

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شعور المعاقين

حركيا بالوصمة الذاتية

**The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating
the feeling of self-stigma for the physically impaired**

٢٠٢٣/١٢/٢٥ تاريخ التسليم

٢٠٢٤/١/١٠ تاريخ الفحص

٢٠٢٤/١/٢٥ تاريخ القبول

إعداد

مصطفى جمال عبد الحفيظ

Mostafa Gamal Abd el Hafez
Mostafa.sayed@social.aun.edu.eg

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شعور المعاقين حركياً بالوصمة الذاتية

اعداد وتنفيذ

مصطفى جمال عبد الحفيظ

الملخص:

هدف البحث الحالي الى قياس فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من شعور المعاقين حركياً بالوصمة الذاتية، وينتمى هذا البحث إلى نمط الدراسات التجريبية، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (٢٠) مفردة مقسمة على مجموعتين إحداهما ضابطة وعددها (١٠) أفراد والأخرى تجريبية وعددها (١٠) أفراد أيضاً، وانطلاقاً من طبيعة البحث الحالي، والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، فقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي بالعينة، وتوصلت نتائج الدراسة الى عدم صحة الفرض الثاني: توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في الوصمة الذاتية، ويتجه التغير لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركياً.

الكلمات المفتاحية: الفعالية - العلاج المعرفي السلوكي - الوصمة الذاتية

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating the feeling of self-stigma for the physically impaired

Abstract

The aim of the current research is to measure the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating the feeling of the physically handicapped with self-stigma, and this research belongs to the pattern of experimental studies, and the study was applied to a sample of (20) single divided into two groups, one of which is a control and the number (10) individuals and the other experimental and the number (10) individuals as well, and based on the nature of the current research, and the goals that it seeks to achieve, the researcher has used the social survey methodology in the sample, The results of the study found that the second hypothesis is incorrect: there are statistically significant differences between the average scores of the experimental and control groups in self-stigma, and the change is directed in favor of the experimental group, and there are statistically significant differences between the average scores of the control group cases in the pre- and post-measurements on the scale of self-stigma for the physically disabled.

Keywords : Effectiveness – Cognitive-behavioral therapy– Self-stigma .

أولاً: مشكلة الدراسة:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد النماذج العلاجية المعرفية في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية التي تسعى إلى تحسين أسلوب حياة الإنسان من خلال الاهتمام بمشاعر الإنسان وسلوكياته وأفكاره، وإذا كانت جميع المداخل والنماذج المعرفية تهتم بتعديل الجوانب المعرفية والعقلية الى تعد السبب الرئيس جميع الاضطرابات النفسية والاجتماعية، يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجوانب المعرفية والوجدانية .

وعلى الرغم من تعدد الأساليب والنماذج العلاجية في خدمة الفرد، إلا أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من الأساليب العلاجية الفعالة في التعامل مع مثل هذه المشكلات، وذلك لأنه الأكثر استخداماً في الممارسات الإكلينيكية من بين وسائل العلاج النفسى المختلفة وربما يرجع ذلك لنبساطته، وسهولة تعلمه وتطبيقه وقصر وقته نسبياً وذلك بمقارنته بعلاجات نفسية أخرى، كما أنه يمكن تقييم نتائجه ، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى المساعدة على تطوير المهارات المعرفية، ويتميز هذا النوع من العلاج بأنه لا يحتاج إلى فترات طويلة ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن. (فيصل محمد خير ، ٢٠٠٤، ١٦)

والعلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للإضطرابات النفسية، وهدف هذا الأسلوب الإرشادي هو إقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية، هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، وهو يهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المسترشد المشوهة، وأن يحل محلها طرق أكثر ملائمة وإيجابية في التفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المسترشد. (السبيعي، ٢٠٢٢، ٤٩٢)

ومن خصائص العلاج المعرفي السلوكي أنه نموذج يهتم بالتركيز على الحل، وليس الاكتفاء باكتساب نظرة ثاقبة نحو المشكلة، ويجب أن تكون لدى العالج

المهارة في تطوير الخطة العالية ومساعدة العميل على فهم تلك الخطة كنموذج للتغير، ويجب أن يكون العميل مشاركاً رئيسياً في تلك العملية العلاجية.

(Ranon & Freeman, 2007, 30)

وهو عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من انواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدي تأكيدها علي انواع معينة من الفنيات، وعلي الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع، فإن أشهرها العلاج العقلاني الانفعالي. العلاج المعرفي، العلاج السلوكي المعرفي لميتشنيوم. (المحارب، ٢٠٠٠، ٢)

وتظهر أهمية العلاج المعرفي السلوكي في كونه أحد أهم أنواع العلاج الارشادي السلوكي، والذي شهدته السنوات الأخيرة والذي يستهدف إدخال العمليات المعرفية في مجال الإرشاد السلوكي، أي ما يعرف بالإرشاد المعرفي السلوكي والذي تعطى فيه الأهمية الكبرى للعمليات المعرفية في علاج انحرافات السلوك والذي يطلق عليه إعادة البناء المعرفي للفرد (المسترشد)، والذي يهتم منذ البداية بتعديل الأفكار اللامنطقية واللاعقلانية الآلية، وأن يحل محلها أفكار أكثر عقلانية ومنطقية، فكلما كانت أفكار الفرد أكثر عقلانية ومنطقية انعكس ذلك بالإيجاب على شخصيته والعكس. (السبيعي، ٢٠٢٢، ٤٥٠)

وقد أشارت نتائج دراسة (Young & Sook, 2016) إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة الوصمة الداخلية وتنمية تقدير الذات لدى العينة التجريبية من مرضى الفصام مقارنة بالعينة الضابطة.

وهدفت دراسة (سيد: ٢٠٢٢) الى تحديد معوقات التدخل المهني في التخفيف من الشعور بالوصمة الذاتية لجماعات المعاقين، واثبتت نتائج الدراسة أنه توجد مجموعة من معوقات التدخل المهني في التخفيف من الشعور بالوصمة الذاتية لجماعات المعاقين سمعياً منها ما هو راجع لجماعات المعاقين سمعياً ومنها ما هو راجع للأخصائي الاجتماعي سواء من ناحية

معرفة وانفعالية وسلوكية لديهم). (حجازي، ٢٠٢٠،
٤٩٩)

ومن خلال الطرح النظري السابق، ونظراً لطبيعة مشكلة
الدراسة ومقتضيات الكتابات العلمية السابقة، فإن هذه
الدراسة تستند منظومتها الفكرية وسياقاتها النظرية إلى
تحديد طبيعة ممارسة العلاج المعرفي السلوكي
للتخفيف من الشعور بالوصمة لدى المعاقين حركياً،
وبالتالي تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في تساؤل
رئيسي مؤداه (ما فعالية العلاج المعرفي السلوكي في
التخفيف من حدة الشعور بالوصمة الذاتية للمعاقين
حركياً)؟

ثانياً: أهمية البحث:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية المحاور التي
تتناولها ويمكن إيجاز هذه الأهمية في النقاط التالية:

١- اتجاه الدولة الى الاهتمام بفئات المعاقين بشكل
عام والمعاقين حركياً بشكل خاص لإعادة تأهيلهم
واستغلال طاقاتهم والاستفادة من قدراتهم.

٢- اهتمام الخدمة الاجتماعية بشكل عام وطريقة
العمل مع الأفراد بشكل خاص بقضايا المعاقين
والعمل على رعايتهم وتوفير كافة الخدمات التي
يحتاجونها.

٣- أهمية العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح
الأفكار اللاعقلانية وتعديل السلوكيات الخاطئة
الصادرة عن المعاقين الذين يشعرون بالوصمة
الذاتية.

ثالثاً: أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية الى تحقيق هدف عام وهو:
قياس فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من
شعور المعاقين حركياً بالوصمة الذاتية.

رابعاً: مفاهيم البحث:

(١) مفهوم الفعالية:

ويعرفها أحمد زكي بدوي في معجمه بأنها: القدرة علي
تحقيق التنمية المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً

استعداده الشخصي أو اعداده المهني أو المعوقات
الراجعة للمؤسسة، الأمر الذي يحتاج الى ازالة تلك
المعوقات حتى يتمكن الأخصائي الاجتماعي أداء دوره
مع المعاقين وبالتالي مساعدتهم على تجاوز ازمة
الشعور بالوصمة.

وأظهرت نتائج دراسة (Yulia, Landa: 2012)

مدى التأثير الإيجابي لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي
في إنخفاض الأعراض الخاصة بالتفكير في جنون
العظمة لدى المراهقين.

كما أشارت نتائج دراسة (السيد: ٢٠٠٩) الى قدرة
العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الجانب الوجداني
لدى الطالبات من خلال زيادة الإحساس لديهن
بالمسئولية الاجتماعية نحو أنفسهن والآخرين.

والخدمة الاجتماعية بصفة عامة باعتبارها مهنة
انسانية وخدمة الفرد بصفة خاصة فهي تنظر الى فئة
المعاقين على أنهم أفراد بحاجة الى المساعدة لكي
يستطيع المجتمع الاستفادة من امكانياتهم وقدراتهم في
عملية التنمية، ويتم ذلك من خلال تقديم خدمات
الرعاية الاجتماعية المختلفة لتحويلهم الى فئة ايجابية
تحقق عائداً اقتصادياً يناسب حجم المنفق عليهم).
(علي، ٢٠٠٥، ٢٤١)

ومن بين طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التي يمكنها
تحقيق ذلك، طريقة خدمة الفرد، حيث يمكن لهذه
الطريقة أن تعمل على تحسين نوعية الحياة لدى
المعاقين حركياً من خلال تعديل معارفهم وأفكارهم
وسلوكياتهم بالاعتماد على ما لديها من نظريات
ومداخل علاجية تستند عليها في ممارساتها المهنية،
ومن بينها: العلاج المعرفي السلوكي والذي يعد أكثر
المداخل العلاجية اتساقاً مع الدراسة الحالية، لتركيزه
على إقناع المعاقين حركياً بأن أفكارهم ومعتقداتهم
الخاطئة وتوقعاتهم السلبية وغير المنطقية هي المؤدية
إلى ردود أفعالهم الدالة على سوء التكيف، وتأكيد
على أهمية تعديل هذه الأفكار، واكسابهم أفكار إيجابية
وطرق أكثر ملائمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات

وتزداد كلما أمكن تحقيق التنمية تحقيقاً كاملاً. (بدوي،
١٩٨٢، ١٥٢)

أما المفهوم الإجرائي للفعالية فيتمثل في:

- القدرة على التأثير في الشيء.
- عملية مهنية تتم لقياس إنجازات برنامج معين.
- القدرة على تحقيق منظمات تنمية المجتمع للتنمية المقصودة بالقرى الأكثر احتياجاً.
- قدرة منظمات المجتمع المدني على تحقيق أهدافها وأهداف المجتمع الموجودة فيه.

(٢) مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: نمط علاجي يتسم بالفاعلية والتنظيم كما يتحدد أيضاً بوقت معين فهو عملية تتسم بالتعاون الامبريقي بين المعالج والعميل في سبيل دراسة معتقدات العميل المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته ونماذج التفكير لدية وفحصها امبريقياً والتواصل إلي الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية كما تم التعامل مع معتقدات العميل علي أنها فروض تم دراستها من خلا الفحص اللفظي والتجارب السابقة. (محمد، ٢٠٠٠، ٢١)

ويعرف أيضاً بأنه: الاستخدام المنهجي المنظم لمبادئ التعديل المعرفي السلوكي الذي يركز على تغيير حديث الذات للعميل يساعد علي تغيير المعارف والانفعالات والسلوكيات غير التوافقية. (محمد، ٢٠١٣، ٢٨٠)

كما يعرف بأنه: اسلوب علاجي يعتمد على تصورات متعددة منها نظرية التعلم الاجتماعي، المدرسة الوظيفية في الخدمة الاجتماعية، نموذج التركيز على المهام، وبعض العلاجات المرتكزة على التماذج المعرفية، وهو أحد أشكال العلاج القصير التي تهتم بالحاضر لتحقيق معينة، والتركيز على المشكلة الحالية للعميل. (Robert, 2014, 77)

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي طبقاً لها البحث بأنه:
- نمط أو نموذج علاجي يستخدم في طريق العمل مع الجماعات.

- يستخدمه أخصائيو خدمة الفرد العاملون مع المعاقين حركياً.

- يهدفون من خلال استخدامه التخفيف من شعور المعاقين حركياً بالوصمة الذاتية.

(٣) مفهوم الوصمة الذاتية:

تعرف الوصمة الذاتية بأنها: الاعتقاد في الأنماط السلبية التي ينتمي لها الفرد، وتطبيق ذلك على نفسه، ومن ثم التقليل من قدراته وكفاءته. (Corrigan & Watson, 2002, 16)

وتعرف بأنها: ما يوصم به الافراد أنفسهم من خلال تصديق الأنماط المسبقة والتمييز والتحييز الذي يتعرضون له من قبل الأفراد الآخرين، فالوصمة هي علامة تظهر في جماعة يجعلها أقل قيمة في أعين الجماعات الأخرى غير الموصومة، هذه العلامات المؤدية للوصمة تختلف بشكل كبير وتتنوع في تعبيراتها وقد تشمل أعراض مرض أو خلل أو نقص مهارات أو مظهر خارجي أو مظاهر تعرف المجموعة على أن لديها مرض أو عاقبة هذه الاشارات تؤدي الى تفاعلات مؤثرة في شكل أنماط مسبقة وتعصب.

(Corrigan, & Rüsck, 2009, 77)

وعرفت الوصمة الذاتية وفقاً للقاموس الأمريكي بأنها: ارتباط الخزي والعار والرفض العلني بفعل ما أو حالة معينة. (Corrigan, P. et al, 2013, 799)

وتعرف الوصمة الذاتية إجرائياً وفقاً لهذا البحث بأنها:

- شعور ينتاب المعاقين حركياً يترتب عليه أفكار لاعقلانية وتصورات خاطئة.
- من خلال تصديق الأنماط المسبقة والتمييز والتحييز الذي يتعرضون له من قبل الافراد الآخرين.

- يترتب عليه انتقاص الذات ونظرة المعاقين حركياً لأنفسهم بالدونية والوصم.

(٤) مفهوم المعاقين حركياً:

يعرف المعاقون حركياً بأنهم: مجموعة الأفراد الذين يعانون من إعاقة جسمية لها صفة الدوام سواء كانت حركية مثل المصابين بشلل الأطفال أو الذين يعانون

من بتر عضو من أعضاء الجسم أو الذين يعانون من بعض التشوهات الخلقية الواضحة. (فتح الله، ٢٠٠٦، ٧٠)

ويعرفوا أيضاً بأنهم: أولئك الأشخاص الذين يعانون من ضعف أو تلف في إحدى الوظائف الجسمية أو البدنية بصرف النظر عما إذا كان ذلك راجعاً إلى عيب خلقي أو مكتسب. (سليمان، ٢٠١٢، ٣١١)

خامساً: فروض البحث:

١- لا توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركياً.

٢- توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في الوصمة الذاتية، ويتجه التغير لصالح المجموعة التجريبية.

سادساً: الموجهات النظرية:

(١) النظرية السلوكية:

ترى المدرسة السلوكية أن غالبية سلوك الإنسان متعلم، لذلك فهي تسمى بنظرية التعلم، وعلى ذلك فتعاطي المخدرات من وجهة نظر المدرسة السلوكية، ما هو إلا عادة شرطية تتكون بواسطة التعلم من خلال الآخرين، ويكون الارتباط الشرطي بين التعاطي الذي تعلمه في بادئ الأمر وبين مفعول المخدر، وتستمر هذه العادة عن طريق ما يسمى بالتدعيم الايجابي في نظر التعاطي، كأن يكون المخدر جالبا للسعادة، أو مخفضاً للقلق، أو مزيداً للخوف مثلاً، ومع استمرار التعاطي يدخل التعاطي في دائرة الإدمان، وبهذا فإن الإدمان يفسر سلوكياً بالعائد الذي يحدثه التعاطي (مفعول المخدر) والذي يدفع التعاطي لان يكرر التجربة مرة أخرى، ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون التفكير في الامتناع عن التعاطي للمخدر وبهذا يحدث الإدمان على المخدرات ويرافق ذلك انتهاج الفرد لسلوكيات منافية للعادات والتقاليد المتبعة في المجتمع

ويقدم التعاطي تبييرات لهذه السلوكيات على أنها سلوكيات تتفق مع الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها المتعاطي. (محمد سلامة غباري، ١٩٩٩)

وفي ضوء ما سبق فإنه يمكن القول أن الفرد عندما يكون في حالة أزمة- كما هو في حالة المعاقين حركياً في الدراسة الحالية- تؤثر المشاعر وبخاصة القلق الشديد تأثيراً كبيراً على عمليات التفكير والإدراك لديه، ويصبح تركيزه منصباً على ما يخبره من صدمة حادة وألم شديد وعلى بعض الأمور المتعلقة بالأزمة، ونتيجة ذلك قد تتغير طريقته العادية في الإدراك والتفكير، ولأن السلوك ينبع عادة مما يفكر فيه الفرد ويشعر به ومن تفسيراته لأحداث الحياة، لذلك فإن شعوره بالقلق مع إدراكه للحدث بشكل غير سليم يؤدي إلى سلوك غير مألوف وفقاً لثقافة المجتمع، لذلك فهو في حاجة إلى تعديل أفكاره اللاعقلانية أو تصحيحها وإبدالها بأخرى عقلانية وما يستتبعه ذلك من احتواء المشاعر السلبية وما يترتب على ذلك من إتباع أنماط .

سابعاً: الإجراءات المنهجية:

(١) نوع الدراسة.

تتنمى هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التجريبية.

(٢) المنهج المستخدم.

اعتمد البحث على منهج المسح الاجتماعي بالعينة.

(٣) أدوات الدراسة.

برنامج تدخل مهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يطبق على المعاقين حركياً الذين يعانون من الوصمة الذاتية.

(٤) مجالات الدراسة.

- المجال المكاني: يتحدد المجال المكاني للبحث الحالية جمعية الأصدقاء لرعاية وتأهيل المعاقين بمدينة صدفا بمحافظة أسيوط.
- المجال البشري: تم اختيار عينة من (الأشخاص المعاقين حركياً) بطريقة المسح الاجتماعي بالعينة من بين الأشخاص المعاقين بجمعية الأصدقاء لرعاية وتأهيل المعاقين بمدينة صدفا بمحافظة أسيوط، طبقاً لعدة شروط هي:

- أن يكون الشخص المعاق حركياً من أبناء مركز صدف.
- أن يكون ممن يترددون على بجمعية الأصدقاء لرعاية وتأهيل المعاقين بمدينة صدف.
- أن يكون ممن يعانون من الوصمة الذاتية.
- أن يكون من الحاصلين على بطاقة الخدمات.
- وترجع مبررات اختيار المجال المكنى مجتمعاً للدراسة للأسباب التالية:
- المؤسسة تهتم أساساً برعاية وتأهيل المعاقين حركياً.
- ترحيب المسؤولين القائمين داخل هذه المؤسسة بمساعدة الباحث في تطبيق بحثه.

- وقوع هذه المؤسسة داخل مدينة صدف مقر إقامة الباحث.
- (ج) المجال البشري:
يتحدد المجال البشري للدراسة الحالية في المعاقين حركياً المستفيدين من مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين حركياً المطبقة عليها الدراسة وعددهم (٢٠) معاق ومعاقة، تم تقسيمهم الى مجموعتين احدهما ضابطة وعددها (١٠) والأخرى تجريبية وعددها (١٠) أيضاً.
- (ج) المجال الزمني:
امتدت فترة الدراسة الميدانية من ٢٠٢٣/٨/١٦ الى ٢٠٢٣/١١/٣٠.

برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الشعور بالوصمة الذاتية لدى المعاقين حركياً

مرحلة التدخل	أهداف التدخل	الأساليب العلاجية المقترحة	كيفية تحقيق الهدف	الصعوبات المتوقعة	مؤشرات التغيير المتوقع
مرحلة البداية	١-التعارف بين الباحث والمبحوثين (عينه الدراسة). ٢- البدء في تكوين علاقة مهنية بين الباحث والمبحوثين. ٣- إجراء التعاقد الشفوي مع المبحوثين. ٤- تطبيق مقياس الشعور بالوصمة الذاتية للمبحوثين ٥- تقديم قائمة الأفكار اللاعقلانية لتحديد افكار المبحوثين. ٦- تحديد الجانب الانفعالي للمبحوثين تجاه الاعاقة الحركية. ٧- تحديد الجانب السلوكي للمبحوثين تجاه الاعاقة الحركية. ٨- توضيح وشرح فكرة العلاج المعرفي السلوكي للمبحوثين.	١-التقبل غير المشروط للمبحوثين. الإحترام المتبادل بين الباحث والمبحوثين. ٣- التأكيد على السرية ٢- المناقشة المنطقية. ٣- التشجيع. ٤- التوضيح. ٥- الواجبات المنزلية. ٦- الأمثلة التوضيحية.	١- الإطلاع علي التقارير الذاتية للمبحوثين. ٢- طمأننة المبحوثين وبث الثقة لديهم. ٣- تشجيع المبحوثين على سرد مشكلاتهم وتصوراتهم عن الاعاقة الحركية. ٤- تحديد وتوضيح الواجبات المنزلية والمسئوليات للمبحوثين.	١-رفض بعض المبحوثين التعاون مع الباحث. ٢- قيام بعض المبحوثين بإعطاء معلومات مغلوطة للباحث. ٣- مقاومة بعض أسر المبحوثين لإجراء المقابلات معهم أو مع أبنائهم.	١- تعاون المبحوثين مع الباحث. ٢- زيادة الثقة المتبادلة بين الباحث والمبحوثين ٣- تنامي الثقة والاحترام المتبادل بين الباحث والمبحوثين. ٤- إلتزام المبحوثين في حضور الجلسات مع الباحث. ٥- موافقة المبحوثين على إجراء التعاقد الشفوي مع الباحث. ٦- موافقة أسر المبحوثين على إجراء المقابلات معهم ومع أبنائهم.

				٩- التعامل مع شكوك المبحوثين تجاه الباحث.	
مرحلة الوسط	١- تحديد المؤشرات المرتبطة بشعور المبحوثين بالوصمة الذاتية والتي تتمثل في (الجانب النفسي والانفعالي- الجانب السلوكي- الجانب الاجتماعي) ٢- تحديد الأفكار اللاعقلانية للمبحوثين حول إعاقتهم. ٣- إكساب الباحثين القدرة على التغلب على الأفكار اللاعقلانية لديهم تجاه إعاقتهم. ٤- مساعدة المبحوثين على تغيير مشاعرهم السلبية تجاه إعاقتهم. ٥- تعليم المبحوثين كيفية استبدال أفكارهم اللاعقلانية بافكار أخرى عقلانية. ٥- تعليم المبحوثين مهارات اجتماعية مثل التواصل مع الآخرين وومهارة تكوين علاقات إيجابية مع الآخرين ومهارات حل المشكلة وغيرها. ٦- مساعدة المبحوثين على تقبل إعاقتهم والتعايش معها والتغلب على الشعور بالوصمة. ٧- تعديل سلوكيات الخاطئة لدى المبحوثين بسلوكيات أخرى صحيحة. ٨- تكليف المبحوثين ببعض الواجبات المنزلية. ٩- تشجيع المبحوثين على كتابة تقارير ذاتية عن مشاعرهم تجاه الإعاقة.	١- التحليل العقلاي للإعاقة. ٢- المناقشة المنطقية حول الإعاقة وآثارها. ٣- التدريب على المهارات الاجتماعية. ٤- التشجيع والتحفيز. ٥- الاستبصار. ٦- النمذجة. ٧- الاقتناع. ٨- المواجهة. ٩- التقارير الذاتية. ١٠- التدعيم الذاتي.	١- توضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك وفكرة عمل العلاج المعرفي السلوكي. ٢- توضيح العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالوصمة الذاتية بسبب الإعاقة. ٣- استعراض الأفكار اللاعقلانية والمشاعر والانفعالات والسلوكيات غير المرغوبة. ٤- تعليم المبحوثين معايير الحكم على التفكير العقلاي. ٥- مساعدة الباحثين على أداء واجباتهم المنزلية. ٦- مساعدة المبحوثين على التغلب على السلوكيات غير المرغوبة والتي تؤثر على إعاقتهم.	١- عدم رغبة بعض المبحوثين في التعاون مع الباحث. ٢- عدم قيام بعض أسر المبحوثين بتقديم المساندة لأبنائهم المعاقين حركيا. ٣- عدم قيام بعض المبحوثين بأداء التكليفات المطلوبة منهم أو واجباتهم المنزلية. ٤- قدرة المبحوثين على تعديل أفكارهم اللاعقلانية تجاه إعاقتهم. ٥- التعاون الايجابي من الباحثين مع الباحث. ٦- زيادة دافعية المبحوثين نحو تنفيذ التكليفات والواجبات المنزلية المطلوبة منهم. ٧- التخفيف من شعور المبحوثين بالوصمة الذاتية.	١- قدرة المبحوثين على التخلي عن السلوكيات الخاطئة التي يقوموا بها تجاه الإعاقة مما يقلل شعورهم بالوصمة الذاتية. ٢- قدرة المبحوثين على التحليل العقلاي لأفكارهم حول الإعاقة. ٣- قدرة المبحوثين على تحديد مشاعرهم تجاه إعاقتهم وتجاه الآخرين. ٤- قدرة المبحوثين على تعديل أفكارهم اللاعقلانية تجاه إعاقتهم. ٥- التعاون الايجابي من الباحثين مع الباحث. ٦- زيادة دافعية المبحوثين نحو تنفيذ التكليفات والواجبات المنزلية المطلوبة منهم. ٧- التخفيف من شعور المبحوثين بالوصمة الذاتية.

مرحلة النهاية	١- التأكد من تحقيق الأهداف المتفق عليها مسبقاً مع الباحثين. ٢- مراجعة ما تم تحقيقه من أهداف و مهام. ٣- تحديد السلوكيات الايجابية الصحيحة والأفكار العقلانية والمشاعر الإيجابية بما يقلل شعور المبحوثين بالوصمة الذاتية. ٤- الأعداد لإنهاء التعاقد العلاجي وتحديد جلسات وإجراءات للمتابعة. ٥- تطبيق مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى المعاقين حركياً. ٦- تطبيق قائمة الأفكار اللاعقلانية للمعاقين حركياً. ٧- اجراء قياس المتابعة على مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى المبحوثين للتأكد من ثبات التحسن الذي وصلوا إليه.	١- تهيئة المبحوثين لعملية الإنهاء. ٢- تشجيع المبحوثين على تلخيص ما تم القيام به خلال فترة التدخل المهني. ٣- اجراء القياس البعدي للوقوف على ما تم تحقيقه من أهداف لإجراء المقارنات بين القياسات المختلفة لتقييم مدى فعالية البرنامج المعرف السلوكي.	١- رغبة بعض المبحوثين في الاستمرار في المقابلات وعدم إنهاؤها. ٢- التحسن لدى المعاقين حركياً مما يخفف من شعورهم بالوصمة الذاتية. ٣- تسجيل المبحوثين لفكارهم وكيفية التعامل معها بشكل عقلائي. ٤- تجنب المشاعر والسلوكيات السلبية التي تؤثر سلباً على نفسية المبحوثين مما يقلل شعورهم بالوصمة الذاتية. ٥- تخلي المبحوثين عن الأفكار اللاعقلانية تجاه اعاققتهم وتجاه الآخرين. ٦- اتباع المبحوثين سلوكيات مرغوبة بدلاً من السلوكيات التي كانوا يقوموا بها تجاه اعاققتهم مما يقلل شعورهم بالوصمة الذاتية.	١- تحقيق أهداف التدخل المهني. ٢- الحفاظ على مستوى التغيير والتحسن لدى المعاقين حركياً مما يخفف من شعورهم بالوصمة الذاتية. ٣- تسجيل المبحوثين لفكارهم وكيفية التعامل معها بشكل عقلائي. ٤- تجنب المشاعر والسلوكيات السلبية التي تؤثر سلباً على نفسية المبحوثين مما يقلل شعورهم بالوصمة الذاتية. ٥- تخلي المبحوثين عن الأفكار اللاعقلانية تجاه اعاققتهم وتجاه الآخرين. ٦- اتباع المبحوثين سلوكيات مرغوبة بدلاً من السلوكيات التي كانوا يقوموا بها تجاه اعاققتهم مما يقلل شعورهم بالوصمة الذاتية.
---------------	---	--	--	--

١- من حيث النوع:

ثامناً: نتائج الدراسة

(١) النتائج المتعلقة بعينة الدراسة:

جدول رقم (١)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث النوع

(ن=٢٠)

م	النوع	المجموعات			
		الضابطة		التجريبية	
		العدد	%	العدد	%
١	ذكر	٦	٦٠	٦	٦٠
٢	أنثى	٤	٤٠	٤	٤٠
-	المتوسط	٢٠	١٠٠	المتوسط	١٠٠

		الحسابي		الحسابي	
	٠.٥١٦	الانحراف المعياري	٠.٥١٦	الانحراف المعياري	-

حيث جاءت نسبة الذكور تمثل (٦٠%)، ونسبة
الاناث تمثل (٤٠%) من عينة الدراسة، وقد
يرجع ذلك الى أن أعداد الذكور الذين يترددون
على جمعية الأصدقاء لرعاية وتأهيل المعاقين
بصدفا أكثر من الإناث المترددات على نفس
الجمعية.

٢- من حيث السن:

- يتضح من بيانات الجدول السابق تساوي نسبة
الذكور في المجموعتين وكذلك تساوي نسبة
الاناث، حيث جاءت نسبة الذكور بنسبة
(٦٠%) في المجموعتين، وجاءت نسبة
الإناث (٤٠%) من عينة الدراسة في
المجموعتين، بمتوسط حسابي وانحراف معياري
متساو للمجموعتين.

- يتضح من بيانات الجدول السابق ارتفاع نسبة
الذكور عن نسبة الاناث في مجتمع الدراسة،

جدول رقم (٢)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث السن

(ن=٢٠)

المجموع الكلي	المجموعات				السن	م
	الضابطة		التجريبية			
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
٢٥	٥	٣٠.٠٠٠	٣	٢٠	٢	١ من ٢٠ - أقل من ٢٥ سنة
٣٠	٦	٣٠.٠٠٠	٣	٣٠	٣	٢ من ٢٥ - أقل من ٣٠ سنة
٤٥	٩	٤٠.٠٠٠	٤	٥٠	٥	٣ من ٣٠ - أقل من ٣٥ سنة
١٠٠	٢٠	٢.١٠	المتوسط الحسابي	٢.٣٠		المتوسط الحسابي
		٠.٨٧٦	الانحراف المعياري	٠.٨٢٣		الانحراف المعياري

الفئة التي تقع بين (٣٠ - ٣٥) سنة بأنفسهم
وإدراكهم بأهمية التردد على الجمعية للاستفادة
من خدماتها وشغل وقت الفراغ فيما يفيد، وذلك
على عكس الفئات الأخرى الأقل خبرة ووعي.

٣- من حيث الحالة التعليمية:

- يتضح من بيانات الجدول السابق أن أعلى نسبة
من عينة الدراسة ممن تقع أعمارهم من ٣٠
سنة الى اقل من ٣٥ سنة بنسبة (٤٥%) ثم
بعد ذلك من ٢٥ سنة الى اقل من ٣٠ سنة
بنسبة (٣٠%)، وقد يرجع ذلك الى زيادة وعي

جدول رقم (٣)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث الحالة التعليمية

(ن=٢٠)

المجموع الكلي	المجموعات					الحالة التعليمية	م
	الضابطة		التجريبية				
	العدد	%	العدد	%			
٥٠	١٠	٦٠.٠٠٠	٦	٤٠	٤	مؤهل فوق متوسط	١
٣٠	٦	٣٠.٠٠٠	٣	٣٠	٣	ليسانس/ بكالوريوس	٢
٢٠	٤	١٠.٠٠٠	١	٣٠	٣	دراسات عليا	٣
١٠٠	٢٠	١.٥٠	المتوسط الحسابي	١.٩٠		المتوسط الحسابي	—
		٠.٧٠٧	الانحراف المعياري	٠.٨٧٦		الانحراف المعياري	-

المؤهل دراسات عليا بنسبة (٢٠%)، وقد يرجع هذا الى أن معظم عينة الدراسة ينتمون الى أسر متعلمة وتشجع على التعليم، وتساعد أبناءها على استكمال تعليمهم والحصول على أعلى درجة علمية تناسب قدراتهم وطموحاتهم.

٤- من حيث نوع الإعاقة الحركية لدى الشخص:

- يتضح من بيانات الجدول السابق أن أعلى نسبة من عينة الدراسة في المجموعة الضابطة وكذلك المجموعة التجريبية مؤهلهم فوق متوسط بنسبة (٥٠%)، كذلك يتضح من بيانات الجدول تساوي نسبة العينة في المؤهل (بكالوريوس/ ليسانس) بنسبة (٣٠%)، كما جاء في الترتيب الأخير

جدول رقم (٤)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث نوع الإعاقة الحركية

(ن=٢٠)

المجموع الكلي	المجموعات					نوع الإعاقة الحركية	م
	الضابطة		التجريبية				
	العدد	%	العدد	%			
٦٥	١٣	٦٠.٠٠٠	٦	٧٠	٧	شلل أطفال	١
٣٥	٧	٤٠.٠٠٠	٤	٣٠	٣	تصلب في الأنسجة العصبية	٢
١٠٠	٢٠	١.٤٠	المتوسط الحسابي	١.٣٠		المتوسط الحسابي	

		٠.٥١٦	الانحراف المعياري	٠.٤٨٣	الانحراف المعياري	
--	--	-------	----------------------	-------	----------------------	--

التطعيم ضد شلل الأطفال، وقلة اهتمامهم
بتطعيم ابنائهم لحمايتهم من شلل الأطفال مما
تسبب في اصابة أبنائهم بهذا المرض الذي
سبب لهم اعاقة حركية دائمة.
- من حيث وجود أفراد معاقين آخرين داخل الأسرة
أو العائلة:

- يتضح من بيانات الجدول السابق أن أعلى نسبة
من عينة الدراسة في المجموعة الضابطة
والمجموعة التجريبية إعاقتهم الحركية شلل
أطفال بنسبة (٦٥%)، في حين بلغت نسبة
الاعاقة الحركية تصلب في الانسجة العصبية
(٣٥%) من عينة الدراسة، وقد يرجع ذلك الى
عدم وعي الكثير من أسر عينة الدراسة بأهمية

جدول رقم (٥)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث وجود أفراد معاقين آخرين داخل الأسرة أو العائلة
(ن=٢٠)

م	الاستجابة	المجموعات			
		الضابطة		التجريبية	
		العدد	%	العدد	%
١	نعم	٦	٦٠.٠٠٠	٢	٢٠.٠٠٠
٢	لا	٤	٤٠.٠٠٠	٨	٨٠.٠٠٠
—	المتوسط الحسابي		١.٤٠		١.٨٠
-	الانحراف المعياري		٠.٥١٦		٠.٤٢٢
		٢٠	١٠٠	٢٠	١٠٠

من عينة الدراسة، وهذا يشير الى أن الاعاقة
الحركية لدى معظم عينة الدراسة في هذه الأسرة
ليست وراثية انما تعود الى أسباب أخرى.
-٦ من حيث الترتيب بين اخوته:

- يتضح من بيانات الجدول السابق ان نسبة
(٦٠%) من عينة الدراسة لا يوجد أفراد معاقين
آخرين داخل أسرهم، بينما بلغت نسبة من يوجد
لهم أفراد معاقين آخرين داخل الاسرة (٤٠%)

جدول رقم (٦)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث الترتيب بين الإخوة داخل الاسرة
(ن=٢٠)

م	الترتيب	المجموعات			
		الضابطة		التجريبية	
		العدد	%	العدد	%
١	الأول	٢	٢٠.٠٠٠	٢	٢٠.٠٠٠
٢	الثاني	٢	٢٠.٠٠٠	٢	٢٠.٠٠٠
٣	الأوسط	٤	٤٠.٠٠٠	٣	٣٠.٠٠٠
		٧	٣٥	٧	٣٥

٤	الأخير	٣	٣٠٠٠٠	٢	٢٠٠٠٠	٥	٢٥
-	المتوسط الحسابي	٢.٧٠		المتوسط الحسابي	٢.٦٠	٢٠	١٠٠
-	الانحراف المعياري	١.١٦٠		الانحراف المعياري	١.٠٧٥		

يتضح من بيانات الجدول السابق تساوي الترتيب الأول والثاني للمعاق داخل الأسرة للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حيث بلغت نسبتهم (٢٠%) من عينة الدراسة، في حين جاء الترتيب الأوسط بين الأخوة بنسبة كبيرة بلغت (٣٥%) من عينة الدراسة، بينما جاء الترتيب الأخير بين الإخوة بنسبة (٢٥%)، وهذا يشير الى أن معظم الأسر المتزوجين حديثاً التي لديها معاقين حركياً لم يكن لديهم في بداية

الزواج الخبرة والوعي الصحي الكافيان عن الأمراض التي تصيب الأطفال وبالتالي لم يستطيعوا حماية أبنائهم الأوائل الأمراض التي تصيب الأطفال مثل شلل الأطفال وتصلب الأنسجة العصبية وغيرها من الأمراض التي تتسبب في الإصابة بالإعاقة الحركية.

٧- من حيث أسباب الإعاقة الحركية:

جدول رقم (٧)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث أسباب الإعاقة الحركية

(ن=٢٠)

م	أسباب الإعاقة الحركية	المجموعات			
		الضابطة		التجريبية	
		العدد	%	العدد	%
١	أسباب وراثية	٢	٢٠.٠٠٠	١	١٠.٠٠٠
٢	أسباب بيئية	٨	٨٠.٠٠٠	٩	٩٠.٠٠٠
-	المتوسط الحسابي	١.٨٠		المتوسط الحسابي	١.٩٠
-	الانحراف المعياري	٠.٤٢٢		الانحراف المعياري	٠.٣١٦

يتضح من بيانات الجدول السابق أن أكبر نسبة من عينة الدراسة ترجع اعاقتهم الحركية لأسباب بيئية، حيث بلغت نسبتهم (٨٥%) في حين بلغت نسبة الأسباب الوراثية للإعاقة الحركية (١٥%)، وقد يرجع ذلك الى ضعف الاجراءات الصحية أو ضعف الوعي الصحي لدى الأسر فيما يتعلق بحماية الأطفال في مجتمع الدراسة،

وبالتالي انتشرت الأمراض التي تصيب الأطفال في مقتبل العمر وعلى رأسها شلل الأطفال وتصلب الأنسجة العصبية وغيرها من الأمراض المسببة للإعاقة الحركية.

٨- من حيث محل الإقامة:

جدول رقم (٨)

يوضح توزيع عينة الدراسة للمجموعة الضابطة والتجريبية من حيث محل الإقامة

(ن=٢٠)

المجموع الكلي		المجموعات				محل الإقامة	م
		الضابطة		التجريبية			
%	العدد	%	العدد	%	العدد		
٦٠	١٢	٥٠.٠٠٠	٥	٧٠.٠٠٠	٧	قرية	١
٤٠	٨	٥٠.٠٠٠	٥	٣٠.٠٠٠	٣	مدينة	٢
١٠٠	٢٠	١.٥٠	المتوسط الحسابي	١.٣٠		المتوسط الحسابي	-
		٠.٥٢٧	الانحراف المعياري	٠.٤٨٣		الانحراف المعياري	-

(٢) اختبار فرضيات البحث

١- الفرضية الأولى: لا توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركياً.

يتضح من بيانات الجدول السابق أن أعلى نسبة من عينة الدراسة ممن يسكنون القرية حيث مثلت نسبتهم (٦٠%)، وقد يرجع ذلك الى ارتفاع نسبة الاعاقة في قري مركز صدف بأسيوط لعدة أسباب مثل ضعف سوء التغذية أو ضعف الاجراءات الصحية بهذه القرى وقلة وعي الأسر بكيفية حماية أبنائهم من الأخطار التي تهددهم.

جدول رقم (٩)

يوضح دلالة الفروق بين القياسين (القبلي - البعدي) للمجموعة الضابطة على مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى الأشخاص المعاقين حركياً باستخدام اختبار ويلكوكسون (ن=٢٠)

مستوى الدلالة	Sig(2- tailed)	قيمة z	متوسط الرتب		مجموع الرتب		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	القياسات
			السالبة	الموجبة	السالبة	الموجبة				
دالة	٠.٠١١	٢.٥٣٣-	—	٤.٥٠	—	٣٦.٠	٧.٢٠٨	١٢٤.٨٠٠	١٠	القبلي
			-		—	٠	٨.٠٨٣	١٢٧.٠٠	١٠	البعدي

القبلي (١٢٤.٨٠٠) بانحراف معياري (٧.٢٠٨)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للقياس البعدي (١٢٧.٠٠) بانحراف معياري (٨.٠٨٣)، وبلغت قيمة $Z = -2.533$ وهي دالة عند مستوي معنوية (٠.٠١)، والفروق للقياس

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائياً بين درجات مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى الأشخاص المعاقين حركياً في القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس

البعدي حيث يظهر ازدياد الشعور لدى المجموعة الضابطة بالوصمة الاجتماعية للأشخاص المعاقين حركيا، مما يشير الي عدم قبول الفرض لا توجد فرق بين القياسين (القبلي - البعدي) للمجموعة الضابطة في القياسين

القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركيا..
الفرضية الثانية: توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في الوصمة الذاتية، ويتجه التغير لصالح المجموعة التجريبية.

جدول رقم (١٠)

يوضح دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى الأشخاص المعاقين حركيا باستخدام اختبار مان ويتني

(ن=٢٠)

مستوى الدلالة	Sig(2-tailed)	قيمة z	متوسط الرتب		مجموع الرتب		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	القياسات
			السالبة	الموجبة	السالبة	الموجبة				
دال احصائيا	٠.٠٠٠٠	٣.٧٤٩-	١٥.٤٥	٥.٥٥	١٥٤.٥٠	٥٥.٥٠	٨.٠٨٣	١٢٨.٥٠	١٠	الضابطة
							٧.٤٣٥	٩١.٠٠	١٠	التجريبية

التجريبية، مما يشير الي فعالية برنامج التدخل المهني في الحد من الشعور بالوصمة الذاتية من الاعاقة الحركية، وعليه قبول الفرضية.

(٣) النتائج العامة للبحث:

١- النتائج المتعلقة بالبيانات الأولية:

أثبتت نتائج الدراسة مايلي:

- ارتفاع نسبة الذكور عن نسبة الاناث في مجتمع الدراسة، حيث جاءت نسبة الذكور تمثل (٦٠%)، ونسبة الاناث تمثل (٤٠%) من عينة الدراسة.
- أن أعلى نسبة من عينة الدراسة ممن تقع أعمارهم من ٣٠ سنة الى اقل من ٣٥ سنة بنسبة (٤٥%).
- أعلى نسبة من عينة الدراسة في المجموعة الضابطة وكذلك المجموعة التجريبية مؤهلهم فوق متوسط بنسبة (٥٠%).

- يتضح من بيانات الجدول السابق وجود فروق دالة احصائياً عند (٠.٠١) في القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، وذلك لأن متوسط المجموعة الضابطة بلغ (١٢٨.٥٠) بانحراف معياري (٨.٠٨٣)، وهو أعلى من متوسط المجموعة التجريبية الذي بلغ (٩١.٠٠) بانحراف معياري (٧.٤٣٥)، كما جاءت قيمة z (-٣.٧٤٩) بقيمة احتمالية (٠.٠٠٠) أصغر من مستوى الدلالة (٠.٠٥)، وعليه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المتوسط الأعلى للمجموعة الضابطة على مقياس الشعور بالوصمة الذاتية للمعاقين حركيا، وهذا يدل على انخفاض مستوي الشعور بالوصمة الاجتماعية للأشخاص المعاقين حركيا لدى المجموعة

- أعلى نسبة من عينة الدراسة في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية إعاقتهم الحركية شلل أطفال بنسبة (٦٥%).
- معظم أفراد عينة الدراسة لا يوجد أفراد معاقين آخرين داخل أسرهم بنسبة (٦٠%).
- أن الأفراد المعاقين الذي يحتلون الترتيب الأوسط بين الأخوة يمثل النسبة الأعلى من عينة الدراسة بنسبة بلغت (٣٥%).
- أن أكبر نسبة من عينة الدراسة ترجع إعاقتهم الحركية لأسباب بيئية، حيث بلغت نسبتهم (٨٥%).
- أن أعلى نسبة من عينة الدراسة ممن لا يعملون حيث تساوت نسبتهم في المجموعتين الضابطة والتجريبية وقد جاءت بنسبة (٥٠%).
- أن أعلى نسبة من عينة الدراسة ممن يسكنون القرية حيث مثلت نسبتهم (٦٠%) من المبحوثين.

٢- النتائج المتعلقة اختبار فروض الدراسة:

أثبتت نتائج الدراسة ما يلي:

- ١- عدم صحة الفرضية الأولى: لا توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركياً.

حيث بينت النتائج وجود فروق دالة احصائياً بين درجات مقياس الشعور بالوصمة الذاتية لدى الأشخاص المعاقين حركياً في القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة، وازدياد الشعور لدى المجموعة الضابطة بالوصمة الاجتماعية للأشخاص المعاقين حركياً، مما يشير الي عدم قبول الفرض لا توجد فرق بين القياسين (القبلي - البعدي) للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوصمة الذاتية للمعاقين حركياً.

٢- صحة الفرض الثاني: حيث توجد فروق معنوية دالة احصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في الوصمة الذاتية، ويتجه التغير لصالح المجموعة التجريبية.

حيث بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المتوسط الأعلى المجموعة الضابطة على مقياس الشعور بالوصمة الذاتية للمعاقين حركياً، وهذا يدل على انخفاض مستوي الشعور بالوصمة الاجتماعية للأشخاص المعاقين حركياً لدى المجموعة التجريبية، مما يشير الي فعالية برنامج التدخل المهني في الحد من الشعور بالوصمة الذاتية من الاعاقة الحركية، وعليه قبول الفرضية.

المراجع

- ١- بدوي، أحمد زكي (١٩٨٢). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، لبنان: بيروت. مكتبة كنعان.
- ٢- حجازي، حمدي حامد (٢٠٢٠). العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركياً، بحث منشور، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد (١٩)، المجلد (١٩)، الجزء (٣).
- ٣- حنا، مريم إبراهيم وآخرون (٢٠٠٦). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ومجال رعاية المعاقين. القاهرة: جامعة حلوان. مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- ٤- خير، فيصل محمد (٢٠٠٤). العلاج النفسي السلوكي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- ٥- السبيعي، سلمان بن مطلق (٢٠٢٢). فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من حدة الشعور بالوصمة لدى المتعافين من فيروس كورونا. بحث منشور. مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٦٩)، الجزء (٢).
- ٦- سليمان، محمد سليمان (٢٠١٢): الإعاقات المتعددة المفاهيم والقضايا الأساسية. الأردن: عمان. زمزم للنشر والتوزيع.
- ٧- عبد الحميد، نهلة السيد (٢٠٠٩). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي لزيادة وعي طالبات مدارس الفصل الواحد بالاحساس بالمسئولية الاجتماعية. بحث منشور. [مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية](#)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد (٢٦)، الجزء (٣)، ص ١٢٧١ - ١٢٩٣.
- ٨- غباري، محمد سلامة (١٩٩٩). المشكلات الأسرية وظاهرة إدمان المخدرات. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- ٩- فتح الله، جيهان عاطف (٢٠٠٦): فعالية برنامج لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى المعاقين
- جسمانياً، رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطبولة، جامعة عين شمس.
- ١٠- ماهر ابو المعاطي علي (٢٠٠٥). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين. ط٢، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ١١- المحارب، ناصر ابراهيم (٢٠٠٠). المرشد في العلاج المعرفي السلوكي. المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية .
- ١٢- محمد، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٣). الخدمة الاجتماعية العيادية- نحو نظرية للممارسة المهنية مع الأفراد. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- ١٣- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- ١- K. A. Kosyluk, P. W. Corrigan, & R. N. Rüsch (2013). Reducing selfstigma by coming out proud, American journal of public health, 103 (5), p p 794- 800.
- ٢- J. E. Larson, P. W. Corrigan, & R. N. (2009): Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 8, p p75- 81.
- ٣- J. E. Larson, P. W. Corrigan, & R. N. (2009): Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 8, p p75- 81.
- ٤- P. W. Corrigan, WATSON (2002): Understanding the impact of stigma on people with mental illness

- University of Chicago Center for
Psychiatric Rehabilitation and
Chicago Consortium for Stigma
Tinley ،7230 Arbor Drive ،Research
USA. ،IL 60477 ،Park
WATSON(2002): ،P. W ،Corrigan -٥
Understanding the impact of stigma
،on people with mental illness
University of Chicago Center for
Psychiatric Rehabilitation and
Chicago Consortium for Stigma
Tinley ،7230 Arbor Drive ،Research
USA. ،IL 60477 ،Park
Martin Davies (2000): The -٦
Cognitive- Behavioral Approach in
the Black Well Encyclopedia of
Social Work, Blackwell Publisher,
Ltd,P63.
Paterson,L, Mckenzie, K& -٧
Lindsay,B: (2012): Stigma Social
comparison and Self-esteem in
adults with an intellectual disability,
Journal of Applied Research in
.intellectual Disabilities, 25
Ranon Tammie & Freeman, Arthur -٨
(2007). Cognitive Behavior Theraby
in Clinical Work Practice, New York
, Springer Publishing Company.
Robert, Barker (2014). The Social -٩
Work Dictionary Washington, NASW
Press.