



فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة

إعداد

د. سماح رمضان محمد محمد

فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية

لدى الأطفال متعددي الإعاقة

إعداد

د. سماح رمضان محمد محمد

المستخلص

هدف البحث إلى التحقق من فاعلية واستمرارية مدخل الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة .
ومن أجل ذلك الهدف تضمن البحث (40) من الأطفال متعددي الإعاقة بمدارس التربية الخاصة بمدينة طنطا في مجموعتين تجريبية وضابطة بالتساوي.
واستخدم البحث استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، ومقياس المخاوف المرضية للأطفال متعددي الإعاقة ، وبرنامج الإرشاد بالواقع .
وأسفرت أهم نتائج البحث عن فاعلية واستمرارية مدخل الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة.

Abstract

The aim of the research was to verify the effectiveness and continuity of the reality counseling approach in alleviating the disease concerns of children with multiple Impaired

For this purpose, the research included (40) children with multiple Impaired in special education schools in Tanta City in two experimental .and equal control groups

The research used a questionnaire of the socio-economic level of the family, the measure of sickness concerns of children with multiple .Impaired, and the reality counseling program

The most important results of the research resulted in the effectiveness and continuity of the de facto counseling approach in .alleviating the disease concerns of children with multiple Impaired

مقدمة:

تعد قضية ذوي الاحتياجات الخاصة في أي مجتمع من القضايا المهمة التي تتعلق بتقدم الأمة وتنميتها؛ 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 والجمهيرية.

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، 2008، 13).

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، 2008، 188)

ويختلف هؤلاء المعاقون كثيراً في الدرجة التي يعبرون بها عن انفعالاتهم ومشاعرهم تلقائياً خلال ما يظهرون من تعبيرات الوجه أو نبرات الصوت؛ فمنهم من يتسم بالتلقائية والصدق في التعبير عن انفعالاته ومشاعره ويتمتع كذلك بالحيوية والحركة، ومن ثم يكونون أكثر قدرة علي التأثير الاجتماعي عند التفاعل بأسلوب المواجهة، ومن الناحية الأخرى هناك من الأشخاص من لا تعبر وجوههم أو حركاتهم عما يمرون به من انفعالات، كما لا يمكنهم التعبير عن مشاعرهم بتلقائية حتي في أكثر المواقف إثارة للانفعال، ومن ثم لا يتوقع أن يكونوا قادرين علي التأثير الاجتماعي في الآخرين.

وقد بينت نتائج دراسة أسامة عبد الحميد إبراهيم (2011) أن متعددي الإعاقات يميلون للعدوانية وسرعة الغضب والخوف من أشياء لا تستدعي الخوف وآخرين يميلون

للبياء 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 وننفهم مدى حاجاتهم إلى خدمات إرشادية لمواجهة ما يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية.

لذا يسعى البحث الحالي إلى اختبار فاعلية مدخل الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة

مشكلة البحث:

يشكل متعددي الإعاقة فئة ليست بقليلة من مجموع الأفراد المعاقين في المجتمع؛ بما يجعلها 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 متبادلة 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.

فئة متعددي الإعاقة من أكثر الفئات رفضا للتأقلم الاجتماعي، وأكثر تعرضا للاضطرابات والضغوط النفسية مقارنة بالعاديين أو أحادي الإعاقة، بالإضافة إلى الإحباط الشخصي وعدم القدرة على الالتزام وتحدي الإعاقة، وعدم القدرة على الاتصال المتبادل وتكوين علاقات اجتماعية، كما أن فقدان الحركة المصاحب للإعاقة الحسية قد يؤدي إلى سوء التكيف، وأن هناك سمات شخصية غير سوية تنمو في شخصيه المعاق في كثير من الأحيان مثل الانسحاب الاجتماعي وعدم الشعور بالفعالية الذاتية العالية. (وليد هندي، 2007، 13)

وأكدت بعض من الدراسات مثل دراسة Admenan et al., (2012، 11) أن هناك علاقة بين الإعاقة 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. وتتمثل مشكلة البحث في الآتي:

- ما فاعلية مدخل الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة ؟

- ما استمرارية فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة ؟

أهداف البحث:

- تحديد فاعلية مدخل الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة .

- التعرف على استمرارية فاعلية الإرشاد بالواقع في تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة .

أهمية البحث:**- الأهمية النظرية:**

- 1- ندرة الدراسات العربية التي تناولت التخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة.
- 2- تقديم مجموعة من التوصيات للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة، ولفت الانتباه للأثار السيئة المترتبة على ذلك.
- 3- أهمية البرامج الإرشادية بالواقع في الحد من العديد من المخاوف المرضية التي تؤذي الطلاب متعددي الإعاقة.

- الأهمية التطبيقية:

- 1- التعرف على تأثير برنامج إرشادي بالواقع في محاولة تقليل حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة.
- 2- قد تفيد هذه الدراسة المهتمين بشئون الطفل المعاق في مصر وخاصة المؤسسات الخاصة بالمعوقين في مختلف مجالات الإعاقة.
- 3- تفيد نتائج الدراسة الحالية في بناء برامج إرشادية جديدة للتعامل مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 4- تقديم العديد من التوصيات التربوية في ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية والتي قد تمكن الأخصائيين الاجتماعيين من التعامل مع الأطفال متعددي الإعاقة.

- مصطلحات البحث

- 1- **فاعلية:** هي "مدي النجاح الذي يحققه البرنامج بدرجة مرضية، عندما يستخدمه أولئك الذين اعد من اجلهم، ويقاس بأثره في الدارسين عند طريق الاختبارات والمقاييس". (أحمد اللقائي، وعلى الجمل، 2003، 41)
- ويعرف إجرائيا على أنه مدي فاعلية البرنامج، بعد تطبيقه، من خلال الاختبارات التي أعدت لذلك ومن خلال نتائجهم يبرز مدي فاعلية البرنامج من خلال قياس أثره علي نحو ما تقدم.
- 2- **برنامج:** هو "مجموعة من المواد التعليمية التي قد تكون علي شكل مناهج دراسية، أو مجموعة كتابات أو قراءات تحدد للتلاميذ، مصحوبة بوسائل تعليمية وأنشطة

متنوعة، وتحدد لهذا البرنامج فترة زمنية محددة، وقد يدرس المتعلم بعض هذا البرنامج داخل المدرسة وبعضها عن طريق الدراسة المنزلية المستقلة" (أحمد اللقائي، وعلى الجمل، 2003، 41).

3- الإرشاد بالواقع: هو عملية ارشادية 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. (حسام محمود ذكي، 2011، 25)

4- 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.

5- الاطفال متعددي الإعاقة: هم من لديهم انحرافات في أكثر من جانب من جوانب الشخصية، فتضم الأطفال الذين يعانون من عدة إعاقات في وقت واحد (شلل دماغي وإعاقة عقلية، أو إعاقة سمعية وإعاقة عقلية...) ومثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى خدمات وبرامج التربية الخاصة نظراً للإعاقات التي يعانون منها. (نادية صالح البلوي، 2011: 342) ومن خلال ما سبق تعرف الباحثة إجرائياً الأطفال متعددي الإعاقة بأنهم هؤلاء الأطفال الذين يعانون من إعاقة مزدوجة على الأقل وذلك في وقت واحد.

الإطار النظري للبحث:

[1]- الإرشاد بالواقع Reality Counseling

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 الباحثة على أن يكون أكثر إدراكاً لأبعاد الظاهرة محل الدراسة، والتعرف على كل العوامل المؤثرة فيها (محمد يسري دعبس، 1991، 10).

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 إلى 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 أنياً، والعمل على إيجاد وبناء مخطط جديد لاستيفاء هذه الحاجة على نحو أكثر فاعلية في المستقبل. (Kim, 2009)

وينظر روبرت وبولدينج Robert Wubbolding إلى الإرشاد بالواقع علي أنه أسلوب عملي للمرشدة 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 واعياً بسلوكه وأن يصدر أحكاماً تقويمية وأن يبني خطاً للتغيير. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2001، 103)

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 بدا 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)

أسس الإرشاد بالواقع :-

1- بناء العلاقة الشخصية والثقة الإرشادية

يقول جلاسر بأنه عادة ما تكون أول مراحل الإرشاد هي أصعب المراحل؛ وهذه المرحلة تكون لتحقيق الاندماج وفيها يصبح المرشد مندمجاً مع العميل حتى يستطيع العميل البدء في إشباع حاجاته، ويكون ذلك من خلال مجموعة من الإرشادات التي ينبغي أن يتبعها المرشد وهي :-

- تقبل المرشد للمريض كما هو في البداية دون نقد له.
- أن يكون المرشد إنساناً مسؤولاً بدرجة كبيرة، ويكون قوياً وحساساً وقادراً على إشباع حاجاته.
- أن يقاوم طلب العميل التعاطف معه، أو تبرير أفعاله مهما كانت درجة إلحاح العميل.
- أن يكون المرشد على استعداد لمناقشة بعض إنجازاته الشخصية حتى يرى العميل أن الأشياء التي تبدو مستحيلة يمكن أن تتحقق بالرغم من وجود بعض الصعوبات أحياناً.
- يجب ألا يكون المرشد منعزلاً عن العمل، أو متعالياً، أو يظهر سخرية من معتقدات العميل، أو يشير إلى عدم أهميتها أيّاً كانت.
- أن يتحمل المرشد النقد من جانب المرضى الذين يعمل على مساعدتهم.
- على المرشد أن يشارك العميل وجدانياً، ودرجة ما يتأثر بمشكلات العميل وحتى أن يعاني معه.

- على المرشد أن يستكشف حياة العميل ويتحدث عن آفائه ويوسع مجال اهتمامه ويجعله يتجاوز مشكلاته في رؤيته للحياة.
- على المرشد بالواقع أن يهتم بالسلوك أكثر من الاتجاهات؛ فعند الاندماج مع العميل يبدأ المرشد في توضيح الجوانب غير الواقعية في سلوك العميل.
- يجب على المرشد أن يعلم العميل أن الإرشاد ليس موجهاً بشكل أساسي نحو إسعاده، وأن الإنسان لا يستطيع أن يكون سعيداً ما لم يكن مسئولاً عن تصرفاته.
- الاهتمام بجميع جوانب حياة العميل ومناقشتها وربط المناقشة بسلوكه كلما أمكن.

- مساعدة العميل على اختيار سلوكيات تحسن العلاقة الحالية لديه؛ وهذا يعني تحسين قدرة العميل على العثور على المزيد من الحب والانتماء والقوة والحرية والمتعة. (صمويل تامر بشري، 2004، 45)

2- التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر

يقوم الإرشاد بالواقع على فكرة مؤداها أن البشر لديهم سيطرة محدودة على مشاعرهم وأفكارهم، وأنهم بوسعهم أن يضبطوا سلوكهم وتصرفاتهم بصورة أسهل من قدرتهم على ضبط تفكيرهم وشعورهم؛ فالعميل أو المسترشد عندما يأتي للمرشد لا يقول له: (أخبرني عما أشعر به)، ولكنه يقول: (أخبرني ماذا أفعل)؛ ولذلك فإن المرشد بالواقع يهتم بالتركيز على السلوك أكثر، وأن يجعل المرضي على وعي بما يقومون به في الواقع، ولا يعني ذلك أن المشاعر ليست هامة، ولكن إذا كان الناس يتصرفون إزاء بعضهم البعض بطريقة واعية ومسئولة فإنه ينتج عن ذلك بشكل غير مباشر ان تتكون مشاعر طيبة ترتبط بهذه العلاقة؛ فالمشاعر الطيبة تعتبر مؤشراً على وجود علاقة طيبة (محمد محروس الشناوي، 1994، 235).

وهكذا فإن جلاسر يرى أنه من خلال التغيير في سلوكنا يتم التغيير في مشاعرنا؛ حيث أن المشاعر والسلوك يدخلان معاً في حركة دائرية كل منها يؤثر في الآخر، ولكنه يعتقد أن السلوك هو بداية هذه الدائرة؛ فمن خلال ما نفعل نتسبب لأنفسنا في مشاعر التعاسة والاكتئاب والتي نختارها بأنفسنا، وبالتالي فإن مشاعر التعاسة تلك تؤثر على سلوكنا مرة ثانية، أي أنك لكي نغير ما نشعر به فإنه ينبغي أن نقوم بتغيير ما نفعله.

3- التركيز على الأفعال وتجنب مناقشة الأسباب

في الإرشاد بالواقع نادراً ما نسأل عن السبب، ولكن السؤال المعتاد يبدأ بماذا؛ أي ما الذي فعله؟ وليس لماذا؛ أي لماذا فعل ذلك؟ فلماذا تشير إلى أسباب السلوك وهي في الماضي. وحتى يصبح العميل مسئولاً فإنه لن يستطيع أن يغير سلوكه ويتصرف بشكل مختلف عندما يعرف السبب؛ فكل أسباب العالم لن تؤدي بمدمن الخمر إلى التوقف عن تناولها، ولكن التغيير سوف يحدث فقط عندما يشبع احتياجاته وعندها تصبح الأسباب غير مهمة لأن الحاجة لشرب الخمر سوف تكون قد اختفت.

4- الحكم على السلوك (التقييم)

يجب على المرشد بالواقع أن يطرح السؤال التالي على العميل: هل ما تقوم به صواب أم خطأ؟ أو هل تتحمل المسؤولية؟، وفي الإرشاد النفسي فإن تقوية إحساس العميل بأن سلوكه الحالي خطأ أو غير مسئول يعتبر دافعاً قوياً نحو التغيير الإيجابي، وعندما نوضح للمريض بأن ما فعله ربما يكون خطأ بدلاً من مساعدته في البحث عن أعذار، وبالتالي فإن جلاسر يرى ضرورة إكساب المرشد للعميل القدرة على رؤية سلوكه والحكم عليه وتقييمه؛ حتى يكتسب القدرة على تقويم سلوكه بعد هذا التقييم، ولكن بدون أي تأثيرات خارجية، أو فرض من قبل أي شخص؛ كي يكون هذا التعديل السلوكي نابغاً منه، ومن خلال رغبته في التغيير إلى الأفضل. (صمويل تامر بشري، 2004، 43)

5- التخطيط :

نظراً لأن العملاء الذين نساعدهم في الإرشاد بالواقع تكون لديهم بالفعل هويات فشل، وذلك كجزء من مفهوم الذات لديهم، فإنه يستتبع ذلك أن هؤلاء المسترشدین سيكونون بحاجة إلى تحقيق نجاحات لكي يحققوا هويات نجاح؛ لأن مزيداً من الفشل (الذي قد يتحقق منذ تنفيذ خطة غير مناسبة) سوف يؤدي إلى تعميق هوية الفشل (محمد محروس الشناوي، 1994، 238).

وهذه الخطة يجب أن تكون :-

1- بسيطة simple؛ أي سهلة الفهم وتكون واقعية.

2- سهلة التحقيق attainable، وتتضمن اتجاهاً جديداً لشكل الأداء في الأوقات التي

سوف تتم فيها وبشكل واقعي.

- 3- قابلة للقياس measurable؛ لكي يستطيع العميل النظر للوراء ويقول: نعم أنا فعلت هذا أو لم أفعل ذلك وبالتالي تكون التغييرات قابلة للملاحظة.
- 4- تتضمن تأثيراً فورياً ومباشراً immediate and involved؛ وذلك حتى يشعر العميل بمردود فعل سلوكياته.
- 5- متحكممة controlled؛ حيث يجب أن تؤدي من قبل العميل نفسه وليس اعتماداً على الآخرين.
- 6- محددة التفاصيل.
- 7- يجب أن تبدأ بسرعة قدر الإمكان.
- 8- يجب أن تكون قابلة للإحلال؛ بمعنى أنها إذا فشلت يكون لدى المرشد القدرة على أن يفكر في خطة أخرى مع العميل. (محمد محروس الشناوي، 1994، 237)
- 6- عدم تقبل الأعذار :

إن المرشد الذي يتقبل الأعذار ويتجاهل الواقع أو يسمح للمريض بأن يعزي تعاسته الراهنة إلى أحد الوالدين أو إلى اضطراب انفعالي، يجعل العميل يشعر بتحسن مؤقت على حساب التهرب من المسؤولية، وبذلك يعطي العميل تحذيراً نفسياً لا يختلف عن الأحاسيس نفسها التي يمكن أن يكون العميل قد أحسها من خلال تعاطيه للكحول أو الأقراص المخدرة قبل استشارة المرشد، وعندما يتلاشى تأثير ذلك ويواجه الواقع ثانية فإنه يفقد الثقة في المرشد وفي الطب النفسي؛ ولذا فإن على المرشد ألا يغفر أي عمل غير مسئول للمريض، وعليه أن يقاوم طلب العميل للتعاطف معه وتبرير أعمال مهما كانت درجة إلحاحه أو تهديده وأن يكون على استعداد لمشاهدة العميل وهو يتألم إذا كان ذلك سيساعده على تحمل المسؤولية. (صمويل تامر بشري، 2004، 49)

- 7- استبعاد العقوبة No Punishment أو النقد Criticizing أو اللوم Blaming أو التوبيخ.

حيث إنه يعلم الفرد ما لا يحب أن يفعله ولا يعلمه ما يحب أن يفعله، أي أنه لا يؤدي إلى السلوك المرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب فقط (حامد عبد السلام زهران، 1977، 11)، كما أن استخدام عبارات النقد والتجريح مثل (كنت أعلم أنك لن تقوم بهذا)

أو (انظر : ها أنت قد عدت لذلك من جديد) فإن هذا الأسلوب من السخرية من شأنه أن يساعد على ترسيخ هوية الفشل لديه. (محمد محروس الشناوي، 1994، 240)

8- الصبر Be Patient وعدم الاستسلام Never Give Up :

يجب الصبر والمثابرة وعدم الاستسلام من الطرفين (المرشد والعميل) حتى يتحقق الهدف، وحتى إذا فشلت الخطة أيضاً فيجب المثابرة والمحاولة مرة أخرى. (حامد زهران، 1997، 12).

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 يشرع له ولكن يدفعه إلى أن يستبصر واقعه، وأن يجرب طرقاً جديدة في السلوك، وأن يعي قيمة 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 ينتهي ذلك كله إلا إذا كان المرشد معلماً للمريض وليس مجرد محلل نفسي. (عبد المنعم الحفني، 1999، 298)

[2]- المخاوف المرضية Social Phobia

لا يستطيع أي إنسان أن يعيش حياته دون أن يتعرض للتوتر في وقت من الأوقات، فكل منا يكون أحياناً قلقاً إزاء موقف معين أو مشكلة ما، وأحياناً 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 إحراجاً أمام الآخرين، وتحتاج منا محاولة العلاج والمساعدة قدر الإمكان.

- مفهوم المخاوف المرضية:

من 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 إحراجاً أو شعوراً بالإحراج، ويؤدي التعرض لتلك المواقف إلى استجابة قلق فورية.

ويذكر (Brunello, 2020, 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 الأكثر الأمثلة للفوبيا الاجتماعية، تليها التفاعلات الاجتماعية اليومية مثل (الدخول في حجرة ما يوجد فيها أشخاص لا نعرفهم، المحادثة أمام الآخرين، ومقابلة الغرباء).

وتذكر (آمال إبراهيم الفقي، 2001، 51) في تعريفها للفوبيا 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 كفاء ظاهرياً، نجد أن هؤلاء الذين يعانون من المخاوف المرضية يخافون في الغالب من إظهار الأعراض التي قد تفسر علي أنها علامات للقلق مثل تصيب 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 انطباعا سلبيا، وقد يصفوهم بأنهم قلقون، أو ضعفاء، أو أغبياء.

ويشير (أحمد عكاشة، 2003، 162) إلى أن المخاوف المرضية هي حالة خوف المريض من الظهور أمام الناس خوفا 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.

- أنواع المخاوف المرضية:

تنقسم استجابة الخوف طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV، 2000)؛ كما أوردها (أحمد عكاشة، 2003، 159-164) كالآتي:

أ- فوبيا الخلاء (الساحة أو الأماكن المفتوحة) : **Agoraphobia**

ب- فوبيا محددة (منفرد): **Specific (Isolated) Phobia**

ج- فوبيا 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 8-10% من مجموع الشعب، وثبتت زيادة النسبة بين الشباب العربي والمصري.

وللوصول إلي تشخيص صحيح يجب أن تستوفي كل الشروط التالية:

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

2. يجب أن يقتصر القلق ويغلب في مواقف اجتماعية معينة.
 3. يتم تجنب المواقف مصدر المخاوف المرضية كلما كان ذلك ممكناً.
- وعند التشخيص الفارق كثيراً ما تبرز فوبيا الخلاء والاضطرابات الاكتئابية مع المخاوف المرضية، أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات فوبيا الخلاء، وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً، يعطي التفضيل لتشخيص فوبيا الخلاء. وبالرغم من شيوع الأعراض الاكتئابية إلا أنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح علي وجود زملة أعراض اكتئابية خالصة.

- تصنيف المخاوف المرضية:

يصنف (Chavira & Stein, 2012) المخاوف المرضية إلى المخاوف المرضية المعممة Generalized Social Phobia، وهي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية، والمخاوف المرضية الخاصة Social Phobia Circumscribed والتي تشير إلى هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة وليس كلها.

وهذا ما يؤكد (Wells, 1997, 2) من انه في الـ DSM - IV 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, 2017) 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 بالاكتئاب 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) 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.

وللتأكد من وجود فروق بين المخاوف المرضية من النمط العام، والمخاوف المرضية من النمط الخاص، فقد قام (Heimberg et al., 1990, 172) بتقسيم المرضي المعدين للعلاج من المخاوف المرضية إلى مجموعتين: 35 مريضاً بالمخاوف المرضية من النمط العام، و22 مريضاً بالمخاوف المرضية التي تتمثل في الخوف من التحدث أمام جمهور، وتم مقارنة هاتين المجموعتين علي مجموعة من مقاييس تقرير ذاتي: سلوكية ومعرفية، ومقاييس فسيولوجية. وقد أظهرتا عدداً من الاختلافات الهامة؛ وهي علي مقاييس التقرير الذاتي؛ حصل مرضي المخاوف المرضية من النمط العام علي درجة أكبر من مرضي فوبيا التحدث أمام جمهور في كل من: التجنب الاجتماعي والضغط، الخوف من التقييم السلبي، القلق العام، والاكتئاب. ويشير همبرج 1988 أن هذه النتائج هي نفس النتائج التي توصل إليها (تيرنر وزملاؤه 1986) عند مقارنة كل من مرضي التجنب ومرضي المخاوف المرضية. وعلي العكس من النتائج السابقة، فقد جاء قياس معدل ضربات القلب لصالح مرضي فوبيا التحدث أمام جمهور؛ ففي النمط العام كانت الزيادة عن المعدل الطبيعي طفيفة أثناء الاختبار السلوكي، حيث كانت الزيادة 4 نبضات في الدقيقة، أما مرضي فوبيا التحدث أمام جمهور فقد أظهروا ارتفاعاً شديداً في معدل ضربات القلب في بداية الاختبار السلوكي، حتي وصل إلى 20 نبضة في الدقيقة عن المعدل الطبيعي.

واستناداً إلى النتائج السابقة، يري (أحمد متولي عمر، 1993، 30) أن كلا النمطين من مرضي المخاوف المرضية أظهر اختلافاً في أنماط القصور عندهم، فبينما أظهر مرضي المخاوف المرضية من النمط العام عجزاً أكبر في الوظائف الاجتماعية ككل، وأيضاً في المقاييس السلوكية فإن مرضي فوبيا التحدث أمام جمهور (المخاوف المرضية النوعية) قد أظهروا زيادة أكبر علي المقاييس الفسيولوجية، مما يوحي بتشوهات معرفية أكبر من مرضي

المخاوف المرضية من النمط العام. وتلك الفروق بين النمطين، لا تنفي حقيقة أن المرضي في كلا النمطين يعانون قصورا في الجوانب السلوكية، والمعرفية، والسيولوجية. كما توضح هذه النتائج أيضا أن معايير المخاوف المرضية من النمط العام هي نفسها معايير اضطراب التجنب.

- تشخيص المخاوف المرضية :

حدد الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية في إصداره الرابع (DSM- IV، 2000) ثمانية معايير تعد محكات لتشخيص المخاوف المرضية وهي :

1. وجود خوف مستمر من المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، التي قد تتضمن إحراجا أو شعورا بالحرج.
2. يثير التعرض للموقف الاجتماعي، أو مواقف الأداء، استجابة قلق فورية.
3. يعترف المراهقون والكبار الذين يعانون من هذا الاضطراب جيدا 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.
4. تجنب مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية المخيفة، أو تحملها مع قدر كبير من القلق أو الكدر.
5. يجب أن يكون التجنب أو الخوف أو التوقف عن مواجهة المواقف الاجتماعية متداخلا بصورة واضحة مع أداء الفرد في الحياة اليومية، والأداء الوظيفي، أو الحياة الاجتماعية، أو في حالة ما إذا كان الفرد مضطربا ومتخوفا من أن تتاله المخاوف المرضية.
6. يجب استمرار هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل بالنسبة للأفراد الأقل من (18) سنة قبل تشخيص المخاوف المرضية.
7. يجب ألا يكون الخوف أو التجنب راجعا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة ناتجة عن مادة معينة، أو حالة طبية عامة، وألا يتم تحليله على أنه راجع إلى اضطراب

نفسى آخر (مثل اضطراب الخوف، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب مستمر في النمو، اضطراب الشخصية الفصامية).

8. أما إذا وجد اضطراب آخر من هذه الاضطرابات أو تواجدت حالة طبية عامة أثناء التشخيص مثل التهتهة، 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 للفوبيا 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.

ويركز (Jackson & Stanley, 1987, 83) في تشخيص المخاوف المرضية على التشخيص الفارق؛ والذي يتم فيه التمييز بين المخاوف المرضية والاضطرابات الأخرى التي تشترك معه في كثير من الأعراض مثل المخاوف المرضية الأخرى والخجل واضطراب الشخصية التجنبي Avoidant Personality Disorder وتؤكد الدراسات على ضرورة أن يوضع في الاعتبار خصائص شخصية المريض عند رسم الإستراتيجية العلاجية.

[3]- متعددي الإعاقة Multiple Impaired

المعاق مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي إلا بمساعدة خاصة وهو لغوياً مشتق من الإعاقة أو التعويق ومعناه باللغة الإنجليزية Handicapped أي تكبيل اليدين أو Deformity بمعنى نقص التكوين حيث تعني De غياب الشيء وتعني Formity التكوين وحينما ترتبط الإعاقة بمجال معين فإنه يطلق عليها Deficiency فيقال

العجز العقلي Mental Deficiency أو العجز الجسمي Physical Deficiency أو العجز الحركي Motor Deficiency (مشيرة شعراوي ، 2002 ، 169)

وهو كل شخص لا يستطيع أن يكفل لنفسه جزء من ضروريات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة نقص فطري في قواه العقلية والجسمية (على مسلم ، 2004 ، 50)

ولقد حدد القانون المصري رقم 39 لسنة 1975 المعاق بأنه كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ونقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة (منال طلعت ، 2003 ، 473)

ويعرف Betty متعدد الإعاقة بأنه الشخص الذي يعاني من أكثر من نوع من أنواع الإعاقة مثل الصم والبكم والعاجز عن التعلم مع المعاناة من الأمراض العقلية والذي يعاني من تلف ما في المخ مع الإعاقة البدنية (Betty ، 2004 ، 4)

ويعرف متعدد الإعاقة أيضاً بأنه هو من لديه أكثر من إعاقة من الإعاقات الحسية أو العقلية أو الحركية وتشوهات الجسد أو الصرع أو مشاكل طبية وصحية، أو هو من لديه إعاقة حسية وجسمية بالإضافة إلى اضطراب في السلوك أو تخلف عقلي (غادة انور ، 2001 ، 12)

ونظرياً يقصد بالأطفال متعددي الإعاقة الأطفال المصابين بأكثر من إعاقة في وقت واحد وتحول إعاقتهم دون إشباع احتياجاتهم بما يتناسب والمرحلة العمرية التي يمرون بها ويحتاجون إلى فهم وإدراك لاحتياجاتهم ومشكلاتهم من قبل القائمين على رعايتهم كما يحتاجون إلى أساليب معاملة سوية ورعاية والدية خاصة.

- الدراسات السابقة :

- دراسة Christensen et al., (2002)

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 والحسية. وتكونت عينة الدراسة من (18) 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 والحسية.

- دراسة Beck et al., (2017)

هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (60) مراهقا ومراهقة من ذوي الإعاقة الحركية والحسية في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض حدة المخاوف المرضية لذوي الإعاقة الحركية والحسية.

- دراسة Safir et al., (2019)

هدفت الدراسة إلى بحث أثر برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض القلق لدى المراهقين من ذوي الإعاقة الحركية والحسية. وتكونت عينة الدراسة من (45) من ذوي الإعاقة الحركية والحسية في مجموعتين بالتساوي (تجريبية-ضابطة). وقد أسفرت الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على الإرشاد بالواقع في خفض مشاعر القلق والمخاوف لدى المراهقين.

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح ما يلي:

- ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت المخاوف المرضية مع المراهقين متعددي الإعاقة في إطار ما اطلع عليه الباحث.
- فعالية البرنامج التدريبي في خفض المخاوف المرضية لدى متعددي الإعاقة. = 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.

- فروض الدراسة: تتمثل فروض الدراسة في الآتي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدى على مقياس المخاوف المرضية لصالح القياس البعدى
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدى على مقياس المخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعي على مقياس المخاوف المرضية.

- منهج البحث:

تفي الدراسة الحالية بمتطلبات المنهج شبه التجريبي، حيث تقوم الدراسة الحالية بالتحقق من " فاعلية برنامج للإرشاد بالواقع للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة ".

- عينة البحث: حيث تم اختيار عينة البحث كالاتي:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من الأطفال متعددي الإعاقة بمحافظة الغربية؛ حيث ضمت (40) من الأطفال متعددي الإعاقة بمدارس التربية الخاصة بمحافظة الغربية (مدينة طنطا) في مجموعتين :

- المجموعة التجريبية : (ن=20) بمتوسط عمر زمني 15.05 سنة وانحراف معياري 1.4609
- المجموعة الضابطة: (ن=20) بمتوسط عمر زمني 14.9 سنة وانحراف معياري 1.1653.

وقد روعي تكافؤ أفراد مجموعتي الدراسة من الأطفال من حيث العمر الزمني، والمستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة (مقياس المخاوف المرضية)، كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (1)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والمخاوف المرضية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	ستوى الدلالة
العمر الزمني	التجريبية	20	15.05	1.4609	38	1.316	غير دالة
	الضابطة	20	14.9	1.1653			
المستوى الاجتماعي والاقتصادي	التجريبية	20	37.9	4.93	38	1.212	غير دالة
	الضابطة	20	36.3	3.246			
المخاوف المرضية	التجريبية	20	19.75	1.7733	38	0.131	غير دالة
	الضابطة	20	19.6	1.3917			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود أي فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال متعددي الإعاقة في القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والمخاوف المرضية، لعدم وصول قيم "ت" لحد الدلالة المقبولة إحصائياً.

ثانياً: أدوات البحث:

1- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة: إعداد/ عبدالعزيز الشخص (2018):

تم استخدام هذه الأداة في الدراسة الحالية بغرض تحقيق التكافؤ بين المجموعات علي متغيرات الدراسة، وأجري عبدالعزيز الشخص دراسة استطلاعية وأعد مقياس جمع البيانات عن الحالة الاجتماعية / الاقتصادية لبعض الأسر في ضوء الأبعاد المتضمنة للدراسة، وبلغ عدد الأسر في العينة (5750) أسرة من القاهرة الكبرى، وتم اختيار عينة عشوائية قوامها (570) أسرة، وتم الاطلاع علي تصنيف الوظائف في بعض المصالح الحكومية والجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، وحساب متوسط دخل الأسرة بالنسبة للعينة العشوائية المختارة، ويمتد من (10 جنيهات إلى 2000 جنية)، واتبع في المقياس تصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوي الاجتماعي / والاقتصادي علي أساس:

- بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) تسعة مستويات
- بعد مستوى التعليم (للجنسين) ثمانية مستويات
- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر (سبع فئات)
- الثبات والصدق

تم تحويل البيانات الخاصة بالمؤشرات المستخدمة في تقدير المستوى الاجتماعي/الاقتصادي إلى تقديرات رقمية وذلك بإعطائها درجات تساوي رقم المستوى الموجود بها، وتم استخراج معامل الارتباط المتعدد (2) فوجد 0.1119 وبايجاد الجذر التربيعي له أصبح 0.335 وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01

وتم استخراج قيمة الثابت (أ) وكذلك معاملات المتغيرات المكونة المستوى الاجتماعي / الاقتصادي، وذلك باستخدام طريقة المتغير الوهمي Dummy Variable حيث لا تدعو الحاجة إلى استخدام محك خارجي في حساب المعادلة التنبؤية.

2 - مقياس المخاوف المرضية للأطفال متعددي الإعاقة

(إعداد/الباحثة)

▪ الهدف من المقياس: تحديد درجة المخاوف المرضية للأطفال متعددي الإعاقة.

▪ وصف المقياس:

يتكون المقياس من (20) عبارة تقيس جميعها المخاوف المرضية، وقد صيغت عبارات المقياس بلغة سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الشخص ذاته " نوع من التقدير الذاتي"، ففي تعليمات الاختبار يطلب من الطفل أن يختار إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج:

لا	أحياناً	دائماً
0	1	2

والعكس بالنسبة للعبارات السالبة.

▪ خطوات إعداد المقياس:

- 1- اطلعت الباحثة على العديد من التعريفات المختلفة (المخاوف المرضية- المخاوف- القلق) والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية الواردة في الدراسات السابقة - كما سبق عرضها-.
- 2- تطرقت الباحثة للعديد من المقاييس التي تقيس المخاوف المرضية لدى الأطفال، منها:

- مقياس المخاوف المرضية إعداد/ صبحي عبدالفتاح الكفوري (2002)
 - مقياس القلق للأطفال إعداد/ فيولا البيلوي (1987)
 - مقياس القلق إعداد/ حسيب محمد حسيب (2004).
 - مقياس الوجدانات الموجبة والسالبة إعداد /آمال عبدالسميع باظه (2020).
- 3- تم وضع المقياس في صورته الأولية بعد أن أعده الباحثة في (20) عبارة تقيس جميعها المخاوف المرضية لدى الأطفال متعددي الإعاقة من خلال تقدير الطفل لذاته، حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية على (10) من أعضاء هيئة التدريس ؛ حيث اختيرت هيئة التحكيم من العاملين في حقل الصحة النفسية وعلم النفس، حيث طلب الباحثة من الأساتذة بالجامعات تدارك أي العبارات غير مفهومة أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها المقياس، بالإضافة إلى حذف أو إعادة صياغة ما يروونه غير ملائم أو غير مناسب للأطفال متعددي الإعاقة.

▪ الخصائص السيكومترية للمقياس :

اختارت الباحثة عينة الصدق والثبات وتتكون من (25) من الأطفال متعددي الإعاقة، وقد قامت الباحثة بتقدير الدرجة الكلية للمقياس. وقد تم تطبيق هذا المقياس على الأطفال متعددي الإعاقة، وقد أكدت الباحثة عليهم ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم.

[أ]- صدق المقياس :

1- صدق المحكمين:

تم استخدام صدق المحكمين وذلك بعرض المقياس في صورته الأولية، مع تعريف للفوبيا الاجتماعية محور البحث، على (10) محكمين من هيئة التحكيم من أساتذة الصحة

وعلم النفس؛ حيث أدلى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (100%) على جميع عبارات المقياس باستثناء عبارتين تم تعديلهما لعدم ملائمتها لعينة الدراسة؛ حيث طلب منهم تحديد:

- مدي دقة صياغة بنود المقياس.
- صحة اللغة وملاءمتها للأطفال.
- 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.

2- صدق المحك الخارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس المخاوف المرضية إعداد/صبحي الكفوري (2005) وجاء معامل الارتباط 0.79، وهو دال عند مستوى 0.01.

[ب]- ثبات المقياس :

1- طريقة إعادة التطبيق:

حسبت الباحثة معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن=25) بفارق زمني (15) يوماً وكان معامل الثبات مساوياً 0.84، وهو دال عند مستوى 0.01.

2- الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ:

باستخدام معادلة ألفا كرونباخ توصلت الباحثة إلى معامل ارتباط (0.79) وهو دال عند مستوى 0.01.

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

أ- اتساق المفردة مع البعد الذي تنتمي إليه:

جدول (2) اتساق كل مفردة مع الدرجة الكلية على مقياس المخاوف المرضية

معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
0.76	(3)	0.71	(2)	0.75	(1)
0.74	(6)	0.81	(5)	0.57	(4)
0.65	(9)	0.65	(8)	0.81	(7)
0.61	(12)	0.87	(11)	0.72	(10)
0.68	(15)	0.67	(14)	0.71	(13)
0.74	(18)	0.62	(17)	0.92	(16)
		0.77	(20)	0.69	(19)

وعلى ذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات المقياس بطرق كثيرة ومتنوعة؛

مما يجعل استخدامه مناسباً وملائماً.

- برنامج الإرشاد بالواقع (إعداد الباحثة)

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 :-

- (1) تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال متعددي الإعاقة.
- (2) تعليم أفراد المجموعة الإرشادية طرقاً وأساليب سلوكية واقعية وناجحة لإشباع حاجاتهم طوال فترة حياتهم كمنهج وأسلوب حياة.
- (3) أن يتدرب الأفراد على استحداث حوارات بديلة للحوار الذاتي الخاطيء.
- (4) 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 :-

- (1) المحاضرة.
- (2) المناقشة والحوار.
- (3) النمذجة.
- (4) الاسترخاء.
- (5) التقييم.
- (6) النكتة أو الفكاهة.
- (7) استخدام القصة كأسلوب للتخفيف عنهم في بعض المواقف.
- (8) حل المشكلة.
- (9) الاندماج.

مراحل تطبيق (تنفيذ) البرنامج :-

يشتمل هذا البرنامج على عدد من الجلسات للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى عينة من الأطفال متعددي الإعاقة. وسوف يتم تطبيق البرنامج على مراحل :-

(1) المرحلة التمهيدية (بداية البرنامج) :

- (أ) اختيار العينة من الأطفال متعددي الإعاقة.
- (ب) إقامة علاقة بين المرشد والعميل (تعارف).
- (ج) تعريف أفراد العينة بأهداف البرنامج.

(2) 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.

(3) 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.

(4) 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

جدول (3)

ملخص جلسات برنامج الارشاد بالواقع

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
1	الجلسة الاستفتاحية والتعارف	<ul style="list-style-type: none"> • تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحثة والأطفال متعددي الإعاقة. • تحقيق الألفة بين الباحثة والأطفال المحرومين أسرياً وبين الأطفال المحرومين أسرياً بعضهم البعض. • تقديم بعض الاعتبارات الأدبية والأخلاقية للبرنامج. • الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة. 	<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي • حل المشكلات 	35- 40
2	التهيئة للبرنامج	<ul style="list-style-type: none"> • تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بالأسس التي يقوم عليها البرنامج وأهدافه. • الاتفاق على مواعيد الجلسة التالية وما بعدها. 	<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة والمناقشة. • الواجب المنزلي. 	35- 40
3	مدخل إلى الإرشاد	<ul style="list-style-type: none"> • تعريف الأطفال متعددي الإعاقة 	<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة والمناقشة 	35-

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
	بالواقع	•سبب وجودهم داخل الجماعة العلاجية. •تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بأهمية الإرشاد بالواقع.	•الواجب المنزلي. •الاندماج •التعزيز •التقييم •	(40)
4	ضرورة الإرشاد بالواقع	•تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بأهمية الإرشاد بالواقع. •تعريف الأطفال متعددي الإعاقة الإرشاد بالواقع.	•المحاضرة والمناقشة. •الواجب المنزلي. •النمذجة •حل المشكلات •التعزيز.	40-35)
5	التدريب على الاسترخاء	•التدريب على الاسترخاء الكامل للجسم ككل.	•المحاضرة والمناقشة •الاسترخاء •النمذجة •الواجب المنزلي	40-35)
7-6	التعريف بالمخاوف المرضية	•تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بمعنى المخاوف المرضية	•المحاضرة والمناقشة •الواجب المنزلي. •استخدام القصة •التعزيز.	35- (40)
8	تكوين إرادة قوية وقتل المخاوف المرضية	•أن يدرك الطفل متعددي الإعاقة ماهية القدرة على تقوية الإرادة. •أن يقيم الطفل متعددي الإعاقة الأساسية للقدرة على الإرادة.	•المحاضرة والمناقشة •الواجب المنزلي •حل المشكلات •النمذجة •الاندماج	40-35)
9	القدرة على اتخاذ القرار	•يتعرف الأطفال متعددي الإعاقة على ماهية اتخاذ القرار. •يدرك الأطفال متعددي الإعاقة الخطوات التي يتبناها حتى يصل إلى القرار المناسب.	•المحاضرة والمناقشة •الواجب المنزلي. •النمذجة. •التعزيز. •النكتة	40-35)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
		• يخرج الأطفال متعددي الإعاقة ولديهم القدرة على اتخاذ القرار.	• حل المشكلات.	
0	التعاون ومساعدة الآخرين	• يتعرف الأطفال متعددي الإعاقة على ماهية التعاون ومساعدة الآخرين. • يكتسب الأطفال متعددي الإعاقة عائد مهارة التعاون ومساعدة الآخرين.	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • حل المشكلات • التعزيز.	40-35
11	• التدريب • على الاندماج مع الآخرين	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة كيفية التدريب على الاندماج مع الآخرين	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • التقييم • التعزيز.	• 35- (40)
12	• التدريب • على تأكيد الذات	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بكيفية التدريب على تأكيد الذات	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • التقييم • التعزيز.	• 35- (40)
13- 14	• المرح والفكاهة • بلا قيود	• يكتسب الأطفال متعددي الإعاقة روح المرح والفكاهة بلا قيود للتغلب على الحزن والكآبة	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • حل المشكلات. • التعزيز.	• 35- (40)
15	• التدريب • على مهارة حل المشكلات	• يتعرف الأطفال متعددي الإعاقة مهارة حل المشكلات. • يتمكن الأطفال متعددي الإعاقة من معرفة العوامل التي لابد من توافرها في تجارب حل المشكلات • يخرج الأطفال متعددي الإعاقة	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • حل المشكلات • الاندماج • التعزيز.	• 35- (40)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
		وعندهم القدرة على مواجهة أي مشكلة. • يحل كل طفل من الأطفال متعددي الإعاقة مشكلة صادفت زميله.		
16•	• التدريب على تحسين التواصل مع الآخرين	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة كيفية التدريب على التواصل	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • الاندماج • التعزيز.	• (35-) (40)
17• 19	• تحديد العوامل المؤدية للوجدان السالب: أنواعها وصورها	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بالعوامل المؤدية للوجدان السالب	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • استخدام القصة • النمذجة.	• (35-) (40)
20•	• التدريب على التخلص من المخاوف المرضية	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة كيفية التصدي لمشكلة المخاوف المرضية	• المحاضرة والمناقشة. • الواجب المنزلي. • استخدام القصة • الاندماج • حل المشكلات • التعزيز	• (35-) (40)
21•	• التخلص من المخاوف المرضية بقوة وعزيمة	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بفكرة لاعقلانية " أعتقد أن هناك خطراً يهددني، ويجب أن أكون على استعداد دائم لمواجهته	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • التعزيز. • حل المشكلات	• (35-) (40)
22•	• مواجهة المخاوف المرضية من خلال مواقف حية	• تعريف الأطفال متعددي الإعاقة كيفية مواجهة المخاوف المرضية	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • حل المشكلات • لعب الدور.	• (35-) (40)
23•	• الاكتئاب والقلق	• التعرف على أنواع الاكتئاب	• المحاضرة والمناقشة	• (35-)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
	والمخاوف المرضية : أسبابه - أنواعه - أضراره	وأنواع القلق . • التعرف علي خطورة الاكتئاب والقلق وأضرارهما . • التعرف على أسباب القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية.	• الحوار	(40)
24•	•التفكير والانفعال والسلوك والمخاوف المرضية	•توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك . •تعريف الأطفال بالأفكار السلبية التي ترتبط بالاكتئاب والقلق والانفعالات الناتجة عنها	• المحاضرة والمناقشة . • التعزيز	•(35) (40)
25•	•تحديد الأفكار الكامنة وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية	•تحديد الباحثة الأفكار الكامنة وراء الإحساس بالاكتئاب والقلق .	• الوعي بالتفكير	•(35) (40)
26•	•السعي نحو التغيير للأحسن	•تعريف الأطفال متعددي الإعاقة بفكرة لاعقلانية " أعتقد أنه لا يمكن إحداث أي تغيير أو تجديد في أي مجال، فالحياة مملّة ورتيبة	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي . • الاندماج • التعزيز .	•(35) (40)
27•	•مواجهة المواقف المثيرة للقلق والاكتئاب بعقلانية	•تحديد المعتقدات الخاطئة وذلك بهدف تحديها وإرشاد الأطفال متعددي الإعاقة لتفاديها . •مساعدة الأطفال متعددي الإعاقة على مواجهة الانفعال السلبي الناجم عن المخاوف المرضية	• المحاضرة والمناقشة . • الواجب المنزلي . • النمذجة . • الاندماج • حل المشكلات	•(35) (40)
28•	•تحديد المواقف المؤدية للقلق	•تعريف الأطفال بالعوامل المؤدية للقلق والاكتئاب والمخاوف المرضية	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي .	•(35) (40)

الجلسة	العنوان	الهدف	الفنيات	الزمن بالدقائق
	والاكتئاب والمخاوف المرضية		• النمذجة.	
29•	• التدريب على المراقبة الذاتية	• تدريب الأطفال متعددي الإعاقة على رؤية متابعهم واكتئابهم بشكل مختلف، مما يشجعهم على المحاولة للتعديل وعلى أن يكون كل منهم موضوعياً مع نفسه	• المحاضرة والمناقشة • الواجب المنزلي. • حل المشكلات	• (35-) (40)
30•	• الخاتمة	• الإثناء على من التزم بالجلسات مع إحراز تقدماً مستمراً وتوزيع شهادات التقدير. • تطبيق الأدوات بعدياً على الأطفال متعددي الإعاقة	• المحاضرة والمناقشة. • التعزيز	• (35-) (40)

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 الاستفادة منها في بناء البرنامج وإعداد الإطار النظري الخاص بالأطفال متعددي الإعاقة والمخاوف المرضية.
- إعداد أدوات البحث الحالي والتحقق من صدقها وثباتها.
- تطبيق مقياس المخاوف المرضية علي الأطفال المترددين على نادي الإرادة والتحدي بطنطا لاختيار العينة، ثم قامت الباحثة بعمل نفس تلك الخطوات علي الأطفال المترددين على نادي الإرادة والتحدي بطنطا لاختيار المجموعة الضابطة والتي لن تتلقي البرنامج.
- تطبيق البرنامج في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2020/2019م من 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.

عرض النتائج :

[1] - نتائج الفرض الأول:

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

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت 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 (4)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المخاوف المرضية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر η^2
المخاوف المرضية	القبلي	20	19.75	1.7733	19	20.369	0.001	قوي
	البعدي	20	9.65	0.9881				

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 (0.001) 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.

[2] - نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط 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 (5)

اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياس البعدي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المخاوف المرضية

المتغير	المجموعة	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر η^2
المخاوف	التجريبية	20	9.65	0.9881	38	19.53	0.001	قوي
	الضابطة	20	20.14	1.043				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، حيث كان الفرق دالاً عند مستوى (0.001) على مقياس المخاوف المرضية في الاتجاه الأفضل؛ لذا جاء حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع قوي، ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

[3] - 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 قامت 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 (6)

اتجاه الفرق بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس المخاوف المرضية

المتغير	القياس	ن	م	ع	د.ح	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	حجم الأثر η^2
المخاوف	البعدي	20	9.65	0.9881	19	0.74	غيردالة	ضعيف جدا (لا أثر)
	التتبعي	20	9.477	1.043				

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

= تفسير نتائج البحث:

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

فقد أثبتت دراسة (Yetzer et al., 2004) توافر المخاوف المرضية لدى متعددي الإعاقة، 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 الأطفال بمؤشرات للتكيف والتوافق، الأمر الذي يساعد الطفل المعاق 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 يفهمه 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 الأطفال متعددي الإعاقة 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 تربوية أو علاجية أو إرشادية مهما كان الهدف منها؛ وربما يرجع ذلك إلي 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 يشعرهم أنهم غير المجتمع الذي يعيشون فيه وأنهم في وضع سيئ، فهم منبوذون حتي من أسرهم على حد تعبيرهم.

وفي بداية الأمر أخذت الباحثة فترة تجلس معهم دون إظهار أي نوع من الأوراق حتي لا يشعروا بنفور منها، ثم بدأ في التحدث إليهم بشكل عام عن الحياة، 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 الأطفال متعددي الإعاقة بشكل فردي لا جماعي؛ لأنهم يرفضون أن يظهروا عيوبهم وأخطأهم 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 دوراً 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 لابد من تشجيع هؤلاء المشاركين ومساعدتهم على التعرف على كيفية التغلب على مشاعر المخاوف المرضية؛ وذلك بتبصيرهم بمفهوم التواصل الجيد ومساعدتهم على تقبل فكرة تحمل ولو جزء من المسئولية كخطوة أولى لتطوير علاقاتهم الاجتماعية.

وترى الباحثة أن الأطفال متعددي الإعاقة 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 الأطفال متعددي الإعاقة على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية؛ مثل: مهارات التعاون، وتنمية بعض المهارات اللغوية.

لذا ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى استخدام العديد من الفنيات؛ فقد ساعد البعض منها في التقليل من حدة المخاوف المرضية لدى متعددي الإعاقة، 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 قام الباحثة بمراجعة كل واجب أداءه المشاركون في بداية كل جلسة جديدة للوقوف على ما أنجزه الأطفال من تقدم.
- **المحاضرة والمناقشة:** وهي إحدى الأساليب المهمة التي تساعد الأطفال متعددي الإعاقة لفهم طبيعة الموقف المسبب للوجدان السالب والتواصل من أجل حلول مرضية، مما تكسبهم خبرة تمكنهم من تعديل اتجاهاتهم.
- **لعب الدور:** أحد التكنيكات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكنيك إلى 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 الطفل على السلوك السوي المرغوب؛ مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك أو الموقف.
 - **حل المشكلات:** من خلال عرض الموضوع في صورة مشكلة، أو موقف صعب يواجهه الإنسان، وتتطلب إجراءات للتغلب على هذه المشكلة، وقد تصعب هذه الإجراءات على بعض الأفراد مما يتطلب تدريبهم عليها.
- وإجمالاً**

- 1- تم توظيف تلك الفنيات داخل البرنامج بما يمكن الطفل من التغلب على المخاوف المرضية لديه.
- 2- استعانت الباحثة بتدريبات لمواقف حياتية، وحركات الجسم التي يعبر بها عن الأفكار؛ كحركات الكتفين، ورفع الحاجب، والتعبيرات المختلفة للوجه والأيدي.
- 3- الرغبة الواضحة في نظرات المشاركين (في المجموعة التجريبية) في التفاعل مع الباحث، في المواقف الاجتماعية المتضمنة في البرنامج، وإقبالهم على البرنامج بكل اهتمام.
- 4- مراعاة أن ارتفاع المخاوف المرضية لدى الأفراد متعددي الإعاقة قد يؤدي إلى:

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

أما عن استمرارية فاعلية الإرشاد بالواقع؛ فقد كان لتقديم الأنشطة والخبرات التربوية الفردية والجماعية للمعاقين حركياً، وأهمية الدور الأساسي لهم في المشاركة، والتركيز على تفاعلهم مع بعضهم البعض في أنشطة اللعب الحر، إضافة إلى 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 أدائها.

- توصيات وبحوث مقترحة :

أ- التوصيات التربوية :

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

ب- بحوث مقترحة :

تقترح الباحثة بعض البحوث:

- فاعلية برنامج إرشادي لخفض الجنوح لدى الأطفال متعددي الإعاقة.
- فاعلية برنامج التدخل المبكر في تحسين التوافق لدى الأطفال متعددي الإعاقة.
- دور بعض الفنيات العلاجية في تخفيف الاكتئاب لدى الأطفال متعددي الإعاقة.
- بعض العوامل النفسية والاجتماعية المنبئة بالوجدانات الموجبة لدى متعددي الإعاقة والعاديين.

المراجع :

1. آمال إبراهيم الفقي (2001). فاعلية السيكدوراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية جامعة الزقازيق - فرع بينها.
2. آمال عبدالسميع باظة (2020). مقياس الوجدانات السالبة والموجبة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
3. أحمد اللقاني. وعلي الجمل (2003). "معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس" القاهرة: عالم الكتب..
4. أحمد فهمي عكاشة (2003). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
5. أحمد متولي عمر (1993). مدي فعالية التدريب علي المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف المخاوف المرضية لدي طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا.
6. أحمد محمد عبدالخالق (1991) أسس علم النفس . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
7. أسامة عبد الحميد حمودة (2011). فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتخفيف الوجدانات السالبة لدى عينة من أطفال دور الرعاية الصحية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة كفر الشيخ.
8. السيد فهمي على (2008). الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل. رؤية نفسية الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.
9. حامد عبدالسلام زهران (1997) . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

10. حسام محمود ذكي على (2011). فعالية الإرشاد بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المتأخرين دراسياً بكلية التربية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنيا.
11. رائد محمد أبو الكاس (2008). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. فلسطين.
12. صمويل تامر بشري (2004). الاكتئاب والإرشاد بالواقع. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
13. عبدالعزيز السيد الشخص (2018). استمارة المستوى الاجتماعي - الاقتصادي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
14. عبدالمنعم الحفنى (1999). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولي.
15. علي سيد مسلم (2004). ممارسة طريقة تنظيم المجتمع لتدعيم الخدمات المقدمة للمعاقين. المؤتمر العلمي السابع عشر. كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان.
16. غادة أنور عبد الحميد (2001). دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
17. محمد محروس الشناوى و محمد السيد عبدالرحمن (1994). العلاج السلوكي الحديث " أسسه وتطبيقاته ". القاهرة: دار قباء للنشر و التوزيع 0
18. محمد يسري دعبس (1991). أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة. دراسة انثربولوجية مقارنة. القاهرة: دار النشر الملتقى المصري للابداع والتنمية .
19. مشيرة محمد شعراوي (2002) . فاعلية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في عملية التأهيل المهني والاجتماعي للمعوقين. بحث منشور. المؤتمر السادس

- للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية. كلية التربية (قسم الخدمة الاجتماعية وتنمية المجتمع) .
جامعة الأزهر.
20. مفتاح محمد عبدالعزيز (2001). علم النفس العلاجي . اتجاهات حديثة.
القاهرة: دار قباء.
21. منال طلعت محمود (2003). دور طريقة تنظيم المجتمع في برامج التأهيل
المجتمعي بمؤسسات الإعاقة العقلية. المؤتمر العلمي السادس عشر. كلية الخدمة الاجتماعية.
جامعة حلوان.
22. نادي صالح البلوي (2011). "الرضا الوظيفي لدى العاملين مع الأطفال
ذوي الإعاقات المتعددة والتوحد في الأردن". مجلة الإرشاد النفسي. العدد (28). ص 334-
364.
23. وليد فتحي هندي (2007). صورة الجسم لدى الأطفال المعاقين . دراسة
سيكومترية كLINيكية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة:

- American psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical Manuel .24
of Mental Disorders (DSM-IV) Washington. American Psychiatric press .
- Antony, M. & Barlow, D.(2017). "Social and specific phobias". .25
Philadelphia, PA. WB Saunders Company.
- Betty jobucking Hom. A Bibliography of materials about children at rick .26
because of Impaired, Eric Contractor, Bibliography, Nov. 2004, P. 75.
- Brunello, A.(2020). "Social Phobia. diagnosis and epidemiology, .27
neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment." Journal of Affective
Disorders, 60, 61-74.
- Chavira, D. & Stein, M.(2012). "The shyness spectrum [online]". Available .28
at www.cme-reviews.com. Visit at 1/2012
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, et .29
al.(2000). "Epidemiology of social phobia. a clinical approach." European Psychiatry, 15,
17-24.
- Frank, T, (1992) . The Family Encyclopedia of Child Psychology and .30
Development , U.S.A, Caures Companies.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, Ekselius, L., & Fredrikson, M.(2000). .31
"Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis."
Psychological medicine, 30, 1335-1344.
- Glasser, W. (2000). Reality therapy in action. New York. HarperCollins. .32
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E.(1990). .33
"Comparison of generalizes social phobia and public speaking phobia." The Journal of
Nervous and Mental Disease, 178, 172-179.
- International Classification of Mental and Behavioral Disorder10 (1992). .34
I.C.D.10. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva,1992. F40.1 Social
Phobia.
- Jackson, H. J. & Stanley, R.O. (1987). "The missing factors. influences in .35
choice of treatment strategies". Australian journal of clinical and experimental hypnosis,
15(2) 83-91.
- Kim, J. (2009). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic .36
patients. International Journal of Reality Therapy, 25, 36-39.
- Ruth, D., Antony, M., & Swinson, R.(2001). "Interpretations for anxiety .37
symptoms in social phobia". Behavior Research and Therapy, 39, 129-138.
- Stopa, L. & Clark, D. (2000). "Social phobia and interpretation of social .38
events". Behaviour Research and Therapy, 38, 273-283.
- Wells, A. (1997). "Cognitive therapy of Anxiety Disorders". .39
A practice Manual and Conceptual Guide. Chichester, Wiley.
- Yetzer, E, Schandlers, R. & Trunbaughk , H. (2004) . Self -Concept and .40
Body Image in persons who are spinal cord injured with and without Lower Limb
amputation, Heath Care system, Long Beach, California, U. S. A.