استخدام الاتجاه العقلى فى خدمة الفرد لخفض مستوى الانسحاب الاجتماعى للمعاقين حركياً

دكتور

زين العابدين محمد على رجب

المدرس بقسم مجالات الخدمة الاجتماعية والتدريب الميدانى

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

مقدمة البحث :

علي الرغم من التقدم العلمي في كافة المجالات خاصة المجال الصناعي والمحال الطبي ، إلا أن عدد المصابين والمعاقين يتزايد باستمرار ، بل من المتوقع أن يتزايد أكثر نظرا لتزايد استخدام الآلات والمعدات في كل مجالات الحياة وخاصة في البيوت والمصانع والطرق ، كما أن التزايد المستمر في عدد المعاقين والذي قدر عام ١٩٨١ م وهو العام العالمي للمعاقين بحوالي ٤٥٠ مليون معاق (١- ٢١) يحتاج ألي مزيد من الرعاية ومواجهة العديد من المشكلات التي تواجههم وإشباع الاحتياجات الجديدة التي يحتاجون أليها .

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٧٨ م إلى أن نسبة الإعاقات قد بلغت ١٠% من سكان الدول الصناعية ، أما في الدول النامية فقد بلغت هذه النسبة حوالي ١٢ ,٣ % (٢ : ١٤١) . أي أن واحدا من بين كل ثماني أفراد من الدول النامية يعاني نوعا من أنواع الإعاقات المختلفة (٣: ١٠٨) .

وإن أكثر الإعاقات انتشارا في العالم هي الاعتلال الجسدي،

والأمراض المزمنة ،والتخلف العقلي والعجز الحسي (١: ٢١) .

إلا أن البلاد النامية شهدت في السنوات الأخيرة تطورات حديثة وتقدميات متعددة في جميع أوجه الحياة فيها . وتأتى المملكة العربية السعودية في مقدمة هذه البلدان،إلا أن الإحصاءات السعودية تشير ألي تزايد عدد المصابين والمعاقين وخاصة الناتجة من حوادث السيارات وخاصة الإعاقة الحركية ، حيث أنها قد تزايدت أعداد المصابين في حوادث السيارات خلال الفترة من ١٣٩٤ -١٤١٦ هـ.من ١٧٧١ إلى ٥٨٩٥ مصاب بمدينة الرياض وحدها (٤- ٧٧)

ولما كانت الإعاقة كأحد المعوقات التي تحول دون الوصول ألي الإشباعات المرجوة وتحقيق الحاجات الملحة من ناحية ،كما أنها تؤثر سلبا في أداء المعاق لأدواره الاجتماعية علي اكمل وجه ممكن من ناحية أخرى ،هذا بالإضافة إلى ما قد يتعرض له المعاق من انتقادات وخلل في العلاقات واختلاف النظرة أليه والى قدراته وإمكانياته مما يدفعه إلي الانسحاب من المواقف الاجتماعية خوفا من الدخول في تفاعل اجتماعي يحدث له مزيدا من الإحباط والصراع والعديد من المشكلات ولذلك قد يحمل المعاق مجموعة من الأفكار يتخذ على أساسها عدد من التصرفات أو السلوكيات تتراوح بين تقبل الإعاقة والتوافق معها ،أو الرفض والنكوص والانطواء والتعويض والعدوان والخجل والشعور بالنقص والإحساس بالذنب والإنكار.

ونجد أن الإصابة الجسمية قد تتحد (أو تتشابك) مع عوامل أخرى فتحدث الإعاقة الحركية وفي ضوء ذلك قد يفقد المعاق اتزانه

وثقته في نفسه ومقاومته لمطالب الحياة (٥ : ٢٨) ومن ثم يؤثر كل هذا على مفهوم الذات لديه - الذي يعني (هو عبارة عن) مجموعة الأفكار والمشاعر والمعتقدات التي يكونها الفرد عن نفسه أو الكيفية التي يدرك بها الفرد نفسه (٦ : ٢٨٢-٣٥٢)، مما يدفعه إلى الانسحاب من الواقع الاجتماعي .

ومن ثم يمكن القول أن الإعاقة تكسب المعاق مجموعة من الافكارغيرالسليمة حول نفسه وحول أعاقته والآخرين ونتيجة لذلك يتحرك منسحبا من الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه كما أن هذا الانسحاب يؤثر في درجة تفاعله الاجتماعي كما يؤثر على امه بأدواره الاجتماعية ..

ولما كانت الخدمة الاجتماعية تهتم بالعمل على مواجهة المشكلات والأفكار آلتي تقف في سبيل تحقيق التفاعل الاجتماعي السليم ..

لذلك سوف يقوم الباحث بمحاولة علمية لمعرفة ألي إي مدي يمكن باستخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد العمل على خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي للمعاق حتى يتمكن من العودة إلى دائرة التفاعل الاجتماعي السليم.

الجزء النظري :الإطار النظري للبحث :

تهدف الدراسة الحالية كمحاولة علمية للتعرف على مدي الانسحاب الاجتماعي للمعاقين حركيا في محاولة علمية لمعرفة قدرة الاتجاه العقلي في خدمة الفرد و مدي تأثيره في خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي للمعاق وكذلك مدي نوعية هذا التأثير على الأبعاد

الفرعية لمقياس الانسحاب الاجتماعي .

أولا : مشكلة الدراسة :

على الرغم من المشكلات الكثيرة ألتي يتعرض لها المعاقين آلا أن مشكلة الانسحاب الاجتماعي تعتبر من المشكلات الكبيرة التيتسبب العديد من المشكلات للمعاقين على أساس اعتبارها محور التفاعل الاجتماعي ومؤثر سلبي في أداء بدواره الاجتماعية وفي استثمار قدرات المعاق وإمكاناته المتبقية .

ومن ذلك يمكن القول أن مشكلة الدراسة تتحدد في :

" ألي أي مدى يمكن أن يؤدي استخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد في العمل على انخفاض مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقين حركيا . "

ثانيا : أهمية البحث وأهدافه :

تعود أهمية الدراسة الحالية إلى محاولة تجريب الاتجاه العقلي في خدمة افرد في العمل مع المعاقين حركيا لخفض مستوى الانسحاب الاجتماعي لديهم ، نظرا لان الانسحاب الاجتماعي يتضمن أبعاد سلبية متعددة أخطرها عدم الاستفادة من القدرات المتبقية لدي المعاق ،وكذلك تحويله إلى عالة على أسرته ومجتمعه ،كما أن الانسحاب الاجتماعي يعتبر معوقا للتفاعل الاجتماعي السليم ومحبطا لاكتساب لكثير من المهارات المتعددة والقيام بالوظائف الاجتماعية المطلوبة .

ومن خلال حيوية المشكلة التي يقوم الباحث بدراستها في هذا المجال ومدي الاستفادة من نتائجها التي سوف نتوصل إليها ويمكن إبراز

أهمية الدراسة الحالية في الجانبين التاليين :

-الأهمية النظرية العلمية :

وهي تتحدد في التعرف على الانسحاب الاجتماعي للمعاقين حركيا ، مما يزيد الإطار النظري لخدمة الفرد في هذا المجال مما يثقل الكفاءة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين في وقت تتزايد فيه ضرورة العمل على الارتقاء بالعمل مع المعاقين .

-الأهمية التطبيقية (العملية) :

وهي تقديم برنامج يصلح للتطبيق مع هذه الفئة يمكن تطويره للعمل مع العديد من المشكلات التي يعاني منها المعاقين ، ما يمكن التأكد من فاعليته في مجالات أخرى مثل مجال المرضى والفئات أخرى من المعاقين مثل المكفوفين أو الصم ..وما شابه ذلك

ومن ثم تتحدد أهداف الدراسة الحالية في كل من :

- الهدف القياسي : وهو قياس مدي الانسحاب الاجتماعي للمعاق حركيا . وكذلك تحديد اكثر الأبعاد الأساسية للانسحاب الاجتماعي حدوثا .
- الهدف التجريبي : التحقق إمبريقياً من مدى كفاءة أستخدم الاتجاه العقلي في خدمة الفرد في خفض مستوي الانسحاب الاجتماعي للمعلق وكذلك قدرته في التأثير على الأبعاد الأساسية للانسحاب .

وربما تكون لهذه النتيجة فاعلية معينة على الصعيد المهني ، إذ تكمن هذه الفاعلية في تعديل الأفكار المؤثرة في الانسحاب الاجتماعي للمعاق ومن ثم التخلص من الكثير من الآثار السلبية للإعاقة مما يمكنه من التفاعل الاجتماعي السليم والقيام بالأدوار الاجتماعية المطلوبة منه

في حدود قدراته المتبقية .

وقد يكون لهذا البحث فاعلية أخرى ولاسيما للمعاقين حديثا وذلك من خلال الإسراع بعد الإعاقة مباشرة في العمل على تأهيلهم اجتماعيا (سابقا لتأهيل المهني) حتى يمكن تلاشي الآثار السلبية الانسحاب الاجتماعي ، مما يحقق أعلى فاعلية ممكنة لتأهيل المهني .

رابعا : مفاهيم الدراسة :

١-الاتجاه العقلي :

" هو اتجاه ظهر في الستينات تأثر بأبحاث (وولب) woipe وجورهام gorham ليمارس حاليا في بعض المؤسسات الاجتماعية الأمريكية . ويرى هذا الاتجاه أن مشكلة العميل في المعاني الخاطئة التي يملكها العقل أو في العقل المضرب الذي يحرف هذه الحقائق من هذه الأفكار وضع " وورنز ركائز خدمة الفرد العقلية وتتحدد أهم مفاهيمه

" في أن أفكار العميل هي مصدر اضطرابه ، فإذا ما تعدلت الفكرة تعدل الإدراك وتعدل الإحساس وتعدلت الدوافع وأخيرا يتعدل السلوك . (٧ : ٤١ -٤٧).

٢-الانسحاب الاجتماعي :

تعدد تعاريف الانسحاب والانسحاب الاجتماعي واهتم به كثير من علماء النفس والطب النفسي وسوف يحاول الباحث استعراض بعضها حتى يمكنه الوصول إلى مفهوم خاص للانسحاب الاجتماعي للمعاق من منظور الخدمة الاجتماعية . . ويمكن استعراض ذلك على النحو التالي :

أ -الانسحاب :هو:

- تجنب الشخص المتأزم التعرض للناس أو للمواقف أو الأشياء التي تثير في نفسه القلق والضيق. وإذا اضطرت الظروف الفرد المتأزم إلى مواجهة هذا الموقف أنطوى على نفسه وتقوقع .وعاش مع الناس دون أن يتعايش معهم (٨ -١٦٨) .

-كما أنه وسيلة من وسائل حل مشكلة الإحباط : الانسحاب من الموقف الإحباطي .ففي بعض المواقف المحبطة يلجأ الفرد الذي يعجز ترك الموقف المحبط إلى الانسحاب النفسي فيه بإقامة حواجز نفسية تعزله كلية من الاتصال بهذا الموقف ،وهنا يفقد المجتمع بالاستجابة الإحباطية (الانسحاب مثلا) لهذا الفرد بعض الجهود الخلاقة حيث تتكون لديه سمة الاستجابة الشخصية القائمة على السلبية الاجتماعية أو الانعزال الاجتماعي (٩: ٢٥٣)

-كما يعرف بأنه الهرب من مواجهة مشكلة توافقية رغبة في تخفيف التوتر ، وقد ينسحب الفرد مؤقتا حتى يستجمع قواه أو أرادته وهو هنا انسحاب مفيد ،وقد يكون انسحاب من الحياة الاجتماعية هربا من مشاكلها مثل الانعزال أو الرهبنة أو الدروشة أو الهجرة (١٠- ١٦٨) .

- وسيلة بدائية دفاعية يتعلمها الطفل في مرحلة تطوره النفسي الفمي ، ويلجأ إليها الأنا للدفاع عن نفسه ،حيث يكون الطفل عاجزا عن النأي بنفسه عن المواقف المحددة ،ومن ثم يزيح عن نفسه القلق بأن ينسحب من الموقف ، أو بأن ينكر وجود العنصر المهدد ، أو الانشغال في

توهم وجود ما يتمناه ،ويرى ليفين أن الإحباط يؤدى إلى الانسحاب أو ألي النقص أو إلي السلوك العصا بي أو الذهان في حالات متطرفة (١١-٤٧) .

ومن ثم فالسلوك الانسحابي يصنف ضمن ما يعرف بالسلوك الموجه نحو الداخل أو الذات (Internalizing)ويتضمن البعد من الناحية الجسمية والانفعالية عن الأشخاص والمواقف (١٢-٣٣٦) .

ب-مفهوم الانسحاب الاجتماعي : Social with drawal

ويمكن استعراضه على النحو التالي : -

١-تعريف الانسحاب الاجتماعي :

أعتبره البعض لونا من ألوان السلوك غير المقبول ،وهذا يعتبر من أهم مظاهر عدم تكيفه (١٣ -٢٧٣) . ويراه آخرون أنه نوعا من اضطرابات الشخصية (١٤-١٦٩) ،ويعتبره آخرون عنصرا من عناصر الاضطرابات الشخصية كما ورد في تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٦٨ م (١٥ - ١٩٩)،كما يراه البعض أنه من الأساليب المرضية غير السوية التي قسمها إلى أربع أقسام وفقا للسلوك الظاهري وعلى أساس أن الانسحاب صنفا واحد منها ويشتمل على الهروب أو الانسحاب من المواقف التي تثير الصراع

(١٦ - ١٥٤) ، كما يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية ويدل على مدى رضى الفرد على الذات والآخرين وميله للابتعاد عنهم بالهروب السلبي (١٧ - ١١٣) ،كما يرى بأنه مشكله من المشكلات السلوكية

الشائعة لدي المعاقين ،ويعد نمطا سلوكيا شائعا لدى معظم الفئات إن لم يكن كل فئات الإعاقة ،وهو يشير إلى أن الانسحاب الاجتماعي حالة الاجتماعي حالة متعددة الأوجه والأسباب .. (١٨ : ١٩٨-٢٠١)

وفي ضوء ذلك يمكن للباحث اعتبار الانسحاب الاجتماعي عبارة عن موقف اجتماعي يتخذه المعاق نتيجة لقصور في الإدراك أو لتولد لديه بعض الأفكار التي تجعله غير قادرا على التعامل الاجتماعي، وهروبا من الأفكار التي تحمل لديه مزيد من الإحباط والصراع حيث أنه لا يستطيع إيجاد أفكار جديده لتعامل معهما ، وبالتالي يشعر بأنة قل قدرة على مواجهة الواقع، ولذلك يفضل الانسحاب منه .

٢ -مضمون الانسحاب الاجتماعي ومعناه :

يرى الباحث أن الصفة المميزة للانسحاب الاجتماعي هي قصور واضح في التعامل أو النشاط الاجتماعي سواء عن طريق الانزواء السلبي أو الرفض للتعاون ،كما قد يكون مصحوبا في الغالب بالتعويض بعيدا عن الآخرين ،كما يتميز بالتقهقر والسلبية (١٦-١٥٤) ،ويتكون هذا المضمون من مجموعة الأفكار ألتي تكونت لدية عن الإعاقة سواء عند الإعاقة أو بعدها أو حتى قبلها . كما قد ينطوي على الخجل والقلق والخوف من التعامل مع الآخرين (١٨ : ١٩٨ -٢٠١) ، كما أضافت انجلر أنه يتضمن الانطواء الذي يعتبر اتجاها نحو الانسحاب حيث يتم توجيه الشخص نحو الجوانب الداخلية والعالم الذاتي ،كما يتضح أن الهروب والانسحاب من وجهة " فروم " هو تلك العلاقة ألتي تتميز ببعد المسافة والتعب أو العدوان ١٩-١٤٥) .

٣-أشكال الانسحاب الاجتماعي :

تعدد أشكاله واختلفت ويمكن توضيحها على النحو التالي :

١٠الانعزال والانزواء : حيث قد تصبح المواقف الاجتماعية مثيرة للقلق عند الفرد فيبتعد عن المجتمع ليخفف من حدة القلق فالمجتمع بالنسبة له ملئ بالعوامل المثيرة للاضطراب والتعاسة فيؤثر الوحدة والانفراد في أنشطته المختلفة. التخيل وأحلام اليقظة :كاستجابات بديلة للاستجابات الواقعية النكوص : حيث يعتبر أسلوبا انسحابنا لأن الشخص يتقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو لمواجهة صراعه بدلا من أن يواجه ذلك الصراع بطريقة مباشرة (١٦-١٥٤) .

"وقد أشار كوفمان عام ١٩٨٢ م إلى أن المنسحب غير قادر على التواصل وانه خجول وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة وفي تكوين علاقات مع الآخرين ، كما أن الانسحابين عادة ما يكونون طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم ، كما أنهم مترددين في تفاعلهم مع الأخريين وهم منعزلون اجتماعيا وبعضهم يلجأ إلى الخيال وأحلام اليقظة وبعضهم تنمو لديه مخاوف لا أسباب لها (٢٠: ١١-١٢) .وبعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة ، كما أن بعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطلب مساعدة الآخرين (٢٠:-١١-١٢).

٤-أسباب الانسحاب الاجتماعي :

لا يعود الانسحاب الاجتماعي للمعاق ألي مجموعة واحدة من الأسباب أو العوامل ولكن يعود ألي العديد من الأفكار المرتبطة بالعديد

من الأبعاد آلاتية :

البعد الأول : الإعاقة نفسها وارتباطها بالعديد من المتغيرات

البعد الثاني : الأفراد الآخرين ونظرتهم إلي المعاق واتجاههم سواء في أسلوب معاملتهم له أو تفاعلهم معه .

البعد الثالث : شخصية المعاق ومآبها من العديد من الأفكار عن نفسه وعن الإعاقة وعن الآخرين .

وتنتج الأفكار الدافعة ألي الانسحاب الاجتماعي للمعاق من هذه الأبعاد من خلال المؤشرات التالية :

بالنسبة للبعد الأول الخاص بالإعاقة :

ترتبط الأفكار بكل من " نوع الإعاقة ومدى العجز الناتج عنها (درجة الإعاقة الحركية) - ومدى ظهورها -علاقة الإعاقة بالدور الوظيفي له - مدة الإصابة بالإعاقة والآثار المتعددة المترتبة عليها " .

بالنسبة للبعد الثاني الخاص بالآخرين :

يرتبط بكل ما يمارسه أفراد المجتمع من دور سلبي بأبعاده المختلفة تجاه المعاق وأعاقته وممارسته أنشطته المختلفة ومنها " القبول والرفض ،والبعد والقرب ، الشفقة والشماتة ،و الخوف عليه من الواقع " وهذا يدفعه للانسحاب الإجباري عن المشاركة المناسبة والتفاعل الاجتماعي السليم " ومدى نوع الخلل الحادث بين المعاق والوحدات الاجتماعية وخاصة الأسرة والأصدقاء والعمل -ومدي تقبل الأخريين للإعاقة . ومدى التغيرات الحادثة في حياته وحياة أسرته بعد الإعاقة ".

• بالنسبة للبعد الخاص بالأبعاد الشخصية :

يرتبط بكل من "سن المعاق-ومستواه التعليمي - ومستواه المادي -وحالته الاجتماعية "الزوجية " -ومدى تقبل المعاق للإعاقة - ودور المعاق في حدوث الإصابة التي نتج عنها الإعاقة وكذلك درجة إيمانه " .

كل هذه العوامل والأسباب تحدث تشكيلاً لمجموعة الأفكار التي يحملها الشخص المعاق مما يؤثر على تصرفاته فيجعله يتخذ سلوكا انسحابنا . لذلك يرى الباحث أن العمل المهني يجب أن يتحرك نحو العمل على تصحيح هذه الأفكار أو تغيرها أو إضافة أفكار جديدة .

ج- المعاقين حركيا : The physically Handicapped

١-الإعاقة :

تتعدى تعاريف الإعاقة أو الإصابة ألي أثار تنعكس على أبعاد الشخصية كلها ،بل أصبح مفهوم الإعاقة اشمل وأعم من كونه يرتبط ببعض جوانب الشخصية أيضا ، بل تعدى ذلك إلى أن أصبحت الإعاقة ترتبط ببعض الصفات ذات الصبغة الثقافية والاجتماعية ، وعلى سبيل المثال " أصبحت البشرة السوداء في الولايا ت المتحدة الأمريكية تعوق صاحبها من الدراسة في بعض الجامعات أو الالتحاق بنوع معين من الإعمال أو ممارسة بعض الأنشطة (٢١- ١٠) .

٢-الإعاقة الحركية :

يطلق تعبير الإعاقة الحركية على " الحالات التي يعاني أصحابها

من مشكلات في الحركة ناتجة عن خلل أو قصـــور فـــي نمـــو الجـــهاز العصبي المركزي أو خلل في الأداء الوظيفي لبعض أجهزة الجسم تصـــل شدة وخطورة هذه الإصابة إلى درجة تحد من نشاط وحيوية صاحبها ممـــا يؤثر تأثيرا واضحا على أدائه الحركي وإنتاجه (٢٢ : ٨٧)

كما تعرف الإعاقة الحركية بأنها " تمثل حـــالات الأفـــراد الذيـــن يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيـــث يؤثـــر ذلك على مظاهر نموهم العقلي والانفعالي والاجتماعي وتستدعي الحاجـــة إلى التربية الخاصة (٢٣ :) .

ويمكن أن تكون الإعاقة الحركية على شكل بتر لأحـــد أطـــراف الجسم نتيجة حادث أو الحروق أو إصابة عمل أو لأي أســـباب صحيـــة (٢٤ : ٩) .

من ثم فالإعاقة الحركية : " هي نوعا مـــن الإعاقـــة البدنيـــة أو الإعاقة الفيزيقية الناتجة عن الحوادث مما أدى ألي نقص فيزيقي (بدنـــي) على درجة من الوضوح بحيث يراه الأخريين ، ونتيجة لوجـــود الرؤيـــة يسبب لهم تأثير سلبي متعدد ينتج عنه في النهاية انسحاب اجتمـــاعي مـــن المواقف أو من الواقع ."لان المعاق دائما يميل إلى أن ينحصر داخل ذاتـــه .

والإعاقة البدنية تشتمل في طياتها على جانبين أساسيين هما فـــي النهاية .. عدم المقدرة .. والإعاقة .

– أما عدم المقدرة : " فهو شئ حادث وقائم وملموس ويمكن تحديده بدقـــة في العجز ونسبته ونوعه"وهذه أشياء يمكن قياسها " .

- أما الإعاقة : فهي الآثار المتراكمة "المترتبـــة " (cumulative results)على عدم المقدرة (٢٥ : ١٧)

٣ -المعاق حركيا :

يمكن اعتبار الشخص معاقا إذا فقد طرفا أو أكثر من أطرافـه ، أو فقد القدرة على استخدامها بصورة عادية ، نتيجـــة لإصابتـــه بمـــرض أو أصابته في حادث . ويدخل في هذه الفئة المصابون بشلل في المخ يـــؤدي إلى خلل في حادثة في الجهاز العصبي فتظهر أثاره في الجانب الحركـــي .. " (٢٦ :٥-٢٠) .

وعلى هذا الأساس فالمعاق حركيا : هو الشخص الذي لديه عـــائق جسدي ،يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مـــــرض أو أصابه آدت آلي ضمور في العضلات ،أو فقدان القدرة على الحركة نسـبيا أو كليا مما يؤثر علي اداءه وتفاعله .

ومن ثم يقرر الباحث حقيقة أساسية ألا وهي :

" أن الإصابة الجسمية لا تعتبر أعاقه بالمفهوم الاجتماعي إذا لـــم يصاحبها عدم المقدرة على العمل والتفاعل " (٢٧ : ١-١٠" .

٣-حجم الإعاقة الحركية :

ليس من السهل تحديد نسبة حدوث الإعاقات الجسمية في مجتمـــع ما ، وذلك لان الإعاقات الجسمية متباينة جدا والتعريفات المستخدمة لـــها متباينة هي الأخرى .

وتؤكد سيرنس (١٩٧٨ م) sivis إن صحة المعلومات المتعلقـة بمدى حدوث الإعاقات الجسمية موضع شك لعدم توفـــر الاتفـــاق علـــى

تعريف موحد / ويمكن القول أن نسبة كبيرة من الإعاقات ما كانت تحدث لو أن الإجراءات الوقائية الملائمة اتخذت في الوقت المبكر (٢٦- ٢٦٢) .

وتعتبر أكثر الإعاقات شيوعا هي الإعاقات الجسدية إذا ما قورنت بأنماط الإعاقات الأخرى وتأتى حوادث السيارات في المملكة العربية من العوامل المؤثر في حدوث الإعاقات الجسدية وان إحصائيات إدارة المرور تشير إلى ذلك :

خطورة الحوادث كمسبب للإعاقة ،في عام ١٤١٤هـ كان عدد حوادث المرور (١٢٥٣٢٤ ألف) وعدد المصابين في هذه الحوادث ٣٢١٣٣ مصاب في السعودية (٢٨ :١٧١) .

وفي مدينة الرياض وحدها فد نتج خلال (١٤١٣-١٤١٦ هـ) ٩١٢٨٢ مصابا ، ٧٧١٢ متوفى . ومن المتوقع وقوع حوالي (٤٠٠٠٠٠)حادث أي أن المتوسط الشهري (٣٣٢٧) حادث ، و (٣٩٩٢٠)حادث سنويا خلال عشرة سنوات من ١٤١٨ إلى ١٤٢٧ هـ (٤ : ١١٧) وهذا ما يشير إلي خطورة الموقف والى أهمية العمل مع هذه الفئات المعاقة .

٠خامسا : خدمة الفرد والانسحاب الاجتماعي للمعاق حركيا .

أن السعي المهني باختلاف مدارسه العلمية ومؤسساته المهنية يسعى لمحاولة التقليل من المشكلات الناتجة عن المدنية الحديثة وعن التحضر والتصنيع وما تخلف عنهما من استخدام العديد من الآلات في جميع مجالات الحياة ،وما ينتج عن ذلك من العديد من الإعاقات وكل

منها له أثاره الاجتماعية والنفسية السلبية المتعددة والإعاقة الجسمية أولى الإعاقات الناتجة من استخدام الآلات المتزايد بما في ذلك استخدامها في الحروب. والأمر لا يتوقف على الإصابة الجسمية بل على الانعكاسات الاجتماعية السلبية المتنوعة ،وليس فقط على المعاق ، ولكن على من يحيط به سواء من أفراد الأسرة أو على الوحدات الاجتماعية الأخرى التي يتعامل معها قبل حدوث الإعاقة الجسمية ،ومن بين المشكلات الاجتماعية التي تظهر على السطح عند حدوث الإعاقات الجسمية هي الانسحاب الاجتماعي الذي يتضمن في معناه أبعاد نفسية لها أصداء اجتماعية متعددة .

ويعتبر الانسحاب الاجتماعي للمعاق وسيلة من الوسائل التي تساعد على التخلص من القلق الناتج عن العيوب والقصور الناتجة من الإعاقة والتي قد يعاني منها نتيجة لتفاعله مع واقعة الاجتماعي أثناء المواقف الاجتماعية المختلفة والمستمرة .. وذلك يسعى المعاق نحو الابتعاد عن الدخول في علاقات أو تفاعلات تسبب له الكثير من الصراع والتوتر والإحباط والخطورة كل الخطورة هي في استمرار سلوك الانسحاب الاجتماعي بحيث يصعب بعد ذلك إخراجه من العزلة التي قد تتطور فيما بعد إلي الاضطرابات و الأمراض النفسية ومن ثم يحتاج بعد ذلك إلي دوائر علاجية متعددة كما يحتاج الى متخصصين على درجة عالية من المهارة والخبرة كما يحتاج إلى مهارات مهنية متنوعة وقد يحتاج إلى سنوات علاجية طويلة حتى يخرج من هذه الدائرة وقد يعتبر المعاق هذا الانسحاب موقف دفاعي ضد البيئة الاجتماعية وخاصة عندما

تغير البيئة موقفها منه وتأخذ اتجاهات سلبية منه أومن أعاقته . ولكن عملية الانسحاب تهدد الإنسان المعاق حيث تضعه في موقف صعب ومعها تتعطل قدراته المتبقية ويتعطل قيامه بألادوار الاجتماعية على أحسن وجه ممكن .

ونجد أن الانسحاب الاجتماعي ربما يعطلها تماما وقد يتسبب عنه مشكلات متعددة نفسية واجتماعية وكذلك قد تؤثر على تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي .

ولما كانت الخدمة الاجتماعية بصفة عامه وخدمة الفرد بصفة خاصة تسعى إلى عودة المعاقين إلى دائرة العمل والإنتاج والحياة والاجتماعية وذلك بالعمل على أزاله المشكلات والأفكار العادات السلوكية التي تعوق أداءه للأدوار الاجتماعية لذلك يسعى الباحث إلى تجريب الاتجاه العلاجي لخدمة الفرد وذلك باستخدام الاتجاه العقلي في العلاج كبرنامج مهني للعمل على خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي للمعاق والتعرف على أكثر الأبعاد حدوثا للانسحاب لدى المعاقين حركيا وكذلك أكثر الأبعاد تأثر ببرنامج العلاج في خدمة الفرد . في محاولة علمية لإخراجه من دائرة انسحابه الاجتماعي ودفعه للتحرك الإيجابي داخل محيطه البيني مما يسهم في قيامه بأدواره الاجتماعية على أكمل وجه ممكن .

سادسا : الدراسات السابقة :

تعددت الدراسات الخاصة بالمعاقين في العديد من المجالات و الموضوعات المرتبطة بدراسات الخاصة بهم ، إلا أن الباحث سوف يتخير عدد منها له اتصال بالمشكلة ويقدمها على النحو التالي :

الدراسة الأولى :

"العلاقة بين الإعاقة الجسمية والتوافق النفسي والاجتماعي للمعوقين حركيا " وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي لدي المعاقين جسميا المقيمين داخل المراكز وخارجها . وطبقت علي عينة مكونة من ٨٠ فردا منهم ٤٠ من المعاقين ، و٤٠ من الأسوياء وقد استخدم الباحث اختبار المصفوفات المتتابعة ،واختبار الشخصية لكل من المرحلة الإعدادية والثانوية ، واستمارة تثبيت المتغيرات بالإضافة إلى استمارة الخلفية الاجتماعية .

وقد انتهت الدراسة إلى توضيح انه يوجد فروق بين المعاقين والأسوياء في أبعاد الإحساس بالقيمة الذاتية والتحرر من الميل إلى الانفراد والخلو من الأعراض العصابية لصالح الأسوياء ،أي أن المعاقين أقل توافقا في تلك الأبعاد ، كما بينت الدراسة أن المعاقين جسميا أقل توافقا من الأسوياء في التوافق العام لصالح الأسوياء كما وجد فرق بين المعاقين أنفسهم من المقيمين داخل المراكز وخارجها لصالح المعاق المقيم خارج المركز وذلك على بعد العلاقات في البيئة الاجتماعية (٢٩) .

الدراسة الثانية :

" دراسة حول معوقات الرياضيين المعاقين حركيا "وقد أوضحت نتائج الدراسة أن معوقات الرياضيين المعاقين الحاصلين على

التعليم الثانوي فما فوق أقل بكثير ممن هم في المرحلة الثانوية والذين لا يقرؤون ولا يكتبون ، وان معوقات التكيف لدى الذكور أكثر منها لدي الإناث ،وان معوقات التكيف لذوي الدخل المحدود من (١٠١-١٥٠) دينارا أعلى من الدخل (١٥١)دينارا فما فوق .، والمعاقون وراثيا مستوى معوقات تكيفهم الاجتماعي أكثر من مستوى معوقات ذوى الإعاقة المكتسبة ،والمصابين بشلل الأطفال معوقات تكيفهم أكثر من معوقات تكيف المصابين بالبتر واصابات النخاع الشوكي ، ومن يسكنون المخيمات معوقات تكيفهم أقل من معوقات المعاقين من سكان المدينة والقرية ،وسكان القرية أكبر من نظرائهم من سكان المدينه (٣٠).

الدراسة الثالثة :

" دراسة المشكلات التي يعاني منها المعوقين حركيا " اجريت الدراسة بهدف التعرف على المشكلات التي يعاني منها المعاقون حركيا في أربد بالأردن وعلى عينة قوامها (٧١) معاقا حركيا منهم ٤٨ معاق ،و٢٣ معاقة . وقد كشفت الدراسة على أن هناك العديد من المشكلات مع أسرهم على مستوى جميع المتغيرات ما عدا متغير الجنس ، كما أن هناك مشكلات مع المجتمع الذي يعيشون فيه حسب العمر والدخل والإقامة ،كما أوضحت الدراسة أن المشاكل الإناث أقل من الذكور ،وان مشاكل صغير السن أقل من الكبار .كما أن مشاكل المعاق ساكن المدينة أقل من مشاكل المعاق سكان ساكن القرية (٣١) .

الدراسة الرابعة :

" دراسة لمعرفة أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم وكذا الضبط لدى المعاقين حركيا وكشف الدراسة التى أجريت على (٢٣٠) من المعاقين المنتمين لمؤسسات الرعاية الاجتماعية بالأردن إن : أصحاب الدخول العالية أكثر ميلا للضبط الداخلي وتقبلا من نظرائهم المعاقين حركيا ذوي الدخل المنخفض . وكذلك الأكثر تعليما (البكالوريوس) أكثر ميلا للضبط الداخلي وأكثر تقبلا لذواتهم من نظرائهم من حملة الثانوية (٣٢).

الدراسة الخامسة :

" دراسة مفهوم الذات لدى المعاقين جسميا "طبقت الدراسة على مجموعتين ،الأولى (١٥٥) فردا من الجنسين والثانية (٧٥) فردا من المراهقين ، وكشفت الدراسة أن الأسوياء أكثر إيجابية في تعبيرهم عن مفهوم الذات لديهم من المعاقين جسميا ، كما أن مفهوم الذات يتأثر بمتغيرات هي مستوى التعليم والجنس ونوع الإعاقة ،وبالتفاعل المشترك بين هذه المتغيرات . وينخفض مستوى إيجابية مفهوم الذات مع زيادة مستوي التعليم وزيادة أعباء المعاق جسميا ، أما الذكور فاكثر إيجابية في التعبير عن ذواتهم الجسمية من الإناث ،أما الإناث فاكثر إيجابية في التعبير عن ذواتهم الأخلاقية من والاجتماعية وتقدير الذات . كما أن نوع الإعاقة يؤثر على مفهوم الذات لدي المعاق وكذلك درجة الإعاقة . ومن خلال النتائج أتضح أن صورة الذات لدى المراهقين المعاقين جسميا محكومة بمؤشرات منها الإعاقة والتثبيت الأوديبي والعدوانية تجاه بعض

النماذج الموجودة في المجتمع والنظرة السلبية للعلاقـــات الاجتماعيـــة . (٣٣).

الدراسة السادسة :

" دراسة السلوك الاجتماعي للمعاقين "هدفت الدراسة إلى التعـرف على الدور الذي تؤديه الخدمة الاجتماعية فـــي دعـــم وتطويـــر الســـلوك الإيجابي لدى المعاقين جسميا – وقد اشتملت الدراسة على (٨٥)معاقا من الذكور في المرحلة العمرية ما بين ٦–٨ سنة من المقيمين بمدرسة التأهيل بالإسكندرية . وقد أستخدم الباحث الاستبانة والوثائق والسجلات المتاحـــة بالمدرسة وكذلك الملاحظة العلمية وكان من أهم النتائج أن للإعاقة تأثير على تصرفات الفرد وأسلوبه في التعامل وان للإعاقة علاقه بأسباب بعض المشكلات الأخرى موضحا دور الخدمة الاجتماعية فـــي دعـــم وتطويـــر السلوك الإيجابي لدى المعاقين (٣٤).

الدراسة السابعة :

" الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعاقين : طبقت الدراســـة على (٣٠٠) طفل معلق ، معاقين عقليا وسمعيا وبصريا وحركيا وطبـــق مقياس الانسحاب الاجتماعي . وقد أظهرت نتائج أن هناك فـــروق بيـــن الفئات الأربعة في مستوى حدوث الانسحاب الاجتماعي وكـــان تدريجيـــا كالتالي المعاقين عقليا ثم بصريا ثم سمعيا وأخيرا حركيا ويـــزداد ســـلوك الانسحاب الاجتماعي كلما كانت الإعاقة أشد إما متغيرات العمر والجنـــس للمعاق فلم يكن لها تأثير على سلوك الانسحاب الاجتماعي . (٣٥) .

الدراسة الثامنة :

"دراسة العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي ومستوى القلق وبعض المتغيرات لدى المعاقين حركيا في المستشفيات ومراكز التأهيل في كل من (الطائف ومكة المكرمة وجدة) .

وكانت الدراسة تهدف إلى التحقق من هذه العلاقة ، وقد طبقت على عينة قوامها (٣٤٤) منهم ١٧٢ من المعاقين حركيا ، و ١٧٢ من العادين مستخدما مقياس الانسحاب الاجتماعي . وقد كشفت الدراسة عما يلي :

- انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين والأسوياء في مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي وفي مستوى القلق
- وكذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعاقين في مستوى سلوك الانسحاب تبعا لدرجة الإعاقة الحركية والعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية .
- كما وجد انه توجد علاقة أرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوي سلوك الانسحاب الاجتماعي وبين ومستوي القلق لدى المعاقين حركيا (٢٠) .

*** نظرة تحليلية على الدراسات السابقة :**

بالنظر إلى العديد من الدراسات السابقة التي أستعرضها الباحث والعديد من الدراسات من الدراسات التي اطلع عليها الباحث ،وجد الباحث أن أغلبها يدور حول المحاور التالية :

- بعض الدراسات اتجهت إلى تحديد حجم الإعاقة وتصنيف المعاقين وأنواع الإعاقات وربط ذلك بأعمارهم ومستواهم التعليمي وحالتهم الاجتماعية
- بعض الدراسات اتجهت إلي تقدير التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين وربط ذلك بمجموعة من المتغيرات مثل الجنس والدخل ونوع الإعاقة .
- بعض الدراسات اتجهت إلى أقامت العديد من المقار ات بين الأسوياء والمعاقين وخاصة على ثلاث أبعاد :
- الانسحاب الاجتماعي ، القلق ، مفهوم الذات .

ويخلص الباحث من خلال النظرة التحليلية السابقة إلى جانبين أساسيين هما :

الجانب الأول : " أن الدراسات السابقة قدمت الكثير عن المعاقين وعن أحوالهم من حيث أنواع أعاقتهم وأفكارهم وطريقة التفكير بالإضافة إلى سلوكهم الاجتماعي وكذلك انسحابهم الاجتماعي، والقلق الذي يعانون منهم . وكيف يمكن دراستهم ودراسة الكثير مما يعانون منه .

الجانب الثاني : أنها لم تقدم برنامجا للعمل معهم والتغيير من أفكارهم و أن اهتمت بالعمليات التأهيلية والتشغيلية ، بل وقفت عند حد الدراسة الاستطلاعية أو الوصفية أو المسحية، ولم تهتم بالدراسات التجريبية على الرغم من توافر التراث المعرفي عن هذا المجال توافر كبير . لذلك

سوف يهتم الباحث بالعمل على تجريب برنامجا للتدخل المهني باستخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد وخاصة أن التراث المعرفي لخدمة الفرد اصبح جاهزا لمثل هذه البرامج.

الجزء الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة

أولا : مشكلة البحث :

تسعى الدراسة الحالية إلى تجريب استخدام برنامج مهني باستخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد للعمل على مساعدة المعاق على خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي وذلك من خلال التركيز على الأفكار الدافعة لذلك .

من ثم تتحدد مشكلة الدراسة في " معرفة مدي قدرة الاتجاه العقلي في خدمة الفرد في العمل على خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي للمعاقين حركيا "

ثانيا : فروض الدراسة :

تتحدد فروض الدراسة في كل من :

الفرض الرئيسي وهو : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوي الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقين حركيا قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد ،وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي

الفروض الفرعية :

أولا : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقبين حركيا على بعد الخجل والانطواء قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي .

الثاني : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوي الانسحاب الاجتماعي لدي المعاقين حركيا على بعد عدم التفاعل / المشاركة في النشاطات الاجتماعية قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي .

الثالث : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوي الانسحاب الاجتماعي لدي المعاقين حركيا على بعد التكتم والبرود في العلاقات الاجتماعية مع الأخريين قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي .

الرابع : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوي الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقين حركيا على بعد السلبية / والاعتمادية والخوف قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي . الخامس : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقين حركيا على بعد الوحدة عدم التعاون و حب الروتين قبل تطبيق برنامج العلاج العقلي في خدمة الفرد وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي .

ثالثا : نوع الدراسة :

لكي تتحقق الدارسة أمبريقيا ، يرى الباحث إن أنسب نوع لهذه الدراسة هي الدراسة التجريبية والتي تستهدف تجريب متغير تجريبي مستقل على متغير تجريبي تابع .

رابعا : " المنهج والتصميم التجريبي :

تعتمد هذه الدراسة على المنهج التجريبي باعتبار العلاج العقلي في خدمة الفرد متغير مستقل والانسحاب الاجتماعي متغير تابع و اعتمدت الدراسة من حيث التصميم على مجموعتين قوام كل منهما (٩) أفراد من المعاقين حركيا وقد تم أجراء الاختبار (قبل إدخال المتغير التجريبي المستقل) وإجراء الاختبار البعدي (أي بعد إدخال المتغير التجريبي) حتى يطمئن الباحث لعدم وجود فروق ذات دلالة في متوسط درجات مستوي الانسحاب الاجتماعي لأفراد المجموعتين .

خامسا : مجالات الدراسة :

عينة الدراسة وهي تمثل المجال البشري وهي تتكون من مجموعتين قوام كل منهما تسع من المعاقين حركيا إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة وكان حدود العينة على النحو التالي :

- أنهم من السعوديين المصابين في حوادث السيارات ، على أن لا يزيد عمر المبحوث عن (٤٥) حتى لا يؤثر الكبر في الاستسلام لليأس في التفاعل الاجتماعي ، وإن يكون من حديث الإعاقة حتى لا يكون المعاق قد تلقى علاجا اجتماعيا أو نفسيا يؤثر على نتائج الدراسة ، وعلى أن تكون الإصابة أدت ألي حدوث شلل في الأطراف السفلية أدي ألي أعاقه حركية .

ولكي يطمئن الباحث من عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبيـــة والضابطة قام باستخدام اختبار " ت" على كل من المتوسط والانحـواف المعياري للمجموعتين ،وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (١) يوضح اختبار (ت) على المجموعتين قبل التدخل المهني

	المجموعة	س	ع	ن	ت	مستوى الدلالة
١	المجموعة التجريبيه	١١٠,٨	١٠,٥١	٩	٠,١٥	دال عند ٠,٠١
٢	المجموعة الضابطه	١١١,٦	١١,٧٩			

كما قام الباحث بتقسيم المجموعتين بحيث كان كل منها متوافق في السن (حيث كان متوسط أعمار المجموعة التجريبية = ٢٩ ,٨ ســـنة ، ومتوسط أعمار المجموعة الضابطـــة = ٣٠ ســنة ،وان التشـت فـي المجموعتين الأولى ٨ ,٣ والثانية ٨ ,٦ .واتفقت العينتان في المســتوى التعليمي حيث كان كل مجموعة يوجد بها (٥) من الذين لـــم يســتكملوا دراستهم الابتدائية وأثنين منهم لم يستكملوا دراستهم المتوسطة (الإعداديـة) وأثنين استكملوا المرحلة الثانوية .

* **المجال المكاني** : أجريت الدراسة في مكان واحد هـو قسـم التـأهيل بالمستشفى العسكري بمدينة الرياض بالمملكـــة العربيـــة السعودية وذلك لمحاولـــة التحكـم قـدر الإمكـان فـي المتغيرات وحتى لا يؤثر اختلاف أنواع برامج الخدمـات المقدمة في المستشفيات أو المراكز على برنامج التدخـل المهني كبرنامج تجريبي يتطلب مزيـــد مـن إجـراءات التحكم في التجربة .

*المجال الزمني : وقد أجريت الدراسة في جانبها الإجرائي وهو تنفيذ البرنامج في الفترة من أول فبراير حتى منتصف يونيو ١٩٩٨ م

سادسا : الأدوات التي أستخدمها الباحث :

وهي : ١ - المقابلات المهنية

٢ - نموذج العمل بما فيه برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج العقلي في خدمة الفرد .

٣ - مقياس الانسحاب الاجتماعي .

ويتكون مقياس الانسحاب الاجتماعي من (٣٩) عبارة وهو من أعداد سهير الصباح ١٩٩٣ م وقد طبق على البيئة الأردنية وعلى أربع فئات من المعاقين وقد قام بتعديل احمد محمد الشهري لكي يتناسب مع المعاقين حركيا ، وقام بتجريبه في البيئة السعودية في نهاية علم ١٩٩٧ م . وهذا المقياس مقسم إلى خمسة أبعاد يمكن إيضاحها كالتالي :

١- بعد الانطواء والخجل. مكون من (٨ عبارات)

٢- بعد عدم التفاعل/المشاركة فى النشاطات الاجتماعية. مكون من (٨ عبارات)

٣- بعد التكتم والبرود فى العلاقات مع الآخرين. مكون من (٤ عبارات)

٤- بعد السلبية والاعتمادية والخوف. مكون من (١١ عبارات)

٥- بعد الوحدة وعدم التعاون وبعد الروتين. مكون من (٨ عبارات)

وقد تم التأكد من صدق المقياس ،وقد بلغ صدقه (٩٠ .) ،وقد بلغ ثباته (٧٩ .) مما يشير إلى ارتفاع ثبات المقياس ويطمئن لاستخدامه وكان معدلات الارتباط بين أبعاد المقياس عالية .

سادسا : الأدوات الإحصائية :

أستخدم الباحث العديد من الأدوات الإحصائية وهى :

- المتوسطات الحسابية - الانحرافي المعياري -اختبار (ت) - النسب المئوية.

الجزء الثالث : الجانب الميداني من الدراسة :

أولا : نموذج العمل المهني

ثانيا : نتائج الدراسة

ويمكن استعراض هذا الجزء على النحو التالي :

أولا : نموذج العمل المهني

وينقسم هذا الجزء إلى كل من :

وهو يتكون من ثلاثة أبعاد ويمكن عرضها على هذا النحو :

البعد الأول : الاتجاه العقلي وتفسيره للسلوك الانسحابي .

البعد الثاني : الأفكار الخاطئة لدى المعاقين من خلال الأبحاث والدراسات العلمية .

البعد الثالث: برنامج التدخل المهني .

ويمكن عرضها على النحو التالي :

البعد الأول : الاتجاه العقلي وتفسيره للسلوك الانسحابي :

يستند هذا النموذج على عدد من الافتراضات التي تعتبر بمثابة المرتكزات الأساسية للعلاج العقلي في خدمة الفرد ،ويمكن عرضها في تفسيرها للسلوك الانسحابي على النحو التالي :

الافتراض الأساسي الأول لهذا الاتجاه العلاجي يقوم على أساس " أن معتقدات الشخص وقناعاته وتفسيره للإحداث أو الخبرات هي المسئولة عن المشكلات التي يواجهها الإنسان وليست الحوادث والخبرات (٣٥: ٢١٢) .

ومن ثم فأفكار المعاق ومعتقداته الخاطئة هي سبب انسحابه الاجتماعي من الواقع ومن ثم فألا فكار التي يجب أن نهتم بها (تعريفا وتحديدا) هي :

-أفكاره عن نفسه بعد الإعاقة ،ووضعه الحالي .

-أفكاره عن أعاقته وقدراته المتبقية واعتقاده فبها .

-أفكاره عن مستقبله وعن عمله وأصدقائه والزواج .

-أفكاره عن الأخريين واتجاهاتهم نحوه .

لذلك فان اندفاع المعاق نحو الانسحاب الاجتماعي بعد الإعاقة جاء نتيجة لجانبين أساسيين

- الأول : احتواء العقل على معاني خاطئة بعد الإعاقة .

سواء كانت هذه المعاني موجودة سابقة الإعاقة (نتيجة لمعرفته السابقة عن الإعاقات الأخرى) أو حالية متسببة من الإعاقة في اتجاه رفض الإعاقة وعدم تقبلها .

- الثاني :نقص معرفي عام :

سواء أرتبط بالإعاقة ونسبة العجز واتجاهات الأخريين أو العلاج أو حالته المستقبلية أو نوع الخدمات التي سوف تقدم له .وكذلك المؤسسان التأهيلية.

٤-محتوى الانسحاب الاجتماعي :

هو مجموعة الأفكار الأساسية التي تدور في عقل المعاق والتي ترتبط بفكرته لرفض الواقع في محاولة لتخيف حدة التوتر والصراع والإحباط الذي ينشا له من هذا الواقع (أو الذي ينشئه الواقع) ،وان أي مشكلة مرتبطة بقلق ،والقلق يزال أو يخفف بسرعة اتخاذ خطوات علاجية فعالة تتناسب مع الموقف.

ومن ثم فمشكلة العميل في هذه الدراسة هي تفكيره سواء سرا أو علانية وهو موضوع الدراسة ،ونقطة البداية في العمل المهني هي تفكيره في الانسحاب من الواقع ،وفي بعض الأحيان رفضه لهذا الواقع .

ومواجهة محتوى الانسحاب الاجتماعي كسلوك ويتطلب ذلك كل من :

أ- معرفة وتحديد هذا المحتوي الدافع للانسحاب والناتج من تطبيق المقياس والذي يوضح كل هذه الاستفسارات والموضح والدوافع لهذا الرفض وهي :

- لماذا يرفض التعامل مع الأخريين ؟ -لماذا يظل بعيدا عن الناس حتى في تواجدهم ؟
- لماذا يرتاح في البعد ؟ -لماذا يرفض الاختلاط بالأخريين ؟
- لماذا يحب أن يعمل بمفرده - لماذا يحب أن لا يشارك أحد في النشاط ؟

ب-العمل على تغيير (معالجة) الأفكار الخاطئة المؤدية لهذا السلوك .

تعالج الأفكار الخاطئة أما بتصحيحها أو استبدالها بأفكار صحيحة ، " وليس بالضرورة معرفة أسباب نشأتها " ، فإذا تعدلت الفكرة (الرفض) ،تعدل الإدراك (أدراك حقيقة الواقع) ومن ثم يتعدل الإحساس (ليس الواقع بهذه الصورة القاتمة) ، و من ثم تعدلت الدوافع وفقا لتعدل الإحساس (لماذا أبتعد) ،واخيرا يتعدل السلوك (فبدلا من الانسحاب يتحرك المعاق إلى دائرة التفاعل الاجتماعي).

وهناك افتراضات لابد من وضعها في الاعتبار عند العمل وهي:

١-لكل مشكلة خطوة عقلية فعالة تؤثر في الموقف الإشكالي كله وتحديدها بوضوح ضروري والتحرك منها ينهي المشكلة .

٢-المعاق ليس مريضا ،ولكنه شخص يواجه بعض المشاكل ، وهذه المشاكل قد أسهم المعاق في تكوينها بدرجة أو بأخرى . وعلينا مساعدته على حلها.

٣- فتصور الباحث للسلوك الانسحابي من منظور الاتجاه العقلي في خدمة الفرد يمكن عرضه على هذا النحو : " فكرة المعاق عن الإعاقة وعن اتجاهات الناس حوله برفضهم له (كاضطراب فكري) أثر الابتعاد (كاضطراب سلوكي) فخاف من التعامل مع الواقع(كإحساس خاطئ)وهو لا يدري أهمية التعامل مع الناس ومع الواقع (نقص معرفي)، فأنسحب اجتماعيا (اضطراب سلوكي)وهكذا .

٤- قد تكون هناك أفكار كثيرة تجول داخل راس المعاق ،ويجب أن لا ينصب دور الاخصائي في حصر هذه الأفكار ، بل عليه حصر

الأفكار التي تشغله .

البعد الثاني : الأفكار الخاطئة لـــدي المعـــاق (الافتراضـــات الأساســـية المرضية):

من خلال الأبحاث والدراسات الســـابقة والكتابـــات (٣٥ :١٤٥-١٨١)، الموجه لعمل الباحث خلال البرنامج المهني . . وهي :

١- التضخيم " Magnification" للأشياء ،والتي ينتج عنها أفكار دافعـــة لحالته أكثر من الإعاقة. فالتضخيم أحد الأخطاء الأساسية في التفكـير ،فالمعاق يضخم أعاقته أو عجزه (وأخطاءه) بالإضافة للتصغير فـــي بعض الأمور، والاستنتاج الانتقائي أو الاعتباطي .

٢- التفكير الحدي المتطرف سلبيا أو إيجابيا Dichotomous thinking حيث يجعل للأخريين صفات قاسية شديدة وانتقادية،ولا يـــ ي فيـــهم التفهم والتشجيع والمساعدة (وبالتالي يتولـــد لديـــه أفكـــار لرفضـــهم ورفض واقعهم وبالتالي محاولة الانسحاب من هذا الواقع المرفـــوض .

٣- المبالغة في فهمه لنقاط ضعفه " ومن ثم يرى نفسه نتيجـــة لإعاقتـــه ضعيفا وناقصا " ومن ناحية أخرى يقلل من "قدراتـــه ونجاحـــاتـــه "،ويعتبر تصرفاته الجيدة واعماله أنها لا تستحق الثناء والتقدير

٤- يلجأ المعاق الى التعميم السريع في " فهمه لنفسه ،وفهمه للأخريين " وخاصة بعد فشله في أحد المواقف .

من التفكير السائد لدى المعاقين (الأفكار الخاطئـــة) أن الإنســـان يجب أن يكون دفاعيا يتلقى نظرات الناس الهجومية الحـــادة ويحـــاول أن

يحمي نفسه ويسترها ومن ثم دائما يأخذ موقع الدفاع دون تفكير بالهجوم وإثبات شخصيته ورغباتها وحقوقها ،لذلك فهو يستسلم بسهولة ويهرب أمام قوة الخصم ومن ثم يفضل الصمت أو الهروب على المواجهة وعلى إمكانية تعرضه للإحباط أو الاخسارة .

ومن الجوانب" الأشياء " التي تنتاب المعاق ونتيجتا لها يتبنى أفكار انسحابية هي (الشعور بالقلق ،ومحدودة الحركة ،وفقدان الثقة بالنفس أو المركز أو الهوية الاجتماعية ،والقصور السلبي للجسد ،وفقدان احترام الذات ،والكآبة) وهذا المشاعر يفرضها المعاق على نفسه . ويمكن الحد منها بواسطة البرنامج المعمول به في هذه الدراسة .

من الأفكار السائدة لدي المعاقين " نظرة المعاق ألي إعاقته بأنها نهاية المطاف ،وأنه أصبح لايعني شيء.

فكرة تأخير العلاج وتأخير ظهور تحسن ملحوظ فكرة مسيطرة على المعاق بالإضافة إلى أنها تدعم الأفكار الخاطئة الأخرى ،لذلك يجب الإسراع في العلاج الاجتماعي العقلي .

يمكن تعديل أفكار المعاق حول الأمور التي يعتبرها المعاق نوعا من الخطر عليه وهي تفسيره :

* لنظرة شخص معين في إحدى المناسبات. * انتباه الناس المسلط عليه .

*تعليق شخص أخر على رأيه أو عملة .

حيث يصبح تقبلا لمثل هذه المثيرات ،ويصبح تفسيره لها بطريقة عادية لا تشكل خطرا على شخصيته ،وبالتالي لا تستدعي القلق والتوتر

الشديدين الأفكار المرتبطة بمخاوفه ومشاعره المرتبطة بالإعاقة وعلاقتها بعدم الدخول في دائرة التفاعل الاجتماعي مثل :

-الخوف من محاولة القيام بأي شئ ، كفكرة الخوف مما يمكن أن يقع لهم .

-الأفكار المرتبطة بالخوف والخجل في المواقف الاجتماعية وكأنهم ليسوا معاقين ولكنهم مرتكبي ذنب أو أخطاء .

البعد الثالث : برنامج التدخل المهني مع المعاق

وقد تم تحديده على هذا النحو :

أولا : تحديد الواقع العملي : يقوم هذا التحديد على اساس كل من :

تحديد الأفكار الدافعة للانسحاب الاجتماعي وهي تمثل في الواقع المنطلق الأساس والأول للعمل وتتحدد بناء على أجابه المعاق على أسئلة المقياس الخاص بالانسحاب الاجتماعي .

ثم يتم تحديد الأفكار الانسحابية التي تدور في عقل المعاق على أساس هل هذه الأفكار خاطئة – أم مشوهة -أم ناقصة (غير مكتملة) .

يتم تحديد واقع فهم المعاق لإمكانياته المتبقية وما مدى قدراته وإمكانياته في الانطلاق في المستقبل بما في ذلك معرفته بالمؤسسات التي تقدم له ما يحتاج إليه من خدمات .

تحديد واقع المعاق مع أسرته ومع عمله ومع الأخريين (من الأصدقاء والزملاء والأقارب ..)

ثانيا : الأعداد لوضع برنامج علاجي (خطة علاجية) لتعديل الأفكار تمهيدا لخفض مستوي الانسحاب الاجتماعي للمعاق .

وذلك من خلال كل من :

أ-تهيئة المناخ العلاجي الحافز :

ب-لابد وان يحدد الاخصائي الاجتماعي كيف يتدخل في الموقف ويجب أن تكون الأسئلة والاستفهامات والاستثارة التي يقوم بعملها الاخصائي الاجتماعي حافزا للمعاق ، وتثيره وتدفعه لأن يتحرك في إطار العلاجي بشغف ورغبة

ج-يجب أن يحدد الأخصائي الاجتماعي الأفكار والمعتقدات التي يجب تغييرها أو أضافتها أو استبدالها تحديد واضح محدد ممكن .

يستوجب هذا من الأخصائي الاجتماعي أن يتم صياغة هذه الأفكار وإيجاد أفكار بديلة مقبولة يرغب في توصيلها للمعاق .

د- إعداد الأسئلة المثيرة للتفكير والكاشفة للمعرفة الخاطئة المسببة للسلوك الانسحابي .

" ويعتمد هذا النموذج على التحليل المنطقي للأفكار الخاطئة وإيضاحها وإظهار كيفية ارتباطها بالمشكلة وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية ،وهذا يعتبر ضمن الطرق المعرفية (" Cognitive methods " .

ثالثا : التنفيذ (برنامج التدخل المهني) :

قسم الباحث برنامج التدخل المهني إلى ثلاث مراحل ، كل مرحلة من هذه المراحل تتكون من عدد من المقابلات ،على أن تنتهي المرحلة عند تحقيق أهدافها .

المرحلة الأولى : وهى مرحلة التهيئة و التحديد :

ويمكن تحديدها على النحو التالي :

١- عدد المقابلات : وهي ما بين ٢-٣ من المقابلات .

٢- أهداف هذه المرحلة :وهي :

-تهيئة المعاق وتحديد الهدف وطمأنته .

- استثارة الحافز لدى المعاق للتعامل مع الاخصائي .

- إثارة المعاق لقبول تعديل الأفكار الخاطئة .

- تحديد الأفكار الدالة على الانسحاب الاجتماعي ومداه .

٣-أساليب تحقيق الأهداف :

-الاستثارة والحفز .

أخذ رأي المعاق في مشاركة برنامج العلاج العقلي في حالة ما يكون لدية مستوي من الانسحاب الاجتماعي .

شرح ماهية العلاج العقلي وكيف يؤثر في تعديل أفكار المعاق في اتجاه بعيدا من الانسحاب الاجتماعي .

- إجراء القياس القبلي (بتطبيق مقياس الانسحاب الاجتماعي) .تقدير مدي الانسحاب الاجتماعي العام وكذلك مدي الاضطراب الحادث في أبعاده الرئيسية.

- إثارة دافعيه المعاق نحو التعامل مع الباحث بشكل أكثر إيجابية للخروج من دائرة الأفكار المؤدية للانسحاب الاجتماعي دفعا به لتبني أفكار دافعة لدخول في دائرة التفاعل الاجتماعي .

- تحديد موعد المقابلات المهنية وأهداف كل مقابلة (والهدف منها) .

- إعطاء العميل الفرصة لتحديد الأفكار الأكثر تأثيرا فيه وتدور باستمرار في ذهنه .

وكان الباحث قبل استخدام الأساليب يقوم بالتمهيد التالي :

أطمئن المعاق من الهدف من المساعدة واشتراكه في التجربة ،وذلك للوصول إلي مستوى الرضا بحياته بعد الإعاقة ومن ثم إكسابه مزيد من القدرة على التعامل مع الواقع الاجتماعي بشكل أفضل مما وهو عليه ألان.

وحينما يكون هناك أتفارق حول ما سوف نقوم بعمله معا أبدأ في :

عرض التجربة التي أمامنا واطلب منه أن لا يحكم على ما يحدث من أول مقابلة.

كما أوجهه إلى أن العلاج يحتاج إلى بعض الوقت حتى يأتي ثماره كما أن المشاركة الفعالة في المناقشة ومحاولة الفهم السليم والتفكير في الاتجاه الإيجابي والمجادلة الحقيقة هي التي تحقق الأهداف .

ثم بعد ذلك أبدأ في توضيح نقطة محورية في التفاعل المهني ألا وهي: " أن هناك العديد من المشكلات التي قد يعاني منها المعاق ولكن تحركنا سوف يكون في إطار إحدى المشكلات الهامة ألا وهى الانسحاب الاجتماعي وهي التي يجب أن نركز عليها .

كان هناك اتفاق حول ما نريد أن نفعله كإطار عام وهو :

* مناقشة الأفكار المؤثرة فيه سلبا (الأفكار الخاطئة).
* والتدريب على دحض الأفكار الخاطئة (اللاعقلانية) .

* وإحلالها بالأفكار الصحيحة أو العقلانية . وقد انتهت المقابلات الأولى بتحديد بعض أفكار أساسية التي تحتاج إلى تغيير وهي :

**بالنسبة لتطبيق المقياس الانسحاب الاجتماعي وجد الباحث أن :

- كل المعاقين يتصف سلوكهم بالانسحاب الاجتماعي وأن اختلف مستواه .

-على الرغم من وجود الاختلاف، إلا أن هناك ارتفاعا في مستوى الانسحاب الاجتماعي لدى المعاقين حركيا بصفة عامة .

- أن هناك ارتفاع على الأبعاد الفرعية للمقياس(المقاييس الفرعية) وأن أكثر الأبعاد ارتفاعا كان بعد التكتم والبرود في العلاقات الاجتماعية ثم عدم التفاعل / والمشاركة في النشاطات الاجتماعية الوحدة وعدم التعاون والخوف . بعد السلبية والاعتمادية والخوف م الخجل والانطواء .

**بالنسبة للأفكار التي كانت تدور في ذهن المعاق من المقابلات الأولى والتي كانت مسيطرة على المعاقين هي :

الأصدقاء : وان الأصدقاء الذين كان يعرفهم قبل الإعاقة لا يمكن القول بأنهم أصدقاء .

المستقبل : والأفكار التي تدور فيه أنه قاتم ألون .

العمل ، : واحتمالات عدم المقدرة على المواصلة .

الزواج : ودائرة الرفض المجتمعي للمعاق . .

المرحلة الثانية : وهي مرحلة دحض الأفكار الخاطئة :

هي مرحلة محاولة تعديل الأفكار الخاطئة أو تغييرها أو استبدالها

١-عدد المقابلات : ما بين ١٠-١٢ مقابلة

٢- أهداف هذه المرحلة :

- إقناع المعاق أن انسحابه الاجتماعي جاء نتيجة لأفكاره الخاطئة والموضحة على مقياسه .
- مناقشة الأفكار الخاطئة .
- عرض مجموعة الأفكار الصحيحة التي يمكن أن تحل محل الأفكار الخاطئة.
- دحض الأفكار الخاطئة .
- التدريب على التفكير بالأفكار الصحيحة الجديدة .
- تناول الأمور الأخرى بنفس المنطق والأسلوب الذي بدأ يفكر به .

٣-الأساليب المهنية المستخدمة في هذه المرحلة :

- الإقناع : إقناع المعاق أن الأفكار الخاطئة هي أفكار أقتنع بها نتيجة لأعاقته ،دون تمحيص وبدأ يتصرف على أساسها وبدأ يتعود عليها بهذا الشعور والإحساس السيئ (الخاطئ) .
- المناقشة : مناقشته في أن الفكرة نفسها كما هي في الواقع عكس ما يراها وأن ما يراه هو أحسسه هو ذاته وان ما يراه يأخذ به موقف دون مناقشة أو محاولة التأكد منه .
- استخدام المنطق في إظهار ضعف أفكاره الخاطئة وعدم قوتها وكذلك عدم واقعيتها

- وأيضاحاً لبعض الأفكار التي كانت تناقش (مثال لها) :

مثال هو : أنني سوف لا أجد عملا بعد خروجي من المستشفى ،أو أنني لا أستطيع أن أعمل بعد خروجي من المستشفى حتى ولو استقرت حالتي حاول الباحث مناقشة الأفكار الفرعية الخاطئة التي أدت إلى هذه الفكرة الأساسية .وعرضها على المعاق ومن بين الأفكار الفرعية الخاطئة الدافعة لهذا :

- لا يوجد عمل يتناسب مع حالتي ألان .
- أصبحت لا أقوى على عمل شئ .
- سوف لا أجد من يجعلني أعمل .
- لن أجد عمل عند خروجي من المستشفى
- لن ابحث عن عمل حتى لا أحرج نفسي .

من هذه الأفكار المولدة للفكرة الرئيسية : (لن أعمل) .. تبدأ المناقشة العقلية ويكون هدفها :

" دحض الأفكار الخاطئة (اللاعقلانية) وإضعاف ما يفكر فيه وتأكيد على الأفكار السليمة وهي :

أنه مازال يملك الكثير من القدرات والإمكانيات والطاقات التي يجب أن يستثمرها و التي يمكن بها أن يعمل .

أن استكمال عملياته التأهيلية سوف تعيد له الكثير من القدرات أو تحرك ما لديه من قدرات التي لم تستخدم بعد .

هناك آخرون (يعملون وهم معاقين).

كلما تحسن أداءه على الأعمال التي سوف يؤهل عليها كلما كانت

هنا فرصة أكبر للعمل .

وأن هناك ما يمكن أن تسهم به مراكز التأهيل في إيجاد فرص عمل للمعاق .

اهتمام الدولة بالمعاقين ، كما أنها تعطي لهم الأولوية في بعض الأعمال .

" ويمكن أن يعطي الباحث مثال أو أكثر عن حالة من المعاقين يعمل ومتزوج ويعيش صاحبها حياة طبيعية " .

وقد تكون المجادلة العقلية (المناقشة والحوار) قوية وشديدة ،وقد تكون ضعيفة وسهلة ،ويتوقف ذلك على مدى رسوخ هذه الأفكار في ذهن المعاق .

وقد وجد الباحث أن :

"استخدام الاستثارة ضروري في العمل مع المعاقين لمزيد من معرفة الأفكار الخاطئة ،ولمزيد من معرفة مدي رسوخ الفكر ة في ذهن المعاق" .

-الاستثارة بالأسئلة .

-الحديث والمناقشة .

وتدور المناقشة حول الأفكار الجديدة والعمل على التدريب عليها والاستمرار في ذلك .

ويكون التركيز في ذلك على :

- ألا تجعل الأفكار التي تحمل مشاعر اليأس تهاجمك .
- وأفكار الإحساس بالدونية يستمر .

• ولا تستسلم للفشل مهما كانت أفكارك.

كما أن الباحث يراجع مع المعاق الأفكار والمواقف التي تولـــدت نتيجة لأفكاره الجديدة فهي تمثل التدريب وإعادة التدريب . وبـــالتكرار سوف يستعيد التفكير العقلاني ويختفي كثير من التفكير اللاعقلاني .

وبانتهاء هذه المرحلة يتضح بشكل كامل :

" إن الموقف بسبب تفكيره الخاطئ أو تصوره مبالغ فيه ومن ثم العمل على تجنب التفكير الخاطئ في المواقف المستقبلية . وسوف تـــزول المشكلات تبعا لذلك " .

مع الأخذ في الاعتبار انه أثناء المناقشة والحوار المجادلة العقليـــة كان الباحث في بعض الأحيان يتبع أسلوب النماذج و النمذجة Modeling وهو إعطاء فكرة للمعاق كمثال عن معاق أخر كيف خرج وباشر عملـــه وباشر حياته.

كما كان الباحث يعمل على : -

- الاستمرار في المناقشات والمجادلات العقلية عدة مرات حتـــى يتغـــير تفكير المعاق ومن ثم تتغير أفكاره الخاطئة .
- العمل على تعميق الاقتناع بأهمية تغيير الكيان المعرفي لديه .
- التأكد من ممارسة المعاق التفكير المنطقي في كل مـــا يواجهـــه مـــن مشكلات ومواقف.

المرحلة الثالثة والأخيرة :

وهي مرحلة التأكد من وجود الأفكار الصحيحة وتثبيتها ومن ثـــم التأكد من فاعلية هذا البرنامج :-

١- عدد المقابلات : ما بين ٢-٣ مقابلات .

٢- أهداف هذه المرحلة :

-التأكد من وجود الأفكار الجديدة الصحيحة وتثبيتها وترسيخ التفكير العقلاني.

- مهاجمة أي أفكار ناتجة من الشعور بالخزئ والدونية إذا ظهر عليه نتيجة للاعاقته أو نتيجة للتفاعل مع الأخريين

- مراجعة مدي التغير الذي طرأ على أفكاره (وما حدث لكيانه المعرفي) .

- التأكد من فعلية هذا البرنامج وحسن استخدامه داخل وخارج المقابلات المهنية مع المعاق

٣-الأساليب التي ساعدت على تحقيق الأهداف :

٠- بالحديث مع المعاق لتعرف على كيف أصبحت حياته ألان ،وما هي الأشياء التي يفكر فيها .

٠- الاستماع إلى مقارنته عن تفكيره قبل مقابلة الباحث له وبعد المقابلة .

٠- تطبيق مقياس الانسحاب الاجتماعي (التطبيق البعدي) وذلك بهدف معر فة التغييرات التي طرأ ت عليه والتي اختلفت عن التطبيق الأول . من ثم يدرك الباحث حقيقة التغيرات الفعلية التي حدثت .

ثانيا : نتائج الدراسة الحالية :

انتهي الباحث من دراسته التجريبية بالنتائج التالية :

أ -نتائج خاصة بالفروض :

- الفرض الرئيسي :

جدول رقم (٢) يوضح كل من (م) ، (ع) وقيمة "ت" ودلالتها الإحصائية

لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد التدخل المهني لخدمة الفرد

	المجموعة	م	ع	ن	ت	مستوى الدلالة
١	درجات المجموعة التجريبيه قبل التدخل	١١٠,٨	١١,١٤	٩	٩,١	٠,٠١ ٠,٠٥
٢	درجات المجموعة التربية قبل التداخل	٧٠٩	٧,٢			

يوضح جدول رقم (٢) عن النتائج التالية :

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المعاقين بالمجموعة التجريبية قبل التدخل المهني ومتوسط درجاتهم بعد التدخل المهني على مقياس الانسحاب الاجتماعي ، عند مستوى معنوية (٠٥, ، ٠١,) . وهذا ما يؤكد الفرض الدراسي الرئيسي القائل : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المعاقين على مقياس الانسحاب الاجتماعي قبل التدخل المهني وبعده لصالح القياس البعدي .

وإمعانا من الباحث لتأكد من هذه التغيرات الحادثة على درجات المقياس جاءت من تأثير المتغير التجريبي (الاتجاه العقلي في خدمة الفرد)

قام الباحث بإجراء مقارنة متوسط درجات المعاقين في المجموعة التربية ومتوسط درجات المعاقين في المجموعة الضابطة بعد إجراء القياس البعدي على المجموعين .

جدول رقم (٣) يوضح (ت) ودلالتها الإحصائية

لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تنفيذ برنـــامج التدخـــل المهني

	المجموعة	م	ع	ن	ت	مستوى الدلالة
١	درجات المجموعة التجريبيه (القياس البعدى)	٧,٩	٧,٢	٩	٨,٥٦	دال عند ٠,٠٥ ، ٠,٠١
٢	درجات المجموعة التربية القياس البعدى	١٠٦,٩	٩,٨	٩		

ويوضح جدول رقم (٣) عما يلي :

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجـــات المعـــاقين فـــي المجموعة التجريبية ودرجات المعاقين في المجموعـــة الضابطـــة علـــى مقياس الانسحاب الاجتماعي، عند مســـتوى معنويـــة (٠٥ , ، ٠١ ,) وهذا ما يؤكد الفرض الرئيسي، كما يؤكد أن التغيرات الحادثة كانت نتيجـة للمتغير التجريبي، وان التغيرات الحادثة على درجات المجموعة الضابطـة على الرغم من وجودها إلا أنها لم تحقق دلالة فعلية (فروق حقيقة) بيـــن المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة . وتأكيدا لذلك قارن الباحث بين متوسط درجات المجموعة الضابط قبل البرنامج وبعده على النحو التـــالي :

جدول رقم (٤) يوضح قيمة (ت) ودلالتها إحصائية
لدى المجموعة الضابطة قبل تنفيذ برنامج التدخل المهني وبعده

	مجموعة درجات المجموعة الضابطة الدلالة	س	ع	ن	ت	مستوى الدلالة
١	فى القياس القبلى	١١١,٦	١١,٧٩	٩	٠,٩٢	غير دال ٠,٠٥

٢	فى القياس البعدى	١٠٦,٩	٩.٨٠			٠,٠١ ،

يوضح جدول رقم (٤) عما يلي :

أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية بين القياسي القبلي والبعـدي للمجموعـة الضابطة وهذا ما يشير إلى أن البرامج الأخرى المعمول على الرغم مـن إنها حققت بعض التغير إلا انه غير دال أي أنها غير قادرة على تحقيـق فروق حقيقية .

جدول رقم ٥) يوضح معدل التغييرات الحادثة من المتغير التجريبي

مستوى الانسحاب الاجتماعى	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
القياس القبلى	٩٩٧	%٧١,١	١٠٠٥	%٧١,٦
القياس البعدى	٦٣٨	%٤٥,٤	٩٦٨	%٦٨,٩
التغير الحادث	٣٥٩	%٢٥,٧	٣٧	%٢,٧

يوضح جدول رقم (٥) عما يلي :

أن التغير الحادث بفعل المتغير التجريبـي يسـاوي ٢٥ ,٧ -

٢ ,٧ = ٢٣ %

أ- الفروض الفرعية :

يوضح جدول رقم (٦) قيمة " ت " ودلالتها إحصائية

على أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني

الابعاد / الدلالة	القياس القبلى		القياس البعدى			
	س	ع	س	ع	س	مستوى

١- الخجل والانطواء	٢٢	٤,٧	١٤,٢	٢,٣٥	٤,٥٣	دال عند ٠,٠٥ ٠,٠١
٢- عدم التفاعل/المشاركة فى النشاطات الاجتماعية.	٢٢,٩	٢,٥٦	١٣,٨	١,٨٥	٨,٦٤	" " "
٣- التكتم والبرود فى العلاقات الاجتماعية	١٣,٢	١,٦٩	٨,١	٠,٩٩	٧,٨٠	" " "
٤- السلبية والاعتمادية والخوف	٢٩,٨	٤,٢٤	٢٠,١	٢,٦٠	٢,٧٣	" " "
٥- الوحدة وعدم التعاون حسب الروتين.	١٢,٩	٢,٧٣	١٤,٧	١,٧	٢,٧٣	" " "

يوضح جدول رقم (٦) عما يلي :

وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الانسحاب الاجتماعي وذلك بمقارنة المتوسطات للمجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل المهني. وهذا يدل على برنامج التدخل المهني باستخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد قد أحدث تغيرا على جميع أبعاد المقياس وهذا يدل على فعاليته في أحداث التغيرات الإيجابية عند مستوى (٠٥ , ، ٠١ ,)

- التغيرات الحادثة على الأبعاد الخامسة :

جدول رقم (٧) يوضح التغير النسبي الحادث على

م الابعاد	القياس القبلى		القياس البعدى	
	الدرجة	النسبة	الدرجة	النسبة

١- الخجل والانطواء	١٩٨	%٦٨,٨	١٢٨	%٤٤,٤
٢- عدم التفاعل/ المشاركة فالنشاطات الاجتماعية	٢٠٦	%٧١,٥	١٢٤	%٤٣,٦
٣- التكتم والبرود في العلاقات الاجتماعية	١١٩	%٨٢,٦	٧٣	%٥٠,٧
٤- السلبية والاعتمادية والخوف.	٢٧٨	%٧٠,٢	١٨١	%٤٥,٧
٥- الوحدة وعدم التعاون وحب الروتين	٢٠٦	%٧١,٥	١٣٢	%٤٥,٧
الاجمالى	٩٩٧	%٧١,١	٦٢٨	%٤٤,٤٥

ويوضح جدول رقم (٧) أن المعدل العام للانسحاب الاجتماعي للمعاقين في المجموعة التجريبية كان بنسبة ١, ٧١ % مما يعطي مؤشر إلى ارتفاع مستوى الانسحاب لدى المعاقين وربما يشير الباحث إلى أن مدة الإصابة لم يمر عليها ما بين أربعة اشهر ،وتسع أشهر ،وهذا يعني أن الإجراءات التأهيلية لم تبدأ بعد (ألا أن الانسحاب الاجتماعي حتى بعد اكثر من ثلاثة اشهر أخرى ، لم يحقق التغيرات المطلوبة ومن ثم يرى الباحث أن الذي يحتاج إلى تغير هي البرامج) وان انخفاض مستوى الانسحاب في المجموعة التجريبية ووصوله إلى ٤٤, ٤٥ % يعني الثلثير الإيجابي للمتغير التجريبي . ويشير ذلك إلى ضرورة العمل مباشرة بعد إصابة الفرد لخفض مستوى الانسحاب الاجتماعي حتى يتفرغ لتأهيله مهنيا .

جدول رقم(٨) يوضح قيمة "ت " ودلالتها لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج التدخل المهني وبعده علة أبعـــاد المقياس

المتغير / الدلالة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		ت	مستوى
	م	ع	م	ع		
الخجل وانطواء	١٤,٢	٢,٣٥	٢١,٦	٣,٨٤	٤,٩٣	دال عند ٠,٠١
عدم التفاعل/ المشاركة فـــى النشاطات الاجتماعية	١٣,٨	١,٨٥	٢٢,٠	٢,٦٧	٧,٥٧	٠ ٠ ٠
التكتم والبرود فى العلاقـــات الاجتماعية	٢٠,١	٠,٩٩	١٢,٦	٢,٠٩	٨,٨٤	٠ ٠ ٠
السلبية والاعتمادية والخوف	٢٠,١	٢,٦٠	٣٠,١	٢,٥١	٨,٣٣	٠ ٠ ٠

يوضح جدول رقم (٨) أنه :

توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المعـــاقين فـــي المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المعاقين في المجموعـــة الضابطـــة على المتغـــيرات الخامســـة لمقيـــاس الانســـحاب الاجتمـــاعي (أي أن متوسطات المجموعة الضابطة أعلى من متوسطات المجموعة التجريبيـــة ، عند مستويات الدلالة (٠,٠٥ ، ٠,٠١) وذلك بعد إجراء برنـــامج التدخـــل المهني على المجموعة التجريبية .وهذا يـــدل علـــى التـــأثير الإيجـــابي لبرنامج التدخل المهني باستخدام الاتجاه العقلي في خدمة الفرد .

مناقشة النتائج :

في إطار الأهداف الأساسية التي وضعها الباحث للاختبار ، وفي ضوء اختبار الفروض ، توصل الباحث إلي مجموعة من النتائج يمكن له أن يناقشها على النحو التالي :

١- أن المجمل العام للنتائج تم التحقق منها ، كما توضح النتائج السابق عرضها ،و أن جميع فروض الدراسة قد تحققت مع المجموعتين التجريبية والضابطة ،وان استخدام المتغير التجريبي (الاتجاه العقلي في خدمة الفرد) قد أحدث تغيرا في كل الأبعاد الأساسية لمقياس الانسحاب الاجتماعي علي أفراد المجموعة التجريبية .

ويرى الباحث أن برنامج التدخل المهني نجح إلى حد كبير في خفض المتوسط العام والمتوسطات الفرعية على المقياس ، وإن جاءت بنسب مختلفة ، إلا أن النتائج أظهرت دلالة عامة ألا وهي خفض كل المتوسطات الخاصة بالأبعاد مع الدلالة الإحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) وهذا يدل على مدى التحولات في عملية التفكير التي تمت للمعاقين .

٢- كما تشير النتائج إلى فاعلية الاتجاه العقلي في خدمة الفرد في التعامل مع المعاقين حركيا لخفض مستوى الانسحاب الاجتماعي (كمشكلة) عامة يواجهها المعاقين عموما كما جاء في رسالتي (سهير الصباح(١٩٩٣ م) ، واحمد الشهري (١٩٩٧م) .

كما كشفت نتائج الدراسة في بعدها الأول على دور العلاج العقلي في تخفيف من حدة الخجل والانطواء لدى المعاقين حركيا ، وخاصة في كل من المتغيرات الفرعية (العبارات) التالية :

- أنسحب من المواقف عندما يضايقني الآخرون وقد كان التغير من (٣٠ درجة) على المقياس إلى (١٧ درجة) بنسبة ٣٦ % .
- تظهر علي علامات الخجل عند مقابلتي الغرباء وقد كان التغير من (٢٣ درجة) " إلي (١١ درجة) بنسبة ٣٣% .
- أشعر بالخجل عند الحديث مع الآخرون . وقد كان التغير من (٢٦درجة) " إلى (١٥ درجه) بنسبة ٣١ % .
- يظهر علي الحرج بسهولة. وقد كان التغير من (٢٩ درجة) " إلي (٢٠ درجة) بنسبة ٢٥ % .
- أشعر بان لي عالمي الخاص ويصعب الدخول أو الاتصال بي وقد كان الغير من (٢٦ درجة) " إلي (١٧ درجة) بنسبة ٢٥ %.

٣- كما كشفت نتائج الدراسة في بعدها الثاني علي دور العلاج العقلي في دفع المعاق على حمل أفكار تفاعلية (بعيدا على الأفكار الانسحابية المرتبطة بعدم التفاعل والمشاركة في النشاطات الاجتماعية) وقد كان التركيز في المناقشة العقلية على كل من المشاركة فيها سواء العمل أو الأصدقاء وكان الحوار على أنه طالما توصلنا إلى حقيقة أنك تملك القدرات المتعددة فلماذا لا تشارك ، ويمكن استعراض التغير الحادث على النحو التالي :

- يقلقني صعوبة انتظامي في عمل بعد إصابتي الإعاقة وقد كان التغير من (٣٥ درجة) على المقياس إلي (١٩ درجة) بنسبة ٤١ %.
- أشعر أن قدرتي على التفاعل في المواقف الاجتماعية محدودة التغير من (٢٩ درجة) " " إلى (١٥ درجة)بنسبة ٩, ٣٥%

-أعتبر بطئ في بناء الألفة الاجتماعية . التغير من (٣١ درجة) " إلي (١٩ درجة) بنسبة ٨, ٣٣% أتجنب الاشتراك في المواقف العامة التغير من (٢٨ درجة) " " إلى (١٦ درجة) بنسبة ٨, ٣٣ %.

- لا أتفاعل مع الأخريين ولكن أجلس وأراقبهم . التغير من (٢٧ درجة) " " إلى (١٥ درجة) بنسبة ٨, ٣٣ %

٤- كما كشفت الدراسة في بعدها الثالث على دور الإيجابي للعلاج العقلي في محاولة إخراج المعاق من حالة التكتم والبرود في العلاقات الاجتماعية إلى دائرة التفاعل وكان له تأثيرا إيجابيا على كل الأبعاد الفرعية وخاصة الأبعاد الفرعية التالية :

- يصعب على الأخريين إقامة علاقات معيى وقد كان التغير من (٢٨درجة) على المقياس إلى (١٢ درجة) بنسبة ٨, ٤١ % .

-لا أتحدث عما أعانيه لأحد وقد كان الغير من (٣٣ درجة) " " إلى (٢١ درجة) بنسبة ٨, ٣٣ % .

- لا أتحمل المسئولية في المواقف الاجتماعية وقد كان التغيير من (٣٣ درجة) " " إلى (٢٢ درجة) بنسبة ٦, ٣٠ %

٦-كما كشفت الدراسة في بعدها الرابع عن دور العلاج العقلي لخدمة الفرد في التخفيف من حدة السلبية والاعتمادية والخوف لدي المعاق حركيا وذلك بالعمل على دفع المعاق التحرك في تناول أمور حياته ومناقشة الأفكار التي تدفعه إلى الخوف بالتجريب وخاصة في الأمور البسيطة وقد نجح في ذلك وخاصة على المتغيرات :

-لأتحمل المسؤولية في المواقف الاجتماعية . وقد كان التغيير من (٢٩ درجة) على المقياس إلى (١٥ درجة) بنسبة ٩, ٣٨ %.

-أشعر بالارتجاف عندها يطلب مني التكلم في موضوع معين أمام زملائي من (٢٨ درجة) على المقياس (١٤ درجة) بنسبة ٩, ٣٨%

-أخاف من ارتكاب الأخطاء أمام الأخريين وقد كان التغيير من (٣٠ درجة) " " إلى (١٩ درجة) بنسبة ٦, ٣٠ %.

-أعتمد على غيري في تنفيذ المهام التي تتطلب مشاركة اجتماعية التغيير من (٢٧ درجة) على المقياس إلى (١٧ درجة) بنسبة ٨, ٢٧%.

-أتجنب لفت اهتمام الأخريين نحو حالتي وقد كان التغيير من (٢٤ درجة) على المقياس الى (١٥ درجة) بنسبة ٠, ٢٥ % .

- أستطيع التعبير عن نفسي بطريقة واضحةوقد كان التغيير من (١٩ درجة) على المقياس إلى(١٠ درجة)بنسبة ٠, ٢٥ %

- كما كشفت الدراسة في بعدها الخامس عن دور العلاج العقلي في التأثير الإيجابي لدفع المعاق حركيا إلى دائرة خروج والتفاعل مركزا على في المناقشة والحوار على عدم النظر في الأفكار التي ينظر بها نحو الإعاقة ولقدرات التي ضاعت إلى النظر نحو المستقبل واستثمار قدراته المتبقية وكان التأثير أكثر على كل من :

-كثيرا ما ألاحظ إنني كثير ستسرحان وقد كان التغيير من (٣٠ درجة) على المقياس إلى (١٩ درجة) بنسبة ٦, ٣٠ %

-افضل الوحدة والانزواء وقد كان التغيير من (٢٧ درجة) على

المقياس غلي (١٦ درجة (بنسبة ٦, ٣٠ %).

-أظهر الانزعاج من التغييرات في الأشياء التي من حولي التغيير من (٢٧ درجة) على المقياس إلى (١٦ درجة) بنسبة ٦, ٣٠ %

-أشعر بالقلق وعدم السعادة من الوحدة وقد كان التغيير من (٣٠ درجة على المقياس إلى) ٢٠ درجة) بنسبة ٨, ٢٧ % .

-ليس لي أصدقاء . وقد كان التغيير من (٢٤ درجة) على المقياس إلى (١٤ درجة بنسبة ٨, ٢٧ %).

ويخلص الباحث إلى التدخل المهني لخدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية (كمتغير مستقل قد أحدث تغيرا إيجابيا على مقياس الانسحاب الاجتماعي وكذلك على جميع المتغيرات الخاصة بموضوع بالدراسة مما يشير إلى أن على الإحصائيين الاجتماعيين المساهمة الحقيقية في خفض مستوى الانسحاب الاجتماعي لما له من الأهمية نحو عودة المعاق إلى دائرة الحياة الطبيعة .

المراجع :

١- **علوي طه الصافي :** المعوقون والصمت القاتل ، الرياض ، مجلة الفيصل ، العدد ٤٦ ، ١٩٨١ م .

٢- **عبد العزيز الجلال وخميس بن حميدة :** واقع أعداد العاملين في التربية الخاصة وتأهيل المعاقين في الوطن العربي ومتطلباته ، قراءات في التربية الخاصة والمعاقين، تونس ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ١٩٨٢ م .

٣- **ذياب البدانية وآخرون** : واقع المعاقين في محافظة الكرك بالأردن، دراسة مسحية ، قطر ، مجلة مركز البحوث التربية، العدد الرابع ، السنة الثانية ، يوليو ١٩٩٣ م .

٤-**أمين عبد الحميد سعيد قشقري** : اتجاه الحوادث بالمملكة العربية السعودية، الرياض ، ماجستير ، قسم العلوم الشرطية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، ١٤١٧ هـ -١٩٩٧م .

٥-**فاروق السيد عبد السلام** : الخصائص النفسية للمعوقين ، الرياض ، الفيصل ، مجلد ٥ ،العدد ٥٣ ، ١٩٨١ م .

٦--**مجمد عطا حسين** : مفهوم الذات وعلاقته بالكفاية في التحصيل الدراسي في المرحلة الثانوية (العلمي أو أدبي)، رسالة الخليج ، مجلد ٥ عدد ١٠ ، ١٩٨٥ م

٧-**عبد الفتاح عثمان** : المدارس المعاصرة في خدمة الفرد ، القاهرة ، ألا نجلو المصرية ، ط١ ، ١٣٩٩هـ -١٩٧٨ م .

٨- **عباس محمود عوض** : في علم النفس الاجتماعي ، بيروت ، دار النهضة العربية ١٩٨٠ م .

٩- **كريتش ، كرتشفيلد ، بالانش** : سيكولوجية الفرد في المجتمع ، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، سيد خير الله ، القا هرة ، ألا نجلو المصرية ١٩٧٤ م .

١٠--**عبد المجيد عبد الرحيم** : علم النفس التربوي والتوافق ، القاهرة ،

النهضة المصرية ، ط٢ ، ١٩٨١ م .

١١- عبد المنعم الحفني : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة، مكتبة مد بولي ، الجزء الثاني ، ١٩٧٨ م.

١٢-يوسف القريوي وآخرون : المدخل إلى التربية الخاصة ، دبي دار القلم ط١ ، ١٤١٦ ه -١٩٩٥ م.

١٣- مختار حمزة : سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى ، جدة ، دار المجمع العلمي ، ١٩٧٩ م .

١٤- زيدان احمد السر طاوي ،وكمال سالم سيسالم : المعاقين أكاديميا وسلوكيا ، خصائصهم وأساليب تربيتهم : الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر ط٢ ، ١٩٩٢ م .

١٥- سيد عبد الحميد مرسي : الشخصية : القاهرة ، مكتبة وهبه، ١٩٨٥ م .

١٦- زينب محمود شقير : أثر التفاعل بين أساليب التنشئة الأسرية على أبعاد الشخصية لدى الفتاه الجامعية : مجلة رسالة الخليج العربي ، العدد (٣٥) ، الرياض ، مكتبة التربية العربي لدول الخليج ، ١٩٩٠ م .

١٨-جمال محمد الخطيب : تعديل سلوك الأطفال ، المعوقين عمان ، دار إشراق للنشر والتوزيع ، ١٩٩٣ م .

١٩--باريرا أنجلر : مدخل إلي نظريات الشخصية : ترجمة فهد الدليم،

الطائف ، دار الحائي للطباعة والنشر ، ١٩٩١ م

٢٠- **احمد محمد الشهري** : العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي ومستوى القلق وبعض المتغيرات لدى المعاقين حركيا في المستشفيات ومراكز التأهيل في كل من (الطائف ومكة المكرمة وجدة) ، قسم علم النفس ،كلية التربية بجامعة أم القرى ، ١٤١٧ ه ، ١٩٩٧ م .

-٢١**Chuck M . Psychology** of exceptional children and..youth . Prentice hall; Anglo Cliffs, Inc N.y.1971.

٢٢ -**فاروق الروسان** : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، عمان ، جمعية عمال المطابع التعاونية ،١٩٨٩ م.

٢٣ -**هنية بنت محمود مرزا** : الاتجاهات الو الدية نحو الأبناء متعددي الإعاقة وعلاقته بالسلوك التكيفى لهؤلاء ، الرياض، جامعة الملك سعود ، ١٩٩٢ م .

-٢٤Kenneth : counseling - the handicapped in the rehabilitation process .the Hamilton W . Roland .press company .N.Y.1950

st.G.A In dividuaal with physical disability An introduction for-٢٥ educators .st.louis .C.V .mesby. 1978.

٢٦- **جمال الخطيب ومني الحديدي** : المدخل إلى التربية الخاصة ، الرياض مكتبة الفلاح ، ١٩٩٢ م .

-٢٧**Rodney M .Coe** : Sociology of medicine , MC_ Graw hill - book company , 1970

٢٨- **هند بنت عبد الله الكليبي** : أثر العوامل الاجتماعية في حدوث الإعاقة ، الرياض ،ماجستير ،قسم الدراسات الاجتماعية ،كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ١٤١٦ هـ ١٩٩٧ م .

-٢٩- **مجمد يعين الله حامد** : العلاقة بين الإعاقة الجسمية والتوافق النفسي الاجتماعي للمعوقين ،مكة المكرمة ، قسم علم النفس جامعة أم القرى ،١٤٠٥ هـ - ١٩٨٥ م .

٣٠-**هاني الربضي** : معوقات تكيف الفرد الرياضي حركيا -دراسة مسحية على رياضي الاتحاد الأردني لرياضة المعلقين في الأردن ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية مجلد ١٠ (٣) الأردن ، جامعة اليرموك ، ١٩٩٤ م .

٣١- **هاني الربضي** : دراسة المشكلات التي يعاني منها المعاقين حركيا في محافظة أربد بالأردن ، سلسلة العلوم الإنسانية مجلد ٦ (٢) الأردن ، جامعة اليرموك ١٩٩٠م.

٣٢- **محمد المومني واحمد الصمادي** : أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز الضبط لدى المعوقين حركيا ، الأردن ، ،مركز أبحاث اليرموك ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد ١١ العدد ٢ ، ١٩٩٥ م .

٣٣-حسن مصطفي عبد المعطي ، وسامي محمد هاشم : مفهوم الـــذات لدى المراهقين المعـــاقين جســميا : فـــي بحـــوث المؤتمر الرابع لعلم النفـــس فـــي مصـــر ٢٥-٢٧ يناير، مركز التنمية البشرية والمعلومات ١٩٨٨ م.

٣٤- محمد السيد فهمي : السلوك الاجتماعي للمعوقين ، الإســـكندرية ، دار المعرفة الجامعية ،١٩٩٥ م .

٣٥- سهير سليمان الصباح : الانســـحاب الاجتمـــاعي لـــدى الأطفـــال المعاقين، دراسة الاستطلاعية ،رسالة ماجســـتير ، عمان ،الجامعة الأردنية ١٩٩٣ م.

٣٦- المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بـــدول بمجلس التعاون لدول الخليـــج العربـــي : الرعايـــة الأسرية للطفل المعاق ، سلسلة الدراسات الاجتماعيـــة والعمالية رقم ٤١ ، ١٩٨٩ م.

٣٧-حسان المالح : الخوف الاجتماعي (الخجل) ، جدة ، دار المنـــارة ١٩٨٩ م .