فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Alleviating the Severity of the Problem of Social Phobia Facing Girls in Residential Institutions

د/ ناديه أحمد عماره عبد المنعم

مدرس بقسم خدمة الفرد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ

Email: dr.nadia191@gmail.com

٢٠٢٥

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية

DOI: 10.21608/baat.2025.350223.1183

تاريخ استلام البحث	تاريخ قبول البحث	تاريخ نشر البحث
٢٠٢٥/١/٣	٢٠٢٥/٣/١	٢٠٢٥/٣/٧

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات الفتيات على أبعاد مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي "القياس القبلي البعدي لمجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية"، وتمثلت عينة الدراسة في (٢٠) فتاة من فتيات مؤسسة الرعاية الاجتماعية بنات بالمنصورة، وأوضحت الدراسة صحة الفرض الرئيس للدراسة "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني وذلك من خلال إثبات صحة الفروض الفرعية للدراسة كما يلي: صحة الفرض الفرعي الأول: "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على البُعد المعرفي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني، وصحة الفرض الفرعي الثاني: "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على البُعد السلوكي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني.

الكلمات الافتتاحية: – الخدمة الاجتماعية– العلاج المعرفي السلوكي– الرهاب الاجتماعي.

Summary: the study aimed to test the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing the scores of girls on the social phobia scale facing girls in residential institutions, The study employed an experimental method using a pretest-posttest design for two groups, one experimental and the other control, the research sample consisted of 20 girls from the Social Welfare Institution for girls in Mansoura, the study confirmed the validity of its main hypothesis: "there is a statistically significant positive relationship between the use of cognitive behavioral therapy and the decrease in the scores of girls in the experimental group on the social phobia scale faced by girls in residential institutions" This was evidenced by proving the validity of the study's sub-hypotheses: The validity of the first sub-hypothesis,: "there is a statistically significant positive relationship between the use of cognitive behavioral therapy and the decrease in the cognitive dimension scores of girls in the experimental group on the social phobia scale faced by girls in residential

institutions" after applying the professional intervention program, the validity of the second sub-hypothesis, "there is a statistically significant positive relationship between the use of cognitive behavioral therapy and the decrease in the behavioral dimension scores of girls in the experimental group on the social phobia scale faced by girls in residential institutions "after applying the professional intervention program.
Kay Words: Social Work - Cognitive Behavioral Therapy - Social Phobia.

أولًا: مشكله الدراسة

تُعد مؤسسات الرعاية الاجتماعية إحدى المؤسسات التي تسعى إلى تقديم الخدمات بمختلف أنواعها لنزلائها، لينمو نموًا سليمًا من النواحي الاجتماعية والنفسية والصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية، لمساعدتهم على الاندماج الاجتماعي في المجتمع مع المحيطين بهم.

وتعمل المؤسسات الايوائية من أجل تقديم خدمات الرعاية الأسرية البديلة عن غياب الوالدين وفقد الأسرة الطبيعية، حيث تسعى هذه المؤسسات إلى تقديم رعاية مناسبة لنزلائها حتى يصبحوا مواطنين صالحين.

والحرمان من الأسرة يؤثر على جوانب حياة الفرد، حيث أنها تؤدي إلى الشعور بالقلق والتوتر والحزن وعدم القدرة على تكوين علاقات مع الأخرين، وتهدف المؤسسات الايوائية إلى توفير الرعاية الاجتماعية لمختلف فئات المودعين بها والتي تتنوع بين كل من: اللقطاء، أبناء المسجونين، أبناء الأسر المتصدعة... الخ. (نافع، ٢٠٢٠، ص٤٦٩)

ومساعدة نزلاء المؤسسات الايوائية للتخفيف من حدة المشكلات التي تواجههم من الأمور الهامة والضرورية، الأمر الذي يخفف من الأعباء الاجتماعية والنفسية والاقتصادية الناتجة عن تلك المشكلات.

وقد أوضحت دراسة: (خليل، ١٩٩٥) أن نشأه الطفل في المؤسسات الإيوائيه بعيدًا عن جو المنزل والأسرة وعدم احساسه بحنان والديه وإخوته يقلل من مستوى ثباته واستقراره، ويعاني المودعين بدور الرعاية الاجتماعية من العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية مثل الانطواء والعزلة والقلق وضعف العلاقات الاجتماعية.

وقد أوضحت دراسة: (البسطويسي، ٢٠٢٣) أن نزلاء المؤسسات الإيوائيه يعانون من ضغوط اجتماعيه تتمثل في: سوء العلاقة مع الاخرين، صعوبة تكوين صداقات.

وقد أوضحت دراسة :(هلال، ٢٠٢٢) أن الحرمان من الحياة الأسرية الطبيعية يؤثر تأثيرًا سلبيًا على النمو المعرفي والاجتماعي للفرد ويضعف من قدراته في الاعتماد على ذاته والتفاعل والمشاركة مع الأخرين، وكذلك ضعف قدرتهم على تحمل الضغوط الاجتماعية. (هلال، ٢٠٢٢، ص٦٤٤)

وقد أوضحت دراسة :(جمعة، ٢٠٢٢) أن الافراد في المؤسسات الايوائيه يتعرضون للعديد من المشكلات الاجتماعية منها: فقد التفاعل الاجتماعي، والفشل في تكوين علاقات سوية مع الأخرين، وافتقادهم لأساليب

التعامل المناسبة مع الأخرين، وكذلك خبرة التعامل مع أمور الحياة؛ لذا فقد يظهر عليهم العزلة الاجتماعية والخوف من التعامل مع الآخرين. (جمعة، ٢٠٢٢، ص٣٦٦)

وقد أوصت دراسة: (العقيل، ٢٠٢٣) بتطوير البرامج المقدمة في المؤسسات الاجتماعية حتى يمكن تلبية احتياجات الأيتام المتنوعة، مع التركيز على التنويع فيها وتضمينها قيم مثل الثقة بالنفس والتسامح. (العقيل، ٢٠٢٣، ص٦٠٧)

ومن المشكلات التي يعاني منها نزلاء المؤسسات الايوائية مشكلة الرهاب الاجتماعيsocial phobia

والرهاب الاجتماعي يسمى الفوبيا الاجتماعية والذي يشير إلى مخاوف غير عقلانية في مواجهة الأخرين والتفاعل معهم، وقد يدرك الفرد أنها مخاوف غير عقلانية كما هو الحال في المخاوف المرضية إلا أنه لا يستطيع أن يغير سلوكه. (ليبونتز، ٢٠١٨)

وهو خوف دائم وواضح من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، أو الأداء الاجتماعي، وهو خوف الفرد من المواقف التي يوجد فيها أناس آخرون (خضر& احمد، ٢٠١١ ص١٢٨)

ويعد الخوف الاجتماعي البسيط أمرًا فطريًا وطبيعيًا موجودًا لدى البشر جميعًا، ويُعد إيجابيًا حيث يدفع الفرد إلى اكتساب مهارات اجتماعيه وقدرات فائقة في التعامل مع المواقف، إضافة إلى جعله يتهيأ ويُظهر أحسن ما عنده من أراء وسلوك ومظهر، فيكون له الأثر الايجابي على قدرة الفرد على التوافق مع الأخرين وعلى التفاعل مع المجتمع، وبالتالي الاستفادة من الخبرات المختلفة، إلا أنه يصبح مشكلة اجتماعية ونفسية إذا تعدى حده، حيث أن الخوف غير المبرر في مختلف الموضوعات أو المواقف الاجتماعية يجعل الفرد كثير التجنب لهذه الموضوعات والمواقف، مما يعيق الفرد عن التطور والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، وقد يقود إلى التوتر وسوء التوافق، الذي قد يؤدي بدوره إلى العزلة التي تعد إحدى مكونات الخوف الاجتماعي.(جاسم، ٢٠٠٦، ص ص ٢٢٣- ٢٢٤)

وتعمل العديد من المهن والتخصصات في المؤسسات الايوائية لتقديم الخدمات لنزلاء هذه المؤسسات، وتُعد الخدمة الاجتماعية المهنة الأساسية التي يقوم عليها عمل هذه المؤسسات، حيث تعتبر هذه المؤسسات من المؤسسات الأولية لممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية.

وتسعى مهنة الخدمة الاجتماعية إلى مساعدة الإنسان سواء كان فرد أو جماعة أو مجتمع على أداء أدواره بطريقة أفضل، والتغلب على ما يواجهه من مشكلات، وذلك من خلال التدخل المهني في المؤسسات الاجتماعية المختلفة. (فرج،٢٠٢١، ص ٣١٣)

والخدمة الاجتماعية مهنة قائمة على الممارسة، تعمل من أجل تعزيز التغير الاجتماعي، والتنمية الاجتماعية، والتماسك الاجتماعي، وتمكين وتحرير الناس، وتقوم على مبادئ العدالة الاجتماعية وحقوق الانسان والمسؤولية الاجتماعية واحترام التنوع. (Tosome, 2016, p.529)

فمساعدة الانسان على أن يحيا حياة اجتماعية سليمة أحد أهداف الخدمة الاجتماعية، والتي تسعى جاهدة إلى تحقيقها لأفراد المجتمع الذي تعمل فيه.

وتعمل الخدمة الاجتماعية على مساعدة الناس على تحسين نوعية حياتهم، والتحكم في السلوك وهو أمر ضروري من أجل حماية الأطفال والكبار من الأذى. (Horne, 2008,p. xi)

حيث يركز الأخصائيون الاجتماعيون على مساعدة العملاء مع مراعاة بيئتهم الاجتماعية (الأسرة–المنزل–العمل – المجتمع) وكل نواحي الحياة، ويعمل الأخصائيون الاجتماعيون في مختلف المؤسسات مثل (المدارس–المستشفيات–مؤسسات كبار السن–مؤسسات الأطفال)، حيث يعمل الأخصائيون الاجتماعيون مع جميع فئات المجتمع: مع الكبار والأطفال، مع أشخاص يتمتعون بصحة جيده وضعف الصحة، ومع أشخاص من ثقافات وخلفيات متنوعة. (Wager, 2010, p.3)

وتسعى مهنة الخدمة الاجتماعية إلى تحقيق الأهداف التالية: (حبيب، ٢٠٠٩، ص. ٥٠)

- تحسين قدرات الناس للتوافق مع مشكلاتهم.
- ربط الناس بالأنساق التي تمدهم بالخدمات والموارد والفرص.
- الإسهام في تحسين السياسات الاجتماعية في المجتمع وتنمية هذه السياسات.

والخدمة الاجتماعية تعمل على تعزيز رفاهية الإنسان والمساعدة على تلبية احتياجاته الأساسية مع الاهتمام بالعوامل التي تسبب المشكلات والعمل على علاجها؛ حيث تتعامل مهنة الخدمة الاجتماعية مع كافة شرائح المجتمع؛ إذ يعمل الأخصائيون الاجتماعيون في مؤسسات المساعدة مثل المؤسسات التعليمية، المؤسسات الصحية، مؤسسات الأطفال، مؤسسات خدمات كبار السن، الشركات الكبرى، المؤسسات العسكرية، مراكز الشرطة...إلخ. (Wegar, 2010, P. 4)

وتتمثل المهمة الأساسية للخدمة الاجتماعية في مساعدة العملاء على تلبية احتياجاتهم، وتعزيز رفاهيتهم. (Genitty, et al, 2014, P. 36)

وتسعى الخدمة الاجتماعية إلى تحقيق ذلك من خلال تطبيق برامج التدخل المهني التي يصممها الأخصائيون الاجتماعيون، لمساعدة العملاء من خلال مؤسسات المجتمع المتنوعة.

والهدف من عملية التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية هو: مساعدة الناس على استعادة توازنهم، تعزيز نموهم، وتنمية قدراتهم على التكيف، تقليل الضغوط والتوترات، إشباع الحاجات والعمل على حل المشكلات. (Engelbrecht, 1999, p.87)

وتعمل الخدمة الاجتماعية على تعزيز التغير الاجتماعي وحل المشكلات وتعزيز رفاهية الأفراد باستخدام نظريات السلوك الإنساني والانساق الاجتماعية والتدخل المهني. (Diyali, 2020, p.259)

حيث يسعى الأخصائيون الاجتماعيون إلى تعزيز وتقوية قدرة العملاء في التعامل مع اهتماماتهم الحياتية، ويتضمن ذلك الشعور الإيجابي بقيمة الذات، والقدرة على: التأثير في مسار حياة الفرد، والتعامل مع الآخرين، وإحداث تغيير في محيطهم. (Walsh, 2013, p.13)

ولذلك تتضح أهمية ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية ودور الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الايوائية لمساعدة نزلائها.

وتتضمن الخدمة الاجتماعية العديد من الطرق المهنية، والتي من خلالها تسعى المهنة إلى تحقيق أهدافها من خلال الممارسة المهنية مع وحدات العمل والمتمثلة في: الأفراد والأسر والجماعات والمنظمات والمجتمعات، ومن هذه الطرق طريقة خدمة الفرد، والتي وحدة العمل فيها هم الأفراد والأسر.

وخدمة الفرد إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية والتي تسعى إلى تقديم المساعدة للأفراد والأسر، لتحسين أحوالهم والعمل على مساعدتهم لمواجهة المشكلات والمعوقات التي تواجههم، وأداء أدوارهم ووظائفهم الاجتماعية.

و تعتمد خدمة الفرد على الجانب التطبيقي من خلال برامج التدخل المهني، التي تعد أساس الممارسة المهنية في خدمة الفرد، فالجانب التطبيقي والهدف العلاجي يمثل حجر الزاوية في الممارسة المهنية في طريقة خدمة الفرد، وذلك باستخدام المداخل والنماذج العلاجية التي تعتمد عليها الطريقة من أجل مساعدة الأفراد والأسر.

وتتعدد مداخل ونماذج خدمة الفرد التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون في تدخلهم المهني مع العملاء، ومن بين هذه النماذج: العلاج المعرفي السلوكي.

والعلاج المعرفي السلوكي أحد أشكال العلاج القصير، حيث يعمل المعالج على استثمار الوقت وتنظيم الجلسات بشكل منتج وفعال، وتعتمد مدة العلاج على طبيعة مشكلات العميل. (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004, p.19)

ويُعد العلاج المعرفي السلوكي علاجًا قائمًا على الحوار والتفاعل المشترك والفهم المتبادل بين المعالج والعميل للحفاظ على حوار علاجي فعال.(Jahoda& Kroese& Pert, 2017, P.62)

والفكرة الرئيسة للعلاج المعرفي السلوكي أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر بالمعارف والأفكار التي تحدد الكيفية التي يتم بها استقبال الأشياء وادراكها، وأن المدركات والتوقعات والتفسيرات "التقييم الذاتي" للموقف هي المسئولة عن الوجدانيات. (هوفمان، ٢٠١٢، ص١٧)

والعلاج المعرفي السلوكي يرى أن سلوك الفرد ليس ناتجًا عن تفاعل بين المثيرات البيئية والفرد فقط، وأن استجابة الفرد ليست مجرد ردود افعال على مثيرات بيئية، وإنما هناك عوامل معرفية لدى الفرد قد تكون مسؤوله عن سلوكياته. (معوض& بظاظو، ٢٠٢٢، ٢٧٤)

ويركز العلاج المعرفي السلوكي على معالجة المشكلات ومعرفة كيفية تأثير أنماط التفكير لدى الأفراد على سلوكياتهم. (Payne, 2014, p.150)

ويُستخدم العلاج المعرفي السلوكي من أجل تعديل المعتقدات والافتراضات التي تسبب للعميل المشكلات، ومساعدته على وضع أساليب فعالة للتعامل مع المواقف التي تسبب مشكلات، والعمل على تعديل أفكاره وتغيير سلوكه. (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004, P. 7)

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى زيادة السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوكيات غير المرغوبة، وأن يستجيب الأفراد للأحداث الاجتماعية بشكل مناسب. (Payne,2014, p. 157)

لذا كان اختيار العلاج المعرفي السلوكي لتطبيقه من خلال برنامج للتدخل المهني مع مشكلة الرهاب الاجتماعي، ومعرفة مدى فعاليته في التخفيف من حدة تلك المشكلة مع الفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية.

وبناء على ما سبق فقد تحدد موضوع الدراسة في: دراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

ثانيًا: أهمية الدراسة

وترجع أهمية هذه الدراسة إلى:

١. أن الدراسة تتناول فئة من الفئات التي تحتاج إلى رعاية وتعامل خاص لحرمانها من الرعاية الأسرية وهي فئة الفتيات المودعات بالمؤسسات الايوائية.

٢. أن نتائج هذه الدراسة يمكن أن تساعد الأخصائيين الاجتماعيين بهذه المؤسسات على زيادة فعالية برامجهم المقدمة لمساعدة نزلاء هذه المؤسسات.

٣. ١. أن الدراسة تتناول موضوع هام وهو الرهاب الاجتماعي لما له من تأثيرات سلبية على الفتيات المودعات بالمؤسسات الايوائية.

٤. أهمية دراسة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع مشكلة الرهاب الاجتماعي.

٥. أهمية معرفة مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مشكلات الفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- **هدف رئيس:** اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في خفض درجات الفتيات على أبعاد مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

ويتحقق هذا الهدف من خلال تحقيق الأهداف الآتية:

أهداف فرعية:

١. اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في خفض درجات الفتيات على البُعد المعرفي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.
٢. اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في خفض درجات الفتيات على البُعد السلوكي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

رابعًا: فروض الدراسة

فرض رئيس: توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

فروض فرعية:

١. توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على البُعد المعرفي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.
٢. توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات الفتيات في المجموعة التجريبية على البُعد السلوكي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

خامسًا: مفاهيم الدراسة

وتتناول الدراسة المفاهيم التالية:

أ. مفهوم الفعالية ب. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي ج. مفهوم الرهاب الاجتماعي

أ. **مفهوم الفعاليةEffectiveness:**

والفعالية تعنى مقدرة الشيء على التأثير. (الوجيز، أ.، ٢٠٠٤: ٤٧٧)

ويقصد بالفعالية: انجاز هدف مقرر سلفًا، وتعني مدى صلاحية العناصر المستخدمة للحصول على النتائج المطلوبة. (الدخيل، ٢٠١٢، ص٨٠)

والفعالية هي العلاقة بين الأهداف المرسومة التي يجب تحقيقها والعائد الذي أمكن تحقيقه وتزداد بازدياد القدرة على تحقيق الهدف المرسوم تحقيقاً كاملاً وفقاً لخطة محددة للتدخل المهني لها أهدافها. (همام، س.، ٢٠٠٠: ٥٦٨)

ويقصد بالفعالية في هذه الدراسة: قدرة برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد على التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي لفتيات المؤسسات الايوائية، وذلك من خلال

انخفاض درجات الفتيات على أبعاد مقياس الرهاب الاجتماعي لفتيات المؤسسات الايوائية، من خلال مقارنة نتائج القياسات القبلية والبعدية لأبعاد المقياس: البُعد المعرفي والبُعد السلوكي، قبل وبعد تطبيق برنامج التدخل المهني.

ب. **مفهوم العلاج المعرفي السلوكي** Cognitive Behavioral Therapy : **و**العلاج المعرفي السلوكي نموذج يساعد العملاء في التعرف على تأثير المعتقدات أو المفاهيم الخاطئة عن النفس أو التصورات الخاطئة عن سلوكهم. (dictionary,2012: 12)

والعلاج المعرفي السلوكي مجموعة من أساليب علاجية تستخدم لتعديل السلوك غير المرغوب فيه عن طريق الوعي الذاتي والتحليل النقدي واتخاذ خطوات نحو التغيير التدريجي الموجه نحو الهدف. (Satterfield, 2015, p.1)

ويسعى المعالج في العلاج المعرفي السلوكي للعمل مع العميل لتحديد المشاعر والمعارف والسلوكيات وغيرها من العوامل التي تساهم في حدوث المشكلات للعميل، ومناقشة العميل في النتائج الفعلية لأفعاله واختبار صحة أفكار ومعتقدات العميل، ويعمل المعالج والعميل معًا على إحداث التغييرات اللازمة في كل من المعارف والسلوك. (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004, P. 16)

ويركز العلاج المعرفي السلوكي على المشكلات والأعراض الراهنة التي يواجهها الفرد ويكون التركيز على الحاضر والمستقبل بهدف مساعدة الفرد على احداث تغييرات إيجابية في أفكارهم وسلوكياتهم ومشاعرهم. (Satterfield, 2015, p.13)

ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي مزيجًا من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية. (Boswell& Constantino, 2022, p.93)

ومن خلال العلاج المعرفي السلوكي يتم استخدام طريقة إعادة البناء المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية لعلاج العيوب المعرفية والسلوكية لدى العملاء. (Prins& Pier,2005 , p.15)

ويشمل العلاج المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من الأساليب المعرفية والسلوكية والتي تستهدف الحد من الأعراض والتغيرات من خلال تحديد وتعديل الأفكار المختلة وبناء المهارات، وتحديد وتعديل المعتقدات والأفكار غير المفيدة. (Metha &Saga, 2015, p.23)

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي الى تحويل العملاء من التفكير السلبي المفرط أو المبالغ فيه أو قصير النظر إلى التفكير المتوازن. (Strunk& Pfeifer& Ezawa, 2021, p.6)

خصائص العلاج المعرفي السلوكي: وقد حددها جامبريل في (قريشي، ٢٠٢٠، ص٦١٦)

١. يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالمكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية للموقف الاشكالي للعميل وتفاعل تلك المكونات مع البيئة المحيطة.

٢. العلاج المعرفي السلوكي صالح للتطبيق مع جميع الفئات العمرية ومع العديد من أنواع المشكلات النفسية والاجتماعية.
٣. يعتمد على اجراءات علاجيه ترتكز على تغيير الافكار والمشاعر والسلوكيات
٤. يعتمد على الفهم التسلسلي المتوالي للأحداث والسلوكيات وتأثيرها ونتائجها مع الاهتمام بتفريد كل حالة.
٥. يعتبر من المداخل التي تحتاج الى وقت قصير
٦. يصلح للاستخدام في المؤسسات التي تعاني من كثرة العملاء

ويسعى المعالج في العلاج المعرفي السلوكي إلى إقامة علاقة تعاونية مع العميل، ومن خلالها يعمل المعالج والعميل معًا لتحقيق أهداف التدخل المهني، الأمر الذي يزيد من مشاركة العميل في عملية العلاج ويقلل من مقاومته وعدم امتثاله خلال عملية العلاج. (Freeman& Pretzer& Fleming& Simon, 2004, P. 15)

الأساليب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي: وتتضمن (أساليب معرفية، أساليب انفعالية، أساليب سلوكية).

أ. **الأساليب المعرفية:** وتستهدف مساعده الأفراد على تغيير أفكارهم اللاعقلانية وفلسفتهم اللامنطقية وطريقة تفكيرهم غير العملية، واستبدالها بأخرى أكثر إيجابية من خلال التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية وتفنيد الاستنتاجات اللاعقلانية، من أجل تدعيم الأفكار العقلانية، وتتضمن (التوضيح، التشجيع، الحث والاقناع، التدريب على أسلوب حل المشكلات، المواجهة، التفسير، الاستبصار).

ب. **الأساليب الانفعالية:** حيث يتم التعامل مع خبرات الفرد السابقة بالمشكلة ومشاعره وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة وتتضمن (ضبط الذات، التدريب على الاسترخاء، التدريب على مواجهة الضغوط، التحويل المعرفي، التأمل، التدريب على التعليمات الذاتية).

ج. **الأساليب السلوكية:** وتستهدف تغيير سلوك العميل غير المرغوب والتدريب على اكتساب السلوك الجديد المرغوب، وتتضمن (التدعيم الإيجابي، الواجبات المنزلية، تشكيل الاستجابة، لعب دور، النمذجة، التقارير الذاتية، القدوة والتقليد، تمحيص الافكار السلبية).

مراحل التدخل المهني في العلاج المعرفي السلوكي:

ويتضمن التدخل المهني في العلاج المعرفي السلوكي مرحلتين:

١. **مرحلة التقدير:** وفيها يتم التعرف على مشكلات العميل وتقدير وتحليل سلوكه في ضوء الموقف الاشكالي ثم تحديد أولويات عوامل التدخل. (الشرقاوي، وعبدالحميد، وعبدالعال،٢٠١٣، ص٤٥١)
٢. **مرحلة العلاج:** وتتضمن مرحلة العلاج ثلاث خطوات هي:

أ.**المرحلة المعرفية:** وفيها يتم العمل على إدراك العميل لحقائق مشكلته وعناصر القوة لديه ويتعلم العميل كيفية توظيف قدرات المعرفية بكفاءة، وفيها يشرح المعالج للعميل المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي من خلال استخدام

الأساليب المعرفية التي تتعامل مع معارف العميل وأفكاره ومعتقداته اللاعقلانية التي تسبب سلوكه اللاتوافقي، ويحدد أساليب إعادة البناء المعرفي له. (قريشي، ٢٠٢٠، ص٦١٩)

وأن يفصل العميل بين أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ويتعلم كيفية توظيف قدراته المعرفية لتغيير تلك المعتقدات. (الشرقاوي، وعبدالحميد، وعبدالعال، ٢٠١٣، ص٤٥١)

ب. **المرحلة الانفعالية:** ويعمل المعالج مع العميل على أن تكون انفعالاته واستجاباته بطريقة مناسبة لطبيعة الموقف، وتحمل الضغوط الحالية والمستقبلية المتوقعة، والتعامل مع الضغوط بطريقة عقلانية. (قريشي، ٢٠٢٠، ص٦١٩)

ج. **المرحلة السلوكية:** وفيها يعمل المعالج على تغيير سلوك العميل غير التوافقي (غير المرغوب) والتدريب على السلوك التوافقي الجديد(المرغوب) (الشرقاوي، وعبدالحميد، وعبدالعال، ٢٠١٣، ص٤٥١)

حيث يعمل المعالج مع العميل من أجل تغيير سلوكه اللاتوافقي في ضوء إعادة تشكيل بناءه المعرفي وأسلوبه في التفكير والانفعال بالموقف، ويدرب المعالج العميل على ممارسة عمليات التفكير العقلاني وأنماط السلوك التوافقي الجديد في ضوء تدريب المعالج له. (قريشي، ٢٠٢٠، ص٦١٩)

ج. مفهوم الرهاب الاجتماعي Social Phobia: والرهاب الاجتماعي هو مخاوف غير عقلانية مرتبطة بمواقف اجتماعيه تتطلب تفاعلًا ومواجهه مع الأخرين، ويتضمن ثلاثة أبعاد هي: (Veale, 2003, p.258)

- الخوف من التقييم السلبي من الأخرين
- سلوكيات التجنب أو تحاشي المواقف الاجتماعية.
- توقع الأداء السيء من الشخص في المواقف الاجتماعية.

ويتضمن الرهاب الاجتماعي إحساسًا شديدًا من الأفراد بالخجل والخوف من أن يكتشف الأخرون أن هؤلاء الأفراد سيئون وضعفاء. (بوفيه، ٢٠١٩، ص١٣٢)

أنواع الرهاب الاجتماعي: (ليبونتز، ٢٠١٨)

١. رهاب عام في جميع المواقف ذات الطابع الاجتماعي.
٢. رهاب خاص مرتبط بمواقف معينه دون باقي المواقف الاجتماعية.

المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي: (الدق، والصبوة، وإسماعيل، ٢٠١٤، ص٨٧)

١. حاله من الخوف الملحوظ والدائم في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد مع أفراد غير مألوفين، أو عندما يكون الفرد في موقف معين هو محل لإمعان النظر من الأخرين حيث يخاف الفرد أن يسلك أو يتصرف بطريقه تظهر عليه فيها أعراض القلق والخوف وبشكل يبدو مخز أو مربك.

٢. غالبًا ما يكون الموقف الاجتماعي المخيف للفرد مثيرًا للقلق بشكل متغير والذي ربما يجعل الموقف يأخذ شكل القيد بالنسبة للفرد أو يتعرض للفرد لنوبه هلع تسبق التعرض للمواقف الاجتماعي.

٣. وقد يتم تجنب هذه المواقف الاجتماعية المخيفة للفرد أو يتم تحمل بعضها ولكن هذا التحمل يكون مصحوبًا بقلق شديد أو اضطراب من قبل الفرد.

ويقصد بالرهاب الاجتماعي في هذه الدراسة: مخاوف غير عقلانية من الفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية من مواجهة والتعامل مع الأخرين في المواقف الاجتماعية، يوضحها ارتفاع درجاتهن على مقياس الرهاب الاجتماعي، وهي مخاوف غير مبرره، تؤدي إلى العزلة الاجتماعية للفتيات، وتعوقهن عن عملية التفاعل الاجتماعي، وتؤثر سلبًا على سلوكهن.

سادسًا: النظرية الموجهة للدراسة

النظرية المعرفية: Cognitive Theory

وتبنى النظرية المعرفية على أساس أن سلوك الفرد الظاهر هو تقرير عما يدور بداخلة، وأن الاستراتيجيات المعرفية هي طرق عامة يستخدمها الفرد لممارسة نشاطه المعرفي المتضمن عمليات (إدراك وتفكير وتذكر وحل المشكلات الذهنية والمعرفية) للوصول إلى معرفة وتوازن. (قطامي، ٢٠١٣، ٢٢٦)

ووفقًا للنظرية المعرفية فإن مشكلة العميل هي نتاج لتعارض الأفكار والاتجاهات والمعاني مع الواقع، وحيث أن الواقع لا يمكن تغييره، فإن البديل هو تغيير وتعديل هذه الأفكار وهذه الاتجاهات. (عبد المجيد وعبدالموجود وعبدالعال، ٢٠٠٨، ص١٥٧)

خصائص النظرية المعرفية:(الشرقاوي، وعبدالحميد، وعبدالعال، ٢٠١٣، ص ٤٣٥)

- الأفكار والاهتمام والأحكام هي المصدر الأساسي لسلوك الإنسان والرؤية العلمية لتفسير هذه النظرية والمنهج العلمي.
- أنها منهج متكامل لعلاج مشكلات الإنسان وما يعانيه من اضطرابات وهي نظريه تجمع بين البناء النظري والمنهج العلمي والأسلوب العلاجي.
- تركز على الأفكار السلبية المؤثرة على سلوك الفرد والمؤدية إلى المشكلة في حياته بشكل عام وتعرضه للانحراف بشكل خاص.
- سلوك الإنسان هو نتاج لمجموعه من الأفكار العقلية وليس الجنس أو العدوان المحركين الأساسيين لهذا الإنسان.
- العواطف والانفعالات لا تسبق عقل أو تفكير الإنسان ولكنها تأتي بعدهما، لذا فالإنسان كائن تحكمه أفكاره.
- تعتمد في علاجها للفرد وتعديل سلوكه على علاج أفكاره وأحكامه معا بالمنطق والمناقشة المفتوحة.

- هي نظريه اجتماعيه تربط الإنسان بالمجتمع الذي يعيش فيه وتؤمن بقدرته على الابتكار والإبداع بعيداً عن الأفكار والسلوكيات السلبية الصادرة منه.

ويمكن توظيف النظرية المعرفية في تفسير مشكلة الرهاب الاجتماعي للفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية، من خلال معرفة الأفكار غير العقلانية التي تؤدي إلى سلوكيات مشكلة الرهاب الاجتماعي، وذلك للعمل من أجل تغيير هذه الأفكار، ومن ثم تغيير السلوكيات والتخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية.

سابعًا: الإجراءات المنهجية

أ. **نوع الدراسة:** تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات شبه التجريبية التي تستهدف التحقق من العلاقة بين متغيرين، وهما المتغير المستقل "العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد " والمتغير التابع "مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية"، وتهدف الدراسات شبه التجريبية إلى فهم الأسباب والعلاقات التأثيرية بين التدخلات والنتائج الإمبريقية، وتقدير فعالية التدخل المهني في تقليل حدة مشكلات الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات الأيتام.

ب. **المنهج المستخدم:** اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي "القياس القبلي البعدي لمجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية"، حيث تم قياس قبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تطبيق برنامج التدخل المهني، وذلك للتأكد من أنهما قد بدأتا من نفس المستوى، ولا توجد فروق بينهما. ثم تم بعد ذلك إدخال المتغير التجريبي (العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد) على المجموعة التجريبية فقط، ثم تم إجراء القياسات البعدية لكلا المجموعتين الضابطة والتجريبية ومقارنتها بالقياسات القبلية لتقييم فعالية برنامج التدخل المهني ومدى تأثيره على مشكلات الرهاب الاجتماعي لدى فتيات المؤسسات الايوائية.

ج. **مجالات الدراسة:**

- **المجال المكاني:** ويتمثل المجال المكاني في هذه الدراسة في مؤسسة الرعاية الاجتماعية للبنات بجمعية الدفاع الاجتماعي بمدينة المنصورة.
- **المجال البشري:** ومجتمع البحث في هذه الدراسة يتكون من (٣٤) فتاة، هن الفتيات المودعات بالدار وقت أجراء الدراسة، حيث تم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية من إعداد الباحثة على الفتيات، وتم اختيار (٢٠) منهن من اللائي حصلن على أعلى الدرجات على المقياس، ثم تم توزيعهن عشوائيًا على المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث تم توزيع (١٠) فتيات على المجموعة الضابطة و(١٠) فتيات على المجموعة التجريبية، وذلك لضمان التجانس بينهم.

- **المجال الزمني:** وتتمثل الفترة الزمنية التي تم فيها تطبيق برنامج التدخل المهني في الفترة من (أغسطس ٢٠٢٤) حتى (نوفمبر ٢٠٢٤)

د. أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية من إعداد الباحثة، ويتضمن المقياس الأبعاد الآتية: البيانات الأولية –البُعد المعرفي – البُعد السلوكي

١ – صدق وثبات المقياس:

- **صدق المقياس:** والمقياس الصادق هو الذي يعطي معلومات دقيقة عن موضوع الدراسة المصمم لأجله، حيث تم استخدام صدق الاتساق الداخلي، حيث تم تطبيق المقياس على عينة من مجتمع البحث قوامها (١٠) فتيات، ثم قامت الباحثة بقياس مدى ارتباط كل عبارة بالبُعد الذي تنتمي إليه، من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون، وكذلك قياس مدى ارتباط كل بُعد بالمقياس ككل وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (١) يوضح صدق الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
البُعد المعرفي	١٧	٠.٨١	دال عند٠.٠١
البُعد السلوكي	١٣	٠.٧٩	دال عند٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أن صدق المقياس مرتفع لأبعاد المقياس حيث يتراوح بين (٠.٧٩) إلى (٠.٨١) بدلالة إحصائية (٠.٠١)، مما يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة صدق مرتفعة يمكن الاعتماد عليها.

- **ثبات المقياس:** وقد اعتمدت الباحثة على معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لقياس ثبات المقياس، حيث تم تطبيق المقياس على عينة من مجتمع البحث قوامها (١٠) مفردات، ثم تم حساب معامل ألفا كرو نباخ للتأكد من ثبات المقياس وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (٢) يوضح معامل ثبات الفا كرونباخ لمحاور الدراسة

المحور	عدد العبارات	معامل ثبات الفا
البُعد المعرفي	١٧	٠.٨٣
البُعد السلوكي	١٣	٠.٧٧

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات مرتفع لمحاور المقياس حيث يتراوح بين (٠.٧٧) إلى (٠.٨٣) مما يوضح أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات يمكن الاعتماد عليها.

٢ – المعالجات الإحصائية: تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية من أجل تحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات: (التكراراتFrequencies، النسب المئويةPercent، معامل ألفا كرونباخ Cronbach's

Alpha، معامل ارتباط بيرسون Person Correlation- اختبار مان – ويتنى يو Mann Whitney U- اختبار ولكوكسون Wilcoxon) وذلك من خلال استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Science (SPSS).

ثامنًا:عرض نتائج الدراسة:

وذلك للتعرف على تأثير المتغير المستقل (العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد) على المتغير التابع (مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية) وذلك من خلال المعالجات الإحصائية لحساب الفروق المعنوية بين القياسات القبلية والبعدية لكل من المجموعتين الضابطة والتجريبية كل على حده، وكذلك حساب الفروق بين القياسات القبلية للإثنين معًا، وفيما يلي توضيح لذلك:

جدول (٣) يوضح السن لعينة الدراسة

السن	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	ك	%	ك	%
أقل من ١٤ عام	٢	٢٠٪	٣	٣٠٪
من ١٤: ١٦ عام	٤	٤٠٪	٤	٤٠٪
١٦ عام فأكثر	٤	٤٠٪	٣	٣٠٪
المجموع	١٠	١٠٠٪	١٠	١٠٠٪

يوضح الجدول السابق السن لعينة الدراسة: بالنسبة للمجموعة الضابطة كانت أعلى فئة من سنهم (من ١٤: ١٦ عام) و (١٦ عام فأكثر) بتكرار (٤) ونسبة مئوية (٤٠٪)، وكانت أقل فئة من سنهم (أقل من ١٤ عام) بتكرار (٢) ونسبة مئوية (٢٠٪)، بينما في المجموعة التجريبية كانت أعلى فئة من سنهم (من ١٤: ١٦ عام) بتكرار (٤) ونسبة مئوية (٤٠٪)، يليها من سنهم (أقل من ١٤ عام) و(١٦ عام فأكثر) بتكرار (٣) ونسبة مئوية (٣٠٪).

جدول (٤) يوضح المرحلة التعليمية لعينة الدراسة

المرحلة التعليمية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	ك	%	ك	%
الإعدادية	٦	٦٠٪	٥	٣٠٪
الثانوية	٤	٤٠٪	٥	٥٠٪
المجموع	١٠	١٠٠٪	١٠	١٠٠٪

يوضح الجدول السابق المرحلة التعليمية لعينة الدراسة: بالنسبة للمجموعة الضابطة كانت أعلى فئة من هن بالإعدادية بتكرار (٦) ونسبة مئوية (٦٠٪)، ثم من هن بالثانوية بتكرار (٤) ونسبة مئوية (٤٠٪)، وفي المجموعة التجريبية جاءت دراسة البنات بالإعدادية والثانوية بالتساو بتكرار (٥) ونسبة مئوية (٥٠٪).

جدول (٥) يوضح مدة الإقامة بالمؤسسة لعينة الدراسة

مدة الإقامة بالمؤسسة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	ك	%	ك	%
أقل من عامين	٣	٣٠٪	٣	٣٠٪
من ٢: ٥ أعوام	٥	٥٠٪	٤	٤٠٪
٥ أعوام فأكثر	٢	٢٠٪	٣	٣٠٪
المجموع	١٠	١٠٠٪	١٠	١٠٠٪

يوضح الجدول السابق مدة الإقامة بالمؤسسة لعينة الدراسة: بالنسبة للمجموعة الضابطة كانت أعلى فئة من اقامتهن (من ٢: ٥ أعوام) بتكرار (٥) ونسبة مئوية (٥٠٪)، يليها من اقامتهن (أقل من عامين) بتكرار (٣) ونسبة مئوية (٣٠٪) ثم من اقامتهن (٥ أعوام فأكثر) بتكرار (٢) ونسبة مئوية (٢٠٪)، وفي المجموعة التجريبية كانت أعلى فئة من اقامتهن (من ٢: ٥ أعوام) بتكرار (٤) ونسبة مئوية (٤٠٪)، ثم من اقامتهن (أقل من عامين) و (٥ أعوام فأكثر) بتكرار (٣) ونسبة مئوية (٣٠٪).

جدول (٦) يوضح الفروق في القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي، المقياس ككل)

نتائج الاختبار / أبعاد المقياس	المتوسط الرتبي		قيمةZ لمان وويتني	مستوى دلالة Z لمان وويتني	مستوى الدلالة
	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية			
البُعد المعرفي	٩.٦٠	١١.٤٠	٠.٦٨	٠.٥٣	غير دال
البُعد السلوكي	١٠.٦٠	١٠.٤٠	٠.٠٨	٠.٩٧	غير دال
المقياس ككل	٨.٨٥	١٢.١٥	١.٢٦	٠.٢٢	غير دال

يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد المقياس كالآتي:

١- **بالنسبة للبُعد المعرفي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٠.٦٨) ومستوى دلالة Z (٠.٥٣) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياس القبلي للمجموعتين الضابطة

والتجريبية على البُعد المعرفي، أي أنه لا توجد اختلافات جوهرية بين المجموعتين، وأن كلتيهما قد بدأتا من مستوى واحد بالنسبة للبُعد المعرفي.

٢- **بالنسبة للبُعد السلوكي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٠.٠٨) ومستوى دلالة Z (٠.٩٧) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على البُعد السلوكي، أي أنه لا توجد اختلافات جوهرية بين المجموعتين وأن كلتيهما قد بدأتا من مستوى واحد للبُعد السلوكي.

٣- **بالنسبة للمقياس ككل:** فإن قيمة Z المحسوبة (١.٢٦) ومستوى دلالة Z (٠.٢٢) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، أي لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على المقياس ككل، أي لا توجد اختلافات جوهرية بين المجموعتين وأن كلتيهما قد بدأتا من مستوى واحد قبل (إدخال المتغير التجريبي) تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، وهو ما يوضح وجود تجانس بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل إجراء التدخل المهني.

وتوضح تلك النتائج أن الفتيات نزلاء المؤسسات الايوائية تعاني من العديد من المشكلات ومنها مشكلات سلوكية ومشكلات معرفية، وأن الرهاب الاجتماعي من المشكلات التي تواجه نزلاء المؤسسات الايوائية.

ويؤكد تلك النتائج (نافع، ٢٠٢٠): والتي أوضحت أن الحرمان من الأسرة يؤثر على جوانب حياة الفرد، حيث أنها تؤدي إلى الشعور بالقلق والتوتر والحزن وعدم القدرة على تكوين علاقات مع الأخرين والتي تتنوع بين كل من: اللقطاء، أبناء المسجونين، أبناء الأسر المتصدعة. (نافع، ٢٠٢٠، ص٤٦٩)

وتؤكد ذلك دراسة (خليل، ١٩٩٥): والتي أوضحت أن نشأه الطفل في المؤسسات الإيوائيه بعيدًا عن جو المنزل والأسرة، وعدم احساسه بحنان والديه وإخوته يقلل من مستوى ثباته واستقراره، والأطفال المودعين بدور الرعاية الاجتماعية يعانون من العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية مثل الانطواء والعزلة والقلق وضعف العلاقات الاجتماعية.

وكذلك دراسة (جمعة، ٢٠٢٢): والتي أوضحت أن الافراد في المؤسسات الايوائيه يتعرضون للعديد من المشكلات الاجتماعية منها: فقد التفاعل الاجتماعي، والفشل في تكوين علاقات سوية مع الأخرين، وافتقادهم لأساليب التعامل المناسبة مع الأخرين، وكذلك خبرة التعامل مع أمور الحياة؛ لذا فقد يظهر عليهم العزلة الاجتماعية والخوف من التعامل مع الأخرين. (جمعة، ٢٠٢٢، ص٣٦٦)

جدول (٧) يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي، المقياس ككل)

نتائج الاختبار	المقاييس الوصفية		قيمة Z لولكوكسون	مستوى دلالة Z	مستوى الدلالة
	القياس القبلي	القياس البعدي			

أبعاد المقياس	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		لولكوكسون	
البُعد المعرفي	٣٨.٨	٧.١٥	٢٩.٢٠	٤.٦٤	٢.٨١	٠.٠١	دال عند ٠,٠١
البُعد السلوكي	٣١.٨٠	٢.٨٦	٢٣.٨٠	٢.١٥	٢.٨٢	٠.٠١	دال عند ٠,٠١
المقياس ككل	٧٠.٦٠	٨.٢٤	٥٣.٠٠	٥.٠٦	٢.٨١	٠.٠١	دال عند ٠,٠١

يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لأبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي) وكذلك للمقياس ككل كالآتي:

١- **بالنسبة للبُعد المعرفي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٢.٨١) ومستوى دلالة Z (٠.٠١) وهي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) أي أنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس القبلي، ويوضح ذلك الوسط الحسابي فهو في القياس القبلي (٣٨.٨) في حين أنه في القياس البعدي (٢٩.٢٠) مما يعني انخفاض درجات الفتيات على البُعد المعرفي في القياس البعدي عن درجات القياس القبلي، الأمر الذي يعني تحسن درجات الفتيات على البُعد المعرفي.

٢- **بالنسبة للبُعد السلوكي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٢.٨٢) ومستوى دلالة Z (٠.٠١) وهي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، أي أنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس القبلي ويوضح ذلك الوسط الحسابي فهو في القياس القبلي (٣١.٨٠) في حين أنه في القياس البعدي (٢٣.٨٠) مما يعني انخفاض درجات الفتيات على البُعد السلوكي في القياس البعدي عن درجات القياس القبلي، الأمر الذي يعنى تحسن درجات الفتيات على البُعد السلوكي.

٣- **بالنسبة للمقياس ككل :** فإن قيمة Z المحسوبة (٢.٨١) ومستوى دلالة Z (٠.٠١) وهي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، أي توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وذلك لصالح القياس القبلي، ويوضح ذلك الوسط الحسابي فهو في القياس القبلي (٧٠.٦٠) في حين أنه في القياس البعدي (٥٣.٠٠)، مما يعني انخفاض درجات الفتيات على أبعاد المقياس ككل في القياس البعدي عن درجات القياس القبلي، الأمر الذي يعني تحسن درجات الفتيات على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي– البُعد السلوكي) والمقياس ككل، الأمر الذي يوضح التأثير الإيجابي للمتغير التجريبي، أي فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه الفتيات.

ويوضح ذلك أهمية ممارسة الخدمة الاجتماعية مع نزلاء المؤسسات الايوائية، ومساعدة أفراد تلك المؤسسات على حل مشكلاتهم وتنمية قدراتهم.

وتتفق تلك النتائج مع (Engelbrecht, 1999): والذي أوضـــح أن الهدف من عملية التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية هو مساعدة الناس على استعادة توازنهم، وتنمية قدراتهم على التكيف، تقليل الضـغوط والتوترات، إشباع الحاجات والعمل على حل المشكلات. (Engelbrecht, 1999, p.87)

وكذلك تتفق مع (Wegar, 2010): في أن الخدمة الاجتماعية تهتم بالعوامل التي تسبب المشكلات وتعمل على علاجها، حيث تتعامل مهنة الخدمة الاجتماعية مع كافة شرائح المجتمع؛ إذ يعمل الأخصائيون الاجتماعيون في مؤسسات المساعدة مثل المؤسسات التعليمية، المؤسسات الصحية، مؤسسات الأطفال. (Wegar, 2010, P. 4)

وكذلك تتفق مع (Diyali, 2020): والتي أوضحت أن الخدمة الاجتماعية تعمل على تعزيز التغيير الاجتماعي وحل المشكلات في العلاقات الإنسانية باستخدام نظريات السلوك الإنساني. (Diyali, 2020, p.259)

ويؤكد تلك النتائج كل من (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004) والذين أوضحوا أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تعديل المعتقدات والافتراضات التي تعرض العميل لمشكلات، ومساعدته على وضع أساليب فعالة للتعامل مع المواقف التي تسبب مشكلات له، والعمل على تعديل أفكاره وتغيير سلوكه. (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004, P. 7)

جدول (٨) يوضح الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي، المقياس ككل)

نتائج الاختبار / أبعاد المقياس	المقاييس الوصفية				قيمةZ لولكوكسون	مستوى دلالةZ لولكوكسون	مستوى الدلالة
	القياس القبلي		القياس البعدي				
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
البُعد المعرفي	٣٧.٨٠	٦.٦١	٣٧.٤٠	٦.٥٠	٠.٣٢	١.٠٠	**غير دال**
البُعد السلوكي	٣١.٨٠	٣.٠١	٣١.٣٠	٣.٦٢	٠.١٦	١.٤١	**غير دال**
المقياس ككل	٦٩.٦٠	٦.٨٨	٦٨.٧٠	٧.٦٦	١.٤٠	١.٤٨	**غير دال**

يوضح الجدول السابق الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لأبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي) وللمقياس ككل كالآتي:

١- **بالنسبة للبُعد المعرفي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٠.٣٢) ومستوى دلالة Z (١.٠٠) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للبُعد المعرفي

بالمقياس للمجموعة الضابطة أي أن مستوى فتيات المجموعة الضابطة لم يتغير في القياس البعدي عنه في القياس القبلي.

٢- **بالنسبة للبُعد السلوكي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٠.١٦) ومستوى دلالة Z (١.٤١) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للبُعد السلوكي بالمقياس للمجموعة الضابطة أي أن مستوى فتيات المجموعة الضابطة لم يتغير في القياس البعدي عنه في القياس القبلي.

٣- **بالنسبة للمقياس ككل:** فإن قيمة Z المحسوبة (١.٤٠) ومستوى دلالة Z (١.٤٨) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمقياس ككل للمجموعة الضابطة أي أن مستوى فتيات المجموعة الضابطة لم يتغير في القياس البعدي عنه في القياس القبلي.

جدول (٩) يوضح الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي، المقياس ككل)

نتائج الاختبار / أبعاد المقياس	المتوسط الرتبي		قيمة Z لمان وويتنى	مستوى دلالة Z لمان وويتنى	مستوى الدلالة
	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية			
البُعد المعرفي	١٣.٩٠	٧.١٠	٢.٥٩	٠.٠١	دال عند ٠.٠١
البُعد السلوكي	١٥.٠٠	٦.٠٠	٣.٤٤	٠.٠٠	دال عند ٠.٠١
المقياس ككل	١٤.٧٠	٦.٣٠	٣.١٨	٠.٠١	دال عند ٠.٠١

يوضح الجدول السابق الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على أبعاد المقياس (البُعد المعرفي، البُعد السلوكي، المقياس ككل) كالآتي:

١- **بالنسبة للبُعد المعرفي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٢.٥٩) ومستوى دلالة Z (٠.٠١) وهي دالة عند مستوى دلاله (0.01)، أي أنه توجد فروق دالة إحصـائيًا في القياس البعدي للمجموعتين الضـابطة والتجريبية على البُعد المعرفي لصـالح المجموعة الضـابطة، أي أن درجات الفتيات مرتفعة في المجموعة الضـابطة عن مثيلاتها في المجموعة التجريبية، ويوضح ذلك المتوسط الرتبي للمجموعتين فهو للمجموعة الضابطة (١٣.٩٠) بينما للمجموعة التجريبية (٧.١٠) الأمر الذي يوضـح أنه قد حدث تحسـن لدرجات البُعد المعرفي للفتيات في المجموعة التجريبية فقط.

٢- **بالنسبة للبُعد السلوكي:** فإن قيمة Z المحسوبة (٣.٤٤) ومستوى دلالة Z (٠.٠٠) وهي دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١) أي أنه توجد فروق دالة إحصائيًا في القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على

البُعد السلوكي لصالح المجموعة الضابطة، أي أن درجات الفتيات مرتفعة في المجموعة الضابطة عن درجات المجموعة التجريبية، ويوضح ذلك المتوسط الرتبي للمجموعتين فهو للمجموعة الضابطة (١٥.٠٠) بينما للمجموعة التجريبية (٦.٠٠) الأمر الذي يوضح أنه قد حدث تحسن للبُعد السلوكي للفتيات في المجموعة التجريبية فقط.

٣- **بالنسبة للمقياس ككل:** يتضح أن قيمة Z المحسوبة (٣.١٨) ومستوى دلالة Z (٠.٠١) وهي دالة عند مستوى دلالة(٠.٠١) أي أنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة الضابطة، أي أن درجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة أكبر من درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية، ويوضح ذلك المتوسط الرتبي للمجموعتين فهو للمجموعة الضابطة (١٤.٧٠) بينما للمجموعة التجريبية (٦.٣٠)، الأمر الذي يوضح أنه قد حدث تحسن على درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التدخل المهني، مما يعني أن استخدام برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي قد أدى إلى التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي للفتيات.

الأمر الذي يوضح فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي للفتيات بالمؤسسات الايوائية.

ويؤكد تلك النتائج كل من (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004) والذين يروا أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تعديل المعتقدات والافتراضات التي تعرض العميل لمشكلات، ومساعدته على وضع أساليب فعالة للتعامل مع المواقف التي تسبب مشكلات، والعمل على تعديل أفكاره وتغيير سلوكه. (Freeman, Pretzer, Fleming, and Simon, 2004, P. 7)

وكذلك تتفق مع (Wegar, 2010): في أن الخدمة الاجتماعية تهتم بالعوامل التي تسبب المشكلات وتعمل على علاجها. (Wegar, 2010, P. 4)

وتتفق تلك النتائج أيضاً مع (Diyali, 2020): والتي أوضحت أن الخدمة الاجتماعية تعمل على تعزيز التغيير الاجتماعي وحل المشكلات في العلاقات الإنسانية باستخدام نظريات السلوك الإنساني والانساق الاجتماعية والتدخل المهني. (Diyali, 2020, p.259)

وتؤكد تلك النتائج مع ما أوضحه (Engelbrecht, 1999): من أن الهدف من عملية التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية هو مساعدة الناس على استعادة توازنهم وتعزيز نموهم وتنمية قدراتهم على التكيف، تقليل الضغوط والتوترات، إشباع الحاجات والعمل على حل المشكلات. (Engelbrecht, 1999, p.87)

تاسعًا: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

أوضحت نتائج الدراسة العديد من النتائج الهامة كالآتي:

أوضحت نتائج الدراسة صحة فروض الدراسة وذلك من خلال إثبات صحة الفروض الفرعية للدراسة وبالتالي ثبوت صحة الفرض الرئيس للدراسة كما يلي:

- صحة الفرض الفرعي الأول ومؤداه "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على البُعد المعرفي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني، وهذا ما أوضحته نتائج القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية بالنسبة للبُعد المعرفي من خلال جدول (٩) حيث أن المتوسط الرتبي للمجموعة الضابطة (١٣.٩٠) درجة بينما انخفض للمجموعة التجريبية إلى (٧.١٠) درجة، ويؤكد صحة الفرض أيضًا نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على البُعد المعرفي للمقياس من خلال جدول (٧) حيث أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي (٣٨.٨٠) بينما انخفض في القياس البعدي إلى (٢٩.٢٠)، ويؤكد ذلك أيضًا نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على البُعد المعرفي من خلال جدول (٨) حيث أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي لم يتغير تغيرًا مؤثرًا عن القياس البعدي فهو في القياس القبلي (٣٧.٨٠) بينما في القياس البعدي (٣٧.٤٠).
- صحة الفرض الفرعي الثاني ومؤداه "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات الفتيات في المجموعة التجريبية على البُعد السلوكي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني، وهذا ما أوضحته نتائج القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية بالنسبة للبُعد السلوكي من خلال جدول (٩) حيث أن المتوسط الرتبي للمجموعة الضابطة (١٥.٠٠) درجة، بينما انخفض المتوسط للمجموعة التجريبية إلى (٦.٠٠) درجة، ويؤكد صحة الفرض أيضًا نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على البُعد السلوكي المقياس من خلال جدول (٧) حيث أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي (٣١.٨٠)، بينما انخفض في القياس البعدي إلى (٢٣.٨٠)، ويؤكد ذلك أيضًا نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على البُعد السلوكي من خلال جدول (٨)حيث أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي لم يتغير تغيرًا مؤثرًا عن القياس البعدي فهو في القياس القبلي (٣١.٨٠) بينما في القياس البعدي (٣١.٣٠).
- صحة الفرض الرئيس للدراسة "توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وانخفاض درجات فتيات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية" بعد تطبيق برنامج التدخل المهني، وهذا ما أوضحته نتائج القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية بالنسبة للمقياس ككل من خلال جدول (٩) حيث أن المتوسط الرتبي للمجموعة الضابطة (١٤.٧٠) درجة، بينما انخفض للمجموعة التجريبية إلى (٦.٣٠) درجة، ويؤكد صحة الفرض أيضًا نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد المقياس من خلال جدول

(٧) حيث أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي (٧٠.٦٠)، بينما انخفض في القياس البعدي إلى (٥٣.٠٠)، ويؤكد ذلك أيضًا نتائج القياس القبلي البعدي للمجموعة الضابطة على المقياس ككل من خلال جدول (٨) حيث أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي لم يتغير تغيرًا مؤثرًا عن القياس القبلي فهو في القياس القبلي (٦٩.٦٠) بينما في القياس البعدي (٦٨.٧٠).

- وترجع صحة الفرض الرئيس والفروض الفرعية إلى تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي بما يتضمن من استراتيجيات وأساليب علاجية وخطوات وأدوار مهنية، الأمر الذي أدى إلى حدوث تأثير إيجابي في درجات المقياس وانخفاض درجات الفتيات على أبعاد مقياس الرهاب الاجتماعي مما يوضح التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى فتيات المؤسسات الايوائية.
- الأمر الذي يوضح فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

عاشرًا: برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية

١ – أهداف البرنامج

أ. التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

ب. خفض درجات الفتيات على البُعد المعرفي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

ج. خفض درجات الفتيات على البُعد السلوكي على مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

د. اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في خفض درجات الفتيات على أبعاد مقياس الرهاب الاجتماعي الذي يواجه فتيات المؤسسات الايوائية.

٢ – استراتيجيات التدخل المهني للبرنامج:

أ. **استراتيجية الاستعراض المعرفي:** ومن خلالها تم العمل على مساعدة الفتيات على استعراض أفكارهن ومخاوفهن غير العقلانية وكذلك المشاعر والسلوكيات السلبية، ومن خلالها تم التعرف على العوامل المرتبطة بمشكلة الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات، ومناقشة الفتيات في ضرورة التعامل مع هذه المشاعر وتغيير تلك السلوكيات واكتساب سلوكيات جديدة للتعامل مع المواقف التي تواجههن بطريقة مناسبة.

ب. **استراتيجية إعادة البناء المعرفي:** ومن خلال هذه الاستراتيجية تم العمل مع الفتيات من أجل اقناعهن بتغير سلوكهن غير المرغوب، مع أهمية اكتسابهن سلوكيات جديدة من أجل المساهمة في التخفيف من حدة مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تواجههن، مع اقناعهن بأهمية التحكم في انفعالاتهن السلبية، مع استبدال أفكارهن الخاطئة بعبارات أخرى منطقية.

٣- مراحل التدخل المهني للبرنامج:

أ. **مرحلة التقدير:** وفيها تم التعرف على مشكلات الفتيات وتقدير وتحليل المشكلة في ضوء الموقف الاشكالي ثم تم تحديد أولويات عوامل التدخل.

ب. **مرحلة العلاج:** وتضمنت مرحلة العلاج ثلاث خطوات هي:

- **مرحلة معرفية:** وفيها تم العمل على إدراك الفتيات لحقائق مشكلتهن وعناصر القوة لديهن وتعليم الفتيات كيفية توظيف قدراتهن المعرفية بكفاءة، وفيها شُرح للفتيات المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي، وتم اختيار أساليب إعادة البناء المعرفي، وأن يفصلن بين أفكارهن ومعتقداتهن اللاعقلانية وتدريبهن على كيفية توظيف قدراتهن المعرفية لتغيير تلك المعتقدات.
- **مرحلة انفعالية:** حيث تم العمل مع الفتيات على أن تكون انفعالاتهن واستجاباتهن بطريقة مناسبة لطبيعة الموقف وتحمل الضغوط الحالية والمستقبلية المتوقعة والتفكير في التعامل مع الضغوط بطريقة عقلانية.
- **مرحلة سلوكية:** وفيها تم العمل على تغيير سلوك الفتيات غير المرغوب (الرهاب الاجتماعي)، في ضوء إعادة تشكيل بناءهن المعرفي وأسلوبهن في التفكير والانفعال بالموقف، وتدريب الفتيات على ممارسة عمليات التفكير العقلاني وأنماط السلوك التوافقي الجديد.

٤- أساليب التدخل المهني للبرنامج: وقد تم استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي والمتمثلة في (الأساليب المعرفية –الأساليب الانفعالية) ومنها: (المواجهة– التفسير– التوضيح– الاستبصار– التدريب على المهارات الاجتماعية–اعاده البناء المعرفي.....)

أ. **الاساليب المعرفية:** واستهدفت مساعدة الفتيات على تغيير أفكارهن اللاعقلانية وفلسفتهن اللامنطقية وطريقة تفكيرهن غير العملية واستبدالها بأخرى أكثر ايجابيه من خلال التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية وتفنيد الاستنتاجات اللاعقلانية من أجل تدعيم الأفكار العقلانية.

- **التشجيع:** حيث تم تشجيع الفتيات على الحديث واستعراض أفكارهن غير العقلانية وزيادة الاهتمام بها لتعديلها.
- **المواجهة:** حيث تم مواجهه الفتيات بأفكارهن غير المنطقية وتحويلها إلى أفكار عقلانية مع التشجيع والحث والاقناع لتعديل الانفعالات والسلوكيات.

- **التفسير:** ومن خلالها تم مساعده الفتيات على فهم أسباب الأفكار غير العقلانية وتفسيرها للوصول إلى أفكار عقلانية جديدة.
- **التوضيح:** حيث تم توضيح مدى خطأ الأفكار غير العقلانية التي تعتنقها الفتيات وأدت إلى المشكلة من أجل تعديلها بأفكار أكثر عقلانية.
- **الاستبصار:** حيث تم مساعدة الفتيات على إدراك أنهن يعانين من أفكار غير عقلانية والعمل على تعديلها.

ب. **الأساليب الانفعالية:** ومن خلال هذا الأسلوب تم التعامل مع الخبرات السابقة بالمشكلة والمشاعر وردود الأفعال تجاه المواقف والمثيرات المختلفة.

- **التدريب على المهارات الاجتماعية:** حيث تم تعليم الفتيات بعض المهارات اللفظية الأساسية والضرورية للتفاعل مع الاخرين بشكل جيد.
- **اعاده البناء المعرفي:** حيث تم تحديد الأفكار السلبية التي تحدث قبل المواقف المثيرة للقلق أو أثناء هذه المواقف أو بعدها، مع تقييم مدى صحة في هذه الأفكار في ضوء البيانات التي تم الحصول عليها من خلال الأسئلة، مع وضع أفكار منطقيه بديله تعتمد على المعلومات التي سبق جمعها.

٥- **أدوات البرنامج:** المقابلات الفردية – المقابلات الجماعية- المكالمات –الرسائل- المقياس.

٦- **وحدات العمل للبرنامج:** فتيات المؤسسات الإيوائية – مشرفات المؤسسات الإيوائية – المديرون والمسؤولين بالمؤسسات الإيوائية.

٧- **الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج:** تم تطبيق برنامج التدخل المهني في الفترة من أغسطس ٢٠٢٤ حتى نوفمبر ٢٠٢٤.

ويوضح الجدول التالي جوانب برنامج التدخل المهني

المراحل والزمن	الأهداف	الأساليب العلاجية المستخدمة	مؤشرات التغيير
مرحلة التقدير واستغرقت هذه المرحلة	- التعرف على الفتيات وجوانب شخصياتهن (الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية). - التعرف على جوانب مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات. - تحديد أهداف عملية المساعدة. - تحديد أولويات التدخل المهني.	- الاستبصار. - الاقناع. - التفسير. - التوضيح. - المواجهة. - التدعيم الإيجابي.	-موافقة الفتيات على التعاون مع الباحثة. -بداية تكوين علاقة مهنية بين الفتيات والباحثة. -معرفة جوانب مشكلة الرهاب الاجتماعي التي تعاني منها الفتيات.

٣ أسابيع	- التعاقد الشفهي مع الفتيات للتعاون في الدراسة. - تهيئه الفتيات لعمليه المساعدة. - بداية تكوين العلاقة المهنية مع الفتيات. - تعريف الفتيات بمسؤولياتهن خلال التدخل المهني. - تعريف الفتيات بدور الباحثة في عملية المساعدة. اختيار الأساليب العلاجية المقترح استخدامها في التدخل المهني.		–استعداد الفتيات للمشاركة في عملية المساعدة. –استعداد الأنساق المحيطة للتعاون في عملية المساعدة. –معرفة الفتيات والأنساق الأخرى بأدوارهم.
مرحلة العلاج: (المرحلة المعرفية –المرحلة الانفعالية –المرحلة السلوكية) واستغرقت هذه المرحلة ٩ أسابيع	- توضيح كيفية تطبيق وأداء مهام الفتيات في مرحلة العلاج. - توضيح جوانب القوة الموجودة لدى الفتيات. - تعريف الفتيات بحقائق مشكلة الرهاب الاجتماعي وجوانبها. - العمل على تغيير الأفكار غير العقلانية لدى الفتيات والمتعلقة بالرهاب الاجتماعي. - متابعه استخدام وتنفيذ الأساليب العلاجية. - استمرار تدعيم العلاقة المهنية مع الفتيات. - مساعد الفتيات على أداء مسؤولياتهن في عمليه التدخل المهني. - متابعه أداء الفتيات لتطبيق الأساليب العلاجية	- الاقناع. - التوضيح. - المواجهة. - التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية. - التدعيم الإيجابي. - التشجيع. - تشكيل الاستجابة - تمحيص الأفكار السلبية. - اعاده البناء المعرفي. - ضبط الذات.	–أداء الفتيات لأدوارهن المكلفين بها –أداء الأنساق الأخرى لأدوارهم المكلفين بها –رضا الفتيات عما تحقق خلال التدخل المهني. –تحقيق الأهداف التي تم تحديدها والتخطيط لها –تخفيف جوانب مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات

	- تدريب الفتيات على أن تكون انفعالاتهن بما يتناسب مع طبيعة المواقف. - تدريب الفتيات للتعامل مع ضغوط المواقف. - تدريب الفتيات على ممارسه عمليه التفكير العقلاني. - متابعه تغيير سلوك الرهاب الاجتماعي لدى الفتيات. - التطبيق البعدي للمقياس.	- لعب الدور. - التحويل المعرفي. - التدريب على أسلوب حل المشكلة.	

المراجع:

البسطويسي، رباب احمد كامل السيد (٢٠٢٠): العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغوط الاجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية، بحث منشور، مجله مستقبل العلوم الاجتماعية، ع١٤، ج٣، الجمعية العربية للتنمية البشرية والبيئية، يوليو.

الدخيل، عبدالعزيز عبدالله (٢٠١٢): معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، ط٢، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.

الدق، أميره محمد محمود، والصبوة، محمد نجيب أحمد، وإسماعيل، أحمد السيد (٢٠١٤): العلاج المعرفي السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق تنميه فعالية الذات، بحث منشور، المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي، ع١، ج ٢، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين، القاهرة، ، يناير.

الشرقاوي، نجوى إبراهيم، و عبدالحميد، نهلة السيد، و عبدالعال، أيمن محمود (٢٠١٣): الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة – نماذج علاجية معاصرة، الرياض، دار الزهراء.

العقيل، يسمه بنت عبدالله بن محمد (٢٠٢٣): واقع برامج البيوت الاجتماعية للأيتام في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر المسؤولين –دراسة ميدانية، بحث منشور، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث، ع٣٠، ج٣، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعه الفيوم، يوليو.

الوجيز، المعجم (٢٠٠٤): معجم اللغة العربية.

بوفيه، سيريل (٢٠١٩): مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، ترجمه: فرحان أبو زيان، دار المجد للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

جاسم، بشرى أحمد (٢٠٠٦): الخوف الاجتماعي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طالبات الجامعة، بحث منشور، مجله الآداب، ع٧٥، كليه الآداب، جامعه بغداد.

جمعه، محمد جمعه على (٢٠٢٢): اسهامات مؤسسات الرعاية الاجتماعية في تحسين نوعيه الحياة لمجهولات النسب بالمؤسسات الإيوائيه، بحث منشور، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية ع ١٩، ج ١، كليه الخدمة الاجتماعية، جامعه أسيوط، سبتمبر.

حبيب، جمال شحاتة (٢٠٠٩): الممارسة العامة منظور حديث في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

خضر، الطاف ياسين، واحمد، ابتسام سعيد (٢٠١١): مقياس الخوف الاجتماعي لدى اطفال الرياض، بحث منشور، مجله البحوث التربوية والنفسية، ع٣، جامعه بغداد، مركز البحوث التربوية والنفسية، سبتمبر.

خليل، عرفات زيدان (١٩٩٥): ممارسة العلاج الواقعي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات النفسية والاجتماعية للأيتام، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

عبد المجيد، هشام سيد، وعبدالموجود، منى أحمد، وعبدالعال، أيمن محمود (٢٠٠٨): التدخل المهني مع الأفراد والأسر في إطار الخدمة الاجتماعية، ط١، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

فرج، عزه على شحاته (٢٠٢١): رأس المال الاجتماعي ودوره في مساعدة الأيتام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية، بحث منشور، مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، ج٧، ع٣، الجمعية العربية للتنمية البشرية والبيئية، أكتوبر.

قريشي، عمر نصر محمود محمد (٢٠٢٠): محددات استخدام نموذج العلاج المعرفي السلوكي في العمل مع جماعات الاطفال الايتام المعرضين للانحراف بالمؤسسات الإيوائية، بحث منشور، مجله كليه الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، مجلد١٨، كليه الخدمة الاجتماعية، جامعه الفيوم، يناير.

قطامي، يوسف (٢٠١٣): النظرية المعرفية في التعلم، دار المسيرة، عمان.

ليبونتز، ام (٢٠١٨): مقاييس القلق الاجتماعي للمراهقين والراشدين، ترجمه: إبراهيم، ابراهيم الشافعي، القاهرة، دار الكتاب الحديث.

معوض، مروة نشأت& بظاظو، أنسام مصطفى (٢٠٢٢): فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف الاستقواء النفسي لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب الشخصية البارانويدية، بحث منشور، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ع١١٧، ج٣٢، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، أكتوبر.

نافع، أميرة علي جابر عواد (٢٠٢٠): التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الاضطرابات السلوكية اللاتوافقية للأطفال المحرومين أسرياً المقيمين بمؤسسات الإيواء، بحث منشور، مجله الخدمة الاجتماعية، ع٢، ج٦٣، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، يناير.

هلال، ابراهيم الحسيني عبد المنعم (٢٠٢٢): استخدام جماعات المساعدة الذاتية في التخفيف من حدة مشكلات الايتام بمؤسسات الرعاية الاجتماعية بحث منشور، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث، ع١٩، ج١، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعه الفيوم، يوليو.

همام، سامية عبد الرحمن (٢٠٠٢): فعالية العلاج الواقعي في خدمة الفرد في التخفيف من أغراض أحداث الحياة الضاغطة لدى العاملات المتزوجات، بحث منشور، المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، من ٣– ٤ مايو.

هوفمان، إ س جي (٢٠١٢): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر– الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، ترجمة: عيسى، مراد على،ط١، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

Boswell, James& Constantino, Micheal (2022): Deliberate Practice in Cognitive Behavioral Therapy, Washington, American Psychological Association.

Dictionary of social work (2012): Cindy Garthwait, the University Montana, October.

Diyali, Chandra Kala (2020): The Role of Social Workers in the Care of Elderly, in Indian Journal Gerontology, Vol.34, No2, December.

Engelbrecht, Lambert (1999): Introduction to Social Work, Wellington, Lanzo.

Freeman, Arthu, Pretzer, James, fleming, Barbara and Simon, Karen M. (2004): Clinical Applications of Cognitive Therapy, Second Edition, New York, Springer Science+ Business Media.

Genitty, Carolyn Gentle, et al (2014): Social Work Theory and Application to Practice, in Journal of Higher Education Theory and Practice, Vol. 14.

Horne, Michael (2008): Values in Social Work, Second Edition, New York, Routledge.

Jahoda, Andrew& Kroese, Biza Stenfert & Pert, Carol (2017): Cognitive Behaviour Therapy for People with Intellectual Disabilities, Springer Nature, London.

Mehta, Manju & Sagar, Rajesh (2005): A Practical Approach to Cognitive Behavioural Therapy for Adolescents, N.Y. ,Springer.

Payne, Malcolm (2014): Modern Social Work Theory, 4th edition, England, Palgrave Macmillan.

Prins, Pier J. and Manen, Teun C. Van (2005): Aggressive and Antisocial Behavior in Youth, in Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy, New York, springer

Satterfield, Jason M. (2015): Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Retraining Your Brain, the Teaching Company, Virginia.

Strunk, Daniel & Pfeifer, Benjamin & Ezawa, Lony (2021): Depression, in,

Tosome, Carol (2016): Clinical Social Work Practice and Education, in Journal of Social Work Education, Vol.52, No. 51, Routledge, N.Y.

Veale, David (2003): Treatment of Social Phobia, in Advances in Psychiatric Treatment, Vol.9, Cambridge University.

Walsh, Joseph (٢٠١٣): Generalist Social Work Practice Intervention-Method, UK., Cengage Learning.

Wegar, Marla Berg (2010): Social Work and Social Welfare–An Invitation, Second Edition, New York, Routledge.