

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

عبد الله سالم المهايره \*

### 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 مقاييس القلق الاجتماعي، ولتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث باستخدام مقاييس القلق الاجتماعي والبرنامج الإرشادي. تم توزيع أفراد عينة الدراسة بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وعدد أفرادها (15) طالباً وطالبة، تلقت البرنامج الإرشادي وأخرى ضابطة وعدد أفرادها (15) طالباً وطالبة، لم يتلقوا أي برنامج. وقد تم قياس أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس 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 وتوسيعها وازدياد مطالبيها وحاجاتها، فاضطرر الفرد إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب فأنفلت كاهله بالمسؤوليات وعددت مطالبه واحتياجاته. مما زاد من الضغوط الواقعية عليه لتلبية تلك المطالب وجعله عرضة لاضطرابات النفسية المختلفة. ويرى الخالدي (2009) بأن الاضطرابات النفسية أخطر وأشد من الأمراض الجسدية، فهي تطال الإنسانية في المجتمع، وتشكل بالنسبة لهذا المجتمع تهديدا 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 (3-10%) كما يشير (السيد، 2000).

تبعد 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 يقطأ وحدراً، غير أنه حينما يتوازى القلق من المناسبات الاجتماعية دون مبرر له، فإنه يصبح معوقاً لنشاط الفرد وفعاليته 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 قادر 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 14/6/2016، وتاريخ قبوله 16/8/2016.

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 سراً، فإن مقاومته الاجتماعية غالباً ما يسأء فهمها، ويتم تفسيرها غطرسة، أو عدم اهتمام، أو عناداً (أبو هروس، 2012).

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

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

ويعرف القلق الاجتماعي بأنه خوف يعتري الشخص بحيث يشعر في كل الوضعيّات التي تحتمل تقبيماً، كالحديث أمام الجمهور حيث أنه سيكون موضع النقد، حيث يؤدي فيها الخوف إلى تقويض مهارات وقدرات الشخص وينشط دورة القلق لديه (Kennerley, 2008). كما وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) القلق الاجتماعي بأنه خوف ملحوظ و دائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للتفضص من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بال موقف 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 موضعًا للمراقبة والملاحظة والتدقق من قبل الآخرين (حسين، 2009).

ويعرف أبو دلو (2009) القلق الاجتماعي بأنه اضطراب نفسي يتمثل في وجود حساسية مفرطة لدى الشخص لانتقاد مما يخلق لديه خوفاً غير مبرر من الظهور أمام الناس في موقف اجتماعي معين أو مواقف اجتماعية متعددة، مما يؤدي في أغلب الأحيان إلى 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 الإرباك والشعور بالحرج من تلك المواقف التي تحدث أمام الآخرين أو مقابلة شخص وممارسة أعمال عادية كتناول الطعام والشراب أمام الآخرين أو في المجتمعات العامة، ويتركز القلق الاجتماعي كون الفرد يشعر بدوام الرقابة من قبل الآخرين.

يصنف القلق الاجتماعي إلى نوعين وهما القلق الاجتماعي المعمم (Generalized Social Phobia) ويشير إلى الأفراد الذين يخشون معظم المواقف الاجتماعية، و القلق الاجتماعي المقيد (Cri\_cuscribed Social Phobia) ويشير إلى 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 المشوّهه والانتباه الإنقائي للمعلومات السلبية عن الذات وعن أدائه في المواقف الاجتماعية. وأعراض نفسية وسلوكية مثل: المبالغة في إنقاص العمل، تجنب استلام المناصب أو الإدارة أو اتخاذ القرار، تجنب المناسبات الاجتماعية، الميل إلى تعاطي المخدرات والإدمان على الكحول، العزلة والانطواء الاجتماعي، صعوبه واضحة في الاتصال، تجنب أي موقف اجتماعي، 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 تفحص (مراقبة) الآخرين له. يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة (أو يبدي أعراضًاً فلقيه) ستكون مذلة أو محرجة.
- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق بشكل دائم تقريباً، الذي قد يتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بموقف أو يهدى 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 ضائقه شديدين.
- يعطى 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 ضائقه واضحة من حصول مخاوف مرضية.
- تكون المدة (دوام الاعراض) لمن نقل 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، مثل، 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 يؤكّد العلاج المعرفي السلوكي على وجود ارتباط مؤكّد بين التفكير والانفعال والسلوك، ومن هنا فإنّ هذا المنحني العلاجي يركّز على العلاج باستخدام أساليب متعددة معرفية وسلوكية وفعالية، ويرتبط بهذا المنحني العلاجي ثلاثة نماذج علاجية هي: نموذج آرون بيك، نموذج البرت بيس، نموذج دونالد مايكينوم (عادل، 2000).
- يحدث الاضطراب حسب العلاج المعرفي السلوكي بسبب خلل في طريقة إدراك وتفسير الفرد للأمور 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، التحسين ضد التوتر، توكييد الذات، لعب الدور، الضبط الذاتي، الواجبات البيئية، التخييل الإيجابي، الحوار الاسفراطي أو الجدل، الأدلة والبراهين، كشف المتناقضات، الإسئلة الاستكارية، التدريب على الاسترخاء، والدمج بينها لعلاج الاضطرابات المختلفة. ويقوم هذا الاتجاه على الإنقاص الجدي التعليمي بحيث يقدم للمريض التبرير المنطقي للعلاج وإنقاذه بضرورة الالتزام به وقيامه بالدور الموكّل إليه وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والمعتقدات اللاعقلانية وبين ما يعني منه والتخلص من هذه الأفكار اللاعقلانية وتحويلها إلى أفكار عقلانية باستخدام عدة أساليب، ويتم هذا الإنقاص من خلال عملية تعلم وتعليم مستند إلى العلاقة العلاجية والقوة التي تنبع بها (آرون بيك، 2000).
- وبعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحديث، ففي بداية السبعينيات من القرن العشرين، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخييل 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 الخطأ وتعديلها، من خلال أساليب وتدريبات معرفية سلوكية متعددة تتركز على السلوكيات الالاتكيفية باعتبارها نتاجاً للتفكير الخاطئ وقد أثبتت 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 المصايبين به بمختلف المجالات، إذ يسبب القلق الاجتماعي بالاضطرابات النفسية

والاضطرابات السوكية والاضطرابات العصبية والشخصية، والذهانية، وسوء التكيف والتواافق الاجتماعي، كما بينت نتائج دراسات عدّة منها؛ (Waikar, 1998؛ Stoddard, 2007؛ أبو هروس، 2012؛ شاهين وجرادات، 2012)، فاضطراب القلق من الاضطرابات المزعجة والمعطلة للإنسان في علاقته بالآخرين، ويؤثّر كذلك على انتاج الفرد في وظائف الحياة العملية الأكاديمية والمهنية والاجتماعية، ذو أضرار نفسية وسلوكية، كالإكتئاب الحاد، والارهاق النفسي، سوء التكيف الاجتماعي، الادمان على الكحول أو المخدرات. وبعد الطالب الجامعي خاصة من هم في مرحلةهم الجامعية الأولى الأكثر عرضة للإصابة بالقلق الاجتماعي، إذ تعدّ البيئة الجامعية بيئة جديدة مختلفة في معاييرها ووسائل ضبطها، تتسم باللاتجانس لكونها تجمع الطلبة من أعمار وبيئات مختلفة، وينوط بها الطالب بواجبات وأدوار جديدة لما يمارسها من قبل، فهي نقلة نوعية بالنسبة للطالب تستوجب منه تهيئه جيدة وقابلية للاستفادة من إمكاناته واداء مهامه وواجباته على أفضل وجه، إلا أن الطالب الجامعي المستجد لا يكون على أبهة الاستعداد فتعترىه المخاوف والتساؤلات ويبقى جاهداً في محاولة فهم بيئته الجامعية الجديدة والتكيف مع من يختلف عنه في فومه وتتشتّته.

ونظراً لخطورة آثار القلق الاجتماعي التي تمتد لتطال البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد المصابة به، سعت الدراسات النفسية إلى الوقوف على أسبابه وخصائص المصابين به، وتقديم العلاج الناجع للتخلص منه عن طريق المساعدة والإرشاد لخفض آثاره، وتربیتهم على امتلاك بعض المهارات والأساليب للتصرف بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية، وبعد الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي والاستراتيجيات والفنين المبنية عندهما من الأساليب 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 متطلبات الأداء البعدي للطلبة على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يتلقّ أفرادها البرنامج الإرشادي تعزى للبرنامج الإرشادي؟

#### **أهمية الدراسة:**

تبرّز 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 الإرشاد النفسي والتربوي. كما تبرز أهميتها النظرية في أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسة، التي ستفتح الباب على مصراعيه لانطلاقه أبحاث جديدة حول موضوعها من زوايا عدة مختلفة.

**ب. الأهمية التطبيقية:** تكتسب الدراسة الحالية أهميتها التطبيقية من خلال توفيرها للمرشدين والأشخاص النفسيين أدلة قياس تساعدهم 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 تهم 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 المصابة 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 أنّ 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 محدودات هذه الدراسة فتتمثل بأدوات الدراسة المستخدمة ودلائل صدقها وثباتها.

- اعتمدت الدراسة الحالية على استخدام المنهج شبه التجاريبي
- **التعريف المفاهيمي والتعريفات الإجرائية:**
- **البرنامج الإرشادي الجماعي المعرفي السلوكي:** برنامج مخطط ومنظم في صورة أساس علمية مستندة على مبادئ وفنين محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، لتقديم الخدمات المباشرة وغير المباشرة جماعياً بهدف مساعدة الأفراد على تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الوعي المتعلق لتحقيق التكيف النفسي، ويقوم بتحقيقه وتتفيده فريق من المسؤولين المؤهلين (زهان، 2002). ويعرف إجرائياً لغایات هذه الدراسة بأنه خطة عمل تتضمن مجموعة من الجلسات الإرشادية التي تتفد خلالها مجموعة متنوعة من الأساليب والمهارات والإجراءات المعرفية والسلوكية التي سيشتمل عليها البرنامج. ولغایات هذه الدراسة تم تصميم برنامج ارشادي جمعي من (16) جلسة ارشادية، بواقع جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة (90) دقيقة، وتشتمل على مجموعة من التمارين والأساليب والمهارات والإجراءات والأنشطة واللغات والآليات المعرفية السلوكية ، بهدف مساعدة الطلبة في التخلص أو التخفيف من أعراض وأثار القلق الاجتماعي .
- **القلق الاجتماعي Social Anxiety:** هو خوف ملحوظ و دائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للنفخ من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف و يدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول (APA, 2013). ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي .
- **طلبة السنة الأولى :** الطلبة من الذكور والإثاث المصنفين حسب مقياس الدراسة على أنهم يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، ولديهم الرغبة بالمشاركة في تطبيق برنامج الدراسة، وتتراوح اعمارهم 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 لنفحص فاعلية برنامج ارشادي جماعي 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 الأضطراب ومن هذه الدراسات:

دراسة الحائر (2013) التي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المرجعين لمستشفى الصحة النفسية بمنطقة تبوك 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 متosteats الأداء للرهاب الاجتماعي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث انخفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المجموعتين: التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. كذلك أظهرت النتائج أن متوسط الأداء على قياس المتابعة للرهاب الاجتماعي قد انخفض 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 إلى 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 إلى الثاني عشر في محافظة الكرك وتم اختيار العينة من (45) طالباً وطالبة وزعوا عشوائياً إلى 3 مجموعات بواقع 15 طالباً وطالبة لمجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. وقد ثافتت إحدى المجموعتين التجريبيتين برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي بينما ثافتت الأخرى برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية، أما المجموعة الضابطة فلم تتألف أي برنامج علاجي. طبقت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي ومقاييس قلق التفاعل الاجتماعي. أظهرت نتائج الدراسة أن كلاً 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.

وقد قام 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 اختبروا بطريقة عشوائية من طلبة الجامعة الأردنية .استخدام مقاييسن، هما :مقاييس 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 والبالغة (8%) أما بالنسبة لارتباط الرهاب الاجتماعي وتقدير الذات فقد بينت النتائج أن هناك 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 الحال 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 أن (4) من أصل (5) أظهروا تحسناً بشكل متوسط كاستجابة لهذا الأسلوب العلاجي، وأن (3) منهم أظهروا المستوى نفسه بعد (3) شهور من المتابعة، ووصل (2) من المرضى إلى درجة من الشفاء في نهاية العلاج ، وقد لوحظ ان ازيداد ثقة المرضى بأنفسهم مع مرور الوقت، مما يشير إلى فاعلية أسلوب الحال الفردية في العلاج السلوكي المعرفي.

كما أجرى كلينجر وليقرتون (Klinger & Legeron, 2005) دراسة هدفت إلى المقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعريض والعلاج الدوائي في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من (36) مريضاً في مستشفى سانت إن في كندا، تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات؛ المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها (12) مريضاً والمجموعة الثانية مجموعة العلاج بالتعريض 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 إحصائياً في درجة التحسن بين هذه العلاجات.

كما هدفت دراسة أوتو و بولاك وجولد وورث واريل وروزنبووم (Otto, Pollack, Gould, Worthington, McArdle, & Rosenbaum, 2000) إلى مقارنة أثر عقار اللونازيبام والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي، كما هدفت إلى التعرف على المتغيرات 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) أسبوعاً من العلاج. وقد أظهر المرضى في كلّ حالي العلاج تحسناً. ولم تظهر أية فروق بين حالات العلاج جميعها سوى ارتفاع 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 فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين، وتشكلت عينة الدراسة من (20) طالباً من طلاب جامعة كاليفورنيا بمدينة لوس انجلوس الأمريكية، ومن يعانون من قلق التحدث أمام الآخرين، موزعة على مجموعتين، مجموعة تجريبية وعددتها (10) طلاب، ومجموعة ضابطة وعددتها أيضاً (10) طلاب. وتوصلت الدراسة إلى فاعلية 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 الإضطراب ومن هذه الدراسات (الحائر، 2013؛ شاهين وجرادات، 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 والمرأهقين والمرأهقات للعيادات النفسية وأنها استخدمت النماذج الثلاث بالأساليب العلاجية المعرفية السلوكية بيك وأليس ومايكنبووم.

### 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) طالباً وطالبة تم اختيارهم بناءً على درجاتهم على مقياس القلق الاجتماعي حيث كانت اجابتهم 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 فإن 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) طالباً وطالبة، بينما ضمت المجموعة الضابطة (15) طالباً 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       | إناث    |         |
| 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;  
-التوصيل 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 الحصول 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 أعتمد معيار (80%) كنسبة اتفاق بين المحكمين على الفقرة الواحدة، وفي ضوء هذا المعيار لم تتحذف أية فقرة من فقرات المقياس، في حين جرى تعديل الصياغة اللغوية لبعضها.

- **صدق البناء:** وللتتأكد من صدق بناء المقياس، استخرجت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المقياس في عينة تكونت من (30) طالباً 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

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

يتبيّن من الجدول السابق أنَّ 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 تتمتع 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 هروس، 2012 ؛ السيد، 1998؛ 2000) تم تصميم برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي يستند إلى فنيات العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة أعراض القلق الاجتماعي، وتكون البرنامج من (16) جلسة ارشادية، بواقع جلستين أسبوعياً بداية ونهاية الأسبوع مع مراعاة ظروف الطلبة الأكademية، مدة الجلسة (90) دقيقة، وتشتمل على مجموعة من الجلسات التمهيدية الأساسية والجلسات العلاجية التي تضمنت العديد من التمارين والأساليب والمهارات والإجراءات والأنشطة والفنون 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 وتنمّي 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 لملاءمتها لطبيعة الأعراض التي حددها التطبيق القبلي لمقياس الدراسة، وتمثلت في الآتي:

إعادة البناء المعرفي باستخدام تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، الحوار السocraticي القائم على الجدل والمناقشة والأسئلة،

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

#### وصف الجلسات العلاجية

أ. **الجلسات التمهيدية:** تم اجراء مقابلة مع كل حالة مدة كل منها ساعة بهدف جمع البيانات وملء لمقاييس الدراسة لقياس القلق الاجتماعي.

#### ب. **الجلسات الأساسية:**

**الجلسة الأولى:** التعارف وبناء علاقة إيجابية وتوطيد الثقة مع الحالات وكسر الجمود من خلال تمرين التعارف وال الحوار والمناقشة، وبيان ماهية وأهداف برنامج الدراسة ومعايير الالتزام بالمجموعة. والتعرف على مفهوم القلق الاجتماعي. وتحديد مواعيد الجلسات وعددتها ومدتها الزمنية. ثم تكليف الحالات بواجب بيته المتمثل بكتابة أرائهم 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 وتفنيدها باستخدام الحوار الاسقاطي، وكشف المتناقضات، والأدلة والبراهين والتوصيل الى الأفكار اللاعقلانية وتكتيفهم بواجب بيته 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 كلفت الحالات بواجب بيته يتمثل بممارسة الاسترخاء وتسجيل خطواته ووقته، وتم تزويدهم بصورة لخطوات تمرين الاسترخاء لمراجعتها ذاتياً، وجدول لتوثيق الأيام والأوقات التي يمارس فيها الاسترخاء، وتدوين نتائجه عليه.

**الجلسة السادسة:** مناقشة الواجب البيتي وإعادة تمرين الاسترخاء 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 المشروحة بتدريبهم على الخطوات الأساسية للبدء بأي حديث وحوار والتعبير عن أفكارهم مع أي شخص يقابلوا لأول مرة، كإلقاء التحية أولاً والتعرف بنفسه والبدء بكلمات مفتاحية، وكيفية إنهاء الحديث. والتعبير عن حاجاته والدافع عن حقوقه وإحترام حاجات وحقوق الآخرين. والتدريب على مهارة حل المشكلات من خلال طرح المشاكل ومحاولة تطبيق خطوات حل المشكلات بتحديد المشكلة وتوليد البديل والموازنة بين الإيجابيات والسلبيات واختيار وتنفيذ البديل الأفضل والتقييم وفي نهاية الجلسة، كلفت الحالات بواجب بيته للتدريب على السلوك التوكيدي وحل المشكلات.

**الجلسة التاسعة والعاشرة:** مناقشة الواجب البيتي ثم توضيح أسلوب التحسن ضد التوتر والتدريب عليه من خلال تطبيق خطواته الثالث بالتعريف على الضغوط وأثارها ومفهومها ثم التدريب على مجموعة مهارات للتخلص من الضغوط ثم التطبيق والمتابعة بالحياة الواقعية خارج الجلسات واعطاء واجب بيته باستخدام ما تم التدرب عليه من أساليب لمواجهة الضغوط في مواقف حقيقة.

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

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

**الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر:** مناقشة الواجب البيتي واعطاء التغذية الراجعة. شرح وتوضيح والتدريب على أسلوب تقليل الحساسية التدريجي من خلال توضيجه للطلبة وتطبيق خطواته. بالتدريب على الاسترخاء وبناء هرم القلق والمزاوجة بين الاسترخاء والموافقة المسبيبة للقلق من أقل المواقف في أدنى الهرم الى أقوى المواقف في أعلى الهرم. مع إعطاء واجب بيته للتدريب على هذا الأسلوب ومناقشته 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.

### اجراءات 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 وعدهم (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 مقاييس 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 منها (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 | O1 | X | O2 |
| CG | O1 | - | O2 |

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، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي والبعدي لاستجابات الطلبة على مقاييس 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 ( $\alpha=0.05$ ) في متوسطات الأداء البعدي للطلبة على مقاييس 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 القبلية والبعدية للمجموعتين التجريبية والضابطة وجدول رقم (3) يوضح ذلك:

**الجدول 3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب على مقاييس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والقياس البعدى**

| القلق الاجتماعي بعدي |                 | القلق الاجتماعي قبلى |                 |       | المجموعة  |
|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|-------|-----------|
| الانحراف المعياري    | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري    | المتوسط الحسابي | العدد |           |
| .11                  | 1.54            | .18                  | 2.44            | 15    | التجريبية |
| .21                  | 2.35            | .15                  | 2.28            | 15    | الضابطة   |
| .45                  | 1.95            | .18                  | 2.36            | 30    | الكلى     |

يلاحظ من الجدول رقم (3) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات القبلية والبعدية للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدى في القلق الاجتماعى 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 مقاييس القلق الاجتماعي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية**

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

يتضح من الجدول رقم (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لاستجابات الطلبة على مقاييس القلق الاجتماعى، 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 مقاييس القلق الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة**

| الخطأ المعياري | المتوسط الحسابي المعدل | المجموعة  |
|----------------|------------------------|-----------|
| .038           | 1.49                   | التجريبية |
| .038           | 2.40                   | الضابطة   |
| .025           | 1.95                   | الكلى     |

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

#### مناقشة نتائج الدراسة:

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

السلبي وخشية الطلبة الآخرين والأساتذة، تجنب المواقف المفضيّة 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 الأكاديمي، التعرق الشديد، تلعم الكلم، جفاف الريق، شارع نبضات القلب باضطراب النفس، 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 البعدى للطلبة على مقاييس القلق الاجتماعي بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي والمجموعة الضابطة التي لم يلقى أفرادها البرنامج الإرشادي تُعزى لبرنامج الدراسة، إذ دلت نتائج الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدى عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى، حيث أسهمت فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في البرنامج التطبيقي للدراسة بتحسين التكيف والمهارات الاجتماعية للطلبة المُشخصين 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 القاء الواجبات وشرح الدروس، القدرة على التكيف مع البيئة الجامعية، ودخول المرافق الجامعية التي خشواها في السابق، انخفاض الخجل، التخلص من التعرق ورعشة الصوت، القدرة على التعبير عن احتياجاتهم والسؤال عما يجهلونه. 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، التثقيف، الحوار الذاتي، التعريض التخييلي، مهارة حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية وتوكيد الذات، فنية تقليل الحساسية الترجمي. الأمر الذي أسهم في انخفاض أعراض القلق الاجتماعي انخفاضاً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مقارنة بوجودها قبل التطبيق. ويرزت فاعلية تلك الفنيات من خلال التغيرات الانفعالية والسلوكية الإيجابية التي طرأة على الطلبة خاصة أثناء الجلسات الجماعية، حيث تحسن تفاعلهم مع زملائهم وأساتذتهم في الجامعة، وتحسن قدرتهم على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم ومواجهه زملائهم بها أثناء الجلسات. بالإضافة إلى انخفاض الخجل والتردد في تعاملهم مع زملائهم، وإيقانهم للمهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة من البرنامج العلاجي. واتضح ذلك أثناء الجلسات ومن خلال الواجبات البيئية.

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

#### 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 بناءً 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 هرروس، 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).
- الحائز، 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.

- آرون 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 الرفاء.
- الخالدي، أ. (2009). المرجع في الصحة النفسية: نظرية جديدة، دار وائل، عمان: الاردن.
- زهان، 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 الإنسانية)، 26(6).
- عادل، م .( 2000 ) .العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة: مصر.
- ملص، ز .(2007). العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وتقدير 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, 5<sup>th</sup> 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., McArdle, 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.