الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين: الانتشار والمتغيرات الاجتماعية الديمغرافية*

فواز أيوب المومني** و عبد الكريم محمد جرادات*

ملخّص

هدفت الدراسة الحالية بشكلٍ رئيس إلى الكشف عن الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين: الانتشار والمتغيرات الاجتماعية الديمغرافية. وقد تكونت عينة الدراسة من (729) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة الأردنية. وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة قد بلغت (17.7%). وتبين أن نسبة انتشاره بين الإناث أعلى من الذكور؛ وبين الطلبة الذين آبائهم وأمهاتهم مستواهم التعليمي ثانوي فما دون أعلى من الطلبة الذين آبائهم وأمهاتهم مستواهم التعليمي كلية فأعلى؛ وبين الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ كبيرة أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ متوسطة أو صغيرة؛ وبين الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ دخلها منخفض أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ دخلها متوسط أو مرتفع؛ وبين الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس حكومية أعلى من الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس خاصة. ولم تظهر هناك فروق في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي تعزى إلى المستوى الدراسي أو الترتيب الولادي أو مكان الإقامة. (الكلمات المفتاحية: انتشار؛ الرهاب الاجتماعي؛ الطلبة الجامعيين؛ المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية).

الكلمات الدالة : الرهاب الاجتماعي، الطلبة الجامعيون، المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية.

المقدمة

يعد الرهاب الاجتماعي (Social phobia) أحد أنواع اضطرابات القلق، التي تشكل محوراً أساسيا للاضطرابات النفس جسمية، والانحرافات العقلية والسلوكية (May, 1977). ويعرّف الرهاب الاجتماعي أو اضطراب القلق الاجتماعي (Social anxiety disorder) بأنه الخوف من تفحص الآخرين (Fear of scrutiny)، وتجنب المواقف الاجتماعية. وتظهر أعراضه النفسية، والسلوكية، أو الفسيولوجية في مواقف اجتماعية معينة (Veale, 2003).

كما يعرف الرهاب الاجتماعي بأنه الخوف الدائم من موقف اجتماعي أو أكثر، نتيجة لتعرض الفرد إلى التفحص من قبل الآخرين والخوف من القيام بأعمال تثير سخريتهم (DSM-IV, 1994).

ويتكون الرهاب الاجتماعي من نوعين فرعيين، يسمى النوع الأول، الرهاب الاجتماعي المعمم (generalized social phobia) وهو الأكثر ضرراً ويتكون من مخاوف مثيرة ومتعددة، ويتضمن هذا النوع اضطراب الشخصية التجنبية (avoidant personality disorder) وله نتائج مستقبلية سيئة. أما النوع الثاني فيسمى الرهاب الاجتماعي غير المعمم (non-generalized social phobia) ويتضمن هذا النوع تجنباً لعدد محدود من المواقف أو التفاعلات كالخوف من التحدث أمام الجمهور،ويمكن علاجه ببساطة (Veale, 2003).

وللرهاب الاجتماعي أثار سلبية تؤثر بشكل جوهري في أنشطة الفرد الروتينية، أو في أدائه لمهامه الدراسية، أو

*خُصّ هذا البحث بدعم من عمادة البحث العلمي والدراسات في جامعة اليرموك.

** محاضر متفرغ، معهد العمل الاجتماعي، الجامعة الأردنية.

*** أستاذ مساعد، قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، كلية التربية، جامعة اليرموك

تاريخ استلام البحث 2010/7/7 وتاريخ قبوله 2010/12/1.

© 2011 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

الوظيفية، أو في أنشطته الاجتماعية (عيد، 2002). ولقد ذهب بروك Brock (1999) إلى أبعد من ذلك، حيث وجد أن تجنب الصراع الاجتماعي يؤدي إلى النقص في الكفاءة الرجولية، وارتفاعاً في حدة انهزام الذات، والشعور بالخزي، وتدنٍ في توكيد الذات.

ويشير كلٌ من ماتيك، وبيترز، وكلارك (Clarke, & Mattiek, Peters 1989) إلى أن رهبة المسرح (Stage fright) من أكثر أنماط الرهاب الاجتماعي انتشاراً، حيث يتمثل في الخوف المرضي من الحضور أو التحدث أمام الآخرين أو التفاعل معهم. ويعود السبب في ذلك إلى الخوف من التقييم السلبي.

وتلعب مرحلة الطفولة دوراً بارزاً في تشكيل الرهاب الاجتماعي، وذلك بسبب النقد المستمر من قبل الوالدين، أو الإهمال والنبذ والحرمان في فترة الطفولة (Brush, 1989). ويرى بوبز (Bobes, 1999) أن الخوف من التقييم السلبي يعتبر احد العوامل الرئيسية المسببة للرهاب الاجتماعي، كما أن الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يتمركزون حول ذواتهم، ويخشون الآخرين وقد وُجد أن المصابين بالرهاب الاجتماعي درجاتهم عالية على مقياسي العصابية وقلق السمة (Sheehan, 1987).

ويرتبط الرهاب الاجتماعي بالسياق الثقافي للمجتمعات. ففي المجتمعات الغربية يذهب المرضى للأطباء من اجل التغلب على مشاكل احمرار الوجه الشديدة أو التعرق. بينما في اليابان تظهر أعراض الرهاب الاجتماعي من الخوف الشديد من الإساءة للآخرين من خلال الأعراض التي من الممكن أن تظهر على الشخص الذي يعاني من الاضطراب (Veale, 2003). وترتبط العوامل الثقافية بالقلق الاجتماعي من خلال الاتجاهات المجتمعية نحو الخجل والتجنب، والتي بدورها تؤثر في قدرة الفرد على إقامة علاقات، أو الحصول على عمل أو الالتحاق بالدراسة (Okano, 1994).

مشكلة الدراسة

يعاني كثيرٌ من طلبة الجامعات من الرهاب الاجتماعي مما يؤثر سلباً في تحصيلهم الدراسي وتوافقهم النفسي وعلاقاتهم الاجتماعية. وتختلف نسب انتشار هذا الاضطراب من مجتمعٍ إلى آخر ومن بيئةٍ إلى أخرى ومن زمنٍ إلى آخر. لهذا فقد هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن نسب انتشار الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة الجامعيين في الأردن، وتختبر ما إذا كانت هذه النسب تختلف باختلاف العوامل الاجتماعية الديمغرافية. وبشكلٍ أكثر تحديداً، حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة البحثية التالية:

1. ما نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين؟
2. ما أكثر المخاوف الاجتماعية شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين؟
3. هل هناك فروق في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين عبر متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، والمستوى التعليمي للوالدين، وحجم الأسرة، ودخل الأسرة، والترتيب الولادي، ومكان الإقامة، ونوع المدرسة (حكومية/خاصة) التي تخرج منها الطالب؟

أهمية الدراسة

ركزت الدراسة الحالية على الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين، لما لهذا الاضطراب من آثار سلبية على صحتهم النفسية وأدائهم للمهمات الأكاديمية والأنشطة الاجتماعية المختلفة. فقد حاولت الدراسة التعرف إلى نسبة انتشاره بشكل عام لدى هذه الفئة من الطلبة وعلى نسب انتشاره في ضوء عدد من المتغيرات الديمغرافية. وإن الكشف عن هذه النسب يخدم المتخصصين في مجالات عديدة كأولئك العاملين في مجال الإرشاد النفسي والخدمة الاجتماعية والتعليم.

إن تزويد المرشدين الجامعيين بنسب الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي، وبالعوامل الاجتماعية الديمغرافية المتعلقة بانتشار هذا الاضطراب، يمكنهم من تحديد فئات الطلبة التي يسود بينها هذا الاضطراب، وتحديد الأساليب الإرشادية المناسبة لهم.

وإن لفت نظر الأخصائيين الاجتماعيين إلى فئات الطلبة التي ينتشر بينها الرهاب الاجتماعي، يجعلهم يركزون أكثر في برامج التوعية التي يقدمونها في زياراتهم المنزلية على أسر أولئك الطلبة الذين يقبعون ضمن هذه الفئات.

كما أن معرفة المدرسين الجامعيين بنسبة انتشار الرهاب

الاجتماعي بشكل عام بين الطلبة، تدفعهم إلى منح الطلبة الذين لديهم رهاباً اجتماعياً مزيداً من الفرص للمشاركة في الأنشطة الصفية والاجتماعية المختلفة.

النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي

تفسر نظرية الانتماء لباومايستر ولاري (1995 ,Baumeister & Lary) سلوك الخجل أو التحفظ أو الانسحاب على أنه سلوك غير اجتماعي يؤدي إلى تجنب المواجهات والتفاعلات الاجتماعية، ويقلل من فرص تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين. وترى نظرية تقديم الذات (self-presentation) أن ظاهرة القلق الاجتماعي تتعلق بمجموعة من الخبرات الوجدانية والمعرفية التي ترتبط بتوقعات الآخرين المتخيلة أو الفعلية للمواقف الاجتماعية، وتتضمن ردود أفعال سلبية كالانسحاب المادي أو المعنوي، وعدم المقدرة على ضبط النفس، ومشاعر الدونية، والتمركز حول الذات (الكتاني، 2004). أما نظرية التعلق (attachment) فتركز على العلاقة بين الطفل وأمه، ومشاكل قلق الانفصال، فعلاقة الطفل بأمه أما أن تكون آمنة أو غير آمنة، وتبقى بلا تغيير خلال مراحل النمو الإنساني. فالتعلق القلق في مرحلة الرضاعة يؤدي مستقبلاً إلى تشكيل اضطرابات انفعالية اجتماعية متمثلة في الاكتئاب والوحدة، والعدوانية، والقلق الاجتماعي والانسحاب، وعدم القدرة على التفاعل وإقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. في حين أن التعلق الآمن ينتج عنه مستقبلاً نتائج إيجابية تتمثل في قدرة الفرد على التمتع في مهارات اجتماعية مع المحيطين به والقدرة على المشاركة الوجدانية، والثقة بالذات وامتلاك روح المبادرة في تفاعلاته مع الآخرين (Waters, Wippman & Sroufe, 1979). وتبين أن المراهقين الذين كان تعلقهم غير آمن مع أمهاتهم في فترة الرضاعة كان احتمالية تعرضهم لاضطرابات القلق بما فيها الرهاب الاجتماعي بنسبة الضعفين (1997 , Warren, Huston, Egeland, Sroufe).

وتشير النظرية البيولوجية إلى أن الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم استعدادا وراثيا لتطوير الاضطراب، وهذا ما أيدته الدراسات التي أجريت على أسرهم (عبد الرحمن، 1999). وعلى العكس من ذلك النظرية السلوكية، إذ أنها ترى أن الرهاب الاجتماعي سلوك متعلم ومكتسب اشراطياً أو إجرائيا من خلال خبرات مؤلمة وصادمة يمر فيها الفرد (عبدا لله، 2001؛ عبد الرحمن، 1999 ;Tillfors & Furmark, 2007). وتفسر نظرية التحليل النفسي الرهاب الاجتماعي بأنه ناتج عن الصراعات النفسية الداخلية اللاشعورية التي عانى منها الشخص في مرحلة الطفولة والتي لم يستطع حلها في حينها (عبدا لله، 2001).

وترى النظرية الاجتماعية (Social theory) إلى أن الأسلوب الخاطئ في تعامل الآباء مع أبنائهم يساهم في خلق شخصية ضعيفة وهشة لدى الأبناء من خلال الاستخدام المفرط للسلطة والتحكم في أمورهم الحياتية في كل شاردة وواردة، والاستهزاء والسخرية بهم (مدخلي، 1995).

كما تفسّر النظرية الاجتماعية الخوف الذي يعاني منه الطفل عند تفاعله مع الآخرين على أنه يعد نتيجة مباشرة لتقليده لنماذج أسرية سلبية كوالديه أو أي فرد آخر من أفراد أسرته. وتولي النظرية الاجتماعية أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة أهمية كبرى في تطوير شخصية ضعيفة تظهر نتائجها وعواقبها جلياً في المستقبل، ومن بين هذه الأساليب: التقليل من قيمة الطفل في مواقف اجتماعية مختلفة، ومنعه من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو التحدث أمام الكبار، وإسكاته بطريق فظة، والحماية الزائدة ووضع القيود الصارمة عليه (الزراد، 1988).

كما تشير نظرية الوصمة (labeling) إلى الدونية التي تجرد الفرد من كفاءته الاجتماعية الكاملة. والوصمة قد تكون مكتسبة أو منسوبة إليه، وقد تأخذ نمطاً عقلياُ، أو جسمياً، أو حسياً، أو جُرمياً، أو لغوياً (عياد، 2007).

الدراسات السابقة

تشير الدراسات الوبائية (epidemiological studies) إلى أن التقديرات المتعلقة بالرهاب الاجتماعي تتفاوت بشكل ملحوظ، ويعود السبب في ذلك للاختلافات المتصلة بتفسير المحكات التشخيصية للاضطراب طبقاً للتشخيص الأمريكي الرابع (DSM-IV, 1994)، والتشخيص المتبع من قبل منظمة الصحة العالمية (ICD-10, 1993)، وكذلك الاختلاف بين معايير التشخيص الأمريكي الرابع والثالث

(Lincoln, 2003).ففي الولايات المتحدة الأمريكية يعاني 15 مليون مواطن أمريكي من الرهاب الاجتماعي (Veal, Richards, 2000; 2003). ويقع الرهاب الاجتماعي في المرتبة الثالثة في الدول الغربية من حيث انتشاره كأحد الاضطرابات النفسية، إذ تراوحت نسبته بين (7–13%) (Furmark, 2002).

وتبين الدراسات الوبائية التي أجريت على عينات مجتمعية (general population) إلى أن نسب انتشار الرهاب الاجتماعي في بعض دول العالم كانت مختلفة، حيث بلغت في الولايات المتحدة الأمريكية (13.3%) (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996)، وفي باسيل، سويسرا، بلغت (16.1%) (Wacker, Müllejans, Klein, & Battegay, 1992)، وفي السويد بلغت (15.6%) (Furmark, Everz, Marteinsdottir, Gefvert, & Fredrikson, 1999)، وفي فرنسا بلغت (7.3%) (Pélissolo, André, Moutard-Martin, Wittchen, & Lépine, 2000)، وفي إيطاليا بلغت (6.6%) (Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria, Perone, Paionni, 2000)، وفي ألمانيا بلغت للفئة العمرية من (14–24)، (4.9%) للذكور، و (9.5 %) للإناث (Wittchen, Stein, & Kessler, 1999). أما في المجتمع اللبناني، فقد بلغت نسبة انتشاره (1.1%) (Karam, Mneimneh, Aimee, Fayyad, Soumana, & Kessler, 2006). كما بلغت في المغرب العربي (3.4%) (Kadri, Agoub, Gnaoui, Berrada, & Moussaoui, 2007). ويعتبر الرهاب الاجتماعي من أكثر الأمراض النفسية المزمنة (Lincoln, 2003). ويرجع التفاوت في نسب انتشاره بين الدول والمجتمعات إلى الاختلافات الثقافية والبيئية والحضارية، بالإضافة إلى الاختلافات المنهجية (Furmark, 2002).

وبما أن البيئة الجامعية تعتبر مصدراً هاماً للرهاب الاجتماعي (Vitasari, Wahab, Othman, & Awang, 2010)، فقد أجريت عدة دراسات بيّنت تفاوتاً ملحوظاً في نسب انتشاره، حيث بلغت نسبته (9.4%) لدى الطلبة في نيجيريا (Tolulope & Olayinka, 2009)، و(16.1%) لدى الطلبة في السويد، و(10%) لدى الطلبة في إحدى كبرى الجامعات البريطانية (Russel & Shaw, 2009)، و(9.6%) لدى الطلبة في جامعة كومهوريات (Cumhuriyet) (Izgi, akyiiz, Dogan & Kugu, 2004)، و(5.98%) لدى الطلبة في جامعة دمشق (رتيب، 2001)، و(13%) لدى الطلبة في جامعة الكويت (دهراب، 2008)، وبلغت نسبة(18.3%) لدى الطلبة الجامعيين في استراليا (Wilson, 2005).

وبالرغم من الانتشار الواسع لاضطراب الرهاب الاجتماعي سواءً بين الطلبة الجامعيين أو بين أفراد المجتمع، فإن القليل من الأشخاص الذين يعانون منه يتلقون علاجاً فعالاً (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen 2005). ولقد وجد أن تشوه صورة الجسم والنظرة السلبية للذات من العوامل الهامة التي يجب أخذهما بالاعتبار عند معالجة الرهاب الاجتماعي (Izgi, Akyiiz, Dogan & Kugu, 2004).

ويبدو أن غالبية الدراسات الوبائية قد خلصت إلى نتيجة مفادها أن الرهاب الاجتماعي ينتشر بين الإناث أكثر من الذكور (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Furmark, Everz, Marteinsdottir, Kessler, 1996; Gefvert, & Fredrikson, 1999 ؛ Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999 ; Veal, 2003; Tillfors & Furmark, 2007).

وكذلك الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الفرعية subtypes of anxiety disorder فقد أشارت الدراسات الغربية إلى أن نسبة القلق تنتشر بين الإناث أكثر من الرجال وذلك طبقاً للتشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع– النسخة المعدلة (DSM-IV-TR) (Bekker, & Mens-Verhulst, 2007). وبالمقابل، هناك دراسات أخرى تتناقض مع ذلك، مشيرة إلى أن الرهاب الاجتماعي ينتشر بين الرجال أكثر من الإناث (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992).

ويمكن القول إن طبيعة الذكور التحفظية على الإدلاء أو البوح في مشاعرهم المتعلقة بأعراض القلق ذات طبيعة مختلفة

عن الإناث، ولهذا قد نجد أن النسب لدى الإناث أعلى (Bekker, & Mens-Verhulst, 2007). وهناك دراسات أخرى بينت أن الرهاب الاجتماعي ينتشر بنسب متساوية بين الذكور والإناث، علماً بأن هذه الدراسات متداخلة حيث أن نوع الرهاب الاجتماعي يختلف باختلاف الموقف. فالنساء لديهن خوف أكثر من الرجال في المواقف التي تستدعي التحدث مع أصحاب السلطة (authority figures)، والتحدث أمام الجمهور، والعمل أثناء ملاحظة الآخرين. أما مخاوف الرجال فكانت أكثر في المواقف التي تستدعي استخدام دورات المياه العامة، وإرجاع البضاعة للمحلات (Bekker, & Mens-Verhulst, 2007).

وقد بينت الدراسات أن الأشخاص الأصغر سناً، والأشخاص من ذوي الوضع الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، وغير المتزوجين كان الرهاب الاجتماعي لديهم أعلى من كبار السن، والمتزوجون، ومن الأشخاص ذوي التعليم المتدني (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992; Veal, 2003). وفي السياق ذاته، بينت الدراسات أن أكثر من (50%) من الأشخاص الذين استوفوا معايير الرهاب الاجتماعي هم من غير المتزوجين، أو المطلقين، أو المنفصلين(Furmark, Everz, Marteinsdottir, Gefvert, & Fredrikson, 1999; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992).

وفيما يلي عرض تفصيلي للدراسات التي بحثت في انتشار الرهاب الاجتماعي سواء لدى الطلبة الجامعيين أو لدى أفراد المجتمع بشكل عام. فقد أجرى رتيب (2001) دراسة على عينة مكونة من (686) من طلبة جامعة دمشق، وأشارت نتائجها إلى أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين طلبة الجامعة وصلت إلى (5.98%)، ولم تظهر هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق الاجتماعي تبعاً لمتغيري الجنس والتخصص.

وللتحقق من التكاليف الاقتصادية المترتبة على الرهاب الاجتماعي أجرى باتيلا، وكنابا، وهندرسونا، وبالسون (Patela, Knappa, Hendersona & Balswin, 2002) دراسة على عينة مكونة من (63) شخصاً يعانون من الرهاب الاجتماعي. وقد بينت نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي كانت غالبيتهم من المرضى الذين ينتمون إلى الطبقة الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة (lowest socio-economic group).

وقام ازقي واكيزي، ودوقان، وكوجو (Izgi, akyiiz, Dogan & Kugu, 2004) بدراسة هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعين. وقد تألفت عينة الدراسة من 1003 طالباً وطالبة من جامعة كومهوريات، وبينت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار الرهاب بين الطلبة الجامعيين بلغت (9.6%).

وأجرى ويلسون (Wilson, 2005) دراسة استطلاعية هدفت إلى الكشف عن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى عينة تكونت من (666) طالباً وطالبة من الطلبة الجامعيين الأستراليين الذين في مستوى السنة الأولى. وقد استَخدم نسخة قصيرة لمقياس الرهاب الاجتماعي (Mini-SPIN) تبلغ الدرجة العليا عليه (12). وتوصلت النتائج إلى أنه باستخدام درجة القطع (7) بلغت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة (18.3%).

وأجرى قادري، وجوب، غنوي، وبيرادا، وموسواوي (Kadri, Agoub, 2007 Gnaoui, Berrada, & Moussaoui) دراسة في الدار البيضاء، المغرب، على عينة وطنية (general population) مكونة من (800) شخصاً. وقد هدفت الدراسة إلى التحقق من الاضطرابات النفسية. وأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي قد بلغت (3.4%).

كما أجرى تلفورس وفورمارك (Tillfors & Furmark, 2007) دراسة هدفت إلى تعرف مدى انتشار الرهاب الاجتماعي والسلوك التجنبي لدى الطلبة في جامعة السويد. وقد تألفت عينة الدراسة من (753)طالباً وطالبة. وتبين أن نسبة الانتشار بين الطلبة قد بلغت (16.1%). كما أظهرت النتائج أن (71%) من الطلبة الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم مخاوف من التحدث أو العمل أمام الأشخاص الآخرين.

وأجرت دهراب (2008) دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلبة جامعة الكويت. وقد تألفت عينة الدراسة من (271) طالباً وطالبة من مختلف كليات جامعة الكويت. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة انتشار

اضطراب الرهاب الاجتماعي قد بلغت (13%).

وقام توليولب وولاينكا (Tolulope & Olayinka, 2009) بدراسة هدفت إلى التعرف على مدى انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعين في نيجيريا. وبينت نتائج الدراسة أن نسبة الانتشار قد وصلت إلى(9.4%) ، كما بينت أن الرهاب الاجتماعي قد ارتبط بشكل دال بالمعاناة النفسية وضعفاً عاماً في الصحة.

وأجرى شو وراسل (Shaw &Russel, 2009) دراسة هدفت إلى التحقق من مدى انتشار الرهاب الاجتماعي بين إحدى كبرى الجامعات البريطانية. وتألفت عينة الدراسة من (1007) طالباً وطالبة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة الرهاب الاجتماعي بلغت (10%).

وفي محاولة للكشف عن الفروق بين طلبة الجامعة في الرهاب الاجتماعي، أجرى عيد (2002) دراسة على عينة تكونت من (419) من طلبة جامعة عين شمس. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث في اضطراب القلق الاجتماعي. كما أشارت إلى عدم وجود تباين بين متوسطات درجات الشعب العلمية والأدبية في الرهاب الاجتماعي أو القلق العام.

تشير الدراسات التي تم عرضها أن نسب انتشار الرهاب الاجتماعي تختلف من مجتمعٍ لآخر، كما أنها تشير إلى أن هذه النسب تم تناولها في ضوء عدد محدود من المتغيرات الديمغرافية كالجنس والمستوى الاقتصادي، مما يعني أنه لا يزال هناك حاجة لإجراء دراسات تتناول الفروق في انتشار الرهاب الاجتماعي عبر عدد أكبر من هذه المتغيرات.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة وعينتها

تألف مجتمع هذه الدراسة من (32624) طالباً وطالبة ملتحقين في الجامعة الأردنية في مستوى البكالوريوس للعام الجامعي، وتضمُ الجامعة (22) كلية ومعهداً (وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، 2010). وقد تكونت العينة من (729) فرداً من طلبة الجامعة الأردنية، كانوا جميعاً مسجلين في الفصل الأول من العام الدراسي (2010/2009) في مساق التربية الوطنية، الذي يعد مساقاً إجبارياً لجميع طلبة الجامعة الذين في مستوى البكالوريوس. فقد تم اختيار تسع شعبٍ بالطريقة العشوائية البسيطة (simple random sampling) من بين (30) شعبة طُرحت لهذا المساق. ويبين الجدول (1) توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديمغرافية.

الجدول (1)

توزيع أفراد العينة وفقاً للمتغيرات الديمغرافية

المتغير	التكرار (ن)	النسبة المئوية (%)
الجنس		
ذكور	284	39.0
إناث	445	61.0
المستوى الدراسي		
سنة أولى	245	33.7
سنة ثانية	134	18.4
سنة ثالثة	142	19.5
سنة رابعة	206	28.3
المستوى التعليمي للأب		
ثانوي فما دون	194	26.7
كلية فأعلى	532	73.3
المستوى التعليمي للأم		
ثانوي فما دون	271	37.3
كلية فأعلى	455	62.7
حجم الأسرة		
صغيرة	310	42.6
متوسطة	275	37.9
كبيرة	142	19.5
دخل الأسرة		
منخفض	165	23.6
متوسط	225	32.2
مرتفع	308	44.2

المتغير	التكرار (ن)	النسبة المئوية (%)
الترتيب الولادي		
الأكبر	184	25.2
الأوسط	366	50.2
الأصغر	178	24.4
مكان الإقامة		
مدينة	643	88.4
أخرى	84	11.6
نوع المدرسة		
حكومية	367	50.5
خاصة	360	49.5

أداة القياس

مقياس الرهاب الاجتماعي: استخدم الباحثان في الدراسة الحالية مقياس الرهاب الاجتماعي (social phobia scale)، الذي طوّره ماتك وكلارك (Mattick & Clarke, 1998) وكان ذلك بعد تكييفه بما يناسب مجتمع الدراسة الحالية. فمن بين التعديلات التي طرأت على المقياس، حذفت فقرة "أخاف أن يهتز رأسي أمام الآخرين،" واستبدلت بفقرة "أخاف أن أعيد البضاعة إلى المحل الذي اشتريتها منه". ويتكون المقياس، سواء في نسخته الأصلية أو المكيّفة، من (20) فقرة تقيس خوف الفرد من ملاحظة وتفحص الآخرين له. وتكون الاستجابة لهذه الفقرات على مقياس من نمط ليكرت خماسي التدريج، بحيث يمثل الرقم (0) لا تنطبق على الإطلاق، والرقم (4) تنطبق تماماً. وتتراوح الدرجات الكلية من (0 إلى 80). وتشير الدرجات الأعلى إلى رهاب اجتماعي أعلى.

صدق المقياس

تُرجم المقياس وعدلت فقراته وتم التأكد من ترجمته بعرضه على متخصّصين في اللغة الانجليزية. بعد ذلك أجري صدق محتوى له بعرضه على ثمانية من أعضاء هيئة التدريس في قسمي علم النفس في الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك. إذ طُلب منهم إبداء رأيهم في الفقرات من حيث صياغتها اللغوية ودقة الترجمة. وقد أعيدت صياغة بعض الفقرات بناءً على ملاحظاتهم.

ثبات المقياس

حُسب معامل الاتساق الداخلي للمقياس بتطبيقه على عينة استطلاعية تكونت من (80) طالباً وطالبة من خارج عينة الدراسة. وقد بلغت قيمة كرونباخ (α = 0.88). كما حسب معامل الاتساق الداخلي لفقرات المقياس مرة أخرى، بعد تطبيق المقياس على عينة الدراسة، وبلغت قيمة كرونباخ (α = 0.86).

إجراءات الدراسة

وُزّع الاستبيان على الطلبة أثناء المحاضرات، ووُضح لهم الهدف من إجراء هذه الدراسة، لتحفيزهم على أخذ الأمر بجدية عند قيامهم بملء الاستبيان، وأُكد لهم أن مشاركتهم طوعية، وأن البيانات التي سيتم جمعها ستستخدم فقط لأغراض البحث العلمي، وأنه غير مطلوبٍ منهم كتابة أسماءهم كجزء من البيانات الشخصية. واحتاج الطلبة حوالي (10) دقائق لإكمال الاستبيان.

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات التالية:

1. الجنس
2. المستوى الدراسي: سنة أولى؛ سنة ثانية؛ سنة ثالثة؛ سنة رابعة.
3. المستوى التعليمي للولدين: ثانوي فما دون؛ كلية فأعلى
4. حجم الأسرة: صغيرة (5 أفراد فما دون)؛ متوسطة (7/6 أفراد)؛ كبيرة (8 أفراد فأكثر)
5. دخل الأسرة: منخفض (400 دينار أردني فما دون)؛ متوسط (401– 900 دينار)؛ مرتفع (901 دينار فأعلى)
6. الترتيب الولادي: الأكبر؛ الأوسط؛ الأصغر
7. مكان الإقامة: مدينة؛ أخرى (قرية، بادية، مخيم).
8. نوع المدرسة: حكومية؛ خاصة
9. الرهاب الاجتماعي

تحليل البيانات

حُسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة الكلية على مقياس الرهاب الاجتماعي، لتحديد درجة القطع التي في ضوئها سيحدد الطلبة الذين لديهم رهابا اجتماعيا، ومن ثم التعرف إلى نسب انتشارهم. وقد بلغ متوسط درجات أفراد العينة (24.09)، والانحراف المعياري (13.49). وقد أُعتبر الأفراد الذين درجاتهم أعلى من انحراف معياري فوق المتوسط، لديهم رهابا اجتماعيا، والأفراد الذين درجاتهم أدنى من ذلك لا يوجد لديهم رهابا اجتماعيا. ويستخدم هذا الأسلوب عادة لتحديد الحد التشخيصي (Shepherd & Edelmann, 2007). بعد ذلك استخدم اختبار كا ^{2}للكشف عما إذا كان هناك فروق دالة إحصائياً في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي على كل من المتغيرات الديمغرافية.

النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن ثلاثة أسئلة بحثية تتعلق بانتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين. وللإجابة عن السؤال الأول الذي يتصل بنسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بشكلٍ عام لدى أفراد العينة، حسبت التكرارات والنسب المئوية للأفراد الذين لديهم رهابا اجتماعيا وأولئك الذين لا يوجد لديهم رهابا اجتماعيا، وقد تبين أن 129 (17.7%) من أفراد العينة لديهم رهابا اجتماعيا، وأن 600 (82.3%) منهم لا يوجد لديهم رهابا اجتماعيا.

وللإجابة عن السؤال الثاني المتعلق بالمخاوف الاجتماعية الأكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين، تم في البداية تحديد درجة القطع لفقرات مقياس الرهاب الاجتماعي. وبما أن تدريج المقياس خماسي (0–4)، فقد أُعتبرت الدرجة (2) فما دون على كل فقرة على أنها تشير إلى أن الفرد لا يشعر بالخوف عندما يكون في الموقف الذي تتناوله الفقرة، والدرجة(3) فأعلى على أنها تشير إلى أن الفرد يشعر بالخوف في مثل هذا الموقف. وقد أُتبع هذا المعيار في دراسات سابقة بحثت المخاوف الاجتماعية الأكثر شيوعاً لدى الطلبة الجامعيين (Tillfors & Furmark, 2007). بعد ذلك حسبت التكرارات والنسب المئوية للأفراد الذين لديهم رهابا اجتماعيا والأفراد الذين لا يوجد لديهم رهابا اجتماعيا وللعينة كاملةً على كل فقرة من فقرات المقياس. وكما يُظهر الجدول (2) إن أكثر المخاوف الاجتماعية شيوعاً "الخوف من التصرف بطريقة غير مناسبة أمام الآخرين،" فقد كان لدى(75.2%) من الطلبة الذين صنّفوا على أنهم لديهم رهابا اجتماعيا، ولدى(29.3%) من الطلبة الذين صنّفوا على أنهم لا يوجد لديهم رهابا اجتماعيا، ولدى (37.4%) من جميع أفراد العينة.

الجدول (2)

نسبة الطلبة الذين درجاتهم ≥ 3 على كل من المخاوف الاجتماعية

	الموقف	لديهم رهاب اجتماعي ن (%)	لا يوجد لديهم رهاب ن (%)	العينة كاملة ن (%)
1	أكون قلقاً عندما أكتب أمام أشخاص آخرين.	30 (23.3%)	35 (5.8%)	65 (8.9%)
2	أشعر بالخجل عندما أستخدم دورات المياه العامة.	45 (34.9%)	64 (10.7%)	109 (15.0%)
3	أتوتر إذا نظر إليّ ألناس عندما أسير في الشارع.	65 (50.4%)	68 (11.3%)	133 (18.2%)
4	يحمر وجهي خجلاً عندما أكون مع الآخرين.	48 (37.2%)	58 (9.7%)	106 (14.5%)
5	أشعر بالخجل إذا توجب عليّ أن أدخل غرفةً يجلس فيها أشخاص آخرين.	75 (58.1%)	82 (13.7%)	157 (21.5%)
6	ارتجف عندما يراقبني أشخاص آخرون.	59 (45.7%)	45 (7.5%)	104 (14.3%)
7	أتوتر عندما أجلس مواجهاً للأشخاص الآخرين في حافلة ركاب.	60 (46.5%)	62 (10.3%)	122 (16.7%)
8	أصاب بالذعر إذا نظر الآخرون إليّ على أنني جبان أو مريض.	69 (53.5%)	85 (14.2%)	154 (21.1%)
9	أخجل أن أشرب شيئاً وأنا ضمن مجموعة من الأشخاص.	34 (26.4%)	29 (4.8%)	63 (8.6%)
10	أشعر بالخجل عندما آكل أمام أحد الغرباء في مطعم.	69 (53.5%)	56 (9.3%)	125 (17.1%)
11	أخاف أن يعتقد الآخرون أن سلوكي شاذاً.	49 (38.0%)	74 (12.3%)	123 (16.9%)
12	أشعر بالتوتر إذا كنت مضطراً لحمل صينية في مطعم مزدحم.	54 (41.9%)	77 (12.8%)	131 (18.0%)
13	أخاف أن أتصرف بطريقة غير مناسبة أمام الآخرين.	97 (75.2%)	176 (29.3%)	273 (37.4%)
14	أخاف أن أفعل شيئاً يجذب انتباه الآخرين.	47 (36.4%)	55 (9.2%)	102 (14.0%)
15	عندما أكون في مصعدٍ أتوتر إذا نظر الناس إليّ.	56 (43.4%)	51 (8.5%)	107 (14.7%)
16	أتوتر عندما أجري مكالمة هاتفية مع شخص غريب.	47 (36.4%)	148 (24.7%)	195 (26.7%)
17	أتوتر عندما أتحدث أمام أشخاص آخرين.	69 (53.5%)	93 (15.5%)	162 (22.2%)
18	من الصعب عليّ أن أتحدث مع الأشخاص الذين لا أعرفهم جيداً.	71 (55.0%)	117 (19.5%)	188 (25.8%)
19	أشعر بالتوتر إذا عرفت أن الآخرين يراقبونني.	77 (59.7%)	107 (17.8%)	184 (25.2%)
20	أخاف أن أعيد البضاعة إلى المحل الذي اشتريتها منه.	60 (46.5%)	82 (13.7%)	142 (19.5%)

وللإجابة عن السؤال الثالث الذي يتصل بالفروق الديمغرافية في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي، استخدم اختبار كا^2 لتقييم الفروق بين الطلبة الذين لديهم رهاب اجتماعي والطلبة الذين لا يوجد لديهم رهاب اجتماعي عبر متغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، والمستوى التعليمي للوالدين، وحجم الأسرة، ودخل الأسرة، والترتيب الولادي،

ومكان الإقامة، ونوع المدرسة. ويُظهر الجدول(3) أن هناك فروق دالة إحصائياً في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي على متغيرات الجنس، والمستوى التعليمي للوالدين، وحجم الأسرة، ودخل الأسرة، ونوع المدرسة. فقد تبين أن نسبة انتشاره بين الإناث أعلى من الذكور؛ وبين الطلبة الذين مستوى آبائهم وأمهاتهم التعليمي ثانوي فما دون أعلى من الطلبة الذين آبائهم وأمهاتهم مستواهم التعليمي كلية فأعلى؛ وبين الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ كبيرة أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ متوسطة أو صغيرة؛ وبين الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ دخلها منخفض أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ دخلها متوسط أو مرتفع؛ وبين الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس حكومية أعلى من الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس خاصة. ويُظهر الجدول أيضاً أنه لا توجد فروق في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي تعزى إلى متغيرات المستوى الدراسي والترتيب الولادي ومكان الإقامة.

الجدول (3): الفروق في نسب انتشار الطلبة الذين لديهم رهاب اجتماعي وأولئك الذين لا يوجد لديهم رهاب اجتماعي في ضوء المتغيرات الديمغرافية

المتغير		لديهم رهاب اجتماعي ن (%)	لا يوجد لديهم رهاب ن (%)	كا^2
الجنس				كا^2=5.02، د.ح=1، P=0.025*
	ذكور	(%13.7) 39	(%86.3) 245	
	إناث	(%20.2) 90	(%79.8) 355	
المستوى الدراسي				كا^2=1.89، د.ح=3، P=0.597
	أولى	44(%18.0)	(%82.0) 201	
	ثانية	(%14.2) 19	(%85.8) 115	
	ثالثة	(%20.4) 29	(%79.6) 113	
	رابعة	(%17.5) 36	(%82.5) 170	
المستوى التعليمي للأب				كا^2=7.56، د.ح=1، P=0.000**
	ثانوي ≤	(%24.2) 47	(%75.8) 147	
	كلية≤	(%15.4) 82	(%84.6) 450	
المستوى التعليمي للأم				كا^2=5.66، د.ح=1، P=0.017*
	ثانوي ≤	(%22.1) 60	(%77.9) 211	
	كلية≤	(%15.2) 69	(%84.8) 386	
حجم الأسرة				كا^2=6.13، د.ح=2، P=0.042*
	صغيرة	(%15.2) 47	(%84.8) 263	
	متوسطة	(%17.1) 47	(%82.9) 228	
	كبيرة	(%24.6) 35	(%75.4) 107	
دخل الأسرة				كا^2=16.63، د.ح=2، P=0.000**

المتغير		لديهم رهاب اجتماعي ن (%)	لا يوجد لديهم رهاب ن (%)	كا^2
	منخفض	44 (%26.7)	121 (%73.3)	
	متوسط	46 (%20.4)	179 (%79.6)	
	مرتفع	37 (%12.0)	271 (%88.0)	
الترتيب الولادي				كا^2=1.05، د.ح=2، P=0.591
	الأكبر	34 (%18.5)	150 (%81.5)	
	الأوسط	68 (%18.6)	298 (%81.4)	
	الأصغر	27 (%15.2)	151 (%84.8)	
مكان الإقامة				كا^2=3.74، د.ح=1، P=0.053
	مدينة	106 (%16.5)	537 (%83.5)	
	أخرى	21 (%25.0)	63 (%75.0)	
نوع المدرسة				كا^2=30.56، د.ح=1، P=0.000**
	حكومية	93 (%25.3)	274 (%74.7)	
	خاصة	35 (%9.7)	325 (%90.3)	

* P<0.05؛ **P<0.0001

المناقشة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين، وما إذا كان هناك فروق في نسب انتشاره تُعزى إلى العوامل الديمغرافية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الأردنية قد بلغت (17.7%). وهذه النسبة تشير إلى أنه هناك العديد من الطلبة الجامعيين يعانون من الرهاب الاجتماعي، مما يستدعي تكثيف الخدمات الإرشادية الهادفة إلى مساعدة هؤلاء الطلبة.

ويمكن القول إن انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلبة الجامعة الأردنية قد يُعزى إلى عوامل متعددة من أبرزها غياب الدور الفاعل لمؤسسات التنشئة الاجتماعية، فالأسرة وهي اللبنة الأولى تقع عليها مسؤولية تربية أبنائها، والاهتمام بتنمية وتقوية شخصيتهم، وهذا لن يتم إلا إذا كان لدى الأسرة الوعي الكافي والكفاءة الاجتماعية في كيفية تدريب أبنائها على التعامل مع المواقف الاجتماعية وخاصة الحساسة منها، وإعطائهم فرصة للتعبير عن مشاعرهم ومراعاة الجانب النفسي والفروق الفردية بينهم.

وبشكل العام، فإن البيئة الجامعية، وخاصة في المجتمعات العربية تُشكّلُ نقلةً نوعية للطالب من حيث طبيعة التدريس، وطبيعة العلاقات الاجتماعية، وطبيعة العلاقات بين الطلبة الذكور والإناث، والتنوع الثقافي، والطبقي، والاقتصادي، ولهذا فإن هذه المتغيرات النوعية قد تُشكّلُ ضغوطاً نفسيةً ومجتمعية تكون على شكل أعراض انسحابية يلجا إليها بعض الطلبة لعدم تمكنهم من مجارات الواقع الجديد، إضافةً إلى "آليات التلقين" التي ما زالت سائدة في بعض الجامعات العربية. ومن خلال خبرة الباحثان الأكاديمية وزملائهم فإن نسبة الانتشار في الجامعة الأردنية

تعتبر نتيجة منطقية ومبررة، إذ أن أكثر المواقف تشكل حساسية لغالبية الطلبة هي النشاطات التي تستدعي من الطالب التحدث داخل قاعة التدريس، حيث يُحجم الكثير منهم عن ذلك بسبب المخاوف المتعلقة بالرهاب الاجتماعي.

إن غياب قاعدة للدراسات الوبائية الأردنية أو العربية المتعلقة بانتشار الاضطرابات النفسية في المجتمع العام، وخاصة الرهاب الاجتماعي منها، تجعل من الصعوبة بمكان تحديد ما إذا كانت نسبة الانتشار محلياً مرتفعة أم متدنية. وعلى كل حال، فقد جاءت نسبة الانتشار في الدراسة الحالية قريبة من تلك التي توصلت اليها دراسة ويلسون (Wilson, 2005) والتي أشارت إلى أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلبة السنة الأولى في إحدى الجامعات الاسترالية قد بلغت (18.3%)، ودراسة تلفورز وفورمارك التي أجريت في السويد (Tillfors & Furmark, 2007) والتي بلغت فيها نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي (15.6%)؛ في حين أنها جاءت أعلى من تلك التي توصلت إليها دراسة توليولب وولاينكا (Tolulope &Olayinka, 2009)، التي شملت الطلبة الجامعين في نيجيريا، حيث وصلت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي بينهم إلى (9.4%)، وكذلك دراسة شو وراسل (Shaw & Russell, 2009)، التي أجريت في إحدى الجامعات البريطانية، والتي توصلت إلى أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين (10%). ودراسة ازقي واكيزي، ودوقان، وكوجو (Izgi, akyiiz, Dogan & Kugu, 2004) التي أجريت في جامعة كومهوريات، حيث بلغت نسبة انتشار الرهاب (9.6%)، ودراسة رتيب (2001) في جامعة دمشق، والتي بلغت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي فيها (5.98%).

وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر المخاوف الاجتماعية شيوعاً هي "الخوف من التصرف بطريقة غير مناسبة أمام الآخرين، " حيث بلغت نسبتها (75.2%) من الطلبة الذين صُنّفوا على أن لديهم رهاباً اجتماعياً. ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية التي تحرص على أن يتصرف الفرد وبشكلٍ دائم بطريقة لائقة ورصينة أمام الآخرين، ومن ثم تصبح هذه التوقعات معايير مجتمعية صارمة يفرضها المجتمع على الفرد، وتصبح جزءً من منظومة الفرد القيمية. ولهذا يصبح السلوك مرتبط بالخوف، ومن هنا يُعممّ الخوف من الوقوع في الأخطاء على كل المواقف أو النشاطات مهما قلَّ أو عُظمَّ شانها، ونتيجة لذلك تسيطر عليه الأفكار اللاعقلانية مُفترضاً نفسه إنساناً مُنزهاً عن الهفوات والغفوات، ويصبح همّه الوحيد الحفاظ على صورة ملائكية أمام الآخرين. ولهذا تجده يتجنّب أي فعل أو حركة أو مبادرة لقناعته وتوقعه المسبق بحتمية الخطأ أو حتمية تربص الآخر به، وبناءً على ذلك تصبح شخصيته رهينة وضحية لتوقعات الآخرين المسبقة.

وكذلك فإن المجتمع الجامعي يضم ألوان الطيف العرقي، والاقتصادي، والجغرافي، والنوعي، والاجتماعي، حيث أن هذا التنوع اللامتجانس يُشكّلُ عبئاً نفسياً واجتماعياً لدى الكثير من طلبة الجامعة، متضمنة نتائجٌ سلبية، خاصةً إذا كانت الكفاءة الاجتماعية والثقة بالنفس لدى الطالب محط للشكِ والريبة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة تلفورز وفورمارك (Tillfors & Furmark, 2007)، والتي توصلت إلى أن نسبة الطلبة الذين يخشون التصرف بطريقة غير مناسبة أمام الآخرين بلغت (71.4%).

كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في انتشار الرهاب الاجتماعي بين الإناث في نسبة أعلى من الذكور. ويمكن القول أن هناك فروق في طريقة التربية وتعامل الأسرة والمجتمع مع الإناث والتي تحمل في طياتها طابع جندري، فالإناث إلى حدٍ ما، وخاصة في المجتمعات الشرقية تختلف أدوارهن عن الذكور بشكل جليّ، وتتحدد أدوارهن الاجتماعية بشكل حازم، فالإناث يُسمح لهن في التعبير عن مشاعرهن بشكل طبيعي، فإذا شعرت الأنثى بالضيق أو واجهت أية صعوبة تراها تبكي بسهولة، أو يحمر وجهها، وهذا في المجتمعات الشرقية لا يعتبر عيباً بل هو مقبول وقد يكون محبباً لاتصاله بمفهوم الرقة والأنوثة. وكذلك فإن الإناث في مجتمعاتنا الشرقية يتجنبنَّ المواقف والتجارب الصعبة أو المؤلمة حرصاً على طبيعتهن الرقيقة والقابلة للخدش.

ومن زاوية أخرى، فإن المرأة أكثر تعرضاً للاكتئاب من الرجل، ويرجع ذلك إلى هرمون (الأستروجين)، الذي يلعب دوراً في إفراز مادة (السيروترين)، المسئولة عن الحالة

النفسية. وترى الولد الصغير أكثر قسوة في معاملته للآخرين من الفتاة الصغيرة. ومن الناحية العلمية، فهناك فروق جسمية وبيولوجية بين الجنسين تتمثل في اختلاف الكر وموسومات، واختلاف الدماغ، واختلاف الهرمونات، واختلاف البنية الجسدية، وكذلك الحال في الفروق السيكولوجية والتي أشار إليها سبحانه وتعالى في صورة آل عمران: و ليس الذكر كالأنثى" (الراشد، 2001). وبناء على ما تقدم فيمكن القول إن طبيعة المرأة، وخصوصيتها، وتكوينها، وانوثتها تضعها في موقف حساس في مواجهة المواقف الاجتماعية التي من الممكن أن تكونُ فيها أقل قوةً وتكيفاً من الرجل.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه غالبية الدراسات الوبائية والتي خلصت إلى أن الرهاب الاجتماعي ينتشر بين الإناث بدرجة أعلى من الذكور (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria, Perone, Paionni, 2000; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999 ; Veal, 2003 ؛ Tillfors & Furmark, 2007).

ولم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة بيكر ومنز–فيرهولتز (Bekker, & Mens-Verhulst, 2007)، التي خَلُصت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في نسب انتشار الرهاب الاجتماعي. ولم تتفق أيضاً مع دراسة عيد (2002) التي لم تظهر فروق بين الجنسين في نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة جامعة عين شمس.

وعلى صعيد المستوى التعليمي للوالدين، فقد بيّنت نتائج الدراسة الحالية أن الطلبة الذين آبائهم وأمهاتهم مستواهم التعليمي ثانوي فما دون لديهم رهاب اجتماعي أعلى من الطلبة الذين مستوى آبائهم وأمهاتهم التعليمي كلية فأعلى. ويمكن أن تُعزى النتيجة إلى ***أن الوالدين المتعلمين*** لديهما حرصاً شديداً على متابعة كافة الأمور المتعلقة بأبنائهما كالتحصيل الدراسي، ونوعية الأصدقاء، وقضاء وقت الفراغ، وقوة الشخصية، ومهارات التواصل الاجتماعية، وكيفية مواجهة المواقف الضاغطة، وغيرها من الأمور ذات الصلة. وهذا لا يعني أن الوالدين غير المتعلمين لا يتوفر فيهما الحرص على ذلك، وإنما الكفاءة الذاتية والوعي لديهما يكون اقل. كما أن الدراسات الوبائية تشير إلى أن الرهاب الاجتماعي ينتشر بين غير المتعلمين أكثر من المتعلمين (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992; Veal, 2003). وهذا يعني أن هناك إشكالية تعود للتنشئة الاجتماعية، حيث أن الوالدين غير المتعلمين الذين يمكن أن يكون لديهم رهاب اجتماعي سيترك أثره السلبي الواضح على أبنائهما مستقبلاً، فكلما كانت شخصية الوالدين اجتماعية وقوية، كلما أثر ذلك إيجاباً في الأبناء.

وفيما يتعلق بمتغير حجم الأسرة، فقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ كبيرة لديهم رهاب اجتماعي أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ متوسطة أو صغيرة. ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة إلى أن الأسرة الصغيرة لدى أفرادها فرصة وإمكانية للتواصل الاجتماعي، وأن علاقاتهم الأسرية تكون ذات طبيعة متينة، وأن الضغوط النفسية والاقتصادية والبيئية لديهم أقل.

كما كان للوضع الاقتصادي علاقة دالة إحصائياً في الرهاب الاجتماعي، حيث تبين من نتائج الدراسة الحالية أن الطلبة الذين يأتون من أُسرٍ دخلها منخفض لديهم رهاب اجتماعي أعلى من الطلبة الذين يأتون من أسرٍ دخلها متوسط أو مرتفع. وتفسر هذه النتيجة في أن الوضع الاقتصادي المرتفع يرتبط بمستوى اجتماعي مرتفع، وكذلك فإن حاجات أفراد الأسرة المادية والنفسية والجسمية والاجتماعية ملباة. وبالتالي فإن لديهم أساليب متعددة، وكفاءة عالية في التعامل ومواجهة الأشكال المختلفة للمواقف الاجتماعية.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي أجراها ماجي وآخرون، وسشنر زاخرون، وفيل (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman,1992; Veal, 2003)، والتي أشارت إلى انتشار الرهاب الاجتماعي بمستويات أعلى بين الأفراد ذوي الوضع الاقتصادي والاجتماعي المنخفض.

وبينت نتائج الدراسة الحالية أن الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس حكومية لديهم رهاب اجتماعي أعلى من الطلبة الذين تخرّجوا من مدارس خاصة. ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى دور

البيئة المدرسية في تطور أو نشوء الرهاب الاجتماعي، حيث أن المدارس الخاصة تشجعُ الطلبة على لغة الحوار والنقاش، وتشجع على الوقوف والتحدث أمام الآخرين، والتي تعتبر جزءاً من متطلبات العملية التربوية والتقييم فيها. إضافة إلى ذلك، فإن الغرف الصفية في المدارس الخاصة تكون ***أقل اكتظاظاً*** من تلك التي في المدارس الحكومية. ويمكن أن يكون لطبيعة تعامل المعلم في المدارس الخاصة، من حيث الاهتمام بالطلبة، وتوفر الأجواء الديمقراطية، والتجانس الاجتماعي والطبقي والاقتصادي دوراً بارزاً في إكساب الطلبة المهارات اللازمة للتصرف بطريقة مناسبة في المواقف الاجتماعية المختلفة.

وهكذا، فإن الدراسة الحالية أظهرت بوضوح أن انتشار الرهاب الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين يختلف وفقاً لعددٍ من المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية، والتي ينبغي أن تؤخذ بالاعتبار عند تطوير البرامج العلاجية الهادفة إلى تخفيض الرهاب الاجتماعي. وتوصي الدراسة بإجراء دراسات أخرى تبحث الفروق في انتشار الرهاب الاجتماعي لدى عينات يتم اختيارها من مجتمعات أخرى كطلبة المدارس وأفراد المجتمع بشكل عام، إذ إن الأدب يشير إلى أننا لا زلنا نفتقر إلى مثل هذه الدراسات سواء على المستوى المحلي أو على المستوى العربي. كما توصي الدراسة باستخدام أدوات قياس إضافية للتوصل إلى مؤشرات أخرى حول انتشار الرهاب الاجتماعي في المجتمعات المشار إليها.

المصادر والمراجع

المراجع العربية

باول، تريفور. (2005). الصحة النفسية. (قسم الترجمة بدار الفاروق،مترجم) القاهرة، مصر: دار الفاروق.(تاريخ النشر الأصلي غير موجود).

دهراب، سميرة. (2008). برنامج إرشاد جمعي للتعامل مع الرهاب الاجتماعي. موقع الرؤية الالكتروني. http://www.arrouiah.com/. استرجعت بتاريخ 2010/6/5.

الراشد، صلاح صالح. (2001). الفرق بين الجنسين. (ط2)، الكويت: مركز الراشد للتنمية الاجتماعية و النفسية.

رتيب، ناديا. (2001). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الثالثة في جامعة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

الزراد، فيصل خير. (1988). علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية. بيروت، لبنان:دار العلم للملايين.

عبد الرحمن، محمد السيد.(1999). علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج. القاهرة، مصر: دار قباء.

عبدالله، محمد قاسم. (2001). مدخل إلى الصحة النفسية. عمان، الأردن: دار الفكر.

عيد، محمد ابراهيم. (2002). الهوية والقلق والإبداع. القاهرة: دار القاهرة.

عياد، هاني جرجس. (2007). التداعيات الاجتماعية للوصمة الجنائية: دراسة ميدانية للمعوقات الاجتماعية التي تواجه المفرج عنهم من المؤسسات العقابية بمحافظة الغربية. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، مصر.

الكتاني، فاطمة الشريف. (2004). القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي. بيروت، لبنان: دار وحي القلم.

مدخلي، أحمد. (1995). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية. دراسة تلفورز وفورمارك

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. (2010).الطلبة الملتحقون في الجامعات الأردنية لمستوى البكالوريوس حسب الحقل والجامعة لعام 2009/2008. استرجعت بتاريخ 2010/9/22 من http://www.mohe.gov.jo/Statistics2009/tabid/547/language/ar-JO/Default.aspx

المراجع الأجنبية

Baumeister, F. and Lary, R. 1995. The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychology Bulletin*, 117 (3): 497-529.

Bekker, M. and Mens-Verhulst, J. 2007. Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree and Background, But Gender-Neutral Treatment. *Medicine. Vol. 4*, Suppl. B, S, 178-193.

Bobes, J. 1999. Social anxiety, social phobia: The course of illness prior to treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13 (suppl 3):S2.

Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. and Locke, B. Z. 1988. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.

Brock, K. 1999. Social conflict avoidance: Is it unique construct? Dissertation Abstract International: section-B-and – Engineering, 59 (8-B): 4522.

Bruch, M. 1989. Familial and developmental antecedents of social phobia: Issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9,37-47.

Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell M. and Grey, N. 2006. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol. 74*, 568–578.

Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A. and Paionni. 2000. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. and Wittchen, H-U. 2005. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 453–462.

Furmark, T. 2002. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatric Scand*, 105, 84-93.

Furmark, T., Everz, O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. and Fredrikson, M. 1999. Social phobia in the general population: prevalence and socio demographic. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 34, 416-424.

Fredrikson, M. 1999. Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.

Izgi, F., Akyiiz, G., Dogan, O. and Kugu, N. 2004. Social Phobia Among University Students and Its Relation to Self-Esteem and Body Image. *Can J Psychiatry*,49, 630-634.

Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Berrada, S. and Moussaoui, D. 2007. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Annals of General Psychiatry*, 6:6doi:10.1186/1744-859X-6-6.

Karam. G., Mneimneh, Z., Aimee, N., Fayyad, J., Soumana, C. and Kessler, C. 2006. Prevalence and treatment of mental disorder in Lebanon: a national epidemiological survey. World Health Organization.

La Greca1, A. and Lopez1, N. 1998. Social Anxiety among Adolescents: Linkages with Peer Relations and Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2):83-94.

Lincoln, T. 2003. Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia: Bridging the Gap between Research and Practice. Unpublished dissertation, der Philipps-Universität Marburg, Germany.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A. and Kessler, R. C. 1996. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the

National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-1.

Mattick, R. P. and Clarke, J. C. 1998. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455-470.

Mattick, R., Peters, L. and Clark, J. 1989. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20,3-23.

May, R. 1977. The meaning of anxiety. New York: Ronald Press.

Nazemi, H., Kleinknecht, R., Dinnel, D., Lonner, W., Nazemi, S., Shamlo, S. and Sobhan A. 2003. A Study of Panic Attacks in University Students of Iran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(3):191-201.

Okano, K. 1994. Shame and social phobia: a transcultural viewpoint. *Bull Menninger Clin*, 58 (3): 323–38. PMID 7920372.

Patel, A., Knapp, M., Henderson, J. and Baldwin, D. 2002. The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders. 68*, 221–233.

Pélissolo, A. andré, C., Moutard-Martin, F., Wittchen, H.-U. and Lépine, J. P. 2000. Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry, 15*, 2-8.

Rapee, R. and Spence, S. 2004. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*. 24, 737–767.

Richards, T. 2000. Social anxiety disorder: Definition. The Social Anxiety Institute, INC. U.S.A.

Russell, G .2009. A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom. *Journal of Mental Health. 18*, (3): 198-206, DOI 10.1080/ 09638230802522494

Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A. and Gitow, A. 1994. Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322- 331

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. and Weissman, M. M. 1992. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.

Schneier, F. R., Liebowitz, M. R., Abi-Dargham, A., Zea-Ponce, Y., Lin, S.-H. and Laruelle, M. 2000. Low dopamine D2 receptor binding potential in social phobia. *American Journal of Psychiatry, 157*, 457-459.

Sheehan, D. 1987. Simple and effective treatment of agoraphobia. New York: Hawthorn Book.

Shepherd, R. M. and Edelmann, R. J. 2007. Social phobia and the self medication hypothesis: A case study approach. *Counselling Psychology Quarterly, 20* (3): 295-307.

Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R. T., Pollack, M. H. and Wiita, B. 1999. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 156*, 756-760.

Stein, M. B. and Kean, Y. M. 2000. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.

Tillfors, M. and Furmark, T. 2007. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:79–86.

Tillfors, M. and Furmark, T. 2007. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42*, 79–86.

Tolulope, T. and Olayinka, O. 2009. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (6): 458-463, 6p, 3 charts

Veale, D. 2003. Treatment of social phobia. *Advances*

in Psychiatric Treatment, 9, 258–264.

Vitasari, P., Wahab, M., Othman, A. and Awang, M. 2010. A Research for Identifying Study Anxiety Sources among University Students. *International Education Studies, 3*, (2): 189-196.

Wacker, H. R., Müllejans, R., Klein, K. H. and Battegay, R. 1992. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods of Psychiatric Research, 2*, 91-100.

Walker, J., Kjernisted, K. 2000. Fear: The impact and treatment of social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 14, S13-S23.

Warren, S., Huston, L., Egeland, B. and Sroufe, L. 1997. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 36:637– 644.

Waters, E., Wippman, J. and Srouf, L. 1979. Attachment, positive effect and competence in the peer group: two studies in construct validation. *Child Development*, 50: 821-829.

Wittchen, H.-U., Stein, M. B. and Kessler, R. C. 1999. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine, 29*, 309-323.

Wilson, I. 2005. Screening for social anxiety disorder in first year university students. A pilot study. *Aus Fam Physican*, 34:983–984.

Social Phobia among University Students: Prevalence and Socio- Demographic Factors

Fawwaz Ayoub Momani, Abdul-Kareem M. Jaradat*

ABSTRACT

The main purpose of this study was to explore the socio-demographic differences in the prevalence of social phobia among university students. The sample of the study consisted of 729 students (284 males, 445 females), recruited from the University of Jordan. Results showed that the overall prevalence rate of social phobia among the study sample was 17.7%. However, the prevalence rate of social phobia among females was significantly higher than that of males; among the students whose parents' education is high school and below was higher than that of students whose parents' education is college and above; among students coming from big families was higher than that of students coming from medium or small families; among students coming from families with low income was higher than that of students coming from families with medium or high income; and among students graduated from public schools was higher than that of students graduated from private schools. No significant differences were found in the prevalence rates of social phobia by academic level, birth order or place of residence.

Keywords: Prevalence, Social Phobia, University Students, Socio-Demographic Factors.

* Full time Lecturer, Institute of Social Work, The University of Jordan.
**Assistance Professor, Department of Counseling and Educational. Psychology, Faculty of Education, Yarmouk University.
Received on 7/7/2010 and Accepted for Publication on 1/12/2010.