



# فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً

إعداد

د. زينب محمد محمد أبو العلا

دكتوراه في علم النفس التعليمي - كلية البنات - جامعة عين شمس

# فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً

إعداد

د. زينب محمد محمد أبو العلا

دكتوراه في علم النفس التعليمي - كلية البنات - جامعة عين شمس

## مستخلص البحث

استهدف البحث الكشف عن مدى فاعلية واستمرارية فعالية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً

ومن أجل ذلك الهدف قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من المراهقين المعاقين جسدياً بمحافظة طنطا؛ حيث ضمت (٤٠) من المراهقين المعاقين جسدياً بنادي التحدي والإرادة في مجموعتين : المجموعة التجريبية : بمتوسط عمر زمني ١٥.٠٥ سنة ، وانحراف معياري ١.٤٦٠٩ ، والمجموعة الضابطة: بمتوسط عمر زمني ١٤.٩ سنة ، وانحراف معياري ١.١٦٥٣ .

واستخدم البحث مقياس المخاوف المرضية للمراهقين المعاقين جسدياً وبرنامج الإرشاد بالواقع

وقد أسفرت أهم نتائج البحث عن فاعلية واستمرارية فعالية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً.

الكلمات المفتاحية:

الإرشاد بالواقع - المخاوف المرضية - المراهقين المعاقين جسدياً

## Summary of the research

The research aimed to identify the effectiveness and sustainability of the effectiveness of a program to guide the reality in reducing the fears of patients with physically challenged adolescents

To this end, the researcher selected the study sample of physically disabled adolescents in Tanta governorate. It included 40 physically disabled adolescents in Challenge and Will Club in two groups: Experimental group: average age 15.05 years, standard deviation 1.4609, control group: 14.9 years, and a standard deviation of 1.1653.

The research used the Scale of Mental Disorders for Adolescent Disabilities and Mentoring Program

The most important results of the research on the effectiveness and sustainability of the effectiveness of the program to guide the reality in reducing the fears of patients with physically challenged adolescents.

### Key Words:

Counseling in reality - Sickness fears - physically disabled adolescents

## أولاً: مقدمة:

يعد الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة في أي مجتمع من القضايا المهمة التي تتعلق بتقدم الأمة، وتمييزها؛ ولهذا فقد خصصت الأمم المتحدة في كل عام يوماً للمعاقين، وهو الثالث من ديسمبر، وذلك في إطار، وضعها لمشكلة المعاقين في مصاف المسائل الاجتماعية الكبرى، التي ينبغي علي العالم مواجهتها بالتحليل، والفهم، والتوعية الحكومية، والجاهيرية.

فلم يكن المعاقون بأوفر حظاً من العاديين في أوجه الرعاية، والعناية، والاهتمام بل بالعكس فإن النظرة للأطفال المعاقين منذ أقدم العصور اتسمت بطابع غير أنساني، واختلفت هذه النظرة من عصر لآخر تبعاً لمجموعة من المعايير، والمتغيرات، ويشير العديد من الباحثين إلى أن أغلب المصادر التاريخية تشير إلى معاناة المعاقين في جميع العصور الماضية من النظرة المتدنية نحوهم، وذلك من جراء القواعد، والقوانين الظالمة التي جعلت منهم هدفاً للتعبير عن الدوافع، والنزعات العدوانية في المجتمع نتيجة للخوف، والجهل من جهة، ونقصان المعلومات من جهة أخرى (السيد فهمي، ١٣، ٢٠٠٨).

وفي العصر الحاضر ازداد الاهتمام بقضية المعاقين؛ لأنها قضية متعددة الجوانب، والأبعاد، وقد تمتد لتطال المجتمع كله بشكل، أو بآخر؛ فهي تعتبر مشكلة تربوية، وصحية، وتأهيلية، ومهنية، تحتاج إلى مساعدة أفراد هذه الفئة في تأدية الواجب نحو المجتمع، وهناك العديد من العلماء قد حث، وشجع المعاقين على المشاركة في بناء المجتمع. (رائد محمد أبو الكاس، ٢٠٠٨، ١٨٨)

وقد بينت نتائج دراسة أسامة عبد الحميد إبراهيم (٢٠١١) أن الأفراد المعاقين داخل المؤسسات يميلون للعدوانية، وسرعة الغضب، والخوف من أشياء لا تستدعي الخوف، وآخرين يميلون للبكاء لعدم توافر التوجيه الاجتماعي اليومي لمواكبة آلام الحياة، والتواصل مع الآخرين؛ لذلك يجب علينا أن ننظر إلى هؤلاء الأفراد الذين تحتويهم مشاعر السلبية، والغضب، والانفعال الشديد، وننتقم مدى حاجاتهم إلى خدمات إرشادية لمواجهة ما يعانون من مشكلات نفسية، وسلوكية.

لذا يسعى البحث الحالي إلى اختبار فاعلية إرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً

### ثانياً: مشكلة البحث:

يشكل المعاقون جسدياً فئة ليست بقليلة من مجموع الأفراد المعاقين في المجتمع؛ بما يجعل هذه الفئة تستحق الاهتمام لما تمتلكه من قدرات وإمكانيات ، من أجل تحقيق التنمية للمجتمع ككل، والنهوض بالمعاق كجزء من هذا المجتمع، ليس فقط من خلال توفير ما يحتاجونه من خدمات خاصة، بل عبر توفير الظروف النفسية، والاجتماعية المناسبة لهم أيضاً؛ وذلك لتمكينهم من وضع أهداف للمستقبل، والعيش لتحقيقها، وتغيير نظرتهم للحياة لنظرة يحدها الثقة، والأمل، والطموح، ووضع مفهوم إيجابي عن ذاتهم، والتمكن من التقدير الموضوعي لها، خاصة، وأن فقدان الحركة يؤدي عادة إلى أن يعيش الفرد في عالم محدود خاص به، بالإضافة إلى وجوده في محيط اجتماعي عادة ما يشعره بالعجز، وقلة الشأن، وعدم التقبل المباشر، أو غير المباشر؛ مما يجعله يخفض من تقديره لذاته؛ وبالتالي تتأثر صورته عن ذاته، كما أن احتياجاته للمساعدة الدائمة من الآخرين تشعره بضربة قاسمة إما أن تؤدي به إلى ظهور الاعتمادية، وبالتالي عدم التحكم في أموره، والسيطرة عليها، وفشله في اتخاذ القرارات، أو تحديده لأهدافه، وإما أن تصبح الإعاقة بمثابة الدافع للتحدي، وإثبات الذات، وتحقيق الطموح، والالتزام بالقيم، والتحكم في الظروف الخارجية.

ومن الثابت أن هناك علاقات مترابطة بين الخصائص الاجتماعية، واللغوية، والحركية، والانفعالية التي تخلفها الإعاقة؛ فالجانب اللغوي يؤثر على الجانب الاجتماعي، كما أن الجانب الحركي يؤثر على الجانب الانفعالي، وكل منهما يتأثر بالجانب الاجتماعي؛ فحدوث اضطراب في أحد الجوانب يؤثر بالسلب على الجوانب الأخرى مما ينعكس بالسلب على رؤية الفرد لذاته، وقدرته على التحمل، والالتزام بالأهداف التي يحددها لنفسه، وتحديه للمشكلات، ومواجهتها، والتحكم في العوامل الخارجية.

وأكدت بعض من الدراسات مثل دراسة Christensen et al., (٢٠٠٢) ، دراسة Beck et al., (٢٠٠٧) ، دراسة Safir et al., (٢٠١٢) ، دراسة Admenan et al., (٢٠١٢) أن هناك علاقة بين الإعاقة الحركية، وكثير من بعض المخاوف المرضية حيث أن الإعاقة الحركية

تتسبب في عدد من الخصائص النفسية، والاجتماعية، والتي تتمثل في الخوف من الظلام، والخوف من الأماكن المرتفعة، والخوف من الحشرات، والخوف من الغرباء ..... وغيرها.

ومن هنا كان اهتمام الباحثة بالكشف عن فاعلية برنامج الإرشاد بالواقع، ومدى قدرته على تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً.

وتتمثل مشكلة البحث في الآتي:

- ما فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً؟

- ما استمرارية فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً خلال فترة المتابعة (بعد ٥ ٤ يوماً)؟

ثالثاً: أهداف البحث:

- تبين فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً .

- التعرف على استمرارية فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً خلال فترة المتابعة (بعد ٥ ٤ يوماً).

رابعاً: أهمية البحث:

- الأهمية النظرية:

١- استعراض المفاهيم النظرية للإرشاد بالواقع والاعاقة الجسدية ولمخاوف المرضية.

٢- تقديم مجموعة من التوصيات للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً، وللفت الانتباه للأثار السيئة المترتبة على ذلك.

٣- ندرة الدراسات العربية التي تناولت التخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً.

أهمية البرامج الإرشادية بالواقع في الحد من بعض المخاوف المرضية التي تؤدي الطلاب المعاقين جسدياً.

## - الأهمية التطبيقية:

- ١- التعرف على تأثير برنامج إرشادي بالواقع في محاولة تقليل حدة بعض المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً.
- ٢- قد تفيد هذه الدراسة المهتمين بشئون الطفل المعاق في مصر ،وخاصة المؤسسات الخاصة بالمعاقين في مختلف مجالات الإعاقة.
- ٣- تفيد نتائج الدراسة الحالية في بناء برامج إرشادية جديدة للتعامل مع المراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ٤- تقديم العديد من التوصيات التربوية في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية ،والتى قد تمكن الأخصائيين الاجتماعيين من التعامل مع المراهقين المعاقين جسدياً.

## خامساً - مصطلحات البحث

- ١- برنامج الإرشاد بالواقع: يعرف إجرائياً على أنه عملية علاجية تمكن الفرد من اكتشاف حاجاته غير المشبعة، وتحديد ما ينتج عن ذلك من مشكلات على المستويين الشخصي، والاجتماعي، ثم مساعدته لتكوين مجموعة من الصور الذهنية الإيجابية لما يريده بطرق مشروعة، وتقويم سلوكه لتحقيق تلك الصور ،وفق قدراته ،وحسب إمكانيات البيئة حوله،ومساندته ليضع خططا قابلة للتنفيذ، تتيح له مجموعة من البدائل يمكن أن يأخذ منها ما هو أنسب لتحقيق تلك الصور عن طريق مجموعة من الأدوات والأساليب والفنيات.
- ٢- المخاوف المرضية: تعرف إجرائياً على أنه انفعال سلبي يسبب الضيق ينشأ من مؤثرات خارجية مؤلمة، وإذا تكررت هذه المؤثرات فإن الفرد يخاف منها ،ويبتعد عنها مع سرعة ضربات القلب ،وسرعة التنفس ،وزيادة إفراز العرق ،وزيادة الشد في العضلات.
- ٣- المعاق جسدياً: يعرف إجرائياً على من أصيب بخلل ،أو عجز في أحد ،أو مجموع أطرافه العلوية ،أو السفلية ،والتى تحد من مشاركته الآخرين بفقده لوظائفها الحركية سواء بشكل جزئي ،أو كلي.

## سادساً: الإطار النظري :

## [١]- الإرشاد بالواقع Reality Councelling

يستند هذا الاتجاه إلى دراسة الظاهرة في الواقع الملموس دون إصدار أحكام مطلقة، كما يعني بدراسة الظاهرة في ضوء السياق الاجتماعي، وليس في عزلة، ويبحث في كل العوامل الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والنفسية، والسياسية التي تؤثر في الظاهرة، وهذا يساعد الباحث على أن يكون أكثر إدراكاً لأبعاد الظاهرة محل الدراسة، والتعرف على كل العوامل المؤثرة فيها (محمد يسري دعيس، ١٩٩١، ١٠).

فقد قام، ويليام جلاسر William Glasser - المرشد النفسي الأمريكي بابتكار، وتطوير أسلوب الإرشاد بالواقع بمنصف الستينات، واستمرت أساليبه، ونظرياته بكافة تطبيقاتها، واسعة النطاق في التطور، وإثبات الكفاءة، والفاعلية. وهو ينظر إلي الإرشاد بالواقع علي أنه أسلوب استشاري يتعلم فيه الأفراد كيفية إدارة حيواتهم، واتخاذ الخيارات، والقرارات الأكثر فاعلية، وكيفية تطوير، وتقوية قدرتهم على التكيف مع الضغوط، والمشكلات الحياتية. وممارسة الإرشاد بالواقع تعتبر عملية مستمرة، ودائمة تتكون في الأساس من مكونين شديدي الأهمية: العمل على خلق بيئة ثقة متبادلة، وباستخدام التقنيات التي تساعد الشخص في اكتشاف ما يرغبه فعلاً، وذلك علي العكس مما يقوم بفعله آنياً، والعمل على إيجاد، وبناء مخطط جديد لاستيفاء هذه الحاجة على نحو أكثر فاعلية في المستقبل. (Kim, 2009)

وينظر روبرت، وبولدينج Robert Wubbolding إلي الإرشاد بالواقع علي أنه أسلوب عملي للمرشد، ويتضمن المكونات التالية:

(أ) سؤال العميل عن حاجاته، ومساعدته علي تحديد أهدافه من العلاج، وأهدافه في الحياة عموماً.

(ب) سؤال العميل عما يقوم بفعله حالياً.

(ج) تشجيع العميل على إجراء تقييم ذاتي بشأن فاعلية، وملاءمة سلوكياته.

(د) التركيز على أهمية الالتزام.



وفي هذا الإطار ينظر المرشد بالواقع إلى الإرشاد على أنه عملية تعليم، وتعلم، تركز على وجود حوار منطقي بين المسترشدين، والمرشد، وهذا يتطلب أن يكون المرشد نشطاً من الناحية الكلامية، ويسأل العديد من الأسئلة حول الموقف الراهن لحياة المسترشد، وواعياً بسلوكه، وأن يصدر أحكاماً تقييمية، وأن يبني خطأً للتغيير. (مفتاح محمد عبد العزيز، ٢٠٠١، ١٠٣)

ومن وجهة نظر الإرشاد بالواقع فكل شخص يحتاج لعلاج، أو إرشاد نفسي يعاني من قصور أساسي، واحد هو أنه غير قادر على تلبية حاجاته الأساسية، وتعكس حدة الأعراض درجة عدم قدرة الفرد على تلبية احتياجاته، والتي يعبر عنها من خلال قرحة المعدة، أو الصداع النصفي مثلاً، ولكن أياً كانت الأعراض فإنها تختفي عندما يتم تلبية احتياجات الفرد. ويجب أن ندرك أنه مهماً بدأ سلوك الفرد غير منطقي، وغير معقول لنا فإن لهذا السلوك معنى عند الفرد نفسه. وفي سعيهم غير الناجح لتلبية احتياجاتهم، وأياً كان السلوك الذي يختارونه؛ فإن جميع المرضى يشتركون في أنهم جميعاً يرفضون الواقع الذي يعيشونه، وفي كل الأحوال يكون إنكار جزء، أو كل الواقع عاملاً مشتركاً بين الجميع، ويصبح العلاج ناجحاً عندما يتوقف العميل عن إنكار الواقع، ويدرك أن عليه أن يلبي احتياجاته في إطار هذا الواقع، وبالتالي فإنه لا يكفي أن يساعد العميل على مواجهة الواقع فحسب، بل يجب أن يتعلم كيفية تلبية احتياجاته في إطار هذا الواقع. (Glasser, 2000)

وفي هذا الإطار يمكن النظر إلى المخاوف المرضية إما أنها محاولة للهروب من المسؤولية، أو نتيجة عدم القدرة على تحمل مسؤولية القيام بالفعل الصحيح، أو عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية. (نور الدين طه السنباري، ٢٠٠٧، ٣٧)

#### ١- المفاهيم الأساسية للإرشاد بالواقع :

(أ) الدافعية Motivation: تنظر طريقة الإرشاد بالواقع إلى أن كل الناس يجب أن يوجدوا شعوراً عما يكونون، وعليهم أن يتعرفوا على، أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم أهمية، واستقلالية، وفردية، وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة الأساسية مفهوم الهوية identity (هوية النجاح - هوية الفشل) ، والتي تعتبر أساسية مثل أي حاجة فسيولوجية كالطعام، والماء، والهواء، إنها الحاجة، أو المطلب الوحيد لكل البشر. ، ويضيف جلاسر أن الناس

يحملون دافعاً داخلياً لتحقيق هوية نجاح غير أن هذه الهوية الخاصة بالنجاح تتطلب الوفاء بحاجتين أساسيتين هما: الحاجة لتبادل الحب أي أن يمنح الحب، ويتلقاه، والحاجة إلى الشعور بالأهمية، ويتطلب إشباع هاتين الحاجتين الاندماج مع الآخرين، وفي الواقع أن الاندماج هو الطريق الوحيد لهوية النجاح. كما يصفه جلاسر، وزونين. الجزء المكمل للكائن، وهو القوة الداخلية الحافزة التي تحكم كل السلوك (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٤١)

**(ب) المسؤولية Responsibility:** يرى المرشدون أنه كلما كان الأفراد أكثر مسؤولية كانوا أكثر صحة نفسية، وأن السلوك المسئول هو الذي تنتج عنه الصحة النفسية، وأن التعاسة، والمعاناة الشخصية هي نتيجة لعدم المسؤولية، وليست سبباً لها، كما أن قبول المسؤولية تتطلب من الأفراد مواجهة الواقع، من خلال التركيز على السلوك الراهن باعتباره جزءاً من الواقع، وهكذا فإن المسؤولية مفهوم أساسي في الإرشاد بالواقع، ويعرفها جلاسر " بأنها قدرة الإنسان على إشباع حاجاته، وأن يفعل ذلك بطريقة لا تحرم الآخرين من القدرة على إشباع حاجاتهم "، ولتوضيح ذلك نقول بأن: الإنسان المسئول يعطي الحب، ويأخذ الحب. كما أن الإنسان المسئول يفعل ما يعطيه الإحساس بقيمة الذات عند نفسه، وأن له قيمة عند الآخرين، ولديه الدافع نحو السعي، وربما يتحمل الحرمان للوصول لقيمة الذات هذه، وتشتمل المسؤولية أيضاً على المحاسبة حيث ينظر إلى الناس على أنهم محاسبون عن سلوكهم الشخصي، ومسئولون عن الوفاء بحاجاتهم الشخصية بصرف النظر عن الظروف المختلفة، ولا يمكن استخدام الظروف الخاصة بالماضي، أو العوامل الموجودة في الحاضر، أو سلوكيات الآخرين كأعذار للتصرفات الشخصية (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ٢٢١)، وبذلك فإن الإرشاد بالواقع يساعد الناس على أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم عن طريق القيام بسلوك أكثر مسؤولية.

**(ج) الواقع Reality:** يرى جلاسر أن قبول المسؤولية يتطلب من الأفراد أن يواجهوا الواقع، وهذا يتطلب منهم أن يدركوا العالم الحقيقي، وأن يفهموا أن حاجاتهم يجب إشباعها في إطار القيود التي يفرضها العالم عليهم، ويكون الاهتمام الرئيسي على السلوك الحاضر باعتباره جزءاً من الواقع لأنه، واحد من الحقائق المشاهدة، والصلبة في العالم الواقعي، أما المشاعر فهي أقل ملامسة، ومن ثم فإن جلاسر يرى أن الواقع يملي علينا أن نركز في الإرشاد على السلوك، وليس على المشاعر كما يرى أيضاً أن السلوك يمكن أن يحدث

له تغير قبل المشاعر . وبالإضافة إلى السلوك الحاضر ينظر إليه على أنه جزء في تعريف الواقع ، وأنه ليس بوسعنا ، أو مقدورنا أن نغير الماضي ، ومحاولات فهم هذا الماضي تجعلنا نبتعد عن واقع الحاضر ؛ ، ومن هنا فإن المرشد بالواقع يصير على أن يواجه المسترشدون الواقع ، وبمعنى آخر أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يحلوا مشكلاتهم الشخصية عن طريق القيام بسلوك أكثر مسئولية . (صمويل تامر بشري ، ٢٠٠٤ ، ٤٦)

(د) الصحيح ( الصواب ) :يعتقد جلاسر أن هناك مقياساً ، أو معياراً مقبولاً ، ومنتقاً عليه تقريباً يقاس به السلوك ، والسلوك يعتبر صحيحاً إن كان يفي بهذا المقياس ، ويعتبر خطأ إن لم يُقَسْ به ( صمويل تامر بشري ، ٢٠٠٤ ، ٤٧ ) كما يرى أنه لكي نكون جديرين بالاحترام لابد أن نلتزم بمعيار سلوكي نرضى عنه ، وكي نفعل ذلك يجب أن نتعلم أن نصح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ ، وأن نثيب أنفسنا إذا فعلنا الصواب ، وإذا لم نقيم سلوكنا ، أو بعد تقييمه - لم نعمل على تحسينه إذا جاء دور هذه المعايير ، فإننا لن نشبع حاجتنا لكي نكون جديرين بالاحترام ، وسوف نعاني بشدة كما يحدث عندما نشغل في أن نحب ، أو أن نحظى بالحب . إن الأخلاقيات ، والمعايير ، والقيم ، أو السلوك الصحيح ، والخاطيء ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجتنا لتقدير الذات ، وتعد جانباً ضرورياً في الإرشاد بالواقع . (صمويل تامر بشري ، ٢٠٠٤ ، ٤١ )

(هـ) الحاجات الإنسانية الأساسية Basic Human Needs : إن الحاجة إلى الحياة ، والبقاء ، والتكاثر هي بيولوجية أساسية ، ومن الأمثلة على الوظائف المحكومة عن طريق تلك الأبنية التنفس ، والهضم ، والعرق ، وتنظيم ضغط الدم ، وتحدث هذه الوظائف بصورة آلية دون أدنى تفكير شعوري ، واع . وهناك أربع حاجات نفسية أخرى ، وهذه الحاجات هي الحاجة إلى الانتماء ، والتي تتضمن الحاجة إلى الأصدقاء ، الأسرة ، الحب ، والحاجة الثانية هي الحاجة إلى القوة ، والمقدرة ، وتتضمن تقدير الذات ، والاعتراف ، والتقدير من قبل الآخرين ، والمنافسة ، والحاجة الثالثة هي الحاجة إلى المرح ، والترفيه ، والتي تتضمن اللعب ، والضحك ، والتعلم ، والإبداع - ، والحاجة الرابعة هي الحاجة إلى الحرية في الاختيار ، وهذه الحاجات النفسية الأربع تتطلب توازناً دقيقاً في التأثير المتبادل ، أو التفاعل إذا لم يكن الناس في أقصى درجات الضبط ، والتحكم في حياتهم ، فإذا ما هيمنت إحدى الحاجات ، فإن الحاجات الأخرى سوف تهمل مما يؤدي إلى افتقاد الضبط ، أو التحكم . ( صمويل تامر بشري ، ٢٠٠٤ ، ٤٨ )

(و) العالم المتميز Quality World: كل منا يعي جيداً بأننا ندرك العالم الحقيقي real world، والحياة كل بطريقته، ونظن أن الآخرين يدركون العالم بالكيفية التي لدينا أيضاً، ولكن لا يوجد اثنان يدركانه بنفس الطريقة، والكيفية، يعيش المتقائل، والمتشائم في نفس العالم، وكذلك العاقل، والمجنون الكل يحيا في عالم، واحد، ولكن كلا يدرك العالم بطريقته، وقد يكون البعض مما نراه، أو ندركه قريباً من إدراك الآخرين، ولكنه أيضاً هذا البعض لا يكون بنفس الكيفية التي لدينا. وتوضح نظرية الاختيار أن السبب في إدراكنا لمعظم الحقائق بشكل مختلف عن الآخرين هو ما يُعرف بالعالم المهم، أو الفريد إلى كل منا، وهذا ما يسمى بالعالم المتميز quality world، وهو العالم الشخصي الصغير لكل إنسان، فكل إنسان يبدأ في تكوين ذاكرته بعد فترة قليلة من ولادته، ويواصل تكوينها في كافة مناحي الحياة، وهي تُكوّن من مجموعة صغيرة من الصور المحددة التي يتم تصورها، أو تخيلها، ويتم إشباع هذه الصور من خلال، واحدة، أو أكثر من الحاجات الأساسية، وهذه التصورات تصنف في ثلاثة أصناف:

- ١- الناس الذين غالباً نريد أن نكون معهم.
- ٢- الأشياء التي غالباً نريد امتلاكها، أو تجربتها.
- ٣- الأفكار، أو المعتقدات التي تحكم معظم سلوكنا. ( عبد السلام عبد الغفار، ١٩٩٦، ٩٥-٩٩ )

(ز) العالم المدرك The Perceived World: وهو على النقيض من العالم المتميز فهو العالم الحقيقي حيث يعرفه جلاسر بأنه الطريق الوحيد من خلاله ندرك العالم الحقيقي، ويكون ذلك عبر نظامنا الإدراكي perceptual system، والمعلومات عن هذا العالم الواقعي تأتي لنا عبر نظامنا الحسي sensory system (السمع - البصر - الشم - اللمس - التذوق) وهذه الحواس يمر من خلالها النظام الإدراكي بدءاً بما أسماه جلاسر منقي المعلومات الكلية total knowledge filter (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ٢٢٥)

(ح) مركز الضبط Locus of Control: في نظرية الضبط (التحكم) نجد أن كل السلوكيات بما فيها السلوك سيء التكيف عبارة عن محاولة لضبط الإدراكات، أو التحكم فيها، ومع ذلك يؤدي السلوك سيء التكيف إلى افتقاد الضبط الفعال لإدراكاتنا، ومن ثم افتقاد الضبط الفعال لحياتنا؛ لذا يؤكد جلاسر أن الناس يختارون اليأس، والشقاء، والألم لأنفسهم مثل الاكتئاب، أو القلق، أو الشعور بالذنب، إلى أن يتحكموا في الغضب، ويضبطوه، وذلك لجعل الآخرين يساعدهم، والتحكم في الآخرين، ولتبرير عدم استعدادهم، أو رغبتهم في

عمل شيء أكثر فاعلية. ،ويضيف جلاسر أنه بدلاً من أن يكون الناس في حالة اكتئاب ،أو قلق ،أو شعور بالذنب فإنهم ينشغلون بالاكتئاب ،أو القلق ،أو الشعور بالذنب،وهناك أمثلة أخرى قليلة على سلوكيات الشعور ،وهي اجترار الألم ،والصداع ،والصداع النصفي ،والوسوسة،وسلوكيات الشعور عبارة عن نتيجة لمحاولة الحصول على التحكم ،والضبط على حياتنا ،وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات تقدم بعض الضبط إلا أنها ليست فعالة على المدى الطويل. كما أشار روتر إلى أن الأفراد الذين يهيمنون على مصائرهم ،ولديهم الشعور بالمسئولية الاجتماعية عما يحدث لهم، فهم أفراد ذوو توجه داخلي بينما الأفراد الذين يعتقدون أنهم تحت رحمة القدر ،وأنهم لا يتمتعون بالمسئولية الكاملة عما يحدث لهم فهم أفراداً ذوو توجه خارجي. ،ويقصد بهذا المفهوم أن هناك أفراد يعززون نجاحهم إلى مجهوداتهم الداخلية ،أو إلى القوى الخارجية. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٥٦، ٥٥)

(ط) - مكان المقارنة The Comparing Place: مكان المقارنة ذلك يعني به جلاسر هو العملية التي تحدث باستمرار في المخ أثناء تعاملنا مع الحياة حيث نكون في حالة مقارنة مستمرة حول ما نريده (الصور العقلية -العالم النوعي ) مع ما نحصل عليه ( العالم المدرك ) ،وعندما يكون كلاهما متشابه،أو على نحو ملائم إلى حد كبير، نكون في حالة جيدة، أما عندما لا يكون هناك تلاؤم فربما نشعر بدرجة من الإحباط،وذلك يكون اعتماداً على درجة أهمية الصورة الموجودة في عالمنا النوعي بالنسبة إلينا.

ويشبهه جلاسر مكان المقارنة ذلك بكفتي الميزان؛ فعندما يكونان في حالة من التوازن balance حينئذ يكون ما نريده هو ما نحصل عليه،وعندئذ نستمع في القيام بما نفعل، أما عندما تكون كفتا الميزان في حالة عدم توازن فإننا نشعر حينئذ بإشارة إحباط،ويكون لدينا الحافز لنتصرف على النحو الذي سوف يساعدنا بشكل أكبر للحصول على ما نريد.

(ك) - السلوك الكلي Total Behavior: يركز الإرشاد بالواقع على أربعة جوانب من السلوك الكلي للشخص ،وهي:

- (١) العمل ،أو الفعل ( الأشياء التي يقوم بعملها )
- (٢) التفكير ( أي الأفكار ،وما تقوله لنفسك )
- (٣) الشعور ( الغضب، الفرح )
- (٤) ،والجانب الفسيولوجي ( مثل التنفس -التقيؤ ) .

ونظراً لتداخل تلك الجوانب معاً؛ فإنه إذا ما تغير جزء فإن الكل يتغير تبعاً لذلك. وفي العمل الإرشادي يركز الإرشاد بالواقع على أجزاء السلوك الكلي التي يستطيع الفرد أن يختار تغييرها: العمل، أو الفعل الحالي، والتفكير الحالي، ويتم تجنب الماضي، وذلك لأن السلوك الماضي لا يمكن أن يتغير. ويؤكد جلاسر على أن العمل، والفكر يكونان تحت سيطرتنا مباشرة، وأن هذه المكونات نركز عليها عندما نمارس الإرشاد بالواقع، فنحن لدينا سيطرة على سلوكنا الكلي: تفكير، عمل، شعور، وظائف الأعضاء. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٥٨، ٥٩). وقد يعتقد البعض أننا في بعض الأحوال لا نملك السيطرة تماماً على أفكارنا حيث إنها تكون مركزة نحو بعض الأفكار، والتي لا نستطيع الكف عن التفكير المتكرر repetitive thoughts فيها، ويرى جلاسر أننا في هذه نحن الذين نختار هذه الأفكار بكامل إرادتنا؛ حيث إنها تشبع بعض الجوانب فينا مثل البؤس، والحزن. ويرى جلاسر أننا نملك اختيار كافة أفعالنا من خلال السلوك الكلي هذا، وليس شرطاً أن يكون هذا الاختيار ساراً، أو وحيداً دائماً، ولكنه على الأقل هو الأفضل في الوقت الحالي، كما أن الإنسان يسلك بشكل ما للهروب من بعض المشكلات التي تواجهه فقد يختار الاكتئاب لأنه يرى فيه حلاً أفضل من العمل على مواجهة، وحل المشكلة. وفي هذا الصدد فإن جلاسر يرفض تماماً كلمة مكتئب depressed، ويرشح بدلاً منها اختيار للاكتئاب choosing to depress حيث يرى أن الإنسان يختار بنفسه هذا الاكتئاب؛ فالإكتئاب عند جلاسر ليس بشدته، ولا بمدته، ولكنه اختيارنا فهو شأنه شأن كافة سلوكياتنا نختاره بأنفسنا، ولكنه ليس اختياراً مباشراً مثل اختيار المشي، أو الكلام، ولكنه اختيار غير مباشر مثل كافة مشاعرنا فمثلاً مشاعر البهجة، والسرور، وأيضاً الألم هي مشاعر اختيارية، ولكن بشكل غير مباشر، لكنها في النهاية لا زالت اختيارية. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ٢٢٧)

(ل) - **التعلم Learning**: يحدث التعلم خلال حياة الفرد كلها، ويعتبر مفهوماً محورياً، ومركزياً في الإرشاد بالواقع؛ فنحن ليس إلا ما نفعله، وإلى مدى كبير، نحن ليس إلا ما نتعلم أن نفعل، والهوية تصبح عبارة عن دمج كل السلوكيات المتعلمة، وغير المتعلمة؛ أي أن الإرشاد بالواقع يستند إلى مسلمات أساسية أهمها:

- (١) السلوك إما صح، أو خطأ (حسب المعايير السلوكية).
- (٢) المشكلات جميعاً سببها نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية مما يؤدي إلى المعاناة.

(٣) الحاجات الأساسية، والعمل على إشباعها.

(٤) الإرشاد جزء من العملية التربوية.

وبذلك يمكن أن نلخص المفاهيم الرئيسية للإرشاد بالواقع فيما يلي :-

- ١- الإرشاد بالواقع موجه بمفاهيم نظرية الضبط.
- ٢- نعلم أفضل البدائل للحصول على الرغبات، والحاجات.
- ٣- نعلم العميل أنه ليس ضحية للأحداث الماضية، ولكن ليس لديه سيطرة.
- ٤- نساعد العميل على فهم الخيارات المتوفرة لإحداث التغيير.
- ٥- التركيز على الأعراض مثل الاكتئاب.
- ٦- نقترح على العميل قراءة كتب جلاسر في نظرية الضبط، ومناقشة تطبيق ذلك في الحياة اليومية.
- ٧- نسأل العميل " هل تحصل على ما تريد من خلال ما تعلمه الآن؟ ".
- ٨- نعمل خطط للمستقبل.
- ٩- نشجع العميل لعمل أشياء تكسبه خبرات نجاح. (صمويل تامر بشري، ٢٠٠٤، ٦١)

وبالتالي فإن دور المرشد في الإرشاد بالواقع أكبر من دوره في الإرشاد بالتحليل فالمرشد هنا لا يتوخى أن ينصت إلى المريض، وهو يتذكر الماضي بالتداعي، ولا ينتظر أن يحول إليه المريض اتجاهاته، ومشاعره نحو الشخصيات المهمة في حياته كأبيه، وأخوته. وإنما هو يوثق علاقته بالمريض، وينفعل لما ينفعل به حتى يشعر المريض أنه، والمرشد شخص، واحد، ومن ثم يناقشه في تصرفاته بحرية، وينصت إليه المريض، ويتعلم منه، ويشجعه المرشد لا بوصفه متلق للعلاج، ولكن كشخص له فاعليته، وإمكانياته، وعزمه، وهو لا يشجع له، ولكن يدمغه إلى أن يستبصر، واقعه، وأن يجرب طرقاً جديدة في السلوك، وأن يعي قيماً جديدة، ويحاول باستمرار أن يقترب من الناس، وتكون له بهم علاقات من نوع ما، وبمقدار ما يشعر أنه يعطي، وأنه قد صار محبوباً منهم بمقدار ما يعرف أنه على حق فيما يفعل. وإذا تعلم أنه لن يأخذ إلا عندما يعطي، ولن يُحب إلا إذا أحب، فيحاول أن يغير من سلوكه، وأن تكون له أهداف مغايرة، وأن يعيش الواقع بفاعلية، وإيجابية، وبطريقة أفضل، ولن يتثني ذلك كله إلا إذا كان المرشد معلماً للمريض، وليس مجرد محلل نفسي. (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٩، ٢٩٨)

## [٢]- المخاوف المرضية

لا يستطيع أي إنسان أن يعيش حياته دون أن يتعرض للتوتر في وقت من الأوقات، فكل منا يكون أحيانا قلقا إزاء موقف معين، أو مشكلة ما، وأحيانا يؤدي هذا التوتر إلى الشعور بالخوف، أو القلق، أو الخجل، أو المخاوف المرضية، وهذا الشعور بمثابة عاطفة سلبية مكبوتة تنشأ بسبب خوف الإنسان من موقف معين يسبب له إحراجا أمام الآخرين، وتحتاج منا محاولة العلاج، والمساعدة قدر الإمكان.

ويعرفها (Lucas, 1994, 645) بأنها خوف شديد ينتاب الشخص، ويجعله مرتبكا، ويشعره بالخزي عندما يقع تحت تفحص الآخرين.

ويعرفها (Rapee & Heimberg, 1997, 43) بأنها خوف مستمر من المواقف المشتملة علي تفاعل اجتماعي، أو أداء اجتماعي، أو المواقف التي يكون فيها الإنسان تحت تفحص الآخرين.

وهذا ما يؤكد (Antony et al., 1999) من أن المخاوف المرضية تتسم بعدة سمات منها دافعية قوية من جانب الفرد لتكوين انطباع إيجابي عند الآخرين، وتوقعه بأنه سيسلك سلوكا غير ملائم عند مقابلة موقف اجتماعي معين، واعتقاده بأنه سوف يعاني من نتائج تسبب له الضيق بعد هذا الموقف، بالإضافة إلى ميله لرؤية نفسه من منظور الآخرين الذين يلاحظونه.

ومن تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي، والإحصائي للاضطرابات النفسية (Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, DSM-IV, 2000, 450) بأنها خوف مميز، ومستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي تتضمن إحراجا، أو شعورا بالإحراج، ويؤدي التعرض لتلك المواقف إلى استجابة قلق فورية. ويذكر (Brunello, 2000, 65) أن المخاوف المرضية تعتبر من اضطرابات القلق التي تتميز بالخوف في المواقف الاجتماعية.

ويتفق كلا من (Faravelli et al., 2000) و (Furmark et al., 2000) و (Stein & Walker, 2000) أن المخاوف المرضية ترتبط بالمواقف الأدائية مثل التحدث في الأماكن العامة (إلقاء الخطب)، وتليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل حضور حفلة ما، أو التحدث أمام رئيس العمل. وقد وجد أن التحدث في الأماكن العامة (إلقاء الخطب) من أكثر



الأمثلة للمخاوف الاجتماعية، تليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل (الدخول في حجرة ما يوجد فيها أشخاص لا نعرفهم، المحادثة أمام الآخرين، ومقابلة الغرباء).

وتذكر (آمال إبراهيم الفقي، ٥١، ٢٠٠١) في تعريفها للمخاوف الاجتماعية علي أنها ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقي، المرتبط بالمواقف الاجتماعية المتعددة، والمطلوب من الفرد التفاعل معها بإيجابية، ولكنه ينسحب منها، أو علي الأقل يتجنبها؛ حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط، وأحياناً ما يرتبط ذلك السلوك بدلالة لا شعورية داخل الفرد.

ويضيف (Ruth et al., 2001, 132) أن المخاوف المرضية تتسم بخوف ملحوظ، ومتواصل من واحد، أو أكثر من المواقف الاجتماعية، أو الأدائية، والتي فيها يخاف الفرد من التصرف بصورة مربكة، أو مقلقة من شأنه. وبالإضافة إلى الخوف من احتمال القيام بارتكاب خطأ ما، أو أن يبدو الشخص غير جذاب، أو غير كفء ظاهرياً، نجد أن هؤلاء الذين يعانون من المخاوف المرضية يخافون في الغالب من إظهار الأعراض التي قد تفسر علي أنها علامات للقلق مثل تصبب العرق، الارتعاش، احمرار الوجه، ولعل هذا الأمر ليس فقط بسبب افتراضهم أن الآخرين سوف يلاحظون هذه الأعراض فحسب، ولكنهم سوف يستخدمونها من أجل التوصل إلى استنتاجات تتعلق بخصائص شخصياتهم؛ فعلي سبيل المثال قد يعتقد الذين يعانون من المخاوف المرضية أنهم إذا ما لاحظهم الآخرون أثناء احمرار وجوههم فسوف يكونون عنهم انطباعاً سلبياً، وقد يصفوهم بأنهم قلقون، أو ضعفاء، أو أغبياء.

ويشير (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٦٢) إلى أن المخاوف المرضية هي حالة خوف المريض من الظهور أمام الناس خوفاً من النقد، والارتباك، ولهذا فهو يتجنب مثل هذه المواقف. لذلك يمكن القول أن المخاوف المرضية هي خوف غير منطقي من المواقف الاجتماعية التي قد يتعرض فيها الفرد للنقد، والإحراج من قبل الآخرين، مما يدفعه إلى تجنب مثل هذه المواقف، أو مواجهتها مع وجود توتر شديد، وظهور أعراض مثل احمرار الوجه، التلعثم، إفراز العرق.

وتنقسم استجابة الخوف طبقاً للدليل التشخيصي، والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV، ٢٠٠٠)؛ كما، أوردها (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ١٥٩-١٦٤) كالآتي:

أ. مخاوف الخلاء (الساحة، أو الأماكن المفتوحة) : Agoraphobia

ب. مخاوف محددة (منفرد) : Specific (Isolated) Phobia

ج. مخاوف اجتماعية: Social Phobia، وهي محور البحث الحالي:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. ،وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض ،وخوف من النقد. ،وقد يظهر علي شكل شكوى من احتقان الوجه ،أو رعشة باليد،أو غثيان ،أو رغبة شديدة في التبول ،ويكون المريض مقتنعا أن ،واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلته الأساسية ،وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع،وهي أكثر أنواع المخاوف المرضية انتشارا ،وتتراوح نسبة انتشارها بين ٨-١٠٪ من مجموع الشعب،وثبتت زيادة النسبة بين الشباب العربي ،والمصري .

وللوصول إلي تشخيص صحيح يجب أن تستوفي كل الشروط التالية:

١. يجب أن تكون الأعراض، سواء النفسية ،أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللارادي، أعراضا أساسية للقلق ،وليست أعراضا ثانوية مثل ضلالات ،أو أفكار ،وسواسية.

٢. يجب أن يقتصر القلق ،ويغلب في مواقف اجتماعية معينة.

٣. يتم تجنب المواقف المخاوف المرضية (مصدر المخاوف المرضية) كلما كان ذلك ممكنا.

وعند التشخيص الفارق كثيرا ما تبرز مخاوف الخلاء ،والاضطرابات الاكتئابية مع المخاوف المرضية، أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات مخاوف الخلاء،وإذا كان التمييز بين الحالتين صعبا جدا، يعطي التفصيل لتشخيص مخاوف الخلاء . ،وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح علي ،وجود زملة أعراض اكتئابية خالصة.

ويذكر (Chavira & Stein, 1999) أن المخاوف المرضية تصنف إلى المخاوف المرضية المعممة Generalized Social Phobia،وهي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية،والمخاوف المرضية الخاصة Circumscribed Social Phobia ،والتي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة ،وليس كلها.

وهذا ما يؤكد (Wells, 1997, 2) من انه في الـ IV-DSM تم تصنيف المخاوف المرضية إلى المخاوف المرضية المحددة Specific Social Phobia ،والمخاوف المرضية

المعممة، وتتركز المخاوف المرضية المحددة في مواقف معينة مثل إلقاء حديث أمام العامة، إمضاء الفرد لإسمه أمام الآخرين، أو تناول الطعام أمامهم، أما الأفراد الذين لديهم مخاوف متعددة، ومتسقة مثل الخوف من معظم أنماط الاتصال الاجتماعي مع الآخرين فإنه يتم تصنيفهم على أن لديهم نمط المخاوف المرضية المعممة.

ويشير (Antony & Barlow, 1997) إلى أن العديد من الدراسات التي فحصت الفروق بين هذين النمطين قد وجدت أن الأفراد الذين يعانون من المخاوف المرضية المعممة دائماً ما يكونون أصغر سناً، وأقل تعليماً، وأقل احتمالاً في الحصول على وظيفة مقارنة بالأفراد ذوي المخاوف المرضية الخاصة، كما أن المخاوف المرضية المعممة ترتبط أكثر بالاكنتاب، والقلق، والضيق العام، والخوف من التقويم السلبي، وهو النمط الأكثر خطراً، وفيه يخشى الفرد من أغلب المواقف، والتفاعلات الاجتماعية. أما النمط المحدد من المخاوف المرضية غالباً ما يتضمن الخوف من الأداء العام Fear of Public Performance، أو التحدث عندما يكون تحت ملاحظة الآخرين، وتفحصهم.

وهذا ما تؤكدته نتائج دراسة (Stopa & Clark, 2000, 255) من أن الأفراد ذوي المخاوف المرضية المعممة يميلون نحو تفسير الأحداث الغامضة بطريقة سلبية، كما أنهم كانوا أكثر ميلاً إلى التهويل، والنظر إلى الأحداث السلبية غير الغامضة، وذات المستوى السلبي الخفيف على أنها كارثة.

وحدد (التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية، والسلوكية العاشر International Classification of Disease ICD- 10، ١٩٩٢) أن النمط العام من هذا الاضطرابات يتضمن الخوف من جميع المواقف الاجتماعية، وتظهر أعراض اضطرابات الشخصية التجنبية، وتحدد معايير التشخيص كما يلي:

- ضرورة أن تكون الأعراض النفسية، والسلوكية، أو المستقلة هي أعراض قلق، وليست أعراض ثانوية لأي اضطراب آخر مثل الوسواس القهري.
- يجب أن يكون هذا القلق مرتبطاً، ومسيطرًا علي بعض المواقف الاجتماعية.
- أن يكون المظهر السائد هو تجنب المواقف المثيرة للخوف.

أما الدليل الأمريكي التشخيصي، والإحصائي للأمراض النفسية، والعقلية في إصداره الرابع (DSM- IV، ٢٠٠٠) قد حدد ثمانية معايير تعد محكات لتشخيص المخاوف المرضية، وهي :

١. وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي قد تتضمن إحراجاً، أو شعوراً بالحرج.
٢. يثير التعرض للموقف الاجتماعي، أو مواقف الأداء، استجابة قلق فورية.
٣. يعترف المراهقون، والكبار الذين يعانون من هذا الاضطراب جيداً أن خوفهم هذا مبالغ فيه، وغير معقول، وبالنسبة للأطفال فلا يدركون أن خوفهم مبالغ فيه، ففي غالب الأحوال يتم تجنب موقف الأداء، أو الموقف الاجتماعي، وقد يتم في بعض الأحوال تحمله مع بعض الرعب.
٤. تجنب مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية المخيفة، أو تحملها مع قدر كبير من القلق، أو الكدر.
٥. يجب أن يكون التجنب، أو الخوف، أو التوقف عن مواجهة المواقف الاجتماعية متداخلاً بصورة واضحة مع أداء الفرد في الحياة اليومية، والأداء الوظيفي، أو الحياة الاجتماعية، أو في حالة ما إذا كان الفرد مضطرباً، ومتخوفاً من أن تناله المخاوف المرضية.
٦. يجب استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد الأقل من (١٨) سنة قبل تشخيص المخاوف المرضية.
٧. يجب ألا يكون الخوف، أو التجنب راجعاً إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن مادة معينة، أو حالة طبية عامة، وألا يتم تحليله على أنه راجع إلى اضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب الخوف، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب مستمر في النمو، اضطراب الشخصية الفصامية).
٨. أما إذا، وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات، أو تواجدت حالة طبية عامة أثناء التشخيص مثل التتهته، مرض باركنسون، اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ فإن الخوف، أو التجنب لا يجب قصره على التأثيرات الاجتماعية فقط.

وفي الحالات الحادة تتفاعل هذه المعايير مع اضطراب هجوم الفزع في المواقف الاجتماعية المخيفة، وقد يكون احمرار الوجه، أو الوجنتين أكثر تمييزاً للمخاوف الاجتماعية. ويجب أن يتداخل الخوف، أو التجنب من الروتين اليومي، والأداء العادي للفرد، وكذلك مع أدائه الأكاديمي، أو الوظيفي، أو مع الأنشطة، والعلاقات الاجتماعية، أي أن الفرد يجب أن يشعر بالضيق، والتوتر تجاه الخوف من تعرضه لمثل هذه المواقف التي يخشاها، ويتجنبها؛ فعلى سبيل المثال الشخص الذي يخشى التحدث لا يمكن تشخيصه على أنه يعاني من المخاوف المرضية إذا كان هذا السلوك غير متواجد بصفة دائمة في العمل، أو حجرة الدراسة، كما أن الشخص قد يكون غير مكترث بهذا، ولا يشعر بأي توتر، أو خوف من أن تكون لديه هذه المخاوف المرضية.

وهكذا فإنه توجد نقاط اتفاق، وكذلك نقاط اختلاف بين (التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية، والسلوكية العاشر ICD- 10، ١٩٩٢)، و (الدليل الأمريكي التشخيصي، والإحصائي للأمراض النفسية، والعقلية في إصداره الرابع DSM-IV، ٢٠٠٠)؛ حيث إن هناك اتفاقاً، واسعاً بينهما في معايير تشخيص المخاوف المرضية، كما أن هناك اختلافاً بينهما فيما يتعلق بالتشخيص التفاضلي بين المخاوف المرضية، والمخاوف المرضية من الأماكن العامة؛ حيث يقترح ICD-10 أنه إذا كان الفرق بين المخاوف المرضية، والمخاوف المرضية من الأماكن العامة صعب، فالأسبقية يجب أن تعطي إلى المخاوف المرضية من الأماكن العامة، بينما DSM- IV يفرق بين الشرطين علي أساس خوف الحالات الاجتماعية. بكلمة أخرى، إذا كان الخوف من، وجود فحص من قبل الآخرين في حالة اجتماعية معينة، أو مجموعة من الحالات الاجتماعية؛ فإن أسبقية التشخيص تعطي للمخاوف الاجتماعية.

### [٣] - المعاقون جسدياً

تعد الإعاقات الجسمية من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي تعرف بأنها قصور، وظيفي، أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي، أو حتى تعديلات في البيئة (صالح الوقفي، ٢٠٠٣).

وتعددت المفاهيم المقدمة للإعاقة الحركية؛ فتعرفها (أمل خليفة، ٢٠٠٦، ١٨٩) بأنها "إصابة، أو عجز أحد أجزاء الجسم، وبدرجات متفاوتة تحد من استخدام أجزاء الجسم، وتحول دون الحركة، والقدرة على الانجاز بشكل مستقل، ويحتاج إلى خدمات خاصة، ومعينات".

بينما يعرفها (فاروق الروسان، ٢٠٠٧) بأنها "حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي، والاجتماعي، والانفعالي، ويستدعي الحاجة إلى التربية برامج خاصة. ويندرج تحت ذلك التعريف العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية منها: حالات الشلل الدماغي، واضطرابات العمود الفقري، ووهن، أو ضمور العضلات، والتصلب المتعدد، والصرع... الخ".

ويعرفها (السيد فهمي، ٢٠٠٨، ١٨) بأنها "عجز الفرد عن الحركة، والتنقل في سهولة، ويسر مع طلب العون في بعض الأحيان، سواء أكان عن طريق الغير أم عن طريق أدوات مساعدة؛ بسبب اعتلال الجهاز الحركي على وجه الخصوص، والجهاز البدني على وجه العموم؛ مما قد يتطلب زيادة في العبء، والاعتماد على بعض أجهزة البدن الأخرى، أو أعضائها التي تتعطل هي الأخرى عن القيام بالدور المنوط بها بسبب استخدامها كعوامل مساعدة في الحركة".

ومما سبق يمكن تعريف المعاقين جسدياً على أنهم "الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي كالشلل، والبتير"، وتقتصر الدراسة الحالية على فئة الشلل، والبتير لانتشارها بين طلاب المدارس، ومراكز التأهيل.

وتختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من العوامل الوراثية، ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي، والثقافي، وكذلك المعايير المستخدمة في تعريف كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة، والحروب، والكوارث... الخ (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٢٣)؛ لذا فليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمع ما؛ ذلك أن الإعاقات الجسمية متباينة جداً، والتعريفات المستخدمة لها متباينة هي الأخرى.

، ويلاحظ أن نسبة انتشار الإعاقات الجسمية قد تغيرت في الأعوام القليلة الماضية؛ فهي قد ازدادت بدلاً من أن تنخفض. ، وتعزى هذه الزيادة إلى عوامل مختلفة من أهمها تطور الخدمات التشخيصية، والعلاجية للأمراض المزمنة، والإعاقات العصبية، والصحية. فعلى الرغم من أن تحسن مستوى الخدمات الطبية جعل إمكانية الوقاية من الأمراض المزمنة، وعلاجها أفضل حالاً مما كانت عليه في الماضي إلا أنها من جهة أخرى تحافظ على حياة الأطفال المصابين، والذين كانوا يموتون مبكراً جداً في الماضي. (منى الحديدي، جمال الخطيب، ١٩٩٧، ٦٥).

وحيث إن أشكال الإعاقات الحركية تختلف باختلاف نوعها، ودرجتها؛ فنجد الشلل الدماغي، ومصابي الحوادث، والكوارث، وشلل الأطفال، وحالات البتر، ونظراً لما تتمتع به حالات الشلل، والبتر من نسبة انتشار، واسعة تصل إلى ٣٤٪ تقريباً من مجمل المصابين بالإعاقة الحركية، فإن الدراسة الحالية تهتم بهاتين الفئتين (حالات البتر، والشلل). (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٢٥)

وتختلف الخصائص الشخصية للمعوقين جسدياً تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية، ودرجتها، وقد تكون مشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين، وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٧، ٣٤)

وقد اتفق كل من (رشاد موسي، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨؛ سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٧) على أن أهم خصائص المعاقين جسدياً تتمثل في:

#### أ- الخصائص النفسية، وتضم:

- تزايد الشعور بالنقص، وعدم تقدير الذات.
- تزايد الشعور بالعجز، والميل نحو الاعتماد على الآخرين.
- افتقاد الشعور بالأمن، والطمأنينة، والشعور بالقلق، والخوف.
- عدم الاتزان الانفعالي، وتزايد مستوى العدوانية، والميل إلى الاستعلاء أحياناً.

- الإسراف في استخدام الميكانيزمات، والحيل الدفاعية كالنكوص، والكبت، والطرح، والإسقاط.
  - الميل إلى الانطواء، والعزلة، والانسحاب.
  - الشعور بالاكنتاب، والخوف.
  - عدم الرضا عن الذات، وانخفاض تقدير الذات، وتشوه صورة الجسم.
  - تزايد مشاعر الذنب
  - تزايد مستوى الاعتمادية.
- ب- الخصائص الجسمية، وتضم:**
- اضطراب نمو عضلات الجسم التي تشمل اليدين، والأصابع، والقدمين، والعمود الفقري.
  - عدم القدرة على التوازن، والجلوس، والقعود.
  - عدم مرونة العضلات المصابة بالعجز بسبب الروماتيزم، والكسور، والضمور.
  - الوهن، والضعف العقلي.
  - افتقاد التأزر في الحركات.
  - الحاجة إلى المساعدة بالأطراف الصناعية، والعكاكيز، وغيرها.
  - نقص في تأزر حركات الجسم.
- ج- الخصائص الاجتماعية، والسلوكية، وتضم:**
- مشكلات عادات الطعام، واضطرابات الأكل المختلفة.
  - الإفراط في البدانة، وفقدان الشهية.
  - وجود مشاكل في النوم.
  - وجود مشاكل في التبول، وضبط المثانة، والأمعاء.
  - وجود مشاكل في النظافة.
  - عدم القدرة على المشاركة المجتمعية بشكل فعال.
  - المعاناة من نظرة المجتمع السلبي لهم.
- د- الخصائص التربوية، والتعليمية، وتضم:**
- مشكلات في الانتباه، وتشتته.



- صعوبة في التركيز، والتذكر، والاسترجاع، والحفظ.
- التعلم ببطء، وصعوبة.
- صعوبة في التنقل، والوصول إلى المدرسة، أو الفصل الدراسي.

ويلاحظ اتفاق نتائج العديد من الدراسات حول أهم المشكلات التي يعاني منها المعاقون جسدياً، وقد اتفق كل من (وجدي بركات، ٢٠١٠؛ رشاد موسى، ٢٠٠٨؛ السيد فهمي، ٢٠٠٨) على أن أهم مشكلات المعاقين جسدياً تتمثل في:

**المشكلات النفسية:** ينتاب المصاب بالبتير الكثير من المشاعر النفسية السلبية التي

تؤثر عليه، وعلى توافقه مع من حوله، ومن أهم المظاهر النفسية ما يلي:

- رفض قبول المصاب بالبتير لذاته الجديدة، ومقاومته لواقعه الجديد.
- الشعور بالنقص، وانخفاض قيمته لذاته سواء كما يراها هو، أو كما يراه فيها المحيطون، أو كما يتمنى أن يراها.
- ظهور مشاعر جديدة كنتيجة لحدوث البتير (في بعض الأحيان) كالشعور بالذنب لاعتقاد البعض بأن ذلك انتقام السماء لخطأ ارتكبه الفرد.
- كما قد يكون هناك ميل من جانب المصاب بالبتير للنكوص لسلوك الاعتماد على الغير.
- يحاول المصاب بالبتير (في كثير من الأحيان) استخدام ميكانزمات للهروب من الواقع المؤلم الذي يثير قلقه، وتوتراته كالتعويض، والإسقاط، والإنكار فيبدو في ظاهره شبح الطرف المبتور، أو توهم وجود الطرف المبتور.
- قد يخلق المصاب بالبتير لنفسه بعض المشكلات عندما ينكر، وجود فرق بينه، وبين الأشخاص الآخرين إذ أنه في هذه الحالة سيرفض كل مساعدة تقدم له.

**المشكلات الجسمية، ومشكلات استخدام الأجهزة التعويضية:** يحصل الفرد من خلال

الوظائف التي تؤديها له أعضاؤه، وأطرافه على إشباع معين، كما تؤدي هذه الأعضاء، ووظائف للإنسان كإمسك الأشياء، أو الحركة، وسهولة النقل؛ مما يضفي عليه شعوراً بالرضا، كما أن الإنسان بكامل أعضائه يستطيع ممارسة النشاط البدني، ومزاولة الرياضة، والهوايات، والقيام بالرحلات، وغيرها، إلا أن الإنسان المصاب بالبتير لأحد أعضائه، أو أكثر من عضو فإنه يفقد

،وظيفة من ،وظائف هذا العضو ،ولا يستطيع الحصول على الإشباع لما ذكر سابقا من نشاط حركي للإنسان ،وبالتالي لا يستطيع أداء هذه الواجبات

**المشكلات الاجتماعية:** ،ويقصد بالمشكلات الاجتماعية المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة ،وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي، أو يمكن أن نسميها مشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد ،وتضم (الأسرية-الترويحية-العلاقات الاجتماعية-العمل) ،ويمكن أن نوجزها في:

أ- **المشكلات الأسرية:** - لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أي فرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ،ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن ،وهو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الايجابية التي تتميز بالتساند ،والتكامل ،والاستمرار . ،ووضع المعاق في أسرته لابد ،وأن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب، صغيرا كان ،أو كبيرا، زوجا كان ،أو زوجة، ذكرا كان ،أو أنثى، طالما كانت إعاقة تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي كاملا داخل الأسرة، وافتقار المعاق لأداء دوره بشكل بالضرورة عبئا على أدوار الآخرين فضلا عن ردود الأفعال السلبية لعجزه عن هذا الأداء .

كما أن سلوك المعاق المسرف في الغضب ،أو القلق ،أو الحساسية ،أو الاكتئاب ،أو حتى الابتهاج تقابل بسلوك مسرف بدوره في الشعور بالذنب ،أو الشعور بالحيرة ،وبالقدر الذي تهدد حالة الإعاقة سلامة المعاق ،وبالقدر الذي يزيد من الحماية الزائدة ،والمسرفة من المحيطين به، وهو الأمر الذي يقلل من توازن الأسرة ،وتماسكها، وأثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أبنائها . كما تلعب بعض العادات دورا آخر في زيادة مشاكل الأسرة حينما ترجع الإعاقة إلى أسباب ،وراثية لتثير منازعات ،واضحة ،أو مقنعة بين الزوجين .

وأكثر المشكلات الأسرية حده هي تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة ،وعائلها، وما يترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها، واضطراب علاقاتها، أو الإصابة المفاجئة للابن الوحيد الذي انتظرته طويلا ،وما قد يحيط بهذه الإصابة من ظروف يحمل أحد الأبوين الآخر مسئوليتها، وليزيد بالتالي من مشاعر الذنب ،والاكتئاب .

ب- **المشكلات الترويحية:-** تؤثر الإعاقة على قدرة المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ سواء بالنشاط الترويحي الذاتي، أو بالنشاط الترويحي السلبي؛ فممارسة المعاق لأي نوع من أنواع النشاط يتطلب طاقات خاصة قد لا تتوفر عنده، كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساساً للأصحاء، فضلاً عن العقبات التي تصادف المعاق عند ارتياد أماكن الترويح، أو الحداث العامة، والأندية، وما شابه ذلك.

ج- **مشكلات العلاقات الاجتماعية:** تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر، وأثر علاقات الصحبة المباشرة على النمو الاجتماعي السليم، وبالقدر الذي تتجانس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذي يتحقق لكل عضو فيها النمو، والشعور بالسعادة، ومن ثم يقوم شعور المعاق بالمساواة مع زملائه، وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى اتجاهات سلبية لينكمش المعاق على نفسه، وينسحب من هذه الجماعات.

د- **مشكلات العمل:** قد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعاق لعمله، أو إلى تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي تترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه، وزملائه، أو مشكلات أمانة، وسلامته فالعمل إنتاج بأجر، والإنتاج الزائد أجر مرتفع بل طريق إلى تولي مناصب رئيسية في العمل، وكسب مكانه اجتماعية مرموقة عن طريق العمل، ومن ثم يعتبر أثر الإعاقة أثراً مزدوجاً على الدخل، والمكانة معاً.

**المشكلات الاقتصادية:** تتسبب الإعاقة عن طريق البتر في كثير من المشكلات الاقتصادية بالنسبة للشخص المصاب بالبتر، وبالنسبة لأسرته، ولمجتمعه، ويمكننا إيجاز أهم هذه المشكلات فيما يلي:

- قد يكون المصاب بالبتر هو العائل الوحيد للأسرة؛ وبالتالي يفقد هو، وأسرته مصدر رزقه.
- تتطلب عملية العلاج نفسها، وإجراء الجراحات إذا لزم الأمر أموالاً طائلة؛ سواء لدفع تكاليف الإقامة في المستشفيات، أو أجور الأطباء، أو ثمن الدواء.
- تسبب إقامة المصاب بالبتر في المستشفى لفترة طويلة لتلقي العلاج إلى تعطله إجبارياً عن العمل؛ وبالتالي يرهق ميزانية الأسرة.
- قد يؤدي هذا الموقف بالأسرة إلى الاستدانة، أو إلى بيع بعض ممتلكاتها لمواجهة نفقات الإصابة بالبتر، وما يترتب عليه من مشكلات تعطله عن العمل لفترة طويلة.

- قد تحول الإصابة بالبتير دون أداء الفرد لعمله السابق لإصابته بالطريقة التي كان يؤديه بها، أو إلى عدم قدرته نهائياً على أداء هذا العمل، مما يتطلب تأهيله لعمل آخر، وهذا يتطلب، وقتاً، ومالاً يزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة.
- بعد إجراء البتر للفرد فإنه يحتاج إلى أجهزة تعويضية معينة؛ حتى يتمكن من الحركة، وأداء دوره، وهي تتكلف أموالاً كثيرة، فضلاً عن استمرار تغيير هذه الأجهزة؛ سواء لعدم مناسبتها للعضو المصاب بعد فترة من الزمن، أو لتلفها.

### سابعاً- الدراسات السابقة :

#### أ- دراسات، وصفت المخاوف المرضية لدى المعاقين جسدياً

- دراسة دولار (Dolar, 1999): هدفت الدراسة إلى فحص علاقة أبعاد صورة الجسم بآلام الأطراف الوهمية لدى حالات البتر. وتكونت عينتها من (٤٣) من مبتوري الأطراف، ممن هم في المدى العمري من (١١-٢٣) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة ألم المرض مع الذين يعانون من البتر، كما أن الأشخاص الذي يعانون من بتر أطرافهم مع الشعور بالألم الوهمي لديهم مفهوم سلبي لصورة أجسامهم.

- دراسة لالكيهان (Lalkhen, 2001): هدفت الدراسة إلى محاولة فهم سلوك الأفراد المراهقين المعاقين بالشلل الدماغي، وتقديرهم لذاتهم في بيئة غير المعاقين (البيئة العادية) من خلال تسجيل، وتحليل استجاباتهم التلقائية. وتكونت عينة الدراسة من (٤٩) من المراهقين المعاقين بالشلل الدماغي بمدى عمري (١٣-١٧) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التغيرات التي تحدث في فترة المراهقة مرتبطة بتغيرات في مفهوم الذات، والقلق، وأن خبرة الجسد، والإحساس به عامل فعال، ومهم في مفهوم الذات عند المراهقين المعاقين جسدياً، وفي حين يتم الإحساس بالجسد كمفهوم، واضح، وغير طيع، وغير معتمد عليه، فإنه يتم النظر إليه كعامل معيق يحد من ممارسة النشاط البدني، وكمعيق للعلاقة مع العالم الخارجي. كما أنها عنصر أساسي في تكوين هوية المراهق المعاق، نظراً لطبيعة الاضطرابات التي تحدث له، وخلال مواجهته الكثير من مواقف الإحباط، وخيبات الأمل فإن المراهق المعاق جسدياً يدرك أنه من خلال مواجهته لغير المعاقين، والتعامل معهم سوف تتطور، وتتحسن قدراته، وكفاياته، وسوف يشعر بتقديره لذاته، والمراهق المعاق الذي يحرم من فرص الاندماج، والانخراط مع أقرانه العاديين، ويحرم من

حرية الاختيار، واتخاذ القرار بشكل مستقل يكون غير قادر على تنمية، وتطوير الإحساس بتقدير الذات، والثقة بالنفس، وخفض القلق، ولذلك فإنه سيكون أقل مشاركة في الحياة العامة، وتكوين علاقات مع الآخرين في المجتمع.

- دراسة يتزر، وآخرين (Yetzer et al., 2004) هدفت الدراسة إلى فحص مفهوم الذات، وصورة الجسم، والمخاوف المرضية لدى مرضى إصابات النخاع الشوكي، وبدون بتر الأطراف السفلية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) من مرضى إصابات النخاع الشوكي، وبدون بتر الأطراف السفلية بمدى عمري (١٣-١٧) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي، وبدون بتر الأطراف السفلية، وتدني في مفهوم الذات، وصورة الجسم، والمخاوف المرضية.

- دراسة سارة (Sarah, 2007) هدفت الدراسة إلى مقارنة الأفراد ذوي بتر الأطراف المخطط لها، والناجمة عن الأمراض، وبتر الأطراف الناتجة عن الحروب، والحوادث على مقياس الضغط الوجداني. وتكونت عينة الدراسة من (٤٤) من مبتوري الأطراف، وفق الطريقتين في المدى العمري (١٢-٢٢) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ظهور اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة الضغط الوجداني لدى الأفراد ذوي بتر الأطراف الناتجة عن الحروب، والحوادث.

- دراسة، وفاء القاضي (٢٠٠٩) هدفت الدراسة فحص قلق المستقبل في علاقته بصورة الجسم، ومفهوم الذات، وبعض المتغيرات الديمجرافية (الجنس-الحالة الاجتماعية-وجود أبناء أم لا -مكان البتر-سببه، ومدته الإصابة) لدى حالات البتر بعد الحرب. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٠) فرداً تم انتقاؤهم عشوائياً بمدى عمري (١٣-١٧) سنة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن، وجود فروق بين قلق المستقبل، وكل من صورة الجسم، ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، ولم تظهر النتائج أية فروق ترجع إلى النوع، أو الحالة الاجتماعية، أو وجود أبناء من عدمه، أو مكان البتر، أو سبب البتر، أو مدة الإصابة بالبتر، وذلك فيما يتعلق بقلق المستقبل، ومفهوم الذات، وصورة الجسم.

## ب- دراسات خفت حدة المخاوف المرضية لدى المعاقين جسديا

- دراسة Christensen et al., (٢٠٠٢) هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية لدى المراهقين من المترددين على مؤسسات الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية. وتكونت عينة الدراسة من (١٨) مراهقا، ومراهقة من المترددين على مؤسسات الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض المخاوف المرضية لدى المراهقين من المترددين على مؤسسات الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقة الحركية.

- دراسة Beck et al., (٢٠٠٧) هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مراهقا، ومراهقة في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية.

- دراسة Safir et al., (٢٠١٢) هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض القلق لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٤٥) مراهقا من طلاب الجامعة في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض مشاعر القلق، والمخاوف لدى المراهقين.

- دراسة Admenan et al., (٢٠١٢) هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض الاكتئاب لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٢) مراهقا، ومراهقة من طلاب المرحلة الثانوية في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض مشاعر الاكتئاب لدى المراهقين.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح ما يلي:

- ندرة الدراسات، والبحوث التي تناولت المخاوف المرضية مع المراهقين المعاقين جسديا في إطار ما اطلعت عليه الباحثة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي، والاجتماعي.

- وجود مشكلات نفسية لدى الأفراد مرضى إصابات النخاع الشوكي ،وبدون بتر الأطراف السفلية ،وتدني في مفهوم الذات ،وصورة الجسم.
- = ،وتتمثل ،أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في:
- إعداد الإطار النظري ،والمرجعي للدراسة.
- تحديد أدوات قياس متغيرات الدراسة.
- تحديد فروض الدراسة
- اختيار عينة الدراسة،وتحديد حجمها.
- تحديد إجراءات الدراسة ،والمنهج المستخدم.
- بناء مقياس المخاوف المرضية
- تفسير النتائج ،وصياغة البحوث ،والتوصيات المقترحة.

### ثامناً - فروض الدراسة: تتمثل فروض الدراسة في الآتي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية لصالح القياس البعدي
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي ،والنتبعي على مقياس المخاوف المرضية.

### تاسعاً - منهج البحث:

تفي الدراسة الحالية بمتطلبات المنهج التجريبي ذو التصميم التجريبي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث تقوم الدراسة الحالية بالتحقق من " فاعلية برنامج الارشاد بالواقع للتخفيف من المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً " .

## عاشرا- عينة البحث: حيث تم اختيار عينة البحث كالتالي:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من المراهقين المعاقين جسدياً بمحافظة طنطا؛ حيث ضمت (٤٠) من المراهقين المعاقين جسدياً بنادي التحدي والإرادة في مجموعتين:

- المجموعة التجريبية: بمتوسط عمر زمني ١٥.٠٥ سنة، وانحراف معياري ١.٤٦٠٩.
- المجموعة الضابطة: بمتوسط عمر زمني ١٤.٩ سنة، وانحراف معياري ١.١٦٥٣.

وقد روعي تكافؤ أفراد مجموعتي الدراسة من المراهقين من حيث العمر الزمني، مقياس المخاوف المرضية، كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (١) دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة في العمر الزمني، والمخاوف المرضية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	٢٠	١٥,٠٥	١,٤٦٠٩	٣٨	١,٣١٦	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٤,٩	١,١٦٥٣			
المخاوف المرضية	التجريبية	٢٠	١٩,٧٥	١,٧٧٣٣	٣٨	٠,١٣١	غير دالة
	الضابطة	٢٠	١٩,٦	١,٣٩١٧			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود أي فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المراهقين المعاقين جسدياً في القياس القبلي للمجموعتين التجريبية، والضابطة في العمر الزمني، والمخاوف المرضية، لعدم وصول قيم "ت" لحد الدلالة المقبولة إحصائياً.

## حادي عشر: أدوات البحث:

١- مقياس المخاوف المرضية للمراهقين المعاقين جسدياً  
إعداد/الباحثة

- الهدف من المقياس: تحديد درجة المخاوف المرضية للمراهقين المعاقين جسدياً.
- وصف المقياس: يتكون المقياس من (٢٠) عبارة تقيس جميعها المخاوف المرضية، وقد صيغت عبارات المقياس بلغه سهلة، وبسيطة، وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق



الشخص ذاته " نوع من التقدير الذاتي "، ففي تعليمات الاختبار يطلب من المراهق أن يختار إجابة، واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج:

دائماً	أحياناً	لا
٢	١	٠

والعكس بالنسبة للعبارة السالبة.

#### خطوات إعداد المقياس:

١- اطلعت الباحثة على العديد من التعريفات المختلفة (المخاوف المرضية-المخاوف-القلق)، والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية، والأبحاث العربية الواردة في فصل الدراسات السابقة -كما سبق عرضها-.

٢- تطرقت الباحثة للعديد من المقاييس التي تقيس المخاوف المرضية لدى المراهقين، منها:

- مقياس المخاوف المرضية إعداد/ صبحي عبدالفتاح الكفوري (٢٠٠٢)
- مقياس القلق للأطفال إعداد/ فيولا البيلاوي (١٩٨٧)
- مقياس القلق إعداد/ حسيب محمد حسيب (٢٠٠٤).
- مقياس الوجدانات الموجبة، والسالبة إعداد /آمال عبدالسميع باظه (٢٠٠٥).

٣- تم، وضع المقياس في صورته الأولية بعد أن أعدته الباحثة في (٢٠) عبارة تقيس جميعها المخاوف المرضية لدى المراهقين المعاقين جسدياً من خلال تقدير المراهق لذاته، حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١٠) من أعضاء هيئة التدريس؛ حيث اختيرت هيئة التحكيم من العاملين في حقل الصحة النفسية، وعلم النفس، حيث طلبت الباحثة من الأساتذة بالجامعات تدارك أي عبارات غير مفهومة، أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها المقياس، بالإضافة إلى حذف، أو إعادة صياغة ما يرونه غير ملائم، أو غير مناسب للمراهقين المعاقين جسدياً.

#### الكفاءة السيكومترية للمقياس:

اختارت الباحثة عينة الصدق، والثبات، وتتكون من (٢٥) من المراهقين المعاقين جسدياً، وقد قامت الباحثة بتقدير الدرجة الكلية للمقياس. وقد تم تطبيق هذا المقياس على المراهقين المعاقين جسدياً، وقد أكدت الباحثة عليهم ضرورة تعاونهم، وصدق أدائهم.

#### [أ] - صدق المقياس :

١- صدق المحكمين: تم استخدام صدق المحكمين، وذلك بعرض المقياس في صورته الأولية، مع تعريف المخاوف المرضية محور البحث، على (١٠) محكمين من هيئة التحكيم من أساتذة الصحة النفسية، وعلم النفس؛ حيث أدلى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (١٠٠٪) على جميع عبارات المقياس باستثناء عبارتين تم تعديلها لعدم ملائمتها لعينة الدراسة؛ حيث طلب منهم تحديد:

- مدي دقة صياغة بنود المقياس.
- صحة اللغة، وملاءمتها للمراهقين.
- مدي سلامة، ووضوح تعليمات المقياس.
- ما إذا كانت العبارة الواحدة تشتمل علي أكثر من مضمون؛ أي هل هي مركبة؟
- إضافة ما ترون سيادتكم أضافته، أو تعديله.

٢- صدق المحك الخارجي: تم حساب معامل الارتباط بين المقياس الحالي، ومقياس المخاوف المرضية إعداد/صبحي الكفوري (٢٠٠٥)، وجاء معامل الارتباط ٠.٧٩، وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

#### [ب] - ثبات المقياس :

١- طريقة التطبيق، وإعادة التطبيق: حسبت الباحثة معامل الثبات بطريقة التطبيق، وإعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=٢٥) بفارق زمني (١٥) يوماً، وكان معامل الثبات مساوياً ٠.٨٤، وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

٢- الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ: باستخدام معادلة ألفا كرونباخ خلصت معامل ارتباط (٠.٧٩)، وهو دال عند مستوى ٠.٠٠١.

[ج]- الاتساق الداخلي : حيث جاءت النتائج كما بالجدول التالي:

أ- اتساق المفردة مع البعد الذي تنتمي إليه:

جدول (٢) اتساق كل مفردة مع الدرجة الكلية على مقياس المخاوف المرضية

رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
(١)	٠,٧٥	(٢)	٠,٧١	(٣)	٠,٧٦
(٤)	٠,٥٧	(٥)	٠,٨١	(٦)	٠,٧٤
(٧)	٠,٨١	(٨)	٠,٦٥	(٩)	٠,٦٥
(١٠)	٠,٧٢	(١١)	٠,٨٧	(١٢)	٠,٦١
(١٣)	٠,٧١	(١٤)	٠,٦٧	(١٥)	٠,٦٨
(١٦)	٠,٩٢	(١٧)	٠,٦٢	(١٨)	٠,٧٤
(١٩)	٠,٦٩	(٢٠)	٠,٧٧		

وعلى ذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق، وثبات المقياس بطرق كثيرة، وممتوعة؛ مما يجعل استخدامه مناسباً، وملائماً.

(إعداد الباحثة)

- برنامج الإرشاد بالواقع

الإرشاد بالواقع، واضح، وذو معنى بالنسبة للعملاء، أو المرضى، والمرشدين، والطلاب، وذلك لأنه يؤكد على الارتباط، والاندماج الشخصي، والمسئولية، والنجاح، والتخطيط الإيجابي، والفعل، أو العمل، إلا أن عملية المساعدة إنسانية بطبيعتها في أنها تستهدف السلوكيات الخاصة بالمشكلة، وليس الشخص نفسه.

أهداف البرنامج :-

(١) تخفيف المخاوف المرضية لدى عينة من المراهقين المعاقين جسدياً.

- (٢) تعليم أفراد المجموعة الإرشادية طرقاً، وأساليب سلوكية، واقعية، وناجحة لإشباع حاجاتهم طوال فترة حياتهم كمنهج، وأسلوب حياة.
- (٣) أن يتدرب الأفراد على استحداث حوارات بديلة للحوار الذاتي الخاطئ.
- (٤) أن يتعرف، ويستنتج أفراد المجموعة الإرشادية أن المشكلات، والاضطرابات، والمعاناة سببها الفشل في الحاجات الأساسية.

### أهمية البرنامج :-

تتضح أهمية البرنامج الحالي ( الإرشاد بالواقع ) من أهمية الإرشاد بالواقع ذاته حيث يعتبر أسلوباً علاجياً متميزاً للأمراض النفسية. ،ويساعد هذا البرنامج أفراد العينة على أن يتعاملوا مع مشكلاتهم النفسية من المخاوف المرضية بواقعية أكثر؛ ،وذلك حتى يستطيعوا التفاعل الاجتماعي بشكل إيجابي؛ مما يساعدهم على التكيف.

### الوسائل المستخدمة :-

- (١) المحاضرة.
- (٢) المناقشة، والحوار.
- (٣) النمذجة.
- (٤) الاسترخاء.
- (٥) التقييم.
- (٦) النكتة، أو الفكاهة.
- (٧) استخدام القصة كأسلوب للتخفيف عنهم في بعض المواقف.
- (٨) حل المشكلة.
- (٩) الاندماج.

## مراحل تطبيق ( تنفيذ ) البرنامج :-

يشتمل هذا البرنامج علي عدد من الجلسات للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى عينة من المراهقين المعاقين جسدياً. ويتم تطبيق البرنامج على مراحل :-

## (١) المرحلة التمهيديّة (بداية البرنامج) :

(أ) اختيار العينة من المراهقين المعاقين جسدياً. (ب) إقامة علاقة بين المرشد، والعميل (تعارف). (ج) تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج.

(٢) المرحلة التنفيذية ( تطبيق البرنامج ). ويتم من خلالها مساعدة أفراد العينة على التغلب على القلق، والاكتئاب، والحزن، والخوف، وذلك من خلال التركيز على الواقع الحالي من خلال الاندماج مع أفراد العينة.

(٣) مرحلة التقييم ( تقييم البرنامج ) :ويتم في هذه المرحلة التعرف على ما حققه برنامج الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية من خلال القياس البعدي، ومقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية بنتائج أفراد المجموعة الضابطة.

(٤) مرحلة التتبع :وفي هذه المرحلة تتأكد الباحثة من نجاح البرنامج في التخفيف من حدة المخاوف المرضية لأفراد المجموعة التجريبية، وذلك بعد فترة زمنية تصل إلى شهرين يطبق فيها القياس البعدي.

## وفيما يلي ملخص لجلسات البرنامج

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
١	الجلسة الاستفتاحية ، والتعارف	• تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحثة ، والمعاقون جسدياً .	• المحاضرة ، والمناقشة • الواجب المنزلي	٣٥ - (٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الغنيات	الزمن بالدقائق
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• تحقيق الألفة بين الباحثه ، والأعضاء .</li> <li>• تقديم بعض الاعترارات الأدبية ، والأخلاقية للبرنامج .</li> <li>• الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حل المشكلات</li> </ul>	
٢	التهيئة للبرنامج	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بالأسس التي يقوم عليها البرنامج ، وأهدافه .</li> <li>• الاتفاق على مواعيد الجلسة التالية ، وما بعدها .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة ، والمناقشة .</li> <li>• الواجب المنزلي .</li> </ul>	٣٥- (٤٠)
٣	مدخل إلي الإرشاد بالواقع	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً سبب ، وجودهم داخل الجماعة العلاجية .</li> <li>• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بأهمية الإرشاد بالواقع .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة ، والمناقشة ، الواجب المنزلي .</li> <li>• الاندماج .</li> <li>• التعزيز .</li> <li>• التقييم .</li> </ul>	٣٥- (٤٠)
٤	ضرورة	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف المراهقون المعاقون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة</li> </ul>	٣٥-

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
	الإرشاد بالواقع	جسدياً بأهمية الإرشاد بالواقع. • تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بضرورة الإرشاد بالواقع.	• والمناقشة. • الواجب المنزلي. • النمذجة • حل المشكلات • التعزيز.	(٤٠)
٥	التدريب على الاسترخاء	• التدريب على الاسترخاء الكامل للجسم ككل.	• المحاضرة • والمناقشة • الاسترخاء • النمذجة • الواجب المنزلي	-٣٥) (٤٠)
٧-٦	التعريف بالمخاوف المرضية	• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بمعنى المخاوف المرضية	• المحاضرة • والمناقشة • الواجب المنزلي. • استخدام القصة • التعزيز.	-٣٥) (٤٠)
٨	تكوين إرادة قوية ، وقتل المخاوف	• أن يدرك المراهقون المعاقون جسدياً ماهية القدرة على تقوية الإرادة.	• المحاضرة • والمناقشة • الواجب المنزلي	-٣٥) (٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الغنيات	الزمن بالدقائق
	المرضية	• أن يقيم المراهقون المعاقون جسدياً العناصر الأساسية للقدرة على الإرادة.	• حل المشكلات • النمذجة • الاندماج	
٩	القدرة على اتخاذ القرار	• يتعرف المراهقون المعاقون جسدياً على ماهية اتخاذ القرار. • يدرك المراهقون المعاقون جسدياً ما هي الخطوات التي يتبعها حتى يصل إلى القرار المناسب. • يخرج المراهقون المعاقون جسدياً، ولديهم القدرة على اتخاذ القرار.	• المحاضرة، والمناقشة • الواجب المنزلي. • النمذجة. • التعزيز. • النكتة • حل المشكلات.	(٣٥- ٤٠)
١٠	التعاون، ومساعدة الآخرين	• يتعرف المراهقون المعاقون جسدياً على ماهية التعاون، ومساعدة الآخرين. • يكتسب المراهقون المعاقون جسدياً عائد مهارة التعاون، ومساعدة الآخرين.	• المحاضرة، والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • حل المشكلات • التعزيز.	(٣٥- ٤٠)



الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
١١	التدريب على الاندماج مع الآخرين	• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً كيفية التدريب على الاندماج مع الآخرين	• المحاضرة ، والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • التقييم • التعزيز.	-٣٥) (٤٠)
١٢	التدريب على تأكيد الذات	• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بكيفية التدريب على تأكيد الذات	• المحاضرة ، والمناقشة • الواجب المنزلي. • التقييم • التعزيز.	-٣٥) (٤٠)
-١٣ ١٤	المرح ، والفكاهة بلا قيود	• يكتسب المراهقون المعاقون جسدياً روح المرح ، والفكاهة بلا قيود للتغلب على الحزن ، والكآبة	• المحاضرة ، والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • حل المشكلات. • التعزيز.	-٣٥) (٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الغنيات	الزمن بالدقائق
١٥	التدريب على مهارة حل المشكلات	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتعرف المراهقون المعاقون جسدياً مهارة حل المشكلات.</li> <li>• يتمكن المراهقون المعاقون جسدياً من معرفة العوامل التي لا بد من توافرها في تجارب حل المشكلات</li> <li>• يخرج المراهقون المعاقون جسدياً، وعندهم القدرة على مواجهة أي مشكلة.</li> <li>• يحل كل مراهق من المراهقون المعاقون جسدياً مشكلة صادفت زميله.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة</li> <li>• المناقشة،</li> <li>• الواجب المنزلي.</li> <li>• حل المشكلات</li> <li>• الاندماج</li> <li>• التعزيز.</li> </ul>	٣٥- (٤٠)
١٦	التدريب على تحسين التواصل مع الآخرين	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً كيفية التدريب على التواصل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة</li> <li>• المناقشة،</li> <li>• الواجب المنزلي.</li> <li>• الاندماج</li> <li>• التعزيز.</li> </ul>	٣٥- (٤٠)
١٧-	تحديد العوامل	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بالعوامل المؤدية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المحاضرة</li> <li>• المناقشة،</li> </ul>	٣٥- (٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
	المؤدية للووجدان السالب: أنواعها ،وصورها	للووجدان السالب	•الواجب المنزلي. •استخدام القصة •النمذجة.	
٢٠	التدريب على التخلص من المخاوف المرضية	•تعريف المراهقون المعاقون جسدياً كيفية التصدي لمشكلة المخاوف المرضية	•المحاضرة ،والمناقشة. •الواجب المنزلي. •استخدام القصة •الاندماج •حل المشكلات •التعزيز	(٣٥- ٤٠)
٢١	تخلص من المخاوف المرضية بقوة ،وعزيمة	•تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بفكرة لاعقلانية " أعتقد أن هناك خطراً يهددني، ويجب أن أكون على استعداد دائم لمواجهة	•المحاضرة ،والمناقشة •الواجب المنزلي. •التعزيز. •حل المشكلات	(٣٥- ٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
٢٢	مواجهه المخاوف المرضية من خلال مواقف حية	•تعريف المراهقون المعاقون جسدياً كيفية مواجهة المخاوف المرضية	•المحاضرة ،والمناقشة •الواجب المنزلي. •حل المشكلات •لعب الدور.	-٣٥) (٤٠)
٢٣	الاكتئاب ،والقلق ،والمخاوف المرضية : أسبابها - أنواعها - أضرارها	•التعرف علي أنواع الاكتئاب ،وأنواع القلق. •التعرف علي خطورة الاكتئاب ،والقلق ،وأضرارهما. •التعرف على أسباب القلق ،والاكتئاب ،والمخاوف المرضية.	•المحاضرة ،والمناقشة •الحوار	-٣٥) (٤٠)
٢٤	التفكير ،والانفعال ،والسلوك ،والمخاوف المرضية	•توضيح العلاقة بين التفكير ،والانفعال ،والسلوك. •تعريف المراهقون بالأفكار السلبية التي ترتبط بالاكتئاب ،والقلق ،والانفعالات الناتجة عنها	•المحاضرة ،والمناقشة. •التعزيز	-٣٥) (٤٠)
٢٥	تحديد	•تحديد الباحثة الأفكار الكامنة	•الوعي بالتفكير	-٣٥)

الجلسة	العنوان	الهدف	الغنيات	الزمن بالدقائق
	الأفكار الكامنة وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية	وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق.		(٤٠)
٢٦	السعي نحو التغيير للأحسن	• تعريف المراهقون المعاقون جسدياً بفكرة لاعتقائهم " أعتقد أنه لا يمكن إحداث أي تغيير، أو تجديد في أي مجال، فالحياة مملة، ورتيبة	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • التعزيز.	-٣٥ (٤٠)
٢٧	مواجهة المواقف المثيرة للقلق والاكتئاب بعقلانية	• تحديد المعتقدات الخاطئة ، وذلك بهدف تحديدها، وإرشاد المراهقون المعاقون جسدياً لتفاديها. • مساعدة المراهقون المعاقون جسدياً على مواجهة الانفعال	• المحاضرة والمناقشة. • الواجب المنزلي. • النمذجة. • الاندماج	-٣٥ (٤٠)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
		السلبي الناجم عن المخاوف المرضية	• حل المشكلات	
٢٨	تحديد المواقف المؤدية للقلق ،والاكتئاب ،والمخاوف المرضية	• تعريف المراهقون بالعوامل المؤدية للقلق ،والاكتئاب ،والمخاوف المرضية	• المحاضرة ،والمناقشة • الواجب المنزلي. • النمذجة.	٣٥- (٤٠)
٢٩	التدريب على المراقبة الذاتية	• تدريب المراهقون المعاقون جسدياً على رؤية متاعبهم ،واكتئابهم بشكل مختلف، مما يشجعهم على المحاولة للتعديل ،وعلى أن يكون كل منهم موضوعياً مع نفسه	• المحاضرة ،والمناقشة • الواجب المنزلي. • حل المشكلات	٣٥- (٤٠)
٣٠	الخاتمة	• الإثناء على من التزم بالجلسات مع إحراز تقدماً مستمراً ،وتوزيع شهادات التقدير . • تطبيق الأدوات بعيداً على المراهقون المعاقون جسدياً	• المحاضرة ،والمناقشة. • التعزيز	٣٥- (٤٠)

**ثاني عشر - خطوات البحث:** مر اعداد هذا البحث بالخطوات الآتية:

- الاطلاع علي أدبيات تربوية ،ونفسية تناولت متغيرات الدراسة الحالية من خلال البحوث ،والدراسات السابقة،وأيضاً الإطار النظري من البحث الحالي بغرض الإفادة منها في بناء البرنامج ،وإعداد الإطار النظري الخاص بالمرهقين المعاقين جسدياً ،والمخاوف المرضية.
- تقنين أدوات البحث الحالي ،والقيام بدراسة استطلاعية.
- تطبيق مقياس المخاوف المرضية علي المرهقين المترددين علي نادي الإرادة ،والتحدي بطنطا لاختيار العينة، ثم قام الباحثة بعمل نفس تلك الخطوات علي المرهقين المترددين علي نادي الإرادة ،والتحدي بطنطا لاختيار المجموعة الضابطة ،والتي لن تتلقي البرنامج.
- تطبيق البرنامج في شهر يناير حتي شهر أبريل.
- تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة،وذلك بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي) علي المجموعة التجريبية ،والمجموعة الضابطة. ثم اجراء القياس التتبعي بعد شهر ،ونصف من التطبيق البعدي.
- مناقشة النتائج ،وتفسيرها ،والتحقق من قبول ،أو رفض فروض البحث.
- تقديم بعض التوصيات ،والمقترحات التربوية في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة.

**ثالث عشر: النتائج :-****[١] - نتائج الفرض الأول:**

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ،ومتوسطي درجاتهم في القياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية لصالح القياس البعدي.

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحثة بحساب متوسطات درجات القياسين القبلي ،والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية،وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق

من ،وجود فروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي ،والبعدي لنفس أفراد المجموعة، كما يلي:

جدول (٣) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي ،والبعدي علي مقياس المخاوف المرضية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
المخاوف المرضية	القبلي	٢٠	١٩,٧٥	١,٧٧٣٣	١٩	٢٠,٣٦٩	٠,٠٠١	قوي
	البعدي	٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١				

يتضح من الجدول السابق ،وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي ،والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى (٠.٠٠١) على مقياس المخاوف المرضية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قوي، وبذلك يتم قبول الفرض الموجهة.

#### [٢] - نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية ،ومتوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية ."

وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات غير المرتبطة للتحقق من ،وجود فروق بين المجموعتين (التجريبية- الضابطة) في القياس البعدي، ويتضح ذلك في الجدول التالي:



جدول (٤) اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة على مقياس المخاوف المرضية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
المخاوف المرضية	التجريبية	٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١	٣٨	١٩,٥٣	٠,٠٠١	قوي
	الضابطة	٢٠	٢٠,١٤	١,٠٤٣				

يتضح من الجدول السابق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية، والضابطة، حيث كان الفرق دالاً عند مستوى (٠.٠٠١) على مقياس المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قوي، ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

### [٣] - نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي، والتتبعي على مقياس المخاوف المرضية".

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحثة بحساب متوسطات درجات القياسين البعدي، والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار "ت" للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فرق بين متوسطات درجات القياسين لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (٥) اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياسين البعدي، والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على

مقياس المخاوف المرضية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر
المخاوف المرضية	البعدي	٢٠	٩,٦٥	٠,٩٨٨١	١٩	٠,٧٤	غير دلالة	ضعيف
	التتبعي	٢٠	٩,٤٧٧	١,٠٤٣				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي، والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف المرضية، ويتضح من ذلك قبول الفرض الصفري.

#### رابع عشر: تفسير نتائج البحث:

وجدت الباحثة أن تقوم بتفسير النتائج كلها معاً نظراً لعدم إمكانية فصل النتائج، وفق كل فرض على حده .

فقد أثبتت دراسة كل من، وفاء القاضي (٢٠٠٩)، و (Yetzer et al., 2004) توافق المخاوف المرضية لدى المعاقين جسدياً، وأن التدخل العلاجي بالإرشاد، أو التدريب يمكنه التخفيف من حدة تلك المخاوف المرضية، وهو ما تشير إليه نتائج الدراسة الحالية حيث إن تخفيف المخاوف المرضية في المجموعة التجريبية يرجع إلى فاعلية البرنامج - عبر جلساته - من خلال إمداد المراهقين بمؤشرات للتكيف، والتوافق، الأمر الذي يساعد المراهق المعاق جسدياً على التواصل الجيد، وإمكانية إيجاد حوار مشترك بينه، وبين الآخرين، وهو الأمر الذي جعله يشعر بأنه إنسان له كيان، وله قيمة في المجتمع، ونما لديه إحساس بأن الكلمة التي ينطقها، أو يشير بها، لها قيمة، ولها مدلول معين يتفهمه الآخرون، وبالتالي يصبح الحوار إيجابياً بناءً.

كما أن الإرشاد بالواقع طريقة فعالة، ومثمرة في تخفيف المخاوف المرضية. ففي إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد المجموعة التجريبية بعض المهارات الاجتماعية لتعديل المخاوف المرضية لديهم. وذلك من خلال جلسات البرنامج المختلفة، حيث كان المشاركون يقومون بأداء أدوار متباينة، وذلك باستخدام الفنيات الموجودة في البرنامج. وأيضاً من خلال هذا البرنامج تم تشجيع المراهقين المعاقين جسدياً على التعبير عن أنفسهم، وعن مشاعرهم، ومساعدتهم دائماً على إنجاز المهام المطلوبة منهم، وتنمية ثقتهم بأنفسهم، وتشجيعهم على إقامة حوارات مع الآخرين.

لكن الباحثة لاحظت في بداية التعامل مع المشاركين نفورهم تجاه الاشتراك في برامج تربية، أو علاجية، أو إرشادية مهما كان الهدف منها؛ وربما يرجع ذلك إلى أن غالبية أفراد العينة لديهم شعور بالإعاقة، وأنهم حالات للتجارب، فهم غالباً ما يرفضون التعامل مع أي أفراد

من خارج النادي؛ وذلك لأنهم يشعرون دائماً أن كل من يتعامل معهم سوف يفشي أسرارهم على الملأ، وذلك يعود إلي كثرة الأبحاث القائمة عليهم، ولأنهم يومياً يتعرضون لطلاب معاهد الخدمة الاجتماعية الذين يتدربون سنوياً في هذه الأماكن، ويكتبون الأبحاث أمامهم؛ مما يشعروهم أنهم غير المجتمع الذي يعيشون فيه، وأنهم في وضع سيئ، فهم مندوبون حتي من أسرهم على حد تعبيرهم.

وفي بداية الأمر أخذ الباحثة فترة تجلس معهم دون إظهار أي نوع من الأوراق حتي لا يشعروا بنفور منها، ثم بدأ في التحدث إليهم بشكل عام عن الحياة، وعن النادي، وهوايتهم، وأنشطتهم الرياضية، والبطولات، وكيف أنهم يقضون يومهم منذ استيقاظهم، وحتى نومهم، ولاحظت الباحثة أن أكثر ما يعانون منه مشكلات خاصة، وهذا يحزنهم أكثر من حزنهم على فراق ذويهم. وبدأت الباحثة باستخدام الفنيات مع المراهقين المعاقين جسدياً بشكل فردي لا جماعي؛ لأنهم يرفضون أن يظهر عيوبهم، وأخطاءهم أمام الآخرين، وأمام بعضهم البعض، ولا يتحدثون إلي الباحثة إلا إذا خرج كل فرد من الغرفة، واضطرت الباحثة لاستخدام أكثر من فنية في جلسة، واحدة مثل فنية المناقشة، والحوار، وفنية حل المشكلات.

ومع مرور الوقت اعتاد أفراد العينة على الباحثة؛ وبدأوا في الانتباه إلي البرنامج، والتفاعل مع جلساته، وفنياته المختلفة، فقد كان للفنيات المستخدمة في البرنامج دور واضح في خفض حدة المخاوف المرضية، ثم بعد مرور الوقت لاحظت الباحثة أن هناك تفاوتاً بين استجابات أفراد العينة؛ فهناك من أثر فيه البرنامج تأثيراً واضحاً، وهناك من تأثر، ولكن ليس بشكل كبير، ولكن حدث هناك تغيير في سلوكه بعد استخدام البرنامج.

وقد كان لاستخدام فنيات المناقشة، والحوار، وحل المشكلات الفضل الأكبر في جعل المشاركين من أفراد المجموعة التجريبية يتفاعلون مع الباحثة بشكل سلس، وسهل، وذلك في إطار مناقشة فكرة "المسئولية"، وتحملها؛ فقد كان من الملاحظ عليهم أنهم يرفضون تحمل، ولو جزء من المسئولية؛ فالمسئولية عندهم تقع على أفراد العائلة الذين تسببوا في وجودهم في هذا المكان، وبعدهم عن حياتهم التي كانوا فيها من قبل، وأنهم في النهاية مجبرون على التواجد هنا في دور الرعاية لأنه ليس هناك من بديل لذلك. ومن هنا كان لا بد من تشجيع هؤلاء المشاركين، ومساعدتهم على التعرف على كيفية التغلب على مشاعر المخاوف المرضية؛ وذلك بتبصيرهم

بمفهوم التواصل الجيد، ومساعدتهم علي تقبل فكرة تحمل، ولو جزء من المسؤولية كخطوة، أولى لتطوير علاقاتهم الاجتماعية.

وترى الباحثة أن المراهقين المعاقين جسدياً كانوا في أمس الحاجة لمثل هذه البرامج (المجموعة التجريبية)، حيث ركز البرنامج على الأهداف التي صاغتها الباحثة في الجلسات الإرشادية، والمرتبطة بشكل مباشر، وبخاصة تشجيع المراهقين المعاقين جسدياً على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية؛ مثل : مهارات التعاون، وتنمية بعض المهارات اللغوية.

بالنسبة للمجموعة التجريبية : ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام العديد من الفنيات؛ فقد ساعد البعض منها في التقليل من حدة المخاوف المرضية لدى المعاقين جسدياً، منها:

- **الواجب المنزلي:**، وهي الذي يكلف بها الأفراد بعد الانتهاء من كل جلسة، ويتم مناقشة هذه الواجبات المنزلية في جلسات البرنامج التالية. وذلك بهدف مساعدتهم على ممارسة المهارات المتعلمة في جلسات البرنامج.، وقد قامت الباحثة بمراجعة كل، واجب أداءه المشاركون في بداية كل جلسة جديدة للوقوف على ما أنجزه المراهقون من تقدم.
- **المحاضرة، والمناقشة:**، وهي إحدى الأساليب الهامة التي تساعد المراهقين المعاقين جسدياً لفهم طبيعة الموقف المسبب للوجدان السالب، والتواصل من اجل حلول مرضية، مما تكسبهم خبرة تمكنهم من تعديل اتجاهاتهم.
- **لعب الدور:** أحد التقنيات القائمة على نشاط الأعضاء، ويهدف هذا التكنيك إلي إتاحة الفرصة للتنفيس الإنفعالي، وتحقيق التوافق، والتفاعل السليم، ويهتم لعب الدور بتمثيل مشكلات يعاني منها معظم أعضاء الجماعة.
- **النمذجة:** تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، حيث تعطى للشخص فرصة لملاحظة نموذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج.
- **التعزيز:**، وفيه تتم إثابة المراهق على السلوك السوي المرغوب؛ مما يعززه، ويدعمه، ويثبته، ويدفعه إلي تكرار نفس السلوك، أو الموقف.

- حل المشكلات: من خلال عرض الموضوع في صورة مشكلة، أو موقف صعب يواجهه الإنسان، وتتطلب إجراءات للتغلب علي هذه المشكلة، وقد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم عليها.

## وإجمالاً

- ١- تم توظيف تلك الفنيات داخل البرنامج بما يمكن المراهق من التغلب على المخاوف المرضية لديه.
- ٢- استعانت الباحثة بتدريبات لمواقف حياتية، وحركات الجسم التي يعبر بها عن الأفكار؛ كحركات الكتفين، ورفع الحاجب، والتعبيرات المختلفة للوجه، والأيدي.
- ٣- الرغبة الواضحة في نظرات المشاركين (في المجموعة التجريبية) في التفاعل مع الباحثة، في المواقف الاجتماعية المتضمنة في البرنامج، وإقبالهم على البرنامج بكل اهتمام.
- ٤- مراعاة أن ارتفاع المخاوف المرضية لدى الأفراد المعاقين جسدياً قد يؤدي إلي:

- انخفاض فرصتهم للتوافق مع المجتمع.
- مضاعفة إحساس الفرد بأنه معاق.
- خفض معدلات نمو الذكاء الاجتماعي.

أما عن استمرارية فاعلية البرنامج؛ فقد كان لتقديم الأنشطة، والخبرات التربوية الفردية، والجماعية للمعاقين جسدياً، وأهمية الدور الأساسي لهم في المشاركة، والتركيز علي تفاعلهم مع بعضهم البعض في أنشطة اللعب الحر، إضافة إلي الواجبات المنزلية، أثر في استمرار الاحتفاظ بالتحسن في متغيرات الدراسة إلى ما بعد فترة التتبعي، وبالتالي يكون البرنامج المستخدم قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل السلوك بشكل عام. في حين حرمت المجموعة الضابطة من كل ذلك؛ وبالتالي لم يتحسن أداؤها.

**خامس عشر : توصيات ، وبحوث مقترحة :****أ- التوصيات التربوية :**

- في ضوء ما سبق تقدم الباحثة مجموعة من التوصيات التربوية ، ومنها ما يلي :
- تبصير معلمى المراهقين المعاقين جسدياً بطرق التعامل السوية التي يمكن أن تساعد في زيادة الوجدانات الموجبة.
- ضرورة الاهتمام بإقامة الأنشطة المختلفة داخل الفصل الدراسي.
- عقد دورات تدريبية للمعلمين فى المدارس للتوعية بالإعاقة الحركية ، وتبصيرهم بآليات مساعدة المراهقين المعاقين جسدياً علي التكيف مع الواقع.
- عمل زيارات مستمرة لمدارس العاديين ، وتبادل تلك الزيارات ، الأمر الذي يساعد على إقامة حوارات مع المعاقين جسدياً ، وبالتالي يساعد على تحسين الأنا عندهم.

**ب- بحوث مقترحة :**

- تقترح الباحثة بعض البحوث:
- فاعلية برنامج إرشادي لخفض الجنوح لدى المراهقين المعاقين جسدياً.
- فاعلية برنامج التدخل المبكر فى تحسين التوافق لدى المراهقين المعاقين جسدياً.
- دور بعض الفنيات العلاجية في تخفيف الاكتئاب لدى المراهقين المعاقين جسدياً.
- بعض العوامل النفسية ، والاجتماعية المنبئة بالوجدانات الموجبة لدى المعاقين جسدياً ، والعاديين.

## المراجع :

١. أحمد اللقاني، وعلي الجمل (٢٠٠٣): "معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج، وطرق التدريس" القاهرة، عالم الكتب.
٢. أحمد حسين أحمد الشافعي (١٩٩٣): القلق، ووجهة الضبط لدي الأطفال المعاقين بصريا، والعادين. رسالة ماجستير. كلية البنات، جامعة عين شمس.
٣. أحمد عزت راجح (١٩٨٥): أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف المصرية.
٤. أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٠): علم النفس الفسيولوجي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
٥. أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٦. أحمد متولي عمر (١٩٩٣): مدي فعالية التدريب علي المهارات الاجتماعية، والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف المخاوف المرضية لدي طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه، كلية التربية: جامعة طنطا.
٧. أحمد محمد عبدالخالق (١٩٩١) أسس علم النفس، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٨. أحمد محمد عبدالخالق (٢٠٠٠): الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٩. أحمد محمد عبدالخالق، ومايسة أحمد النيال (٢٠٠٢): دراسات في شخصية الطفل العربي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
١٠. أسامة عبد الحميد إبراهيم حمودة (٢٠١١): فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوجدانات السالبة لدى عينة من أطفال دور الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، ص ٤، ٢٠١١.
١١. أمال إبراهيم عبدالعزيز الفقي (٢٠٠١): فاعلية السيكدوراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة الزقازيق - فرع بنها.
١٢. أمال عبدالسميع باظه (٢٠٠٥): الأطفال، والمراهقون المعرضون للخطر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
١٣. أمل كرم خليفة (٢٠٠٦): التعلم عن بعد من، وجهة نظر الطلاب المعاقين بصرياً، وجسدياً بجامعة الإسكندرية، مجلة كلية التربية بالإسكندرية، مج (١٦)، ع (١) ص ١٨١-٢٢٣.

١٤. بدر محمد الأنصاري (٢٠٠٤) : القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية. دراسة ثقافية مقارنة، مجلة دراسات نفسية، ١٤ (٣) ١٤٥-١٥٩.
١٥. بشير معمريه (٢٠٠٠) : مدى إنتشار الاكتئاب النفسى بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة علم النفس، ع(٥٣)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٢٢-١٤٧.
١٦. توفيق عبدالمنعم توفيق (١٩٩٧) : المكونات العاملة للاكتئاب لدي عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بدولة البحرين، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد : جامعة عين شمس.
١٧. جابر عبدالحميد جابر، وعلاء الدين كفاقي (١٩٨٨): معجم علم النفس، الطب النفسي، الجزء الثالث، القاهرة، دار النهضة العربية.
١٨. حامد عبدالسلام زهران (١٩٨٧): التوجيه، والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب، القاهرة.
١٩. حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية، والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
٢٠. حسام محمود ذكي على (٢٠١١): فعالية الإرشاد بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المتأخرين دراسياً بكلية التربية جامعة المنيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنيا، ص ٢٥.
٢١. حسان عدنان المالح (١٩٩٥): الخوف الاجتماعي (الخلج): دراسة علمية للاضطراب النفسي، مظهره، أسبابه، وطرق العلاج. دمشق. دار الاشراف. الطبعة الثانية.
٢٢. حسن إبراهيم عبداللطيف (١٩٩٦): دراسة عبر حضاريه للانفعالات، مجلة تربية دمياط، عدد ٢٧، الجزء الأول، مارس. ص ص ٢٠٠-٢٥٦.
٢٣. حسن مصطفى عبدالمعطي (١٩٩٨): علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: دار قباء.
٢٤. رامي أسعد إبراهيم نتيل، محمد، وفائي علاوي الحلو (٢٠٠٧): السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً، وبصرياً، وجسدياً في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الخامس عشر - العدد الثاني، ص ص ٨٧٥-٩٢٤.
٢٥. رائد محمد أبو الكاس (٢٠٠٨): رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، فلسطين، ص ١٨٨.
٢٦. رشاد عبدالعزيز موسي (٢٠٠١): معجم الصحة النفسية المعاصر، الفاروق الحديثة، القاهرة.



٢٧. رشاد على موسى (٢٠٠٨): علم نفس الإعاقة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
٢٨. رشدي فام منصور (٢٠٠٠): علم النفس العلاجي، والوقائي: رحيق السنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٢٩. رونالد ريجيو (١٩٩٠): الكاريزمية - القدرة علي التأثير في الآخرين (عرض: ممدوحة محمد سلامة)، مجلة علم النفس، تصدرها الهيئة المصرية للكتاب العدد ١٤، ص ص ١٢١-١٨٢.
٣٠. سامي محمد هاشم (٢٠٠٠): دراسة لبعض العوامل المحددة للتوافق مع الإعاقة لدى المعاقين جسمياً، مجلة كلية التربية بالإسماعيلية، مج (١)، ع (١) ص ص ٧٣-١١٤.
٣١. سميرة أبو الحسن (٢٠٠٧): سيكولوجية الإعاقة، ومبادئ التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٢. سهير فهيم الغباشي (٢٠٠٠): التميز بين فئات من مرضي الصرع في الأداء علي بعض الاختبارات المعرفية، وبعض مقاييس الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
٣٣. السيد فهمي على (٢٠٠٨): الإعاقات الحركية بين التشخيص، والتأهيل، وبحوث التدخل: رؤية نفسية الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة للنشر.
٣٤. شفاء أحمد حسين (٢٠٠٧): الأمل، وعلاقته بأحداث الحياة الضاغطة، وبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من خريجي الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية: جامعة المنيا.
٣٥. صالح الوقفي، (٢٠٠٣): أساسيات التربية الخاصة، الأردن، دار العبدلي.
٣٦. صمويل تامر بشري (٢٠٠٤). الاكتئاب، والإرشاد بالواقع، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
٣٧. عبدالباسط متولي خضر (١٩٩٤). دراسة انفعال الخوف في القران الكريم، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد ٢٣، مايو ١٩٩٤.
٣٨. عبدالحليم محمود السيد (١٩٨٧): الإشارات الاجتماعية، مجلة علم النفس تصدرها الهيئة العامة للكتاب، العدد الأول.
٣٩. عبدالستار إبراهيم (١٩٩١): العلاج السلوكي للطفل، الكويت، سلسلة عالم المعرفة.
٤٠. عبدالستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج المعرفي السلوكي الحديث، وأساليبه، وميادين تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر، والتوزيع.

٤١. عبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٦): مقدمة فى الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
٤٢. عبدالعزيز الشخص (٢٠١٤): استمارة المستوى الاجتماعي - الاقتصادي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٣. عبدالمطلب أمين القريطى (٢٠٠٥): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، وتربيتهم، القاهرة، دار الفكر العربي.
٤٤. عبدالمنعم الحفنى (١٩٩٩). موسوعة علم النفس، والتحليل النفسى، القاهرة، مكتبة مدبولى.
٤٥. غريب عبدالفتاح غريب (٢٠٠٠): مقياس بيك للاكتئاب، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٦. فاروق فارح الروسان (٢٠٠٧): سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة فى التربية الخاصة، عمان، دار الفكر العربي للطباعة، والنشر، والتوزيع.
٤٧. لطفي الشربيني (٢٠٠١): الاكتئاب - المرض، والعلاج، الإسكندرية، منشأة المعارف.
٤٨. مجمع اللغة العربية (٢٠٠٤): المعجم الوسيط، ط٤،.
٤٩. محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩١): نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة، والنشر، والتوزيع.
٥٠. محمد السيد عبدالرحمن (٢٠٠٠): علم الأمراض النفسية، والعقلية، الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج. القاهرة: دار قباء.
٥١. محمد السيد عبدالرحيم (٢٠٠١): علم نفس النمو: قضايا، ومشكلات، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
٥٢. محمد حامد النجار (١٩٩٧): "تقدير الذات، والتوافق النفسي، والاجتماعي لدى معاقى الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
٥٣. محمد عبدالظاهر الطيب، محمود عبدالحليم منسي (١٩٩٧): مبادئ علم النفس،، القاهرة: الأنجلو المصرية.
٥٤. محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٨) : موسوعة الإرشاد، والعلاج النفسي، نظرية الإرشاد، والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب.
٥٥. محمد محروس الشناوى، و محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٤): العلاج السلوكي الحديث " أسسه، وتطبيقاته"، القاهرة، دار قباء للنشر، و التوزيع .

٥٦. محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٠) : النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ، وكل من السلوك المنحرف ، والسلوك الطبيعي (محكاته ، وعوامل الاستهداف) مجلة دراسات نفسية ، ١٠ (٣) ٢٩٢-٣٤٤.
٥٧. محمد يسري دعيبس (١٩٩١) . أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، دراسة انثربولوجية مقارنة، دار النشر الملتقي المصري للابداع ، والتممية . القاهرة.
٥٨. مصطفى السعيد جبريل (١٩٩٦): التعبير الانفعالي ، وعلاقته بالجنس ، والعمر ، والصحة النفسية ، مجلة تربية دمياط عدد ٢٧ ، الجزء الأول ، مارس ١٩٩٦ .
٥٩. مفتاح محمد عبدالعزيز (٢٠٠١) . علم النفس العلاجي . اتجاهات حديثة ، دار قباء .
٦٠. ممدوحة سلامة ، عبدالله عسكر (١٩٩٢) : علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
٦١. منى الحديدى ، وجمال محمد الخطيب (١٩٩٧): مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ، عمان ، دار إشراق.
٦٢. نعمات شعبان علوان (٢٠٠٦): درجة الرضا عن الحياة ، وعلاقته بتقدير الذات لدى المعاقين جسديا الممارسين ، وغير الممارسين للنشاط الرياضي في الأردن ، مجلة كلية التربية ، وعلم النفس ، مج (٢) ، مج (٣٠) ، ص ص ٢٧٣-٣٢٥ .
٦٣. نور الدين طه السنباري (٢٠٠٧) . الإرشاد بالواقع كأسلوب إرشادي لتخفيض الضغوط الناتجة عن الاعاقة لدى امهات ذوي الاحتياجات الخاصة ، رسالة دكتوراه . جامعة القاهرة . معهد الدراسات التربوية .
٦٤. هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٧): الاستجابة المعرفية ، والإكلينيكية كمنبئات بالقلق الاجتماعي ، المجلة المصرية للتقويم التربوي ، المجلد الأول ، العدد الخامس .
٦٥. وفاء محمد القاضي (٢٠٠٩): قلق المستقبل ، وعلاقته بصورة الجسم ، ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية ، بغزة: فلسطين .
٦٦. وليد فتحي هندي (٢٠٠٧): صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين جسميا ، دراسة سيكومترية كينيكية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية رياض الأطفال : جامعة القاهرة .
67. Albert rizzo , (2009). a virtual reality therapy application for oef / oifcombat-related post traumatic stress disorder

68. Antony, M. & Barlow, D.(1997): “Social and specific phobias”. Philadelphia, PA: WB Saunders Company.
69. Antony, M., Swinson, M. R Richard, P.(1999): “Cognitive features of social phobia [online]” Available at [www.cme-reviews.com](http://www.cme-reviews.com). Visit at 1/2012
70. Brunello, A.(2000): “Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment.” Journal of Affective Disorders, 60, pp,61-74.
71. Chavira, D. & Stein, M.(1999): “The shyness spectrum [online]”. Available at [www.cme-reviews.com](http://www.cme-reviews.com). Visit at 1/2012
72. Dattilio, F.M. & Freeman, A. (1994): Cognitive Behavioral Strategies In Crisis Intervention, The Guilford Press, New York, USA.
73. Davidson, J. R. T., Potts, N., Richichi, E., Krishnan, Ford, S. M., Smith, R. et al.(1993): “Treatment of social phobia with clonazepam and placebo.” Journal of Clinical Psychopharmacology, 13, 423-428.
74. Diane, E. & Sally W. (1997): A Child's World, Infancy Through Adolescence , 4th ed , Library of Congress, USA.
75. Dolar, C. ( 1999): Body image and their relationship to the parties to the pain of amputation, journal of psychosomatic research. , 67 (4) 657-665.
76. Dworetzky , j., (1985): psychologist , Paul , MN: west publishing. co.

77. Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, et al. (2000): "Epidemiology of social phobia: a clinical approach." *European Psychiatry*, 15, 17-24.
78. Frank, T. (1992): *The Family Encyclopedia of Child Psychology and Development*, U.S.A, Caures Companies.
79. Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000): "Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis." *Psychological medicine*, 30, 1335-1344.
80. Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. New York: HarperCollins.
81. Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990): "Comparison of generalized social phobia and public speaking phobia." *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
82. Hernine L. Graham, Alex Copello, Max J. Birch Wood, Kim T. Mueser, JIM Orford, Dermot MC Govern, Emma Atkin Son, Jenny Maslin, Mike Preece, Derek Tobin & George Georgiou (2004): *Cognitive behavioral integrated treatment (C-BIT)*, british library of john wily & sons, ltd, engalnd.
83. Jackson, H. J. & Stanley, R.O. (1987): "The missing factors: influences in choice of treatment strategies". *Australian journal of clinical and experimental hypnosis*, Nov, Vol. 15(2) PP, 83-91.

84. Kim, J. (2009). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *International Journal of Reality Therapy*, 25, 36-39.
85. Kleinnginna , R., & Kleinnginna , A., (1981). A categorical list of emotion definitions , with suggestions for a consensual definition , motivation and emotion , vol 5 , 345 , p., 379.
86. Lalkhen, Y. (2001). self-esteem in physically disabled adolescents in a non-disabled. in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. University of Pretoria. South Africa.
87. Lucas, R. (1994): “A Comparative treatment outcome study of social phobia (Group therapy)”. *Dissertation Abstract. International*, B.54, 12,P.6465.
88. Macmillan L. (1991): “Macmillan dictionary of psychology”. Stuart Southland, Published in Paper Back by the Macmillan Press Ltd., London and Basing stoke.
89. Maddi , S. ; Harvey , R. ; Khoshaba , D. ; Fazel , M. & Resurrection , N. (2009): the personality construct of hardiness IV positive cognitive cognitions and emotions concerning oneself and developmentally relevant actives , *journal of humanistic psychology* , 49 (3) 292-305.
90. Mandville -A., (2002). Adjustment to life in a nursing homes the process of relocation. *Aground theory study (M.N)* *International Dissertation Abstracts* , vol , 41-03. p. 764.

- 91.Mann- H. (2002). The relationship of physical illness , functional impairment , social support and depressive symptoms in retirement community-dwelling elderly (PhD) , International Dissertation Abstracts, vol , 62 -05B, p,2492.
- 92.Mantell , R,. (2000). Family caregivers of the elderly . the relationship Between dementia. caregiver burden caregiver depression and beliefs about care giving (PhD), International Dissertation Abstracts , vol, 61-03A. p 897.
- 93.Margaret , Louse (1983). The Effects of Retirement on Emotional Well Being . a Comparison of Men and Woman. DISS. ABS, March , Vol., 430.
94. Markstrom, A. & Marshall, K. (2007): The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Examination of Theory and Psychometric Properties , Journal of Adolescence, 30 (1) 63-79.
- 95.Markstrom, A. ; Sabino, M. ;Turner, J. & Berman, C. (1997): The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and Validation of A New Eriksonian Measure , Journal of Youth and Adolescence, 26 (6) 705-32.
- 96.Michel , D. ; Ladouceyr , r. ; Eliane , f. (2003). Group cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder treatment out come and long term follow-up . journal of consulting and clinical psychology , 7 (4) 821-825.
- 97.Mitchell, L. (1995): “Predicting self efficacy and performance during skill acquisition”. Journal of Applied Psychology,79, PP.506-517.

98. Richard, H, (1990): Sport Psychology Concepts and Applications , 2nd ed. , W.M.C Brown publishers.
99. Ruth, D., Antony, M., & Swinson, R.(2001): “Interpretations for anxiety symptoms in social phobia”. Behavior Research and Therapy, 39, 129-138.
100. Stein, M. & Walker, J. (2000): “Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Finding from a community survey.” Archives of General Psychiatry, 57, 1046-1052.
101. Stratton,H & Hayes,T (1999): A Student's Dictionary of Psychology.3rd ed ,London Arnold.
102. Wells, A. (1997): “Cognitive therapy of Anxiety Disorders”. A practice Manual and Conceptual Guide. Chichester, Wiley.
103. Williams , Mei -wah (2006). cultural considerations in using cognitive behavior therapy with Chinese people . a case study of an elderly Chinese woman with generalized anxiety disorder, new zeal and journal of psychology. vol-35 (3).pp.153-162.
104. Wolfe L. (2001) : Family Resilience and Parental competence , Contributors to Variation on Child Depression Scores in divorced and Intact Families , Ph.D. University of Canada, Canada.
105. Yetzer, E, Schandlers, R. & Trunbaughk , H. (2004) : Self –Concept and Body Image in persons who are spinal cord injured with



and without Lower Limb amputation, Health Care system, Long Beach, California, U. S. A.

106. International Classification of Mental and Behavioral Disorder<sup>10</sup> (1992): I.C.D.10. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva, 1992. F40.1 Social Phobia.
107. Micheal, J. L. (1995): "The assessment of Psychotherapy outcome". A Wiley-nescience Publication John Wiley Sons, New York, Chester, Brisbane, Singapore.
108. Stopa, L. & Clark, D. (2000): "Social phobia and interpretation of social events". Behaviour Research and Therapy, 38, PP, 273-283.
109. Rapee, M. & Heimberg R. (1997): "A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia". Vol.(32) NO.8, PP 741-756.
110. American psychiatric Association (2000) : Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorders (DSM-IV) Washington D : American Psychiatric press .