فاعلية برنامج إرشادي

لخفض مستوى المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

د. صالح المهدي الحويج
جامعة مصراتة

الفصل الأول

أولاً: مقدمة البحث

إن المخاوف الأكثر شيوعاً بين الأطفال هي المخاوف المحسوسة التي لها مصادر حقيقية واقعية ومحددة يلمسها الآباء في أطفالهم بسهولة لأنهم يعبرون عنها بوضوح، ومنها الخوف من المدروسة، من الطيب، من الشرطي من الحيوانات، من الظلام،من البرق، من الماء من البحر، من النار، من الحشرات، ومن الأشياء الغريبة والجديدة عليهم، وذلك لأن الغريب والجديد مثير لم يتعلم ولم يستعد الطفل للاستجابة له ولذلك فإنه يثير فيه الخوف[1].

وتتجمع فوبيات عديدة كلما تعددت مختلف المواقف التي حدثت فيها نوبات الهلع، لذلك نجد أن مريض الفوبيا يتحاشى مع الوقت مواقف كثيرة خشية من الإحراجات

[1] ملاك جرس: مشاكل الصحة النفسية للأطفال، الدار العربية للكتاب، تونس 1985، ص33.

الاجتماعية للمراهقين معه، ويدخل في حلقات مفرغة من التوقعات والتجنبات وتزداد المواقف التي لا يقوى على مواجهتها[2].

ويظهر الطفل مخاوفه بطرق عدة: عن طريق الصراخ أو أن يتحدث عنها أو أن يظهر علامات أو ارشادات سلوكية معينة، وردود أفعال فسيولوجية متباينة تتضمن حدوث رعشة، أو ازدياد في معدل ضربات القلب، أو حدوث دوار، أو صعوبات في التنفس، أو إفراز العرق بغزارة[3].

وتمثل المخاوف المرضية الاستجابة العصابية الأولى للأطفال وذلك ما يجعل كثر من الباحثين، يذهبون إلى الاعتقاد بأن العصاب عند الطفل هو المخاوف المرضية، أي أن المخاوف المرضية تمثل نقطة البداية في كثير من الحالات العصابية والذهانية[4].

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات والتغير مع التقدم في العمر، ففي الشهور الأولى من حياة الطفل تصدر مخاوفه عن منبهات مادية توجد في بيئته المباشرة مثل: الأصوات العالية المفاجئة أو شخص غريب أو الشعور بفقدان شخص معين، إلا أن هذه المنبهات قد تفقد قوتها المثيرة وتحل محلها مثيرات ومواقف أخرى عندما يتقدم في العمر، فالفترة التي تقع بين سنتين وخمس سنوات نلاحظ أن منبهات الخوف تزداد في العدد وتختلف في النوع حيث تبرز مخاوف تتصل بالأشياء البالية القديمة ومخاوف من الأوهام ومخاوف من التعرض للمخاطر، ومن الحيوانات الغريبة ومن الأشباح والظلام[5].

والطفل المتخلف عقلياً يخاف الأمور التي لا يدركها أو التي تذكره بذكريات سيئة فمثلاً يخاف الهرة لأنها خدشته أو عضت يده حين حاول أن يجذبها من ذيلها ذات مرة. [6]

---

[2] عبدالرؤوف ثابت: مفهوم الطب النفسي، الأهرام، القاهرة، 1993، ص1992.

[3] Johnson, S.B.: situational fears and object phobias in the clinical guide to child psychology , London, collier-macmillan. 1985, p.169.

[4] عبدالرحمن سيد سليمان: قياس المخاوف المرضية من الظلام لدى الأطفال، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1990، ص124.

[5] مصطفى فهمي: سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة مصر، القاهرة، ب.ت ص 69 – 70.

[6] عدنان سبيعي، في سيكولوجية المرضى والمعاقين، الشركة المتحدة للطباعة، دمشق 1982، ص224.

والأطفال المتخلفون عقلياً أكثر عرضة للإضطرابات النفسية بسبب ما يعانونه من معوقات جسمية أو ذهنية. وقد أبدت دراسات كثيرة ارتفاع نسبة الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. فبيّنت دراسة كمال إبراهيم 1980 أن حوالي 92% من الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون من القلق ومخاوف مرضية وخاصة منها المتعلقة بالمدرسة وكذلك الحال في دراسة nacullin، ودراسة singh , 1991 etal ودراسة HuntereD & b 1991، ودراسة oGrizenk 1991.

ولا شك أن هاته الفئة مهملة في علاجها والاهتمام بها مما يؤدي إلى استمرار المخاوف المرضية وهو ما يستدعي الفهم والعلاج من أجل مساعدة هؤلاء الأطفال.

ثانياً: أهمية البحث

تنبثق أهمية البحث من حيث اهتمامها بفئة مهملة ومهمشة اجتماعياً ونفسياً وبحثياً، وبالتالي فإن الاهتمام بعلاج مخاوف هؤلاء الأطفال يتيح لهم حياة خالية من الخوف والتوتر إضافة إلى أن أهمية هذا البحث ستكون في نتائجه التي يستفاد منها في المجالات التربوية والارشادية الموجهة للأباء وللمدرسين وللمختصين.

ثالثاً: أهداف البحث

يهدف بحثنا إلى ما يلي:

1. التعرف على المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في العينة المبحوثة.
2. التعرف على المخاوف المرضية الشائعة لدى الذكور والإناث في هذه العينة.
3. إعداد برنامج يهدف لتخفيض مستوى المخاوف المرضية.
4. التحقق من مدى فاعلية البرنامج الارشادي في علاج الأطفال المتخلفين عقلياً من المخاوف المرضية.

رابعاً: مشكلة البحث

من خلال عمل الباحث الاكلينكي في عيادات نفسية عديدة ومن خلال إشرافه كمختص على الفصل الخاص بالأطفال المتخلفين عقلياً في مدرسة المناهل بمدينة مصراته ومن ملاحظاته العلمية تبين وجود مخاوف عديدة لدى هؤلاء الأطفال ترجمها الباحث في التساؤلات الآتية قصد الوصول إلى إجابات علمية شافية.

س1- هل تنتشر المخاوف المرضية لدى الأطفال المتأخرين عقلياً ؟ وما هي أكثر المخاوف شيوعا ؟

س2- هل تختلف هاته المخاوف لدى الذكور عنها لدى الإناث ؟

س3- ما مدى مساهمة وفاعلية البرنامج الارشادي المعد من الباحث في خفض مستوى المخاوف المرضية لدى أطفال العينة التجريبية.

خامساً: حدود البحث

يتحدد البحث الحالي بعينة البحث المختارة في الفصل الدراسي الخاص بالمتخلفين عقلياً في مدرسة المناهل بمدينة مصراته وبالمنهج المستخدم وهو المنهج التجريبي (مجموعة ضابطة، وأخرى تجريبية وتطبيق أدوات البحث على المجموعتين قبل وبعد التطبيق الارشادي) وبالفترة الزمنية المحددة وبالأساليب الإحصائية المستخدمة وبالأدوات المطبقة.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: المخاوف المرضية

يرى Graziano , Etal[7] أن المخاوف تظهر كرد فعل طبيعي لتهديد حقيقي وتشتمل على ثلاثة استجابات على الأقل(التعبيرات السلوكية الصريحة أو الظاهرة، المشاعر الضمنية أو الداخلية، النشاط الفسيولوجي) بينما تظهر المخاوف المرضية كمخاوف محددة تتضمن واحدة من ثلاث:(الاستمرارية، عدم التكيف، المبالغة).

لذلك فالمخاوف المرضية هي خوف مرضي دائم من وضع أو موضوع أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان مخيف بطبيعته، ومن ثم فهو لا يستند إلى أساس واقعي، وغالباً ما يصعب ضبطه أو التخلص منه، أو السيطرة عليه إلا في إطار العلاج أو الإرشاد النفسي، ورغم أن هذا الخوف يتملك المريض ويحكم سلوكه، ويصاحبه شعوره بالقلق والعصابية إلا أن المريض يدرك أن خوفه غير منطقي وليس له ما يبرره.[8]

---

(7) Graziano , Etal: Behavioral treatment of childrens fears Areview psychological Bulletln,1996 , p.80

(8) عبد الرحمن سيد سليمان: دراسة مقارنة لأثر أسلوب التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، عين شمس 1988، ص6.

فاستجابة الخواف حيلة لا شعورية دفاعية يحاول المريض أثناءها عزل الخوف الناشئ عن فكرة أو موضوع، أو موقف معين في حياته اليومية فيحوله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي، ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي، ومن هنا ينشأ الخواف الذي يعلم المريض عدم جدواه، وأنه لا يوجد أي خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه، وعلى الرغم من معرفته التامة لذلك إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف[9].

ونخلص إلى المخاوف المرضية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بأنه خوف شاذ ومرضي من موقف لا يدركه الطفل المتخلف عقلياً، أو يرتبط بخبرات غير سارة ولا يمكن التحكم فيه إلا في ضوء الإرشاد والعلاج النفسي، ويصاحبه أعراض نفسية وجسمية تتباين في شدتها ويتراوح الخوف من درجة عدم الارتياح إلى درجة الهلع الشديد ويؤدي بالفرد المتخلف عقلياً إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

وتتضمن هاته المخاوف تصنيفات عديدة كالخوف من الأماكن العالية، ومن الأماكن المفتوحة والخوف من القطط، ومن الماء، ومن الأماكن المغلقة، الخوف من الكلاب، ومن الثعابين ومن الحريق، ومن الغرباء، ومن الفئران، الخوف من الظلام، الخوف من المدرسة.

ثانياً: التخلف العقلي

يعرف حسب الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بأنه خلل أساسي في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية، تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية، مصحوباً بقصور في المهارات التوافقية في واحد أو أكثر من المجالات الآتية: الاتصال، العناية بالنفس، المهارات الاجتماعية، الأداء الأكاديمي، المهارات العملية، قضاء وقت الفراغ، الإفادة من المجتمع، التوجيه الذاتي، العمل، المعيشة، الاستقلالية وغالباً ما يكون القصور في بعض الجوانب التوافقية مصحوباً بمهارات توافقية أخرى قوية، أو مجالات أخرى للكفاءة الشخصية ويتعين أن يكون القصور في المهارات التوافقية محدداً في سياق بيئة اجتماعية كتلك التي يعيش فيها أقران الفرد ممن هم في عمره[10].

---

[9] أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة، 1992، ص129.

[10] صفوت فرج: التخلف العقلي الوضع الراهن وأفاق المستقبل، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1992، ص42.

ويعرفه " بدوي " بأنه توقف نمو الذهن قبل اكتماله، ويحدث في الطفولة بسبب عوامل وراثية أو بيئية تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وينتج عن هذا التوقف قصور في الفهم والإدراك[11].

فيما يعرفه " كمال " بأنه حالة بطء ملحوظ في النمو العقلي تظهر قبل سن الثانية عشرة من العمر، ويتوقف العقل فيها قبل اكتماله، وتحدث لأسباب وراثية أو بيئة أو وراثية وبيئية معاً. ونستدل عليها من انخفاض مستوى الذكاء العام بدرجة كبيرة عن المتوسط في المجتمع ومن سوء التوافق النفسي والاجتماعي الذي يصاحبها أو ينتج عنها[12].

أما أحمد عزت فيعرف التخلف العقلي بأنه عجز في الكفاية العقلية يعوق الفرد عن التكيف بمختلف صوره المهني، التعليمي، الاجتماعي وينتج عن عوامل بيولوجية أو بيئية تعوق نمو الذكاء أو لا تستغله استغلالاً كافياً [13].

بينما يرى كل من جون، الآن أن التخلف العقلي هو حالة من القدرة العقلية المحدودة التي توجد لدى الأفراد الذين لديهم نسبة ذكاء عادة ما تقل عن 70 على اختبارات الذكاء المقننة، والذين يعانون من صعوبة في التكيف للحياة اليومية[14].

ويصنف التخلف العقلي على أسس عدة منها نسبة الذكاء، والتصنيف الإداري والقانوني والمرضي، إلا أن التصنيف الذي يلقي قبول غالبية الباحثين هو التصنيف الذي يتضمن تقسيم التخلف العقلي إلى فئات: التخلف العقلي البسيط، التخلف العقلي المتوسط، التخلف العقلي الشديد.

1- التخلف العقلي البسيط: Miled men Retardation

وتتراوح نسبة ذكائهم بين (51 – 70) وهي تساوي عشر سنوات عمراً عقلياً لطفل يبلغ من العمر 15 سنة وذلك بنسبة ذكاء 67 وأطفال هاته الفئة يمكن تدريبهم على الأعمال البسيطة كالسجاد وتربية الدواجن، الفلاحة، النجارة البسيطة، السجاد، طبع المستندات، ويتعرف على المواقيت وعلى أيام الأسبوع، وتعلم الحساب والقراءة حتى

---

[11] أحمد بدوي وآخرون: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، دار الكتاب المصري، القاهرة، 1987، ص164.

[12] كمال إبراهيم موسى: مرجع في علم التخلف العقلي، دار القلم، الكويت، 1996، ص424.

[13] أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة، 1996.

[14] John,w & Allen,L: Psychology. New York , Brown , Communication , Inc. 1993 , p. 125.

الصف الخامس قطع التذاكر في الأماكن العامة ببطء ويمكنهم الاستفادة من التنمية الاجتماعية والحصول على الخبرات اللازمة لحياتهم بشكل بسيط وعادي، ورغم عدم قدرتهم على استيعاب كثير من المفاهيم المجردة إلا أنهم يكون قادرين بصفة عامة على فهم كلام الآخرين والتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة وبالرغم من كل الصعوبات التي يعانونها من قصور في الانتباه والذاكرة والتعلم والدافعية إلا أنهم قادرون على تحقيق تقدماً في النمو العقلي حتى المرحلة الابتدائية إذا ما توفرت لهم الأرضية المناسبة.

2- التخلف العقلي المتوسط: Moderate Mental Retardation

يتراوح معدل ذكاء هاته الفئة بين 35-50 ولا يزيد مستواهم الذهني في الرشد عن مستوى ذكاء أبناء السنوات من (4-7) وهم غالباً في حاجة لرعاية طوال حياتهم وغير قادرين على الزواج،ولا يستطيعون الاستقلالية عن الآخرين، ويمكن مساعدتهم في تطوير المهارات الخاصة بالعناية بالاحتياجات الشخصية وبعض الموضوعات المحسوسة وتعلم الرموز الشائعة،والمهارات المهنية البسيطة ويعاني كثيراً منهم من تشوهات عضوية، ويظهر على سلوكهم العدوانية بين الآن والآخر.

3- التخلف العقلي الشديد: Sever Mental Retardation

يتراوح معدل ذكاء هاته الفئة من 34 ← فأقل، وهم يعانون من خلل شديد في جميع جوانب الشخصية، وكثيراً منهم لديه عاهات كالصمم، والبكم والنوبات الصرعية، وفقدان التآزر الحركي، وصحتهم سيئة وأعمارهم قصيرة، ويتصفون بعدم نحو المهارات الحركية والكلامية والاجتماعية بالإضافة إلى عدم التحكم في المخارج، منهم في حاجة إلى مساعدة مستمرة ورعاية خاصة لأنهم لا يدركون الخطر نتيجة الضمور الشديد في خلايا الجهاز العصبي المركزي.

ونهدف من الإرشاد النفسي للأطفال المتخلفين عقلياً إلى:

مساعدة الأطفال المتخلفين عقلياً في التغلب على مخاوفهم والتكيف مع المواقف المخيفة والقدرة على مواجهتها، ومساعدتهم في الانتقال من خطوة إلى أخرى في البناء الهرمي للمخاوف، إضافة إلى ارشدا الأباء والمعلمين إلى ضرورة التعرف على خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً لإمكانية مساعدتهم وتجنيبهم الوقوع في المواقف التي تؤدي إلى الخوف ولقد اهتمت الدراسات في البيئات العربية والأجنبية بجوانب مختلفة للمتخلفين عقلياً كدراسة Derevensky للمخاوف المرضية من خلال تحليل التقارير اللفظية لدى عينة من الأطفال المتخلفين، ودراسة محمد عبدالمؤمن كدراسة

مقارنة بين المخاوف المرضية لدى عينة من التلاميذ العاديين والمتخلفين عقلياً (تخلف بسيط) وأظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين العينتين وكذلك الحال في دراسة Vandenberg 1993 ودراسة Getta 1994 ودراسة Ramirez & kratochwill 1997. فيما كانت دراسة Obler & Terwilliger 1970 تهدف إلى التحقق من مدى فعالية استخدام فنية التحصين التدريجي في علاج مخاوف مرضية لدى أطفال متخلفين عقلياً من رؤية الكلاب والحافلات العامة، وأتت دراسة Freeman 1976 لتهدف إلى خفض حدة المخاوف المرضية من إجراء الفحوصات الجسمية لدى طفل متخلف عقلياً.

أما Wilson & Jackson 1980 تهدف الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية فنية التحصين التدريجي في علاج المخاوف المرضية من استخدام المرحاض لدى طفل متخلف عقلياً، وتوصل إلى نتائج أبانت عن تحسن مستمر يؤكد فعالية البرنامج، أما دراسة Matsan 1981 فهدفت إلى علاج الخوف الاجتماعي لدى ثلاثة متخلفات عقلياً يبدين خوفاً من رؤية ومحادثة أشخاص غير مألوفين لديهن وأبان البرنامج عن نتائج إيجابية في علاج هاته الحالات.

الفصل الثالث: إجراءات البحث

أولاً: فروض البحث

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذكور والإناث المتخلفين عقلياً في المخاوف المرضية الشائعة.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المخاوف المرضية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

ثانياً: عينة البحث

تكونت عينة البحث من 10 أطفال من المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلي البسيط من الفصل الخاص بالقدرات الذهنية بمدرسة المناهل بشعبية مصراته وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

المجموعة التجريبية: مكونة من 5 أطفال (3 بنين ، 2 بنات) وهي المجموعة التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها.

المجموعة الضابطة: مكونة من 5 أطفال (3 بنين، 2 بنات) وهي المجموعة التي لم تتعرض للبرنامج المستخدمة مع المجموعة التجريبية، وإنما تركت بدون إرشاد نفسي.

وقد راعينا في اختيار عينة الدراسة (التجريبية والضابطة) الشروط الآتية:

- أن تتراوح نسبة ذكائهم بين 51 – 70.
- أن تتراوح أعمارهم بين 8 – 12 سنة.
- أن يكونوا من فئة التخلف العقلي البسيط.
- أن يكونوا من الأطفال الذين تحصلوا على درجات مرتفعة في مقياس المخاوف المرضية.

فكانت العينة متجانسة في العمر الذهني، مستوى الذكاء، السلوك التكيفي، المخاوف المرضية.

الجداول الآتية توضح ذلك:

جدول رقم (1)

المتغير	ن	م	ع	ت	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	5	122.20	11.90	0.35	غير دالة
المجموعة الضابطة	5	124.20	11.950		

جدول يبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني وهو ما يدل على تجانس عينة البحث في هذا المتغير.

جدول رقم (2)

المتغير	ن	م	ع	ت	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	5	61.80	4.41	1.28	غير دالة
المجموعة الضابطة	5	58.85	5.51		

جدول يبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء، وهو ما يدل على تجانس عين البحث في هذا المتغير.

ولقد قمنا بإجراءات التجانس في السلوك التكيفي وفي المخاوف المرضية فتبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين مما يدل على التجانس في متغيري السلوك التكيفي والمخاوف المرضية.

رابعاً: أدوات البحث

لقد استعان الباحث بالأدوات الآتية:

- مقياس المخاوف المرضية.
- مقياس السلوك التكيفي د. فاروق صادق.
- مقياس رسم الرجل للذكاء.

البرنامج الارشادي والذي طبق على الأطفال المتخلفين عقلياً في العينة التجريبية، حيث قام الباحث بجمع المعلومات قبل الجلسات الارشادية التي تستهدف تخفيض المخاوف فكانت بيانات عن الطفل المتخلف عقلياً وبيانات عن والديه وبيانات عن مخاوفه المرضية وكانت الجلسات مرة أسبوعياً لمدة شهرين يستخدم الباحث التعزيز الإيجابي للعلاقة الارشادية وتقديم أفكار صحيحة عن المخاوف بطريقة مبسطة تناسب قدرات العينة الذهنية، ولقد روعي في اختيار المكان الهدوء والحجرات المناسبة والزمن المناسب.

وبعد تطبيق البرنامج الارشادي استعان الباحث بالأساليب الإحصائية الآتية:

1. النسبة الحرجة: لبيان الدلالة الإحصائية للفروق بين النسب المئوية في المخاوف المرضية الشائعة بين الجنسين.
2. اختبار T.test لبيان الدلالة الإحصائية للفروق بين القياس القبلي والبعدي في المخاوف المرضية لدى العينة التجريبية، وكذلك بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المخاوف المرضية في القياس البعدي.

الفصل الرابع: نتائج البحث

بعد تفريغ البيانات واستخدام الحاسب الآلي في التحليل الإحصائي توصلنا إلى النتائج الآتية كما هي موضحة في الجداول الآتية:

جدول (3)

يبين دلالة الفروق بين النسب المئوية لتكرارات المخاوف المرضية الشائعة للذكور والإناث

العبارات	الذكور ن.م	الإناث ن.م	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
الخوف من الظلام	% 40	% 78	3.34	0.01
الخوف من رؤية القطط	% 41	% 70	2.82	0.01
الخوف من النار	% 48	% 78	3.33	0.01
الخوف من الأماكن المرتفعة	% 60	% 39	2.32	0.01
الخوف من الطبيب	% 42	% 57	1.29	غير دالة
الخوف من الوحدة	% 41	% 64	3.01	0.01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين الجنسين حيث كانت الفروق في صالح الإناث في الخوف من الظلام وفي الخوف من رؤية القطط وفي الخوف من النار وفي الخوف من الطبيب وفي الخوف من الوحدة بينما كانت الفروق في صالح الذكور في الخوف من الأماكن المرتفعة.

جدول (4)

يبين دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في المخاوف المرضية في القياس القبلي والبعدي

المتغير	ن	م	ع	ت	مستوى الدلالة
القياس القبلي	5	30.111	3.217	15.51	0.001
القياس البعدي		9.400	1.516		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى المخاوف المرضية لدى أطفال العينة التجريبية لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (5)

يبين دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المخاوف المرضية في القياس البعدي

المتغير	ن	م	ع	ت	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	5	10.321	1.526	28.47	0.01
المجموعة الضابطة	5	27.981	0.998		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.01 يبين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المخاوف المرضية في القياس البعدي لمصالح المجموعة التجريبية.

توصيات البحث

- ☒ الاهتمام بفئة المتخلفين عقلياً لأنهم يمثلون إحصائياً وحسب منظمة الصحة العالمية حوالي 2.5% من كل مجتمع.
- ☒ استخدام الأساليب العلمية الحديثة في إدماج هؤلاء الأطفال أسرياً وتعليمياً وتدريبياً.
- ☒ العمل على إعداد برامج توعية شاملة مرتبة ومجموعة ومكتوبة موجهة لأولياء الأمور والمدرسين والمشرفين على هؤلاء التلاميذ بمراكز تنمية القدرات الذهنية.

المقترحات

نقترح إجراء البحوث الآتية:

1. دراسة المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال العاديين.
2. دراسة المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (المكفوفين، الصم، البكم، والمعاقين حركياً).
3. تشجيع الباحثين في مرحلة الماجستير والدكتوراه على إعداد برامج ارشادية موجهة لعلاج الاضطرابات المختلفة.

المراجع

1. ملاك جرس: مشاكل الصحة النفسية للأطفال، الدار العربية للكتاب، تونس 1985.
2. عبد الرؤوف ثابت: مفهوم الطب النفسي، الأهرام، القاهرة، 1993.
3. عبد الرحمن سيد سليمان:قياس المخاوف المرضية من الظلام لدى الأطفال مجلة علم النفس،العدد الرابع عشر،الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1990
4. مصطفى فهمي: سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة مصر، القاهرة، ب.ت.
5. عدنان سبيعي، في سيكولوجية المرضى والمعاقين، الشركة المتحدة للطباعة، دمشق 1982.
6. عبد الرحمن سيد سليمان: دراسة مقارنة لأثر أسلوب التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، عين شمس 1988.
7. أحمد عكاشه:الطب النفسي المعاصر،الأنجلو المصرية، القاهرة،1992.
8. صفوت فرج: التخلف العقلي الوضع الراهن وأفاق المستقبل، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، يوليو، 1992.
9. أحمد بدوي وآخرون: معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية، دار الكتاب المصري، القاهرة، 1987.
10. كمال إبراهيم موسى:مرجع في علم التخلف العقلي،دار القلم،الكويت،1996
11. أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة، 1996.
12. Johnson, S.B.: situational fears and object phobias in the clinical guide to child psychology , London, collier-Macmillan. 1985.

13. Graziano , Etal: Behavioral treatment of childrens fears Areview psychological Bulletln,1996.
14. John,w & Allen,L: Psychology. New York , Brown , Communication , Inc. 1993.