

فعالية برنامج تدخل مهني قائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية الذكاء
الانفعالي لدي المكفوفين

The effectiveness of professional intervention program based on A
Behavioral-Emotional-Rational therapy in developing the emotional
intelligence for the blind

د/ شيماء محمود عبد المقصود محمود

مدرس بقسم العمل مع الأفراد والأسر

كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان

مخلص الدراسة

استهدفت الدراسة اختبار فعالية برنامج تدخل مهني قائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي للمكفوفين، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ مفردة من المكفوفين لديهم انخفاض في مستوى الذكاء الانفعالي تم توزيعهم على مجموعتين تجريبية وضابطة وتتراوح أعمارهم ما بين (٢١-٣٥) عام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الذكاء الانفعالي وأبعاده لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الذكاء الانفعالي وأبعاده لصالح القياس البعدي، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الذكاء الانفعالي وأبعاده. الكلمات الدالة: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الذكاء الانفعالي، المكفوفين.

Abstract:

This study aimed to test the effectiveness of a professional intervention of A Behavioral –Emotional -Rational therapy in developing the emotional intelligence for the blind. Study sample consisted of (٢٠) items The sample are divided to 2 equivalent Groups: an experimental and control group their ages range between ٢١-٣5 years, and the results of the study found significant differences between the mean scores of the experimental group and the average scores of the control group in the post measurement on, the emotional intelligence scale and its sub-dimensions in favor of the experimental group, And there were significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre and post measurement on the emotional intelligence scale in favor of the post-measurement, and there were no significant differences between the mean scores of the control group in the pre- and post-measurements on the emotional intelligence scale and its sub-dimensions.

Key words A Behavioral-Emotional-Rational therapy, the emotional intelligence, the blind

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعد حاسة البصر من النعم التي أنعم الله بها على الإنسان، حيث أن الفرد لا يستطيع أن يمارس حياته بصورة طبيعية مع البيئة المحيطة إلا إذا تمتع بقدر من القدرة البصرية (عامر، محمد، ٢٠٠٨، ص ١٢).

لذلك يعتبر البصر مصدراً مباشراً ومستمراً للمعلومات الدقيقة والمفصلة عن الأشياء والعلاقات، وبالإضافة ل دور البصر في قيام حواس اللمس والسمع بدورها لإمداد الفرد بالمعلومات، فإنه من الطبيعي أن تلعب الإعاقة البصرية دوراً في تقييد هذا المصدر المباشر للمعلومات فيؤثر على النمو المعرفي والتحصيل الدراسي، فالكفيف يعيش في عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها سواء من حيث النوع أو المدى (شعير، ٢٠٠٩، ص ٥٢-٥٣).

ويعد كف البصر أو فقدان البصر من أكثر الحالات الصحية انتشاراً في العالم، فحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية (Who) فإنه يقدر بحوالي 30 - ٤٠ مليون مكفوف في العالم، ويظهر كف البصر في الدول النامية بدرجة مرتفعة للغاية تتراوح ما بين ١٠-٤٠ ضعف ظهوره في الدول المتقدمة (الزريقات، ٢٠٠٦، ص ١٠٢).

وقدرة منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١) عدد المعاقين بصرياً على الصعيد العالمي وذلك بناءً على أحدث الدراسات، بأن هناك نحو ٢٨٥ مليون نسمة ممن يعانون من الإعاقة البصرية (العمى وضعف البصر) في جميع أنحاء العالم، منهم ٢٤٦ مليون نسمة مصابون بضعف البصر و ٣٩ مليون نسمة مصابون بالعمى، ويشكل إقليم شرق المتوسط ١٢,٦% من نسبة العمى في العالم، وفي مصر يقدر عدد المكفوفين في مصر بنحو ٣,٥ مليون كفيف مصري، ويصل عدد المكفوفين الملتهقين بمراحل التعليم المختلفة نحو ٣٧ ألف كفيف.

وتحتل الإعاقة البصرية بمختلف فئاتها ودرجاتها المتنوعة الترتيب الثالث بين أنواع الإعاقات في المجتمع المصري وأن عدد المكفوفين تحديداً يبلغ (٤٤١٥٢) كفيف، وذلك بواقع (٣٧١٩٢) ذكور، و(١٦٩٦٠) إناث (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، ٢٠٢١).

لذلك قامت الدولة بالاهتمام بهذه الفئات من خلال تقديم البرامج والمشروعات وإلقاء الضوء على احتياجاتهم ومشكلاتهم وإجراء البحوث والدراسات العلمية، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى انخفاض مستوى جودة ومعيشة الحياة لدى المكفوفين منها دراسة القصيرى. (٢٠١٤)، دراسة هيكل وآخرون (٢٠١٨)، ودراسة أحمد (٢٠٢١) وأوصوا جميعاً بضرورة تطوير الخدمات المقدمة للمكفوفين وتحسين مستوى معيشتهم ورفع جودة الحياة لديهم، بينما استخدمت دراسة خليل (١٩٩٢) العلاج الاجتماعي النفسي في خدمة الفرد في التخفيف من

الشعور بالاغتراب لدى الكفيف، والتعرف على الأساليب العلاجية في مساعدة الكفيف على التوافق مع الأسرة بما يخفف من مشاعر العزلة الاجتماعية والإحساس بالعجز ومشاعر الاغتراب لدى المكفوفين، تحقيق التأهيل الاجتماعي لهم، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية الأساليب العلاجية التي استخدمها الباحث وفقا لاتجاه سيكولوجية الذات في التخفيف من الشعور بالاغتراب الذاتي والاغتراب الاجتماعي لدى الطفل الكفيف، بينما قام حامد (٢٠٠٥) بتصميم برنامج للعلاج بالتحصين التدريجي كأحد الاستراتيجيات السلوكية لخفض مستوى المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية، وتوصلت النتائج أن أكثر المخاوف تتمثل في الخوف من الظلام والوحدة ثم الخوف من المواصلات والطريق والخوف من الحيوانات، كما توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق في مستوى المخاوف لديهم.

وقامت دراسة أبو الفضل (٢٠٠٩) باستخدام العلاج بالمعنى لتحسين جودة الحياة (الصحية والنفسية والعلاقات الاجتماعية وتحسين العوامل البيئية) وتوصلت إلى فاعلية البرنامج، أما دراسة جالاي ومسافي ويزادي وفاداردي (Jalali, Moussavi, Yazdi, & Fadardi, 2014) استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الرفاهية النفسية (الاكتئاب والقلق والتوتر) لدى ضعاف البصر.

وهناك مشكلات عديدة تواجه المكفوفين في الجامعات تتمثل في عدم القدرة على اجراء المشاريع وأوراق العمل وخاصة الميدانية وذلك لصعوبة التنقل، كما يوجد مشكلات في العلاقات مع الزملاء نتيجة سماع الكفيف لبعض عبارات الاستهجان من الزملاء أثناء سيره، ورفض بعض المدرسين لاستخدام الطلاب أجهزة تسجيل أثناء المحاضرة مما يصعب على الكفيف القدرة على تحقيق التوافق الدراسي (إبراهيم، والحديدي، ٢٠٠١، ص. ٥٦).

بالإضافة إلى مشكلات نفسية عديدة تنشأ عن الإعاقة وتسبب لهم حالة من الضيق والتوتر والقلق، بجانب مشكلات اجتماعية تنشأ نتيجة العلاقات مع الأسرة والمجتمع، وهناك مشكلات تعليمية تتمثل في تدني التحصيل الدراسي وعدم القدرة على التعلم (Gabriell, 2008).

واتفقت معها دراسة ريتا Rita (2009) بأن المكفوفين لديهم اضطرابات في التوافق الاجتماعي والنفسي نتيجة عدم الرضا عن ذاتهم كما أن لديهم مشكلات تتمثل في عدم القدرة على الاتصال والتعاون مع الآخرين.

كما يعاني بعض المكفوفين من أفكار انهزامية مرتبطة بمشاعرهم السلبية تتمثل في (الحزن، الخوف، القلق من المستقبل، والشعور بالإحباط) وهذا ما أشارت إليه دراسة تركي (٢٠٠٦)، ودراسة محمد (٢٠١١)، وهذه الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة يرددها الكفيف في

ذاته (حديث الذات السلبي) فتؤثر على سلوكه وتتمثل هذه الأفكار في: الدولة ملزمة عني وتوفر الخدمات لي بدون تعب مني، المبصرين يسخرون مني، أن شخص غير مرغوب من المبصرين، لن أتبادل الحديث مع أحد، لا يحبني أحد، استغل اعاقتي لإنجاز مصلحتي، لا يهمني مشاعر الآخرين، لا أسطيع النجاح في وجود إعاقتي، لا يمكنني الزواج وتكوين أسرة، الإعاقة سوف يرثها أبنائي.

يترتب على هذه الأفكار اللاعقلانية اضطرابات نفسية وعقلية تشكل البناء المعرفي وتؤثر على مستوى الذكاء الانفعالي للكفيف، حيث أن المعتقدات اللاعقلانية والسلوكيات السلبية والأحاديث الذاتية السلبية حول التعامل مع الضغوط المزمنة بسبب معاناة فقدان البصر تترك ضغطاً كبيراً يؤثر في إدراك الكفيف لذاته وللآخرين، وتنعكس إيجابياً على مستوى الرضا عن الحياة، بواسطة برامج التدخل المبنية على العلاج السلوكي المعرفي لتعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى المعاقين بصرياً، واستخدام الأساليب العلاجية الحديثة (Ede, Chinweuba & Nwakpadolu, 2021).

وتوصلت دراسة كلا من محمد، عبد المعطي (٢٠١٣) إلى أن الأفكار ذات العلاقة بالتشاؤم هي الأكثر انتشاراً بين المعاقين بصرياً بالمرحلة الجامعية، وأن المكفوفين تسيطر عليهم الأفكار اللاعقلانية ذات العلاقة بالتشاؤم والعزلة والانسحاب الاجتماعي، وأن أمهاتهم من ذوي المستوى التعليمي (لا تقرأ ولا تكتب) تسيطر عليهم الأفكار اللاعقلانية ذات العلاقة بالاعتمادية، وأن الطلاب المعاقون بصرياً في الفرقة الأولى بالجامعة أكثر إدراكاً للأفكار اللاعقلانية ذات العلاقة بتجنب الصعوبات، والتشاؤم، والاعتمادية.

بينما أسفرت نتائج دراسة زيدان، وآخرين (2017) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى المكفوفين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير الجنس لدى المكفوفين.

وأسفرت نتائج دراسة البليهي (٢٠٢٢) عن وجود تأثير دال للجنس والعمر الزمني في كل من الأمن النفسي وأبعاده، والأفكار اللاعقلانية وأبعادها، والرضا عن الحياة للمكفوفين، كما أشارت إلى إسهام الأبعاد المفسرة للأفكار اللاعقلانية التي تتمثل في (تجنب المشكلات، والاعتمادية، والشعور بالعجز، واللامبالاة الانفعالية) في مستوى الرضا عن الحياة لدى المكفوفين، توصلت أيضاً أن كلما زاد العمر انخفض مستوى الرضا عن الحياة مما يدل على أن المكفوفين تزداد احتياجاتهم الخاصة كلما زاد العمر، وبالتالي فإن مستوى الذكاء الانفعالي للمكفوفين يتأثر بتلك الأفكار غير العقلانية والأحاديث الذاتية السلبية، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ضرورة تحسين وتنمية مستوى الذكاء لدى المكفوفين منها دراسة الزعبي، وأبو زيتون (٢٠١٧) التي كشفت عن العلاقة بين الذكاء الانفعالي والشعور بالأمن النفسي لدى

المعاقين بصريا في الأردن، وتوصلت إلى أن مستوى كل من الذكاء الانفعالي والشعور بالأمن النفسي كان متوسطا، كما توصلت إلى وجود علاقة طردية ذات مستوى ضعيف بين الذكاء الانفعالي والشعور بالأمن النفسي لدى الطلبة من ذوي الإعاقة البصرية، واختلفت معها دراسة إبراهيم وأبو زيد (Abo Zed & Ibrahim 2022) بأن هناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين الذكاء الانفعالي والقلق المستقبلي للمراهقين المكفوفين، وأشارت أن قلق المستقبل يؤثر على مستوى الذكاء الانفعالي للمكفوفين، توصلت لعدم وجود فروق دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في كل من مقياس الذكاء الانفعالي وقلق المستقبل.

واستعراضا للدراسات السابقة تبين وجود مجموعة من النتائج بين الدراسات مرتبطة بالتوافق والتكيف الاجتماعي والشخصي وتطوير الذات للمكفوفين في المجتمع والتي أظهرت مستويات الانطوائية والعزلة وانخفاض مستوى الذكاء الانفعالي وتدني الخدمات المقدمة بالإضافة إلى تدني الإمكانيات والأدوات الخاصة لتلك الفئة، وكشفت أيضا عن أهمية البرامج التأهيلية للمكفوفين والتعرف على السمات والمشكلات والاحتياجات الفعلية وحددت الأفكار اللاعقلانية والأحاديث الذاتية السلبية لديهم، وتناولت بعض الدراسات اتجاهات المجتمع نحو المكفوفين وسلبية التعامل والقصور في تلبية الاحتياجات من الخدمات والبرامج المقدمة والتهيئة والتأهيل ويعكس ذلك أهمية التكيف الاجتماعي في الأسرة والمجتمع.

وقد استفادت الدراسة الحالية من ذلك في وضع برنامج للتدخل المهني لتعديل الأفكار اللاعقلانية وتنمية الذكاء الانفعالي للمكفوفين من خلال برنامج عقلائي انفعالي سلوكي مما يحقق التوافق والتكيف في المجتمع بشكل أكبر.

ومهنة الخدمة الاجتماعية من المهن الإنسانية التي تعمل في مجالات متنوعة ومنها المجال المعاقين لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وخدمة الفرد احدى طرق الخدمة الاجتماعية التي تتميز بالعديد من المداخل النظرية المتنوعة ومنها العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي.

بناء على ما سبق ترى الباحثة أن ممارسة العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في خدمة الفرد قد يصلح في تنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين للأسباب التالية: -

١. يعتبر العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي أحد العلاجات القصيرة الذي يركز على الحاضر ويوضح التفاعل بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات.

٢. تنوع الأساليب العلاجية للعلاج العقلائي الانفعالي السلوكي من أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية

٣. يعمل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على تعديل الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية يصاحبها انفعالات إيجابية وسلوكيات مرغوبة.

٤. فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع الكثير من العملاء والمشكلات وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات والبحوث منها دراسة سكران (٢٠١٠) في تخفيف القلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، ودراسة عويضة (٢٠١٠) في تقليل العدوان لدى أطفال المؤسسات الإيوائية، ودراسة مبروك (٢٠١١) في تخفيف الاضطرابات السلوكية للأطفال بلا مأوى، دراسة القط (٢٠١٢) في تنمية الذكاء الوجداني لدى المرأة المعيلة، دراسة القط (٢٠١٤) لتعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بفوبيا المدرسة لدى تلميذ المرحلة الابتدائية، دراسة طنوس (٢٠١٧) في خفض أعراض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات للطلبة ذوي السمات الانفعالية- السلوك المنخفضة، دراسة المطيري (٢٠١٩) لخفض القلق الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية، ودراسة الكفوري، المتولي، وحسن (٢٠٢٠). لتحسين استراتيجيات المواجهة الاجتماعية لدى المتفوقين أكاديمياً بالمرحلة الثانوية، ودراسة أبو السعود (٢٠٢٢) في خفض إساءة المعاملة الوالدية للأبناء ذوي الإعاقة الفكرية.

وبناء على ذلك تحددت مشكلة الدراسة في تساؤل رئيسي مؤداه:

" ما فعالية ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين؟ "

ثانياً: أهمية الدراسة:

١. الاهتمام الدولي والمحلي بذوي الإعاقات وخاصة المكفوفين مما يدعو إلى ضرورة التعامل مع مشكلاتهم واحتياجاتهم.

٢. ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة من انخفاض مستوى الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين مما يؤثر على توافهم الاجتماعي.

٣. ما أشارت إليه نتائج الدراسات السابقة من فعالية نموذج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية وتحسين مستوى الذكاء الانفعالي مع فئات مختلفة.

٤. ندرة البحوث والدراسات التجريبية التي تناولت الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين في مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة.

٥. تعديل الأفكار غير العقلانية للمكفوفين قد ينمي الذكاء الانفعالي لديهم ويحقق لهم التوافق.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج تدخل مهني قائم على عقلاني انفعالي سلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين.

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

١. مفهوم الفعالية Effectiveness

يقصد بها الفروق بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين

وتقاس الفعالية إجرائياً في الدراسة من خلال المؤشرات التالية: -

أ- الفروق بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين

ب- الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين.

٢. مفهوم الذكاء الانفعالي the emotional intelligence

يعتبر الذكاء الانفعالي من المفاهيم التي انتشرت وشاع استخدامها في العصر الحديث، يرجع ذلك للتطور العلمي والتكنولوجي وسيطرة الماديات على أساليب تعامل الفرد مع البيئة، فتجه العلماء إلى دراسة أهمية فهم الإنسان لذاته، وفهمه للآخرين، وقدرته على توظيف واستخدام هذا الفهم الذي يمكنه من السيطرة على مشاعره وانفعالاته والتحكم فيها، وينمي لديه القدرة على فهم مشاعر الآخرين والتعاطف معهم ومساندتهم، إضافة إلى النظر إلى هذا المفهوم على أنه أفضل منبئ للنجاح في الحياة الاجتماعية وتحقيق الرضا عن الحياة (عيسى، رشوان، ٢٠٠٦، ص. ٥٠) و(جودة، ٢٠٠٧، ص. ٦٩٨)، (أحمد، ٢٠١١، ص. ٤٨٢)، بينما عرفه سولواي وكارترتيت بأنه القدرة على إدراك مشاعرنا ومشاعر الآخرين، لتحفيز أنفسنا على إدارة الانفعالات جيداً في أنفسنا وفي علاقاتنا مع الآخرين (Solloway & Cartright, 2008, p. 2)

وهو أيضاً قدرة الفرد على الوعي بحالته الانفعالية والقيام بتنظيم انفعالاته وانفعالات الآخرين، والتعاطف والتواصل مع الأفراد المحيطين (العلوان، ٢٠١١، ص. ١٣١)

والذكاء الانفعالي يشير إلى مجموعة من السمات المزاجية والاجتماعية التي تؤثر على تنوع المحتوى الوجداني للأشخاص من حيث مدى ودقة فهم المشاعر، ومن ثم رفع مستوى القدرة على مواجهة ومعالجة المشكلات خاصة الوجدانية منها بنجاح، وتتضمن أربعة مكونات أساسية هي: الوعي بالذات، والفهم والتواصل الاجتماعي، والتعبير عن المشاعر، والتكيف ومعالجة المشكلات (ناصر، ٢٠١١، ص. ١٥٧)

يقصد به أيضاً قدرة الفرد على إدراك مشاعره، وانفعالاته، وفهمها، والتعبير عنها، وإدارتها، وقدرته على النفاذ إلى مشاعر وانفعالات الآخرين، مما يتيح التواصل والتفاعل وتكوين علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين (صابر، ٢٠١١، ص. ٢٠٢)

ويشير مفهوم الذكاء الانفعالي إلى مجموعة من الكفاءات والمهارات العاطفية والاجتماعية المترابطة تحدد فهم الأفراد وقدرتهم على التعبير أنفسهم، يفهمون ويتواصلون مع الآخرين، ويتعاملون معهم المتطلبات اليومية والتحديات والضغط (Bar-On, 2010, p.56) ويقصد بالذكاء الانفعالي نظرياً: بأنه قدرة الكفيف على فهم الانفعالات الذاتية والتحكم فيها وتنظيمها وفق فهم انفعالات الآخرين له والتعامل في المواقف الحياتية. يتم قياس الذكاء العاطفي من إجرائياً: بواسطة مجموع الدرجات التي يحصل عليها المكفوفين على أبعاد مقياس الذكاء العاطفي متمثلة في (الوعي الذاتي - تنظيم الذات - الدافعية الشخصية - المشاركة الوجدانية - معالجة العلاقات).

٣. مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy

يعتبر ألبرت أليس (١٩١٣-٢٠٠٧) مؤسس العلاج العقلاني الانفعالي، ويهدف إلى تحديد أسباب الأفكار غير العقلانية التي تسبب سوء التوافق الاجتماعي لتمكينه من الاعتراض على أفكاره غير العقلانية وتقبله للتفكير العلمي للتحكم في انفعالاته (Richard, 2010, p. 491).

وقام أليس بتطوير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عدة مرات، ففي بداية نشأته أطلق عليه العلاج العقلاني، وعدله في عام ١٩٦٣م إلى العلاج العقلاني الانفعالي وكان تركيزه على الانفعالات قد يرجع هذا إلى شيوع أفكار كارل روجرز في تلك الفترة، والتركيز على الجانب الانفعالي في العملية الإرشادية، وطوره مرة أخرى في عام ١٩٩٣م ليركز اهتمامه على الجانب السلوكي ويصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي "REBT". (Seligman, 2006, p. 312) ويعتمد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أساساً على نظرية العلاج المعرفي وأشار واطسون فروجيت Watson Froggatt إلى أن العلاج العقلاني أحد مداخل العلاج المعرفي، ويعتمد على أن المشاعر والسلوكيات ناتجة عن العمليات المعرفية، ويمكن للأفراد تعديل هذه العمليات المعرفية، وذلك لتحقيق أفضل النتائج لمشاعر وسلوكيات الأفراد، وركز على أهمية المعرفة والسلوك في تطوير المشكلات الانفعالية للأفراد. (Froggatt, 2005, p. p 10- 15)

ويشير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في موسوعة كورسيني Corsini للعلوم السلوكية والنفسية ٢٠٠٤ بنظرية الشخصية ونظام للعلاج النفسي طوره أليس عام ١٩٥٠، وهو يركز على دور التوقعات غير الواقعية، والأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد التعساء، ويركز العلاج باستخدام نموذج ABC علي أن الانفعالات ناتجة عن المعرفة، وليست عن الحدث، كما يؤكد REBT علي أن العواقب الانفعالية (C) ليست ناتجة عن الحدث النشط (A) ولكن ناتجة عن فكرة أو أفكار غير عقلانية (B) عن طبيعة أو معنى الحدث، وأصبح العلاج العقلاني الانفعالي يغطي الاضطرابات النفسية الناتجة عن الأفكار الخاطئة (Corsini, 2004, p.156).

كما يعرف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على أنه علاج مباشر وموجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة الافراد على تصحيح معتقداتهم اللاعقلانية التي تصاحبها خلل انفعالي وسلوكي الي معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي وهو يتكون من نظرية في الشخصية ونظام في الفلسفة وطريقة في العلاج (عثمان، ٢٠١٤، ص. ٢٥٦٠)

ويشير في علم النفس بأنه أحد العلاجات التي قدمها ألبرت اليس ويستهدف مواجهه الخلل أو الاضطرابات، ويرى اصحاب هذا المدخل ان الاضطرابات الانفعالية تنتج عن المعتقدات اللاعقلانية، وهذه المعتقدات مطلقة وغير موضوعية (العيسوي، ٢٠٠٦، ص. ١١٩-١٢٠).

ويقصد بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في الخدمة الاجتماعية بأنه أحد العلاجات التي قدمها أليس وتشير إلى أن أفعال الانسان تتوقف على حديث الذات، وأن حديث الذات الذي نقوم به تجاه أي حدث يعتمد على المعتقدات، والاتجاهات، والقيم، والرغبات، والدوافع، والاهداف، والحاجات كما انه يري لا يمكن السيطرة على الاحداث التي تواكب المجتمع، ولكن هناك قدرة على تغيير الانفعالات والافعال غير المرغوبة (Charles,2010, p. p 168-169) تتمثل افتراضات نظرية اليس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فيما يلي: (جبل، ٢٠١١، ص. ٨٢)

أ. تؤثر الأحاديث الذاتية والمفاهيم الخاطئة على انفعالات الفرد وسلوكه وتؤدي لاضطرابه انفعالياً.

ب. تتأثر حاله الفرد المزاجية ومعرفته لأفكاره ومعتقداته وما يقوله لنفسه.

ج. تعتبر الدراية والاستبصار والمراقبة من العمليات المعرفية الهامة في تعديل السلوك المضطرب

د. تفكير الفرد بطريقه لفظية أو غير لفظية يؤثر في انفعال الفرد وسلوكه

هـ. يؤدي التفكير غير العقلاني إلى الاضطراب الانفعالي مما يؤثر على حاله الفرد المزاجية

و. يتوقف سلوك الفرد على مدى تحكمه في المصادر الداخلية والخارجية للذات.

ز. تزيد الأساليب الدفاعية التي يستخدمها الفرد لإنكار أفعاله الخاطئة من الاضطرابات الانفعالية.

ح. توقع الفرد للتهديد سواء كان حقيقيا أو وهميا يزيد من اضطرابه الانفعالي

٤. مفهوم كف البصر Blind

يشير كف البصر إلى ضرر يصيب العينين وتحجب الرؤية تماما من خلالهما (المعجم الوسيط، ٢٠٠٥، ص. ١٠٣)

وتعتبر الإعاقة البصرية والمعوقين بصرياً مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من فقدان البصري تتراوح بين الكف الكلي (العمى الكلي التام) والإبصار الجزئي أو ضعف الإبصار.

الفئة الأولى: هي فئة المكفوفين وهي أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم قارئ بريل. (Braille Beaders)

الفئة الثانية: هي فئة المبصرين جزئياً (partially seeing) وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضاً قارئ الكلمات المكبرة

أما التعريف القانوني الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد على حدة البصر أي أن شخص لديه حدة بصر تبلغ ٢٠/٢٠٠ أو أقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة أو لديه حقل إبصار محدود لا يزيد عن ٢٠ درج، وضعيف البصر (المبصر جزئياً): هو شخص لديه حدة بصر أحسن من ٢٠/٢٠٠ ولكن أقل من ٢٠/٧٠ في العين أقوى بعد إجراء التصحيح اللازم (محمد، ٢٠٠٦، ص. ٢٧).

ويشير تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية إلى:

- الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جداً: فيها صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
- شبه العمى: حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.
- العمى: فقدان القدرات البصرية.

وتقصد الباحثة بالمكفوفين من لديهم عجز كلي أو ضعف في الجهاز البصري يعيقهم من الانخراط بمكونات البيئة بصورة سليمة بما يؤثر سلباً في أدائهم ونموهم.

خامساً: الموجهة النظري للبحث:

١- النظرية المعرفية Cognitive theory

تعتمد النظرية المعرفية على مجموعة من المفاهيم حول كيفية عمل الأفراد تنمية القدرات الفكرية لتلقي المعلومات ومعالجتها (Thyer & Myers, 2014, p.34)، وتفترض النظرية المعرفية ذلك الطريقة التي نفكر بها تؤثر على الطريقة التي نشعر بها ، لذلك يهدف العلاج المعرفي إلى تحديد المعتقدات المشوهة أو سوء التفكير في العميل الذي يدعم المشكلة الحالية ويوفر التدخلات التي تتحدى هذه المعتقدات والأفكار غير العقلانية، ومن ثم فإن العلاج المعرفي يعمل مع العميل لخلق معتقدات وأفكار جديدة أكثر إيجابية و مقبول لديه، وهذا قد يقلل

أو يخفف من حدة المشكلة (Teater, 2014, p.153)، وتؤثر الأفكار اللاعقلانية على المشاعر بعد ذلك، ويمكن الإشارة أن المستوى المرتفع من الضغوطات يؤدي إلى تلك الأفكار التفائنية الضارة. (Miller, 2012, p.103)

لذلك فإن أفكار المكفوفين ومعتقداتهم عنه الإعاقة تحدد مشاعرهم وسلوكهم، ويركز البناء المعرفي على أهمية عملية التفكير في تشكيل سلوك الكفيف وأفكاره والمفاهيم الخاطئة أو نقص المعلومات والمعرفة للمكفوفين التي من شأنها أن تسهم بشكل كبير في تدني مستوى الذكاء الانفعالي وعدم تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي.

سادساً: الاجراءات المنهجية للدراسة:

١. نوع الدراسة: تعتبر هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية التي تستهدف اختبار تأثير متغير مستقل (برنامج عقلائي انفعالي سلوكي) ومتغير تابع وهو (تنمية الذكاء الانفعالي).
٢. المنهج المستخدم: تمشياً مع أهداف الدراسة واتساقاً مع نوع الدراسة فإن التصميم المنهجي المستخدم هو تصميم التجربة القبلية البعدية لمجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.
٣. فروض الدراسة:

يسعى البحث لاختبار فرض رئيسي مؤداه " توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فعالية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي وتنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين".

وينبثق من هذا الفرض الرئيسي عدة فروض فرعية وهي:

- (١) توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح المجموعة التجريبية.
- (٢) لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين.
- (٣) توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح القياس البعدي.
٤. أدوات الدراسة:

أ. مقياس الذكاء الانفعالي للمراهقين والراشدين إعداد/ الديدي (٢٠٠٥) وتم إعادة تقنينه كالتالي:

- (١) وصف المقياس: يتكون المقياس في صورته النهائية من (٧٥) بند موزعين على خمسة أبعاد رئيسية لكل منهم (١٥) بند، وذلك وفقاً للجدول التالي:

جدول رقم (١) يوضح توزيع العبارات على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي

أبعاد المقياس	رقم العبارات
---------------	--------------

الوعي الذاتي	١, ٦, ١١, ١٦, ٢١, ٢٦, ٣١, ٣٦, ٤١, ٤٦, ٥١, ٥٦, ٦١ ٧١, ٦٦
تنظيم الانفعالات	٢, ٧, ١٢, ١٧, ٢٢, ٢٧, ٣٢, ٣٧, ٤٢, ٤٧, ٥٢, ٥٧, ٦٢ ٧٢, ٦٧
الدافعية الشخصية	٣, ٨, ١٣, ١٨, ٢٣, ٢٨, ٣٣, ٣٨, ٤٣, ٤٨, ٥٣, ٥٨ ٧٣, ٦٨, ٦٣
المشاركة الوجدانية	٤, ٩, ١٤, ١٩, ٢٤, ٢٩, ٣٤, ٣٩, ٤٤, ٤٩, ٥٤, ٥٩, ٦٤ ٧٤, ٦٩
معالجة العلاقات	٥, ١٠, ١٥, ٢٠, ٢٥, ٣٠, ٣٥, ٤٠, ٤٥, ٥٠, ٥٥, ٦٠ ٧٥, ٧٠, ٦٥

(٢) طريقة تصحيح المقياس: للمقياس خمس استجابات دائماً=٤, غالباً=٣, أحياناً=٢, نادراً=١, مطلقاً=صفر) أوزانهم على التوالي باستثناء العبارات التالية (٢, ٥, ٦, ٧, ١٠, ١١, ١٢, ١٦, ٢١, ٢٢, ٢٤, ٣٢, ٣٦, ٣٩, ٤١, ٤٨, ٤٩, ٥٠, ٥١, ٥٢, ٥٦, ٥٨, ٦١, ٦٢, ٦٥, ٦٧, ٦٩, ٧١, ٧٢, ٧٥) والتي يتم تصحيحها عكسياً.

جدول (٢) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض جداً	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبرة أو البعد من ٠ إلى أقل من ٠,٨
مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبرة أو البعد من ٠,٨ إلى أقل من ١,٦
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبرة أو البعد من ١,٦ إلى أقل من ٢,٤
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبرة أو البعد من ٢,٤ إلى أقل من ٣,٢
مستوى مرتفع جداً	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبرة أو البعد من ٣,٢ إلى أقل من ٤

(٣) صدق المقياس: تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لعبارات وأبعاد المقياس كالتالي.

جدول (٣) يوضح العلاقة صدق الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي والدرجة الكلية للأداة (ن=١٥)

م	الأبعاد	قيمة ر ودالاتها
١	بعد الوعي الذاتي	*٠,٥٢٠
٢	بعد تنظيم الانفعالات	**٠,٧٤١
٣	بعد الدافعية الشخصية	*٠,٥٣٦
٤	بعد المشاركة الوجدانية	**٠,٧٦١
٥	بعد معالجة العلاقات	**٠,٦٠٥

**دال عند مستوى معنوية ٠,٠١ * دال عند مستوى معنوية ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط مقبولة دالة إحصائياً مما يدل على الصدق الداخلي لأبعاد الأداة.

(٤) ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ، وكان معامل الثبات (٠,٧٥٧**) وهو معامل مرتفع، وطريقة الانقسام باستخدام معامل سبيرمان- براون وقيمتها (٠,٨١٩**), مما يدل على صلاحية المقياس للتطبيق.

جدول (٤) يوضح ثبات مقياس مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين باستخدام معامل ألفا كرونباخ و باستخدام معامل سبيرمان- براون (ن=١٥)

م	الأبعاد	قيمة ر معامل ألفا كرونباخ	قيمة ر معامل سبيرمان- براون
١.	بعد الوعي الذاتي	**٠,٦٨٣	**٠,٦١٤
٢.	بعد تنظيم الانفعالات	*٠,٥٦٠	*٠,٥٢٥
٣.	بعد الدافعية الشخصية	**٠,٧٤٤	**٠,٧٢٥
٤.	بعد المشاركة الوجدانية	**٠,٧٦٠	**٠,٧٥٤
٥.	بعد معالجة العلاقات	**٠,٦٥٥	**٠,٦١٤
	المقياس ككل	**٠,٧٥٧	**٠,٨١٩

**دال عند مستوى معنوية ٠,٠١ * دال عند مستوى معنوية ٠,٠٥

ب. دليل تحليل محتوى جلسات التدخل المهني:

ويشمل البيانات الأساسية لكل حالة والتكوين الأسرى والخصائص الشخصية للعميل وطبيعة المشكلة وأسبابها ومظاهر الذكاء الانفعالي لدى كل عميل وأهداف المقابلة وتقييم المقابلة والاستراتيجيات والأساليب المستخدمة في التدخل المهني مع كل حالة.

٥. مجالات الدراسة:

أ. المجال المكاني: تم تطبيق برنامج التدخل المهني على جمعية منهل الخير للتنمية بأرض اللواء محافظة الجيزة. وقد تم اختيار المجال المكاني للمبررات التالية:

(١) توافر عينة الدراسة واستعدادهم للتعاون مع الباحثة.

(٢) موافقة المسؤولين بالجمعية على إجراء الدراسة.

(٣) وجود الإمكانيات المختلفة التي تساعد في تطبيق آليات البرنامج وأنشطته المختلفة.

ب. المجال البشري: تم سحب عينة مكونة من (٢٠) مفردة من المكفوفين بالجمعية، تم

توزيعهم على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) مفردات، وقد تم اختيارهم في ضوء الشروط التالية:

(١) أن يتراوح العمر من (٢١-٣٥) سنة.

(٢) أن يكونوا من المترددين باستمرار على الجمعية.

(٣) ألا يكون لديه إعاقة أخرى مع كف البصر.

(٤) يحصل على درجة منخفضة على مقياس الذكاء الانفعالي.

ج. المجال الزمني: هي الفترة التي تم فيها الاعداد النظري والجانب التطبيقي لبرنامج

التدخل المهني وقد استغرقت (٦) أشهر تقريباً من (٢٠٢٢/٩/١٥م) إلى (٢٠٢٣/٢/٢٥م).

سابعاً: برنامج التدخل المهني في إطار برنامج عقلائي انفعالي سلوكي:

١. الأسس التي يقوم عليها برنامج التدخل المهني:

أ. الإطار النظري للبحث

ب. الأهداف التي يسعى البحث لتحقيقها.

ج. نتائج البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

٢. أهداف برنامج التدخل المهني:

الهدف الرئيسي للبرنامج: يهدف برنامج التدخل في إطار برنامج عقلائي انفعالي

سلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين، وذلك من خلال الأهداف الفرعية التالية:

أ. تنمية الوعي الذاتي لدى المكفوفين.

ب. تنمية القدرة على تنظيم الذات لدى المكفوفين.

ج. تنمية الدافعية الشخصية لدى المكفوفين.

د. تنمية المشاركة الوجدانية لدى المكفوفين.

هـ. تنمية القدرة على معالجة العلاقات لدى المكفوفين.

٣. استراتيجيات وأساليب التدخل المهني في إطار برنامج عقلائي انفعالي سلوكي:

١. استراتيجية الاستعراض المعرفي: من خلال تشجيع المكفوفين على عرض أفكارهم اللاعقلانية التي أدت إلى انخفاض الذكاء الانفعالي لديهم وأثر ذلك على تفاعلهم وتواصلهم مع الآخرين في البيئة المحيطة بهم وذلك من خلال تكوين العلاقة المهنية بين الباحثة والمكفوفين قائمة على الثقة والاحترام المتبادل والسرية.

٢. استراتيجية إعادة البناء المعرفي: من خلال هذه الاستراتيجية يمكن إقناع المكفوفين بأن لديهم أفكار غير عقلانية تؤثر على ذكائهم الانفعالي وكذلك استبدالها بأفكار أخرى عقلانية، ولإعادة البناء المعرفي سوف يتم استخدام أساليب التدخل المهني التالية:

أ. الأساليب المعرفية: والتي تفيد في التعرف على (أفكار المكفوفين الخاطئة، جوانب حديث الذات لدى المكفوفين، تحليل هذه الأفكار وتقسيمها إلى مجموعات، مناقشة أضرار الأفكار اللاعقلانية لدى المكفوفين وتأثيرها على ذكائهم الانفعالي، وطرح أفكار جديدة على المكفوفين)، ومن أهم الأساليب المعرفية المستخدمة ما يلي:

(١) المناقشة المنطقية: توضيح العلاقة التبادلية بين الأفكار الخاطئة والذكاء الانفعالي ومدى وعيهم بأفكارهم اللاعقلانية وضرورة استبدالها بأفكار عقلانية من خلال الحث والإقناع والمواجهة، وذلك كي يكتشف المكفوفين الجوانب السلبية في تفكيرهم ويتعلمون طرق جديدة تنمي لديهم الذكاء الانفعالي والوصول إلى طرق بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذا الأسلوب في تبادل الرأي والتحاور حول الأفكار السلبية المرتبطة بالمواقف الحياتية المختلفة التي يواجهها المكفوفين في المنزل أو الجمعية وتعديلها لأخرى أكثر عقلانية.

(٢) التعليمات الذاتية (التعلم الذاتي): يتم بالتركيز على ما يقوله الكفيف لنفسه أي الحديث الداخلي، وتدريبه على القيام بعملية العصف الذهني ليشترك مع الباحثة في وضع البدائل المختلفة التي تساهم في تنمية ذكائه الانفعالي، ويتم تطبيقه من خلال عرض مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التي يعتقدونها كل كفيف ومعرفة مدى عقلانيتها ومن ثم إقناعه بأن هذه الأفكار غير عقلانية كما يتم عرض أضرارها مثل عدم التركيز حول الذات والانفتاح على المجتمع المحيط، توقع النجاح عند مواجهة مواقف جديدة وذلك من خلال الأمثلة والنماذج ولعب الدور.

(٣) الحث والإقناع: إقناع المكفوفين بمدى خطأ الأفكار اللاعقلانية لديهم ومدى خطورتها وضرورة تغييرها إلى أفكار أخرى أكثر عقلانية حتى لا تؤثر على مستوى ذكائهم

الانفعالي مثل يحب الآخرين مساعدتي، ويرغب الآخرين في وجودي معهم، ولدي قدرات فريدة يجب استغلالها، تقليل الخوف من مخالطة الآخرين.

٤) التوضيح: يتم بزيادة إدراك المكفوفين بأن أفكارهم اللاعقلانية والتعبير عنها بوضوح حتى يتم تغييرها إلى أفكار عقلانية حيث أن اعتراف المكفوفين بأفكارهم يعتبر أولى خطوات تنمية ذكائهم الانفعالي بناءً على افتراض أن أفكارهم هي السبب وراء انخفاض ذكائهم الانفعالي.

٥) عبارات التصدي للمشكلات: تقوم الباحثة بمساعدة المكفوفين على تطوير وتكوين بعض الجمل والأفكار العقلانية وتكون هذه الجمل قصيرة حتى يسهل عليهم ترديدها وتطلب من المكفوفين مهمة منزلية أن يتخيلوا مواقف كالتالي يمر بها في المواقف العادية التي يمر بها وترديد الجمل والأفكار العقلانية التي تم تكوينها معه مثل قول لا للمواقف التي تستلزم الرفض والتقليل من الخجل عند طلب المساعدة واستخدام عبارات الشكر لمن يقدم المساعدة له.

٦) التحليل المنطقي: تقوم الباحثة بتحليل أسباب نشأة الأفكار اللاعقلانية ونتائجها وما تسببه من مشكلات في السلوك والانفعال لدى المكفوفين بغرض تنمية ذكائهم الانفعالي وذلك من خلال مناقشتهم بأكثر الأفكار اللاعقلانية التي تتردد لدى كل مكفوف على حدة.

٧) التقارير الذاتية: تنبه الباحثة المكفوفين بكتابة أفكارهم اللاعقلانية تجاه المواقف اليومية التي يمرون بها (عن طريق التطبيقات المخصصة لهم بالهواتف المحمولة) والتي تؤثر على انفعالاتهم حتى يزيد من إدراكهم واستبصارهم بأفكارهم اللاعقلانية ومن ثم تغييرها بأخرى عقلانية.

ب. الأساليب الانفعالية: وتتعامل مع جانب العواطف والمشاعر لدى المكفوفين والتي تساعد على تشجيع المكفوفين على التعبير على مشاعر الغضب والقلق لديهم، كما تساعد على التخلص من انفعالاتهم ومشاعرهم السلبية، وتدريب المكفوفين على ضبط انفعالاتهم، وكذلك تدريبهم على ملاحظة انفعالاتهم وتقييمها وتعديلها، وتستخدم الباحثة هذه الأساليب بهدف تقليل الانفعالات السلبية المرتبطة بمواقف معينة مثل: القلق والغضب، وإكسابهم مشاعر إيجابية تساعدهم في مواجهة الاضطرابات المختلفة التي يعانون منها بما يؤدي إلى تنمية ذكائهم الانفعالي، ومن هذه الأساليب ما يلي:

١) أسلوب ضبط الذات: بتدريب المكفوفين على تغيير سلوكهم بأنفسهم ويتم ذلك عن طريق جلسات التدخل المهني وعمل تحليل منطقي للمشكلة مما يؤدي إلى التقليل من حدة المشاعر السلبية وبالتالي تنمية ذكائهم الانفعالي، وكذلك إدراك الكفيف بأنه يستطيع التحكم في أفكاره تجاه المحيطين به بواسطة تعديل التصورات والمعتقدات بصورة أكثر واقعية، وتعليم

الكفيف مراقبة ذاته (تفكيره وانفعالاته وسلوكه) وإثابة ذاته على السلوك العقلاني حتى يصبح هو السلوك الإيجابي له.

(٢) **التأمل الذاتي:** باسترجاع الكفيف لأسباب مشكلاته وتأمله دون وضع حلول، حتى يكتشف أن حديث الذات لديه هو سبب المشكلة وليست الأحداث لتهدئة المشاعر والانفعالات لديه.

(٣) **التخيل العقلاني الانفعالي:** تغيير المشاعر السلبية لدى الكفيف تجاه بعض المواقف التي يمر بها، من خلال تخيل الكفيف لموقف ضايقه كثيراً من أحد الأشخاص فيعبر عن مشاعره نحو هذا الشخص ثم تستبدل هذه المشاعر بأخرى أقل حدة وأكثر إيجابية مما يساعد في تدريبه على الضبط الانفعالي وتقبل الآخرين وبالتالي التفكير بإيجابية **ويطبق هذا الأسلوب كالتالي:**

- تطلب الباحثة من الكفيف أن يتخيل بعض المواقف السيئة التي سبق أن مر بها.
- ثم تطلب منه أن يسترجع الأفكار اللاعقلانية والمشاعر السلبية تجاه هذا الموقف.
- ثم تقوم الباحثة بمساعدة الكفيف على تغيير نظرته للموقف وتوسيع رؤيته للأمور بشكل أفضل، واستبدال المشاعر السلبية بأخرى إيجابية.
- ثم تطلب الباحثة من الكفيف أن يعود للموقف العلاجي مرة أخرى ثم توجه له سؤال عن شعوره الآن حتى يستطيع أن يميز بين المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية.

(٤) **التدريب على الصمود أمام الضغوط:** يهدف هذا الأسلوب إلى مساعدة الكفيف على مواجهة الضغوط مثل (الحزن عند سؤال الكفيف عن كيف ومتي فقد بصره، والغضب عند إحساس الكفيف بالشفقة من أصدقائه) وتقوم الباحثة بتعليم الكفيف المهارات المتعلقة بذلك حتى تزداد قدرته على مواجهة هذه الضغوط ويتم ذلك من خلال ثلاث مراحل هي:

• **المرحلة التعليمية:** مناقشة الكفيف في هذه الضغوط وذلك من خلال ثلاث جوانب أساسية هي الجانب المعرفي ويتمثل في العبارات الذاتية السلبية لديه، والجانب الانفعالي والمتمثل في المشاعر السلبية من غضب وحزن وقلق، وأخيراً الجانب السلوكي.

• **المرحلة التدريبية:** بمساعدة الكفيف على إحلال عبارات ذاتية إيجابية بدلاً من عباراته الذاتية السلبية، وكذلك تدريب الكفيف على بعض المهارات التي تمكنه من مواجهة الضغوط والتي تسبب له الحزن والقلق والشعور بالنبذ والشفقة من الآخرين.

• **المرحلة التطبيقية:** يقوم الكفيف في هذه المرحلة بتطبيق المهارات التي اكتسبتها من خلال إعداد موقف ضاغط والتدريب على كيفية مواجهته وتزيد هذه العملية من ثقة الكفيف في نفسه عندما يكتشف أنه يستطيع التعامل مع المواقف الضاغطة التي كان يفشل في مواجهتها.

ج. الأساليب السلوكية: وتركز هذه الأساليب على التغيير المعرفي السلوكي وهي الأساليب التي تستطيع الباحثة من خلالها تعديل السلوكيات اللاتوافقية، أو تُنقص أو تُزيد بعض السلوكيات بهدف التخفيف من حدة المشكلات التي يعاني منها المكفوفين، وتتنوع الأساليب السلوكية ومنها ما يلي:

(١) النمذجة: وذلك من خلال تقديم نموذج إيجابي يقتدى به العميل أو نموذج سلبي ينفر منه الآخرين من خلال إعطاء نموذج لسلوك أو لأشخاص يتميزون بسلوكيات مرغوبة مما يؤدي إلى التخلي عن السلوكيات غير المرغوب فيها، ويمكن تطبيقه من خلال الخطوات التالية:

- قيام الباحثة بتقديم نموذج للسلوك المرغوب فيه (كفيف في نفس الجمعية) من خلال التحدث مع الأخصائي الاجتماعي بالجمعية وملاحظته من جانب الباحثة، ويتم تقديمه كنموذج للمجموعة التجريبية في تفكيره ووعيه وإدراكه وتعامله في الموقف.

- يطلب من الكفيف التفكير في النموذج حتى يكون فكرة عنه.

- تقوم الباحثة بمناقشة النموذج مع الكفيف ومعرفة إيجابيات تطبيقه.

- يطلب من الكفيف تطبيق السلوك المرغوب في الظروف المناسبة له.

- تقديم التعزيز المناسب للكفيف لتشجيعه على تكرار هذا السلوك.

(٢) الواجبات المنزلية: وفيها تقوم الباحثة بالاتفاق مع المكفوفين على القيام ببعض المهام لممارستها في حياته اليومية مثل سماعهم لقصة عن الغضب بالاستعانة بهواتفهم الذكية، والتدريب على مهام بين الجلسات لاكتساب المهارات الاجتماعية التي تساعد على تنمية ذكائهم الانفعالي.

(٣) التدعيم الإيجابي: إعطاء مثير محبب عقب حدوث السلوك المرغوب فيه لزيادة احتمال حدوث السلوك المستهدف بصورة أكثر تكراراً وقد تكون (معنوية أو مادية أو مدعماً رمزية) مثل:

- الاشتراك في الأنشطة المهمة لدية داخل الجمعية وألعاب تنمية مهارات التكامل الحسي.

- إعطاء الهدايا والمكافئات مثل القصص والألعاب التعليمية بطريقة بريـل والأغذية.

- تنظيم حفلة لهم في نهاية التدخل وتحقيق الأهداف المرجوة.

- الثناء عليهم بالتصفيق للكفيف أو استخدام عبارات أحسنت، براغو ورائع.

(٤) التدعيم السلبي: من خلال إزالة مثير مكروه بهدف الاستبقاء على السلوك المرغوب مثل: قيام الباحثة بإزالة (حرمان الكفيف من المشاركة في الأنشطة المهمة لدية داخل الجمعية).

(٥) التدريب على مهارات حل المشكلة: تعليم المكفوفين مهارات حتى يستطيعوا مواجهة مشكلاتهم ومنها مهارات التفكير الجيد عن أسباب المشكلة الحقيقية ومهارة استخدام الموارد

المتاحة لديهم وبالمؤسسة وتوفير البدائل ومهارة وضع الخطة وتنفيذها والمهارة في إقناع الآخرين لمساعدته.

٤. **الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج:** يستغرق تطبيق برنامج التدخل المهني فترة ثلاثة أشهر خلالهما إجراء المقابلات المهنية مع حالات المجموعة التجريبية بمعدل مقابلة كل أسبوع مدتها (٣٠ دقيقة - ساعة) لتنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين.

٥. **أدوات البرنامج:**

- المقابلة المهنية.

- مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين.

٦. **مرحلة الانهاء**

أ. مراعاة التباعد بين المقابلات الأخيرة مع المكفوفين.

ب. تطبيق القياس البعدي على مجموعتي الدراسة

ج. حساب الفروق بين القياسات القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

د. حساب الفروق بين القياسات البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية

٧. **مؤشرات نجاح البرنامج**

- زيادة اكتساب الثقة بالنفس لدى عينة الدراسة.

- تنمية الذكاء الانفعالي لدى عينة الدراسة.

- وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق بين القياسات البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة

التجريبية.

ثامناً: عرض نتائج الدراسة:

١. تجانس عينة الدراسة:

أ. التجانس من حيث متغيري السن ومدة الالتحاق بالجمعية:

جدول رقم (٥) يوضح توزيع المجموعتين التجريبية والضابطة حسب متغيري السن ومدة الالتحاق بالجمعية باستخدام معامل ت (ن=٢٠)

المتغير	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السن	المجموعة التجريبية	١,٥٩	٠,٤١	٠,٩٢٨	غير دال ٠,٣٢٢
	المجموعة الضابطة	١,٦٣	٠,٤٦		
مدة الالتحاق بالجمعية	المجموعة التجريبية	١,٧٣	٠,٨٨٢	٠,٤٧٥	غير دال ٠,٦٣٨
	المجموعة الضابطة	١,٦٨	٠,٦٣		

يوضح الجدول السابق رقم (٥) أنه:

- هناك تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن، حيث بلغت قيمة (ت) ٠,٩٢٨ وهي غير دالة حيث بلغت قيمة الدلالة ٠,٣٢٢ وبذلك يتضح من نتائج الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن.
- يوجد تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث مدة الالتحاق بالجمعية، حيث بلغت قيمة (ت) ٠,٤٧٥ وهي غير دالة حيث بلغت قيمة الدلالة ٠,٦٣٨ وبذلك يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث مدة الالتحاق بالجمعية.

ب. تجانس القياس القبلي لمجموعتي الدراسة:

جدول رقم (٦) التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي باستخدام معامل ت (ن=٢٠)

م	الأبعاد	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري			
١	الوعي الذاتي	١,٦٧	٠,٣٢	١,٧٠	٠,٣٥	٠,٢٠	٠,٨٤	غير دال
٢	تنظيم الانفعالات	١,٤٢	٠,٢٣	١,٣٩	٠,٣١	٠,١٥	٠,٧٨	غير دال
٣	الدافعية الشخصية	١,٥٦	٠,٣٤	١,٥٩	٠,٢١	٠,٢٤	٠,٨٢	غير دال
٤	المشاركة الوجدانية	١,٥١	٠,٢١	١,٤٧	٠,٢٩	٠,١٠	٠,٩١	غير دال
٥	معالجة العلاقات	١,٦	٠,٣٦	١,٦٣	٠,٢٨	٠,١٧	٠,٧٢	غير دال
	المجموع	١,٥٥	٠,٢٩	١,٥٦	٠,٢٨	٠,٢٠	٠,٨١	غير دال

- يتضح من الجدول السابق رقم (٦) عدم وجود فروق دالة بين درجات مقياس الذكاء الانفعالي حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٥٦) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٥٥) ، كما بلغت قيمة (ت) -٠,٢٠٥- وبلغت قيمة الدلالة ٠,٨١٧ وهي غير دالة إحصائياً، حيث لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على كل من بعد الوعي الذاتي في القياس القبلي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٧٠) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٦٧) ، كما بلغت قيمة (ت) -٠,٢٠٠-

وبلغت قيمة الدلالة ٠,٨٤٣، وهى غير دالة إحصائياً، وبعد تنظيم الانفعالات حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٣٩)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٤٢)، كما بلغت قيمة (ت) -٠,١٥١- وبلغت قيمة الدلالة ٠,٧٨١، وهى غير دالة إحصائياً، وبعد الدافعية الشخصية حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٥٩)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٥٦)، كما بلغت قيمة (ت) -٠,٢٤٤- وبلغت قيمة الدلالة ٠,٨٢١، وهى غير دالة إحصائياً، وبعد المشاركة الوجدانية حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٤٧)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٥١)، كما بلغت قيمة (ت) -٠,١٠٣- وبلغت قيمة الدلالة ٠,٩١٩، وهى غير دالة إحصائياً، وبعد معالجة العلاقات حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (١,٦٣)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (١,٦)، كما بلغت قيمة (ت) -٠,١٧٨- وبلغت قيمة الدلالة ٠,٧٢٢، وهى غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة، مما يشير إلى التجانس بين المجموعتين على أبعاد مقياس الذكاء الانفعالي.

٢. عرض نتائج فروض الدراسة:

يسعى البحث لاختبار فرض رئيسي مؤداه " توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فعالية برنامج عقلاني انفعالي سلوكي وتنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين". وينبثق من هذا الفرض الرئيسي عدة فروض فرعية وهي:

الفرض الفرعي الأول: توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح المجموعة التجريبية، ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٧) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة

ن=١٠

التجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين

م	الأبعاد	القبلي		البعدي		قيمة (ت)	الدلالة
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
١	الوعي الذاتي	١,٧٠	٠,٣٥	٢,٦٩	٠,٣	١٤,٣	دال عند ٠,٠١
٢	تنظيم الانفعالات	١,٣٩	٠,٣١	٢,٤	٠,٣	١٣,٤	دال عند ٠,٠١
٣	الدافعية الشخصية	١,٥٩	٠,٢١	٢,٦	٠,٣	١٧,٧	دال عند ٠,٠١
٤	المشاركة الوجدانية	١,٤٧	٠,٢٩	٢,٤٢	٠,٢	١٨,٤	دال عند ٠,٠١
٥	معالجة العلاقات	١,٦٣	٠,٢٨	٢,٦٩	٠,٢	٩,٣٩	دال عند ٠,٠٥
	المجموع	١,٥٦	٠,٢٨	٢,٥٧	٠,٢	١٥,٩	دال عند ٠,٠١

*دال عند مستوى معنوية ٠,٠١ * دال عند مستوى معنوية ٠,٠٥

يوضح الجدول السابق رقم (٧) أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٥٦ بانحراف معياري ٠,٢٨ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٥٧ بانحراف معياري ٠,٢٩ كما بلغت قيمة (ت) ١٥,٩٩٢ وهي دالة عند ٠,٠١.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " الوعي الذاتي " حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي

١,٧٠ بانحراف معياري ٠,٣٥ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٦٩ بانحراف معياري ٠,٣٤ كما بلغت قيمة (ت) ١٤,٣٨٣ وهي دالة عند ٠,٠١.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " تنظيم الانفعالات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٣٩ بانحراف معياري ٠,٣١ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٤ بانحراف معياري ٠,٣ كما بلغت قيمة (ت) ١٣,٤٠١ وهي دالة عند ٠,٠١.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " الدافعية الشخصية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٥٩ بانحراف معياري ٠,٢١ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٦ بانحراف معياري ٠,٣١ كما بلغت قيمة (ت) ١٧,٧٥٦ وهي دالة عند ٠,٠١.

- هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " المشاركة الوجدانية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٤٧ بانحراف معياري ٠,٢٩ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٤٢ بانحراف معياري ٠,٢٣ كما بلغت قيمة (ت) ١٨,٤٢٩ وهي دالة عند ٠,٠١.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " معالجة العلاقات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٦٣ بانحراف معياري ٠,٢٨ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ٢,٦٩ بانحراف معياري ٠,٢٧ كما بلغت قيمة (ت) ٩,٣٩٥ وهي دالة عند ٠,٠٥، مما يشير فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ووجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي في المجموعة التجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي يدعو لقبول صحة الفرض الأول.

الفرض الفرعي الثاني: لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات

القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين.

ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٨) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة

ن=١٠

الضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	البعدي		القبلي		الأبعاد	م
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دال	٠,١ ٦٤	١,٤ ٦٨	٠,٣٥	١,٦٩	٠,٣٢	١,٦٧	الوعي الذاتي	١
غير دال	٠,١ ٦٨	١,٤ ٩٧	٠,٣١	١,٥	٠,٢٣	١,٤٢	تنظيم الانفعالات	٢
غير دال	٠,٣ ٩١	٠,٨ ٨٦	٠,٢٩	١,٦١	٠,٣٤	١,٥٦	الدافعية الشخصية	٣
غير دال	٠,٢ ٢٤	١,٣ ٥٤	٠,٣	١,٥٥	٠,٢١	١,٥١	المشاركة الوجدانية	٤
غير دال	٠,٣ ٣٢	١,٥ ٢١	٠,٢٥	١,٦٢	٠,٣٦	١,٦	معالجة العلاقات	٥
غير دال	٠,٥ ١٦	٠,٦ ٦٦	٠,٣	١,٥٦	٠,٢٩	١,٥٥	المجموع	

يوضح الجدول السابق رقم (٨)

- أنه لا توجد دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٥٥ بانحراف معياري ٠,٢٩ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٥٦ بانحراف معياري ٠,٣ كما بلغت قيمة (ت) -٠,٦٦٦- وهي غير دالة إحصائياً.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "الوعي الذاتي" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٦٧ بانحراف معياري ٠,٣٢ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٦٩ بانحراف معياري ٠,٣٥ كما بلغت قيمة (ت) ١,٤٦٨ ومستوى دلالة ٠,١٦٤ وهي غير دالة إحصائياً.

- كما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "تنظيم الانفعالات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٤٢ بانحراف معياري ٠,٢٣ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٦٩ بانحراف معياري ٠,٣٥ كما بلغت قيمة (ت) ١,٤٩٧ ومستوى دلالة ٠,١٦٨ وهي غير دالة إحصائياً.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "الدافعية الشخصية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٥٦ بانحراف معياري ٠,٣٤ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٦١ بانحراف معياري ٠,٢٩ كما بلغت قيمة (ت) -٠,٨٨٦- ومستوى دلالة ٠,٣٩١ وهي غير دالة إحصائياً.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة بعد "المشاركة الوجدانية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٥١ بانحراف معياري ٠,٢١ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٥٥ بانحراف معياري ٠,٣ كما بلغت قيمة (ت) ١,٣٥٤ ومستوى دلالة ٠,٢٢٤ وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة بعد "معالجة العلاقات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي ١,٦٢ بانحراف معياري ٠,٣٦ في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي ١,٦٢ بانحراف معياري ٠,٢٥ كما بلغت قيمة (ت) ١,٥٢١ ومستوى دلالة ٠,٣٣٢ وهي غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى صحة الفرض في عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي للمكفوفين، مما يدعو إلى صحة الفرض الثاني.

الفرض الفرعي الثالث: توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح القياس البعدي.

و يتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٩) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية

والضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين ن=٢٠

الدالة	قيمة (ت)	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		الأبعاد	م
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دال عند ٠,٠٥	١٣,٩ ٨٩	٠,٣٤	٢,٦٩	٠,٣٥	١,٦٩	الوعي الذاتي	١
دال عند ٠,٠١	١٤,١ ٣٧	٠,٣	٢,٤	٠,٣١	١,٥	تنظيم الانفعالات	٢
دال عند ٠,٠٥	٨,١٥ ٨	٠,٣١	٢,٦	٠,٢٩	١,٦١	الدافعية الشخصية	٣
دال عند ٠,٠٥	١٥,٢ ٢٤	٠,٢٣	٢,٤٢	٠,٣	١,٥٥	المشاركة الوجدانية	٤
دال عند ٠,٠١	١٤,٧ ٤٨	٠,٢٧	٢,٦٩	٠,٢٥	١,٦٢	معالجة العلاقات	٥
دال عند ٠,٠١	١٣,٢ ٥١	٠,٢٩	٢,٥٧	٠,٣	١,٥٦	المجموع	

**دال عند مستوى معنوية ٠,٠١ * دال عند مستوى معنوية ٠,٠٥

يوضح الجدول السابق رقم (٩) أنه:

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٥٦ بانحراف معياري ٠,٣ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٥٧ بانحراف معياري ٠,٢٩ كما بلغت قيمة (ت) ١٣,٢٥١ وهي دالة عند ٠,٠١.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد "الوعي الذاتي" حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٦٩ بانحراف معياري ٠,٣٥ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٦٩ بانحراف معياري ٠,٣٤ كما بلغت قيمة (ت) ١٣,٩٨٩ وهي دالة عند ٠,٠٥.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد "تنظيم الانفعالات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٥ بانحراف معياري ٠,٣١ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٤ بانحراف معياري ٠,٣ كما بلغت قيمة (ت) ١٤,١٣٧ وهي دالة عند ٠,٠١.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد "الدافعية الشخصية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٦١ بانحراف معياري ٠,٢٩ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٦ بانحراف معياري ٠,٣١ كما بلغت قيمة (ت) ٨,١٥٨ وهي دالة عند ٠,٠١.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد "المشاركة الوجدانية" حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٥٥ بانحراف معياري ٠,٣ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٤٢ بانحراف معياري ٠,٢٣ كما بلغت قيمة (ت) ١٥,٢٢٤ وهي دالة عند ٠,٠٥.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات القياسي البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد "معالجة العلاقات" حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة ١,٦٢ بانحراف معياري ٠,٢٥ في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ٢,٦٩ بانحراف معياري ٠,٢٧ كما بلغت قيمة (ت) ١٤,٧٤٨ وهي دالة عند ٠,٠١، مما يشير إلى قبول صحة الفرض الفرعي الثالث الذي مؤداه "توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين لصالح المجموعة التجريبية".

تاسعاً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الذكاء الانفعالي بأبعاده الفرعية، مما يشير إلى فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى المكفوفين، تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي أشارت إلى فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي منها دراسة الأحمدي (٢٠١٠). لتنمية مهارات الذكاء الانفعالي لدي عينة من طالبات جامعة طيبة، ودراسة القط (٢٠١٢) لتنمية الذكاء الوجداني لدى المرأة المعيلة، دراسة طنوس (٢٠١٧) لخفض أعراض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات للطلبة ذوي السمات الانفعالية- السلوك المنخفضة ودراسة الكفوري، المتولي، وحسن (٢٠٢٠) لتحسين استراتيجيات المواجهة الاجتماعية للمتفوقين بالمرحلة الثانوية، ودراسة أبو السعود (٢٠٢٢) لخفض إساءة المعاملة الوالدية للأبناء ذوي الإعاقة الفكرية.

- في ضوء العرض السابق لنتائج الدراسة أمكن استخلاص فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تنمية الذكاء الانفعالي لدى عينة الدراسة حيث أشارت النتائج الإحصائية إلى وجود فروق دالة إحصائياً قبل وبعد التدخل المهني على المجموعة التجريبية حيث تبين فاعلية البرنامج في تنمية الوعي الذاتي، وتنظيم الانفعالات، وتنمية الدافعية الشخصية، وتنمية المشاركة الوجدانية، وزيادة القدرة على معالجة العلاقات حيث تمكن المكفوفين من أن يدركوا عواطفهم ومشاعرهم جيداً والتعبير عن مشاعرهم الإيجابية أو السلبية بسهولة والتعبير عن أنفسهم مما ساهم في تنمية ذكائهم الانفعالي.

- ووفقاً للنظرية المعرفية بالأفكار والمعتقدات الخاطئة التي يعتنقها المكفوفين تعد السبب الرئيسي وراء انخفاض مستوى ذكائهم الانفعالي، ومن ثم يمكن تعديل تلك الأفكار ورفع مستوى ذكائهم الانفعالي من خلال برنامج عقلائي انفعالي سلوكي.

- وقد يرجع نجاح البرنامج مع عينة الدراسة لاستعدادهم للتغيير ورغبتهم في ذلك، والتزامهم بتنفيذ التعليمات والواجبات المنزلية المتفق عليها مع الباحثة، وأيضاً استفادتهم من تطبيق استراتيجيات عديدة كاستراتيجية الاستعراض عقلائي انفعالي وإعادة البناء المعرفي من خلال تطبيق أساليب النمذجة والواجبات المنزلية وتشكيل الاستجابة والتدعيم وإعادة البناء المعرفي والتعليمات الذاتية والإقناع والتي كان لها تأثيراً كبيراً في استجابة الحالات لبرنامج التدخل المهني ونجاحه.

- تم استخدام فنية المرح والفكاهة كوسيلة لتقليل القلق والتوتر لدى عينة الدراسة، وتوضيح عدم جدوى الاعتقادات اللاعقلانية التي يتبناها الكفيف فقامت الباحثة بطرح بعض

الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها أحد المكفوفين بشكل ساخر (الدنيا غابة واحنا غلابه) مما ساهم في تفاعل البعض بقول "الدنيا دار الابتلاء ونحن نستطيع الاختيار والتغلب على المصاعب بالاستعانة بالله".

- وكان لأسلوب المناقشة الجماعية دور هام في نقل الخبرات الواقعية بين المكفوفين في كيفية التغلب على الأفكار الهدامة واستبدالها بأفكار بناءه ساعدته على مواصلة الحياة، شرح البعض أهم المواقف التي تركت لديه انطباعات سلبية ومواقف أخرى ساهمت في نمو شخصيته.

- كان هناك اختلاف في نسب النجاح مع الحالات حيث كانت الفعالية ملموسة في ثمانية حالات أكثر من باقي الحالات في المجموعة التجريبية وخاصة في بعدي التنظيم الانفعالي وبعد معالجة العلاقات، ويرجع ذلك إلى اشتراك هذه الحالات في نشاط المسرح بالجمعية بجانب التزامهم بحضور الجلسات العلاجية والقيام بالمهام التي كانوا يكلفون بها، كما ساهمت الجمعية بتوفير كافة الوسائل والأدوات التي ساعدت على انتظام المكفوفين مع الباحثة والاستفادة من البرنامج حيث وفرت وسيلة موصلات خاصة بنقل المكفوفين بجانب توفير فريق عمل متميز بالجمعية ساهم في تذليل العقبات وتقليل مقاومة المكفوفين للتدخل المهني، أما باقي العينة فكان لديهم أكثر من عمل فآثر ذلك على حضورهم الجلسات والاستفادة بشكل فعال من البرنامج وتبين هذا في نتائج القياس البعدي.

المراجع

إبراهيم، محمد سعيد مصطفى، والحديدي، منى صبحي زكي. (٢٠٠١). مشكلات الطلبة المكفوفين في الجامعات الأردنية، رسالة ماجستير غيلا منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

أبو السعود، شادي محمد السيد (٢٠٢٢). فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض إساءة المعاملة الوالدية للأبناء ذوي الإعاقة الفكرية. المجلة التربوية، ج٩٣، ص. ص

٢٦٧ - ٢١٥

أبو الفضل، محفوظ عبد الستار. (2009). فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين بصريا. مجلة كلية التربية، مج 6، ع16، ١٠١-١٤٦.

أحمد، غادة فبيصي عبد المجيد. (٢٠٢١). دراسة مقارنة في إدراك جودة الحياة بين المعاقين بصريا والمبصرين. مجلة كلية الآداب، ع ٥٨، ٣٢٧ - ٣٥٦.

الأحمدي، مارية بنت طالب شاهر (٢٠١٠). فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية مهارات الذكاء الانفعالي لدي عينة من طالبات جامعة طيبة، بحث منشور، مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، جامعة دمنهور، كلية التربية، مج ١٢، ع ٢، ١٩-١٠٩.

البليهي، عبد الرحمن بن أحمد بن محمد. (٢٠٢٢). الرضا النفسي والأفكار اللاعقلانية وبعض المتغيرات الديموغرافية كمتنبئات بالرضا عن الحياة لدى المكفوفين بمنطقة القصيم: دراسة تنبئية. المجلة السعودية للتربية الخاصة، ع ٢٤، ١٩ - ٥٨.

الديدي، رشا عبد الفتاح (٢٠٠٥). مقياس الذكاء الانفعالي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. الزريقات، إبراهيم عبد الله (٢٠٠٦). الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الزعبي، محمد عبد الكريم منصور، وأبو زيتون، جمال عبد الله سلامة. (٢٠١٧). العلاقة بين الذكاء الانفعالي والشعور بالأمن النفسي لدي المعاقين بصرياً في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة العلوم الإسلامية العالمية، عمان.

الشمي، رضوى عاطف حلمي. (٢٠١٨). فعالية برنامج تدريبي معرفي لمواجهة مشكلات أعضاء هيئة التدريس مع الطالبات المعاقات بصرياً، مجلة كلية التربية، مج ٧٠، ع ٢، ص. ص ٣٩٥ - ٤٢٧.

- العلوان، أحمد (٢٠١١). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وأنماط التعلق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغيري التخصص والنوع الاجتماعي للطلاب. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ع ٧، مج (٢)، ص. ص ١٢٥ - ١٤٤.
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠١١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. طه، القاهرة، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- القصيري، إلهام مصطفى. (٢٠١٤). جودة الحياة لدى المعاقين بصريا مقارنة بغير المعاقين، مجلة القراءة والمعرفة، ع ١٤٩، ص. ص ١٣٩ - ١٧٤.
- القط، جيهان سيد بيومي. (٢٠١٢). ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية الذكاء الوجداني لدى المرأة المعيلة، بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الخامس والعشرون للخدمة الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٧:٨ مارس.
- القط، جيهان سيد بيومي. (٢٠١٤). ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بفوبيا المدرسة لدى تلميذ المرحلة الابتدائية: دراسة الحالة الواحدة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ع ٣٦٤، ج ٩، ص. ص ٣٦٥٣ - ٣٦٨٦.
- الكفوري، صبحي عبد الفتاح، المتولي، ولاء المتولي محمود، وحسن، مروة نشأت معوض (٢٠٢٠). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين استراتيجيات المواجهة الاجتماعية لدى المنفوقين أكاديمياً بالمرحلة الثانوية. مجلة كلية التربية، مج ٢٠، ع ٤، ص. ص ٤٧٧ - ٥٠٠.
- المطيري، عواطف عوض (٢٠١٩). أثر برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي، المجلة التربوية، جامعة الكويت، ع ٣٣، ١٢-٤٦.
- تركي، عائشة محمد علي (٢٠٠٦). المخاوف الشائعة لدى عينة من المراهقين المكفوفين والمبصرين دراسة سيكومترية إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- جبل، عبد الناصر عوض أحمد (٢٠١١). نظريات مختارة في خدمة الفرد، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- جودة، آمال (٢٠٠٧). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالسعادة والثقة بالنفس لدى طلبة جامعة الأقصى. مجلة جامعة النجاح لأبحاث العلوم الإنسانية، ع ٢١، مج ٣، ٦٩٧ - ٧٣٨.

حامد، أماني أحمد فتحي. (٢٠٠٥). فعالية التحصين التدريجي في خفض درجة بعض المخاوف المرضية لذوي الإعاقة البصرية، رسالة ماجستير منشورة، مصر، جامعة الزقازيق، كلية التربية، الصحة النفسية.

خليل، زيدان (١٩٩٢). العلاقة بين ممارسة العلاج الاجتماعي النفسي في خدمة الفرد وتخفيف من الشعور بالاغتراب لدى الطفل الكفيف، رسالة دكتوراه غير منشورة، مصر، جامعة الفيوم.

زيدان، عصام، والباز، معتز، ومتولي، نيلي (2017). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من المكفوفين، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة - كلية التربية النوعية، ع47، ص. ص ١٤٥-١٧٠.

سكران، ماهر عبد الرازق. (٢٠١٠). استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الاطفال ضعاف السمع، المؤتمر العلمي الدولي الثالث والعشرون للخدمة الاجتماعية" انعكاسات الازمة المالية العالمية على سياسات الرعاية الاجتماعية"، القاهرة: جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، المجلد الرابع. شعير، إبراهيم محمد (٢٠٠٩). تعليم المعاقين بصريا (أسسه - استراتيجياته - وسائله) ، القاهرة، دار الفكر العربي.

صابر، سامية محمد (٢٠١١). الذكاء الانفعالي وعلاقته بجودة الصداقة لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (٤٣)، ص. ص ٢٠٠ - ٢٦١. طنوس، عادل جورج (٢٠١٧) فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض أعراض الاكتئابية وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الطلبة ذوي السمات الانفعالية- السلوك المنخفضة، مجلة العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، ع ٤، ٢٤١- ٢٥٧.

عامر، طارق، محمد، ربيع (٢٠٠٨). الإعاقة البصرية، القاهرة مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. عثمان، نهلة السيد (٢٠١٤). فعالية العلاج الانفعالي السلوكي الجماعي في خفض قلق الاختبار، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، جامعه حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ع٣٦، ج٧.

عويضة، إيمان محمود (٢٠١٠). استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خدمة الجماعة وتقليل السلوك العدواني لدى أطفال المؤسسات الإيوائية، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ع ٢٩، أكتوبر ج ١.

عيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٦). الارشاد والعلاج النفسي، الإسكندرية، دار الجامعة.
عيسى، جابر محمد، ورشوان، ربيع أحمد (٢٠٠٦). الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا
عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، ١٢،
(٤)، ص. ص ٤٥ - ١٣٠.

مبروك، محمد شحاتة (٢٠١١). استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خدمة الفرد
للتخفيف من الاضطرابات السلوكية للأطفال بلا مأوى، بحث منشور، المؤتمر العلمي
الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة
حلوان، ٩- ١٠ مارس ج ١٠.

محمد، راندة حسني (٢٠١١). أساليب التفكير لدى الطلاب المكفوفين وعلاقتها بالتفكير
الابتكاري لديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة جنوب الوادي.

محمد، سعيد عبد الرحمن، وعبد المعطي، حمادة علي (2013). الأفكار اللاعقلانية لدى
الطلاب المعوقين بصريا بجامعة الملك سعود في ضوء بعض المتغيرات: دراسة وصفية
تحليلية، مجلة العلوم التربوية، جامعة الملك سعود، مج (25)، ع ١، ص. ص ٦٩ -
١٠٩.

محمد، عواطف إبراهيم (٢٠٠٦). الأطفال ذوي كف البصر المنهج والطريقة، القاهرة، دار الفكر
العربي.

ناصر، أيمن غريب (٢٠١١). الذكاء الوجداني كمنبئ بمهارات إدارة الضغوط لدى طلاب
جامعة الأزهر (دراسة تطبيقية بعد أحداث ثورة ٢٥ يناير بمصر)، المؤتمر السنوي
السادس عشر. مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص. ص ١٥٤ - ٢٠٢.

هيكل، دنيا محمد، وعبد القادر، أشرف احمد، ومحمد، صلاح الدين عراقي، والفقي، أمال
إبراهيم. (٢٠١٨). مظاهر جودة الحياة لدى عينة من المكفوفين، مجلة كلية التربية
ببناها، ع ١٦٦، أكتوبر ج ٥، ص. ص ٤٩٤ - ٥٢٠.

Abo Zed, Nema Nady & Ibrahim, Sheridan Atef (2022). Emotional intelligence and its relationship to future anxiety for blind adolescents, Egyptian Journal of Social Work (EJSW), Social Work, Helwan University, Vol 14, Issue 1, June, PP.121-142.

Bar-On, R (2010). Emotional Intelligence: An Integral Part of Positive Psychology. South African Journal of Psychology, 40, PP.54-62.

Charles, z (2010). introduction to social work and social welfare empowering people tenth edition, Australia brooks.

- Corsini, C. (2004). *The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*. Rational Emotive Behavior Therapy.
- Ede, M. O., Okeke, C. I., Chinweuba, N. H., Onah, S. O. & Nwakpadolu, G. M. (2021). Testing the efficacy of family health-model of REBT on family values and quality of family life among parents of children with visual impairment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, PP. 1-26.
- Emotional and Social Intelligence". Paper Presented to 5th Annual-Convention of American Psychological Association, Chicago.
- Froggatt, W. (2005). *A brief Introduction to Rational Emotive Behavior Therapy*. Third Ed, February, PP. 1- 15.
- Gabriell S., (2008): A Comparison of quality of life variables for students with emotional and behavioral disorders and students without disabilities., *J. of Behave Educe*, (17), PP. 111-127.
- Jalali, M., Moussavi, M., Yazidi, S. & Fadardi, J. (2014). Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on Psychological Well-Being of People with Late Blindness. *J Rat-Emo Cognitive-Behave there*, 32 (4), PP. 233-247.
- Miller, L., (2012). *Counseling Skills for, Social work*, UK, Sage, 2ed.
- Richard, j. Gerrig (2010). *psychology and life*, New York, Pearson education, Inc.
- Rita, R. (2009). The Research into the social skills of teenagers with visual Impairments: The Interpersonal Aspect, *Special Education*, 1 (20), PP. 74-84.
- Seligman, L. (2006). *Theories of Counseling and Psychotherapy, Systems, Strategies, and Skills*. Second Edition, Pearson Merrill Prentice Hall.
- Teater, B., (2014). *An introduction to applying social work theories and methods*, New York, McGraw-Hill.
- Thyer, B., & Myers, L. (2014). Behavioral and cognitive theories. In J. Bran dell *Essentials of clinical social work* PP. 21-41.

