد في مقياس المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء (مقياس آمبو)	60
جدول رقم (2) الإتساق الداخلي (معاملات الإرتباط بين كل محور والمجموع الكلي من محاور الدراسة لمقياس آمبو)	61

فهرس الملاحق:

رقم الملحق	الملحق	الصفحة
الملحق رقم (1)	مقياس أساليب المعاملة الوالدية من وجهة نظر الأبناء (مقياس آمبو) (ترجمة وتعريب عبد الرحمن والمغربي 1989)	74
الملحق رقم (2)	استبيان مقياس اختبار المخاوف المرضية للأطفال der (kat) kinder – angst – test من وضع " ثرنز ، تيوز " ،و قد (ترجمة وتعريب " عواطف بكر)	84

مقدمة

مقدمة:

تعتبر حياة الفرد وحدة واحدة منذ ولادته حتى وفاته، فنلاحظ تغيرا ملحوظا في حياة أطفالنا ونموا مطردا في مختلف النواحي الجسمية والنفسية والإجتماعية فلا شك أن هذا التغيير ملحوظ في عهود الطفولة الأولى سواء كان تغيرا جسميا أو نفسيا أو إجتماعيا. (رشيد زعير، 2010، ص: 17)

بما أن مرحلة الطفولة في بداية حياة أي فرد فهي تلك المرحلة التي تنشئ لنا رجل المستقبل وعليه فلا بد من الإهتمام بهذه المرحلة وهذا ما جعل الكثير من الدارسين في طرح مجموعة من المواضيع ومن بينها الإضطرابات النفسية التي يمر بها الطفل وعلى سبيل الذكر:القلق، المخاوف المرضية...إلخ وهذا ما يعوق حياة الطفل ويعود عليها بالسلب. (رشيد حميد زعير، 2010، ص: 205)

لذلك يعد الإهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع و تطوره فهذا الإهتمام هو في الواقع إهتمام بمستقبل المجتمع، بمعنى إن إعداد الطفل و رعايته في كافة جوانب الحياة هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور و التغيير السريع الذي نعيشه اليوم. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص: 03).

من هنا يتعين النظر إلى الدراسات النمائية على أنها من بين الأساسيات أو المعايير المهمة التي من خلالها يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره،هذا يعني أن الإهتمام بهذه الفئة من الدراسات –هو في الواقع– إعداد لمستقبل مزدهر وعلى هذا الأساس خاضت الدراسات في مجال علم النفس النمائي مسارات عدة تمثل مناحي متكاملة هي المداخل الإجتماعية و التربوية و النفسية. (فوليت فؤاد إبراهيم عبد الرحمن سيد سليمان، 2006، ص : 07) .

فمرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص والمعدلات النمائية في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لإضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته ولابد أن نضمن له مناخا هادئا مستقرا يسوده الإستقرار النفسي. (أسماء عبد الله عطية، 2008، ص: 03).

خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياته لأنها تمثل الدعامات الأساسية للشخصية، لذلك كانت مرحلة الطفولة ولا تزال ميدانا خصبا للعديد من البحوث و الدراسات في علم النفس النمو و الدراسات المختلفة الأخرى التربوية و الإجتماعية و البيولوجية و الطبية. (فيوليت فؤاد إبراهيم عبد الرحمن سيد سليمان، 2006، ص: 07).

في ظل ما سبق تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بالنسبة لأساليب التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية ببعض إبتدائيات ومتوسطات مدينة ورقلة، وقد اندرجت الدراسة الحالية ضمن جانبين كالاتي:

الجانب النظري وتضمن:

الفصل الاول وهو مخصص لتقديم موضوع الدراسة حيث تضمن تحديد إشكالية الدراسة وتساؤلات الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، وتحديد أهداف الدراسة، والتعاريف لاإجرائية لها، وكذلك الدراسات السابقة والتعليق عليها.

أما الفصل الثاني خصص التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية لدى الأطفال وفيه تم التطرق أولا إلى التنشئة الأسرية وتحدثنا فيه على مفهوم أساليب التنشئة الأسرية وخصائصها، والنظريات المفسرة للتنشئة الإجتماعية، وأهداف التنشئة الاسرية والعوامل المؤثرة فيها، وتطرقنا ثانيا للمخاوف المرضية وفيه تناولنا التطور التاريخي للمخاوف المرضية، مفهومها، وأعراضها، ثم أنواعها وأسبابها، وبعدها التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية والنظريات المفسرة لها.

الجانب الميداني وتضمن:

الفصل الثالث مخصص للاجراءات المنهجية للدراسة وتضمن المنهج المستخدم للدراسة، الدراسة الإستطلاعية، والدراسة الأساسية.

أما الفصل الرابع مخصص لتحليل البيانات عرض وتفسير ومناقشة النتائج وفيه تناولنا عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية العامة، و عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى، و عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية، و عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة، وقد أختتمت الدراسة باستنتاج عام وبعض المقترحات إضافة إلى فهرس المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول
تقديم موضوع الدراسة

1- تحديد إشكالية الدراسة؛
2- تحديد تساؤلات الدراسة؛
3- تحديد فرضيات الدراسة؛
4- تحديد التعاريف الإجرائية؛
5- تحديد أهمية الدراسة؛
6- تحديد أهداف الدراسة؛
7- الدراسات السابقة والتعليق عليها؛
8- حدود الدراسة.

1-تحديد إشكالية الدراسة:

تعد تجارب السنوات الأولى من حياة الطفل التي تهئ للمراحل الاخري من نضجه العقلي والنفسي والاجتماعي خاصة نضجه في مرحلة الطفولة المتاخرة والتي يطلق عليها أيضا اسم "مرحلة ما قبل المراهقة" وهي تبدأ من السن تسع سنوات إلى اثنى عشرة سنة حيث تعتبر هذه المرحلة تمهيدا للبلوغ والدخول في سن المراهقة لذالك تتميز ببطء في المعدل وفي نسبة النمو في عدة جوانبه غير أن الطفل مع ذلك يكتسب فيها المهارات والخبرات الضرورية اللازمة لتوافقه وتكييفه مع شؤون الحياة الاجتماعية. (عبد الرحمان الوافي، 2009، ص:144)

هذا اذا ما أخذنا بالأساس الغدي العضوي الذي يقسم الطفولة الى طفولة متوسطة (5 إلى 8 سنوات) وطفولة المتأخرة (9 الى 12 سنوات)

أما اذا التزمنا بالتقسيم التربوي فان الطفولة تأخذ تقسيم آخر يسمى " الطفولة المدرسية * من 6 الى 12 سنة حيث تبدأ هذه المرحلة من السنة العمرية السادسة التي يدخل فيها الطفل الى المدرسة الابتدائية قادما من المنزل مباشرة أو متنقلا اليها من رياض الأطفال وتنتهي عند سن * الثانية عشرة * وسميت بالمرحلة المدرسية استنادا الى الأساس التربوي المرتبط بالسلم التعليمي التربوي. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004، ص: 140)

كما تعرف الطفولة المتاخرة عند المربون: هذه المرحلة مرحلة " تعلم المهارات الضرورية " في منهج الدراسة وفي برامج النشاط خارج المنهج.

أما بالنسبة للآباء: فهم يعتبرونها " سن الغرور" التي يرى الطفل نفسه يعرف كل شيء ويعمل على افادة غيره بهذه المعرفة.

اما بعض علماء النفس فيعتربونها أنها " حاجة الغباء" الذي يجب على الطفل عبوره للتكيف بنجاح مع حياة المراهقة، فالاندفاع وقصر النظر من صفات الغبي الذي يتصرف دون تبصر بالعواقب. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004، ص:23).

اما فئة اخرى من الباحثين: فتفضل تسميتها بين جماعة الأقران للتأكيد على دور مجموعة الاصحاب من نفس السن والتقليل من دور الأسرة في هذه الفترة.(بن وسعد نبيلة، 2012، ص: 46)

رغم هذه التقسيمات إلا انه يتيسر لنا تحديد السمات الرئيسية للطفل في مراحل نموه المختلفة مما يترتب عليه فائدة مباشرة في التربية والتعليم ورعاية الطفولة وتحديدي مشاكل الأطفال في كل مرحلة من مراحل نموه المختلفة.

من بين المشكلات التي تلاحظ عند الطفل في هذه المرحلة هي المخاوف المرضية التي يواجهها بعض الاطفال في سنوات عمره الباكر وقد تستمر معهم بعد ذلك فقد يكون ذلك سببا في إعاقة نموهم الإنفعالي والإجتماعي على حد سواء. (فوليت فؤاد إبراهيم عبد الرحمن سيد سليمان، 2006، ص: 89)

وقد يكون سبب هذه المخاوف هي الأسرة هذه الأخيرة التي تعتبر من وسائط التنشئة الإجتماعية حيث نلاحظ أن تأثيرها على سلوكات الطفل وإنفعالاته وذلك من خلال الأساليب التي يتعامل بها الآباء مع أبنائهم، وقد تؤثر سلبا أو ايجابا على الطفل سواءا، ذلك ان الأسرة هي المنبع الأساسي الذي يستقي منها الأبناء قيمهم ومعارفهم، وفيها تنمى مهاراتهم وخاصة في المراحل العمرية الأولى للإبن، حيث أن أغلب السلوكات التي يمارسها الأبناء ماهي إلا إنعكاس لإسلوب معين من أساليب التنسئة الأسرية.

واكيد هذه المرحلة مرتبطة ارتباطا وثيقا بتصوارات الاخرين الذين يشكلون المجموعة التي ينتمي اليها بقيمها وعادتها, وعلي وجه الخصوص بسلطة الاسرة بداية, التي يتاثر بها تاثرا عميقا(د,زكريا الشربيني ,ود,يسريه صادق,2000, ص:05).

فالاسرة هي الحضن الرئيسي لاشباع الحاجات البيولوجية والنفسية والاجتماعية للأبناء ومن ثم التكامل الاشباعي لكل افرادها فاذا حدث خلل في البناء الاسري وفي اسلوب المعاملة الصادر فان ذالك سيترتب عليه زيادة المشكلات . (حسن مصطفي عبد المعطي, 2000,ص: 45)

تلعب الاسرة دورا مهما في توجيه وارشاد الابناء من خلال عدة اساليب تتبعها في تنشئتهم، وهذه الاساليب قد تكون سوية او غير سوية وكل منهما ينعكس علي شخصة الابناء وسلوكهم بالاجاب او السلب.

كما ان الاسرة هي الخلية الاولي التي يحتك الطفل بها وهي المكان الاول الذي تبدا فيه معالم التنشئة الاجتماعية للطفل ابتداء من عامه الثاني وتتكون معظم الاسر في مجتمعاتنا الحديثة من الاب والام والاخوة والاخوات ,ولقد تعرضت الاسرة في تطورها الي التقلص في حجمها من حيث عدد الافراد الذين تضمهم ,ففي اشكالها البدائية كانت تضم بالإضافة إلى هؤلاء ,الاجداد والاحفاد والحلفاء والانصار, واذا كانت مجتمعاتنا ماتزال تضم نماذج من اسر ممتدة, لكن ما هو شائع الان هو الاسرة النواة التي تشمل الابوين والاولاد ومن الطبيعي ان ينعكس ذلك على وظيفتها في اعداد افرادها لحياة المستقبل ومن المهم هنا ان نلاحظ فيما يخص

الوظيفة التربوية للاسرة ان تقلصها من حيث الامتداد لايعني بالضرورة تناقصها في التاثير من حيث العمق وفي اغلب الدراسات التى تناوات الاسرة كدراسة (طرائق التنشئة الأسرية وعلاقتها بمدى مشاركة الشباب في اتخاذ القرارات داخل الأسرة، قسم علم الإجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة دمشق سوريا،2011) كذلك نجد الدراسة المعنونة ب (الأسرة، المدرسة، ومسارت التعلم العلاقة مابين خطاب الوالدين و التعليمات المدرسية للأطفال) ومن خلال هذه الدراسات يحاول الباحثون ايجاد العلاقة بين خصائص الوالدين واتجاهاتهم واساليبهم في معاملة الابناء وبين شخصية هؤلاء الابناء اوالنمو العقلي الاجتماعي لهم ولقد كانت هذه الدراسات ان اسلوب الوالدين يقرر سلوك الابناء متعاملة مع الامر بمعالجات ارتباطية لاتعلن عن سبب ونتيجة. (زكريا الشربيني، ود.يسرية صادق, 2000, ص:91.90)

اي انها (الأسرة) تعتبر حجر اساس للوقاية من الاضطرابات النفسية كإضطراب المخاوف المرضية حيث يمكن أن يورث القلق و الخوف ,تماما كما يستطيع الطفل أن يرث شعر الوالدين البني, و عيون خضراء وقصر نظر أحد الوالدين, يمكن ان يرث الطفل أيضا ميل هذا الوالد نحو القلق المفرط بالإضافة إلى ذلك يمكن تعلم القلق من أفراد الأسرة و غيرهم ممن يشعرون بالتوتر أو القلق بشكل ملحوظ حول الطفل,على سبيل المثال ,قد يتعلم الطفل الذي يظهر والداه خوفا كبيرا من العناكب. ومن خلال التراكم العلمي والدراسات السابقة التى مست الاسرة هذه الاخيرة التى تحظى في بناء شخصية الفرد خاصة في تشكيل شخصية الطفل ووجدانه ومدي تاثره بتلك الأساليب التي يتبعها الوالدان في تنشاة ابنائهم ، ونظرا لأهمية الموضوع بالنسبة للفرد عامة و الابن خاصة وأهمية اساليب التنشئة الاسرية جاءت فكرة القيام بالدراسة الحالية لتطرح التساؤلات التالية:

2-تحديد تساؤلات الدراسة:

2-1 التساؤل العام:

- هل هناك علاقة بين أساليب التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية بمرحلة الطفولة المتأخرة؟

2-2 التساؤلات الجزئية:

- ما مستوى المخاوف المرضة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية بإختلاف الجنس (ذكر – أنثى)؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية بإختلاف مكان الإقامة (قرية – مدينة)؟

3-فرضيات الدراسة:

3-1 الفرضية العامة:

- توجد علاقة بين أساليب التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتأخرة.

3-2 الفرضيات الجزئية:

- نتوقع أن يكون مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة منخفض؛
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية بإختلاف الجنس (ذكر- أنثى)؛
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المرضية بإختلاف مكان الإقامة (قرية – مدينة).

4-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في النقاط التالية:

1- تكتسب الدراسة أهميتها النظرية في كونها محاولة لإضافة نتائج جديدة حول علاقة أساليب التنشئة الأسرية ببعض المخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتأخرة في المجتمع الجزائري وبالأخص في ولاية ورقلة؛

2-أما الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة تبدو في إمكانية الكشف عن أساليب التنشئة الأسرية و التي يحتمل أن تكون لها علاقة ببعض المخاوف المرضية لدى الأطفال, و من ثم توعية الوالدين وأولياء الأمور بإتباع الأساليب المناسبة أثناء تعاملهم مع أبنائهم؛

3-كما تظهر أهميتها أيضا من خلال أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة وهي مرحلة الطفولة المتأخرة أي الطور الإبتدائي و المتوسط بالنسبة للأبناء وعلى الآباء و المربين في هذه المرحلة ضرورة مراعاة مراحل النمو والتوافق النفسي, مع العمل على تقليل الفجوة بين جيل الآباء و الأبناء في فهم ذواتهم وتنمية القيم الصالحة لديهم و العمل على إعدادهم لتحمل المسؤولية في المستقبل؛

4-إمكانيم الإسهام في تقديم بعض الحلول و الإقتراحات لمشكلة أصبحت تؤرق الأسرة و تشكك بعدم صلاحية أساليب التنشئة التي تتبعها في تربية أبنائها و محاولة تبني أساليب جديدة و حديثة في التعامل معهم من أجل الوصول بهم إلى نتائج إيجابية في ضبط سلوكهم.

5-أهداف الدراسة:

1-الكشف عن العلاقة بين أساليب التنشئة الأسرية وعلاقاتها بالمخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة؛

2- التعرف على مستوى المخاوف المرضة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة؛

3-التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الجنس(ذكر - أنثى)؛

4-التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الإقامة (قرية - مدينة)؛

6- تحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- **أساليب التنشئة الأسرية:** هي الأساليب التي يتعامل بها الآباء والأمهات مع الأبناء في تربيتهم وتنشئتهم حسب ما جاء به في مقياس (آمبو) أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ترجمة و تعريب كل من (عبد الرحمن و المغربي، عام1989).

أما في الدراسة الحالية فقد عرف الطلبة أساليب التنشئة الأسرية بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطفل عند إجابته على بنود مقياس (آمبو) لأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء والمعتمد عليه في هذه الدراسة.

- **المخاوف المرضية:** هـو خوف غير منطقي ولا معقول من موقف أو شيء لايستدعي هذه الدرجــة من الخوف مع محاولة المريض تجنب هذا الموقف بسرعة، ويسمى هذا الموقف بالمثير الرهابي. (قاسم عبد الحميد، 2008، ص: 291).

أما في الدراسة الحالية فقد عرف الطالبان الخوف المرضي الذي كان سيقاس من خلال اختبار المخاوف المرضية للأطفال (kat) der kinder – angst – test من وضع " ثرنز ، تيوز " ،و قد أعدته و ترجمته عن الألمانية "عواطف بكر".

7- الدراسات السابقة والتعليق عليها:

7-1 الدراسات المتعلقة بالتنشئة الأسرية:

7-1-1 الدراسات العربية:

7-1-1-1 دراسة بداوي مسعودة (بجامعة الجزائرلسنة 2008-2009):

هدفت إلى معرفة الآثار المترتبة عن أساليب المعاملة الوالدية والمشكلات المتعلقة بالأبناء المراهقين، وتبرز الأهميةفي هذه الدراسة إلى التطرق لكل من أسلوب من أساليب المعاملة الوالدية و كذلك تبرز في تأثير بعض من أساليب المعاملة كما يمارسها الآباء مع أولادهم و الأمهات مع بناتهم ونوع العلاقة الزوجية للأبوين و انعكاستها على الأبناء المرهقين إن تعرضوا إلى مشاكل أسرية في حياتهم اليومية وكانت عينة الدراسة عينة مكونة من (240) أب وأم، و(240) تلميذ وتلميذة من طور المتوسط.

حيث تناولت الإشكالية التالية : هل تتأثر أساليب المعاملة الوالدية بنوعية العلاقة الزوجية و تؤدي إلى مشكلات أسرية لدى الأبناء المراهقين ولقد صيغت الفرضيات لهذه الدراسة بدءا بالفرضية العامة: تتأثر أساليب المعاملة الوالدية بنوعية العلاقة الزوجية و تؤدي إلى مشكلات أسرية لدى الأبناء المراهقين، كما فرضت هذه الدراسة التقنيات والأدوات المنهجية المتمثلة في المنهج الوصفي مستعملة ذلك آداة الإستبيان وأظهرت النتائج على أنه توجد فروق في المستوى التعليمي للأمهات والمشكلات الأسرية التي يتعرض لها بناتهن المراهقات.(دراسة بداوي مسعودة، 2008، ص:)؛

7-1-1-2 دراسة ثراء الجروس (بجامعة دمشق لسنة2013):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الأساليب المعتمدة للتنشئة الأسرية وعلاقاتها بالسلوك العدواني للمراهقين من، وتبرز الأهمية إلى معرفة الأساليب المتبناة في تنشئة الأبناء المراهقين تجاه السلوك العدواني الذي يقومون به، وتناولت التساؤل التالي: ماعلاقة أساليب التنشئة الأسرية بالسلوك العدواني للمراهقين ؟ ولقد فرضت هذه الدراسة تقنيات منها مقياس أساليب التنشئة الأسرية وهذه الآداة درست للتحقق من الصدق و الثبات ومقياس باظة للسلوك العدواني للمراهقين والشباب مستعملة المنهج الوصفي وكانت عينة الدراسة (130) طالب و طالبة في الصف الثاني والثالث (‘لأ/] و ادبي) في محافظة حمص من الذكور والإناث وأظهرت النتائج أن أسلوب الإستقلال هو أكثر الأشكال سيادة من وجهة نظر العينة ، وان درجة السلوك العدواني المنخفض هي الأكثر انتشارا وكذلك وجود علاقة عكسية بين أسلوب (الرفض- التقبل) والسلوك العدواني. (ثراء الجاروس، 2013، ص:)؛

7-1-1-3 دراسة ممدوحة سلامة (أساليب التنشئة وعلاقتها بمشكلات الطفولة 1984):

حيث قامت بدراسة أساليب التنشئة وعلاقتها بمشكلات الطفولة الوسطى وتكونت عينة الدراسة من 109 أطفال بالصفين الأول والثاني الابتدائي تراوحت أعمارهم بين(7.11-6.9) سنة ولقد استخدمت الباحثة مقياس الجو النفسي العام للتنشئة وقائمة ملاحظة سلوك الطفل من إعداد الباحثة واستمارة بيانات خاصة بالطفل وخلفيته الأسرية ، وتوصلت إلى أن قبول الأم لطفلها أو رفضها له يتأثر بعدة متغيرات نفسية واجتماعية ، وتوصلت أيضا إلى أن رفض الوالدين للطفل يحبط حاجاته للحب والأمن والانتماء كما يترتب عليه انعدام قبول الطفل لذاته ، وأن الرفض الوالدي يرتبط بظهور القلق والاكتئاب والسلوك العدواني. (ممدوحة سلامة، 1987، ص:)؛

7-1-1-4 دراسة أبو الخير (أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السوكية عند الأبناء 1985):

قام بدراسة أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية عند الأبناء ، وتكونت العينة من 40 من المضطربين نفسيا المراجعين للمستشفى الملك عبد العزيز بالزاهر بمكة المكرمة، و333 طالبة لم يراجعوا العيادة النفسية ، تراوحت أعمار جميع أفراد العينة ما بين 15- 20 سنة. استخدم الباحث مقياس مكة لأساليب المعاملة الوالدية واستبيان أعده الباحث المعرفة بعض البيانات العامة. وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق دالة في أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء بين آباء الأبناء المضطربين سلوكيا و آباء الأبناء الأسوياء؛

- توجد فروق دالة في أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء بين أمهات الأبناء المضطربين سلوكيا و أمهات الأبناء الأسوياء؛

- توجد فروق دالة في أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء بين آباء الأبناء وأمهات المضطربين سلوكيا. (عبد الله بن محمد الهادي الحربي، 2007، ص81-82)

ونذكر دراسات أخرى

قامت فاتن السيد (1989م) بدراسة هدفت إلى التعرف على الاتجاهات الوالدية وأثرها على مفهوم الذات لدى الأطفال وتكونت العينة من (156) طالب وطالبة من المرحلة الابتدائية تراوحت أعمارهم ما بين (10 – 13) سنة وقد استخدمت الدراسة مقياس الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء واختبار مفهوم الذات للصغار

وتوصلت هذه الدراسة أنه لا توجد علاقة بين اتجاهات الوالدية ومفهوم الذات الواقعية لدى عينة الدراسة ولكن توجد علاقة بين التذبذب في المعاملة الوالدية ومفهوم الذات المثالية لدى عينة الدراسية. (عبد الله بن محمد الهادي الحربي، 2007، نفس المرجع ص83)

كذلك قامت نجاح عبدالشهيد (1989م) بدراسة هدفت إلى القيام بعمل مقارنة بين اتجاهات المعاملة الوالدية في التنشئة من حيث علاقتها بالاستقلالية لدى الطفل كما تهدف أيضا إلى معرفة مدى الارتباط بين الاتجاهات الوالدية في التنشئة وبين استقلالية الطفل ومعرفة أي الاتجاهات الوالدية السلبية تؤثر على استقلالية الطفل واعتماده على نفسه

كذلك قامت مهجة عطية (1991م) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية (أسلوب المطالبة أسلوب العقاب أسلوب الدفء والتقبل) وبين التوافق النفسي لدى الأطفال كما تهدف أيضا إلى معرفة الفروق والاختلافات في أساليب المعاملة الوالدية التي يمارسها الآباء والأمهات سواء مع الأطفال المتوافقين أو غير المتوافقين وتكونت عينة الدراسة من 90 طفلا مقسمة على النحو التالي 50 طفلا من الأطفال المتوافقين و 40 طفلا من الأطفال سيئي التوافق وقد استخدمت الدراسة اختبار الذكاء المصور (إعداد أحمد زكي صالح) واختبار الشخصية للأطفال (إعداد عطية هنا) واستبيان التنشئة الوالدية إعداد (عائشة المفتي) كأدوات رئيسية لجمع البيانات.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود ارتباط موجب بين أساليب التنشئة الوالدية والتوافق التام في بعض الأبعاد حيث ثبت أنه كلما زاد تدعيم الآباء لأطفالهم زاد التوافق النفسي العام للأطفال كما وجد ارتباط دال موجب بين أسلوب المطالبة والتوافق النفسي العام للأطفال بمعنى أنه كلما زاد تشجيع الآباء لأطفالهم نحو التقدم والإنجاز زاد التوافق العام للأطفال وأيضا وجد ارتباط سالب بين أسلوب العقاب والتوافق العام للأطفال، في حين وجد ارتباط موجب بين أسلوب الدفء والتقبل والتوافق النفسي العام كما أثبتت النتائج أن الأطفال ذوي التوافق النفسي السيئ كانوا أكثر ميلا نحو الانطواء وعدم القدرة على تحمل المسؤولية وأقل شعورا بحب الوالدين كما أثبتت النتائج أيضا أن الأطفال سيئي التوافق كانوا أكثر تلقية لكافة أساليب العقاب من الوالدين عن الأطفال المتوافقين.

في دراسة حوامده (1991م) بعنوان التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقتها بأنساقهم القيمية وكان من بين أهدافها معرفة هل تختلف أساليب المعاملة الوالدية في التنشئة الاجتماعية لأبنائهم باختلاف متغير النوع (ذكر/أنثى)؟ وقد قام الباحث بتطبيق أداة لقياس أساليب المعاملة الوالدية وأداة لقياس النسق القيمي وإدارة لجمع البيانات لتحديد المستوى الاجتماعي الإقتصادي للأسرة وقد طبقت هذه الأدوات على عينة قوامها

(422) طالب وطالبة نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث من طلبة المرحلة الثانوية بالأردن. وقد توصلت الدراسة للنتائج الآتية:

– تختلف المعاملة الوالدية باختلاف جنس الأبناء حيث يعتني الآباء بتنشئة الأبناء الذكور من الإناث في حين تعتني الأمهات بتنشئة الأبناء الذكور والإناث بنمطين مختلفين من التنشئة. –كان الآباء أقل تقبلا ورفضا وتشددا ومنحا للاستقلال وتأكيدا على التبعية ومبالغة في الرعاية وعدم الاتساق في المعاملة وضبطا من خلال الشعور بالذنب، حيث كانت الأمهات أكثر تشددا وتأكيدا على التبعية والتحكم في تنشئة الإناث أكثر من الذكور وكن أكثر منحا للاستقلالية والمبالغة في رعاية الذكور من الإناث؛

– وقد تفوقت الأمهات على الآباء في كافة أبعاد التنشئة الاجتماعية بشكل عام، فكن أكثر تقبلا من الآباء وتسامحا، وتأكيدا على التبعية ومنحا للاستقلال ومبالغة في رعاية الأبناء الذكور، وكان الآباء أكثر تشددا في تنشئتهم . وقد ارتبطت الأنساق القيمية لهؤلاء الأبناء ببعض أساليب المعاملة الوالدية .

كما هدفت دراسة موسى (1991م) إلى الكشف عن طبيعة الفروق بين الجنسين في إدراك أساليب المعاملة الوالدية، وتكونت العينة من (120) طالب و(120) طالبة بكلية التربية بالجامعة الإسلامية في قطاع غزة وتراوحت الأعمار ما بين (20– 24) استخدم الباحث قائمة أساليب المعاملة الوالدية، كما يدركها الأبناء لشيفار ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي–: وجود اختلاف بين إدراك كل من الذكور والإناث الأساليب المعاملة الوالدية ، حيث إن الذكور يدركون آباءهم على انهم أكثر رفضا لهم وتقييدا أو إكراها وتطفلا وضبطا من خلال الشعور بالذنب وضبطا عدوانيا وعدم اتساق وتلقينا للقلق الدائم وتباعدا سلبيا وانسحابا للعلاقة ويدركون أن أمهاتهم أكثر ضبطا لهم من خلال الشعور بالذنب وتلقينا للقلق الدائم وتباعدا سلبيا ورفضا أما الإناث فيدركن آباءهن على أنهم أكثر تقبلا لهن وتساهلا شديدا واندماجا إيجابيا . وتدركن أمهاتهن على أنهن أكثر تقبلا لهن وتمركزا حول الطفل وتقييدا وإكراها واندماجا إيجابيا وتقبلا للفردية وتطفلا.

لذا يتبين أن الذكور يدركون أساليب المعاملة الوالدية المرتبطة بالرفض، تلقين القلق، الضبط العدواني، التباعد وعدم الاتساق والإكراه .بينما تدرك البنات أساليب المعاملة الوالدية المرتبطة بالتقبل والاندماج الإيجابي والتساهل مع بعض التقييد والإكراه.

كذلك في دراسة العريني (1414هـ) بعنوان أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني فقد طبق الباحث دراسته على عينة مكونة من 200 طالب من طلاب المدارس الثانوية الحكومية

التابعة لوزارة المعارف وتتراوح أعمارهم ما بين (16– 1) سنة وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة بواقع مدرستين من كل مركز من المراكز الخمسة الموزعة جغرافيا في مدينة الرياض وقد استخدم الباحث مقياسين هي مقياس" أمبو الأساليب المعاملة الوالدية (والذي استخدمه الباحث في هذه الدراسة) ومقياس التقدير الذاتي للسلوك العدواني. وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة دالة بين الأساليب الغير سواء للآباء والأمهات مثل الحرمان والإيذاء الجسدي والإشعار بالذنب وبين السلوك العدواني اللفظي أو غير اللفظي بين الأبناء.

7-1-2 الدراسات الاجنبية:

7-1-2-1 دراسة باري (Bary,1978): حيث قام بإجراء دراسة على 50 مراهقا تراوحت أعمارهم مابين (18– 22) سنة يعيشون مع الوالدين، طبق عليهم (مقياس تكملة الجمل لنمو الأنا ومقابلة مارشيا لمراتب الهوية) كما طبق على الوالدين (مقياس نمو الأنا، ومقياس توقعات الوالدين للاعتماد النفسي – ومقياس أسلوب الاستبانة المعرفية) وتوصل إلى أن الوالدين لهما تأثير واضح على نمو الأنا لأبنائهم الذكور وأن هذا التأثير يختلف بين الأمهات والآباء، وأن تأثير الأمهات يظهر في نمو الأنا المستدخل، وأن الآباء ذوي السيطرة المنخفضة والتأملية المرتفعة والأفكار العقلانية والمرتفعين في توقعاتهم بالنسبة لأبنائهم والواثقين من أنفسهم والدافئين انفعاليا أولئك كان أبناؤهم يميلون دائما إلى أن يكونوا ذوي مستويات عليا في نمو الهوية؛ (Bary،1978 ،P:)

7-1-2-2 دراسة كيتا هارا (العلاقة بين إدراك الأبناء للقبول والرفض الوالدي في مرحلة الطفولة والخصائص النفسية في مرحلة الرشدKitahara, 1987):

حيث توصل إلى أن هناك علاقة دالة بين إدراك الأبناء للرفض في مرحلة الطفولة والخصائص النفسية السلبيةفي مرحلة الرشد، وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن الإناث أكثر اعتمادية وأقل ثباتا انفعاليا من الذكور؛ (Kitahara, 1987, P:)

7-1-2-3 دراسة أجرى اسليس (تنمية الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 14 سنة، 1999 ,Eccles):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أهمية تنمية الطفل في مراحل الطفولة المبكرة والمراهقة المبكرة وأثر هذه المرحلة في تنمية نظرة الأطفال إلى الحياة من حيث التفاؤل والتشاؤم أجريت الدراسة على الأطفال من عمر (6) سنوات إلى عمر (14) سنة في ولاية مشعان في الولايات المتحدة الأمريكية. استخدمت الدراسة أسلوب الملاحظة للتغيرات البيولوجية والمعرفية وطبيعة العلاقات الاجتماعية التي تحدث عند الطلبة وملاحظة تأثير

التنشئة الأسرية للأطفال على انطلاقهم خارج نطاق المنزل. أظهرت نتائج الدراسة أن التغيرات التي تحدث في المراحل العمرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الطفل من نواحي عديدة مثل الوعي الذاتي واحترام الذات والوعي الاجتماعي وتنمية نظرته للحياة من حيث التشاؤم والتفاعل وأظهرت أن الضغوط النفسية التي يمكن أن يتعرض لها الطفل تساهم بشكل كبير على عدم تفاعله مع حياته داخل وخارج نطاق الأسرة وتقلل من حس التفاؤل لدى الأطفال مما يؤثر على نظرتهم المستقبلية للحياة.

كما بينت الدراسة أهمية تحفيز الأسرة والمدرسة لمقدرة الطفل على التعامل مع الضغوط التي تنشأ من الأحداث الحياتية المختلفة وذلك للسيطرة على نظرتهم السلبية فيما بعد، كما أظهرت الدراسة أن ظهور العاطفة بين الطفل وأسرته تعمل على مساعدة الطفل ، وأن زرع الأسرة للثقة في أطفالها تدعمهم ليصبحوا أعضاء يمتلكون حس التفاؤل ولديهم المقدرة على تحويل النظرة السلبية لديهم لمساعدة مجتمعاتهم على النهوض؛(Eccles, 1999, P:)

7-1-2-4 دراسة أجرى بيرك (أثر الأسرة والعوامل البيئية في تنمية حس التفاؤل عند الأطفال، 2000 Burke,):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر أساليب التنشئة التي تتبعها الأسرة في تنمية حس التفاؤل أو التشاؤم عند الأطفال أجريت الدراسة على (21) تلميذ تتراوح أعمارهم ما بين 4- 6 سنوات تم اختيارهم من رياض الأطفال و(15) أم من أمهات الأطفال ، استخدمت الدراسة أسلوب المقابلة وجمع المعلومات والاستبيانات وأظهرت نتائج الدراسة أن الرفاهيةالمادية التي تعيشها الأسرة ترتبط بمفهوم التفاؤل عند الأطفال، و أن طريقة معاملة الوالدين بما فيها من إسهاب، والإفراط في التفاعل، والتساهل تؤثر على حالة الطفل النفسية ونظرية المقاولة والضمائمة.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن ممارسة الوالدين لأساليب التنشئة غير الفعالة تؤثر سلبا على الطفل وتجعله متشائما في الكثير من المواقف الحياتية اليومية، أما ممارسة أساليب التنشئة الايجابية الفعالة فإنها تؤثر بشكل إيجابي على أسس التفاعل لدى الأطفال كما أظهرت النتائج أن الأم المتفائلة تؤثر بشكل إيجابي على تفاعل ابنها في حين أن الأم المتشائمة تؤثر بشكل سلبي وتزيد من تشاؤم طفلها؛ (Burke, 2000, P:)

7-2 الدراسات المتعلقة بالمخاوق المرضية :

7-2-1 الدراسات العربية:

7-2-1-1 دراسة فاروق أبو عوف (1982):

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

تشير أدبيات البحث إلى وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية الشائعة، ووجود فروق بين المخاوف المدرسية الشائعة وسن التلميذ، ومستواه الدراسي، ومستوى تحصيله الدراسي؛

7-2-1-2 دراسة "خلدون الزبيدي" (1982): في دراسة قام بها في مدينة بغداد، وهذا من أجل التعرف على أنواع المخاوف التي يعاني منها الأطفال في المدرسة، حيث أجراها على (900) تلميذ وتلميذة في المرحلة الابتدائية موزعين بالتوالي على متغيري الجنس والفئة العمرية بين (12-6) سنة، وقد قام الباحث ببناء استبانة مكونة من (30) فقرة، شملت مختلف مجالات المخاوف المدرسية وهي: الخوف من العاملين في المدرسة مثل: الخوف من مدير المدرسة، المعلم، وطبيب الصحة المدرسية، والخوف من الدروس مثل الخوف من اللغة الانجليزية، والخوف من الامتحانات والنتائج الدراسية، والخوف من الوحدة كالخوف من الذهاب إلى المرحاض، والخوف من الزحام مثل الخروج إلى الساحة أثناء الاستراحة، والخوف من الاختلاط في المدرسة، والخوف من الأماكن المرتفعة مثل صعود ونزول سلم المدرسة، وقد كشفت نتائج الدراسة على: (أغيات سالمة، 2019، ص: 10)

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مخاوف التلاميذ المدرسية في: الخوف من الاختبار،

والطبيب عند زيارته المدرسة، والذهاب إلى المرافق الصحية، والخروج إلى الساحات أثناء فترات الراحة، كانت هذه المخاوف أكثر حدة لدى الإناث منها لدى الذكور.(أغيات سالمة، 2019، ص: 10)

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

7-2-1-3 دراسة جاسم أحمد (2003):

من خلال مسح ميداني للمخاوف المدرسية لدى أطفال بغداد، وهذا للتعرف على المواقف المخيفة للتلاميذ والناتجة عن تفاعلاتهم مع بيئة المدرسة، وعلى هذا الأساس تم التعرف على أنواع المخاوف المدرسية لتلاميذ المرحلة الابتدائية، والفروق في المخاوف المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية تبعا لجنسهم (ذكور- إناث)، تم اختيار عينة مكونة من (600) تلميذ وتلميذة من الصفين الخامس والسادس موزعين على ثلاث مدارس ابتدائية في بغداد بالتساوي، وتوصل إلى أن المخاوف المدرسية التي يعانيها التلاميذ مرتبة تسلسلية من أشدها إلى أقلها انتشارا وهي:

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

- الخوف من الرسوب في آخر السنة. - الخوف من ضرب المعلم على أصابع اليد بالعصا.

حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والاناث في المخاوف المدرسية لصالح الاناث، ومن بين المخاوف الشائعة لدى الاناث: الخوف من الألفاظ غير اللائقة التي يوجهها المعلم أمام التلاميذ، والخوف من ضرب المعلم على أصابع اليد بالعصا، والخوف من الرسوب آخر السنة، والخوف من معاون المدرسة، والخوف من الجلوس في الصف الأمامي، والخوف من أخذ درجة غير جيدة، والخوف من التجمع في الساحة، والخوف من عاملات المدرسة؛ (سهير إبراهيم، 2003، ص: 65)

7-2-1-4 دراسة الباحثان عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (1990):

حيث يهدفان من خلالها إلى معرفة الفروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة، أجراها على عينة قوامها (220) تلميذة وتلميذة، تم اختيارها بطريقة عشوائية من الصفوف: الرابع والخامس والسادس ابتدائي بمدينةالإسكندرية، وأثبتت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في الخوف المرضي من المدرسة بين تلاميذ العينة. (عباس عوض، مدحت عبد اللطيف، 1990: 25)

7-2-1-5 دراسة حسن عمر شاكر منسي(2005):

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المخاوف الشائعة لدى الأطفال في المرحلة الأساسية في مدينة إربد بالأردن، ومعرفة الفروق بين الجنسين والصف الدراسي في المخاوف الشائعة، وتم اختيار عينة الدراسة في تلاميذ المرحلة الأساسية من الصف الأول حتى الصف السادس الأساسي في مدينة أربد بالأردن وتراوحت أعمارهم بين (6- 12) سنة، حيث تكونت من (612) تلميذا وتلميذة. (حسن المنسي، 2005، ص: 66- 92)

حيث أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر المخاوف الشائعة لدى أطفال هذه المرحلة كان من بينها الخوف من الانفصال عن الأم، والخوف من المعلم، والخوف من المدير، والخوف من الطبيب...الخ، كما أظهرت النتائج أن مخاوف الأطفال تقل كلما ارتفع مستوى الصف الدراسي، كما بينت النتائج أن مخاوف الأطفال تختلف باختلاف الجنس والصف الدراسي، حيث أن أكثر الصفوف الدراسية مخاوفا هو الصف الأول الأساسي، ثم الثاني فالثالث فالرابع والخامس والسادس، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى الصف قلت مخاوف أطفاله. (حسن المنسي، 2005، ص: 66- 92).

7-2-2 الدراسات الأجنبية:

7-2-2-1 دراسة جرانل دي الدا وآخرون (Granell de alda el all التلاميذ الذين يعانون من الخوف المرضيفي مدينة كاركاس في فنزويلا):

أظهرة هذه الدراسة أن التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي تراوحت نسبتهم بين (0,4 %- 5,1 %) من مجموع افراد عينة الدراسة والتي بلغت (1034) تلميذ وتلميذة من كلا الجنسين؛

7-2-2-2 دراسة بيكر ويلز (Baker and wills):

تبين هذه الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي بين (7- 8%) من مجموع أفراد عينة الدراسة التي بلغت (1300) تلميذ وتلميذة.

7-2-2-3 دراسة "تشازن (Chazan):

أظهرة هذه الدراسة أن نسبة التلاميذ الذين يعانون من خوف مرضي مدرسي في المرحلة الابتدائية بلغت حوالي (1%- 3%).

7-2-2-4 دراسة جراهام (Graham):

أشارت احصائيات هذ الدراسة إلى أن حوالي 5% من الأطفال من تتراوح أعمارهم من (6-14) سنة يعانون من فوبيا المدرسة، وأنها تظهر عند الإناث والذكور بنفس المعدل.

7-2-2-5 دراسة نيرستين "Nursten (1958):

أشارت هذه الدراسة إلى أن 8% من الأطفال الذين تم تحويلهم إلى قسم الارشاد النفسي للطفل بمقاطعة "يورشكير Yorkshire" في مدة عامين كانوا مصابين بالخوف من المدرسة، إلا أن تقرير آخر صدر في

العام نفسه أشار إلى انخفاض هذه النسبة إلى 3% في مقاطعات "مانشستر Menchester" و"ليفربول Liver Pool"؛

7-2-2-6 دراسة بيرن Burne (1966):

ذكرة هذه الدراسة أن وجود (12) حالة من بين تلاميذ المدارس البالغ عددهم (4000) طفلا، أي وجود (12) حالة لكل (300) طفل.

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

7-2-2-7 دراسة كينيدي Kinidy (1965):

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

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

7-3 تعليق عام على الدراسات السابقة.

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

1. معظم الدراسات السابقة التي تم عرضها كانت حديثة وخاصة العربية مما يؤكد بالاهتمام المتزايد بمتغيرات الموضوع وخاصة موضوع التنشئة الأسرية؛
2. تنوع أهداف الدراسات السابقة مابين دراسات سعت إلى استكشاف أساليب التشئة المتبناة من طرف الآباء في معاملتهم لأبنائهم واخرى سعت إلى تأثير هذه الأساليب على الأبناء؛
3. اختلفت بعض الدراسات العربية في طرح موضوع أساليب التنشئة الأسرية من خلال دراسات علائقية تمس متغيرات عديدة؛
4. ركزت معظم الدراسات بشكل كبير على الفئة العمرية الحساسة وهي مرحلة ما قبل المراهقة (الطفولة المتأخرة) ومرحلة المراهقة؛

5. اعتمدت جل الدراسات التي تم عرضها على الاستبانة كأداة لجمع البيانات، اما بقي الادوات كانت ثانوية؛
6. تعتبر الدراسة الحالية الوحيدة التي عالجت موضوع العلاقة بين اساليب التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية في البيئة المحلية–على حد علم الطلبة؛
7. اعتمدت الدراسة الحالية على مقياسي هما مقياس (آمبو) لأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ومقياس اختبار المخاوف المرضية للأطفال (kat) der kinder – angst – test.

8- حدود الدراسة:

هي الاطار الذي ترتكز علية مفردات الدراسة من حيث الزمان والمكان والافراد والموضوع.

8-1 الحدود البشرية:

عينة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ببعض مدارس ولاية ورقلة.

8-2 الحدود الزمنية:

كان يفترض إجراء الدراسة خلال السداسي الثاني الموسم الجامعي 2020/2019.

8-3 الحدود المكانية:

بعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة.

8-4 الحدود الموضوعية:

اعتمدت هذه الدراسة على متغيرين رئيسيين هما التنشئة الأسرية و المخاوف المرضية ، حيث اهتمت هذه الدراسة بموضوع أساليب التنشئة الأسرية و علاقتها بالمخاوف المرضية ، وهذا من خلال أبعاد المقياسيين لكلا المتغيرين.

الفصل الثاني

التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية

تمهيد

أولا: التنشئة الأسرية

1- **مفهوم أساليب التنشئة الأسرية؛**
2- **خصائص التنشئة الأسرية؛**
3- **النظريات المفسرة للتنشئة الإجتماعية؛**
4- **أهداف التنشئة الأسرية؛**
5- **العوامل المؤثرة في التنشئة الأسرية.**

ثانيا: المخاوف المرضية

1- **التطور التاريخي للمخاوف المرضية؛**
2- **مفهوم المخاوف المرضية؛**
3- **أعراض المخاوف المرضية؛**
4- **أنواع المخاوف المرضية؛**
5- **أسباب المخاوف المرضية؛**
6- **التشخيص الفارقي للمخاوف المرضية؛**
7- **النظريات المفسرة للمخاوف المرضية؛**
8- **الوقاية والعلاج من المخاوف المرضية.**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضا للإطار النظري والدراسات السابقة حيث تم تناول الاطار النظري من خلال مبحثين: الاول حول التنشئة الأسرية، والمبحث الثاني حول المخاوف المرضية، ثم عرض للدراسات السابقة و التعقيب عليها.

أولا: التنشيئة الأسرية

1- مفهوم أساليب التنشئة الأسرية:

بدأت دراسة أساليب التنشئة الأسرية بالتعرف على اتجاهات الوالدين في التنشئة باعتبارها توجه سلوك في تنشئة الأبناء وهي ما يرونه ويتمسكون به من أساليب معاملة أبنائهم في مواقف حياتهم المختلفة.

1-1 المفهوم اللغوي لأساليب التنشئة الأسرية

- **معنى أساليب:**

بالبحث في معنى كلمة أساليب في القواميس اللغوية نجد " أنها في المصباح المنير قد اشتقت من الفعل (سلب) ويقال سلبته ثوبه أي أخذت الثوب والسلب ما يسلب والجمع أسلاب والأسلوب بضم الهمزة هو الطريق وهو الفن" (الفيومي، 1978، ص:285).

أما في المعجم الوسيط هي من الفعل (سلب) ويقال: سلب الشيء أي انتزعه قهرا، والأسلوب هو الطريق ويقال سلكت أسلوب فلان أي طريقته ومذهبه، والجمع أساليب، ويقال الأسلوب هو الفن.

- **معنى التنشئة:**

يستعرض الأصفهاني معنى التنشئة لغويا نشأ النشء والنشأة إحداث الشيء وتربيته وقال تعالى (ولقد علمتم النشأة الأولى) (الواقعة 92) ويقال نشأ فلان والناشئ يراد به الشاب والإنشاء هو إيجاد الشيء وتربيته وقال الله تعالى (قل هو الذي أنشأكم وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة قليلا ما تشكرون) (الملك :٢٣) وقال تعالى (ثم أنشأناه خلقا أخر فتبارك الله أحسن الخالقين). (المؤمنون، ص:15)

عموما أي يربي كتربية النشأة وينشأ أي يتربي و الشيء نشئا ونشوءا و نشأة حدث وتجدد والصبي شب ونما يقال نشأت في بني فلان ونشأ فلان نشأة حسنة والشيء عن غيره نجم وتولد، (نشأ) الصبي رباه يقال نشئ في النعيم وفي التنزيل العزيز (النشء) أول ماينشأ من السحاب والصغار من الحيوان والإنسان ما داموا في طور التعليم.

- **معنى الأسرة:**

الأسرة من الناحية اللغوية كما ورد في لسان العرب بمعنى أسرة الرجل بمعنى عشيرته ورهطه الأدنون لأنه يتقوى بهم والأسرة بمعنى عشيرة الرجل وأهل بيته.

والأسرة في اللغة مشتقة من (الأسر) والأسر لغة يعني القيد يقال أسر أسرا وأسارا قيده وأسره أخذه أسيرا (منصور والشربيني، 2000، ص: 15).

2-1 تعريف الأسرة:

تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي فالأسرة اتحاد تلقائي يتم نتيجة الاستعدادات والقدرات الكامنة في الطبيعة البشرية التي تنزع إلى الاجتماع وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري واستمرار الوجود الاجتماعي وتلعب الأسرة دورا أساسيا في سلوك الأفراد بطريقة سوية أو غير سوية من خلال النماذج السلوكية التي تقدمها لصغارها. (أبو جادو، 2007 ص:217).

2- خصائص التنشئة الأسرية:

التنشئة الأسرية مجموعة خصائص تتمثل في العمليات التالية:

- عملية تعليم وتعلم وتربية تقوم على التفاعل العائلي والإجتماعي، تستهدف إكساب الفرد سلوكا ومعايير و اتجاهات مناسبة لأدور إجتماعية تمكنه من مسايرة الجماعة و التوافق معها؛
- عملية إجتماعية أساسيةتعمل على تكامل الفرد في جماعة الأسرة ثم الجماعات الأسرية الأخرى؛
- عملية إيجابية بنائية متدرجة، فهي تغرس وتستدمج في أفراد الأسرة المكونين للمجتمع المعايير والقيم؛
- عملية تتأثر بفلسفة وثقافة المجتمع، و من ثم فهي عملية متغيرة تختلف من مجتمع لآخر و من جيل لآخر؛
- عملية تتسم بالشمول والتكامل فهي تشمل كافة أفراد المجتمع، كما أنها تربط بين النظم الإجتماعية والمؤسسات وتنسق بينهم. (معن خليل، 2004م، ص: 148).

3- النظريات المفسرة للتنشئة الاجتماعية:

اهتم علماء النفس بالتنشئة الاجتماعية وأشاروا إلى أن النمو الاجتماعي يتأثر بعدة عوامل أهمها الصحة العامة والجهاز العصبي والبيئة التي يعيش فيها الفرد وأساليب التنشئة الاجتماعية التي يتبعها الآباء في تربية الطفل اجتماعيا، والإنسان يولد ضعيفا هدفه إشباع حاجاته الأساسية اعتمادا على الآخرين ويستمر الطفل

كذلك فترة من الزمن حتى يصبح قادرا على الاعتماد على نفسه وسوف يستعين الطلبة في استعراض أساليب التنشئة الأسرية بالنظريات المفسرة للتنشئة الاجتماعية من خلال منظورات العلماء لهذه العملية ومن النظريات نذكر منها.

3-1 نظرية التحليل النفسي:

تفترض نظرية التحليل النفسي الجهاز النفسي والذي من خلاله يمكننا فهم الفرد وهو يتكون من ثلاث منظمات عرفت بالهو – والأنا– والأنا الأعلى ويمثل الهو مصدر الغرائز ومحتواه اللاشعوري ويسعى دائما التحقيق مبدأ اللذة وحينما يتصل الهو بالمجتمع المحيط أو البيئة المحيطة تبدأ عملية تكوين الأنا وتظهر فعالية الأنا عندما يتعلم الفرد كيف يتمكن من تحقيق رغبات الهو في نطاق الظروف التي يفرضها المجتمع والبيئة بعاداته وتقاليده إلا أن الأنا لا يستطيع كبح كل المحفزات الغريزية الخطرة التي تتنافى مع هذه القيم وتلك التقاليد وبالتالي تأتي أوامر الوالدين والكبار ورقابتهم على تصرفات الطفل وسلوكياته ومن ثم تشتق الأنا الأعلىمع مرور الوقت من تعليمات الوالدين لتصبح الأنا الأعلى بمثابة المراقب للسلوك الذي يوجه للأنا الأوامر ويهددها ومن هنا تتكون معايير السلوك التي يتمثلها الطفل وتصبح جزءا من بنائه النفسي ويطلق عل الأنا الأعلى مصطلح الضمير.

ترى نظرية التحليل النفسي أن التنشئة عملية قائمة على التفاعل يكتسب فيها الطفل معايير السلوك وتضفي مدرسة التحليل النفسي على الأم أهمية في ذلك الأمر خلال تفاعلها مع طفلها في مواقف التغذية والتدريب على الإخراج وإن كانت تركز على دور الأم والأب وتعلن عن توحد الطفل خلال مراحل نموه مع أحد الوالدين ومن ثم يستدمج خصائص الوالد المتوحد معه وهنا تكتمل تنشئته بنمو الأنا الأعلى (الشربيني و صادق 2003م) ويعتقد فرويد أن هذا يتم عن طريق أساليب عقلية وانفعالية واجتماعية أهمها التعزيز والانطفاء على الثواب والعقاب فعملية التنشئة الاجتماعية تعمل على تعزيز وتدعيم بعض أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا وعلى انطفاء بعضها الآخر غير المقبول اجتماعيا كما أن التوحد القائم على الشعور بالقيمة والحب يعتبر من أبرز أساليب التنشئة الاجتماعية. (أبو جادو، 2007 م)

3-2 نظرية التعلم الاجتماعي:

تفسير نظرية التعلم الاجتماعي التنشئة الاجتماعية بأن سلوك الإنسان متعلم من خلال تجربته في الحياة (التعلم تجربة تؤدي إلى خبرة تؤدي إلى تجربة جديدة يستفاد منها خبرة جديدة وهكذا) وبذلك تسهم التنشئة الاجتماعية في تشكيل ثقافة النشء وتعويدهم على السلوك المقبول، وتفيد أساليب الثواب والعقاب والتشجيع والمكافأة الأبناء على تعلم السلوك الاجتماعي والمعايير الاجتماعية. كما أن المواقف الاجتماعية تتيح فرص

ملاحظة السلوك والأفعال وتكرارها أو الإقلاع عنها مما يساعد على تشكيل نمط استجابة الأبناء للسلوك والخبرة المرتبطة. وعلى ضوء التجربة والخبرة والاستجابة تكون التنشئة نتيجة للتعزيز الإيجابي أو السلبي (ثوابا وعقابا) اللذين يستخدمهما الآباء والأمهات لتعويد الطفل على السلوك المرغوب فيه.

"كما يلعب التقليد والمحاكاة والقدوة دورا في تعلم السلوك، ولذلك تهتم النظرية باختيار نماذج للقدوة يمكن أن يحاكيها الصغار".(الكندري، 1992 ص: 61)

يرى باندورا أن كثيرا من التعلم يحدث عن طريق مراقبة سلوك الأخرين و ملاحظة نتائج أفعالهم ووفق هذه النظرية فنحن لا نتعلم أفعالا مسبقة فقط بل نتعلم نماذج كلية من السلوك أي ما نتعلمه ليس فقط نماذج السلوك ولكن القواعد التي هي أساس السلوك، ويعتمد مفهوم نموذج التعلم بالملاحظة على افتراض مفاده أن الإنسان ككائن اجتماعي يتأثر باتجاهات الأخرين ومشاعرهم وتصرفاتهم وسلوكهم أي يستطيع أن يتعلم عن طريق ملاحظة استجاباتهم وتقاليدها وينطوي هذا على أهمية تربوية بالغة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن التعلم بمفهومه الأساسي عملية اجتماعية. (أبو جادو 2007م 48).

3-3 النظرية البنائية الوظيفية:

ترتكز النظرية على أن الأسرة بناء يحقق وظيفة مجتمعية، وتنظر للتنشئة الاجتماعية كعملية اجتماعية تعليمية تستهدف إكساب النشء ثقافة المجتمع. وأن الأسرة تقوم بوظيفة هامةلأعضائها ومجتمعها تتمثل في إشباع حاجات الأعضاء الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والحماية والأمن وإكساب المكانة التي تعتبر وظيفة محورية تربط الأسرة بالمجتمع. وذلك لإعداد النشء لأداء أدوارهم الاجتماعية وإكسابهم الهوية التي تمكنهم من الإسهام مستقبلا في بناء المجتمع وتطوره. وتشير النظرية إلى أن الأسرة نسق فرعي للنسق الاجتماعي تتفاعل مع عناصره للمحافظة على البناء الاجتماعي وتحقيق توازن هو بذلك يتعرض الأبناء أثناء التنشئة الاجتماعية لعمليات التنشئة الأسرية والامتثال التي تساعدهم على التوافق الاجتماعي وارتباطها بعملية التعلم. وفي هذه العملية يستقى الأبناء اتجاهات الوالدين وموافقتهما عن طريق التقليد والمحاكاة للقول أو الفعل أو السلوك وبذلك نجد أن هناك أدوارا محددة للذكور وأخرى للإناث يلتزم بها الجميع. (الخشاب، 1987م)

3-4 نظرية التفاعل الرمزي:

يرجع الفضل في نظرية التفاعل الرمزي لكتابات تشارلز كولي وجورج هيربرت ميد ورايت ميلز ومن أهم الأسس التي تقوم عليها هذه النظرية:

1- أن الحقيقة الاجتماعية حقيقة عقلية تقوم على التخيل والتصور؛

2- التركيز على قدرة الإنسان على الاتصال من خلال الرموز وقدرته على تحميلها معاني وأفكار ومعلومات يمكن نقلها لغيره.

ترى هذه النظرية أن تعرف الفرد على صورة ذاته يحدث من خلال تصور الآخرين له، ومن خلال تصوره لتصور الآخرين له ومن خلال شعور خاص بالفرد مثل الشعور بالكبرياء ومن خلال تفاعل الفرد مع الآخرين وما تحمله تصرفاتهم واستجاباتهم لسلوكه كالاحترام والتقدير وتفسيره لهذه التصرفات والاستجابات فإنه يكون صورة لذاته "واهتم جورج ميد بدراسة علاقة اللغة بالتنشئة حيث توجد عند الإنسان قدرة على الاتصال والتفاعل من خلال رموز تحمل معاني متفق عليها اجتماعيا ومع تعقد درجة البناء الاجتماعي وتنوع الأدوار فإن الإنسان يلجأ إلى التعميم فينمو لديه مفهوم الآخر العام، فيرى نفسه والأخرين في جماعات مميزة عن غيرها ولهذه الجماعات أثر مميز في عملية التنشئة الاجتماعية كالأسرة وجماعة الرفاق وجماعةالعمل.(أبو جادو، 2007م، ص: 56).

3-5 نظرية التعاهد الاجتماعي المتبادل

قامت هذه النظرية على المبادئ والأسس التالية:

1- إن التعاهد الاجتماعي المتبادل هو أساس التفاعل الاجتماعي الذي يقوم على تعاهد ضمني أو تصريح بين أطراف هذا التفاعل بمعنى أن الطرف الذي يعطي يتوقع نوعا من الأخذ أو المقابل؛

2- أنه في أي تنظيم اجتماعي متكامل لا بد أن يكون توجه أعضاء هذا التنظيم نحو توقعات الأخرين تبادلية بمعنى أن كل فرد في جماعة منظمة يحدد سلوكه وفق توقعات الأخرين منه بينما يحدد الآخرين سلوكهم في ضوء توقعاته هو نفسه أي أن توقعات أعضاء الجماعة بالنسبة لبعضهم البعض متبادل؛

3- أن مطالبة سلوك أعضاء الجماعة لتوقعات أعضائها بعضهم أمام البعض الآخر يؤدي إلى الرضاء عنهم ومسايرتهم لتوقعات وقيم ومعايير الجماعة ويحدث العكس عندما لا يتطابق سلوك أعضاء الجماعة مع توقعات كل منهم للآخر وهذا الانحراف عن التوقعات يؤدي إلى عدم الرضا والقلق وتقابله الجماعة بنوع من العقاب، يختلف نوعه ودرجته وفقا لطبيعة الجماعة. (أبو جادو، 2008، ص:57)

4- أهداف التنشئة الأسرية :

تختلف التنشئة الأسرية عن باقي أنواع التنشئة (السياسية و المدرسية و الدينية و العسكرية والإجتماعية و سواها) من حيث تحديد أهداف خاصةبها تعكس آمالها و وظيفتها و هي كالآتي:

- تعليم الطفل كيف يتعلم بطريقة إنسانية ، و إكسابه شخصيته في المجتمع؛

- تلقين الطفل قيم و معايير و أهداف الجماعة الإجتماعية التي ينتمي إليها؛
- تلقين الطفل النظم الأساسية و التي تبدأ من التدريب على أعمال النظافة حتى الإمتثال لثقافة المجتمع؛
- تعليم الطفل الأدوار الإجتماعية و مواقفها المدعمة ، و إشباع حاجاته البيولوجية والإجتماعية؛
- دمج الطفل بالحياة الإجتماعية من خلال إكسابه المعايير و النظم الأساسية؛
- الإرتفاع بميول و عواطف الطفل بصيغة إجتماعية، و محاولة القضاء على نزعات الأنانية والانفرادية، و ترويضه على التعاون و الإخاء و حب الغير. (معن خليل العمر، 2004، ص: 148)

5- العوامل المؤثرة في التنشئة الأسرية:

العائلة هي أول عالم اجتماعي يواجهه الطفل، وأفراد الأسرة هم مرآة لكل طفل لكي يرى نفسه، والأسرة بالتأكيد لها دور كبير في التنشئة الاجتماعية، ولكنها ليست الوحيدة في لعب هذا الدور، ولكن هناك الحضانة، والمدرسة، ووسائل الإعلام، والمؤسسات المختلفة، التي أخذت هذه الوظيفة من الأسرة؛ لذلك قد تعدت العوامل التي كان لها دور كبير في التنشئة الاجتماعية، سواء كانت عوامل داخلية أم خارجية، وسوف نعرض هذه العوامل:

5-1 العوامل الداخلية:

5-1-1 الدين:

يؤثر الدين بصورة كبيرة في عملية التنشئة الاجتماعية، وذلك بسبب اختلاف الأديان، والطباع التي تنبع من كل دين، لذلك يحرص كل دين على تنشئة أفراده حسب المبادئ والأفكار التي يؤمن بها.

5-1-2 الأسرة:

هي الوحدة الاجتماعية التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني، فهي أول ما يقابل الإنسان، وهي التي تساهم بشكل أساسي في تكوين شخصية الطفل، من خلال التفاعل والعلاقات بين الأفراد، لذلك فهي أولى العوامل المؤثرة في التنشئة الاجتماعية، ويؤثر حجم الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية، وخاصة في أساليب ممارستها؛ حيث إن تناقص حجم الأسرة يعتبر عاملا من عوامل زيادة الرعاية المبذولة للطفل.

5-1-3 نوع العلاقات الأسرية:

تؤثر العلاقات الأسرية في عملية التنشئة الاجتماعية، حيث إن السعادة الزوجية تؤدي إلى تماسك الأسرة، مما يخلق جوا يساعدعلى نمو الطفل بطريقة متكاملة.

5-1-4 الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها الأسرة:

تعد الطبقة التي تنتمي إليها الأسرة عاملا مهما في نمو الفرد؛ حيث تصبغ وتشكل وتضبط النظم التي تساهم في تشكيل شخصية الطفل؛ فالأسرة تعتبر أهم محور في نقل الثقافة والقيم للطفل التي تصبح جزءا جوهريا فيما بعد.

5-1-5 الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة:

لقد أكدت العديد من الدراسات أن هناك ارتباطا إيجابيا بين الوضع الاقتصادي والاجتماعي للطفل، وبين الفرص التي تقدم لنمو الطفل، والوضع الاقتصادي من أحد العوامل المسؤولة عن شخصية الطفل ونموه الاجتماعي.

5-1-6 المستوى التعليمي والثقافي للأسرة:

يؤثر ذلك من حيث مدى إدراك الأسرة لحاجات الطفل، وكيفية إشباعها، والأساليب التربوية المناسبة للتعامل مع الطفل.

5-1-7 نوع الطفل (ذكر أو أنثي) وترتيبه في الأسرة:

حيث إن أدوار الذكر تختلف عن أدوار الأنثى، فالطفل الذكر ينمى في داخله المسؤولية، والقيادة، والاعتماد على النفس في حين أن الأنثى لا تنمى فيها هذه الأدوار، كما أن ترتيب الطفل في الأسرة – كأول الأطفال، أو الأخير، أو الأوسط – له علاقة بعملية التنشئة الاجتماعية، سواء بالتدليل، أو عدم خبرة الأسرة بالتنشئة، وغير ذلك من العوامل.

5-2 العوامل الخارجية:

5-2-1 المؤسسات التعليمية:

وتتمثل في دور الحضانة، والمدارس والجامعات ومراكز التأهيل المختلفة. (2020-09-02, 15:38، تم إعتماد موقع إلكتروني)

5-2-2 جماعة الرفاق:

حيث الأصدقاء من المدرسة، أو الجامعة، أو النادي، أو الجيران وقاطني نفس المكان، وجماعات الفكر والعقيدة ، والتنظيمات المختلفة.

5-2-3 دور العبادة:

مثل المساجد، والكنائس، وأماكن العبادة المختلفة.

5-2-4 ثقافة المجتمع:

لكل مجتمع ثقافته الخاصة المميزة له، والتي يكون لها صلة وثيقة بشخصيات من يحتضنه من الأفراد، لذلك فثقافةالمجتمع تؤثر – بشكل أساسي – في التنشئة، وفي صنع الشخصية القومية.

5-2-5 الوضع السياسي والاقتصادي للمجتمع:

حيث إنه كلما كان المجتمع أكثر هدوءا واستقرارا، ولديه الكفاية الاقتصادية، ساهم ذلك بشكل إيجابي في التنشئة الاجتماعية وكلما اكتنفته الفوضى وعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي، كان العكس هو الصحيح.

5-2-6 وسائل الإعلام:

لعل أخطر ما يهدد التنشئة الاجتماعية الآن هو الغزو الثقافي الذي يتعرض له الأطفال من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وخاصة التلفزيون؛ حيث يقوم بتشويه العديد من القيم التي اكتسبها الأطفال

(02-09-2020, 15:38 ، تم إعتماد موقع إلكتروني)

ثانيا: المخاوف المرضية:

1-التطور التاريخي للمخاوف المرضية (الفوبيا):

المخاوف المرضية والمخاوف الشاذة الفوبيا والخواف والرهاب كلها مصطلحات فنية مترادفة تعد ترجمة للكلمة اليونانية "phobos" او "فوبيا" التي تعني الخوف fear الفزع dred الهلع "panic" وقد ظهرت هذه الكلمة "فوبيا" في القرن الخامس قبل الميلاد الى ان ظهر مصطلح الخوف المرضي في السنة الميلادية الأولى حيث كتبه الرومان في دائرة المعارف الرومانية في مقال طبي أستخدم فيه مصطلح HYBROPHOBIA معبرا عن الخوف من داء الكلب SYMPTOMOFRABIES أما الإستخدام الفني لمصطلح الخوف المرضي phobia فلم يتم رسميا إلا عام 1871 عندما أورد "كارل وستفال" " carl westphal"(1833-1890) مصطلح الخوف من الأماكن الواسعة AGORAPHOBIA وذلك بمعنى الخوف من الإجتماع أو المقابلة في الأماكن العامة ثم تطور إستخدام مصطلح الخوف، والخوف الشاذ بصورة أوسع انتشارا بواسطة بعض الكتاب والمفكرين مثل "برتراند راسل" BERTRAND RUSSELL وتبع "وشفال "عالم الطب النفسي الإيطالي "راجي" RAGGI وذلك في1877, حيث تناول مصطلح

الخوف من الأماكن المغلقة CLAUSTRAPHIBIA وكان كربلين "CARAEPELIN" أول من صنف المخاوف المرضية ضمن ضعف الأعصاب أو "النيروستينيا" NEURESTHENIA والمرض القهري " COMPU TSIVEINSANITY". (عادل شكري محمد كريم، 2008، ص: 35)

وفي عام 1890 ميز"بيترز ريجس" نوعان من المخاوف الأولى في المخاوف المنتشرة والثانية المخاوف الخاصة ، و قد أصدر ما يقرب من سبعين من الأسماء اليونانية كانت العلاقة بين المخاوف المرضية والوسواس نقطة حيوية وأساسية في تاريخ التطور الفنيلمصطلح (الخواف) ،حيث نظر إليهما "بيترز ريجس" بإعتبارهما حالات متشابهة ، وبعد "ستانلي هول" STANLEY HALL (1845–1924) أول من عمم تصنيف المخاوف المرضية طبقا للأسماء اليونانية و عام 1819 "بيير جانيه" PIERRE JANET مصطلح السيكاثنيا PSYCHASTHENIA على كل شيء فيما عدا الهيستريا وقد استخدم هذا المصطلح لوقت طويل متضمنا المخاوف المرضية والوساوس القهرية إلى أن أهمل تدريجيا ، و تعني السيكاثنيا حرفيا العقل الضعيف WEAK MIND و حاول "جانيه" تفسير تلك الأعراض بإعتبارها نتيجة لخلل وراثي HERE DITARG DEFECT مؤثر في قوة إرادة الفرد ثم ميز "سيجموند فرويد" في عام 1895 بين المخاوف المرضية والوساوس إلىمجموعتين هما :

أ_ مخاوف مرضية شائعة وهي المخاوف المرضية العامة.

ب_ مخاوف مرضية عارضة وهي المخاوف المرتبطة بحادثة معينة وأكثر خصوصية.

وفي عام 1918 قسم فرويد المخاوف إلى ثلاث أنواع وهي:

الخوف الهستيري ANXIETYHYSTERIE ، الهستريا التحولية CONVERSION HYSTERIA، عصاب الوسواس OBESSIONAL NEUROES ،و في عام 1952 تم فصل المخاوف المرضية عن فئة ردود الأفعال القهرية الوسواسية في مؤتمر ضم جمعيتي الطب العقلي الأمريكيتين وفي العام ذاته تم تصنيف الخوف المرضي في DSM1 بإعتبار أن رد فعل الخوف المرضي لا يصنف ضمن الإضطرابات العصبية و في الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني الصادر عام 1968 اندرجت المخاوف المرضية ضمن العصاب، ثم صنفت عام 1978 في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث تحت أضطرابات القلق، في محاولة توحيد المصطلحات النفسية وتطويرها و في التصنيف السوفياتي للأمراض النفسية والعقلية صنف الخواف تحت أمراض العصاب؛ (عادل شكري محمد كريم ،2007،ص: 36–37)

2- مفهوم المخاوف المرضية (الفوبيا):

لا تختلف تعاريف الخوف المرضي كثيرا عن بعضها، فقد إتفقت الأغلبية العظمى على معنى موحد له سواء في المعاجم النفسية العربية أو الأجنبية أو لدى علماء النفس المرضي أو الشخصية أو المهتمين بالتعلم، وإن اختلف التحليليون النفسنيون بعض الشيء عن غيرهم، وفيما يلي عرض لبعض هذه التعريفات.

فتعرف في المعاجم النفسية كما يلي:

- ورد عن سامية القطان ترجم للخوف المرضي عن بعض المعاجم النفسية في معجم أيزنك،بريبرج. بيرون BERNE& EYSENCK.WNRRPURY1972 هو خوف غير عادي، وهو أما خوف من شيء أو موقف لايعتبر في العادة مخيفا –كالمصاعد؛

- ويعرف في موسوعة إيدليرج EIDELBERY 1968 بأنه خوف عصبي يتميز بخوف مرضي من شيء بعينه أو موقف بعينه ، ويعرف في العادة عن نوع معين من المثيرات؛

- ويعرف في معجم وارن warren 1944 بأنه إرتعاب زائد و مرضي(باثولوجي) ينتج في العادة عن نوع معين من المثيرات. (عادل شكري محمد كريم، 2007، ص:37-38)

ويعرفه علماء النفس:

- بأنه مخاوف مكثفة و شديدة ، متكررة ، وغير منطقية بمعنى أنها تبتعد كثيرا عن التناسب مع الواقع.

- الخوف المرضي: هو خوف غير منطقي ولا معقول من موقف أو شيء لايستدعي هذه الدرجة من الخوف مع محاولة المريض تجنب هذا الموقف بسرعة ، ويسمى هذا الموقف بالمثير الرهابي. (قاسم عبد الحميد ، 2008 ، ص: 291)

- أو هو الخوف من مثير أو مثيرات هي في الحقيقة لاتسبب الخوف وليس لها أساس واقعي يقوم عليه (سامي لطفي، أحلام، 2007، ص: 153)

- هو تعبير عالمي يستخدم عند علماء النفس والطب النفسي، ويقابله عدد من التعبيرات المتشابهة مثل المخاوف الإجتماعية. (حسان المالح، 1995، ص: 23)

– يقصد بالمخاوف المرضية نوع من الخوف المستدعي والذي لايستند إلى أسباب قويــة أو أسباب معقولة بالنسبة للمريض وتحدث هذه الحالة عند ما يكبت شعور الفرد الخوف، فإنه يترجم في شكل

خوف من شيء أو من موقف ليس من شأنه أصلا أن يثير الخوف. (عبد الرحمان العيسوي، 1990، ص: 216)

– الخوف المرضي: هو خوف دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعتــه ولا يستند إلى أساس واقعي، ولايمكـن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص: 504)

– الخوف المرضي هو حالة شعورية بالضيق مصحوبة بإنعكاس عضوي على وظيفة أغلب أجهزة الجسم من تسارع في ضربات القلب وضيق في التنفس وإضطراب في جهاز الهضم والأعصاب، العضلات وعمليات إفراز الغدد وغيرها . (عدنان الشريف، 1995، ص: 66)

– ويعرفه "جير" بأنه إستجابة إنفعالية سلبية يسببها منبه خاص.

نرى أن الخوف المرضي أحد الإضطرابات العصابية، وهو خوف شاذ من موضوع أو موقف ما، نتيجة رؤيته (تصوره) والإحتكاك به ، ويستجيب له الفرد أما بالهرب أو التجمد (السكون) وهي مخاوف قد لا يجد الفرد سببا أو مبررا كافيا لها. (عادل شكري محمد كريم، 2007، ص: 39)

لذلك يظهر الفرق بين الخوف والخواف في مايلي:

يعتبر الخوف انفعال تثيره المواقف الخطرة والتي يصعب مواجهتها،وهو أحد الانفعالات البدائية كما انه يعد دليلا على الضعف وانعدام الخوف لدى شخص ما يعد أمرا غير عاديا.

في حين أن الخواف "الفوبيا" هو الخوف من موقف أو شخص ما، وأنـه غير منطقي وبالرغم من معرفة الفرد بذلك فإنه لا يستطيع التخلص منه ، ومن ثم يتميز الخوف بالعمومية كما يقول "مونتيسكو" «أن الخوف هو القانون الطبيعي الذي يسود البشر»ويمكن أن يكون الخوف فرديا ينتاب. (عادل شكري محمد كريم، 2007، ص:)، هذا الشخص أو ذاك وقد يكون كذلك اجتماعيا يسود الشعوب والدول، ويتميز بأنه فطري يورث ويتوارث حيث تسود الشعوب مخاوف تتنقل من جيل إلى جيل وتصبح على مر الزمان جملة التقاليد وإذا تتبعنا كثيرا من المخاوف رأينا أنها مثيرات الإنسان البدائي وفي ذلك يقول "نيتشه" « أننا نعيش على أثار العواطف الأولى التي انفعل بها أجدادنا في العصور البدائية» كما أن الخوف يعيد للفرد توازنه وحيويته وفي ذلك يقول "هاذفيلد" «نحن نخاف لأن الخطر هو المؤثر ينتج حافزا حيويا (بيولوجيا) للهرب وهذا

الحافز يرتبط بتغيرات في تركيب الدم تمهد للعمل»، و تنتج هذه التغيرات ضربا من الشعور، وتنتهي الطاقة الحادثة من ذلك إلى الهرب، وهذا الأخير يميل إلى كسر حدة الخوف لا لإحداثه، ونرى أنه من الممكن التمييز بين الخوف والخواف اعتمادا على التفرقة بين الشخص السوي والشخص العصابي, فالسوي يستطيع ان يميز الخطر الذي يحتمل أن يتهدده، ويتصف خوفه بالموضوعية والمنطقية ويدفعه هذا الخوف الى حماية نفسه، وانعدام هذا الخوف من النوع التكيفي يفقد الكائن العضوي أحد دعامات وجوده، والمحافظة عليه.

أما العصابي فمثيرات الخوف لديه كثيرة ومتنوعة ومداومة، فضلا عن كوناه غير واقعية ولا مثير عقلي لها، والخوف كذلك انفعال شائع لدى الجنس البشري إذ ينتشر في كل الأعمار. (عادل شكري محمد كريم،2007، ص:40-41)

كذلك يعتبر الخوف الاعتيادي حالة انفعالية يتعرض لها معظم الناس ويكون مصدره حقيقي، كما انه يمكن تخفيفه وتقليله بدرجة ملحوظة، وذلك بمعالجة المصدر الفعلي للخوف بينما لا يجدي استخدام المنطق من أجل تقليل خوف الطفل من الأشباح في هذه الحالة مجرد رمز لخوف لا يدركه الطفل من أبيه. (منى يونس بحري ، سهام شوكت العرة غولي ، ص:128)

يمكننا القول بأن "الخوف" يتميز بالفطرية والعمومية والموضوعية والتوقت والعنف في الاستجابة والتي يغلب أن تكون استجابته الهرب، في حين يتصف "الخواف" بالخصوصية والذاتية واللامعقولة والدوام، وتتصف استجابته بأنها غالبا ما تكون استجابة التجنب والتحاشي وفي ذلك يقول "فورجيوني سوريت"«أن الأسلوب التجنبي يغذي مخاوفنا حيث إن فشلنا في مواجهة الخوف يجعلنا نفشل في أن نتعلم كيف نسيطر عليه، وبذلك تخلق مناخا تنمو فيه مخاوفنا» (عادل شكري محمد كريم، 2007، ص:41)

بالتالي أعراض القلق المرضي "الخواف" تختلف اختلافا كبيرا عن أحاسيس القلق الطبيعية والمرتبطة بموقف معين، فأمراض القلق هي أمراض يختص الطب بعلاجها ولهذا الاعتبار فإنها ليست طبيعية أو مفيدة.(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص: 339)

أما بالنسبة لشيوع وانتشار المخاوف المرضية فإن الإحصائيات كانت كثيرة نذكر منها:

تشيع المخـــاوف المرضيـــة بنسبة معينة بين السكان فقد تبين انـــه من بين كل 1000 فردهناك 77 من الأفراد يعانون من المخاوف المرضية، وذلك في دراسة سكانية بإنجلترا، ويرى "سوين" أن المخـــاوف المرضيـــة بأنواعهـــا المختلفـــة تعد مـــن بين أكثر الأعراض العصابية شيوعا.

كذلك في دراسة مسحية أجراها علماء النفس في "نيونجلاند" وجدوا أن حوالي 15 مليون أمريكي يعانون من المخاوف المرضية لكن نسبـــة قليلـــة حوالي "44555" هم الذين يعانون من مخاوف حادة تسبب إعاقة لهم، وظهر أن هناك اختلافا في شيوع أنماط معينة من المخاوف تبعا لاختلاف مراحل النمو، حيث تنتشر مخاوف المدرسة في مرحلة الطفولة وكشفت الإحصاءات عن أن الخوف من الأماكن المزدحمة من بين أكثر المخاوف انتشارا وتصل النسبة إلى 1000/6.3 ويرى ماركس(MARKS،1969) أن الخوف من العيون المحدقة (المتطلعة) شامل لكل أفراد المملكة الحيوانية بما فيها الإنسان.(عادل شكري محمد كريم،2007 ، ص:50)

كما قد أحصاها بعض الكتاب فوجدوا أنها تزيد عن "180" نوعا من الفوبيا كالخوف الشاذ من الأماكن الواسعة أوالضيقة أو العالية أو الخوف من رؤية الدم أو النار أو الصور والأماكن المفتوحـــة أو الخوف من التطرف والخوف من البرق أو الخوف من الخوف نفسه. (رشيد حميد زغير ، 2010، ص:205)

3-أعراض المخاوف المرضية:

هناك مجموعة من الأعراض نذكر من بينها أهم الأعراض التي تطرأ أثناء الخوف والرعب أو المظاهر المصاحبة وهي كالتالي:

المصاب بالمخاوف المرضية في هذه الحالة نجده متشائم،حزين، يتوقع الشر في أي لحظة والرعب في أية لحظة أيضا ومن أي شيء. (أديب محمد الخالدي ، 2009، ص: 259)

1- قوة خفقان القلب وسرعته وتغيرات في نسب المواد الذهنية والكيميائية بالدم؛

2- ظهور العرق على الجسم أو الأطراف والوجه؛

3- صعوبة في التنفس؛

4- شحوب الوجه؛

5- مبرودة الأطراف والشعور بالقشعريرة؛

6- الشعور بالدوخة؛

7- الرغبة في التبول أو الذهاب إلى الحمام؛

8- جفاف الفم والحنجرة مما يؤدي إلى صعوبة كبيرة في إخراج الكلمات؛

9- ارتعاش الأطراف أو الشفتين؛

10- الشعور بالإجهاد والتعب. (عبد الحميد محمد الشاذلي ،2001،ص:130)

11- فقدان الشهية للطعام؛

12- الأرق؛

13- الاستعداد للصراخ أو البكاء أو الهرب؛

14- السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية والتحكم وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة؛

15- الأفكار الوسواسية والسلوك القهري؛

16- الشعور بالقلق والتوتر؛

17- ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الأمان. (عبد الحميد محمد الشاذلي ،2001،ص:130)

4-أنواع المخاوف المرضية:

هناك تصنيفات عديدة للمخاوف المرضية نذكرمن بينها :

4-1 التصنيف الذي جاء به الدكتور "حسن مصطفى عبد المعطي":

يوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الفوبيا (المخاوف المرضية):

4-1-1 الخوف من الأماكن والمساحات الواسعة:

تبدأ عادة من سن 15-35 سنة وهي أكثر شيوعا بين النساء و الرجال ، و هناك العديد من الأسباب الممكنة ، الحالة تتنوع في طول البداية، المدة الشدة والخوف من الأماكن الضيقة أو المغلقة يميل إلى الإرتباط بصعوبات شخصية أخرى تشمل مشكلات جينية. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص: 355)

4-1-2 الفوبيا الإجتماعية:

وفيها يخاف المريض ما يعتقده الأخرون عنه ، وهذا الشعور ربما يكون أو لا يكون مقصورا على بعض أنواع السلوك (مثل : الأكل أو الشرب أمام الأخرين ، التحدث أمام العامة) و ربما يشمل أو لا يشمل بعض النواحي مثل :احمرار الوجه أو التلعثم أو القيء. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص: 355)

4-1-3 المخاوف المحددة الخاصة بحيوانات محددة، حشرات، أو الرعد أو المرتفعات...الخ:

وعادة ما تكون تلك المخاوف مرتبطة بخبرة فردية جارحة أو صادمة ولكنه أمر جدلي إذا ما كانت الخبرات الفردية هي المبرر الأساسي لتلك الظاهرة.(نفس المرجع ، ص : 356)

فالخوف الشديد من شيء محدد هو شعور بخوف حاد وشديد يصعب التحكم فيه عند التعرض لموقف أو خوف من شيء ما (مثل منظر الدم،نوع من الحشرات، الإبر) والتي تعتبر غير مؤذية في الحالات العادية وهؤلاء الأفراد مدركون أن مخاوفهم لا أساس لها وهي زائدة عن المفروض ومبالغ فيها ولكنهم لا يستطعون السيطرة على الشعور بالخوف الداهم الذي ينتابهم.(نخبة من المختصين،2009، ص: 100)

4-2 التصنيف حسب طبيعة الخوف الذي جاء به " فرويد " و هو صنفان :

4-2-1 مخاوف موضوعية أو حقيقية:

يسميها البعض بالمخاوف الحسية او الواقعية وفيها يرتبط الخوف بموضوع معين محدد مثل: الخوف من الظلام أو الحيوان ، وقد يكون هذا الخوف راجعا إلى خبرة سابقة مر بها الطفل وإما نتيجة لما يقوم به الكبار من ذكر بعض الموضوعات التي يخاف منها الطفل كلما شاهدها او تذكرها.

أما المخاوف الموضوعية فيقسمها "**فرويد**"إلى ثلاثة مجاميع حسب الخطر الذي يتوقعه الشخص العادي منها:

- **النوع الأول:** يكون فيه الخطر بارزا مثل الخوف من الثعابين.

- **النوع الثاني:** يكون فيه الخطر موجود إلا أن وقوعه يرجع إلى الصدفة المحضة كالخوف من الدخول إلى الأماكن المزدحمة.

- **النوع الثالث:** ينعدم فيه عنصر الخطر إطلاقا كالخوف من الحشرات أو الخوف من الوقوف في الأماكن المقفلة. (أديب محمد خالدي ، 2009 ، ص: 259)

4-2-2 مخاوف عامة غير محددة :

ويسميها البعض بالمخاوف غير الحسية، وهي التي لا يرتبط فيها الخوف بموضوع محدد، وإنما يكون الخوف فيها غير مستقر على موضوع معين، أو يكون موضوعا مجهولا ليس لـــه وجـــود محسوس مثل الخوف من العفاريت أو الموت أو جهنم وهذه المخاوف ذات آثار عميقة في حياة الطفل ،وخطرها عادة يكون أكبر من خطر الخوف من الأشياء المحسوسة، ولذلك سماها فرويد بالقلق العصابي.(سامي سلطي عريف،2002، ص: 162)

4-2-3 التصنيف الذي جاء به حسين ياسين طه :

وهو صنفان :

1- المخاوف الهستيرية: هي مخاوف تتخذ وسيلة لاستدرار العطف و استرعاء الاهتمام أو الهروب من موقف عسير أو قد يكون من انطلاق لخوف مكبوت من عهد مبكر جدا لحياة الإنسان ، و مثال ذلك المريض الذي يخاف من الأماكن المغلقة فترجع الفوبيا لديه إلى أنه صاح و هو طفل رضيع فاحتضنته أمه إلى صدرها و وضعت يداها على فمه كي لا يوقظ أباه من النوم. هذا مثال عن الأصل الطفلي الأولي للفوبيا و كلما يشعر الفرد بالإحباط و التضييق يصيبه الخوف ، فالخوف من الأماكن المغلقة يرمز إلى إحباط و اختناق الشخصية.

2- المخاوف الوسواسية: إن الصراع الأساسي في عصاب الوسواس يقوم بين الرغبة في السيطرة و توكيد الذات و الخوف من عواقب دوافعنا المحظورة المكبوتة الجنسية و العدوانية بوجه خاص ، و في هذه الأحوال الصراع داخلي ذا طابع خلقي و بما أن الأيسر على الإنسان أن يواجه خوف معروف المصدر من أن يواجه خوف مجهول المصدر كالخوف من رغبة محظورة مكبوتة ، لذا غالبا ما يسقط الفرد لهذا الخوف المكبوت على موضوعات خارجية ترتبط بهذا الخوف بأي صلة كانت فالخوف الوسواسي من الأماكن المفتوحة رمز إلى خوفه من الوحدة وابتعادالناسعنه جراء ما يحملـه في أعماق نفسه من رغبات محظورة . (حسين ياسين طه، 1990، ص : 506) .

4-3 التصنيف حسب ALLERS :

ويرى"ALLERS " كذالك إذا كان الخوف مستمرا و متكررا، وغير واقعي يكون خوفا شاذا خارجا عن المعقول وهو يجر بالفرد.

وقد قسم الخوف إلى :

4-3-1 مخاوف حسية:

هي مخاوف يشعر بها الفرد و يحسها و هي شعور الفرد بخطر يهدده من شيء معروف كالخوف من الشرطي، أو الكلب. (نبيهة صالح السمراني ، 2007 ، ص : 63- 64) .

4-3-2 مخاوف وهمية:

هي مخاوف مصدر الخطر الذي يهدد الفرد مجهول غير واقعي يهدد أمن و راحة الفرد من لاشيء كالخوف من شخص خيالي يتبع الفرد أو الخوف من الموت ...إلخ.

ويمكن أن يتحدد خوف الطفل بأمريين أساسيين هما:

- الخوف من خطر غريب: كالخوف من إنسان لم يره سابقا، أو أي شيء خارج بيئته الاجتماعية أو الطبيعية مثلا الخوف من قرد كأن يكون الطفل يعيش في بيئة لا يعيش فيها القرد.

- الخوف من خطر يهدده: و مصدر هذا الخطر يرتبط في ذهنه كخوف الطفل مـن صرصور أو نحلة. (نبيهة صالح السمراني ، 2007 ، ص : 64)

4-4 تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM4):

4-4-1 الخوف من الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا) :

إن المظهر الأساسي للخوف من الأماكن الواسعة هو القلق من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يصعب عليه الهروب منه أو أن تكون إمكانية المساعدة غير متاحة إذا حدثت له نوبة ذعر أو إذا طاردته مخاوف طارئة، وهذا القلق سيدفع صاحبه إلى التجنب أن يكون في مثل هذه المواقف أو الأماكن وقد تشمل : أن يكون وحيدا خارج المنزل أو داخله أو وسط زحام من الناس أو السفر بالسيارة أو الطائرة أو غيره .

- **معايير تشخيصها:**

1- القلق من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يكون فيه الهروب صعبا ، أو أن تكون المساعدة غير متاحة في المواقف التي تحدث أمور غير متوقعة إذا ما أصيب الفرد بنوبة ذعر؛

2- إن المواقف التي يتجنبها الفرد تكون مشكلة أو مثيرة للقلق أو الخوف من مطاردة نوبة الذعر أو أعراض مشابهة لها التي تتطلب وجود أصحاب أو مرافقين للمساعدة؛

3- إن القلق أو المخاوف الدافعة للتجنب لا تعد من الإضطرابات العقلية الأخرى ، مثل: الفوبيا الإجتماعية أو الفوبيا المحددة أو قلق الإنفصال. (2020-09-02, 15:38 ، تم إعتماد موقع إلكتروني)

و يضم هذا النوع من المخاوف المرضية صنفين هما:

- **الصنف الأول:**

الخوف من الأماكن الواسعة مع إضطراب الذعر:

إن الملامح التشخيصية لإضطراب الذعر هو معاودة هجمات أو نوبات ذعر غير متوقعة ، يتبعها إنشغ المستمر لإمكانية حدوثها مرة أخرى لمدة شهر على الأقل مع القلق المزعج على توابع هذه النوبات أو حدوث تغير في السلوك على الأقل مع القلق المزعج على توابع هذه النوبات أو حدوث تغيير في السلوك نتيجة لهذه النوبات ، وتبدو المظاهر الإكلينيكية لنوبة الذعر كطور مستقل مع خوف شديد أو حالة من عدم الإرتياح مصحوبة بأربعة إلى ثلاثة عشرة عرضا بدنيا أو معرفيا، وتفاجئ النوبة الفرد وتنمو بسرعة حتى تصل إلى الذروة خلال عشرة دقائق وغالبا ما يصاحبها إحساس بالغضب والإستياء وحاجة ملحة للهرب ويتم تشخيص نوبة الذعر من خلال ظهور الأعراض التالية:

1- خفقان القلب وسرعة ضرباته.
2- تصبب العرق والإرتجاف والشعور بالبرد أو الحرارة الزائدة.
3- إحساسات بتوقف التنفس أو عدم القدرة على إلتقاط الأنفاس.
4- آلام صدرية أو عدم الإرتياح .
5- الغثيان أو أوجاع في البطن .
6- فقدان الواقع أو فقدان الآنية .
7- الخوف من فقدان السيطرة أو أن يصبح مجنونا .
8- الخوف من الموت .

- **معايير تشخيص الأجورافوبيا مع نوبة الذعر:**

كل معايير تشخيص الأجورافوبيا مضافا إليها معايير تشخيص نوبة الذعر.

- **الصنف الثاني:**

الخوف من الأماكن الواسعة بدون تاريخ مرضي من الإصابة بإضطراب الذعر:

1- الأشخاص الذين يعانون الخوف من الأماكن المفتوحة قد يتعرضون لأعراض شبيهة بالأعراض الثلاثة عشر في تشخيص نوبة الذعر ، بينما لاتكون الأعراض بسبب التعرض لآثار نفسية لتعاطي العقاقير (2020-09-02, 15:38 ، تم إعتماد موقع إلكتروني)

- معايير تشخيصها :

وجود حالة الخوف من الأماكن المفتوحة مرتبطة بالخوف من معاناة أعراض شبيهة لنوبة الذعر (الدوار أو الإسهال).

1- لاتتقابل المعايير مع معايير تشخيص نوبات الذعر؛
2- لايكون الإضطراب نتيجة مباشرة لتأثيرات نفسية لأية عقاقير أو أدوية أو حالات طبية عامة؛
3- إذا ظهرت أية أسباب طبية عامة ، فإن الخوف في هذه الحالة يعد نتيجة لهذه الحالة الطبية؛
4- إذا ظهرت أي أسباب طبية عامة ، فإن الخوف في هذه الحالة يعد نتيجة لهذه الحالة الطبية .

4-4-2 المخاوف المحددة (أو المخاوف البسيطة) :

يعد المظهر الأساسي لهذا النوع من الخوف أو إضطراب القلق في كون أن القلق أو الخوف محدد بموضوع ما أو موقف ما ، والذي يستدعي حالة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف وقد يأخد هذا الخوف شكل الذعر أو الفزع ولكنه لايشخص على أنه إضطراب فزع .

يمثل القلق في مثل هذه الحالات الخوف من الأذى مثل : الخوف من تحطم الطائرة إذا سافر فيها أو الخوف من عضة الكلاب ، وينبغي أن تتضمن أشكال الخوف البسيطة قلق الفرد من فقدانه السيطرة أو الذعر أو الإصابة بالإعياء أو الإغماء.

- معايير تشخيصها:

1- ظهور الخوف الواضح بصورة زائدة أوغير معقولة، نتيجة لموضوع أو موقف محدد، مثل: (الحيوانات، رؤية الدم)
2- ظهور أعراض الخوف التي قد تتشابه مع نوبات الذعر ولكن بصورة موقفية أو عابرة مع ملاحظة إن القلق لدى الأطفال قد يظهر في صورة صراخ ، نوبة غضب شديد، أو التجمد (التسمر) أو التثبت أو الإرتماء في أحضان الغير والإمساك به بشدة.
3- يكون الفرد مدركا بأن خوفه غير معقول أو زائد عن الحد ، مع ملاحظة أن لدى الأطفال يمكن أن يغيب هذا المعيار.
4- تجنب الموقف المستدعي للخوف مع حالة شديدة من القلق أو الشعور بالمحنة.

5- تواجه هذه المواقف الفرد في حياته اليومية وأعماله ودراسته ونشاطاته الإجتماعية أو تكون لديه حالة الإرتباك لتوقع الخوف .

6- لدى الأفراد تحت سن الثامنة عشر (18) يكون طور الخوف لمدة ستة أشهر على الأقل.

7- لاتعد المخاوف وأعراض القلق الناتجة مرتبطة بإضطراب قلق آخر.

4-4-3 الخوف الإجتماعي أو إضطراب القلق الإجتماعي :

إن المظاهر الأساسية للخوف الإجتماعي هي الخوف المستمر من المواقف الإجتماعية أو التي تتطلب في أدائها الوجود في المجتمع والذي يرتبك فيه الفرد في الظهور في هذه المواقف أو القيام بأي عمل يجعل الأفراد يستجيبون لها بنوبة فيها نوع من القلق ، وقد يتخد هذا الأخير شكل من أشكال الفزع ولذا يميل الأفراد إلى تجنب هذه المواقف المثيرة .

ويتم تشخيص هذه الحالة إذا كان القلق الناتج عن المواقف الإجتماعية من شأنه أن يعيق النشاطات اليومية المعتادة ، وأدائه الوظيفي ، أويكون الشخص مكروبا لكونه يعاني من هذه المخاوف. (عبد الستار إبراهيم، 199، ص: 56)

- **معايير تشخيصها :**

1- خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو لتفحص من قبل الآخرين، ويخاف الفرد من أنه سيتصرف (أو أن يظهر أعراض القلق) بطريقة تكون مهينة ومربكة؛

2- التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق في أغلب الأحوال بشكل تباييني والذي يأخد صورة القيد الموقفي أونوبة الهلع؛

3- يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه أوغير منطقي؛

4- المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة يجري تجنبها أو يكون تحملها مع قلق أو أسى شديد؛

5- أن تجنب أو ترقب القلق في الموقف أو الأسى في الموقف الإجتماعي أو الأداء المخيف يتدخل بشكل جوهري مع النظام العادي للشخص أو أدائه المهني أو الأنشطة الاجتماعية؛

6- في الأشخاص الذين تكون أعمارهم أقل من 18 سنة يشترط وجود العلامات لمدة ستة أشهر على الأقل؛

7- يكون الخوف أو التجنب غير راجع إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لعقار أو لحالة طبية عامة ولا يفسر بشكل أفضل لوجود اختلال عقلي آخر مثل تشوه بدني، أو اختلال الشخصية الفصامية، أو قلق الانفصال؛

8- إذا وجدت حالة طبية عامة أو اختلال عقلي آخر فإن الخوف المذكور في (1) لا يرتبط به مثلا: مثل الخوف من اللجلجة أو الإرتعاش في حالة مرض الشلل الرعاش (بركينسون) أو إظهار سلوك شاذ في تناول الطعام في حالات فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي؛ (محمد محروس الشناوي ، 1998 ، ص : 275)

لقد أكدت الدراسات أن للأطفال مخاوف شديدة خاصة ما بين 05-12 سنة وهي في الأغلب تنحصر في:

- خطر الأمراض،أو السقوط والوقوع، أو العمليات الجراحية... وما يصيب الجسم من الآلام؛
- خطر الهجوم من الحيوانات، كالكلاب والنحل...إلخ؛
- التخيلات، العفاريت، الشياطين التي تطارده؛
- الظلام، الأماكن الغريبة التي لم يراها سابقا؛
- الخوف من المركبات؛
- القذارة، الخوف من السباحة؛
- رهاب أو الخوف العصابي المدرسي؛
- الخوف من العقاب؛
- الخوف من الإختبارات والإمتحان.

هناك مخاوف أخرى يخاف منها الطفل و لكن ما ذكر من أنواع المخاوف هي الأكثر شيوعا في البيئة العربية و الطفل يقوم بإبدال خوف ما بخوف آخر بطريقة لا شعورية خاصة عندما يخلق خوف أولي (أصلي) صراعا داخليا و إحساسا بالذنب. (نبيهة صالح السمراني، 2007، ص: 66)

يلاحظ أن بعض مخاوف الأطفال عقلانية و للأطفال ما قبل سن المدرسة مخاوف كثيرة فهم يخافون من الظلام و الضوضاء و عربات الإطفاء و الغرباء الأطباء و الحيوانات و السخرية و الأشباح...إلخ ، غير أن أغلب هذه المخاوف تنحصر كلما كبر الأطفال لكن عند بعض الأطفال تستمر المخاوف إلى أعمار أكبر(نبيهة صالح السمراني 2007، ص: 67)

5-أسباب المخاوف المرضية:

أهم أسباب المخاوف عند الأطفال نلخصها في ما يلي :

1- في حالة وجود مواقف و أشياء و مثيرات و منبهات غريبة و منفردة، تحدث أثر نفسيا مؤلما للطفل فيخاف منها و بتكرار هذه المواقف و المثيرات و الخبرة المؤلمة يثبت انفعال الخوف لدى الأطفال؛

2- يخاف الطفل المخاطرة و الحركة و النشاط نتيجة لما يقابله من تحذيرات مستمرة من قبل الكبار الأمر الذي يضعف ثقة الطفل في نفسه و يؤدي إلى قلقه و خوفه باستمرار و عدم جرأته على مزاولة أي نشاط و عدم حب المبادرة؛

3- التربية الخاطئة القائمة على العقاب و عدم تعويد الطفل على الثقة بنفسه و تقدير ذاته و احترامها؛ (رشيد زغير ، 2010، ص : 205)

4- عدم تربية و تنمية الروح الاستقلالية لدى الطفل و كذلك تسلط الآباء و عدم سماحهم للطفل بممارسة الأنشطة التي يحبها و اعتماده على نفسه و استقلاله عن الكبار؛

5- قيام بعض الآباء بموازنات و مقارنات بين الأطفال فيمدحون هذا لقوته أو نجاحه و تفوقه و نضج قدراته المختلفة، و يذمون الآخر لقصوره و عجزه و فشله مما يترتب عليه آثار بالغة السوء على نفسية الشخص المحدود القدرات، و بصفة خاصة الذي يعاني من نوع من أنواع الإعاقة الحسية أو العقلية، مما يفقد الطفل ثقته في نفسه و يشعر بأن الفشل يلاحقه و لا أمل في تحقيق النجاح.

فالفشل يؤدي إلى الفشل و النجاح يؤدي إلى النجاح فمن الجدير أن يشجع الآباء و المربون الطفل الذي تظهر عليه علامات قصور معينة على النجاح و على بذل الجهد الموصل للنجاح ، و كذلك مساعدته على تقبل الفشل دون إحباط و العمل على إزالة العقبات؛

6- سوء معاملة الآباء و المدرسين للطفل مما يؤدي إلى تكوين خبرات مؤلمة عن المدرسة و عن التعليم بوجه عام و يساعد على ذلك تخويف الآباء الطفل بالمدرس كأداة للسلطة و التخويف و العقاب؛

7- يلعب التقليد دور مهما في مخاوف الطفولة، فالأطفال لا يقلدون الكلام و الأخلاق و الآداب العامة لآبائهم فحسب، بل إن الموقف العقلي الذي يتخذه الطفل حيال أي موقف يغلب أن يكون موقفا من المواقف التي رآها من أهله.

فالأم التي تذعر ذعرا واضحا من الحيوانات أو الأماكن المظلمة أو العواصف أو الأمطار أو الرعد، أو الأماكن العالية أو الحشرات أو غيرها فمن الإمكان أن تنتقل هذه الميول و السلوكيات إلى الأطفال و من حيث ما ينشأ داخل الأسرة من مشكلات إجتماعية مختلفة مثل الطلاق ، عدم إحترام الوالدين فيما بينهم ، الصراخ المستمر، عقاب الأب الجسدي أو اللفظي للأم ، كل هذه الخلافات تؤدي إلى الكبت عند الأطفال؛ (رشيد زغير ، 2010، ص : 218)

8- تربية الأباء للأولاد غير السوية، إزدواجية الآباء داخل الأسرة تخلق أنواع كثيرة من أشكال المخاوف ، كذلك عدم ثقة الآباء في أنفسهم ، وضعف خبراتهم في التربية ، سوف ينتقل ذلك عن طريق المشاركة الوجدانية، والإيحاء، والتقليد؛

9- التوجيه الخاطيء من طرف الآباء إلى الأولاد ، ومن الأولاد إلى من يخالطهم داخل الأسرة وخارجها تنقل عدوى الخوف؛

10- الضعف الجسمي ، والضعف العقلي، والخوف من الأمراض، والخوف من مواجهة المشكلات، إنتشار الأمراض وتلوث البيئة والحروب خاصة صوت القنابل من أعقد المخاوف المؤثرة على سلوك الأطفال؛

11- الحالة النفسية للأم والتي تشمل الشعور بالقلق والتوتر والضغوط النفسية المختلفة؛

12- العقاب الدائم في المدرسة وفي البيت والبيئة الخارجية ، مما يؤدي إلى عدم ثقة الفرد بنفسه؛

13- الصدمات النفسية والكوارث الطبيعية، مثل الزلزال، والفيضانات، والعواصف، والحروب الداخلية؛

14- التلفاز وتأثيره السلبي في سيكولوجية الأطفال؛

15- تخويف الطفل لدفعه لعمل معين مثل تخويفه بالغول وحجرة الفئران والعفريت والذبح بالسكين والكلاب والقطط والشرطي والمدرس والطبيب والظلام ، والحقنة واللصوص... إلخ؛ (رشيد زغير، 2010، ص: 219، 220)

16- الخوف من مصادر معينة لإرتباطها بموقف مخيف: كالخوف من الكلب لإرتباطه بالصراخ عند إعطائه حقنة أو من الجزار لذبح الخروف بالسكين أو الخوف من الظلام لإرتباطه بصوت عال كصوت جرس الباب المفاجئ ليلا؛

17- الكتب والمجلات غير التربوية والتي تحكى قصصا خيالية عن السحر والعفريت والوحوش وغيرها ففي كتاب مثل: شجرة الحياة وقد كان مقررا على تلاميذ المرحلة الإبتدائية في إحدى الدول العربية نجد فقرة تقول : وفجأة وجد أمامه قططا هائلة المنظر ، وقد فزع منه الطفل حين سمعه يموء بصوت مخيف مرهوب ، وقال له القط: كيف تجرؤ على بلوغ هذا المكان؟ ألا تعرف أني قادر على تمزيق جسمك إربا إربا بضربة مخلب واحدة ، فهذه القصص تؤثر سلبا في نمو الطفل؛

18- الخوف من الموت خاصة إذا فوجئ الطفل بوفاة شخص عزيز عليه لاسيما إذا كان يلقي منه عطفا وحبا ورعاية وحماية؛

19- عدم الثقة في النفس: ويرجع ذلك إلى عدة أسباب مثل: خوف الطفل من الإمتحان أو من مقابلة الزوار وخاصة إذا كان أحد قد سخر منه أو ضحك عليه أو قارنه بغيره كثيرا أو نقده وبعد ذلك يشعر الطفل بالخوف من الحديث أمام الغرباء والأصدقاء في الفصل والخوف من مقابلة الزوار أو الحديث معهم؛

20- تسلط الآباء في السيطرة على كل حركات الطفل دون أن يتركوا له حرية التفكير فيتولد عنده الخوف من الوقوع في الخطأ؛

21- المشاكل الأسرية مثل: المنازعات بين الأب والأم أو الطلاق يسبب شعورا للطفل بعدم الأمان والطمأنينة؛

22- عقاب الطفل يشعره بالخوف وعدم الأمان خاصة وهو لا يميز بين الصواب و الخطا فلا يعرف سبب عقابه؛ (رشيد زغير ، 2010 ، ص: 221)

23- النقص الجسماني كالعرج والحول والشلل والسمنة المفرطة أو النحافة الشديدة والطول المفرط أو القصر الشديد والتشويه الخلقي والتأخر الدراسي وإنخفاض مستوى الذكاء كلها تسبب للطفل خوفا نتيجة لعدم الثقة في النفس؛

24- نشأة الطفل وتواجده في بيئة تعاني من القلق النفسي والتخلف الإجتماعي تؤدي به إلى الخوف والقلق والحيرة والإرتباك؛ (رشيد زغير ، 2010 ، ص: 221).

25- الشعور بالإثم وبالذنب ، وما يربتط به من خوف شديد كالخوف من الأمراض الجنسية نتيجة للشعور بالذنب ناتج عن إتصال جنسي محرم أو شاد؛ (فيصل محمد خير الزراد ، 1984، ص 129) .

6- التشخيص الفارقي :

من الضروري أثناء تشخيص الخوف المرضي التمييز بينه وبين الخوف العادي، وكذلك بين الخوف المرضي كمرض وبين الخوف المرضي كعرض لمرض آخر.

فلابد أن نشير إلى أن الخوف قد يكون مصاحبا لعدة أمراض ولذا يجب عدم التسرع في تشخيص حالات الخوف لأنها كثيرا ما تخفي أمراضا أخرى، فالخوف قد يكون أحد أعرض القلق أو أحد أعراض الهستيريا، وإذا ظهر الخوف المرضي بعد الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب وجداني كما في ذهان المرح والاكتئاب" psychosis Manic Despression" أو كما في حالة اكتئاب سن اليأس" ps imvolutional melan choly"كذلك لا نستطيع إغفال احتمال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثل تصلب الشرايين المخ ويظهر الخوف المرضي في حالة الفصام، وخاصة ما يسمى فصام المراهقة " he bephrinic الذي يبدأ باستجابات خوف غامضة وكذلك يظهر الخوف المرضي في حالات البارانويا وفي السلوك القهري والوساوس...إلخ. (فيصل محمد الزراد، 1984، ص: 50)

من أهم طرق تشخيص المخاوف نجد قوائم مسح المخاوف حيث استخدمت في التشخيص وفي التنبؤ بالسلوك وتحديد المآل ومعرفة مدى التقدم العلاجي، (عادل شكري محمد كريم، 2007، ص: 47)

ودرجة المخاوف لدى المريض، ثم يقاس مدى التغيير في درجته على القائمة ذاتها بعد العلاج...ويجب على الإكلينيكي أيضا أن يستخدم استجابات المريض،وقد استخدمت هذه القوائم كذلك في التنبؤ بالسلوك التجنبي الصريح للإناث وفي الكشف عن أنماط المخاوف لدى جماعات الأحداث حيث أمكن التمييز بين الجانحين المزعجين وغير الجانحين. (عادل شكري محمد كريم ، 2007، ص: 47)

7- النظريات المفسرة للمخاوف المرضية :

7-1 تفسير نظرية التحليل النفسي :

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الخوف المرضي (الفوبيا) عبارة عن حيلة دفاعية لاشعورية حيث يحاول المريض عن طريقه – أي الخوف المرضي – عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أوموقف معين مر به خلال حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالبا مايجهله المريض ، وعلى الرغم من معرفة المريض غرابة خوفه وموقفه إتجاه بعض مثيرات الخوف لديه إلا أنه لايستطيع التحكم أو السيطرة على خوفه وذلك لأن هذا الخوف الخارجي يكمن وراءه الخوف من شئ آخر داخل المريض ، ومن ثمة فإن المريض لايواجه الصراع الداخلي بنفسه بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية ، وبمعنى آخر إن لعملية التحويل التي حصلت لها دورا ديناميا في عملية الخوف المرضي , حيث تزاح أوتتحول المهددات الداخلية إلى مهددات حارجية وذلك بصورة لاشعورية حيث ينتقل من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قوة ، فمثلا الخوف من المدرسة قد يكون بديلا للخوف والقلق بسبب الإنفصال عن الأم إذا الخوف المرضي من وجهة نظر التحليل النفسي عبارة عن عملية دفاعية لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستحبة ، جنسية أو عدوانية في الغالب فقد تشعر المراة بالخوف من الوحدة ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من إحتمال قيامها بعلاقات جنسية شاذة أو محرمة وترغب بها لاشعوريا (فيصل محمد خير الزراد، 2005، ص: 47)

يقول "سيجمند فرويد " في تفسير هذه المخاوف أنها عبارة عن مخاوف داخلية ذاتية أو مخاطر داخلية تحولت إلى مخاطر خارجية أي إنتقال مايشعر به الإنسان من قلق داخلي إلى قلق خارجي أقل خطورة من الشعور بالقلق أوالذنب الداخلي. (رشيد حميد زغير، 2010، ص: 206)

فالخوف يتضمن عنصرا ، وقد ترجع هذه الحالة إلى إسقاط الصرعات التي عجز الفرد في حلها و إسقاطها لتظهر على شكل مخاوف من أشياء لاتثير الخوف بطبيعتها ، ولكن هناك تفسيرا واقعيا للفوبيا دون الرجوع إلى فكرة إزاحة الخوف أونقله من موضوع ذاتي ألى موضوع آخر يرمز إليه كأن يقول أن الخوف من الأب خوف داخلي قد تحول ليظهر على شكل ، فالطفل الذي عضه كلب وتسبب في جرحه ليس من المستغرب أن يخاف من الكلاب. (رشيد حميد زغير ، 2010 ، ص: 206-207)

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

7-2 تفسير الإتجاه السلوكي (المدرسة السلوكية):

إن الإتجاه السلوكي والمدرسة السلوكية يعتبرون الخوف المرضي عبارة عن إستجابة متعلمة –مكتسبة– تم تعلمها عن طريق عملية الإشراط وذلك بأن أصبح المريض يخاف من بعض الظروف التي إقترنت – زمنيا – بالمثير الأصلي وخاصة في مرحلة الطفولة ، ونتيجة لهذا الإرتباط يكتسب المثير غير الطبيعي الشرطي عند " بافلوف " صفات المثير الطبيعي – غير شرطي – فأصبح يفعل مايفعله (فيصل محمد خير الزراد، 2007 ، ص: 47) . ولما كان التعلم يتميز ب، العلاقة فيه بين المثير الأصلي والمثير الطبيعي ليس من الضروري أن تكون واضحة في ذهن المتعلم كان من الممكن أن يستجيب المريض بنفس السلوك – الخوف – لمثيرات شبيهة بالمثير الأصلي – عملية تعميم المثير – ودون أن يعرف العلاقة بين هذه المثيرات وبين المثير الأصلي للخوف ، وحتى لو أدرك المريض هذه العلاقة السيئة وحاول كبتها وإزالتها من ذكرياته أو من ساحة شعوره لكن ذلك لايعني أنه تخلص من خبرته حول هذه العلاقة كلية بل يبقى جزء من الموقف وهو وجه الشبه بين الموقف الحالي والموقف الأصلي، والذي سيصبح مثيرا للخبرة الوجدانية التي سبق أن مر بها. (فيصل محمد خير الزراد، 2007، ص: 48)

كذلك تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ماهو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد و إكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ وأن الإضطراب الإنفعالي ناتج من العوامل التالية :

- الفشل في إكتساب أو تعلم سلوك مناسب؛
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية؛
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لايستطيع معها إتخاذ قرار مناسب؛
- ربط إستجابات الفرد بمنبهات جديدة لإستثارة الإستجابة.(أحمد الحريري، 2009 ،ص:138)

و قد ذكر "مورو" MOURRER أحد أصحاب النظرية السلوكية أن النموذج السلوكي يميز بين مرحلتين أساسيتين لإكتساب السلوك وتفسيره للمخاوف المرضية:

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

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

7-3 تفسير النظرية المعرفية :

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

أما المخاوف الكلاسيكية الإشراطية فهي التي نختبرها ونتعرض إليها ميدانيا مثل الخوف من ركوب العربات بعد حادث إصطدام، وخوف الجندي من القتال بسبب أهوال الحرب أوالخوف من الإمتحان بعد الفشل بالنتيجة أو الخوف من الموت المفاجئ ... إلخ ، وتبين لـ "بولي " أن هذا النوع من المخاوف الكلاسيكية أكثر إنتشارا لذى مرضى العصاب من المخاوف العصابية المعرفية كما أن لعامل الإستعداد دورا كبيرا في ذلك، فعندما يتعرض عدد من الأفراد إلى مواقف مولدة للخوف أو القلق فإن بعض هؤلاء هم الذين يظهرون إستجابات خوف عصابية وليس الجميع ، وهذا يعني وجود فروق فردية من حيث الإستعداد للإصابة ، كما أن التوتر النفسي والقلق في الأعصبة يحدثان تغيرات في وظائف الجسم مما قد يحدث إضطرابات سيكوسوماتية تجعل الفرد أكثر إستعدادا للتعرض لحالات الأعصبة(فيصل محمد خير الزراد ، 2007 ، ص : 51)

وتنظر المدرسة المعرفية للخوف المرضي على أنه مجموعة من الأفكار أو المدركات غير الواقعية التي يتحملها الفرد اتجاه موقف خوافي (فوبي) فالخوف في جوهره هو مفهوم أو تصور معين متوجه بمحتواه إلى المستقبل أو يشير إلى احتمال الضرر الشخصي، وبهذا المعنى فإن الخوف يمثل "ميلا" إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الأحوال بصفتها تهديدا أو أن تكون استجابته إن تعرض لها هي استجابة قلق،

فمريض الخوف يتسم بسمة عامة هي أنه يستجيب للموقف الخوافي (الفوبي) كموقف دراما داخلية فمثلا حين يقترب أحد مرضى خواف المرتفعات من حافة منحدر تتخطفه خيالات السقوط وأفكاره ،وربما أحس بجسمه يميل اتجاه الحافة.(أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى ، 2000، ص: 151)

7-4 التفسير الاجتماعي:

يرى "تيسنج" أن شدة مايبديه الطفل من مخاوف لها علاقة بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته ، ويري "ريتير" أن المخاوف تزداد شيوعا حينما تنعدم ثقة الطفل في علاقته بوالديه، بينما يرى "ريجولد" إن الخوف يزداد عندما يكون الفرد وحيدا بلا رفيق، ويقول "بولبي" إن الحضور النفسي لمن يتعلق بهم الطفل وجدانيا يجعله أقل عرضة للمعاناة من الخوف، وقد ظهر من دراسة مصرية أن الارتباط بين الخوف والرفض من قبل الأم هو والارتباط ذاته بالنسبة للأب وهي معاملات جوهرية ومن الممكن أن ينتقل الخوف كذلك بالإيحاء والمشاركة الوجدانية، ويرى آخرون أن الشعوب تسودها مخاوف تنتقل من جيل إلى جيل وتصبح على مر الزمان من جملة التقاليد وإذا تتبعنا كثيرا من المخاوف الشعبية الحاضرة لرأينا أنها ميراث للإنسان البدائي وفي ذلك يقول "نيتشه" إننا نعيش على أثار العواطف الأولى التي انفعل بها أجدادنا في العصور البدائية ، ومن ثم يمكن أن نفترض أن المخاوف تنمو عندما تضطرب علاقة الشخص الاجتماعية بالمحيطين به وتنمو المخاوف والقلق والإحساس بالغربة والنبذ والرفض حتى أن هناك نوعا من المخاوف له أهميته بين أنواع المخاوف وهو المخاوف الاجتماعية.(عادل شكري محمد كريم ، 2007، ص: 70)

8- الوقاية والعلاج من المخاوف المرضية:

تتنوع أساليب العلاج وتتعدد وهذا يتوقف على نوع الخواف وطبيعته و درجته، فهناك:

8-1 العلاج السلوكي:

يقوم هذا العلاج على إطفاء الشعور بالخوف عن طريق الممارسة السلبية أو الإغراق أو الكف المشترك،ويمكن المعالجة بالتعريض التدريجي للموقف المثير بحيث تتكون لديه ثقة في الشيء الذي يخاف منه. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص: 338)

ذلك بأن يجعل المريض في حالة تقبل واسترخاء ثم يقدم الشيء المثير تدريجيا مع الإيحاء والتعزيز ومع المثابرة والتكرار يتعلم المريض الاطمئنان للشيء الذي يخاف منه.

هناك وسائل وقائية مثل منع مثيرات الخوف والحيلولة دون تكوين خوف شرطي أو استجابة شرطية ومن ذلك عدم إظهار القلق على الأولاد حين تعرضهم لموقف مثير للخوف مع العمل بكل هدوء – ما أمكن ذلك– لشرح طبيعة ذلك الموقف وكذلك أيضا التقليل من المبالغة في النقد والتحقير والاستهزاء وكذلك عدم إظهار خوف الكبار أمام أطفالهم لئلا ينتقل لهم ذلك الخوف عن طريق التقمص والتقليد ومنها تعويد الطفل على النظر للجوانب الإيجابية وعدم التركيز على الأخطاء فقط، ومنها تدريب الطفل منذ الصغر على مواجهة المشكلات ومحاولة حلها ومساعدته في ذلك بالتوجيه والتسديد. (نفس المرجع ،ص:339)

8-2 العلاج النفسي:

علاج التحليل النفسي يكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزي للأعراض وتحريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض.ويستخدم أيضا العلاج النفسي التدعيمي وتنمية الثقة بالنفس وتشجيع النجاح والشعور به و إبراز نواحي القوة و الايجابية لدى الفرد. كذلك يستخدم العلاج التحليلي الحديث المختصر من طرف بعض المعالجين إضافة إلى العلاج بالتنويم الإيحائي. (حسن مصطفى عبد المعطي ،2001،ص:321)

8-3 العلاج المعرفي:

والهدف الرئيسي من هذا العلاج هو التعرف على سوء التفسيرات المأسوية للأعراض:

_ ففي الجلسة الأولى نستخرج وصفا للإحساسات، والأفكار والصور والإنفعالات، والميول التي تحدث بشكل نمطي خلال نوبة الهلع (الفوبيا) نقوم بتعريف المريض بفكرة أن الأفكار والمعتقدات يمكن أن تسهم في إصابته بننوبات الهلع .

نحاول تطبيع القلق بما يساعد المريض على أن ينظر إلى إستجابات القلق كجزء من الإستجابة المعتادة للبدن. (مصطفى عبد المعطي، 2002، ص :56)

ونحن نستخدم هذه البيانات من أجل تحديد الأفكار الخاطئة التي يعتنقها المريض بشأن بعض الأعراض الخاصة بالهلع بشكل عام، ونقيم معتقدات الهلع والمخاوف بواسطة مقياس (إستبيان) نطبقة الآن على مرض المخاوف، وتبدو المعتقدات متضمنة عدة موضوعات أساسية : القابلية للتعرض للخطر (أنا معرض للخطر) التصعيد ، والعجز عن التكيف، وقد إستخدم المعالجون هذا المقياس كأداة تشخيص للمساعدة على توضيح الإفترضات الخاطئة لدى المريض حول القلق والخوف.

بعد تحديد المعتقدات الأساسية ، وإستخراج درجة الإحساس بالخوف في غرفة الإستشارة يصبح هدفنا هو إعداد نظرة بديلة غير مأسوية لأعراض الخوف ومن تم نبدأ في مساعدة المريض على إختبار صحة معتقداته المتعلقة بالخوف.

أول وسيلة وقع عليها الإختيار هي أسلوب زيادة سرعة التنفس الذي إبتدعـه (كلارك " CLARK" وآخرون، 1985) ، تتضمن هذه الطريقةجعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لمدة دقيقتين، وملاحظة أثر التنفس السريع، وتقدير وجه الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبة الخوف، وإذاكان التشابه قوي يوجه المريض إلى نتيجة مؤداها أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض وعندئذ يتعلم أسلوب ضبط التنفس. إذا فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس، فإننا نحاول إثارة الأحاسيس بوسائل أخرى ، كجعل المرضى يركزون على صور عقلية مخيفة أو الإهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صورة مثيرة. (مصطفى عبد المعطي، 2002، ص: 56)

كذلك نشجع المرضى على إستخدام تلك الأساليب خلال الخوف التلقائي وخلال التعرض المقصود للمواقف المخيفة، وعندما يجيد المرضى أساليب التكيف ويفهموا فكرة أن الأعراض ليست خطيرة، و غير خاضعة للسيطرة بالمرة، نحثهم بالتدريج على التخلي عن الأساليب ويتركوا أنفسهم يتعرضون للأعراض.

عندما يتلاشى الخوف من الأعراض، فإننا نركز بشكل متزايد على ردود فعل المرضى لمسببات القلق الموجودة في البيئة مثل العلاقات الأسرية وعلاقات العمل، بإستخدام نموذج معرفي جديد. (مصطفى عبد المعطي، 2002، ص: 56)

8-4 العلاج الطبي:

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

وهناك علاجات للمخاوف الخاصة بالاطفال نذكر منها:

- تلافي الأسباب السابقة قدر المستطاع.

- إن صادف الطفل ما يخيفه لا تساعده على نسيانه فالنسيان يدفن المخاوف في النفس ثم لا تلبث أن تصبح مصدرا للقلق والاضطراب النفسي، ولكن يجب التفاهم مع الطفل وتوضيح الأمور له، فإذا كان يخاف من اللصوص ويحسب أن صوت الرياح ليلا عندما تصطدم بالشبابيك والأبواب هي لصوص نقول

له: إن الرياح تجعل الأبواب والشبابيك تحدث هذه الأصوات لأنها قديمة وغير محكمة، ونؤكد له أن هذه الأصوات نفسها تحدث أثناء النهار وهكذا حتى تزول مخاوفه، ويمكن أن تجرب أمامه نفس الأصوات بالأبواب وحبذا لو يجرب هو بنفسه فيدفع الباب بنفس الطريقة ليسمع نفس الصوت فيزول خوفه.

- الهدوء والإتزان وعدم الهلع والخوف والفزع في أي موقف خصوصا عندما يمرض الطفل

- استعمال الخوف البناء في تنمية شخصية الطفل.

- إبعاد الطفل عن مثيرات الخوف كالقصص الخيالية و المأتم والخرافات .(رشيد زغير ، 2010، ص: 222-223)

- معاملة الطفل عندما يخطيء على أنه طفل لا يميز بين الصواب والخطأ فنرشده إلى الصواب ليشعر بالأمان والطمأنينة دون عقاب واستهزاء وسخرية بل والدفاع عنه عند نقد أو مواجهة الغير له.

- إزالة مخاوف الطفل بربط ما يثير خوفه بافتعال السرور فهو يخاف من القط ويحب الطعام فبينما هو يأكل نعرض عليه قطا من بعيد.(رشيد زغير ، 2010، ص: 223)

خلاصة الفصل الثاني:

يعد الإطار النظري والدراسات السابقة مراجع يستساق منه المعلومات للتوظيفها في الجانب المنهجي للدراسة، لهذا كان لزاماً التطرق إلى كل جوانب ومحددات الموضوع. من تعرف إلى أهمية ومراحل، أبعاد ...الخ وكذا النظريات المفسرة لمتغيرات الموضوع والدراسات السابقة لها.

الجانب الميداني

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

1- المنهج المستخدم في الدراسة؛
2- الدراسة الاستطلاعية؛
3- الدراسة الأساسية؛

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

تم الاعتماد في الدراسة على المنهج الوصفي الإرتباطي، وهو احد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة او مشكلة محددة، وتصورها كميا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة او المشكلة، وتصنيفيها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة. (ملحم، 2000، ص: 387)

2- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي الدراسة التي يتم استخدامها في المراحل الأولى من أي بحث علمي يقوم به الباحث، وتعد الدراسة الاستطلاعية بمثابة اللبنة الأولى التي ترتكز عليها الدراسات الميدانية، وتمهد الدراسة الاستطلاعية للبحث العلمي، كما أنها تعرف بالظروف التي سيجري فيها البحث العلمي.

2- 1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يوجد هناك مجموعة من الأهداف للدراسات الاستطلاعية، وتختلف هذه الأهداف بالنسبة للموضوعات التي تدرس لأول مرة، ونذكر بعض منها:

- النزول للميدان والتعرف على عينة الدراسة؛
- تطبيق الأدوات على عينة الدراسة؛
- معرفة مدى ملائمة هذه الأدوات وصلاحيتها لتطبيقها على العينة؛
- معرفة بعض الصعوبات التي قد تواجهنا أثناء تطبيق الدراسة؛
- تحديد الأولويات من الموضوعات التي تحتاج إلى بحوث مستقبلية.
- كما تهدف إلى جمع المعلومات التي تتعلق بالإمكانيات الفعلية اللازمة لإجراء البحوث على المواقف التي يعيشها الإنسان في الحياة الواقعية.

2-2 العينة الدراسة الاستطلاعية:

من المفروض كان سيتحدد قوامها (30) طفل وطفلة من بعض إبتدائيات ومتوسطات ولاية ورقلة في الموسم الدراسي 2020/2019 وكان سيتم اختيارهم بطريقة العشوائية البسيطة ليتم تقنين أدوات الدراسة عليهم من خلال الصدق والثبات بالطرق المناسبة.

2-3 أدوات الدراسة الاستطلاعية:

كان الاعتماد في الدراسة الحالية على أداتين وهما:

- استبانة مقياس (آمبو) لأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ترجمة وتعريب (عبد الرحمن والمغربي 1989) والمعتمد عليه في هذه الدارسة.

– مقياس اختبار المخاوف المرضية للأطفال der kinder – angst – test (kat) من وضع "ثرنز، تيوز "، وقد أعدته وترجمته عن الألمانية " عواطف بكر "

2-4 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية:

2-4-1 الأداة الأولى للدراسة: كان من المفروض إعتماد الباحثة على استبيان مقياس (آمبو) لأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ترجمة و تعريب (عبد الرحمن والمغربي 1989) وضع هذا الإختبار ("بيرس" و زملؤه) (perris, al 1980) و أسموه(آمبوAMBU) وهي الحروف الأولى من إسم الإختباراللغة السودية (egna menner av brndoms uppfosmam). حيث صدر أول مرة باللغة السودية، ويقيس هذا الإختبار أربعة عشرة بندا مميزة لأساليب التربية عند الوالدين و ذلك لكل من الابو الأم على حدود هذه الأبعاد وهي (الإيذاء الجسدي، الحرمان،القسوة، الإذلال، الرفض، الحماية الزائدة، التدخل الزائد، التسامح، التعاطف الوالدي، التوجيه للأفضل، الإشعار بالذنب، التشجيع، تفضيل الإخوة أي النبذ، التدليلب) ، مبينا إلى أي حد يتسم أسلوب الأب و الام بهذه الصفات وفي عام 1982 قام "روس" زملائه بتقنيين الإختبارو قياس صلاحيته من صدق وثبات على المتحدثين بالأنجليزية وكذلك تم تقنينه على المتحدثين بالألمانية عام1983 بواسطة"اربندال" ورفاقه arbindeu (et, al,1983) وقام (عبد الرحمن والمغربي عام 1989) بترجمة النسخةالأنجليزية إلى اللغة العربية لكن تم صياغة عبارات المقياس باللهجة العامية المصرية لتسهيل فهم العبارات حيث تم تقنينه على البيئة المصرية، والإختبار مكون من75عبارة يستجيب المفحوص لها بأحد الإختيارات التالية (دائما، أحيانا، قليل جدا، لاأبدا)، وقام (أبو بيه) بتطبيقه على البيئة السعودية كما هو بعد إعادة حساب ثبات المقياس على عينة من مدرسة ابتدائية بمدينة الرياض بطريقة إعادة الاختبارو اتضح أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مناسبة وقد أثبتت الدراسات صدق و ثبا المقياس و من ثم صلاحيتهم للثقافات المختلفة.

– صدق المقياس:

تم التأكد من صدق المقياس في صورته الأجنبية من خلال عدة دراسات أماعلى مستوى البيئة العربية فقد اعتمد معد ومترجم هذا المقياس و مقننه على البيئة المصرية على صدق المحكمين والصدق العاملي صدق الموازنة الطرفية، وقد بينت جميع هذه الطرق صلاحية هذا المقياس و صدقه في قياس أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء.

- ثبات المقياس:

تم التأكد من ثبات المقياس بالنسبة للبيئات الأجنبية من خلال عدة دراسات أما بالنسبة للبيئة العربية فقد استخدم معد الصورة العربية ومقننه على البيئة المصرية (عبدالرحمن والمغربي 1989م) طرقتين هما:

1-الإتساق الداخلي :

وذلك بحساب معامل الإرتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه،و حذفت العبارات التي كان معامل ارتباطها بالبعد غير دال إحصائيا سواء للأب أو الأم.

2-إعادة التطبيق:

تم تطبيق الاختبار وأعادة تطبيقه بفاصل زمني قدره أسبوعان (15 يوم) و كانت جميع معاملات الثبات للأبعاد المختلفة للمقياس عالية حيث تراوحت مابين (0،65-0،89) وهي عالية الدلالة ولقد قام العريني (1414هـ) بصياغة عبارات المقياس باللغة العربية الفصحى وتم عرضه على المختصين في مكتب الاستعلامات اللغوية بكلية اللغة العربية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية لتصحيح عبارات المقياس لغوياو هذه العبارات والتي عددها75 موزعة على إِبعة عشر بعدا

وهذا مايوضحه الجدول رقم1.

جدول (1)

توزيع العبارات على الابعاد في مقياس المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء (مقياس آمبو)

م	الأبعاد	رقم العبارات	م	الأبعاد	رقم العبارات
1	الإيذاء الجسدي	57-43-29-15-1	2	الحرمان	71-58-44-30-16-2
3	القسوة	72-59-45-31-17-3	4	الإدلال	60-46-32-18-4
5	الرفض	61-47-33-19-5	6	حماية الزائدة	73-62-48-34-20-6
7	التدخل الزائد	63-49-35-21-7	8	التسامح	64-50-36-22-8
9	التعاطف الوالدي	65-51-37-23-9	10	التوجيه للأفضل	66-52-38-24-10
11	الإشعار بالذنب	74-67-35-39-25-11	12	التشجيع	68-54-40-26-12
13	النبذ (تفضيل الإخوة)	69-55-41-27-13	14	التدليل	74-70-56-42-28-14

قام عبد الله بن محمد هادي الحربي بحساب ثبات وصدق المقياس كالتالي:

- التحقق من الصدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس عن طريق مايلي:

- الاتساق الداخلي:

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس عن طريق الاتساق الداخلي و ذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل محور والمجموع الكلي للمحاور كما هي موضحة في الجدول رقم 2.

جدول (2)

الإتساق الداخلي (معاملات الإرتباط بين كل محور والمجموع الكلي من محاور الدراسة لمقياس آمبو)

المحور (البعد)	معامل الارتباط		المحور	معامل الارتباط	
	الأب	الأم		الأب	الأم
الإذاء الجسدي	0.56**	0.71**	التسامح	0.40*	0.39*
الحرمان	0.51**	0.51**	التعاطف الوالدي	0.71**	0.68**
القسوة	0.71**	0.62**	التوجيه للأفضل	0.54**	0.50**
الإذلال	0.57**	0.61**	الإشعار بالذنب	0.53**	0.50**
الرفض	0.51**	0.43*	التشجيع	0.57**	0.47**
الحماية الزائدة	0.53**	0.47**	النبذ (تفضيل الإخوة)	0.72**	0.68**
التدخل الزائد	0.41*	0.41*	التدليل	0.56**	0.55**

** تعني أن معامل الإتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى 0.01.

* تعني أن معامل الإتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى 0.05.

من خلال الجدول يتضح أن معظم معاملات الارتباط مرتفعة عند مستوى الدلالة (0،01) وأيضا عند مستوى الدلالة (0،05) وهذا يدل على درجة كافية من صدق المقياس المستخدم في الدراسة

- حساب و صدق ثبات المقياس في الدراسة الحالية:

لم يتم التحقق من صدق المقياس و ثباته و ذلك بسبب عدم تطبيقه على عينة الدراسة بسبب الظروف التي تمر بها البلاد والعالم ككل.

2-4-2 الاداة الثانية للدراسة:

لتحقيق أهداف البحث وجمع المعطيات تم الاعتماد على مقياس المخاوف المرضية للأطفال (kat) der kinder – angst – test من وضع "ثرنز، تيوز "، وقد أعدته وترجمته عن الألمانية " عواطف بكر " الذي يتوافق مع البيئة الجزائرية.

- **أسباب اختيار المقياس:**

تم اختيار مقياس اختبار المخاوف المرضية للأطفال (kat) der kinder – angst – test من وضع "ثرنز، تيوز " ،و قد أعدته و ترجمته عن الألمانية " عواطف بكر " لأنه مقياس مناسب لقياس عينة الدراسة من حيث سهولته و سلاسته أي مناسب و سهل للفهم والقراءة من طرف الأطفال وهذا أكيد سيخدم نتائج الدراسة الحالية لو طبق هذا المقياس، وكذلك لأن المقياس كان معرض للنقد لذلك اختارت الباحثة هذا المقياس لكي تقوم بتحديثه من خلال حساب صدقه وثباته لكي يصبح مقياسا أكثر لقياس المخاوف الرضية للأطفال

- **وصف المقياس:** تكون مقياس المخاوف المرضية من قبل الباحثة قبل الباحثة على قسمين

- **القسم الاول:** يحتوي على التعليمات والمعلومات الشخصية

- **القسم الثاني:** يتضمن 19 فقرة كل فقرة لها بدلين حيث يجب على الطفل الإجابة بإخيار واحد لكل فقرة (نعم أو لا)

ملاحظة: كانت ستقوم الباحثة في الدراسة الحالية بحساب صدق و ثبات المقياس و ذلك بسسب نقد المقياس من حيث:

1-لم تورد الباحثة أي بيانات عن صدق و ثبات المقياس على البيئة المصرية؛

2-ارتفع أعمار بعض أفراد العينة إلى (16سنة) على الرغم من أن المقياس مخصص للأطفال؛

3-هناك قصور في اعداد الاختبار في صورته العربية نظرا للأعتماد على المتوسطات والانحرافات المعيارية فقط ، مما يقلل من فرصة تداول هذا الإختبار في الدراسات النفسية؛

5-كان من الأجدر تصميم اختبار لقياس الخوف استخراج معاييره المصرية ، بدلا من تعريب اختبار اجنبي.

3- الدراسة الأساسية:

3-1 عينة الدراسة الأساسية:

تعد مرحلة اختيار عينة الدراسة واحدة من أهم واعقد الخطوات المنهجية، لارتباطها بمسألة الدقة والموضوعية، إضافة إلى كون الجانب الميداني هو المحك الواقعي للبحث ككل. بيد أن مصدقية الدراسة ونجاعتها تزداد كلما كانت الشمولية في الدراسة الميدانية، لكن ليس من السهل مطابقة عينة الداسة للمجتمع الأصلي، فذلك يتطلب إمكانيات ليست دوما في متناول الباحث، ونظرا للظروف التي مرت بها الولاية خاصة

والدولة الجزائرية عامة من حجر صحي وإعاقة الحياة الإجتماعية فلم يتم التطبيق على العينة الممثلة للمجتمع الاصلي وكان من الصعب الحصول على عينة الدراسة التي توافق المجتمع الاصلي.

3-2 أدوات الدراسة الأساسية:

كان من المفترض بعد الحصول على أدتي القياس المناسبتين من حيث الصدق والثبات و هما مقياس (آمبو) لأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء المتكون من (74 فقرة)، ومقياس المخاوف المرضية للأطفال der kinder – angst – test (kat) المتكون من (19 فقرة)، وكذا توافقهما مع البيئة المحلية كان سيتم قيام الطلبة بالتوزيع منهما شخصيا على بعض الإبتدائيات والمتوسطات بمدينة ورقلة.

لو طبقت الدراسة لكانت العينة النهائية للدراسة متكونة من (150) تلميذ وتلميذة من بعض مدارس ورقلة في الموسم الدراسي 2020/2019 وكان من المفترض اختيارهم بالطريقة القصدية.

3-3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية:

كان من المفروض لو طبقت الدراسة استخدام مايلي:

- البرنامج الاحصائي(Spss) لتحليل البيانات ومعالجتها
- استخدام المعالجات الاحصائية التالية لتحليل نتائج الدراسة الميدانية:
- اختبار T.Test لمعالجة فروق بين عينتين مستقلتين (متغير الجنس) و مكان الإقامة (قرية مدينة)
- المتوسط الحسابي
- الإنحراف المعياري
- ومعامل الارتباط بيرسون لايجاد العلاقة بين التنشئة الأسرية لكل من معاملة الأب والأم بالمخاوف المرضية.
- النسب المئوية لمعرفة مستوى المخاوف المرضية.

الفصل الرابع

عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

7- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية العامة؛

8- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى؛

9- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية؛

10- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة؛

11- إستنتاج عام؛

12- بعض المقترحات.

1- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على مايلي:

- توجدعلاقة بين أساليب التنشئة الأسرية والمخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتأخرة.

إذا ما تم حساب نتائج هذه الفرضية وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين أساليب التنشئة الأسرية و المخاوف المرضية في مرحلة الطفولة المتأحرة؛

-لو طبقت الدراسة على العينة لكانت الإجابة على هذا الفرض بحساب معامل الإرتباط بيرسون بين تنشئة الأب وبين المخاوف المرضية ، وبين تنشئة الأم وبين المخاوف المرضية

وبعدها يفترض أن نجيب على النتائج المتوصل إليها مثلا:

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معاملة الأب والمخاوف المرضية؛

- أو وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معاملة الأب والمخاوف المرضية؛

مثلا ونفس إحتمالي النتائج بالنسبة لوجود علاقة أو عدمها بين معاملة تنشئة الأم والمخاوف المرضية

- **مقارنة النتائج المحتملة بالدراسات التي تتوافق أوتختلف معها:** للإجابة على هذا الفرض كان من المفروض لو طبقت الدراسة لأستخدمت في الدراسة الحالية اختبار(ت) لمعرفة الفروق بين الذكور والاناث في إدراك أسلوب تنشئة الأب والأم.

- **في حال تحقق الفرضية:** نجد نتائجها تتفق مع دراسة لـ "عادل صلاح محمد أحمد غنايم بعنوان العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة" المؤدية إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الذكور والإناث" ، وقد ظهرت في بعض نتائجها أن هناك فروق فردية دالة إحصائيا بين أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة ومجموعات المخاوف المرضية لدى الأطفال وبالتالي يتضح من خلال هذه الدراسة أن للتنشئة الوالدية دور كبير في ظهور أوعدم ظهور المخاوف المرضية لدى الأطفال لأن الخوف هو حالة مكتسبة تؤججها مخاوف الكبار وسوء تربيتهم، ومعاملتهم، وإهمالهم، وبيئتهم الثقافية. (بولا حريقة، 2001، ص : 89)

- **في حال عدم تحقق الفرضية:** نجد نتائجها تختلف مع دراسة وترجع النتائج إلى عدم اكتساب الطفل للمخاوف المرضية داخل أفراد أسرته لأن هؤلاء الأفراد لا تظهر لديهم مخاوف مرضية، وبالتالي لم تظهر عند الطفل لآن الخوف المرضي هو سلوك متعلم عن طريق المحكاة، والتقليد للأشخاص المحيطين بنا.

وهذا مايراه عبد المجيد الخالدي: " أن أكثر مخاوفنا كنا قد إكتسبناها بالمحكاة والتقليد دون أن يكون لنا علم محسوس أو علاقة مباشرة " (عبد المجيد الخالدي، 1997، ص : 153).

2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية على مايلي:

- نتوقع أن يكون مستوى المخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة منخفض.

في حال تحقق الفرضية:

ترجع النتائج إلى عدم اكتساب الطفل للمخاوف المرضية داخل أفراد أسرته لأن هؤلاء الأفراد لا تظهر لديهم مخاوف مرضية، وبالتالي لم تظهر عند الطفل لأن الخوف المرضي هو سلوك معلم عن طريق المحاكاة والتقليد للأشخاص المحيطين بنا.

وهذا ما يراه عبد المجيد الخالدي: "أن أكثر مخاوفنا كانا قد إكتسبناها بالمحكاة والتقليد دون أن يكون لنا علم محسوس أو علاقة مباشرة". (عبد المجيد الخالدي، 1997، ص: 153)

وكذلك دراسة لـ عادل صالح محمد أحمد غنايم بعنوان " العلاقة بين التنشئة الوالدية الخاطئة التي تؤدي إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الذكور والإناث، وقد ظهرت بعض نتائجها أن هناك فروق فردية دالة إحصائيا بين أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة ومجموعات المخاوف المرضية مثل الأطفال وبالتالي يتضح من خلال هذه الدراسة أن للتنشئة الولدية دور كبير في ظهور أو عدم ظهور المخاوف المرضية لدى الأطفال لأن الخوف هو حالة مكتسبة تؤججها مخاوف الكبار وسوء تربيتهم، ومعاملتهم، وإهمالهم، وبيئتهم الثقافية. (بولا حريقة، 2001، ص: 89)

كذلك من بين النتائج التي توصل إليها أن هناك وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع، وأطفال المستوى الاقتصادي والإجتماعي في مجموعات المخاوف المرضية. (نفس المرجع، ص: 378)

منه يمكن القول أن للواقع الاقتصادي أثر كبير على شخصية الطفل، فعدم تلبية هذا الواقع حاجيات الطفل المختلفة والأساليب السلوكية للأب، والأم مرتبطة بالتصرف في الداخل وإنشغال الأم كلها مؤشرات على شعور الطفل بعدم الإشباع والحرمان" (مصطفى خليل شرقاوي، بدون سنة، ص: 192)

وعليه نستخلص في حال عدم ظهور المخاوف المرضية، وانخفاضها عند الأطفال ما بين سن (9 إلى 12 سنة) يرجع إلى بعض خصائص هذه المرحلة كالاستقرار في الإنفعالات والتنشئة الاجتماعية، وأساليبها، كالتعلم، المحكاة، .....إلخ، بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية والإجتماعية كمستوى الدخل الأسري، معاملة الطفل بالتدليل الزائد أو الحرمان أو الإعتدال في المعاملة. (نفس المرجع)

3- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الجنس (ذكر / أنثى).

- **مقارنة النتائج المحتملة بالدراسات التي تتوافق أوتختلف معها:**

1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الجنس (ذكر / أنثى)

2)لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الجنس (ذكر / أنثى)

- **مقارنة النتائج المحتملة بالدراسات التي تتوافق أوتختلف معها:** للإجابة على هذا الفرض كان من المفروض لو طبقت الدراسة لاستخدم الطلبة اختبار(ت) لمعرفة الفروقبين الذكور والاناث في المخاوف المرضية

- **في حال تحقق الفرضية:** نجد نتائجها تتفق على أن المخاوف المرضية تختلف بإختلاف الجنس ونفسر هذا الإختلاف أن البنات يكن أكثر خوف من الذكور وقد يرجع ذلك إلى ثقافة الأبناء أنه تختلف بختلاف المجتمع والتنشئة الإجتماعية للطفل في المجتمع يغرس في الذكر أن يكون شجاعا وقويا لذا فإنه يستهجن الخوف منه، كما أن الأباء يخافون على بناتهم أكثر من خوفخم على أولادهم الذكور، ويفرضون الحماية عليهن مما يغرس فيهن الضعف ، والخضوع والإعتمادية على الغير طلبا للحماية،وقد اتفقت مع دراسة " وسيمة عمر محمد زكي 2000" التي تحقق فيها وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في الخوف حيث أن التركيب الإنفعالي والوجداني للبنت يجعلها أكثر خوفا من الذكر. (وسيمة عمر زكي، 2000، ص: 61) وتتفق مع الدراسة التي أشار إليها حامد زهران، 1997" أن المخاوف أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور"(حامد زهران، 1997، ص: 50).

- **في حال عدم تحقق الفرضية:** نجد نتائجها تختلف مع دراسة " عادل صلاح محمد أحمد غنايم "بعنوان " العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية والفوبيا لدى الأطفال ، 1993" التي تهدف إلى التعرف على أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة التي تؤدي إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الأبناء الذكور والإناث والتي كانت نتيجتها عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في بعض مجموعات المخاوف المرضية.واختلفت مع دراسة "عباس عوض و مدحت عبد اللطيف"(1990) التي أجريت على تلاميذ قوامها (220) تلميذا وتلميذة وقد توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث(عباس عوض، مدحت عبد اللطيف،1990، ص:25)

4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية على مايلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الإقامة (القرية / المدينة)

مقارنة النتائج المحتملة بالدراسات التي تتوافق أوتختلف معها:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الإقامة (القرية / المدينة)

2-لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخاوف المرضية ترجع لمتغير الإقامة (القرية / المدينة)

مقارنة النتائج المحتملة بالدراسات التي تتوافق أوتختلف معها:

-**في حال تحقق الفرضية:**نجد نتائجها تتفقمع لو تحصلنا على نتائج و اتفقت مع فرضية الدراسة فهذا أكيد يعزى للفرق و الإختلاف الموجود بين طبيعة العيش في القرية والمدنية نجد بعض المخاوف منتشرة خاصة عند الإناث أكثر في القرية من ما هو عليه في المدينة كذلك الخوف من الأماكن المزدحمة نجد أطفال القرى لديهم خوف أكثر من ماهو عند أطفال المدينة

5- إستنتاج عام:

تبقى نتائج الدراسة التي يفترض القيام بها نتائج إحتمالية حالها حال الفرضيات التي طرحت لكن لم نوفق في إثبات تحققها من عدمه و هذا بسبب الصعوبات التي شهدتها البلاد بسبب جائحة كورونا الذي أعاق العالم بجله و أكيد في حال أننا طبقنا لكانت النتائج هي تحقق للفرضيات المذكورة في الدراسة أو عدم تحققها و كذلك ممكن الخروج بنتائج أخرى كإكتشاف أساليب جديدة من طرف الآباء أو تغير في نمط العيش...الخ

6- بعض المقترحات:

لو طبقت الدراسة و تحصلنا على نتائج لاستندنا عليها في الخروج ببعض التوصيات والإقتراحات و الوصية الوحيدة من خلال هذه الدراسة هو إعادة دراسة هذا الموضوع خاصة في البيئة المحلية.

يقترح من خلال الدراسة الحالية اجراء الدراسات التالية:

1- اعادة النظر في الدراسة الحالية و إعادة دراستها لأنها لم تطبق لظروف سيئة جدا اجتاحت البلاد.

2- دراسات حول علاقات التنشئة الأسرية لدى اطفال الطفولة المتأخرة بمتغيرات أخرى منها مستوى التعليمي لوالدين، التحصيل الدراسي، التأخر الدراسي، التسرب المدرسي،.....إلخ.

2- إنشاء برامج لعلاج إضطراب المخاوف المرضية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة.

فهرس المراجع

الكتب :

1- أبو جادوصالح محمد علي، (2007)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط 6، عمان، دار الميسرة.

2- أحمد الحريري (2009)،العلاج النفسي الجنائي ، دون طبعة ، دار الغرابي ، بيروت ، لبنان .

3- أديب محمد خالدي (2009)، المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة ، الطبعة الثالثة ،دار وائل للنشر ، شارع الجمعية العلمية الملكية .

4- آرون بيك ، ترجمة عادل مصطفى (2000)، العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية ، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت .

5- أسماء عبد الله عطية، 2008، إضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة.

6- البشير سعاد (2007)، الوسوا القهري ، الطبعة الأولى ، غواس للنشر والتوزيع .

7- بطرس حافظ بطرس (2008)، المشكلات التفسية وعلاجها ، الطبعة الأولى . دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الأردن .

8- بن عقيلاني العتبي (2005)

9- تم إعتماد موقع إلكتروني.

10- جميلي خيري خليل وكمال عبده بدر الدين، 1992، معجم علم النفس في الطب النفسي، مجلد 5، مصر دار النهر العربية.

11- حامد عبد السلام زهران (2001)، علم النفس النمو ، الطفولة والمراهقة ، الطبعة الخامسة ، علم الكتب ، القاهرة .

12- حسان المالح (1995) ، الخوف الإجتماعي ، دون طبعة ، دار المنار ، جدة .

13- حسن مصطفى عبد المعطي، 2000، علم النفس النمو، دار قباء للنشر القاهرة، ط

14- حسين ياسين طه (1990)،علم النفس العام ،الطبعة الثانية ، المكتبة الوطنية ، بغداد .

15- دراسة بداوي مسعودة (بجامعة الجزائر لسنة 2008-2009)، رسالة ماجستير.

16- دراسة ثراء الجروس (بجامعة دمشق لسنة2013)، رسالة ماجستير

17- رشيد حميد زغير (2010)، سيكولوجية النمو، الطبعة الأولى ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الأردن .

18- زكريا الشربيني (2001) ، المشكلات النفسية عند الأطفال، بدون طبعة ،دار الفكر العربي ، القاهرة.

19- زكرية الشربيني، (2000)، تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته.

20- سامي لطفي عريف (2002)،سيكولوجية النمو ، دراسة الأطفال ماقبل المدرسة ، الطبعة الثانية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

21- سامية الخشاب، 1987، النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، القاهرة دار المعارف.

22- سامية لطفي الأنصاري محسن محمود (2007)، الصحة النفسية والمدرسية للطفل ، بدون طبعة ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الأزار يطة.

23- سهير إبراهيم محمد، (2003 2004)، المخاوف وعلاقتها بالتوافق النفسي والإجتماعي لدى أطفال المرحلة العمرية من 12 إلى 16 سنة، أطروحة دكتوراء منشورة، معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس، القاهرة.

24- عادل شكري محمد كريم (2007)، المخاوف المرضية قياسها وتصنيفها وتشخيصها ، دون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة ،مصر.

25- عباس محمود عوض (1999)،المدخل إلى علم النفس النمو (الطفولة –المراهقة– الشيخوخة) ، بدون طبعة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

26- عباس محمود عوض، مدحت عبد الحميد، 1990، الخوف المرضي من المدرسة لدى الأطفال " دراسة عاملية "، مجلة علم النفس القاهرة العدد 13.

27- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، الطبعة الثانية , المكتبة الجامعية ، الإسكندرية .

28- عبد الرحمان العيسوي (1990)، الأعصبة النفسية والذهانات العقلية ، بدون طبعة ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت .

29- عبد الستار إبراهيم، 1993، العلاج السلوكي للطفل، عالم المعرفة، الكويت.

30- عبد الله بن محمد الهادي الحربي، 2007، أساليب التنشئة الاسرية وعلاقتها بالتفاؤل بالتشاؤم.

31- عواطف عبد الوهاب بكر، إختبار خوف الأطفال إبتدا من عمر 9 سنوات في أحمد محمد عبد الخالق، بحوث في السلوك والشخصية، دار المعارف، القاهرة، المجلد 1.

32- فيصل محمد خير الزراد (1984) ، الأمراض العصابية والذهانية والإضطربات السلوكية ، الطبعة الأولى ، دار القلم ، بيروت ، لبنان .

33- مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2008، علم النفس الطفل، دار المعرفة الجامعية، الأسكندرية.

34- معن خليل العمر، 2004، التنشئة الإجتماعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان–الأردن.

35- ممدوحة محمد سلامة، 1987، كراسة تعليمات ودليل استخدام القبول- الرفض الوالدي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

36- منى يونس بحري سهام شوكت القره غولي، 1985، الطفولة المتأخرة ،مطبعة جامعة بغداد .

37- موسى رشاد عبد العزيز، 1993، سيكولوجية الفوروق بين الجنسين دراسة في علم النفس الاجتماعي، القاهرة، مؤسسة مختار للنشر والتوزريع.

38- نبيهة صالح السامراني (2007)أعراض الأمراض النفسية العصابية ، الطبعة الأولى

39- وسيمة عمر محمد زكي (2000) ، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنار.

المراجع الأجنبية:

1- Bary,1978.

2- Burke, 2000.

3- Eccles, 1999.

4- Kitahara, 1987.

فهرس الملاحق

الملحق (1)

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استبيان

التعليمات:

عزيزي التلميذ/ عزيزتي التلميذة وفقكم الله.

سلام الله عليكم ورحمته وبركاته.

- ❖ هذا المقياس بغرض اجراء دراسة لمعرفة بعض الأساليب التربوية.

أرجو منك عزيزي التلميذ/عزيزتي التلميذة.

التكرم بالمساعدة للوصول إلى أدق النتائج وذلك بقراءة العبارات في المقياس والاجابة الصحيحة عليها بوضع إشارة (x) أمام كل عبارة وتحت كلمة واحدة فقط تنطبق على حالتك بالنسبة لرأيك في معاملة الأب وأيضا في رأيك في معاملة الأم كما هو موضح في المثال التالي:

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب				الرأي في معاملة الأم			
		دائما	احيانا	قليلا جدا	لا أبدا	دائما	احيانا	قليلا جدا	لا جدا
1	هل تظن أن عقاب والديك لك كان عادلا (لم يظلمك)								

وذلك بعد تعبئة نموذج البيانات الأولية

البيانات الأولية

1. الاسم (اختياري):
2. الجنس: ذكر ( ) ، أنثى ( ).

3. العمر: ( ) سنة.
4. مكان الاقامة: قرية ( ) مدينة ( ).
5. المدرسة أو المؤسسة.

م	العبارات	الرأي في معاملة الأب				الرأي في معاملة الأم			
		دائما	أحيانا	قليلا جدا	لا أبدا	دائما	أحيانا	قليلا جدا	لا أبدا
1	هل تظن أن عقاب والديك لك كان عادلا (لم يظلمك)؟								
2	هل حدث أن غضبت من أمك أو أبيك لا نهما منعا عنك شيئا تحبه؟								
3	هل كان أبوك وأمك يعاقبانك على الأخطاء الصغيرة؟								
4	عندما كنت طفل/طفلة هل ضربك أحد والديك أو وجه إليك لفظا سيئا أمام أناس غرباء؟								
5	هل دللك والداك وعاملاك معاملة أحسن من إخوتك؟								
6	هل منعك أحد واليك من عمل مباح يعمله الآخرون بحجة أنهم خائف عليك من ضرره؟								
7	هل تشعر أن خوف والديك عليك يجعلهما يتدخلان في كل شيء تعمله؟								
8	هل تظن أن أمك وأباك كانا يتمنيان أن تكون أحسن مما أنت عليه الآن؟								
9	هل اعتاد أبوك وأمك على إظهار حبهما لك بالكلام أو بالفعل؟								

10	هل كان أبوك وأمك يحاولان أن يجعلاك إنسانا له/إنسانة له شأن وقيمة؟								
11	هل كان والداك يغضبان جدا إذا حدث منك خطأ لدرجة أنك تحس فعلا بالذنب أو عذاب الضمير؟								
12	هل كان والداك يشجعانك في الظروف الصعبة؟								
13	هل كنت تحس أن أباك وأمك يحبان أحدا من إخوتك أكثر منك؟								
14	هل كنت تشعر بأن والدك لم يحبك؟								
15	هل كان والدك يضربك بقسوة على أخطاء صغيرة لا تستحق الضرب عليها؟								
16	هل كان والداك يحاولان أن يوفرا لك حاجات مثل أصحابك وكانا يبذلان أقصى جهدهما من أجل ذلك؟								
17	هل تظن أن أحد أبويك كان شديدا أو قاسيا في تعامله معك؟								
18	هل كان والداك يتحدثان عن كلامك وأفعالك أمام الناس الغرباء بشكل يشعرك بالخجل؟								
19	هل كل أبوك وأمك يرفضان الحديث معك مدة طويلة بسبب خطأ صغير وقعت فيه؟								

20	هل يتدخل والداك فيما تقوم به من أعمال؟								
21	هل والدك ينتقدك أصحابك الذين تحب أن يزورتك في المنزل؟								
22	هل تعتقد أن والديك يحترمان رأيك؟								
23	هل كان والدك يظهران شعورهما بالحب والعطف والخنان عليك؟								
24	هل كان والداك متهمين بأن تحصل على درجات عالية في الاختبارات المدرسية؟								
25	هل كنت تشعر أن والديك يفكران أن أخطاءك هي السبب في عدم سعادتهما، أو أنك السبب؟								
26	هل كنت تشعر أن والديك يمكن أن يقدما لك المساعدة عندما تتعرض لمواقف صعبو؟								
27	هل عاملك والداك معاملة أسوا من معاملتهما لإخوانك؟								
28	هل أبوك وأمك كانا يسمحان لك بأخذ أشياء لا يسمحان به لإخوتك؟								
29	هل حدث أن عاقبك والداك وأنت لم ترتكب خطأ تعلمه؟								

30	هل كان والدك يبخلان عليك بالاشياء التي تحتاجها؟								
31	هل كان والدك يغضبان منك إذا لم تشارك في أعمال البيت المطلوبة منك؟								
32	هل والدك يقولان لك أنت أصبحت رجلا/امرأة وباستطاعتك عمل ما تريد؟								
33	هل تستطيع أن تذهب إلى والديك إذا ارتكبت خطأ ما وتصليح خطأك وتطلب منهما السماح؟								
34	هل أبوك وأمك كانا خائفين على صحتك بدون داع وبقلق مستمر؟								
35	هل كنت تخبر والديك عند عودتك للمنزل عن كل ما فعلته وحدث لك خارج المنزل؟								
36	هل كان والداك يتقبلانك على طاعك ومهما كانت طريقة تعاملك معهما؟								
37	هل تشعر أن والديك كانا يحبان أن يكونا بجوارك قدر الإمكان؟								
38	هل كان والداك يضغطان عليك لكي يجعلانك من أفضل الرجال /النساء؟								
39	هل كن والداك يقولان لك إذا فعلت كذا سوف نهجرك (نزعل عليك)؟								

40	هل كان أبوك وأمك يجعلانك السبب وراء أي عمل سيئ؟								
41	هل تشعر أن والديك يحبانك أكثر من إخوتك؟								
42	هل حدث أن ضربك أحد والديك من غير سبب؟								
43	هل كنت تشعر أن والديك كانا أنانيين وبخيلين معك؟								
44	هل كان والداك يقولان لك باستمرار نحن غير موافقين على ما تفعله في المنزل؟								
45	هل كان والداك ينتقدانك ويصفانك بأنك كسول كسولة وقليلة الفائدة أمام الناس الغرباء؟								
46	هل كنت تشعر أنه من الصعب عليك أن ترضي والديك؟								
47	هل حدث أن والديك كانا يحاولان الضغط عليك لكي تأكل أكثر من طاقتك؟								
48	هل كان والداك يهتمان بنوع الأصدقاء الذين تختارهم وتخرج معهم؟								
49	هل كان الاختلاف في الرأي بينك وبين والديك يقابل بالاحترام منهما ولا يفسد المحبة والود بينكم؟								

50	هل كنت تشعر أن العلاقة بينك وبين والديك كانت علاقة حب وعطف؟								
51	هل تظن أن والديك كانا يطلبان أن تتفوق خصوصا في المدرسة أو الرياضة و الخياطة أو أشياء مثل ذلك؟								
52	هل والداك كانا يقولان لك عبارات مثل هل هذا جزاء تربيتنا لك أو هذا هو جزاء تربيتنا من أجلك؟								
53	هل أبوك وأمك يشجعانك على كل ما تفعله؟								
54	هل كنت الشخص الوحيد بين إخوانك الذي يوجه والدك اللوم إليه لو حدث شيء غير جيد؟								
55	هل كنت في العادة تذهب إلى المكان الذي تريده من غير ما يكون والداك قلقين عليك بشدة؟								
56	هل كان والديك عادة يضربانك بقسوة؟								
57	هل كان والداك لا يسمحان لك ان تفعل أو تأخذ ما تريد بحجة أنهما لا يريدان أن تكون مدلل؟								
58	هل كان والداك يعاملانك بطرسقة قاسية (بدون لين)؟								

59	هل كان والداك يعاملانك بطريقة تشعرك بالحرج والخجل؟								
60	هل حدث أن غضب والداك من غير أن تعرف سببا لغضبهما؟								
61	هل تمنيت أن خوف وقلق والديك عليك لم يكن بالشكل الذي تشعر به؟								
62	هل كان والداك يضعان حدودا للمسموح به والممنوع عمله ويتمسكان بهذه الحدود بشكل محكم جدا؟								
63	هل كنت تشعر أن والديك كانا يأملان أن تكون في وضع أحسن مما أنت عليه؟								
64	هل كان والديك يعانقانك (أي يضمانك إلى صدريهما)؟								
65	هل كنت تشعر أن والديك كانا فخورين عندما تنجح في أي مهمة تقوم بها؟								
66	هل حدث أنك شعرت بعذاب الضمير نحو والديك لأنك تصرفت بطريقة لا يحبانها؟								
67	هل كان والديك يشجعانك على إشباع هويتك والحاجات التي تحبها؟								
68	هل كان والداك يسمحان لإخوتك أن يأخذوا أشياء كانا يمنعانك عنها؟								

69	هل كان والداك يفضلانك على إخوتك؟								
70	هل حدث أن والديك كانا يدعانك تنام من غير عشاء؟								
71	هل كان والداك يعاقبانك بقسوة حتى على الأخطاء الخفيفة؟								
72	هل تعتقد أن شعور والديك بالخوف عليك من حدوث شيء كان شعورا مبالغا فيه أكثر من اللازم؟								
73	هل كنت تجد الراحة لدى والديك عندما تبث لهما أحزانك؟								
74	هل كان والداك يقفان في صفك ضد إخوتك حتى ولو كنت أنت المخطئ/المخطئة؟								

الملحق (2)

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استبيان

التعليمات:

- على الصفحة التالية توجد بعض الجمل والمطلوب منك أن تقرأها جيدا وتجيب عليها بالإجابة التي تعجبك.
- ستجد أمام كل جملة كلمتين (نعم)، (لا) فإذا اردت أن تجيب بنعم فضع دائرة حول (نعم) أما إذا أردت أن تجيب بلا وضع دائرة حول (لا).
- لا تترك جملة من غير إجابة.

بيانات يملأها الطفل:

الاسم (اختياري): الجنس: \اكر ( )، أنثى ( ).

المدرسة أو المؤسسة: مكان الإقامة: قرية ( ) مدينة ( ).

العمر أو تاريخ الميلاد: ( ) سنة.

ضع دائرة حول الجواب الذي يعجبك

أخاف من الحيوانات أكثر من غيري.	نعم	لا
اشعر كثيرا بالصداع.	نعم	لا
أكون حزينا عندما أذهب للنوم ليلا.	نعم	لا
أخاف أن يكرهني الناس.	نعم	لا
أفكر دائما في مشكلتي.	نعم	لا
أشعر أن كل شيئا اعله صعب علي.	نعم	لا
يأمرني اهلي دوما بان احترس وأكون حذرا	نعم	لا
أخاف أن يشتمني أحد في المدرسة أو يعاقبني.	نعم	لا
أهلي يخافون على كثيرا ويمنعونني من أشياء كثيرة.	نعم	لا
أفكار في واجبات المدرسة واحمل همهما كثيرا.	نعم	لا
أفكر دائما في ماذا أكون عندما أكبر.	نعم	لا
أخاف أن أمرض أو يحث لي ضرر.	نعم	لا
أنا اغضب بسرعة.	نعم	لا
أنا ارتبك عند حل الواجب في الفصل أو الامتحان.	نعم	لا
احاسب نفسي عندما أعمل شيئا خطأ.	نعم	لا
أهلي يمنعونني من أن أعمل كل ما أريد.	نعم	لا
يظهر علي الخجل ويحمر وجهي بسرعة.	نعم	لا
أفكر دائما في أبي وأمي ومعاملتهما لي.	نعم	لا