



جامعة القادسية

كلية الخدمة الاجتماعية

المؤتمر العلمي الدولي الخامس والعشرون

فعالية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية

إعداد

د. فتحية محمد القاضي

مدرس بقسم خدمة الفرد

بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ

٢٠١٢ م

١٥٧٣

أولاً : مشكلة الدراسة : Problem of the Study

تعتبر الإعاقة إحدى المشاكل الأساسية التي تواجه دول العالم المتقدمة والنامية معاً وتؤثر على معدلات التنمية بها، وتشير الإحصاءات إلى كبر حجم المشكلة، إذ يوجد بالعالم أكثر من (٥٠٠ مليون معاق)، ويوجد (٨٠%) منهم بالدول النامية، ومعظمهم ممن أصيب بالإعاقة في صغره، كما أن عدد المعاقين في البلدان النامية (٤٠٠ مليون معاق)^(١). وفي جمهورية مصر العربية هناك تزايد مستمر في أعداد المعاقين عاماً تلو الآخر إذ بلغ عدد المعاقين في عام ٢٠٠٠ (٥,٩) مليون معاق، وفي عام ٢٠٠٢ بلغ (٦,٦) مليون معاق، وفي عام ٢٠٠٥ وصل عدد المعاقين إلى (٧) مليون معاق، وفي عام ٢٠٠٧ وصل عددهم إلى (٧,١) مليون معاق، وفي عام ٢٠٠٩ وصل عددهم إلى (٨,٣) مليون معاق، منهم (٢٨٤,١٤٤) معاق بمحافظة الوجه البحري^(٢). وتعكس الإحصاءات السابقة التزايد المستمر في أعداد المعاقين والذي يستوجب الاهتمام بهم. وبصفة عامة تختلف الإعاقة من شخص إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر، ومن زمن إلى آخر، كما أن الإعاقة نسبية وليست مطلقة، كما أنها تتداخل أبعادها حيث يتشابك فيها الجانب الطبي والاجتماعي والنفسي والتعليمي والتأهيلي بصورة يصعب الفصل بينهم، وتنتج الإعاقة إما لأسباب وراثية أو بيئية^(٣). وتعتبر الإعاقة الحركية أحد أنواع الإعاقات البدنية سواء كانت ناتجة عن حالات شلل بأنواعه (شلل أطفال، شلل دماغي، شلل نصفي)، أو حالات الكسور المضاعفة، أو حالات البتر^(٤). كذلك هشاشة العظام، انحناء العمود الفقري، إصابات النخاع الشوكي، ضمور العضلات^(٥). وتحدث الإعاقة الحركية لعدد من الأسباب قد تكون عوامل وراثية (لانتقال صفات وراثية شاذة عن طريق الجينات الموجودة في الكروموسومات بالخلية من الآباء والأجداد إلى الأبناء والأحفاد بالوراثة)، وقد تكون عوامل بيئية مثل (الحروب، وأشكال العنف، والأوبئة، والحوادث، والمجاعات، وتلوث البيئة)، وكذلك مؤثرات ما قبل الحمل وما بعد الحمل كإصابة الأم بأحد

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

الأمراض، وكذلك مؤثرات الولادة الخاطئة^(٦). وقد أكدت ذلك دراسة (Hands, Beth, 2009) والتي استهدفت التعرف على أسباب الإعاقة الحركية وتوصلت إلى أن مخاطر الولادة، والإجهاض المبكر، وارتفاع ضغط الدم، وإصابة الأم بالأنيميا كانت وراء الإعاقة الحركية للأبناء^(٧).

وعلى الرغم من أن الإعاقة الحركية تنتشر بين الأطفال والمراهقين والشباب والكبار إلا أن الإحصاءات تؤكد أن أعلى نسبة من الإعاقة الحركية تنتشر بين الشباب من سن (١٨-٣٥) عام، إذ تؤكد آخر الإحصاءات الصادرة في عام ٢٠١٠ أنه على مستوى جمهورية مصر العربية كانت أعلى نسبة من الإعاقات/الإعاقة الحركية فقد بلغ عدد المعاقين حركياً من الشباب من سن (١٨-٣٥) عام طبقاً لبيانات تعداد عام (٢٠٠٦م) على مستوى الحضر (١٨٩٥٥) بنسبة (٣٠,٦%)، وفي الريف (٤٣٠٢٠) بنسبة (٤١,٧%)، وكان الإجمالي (٦١٩٧٥) بنسبة (٣٧,٥%) من إجمالي عدد الشباب المعاقين بصفة عامة والذي يقدر بعدد (١٦٥١٢٢)^(٨). وتكشف الإحصاءات السابقة عن أمرين أولهما أن الإعاقة الحركية تنتشر بالريف أكثر من الحضر، وقد يعكس ذلك قصور الخدمات الصحية والتثقيف الصحي في الريف هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن انتشار الإعاقة الحركية بين الشباب يمثل خطراً على الأمة بآثارها لأن الشباب هم عماد أية أمة ومستقبلها وعليهم تقع مسؤولية حماية الأمة خاصة في ظل الظروف التي تعيشها البلاد سياسياً واجتماعياً واقتصادياً وأمنياً. وتعد الإعاقة مشكلة خطيرة يعقبها عديداً من الآثار السلبية ليس فقط على مستوى المعاق بل تمتد آثارها للأسرة والمجتمع^(٩). وانطلاقاً من ذلك فإن الشباب المعاقون حركياً يواجهون عديداً من المشكلات أبرزتها الدراسات السابقة، منها المشكلات الاقتصادية المتمثلة في عدم وجود فرص عمل والبطالة وأكدت ذلك دراسة (Magill Evans, 2008) والتي استهدفت التعرف على العوامل التي تعيق توظيف المعاقين حركياً وتوصلت إلى أنهم يعانون من البطالة، والفرص المحدودة في الترقية، وعدم المساواة في الوظائف^(١٠).

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

وكذلك مشكلات أسرية وقد أوضحت ذلك دراسة (نجوى الشرقاوي، ١٩٩٧) والتي استهدفت اختبار فعالية التدخل في الأزمات مع المعاقين حركياً (مبتوري الأطراف) وتوصلت إلى أنهم يعانون عديداً من المشكلات الأسرية والخاصة بالعلاقات الاجتماعية^(١١). وكذلك مشكلات صحية وقد أكدت ذلك دراسة (Albani Giovanni, 2009) والتي استهدفت التعرف على المشكلات الصحية للمعاقين حركياً وتوصلت إلى أنهم معرضون لخطر صحة العظام وغيرها^(١٢). وكذلك مشكلات نفسية وأكدت ذلك دراسة (بدر كمال، ٢٠٠٣) والتي استهدفت الوقوف على فعالية طريقة العمل مع الجماعات في تدعيم القيم لدى المعاقين حركياً وتوصلت إلى أنهم يعانون من مشكلات نفسية تمثلت في الشعور بالنقص، والخوف الشديد، والقلق، والاكتئاب، وضعف تقدير الذات، والشعور بالعجز، والإسراف في الوسائل الدفاعية^(١٣). وكذلك مشكلات مجتمعية وقد أكدت ذلك دراسة (Darroh, 2010) والتي استهدفت التعرف على الخدمات المجتمعية للشباب ذوي الإعاقة الحركية وتوصلت إلى أن هؤلاء الشباب يعانون قصوراً في الخدمات التعليمية، والتوظيفية، والمواصلات، والتأمينات^(١٤). وإزاء كل ما سبق من مشكلات وإضافة لها فإن الشباب ذوي الإعاقة الحركية يواجهون مشكلة أخرى لا تقل في تأثيرها عما سبق ألا وهي الخجل الاجتماعي والذي يتجسد في الامتناع عن ممارسة عديد من الظواهر السلوكية حرجاً من ممارستها وخوفاً من الفشل فيها، وكذلك التخطئ عند ممارسة أية ظاهرة سلوكية يتواجدون فيها، وقد أكدت ذلك عديد من الدراسات منها دراسة (زينب أبو العلا، ١٩٧٩) التي استهدفت التعرف على أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته وأشارت إلى أن المعاق حركياً (بتير الأطراف) يعاني من الخجل والحرج إضافة إلى فاعلية الخدمة الاجتماعية في مساعدته على تقبل ذاته^(١٥). وكذلك دراسة (محمد سيد فهمي، ١٩٩٥) والتي استهدفت التعرف على دور الخدمة الاجتماعية في دعم وتطوير السلوك الإيجابي للمعاقين جسدياً، وتوصلت إلى أن المعاقين

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

جسماً يعانون من الخجل الاجتماعي وأن للخدمة الاجتماعية دور في دعم السلوك الاجتماعي لهم^(١٦). واتفقت مع الدراسات السابقة دراسة (عبدالمنصف رشوان، ٢٠٠٧) والتي استهدفت التوصل إلى تصور مقترح للممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تغيير النظرة السلبية لذوي الاحتياجات الخاصة (ومنهم المعاقين حركياً) وتوصلت إلى وجود ارتباط دال بين النظرة السلبية والعزلة لدى المعاق^(١٧). وكذلك دراسة (منى سيد أحمد، ٢٠٠٧) والتي استهدفت تحديد دور الممارس العام مع مشكلات الرياضيين المعاقين حركياً وتوصلت إلى أنهم يعانون من الانعزالية وعدم القدرة على التكيف^(١٨). وإضافة إلى الدراسات السابقة فقد لمست الباحثة من خلال تواجدها بنادي الإرادة والتحدي بمدينة كفرالشيخ أن المعاقين حركياً خاصة المنضمين حديثاً إلى النادي يشوب تصرفاتهم الخجل وتبدو مظاهره عليهم في تحركاتهم ونظراتهم وجلسهم منفردين، والارتباك واحمرار الوجه عند الحوار، وعدم المبادرة بالحوار والانسحاب من المواقف، وارتعاش اليد عند المصافحة، والميل إلى الصمت إضافة إلى الحزن، وحضورهم إلى النادي بصحبة أحد الوالدين رغم السن الكبير لهم، إضافة إلى تصريحهم بالشعور بالقلّة والدونية، والشعور بالقلق دائماً، والخوف من نقد الآخرين، وحب الوحدة، والابتعاد عن مواجهة الأقارب والأصهار أو الغرباء كما عبر بعضهم للباحثة، وسوء الظن بالآخرين، وقد كان ذلك مدعماً لها للقيام بالدراسة الحالية. إن كلمة الخجل لها معاني طبية ومعاني مرضية، أما المعاني الطبية فتكون عندما يكون الخجل نوعاً من أنواع الحياء وهذا مرغوب فيه أخلاقياً ودينياً، أما المعاني غير الطبية عندما يتحول الخجل إلى ما يطلق عليه (الرغبة الاجتماعية)^(١٩)، والتي يراها العلماء بأنها الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي مع المشاركة في المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة^(٢٠)، وهو ما تركز عليه الدراسة الحالية. وبصفة عامة فإن الشخص الخجول حال تعامله مع مواقف الحياة يقوم بعدد من المظاهر تشمل من وجهة نظر الباحثين والعلماء (العزلة الكبيرة في العلاقات خاصة

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

مع الجنس الآخر، الميل إلى قضاء وقت أقل في التحدث، البطء في الحديث، قضاء وقت أطول في الانشغال بالذات، ارتفاع درجة القلق، التوتر، الكبت، أقل قدرة على تكوين صداقات، نقص الثقة بالنفس، الانسحاب، والابتعاد عن القيادة^(٢١). وكذلك التقييم السلبي للذات، الانطواء، الشعور بالدونية، الإحساس بعدم الكفاءة، الشعور بعدم الأمان، الابتعاد عن المشاركة مع الآخرين خوفاً من تقييمهم السلبي، والاعتقاد بأن الآخرين ينتقدونه^(٢٢). وبمنظرة تحليلية لهذه المظاهر نجد أن الشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة يقومون بهذه المظاهر كما أوضحت الباحثة سلفاً. وإذا أردنا أن نوضح ونفسر الأسباب التي تكمن وراء خجل الشباب ذوي الإعاقة الحركية فنقول أنها تشمل عدداً من الأسباب .. أولها: ما أكده العلماء من وجود علاقة بين الوضع البدني (العاهات البدنية) والخجل مفسرين ذلك بأن أعضاء الجسد عندما تكون مكتملة وقوية فإن ذلك يؤدي إلى الاستقرار النفسي وهدوء الأعصاب ويعقب ذلك نوع من الثقة بالنفس، والعكس فإن وجود خلل أو عاهة يؤثر سلباً على الاستقرار والاتزان النفسي والانفعالي ويعقبه نوعاً من عدم الثقة والخوف والإحساس بأن ذلك سيجلب عليه السخرية والاحتقار من بني جنسه ومن ثم يحدث الخجل والتواري^(٢٣). وثانيها: ما أكده الباحثين من أن مجتمعاتنا تركز على جمال الجسم أكثر من تركيزها على التعامل مع الإعاقة البدنية^(٢٤)، وهذا في حد ذاته يُشعر المعاق بأنه بعيد عن دائرة القبول في المجتمع ويرسخ لديه الإحساس بالاختلاف والخزي والنزب ومن ثم الخجل. وثالثها: أن ما يشعر به المعاق حركياً من نقص نتيجة افتقار أو قصور جزء من التركيب الفسيولوجي له يُشعره بالخوف الشديد والاحتجاب والقلق والقلّة وعدم الكفاية ويُفقد تحقيق مكائنه ويصبح خجولاً^(٢٥). وقد يتحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص بسبب الإعاقة الجسمية^(٢٦). ورابعها: أن عدم شعور المعاق حركياً بالأمن والطمأنينة نحو حالته الجسمية وعدم الشعور بالاطمئنان نحو نفسه وكذلك عدم الاطمئنان للآخرين للتفاوت في استجابات الآخرين نحوه، كل هذا يجعل

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

المعاق قليل الاختلاط بالآخرين وخجول^(٢٧). وخامسها: أن ما يستشعره المعاق من شعور بالخجل من قبل الأسرة لوجوده يؤصل لديه هذا الخجل، وقد أكدت عديد من الدراسات أن الأسرة التي لديها ابن معاق تشع بالخجل وقد تضطر إلى إخفائه وإنكار وجوده^(٢٨). وهذا في حد ذاته يكون سبباً للخجل لديه. وسادسها: الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها المعاق حركياً داخل الأسرة وخارجها والإساءة والسخرية بالتلميح أو التصريح يشع المعاق حركياً بالتوتر الداخلي والرغبة في اعتزال المجتمع والخجل^(٢٩). وسابعها: ما أكدته الدراسات والباحثين من أن الشعور الذاتي بالخجل لدى المعاق حركياً وأحاديث الذات السلبية (مثل: أنا لا أستطيع أن أتحدث مع أي شخص، أنا لا أستطيع أن أفعل كذا، ... إلخ) كل هذا يؤيد لديه عدم الثقة بالنفس والخجل^(٣٠). وثامنها: تفاقم الفشل في تعلم الاحتكاكات الاجتماعية خلال مرحلتَي الطفولة والمراهقة، وقد أكدت دراسة (John Dweretzky, 1990) أن مشكلة الخجل تزداد حدة مع الفشل في تعلم الارتباط بالآخرين والاحتكاكات الاجتماعية الفعالة وتزداد في مرحلة الشباب إذا لم تعالج في الطفولة والمراهقة^(٣١)، وتكمن الخطورة هنا في أن الخجل لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية يعقبه عديد من المشكلات التي تشمل: عدم الاندماج في الحياة وهذا في حد ذاته يترتب عليه حرمان المعاق من تحقيق عديداً من الإشباعات المختلفة. كما أنه يحد من سلوكه الاجتماعي، ويعيقه عن أداء أدواره المختلفة بنجاح، ويعطل طاقته الإنتاجية والإبداعية، كما أن الخجل يشع المعاق بالاغتراب عن المجتمع وقد يدفعه إلى كراهية الآخرين والنقم عليهم وعلى المجتمع^(٣٢). ولا يخفى على أحد أن كل ما سبق يترتب عليه عديداً من المشكلات الاقتصادية، والنفسية، والاجتماعية، والسلوكية، ... وغيرهم، فالأمور لا تقف عند مجرد الخجل فقط، الأمر الذي يستدعي التدخل معهم. وقد أثبتت خدمة الفرد من خلال مداخلها المختلفة نجاحاً في التعامل مع مشكلة الخجل الاجتماعي واتضح ذلك من خلال دراسة (جيهان القط، ٢٠٠٠) والتي استهدفت اختبار خدمة الفرد

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

السلوكية في التعامل مع مشكلة الخجل لدى الطفل الوحيد وتوصلت إلى فاعلية العلاج السلوكي في علاج مشكلة الخجل مع المدرسين والزملاء بالمدرسة^(٣٣). وكذلك دراسة (وجيه الدسوقي، ٢٠٠٠) والتي استهدفت استخدام العلاج المعرفي في تخفيف الخجل المرضي (الخوف الاجتماعي) للأيتام المودعين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية وتوصلت إلى أن هؤلاء الأيتام يعانون من الخوف المرضي وأن العلاج المعرفي فعال في تخفيفها^(٣٤). وكذلك دراسة (هناء أمين، ٢٠٠٥) والتي استهدفت دراسة العلاقة بين ممارسة نموذج الحياة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لتلميذات المرحلة الإعدادية وتوصلت إلى فاعلية نموذج الحياة في توفير فرصة التعلم الاجتماعي والتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى تلميذات المرحلة الإعدادية^(٣٥). كما أثبتت خدمة الفرد فعاليتها أيضاً من خلال مداخلها في التعامل مع المعاقين حركياً، واتضح ذلك من خلال دراسة (نجوى الشرقاوي، ١٩٩٧) والتي استهدفت اختبار فاعلية التدخل في الأزمات مع المعاقين حركياً (مبتوري الأطراف) وتوصلت إلى فاعلية المدخل في مساعدة مبتور الأطراف في مواجهة مشكلاته الأسرية والاجتماعية^(٣٦). وكذلك دراسة (زيزيت مصطفى، ١٩٩٨) والتي استهدفت مساعدة المعاق حركياً على مواجهة مشكلات العلاقات الاجتماعية من خلال نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد وتوصلت إلى فاعلية النموذج في مساعدة المعاق على مواجهة مشكلاته^(٣٧). وكذلك دراسة (رمضان حسن، ٢٠١٠) والتي استهدفت التعرف على المشكلات الاجتماعية والنفسية لأسرة الطفل المعاق حركياً وتصور من منظور خدمة الفرد لمواجهتها وتوصلت إلى أن أسرة الطفل المعاق حركياً تواجه عديداً من المشكلات (الاقتصادية والأسرية، والتعليمية، والنفسية) من بينها الخجل^(٣٨). ولما كان العلاج العقلاني الانفعالي أحد المداخل العلاجية في خدمة الفرد والذي يهتم بتعديل الأفكار اللاعقلانية وأحاديث الذات اللامنطقية إلى أفكار وأحاديث عقلانية ومنطقية وكانت مشكلة الخجل الاجتماعي لدى المعاق حركياً من

العلاج العقلائي الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

الشباب يعد من أحد أسبابها الرئيسية: تبني المعاق حركياً للأفكار اللاعقلانية وأحاديث الذات السلبية والتي ترتبط بالقلّة والخزي والضعف وسوء الظن بالآخرين والفشل وقد أكدت ذلك دراسة هناء أمين (٢٠٠٥) وكذلك أكد عديد من الباحثين من أن الإنسان الخجول يدور في ذهنه أفكار مختلفة تتهمه بوجه عام بالفشل أو الخيبة فالإنسان الخجول ما يعاتب نفسه بأفكار مثل أنا إنسان غير سوي، ضعيف، غير مرغوب فيه، يائس، تافه، وهذه الأفكار التي تدور بذهن الخجول تؤلمه وترعجه خاصة وأنه يرى أن الآخرين يظنون هذه الأفكار عنه وعن شخصيته^(٣١). لذا حرصت الباحثة على استخدام العلاج العقلائي الانفعالي. ويهدف العلاج العقلائي الانفعالي إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بالإقناع العقلي والتفكير المنطقي وإعادة العمل إلى التفكير المنطقي والتحكم في انفعالاته، كما يستخدم أساليب متعددة لمساعدة العميل على تغيير الاختلال في الأفكار والانفعالات^(٣٢). وقد أثبت العلاج العقلائي الانفعالي فاعليته في عديد من المجالات، منها المجال الطبي وقد أوضحت ذلك دراسة (عفاف راشد، ١٩٩٨) والتي استهدفت اختبار فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في علاج المشكلات الاجتماعية والنفسية لمريضات السكر وتوصلت إلى فاعليته في علاج الأفكار اللاعقلانية لديهن وانعكس ذلك على هذه المشكلات^(٣٣). وفي المجال النفسي كان له إسهاماته وأوضحت ذلك دراسة (حمدي منصور، ٢٠٠٠) والتي استهدفت اختبار فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تخفيف أعراض اضطراب القلق لدى عينة من المرضى النفسيين وتوصلت إلى فاعلية البرنامج مع المرضى النفسيين وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم^(٣٤). وكذلك دراسة (Dana Liber, 2002) والتي أوضحت فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي في التخفيف من أعراض الاكتئاب ومساعدة العملاء على التكيف الاجتماعي^(٣٥). وفي مجال الإعاقة كان للعلاج العقلائي أيضاً إسهاماته وأوضحت ذلك دراسة (Elisabeth Calabro, 2002) من أن العلاج العقلائي الانفعالي نجح في التخفيف من حدة المخاوف الاجتماعية لدى

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

المعاقين^(٤٤). وفي المجال المدرسي أثبتت دراسة (عبدالناصر عوض، ٢٠٠٣) فاعليته مع طلاب المرحلة الثانوية في تنمية اتجاهاتهم نحو المسؤولية الفردية والجماعية^(٤٥). وفي المجال الاجتماعي أوضحت دراسة (Pace Robert, 2006) فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية القدرة على التفاعل مع الآخرين^(٤٦). وكذلك دراسة (Feldman Shara, 2008) والتي أوضحت فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين العلاقات الشخصية والاجتماعية لدى العملاء مضطربي الشخصية^(٤٧). وفي مجال المسنين أثبت العلاج العقلاني الانفعالي فاعليته حيث أوضحت دراسة (أماني فوزي، ٢٠٠٩) فاعليته في تحسين تقدير الذات لدى المسنين في دور رعاية المسنين^(٤٨). وفي مجال الشباب أوضحت دراسة (صفاء عادل، ٢٠١١) فاعليته في تحقيق الأمن الإنساني لشابات قرى الأطفال^(٤٩). وفي ضوء ما سبق تحددت القضية الرئيسية للدراسة في: (مدى فاعلية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية) ، ويتفرع من ذلك عدة قضايا منها:

- ١- ماهية الأفكار اللاعقلانية وأحداث الذات اللامنطقية والسلبية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية والمتعلقة بنظرتهم لأنفسهم ونظرة الآخرين لهم والتي ساعدت على وجود الخجل وتفاقمه.
- ٢- ما مدى فاعلية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل هذه الأفكار والأحداث اللامنطقية وتخفيف الخجل.
- ٣- ما التكنيكات العلاجية للعلاج العقلاني الانفعالي الأكثر فاعلية في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

ثانياً : أسباب اختيار الدراسة :Reasons of the Study

وقع اختيار الباحثة على الدراسة الحالية للمبررات الآتية:

- ١- أهمية الفئة العمرية التي تتناولها الدراسة وهي فئة الشباب والتي تمثل شريحة اجتماعية ذات وضع متميز في المجتمع لا بد أن تحظى بمزيد من

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

الرعاية والاهتمام.

٢- أن الاهتمام بقضايا ومشكلات المعاقين يقاس به في الوقت الحاضر مدى تقدم الدول.

٣- ندرة الدراسات التي اهتمت بالتدخل المهني مع الشباب ذوي الإعاقة الحركية سواء في الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة في حدود علم الباحثة.

٤- تزايد أعداد المعاقين حركياً سواء على مستوى الجمهورية أو على مستوى المحافظات، وبصفة خاصة بين الشباب من (١٨-٣٥) عام كما أكدت الإحصاءات السابقة.

٥- ما أكدته بعض الدراسات من أن المعاقين بصفة عامة والمعاقين حركياً بصفة خاصة ترتفع لديهم نسبة الخجل الاجتماعي عن غيرهم من غير المعاقين والتي تقلل من فرص تكيفهم وتواصلهم مع الوسط المحيط.

٦- أن العلاج العقلاني الانفعالي من وجهة نظر الباحثة ما زال في حاجة إلى تجربته مع عديد من العملاء وفي عديد من المجالات.

ثالثاً : أهداف الدراسة Aims of the Study :

تسعى الدراسة الحالية إلى محاولة تحقيق الهدف الرئيسي التالي:

- اختبار فعالية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية. ويتحقق هذا الهدف من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية :

١- اختبار فعالية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية قدرة الشباب ذوي الإعاقة الحركية على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة دون هروب منها.

٢- اختبار فعالية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين اللباقة الاجتماعية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

رابعاً : مفاهيم الدراسة Study's Concepts :

تتناول الدراسة الحالية المفاهيم الآتية:

١- مفهوم الفعالية.

٢- مفهوم الخجل الاجتماعي.

١) مفهوم الفعالية The Effectiveness Concept :

الفعالية في اللغة العربية تعني: افتعل الشيء أي اتبعه وتأتي من (فعل فعلاً) ^(٥٠). وتعني الفعالية أيضاً قدرة الشيء على التأثير ^(٥١). وفي اللغة الإنجليزية تعني فعال أو مؤثر أو نافذ المفعول ^(٥٢). وتعني الفعالية في علم النفس نسبة الطاقة المستهلكة لبلوغ النتيجة المرغوبة ^(٥٣). وتعني الفعالية في علم الاجتماع القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً وتزداد القدرة كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً ^(٥٤). وفي الخدمة الاجتماعية فإن الفعالية يقصد بها من وجهة نظر (Bloom) أنها التأثير أو العائد من البرنامج الذي يسعى لإنجاز الأهداف التعليمية ^(٥٥).

وترى الباحثة بأن مفهوم الفعالية يعني في دراستها الآتي:

-مدى قدرة البرنامج القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في الدراسة الحالية على إحداث تغييراً إيجابياً فيما يلي:

*زيادة قدرة الشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة دون التهرب أو الخوف من مواجهتها.

*إكساب الشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة المعارف والمهارات اللازمة للتصرف بلباقة في المواقف الاجتماعية المختلفة.

-يقاس كل ما سبق من خلال مقياس الخجل الاجتماعي للشباب ذوي الإعاقة الحركية (من إعداد الباحثة).

٢) مفهوم الخجل الاجتماعي Social Shyness Concept :

يعني الخجل في اللغة العربية بأنه خجل - خجلاً - استحياء ^(٥٦). كما يعني أيضاً أنه التحير والدesh من الاستحياء ^(٥٧). وفي اللغة الإنجليزية يعني الخجل شعور الفرد بالخوف والقلق عندما يتقابل مع أناس لا يعرفهم ^(٥٨). وفي علم النفس يُنظر للخجل على أنه اضطراب التجنب ^(٥٩)، كما أنه مرضاً اجتماعياً ونفسياً يسيطر على مشاعر وأحاسيس الفرد منذ الطفولة فيؤثر

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

على بعثرة طاقاته الفكرية، ويشتت إمكانياته الإبداعية^(٦٠). وهناك من يراه أيضاً على أنه الخوف الاجتماعي المزمن من كل المواقف الاجتماعية سواء المألوفة أو غير المألوفة، والذي معه يعاني الفرد ضغطاً نفسية وقلقاً شديداً يعوقه عن أداء عمله بسهولة^(٦١). وفي الخدمة الاجتماعية يعرف الخجل بأنه شعور مؤلم يشتمل على الخزي أو العار وهو سلوك لا إرادي^(٦٢). وأنه أيضاً الخوف والحساسية في التعامل مع الآخرين وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي معهم وتتضح مظاهره في التهتة وتعثر الكلام وارتعاش الأطراف وعدم القدرة على التعبير والخوف من التعامل مع الكبار والجنس الآخر^(٦٣).

وترى الباحثة أن الخجل الاجتماعي يعني في دراستها:

* مشكلة يعاني منها الشباب نوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة لأسباب شخصية واجتماعية معاً.

* تتضمن مظاهر عضوية (احمرار الوجه وعدم قدرة العين على النظر بثقة للأمام وتصيب العرق وارتفاع ضربات القلب)، ومظاهر معرفية (الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالضعف وعدم السواء والفشل)، ومظاهر سلوكية (العزلة، الخوف من التحدث أمام الآخرين، البطء في الحديث، الانسحاب الاجتماعي).

* يترتب عليها ضعف في قدرة هؤلاء الشباب على التواصل الاجتماعي داخل وخارج الأسرة في المواقف الاجتماعية المختلفة، مما ينعكس سلباً على شخصية هؤلاء الشباب وعلى تفهمهم الاجتماعي.

* يقاس الخجل الاجتماعي من خلال بعدين هما:

أ- الهروب من الواقع الاجتماعي (أي تجنب المواقف الاجتماعية المختلفة اليومية حرصاً من الاندماج فيها وخوفاً من الفشل فيها ومن مؤشرات ذلك الانسحاب والازواء ورفض ومقاومة التواصل الاجتماعي بأشكاله المختلفة).

ب- نقص اللباقة الاجتماعية (الرد في بعض المواقف الاجتماعية التي أجبر

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

المعاق على التواجد فيها بأسلوب يتناقض مع الرد المطلوب في مثل هذه المواقف) ومن مؤشرات ذلك عدم الرد أو الرد بعنف، إهمال المتحدث، التلعثم والتعثر في الرد، انكسار البصر عند التحدث مع الآخرين، عدم إبداء اهتمام للمتحدث، الاستسلام دون مجادلة فيما يخصه، الانفعال.

خامساً: الإطار النظري للدراسة Theoretical Background :

تتناول الباحثة في هذا الإطار عدداً من النقاط منها:

١-برنامج التدخل المهني :

البرنامج هو مجموعة الأنشطة المنظمة التي تستهدف الوصول إلى أهداف معينة وقد تشمل هذه الأهداف إكساب مهارات أو معارف أو إشباع احتياجات أو حل مشكلات^(١٤). ويعني التدخل المهني الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية التي توجهها استراتيجيات محددة لاستخدام أدوار وتكنيكات معينة لتحقيق أهداف محددة سلفاً عن طريق برنامج أو أكثر. كما يعني التدخل المهني في خدمة الفرد أحد الأنشطة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لإحداث التغيير في العميل ليشارك بفاعلية في النسق الاجتماعي الذي ينتمي إليه، كما يركز على الأشخاص المؤثرين في حياة العميل وحثهم على إحداث التغيير الملائم. ويعني كذلك عملية المساعدة التي يتم من خلالها تحقيق أهداف التدخل والتي تتمثل في مساعدة العميل حتى يمكن تحقيق دوره الاجتماعي على أكمل وجه ممكن^(١٥).

ويقصد ببرنامج التدخل المهني في الدراسة الحالية : مجموعة الأنشطة والأفعال المقصودة والمخططة القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي مع الشباب ذوي الإعاقة الحركية والتي تستهدف التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لديهم بإجراء التعديل المعرفي والانفعالي والسلوكي.

٢-العلاج العقلاني الانفعالي :

تستند الدراسة الحالية إلى العلاج العقلاني الانفعالي كمطلق نظري لها، وقد وقع اختيار الباحثة على هذا النوع من العلاج لعدد من المبررات أهمها:

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

- ١- أن العلاج العقلاني الانفعالي يهتم بالتعامل مع الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، والخجل الاجتماعي لدى الشباب المعاق حركياً قد تكون الأفكار اللاعقلانية والانهزامية عن نفسه وعن نظرة الآخرين له من أبرز أسبابه، كما أوضحت الدراسات السابقة التي نوهت عنها الباحثة في مشكلة الدراسة وبالتالي فإن هذا المدخل قد يأتي بالنتائج المرجوة في الدراسة الحالية.
- ٢- أن العلاج العقلاني الانفعالي غني بالتكنيكات العلاجية المعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والتي تساعد الباحثة في انتقاء ما يناسب كل حالة على حدة من تكنيكات.

* هذا وسوف تتناوله الباحثة بشيء من التفصيل في النقاط التالية:

أ- نشأة وتطور العلاج العقلاني الانفعالي^(٦٦):

* يعتبر (ألبرت أليس Albert Ellis) هو مؤسس العلاج العقلاني الانفعالي وهو أمريكي الجنسية ولد في عام (١٩١٣) وحصل على الماجستير في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا في عام (١٩٤٣)، وحصل على الدكتوراه في عام (١٩٤٧) ثم تلقى تدريبه كمعالج نفسي إلا أنه اكتشف مقاومة من عملائه لأسلوب التحليل النفسي.

* في عام ١٩٥٤ وضع أليس كل معلوماته الفلسفية والنفسية معاً وتوصل إلى أن الإنسان ليس كالحیوان لأنه يتميز باللغة وقادر على الاتصال بالآخرين، كما توصل إلى أن الحديث إلى الذات بطريقة سلبية هو سبب الأمراض العصبية والذهنية.

* في عام (١٩٥٥) كان أول استخدام للعلاج العقلاني الانفعالي لأليس.

* في عام (١٩٥٩) أسس معهد لتعليم مبادئ الحياة العقلانية.

* في عام (١٩٧٧) قدم أليس نموذجاً لفروض نظريته التي توضح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك الإنساني.

* في عام (١٩٧٨) أسس معاهد للعلاج العقلاني الانفعالي في نيويورك وغيرها من المدن والدول الأخرى.

* ومن فروض نظرية أليس:

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

- ١- التفكير يحدث الانفعال.
- ٢- الأحاديث الذاتية والمفاهيم الخاطئة تؤثر على انفعال الفرد وسلوكه وتؤدي إلى اضطرابه الانفعالي.
- ٣- تتأثر حالة الفرد المزاجية ومعرفته لأفكاره ومعتقداته وما يقوله لنفسه مما يبعث على الفرح أو الحزن.
- ٤- تعتبر الدراية والاستبصار والمراقبة من العمليات المعرفية الهامة في تغيير وتعديل السلوك المضطرب.
- ٥- تفكير الفرد بطرق لفظية أو غير لفظية يؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.
- ٦- التفكير اللاعقلاني يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي مما يؤثر على حالة الفرد المزاجية.
- ٧- يتوقف سلوك الفرد على مدى تحكمه في المصادر الداخلية والخارجية للذات مما يؤثر في انفعاله وسلوكه.

٨- الأساليب الدفاعية التي يستخدمها الفرد لإخفاء وإنكار أفعاله الخاطئة تزيد من الاضطراب الانفعالي.

٩- توقع الفرد للتهديد سواء كان حقيقياً أو وهمياً يزيد من اضطرابه الانفعالي.

وبصفة عامة يعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن التفكير يحدث الانفعال وأن الإنسان يمارس بينه وبين نفسه حواراً يسمونه (حديث الذات) وهذا الحديث يأتي في ضوء حوادث أو تجارب يتعرض لها الفرد فتؤدي إلى حوار مع نفسه ومن ثم يؤدي ذلك إلى انفعالات فورية قد تكون غير منضبطة فتدفع إلى سلوك خاطئ^(٦٧).

ب) مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي The Rational Emotive Therapy Concept:

يقصد بمصطلح العقلانية: العوامل التي تساعد على تحقيق البشر لأهدافهم الأساسية^(٦٨). كما تعني العقلانية أيضاً قدرة الشخص على استخدام قدراته

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

العقلية في التفكير والحكم على الأمور والاختيار بين البدائل^(٦٩). أما العلاج العقلاني الانفعالي فهو مدخل علاجي قائم على نظرية الإدراك التي وضعها (هارولد ورنر Harold Wernner) وتركز على العمليات الفكرية العقلية للعميل، كما أنه قائم على أفكار (ألبرت أليس Alpert Ellis) حيث يشجع العميل على التمييز بين ما هو حقيقة موضوعية في البيئة وما هو غير دقيق وسلبى^(٧٠). وفي علم النفس فإن العلاج العقلاني الانفعالي يقصد به أحد العلاجات التي قدمها ألبرت أليس، ويستهدف مواجهة الخلل أو الاضطراب العقلي، ويرى أصحاب هذا المدخل أن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن المعتقدات الغير منطقية أو اللاعقلانية، وهذه المعتقدات مطلقة وغير واقعية وغير موضوعية^(٧١). وفي الخدمة الاجتماعية يعني العلاج العقلاني الانفعالي أنه أحد العلاجات التي قدمها أليس والتي تشير إلى أن أفعال الإنسان تتوقف على حديث الذات، وأن حديث الذات الذي نقوم به تجاه أي حدث يعتمد على المعتقدات، والاتجاهات، والقيم، والرغبات، والدوافع، والأهداف، والحاجات، كما أنه يرى أننا لا نستطيع السيطرة على الأحداث التي تواكبنا، ولكننا نملك القدرة على تغيير انفعالاتنا وأفعالنا غير المرغوبة^(٧٢).

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي على عدد من المسلمات المتعلقة بطبيعة الإنسان وتشمل^(٧٣):

١- الإنسان متفرد في نوعه وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

٢- التفكير والانفعال ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير، والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلائي.

٣- يرجع التفكير غير العقلاني إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه الاستعداد لذلك التعلم بيولوجياً، كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة ومن الثقافة التي يعيش فيها.

٤- يمكن مهاجمة الانفعالات السلبية بإعادة تنظيم المدركات والأفكار بحيث

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

يصبح التفكير منطقياً وعقلانياً أكثر.

ويقصد بالعلاج العقلاني الانفعالي في الدراسة الحالية:

- المدخل العلاجي الذي يهتم بالتعامل مع الأفكار والأحداث الذاتية اللاعقلانية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة.
- قد تتعلق هذه الأحداث الذاتية والأفكار اللاعقلانية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة بأنفسهم، وظروف إعاقتهم، والنظرة المتذنية لأنفسهم، كما تتعلق بوجهة نظر هؤلاء الشباب في نظرة الآخرين لهم، وعلاقاتهم الاجتماعية المختلفة.

- يؤدي بهم ذلك إلى حالة من الاضطراب الانفعالي قد تكون نتيجته الانسحاب الاجتماعي والهروب من الاندماج في المواقف الاجتماعية المختلفة، أو التصرف في بعض هذه المواقف دون لباقة اجتماعية.
- يهتم هذا المدخل بتعديل هذه الأحداث الذاتية والأفكار اللاعقلانية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية تعديلاً إيجابياً عن طريق استخدام الباحثة للأساليب المعرفية والسلوكية والانفعالية المناسبة.

ج- المفاهيم الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي^(٧٤)، وتشمل:

١- الاستعداد البيولوجي: أي يولد البشر ولديهم استعداد قوي لأن يكونوا منطقيين ومنجزيين ولديهم أيضاً استعداد قوي لأن يكونوا غير منطقيين وغير منجزيين.

٢- التفاعل بين الأفكار والمشاعر والسلوك: فهناك تأثير وتأثر بين الأفكار والمشاعر والسلوك، إذ يرى أليس إن كل البشر العاديين يفكرون ويتصرفون في صورة تفاعلية وتبادلية فالصورة الكاملة للعلاج العقلاني الانفعالي تستخدم الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية لتغيير الشخصية.

٣- تأثير المجتمع: حيث يميل الأفراد لأن يخضعوا للتأثير سواء من الأسرة أو البيئة المحيطة.

٤- الحديث إلى الذات: يرى أليس أن الانفعالات السالبة مثل القلق والإحباط

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

والاكتئاب والاضطراب الانفعالي هي نتيجة لما يردده الفرد من جمل وعبارات وأفكار لا عقلانية ولا واقعية ولا تقوم على خبرة تجريبية دقيقة.

٥- التقييم الذاتي: يلجأ الفرد بعد كل موقف إلى أن يُقيم ذاته من حيث أفكاره وأفعاله وغالباً ما يتسم هذا التقييم بالسلبية وشدة لوم الذات ولا يعتمد على الموضوعية أو العقلانية مما يساعد على حدوث الاضطرابات النفسية.

٦- التفكير اللامنطقي وعلاقته بالاضطراب: فالاضطرابات الانفعالية الشديدة لا تنشأ من الخبرات وإنما تنشأ من الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الأفراد حول هذه الخبرات.

٧- قوة تأثير العلاج المعرفي: أي أن أكثر صور المعالجات فاعلية التي تميل إلى أن تكون معرفية بشكل أساسي بجانب كونها سلوكية أو انفعالية.

٨- أهمية الاستبصار: إن وظيفة المعالج العقلاني الانفعالي ليست فقط تنمية الاستبصار بأسباب المشكلة لكن مساعدة العميل لتقدير أهمية هذه المعلومات وتنمية المسؤولية والالتزام باستخدام هذه المعلومات^(٧٥).

د أهداف العلاج العقلاني الانفعالي وتتمثل في الآتي:

١- مساعدة العميل في التعرف على أفكاره اللاعقلانية والتي تسبب القلق.

٢- تمكين العميل من الاعتراض على هذه الأفكار اللاعقلانية.

٣- تشجيع العميل على تعديل أفكاره وتبني فلسفة جديدة للحياة تكون أكثر عقلانية وتحكماً في الانفعالات والسلوك^(٧٦).

٤- تنمية صفة الشجاعة وتحدي الواقع وتغييره لدى العميل.

٥- الاهتمام بالذات. ٦- تنمية الاستقلالية.

٧- تنمية تحمل المسؤولية.

٨- الاعتراف بحقوق الآخرين. ٩- قبول الذات والتقليل من لومها.

١٠- التسامح مع الآخرين. ١١- التقليل من الكراهية والغضب والانعزال^(٧٧).

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

هـ الأساليب العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي وتشمل:

١- الأساليب المعرفية: لمساعدة العميل على تغيير أفكاره اللاعقلانية وفلسفته اللامنطقية واستبدالها بالأفكار العقلانية والفلسفة المنطقية ، والاستراتيجية الأساسية هنا هي إعادة الفهم التي تعتمد على الاستعراض المعرفي، ويتعلم العميل ويدرك معلومات وخبرات ومهارات جديدة لم يدركها من قبل ، ومن هذه الأساليب:

*التشجيع .. لتشجيع العميل على الحديث واستعراض أفكاره.

*المواجهة .. لتوضيح الحقائق التي تناقض أفكاره اللاعقلانية ودحضها.

*الاستعراض المعرفي .. للحقائق والخبرات السابقة لتعليم المنطق وأسلوب التفكير العلمي.

*العلاج التوجيهي النشط .. لكشف الأفكار اللاعقلانية وتوضيح عدم منطقيتها والاعتراض عليها، وحث العميل على استبدالها بطريقة إيجابية ومنطقية.

*الإيحاء الذاتي .. بأن يُزين العميل لنفسه اعتقاداً بعينه عن طريق ترديد صياغات لفظية بعينها حتى يتحقق له في النهاية المطابقة بين النهاية المرغوبة واعتقاده الذاتي^(٧٨).

*المنطق والإقناع .. من خلال تأثير الأخصائي في عقل العميل بالمنطق والواقعية.

*تنمية المسؤولية الذاتية لدى الفرد، تدعيم القدرة على اتخاذ القرار، معاشاة الواقع.

٢- الأساليب الانفعالية: أي التعامل مع خبرات العميل السابقة المرتبطة بالمشكلة ومشاعره وردود أفعاله تجاه المواقف المختلفة، والعلاج هنا هو عملية تعليمية للتفكير بعقلانية ومواجهة حديث الذات السلبي اللاعقلاني بأساليب انفعالية متعددة، والاستراتيجية الأساسية هنا هي إعادة التعلم وإعادة التربية سواء تعلم أفكار وأحاديث ذاتية أو إعادة تعلم مهارات جديدة وتبني فلسفة للحياة تساعد العميل على حل مشكلاته الحالية والمستقبلية،

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

وذلك التخلص من أسباب الضيق وأعراض أي توتر انفعالي ، ومن هذه الأساليب:

* التعطيفات، والإيحاء، والتعزيز .. لمساعدة العميل على اكتساب الثقة في نفسه والشعور بالتفاؤل.

* التعليم .. من خلال تعليم العميل عبارات إيجابية بدلاً من العبارات السلبية عن نفسه وعن الآخرين، وتعليم العميل مهارات حل المشكلة وتعليم العميل الصبر على الشدائد والتكيف معها، وتعليم العميل الضبط الذاتي وعدم إظهار المشاعر السلبية وتقبل الذات والاتزان الانفعالي في المواقف الحرجة.

* التخيلات الانفعالية .. من خلال استعمال التخيلات السلبية التي يقوم بها العميل عن طريق تخيل نفسه يشعر بشعوره السلبي كرد فعل لموقف معين ثم يرى نفسه بغير هذه المشاعر (بعكسها الإيجابي).

* التعاطف .. مع العميل في أي موقف يعاني منه بالدونية والقلة.

٣- الأساليب السلوكية: وتهتم بالتعامل مع السلوك الظاهر للعميل الناتج عن التفكير غير العقلاني، وعن طريق هذه الأساليب تتحسن علاقته الاجتماعية وأدائه وتعدل اتجاهاته وأفكاره وسلوكه، ومنها:

* التدعيم والجزاءات .. وذلك لمساعدة العميل على التغيير وتكرار السلوكيات التفاعلية الإيجابية.

* الواجبات المنزلية .. بتحديد بعض الواجبات المنزلية المباشرة كتدوين بعض الأفكار اللامنتطقية أو قراءة كتب أو أداء بعض الأعمال التي كان يخشى العميل القيام بها.

* النمذجة وتمثيل الأدوار لتشجيع العميل على المخاطرة بأدوار جديدة يخشاها.

* الممارسة الزائفة .. بإعطاء العميل أمثلة من الحياة قد تكون غير واقعية تساعد في إدراك قيمة ذاته.

* تنمية القدرة على الصبر والاحتمل.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

*الحث : من خلال حث العميل على المعالجة بالضد.

*مساعدة العميل على اختيار النموذج السوي والقذوة الحسنة^(٧٩).

هذا وسوف توضح الباحثة عند حديثها عن برنامج التدخل المهني كيف تم وضع الأساليب التي استخدمت مع الشباب ذوي الإعاقة الحركية موضع التنفيذ.

و- دور المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي^(٨٠)، ويشمل الآتي:

١-مساعدة العميل على التعبير عن انفعالاته وأفكاره اللاعقلانية وتشجيعه في التعبير عنها، ومهما كانت الانفعالات أو المخاوف التي يبديها العميل فإن المعالج يُعيد دائماً إلى الأفكار غير العقلانية التي تكمن وراء الانفعالات.

٢-توضيح للاعقلانية أفكار العميل ومساعدته على فهم لماذا وكيف أصبح كذلك، وهنا يجب ألا يتردد المعالج في مناقشته ومناقضته ونفي ما يقوله العميل متخذاً أمثلة من حياة العميل، أو حياة الناس عموماً.

٣-توضيح العلاقة بين أفكار العميل اللامنطقية وتعاسته واضطرابه الحالي، والبحث عما يراه العميل نفسه (ينبغي أن) أو (يجب أن) ويهاجم هذه الافتراضات.

٤-يقوم المعالج بالدور التعليمي من خلال :

-جعل العميل يعيد عبارات الإحباط.

-توضيح جوانب الارتباط غير المنطقي في أحاديثه الذاتية وأثرها على اضطراباته.

-تعليمه كيف يعد للتفكير ويتحدث وينقض ويفهم العلاقة بين الأفكار السلبية وتطم أساليب أكثر إيجابية.

٥-يمكن للمعالج أن يقوم بدور الداعية المضاد، والمشجع للعميل على تأدية ما كان يخشاه.

ز- العلاج العقلاني الانفعالي والخجل الاجتماعي:

تتمثل المشكلة الحالية وفقاً لهذا المدخل في أن الشباب ذوي الإعاقة

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

الحركية يواجهون الخجل الاجتماعي والذي تتجلى مظاهرها في هروب هؤلاء الشباب من المواقف الاجتماعية المختلفة والتصرف في المواقف الاجتماعية التي تجبرهم الظروف على التواجد فيها بطريقة تتناقض مع المطلوب في مثل هذه المواقف، ويرى العلاج العقلاني الانفعالي أن أسباب هذه المشكلة تتمثل في تبني هؤلاء الشباب للأفكار اللاعقلانية واللامنطقية عن أنفسهم وعن الآخرين، وأكدت تلك الدراسات السابقة التي نكرتها الباحثة سابقاً. فتسيطر عليهم فكرة أنهم موضع سخريه ورفض الآخرين ومقارنة معهم، وكذلك فكرة الشعور بالخزي، ويتبع هذه الفكرة عدداً من الأفكار اللاعقلانية الأخرى والتي تشمل:

-انشغالهم بكيفية تفكير الآخرين فيهم أكثر من اهتمامهم بأسلوب تفكيرهم أحياناً.

-تبنيهم لفكرة أن الإعاقة الحركية تمنعهم من الشعور بالكفاءة، وأن النجاح والإعاقة ضدان، أو الإعاقة وتحقيق الذات ضدان.

-الاعتقاد في أن لوم النفس ولوم الآخرين أو العدوان عليهم أو تجنبهم كل ذلك يقي المعاق حركياً من تعرضه لأي إساءة أو ألم.

-أن الشعور بالاكنتاب والهروب من المواقف الاجتماعية بسبب الآخرين، وأن الشعور بالتعاسة لا يدخل لهم فيه.

-من واجب الآخرين تحمل مسئولية المعاق وإشعاره بالسعادة.

-من الأسهل والأفضل تجنب المواجهات الصعبة أو مواقف المواجهة.

-أن الانطواء والانسحاب الاجتماعي هما ما يجب على المعاق فعله.

-تبني فكرة أن المعاق لا حول له ولا قوة تجاه أحداث الحياة.

-توقع أحداث سيئة ومخيفة صحياً واجتماعياً والتفكير فيها.

-اللوم المستمر والتأنيب لذاتهم على أي تصرف.

-اعتقادهم في أن الآخرين دائماً ينتقدونهم ويسخرون منهم ويكرهونهم أحياناً.

ويترتب على هذه الأفكار اللاعقلانية بعض الانفعالات لدى المعاق حركياً

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

(الغضب، الكراهية، الاكتئاب ... إلخ) والتي تدفع به إلى سلوكيات غير منضبطة أو خاطئة (كأن يهرب المعاق من أي موقف اجتماعي تجنباً لذلك، وإذا تواجد في بعض المواقف الاجتماعية رغماً عنه فتكن تصرفاته خالية من اللباقة الاجتماعية) سواء بالجلجلة أو التهتة أو الارتعاد أو احمرار الوجه أو خفقان القلب أو الرد بعنف أو غير ذلك.

٣- الخجل الاجتماعي : تكشف لنا أدبيات علم النفس والاجتماع التي تناولت الخجل عن تباين في رؤى هذا الموضوع، فقد اتجهت بعض التعريفات توجهاً فسيولوجياً موضحة أن الخجل يصاحبه ردود أفعال فسيولوجية كاحمرار الوجه وزيادة النبض وبرودة اليدين، بينما اتجهت بعض التعريفات توجهاً سيكولوجياً بأن الخجل شعور بالقلق وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية، واتجه البعض توجهاً معرفياً موضحين أن الخجل يصاحبه وجود خلل وظيفي وأفكار مشوشة وأفكار سلبية نحو الذات. وللخجل الاجتماعي أشكال متعددة، فقد تناول (إيزنك وإيزنك) نوعين من الخجل هما الخجل العام ويقصد به السلوك السيء وأهم ما يميزه الفشل في الاستجابة للمواقف الاجتماعية المختلفة، والخجل الخاص أي الخاص بالشعور الذاتي وعدم الارتياح والخوف من التقييم السلبي^(٨١). كما أن هناك من يرى أن أشكال الخجل تتمثل في .. خجل مخالطة الآخرين، خجل الحديث، خجل الاجتماعات، خجل المظهر، خجل التفاعل مع الكبار، خجل حضور الاجتماعات أو المناسبات^(٨٢). وتتناول الباحثة في دراستها كل هذه الأنواع بشكل عام. ومن العوامل المحددة للخجل الآتي^(٨٣):

- ١- العوامل البيولوجية: أي الاستعدادات الموروثة التي يمكن أن تجعل الفرد مستهدفاً للحرع مثل .. التكتم الاجتماعي، الحياء المفرط.
- ٢- العوامل الاجتماعية: وترتبط بالتنشئة الاجتماعية التي تساعد على نمو الحرع لدى الفرد.

٣- المواقف الاجتماعية: وتتمثل في فقدان السيطرة على الجسم، التحدث أمام جمهرة من الناس، مقابلة شخص تتمنى تجنبه، ضحك الآخرين

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

وسخريتهم.

وعموماً يتسم الشخص الخجول بالانطوائية، العصبية، الحساسية الزائدة، القلق، انخفاض تقدير الذات، الشعور بعدم الجدارة في الأداء، ضعف الثقة بالنفس، الشعور بالذنب، والانسحاب من المواقف، والميل إلى الصمت، والبطء في الحديث مع الآخرين مع صعوبة إظهار وتوضيح كفاءته الحقيقية عند التعامل مع الآخرين. وللخجل الاجتماعي أسباب تشمل^(٨٤):

- ١- فقدان الفرد التوازن الحركي.
 - ٢- فشل الفرد في إظهار نفسه بالصورة المطلوبة أمام الآخرين.
 - ٣- فشل الفرد في إتقان الدور المناسب أمام الآخرين.
 - ٤- العاهات البدنية لدى الفرد وما يصاحب ذلك من مشاعر نقص.
 - ٥- الشعور بالغرابة بين الأهل وكذلك في البيئة المحيطة.
 - ٦- عدم التعويد على الاختلاط مع الآخرين.
- كما أن هناك مجموعة من الأسباب الأخرى تشمل:
- ٧- التنشئة الاجتماعية في بيئة منعزلة تحرم الفرد من اكتساب خبرات اجتماعية متعددة.
 - ٨- التنشئة في أسرة خجولة.
 - ١٠- نشأة الفرد وحيداً.
 - ١١- سوء التنشئة الاجتماعية والتي تبث الخجل في نفس الابن.
- إضافة إلى أن الظروف الاقتصادية المتدنية أو الظروف الاجتماعية المضطربة قد تكون سبباً للخجل.
- وللخجل مظاهر متعددة وتشمل:
- أ- مظاهر عضوية .. كاحمرار الوجه، ارتفاع ضربات القلب، صعوبة التنفس، عدم قدرة العين على النظر بثقة للأمام، تصيب العرق، الميل إلى القئ والإغماء في بعض الحالات.
 - ب- مظاهر معرفية .. كالأفكار اللاعقلانية عن نفسه بالضعف وعدم السواء

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

والفشل ... إلخ، التآييب المستمر للنفس والعتاب، سوء الظن بالآخرين، والتفسير غير الواقعي للمواقف والأحداث^(٨٥).

ج-مظاهر سلوكية: مثل العزلة خاصة مع أفراد الجنس الآخر، الخوف الشديد من التحدث أو الأكل أو غيرهما أمام الآخرين، البطء في الحديث الذي قد يصل إلى حد الصمت مع الجماعات أو الغرباء، الانسحاب وتجنب القيادة أو الظهور أمام الآخرين، وعدم الدفاع عن حقوقه، ويصف المعاق نفسه بأنه أكثر كبتاً وشعوراً بالوحدة وأقل لباقة من الآخرين.

وبنظرة إلى هذه المظاهر نجد أن عديد من الدراسات قد أكدت، وأثبتت عديد من الدراسات الأخرى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في التعامل معها كما سبق وأن أوضحته الباحثة في مشكلة الدراسة كدراسة (عفاف راشد، ١٩٩٨) و(حمدي منصور، ٢٠٠٠) و(Dana Liber, 2002) و(Pace و Robert, 2006). وللخجل عديد من الأضرار أبرزها:

١- عدم قدرة الفرد على الإقبال والإقدام على المواقف بجرأة ولا يمكن أن يتعلم أو يستطيع قيادة أية جماعة ولا يجابه المواقف الصعبة وكل هذا يؤدي إلى انخفاض الثقة بالنفس وإعاقة النمو النفسي^(٨٦).

٤) الشباب ذوي الإعاقة الحركية Youth of Motor Disapility :

يعرف الشباب أولاً .. بأنه تلك المرحلة التي يتم فيها اكتمال البناء العضوي والوظيفي للمكونات الأساسية للإنسان^(٨٧). كما أنها مرحلة من مراحل العمر تتحدد بمقياس زمني في ضوء خصائص متماثلة يمثلها المعيار البيولوجي المميز لتلك المرحلة، أو بمقياس سيكولوجي يعتمد على طبيعة الأوضاع التي يمر بها المجتمع، أو بمقياس سيكولوجي وسلوكي باعتبارها مرحلة تشكل مجموعة من الاتجاهات السلوكية ذات الطابع الخاص^(٨٨). ورغم اختلاف الآراء حول تحديد المرحلة العمرية إلا أن معظم الآراء قد اتفقت على تحديدها بين (١٥-٣٢) سنة^(٨٩). أما الإعاقة الحركية فبأنها تعني إعاقة تعوق الفرد عن الحركة بسبب خلل أو عاهة أو مرض أصاب العضلات أو المفاصل بطريقة تحد من وظيفتها العادية، أو فقد أحد الأطراف

مما يؤثر على تعليم المعاق وعلى إعالته لنفسه وعلى تكيفه الشخصي والاجتماعي^(٩٠). وهناك من يراها على أنها إعاقة في الجهاز الحركي للجسم لها تأثير سلبي رئيسي وواضح على حركة الجسم واستقامته وتوازنه مثل الشلل الدماغي، تشوه الأطراف، كسور العظام، ضمور العضلات، شلل الأطفال، بتر الأطراف^(٩١). ويعني المعاق حركياً ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها الطبيعية العادية^(٩٢). كما يعرف أيضاً بأنه الشخص الذي يتشكل لديه عائق يحرمه من القدرة على القيام بوظائفه الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم ذهابه إلى المدرسة مثلاً، أو أن هذا العائق لا يمكنه من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة^(٩٣).

سادساً: الإجراءات المنهجية للدراسة Methodological Procedures of the Study

١- نوع الدراسة Type of the Study:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التجريبية والتي تستهدف قياس أثر متغير تجريبي مستقل وهو (العلاج العقلاني الانفعالي) على متغير آخر تابع وهو (الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية).

٢- منهج الدراسة Methodology of the Study:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باستخدام التجربة القبلية البعدية لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، حيث قامت الباحثة بإجراء القياس القبلي على المجموعتين ثم التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية ثم إجراء القياس البعدي على المجموعتين وإجراء المقارنات بينهما.

٣- فروض الدراسة Study Hypotheses :

تحاول الدراسة الحالية اختبار صحة الفرض الرئيسي التالي:
- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

القائم على العلاج العقلاني الانفعالي والتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

ويتمتع من هذا الفرض الرئيسي الفروض الفرعية التالية:

١- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل

المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي وتنمية قدرة الشباب ذوي

الإعاقة الحركية على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

٢- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل

المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي وتحسين اللباقة الاجتماعية

لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

٤- أدوات الدراسة Study's Tools :

اعتمدت الباحثة على تطبيق الأدوات الآتية :

١- استمارة بيانات مُعرفة لعينة الدراسة (من إعداد الباحثة) وقد اشتملت

على بيانات تتعلق بـ (السن، النوع، الحالة الاجتماعية، المؤهل، محل

الإقامة، الحالة المهنية، الدخل الشهري، تصنيف الإعاقة الحركية).

٢- ملفات الشباب بالنادي.

٣- نموذج أفكار (أليس Ellis) اللاعقلانية للوقوف على الأفكار اللاعقلانية

لدى أفراد المجموعتين والتي تؤدي إلى الخجل، وسوف تعرض الباحثة

العمليات الإحصائية الخاصة بالفروق بين القياسات القبليّة والبعديّة

للمجموعتين في ملاحق الدراسة.

٤- مقياس الخجل الاجتماعي للشباب ذوي الإعاقة الحركية (من إعداد

الباحثة).

وقد اتبعت الباحثة الخطوات الآتية لإعداد المقياس:

أ- الاطلاع على الكتابات النظرية المتعلقة بالخجل والإعاقة الحركية.

ب- الاطلاع على الدراسات السابقة عربياً وأجنبياً والمتعلقة بالخجل

والإعاقة الحركية.

ج- الاطلاع على المقاييس المرتبطة بالموضوع وشملت:

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

- * مقياس الخجل الموقفي (حمدي عبدالكريم ١٩٩١).
- * مقياس الخجل (حسين الدريني ١٩٩٣).
- * مقياس الخجل لدى الطفل الوحيد (جيهان القط ٢٠٠٠).
- * مقياس الخجل الاجتماعي لدى تلميذات المرحلة الإعدادية (هناء أمين ٢٠٠٥).
- * مقياس الأفكار اللاعقلانية للمعاقين بصرياً (أشرف عبدالحميد).
- * مقياس العلاقات الاجتماعية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية (أشرف عبدالحميد).
- * مقياس الخجل لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية (علي محرم ٢٠٠٥).
- * استمارة معوقات الدمج الاجتماعي للمعاقين حركياً (علي دندراوي ٢٠٠٥).
- * استمارة حقوق الإنسان للمعاقين حركياً (أبو النجا العمري ٢٠٠٧).
- د- تحديد الأبعاد الرئيسية للمقياس، وقد تضمن المقياس بعدين رئيسيين هما:
 - الهروب من الواقع الاجتماعي .. أي الابتعاد عن المشاركة في مواقف الحياة اليومية.
 - نقص اللباقة الاجتماعية .. أي التخطي في الرد على أي موقف يتواجد فيه المعاق حركياً.
- هـ- قامت الباحثة بصياغة العبارات المناسبة لكل بعد وبلغ مجموع العبارات في صورتها الأولية (٨٠) عبارة، وقامت الباحثة بعرضها على (٨) من المحكمين من الأساتذة في الخدمة الاجتماعية وعلم النفس، وقد أسفرت هذه الخطوة عن استبعاد (٦) عبارات لم تصل نسبة الاتفاق فيها إلى (٨٠%)، وبذلك بلغ عدد عبارات المقياس (٧٤) عبارة لكل بعد (٣٧) عبارة.
- * وقامت الباحثة بتصحيح المقياس وفقاً للتدرج الثلاثي (نعم، إلى حد ما، لا) بواقع (٣،٢،١) وذلك في العبارات الإيجابية، وبواقع (١،٢،٣) للعبارات

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

السلبية، وبذلك تصبح الدرجة الكلية للمقياس (٢٢٢) درجة منها (١١١) درجة للبعد الأول، و(١١١) درجة للبعد الثاني، وقد اشتمل المقياس على (٨) عبارات سلبية بواقع (٤) عبارات لكل بعد وهي أرقام (٩، ١٠، ١١، ١٢)، أما باقي العبارات في البعدين فهي عبارات إيجابية^(٥).

وقامت الباحثة بحساب صدق المقياس وقد اعتمدت الباحثة على نوعين:
*الصدق الظاهري: من خلال آراء المحكمين.

*صدق الاتساق الداخلي: وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس وبين المقياس ككل وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (١) يوضح الاتساق الداخلي للمقياس

الأبعاد	الهروب من الواقع الاجتماعي	نقص المبالغة الاجتماعية	المقياس ككل
الهروب من الواقع الاجتماعي	—	٠,٥٦٦	٠,٩٢١
نقص المبالغة الاجتماعية	—	—	٠,٨٤٣

توضح بيانات الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين بعدي المقياس وبينهما وبين المقياس ككل مما يشير إلى قوة الاتساق الداخلي للمقياس.

زقامت الباحثة بحساب ثبات المقياس من خلال إعادة الاختبار بفواصل زمني (١٥) يوماً على الشباب ذوي الإعاقة الحركية، وكانت النتائج كالتالي:

(٥) العبارات الإيجابية : أي التي تقيس الخجل والعكس.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

جدول رقم (٢) يوضح معامل ثبات المقياس

الأبعاد	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الهروب من الواقع الاجتماعي	٠,٩٩٦	دالة عند مستوى (٠,٠١)
نقص المبالغة الاجتماعية	٠,٩٩١	دالة عند مستوى (٠,٠١)
المقياس ككل	٠,٩٩٣	دالة عند مستوى (٠,٠١)

توضح بيانات الجدول السابق أن معامل الارتباط بين تطبيق مقياس الخجل الاجتماعي للشباب ذوي الإعاقة الحركية الأول والثاني (٠,٩٩٣) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) ويدلنا ذلك على ثبات المقياس.

٦- أدوات التحليل الإحصائي (الوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار (ت)، معامل ارتباط بيرسون).

٥- مجالات الدراسة Study's Fields :

أ- المجال المكاني Location of the Study :

طبقت الدراسة الحالية بنادي الإرادة والتحدي بمدينة كفرالشيخ وقد وقع اختيار الباحثة على هذا المكان للمبررات الآتية:

- ١- أن هذا النادي هو أكبر نادي للمعاقين على مستوى المحافظة.
- ٢- توافر أكبر عدد من الحالات الذين تنطبق عليهم شروط الدراسة.
- ٣- إشراف الباحثة على تدريب طلبة المعهد بالنادي وخبرتها بالمكان.
- ٤- ترحيب المسؤولين بالنادي بإجراء الدراسة.
- ٥- موافقة حالات للدراسة على التعاون مع الباحثة.

ب-المجال البشري Population :

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٢٠) شاب من المعاقين حركياً المشتركين بالنادي السابق ذكره، وقد سحبت هذه العينة من إطار معاينة بلغ (٣٥) مفردة بطريقة عشوائية، وقد قسمت هذه العينة إلى مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منها (١٠) مفردات وفقاً للشروط الآتية :

١- أن تتراوح الأعمار ما بين (٢٥-٣٢) عام.

٢- أن تقل مدة مشاركتهم بالنادي عن عام.

٣- أن يكونوا متعلمين.

٤- أن يكونوا من سكان محافظة كفرالشيخ.

٥- أن يقبل المبحوث تدخل الباحثة معه.

٦- أن يحصل المبحوث على درجة عالية في مقياس الخجل الاجتماعي.
خطوات اختيار العينة:

-قامت الباحثة بتحديد إطار المعاينة والذي تمثل في الشباب ذوي الإعاقة الحركية بالنادي المذكور وقد بلغ عددهم (٧١) مفردة.

-تم استبعاد عدد (٣٠) مفردة لا تنطبق عليهم شروط العينة.

-قامت الباحثة بتطبيق مقياس الخجل الاجتماعي لتحديد عينة الدراسة.

-أسفرت هذه الخطوة عن اختيار (٢٠) مفردة ممن حصلوا على درجات مرتفعة في الخجل الاجتماعي والتي تتراوح بين (١٧٤-٢٢٢) (*)

-تم تقسيم العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) مفردات.

ج-المجال الزمني Duration of the Study :

استغرقت الدراسة الحالية خمسة أشهر ميلادية ونصف من منتصف شهر

(*) قامت الباحثة بتحديد درجة الخجل كالاتي:

٧٤-٩١ لا يوجد خجل، ٩٢-١٠٩ خجل قليل، ١١٠-١٢٧ خجل متوسط، ١٢٨-١٧٤ خجل شديد،

١٧٥-٢٢٢ خجل شديد جداً.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

أغسطس ٢٠١١ وحتى أوائل شهر فبراير ٢٠١٢ م.

سابعاً: برنامج التدخل المهني Intervention Program :

١- أهداف البرنامج: يتحدد الهدف العام للبرنامج في: اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

ولتحقيق هذا الهدف يجب تحقيق الأهداف الفرعية الآتية:

١ - اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية قدرة الشباب ذوي الإعاقة الحركية على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.

٢ - اختبار فاعلية برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي في تحسين وتنمية اللباقة الاجتماعية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

ويتحقق ذلك إجرائياً من خلال تنفيذ الآتي:

أ- إجراء التعديل المعرفي للأفكار غير العقلانية وأنماط التفكير الخاطئة التي يتبناها الشباب ذوي الإعاقة الحركية عن نظرتهم لأنفسهم، وتفسيرهم لنظرة الآخرين لهم والتي تؤدي بهم إلى الخجل.

ب- إجراء التعديل الانفعالي للمشاعر والأحاسيس وردود الأفعال السلبية المرتبطة بمواقف الخجل لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

ج- إجراء التعديل السلوكي لأنماط السلوك المضطربة والمصاحبة لمواقف الخجل لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية واستبدالها بسلوكيات إيجابية، وتعلم سلوكيات إيجابية جديدة.

وتنوه الباحثة هنا إلى أن التعديل المعرفي والانفعالي والسلوكي يصعب الفصل بينهم عملياً.

٢- أدوات التدخل:

استخدمت الباحثة المقابلات الفردية مع الشباب ذوي الإعاقة الحركية من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وسوف تعرض الباحثة تسجيلاً

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

لبعض المقابلات في ملاحق الدراسة.

٣- مراحل إعداد البرنامج، وفيها:

أمرحلة تحديد خطوط الأساس.. وفيها تم الآتي:

* تطبيق أدوات القياس واستخلاص التشخيص الدقيق لكل حالة بالإضافة إلى مراجعة الملف الخاص بها للتعرف على بعض الجوانب الاجتماعية والنفسية لكل شاب.

* وصف العلاج العقلاني الانفعالي وفلسفته للشباب ذوي الإعاقة الحركية مع تبسيط المصطلحات.

* التعاقد الشفهي بين الباحثة والشباب ذوي الإعاقة الحركية عينة الدراسة. * تكوين علاقة مهنية مع الشباب قوامها التقدير، والتقبل، والحرية، في عرض الآراء والأفكار.

* تشجيع الشباب ذوي الإعاقة الحركية على استحضار أفكارهم اللاعقلانية وأحاديث الذات السلبية.

ب- مرحلة تنفيذ البرنامج :

وفي هذه المرحلة قامت الباحثة بعدد من الخطوات هي: -حل الرابطة المباشرة بين الظروف والمشاعر وإلقاء الضوء على الأفكار اللاعقلانية وتوضيح تحمل الشباب لمسئولية الانفعال والسلوك الإشكالي، وكذلك تحديد الترابط بين الأفكار والنتائج. -تفنيد وإعادة بناء الأفكار المعرفية. -علاج أوجه النقص في المهارات المختلفة التي تساعد الشباب على التواصل والتفاعل مع الآخرين دون خجل. -تمكين الشباب ذوي الإعاقة الحركية من تطبيق المهارات التي حصلوا عليها من العلاج في بيئاتهم. وقد تم ذلك من خلال جلسات العلاج العقلاني الانفعالي بشكل فردي مع كل حالة، وقد وضعت الباحثة ما سبق موضع التنفيذ كالآتي:

١- أوضحت الباحثة في البداية للشباب ذوي الإعاقة الحركية أن ما يعانونه من خجل إنما يرجع إلى سببين، أولهما: ما يتبنونه من أفكار ومعتقدات خاطئة سواء عن أنفسهم (أنهم غير أسوياء، أنهم ضعفاء، أنهم سيئون،

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

أنهم فاشلون، أنهم تافهون، أنهم غير مرغوب فيهم) أو عن رؤية الآخرين لهم (أنهم مثار شفقة الآخرين، أنهم مثار استطلاع وتعجب الآخرين، أنهم مثار سخرية الآخرين). وثانيهما: أنهم يتقصصهم المعارف والمهارات الخاصة بالتعامل مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة. كما أوضحت لهم الباحثة أن هذه الأفكار الخاطئة استتبطوها من أنفسهم، أو تبنوها نقلاً عن الآخرين؛ وما زالوا يتبنونها حتى الآن، وأنها سبب ما هم فيه من رغبة في تجنب المواقف الاجتماعية، والتصرف في المواقف دون لباقة، إضافة إلى ما يشعرون به من حساسية زائدة، وعصبية، وشعور بعدم الجدارة، وضعف الثقة في النفس، وقلق، ... وغير ذلك. كما أوضحت لهم الباحثة أن هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة ستزيد من شدة الأمر سوءاً إذا لم يبادروا بمواجهتها والتغلب عليها.

٢- قمت للباحثة بمساعدة لشبلب نوي الإعلاقة الحركية على تحديد أفكارهم للاعقلانية وقد تم ذلك كالآتي:

أ- طلبت الباحثة من كل شاب أن يتذكر المواقف التي تثير انفعالاته، فتذكر أحدهم على سبيل المثال أنه ذهب لخطبة فتاة وعندما دخل عليهم للمرة الأولى ضحكت الفتاة وأسرتها، وذكر آخر أنه عندما يمشي في الشارع يتغامز عليه الناس ويعطونه بعض الصدقات، وتذكرت ثلاثة أنها ارتبطت نفسياً بأكثر من شاب ولكن أسرهم جميعاً رفضت هذا الارتباط بسبب الإعلاقة ... وهكذا).

ب- طلبت الباحثة من كل منهم أن يحدد الأفكار والأحداث الذاتية التي راودته وقت ذاك، فأوضح الأول أنه قال لنفسه أنهم يضحكون على إعاقته لأنه عاجز وهذا دليل على رفضهم له، وقال الثاني أنه راودته فكرة أنه (مضحكة) ومثار تغامز الآخرين، وقالت الثالثة أنها راودتها فكرة أنها غير سوية وعاجزة وغير مرغوب فيها.

ج- طلبت الباحثة من كل منهم أن يحدد الانفعالات التي صاحبت هذه المواقف وكانت هذه الانفعالات (الغضب، الحزن، اللوم للذات والتأنيب، النقم وكرهية الذات، البكاء، التوتر، والخوف).

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

د-طلبت الباحثة من كل منهم أن يحدد السلوك الذي تبع هذه الانفعالات، فحدد الأول أنه ترك المكان دون استئذان مقررأ عدم الدخول في أي تجربة مشابهة مرة ثانية وتجنب الحوار مع أحد في هذا الموضوع، وحدد الثاني أنه يعتمد السير في الشوارع الخالية من الناس وفي الأوقات الهائلة نسبياً، وحددت الثالثة أنها تتعد الابتعاد عن الدخول في أية علاقة مع الجنس الآخر وترفضها).

٣-قامت الباحثة بمناقشة الشباب ذوي الإعاقة الحركية في مدى منطقية هذه الأفكار ومجادلتهم بالحجة، وقد تم ذلك كالآتي:

أ-سألت الباحثة الشباب عن كيفية وصولهم إلى هذه الأفكار فلوضح البعض أنها من استنتاجهم وأوضح البعض الآخر أن الآخرين هم من يفرضون عليهم أن يفكروا هكذا بأساليب معلمتهم الخاطئة.

ب-طلبت الباحثة من كل منهم أن يقدم دليلاً على صدق ما استنتجته، وأوضح لهم أن هذه الاستنتاجات هي من وجهة نظرهم فقط وقد أوصلتهم إلى الدرجة التي هم فيها من هروب من المواقف الاجتماعية والتخبط في التعامل مع الآخرين، وأنهم ربما لو تعمدوا تغيير أنماط تفكيرهم بطريقة أكثر إيجابية لتغير وضعهم للأفضل، وهنا أوضحت للأول أنه على سبيل المثال يجب أن يفكر في هذه الفتاة التي ضحكت هي وأسرتها أن ذلك كان من باب الترحاب أو الفرح أو الدلال وما شابه ذلك، كما أوضحت للثاني أنه لو فكر في أن الناس ينظرون إليه ليس من باب الاستهزاء ولكن من باب الإعجاب، أو من باب الحب، وتقدير الظروف والدعم، أو أن نظراتهم شيئاً عادياً كما يحدث للجميع في الشارع، وأوضحت للثالثة أنها لو فكرت في أن رفض الأسر لها ربما لأسباب أخرى غير الإعاقة كالرغبة في زواج الابن من إحدى قريبات الأسرة، أو أنه موضوع نصيب كما يحدث للعديد من الفتيات. وهكذا استمرت الباحثة في مجادلة وإقناع الشباب وتعليمهم أنماط جديدة في التفكير تتسم بالمنطقية.

ج-طلبت الباحثة من كل شاب إجراء معادلة بسيطة بأن يعقد مقارنة بين التفكير الأول ونتائجه وأنماط التفكير الجديدة ونتائجها، وليقم كل منهم بذلك

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

في كافة المواقف التي تواجههم، وعلمتهم الباحثة كيف يقومون بالتسجيل كتابياً لمواقف الحياة اليومية سلبياً وردود أفعالهم ثم تسجيلها مرة ثانية بطريقة عقلانية وإيجابية، وكذلك ردود أفعالهم وإجراء مقارنة بينهما، وقد قامت الباحثة بمناقشة هذه الواجبات معهم.

٤- قامت الباحثة بإقناع الشباب بأن لديهم القدرة على التحكم في انفعالاتهم وذلك عن طريق إقناع أنفسهم بصدق عبارات وأفكار أكثر عقلانية في الحياة سواء عن أنفسهم، أو عن نظرة الآخرين لهم، وعن حسن الظن بالآخرين، وبقدرتهم على الاندماج في المواقف الاجتماعية المختلفة، على أن تكون هذه الأفكار محور حديث النفس، ومنها على سبيل المثال:

- أن قوة الشخصية لا علاقة لها بالإعاقة.
 - سعادة الفرد تكمن في مشاركة الآخرين.
 - أن الأخلاق السامية هي أساس الشخصية.
 - أن التاريخ مليء بنماذج مشرفة من المعاقين.
 - على المرء أن يتقبل نقائص الآخرين.
 - الإيمان والافتناع بالمساواة بين الناس جميعاً.
 - على المعاق أن يفرض إرادته ووجوده على نفسه وعلى الآخرين.
 - الإعاقة من الأمور الطبيعية وليست مقياساً لقيمة الإنسان.
 - بمقدور كل كائن حي (معاق، غير معاق) أن يعظم ماهية الصواب والخطأ.
 - إنجاز الأعمال هو محور ارتكاز الآخرين على الفرد.
- ٥- قامت الباحثة بتزويد الشباب ذوي الإعاقة الحركية بالمعارف والمعلومات التي يحتاجونها وتنمية ما لديهم من معارف عن:
- كيفية أدائهم لأدوارهم المختلفة بإيجابية.

- كيفية تكوين علاقات اجتماعية بناءة، وكيفية اكتساب علاقات جديدة، كما ساعدت الباحثة في تحسين بعض العلاقات المتوترة مع الأسرة للبعض منهم.

- كيفية التواصل الإيجابي مع الآخرين، وقد حرصت الباحثة على ذلك بدءاً

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

من التواصل داخل النادي ومع أعضائه مروراً بالأسرة وانتهاءً ببعض أفراد المجتمع.

-كيفية التعامل مع المشكلات من خلال تعليمهم مهارة حل المشكلة وذلك بتحديد المشكلة، وكيفية إيجاد حلول لها، وتحديد الموارد والإمكانيات، وتحديد البدائل. وقد أسفرت هذه الخطوة عن تحرك أحد الشباب للبحث عن العلاج لإعاقته بمحاولة إجراء عملية جراحية، وحاول الآخر التقدم للزواج.

٦-قامت الباحثة بتوجيه الشباب نوي الإعاقة الحركية وإقناعهم بالاندماج في المواقف الاجتماعية المختلفة التي يخشونها، ومحاولة التحلي بالسلوكيات الإيجابية التي تساعد في التغلب على الخجل والتي منها على سبيل المثال:

-الإكثار من الاختلاط بالناس وإيجاد العلاقات الودية.
-تقبل نقد الآخرين والمجادلة.

-المبادرة بمواجهة المواقف والأمور المزعجة بالنسبة لهم.

-المبادرة بمواجهة الأشخاص ومجادلتهم بكل قوة وكرامة.

-حُسن استخدام الألفاظ في مجادلة الآخرين.

-ملاحظة الأشخاص الأسوياء والتصرف مثلهم.

-تثقيف اللسان والحرص على التمسك بالعقلانية في التكلم أو التوضيح لأن ذلك سوف يُشعره بانتباه الآخرين له.

-حُسن استغلال الوقت في البحث والاطلاع ومعرفة كل ما هو جديد.

-المشاركة في أنشطة المجتمع والسعي لفعل الخير.

-نسيان كل ما يتعلق بالإعاقة والانصراف إلى التفكير فيما يدور في المجتمع. وقد حاولت الباحثة الاندماج معهم في بعض المواقف خارج النادي ودعوتهم إلى مقر عملها واصطحبهم إلى بعض الأماكن العامة.

*وقد استخدمت الباحثة عدداً من التكنيكات المعرفية والانفعالية والسلوكية لتحقيق ما سبق وسيتم عرضها فيما يلي ، وتتوه الباحثة هنا أن هذه التكنيكات

يصعب الفصل بينها عملياً، وهي كالآتي :

أولاً: تكنيكات معرفية وشملت:

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

١- تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية: من خلال مساعدة الشباب ذوي الإعاقة الحركية على كشف أفكارهم اللاعقلانية وأحاديث الذات السلبية، وتوضيح عدم منطقيتها.

٢- بناء جمل للمكافحة الذاتية: وذلك بعد كشف الشباب ذوي الإعاقة الحركية لأفكارهم اللاعقلانية وتبصيرهم بها، قامت الباحثة بتعليمهم كيف يتبنون جملاً معرفية عقلانية تقاوم الأفكار اللاعقلانية.

٣- الواجبات المنزلية المعرفية: وذلك من خلال كتابة التقارير الذاتية الخاصة بمشكلات الحياة، وقد تم ذلك بتعليم الشباب ذوي الإعاقة الحركية كيف تكتب الفكرة اللاعقلانية وأمامها نتائجها الانفعالية والسلوكية وفي مقابلها كتابة فكرة مضادة عقلانية وأمامها نتائجها الانفعالية والسلوكية مع إقناعهم بتخزين الأفكار العقلانية وتكون هي محور النفس.

٤- المناقشة المنطقية: بمجادلة الشباب بالحجة لتوضيح عدم منطقية الأفكار اللاعقلانية.

٥- المواجهة: للشباب حيال أي خطأ أو تقصير.

٦- التشجيع: لعرض الأفكار، وكذلك للتقدم حيال أي تغيير إيجابي أو سلوك تفاعلي.

٧- الاستبصار: وذلك بتبصير الشباب بعدم عقلانية أفكارهم والنتائج المتوقعة في حل التمسك بها.

ثانياً : تكتيكات انفعالية وشملت:

٨- التعليقات .. لمساعدة الشباب على اكتساب الثقة في أنفسهم.

٩- التأمل والتفكير .. وذلك بمساعدة الشباب على تأمل مدى منطقية عباراتهم الذاتية، والتفكير فيما لديهم من إيجابيات شخصية واجتماعية مع الآخرين.

١٠- التخيلات الانفعالية .. وذلك بمساعدة الشباب على أن يتخيل نفسه بالمشاعر والانفعالات السلبية تجاه موقف ما ثم يتخيل نفسه بعكس

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

هذه المشاعر أي بمشاعر إيجابية تجاه نفس الموقف.

١١- التعاطف .. مع الشباب ذوي الإعاقة الحركية وذلك في كافة مواقف ضعفهم وخجلهم.

ثالثاً : تكنيكات سلوكية وتشمل :

١٢- التدعيم الإيجابي .. أي الاستجابة الإيجابية من قبل الباحثة مع المبحوثين لزيادة معدلات وقوع السلوكيات التي تتسم بالتفاعل والإيجابية مع الآخرين بالشكر والثناء لأي شاب أحدث تقدماً أو قام بتنفيذ ما كُلف به ، وكذلك لتقليل معدلات السلوكيات الانسحابية.

١٣- النمذجة .. وذلك بإعطاء الشباب ذوي الإعاقة الحركية نماذج لأشخاص معاقين تساعده وتشجعه على الإنجاز والتخلص من الخجل، وكذلك تدريب الشباب على كيفية إظهار الاهتمام في التعامل، وتبادل التحية والاتصال البصري مع الآخرين ... إلخ.

١٤- الواجبات المنزلية .. وذلك بتكليف الشباب ذوي الإعاقة الحركية بقراءة بعض الكتب عن الخجل، أو العلاقات الاجتماعية ومناقشة الشباب فيها في الجلسات، وقد أمدت الباحثة بعض المبحوثين ببعض الكتب (سلسلة تغلب على الخجل).

١٥- لعب الدور .. وذلك بقيام الباحثة بدور الشباب كما يرى نفسه يهرب من المواقف الاجتماعية، ويتفاعل بشكل سلبي) وطلبت من الشباب أن يقوم بدور المهاجم لأية عبارة سلبية أو فكرة لاعتقالية.

١٦- الحدث .. وذلك بحث الشباب على المعالجة بالضد من خلال المبادرة بالمشاركة في المواقف التي كانوا يخشون منها (مثل اللقاءات العامة والمناسبات، والتفاعل بالسلام، والمصافحة، والتواصل البصري، والسير في الطريق والأماكن العامة، ... وغيرها) مما أحدث تغييراً في التغلب على مشكلة الخجل.

ج- مرحلة وقف برنامج التدخل وقياس العائد .. وشملت :

*إنهاء التدخل تدريجياً مع حالات المجموعة التجريبية.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

*تقييم أثر التدخل من خلال إعادة تطبيق مقياس الخجل الاجتماعي على حالات المجموعتين التجريبية والضابطة والتأكيد على أهمية وقيمة ما حدث من تغيرات للشباب. مع تشجيعهم على استمرارية المسؤولية الشخصية والتوليد الذاتي للواجبات والمكافآت الذاتية

*حساب الفروق بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لمعرفة نتائج التدخل.

ثامناً : نتائج الدراسة : Results of the Study

١-النتائج الخاصة بالتجانس بين متغيرات الدراسة للمجموعتين :

جدول رقم (٣) يوضح تجانس المجموعتين في متغيرات الدراسة

المتغير	المجموعة		التجريبية		الضابطة		تباين المجموعة		ف	ف	التجانس
	تكرار	%	تكرار	%	تكرار	%	تجريبية	ضابطة	المحسوبة	الجدولية	التجانس
السن	٢٥-أقل	٦	٦٠	٦	٦٠	٦٠	١	١	١	١٦١	تجانس
	من ٢٩	٤	٤٠	٤	٤٠	٤٠					
النوع	ذكر	٥	٥٠	٥	٥٠	٥٠	صفر	صفر	صفر	١٦١	تجانس
	أنثى	٥	٥٠	٥	٥٠	٥٠					
الحالة الاجتماعية	أعزب	٦	٦٠	٧	٧٠	٧٠	١	٤	٤	١٦١	تجانس
	متزوج	٤	٤٠	٣	٣٠	٣٠					
	مطلق	-	-	-	-	-					
	أرمل	-	-	-	-	-					
المؤهل	يقرأ ويكتب	١	١٠	٣	٣٠	٣٠	٦,٧٥	٠,٢٥	٢٧	٢٩,٤٦	تجانس
	مؤهل متوسط	٧	٧٠	٢	٢٠	٢٠					
	فوق متوسط	١	١٠	٢	٢٠	٢٠					

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

					٣٠	٣	١٠	١	مؤهل عالي	
تجاس	١٦١	صفر	صفر	١٦	٥٠	٥	٩٠	٩	قرية	محل الإقامة
					٥٠	٥	١٠	١	مدينة	
تجاس	٢٩,٤٦	١,٨٨	٤,٢٥	٢,٢٥	٤٠	٤	٤٠	٤	موظف حكومي	العائلة المهنية
					-	-	-	-	موظف قطاع عام	
					١٠	١	-	-	موظف قطاع خاص	
					-	-	٣٠	٣	أعمال حرة	
					٥٠	٥	٣٠	٣	لا يعمل	
					٧٠	٧	٦٠	٦	٢٠٠ أقل من ٥٠٠ ج	
					-	-	٢٠	٢	٥٠٠ أقل من ٨٠٠	
					٣٠	٣	١٠	١	٨٠٠ أقل من ١٠٠٠	
تجاس	٢٩,٤٦	١,٠٦	٤	٤,٢٥	-	-	١٠	١	١٠٠٠ فأكثر	الداخل الشهري
					-	-	١٠	١		

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

تصنيف الإعاقة الحركية	شـل	٩	٩٠	٨	٨٠	٤	٩	٢,٢٥	٩٩	تجاس
	أطفال									
	بترفي الأطراف	-	-	٢	٢٠					
	ضمور في العضلات	١	١٠	-	-					

من خلال النظر إلى الجدول السابق وبمقارنة نتائج ف المحسوبة وف الجدولية يتبين أن ف الجدولية < من ف المحسوبة في جميع متغيرات الدراسة (السن - النوع - الحالة الاجتماعية - المؤهل - محل الإقامة - الحالة المهنية - الدخل الشهري - تصنيف الإعاقة) ويدلنا ذلك على التجانس بين المجموعتين، ويتضح من الجدول أيضاً أن غالبية المبحوثين غير متزوجين ربما يكون ذلك لتعرضهم للرفض من قبل أفراد المجتمع للإعاقة كما عبر بعضهم للباحثة ويتفق ذلك مع دراسة (James Gloria Morant, 2002) والتي استهدفت تطوير نموذج اجتماعي أكثر فاعلية بحاجات المعاقين وتطلعاتهم، وتوصلت إلى أن الإعاقة الجسدية تحديداً يعقبها قيود كثيرة مثل الحرمان من الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والسياسية وغيرها^(٩٤). كذلك تبين أن غالبية المبحوثين تعليم متوسط ويعانون من عدم وجود فرصة عمل ويتفق ذلك مع دراسة (Jones Jewel Leigh, 2002) والتي استهدفت التعرف على مهارات التأهيل المهني للمعاقين، وتوصلت إلى أن أكبر مشكلات المعاقين هي الحصول على فرص عمل^(٩٥).

كما أن الغالبية ممن لازمتهم الإعاقة منذ الصغر وقد يكون هذا مدعاة للخجل، والقلة أصابتهم في الكبر ورغم ذلك يعانون من الخجل ويتفق ذلك مع ما تؤكدته الدراسات من أن حدوث الإعاقة في سن مبكرة تؤدي إلى تقليل فرص الاحتكاك بالبيئة وتؤثر سلباً على الشخصية إذ يظل المعاق محتفظاً بعلامات الطفولة لفترة طويلة وإذا حدثت في سن كبيرة فإن المعاق يجد صعوبة في التكيف مع الظروف الجديدة ومع المحيطين^(٩٦).

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

-التجانس من حيث الخجل الاجتماعي :

جدول رقم (٤) يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على أبعاد مقياس الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية

المجموعة	التجريبية (ق)	الضابطة (ق)		ت	الدلالة إحصائية
		س	ع		
البعد	س	ع	س	ع	عند ٠,٠١
١-الهروب من الواقع الاجتماعي	٩٣,٠٠	٤,٢٩	٩٦,٣٠	٣,٠٢	١,٩٨٨
٢-نقص اللباقة الاجتماعية	٩٨,٧٠	٣,٢٣	١٠٠,٧٠	٢,١١	١,٦٣٨
المقياس ككل	١٩١,٧٠	٦,٦٧	١٩٧,٧٠	٤,٧٤	٢,٠٤٩

بنظرة إلى بيانات الجدول السابق يتضح لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الخجل الاجتماعي، وقد كانت قيمة (ت) المحسوبة على التوالي (١,٩٨٨ ، ١,٦٣٨ ، ٢,٠٤٩) وهي عند مستوى (٠,٠١) غير دالة، وبناءً على ذلك فإن المجموعتين التجريبية والضابطة بينهما التجانس المطلوب وذلك لأنهما بدءاً من نقطة أساس واحدة.

-التجانس من حيث الأفكار اللاعقلانية:

جدول رقم (٥) يوضح الفروق بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على نموذج (أفكار أليس اللاعقلانية)

المجموعة التجريبية ق	المجموعة الضابطة ق		قيمة ت	مستوى الدلالة
	س	ع		
س	ع	س	ع	غير دالة
١	٠,٩٤٢	١,١	٠,٨٧٦	٠,٢٥

يتضح من جدول رقم (٥) عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (٠,٢٥) وهي أقل من (ت) الجدولية (١٨ ، ٠,٠٥) = (٢,٢٩) ، ويؤكد ذلك تجانس

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

المجموعتين فيما يتعلق بوجود الأفكار اللاعقلانية، ويتفق ذلك أيضاً مع ما أكده الباحثون وأكدته الدراسات التي سبق للباحثة أن ذكرتها من أن الإنسان الخجول لديه الأفكار اللاعقلانية.

٢- نتائج القياسات والتدخل المهني:

جدول رقم (٦) يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

على أبعاد مقياس الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية

المجموعة	التجريبية (ب)		الضابطة (ب)		الدلالة إحصائية عند ٠,٠١
	س١	١٤	س٢	٢٤	
١- الهروب من الواقع الاجتماعي	٦٦,٠٠	٩,٣٣	٩٩,٤٠	١٠,٠٦	دالة
٢- نقص اللباقة الاجتماعية	٥٩,٣٠	١٣,٤٥	١٠٠,٩٠	١,٨٥	دالة
المقياس ككل	١٢٥,٣٠	١٦,٧٢	٢٠٠,٣٠	١٠,٨٥	دالة

توضح بيانات الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية إذ جاءت قيمة (ت) على التوالي (٧,٦٩٨ ، ٩,٦٨٩ ، ١١,٨٩٨) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) ومما لا شك فيه أن هذا التغيير راجعاً إلى ما تم من تدخل مهني مع المجموعة التجريبية دون الضابطة.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

جدول رقم (٧) يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة

على أبعاد مقياس الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية

المجموعة	الضابطة (ق)		الضابطة (ب)		متوسط الفروق	الانحراف المعياري	ت	الدلالة إحصائياً عند ٠,٠١
	س١	س٢	س١	س٢				
١- الهروب من الواقع الاجتماعي	٩٦,٣٠	٣,٠٢	٩٩,٤٠	١٠,٦	٣,١٠	٩,٤٧	١,٣٥	غير دالة
٢- نقص اللباقة الاجتماعية	١٠٠,٧٠	٢,١١	١٠٠,٩٠	١,٨٥	١,٢٠	٠,٤٢	١,٥٠٠	غير دالة
المقياس ككل	١٩٧,٠٠	٤,٧٤	٢٠٠,٣٠	١٠,٨٥	٣,٣٠	٩,٤٢	١,١٠٨	غير دالة

يتضح من البيانات السابقة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وقد جاءت قيمة (ت) على التوالي (١,٣٥، ١,٥٠٠، ١,١٠٨) وهي غير دالة عند مستوى (٠,٠١) وقد يبدو ذلك منطقياً إذا أن مفردات المجموعة الضابطة لم تتعرض لأي تدخل مهني واقتصر العمل معها على إجراء القياسين القبلي والبعدي.

جدول رقم (٨) يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

على أبعاد مقياس الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية

المجموعة	التجريبية (ق)		التجريبية (ب)		متوسط الفروق	الانحراف المعياري	ت	الدلالة إحصائياً عند ٠,٠١
	س١	س٢	س١	س٢				
١- الهروب من الواقع الاجتماعي	٩٣,٠٠	٤,٢٩	٦٦,٠٠	٩,٣٢	٢٧,٠٠	٧,٠٦	١٢,١٠٢	دالة

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

دالة	٩,٥٢٤	١٣,٠٨	٣٩,٤٠	١٣,٤٥	٥٩,٣٠	٣,٢٢	٩٨,٧٠	٢-نقص اللباقة الاجتماعية
دالة	١٢,٨٩٩	١٦,٢٩	٦٦,٤٠	١٦,٧٢	١٢٥,٣٠	٦,٧٦	١٩١,٧٠	المقياس ككل

توضح بيانات الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وقد جاءت قيمة (ت) على التوالي (١٢,١٠٢ ، ٩,٥٢٤ ، ١٢,٨٩٩) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وترجع تلك الفروق إلى ما أحدثه التدخل المهني باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي من تحسين وتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية. وبذلك يتضح لنا من بيانات الجداول (٦) و (٧) و (٨) صحة الفرض الرئيسي للدراسة، وكذلك الفروض الفرعية من أن برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي قد نجح في تحسين اندماج الشباب ذوي الإعاقة الحركية في المواقف الاجتماعية المختلفة وكذلك تحسين اللباقة الاجتماعية لديهم ، واتضح ذلك من أن قيمة (ت) جاءت في الجداول المذكورة خاصة (٦) و (٨) سواء في بعدي المقياس أو المقياس ككل دالة عند مستوى معنوية ٠,٠١.

جدول رقم (٩) يوضح معنوية التباين بين متوسطات الفروق الناتجة عن القياسين القبلي

والبعدي

للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي

الإعاقة الحركية

المجموعة	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	ت المحسوبة	مستوى الدلالة عند ٠,٠١
التجريبية	٦٦,٤٠	١٦,٢٩	١٠,٦١	دالة
الضابطة	٣,٣٠	٩,٤٢		

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن معدل التغيرات بين المجموعتين التجريبية والضابطة دال إحصائياً إذ كانت الفروق بينهما فروقاً جوهريّة، وقد بلغت (ت) المحسوبة (١٠,٦١) وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وترجع هذه الدلالة إلى فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية.

تاسعاً : تفسير ومناقشة نتائج الدراسة :

بتحليل ما سبق عرضه من معالجات إحصائية يتبين لنا الآتي:

١- صحة الفرض الرئيسي للدراسة ومؤداه : -توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة برنامج التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي والتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية وما يؤكد ذلك وجود فروق إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، فقد بلغت قيمة ت المحسوبة (١٢,٨٩٩) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية عند ٠,٠١ (٣,٢٥) ويوضح ذلك فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية، ومن مظاهر هذا التحسن : تعديل غالبية الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بنظرتهم لأنفسهم ونظرة الآخرين لهم وزيادة المشاركة في المواقف الاجتماعية التي كانوا يخشون منها إذ كانوا يخشون حتى من التعامل مع الباحثة وزوار النادي ومدير ومدرّبي النادي كذلك. كما تحسنت اللباقة عن ذي قبل، كان ذلك واضحاً في حسن التصرف في المواقف المختلفة من احتكاك بصري وهدوء في الرد والمجادلة دون انفعال وقبول فكرة الاتفاق والرفض، وقد ساعد على ذلك العديد من الأساليب العلاجية مثل المناقشة المنطقية، والواجبات المنزلية المعرفية، والمواجهة، والتأمل، والتفكير، والنمذجة، والبحث، وتتفق نتائج هذه الدراسة بذلك مع نتائج الدراسات التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي في مواجهة الأفكار

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

اللاعقلانية مثل دراسة (حسين فايد، ١٩٩٦) والتي توصلت إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تغيير المعتقدات الخاطئة لدى طلاب الخدمة الاجتماعية عن المرض النفسي^(١٧). وكذلك دراسة (عفاف راشد، ١٩٩٨) والتي توصلت إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى مريضات السكر وانعكس ذلك إيجابياً على مشكلاتهن الاجتماعية والنفسية^(١٨).

٢- صحة الفرض الفرعي الأول ومؤداه : توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي وتنمية قدرة الشباب ذوي الإعاقة الحركية على مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة، فقد أثبتت نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية أن قيمة ت المحسوبة بالنسبة للبعد الأول (١٢،١٠٢) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية (٣،٢٥) عند مستوى معنوية (٠،٠١) لصالح القياس البعدي، ويعكس ذلك فاعلية برنامج التدخل المهني في تعديل غالبية الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الشباب عن أنفسهم وعن نظرة الآخرين لهم. فقد اختفت عبارات الضعف والحزن والقلة لدى الغالبية، كما تحدثت الغالبية عن الآخرين بطريقة إيجابية، كذلك قلت عبارات الميل إلى الوحدة وإلى اعتزال الناس وحلت محلها عبارات توحى بالاجتماعية والإقدام وحرص الغالبية على التحدث عن الرغبة في الوصول إلى التصنيفات العالمية في البطولات الرياضية حتى من الإناث. زادت مشاركة الشباب في المواقف الاجتماعية المختلفة عن ذي قبل كالآتي:

-فقد حرص البعض على الانماج مع الأسرة عن ذي قبل (في الجلوس والمشاركة في الآراء والمشورة).

-حرص البعض على المبادرة بالزيارات للأقارب والتي كان يخشى القيام بها خاصة الأصهار.

-أعرب البعض عن رغبته في الزواج والارتباط وتزوج بالفعل.

-بادر البعض بطلب التحدث مع الباحثة في بعض الأمور.

-موافقة البعض على زيارة الباحثة في عملها.

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

- حرص البعض على التمرين في وجود الباحثة رغم الرهبة قبل ذلك.
- أعربت الفتيات عن مشاركتهن في المناسبات عن ذي قبل.
- أعرب البعض عن أنه بدأ يتحدى نفسه ويدخل الأماكن التي يخشاهن.
- حرص البعض على الاتصال بالباحثة وللتحدث معها في بعض الأمور التي تخصه والسؤال عنها.
- حرص البعض على المبادرة بمواجهة مشكلاته مع الأسرة وتنفيذ ما تم الاتفاق عليه من مهام.
- حرص الغالبية على السير في الشارع دون الانتباه لأحد.
- عبر البعض عن استعداده لتناول الطعام خارج المنزل.
- عبر البعض عن تغيير نظرته لإعاقته.
- زادت التفاعلات بين الشباب وبعضهم داخل النادي عن ذي قبل خاصة الجنس الآخر.
- ويتفق ذلك مع ما أكدته دراسة (Dana Liber, 2002) والتي توصلت إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي نجح في مساعدة العملاء على التكيف مع الآخرين^(٩٩). وكذلك دراسة (Elisabeth Calabra, 2002) والتي توصلت إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي نجح في التخفيف من حدة المخاوف الاجتماعية لدى المعاقين^(١٠٠).
- ٣- صحة الفرض الفرعي الثاني ومؤداه : -توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة التدخل المهني القائم على العلاج العقلاني الانفعالي وتحسين اللباقة الاجتماعية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية، فقد أثبتت نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات المجموعة التجريبية أن قيمة ت المحسوبة بالنسبة للبعد الثاني (٩,٥٢٤) وهي أكبر من قيمة ت الجدولية (٣,٢٥) عند مستوى معنوية (٠,٠١) لصالح القياس البعدي، ويشير ذلك إلى فاعلية برنامج التدخل المهني في تحسين اللباقة الاجتماعية لدى الشباب عن ذي قبل وقد تجسدت مظاهر التحسن في :
 - الاحتكاك البصري بعد أن كان البعض يخشى النظر للآخرين حتى للباحثة.
 - قلت حدة التعثر في الكلام عند الحديث مع الجنس الآخر وكذلك قلت المقولمة في

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

للتحدث مع الجنس الآخر.

قلّت أعراض الارتعاش، والارتعاد، وصعوبة التنفس، والعرق، واحمرار الوجه، وبلغ الريق، وطرقعة الأصابع عن ذي قبل، وقد لعب التدريب الذي قامت به الباحثة مع الشباب دوراً في ذلك.

تحسنت الردود مع الآخرين عند الغالبية من الشباب، بل لمست الباحثة تحسناً في استخدام الألفاظ.

ركز غالبية الشباب عند حديثهم مع الباحثة على التحلي بالابتسامة.

تقبل غالبية الشباب فكرة الموافقة والاعتراض على حديثه.

ويتفق ذلك مع ما أكدته دراسة (Pace Robert, 2006) من أن العلاج العقلاني الانفعالي نجح في تنمية القدرة على التفاعل مع الآخرين^(١٠١).

ولقد لعبت استراتيجية البناء المعرفي، وتعلم المفاهيم، وإعادة بناء المفاهيم دوراً في إكساب الغالبية المعارف والمهارات المختلفة - كما سبق وأن أوضحت الباحثة، ويتفق ذلك مع ما أكدته دراسة (Walsh Joseph, 2002) والتي أوضحت أن الخجل يمكن التغلب عليه من خلال إعادة التعلم المعرفي السلوكي^(١٠٢).

وتود الباحثة أن تشير هنا إلى أن نتائج الدراسة الحالية قد أشارت إلى أن التدخل بممارسة العلاج العقلاني الانفعالي قد أحدث تحسناً مع جميع الحالات إلا أن نسب التحسن قد تفاوتت من حالة لأخرى، ارتبط ذلك بعدة أمور منها شخصية العملاء والوضع الأسري لهم وطبيعة مشكلاتهم الأخرى غير الخجل والاعتراف بشدة الخجل وما يتبعه من معوقات والرغبة في التخلص منه ودرجة التعاون مع الباحثة. وقد كانت أكبر الحالات تحسناً الحالة (١، ٣، ٧، ٨، ٩، ١٠).

أن الدراسة الحالية تبنت الخجل الذي يطلق عليه الرهبة الاجتماعية - كما سبق وأن أوضحت الباحثة - وليس الحياء ، لأن الحياء مطلوب دينياً وأخلاقياً.

مراجع الدراسة

- ١- يرجع في هذا إلى :
- اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (النشرة الدورية، الأعداد ٧٠-٧٦،
القاهرة، ٢٠٠٣).
- ٢- عن .. علي التمامي: فعالية أخصائي العمل مع الجماعات في إكساب المهارات الاجتماعية للطلاب المعاقين سمعياً (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٢٣)، الجزء الرابع، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، أكتوبر ٢٠٠٧) ص: ١٤٨٥.
- ٣- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: كتاب الإحصاء الثانوي (القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٠) ص: ٢٩١.
- ٤- مدحت أبو النصر: الإعاقة الجسمية .. المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية (القاهرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠٠٥) ص ص : ٢٨-٣٠.
- ٥- أبو النجا العمري: حقوق الإنسان وتحسين نوعية الحياة للمعاقين حركياً (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٢٢)، مجلد (٣)، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، إبريل ٢٠٠٧) ص: ١٢٢٨.
- ٦- رشاد علي عبدالعزيز: علم نفس الإعاقة (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٢) ص: ٢٢١.

٦-عبدالمنصف رشوان: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (الأسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٦) ص ص : ١٩-٢٠.

7-Hands,, Beth, kendall: perinatal Risk Factors for Mild Motor Disability (international Journal of Disability: Development and Education, V 56 N4, 2009) pp: 317-331.

٨-مركز الأبحاث والدراسات السكانية: السكان .. بحوث ودراسات (القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، العدد (٧٩)، يناير ٢٠١٠) ص ص : ١٣٤-١٣٥.

٩-عادل عبدالله: الأطفال التوحديين .. دراسات تشخيصية وبرامجية (القاهرة، مكتبة الرشاد، ٢٠٠٢) ص: ٢٧.

10-Magill Evans and Others: predictors of Employment for young Adults with Developmental Motor Disabilities (work Journal of prevention Assessment, Rehabilitation, vol 31 (4), 2008) pp: 433-442.

١١-نجوى الشرقاوي: فعالية التدخل في الأزمات مع حالات الطوارئ الطبية (رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٧).

12-Albani Giovanni and others: Behavior of Motor Disabilities and Appearance of visual hallucinations in patients with parkinson's Disease in Avirtual Enviornment (Annual Review of cyber therapy and Telemedicine, vol (7), 2009), pp: 204-207.

١٣-بدر الدين عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية (دراسة ميدانية منشورة، الأسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٣) ص ص : ٢٦٢-٢٦٥.

14-Darrah and others: community Services for young Adults with Motor Disabilities (Disability and Rehabilitation: An international Multidisciplinary Journal, vol. (32) (3), 2010) pp: 223-229.

١٥- زينب أبو العلا: أثر ممارسة الخدمة الاجتماعية في تقبل المصاب بالبتير لذاته (رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٧٩).

١٦- محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية (دراسة ميدانية منشورة، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥) ص ص: ٢١٠-٢٤٤.

١٧- عبد المنصف رشوان: تصور مقترح للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في تغيير النظرة السلبية لذوي الاحتياجات الخاصة (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٢٣)، الجزء الثالث، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، أكتوبر ٢٠٠٧) ص ص: ١٣٠٩-١٣٥٢.

١٨- منى سيد أحمد: مشكلات الرياضيين المعاقين حركياً ودور الممارس العلم في مواجهتها (رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٧).

19-<http://www.Islam.online-netliol-Arabic/dowolilscience>.

٢٠- مایسة النیال: الخجل وبعض أبعاد الشخصية (بحث منشور في مجلة دراسات نفسية، المجلد (٦)، العدد (٢)، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين، ١٩٩٦) ص: ١٧٥.

٢١- مجدي عبدالكريم: بطارية اختبار الخجل (القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٦) ص: ٧ (بتصرف).

٢٢- علي إبراهيم محرم: التدخل المهني باستخدام محتويات البرنامج ومواجهة بعض مظاهر الخجل لدى المراهقين (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (١٩)، الجزء الثاني، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، أكتوبر ٢٠٠٥) ص ص: ٤٤٩-٤٥٠.

٢٣- مصطفى غالب: تغلب على الخجل (بيروت، دار مكتبة الهلال، ١٩٨٩) ص ص: ٦١-١٠٣.

٢٤- مدحت فتوح: تنظيم مجتمع المعاقين (القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٩٨) ص: ٣١.

٢٥- زكريا الشربيني: المشكلات النفسية عند الأطفال (القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩٤) ص: ١٠٨.

٢٦- بدر الدين عبده، محمد السيد حلوة: رعاية المعوقين سمعياً وحركياً (الأسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠١) ص: ٦٠.

٢٧- مفيد نجيب: النمو الانفعالي عند الأطفال (القاهرة، دار الفكر، ١٩٨٩) ص ص: ١٥٣-١٥٤.

28-L.winler: chronic stresses of families At Mentally Retarded children (Amercian Journal of Mentol DeFiciency, vol (30), 1981) pp: 228-229.

٢٩- طلعت زكري: مشكلات الأبناء النفسية والتربوية (القاهرة، مكتبة المحبة، ١٩٨٩) ص ص: ٨٩-٩٠.

٣٠- يرجع في هذا إلى:

- مفيد نجيب: مرجع سبق ذكره، ص ص: ١٥٣-١٥٥.

-مصطفى غالب: مرجع سبق ذكره، ص ص: ٩٠-١١٢.
-هناء أمين: العلاقة بين ممارسة نموذج الحياة في خدمة الفرد والتخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لتلميذات المرحلة الإعدادية (بحث منشور في المؤتمر العلمي الثامن عشر: الخدمة الاجتماعية والإصلاح الاجتماعي في المجتمع العربي المعاصر، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٦-١٧ مارس ٢٠٠٥).

31-John Dweretzck: Introduction to Child Development (American. west publishing company, Fourth Edition, 1990) p: 497.

٣٢-راجع في هذا :

-مصطفى غالب: مرجع سبق ذكره، ص ص: ١٠٠-١١١.
-يوسف ميخائيل: المشكلات النفسية (القاهرة، دار نهضة مصر، ١٩٨٨)، ص ص: ٣٣-٣٤.

٣٣-جيهان القط: فعالية خدمة الفرد السلوكية في علاج مشكلة الخجل لدى الطفل الوحيد (رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٠).

٣٤-وجيه الدسوقي: العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي في خدمة الفرد وتخفيف الفوبيا الاجتماعية للمراهقين المودعين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثالث عشر: الخدمة الاجتماعية في مواجهة المشكلات والظواهر الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٠).

٣٥-هناء أمين: مرجع سبق ذكره.

٣٦-نجوى الشرقاوي: مرجع سبق ذكره.

٣٧-زيزيت مصطفى: استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد لحل المشكلات الاجتماعية للمعوقين (رسالة ماجستير غير منشورة، الأسكندرية، كلية الآداب، جامعة الأسكندرية، ١٩٩٨).

٣٨- رمضان حسن خضر: المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تواجه أسرة الطفل المعاق حركياً ونموذج مقترح لمواجهتها من منظور خدمة الفرد (رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠١٠).

٣٩- يرجع في هذا إلى :

-أيمن أبو الروس: رسالة إلى كل شاب خجول (القاهرة، دار الطلائع، ٢٠٠١) ص ١١٢.

-هناء أمين: مرجع سبق ذكره، ص ١١٤٧.

-مفيد نجيب: مرجع سبق ذكره، ص ١٥٥.

٤٠- إجلال يسري: علم النفس العلاجي (القاهرة، عالم الكتب، ٢٠٠٠) ص: ١٧١.

٤١- عفاف راشد: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المشكلات الاجتماعية والنفسية لمريضات السكر (رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٨).

٤٢- حمدي منصور: فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تخفيف أعراض القلق العام لدى عينة من المرضى النفسيين (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٩)، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٠).

43-Dana liber: Effects of Disputation strategies in Rational Emotive Behavior therapy on the treatment of Depression (P.H.D united states New York Hofstra university, 2002).

44-Elizabeth calabro: Rational Emotive Behavior play therapy vs client centered therapy (united states, New York, st. John's university, 2002).

٤٥-عبدالناصر عوض: العلاقة بين ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي مع طلاب المرحلة الثانوية وبين تنمية الاتجاه نحو المسؤولية (الفردية، الجماعية) (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (١٤)، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، إبريل ٢٠٠٣).

46-pace Robert: Effects of Rational Emotive Behavior therapy on self Steem and Depression within Faith Based population, (Ed. United states texas southern university, 2006).

47-Feldman shara: Relationships Between type and Number of personality Disorders and out comin Rational Emotive Behavior therapy (united states, New York st. John's university, 2008).

٤٨-أماني فوزي: استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد لتحسين تقدير الذات لدى المسنات في دور رعاية المسنين (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون: الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٠-١١ مارس ٢٠٠٩).

٤٩-صفاء عادل: العلاقة بين ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي وبين تحقيق الأمن الإنساني لشابات قرى الأطفال (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون: الخدمة الاجتماعية والعدالة الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٩-١٠ مارس ٢٠١١).

٥٠-لويس مغوف: المنجد في اللغة والإعلام (بيروت، المكتبة الشرقية، ١٩٨٦) ص: ٥٨٨.

- ٥١- إبراهيم مدكور: المعجم الوسيط (القاهرة، مجمع اللغة العربية، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، ١٩٩٠) ص: ٣٠٩.
- ٥٢- منير البعلبكي: المورد، قاموس إنجليزي-عربي (بيروت، دار العلم للملايين، ١٩٩٥) ص: ٣٠٤.
- ٥٣- عبد المنعم الحفني: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٤) ص: ٢٥٤.
- ٥٤- أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٩٣) ص: ١٢٨.
- 55-Bloom, M. Fischer, J. Orme, J.: Evaluating practice (Guidelines for the Account Table professional (2nd), ed, Boston, Allyn and Bacon, 1995), p: 483.
- ٥٦- مجمع اللغة العربية: المعجم الوجيز (القاهرة، مجمع اللغة العربية، ٢٠٠٠) ص: ١٨٦.
- ٥٧- محمد بن أبي بكر الرازي: مختار الصحاح (بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٠) ص: ٧٢.
- 58-Oxford Junior: Hlustrated Dictionary (Oxford University press, New York, 2003), p: 199.
- ٥٩- زكريا الشربيني: مرجع سبق ذكره، ص: ١٠٤.
- ٦٠- مصطفى غالب: مرجع سبق ذكره، ص: ١٠.
- ٦١- محمد عبد الظاهر الطيب: مشكلات الأبناء وعلاجها (الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية، ١٩٩٤) ص: ١٧٥.
- 62-Robert. L. Barker: The Social Work Dictionary (U.S.A, Nasw press, 4th Edition 1999), p: 440.
- ٦٣- علي إبراهيم محرم: مرجع سبق ذكره، ص: ٤٥٤.

64-Rayse David: Program Evaluation (U. S. A., Thomson, 2001).

٦٥-يرجع في هذا إلى :

-طلعت السروجي ، محمد زكي أبو النصر: ظاهرة الاحراف بين التبرير والمواجهة (القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩٢) ص ٢٥٦ .
-فتحية القاضي: التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد من المنظور الإسلامي في التخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية للمرأة المطلقة (رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية التربية، جامعة الأزهر، ٢٠٠٨) ص ٢٧-٢٨ .

٦٦-يرجع في هذا إلى :

-عفاف راشد: مرجع سبق ذكره، ص ص ٨٨-٨٩ .
-محمد قاسم عبدالله: الشخصية .. نظرياتها وتطبيقاتها الإكلينيكية والتربوية والشخصية والعلاج النفسي (سوريا، دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٠) ص ص: ٥٤٣-٥٤٨ .
-عصام عبداللطيف العقاد: سيكولوجية العدوانية وترويضها .. منحى علاجي معرفي جديد (القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع) ص ص: ٢٩-٤٦ .

٦٧-يرجع في هذا إلى:

-عبدالناصر عوض: نظريات مختارة في خدمة الفرد (القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ٢٠١١) ص: ٨٢ .
-عفاف راشد: مرجع سبق ذكره، ص ص: ٨٠-٩٠ .

68-Marlene G. Cooper: Clinical. Social work. Practice (An Integrated Approach. United states of America, Pearson. Education, third. Edition, 2008) pp: 142-143.

69-Webster: The New International Dictionary (Chicago, Trident press international, 1999), p: 1047.

٧٠-أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات

الاجتماعية (الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠) ص: ٤٣٣.

٧١-عبدالرحمن العيسوي: الإرشاد والعلاج النفسي (الأسكندرية، الدار

الجامعية، ٢٠٠٦) ص ص: ١١٩-١٢٠.

72-Charles Zastrow: Introduction to Social Work and Social Welfare (Empowering People tenth Edition Australia Brooks, Cole, Cengage Learning, 2010), pp: 168-169.

٧٣-عصام عبداللطيف العقاد: مرجع سبق ذكره ، ص ص: ٤١-٤٢.

٧٤-محمد محروس الشناوي: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (القاهرة،

دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٤) ص ص: ١٠٥-

١٠٩.

75-Michael E Bernard: using Rational Emotive therapy Effectively

(A practitioner's Guide, N. Y., Plemun, press, 1991), pp: 57-58.

٧٦-أحمد حافظ: دليل الدورة التدريبية في العلاج العقلاني الانفعالي (من

١٩٩٨/٣/٢١ وحتى ١٩٩٨/٣/٢٥) ص: ١٠.

٧٧-عبدالناصر عوض: نظريات مختارة في خدمة الفرد، مرجع سبق

ذكره، ص: ٩٣.

٧٨-أماتي سعيد فوزي: تقدير الذات لدى المسنين المودعين بدور رعاية المسنين والمسنين المقيمين في بيئتهم الطبيعية وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لتحسين تقدير الذات (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٢٤)، الجزء الثاني، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، ٢٠٠٨) ص: ٦٤٤.

٧٩-راجع في هذا:

-أماتي سعيد فوزي: تقدير الذات لدى المسنين المودعين بدور رعاية المسنين، مرجع سبق ذكره، ص ٦٤٤.

-Donald and Granvold: cognitive and Behavioral Treatment Methods and Application (California cola publishing company, 1994), pp: 21-22.

-عبدالناصر عوض: نظريات مختارة، مرجع سبق ذكره، ص ص ٩٤-٩٥.

٨٠-عصام عبداللطيف العقاد: مرجع سبق ذكره، ص ص: ٦٠-٦٣.

٨١-يرجع في هذا إلى :

-السيد السمدوني: مقياس الخجل الاجتماعي (للقاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، بدون) ص ٣.

-حسين عبدالعزيز الدريني: مقياس الخجل (القاهرة، دار الفكر العربي، بدون) ص: ٤٠.

-مايسة النبال: مرجع سبق ذكره، ص ١٧١.

٨٢-زكريا الشربيني: مرجع سبق ذكره، ص ص: ١٠٦-١٠٧.

٨٣-راجع في هذا:

-مصطفى غالب: مرجع سبق ذكره، ص ص: ١٠-١٥.

- بدر الأنصاري: قياس الحرج لدى طلاب المرحلة الجامعية من الجنسين وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية في المجتمع الكويتي (الكويت، كلية الآداب، مجلس النشر العلمي، ١٩٩٧).

- حسين عبدالعزيز الدريني: مرجع سبق ذكره، ص: ٦٠.

٨٤- يرجع في هذا إلى :

- علي إبراهيم محرم: مرجع سبق ذكره، ص: ٤٥٥.

- محمد عبدالظاهر الطيب: مرجع سبق ذكره، ص ١٨٦.

٨٥- أيمن أبو الروس: مرجع سبق ذكره، ص ١٠٠.

٨٦- يرجع في هذا إلى :

- محمد عبدالظاهر الطيب: مرجع سبق ذكره، ص ص: ١٧٧-١٧٨.

- يوسف ميخائيل: مرجع سبق ذكره، ص ٣٣.

٨٧- أحمد السنهوري: الخدمة الاجتماعية مع الشباب (القاهرة، دار الثقافة

للنشر والتوزيع، ١٩٩٩) ص: ٤٠.

٨٨- طلعت السروجي، ماهر أبو المعاطي: ميادين ممارسة الخدمة

الاجتماعية (القاهرة، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوزيع،

٢٠٠٨) ص: ١٣٥.

٨٩- فؤاد موسى وآخرون: الممارسة العلمية للخدمة الاجتماعية في مجال

رعاية الشباب في المجال المدرسي (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية،

جامعة حلوان، ٢٠٠٣) ص ص: ٣٥-٤٠.

٩٠- إقبال مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعاقين (الأسكندرية، دار

المعرفة الجامعية، ١٩٩١) ص: ٥٦.

91-Hutt David: Enforcement of international Human Rights law: Factors and Effectiveness of coercive foreign policy Approaches (state of New York at Bufflo, 2005), p: 434.

٩٢- أبو النجا العمري: مرجع سبق ذكره، ص: ١٢٤٣.

٩٣- سوسن عبدالونيس: دراسة لمشكلات أمهات التلاميذ المعاقين حركياً وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٢٤)، الجزء الثاني، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٨، ص: ٨٤٦.

94-James Gloria Morant: An Evolution of social work physical Disabilities (May Not Be Defined as Having preferential parking PHD union insatiate university, 2000).

95-Jones Hewel Leigh: Post Employment History and coping Responses of individuals with or theoretic Disabilities seeking vocational Rehabilitation services (Illinois university at Carbondale, 2002).

٩٦- بدر الدين كمال، محمد حلاوة: مرجع سبق ذكره، ص ٦٤.

٩٧- حسين علي فايد: أثر الإرشاد العقلاني الانفعالي الجماعي في تغيير المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طلاب الخدمة

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الفجل

ملحق رقم (١) مقياس الفجل الاجتماعي لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية
البعد الأول : الهروب من الواقع الاجتماعي

الاستجابات			العبارة
لا	إلى حد ما	نعم	
			١- أتجنب مخالطة الناس
			٢- أتحاشى وجودي في مواقف القيادة
			٣- أجلس في غرفتي عند زيارة الغرباء
			٤- ألزم الجلوس في البيت أغلب الوقت
			٥- لا أسعى لتكوين صداقات جديدة
			٦- أتجنب تحية الآخرين أثناء سير في الطريق
			٧- أذهب من البيت إلى النادي فقط
			٨- أتجنب التواجد بمفردي في أي مكان
			٩- يقلقتني تناول الطعام خارج المنزل
			١٠- أسعى للتواجد في الأماكن العامة
			١١- أستمتع بالنقاش مع الآخرين
			١٢- أواجه الآخرين مهما كانت النتائج
			١٣- لا يمكنني الدفاع عن حقوقي
			١٤- أغير الطريق إذا قابلت من يعرفني
			١٥- أرفض حضور اللقاءات العامة
			١٦- أسعى للجلوس في أماكن بعيدة عن تجمع الآخرين
			١٧- أتحاشى مقابلة معارف الأسرة في أية مناسبة
			١٨- أعتذر عن دعوة أقاربي لاستضافتي
			١٩- أتلاشى المواجهات مع الجنس الآخر

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

٢٠-	أرفض الاشتراك في الرحلات المشتركة		
٢١-	أبتعد عن مقابلة الأفراد ذوي الجاذبية		
٢٢-	أتجنب مجاملة الآخرين في مناسباتهم		
٢٣-	أبتعد عن المشاركة في المناقشات الجماعية		
٢٤-	أتسامح في حالة الاعتداء عليّ		
٢٥-	أتجنب الحوارات الشفهية		
٢٦-	لا أرافق أسرتي في أية زيارة		
٢٧-	لا أتجول في الحجرة في وجود الآخرين		
٢٨-	أتجنب أن أكون تحت الأضواء		
٢٩-	لا أرغب في زيارة الآخرين لي		
٣٠-	أخرج من منزلي مبكراً حتى لا أقابل أحد		
٣١-	أنفرد بنفسي كلما تذكرت إعاقتي		
٣٢-	أهرب من البقاء مع شخص لا أعرفه		
٣٣-	لا أتناقش مع من يطلب مني شيئاً		
٣٤-	أخرج من النادي فوراً عقب انتهاء التمرين		
٣٥-	لا أقدم عملي للمدير شخصياً		
٣٦-	أشارك في الأنشطة داخل النادي فقط		
٣٧-	أخشى السؤال عما يُفقد مني		

البعد الثاني: نقص الباقة الاجتماعية

الاستجابات			العبارة
لا	إلى حد ما	نعم	
			١- ينكسر بصري إذا نظرت إلى عيون الآخرين
			٢- أتعثّر في الكلام عند الحديث مع الجنس الآخر
			٣- ترتعش يداي عند مصافحتي لأحد

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

		٤- ينتابني الارتباك عند تواجدي مع الناس
		٥- يخفق قلبي بشدة إذا طلب مني البقاء مع شخص لا أعرفه
		٦- إذا ناديت لاستدعاء زميلي ولم يرد لا أكرر النداء
		٧- أقضم أظفاري عندما يناقشني الآخرون
		٨- لا أتوتر عندما أشعر بنظرات الآخرين لي
		٩- أبادر بإبداء الرأي في أي موضوع
		١٠- يسعدني مشاركة زملائي بالنادي مناسباتهم المختلفة
		١١- أبادر بالحديث إلى زوار النادي
		١٢- أنظر بإمعان إلى الشخص الذي يحدثني
		١٣- أشعر بصعوبة في التنفس إذا نظر لي أحد نظرة عطف
		١٤- أرتجف إذا طلب مني التعارف مع أحد
		١٥- أتلعثم في الإجابة على أي سؤال يوجه لي
		١٦- أميل إلى الصمت إذا جالست الناس
		١٧- أتردد مرات قبل أن أسأل أحد عن شيء
		١٨- أتوارى عند حضور أي اجتماع
		١٩- أتردد في الدخول إلى أي مكان أصله متأخراً
		٢٠- أطرق أصابعي في مواقف المواجهة مع الآخرين
		٢١- أبلغ ريقى مراراً عندما يسألني أحد أي سؤال
		٢٢- يحمر وجهي إذا نظر أحد إلى إعاقتي

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

			٢٣- أتصيب عرقاً إذا سألني أحد عن إعاقتي
			٢٤- أتلعثم إذا طلب مني التعبير عن نفسي أمام الآخرين
			٢٥- أؤمن بأن الصمت من ذهب
			٢٦- أتعثّر في الكلام عند وقوفي أمام مسئول
			٢٧- ينتابني التوتر أثناء المحادثات الثنائية
			٢٨- أتعمد الانشغال إذا حدثني أحد
			٢٩- أعترّ عن التعبير عن رأيي في اللقاءات العامة
			٣٠- يخفق قلبي بشدة إذا طلب مني إلقاء تقرير على زملائي
			٣١- يحمر وجهي إذا دخلت مكان مزدحم بالآخرين
			٣٢- أعتدي على زملائي إذا لم أشارك في الأنشطة
			٣٣- لا أتحدث مع زملائي بالنادي إلا للضرورة
			٣٤- يصعب عليّ مناقشة الكبار فيما يطلبونه مني
			٣٥- أكره أن يوجه لي المدرب ملاحظات أثناء التمرين
			٣٦- أتجلج عند حديثي مع أفراد أسرتي
			٣٧- يضايقني التعامل مع العاملين بالمحلات العامة

ملحق رقم (٣) نموذج للمقابلات التي تمت مع إحدى الحالات المقابلة الأولى

اليوم والتاريخ : السبت ١٥/١٠/٢٠١١ . نوع المقابلة : فردية مع العميل.
مكان المقابلة : حجرة الإداريين بالنادي . زمن المقابلة : (٦٥) دقيقة.
أهداف المقابلة :

١- التعرف بين الباحثة والعميل . ٢- استكمال البيانات الأولية الخاصة بالعميل .

٣- تكوين صورة مبدئية عن مستوى أفكار العميل ومشكلة الخجل لديه.
محتوى المقابلة:

توجهت إلى نادي الإرادة والتحدي بمدينة كفرالشيخ في تمام الرابعة عصراً حسب اتفائي مع مدير النادي، وفور وصولي توجهت إلى مكتب المدير، أقيت عليه التحية ورحب بي، وبعد دقائق حضر العميل (أ) إلى حجرة المدير وعرفني به فحييته وبادلني التحية، ثم أوضح له المدير بأنني حضرت لكي أحدث معه فأبدى العميل موافقته بنوع من التردد، استأذنت مدير النادي في أن نجلس في الحجرة الفارغة ووافق فحييته وشكرته على موافقته ثم اصطحبت العميل وأوضحت له أنني حضرت اليوم لكي نتحدث عن مشكلة الخجل التي تواجهه فاحمر وجهه وطأطأ رأسه موافقاً، وقد بدا لي العميل متوسط القامة أبيض اللون، يرتدي ملابس متواضعة إلا أنها منسقة، وكان يتكى على عصا، يبدو عليه الهدوء والحزن، ترتعش يداه كلما تحدث، وينظر إلى الأرض وهو يحدثني، أوضحت له في البداية أن ما يدور بيننا من حوار في سرية تامة، فابتسم مطأطأ رأسه، سألته عن عنوانه الحالي فأوضح لي أن يسكن بإحدى قرى المحافظة لكنه الآن يعمل بمدينة كفرالشيخ حارس عقار تحت الإنشاء مع شقيقه، وعندما سألته عن

أفراد أسرته أوضح لي أن والداه في سن متقدمة وله من الأشقاء ثلاثة واستطرد يتحدث عن سوء علاقتهم به وأن والديه يعايرانه بالعجز ويطلبون منه أن يخرج ويأتي بالمال حتى لو تسول وأن أشقائه أسوأ حالاً من والديه، فاستفسرت منه عن ذلك فأوضح لي أنهم لا يساعدونه مادياً لأنهم مسئولون عنه لأنه عاجز، فعلقْتُ عليه بأن العجز لا يمنعه من تحمل المسؤولية وربما أن اخوته ظروفهم لا تسمح، فبادرني بأنهم يملكون المال لكنهم بخلاء، وعندما استفسرت منه عن حالته الاجتماعية أوضح لي أنه غير متزوج ولن يتزوج، فسألته ولماذا هذا الحكم فأوضح لي أن الناس يسخرون منه لعجزه ، واستطرد يحكي لي قصة تقدمه لفتاة قريبة لزوجته أخيه وأنه في أول زيارة نظرت إليه هي وأهلها وأخذوا يضحكون فترك المكان إلى غير رجعة سواء معها أو مع غيرها وأصبح يكره كل البنات لأنهن يسخرن منه وأنه يشعر عندما يتحدث مع أي فتاة أنه ارتكب كبيرة. فعلقْتُ عليه بأن هذا ربما يكون رأيهِ وحده وأن مقصد الفتاة وأهلها ربما لم يكن السخرية، فأكد لي أنه يشعر بهذه السخرية من الكل، فعلقْتُ عليه بأنني أشعر بأن لديه بعض الأفكار التي تحتاج إلى تصحيح واستأذنته في أنني سوف أُملي عليه بعض العبارات وعليه أن يوافق أو يرفض، فأبدى استعداده وقد أُمليت عليه إحدى عشرة عبارة الخاصة بنموذج أليس للأفكار اللاعقلانية، فوافق على عشرة عبارات منها مؤكداً لي أنه مسئول من الآخرين، وأن كل ما يعاينيه بسبب المحيطين، ورفض عبارة واحدة وهي العبارة رقم (١٠) وهي: (يجب أن يقلق الفرد على مشكلات الآخرين واضطراباتهم) ، وعندما استفسرت منه عن سبب رفضه أوضح لي أنه يكره الآخرين بسبب سخريتهم منه ولا يغفونه في

شيء، وبعد لحظة صمت أوضحت له أننا يجب الآن أن نتحدث عن مشكلة الخجل التي تواجهه فقاطعني بأنه خجول جداً وأقسم لي أنني أول من تحدث معه بهذه الحرية لأنه شعر من كلامي أنني أخته، فعلقْتُ على كلامه بأنني بالفعل اعتبر نفسي أخته وهذا من دواعي سروري، ثم سألتها عما يخجل منه فبادرني مسرعاً أنه سيتحدث بصراحة تامة وهو أن عجزه هو السبب وأن هذا العجز يقتله وجعل أقرب الناس إليه يخلون منه وفي ذلك الحين كانت الساعة قد قاربت الخامسة وخمس دقائق وأرسل المدرب في استدعاؤه للتمرين، فاستأذنته في إنهاء المقابلة بعد اتفاقي معه على موعد الزيارة التالية يوم الخميس الموافق ٢٠١١/١٠/٢٠ في نفس المكان والموعِد ثم سلمتُ عليه وعلى مدير النادي وانصرفت.

الأهداف التي حققتها المقابلة :

١- التعرف بين الباحثة والعميل. ٢- استكمال البيانات الأولية للعميل.

٣- تطبيق نموذج أليس للأفكار اللاعقلانية. ٤- تكوين صورة مبدئية عن مشكلة الخجل لدى العميل.

المقابلة الثانية

اليوم والتاريخ : الخميس ٢٠١١/١٠/٢٠ . نوع المقابلة : فردية مع العميل.

مكان المقابلة : حجرة الإداريين بالنادي. زمن المقابلة : (٦٠) دقيقة.

أهداف المقابلة :

١- توطيد العلاقة المهنية بين الباحثة والعميل. ٢- استكمال الحديث عن مشكلة الخجل لدى العميل.

محتوى المقابلة :

توجهت إلى نادي الإدارة والتحدي بمدينة كفرالشيخ في تمام الرابعة عصراً، وسلمت على مدير النادي وبعض الأعضاء الحضور، وبعد عدة دقائق حضر العميل (أ) ودخل على استحياء فوقفت وبادرته بالتحية وسألته عن أحواله فحمد الله، ثم توجهنا إلى الحجرة المجاورة فحييته مرة ثانية وسألته عن أحواله وطمأنني ثم سألتني عن أحوالي فشكرته على اهتمامه، ثم أوضحت له أنني حضرت اليوم لاستكمال ما بدأتاه من حديث عن مشكلة الخجل التي تواجهه فأبدى موافقته وسألته عن المواقف التي يخجل منها فأوضح لي أنه يخجل من الحديث مع الناس استفسرت منه هل الأقارب أم الغرباء؟ فأوضح لي أن الغرباء أكثر واستطرد يوضح لي أنه حتى يخجل من الحديث مع زملائه وزميلاته بالنادي وأنه كثيراً يهرب من التعامل مع الناس بالجلوس في البيت أو في العمارة التي يعمل بها وأنه لا يجامل أحد في أفراح أو ماتم، فاستفسرت منه وماذا يفعل عندما يريد أن يشتري شيء على سبيل المثال؟ فأوضح لي أن أكثر ما يضايقه ويحرجه أن يدخل المحلات والأماكن التي بها تجمعات وأنه عندما يريد أن يشتري شيء يذهب بصحبة أخيه، واستطرد يوضح لي أنه لم يتذكر أنه خرج بمفرده مرة، وعندما سألته عن الوضع في النادي أوضح لي أنه يتمرن دون كلام ثم يخرج مباشرة ، فبادرته بسؤال : إذا وجه المدرب له أي استفسار؟ فأوضح لي أنه يستمع فقط ولا يطق وأن المدرب يعلم ذلك كما أن مدير النادي على علم بظروفهم ولا يريد أن يضايقهم، وعندما سألته عن وضعه مع الأقارب فأوضح لي أنه لا علاقة له بأي قريب واستطرد يوضح لي أنه في بعض الأوقات يحدث نفسه بأنه سيذهب لزيارة أقاربه وقد قطعها مرة إلا أنه عندما وصل إلى باب أقاربه رجع ولم يطرق الباب، وعندما سألته عن

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

السبب أوضح لي أنه يعلم أنه مثار شفقة الآخرين وسخريتهم وأنه عندما يشعر بهذه النظرة يتأثر نفسياً، لذلك يفضل البعد عن الإهانة، فعَلَقْتُ عليه بأن الأمر لم يصل إلى الإهانة وربما يكون ذلك من وجهة نظره فقط. ثم سألته عن المواقف الأخرى التي يخجل منها فأوضح لي أن أي مكان يتواجد فيه ناس يعتمد هو الابتعاد عنه، ثم سألته عن أصدقائه فأوضح لي أنه ليس له أصدقاء ولا يحب الصداقة لأن الصداقة تتطلب الزيارات وفيها مسئوليات وهو يخشى ذلك. وفي ذلك الوقت كانت الساعة قد قاربت الخامسة موعد التمرين فاستأذنته في إنهاء المقابلة قبل أن يرسل المدرب إليه، واتفقنا على أن نستكمل حديثنا في المقابلة التالية يوم الخميس الموافق ٢٧/١٠/٢٠١١، وانصرفت بعد أن سلمتُ عليه وعلى مدير النادي.

الأهداف التي حققتها المقابلة :

١- توطيد العلاقة المهنية بين الباحثة والعميل.

٢- التعرف على مواقف الخجل لدى العميل.

ملحق رقم (٤) العمليات الإحصائية الخاصة بالفروق بين القياسات القبليّة والبعديّة للمجموعتين على نموذج أفكار أليس

جدول رقم (١٠) يوضح الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على نموذج (أفكار أليس اللاعقلانية)

مستوى الدلالة	قيمة ت المحسوبة	المجموعة الضابطة ب			
		ع	س	ع	س
دالة عند مستوى ٠,٠١	١٨,٧٥	٠,٧٣٨	٠,٩٠	٠,٩٤٣	٨,٠٠

العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

توضح بيانات الجدول السابق وجود فروق معنوية في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية، حيث جاءت قيمة (ت) المحسوبة (١٨,٧٥) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند (١٨,٠٠١) = (٣,٨٦)، ويدل ذلك على أن التدخل بالعلاج العقلاني الانفعالي قد أحدث تغييراً في هذه الأفكار للأفضل وقد يكون ذلك مدعماً للشباب في التخفيف من حدة الخجل الاجتماعي لديهم والمرتبطة بتبنيهم لعدد من الأفكار اللاعقلانية.

جدول رقم (١١) يوضح الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على نموذج (أفكار أليس اللاعقلانية)

الضابطة (ق)	الضابطة (ب)		متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة ت	مستوى الدلالة
س	ع	س	ع			
١,١	٠,٨٧٦	٠,٩٠	٠,٧٣٨	٠,٢٠	١,٠٠	غير دالة

توضح بيانات جدول رقم (٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة إذ جاءت قيمة (ت) المحسوبة (١,٠٠) وهي أقل من (ت) الجدولية عند (٨,٠٠٥) = (٢,٢٦)، وقد يبدو ذلك طبيعياً لأن المجموعة الضابطة لم يحدث تدخل معها.

جدول رقم (١٢) يوضح الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على نموذج (أفكار أليس اللاعقلانية)

التجريبية (ق)	التجريبية (ب)		متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	قيمة ت	مستوى الدلالة
س	ع	س	ع			
١	٠,٩٤٢	٨,٠٠	٠,٩٤٣	٧	١٦,٦٠	دالة عند ٠,٠١

توضح بيانات الجدول السابق وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية حيث جاءت (ت) المحسوبة (١٦,٦٠) وهي أكبر من (ت) الجدولية عند (١٨,٠٠١) = (٣,٢٥) ويعكس ذلك مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل وتحسين الأفكار اللاعقلانية ومساعدة

العلاج العقلائي الانفعالي في التخفيف من حدة الخجل

الشباب في العودة إلى المنطق في التفكير عن ذي قبل والذي سوف ينعكس بالطبع على تخفيف حدة الخجل الاجتماعي لدى هؤلاء الشباب. ويتضح من بيانات جداول (١٠) و (١١) و (١٢) أولاً: وجود الأفكار اللاعقلانية لدى الشباب ذوي الإعاقة الحركية عن أنفسهم وعن غيرهم. وثانياً: أن العلاج العقلائي الانفعالي فعال في التعامل مع هذه الأفكار، ويتفق ذلك مع ما أكدته الدراسات التي أوضحت أن العلاج العقلائي الانفعالي فعال في التعامل مع الأفكار اللاعقلانية كدراسة (حسين فايد، ١٩٩٦) و(عفاف راشد، ١٩٩٨) و (حمدي منصور، ٢٠٠٠) والتي سبق للباحثة أن ذكرتهم تفصيلاً.