LEVELS OF FEARS AMONG STUDENTS OF THE FIRST CYCLE OF BASIC EDUCATION IN OMAN: A STUDY ACCORDING TO THE "SPENCE" SCALE

مستويات المخاوف وأعراضها لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عُمان: دراسة وفق مقياس "سبنس"

فاطمة بنت أحمد البريدية

Fatema Ahmed Alburaidi[1]*, Mastura Badzis[2]

[1]Ph. D. Candidate in educational psychology, Faculty of Education, International Islamic University of Malaysia: markaznabd@gmail.com
[2]Associated Prof. Dr. at the Faculty of Education, International Islamic University of Malaysia (IIUM); bmastura@iium.edu.my
*Corresponding Author

Abstract

The study aimed to determine the levels of fears among students of the first cycle of basic education in Oman, to reveal the most common symptoms of their fears, and to investigate the extent to which there are statistically significant differences between the degrees of fears according to the variable of gender and age. The study used the Mix Method; The Spence Anxiety Scale was applied in order to identify the fears of a sample of 162 male and female students, and 9 interviews were conducted with the parents of the students who got the highest scores on the Spence Scale. The results of the study revealed that about 37% of the students suffer from moderate to high levels of anxiety. The results also showed that the behavioral symptoms of fear were the most common among the study sample by 50%, and came at the forefront of "silence", followed by cognitive symptoms by 21.9%, most notably "fear of entering the toilet", then physiological symptoms by 15.6%, and from the most common of them was "trembling". The least noticeable symptoms of fear by parents were the emotional symptoms and appeared in a percentage of 9.4%, and the most noticeable was "feeling nervous, confused and crying in dreams". According to the results, there were no statistically significant differences between males and females in the total score of the scale and its dimensions, except for the specific fears dimension; the differences were significant in favor of females. Also, there were no statistically significant differences between children according to the age variable in the total degree of the scale and its dimensions, except for the obsessive dimension; the differences were in favor of older children; at the age of (8-9) years.

Keywords: Levels of fear, Symptoms of fear, first cycle.

الملخص

هدفت هذه الدراسة المختلطة، إلى تحديد مستويات المخاوف لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان، والكشف عن الأعراض الأكثر شيوعا للمخاوف لديهم، واستقصاء مدى وجود فروق دالة

احصائيا بين درجات المخاوف وفقا لمتغير النوع الاجتماعي والعمر. استخدمت الدراسة المنهج المختلط الكمي والنوعي؛ إذ تم تطبيق مقياس "سبنس" للقلق بهدف تحديد المخاوف لدى عينة من 162 طالبا وطالبة، كما تم إجراء 9 مقابلات مع أولياء الأمور الطلبة الذين حصلوا على أعلى درجات في مقياس "سبنس". كشفت نتائج الدراسة أن حوالي 37% من الطلبة يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من القلق. كما أظهرت النتائج أن الأعراض السلوكية للخوف هي الأكثر شيوعا لدى عينة الدراسة وبنسبة 50%، ويأتي في مقدمتها "الصمت"، تليها الأعراض المعرفية بنسبة 21,9%، ومن أبرزها "الخوف من دخول دورة المياه"، ثم تأتي الأعراض الفسيولوجية بنسبة 15,6%، ومن أكثرها شيوعا "الارتجاف". كانت أقل مظاهر الخوف ملاحظة من قبل الوالدين هي الأعراض العاطفية وظهرت بنسبة 9,4%، وكان أكثرها ملاحظة هو "الشعور بالتوتر والارتباك والبكاء في الاحلام". ووفقا للنتائج، لم تظهر فروق دالة إحصائيا بين الذكور والاناث في الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده ماعدا بعد المخاوف المحددة؛ فقد كانت الفروق دالة لصالح الإناث. كذلك، لم تظهر فروق دالة إحصائيا بين الأطفال وفقا لمتغير العمر في الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده ماعدا بعد الوسواس؛ إذ كانت الفروق دالة لصالح الأطفال الأكبر سنا؛ في عمر (8-9) سنوات.

الكلمات المفتاحية: مستويات المخاوف، أعراض المخاوف، الحلقة الأولى.

المقدمة:

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان نظرا لأنه في هذه المرحلة تتشكل مختلف جوانب النمو لدى الأطفال. لذا تعطي المجتمعات المتقدمة اهتماما ملحوظا بالمشكلات المصاحبة لهذه المرحلة، ودراسة الأسباب التي أدت إليها والأعراض، وتطوير الطرق العلاجية لهذه المشكلات.

ويعد الخوف أحد القوى تلك المشكلات والتي قد تعمل على البناء أو الهدم في تكوين شخصية الطفل ونموها، فليس هناك انفعال يكثر تعرض الطفل له أكثر من الخوف، كما أنه يرتبط ارتباطا وثيقا بالانفعالات الأخرى (الخالدي، 2001؛ الكسواني وآخرون، 2002)، وعندما يتطور الخوف قد ترافقه أعراض جانبية تظهر على الطفل، والتي تظهر كوسيلة تكيفية غير صحية للتعامل مع المخاوف، وقد تظهر أعراض معينة أكثر من غيرها أو مزيح منها. تتمثل أعراض الخوف في ثلاثة أنواع رئيسية هي: الأعراض فسيولوجية وتظهر في صورة سرعة في خفقان القلب، والتعرق، ورجفة اليدين والأرجل، واضطرابات في الجهاز الهضمي، وارتعاش الجسم. أما أعراض سلوكية، فتتمثل في سلوكيات نمطية للتخفيف من القلق مثل: قضم الأظافر، ونتف الحاجبين، ومص اللسان، ومص الاصبع، واستخدام أداه حادة، والضغط على الأقلام أثناء الكتابة والتلوين، وسلوكيات تجنبيه مثل تجنب الانفصال عن الوالدين. أما الأعراض المعرفية فيقصد بها الأفكار التلقائية التي يحدث الفرد نفسه بها بشكل سريع وعابر، وكذلك المعتقدات والافتراضات الدفينة والتي تؤثر بطريقة شعورية أو لا شعورية على الأفكار التلقائية مثلا: "إذا تأخر علي والداي في المدرسة فلن أعرف كيف أتصرف". أما الأعراض عاطفية فتتمثل في عدم الشعور بالأمن، وعدم الشعور بالطمأنينة، والشعور بالتوتر، والشعور بالانزعاج المستمرة، والشعور بعدم القدرة على التركيز، والشعور باليقظة الدائمة نحو مثير ما، والشعور بفقدان الرغبة في اللعب والمتعة (بيل، 2011).

ويرى البعض أن مخاوف الأطفال تتميز بالتغير وعدم الثبات وفقا للمرحلة العمرية التي يمر بها الطفل، وأن هذه المخاوف تختلف سواء من ناحية العدد، او النوع حسب عمر الطفل، ففي الشهور الأولى من حياة الطفل تكون معظم المخاوف لديه ناتجة عن المنبهات الخارجية في البيئة مثل الأصوات العالية والمفاجئة، أو الأشخاص الغرباء الذين لم يألف وجوههم، أو شعوره بفقدان شخص يألفه كغياب الأم أو المربية. أما في عمر السنتين إلى خمس سنوات، فتبدأ مخاوف جديدة بالتشكل لدى الطفل، وترتبط هذه المخاوف بالنمو العقلي لدى الطفل حيث تنمو لديه ملكة الخيال وتتنوع نتيجة لذلك أنواع كثيرة من المخاوف لديه مثل الخوف من القصص والأساطير والأفلام المرعبة، والخوف من الأشباح والجن والقصص التي تدور حولهم. كما يبرز لدة الأطفال في هذه المرحلة الخوف من الظلام؛ لأنهم يربطون برؤية الأشباح بالظلام. وفي سن السادسة، وهو السن الذي يلتحق فيه الطفل بالمدرسة تبرز لديه مخاوف جديدة، وأبرزها الخوف من الانفصال حيث يقضي الطفل ساعات

طويلة من يومه في المدرسة بعيدا عن والديه. كما تبرز لديه المخاوف المدرسية مثل الخوف من الفشل، أو الانتقاد، أو الخوف من المعلمة (الشربيني، 2006).

كما تستمر المخاوف المتعلقة بالظواهر الخارقة للطبيعة في هذه المرحلة، ومع تقدم الطفل في هذه المرحلة تبرز المخاوف المحددة بمختلف أنواعها كالخوف من الحقنة أو الإبرة، والخوف من الشرطي، والخوف من بعض الحشرات والحيوانات، والخوف من بعض الأماكن المفتوحة أو المغلقة، والمرتفعات، وبرك السباحة (لاروس، 1954). ومع نهاية مرحلة الطفولة يظهر نوع آخر من المخاوف وهو المخاوف الاجتماعية، حيث يبدأ الطفل بالحديث الذاتي والذي يقيم من خلاله آراء الآخرين حول ذاته، كما يبدأ بتجنب المواقف والمناسبات الاجتماعية التي تضطره إلى المشاركة والحديث عن قرب مع الآخرين، وفي هذه المرحلة أيضا تتشكل مخاوف لدى الطفل من المرض، أو الموت، وعلى الرغم أن لكل مرحلة من مراحل النمو لدى الطفل المخاوف المرتبطة بها إلا أنه ليس بالضرورة أن تنتهي هذه المخاوف في نفس المرحلة (لاروس، 1954).

وبشكل عام، يمكن التمييز فيما إذا كان هذا الخوف متعلقا بخصائص النمو، أو إذا كان خوفا مرضيا يتطلب تدخلا علاجيا من خلال مقارنة مخاوف الطفل بأقرانه، فطفل الثالثة والرابعة قد يخاف من الظلام ويبدو هذا أمرا مألوفا بالنسبة للمرحلة التي يمر بها، أما إذا كان طفل الثامنة أو التاسعة يخاف من الظلام بحيث يرفض البقاء مع نوبات من الغضب والبكاء في غرفته أثناء الليل فذلك يتطلب تدخلا لمعرفة الأسباب وراء شدة الخوف وبقائه لديه (الضامن، 2005).

مشكلة الدراسة:

تعد اضطرابات القلق هي أكثر المشاعر شيوعًا في مرحلة الطفولة، وتحدث هذه الاضطرابات بمعدل 17-21%؛ وحوالي 8% منها تتطلب العلاج، ويؤدي عدم علاجها إلى مشكلات في غاية الخطورة نتيجة لعدم قدرة الأطفال على التكيف معها والتغلب عليها؛ إذ أنها يرتبط ارتباطا وثيقا بحدوث الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب، ومرض الفصام، بالإضافة إلى العديد من الأمراض النفسية التي تظهر بعد مرحلة البلوغ (Al-Biltagi & Sarhan, 2016). ووفقا لملاحظات الباحثة وعملها في مركز نبض للاستشارات الأسرية؛ فإن مشكلة الخوف هي المشكلة التي تتصدر المشكلات النفسية لدى الأطفال، حسب إحصائيات للعام 2019/ 2020 حيث أن (8 أطفال من كل 10أطفال) لديهم مشكلة قلق تندرج تحتها أنواع مختلفة من المخاوف.

لذا، فإن مبررات الدراسة الحالية تتضح من خلال عدة نقاط، أولها، هو الحاجة للتوعية بالتأثيرات السلبية للمخاوف المرضية على نمو الطفل من جميع الجوانب، حيث أن تعرض الطفل لخبرة الخوف يجعله يعاني العديد من الأعراض النفسية المؤلمة تتمثل في الشعور المستمر بوجود مصدر للتهديد، والتوتر، والانزعاج، والضيق، وعدم الشعور بالطمأنينة، والأرق المستمر، وقد يعايش خبرات الغضب الشديد كطريقة لا شعورية للتنفيس عن التوتر الذي يشعر به، بل قد يفقد كطفل رغبته في الفضول والاستكشاف واللعب مما يحرمه من الاستمتاع بهذه المرحلة المهمة من حياته. كما يؤثر الخوف على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للطفل (عبد الحميد وهلال، 2017؛ الفارسية، 2018).

أما المبرر الثاني، فيأتي من حاجة المخاوف المرضية للعلاج، فهو يعد اضطرابا نفسيا يتطلب التدخل العلاجي المباشر. إذْ إن استمر لفترة تزيد عن ستة أشهر حسب الدليل التشخيصي (DSM-5)، إذ أن الخوف عند الطفل قد يبدو بسيطا ولا يلفت الأنظار إليه، إلا أنه قد يتحول إلى أنواع أخرى من الخوف تصل إلى الخوف من المرض، أو الخوف من الموت، كما يمكن للطفل وهو يصارع مخاوفه بنفسه أن يكتسب أنواعا مختلفة من المخاوف تؤثر على مسارات عديدة في حياته، فقد نجد الطفل ذاته يخاف من الأماكن المغلقة، ومن بعض الحيوانات، والأماكن المرتفعة، مما يشير إلى أن الخوف هو أمر قابل للنمو والزيادة مالم يكن هناك أساليب علاجية تعمل على فهم نشأته عند الطفل (الزبون، 2006).

أما المبرر الثالث، فهو ملاحظة الباحثة للصعوبات والتحديات لدى الوالدين في التعامل مع مخاوف الأطفال ومنها تأخرهم عن وظائفهم وأعمالهم نتيجة لتشبث أطفالهم بهم لعدة دقائق قبل مغادرتهم للمدرسة، وصعوبة اقناعهم للقدوم إلى المدرسة كل صباح، والنوم المتقطع للطفل والوالدين حسب اشارتهم، كما قد سجلت الباحثة

خلال جلسات عملها آراء الوالدين حول أعراض المخاوف لدى أطفالهم حيث توجه الوالدان إلى الأطباء لمعرفة أسباب الأعراض التي يعاني منها الطفل ومنها التقيؤ، والإسهال، وبرودة الأطراف مشيرين الى اعتقادهم بأنها ترجع لأسباب عضوية أكثر من كونها متعلقة بأسباب نفسية، كما لاحظت الباحثة الأساليب التوافقية التي يستخدمها الوالدان في التعامل مع مخاوف أطفالهم حيث يستجيبون لهم بالبقاء طويلا إلى جانبهم، او البقاء في مبنى الإدارة، او السماح لهم بالبقاء في البيت، كما أنهم يقدمون الكثير من التطمينات حول عودتهم باكرا او وتقديم الوعود لهم بإحضار الهدايا أو المكافآت.

ومن هنا تظهر الحاجة الماسة لإجراء الدراسة الحالية للتعرف إلى مستويات المخاوف وأعراضها وعلاقتها بعمر وجنس الطفل في مرحلة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان.

أهداف الدراسة:

أ. تحديد مستويات المخاوف لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان.

ب.الكشف عن أعراض المخاوف الأكثر شيوعا لدى طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان.

ت.الكشف عن أية فروق دالة إحصائيا بين درجات مخاوف أطفال الحلقة الأولى تعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

ث.الكشف عن وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات المخاوف لدى أطفال الحلقة الأولى تعزى لمتغير العمر.

الإطار النظري:

يصنف الدليل التشخيصي (DSM-5) المخاوف، بأنها: من أنواع القلق المحدد ويمكن أن تصبح مرضية إذا حققت المعايير التالية:

- استمرارها لأكثر من ستة أشهر لدى الطفل،
- ينتقل موضوع الخوف من خوف لآخر،
- يرتبط بثلاثة من الأعراض الجسدية التالية، وفي حالة الأطفال يكتفى بعرض واحد الأرق، وضعف التركيز، والتقيؤ والاسهال، تشنج العضلات)، ويعيق تنفيذ الأنشطة اليومية والحياتية
- ليس لهذه الأعراض علاقة بظروف طبية أخرى،
- لا يصاحبها اضطراب عقلي آخر.

كما تعرف المخاوف المرضية عند الأطفال بأنها " الخوف الشديد غير المنطقي المرتبط بالانفصال عن الوالدين، الظلام، الحيوانات، الحشرات، الكائنات الخرافية، الأطباء، ويعبر عنها بالدرجة المرتفعة على أبعاد مقياس المخاوف المرضية " (صديق وخميس، 2010، ص.74)، بينما يتم تعرف إجرائيا في هذه الدراسة؛ بالدرجة التي يحصل عليها الطفل في اختبار "سبنس" للمخاوف لدى الأطفال والمراهقين.

لقد فسرت العديد من النظريات الأسباب أو الدوافع الكامنة وراء مخاوف الأطفال وربطت علاقتها بعمر وجنس الطفل، فتفسر نظرية التحليل النفسي الخوف لدى الطفل بأنه نابع عن عدم اشباع حاجة الطفل للعطف والحب منذ اللحظة الأولى. ويرى المحللون النفسيون أن مخاوف الطفل تنشأ عندما يخاف الطفل من والده، ولكنه يحبه في قرارة نفسه، وحينئذ يحول الطفل هذا الخوف إلى شخص آخر مثل رجل الشرطة، أو إلى بعض الحيوانات مثل الكلاب أو حشرات مثل العناكب (لاروس، 1954)، بينما ترى المدرسة السلوكية أن المخاوف المرضية هي عبارة عن استجابة متعلمة أو مكتسبة يتم تعلمها عن طريق عملية الارتباط الشرطي؛ بمعنى أن يخاف الطفل من بعض الأشياء التي اقترنت زمنيا بالمثير الأصلي (الزراد، 2005). أما نظريات النمو فتعتبر المخاوف طبيعية في مرحلتها، لأن الطفل يتعلم عبر تلك المرحلة أن مخاوفه ليست حقيقية فهو يعلم مثلا أن أمه إن غابت عن البيت سوف تعود (لاروس، 1954)، ولكنها إن استمرت مع الطفل بعد تجاوزه لتلك المرحلة العمرية فأنها تصبح مخاوف مرضية تؤدي لقلق شديد، وفي مثل هذه الحالات يكون التدخل الطبي النفسي، أو

تدخل العلاج النفسي مطلوبا، لخفض القلق لدى الطفل، ولتقليل آثارها السلبية على حياته (الريماوي، 2014).

وتعد النظرية المعرفية السلوكية من النظريات التي أثبتت فعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة مثل القلق، والاكتئاب، والمخاوف بجميع أنواعها، وضغوط ما بعد الصدمة، مستخدمة بذلك مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية والتي انبثقت من مبدأ أساسي في العلاج المعرفي السلوكي وهو " إن الظروف والبيئة، الأفكار، المشاعر، السلوك هي عوامل متداخلة فيما بينها وكل عامل من شأنه أن يؤثر في العوامل الأخرى، ومن الممكن أن يؤثر التغيير في أحد العوامل على بقية العوامل"، وبناء على ذلك تم بناء استراتيجيات معرفية وسلوكية واضحة وتعتمد على خطوات معينة وفق تسلسل مدروس عبر الجلسات العلاجية (السفاسفة، 2003).

الدراسات السابقة:

من الدراسات التي قاست معدلات الخوف لدى الاطفال في سن المدرسة، دراسة الراوي وأحمد (2011) فقد قامت بقياس الخوف الاجتماعي لدى أطفال الرياض والتعرف إلى الفروق بين الذكور والإناث وبين أطفال الروضة والتمهيدي في الخوف الاجتماعي. وقد تم استخدام مقياس الخوف الاجتماعي بعد التحقق من صدقه وثباته، وطبق المقياس على عينة عددها 150 طفلا من أطفال الرياض اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة، وقد توصل البحث إلى النتائج الأتية: يعاني أطفال الرياض من مستوى متوسط من الخوف الاجتماعي، لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخوف الاجتماعي، مستوى الخوف الاجتماعي لدى أطفال مرحلة الروضة أكثر من أطفال مرحلة التمهيدي.

أما دراسة الخفاف (2015) فقد هدفت التعرف إلى المخاوف لدى أطفال الرياض وعلاقتها ببعض المتغيرات. تكونت عينة البحث من 100 طفلا وطفلة من 10 مدارس رياض أطفال في الصف التمهيدي في رياض الأطفال الحكومية التابعة للمديرية العامة لتربية بغداد الرصافة الأولى والثانية للعام الدراسي 2012/2011، وتوصلت الدراسة الى وجود مستوى متوسط إلى مرتفع من المخاوف لدى أطفال عينة البحث؛ إذ جاءت بمتوسط حسابي أكبر من المتوسط الفرضي للمقياس.

وقامت الفارسية (2018) بدراسة هدفت الى الكشف عن علاقة قلق الانفصال لدى طالب الصف الأول الأساسي في محافظة مسقط بسمات شخصية أمهاتهم. وقد بلغت عينة الدراسة 621 طالبا وأما. تم استخدام مقياس قلق الانفصال ومقياس سمات الشخصية لأيزنك. توصلت الدراسة الى أن نسبة شيوع قلق الانفصال وانتشاره جاء بنسبة 44 %من إجمالي النسبة سواء كانت للذكور أو للإناث وهذا يدل على وجود قلق الانفصال. كما توصلت الدراسة الى أن سمة الشخصية الأكثر شيوعا والمرتبطة بقلق الانفصال هي سمة الانبساطية، وفي المرتبة الثانية جاءت سمة الكذب، وفي المرتبة الثالثة جاءت سمة الذهانية، وفي المرتبة الرابعة سمة العصابية. كما تبين وجود فروق دالة بين الأطفال الذكور والإناث في قلق الانفصال لصالح فئة الإناث. كما أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا بين قلق الانفصال وبين سمة العصابية.

وهدفت دراسة الناشري (2020) إلى التعرف على مستوى المخاوف المدرسية لدى تلاميذ الصف الرابع من المرحلة الأساسية، والتعرف على الفروق في مستوى المخاوف المدرسية لدى تلاميذ هذه المرحلة وفقا لمتغير الجنس، كما يهدف إلى التعرف على العلاقة بين المخاوف المدرسية والتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الصف الرابع من المرحلة الأساسية. تكونت العينة من 227 من تلاميذ الصف الرابع من المرحلة الأساسية بمدارس أمانة العاصمة، بواقع 127 تلميذا، مقابل 100 تلميذة. تم استخدام مقياس المخاوف المدرسية. كشفت النتائج أن تلاميذ المرحلة الأساسية يعانون من المخاوف المدرسية بمستوى متوسط - بشكل عام، وأنه لا توجد فروق إحصائية ذات دلالة معنوية في مستوى المخاوف المدرسية بين التلاميذ وفقا لمتغير الجنس، كما توصل البحث إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين المخاوف المدرسية وبين التحصيل الدراسي.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج المختلط الكمي والنوعي، حيث جمعت الباحثة بين المنهج الكمي، والمنهج النوعي، حيث يوفر المنهجان فرصة للموضوعية وعدم التحيز، كما توفر فرصة لجمع أكبر قدر من المعلومات من خلال المقابلات الفردية.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سلطنة عمان البالغ عددهم (194598) وفقا لإحصائيات وزارة التربية والتعليم، العام الدراسي 2021م.

عينات الدراسة

عينة الدراسة الكمية: وهي عينة الطلبة الذين طبق عليهم مقياس "سبنس" لقياس القلق لدى الأطفال والبالغ عددهم (162) طالبا وطالبة منهم (88 ذكر، وأنثى 74)؛ تتراوح أعمارهم من (6-9) سنوات. وقد أرسل المقياس إلى آبائهم إلكترونيا عبر تطبيق الواتساب نظرا لظروف الجائحة جائحة كوفيد -19 ومما تتطلبه من تباعد، وقد أرسلت 300 نسخة، لكن تم تلقي 162 استجابة فقط.

عينة الدراسة النوعية: وهي عينة من الطلبة الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس سبس في هذه الدراسة، وقد تم إجراء مقابلات فردية مع آبائهم أو أمهاتهم للتعرف على أعراض الخوف لديهم وبلغ حجم العينة 9 أشخاص، ويبين جدول 1 خصائص عينة آباء وأمهات الأطفال المشاركين في الدراسة، ويبين جدول 1 خصائص عينة المقابلات.

أدوات الدراسة

مقياس "سبنس" للقلق عند الأطفال والمراهقين: استخدمت الدراسة مقياس "سبنس" للأطفال والمراهقين (Spence,1998)، وقد تم اختيار المقياس لأنه يتضمن جميع الأبعاد التي تقيس مختلف المخاوف عند الطفل، كما أنه يتمتع بخصائص سيكومترية مرتفعة، إذ بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل 0.93، وبلغ معامل جوتمان للتجزئة النصفية 0.92. ولقد تم استخدام النسخة العربية للمقياس والمترجمة من قبل الشهري الشريم (ب ت). وقد قامت الباحثة بتعديل بعض العبارات لتتناسب مع البيئة العمانية، لذا تم التحقق من صدق المقياس من خلال ارساله إلى 8 من المحكمين من الأكاديميين المتخصصين في علم النفس لقياس الصدق الظاهري للمقياس، وتم الأخذ بملاحظاتهم حول ملائمة عبارات المقياس للبيئة العمانية. يتكون من 36 عبارة تتم الاستجابة لها وفقا لتدرج ليكرت الرباعي على النحو التالي: (لا = صفر، أحيانا =1، عادة = 2، دائما =3)، ويتضمن المقياس ستة أبعاد كالآتي:

- الوسواس القهري**:** ويشتمل على 6 عبارات.
- المخاوف المحددة: ويشتمل على 5 عبارات.
- المخاوف الاجتماعية: ويشتمل على 6 عبارات من أمثلتها: "
- خوف الانفصال عن الأم: ويشتمل على 6 عبارات.
- الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة: ويشتمل على 7 عبارات.
- القلق العام: ويشتمل على 6 عبارات.

ويتم جمع الدرجات الخام للأبعاد الستة، وللمقياس ككل ثم تحول الدرجة الخام إلى الدرجة التائية، ثم يتم تصنيفها كالتالي: من 40-50 بسيط، ومن 50-60 متوسط، وأعلى من 60 مرتفع.

استمارة مقابلة فردية: تم تصميم استمارة مقابلة فردية للأطفال الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس "سبنس"، وقد تم إجراء مقابلات مع آبائهم أو أمهاتهم بهدف للتعرف على أعراض المخاوف لديهم. تكونت استمارة المقابلة من قسمين: الأول، تضمن البيانات الشخصية عن الطفل وولي أمر، والقسم الثاني ملاحظات ولي الأمر عن الأعراض التي يتم ملاحظاتها على الطفل في مواقف الخوف.

نتائج الدراسة ومناقشتها

للإجابة عن السؤال الأول ونصه: **"ما مستويات المخاوف لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي؟"** تم حساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة على مقياس "سبنس" للقلق، وتصنيفها للمستويات الأربعة (مرتفع، متوسط، بسيط، منخفض) وفقا للدرجة الكلية لكل مستجيب، والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1) مستويات المخاوف لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي (ن=162)

مرتفع		**متوسط**		**بسيط**		**منخفض**	
العدد	**النسبة**	العدد	**النسبة**	العدد	**النسبة**	العدد	النسبة
26	%16,05	34	%20,99	83	%51,23	19	%11,73

ويتضح من الجدول (1) أن ما نسبته 16,05% من أفراد عينة الدراسة يعانون من مستوى مرتفع من المخاوف بينما يعاني ما نسبته 20,99% منهم من مستوى متوسط من المخاوف، في حين أن أغلب أفراد العينة وهو ما نسبته 51,23% يعانون من مستوى بسيط من المخاوف. أما النسبة الباقية وهي 11,73% من أفراد العينة فيعانون من مستوى منخفض من المخاوف. وبالتالي فإن نتائج الدراسة تشير الى أن حوالي 37% من أطفال الحلقة الأولى يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من المخاوف وهي نسبة ليست بالبسيطة، وتتطلب التدخل الإرشادي لخفضها الى أدنى المعدلات الممكنة. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظريات النمو التي ترى أن المخاوف أمر طبيعي للأطفال في هذه المرحلة العمرية (لاروس، 1954)، ولكنها إن استمرت مع الطفل فترة طويلة وبدأت تصاحبها أعراض جسدية فأنها تصبح مخاوف مرضية تؤدي لقلق شديد وتحتاج إلى تدخل بالعلاج النفسي (الريماوي، 2014)، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي وجدت أن نسب متوسطة إلى عالية من مخاوف الأطفال (الخفاف، 2015؛ الراوي وأحمد، 2011؛ عز والبعيني، 2015؛ الفارسية، 2018).

للإجابة عن السؤال الثاني ونصه: **"ما أعراض المخاوف الأكثر شيوعا لدى أطفال الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بسلطنة عمان؟"** السؤال تم تحليل استجابات المشاركين في المقابلات الفردية حول المظاهر الملحوظة للخوف عند أطفالهم، ثم حساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابتهم، ويوضح ذلك جدول 3.

جدول (2) نتائج تحليل آراء المستجيبين حول مظاهر الخوف (ن=9)

تصنيف أعراض الخوف	**مظاهر وأعراض الخوف**	**التكرار**	**%**
أعراض فسيولوجية (5)*	الارتجاف	2	15,6
	التبول اللاإرادي	1	
	ترك الفم مفتوح	1	
	فتح العيون بشدة	1	
أعراض سلوكية (16)	الصمت	4	50
	رفض الذهاب للمدرسة	3	
	الانعزال والانطواء	2	

	البكاء	2	
	الغضب	2	
	التعلق بالوالدين	1	
	التقزز	1	
	ضرب الرأس	1	
أعراض عاطفية (3)	الشعور بالتوتر والارتباك والبكاء في الاحلام	1	9,4
	الشعور بالضيق والانزعاج	1	
أعراض معرفية (8)	يخاف دخول دورة المياه	4	25
	كثرة تشتت الأفكار	2	
	الشعور الطفل بالخوف من النوم بمفرده	2	
	يتخيل شخص يلاحقه	1	

**مجموع التكرارات*

يظهر من الجدول (2) أن الأعراض السلوكية للخوف هي الأكثر شيوعا لدى عينة الدراسة بنسبة 50%، ويأتي في مقدمتها "الصمت"، تليها الأعراض المعرفية بنسبة 21,9%، ويأتي في مقدمتها "الخوف من دخول دورة المياه"، ثم تأتي الأعراض الفسيولوجية بنسبة 15,6%، ويأتي في مقدمتها "الارتجاف"، وأقل مظاهر الخوف ملاحظة من قبل الوالدين هي الأعراض العاطفية بنسبة 9,4%، وكان أكثرها ملاحظة هو "الشعور بالتوتر والارتباك والبكاء في الاحلام". ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تفاوت مسببات الخوف لدى الأطفال؛ فبعض المخاوف القوية تظهر في شكل أعراض فسيولوجية مباشرة، بينما تظهر أنواع أخرى من المخاوف على شكل تغير في السلوك أو المعرفة أو العاطفة.

من الاقتباسات الدالة على الأعراض السلوكية للخوف:

"ما تتكلم، تنعزل، تبكي، تغضب" (م.3)

"يتعلق بالأب والأم لا يرغب بمفارقتهم" (م.1)

"لا يشرب من برادات المياه هو يتقزز سريعا" (م.9)

"مرت بفترة تضرب رأسها، الآن توقفت" (م.2)

"يظهر الخوف في عينيها، اشاهده، تتوقف عن الحديث لا تتكلم، أشعر أن شيئا ما في قلبها لا تستطيع الحديث عنه" (م.5)

أما الاقتباسات الدالة على الأعراض الفسيولوجية، فهي كالآتي:

"أكثر شيء ترتجف وتسكت" (م.5)

"يرتجف، ويتوقف عن الكلام، كما أنه ينطوي على نفسه أخبرتني المعلمة أنه لا يتواصل كثيرا مع الآخرين.

"أحاول ن أشجعه باستمرار ليتغير شيئا فشيئا" (م.9)

"تفتح فمها أو تغلقه عندما أراها كذلك أعرف أنها خائفة. أكثر شيء مفتوح" (م.2)

"عندما يصرخ عليها أحد تتبول لا اراديا" (م.2)

"تفتح عيونها" (م.2)

أما الاقتباسات الدالة على الأعراض العاطفية، فمنها:

" الباحثة: تشعرين أنها منزعجة؟ الوالدة: نعم غير مرتاحة في داخلها" (م.5)

"تخيلي تبكي وهي نائمة، أرى دموع في عينيها" (م.7)

ومن الاقتباسات الدالة على الأعراض المعرفية، ما يأتي:

"أخاف عليه في المدرسة كثيرا تخيلي انه يذهب للمدرسة ولا يذهب للحمام مطلقا، ولا يشرب من برادات المياه هو يتقزز سريعا" (م.9)

"في كل مكان أنها تتخيل وجود شخص يمسك بها، تخاف من الشرطة، اللصوص. الأجانب انظري كيف تفكيرها الباحثة: اذن فهي تخاف من دخول الحمام، والشرطي، واللص، والأجانب" (م.2)

"كثرة التشتت، قد تكون لديها الإجابة ولكن إذا نادتها تتشتت، تقول يمكن أن تكون اجابتي خاطئة، قد لا تفهمني المعلمة، سيضحك الطلاب علي، سوف أبكي، لا يعجبني أن تكون إجابتي خاطئة. الباحثة: حسنا إذا تلاحظين التشتت، وكثرة الأسئلة. هل لديك ملاحظات أخرى؟ الأم: نعم كثرة الأسئلة لأنها تريد أن تكون لأفضل لا أريد أن يقال عني كسولة، لن أذهب للمدرسة إذا لم أعرف القراءة والكتابة. أعرف أولا ثم أذهب. أصحح لها ذلك أن المدرسة هي من تعلمك كيف تقرئين وتكتبين من الألف الى الياء" (م.4).

وبناء على ذلك، يمكن القول إن العديد من الأطفال يخافون من نفس الأشياء التي يخاف منها الأطفال المصابين بالرهاب، إلا إنه يمكن التفريق بين الخوف الطبيعي والرهاب من خلال درجة القلق التي يعاني منها الطفل، ومن الفترة التي يستمر فيها القلق لدى الطفل (الضامن، 2005). لذا يجب على الوالدين ملاحظة أعراض الخوف لدى أطفالهم لأن الأعراض المرتبطة بالقلق الشديد تحتاج للمتابعة من قبل مختص نفسي.

للإجابة عن السؤال الثالث، ونصه: "هل توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات مخاوف أطفال الحلقة الأولى تعزى لمتغير النوع الاجتماعي؟**"** تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام T-test للعينتين المستقلتين لدرجات أفراد عينة الدراسية في مقياس "سبنس" للقلق وفقا لمتغير النوع الاجتماعي، والجدول 4 يوضح ذلك.

جدول (4) نتائج اختبار "ت" حول الفروق بين درجات أطفال الحلقة الأولى وفقا لمتغير النوع الاجتماعي

الأبعاد	النوع الاجتماعي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة	الدلالة
الوسواس	ذكر	88	9.70	3.263	1.010-	0.314	غير دالة
	أنثى	74	10.24	3.514			
المخاوف	ذكر	88	9,66	3,209	1,944-	0,054	غير دالة
	أنثى	74	10,80	4,088			

الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	ذكر	88	9,20	2,506	-1,046	0,297	غير دالة
	أنثى	74	9,70	3,537			
خوف الانفصال عن الأم	ذكر	88	11,82	3,822	-1,662	0,099	غير دالة
	أنثى	74	12,85	4,080			
المخاوف المحددة	ذكر	88	9,88	3,335	-2,844	0,005	دالة
	أنثى	74	11,45	3,691			
القلق العام والقلق الزائد	ذكر	88	10,82	3,365	0,653	0,514	غير دالة
	أنثى	74	10,45	3,886			
اضطراب القلق	ذكر	88	81,33	14,691	-1,476	0,142	غير دالة
	أنثى	74	85,32	19,693			

يتضح من الجدول 4، أن قيم مستوى الدلالة لبعد المخاوف المحددة قد بلغ 0,005 وهي القيمة الوحيدة الدالة إحصائيا عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0,05$ مما يشير الى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى المخاوف المحددة بين الذكور والإناث لصالح الإناث، وتتفق النتيجة السابقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي وجدت فروقا ذات دلالة إحصائية في حجم انتشار المخاوف تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث، مثل دراسة كل من عبد المجيد (2010)، والعزازي (2013)، وعبد المجيد وآخرون (2015)، وعز والبعيني (2015). في حين تراوحت مستويات الدلالة في بقية الأبعاد، وكذلك للدرجة الكلية للمقياس بين 0,054 – 0,514 وجميع هذه القيم أكبر من 0,05 مما يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والاناث في هذه الأبعاد وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أثبتت أنه لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى الخوف كدراستي (الراوي وأحمد، 2011، والناشري، 2020). ويمكن تفسير الفروق بين الجنسين في درجات المخاوف في ضوء اختلاف الاستجابة للتوتر والضغط العصبي بين الذكور والإناث اختلافًا بيولوجيًّا؛ إذ أن الاستجابة للتوتر العصبي عند الإناث أسرع وأقوى (بانجسر، 2016).

وللإجابة عن **السؤال الرابع ونصه: "**هل توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات المخاوف لدى أطفال الحلقة الأولى تعزى لمتغير العمر؟**"** تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام T-test للعينتين المستقلتين لدرجات أفراد عينة الدراسية في مقياس "سبنس" للقلق وفقا لمتغير العمر، والجدول 5 يوضح ذلك.

جدول (5) نتائج اختبار "ت" حول الفروق بين درجات المخاوف لدى أطفال الحلقة الأولى وفقا لمتغير العمر

أبعاد المقياس	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة	الدلالة
الوسواس	6- 7 سنوات	130	9,67	3,279	2,160	0,032	دالة
المخاوف	8-9 سنوات	32	11,09	3,595	-1,007	0,315	غير دالة

	6- 7 سنوات	130	10,32	3,709			
الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	9-8 سنوات	32	9,59	3,500	0,54-	0,957	غير دالة
	6- 7 سنوات	130	9,44	3,060			
خوف الانفصال عن الأم	9-8 سنوات	32	9,14	2,906	0,312-	0,755	غير دالة
	6- 7 سنوات	130	12,34	3,986			
المخاوف المحددة	9-8 سنوات	32	12,09	3,930	0,991-	0,323	غير دالة
	6- 7 سنوات	130	10,73	3,676			
القلق العام والقلق الزائد	9-8 سنوات	32	10,03	3,137	0,477-	0,634	غير دالة
	6- 7 سنوات	130	10,72	3,671			
اضطراب القلق	9-8 سنوات	32	10,38	3,367	0,001	0,999	غير دالة
	6- 7 سنوات	130	83,15	17,601			
	9-8 سنوات	32	83,16	15,826			

يظهر من الجدول 5، أن مستوى الدلالة على جانب الوسواس قد بلغ 0,032 وهي أقل من 0,05 مما يشير الى وجود فروق دالة إحصائيا بين الطلبة في عمر 6-7 سنوات، والطلبة في عمر 8-9 سنوات في مستوى الوسواس لصالح الطلبة في عمر 8-9 سنوات، وتختلف النتيجة السابقة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي وجدت فروقا ذات دلالة إحصائية في حجم انتشار المخاوف تبعا لمتغير العمر لصالح الأطفال الأصغر سنا مثل دراستي عبد المجيد (2010)، وشيم وآخرون (Shim et al., 2015). بينما تراوحت مستويات المخاوف في الأبعاد الأخرى للمقياس، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس بين 0,315 – 0,999 وهي جميعا أكبر من القيمة 0,05 مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجات المخاوف بين الطلبة في عمر 6-7 سنوات، والطلبة في عمر 8-9 سنوات. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تقارب العمر بين أفراد عينة الدراسة، مما جعل الفروق بينهم في المخاوف بدرجة متقاربة.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت لها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

– تصميم مجموعة من البرامج القائمة على فنيات العلاج السلوكي لمساعدة الأطفال على التخلص من مخاوفهم.

– توعية أولياء الأمور بأهمية علاج المخاوف المرضية، والبعد عن إساءة معاملة الأطفال بالعقاب.

– توعية أولياء الأمور بالنتائج السلبية التي تنجم عنها الأمراض النفسية نتيجة لعقاب الأطفال وتخويفهم.

– تدريب المعلمين والمعلمات على الأساليب التربوية السليمة والسوية في معاملة الأطفال والبعد عن التخويف والعقاب.

– اهتمام وزارة التربية والتعليم بضرورة وجود أخصائي نفسي واجتماعي في كل مدرسة للتعامل مع ما يعانيه

الأطفال من مشاكل نفسية واجتماعية.

– عمل برامج توعوية لأولياء الأمور بالأساليب المثلى للتعامل مع مخاوف الأطفال وعلاجها بالاستشارات النفسية المتخصصة.

قائمة المراجع:

بيل، آرثر. (2011). *الفوبيا الخوف المرضي من الأشياء*. ترجمة: عبد الحكم الخزامى. الدار الأكاديمية للعلوم.

الخالدي، أديب. (2001). الصحة النفسية. الدار العربية للنشر والتوزيع.

الخفاف، إيمان عباس (2015). المخاوف لدى أطفال الرياض وعلاقتها ببعض المتغيرات. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمه لخضر-الوادي*، 12، 23-35.

الراوي، ألطاف ياسين خضر، وأحمد، ابتسام سعيد. (2011). قياس الخوف الاجتماعي لدى أطفال الرياض. *مجلة البحوث التربوية والنفسية، 8*(30)، 125-149.

الريماوي، محمد عودة. (2014). *علم نفس النمو؛ الطفولة والمراهقة*. دار المسيرة للطباعة والنشر.

الزبون، أحمد محمد عقلة. (2006). *سيكولوجية الطفولة وثقافة الخوف*. جامعة البلقاء التطبيقية.

الزراد، فيصل محمد خير (2005) العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، بيروت، دار العلم للملايين.

السفاسفة، محمد إبراهيم. (2003). أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

الشهري، ماجدة، الشريم، نوف (ب ت). *ترجمة مقياس "سبنس" للقلق لدى الأطفال والمراهقين*.

الضامن، منذر. (2005). *علم نفس النمو الطفولة والمراهقة*. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، أسماء صلاح؛ وهلال، سميحة فتحي. (2017). *المخاوف الاجتماعية وعلاقتها بتقدير الذات لدى طفل الروضة*، مجلة الطفولة والتربية، 9، 29، 15- 49.

عبد المجيد، فايزة يوسف، وشحاتة، أيمن محمد السيد. (2010). *الخوف من الوالدين وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال المرحلة العمرية من (10- 14) عاما*. مجلة دراسات الطفولة، 13، 48، 97-107.

عبد المجيد، فايزة يوسف؛ وزهران، سماح خالد عبد القوي، والبدري، سها ناجي محمد أمين أحمد. (2015). المخاوف المدرسية الشائعة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية: دراسة مقارنة بين الذكور والإناث. مجلة دراسات الطفولة، 18 (67)، 29-33.

عز، إيمان؛ والبعيني، خزامة (2015). انتشار أعراض اضطرابات القلق لدى الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات دراسة على عينتين من الأطفال في عامي 2010 و2014.

العزازي، هند (2013). *المخاوف المدرسية وعلاقتها بصعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى عينة من الأطفال في المرحلة العمرية من (9-12)*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس معهد الدراسات العليا الطفولة- قسم الدراسات النفسية للأطفال.

الفارسية، إيمان (2018). *قلق الانفصال لدى أطفال الصف لأول الأساسي وعلاقته بالسمات الشخصية لأمهاتهم في محافظة مسقط*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نزوى.

الكسواني، مصطفى خليل؛ والشناوي، محمد حسن؛ وأبو الرب يوسف أحمد. (2002). طرق دراسة الطفل. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

لاروس، هيلين. (1954). *مخاوف الأطفال*. مكتبة فرانكلين للنشر والتوزيع.

الناشري، أحلام شفيق عبد الله (2020). المخاوف المدرسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ الصف الرابع من المرحلة الأساسية في مدارس أمانة العاصمة صنعاء. *مجلة الآداب للعلوم النفسية والتربوية*، 3، 47-96.

صديق، رحاب محمود؛ وخميس، شريف إبراهيم (2010). استخدام القصص الموسيقية الحركية في خفض حدة بعض المخاوف المرضية لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. *مجلة الطفولة والتربية، جامعة الإسكندرية، كلية رياض الأطفال، 2*(2)، 65-155.

وزارة التربية والتعليم (2021). *كتاب الإحصاءات التربوية*. تم الاسترجاع في يناير 3، 2022.

REFERENCE LIST

Al-Biltagi, M., & Sarhan, E. A. (2016). Anxiety Disorder in Children: Review. *J. Paedi. Care. Inol*, *1*(1), 18-28.

Rask, C. U., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H., & Fink, P. (2012). Parental-reported health anxiety symptoms in 5-to 7-year-old children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*, *53*(1), 58-67.

Shim, Y., Kim A., Jeon E., & An S., (2015). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine,15*(2), 53-61

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*, *36*(5), 545-566.

ARABIC REFERENCES IN ROMAN ALPHABET

Bil, Arthar. (2011). Alfubya Alkhawf Almardiu Min Al'ashya'i. Tarjamatu: Eabd Alhakam Alkhazamaa. Aldaar Al'akadimiat Lileulumi.

Alkhalidi, A. (2001). Alsihat Alnafsiatu. Aldaar Alearabiat Lilnashr Waltawziei.

Alkhafafi, I. (2015). Almakhawif Ladaa 'Atfal Alriyad Waealaqatiha Bibaed Almutaghayirati. Majalat Aldirasat Walbuhuth Aliajtimaeiati- Jamieat Alshahid Hamah Likhadar-Alwadi, 12, 23-35.

Alraawi, A, Wa'ahmadu, A. (2011). Qias Alkhawf Aliajtimaeii Ladaa 'Atfal Alriyada. Majalat Albuhuth Altarbawiat Walnafsiati, 8(30), 125-149.

Alriymawi, Muhamad Eawdata. (2014). Ealam Nafs Alnumui; Altufulat Walmurahaqatu. Dar Almasirat Liltibaeat Walnashri.

Alzubun, 'Ahmad Muhamad Eaqlata. (2006). Saykulujiat Altufulat Wathaqafat Alkhufi. Jamieat Albalqa' Altatbiqiati.

Alzaradi, Faysal Muhamad Khayr (2005) Aleilaj Alnafsiu Alsulukiu Lihalat Alqalaq Waltawatur Alnafsii Walwaswas Alqahrii Bitariqat Alkafi Bialnaqidi, Bayrut, Dar Aleilm Lilmalayini.

Alsafasifatu, Muhamad 'Iibrahim. (2003). 'Asasiaat fi Al'iirshad Waltawjih Alnafsii Waltarbawi. Maktabat Alfalah Lilnashr Waltawziei.

Alshahri, M. (B Ta). Tarjamat Miqyas Sbins Lilqalaq Ladaa Al'atfal Walmurahiqina.

Aldaamin, M. Walsharim, N. (2005). Ealam Nafs Alnumui Altufulat Walmurahaqatu. Maktabat Alfalah Lilnashr Waltawziei.

Eabd Alhamidi, A. Wahilali, S. (2017). Almakhawif Alaijtimaeiat Waealaqatuha Bitaqdir Aldhaat Ladaa Tifl Alrawdata, Majalat Altufulat Waltarbiati, 9, 29, 15- 49.

Eabd Almajid, F. Washahatatu, A. (2010).. Alkhawf Min Alwalidayn Waealaqatih Bialmaharat Alaijtimaeiat Ladaa Eayinat Min 'Atfal Almarhalat Aleumriat Min (10- 14) Eama. Majalat Dirasat Altufulati, 13, 48, 97-107.

Eabd Almajid, F. Wazihran, S. Walbadri, S. (2015). Almakhawif Almadrasiat Alshaayieat Ladaa Eayinat Min

Talamidh Almarhalat Alaibtidayiyati: Dirasat Muqaranat Bayn Aldhukur Wal'iinathi. Majalat Dirasat Altufulati, 18 (67), 29-33.

Eiz, I. Walbaeini, K. (2015). Antishar 'Aerad Adtirabat Alqalaq Ladaa Al'atfal Waealaqatiha Bibaed Almutaghayirat Dirasat Ealaa Eayinatayn Min Al'atfal Fi Eamay 2010 Wa2014.

Aleazazi, H. (2013). Almakhawif Almadrasiat Waealaqatuha Bisueubat Taealum Alqira'at Walkitabat Ladaa Eayinat Min Al'atfal Fi Almarhalat Aleumriat Min (9-12). Risalat Majistir Ghayr Manshuratin, Jamieat Eayn Shams Maehad Aldirasat Aleulya Altufulata- Qism Aldirasat Alnafsiat Lil'atfali.

Alfarisiat, I. (2018). Qalaq Alainfisal Ladaa 'Atfal Alsafi Li'awal Al'asasii Waealaqatih Bialsimat Alshakhsiat Li'umahatihim Fi Muhafazat Masqat. Risalat Majistir Ghayr Manshuratin, Jamieat Nazwaa.

Alkiswani, M. Walshanawi, M. Wa'abu A. (2002). Turuq Dirasat Altifla. AlArdun: Dar Safa' Lilnashr Waltawziei.

Larus, H. (1954). Makhawif Al'atfali. Maktabat Franklin Lilnashr Waltawziei.

Alnaashiri, A. (2020). Almakhawif Almadrasiat Waealaqatuha Bialtahsil Aldirasii Ladaa Talamidh Alsafi Alraabie Min Almarhalat Al'asasiat Fi Madaris 'Amanat Aleasimat Sanea'. Majalat Aladab Lileulum Alnafsiat Waltarbawiati, 3, 47-96.

Sadiq, R. Wakhamis, S. (2010). Aistikhdam Alqisas Almusiqiat Alharakiat Fi Khafd Hidat Baed Almakhawif Almaradiat Ladaa 'Atfal Alrawdat Dhawi Aidtirab Naqs Alaintibah Wafart Alharakati. Majalat Altufulat Waltarbiati, Jamieat Al'iiskandiriat, Kuliat Riad Al'atfal, 2(2), 65-155.

Wizarat Altarbiat Waltaelim (2021). Kitab Al'iihsa'at Altarbawiati. Tama Alaistirjae Fi Yanayir 3, 2022.