

فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية

عبدالله سالم المهاريه *

ملخص

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية، تكونت عينة الدراسة من (30) طالباً وطالبة من طلبة السنة الأولى لمرحلة البكالوريوس في كلية العلوم التربوية، الذين حصلوا على درجات عالية على مقياس القلق الاجتماعي، ولتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث باستخدام مقياس القلق الاجتماعي والبرنامج الإرشادي. تم توزيع أفراد عينة الدراسة بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (15) طالباً وطالبة، تلقوا البرنامج الإرشادي وأخرى ضابطة وعدد أفرادها (15) طالباً وطالبة، لم يتلقوا أي برنامج. وقد تم قياس أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق الاجتماعي قبل البرنامج الإرشادي وبعده. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القلق الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، وتوصي الدراسة باعتماد العلاج المعرفي السلوكي كعلاج فعال للحد من أعراض اضطراب القلق الاجتماعي.

الكلمات الدالة: القلق الاجتماعي، العلاج المعرفي السلوكي، برنامج إرشادي جمعي.

المقدمة

تسارعت التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في المجتمعات الحديثة، فأدت إلى ازدياد تعقيد الحياة وتوسعها وازدياد مطالبها وحاجاتها، فاضطر الفرد إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب فأثقلت كاهله بالمسؤوليات واعدت مطالبه واحتياجاته. مما زاد من الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب وجعله عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة. ويرى الخالدي (2009) بأن الاضطرابات النفسية أخطر وأشد من الأمراض الجسدية، فهي تطل الإنسان في المجتمع، وتشكل بالنسبة لهذا المجتمع تهديداً خطيراً باتساعها وانتشارها وتأثيرها السلبي، وأن الإنسان في هذا العصر يعاني كثيراً من الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، والاضطرابات العصبية والشخصية، والذهانية، وغيرها، نتيجة للعديد من العوامل الشخصية والاقتصادية والاجتماعية.

ويعد القلق في العصر الحالي من أكثر الحالات الانفعالية الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات النفسية والسلوكية؛ حيث يتميز العصر الحالي بانتشار اضطراب القلق، ومن بين أنواع اضطرابات القلق اضطراب القلق الاجتماعي الذي ينتشر بين طلبة الجامعات بنسبة (10-3%) كما يشير (السيد، 2000).

تبدو مشاعر القلق لدى معظم الناس في مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة، إذ يحدث كثيراً بين الرجال والنساء بنسب متماثلة. وتبدأ أغلب حالات القلق الاجتماعي بين سن الخامسة عشر إلى الخامسة والعشرين. و القلق هنا هو قلق موضوعي وهذا أمر عادي تماماً من أجل العمل والإنجاز؛ حيث أن قليلاً من القلق غالباً ما يعد أفضل مما لو لم يكن هناك قلق على الإطلاق، إذ أنه يساعد الفرد على أن يبقى يقظاً وحذراً، غير أنه حينما يتعاطم القلق من المناسبات الاجتماعية دون مبرر له، فإنه يصبح معوقاً لنشاط الفرد وفاعليته الاجتماعية، ويتحول إلى ظاهرة مرضية، واضطراب سلوكي، وهنا يطلق عليه مصطلح القلق الاجتماعي (حسين، 2007).

ويترك القلق الاجتماعي أثر واضح على شخصية الفرد المصاب، فهي قد تؤدي إلى العجز بشكل مرتفع، فالشخص غير القادر على التفاعل مع الآخرين، أو التحدث أمام الآخرين؛ قد يفشل في أداء مسؤوليات دراسية أو مهنية مهمة، وكذلك الشخص

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، الأردن. تاريخ استلام البحث 2016/6/14، وتاريخ قبوله 2016/8/16.

الذي لا يستطيع ان يتناول الطعام علانية قد يرفض دعوات الغذاء والانغماس في المواقف الاجتماعية الأخرى، وحيث أن معظم الناس المصابين بهذه الاشكال من القلق يحتفظون بمخاوفهم سرًا، فإن مقاومته الاجتماعية غالباً ما يساء فهمها، ويتم تفسيرها غطرسة، أو عدم اهتمام، أو عناداً (أبو هدروس، 2012).

كما يكون لدى الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي اضطرابات نفسية أخرى غالباً ما تعقب ظهور القلق الاجتماعي لديهم، كما أن هؤلاء الأشخاص يميلون الى تعاطي الكحوليات والمخدرات، وقد يميلون الى الانتحار (حسين، 2007). كما أن الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي يظهرون تعطل وظيفي في أبعاد متعددة تتضمن النشاط الرئيسي لديهم في العمل والمدرسة والجامعة، وغيرها من الأنشطة اليومية (Stein & Kean, 2000).

يعد مصطلح القلق الاجتماعي (Social Anxiety) تعبير علمي يقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل الخوف الاجتماعي (Social Fear)، أو الرهاب الاجتماعي (Social Phobia) أي أنه يمكن استخدام هذه المصطلحات كمرادفات لها نفس المعنى. يعد القلق الاجتماعي حالة مرضية مزعجة، تؤدي الى شل حركة الفرد المريض والى الشعور بمراقبة الآخرين له، وهو اضطراب ملازم للفرد من شيء غير مخيف في الأصل، وهذا الخوف لا يستند الى أساس وجذور واقعية (شاهين وجرادات، 2012).

ويعرف القلق الاجتماعي بأنه خوف يعتري الشخص بحيث يشعر في كل الوضعيات التي تحتل تقيماً، كالحديث أمام الجمهور حيث أنه سيكون موضع النقد، حيث يؤدي فيها الخوف الى تقويض مهارات وقدرات الشخص وينشط دورة القلق لديه (Kennerley, 2008). كما وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) القلق الاجتماعي بأنه خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للتفحص من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف ويدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول (APA, 2013).

ويمكن تعريف القلق الاجتماعي على أنه الخوف الشديد لدى الفرد أن يفعل أشياء أمام الآخرين، و من أن يكون موضعاً للمراقبة والملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين (حسين، 2009).

ويعرف أبو دلو (2009) القلق الاجتماعي بأنه اضطراب نفسي يتمثل في وجود حساسية مفرطة لدى الشخص للانتقاد مما يخلق لديه خوفاً غير مبرر من الظهور أمام الناس في موقف اجتماعي معين او مواقف اجتماعية متعددة، مما يؤدي في اغلب الاحيان الى ابتعاد المصاب عن الناس واقتصار علاقاته الاجتماعية على حلقة ضيقة من الأشخاص.

ومن خلال التعريفات السابقة نستطيع القول إن القلق الاجتماعي هو الخوف الشديد و المستمر في المواقف الاجتماعية التي تثير الخجل أمام الآخرين، ويحدث لدى الفرد الارتباك والشعور بالحراج من تلك المواقف التي تحدث أمام الآخرين أو مقابلة شخص وممارسة أعمال عادية كتناول الطعام والشرب أمام الآخرين أو في الاجتماعات العامة، ويتركز القلق الاجتماعي كون الفرد يشعر بدوام الرقابة من قبل الآخرين.

يصنف القلق الاجتماعي الى نوعين وهما القلق الاجتماعي المعمم (Generalized Social Phobia) ويشير الى الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية، و القلق الاجتماعي المقيد (Circumscribed Social Phobia) ويشير الى الأفراد الذين يعانون من الخوف من مواقف معينة بحد ذاتها وليس كل المواقف (Chavira & Stein, 1999).

يتعرض المصاب بالقلق الاجتماعي لمجموعة من الأعراض منها أعراض جسمية فسيولوجية مثل: احمرار الوجه، ارتجاف الأطراف، الغثيان، التعرق الشديد، تسارع نبضات القلب واضطراب التنفس، شد العضلات. وأعراض معرفية مثل: الحديث الذاتي السلبي والأفكار المشوهة والانتباه الانتقائي للمعلومات السلبية عن الذات وعن أدائه في المواقف الاجتماعية. وأعراض نفسية وسلوكية مثل: المبالغة في إتقان العمل، تجنب استلام المناصب أو الإدارة أو اتخاذ القرار، تجنب المناسبات الاجتماعية، الميل إلى تعاطي المخدرات والإدمان على الكحول، العزلة والانسواء الاجتماعي، حالة من الترقب الدائم للآخرين والمحيط. الحساسية المفرطة، تجنب المواقف المفضية للقلق، الضيق الانفعالي، مصاعب واضحة في الاتصال، تجنب أي موقف اجتماعي، الارتباك، التوتر والهلع، انخفاض في تقدير الذات، الخجل. وتؤدي هذه الأعراض إلى سوء في التكيف الشخصي والاجتماعي والمهني والأسري (Banerjee & Henderson, 2001).

وقد وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) معايير تشخيصية لاضطراب القلق الاجتماعي وفقاً للدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس الصادر عنها (DSM-5)، وهي:

- خوف واضح ومستديم من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز التي يتعرض فيها الشخص لأناس غرباء أو لاحتمال تقمص (مراقبة) الآخرين له. يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة (أو يبدي أعراضاً قلقية) ستكون مذلة أو محرجة.
- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق بشكل دائم تقريباً، الذي قد يتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئ لها موقف.
- يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير معقول وغير منطقي.
- يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة أو بخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو ضائقة شديدين.
- يعطل التجنب أو توقع القلق أو الضائقة في المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة بشكل بارز في الأنشطة الروتينية الطبيعية من حيث الأداء الوظيفي المهني أو الأكاديمي أو الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية، أو يكون هناك ضائقة واضحة من حصول مخاوف مرضية.
- تكون المدة (دوام الاعراض) لمن تقل أعمارهم عن (18) سنة، (6) أشهر على الأقل.
- لا ينجم الخوف أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة. ولا يفسرهما اضطراب نفسي آخر (مثل اضطراب هلع أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب نمائي شامل أو اضطراب الشخصية الفصامية).
- إذا كان هناك حالة طبية عامة أو اضطراب نفسي آخر، فإن الخوف في المعيار الأول لا يكون مرتبطاً به، مثال، لا يكون الخوف بسبب التأتأة أو الرجفان في مرض باركنسون أو عرض سلوكي شاذ للأكل في فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.
- يعد الاتجاه المعرفي السلوكي من الاتجاهات الحديثة في الإرشاد والعلاج النفسي الذي نجح في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب القلق الاجتماعي، حيث يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على وجود ارتباط مؤكد بين التفكير والانفعال والسلوك، ومن هنا فإن هذا المنحنى العلاجي يركز على العلاج باستخدام أساليب متنوعة معرفية وسلوكية وانفعالية، ويرتبط بهذا المنحنى العلاجي ثلاثة نماذج علاجية هي: نموذج آرون بيك، نموذج البرت اليس، نموذج دونالد مايكنبوم (عادل، 2000).
- يحدث الاضطراب حسب العلاج المعرفي السلوكي بسبب خلل في طريقة إدراك وتفسير الفرد للأمر والأحداث التي يمر بها ومن هنا تكون سبب في الكثير من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تحدث للأفراد. ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على استخدام الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية ومنها: إعادة البناء المعرفي، تقليل الحساسية التدريجي، التحصين ضد التوتر، توكيد الذات، لعب الدور، الضبط الذاتي، الواجبات البيئية، التخيل الإيجابي، الحوار الاسقراطي أو الجدلي، الأدلة والبراهين، كشف المتناقضات، الاسئلة الاستنكارية، التدريب على الاسترخاء، والدمج بينها لعلاج الاضطرابات المختلفة. ويقوم هذا الاتجاه على الإقناع الجدلي التعليمي بحيث يقدم للمريض التبرير المنطقي للعلاج وإقناعه بضرورة الالتزام به وقيامه بالدور الموكل إليه وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والمعتقدات اللاعقلانية وبين ما يعاني منه والتخلص من هذه الأفكار اللاعقلانية وتحويلها إلى أفكار عقلانية باستخدام عدة أساليب، ويتم هذا الإقناع من خلال عملية تعلم وتعليم مستنده إلى العلاقة العلاجية والقوة التي تتسم بها (ارون بيك، 2000).
- ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحديث، ففي بداية السبعينيات من القرن العشرين، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخيل في تعديل السلوك. ومن الملاحظ أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تأخذ بعين الاعتبار التأثير على العمليات المعرفية بشكل خاص، فأصبح الهدف الرئيس من العلاج المعرفي السلوكي محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها، من خلال أساليب وتدرجات معرفية سلوكية متعددة تركز على السلوكيات اللاتكيفية باعتبارها نتاجاً للتفكير الخاطئ وقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فاعليته في علاج العديد من الاضطرابات ومنها اضطرابات القلق (Hersen & Bellack, 1985).

مشكلة الدراسة:

ارتفعت نسبة انتشار اضطراب القلق الاجتماعي حتى أدرج تحت الظواهر التي اعتبرت من السمات البارزة للعصر الحديث. وعند مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة الذي تناول موضوع القلق الاجتماعي نجد أن ظاهرة القلق الاجتماعي من أبرز الظواهر السلبية التي تضر بشخصية الأفراد المصابين به بمختلف المجالات، إذ يتسبب القلق الاجتماعي بالاضطرابات النفسية

والاضطرابات السوكية والاضطرابات العصابية والشخصية، والذهانية، وسوء التكيف والتوافق الاجتماعي، كما بينت نتائج دراسات عدة منها؛ (Stoddard, 2007؛ Waikar, 1998؛ ملص، 2007؛ أبو هدرس، 2012؛ شاهين وجردات، 2012)، فاضطراب القلق من الاضطرابات المزعجة والمعتلة للإنسان في علاقته بالآخرين، ويؤثر كذلك على انتاج الفرد في وظائف الحياة العملية الاكاديمية والمهنية والاجتماعية، وذو أضرار نفسية وسلوكية، كالإكتئاب الحاد، والارهاق النفسي، سوء التكيف الاجتماعي، الادمان على الكحول أو المخدرات. ويعد الطالب الجامعي خاصة من هم في مراحلهم الجامعية الأولى الأكثر عرضة للاصابة بالقلق الاجتماعي، إذ تعدّ البيئة الجامعية بيئة جديدة مختلفة في معاييرها ووسائل ضبطها، تتسم باللاتجانس كونها تجمع الطلبة من أعمار وبيئات مختلفة، وينوط بها الطالب بواجبات وأدوار جديدة لما يمارسها من قبل، فهي نقلة نوعية بالنسبة للطالب تستوجب منه تهيئة جيدة وقابلية ليستطيع التكيف واداء مهامه وواجباته على أفضل وجه، إلا أن الطالب الجامعي المستجد لا يكون على أهبة الاستعداد فتعثره المخاوف والتساؤلات ويبقى جاهاً في محاولة فهم بيئته الجامعية الجديدة والتكيف مع من يختلف عنه في فهمه وتنشئته.

ونظراً لخطورة آثار القلق الاجتماعي التي تمتد لتطال البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد المصاب به، سعت الدراسات النفسية إلى الوقوف على أسبابه وخصائص المصابين به، وتقديم العلاج الناجع للتخلص منه عن طريق المساعدة والارشاد لخفض آثاره، وتدريبهم على امتلاك بعض المهارات والأساليب للتصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية، ويعد الارشاد والعلاج المعرفي السلوكي والاستراتيجيات والفنيات المنبثقة عنهما من الاساليب والطرق الفعالة في مثل هذه المواقف.

وتحاول هذه الدراسة بالتحديد الإجابة على السؤال الرئيسي الآتي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في متوسطات الأداء البعدي للطلبة على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها البرنامج الإرشادي تعزى للبرنامج الإرشادي؟

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة في ناحيتين هما:

أ. الأهمية النظرية: إلقاء الضوء على أهم القضايا النظرية المفسرة لاضطراب القلق الاجتماعي، ودراسته دراسة علمية من المنظور المعرفي السلوكي وتوظيفه في ميدان الارشاد النفسي والتربوي. كما تبرز أهميتها النظرية في أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسة، التي ستفتح الباب على مصراعيه لانطلاق أبحاث جديدة حول موضوعها من زوايا عدة مختلفة.

ب. الأهمية التطبيقية: نكتسب الدراسة الحالية أهميتها التطبيقية من خلال توفيرها للمرشدين والاختصاصيين النفسيين أداة قياس تساعد في تشخيص اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأفراد، وكذلك توفير برنامج إرشادي علاجي معرفي سلوكي يستطيعوا استخدامه في إرشاد الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي. كما تتضح أهمية الدراسة التطبيقية في أهمية نتائجها التي تهتم الباحثون والدارسون للعلوم التربوية والنفسية، والمؤسسات الحكومية أو الخاصة التي تُعنى بقضايا الشباب.

أهداف الدراسة: تتحدد أهداف هذه الدراسة بما يلي:

1. تحديد خصائص طلبة السنة الأولى المصابين بالقلق الاجتماعي.
2. تطوير مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى.
3. تطبيق برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي لمعالجة أو التخفيف من أعراض القلق الاجتماعي.
4. زيادة التكيف النفسي لدى الطالب مما سينعكس على جودة تحصيله الأكاديمي ورفع سويته مما سينعكس مستقبلاً على سوق العمل والمجتمع ككل.

حدود الدراسة ومحدداتها

- الحدود البشرية: العينة التي أجريت عليها الدراسة حيث أن أفراد هذه الدراسة هم طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية.
- الحدود المكانية: اقتصرت هذه الدراسة على طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية في كلية العلوم التربوية.
- الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة في الفصل الأول من العام الدراسي 2015/2016.
- أما محددات هذه الدراسة فتتمثل بأدوات الدراسة المستخدمة ودلالات صدقها وثباتها.

▪ اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام المنهج شبه التجريبي

التعريف المفاهيمي والتعريفات الإجرائية:

● **البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي:** برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية مستندة على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، لتقديم الخدمات المباشرة وغير المباشرة جماعياً بهدف مساعدة الأفراد على تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعلق لتحقيق التكيف النفسي، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه فريق من المسؤولين المؤهلين (زهران، 2002). ويعرّف إجرائياً لغايات هذه الدراسة بأنه خطة عمل تتضمن مجموعة من الجلسات الإرشادية التي تنفذ خلالها مجموعة متنوعة من الأساليب والمهارات والإجراءات المعرفية والسلوكية التي سيشتمل عليها البرنامج. ولغايات هذه الدراسة تم تصميم برنامج إرشادي جمعي من (16) جلسة إرشادية، يواقع جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة (90) دقيقة، واشتمل على مجموعة من التمارين والأساليب والمهارات والإجراءات والأنشطة والفنيات والآليات المعرفية السلوكية، بهدف مساعدة الطلبة في التخلص أو التخفيف من أعراض وآثار القلق الاجتماعي.

● **القلق الاجتماعي Social Anxiety:** هو خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للتفحص من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف ويدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول (APA, 2013). ويعرّف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي.

● **طلبة السنة الأولى:** الطلبة من الذكور والإناث المصنفين حسب مقياس الدراسة على أنهم يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، ولديهم الرغبة بالمشاركة في تطبيق برنامج الدراسة، وتتراوح أعمارهم بين (18-20) سنة من المسجلين في العام الأول للسنة الدراسية (2015/2016) في كلية العلوم التربوية/ الجامعة الأردنية.

الدراسات السابقة

ونظراً لانتشار وخطورة اضطراب القلق الاجتماعي على التكيف والصحة النفسية للفرد جاءت هذه الدراسة لتفحص فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي لخفض القلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الأولى في الجامعة الأردنية. وقد أجريت العديد من الدراسات السابقة حول اضطراب القلق الاجتماعي وفاعلية البرامج العلاجية المختلفة ومنها العلاج المعرفي السلوكي في التخلص أو التخفيف من هذا الاضطراب ومن هذه الدراسات:

دراسة الحائر (2013) التي هدفت الى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي جمعي معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بمنطقة تيوك تكونت عينة الدراسة من (30) مريضاً من مرضى الرهاب الاجتماعي الذين يراجعون العيادة النفسية بمستشفى الصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قيم متوسطات الأداء للرهاب الاجتماعي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث أنخفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المجموعتين: التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. كذلك أظهرت النتائج أن متوسط الأداء على قياس المتابعة للرهاب الاجتماعي قد أنخفض مقارنة بالأداء على القياس القبلي للمجموعة التجريبية. وأوصت الدراسة بالعديد من التوصيات منها التركيز على بناء البرامج الإرشادية العلاجية التي تجمع ما بين الجانب المعرفي والجانب السلوكي.

وفي دراسة شاهين وجرادات (2012) التي هدفت الى مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة المراهقين. تكون مجتمع الدراسة من (320) طالباً وطالبة في الصفوف من التاسع الى الثاني عشر في محافظة الكرك وتم اختيار العينة من (45) طالباً وطالبة وزعوا عشوائياً الى 3 مجموعات يواقع 15 طالباً وطالبة لمجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. وقد تلقت إحدى المجموعتين التجريبيتين برنامج علاجي عقلائي انفعالي سلوكي بينما تلقت الاخرى برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، أما المجموعة الضابطة فلم تتلق اي برنامج علاجي. طبقت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل الاجتماعي. أظهرت نتائج الدراسة ان كلا من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية كان أكثر فاعلية في تخفيض الرهاب الاجتماعي وقلق التفاعل الاجتماعي، كما أظهرت النتائج عدم اختلاف فاعلية أي من الأسلوبين العلاجيين باختلاف الجنس وأوصت الدراسة باستخدام هذه البرامج في معالجة الرهاب الاجتماعي واستخدام برامج أخرى كالعلاج المعرفي السلوكي.

وقامت ملص (2007) بإجراء دراسة بهدف التعرف إلى نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة وارتباط الرهاب

الاجتماعي بتقدير الذات. تكونت العينة من (944) طالباً وطالبة اختيروا بطريقة عشوائية من طلبة الجامعة الأردنية. استخدم مقياسين، هما: مقياس الرهاب الاجتماعي ودليل تقدير الذات. وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلبة الجامعة الأردنية هي (9.3%) وكانت نسبة انتشارها عند الإناث (10.1%) أعلى بشكل دال إحصائياً من نسبة انتشارها عند الذكور وبالبلغة (8%) أما بالنسبة لارتباط الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات فقد بينت النتائج أن هنالك ارتباطاً ذا دلالة بينهما.

كما هدفت دراسة ستودارد (Stoddard, 2007) إلى تطوير وتقييم حالة فردية للعلاج السلوكي المعرفي المكثف للقلق الاجتماعي، وإلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج ضمن (6) جلسات لعلاج الرهاب الاجتماعي، وتألفت عينة الدراسة من (5) مرضى في إحدى مراكز علاج الرهاب في الولايات المتحدة الأمريكية، تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الرهاب الاجتماعي، واستندت الدراسة على أسلوب الحالة الفردية ضمن سلسلة من المراحل المتعددة، وقد استخدمت التقارير الذاتية المتعددة ومقاييس العلاج السلوكي المعرفي والجوانب النفسية للقلق الاجتماعي والرهاب والاكتئاب، وقد أظهرت نتائج الدراسة ان (4) من اصل (5) أظهروا تحسناً بشكل متوسط كاستجابة لهذا الأسلوب العلاجي، وأن (3) منهم أظهروا المستوى نفسه بعد (3) شهور من المتابعة، ووصل (2) من المرضى الى درجة من الشفاء في نهاية العلاج، وقد لوحظ ان ازدياد ثقة المرضى بأنفسهم مع مرور الوقت، مما يشير الى فاعلية أسلوب الحالة الفردية في العلاج السلوكي المعرفي.

كما أجرى كلينجر وليقرون (Klinger & Legeron, 2005) دراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض والعلاج الدوائي في علاج مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من (36) مريضاً في مستشفى سانت إن في كندا، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها (12) مريضاً والمجموعة الثانية مجموعة العلاج بالتعرض وكان عدد أفرادها (12) مريضاً. بينما كانت المجموعة الثالثة مجموعة العلاج الدوائي وكان عدد أفرادها (12) مريضاً، وكانت مدة البرنامج العلاجي (12) جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة كل أسبوع. وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لجميع أنواع العلاجات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة كما أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحسن بين هذه العلاجات.

كما هدفت دراسة أوتو و بولاك وجولد وورث ووردلي وروزنبوم (Otto, Pollack, Gould, Worthington, McArdle, & Rosenbaum, 2000) إلى مقارنة أثر عقار اللونازيبام والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي، كما هدفت إلى التعرف على المتنبئات بالاستجابات العلاجية المختلفة لدى المرضى. وقد تم استخدام دليل التشخيص المعياري الإحصائي للاضطرابات العقلية، ثم تمت مراجعة الأعراض المرضية لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي لتحديد شدتها وتكرارها بعد (4، 8، 12) اسبوعاً من العلاج. وقد أظهر المرضى في كلا الحالتين العلاج تحسناً. ولم تظهر أية فروق بين حالات العلاج جميعها سوى ازدياد التحسن لمن تعاطوا العقار بعد (12) أسبوعاً من العلاج. كما ظهرت علاقة ارتباط سلبية بين العلاج وعودة ظهور الأعراض مما يشير إلى فاعلية هذين النوعين في علاج الرهاب الاجتماعي.

وقام ويكر (Waikar, 1998) بدراسة هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين، وتشكلت عينة الدراسة من (20) طالباً من طلاب جامعة كاليفورنيا بمدينة لوس انجلوس الأمريكية، ممن يعانون من قلق التحدث أمام الآخرين، موزعة على مجموعتين، مجموعة تجريبية وعددها (10) طلاب، ومجموعة ضابطة وعددها أيضاً (10) طلاب. وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي، حيث انخفضت درجة القلق في مواقف التحدث الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

نستخلص من خلال استعراض الدراسات السابقة أن هناك إجماع على وجود وانتشار اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأفراد وأن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في علاج وخفض أعراض هذا الاضطراب ومن هذه الدراسات (الحائر، 2013؛ شاهين وجردات، 2012؛ ملص، 2007؛ Stoddard, 2007؛ Waikar, 1998) وما يميز هذه الدراسة أنها طبقت على طلبة الجامعات كعينة للدراسة خلافاً للدراسات السابقة التي طبقت على طلبة المدارس والمراهقين والمراجعين للعيادات النفسية وأنها استخدمت النماذج الثلاث بالأساليب العلاجية المعرفية السلوكية بيك وأليس ومايكنوم.

الطريقة واجراءات الدراسة

أفراد الدراسة:

تكون مجتمع أفراد الدراسة من (220) طالباً وطالبة تراوحت أعمارهم بين (18-20) سنة في مستوى السنة الأولى في

الجامعة الأردنية في كلية العلوم التربوية الفصل الأول للعام الجامعي 2015 / 2016.

وتكون أفراد عينة الدراسة من (30) طالبا وطالبة تم اختيارهم بناء على درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي حيث كانت اجاباتهم أعلى من انحراف معياري واحد فوق المتوسط. وقد بلغ متوسط درجات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس القلق الاجتماعي (49,8) بانحراف معياري (5.9) وهكذا فان عينة الدراسة تكونت من الطلبة الذين درجاتهم أعلى من (55.7) على مقياس القلق الاجتماعي. وقد تم توزيع أفراد العينة بطريقة عشوائية بسيطة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. تلقت المجموعة التجريبية العلاج المعرفي السلوكي وضمت (15) طالبا وطالبة، بينما ضمت المجموعة الضابطة (15) طالبا وطالبة دون أن تتلقى أي علاج. ويوضح الجدول (1) التوزيع الديمغرافي لأفراد الدراسة.

الجدول (1) التوزيع الديمغرافي لعينة الدراسة

المجموعة			الفئات	المتغير
الكلي	ضابطة	تجريبية		
14	7	7	ذكور	الجنس
16	8	8	اناث	
30	15	15	المجموع	

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام:

1- مقياس اضطراب القلق الاجتماعي: تكون من مجموعة من الفقرات التي تقيس اضطراب القلق الاجتماعي على الطلبة، تكون هذا القسم من (28) فقرة لقياس أعراض القلق الاجتماعي. وقد تم تطوير مقياس اضطراب القلق الاجتماعي وفق الخطوات الآتية:
-مراجعة الأدب النظري السابق والمراجع والدراسات والابحاث ذات الصلة بموضوع الدراسة مثل (Kelly, APA, 2013; Walters and Philips, 2010; Liao, et al, 2010; (ملص، 2007).
-التوصل الى فقرات المقياس.

- **تصحيح المقياس:** تكون مقياس القلق الاجتماعي من (28) فقرة وبالاعتماد على مقياس ليكرت الثلاثي في تدرج الإجابات على المقياس من درجة (1) أمام الإجابة (منخفضة)، إلى درجة (2) أمام الإجابة (متوسطة)، درجة (3) أمام الإجابة (مرتفعة). وبذلك تتراوح الدرجات التي يمكن يحصل عليها الطالب بين (28) أدنى درجة) و(84 أعلى درجة). وقد تم اختيار الطلبة أفراد عينة الدراسة من الطلبة الذين درجاتهم أعلى من (55.7) على مقياس القلق الاجتماعي كما هو موضح في أفراد عينة الدراسة.

صدق المقياس: لاستخراج دلالات صدق مقياس اضطراب القلق الاجتماعي قام الباحث باستخراج:

- صدق المحتوى: تم التأكد من صدق محتوى المقياس بعرضه على عشرة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في الإرشاد النفسي والتربوي والصحة النفسية وعلم النفس، لتحديد مدى قياس كل فقرة من فقرات المقياس للقلق الاجتماعي، إضافة إلى تحديد مدى ملائمة الصياغة اللغوية للفقرات وأخذ ملاحظاتهم بالحسبان في تطوير المقياس من حذف وتعديل وإضافة فقرات لقياس أبعاد المقياس التي تمثل القلق الاجتماعي. وقد أتمد معيار (80%) كنسبة اتفاق بين المحكمين على الفقرة الواحدة، وفي ضوء هذا المعيار لم تحذف أية فقرة من فقرات المقياس، في حين جرى تعديل الصياغة اللغوية لبعضها.

- صدق البناء: وللتأكد من صدق بناء المقياس، استخرجت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المقياس في عينة تكونت من (30) طالبا من خارج عينة الدراسة كمؤشر على صدق البناء، ويبين الجدول (2) هذه المعاملات.

الجدول 2. معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي

الفقرة	ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	الفقرة	ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس
.1	0.44	.15	0.31
.2	0.55	.16	0.39
.3	0.33	.17	0.41
.4	0.31	.18	0.34
.5	0.38	.19	0.38
.6	0.32	.20	0.31
.7	0.59	.21	0.51
.8	0.40	.22	0.56
.9	0.34	.23	0.52
.10	0.42	.24	0.49
.11	0.31	.25	0.42
.12	0.44	.26	0.37
.13	0.48	.27	0.50
.14	0.31	.28	0.41

يتبين من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس إيجابية حيث تراوحت بين (0.31 و 0.59) وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وقد كان معامل الارتباط لجميع الفقرات أعلى من (0.30) مما يدل على تمتع الفقرات بقدرة تمييزية جيدة، مما يشير إلى صدق بناء هذه الفقرات.

ثبات المقياس

تم حساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ - ألفا، حيث تم توزيع المقياس على (30) طالباً من خارج عينة الدراسة، وقد بلغ معامل ثبات المقياس (0.94)، وهو معامل ثبات مقبول وجيد في البحوث والدراسات النفسية والتربوية.

2. برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي

بعد مراجعة أدبيات الموضوع والإطلاع على الدراسات السابقة والبرامج المتوفرة حول القلق الاجتماعي (الحائر، 2013؛ أبو هديوس، 2012؛ السيد، 2000؛ Waikar, 1998؛ 2000) تم تصميم برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي يستند إلى فنيات العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة أعراض القلق الاجتماعي، وتكون البرنامج من (16) جلسة إرشادية، بواقع جلستين أسبوعياً بداية ونهاية الأسبوع مع مراعاة ظروف الطلبة الأكاديمية، مدة الجلسة (90) دقيقة، واشتمل على مجموعة من الجلسات التمهيديّة الأساسية والجلسات العلاجية التي تضمنت العديد من التمارين والأساليب والمهارات والإجراءات والأنشطة والفنيات والآليات المعرفية السلوكية، التي تهدف إلى مساعدة الطلبة في التخلص أو التخفيف من أعراض وآثار القلق الاجتماعي. وقد عرض البرنامج على عشرة محكمين من ذوي الاختصاص في الإرشاد النفسي والتربوي، وأخذت ملاحظاتهم بعين الاعتبار وتمثلت الأهداف العامة للبرنامج بما يلي:

1. مساعدة الطلبة في التخلص أو التخفيف من أعراض وآثار القلق الاجتماعي.
 2. مساعدة الطلبة على التصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة.
 3. تطوير مهارات الطلبة في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ورغباتهم واهتماماتهم بطريقة مناسبة لأنفسهم وللآخرين.
 4. مساعدة الطلبة على التكيف بشكل أفضل في حياتهم الجامعية، ورفع مستواهم الأكاديمي.
- وقد طبق البرنامج بعض فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي، التي تم تحديدها تبعاً لملائمتها لماهية الأعراض التي حددها التطبيق القبلي لمقياس الدراسة، وتمثلت في الآتي:

إعادة البناء المعرفي باستخدام تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، الحوار السقراطي القائم على الجدال والمناقشة والأسئلة،

الاسترخاء والتنفس العميق، لعب الدور. وفنية النمذجة: النموذج الحي (من خلال الباحث)، والنموذج الرمزي (مشاهدة الأفلام وعرض مقاطع فيديو، الصور)، التدريب على المهارات الاجتماعية مثل مهارة توكيد الذات وحل المشكلات، التحصين ضد التوتر، الحوار الذاتي الإيجابي، الضبط الذاتي، تقليل الحساسية التدريجي، إستراتيجية التعزيز والتدعيم، الواجبات المنزلية.

وصف الجلسات العلاجية

أ. الجلسات التمهيديّة: تم إجراء مقابلة مع كل حالة مدة كل منها ساعة بهدف جمع البيانات وملء لمقياس الدراسة لقياس القلق الاجتماعي.

ب. الجلسات الأساسية:

الجلسة الأولى: التعارف وبناء علاقة إيجابية وتوطيد الثقة مع الحالات وكسر الجمود من خلال تمرين التعارف والحوار والمناقشة، وبيان ماهية وأهداف برنامج الدراسة ومعايير الالتزام بالمجموعة. والتعرف على مفهوم القلق الاجتماعي. وتحديد مواعيد الجلسات وعددها ومدتها الزمنية. ثم تكليف الحالات بواجب بيتي المتمثل بكتابة آرائهم في الجلسة وفي البرنامج العلاجي وتوقعاته حوله لمناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية والثالثة والرابعة: مناقشة الواجب البيتي. والبدء بتوضيح وتطبيق أسلوب إعادة البناء المعرفي من خلال تدريبهم على كيفية تحديد الأفكار اللاعقلانية السلبية وتنفيذها باستخدام الحوار الاسقراطي، وكشف المتناقضات، والأدلة والبراهين والتوصل الى الأفكار اللاعقلانية وتكليفهم بواجب بيتي في نهاية كل جلسة لهذا الأسلوب لتحديد الأفكار اللاعقلانية والعمل على التخلص منها كما تم تدريبهم.

الجلسة الخامسة: مناقشة الواجب البيتي، ثم مناقشة مهارة الاسترخاء العضلي والتنفس العميق وتطبيقه بالتدريب على مهارة الاسترخاء العضلي والتنفس العميق من خلال نمذجة (الباحث) وبيان أهمية الاسترخاء في خفض التوتر والقلق. في نهاية الجلسة كُلفت الحالات بواجب بيتي يتمثل بممارسة الاسترخاء وتسجيل خطواته ووقته، وتم تزويدهم بصور لخطوات تمرين الاسترخاء لمراجعتها ذاتياً، وجدول لتوثيق الأيام والأوقات التي يمارس فيها الاسترخاء، وتدوين نتائجه عليه.

الجلسة السادسة: مناقشة الواجب البيتي وإعادة تمرين الإسترخاء العضلي، ولعب الدور العكسي بين الباحث والحالات.

الجلسة السابعة والثامنة: شرح وتوضيح أهمية امتلاك المهارات الاجتماعية والتدريب على مهارة السلوك التوكيدي من خلال لعب الدور والأسطوانة المشروخة بتدريبهم على الخطوات الأساسية للبدء بأي حديث وحوار والتعبير عن أفكارهم مع أي شخص يقابلوه لأول مرة، كإلقاء التحية أولاً والتعريف بنفسه والبدء بكلمات مفتاحية، وكيفية إنهاء الحديث. والتعبير عن حاجاته والدفاع عن حقوقه وإحترام حاجات وحقوق الآخرين. والتدريب على مهارة حل المشكلات من خلال طرح المشاكل ومحاولة تطبيق خطوات حل المشكلات بتحديد المشكلة وتوليد البدائل والموازنة بين الإيجابيات والسلبيات واختيار وتنفيذ البديل الأفضل والتقييم وفي نهاية الجلسة، كُلفت الحالات بواجب بيتي للتدريب على السلوك التوكيدي وحل المشكلات.

الجلسة التاسعة والعاشر: مناقشة الواجب البيتي ثم توضيح أسلوب التحصن ضد التوتر والتدريب عليه من خلال تطبيق خطواته الثلاث بالتعريف على الضغوط وأثارها ومفهومها ثم التدريب على مجموعة مهارات للتخلص من الضغوط ثم التطبيق والمتابعة بالحياة الواقعية خارج الجلسات واعطاء واجب بيتي باستخدام ما تم التدريب عليه من أساليب لمواجهة الضغوط في مواقف حقيقية.

الجلسة الحادية عشر: مناقشة الواجب البيتي واعطاء التغذية الراجعة حول الأداء. ثم التدريب على أسلوب الحديث الذاتي الإيجابي.

الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر: التعزيز حول أداء الحالات والتقدم في البرنامج ثم توضيح أسلوب الضبط الذاتي والتدريب عليه من خلال تطبيق خطواته وهي مراقبة وملاحظة الذات، ضبط الذات، مكافأة الذات. مع إعطاء واجب بيتي للحالات بتطبيقه في المواقف التي تواجههم.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر: مناقشة الواجب البيتي وإعطاء التغذية الراجعة. شرح وتوضيح والتدريب على أسلوب تقليل الحساسية التدريجي من خلال توضيحه للطلبة وتطبيق خطواته. بالتدريب على الاسترخاء وبناء هرم القلق والمزاوجة بين الاسترخاء والمواقف المسببة للقلق من أقل المواقف في أدنى الهرم الى أقوى المواقف في أعلى الهرم. مع إعطاء واجب بيتي للتدريب على هذا الأسلوب ومناقشة الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة عشر: مناقشة الواجب البيتي، التعرف على رأي الطلبة في البرنامج العلاجي وما مدى استفادتهم منهم.

وتطبيق القياس البعدي (المقياس الدراسة) للكشف عن مدى فاعلية البرنامج في خفض أعراض القلق الاجتماعي.

إجراءات الدراسة

تم القيام بإجراءات الدراسة وفق الخطوات الآتية:

- إعداد البرنامج الإرشادي الجمعي الذي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي من خلال الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة وتحكيمه من قبل أصحاب الخبرة والاختصاص.
- تطوير مقياس اضطراب القلق الاجتماعي كما تم استخراج دلالات الصدق والثبات له.
- ثم قام الباحث بتطبيق مقياس اضطراب القلق الاجتماعي على (220) طالباً وطالبة الذين يمثلون مجتمع أفراد الدراسة في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2015/2016. وبعد ذلك، تم اختيار أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (30) طالباً وطالبة الذين أظهروا أعلى الدرجات على المقياس.
- الحصول على موافقة الطلبة للمشاركة بالدراسة، حيث تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عدد أفرادها (15) طالباً وطالبة، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها (15) طالباً وطالبة.
- تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية وعددهم (15) طالباً وطالبة والمكون من (16) جلسة، بواقع (90) دقيقة لكل جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً .
- وبعد انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي قام الباحث بإعادة تطبيق مقياس الدراسة على أفراد الدراسة لقياس القلق الاجتماعي لديهم.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام المنهج شبه التجريبي حيث تم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، عدد كل منهما (15) طالباً وطالبة.

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: ويتمثل بالبرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي.

المتغير التابع: ويتمثل بالقلق الاجتماعي.

وبناء على ذلك يكون تصميم الدراسة كما يلي:

EG: المجموعة التجريبية.

CG: المجموعة الضابطة.

O1: القياس القبلي للمتغير التابع (القلق الاجتماعي).

O2: القياس البعدي للمتغير التابع (القلق الاجتماعي).

X: المعالجة المستخدمة.

_ : لا يوجد معالجة.

المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن سؤال الدراسة، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي والبعدي لاستجابات الطلبة على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي وفقاً لمتغير المجموعة واستخدم تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للمقياس.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج المتعلقة بالإجابة عن سؤال الدراسة: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) في متوسطات الأداء البعدي للطلبة على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها البرنامج تعزى للبرنامج الإرشادي؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة وجدول رقم (3) يوضح ذلك:

الجدول 3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب على مقياس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبيية والضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي

المجموعة	القلق الاجتماعي قبلي		القلق الاجتماعي بعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	2.44	.18	1.54	.11
الضابطة	2.28	.15	2.35	.21
الكلية	2.36	.18	1.95	.45

يلاحظ من الجدول رقم (3) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات القبلية والبعديية للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي في القلق الاجتماعي ولمعرفة دلالة الفروق فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك الأحادي (ANCOVA) والجدول رقم (4) يوضح ذلك:

الجدول 4. نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي (ANCOVA) للدرجة الكلية على مقياس القلق الاجتماعي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
القبلي	.267	1	.267	13.753	.001
المجموعة	4.989	1	4.989	257.160	.000
الخطأ	.524	27	.019		
الكلية	5.793	29			

يتضح من الجدول رقم (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لاستجابات الطلبة على مقياس القلق الاجتماعي، ولمعرفة اتجاه الفروق فقد تم استخراج المتوسطات البعدية المعدلة والخطأ المعياري كما يظهر في الجدول رقم (5):

جدول 5. المتوسطات الحسابية المعدلة والخطأ المعياري لدرجات الطلاب على مقياس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	1.49	.038
الضابطة	2.40	.038
الكلية	1.95	.025

يلاحظ من الجدول رقم (5) أن الفروق كانت لصالح المجموعة الضابطة، مما يدل على أن القلق الاجتماعي للمجموعة التجريبية قد انخفض.

مناقشة نتائج الدراسة:

بينت نتائج القياس القبلي لأداة الدراسة أن جميع أفراد عينة الدراسة يعانون من ارتفاع باضطراب القلق الاجتماعي، كما بينت أن أبرز الأعراض التي يعاني منها الطلبة المشخصين باضطراب القلق الاجتماعي هي: الحساسية المفرطة، الخوف من التقويم

السلبى وخشية الطلبة الآخرين والأساتذة، تجنب المواقف المفضية للقلق، الكرب أو الضيق الانفعالي، مصاعب واضحة في الاتصال أو التخاطب، تجنب المواقف الاجتماعية، التوتر والهلع في المواقف الاجتماعية، عدم الانسجام في التفاعلات الاجتماعية، انخفاض في تقدير الذات، الخجل، تدني في الانجاز الاكاديمي، التعرق الشديد، تلثم الكلام، جفاف الريق، تسارع نبضات القلب واضطراب التنفس، شد العضلات، الحاجة المفاجأة لقضاء الحاجة (التبول)، رعشة الصوت، العزلة والانطواء الاجتماعي، التغيب عن المحاضرات

استطاعت الدراسة أن تتحقق من مدى صحة فرضها من خلال النتائج التي توصلت إليها من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في متوسطات الأداء البعدي للطلبة على مقياس القلق الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها البرنامج الإرشادي تُعزى لبرنامج الدراسة، إذ دلت نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى، حيث أسهمت فنيات العلاج المعرفي السلوكي المُستخدمة في البرنامج التطبيقي للدراسة بتحسين التكيف والمهارات الاجتماعية للطلبة المشخصين باضطراب القلق الاجتماعي، وخفض قلقهم وخوفهم، وتمكينهم من تطوير علاقات إيجابية مع الطلبة الآخرين، بالإضافة إلى مساهمتها بشكل ملحوظ في تحسين مفهوم صورة الذات ورفع مستوى تقديرها، ارتفاع الأداء والإنجاز الأكاديمي، الالتزام بحضور المحاضرات وعدم التغيب عنها، القدرة على لقاء الواجبات وشرح الدروس، القدرة على التكيف مع البيئة الجامعية، ودخول المرافق الجامعية التي خشوها في السابق، انخفاض الخجل، التخلص من التعرق ورعشة الصوت، القدرة على التعبير عن احتياجاتهم والسؤال عما يجهلون. المشاركة في بعض الأنشطة الطلابية.

كما بينت نتائج الدراسة من خلال الجلسات والواجبات البيئية أن أكثر فنيات العلاج المعرفي السلوكي فاعلية للعمل مع حالات القلق الاجتماعي هي؛ فنية إعادة البناء المعرفي بتحليل الاعتقادات، النمذجة، لعب الدور، التنقيف، الحوار الذاتي، التعريض التخيلي، مهارة حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية وتوكيد الذات، فنية تقليل الحساسية التدريجي. الأمر الذي أسهم في انخفاض أعراض القلق الاجتماعي انخفاضاً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مقارنة بوجودها قبل التطبيق. وبرزت فاعلية تلك الفنيات من خلال التغيرات الانفعالية والسلوكية الإيجابية التي طرأت على الطلبة خاصة أثناء الجلسات الجماعية، حيث تحسن تقاعلمهم مع زملائهم وأسائرتهم في الجامعة، وتحسنت قدرتهم على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ومواجهة زملائهم بها أثناء الجلسات. بالإضافة إلى انخفاض الخجل والتردد في تعاملهم مع زملائهم، وإتقانهم للمهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة من البرنامج العلاجي. واتضح ذلك أثناء الجلسات ومن خلال الواجبات البيئية.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية من حيث فعالية البرامج المعرفية السلوكية في علاج والتخفيف من حدة القلق الاجتماعي ومعاونة طلبة الجامعات منه مع نتائج دراسة كل من (الحائر، 2013؛ شاهين وجرادات، 2012؛ ملص، 2007؛ Stoddard, 2007؛ Otto et al, 2000؛ Klinger, et al, 2005؛ Waikar, 1998)

التوصيات:

- وفي ضوء النتائج التي انتهت إليها هذه الدراسة، يمكن تقديم التوصيات التالية:
- اعتماد العلاج المعرفي السلوكي كعلاج فعال في التخفيف والحد من أعراض القلق الاجتماعي.
- ضرورة تبني البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من قبل الاخصائيين النفسيين وخاصة في الجامعات وبالتحديد في عمادات شؤون الطلبة.
- إجراء المزيد من الدراسات العلمية التجريبية بناء على متغيرات جديدة.

المراجع

- أبو اجدي، أ. (2004). اثر الرهاب الاجتماعي والشعور بالوحدة وكشف الذات على ادمان الانترنت، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- ابو دلو، جمال. (2009). الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان: الاردن.
- أبو هدروس، ي. (2012). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتضررين من الحرب الإسرائيلية في المناطق الحدودية بقطاع غزة، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، 12(1).
- الحائر، ي. (2013). فاعلية برنامج علاجي جمعي معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بمنطقة تبوك. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

- أرون بيك. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى دار النهضة العربية، بيروت.
- حسين، ط. (2009). استراتيجيات ادارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، عمان: الاردن.
- حسين، ط. (2007). العلاج النفسي المعرفي، الإسكندرية: دار الوفاء.
- الخالدي، أ. (2009). المرجع في الصحة النفسية: نظرية جديدة، دار وائل، عمان: الاردن.
- زهران، حامد. (2002). التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة: مصر.
- السيد، م. (2000) علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج، القاهرة: دار قباء.
- شاهين، ف و جرادات، ع. (2012). مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، 26(6).
- عادل، م. (2000). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشد، القاهرة: مصر.
- ملص، ز. (2007). العلاقة بين الرهاب الاجتماعي و تقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- American Psychiatric Association (2013) D.S.M IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed, Washington DC.
- Banerjee, R & Henderson, L.(2001). Social – Cognitive Factors in Childhood Social Anxiety: A preliminary Investigation, Social Development.
- Chavira, D & Stein, M .(1999). Phenomenology and Epidemiology of Social Phobia, In: Stein DJ, Hollander E, editors. American Psychiatric Press textbook of anxiety disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Hersen, M. and Bellack, A. (1985), Handbook of Clinical Behavior Therapy With Adults, Plenum Press, New York.
- Kelly, B., Walters, C. & Phillips, K. (2010). Social Anxiety and Its Relationship to Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder, Behavior Therapy, 41(2): 143-153
- Kennerly, H .(2008). Peurs, Anxiety Phobies, Dunod, Paris.
- Klinger, E.,Bouchard S., Legeron, P., & Roy S .(2005). Virtual Reality Therapy Versus Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia: A Preliminary Controlled Study. Cyber psychology and behavior.V8, N1:76-88
- Liao, Y., Natalie P., Deng Y., Tang J., David J., Riteesh B. and Hao W .(2010). Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45(10): 963-971.
- Otto, M., Pollack, M., Gould, R., Worthington, J., McArdele, E. & Rosenbaum, J. (2000). A Comparison of the Efficacy of Clonazepam & Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia. Journal of Anxiety Disorders. 14. 345- 358.
- Stein & Kean, .(2000). Disability and Quality of life in Social Phobia: Epidemiological findings. American Journal of Psychiatry, volume 157, 2000,pp. 273-283.
- Stoddard, J. (2007). Development and single case evaluation of intensive cognitive behavioral treatment for social phobia, Dissertation of Ph.D. Boston University.
- Waikar SV. (1998). Mode- Specificity in Brief Cognitive and Behavioral Treatments for Public Speaking Anxiety. Los Angeles: University of California.

The Effectiveness of A group Counseling Program Based on Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Social Anxiety Among First Year Students at the University of Jordan

*Abdullah S. Al-Mahayreh**

ABSTRACT

This study aimed at identifying the effectiveness of a group counseling program based on cognitive behavioral therapy on reducing social anxiety among first year students at the university of Jordan. A sample consisted of (30) students (15 male and 15 female) was randomly selected. All the students scored highly on the social anxiety scale. To achieve the objective of the study, The researcher used social anxiety scale and counseling program. The students were randomly assigned into two groups; experimental and control. Students in the experimental group received a group counseling based program, where those in the control group did not. Post treatment measurement was applied, where the social anxiety scale was administered again to students in both groups. Result showed significant differences in the level of social anxiety between the experimental and control group, where the social anxiety among the students in the experimental group was reduced. The study recommended the use of the cognitive behavioural therapy as an effective technique in reducing social anxiety.

Keywords: Social Anxiety, Cognitive Behavioral Therapy, group counseling program.

* Faculty of Educational Sciences, The University of Jordan. Received on 14/8/2018 and Accepted for Publication on 16/8/2016.