

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 مقاييس الرهاب الاجتماعي، في الفصل الأول من العام الدراسي (2015/2016)، تم اختيارهم وتوزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة في كل منها (11) طالباً وطالبة، حيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج تربوي مكون من (12) جلسة على مدى شهر ونصف بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج إرشادي. وقد كان البرنامج في هذه الدراسة متغيراً مستقلأً بينما كان أداء أفراد الدراسة على مقاييس الرهاب الاجتماعي متغيراً تابعاً. ولتحقيق غرض الدراسة، تم بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي للرهاب الاجتماعي، وطبق مقاييس ماتيك وكلارك للرهاب الاجتماعي (Mattick, & Clark, 1998) مقياساً قبلياً، وبعدياً، ومتابعة. وللإجابة عن أسئلة الدراسة استخدم تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) واختبار (T-test). وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدالة ($\alpha = 0.05$) بين أداء المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي الجمعي كان فعالاً في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد الدراسة في القیاس البعدى 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، ويعُد القلق شعوراً طبيعياً لدى الإنسان كالخوف والفرج والحزن، يستجيب له الأفراد بطرق مختلفة ومتقارنة، ويعُد القلق من الدوافع المهمة التي تساعد على الإنجاز حيث يشكل في مستوى المتوسط طاقة إيجابية للتكيف والنجاح، فالقلق يهيئ الفرد لمواجهة متطلبات الحياة اليومية ويزيد من استعداداته لدرء المخاطر وإنقاذ 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 يتتحول إلى اضطراب يعطل الإنسان ويورقه ويستترف 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 تدخلًا علاجيًا لمواجهة آثارها وتقليل مستواها 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 المصايب بالرهاب الاجتماعي يحاول تجنب أي نوع من المواقف الاجتماعية التي يشعر أنها تسبب له الإعراض 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 الآخرين، أو الأداء في مواجهة جمهور من الناس (مثل القاء خطبة). وإلى هذا الحد من غلبة القلق

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

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

فالسلمة الأساسية المميزة للرهاب الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين والتشوه الادراكي للمواقف الاجتماعية لدى الفرد القلق اجتماعياً، والمعنيون غالباً ما يشعرون انهم محظوظون بمحيطهم بمقدار اكبر مما يعنونه أنفسهم لهذا المحيط، ويتصورون إن محيطهم ليس له من اهتمام آخر غير تقييمهم المستمر، وبطبيعة الحال فانهم يتصورون دائماً إن التقييم لابد وأن يكون سلبياً (رضوان، 2001).

ويقول بيك (Beck, 2000) أن الرهاب الاجتماعي هو ظهر ماضٍ للقلق الذي يعنيه الطلبة بعد قلق الامتحان، فالحديث أمام الآخرين يشكل محاكاً للجاذبية الاجتماعية، مما يصيب الكثيرين منهم بالخوف من الأداء المستهجن فيبعث عندهم كرباً واعاقة متلازمة (بيك، 2000).

ويرى (عبد، 2000) أن الرهاب الاجتماعي مرافق 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 اضطرابات النفسية انتشاراً بعد الاكتئاب وسوء استعمال المواد المخدرة، حيث يعرفه عاكاشة بأنه خوف من الواقع محل ملاحظة الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (عاكاشة، 1992).

بينما يعرفه الرشيد 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 استثناء واستجابة قلق فورية، التي تأخذ شكل نوبة هلع، يلجم 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 والتذوق فيه من الآخرين، وإن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يخافون التقييم السلبي من الآخرين ويدركون أنهم لم يحظوا بالرضا والاستحسان منهم بل يعيشون الذل والخزي والارتباك في هذه المواقف ونتيجة لذلك فإنهم يتتجنبون 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 كالاضطرار لإلقاء كلمة أمام جموع أو القيام بالواجبات الاجتماعية أو مقابلة الضيف، وقد تمتد هذه الحالة لتجنب المجتمعات عموماً أو الهروب خشية الإحراج (جمال، 1997).

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

وقد حد الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-V) معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي كما يأتي:
أ- خوف ملحوظ دائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء حيث يكون الشخص أمام أشخاص غير مألوفين له أو يكون عرضة للتقصي 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 لمرحلة العمرية، وأن يحدث القلق الاجتماعي في المواقف التي تجمعه 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.

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

ج- يدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول.

ملحوظة: بالنسبة للأطفال قد لا يتتوفر هذا الشرط.

ـ يتجنب الشخص المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المرهوبة، وإلا فهو يتحملها على مضض.

ـ يؤدي التجنب أو التفug القلق أو الكرب في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء إلى إعاقة ملحوظة للونية الحياتية الطبيعية للفرد، أو لأدائه المهني (أو الدراسي)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعني الفرد ضيقاً شديداً لوجود هذا الخوف فيه.

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

ـ ليس الخوف أو التجنب ناتجاً عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء) أو لمرض جسمى عام، ولا يمكن تعليمه أفضل بوصفه اضطراباً نفسياً آخر (مثل: اضطراب الهلع المصاحب لأغير المصاحب بأجورافوبيا، أو اضطراب التشوه الوهمي للجسد، أو اضطراب النمو الشامل، أو اضطراب الشخصية الشيزويديّة).

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

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

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

ـ 2- تجنب المواقف الاجتماعية وذلك لما يعنيه من انزعاج انتعالي وسوء تكيف مما يؤدي إلى تقييد حياة الفرد فعندهما يتتجاوز الرهاب حدود المعقول تتتعطل حياة الفرد الاجتماعية اليومية مما يؤثر سلباً على وظيفته ودوره الاجتماعي والمهني. فيتأثر تحصيله العلمي، ويواجه صعوبات في الزواج، وبختار مهنة وروتيناً اجتماعياً يمكنه من تجنب القلق الناتج عن هذه المواقف. فالمصاب بالرهاب الاجتماعي قد يعمل بأقل من قدراته أو ذكائه بسبب حساسيته الاجتماعية المتطرفة. فيفضل التتحي لمهنة قليل على أن يضطر للتعامل بشكل يومي مع الآخرين.

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

ـ 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.

ـ 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.

ـ 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:

ـ 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:

ـ رابطة القلق الاجتماعي، معهد القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى العديد من الروابط، والجمعيات الخاصة بإضطرابات 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 اضطرابات غير الذهانية، و(9%) من جميع مراجع العيادات، كما تشير إحدى التقارير الخاصة بإحدى العيادات الجامعية بالرياض بأن الطلاب الذين يعانون من هذا اضطراب 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 تعدد أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها في أثناء مراحل نموه المختلفة، وتحكم 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 (الحريري، 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 برؤمه) 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 المعرفة لدى الفرد تؤثر في انفعالاته وسلوكه بطريقتين وهما: من خلال محتوى المعرف، ومن خلال معالجة المعرف، فمحتوى المعرف يؤثر في الانفعالات والسلوك، والجوانب البيسيولوجية للفرد، وذلك من خلال تقديرات الفرد لذاته ولآخرين وللعالم من حوله، وتفسيرات الفرد للأحداث فمثلاً لو اعتقد الفرد أنه شخص فاشل فإنه يشعر بالإكتئاب، أما معالجة المعرف (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 يُؤدون فيها اجتماعياً بصورة جيدة، لأنهم مشغولون بتوقع الفشل أو الكارثة في المستقبل، هذا يلقي بضلاله الكثيفة على أية خبرة إيجابية، مع توقع الخبرة الفاشلة، ويعن ظهور صورة الحقيقة المتوازنة (بيل، 2011).

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

ويرى آنجر (Unger, 2004) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وتفاؤلاً تؤدي إلى العمل الفعال، والتفكير العقلي، ومواجهه الإحباط، والرغبة في الحياة، وتنقى مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطية، 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 منها (18) طالباً وطالبة من طلاب جامعة إكسفورد في بريطانيا، تتراوح أعمارهم ما بين 18 و20 سنة، باستخدام مقاييس القلق الاجتماعي، ومقاييس الانسحاب الاجتماعي، ومقاييس الخوف من التقييم السلبي، وقائمة الإكتئاب لبيك، ومقاييس الغضب، والمقاييس الأوتوماتيكي 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 الآلي ل معدل ضربات القلب). كما سجلت المجموعة التجريبية درجات أدق في التعرف على التعابير السلبية لدى الآخرين (حيث إنها كانت تعاني، من تحيز تجاه تحديد التعابير الانفعالية للأخرين على أنها سلبية بحثة).

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 المرضى في فنلندا. وتكونت عينة الدراسة من (45) ممارساً تدرّبوا 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 المشاركون استطاعوا اجتياز البرنامج، كما أبدى الأطباء رضاه عن 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 اظهروا 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.

وهدفت 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) طالباً وطالبة، وقد تم استخدام مقياس الرهاب الاجتماعي لـ ليبورتز (Liebowitz) المعرب للمجتمع الأردني. 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 ثانوي بين الرهاب الاجتماعي وبين كل من: السكن والكلية، السكن والسنة، الكلية وال عمر، وتفاعل ثلاثي بين الرهاب الاجتماعي والسنة والجنس والسكن. وأظهرت النتائج أن نسبة تقدير الذات المتدنى بين طلبة الجامعة الأردنية هي (7%) ، وكانت نسبة انتشارها عند الإناث (7.8%) أعلى بشكل دال إحصائياً من نسبة انتشارها عند الذكور (5.7%) وتبيّن 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 وال عمر حيث كان تدني تقدير الذات أعلى لدى الطلبة الذين بلغوا سن 23 فما فوق، وظهر كذلك تفاعل ثانوي بين تقدير الذات وكل من: الجنس والسنة، السكن والكلية، السكن والسكن، العمر والكلية. أما بالنسبة لارتباط الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات فقد بينت النتائج أن هناك ارتباطاً ذات دلالة بينهما، كذلك قد بينت النتائج 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 مرياح بورقلة، وقد تكونت عينة الدراسة من (429) طالباً وطالبة من الجامعة، وقد تم اختيار (20) طالباً من حصلوا على علامات عالية على مقياس الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى استخدام المقابلة التشخيصية المقمنة، تم توزيعهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة). وقد توصلت الدراسة إلى أن 7.69% من أفراد العينة يعاني من الرهاب الاجتماعي المرتفع، في حين أن 50.58% يعاني من الرهاب الاجتماعي المتوسط، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى إلى متغير الجنس ولصالح الإناث. وأيضاً وجود فروق ذات دلالة احصائية 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.

وهدفت 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 ثلاثة مجموعات عشوائية، المجموعة التجريبية الأولى طبق عليها برنامج علاج عقلاني انفعالي سلوكي، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، والمجموعة الضابطة لم تلق أي برنامج علاجي. أظهرت نتائج الدراسة أن كلاً من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية كان له فاعلية في خفض الرهاب الاجتماعي وكانت الفروق دالة إحصائياً ($p=0.05$)، في حين لم تختلف فاعلية أي من البرنامجين باختلاف الجنس ولم توجد فروق دالة إحصائياً ($p=0.05$).

كما هدفت دراسة (حمادنه، 2013) إلى التعرف على مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة أردنية من الطلبة الموهوبين في مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز والفرق 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 ووى (Raulin and Wee, 1994) المُعَرَّب 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، وأن هناك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وهدفت دراسة (الركبيات، 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 الباذلة الجنوبية، وقد تم استخدام مقياس ليبويتز (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، وجود 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 الفلق 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 ترتكيزها على خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، إلا أنها تختلف عنها من حيث إنها هدفت إلى التتحقق من فاعلية 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 وتقنيد الأفكار اللاعقلانية، وحل المشكلات، ولعب الدور) لدى طلبة جامعة جدارا.

مشكلة الدراسة

تتبلور مشكلة هذه الدراسة في أن الفرق الناتج عن التطور المستمر والمتتابع للحياة المعاصرة بمختلف جوانبها أصبح سمة عامة وبارزة في المجتمع ولـ العديد من المشكلات والاضطرابات وأشكال السلوكات السلبية لدى الإنسان في مختلف مراحل نموه، ويعـد تطور وزيادة نسب انتشار الرهاب الاجتماعي بين عامة الناس وطلبة الجامعة بشكل خاص (ملص، 2007؛ وردة، 2011؛ الركبيات، 2015)، إضافة إلى ما تشير إليه مراجعة أدب الموضوع من ارتباط اضطراب الرهاب الاجتماعي بالخوف من التقييم السلبي والإكتئاب والتقدير المتدن للذات (ملص، 2007؛ 2007؛ Stoddard, 1997؛ Wintton et al, 1997) ولخطورة هذا الاضطراب في الصحة النفسية للطلبة التي تتعكس 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 متطلب تكيفي في مرحلتهم العمرية. إلا أنه لم تلق 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، كال مجالات

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

وفي إطار التأكيد الواسع الذي أقيمه 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 السلوكي وذلك لمساعدتهم على تبني أفكار إيجابية وفعالة للتخطيط لمستقبلهم وتخلصهم من العديد من المؤثرات السلبية التي تعطل نموهم الشخصي والأكاديمي.

ومن هنا تأتي الدراسة الحالية لنسنهم 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 الرئيسية 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 ثُمَّ 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 البعدى وبين درجاتهم على نفس المقياس في فترة المتابعة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة

تبعد 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. وتمكن الأهمية النظرية في أن الدراسة تتناول اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعات لكونه يمثل جانباً مهمًا 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 أمكاناتهم الإيجابية للتفوق والنجاة، كما تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة تستمدتها 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 معه خصيصاً طلبة الجامعة في حدود ما توصل إليه الباحثان، وبالتالي تحسين صحتهم النفسية. كما تمهد هذه الدراسة الطريق نحو تطوير برنامج إرشادي معرفية سلوكيّة 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 كالاضطرار لإلقاء كلمة أمام جموع أو القيام بالواجبات الاجتماعية أو مقابلة الضيوف، وقد تمت هذه الحالة لتجنب المجتمعات عموماً أو الهروب خشية الإلتحاق. ويعرف اجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الرهاب الاجتماعي.

برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجماعي: 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 المشكلات، التدريب على التعليم الذاتي، وقف الأفكار (مليكه، 1994). وبهدف 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 اللاتكيفي 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 وي العمل على تحقيقها، حيث إن العلاج السلوكي يركز على تعديل الظروف المحيطة بالفرد والسلوك الظاهر عنده وعلى عملية التعلم، أما العلاج المعرفي فيرتكز على تعديل المفاهيم والأفكار دون إهمال السلوك الظاهر. وكل منها 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 والنماذج الذي يتبعها. ومن الأفكار التي يرتكز 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 وسائلان الأولى تركز على الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالمشكلة، والثانية تركز على المشاعر. وتهدف الوسيلة الأولى إلى تحديد المشكلة التي يعاني منها المريض بشكل واضح وتعيير نظرته إليها. وتهدف الوسيلة الثانية إلى تحقيق الهدف ذاته من خلال تغيير المشاعر المرتبطة بالمشكلة (محمد، 2000).

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

هناك بعض المبادئ المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي التي تتعلق بالمعالج والمريض، ومن أهم هذه المبادئ ذكر : 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 والعزو، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من المشاعر والسلوك وتأثير العلاج والتباين بهما 5- أن العمليات المعرفية تندمج معاً لتكوين السلوك (عادل، 2000).

ويعرف اجرائياً: بأنه برنامج إرشادي جمعي تمثله مجموعة من الفعاليات المنظمة والمخططة التي تستند إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وفنياته، ويشتمل على عدد من الاستراتيجيات العلاجية (الاسترخاء العضلي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه، ومناقشة وتفنيد الأفكار اللاعقلانية، وحل المشكلات، ولعب الدور) المستندة إلى النظرية المعرفية السلوكية. ويتضمن مجموعة من الجلسات وعددتها أثنا عشرة جلسة تقدم بواقع جلستين أسبوعياً لمدة شهر ونصف يليها اختبار المتتابعة بعد مدة شهر واحد من انتهاء البرنامج، ينفذها المرشد المدرسي من خلال جلسات إرشاد جمعي تشمل 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 (2015/2016).

3. الحدود البشرية: تتحدد هذه الدراسة ونتائجها بأفراد الدراسة الذين اختبروا لبرنامج العلاج الذين طبقت عليهم أداة الدراسة.

4. الحدود الأدواتية:- تتحدد هذه الدراسة ونتائجها بمقاييس ماتيك وكلارك للرهاب الاجتماعي (Mattick, & Clark, 1998).

محددات الدراسة :

1. تتحدد نتائج هذه الدراسة بالمقاييس المستخدم والخصائص السيكومترية لهذا المقياس، كذلك البرنامج التربوي 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 التجاري:

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة جدارا، للعام الدراسي (2015/2016)، الفصل الدراسي الأول. وبالبالغ عددهم (655) طالباً وطالبة، وجميعهم منتظمين بالدراسة. وقد طُبق مقياس الرهاب الاجتماعي على (183) طالباً وطالبة منهم، وتم تصحيح المقياس وترتيب الطلاب تنازلياً وفقاً لمجموع درجاتهم الكلية التي تراوحت بين (1) إلى (74) علمًا بإن 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 متربع من الرهاب الاجتماعي، وذلك بالاعتماد

على تدرجات المقياس (0 - 4) وعدد فقراته والمتوسط الحسابي الذي يساوي (34.13) والانحراف المعياري لأفراد الدراسة الذي يساوي (15.98) وكانت 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 وكانت النتيجة (18) والحد الأعلى لهذه الفئة ناتج إضافة وحدة انحراف معياري (15.98) إلى المتوسط الحسابي لأفراد العينة وكانت النتيجة (50) وبذلك تكون الفئة التي تمثل مستوى الرهاب الاجتماعي المتوسط (18 - 50)، وتكون الفئة التي تمثل مستوى الرهاب الاجتماعي المتن (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، فت تكون العينة الأولية من (29) طالباً وطالبة، تم مقابلتهم واستطلاع رغبتهم استعدادهم للمشاركة في برنامج الدراسة، حيث اعتبر (7) طلبة عن المشاركة، وبهذا استقرت عينة الدراسة على (22) طالباً وطالبة، وتم توزيعهم بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين؛ تجريبية وضابطة في كل منها (11) طالباً. وقد كان مكان اللقاء بآفراط العينة التجريبية في قاعة الاجتماعات في قسم الارشاد النفسي والتربوي في جامعة جدارا. وقد كانت قيمة المتوسط الحسابي لأفراد الدراسة ككل وبالبالغ عددهم (183) طالباً وطالبة على مقياس الرهاب الاجتماعي تساوي (34.13) وهي تعبر عن مستوى متوسطٍ من الرهاب الاجتماعي. ويبيّن الجدول (1) توزيع أفراد الدراسة وفقاً للجنس والجنسية في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (2015/2016).

الجدول (1)

توزيع أفراد الدراسة وفقاً للجنس والجنسية في

الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (2015/2016)

المجموع	عماني	أردني	الجنسية	
			الجنس	الجنسية
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 إلى العربية جرادات وشاهين (2012)، يقيس المقياس قلق الأداء في المواقف الاجتماعية، ويكون المقياس من (20) فقرة، ويتم الاستجابة لكل فقرة من قبل المفحوص من خلال تدريج خماسي من صفر (لا تتطابق على الاطلاق) إلى (4) (تطابق بدرجة عالية). وبذلك فإن أدنى علامة على المقياس هي صفر وأعلى علامة هي (80).

صدق المقياس:

على الرغم من تتمتع المقياس بصورةه العربية بدلائل صدق وثبات مناسبة، إلا أن الباحثان قاما باستخراج معاملات الصدق التالية:

- صدق المحتوى:

قام الباحثان باستخراج صدق المحتوى لهذه الأداة عن طريق عرض المقياس بصورةه المبدئية على أحد عشر محكماً منهم خمسة محكمين من المختصين في الإرشاد النفسي والتربوي وعلم النفس، وستة محكمين من المعالجين النفسيين من ذوي الخبرة، وطلب منهم تقييم مدى ملاءمة وانتفاء الفقرات للموضوع الذي يتناوله المقياس، ومدى وضوح صياغة الفقرات ووضوح معناها، واجمع المحكمون على إن الفقرات جميعها تتنمي 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 تكونت من (25) طالباً وطالبة. وتبين أن جميع الفقرات لها علاقة ارتباطية دالة إحصائياً ولا تقل عن (0.30) بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس. ويوضح الجدول (2) ذلك.

الجدول (2)

قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس الرهاب الاجتماعي

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

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

ثبات المقياس:

ثبات الإعادة (Test – retest): تم تطبيق المقياس مرتين بفواصل زمني مقداره ثلاثة اسابيع 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 التأكيد 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 تمثُّل مقياس الرهاب الاجتماعي بدرجة عالية من الثبات، وملاءعته للدراسة الحالية.

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج المعرفي السلوكي الجمعي من مجموعة من الفعاليات المنظمة والمخططة التي تستند إلى مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وفياته، ويتضمن البرنامج (12) جلسة تقام بواقع جلسات أسبوعياً لمدة شهر ونصف يليها اختبار المتابعة بعد مدة شهر واحد من انتهاء تقديم البرنامج، وتتفق من خلال جلسات إرشاد جمعي تشتمل على أهداف وأدوات واجراءات 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. وتبعد المدة الزمنية للجلسة ساعة ونصف.

وتم التتحقق من صدق البرنامج وصلاحيته بعرضه في على (8) محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال الإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، وتم الأخذ باقتراحاتهم.

ملخص الجلسات:

* تم في الجلسة الأولى الترحيب بالأعضاء وكسر الحاجز النفسي (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 استراتيجية الاسترخاء العضلي لعلاج الرهاب الاجتماعي، والاساس النظري الذي تستند اليه هذه الاستراتيجية، ومن ثم تم تدريب أعضاء المجموعة على الاسترخاء العضلي، وطلب منهم كواجب ببني نطبيقه مره واحدة يوميا على الأقل.
 - الجلسة الرابعة تم فيها مناقشة أعضاء المجموعة بالواجب البيتي الذي اعطي لهم، وهو التدرب على الاسترخاء العضلي، ومن خلال الحوار بين الأعضاء تم ابراز فوائد هذه الاستراتيجية، وتم تطبيق الاسترخاء العضلي، والتاكيد على الأعضاء بتطبيقه كواجب بيتي حتى نهاية الجلسات.
 - في الجلسة الخامسة مناقشة أعضاء المجموعة بتأثير التفكير على الرهاب الاجتماعي، وكيف نستطيع وقف التفكير السلبي من خلال استخدام مطاطة على المعصم، أو صوت عالي. وتم تدريب الأعضاء على هذه الاستراتيجية، وتطبقيها بشكل مستمر.
 - الجلسة السادسة تم مناقشة الأعضاء بالواجب المعطى لهم، الاسترخاء ووقف التفكير، وتكرار تدريبيهم على استراتيجية وقف التفكير، والتاكيد عليهم بالالتزام بالواجب البيتي باستمرار.
 - في الجلسة السابعة بعد مناقشة الواجب البيتي، تم الحديث عن استراتيجية صرف الانتباه، وفعاليتها في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي، وتم تدريب أعضاء المجموعة عليها، والتاكيد على الواجب البيتي (الاسترخاء العضلي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه).
 - تم في الجلسة الثامنة مناقشة الواجب البيتي، ومن ثم تكرار تدريب أعضاء المجموعة على استراتيجية صرف الانتباه، ومناقشة آلية تطبيقها، والصعوبات في التطبيق، والتاكيد على تطبيق الواجب البيتي.
 - في الجلسة التاسعة، وبعد مناقشة الواجب البيتي، تم مناقشة أعضاء المجموعة باهمية لعب الدور في التخلص من الرهاب الاجتماعي، وتم تدريب أعضاء المجموعة على لعب الدور لعدد من المواقف، ومن ثم التاكيد 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، والتاكيد 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، وتعليقائهم حول البرنامج ومدى استفادتهم من جلساته واقتراحاتهم حوله، ثم تطبيق مقاييس الدراسة على أفراد المجموعة 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 للطلاب فكرة عامة عن أهداف الدراسة وأهميتها، وبينما لهم إن المشاركة طوعية، وأن المعلومات التي سيذلون بها سيتم التعامل معها بسرية تامة، وبينما لهم طريقة الإجابة على فقرات المقياس وأن يتمهل بالإجابة، وأنهما سيخذلان عن أي سؤال في أثناء الإجابة على فقرات المقياس. أما فيما يتعلق بالبرنامج الجمعي الإرشادي، فقد تم الانقاء 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 وبعدية للمتغير التابع. واستخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة (التجريبية والضابطة) القبلية والبعدية والمتابعة على مقياس الرهاب الاجتماعي، وللمقارنة بين هذه الدرجات والتأكيد 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

يتبيّن 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 متقدّم عليها عند الباحثين حيث إنها قد تصل إلى 20% كما أشار إلى ذلك رجمان (Rachman, 1988)، ويمكن ان يفسر ذلك بان كثرة الاحداث التي يتعرض لها الافراد والناتجة 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 التقنيات التي تعطي مساحة كبيرة للمدرس على حساب تقليل مساحة تفاعل الطالب مع المادة ومشاركة مع زملائه وتقدمه لها دوراً في شعور الطلبة بالرهاب الاجتماعي نظراً لعدم اعتيادهم على مثل هذه المواقف. ويترافق 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 للأخر، 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 بدلاً من ذلك أن ردود فعل الآخر ستكون غير مرضية أو سلبية (بيك، 2000). كما ان الرهاب الاجتماعي يعدّ من اكبر انواع الاضطرابات المرضية انتشاراً في العالم بعد الاكتئاب وادمان الكحوليات، ويقصد به حالة التهيب من المواقف الاجتماعية التي تبدى على الفرد بسبب قصوره في المهارات الاجتماعية، بصورة تجعله أكثر قلقاً في المواقف الاجتماعية التي يواجه فيها شعوراً بالخزي والاستحياء (عبد العال، 2006). وجاءت نتائج الدراسة متنقّلة مع نتائج دراسة الركيبيات (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 مجموعة 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			
الكل	51390	24				

يتضح من الجدول (4) أن الفروق بين المتوسطات بلغت مستوى الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمة الإحصائي "F" (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 البعدى، وأن قيمة معامل ايتا الذي يحدد تأثير المعالجات التجريبية على اضطراب الرهاب الاجتماعي قد بلغ (0.933)، حيث يعد مؤشرًا مرتفعًا 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 فاعلية البرنامج الإرشادي في تقليل مستوى الرهاب الاجتماعي لديهم، حيث اشتمل البرنامج الإرشادي على عدد من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي اثبتت فاعليتها في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي، وهذا يدعم من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية التكتيكات المستمددة 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 بالتحفيز من الرهاب الاجتماعي بالإضافة إلى التزام أعضاء المجموعة بما هو مطلوب منهم من واجبات بيئية، ورغبتهم القوية بالخلص من هذا الاضطراب، هذا كلّه أسهم في الوصول إلى 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 بالتعريض، التدريب على المهارات الاجتماعية، إعادة البناء المعرفي (الزراد وسلبيط، 2016). وقد جاءت نتائج الدراسة مطابقة لما جاءت به دراسة وردة (2007) 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 البعدى وبين درجاتهم على نفس المقياس في فترة المتابعة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج؟

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية ($n = 11$) على مقياس الدراسة في القياس البعدى وقياس المتابعة كما في الجدول (5)، كما تم استخدام اختبار (ت)، لعينتين متراقبتين - sample t test) على مقياس الدراسة في القياس البعدى والمتابعة كما هو موضح في الجدول (5).

الجدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بين التطبيقين البعدى والاحفاظ في المجموعة التجريبية

المقياس	القياس البعدى	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري
الرهاب الاجتماعي	المتابعة	21.00	1.859
الرهاب الاجتماعي	البعدى	24.42	4.699

تشير النتائج الواردة في الجدول (5) إلى وجود فروق ظاهرية بين متوسطات درجات القياس البعدى وقياس المتابعة، لأفراد المجموعة التجريبية ($n = 11$)، على مقياس الدراسة، وللتتحقق من دلالة الفروق الظاهرة فقد تم إجراء اختبار "ت" للعينات المتراقبة، وهو ما يوضحه الجدول (6)، حيث تم استخراج نتائج واختبار قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات القياس البعدى والمتابعة على مقياس الدراسة لدى أفراد العينة التجريبية. إن العلاج المعرفي السلوكي يحقق بمكاسب تستمر من (6-12) شهراً من فترات المتابعة، وتقترح المراجع الحديثة في علاج الرهاب الاجتماعي لدى الشباب أن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون أكثر تأثيراً (إذا ما تراوحت التدريب على مهارات اجتماعية محددة (الزراد وسلبيط، 2016).

الجدول (6)

اختبار (ت) لعينتين متراقبتين لفحص الفروق بين متوسط

درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدراسة في القياس البعدى والمتابعة

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

* 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 مقاييس 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 يؤكّد فعالية العلاج المعرفي السلوكي والتأثير الإيجابي للتكتيكات المستمدّة منه في علاج الاضطرابات النفسيّة، حيث تضمن البرنامج تعليم الأفراد وتدريبهم على كيفية تغيير أنماط التفكير السلبي إلى أنماط تفكير إيجابية، وكيفية التغلب على المشاعر المزعجة لهم 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 البيئية التي كانت تطلب منهم، وكذلك الاستمرار في تطبيق الفنون 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 تتناول الرهاب الاجتماعي، بهدف تحديد حجم المشكلة وأهميتها، وطرق علاجها. وكذلك إجراء دراسات تتناول اضطرابات أخرى لدى الشباب الجامعي كالقلق والاكتئاب، والاضطرابات النفسية، 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 اللامنهجية في المدارس والجامعات، وتشجيع الطلبة على الالتحاق بها بهدف تجنب العزلة الاجتماعية والخوف من المواقف الاجتماعية المختلفة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- بنجاشي، أ. (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)، الفوبيا، (ترجمة عبد الحكيم الخزامي)، مصر، دار الاكاديمية للعلوم.
- جمال، س. (1997)، أثر البرامج الارشادية في خفض القلق الاجتماعي لدى الطالبة 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 الفراتي.
- حامدنة، ب. (2013)، مستوى الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الموهوبين في مدارس الملك عبد الله الثاني للتميز في الأردن. *International Interdisciplinary Journal of Education*, 2(7) - 709 - 721.
- الريسيدي، ب ومنصور ، ط، والنابليسي ، م والخليفي ، إ. والناصر ، ف. وبورسلبي ، ب. (2001)، سلسلة تشخيص اضطرابات النفسية، المجلد التاسع، الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.
- رضوان، س. (2001)، القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقدير مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية، *مجلة مركز البحوث التربوية*، 19، 47-77.
- 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.
- الزراد، ف وسلطي، م. (2016)، علم النفس المرضى البحث التقييم والعلاج في علم النفس الاكلينيكي، (مترجم) ط1، الاردن، دار الفكر.
- شاهين، ف وجرادات، ع. (2012)، مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي. *مجلة جامعة النجاح للابحاث (العلوم الإنسانية)*، مجلد 26(6).
- عادل، ع. (2000)، العلاج المعرفي السلوكي أساس 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 مراض 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 للفقد الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية للتربية 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). A open clinical 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 Edelmann, 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.

* Jadara University, Jordan (1). Islamic Educational College, Jordan (2). Received on 27/06/2016 and Accepted for Publication on 10/02/2017.