

أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي في خفض مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا

موفق طالب الإبراهيم، عبد الله الزيتاوي *

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي في خفض مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا. تألفت عينة الدراسة من (22) طالباً وطالبة من طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا من الحاصلين على درجة مرتفعة على مقياس الرهاب الاجتماعي، في الفصل الأول من العام الدراسي (2015/2016)، تم اختيارهم وتوزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة في كل منهما (11) طالباً وطالبة، حيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج تدريبي مكون من (12) جلسة على مدى شهر ونصف بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج إرشادي. وقد كان البرنامج في هذه الدراسة متغيراً مستقلاً بينما كان أداء أفراد الدراسة على مقياس الرهاب الاجتماعي متغيراً تابعاً. ولتحقيق غرض الدراسة، تم بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي للرهاب الاجتماعي، وطبق مقياس ماتيك وكلارك للرهاب الاجتماعي (Mattick, & Clark, 1998) مقياساً قليباً، وبعدياً، ومتابعة. وللإجابة عن أسئلة الدراسة استخدم تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) واختبار (T-test). وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أداء المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي الجمعي كان فعالاً في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد الدراسة في القياس البعدي والمتابعة. ويوصى بإجراء المزيد من الدراسات التجريبية التي تتناول العلاج المعرفي السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي وغيره من الاضطرابات لدى طلبة الجامعة.

الكلمات الدالة: برنامج إرشاد معرفي سلوكي، الرهاب الاجتماعي.

المقدمة

شهدت العقود الثلاثة الماضية اهتماماً بحثياً متزايداً بالاضطرابات النفسية بشكل عام واضطرابات القلق بشكل خاص باعتبارها واحدة من أكثر الاضطرابات النفسية والانفعالية شيوعاً، ويعدّ القلق شعوراً طبيعياً لدى الإنسان كالخوف والفرح والحزن، يستجيب له الأفراد بطرق مختلفة ومتفاوتة، ويُعدّ القلق من الدوافع المهمة التي تساعد على الإنجاز حيث يشكل في مستواه المتوسط طاقة إيجابية للتكيف والنجاح، فالقلق يهيئ الفرد لمواجهة متطلبات الحياة اليومية ويزيد من استعداداته لدرء المخاطر وإتقان الأعمال المتنوعة، إلا أن المستويات المرتفعة من القلق قد تؤدي إلى التوتر وسوء التكيف، فالقلق لا يؤثر على حالة الفرد المزاجية فقط ولكن يؤثر على إنتاجية الفرد وقدراته الحيوية أيضاً، فعند زيادة مستوى القلق أو استمراره لفترة طويلة قد يتحول إلى اضطراب يعطل الإنسان ويرهقه ويستنزف طاقته الإيجابية ويجعل حياته مؤلمة ومزعجة. وهناك مجموعة من الاضطرابات النفسية تسمى اضطرابات القلق: كالقلق العام، والوسواس القهري، والمخاوف المرضية المتنوعة كرهاب السوق والأماكن المفتوحة، والرهاب الاجتماعي، والمخاوف المحددة من الحيوانات والمرتفعات والأماكن المغلقة والطائرات وغيرها من المخاوف، واضطراب الشدة بعد الصدمة، واضطراب الشدة الحاد التي تتطلب بمجملها تدخلاً علاجياً لمواجهة آثارها وتقليل مستوياتها بهدف مساعدة الفرد على التكيف مع الواقع ومتطلباته، وسيكون اضطراب الرهاب الاجتماعي هو محور تركيزنا في هذا البحث (عبدالباقي، 1993؛ Barlow, 2000; Wilde, 2008).

ويتميز اضطراب الرهاب الاجتماعي بوجود المخاوف الحادة في المواقف الاجتماعية أو المواقف التي يكون فيها أداء، والشخص المصاب بالرهاب الاجتماعي يحاول تجنب أي نوع من المواقف الاجتماعية التي يشعر أنها تسبب له الإحراج أو الذي يعتقد أنه سيتم تقييمه فيها بشكل سلبي، وهذا النوع من المواقف يمكن أن يتراوح ما بين أشياء بسيطة مثل الاشتراك في حديث، أو تناول الطعام أو الشراب أمام آخرين، أو الأداء في مواجهة جمهور من الناس (مثل القاء خطبة). وإلى حد من غلبة القلق

* جامعة جدارا، الأردن (1). الكلية العلمية الإسلامية، الأردن (2). تاريخ استلام البحث 2016/06/27، وتاريخ قبوله 2017/02/10.

على هذه المواقف الاجتماعية، فهي تعدّ منبأ لكثير من المشكلات المثيرة للضعف والوهن مثل الاكتئاب وسوء استخدام المواد (الزراد وسليط، 2016).

فالسمة الأساسية المميزة للرهاب الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين والتشوه الإدراكي للمواقف الاجتماعية لدى الفرد القلق اجتماعياً، والمعنيون غالباً ما يشعرون انهم محط أنظار محيطهم بمقدار أكبر مما يعنونه أنفسهم لهذا المحيط، ويتصورون إن محيطهم ليس له من اهتمام آخر غير تقييمهم المستمر، وبطبيعة الحال فإنهم يتصورون دائماً إن التقييم لابد وان يكون سلبياً (رضوان، 2001).

ويقول بيك (Beck, 2000) أن الرهاب الاجتماعي هو مظهر ماخر للقلق الذي يعاينه الطلبة بعد قلق الامتحان، فالحديث أمام الآخرين يشكل محكا للجاذبية الاجتماعية، مما يصيب الكثيرين منهم بالخوف من الأداء المستهجن فيبعث عندهم كريا واعاقة متلازمين (بيك، 2000).

ويرى (عيد، 2000) أن الرهاب الاجتماعي مرادف لمعنى اضطراب القلق الاجتماعي ، وأن المفهومين وجهان لخوف واحد، هو الخوف من مواقف اجتماعية بعينها، وأن هذه المواقف تصبح مصدر تهديد، تصاحبها تغييرات فسيولوجية حادة ، تقضي إلى مخاوف مرضية أخرى، وتنتهي إلى التجنب والعزلة والاكتئاب.

الرهاب الاجتماعي: (Social anxiety) يعد الرهاب الاجتماعي ثالث الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد الاكتئاب وسوء استعمال المواد المخدرة، حيث يعرفه عكاشة بأنه خوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (عكاشة، 1992).

بينما يعرفه الرشدي وآخرون (2001) بأنه حالة خوف مستديم وملحوظ في المواقف الاجتماعية أو مواقف العمل أو الأداء، قد يحدث فيها للفرد ارتباك، وغالباً ما يؤدي التعرض لهذه المواقف إلى استثارة واستجابة قلق فورية، التي تأخذ شكل نوبة هلع، يلجأ الفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء.

ويعرف الرهاب الاجتماعي طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA.2013) على أنه خوف أو قلق ملحوظ ومستمر يظهره الفرد في موقف واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي من خلالها يتعرض الفرد لأشخاص غير مألوفين لديه، وإمعان النظر فيه والتدقيق فيه من الآخرين، وإن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يخافون التقييم السلبي من الآخرين ويدركون انهم لم يحظوا بالرضا والاستحسان منهم بل يعايشون الذل والخزي والارتباك في هذه المواقف ونتيجة لذلك فإنهم يتجنبون المواقف الاجتماعية (DSM-V, 2013).

فالرهاب الاجتماعي: هو وصف لحالة مرضية تتكون من شعور بالقلق والتوتر في المناسبات الاجتماعية أو عند التعرض للتركيز من قبل مجموعة من الناس كالاضطراب لإلقاء كلمة أمام جمع أو القيام بالواجبات الاجتماعية أو مقابلة الضيوف، وقد تمتد هذه الحالة لتجنب المجتمعات عموماً أو الهروب خشية الإحراج (جمال، 1997).

ويعرف أتماكا (Atmaca, 2003) الرهاب الاجتماعي بأنه: اضطراب من اضطرابات القلق التي تتميز بالخوف من المواقف الاجتماعية التي يكون فيها الفرد موضع تقييم.

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM- V) معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي كما يأتي:
أ-خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء حيث يكون الشخص أمام أشخاص غير مألوفين له أو يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين في هذه الحالة يخاف الشخص أن يتصرف بطريقة (أو تظهر عليه أعراض قلق) مخزية أو محرجة ملاحظة: بالنسبة للأطفال يجب أن يكون هناك ما يدل على وجود القدرة لدى الطفل على إقامة علاقات اجتماعية مع من يعرفهم مناسبة لمرحلته العمرية، وأن يحدث القلق الاجتماعي في المواقف التي تجتمعه بأقرانه لا في تعامله مع الراشدين فحسب.

ب-التعرض للموقف الاجتماعي المرهوب يثير القلق بصفة دائمة تقريباً، وقد يأخذ هذا القلق شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد يأتي التعبير عن القلق في صورة صراخ، أو ثورات المزاج أو التجمد أو الانكماش عن المواقف الاجتماعية التي تجمع الطفل بأشخاص لا يعرفهم.

ج-يدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد لا يتوفر هذا الشرط.

د- يتجنب الشخص المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المرهوبة، وإلا فهو يحتملها على مضض.

هـ- يؤدي التجنب أو التوقع القلق أو الكرب في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء إلى إعاقة ملحوظة للونيرة الحياتية الطبيعية للفرد، أو لأدائه المهني (أو الدراسي)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعاني الفرد ضيقاً شديداً لوجود هذا الخوف فيه.

و- بالنسبة للأفراد تحت سن الثامنة عشرة، يجب ألا تقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر.

ز- ليس الخوف أو التجنب ناتجا عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء) أو لمرض جسمي عام، ولا يمكن تعليله أفضل بوصفه اضطراباً نفسياً آخر (مثل: اضطراب الهلع المصاحب أو غير المصاحب بأجورافوبيا، أو اضطراب التشوه الوهمي للجسد، أو اضطراب النمو الشامل، أو اضطراب الشخصية الشيزويدية).

ح- في حالة وجود مرض جسمي عام أو اضطراب نفسي آخر يتعين ألا يكون الخوف في المعيار (أ) متعلقاً به، فلا يكون الخوف مثلاً هو من التأتأة، أو من الارتجاج في مرض باركنسون، أو من إظهار سلوك غذائي شاذ في مرض فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي (APA, 2013).

وتقول ملص (2007) إن الإصابة بالرهاب الاجتماعي تؤدي في كثير من الأحيان إلى الحيلولة دون مزاوله المصاب لحياته بشكل طبيعي وإذا لم تتم عملية علاجه بنجاح قد يصبح الرهاب الاجتماعي مزمناً مما يؤثر على حياة الشخص وكفائه ويترتب عليه العديد من الأضرار منها:

1- تدهور الدور الاجتماعي: حيث إن المصاب بهذا الاضطراب يتجنب التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويتعد عن المشاركة في الحياة والتفاعل مع الآخرين، ويحاول خلق أعداء لهذا الانطواء حتى لا يعرض نفسه للصراع مما يؤدي به في النهاية إلى العزلة الاجتماعية.

2- تجنب المواقف الاجتماعية وذلك لما يعانيه من انزعاج انفعالي وسوء تكيف مما يؤدي إلى تقييد حياة الفرد فعندما يتجاوز الرهاب حدود المعقول تتعطل حياة الفرد الاجتماعية اليومية مما يؤثر سلباً على وظيفته ودوره الاجتماعي والمهني. فيتأثر تحصيله العلمي، ويواجه صعوبات في الزواج، ويختار مهنة وروتينا اجتماعيا يمكنه من تجنب القلق الناتج عن هذه المواقف. فالمصاب بالرهاب الاجتماعي قد يعمل بأقل من قدراته أو ذكائه بسبب حساسيته الاجتماعية المتطرفة. فيفضل التنحي لمهنة دخلها قليل على أن يضطر للتعامل بشكل يومي مع الآخرين.

3- قد يؤدي الرهاب الاجتماعي إلى تعقيدات نفسية تقود في النهاية إلى إساءة استعمال الكحول والمهدئات.

4- التأثير على الجانب النفسي كالإصابة بالإكتئاب حيث وجد أن الذين يعانون من رهاب اجتماعي يعانون من اكتئاب وافكار انتحارية. كما قد يؤدي التعرض للموقف الباعث على الخوف الاجتماعي إلى استدعاء القلق الذي قد يأخذ شكل نوبة هلع.

5- التأثير على الجانب الجسمي كالإصابة بأمراض القلب حيث يترافق مع الرهاب الاجتماعي أعراض كالصداع وألم الظهر واضطرابات المعدة والدوار والإحساس بالعجز والخوف من الوقوع ضحية مرض عضوي خطير.

6- التأثير في طلب المساعدة: حيث إن معدل الأفراد المصابين بالرهاب الاجتماعي الذين يطلبون المساعدة هو أقل معدل للعلاج بين الاضطرابات النفسية الأخرى المماثلة له في الشدة. أحد أسباب ذلك أن طبيعة هذا الاضطراب يشعر الفرد بالحرج من طلب المساعدة من المختصين لأسباب عاطفية، والسبب الثاني والأهم أن العديد من الأفراد المصابين بالرهاب الاجتماعي لا يدركون أنهم يعانون من مشاكل نفسية. وبالرغم من أن معدل الإصابة بالرهاب الاجتماعي عند الإناث أعلى من الذكور إلا أن نسبة الرجال الذين يتلقون العلاج أكثر من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية، وربما يكون السبب في ذلك أنه يؤثر على تفاعله اليومي، مما يعرضه إلى مشكلات أكثر من النساء وخاصة في المجتمعات التقليدية.

نسبة انتشار القلق الاجتماعي:

إن نسبة انتشار القلق الاجتماعي في أي مرحلة من مراحل الحياة حوالي 15% من مجموع السكان ونظراً لكبر هذه النسبة وأهمية هذا الاضطراب فقد أنشأت العديد من الروابط والجمعيات منها:

رابطة القلق الاجتماعي، معهد القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى العديد من الروابط، والجمعيات الخاصة باضطرابات القلق بصفة عامة كما يؤثر القلق الاجتماعي على حوالي (5) مليون من البالغين الأمريكيين سواءً من الرجال والنساء (NFMH 2003) وتكون نسبة انتشاره بين النساء أكثر من الرجال (سامر رضوان، 2001).

ويذكر محمد عبد الرحمن (2000) أن ما بين (3% إلى 10%) من طلاب السنة الأولى بالجامعة يعانون من الرهاب الاجتماعي، وأوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نسبة الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي ويراجعون العيادات تبلغ (79) من اضطرابات الخوف عموماً، و(20%) من الاضطرابات غير الذهانية، و(9%) من جميع مراجعي العيادات، كما تشير إحدى التقارير الخاصة بإحدى العيادات الجامعية بالرياض بأن الطلاب الذين يعانون من هذا الاضطراب يشكلون (25%) من مجموع المراجعين (محمد عبد الرحمن، 2000).

ويشير رجمان (Rachman, 1998) أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي تمثل أكثر من (10%) من عدد السكان، وأن أكثر من (20%) من عدد السكان قد يشعرون أو يعانون من مخاوف غير مبررة من المواقف الاجتماعية (Rachman, 1998). النظرية السلوكية تعدّ أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها في أثناء مراحل نموه المختلفة، وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ، وأن الاضطراب الانفعالي ناتج من العوامل التالية: الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب، وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية، ومواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب، وربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (الحري، 2009).

ووفق النظرية السلوكية فإن المخاوف الاجتماعية يتم اكتسابها كسلوك غير سوي حينما تتوافر بذور الخوف في موضوع أو موقف معين، فإن الشخص يستجيب بتجنب الموقف أو الموضوع المثير للخوف، فإذا وجد الشخص أن هذا التجنب (السلوك) قد أدى إلى تخفيف المخاوف من الموقف أو الموضوع، فإن ذلك يعني أن الفرد قد حصل على إثابة وهي تقليل حدة الشعور بالقلق من هذا الموقف، وبالتالي فإن سلوك التجنب (الابتعاد عن الموقف برمته) يدعم لدى هذا الشخص، فيؤدي إلى مزيد من التجنب للحصول على مزيد من خفض القلق، ويدور في حلقة مغلقة لا يكاد يخرج منها (بنجابي، 2008).

النظرية المعرفية ترى أن المعارف لدى الفرد تؤثر في انفعالاته وسلوكه بطريقتين وهما: من خلال محتوى المعارف، ومن خلال معالجة المعارف، فمحتوى المعارف يؤثر في الانفعالات والسلوك، والجوانب الفسيولوجية للفرد، وذلك من خلال تقديرات الفرد لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، وتفسيرات الفرد للأحداث فمثلاً لو اعتقد الفرد أنه شخص فاشل فإنه يشعر بالاكئاب، أما معالجة المعارف (العمليات المعرفية) فهي تؤثر في خبرات الفرد عن العالم، وذلك من خلال درجة المرونة التي تكون لديه في التغيير بين أساليب المعالجة المختلفة (عبد العظيم، 2007).

وقد أظهرت الدراسات أن مرضى الرهاب الاجتماعي يعطون اهتماماً أكبر إلى الكلمات التي تحمل تهديداً اجتماعياً، وتعبيرات وجه سلبية، أي إنهم يركزون على الفشل، ولا يرون الأوقات التي يؤديون فيها اجتماعياً بصورة جيدة، لأنهم مشغولون بتوقع الفشل أو الكارثة في المستقبل، هذا يلقي بضلاله الكثيفة على أية خبرة إيجابية، مع توقع الخبرة الفاشلة، ويمنع ظهور صورة الحقيقة المتوازنة (بيل، 2011).

ويعرف الإرشاد الجمعي بأنه تحقيق خدمات الإرشاد النفسي لاثنتين أو أكثر من الأفراد الذين تنفق ميولهم وحاجاتهم الإرشادية إلى حد ما، التي يمكن تحقيقها لهم في مجموعة صغيرة أو كبيرة؛ أي في موقف جماعي مستخدمين أسس وأساليب الإرشاد الجماعي (الزبادي والخطيب، 2001).

ويرى أنجر (Unger, 2004) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة ونقاؤلاً تؤدي إلى العمل الفعال، والفكر العقلاني، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتقوي مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها.

الدراسات السابقة

تناولت دراسات عديدة مدى فاعلية برامج إرشادية علاجية مختلفة في تخفيض الرهاب الاجتماعي. فقد قام ونتون وآخرون (Winton et al, 1997) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى مدى ارتباط القلق الاجتماعي بالخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين في المواقف الاجتماعية، وكذلك التعرف إلى مدى استمرارية ودرجة هذا الانفعال السلبي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة في كل منهما (18) طالباً وطالبة من طلاب جامعة أكسفورد في بريطانيا، تتراوح أعمارهم ما بين 18 و20 سنة، باستخدام مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس الانسحاب الاجتماعي، ومقياس الخوف من التقييم السلبي، وقائمة الاكتئاب لبيك، ومقياس الغضب، والمقياس الأتوماتيكي لمعدل ضربات القلب. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة القلق والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين في مواقف التحدث أمامهم. كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية

موجبة بين شدة القلق وبين التركيز على انفعالات الآخرين (بناءً على القياس الأتوماتيكي لمعدل ضربات القلب). كما سجلت المجموعة التجريبية درجات أدق في التعرف على التعبيرات السلبية لدى الآخرين (حيث إنها كانت تعاني، من تحيز تجاه تحديد التعبيرات الانفعالية للآخرين على أنها سلبية بحتة).

وأجرى هاوج وزملاؤه (Haug,et,al., 2000) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر تدريب ممارسي العلاج النفسي على برامج علاجية مختلفة في تحسين فعالية ممارستهم في تخفيض الرهاب الاجتماعي لدى المرضي فنلندا. وتكونت عينة الدراسة من (45) ممارساً تدربوا لمدة (30) ساعة على علاج المرضى الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، ولتحقيق هدف الدراسة تم تقييم وتصوير آراء (5) مرضى رهاب اجتماعي، وتصوير مراحل العلاج المختلفة. وبعد جمع البيانات وتحليلها أظهرت نتائج الدراسة أن جميع المشاركين استطاعوا اجتياز البرنامج، كما أبدى الأطباء رضاهم عنه كونه كان مفيداً في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المرضى، كما بينت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي لوحده كان أفضل في التخفيف من حدة الرهاب الاجتماعي لدى المرضى.

وأجرى ستودارد (Stoddard, 2007) دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي المكثف ضمن ست جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من (5) مرضى في إحدى مراكز علاج القلق في الولايات المتحدة الأمريكية، تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي. وقامت الدراسة على أسلوب الحالة الفردية ضمن سلسلة من المراحل المتعددة. وتم تقييم المخرجات باستخدام التقارير الذاتية ومقاييس لنتائج العلاج السلوكي المعرفي والجوانب النفسية للرهاب الاجتماعي والقلق والاكتئاب. وبينت نتائج الدراسة أن (4) من أصل (5) أظهروا تحسناً بشكل متوسط كاستجابة لهذا الأسلوب العلاجي، وأن (3) منهم أظهروا مستوى التحسن نفسه بعد ثلاثة شهور من المتابعة، ووصل اثنان من المرضى إلى درجة مرتفعة من الشفاء في نهاية العلاج، وقد لوحظ أن ازدياد ثقة المرضى بأنفسهم مع مرور الوقت، مما يشير إلى فاعلية أسلوب الحالة الفردية في العلاج السلوكي المعرفي.

وهدف دراسة ملص (2007) التعرف إلى نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي عند طلبة الجامعة الأردنية، وارتباط الرهاب الاجتماعي مع تقدير الذات وعلاقة هذين المتغيرين بمتغيرات الجنس والعمر والكلية والسنة الجامعية ومنطقة السكن. تكونت عينة الدراسة من (944) طالبا وطالبة، وقد تم استخدام مقياس الرهاب الاجتماعي لليوبتر (Liebowitz) المعرب للمجتمع الاردني. أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلبة الجامعة الأردنية هي (9.3%)، وكانت نسبة انتشارها عند الإناث (10.1%) وهي أعلى بشكل دال إحصائياً من نسبة انتشارها عند الذكور (8%). وأظهرت النتائج أن هناك علاقة بين الرهاب الاجتماعي ومنطقة السكن حيث كانت أعلى درجة للرهاب الاجتماعي لدى سكان المخيم، ثم بدرجة أقل عند سكان القرية، وكانت أدنى درجة للرهاب الاجتماعي التي ظهرت لدى سكان المدينة، كما أظهرت النتائج أن هناك علاقة بين الرهاب الاجتماعي والسنة الدراسية حيث كان الرهاب الاجتماعي عند طلبة السنة الأولى والثانية أعلى بشكل دال إحصائياً من طلبة السنة الثالثة والرابعة. وظهر كذلك تفاعل ثنائي بين الرهاب الاجتماعي وبين كل من: السكن والكلية، السكن والسنة، الكلية والعمر، وتفاعل ثلاثي بين الرهاب الاجتماعي والسنة والجنس والسكن. وأظهرت النتائج أن نسبة تقدير الذات المتدني بين طلبة الجامعة الأردنية هي (7%)، وكانت نسبة انتشارها عند الإناث (7.8%) أعلى بشكل دال إحصائياً من نسبة انتشارها عند الذكور (5.7%) وتبين من نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين تقدير الذات ومنطقة السكن حيث كانت أعلى درجة لتقدير الذات لدى سكان المدينة، ثم بدرجة أقل عند سكان القرية، وكانت أدنى درجة لتقدير الذات لدى سكان المخيم، كما أظهرت النتائج أن هناك علاقة بين تقدير الذات والعمر حيث كان تدني تقدير الذات أعلى لدى الطلبة الذين بلغوا سن 23 فما فوق، وظهر كذلك تفاعل ثنائي بين تقدير الذات وكل من: الجنس والسنة، السكن والسنة، الكلية والسكن، العمر والكلية. أما بالنسبة لارتباط الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات فقد بينت النتائج أن هناك ارتباطاً ذات دلالة بينهما، كذلك قد بينت النتائج أن هذا الارتباط أعلى لدى الذكور منه لدى الإناث.

وفي دراسة وردة (2011) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح بورقلم، وقد تكونت عينة الدراسة من (429) طالبا وطالبة من الجامعة، وقد تم اختيار (20) طالبا ممن حصلوا على علامات عالية على مقياس الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى استخدام المقابلة التشخيصية المقننة، تم توزيعهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة). وقد توصلت الدراسة إلى أن 7.69% من أفراد العينة يعانون من الرهاب الاجتماعي المرتفع، في حين أن 50.58% يعانون من الرهاب الاجتماعي المتوسط، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس ولصالح الإناث. وايضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير السن لصالح الفئة العمرية (19-22) سنة. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الرهاب الاجتماعي

ولصالح المجموعة التجريبية.

وهدف دراسة شاهين وجرادات (2012) إلى مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من 45 طالباً وطالبة، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عشوائياً، المجموعة التجريبية الأولى طبق عليها برنامج علاج عقلائي انفعالي سلوكي، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، والمجموعة الضابطة لم تتلق أي برنامج علاجي. أظهرت نتائج الدراسة ان كلا من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية كان له فاعلية في خفض الرهاب الاجتماعي وكانت الفروق دالة إحصائياً ($0.05=&$)، في حين لم تختلف فاعلية أي من البرنامجين باختلاف الجنس ولم توجد فروق دالة إحصائياً ($0.05=&$).

كما هدفت دراسة (حمادنه، 2013) إلى التعرف على مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة أردنية من الطلبة الموهوبين في مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز والفروق فيه وفقاً لمتغير الجنس. تكونت عينة الدراسة من (500) طالباً وطالبة من الطلبة الموهوبين الموجودين في مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس رولين ووي (Raulin and Wee, 1994) المعرب من قبل الدسوقي (2003) بعد التحقق من دلالات صدقه وثباته في البيئة الأردنية. وقد أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي للرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة جاء بدرجة تقدير مرتفعة، وان هناك فروقاً داله إحصائياً في مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وهدف دراسة (الركيبات، 2015) إلى التعرف على درجة الرهاب الاجتماعي وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في الأردن، وتكونت عينة الدراسة من (105) طالباً وطالبة من مديرية تربية البادية الجنوبية، وقد تم استخدام مقياس ليبووتر (Liebowitz, 1987) للرهاب الاجتماعي، وأظهرت النتائج أن النسبة المئوية للرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة بلغت (15.2)، كما أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجة الرهاب الاجتماعي ومستوى التحصيل الدراسي، ووجود فروق بين أفراد العينة في درجات الرهاب الاجتماعي تعزى للجنس وذلك لصالح الإناث.

نلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة فعالية البرامج المستندة إلى النظرية المعرفية والسلوكية في خفض الرهاب الاجتماعي. وهذا يبرز أهمية توظيف البرامج المعرفية السلوكية في علاج اضطرابات القلق بشكل عام واضطراب الرهاب الاجتماعي بشكل خاص مما ينعكس إيجاباً على نوعية العلاقات الاجتماعية ومجالات الحياة المختلفة للفرد.

وتتشابه الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في تركيزها على خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، إلا أنها تختلف عنها من حيث إنها هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي، مستند إلى النظرية المعرفية والسلوكية. وما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة أيضاً، أنها تناولت برنامج إرشادي قائم على التدريب على عدد من الاستراتيجيات العلاجية (الاسترخاء العضلي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه، ومناقشة وتفنيد الأفكار اللاعقلانية، وحل المشكلات، ولعب الدور) لدى طلبة جامعة جدارا.

مشكلة الدراسة

تتبلور مشكلة هذه الدراسة في أن القلق الناتج عن التطور المستمر والمتسارع للحياة المعاصرة بمختلف جوانبها أصبح سمة عامة وبارزة في المجتمع ولّد العديد من المشكلات والاضطرابات وأشكال السلوكات السلبية لدى الإنسان في مختلف مراحل نموه، وبعد تطور وزيادة نسب انتشار الرهاب الاجتماعي بين عامة الناس وطلبة الجامعة بشكل خاص (ملص، 2007؛ وردة، 2011؛ الركيبات، 2015)، إضافة إلى ما تشير إليه مراجعة أدب الموضوع من ارتباط اضطراب الرهاب الاجتماعي بالخوف من التقييم السلبي والإكتئاب والتقدير المتدن للذات (ملص، 2007؛ Stoddard, 2007؛ Winton et al, 1997) وخطورة هذا الاضطراب في الصحة النفسية للطلبة التي تنعكس على جوانب حياتهم المختلفة في الجامعة والعمل مستقبلاً لارتباطه بضعف المهارات الاجتماعية التي تمكنهم من التكيف والنجاح والتعامل بطرق مناسبة مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها، وكذلك بناء العلاقات الاجتماعية عليها باعتبارها مطلب تكيفي في مرحلتهم العمرية. إلا أنه لم تتلق نسبة كبيرة من طلبة الجامعات الخدمات النفسية الملائمة (Sieben, 2011)، فالحاجة ضرورية إلى بذل جهود مناسبة لعلاج مثل هذه الاضطرابات وإجراء المزيد من الأبحاث في هذا المجال، لأن تجاهل مثل هذه الاضطرابات قد يؤدي إلى مشكلات نفسية وجسدية عديدة كما قد تعيق الأفراد عن ممارسة حياتهم بشكل سوي ومنتج، وعلى الرغم من تصميم العديد من البرامج الإرشادية بهدف تسهيل نمو الطلبة في مجالات عديدة من حياتهم، كالمجالات

الشخصية والاجتماعية والمهنية والأكاديمية والمعرفية والانفعالية على الصعيد العالمي؛ إلا أننا مازلنا في العالم العربي بشكل عام وفي الأردن بشكل خاص نفكر إلى برامج إرشادية شاملة للتوجيه والإرشاد تتصف بالتسلسل والتنظيم وتستند إلى إطار نظري وعلمي واضح، مما يجعل الأمر متروكاً لاجتهادات ومحاولات المرشدين الذاتية في مساعدة الطلبة.

وفي إطار التأييد الواسع الذي لقيه العلاج المعرفي السلوكي؛ سعت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج إرشادي جمعي من شأنه خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الذين هم في مرحلة نمائية تمكنهم من استيعاب مفاهيم ومبادئ العلاج المعرفي السلومي وذلك لمساعدتهم على تبني أفكار إيجابية وفاعلة للتخطيط لمستقبلهم وتخليصهم من العديد من المؤثرات السلبية التي تعطل نموهم الشخصي والأكاديمي.

ومن هنا تأتي الدراسة الحالية لتسهم في معالجة اضطراب الرهاب الاجتماعي، إذ هدفت إلى معرفة فعالية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا. وتتلخص مشكلة الدراسة بالفرضيات الرئيسة الآتية:

- 1- مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا في مرتفع.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى $\alpha = 0.05$) لصالح المجموعة التجريبية في معالجة الرهاب الاجتماعي تُعزى لأثر البرنامج. مقارنة مع المجموعة الضابطة.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى $\alpha = 0.05$) بين درجات المجموعة التجريبية، على مقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي وبين درجاتهم على نفس المقياس في فترة المتابعة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من بعدين: نظري وتطبيقي إذ هدفت إلى تطوير برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي مستند لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي يُناسب طلبة الجامعة. وتكمن الأهمية النظرية في أن الدراسة تتناول اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعات لكونه يمثل جانباً مهماً من جوانب تكيف الفرد وصحته النفسية، كما أن تزايد مستوياته وانتشاره لدى طلبة الجامعة عامل مهم في سوء تكيفهم، وبالتالي، فإن معالجة هذا الاضطراب لديهم يساعد في تحسين التكيف النفسي ويحد من الأعراض النفسية السلبية مثل: الخجل والإكتئاب والانطواء والعزلة، ويعزز إمكاناتهم الإيجابية للتفوق والنجاح، كما تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة تستمدها من سهولة تطبيق برنامجها وإمكانية إفادتها وتقديمها لعدد كبير من الطلاب لتعزيز صحتهم النفسية وسعادتهم. أما فيما يتعلق بالبعد التطبيقي، فتعد الدراسة الحالية من الدراسات العربية القليلة التي تناولت فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي معد خصيصاً لطلبة الجامعة في حدود ما توصل إليه الباحثان، وبالتالي تحسين صحتهم النفسية. كما تمهد هذه الدراسة الطريق نحو تطوير برامج إرشادية معرفية سلوكية تتعلق بالرهاب الاجتماعي من قبل المرشدين التربويين والتحقق من فعاليتها في تحسين جوانب مختلفة في مجال صحة الفرد النفسية.

مصطلحات الدراسة

اضطراب الرهاب الاجتماعي: هو وصف لحالة مرضية تتكون من شعور بالقلق والتوتر في المناسبات الاجتماعية أو عند التعرض للتركيز من قبل مجموعة من الناس كالأضطرار لإلقاء كلمة أمام جمع أو القيام بالواجبات الاجتماعية أو مقابلة الضيوف، وقد تمتد هذه الحالة لتجنب المجتمعات عموماً أو الهروب خشية الإحراج. ويعرف اجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الرهاب الاجتماعي.

برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي: ويعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، ومن أساليبه: التدريب على مهارات المواجهة، التدريب على حل المشكلة، التدريب على التعليم الذاتي، وقف الأفكار (مليكه، 1994). ويهدف هذا العلاج إلى محاولة تغيير الأفكار الخاطئة، وذلك من خلال استخدام بعض الأساليب العلاجية مثل إعادة البناء المعرفي بغية أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتساقاً مع الواقع. وبهذا فإن العلاج يتعامل مع السلوك اللاتكفي باعتباره نتاجاً للتفكير غير العقلاني. ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة. كما أن

العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يعمل على زيادة تقدير الفرد لذاته، وشعوره بالكفاءة الذاتية وبالتالي تزداد أهدافه وطموحاته ويعمل على تحقيقها، حيث إن العلاج السلوكي يركز على تعديل الظروف المحيطة بالفرد والسلوك الظاهر عنده وعلى عملية التعلم، أما العلاج المعرفي فيركز على تعديل المفاهيم والأفكار دون إهمال السلوك الظاهر. ولكل منهما أساليبه الخاصة في العلاج، إلا أن العلاج السلوكي المعرفي يعطي المعالجين حرية لتطبيق مدى واسع من الأساليب العلاجية بالإضافة إلى مرونة خاصة بتطبيق أساليب علاجية تتناسب مع فكر المعالج وخلفيته العلمية والنموذج الذي يتبناه. ومن الأفكار التي يركز عليها هذا النوع من العلاج هو أن الأفكار تولد المشاعر وتؤثر فيها، ولهذا فإن المشكلة لا تكمن في الحدث نفسه، وإنما في الأفكار والمشاعر المرتبطة به؛ بناءً على ذلك يهدف العلاج إلى تحديد الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالإضطراب الموجود لدى المريض ومساعدته للتخلص منها. ولتحقيق هذا الهدف هناك وسيلتان الأولى تركز على الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالمشكلة، والثانية تركز على المشاعر. وتهدف الوسيلة الأولى إلى تحديد المشكلة التي يعاني منها المريض بشكل واضح وتغيير نظرتة إليها. وتهدف الوسيلة الثانية إلى تحقيق الهدف ذاته من خلال تغيير المشاعر المرتبطة بالمشكلة (محمد، 2000).

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

هنالك بعض المبادئ المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي التي تتعلق بالمعالج والمريض، ومن أهم هذه المبادئ نذكر: 1- أن المعالج والمريض يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول الممكنة لهذه المشكلات 2- أن المعرفة لها دور أساس في معظم عمليات التعلم الإنساني 3- أن المعرفة والمشاعر والسلوك تربطهم علاقات متبادلة 4- أن الاتجاهات والتوقعات والعزوة، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من المشاعر والسلوك و تأثير العلاج والتنبؤ بهما 5- أن العمليات المعرفية تتدمج معاً لتكوين السلوك (عادل، 2000).

ويعرف اجرائياً: بأنه برنامج إرشادي جمعي تمثله مجموعة من الفعاليات المنظمة والمخططة التي تستند إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وفنائه، ويشتمل على عدد من الاستراتيجيات العلاجية (الاسترخاء العضلي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه، ومناقشة وتقنييد الأفكار اللاعقلانية، وحل المشكلات، ولعب الدور) المستندة إلى النظرية المعرفية السلوكية. ويتضمن مجموعة من الجلسات وعددها اثنا عشرة جلسة تقدم بواقع جلستين أسبوعياً لمدة شهر ونصف يليها اختبار المتابعة بعد مدة شهر واحد من انتهاء البرنامج، ينفذها المرشد المدرسي من خلال جلسات إرشاد جمعي تشتمل على أهداف وأدوات وإجراءات وواجبات منزلية، وهو مصمم لغاية هذه الدراسة بهدف خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، وتبلغ المدة الزمنية للجلسة (90 دقيقة).

حدود الدراسة:

1. الحدود المكانية: حيث تحدد الإطار المكاني للبحث في جامعة جدارا.
2. الحدود الزمنية: ارتبطت الحدود الزمنية بفترة تطبيق البرنامج لمدة شهر ونصف من الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي (2016/2015م).
3. الحدود البشرية: تتحدد هذه الدراسة ونتائجها بأفراد الدراسة الذين اختبروا لبرنامج العلاج الذين طبقت عليهم أداة الدراسة.
4. الحدود الادواتية:- تتحدد هذه الدراسة ونتائجها بمقياس ماتيك وكلارك للرهاب الاجتماعي (Mattick, & Clark, 1998).

محددات الدراسة:

1. تتحدد نتائج هذه الدراسة بالمقياس المستخدم والخصائص السيكومترية لهذا المقياس، كذلك البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة.
2. تتحدد النتائج بأفراد الدراسة الذين تم اختيارهم من طلبة جامعة جدارا الذين تبين أنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي.

منهجية الدراسة:- المنهج التجريبي:

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا، للعام الدراسي (2016/2015م)، الفصل الدراسي الأول. والبالغ عددهم (655) طالبا وطالبة، وجميعهم منتظمين بالدراسة. وقد طُبِّق مقياس الرهاب الاجتماعي على (183) طالبا وطالبة منهم، وتم تصحيح المقياس وترتيب الطلاب تنازلياً وفقاً لمجموع درجاتهم الكلية التي تراوحت بين (1) إلى (74) علماً بأن الدرجة القصوى على المقياس تساوي (80) والدرجة المتوسطة تساوي (40) والدرجة الدنيا تساوي (0)، بعد ذلك تم اختيار الطلاب الذين حصلوا على درجة (51) فما فوق على اعتبار أنها تمثل مستوى مرتفع من الرهاب الاجتماعي، وذلك بالاعتماد

على تدريجات المقياس (0 - 4) وعدد فقراته والمتوسط الحسابي الذي يساوي (34.13) والانحراف المعياري لأفراد الدراسة الذي يساوي (15.98) فكانت قيمة الحد الأدنى من الفئة التي تمثل المستوى المتوسط من الرهاب الاجتماعي هي ناتج طرح وحدة انحراف معياري (15.98) من المتوسط الحسابي لأفراد العينة فكانت النتيجة (18) والحد الأعلى لهذه الفئة ناتج إضافة وحدة انحراف معياري (15.98) إلى المتوسط الحسابي لأفراد العينة فكانت النتيجة (50) وبذلك تكون الفئة التي تمثل مستوى الرهاب الاجتماعي المتوسط (18 - 50)، وتكون الفئة التي تمثل مستوى الرهاب الاجتماعي المتدن (0 - 17)، والفئة التي تمثل مستوى الرهاب الاجتماعي المرتفع (51-80). ومن ثم اختيار الطلبة الذين حصلوا على درجة (51) فما فوق على مقياس الرهاب الاجتماعي على اعتبار أنها تمثل مستوى مرتفع من الرهاب الاجتماعي، فتكونت العينة الأولية من (29) طالبًا وطالبة، تم مقابلتهم واستطلاع رغبتهم استعدادهم للمشاركة في برنامج الدراسة، حيث اعتذر (7) طلبة عن المشاركة، وبهذا استقرت عينة الدراسة على (22) طالبًا وطالبة، وتم توزيعهم بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين؛ تجريبية وضابطة في كل منهما (11) طالبًا. وقد كان مكان اللقاء بأفراد العينة التجريبية في قاعة الاجتماعات في قسم الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة جدارا. وقد كانت قيمة المتوسط الحسابي لأفراد الدراسة ككل والبالغ عددهم (183) طالبًا وطالبة على مقياس الرهاب الاجتماعي تساوي (34.13) وهي تعبر عن مستوى متوسط من الرهاب الاجتماعي. ويبين الجدول (1) توزيع أفراد الدراسة وفقًا للجنس والجنسية في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (2015/2016).

الجدول (1)

توزيع أفراد الدراسة وفقًا للجنس والجنسية في

الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (2015/2016)

المجموع	عماني	أردني	الجنسية
			الجنس
103	48	55	طلاب
80	17	63	طالبات
183	65	118	المجموع

مقياس الرهاب الاجتماعي:

استخدم في الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي لماتيك وكلارك (Mattick, & Clark, 1998) الذي ترجمه الى العربية جرادات وشاهين (2012)، يقيس المقياس قلق الأداء في المواقف الاجتماعية، ويتكون المقياس من (20) فقرة، ويتم الاستجابة لكل فقرة من قبل المفحوص من خلال تدرج خماسي من صفر (لا تنطبق على الإطلاق) الى (4) (تنطبق بدرجة عالية). وبذلك فإن أدنى علامة على المقياس هي صفر وأعلى علامة هي (80).

صدق المقياس:

على الرغم من تمتع المقياس بصورته العربية بدلالات صدق وثبات مناسبة، إلا ان الباحثان قاما باستخراج معاملات الصدق التالية:

- صدق المحتوى:

قام الباحثان باستخراج صدق المحتوى لهذه الأداة عن طريق عرض المقياس بصورته المبدئية على أحد عشر محكمًا منهم خمسة محكمين من المختصين في الإرشاد النفسي والتربوي وعلم النفس، وستة محكمين من المعالجين النفسيين من ذوي الخبرة، وطلب منهم تقييم مدى ملاءمة وانتماء الفقرات للموضوع الذي يتناوله المقياس، ومدى وضوح صياغة الفقرات ووضوح معناها، واجمع المحكمون على إن الفقرات جميعها تنتمي للموضوع الذي يقيسه المقياس.

- صدق البناء:

للتأكد من صدق البناء للمقياس تم حساب معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس، على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكوّنت من (25) طالبًا وطالبة. وتبين أن جميع الفقرات لها علاقة ارتباطية دالة إحصائية ولا تقل عن (0.30) بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس. ويوضّح الجدول (2) ذلك.

الجدول (2)

قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس الرهاب الاجتماعي

الفقرة	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس	الفقرة	معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس
1	** 0.511	11	** 0.361
2	** 0.439	12	** 0.591
3	** 0.617	13	** 0.731
4	** 0.606	14	** 0.533
5	** 0.431	15	** 0.523
6	** 0.379	16	** 0.774
7	** 0.328	17	** 0.613
8	** 0.697	18	** 0.663
9	* 0.329	19	** 0.475
10	** 0.741	20	* 0.312

* معامل الارتباط دال عند مستوى (0.05) ** معامل الارتباط دال عند مستوى (0.01)

ثبات المقياس:

ثبات الإعادة (Test – retest): تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمني مقداره ثلاثة أسابيع على عينة أولية من خارج عينة الدراسة مؤلفة من (25) طالباً وطالبة، حيث بلغ معامل الإستقرار الكلي (0,931)، وكان هذا المعامل دالاً عند مستوى $\alpha = 0.01$.

الاتساق الداخلي: تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام معامل "كرونباخ ألفا"، على العينة السابقة التي استخدمت لحساب ثبات المقياس بطريقة الإعادة في القياس الثاني وكانت نتيجة الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0,883)، مما يشير إلى تمثع مقياس الرهاب الاجتماعي بدرجة عالية من الثبات، وملاءمته للدراسة الحالية.

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج المعرفي السلوكي الجمعي من مجموعة من الفعاليات المنظمة والمخططة التي تستند إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وفنائه، ويتضمن البرنامج (12) جلسة تقدم بواقع جلستان أسبوعياً لمدة شهر ونصف يليها اختبار المتابعة بعد مدة شهر واحد من انتهاء تقديم البرنامج، وتنفذ من خلال جلسات إرشاد جمعي تشتمل على أهداف وأدوات وإجراءات وواجبات منزلية، وهو مصمم لغاية هذه الدراسة بهدف خفض مستوى الرهاب الاجتماعي من خلال إكساب الطلبة ذوي الاضطراب مهارات معرفية سلوكية، تساعدهم على خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، مثل مهارة حل المشكلات، ووقف التفكير، وصرف الانتباه، والاسترخاء، ولعب الدور. وتبلغ المدة الزمنية للجلسة ساعة ونصف.

وتم التحقق من صدق البرنامج وصلاحيته بعرضه في على (8) محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، وتم الاخذ بإقتراحاتهم.

ملخص الجلسات:

* تم في الجلسة الأولى الترحيب بالأعضاء وكسر الحواجز النفسية (كسر الجمود) بين أعضاء المجموعة من خلال نشاط تعارفي حيث عرف المرشد بنفسه ودوره، ثم الطلب من المشاركين التعريف بأنفسهم والتعارف فيما بينهم، ثم التعرف على توقعات أعضاء المجموعة من البرنامج وعرض الهدف العام من البرنامج وكيفية تحقيقه، وتم الاتفاق على قواعد الجلسات الإرشادية ومكان وزمان الجلسات.

* في الجلسة الثانية تم التعرف على الانطباعات الأولى للأعضاء عن الجلسة الماضية، ثم تم الانتقال لموضوع الجلسة وهو التعرف على مفهوم الرهاب الاجتماعي من خلال مناقشة بعض المواقف التي يتعرض لها الطلاب في حياتهم اليومية وكيف تؤثر حالتهم النفسية نتيجة لهذا الاضطراب وكيف يؤثر على سلوكهم بشكل عام وكيف يمكن للبرنامج مساعدتهم في التغلب على هذا

الاضطراب.

- في الجلسة الثالثة تم شرح وتوضيح استراتيجيات الاسترخاء العضلي لعلاج الرهاب الاجتماعي، والاساس النظري الذي تستند اليه هذه الاستراتيجيات، ومن ثم تم تدريب أعضاء المجموعة على الاسترخاء العضلي، وطلب منهم كواجب بيتي تطبيقه مره واحدة يوميا على الاقل.
- الجلسة الرابعة تم فيها مناقشة أعضاء المجموعة بالواجب البيتي الذي اعطي لهم، وهوالتدريب على الاسترخاء العضلي، ومن خلال الحوار بين الأعضاء تم ابراز فوائد هذه الاستراتيجيات، وتم تطبيق الاسترخاء العضلي، والتأكيد على الأعضاء بتطبيقه كواجب بيتي حتى نهاية الجلسات.
- في الجلسة الخامسة مناقشة أعضاء المجموعة بتاثير التفكير على الرهاب الاجتماعي، وكيف نستطيع وقف التفكير السلبي من خلال استخدام مطاطة على المعصم، أو صوت عالي. وتم تدريب الأعضاء على هذه الاستراتيجيات، وتطبيقها بشكل مستمر.
- الجلسة السادسة تم مناقشة الأعضاء بالواجب المعطى لهم، الاسترخاء ووقف التفكير، وتكرار تدريبهم على استراتيجيات وقف التفكير، والتأكيد عليهم بالالتزام بالواجب البيتي باستمرار.
- في الجلسة السابعة بعد مناقشة الواجب البيتي، تم الحديث عن استراتيجيات صرف الانتباه، وفعاليتها في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي، وتم تدريب أعضاء المجموعة عليها، والتأكيد على الواجب البيتي(الاسترخاء العضلي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه).
- تم في الجلسة الثامنة مناقشة الواجب البيتي، ومن ثم تكرار تدريب أعضاء المجموعة على استراتيجيات صرف الانتباه، ومناقشة الية تطبيقها، والصعوبات في التطبيق، والتأكيد على تطبيق الواجب البيتي.
- في الجلسة التاسعة، وبعد مناقشة الواجب البيتي، تم مناقشة أعضاء المجموعة بأهمية لعب الدور في التخلص من الرهاب الاجتماعي، وتم تدريب أعضاء المجموعة على لعب الدور لعدد من المواقف، ومن ثم التأكيد على الواجب البيتي.
- الجلسة العاشرة تم فيها مناقشة الواجب البيتي، ومن ثم لعب الدور لعدد من المواقف.
- الجلسة الحادية عشرة، بعد مناقشة الواجب البيتي، تم استعراض جميع الاستراتيجيات التي تم تناولها في الجلسات السابقة، والتأكيد على الاستمرار في تطبيقها كواجب بيتي يومي، وأن الجلسة القادمة ستكون الجلسة النهائية.
- * وفي الجلسة الثانية عشرة، تم التعرف على مدى تمكن المشاركين من الاستراتيجيات التي اعطيت لهم في الجلسات السابقة، وتعليقاتهم حول البرنامج ومدى استفادتهم من جلساته واقترحاتهم حوله، ثم تطبيق مقاييس الدراسة على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة (قياس بعدي).

إجراءات التطبيق:

قام الباحثان بتوزيع مقياس الرهاب الاجتماعي على طلاب كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا، وتوضيح التعليمات المتعلقة بالمقياس. ففي البداية قدم الباحثان لطلاب فكرة عامة عن أهداف الدراسة وأهميتها، وبيننا لهم إن المشاركة طوعيه، وأن المعلومات التي سيدلون بها سيتم التعامل معها بسرية تامة، وبيننا لهم طريقة الإجابة على فقرات المقياس وأن يتمهل بالإجابة، وانهما سيجيبان عن أي سؤال في أثناء الإجابة على فقرات المقياس. أما فيما يتعلق بالبرنامج الجمعي الإرشادي، فقد تم الالتقاء بأفراد العينة التجريبية في قاعة الاجتماعات في قسم الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة جدارا.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: البرنامج الإرشادي.

المتغير التابع: الرهاب الاجتماعي.

تحليل البيانات:

هذه الدراسة تجريبية هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا.

وقد أجريت في هذه الدراسة قياسات قبلية وبعديّة للمتغير التابع. وأستخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة (التجريبية والضابطة) القبلية والبعديّة والمتابعة على مقياس الرهاب الاجتماعي، وللمقارنة بين هذه الدرجات والتأكد من دلالة هذه الفروق إحصائياً، واستخدم اختبار تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) واختبار (T-test) لتحقيق هذا الغرض.

النتائج وتفسيرها:

الفرضية الأولى: مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا في مرتفع. للتحقق من هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمدى انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا، والجدول (3) يوضح ذلك.

الجدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لاضطراب الرهاب الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة

النسبة	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المستوى
0.137	4.68	9.98	25	متدن
0.705	10.77	24.52	129	متوسط
0.158	16.24	49.97	29	مرتفع

يتبين من الجدول (3) أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا بدرجة مرتفعة بلغت 15.8%، في حين كانت غالبية العينة في المستوى المتوسط من الرهاب الاجتماعي حيث بلغت نسبتهم 70.5%. أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي غير متفق عليها عند الباحثين حيث إنها قد تصل الى 20% كما أشار إلى ذلك رحمان (Rachman, 1988)، ويمكن ان يفسر ذلك بان كثرة الاحباطات التي يتعرض لها الافراد والناجمة عن أساليب التنشئة الاجتماعية، وكذلك الاتجاهات الوالدية في التنشئة كالقسوة والإهمال والتفرقة في المعاملة وعدم اشباع الحاجات النفسية في مرحلة الطفولة كالحب والحنان، بالإضافة الى ارتباط الرهاب الاجتماعي بالخوف من الفشل والنقص. كما أن أساليب التدريس المعتمدة على التلقين التي تعطي مساحة كبيرة للمدرس على حساب تقليل مساحة تفاعل الطالب مع المادة وتشاركه مع زملائه وتقديمه لها دورا في شعور الطلبة بالرهاب الاجتماعي نظراً لعدم اعتيادهم على مثل هذه المواقف. ويتزامن ظهور اضطراب الرهاب الاجتماعي مع نهاية المراهقة وبدايات سن الرشد حيث يحتاج الفرد إلى خلق حضور اجتماعي ملائم خلال التفاعلات الاجتماعية، يمكنه من تقديم انطباع مرض عن الذات للآخر، الأمر الذي يجعل الطلبة الجامعيين أكثر عرضة للإصابة به، والمعاناة من أعراضه، إذ يتولد الرهاب الاجتماعي عندما يشك الفرد في قدرته على تقديم الانطباع المرغوب، ويتوقع بدلا من ذلك أن ردود فعل الآخر ستكون غير مرضية أو سلبية (بيك، 2000). كما ان الرهاب الاجتماعي يعدّ من اكثر انواع الاضطرابات المرضية انتشارا في العالم بعد الاكتئاب وادمان الكحوليات، ويقصد به حالة التهيب من المواقف الاجتماعية التي يواجه فيها شعوراً بالخزي والاستياء (عبد العال، 2006). وجاءت نتائج الدراسة متفقة مع نتائج دراسة الركييات (2015)، في حين أنها كانت أعلى من النسبة التي توصلت إليها ملص (2007) ودراسة وردة (2011).

4- الفرضية الثانية:- توجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى $\alpha = 0.05$) لصالح المجموعة التجريبية في

معالجة الرهاب الاجتماعي تُعزى لأثر البرنامج. مقارنة مع المجموعة الضابطة.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخراج نتائج تحليل التباين المشترك للفروق في مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، والجدول (4) يوضح ذلك.

الجدول (4)

نتائج تحليل التباين المشترك للفروق في اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على القياس القبلي والبعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة	معامل إيتا
القياس القبلي	360.624	1	360.624	13.64	*0.001	0.394
المجموعات	7778.65	2	3889.325	147.11	*0.000	0.933
الخطأ	555.209	21	26.439			
الكلية	51390	24				

يتضح من الجدول (4) أن الفروق بين المتوسطات بلغت مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي "ف" (147.11)، وهي دالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرهاب الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي، وأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج الإرشادي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي، وأن قيمة معامل ايتا الذي يحدد تأثير المعالجات التجريبية على اضطراب الرهاب الاجتماعي قد بلغ (0.933)، حيث يعدّ مؤشراً مرتفعاً لتأثير المعالجة التجريبية على الرهاب الاجتماعي، وهذه النتيجة تقود إلى الاستنتاج بأن الأفراد الذين تعرضوا لبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي انخفض لديهم مستوى اضطراب الرهاب الاجتماعي، مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تقليل مستوى الرهاب الاجتماعي لديهم، حيث اشتمل البرنامج الإرشادي على عدد من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي اثبتت فعاليتها في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي، وهذا يدعم من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت فعالية التكنيكات المستمدة من العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، فالاسترخاء العضلي ووقف التفكير وصرف الانتباه ولعب الدور واسلوب حل المشكلات من الاستراتيجيات التي تسهم بشكل كبير بالتخفيف من الرهاب الاجتماعي بالإضافة الى التزام أعضاء المجموعة بما هو مطلوب منهم من واجبات بيئية، ورغبتهم القوية بالتخلص من هذا الاضطراب، هذا كله أسهم في الوصول الى هذه النتيجة. لقد اتضحت فاعلية كل من العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اعراض الرهاب الاجتماعي، وكلاهما يستخدم بشكل متسع لعلاج هذا الاضطراب، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي: العلاج بالتعرض، التدريب على المهارات الاجتماعية، اعادة البناء المعرفي (الزاد وسليط، 2016). وقد جاءت نتائج الدراسة مطابقة لما جاءت به دراسة وردة (2011) ودراسة ستودارد (Stoddard, 2007)

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى $\alpha = 0.05$) بين درجات المجموعة التجريبية، على مقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي وبين درجاتهم على نفس المقياس في فترة المتابعة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج؟

للتحقُّق من صحة هذه الفرضية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية (ن = 11) على مقياس الدراسة في القياس البعدي وقياس المتابعة كما في الجدول (5)، كما تم استخدام اختبار (ت)، لعينتين مترابطتين (paired - sample t test) على مقياس الدراسة في القياس البعدي والمتابعة كما هو موضَّح في الجدول (5).

الجدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بين التطبيقين البعدي والاحتفاظ في المجموعة التجريبية			
المقياس	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الرهاب الاجتماعي	البعدي	24.42	4.699
	المتابعة	21.00	1.859

تشير النتائج الواردة في الجدول (5) إلى وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات القياس البعدي وقياس المتابعة، لأفراد المجموعة التجريبية (ن = 11)، على مقياس الدراسة، وللتحقُّق من دلالة الفروق الظاهرية فقد تم إجراء اختبار "ت" للعينات المترابطة، وهو ما يوضحه الجدول (6)، حيث تم استخراج نتائج واختبار قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات القياس البعدي والمتابعة على مقياس الدراسة لدى أفراد العينة التجريبية. ان العلاج المعرفي السلوكي يحتفظ بمكاسب تستمر من (6-12) شهرا من فترات المتابعة، وتُقدِّم المراجع الحديثة في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الشباب ان العلاج المعرفي السلوكي قد يكون أكثر تأثيرا (إذا ما تزاوج مع التدريب على مهارات اجتماعية محددة (الزاد وسليط، 2016).

الجدول (6)

اختبار (ت) لعينتين مترابطتين لفحص الفروق بين متوسط

درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدراسة في القياس البعدي والمتابعة

متوسط القياس البعدي	متوسط القياس المتابعة	قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
24.42	21.00	3.869	11	*0.003

*الفروق دالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$

تشير النتائج الواردة في الجدول (6)، إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$)، بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية على القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح قياس المتابعة، وتدل هذه النتيجة على استمرار تأثير برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على أفراد عينة الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج. وهذا يؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي والتأثير الإيجابي للتكنيكات المستمدة منه في علاج الاضطرابات النفسية، حيث تضمن البرنامج تعليم الأفراد وتدريبهم على كيفية تغيير انماط التفكير السلبي الى أنماط تفكير إيجابية، وكيفية التغلب على المشاعر المزعجة لديهم حتى ينجح في التعامل مع المشكلات من خلال استخدام الاسترخاء للتحكم بالجانب الفسيولوجي، كما إن الالتزام الواضح الذي ظهر من أفراد المجموعة التجريبية، من التزام بمواعيد الجلسات، والحرص على حضورها، والالتزام بالمشاركة الفعالة، والواجبات البيتية التي كانت تطلب منهم، وكذلك الاستمرار في تطبيق الفنيات الإرشادية التي تعلموها والتزامهم بها بعد البرنامج كان له أثر إيجابي في استمرار احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بأثر إيجابي للبرنامج.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة، يوصي الباحثان بما يلي:

- تدريب المرشدين التربويين في وزارة التربية والتعليم والجامعات والمؤسسات المختلفة على استخدام الأساليب العلاجية للرهاب الاجتماعي.

- إجراء مزيد من الدراسات تناول الرهاب الاجتماعي، بهدف تحديد حجم المشكلة وأهميتها، وطرق علاجها. وكذلك إجراء دراسات تناول اضطرابات أخرى لدى الشباب الجامعي كالقلق والاكتئاب، والاضطرابات النفس جسمية، وبناء برامج مستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي للتصدي لها وعلاجها، لما لهذه الاضطرابات من تأثيرات سلبية على الفرد والأسرة والمجتمع.

- العمل على تكثيف الأنشطة الاجتماعية والأنشطة اللا منهجية في المدارس والجامعات، وتشجيع الطلبة على الالتحاق بها بهدف تجنب العزلة الاجتماعية والخوف من المواقف الاجتماعية المختلفة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- بنجابي، ا. (2008)، الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- بيك، آ. (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، (ترجمة عادل مصطفى)، بيروت، دار النهضة.
- بيل، آ. (2011)، الفوييا، (ترجمة عبد الحكيم الخزامي)، مصر، دار الاكاديمية للعلوم.
- جمال، س. (1997)، أثر البرامج الإرشادية في خفض القلق الاجتماعي لدى الطلبة الجدد في المعهد التقني، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة البصرة، البصرة، العراق.
- الحريري، أ. (2009)، علم النفس الجنائي: نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية الاكلينيكية، بيروت، دار الفرابي.
- حمادنه، ب. (2013)، مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الموهوبين في مدارس الملك عبدالله الثاني للتميز في الأردن. International Interdisciplinary Journal of Education, 4(2) 709 - 721.
- الرشيدى، ب ومنصور، ط، والناقلي، م والخليفى، إ. والناصر، ف. وبورسلي، ب. (2001)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، المجلد التاسع، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.
- رضوان، س. (2001)، القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، 19-47.
- الركيبات، أ. (2015)، درجة الرهاب الاجتماعي وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي والجنس لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في الأردن، International Interdisciplinary Journal of Education, 4(2) 1-13.
- الزباد، ف وسليط، م. (2016)، علم النفس المرضى البحث التقييم والعلاج في علم النفس الاكلينيكي، (مترجم) ط1، الاردن، دار الفكر.
- شاهين، ف وجردات، ع. (2012)، مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي. مجلة جامعة النجاح للابحاث (العلوم الانسانية)، مجلد 26(6).
- عادل، ع. (2000)، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، مصر: دار الرشاد.
- عبد العال، ف. (2006)، القلق الاجتماعي لدى ضحايا مشاغبة الاقران في البيئة المدرسية، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ع 68، 54-92.
- عبد العظيم، ط. (2007)، العلاج النفسي المعرفي، مصر، دار الوفاء.

- عبدالباقي، س. (1993)، مسببات القلق: خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل، مجلة الدراسات التربوية، 8 (58)، 102 – 145.
- عبدالرحمن، م. (2000)، علم أمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض-التشخيص-العلاج)، دار قباء، القاهرة.
- عكاشة، أ. (1992)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عيد، م. (2000)، دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمنغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية التربوية وعلم النفس، 24(4).
- محمد، ع. (2000)، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، مصر: دار الرشاد.
- ملص، ز. (2007)، العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
- مليكه، ل. (1994)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط2 القاهرة، دار النهضة المصرية.
- وردة، ب. (2011)، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرياح بوقلة، الجزائر.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V, Washington, D.C, USA.
- Atmaca, M, et.al. (2003). Ar apen chinal trial of peboxetine in the treatment of social phobia. Journal of clinical psychology, 23 (4) AGU, pp.417-419.
- Barlow, D.H. (2000). Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist. 55 (11), 1247–1263.
- Haug, T., and Hellstrom, K., and Blomhoff, S., and Humble, M., and Masdbu, H., and Wold, J. (2000). The treatment of social phobia in general practice: IS exposure therapy Feasible?. Family practice. 17 (2). 114-142.
- Rachman, S. (1998). Anxiety Psychology, Press Ltd, London.
- Rosen, J., and Cado, S., and Silberg, N., and Srebnik, D., and Wendt, S., (1990). Cognitive Behavioral Therapy With and Without Size Perception Training for Women With Body Image Disturbance, Behavior Therapy, 21: 481-498.
- Sieben, L., (2011). Nearly a Third of College Students have had Mental – Health Counseling, Study Finding. <http://www.chronicle.com/article /Nearly-a-Third-of-College/126726>.
- Stoddard, J. (2007). Development and single case evaluation of intensive cognitive behavioral treatment for social phobia. (Doctoral Dissertation), Boston University.
- Unger, J. (2004). Child and Ad descent Therapy: Cognitive Behavioral procedures, 2nd ed. Lippincott, Williams and Wilkins.
- Wilde, J. (2008). Rational – emotive behavioral interventions for children with anxiety problems, Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 8 (1), 133 – 141.
- Winton, E., and Clark, D., and Edelman, R. (1997). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behavior Research Therapy, 33(2), 193-196.

The Effect of Group Cognitive Behavioral Counseling Program in Reducing the Level of Social Phobia Disorder among a Sample of Students of the Faculty of Educational Sciences at Jadara University

*Muaffaq T. Al-Ibrahim, Abdullah Al-Zitawi **

ABSTRACT

This study aimed at investigating the effect of group cognitive behavioral counseling program in reducing the level of social phobia disorder among a sample of students of the Faculty of Educational Sciences at Jadara University. The study sample consisted of (22) students of the Faculty of Educational Sciences at Jadara University who had high scores in social phobia scale, at the first semester of the academic year 2016/2015. The students were randomly chosen and distributed into experimental and control groups with (11) students each. The experimental group was subjected to a counseling program for (12) sessions in a month and a half, while the control group did not receive any treatment program. The counseling program in this study was an independent variable, while the performance of the members of the study on social phobia scale was dependent variable. To achieve the purpose of this study, a group cognitive behavioral counseling program for social phobia was constructed. The scale of Mattick & Clark for social phobia was administered as a pre, post and follow-up scale. The analysis of covariance (ANCOVA) and (t-test) was used in this study. The results showed that there was a significant difference ($\alpha= 0.05$) in the level of social phobia between the two groups in favor of the the experimental group at the post test and the one and half-month follow-up. This means that the group counseling Program was effective in reducing the level of social phobia among members of the study and follow-up.

Keywords: Cognitive behavioral counseling program, Social phobia.