

العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً

مقدم من

الدكتور

حمدى حامد حجازى

أستاذ خدمة الفرد المساعد

بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية

بكفر الشيخ

أولاً: مشكلة الدراسة

تعد التنمية هدفاً أساسياً تسعى إلى تحقيقه غالبية المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء باعتبارها وسيلة أساسية يمكن عن طريقها تحقيق معدلات مرتفعة من الرقى والتقدم والرفاهية ، ويمثل الانسان المحور الأساسي الذي تدور حوله جهود التنمية فهو صانعها والشريك في عائدتها ، وهذه الحقيقة قد توارثت لعقود طويلة إلا أنها فرضت نفسها على أرض الواقع في غضون تعثر جهود التنمية التي أغفلت البعد الانساني في تعاملاتها ، وبات واضحاً أن إغفال هذا البعد من شأنه أن يصيب جهود التنمية بالفشل . (أسماء محمد عبد المؤمن ، ٢٠١٢ : ٤٢٥٥)

فالتنمية كقضية حضارية في مضمونها تنمية إنسانية ، وأصبح الاهتمام بالتنمية البشر والارتقاء بقدراتهم من أعظم اهتمامات الدول وخير ما تتسابق إليه ، وينصب مفهوم التنمية عامة والتنمية البشرية خاصة على تحسين نوعية حياة البشر والارتقاء بها ، من خلال : الارتقاء بمستويات وفرص إشباع حاجاتهم الانسانية في الصحة والتعليم والمعرفة بما يؤدي إلى تمتعهم بنصيب أوفر وأكثر عدالة من الناتج المحلي ، وكذلك بدعم وتطوير ثقافة المشاركة وقيمها ، حيث إن النهوض بأوضاعهم وظروفهم الاقتصادية والاجتماعية مرهون بمشاركتهم الايجابية الفعالة .

وإذا كان التحدي الأكبر الذي يواجه بلادنا اليوم هو إمكانية تحويل العنصر البشري من عنصر يمثل عبئاً على التنمية إلى عنصر يكون هو الدافع لهذه التنمية ، فإن نوعية القوى البشرية ودرجة ثقافتها وتفكيرها وتعليمها يكون لها بالغ الأثر في جهود التنمية وأهدافها (صفاء عادل راشد ، ٢٠١٣ : ١٤٧١) ، لذا فقد اهتم المجتمع المصري بتنمية موارده البشرية وخلق طاقات واعية تُسهم في رقيه وتقدمه ، ومن بين هذه الموارد فئة المعاقين حركياً ، حيث تجدر الإشارة إلى أن تمكين هذه الفئة وتحسين نوعية حياتها يمكن أن يساهم في تحقيق عملية التنمية ويمثل في الوقت ذاته هدفاً من الأهداف التي يسعى إليها المجتمع .

فقضية رعاية المعاقين حركياً لم تعد مجرد مساعدات مالية بسيطة بل أصبحت قضية مهمة ورسالة اجتماعية سامية ، وأصبح هناك اهتمام دولي ومحلي متنام بقضايا هذه الفئة خاصة مع تزايد أعدادها بشكل واضح ، إذ تشير الاحصاءات العالمية إلى أن عدد المعاقين في العالم يبلغ مليار شخص من عدد سكان العالم البالغ سبعة مليار نسمة ، أي أن هناك شخص معاق من كل (٧) أشخاص في العالم (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ، ٢٠١٩) ، وفي مصر يبلغ عدد المعاقين ١٠ مليون و ٦٠٠ الف ، بنسبة ١٠,٦% من إجمالي عدد السكان البالغ مائة مليون نسمة ، ويبلغ عدد المعاقين حركياً مليون و ٩٧١ ألفاً و ١٤٧ شخص

(الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، ٢٠١٧) ، ونظراً لزيادة أعداد المعاقين حركياً - مجال اهتمام الدراسة - فقد وفرت الدولة لهم العديد من المؤسسات كمراكز التأهيل الطبى ومراكز التأهيل المهني وأندية الارادة والتحدى ومكاتب التأهيل الاجتماعى وذلك لتمكينهم من مواجهة التغيرات التى يموج بها العالم ومساعدتهم على بناء قدراتهم والاندماج فى المجتمع عبر تقديم مجموعة من الخدمات الصحية والاجتماعية والنفسية والمادية والمهنية ... ، باعتبار هذه الخدمات وسيلة أساسية لتحسين نوعية حياتهم .

إذ ترتبط نوعية الحياة بصفة عامة ، بصحة الانسان الجسدية والنفسية والاجتماعية ونظافة البيئة المحيطة وراثتها ، والرضا عن الخدمات التى تقدم له مثل : التعليم والخدمات الصحية والمواصلات والممارسات الديمقراطية والعدالة الاجتماعية وشيوع روح المحبة والتفاؤل بين الناس ، فضلاً عن الايجابية وارتفاع الروح المعنوية والانتماء والولاء للوطن .(محمود عبد الحليم منسي ، على مهدى كاظم ، ٢٠٠٦ : ٦٣)

وإذا ما نظرنا إلى نوعية حياة المعاقين حركياً نجد أنهم يعانون الكثير من المشكلات فى مختلف جوانب الحياة وهذا ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات السابقة ، حيث تبين أنهم يعانون من انخفاض تقدير الذات وسوء التوافق النفسى والاجتماعى (محمد حامد النجار ، ١٩٩٧) ، ويواجهون صعوبة فى الحصول على فرصة عمل لرغبة أصحاب العمل فى تشغيل غير المعاقين (Bricout, John, 1998) ، كما يواجهون صعوبات فى الحصول على الخدمات التعليمية والاجتماعية والمادية (James, Gloria, 2002) ، ويعانون من المشاعر السلبية والخوف من المستقبل والشعور باليأس وضعف الثقة بالنفس والميل إلى الانطواء والعزلة وعدم القدرة على التكيف مع الآخرين (منى سيد محمد ، ٢٠٠٧) ، ومشكلات فى إكتساب مهارات العمل والتدريب المهني والشعور بالقلق والاستياء ، وانخفاض مستوى الدخل ، فضلاً عن نقص الوعى الصحى لديهم حيث يهتمون بالمبادئ الأساسية فى الحفاظ على الصحة ولا يقومون بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة ، ولا يهتمون بالوجبات الغذائية وغيرها من السلوكيات الصحية السلبية ، وبالتالي إمكانية تعرضهم للأمراض المختلفة ، بالإضافة إلى شعورهم بعدم الرضا الأمر الذى يؤثر سلبياً على قدرتهم على تحقيق متطلبات الحياة بشكل عام . راجع (عبد اللاه صابر عبد الحميد ، ٢٠١٣) و (شعبان عبد الصادق عزام ، ٢٠١٥) (نايفه حمدان الشوبكى وآخرون ، ٢٠١٩)

وبمراجعة نتائج هذه الدراسات يتضح معاناة المعاقين حركياً من واقع اجتماعى ونفسى وصحى واقتصادى مؤلم ، مما يشير إلى انخفاض نوعية حياتهم بصورها المختلفة (الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية) ، وهو ما يتفق ونتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة

(Koubekova, E , 2000) التي أوضحت نتائجها عدم رضا المعاقين حركياً عن أنفسهم وانخفاض نوعية حياتهم بشكل عام . وكذلك دراسة (أبو النجا محمد العمري ، ٢٠٠٧) التي أظهرت نتائجها انخفاض نوعية الحياة الاقتصادية والصحية والاجتماعية للمعاقين حركياً ، حيث أفادت بوهن وضعف ما تقدمه مكاتب رعاية وتأهيل المعاقين حركياً من خدمات ومساعدات اقتصادية تلبى احتياجاتهم المختلفة ، كما أوضحت أن الرعاية الصحية المقدمة لهم ما زالت في حاجة إلى المزيد من الموارد المالية اللازمة للإرتقاء بها ، وكذلك الرعاية الاجتماعية ، وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة (إيمان محمد صبرى ، رانيا جمال حسين ، ٢٠١٥) التي أوضحت انخفاض نوعية حياة المعاقين حركياً ووجود فروق دالة احصائياً بين المعاقين حركياً والأصحاء في كل أبعاد نوعية الحياة لصالح الأصحاء .

وقد يرجع انخفاض نوعية حياة المعاقين حركياً إلى المشاعر السلبية والأفكار والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالإعاقة الحركية ، حيث يشعرون بالعجز وعدم المساواة مع أقرانهم نتيجة ما يترتب علي إعاقتهم الحركية من مشكلات جسمية ونفسية واجتماعية ومعرفية (محمد سيد فهمي ، ٢٠٠٠ : ٧) وهو ما يتفق ونتائج دراسة (سحر محمد شعبان ، ٢٠٠٥) التي أوضحت شعور المعاقين حركياً بالنقص والرفض ومن ثم عدم القدرة على التكيف والانسجام مع المحيطين بهم . فضلاً عن شعورهم بأنهم أقل من الآخرين خاصة في المواقف التنافسية بالإضافة إلى صورتهم السلبية عن أنفسهم (طارق عبد الرؤوف و ربيع عبد الرؤوف ، ٢٠٠٨) ، وكذلك إحساسهم الدائم بالرفض والتهميش والشك في الآخرين وعدم الثقة فيهم (عبد المجيد حسن الطائي ، ٢٠٠٨) ، وهو ما أكدته نتائج دراسة (عبد اللاه صابر عبد الحميد) التي أوضحت أن الإعاقة الحركية تُكوّن لدي أصحابها مفهوم سلبي عن الذات فضلاً عن الشعور بالرفض والضيق والحزن والميل إلى الوحدة مما يؤدي إلى ضعف الدافعية والتردد والاكتئاب وفقدان الضبط الذاتي والاعتماد المفرط على الآخرين . ومن ثم حرمانهم من التمتع بالحياة وعدم قدرتهم على الاندماج في المجتمع .

ولا شك أن انخفاض نوعية حياة هؤلاء المعاقين له مخاطره الواضحة على ذواتهم والمحيطين بهم والمجتمع بشكل عام ، وهذا ما أشارت إليه نتيج بعض الدراسات السابقة كدراسة (صلاح الدين عراقى ، رمضان مظلوم ، ٢٠٠٥) التي أوضحت أن إحساس الفرد بانخفاض مستوى جودة ونوعية حياته أو الرضا عنها يترتب عليه مشكلات عديدة في حياته أهمها الإكتئاب والعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية ، كما أن انخفاض نوعية حياة هذه الفئة يؤثر سلباً على درجة مساهمتها في النمو والارتقاء بالمجتمع .

لذا فإن هؤلاء المعاقين بحاجة ماسة إلى تحسين نوعية حياتهم بجوانبها المختلفة ، خاصة وأن تحسين نوعية الحياة يُعد من أحدث الاتجاهات كعملية يستخدمها الإخصائيون الاجتماعيون ، حيث تشمل المحاولات لمساعدة الأفراد المعاقين على المثابرة ومواصلة الحياة من حيث هم ، بإضافة خبرات إيجابية وقيم لحياتهم المعيشية وتحسين علاقاتهم بالآخرين لتحقيق المزيد من الرضا والاشباع والتمتع والبهجة في حياتهم (أحمد محمد السنهوري ، ١٩٩٨ : ٤٣٨ - ٤٣٩) ، كما أن لهم الحق في التمتع بحياة كريمة وطبيعية وكاملة قدر الامكان (وزارة الشؤون الاجتماعية ، ١٩٩٥ : ١٧٠) ، علاوة على أن تحسين نوعية حياتهم يؤدي إلى إكتشاف وتنمية قدراتهم وتمكينهم من التكيف مع البيئة المحيطة ، ويجعلهم يعتمدون على أنفسهم وينظرون للمستقبل نظرة أكثر إيجابية ويكونون أكثر فاعلية في التعايش مع المجتمع وهو ما أكدته دراسة (أسماء مسعود البليطي ، ٢٠١٧) ، كما يجعلهم أكثر تقبلاً للحياة وتحملًا لمعاناتها وأكثر قدرة على تخطي الضغوط والمشكلات فضلاً عن ارتباطه بالعديد من المشاعر ذات الطبيعة الايجابية لدى الفرد كمشاعر الأمل والتفاؤل والطموح والنظرة الايجابية للمستقبل (شعبان عبد الصادق عزام) ، هذا وقد أوصت بعض الدراسات كدراسة (فوقية إبراهيم عيسي ، ١٩٨١) بضرورة تحسين نوعية حياة هؤلاء المعاقين وتأهيلهم وتوفير الخدمات الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية لهم من أجل تنمية قدراتهم وإمكانياتهم المتبقية ، كما انتهت دراسة (Scouras Susan, 2005) إلى ضرورة تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً وتوفير الدعم والحقوق الاجتماعية والاقتصادية والصحية لهم حيث يساعدهم ذلك في التغلب على التحديات التي فرضها عليهم المجتمع ، وأوصت أيضاً (منظمة العمل العربية ، ٢٠٠٦ : ١١) و (جمعية التأهيل الاجتماعي ، ٢٠٠٠ : ٥) بضرورة السعي إلى تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً وتنمية وتطوير الامكانيات والقدرات الحياتية والاجتماعية والصحية التي ترتبط بالبيئة التي يعيشون بها ، حيث أن الفرص المتاحة أمامهم في هذه المجالات تكاد تكون في الحدود الدنيا .

وتأكيداً على أهمية تحسين نوعية حياة المعاقين (حركياً) ، فقد أصدرت المنظمات العالمية والمحلية العديد من التشريعات والقوانين التي تؤكد على أهميتهم في المجتمع ، وضرورة توفير كافة الخدمات والبرامج لمساعدتهم على تحسين نوعية حياتهم في الصحة والتعليم والحياة العامة وتوفير العمل المناسب ومساعدتهم على شغل أوقات فراغهم ، ومن هذه التشريعات الإعلان العالمي لحقوق الطفل المعاق ١٩٧٥ ، وإعتبار عام ١٩٨٠ هو العام الدولي للمعاقين ، وفي مصر جاء قانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين المعدل بقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ ، الذي يلزم الدولة بتقديم خدمات التأهيل الاجتماعي والنفسي والتعليمي والمهني للمعاقين وأسرهم وتوفير الوظائف المناسبة لهم والأجهزة التعويضية ووضع السياسات والخطط والبرامج الخاصة

بهم (محمد بسيونى عبد العاطى ، ٢٠١٢ : ٥٧٩٠) ، وكذلك قانون ١٥ لسنة ٢٠١٨م الذى يعمل على تمكين الأشخاص ذوى الاعاقة من الحصول على فرص الإعداد المهني والتدريب الوظيفي لضمان حصولهم على عمل مناسب والاحتفاظ به والترقي فيه ، ومن ثم تعزيز إدماجهم في المجتمع . (قانون الأشخاص ذوى الاعاقة ، ٢٠١٨)

هذا ويمكن تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً من خلال إسهامات المهن والعلوم المختلفة كل من زاوية تخصصه - خاصة وأن العمل مع المعاقين حركياً قد تطور بشكل كبير فلم يعد يقتصر على تقديم العلاج النفسى إنما تعدى ذلك إلى ضرورة تحسين نوعية حياتهم بصورها المختلفة - ومن بين هذه المهن : مهنة الخدمة الاجتماعية حيث إن لها مساهمتها الفعالة من خلال دورها التنموى فى تحسين نوعية الحياة وقياسه والارتقاء بمستوياته وبمعدلات مؤشرات ، وقد يكون ذلك الهدف الأول للخدمة الاجتماعية حيث يرتبط تحسين نوعية الحياة بتحقيق الرفاهية . (طلعت مصطفى السروجى ، ٢٠٠٣ ، ١٧٩)

ومن بين طرائق مهنة الخدمة الاجتماعية التى يمكنها تحقيق ذلك ، طريقة العمل مع الحالات الفردية ، إذ يمكن لهذه الطريقة أن تعمل على تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً من خلال تعديل معارفهم وأفكارهم وسلوكياتهم بالاعتماد على ما لديها من نظريات ومداخل علاجية تستند عليها فى ممارساتها المهنية ، ومن بينها : العلاج المعرفى السلوكى والذى يعد أكثر المداخل العلاجية اتساقاً مع الدراسة الحالية ، لتركيزه على إقناع العملاء - المعاقين حركياً - بأن أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة وتوقعاتهم السلبية وغير المنطقية هى المؤدية إلى ردود أفعالهم الدالة على سوء التكيف ، وتأكيد على أهمية تعديل هذه الأفكار ، وإكسابهم أفكار إيجابية وطرق أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات معرفية وإنفعالية وسلوكية لديهم ، هذا من ناحية ، وللنجاحات الكبيرة التى حققها من ناحية أخرى ، حيث أثبتت نتائج بعض الدراسات السابقة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التعامل مع العديد من المشكلات فى المجالات المتعددة للخدمة الاجتماعية، ومن بين هذه الدراسات على سبيل المثال لا الحصر :

دراسة (هشام سيد عبد المجيد ، ٢٠٠١) التى أكدت نتائجها فاعلية برنامج التعديل المعرفى السلوكى فى تعديل بعض أفكار ومعتقدات الحدث غير العقلانية مقارنة بالبرنامج السلوكى ، حيث ركز برنامج التعديل المعرفى السلوكى على تعديل أفكار الأحداث ومعتقداتهم بجانب أنماط سلوكهم بينما ركز برنامج التعديل السلوكى على الأنماط السلوكية للأحداث بدون التعامل مع أفكارهم ، كما أظهرت نتائج التدخل باستخدام أساليب العلاج المعرفى السلوكى

انخفاض معدل وقوع أربعة أنماط سلوكية لدى الأحداث ، فى حين أظهرت نتائج التدخل باستخدام أساليب التعديل السلوكي انخفاض معدل ثلاث أنماط سلوكية فقط .

ودراسة (ابتسام رفعت محمد ، ٢٠٠٢) التى أوضحت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن التحاق الطلاب بالجامعة ، حيث أدى برنامج التدخل إلى تعديل أفكار الطلاب واتجاهاتهم الخاطئة وإدراكهم الخاطئ للحياة الجامعية الأمر الذى جعلهم يسلكون سلوكاً صحيحاً فى الحياة الجامعية والاجتماعية ، ودراسة (Fisher Paige H, et al ,2004) التى أظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى تجنب اضطراب القلق الاجتماعى لدى عينة من المراهقين من خلال زيادة وعيهم بالاجراءات الوقائية الواجب اتباعها لتجنب هذا النوع من الاضطراب .

ودراسة (محمود ناجي السيسى ، ٢٠٠٦) التى بينت نتائجها فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى تدعيم السلوك الاستقلالي للأطفال المعاقين ذهنياً والمتمثل فى زيادة قدرتهم على تحمل المسؤولية وتنمية الثقة بالذات وتنمية مشاركتهم فى ممارسة الأنشطة ، ودراسة (أمل فيصل الفريخ ، ٢٠٠٨) التى أظهرت نتائجها فاعلية برنامج معرفي سلوكي فى خدمة الفرد فى التخفيف من بعض مظاهر سلوك العنف البدني وكذلك العنف الإيتلافي لدى أطفال رياض الأطفال ، ودراسة (نفين صابر عبد الحكيم ، ٢٠٠٩) التى أوضحت نتائجها فاعلية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى تعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للإنتحراف . ودراسة (ابتسام عبد الله الزغبى ، ٢٠١٠) التى أكدت نتائجها فاعلية برنامج معرفي سلوكي فى خدمة الفرد لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات ، والتى تمثلت فى القلق والسلوك العدوانى والمسئولية الاجتماعية .

ودراسة (بلحسيني ورده ، ٢٠١١) التى بينت نتائجها فاعلية برنامج التدخل العلاجي المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد بما يتضمنه من تقنيات علاجية فى تخفيض الرهاب الاجتماعى لدى طلاب الجامعة عينة الدراسة . ودراسة (Andersson, E, 2012) التى أوضحت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى خفض حدة الوسواس القهرى لدى الأشخاص البالغين مستخدمى الانترنت ، ودراسة (إيمان محمد إبراهيم ، ٢٠١٣) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى الحد من إيمان المكفوفين ، حيث كشفت النتائج اختلاف درجات شدة الإدمان قبل وبعد التدخل لصالح القياس البعدي ، حيث قل عدد المبحوثين ذوي الإدمان الكارثي ، وانخفضت درجة شدة الإدمان لديهم إلى الحاد ،

وانخفضت بالتدرج نسبة ذوي الإدمان الحاد إلى المعتدل ، وكذلك دراسة (محمد علي إبراهيم ، ٢٠١٣) التي أوضحت نتائجها فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية (المظاهر الجسدية - الانفعالية - الاجتماعية - السلوكية - تقدير الذات) لدى الطلاب المراهقين الموهوبين من المرحلة الإعدادية والثانوية ، ودراسة (Mcindoo, et al, 2014) التي بينت نتائجها فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في علاج الرهاب الاجتماعي والقلق الجسدي والاكنتاب لدى طلاب الجامعة ، ودراسة (فانت محمد عامر ، ٢٠١٥) التي أوضحت فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في زيادة دافعية الانجاز لدى المتدربات في برنامج محو الأمية الأسرية ، من خلال زيادة قدرتهن على المثابرة والطموح وتحمل المسؤولية ، ودراسة (أماني سعيد عبد المقصود ، ٢٠١٦) التي أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التوافق الزوجي لأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ، من خلال زيادة قدرة الأم على تحمل مسؤوليتها تجاه الطفل وتحسين علاقتها الاجتماعية والجنسية بزوجها ، ودراسة (محمود إبراهيم عبد العزيز وآخرون ، ٢٠١٨) التي أوضحت نتائجها فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعاقين حركياً والتي تحددت في مهارات الحياة اليومية والمهارات اللغوية والمهارات الاجتماعية ، ودراسة (تامر عبد اللطيف اللباني ، ٢٠١٨) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الإقلاع عن تعاطي المخدرات وتحسين بعض ابعاد جودة الحياة لدي المراهقين ، ودراسة (رباب عادل عبد العظيم ، ٢٠١٩) التي أوضحت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لمدمني المخدرات ، حيث أسفرت نتائجها عن انخفاض مستوى القلق الاجتماعي في القياس البعدي ، كما استمر هذا الانخفاض في القياس التتبعي .

وبناء على ما سبق جاءت محاولة الباحث لإختبار فاعلية هذا العلاج مع موضوع جديد وهو تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وعليه تتمثل قضية الدراسة في الإجابة عن التساؤل التالي : ما مدى تأثير التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ؟

ثانياً : أهمية الدراسة : تتأتى أهمية الدراسة من :

- ١- أهمية فئة المعاقين حركياً ، فهم يمثلون قطاع هام من قطاعات المجتمع يمكن استثماره في دفع عجلة التنمية بما يحقق النمو والتقدم للمجتمع .
- ٢- حث الديانات والرسالات السماوية على أهمية ضرورة رعاية المعاقين عامة ومنهم المعاقين حركياً كواجب أخلاقي وقيمي باعتبارهم أحد الفئات المستضعفة في المجتمع .

- ٣- ازدياد أعداد المعاقين والمعاقين حركياً كما سبق أن اتضح في مشكلة الدراسة .
- ٤- أهمية موضوع الدراسة ، إذ يُعد تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً من أحدث الاتجاهات كعملية يستخدمها الإخصائيون الاجتماعيون ، حيث تشمل المحاولات لمساعدتهم على المثابرة ومواصلة الحياة من حيث هم ، وذلك بإضافة خبرات إيجابية وقيم لحياتهم المعيشية ، فضلاً عن تحسين علاقاتهم بالآخرين لتحقيق المزيد من الرضا والاشباع والمتع والبهجة في حياتهم . (أحمد محمد السنهورى ، ٢٠٠٠ : ١٨٦)
- ٥- ندرة الدراسات السابقة - من وجهة نظر الباحث - التي تناولت العلاج المعرفى السلوكى مع المعاقين حركياً لتحسن نوعية حياتهم .

ثالثاً : أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، كهدف رئيس ، وذلك من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية :-

- تحسين نوعية حياتهم الاجتماعية .
- تحسين نوعية حياتهم النفسية .
- تحسين نوعية حياتهم الصحية .
- تحسين نوعية حياتهم الاقتصادية .

رابعاً : مفاهيم الدراسة

١- مفهوم العلاج المعرفى السلوكى

يشير مصطلح " معرفي " Cognitive " إلى : النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر وإدراك واستدلال ووعي للعالم الخارجي وتداول المعلومات وتخطيط أنشطة العقل البشري ، وغير ذلك ، ويشتمل السلوك المعرفي على : الأفكار والمعتقدات ، والتي يظل كثير منها يمثل خصوصية ذاتية للفرد . (أحمد عبد الخالق ، ٢٠٠٦ ، ١١٢) .

والعلاج المعرفى السلوكى (Cognitive Behavioral Therapy) (CBT) هو أحد أساليب العلاج النفسى الذي يستخدم أساليباً وطرقاً أكثر إيجابية عن طريق دمج فنيات العلاج المعرفى وفنيات العلاج السلوكى معاً ، مما يؤدي إلى مساعدة الأفراد على تطوير مهاراتهم المعرفية وإعادة بناء أفكارهم ، وممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها محدثاً بذلك تغييراً فى كيفية رؤيتهم لذاتهم وللعالم وللمستقبل . (سمير السيد إبراهيم ، ٢٠١٣ : ٢٦)

ويُعد اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً ، يعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد ، معرفياً وإنفعالياً وسلوكياً ، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفى أو الانفعالى أو السلوكى (عادل محمد عبد الله ، ٢٠٠٠ : ١٧) ، كما يُعد

تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك ، من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات عبر الاجراءات المعرفية والسلوكية . (Eysenck , W; 2000: 270)

ويعرّف أيضاً بأنه : نوع من أنواع العلاج النفسي يهدف إلى التعرف على أنماط التفكير والاستجابات غير المفيدة وتعديلها واستبدالها بأنماط أكثر واقعية ، وهو مبنى على فكرة : كيف نفكر " الإدراك " وكيف نشعر " الانفعال " وكيف نسلك " السلوك " والتكامل الموجود بينهم ، وأن افكارنا هي التي تحدد مشاعرنا وسلوكنا ، ومن ثم فإن أفكارنا السلبية يمكن أن ينتج عنها الكثير من المشكلات والمتاعب . (Macullough Jr & James P; 2006: 122)

ويعرّفه (عبد الفتاح عثمان ، ١٩٩٧ : ٣٢٤) بأنه : المنهج الذي يقوم على علاج سلوك الإنسان من خلال تغيير أفكاره وأحكامه ومدركاته وآماله بالمنطق والعقلانية والمناقشة المفتوحة ومقاومة الحجة بالحجة ، حتى يتخلص من مشكلاته مع نفسه ومع الآخرين .

ويعرّفه (Hollon , SD & Beck A.T ,1994:432) أيضاً بأنه : المدخل الذي يحاول تعديل الاضطرابات الحالية أو المتوقعة ، من خلال التعديل الفعّال للإدراك ، أو العمليات المعرفية . ويعرّفه (Adam Kuper & Jessica Kuper, 1996 : 94) بأنه : بناء من الأنشطة والاجراءات والخبرات المتعلمة التي تم تصميمها للتعامل مع العملاء ذوى التفكير السلبي لزيادة قدرتهم على إعادة بنائهم المعرفي ومواجهة قصور أدائهم الاجتماعى لأنماط حياتهم المختلفة .

ويعرّفه "بيك" بأنه : أسلوب علاجي لتصحيح الأفكار والمعتقدات لدي المريض ، وتحديد الافكار المشوهة بتقنية تجريبية تعتمد على تغيير القواعد المعتمدة وصولاً إلى الحالة الايجابية ، مستخدماً مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم ، وهو محاولة لحل المشكلات السلوكية وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي ، ويتضمن هذا العلاج الاستبفاء على السلوك أو تعديله أو إزالته نهائياً ، ويتكون من جهود المعالج النفسي والمفحوص والآخرين ذوى الصلة به لإحداث التغيير المرغوب ، ويركز على ضرورة فهم العلاقة بين البيئة والسلوك . (أورون بيك ، ٢٠٠٠ : ٥ - ٨ ، ٤٩)

ويذكر (Hodge , R. David & Aneesah, Nadir, 2008: 31-41) أن هذا العلاج يعد من أفضل العلاجات الحديثة المستخدمة فى خدمة الفرد وهو مبنى على العقل والمناقشة المنطقية والتعلم ، ويعد من الناحية العملية من أكثر النماذج تمشياً وانسجاماً مع الأفكار والقيم والمعتقدات الإسلامية .

وبذلك يعتبر المدخل المعرفي السلوكي من أهم المداخل العلاجية في طريقة خدمة الفرد ، الذي ثبت فاعليته في التعامل مع الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المنضبطة

- والسلوكيات الخاطئة ، ويهدف إلى تصحيح أفكار العميل وتعديل سلوكه وربطه بالواقع والحاضر وتدعيماً لمسئوليته ليتفاعل بإيجابية في ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلانية وسلوك سوي . (عبد الناصر عوض أحمد ، ١٩٩٥ : ٢٦٠)
- ويُقصد بالعلاج المعرفي السلوكي في الدراسة : نظرياً بأنه : التدخل المهني الذي يعتمد علي مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية للعمل مع المعاقين حركياً لتغيير أفكارهم ومعتقداتهم ومشاعرهم السلبية المرتبطة بإعاقاتهم الحركية من أجل تحسين نوعية حياتهم .
- وفي ضوء ما سبق يعرف الباحث العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً في هذه الدراسة بأنه :-
- تدخل مهني يعتمد على كل من النظرية المعرفية والنظرية السلوكية كأصول نظرية .
 - يتجه صوب المعاقين حركياً المترددين على مكتب التأهيل الاجتماعي وكذلك الأطراف المرتبطون بهم .
 - يستهدف هذا التدخل (عملية المساعدة) تحليل أفكار ومشاعر هؤلاء المعاقين المرتبطة بإعاقاتهم ، وتغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة وإكسابهم أفكار ومعتقدات أخرى جديدة تساعدهم على تحسين نوعية حياتهم .
 - يتم التدخل في إطار هذا العلاج من خلال مراحل ثلاثة هي : مرحلة ما قبل التدخل - التدخل - الانتهاء .
 - يعتمد الباحث في تحقيق أهداف التدخل على عدد من الأساليب المتنوعة المستمدة من النظريات والمداخل التي يعتمد عليها النموذج كموجهات نظرية .

٢- نوعية الحياة

على الرغم مما حظى به مفهوم نوعية الحياة من اهتمام واسع على مستوى الاستخدام العلمي والعملية إلا أن مستخدمى هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد له ، لحدائثة المفهوم على مستوى التناول العلمي الدقيق من ناحية ، ولتعدد صور وأوجه استخدامه من ناحية أخرى ، فهو يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقى في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع ، ويستخدم أحياناً ليعبر عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة ، وبالتالي يصعب التوصل لتعريف محدد لمفهوم نوعية الحياة . (العارف بالله محمد الغندور ، ١٩٩٩ : ١٥ - ١٦)

وتُعرّف نوعية الحياة لغةً بأنها : طبيعة أو خصائص الشيء أى النوع والمستوى ودرجة الجودة أو القرب إلى التمام ، وتشمل كل جوانب حياة الفرد منذ مولده حتى مماته . (Martin ; 2000 : 281)

وتُعرّف نوعية الحياة بأنها : ذلك الكل المركب الذي يتألف من مجموعة من الجوانب المختلفة التى ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإنسان كالصحة المادية ودرجة الألم والرضا عن الحياة وما يقوم به الفرد من أدوار اجتماعية وكذلك العلاقات الشخصية المتبادلة والأنشطة المهنية واليومية التى يمارسها الفرد . (Passchier,G ; 2000 : 70)

وتُعرّف أيضاً بأنها : المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها للأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية ، والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على : إنتاجية الفرد ومشاركته الفاعلة ودرجة تقبل ورضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها لتوقعاتهم وأهدافهم فى الحياة . (طلعت مصطفى السروجى ، ٢٠٠٤ : ٣٨٣) كذلك هى : الجوانب الموضوعية والذاتية كمرادف للرفاهية الكلية التى يمكن أن يعيشها الفرد ، وهناك من يصفها بأنها الرفاهية المادية والاجتماعية والعاطفية للأفراد وقدرتهم على التأمل والتفاعل مع مسئوليات الحياة الطبيعية . (International Labor Organization , 2003 : 23)

ويُنظر لنوعية الحياة أيضاً بأنها : الأحوال الحسنة أو السيئة التى يشعر بها الفرد والتى تتوقف على مدى شعوره بإشباع حاجاته وإدراكه الذى يعبر عن تقويمه ومشاعره واستجاباته ككل (طلعت مصطفى السروجى ، ٢٠٠٩ : ٥٨) وتُعرّف بشكل شامل بأنها : ما يتحقق للفرد من إشباع لإحتياجاته المتنوعة فى ضوء العلاقات التفاعلية بين الإنسان والبيئة المحيطة به بما يحقق له سعادة ورضا عن حياته . (Cashing , 2003 : 70)

وتستهدف نوعية الحياة تحقيق

- الرفاهية المادية والاجتماعية والاقتصادية لأفراد المجتمع .
- التمتع بالحياة وأن يكون الشخص راضى عن حياته .
- تنمية مفاهيم ذاتية إيجابية .
- تحسين معانى الشخصية الانسانية ومجالات الحياة المختلفة .
- تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية للحياة .
- مقابلة الحاجات الانسانية لأفراد المجتمع . (صفاء عادل راشد ، ١٤٨٦)
- التركيز على العلاقة بين الفرد والبيئة معاً وتنميتها فى الإطار الأيكولوجى .
- تحرير الطاقات الداخلية للأفراد وإعطائهم القوة للعمل والإستمرار فى الحياة .
- العمل على بناء قوة الأفراد وتحسين شبكة علاقاتهم الاجتماعية بالأنساق الأخرى . (فتحية

محمد القاضى ، ٢٠١٣ : ٤٣١٦)

مؤشرات نوعية الحياة

تتعد مؤشرات نوعية الحياة وتباين من دراسة إلى أخرى ومن مجال إلى آخر ، فقد حددت دراسة (Kelley G, Nancy , 2004) مؤشرات نوعية الحياة للمعاقين حركياً في نوعية الحياة : الصحية ، الجسمية ، النفسية ، المعرفية ، الروحية ، البيئية . كما حددتها أيضاً دراسة (أبو النجا محمد العمري) في : الاقتصادية ، الصحية ، الاجتماعية ، الأداء المهني ، التعليمية. في حين حددتها دراسة (نادية عبد الجواد الجرواني ، ٢٠٠٧) في مجالات أخرى في : الرفاهية الصحية ، السلوكية ، الاجتماعية ، الوظيفية ، والمادية . وحددتها دراسة (طارق لبيب عماره ، ٢٠١٢) في نوعية الحياة التعليمية ، الصحية ، الاقتصادية ، الاجتماعية ، الشعور بالرضا. وحددتها أيضاً دراسة (صفاء عادل راشد) في نوعية الحياة الاجتماعية ، النفسية ، الاقتصادية ، الصحية . وحددتها دراسة (فتحية محمد القاضى) في نوعية الحياة الأسرية ، النفسية ، الاجتماعية ، الصحية ، الشخصية ، الاقتصادية ، الروحية .

وإنطلاقاً مما سبق يحدد الباحث نوعية الحياة التي تتسحب على المعاقين حركياً في الدراسة الحالية في : نوعية الحياة الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية .

ويقصد بنوعية الحياة في الدراسة الحالية :

نظرياً بأنها : هي الحالة الحسنة أو السيئة التي يكون عليها المعاقين حركياً المترددون على مكتب التأهيل الاجتماعي بمدينة دسوق والتي تعكس الأوضاع الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية التي يعيشونها .

إجرائياً بأنها : الدرجة التي يحصل عليها المعاقين حركياً على مقياس نوعية الحياة المستخدم .

٣- المعاقين حركياً

يُعرّف المعاق وفقاً للمفهوم الدولي للإعاقة بأنه : كل من يعاني من قصور حسي أو جسدي أو عقلي ناتج عن عوامل وراثية أو بيئية ، يترتب عليها آثار اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية تحول بينه وبين إكتساب المعرفة الفكرية أو المهارات المهنية التي يكتسبها الفرد العادي بمهارة كافية ما لم تتوفر له البرامج العلاجية والتربوية والتأهيلية التي تتناسب مع نوع ودرجة الإعاقة . (اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة ، ١٩٨٥ ، ٤ - ١٥)

ويُعرّف المعاقين حركياً بأنهم : مجموعة الأفراد الذين يعانون من إعاقة جسمية لها صفة الدوام سواء كانت حركية مثل المصابين بشلل الأطفال أو الذين يعانون من بتر عضو من أعضاء الجسم أو الذين يعانون من بعض التشوهات الخلقية الواضحة . (جيهان عاطف فتح الله ، ٢٠٠٦ : ٧٠)

كما يعرفون بأنهم : الأشخاص الذين يعانون من ضعف أو تلف في إحدى الوظائف الجسمية أو البدنية بصرف النظر عما إذا كان ذلك راجعاً لعب خلقي أو مكتسب . (محمد محمد سليمان ، ٢٠١٢ : ٣١١١)

ويقصد الباحث بالمعاقين حركياً في هذه الدراسة بأنهم : الأفراد المصابون بإعاقة جسمية حركية لها صفة الدوام مثل المصابين بشلل الأطفال أو ببتتر عضو من أعضاء الجسم ، والذين يترددون على مكتب التأهيل الاجتماعي بمدينة دسوق للإستفادة من الخدمات والبرامج التي يقدمها المكتب .

خامساً : الموجهات النظرية للدراسة

أ- المداخل الأساسية لدراسة نوعية الحياة والنظريات المفسرة لها

١- المداخل الأساسية لدراسة نوعية الحياة

- **مدخل الحاجات الأساسية** : يركز هذا المدخل على تحديد مستويات الحاجات الأساسية ، ويهتم بالخدمات التي تقابل هذه الحاجات وكذلك الأهداف والغايات التي تحقق الوظيفة الانسانية للإنسان في المجتمع (طلعت مصطفى السروجي ، ٢٠٠٤ : ٣٨٣) ، والهدف من هذا المدخل هو الحياة الكريمة بالحد الأدنى ، ويُعرف من ناحية مستويات الصحة والتغذية ومعرفة القراءة والكتابة ومن السلع والخدمات ، والحاجات الأساسية للغذاء والخدمات الصحية والماء وغيرها من الوسائل التي تحقق الحياة الكريمة (صفاء عادل راشد ، ١٤٩٠) ، أى أن الحاجات الأساسية مدخل يركز على إمداد الطبقات المحرومة بالسلع المادية والخدمات الأساسية . (محمد علاء الدين عبد القادر ، ٢٠٠٣ : ١٨٠)

- **مدخل التنمية البشرية** : الفكرة المركزية لهذا المدخل أن الرفاه الانساني هدف أساسي للتنمية وأن البشر من المصادر الرئيسية للإقتصاد ، يؤكد ذلك برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي أعلن أن البشر هم الثروة الحقيقية للأمة وأن الهدف الأساسي للتنمية هو توفير بيئة تمكن الناس من العيش مدة طويلة بصحة وإبداع ، وينظر هذا المدخل للإنسان ليس فقط كوسيلة وإنما أيضاً كهدف . (محمد جابر عباس ، ٢٠١٤ : ١٥٠٥)

- **مدخل القدرات الانسانية** : يركز هذا المدخل على الاهتمام بالقدرات الانسانية وتحسينها وإنعكاس ذلك على التنمية البشرية ، كما يهتم بتقويم التغيير الاجتماعي في المجتمع ، ويرى أن الأفراد في حاجة إلى رعاية صحية جيدة والتي تؤثر بدورها على قدراتهم . (طلعت مصطفى السروجي ، ٢٠٠٤ : ٣٨٤)

٢- النظريات المفسرة لنوعية الحياة

- **النظرية الاقتصادية** : اعتمدت النظرية الاقتصادية فى دراسة نوعية الحياة فى بدايتها على المؤشرات الكمية ومع بداية السبعينات تم إدخال الجوانب الكيفية فى التحليل ، وأصبحت دراسة نوعية الحياة لا تقتصر على قياس السلع والخدمات فقط ، وإنما تهتم كذلك بمدى رضا الناس عن حياتهم .
- **النظرية الاجتماعية** : وتهتم هذه النظرية فى تفسيرها لنوعية الحياة بالتركيز على النواحي المادية والمعنوية والذاتية والمجتمعية ، وتهتم بعدد من المؤشرات التى تشمل الدخل ، طبيعة العمل ، الحالة الاجتماعية ، المستوى الصحى ، الاستهلاك ، المواصلات ، الرفاهية ، العلاقات الاجتماعية .
- **النظرية النفسية** : تستند هذه النظرية على عدة مفاهيم نفسية مثل : مفهوم الصحة النفسية ، الطموح ، الإدراك الذاتى ، التوافق ، فالحياة بالنسبة لأى إنسان هى ما يدركه منها ، وأن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية فى حياته كالدخل والمسكن والعمل وغيرها يمثل إنعكاس مباشر لإدراك الفرد نوعية حياته . (فتحية محمد القاضى : ٤٣١٨)
- **النظرية البيئية** : إتجه المدخل البيئى فى بناء مؤشرات نوعية الحياة إلى التركيز على المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة من منظور الحفاظ على البيئة ومواردها الطبيعية دون رفض لفكرة النمو ، ولم يلبث أن اتسع ليشمل بجانب البيئة الطبيعية البيئة الحضرية وعلى هذا لم يعد الأمر مقصوراً على المؤشرات التقليدية للبيئة التى تشمل الماء والهواء والتربة وكل ما يتعلق بالحياة الطبيعية من حيوان ونبات ، بل امتد ليشمل علاقة الانسان بالمكان من كافة أبعاده ، بل وعلاقة الانسان بالزمان ، ولم يلبث المدخل البيئى أن مهد الطريق أمام المدخل الأيكولوجى الذى يأخذ بمنظور التفاعل بين الإنسان والبيئة فى بناء مؤشرات نوعية الحياة . (صفاء عادل راشد ، ١٤٨٧)
- **النظرية الأخلاقية** : منظور التنمية الأخلاقية يتضمن تحسين نوعية الحياة الانسانية من خلال تحقيق العدالة والحرية الاجتماعية ، وأن رؤية هذا المنظور لتحسين نوعية الحياة تركز على الاهتمام بتنمية الجوانب الأخلاقية وليس المادية فقط والاهتمام بالبشر كغايات للتنمية بدلاً من النظر إليهم كوسائل لتحقيق التنمية . (سهير محمد خيرى ، ٢٠٠٨ : ٤٦٣٣ - ٤٦٣٤)
- **النظرية الطبية** : وتهتم هذه النظرية بتفسيرها لنوعية الحياة على العلاقة بين المرض ونوعية الحياة ، كالعلاقة بين البيئة وأثرها على المرض النفسى والجسمى ، أو المؤشرات الصحية فى ارتباطها بنوع ومستوى المرض والآثار المترتبة على برامج العلاج بالعقاقير ، وكذلك

فنيات العلاج التي يمكن أن تؤدي إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى . (فتحية محمد القاضى : ٤٣١٨)

- **النظرية التكاملية** : ترى هذه النظرية أن نوعية الحياة تعنى حياة جديدة ، والحياة الجديدة هي نفسها مثل العيش في الحياة ذات نوعية عالية ، وهي نظرية جامعة شاملة أو متعددة الجوانب تتضمن ثمانى نظريات واقعية هي : الرفاه ، الرضا بالحياة ، السعادة ، معنى الحياة ، نظام المعلومات البيولوجية (الاتزان) ، إدراك قوة الحياة ، إشباع الحاجات ، العوامل الموضوعية ، وكل هذه النظريات هي أوجه للحياة (فوزى محمد حسن ، ٢٠١٢ : ٤٨٦٩) ، والنظرية التكاملية تنظر إلى نوعية الحياة على أنها كل متكامل يجمع بين الواقع البيئي والسياسي والاقتصادي والاجتماعي وبين الاستجابة لهذا الواقع من جانب الأفراد والجماعات والمجتمعات معبراً عنها بمدى الرضا أو السخط أو السعادة أو التعاسة ، كما يعنى هذا المدخل بإحداث التكامل بين المعرفة والعمل لتجنب ذاتية المداخل الأخرى ، لهذا فإن دراسة نوعية الحياة يجب أن تفسر من خلال منظور تكاملى . (صفاء عادل راشد ، ١٤٩٠)

ب-العلاج المعرفى السلوكى كموجه نظرى لتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً

- الروافد التاريخية للعلاج المعرفى السلوكى

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفى السلوكى مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين ، ولم يكن هذا الاهتمام وليد المصادفة ، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث التي يمرون بها ، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار ومعتقدات . (محمد الشناوى و محمد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ٢١١)

ومنذ هذا التاريخ بدأ الاهتمام الفعلى بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي ، وقد نشأ أسلوب العلاج المعرفى ضمن حدود العلاج السلوكى ، وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التذمر وعدم الرضا الذي ساد بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية ، وقد بُني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار ، لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العلمية العلاجية ، فجاء التطور الجديد بتوجيه الاهتمام إلى ما يحمله الانسان في ذهنه من أفكار ، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء ، وما يستجيب به من مسالك وعواطف ، وضرورة أخذ هذا كله بعين الاعتبار في العملية العلاجية . (ابتسام عبد الله الزغبى ، ٢١ - ٢٢)

والعلاج المعرفى السلوكى عبارة عن مظلة تنطوى على كثير من أنواع العلاجات التى تتشابه فى جوهرها وتختلف فى مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات ، وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد كثير من هذه العلاجات إلا أن أشهرها :

- التصورات الشخصى لـ " كيلي " Kelly . - العلاج العقلانى الانفعالى لـ " إليس " Ellis .

- العلاج المعرفى لـ " بيك " Beck .

- أسلوب حل المشكلات عند جولد فريد و جولد فريد Goldfred & Goldfred .

- تعديل السلوك المعرفى عند ميكنباوم Meichenbaum .

ويرى بعض العلماء أن العلاج المعرفى السلوكى ارتبط بصورة كبيرة بإسم Beck ، الذى مارس التحليل الكلاسيكى وأصبح غير راضٍ عن تعقيداته ، التى فشلت محاولاته لتحليل صدق المفاهيم التحليلية ، وأن تشجيع " بيك " لمرضاه كي ينغمسوا فى تحليل معرفى لتفكيرهم ساعده فى إعادة تشكيل مفاهيم عن الاكتئاب والقلق والخوف والأعصاب المتصلة بالأفكار والأفعال المتسلطة (الوسواس القهرى) وتصويرها على أنها اضطرابات معرفية ، وقد طور " بيك " ألواناً من الأساليب لتصحيح التفكير الخاطئ الذى تُبنى عليه تلك الاضطرابات ، وبالتالي تخف حدة تلك الأعصاب . (ناصر المحارب ، ٢٠٠٠ : ٦ - ٩)

ويرى " بيك " من خلال دراسته وتحليله للعلاج السلوكى أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية ، ولكن هذه الفاعلية ليست راجعة إلى الأسباب التى قدمها المعالجون السلوكيون ، ولكنها راجعة إلى أن هذه الأساليب تؤدى إلى تغيرات اتجاهية ومعرفية لدى الحالات المرضية ، ومع أن العلاج السلوكى محدود لأنه يغفل تفكير المرضى المتعلق بأنفسهم والمتعلق بالمعالج والعلاج ، إلا أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المرضى وأهمية التخطيط المنسق لعملية العلاج وأهمية التحديد الكمي للتغير السلوكى ، أصبح ذا قيمة فى نظر " بيك " شجعه على استخدامه فى العلاج المعرفى . (باترسون ، ١٩٩٠ : ٢٧ - ٢٨)

وبذلك تصبح أعمال " بيك " هى الرائدة فى تطور العلاج المعرفى السلوكى قياساً على مساهمات المنظرين الآخرين ، وتعتبر نظريته هى النظرية الأكثر جذباً لإهتمام الباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفى السلوكى ، وذلك لمحاولة ربط نظريته بما يستجد من دراسات فى علم النفس المعرفى والعلوم الأخرى ذات الصلة ، فضلاً عن ترسيخه للملامح الرئيسة للعلاج المعرفى السلوكى من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات ، وإقناع العميل بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هى التى تُحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ، واستهدافه إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة وأن يحل محلها طرقاً

أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات معرفية وأنفعالية وسلوكية لدى العميل . (ابتسام عبد الله الزغبى : ٢٣)

وتعد برلين Berlin 1983 من أهم أساتذة الخدمة الاجتماعية الذين قاموا بإعادة صياغة العلاج المعرفي السلوكي ليناسب الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ليصبح من أهم المداخل العلاجية التي استخدمت في خدمة الفرد . (أمل فيصل الفريخ ، ٦٤)

- الاصول النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي نتاج تداخل ثلاثة مداخل علاجية هي : العلاج السلوكي ، العلاج المعرفي ، علم النفس الاجتماعي المعرفي ، ويرتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura ، حيث يري أن عملية التعلم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ، ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية ، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة ، وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة ، والأحداث التي تليها تسمى النتائج ، ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية ، والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد ، وما يمكن أن يفعله ، والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي ، وتوضح لنا نظرية التعلم الاجتماعي كيف يمكن من خلال الأفكار والمشاعر أن نصل إلى السلوك المتوقع من الفرد . (Cooper, M ,et al ; 2005:151)

- الافتراضات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

- يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على عدة افتراضات نظرية أهمها :
- ١- يرتكز السلوك بدرجة كبيرة على المعرفة والمدرجات أكثر مما يركز على السلوك الظاهر ، فإذا كانت الحاجة هي تغيير السلوك الظاهر ، فإن الأفكار والمدرجات سوف تتغير تبعاً لذلك ، فالتغيرات التي تطرأ على السلوك الخارجي يمكن الوصول إليها عن طريق إحداث تغييرات في العمليات المعرفية .
 - ٢- مشكلة العميل في النظريات المعرفية ، هي نتاج الأفكار والاتجاهات والمعاني من الواقع ، ولما كان الواقع لا يمكن تغييره فإن البديل هو تغيير هذه الأفكار وتلك الاتجاهات بمعاييرها المختلفة . (عبد الفتاح عثمان ، ٢٣٢)
 - ٣- يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر وعلى المشكلات الحالية ، ومع ذلك قد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة العميل الشديدة في القيام بذلك أو عندما يشعر الاخصائي بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى العميل .

٤- العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى يحتاج مدة تصل إلى (١٢) جلسة وقد يستمر إلى فترة أطول وفق جدول عمل محدد يحاول الإخصائي تنفيذه بالاتفاق مع العميل أثناء المقابلات .

٥- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين الإخصائي والعميل تجعل العميل يثق في الإخصائي . (عبد اللاه صابر عبد الحميد ، ٥٧٣٦)

- المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدءاً بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسئوليته فيه ، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانیه من اضطراب ، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ العلاج المعرفي السلوكي ، وهي : (آمال باظة ، ١٩٩٩ ، ٢٧٣)

- ١- ترتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض .
- ٢- تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي .
- ٣- الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة .
- ٤- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله .

- ٥- يعمل كل من العميل والإخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول .
- ٦- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية ، حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة .

أهداف العلاج المعرفي السلوكي

- ١- مساعدة العملاء على تغيير عملياتهم المعرفية بطريقة تمكنهم من التغلب على مشكلاتهم ، حيث إن أفكار الفرد وإدراكاته الخاطئة تؤدي إلى اضطراباته المعرفية والانفعالية والسلوكية. (هشام سيد عبد المجيد وآخرون ، ٢٠٠٨ : ١٥٧)
- ٢- تعديل الاتجاهات السالبة المرتبطة بالمعارف المشوهة أو الناقصة لدى العملاء ، من خلال التفسير والتوضيح والمناقشة والاتقان والمواجهة وتقديم الاقتراحات ، خاصة عندما يؤثر ذلك على قدرة الفرد على تحمل المسؤولية الذاتية والاجتماعية والضبط الداخلي . (عبد الناصر عوض أحمد ، ٢٠١٣ : ٩٠)

- ٣- اقناع العملاء بأن معتقداتهم غير المنطقية وتوقعاتهم وأفكارهم السلبية وعباراتهم الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف .
- ٤- تغيير وجهة نظر العملاء عن الحياة واستخدام نماذج لأساليب جديدة من التفكير والفهم ، وإعطاء المعلومات والنصيحة وتوضيح الارتباط بين تفكيرهم وما يرتبط به من أشياء .
- ٥- مساعدة العملاء علي تحقيق معنى لحياتهم يمكن من خلاله أن يواجهوا الواقع ، والشعور الهام بقيمة الذات .
- ٦- تحسين وظائف العملاء الاجتماعية من خلال مساعدتهم على تعلم طرق وأساليب أكثر واقعية وإيجابية في التفكير . (9 : 2006 ; Bradford et al)

- استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من الاستراتيجيات أهمها :

- استراتيجيات الاستعراض المعرفي .
 - استراتيجيات إعادة البناء المعرفي .
 - استراتيجيات الضبط الانفعالي .
 - استراتيجيات تغيير السلوك .
 - إستراتيجية تقوية ذات العميل .
 - استراتيجيات تغيير البيئة المحيطة .
- وهو ما سوف يتم توضيحه في برنامج التدخل المهني لاحقاً .

- أساليب العلاج المعرفي السلوكي

تتكون أساليب العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد ، من دمج كل من أساليب العلاج السلوكي بأساليب العلاج المعرفي ، على أساس أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك ، وإحداث التغيير العلاجي يتم التعامل مع السلوكيات غير المرغوبة من منظور ثلاثي الأبعاد : معرفيا وانفعاليا وسلوكيا (Coulshed, V & Orme, J ; 1997:162-165) ، وعلى هذا تُقسم أساليب العلاج العرفي السلوكي إلى ثلاث تصنيفات هي : (عبد الناصر عوض ، ٢٠١٣ : ٩٤ - ٩٥ بتصريف)

- اساليب معرفية : وهي التي تتعامل مع الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير العقلانية للعميل ، وذلك من خلال التعرف على هذه الأفكار وتحليلها في ضوء محددات التفكير الموضوعي العقلاني ، وطرح الأفكار الجديدة وتوضيح مميزاتها وأهميتها ومناقشة أضرار الأفكار القديمة . ومن أهم هذه الأساليب الشرح والتوضيح والتفسير والمناقشة المنطقية والمواجهة والاقناع .
- اساليب انفعالية : وهي تلك الأساليب التي تتعامل مع ردود أفعال العميل غير المنطقية مثل الرفض والخوف والقلق ، المرتبطة بالاتجاهات أو السلوك الذي يقوم به العميل ، ودراسة هذه الانفعالات ومساعدة العميل على التحكم فيها ، ومن أهم هذه الأساليب ضبط الذات والاسترخاء والتدريب على مهارات حل المشكلة .

- اساليب سلوكية : وهى تلك الأساليب التى تتضمن التعامل مع السلوك الظاهر للعميل الناتج عن التفكير غير المنطقى من خلال مساعدة العميل على ممارسة عمليات التفكير العقلانية وأنماط السلوك التوافقى الجديد الناتج عن عمليات التفكير العقلانية ، ومن أهم هذه الأساليب النمذجة ولعب الدور والتدعيم والواجبات المنزلية .
وبهذا فإن العلاج المعرفى السلوكى يتميز بالمزج بين الأساليب المعرفية وأساليب العلاج السلوكى ، ويتضمن العديد من الأساليب الانتقائية ، ويُختار من بينها ما يلائم كل حالة طبقاً لظروفها، ومن هذه الأساليب :

- العلاقة العلاجية .
- الإفراغ الوجدانى .
- الشرح والتوضيح
- الإقناع والمواجهة والتحدى .
- تصحيح الأفكار .
- المناقشة المنطقية .
- عرض المقترحات .
- التدريب على مهارات حل المشكلة .
- التدريب على الصمود أمام الضغوط (التحصين التدريجى) .
- النمذجة .
- تنشيط إرادة العميل .
- التدعيم الإيجابى .
- الواجبات المنزلية .
- العلاج بالعبادات .
- تعديل الظروف البيئية .

وهو ما سوف يتم توضيحه فى برنامج التدخل المهنى لاحقاً .

برنامج التدخل المهنى وفقاً للعلاج المعرفى السلوكى لتحسين نوعية الحياة لدى لمعاقين حركياً
بناء على الإطار النظرى للعلاج المعرفى السلوكى وضع الباحث برنامجاً للتدخل المهنى تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة ، يشمل ما يلى :

أولاً : أهداف التدخل المهنى

- يتمثل الهدف العام لبرنامج التدخل المهنى فى تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً ، ولكى يتحقق ذلك يستلزم الأمر تحقيق عدة أهداف فرعية وهى :-
- تحسين نوعية حياتهم الاجتماعية .
 - تحسين نوعية حياتهم النفسية .
 - تحسين نوعية حياتهم الصحية .
 - تحسين نوعية حياتهم الاقتصادية .

ثانيا : مراحل التدخل المهني وفقا للعلاج المعرفي السلوكي**المرحلة الأولى : مرحلة ما قبل التدخل المهني ، وتضمنت :**

- أ- الاتصال بمجتمع الدراسة وإعداده .
- ب-اختيار عينة الدراسة وفقاً للشروط المحددة .
- ت-الانتهاء من إعداد أدوات الدراسة .
- ث-إجراء القياس القبلي : وذلك بتطبيق مقياس الدراسة على المعاقين حركياً لإختيار المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، عن طريق إختيار الحاصلون على أقل الدرجات.
- ج-الوقوف على المشكلات المرتبطة بأبعاد نوعية الحياة (الاجتماعية - النفسية - الصحية - الاقتصادية) التي يعاني منها المعاقين حركياً واعترافهم بوجودها .
- ح-التعاقد المبدئي : حيث قام الباحث بإجراء تعاقد شفهي مع المعاق - لتخوف الأخير من التعاقد المكتوب - تضمن الاتفاق على خطة التدخل والتي تضمنت الآتى :
- الأهداف العلاجية المراد تحقيقها .
- المدى الزمني المتوقع أن يستغرقه التدخل (ثلاثة إلى أربعة أشهر تقريباً) .
- أماكن التدخل وإجراء المقابلات (المكتب وأسرة المعاق أحياناً) .
- الأشخاص الذين يشملهم التدخل (مشرفي المكتب/ بعض الزملاء / بعض أفراد أسرة المعاق)
- المسئوليات التي سوف يضطلع بها كل من الباحث والمعاق والأفراد الذين يشملهم التدخل .

المرحلة الثانية : مرحلة التدخل المهني : وتضمنت :**١- استراتيجيات التدخل المهني : اعتمد**

الباحث على مجموعة استراتيجيات وهي :

أ- استراتيجية الاستعراض المعرفي

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة المعاق على استعراض أفكاره ومعتقداته الخاطئة المرتبطة بموضوع اعاقته الحركية ، والتعبير عما بداخله من أفكار ومشاعر تجاه ما يمر به من مواقف حياتية والانطلاق الحر لهذه الأفكار ، وكذلك حديثه لنفسه دون مقاطعة كي نشاهد ذاته ما يحتويه ذهنه من خبرات ومشاعر مختزنة ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال العلاقة المهنية والإفراغ الوجداني والاستبصار وذلك بالاقتراب من المعاق واستثارته ببعض الأسئلة للتحرر من هذه الأفكار وتفريغ ما لديه من شحنات ومشاعر سالبة مصاحبة لها والتي قد تكون سببا في كثير من مشكلاته المتصلة بنوعية حياته ، مع تشجيعه بتعزيز الاستثارة لضمان استمراره في التعبير عن مشاعره مستخدما في ذلك التعليق كأحد أساليب التشجيع .

ب- استراتيجية إعادة البناء المعرفي

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة المعاق على تعديل أفكاره ومعتقداته الخاطئة وحديثه الداخلي ، ونظرته لنفسه وللآخرين وللواقف التي يمر بها ، وإكسابه أفكار ومعتقدات جديدة - يصف بها نفسه ويعيد بها تقدير ذاته - تساعد على القيام ببعض الأنماط السلوكية المرغوبة التي تعمل على تحسين نوعية حياته ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال تعليمه كيفية تحديد هذه الأفكار وتحليلها بنفسه مستدلاً ببعض الشواهد الدالة على صحة هذه الأفكار مما يزيد من إداركه لأهميتها وقناعاته بها .

ت- استراتيجية الضبط الانفعالي

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة المعاق علي التعرف على الانفعالات والمشاعر السلبية التي تصاحب الأفكار غير العقلانية المرتبطة بإعاقته الحركية والتي قد تدفع به إلى أنماط سلوكية غير مرغوبة وردود أفعال سلبية تجاه نفسه وتجاه المحيطين ، ومساعدته على ضبط هذه الانفعالات ومواجهتها ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال : التدريب على أساليب ضبط النفس مثل الحديث الذاتي والتعلم الذاتي ومهارات حل المشكلة والتدريب على الصمود أمام الضغوط وشرح وتوضيح أهمية التحلي بالصبر والحلم كجانب وقائي والغفو والصفح ومقابلة السئية بالحسنة كجانب علاجي .

ث- استراتيجية تغيير السلوك

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى تحديد الأنماط السلوكية غير العقلانية لدى المعاق والنتائج المترتبة عليها ، مع إيجاد الدافع لديه لتغيير مثل هذه السلوكيات ، وإقناعه بالسلوكيات الجديدة والتدريب عليها وتعزيزها ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال تعويده علي ممارسة السلوكيات الايجابية وتأسيس السلوك الاجتماعي واستخدام أساليب الاقناع ووسائل التدعيم والترغيب التي من شأنها أن تحبب إتيان السلوك الحميد واستخدام وسائل التنفير لكل ما هو ضده .

ج- إستراتيجية تقوية ذات العميل

وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة المعاق على تقبل ذاته ، وتدريبه على استغلال إمكانياته المتبقية بطريقة تؤدي إلى تحرير وتقوية وظائف الذات مع تعليمه كيفية استثمار هذه القدرات في مواجهة الضغوط سواء أكانت ضغوط مرتبطة بحياته الاجتماعية أو النفسية أو أو الصحية أو الاقتصادية ، ومساعدته على التحلي بالصبر والطموح والتخلي عن الكسل والتراخي، ويتحقق ذلك من خلال تنشيط إرادته وبث الأمل والثقة فيه .

ح- استراتيجية تغيير البيئة المحيطة

وتستهدف هذه الاستراتيجية إحداث تغييرات إيجابية في الوحدات الانسانية المحيطة بالمعاق من أفراد أسرته ومشرفي مكاتب التأهيل واستثمار طاقات وقدرات هذه الوحدات لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظائفها الاجتماعية نحو المعاق وتوجيههم إلى : كيفية التعامل الصحيح معه ، وتفهم ظروفه الصحية والنفسية ، والأسلوب الأمثل لتقديم الخدمات التي يحتاجها ، الأمر الذى يؤدي فى النهاية إلى تحسين نوعية حياته بجوانبها المختلفة ، ويمكن تحقيق ذلك بفتح قنوات اتصال جديدة بين المعاق ومشرفيه وزملائه وبين المعاق وأفراد أسرته أو تدعيم قنوات اتصال قائمة بالفعل بين هذه الأطراف ، وكذلك أساليب المدافعة والشرح والتوضيح والتشجيع والاقناع والمناقشات الموضوعية .

٢- أساليب التدخل المهني

- **العلاقة العلاجية** : وذلك عن طريق تقبل المعاق واحترامه وتقدير مشاعره حتى يتكون لديه انطباع قوى بالثقة فى شخص الباحث وفى قدرته على مساعدته ، وتهدف هذه العلاقة إلى مساعدة المعاق على اكتشاف ذاته وتحديد ماذا يريد وبماذا يشعر وبما يفكر ، وتتضمن نوعا من الفهم المتبادل للموقف الاشكالى يمكن من خلاله تفسير الكثير من سلوكيات المعاق .
- **الإفراغ الوجدانى** : وذلك بتهيئة المناخ المناسب الذى يساعد المعاق على أن يفرض ويستعرض ما لديه من أفكار ومعتقدات غير عقلانية ، والتعبير عما بداخله من مشاعر سلبية محتبسه كى تشاهد ذاته ما يحتويه ذهنه من خبرات ومشاعر (الاستبصار) ، من خلال استنارته ببعض الأسئلة للوقوف على ما وراء سلوكه الحالى مع تعزيز تلك الاستنارة وتوظيفها بتحويلها إلى قنوات أخرى لدفع المعاق على تحسين نوعية حياته .
- **الشرح والتوضيح** : وذلك بإلقاء الضوء على أفكار المعاق ومعتقداته الخاطئة وغير المنطقية - بأنه أقل من غيره أو أنه مرفوض من قبلهم أو أنهم ينظرون إليه نظرة سيئة لكونه معاق حركياً - بطريقة مبسطة توضح عدم صوابها ، مفسراً له أن سبب اضطراب حياته يكمن فى قناعته بهذه الأفكار ويتكراره للعبارة الذاتية الانهزامية عن الذات ونظرته المتدنية لها ، ومساعدته على تفهم أنه إذا ما تعدلت أفكاره هذه تعدل إدراكه وإحساسه وتعدلت بالتالي سلوكياته ومن ثم نوعية حياته للأفضل .
- **الإقناع والمواجهة والتحدى** : وذلك بالتأثير الايجابي فى عقل المعاق لزيادة وعيه الذاتى بخطأ هذه الأفكار وتلك المعتقدات وضرورة التخلّى عنها لتأثيرها السلبي على سلوكه الحالى وانخفاض نوعية حياته بصورها المختلفة ، وقد قام الباحث بدور الداعية المضادة بنقد المعاق ومجادلة أفكاره الخاطئة ومواجهته بها وتحديه أحياناً ليثبت له بالحجة عدم صوابها موضعاً

- له بعض المواقف التي سبق له أن تفاعل فيها مع الآخرين ولم يقابل بالرفض أو الإهمال وكم أنه موضع اهتمام وتقدير من جميع العاملين بالمكتب والمحيطين به .
- **تصحيح الأفكار :** وذلك بمساعدة المعاق علي تعديل أفكاره غير الصحيحة واللاعقلانية أو استبدالها بأفكار أكثر منطقية وواقعية ، من خلال مساعدته على النظر بموضوعية في الدلائل التي تؤيد صحة الأفكار الجديدة كأن الناس جميعا عند الله سواسية ولا فضل بينهم إلا للتقوى والعمل الصالح وأن لديه قدرات متنوعة ونعم كثيرة من الله - عز وجل - عليه بها ، وأنه يمكن أن يكون ذو مكانة رفيعة في المجتمع إذا ما أتقن عمله وعرف ما له من حقوق وأدى ما عليه من واجبات .
- **الحوار والمناقشة المنطقية :** من خلال تبادل الآراء والمعلومات حول أفكار المعاق ومفاهيمه ومعتقداته ليتبين له بالمنطق والحجة خطأها وتكوين رؤى من شأنها أن تعمل على تغيير هذه الأفكار وتبنى طرق جديدة للسلوك المرغوب ، ولترسيخ الأفكار والمعتقدات الجديدة وتأصيلها في ذهن المعاق مستشهداً بالمواقف الدالة على صوابها فيكون أكثر ارتضاءً بها وقبولاً لها ، فضلاً عن خلق فرص للحوار والتفاعل بين المعاق وزملائه لإزالة مخاوفهم من الاحتكاك بالغير وملاحظة تفاعلاتهم وتقويم سلوكياتهم وإكسابهم الشجاعة والتمكين على التعبير والتعود على الثقة بالنفس .
- **عرض المقترحات :** وذلك بإتاحة البدائل المناسبة للتفكير أمام المعاق بدلا من الاستغراق في الأفكار السابقة ، فبدلا من أن يستغرق في التفكير في إعاقته التي تجلب له الحزن يتيح له الباحث فرص التفكير في أمور أخرى مثل التفكير والتدبر في النعم التي من الله عليه بها كنعمة السمع والبصر والفؤاد والعقل... وشكره عليها والتفكير في خلق الإنسان نفسه وفي خلق الله وفي كتابه الكريم والتفكير في مستقبله ، مراعيًا البساطة والتدرج والمستوى العمري والعقلي للمعاق وقدرته علي الفهم والاستيعاب .
- **التدريب على مهارات حل المشكلة :** بمساعدة المعاق على تحديد مشكلاته الحياتية بواقعية والتخطيط لإيجاد الحلول المناسبة لها وإختيار أفضلها لتنفيذها ومراجعتها من حين لآخر للحفاظ على التحسن الذي طرأ عليها ، وتدريبه على القيام تدريجياً ببعض المهارات الاجتماعية كالتواصل الاجتماعي والمشاركة المجتمعية والتعايش مع الآخرين وضبط النفس ، وذلك عبر أساليب التعلم الاجتماعي كالتعلم بالموقف أو بالنموذج والقوة التي قد تكون أحد المقربين إليه كوالده أو أخيه أو الباحث نفسه .
- **التدريب على الصمود أمام الضغوط (التحصين التدريجي) :** بإكساب المعاق القدرة الكافية للتعامل مع الضغوط التي تواجهه حتى يكون أكثر مقاومة لها ، والتحكم في انفعالاته بطريقة

- مناسبة ، من خلال مساعدته على فهم ردود أفعاله وعباراته الذاتية تجاه هذه الضغوط وتحليل طبيعة ومواقف الضغوط التي تسبب له المشاعر السلبية ، وتنمية مهاراته على مواجهتها بتزويده بالمعارف والمعلومات على تساعده على الاسترخاء لتخفيف مشاعر الغضب والخوف المرتبطة بالاعاقة .
- **النمذجة** : من خلال إيجاد المثل الذي يقتدى به المعاق كالأب أو أحد الأقارب أو الباحث وذلك لمساعدته على إكتساب أنماط سلوكيه سوية ، حيث يجد فيه المعاق القدوة الحسنة والمثل الأعلى فيتأسى بع على أن يكون القدوة نفسه مقتدياً بأخلاقيات وسلوكيات المصطفى صلى الله عليه وسلم باعتباره قدوة المسلمين كافة .
- **تنشيط إرادة العميل** : وذلك بمساعدة المعاق على الاعتراف بالطاقات والقدرات التي يمتلكها حتى وإن كانت ضعيفة ، مع التركيز على التصرفات الإيجابية لديه حتى يثق في نفسه ولحفزه لتنمية هذه القدرات ، وحثه على أن يضع لنفسه هدفاً يسعى إلى تحقيقه ، موضحاً له النماذج التي حققت نجاحات كبيرة رغم إعاقته كي تكون حافزاً له على مزيد تحسين مستوى الأداء .
- **التدعيم الإيجابي (التحفيز)** : بتشجيع المعاق وحفزه بالهدايا البسيطة وتوجيه كلمات المدح بعد أداء السلوك المستهدف وفي حالات تنفيذ المهام بشكل جيد ، سواء كان الدعم من قبل الباحث أو من قبل مشرفيه وأفراد أسرته تقديراً لأدائه الطيب وتشجيعاً له على السير قدماً في هذا الاتجاه .
- **الواجبات المنزلية** : وذلك بمساعدة المعاق علي القيام ببعض المهام المنزلية في صورة تكليفات بسيطة سواء بمفرده أو مع بعض زملائه والمحيطين به ، لاستكمال الاستبصار والتفهم وترجمة لما تعلمه واكتسبه من أفكار ومعتقدات جديدة ، من أجل تغيير سلوكه للأفضل ومن ثم تحسين نوعية حياته ، مع مراعاة شرح وتوضيح هذه الواجبات والتدريب عليها والتدرج فيها ومتابعة تنفيذها في المقابلات والجلسات الفردية والجماعية ، فضلاً عن تكليف مشرفي المكتب وأفراد أسرة المعاق وزملائه ببعض المهام التي يقومون بها نحو المعاق والتي بإنجازها تتعدل سلوكياته للأفضل .
- **العلاج بالعبادات** : بتشجيع المعاق على التقرب من الله بأداء الصلوات في أوقاتها قدر المستطاع وصيام بعض أيام التطوع وتلاوة بعض آيات القرآن الكريم كورد يومى والدعاء والاستغفار عقب كل صلاة والتوجه إلى الله بالشكر والثناء على ما رزقه من نعم كنعمة السمع والبصر والعقل وغيرها ، ومساعدته على التحلى بالصبر والرضا بقضائه سبحانه ، وكذلك بث الأمل والرجاء في الله وعدم اليأس والقنوط من رحمته ، مع بيان فضل تلك

العبادات وانعكاساتها عليه في الدنيا الآخرة ، مستخدماً بعض الآيات القرآنية والأحاديث الشريفة والقصص الديني وسير الصحابة رضوان الله عليهم .

- **تعديل الظروف البيئية** : وذلك بالعمل مع مشرفي المكتب لتحسين مستوى الخدمات المقدمة للمعاقين وتفهم كيفية التعامل معهم وتقديرهم ، وتحسين بيئة المعاق الأسرية بحث أفراد أسرته على التواصل معه وتعليمهم أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة وتهيئة الجو الأسرى الذى يحقق له التوافق النفسى والاجتماعى الأمر الذى ينعكس إيجاباً على نوعية حياته ، فضلاً عن الدفاع عنه فى حال وقوع ضرر عليه أو التعرض لظلم .

المرحلة الثالثة : مرحلة إنهاء التدخل المهني

بعد أن تم التأكد من تحقيق أهداف التدخل المهني (تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً) حيث لاحظ الباحث مظاهر هذا التحسن على نوعية حياتهم : الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية ، قام بـ :

- أ- تهيئة المعاقين لإنهاء التدخل المهني بالانسحاب التدريجي من حياتهم بتقليل عدد المقابلات وقصر مدتها والتباعد بينها ، ثم إنهاء التدخل مع المجموعة التجريبية .
- ب- إعادة تطبيق المقياس على المجموعتين التجريبية والضابطة للتعرف على عائد التدخل المهني ، وهل نجح برنامج التدخل فى تحقيق أهدافه أم لا .
- ت- متابعة أحوال مفردات المجموعة التجريبية من خلال بعض المقابلات التتبعية للاطمئنان على ثبات واستمرار التحسن الذى طرأ عليها .

سادساً : الإجراءات المنهجية للدراسة

نوع الدراسة والمنهج المستخدم

دراسة شبه تجريبية تهدف إلى قياس العلاقة بين متغيرين أحدهما مستقل (العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد) والآخر تابع (تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً) ، واستخدمت الدراسة تصميم شبه تجريبى ، تحدد فى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، تم إدخال المتغير التجريبى - العلاج المعرفى السلوكى - على المجموعة التجريبية ، وحجبه عن الضابطة مع إجراء القياسات القبلىة والبعديىة لكل منهما .

فروض الدراسة

- ١- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

- ٢- توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .
- ٣- لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .
- ٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

مجالات الدراسة

- ١- المجال المكاني : مكتب التأهيل الاجتماعى بمدينة دسوق (*) محافظة كفر الشيخ .

.....

(*) مدينة دسوق : مدينة مصرية تُلقب بـ عروس النيل ، تقع أقصى شمال مصر - وهى قاعدة مركز دسوق وعاصمة منطقة غرب بمحافظة كفر الشيخ ، وتتبع الأخيرة إدارياً ، وتعتبر نقطة التقاء لمحافظة البحيرة والإسكندرية والغربية وكفر الشيخ ، وتطل على نهر النيل - فرع رشيد بامتداد مسافة ٦ كيلومترات ، وهى ثانى أكبر مدن المحافظة بعد مدينة كفر الشيخ وتبلغ مساحتها (٢٩٠٥) فدان ، أى ما يعادل ١١,٧٦ كم² ، بلغ عدد سكانها ٧٢٥ , ٣٥١ نسمة فى عام ٢٠١٧ ، تضم عدداً من المعالم الشهيرة على المستوى الوطنى والعالمى ، من أبرزها مدينة بوتو القديمة التى كانت عاصمة مملكة الشمال فى عصر ما قبل توحيد القطرين على يد الملك نمر عام ٣٢٠٠ ق.م ، ومسجد إبراهيم الدسوقي الذى يزوره أكثر من مليون زائر سنوياً ، وكنيسة مارجرس التى تعد من أقدم كنائس المحافظة ، ومعهد دسوق الدينى الأزهرى الذى يُعد من أقدم ثلاث معاهد أزهرية فى مصر ، وتدرج مدينة دسوق تحت تصنيف المدن السياحية الإقليمية ، حيث توجد بها السياحة الدينية والسياحة التاريخية والسياحة الترفيهية والسياحة النيلية ، كما أنها أيضاً مدينة تجارية من الدرجة الأولى .

مبررات إختيار المجال المكاني

- لعلاقة الباحث الجيدة بالعاملين بالمكتب لإشرافه على طلاب التدريب الميدانى به من قبل .
- لكونه المكتب الوحيد بمدينة دسوق المخصص لرعاية وتأهيل المعاقين حركياً .
- لكونه أقرب المكاتب لمحل إقامة ونطاق عمل الباحث مما يسهل عملية التدخل المهني .

- لتوافر العينة به وموافقها على تطبيق الدراسة .

٢- المجال البشري :

يتحدد مجتمع البحث في هذه الدراسة في مجموع المعاقين المترددين على المكتب البالغ (١٠٢) مفردة ، (٥٩) من الذكور و (٤٣) من الإناث ، تم اختيار (٢٠) مفردة يمثلون مجموعتي الدراسة عشرة مفردات يمثلون المجموعة التجريبية وعشرة مفردات أخرى يمثلون المجموعة الضابطة .

شروط عينة الدراسة :

- ٣- أن يكون المعاق حاصل على مؤهل دراسي .
- ٤- أن يقع عمره ما بين ٢٢- ٤٠ سنة (سن خريج الجامعة ويصعب الحصول على فرصة عمل بعد هذا السن)
- ٥- ألا يكون مصاب بأكثر من إعاقة حتى لا تكون مشكلاته مركبة .
- ٦- أن يكون حاصل على درجات ضعيفة في مقياس نوعية الحياة .
- ٧- أن يكون مقيماً في مدينة دسوق أو ضواحيها حتى لا يصعب عليه الحضور إلى المكتب .
- ٨- أن يوافق على التدخل المهني معه .

طريقة سحب عينة الدراسة : تم اختيار العينة من خلال :-

- ١- حصر المعاقين بالمكتب ككل فكان (١٠٢) مفردة .
- ٢- تم تطبيق شروط عينة الدراسة بمعاونة الاخصائي الاجتماعي ، فأسفر التطبيق عن وجود (٣١) مفردة تنطبق عليهم شروط العينة ، تم تطبيق مقياس الدراسة عليهم جميعاً وتم أخذ (٢٠) مفردة الحاصلون على أقل الدرجات .
- ٣- تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين ، تجريبية وضابطة بواقع (١٠) مفردات لكل مجموعة .
- ٣- المجال الزمني : سنة ميلادية كاملة من بداية شهر فبراير ٢٠١٩ حتى نهاية يناير ٢٠٢٠ .

أدوات الدراسة : اتساقاً مع مشكلة الدراسة واهدافها فقد استخدم الباحث الأدوات التالية :

- أ- المقابلات المهنية .
- ب- سجلات المعاقين وملفاتهم .
- ب- مقياس نوعية الحياة للمعاقين حركياً ، ومر في بنائة بالخطوات التالية :-
- ١- الاطلاع على الكتابات النظرية والدراسات السابقة : حيث قام الباحث بالاطلاع على الكتابات النظرية والدراسات السابقة والأدوات ذات الصلة بموضوع نوعية الحياة لدى المعاقين بشكل عام والمعاقين حركياً بشكل خاص ، والالتقاء ببعض المتخصصين في

الخدمة الاجتماعية لمناقشتهم فى أبعاد وعبارات المقياس ، ومن الأدوات التى تمكن الباحث من الرجوع إليها وفقاً لأهميتها ما يلى :

- مقياس تحسين نوعية الحياة للمعاقين حركياً ، إعداد (محمد بسيونى عبد العاطى) .
- مقياس تحسين نوعية الحياة لأسر المعاقين ذهنياً ، إعداد (علاء صادق محمد ، ٢٠١٤) .
- مقياس نوعية الحياة للمعاقين ، إعداد (أبو النجا محمد العمرى) .
- مقياس نوعية الحياة للأطفال بلا مأوى ، إعداد (سهير محمد خيرى) .
- مقياس نوعية الحياة للمتأخرين فى الزواج ، إعداد (فتحية محمد القاضى) .
- مقياس نوعية الحياة للأسر فاقدة المسكن ، إعداد (صفاء عادل راشد) .
- استمارة استتبار تحسين نوعية حياة الفقراء ، إعداد (فوزى محمد حسن) .
- استمارة استتبار تحسين نوعية حياة الأطفال العاملين بالصيد ، إعداد (طارق صبحى لاشين ، ٢٠١٢)
- استمارة تحسين نوعية الحياة لأسر الأيتام ، إعداد (طارق لبيب عماره) .
- استمارة استتبار لتحقيق المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً إعداد (فيروز فوزى عماره ، ٢٠١٣)

- مقياس المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً إعداد (أسماء فرج عبد الجواد ، ٢٠١٥)

٢- **تحديد أبعاد المقياس وصياغة عباراته** : قام الباحث بتحديد الأبعاد التى اشتمل عليها المقياس فكانت أربعة أبعاد تقيس نوعية حياة المعاقين حركياً وهى : نوعية الحياة الاجتماعية / النفسية / الصحية / الاقتصادية ، ثم قام بصياغة العبارات الخاصة بكل بعد من هذه الأبعاد وبذلك أصبح المقياس فى صورته الأولى ، ثم قام بعرضه على خمسة من السادة أعضاء هيئة التدريس فى تخصصات الخدمة الاجتماعية وعلم النفس وذلك لاستطلاع رأيهم فى المقياس (التحكيم) وتم استبعاد العبارات التى لم تحصل على موافقة ٨٠% ، وفى ضوء ما اسفر عنه التحكيم تم صياغة المقياس فى صورته النهائية متضمناً أربعون عبارة ، تم توزيعها باستخدام طريقة الأبعاد المتساوية فى بناء المقياس (طريقة ثرستون) على الأبعاد الأربعة ، ليصبح عدد عبارات كل بعد (١٠) عبارات منها ما هو ايجابى ومنها ما هو سلبى وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (١)

أبعاد المقياس والعبارات الايجابية والسلبية لكل بعد والمقياس ككل

مجموع	العبارات				أبعاد المقياس	م
	مج	السالبة	مج	الموجبة		
١٠	٥	٨ - ٧ - ٤ - ٣ - ١	٥	١٠ - ٩ - ٦ - ٥ - ٢	نوعية الحياة الاجتماعية	١
١٠	٧	-١٤ - ١٣ - ١٢ - ١١ ٢٠ - ١٧ - ١٥	٣	١٩ - ١٨ - ١٦	نوعية الحياة النفسية	٢
١٠	٣	٣٠ - ٢٧ - ٢٤	٧	-٢٥ - ٢٣ - ٢٢ - ٢١ ٢٩ - ٢٨ - ٢٦	نوعية الحياة الصحية	٣
١٠	٥	- ٣٧ - ٣٥ - ٣١ ٤٠ - ٣٨	٥	-٣٦ - ٣٤ - ٣٣ - ٣٢ ٣٩	نوعية الحياة الاقتصادية	٤
٤٠	٢٠		٢٠		المجموع	مج

٣- صدق المقياس : تم التحقق من صدق المقياس من خلال :

- عرضه على المحكمين كما سبق أن أتضح في خطوات بناء المقياس (الصدق الظاهري)
- حساب المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس ثم حساب معاملات الاتساق الداخلى لهذه الأبعاد وذلك على عينة قوامها (١٠) مفردات من المعاقين ممن توافر فيهم شروط العينة وغير مدرجين بها ، وذلك كما هو موضح بالجدول التالي :-

جدول (٢)

المصفوفة الارتباطية لأبعاد مقياس نوعية حياة المعاقين حركياً

الدرجة الكلية للمقياس	نوعية الحياة الاقتصادية	نوعية الحياة الصحية	نوعية الحياة النفسية	نوعية الحياة الاجتماعية	البعد
.٦٩٦	.٧٢١	.٦٩١	.٧١٨	-	نوعية الحياة الاجتماعية
.٦٧٠	.٦٢٠	.٧٢٠	-		نوعية الحياة النفسية
.٧٢٠	.٧٢٠	-			نوعية الحياة الصحية
.٧٠٣	-				نوعية الحياة الاقتصادية

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس معاملات موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلى للمقياس .

- صدق المحتوى : من خلال الاطلاع على الكتابات النظرية التي تمكن الباحث من الوصول إليها حول موضوع نوعية الحياة بصفة عامة ، ونوعية حياة المعاقين حركياً بصفة خاصة ، فضلا عن مراجعة عدد كبير من المقاييس المرتبطة بالموضوع المراد قياسه ، وفي ضوء هذه المراجعة تمكن الباحث من تحديد أبعاد مقياس نوعية حياة المعاقين حركياً ووضع العبارات الملائمة لقياس كل بعد من أبعاده واستبعاد العبارات غير الملائمة ، ومن المقاييس التي تم الرجوع إليها ما ورد ذكرها في خطوات بناء المقياس .

٤- ثبات المقياس : تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختيار Test- Retest ، حيث تم التطبيق الأول والثاني بفواصل زمنية قدره (١٥) يوما لعينة قوامها (١٠) مفردات من المعاقين ممن تتوافر فيهم شروط العينة وغير مدرجين بها ، وبحساب معامل الثبات بين درجات الاستجابات في التطبيق الأول والتطبيق الثاني وجدت النتائج التالية :

جدول (٣)

معامل الثبات لمقياس تحسين نوعية حياة المعاقين حركياً

م	أبعاد المقياس	معامل الثبات	مستوى الدلالة عند ٠,٠١
البعد الأول	نوعية الحياة الاجتماعية	.٧٨٤	دالة
البعد الثاني	نوعية الحياة النفسية	.٧٩٦	دالة
البعد الثالث	نوعية الحياة الصحية	.٨٤٦	دالة
البعد الرابع	نوعية الحياة الاقتصادية	.٧٨٩	دالة
المقياس ككل	الدرجة الكلية للمقياس	.٨٠٣	دالة

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط لأبعاد المقياس دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠,٠١) وكذلك بالنسبة لمعامل ارتباط الدرجة الكلية للمقياس ، مما يشير إلى ثبات المقياس وصلاحيته للتطبيق .

- طريقة تصحيح المقياس

قام الباحث تحديد أوزان عبارات المقياس من خلال صياغة الاستجابات على التدرج الثلاثي (نعم - إلى حد ما - لا) وأعطيت درجات وزنية للعبارات الموجبة (٣-٢-١) والعبارات السالبة (٣-٢-١) ، وتكون بذلك الدرجة العظمى للمقياس $3 \times 40 = 120$ ، والدرجة الوسطى $2 \times 40 = 80$ ، والدرجة الدنيا $1 \times 40 = 40$.

جدول (٤)

الدلالة المعيارية لمستويات تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً

م	مستوى تحسين نوعية الحياة	الدرجات	
		الصغرى	الكبرى
١	منخفض جداً	٥١	٦٦
٢	منخفض	٦٧	٧٢
٣	متوسط	٧٣	٨٨
٤	مرتفع	٨٩	١٠٤
٥	مرتفع جداً	١٠٥	١٢٠

المعالجة الإحصائية

لقد استعان الباحث بالأساليب والمعاملات الإحصائية التالية :-

- اختبار (ت) : لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات حالات المجموعة الواحدة ،
ولدراسة دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعتين مستقلتين .
- اختبار (ف) : لاختبار التجانس بين مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة .
- معامل ارتباط الرتب لسبيرمان : لقياس صدق وثبات المقياس .
- التكرار والنسبة .
- وقد استعان الباحث ببرنامج spss (Statistical Package for the social science) .

سابعاً : عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

(١) عرض النتائج المرتبطة بخصائص عينة الدراسة

تتضح النتائج المرتبطة بخصائص عينة الدراسة من خلال الجدول التالي :

جدول (٥)

خصائص عينة الدراسة

م	البيانات الأولية	م	المجموعة		التجريبية		الضابطة		المجموع	
			البيان	ك	%	ك	%	ك	%	
١	النوع	أ	ذكر	٧	٧٠%	٦	٦٠%	١٣	٦٥%	
		ب	أنثى	٣	٣٠%	٤	٤٠%	٧	٣٥%	
		مج	المجموع	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠	١٠٠%	
٢	السن	أ	٢٢ سنة .	٣	٣٠%	٤	٤٠%	٧	٣٥%	
		ب	٢٨ .	٤	٤٠%	٣	٣٠%	٧	٣٥%	
		ت	٣٤ . ٤٠	٣	٣٠%	٣	٣٠%	٦	٣٠%	
		مج	المجموع	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠	١٠٠%	
٣	المؤهل الدراسي	أ	مؤهل متوسط	٧	٧٠%	٦	٦٠%	١٣	٦٥%	
		ب	مؤهل فوق متوسط	٢	٢٠%	٢	٢٠%	٤	٢٠%	
		ت	مؤهل عالي	١	١٠%	٢	٢٠%	٣	١٥%	
		مج	المجموع	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠	١٠٠%	
٤	محل الإقامة	أ	مدينة	٥	٥٠%	٦	٦٠%	١١	٥٥%	
		ب	قرية	٥	٥٠%	٤	٤٠%	٩	٤٥%	
		مج	المجموع	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠	١٠٠%	

تبين من وصف خصائص عينة الدراسة النتائج التالية :

١- النتائج المرتبطة بنوع المبحوثين : يلاحظ من جدول (٥) نقطة (١) فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية أن نسبة ٧٠% من مفرداتها من الذكور ، و ٣٠% من الاناث ، وفيما يتعلق بالمجموعة الضابطة أن نسبة ٦٠% من الذكور ، و ٤٠% من الاناث ، وتشير هذه النسب إلى عدم وجود فروق كبيرة بين ذكور المجموعتين ، وكذلك الأمر بالنسبة للاناث ،

مما يدل على تجانس مفردات المجموعتين في هذا البعد ، وتؤكد ذلك نتائج جدول (٦) في بعد النوع ، إلا أنه بملاحظة مجموع الجدول يتضح أنه توجد فروق واضحة في نسبة الذكور مقارنة بنسبة الإناث ، فنسبة ذكور المجموعتين ٦٥% بينما نسبة الإناث ٣٥% ، وربما يرجع ذلك إلى أن ثقافة المجتمع المصري لا تسمح أحياناً للمعاقات بالتردد على مكاتب التأهيل الاجتماعي وذلك للشعور بالحرج .

٢- النتائج المرتبطة بسن الباحثين : يوضح جدول (٥) نقطة (٢) ، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية أن نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٢٢ سنة -) تساوت مع نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٣٤ - ٤٠) بواقع ٣٠% ، بينما كانت نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٢٨ سنة -) ٤٠% ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فقد تساوت نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٢٨ سنة -) مع نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٣٤ - ٤٠) بواقع ٣٠% ، بينما كانت نسبة من تقع أعمارهم في الفئة العمرية من (٢٢ سنة -) ٤٠% ، ويشير الجدول في مجمله إلى تقارب نسب مفردات عينة الدراسة في المجموعتين في السن بما يتضمنه من فئات عمرية مختلفة ، مما يدل على تجانس المجموعتين في هذا البعد ، وتؤكد ذلك نتائج جدول (٦) في البعد نفسه ، ويعنى هذا أن الإعاقة الحركية تعانى منها مختلف الفئات العمرية لعينة الدراسة ولا تقتصر على فئة عمرية بعينها ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (عبد الحميد مساعدة ، ١٩٩٠) التي أوضحت عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المعاقين حركياً فيما يتعلق بمتغير السن .

٣- النتائج المرتبطة بالمؤهل الدراسي للمبجوثين : يوضح جدول (٥) نقطة (٣) ، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية أن نسبة ٦٠% من مفرداتها حاصلون على مؤهل متوسط ، و ٢٠% على مؤهل فوق متوسط ، و ١٠% على مؤهل عالى ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فقد كانت نسبة ٦٠% من مفرداتها حاصلون على مؤهل متوسط ، في حين تساوت نسبة الحاصلون على مؤهل فوق متوسط ومؤهل عالى بواقع ٢٠% ، وتشير هذه النسب إلى عدم وجود فروق كبيرة بين مفردات المجموعتين في كل مستوى من مستويات المؤهل الدراسي ، مما يدل على تجانس مفردات المجموعتين في هذا البعد ، وتؤكد ذلك نتائج جدول (٦) في بعد المؤهل الدراسي ، إلا أنه بملاحظة مجموع الجدول يتضح أنه توجد فروق واضحة في نسب مستويات المؤهل الدراسي حيث إن نسبة ٦٥% من عينة الدراسة ككل حاصلون على مؤهل متوسط ، و ٢٠% حاصلون على مؤهل فوق متوسط ، و ١٥% حاصلون على مؤهل عالى ، ويشير ذلك إلى أن الإعاقة الحركية تعوق ذويها عن مواصلة عن مواصلة التعلم إلى مستويات أعلى .

٤- النتائج المرتبطة بمحل إقامة المبحوثين : يوضح جدول (٥) نقطة (٤) ، فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية أن نسبة المقيمين في المدينة تساوت مع نسبة المقيمين في الريف بواقع ٥٠ % ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة تبين أن نسبة المقيمين في المدينة ٦٠% في حين كانت نسبة المقيمين في الريف ٤٠% ، ويشير الجدول في مجمله إلى تقارب نسب مفردات عينة الدراسة في المجموعتين فيما يتعلق بمحل الإقامة ، مما يدل على تجانس المجموعتين في هذا البعد ، وتؤكد ذلك نتائج جدول (٦) في البعد نفسه ، ويعنى ذلك أنه لا توجد علاقة بين الاعاقة الحركية ومحل الإقامة ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (عبد الحميد مساعدة) التي أوضحت عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المعاقين حركياً وغير المعاقين فيما يتعلق بمحل إقامتهم .

جدول (٦)

التجانس بين متغيرات الدراسة للمجموعتين التجريبية والضابطة

م	البيانات الأولية	التباين		قيمة ف	
		المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المحسوبة	الجدولية
١	النوع	١,٧	١,٢	١,٤٢	٤,٩٩
٢	السن	١,٥٧	٤,٢٢	٢,٧١	١٩,٢٨
٣	المؤهل الدراسي	٤,٢١	١,٥٦	٢,٧٠	١٩,٢٨
٤	محل الإقامة	.٠٠١	١,٠٠	صفر	٤,٩٩

بالنظر إلى جدول (٦) وبمقارنة نتائج قيمة (ف) المحسوبة مع نتائج قيمة (ف) الجدولية نجد أن : قيمة (ف) الجدولية < قيمة (ف) المحسوبة في جميع متغيرات الدراسة (النوع - السن - المؤهل الدراسي - محل الإقامة) مما يوضح تجانس مفردات المجموعتين التجريبية والضابطة .

(٢) عرض النتائج الخاصة بفروض الدراسةالنتائج المرتبطة بالفرض الأول

والذي مفاده : لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .
أظهرت نتائج الدراسة المرتبطة بالفرض الأول عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وتوضح ذلك نتائج الجدول التالي .

جدول (٧)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى

القياس القبلي على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	القيمة المحسوبة	القياس القبلي				المجموعة البعد
		المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	,٨٦٠	٢, ٩١	١٦, ٦٠	٢, ٧٧	١٥, ٧٠	نوعية الحياة الاجتماعية
غير دالة	,٢٠٣	٣, ٠٢	١٦, ٧٠	٣, ١٠	١٦, ٨٠	نوعية الحياة النفسية
غير دالة	,٢٨٠	٢, ٤٦	١٤, ٥٠	٢, ٠٩	١٣, ٩٠	نوعية الحياة الصحية
غير دالة	,٨١٠	٢, ٧٧	١٤, ٣٠	٢, ٨٦	١٥, ٩٠	نوعية الحياة الاقتصادية
غير دالة	,٣٦٠	٢, ٧٦	١٥, ٤٠	٢, ٨٠	١٥, ٥٧	المقياس ككل

ت الجدولية عند (٠,٠٥، ١٨) = ٢,١٠ ، وعند (٠,٠١، ١٨) = ٢,٨٧

يتضح من جدول (٧) أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، ويشير بدوره أيضا إلى تجانس المجموعتين قبل التدخل المهني ، ليستبعد هذا التجانس بدوره تأثير أحد العوامل الهامة المهددة للصدق الداخلي للتصميم وهو تأثير الاختيار - عدم تكافؤ المجموعات - . (إبراهيم عبد الرحمن رجب ، ٢٠٠٥ : ٢٨٨)

النتائج المرتبطة بالفرض الثاني

والذى مفاده : توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .
أظهرت نتائج الدراسة المرتبطة بالفرض الثانى وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وتوضح ذلك نتائج الجدول التالى .

جدول (٨)

معنوية الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري للفروق	متوسط الفروق	المجموعة التجريبية				المجموعة البعد
				القياس البعدى		القياس القبلى		
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	
داله	١٨ , ٤٧	١ , ٥٢	٨ , ٩٠	١ , ٩٩	٦٠ , ٢٤	٢ , ٧٧	١٥ , ٧٠	نوعية الحياة الاجتماعية
داله	١٥ , ٥٣	١ , ٨٥	٩ , ٧٠	٢ , ٣٦	٥٠ , ٢٦	٣ , ١٠	١٦ , ٨٠	نوعية الحياة النفسية
داله	١٦ , ٥٧	١ , ٨٦	٤٠ ,	٢ , ٥٢	٣٠ ,	٢ , ٠٩	١٣ , ٩٠	نوعية الحياة

			١٠		٢٤			الصحية
داله	١٩ , ٤٣	١ , ٧٣	٩ , ٧٠	٢ , ٢٧	, ٦٠ ٢٥	٢ , ٨٦	١٥ , ٩٠	نوعية الحياة الاقتصادية
داله	١٨ , ٦٥	١ , ٦٩	٩ , ٦٨	٢ , ٤١	, ٢٥ ٢٥	٢ , ٨٠	١٥ , ٥٧	المقياس ككل

ت الجدولية عند (٠,٠٥ , ٩) = ٢, ١٠ ، وعند (٠,٠١ , ٩) = ٣, ٢٥

يبين جدول (٨) أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (٩) وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) مما يشير إلى وجود فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على جميع أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً لصالح القياس البعدى ، وهذا يعنى أن تطبيق برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد كمتغير مستقل قد أدى إلى حدوث تغير إيجابى تمثل فى تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً كمتغير تابع ، الأمر الذى يشير بدوره إلى فاعلية العلاج المستخدم .

النتائج المرتبطة بالفرض الثالث

والذى مفاده : لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

أظهرت نتائج الدراسة المرتبطة بالفرض الثالث عدم وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وتوضح ذلك نتائج الجدول التالى .

جدول (٩)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري للفروق	متوسط الفروق	المجموعة الضابطة				المجموعة البعد
				القياس البعدى		القياس القبلى		
				الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابى	
غير دالة	, ٦١٢	١, ١١	, ١٠	٢, ٩٢	١٦, ٧٠	٢, ٩١	١٦, ٦٠	نوعية الحياة الاجتماعية
غير دالة	, ٨٠٥	, ٩٢	, ٨٠	٢, ٨٩	١٥, ٩٠	٣, ٠٢	١٦, ٧٠	نوعية الحياة النفسية
غير دالة	, ٣١٥	, ٧٨٢	, ٦٠	٢, ٤٦	١٥, ١٠	٢, ٤٦	١٤, ٥٠	نوعية الحياة الصحية
غير دالة	, ٦٧٠	١, ٠٤	, ٢٠	٢, ٠١	١٤, ١٠	٢, ٧٧	١٤, ٣٠	نوعية الحياة الاقتصادية
غير دالة	, ٤١٠	١, ٠٢	, ٠٥	٢, ٦٣	١٥, ٤٥	٢, ٧٦	١٥, ٤٠	المقياس ككل

ت الجدولية عند (٠,٠٥ ، ٩) = (٠,٠١ ، ٩) وعند (٠,٠١ ، ٩) = (٠,٠٥ ، ٩)

توضح نتائج جدول (٩) أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (٩) وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) مما يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة الضابطة فى كافة أبعاد القياس ، ويعنى هذا عدم وجود تغير إيجابى فى نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً فى أى بعد لدى مفردات هذه المجموعة وذلك لعدم التدخل المهنى معها ، ويؤكد ذلك أن التغيرات الإيجابية التى طرأت على حالات المجموعة التجريبية فى القياس البعدى بجدول (٨) ترجع إلى التدخل المهنى باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد كمتغير تجريبي .

النتائج المرتبطة بالفرض الرابع

والذى مفاده : توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

أظهرت نتائج الدراسة المرتبطة بالفرض الرابع وجود فروق معنوية دالة إحصائيا بين متوسطات درجات القياس البعدى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وتوضح ذلك نتائج الجدول التالى :

جدول (١٠)

معنوية الفروق بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً .

مستوى الدلالة عند ٠,٠١	المحسوبة قيمة ت	القياس البعدى				المجموعة البعد
		المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		
		الانحراف المتوسط الحسابى	الانحراف المتوسط الحسابى	الانحراف المتوسط الحسابى	الانحراف المتوسط الحسابى	
داله	١٠ , ١٢	٢ , ٩٢	١٦ , ٧٠	١ , ٩٩	٢٤ , ٦٠	نوعية الحياة الاجتماعية
داله	٩ , ٨١	٢ , ٨٩	١٥ , ٩٠	٢ , ٣٦	٢٦ , ٥٠	نوعية الحياة النفسية
داله	٩ , ٦٤	٢ , ٤٦	١٥ , ١٠	٢ , ٥٢	٢٤ , ٣٠	نوعية الحياة الصحية
داله	٨ , ١٢	٢ , ٠١	١٤ , ١٠	٢ , ٢٧	٢٥ , ٦٠	نوعية الحياة الاقتصادية
داله	٨ , ٩٨	٢ , ٦٣	١٥ , ٤٥	٢ , ٤١	٢٥ , ٢٥	المقياس ككل

ت الجدولية عند (٠,٠٥ ، ١٨) = ٢,١٠ ، وعند (٠,٠١ ، ١٨) = ٢,٨٧

تشير نتائج جدول (١٠) أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) ، وهذا يعنى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات حالات المجموعتين التجريبيه والضابطة فى القياس البعدى على جميع أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً لصالح المجموعة التجريبية ، لتستبعد هذه الفروق هى الأخرى بدورها تأثير أحد العوامل المهددة للصدق الداخلى للتصميم وهى تأثير مرور الزمن أو النضج (إبراهيم عبد الرحمن رجب : ٢٨٩) كما تؤكد هذه الفروق أيضاً على فاعلية العلاج المستخدم (العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد) .

ومن مجمل نتائج الفروض الأربعة السابقة نتحقق فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية لحياة لدى المعاقين حركياً ، وفيما يلى تفسيراً لذلك .

(٣) مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

١- أوضحت نتائج الدراسة كما هو موضح بجدول (٧) صحة الفرض الأول ومفاده : لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلى لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، حيث تبين أن قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ ودرجة حرية (١٨) وذلك على جميع أبعاد المقياس والمقياس ككل ، كما أشارت نتائج الجدول نفسه إلى انخفاض متوسط درجات القياس القبلى للمقياس ككل فى المجموعتين فكان فى المجموعة التجريبية (١٥, ٥٧) وفى المجموعة الضابطة (١٥, ٤٠) ، ويعنى هذا انخفاض نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (عايد شهبان صالح ، ٢٠١٣) التى أوضحت أن توجه المعاقين حركياً نحو الحياة ضعيف وأن أهدافهم محدودة للغاية ولا يستطيعون التكيف مع المجتمع بسهولة ويعانون القلق وانخفاض مفهوم الذات والشعور بالنقص والرفض نتيجة التصور السلبى لصورة الجسم ، وهو ما أكدته أيضاً دراسة (قرينات بن شهره ، باهى السلامى ، ٢٠١٦) التى أوضحت انخفاض نوعية الحياة الصحية والاجتماعية والنفسية للمعاقين حركياً ، حيث ضعف الخدمات الصحية المقدمة لهم واضطراب علاقتهم الاجتماعية بالمحيطين بهم فضلاً عن الاسراف فى الغضب والقلق والاكتئاب والانطواء والعزلة ، وما يؤكد ذلك أيضاً نتائج القياس القبلى لمفردات مجموعتى الدراسة ، حيث أظهرت هذه النتائج - وفقاً لجدول الدلالة المعيارية لمستويات نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً - أن غالبية مفردات المجموعة التجريبية بنسبة ٧٠ % كانت نوعية حياتهم منخفضة و ٣٠ % منخفضة جداً ، وكذلك المجموعة

- الضابطة كانت نوعية الحياة لدى غالبية مفرداتها بنسبة ٦٠ % منخفضة و ٤٠ % منخفضة جدا ، وكان هذا الانخفاض واضحا في جميع أبعاد المقياس وذلك على النحو التالي :
- فيما يتعلق بنوعية حياتهم الاجتماعية ، تبين أنهم يتجنبون مشاركة زملائهم والمحيطين بهم بشكل عام ، فضلاً عن شعورهم بالوحدة والانطواء والعزلة وعدم الرغبة في الاندماج مع الغير ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (عبد اللاه صابر عبد الحميد) التي أوضحت معاناة المعاقين حركياً من اضطراب في علاقاتهم الاجتماعية بأقرانهم وزملائهم العاديين وعدم مشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية .
 - وفيما يتعلق بنوعية حياتهم النفسية : تبين شعور المعاقين حركياً بالضعف وقلة الحيلة وعدم الرضا وانخفاض تقدير الذات والشعور بالخجل والنظرة التشاؤمية للحياة ، وهو ما يتفق ودراسة (Blake & Jay, 2004) التي أوضحت ارتفاع نسبة الضغوط النفسية لدى المعاقين حركياً خاصة بعد الفترة التي تلت الإصابة ، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود مؤشرات الإصابة بالاكئاب لدى أفراد العينة ، وهو ما أكدته أيضاً دراسة (محمد محمود سلام ، ٢٠١٩) التي أوضحت شعور المعاقين حركياً بالنقص وعدم الشعور بالأمن والإسراف في الوسائل الدفاعية .
 - وفيما يتعلق بنوعية حياتهم الصحية ، تبين أنهم لا يتبعون العادات والسلوكيات الصحية السليمة ولا يهتمون بالارشادات والفحوصات الطبية ولا يحافظون على مواعيد تناول الأدوية في حالات المرض ، ولا يحرصون على حضور الندوات واللقاءات المرتبطة بالتوعية الصحية ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Zheng, et al , 2014) التي أوضحت تدنى الحالة الصحية للمعاقين حركياً وأوصت بضرورة تحسين الرعاية الصحية المقدمة لهم حتى يمكنهم الاندماج والانخراط في المجتمع .
 - وفيما يتعلق بنوعية حياتهم الاقتصادية ، تبين أنهم يخشون عدم الحصول على فرصة عمل لظروف إعاقتهم وغير جادين في التدريب على إحدى الحرف التي يتيحها المكتب وغير مهتمين بإقامة مشروع صغير لتحسين مستوى دخلهم ويعانون من انخفاض مستوى الدخل ، وهو ما يتفق وتقرير (منظمة العمل العربية) التي أوضحت أن الفرص المتاحة أمام المعاقين حركياً للحصول على الفرص التدريبية وفرص العمل تكاد تكون في الحدود الدنيا ، وهو ما أكدته نتائج دراسة (محمد محمود سلام) التي أوضحت أن المعاقين حركياً يعانون فقدان العمل وقلة الانتاج وعدم القدرة على شراء أنواع معينة من العلاج أو شراء بعض الأجهزة التعويضية وانقطاع الدخل أو إنخفاضه خاصة إذا كان المعاق مصدر الدخل الوحيد للأسرة .

وربما يرجع إنخفاض نوعية حياة هؤلاء المعاقين بأبعادها المختلفة (الاجتماعية - النفسية - الصحية - الاقتصادية) إلى الأفكار السلبية والمعتقدات غير المنطقية واللاعقلانية المرتبطة بالاعاقة الحركية والتي تسيطر عليهم ، كالشعور بالنقص والعجز وقلة الحيلة وانخفاض تقدير الذات والشعور بالرفض وعدم الرغبة من الآخرين مما يؤثر سلباً على حياتهم النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية ومن ثم على حياتهم بشكل عام . (راجع مشكلة الدراسة)

٢- أوضحت أيضاً نتائج الدراسة بجدول (٨) صحة الفرض الثانى ومفاده : توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى على أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، حيث تبين أن قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - النفسية - الصحية - الاقتصادية) مما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد كمتغير مستقل فى تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً كمتغير تابع ، وقد أظهرت نتائج القياس البعدى للمجموعة التجريبية - وفقاً لجدول الدلالة المعيارية - أن غالبية مفرداتها بنسبة ٦٠% أصبحت نوعية حياتهم مرتفعة جداً و ٤٠% مرتفعة ، وهذا يعنى أن هناك تغير إيجابى ملحوظ فى مستويات نوعية الحياة لدى هؤلاء المعاقين مقارنة بما كانت عليه قبل التدخل المهني ، ويرجع هذا التحسن إلى تطبيق برنامج التدخل المهني .

وبمقارنة متوسط درجات القياس البعدى للمقياس ككل (٢٥, ٢٥) كما هو موضح بجدول (٨) ، بمتوسط درجات القياس القبلى للمقياس ككل (١٥, ٥٧) كما هو موضح بجدول (٧) تبين أن هناك تحسن واضح وملحوظ فى متوسط درجات القياس البعدى ، ليؤكد هذا بدوره على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة لدى مفردات المجموعة التجريبية بشكل واضح ، وظهر هذا التحسن فى جميع أبعاد المقياس وذلك على النحو التالى :-

البعد الأول : نوعية الحياة الاجتماعية

تبين من النتائج الواردة بجدول (٨) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد نوعية الحياة الاجتماعية (٦, ٢٤) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (٧, ١٥) ، ليؤكد ذلك على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ، وظهر هذا التحسن فى : مشاركة المعاق أقاربه وجيرانه فى المناسبات المختلفة والتردد عليهم وكذلك مشاركة زملائه فى الأمور والقضايا الخاصة بمكتب التأهيل الاجتماعى ،

وتكوين صداقات معهم ، فضلاً عن حضور الندوات واللقاءات التي يجريها المكتب والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية داخل المجتمع ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد مثل أساليب الشرح والتوضيح ، وأساليب الإقناع والمواجهة والتحدى ، وأساليب الحوار والمناقشة المنطقية ، وأسلوب تصحيح الأفكار ، وأسلوب عرض المقترحات ، التي استطاع الباحث من خلالها : القاء الضوء علي أفكار المعاق ومعتقداته الخاطئة - أنه أقل من غيره ومرفوض من قبل المحيطين به لكونه معاق حركياً - بطريقة مبسطة بينت له أن سبب اضطراب حياته يكمن في قناعاته بهذه الأفكار ويتكراره للعبارة الانهزامية ونظرته المتدنية للذات ، ثم تصحيح هذه الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر منطقية وواقعية مستعيناً بالدلائل والشواهد اليومية والآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة التي تؤكد صحة الأفكار الجديدة كذكر بعض المواقف التي سبق له أن تفاعل فيها مع الآخرين ولم يقابل بالرفض أو التهميش وأنه موضع اهتمام وتقدير من المحيطين به ، حتى أصبح أكثر ارتضاءً بها وقبولاً لها ، فضلاً عن خلق فرص للحوار والتفاعل بينه وبين المحيطين به لإزالة مخاوفه من الاحتكاك بالغير وملاحظة تفاعلاته وتقويم سلوكياته وإكسابه الشجاعة والتمرن على التعبير والتعود على الثقة بالنفس .

وبذلك تتضح فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تحسين نوعية الحياة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ، وتتفق هذه النتيجة ونتائج دراسة (Filion Rosset, 2004) التي أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية وتحسين مستوى الوعي الذاتي لدى افراد العينة وتحسين علاقاتهم وحياتهم الاجتماعية ، ودراسة (سعيد عبد الرحمن محمد ، ٢٠٠٨) التي أظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي للمراهقين ضعاف السمع سواء التقبل المدرك أو للذات أو من جانب الأسرة أو الأقران السامعين أو أفراد المدرسة أو أفراد المجتمع بشكل عام ، ودراسة (محمد مصطفى شاهين ، ٢٠١١) التي توصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية الكفاءة الاجتماعية للأطفال الأيتام ، ودراسة (بسام السيد رزق ، ٢٠١٥) التي أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية الكفاءة الاجتماعية لطفل الطلاق وتنمية مهارات توكيد الذات وتكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ، ودراسة (أمل يونس عبد المجيد ، ٢٠١٧) التي توصلت نتائجها الي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الإجتماعية للأطفال ضعاف السمع من خلال زيادة قدرتهم على المشاركة الاجتماعية وتكوين العلاقات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي ، ودراسة (رشا عبد الهادي زكريا ، ٢٠١٨) التي اظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية المتمثلة في ضعف العلاقات

الاجتماعية وسوء التكيف الاجتماعى والعزوف عن ممارسة الانشطة الاجتماعية للأطفال ذوى صعوبات التعليم .

البعد الثانى : نوعية الحياة النفسية

تبين من النتائج الواردة بجدول (٨) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد نوعية الحياة النفسية (٥, ٢٦) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (٨, ١٦) ، ليؤكد ذلك على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة النفسية لدى المعاقين حركياً ، وظهر هذا التحسن فى : حديث المعاق حركياً عن ذاته بشكل طيب ، وكذلك حديثه عن العاملين بمكتب التأهيل الاجتماعى وتقديرهم له ، وعدم الشكوى من نظرات الشفقة من الأقارب ، واستمراره فى الحديث مع غير المعاقين دون حرج ، ونظرته الأفضل للمستقبل والحياة بشكل عام عن طريق ترديده بعض العبارات الدالة على الأمل والتفاؤل ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد مثل أسلوب العلاقة العلاجية ، وأساليب الإفراغ الوجدانى ، وأسلوب التدريب على الصمود أمام الضغوط (التحصين التدريجي) ، وأساليب تعديل الظروف البيئية ، وأساليب العلاج بالعبادات ، التى استطاع الباحث من خلالها : كسب ثقة المعاق ، وتهيئة المناخ المناسب الذى ساعده على أن يستعرض ما لديه من مشاعر سلبية وضغوط وانفعالات محتبسة مرتبطة بالاعاقة الحركية ، وإكسابه القدرة الكافية للتعامل مع هذه الضغوط بتنمية مهاراته وتدريبه على مواجهتها وتزويده بالمعلومات التى تساعده على الاسترخاء لتخفيف المشاعر السالبة الناتجة عنها ، وتعديل الظروف البيئية المحيطة به من خلال حث مشرفى المكتب على تحسين أساليب التعامل معه وكذلك تحسين مستوى الخدمات المقدمة بالمكتب وحث أفراد أسرته أيضاً على التواصل الجيد معه وتهيئة الجو الأسرى الذى يحقق له التوافق النفسى ، فضلاً عن تقوية علاقته بالله - عز وجل - بمساعدته على أداء العبادات المختلفة كالصلاة والدعاء الاستغفار والتحلى بالصبر والرضا بقضائه سبحانه وبيت الأمل والرجاء فى الله وعدم اليأس والقنوط من رحمته ، مع بيان فضل تلك العبادات وانعكاساتها عليه فى الدنيا الآخرة ، حتى أصبح أكثر شعوراً بالسكينة والطمأنينة التى انعكست إيجاباً على حالته النفسية ونظرته الطيبة لنفسه وللآخرين من حوله .

وبذلك تتضح فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة النفسية لدى المعاقين حركياً ، وتتفق هذه النتيجة ونتائج دراسة (Zetaruk,D , 2004) التى بينت أن برنامج التدخل المهنى المعتمد على العلاج المعرفى السلوكى أدى إلى زيادة قدرة المراهقين على التكيف والتوافق النفسى كما أدى إلى التخفيف من حدة اضطرابات القلق لديهم ، كما تتفق أيضاً ونتائج دراسة (محمد عبد الحميد أحمد ، ٢٠٠٩) التى أوضحت فاعلية العلاج

المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة النفسية لدى الأطفال العاملين بالصيد ، حيث أشارت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية دالة احصائياً بين ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد والتخفيف من الآثار النفسية المترتبة على عمالة الأطفال والمرتبطة بتحسين نوعية حياتهم النفسية ، وكذلك دراسة (عز الدين محمد أحمد ، ٢٠١٧) التى كشفت نتائجها عن فاعلية برنامج إرشادي باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين التوافق النفسى للطلاب متعاطي المواد المؤثرة نفسياً ، وذلك من خلال مساعدتهم على إستعادة أكبر قدر ممكن من الأداء والاستقلالية الممكنة .

البعد الثالث : نوعية الحياة الصحية

تبين من النتائج الواردة بجدول (٨) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد نوعية الحياة الصحية (٣ ، ٢٤) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (٩ ، ١٣) ، ليؤكد ذلك على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة الصحية لدى المعاقين حركياً ، وظهر هذا التحسن فى : التزام المعاق حركياً بإجراء الفحوصات الطبية فى حالات المرض وتناوله الأدوية فى أوقاتها والتزامه بالعادات الصحية السليمة فى الأكل والمشرب وحضوره الندوات المرتبطة بالجانب الصحى التى يجريها المكتب وحرصه على نظافة حجرته ومعرفة المؤسسات التى تقدم له الرعاية الصحية وكذلك التردد على التأمين الصحى لإجراء الفحوصات الطبية ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد مثل : أساليب الشرح والتوضيح وأسلوب الواجبات المنزلية وأساليب تعديل البيئة المحيطة ، التى استطاع الباحث من خلالها : مساعدة المعاق على تفهم مدى أهمية الرعاية الصحية سواء كانت فى شكلها الوقائى تجنباً للوقوع فى الأمراض وذلك عبر الندوات الطبية الارشادية التى تمت بالمكتب أو فى شكلها العلاجى بإجراء الفحوصات والتحليل الطبية وقت المرض منعاً لتفاقمه ، وتزويده بالمؤسسات التى تقدم الرعاية الصحية وبإجراءات الحصول على العلاج على نفقة الدولة ، فضلاً عن تكليفه ببعض الواجبات المنزلية كتنظيف حجرته ومنزله تقادياً للأمراض والتحلّى بالنظافة الشخصية والعادات الصحية السليمة والتردد على المؤسسات الطبية فى المواعيد المحددة ، وتكليفه بممارسة بعض أشكال الرياضة التى تتناسب وظروف إعاقته ، وحث وتشجيع العاملين بمكتب التأهيل الاجتماعى لتقديم كافة المساعدات الطبية الممكنة ، وكذلك تهيئة البيئة الأسرية لتقديم أفضل أشكال الرعاية الطبية الممكنة وتفهم ظروفه الصحية ، الأمر الذى إنعكس فى النهاية إيجاباً على حالته الصحية .

وبذلك تتضح فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة الصحية لدى المعاقين حركياً ، وتتفق هذه النتيجة ونتائج دراسة (محمد عبد الحميد أحمد) التى

أوضحت نتائجها وجود علاقة إيجابية دالة احصائياً بين ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد والتخفيف من الآثار الصحية المترتبة على عمالة الأطفال والمرتبطة بتحسين نوعية حياتهم الصحية ، كما تتفق ونتائج دراسة (Kolstrup N, et al ,) (2011) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى المؤسسات المعنية بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية خاصة عن طريق الحاسوب أو شبكة الانترنت للمساعدة الذاتية ، حيث تكون البرامج أكثر فاعلية من الرعاية المعتادة فى تحسين مستوى الرعاية الصحية ، وكذلك دراسة (أمانى سعيد عبد المقصود ، ٢٠١٢) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى زيادة وعى أسر مرضى الزهايمر بطبيعة المرض وأساليب الرعاية الصحية والمنزلية السليمة للمرضى ، ودراسة (عاطف خليفه محمد ، ٢٠١٣) التى أوضحت نتائجها فعالية برنامج للتدخل المهنى للخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل المعرفى السلوكى فى تنمية الوعى الصحى لتلاميذ المرحلة الابتدائية .

البعد الرابع : نوعية الحياة الاقتصادية

تبين من النتائج الواردة بجدول (٨) زيادة متوسط درجات القياس البعدى فى بعد نوعية الحياة الاقتصادية (٦ ، ٢٥) مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلى (٩ ، ١٥) ، ليؤكد ذلك على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة الاقتصادية لدى المعاقين حركياً ، وظهر هذا التحسن فى : معرفة المعاق حركياً بكيفية عمل دراسة الجدوى لمشروع صغير وتعلمه إحدى الحرف وبعض الأعمال اليدوية التى تتناسب وظروف إعاقته وسنه وسعيه للحصول على فرصة عمل حتى ولو مؤقتة ، وتحسين مستوى دخله ببعض الأعمال المنزلية والحرفية والمشروعات الصغيرة وحصوله على الأجهزة التعويضية التى تتناسب وظروف إعاقته ، ويرجع ذلك إلى استخدام بعض الأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد مثل : أسلوب التدريب على مهارات حل المشكلة ، وأسلوب تنشيط إرادة العميل ، وأسلوب التدعيم الإيجابي (التحفيز) وأسلوب النمذجة ، التى استطاع الباحث من خلالها : مساعدة المعاق على تحديد مشكلاته الاقتصادية بواقعية - والتى تحددت فى انخفاض مستوى دخله - ومشاركته فى التخطيط لإيجاد حلول مناسبة لذلك كان منها اختياره لمشروع صغير أو تعلم حرفة ما أو الحصول على قرض لعمل مشروع أو القيام ببعض الأعمال اليدوية " الشغل الليبي " ، وتم ذلك من خلال تنشيط إرادة المعاق وإقناعه بأنه يمتلك قدرات وطاقات مختلفة بخلاف الاعاقة الحركية ، التى هى دائماً نسبية وليست كلية ، ومن ثم فإنه يمكنه توظيف هذه الطاقات وتلك القدرات فى مجالات مختلفة ، وحفره مادياً ببعض الهدايا البسيطة وكلمات المدح ليثق فى نفسه سواء كان هذا الدعم من قبل الباحث أو من مشرفيه وأفراد أسرته

تقديرًا لأدائه الطيب ، وحثه كذلك على أن يضع لنفسه هدفاً يسعى إلى تحقيقه ، موضحاً له بعض النماذج التي حققت نجاحات اقتصادية كبيرة رغم إعاقتها كي تكون دافعاً له على تحسين مستواه الاقتصادي .

وبذلك تتضح فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تحسين نوعية الحياة الاقتصادية لدى المعاقين حركياً ، وتتفق هذه النتيجة ونتائج دراسة (محمد عبد الحميد أحمد) التي أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تحسين نوعية الحياة الاقتصادية لدى الأطفال العاملين بالصيد ، حيث أشارت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية دالة احصائياً بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد والتخفيف من الآثار الاقتصادية المترتبة على عمالة الأطفال والمرتبطة بتحسين نوعية حياتهم الاقتصادية ، كما تتفق ودراسة (هدي محمد شوقي ، ٢٠١٧) التي كشفت نتائجها عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الظروف الاقتصادية للشباب الجامعي ، وكذلك دراسة (ممدوح رفعت فهمي ، ٢٠١٩) التي أظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة الضغوط الاقتصادية لمرضى الروماتويد .

٣- تشير نتائج جدول (٩) إلى صحة الفرض الثالث للدراسة ومفاده - لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس نوعية الحياة للمعاقين حركياً ، فقد كانت قيمة ت الجدولية < قيمة ت المحسوبة عند مستوى معنوية ٠,٠١ وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) ، وهذا يعني عدم وجود أي تغيير إيجابي فيما يتصل بتحسين نوعية الحياة لدى مفردات هذه المجموعة وذلك لعدم التدخل المهني معها .

٤- تشير نتائج جدول (١٠) إلى صحة الفرض الرابع للدراسة ومفاده - توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي لحالات المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس نوعية الحياة للمعاقين حركياً ، فقد كانت قيمة ت المحسوبة < قيمة ت الجدولية عند مستوى معنوية ٠,٠١ وذلك على جميع أبعاد المقياس (نوعية الحياة الاجتماعية - نوعية الحياة النفسية - نوعية الحياة الصحية - نوعية الحياة الاقتصادية) ، وهذا يعني أنه لا يوجد تغيير إيجابي فيما يتصل بتحسين نوعية الحياة لدى مفردات المجموعة الضابطة في القياس البعدي وذلك لعدم إجراء تدخل مهني معها ، في حين تؤكد هذه الفروق المعنوية والدالة إحصائياً على أن التغيرات الإيجابية التي طرأت على حالات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ترجع إلى التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد ،

حيث كان للأساليب العلاجية سائلة الذكر والمستمدة من هذا العلاج دور فاعل في تحسين نوعية الحياة بأبعادها المختلفة لدى المعاقين حركياً .

٥- يتضح من العرض السابق صحة فروض الدراسة ، والتي تؤكد في مجملها على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى تحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً ، حيث كان لبرنامج التدخل المهنى المستخدم التأثير الإيجابى على نوعية حياتهم الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية ، وبهذا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة التى أكدت على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى العمل المعاقين حركياً لكن مع مشكلات أخرى كدراسة (منى أنور عبد الملك ، ٢٠١٣) التى أوضحت نتائجها فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى خفض المشكلات النفسية والاجتماعية للطلبة المعاقين حركياً ، كما تتفق نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع نتائج بعض الدراسات السابقة التى أكدت على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لكن مع مشكلات وفئات أخرى ، كدراسة (2001 ، Dia-David) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى التخفيف من حدة الشعور بالقلق لدى الأطفال المعاقين بصرياً من خلال تحويل اتجاهاتهم السلبية إلى الإيجابية وإزالة مشاعر القلق والخوف لديهم ، ودراسة (ساميه عبد الرحمن همام ، ٢٠٠٤) التى أكدت نتائجها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة القلق الاجتماعى لطلاب الثانوية العامة وتحديد الأنماط السلوكية السلبية لديهم وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية ، ودراسة (أمال عبد السميع أباطه وآخرون ، ٢٠٠٧) التى أشارت نتائجها إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة اضطراب الوسواس القهرى وتعديل الأفكار السلبية غير العقلانية لدى طلاب الجامعة ، ودراسة (محمود عطية إسماعيل ، ٢٠٠٨) التى اظهرت نتائجها مدى فاعلية برنامج علاجى معرفى سلوكى فى خفض حدة الأعراض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى الكبد ، ودراسة (أيمن محمود عبد العال ، ٢٠١٠) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة ، من خلال تكوين نظرة إيجابية لحياة هؤلاء الطلاب وتغيير نظرتهم إلى مستقبلهم المهنى وزيادة قدرتهم على اتخاذ القرارات والتوافق مع الآخرين ، ودراسة (محمد شحاته مبروك ، ٢٠١٣) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل أساليب المعاملة السالبة للأمهات نحو أطفالهن المعاقين بشلل دماغى والمتمثلة فى أسلوب الإهمال والرفض والحماية الزائدة ، ودراسة (عبد الرحمن عبيد العازمى ، ٢٠١٤) التى أثبتت نتائجها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكرى ، ودراسة (علاء عبد العظيم سليمان ، ٢٠١٥) التى أوضحت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين المرونة الأسرية لآباء

وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكري من خلال تحسين أنظمة المعتقدات والأنماط التنظيمية والتواصل وحل المشكلات لآباء وأمهات هؤلاء الأطفال ، ودراسة (Van ; 2015) التي أظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين مستوى الانتباه وانخفاض مستوى النشاط الزائد لدى متعاطى المخدرات والمتعافين من التعاطى ، والتخلص من اضطراباتهم النفسية والسلوكية كالقلق وانخفاض تقدير الذات وانخفاض جودة الحياة ، ودراسة (هانى محمد شاهين ، ٢٠١٦) التي اوضحت فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض مظاهر سلوك العنف المرتبط بمشاهدة برامج التلفاز واثره فى تحسين جودة الحياة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، ودراسة (منى السيد عبد الحميد ، ٢٠١٧) التي أثبتت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً المتمثلة فى مهارات الاتصال ومقاومة الضغوط وحل المشكلة ، ودراسة (أفرونيا ميلاد ميخائيل ، ٢٠١٨) التي أظهرت فاعلية برنامج إرشادى نفسى قائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين نوعية الحياة وتنمية استراتيجيات التأقلم لدى مرضى الإيدز ، ودراسة (نبيلة محمد شاکر ، ٢٠١٨) التي أكدت على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل اسلوب الحياة لمرضى سرطان المعدة والمرىء ، ودراسة (عفاف عادل ابو الفتح ، ٢٠١٩) التي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة المواقف شديدة الخطورة المؤدية لانتكاسة المتعافين من إدمان الهيروين .

وبذلك تعتبر الممارسة المهنية للعلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد مع المعاقين حركياً إضافة جديدة لهذا العلاج وإن كان الأخير فى حاجة إلى مزيد من الدراسة والتجريب مع فئات أخرى وفى مجالات أخرى ليكون أكثر فاعلية فى تحقيق أهداف المهنة بشكل عام وأهداف طريقة العمل مع الحالات الفردية بشكل خاص .

قائمة مصادر ومراجع الدراسةأولاً : قائمة مصادر الدراسة

- القرآن الكريم .
- السنة النبوية الشريفة .

ثانياً : قائمة مراجع الدراسة(أ) : قائمة المراجع العربية

- ١- إبتسام رفعت محمد : ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية الناتجة عن التحاق الطلاب بالجامعة ، بحث منشور بالمؤتمر العلمى الخامس عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٢ .
- ٢- إبتسام عبد الله عيد الزغبى : فاعلية برنامج معرفى سلوكى لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامى للسجينات السعوديات : رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة الأميرة نوره بنت عبد الرحمن ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٣١هـ / ٢٠١٠ م .
- ٣- إبراهيم عبد الرحمن رجب : مناهج البحث فى العلوم الاجتماعية والسلوكية ، شبين الكوم ، دار الصحابة للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٥ .
- ٤- أبو النجا محمد العمرى : حقوق الانسان وتحسين نوعية الحياة للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٢٢ ، ج ٣ ، ٢٠٠٧ .
- ٥- اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة : النشرة الدورية ، العدد الرابع ، القاهرة ، ١٩٨٥ .
- ٦- أحمد عبد الخالق : الصدمة النفسية ، دار إقرأ ، الكويت ، ٢٠٠٦ .
- ٧- أحمد محمد السنهورى : الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعشرين ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، الجزء الثانى ، ط ٣ المعدلة ، ٢٠٠٠ .
- ٨- أحمد محمد السنهورى : مداخل ونظريات ونماذج الممارسة المعاصرة للخدمة الاجتماعية - منظور الممارسة العامة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، الجزء الثانى ، ط ٢ المعدلة ، ١٩٩٨ .
- ٩- أسماء فرج عبد الجواد : تقنين مقياس المساندة الإجتماعية للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة الخدمة الإجتماعية ، الجمعية المصرية للإخصائين الإجتماعيين العدد ٥٤ ، ٢٠١٥ .
- ١٠- أسماء محمد عبد المؤمن : أنسنة العمل وتحسين نوعية حياة العمالة المؤقتة ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) ، ج ١١ ، ٢٠١٢ .

- ١١- أسماء مسعود البليطي : التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية ، وجودة الحياة لدى المعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ع ١٧٥ ، ج ٢ ، ٢٠١٧ .
- ١٢- أفرونيا ميلاد ميخائيل : مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسى قائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى والعلاج العقلانى الانفعالى فى تحسين نوعية الحياة وتنمية استراتيجيات التأقلم لدى عينة من مرضى الإيدز ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠١٨ .
- ١٣- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء : جمهورية مصر العربية ، ٢٠١٧ .
- ١٤- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء : جمهورية مصر العربية ، ٢٠١٩ .
- ١٥- العارف بالله محمد الغندور : أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة ، بحث منشور بالمؤتمر العلمى السادس للإرشاد النفسى ، القاهرة ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ١٩٩٩ .
- ١٦- أمال عبد السميع باظه : بحوث وقراءات فى الصحة النفسية ، الأنجلو مصرية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .
- ١٧- أمال عبد السميع باظه وآخرون: فعالية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهرى لدى عينة من طلاب الجامعة ، بحث منشور بمجلة كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، العدد ٤٣ ج(١٨) ، ٢٠٠٧ .
- ١٨- أمانى سعيد عبد المقصود : العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد وزيادة وعي أسر مرضى الزهايمر بالمرض ، بحث منشور بالمؤتمر الدولى الخامس والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٢ .
- ١٩- ——— : استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتحسين التوافق الزوجى لأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ، بحث منشور بمجلة الخدمة الإجتماعية ، الجمعية المصرية للإخصائيين الإجتماعيين العدد ٥٦ ، ج ٢ ، ٢٠١٦ .
- ٢٠- أمل فيصل الفريخ : التدخل المهني باستخدام المدخل المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتخفيف بعض مظاهر سلوك العنف لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الأميرة نوره ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٨ هـ / ٢٠٠٨ م .

- ٢١- أمل يونس يونس عبد المجيد : فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ضعاف السمع ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠١٧ .
- ٢٢- أرون بيك : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، بيروت ، دار النهضة العربية ، ٢٠٠٠ .
- ٢٣- إيمان محمد إبراهيم : ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للحد من إدمان المكفوفين ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ١٨ ، ٢٠١٣ .
- ٢٤- إيمان محمد صبرى ، رانيا جمال حسين : إختلاف نوعية الحياة لدى كل من المعاقين حركياً والأصحاء ، ورقة بحثية مقدمة إلى المؤتمر الرائد لمتحدى الاعاقة ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٥ .
- ٢٥- أيمن محمود عبد العال : العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي ومستوى قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٢٩ ، ج ٥ ، ٢٠١٠ .
- ٢٦- باترسون ، س . هـ : نظريات الارشاد والعلاج النفسي ، ترجمة حامد عبد العزيز الفقى ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع ، ١٩٩٠ م .
- ٢٧- بسام السيد رزق : ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية الكفاءة الاجتماعية لطفل الطلاق ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٣٩ ، ج ٧ ، ٢٠١٥ .
- ٢٨- بلحسيني وردة : أثر برنامج معرفي - سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة قاصدى مرياح ورقلة ، الجزائر ، ٢٠١١ .
- ٢٩- تامر عبد اللطيف السعيد اللباني : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب علي المهارات الاجتماعية في الاقلاع عن تعاطي المخدرات وتحسين بعض ابعاد جودة الحياة لدي عينة من المراهقين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة طنطا ، ٢٠١٨ .
- ٣٠- جمعية التأهيل الاجتماعي : ورشة عمل بشأن تحسين نوعية حياة المعاقين ، الاتفاقية العربية ، ٢٠٠٠ .

- ٣١- جيهان عاطف فتح الله : فعالية برنامج لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى المعاقين جسمانياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٦ .
- ٣٢- رباب عادل عبد العظيم : خفض أعراض القلق الاجتماعي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لمدمني المخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس ، ٢٠١٩ .
- ٣٣- رشا عبد الهادي زكريا : استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع اسر الاطفال ذوي صعوبات التعليم للتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لاطفالهم ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٨ .
- ٣٤- ساميه عبد الرحمن همام : استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلاب الثانوية العامة ، بحث منشور بالمؤتمر العلمي السابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٤ .
- ٣٥- سحر محمد شعبان : فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المراهقي مبتوري الأطراف ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، ٢٠٠٥ .
- ٣٦- سعيد عبد الرحمن محمد : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة بنها ، ٢٠٠٨ م .
- ٣٧- سمير السيد إبراهيم : فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأرق لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب باضطراب الانتباه والنشاط الزائد ، بحث منشور بالمؤتمر الدولي الثاني المتخصص في صعوبات التعلم واضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط : تقييم وعلاج ، الكويت ، ٢٠١٣ .
- ٣٨- سهير محمد خيرى : الالتزام القيمي للإخصائي الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة للأطفال بلا مأوى ، المؤتمر العلمي الدولي الحادى والعشرون ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٨ .
- ٣٩- شعبان عبد الصادق عزام : العلاج بالمعنى كمدخل لتحقيق الرضا عن الحياة للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٨) ، ج ٥ ، ٢٠١٥ .

- ٤٠- صفاء عادل راشد : فعالية الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة لدى الأسر فاقدة المسكن ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ٥ ، ٢٠١٣ .
- ٤١- صلاح الدين عراقى و رمضان مظلوم : فعالية برنامج إرشادى لتحسين جودة الحياة لدى الطلاب المكتئبين ، بحث منشور بمجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، العدد ٣٤ ، ٢٠٠٥ .
- ٤٢- طارق صبحى لاشين : برامج مراكز رعاية وتنمية الطفل العامل وتحسين نوعية الحياة للطفل العامل بالصيد ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ١٣ ، ٢٠١٣ .
- ٤٣- طارق عبد الرؤوف عامر و ربيع عبد الرؤوف محمد : الإعاقة الحركية ، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ٢٠٠٨ .
- ٤٤- طارق لبيب عماره : التسويق الاجتماعى لبرامج الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال رعاية الأيتام وعلاقته بتحسين نوعية الحياة لأسر الأيتام ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) ، ج ١٣ ، ٢٠١٢ .
- ٤٥- طلعت مصطفى السروجى : التنمية الاجتماعية من الحداثة إلى العولمة ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٩ .
- ٤٦- _____ : الخدمة الاجتماعية والطريق الثالث ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، العدد الرابع ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ج ١ ، ٢٠٠٣ .
- ٤٧- _____ : السياسة الاجتماعية فى إطار المتغيرات العالمية الجديدة ، ط ١ ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ٢٠٠٤ .
- ٤٨- عادل محمد عبد الله : العلاج المعرفى السلوكى (أسس وتطبيقات) ، دار الرشاد ، القاهرة ، ٢٠٠٠ .
- ٤٩- عاطف خليفه محمد : فعالية برنامج للتدخل المهنى للخدمة الاجتماعية باستخدام المدخل المعرفى السلوكى فى تنمية الوعى الصحى لتلاميذ المرحلة الابتدائية ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ٦ ، ٢٠١٣ .

- ٥٠- عايد شعبان صالح : الشعور بالسعادة وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من العاقين حركياً المتضررين من الغزو الاسرائيلي على غزة ، مجلة جامعة الأقصى ، فلسطين ، ع ١ ج ١٧ ، ٢٠١٣ .
- ٥١- عبد الحميد مساعده : مشكلات الطلبة المعاقين فى الجامعات الأردنية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة اليرموك ، الأردن ، ١٩٩٠ .
- ٥٢- عبد الرحمن عبيد العازمى : أثر برنامج معرفي سلوكى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضي السكرى بمحافظة القريات ، مجلة عالم التربية ، ١٥ (٤٥) ، ٢٠١٤ .
- ٥٣- عبد الفتاح عثمان : خدمة الفرد فى إطار التعددية المعاصرة ، القاهرة، مكتبة عين شمس ، ١٩٩٧ .
- ٥٤- عبد اللاه صابر عبد الحميد : التحديات التى تواجه الطلاب ذوى الاعاقة بالجامعة وتصور مقترح للتعامل معها من منظور الخدمة الاجتماعية ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ٩ ، ٢٠١٣ .
- ٥٥- عبد المجيد حسن الطائى : طرق التعامل مع المعاقين ، عمان ، دار الجامد للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٨ .
- ٥٦- عبد الناصر عوض أحمد : العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي مع الطلاب غائبى الأب وزيادة قدرتهم على الضبط الداخلي ، بحث منشور، المؤتمر العلمى الثامن ، القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٥ .
- ٥٧- _____ : نظريات مختارة فى خدمة الفرد ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، ٢٠١٣ .
- ٥٨- عز الدين محمد أحمد : برنامج إرشادي بإستخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التوافق النفسي للطلاب متعاطي المواد المؤثرة نفسياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة القاهرة ، ٢٠١٧ .
- ٥٩- عفاف عادل ابو الفتح : فعالية العلاج المعرفي السلوكي فى تخفيف حدة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة للمتعاقين من ادمان الهيروين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٩ .
- ٦٠- علاء صادق رفاعى : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتحسين نوعية الحياة لأسر المعاقين ذهنياً : بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٦) ، ج ٥ ، ٢٠١٤ .

- ٦١- علاء عبد العظيم سليمان : استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر ، كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ع ١٦٥ ، ج ٤ ، ٢٠١٥ .
- ٦٢- فاتن محمد عامر : فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد وزيادة دافعية الانجاز للمتدربات فى برنامج محو الأمية الأسرية ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٣٩ ، ج ٨ ، ٢٠١٥ .
- ٦٣- فتحية محمد القاضى : ممارسة برنامج التدخل المهنى فى إطار التركيز على المهام والنموذج الدينى لتحسين نوعية الحياة للمتأخرين فى الزواج ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ١٢ ، ٢٠١٣ .
- ٦٤- فوزى محمد حسن : دور المؤسسات الخيرية فى تحسين نوعية الحياة للفقراء ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) ، ج ١٢ ، ٢٠١٢ .
- ٦٥- فوقيه إبراهيم عيسى : العلاقة بين ممارسة العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية والاستفادة من برامج التدريب المهنى للمعاقين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ١٩٨١ .
- ٦٦- فيروز فوزى عماره : نحو تصور مقترح لدور أخصائى العمل مع الجماعات لتحقيق المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٤) ، ج ١١ ، ٢٠١٣ .
- ٦٧- قانون الأشخاص ذوى الاعاقة ، وزارة التضامن الاجتماعى ، جمهورية مصر العربية ، ٢٠١٨ .
- ٦٨- قرينات بن شهره وباهى السلامى : المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة قاصدى مبرياح - ورقلة ، ع ٢٣ ، ٢٠١٦ .
- ٦٩- محمد الشناوى و محمد عبد الرحمن : العلاج السلوكى الحديث ، أسسه وتطبيقاته ، القاهرة ، دار قباء ، ١٩٩٨ .

- ٧٠- محمد بسيوني عبد العاطى : التدخل المهني بطريقة خدمة الجماعة وتحسين نوعية الحياة للمعاقين حركياً : بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع (٣٢) ، ج ١٥ ، ٢٠١٢ .
- ٧١- محمد جابر عباس : دور برامج التنمية البشرية فى تحسين نوعية الحياة للشباب الجامعى ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٦) ، ج ٤ ، ٢٠١٤ .
- ٧٢- محمد حامد النجار : تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعى لدى معاقى الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الاسلامية ، غزة ، ١٩٩٧ .
- ٧٣- محمد سيد فهمى : واقع رعاية المعاقين فى الوطن العربي ، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ، ٢٠٠٠ .
- ٧٤- محمد سليمان أحمد : الاعاقات المتعددة المفاهيم والقضايا الأساسية ، الأردن ، زمزم للنشر والتوزيع ، ٢٠١٢ .
- ٧٥- محمد شحاته مبروك : استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتعديل أساليب المعاملة السالبة للأمهات نحو أطفالهن المعاقين بشلل دماغى ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٣٥ ، ج ٢٠ ، ٢٠١٣ .
- ٧٦- محمد عبد الحميد أحمد : ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتحسين نوعية الحياة للاطفال العاملين بالورش الحرفية ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ع ٢٦ ، ج ٤ ، ٢٠٠٩ .
- ٧٧- محمد علي إبراهيم : فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى خفض حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين الموهوبين ، بحث منشور بمجلة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية ، المجلد الرابع العدد (١٣) ، ٢٠١٣ م .
- ٧٨- محمد علاء الدين عبد القادر : علم الاجتماع الريفى المعاصر والاتجاهات الحديثة فى دراسة التنمية الريفية ، الإسكندرية ، دار المعرف ، ٢٠٠٣ .
- ٧٩- محمد محمد سليمان : العلاقة بين استخدام برنامج مقترح لتدخل المهني من منظور طريقة العمل مع الجماعات وتنمية المشاركة السياسية للمعاقين حركياً ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٣٢) ، ج ٨ ، ٢٠١٢ .

- ٨٠- محمد محمود سلام : احتياجات ومشكلات المعاقين حركياً : مجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للإخصائيين الاجتماعيين ، ع (٦١) ج (١) ، ٢٠١٩ .
- ٨١- محمد مصطفى شاهين : العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتنمية الكفاءة الإجتماعية للأطفال الأيتام ، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١١ .
- ٨٢- محمود إبراهيم عبد العزيز وآخرون : فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعاقين حركياً ، دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي ، كلية التربية ، جامعة أسيوط ، ع ١ ، ٢٠١٨ .
- ٨٣- محمود عبد الحليم منسي ، على مهدى كاظم : مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس ، سلطنة عمان ، ٢٠٠٦ .
- ٨٤- محمود عطية إسماعيل : مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي - معرفي لخفض حدة الاعراض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى فئات من مرضى الكبد ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنوفية ، ٢٠٠٨ م .
- ٨٥- محمود ناجي السيسي : ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتدعيم السلوك الاستقلالي للأطفال المعاقين ذهنياً ، بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، الجزء الثاني ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٦ .
- ٨٦- ممدوح رفعت فهمي : استخدام العلاج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية لمرضى الروماتويد ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ٢٠١٩ .
- ٨٧- منظمة العمل العربية ، إدارة الحماية الاجتماعية : ندوة قومية حول إدماج المعاقين في العمل والحماية المطلوبة ، القاهرة ، ٢٠٠٦ .
- ٨٨- منى السيد عبد الحميد : ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الحياتية لمهات الأطفال المعاقين عقلياً ، بحث منشور بمجلة الخدمة الاجتماعية ، الجمعية المصرية للإخصائيين الاجتماعيين ، ع ٥٨ ج ٥ ، ٢٠١٧ .
- ٨٩- منى أنور عبد الملك : فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض المشكلات النفسية والاجتماعية للطلبة المعاقين حركياً في مدارس عمان ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، جامعة العلوم الاسلامية العالمية ، عمان ، ٢٠١٣ .

- ٩٠- منى سيد محمد : مشكلات الرياضيين المعاقين حركياً ودور الممارس العام في مواجهتها ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٧ .
- ٩١- نادية عبد الجواد الجروانى : الأندية النسائية وتحسين نوعية الحياة للمرأة ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد (٢٣) ، ج ١ ، ٢٠٠٧ .
- ٩٢- ناصر المحارب : المرشد فى العلاج الاستعرافى السلوكى ، الرياض ، دار الزهراء ، ٢٠٠٠ .
- ٩٣- نايفه حمدان الشويكى وآخرون : فاعلية برنامج إرشادى تأهيلي فى تحسين الرضا عن الحياة لعينة من المعاقين حركياً فى الأردن ، مؤتة للبحوث والدراسات ، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة مؤتة ، مجلد (٣٤) ع (٢) ، ٢٠١٩ .
- ٩٤- نبيلة محمد شاكر : فعالية ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل أسلوب الحياة لمرضى سرطان المعدة والمرىء ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٨ .
- ٩٥- نفين صابر عبد الحكيم : ممارسة العلاج المعرفى السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف ، بحث منشور بمجلة كلية الآداب ، جامعة حلوان ، ع ٢٦ ، ٢٠٠٩ .
- ٩٦- هانى محمد شاهين : فعالية برنامج قائم على العلاج المعرفى السلوكى فى خفض مظاهر سلوك العنف المرتبط بمشاهدة برامج التلفاز واثره فى تحسين جودة الحياة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة بور سعيد ، ٢٠١٦ .
- ٩٧- هدى محمد شوقي محمد : برنامج معرفى سلوكي لعلاج الضغوط الاجتماعية للشباب الجامعي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠١٧ .
- ٩٨- هشام سيد عبد المجيد : مقارنة فعالية كلا من التعديل المعرفى السلوكى والتعديل السلوكي فى خدمة الفرد في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الرابع ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠١ .
- ٩٩- هشام سيد عبد المجيد وآخرون : التدخل المهني مع الأفراد والأسر فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ٢٠٠٨ .
- ١٠٠- وزارة الشؤون الاجتماعية : إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية ، العدد (٤٤) ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

(B) : Bibliography .

- 101- Adam Kuper & Jessica Kuper; cognitive – behavioral Therapy, in social Science Encyclopedia, New York, Acid- Free Paper, 1996.
- 102- Andersson E; Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Psychol Med, 2012.
- 103- Blake & Jay; "Physical Disability, Unemployment, and Mental Health", Rehabilitation Psychology, Washington, 49(3), 2004.
- 104- Bradford et al: Techniques and guidelines for social work practice, 7 Th editions, N.Y, 2006.
- 105- Bricout ,John: The relationship between employ of job ,Applicants with either a server Psyciatric or Physical disability , Virginia ,Commenwilt University, 1998 .
- 106- Cashing: Education and Child Labor, Foreign Labor Migration Seminar, In: International Labor Organization, Moscow, 2003.
- 107- Cooper, M, et al, Clinical Social work practice An Integrated Approach, N.Y., Peason Education, Inc.2005.
- 108- Coulshed, V., & Orme, J., Social work practice an introduction (3 Ed.). England: Povey –Edmondson. 1997.
- 109- Dia-David: cognitive Behavioral therapy with a six year old boy with separation anxiety, Health and social work, Vol 26, May 2001.
- 110- Eysenck, W; Psychology: A students Handbook.UK: Psychology Press, 2000.
- 111- Fillion Rosset; Cognitive Changes Following Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia, PHD, the University of Manitoba – Canada, 2004.
- 112- Fisher Paige – H, et al: Skills for social and Academic success, Aschool-Baed Intervention for social Anxiety Disorder Adolescents.

- Journal of the – Clinical Child and Family Psychology Review. Dec, Vol 7 (4), 2004.
- 113- Hodge , R. David & Aneesah , Nadir ; Moving toward Culturally Competent Practice With Muslims ; Modifying Cognitive Therapy With Tenets , National Association of Social Workers , 2008 .
- 114- Hollon, S.D., & Beck, A.T., Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: A.E. Bergin & S.L.Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994.
- 115- International Labor Organization; Education and Child Labor, Migration Seminar, Moscow, 2003.
- 116- James, Cloria: An Evaluation of Social work Physical Disabilities, May not be defend achieving preferential Parking, Ph.D, Union Institute, 2002.
- 117- Kelley G, Nancy: Perceptions of Quality of the elderly, the University of Utah, 2004.
- 118- Kolstrup N, et al; Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy in Primary Health Care: a review, Fame Pact (28) 5, 2011 .
- 119- Koubekova, E.: Personal and Social Adjustment of physically handicapped Pubesent psychological pato psychologia Dietata, 735(1), 2000.
- 120- Macullough Jr & James P: Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system psychotherapy (BASP) Guliford Press, Published in wikmedia, foundation, 2006.
- 121- Martin Davies; The Black Well Encyclopedia of Social Work, U.S.A, black well Publishers Ltd, first Published, 2000.
- 122- McIndoo, et al, Cognitive-Behavioral Therapy for an Arab College Student With Social Phobia and Depression, Clinical Case Studies, 13(2), 2014.

- 123- Passchier, G; Development of Indicators on Child Labor, In: International Labor Organization, Geneva, Simpson Press, 2000.
- 124- Scouras Susan: The Impact of the Americans with disabilities Act on Quality of Life issues Experienced by Disabled Professional in state of Washington, Gonzaga – university, Volum 66, (4A) Disseration Abstracts International, 2005.
- 125- Van Emmerik- et al; Integrated cognitive behavioral, 2015.
- 126- Zetaruk,D: A ognitive Behavior Therapy With Children & adolescents who have an Anxiety disorder , University of Manitoba – Canada, 2004.
- 127- Zheng et al : The role of Quality of Care and Attitude toward Disability in the relationship between servity Disability and Quality of life , Finding fram across Sectional , Survery among people with physical Disability in China , Health and Quality of life out come , 12 (1) 25 , 2014 .

ملحق الدراسة(مقياس نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً)أولاً : البيانات الأولية للمعاق

الاسم / (لمن يرغب)

١- النوع ؟

أ- ذكر () ب . أنثى ()
()

٢- السن ؟

أ- ٢٢ - () ب . ٢٨ -
()

ت - ٣٤ - ٤٠ عام ()

٣- المؤهل الدراسي ؟

أ- مؤهل متوسط () ب- مؤهل فوق متوسط ()
()

ت- مؤهل عالي ()

٤- محل الإقامة ؟

أ- مدينة () ب- قرية ()
()

ثانياً : فقرات المقياس

م	الفقرة	الاستجابة		
		نعم	إلى حد ما	لا
١	أتجنب التعامل مع الآخرين منعاً للمشاكل .			
٢	أشارك أقرابى فى مناسباتهم الاجتماعية .			
٣	أشعر بعدم القدرة على تكوين صداقات قوية مع الآخرين			
٤	أشعر بالوحدة حتى وأنا مع الغير .			
٥	أشارك زملائى فى مناقشة البرامج المختلفة بالمكتب .			
٦	أساعد جيرانى ما دامو فى حاجة إلى المساعدة .			
٧	أرفض الحصول على أى هدايا من أحد .			
٨	يصعب عليّ المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية داخل المجتمع			
٩	أقترض نقود من بعض أقرابى إذا ما تعرضت لضائقة مادية .			
١٠	احضر الندوات واللقاءات التى يجريها المكتب .			
١١	أشعر بالحرج عندما أقابل أقرابى .			
١٢	أرى أنه لا يوجد لى دور فى الحياة .			
١٣	أشعر أنى أقل من الآخرين .			
١٤	أشعر بالعجز وعدم الإحساس بالأمن .			
١٥	تضايقتنى نظرة الشفقة من الأقراب .			
١٦	أشعر بتقدير الآخرين وإحترامهم لى .			
١٧	أشعر بالحزن عندما أفكر فى وضعى الحالى .			
١٨	أتوقع أن يكون المستقبل أفضل .			
١٩	أشعر بالسعادة عندما يساعدنى جيرانى .			
٢٠	أشعر بعدم الرغبة فى عندما أكون مع الأشخاص العاديين			
٢١	أحرص على الوقاية من الأمراض المعدية .			
٢٢	أسعى إلى اكتساب المعلومات الصحية المرتبطة بالاعاقة الحركية .			
٢٣	الترزم بالعادات الصحية السليمة فى المأكل والمشرب .			
٢٤	لا أعرف المؤسسات التى تقدم رعاية صحية للمعاقين حركياً .			

			التزم بالفحوصات الطبية التي يجريها المكتب لنا .	٢٥
			أحرص على نظافة حجرتي .	٢٦
			لا أحضر الندوات المرتبطة بالجانب الصحى التي يجريها المكتب .	٢٧
			أتردد على التأمين الصحى لإجراء الفحوصات الطبية .	٢٨
			أتناول الدواء بشكل منتظم عند الاصابة بمرض .	٢٩
			لا يمكننى العلاج على نفقة الدولة .	٣٠
			أخشى من عدم وجود فرصة عمل تناسب ظروفى الصحية	٣١
			أتدرب بجدية على مهنة تناسب إعاقتى .	٣٢
			أحاول إقامة مشروع صغير لتحسين مستوى دخلى .	٣٣
			يمكننى عمل دراسة جدوى لمشروع صغير .	٣٤
			لا أستطيع شراء أنواع معينة من العلاج فى حال التعرض للمرض	٣٥
			أسعى للحصول على فرصة عمل حتى ولو بشكل مؤقت .	٣٦
			أجد صعوبة فى توفير الأجهزة التعويضية التى تناسب إعاقتى	٣٧
			أرفض التوجه إلى الوحدة للحصول على مساعدات مالية .	٣٨
			أحاول تحسين دخلى ببعض الأعمال المنزلية " الشغل اللببي "	٣٩
			لا أعرف المؤسسات التى تمنح قروضاً مالية للمعاقين حركياً .	٤٠