

المجلد (٣)، العدد (٩)، أكتوبر ٢٠١٥، ص ص ١٨٩ - ٢٣١

فعالية العلاج المعرف في السلوكي
في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي
لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم في محافظة الطائف

إعداد

أ.د/ فرتاج فاحس الزوين الصقري

أستاذ مساعد التربية الخاصة
كلية التربية - جامعة الطائف

أ.د/ عبدالله علي محمود بنيان

أستاذ مشارك التربية الخاصة
كلية التربية - جامعة الطائف

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في محافظة الطائف إعداد

أ.د/ عبدالله علي محمود بنيان(*) أ.د/ فرتاج فاحس الزوين الصقري(**)

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في محافظة الطائف، وتم تطبيق الدراسة على (26) طفلاً، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (9 - 12) عامًا، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) وقد استخدم الباحثان مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي والبرنامج المقترح المبني على العلاج المعرفي السلوكي، كما تم استخدام اختبار ما وتني (Mann - Whitney test) واختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للتحقق من صحة فروض الدراسة.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، كذلك وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، واستمرت فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي بعد توقف استخدامه.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي - الانسحاب الاجتماعي - ذوي صعوبات التعلم.

(*) أستاذ مشارك التربية الخاصة - كلية التربية - جامعة الطائف

(**) أستاذ مساعد التربية الخاصة - كلية التربية - جامعة الطائف

Abstract

This study aimed at determining the effectiveness of a cognitive – behavioral therapy on reduction of social withdrawal of children with learning disabilities. The sample consisted of (26) children whose aged range from (9-12) years. they were divided randomly into two groups, namely, experimental group and control group; each of them included (13) children.

The two researchers applied in this study the social withdrawal scale, and the suggested training program which based on cognitive – behavioral therapy (prepared by the two researchers), the statistical analyses were used: the Mann - Whitney test and Wilcoxon signed, rank test .

The results of the study showed that there were significant difference between Mean scores ranks of the experimental group and the score mean of the control group in the post test on the behavior of social withdrawal in favor of the experimental group. There were a statistically significant difference between the mean scores of the pretest and the score mean of the post test on the behavior of social withdrawal in the experimental group in favor of the post test. The effectiveness of the reducing the level of the behavior of social withdrawal continued later after finishing the program.

English Keywords: cognitive - behavioral therapy - behavior of social withdrawal - learning disabilities.

مقدمة الدراسة :

تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر مراحل الحياة أهمية كونها اساسا لبناء الأنماط السلوكية وتكوين الشخصية مستقبلا، حيث إن مستقبل كل المجتمعات يتوقف الى حد كبير على مدى الاهتمام بهذه الفئة ورعايتها وتوفير السعادة لهم والنمو السليم نفسيا وجسميا، ولأجل ذلك برز اهتمام ملحوظ بالأطفال ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية في الآونة الاخيرة (Shujja & Malik, 2011).

والكفاءة الاجتماعية من الجوانب المهمة والاساسية في حياة الطفل كونها المسؤولة عن تشكيل علاقات فاعلة وناجحة فمن خلالها يكتسب الفرد مهارات معرفية ووجدانية واجتماعية لازمة للاندماج في المجتمع سواء مع الاسرة أو الرفاق أو البيئة التعليمية، كما انها من العوامل المهمة لتحديد التفاعلات اليومية في مجالات الحياة المختلفة ومع أشخاص مختلفين وهي عامل اساسي في تحسين الاستفادة من فرص التعلم (كواسة والسيد، 2011) وإن مثل هذه المهارات ليحتاجها الأطفال كلهم سواء كانوا عاديين أو من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين منهم فئة ذوي صعوبات التعلم الذين يشكلون النصف من بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (Lerner, 2000). فذوو صعوبات التعلم يواجهون كثيرا من المشكلات السلوكية والانفعالية في حياتهم، وقد يعود سببها الى تدني مستوى كفاءتهم الاجتماعية إذا ما قورنوا بأقرانهم من العاديين، أو قد يعود ذلك لطبيعة البيئات التربوية والاجتماعية المقيدة التي يتلقون تعليمهم فيها (المقداد، البطاينة والجراح، 2011) وكون الكفاءة الاجتماعية مفيدة من الوقاية من المشاكل النفسية والاجتماعية في مراحل الطفولة كالجروح مثلا وتعاطي المخدرات والانعزال والانسحاب، فقد تزايد اهتمام الباحثين بدراسة هذه المشاكل التي يعانون منها وكيفية الوقاية منها، معتمدين على أساس نظرية مفادها أن امتلاك هؤلاء الاطفال من ذوي صعوبات التعلم لمستويات مناسبة من المهارات الاجتماعية الضرورية يسهم بشكل ملحوظ في اندماجهم ومشاركتهم مع من حولهم، كذلك فإن ذلك يسهم بشكل كبير في تحسين فرص تعلمهم، وتفاعلاتهم في البيئة الصفية والمدرسية والأسرية، وكذلك رفع مستوى تفهمهم وإنتاجهم (حسن، 2009). كما أفادت

ابحاث غير قليلة أن ذوي صعوبات التعلم يواجهون ضعفاً في إدراك تفسير وفهم الموضحات الاجتماعية غير اللفظية (Kavale, 2007) وهذا الضعف له اثار سلبية على امتلاك المهارات الاجتماعية اللازمة للتكيف مع المحيط والتي تؤدي إلى انسحاب الفرد من المواقف الاجتماعية وانعزاله عن مجتمعه كما أن ذلك يزيد من المشكلات التعليمية لديهم (الخطيب والبستنجي، 2006). ويدفع للتسرب من المدرسة، وتعاطي المحرمات وغيرها من الآثار السلبية على الفرد والمجتمع (Greca& Vaughn,1992).

وهذا يؤكد أهمية الحاجة إلى الاهتمام بهذه الفئة وعدم إهمالها والبحث عن الطرق العلاجية والسلوكية التي يمكن من خلالها تحسين توافقهم من خلال البرامج التدريبية والإرشادية والعلاجية، كالعلاج المعرفي السلوكي الذي يعمل على تغيير السلوك، والذي هو تطبيق عملي لقوانين ومبادئ التعلم في مجال التعديل النفسي، والذي يتضمن تعديلاً وتغيير الجوانب المعرفية لدى الفرد مما يترتب عليه تغيير السلوك ويستخدم فنيات معرفية تتناول المعتقدات والأفكار (زهرا، 1994).

مشكلة الدراسة:

نبعت مشكلة الدراسة الحالية مما لاحظته الباحثة أثناء قيامها بالإشراف على طلاب التدريب الميداني لذوي صعوبات التعلم، فالكثير منهم تبدو عليهم الشعور بالدونية والحزن وانسحابهم عن رفاقهم وعدم مشاركتهم في الفسح والنشاطات، بسبب فشلهم الدراسي المتكرر وعجزهم عن مسايرة أقرانهم العاديين الذين يتمتعون بقبول حسن بين زملائهم دراسياً واجتماعياً، فالمدرسة بالنسبة لهم مصدر للألم النفسي، يعانون فيها دائماً من نظرتهم المتدنية نحو أنفسهم ونظرة الآخرين نحوهم.

ولقد أظهرت نتائج دراسة بندر وسميث (Bender & Smith , 1990) أن ذوي صعوبات التعلم أكثر شعوراً بالخزي، وأكثر تشتتاً وانسحاباً وإظهاراً لاضطرابات المسلك. وانتهت نتائج دراسة البوم وشوم (Vaughn, Elbaum&Boardman,2001) إلى أن ما يقرب من 26% من ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية لديهم أصدقاء، وذلك بسبب ما

يعانونه من ضعف في مهاراتهم الاجتماعية التي تحدهم عن التعامل والتشارك مع أقرانهم في المدرسة والحارة . وأسفرت نتائج دراسة (Tu-Kaspa, Margalit & Most, 1999) إلى أن علاقات الصداقة بين ذوي صعوبات التعلم وأقرانهم العاديين تتدهور عبر سنوات الدراسة بسبب سوء تصرفهم. وأبانت نتائج دراسة (Farmer, Rodkin, Pearl & Van Acker, 1999) عن أن حوالي 49% من ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات اجتماعية متوسطة، وما يقرب من (75%) من ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات وصعوبات في كفاءتهم الاجتماعية تدفعهم إلى الانسحاب والعزلة ورفض الرفاق (Moisan, 1998) وأشارت البوم وفوجن (Elbaum & Vaughn, 2003) إلى أن (38%) من الطلبة ذوي صعوبات التعلم بحاجة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية لتقليل مشاكلهم السلوكية، وأن القليل منهم يتلقون التدخلات اللازمة، ويشير براسولوكندال (Braswell & Kendall, 1988) إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يعانون من مشاكل سلوكية ومشكلات انفعالية بسبب انسحابهم عن التعامل مع الآخرين والنقص في المهارات الاجتماعية. ويقترح أن يتم التدخل العلاجي لمنع تفاقم الأضرار واتساعها، وأكدت هيلي (Healy, 1987) أن الطلبة الذين يواجهون صعوبات أكاديمية، فإنهم يعانون ضعفا في وظائفهم الاجتماعية. وهذه المشكلات التي يتعرض لها الأطفال ذوو صعوبات التعلم تؤثر على حياتهم وتعلمهم، وتسبب لهم أمراضا نفسية واجتماعية، بسبب نقص كفاءتهم الاجتماعية وانسحابهم عن الرفاق ومزاولة الحياة كباقي الأطفال الذين هم في سنهم. فالكفاءة الاجتماعية مفيدة في الوقاية من المشاكل النفسية والاجتماعية في مرحلة الطفولة كالجنوح وتعاطي المخدرات والعدوان (Chung & Elias, 1996).

وهذا يستدعي التدخل العلاجي والسلوكي لمساعدتهم للخروج من انسحابهم قبل اتساع المشكلة لديهم، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض

مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. ويمكن صياغة المشكلة في السؤال الآتي:

ما فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم؟

أهداف الدراسة:

١- إعداد برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي بقصد خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي.

٢- الكشف عن أثر هذا البرنامج في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٣- التعرف على الفروق بين المجموعتين التجريبيّة التي خضعت للتدريب والضابطة التي لم تخضع للتدريب في ضوء البرنامج ومتغيرات الدراسة.

أهمية الدراسة:

- بناء برنامج تدريبي يساعد في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي.
- الإسهام في تطوير أساليب العمل بالمؤسسات التي تهدف الى الاهتمام بالأطفال وتعديل سلوكهم ليكونوا فاعلين في المجتمع.
- ما ينتج عن انتشار سلوك الانسحاب الاجتماعي من تهديد للأمن الاجتماعي للفرد نفسه و للمجتمع بزيادة الانحرافات والأمراض النفسية.

مصطلحات الدراسة :

الانسحاب الاجتماعي :

هو نقص روح الاستجابة، وخصوصًا الاستجابة الانفعالية في العلاقات الاجتماعية، (دسوقي، 1999). ويعرف إجرائيًا بدلالة الدرجة التي يحصل عليها أفراد الدراسة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي (إعداد الباحثين).

الأطفال ذوو صعوبات التعلم:

تعرف اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) صعوبات التعلم على أنها " مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تُعلن عن نفسها من خلال صعوبات جوهرية أو دالة في اكتساب أو استخدام القدرة على مهارات الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية. وهذه الاضطرابات تكون داخلية في الفرد ، ويُفترض أنها ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي ومن الممكن أن تحدث خلال حياة الفرد ، كما يمكن أن يواكبها مشكلات في سلوك الضبط الذاتي ، والإدراك الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي دون أن تنشئ بحد ذاتها صعوبة تعليمية ، على الرغم من أن صعوبات التعلم من الممكن أن تحدث مصاحبة لأحوال أخرى من الإعاقة (كإعاقة الحسية أو التخلف العقلي ، أو الاضطراب الانفعالي الحاد ، أو مصاحبة لمؤثرات بيئية مثل (الاختلافات الثقافية أو التعلم غير الكافي أو غير الملائم) إلا أنها لا تكون ناتجة عن هذه الأحوال أو المؤثرات (NJCLD , 1994).

ويمكن تعريفهم اجرائياً بأنهم الطلبة المشخصون بوجود صعوبات تعلم حسب الاختبارات المستخدمة في الإدارة العامة للتربية والتعليم بمحافظة الطائف، للعام الدراسي (1435-1436هـ)، وتتراوح اعمارهم بين (9-12) عامًا.

العلاج المعرفي السلوكي:

هو إحدى طرق التعديل النفسي الحديث، ويستخدم مجموعة من الأساليب العلاجية المرتبطة بالسلوك المعرفي المرتكزة على السلوكيات والمعتقدات غير الواقعية لدى الافراد لتغيير أفكارهم غير الواقعية ومحاولة إكسابهم أنماطا من السلوكيات التوافقية مع محيطهم المدرسي والمنزلي والاجتماعي(عبد الله، ٢٠٠٠).

الإطار النظرية ودراسات سابقة: مقدمة:

يعد مجال صعوبات التعلم من المجالات المهمة التي يوليها التربويون أهمية بالغة في الوقت الحاضر، وذلك بقصد التعرف على مظاهرها، وتقديم ما أمكن من خدمات في شتى المجالات التي تقلل اضرار هذه الإعاقة، ولقد وعى التربويون أن مشكلة صعوبات التعلم لا تقف عند المشاكل الدراسية فقط لذوي صعوبات التعلم، بل تمتد لتحديث بعض المظاهر السلوكية لديهم، التي تستنفذ جزءًا كبيرًا من طاقاتهم، وتسبب لهم اضطرابات انفعالية أو توافقية تترك اثارها المدمرة على شخصية الفرد، مما يسبب لهم ميلا الى الانطواء والانسحاب او العدوان والاكئاب او غيرها من الاضطرابات والمشكلات تعزلهم وتحد من تعاملهم مع من حولهم من الزملاء والأقارب (Broomhead,2014)

ونظرا لأهمية السلوك الاجتماعي في حياة الفرد وتفاعله مع محيطه، ولما لسلوك الانسحاب من أضرار على الفرد فقد حظيت مثل هذه الأمور باهتمام كبير من قبل الباحثين في العقدين الماضيين وذلك لأهميتهما في نجاح الفرد في العلاقات الاجتماعية والبيئات التعليمية (Shujja& Malik,2011) فضلا عن أن الكفاءة الاجتماعية وتجنب الانسحاب يؤدي الى النجاح الاجتماعي، والتكيف والتوافق الإيجابي، وهي معيارا للصحة النفسية (كواسة والسيد،2011). كما أن التفاعل الاجتماعي، وعدم الانسحاب مفيد في الوقاية من المشاكل النفسية والاجتماعية في مراحل الطفولة كالجنوح وتناول المخدرات، فقد أشارت الدراسات الى أن افتقار الفرد للكفاءة الاجتماعية تولد العزلة والانسحاب وهذا له ارتباط بالمشكلات السلوكية والانفعالية (Nestler& Goldbeck,2011) وأن تعزيز الكفاءة الاجتماعية والاندماج في المجتمع يسهم في خفض أو الوقاية من المشكلات السلوكية كسلوك العدوان والانسحاب (Grumm et al.,2013).

خصائص ذوي صعوبات التعلم:

هناك الكثير من الخصائص البارزة التي ميزت فئات صعوبات التعلم عن غيرهم من العاديين. فمن حيث الخصائص المعرفية والأكاديمية فهم يعانون من صعوبة في اختيار وتركيز الاهتمام على المحفزات الأكثر أهمية (Obrzut& Mahoney,2011) وعدم المرونة،

أو إعطاء الاهتمام الكافي للتفاصيل، كما أنهم يعانون من قصور في استخدام الاستراتيجيات المعرفية، وضعف في التفكير المجرد (مصطفى، 2011) وضعف في الذاكرة خاصة الذاكرة العاملة (Swanson,2011).

أما من حيث الخصائص اللغوية فتشير كل من ميريلا و بازليا (Mammarella & Pazzaglia, 2010) إلى أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم قصور في إجراء محادثات مناسبة، وقصور في القدرة على استقبال وفهم اللغة، وفقدان القدرة المكتسبة على الكلام. كما يمكن أن يتعرض الطفل لمشكلات في كل من اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. أما من حيث الخصائص الاجتماعية والانفعالية فهم يعانون من مشاعر الاحباط والتوتر، كما يعانون من العزلة والانسحاب وضعف في التواصل مع الآخرين (مصطفى، 2011) ولديهم عجز واضح في مجال الكفاءة الاجتماعية، التي تؤدي إلى صعوبة في المهارات الاجتماعية (Miller & McCardle, 2011) ويرى سكشتر (Schachter, et al., 1991) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يظهرون مشاكل سلوكية وانفعالية عالية تزيد بأربعة أضعاف مما لدى أقرانهم العاديين.

كما اشار إلى ذلك كل من هالاهان وميرسر (Hallahan & Mercer, 2002) إلى أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يعانون من كفاءة اجتماعية متدنية إذا ما قورنوا بأقرانهم الذين لا يعانون من صعوبات التعلم. كما أنهم يعانون من أفعال غير مناسبة تجاه من حولهم، وانسحاب اجتماعي وعدوانية غير مبررة (البطائنة واخرون، 2005) وهم أقل مهارات اجتماعية وأكثر مشاكل سلوكية من أقرانهم العاديين (Jillet al., 2005) ووجد بفرى و لفتج (Pavri & Luftig, 2000) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم المدموجين في الصفوف العادية أكثر شعورا بالوحدة وغير محبوبين، ويتم تجاهلهم من قبل زملائهم (Moisan, 1998) وأنهم يتميزون بعجز اجتماعي، كعدم التعاون والافتقار الى الكفاية الاجتماعية ويعانون من الوحدة والانعزالية ووجود مشكلات سلوكية في مجال الانسحاب الاجتماعي ومجال النشاط الزائد (George & Alexandratou, 2014)

كما بينت دراسة بندر وآخرين (Bender, Rosenhrans & Crane, 1999) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بأقرانهم العاديين، وأن نسبة انتشار القلق والاكتئاب لديهم تساوي (80%) (Cooray & Bakala, 2005) ونسبة إصابتهم بالوسواس القهري تساوي (3,5%) (O'dwye, 2000) كما ويبلغ معدل انتشار الفصام لديهم 3% وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات النوم 75% في الأعمار ما فوق 16 سنة (Quine, 1991). وقد أشارت الدراسات أن ما نسبته (34% - 59%) من ذوي صعوبات التعلم معرضين للمشاكل الاجتماعية (المقداد وآخرون، 2011).

الانسحاب الاجتماعي:

يعتبر الانسحاب الاجتماعي من أكثر أنواع الاضطرابات السلوكية شيوعاً عند الأطفال وأكثرها تأثيراً على حياتهم وتعليمهم وتفاعلهم وتواصلهم مع أقرانهم وأسرههم وبيئتهم المحيطة لما له من آثار سلبية عديدة قد تنتهي في مجملها إلى بعض الأمراض النفسية والاجتماعية ويصعب علاجها وتصل لدرجة كبيرة من العُقد النفسية إذا ما تم ملاحظتها وتشخيصها ومعالجتها في حينها، لكي لا تستمر معه لفترات طويلة قد تصل لمرحل العمر المتقدمة.

مظاهر سلوك الانسحاب الاجتماعي:

التكتم والانعزال - الإخفاق في اللعب - الخجل وأحلام اليقظة - الإخفاق في إبداء المشاعر - تجنب الاتصال البصري - عدم الاهتمام بالآخرين - انخفاض تقدير الذات - الشعور بالنقص في الكفاءة - الشعور بالعجز - التقلب المزاجي - قلة الأصدقاء (Gresham et al., 2001)

العلاقة بين سلوك الانسحاب والمهارات الاجتماعية :

إن تدني المهارات الاجتماعية من أهم الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الانسحاب سواء من المواقف أو التفاعلات الاجتماعية (الخطيب، 1992؛ زيد، 2003) كما أنه يؤثر على اكتساب اللغة لدى الأطفال وأنماطهم السلوكية المكتسبة وأسلوب تعبيرهم عن مشاعرهم وأحاسيسهم (Vicki et al., 1983). ويؤدي إلى عدد محدود جداً من العلاقات الاجتماعية وعدم تقبل الآخرين لهذا الطفل من قبل الأقران أو ربط علاقات دائمة معه مما يحرمه التعرض

للبيئة التي تساعد على النضوج الاجتماعي ونقص في الإدراكات الاجتماعية والنمو المعرفي (Scott, 2005).

العلاج المعرفي السلوكي: فلسفة العلاج المعرفي السلوكي:

إن تعديل السلوك معرفياً ينتج عن تقديم التعليمات للذات والتي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التبصر والتفحص ملياً قبل صدور أية استجابة، ومساعدتهم على الحوار الداخلي والحديث الذاتي قبل التسرع في الاستنتاجات والأحكام (Meichenbaum, 2006).

ويذكر باول (Pawll, 1990) أن الحديث الذاتي هو الأسلوب الذي نكلم به أنفسنا ويؤدي إلى التحكم في السلوك وكأن هذا الحديث يأتي من شخص آخر، وهذه الإجراءات تهدف لتدريب الأفراد على الحديث لأنفسهم بشكل واثق وإيجابي متوقعين النجاح في أية مهمة.

ويشير سدورو (Sdorow, 1995) إلى أن الاضطرابات النفسية تحدث للأفراد عن طريق المعتقدات السالبة عن الذات، والعالم، وتكون نظرتهم للمستقبل تشاؤمية، وذلك بالنظر إلى ظروفهم، وأساليبهم الخاطئة في التفكير، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير مثل هذه المعتقدات ومعالجتها عن طريق تعديل الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.

وعلى ذلك فإن المنحى المعرفي يستند على العلاقة بين المكون المعرفي والمكون السلوكي مروراً بالمكون الانفعالي، وأن الاضطرابات النفسية تنشأ من الاضطراب في المكون المعرفي، وبالتالي فإنه لا بد من إعادة البناء المعرفي للفرد حتى يتمكن من تعديل السلوكات المشوهة.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يشير أنجير (Unger, 2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى فهم الأسباب الكامنة وراء الانفعالات السلبية والمعتقدات اللاعقلانية مستعينا بفنيات معرفية وسلوكية لتعديل هذه المعتقدات السلبية، وزيادة الدافعية للتصورات الإيجابية، بحيث تكون النتائج أفضل بالنسبة لتحديات الحياة.

وقد وضع ميتشنبوم (Meichenbaum,1997) أهداف العلاج المعرفي السلوكي في صورة إجرائية على النحو الآتي:

- الاكتشاف الذاتي لدور المعارف في التأثير على سلوكيات الأفراد.
- التدريب على الملاحظة المستمرة للذات، وتفعيل دور المراقبة الذاتية للسلوكيات غير التكيفية.
- التدريب على خطوات حل المشكلة واتخاذ القرار.
- تشجيع التقييم الذاتي والمواجهة الفعالة ومهارات التحكم الذاتي.
- اكتساب المعرفة الذاتية ومهارات التغلب على الضغوط.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي :

- 1- التعليمات الذاتية 2- المراقبة الذاتية 3- ملء الفراغات 4- تغيير القواعد 5- إعادة البناء المعرفي 6- التركيب (البناء) 7- التخيل 8- التعريض 9- فرض المركزية 10- التثبيت من النتائج 11- تدريب عكس العادة 12- التقبل والانتباه 13- الاسترخاء 14- لعب الدور 15- النمذجة 16- التكرار 17- الواجبات المنزلية (حسيب،2003).

مزايا العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات التكاملية التي تستخدم بعض فنيات العلاجات الأخرى، وذلك لإحداث تغيير معرفي انفعالي سلوكي، فهو يلبي المتطلبات الضرورية للفرد من خلال تدريبات التعلم الذاتي، وحلّ المشكلات وتعديل السلوك، كما أن المعالجين المعرفيين السلوكيين يقدمون خطأً علاجية مرنة مبنية على طبيعة اضطراب الفرد، ويعملون على التنقية المستمرة للتصورات العقلية والخصائص الشخصية، والتفضيلات والأهداف، كما أنهم يحاولون إيجاد علاقة علاجية قوية بين المعالج وأفراد المجموعة العلاجية، كما انه يتميز بإعطاء أهمية للمعارف، ويقدمها على الانفعالات والسلوك، وذلك لاعتقاد المعالجين المعرفيين السلوكيين أن للمعارف دور كبير في تحديد السلوك والانفعالات، كما أنه يعتمد على فنيات

معرفية وانفعالية وسلوكية للتصدي للأفكار والافتراضات الخاطئة، والمعتقدات المغلوطة،
(Corsini & Auerbach, 1996).

أوجه قصور العلاج المعرفي السلوكي:

يؤخذ على العلاج المعرفي السلوكي انه يعطي من قيمة الأفكار على حساب الانفعالات،
كما وأن العلاقة بين الجوانب المعرفية والاضطرابات الانفعالية والسلوك أكثر تعقيداً مما افترضه
هذا العلاج (باترسون، 1990) ومن عيوبه اعتباره أن الأفكار هي التي تولد الانفعالات
وتوجهها، وأن الأساليب التي يستخدمها تتعامل مع الأفكار و تتجاهل المشاعر والسلوك، ويركز
على الأعراض أكثر من تركيزه على المشكلة (عبد الله، 2000)

دراسات وبحوث سابقة:

أجرى المكانين وآخرون (2014) دراسة للتعرف إلى المشكلات السلوكية لدى الطلبة
ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية من وجهة نظر المعلمين والأقران. تكونت
عينة الدراسة من (135) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن
أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم بحسب تقديرات المعلمين هي
المشكلات المرتبطة بالنشاط الزائد المصحوب بضعف الانتباه، تليها مشكلة الانسحاب، ثم
العناد، ثم العدوان، وأقل المشكلات السلوكية ما يرتبط ببعيد الاعتمادية. في حين قدر الأقران أن
أكثر المشكلات السلوكية شيوعا هي مشكلة النشاط الزائد المصحوب بضعف الانتباه، ثم العناد،
ثم الاعتمادية، ثم مشكلة الانسحاب، وأقل المشكلات السلوكية شيوعا تلك المرتبطة ببعيد
العدوان.

كما أجرى عبدالله والشهاب (2013) دراسة للتعرف على السلوكيات غير التكيفية لدى طلبة
صعوبات التعلم في المرحلة الأساسية الدنيا مقارنة بالطلبة العاديين. تكونت عينة الدراسة من
(303) من طلبة صعوبات التعلم والعاديين. وأشارت نتائج الدراسة الى ان الطلبة ذوي
صعوبات التعلم يعانون من المشكلات السلوكية غير تكيفية كالتالي: السلوك الموجه نحو
الخارج، ثم تشتت الانتباه، ثم العلاقات المضطربة مع الأقران، ثم عدم النضج، وأخيرا

الانسحاب. وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوكات غير التكيفية لصالح الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

وأجرى المقداد وآخرون (2011) دراسة هدفت إلى استقصاء مستوى المهارات الاجتماعية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم والطلبة العاديين، وقد شارك في الدراسة (278) طالبا وطالبة، منهم (181) طالبا وطالبة من العاديين و(97) طالبا وطالبة من ذوي صعوبات التعلم. حيث أظهرت الدراسة ان الطلبة العاديين وذوي صعوبات التعلم قد أظهروا مستوى متوسطا من المهارات الاجتماعية مع أفضلية للطلبة العاديين.

وقام نويك (Nowicki,2003) بدراسة مقارنة في المهارات الاجتماعية للطلبة الذين لديهم صعوبات تعلم مع الطلبة ذوي التحصيل الأكاديمي المرتفع والمتوسط والمنخفض من وجه نظر المعلمين، وقد أظهرت نتائج البحث أن الطلبة في التحصيل المرتفع والمتوسط أفضل في المهارات الاجتماعية، اما الطلبة الذين يعانون من التحصيل الأكاديمي المنخفض وذوي صعوبات التعلم فقد أبدت وجهات نظر المعلمين انه في خطر كبير من حيث المهارات الاجتماعية.

أما ريتير (Ritter, 1989) فقد تناولت الكفاءة الاجتماعية والمشاكل السلوكية على عينة من (51) فتاة مراهقة يعانين من صعوبات التعلم، قورنوا بمراهقات بأخريات لا يعانين من صعوبات في التعلم، وقد أظهرت نتيجة البحث ان المراهقات اللواتي لديهن صعوبات في التعلم يعانين من قلة الأهلية الاجتماعية وأن المشاكل السلوكية كالانسحاب والنشاط الزائد المصحوب بضعف الانتباه، والعدوانية لديهن مرتفعة بالمقارنة مع المراهقات اللواتي لا يعانين من صعوبات في التعلم.

كما عمد كل من هياجنة والشكيري (2013) بدراسة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تنمية مفهوم الذات الأكاديمي لذوي صعوبات التعلم الأكاديمية، حيث تكونت عينة الدراسة من (20) طالبة، وُزعا إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى

التحسن في درجات مفهوم الذات الأكاديمي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبقاء أثر التدريب في قياس المتابعة .

وهدفت دراسة كل من الشربيني وأبو السعود (2013) إلى التحقق من مدى فعالية بعض فنيات التعديل المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من ذوي صعوبات التعلم ، تكونت عينة الدراسة من (14) طالبا من ذوي صعوبات التعلم، تراوحت أعمارهم بين (11-12) سنة قسموا بالتساوي الى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، وتوصل الباحثان إلى فعالية البرنامج التدريبي القائم على التعديل المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى ذوي صعوبات التعلم المجموعة التجريبية. كما استمر تأثير البرنامج بعد توقف تطبيقه بشهرين.

وجاءت دراسة الزيادات وحداد (2012) لمعرفة أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات الأكاديمي والثقة بالنفس لدى عينة من الطالبات ذوي صعوبات التعلم، على عينة تكونت من (60) طالبة، وقد أشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى الى طريقة التدريس لصالح المجموعة التجريبية في تنمية المهارات الاجتماعية ككل، وفي تنمية مفهوم الثقة بالنفس ومفهوم الذات الاكاديمي، وبقاء الأثر في القياس التتبعي.

وهدفت دراسة الرمانة (2012) الى استقصاء فاعلية برنامج تدريبي قائم على السيكدوراما في خفض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم وقد تكونت العينة من (40) طالبًا وطالبة وزعوا على أربعة مجموعات بالتساوي مجموعتين ضابطتين ومجموعتين تجريبيتين، وقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء المجموعة التجريبية في خفض المشكلات السلوكية والانفعالية، وبقاء أثر ذلك في القياس التتبعي.

كما وهدفت دراسة كل من لانجيفلد وآخرون (Langeveld et al.,2012) إلى استكشاف مدى ارتفاع الكفاءة الاجتماعية كمتغير وسيط وخفض سلوك العدوان، ببرنامج تدريبي استند على التدخل الشامل المعرفي السلوكي. على عينة تكونت من (112) طالبا مراهقا،. وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين الكفاءة الاجتماعية وخفض سلوك العدوان لدى الطلبة المرهقين، وبقاء أثر البرنامج حتى بعد الانتهاء من تطبيقه.

كما بحثت دراسة كل من نيستلر وقولديك (Nestler& Goldbek,2011) في تأثير التدريب المعرفي السلوكي على الكفاءة الاجتماعية لدى المراهقين من ذوي الذكاء المتدني. وتكونت عينة الدراسة من (77) طالبا مراهقا قسموا الى مجموعة تجريبية وعددهم (40) طالبا، ومجموعة ضابطة بلغ عددهم (37) طالبا. وأظهرت النتائج أن للبرنامج التدريبي المعرفي السلوكي أثر في تدريب الكفاءة الاجتماعية وما يرتبط بها من أعراض نفسية وسلوكية لهؤلاء الطلبة.

وقامت الرفاعي والجمال (2011) بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج تدخل معرفي سلوكي قائم على الضبط الذاتي في تحسين الكفاءة الاجتماعية وخفض السلوك المعادي للمجتمع لدى عينة في مرحلة المراهقة المبكرة. وتكونت عينة الدراسة من (40) طالبا منهم (22) ذكور و(18) إناث. وأشارت نتائج الدراسة وجود فروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في تحسين الكفاءة الاجتماعية، وخفض السلوك المعادي للمجتمع.

وقصد عصفور وآخرون (2011) الى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تعديل الاضطرابات السلوكية لدى ذوي صعوبات التعلم، وقد شملت العينة (30) طالبا، حيث تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين بالتساوي، تجريبية وضابطة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

وأجرى رجب (2010) دراسة هدفت الى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف العصاب القهري لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم، وشملت عينة الدراسة على (20) طالبا وطالبة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد اشارت النتائج إلى تحسن أداء المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في تخفيف العصاب القهري لديهم؛ ولم يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة بال (Paul, 2002) إلى تقييم فاعلية برنامج سلوكي معرفي لتقليل حدة الغضب عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم. وتكونت العينة من (28) طالبا قسموا بالتساوي الى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. وبينت النتائج تحسن نتائج المجموعة التجريبية وفعالية المعالجة في التقليل من حدة الغضب.

كما أجرى بورنت (Burnett,1999) دراسة هدفت إلى تقصي فاعلية برنامج إرشاد معرفي في تنمية مفهوم الذات الأكاديمي على عينة تكونت من (269) طالبا وطالبة في الصفوف الابتدائية بمتوسط عمر (9) سنوات و (8) أشهر، وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي في تنمية مفهوم الذات الأكاديمي لدى أفراد عينة الدراسة.

وهدفت دراسة وشالكة وكاتز (Wachelka&Katz,1999) إلى تقصي فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تنمية مفهوم الذات الأكاديمي وتخفيف قلق الاختبار، على عينة تكونت من (27) طالبا من ذوي صعوبات التعلم وزعوا إلى مجموعتين تجريبية وقد تكونت من (11) طالبا، وضابطة وقد تكونت من (16) طالبا، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في خفض قلق الاختبار وتحسين مفهوم الذات الأكاديمي لدى أفراد العينة التجريبية.

تعقيب عام على الدراسات والبحوث السابقة :

يتضح من خلال الدراسات السابقة اتفاقها على أن ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشاكل سلوكية وتكيفية، وأن هذه المشكلات تزيد عن أقرانهم العاديين، وقد ثبت ذلك في دراسة كل من (المكانين وآخرون،2014؛ وعبدالله وشهاب،2013؛ والمقداد وآخرون، 2011؛ Ritter,1989)؛ Nowicki , 2003) كما أن الدراسات التي تناولت أساليب علاجية للمشكلات السلوكية، أو تنمية بعض الجوانب الإيجابية لدى ذوي صعوبات التعلم، اتفقت على فعالية الأساليب المستخدمة في معالجة المشكلات السلوكية أو تنمية الجوانب الإيجابية لدى ذوي صعوبات التعلم رغم تنوعها في الطرق العلاجية والبرامج التدريبية، واختلاف الفئات العمرية والمراحل الصفية والجنس، ونوع المشكلات السلوكية الانفعالية لديهم وثبت ذلك في دراسة كل

من (هياجنة والشكري، 2013؛ الشرييني وابو السعود، 2013؛ الزياد وحداد، 2012؛ الرمانة، 2011؛ Nestler & Glodbek, 2012؛ Langeveld et al, 2012؛ الرفاعي 2012؛ والجمال، 2011؛ عصفور وآخرون، 2011؛ رجب، 1999؛ Burnett, 2002؛ Paul, 2010؛ Wachilka & Katz, 1999) ان هذه الدراسات لتدل قطعاً حاجة فئات الطلبة ذوي صعوبات التعلم الى المساعدة لتخطى العقبات التي تواجههم في حياتهم والتي تعيق تقدمهم وتعود عليهم بمشاكل واضطرابات سلوكية يمكن ان ينجوا منها أو تخفف أضرارها إذا ما زدوا بمثل هذه البرامج العلاجية المتنوعة. ومن هنا جاءت الحاجة لهذه الدراسة التي تشابهت مع بعض الدراسات في استخدامها للعلاج المعرفي السلوكي مع فئات ذوي صعوبات التعلم لكنها اختلفت في أنها تناولت الطلاب في الفئة العمرية بين (9-12) عاماً، وهي من المراحل التي تحتاج الى اهتمام كبير من قبل المربين والباحثين كونها مرحلة انتقالية ودرجة في مسار نمو الاطفال، وهي التي تبرز فيها المشكلات التي تحول بين إشباع مطالب النمو وتحقيق التوافق النفسي، كما أنها اختلفت في البيئة والزمن والأدوات وفتيات البرنامج المعرفي السلوكي المستخدمة، كذلك اختلفت في اي منها لم تنطبق لسلوك الانسحاب الاجتماعي عياناً.

فروض الدراسة:

- توجد فروق بين متوسطي رتب درجات افراد المجموعة التجريبية وافراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق بين متوسطي رتب درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج).

الطريقة والإجراءات:

المنهج والتصميم التجريبي:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باعتبارها تختبر فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم في الطائف.

عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة من جميع طلاب الذكور الملحقين بغرف صعوبات التعلم الذين تقع اعمارهم بين (9-12) عامًا في مدينة الطائف وبلغ عددهم 95 طالبًا، ولتحديد العينة التجريبية والضابطة للدراسة تم ترتيب درجات الطلاب تصاعديا لتحديد الأرباع الأعلى والمقدر بـ 27% لتمثل مجموعة الطلاب ذوي المستوى المرتفع على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي وتم اخذ الطلاب الذين وقعت درجاتهم في الأرباع الأعلى وعددهم 26 طالبًا، وزعوا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) متساويتي العدد.

التكافؤ بين المجموعتين :

أ) العمر الزمني:

تم حساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية و الضابطة، وذلك

باستخدام طريقة مان ويتي Mann- Whitney (u) والجدول رقم (1) يبين ذلك.

الجدول رقم (1)

قيم (Z,W,U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني بالشهور

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
تجريبية	١٣	١١,٦	٥,٨٢	٣٠	١٦	٣٧	-	غير
ضابطة	١٣	١١,٤	٥,١٧	٢٥			٠,١٥٣	دالة

يتضح من خلال الجدول رقم (1) عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات

المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في العمر الزمني مما يدل على تكافؤ عينة الدراسة في هذا المتغير.

ب) معادل الذكاء:

تم تكافؤ معادل الذكاء لدى افراد العينة التجريبية والضابطة من خلال درجات الذكاء في سجلاتهم المدرسية عند تشخيصهم، وذلك باستخدام طريقة مان ويتي Mann- (u) Whitney والجدول رقم (2) يبين ذلك.

الجدول رقم(2)

قيم (Z,W,U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في معامل الذكاء

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
تجريبية	١٣	٩٥,٨	١٠,١٥	٤٠	٤٦,٥	١٠١,٥	٠,٢٧-	غير دالة
ضابطة	١٣	٩٤,١	١٠,٨٥	٣٨				

يتضح من خلال الجدول رقم (2) عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في معامل الذكاء مما يدل على تكافؤ عينة الدراسة في هذا المتغير.

ج) سلوك الانسحاب الاجتماعي:

أُجري اختبار مان ويتي Mann- Whitney (u) لفحص دلالات الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي، والجدول رقم (3) يبين ذلك.

الجدول رقم(3)

قيم (Z,W,U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في ادائهم القبلي على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
تجريبية	١٣	٢٥,٣	٥,٠٠	٢٥,٠٠	١٠,٠٠	٢٥,٠٠	-	غير دالة
ضابطة	١٣	٢٥,٤	٦,٠٠	٣٠,٠٠			٠,٥٦٥	

يتضح من خلال الجدول رقم (3) عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أدائهم القبلي على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي، وهذه

النتائج تشير الى أن كلا المجموعتين تعاني من درجة مرتفعة في سلوك الانسحاب الاجتماعي، مما يدل على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في هذا المتغير.

أدوات الدراسة :

أولاً: مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي لذوي صعوبات التعلم ما بين (9-12) سنة/ إعداد الباحثين:

لإعداد الصورة الاولية للمقياس تم مراجعة بعض مقاييس وقوائم تشخيص وتقدير سلوك الانسحاب الاجتماعي كمقياس مظاهر العجز في التفاعل الاجتماعي (الغامدي، 2003)، ومقياس السلوك الاجتماعي المدرسي (SSBSs) (Merrell,1993) ومقياس الانسحاب الاجتماعي (سمعان وابو فخر، 2010) واستنادا على ذلك فقد تم تحديد فقرات المقياس والذي شمل على (40) فقرة في صورته الاولية.

تم التحقق من صدق المقياس بالطرق التالية:

صدق المحكمين:

تم عرض القائمة على تسعة أساتذة من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة في جامعة الطائف، وأربعة من الأخصائيين النفسيين من المدارس الحكومية التابعة لإدارة التربية والتعليم في الطائف، وقد اعتمدت الفقرات التي حصلت على نسبة اتفاق (85%) فما فوق، ليتكون المقياس بشكله النهائي من (28) عبارة، وقد حدد سلم الاجابة بتقديرات ثلاثة (لا يحدث، يحدث احيانا، يحدث كثيرا) وأعطيت الدرجات (1،2،3) على التقديرات بنفس الترتيب.

صدق الاتساق الداخلي:

طبق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من (22) طالبا من طلاب ذوي صعوبات التعلم غير عينة الدراسة، وحسب ارتباط درجة كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية، حيث تراوحت بين (0,86-0,88) مما يدل على الاتساق الداخلي للمقياس.

كم تم التحقق من ثبات المقياس بالطرق التالية:

طريقة الإعادة:

حيث طبق على عينة غير عينة الدراسة بلغت (25) طفلاً من ذوي صعوبات التعلم وبفاصل زمني قدره (21) يوماً، حيث بلغ معامل الارتباط بين درجات الأطفال في مرتي التطبيق (0,85) عند مستوى دلالة (0,01)، مما يدل على ثبات عال للمقياس.

طريقة ألفا كرونباخ:

إذ بلغ معامل الثبات (0,88) وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية .

ثانياً: برنامج العلاجي المعرفي السلوكي (إعداد/الباحثان):

قام الباحثان لغايات إعداد البرنامج الحالي بوضع تصور للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من خلال الاطلاع على الأبحاث والدراسات والبرامج المتوفرة، معتمداً على الإطار النظري الإكلينيكي الذي قدمه آيرون بيك Beck, A وزملاؤه، والتي اهتمت بتطبيق برامج تعديل السلوك المعرفي لعلاج مجموعة من الاضطرابات كالخوف والقلق والانسحاب وغيرها. وتم عرض البرنامج على تسعة من أساتذة علم النفس والإرشاد في جامعة الطائف، وجامعة أم القرى، لغايات تحكيم البرنامج ومدى ملاءمته لأغراض الدراسة وعلى ضوء ذلك تم إجراء التعديلات على البرنامج وفق آراء المحكمين.

أهداف برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

يتضمن البرنامج هدفين احدهما عام وهو خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في الفئة العمرية بين (9-12)، وذلك من خلال تدريبهم على استخدام بعض استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي. وثانيهما خاص وهو إكساب افراد المجموعة التجريبية المعرفة الإيجابية حول التعايش الايجابي مع النفس، ومهارات تحديد الاهداف واقامة علاقات اجتماعية كذلك تحسين مهارة الضبط الذاتي واستراتيجيات حل المشكلات لدى افراد المجموعة التجريبية، وخفض مستوى المشكلات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بسلوك الانسحاب الاجتماعي وذلك من استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي.

أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج في الأساليب والفنيات التي بني عليها، لخفض مستوى سلوك الانسحاب لذوي صعوبات التعلم والتي تعطيه أهمية كبيرة في شموله لهذه الفئة لتخفيف مشاكلها

التي تحد من تعلمهم ومشاركتهم الاجتماعية، وذلك من خلال ما تتضمنه جلسات البرنامج في تعديل اخطاء التفكير واعادة البناء المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية.

الأسس التي بني البرنامج عليها:

- **الاساس العلمي:** انطلق الباحثين في بناء واعداد هذا البرنامج بعد مراجعة لمجموعة من الدراسات العلمية الحديثة التي استخدمت أساليب تعديل السلوك المعرفي في معالجة وخفض الأعراض للمشاكل التي يعاني منها الأطفال كدراسة شيمبوكورو وآخرين (Shimabukuro et al., 1999) ودراسة ميراندا وبرزنتاشيون (Miranda & Presentacion, 2000 ودراسة ميراندا وآخرين (Miranda et al., 2002) ودراسة ديبسوالسمادوني (1998) كذلك الافتراضات التي قدمها كل من لوريا حول أهمية التحكم اللفظي في السلوك خلال مراحل النمو للأطفال (Barkley, 1998; conte, 1998; Berk & Potts, 1991).
- **الأساس النفسي:** راعى الباحثان المرحلة العمرية عند اختيار بنود فقرات البرنامج العلاجي، كذلك المرحلة الدراسية والتي تأخذ مرحلة الطفولة المتوسطة كونها مرحلة صقل شخصية للطفل وتبني اتجاهات قبل دخوله المراحل اللاحقة من عمره كمرحلة المراهقة .
- **الاساس التربوي:** حيث توافقت الفقرات مع الاهداف التربوية، بحيث تم توظيف بعض الفنيات للالتزام بهذا المفهوم.
- **الاساس الاجتماعي:** حيث كانت الفقرات متوافقة ومعززة للعادات والتقاليد، فالسلوك الانساني يتأثر في استوائه واضطرابه بالجماعة التي ينتمي اليها.
- **الاساس الفسيولوجي:** وطف البرنامج الفنيات التي تراعي الاسس الفسيولوجية للطلبة، كفنيات التعلم بالقوة، ولعب الادوار، والواجبات المنزلية، واللعب.

محتوى البرنامج:

- **أنشطة التهيئة:** وهي الأنشطة التي تبدأ بها الجلسات التدريبية، والتي يتم تطبيقها في العشر دقائق الأولى من الجلسة، عن طريق استخدام المثيرات البيئية الطبيعية المجهزة

مسبقا او المتوفرة داخل غرفة الصف، أو عن طريق ممارسة بعض الأنشطة المدرسية المناسبة.

▪ **الأنشطة الرئيسية:** وهي الأنشطة التي استندت عليها في التدريب على مهارات التفاعل الاجتماعي والتعامل مع الرفاق.

الفنيات والأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج:
- المحاضرة. - المناقشة والحوار - التدعيم الايجابي - التكيف مع حالة الذات - تعديل اخطاء التفكير - اعادة البناء المعرفي - التدريب على المهارات الاجتماعية والتعاون - الدعاء والتمني - التعلم بالقدوة - الواجبات المنزلية والخارجية - لعب الادوار - الرسم - الالعاب الترفيهية والتعاونية.

الخطة العلاجية:

ركزت الخطة العلاجية على زيادة قدرة افراد المجموعة التجريبية على الحوار ومبادلة الحديث والتعاون مع الرفاق وذلك من خلال ما يلي:

- لقاء الاسئلة العابرة او الاسئلة المكثفة، والتي تتناول الاستعراض المعرفي، وتعديل اخطاء التفكير، وبناء خبرات للتعاون والمهارات الاجتماعية.
- الاحتكاك البصري اثناء عملية تبادل الحديث.
- اظهار الاهتمام والتعاون مع الاخرين بصورة تتسم بالود والاحترام.
- عمل علاقات اجتماعية داخل المنزل وخارجه من خلال الواجبات المنزلة.

مدة ومراحل تطبيق البرنامج:

طبق البرنامج في (15) جلسة، بواقع (3) جلسات أسبوعيا، مدة كل جلسة (35) دقيقة. وقد استغرق تطبيق البرنامج (5) أسابيع.

طريقة تطبيق البرنامج:

تم اتباع أسلوب العلاج الجمعي في برنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك للأسباب

الآتية:

(أ) تشابه المشكلة بين أفراد العينة التجريبية.

ب) تحقيق جزء كبير من أهداف البرنامج التي ركزت على التعاون والتشارك، فالطالب من خلال وجوده في برنامج جمعي سوف يتفاعل مع اقرانه المشاركين.

ج) مناقشة بعض المواضيع اثناء الجلسات الجماعية يثري الحوار ويشجع افراد المجموعة على التحدث والافصاح عن الافكار والمشاعر والاستفادة من التجارب التي مر بها الطلبة.

مكان تطبيق أنشطة البرنامج العلاجي:

تتوزع الاماكن التي عقدت بها النشاطات وورش العمل مع الطلاب بحيث يتناسب النشاط مع المكان (كالساحة المدرسية، وملاعب المدرسة (القدم والسلة، والطائرة، وتنس الطاولة) ومصلى المدرسة، ومكتبة المدرسة، وغرفة الصف، وغرفة المصادر).

الأدوات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام مجموعة من الأدوات التي تتناسب النشاطات والمهام التي تجري في الجلسة كملف أعمال لكل طالب، ورسومات تشمل مهارات اجتماعية وتعاون، منضدة ومقاعد للجلوس، سبورة وأقلام للكتابة، كرة قدم وكرة سلة وكرة طائرة، C.D لأفلام ومواد علمية من اليوتيوب (Youtube)، ومعجون، وأقلام الرصاص، وألوان مائية وزيتية وشمعية، لاصق، غراء،.....الخ).

المعززات المستخدمة وأسلوب تقديمها:

استخدمت مجموعة من المعززات مع الطلاب كالمعززات الغذائية (كالحلوى، والبسكويت،...الخ) والمعززات المادية (كالألعاب، القصص، الالوان، الافلام، الصور،.....الخ) والمعززات الرمزية (كالنقاط والنجوم والشيكات الورقية) والمعززات النشاطية (كالاستماع إلى القصص، ممارسه الألعاب الرياضية، الرسم، المشاركة في الحفلات المدرسية) والمعززات الاجتماعية (كالمديح والثناء والتشجيع). كما حددت الاستراتيجيات المناسبة لتقديم المعزز أثناء عملية العلاج بطريقة تتوافق مع حالة وخصائص الطالب من خلال الرجوع للاستطلاع الذي أُجري على الطلبة لمعرفة ما يحبه من المعززات وأفضل المواهب لديه.

الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج العلاجي:

- تزامن بعض جلسات العلاج مع الدروس المهمة كححص الرياضيات.

- انشغال بعض الأماكن التي تناسب أداء بعض فقرات البرنامج العلاجي كالمصلى أو الملاعب أو المكتبة.
 - صعوبة الواجبات التي تتطلب عملاً كتابياً على الطلبة مما يؤدي إلى عدم إتقان الواجب بالشكل المطلوب.
 - الخصائص التي يتميز بها الطلاب ذوو صعوبات التعلم في عدم التركيز والانتباه مما يؤدي إلى صعوبة الوصول إلى استنتاجات عبر المادة المطروحة كذلك عدم فهم الأفكار التفصيلية، أو فهم الفكرة العامة من خلال النشاطات المؤداة.
 - تأجيل بعض الجلسات بسبب وجود بعض الاختبارات لدى الطلبة.
- أسس نجاح البرنامج العلاجي:
- رغبة أولياء أمور الطلبة في خفض مستوى انسحاب أبنائهم من المواقف الاجتماعية.
 - قناعة الطلبة بأهمية البرنامج العلاجي المطروح في تحقيق تقدم في العلاقات الاجتماعية.
 - التزام الطلاب بالحضور وعدم التغيب عن جلسات العلاج.
 - ادأؤهم بانتظام للنشاطات التي توكل لهم في المنزل والخارج.
 - المحفزات المقدمة في اثناء الجلسات من قبل إدارة المديرية والمطبقين للبرنامج.
 - الفنيات والوسائل التي استخدمت في تطبيق البرنامج العلاجي والذي لائتم الطلبة وحاجاتهم.

ثالثاً: إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع المعلومات:

- 1- إعداد مقياس الدراسة وبرنامج العلاج السلوكي وتحكيمهما والتحقق من صدقهما وثباتهما.
- 2- اختيار المدارس التي سيتم تطبيق البرنامج العلاجي فيها واختيار العينة وتوزيعها في مجموعتين تجريبية وضابطة والتحقق من التكافؤ بينهما في متغيرات (العمر الزمني، والذكاء، وسلوك الانسحاب الاجتماعي).
- 4- تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على أفراد المجموعة التجريبية.
- 5- إعادة تطبيق مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي (القياس البعدي) على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي المقترح في هذه الدراسة.

- 6- التوقف عن تطبيق البرنامج لمدة أربعة اسابيع ومن ثم عمل قياس المتابعة.
- 7- معالجة البيانات واستخلاص النتائج ومناقشتها وصياغة التوصيات في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

الأساليب الاحصائية:

أستخدم اختبار مان ويتني (Test Mann- Whitney) للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات المستقلة، واختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) للكشف عن دلالة الفروق للمجموعات المرتبطة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتيجة الفرض الأول ونصه: توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية فقد استخدم الباحثين اختبار مان ويتني (u) Mann- Whitney لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات المستقلة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياس البعدي، والجدول رقم (4) يوضح ذلك.

الجدول رقم (4)

نتائج اختبار مان وتيني ودالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية وافراد المجموعة الضابطة على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياس البعدي.

بيان	المجموعة	م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	u	w	Z	مستوى الدلالة
سلوك	التجريبية (ن=13)	12,00	3,00	15,00	0,00	15,00	-2,619	0,01
الانسحاب	الضابطة (ن=13)	25,40	8,00	40,00	0,00			

يتضح من خلال الجدول رقم (4) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,01%) حيث إن متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية كانت أقل من درجات افراد المجموعة الضابطة، مما يدل على أن معدل سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية قد انخفض انخفاضاً دالاً مقارنة في المجموعة الضابطة، وهذا يعود الى فعالية البرنامج العلاجي الذي تعرضوا له، وبذلك تتحقق صحة هذه الفرضية.

يمكن تفسير هذه النتيجة بان البرنامج المستخدم والذي يقوم على العلاج المعرفي السلوكي، كان له أثر ايجابي وفاعل في خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى افراد المجموعة التجريبية، وما شمله من فنيات وأساليب اتقنت مع رغبات الطلاب واهتماماتهم الخاصة، والتي اعتمدت على مستوى من الإثارة في صلب الاتجاه المعرفي السلوكي، الذي اعتمد على التعزيز والتدريب على المهارات الاجتماعية، من خلال إشراك الطفل في تفاعلات حقيقية، والتعامل مع أفكارهم غير المنطقية وتصحيح لسلوكياتهم الخاطئة وربطهم بالواقع وتعريفهم بمسؤولياتهم ونتائج قراراتهم، مما يجعلهم قادرين على الضبط الذاتي وتعديل أفكارهم والاعتماد على أنفسهم ودفعهم الى التفاعل بإيجابية ومواجهة الأحداث بمنطقية وتعقل وسلوك رشيد.

وهذا يدعم فعالية العلاج المعرفي السلوكي والذي يعتبر من المداخل العلاجية المناسبة والفاعلة للتعامل مع المشكلات السلوكية التي تواجه الطلبة بالحقائق العلمية والتجريبية، ودوره في تعديل السلوكات المشككة كسلوك الانسحاب، وقدرته على تحديد أنماط السلوكات اللاتوافقية

والتعامل معها للتوصل الى تغييرات معرفية سلوكية للأطفال، ورفع معدلات المشاركة والتفاعل مع البيئة لتحقيق الاندماج والمشاركة والتفاعل الايجابي لديهم، وذلك لاحتوائه على اساليب علاجية تصلح مع هذه الفئة العمرية. إن البرنامج العلاجي زاد من قدرة الطلبة على المشاركة في الانشطة المدرسية وتكوين صداقات، والتعبير عن حوائجهم ومشاعرهم، ومواجهة المشكلات التي تعترضهم، مما انعكس على تحسن في المهارات الاجتماعية لديهم. ويرى بعض الباحثين أن الاطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم ولديهم مشاكل اجتماعية فإنه لا بد من تعريضهم لبرامج علاجية لتحسن من مهاراتهم الاجتماعية (Forness& Kavale,1996).

أما المجموعة الضابطة فلم يكتسبوا هذه المهارات، ذلك لأنهم لم يتعرضوا إلى البرنامج العلاجي. وهذه النتيجة تدعم ما سبق وما توصلت إليه الدراسات السابقة والتي استخدمت برامج متعددة ومجموعة من الأنشطة المتنوعة كدراسة كل من (هياجنة والشكري، 2013؛ الشربيني وابو السعود، 2013؛ الزيادات وحداد، 2012؛ الرمانة، 2012؛ Langeveld, et al, 2012؛ الرفاعي والجمال، 2011؛ Goldbek, 2011؛ Nestler& رجب، 2012؛ عيسى وجمعة، 1999؛ Wachelka& Katz, 2002؛ Paul, 2010) حيث أكدت هذه الدراسات بمجملها على فاعلية واهمية الحاجة لتصاميم برامج وقائية أو علاجية نوعية لخفض السلوكات المشكلة لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

نتيجة الفرض الثاني ونصه: توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية فقد استخدم الباحثين اختبار ويلكوكسون (W)Wilcoxon لاختبار دلالة الفروق بين عينتين مرتبطتين، والجدول رقم (5) يوضح ذلك.

الجدول رقم(5)

نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة **Z** ودالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات

أفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي

بيان	نوع القياس	م	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
سلوك الانسحاب	قبلي	٢٥,١٩	الرتب السالبة	١٣	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	بعدي	١٢,٠٠	الرتب الموجبة	-	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٠٧٠	٠,٠٥
			التساوي	-				

يتضح من خلال الجدول رقم (5) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05%)، حيث ان متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي أقل من متوسط القياس القبلي، وهذا يعني انخفاض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي لديهم، بفضل البرنامج العلاجي المطبق في الدراسة، وبذلك تتحقق صحة هذه الفرضية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما استخدم من فينات واساليب هدفت مساعدة الطلبة على خفض مستوى سلوك الانسحاب الاجتماعي، وذلك من خلال تدريبهم على تغيير انماط التفكير السلبية الى انماط التفكير الإيجابية، وتدريبه على كيفية التغلب على بعض المشاعر الخاطئة لديهم لتقوى دافعيتهم للمشاركة والتعاون مع الزملاء وذلك من خلال امتلاكهم مهارات التكيف المعرفية لضبط الجانب المتعلق بالأفكار والتخيلات. كما عمل البرنامج على توكيد الذات لدى افراد المجموعة التجريبية الامر الذي مكثهم من التصرف السوي وتجنب العزلة والانسحاب. ولدور التعزيز والمتابعة التكاملية الجادة من قبل المشرفين واستخدام الالعاب، وطرح القصص الهادفة والالعاب، والرسومات والواجبات المنزلية والنماذج السلوكية، ولعب الادوار والتمثيل التي تعبر عن أنشطة الحياة اليومية الاسرية والمدرسية، التي جعلت المتعالج يجرب السلوك الذي يخشاه أو يتجنبه بالمحاكاة والتنقيس الانفعالي، مما يتيح التحدي المباشر لأفكاره اللاعقلانية.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع الدراسات التي عمدت تحديدا استخدام العلاج المعرفي السلوكي

كدراسة كل من (الشربيني وابو السعود، 2013؛ رجب، 2010؛ Langeveld, et al, 2013; 2012; الرفاعي والجمال، 1999; Wachelka & Katz, 2011; Paul, 2002;).

نتيجة الفرض الثالث ونصه : لا توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية فقد استخدم الباحثين اختبار ويلكوكسون (W)Wilcoxon لاختبار دلالة الفروق بين عينتين مرتبطتين، وذلك بمقارنة متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي، والجدول رقم (6) يبين ذلك.

الجدول رقم(6)

نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة Z ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي

بيان	نوع القياس	م	توزيع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
سلوك قبلي	١٢,٠٠	الرتب السالبة	٨	٢,٨٣	٨,٥٠			
الانسحاب بعدي	١١,٨٥	الرتب الموجبة	٥	٣,٢٥	٦,٥٠	-٠,٢٧٦	غير دالة	
		التساوي	-					

يتضح من خلال الجدول رقم (6) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات افراد المجموعة التجريبية على مقياس سلوك الانسحاب الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي، بعد مرور اربعة اسابيع من تطبيق البرنامج العلاجي، حيث إن الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي كانت طفيفة، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي وذلك باستمرار اثره في التحسن في العلاقات الاجتماعية، وتخفيف الانسحاب الاجتماعي، وبذلك تتحقق صحة هذه الفرضية.

ويمكن تفسير بقاء هذا الأثر من خلال نقل الطلاب لما تعلموه أثناء تطبيق المواقف والنشاطات في الجلسات العلاجية الى المواقف الحياتية. فالبرنامج سعى إلى إلقاء جزء كبير من التدريبات على المهارات الاجتماعية على عاتق الطلاب وذلك من خلال النشاطات المنزلية المكتفة فهي المرتع الخصب الحي والمباشر لتطبيق ما تعلموه في ممارسة السلوك الاجتماعي

سواء مع افراد الاسرة او زملاء الحارة أو أثناء الزيارات المتبادلة وقد توبع ذلك من قبل الباحثين وعزز بشكل كبير .

كما ويرد ذلك الى استخدام التمثيل والتي تعكس التعامل الاجتماعي الحسن من خلال مسرحيات صغيرة عرضها الطلاب تضمنت أدوارا وتفاعلات اجتماعية وألفاظا تذكر في هذه المواقف، وكان للرسم الدور الكبير من خلال قيام الطلاب برسم انفسهم في مواقف اجتماعية وشرحها لبعضهم البعض وإن مثل هذه الأعمال تبقى راسخة في ذهن المتعلم. كما ساعد على بقاء أثر البرنامج العلاجي النتيجة الطيبة التي حصل عليها الطلاب من خلال المشاركات والتفاعلات الاجتماعية وتبصيرهم بحقيقة تفكيرهم غير المنطقي السابق عن الناس والرفاق والعلاقات الاجتماعية ككل مما ادى الى توفير معزز ايجابي لهم من اجل الحصول على تحسن افضل في المهارات الاجتماعية والخروج من انسحابهم غير المبرر .

وكان للمعززات التي تمت أثناء البرنامج والتي لامست حاجات الطلبة والمعززات التي وعدوا بها من قبل أهاليهم ومعلميهم ومدير المدرسة إن استمروا على نهج التعاون والتشارك ساهم بدور كبير في بقاء أثر التعلم الذي تلقوه في البرنامج العلاجي وهو ما أدى إلى التنافس بين الطلبة لنيل جوائز على تشاركتهم مع رفاقهم والتعاون مع المعلمين .

كما ان إتاحة الفرصة أمام أفراد المجموعة التجريبية للتعبير عن مشاعرهم ومناقشة الصعوبات التي تواجههم في جو آمن، والصراحة التي نهجوها والجدية، ساهم في ترك أثر للبرنامج حتى بعد انتهائه. كما أن لجلسات البرنامج التي تكونت من (15) جلسة قد يكون لها دور في توفير الفرص الكافية والوقت الكافي لإدراك أعضاء المجموعة التجريبية لأضرار الانسحاب الاجتماعي وأهمية الاندماج في المجتمع ومشاركة الرفاق

كما وأن لعدد أفراد المجموعة التجريبية والتي تكونت من (13) طالبا، ومراعاة البرنامج لخصائصهم المتقاربة والمتشابهة، وتفاعلهم مع بعضهم البعض من خلال المحاكاة للأحداث اليومية أو التعلم العرضي قد سهل عملية التفاعل بشكل كبير بحيث يتيح لكل واحد منهم دروا

إيجابيا في المشاركة التي اتاحت لهم تغيير معتقداتهم اللاعقلانية، واستبصارهم الذاتي والخروج بحلول لما يواجهون من مشاكل، وفي اداء النشاطات لمحاور الجلسات بتكرار وحرية بروح الفريق المتعاون. وهذا ما يراه (Bryan & Lee, 1990) من أن التفاعل مع الأقران في نفس المستوى العمري يسهم في تطوير التفكير الشخصي والأخلاقي والاجتماعي.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة (هياجنة والشكيري، 2013؛ الشربيني وابو السعود، 2013؛ الزيات وحداد، 2012؛ الرمانة، 2012؛ Nestler & Langeveld, et al, 2012; Goldbek, 2011؛ الرفاعي والجمال، 1999؛ Wachelka & Katz, 2002؛ Paul, 2011)؛ حيث أكدت هذه الدراسات على فاعلية البرامج المستخدمة حتى بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

إلا أن الدراسة اختلفت مع دراسة (رجب، 2010) التي عمدت إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف العصاب القهري لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم ولعل ذلك يرجع الى ان مثل هذه الامراض النفسية تحتاج تدريباً أكثر، او تحتاج الى مختصين في مجالات الطب النفسي، وان فترات العلاج تكون طويلة وتحتاج الى صبر وحكمة، لتعطي النتائج المرجوة، وما استنتجته الدراسة من فاعلية البرنامج في القياس البعدي هو نتيجة آنية ودل عليها عدم وجود دلالة احصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية.

الاستنتاج والتوصيات:

- وضع نشاطات منهجية ولا منهجية تشاركية بين الطلبة العاديين وذوي صعوبات التعلم.
- تدريب القائمين في المدارس مثل المعلمين والمرشدين التربويين ومعلمي غرف المصادر والمعالجين النفسيين للقيام بتطبيق فنيات هذا البرنامج وتوظيفه على الطلبة الذين يعانون من مشكلة الانسحاب الاجتماعي.
- إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية لتشخيص الحاجات النفسية والمشاكل السلوكية لدى فئات التربية الخاصة.

- حث أولياء أمور الطلبة على توفير فرص تعلم اجتماعي لأبنائهم في مهارات التحدث والمناقشة واللعب منذ الصغر لاختزال مواقف تفاعل اجتماعية تحيدهم عن الانسحاب.
- مراقبة سلوك الأطفال من قبل أولياء الأمور أو المدرسين، لاكتشاف أية مظاهر سلوكية تضر الطفل وعلاجها.

قائمة المراجع

- باترسون (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، (ترجمة حامد الفقي). ج 1. الكويت: دار القلم.
- البطائية، اسامة والرشدان، مالك والسبايلة، عبید والخطاطبة، عبد المجيد(2005). صعوبات التعلم النظرية والممارسة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- حسن، عبد الحميد(2009). دراسة مقارنة بين الاطفال ذوي صعوبات التعلم والاطفال الاسوياء في المهارات الاجتماعية. مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية، 1 (1)، -112-70.
- حسيب، محمد (2003). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية . بنها.
- الخطيب، جمال (1992). تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين. الأردن : دار إشراق للنشر والتوزيع .
- الخطيب، جمال والبستجي، مراد.(2006). مستوى التفاعل الاجتماعي للطلبة ذوي صعوبات التعلم مع الطلبة العاديين في المدارس العادية في ضوء بعض المتغيرات، دراسات، العلوم التربوية،(1) 33، 82-95.
- دبيس، سعيد عبدالله، والسمادونى، السيد إبراهيم (1998). فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة علم النفس، 46 (12)، 98-119.
- دسوقي، كمال محمود (1999). ذخيرة علم النفس . القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع .
- رجب، سليمان(2010). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض العُصاب القهري لدى الطلاب ذوي صعوبات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية. جامعة بنها.

- الرفاعي، نعيمة والجمال، حنان(2011). فاعلية برنامج تدخل معرفي سلوكي قائم على الضبط الذاتي في تحسين الكفاءة الاجتماعية وخفض السلوك المعادي للمجتمع لدى عينة في مرحلة المراهقة المبكرة، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، 35، 507-544.
- الرمانة، عبداللطيف (2012). فاعلية برنامج تدريبي قائم على السيكوودراما في خفض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الاردن.
- زهران، حامد (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي، (ط2). القاهرة : عالم الكتب.
- الزيادات، ماهر وحداد، نهلا (2012) . اثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات الاكاديمي والثقة بالنفس لدى عينة من الطالبات ذوي صعوبات التعلم في الاردن، مجلة العلوم التربوية النفسية، 13 (4)، 359-353.
- زيد، العربي (2003). فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين عقليا، رسالة ماجستير غير منشوره. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- سمعان، مريم وابو فخر، غسان (2010). الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المتخلفين عقليا وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة ميدانية في مراكز رعاية وتأهيل المعوقين ذهنيا في محافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق، 26(4)، 770-812.
- الشرييني، السيد و ابو السعود، شادي (2013) . فعالية التعديل المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم، مجلة كلية التربية بالعريش، 2(2)48-92.
- عبد الله، عادل (2000) . العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
- عبدالله، ايمن والشهاب، ابراهيم (2013). السلوكيات غير التكيفية لدى طلبة صعوبات التعلم في المرحلة الاساسية الدنيا في مديرية تربية اربد الثانية، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21(1)، 268-235.

عصفور، قيس ومطر، عبد الفتاح والعايد، واصف و خليفة، وليد(2011). فاعلية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تعديل سلوك الاطفال المضطربين سلوكيا بمدينة الطائف، مجلة كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، 1، (2)،142-212.

عيسى، يسري وجمعة، احمد(2010).فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالفن لخفض النشاط الحركي الزائد وتحسين الانتباه لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة المنيا، 23 (2)،47-59.

الغامدي، عزة (2003). العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، الرياض، السعودية.

كواسه، عزت والسيد، خيرى(2011). المناخ الاسري كما يدركه الابناء وعلاقته بالتكيف الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الازهر، 145،-89، 55.

المقداد، قيس وبطايينة، اسامة والجراح، عبد الناصر(2011). مستوى المهارات الاجتماعية لدى الاطفال العاديين والاطفال ذوي صعوبات التعلم في الاردن من وجه نظر المعلمين، المجلة الاردنية في العلوم التربوي،7(3)،253-270.

المكانين، هشام و العبد اللات، بسام والنجادات، حسين (2014).المشكلات السلوكية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية من وجهة نظر المعلمين والاقربان، المجلة الأردنية في العلوم التربوية،4(10)،503-516.

هياجنة، أمجد والشكيري، فتحية (2013). فاعلية برنامج ارشادي جمعي في تنمية مفهوم الذات الاكاديمي لذوي صعوبات التعلم الاكاديمية، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية،21 (1)،189-225.

- Barkley, R.(1998).Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2th ed.). New York : The Guilford press.
- Bender , W., Rosenhrans , C., & Crane , M.(1999). Stress , depression , and suicide among students with learning disabilities :Assessing the risk .Learning Disability Quarterly, 22, 143-156.
- Bender, W. , & Smith, J. (1990). Classroom behavior of children and adolescents with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 7, 35-43.
- Berk, L.E.,& Potts ,M.K.(1991). Development and functional significance of private speech among attention – deficit hyperactivity disorder and normal boys. Journal Of Abnormal Child Psychology, 19, 357 -377.
- Braswell, L., & Kendall, P.(1988). Cognitive – Behavioral methods with children, Ink. S. Dobson(Ed). Hand book of cognitive behavior therapies, New York: Guliford press.
- Broomhead, K. (2014). A clash of two worlds'; disjuncture between the norms and values held by educational practitioners and parents of children with behavioral, emotional and social difficulties, British Journal of Special Education, 41(2),136-150.
- Bryan, T., & Lee, J. (1990). Social skills training with learning disabled children and adolescents: the state of art. In T. E. Scruggs and B. Y. L. Wong (eds.), Intervention Research in Learning Disabilities, New York: Springer- Verlag.
- Burnett, S. (1999). Enhancing student's self-concepts and related constructs. Unpublished study, University of Western Sydney.

- Chung, H., & Elial, M. (1996). Patterns of Adolescent Involvement in Problem Behaviors: Relationships to Self – efficacy, Social Competence, and life Events American. Journal of Community Psychology, 24,771-784.
- Conte, R.(1998).Attention disorders. in Wong, B. (Ed) learning about learning disability, (67-106).San Diego,CA: Academic Press.
- Cooray, S., & Bakala, A.(2005). Anxiety disorders in people with learning disabilities. Advances in psychiatric treatment,11,351-361.
- Corsini, R., & Auerbach, A.(1996). In Concise Encyclopedia of psychology, 2nd ed :New York, John W. Wiley & Sons.
- Elbaum, B., & Vaughn, S.(2003). For which students with learning disabilities are self- Concept Interventions Effective? Journal of Learning Disabilities,36(2),101-108.
- Farmer, T. , Rodkin, P. , Pearl, R., & Van Acker, R. (1999). Teacher-assessed behavioral configurations, peer-assessments, and self-concepts of elementary students with mild disabilities. Journal of Special Education, 33, 66–80.
- Forness, S., & Kavale, K. (1996). Treating social skill deficits in children with learning disabilities: A meta-analysis of the research. Learning Disability Quarterly, 19(1),2-13.
- George,A., & Alexandratou, V.(2014).Teaching Social Skills Students with Learning Difficulties and Behavioral Problems in the Inclusive Classroom. American Journal of Educational Research, 2 (12),1284-1287.
- Greca, A., & Vaughn, S. (1992). Social functioning of individuals with learning disabilities. School Psychology Review,12(3), 340-374.

- Gresham, F., Sugai, G., & Horner, R. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities: social validation, generalization, and maintenance. *Behavior Modification*,13,4-31.
- Grumm, M., Hein, S., & Fingerle, M. (2013). Improving Prevention Programs: First Results on the Relation between Subjectively Perceived Levels of Usefulness and Social Competencies. *European Journal of Psychology of Education*, 28 (1), 121-131.
- Hallahan, D., & Mercet, C. (2002). Learning Disabilities: Historical perspective. En: Bradley, R. Danielson, L. & Hallahan D. (Eds.), *Identification of Learning disabilities: Research to practice*, (pp. 1-67). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Healy, K. (1987). The price of social ineptitude in learning-disabled children: The challenge ahead. *Reading, Writing, and Learning Disabilities*, 3, 149-160.
- Jill, J., Michelle, M., & Conway, F. (2005). Social Skills and Behavior Problems in Children with Disabilities with and without Siblings. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), P227 – 241.
- Kavale, K. (2007). Quantitative research synthesis: meta-analysis of research on meeting special education needs. In L. Florian (Ed.), *The SAGA handbook of special education*. London: Sage publications, 207-221.
- Langeveld, J., Gundersen, K., & Svartdal, F. (2012). Social Competence as a Mediating Factor in Reduction of Behavioral Problems. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(4), 381-390.
- Lerner, J. (2002). *Learning Disabilities: Theories Diagnosis, and Teaching Strategies*. (7th edition). Boston: Houghton Mifflin.

- Mammarella, I., &Pazzaglia, F. (2010). Visual perception and memory impairments in children at risk of nonverbal learning disabilities. *Child Neuropsychology*, 16, 564-576.
- Meichenbaum, D.(1997).*The Unconscious Reconsidered*, New York: Pergman.
- Meichenbaum, D.(2006). *Cognitive Behavior Modification*, Behavior On Line.
- Merrell, K.(1993). Using behavior rating scales to assess social skills and antisocial behavior in school settings .*School Psychology Review*,22 (1),115-119.
- Miller, B., &Mcardle, P. (2011). Moving closer to a public health model of language and learning disabilities: The role of genetics and the search for etiologies. *Behavior Genetics*, 41, 1-5.
- Miranda, A., Presentacion, M.,& Soriano, M. (2002). Effectiveness of A school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD.*Journal of learning Disabilities*,35(6),546-562.
- Miranda, A.,&presentacion, M. J.(2000). Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of children with ADHD and without aggressiveness. *Psychology in the School*, 37 (2), 169-182.
- Moisan, T.(1998). Identification and Remediation of Social Skills Deficits in Learning Disabled Children. Unpublished Master's Dissertation, Chicago State University, Illionis,U.S.A.
- National Joint committee on learning disabilities . (1994). *Collective perspectives on issues affecting learning disabilities : position papers and statements*, 65 . Austin, Tx:pro-ed.
- Nestler, J., &Goldbeck, L.(2011). A pilot Study of Social Competence Group Training for Adolescents with Borderline intellectual Functioning and Emotional and Behavioral Problems (SCT-ABI). *Journal of Intellectual Disability Research*,55 (2),231-241.

- Nowicki, E. (2003). A Meta- Analysis of The Social Competence of Children with Learning Disabilities Compared to Classmates of Low and Average to High Achievement. *Learning Disability Quartely*,26 (3),171-188.
- Obrzut, J., & Mahoney, E.(2011). Use of the dichotic listening technique with learning disabilities. *Brain and Cognition*, 76, 323-331.
- O'dwyers, J.(2000). Learning disability psychiatry- The future Of services, *Psychiatric bulletin*,25,247-250.
- Paul, W.(2002). A randomized controlled Trail of Efficacy of cognitive Behavioral anger management group for clients with Learning Disabilities, *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 15 (3),224-235.
- Pavri, S., &Luftig, R.(2000). The social face of inclusive education: are students with learning disabilities really included in the classroom? *Preventing School Failure*, 45 (1),8-14.
- Pawll, G.(1990).*The Handy Personality: Cognitive and Physiological Responses*. New York: Plenum.
- Quine, A.(1991). Sleep problems in children with severe mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research*,35,269-290.
- Ritter, D. (1989). Social Competence and Problem Behavior of Adolescent Girls With Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*.22 (7),39-45.
- Schachter, D., Pless, I., &Bruck, M.(1991).The prevalence and correlates of behavior problems in learning disabled children. *Canadian Journal of Psychiatry*,36 (6),260-267.
- Sdorow, L.(1995).*Cognitive Behavior Modification, psychology*, Chapter 15.

- Shimabukuro, S. M., Prater, M. A., Jenknis, A., & Smith, P. A. (1999). The effects of self-monitoring of academic performance on students with learning disabilities and ADD/ADHD. *Education and Treatment of Children*, 22 (4), 397-414.
- Shujja, S., & Malik, F. (2011). Cultural Perspective on Social Competence in Children: Development and Validation of an Indigenous Scale for Children in Pakistan. *Journal of Behavioral Sciences*, 21 (1), 13-32.
- Swanson, H. L. (2011). Dynamic testing, working memory, and reading comprehension growth in children with reading disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 358-371.
- Tu-Kaspa, H., Margalit, M., & Most, T. (1999). Reciprocal friendship, reciprocal rejection, and socio-emotional adjustment: The social experiences of children with learning disorders over a one-year period. *European Journal of Special Needs Education*, 14, 37-48.
- Unger, R. (2004). *False Necessity : Anti-Necessitation Social Theory in the Service of Radical Democracy*, 2nd ed. London: Verso.
- Vaughn, S., Elbaum, B., & Boardman, A. (2001). The social functioning of students with learning disabilities: Implications for inclusion. *Exceptionality*, 9, 47-65.
- Vicki, S., Frank, M., & Norman, A. (1983). Dimensions of Children's Classroom Social Behavior: A factor Analytic Investigation, *Journal of Behavioral Assessment*, 5 (3), 161-177.
- Wachelka, D., & Katz, R. (1999). Reducing test anxiety and improving academic self-esteem in high school and college students with learning disabilities. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (30) 31, 191-198.