

ليبيا

الأكاديمية الليبية للدراسات العليا - فرع مصراته

مدرسة العلوم الإنسانية

قسم علم النفس

شعبة التوجيه والإرشاد النفسي

فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي

لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة زليتن

((دراسة تجريبية))

دراسة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول

على درجة الإجازة العالية (الماجستير)

في التوجيه والإرشاد النفسي

إعداد

زينب حامد بص

إشراف

أ. د. عياد سعيد امطير

2015م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿لَا يَلْفُ قُرَيْشٍ ﴿١﴾ إِئْلَافِهِمْ رِحْلَةَ الشِّتَاءِ وَالصَّيْفِ ﴿٢﴾
فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ ﴿٣﴾ الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِّنْ جُوعٍ
وَأَمَّنَّهُمْ مِّنْ خَوْفٍ ﴿٤﴾﴾

سورة قريش: الآيات (1-4)

الإهداء

إلى أعر الناس على قلبي أمي وأبي...

إلى زوجي رمز التضحية والعطاء...

إلى أبنائي وإخوتي الأعراء...

إليهم جميعاً أهدي هذا العمل المتواضع

زينب

الشكر والتقدير

الحمد لله حمد الشاكرين ، حمداً وشكراً يليق بعظيم سلطانه؛ الحمد لله الذي أنزل القرآن شفاءً ورحمة للعالمين وجعل لنا السمع والأبصار والأفئدة، وخصنا بالعقل حتى نستطيع أن نفكر ونتدبر الأمور ومع ذلك فقد ظل اطمئنان القلوب رهن بذكره سبحانه وتعالى .

قال تعالى: ﴿ الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴾ (1)

والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة والسلام، الذي أرسله الله إلى الناس أجمعين مبشراً ونذيراً، أما بعد...

فالرسول عليه أفضل الصلاة والسلام، الذي يقول: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله"، فالحمد لله الذي وفقني لإنجاز هذا البحث العلمي، والحمد لله الذي سخر لي من عاونني في إتمام هذا البحث وأخص بالشكر والثناء والتقدير كلا من:

الأستاذ الدكتور: عياد سعيد إمطير

على تكرمه وتفضله بالموافقة على الإشراف على رسالتي وإتاحة الفرصة لي لكي أستفيد من خبراته الواسعة، وقد كان لتوجيهاته وقراءته الفاحصة لكل حرف من حروف الرسالة الأثر الكبير في إخراجها بهذه الصورة، فهو لم يبخل علي بوقته وعلمه، فله مني عظيم الشكر والاحترام والتقدير فجزاه الله عني خيراً الجزاء.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور: يعقوب موسى صمامه

الأستاذ الدكتور: مصطفى الطبيب على تفضلهم بقبول مناقشة رسالتي.

وأنتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ الدكتور: عثمان إيمين الذي تابع التحليل الإحصائي لهذه الرسالة، والذي لم يبخل في إهداء النصيحة، وإبداء الرأي، وتقديم المشورة مع سعة الصدر.

(1) سورة الرعد: الآية (28)

كما أخص بالشكر أعضاء لجنة التحكيم الذين قاموا بتحكيم المقياس والبرنامج حتى أصبحا في الصورة المناسبة.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى مدرسة النساء الخالدات ومديرها الفاضل ولعينة الدراسة فلولاهم بعد رعاية الله عز وجل وتوفيقه لي ما كانت هذه الدراسة بهذه الصورة.

كما أتقدم بخالص شكري وتقدير واعترافي بالجميل لوالدي ووالدتي وزوجي وأبنائي وإخوتي لما قدموه لي أثناء فترة إعدادي للدراسة من دعوات لله عز وجل ومساندة وتشجيع، فجزاهم الله عني خير الجزاء. كما أتوجه بخالص الشكر والامتنان إلى الدكتورة: نعيمة عمر بص على ما أبدته لي من نصح وتوجيه فلها كل التقدير والعرفان .

كما أتقدم بخالص شكري وعظيم امتناني لكل من مد لي يد العون والمساعدة في هذه الدراسة.

وأخيراً أسأل الله أن يوفقني إلى ما فيه خير الدنيا والآخرة ويجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم.

الباحثة

ملخص الدراسة

مقدمة:

تعد المراهقة مرحلة هامة وحرجة في حياة الإنسان وفاصلة من الناحية الاجتماعية ، إذ لم يتم إعداد المراهقين لتحمل مسؤولياتهم كراشدين.

ولكي ينجح المراهق في هذه المرحلة يحتاج إلى التقبل ممن حوله في المنزل والمدرسة والمجتمع ؛ لأن التقبل الاجتماعي يحقق الأمان النفسي للمراهق ويشعره أنه يتحرك فوق أرضية صلبة ، وأن وراء ظهره سنداً ورصيماً من المحبة والتأييد؛ وذلك خير حافز على العمل والنجاح الذي يعتبر ضرورياً للتكيف.

ومن هنا فإن مرحلة المراهقة هي أكثر مراحل الحياة تأزماً، والتعامل معها أصعب وأشق.

إذ لا يجوز أن نفترض دائماً أن جل مشكلات المراهقين هي مسؤولية المراهقين أنفسهم أو أنه هو مسؤولية الاباء والمعلمين وحدهم بل إنه في الواقع أمر يمس مستقبل الأمة كلها.

لذلك تسلط الباحثة الضوء على أكثر الاضطرابات تأثيراً على علاقة الفرد بالجماعة وهو الرهاب الاجتماعي حيث يمثل حوالي (30% - 40%) من الاضطرابات العصبية وأكثرها شيوعاً في مراحل نمو الإنسان المختلفة. (أرتربيل ، 2011:119)

ويعد الرهاب الاجتماعي حالة طبية مرضية مزعجة تحدث في ما يقارب واحد من كل عشرة أشخاص وتؤدي إلى خوف شديد قد يشل الفرد أحياناً ، ويتركز الخوف في الشعور بمراقبة الناس وتؤثر على الأداء الوظيفي والمهني والاجتماعي للفرد وتدفعه إلى تجنب المشاركة الفعالة في المجالات المتعددة للحياة.

الأمر الذي يؤكد على أهمية استخدام أساليب وفنيات إرشادية تتعامل مع مشاعر وأفكار وسلوك المراهقين لخفض الرهاب الاجتماعي لديهم، وتساهم في تقديم الدعم النفسي للمراهقين.

ومن هنا ، تأتي هذه الدراسة لتشكّل إضافة جديدة للدراسات والأبحاث التي أجريت في علاج الرهاب الاجتماعي.

وعليه تأمل الباحثة في أن تسهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على ظاهرة سلوكية بدأت تنتشر بشكل

واضح في الوسط التعليمي وإمكانية التخفيف منها اعتماداً على برنامج إرشادي يركز على تعليم المسترشد أساليب حل المشكلات.

مشكلة الدراسة:

تحددت مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الآتي:

س- ما مدى فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة زليتن؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية الآتية:

- 1- هل توجد فروق دالة - إحصائياً - بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للبرنامج العلاجي؟
- 2- هل توجد فروق دالة - إحصائياً - بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي للبرنامج العلاجي؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما تقدمه من إسهامات نظرية وعلمية، فعلى المستوى النظري تسهم في تناول وعرض مشكلة الرهاب الاجتماعي، وإلقاء الضوء على فئة المراهقات اللاتي يعانين من اضطراب الرهاب الاجتماعي والتحقق من فرضية نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي كما تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي تهتم بهذا النوع من الاضطراب.

أما عن المستوى التطبيقي، فيتمثل في تطبيق برنامج علاجي لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي على عينة من المراهقات والتعرف على مدى فاعلية البرنامج المستخدم، كما تسهم في إعداد برنامج علاجي لخفض الرهاب الاجتماعي يناسب المراهقات في البيئة الليبية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى: التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة زليتن.

فرضيات الدراسة:

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة تفترض الباحثة الفرضيات التالية لدراستها:

- 1- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي.
- H_i توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي.
- 2- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي "بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي".
- H_i توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي "بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي".

منهج الدراسة:

وقد استخدمت الباحثة في دراستها الحالية المنهج التجريبي.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة الكلية على عینتين فرعيتين من طالبات المدارس الثانوية وهي: العينة الاستطلاعية وتكونت من (58) طالبة والعينة التجريبية وبلغ قوامها (13) طالبة من الذين تحصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الرهاب الاجتماعي، وتراوح أعمارهم (17-18) سنة.

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة الأدوات التالية في الدراسة:

أ- أدوات التشخيص السيكمومتري وتشمل:

1- استطلاع الرأي.

2- استمارة البيانات الأولية _____ إعداد الباحثة.

3- مقياس الرهاب الاجتماعي _____ تم تعديله وتطويره للدكتورة: سناء حامد زهران.

4- استمارة تقييم البرنامج العلاجي _____ إعداد الباحثة.

5- استمارة متابعة الواجب المنزلي _____ إعداد الباحثة.

ب- أداة التدخل العلاجي وتتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي - السلوكي الذي يهدف إلى خفض

مستوى الرهاب الاجتماعي _____ إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة:

1- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية للقياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

2- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية للقياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي بعد مضي شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

Abstract

Introduction:

The teen is an important and critical phase in human life, a socially as the adolescent is not set up to assume their responsibilities as adults.

Teenager to succeed at this stage requires acceptance of those around him at home, school and community to achieve social acceptance of adolescent psychological security and make him feel it move on his land, and behind his back and a bond of love and support and the best incentive to work and success, and which is needed for adaptation.

Therefore, teens are more stringent, the stages of life and deal with the most difficult and the most difficult.

It is not permissible to assume always that almost all problems of adolescents are the responsibility of adolescents themselves, it is the responsibility of parents and teachers, but in fact it is affects the future of the whole nation.

Thus shed more light on the researcher disorders affect the relationship of the individual to the community and is social phobia is about 30%–40% of the most common neurological disorders at different stages of human growth.

Social phobia is a medical condition satisfactory annoying occur in approximately one in every ten people and lead to great fear might paralyze the individual sometimes fear is a sense of control people and affect job performance and professional and social individual and you pay to avoid active involvement in multiple areas of life.

Underlining the importance of the use of instructional methods and techniques dealing with feelings and thoughts and behavior of adolescents to

reduce social phobia have and contribute to providing psychological support to adolescents.

Hence the study of a new addition to the studies and research carried out in the treatment of social phobia.

Accordingly, the researcher hopes that this study highlights behavioral phenomenon that began proliferating in the educational community and the possibility of mitigation based on indicative programme focuses on education guided problem solving techniques.

Problem of the study:

problem of the study Identified in answer the following question:

Q. How effective are mentoring programme in reducing social phobia in a sample of high school students in the city of Zliten?

this main question divided to sub-questions ,following:

1. are there statistical differences between the experimental group degrees on the scale of social phobia in tribal and dimensional application for treatment ?
2. are there differences between the experimental group scores on a Mediterranean scale social phobia in the application post application tracing for treatment?

Importance of the study:

Significance of the study lies in its theoretical and scientific contributions, at the theoretical level contribute to addressing the problem of introduced social phobia, and highlighting adolescent girls who suffer from social phobia disorder and verify hypothesis theory of cognitive behavioral therapy in reducing social phobia as this study few studies that deal with this type of

disorder.

As for the practical level, it is the application of treatment to reduce the level of social phobia in a sample of adolescents and the effectiveness of the program and contribute to the preparation of the therapeutic program for reducing social phobia fits in the environment of Libya.

Objectives of the study:

The current study aimed to verify the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing social phobia in a sample of high school students in the city of Zliten.

Hypotheses of the study:

In the light of the theoretical framework and the results of previous studies, the researcher assumes the following hypotheses to be considered:

1. Ho / no statistical differences between the experimental group scores on the scale of social phobia in pre and post application for telemetric.

–Hi / there are statistical differences between the experimental group scores on the scale of social phobia in pre and post application for telemetric.

2. Ho /no statistical differences between the experimental group scores on the scale of social phobia in post application and tracking application "after two months of therapeutic program application".

–Hi /there are statistical differences between the experimental group scores on the scale of social phobia in application and tracking application " after two months of therapeutic program application " .

Study Methodology:

The researcher was used in its current experimental method.

Study Sample:

The sample of the study consisted of two subcommittees of the College to high school girls: the exploratory sample consisted of "58" student and pilot sample and a student of the "13" who get the highest scores on the scale of social phobia, and aged 17–18 years old.

Study Tools :

The researcher used the following tools in the study:

A. psychometric diagnostic tools, include:

1. Opinion Poll.
2. Preliminary Data Questionnaire, preparing of researcher.
3. social phobia scale was modified and developed by Dr. Sana Hamid Zahran.
4. Therapeutic program evaluation form, preparing of researcher.
5. Follow–up homework form , preparing of researcher

B. intervention tool and include in the cognitive behavioral treatment program which aims to reduce the level of social phobia , preparing of researcher.

Study results:

1. Presence of statistical differences between the experimental group to pre and post measuring for telemetric.
2. Presence of statistical differences between the experimental group to pre and post measuring for tracing measuring , after two months by therapeutic program application.

قائمة المحتويات

الصفحة	الصفحات التمهيدية	م
أ	الآية القرآنية	.1
ب	الإهداء	.2
ج	الشكر والتقدير	.3
هـ	ملخص الدراسة باللغة العربية	.4
ط	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	.5
م	قائمة الصفحات التمهيدية	.6
ع	قائمة الجداول	.7
ص	قائمة الأشكال	.8
	الفصل الأول الإطار العام للبحث	
3	مقدمة	.9
5	تحديد مشكلة الدراسة	.10
7	أهداف الدراسة	.11
7	أهمية الدراسة	.12
8	حدود الدراسة	.13
9	تعريف المفاهيم والمصطلحات	.14
	الفصل الثاني الإطار النظري (الرهاب الاجتماعي والعلاج المعرفي السلوكي)	
12	مقدمة	.15
12	أولاً: الرهاب الاجتماعي	.16
12	مفهوم الرهاب الاجتماعي	.17
15	مظاهر ومكونات الرهاب الاجتماعي	.18
18	أسباب الرهاب الاجتماعي	.19
19	أنماط الرهاب الاجتماعي	.20
20	التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي	.21
26	معدل إنتشار الرهاب الاجتماعي	.22
27	التفسيرات النظرية للرهاب الاجتماعي	.23
28	النظرية السلوكية	.24
31	النظرية المعرفية	.25

الصفحة	الموضوع	م
39	ثانياً: العلاج المعرفي - السلوكي	.26
39	تمهيد	.27
41	تعريف العلاج المعرفي السلوكي	.28
42	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي	.29
43	خصائص العلاج المعرفي السلوكي	.30
47	أهداف العلاج المعرفي	.31
48	آلية العلاج المعرفي السلوكي	.32
49	بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي	.33
50	فنيات العلاج المعرفي السلوكي	.34
	الفصل الثالث الدراسات السابقة	
64	المحور الأول: دراسات تناولت اضطراب الرهاب الاجتماعي "الفوبيا" مع متغيرات أخرى	.35
69	خلاصة وتعقيب	.36
71	المحور الثاني: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي	.37
78	خلاصة وتعقيب	.38
80	فرضيات الدراسة	.39
	الفصل الرابع منهج وإجراءات الدراسة	
84	تمهيد	.40
84	أولاً: منهج الدراسة	.41
84	ثانياً: إجراءات الدراسة	.42
84	1- مجتمع الدراسة	.43
85	2- عينة الدراسة	.44
95	3- أدوات الدراسة	.45
116	4- خطوات الدراسة	.46
118	5- الأساليب الإحصائية	.47
	الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها	
121	التمهيد	.48
121	أولاً: الوصف الإحصائي	.49

الصفحة	الموضوع	م
132	ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها	.50
132	نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها	.51
140	نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها	.52
142	ملخص نتائج الدراسة	.53
142	ثالثاً: توصيات الدراسة	.54
143	رابعاً: بحوث مقترحة	.55
145	المراجع	.56
159	الملاحق	.57

قائمة الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
الجدول 1	يوضح التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي	26
الجدول 2	يوضح توزيع قيم معلمات مقياس الرهاب الاجتماعي	86
الجدول 3	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير عمر الأب"	87
الجدول 4	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير عمر الأم"	87
الجدول 5	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير "تعليم الأب"	88
الجدول 6	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير تعليم الأم"	89
الجدول 7	يوضح حساب دلالة الفروق رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير عدد أفراد الأسرة"	90
الجدول 8	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير ترتيب المبحوثة في الأسرة"	91
الجدول 9	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير مهنة الأب"	92
الجدول 10	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير مهنة الأم"	92
الجدول 11	يوضح حساب دلالة الفروق رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير الدخل"	93
الجدول 12	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق "متغير امتلاك حجرة خاصة"	94
الجدول 13	يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير نوع السكن	94
الجدول 14	يوضح حساب دلالة الفروق بين متوسط إجابات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي باختبار (ت) للتحقق من الصدق التمييزي	98
الجدول 15	معامل ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية	101

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
107	جدول عام لجلسات البرنامج والفنيات المستخدم فيه	الجدول 16
122	يوضح الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس القبلي للمجموعة التجريبية	الجدول 17
127	يوضح الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية	الجدول 18
132	يوضح نتائج قيمة اختيارات لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	الجدول 19
135	يوضح الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس التتبعي للمجموعة التجريبية	الجدول 20
140	يوضح نتائج قيمة اختيارات لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية	الجدول 21

قائمة الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
17	يوضح مكونات الرهاب الاجتماعي	الشكل 1
33	يوضح الأبعاد المعرفية للتعامل مع المشكلة	الشكل 2
45	يوضح الفنيات المعرفية لتعديل التفكير السلبي	الشكل 3
126	يوضح الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس "القبلي"	الشكل 4
131	يوضح الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس "البعدي"	الشكل 5
139	يوضح الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس "التتبعي"	الشكل 6

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- مقدمة
- تحديد مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- المفاهيم والمصطلحات

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة:

يعد المرور بخبرة الخوف وما يرتبط بها من انفعال القلق أمراً مألوفاً لدى كل فرد، فالمخاوف توجد في كل الثقافات ولدى كل الأنواع البشرية، وهدف الخوف هو حماية الكائن الحي من التهديد، وتعبئة الجسد لتجنب الخطأ، فالمخاوف يهدد حياة من يحيا كما يهدد الخوف حياة من يعبر قناة على لوح خشب ضيق والخوف يتملّكه ونحن نعلم أن الخوف المبالغ فيه من الخطر أخطر على الفرد ألف مرة من الخطر نفسه،(حامد زهران،2005: 508) ويعتبر بعض العلماء أن المخاوف انفعال فطري غريزي يولد الإنسان به، فالأصل في طبيعة الإنسان أنه يولد محملاً بغريزة الخوف التي تجعل منه كائنًا خائفًا حتى قبل أن يتلقى أية خبرة مخيفة عن الخوف عند البيئة المحيطة به، ولذا تُفسر صيحة الميلاد بأنها تعبير عن الخوف عند انتقاله من البيئة الرحمية إلى البيئة الدنيوية وما يواجهه من تغير.

حيث يرى (حامد زهران،2005) من أن الخوف العادي غريزة أو هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية؛ أما المخاوف المرضية هي إحدى أنواع الاضطرابات النفسية العصابية التي تتميز بما يسود صاحبها من خوف مرضي غير معقول وليس له مبرر واقعي أو منطقي من موضوعات أو أشياء لا يخاف منها العاديون ولا تمثل خطراً للفرد، بالإضافة إلى ما تتميز به من أعراض القلق والسلوك التجنبي.

فالرهاب الاجتماعي Social phobia من المخاوف المرضية وهو أحد الاضطرابات التي حظيت باهتمام كثير من العلماء والباحثين حيث ما يقارب من (10%) من الناس يرهبون المناسبات الاجتماعية مما يؤثر سلباً على حياتهم الاجتماعية والتعليمية والعملية وعلاقاتهم الشخصية بصورة كبيرة ويمثل مرضى الرهاب حوالي (20%) من مجموع مرضى العصاب، ويحدث الرهاب بنسبة أكبر لدى الأطفال والمراهقين وصغار الراشدين، والرهاب أشيع لدى الإناث منها لدى الذكور. (أحمد عكاشة ، 2003 :162)

ويُعد الرهاب الاجتماعي حالة طبية مرضية مزعجة، تحدث في ما يقارب واحد من كل عشرة أشخاص ، وتؤدي إلى خوف شديد، قد يشل الفرد أحياناً ويتركز الخوف في الشعور بمراقبة الناس

(سمير بقيون، 2007:73) وتؤثر على الأداء الوظيفي والمهني والاجتماعي للفرد وتدفع الفرد إلى تجنب المشاركة الفعّالة في المجالات المتعددة للحياة (بدر الأنصاري، 2006: 377).

والخوف المرضي (الفوبيا) يتسبب في شعور شديد مبالغ فيه بالذعر لدى الشخص المصاب ويكون مصحوباً بالقلق الحاد، وتظهر إثارة على مظهر الشخص عند تعرّضه للموقف أو الشيء الذي تدور حوله مخاوفه وهو عادة ليس مصدر خوف بالمرّة للشخص العادي (لطي الشربيني، 2003: 54).

فالمصاب بالرهاب الاجتماعي يخاف أن يخطئ أمام الآخرين فيتعرض للنقد أو السخرية أو الاستهزاء، وهذا الخوف الشديد يؤدي إلى استثارة قوية للجهاز العصبي غير الإرادي حيث يتم إفراز هرمون يُسمى أدرينالين بكميات كبيرة تفوق المعتاد مما يؤدي إلى ظهور الأعراض البدنية على الإنسان الخجول في المواقف العصبية (إبراهيم الصيخان، 2010:96) التي تدفعه إلى الانطواء والعزلة شبه التامة لخوفه من تقييم الآخرين السلبي لأدائه أثناء مواجهة المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الأداء أمامهم ، وقد يؤدي خوف الفرد الزائد من الفشل وارتكاب الأخطاء أمام الناس إلى الارتباك والتلعثم والعرق واحمرار الوجه مما يجعله يتوقع الإحراج والفشل في جميع المواقف التي يواجهها فيها الناس، والرهاب الاجتماعي من المشكلات الهامة التي تمس قطاعاً كبيراً من أفراد المجتمع الليبي، وينتشر بنسبة كبيرة بين الأفراد خاصة الإناث نتيجة للعادات والتقاليد التي تميز المجتمع الليبي، حيث تُعطى الأفضلية في أداء الاجتماعي للذكور بينما تُحرم الإناث من ذلك، وقد يصل الأمر في بعض الأحيان إلى الإساءة اللفظية أو الجسدية والتي تؤدي إلى ظهور أعراض الرهاب الاجتماعي وخاصة لدى فئة المراهقات، فالمراهقة تعتبر مرحلة هامة ودرجة في حياة الإنسان وفاصلة من الناحية الاجتماعية إذ يتحمل الناشئون تحمل المسؤوليات الاجتماعية وواجباتهم كمواطنين في المجتمع .

ولكي ينجح المراهق في هذه المرحلة يحتاج إلى التقبل ممن حوله في المنزل والمدرسة والمجتمع لأن التقبل الاجتماعي يحقق الأمان النفسي للمراهق ويشعره أنه يتحرك فوق أرضية، وأن وراء ظهره سنداً ورصيماً من المحبة والتأييد وذلك خير حافز على العمل والنجاح والذي يعتبر ضرورياً للتكيف. (سعاد قصبليات، 2002: 112)

ولذلك تساعد الدراسة الحالية القائمين على المؤسسات التربوية والتعليمية ومديري المدارس والمشرفين التربويين على الطالبات ، لاسيما عينة الدراسة بالاستفادة من البرنامج الإرشادي الذي يعتمد على الإرشاد السلوكي المعرفي وما يتضمّنه من فنيات متنوعة سواء فنيات معرفية أو سلوكية يتميز بها الاتجاه السلوكي عموماً والإرشاد المعرفي بشكل خاص وما أثبتته الاتجاه السلوكي من فاعلية في التعامل مع حالات الرهاب الاجتماعي ومن هنا تأتي هذه الدراسة لتشكّل إضافة للدراسات والأبحاث التي أجريت في مواجهة الرهاب الاجتماعي وتعالج ندرة مثل هذه الدراسات في المجتمع الليبي وعليه فإن الباحثة تأمل أن تسهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على ظاهرة سلوكية بدأت تنتشر بشكل واضح في الوسط التعليمي وإمكانية التخفيف منها اعتماداً على برنامج إرشادي يركز على تعليم المسترشد أساليب حل المشكلات في التعامل مع المشكلات الاجتماعية والسلوكية المتنوعة.

*مشكلة الدراسة:

بدأ إحساس الباحثة بمشكلة الدراسة الحالية ، من خلال عملها كاختصاصية اجتماعية مع طالبات الثانوي في مدرستها فقد لاحظت الباحثة وجود طالبات يعانين من الرهاب الاجتماعي وذلك من خلال الطلب منهن التحدث عن أنفسهن أمام أقرانهن ، وإعداد وتقديم برامج الإذاعة المدرسية فكان يظهر عليهن التعرق الشديد واحمرار الوجه والرعدة ، والبعض منهن يرفض الحديث خوفاً من التقييم السلبي من الآخرين .

يعد الرهاب الاجتماعي من الاضطرابات العصابية التي تؤثر تأثيراً سيئاً على قدرة المراهقة على التوافق والتواصل الاجتماعي ، مما يؤدي إلى نقص المهارات الاجتماعية والشعور بالعجز بحيث تفقد المراهقة المصابة بالرهاب الاجتماعي ، القدرة على التأقلم مع المواقف التي تحتوي على علاقات اجتماعية تضعف قدرتها على التعبير عن نفسها ، حيث تلجأ إلى تحاشي تلك المواقف التي تضطر فيها إلى ذلك سواء كان هذا التعبير في مجال العمل أو الدراسة أو حتى المحيط الاجتماعي .

تشير الكثير من الدراسات والبحوث إلى أن حالات الرهاب الاجتماعي تمثل (20%) من الحالات العيادية ويشير مركز الضغط النفسي واضطرابات القلق في الولايات المتحدة إلى أن

مرضى الرهاب الاجتماعي يمثلون (18.3%) من بين الحالات المترددة للعلاج ونسبة الرجال (0.9% إلى 1.7%)، أما الإناث فنسبتهم (1.5% إلى 2.6%) (صفوت فرج، 2007: 230)

كما أشارت دراسة (ربيعه عياد، 2011: 105) التي أجريت على مجموعة من الأطفال ذوي المخاوف المرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث لصالح الإناث.

وتشير دراسة (أحمد عبدالخالق وحياء البناء، 2006: 80) إلى أن متوسط الإناث أعلى من متوسط الذكور في الدرجة الكلية في غالبية بنود مقياس الرهاب الاجتماعي وكان معدل انتشار الرهاب (0.45%) للذكور و(6.4%) للإناث، وتعود دراستنا لمرحلة المراهقة لما لها من أهمية في كونها مرحلة دقيقة فاصلة من الناحية الاجتماعية إذ تتعلم فيها الناشئة تحمل المسؤوليات الاجتماعية وواجباتهن كمواطنات في المجتمع ، وبعد العلاج السلوكي المعرفي من ضمن الأساليب التي استخدمت بنجاح في علاج الكثير من المشكلات ، حيث أثبتت الكثير من الدراسات والبحوث فاعلية هذا الاتجاه في علاج هذه الاضطرابات وخاصة اضطراب المخاوف المرضية ، فقد أشارت دراسة ربيعة عياد (2011) التي أجريت على عينة من الأطفال الذين يعانون من المخاوف المرضية إلى فاعلية العلاج السلوكي في خفض المخاوف المرضية.

وأيضاً تشير دراسة (أمثال الحويلة وأحمد عبد الخالق، 2002: 273) إلى فاعلية أساليب العلاج السلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي.

ومن هنا اهتمت الباحثة بهذه المشكلة محاولة توضيحها وتحديدتها ورسم أبعادها من خلال تسليط الضوء عليها والتعرف على مؤشراتنا بمدينة زليتن، ومن ثم تطبيق برنامج علاجي لخفض هذه الاضطرابات والتحقق من مدى فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات في مرحلة التعليم الثانوي، حيث تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي :

س/ ما مدى فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة زليتن؟ .

وللإجابة عن هذا السؤال الرئيسي كان لابد من الإجابة عن الأسئلة الفرعية والتي تتلخص فيما يلي :-

س1- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي للبرنامج العلاجي ؟

س2- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي للبرامج العلاجي ؟

*أهداف الدراسة:

1- الكشف عن الرهاب الاجتماعي وتحديد مستوياته لدى عينة من طالبات مرحلة التعليم المتوسط بمدينة زيتن.

2- التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

3- معرفة مدى استمرارية تأثير البرنامج على عينة الدراسة بعد شهرين من تطبيقه .

*أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما تقدّمه من إسهامات نظرية وعملية، فعلى المستوى النظري تسهم الدراسة في تناول وعرض مشكلة الرهاب الاجتماعي، وإلقاء الضوء على فئة المراهقات اللاتي يعانين من الرهاب الاجتماعي والتحقق من فرضية نظرية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الرهاب الاجتماعي إن وجدت، كما تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي تهتم بهذا النوع من المرض.

أما عن المستوى التطبيقي، فتتمثل في تطبيق برنامج علاجي لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي على عينة من المراهقات والتعرف على مدى فاعلية البرنامج المستخدم في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، كما تساهم في إعداد برنامج علاجي لخفض الرهاب الاجتماعي يناسب المراهقات في البيئة الليبية.

*حدود الدراسة:

تحدد الدراسة بالآتي :-

أولاً : المجال البشري :-

تم تطبيق الدراسة الحالية على عينة من طالبات المرحلة الثانوية اللاتي تتراوح أعمارهن من (17-18) سنة ، وقد اشتملت عينة الدراسة على عینتين فرعيتين ، وهي على النحو التالي:-
الأولى تتمثل في العينة الاستطلاعية التي تم الاعتماد عليها في التحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة والتي يتراوح عددها من (58) طالبة ، كما اختيرت العينة الثانية وهي العينة التجريبية من الطالبات اللاتي تحصلن على أعلى الدرجات على مقياس الرهاب الاجتماعي واللاتي يتراوح عددهن (13) طالبة .

ثانياً : المجال الزمني :-

ويقصد به الفترة الزمنية التي تم استغراقها لتطبيق الدراسة ابتداءً بالدراسة الاستطلاعية ، وانتهاءً بتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية .

* 2013/11/10م إجراء الدراسة الاستطلاعية على مجتمع الطالبات وتطبيق مقياس مؤشرات الرهاب الاجتماعي .

* 2014/2/9م-2014/4/2م تنفيذ البرنامج الإرشادي على عينة الدراسة من ذوات الرهاب الاجتماعي المرتفع على المقياس .

ثالثاً : الحدود المكانية :-

تم تطبيق الدراسة الحالية بمدرسة النساء الخالدات الثانوية بمدينة زليتن .

- تعريف المفاهيم والمصطلحات:

1- الرهاب الاجتماعي:

هو خوف الشخص من الخزي أو الارتباك في موقف عام، وينتج عن ذلك شعور بالخوف الثابت من المواقف التي قد يتعرض الشخص فيها لنقد الآخرين.(عبد الكريم الحجاوي،2001: 277)

التعريف الإجرائي للرهاب الاجتماعي:

هو الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد على أداة القياس المستخدمة في هذه الدراسة، وهو مقياس الرهاب الاجتماعي .

2- العلاج السلوكي المعرفي:

"وهو شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم ويفترض هذا الأسلوب في العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ تتم عن طريق الاشتراط ويمكن إزالة هذه الأعراض عن طريق الاشتراط" (حنان العنابي، 1990:256)

3- الفاعلية:

وتعني بيان أثر البرنامج العلاجي المقترح في خفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، وتقاس كمياً وذلك من خلال إيجاد الفروق بين متوسط درجات الاختبار القبلي والبعدي .
التعريف الإجرائي:

يعرف بأنه الفرق بين متوسط درجات العينة في الاختبار القبلي والبعدي.

4- مرحلة التعليم المتوسط:

ثاني مراحل التعليم تمتد فيها الدراسة إلى ثلاث سنوات وتبدأ من الصف الأول ثانوي وتنتهي عند الصف الثالث ثانوي. وتتراوح فيه أعمار الطالبات من (17،18) سنة.

الفصل الثاني

الإطار النظري - (الرهاب الاجتماعي والعلاج

المعرفي السلوكي)

أولاً: اضطراب الرهاب الاجتماعي Social phobia

ثانياً : العلاج المعرفي السلوكي Cognitive

Behavioral Therapy

مقدمة:

يتناول هذا الفصل مراجعة للتراث الثقافي الذي يتعلق بكل من الرهاب الاجتماعي والنظريات المفسرة له ، إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي من حيث منطلقاته النظرية ومبادئه وأهدافه وفتياته العلاجية للرهاب الاجتماعي .

أولاً: الرهاب الاجتماعي "الفوبيا" Social Phobia:

فقد تم وصف الرهاب الاجتماعي لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية على يد بيرد (Beard.1879)، وفي فرنسا على يد جانيه (Jae.1903) وتم فصل هذا الاضطراب فيما بعد عن الخوفات الأخرى بواسطة ماركس وجلدنر "Marks, Gelder.1970"، واشتملت كتابات هؤلاء المؤلفين على أنواع من المخاوف تتعلق بالأكل، والشرب، والمصافحة، والاحمرار خجلاً، والتحدث، والكتابة، والتقيؤ في وجود أو حضور أناس آخرين بالإضافة إلى أنواع أخرى من المخاوف التي تظهر عند البدء في المحادثات. (مجدي الدسوقي، 2004: 3)

ويتحدد الرهاب سواء الرهاب النوعي أو الرهاب الاجتماعي ضمن فئة إكلينيكية هي اضطرابات القلق "Anxiety Disorders"، وذلك وفقاً لتصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (Dsm-iv-1994)، وتبلغ نسبة انتشاره في أي مرحلة من مراحل الحياة حوالي (15%). (أمني عبدالمقصود، 2007: 4)

وهو ما استرعى اهتمام الباحثين في تفسيره وتطوير أساليب علاجه ، وسنتناول في هذا الجزء بالإضافة إلى مفهوم الرهاب الاجتماعي (الفوبيا)، مكوناته وأنماطه وتشخيصه والنظريات المفسرة له.

1_ مفهوم الرهاب الاجتماعي Social Phobia:

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association)

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) متلازمة إكلينيكية Clinical syndrome للرهاب الاجتماعي وتقرها ضمن تشخيص الاضطرابات النفسية المختلفة، ويعترف بالرهاب الاجتماعي كفتة تشخيصية diagnostic category منذ الطبعة الثالثة للدليل

التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والمعروفة بالرمز (DSM - III) والصادرة عام 1980م وفي هذه الطبعة تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي ثلاثة أنماط للرهاب وهي: _

● رهاب الخلاء أو رهاب الأماكن الفسيحة Agoraphobia.

● الرهاب الاجتماعي Social phobia.

● الرهاب البسيط Simple phobia.

ويوصف الرهاب الاجتماعي في الدليل التشخيصي الثالث (DSM- III) على أنه خوف مستمر Persistert Fear من أن يجد الفرد نفسه في موقف يكون فيه موضع النظر من الآخرين وان سلوكه قد يؤدي به إلى الارتباك embarrassment أو الخزي وهذه الحالة تسبب للفرد قدراً كبير من الأسى والكرب distress؛ لأن الفرد الذي يعاني من تلك الحالة يعترف أن خوفه زائد عن الحد ويربكه في مواقف العلاقات الشخصية. نقلاً عن: (حنان الميل ، 2010: 22).

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الرهاب الاجتماعي على أنه خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء، التي يتعرض فيها الفرد لأشخاص غير مألوفين له أو يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين في هذه الحالة يخاف الشخص من أن يتصرف بطريقة أو تظهر عليه أعراض قلق مخزية أو محرجة نقلاً (DS M. IV.1994:416-417).

كما يعرفه عكاشة بأنه "الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (أحمد عكاشة، 1998:132).

ويمكن النظر إلى الرهاب الاجتماعي بأنه خوف الشخص من الخزي أو الارتباك في موقف عام، وينتج عن ذلك شعور بالخوف الثابت من المواقف التي قد يتعرض الشخص فيها لنقد الآخرين، وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدوداً، مثل عدم القدرة على التحدث في جمع عام، أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين، أو ارتجاف يده عندما يكتب أمام الآخرين. (عبد الكريم الحجاوي، 2008:277).

ويشير إبراهيم الصيخان (2010) إلى مصطلح الرهاب أو الذعر أو الخوف هو حالة شديدة من الخوف الذي لا يستطيع صاحبه أن يسيطر عليه ، ولا يستطيع الآخرين التخفيف من حدته

عن طريق طمأننة المصاب وإقناعه بأن الأمر غير مخيف بالشكل الذي يتصوره (إبراهيم الصيخان، 2010: 95).

ويعرف التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية (I.C.D-10) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لتصرفات الفرد، كالأكل أو التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (World Health organization 1992).

ومن وجهة نظر بيك: فإن الرهاب صورة كاريكاتورية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية، وكرهية الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية. (أرون بيك، 2000: 140).

ويمكن تعريف الرهاب بأنه تعبير علمي يستخدم عند علماء النفس والطب النفسي، ويقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل المخاوف الاجتماعية أو القلق الاجتماعي، أو الخوف الاجتماعي. (حسان المالح، 1995: 23).

ويمكن القول أن العرض الرئيسي للرهاب الاجتماعي هو الكرب أو الضيق الانفعالي على شكل قلق أو خواف زائد عن الحد، حيث يكمن المغزى المعرفي للرهاب في خوف الفرد من أن يكون مركز ومحط أنظار الآخرين، أو في الخوف من التعرض للتقييم السلبي من قبلهم ، هذا وتزيد الأعراض الجسمية والسلوكية للرهاب الاجتماعي من خوف الفرد، وهو ما يجعل خوف الفرد أكثر وضوحاً، مما ينعكس على أدائه الوظيفي. (عثمان أميمن، 2004: 137).

والكثير من الأفراد يبالغون في تقدير الدرجة التي يكونون فيها محور انتباه الآخرين وبالتالي يظلون منتبهين جداً وينتقدون أداءهم الاجتماعي، ولذلك فإن كثيراً من المرضى لديهم دافع قوي للهروب من المواقف الاجتماعية، وهذا الهروب يحدث تأثيراً فورياً لتقليل القلق، ولكن من المحتمل أن يجعل الأمور تزداد سوءاً على المدى الطويل. (مجدي الدسوقي، 2008: مرجع سابق)

وعليه يمكن أن نلخص ما ورد في التعاريف السابقة للرهاب على أنه حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي، مما يتولد لديه وعي مفرط بالذات

وانشغال زائد في تقييمات الآخرين ، مع توقع يغلب عليه الطابع السلبي، وهو ما يؤدي بدوره إلى سلوكيات التجنب للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي.

2_ مظاهر ومكونات الرهاب الاجتماعي "الفوبيا"

وتحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسي معايير ومعالم اضطراب الرهاب الاجتماعي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع: _

أ- الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الأداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجاً أو مرتبكاً أمام الآخرين.

ب- التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريباً والذي يتبدى في شكل أو أكثر من أشكال نوبات الذعر.

ج- في الغالب يدرك الشخص أنه طرف غير مناسب مع المواقف التي تحدث.

د_ يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد والتي تكون- دائماً- مليئة بالقلق أو الأسى على النفس .

هـ- يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الأسى مع المواقف الاجتماعية أو الأداء المهني للفرد علاقاته الاجتماعية .

و_ إذا كان الفرد أقل من (18) سنة فيجب أن تتبع ظهور عرض أو أكثر من أعراض الرهاب لمدة 6 أشهر على الأقل.

ز- لا يرجع الرهاب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسياً مثل: سوء استخدام العقاقير أو التعرض للعلاج النفسي عن طريق تناول أدوية نفسية، أو نتيجة حالة طبية عامة، أو المعاناة من أية اضطرابات نفسية أخرى.

ح- إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر فإن الخوف من المعيار (P) لا يكون مرتبطاً بها. (أسامة مصطفى، 2011:338)

أما بيك (2000) حدد للرهاب الاجتماعي مظاهر معرفية منها: _

- الخوف من التقييمات الاجتماعية السلبية والتي تثير في الشخص مشاعر أليمة.
- الحرج من أي موقف يكون فيه السلوك موضع ملاحظة أو تفحص.
- الشعور بتدني الأداء عن المستوى الذي وضعه الآخرون أو الذي وضعه لنفسه وأن أداءه الهابط سوف يقيم سلبياً. (أرون بيك، مرجع سابق:187)

أما من حيث المكونات فقد قسم لنا بارون (Baron 1989) اضطراب الرهاب إلى ثلاثة مكونات أساسية: _

1_ المكون المعرفي: _Cognitive Component:

ويتضمن أفكار وتقييمات للذات ووعي مفرط واستغراق في الذات، وتوقع الظهور بشكل غير لبق أمام الآخرين مع توقع استهجانهم، وانزعاج من النقد والملاحظات السلبية وانشغال متكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق.

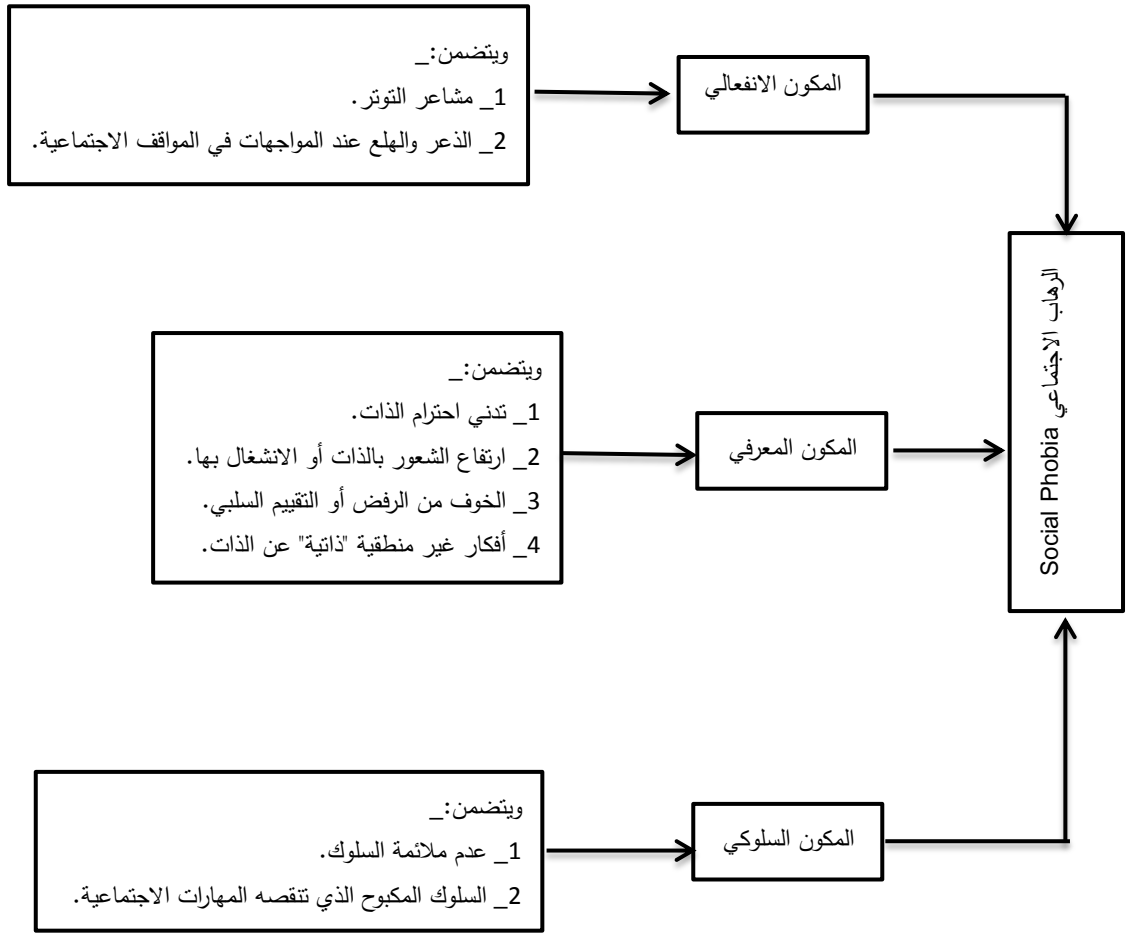
2_ المكون الانفعالي: Emotional component:

ويتضمن الاستثارة العصبية أثناء المواقف الاجتماعية ومعاناة الشخص من أعراض جسدية كاحمرار الوجه، الرعشة، الشعور بالغثيان، والتعرق، وجفاف الحلق، وارتفاع معدل ضربات القلب.

3_ المكون السلوكي: Behavioral Component:

ويتضمن كف السلوك الاجتماعي، وتجنب الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية والحديث المنخفض وغير الجذاب أو الصمت، وتجنب الاحتكاك البصري.

يمكن توضيح المكونات الثلاث للرهاب الاجتماعي في الشكل الموالي:ـ



المصدر : ((بارون 1989:393)) (Baron,1989:393)

الشكل رقم (1) يوضح مكونات الرهاب الاجتماعي

وترى الباحثة أن نتائج الدراسات السابقة والتي كشفت عن المتغيرات المرتبطة بالرهاب الاجتماعي والدالة على سوء التوافق النفسي والاجتماعي، وتدعم وجهة النظر التي ترى أن الرهاب الاجتماعي يتكون من ثلاث مكونات: انفعالية ومعرفية وسلوكية.

وتتفق هذه المكونات الثلاثة للرهاب الاجتماعي مع ما ذهب إليه عبد الوهاب كامل (1991م) حيث أن الانفعال بصفة عامة ينطوي على ثلاثة جوانب هي : خبرة شعورية راعية ، واستجابة سلوكية واستجابة فسيولوجية . (عبد الوهاب كامل ، 1991:248)

3_ أسباب الرهاب الاجتماعي:ـ

تتعدد أسباب الرهاب الاجتماعي وعوامله، ويرجع ظهور الرهاب الاجتماعي إلى أخطاء عمليات التنشئة الاجتماعية، وأيضاً إلى مشاعر النقص الناتجة عن عيب خلقي أو مرضي، وكذلك النقص الاجتماعي الناتج عن النقص المادي أو المكانة الاجتماعية أو ضعف الثقة في النفس وتعرض الإنسان للنقد المستمر والتوبيخ هو السبب في ظهور المرض ولقد حدد العلماء العوامل المسؤولة عن ظهور الرهاب الاجتماعي:ـ

* العوامل البيولوجية:ـ

أجريت العديد من الدراسات لمعرفة دور العوامل البيولوجية في التسبب بالرهاب الاجتماعي، لكن هذا الدور لم يتبين إلا ما لوحظ في انتشاره بين الأقارب، وقد يشير هذا إلى احتمال وجود عوامل جينية تسبب الرهاب.

* العوامل النفسية والاجتماعية:ـ

لقد فسّر فرويد في نظريته للتحليل النفسي الرهاب بأنه يعود إلى استخدام دفاعات الأنا ضد الحوافز الاوديبية المحرمة بواسطة النقل والتجنب؛ أي أن الخوف انتقل في هذه الحالة من الحوافز إلى مواقف معينة وتبعه تجنب لهذه المواقف.

أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأنه يعود إلى خوف حقيقي حدث في الماضي نشأ عن مثير مخيف فعلاً وصاحب هذا الموقف مثير آخر غير مخيف (موقف)، وتكرر هذه المصاحبة لعدة مرات ثم ترابط المثيرين معاً، فأصبح ما يثيره أحدهما يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطاً بالخوف وباعتاً له بعد ذلك. (محمود عواد، 2004:310)

وكما رأينا فيما سبق أن هناك العديد من العوامل والأسباب وراء حدوث الرهاب الاجتماعي، ويستطيع كل مربي- سواء من الآباء أو المعلمين - ومن خلال تعرفه على مثل تلك الأسباب والعوامل أن يتجنبها؛ لكي نصل إلى شخصية متوازنة قريبة إلى الصحة النفسية بعيداً عن الخلل والاضطراب النفسي.

4_ أنماط الرهاب الاجتماعي: _

يأخذ الرهاب الاجتماعي أشكالاً متعددة تختلف باختلاف أنواع المواقف التي تستثار فيها تلك الحالة، يمكن تصنيفها في فئات ثلاث كما يلي: _ نقلًا عن (stein walker,2001,pp,12-16)

* _ الخوف من مواقف الأداء: Fearofperformance situations: _

وهو نمط مواجهات الأداء حيث يفعل الفرد شيئاً أمام الآخرين عادة بشكل يكون الفرد قد تدرب عليه ولا يوجد توقع بأن الفرد سوف يحتاج إلى أن يستجيب للحاضرين على سبيل المثال التلميذ الذي يلقي كلمة في حفل مدرسي، فالكلمة مكتوبة مقدماً، ومهمة الطالب هي أن يقرأ تلك الكلمة بطريقة مناسبة على الرغم من أن معظم الأداء محدد سلفاً، ومن أمثلة الخوف من مواقف الأداء: الكلام مع مجموعات صغيرة، والكتابة أمام أشخاص آخرين، والأكل أمام أشخاص آخرين وأيضاً الجلوس وأداء ألعاب رياضية.

* _ الخوف من المواقف التفاعلية FearofFinteractional situations :

وهو نمط المواجهات الاجتماعية التفاعلية وهذا النمط من الرهاب الاجتماعي هو عكس النمط السابق، ففي نمط الخوف من المواقف التفاعلية، يكون الفرد مطالباً بأن يتكلم وينصت، ويستجيب بطريقة مناسبة لما يقول له أو يفعله الآخرين ؛ مثال ذلك ما يجري من محادثة في حفل أو مناسبة اجتماعية، حيث يحتاج الفرد في هذه المواقف أن يكون مبادراً في المحادثة، أو يشارك فيها أو يستجيب لها وعليه لذلك أن يكون واعياً باستجابات الشخص الآخر، ويندمج في عملية من الأخذ والعطاء، حيث يكون يقطاً للعلامات أو الإلماعات اللفظية وغير اللفظية للمحادثة الجارية ومن أمثلة المواجهات التفاعلية الاجتماعية الذهاب إلى حفل والتعرف على أشخاص آخرين، وسؤال التلميذ للمعلم عن مساعدة، والكلام مع رئيس العمل، والسؤال الموجه لموظف في متجر طلباً لمساعدة والسؤال عن توجيهات أو إرشادات، والخوف من التفاعل مع أشخاص يمثلون سلطة ما .

3_ الرهاب الاجتماعي المعمم Generalized social phobia: _

يصنف الرهاب الاجتماعي وفقاً لهذا النمط إلى رهاب معمم ورهاب غير معمم، يبدى الأشخاص دور الرهاب الاجتماعي في المعمم قلقتا من موقف أو اثنين من مواقف الأداء، مثل الكلام أو الكتابة في حضرة أشخاص آخرين وقد ينطوي ذلك على مشكلة حادة بالنسبة لبعض الأشخاص، ولكن معظم الأشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي غير المعمم يمارسون مهامهم ويؤدون وظائفهم بشكل جيد في المواقف الاجتماعية وعلى العكس من ذلك يكون الأشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي المعمم، فهم يخافون من مدى واسع من المواقف الاجتماعية، والتي تشمل -عادة- كلاً من فتتي الخوف من مواقف الأداء والخوف من المواقف التفاعلية، ويظهر على هؤلاء الأشخاص -غالباً- حالة من عدم الارتياح في المواقف الاجتماعية، ولهذا يعتبر الرهاب الاجتماعي المعمم هو النمط الأكثر شدة للرهاب الاجتماعي.

* التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي "الفوبيا" والاضطرابات الأخرى: _

إن تشخيص الرهاب الاجتماعي عملية معقدة حيث إن مظهره قد تتداخل مع العديد من الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب الهلع Panic Disorder، والخوف من الأماكن العامة Agoraphobia والاكئاب Depression. نقلاً عن (Jonathan Davidson 2000:94)

وتتداخل أعراضه أيضاً مع اضطراب تشوهات الجسم Dody DisorderDysmorphis والفصام Schizophrerid. (Zal,2000:5-7)

فاضطرابات القلق تتشابه جميعاً في بعض الخصائص العامة مثل الخوف والتجنب، بينما يتشابه الرهاب الاجتماعي مع الاكتئاب في جانب الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal لذلك يعد التشخيص أمراً جوهرياً. (دبرا هوب وريتشارد هيمبرج، 2002: 235)

فيما يلي عرض لبعض الاضطرابات التي قد تتداخل في التشخيص مع الرهاب الاجتماعي.

1_ الرهاب الاجتماعي والخجل: _

قد يكون التمييز بين الرهاب الاجتماعي والخجل أكثر صعوبة من اضطرابات أخرى ؛ لأن مفهوم الخجل يعد مفهوماً شائعاً في اللغة المتداولة ويستخدم بأوصاف كثيرة وفي متضمنات كثيرة بدرجة أكبر من مفهوم الرهاب الاجتماعي.

الخجل (Shyness) يعني الميل إلى الانسحاب عن الناس وخاصة عن الأشخاص غير المؤلفين للفرد ، ويعد الخجل سمة عادية للشخصية ، بما يعني أن كل فرد لديه درجة ما من الخجل قد تزيد عند البعض، وتقل عند البعض الآخر، والغالبية من الأفراد قد تقع في وسط بين هذين الطرفين ويعد نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهام الحياة العادية ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل كما يتضمن الخجل الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية ، وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد. (سهير الصباح،1993:107).

أما الرهاب الاجتماعي فهو فئة إكلينيكية أو حالة مرضية تحتاج للتدخل الإرشادي والعلاجي، لذا ينبغي أن يكون المصطلح المستخدم للرهاب دقيقاً بدرجة كافية كي يستطيع الإكلينيكيون تطبيقه بدون لبس أو غموض كبيرين هذا في حين أن مصطلح الخجل لا يحمل مثل هذه القيود التي تفرض على استخدامه، الأمر الذي قد يجعل مختلف الباحثين يتعاملون مع هذا المصطلح بمرونة ويستخدمونه بطرق مختلفة.

وربما يكون الفارق بين الرهاب الاجتماعي والخجل أكثر وضوحاً من حيث شدة ردود الفعل الانفعالية، فالرهاب الاجتماعي يشير إلى شكل أكثر تطرفاً وشدة للقلق من الخجل وقد يكون الرهاب الاجتماعي حالة أكثر تحديداً من الخجل، على الرغم من أن الخجل لدى بعض الأفراد قد يعمل كاستعداد مسبق للرهاب الاجتماعي إما بشكل مباشر أو في تفاعل مع أبعاد الشخصية الأخرى، ولهذا فالخجل قد يجعل الأشخاص أكثر احتمالاً لمواجهة نفس الحالة ونفس أنواع الحيرة التي تجعلهم أكثر استهدافاً للرهاب الاجتماعي. (أرتربيل،2011: 68-69)

2_ الرهاب الاجتماعي واضطراب الخوف من الأماكن المفتوحة: Sosial phobid and .Agora phobia

العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن المفتوحة "Agoraphobia" علاقة معقدة ولكن التميز بين هذين الاضطرابين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب فمن الناحية الديموغرافية فإن الأغلبية الإكلينيكية لذوي الخوف الاجتماعي تتكون أساساً من الرجال بينما عينات الأورافوبيا فهي غالبية نسائية كذلك فإن متوسط العمر الذي يبدأ فيه الخوف الاجتماعي يقع في وسط مرحلة العقد الثاني (15 سنة) أي في المراهقة المتوسطة تقريباً بينما تحدث حالات (الأجورافوبيا) عادة في أوائل العشرينات من العمر. (محمد الشناوي، 1998: 278)

أما من ناحية الأعراض يمكن أن نبرز نقطتين أساسيتين هما: _

1_ في حالة الرهاب الاجتماعي المرضى يعانون من الأعراض إلا في حالة وجودهم في المواقف الاجتماعية، أما مرضى الهلع المصحوب بالأجورافوبيا فإن الشخص يشعر بالأعراض ذاتها لذلك فنوبة الهلع يمكن أن تهاجمهم حتى وهم بمفردهم.

2_ إن من يعانون نوبات الهلع المصحوبة بالخوف من الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا) تحدث لهم نوبات الهلع في مواقف غير اجتماعية لأن انشغالهم الأساس هو معاودة النوبة في غياب المساعدة أو أي مخرج للهروب، وليس التقييم الاجتماعي كما هو الحال في الرهاب الاجتماعي. (حسان المالح، 1995: 95)

ويشير أحمد عكاشة (1998) إلى أنه كثيراً ما يبرز الخوف من الأماكن الواسعة والاضطرابات الكتائبية مع الرهاب الاجتماعي، أما في الحالات الشديدة فقد تتشابه النتيجة النهائية من بقاء المريض بالمنزل مع مضاعفات الخوف من الأماكن الواسعة، وإذا كان التمييز بين الحالتين صعباً جداً، يعطي التفصيل لتشخيص الخوف من الأماكن الواسعة وبالرغم من شيوع الأعراض الإكتئابية فإنه لا يجب استخدام تشخيص الاكتئاب إلا إذا أمكن التعرف بوضوح على وجود زملة اكتئابية خالصة وقد يتم تشخيص مرضى الرهاب الاجتماعي المصحوبة بنوبات الهلع- خطأ على أنهم يعانون من الخوف من الأماكن العامة- الأجورافوبيا المصحوب بنوبات هلع- ويمكن التمييز بين الاضطرابين على أساس شكل أو طبيعة الخوف فمرضى الخوف من الأماكن

العامة كما لو كانوا يخافون من الوقوع في فخ أو شرك داخل الموقف، بينما يخاف مرضى الرهاب الاجتماعي من التواجد في الموقف الذي ربما يتعرضون فيه للارتباك. (جوناتان ودافيدسول)

3_ الرهاب الاجتماعي واضطراب القلق الاجتماعي:ـ

يرى بعض علماء النفس وجود اختلافات بينهما تنحصر في أن القلق الاجتماعي هو شكل معتدل من الرهاب الاجتماعي، وأن الخاصية الأخرى المميزة بينهما تبدو في أن الرهاب الاجتماعي أعم ويتطلب وجود رغبة قوية في تجنب المواقف الاجتماعية، وعلى هذا فجميع الأفراد الذين يعانون الرهاب الاجتماعي يعيشون القلق الاجتماعي ولكن ليس كل الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي يكون لديهم رهاباً اجتماعياً. (حسين فائد ، 2009:51)

4_ الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية Sociac phobia and Avoidant personality disorder

تصنيف الشخصية التجنبية في المجموعة (ج) من اضطرابات الشخصية التي تتميز بعدم المرونة والتكيف ، وتتميز الشخصية التجنبية بالشعور بعدم الراحة والخوف من التقويم السالب والخجل ، والمصابون بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ولايجبون الدخول في علاقة اجتماعية إلا بعد الحصول على ضمان بالقبول وعدم النقد ، ويتجنبون العمل الذي فيه علاقات اجتماعية ، ويشعر الفرد (المصاب) بالتوتر في المواقف الاجتماعية من قبول غير مناسب أو عدم القدرة على إجابة السؤال . (محمود حموده ، 1997:126)

ويمكن التمييز بين الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية في ضوء تعريف (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية) حيث يحدد الدليل اضطراب الشخصية التجنبية على أنه نمط شامل للكف الاجتماعي ومشاعر عدم الكفاءة والحساسية الزائدة للتقييم السلبي ويأخذ أعراضاً متعددة تشمل :-

1- تجنب الأنشطة الدراسية أو المهنية التي تتضمن علاقات شخصية بسبب الخوف من النقد أو الرفض .

2- عدم الرغبة في أن يتفاعل الفرد مع أفراد آخرين .

3- الشعور بالتوتر والإجهاد داخل العلاقات الوثيقة بسبب الخوف من الارتباك والخجل .

4- يتضايق بسرعة عندما يوجه إليه النقد .

5- ينظر الفرد إلى نفسه على أنه غير مقبول اجتماعياً .

6- تضخيم الصعوبات المحتملة أو المخاطر عندما يهتم بالقيام بعمل ما. (DSM-IV)

(1994:662-665)

ولعله يتضح من ذلك أنه رغم التدخل بين أعراض كل من فئتي الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية ، فإن اضطراب الشخصية التجنبية ينطوي على متلازمة الأعراض التي تحدد نمطاً مميزاً من أنماط اضطراب الشخصية ، وهو نمط أكثر شمولاً وشدة من الرهاب الاجتماعي.

5_ الرهاب الاجتماعي والشخصية الشبه فصامية وذات النمط الفصامي:ـ

يتميز اختلال الشخصية الشبه فصامية (Schizoid) بأنه انسلاخ عن العلاقات الاجتماعية والشعور بالضيق من التعبير عن الانفعالات في المجالات البين شخصية حيث لا يرغب الشخص في العلاقات الاجتماعية.

أما الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotypal) فهي تتميز كذلك بقصور العلاقات البين شخصية مع وجود قلق اجتماعي مفرط لا يتضاءل بفعل الألفة، ويميل للاقتران مع مخاوف ضاللية. (محمد الحجار، 2004:255)

ولتشخيص الحالة على أنها اضطراب الرهاب الاجتماعي أو أنها اضطراب الشخصية الشبه فصامية أو ذات النمط الفصامي، فالأمر يمكن تمييزه بسهولة عن الرهاب الاجتماعي من خلال غياب الرغبة الواضحة في العلاقات الاجتماعية. (محمد الشناوي ومحمد عبدالرحمن، 1998:280)

حيث يتوقف التشخيص الفارقي بين الرهاب الاجتماعي والشخصية الفصامية على طبيعة الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal ففي حين يرغب الرهاب الاجتماعي في العمل في

الأوساط الاجتماعية ولكنه يفشل في القيام بهذا بسبب القلق الشديد ونجد الشخصية الفصامية تنقصها الاستجابة إلى التفاعلات الاجتماعية. (حسين فايد، 2004:10)

ومما سبق يتبين الفرق بين الرهاب الاجتماعي وباقي الاضطرابات، فقد يتداخل الرهاب الاجتماعي مع اضطرابات نفسية أخرى، كالخجل واضطراب الشخصية التجنبية والسلوك الانسحابي والخرس الانتقائي، ولكن ما يدعو إلى الانتباه لخطورة الرهاب الاجتماعي التي ربما قد لا تنتبأ بها هو ما تتصف به طبيعته من أنه اضطراب مزمن ومستديم، ومع ذلك فإن التدخل الإرشادي والعلاجي في خفضه وعلاجه في الطفولة غالباً ما يساعد على عدم تطوره في مراحل تاليه في حياة الفرد وهذا ما يؤكد باحثون في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي، حيث يوضحون من استخلاص نتائج بعض الدراسات المسحية- مثل دراسة جامعة ستانفورد - أن الأفراد الذين قرروا بأنهم كانوا في فترة من حياتهم يتصفون بالخجل، إلا أنهم لم يعودوا يعتبرون انفسهم أنهم اشخاص خجولون. (Kessler, etal,1999)

وهكذا يجمع العلماء والباحثون أن الرهاب الاجتماعي يرتبط بعدد كبير من الاضطرابات، وأن عملية تشخيصه تصبح على درجة من التعقيد عندما يتعلق الأمر باضطرابات الشخصية، وعليه يجب على القائم بالتشخيص أن يكون واعياً بذلك، محيطاً بالعلامات المرضية الفارقة، وللتبسيط يمكن أن نجمال أن نقاط التشخيص الفارقي بين الرهاب الاجتماعي والاضطرابات الأخرى من خلال الجدول التالي:ـ

الجدول رقم (1) يوضح التشخيص الفارقي للرهاب الاجتماعي

يجب تمييز الرهاب الاجتماعي عن....	خلافاً للرهاب الاجتماعي يتميز الاضطراب الآخر...
1_ اضطراب الهلع مصحوب (بالأفوراوبيا) "خوف الأماكن المتسعة"	* ليس مرتبطاً بشكل نمطي بالمواقف الاجتماعية، ويتميز بظهور نوبات هلع غير متوقعة.
2_ الأفوراوبيا "الخوف من الأماكن الواسعة" دون هلع، واضطرابات القلق العام، المخاوف المحددة.	* يتميز بقلق وتجنب غير مرتبط ولا محدد بالوضعيات المتضمنة لتفحص الآخرين.
3_ اضطراب قلق الانفصال	* يتميز بالخوف من الانفصال عن الأشخاص الذين يقدمون العناية لذات الشخص.
4_ اضطرابات الشخصية شبه الفصامية.	* يتميز بالتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب نقص الرغبة في العلاقة مع الآخر.
5_ اضطراب الشخصية التجنبية	* إنه اضطراب في الشخصية ولكن يمكن أن يصف نفس مجموعة المرضى الذين يعانون من رهاب اجتماعي من النمط المعمم، فبالنسبة لمرضى الرهاب الاجتماعي المعمم فإن تشخيصاً إضافياً للشخصية التجنبية يجب أن يوضع بعين الاعتبار.
6_ اضطراب الخوف الاجتماعي والتجنب المرتبطين باضطرابات عقليه أخرى	* إنه يتميز بقلق الظهور فقط خلال تطور اضطراب عقلي آخر، وإذا كان القلق تم وصفه بشكل أفضل في الاضطراب العقلي الآخر، لا داعي لوضع تشخيص إضافي متعلق بالرهاب الاجتماعي.
7_ قلق الأداء غير المرضي للجل	* لا يتضمن أي عجز إكلينيكي دال أو أي معاناة ملحوظة

(First MB, Frances A.Prinus HA,1999:157)

معدل انتشار الرهاب الاجتماعي:ـ

يعتبر الرهاب الاجتماعي اضطراب شديد الشيع، وبالرغم من ذلك فإنه لا يزال حتى الآن مهملًا، وقد قدرت الدراسات المسحية المبكرة نسبة انتشار هذا الاضطراب أقل بكثير من الحقيقة، وقد يرجع سبب ذلك جزئياً إلى الطريقة التي اعتمدت عليها هذه الدراسات في التشخيص، فبعض هذه الدراسات اعتمدت تصميمها على اعتبار الحالة أنها حالة فوبيا اجتماعية إذا وصلت حجم الأضرار عن طريق تحديد أو التعرف على الحالة، لتعارضه مع طبيعة الاضطراب، حيث إن الصفة الهامة المميزة للرهاب الاجتماعي هي القلق عندما يشعر الفرد أنه تحت فحص أو مراقبة الآخرين وبالرغم من ذلك فقد تم تسجيل معدلات مرتفعة من الانتشار لهذا الاضطراب، فعلى سبيل المثال في عدد من الدراسات المسحية الكبيرة التي أجريت بأمريكا في بداية التسعينات تراوحت نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي ما بين 2% إلى 4% وفي دراسة تالية- حيث استخدمت مقابلات تشخيصية أكثر صلاحية- تم تسجيل معدل أعلى لانتشار الرهاب الاجتماعي يقترب من 10% تقريباً وتوصلت دراسة أجريت بسويسرا إلى أن نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي تصل 6%. (سيثورات stuart، 1999: 51).

هذا، بينما أوضحت نتائج إحدى الدراسات التي قام بها كيسلر وآخرون Kessler et al (1994) على 3000 مفحوصاً أن نسبة الانتشار المزمن أو الدائم مدى الحياة تبلغ 3.8% وأن الرهاب الاجتماعي الملحوظ أو الدال من الناحية الإكلينيكية يؤثر فيما يزيد على 10% من العينة السكانية العامة ، بينما البيانات المأخوذة من الدراسة الاستطلاعية للحالة المرضية التي قامت بها هيئة المسح القومي بالولايات المتحدة الأمريكية أوضحت أن نسبة الانتشار المزمن أو الذي يدوم مدى الحياة يبلغ 13.3%. (مينكاوزينبارج Zinbang : Mineka ، 1995: 642)

ويذكر أن ما بين 3-10% من طلاب السنة الأولى بالجامعة يعانون من الرهاب الاجتماعي، وفي البيئة السعودية أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن نسبة الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي ويراجعون العيادات تبلغ 79% من اضطرابات الخوف عموماً 20% ومن الاضطرابات غير الذهانية 9% من جميع مراجعي العيادات، كما تشير إحدى التقارير الخاصة بإحدى العيادات الجامعية بالرياض بأن الطلاب الذين يعانون من هذا الاضطراب يشكلون 25% من مجموع المراجعين، كما تشير إحدى الإحصاءات العيادية إلى أن 13% من المرضى الذين يترددون على العيادات النفسية يعانون من الرهاب الاجتماعي مقارنة بالاضطرابات الأخرى (محمد عبدالرحمن، 2000: 254).

ويرى أن الرهاب الاجتماعي ينتشر لدى (3:5%) من عامة الناس ويستوي فيه الذكور والإناث، وأن الخوف من الأكبر في الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو استخدام المراحيض العامة نادر الحدوث نسبياً ، على حين أن السلوك المتضمن للخوف من التحدث أمام جمع من الناس شائع الحدوث لدى مرضى الرهاب الاجتماعي (حنفي إمام ونور الرمادي، 2001: 220).

التفسيرات النظرية للرهاب الاجتماعي

لقد طور علماء النفس العديد من النظريات التي تفسر نشوء وتطور الرهاب الاجتماعي والبحث في أسبابه ومكوناته والتمحيص في مختلف جوانبه وتحليلها لمعرفة احتمالات حدوثه، وأسبابه وإمكانية علاجه والتخفيف من أعراضه.

وسنعرض في هذا العنصر نماذج نظرية وفق ما تقتضيه أهداف البحث حتى نتمكن من تحديد استراتيجيات العلاج الملائمة. وفيما يلي نلقي الضوء على كل من النظرية السلوكية والنظرية المعرفية وما قدمتا في هذا الإطار.

1_ النظرية السلوكية Behavioral Theory:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وأن الاضطراب الانفعالي ناتج من العوامل التالية: _

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية.
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لإثارة الاستجابة. (أحمد الحريري، 2009:138)

تنظر المدرسة السلوكية إلى الرهاب على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ورغم ما يوجد من اختلافات جوهرية بين المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي، إلا أنهما يشتركان في الرأي القائل بأن القلق يرتبط بماضي الانسان وما واجهه أثناء هذا الماضي من خبرات، وهما تتفقان أيضاً في أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد، وأن الاختلاف بين الأثنين يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد، أي أن الفرد ليس واعياً بما يثيره القلق. (علاء الدين كفاي، 1997: 349)

فالاضطرابات السلوكية والعصابية حسب هذه النظرية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط، وقد ركز المعالجون السلوكيون بشدة على المرض (مثل الرهابيين) الذين اكتسبوا مخاوفاً أو اشكالا من القلق، إذ يفترض أن هذه المخاوف تكتسب عن طريق الاشتراط الكلاسيكي الذي يرتبط فيه مثير محايد بمثير مؤلم أو غير سار. (حسين فايد، 2008:67).

وقد عمل واطسون من خلال هذا المبدأ وحاول التذليل عليه بتجربته الشهيرة التي استطاع من خلالها تعليم الطفل (البرق الصغير) الخوف من الفأر خوفاً مرضياً بعد أن كان يألفه ويلعب معه؛ بل إن الطفل تعلم تعميم استجابة الخوف على أشياء غير حية كالغراء والقطن المنفوش والأرانب.

وقد زاد إيمان السلوكيين برأي واطسون بعد أن استطاعت ماري كوفرجونز علاج طفل صغير يدعى بيتر من المخاوف المرضية من الأرناب باستخدام المبادئ التشرطية. (لويس ملكيه، 1994:114)

حيث يفترض السلوكيون أن الاضطرابات الانفعالية ردود فعل متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف المواقف العصبية، وعند العلاج يضعون في حيز التطبيق مبادئ التعلم، وتوجد عدة مداخل رئيسية في العلاج السلوكي، منها الاشتراط المضاد، والذي يعد كسراً للرابطة بين منبه واستجابة معينة حدث لهما اشتراط تقليدي. (أمثال الحلوية، 2002 : 65).

فالسلكيون يعتبرون القلق بمثابة استجابة خوف تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة، فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، فإذا أثرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوفاً، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف فهذه الاستجابة قلق، والذي يحدث أن المثير المحايد مثير ليس من شأنه إثارة هذه الاستجابة؛ أي أن القلق استجابة خوف اشتراطية والفرد غير واعٍ بالمثير الطبيعي لها، فاستجابة القلق إذن استجابة اشتراطية كلاسيكية تخضع لقوانين التعلم التي يتحدث عنها الاشتراطيون، ويعتبر حدوث هذه الاستجابة أمراً طبيعياً، إلا إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون باستجابة القلق، أو إذا بلغ الفرق بين شدة استجابة القلق عند فرد معين في موقف معين وشدها عند الآخرين قدراً كبيراً، حيث تعتبر في هاتين الحالتين استجابة مرضية، وليس هناك فرق بين استجابة القلق الطبيعية، واستجابة القلق المرضية من حيث التكوين والنشأة، فكلاهما استجابة. (عبد الغفار، 1990: 123-125)

وعلى نحو أكثر تحديداً يعتقد المعالجون السلوكيون أن السلوك الشاذ ينمو عن طريق الاشتراط، وأنه عن طريق استخدام مبادئ الاشتراط يمكن أن ينتج الشفاء وبكلمات أخرى يقوم المعالج السلوكي على افتراض أن الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي يستطيع تغيير سلوك غير مرغوب إلى نموذج أكثر مرغوبة من السلوك. (حسين فايد، 2000: 65)

وقد ذكر مورر (Mourer) أحد أصحاب النظرية السلوكية أن النموذج السلوكي يميز بين مرحلتين أساسيتين لاكتساب السلوك ولتفسيره المخاوف المرضية:-

المرحلة الأولى:ـ

نرى أن الأحداث المحايدة تصبح مرتبطة بالخوف نتيجة لاقتنائها بمنبهات- هي أحداث طبيعية- تؤدي إلى إثارة عدم الراحة والقلق، ومن خلال عمليات التشريط فإن للأفكار أو الصور العقلية تصبح ذات قدرة على إنتاج القلق وعدم الراحة.

المرحلة الثانية:ـ

تتكون فيها لدى الفرد استجابة تجنبية يقوم بها ليخفض من القلق الذي استثير من مختلف المنبهات المثيرة للقلق. (سعاد البشير، 2007: 46).

ويرى أصحاب هذه النظرية أيضاً أن ردود أفعال مرضى الرهاب الاجتماعي نحو القلق الجسمي الطبيعي هي ردود متطرفة، إذ يفسر ذلك بالتعليم المسبق والتعود على الاستجابة المتطرفة تجاه القلق، وهكذا يمكن القول بأن استجابتي الخوف والقلق للمثيرات الاجتماعية هي عادات خاطئة وغير ملائمة، ويقوم العلاج على إعادة تعلم عادات جديدة أكثر توافقاً في المواقف الاجتماعية من خلال تغيير ما يسبق السلوك نفسه، والنتائج التي تليبه. (حسان المالح، 1995:

129)

ووفق هذا المنظور فإن المخاوف الاجتماعية يتم اكتسابها كسلوك غير سوي حينما تتوفر بذور الخوف في موضوع أو موقف معين، فإن الشخص يستجيب بتجنب الموقف أو الموضوع المثير للخوف، فإذا وجد الشخص أن هذا التجنب "السلوك" قد أدى إلى تحقيق المخاوف من الموقف أو الموضوع، فإن ذلك يعني أن الفرد قد حصل على إقامة وهي تقليل حدة الشعور بالقلق من هذا الموقف، وبالتالي فإن سلوك التجنب "الابتعاد عن الموقف برمته" يدعم لدى هذا الشخص، فيؤدي إلى مزيد من التجنب للحصول على مزيد من خفض القلق، ويدور في حلقة مغلقة لا يكاد يخرج منها. (إيمان بنجابي، 2008: 32)

ويتضح من خلال عرض النظرية أن المدرسة السلوكية ركزت اهتمامها على دراسة السلوك الإنساني الظاهر، واعتمدوا على المثير والاستجابة في تفسيرهم للرهاب الاجتماعي .

فالمدرسة السلوكية لا تؤمن بدوافع اللاشعور كما عند المدرسة التحليلية بل يفسرون السلوك في ضوء الاشتراط التقليدي ومن مميزات المدرسة السلوكية أن لديها عينات جيدة في التعامل مع بعض الأمراض النفسية، والعصابية بصفة خاصة، كما أن المدرسة السلوكية تعتمد على الأبحاث التجريبية العملية القائمة في ضوء نظريات التعلم، وهدف المدرسة السلوكية يكون واضحاً ومحدداً كما أن فترة العلاج محددة وقصيرة الأمد وبالتالي نجد أن المدرسة السلوكية لها مزايا ولها في نفس الوقت عيوب كما هو حاصل مع غيرها من المدارس.

2_ النظرية المعرفية Cognitive Theory: _

يستند الاتجاه السلوكي في علاج الرهاب أساساً على السلوك الظاهر، ومع تطور علم النفس المعرفي أصبح المرشدون والمعالجون السلوكيون المعاصرون ينقلون اهتمامهم أيضاً بتحليل العمليات المعرفية التي تتوسط بين التعرض لمثير أو تقديم مثير وبين السلوك الظاهر فبدلاً من اعتبار الرهاب الاجتماعي مجرد سلوك متعلم أو عادة مكتسبة، فإنه صار ينظر إليه على أنه نتاج تحريف aberration في التفكير، ومن ثم ينبغي أن يوجه الإرشاد أو العلاج إلى تصحيح أو تحدى التحيز أو التشوه في المعتقدات التي ترتكز عليها المخططات المعرفية لدى الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي، فالرهاب الاجتماعي والخجل يتضمنان مكوناً معرفياً قوياً والأفراد الرهابيون أو الخجولون مستهدفون لتركيز الانتباه على الذات ولأشكال من التفكير السلبي التي تتداخل مع أدائهم الفعال في المواقف الاجتماعية فتضعف من أدائهم فيها وتسبب لهم إرباكاً أو خزيًا (Beck,1985:131).

حيث يرى انجرام وسكوت Ingram,Scott "1990" وبيك "1990" Beck أن الناس لا يتعلمون من خلال القواعد التشريعية أو التعلم الاجتماعي، ولكنهم يتعلمون من التفكير في المواقف وإدراكهم وتفسيرهم للحوادث التي يمرون بها، فهناك أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الانتباه إليها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام بين وجهة النظر المعرفية: _

1_ الكفاية أو القصور المعرفي، أي المهارات والقدرات الخاصة والذكاء، فالشخص الذكي، المرن عقلياً، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ومحدود المعرفة، والأقل ذكاءً.

2_ مفهوم الذات وما يحمله من اعتقادات خاصة عن إمكاناته الشخصية وقدراته، فالشخص الذي يعتقد مفهوماً عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب، عادة ما يتبنى جوانب من السلوك المرضي كالقلق والاكتئاب أكثر من الشخص الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة.

3_ القيم والاتجاهات التي تتبناها عن المواقف والأشخاص الذين تفاعل معهم، فالشخص الذي يعتقد أن الجاذبية الاجتماعية وتقبل الأشخاص الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له.

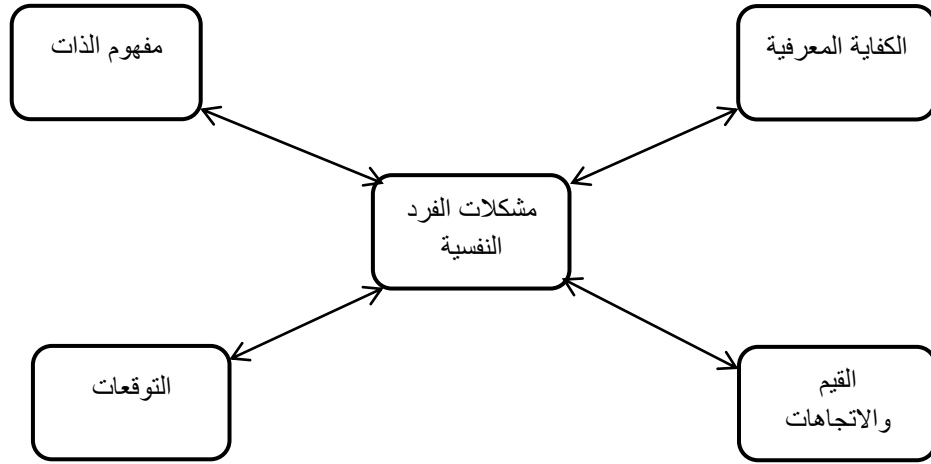
4_ التوقعات التي يتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تتبناها في هذه المواقف وشدتها واستمرارها. (عبدالستار أبراهيم، 1993: 94)

إذ يرى علماء النظريات المعرفية أن الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة والرهاب خاصة، فيعتبر نموذج "بيك" "Beck" أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية "بيك" فجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم، والاحتفاظ بمعلومات أخرى إيجابية. (حسين فايد، 2008: 31)

كما يشير "عبدالله عسكر: 67" إلى أن النموذج المعرفي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعاً أموراً هامة لها صلة وثيقة بسلوكه المرضي، وأن ما يكسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل، يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته، ويعمل هذا النموذج العلاجي على حث المرضى على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال

الفترات العادية من حياتهم كما يقوم المعالج بمساعدة المريض في التعرف على تفكيره الشخصي، وفي طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته، مما يتيح له الفرص للتعرف على ما اكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرص لتصحيحها وتعديلها، ويرى "بيك" أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها. (عبد الله عسكر، 2005:67)

شكل رقم (2) التالي يوضح الأبعاد المعرفية للتعامل مع المشكلة (ناصرالمحارب، 2000:131)



وهكذا حدد كلاك "Clark,1999" عدداً من العمليات المعرفية التي تعمل في الرهاب هي:ـ

أـ سلوكيات السلامة Safety behaviors:ـ

حيث يتخذ الفرد فعلاً أو إجراء يعتقد أنه يعنيه من حدث يثير فيه خوفاً، وحينما يفشل هذا الحدث في أن يقع، فإن هذا يعزى إلى الفعل أو الإجراء الذي اتخذه وهو سلوك السلامة ونتيجة لذلك يتكرر هذا الفعل أو الأجراء حينما يستتج الفرد أن هناك تهديداً.

بـ تحيز الانتباه Attention bias:ـ

للابتعاد عن علامات أو إلماعات التهديد، فالأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي يعطون على سبيل المثال انتباهاً أقل لوجوه الأشخاص إذا كان لهم اختيار في أن ينظروا إلى شخص آخر أو

إلى شيء ما من حولهم، وقد يرتبط ذلك بميلهم إلى تقليل الاتصال الاجتماعي عن طريق تجنب اتصال العينين.

ج _ عمليات انتقائية للذاكرة Selective memory processes:

فالأشخاص ذوي الرهاب الاجتماعي سيراجعون بطريقة انتقائية المعلومات السلبية عن خبراتهم السابقة بطرق تؤيد صورتهم السلبية عن ذواتهم.

د_ التكرار المرتفع لصور تتواتر تلقائياً Occurring images high frequency of spontaneously:

فهي صور إقحامية متكررة تفرض نفسها بطريقة لإرادية على ذهن الفرد الرهابي عن أحداث اجتماعية مؤلمة سابقة.

هـ_ استنتاجات خاطئة Erroneous inferences:

تحدث لدى الفرد الرهابي عن كيف يراه الآخرون؟ فهو يعتقد أنه يبدو أكثر قلقاً أمام الآخرين وذلك خلافاً لما هو عليه في الحقيقة وهذا التحيز قد يرجع إلى تداعيات أفكار عن صورته السلبية عن ذاته.

ولهذا وارتباطاً بالمحتوى المعرفي وعملياته في الرهاب الاجتماعي، كان الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي هو تعديل عمليات التفكير وإعادة البناء المعرفي بقدر ما تتلائم هذه العمليات المعرفية مع المستويات المرتفعة للقلق والرهاب الاجتماعي.

النموذج المعرفي - السلوكي: _

يقدم (هوب وهيمبرج، 2002: 246-251) : نماذج معرفية سلوكية منتقاة لتفسير الرهاب الاجتماعي تركيزاً على نموذجي "بيكوآمري" و"ليري" وهذان النموذجان يقدمان إطارين نظريين مقيدتين يمكن في ضوءها فهم الأصول العلمية للعلاج المعرفي السلوكي للقلق والرهاب الاجتماعي وما يقدمه من تفسير لنشأة أعراض الرهاب الاجتماعي ونموه ، كما يمكن أن تفهم من خلالها تطور الأشكال الأولى والمتباينة والمتعددة لأسلوب إعادة صياغة وتكوين الأفكار لركن رئيس من أركان هذا المنحنى المعرفي- السلوكي ويساعدنا هذا الأسلوب العلاجي في تحديد المواقف

الاجتماعية التي تسبب لفرد ما المعاناة من الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى تحديد الأسباب المحتملة التي تجعل القلق والرهاب الاجتماعي محتمل الحدوث، وذلك أن فهم هذه الأسباب يساعد المعالجين في تحديد استراتيجيات العلاج الملائمة وأهدافها، وفيما يلي وصف مختصر لكل نظرية من النظريتين السابقتين:

أ_ نموذج بيك وامري 1985 Beck & emery:

تقوم نظرية بيك وامري:1985 على مفهوم أساسي هو المخطط حيث تعرف المخططات بأنها الجزء الأكثر عمقاً في المتغيرات المعرفية، وهي تمثل مجموعة المعتقدات الخاصة بالفرد والتي يعالج بها المعلومات المتعلقة به وبالعالم من حوله، أيضاً تمثل قواعد الحياة، التي تشير قراءة موجهة للموقف، وتدخل تشوها في أصل المعرفيات أي أن فكرة الفرد عن موقف ما بخصائص موضوعية للموقف نفسه بل بالخلفية المعرفية عنه تحدد. (Andre, 2005.20)

ويلخص لنا بيك وأمرى المظاهر المعرفية المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي كما يلي: _ (Beck A & Emery g, 1985: 150)

- ملاحظة استتكار ورفض الآخرين بالإضافة إلى توقع استتكار الآخرين، وانقضاء التغذية الراجعة بسلبية لتعزيز هذه التوقعات.
- الحساسية والخوف من أن يكون ملاحظاً ومراقباً.
- يتميز المصاب بالرهاب الاجتماعي بأنه ذو خيال سلبي.
- الشعور بعدم الأهمية وانخفاض التقدير الذاتي.
- وجود أفكار متحجرة لا عقلانية.

ويمكن القول إن هذا النموذج ركز على انشغال ذوي الرهاب الاجتماعي بأفكار تتعلق بإمكانية تقسيمهم من قبل الآخرين وعلى نحو سلبي ومعتقدات جامدة عن السلوك الاجتماعي المناسب والمبالغة بشأن نتائج الفشل الاجتماعي، ونتيجة لذلك فإنهم يدركون المواقف الاجتماعية على أنها تمثل مصدر خطر وتهديد لهم، مما يحثهم على الانسحاب وتجنب هذه المواقف.

ب_ نموذج ليري وشلينكر Leary & shlinker:

قدم كل من ليري وشلينكر نظريتهما المسماة بتقييم الذات والتي فسرا من خلالها الرهاب الاجتماعي، أنه مفهوم يصف مجموعة من الخبرات المعرفية والوجدانية التي تنتج عن توقع تقييم الآخر الفعلي أو المتخيل في المواقف الاجتماعية، ويرتبط به ردود أفعال متنوعة متضمنة الانسحاب "المادي أو المعرفي" ومشاعر الدونية حول الذات ونقص في ضبط النفس.

ويظهر الرهاب الاجتماعي عندما يندفع الفرد لتشكيل انطباع مفضل لدى الآخرين، لكنه يشك في قدراته على ذلك ويتوقع منهم ردود فعل تقييمية غير مرضية، حيث يرغب الفرد في حضور الآخر أن تقييم ذاته في أفضل صورة (أمين، جذاب، قوي.....)، رد فعل الآخر يزداد بتغذية راجعة حول إن كان الفرد أدى الانطباع المرغوب أم لا، ويعمل كمعيار لتقييم مدى نجاحه في تحقيق هدف تقييم الذات. (فاطمة الكتاني، 2004: 301)

ويؤكد هذا النموذج أن ثمة عوامل متعددة تعمل كمنشط لتوليد الشك لدى الفرد في قدرته على إعطاء صورة مرضية عن ذاته، ونذكر هذه العوامل فيما يلي: _ (أمجد أبوجدي، 2004: 29)

- الشعور الدائم بعدم القدرة على تشكيل الانطباع المرغوب.
- إدراك الفرد لاستنكار الأفراد أو ما يمس هويته.
- إدراك العجز أو عدم القدرة على التنبؤ والضبط للوصول إلى نتائج مرغوبة.
- صفات الآخر قوية وثقته بنفسه ومركزه الاجتماعي، وسياق الموقف، والمجال المحيط، وعدد المستمعين جميعها تتفاعل مع خصائص الفرد في ذلك الموقف، وتؤثر في مدى شعوره بالقلق.
- مدى أهمية الصور التي يرغب الفرد في إظهارها عن ذاته بالنسبة إليه.
- شدة الوعي بالذات العامة.
- حاجة الفرد لتوجيه الآخر، أو دافعه العالي لأن يكون مقبولاً من الآخرين.
- الخوف من التقييم السلبي يزيد من شك الفرد في قدراته على التشكيل للانطباع المفضل لدى الآخر.

- عدم معرفة الصفات التي يرغبها الآخرون.
- إدراك التباين بين أداء الفرد والمعايير المتعلقة بالسلوك المناسب.
- نقص اعتبار الذات.
- ازدياد أهمية الهدف أو المعيار
- ويمكن القول إن أول ملمح مميز لهذا النموذج هو أن القلق الاجتماعي يبدو أن له وظيفة معرفية هامة تتمثل في تحذير وتنبيه الشخص عندما تكون علاقاته مع الآخرين في خطر وشيك إلى التهديدات التي قد تحدث في علاقاته الاجتماعية، كما يؤكد ليري على أهمية تقدير الذات بوصفه يعمل كمراقب يكشف عن مدى مقبولية ومرغوبة الفرد في الجماعة، وأن انخفاض تقدير الذات يعمل كإشارة تنبيه وتحذير للفرد من النبذ الاجتماعي. (طه عبد العظيم، 2009: 157)

إن الهدف من استخدام العلاج المعرفي- السلوكي الجمعي في هذا المجال هو تعديل المخططات المعرفية كحالات الرهاب الاجتماعي لتصبح أكثر تطابقاً مع مخططات الأشخاص الطبيعيين، وتحتاج القواعد التي تحكم عملية معالجة المعلومات لدى مرضى الرهاب الاجتماعي إلى تعديلها لتمدهم في النهاية برؤية وإدراك أكثر توازناً فيما يتصل بالمنبهات الداخلية والخارجية والعمل على وجود دليل يؤيد التفسيرات الأكثر عقلانية حتى تتحول طريقة معالجة المعلومات من معالجة آلية للمعلومات إلى معالجة لها استراتيجيات أكثر عقلانية ومنطقية. (هوب وهبرج، 2002: 227-232)

من خلال عرض النظريات المفسرة للرهاب نجد أن كل مدرسة قدمت إضافات جديدة مختلفة تختلف عما قدمته الأخرى، وهذا يدعو إلى المزيد من البحوث والدراسات للكشف عن الغموض الذي يكمن حول هذا المرض.

وأخيراً ترى الباحثة أن النظريات المفسرة للرهاب، كانت تأخذ جانباً أو بعض الجوانب وتغفل جوانب أخرى، حتى جاءت النظرية المعرفية برؤية خاصة في ميدان العلاج النفسي، فأصحاب هذا الاتجاه يرون أن القلق يظهر لدى الإنسان ليس بسبب ما يمر به من أحداث وليس بسبب خبراته الماضية، ولكن بسبب أسلوب التفكير الخاطئ الذي لا يخضع للمنطق، وتبني مجموعة من المفاهيم والمعتقدات الخاطئة. وبالرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي فإنه أهمل جانباً مهماً وهو الجانب الديني كما أهمله غالبية علماء النظريات النفسية السابقة .

فالإسلام هو الغذاء الروحي للإنسان المسلم، فالشخص المؤمن الملتزم بما أمر الله وما أمر الرسول صلى الله عليه وسلم هو أقل تعرضاً للأمراض النفسية، وأكثر قدرة للتصدي لها.

فقد أوضح بعض علماء النفس أن الإيمان بالله هو أساس الاطمئنان النفسي والوقاية من الرهاب الذي يسيطر على بعض الأشخاص، قال تعالى : ﴿الَّذِينَ ءَامَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَٰئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ ذُرِّيَّتِهِ﴾ (سورة الأنعام : 28) (حامد الغامدي ، 2013:134).

ثانياً: العلاج المعرفي - السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويرى بيك أن هذا النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآراؤه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وإن ما يكتسب الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته.

ويرى بيك أن المنهج المعرفي يجعل الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض، وجعله ينظر إلى أن اضطرابه باعتباره ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مر بمثلها في حياته السابقة، وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين انكشفت له المغالطة الكامنة في الموقف وبهذا المدخل الجيد في فهم الاضطرابات الانفعالية يستطيع الإنسان تغيير نظرتة لنفسه وإلى مشاكله، فالإنسان ليس رهينة تفاعلات كيميائية أو مؤثرات وانعكاسات آلية، بل هو كائن عرضة للتعلم الخاطئ وللأفكار الهدامة، كما أن لديه القدرة على تصحيحها. (أرون بيك، 2000:135).

وأشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادية ولا يخلو التراث الإسلامي من الإشارة إلى أثر التفكير على توجيه سلوك الفرد، وفي الحالة الصحيحة للناس للقول المأثور (لا تتمازضوا فتمرضوا فتموتوا). (ناصر المحارب، 2000:138)

وقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير. (عثمان نجاتي، 1992:284)

وبهذا يحاول هذا النموذج العلاجي حث المرضى على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم ويقوم المعالج بمساعدة المريض في التعرف على تفكيره الشخصي، وفي تعلم أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح له الفرصة للتعرف

على ما اكتسبه من مفاهيم ومعلومات خاطئة، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرصة لتصحيحها وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصيغة التي سادت حياته اعتماداً على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات. (عادل عبدالله ، 2000: 73)

ويذكر محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبدالرحمن (1998) أن العلاج المعرفي يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادي والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك ومن ثم فإن تفسيرها سيترتب عليه بلا شك تغيير في سلوك المريض.

وفي بداية النصف الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي وجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تتطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفتيات وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا أن أشهرها ما يلي:ـ

1. التصورات الشخصية لكيلي Kelly.
2. العلاج العقلاني الانفعالي لإليس Ellis.
3. العلاج المعرفي لبنيك Beck.
4. أسلوب حل المشكلات عند جولدفريد وجولدفريد Gold fried & Gold fried.
5. تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم Meichenbaum. (مرجع سابق: 112)

ولكن يرى بعض العلماء أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم بيك Beck حيث يذكر (على كمال (1994)) أن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبية باسم بيك Beck، لذلك وقع اختيار الباحثة على العلاج المعرفي السلوكي كأحد أساليب العلاج النفسي للخفض من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من البنات.

وعليه تضمن هذا الفصل التعريف بمبادئ العلاج المعرفي السلوكي وخصائصه، كما تضمن تصوراً شمولياً لعلاج الرهاب الاجتماعي وفق هذا المنهج، وتوضيح الفنيات العلاجية وفعاليتها في علاج الرهاب الاجتماعي وفق ما أظهرته الدراسات السابقة.

مفهوم العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy: _

يشير مصطلح (معرفي) (Cognitive) إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر، وإدراك واستدلال، وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتداول المعلومات وتخطيط أنشطة العقل البشري.....، وغير ذلك، ويشتمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات والتي يظل منها خصوصية ذاتية. (أحمد عبدالخالق، 2006: 112)

يشير المعجم الموسوعي لعلم النفس: _ العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث تم استخدامه من قبل أرون بيك حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطيء، ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض، ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية ويكون دور المعالج نشطاً في توعية المريض. (حامد الغامدي، 2013: 143)

تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه: تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها، والعمليات المعرفية هي: الإحساس أو الإدراك والانتباه، والتذكر والربط والحكم والتفكير، والوعي. (عبدالمنعم الحفني، 1978: 143)

ويعرف استيفن وبيك "Beck، 1995 و steven" العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي يسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

كما يعرف بأنه (الجلسات العلاجية الفردية، والجماعية التي يتم إخضاع المفحوص لها على المستويين السلوكي والمعرفي). (حسن شحاته وآخرون، 2003: 22).

ويعرفه الجبلي واليحيى " 1996" بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الاجتماعي.

كما يعرفه كندول (Kerdall1993) بأنه: محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، وبالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي، من حوله، ومن خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (ناصر المحارب، 2000: 145).

لذلك ترى الباحثة أن هذا الأسلوب هو الأسلوب الجيد الذي كان له دور فعال في علاج سلوكيات مضطربة ، فهذه الطريقة في العلاج تنطلق من بعدين أساسيين :-

البعد الأول :- وهو البعد المعرفي للمساعدة على تغيير إدراك الفرد وتفكيره .

البعد الثاني :- وهو سلوكي فعلاج السلوك المضطرب لا يفيد بشيء إذا كان ذات بعد واحد.

فعلاج السلوك فقط كعلاج الأعراض دون الأسباب ، هذا الذي جعل هذا العلاج من أفضل الأنواع في نظر الباحثة ، وهذا إلى جانب الدور الإيجابي لمعالجة مشكلة الرهاب الاجتماعي من حيث سلوك وإدراك عقلي وذلك ما جعله مستمراً فترة طويلة من الزمن .

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:-

يتركز العلاج المعرفي السلوكي في عدة مبادئ أهمها:-

1. التغيير المعرفي مما يجعل الفرد نشطاً ويؤدي لنجاح العلاج.
 2. التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
 3. تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- ويستطيع الكثير من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة (المدرس- الطبيب-الأب) وكذلك ممكن تقديم الخبرة المتكاملة من خلالهم.(لوليس مليكه، 1994: 240)

خصائص العلاج المعرفي السلوكي:ـ

يتميز العلاج المعرفي- السلوكي بخصائص عملية محددة يتم فيما يلي وصفها بشيء من التفصيل.

1_ صياغة المشكلة:

ويعتمد المعالج إلى تطوير صياغته للحالة وتنقيحها بشكل مستمر أثناء سيرورة العلاج.

وتبدأ الصياغة المعرفية للمشكلة بجملة من الخطوات منها:ـ

أ_ رصد أفكار المسترشد المرتبطة بالمشكلة الحالية والتي تدعم استمرارها.

ب_ تحديد المعرفيات والصور الذهنية والانفعالات والجوانب الفيزيولوجية ذات العلاقة بالمشكلة.

ج_ تحديد دور العوامل المرسبة والمفجرة، والتي تدعم المعتقدات المشوهة، وتبقى على السلوك المضطرب.

د_ تفسيرات العميل لمواقف الحياة وأحداثها الأساسية عبر الزمن.

2_ العلاقة مع المعالج:

يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج، والمفحوص تجعل المفحوص يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف، والاهتمام بالمفحوص وكذلك على الاحترام الصادق له، حسن الاستماع، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية. (بيرل وس بberman، 2004:194)

3_ بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجي، ويكون نموذج الجدول كما يلي: (بالمر وآخرون، 2008:43)

- فحص مزاج المريض.
- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضي بين الجلسات.
- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
- تلقي العائد، والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
- مناقشة بنود جدول الأعمال.
- طلب عائد في نهاية الجلسة.

ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسئوليات محدودة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع.

4_ العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتتبع أهداف العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، وعن الفروض العاملة، فإذا افترض المعالج مثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجز في استعداداته ومهاراته، فإن خطة علاجيه لابد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرض المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال، وإذا افترض المعالج فرضاً بديلاً بأن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقادي أساسي لا تكفي لديه مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام" فلابد أن تتضمن خطته العلاجية (إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه) . (رويوت ليهي، 2006:71)

وبهذا الشكل فإن جملة التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لا يتم تطبيقها بصورة سلبية بل تكون موجهة بشكل محدد بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات المريض.

5_ رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

من خصائص العلاج المعرفي السلوكي استخدام فنيات لفحص وتحدي التفكير غير المنطقي "المشوه" ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لفحص تفكيره الغير منطقي، ويمكن توضيح الفنيات المعرفية المستخدمة في تعديل الأفكار التلقائية السلبية في الشكل الموالي:



الشكل رقم (3) يوضح الفنيات المعرفية لتعديل التفكير السلبي (طه عبدالعظيم، 2009:112)

6_ تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه.

7_ الواجب المنزلي.

من أهمية الواجب المنزلي أنه يرفع وعي العميل لقدرته على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، ذلك لأنه بالفعل قد تعلم عديداً من المهارات، وأصبح على قدر عال من الكفاءة والخبرة من خلال أداء الواجب المنزلي. (بيرني وآخرون، 2008:50).

اتجاه بيك في الإرشاد المعرفي - السلوكي:

في عام 1970 أصدر بيك Beck كتاباً بعنوان العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطية، وهو ما يعتبر، بمثابة استراتيجيات سلوكية، ويسلم بيك Beck بأن المريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل تجعل عقله مغموراً بمعارف ومقدمات خاطئة، ويذهب بيك إلى أن الأفكار التلقائية التي ينتج عنها التشويه المعرفي تظهر في: _

1. التمثيل الشخصي وتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية.
2. التفكير المستقطب أي أن المرضى يفكرون بصورة متطرفة.
3. الاستنتاج غير المنطقي.
4. التضخيم والتجسيم.
5. المبالغة في التعميم.
6. العجز المعرفي. (خالد عسل، 2008:77)

ومن ثم فإن أهم أهداف العلاج المعرفي من وجهة نظر بيك هي تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق، والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيضها معتمداً على عدة أسس أهمها: _

- المشاركة العلاجية.
- توطيد المصادقية مع المريض.
- واختزال المشكلة التي يعاني منها المريض.
- معرفة كيفية التعلم في حل المشكلة التي تواجه المريض.

ومن ثم فإن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلائي، وآخر تجريبي، وثالث سلوكي من خلال رصد عمليات التفكير غير السوية وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على "يجب- لا بد" وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية. (أرون بيك وآخرون، 2002: 379-385)

ويشمل العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر بيك على عدة مبادئ نجملها فيما يلي: _

1_ التعاون العلاجي:

إن التعاون العلاجي بين المعالج والمريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال، فحين يتخبط الطرفان في اتجاهات مختلفة كما يحدث أحياناً، فإن ذلك يصيب المعالج بالإحباط والمريض بالكرب فمن الأهمية أن ندرك أن كلا من المعالج والمريض قد يتصور العلاقة العلاجية بشكل مختلف وللد من هذا الاختلاف يجب أن يصل إلى اتفاق.

فقد أكدت بعض الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيراً عكسياً في النتائج. (حامد الغامدي، 2005:147)

2_ تأسيس المصداقية:

العلاج النفسي يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والصياغات للتحديد الأنسب من بينها، ويشكل التفكير الضاللي اختباراً حاسماً لثقة المريض في المعالج، ومن الحكمة ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الأفكار المحرفة مباشرة، وعليه أن يقدر مدى تقبل المريض لعبارات فيها تحد لتصوراته المحرفة، وقد يثار المريض عندما تقول له إن أفكاره خاطئة، ولكنه قد يستجيب إيجاباً لسؤال مثل "هل هناك تفسير آخر لهذا السلوك"، وما دامت محاولات المعالج للتفسيرات والتوضيح في حدود مقبولة من جانب المريض تظل فجوة المصداقية بينها كأضيق ما تكون. (مرجع سابق، 2005:148)

3_ اختزال المشكلة:

كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد يستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات فقد يلتبس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات، حينئذ لا مفر مما يسمى "اختزال المشكلة أي التعرف على المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معاً، وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخذ الفنيات المناسبة لكل مجموعة منها. (مرجع السابق، 2005:150)

أهداف العلاج المعرفي:

يهدف العلاج المعرفي إلى تحقيق الأهداف التالية: _

1_ التعامل مع تحريف الواقع التي يضمهرها المريض الذي يستنتج دون تمييز، عندما يرى أن الآخرين يريدون أن تأديته، كذلك تحدث تحريفات للواقع أقل حدة من ذلك في جميع أنواع العصاب. فمثلاً قد يرى مريض الاكتئاب أنه لم يعد قادراً أن يكتب على الآلة الكاتبة أو يقرأ أو يقود سيارة ومع ذلك فحينما يطلب منه أداء هذه المهمة فإنه يقوم بأدائها وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً. (أرون بيك، 2001:174)

2_ التعامل مع التفكير غير المنطقي، فقد لا يكون هناك تشويش للواقع وإنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة، ومشتتاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من حدوث زيادة في التعميمات.

وبإيجاز فإن الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المريض بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً ويركز العلاج المعرفي على حل المشكلات. (أرون بيك، 2000:175)

آلية العلاج المعرفي السلوكي:ـ

تتضمن عملية العلاج السلوكي على مجموعة من الخطوات وهي:ـ

الخطوة الأولى:ـ

التي يقوم بها المعالج السلوكي وهي تحديد السلوك المضطرب المطلوب تغييره أو تعديله وضبطه، من خلال المقابلة والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية ثم تحديد الظروف والمواقف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب ويتم ذلك من خلال البحث الدقيق في كل الظروف والخبرات والمواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب والظروف التي تسبق حدوثه والنتائج اللاحقة. (أحمد الزعبي، 1999:166)

فإذا كان المريض يشكو من مخاوف فإن الانتباه يركز على الظروف التي تسبق الشعور بالخوف والأسباب التي تتبع حدوثه. (أحمد الزيايدي وهشام الخطيب، 2000:122).

الخطوة الثانية:ـ

بعد أن يقوم المعالج بتحديد السلوك المضطرب المطلوب تغييره وتحديد الظروف التي يحدث فيها نختار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.

الخطوة الثالثة:ـ

إعداد جدول لإعادة التدريب وذلك بتخطيط خبرات يتم فيها إعادة التدريب، ثم خلالها وضع المريض في ممارسة معدله بحيث يتغير من خلالها السلوك ويتم تعديل السلوك، ومن تم تعديل

العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب وتعديل الظروف البيئية. (حسن عبدالمعطي، 2005:373)

الخطوة الرابعة: _

تنفيذ خطة التعديل أو التغيير وذلك حسب الجدول المعد ويحث المرشد العميل على أن يحاول أن يتعلم وأن يجرب بقدر ما يمكن ويصاحب ذلك تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب وتعديل الظروف البيئية المصاحبة لحدوثه. (أحمد الزعبي، 1999:167)

مما سبق تبين أن عملية العلاج السلوكي تشمل على مجموعة من الخطوات لأبد لكل معالج التقدير بهل قبل البدء في أي برنامج سلوكي لذلك تم التقييد بهذه الخطوات في البرنامج المعد في الدراسة الحالية.

بناء الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي: _

العلاج المعرفي السلوكي قصير المدى يتراوح عدد جلساته في معظم الحالات ما بين 4-14 جلسة، وقد يتطلب الأمر في حالات معينة أن يكون العلاج بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، أو أكثر إذا كان المريض يعاني من أزمة بشكل أو بآخر.

ومدة الجلسة فإن الخمسين دقيقة هي المتعارف عليها في أنواع العلاج النفسي ويبدأ العلاج السلوكي بعملية التقويم المعرفي السلوكي.

ومن الأفضل أن يقوم المريض بما يلي بعد الجلسات التقييمية حتى نهاية العلاج.

أ_ يستمع المريض لما دار في الجلسة إذا كان قد تم تسجيلها، أو يقرأ ما لديه من ملاحظات حول ما دار بالجلسة للتأكد من أن ما دار في الجلسة يعكس حالته فعلاً وللاستفادة من النقاط الرئيسية التي تم التطرق لها في الجلسة.

ب_ إكمال الواجبات المنزلية التي تم الاتفاق على القيام بها (تسجيل الأفكار السلبية في سجل الأفكار في السجل الخاص بذلك والقيام بالسلوكيات المطلوبة الأخرى). (ناصر المحارب،

2000: 160)

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلى الجلسات التقويمية عن الشكل التالي:ـ

1. التعرف على الحالة الوجدانية للمريض.
2. وضع جدول عمل لما سيدور في الجلسة.
3. المواضيع الأسبوعية.
4. المواضيع الأساسية للجلسة الحالية.
5. الواجب المنزلي للجلسة القادمة.
6. التعرف على وجهة نظر المريض حول ما دار بالجلسة.(حامد الغامدي، مرجع سابق)

فنيات العلاج المعرفي - السلوكي:ـ

يتبين من خلال مراجعة العديد من البحوث والدراسات الخاصة بعلاج القلق مثل كاشدان وهربرت. (Kashdanand Her bert2001)

في بحثهما اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة والمراهقة، الحالة الراهنة والاتجاهات المستقبلية. إلى أنه توجد العديد من العوامل التي تتحكم في اختيار نوع العلاج المعرفي السلوكي من حيث التقنيات والأساليب وهذه العوامل تتمثل في:ـ

1. نوع عينة البحث أطفال أو مراهقين أو بالغين أو كبار السن.
2. نوع اضطراب القلق، قلق معمم أو اضطراب ذعر أو رهاب اجتماعي....الخ.
3. بيئة الدراسة، بيئة أكاديمية أو بيئة إكلينيكية.
4. هدف الدراسة، علاجية أو مقارنة أو استكشافية. (عادل محمد، 2000: 69-71)

وبهذا يعتمد البرنامج العلاجي على عدد من الفنيات، والأساليب المعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والاجتماعية يمكن توضيحها فيما يلي:ـ

أ_ الفنيات المعرفية: _

1_ المحاضرة Presentation: _

سوف تستخدم الباحثة أسلوب المحاضرات العلمية وذلك لشرح الجلسات التي تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالبرنامج، وأهدافه، ومحتوياته، الفنيات التي سيتم التدريب عليها أو الربط بين الجلسات الإرشادية.

2_ المناقشة والحوار Discussion: _

يتم استخدام هذه الفنية في معظم الجلسات العلاجية، وذلك لإيجاد قناة اتصال بين الباحثة وأفراد المجموعة العلاجية، ومن خلالها يتم تبادل الآراء والمقترحات، كما تفيد هذه الفنية إتاحة الفرصة للتعرف وتساعد المدرب على التعرف على أنماط التفكير، ولضمان المشاركة الفعالة من جانب المجموعة العلاجية للكشف عن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لديهم وإقناعهم بخطئها من خلال التفكير المنطقي. (مجدي الدسوقي، 2008:262)

3_ فنية إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring: _

يعد أسلوب تعديل البناء المعرفي أحد أساليب التدخل المعرفي التي تهدف لمساعدة المريض على تعديل وتصحيح المعتقدات والأفكار الخاطئة المختلفة وظيفياً، التي تؤثر في السلوك المضطرب والتي يدرك المريض من خلالها العالم فالسلوك الخاطيء يتأثر بالخبرات الماضية. (Donald,1994,54)

ويرى جولدفيد Gold fied (1974) أن الهدف من إعادة البناء المعرفي مساعدة المريض على تعديل الجمل الداخلية وما يقوله الفرد لنفسه وما تسببه تلك الجمل من مشكلات انفعالية ويمكننا أن نحقق ذلك من خلال:

1. تكرار للأفكار والمعتقدات الصحية.
2. لعب الدور.
3. التخيل الذي يؤدي في النهاية لتعديل الفكرة الخاطئة. (Gold fied,1974,347).

وأشارت العديد من الدراسات السابقة إلى فعالية ونجاح أسلوب تعديل البناء المعرفي، جوزيف "1991، كانبل "1994"، دي جونج "1995" ومن هذا المنطلق يتضح لنا أهمية استخدام فنية إعادة البناء المعرفي من خلال الخطوات التالية: _

* التعرف على ما يحمله من اعتقادات وأفكار خاطئة.

* العمل على فصل الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمشكلة.

* تقديم الأفكار الصحيحة وممارستها من خلال المواقف الملائمة.

* العمل على إزاحة الأفكار الصحيحة مكان الأفكار الخاطئة وترسيخها.

* التدعيم الإيجابي للمريض بهدف الاستمرار في ممارسة السلوك الصحيح.

وسوف تسير الباحثة على نهج بيك في إعادة البناء المعرفي من حيث تجديد الشعور المسيطر والفكرة الخاطئة المسيطرة وتدريب أفراد العينة على كيفية استخدام الأفكار البديلة "الصحيحة" في مواجهة المواقف المختلفة.

4_ فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها The Teechniyue of identifying automatic ideas and correcting them

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال الغير صحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائماً ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة.

ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. (قتيبة الجبلي وفهد يحيى، 1996:271)

ويرى أرون بيك (2000) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً الأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بالحياة، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من الاتساق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. ونجد أن الأفكار التلقائية تزداد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض ففي الاضطرابات النفسية الشديدة تكون الأفكار واضحة ؛ ففي القلق مثلاً نجد أن هواجس المريض تتعلق بالخطر أما الأشخاص اللذين يعانون اضطراباً خفيفاً في المشاعر والسلوك، فقد تخفى عليه الأفكار التلقائية، وفي هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها، وتبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة. (حامد الغامدي: مرجع سابق) ويمثل فحص الأفكار اللاعقلانية خطوة هامة في هذا الاتجاه العلاجي، وأساساً هاماً في عملية إعادة البناء المعرفي وتصحيح الأفكار حيث يساعد المريض على فهم طبيعة اعتقاداته اللاعقلانية وأن يستبدلها باعتقادات أخرى أكثر عقلانية كما تساعده من ناحية أخرى على أن تكون استنتاجاته عن المواقف المختلفة أكثر دقة ولذلك يجب أن يعمل المعالج قبل أن يشرع في جعل المريض يقوم بعملية دحض تلك الأفكار على تدريب ذلك المريض وتعليمه أن يفهم العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكياته. (عادل محمد، 2000: 124)

5_ تصحيح الأفكار السلبية: _ Modifying images strategy and it stechnigues

ترتبط عادة الأفكار التلقائية بصور وخيالات تحفز نوبات القلق وتشتيرها بحيث يصبح الفرد في بعض الأحيان تحت ضغط الخوف والقلق الشديد حتى في حالة تخيل مواقف الأداء الاجتماعي والأداء تحت الملاحظة، وكمثال على ذلك الشعور بالخوف الشديد عند قراءة إعلان يشير إلى وجود نشاط اجتماعي يتضمن الحديث أمام الآخرين أو إعلان عن امتحان مقابلة أو امتحان تحريري، وثم استخدام تقنية التعرف على الخيالات والصور المثيرة للخوف والقلق من خلال النقاط التالية: _

*مساعدة المسترشد على عد وحصر الخيالات المثيرة للخوف والرهاب وتبدأ عملية الحصر والعد من الصور والخيالات الأقل استثارة إلى الأكثر استثارة إلى أن يصل الأمر إلى التعرض للمواقف الاجتماعية الحقيقية المثيرة للخوف والقلق.

*تدريب المسترشد على تعديل الأفكار المثيرة للخوف والقلق من خلال تقنية لعب الدور Role playing or role exchange وتتمثل تلك التقنية في قيام المسترشد على تخيل فردٍ ما يقوم بعملية الأداء الاجتماعي بطريقة تثير الإعجاب لديهم ومن ثم تخيل أنفسهم في تلك المواقف المثيرة للإعجاب والسرور وتندرج تلك العملية في حالة التقبل للمواقف من خلال تخيل وجود تنوع في المواقف من الحياد إلى المواقف المثيرة لعدم تقبل الأداء إلى المواقف المثيرة للإعجاب. (شعبان فضل، 2008: 200-201).

ب_ الفنيات السلوكية وتشمل: _

1_ فنية التدعيم أو التعزيز Revifarcement _

التدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية وقد يكون التدعيم إيجابياً أو سلبياً.

* _ التدعيم الإيجابي: _

ويقصد به أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه.

أما عن المدعمات فهي أنواع ولا تقتصر فقط على المكافآت المالية كما يظن الكثيرون ، بل تقسم إلى ثلاث أنواع رئيسية هي: _

* _ مدعمات مادية.

* _ مدعمات اجتماعية.

* _ مدعمات مرتبطة بالأنشطة المحببة إلى الشخص.

* _ التدعيم السلبي: _

يتمثل في التوقف عن إظهار مدعم كرهه أو منفر عند ظهور سلوك مرغوب فيه، وهو بالمثل يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، لذا التدعيم السلبي ليس عقاباً.

ولكي يكون التدعيم (بشقيه الإيجابي والسلبي) إيجابياً يجب أن يتم وفقاً للعديد من الشروط:

* أن يكون المدعم متوقف الحدوث على السلوك المرغوب فيه فقط.

* أن يقدم فور حدوث السلوك المرغوب "الفورية".

* أن يكون المدعم له قيمة عند الشخص .

* أن يكون هناك اتساق في تقديم المدعم بحيث يقدم دائماً بعد السلوك المرغوب فيه.

(محمد غانم، 2004:110).

ولإجراء العلاج السلوكي وفقاً لهذه الفنية فإنه يسير وفقاً للآتي:ـ

أ. التحديد النوعي للسلوك "التشخيص" والذي يتطلب أمرين:ـ

* التحديد النوعي للسلوك الغير مرغوب فيه (كالعدوان - الخوف - الانسحاب. إلخ).

* الاهتمام المباشر بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المحوري.

ب. العلاج: ويقصد بالعلاج اعتماداً على مبدأ التعلم الفعال وعادة وضع علاقات وظيفية

بين المنبهات " أي الظروف التي أدت إلى ظهور العرض، بعبارة أخرى فإن العلاج يتضمن إزالة

الاضطرابات بإزالة الشروط المؤدية إليها من خلال ضبط المتغيرات.(محمد غانم، 2008: 200)

2_ لعب الدور Role paying:ـ

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى مساعدة الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي

عليه أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها. (عبدالستار أبراهيم وآخرون، 1998: 345).

ولزيادة القدرة على توكيد الذات تستخدم العديد من الفنيات العلاجية مثل لعب الأدوار،

والتدريب على تطبيق المشاعر Fealing talk أي القدرة على تحويل المشاعر الداخلية

والانفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج " أي

الافتداء بالسلوك التوكيدي لدى الآخرين".

ولعب الدور يستخدم مع الأشخاص الذين يفتقدون إلى مناهج التعلم الاجتماعي، حيث يتم تدريب الشخص على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها، حيث يطلب المعالج من الشخص الذي يعاني من الخجل مثلاً أن يؤدي دوراً مخالفاً لشخصيته أو أن يقوم بأداء دور رجل عدواني أو جريء أو انفعالي.

وهكذا تتعدد الأدوار التي يطلب من الشخص لعبها.

ولكي ينجح هذا الأسلوب يجب على المعالج مراعاة الآتي:ـ

* عرض السلوك المطلوب تعلمه أو التدرّب عليه واكتسابه من قبل المعالج أو من خلال نماذج تليفزيونية مرئية أو تسجيلات صوتية.

* تشجيع الشخص على أداء الدور مع المعالج أو مساعدة أو مع شخص آخر.

* تصحيح الأداء أولاً بأول، وتوجيه إنتباه الشخص لجوانب القصور فيه، وتدعيم الجوانب الصحيحة منه حتى، تثبت لدى الشخص.

* إعادة الأداء وتكراره إلى أن يتبين للمعالج أن الشخص قد أتقن الدور المنوط إليه القيام به.

* الممارسة الفعلية في مواقف حية لتعليم الخبرة الجديدة أو تصحيح الاستجابات في ضوء ما تم فعله في المواقف الحياتية العيانية.

من المهم ولزيادة فاعلية هذا الأسلوب أن يشعر المسترشدون بالارتياح عند عرض نقاط ضعفهم أمام المرشدين، بالإضافة إلى أهمية أن يكون المرشدون صادقين مع مسترشديهم وعلى المرشدين تذكير أنفسهم ومسترشدهم بأن هذا الأسلوب يحتاج إلى وقت حتى يتحقق النجاح، وأن الأمر لا يحل بشكل سريع، فيما تعتبر بعض النظريات أن أسلوب "لعب الدور" يكون أكثر فاعلية إذا ما اقترن بأسلوب إعادة البناء المعرفي. (هالة المسعود، 2012: 245)

3_ النمذجة Modeling:ـ

وتعد النمذجة المعرفية أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تهدف إلى تعديل سلوك الآخرين وذلك من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج وتقديم

معلومات يكتسبها الفرد بوصفها تمثيلات رمزية للحدث فالنمذجة لها أهمية في العلاج المعرفي السلوكي ومن خلاله يتم التركيز على فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وهناك أنواع مختلفة من النماذج تستخدم بواسطة المعالج المعرفي السلوكي وهي النموذج الرمزي والنموذج الحسي والنموذج المشارك. (خالد عسل، 2008: 222)

وهناك ثلاثة أنواع رئيسية من النمذجة: _

- النمذجة الظاهرة: _ (أو النمذجة الحية) التي تحدث عندما يقوم شخص أو أكثر بإظهار السلوك الذي يراد تعلمه.
- النمذجة الرمزية: _ توفر توضيحاً حول السلوك المستهدف عن طريق أشربة الصور، وأشربة الصوت، والأفلام وهي تسمح للمرشد بمزيد من السيطرة على دقة التوضيحات السلوكية.
- النمذجة الضمنية: _ التي تتطلب من المسترشد تخيل السلوك المستهدف الذي ينفذ بنجاح، إما عن طريق المسترشد نفسه أو من قبل شخص آخر.

ولكي ينجح المسترشد في تعلم السلوك المنمذج، يجب تتوفر أربع عمليات فرعية مترابطة وهي: _

- على المسترشد أن يكون قادراً على حضور عرض النمذجة (للانتباه).
- على المسترشد أن يكون قادراً على حفظ ما لا حظه من النموذج.
- أن يكون قادراً حركياً على إعادة السلوك.
- وأخيراً أن يمتلك الدافعية سواء داخلياً أم من خلال التعزيز الخارجي.

وفي النهاية يجب أن نشير إلى أن "باندورا" يعد من الأوائل الذين أثبتوا أن التعليم الاجتماعي أي التعليم من خلال مشاهدة الآخرين، يعد من المبادئ الأساسية التي يجب أخذها بعين الاعتبار. (عبدالستار إبراهيم وآخرون، 1993: 249)

4_ فنية التعرض: Exposure Technigue: _

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق.

حيث باستخدام هذه التقنية من خلال إعطاء المرضى مهارات للتغلب على القلق ومن ثم تشجيعهم لتعرض أنفسهم لحالات استثارة القلق وذلك لمحاولة إخماد القلق وتعتبر حالات التعرض للقلق من المكونات الرئيسية ؛ للعلاج لأن العديد من المرضى إذا ما تركوا لا أنفسهم سيقومون بتجنب كل تلك الحالات.

فالتعرض له عدة أشكال يتخذها منها: التعرض التخيلي والتعرض المتدرج، والتعرض الحي "في الواقع"، وهذا النوع من التعرض يكون بدون تدرج. (حامد الغامدي، مرجع سابق: 178)

والهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة السلوك التجنبي من ناحية أخرى.

5_ فنية الواجبات المنزلية: Homew or Techniyue: _

حيث يكلف المسترشدون ببعض الأعمال التي يقومون بها في المنزل مثل الوقوف على أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة التي ترتبط بخصائص السلوك الغير سوى ثم يتم مناقشة ذلك في الجلسات وهي تلعب دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الاتوماتيكية وعلاقتها برود الفعل الانفعالية وكما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي سريعاً، وتعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها.

ويجب أن تتصف الوظيفة المنزلية بعدد من الخصائص منها: _

إمكانية القيام بها، اتصالها بالمشكلة، دقة تحديدها، اتساع خطوات تنفيذها في مواقف متباينة مع أشخاص مختلفين، وجدية متابعة تنفيذها بطريقة منتظمة واضحة. (ماهر عمر، 2003: 193)

ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض إذا اهتم ببعض النقاط التالية:ـ

1. إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض.
2. تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.
3. توضيح كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب المريض لهذه الإجراءات.
4. مراجعتها في بداية كل جلسة.
5. تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية.
6. فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى.

(محمد معوض، 1996: 183)

6_ فنية التدريب على الاسترخاء Belaxation Training :

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وأنها تزداد يوماً بعد يوم مما يجعلها تمثل حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية وبصفة خاصة مع ازدياد التقنية ومطالب الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر ولهذا فإن الاسترخاء يعتبر أمراً مطلوباً في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج من هذه الضغوط من اضطرابات نفسية "فسيولوجية" مثل قرحة المعدة وأمراض القلب بل أن بعض العلماء يُرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحلة مبكرة جداً من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئة الفرد، ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً هي برامج العلاج التي طورها حاكوبسون. (محمد الشناوي ومحمد عبدالرحمن، 1998: 83)

ويعتبر عالم النفس الأمريكي Jacobsen من أوائل العلماء الذين حيث على تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة

لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسماً ومسترخياً نفسياً في أن واحد. (حسام الدين عزب، 1981:111)

أو بمعنى آخر نستطيع أن نؤكد بوجود علاقة تلازمية قوية بين التوتر العضلي والتوتر النفسي لدى الإنسان فإذا زال التوتر العضلي فإن التوتر النفسي يزول ويعزز هذا المبدأ العلمي قول الرسول صلى الله عليه وسلم عن الغضب (إذا غضب أحدكم وهو قائم فليجلس، فإن ذهب عنه الغضب، والا فليضطجع). (رواه أبو داود).

فتحول الإنسان الغاضب (المتوتر) من وضع الوقوف إلى وضع الجلوس ويعني تحول عضلاته نسبياً من حالة الشد إلى حالة الاسترخاء، وبالتالي خفض حالة الغضب عنده.

وبهذا تعتبر الأساليب الحديثة، في الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي ويحتاج إلى تجريب منظم وبالرغم من أنه لا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها فإن غالبية المعالجين السلوكيين يفضلون البدء بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين. (عبدالستار إبراهيم وعبدالله عسكر، 2005: 251)

فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر والقلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل ومن ثم التفاعل مع الحديث بطريقة إيجابية. (بشير الرشيدى وراشد على، 2000:300-302)

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بتعدد فنياته المعرفية والسلوكية بدرجة قد يصعب عرضها جميعاً في هذه الدراسة.

فبالإضافة إلى ما ذكر من الفنيات المعرفية السلوكية، إلا أن هناك العديد من الفنيات لم يتم التطرق لها، مثل أسلوب حل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية وغيرها من الفنيات الأخرى.

فالباحثة استخدمت بعض هذه الفنيات في التدخلات العلاجية، وتدريب المسترشدات عليها أثناء الجلسات العلاجية أو عن طريق الواجبات المنزلية، لما لها من أهمية بالغة في إزالة أو تخفيف أعراض اضطراب الرهاب الاجتماعي.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

المحور الأول : دراسات تناولت الرهاب الاجتماعي
((الفوبيا)) مع متغيرات أخرى
خلاصة وتعقيب

المحور الثاني : دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي
للرهاب الاجتماعي
خلاصة وتعقيب
فرضيات الدراسة

أولاً : دراسات تناولت طبيعة الرهاب الاجتماعي مع متغيرات أخرى:

تناول هذا المحور دراسات الرهاب الاجتماعي ؛ طبيعته ، وعلاقته ببعض المتغيرات، فيما يفيد في فهم الاضطراب وتفحص جوانبه حتي يمكن التعامل معه عملياً ، وتوظيفه في بناء البرنامج العلاجي وفيما يلي بعض من هذه الدراسات :

1 - دراسة القرني (1990)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الخواف الاجتماعي وبعض أساليب المعاملة الوالدية

وقد اشتملت العينة على(280) طالب من طلاب المدارس الحكومية بمدينة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (13- 20) سنة ، وقد استخدم الباحث مقياس الخواف الاجتماعي ومقياس أساليب المعاملة الوالدية وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الخواف الاجتماعي والقسوة والحماية الزائدة والإهمال من جانب الأب والأم .

2 - دراسة عبد المنعم طلعت (1992):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المخاوف الاجتماعية لدي المراهقين والمراهقات وتكونت العينة من 215 مراهقاً بمتوسط عمري (16.5) سنة واستخدم الباحث المنهج الوصفي وتم تطبيق مقياس المخاوف الاجتماعية في جمهورية مصر العربية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن شعور المراهقات الإناث بالخوف أكبر من شعور المراهقين الذكور .

3 - دراسة كلارك وآخرون (1995):

هدفت الدراسة إلي تقييم شدة القلق الاجتماعي للمراهقين ، وتكونت عينة الدراسة من (223) من طلبة المدارس ، ثم اختيرهم من المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية وتراوحت أعمارهم بين (8 - 12) سنة للإناث والذكور، واستخدم الباحث المنهج الوصفي ، حيث تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للأطفال ، والتقدير الذاتي للمفحوص واستبيان المواقف الخاصة بالتفاعل

الاجتماعي وأظهرت نتائج الدراسة أن القلق الاجتماعي أكثر ارتفاعاً عند الإناث مما هو عند الذكور كما أن شدة القلق الاجتماعي لدى المراهقين من الجنسين أدنى منه لدى البالغين.

4 - دراسة ماجي وآخرون (1997)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار ونسبة كل من مخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي بناء على متغيري الجنس والسن ، وشملت عينة الدراسة (880) من الإناث والذكور لمرحلة عمرية (15-29) سنة وتمثلت أداة الدراسة بقائمة المخاوف الاجتماعية، ومقياس القلق الاجتماعي ، كما أشارت إلى أن المتوسط العمري لبوادر ظهور القلق الاجتماعي تبدأ في المرحلة العمرية (16) سنة وتشتد بعد ذلك .

5 - دراسة سعيد عبدالله دبيس (1997):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الخوف من التحدث أمام الآخرين بتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية ، وتكونت عينة الدراسة من (567) طالباً من طلاب المرحلة الثانوية من مختلف التخصصات والصفوف الدراسية بمدينة الرياض ، وتمثلت أدوات الدراسة بما يلي :

مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين ، ومقياس تقدير الذات وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين إدراكات الطلاب لذواتهم وتقديرهم لهما ، وبين شعورهم بالخوف من المواقف التي تتطلب التحدث أمام الآخرين والتفاعل معهم واعتبر الباحث أن الخوف من التحدث أمام الآخرين هو نوع من أنواع القلق الاجتماعي .

6 - دراسة مايسة النيال (1998)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في القلق الاجتماعي لدى الأطفال تبعاً لمتغير الجنس والعمرى وتحتوي هذه الدراسة على عينة عشوائية من الأطفال أعمارهم ما بين (12-15) سنة واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي ومقياس القلق الاجتماعي للأطفال - مقياس الخجل الاجتماعي للأطفال ، وتم تطبيق الدراسة في جمهورية مصر العربية وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الإناث أكثر ميلاً للقلق الاجتماعي من الذكور في الصفوف الأكبر سناً.

7 - دراسة محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود (1998)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور بعض المتغيرات النفسية المتمثلة في المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي في سلوك الإيثار والتوجه نحو مساعدة الآخرين وتكونت عينة الدراسة من (142) طالبة من طالبات الجامعة في المملكة العربية السعودية ، وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس القلق الاجتماعي للأري (Lary) (1993) ترجمة وتعريب معد البحث ، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المهارات الاجتماعية ، والسلوك التوكيدي وسلوك الإيثار، ومساعدة الآخرين، كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية سالبة بين القلق الاجتماعي وسلوك ومساعدة الآخرين .

8 - دراسة محمد إبراهيم عيد (2000) .

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المكونات الأساسية لاضطراب القلق الاجتماعي ، والكشف عن الفروق في اضطراب القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة تبعاً لمتغيري النوع (ذكور / إناث) والتخصص (علمي / أدبي) وتكونت عينة الدراسة من 419 من طلبة جامعة عين شمس (102 ذكور - 317 إناث) من كلية التربية والآداب والعلوم (92 علمي ، 327 أدبي) ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق تعزى إلى التفاعل بين النوع والتخصص في الخوف من التقييم السلبي ، وكذلك في القلق الاجتماعي العام وفي كافة الأغراض الفسيولوجية والاستغراق في الذات كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الخوف من التقييم السلبي وفي اضطراب القلق الاجتماعي العام وكذلك عدم وجود فروق نتيجة للتفاعل بين (الذكور / الإناث) وبين التخصص (علمي / وأدبي) في القلق الاجتماعي .

9 - دراسة عادل السيد البنا (2002) :-

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق بين عينتين من الطالبات المعلمات الدارسات اللغة الإنجليزية من نواة التعليم العام الابتدائي في كل من مخاوف الاتصال الشفهي ، وأساليب التعليم ، والقلق الاجتماعي والكشف عن مدى التباين في درجات القلق الاجتماعي وأساليب التعليم المفضلة في تعلم اللغة الإنجليزية تبعاً لتباين مستويات مخاوف الاتصال الشفهي (المرتفعة - المتوسطة - العادية) ، وتكونت عينة الدراسة من (252) طالبة من طالبات الفرقة الثالثة بكلية

التربية بدمنهور بجامعة الإسكندرية ، والمقييدات في العام 2000 / 2001 منهم (139) طالبة تعليم ابتدائي ، (114) طالبة تعليم عام ، وأظهرت النتائج وجود فروق بين عيني طالبات الفرقة الثالثة لغة إنجليزية تعليم عام وابتدائي في القلق الاجتماعي ، وذلك لصالح عينة طالبات التعليم العام ، كما وبينت وجود علاقة التأثير أحادية الاتجاه بين تلك المتغيرات حيث تؤدي تفضيل أسلوب التعليم الحركي إلى خفض مخاوف الاتصال الشفوي بالجمهور والذي يؤثر بدوره على تفصيل أسلوب التعليم الفردي ، والذي يؤثر بدوره هو الآخر على مستوى القلق الاجتماعي .

10 - دراسة فاطمة الشريف الكتاني (2002) :

هدفت هذه الدراسة للبحث في العلاقة بين القلق الاجتماعي والعدوانية في المنزل والمدرسة ، وكذلك البحث في الفروق بين الأطفال حسب جنسهم ومستوياتهم الدراسية في كل من القلق الاجتماعي والعدوانية ، وتكونت عينة الدراسة من (364) طفلاً (185) إناث وذكور تتراوح أعمارهم بين (9 - 12) بمدارس حكومية بمدينة الرباط بالمغرب .

وتمثلت أدوات الدراسة بمقياس القلق الاجتماعي للأطفال ، وأداة تقييم الطفل لعدوانية أقرانه وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي ، كما وأشارت نتائج الدراسة إلي أن الإناث أكثر ميلاً للعدوانية حسب تقدير الأقران .

11 - دراسة أحمد محمد عبد الخالق ، وحياة خليل البنا (2006) :-

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين الذكور والإناث في الخوف من الأماكن المتسعة لدى عينه من طلاب جامعة الكويت وتحديد معدلات انتشار الخوف من الأماكن المتسعة لدى الذكور والإناث وتحديد أكثر المواقع المثيرة للخوف من الأماكن المتسعة واستكشاف العلاقة بين الخوف من الأماكن المتسعة وكل من الخوف الاجتماعي والتفكير السلبي والتلقائي .

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

حصلت الإناث على متوسط أعلى من الذكور في الدرجة الكلية وغالبية بنود مقياس الخوف من الأماكن المتسعة ومقياس الخوف الاجتماعي وكان معدل انتشار الخوف 45% للذكور و64% للإناث .

12 - دراسة تهاني فرج عبد الجليل (2008)

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية لذي عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة طرابلس وتكونت عينة الدراسة من (430) طالب وطالبة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية وتم تحليل البيانات باستخدام اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والرهاب الاجتماعي

13 - دراسة دانية عثمان دهلوى (2010)

هدفت هذه الدراسة للبحث في العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بقسميها العلمي والأدبي بمدينة مكة المكرمة وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين درجات الرهاب الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية .

14- دراسة علاء على حجازي (2013)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة ، ومعرفة مدى انتشار كل من القلق الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية والتعرف على الفروق بين الطلبة تبعاً للجنس وتكونت العينة من (888) من طلبة المدارس الحكومية موزعين على جميع محافظات غزة ، وقد استخدم الباحث في دراسته مقياس القلق الاجتماعي ومقياس الأفكار اللاعقلانية ، وهما من إعداد الباحث واستخدم الباحث العديد من الأساليب الإحصائية وهي معامل ارتباط بيرسون معامل كرونباخ ألفا ، اختبار (ت) وتوصلت الدراسة إلي:-

1- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية .

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة تعز إلى متغير الجنس لصالح الإناث

التعقيب على دراسات المحور الأول :

من خلال ما تقدم من استعراض للدراسات السابقة حول الموضوع ، وإن كانت لا تمثل مسحاً شاملاً للدراسات في هذا المجال ، ولكن في حدود ما تمكنت الباحثة من الوصول إليه ، فقد اتضح أن هذه الدراسات تنوعت في أهدافها وعيانتها ، وإجراءاتها ، وفي نتائجها ، ومن خلال ما تقدم يمكن أن نستخلص الآتي :

1- من حيث الهدف :

تشير معظم الدراسات التي تناولت الفلق الاجتماعي لدى المراهقين إلى أن الفلق الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي يبدأ ظهوره خلال فترة المراهقة ، وتكون المخاوف معظمها مرتبطة بالمدرسة أو الأنشطة الاجتماعية ، ويتميز الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي بأنهم يمتلكون قليلاً من الأفكار الموجبة والكثير من الأفكار السلبية أثناء التفاعل الاجتماعي كما ورد في دراسة كلارك وآخرون (1995) ، والتي هدفت إلى تقييم شدة الفلق الاجتماعي للمراهقين ، ولمعرفة مدى انتشار ونسبة كل من المخاوف الاجتماعية والفلق الاجتماعي بناء على متغيري الجنس والسن كما ورد في دراسة ما جي وزملائه (1997) ودراسة طلعت (1992) ودراسة النيال (1988) كما هدفت دراسة محمد إبراهيم عيد (2000) إلى تحديد المكونات الأساسية لاضطراب الفلق الاجتماعي والكشف عن الفروق في اضطراب الفلق الاجتماعي تبعاً لمتغيري الجنس ، بالإضافة إلى ذلك فقد هدفت دراسة عادل السيد البنا (2002) إلى التعرف إلى الفروق بين عينتين من طالبات الدراسة في اللغة الإنجليزية من نوع التعليم العام في كل من مخاوف الاتصال الشفهي ، وأساليب التعليم ، كما هدفت دراسة فاطمة الكنانى (2002) إلى البحث في العلاقة بين الفلق الاجتماعي والعدوانية في المنزل والمدرسة كذلك البحث في الفروق بين المراهقين حسب جنسهم ومستواهم الدراسي في كل من الفلق الاجتماعي والعدوانية :

كما هدفت بعضها إلى البحث في العلاقة بين الرهاب الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية كدراسة:

علاء حمدان حجازي (2013) ، دانية عثمان دهلوى (2010) ، تهاني فرج عبد الجليل

(2008)

2 - من حيث العينة :

تباينت أعمار الأفراد في معظم الدراسات على النحو التالي فقد تراوحت أعمار الأفراد في بعض الدراسات ما بين (12- 18) سنة كما ورد في دراسة كلارك وآخرون (1995) ودراسة طلعت (1992) كما كانت في دراسة محمد السيد عبد الرحمن وهانى عبد المقصود(1992) أعمارهم من (18- 20) سنة ودراسة عادل السيد البنا (2002) ودراسة ماجى وزملائه (1997) ودراسة محمد إبراهيم عيد (2000)

3 - من حيث الأدوات المستخدمة :-

من الملاحظ أن الأدوات المستخدمة في هذه الدراسات كانت مقاييس القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي وتقدير الذات ، وقائمة المخاوف الاجتماعية ومقاييس الخجل الاجتماعية للأطفال كما اعتمدت هذه الدراسات استمارات تقييم خاصة حسب كل دراسة .

4 - من حيث النتائج :-

تشير معظم الدراسات التي تناولت الرهاب الاجتماعي لدي المراهقين إلى :

- الإناث أكثر ميلاً للرهاب الاجتماعي من الذكور .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الرهاب الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية .
- أيضاً وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرهاب الاجتماعي والمعاملة الوالدية الخاطئة.

ثانياً : دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي :-

تباينت اتجاهات الدراسات في هذا المحور في استخدام الأساليب الإرشادية السلوكية في خفض الرهاب الاجتماعي وفي تنمية بعض المهارات الاجتماعية التي تمثل الجانب الإيجابي المضاد للرهاب الاجتماعي وفيما يلي بعضا من هذه الدراسات :

1 - دراسة أحمد متولي عمر: (1993):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة وتكونت عينة الدراسة من (36) طالباً وتراوح أعمارهم ما بين (18-22) سنة استخدم الباحث في دراسته عدد من المقاييس ، وهي مقياس الخجل ؛ ومقياس الخجل الاجتماعي ومقياس المهارات الاجتماعية، واختبار تأكيد الذات ، ومقياس الخوف من التقييم السلبي ، قائمة الملاحظة السلوكية ، وتضمن البرنامج العلاجي (12) جلسة بواقع جلستين في الأسبوع ولمدة ساعة واحدة ، استخدم الباحث خلال هذه الجلسات الفنيات التالية : فنية المناقشة وفنية التدريب على مهارات إعادة البناء المعرفي، والتعرض لمواقف مصطنعة من القلق الشديد في محيط العلاج الجماعي والتدريب على المهارات التوكيدية ، والتدريب على مهارات الإدراك الاجتماعي .

وأوضحت النتائج فاعلية كلا البرنامجين في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة

2- دراسة أمان محمود (1994):

هدفت الدراسة إلى التحقق من معرفة مدى فاعلية العلاج بفنية التحصين التدريجي وفنية التدريب التوكيدي في علاج بعض حالات المخاوف الاجتماعية لدى طلاب التعليم الثانوي والجامعي وقد تكونت العينة من (30) طالباً من طلاب التعليم الثانوي والجامعي (ذكور) من المراجعين لوحدة الخدمات النفسية بجامعة الملك سعود بالرياض، وتتراوح أعمارهم بين (17-25) سنة واستخدمت الدراسة استمارة دراسة الحالة ومقياس القلق النفسي ، ومقياس المخاوف المرضية . أسفرت الدراسة عن فاعلية العلاج السلوكي في علاج المخاوف المرضية.

3 - دراسة عاشور أحمد (1998) :

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فاعلية كل من التحصين المنهجي والتشكيل بالنموذج الحي المشارك في علاج تشريح الحيوانات الحية لدى عينة من طالبات الجامعة ، وذلك من خلال إعداد برنامج لعلاج فوبيا تشريح الحيوانات الحية ، وإعداد أدوات قياس فوبيا التشريح تكونت العينة من (24) طالبة من جامعة المنيا في ثلاث مجموعات قوام كل منها ثمان طالبات وهي مجموعة التحصين المنهجي ، مجموعة التشكيل بالنموذج الحي المشارك ، المجموعة الضابطة.

استخدم مقياس فوبيا التشريح ، ومقياس سلوك التجنب وقياس القلق الذاتي ، واستمارة المستوى الاجتماعي، واستمارة المقابلة الشخصية ، وبرنامج العلاج باستخدام التحصين المنهجي والتشكيل بالنموذج الحي المشارك :

توصلت الدراسة إلى فاعلية التشكيل بالنموذج الحي المشارك في علاج فوبيا التشريح . كما أوضحت النتائج فاعلية التحصين المنهجي في علاج فوبيا التشريح ، بالنسبة لمقياس فوبيا التشريح والقلق الذاتي مقارنة بالمجموعة الضابطة .

وتم استخدام مجموعة من الأدوات وهي : مقياس الرهاب الاجتماعي، والمقابلة التشخيصية المقننة ، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي ، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ، واستمارة تقويم البرنامج وأوضحت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي حيث إنه انخفضت نسبة ذوى الرهاب الاجتماعي المرتفع بين أفراد العينة الذين قدروا بـ (7.69%) مقارنة بدوى الرهاب الاجتماعي المتوسط (50.58%) وذوي الرهاب الاجتماعي المنخفض (41.72%) .

4- دراسة هيمبرغ وآخرين (1998) : Heimberg.et.al

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة نوعين من العلاج وهو العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي الدوائي لمرض الرهاب الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من (33) مريضاً شخصوا باضطراب الرهاب الاجتماعي حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها للجمعية الأمريكية للطب النفسي باضطراب الرهاب الاجتماعي DSM.TV " 1994 " وقد تم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات الأولى - مجموعة العلاج المعرفي السلوكي - الثانية - والمجموعة الضابطة

- الثالثة - تم إعطاؤهم دواء وهمي - والمجموعة الرابعة - تم إعطاؤهم علاجاً تشجيعياً ، أما الأدوات المستخدمة في اختبارات تقييمية لمرض من خلال مقارنة الاستجابة لظروف العلاج ، وكانت مدة البرنامج العلاجي اثني عشر أسبوعاً ، بواقع جلسة أسبوعياً وقد أظهرت نتائج الدراسة أن في العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي كانت معدلات التحسن عالية على القياس البعدي ، كما أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الدوائي كانت نسبته أعلى في درجة التحسن من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي بعد إتمام فترة البرنامج العلاجي وأن الفروق كانت بسيطة ما بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي الجماعي .

5 - دراسة آن البانو (ALBAUO) (1998):

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة الخوف الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين وأساليب المعالجة الحديثة موضحة أهمية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي . وتكونت العينة من (138) طفلاً ومراهقاً ، وأوضحت النتائج فاعلية البرنامج في علاج المخاوف الاجتماعية .

6 - دراسة وودي وآخرين (Woody,s.et.al) (2002):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في العلاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي - وتراوحت أعمار هؤلاء الأشخاص ما بين (18 - 45) سنة أما الأداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي . وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً على مقاييس التقدير الذاتي في علاج مرض الرهاب الاجتماعي .

7 - دراسة ستانجير وآخرين (Stangier.et.al:) (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي الفردي والعلاج المعرفي الجماعي في علاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي وقد تكونت عينة الدراسة من (65) مريضاً ممن تنطبق عليهم المعايير الواردة في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM - IV 1994 وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين المجموعة الأولى مجموعة العلاج المعرفي الفردي ، المجموعة الثانية مجموعة العلاج المعرفي الجماعي . أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس الخوف الاجتماعي .

أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تلقوا العلاج المعرفي الفردي والعلاج المعرفي الجماعي تحسّنوا تحسناً دالاً على مقياس الخوف الاجتماعي . كما أوضحت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي الفردي أظهر تفوقاً على العلاج المعرفي الجماعي في فترة ما بعد العلاج وخلال فترة المتابعة .

8- دراسة لنيكولين وآخرين (2003) lincdng.et.al :-

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بالتعريض مع إعادة البنية المعرفية في علاج مرض الرهاب الاجتماعي ، وقد تكونت عينه الدراسية من (217) مريضاً من الأفراد الذين شخصوا تشخيصاً أولياً بالرهاب الاجتماعي . وكان عدد المعالجين لهذه العينة (57) معالجاً نفسياً في أربع عيادات خارجية تتبع مؤسسة كريستوف بألمانيا وأظهرت نتائج هذه الدراسة بعد ستة أسابيع من العلاج فاعلة العلاج بالتعريض وإعادة البنية المعرفية في تحقيق اضطرابات الرهاب الاجتماعي لدى المرضى كما أظهرت نتائج الدراسة أن النتائج بين العيادات الأربع التي أجريت الدراسة فيها لم تختلف بعضها عن البعض الآخر .

9- دراسة روسر وآخرين (2004) rasser .s.et .al

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين نوعين من العلاج النفسي وهو العلاج المعرفي السلوكي الجماعي ، والعلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعلاج الدوائي ، وقد تكونت عينه الدراسية من (33%) مريضاً شخصوا باضطراب الرهاب الاجتماعي حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها . وقد تم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي الجماعي بمفرده ، وكان عدد أفراد العينة (84) مريضاً ، أما المجموعة الثانية فقد تلقت العلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعلاج الدوائي وكان عدد أفرادها (49) مريضاً ، وكانت مدة البرنامج العلاجي سبعة أسابيع تلقوا خلالها برنامج علاجي مكثف ، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس قلق التفاعل للضغط النفسي والقلق وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً للبرنامجين من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي والعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج الدوائي .

10 - دراسة فينيبي (2004) feeneys :-

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعليه العلاج المعرف السلوكي في علاج مرض اضطراب الرهاب الاجتماعي . وقد تكونت عينه هذه الدراسة من مريضة واحدة تبلغ من العمر (35) سنة ممن تم تشخيصها باضطراب الرهاب الاجتماعي وكانت مدة البرنامج العلاجي مع هذه المريضة 13 جلسة وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا لدى المريضة .

11- دراسة بولاك (2004) Pollak :-

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية برنامج معرفي سلوكي جماعي لمعالجة اضطراب القلق الاجتماعي ، وذلك على عينة من الشباب من الجنسين ، مستخدماً فنيات مختلفة من المناقشة الحوار ، والاسترخاء ، التدريب على المهارات الاجتماعية ، أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج القلق الاجتماعي ، كما أوضحت نتائج الدراسة أن العلاج الطبي يعالج - فقط- الأعراض ويعطي تحسناً زائفاً للأعراض دون أن يعالج أسس المشكلة.

12 - دراسة مورت برج وآخرين (2005) Mort berg,e.et.al:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج الاجتماعي . وقد تكونت عينة الدراسة من (27) مريضاً من المرضي المراجعين للعيادات النفسية الذين يعانون من اضطراب الرهاب الاجتماعي حيث تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات كل مجموعة تتكون ما بين (6- 8) مرضى . أوضحت نتائج الدراسة وجود تحسنٍ دالٍ في المجموعات الأربع كما أظهرت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي كانت مدتها ثلاثة أشهر ، استمرت المتابعة حتى اثني عشر شهراً .

13- دراسة كلينجر وآخرين (2005) KlingEr,E.et.al:

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين ثلاثة أنواع من العلاجات النفسية وهي العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعريض والعلاج الدوائي في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي .

وقد تكونت عينة الدراسة من (36) مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات ، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي ، وكان عددها (12) مريضاً والمجموعة الثانية مجموعة العلاج بالتعريض وكان عدد أفرادها (12) مريضاً ، بينما كانت المجموعة الثالثة مجموعة العلاج الدوائي وكان عدد أفرادها (12) مريضاً وكان مدة العلاج (12) جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة لكل أسبوع . أوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لجميع أنواع العلاجات النفسية المستخدمة في هذه الدراسة ، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحسن بين هذه العلاجات .

14 - دراسة أحمد الغامدي (2005) :-

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية، تكونت عينة الدراسة من (40) مريضاً ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين كالتالي :-

المجموعة الأولى : مجموعة مرضى اضطراب القلق تضم (20) مريضاً

المجموعة الثانية : مجموعة مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي وتضم (220) مريضاً ن والأدوات المستخدمة : مقياس مستشفى الطائف للقلق ، إعداد فهد الدليم وآخرون . ومقياس القلق الاجتماعي من إعداد محمد السيد عبد الرحمن ، وهانم عبد المقصود ، البرنامج العلاجي من إعداد الباحث استمارة دراسة الحالة من إعداد الباحث .

أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي ، كما وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة التجريبية الثانية) في مرحلة القياس البعدي .

15 - دراسة أماني عبد الوهاب (2006) :-

هدفت هذه الدراسة إلى تطبيق برنامج معرفي سلوكي جماعي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة عددها (64) طالبة تتراوح أعمارهن بين (12 - 18) سنة وأوضحت النتائج فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في التغلب على القلق الاجتماعي .

16 - دراسة طاهر عمار (2006)

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية بعض فتيات العلاج المعرفي السلوكي التي يتم تطبيقها وفقاً لتصوير معرفي جديد للخوف الاجتماعي في علاج الخوف الاجتماعي لدى عينة من الشباب تكونت العينة من (450) طالب وطالبة بكلية التربية جامعة عين شمس . وأوضحت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الخوف الاجتماعي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث .

17 - دراسة ناريمان محمد الرفاعي (2007) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية ، وتكونت عينة الدراسة من (10) طالبات من مدرسة الزراعة الثانوية ببناها بمصر ممن حصلن على أعلى (10) درجات في مقياس التوكيدية للبيئة المصرية وتم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية ، ويحتوي على خمس طالبات والأخرى ضابطة وتحتوي على خمس طالبات ممن تتراوح أعمارهن من (15- 18) سنة ، وكانت فنيات البرنامج تركز على إثبات الذات وإكسابه الشعور بذاته من خلال المناقشة وكان المنهج للدراسة المنهج الإحصائي ، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في درجات التوكيدية بين طالبات الثانوية وبين طالبات الجامعة لصالح الثانوية

18 - دراسة بلحسيني وردة (2011) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج سلوكي معرفي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة وقد تكونت عينة الدراسة من (429) طالباً من طلبة شعبة علم النفس كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ورقلة .

استخراج منهم (20) طالبة ممن توفرت فيهن الخصائص ، ووزعت إلى مجموعتين حيث تلقت المجموعة التجريبية التدخل العلاجي وكانت النتائج انخفاض نسبة الرهاب الاجتماعي لأفراد العينة التجريبية

- التعقيب على دراسات المحور الثاني :

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي استعانت بها الباحثة وجدت أن هناك دراسات قد ألقت الضوء على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الرهاب الاجتماعي ، ولكن أغلب هذه الدراسات كانت على المجتمع الغربي ، بينما كانت الدراسات العربية تطبق على طلاب المدارس والجامعات ، حيث يمكن تلخيص عدة نقاط من تحليل تلك الدراسات وهي :-

1- من حيث الأساليب العلاجية :

من خلال استعراض الدراسات السابقة المتعلقة باضطراب الرهاب الاجتماعي، تبين تلك الدراسات استخدام العديد من الأساليب العلاجية حيث تضمنت بعض الدراسات تقديم برامج إرشادية لخفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين وأمثلة هذه الدراسات :

Albano (1998) ودراسة woody .et .at (2002) ، ودراسة pollak. بولاك (2004) ودراسة أمان أحمد محمود (1994) ، ودراسة أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2010) ودراسة بلحسينى وردة (2011) ودراسة أحمد الغامدي (2005) والتي توصلت جميعها إلى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الرهاب الاجتماعي لدى الأفراد ، أما بعض الدراسات فقد استخدمت أسلوب العلاج المعرفي السلوكي الفردي مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي الجماعي مثل دراسة (2003) stangier cat al ، كما أن هناك دراسات استخدمت أسلوب المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي مثل دراسة (1998) heimery eet al ، ودراسة (2004) Rosser .s.et.al ، كما أن بعض الباحثين في الدراسات السابقة قارنوا بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض وهو ما أوضحته دراسة ليكولين وآخرين (2003) Lincoln.tetal ، ومن ناحية أخرى وجد الباحث أن هناك دراسات قامت بإجراء مقارنة بين بعض الأساليب العلاجية مثل دراسة عاشور أحمد (1998) ، دراسة كلينجر وآخرين (2005) Klinger,Ex. ،

كما أن هناك دراسات أجريت مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية مثل دراسة أحمد عمر متولي (1993) .

وأخيراً ظهر أن بعض الباحثين استخدموا فنيات التدريب على المهارات الاجتماعية وفنية التعرض والتدريب التوكيد في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي ، كما هو في دراسة ناريمان محمد الرفاعي (2007) ودراسة طاهر عمار (2006)

حيث اتضح من خلال العرض السابق أثر البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى الأفراد ومن هنا اهتمت الباحثة بعرض بعض الدراسات التي قدمت البرامج الإرشادية، والاستفادة منها في الدراسة الحالية.

2- من حيث العينة :-

تراوحت أعمار أفراد العينة بين (18- 22) سنة كما في دراسة أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2006) وآمان أحمد محمود (1994) ودراسة البانو(1998) أما في دراسة ناريمان الرفاعي (2007) تراوحت ما بين (15 - 18) .

- أما من ناحية عينة الدراسة فقد تراوحت في الغالب ما بين (30- 80) حالة ، إلا أنه يوجد في بعض الدراسات كانت العينة حالة واحدة وآخري ما بين (5- 10) حالة وبعض الباحثين اهتم بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على طلبة الجامعة ، أما بقية الدراسات السابقة فكانت على المرضى المراجعين للعيادات الخارجية فالواضح لنا أن الدراسات العربية كانت على طلبة المدارس بينما كان أغلب الدراسات الأجنبية على المرضى المراجعين للعيادات النفسية .

3 - من حيث الأدوات المستخدمة :-

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح أن الأدوات المستخدمة كانت تعد من قبل الباحث بحيث يقوم بعمل مقياس يقيس به اضطراب الرهاب الاجتماعي ، وكذلك هناك مقاييس تقيس الخوف من التقييم السلبي ، كما اعتمدت هذه الدراسات استمارات تقييم خاصة حسب كل دراسة .

4- من حيث النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة :

أظهرت معظم الدراسات السابقة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى

بينما كانت دراسات تؤكد على أن العلاج الدوائي يعد أفضل من العلاج المعرفي كما هو في دراسة (Heimany . et.al (1998

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن العلاج عن طريق التعرض يعتبر الأفضل في علاج مرضي اضطراب الرهاب الاجتماعي مثل دراسة (Linco lh.ot.et.at (2003

من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت الرهاب الاجتماعي وجدت الباحثة أن لكل فنية مزاياها وأنها أدت إلى فاعليتها لعلاج اضطراب الرهاب الاجتماعي

فالباحثة استخدمت أسلوب العلاج السلوكي لما له من أهمية في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي .

فرضيات الدراسة :-

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة تطرح الباحثة الفرضيات التالية لدراساتها:-

- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي .

- H_1 توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي .

- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرامج العلاجية .

- Hi توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي .

الفصل الرابع

منهج و إجراءات الدراسة

- أولا : منهج الدراسة
- ثانيا : إجراءات الدراسة
- 1- مجتمع الدراسة
- 2- عينة الدراسة
- 3- ادوات الدراسة
- 4- خطوات الدراسة
- 5- الاساليب الإحصائية

التمهيد:-

يتناول البحث الحالي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طالبات الثانوي وقد تم وضع عدة فرضيات فيما يخص فاعلية هذا البرنامج وفتياته بالاعتماد على الجوانب النظرية المشكلة وما جاء فيها من دراسات سابقة ، وللتحقق من هذه الفرضيات قامت الباحثة بعدة إجراءات بداية من تحديد المنهج المستخدم ، واختيار عينة الدراسة وتطبيق أدوات الدراسة ، وعرضاً موجزاً للخطوات الإجرائية للدراسة ، وفي الختام يتم عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة

أولاً : منهج الدراسة

اتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي ، باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الرهاب الاجتماعي ، ويتضمن ذلك المتغيرات التالية

- المتغير المستقل **Independent variable** برنامج العلاج المعرفي السلوكي .

- المتغير التابع **Dependent variable** وهو التغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى

المرضى الذين يعانون اضطراب الرهاب الاجتماعي ، بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي

المستخدم في هذه الدراسة ، ومن ثم فإن التحسن يعد بمثابة المتغير التابع في هذه الدراسة .

- ثانياً : إجراءات الدراسة

1- مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع طالبات الصف الثالث ثانوي المسجلين للدراسة في المدارس الحكومية في مدينة زليتن ، للعام الدراسي (2014 - 2015) التي تتراوح أعمارهن (17-18) والبالغ عددهن (1335) طالبة وفق إحصاء قطاع التربية والتعليم بزليتن .

2- عينة الدراسة

قامت الباحثة باختيار (مدرسة النساء الخالدات) من المجتمع الأصلي للدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة .

حيث تتضمن عينة الدراسة الكلية عينتان فرعيتان وهما:

أ - العينة الاستطلاعية :-

تم إجراء مسح استطلاعي لتحديد الطالبات اللاتي لهن درجة عالية على مقياس الرهاب الاجتماعي حيث قامت الباحثة بتطبيق اختبار قياس الرهاب الاجتماعي على 58 طالبة أي كل طالبات صفوف الثالث الثانوي بالمدرسة ، وتم استخدام ذلك لإجراء العمليات السيكمترية من قياس صدق وثبات المقياس واختيار الطالبات اللاتي تحصلن على أعلى الدرجات على مقياس الرهاب الاجتماعي ، وكان عددهن (13) طالبة تراوحت درجاتهن على المقياس من (119 إلى 162)

ب- العينة التجريبية :-

بعد تحديد الطالبات اللاتي تحصلن على درجات عالية على مقياس الرهاب الاجتماعي تم اللقاء بهن مجتمعات ، وعرض البرنامج التجريبي عليهن لأخذ موافقتهم على الاشتراك في الجلسات التجريبية ، كانت كل الطالبات الثلاثة عشر من الصف الثالث الثانوي ، تراوحت أعمارهن بين (17-18) سنة وتم أخذ موافقتهم الكتابية على الاشتراك في البرنامج العلاجي .

* ملاحظة :- تم انسحاب طالبتان من المجموعة التجريبية لأسباب اجتماعية إحداهما انسحبت بعد ثلاث جلسات والأخرى انسحبت بعد الجلسة السابعة وبهذا تم استبعادهن من التحليل الإحصائي بحيث أصبحت العينة التجريبية إحدى عشرة طالبة .

التوزيع الاعتمالي :-

قبل حساب الفروق بين رتب درجات المبحوثات (58) على مقياس الرهاب الاجتماعي تقرر معرفة شكل توزيع إجاباتهن على المقياس ، وذلك لتقرير نوع الإحصاء الذي يمكن استخدامه عند حساب الفروق بين القياسيين القبلي - البعدي للجماعة التي خضعت لتجريب المتغير المستقل عليها .

وفيما يلي الجدول رقم (2) يوضح توزيع قيم معلمات مقياس الرهاب الاجتماعي

الجدول رقم (2)

المعلمات	القيم
الحجم	58
المتوسط	108.51
الوسيط	106
المنوال	107
الانحراف المعياري	19.11
التباين	365.5
المدى	88
المدى الأدنى	74
المدى الأعلى	162
الالتواء	0.861

وبناءً على قيم معلمات مقياس الرهاب الاجتماعي تتضح أن الظاهرة قيد الدرس تتوزع توزيعاً اعتدالياً ، وذلك لأن قيمة الالتواء كسر من واحد صحيح ، وأن قيم المتوسط والوسيط والمنوال متقاربة جداً ، الأمر الذي يتيح للباحثة إمكانية استخدام اختبار بارمترى مثل (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الإرشادي .

ضبط المتغيرات المستقلة

لكي تتأكد الباحثة من أن عينتها الاستطلاعية متجانسة ، قامت بحساب دلالة الفروق في الرتب على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغيرات الخلفية الاجتماعية - الاقتصادية والثقافية للمبحوثات ، والبيانات التالية توضح ذلك :

1- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمر الأب

حسبت قيمة " كا² " باختبار كروسكال واليس- لمعرفة دلالة الفروق بين رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمر الأب وبيانات الجدول التالي توضح ذلك .

الجدول رقم (3)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير عمر الأب

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
ر . م		الفئة العمرية لمتغير الأب
26.97	15	45 – 36
31.06	25	55 – 46
29.44	18	56 فأكثر
	0.552	كا ²
	2	درجة الحرية
	0.759	مستوى الدلالة

وبالتأمل في بيانات الجدول رقم (3)

يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المبحوثات على مقياس

الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمل الأب عند مستوى دلالة (0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات

ينتمين إلى خصائص مجتمع واحد .

2- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمر الأم

وبيانات الجدول التالي يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس

الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمر الأم .

الجدول رقم (4)

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
ر . م		الفئة العمرية لمتغير عمر الأم
23.61	14	40-31
31.13	32	50-41
31.13	12	51-فأكثر
	2.253	كا ²
	2	درجة الحرية
	0.324	مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب

درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير عمر الأم عند دلالة (0.324) مما

يعني أن جميع المبحوثات ينتمين إلى خصائص مجتمع واحد.

3 حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (تعليم الأب)

والجدول رقم (5)

يوضح حساب الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق

متغير (تعليم الأب).

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء المستوى التعليمي للأب
م . ر		
40.75	2	أمي
48.30	5	ابتدائي
32.70	5	إعدادي
28.32	19	ثانوي
25.64	22	جامعي
24.50	5	فوق الجامعي
	8.955	كا ²
	5	درجة الحرية
	0.111	مستوى الدلالة

وبالنظر بيانات الجدول السابق نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب

درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (تعليم الأب) عند مستوى دلالة

(0.05) هذا ما يعني أنه يوجد تكافؤ وتجانس بين المبحوثات في الخصائص .

4- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير تعليم الأم

والجدول رقم (6)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير (تعليم الأم)

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء المستوي التعليمي للأم
م . ر		
31.57	14	أمي
28.05	20	ابتدائي
32.82	11	إعدادي
26.69	13	ثانوي
	1.143	كا ²
	3	درجة الحرية
	0.767	مستوى الدلالة

وبالتأمل إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من رتب

درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير تعليم الأم عند مستوى دلالة

(0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات ينتمين إلى خصائص مجتمع واحد .

5- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير "عدد الأسرة"

والجدول رقم (7)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير (عدد أفراد الأسرة)

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
م . ر		عدد أفراد الأسرة
21.60	5	6
32.25	6	7
23.43	7	8
35.70	5	9
16.79	7	10
31.56	9	11
36.79	7	12
41.20	5	13
28.86	7	14
10.656		كا ²
8		درجة الحرية
0.222		مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب

درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير عدد الأسرة عند مستوى دلالة

(0.05) ما يعنى أن جميع المبحوثات لهن خصائص واحدة .

6- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير ترتيب المبحوثة في الأسرة

والجدول رقم (8)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير (ترتيب المبحوثة في الأسرة)

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
م . ر		ترتيب المبحوثات في الأسرة
17.85	10	1
32.50	1	2
38.31	8	3
25.75	6	4
33.75	2	5
27.38	8	6
32.06	8	7
37.00	3	8
32.50	5	9
33.50	3	10
30.50	4	11
	8.642	χ^2
	10	درجة الحرية
	0.566	مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب

درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير ترتيب المبحوثة في الأسرة عند

مستوى دلالة (0.05) ما يثبت أن جميع المبحوثات متكافئات في الخصائص .

7- حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (مهنة الأب)

والجدول رقم (9)

يوضح دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير

(مهنة الأب)

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
ر . م		مهنة الأب
27.36	29	موظف
36.91	11	عمل حر
26.75	10	معلم
39.50	1	طبيب
29.21	7	مهندس
	3.203	كا ²
	4	درجة الحرية
	0.524	مستوى الدلالة

وبالتأمل إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير مهنة الأب عند مستوى دلالة (0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات ينتمين إلى خصائص مجتمع واحد .

8 - حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (مهنة الأم).

والجدول رقم (10)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير الأم .

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
ر . م		مهنة الأم
25.83	6	معلمة
45.00	1	ممرضة
29.63	51	ربة بيت
	1.129	كا ²
	2	درجة الحرية
	0.569	مستوى الدلالة

وبالتأمل إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب ودرجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير مهنة الأم عند مستوى دلالة (0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات ينتمين إلى خصائص مجتمع واحد .

9 - حساب دلالة الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق (متغير الدخل)

الجدول رقم (11)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير الدخل

الرهاب الاجتماعي	الحجم	الإحصاء
		مستوى الدخل
م . ر		
36.36	22	500-1
23.79	26	1000-501
29.25	10	4000-1001 فاكتر
	6.616	كا ²
	2	درجة الحرية
	0.037	مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق نلاحظ أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المبحوثات وأن هذه الفروق جاءت لصالح المبحوثات اللاتي يتسم مستوى دخل أسرهم بالانخفاض.

10 - حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (امتلاك حجرة خاصة)

والجدول رقم (12)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير امتلاك حجرة خاصة

الرهاب الاجتماعي		الحجم	الإحصاء امتلاك حجرة
الانحراف المعياري	متوسط		
20.25	109.57	45	لا
13.53	104.84	13	نعم
		0.978	قيمة . ت
		56	درجة الحرية
		0.336	مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب

و درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير امتلاك حجرة خاصة عند مستوى

دلالة (0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات ينتمين لخصائص مجتمع واحد .

11 - حساب الفروق على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير (نوع السكن)

والجدول رقم (13)

يوضح حساب دلالة الفروق في رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

وفق متغير نوع السكن

الرهاب الاجتماعي		الحجم	الإحصاء نوع السكن
الانحراف المعياري	متوسط		
43.84	122.00	2	ايجار
18.35	18.35	56	ملك
		0.449	قيمة.ت
		56	درجة الحرية
		0.731	مستوى الدلالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي وفق متغير نوع السكن عند مستوى دلالة (0.05) ما يعني أن جميع المبحوثات ينتمين لخصائص مجتمع واحد .

النتيجة العامة من استخدام (كا²) هي أن المجموعة التجريبية متجانسة إلى حد كبير مما يساعد على تحييد المتغيرات الديمغرافية عن تأثير المتغير التجريبي لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية .

3- أدوات الدراسة:-

استخدمت الباحثة نوعين من الأدوات :

أ - أدوات التشخيص السيكومتري:

تهدف هذه الأدوات إلى قياس وتشخيص الرهاب الاجتماعي ، وتحقيق ضبط العينة وتشمل:

1. استطلاع الرأي
2. استمارة البيانات الأولية
3. مقياس الرهاب الاجتماعي تم تعديله وتطويره للدكتورة / سناء حامد زهران
4. استمارة تقييم البرنامج العلاجي
5. استمارة متابعة الواجب المنزلي

ب - أداة التدخل العلاجي:

تتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يهدف إلى مستوى الرهاب الاجتماعي لدى العينة التجريبية مما يساعد على التحقق من الفرضيات التجريبية للدراسة (إعداد الباحثة)

وفيما يلي سيتم إلقاء الضوء على أدوات الدراسة بالتفصيل :

أ - أدوات التشخيص السيكومتري:

1 - استطلاع الرأي: ملحق

قامت الباحثة بزيارة بعض المدارس الثانوية عشوائياً واختارت ثلاث مدارس تسألت فيها الباحثة عن مدى ملاحظة المعلمات والاختصاصية النفسية والاختصاصية الاجتماعية من انتشار أعراض الرهاب الاجتماعي بين طالبات تلك المدارس وبعد تجادب الحديث عن طبيعة الرهاب الاجتماعي ومظاهره ثم التأكيد على انتشار تلك المظاهر بين عدد ملحوظ من الطالبات مما أكد للباحثة أهمية موضوع انتشار الرهاب الاجتماعي بين طالبات المرحلة الثانوية مما يوفر البيئة المناسبة لإجراء هذه الدراسة .

2 - استمارة البيانات الأولية : ملحق (6)

والتي تشمل على تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي وقد وضعت درجات لكل فقرة من فقرات الاستمارة . من ثم عرضها على مجموعة من أساتذة علم النفس للتحقق من مدى ملائمتها لعينة الدراسة . من ثم ضبطها بالطرق الإحصائية بهدف تكافؤ وتجانس عينة الدراسة .

3- مقياس الرهاب الاجتماعي : ملحق (2)

اختارت الباحثة مقياس الرهاب الاجتماعي وهو من إعداد د. سناء حامد زهران ويتكون من (60) فقرة تأخذ الدرجات من (1إلى3)

ثم قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم وقد حذفت فقرة واحدة وبذلك بقيت (59) فقرة .

وبعد ذلك قامت الباحثة بتطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على عينة استطلاعية من طالبات مدرسة النساء الخالدات بزليتن للبنات بغرض تقنينه والتحقق من صلاحيته للاستخدام في البيئة الليبية عن طريق حساب صدق وثبات المقياس بالطرق الإحصائية الملائمة.

صدق وثبات المقياس:

قامت الباحثة بتقنين فقرات المقياس بطريقتين :

1 - صدق المحكمين :

عرضت الباحثة المقياس على مجموعة من المحكمين تألفت من (9) أعضاء هيئة التدريس وذلك لتقدير مدى صلاحية المقياس لإجراء الدراسة وقد استجابت الباحثة لآراء السادة المحكمين وقامت بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل في ضوء مقترحاتهم بعد تسجيلها في نموذج تم إعداده فقد تم حذف (فقرة) واحدة من فقرات المقياس الأصلي وبذلك خرج المقياس في صورته شبه النهائية بعدد (59) فقرة ليتم تطبيقه على العينة الاستطلاعية .

2 - حساب الصدق التمييزي عن طريق المجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا):

تقوم هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق ، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها ، حيث يطبق المقياس على مجموعة من المفحوصين ثم ترتيب الدرجات التي حصلوا عليها تنازليا أو تصاعديا . ثم يحسب (27%) من المفحوصين من طرفي الترتيب ، ثم يقارن بين المجموعتين المتناقضتين اللتان تقعان على طرفي الخاصية من حيث درجاتهما عليها، إحداهما يطلق عليها مجموعة عليا من حيث ارتفاع درجاتها على الخاصية ، والثانية يطلق عليها مجموعة دنيا من حيث انخفاض درجاتها على الخاصية .

ويستعمل أسلوب إحصائيا ملائما وهو اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين.

ويكون المقياس صادقا كلما كان قادراً على التمييز دالاً بين المجموعتين وللتحقق من الصدق التمييزي لكل فقرة من فقرات مقياس الرهاب الاجتماعي والدرجة الكلية له ثم تطبيقه على عينة مكونة من (58) طالبة من الثانوية وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبت تنازليا ، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتعارضتين .

والجدول رقم (14)

يوضح حساب دلالة الفروق بين متوسط إجابات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي

باختبار (ت) للتحقق من الصدق التمييزي

مستوى الدلالة	د.ح	قيمة (ت)	ر.م
.0.000	15	-4.372	M1
0.011	15	-2.850	M2
0.001	15	-3.606	M3
0.014	15	-2.644	M4
0.038	15	-2.183	M5
0.003	15	-3.442	M6
0.485	15	-709.	M7
0.032	15	-2.280	M8
0.825	15	-.223	M9
0.002	15	-3.513	M10
0.000	15	-4.647	M11
0.618	15	-.505	M12
0.002	15	-3.738	M13
0.004	15	-3.274	M14
0.000	15	-4.300	M15
0.002	15	-3.484	M16
0.000	15	-4.178	M17
0.000	15	-5.853	M18
0.023	15	-2.420	M19
0.000	15	-6.229	M20
0.125	15	-1.587	M21
0.162	15	-1.489	M22
0.000	15	-5.736	M23
0.030	15	-2.312	M24
0.002	15	-3.523	M25
0.047	15	-2.082	M26
0.001	15	-4.297	M27
0.005	15	-3.059	M28
0.030	15	-2.312	M29
0.023	15	-2.421	M30

مستوى الدلالة	د.ح	قيمة (ت)	ر.م
0.007	15	-3.015	M31
0.001	15	-3.741	M32
0.072	15	-1.876	M33
0.000	15	-4.742	M34
0.020	15	-2.513	M35
0.125	15	-1.587	M36
0.002	15	-3.606	M37
0.036	15	-2.257	M38
0.197	15	-1.325	M39
0.000	15	-7.534	M40
0.000	15	-4.742	M41
0.000	15	-5.223	M42
0.010	15	-2.797	M43
0.006	15	-3.000	M44
0.005	15	-3.249	M45
0.020	15	-2.526	M46
0.000	15	-4.762	M47
0.000	15	-7.688	M48
0.172	15	-1.403	M49
0.000	15	-4.284	M50
0.030	15	-2.309	M51
0.000	15	-6.224	M52
0.000	15	-6.026	M53
0.083	15	-1.815	M54
0.000	15	-4.837	M55
0.002	15	-3.484	M56
0.173	15	-1.403	M57
0.010	15	-2.855	M58
0.076	15	1.847	M59

* درجة الحرية = 16-1=15

* - الفقرات المظللة هي فقرات غير دالة

وبالنظر إلى بيانات الجدول السابق يلاحظ أن جميع فقرات مقياس الرهاب الاجتماعي قد ميزت بين المبحوثات اللاتي يتسمن بالرهاب الاجتماعي واللاتي لا يتسمن به ، باستثناء العبارات (7 - 9 - 12 - 21 - 22 - 33 - 36 - 39 - 49 - 54 - 57 - 59)

حيث لم تكن الفروق دالة معنوياً على هذه الفقرات عند مستوى (0.05) وبالتالي تم حذف هذه العبارات غير المميزة عند حساب دلالة الفروق لمبحوثات الجماعة التجريبية عند تطبيق المقياس في صورته النهائية .

2 - ثانياً : الثبات Reliability

يقصد بثبات الاختبار أن يكون على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والاطراد فيما يزودنا به من بيانات عن سلوك المفحوص وقياسه قياساً متسقاً في ظروف مختلفة ومتباينة .(سوسن مجيد: 2010: 66)

فقد أجرت الباحثة خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقة التجزئة النصفية

- طريقة التجزئة النصفية :-

تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل فقرات المقياس وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (spearman Brown Coefficient)

حسب المعادلة التالية :

$$\text{معامل الثبات} = \frac{r^2}{r+1} \quad \text{حيث (ر) معامل الارتباط}$$

وبيانات الجدول التالي توضح معامل ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية .

جدول رقم (15)

معامل الثبات	قبل التصحيح	بعد التصحيح
المقياس	0.897	0.950
الرهاب الاجتماعي		

وبالنظر إلى بيانات الجدول رقم (15) يلاحظ أن درجة معامل ثبات مقياس الرهاب الاجتماعي عالية ودالة بمستوى (0.01) بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون وهو ما يعني ثبات واتساق إجابات المبحوثات على المقياس عند إجراء الدراسة الاستطلاعية

4 - استمارة تقييم البرنامج الإرشادي "إعداد الباحثة" ملحق (7)

وتشمل البنود الآتية :

- مدى استفادة أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج الذي خضعوا له ، وقدرته على تخفيف مستوى الشعور بالرهاب الاجتماعي .
- ما الإيجابيات والسلبيات التي تراها الطالبات بالبرنامج .
- التعرف على تقديرات المشاركين لمحتويات البرنامج .

ب - أداة التدخل العلاجي :

هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي يتم تصميمها لخدمة أهداف الدراسة وهو برنامج إرشادي جماعي يشتمل على بعض الأساليب والفنيات المعرفية والسلوكية ، من هذه الفنيات المحاضرة والمناقشة الجماعية وتصحيح بعض الأفكار السلبية والنمذجة والتحصين التدريجي والتعريض والواجبات المنزلية والتعزيز والاسترخاء .

التخطيط العام للبرنامج :-

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية ، ومحتواه العلمي والإجرائي ، والاستراتيجيات والأساليب المتبعة في تنفيذه ، وتقييم الجلسات وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات والتوقيت الزمني لكل جلسة ومكان إجراء البرنامج ، ومن ثم تقييم البرنامج ككل ، وفي ما يلي أهداف البرنامج وخطواته :-

أهداف البرنامج :-

وتنقسم إلى قسمين :-

• أهداف عامة / هدف علاجي (وهو خفض حدة الرهاب الاجتماعي لدى طالبات الثانوي وذلك باستخدام بعض أساليب الإرشاد الجماعي المتضمنة في البرنامج) ، هدف وقائي (وهو إكساب أفراد المجموعة التجريبية لبعض الأساليب الإرشادية التي تمكنهم من تجنب حدوث الرهاب الاجتماعي في المواقف المختلفة في الحياة ، واحتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالمكاسب العلاجية خلال فترة متابعة مدتها شهرين) .

• الأهداف الإجرائية / وتحقق الأهداف الإجرائية للبرنامج من خلال العمل داخل

الجلسات ، وتطبيق الفنيات المختلفة ، وتتلخص هذه الأهداف في ما يلي :-

- 1- فهم معنى الرهاب الاجتماعي وآثاره السلبية على الحياة الاجتماعية للفرد .
- 2- تطوير مفهوم العلاقات الاجتماعية ومهارات التواصل مع الآخرين .
- 3- التدريب على النقد الذاتي للأفكار السلبية حول المواقف والعلاقات الاجتماعية .
- 4- تنمية الأفكار الإيجابية حول المواقف والعلاقات الاجتماعية .
- 5- تنمية مهارات الضبط الذاتي والسيطرة على الخوف من المواقف الاجتماعية .
- 6- خفض درجة القلق في المواقف الاجتماعية .
- 7- خفض درجة الأعراض الفسيولوجية التي قد تصاحب الرهاب الاجتماعي .
- 8- تنمية مهارات المواجهة والتفاعل الاجتماعي .
- 9- تنمية الثقة بالنفس والشعور بالقيمة الشخصية .

مراحل تطبيق البرنامج :-

- 1- مرحلة البدء / ويتم من خلالها التعارف والتمهيد للبرنامج وشرح أهدافه وإطار العمل فيه وتم ذلك في الجلسة الأولى .
- 2- مرحلة الانتقال / وتهدف إلى معرفة الرهاب الاجتماعي وأسبابه ومظاهره والتركيز على العوامل التي تظهره ، سواء كانت عوامل ذاتية في الفرد نفسه أو عوامل اجتماعية أو الإثنيين معا كما تتضمن هذه المرحلة مناقشة الأفكار السلبية المسببة للرهاب الاجتماعي وتصحيحها والتعرض للأساليب الفعالة لمواجهته ويتضمن ذلك خمس جلسات الثانية والثالثة والرابعة والخامسة والسادسة.
- 3- مرحلة العمل / وتتضمن سبع جلسات من السابعة حتى الثالثة عشر ويتم استخدام الفنيات المحددة في البرنامج مثل التحصين التدريجي والتعريض والتغذية المرتدة والاسترخاء والتعزيز والواجبات المنزلية .
- 4- مرحلة الإنهاء / ويتم فيها تلخيص ما تم إنجازه من خطوات البرنامج ونقده وتقييمه وتهيئة المجموعة التجريبية لإنهاء البرنامج وإجراء التطبيق البعدي للمقياس والاتفاق على التطبيق التتبعي بعد شهرين إن شاء الله ويتم ذلك في الجلستين الأخيرتين .

المدى الزمني للجلسات :-

عدد الجلسات خمس عشرة جلسة كل جلسة مدتها ستون دقيقة ويتم تقسيمها بين المحاضرة والمناقشة وباقي فنيات البرنامج خلال الفترة زمنية من 2014 / 2 / 9 إلى 2014 / 4 / 2

مكان التطبيق :-

مدرسة النساء الخالدات - زليتن .

العوامل التي تسهم في نجاح وتفعيل البرنامج :-

ويشمل هذا المحور رغبة أعضاء المجموعة الإرشادية للمشاركة في الجلسات وتوفير الظروف الفيزيائية الجيدة في غرفة الجلسات الإرشادية وتشجيع الباحثة لأفراد المجموعة على طرح ما لديهم من أفكار وتحفيزهن وتعزيزهن عند المشاركة الفعالة في النقاش .

أ - حاجة المراهقين للبرامج الإرشادية :-

يصف البعض هذه المرحلة بأنها فترة عواصف وتوتر وشده تكتنفها الأزمات النفسية ويسودها المعاناة والإحباط والصراع والضغوط الاجتماعية والقلق وصعوبات التوافق وهذا بسبب ما يتعرض له الشباب في الأسرة وفي المدرسة وفي المجتمع من ضغط (سناء زهران ، 1998:464) لذلك تظهر الحاجة لتقديم خدمات إرشادية لتخفيف الإحباطات التي يتولد عنها الرهاب الاجتماعي عند المراهق ، كذلك تطور المجتمع والتقدم العلمي والتكنولوجي جعل للإرشاد النفسي أهمية بالغة للمراهقين، فنحن الآن نعيش عصر القلق والشدائد والضغوط النفسية كما أن المجتمع مليء بالصراعات والمطامح كل ذلك يظهر أهمية الحاجة الملحة إلى برامج إرشادية نفسية. (أحمد الزعبي ، 1994:27)

ومن آثار التقدم العلمي والتكنولوجي تغير النظرة القديمة للمدرسة ولعملية التعليم من أنها مؤسسة همها الأساسي حشو التلميذ بالكم الكبير من المعلومات ، والمعارف وقد تغيرت إلى مؤسسة تربية تجعل همها الأسمى التلميذ ككل انفعاليا واجتماعيا وعقليا وجسمياً . (محمد الخطيب، 1998:157)

ب - أهمية الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي والمرشد النفسي في المدارس الثانوية :-

إن النمو الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي مع بداية البلوغ ، يجعل المراهق يعيش في صراع إضافة إلى مشكلات الجو المدرسي ، والبيئة ، وعدم اهتمام الأهل به تخلق عند المراهق مصاعب تضعف نشاطه الاجتماعي وتضعف قدرته على التوافق النفسي ونتيجة لهذا الصراعات والآثار والضغوطات النفسية لا بد من وجود برامج إرشادية تربية ثلاث طلاب المرحلة الثانوية لذلك كان من الضروري وجود إرشاد معرفي سلوكي ومرشد نفسي قادر على التأثير بهذا الإرشاد.

فالمرشد النفسي الناجح لا بد أن يوصف بمعرفة الله وخشيته ومراقبته في عمله وبممكنه أن يساهم في إشباع حاجات المراهقين النفسية بالطرق الآتية : (أسعد زروق ، 1997 : 125)

1. تشجيع المراهق على أن يعبر عن حاجاته ، فقد يكون التعبير وحده كافيا في حد ذاته لإشباع حاجاته .

2. صرف الطاقات النفسية لدى المراهق في وجهات اجتماعية مرغوبة.
3. تدريب المراهق على قمع بعض الرغبات ، لأن قمع بعض الرغبات قد تكون حاجة نفسية بحد ذاتها.
4. عدم الاستعانة في تربية المراهق بالتحذير دون تبصر ، بل ما بين الترغيب والترهيب.
5. الحنو والعطف على المراهق دون إفراط.
6. يعتبر اللعب الفردي والجماعي فرصة عظيمة يستفيد منها المراهق في إشباع حاجات نفسية أو اجتماعية .

تحكيم البرنامج :

بعد تصميم محتوى البرنامج تم عرضه على عدد من أساتذة علم النفس والتربية ، والصحة النفسية لإبداء رأيهم حول خطواته التي تم تحديدها ، ومدى مناسبة الجلسات ، والفنيات للطالبات وكذلك مدى مناسبتها لتحقيق هذه الدراسة ، وقد تم الاتفاق على محتوى البرنامج من جانب جميع المحكمين .

تقييم البرنامج :-

التقييم البعدي :

لقد تم تقييم البرنامج عن طريق :

- تطبيق المقياس المعد للدراسة الحالية ، ومقارنة نتائج الدراسة بين أفراد المجموعة التجريبية ثم مقارنة النتائج في القياسين القبلي ، والبعدي.
- استمارة تقييم جلسات البرنامج العلاجي المعد لمعرفة مدى الاستفادة من البرنامج.

التقييم التتبعي:-

وذلك بتطبيق نفس المقياس المعد للدراسة الحالية بعد شهرين من انتهاء البرنامج ، ومن القياس البعدي لمعرفة مدى استمرار فاعلية البرنامج ، حيث تم مقارنة نتائج افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي .

محتوى جلسات البرنامج :-

يتم ترتيب جلسات البرنامج الإرشادي بطريقة تتناسب مع طبيعة مشكلة البحث ويكون عدد الجلسات خمس عشرة جلسة بواقع جلستين أسبوعياً ويتم تحديد محتوى الجلسات في ضوء أهداف البرنامج باستخدام الفنيات المتبعة .

الجدول رقم (16)

جدول عام لجلسات البرنامج والفنيات المستخدمة فيها

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات المستخدمة
1	تعارف وتعريف بالبرنامج :- التعارف بين الباحثة والمجموعة التجريبية مع عرض لأهداف البرنامج ومحتواه بشكل عام مع تطبيق القياس القبلي لمقياس الرهاب الاجتماعي في صورته النهائية .	المحاضرة - المناقشة - الحوار - عقد الإتفاق على المواضبة والالتزام بحضور كل الجلسات وعدم التغيب .
2- 3	الرهاب الاجتماعي :- ما هو ، مظاهره ، أسبابه ، آثاره (محاضرة عن الرهاب الاجتماعي ، تعريفه ومظاهره وأسبابه ، وتحديد الصفات الإيجابية والسلبية ، وتهيئة المجموعات التجريبية وتشجيعهم على التحدث عن مشكلاتهم ، آثار الرهاب الاجتماعي على الفرد والمجتمع ، المواقف التي يظهر فيها الرهاب الاجتماعي)	المحاضرة - المناقشة الجماعية - النمذجة - الحوار الجماعي - التخفيف من مقاومة التحدث عن مشكلاتهم - التعزيز - الواجبات المنزلية .
4	الأفكار السلبية المؤدية للرهاب الاجتماعي :- محاضرة عن الأفكار السلبية التي تؤدي إلى ظهور الرهاب الاجتماعي وتدعمه ، الشعور بالاختلاف عن الآخرين ، نقص الثقة بالنفس .	المحاضرة - المناقشة الجماعية - النمذجة - الحوار الجماعي - الواجبات المنزلية .
5 - 6	تصحيح الأفكار السلبية :- محاضرة ، عرض بعض الأفكار الإيجابية التي تقلل من حدوث الرهاب الاجتماعي وتدعم الثقة بالنفس ، تعزيز الأفكار الإيجابية وتأكيد السلوك الإيجابي ، توضيح التأثير الإيجابي للأفكار الإيجابية بالمقارنة بآثار الأفكار السلبية.	المحاضرة - المناقشة الجماعية - الحوار الجماعي - النمذجة - التعزيز - الواجبات المنزلية .
7- 10	مهارات التفاعل الاجتماعي :- محاضرة عن الأساليب الصحيحة لمواجهة الرهاب الاجتماعي والتخلص منه ، التخلص من الشعور بالاختلاف ، مهارات التفاعل الاجتماعي ، التدريب على المواجهة ، التدريب على هدوء الأعصاب والاسترخاء (الجسمي والذهني) ، رفع الروح المعنوية لديهن ، الشعور بالقيمة الشخصية ، دعم الثقة بالنفس .	المحاضرة - المناقشة الجماعية - التدريب على المواجهة - التحصين التدريجي - التعزيز - الاسترخاء - الواجبات المنزلية .
11- 12	تتمية التفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس :- محاضرة عن أهمية التفاعل الاجتماعي ، أهمية شعور الفرد بالثقة بالنفس ، الهدوء ، التدريب على التصرف الصحيح في المواقف المختلفة	المحاضرة - المناقشة الجماعية - التحصين التدريجي - التعزيز - الاسترخاء - الواجبات المنزلية .
13	التواصل مع المجتمع :- ندوة مصغرة ، التواصل مع الآخرين من خارج المجموعة التجريبية ، الثقة بالنفس ، الشعور بالقيمة الشخصية .	المناقشة الجماعية - الحوار الجماعي - التعزيز .
14	التقييم :- نقد لبعض الأفكار الواردة ، بيان مدى الاستفادة من البرنامج (التقييم) ، كيفية الاحتفاظ بالمكاسب التي تحققت مع تهيئة المجموعة التجريبية لإنهاء البرنامج .	الحوار - المناقشة الجماعية - عرض الآراء .
15	ختام البرنامج :- جلسة ختامية ، التطبيق البعدي ، إنهاء البرنامج وتقييم فاعليته ، التأكيد على المحافظة على المكاسب من البرنامج ، الإشارة إلى التطبيق التبعي بعد شهرين إن شاء الله .	الحوار - المحافظة على الإتصال واستمرارية العلاقة الودية بين الباحثة والمجموعة التجريبية .

عرض مختصر لجلسات البرنامج

الجلسة الأولى : عنوانها : تعارف وتعريف بالبرنامج

الأهداف :

1. تحقيق التعارف والألفة بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية .
2. تحقيق التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية .
3. تقديم أهداف البرنامج وطرق المشاركة فيه .
4. تطبيق القياس القبلي لمقياس الرهاب الاجتماعي.

الإجراءات :

1. تقدم الباحثة نفسها للمجموعة التجريبية وترحب بهن .
2. تطلب من كل واحدة منهن أن تعرف نفسها للأخريات .
3. توضح الهدف العام للبرنامج وهو خفض حدة الرهاب الاجتماعي لديهن ، وتوضح ما قد يعود عليهن من مكاسب بعد انتهاء البرنامج .
4. تقديم شرح موجز لهدف البرنامج .
5. الاتفاق على حضور البرنامج ومواعيد الجلسات وضرورة المشاركة في المناقشة، وتوضيح أن هناك فنيات إرشادية معرفية وسلوكية تستخدم في الجلسات.
6. التأكيد على بعض المبادئ في البرنامج مثل : السرية ، الصراحة ، التعاون ،

الالتزام

الجلسات الثانية والثالثة :

عنوانهما الرهاب الاجتماعي : ما هو ، مظهره ، أسبابه ، آثاره.

الأهداف :

1. توطيد العلاقة بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية .
2. تحديد الصفات الإيجابية والسلبية لديهن .
3. أن تتعرف المجموعة التجريبية ما المقصود بالرهاب الاجتماعي .
4. أن تتعرف المجموعة التجريبية على مظاهر الرهاب الاجتماعي .
5. تحديد أسباب الرهاب الاجتماعي .
6. التعرف بالآثار المترتبة على الرهاب الاجتماعي .

الإجراءات :

1. توزيع أوراق فارغة لكتابة الصفات الإيجابية والسلبية لدى كل واحد من أفراد المجموعة .
2. إلقاء محاضرة عن الرهاب الاجتماعي تتضمن .
 - تعريف الرهاب الاجتماعي .
 - تفسير الرهاب الاجتماعي .
 - مدى انتشار الرهاب الاجتماعي .
 - الأسباب المؤدية للرهاب الاجتماعي .
 - الآثار المترتبة على الرهاب الاجتماعي .
3. عرض بعض النماذج الحياتية للرهاب الاجتماعي .
4. فتح باب المناقشة الجماعية من خلال حوار جماعي منظم والحث على المشاركة.
5. تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على محاولة المشاركة في المناقشة .
6. تعزيز محاولات المشاركة مهما كان حجمها .

الواجبات المنزلية :

واجب الجلسة الثانية : تسجيل الأفكار التلقائية عن المواقف الاجتماعية .

واجب الجلسة الثالثة : تسجيل بعض الأفكار السلبية المؤدية للرهاب الاجتماعي .

ملحوظة : يتم مناقشة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة الثانية في بداية الجلسة الثالثة .

الجلسة الرابعة : عنوانها : الأفكار السلبية المؤدية للرهاب الاجتماعي .

الأهداف :

1. أن تحدد المجموعة التجريبية الأفكار السلبية المؤدية للرهاب الاجتماعي .
2. أن تتعرف المجموعة التجريبية خطأ الأفكار السلبية وآثارها السيئة .
3. شرح أمثلة لهذه الأفكار .

الإجراءات :

1. مناقشة الواجبات المنزلية .
2. إلقاء محاضرة عن الأفكار السلبية والشعور بالاختلاف عن الآخرين و تتضمن
- الأفكار السلبية وتأثيرها في حدوث الرهاب الاجتماعي .
- عرض بعض النماذج من الأفكار السلبية .
- الشعور بالاختلاف عن الآخرين وأسبابه .
- ما يترتب على الأفكار السلبية والشعور بالاختلاف عن الآخرين .
3. توضيح بعض الآثار السلبية لهذه الأفكار .
4. مشاركة المجموعة التجريبية في الحديث وتشجيعهم على ذلك .
5. الإجابة عن أي استفسارات قد تطرحها المجموعة التجريبية .

الواجبات المنزلية :

اقترح بعض الأفكار الإيجابية البديلة للأفكار السلبية التي ذكرت أثناء الجلسة.

الجلستان الخامسة والسادسة

عنوانهما : تصحيح الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية

الأهداف :

1. أن تحدد المجموعة التجريبية الأفكار الإيجابية المؤدية إلى التفاعل الاجتماعي
2. نقد الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية .
3. شرح أمثلة لهذه الأفكار .
4. تأكيد التفكير الإيجابي .

الإجراءات :

1. مناقشة الواجبات المنزلية .
2. إلقاء محاضرة تتضمن .
 - بعض الأفكار الإيجابية الخاصة بالمواقف الاجتماعية .
 - أنماط التفكير الإيجابي .
 - تأثير هذه الأنماط على التفاعل الاجتماعي .
3. يقوم بعض أفراد المجموعة التجريبية بعرض مختصر لبعض الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية .
4. تشجيع الأفراد الذين شاركوا وتعزيزهم باستخدام التعزيز اللفظي وغير اللفظي (استخدام الباحثة لتعبيرات الوجه والإيماءات الموحية بالرضا والقبول)
5. تعزيز الثقة بالنفس مهما كان حجم المشاركة .
6. حث الأفراد الذين لم يشاركوا على المشاركة في المرات القادمة .

الواجبات المنزلية :

- واجب الجلسة الخامسة : تسجيل الأفكار الإيجابية عن المواقف الاجتماعية .
- واجب الجلسة السادسة : تسجيل بعض الآثار الإيجابية للتفكير الإيجابي .
- ملحوظة : يتم مناقشة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة الخامسة في بداية الجلسة السادسة

الجلسات من السابعة إلى الثالثة عشر

عناوينها : مهارات التفاعل الاجتماعي ، وتحقيق التواصل الاجتماعي .

ملحوظة : سيتم عرض أهداف الجلسات معاً ثم يتم عرض إجراءات التفاعل الاجتماعي كل جلسة على حدة .

الأهداف :

1. أن تتعرف المجموعة التجريبية مهارات التفاعل الاجتماعي .
2. أن تتخلص المجموعة من الشعور بالاختلاف .
3. رفع الروح المعنوية والشعور بالقيمة الشخصية والثقة بالنفس .
4. التدريب على هدوء الأعصاب و الاسترخاء .
5. التدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية .
6. التدريب على التصرف بهدوء وحكمة في المواقف الاجتماعية المختلفة .
7. تحقيق التفاعل الاجتماعي .
8. تحقيق التواصل مع المجتمع الخارجي .

الإجراءات :

1. إجراءات الجلسة السابعة :
2. مناقشة الواجبات المنزلية .
3. إلقاء محاضرة عن مهارات التفاعل الاجتماعي تتضمن :
 - تعريف التفاعل الاجتماعي .
 - أهمية التفاعل الاجتماعي .
 - بعض مهارات التفاعل الاجتماعي .
 - أثر التفاعل الاجتماعي الجيد في حياتنا .
4. البدء في استخدام التحصين التدريجي بأن تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية التحدث في أي موضوع يرد على أذهانهم ولمدة دقيقة واحدة وهي جالسة في مكانها

5. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية ممارسة بعض تدريبات الاسترخاء من وقت لآخر

6. تعزز الباحثة استجابات المجموعة التجريبية من حين لآخر .

إجراءات الجلسة الثامنة :

1. تلقي الباحثة محاضرة موجزة مرة أخرى عن أهمية التفاعل الاجتماعي .
2. الإشادة بأداء المجموعة التجريبية في الجلسة السابقة .
3. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية التحدث عن أي حدث من الأحداث الجارية في المجتمع وذلك لمدة خمس دقائق متصلة وهي جالسة في مكانها
4. تقوم الباحثة بالتدخل أثناء الجلسة بمناقشة بعض النقاط و ذلك في الوقت الذي تراه مناسباً فقط حتى لا يسبب ذلك ارتباكاً للمتحدث .
5. تقدم الباحثة التعزيز لأفراد المجموعة التجريبية من وقت لآخر .

إجراءات الجلسة التاسعة :

1. الإشادة بأداء المجموعة التجريبية في الجلسة السابقة وحثهن على المزيد .
2. إلقاء محاضرة عن أهمية هدوء الأعصاب و التركيز و بث الثقة بالنفس والشعور بالقيمة الشخصية.
3. تطلب الباحثة من إحدى أفراد المجموعة التجريبية أن تطرح موضوع ما ، على أن تدور مناقشة بين أفراد المجموعة حول هذا الموضوع .
4. تعزز الباحثة استجابات المجموعة التجريبية من حين لآخر
5. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية أن يتزاورن إن أمكن .

إجراءات الجلسة العاشرة :

1. تسأل الباحثة عن الزيارات التي تمت ومعرفة مدة الزيارة ، وتطلب منهن طرح بعض الموضوعات التي دارت خلال الزيارة .
2. إلقاء محاضرة عن المواقف الاجتماعية تتضمن :
- أنواع المواقف التي يمكن أن يتعرض لها الفرد في المجتمع .

- كيفية التعامل مع مختلف فئات المجتمع .
- كيفية التصرف في المواقف الاجتماعية سواء المعروفة مسبقاً أو المفاجئة .
- 3. تعرض الباحثة على أفراد المجموعة التجريبية موقف اجتماعي معين وتطلب من كل واحدة منهم أن تخبرنا كيف .
- 4. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية إبداء رأيهم في تصرف زميلاتهن.
- 5. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية ممارسة بعض تدريبات الاسترخاء .
- 6. تستمر الباحثة في تعزيز استجابات أفراد المجموعة التجريبية من حين لآخر .

الواجبات المنزلية :

تقوم الباحثة بتوزيع عدد من الموضوعات على أفراد المجموعة التجريبية وتطلب منهم تجهيز ورقة عن هذه الموضوعات للعرض في الجلسة القادمة .

إجراءات الجلسة الحادية عشر :

1. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية عرض الورقة التي أعدتها كل واحدة أمام أفراد المجموعة (على منصة مثلاً) وليست في مكانها (ولا يسمح بالتعليق أو المناقشة)
2. الاستمرار في ممارسة بعض تدريبات الاسترخاء من حين لآخر .
3. تستمر الباحثة في تعزيز استجابات المجموعة التجريبية .

الواجبات المنزلية :

تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية تجهيز ورقة عن أي موضوع يروق لهم للعرض في الجلسة القادمة .

إجراءات الجلسة الثانية عشر :

1. تطلب الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية الصعود للمنصة وعرض موضوعاتهن مع فتح باب المناقشة وإبداء الرأي .
2. الاستمرار في ممارسة بعض تدريبات الاسترخاء من حين لآخر .
3. تستمر الباحثة في تعزيز استجابات المجموعة التجريبية .

إجراءات الجلسة الثالثة عشر : التواصل مع المجتمع :

1. تقوم الباحثة بدعوة أفراد من خارج المجموعة التجريبية لحضور الندوة .
2. تبدأ الباحثة في عرض موضوع الندوة ثم تطلب من أفراد المجموعة التجريبية المشاركة في الندوة أمام الحضور .
3. تقوم الباحثة بفتح باب المناقشة بين أفراد المجموعة التجريبية والأفراد من خارج المجموعة .
4. تستمر الباحثة في تعزيز استجابات المجموعة التجريبية .
5. بعد انتهاء الندوة وخروج الحاضرين (من خارج المجموعة التجريبية) تستطلع الباحثة آراء أفراد المجموعة التجريبية فيما حدث في الندوة وأدائهن فيها .
6. الإشادة بأدائهن أثناء الندوة .

الجلسة الرابعة عشر : عنوانها : التقييم

الأهداف :

1. مناقشة المجموعة التجريبية في مدى الاستفادة من البرنامج .
2. تعزيز الثقة بالنفس لدى المجموعة التجريبية .
3. تهيئة المجموعة التجريبية لإنهاء البرنامج .

الإجراءات :

1. نقد بعض الأفكار الواردة بالبرنامج الإرشادي .
2. مناقشة المكاسب التي تحققت مع المجموعة التجريبية .
3. التركيز على الثقة بالنفس ، وتشجيع المجموعة التجريبية على تحديد أهداف ترغبين في تحقيقها في المرحلة القادمة .
4. تعزيز قدرة أفراد المجموعة التجريبية على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية
5. الإجابة عن تساؤلات أفراد المجموعة التجريبية .
6. إنهاء الجلسة بأخذ وعد من أفراد المجموعة التجريبية بتجاوز خبرات الماضي السيئة والتفكير في المستقبل بطريقة إيجابية .

الجلسة الخامسة عشر : الجلسة الختامية .

الأهداف

1. التأكيد على المجموعة التجريبية على الاستمرار في اتباع ما تم تعلمه في البرنامج الإرشادي.
2. التطبيق البعدي لمقياس الرهاب الاجتماعي .
3. الاتفاق على تطبيق المتابعة بعد شهرين من هذه الجلسة تقريباً .

الإجراءات :

1. تشجيع المجموعة التجريبية على الاستمرار في تطبيق ومناقشة ما تم تعلمه والتدريب عليه في البرنامج .
2. توجيه نظر أفراد المجموعة التجريبية على إمكانية الاستعانة بباقي أفراد المجموعة في طلب الدعم عند الحاجة إلى المساندة في مواجهة بعض المشكلات في المستقبل .
3. إجراء التطبيق البعدي لمقياس الرهاب الاجتماعي .
4. الإنهاء مع الاتفاق على موعد إجراء مقياس .

منهج الدراسة والتصميم التجريبي:-

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باعتبارها تجربة تهدف إلى التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي وهو البرنامج المعرفي السلوكي للتخفيف من الرهاب الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية .

حيث تعتمد الدراسة على تصميم تجريبي ذو مجموعة واحد متجانسة

خطوات الدراسة :-

مرت الدراسة الحالية بعدة خطوات على النحو الآتي :

- 1 - تم استقراء الإطار النظري ، والدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة وذلك بهدف تحديد الإطار المرجعي لفروض الدراسة ، ومن ثم تحديدها والتدقيق في اختيار العينة وتحديدها وكذلك الاستفادة منه في إعداد البرنامج العلاجي.

2 - إجراء استطلاع الرأي لعدد من الطلبة والمعلمين للمرحلة الثانوية فيما يختص بمشاعر الرهاب الاجتماعي .

3 - إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة بالمسح الشامل قوامها (58) طالبة من طالبات الصف الثالث الثانوي من مجتمع الدراسة الأصلي ، تتراوح أعمارهن (17- 18) وتم تطبيق أدوات الدراسة على هذه العينة بهدف التحقق من صلاحيتها للتطبيق على العينة الكلية الميدانية ليشكلوا بعد ذلك أفراد المجموعة التجريبية .

4 - تقنين مقياس الرهاب الاجتماعي .

5 - إعداد وبناء البرنامج العلاجي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية (مرحلة المراهقة) .

6 - انتقاء عينة الدراسة على نحو يتضمن تماثلها .

وتتضمن عينة الدراسة، العينة الاستطلاعية وهي العينة التي تم تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية عليها ، والعينة التجريبية التي طبق عليها البرنامج العلاجي .

7 - تم اختيار عينة الدراسة (التجريبية) من المدارس الحكومية الثانوية بقطاع التعليم بزلتين ، وقد سحبت المجموعة التجريبية من مدرسة النساء الخالدات واللاتي تحصلن على درجات مرتفعة في مقياس الرهاب الاجتماعي ، وتكونت عينة الدراسة من (13) طالبة

8 - إجراء المجانسة بين أفراد المجموعة التجريبية قامت الباحثة بإجراء مجانسة بين أفراد المجموعة التجريبية في ضوء عدة متغيرات هي : -

العمر الزمني ، والوضع للاقتصادي والثقافي .

9 - تم تطبيق القياس القبلي للجماعة التجريبية .

10 - طبق البرنامج العلاجي بواقع خمس عشرة جلسة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً (الأحد - الثلاثاء - الخميس) ومدة الجلسة (60) دقيقة .

11 - استغرق تطبيق البرنامج العلاجي (5) أسابيع في الفترة من 9-2 2014 إلى

2 - 4 - 2014

12 - إجراء القياس البعدي بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة ، وذلك لمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس القبلي للوقوف على الأثر الفعلي للبرنامج

13 - إجراء القياس التتبعي على المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من انتهاء الباحثة من تطبيق البرنامج ، وذلك لمعرفة مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي ، حيث تمت المقارنة بين القياس التتبعي ونتائج القياس البعدي .

14 - معالجة الفرضيات باستخدام وسائل احصائية ملائمة لطبيعة البيانات وحجم العينة ونوعية الفروض المطروحة .

15 - تفسير ، ومناقشة نتائج الدراسة

16 - استخلاص التوصيات والبحوث المقترحة .

الأساليب الإحصائية :-

لقد قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة فروض وتساؤلات الدراسة وهي كما يلي :

1 - المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية .

2 - معامل ارتباط بيرسون - لحساب الثبات .

3 - اختبار " ت " T test للدلالة الفروق بين المتوسطات .

4 - معامل (كا²) لحساب دلالة الفروق .

5- اختبار كروسكال - وأليس لتحليل تباين الرتب .

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً: الوصف الإحصائي.

ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها.

• نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها.

• نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها.

• ملخص نتائج الدراسة.

ثالثاً: توصيات الدراسة.

رابعاً: بحوث مقترحة.

تمهيد:

بعد ما تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق، سيتم حالياً التطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول تحليل البيانات الواردة فيها، ويتم عرض الفرضيات وقراءة النتائج المتحصل عليها قراءة تستند إلى التفسير العلمي وفقاً للإطار النظري والبحوث والدراسات.

أولاً: الوصف الإحصائي:

تتناول الجداول الإحصائية التالية إجابات العينة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل وبعد تنفيذ التدخل الإرشادي .

جدول رقم (17)

- الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس القبلي للمجموعة التجريبية "ن=11"

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
1.	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء الحصص	6	54.5	5	45.5	0	0
2.	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين	2	18.2	3	27.3	6	54.5
3.	أشارك في الأنشطة الاجتماعية	7	63.6	4	36.4	0	0
4.	لا أحب مخالطة الناس	3	27.3	5	45.5	3	27.3
5.	أفضل السكوت في وجود الآخرين	4	36.4	4	36.4	3	27.3
6.	عندي حركات لا إرادية تزداد أمام الناس	5	45.5	4	36.4	2	18.2
7.	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي	6	54.5	3	27.3	2	18.2
8.	لا أحب الذهاب للمناسبات الاجتماعية (الأعراس)	9	81.8	0	0	2	18.2
9.	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين	6	54.5	4	36.4	1	9.1
10.	لا أحصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية	5	45.5	6	54.5	0	0
11.	أرفض تناول الطعام مع الآخرين	5	45.5	4	36.4	2	18.2

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
12.	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين	6	54.5	4	36.4	1	9.1
13.	أقبل النقد من الآخرين	6	54.5	3	27.3	2	18.2
14.	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون	4	36.4	5	45.5	2	18.2
15.	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين	11	100.0	0	0	0	0
16.	يقل ارتبائي تدريجياً كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين	4	36.4	5	45.5	2	18.2
17.	أخاف بشدة في المواقف الاجتماعية حتى لو تكررت	8	72.7	2	18.2	1	9.1
18.	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع	6	54.5	3	27.3	2	18.2
19.	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم	6	54.5	3	27.3	2	18.2
20.	أجد صعوبة في بدء الحديث مع الآخرين	6	54.5	5	45.5	0	0
21.	أجد حرجاً في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة	4	36.4	5	45.5	2	18.2
22.	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما	4	36.4	3	27.3	4	36.4
23.	أشعر بالرعب عند التفكير في الحديث أمام الآخرين	7	63.6	2	18.2	2	18.2
24.	لا أحيب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة	4	36.4	6	54.5	1	9.1
25.	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس	8	72.7	3	27.3	0	0

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
26.	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة	8	72.7	3	27.3	0	0
27.	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين	6	54.5	3	27.3	2	18.2
28.	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات	6	54.5	4	36.4	1	9.1
29.	عندما أتحدث أمام الآخرين أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث	6	54.5	1	9.1	4	36.4
30.	أكون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة (محاضرة عامة)	6	54.5	2	18.2	3	27.3
31.	عندما أنتهي من مقابلة زميلاتي أشعر بالسرور من هذه المقابلة.	2	18.2	4	36.4	5	45.5
32.	تصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين.	9	81.8	1	9.1	1	9.1
33.	أخاف من مواجهة الناس.	5	45.5	4	36.4	2	18.2
34.	أرتبك في الأماكن العامة.	7	63.6	4	36.4	0	0
35.	عند انتظاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة.	6	54.5	4	36.4	1	9.1
36.	أشعر عند لقائي الناس بالراحة والاسترخاء	6	54.5	5	45.5	0	0
37.	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي.	3	27.3	3	27.3	5	45.5
38.	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما.	5	45.5	5	45.5	1	9.1
39.	أخاف من لقاء الآخرين.	7	63.6	3	27.3	1	9.1

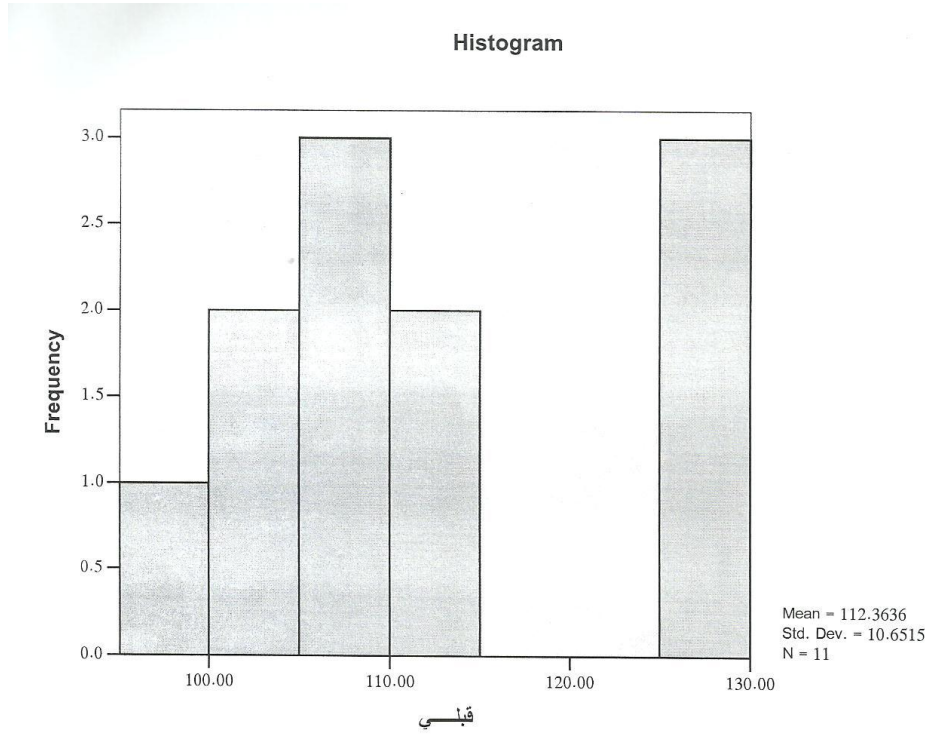
ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
40.	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك.	6	54.5	4	36.4	1	9.1
41.	أستطيع مجاراة الآخرين بسهولة.	7	63.6	4	36.4	0	0
42.	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم.	7	63.6	3	27.3	1	9.1
43.	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر.	9	81.8	2	18.2	0	0
44.	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.	7	63.6	3	27.3	1	9.1
45.	عند مواجهة مجموعة من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء.	5	45.5	6	54.5	0	0
46.	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم.	6	54.5	4	36.4	1	9.1
47.	أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور.	5	45.5	4	36.4	2	18.2

يتضح من خلال بيانات الجدول السابق أن المجموعة التجريبية في القياس القبلي كانت درجاتها مرتفعة على مقياس الرهاب الاجتماعي حيث كانت

درجاتهن تتراوح ما بين "98" إلى "130" علماً بأن الاختبار القبلي طبق بالمقياس الذي عدد فقراته 47 فقرة .

الشكل التالي يوضح الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس القبلي

الشكل رقم (4)



جدول رقم (18)

- الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي للمجموعة التجريبية "ن=11"

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
1.	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء الحصص	0	0	1	9.1	10	90.9
2.	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين	0	0	3	27.3	8	72.7
3.	أشارك في الأنشطة الاجتماعية	0	0	5	45.5	6	54.5
4.	لا أحب مخالطة الناس	0	0	4	36.4	7	63.6
5.	أفضل السكوت في وجود الآخرين	0	0	4	36.4	7	63.6
6.	عندي حركات لا إرادية تزداد أمام الناس	0	0	4	36.4	7	63.6
7.	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي	1	9.1	3	27.3	7	63.6
8.	لا أحب الذهاب للمناسبات الاجتماعية (الأعراس)	1	9.1	2	18.2	8	72.7
9.	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين	0	0	3	27.3	8	72.7
10.	لا أحصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية	0	0	3	27.3	8	72.7
11.	أرفض تناول الطعام مع الآخرين	0	0	0	0	11	100.0

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
12.	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	9.9
13.	أقبل النقد من الآخرين	0	0	3	27.3	8	72.7
14.	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون	0	0	0	0	11	100.0
15.	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين	0	0	5	45.5	6	54.5
16.	يقول ارتبكي تدريجياً كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
17.	أخاف بشدة في المواقف الاجتماعية حتى لو تكررت	0	0	0	0	11	100.0
18.	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع	0	0	0	0	11	100.0
19.	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم	0	0	3	27.3	8	72.7
20.	أجد صعوبة في بدء الحديث مع الآخرين	0	0	3	27.3	8	72.7
21.	أجد حرجاً في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة	0	0	4	36.4	7	63.6
22.	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما	0	0	0	0	11	100.0
23.	أشعر بالرعب عند التفكير في الحديث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
24.	لا أحيب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة	0	0	2	18.2	9	81.8
25.	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس	0	0	4	36.4	7	63.6

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
26.	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة	0	0	1	9.1	10	90.9
27.	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين	0	0	2	18.2	9	81.8
28.	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات	0	0	2	18.2	9	81.8
29.	عندما أتحدث أمام الآخرين أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث	0	0	3	27.3	8	72.7
30.	أكون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة (محاضرة عامة)	0	0	2	18.2	9	81.8
31.	عندما أنتهي من مقابلة زميلاتي أشعر بالسرور من هذه المقابلة.	0	0	0	0	11	100.0
32.	تصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين.	0	0	3	27.3	8	72.7
33.	أخاف من مواجهة الناس.	0	0	0	0	11	100.0
34.	أرتبك في الأماكن العامة.	0	0	2	18.2	9	81.8
35.	عند انتظاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة.	0	0	2	18.2	9	81.8
36.	أشعر عند لقائي الناس بالراحة والاسترخاء	0	0	0	0	11	100.0
37.	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي.	0	0	0	0	11	100.0
38.	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما.	0	0	1	9.1	10	90.9
39.	أخاف من لقاء الآخرين.	0	0	1	9.1	10	90.9

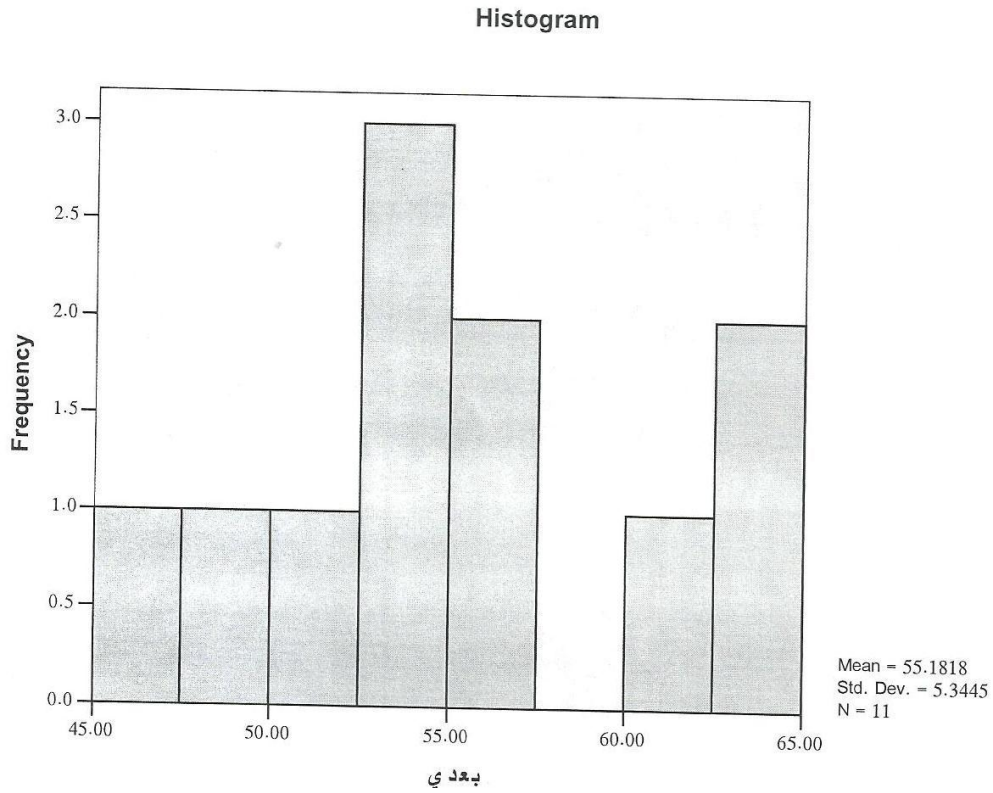
ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
40.	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك.	0	0	1	9.1	10	90.9
41.	أستطيع مجاراة الآخرين بسهولة.	0	0	2	18.2	9	81.8
42.	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم.	0	0	1	9.1	10	9.9
43.	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر.	0	0	1	9.1	10	90.9
44.	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.	0	0	0	0	11	100.0
45.	عند مواجهة مجموعة من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء.	0	0	2	18.2	9	81.8
46.	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم.	0	0	1	9.1	10	90.9
47.	أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور.	0	0	0	0	11	100.0

والجدول السابق يوضح النتائج بعد تطبيق البرنامج الإرشادي حيث تبين منها أن المجموعة التجريبية قد حققت معدلات التحسن ، مقارنة بالقياس القبلي

لها.

والشكل التالي يوضح الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي

الشكل رقم (5)



ثانياً: نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها

1- نتيجة التحقق من الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى من فرضيات الدراسة على أنه:

- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على

مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي.

- H_1 توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على

مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي.

- وللتحقق من صحة هذه الفرضية بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات

المعيارية لأفراد العينة على مقياس الرهاب الاجتماعي، ومن ثم حساب الفروق بين

متوسطات الدرجات في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) T.TEST

ويوضح الجدول رقم (19) نتائج قيمة الاختبارات لدلالة الفروق بين القياسين القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية

جدول رقم (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية لدرجات أفراد

العينة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي قبل العلاج وبعده.

القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	د.ح	مستوى الدلالة
القبلي	11	112.36	10.65	16.77	10	0.000
البعدي	11	55.18	5.34			

(ت) الجدولية = (2.228) عند مستوى دلالة (0.05).

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند أقل من مستوى (0.05)

بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية للقياس القبلي والقياس البعدي وقد جاءت الفروق

لصالح القياس البعدي.

حيث إن متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي (112.36) وهو يمثل

درجة عالية على مقياس الرهاب الاجتماعي.

فإن القياس البعدي يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي حيث انخفض إلى (55.18) وهو يقع

في فئة الرهاب البسيط (الطبيعي).

ومن هنا ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه:

- Hi توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي.

وتفسر الدراسة هذه النتائج في ضوء ما تم ممارسته من أساليب وفنيات إرشادية مختلفة في تعديل أفكار ومعتقدات المريض الخاطئة.

والتمست الباحثة النتائج الإيجابية للبرنامج بالملاحظة الشخصية للاستفادة من البرنامج وآراء معلمات ومشرفات الطالبات في المدرسة والأخصائية الاجتماعية وتعليقات طالبات المجموعة التجريبية عند الالتقاء بهن في التطبيق البعدي وأيضاً من خلال ملء استمارة تقييم البرنامج مما انعكس ذلك بصورة واضحة على أنشطة حياتهم اليومية، فالبرنامج كان من الأنشطة المحببة للطالبات، والذي ساعدهن في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي، والالتزام بالمواعيد واتباع الإرشادات اللازمة للبرنامج بالإضافة إلى تهيئة مكان مناسب يسمح لهن بالاسترخاء وتفرغ المكبوتات الداخلية، وشعورهن بالاطمئنان والراحة النفسية من خلال ما وفرته الدراسة من جو مناسب وألفة بين الباحثة والطالبات، والثقة والاحترام المتبادل، والتي جاءت بمثابة خبرة إيجابية لإعادة الثقة بالنفس والنظر إلى النفس بنظرة إيجابية مليئة بالتفاؤل والاستفادة من الاندماج في المجتمع وإثبات الذات، هذا كله أدى إلى نجاح البرنامج في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي.

فمن خلال إتاحة الفرصة أمام المجموعة التجريبية للمشاركة في إرشاد جماعي يتيح لهن تغيير معتقداتهن وأفكارهن السلبية، والاستبصار الذاتي وطرح الحلول للمشكلة من خلال معاشتها ومناقشتها مع الباحثة ومع المجموعة التجريبية إضافة إلى روح التعاون والتنافس التي سادت بينهن في النشاطات الاجتماعية وخاصة التي كانت داخل المدرسة من خلال المشاركة في الإذاعة المدرسية وإجراء حوار مع مدير المدرسة والمشاركة في الفصل ساهم إلى حد كبير في التخفيف من حدة الرهاب الاجتماعي لديهن، وذلك عكس ما كان يحدث قبل تطبيق البرنامج والتي لم تتح لهن فرصة المشاركة في إرشاد جماعي ولا حتى إرشاد يؤدي إلى استبصارهن الذاتي إضافة إلى ذلك لم يحدث من يوجهن ويرشدهن إلى كيفية تجنب الأساليب غير سوية وتعزير الأساليب السوية المقبولة اجتماعياً التي تجعلهم أكثر اندماجاً في المجتمع المحيط.

كل هذا أدى إلى وجود فروق دالة بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت أهمية استخدام العلاج المعرفي السلوكي بفنياته وأساليبه المتعددة في التغلب على الشعور بالرهاب الاجتماعي ومن هذه الدراسات:

دراسة أمان أحمد محمود "1994"، ودراسة آن البانو "1998"، ودراسة بولاك "2004"، ودراسة ريشاردز "2004" ودراسة رضية شمسان "2004"، ودراسة أمان عبدالمقصود عبدالوهاب "2006" ودراسة أوست وآخرين "2000".

جدول رقم (20)

الوصف الاحصائي لمقياس الرهاب الاجتماعي في القياس التتبعي للمجموعة التجريبية "ن=11"

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
1.	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء الحصص	0	0	2	18.2	9	81.8
2.	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين	0	0	2	18.2	10	90.9
3.	أشارك في الأنشطة الاجتماعية	0	0	2	18.2	8	72.7
4.	لا أحب مخالطة الناس	0	0	2	18.2	9	81.8
5.	أفضل السكوت في وجود الآخرين	0	0	2	18.2	9	81.8
6.	عندي حركات لا إرادية تزداد أمام الناس	0	0	0	0	11	100.0
7.	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي	0	0	5	45.5	6	54.5
8.	لا أحب الذهاب للمناسبات الاجتماعية (الأعراس)	0	0	1	9.1	10	90.9
9.	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين	0	0	0	0	11	100.0
10.	لا أحصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية	0	0	4	36.4	7	63.6
11.	أرفض تناول الطعام مع الآخرين	0	0	0	0	11	100.0

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
12.	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
13.	أقبل النقد من الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
14.	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون	0	0	2	18.2	9	81.8
15.	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
16.	يقل ارتبائي تدريجياً كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين	0	0	0	0	11	100.0
17.	أخاف بشدة في المواقف الاجتماعية حتى لو تكررت	0	0	0	0	11	100.0
18.	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع	0	0	2	18.2	9	81.8
19.	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم	0	0	1	9.1	10	90.9
20.	أجد صعوبة في بدء الحديث مع الآخرين	0	0	0	0	11	100.0
21.	أجد حرجاً في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة	0	0	1	9.1	10	90.9
22.	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما	0	0	0	0	11	100.0
23.	أشعر بالرجب عند التفكير في الحديث أمام الآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
24.	لا أجب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة	0	0	2	18.2	9	81.8
25.	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس	0	0	2	18.2	9	81.8

ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
26.	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة	0	0	1	9.1	10	90.9
27.	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين	0	0	1	9.1	10	90.9
28.	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات	0	0	0	0	11	100.0
29.	عندما أتحدث أمام الآخرين أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث	0	0	0	0	11	100.0
30.	أكون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة (محاضرة عامة)	0	0	0	0	11	100.0
31.	عندما أنتهي من مقابلة زميلاتي أشعر بالسرور من هذه المقابلة.	0	0	0	0	11	100.0
32.	تصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين.	0	0	1	9.1	10	90.9
33.	أخاف من مواجهة الناس.	0	0	0	0	11	100.0
34.	أرتبك في الأماكن العامة.	0	0	1	9.1	10	90.9
35.	عند انتظاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة.	0	0	0	0	11	100.0
36.	أشعر عند لقائي الناس بالراحة والاسترخاء	0	0	0	0	11	100.0
37.	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي.	0	0	0	0	11	100.0
38.	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما.	0	0	0	0	11	100.0
39.	أخاف من لقاء الآخرين.	0	0	0	0	11	100.0

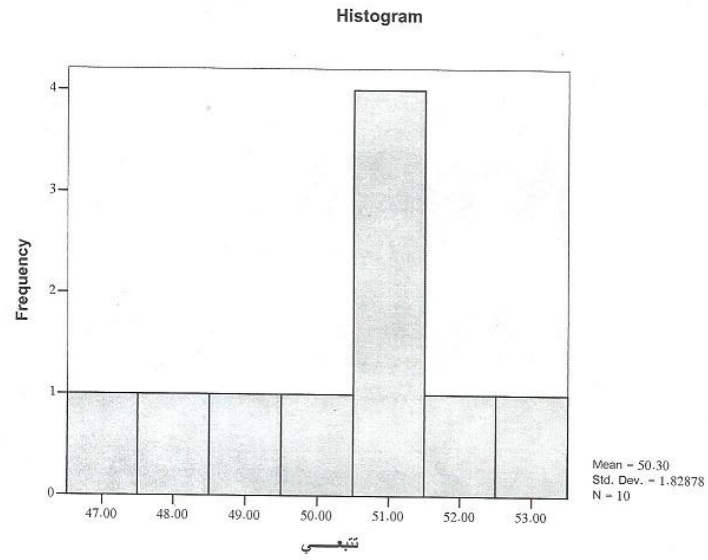
ر.م	الفقرة	غالباً		أحياناً		نادراً	
		ك	%	ك	%	ك	%
40.	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك.	0	0	2	18.2	9	81.8
41.	أستطيع مجاراة الآخرين بسهولة.	0	0	0	0	11	100.0
42.	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم.	0	0	0	0	11	100.0
43.	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر.	0	0	0	0	11	100.0
44.	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.	0	0	0	0	11	100.0
45.	عند مواجهة مجموعة من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء.	0	0	0	0	11	100.0
46.	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم.	0	0	0	0	11	100.0
47.	أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور.	0	0	0	0	11	100.0

وبيانات الجدول السابق تؤكد مدى فاعلية البرنامج العلاجي في علاج الرهاب الاجتماعي فقد استمرت نتائج البرنامج العلاجي في القياس التتبعي

والشكل التالي يوضح الوصف الإحصائي لمقياس الرهاب في القياس التتبعي

الشكل رقم (6)

Explore



2- نتيجة التحقق من الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية من فرضيات الدراسة على أنه:

- H_0 لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

- H_1 توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على مقياس الرهاب الاجتماعي، ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس البعدي والتتبعي باستخدام اختبار "ت" T.Test

ويوضح الجدول رقم (21) نتائج قيمة الاختبارات لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية .

جدول رقم(21)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية لدرجات أفراد العينة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي للقياس البعدي والتتبعي للعلاج.

القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	د.ح	مستوى الدلالة
البعدي	11	55.18	5.34	3.22	10	0.010
التتبعي	11	50.30	1.82			

"ت" الجدولية = (2.228) عند مستوى دلالة (0.05)

ويتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية للقياس البعدي والقياس التتبعي وقد جاءت الفروق لصالح القياس التتبعي (بعد مضي شهرين).

حيث إن متوسط درجات المبحوثات على مقياس الرهاب الاجتماعي في القياس البعدي أعلى من متوسط درجات المبحوثات على نفس المقياس في القياس التتبعي للجماعة التجريبية بعد مضي شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا يؤكد استمرار فاعلية البرنامج العلاجي حيث انخفض إلى (50.30) حيث يقع في فئة الأسوياء .

وبهذا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه:

- H_i توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التتبعي (بعد مضي شهرين).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأسلوب الإرشادي المستخدم الذي ساعد في استمرار تأثير البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية، وهذا بفضل ساعد على عدم حدوث انتكاسية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وأيضاً إلى العلاقات الودية بين الباحثة والمسترشديات كونها أخصائية اجتماعية تعمل بنفس المدرسة وهذا الأمر ساعد في التواصل بينهن والاندماج معاً ليعيشوا كأ أسرة واحدة وهذا ما خلق جواً من الثقة والطمأنينة بينهن، بالإضافة إلى تجاوبهن لتعليمات الباحثة في التدريب على الاسترخاء وإنجاز الواجبات المنزلية التي ارتبطت بمفاهيم البرنامج وفنياته.

بالإضافة لما سبق فقد قامت الباحثة بإشراك بعض أفراد المجموعة التجريبية في أنشطة إذاعية ومسرحيات في مهرجان المدرسي كمساندة نفسية.

حيث أكدت الدراسة على سعي البرنامج في انتقال الخبرة من داخل الجلسات العلاجية إلى واقعهن المعاش وذلك من خلال ما تم تكليفهن به من واجبات منزلية، والتي تعد وسيلة هامة للتأكيد على ما تم التدريب عليه داخل الجلسات العلاجية.

وأيضاً ظهرت النتائج للباحثة من خلال نتائج تقييم جلسات البرنامج والتقييم النهائي للبرنامج فقد أوضحت استجابات الطالبات بالبرنامج، وأن استفادتهن من البرنامج كبيرة جداً، وأن مستوى الرهاب الاجتماعي انخفض لديهن فقد أضاف لهن البرنامج خبرات جديدة، وساعدهن في

تغيير طريقة تفكيرهن عند التعامل مع المواقف المختلفة المسببة للرهاب الاجتماعي وزيادة قدرتهن في ضبط النفس والاسترخاء، كما أن سلوكهن تغير وأصبحن أكثر إيجابية وزادت ثقتهن بأنفسهن.

كل ذلك ساعد في استمرار أثر البرنامج في خفض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء تطبيق البرنامج ومتابعته بعد مدة شهرين.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة بولاك (2004) ودراسة رضية شمسان (2004)، ودراسة أمان عبدالمقصود (2005)، ودراسة حامد الغامدي (2013)، ودراسة بلحسيني وردة (2011).

مجمل نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية من خلال إجراء المعالجة الإحصائية المناسبة إلى النتائج التالية:

- 1- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح القياس البعدي.
- 2- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرهاب الاجتماعي في التطبيق البعدي والتطبيق التبعي لصالح التطبيق التبعي بعد مضي شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

ثالثاً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة، تقوم الباحثة بتقديم توصياتها عليها تكون عوناً وسنداً لمساعدة الطلبة الذين يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي وتكون طريق هداية لكل من يقوم بعملية التعليم والتربية لمرحلة المراهقة والتعامل معهم:

- 1- حث أولياء الأمور على توفير فرص تعليم لأبنائهم في مهارات التحدث والمناقشة وإدارة الحوار منذ الصغر لاختزال مواقف الرهاب الاجتماعي بالتدرج بما لا يسمح بفرص ظهورها لدى الأبناء مستقبلاً.

- 2- إرشاد أولياء الأمور على إكساب أبنائهم الثقة بالنفس والجرأة في المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها والاستماع للأبناء والتقرب منهم.
- 3- مراقبة سلوكيات الأبناء عند عدم مشاركتهم بالحديث مع الآخرين، واكتشاف مظاهر الانطواء الاجتماعي للوصول إلى علاج هذه السلوكيات قبل تطورها.
- 4- ضرورة إعداد برامج عن أساليب الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك من أجل إعداد وتأهيل الأخصائيين والمرشدين في المدارس لتزويدهم بالخبرات اللازمة في كيفية التعامل مع الطلبة لإكسابهم الثقة بأنفسهم.
- 5- الحاجة الماسة إلى مسح شامل ودقيق لتحديد حجم مشكلة اضطراب الرهاب الاجتماعي والاضطرابات النفسية الأخرى في المجتمع الليبي.
- 6- إشراك الطلبة بالأنشطة اللامنهجية والرياضية مع المجتمع المحلي لكسر حاجز الخوف لديهم من مواجهة الآخرين.
- 7- ضرورة وجود مراكز للعلاج النفسي بصفة عامة والعلاج المعرفي السلوكي بصفة خاصة في مراكز الرعاية الأولية.
- 8- ينبغي على القائمين والمهتمين في مجال الصحة النفسية الأخذ بالنظام التكاملي (الطبي، النفسي، الاجتماعي...الخ) عند التشخيص وعلاج أي اضطراب من الاضطرابات النفسية لدى الأفراد الذين يعانون منه، وذلك خدمة لصالح الفرد ولصالح المجتمع.
- 9- استغلال وسائل الإعلام لتوعية الأسر بخطورة سلوك التجنب الاجتماعي من الأفراد وحث الذين يعانون من هذه المشكلة على العلاج.

رابعاً: بحوث مقترحة

- تقترح الباحثة إجراء عدد من الدراسات في مجال الدراسة الحالية والتي يمكن أن تساعد الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي في مختلف جوانب حياتهم منها:
- 1- إجراء دراسات مماثلة على فئة الذكور مرتفعي الرهاب الاجتماعي.
 - 2- إجراء مسح عام لقياس مدى انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بين الطلبة وغيرهم.

- 3- إجراء دراسات لمدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي عند فئة كبار السن، وخاصة عند إحالة الإنسان للتقاعد، حيث يشعر بالإحباط نتيجة للفراغ الذي هو فيه.
- 4- إجراء دراسات يتم من خلالها المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من العلاجات.
- 5- إجراء دراسات على عينات أخرى غير الطلاب، وعينات إكلينيكية.
- 6- دراسة العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وبعض المتغيرات الأخرى كالرضا عن الحياة والاكئاب لدى عينة من المراهقين.
- 7- إجراء دراسات لبرامج إرشادية تهتم بالإرشاد الديني والنفسي لتنمية المهارات الاجتماعية وخفض الرهاب الاجتماعي لدى الطالبات.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

المراجع

- القرآن الكريم

- السنة النبوية

أولاً: المراجع العربية

- 1- ابرادلي ت وآخرون: 35 أسلوباً على كل مرشد معرفتها، ترجمة هالة ماروق المسعود: عمان، دار الراية لنشر والتوزيع، 2012.
- 2- إبراهيم الصيخان، الاضطرابات النفسية والعقلية "الأسباب والعلاج"، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، 2010.
- 3- أحمد الحريري، العلاج النفسي الجنائي- نماذج علمي وعمل في الدراسات التجريبية الإكلينيكية، بيروت، دار العزابي، 2009.
- 4- أحمد جاسم، بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، 2001.
- 5- أحمد عبدالخالق وحياء البناء، الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقتها بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي، مجلة دراسات نفسية م16، ع4 القاهرة 2006.
- 6- أحمد عبدالخالق، الصدمة النفسية، الكويت، دار اقرأ 2006.
- 7- أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية، 2003.
- 8- أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1998.
- 9- أحمد متولي عمر، مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تحقيق الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، 1994.
- 10- أحمد محمد عبدالخالق، الدراسة التطورية للقلق، الطبعة الثانية ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، 2000.
- 11- أرثريل - ترجمة أ. عبدالحكيم الخزامي، الفوبيا الخوف المرضي من الأشياء والتغلب عليها، القاهرة، الدار الأكاديمية للعلوم، 2011.

- 12- آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى القاهرة، دار الأفاق العربية، 2000.
- 13- آرون بيك، جان سكوت، مارك وليامز: العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية موسوعة علم النفس العياري (5) ترجمة. حسن مصطفى عبدالمعطي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، 2002.
- 14- أسامة فاروق مصطفى، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسباب - التشخيص - العلاج، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2011.
- 15- أماني عبدالمقصود، مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والشبان، القاهرة، الأنجلو المصرية، 2007.
- 16- أمثال الحويلة، القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنظريات والعلاج، القاهرة، دار اشراك، 2010.
- 17- أمثال هاديه الحويلة، أحمد محمد عبدالخالق، مدى فاعلية تمارين الاسترخاء العضلي في خفض القلق لدى طالبات الثانوي، دراسات نفسية، العدد الثاني، القاهرة، 2002.
- 18- بالمرس ، كوروين ب ، رودل ب ، العلاج المعرفي - السلوكي المختصر ، ترجمة : محمود مصطفى ، دار ايتراك القاهرة ، 2008 .
- 19- بدر الأنصاري: المرجع في مقاييس الشخصية، الكويت، الكتاب الحديث، 2002.
- 20- بدر محمد الأنصاري، المرجع في اضطرابات الشخصية، الكويت، دار الكتاب الحديث، 2006.
- 21- بشير صالح الرشيد، راشد علي السهل، مقدمة في الإرشاد النفسي، الكويت، مكتبة الفلاح لنشر والتوزيع "2000".
- 22- بيرل س بيرمان ، قواعد التشخيص والعلاج النفسي ، دار ايتراك ، القاهرة ، 2004.
- 23- جمال الخطيب: تعديل السلوك الإنساني، عمان دار الفكر، 2011.
- 24- جمال الخطيب، تعديل السلوك، القوانين والإجراءات، الطبعة 2، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع ، 1990.
- 25- حامد الغامدي، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، رسالة دكتوراه غير منشوره، القاهرة، جامعة عين شمس، 2005.
- 26- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2005، القاهرة، عالم الكتب.

- 27- حسام الدين محمود عزب، العلاج السلوكي الحديث، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1981.
- 28- حسان المالح، الخوف الاجتماعي، جدة دار المنار، 1995.
- 29- حسين طه، استراتيجيات الحجل والقلق الاجتماعي، عمان، دار الفكر، 2009.
- 30- حسين على فايد، الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من هو في الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي العدد الثامن عشر، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، 2004.
- 31- حسين فائد، علم النفس المرضى، الإسكندرية، حورس الدولية، 2004.
- 32- حنان عبد الحميد العنابي، ، الصحة النفسية للطفل، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع، 1990.
- 33- حنفي محمود إمام، نور أحمد الرمادي، علم النفس السلوك، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2001.
- 34- خالد محمد عسل، العلاج المعرفي السلوكي للنمط السلوكي، الإسكندرية، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، 2008.
- 35- دبراهوب وريتشارد هيمبرج (ترجمة) محمد نجيب الصوة (2002): الرهاب والقلق الاجتماعي (في) صفوت فرج وآخرين (محرر) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- 36- روبرت ليهي ، العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية ، ترجمة جمعة يوسف ، محمد الصبوة ، دار ايتراك ، القاهرة ، 2006 .
- 37- زينب ستقير: مدى فاعلية أساليب العلاج المعرفي في علاج بعض حالات الشره العصبي، مجلة دراسات نفسية، م 9، ع4، القاهرة، 1999.
- 38- سامر جميل رضوان، القلق الاجتماعي، دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عينات سورية، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة العاشرة، العدد التاسع عشر، قطر، 2001.
- 39- سعاد هاشم عبد السلام قصيبات، علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، مصراتة دار مصراتة للكتاب، 2002.

- 55- عبد الله عسكر ، الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 2005.
- 56- عبد المنعم الحفني ، موسوعة الطب النفسي، المجلد الثاني، القاهرة ، مكتبة مدبولي ، 1978م.
- 57- عبد المنعم طلعت، المخاوف الاجتماعية لدى المراهقين والمراهقات، دراسة نفسية، مج7، العدد2، 1992.
- 58- عبدالحكيم الحجاوي، موسوعة الطب النفسي، الأردن عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2000.
- 59- عبدالستار إبراهيم، العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليب وميادينه التطبيقية، القاهرة، الدار العربية لنشر والتوزيع، 1998.
- 60- عبدالستار إبراهيم، علم النفس الإكلينيكي، مناهج التشخيص والعلاج النفسي، الرياض، دار المريخ للنشر، 1988.
- 61- عبدالوهاب محمد كامل، علم النفس الفسيولوجي القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 1991.
- 62- عثمان أمين، العصاب مفهومه وأعراضه وخصائصه وتفسيره وأمراضه النفسية، بنغازي، دار العالم للنشر والطباعة ، 2004.
- 63- عثمان نجاتي ، الدراسات النفسية عند علماء المسلمين ، القاهرة ، دار الشروق ، 1992.
- 64- علاء الدين كفاي: الصحة النفسية، ط4، القاهرة ، هجر للطباعة والنشر، 1997.
- 65- علاء فرغلي، مهارات العلاج المعرفي السلوكي، ط2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2008.
- 66- علي أحمد السيد، محمد محمود محمد، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الزهراء، الرياض، 2011.
- 67- قتيبة الجبلي، فهد يحيى، العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الرياض، الشركة الإعلامية لتوزيع، 1996.
- 68- لطفي الشربيني، الطب النفسي ومشكلات الحياة، لبنان، دار النهضة العربية، 2003.
- 69- لويس كامل مليكة: العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، (د. ناشر) 1994.
- 70- ماهر محمود عمر، العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، رؤية تحليلية لمدرسة ألبرت إليس الإرشادية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- 71- مجدي الدسوقي، مقياس الرهاب الاجتماعي، القاهرة، الأنجلو المصرية، 2004.
- 72- مجدي محمد الدسوقي: دراسات في الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو، 2008.
- 73- محمد الحجار، الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي السلوكي، دار النقاش للطباعة، بيروت، لبنان، 1999.
- 74- محمد السيد عبدالرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب- الأعراض- التشخيص- العلاج)، القاهرة دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 2001.
- 75- محمد حجاز : تشخيص الأمراض النفسية، دار النفائس، دمشق، 2004.
- 76- محمد حجاز، فن الإرشاد النفسي السريري (الكلينيكي) الحديث المختصر مؤسسة الرسالة، بيروت، 2004.
- 77- محمد حسن غانم: الوجيز في العلاج النفسي السلوكي، الإسكندرية، المكتبة المصرية للنشر، 2004.
- 78- محمد عبدالنواب معوض، أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا، 1996.
- 79- محمد محروس الشناوي، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للنشر، 1994.
- 80- محمود حمودة ، النفس أسرارها وأمراضها ، القاهرة مركز كمبيوتر كلية الصيدلة ، جامعة القاهرة ، 1997.
- 81- محمود عواد، معجم الطب النفسي والعقلي، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، 2004.
- 82- ناصر المحارب، المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء، الرياض، 2000.
- 83- نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة 4، دمشق، 2001.
- 84- هوب أ ، هيمبورغ ، اضطراب الرهاب الاجتماعي ، في ديفيد بارلو ((محرر)) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ، ترجمة صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، 2002.

الرسائل العلمية:

1. أحمد متولي عمر ، مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، جامعة طنطا ، 1993 .
2. أحمد محمد عبد الخالق وحياة خليل البنا، 2006، الخوف من الأماكن الممتّعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي، جامعة الكويت.
3. أمان أحمد محمود ، فاعلية العلاج بالتحصين التدريجي والتدريب التوكيدي في علاج المخاوف الاجتماعية ، مجلة الإرشاد النفسي ، العدد الثاني ، السنة الثانية ، مركز الإرشاد النفسي ، كلية التربية جامعة عين شمس .
4. أمجد أبو جدي ، القلق الاجتماعي والشعور بالوحدة وكشف الذات في إيمان الأنترنت ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان ، 2004.
5. إيمان بنجاي: الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2008.
6. بلحسيني وردة ، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه ، جامعة قاصدي ورقلة ، 2011 .
7. حامد الغامدي ، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، 2005.
8. حنان حسين الميل، فاعلية أسلوب العلاج باللعب والتدريب التوكيدي في تحقيق إرهاب الاجتماعي لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة بدولة الكويت، جامعة القاهرة، رسالة دكتوراه، 2010.
9. دانية عثمان دهلوي ، الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بقسميها العلمي والأدبي بمدينة مكة المكرمة ، رسالة ماجستير ، جامعة أم القرى السعودية ، 2010.
10. ربيعة سالم عياد، 2011م، عن: مدى فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ التعليم الأساسي في مدينة طرابلس، طرابلس ، رسالة ماجستير .
11. طاهر عمار، فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الشباب ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، 2006.

12. طاهر عمار، فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عتبه من الشباب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2006.
13. عادل السيد البنا ، مخاوف الاتصال الشفهي وعلاقتها بالقلق الاجتماعي وأساليب التعليم لدى عينة من طلاب اللغة الإنجليزية بكلية التربية ، دكتوراه غير منشورة ، مجلة مستقبل التربية العربية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2002م.
14. علاء على حجازي ، الفلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية غزة ، 2013.
15. كتاب العتيبي ، الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض .
16. محمد إبراهيم عيد ، دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب ، مجلة كلية التربية ، وعلم النفس ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق ، العدد الرابع والعشرون ، الجزء الرابع ، 2000 .
17. محمد السيد عبد الرحمن وهانم عبد المقصود ، المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي وعلاقتها بالتوجيه نحو مساعدة الآخرين لدى طلبة الجامعة ، محمد السيد عبد الرحمن (1998) ، دراسات في الصحة النفسية ص ص 149-199 ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر ، 1998.
18. ناريمان الرفاعي، فاعلية التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الكويت، 2008.

المراجع الأجنبية :-

- 1- Albano, Ann, M.C1998 .Social Phobia in Chilbren abolescents : Current Treatment Approaches : [http // WWW.mcmaster.ca/inabi=98/](http://WWW.mcmaster.ca/inabi=98/) amerinyeh /albino 0303/ Twoihtmt .
- 2- American Psychatric Association "1994" Diaynostic and Statistical Manual Of Mental Disords , Uth ed ."DSM-iv". Washigton , Dc: American Psyehiatric Association .
- 3- American Psyhiatric Association (2002), D.S.M. IV: Diagnostic and statistical manual of mehtal disorders, fourth edition, text revision, published by the American psychiatric association, Washington DC, PP 450-456.
- 4- Baron, R.A. (1989), psychology: The essential science, London: Allyn & Bacom.
- 5- Beck, A:Emery, G "1985" Anxiety Disorders and Phobias : Acognitive Perspective. Newyork :Basic Books.
- 6- First MB, Frances A, Princus H "1999" Dsm - IV Diagnostics Diffeveutiels , Traduction Couruble E, Masson, Paris .
- 7- Gold Feid, D.C. (1974): behavior patterns, stress and coronary disease annual meeting of society for behavioral medicine, Chicago.
- 8- Heimberg,& Liebowitz, Micjael. R,Debras A. H; Schneier -Franklin, R; Holt, Graig ,S. Welkowitz, Lawrence , A;Juster, Harlah, R;Compeas,Raphael; Bruch, Monroe , A; Cloitre, Maylene , Falloh Brian; KleinDonaldF."1998" Coyhive Behaviorl Group Therapy Vs.Phenlzing Therapy For Social Phobia: 12 Week outcome .Archives of General Psychiatry /, Vol .55(12):1133-1141.
- 9- Johnathan, RT & Davidson M. P (2000) social anxiety, disorder under scrutiny. Depression and anxiety. Vol 11, no 2, PP 93-98.

10- Kessler, RC, Stang, P., Wittchen, H., & Walters, E. E. (1999), Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29, 555-567.

11- Lincoln Tania, Marie, Rief Wilhelm; Hahlweg, Kurt; Frahm, Monixia Voh; Witzleben, Lyes; Schroeder, Brigittie; Fiegeh, Baum, Wolfgang "2003" Effectiveness of an Empirically Supported Treatment For Social Phobia in The Field, *Behavior Research and Therapy*, Vol 41 (11)1251-1269.

12- Mineka, S., & Zinbarg, R. (1995) conditioning and ethological models of social phobia. In R. G Heimberg, M. R. Liebowitz & D. A. Hope (Eds), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp 34-162). New York: Guilford.

13- Rosser, Stephanie; Erskine, Alicia; Grih, Rocco "2004" Pre Existing Antidepressants and The Outcome of Group Cognitive Behavior Therapy For Social Phobia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol38 (4) 233-239).

14- Stangier, D.; Heidebreich, T; Peitz, M; Lautahbach, W; Clark, D.M "2003" Cognitive Therapy For Social Phobia: Individual Versus Group Treatment *Behavior Research and Therapy* Vol.41 (9) 991-1007).

15- Stein, M.B. & Walker, J.R "2001" *Triumph Over Shyness: Conquering Shyness and Social Anxiety* New York: McGraw-Hill.

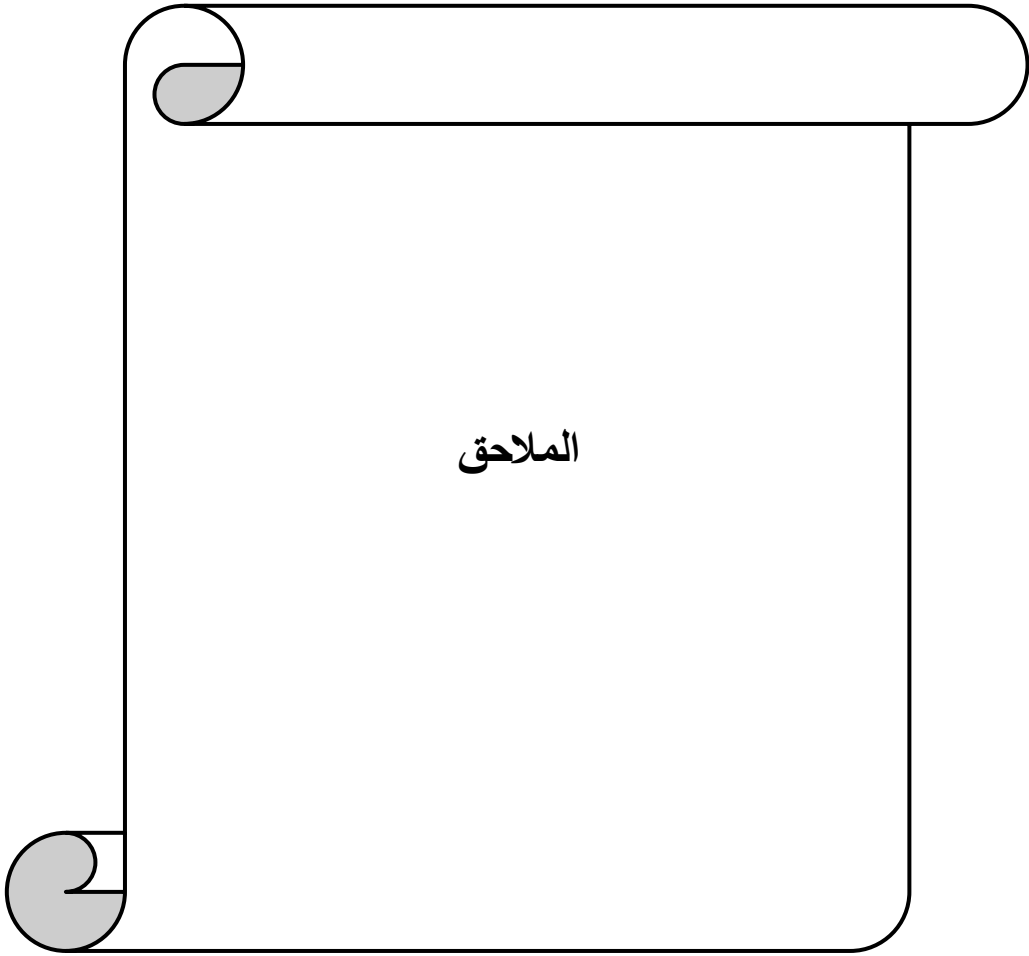
16- Stuart, A.M. (1999), Social phobia: diagnosis, severity and implications for treatment. *European Archives of psychiatry & clinical Neuroscience*, Vol 249, Suppl. 1, PP 1-6.

17- Turner, S. M, Beidel D.C, & Townsley R. M. (1992) Social phobia: A Comparison and avoidant personality disorder *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 101, No.2, PP 326 - 331.

18– Woody , Sheila , R:Adessky,R; Adessky, Rhohdas ; Robert , L "2002"
Therapeutic Alliance , Group Cohesion –and Homework Compliance Puring
Cognitive Behavioral Group Trea Tment of .So.

19– World Health organization (I.C.D 10) classification of Mehtal and
Behavioral disorder (1992) Diagnostic criteria for Research, Geneva.

20– Zal. H. M. (2000) social anxiety disorder: how to help. Pray Benefit
Trends, Vol 12, No. 10, PP 5–10.



الملاحق

ملاحق الدراسة

- 1 قائمة المحكمين.
- 2 المقياس في صورته الأولية.
- 3 المقياس بعد تعديل المحكمين
- 4 المقياس في صورته النهائية.
- 5 عقد الاتفاق.
- 6 البيانات الأولية
- 7 استمارة تقويم البرنامج الإرشادي.
- 8 استمارة الواجبات المنزلية.
- 9 احصائية بعدد طلاب مدارس زليتن بمرحلة التعليم الثانوي
- 10 المراسلات
- 11 العرض التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي.

(1) قائمة المحكمين

قائمة بأسماء محكمين المقياس

الجامعة	أسماء لجنة التحكيم	ت
جامعة المرقب	أ.د. مفتاح أبو جناح	1-
جامعة المرقب	أ.د. عثمان على اميمن	2-
جامعة مصراته	أ.د. أحمد بن رابعة	3-
جامعة طرابلس	أ.د. يعقوب موسى	4-
الجامعة الأسمرية	د. جمال بن زيد	5-
جامعة المرقب	أ.م.د. عبدالله علي البكوش	6-

لجنة وضع وتحكيم البرنامج

الجامعة	أسماء لجنة التحكيم	ت
جامعة المرقب	أ.د. مفتاح أبو جناح	1-
جامعة المرقب	أ.د. عثمان على اميمن	2-
جامعة مصراته	أ.د. أحمد بن رابعة	3-
جامعة طرابلس	أ.د. يعقوب موسى	4-
الجامعة الأسمرية	د. جمال بن زيد	5-
جامعة المرقب	أ.م.د. عبدالله علي البكوش	6-

(2) المقياس في صورته الأولى

مقياس الرهاب الاجتماعي " الفوبيا "
لطالبات الثانوي

الإسم :	العمر (بالسنة) :
القسم :	الفرقة :

التعليمات

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طالبات الثانوي ، حتى نستطيع تقديم الإرشاد والعلاج المناسب ، تحقيقا لأفضل مستوى من الصحة النفسية .

ويتضمن هذا المقياس عددا من العبارات التي تعبر عن الرهاب الاجتماعي والتي ينطبق بعضها عليك ، بينما لا ينطبق البعض الآخر .

والمطلوب في إجابات المبحوثات قراءة كل عبارة بعناية ، والاستجابة لتلك العبارات بما يتناسب مع مشاعرك ، ووضع علامة √ في المكان المناسب ، وهي تأخذ ثلاث إجابات كما يلي :-

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك غالبا ، ضع علامة √ تحت كلمة غالبا .

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك أحيانا ، ضع علامة √ تحت كلمة أحيانا .

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك نادرا ، ضع علامة √ تحت كلمة نادرا .

الرجاء الاستجابة لكل العبارات .

لاتوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والاختلاف في الاستجابة يرجع إلى اختلاف مشاعرك.

ليس هناك وقت محدد للاستجابة ، ولكن يرجى ألا تستغرق وقتا طويلا .

والآن يمكنك قلب الصفحة والبدء في الاستجابة .

م	العبارات	صالحة	غير صالحة	التعديل
1	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء المحاضرات .			
2	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين.			
3	أشارك في الأنشطة الاجتماعية .			
4	لا أحب مخالطة الناس .			
5	أفضل السكوت في وجود الآخرين .			
6	عندي حركات لا إرادية تزداد أمام الناس			
7	تسيطر على مشاعر الحزن .			
8	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين .			
9	أتجنب الحديث مع الجنس الآخر .			
10	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي .			
11	لا أحب الذهاب إلى المناسبات الاجتماعية (الأعراس).			
12	أنا متحدثة لبقة .			
13	لا احصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية			
14	أرفض تناول الطعام مع الآخرين .			
15	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين .			
16	أقبل النقد من الآخرين .			
17	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون .			
18	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين .			
19	يقل إرتبائي تدريجيا كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين .			
20	أخاف بشدة في المواقف الإجتماعية حتى لو تكررت .			
21	كل ما افعل نفس الشيء أمام الآخرين تزداد ثقتي بنفسي .			
22	يزداد توترتي في مواقف تقييم الآخرين لي .			
23	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع .			
24	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم .			
25	أجد صعوبة في بدأ الحديث مع الآخرين			
26	أجد حرجا في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة .			
27	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما .			
28	اشعر بالرعب عند التفكير في الحديث مع الآخرين			
29	لا أجيب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة			
30	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس .			

م	العبارات	صالحة	غير صالحة	التعديل
31	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة .			
32	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين .			
33	أحب طلب الأشياء بالكتابة لا بالكلام خوف من الرد (الصد)			
34	إذا وصلت اجتماعا متأخرة فإنني أفضل الوقوف أو مغادرة الاجتماع عن الجلوس في مقعد أمامي .			
35	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات .			
36	عندما أتحدث أمام الآخرين ، أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث .			
37	ألاحظ علامات الرضا على وجوه من أقابلهم .			
38	أكون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة أو حفل عام .			
39	عند الانتهاء من مقابلة زميلاتي اشعر بالسرور من هذه المقابلة.			
40	أفضل استخدام يداي أو التعبير بندرات صوتي أثناء الحديث للآخرين .			
41	تصبح أفكارني مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين .			
42	أخاف من مواجهة الناس .			
43	أرتبك في الأماكن العامة .			
44	عند انتضاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة .			
45	أشعر عند لقائي بالناس بالراحة والاسترخاء .			
46	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي .			
47	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما .			
48	أخاف من لقاء الآخرين .			
49	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك .			
50	أشعر بعدم الرضا عن نفسي بعد محاولتي الحديث أمام الآخرين.			
51	أستطيع مجارة الآخرين بسهولة .			
52	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم .			
53	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر .			
54	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.			
55	أجد بسهولة الكلمات التي تعبر عن أفكارني عند التحدث أمام الآخرين .			
56	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم .			

التعديل	غير صالحة	صالحة	العبارات	م
			أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور .	57
			أستطيع التغلب على إرتياكي في المواقف الإجتماعية بسرعة وسهولة .	58
			عند مواجهة جمع من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء .	59
			أتمنى العيش بمفردي .	60

انتهى المقياس شكرا

(3) المقياس بعد تعديل المحكمين

<p>الأكاديمية الليبية للدراسات العليا فرع مصراته</p> <p>قسم علم النفس</p> <p>شعبة التوجيه والإرشاد</p>	<p>وقت البداية:</p> <p>وقت الإنتهاء:</p> <p>التاريخ: / / 201م</p>
--	---

<p>الإسم :</p> <p>القسم :</p>	<p>العمر (بالسنة) :</p> <p>الفرقة :</p>
-------------------------------	---

التعليمات

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى طالبات المرحلة الثانوية ، حتى نستطيع تقديم الإرشاد والعلاج المناسب ، تحقيقا لأفضل مستوى من الصحة النفسية .

ويتضمن هذا المقياس عددا من العبارات التي قد ينطبق بعضها عليك ، بينما لا ينطبق البعض الآخر .

والمطلوب من الأخوات المشاركات قراءة كل عبارة بعناية ، والاجابة عن تلك العبارة بما يتناسب مع مشاعرك ، ووضع علامة √ في المكان المناسب ، وهي تأخذ ثلاث إجابات كما يلي:-

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك غالبا ، ضع علامة √ تحت كلمة غالبا .
- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك أحيانا ، ضع علامة √ تحت كلمة أحيانا .
- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك نادرا ، ضع علامة √ تحت كلمة نادرا .

الرجاء الاستجابة لكل العبارات .

لاتوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والاختلاف في الاستجابة يرجع إلى اختلاف مشاعر المشاركة .

ليس هناك وقت محدد للاستجابة ، ولكن يرجى ألا تستغرق وقتا طويلا .

والآن يمكنك قلب الصفحة والبدء في الاستجابة .

م	العبارات	غالباً	أحياناً	نادراً
1	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء الحصة .			
2	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين.			
3	أشارك في الأنشطة الاجتماعية .			
4	لا أحب مخالطة الناس .			
5	أفضل السكوت في وجود الآخرين .			
6	عندي لا إرادة تزداد أمام الناس			
7	تسيطر على مشاعر الحزن .			
8	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين .			
9	أتجنب الحديث مع الجنس الآخر .			
10	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي .			
11	لا أحب الذهاب إلى المناسبات الدينية (الأعراس).			
12	أنا متحدثة لبقة .			
13	لا احصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية			
14	أرفض تناول الطعام مع الآخرين .			
15	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين .			
16	أقبل النقد من الآخرين .			
17	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون .			
18	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين .			
19	يقول إرتباكي تدريجياً كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين .			
20	أخاف بشدة في المواقف الاجتماعية حتى لو تكررت .			
21	كل ما افعل نفس الشيء أمام الآخرين تزداد ثقتي بنفسي .			
22	يزداد توترتي في مواقف تقييم الآخرين لي .			
23	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع .			
24	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم .			
25	أجد صعوبة في بدأ الحديث مع الآخرين			
26	أجد حرجاً في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة .			
27	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما .			
28	اشعر بالرعب عند التفكير في الحديث مع الآخرين			
29	لا أجييب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة			
30	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس .			
31	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة .			

م	العبارات	غالباً	أحياناً	نادراً
32	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين .			
33	أحب طلب الأشياء بالكتابة لا بالكلام خوف من الرد (الصد)			
34	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات .			
35	عندما أتحدث أمام الآخرين ، أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث .			
36	ألاحظ علامات الرضا على وجوه من أقابلهم .			
37	أكون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة أو حفل عام .			
38	عند الانتهاء من مقابلة زميلاتي أشعر بالسرور من هذه المقابلة.			
39	أفضل استخدام يداي أو التعبير بنبرات صوتي أثناء الحديث للآخرين .			
40	تصبح أفكاري مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين .			
41	أخاف من مواجهة الناس .			
42	أرتبك في الأماكن العامة .			
43	عند انتضاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة .			
44	أشعر عند لقائي بالناس بالراحة والاسترخاء .			
45	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي .			
46	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما .			
47	أخاف من لقاء الآخرين .			
48	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك .			
49	أشعر بعدم الرضا عن نفسي بعد محاولتي الحديث أمام الآخرين.			
50	أستطيع مجارة الآخرين بسهولة .			
51	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم .			
52	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر .			
53	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.			
54	أجد بسهولة الكلمات التي تعبر عن أفكاري عند التحدث أمام الآخرين .			
55	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم .			
56	أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور .			
57	أستطيع التغلب على إرتباكي في المواقف الاجتماعية بسرعة وسهولة .			
58	عند مواجهة جمع من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء .			
59	أتمنى العيش بمفردي .			

انتهى المقياس شكرا

(4) المقياس في صورته النهائية

مقياس الرهاب الإجتماعي " الفوبيا "
لطالبات الثانوي

الإسم :	العمر (بالسنة) :
القسم :	الفرقة :

التعليمات

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى الرهاب الاجتماعي لدى طالبات الثانوي ، حتى نستطيع تقديم الإرشاد والعلاج المناسب ، تحقيقا لأفضل مستوى من الصحة النفسية .

ويتضمن هذا المقياس عددا من العبارات التي تعبر عن الرهاب الاجتماعي والتي ينطبق بعضها عليك ، بينما لا ينطبق البعض الآخر .

والمطلوب في إجابات المبحوثات قراءة كل عبارة بعناية ، والاستجابة لتلك العبارات بما يتناسب مع مشاعرك ، ووضع علامة √ في المكان المناسب ، وهي تأخذ ثلاث إجابات كما يلي :-

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك غالبا ، ضع علامة √ تحت كلمة غالبا .

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك أحيانا ، ضع علامة √ تحت كلمة أحيانا .

- إذا كانت العبارة تطابق مشاعرك نادرا ، ضع علامة √ تحت كلمة نادرا .

الرجاء الاستجابة لكل العبارات .

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والاختلاف في الاستجابة يرجع إلى اختلاف مشاعرك.

ليس هناك وقت محدد للاستجابة ، ولكن يرجى ألا تستغرق وقتا طويلا .

والآن يمكنك قلب الصفحة والبدء في الاستجابة .

م	العبارات	غالباً	أحياناً	نادراً
1	ينتابني خوف شديد من المشاركة في المناقشة أثناء الحصة .			
2	أعاني من صعوبات في النطق عندما أتحدث أمام الآخرين .			
3	أشارك في الأنشطة الاجتماعية .			
4	لا أحب مخالطة الناس .			
5	أفضل السكوت في وجود الآخرين .			
6	عندي حركات لا إرادية تزداد أمام الناس			
7	أفضل العمل الفردي عن العمل الجماعي .			
8	لا أحب الذهاب إلى المناسبات الاجتماعية (الاعراس).			
9	أشعر بالحرج عند التحدث مع الآخرين			
10	لا احصل على درجات جيدة في الامتحانات الشفوية			
11	أرفض تناول الطعام مع الآخرين			
12	أرتبك بشدة لأقل خطأ يحدث أمام الآخرين			
13	أقبل النقد من الآخرين			
14	عندما أتحدث أخشى أن يسخر مني الآخرون			
15	تزداد ضربات قلبي عند التحدث أمام الآخرين			
16	يقل إرتبائي تدريجياً كلما تقدمت في الحديث أمام الآخرين .			
17	أخاف بشدة في المواقف الاجتماعية حتى لو تكررت .			
18	مجرد التفكير في مشاركة الآخرين يصيبني بالهلع			
19	تزداد أخطائي إذا شعرت أنني موضع تقييم			
20	أجد صعوبة في بدأ الحديث مع الآخرين			
21	أجد حرجاً في التحدث مع الآخرين في المواصلات العامة .			
22	أجد صعوبة في التحدث أمام زميلاتي في موضوع ما .			
23	اشعر بالرعب عند التفكير في الحديث مع الآخرين			
24	لا أجيب على الأسئلة الشفوية على الرغم من معرفتي الإجابة			
25	أنتظر الفرصة للحديث أمام مجموعة من الناس			
26	لي تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة .			
27	أحب الحفلات الاجتماعية التي تتيح لي الاختلاط بالآخرين .			
28	ترتجف يداي وأنا في حفل عام عند تناول بعض الأدوات .			
29	عندما أتحدث أمام الآخرين ، أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث			
30	كون في حالة قلق وتوتر عند حضور ندوة أو حفل عام .			

م	العبارات	غالباً	أحياناً	نادراً
31	عند الانتهاء من مقابلة زميلاتي أشعر بالسرور من هذه المقابلة .			
32	تصبح أفكارني مشوشة وغير مرتبة أمام الآخرين			
33	أخاف من مواجهة الناس			
34	أرتبك في الأماكن العامة			
35	عند انتظاري لإلقاء حديث أشعر بثقة كاملة			
36	أشعر عند لقائي بالناس بالراحة والاسترخاء			
37	أتحدث بطلاقة مع أصدقائي.			
38	أتحكم في أدائي بقدر كبير عند حضوري حفلا عاما			
39	أخاف من لقاء الآخرين			
40	أتجنب مقابلة الناس والاختلاط بهم كلما أمكن ذلك			
41	أستطيع مجارة الآخرين بسهولة .			
42	أميز وجوه المستمعين بوضوح عندما أنظر إليهم.			
43	أرتجف وأعرق من مواجهة الجنس الآخر.			
44	أشعر أنني مقيدة ومرتبكة عندما أتواجد مع الآخرين في مكان عام.			
45	عند مواجهة جمع من الناس أشعر بالوقت يمر ببطء.			
46	أجد صعوبة شديدة في مشاركة الآخرين مناسباتهم.			
47	أعتذر عن كل المهام التي تتطلب مواجهة جمهور.			

(5) عقد الاتفاق

اتفاق مشاركة في برنامج نفسي

اسم الطالبة/..... عمر الطالبة: / /

الأخصائية النفسية/.....

نحن الموقعين أدناه نتفق على: _

1_ الالتزام بحضور وتنفيذ جلسات البرنامج النفسي لتخفيف الرهاب الاجتماعي.

2_ الالتزام بقواعد الحضور والمشاركة.

3_ نتفق على موعد الجلسات وهو الحصة السابعة ليومي الثلاثاء والخميس من كل

أسبوع.

4_ يحتوي البرنامج على عدد.....جلسة.

5_ تكون بداية البرنامج بتاريخ:.....

6_ ينتهي البرنامج بتاريخ:.....

توقيع الطالبة

.....

توقيع الأخصائية النفسية

.....

(6) البيانات الأولية

بيانات أولية

عمر الأب

عمر الأم

المستوى العلمي للأب

المستوى التعليمي للأم

عدد أفراد الأسرة

ترتيب التلميذة في الأسرة

مهنة الأب

مهنة الأم

مستوى الدخل للأسرة

تقريباً

نوع السكن

هل للتلميذة حجرة خاصة بها نعم أو لا

(7) استمارة تقويم البرنامج الإرشادي

نموذج التقييم المرحلي للجلسات

اليوم:.....

التاريخ:.....

الاسم:..... رقم

الجلسة:.....

ما هي أهم الموضوعات التي استنفدت منها في الجلسة؟

.....
.....

هل يتناسب وقت الجلسة مع مضمونها؟

.....
.....

اذكري أهم الملاحظات التي شعرت بالراحة تجاهها في الجلسة؟

.....
.....

اذكري أهم الملاحظات التي لم تشعري بالراحة تجاهها في الجلسة؟

.....
.....

ما هي المقترحات التي ترغبين في طرحها؟

.....
.....

ما هو رأيك في أداء المدربة في الجلسة؟

.....
.....

ملاحظات أخرى ترغبين في تسجيلها؟

.....
.....

نموذج التقييم النهائي للبرنامج

اليوم:.....

التاريخ:.....

الاسم:..... رقم

الجلسة:.....

ما رأيك بالبرنامج؟

.....
.....

هل أضاف لك البرنامج شيئاً جديداً؟ وما هو؟

.....
.....

من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي أعجبتك في البرنامج؟

.....
.....

من وجهة نظرك الخاصة ما هي الأشياء التي لم تعجبك في البرنامج؟

.....
.....

هل توجد لديك اقتراحات حول البرنامج؟ وما هي؟

.....
.....

هل توجد توصيات أخرى ترغبين في طرحها؟

.....
.....

(8) استمارة الواجبات المنزلية

النشاط البيتي

الجلسة رقم (2)

عنوان الجلسة: الرهاب الاجتماعي (ما هو - مظهره - أسبابه)

اليوم:.....

التاريخ: / /

تسجيل الأفكار التلقائية عن المواقف الاجتماعية التي تعرضت لها.

.....

.....

.....

ما هي أكثر المواقف التي تثير عندك الرهاب الاجتماعي.

.....

.....

.....

إذا طلب منك إن تلقي كلمة أمام الحاضرين في اجتماع الأسبوع القادم ما هي الأفكار

التي ستخطر على بالك.

.....: الأفكار

.....: شعورك

.....: ما هو سلوكك:

سجل الأفكار الخاطئة

النتيجة	الاستجابة العلائقية	الأفكار الآلية غير العلائقية	الموقف	الأفعال	اليوم والتاريخ
<p>1_ إلى أي مدى تصدقن الآن بالأفكار الآلية (اللاعقلانية)؟</p> <p>2_ كيف تشعرين؟</p> <p>3_ ما الذي ستفعلينه الآن؟</p>	<p>ما هي استجابتك العقلانية لهذه الأفكار السلبية؟ إلى أي مدى تصدقن بها؟</p> <p>(0-100%)</p>	<p>ما هي بالتحديد الأفكار التي كانت تجول في خاطرك؟</p> <p>إلى أي مدى تصدقن بها</p> <p>(0-100%)</p>	<p>ماذا كنت تفعلين أو بماذا كنت تفكرين</p>	<p>بماذا تشعرين؟ (حزن - غضب - شعور بالذنب - تشاؤم... إلخ)</p> <p>تقييم الشعور (0-100%)</p>	

مارسي الاسترخاء عندما تتعرضين للقلق والتوتر وسجلي الملاحظات الآتية: _

النتيجة	عدد مرات الاسترخاء	مكان الاسترخاء	وقت الاسترخاء	م
.....	
.....	
.....	
.....	

حددي تفاصيل الهدف الذي تضعينه في مقدمة أولوياتك؟

الهدف:.....
الكيفية:.....
الوقت:.....

كيف تغييرين أفكارك الخاطئة؟

1_ التعرف على الفكرة الخاطئة؟

.....
.....

2_ إيقاف التفكير في هذا الاعتقاد الخاطيء؟

.....
.....

3_ التعرف على أفكار بديلة صحيحة ومنطقية؟

.....
.....

4_ العمل على تنفيذ الأفكار البديلة تدريجياً.

.....
.....

5_ الآن نستطيع إحلال الاعتقادات الجديدة بدلاً من الأفكار الخاطئة الأولى تماماً؟

.....
.....

معرفة الذات

اليوم والتاريخ:.....

أنا إسمى:.....

وسلبياتي هي: (في شخصيتي - طبعي - أفكاري - مشاعري)	وإيجابياتي هي: (في شخصيتي - طبعي - أفكاري - مشاعري)

(9) احصائية بعدد طلاب مدارس زليتن بمرحلة التعليم الثانوي

احصائية عددية لطلاب مدارس زليتن بمرحلة التعليم الثانوي للعام الدراسي : 2014 / 2015 م

ت	اسم المدرسة	أولى ثانوي			ثانية أدبي			ثانية علمي			ثالثة أدبي			ثالثة علمي			المجموع الكلي
		المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
1	ابن منظور	148	0	148	16	0	16	30	0	30	28	0	28	29	0	29	251
2	زليتن الثانوية	268	0	268	27	0	27	213	0	213	37	0	37	142	0	142	687
3	الخنساء	225	225	0	80	80	0	133	133	0	97	97	0	135	135	0	670
4	الخوارزمي	198	198	0	75	75	0	94	94	0	56	56	0	77	77	0	500
5	السيدة خديجة	25	25	0	11	11	0	8	8	0	0	0	0	0	0	0	44
6	السيدة زينب	96	96	0	32	32	0	37	37	0	31	31	0	33	33	0	229
7	الشيما	212	212	0	53	53	0	187	187	0	46	46	0	115	115	0	613
8	النساء الخالدات	61	61	0	28	28	0	26	26	0	0	0	0	0	0	0	115
9	السلام	59	0	59	13	0	13	29	0	29	0	0	0	19	0	19	120
10	الشهيد حمزة	42	42	0	14	14	0	14	14	0	20	20	0	16	16	0	106
11	بدر الكبرى بنات	98	98	0	27	27	0	26	26	0	25	25	0	34	34	0	210
12	حولة بنت الأزور	48	48	0	21	21	0	41	41	0	0	0	0	46	46	0	156
13	شهداء اليرموك	82	82	0	33	33	0	17	17	0	34	34	0	32	32	0	198
14	ماجر الثانوية	80	0	80	19	0	19	76	0	76	0	0	0	48	0	48	223
15	الانتصار	65	65	0	43	43	0	32	32	0	18	18	0	29	29	0	187
16	سكينة بنت الحسين	96	96	0	23	23	0	46	46	0	12	12	0	32	32	0	209
17	الجمعة المركزية	115	0	115	29	0	29	63	0	63	26	0	26	64	0	64	297
18	الزهراء	160	160	0	107	107	0	58	58	0	53	53	0	64	64	0	442
19	الشهيدة امعتيقة	108	108	0	23	23	0	85	85	0	22	22	0	61	61	0	299
20	الغويلات	90	0	90	15	0	15	46	0	46	11	0	11	27	0	27	189
21	جابر بن حيان	39	0	39	21	0	21	34	0	34	22	0	22	14	0	14	130
22	السيدة هاجر	67	67	0	38	38	0	20	20	0	18	18	0	21	21	0	164
23	السبعة الثانوية	111	0	111	35	0	35	91	0	91	17	0	17	72	0	72	326
24	الفواتير الثانوية	132	0	132	27	0	27	67	0	67	15	0	15	46	0	46	287
25	نسيبة بنت كعب	208	208	0	84	84	0	138	138	0	70	70	0	138	138	0	638
7290	المجموع الكلي	2833	1791	1042	894	692	202	1611	962	649	658	502	156	1294	833	461	1294

احصائية عددية لطلاب مدارس زليتن الثانوية الدينية للعام الدراسي 2014 / 2015 م

ت	اسم المدرسة	أولى ثانوي			ثانية ثانوي			ثالثة ثانوي			المجموع الكلي
		المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
1	الأسمرى (الديني)	71	37	34	74	38	36	31	8	23	176
2	ذات النطاقين (الديني)	10	10	0	11	11	0	9	9	0	30
3	السبعة (الديني)	13	0	13	21	0	21	18	0	18	52
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	المجموع الكلي	94	47	47	106	49	57	58	17	41	258
		94			106			58			
1	الأسمرى (ديني تعليم كبار)	15	11	4	7	7	0	31	31	0	53
2	ذات النطاقين (ديني تعليم كبار)	14	14	0	17	17	0	14	14	0	45
3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	المجموع الكلي	29	25	4	24	24	0	45	45	0	98
		29			24			45			

	103	62	41	130	73	57	123	72	51	
356	103			130			123			المجموع الكلي

احصائية عددية لطلاب مدارس زليتن بمرحلة التعليم الثانوي للعام الدراسي : 2014 / 2015 م

المجموع الكلي	ثالثة علمي			ثالثة أدبي			ثانية علمي			ثانية أدبي			أولى ثانوي			اسم المدرسة	ت
	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور		
162	46	5	41	0	0	0	70	13	57	0	0	0	46	0	46	الحكمة للتعليم الحر	1
264	54	0	54	28	0	28	63	0	63	54	0	54	65	0	65	زليتن للتعليم الحر	2
138	26	0	26	19	0	19	26	0	26	26	0	26	41	0	41	التفوق المميز للتعليم الحر	3
82	9	0	9	19	0	19	16	0	16	15	0	15	23	0	23	الفواتير للتعليم الحر	4
646	135	5	130	66	0	66	175	13	162	95	0	95	175	0	175	المجموع الكلي	
	135			66			175			95			175				

7936	1429	838	591	724	502	222	1786	975	649	989	692	297	3008	1791	1217	المجموع الكلي
	1429			724			1786			989			3008			

47	8	8	0	0	0	0	7	7	0	4	4	0	28	28	0	نسبية (تعليم كبار)	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	---	--------------------	---

(10) المراسلات



الأكاديمية الليبية
فروع مصراته



التاريخ: 1 / 1
الموافق: 2013/01/02


الرقم الإشاري: ك.ل.م: 732/د

السيد / مراقب مراقبة شؤون التربية والتعليم / زيتن

تحية طيبة،،،

في إطار التعاون بين فرع الأكاديمية الليبية بمصراتة والجهات العامة من أجل إنجاح العملية التعليمية؛ نأمل مع الشكر الجزيل، مساعدة الطالبة زينب حامد عبدالنور بص بتزويدها بالمعلومات المطلوبة والتي لها علاقة حول بحثها لنيل درجة الإجازة العالية (الماجستير) علماً بأن المعنية مُسجلة تحت رقم قيد (12043) بقسم (علم النفس شعبه التوجيه والإرشاد النفسي) .

والسلام عليكم


د. محمد المهدي اشتيوي

رئيس الأكاديمية الليبية / فرع مصراتة



صورة إلى
ملف الصفا



المجلس الوطني الانتقالي - ليبيا
المجلس المحلي زليتن
قطاع التربية والتعليم

التاريخ: 1434/ /
الموافق: 24/10/2013 ميلادي

الرقم الاشاري: 1549.1.4.2013

السيد / مدير مدرسة النساء الخالدات الثانوية :

بعد التحية،،،،

في إطار التعاون بين الأكاديمية الليبية بمصراته وقطاع التربية والتعليم بزليتن من أجل إنجاح العملية التعليمية ... نأمل منكم مساعدة الطالبة : زينب حامد عبدالنور بص بتزويدها بالمعلومات المطلوبة والتي لها علاقة بموضوع بحثها لنيل درجة الماجستير علما بأن المعنية مسجلة تحت رقم قيد "12043" بقسم (علم النفس شعبة التوجيه والإرشاد النفسي) .

ونفكم الله خدمة للوطن والمواطنين

عاشت ليبيا حرة

"والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته"

عطية محمد عاشور
مدير مكتب التعليم الثانوي
بقطاع التربية والتعليم زليتن



صورة ٥

ملف المراسلات
 ملف الدوري العام
 بن خليل الهواري



المجلس الوطني الانتقالي - ليبيا

المجلس المحلي زيتن

قطاع التربية والتعليم

إحصائية بعدد ثانويات البنات بمدينة زيتن

ت	اسم المدرسة	الجنس	الفرع
1	خولة بنت الأوزور	إناث	زليتن المركز
2	الخنساء	إناث	زليتن المركز
3	شهداء اليرموك	إناث	زليتن المركز
4	بدر الكبرى بنات	إناث	زليتن المركز
5	النساء الخالدات	إناث	زليتن المركز
6	الشيما	إناث	زليتن المركز
7	السيدة زينب	إناث	زليتن المركز
8	نسيبة بنت كعب	إناث	زليتن المركز
9	السيدة هاجر	إناث	الفرع الشرقي
10	الشهيد حمزة	إناث	الفرع الشرقي
11	سكينة بنت الحسين	إناث	الفرع الشرقي
12	الانتصار	إناث	الفرع الغربي
13	الشهيدة امعيتيقة	إناث	الفرع الغربي
14	الزهراء	إناث	الفرع الغربي
15	معهد ذات النطاقين الديني	إناث	زليتن المركز

صورة الى :

ملف الاحصائيات بالمكتب

ملف المراسلات بالمكتب

عطية محمد عاشور

مدير مكتب التعليم الثانوي بالقطاع



العنوان : المدخل الشرقي بجانب مخازن التعليم

0514623672 فاكس

0514622037 هاتف

LIBYAN GOVERNMENT

LIBYAN GOVERNMENT

(11) العرض التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي

الجلسة الأولى

عنوانها: تعارف وتعريف بالبرنامج

المتحدث الرئيسي: الأستاذ الدكتور / عياد سعيد امطير يوم : الأحد -

بتاريخ: 2014/2/9م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة بالفترة: الصباحية

أهداف الجلسة: _

1. تحقيق التعارف والألفة بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية.
2. أن تتعرف طالبات المجموعة التجريبية على الغرض من انضمامهم للبرنامج.
3. تقديم أهداف البرنامج وطريقة المشاركة فيه.
4. توضيح الخطوط الرئيسية التي يتم على ضوءها الجلسات العلاجية من خلال الإتفاق بين الباحثة والمجموعة التجريبية .
5. تطبيق القياس القبلي لمقياس الرهاب الاجتماعي .

الفنيات المستخدمة: _

المحاضرة - المناقشة - الحوار .

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

اجتمعت الباحثة والمشرف الأكاديمي الدكتور "عياد سعيد امطير" بأفراد المجموعة التجريبية في مدرسة النساء الخالدات، يوم الأحد الساعة 10:30 صباحاً، حيث ابدى الدكتور والباحثة الشكر والتقدير لحضور الطالبات للجلسة والتزامهن بالموعد والمكان المحددين، وقد قام الدكتور المشرف بتقديم نفسه لأفراد العينة والتعريف بالباحثة وذلك لخلق جو التقارب والبدء في توطيد العلاقة المهنية بين الباحثة والمجموعة التجريبية، وتناول المشرف الأكاديمي شرح طبيعة البرنامج وجلساته الإرشادية ومدى فائدته بالنسبة لهن في حياتهن الخاصة والعامة.

ووضح أسباب اختيارهن ضمن المجموعة التجريبية ومناقشتهم حول توقعاتهن من العلاج وأوضح بصورة مختصرة للطالبات ماهية الرهاب الاجتماعي وأنه من الضرورة مواجهته ونبه الدكتور على ضرورة الانتظام في البرنامج حتى تتحقق الفائدة المرجوة منه، وبعد ذلك تم الاتفاق على الخطوط الرئيسية والتي تتضمن الآتي:ـ

1. ضرورة المشاركة الفعالة في المناقشات والأنشطة لكل طالبة.
2. الالتزام بآداب الحديث أثناء المناقشة.
3. أهمية التعبير عما يجول بأنفسهم بصراحة ووضوح تام دون خجل أو رهبة.
4. تحديد مواعيد الجلسات وضرورة الالتزام بالحضور في الوقت المتفق عليه.
5. التأكيد على مبدأ السرية التامة.
6. أهمية الالتزام بالإجابة على الاستبانة بكل صدق والتي تعطي نهاية الجلسة والتي تقيس مقدار الاستفادة لكل طالبة في المجموعة العلاجية.

ثم وزعت الباحثة نموذج لعقد الاتفاق بينها وبين المجموعة التجريبية.

وفي ختام الجلسة تم التنويه لإفراد العينة بأن حضور جلسات البرنامج ليس أمراً إجبارياً وإنما ينبغي أن تقتنع كل واحدة منهن بأهمية البرنامج والاستفادة منه، وبناء على رغبة أفراد المجموعة التجريبية تم تحديد جلستين في الأسبوع يومي (الثلاثاء - الخميس).

وبعد ذلك اختتمنا الجلسة بحفل بسيط قامت فيه الباحثة بتوزيع قطع الشوكولاتة والكيك والعصير على الدكتور والمجموعة التجريبية.

وبعدها وزعت استمارات المقياس وتم تطبيق القياس القبلي .

الجلسة الثانية

عنوانها: الرهاب الاجتماعي: ما هو، مظاهره ، أسبابه ، أثاره

المتحدث الرئيسي: الباحثة يوم : الثلاثاء - بتاريخ: 2014/2/11م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة بالفترة: المسائية

أهداف الجلسة: _

أن تتعرف طالبات المجموعة التجريبية على مفهوم وطبيعة الرهاب وأنواعه وأسبابه والفرق بينه وبين الخوف العادي.

الفنيات المستخدمة: _

المحاضرة - المناقشة الجماعية - النمذجة - التعزيز - الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

قامت الباحثة بالتوضيح أن الإنسان القلق هو الذي لا يتذوق طعم الاطمئنان والهدوء ولا يستمتع بمباهج الحياة، وهو شخص عصبي يتوجس خوفه من أشياء لا تخيف الناس عامة، ويشعر بالانزعاج والألم، ويبدو المستقبل أمامه شاحباً كثيباً، وتزداد شكوكه وقلقه وكأن الخطر يتربص به في كل مكان يذهب إليه، إن هناك نوعين من القلق أو الخوف إحداهما هو الخوف العادي والموضوعي الذي ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره ومسبباته لأنه يكون غالباً محدوداً في الزمان والمكان وينتج من أسباب خارجية وواقعية معقولة.

أما النوع الآخر فهو الخوف المرضي الذي يلزم الفرد فترة طويلة من حياته، وهو خوف داخلي غامض غير محدد المعالم وله أسباب عديدة وهو يصيب الكبار والصغار - الرجال والنساء، إن الخوف من الفشل وخيبة الأمل والصراع وفقدان الأمن والشعور بالضيق والضعف والإهانة وتوقع الفرد لمكروه وعدم رضى الفرد عن نفسه وغيرها من الأشياء السلبية، كلها تسبب الخوف المرضي، وقامت الباحثة بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار والإجابة على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذه الجزئية.

أما الفرق بين الخوف والقلق، فقد قامت الباحثة بطرح بعض الأمثلة لتوضيح الفرق وقامت الباحثة بعد ذلك بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار والإجابة على الاستفسارات ثم قامت الباحثة بتعريف الرهاب بأنه الخوف من موضوع أو موقف معين لا يستحق كل هذا الخوف وقد يعاني الفرد نوع من المخاوف يختلف باختلاف المواقف أو الموضوعات، والشخص الذي يعاني من الرهاب يعلم جيداً أن خوفه غير طبيعي ولا مبرر له ولكنه عاجز عن مقاومته أو التخلص منه.

والرهاب الاجتماعي يعتبر إحدى تصنيفات الرهاب، حيث يخاف الفرد من الظهور أمام الناس خوفاً من النقد والارتباك، لذا فإن الشخص المصاب بهذا النوع من الخوف يتجنب ما أمكن التواجد مع الآخرين خشية أن يصبح محوراً لتفحص الآخرين ونقدهم الجارح وسخريتهم وبالتالي يظهر عليه أعراض مصحوبة غالباً ببعض التغيرات الفسيولوجية الواضحة كارتعاش اليدين واحمرار الوجه، واحتباس الصوت وصعوبة التنفس وغيرها.

وأيضاً في هذه الجزئية قامت الباحثة بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار والإجابة على الاستفسار حتى يستوعب أفراد العينة هذه الجزئية وبعدها تم إيضاح الآثار المترتبة على ذلك سواء كانت نفسية أو جسمية.

تم قامت الباحثة بعرض مواقف حياتية للرهاب ومثلتها أمام الطالبات ثم طلبت من مجموعة منهن نمذجة الموقف وعززت الموقف بالتصفيق.

وقامت الباحثة بإشراك الطالبات في عرض العديد من المواقف الحياتية للرهاب الاجتماعي عندهن وفصلت الأعراض والأسباب لهذه المواقف حتى يستوعب أفراد العينة ويكونوا قد بدراية كاملة بمظاهر الرهاب الاجتماعي وأسبابه.

وفي النهاية وزعت على العينة الواجبات المنزلية، وودعت المجموعة التجريبية إلى اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة

عنوانها: تابع الرهاب الاجتماعي (عرض لمواقف حياتيه عن الرهاب الإجتماعي)

المتحدث الرئيسي: الباحثة يوم : الخميس - بتاريخ: 2014/2/13م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة

أهداف الجلسة:ـ

1. مراجعة الواجبات المنزلية.
2. عرض أمثلة واقعية لخبرات المجموعة وكيف تعاملوا معها.

الفنيات المستخدمة:ـ

المحاضرة - المناقشة - النمذجة والتعزيز.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:ـ

بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب والشكر على الحضور من تم تلخيص الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي وتقديم تغذية راجعة للطالبات حول إنجازهن هذه الواجبات.

ثم أعطت الباحثة فرصة كبيرة للطالبات للتعبير عن أفكارهن ومشاعرهن نحو الأفكار المقلقة اجتماعيا وردود أفعالهن اتجاهها ثم قامت الباحثة بعرض نموذج لموقف قد يثير الخوف الاجتماعي وطلبت من طالبة أن تخرج أمام المجموعة التجريبية وأن تصف مشكلة مرت بها في حياتها وما هو الشعور وتشرح كيف واجهتها واستطاعت التغلب عليها.

ثم دعمت مشاركة كل طالبة بالتصفيق ثم أعطيت لكل طالبة هدية تشجيعا على مشاركتها وخروجها لتمثيل الموقف.

ثم حرصت الباحثة على التركيز على الأسباب التي تؤدي إلى الرهاب وخاصة الأسباب الذاتية التي هي أهم من الأسباب الخارجية ، لأن الاعتراف بالمشكلة بداية حلها، وأشارت إلى الآية الكريمة "أن الله لا يغير ما قوم حتى يغيروا ما أنفسهم" صدق الله العظيم.

الجلسة الرابعة

عنوانها: الأفكار السلبية المؤذية للرهاب الاجتماعي.

المتحدث الرئيسي: الباحثة يوم : الثلاثاء - بتاريخ: 2014/2/18م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة بالفترة: المسائية.

أهداف الجلسة: _

1. أن تحدد المجموعة التجريبية الأفكار السلبية المؤذية للرهاب.
2. أن تعرف المجموعة التجريبية خطأ الأفكار السلبية وأثارها السيئة.
3. شرح أمثلة لهذه الأفكار.

الفنيات المستخدمة: _

المحاضرة - المناقشة الجماعية - الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

قامت الباحثة بالترحيب بالمجموعة التجريبية وتبادل التحايا وسؤالهم عن الواجب المنزلي ومن ثم شكرهن على الالتزام بأداء الواجبات المنزلية.

ثم قامت الباحثة بتعريض الطالبات لأحداث موقفية تثير الخوف غير الطبيعي عندهم من ثم سألتهم عن الأفكار السلبية التي يمكن أن تتولد عند هذه المواقف.

ثم حصرت أكثر الأفكار شيوعاً واشتراكاً بين الطالبات لتكون المادة الخاضعة للنقاش، حيث ترى الباحثة أن مناقشة المواقف الاجتماعية المتشابهة تزيد من شعور الطالبات بالعمومية، وإذابة الإحساس بالتفرد بالمشكلة ومن ثم تعطي كل طالبة الشجاعة النفسية في التصريح عن خبرتها الخاصة بمواقفها الاجتماعية المرتبطة بالرهاب الاجتماعي.

ثم وضحت كيفية تأثير الأفكار السلبية على المشاعر والسلوك، فمثلاً الفكرة السلبية " لا أستطيع أن أتحدث أمام الآخرين"، سأصاب بنوبة خوف أمام الآخرين - سأكون عرضة للانتقاد،

تؤثر "على مشاعرك فتجعلك تشعر، بالخوف- بالقلق- ومشاعر الخوف والقلق تؤثر على حالتك الجسمية، فتجعلك تشعر "بزيادة في ضربات القلب، بضيق التنفس بالرجفة وغيرها من الأعراض.

وحالتك الجسمية تؤثر على سلوكك فتجعلك "تتجنب المواقف الإجتماعية".

أي كل ما تعاني منه من مشاعر مزعجة من أعراض فسيولوجية ومن سلوكيات تجنيه سببها هي أفكار سلبية عن ذاتك وعن الآخرين وهذه العلاقة تساعدنا على فهم المشاكل المسيطرة عليك عن طريق تقسيمها إلى أجزاء صغيرة، وهذا يسهل عليك رؤية كيفية اتصال هذه المشاكل ببعضها وكيفية تأثيرها عليك.

ثم وضحت الباحثة معنى سلوكيات الأمان وأعطت أمثلة عنها كالانشغال بالهاتف، تجنب النظرات، قراءة جريدة، والبعض قد يتعاطى الكحول والمخدرات للتعامل مع هذه المواقف.

وتمت مناقشة هذه الجزئية وطلبت من الطالبات وقف هذه السلوكيات الخاطئة وإعادة التفسير بشكل إيجابي لتحويل الفكرة السلبية إلى فكرة إيجابية والتدريب على التخلص من السلوكيات الانهزامية عن الذات، للوصول إلى هدف ضمني وهو التفاعل والاندماج مع الآخرين. وفي نهاية الجلسة طلبت الباحثة من الطالبات تسجيل ما طرأ من تغيير في الأفكار والسلوكيات في مذكراتهن الخاصة ، ووزعت الواجبات المنزلية.

الجلسة الخامسة

عنوانها: تصحيح الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية.

المتحدث الرئيسي: الأستاذة: نعيمة عمر يوم : الثلاثاء -

بتاريخ: 2014/2/25م

أهداف الجلسة: _

1. أن تحدد المجموعة التجريبية الأفكار الإيجابية المؤذية إلى التفاعل الاجتماعي.
2. نقد الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية.
3. شرح أمثلة لهذه الأفكار.
4. تأكيد التفكير الإيجابي.

الفنيات المستخدمة: _

المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة، التعزيز، الواجبات المنزلية، التخيل.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

بعد الترحيب بالمجموعة التجريبية ومناقشة الواجبات المنزلية وضحت الباحثة للمجموعة التجريبية أن هذه الجلسة ستكون تمارين موجهة للمشاعر بواسطة التخيل بعد أن أوضحت لهن باختصار: _

أولاً: كيف يفكر المصاب بالرهاب لكي نصحح الأفكار السلبية علينا أن نفهمه: _

صورة ذاتية مشوهة "غير صحيحة"

يشعر أنه لا يملك أي قدرة أو
مهارة كالآخرين

يشعر أنه أقل من الآخرين ولن
يستطيع أن يصبح مثلهم

يقلل من قيمته ويرفع قيمة
الآخرين

أسبابها

عدم رؤية أي إيجابية في شخصيته
أو المواقف التي يتعرض لها

أساليب تربوية
خاطئة

تعميم المواقف

تضخيم السلبيات في شخصيته
وفي المواقف التي يتعرض لها

كما يرى نفسه بهذه الصورة المشوهة

يعتقد أن الآخرين يرونه بهذه الصورة

بعدها طلبت الباحثة من كل طالبة عرض موقف اجتماعي وكيف كان تفكيرك خلال الموقف وطلبت منهن أن يغمضن أعينهن، الكلام موجه للطالبات، ويتخيلن بأقصى ما يستطعن أسوأ شيء يمكن أن تفكري فيه خلال الموقف "كالانتقاد الذي سيوجه إليك عند التحدث، أو الغضب الذي سينتابك من نقد الآخرين، ويطلب من الطالبات تخيل هذا الموقف تخيلاً تفصيلياً، هل استطعن تخيله كأنه شيء واقعي، وإذا كان الأمر كذلك كيف تشعرين حقاً؟ ما هي مشاعرك الحقيقية؟ وفي هذه الحالة على الباحثة أن تنتظر حتى تقضى كل واحدة بالمشاعر التي انتابتها مثل مشاعر القلق الكآبة والحزن والغضب، وبعد أن يتم تحديد هذه المشاعر من قبل الباحثة تقول لهن أنت الآن تقومي بتصوير الأمور بشكل سلبي وكارثي ومبالغ فيه، أريد الدليل المقنع والآن بدلي مشاعرك إلى فكرة إيجابية بديلة للموقف وتنفسي ببطي.

وتطلب الباحثة من الطالبات التدريب على هنا التمرين التخيلي مرة واحدة يومياً على أقل تقديرًا ونستطيع أي طالبة أنا تلجأ إلى أسلوب الإثابة بحيث إذا نجحت في تطبيق التمرين تعمد إلى إثابة نفسها بالشيء الذي تحبه.

أمثلة للتمارين: _

الأفكار قبل الموقف الاجتماعي

الفكرة	الرد على الفكرة	الفكرة البديلة الإيجابية
سأتكلم وعندما أتكلم سأتلثم سأجمل جداً الكل سينظرون إلي باحتقار	أنت الآن تقوم بتصوير الأمور بشكل سلبي مبالغ فيه. أريد دليل مقنع على أنني سأعظ؟ لا يوجد أنا لا أستطيع التنبؤ بالمستقبل	أنا الآن أستطيع التحكم بالقلق وأفكار الخوف عن طريق الاسترخاء والتنفس ببطء وذلك سيعمل على خفض القلق لدى وسأتكلم بكل راحة وثقة في الموقف الاجتماعي
أن أذهب إلى المناسبة الاجتماعية لن أستطيع مواجهة الآخرين	ما الذي يمنعني من الذهاب لا يوجد شيء سوى مخاوفي وقلقي هو العائق الوحيد هذه الفكرة "لا أستطيع" هي فقط العائق الذي يقف أمامي المبالغة في تصوير القلق تخيل الأحداث السلبية كل ذلك خيال كاذب ناقدني يقوم به	سأذهب للمناسبة سأكون واثق من نفسي..... وسأتكلم لأني أستطيع فعل ذلك عندما أفكر بإيجابية عندما أركز على مهاراتي وقدراتي التي أمتلكها بدل التركيز على خيالات كاذبة تجعلني أخسر الكثير من علاقاتي... أستطيع فعل ذلك

الأفكار في الموقف الاجتماعي

الفكرة	الرد على الفكرة	الفكرة البديلة الإيجابية
فلان انتقدي أمام الناس أعراض القلق تزداد لدي وأشعر بالإهانة لماذا ينتقدي بهذه الصورة.. لماذا يعلق على كلامي	نعم انتقد ما قلته انتقدي لأنه لم يعجبه كلامي وهذا عائد له هو. هو الذي لم يقتنع بكلامي عندما انتقدي لم يسيء لي أنا لا فقد أساء لنفسه لأنه تكلم عني لأنه تكلم عن شخص آخر بطريقة غير أخلاقية	من لا يعجبه كلامي أو أسلوبي لا أستطيع أن أفعل له شيئاً فلكل شخص رأيي لن أستطيع أن أتحكم بآراء الناس عني، أن سأقوم بفعل وقول ما أجده صحيحاً وكل شخص وله رأيه وعندما يسيء لي أحد فهو أساء لنفسه أولاً.... وأنا واثقة من نفسي
في الموقف الاجتماعي قلبي ازداد سرعة أعراض القلق تظهر علياً أنا في مشكلة	أن ظهرت أعراض قلق لن أقلق منها هذا بسبب ارتفاع الأدرنالين عندما أهدأ ستزول هذه الأعراض	سأركز على كل ما هو إيجابي سأقوم بالتركيز على الموقف الاجتماعي وليس الأعراض أستطيع فعل ذلك

الأفكار بعد الموقف الاجتماعي

الفكرة	الرد على الفكرة	الفكرة البديلة الإيجابية
بعد الموقف الاجتماعي أبحث عن كل ما هو سلبي قمت به اليوم لماذا تكلمت بهذه الطريقة	ما هي الأشياء الإيجابية التي قمت بها؟ تكلمت بموضوع وضحك الجميع وكأن حديثي ممتع فقامت بمدح فلان وجعلته سعيداً	سأركز على كل ما هو إيجابي بشخصيتي وكل ما هو إيجابي قمت به بالموقف الاجتماعي

تمارين إيقاف التفكير السلبي

الفكرة	نسبة القلق	الرد على الفكرة	تكرار الفكرة	نسبة القلق بعد التمرين
صديقتي اتصلت بي وقالت أريد رؤيتك خفت وقلقت من المقابلة "الفكرة السلبية" أخاف أن يمل مني أخاف أن لا أستطيع أن ما أعرف أتكلم	70%	أنا مطمئنة أنا هادئة أنا مبسطة عندما طلبتني صديقتي يعني هذا أني مهمة لها. وأنا كلمتها اكثر من مرة وكنت مبسطة بكل مرة اتحدث بطلاقة والدليل آخر مرة لما طلعت فات الوقت بسرعة	10 مرات كررتها	20%

طلبت الباحثة من الطالبات أن تقوم بهذا التمارين كل يوم وأن تتدرب على فكره واحدة أو

موقف.

الخطوات:-

1_ كتابة الفكرة التي تسبب الخوف أو القلق.

2_ تقدير نسبة القلق وكتابة ذلك بالنموذج.

3_ الرد على هذه الفكرة إيجابياً بالكتابة.

بعدها نأتي لتطبيق العملي:-

1_ تخيلي الفكرة وكرريها.

2_ أوقف الفكرة (كلمة قف) .

3_ استرخي تنفسي بعمق.

4_ ردي على هذه الفكرة كما كتبتني بالنموذج.

5_ تخيلي الفكرة السلبية مرة أخرى.

6_ أوقفي الفكرة.

7_ استرخي.

8_ ردي على هذه الفكرة.

9_ كرري هذه العملية 5 مرات أو العدد الذي تريدينه كرريها إلى شعري إنك استطعت السيطرة على الفكرة السلبية.

10_ قدرني نسبة القلق من الفكرة بعد التمرين تسأل الباحثة الطالبات هل تشعرين بتحسن في خفض القلق؟.

توضح لهن أن هذا التمرين حداً مهم لكي يستطيعن إعادة برمجة العقل الباطن، فأنتن الآن قمتن بتصحيح أفكاركن، والرد عليها إيجابياً ولكن ذلك لا يكفي.... يجب أن تتدرين على هذه الأفكار والرد عليها إلى أن تبرمج في عقلكن الباطني، حتى لا تظهر لك هذه الفكرة السلبية وتشعري أنك عاجزه أمامها.

وبعدها قامت الباحثة بالشكر وتشجيع المجموعة التجريبية وإعطائهن هدايا بسيطة تعزيراً لهن بعد التمرين السابق لاستبدال الأفكار السلبية وتوزيع المشروبات على الطالبات للشعور بالاندماج والألفة.

وفي نهاية الجلسة تطلب الباحثة من الطالبات التدرّب على هذا التمرين إلى أن يعتاد عقلك عليها لأنه أساس تغيير الأفكار السلبية والسيطرة عليها بعد ذلك قامت الباحثة بتوزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل طالبة مع ملاحظة أن هذه الاستبانة تعطي إلى الباحثة مباشرة بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة السادسة

عنوانها: تصحيح الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية.

المتحدث الرئيسي: الباحثة
يوم : الخميس -

بتاريخ: 2014/2/27م

أهداف الجلسة:ـ

1. محاولة إقناع نفسه بنفسه بأفكار عقلانية وإبطال الأفكار الغير عقلانية.
2. التعرف على الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الرهاب الاجتماعي.
3. نقد الأفكار السلبية وتعزيز الأفكار الإيجابية.

الفنيات المستخدمة:ـ

المحاضرة، الحوار، النمذجة، التعزيز، الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:ـ

تبدأ الباحثة الجلسة بإتاحة الفرصة للطلبات بالتعبير عن انطباعهن عن الجلسة السابقة والاستفادة منها من خلال توفير فرص مناسبة للطلبات وفي جو من الحرية والموضوعية، تناقش الباحثة الواجب المنزلي وتقوم بتقديم راجعة مناسبة لإنجازهن النشاط.

قامت الباحثة بتطبيق أسلوب العلاج المعرفي الجمعي "كأسلوب أساسي" وهي فنية مجادلة الأفكار غير العقلانية وتحديدها وذلك من خلال استخدام أسلوب الحوار أي يكون محور الحوار مع طالبة واحدة وبعدها يشارك باقي المجموعة في الحوار الموجه إلى الطالبة.

وترى الباحثة أن أسلوب الحوار ذو فائدة وخاصة في بداية تدريب الطالبة على الحوار المنظم أمام الآخرين وكذلك له إيجابية في تعليم الأخريات في المجموعة طريقة توجيه الأسئلة بشكل محوري، وبشكل دقيق ومركز على أن الباحثة تسعى بعد ذلك إلى تقليل مدة الحوار وكذلك إلى تقليص دورها النشط والموجه مع المجموعة، وذلك بعد أن تتزايد خبرة المجموعة في المحاوره والمناقشة الموضوعية والمنظمة مع الآخرين وكذلك بعد نمو الشعور بالمسؤولية الجماعية، في حل المشكلات المتعلقة بالموقف الاجتماعي.

تطلب الباحثة من الطالبة "أ" تدوين موقفها الاجتماعي على السبورة لمناقشته مبدئياً بصورة
جماعية بعد ذلك تتم مناقشة الفكرة غير العقلانية في الموقف السابق بهدف مواجهتها واستبدالها
بفكرة عقلانية بين كل من الباحثة والطالبة وبدأت المناقشة على النحو التالي: _

الطالبة "أ" عندما اتحدت أمام الآخرين لا احتل أن ينتقدي أحد.

لطالبة "ب" لماذا لا تتحملين أن ينتقدك أحد؟.

الطالبة "أ" لأن نقد الآخرين يثير غضبي.

الطالبة "ج" ما هو الذي يثير غضبك في نقد الآخرين؟.

الطالبة "أ" محاولة إحراجي أمام البقية.

الطالبة "ج" ما هو الهدف؟

الطالبة: أ الرغبة في إثبات أيهم أفضل مني.

الباحثة: وهل كل من انتقدك في جميع المواقف الاجتماعية لديه سبباً واحد وثابت وهو

إثبات أنه أفضل منك.

الطالبة "أ" لا اعتقد أن جميع من انتقدي لديه نفس السبب .

الطالبة "د" إذا هناك سبب آخر.

الطالبة "أ" نعم هناك سبب آخر، وبصراحة هو قلقي وخوفي من الكراهية فعند ما ينتقدي

أحد فانه يثبت علانية الكراهية هذا الأمر الذي لا احتمله.

ثم قامت الباحثة بتحليل الموقف والرد على الفكرة السلبية بالمناقشة وذلك بتجزئة الموقف،

فالموقف هو الحديث أمام الآخرين وفسرتي ذلك بخوفك من كراهية الآخرين وغضبك وعدم

تحملك وهروبك من الموقف هو النتيجة والاستنتاج النهائي الذي توصلتي إليه هو أنك تخافي من

الكراهية كراهية من يوجه لك النقد أمام الآخرين.

قامت الباحثة بشكر الطالبة لتوصلها إلى الاستنتاج المتعلق بالفكرة الغير عقلانية، ثم

قامت الباحثة بتوضيح الاستنتاج الإيجابي للموقف وهو النقد بحد ذاته فالنقد الذي يوجه لك

عندما تقومين بالتحدث أمام الآخرين، دليل على نجاح موضوعك الذي أدى إلى إثارة التساؤلات.

وأخذن كل الطالبات مواقف وردود إيجابية جميعاً، وعقبت الباحثة على المناقشات السابقة

إن المواقف السابقة هي عبارة عن موقف واحد لكل الطالبات إلا أن الاختلاف يكمن في طريقة

تفكير وتفسير كل منها للموقف.

ثم قامت الباحثة بتوزيع المشروبات لتحقيق الارتياح والاسترخاء للمجموعة التجريبية بعد حوار ونقاش ثم قامت الباحثة بإعطاء واجب منزلي وشرحت لهن كيفية تطبيقه وإعطاء أمثلة له.

تمرين التحدث أمام المرأة

تمرين التحدث

المهمة	اليوم	الدقائق	القلق	النتيجة
التحدث أمام المرأة	الاثنين	3	20%	في البداية قلق وثم زال وأحسست بثقة وطلاقة بالتحدث
التحدث أمام المرأة	الثلاثاء	6	13%	تحسنت بشكل بسيط عن أمس قلق اخف من أمس وطلاقة
التحدث أمام المرأة	الأربعاء	9	10%	أغلط قليله طلاقه قلق خفيف وتحسن بسيط

سيكون يومياً كل يوم تزيد عدد الدقائق التحدث: _

1. اختاري موضوع تتحدثي به أي موضوع أهم نقطة أن يكون الموضوع إيجابي.
2. قفي أمام المرأة بكل ثقة أرفعي صوتك تحدثي بثقة وكأنك تتكلمي أمام جمهور تخيلي ذلك.

3. توقفي أن شعرتي بقلق.

4. تنفسي ببطئ استرخي ثم أكلمي.

5. أنهى الموضوع ثم اكتبي ماذا شعرتي بعد التمرين.

ووضحت الباحثة أن هذا التمرين جداً مهم للأسباب الآتية: _

•يشعرك بثقة كبيرة.

•يدريك على التحدث فترة طويلة.

•ينمي الثقة بالنفس والقدرة على التعبير عن الرأي.

•يجعلك ترى نفسك وأنت تتكلمي وهذا يعطيك ثقة أكبر مع الأيام ستشعري أن الحديث

شيء سهل بالنسبة لك سيصح مفاهيم خاطئة أنت وضعيتها عن نفسك .

مثلاً :-

" أنا لا أستطيع أن أتحدث بطلاقة" أنا لا أملك أسلوب جيد"

التمرين الثاني

تمرين إيجابية

قم بتعبئة النموذج أسبوعيا واعمل التمرين 10 دقائق

المهمة	الشرح
اختر صفات إيجابية	رددها بصوت عالي مع اخذ نفس عميق 1_ أنا إنسان اجتماعي. 2_ أنا هادي. 3_ أنا أستطيع أن أكون علاقات مع الآخرين. 4_ أنا محبوب. 5_ أنا أتحدث بطلاقة.
إنجازات استطعت تنفيذها هذا الأسبوع	ردديها بصوت عالي مع أخذ نفس عميق: _ 1_ زرت صديقاتي وانسجمت ولم أقلق. 2_ سألت المعلمة في الفصل عن شرح الفقرة. 3_ شاركت في الإذاعة المدرسية.

1. اكتب 5 صفات إيجابية تراها بنفسك أو تريدها أن تكون.
2. كتابة للإنجازات التي قمتي بها هذا الأسبوع حتى لو كانت بسيطة.
3. اكتب قصة من 3 سطور وانتي بموقف اجتماعي وتمتلكي كل الصفات التي تريدي أن تكون بك.

التدريب العملي: _

- قمي بالاسترخاء وتنفسي بعمق 5 مرات.
- كرري الصفات الإيجابية إلى أن تشعر بها.
- كرري الإنجازات التي قمتي بها وقولي أنا فعلت ذلك وأنا فخورة بنفسي.

• تخيلي الآن القصة التي قمتي بكتابتها تخيله كل التفاصيل تنفسي بعمق 5 مرات ثم اذهبي للنوم.

• وأوضحت الباحثة للطالبات أن هذا التمرين مهم؛ لأن العقل قبل النوم يخزن المعلومات بشكل كبير وهذا سيساعد على إعادة برمجة عقلك الباطني على التفكير بإيجابية بشكل أسرع.

• ملاحظة: لاحظت الباحثة تحسن ملحوظ للمجموعة التجريبية بداية بالنقاش والحوار وقامت مجموعة من الطالبات بالاشتراك في إحدى المسرحيات المعدة لاحتفالية بالمدرسة وقامت الباحثة بتشجيع الطالبات اللاتي اشتركن في هذه المسرحية وكتابة أسمائهن.

الجلسة السابعة

عنوانها: مهارات التفاعل الاجتماعي وتحقيق التواصل الاجتماعي.

المتحدث الرئيسي: الأستاذ الدكتور عبد الله البكوش يوم : الثلاثاء -

بتاريخ: 2014/3/4م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة مساءً

أهداف الجلسة:ـ

1_ أن تتعرف المجموعة التجريبية على مهارات التفاعل الاجتماعي.

2_ ان تتخلص المجموعة من الشعور بالدونية.

3_ رفع الروح المعنوية والشعور بالقيمة الشخصية والثقة بالنفس.

الفنيات المستخدمة:ـ

المحاضرة- المناقشة الجماعية - التدريب على المواجهة - التعزيز - الواجبات المنزلية-
التعرض.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:ـ

بدأ الدكتور بالترحيب بإفراد المجموعة التجريبية والتعريف بنفسه ثم القي محاضرة عن
التفاعل الاجتماعي بجميع أنواعه تنافس - صراع - تعاون- توافق ثم أعطى تعريفاً للتفاعل
الاجتماعي.

وتكلم على أهميته بالنسبة للفرد لتحقيق التوافق ثم تكلم عن بعض المهارات التي من شأنها
أن تساعد في التفاعل الاجتماعي وتزيد من حرية التفاعل والقدرة على تأكيد الذات.

وتناقش مع الطالبات وأعطاهن حرية التعبير عن كفاءتهن في بعض المهارات للتواصل
الاجتماعي.

ثم طلب من أفراد المجموعة التجريبية التحدث في أي موضوع يرد على أذهانهم ولمدة
دقيقة واحدة وهي جالسة في مكانها.

ثم عزز الطالبات بالمدح والشكر على الجرأة في الحديث وأعطى بعض الملاحظات لتصحيح بعض المهارات.

ثم قامت الباحثة بتوضيح أن المهارات الاجتماعية يمكن تجزئتها من تصرفات اجتماعية معقدة إلى مواقف بسيطة أقل تعقيداً ثم ترتب هذه المواقف على حسب صعوبتها وعرضت الطالبات لها بالتدرج.

مثال: _

(الشخص الذي عنده خوف من الحفلات الكبيرة ويشعر بالقلق الشديد والرغبة في مفارقة هذه الحفلات) .

قامت الباحثة بتجزئة هذه المواقف الاجتماعية المعقدة إلى مواقف بسيطة ثم قامت بتدريب الطالبات عليها.

فهذه الحفلات يكون فيها: _

- مصافحة الآخرين.
- المشي أمام الآخرين.
- نظر الناس إلى الشخص.
- الأكل والشرب أمام الناس.
- الكلام مع الناس أمام الحاضرين.
- الاعتراض على وجود بعض الأخطاء في هذه الحفلات.

ترتيب هذه الأشياء حسب درجة القلق الذي تسببه للشخص ثم بعد ذلك قامت الباحثة بطلب التدرب عليها كل واحدة على حده ثم التدريب عليهن في مجموعة كاملة .

وفي نهاية الجلسة وزعت الباحثة المشروبات والشوكولاته حيث تصادف مناسبة عيد ميلاد إحدى الطالبات، وبعد ذلك قامت الباحثة بالبحث على التدريب على المثال السابق كواجب منزلي.

الجلسة الثامنة

عنوانها: مهارات التفاعل الاجتماعي وتحقيق التواصل الاجتماعي.

المتحدث الرئيسي: الباحثة
يوم: الخميس - بتاريخ: 2014/3/6م

مدة الجلسة: 45-60 دقيقة مساءً

أهداف الجلسة:ـ

- 1_ تحقيق التفاعل الاجتماعي.
- 2_ أن تتخلص المجموعة من الشعور بالاختلاف.
- 3_ تدريب الطالبة على زيادة ثقتها بنفسها وبقدراتها وأهميتها كفرد مهم في المجتمع.

الفنيات المستخدمة:ـ

المحاضرة - المناقشة الجماعية - التدريب على المواجهة - التعزيز - الواجبات المنزلية-
التعرض.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:ـ

انتقلت الباحثة عدداً من المهارات التي تساعد في التخلص من الاضطراب وتساعد في الوقت ذاته على محاولة إيجاد استجابات تكيفيه جديدة وذلك لعلاج القصور في المهارات الاجتماعية والحرية الانفعالية التي تعاني منها المجموعة في المواقف الاجتماعية، وكذلك في حالة وجود صعوبة في التعبير الحر عن الرأي وتأكيد الذات وأثناء التعامل اليومي مع الآخرين لذا سعت الباحثة لتدريب الطالبات على السلوك التوكيدي المناسب والفعال ويتم مستقبلاً تطبيقه في البيئة الواقعية مع من حولهن ومن هذه الأساليب ما يلي:ـ

مهارات التواصل غير اللفظي:ـ

أوضحت الباحثة أن ليس ما نقوله فقط هو المهم ولكن الطريقة التي نتكلم بها فمثلاً :-

عندما نقولي جملة مهمة بصوت منخفض وأنتِ تنظرين إلى الأرض فإن هذه الجملة لا تعطي الأهمية

المتوقعة ، ولكن إذا قلتِ نفس الجملة بصوت عالٍ وأنتِ تنظرين إلى الشخص فإنها تعطي المعنى المرجو منها .

نظرة العين: عندما تبدئي الكلام انظري إلى الشخص الآخر وأيضاً من وقت لآخر وأنتِ تتكلمين وعندما تسمعين انظري إلى الشخص ولكن لا تحملي.

* ملاحظة النظر إلى العين إذا كان الطرف الآخر من الجنس الآخر لا يجوز في ديننا الإسلامي.

تجب أن يتوازي ملامح الوجه مع ما تقول.

مهارات التواصل اللفظي:ـ

ومن شأنها تعليم الطالبة أن تزيد من حريتها الانفعالية وقدرتها على تأكيد الذات عن طريق تشجيعها المعتمد على إطلاق انفعالاتها بطريقة تلقائية أي تحول المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة تلقائية وذلك بمختلف أنواع الانفعالات ((كانفعال الحب والأسف والمدح والدهشة وغيرها)).

ولتوضيح هذا الأسلوب تم اختيار طالبتين لتطبيق هذه المهارة وتم الحوار على النحو

التالي:ـ

الطالبة "أ" أي أحب زميلاتك إليك وأقربهن إليك.

الطالبة "ب" الكل ولكن الطالبة "ج" هي أقربهن إليّ.

الطالبة "أ" تفضلي الامتحان التحريري أم الشفوي.

الطالبة "ب" أنا أفضل التحريري وخاصة في وجود الآخرين.... وهكذا ألقينا المحاورة.

تطلب الباحثة من المجموعة بالتدريب على كيفية المحادثة لأنه في أوقات كثيرة نجد نفسك بأنك لا بد أن تبدأ الكلام مع شخص آخر وقد يكون زميل أو قريب أو حتى شخص غريب وتوضح الباحثة بأن هناك أموراً أساسية لبدء المحادثة وهناك أشياء تختلف من موقف لآخر بمعنى محادثة مع صديق أو غريب له قواعد أساسية وتم التوضيح بأنه سيتم التدريب على أبسط شيء قد يسبب الخوف والقلق وهي بدء المحادثة مع صديق والتوضيح بأن هناك تعليمات من المفترض تعلمها عند بدء المحادثة مع الآخرين.

أولاً: التعريف بالنفس:ـ

تكلم بصوت مرتفع وواضح وأنت تنتظر إلى الشخص الذي أمامك أنطق مخارج الحروف جيداً ونوع في نبرتك.

ـ ابدأ الحديث:ـ أن التواصل غير اللفظي يجب أن يبدأ ويثبت قبل أن تتطرق الكلمة الأولى.

ـ ابدأ المحادثة بالأسئلة العادية اليومية مثل:ـ

كيف ترى الجو هذا اليوم؟

كيف حضرت إلى هنا؟

مثل هذه الأسئلة دعوة لبداية الحديث.

ـ فحالما أن تكون قد بدأت الحديث مع شخص معين فإنك لا تستطيع أن تنتقل في الحديث حول أشياء أخرى.

ـ دع الحديث يجري فالبعض يظن بأن التواصل الجيد هو فقط أن تكون متحدث جيد، في الحقيقة أن تكون مستمعاً هو أكثر أهمية.

اسأل أسئلة مفتوحة.

ـ الأسئلة المفتوحة:ـ تبدأ بمن، ماذا، متى، كيف. الأسئلة المغلقة:ـ الجواب يكون "نعم،

لا ؟

أن الأسئلة المفتوحة هي أفضل من أجل استمرار وإبقاء المحادثة.

_ المثابرة على الموضوع.

طالما بدأت الحديث مع شخص معين عليك أن تستمر.

_ حاول أن تجعل المحادثة حول شيء يحبه الشخص الآخر ويهتم به.

_ لا تقفز لموضوع آخر فجأة ولكن تتبع مجرى الحديث.

مهارات الاستماع: _

_ بعيداً عن الأسئلة فيمكن أن تبين اهتمامك بطرق أخرى تشجع الطرف الآخر على أن

يواصل الحديث بكلمة أو كلمتين مثل جميل، عظيم، رائع.

إنهاء المحادثة: _

_ بعض الأشخاص يخافون من أنهم غير قادرين على أن ينسحبوا من الحديث مع

الشخص في حالة ابتداء الحديث.

_ هناك عبارات شائعة موظفة لإنهاء الحديث.

مثال: _ أنه من الجميل أن اتحدث معك، ولكن على أن أذهب لأجد محمد الآن.

_ لابد من الاستئذان بالمغادرة.

مثل: أنه مهم حقاً أن أتحدث معك، ولكن جوعان جداً وأني فقط ذاهب لا تناول بعض

الطعام والآن مع السلامة. ولتوضيح هذه الأساليب طلبت الباحثة من الطالبات بتطبيق هذه

المهارات.

الطالبة "أ" تأتي من بعيد وصديقتها واقفة في زاوية بمفردها.

الطالبة "أ" تنظر لصديقتها وعندما تقترب تنظر إلى صديقتها وتقول السلام عليكم.

الطالبة "د" وعليكم السلام ورحمة الله وبركاته.

الطالبة "أ" ما هي أخبارك لما لم نعد نراك.

الطالبة "د" والله مشاغل ودراسة، وما هي أخبارك أنت والعائلة.

الطالبة "أ" الحمد لله لما أنت واقفة هنا .

الطالبة "د" أنتظر المحاضرة الساعة " 4".

الطالبة "أ" حسناً أنا عندي موعد ضروري ولا بد لي من الذهاب استأذن مع السلامة.

وتقوم الباحثة بالشكر وتشجيع الطالبات وتوجه بعض التعليقات مثلاً، ولكن أريدك وأنت قادمة من بعيد ان تبترسمي ويعلو صوتك لأن صوتك منخفض تبادلي النظرات مع زميلتك أثناء الحوار .

ويتم تبادل الأدوار بين باقي أفراد المجموعة التجريبية إلى أن يتم استيعاب كافة الفنيات موضحة بأن تعطي كل طالبة تدعيماً من الداخل كأن تقول لنفسها أنا أفضل أنا ممتازة ومن الممكن أن أكون بنفس الأسلوب وأفضل مع جميع الناس.

ملاحظة في هذه المحاضرة طلبت الباحثة من الطالبات توزيع المشروبات على المجموعة وتبادلنا أنواع من سرد الفكاهة كتطبيق عملي على مهارات المحادثة ونوع من التسلية.

وتم تكليف المجموعة بأداء الواجب المنزلي وذلك بإجراء بدأ المحادثة مع صديقة ثم محادثة أخرى مع شخص غريب .

الجلسة التاسعة

عنوانها: مهارات التفاعل الاجتماعي وتحقيق التواصل الاجتماعي.

المتحدث الرئيسي: الأستاذ الدكتور: عياد سعيد أمطير يوم: الثلاثاء -

بتاريخ: 2014/3/11م

مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة الفترة: المسائية.

أهداف الجلسة:

1_ التدريب على المواجهة.

2_ التدريب على هدوء الأعصاب والاسترخاء "العضلي".

3_ رفع الروح المعنوية وبتث الثقة بالنفس.

الفتيات المستخدمة:

المحاضرة - التدريب على المواجهة - الاسترخاء - الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:

في بداية الجلسة تحقق الدكتور من ردود فعل الطالبات تجاه الجلسة السابقة، بعد ذلك تم مناقشة الواجب المنزلي الذي تم اتفق عليه. وجشعهم على أداء الواجب المنزلي.

_ بعد ذلك تم شرح فنية الاسترخاء بطريقة مبسطة، حيث أوضح أن الناس تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق والخوف بتغيرات وزيادة في توتر العضلات. والإنسان عندما يكون قلقاً يشعر أن بعض عضلات جسمه مشدودة ومتوترة، وأن هذا التوتر يضعف قدرة الإنسان على التوافق والنشاط، فكثيراً ما يشكو المريض في حالة القلق والخوف من الصداع وزيادة ضربات القلب والآلام في جسمه وشعور بالإرهاق، والتدريب على الاسترخاء يعتبر من الخطوات الهامة في التغلب على القلق والخوف وخفض التوتر، وتجعل الإنسان يتعامل مع الضغوط بالطريقة الصحيحة فكثير من مواقف الحياة اليومية تسبب للإنسان التوتر.

فلجوء الإنسان لتدريبات الاسترخاء قبل أو بعد تعرضه لموقف التوتر يمكن أن يسهم بشكل فعال في خفض التوتر، تم أوضح الدكتور للطالبات أنهن مقبلات على تعلم خبرة جديدة أو مهارة جديدة لا تختلف عن أي مهارة سابقة لديهن.

كما يطلب من الطالبات بأن تكون أفكارهن مركزة في عملية الاسترخاء وأن يتخيلن بعض اللحظات التي كن يعيشتها بمشاعر هادئة.

وأن تكون عضلات الجسم في حالة تراخي أثناء الاسترخاء، خاصة إغماض العين لمنع التشتت البصري الذي قد يعوق الاسترخاء، ثم بعد ذلك بدأ الدكتور بممارسة الاسترخاء على الطالبات والباحثة معهم كنموذج للتطبيق.

ففي بداية التدريب طلب منهن الجلوس بوضع مريح على الكرسي، وطلب منهن خلع الحذاء وإذا كانت ترتدي أي منهن نظارة تخلعها.

وبعد ذلك بدأ الدكتور بتدريب الطالبات على تمارين الاسترخاء ويقول للطالبات خلال لحظات قليلة سوف أطلب منكن أن تأخذن نفساً عميقاً، والآن نبدأ: خذن نفساً عميقاً شهيقاً ولحبسنه لمدة خمس إلى عشر ثوان هذا الشهيق يؤدي إلى الشعور بالتوتر تم يطلب منهن إطلاق التنفس تنفس تدريجياً "الزفير" هذا الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة التوتر، حاولي أن تستمتعي حالة الاسترخاء التي تكوني عليها بعد التنفس، كرري هذه العملية مرة ثانية، لاحظي الفرق بين حينما تحبسي التنفس ولاحظي حينما تطلق التنفس، والآن سوف نبدأ بتمرين آخر، استرخي إلى أقصى درجة ممكنة "يسكت الدكتور" ثم لاحظي أن عضلات يداك وعضلات مقدمة الذراعين والكتيفين تنقبض تتوتر، ركزي على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط، حافظي على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، افتحي يداك وأرخيها تدريجي حتى تصل إلى استرخاء تدريجي تام، لا حظي الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، الآن استمتعي بحالة الاسترخاء التي تعشيها حالياً، كرري هذا التمرين مرة ثانية حتى تتمكني من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى جزء آخر من الجسم وهو منطقة الرأس والرقبة حيث يطلب منهن تجعيد الجبهة والحاجبين إلى أن تشعر كل واحد من أن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن الجلد

قد تجعد، ثم يطلب منهن الاسترخاء ويتم تكرار التمرين أكثر من مرة حتى يشعرن بالفرق بين حالتني التوتر والاسترخاء.

بعد ذلك يطلب من كل واحدة منهن أن تغلق عينيها بإحكام وبقوة إلى أن يشعرن بالتوتر في كل المنطقة المحيطة وكذلك العضلات التي تحكم العين ثم يطلب منهن أن يرجعن على الوضع المريح ويلاحظن الفرق بين التوتر والاسترخاء، ويتم تكرار التمرين أكثر من مرة، ثم يطلب منهن أن يطبقن على الفكين والأسنان والشفنتين بقوة وإحكام كما لو كن يعضضن على شيء بقوة، ثم يطلب من كل واحدة إزاحة فكيتها وشفتيها وجعلها مسترخيتان، مع ملاحظة الفرق بين حالتني الشد والتوتر التي تسرى حول الفم والاسترخاء، ويتم تكرار التمرين أكثر من مرة، بعد ذلك يتم الانتقال إلى تدريب منطقة الرقبة ثم يطلب منهن الضغط بالرأس إلى الخلف أقصى ما يمكن على أن يشعرن بالتوتر خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر ثم يعدن بها إلى وضعها المريح مع ملاحظة الفرق بين حالة التوتر والاسترخاء ويكرر ذلك مرة أخرى.

بعد ذلك ينتقل إلى تمارين الاسترخاء لباقي الجسم وهي ((الساقين والقدمين، الصدر، البطن، الظهر)) بعد ذلك يتم الانتقال حيث يطلب منهن تقويس الظهر مع ملاحظة التوتر الذي بدأ يحدث للظهر ثم يطلب منهن العودة للوضع الطبيعي مع ملاحظة الفرق بين التوتر والاسترخاء وتكرار ذلك أكثر من مرة.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى الصدر بأخذ نفس عميق وكنمه لا طول فترة ممكنة ويطلب منهن ملاحظة التوتر الذي بدأ يسرى إلى عضلات الصدر، ثم يطلب منهن إخراج الهواء الزفير من الفم بعد ذلك يتم الانتقال إلى البطن وذلك بسحبها إلى الداخل باتجاه الظهر والبقاء على هذا الوضع قليلاً ثم تدعها تسترخي ويتم تكرار هذا التمرين مع ملاحظة الفرق بين الوضع في حالة التوتر والاسترخاء.

بعد ذلك يبدأ العمل بتدريب الساقين حيث يطلب من كل طالبة أن تقوم بفرد ساقها حتى يشعرن بتوتر الفخذين، ثم تدع ساقها يسترخيان مع ملاحظة حالة الشد والتوتر ويكرر التمرين أكثر من مرة.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى بطن الساق وذلك بأن يطلب من كل طالبة أن تتهيأ قدمها إلى الأمام مع اتجاه الوجه إلى أن تشعر بالانقباض الشديد في بطن الساق وقصبة الرجل ثم تسترخي مع ملاحظة الفرق بين الشد والتوتر والاسترخاء ثم يكرر التمرين مرة أو مرتين، وأخيراً تطلب الباحثة القيام بالتدريب على هذه التمارين كواجب منزلي.

وفي ختام الجلسة طلبت الباحثة من الطالبات بشرب عصير البرتقال التي قدمته لهن مع التنبيه على القيام بالواجب المنزلي.

الجلسة العاشرة

عنوانها: مهارات التفاعل الاجتماعي وتحقيق التواصل الاجتماعي.

المتحدث الرئيسي: الأستاذ الدكتور: عياد سعيد أمطير يوم: الخميس -

بتاريخ: 2014/3/13م

مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة الفترة: المسائية.

أهداف الجلسة:

1_ التدريب على هدوء الأعصاب والاسترخاء.

2_ التدريب على التصرف بهدوء وحكمة في المواقف الاجتماعية المختلفة.

3_ التدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية.

4_ تحقيق التفاعل الاجتماعي.

الفنيات المستخدمة:

المحاضرة - التدريب على المواجهة - الاسترخاء - الواجبات المنزلية- التخيل.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:

بدأت الجلسة من قبل الدكتور بالترحيب بالطالبات حيث قام بتذكيرهن بما دار في الجلسة السابقة وبعد ذلك ثم مناقشة الواجب المنزلي الذي تم الاتفاق عليه.

وضح للطالبات أن موضوع الجلسة اليوم هو القيام بالتدريب على الاسترخاء بالإيحاء حيث وضح أهداف التدريب على الاسترخاء ولخصها فيما يلي:

1_ التخمين من نسبة التوتر الداخلي والعضلي.

2_ المساعدة على تمالك التوازن الروحي.

3_ التسهيل على المفحوص تحمل مشكلاته وأعبائه.

4_ الوقاية من اضطراب النفس.

5_ التخفيف من شدة الضغط والكفاح الداخلي للنفس حيث عرف الاسترخاء بالإيحاء:-
بأنه كل ما يحدث من تعبير جديد وفعال في الجهاز العصبي بواسطة استحضار صورة
وهذا الاستحضار قد يكون شعورياً أو لا شعورياً وهذه الصورة قد تبين تعبيرات حدثت في
الماضي أو تحدث في الحاضر أو قد تحدث في المستقبل.
بعد ذلك بدأ التدريب على الاسترخاء بالإيحاء:-

طلب من كل طالبة الجلوس بشكل مريح ودون شد عضلي.

الإحساس بأنك موجودة في كان آمن.

وطلب منهن محاولة استبعاد أي أفكار أو مواقف سلبية والتفكير في مواقف إيجابية قدر
الإمكان.

بعد ذلك طلب منهن البدء في التنفس العميق من الأنف بهدوء والتخلص من الهواء عن
طريق الفم ببطيء وهدوء بعدها طلب منهن وضع أيدهن على الركبة دون تشنج وإغماض
أعينهن والاستماع إليه.

الاستمرار في عملية التنفس بحيث يأخذن الهواء من الأنف والتخلص منه عن طريق الفم
بحيث يعطين أوامر لأصابع أقدامهن بالاسترخاء مع كل نفس.

الآن تشعرين بأن أصابع قدمك في حالة استرخاء وبدأ الاسترخاء ينتقل إلى كل القدمين،
مع كل نفس عميق تشعري براحة القدمين وبخفتها.

اصدري الأمر إلى عضلة الساق بالاسترخاء وأنت تتنفس بهدوء، بدأ الاسترخاء يصل إلى
الركبة.... الركبة أكثر راحة بدون تعب....بدأت عضلة الفخذ تستريح..... تسترخي.
وأنت تتنفس بهدوء وبعمق تشعري بأن الوسط في حالة استرخاء..... لا يوجد أي شد أو
توتر.

الاسترخاء بدأ ينتقل إلى أعلى الجسم.....عضلات البطن غير مشدودة.....عضلات
الوجه منبسطة..... مرتاحة.

العينان في حالة استرخاء.....هدوء..... الشعور بالراحة.....الاسترخاء.....العينان
مغمضتان وكأنهما في حالة حلم جميل.....جميل.....جميل، هدوء.....سكون.....أصوات
تهمس في الأذن .

كل ذلك يشعرك بالهدوء..... كل حركة تجعلك تسترخي.....هدوء.....أمامك مباشرة
حديقة....شجيرات صغيرة.....تشكل صورة رائعة...ورود ذات ألوان حمراء.....ورديّة.....
بيضاء....صفراء....خليط من الألوان....الأصواتالألحان تصدرها عصافير..... وهي
تنتقل بين الأغصان....وهي تناجي بعضها البعض.

وأنت تدخلين الحديقة من باب على شكل قوس كبير من الأشجار المتشابكة تشمي رائحة
الأزهار....كأنك في جنة العطور والرياحين.

تدخلي الحديقة...تتمشي بين جوانبها...الوجوه باسمه...ضاحكة...تشعري
بالهدوء...بالراحة بالسعادة.

تجلسين على مقعد في الحديقة.....وأنت تشعري بالهدوء تشعرين بالثقة في النفس....
تشعرين بالراحة.

تشعري بإحساس جميل...تحسسي بأن كل جزء من جسمك في حالة استرخاء وصحة
هدوء يلف كل أحاسيسك...كل مشاعرك.

تقولين بأنك سعيدة....سعيدة...السعادة.....الهدوء.....الاسترخاء....الاسترخاء.

وبعد ذلك أوضح الدكتور أن بعد كل جلسة استرخاء تكون نفسيّتك أكثر قدرة على مواجهة
التوتر والقلق والضغط وتكونين أكثر ثقة.

وفي نهاية الجلسة وزعت الباحثة المشروبات على الطالبات وتبادلنا الحوار على شعورهن
بعد الاسترخاء وطلبت الباحثة من الطالبات تطبيق الاسترخاء مرتين يومياً قدر الإمكان.

ملاحظة: _ أخبرت بعض الطالبات من المجموعة التجريبية الباحثة على اشتراكهن في
الإذاعة المدرسية مما أكد للباحثة على فاعلية البرنامج إلى حد الآن.

الواجب المنزلي: _

قامت الباحثة بتوزيع عدد من الموضوعات على أفراد المجموعة التجريبية وتطلب منهن
تجهيز ورقة عن هذا الموضوع للعرض في الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشر

عنوانها: تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس.

المتحدث الرئيسي: الباحثة يوم: الثلاثاء - بتاريخ: 2014/3/18م

مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة الفترة: المسائية.

أهداف الجلسة:

1_ تحقيق التفاعل الاجتماعي.

2_ تدريب الطالبات على تمارين الاسترخاء.

3_ التدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية.

4_ تنمية الثقة في النفس.

الفنيات المستخدمة:

المحاضرة - المناقشة - الاسترخاء - التعرض - الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:

في بداية الجلسة تم مراجعة ما دار بالجلسة السابقة ناقشن الملاحظات يلي ذلك قامت الباحثة بتدريب الطالبات على الاسترخاء ووضحت لهن الفرق بين التوتر والاسترخاء.

والباحثة فضلت تقديم ممارسة الاسترخاء قبل مراجعة الواجب المنزلي حتى تكون الطالبات في حالة هدوء واستقرار وبذلك تكون مناقشة الواجب المنزلي أكثر إيجابية.

حيث سألتهن عن تطبيق الاسترخاء وكيف كان الشعور بعد الاسترخاء.

بعد ذلك طلبت الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية عرض الورقة التي أعدتها أمام أفراد المجموعة على المنصة وليس في مكانها ولا يسمح بالتعليق أو المناقشة.

حيث قامت كل طالبة بعرض الورقة فوق المنصة وقامت الباحثة بتعزيز الطالبات بالشكر والتصفيق بعد إنهاء كل طالبة لموضوعها.

بعدها طلبت من بعض الطالبات توزيع المشروبات على أفراد المجموعة.

وفي نهاية الجلسة طلبت الباحثة من الطالبات تحضير ورقة عن أي موضوع يروق لهن للعرض في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشر

عنوانها: تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي والثقة بالنفس.

المتحدث الرئيسي: الباحثة
يوم: الخميس - بتاريخ: 2014/3/20م

مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة
الفترة: المسائية.

أهداف الجلسة: _

1_ التدريب على هدوء الأعصاب والاسترخاء.

2_ تنمية الثقة بالنفس.

3_ التدريب على المواجهة.

الفنيات المستخدمة: _

المحاضرة - المناقشة - التعزيز - التعرض - الاسترخاء - الواجبات المنزلية.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

في بداية الجلسة تحققت الباحثة من رأي الطالبات حول الجلسة السابقة وهل يوجد لديهن أسئلة أو استفسار حول الجلسات السابقة وهل لديهن آراء يمكن اقتراحها.

بعد ذلك تم مناقشة الواجب المنزلي والتأكد من مدى نجاحه ثم ركزت الباحثة على مدى الاستفادة من الاسترخاء.

بعد ذلك قامت الباحثة بتدريب الطالبات على الاسترخاء.

وبعدها طلبت من كل طالبة الصعود للمنصة وعرض موضوعها مع فتح باب المناقشة وإبداء الرأي حول الموضوع المطروح.

لاحظت الباحثة أن الطالبات في تحسن ملحوظ في عرض الموضوعات حيث كن أكثر

جرأة.

شجعت الباحثة الطالبات وأعطت كل طالبة بعد انتهاء العرض قطعة شوكولاتة مع علبة عصير وتمت مناقشة المواضيع وإبداء الآراء، وطلبت من المجموعة التصفيق لكل طالبة تكمل موضوعها.

الواجب المنزلي: _

اذكري بعض المواقف التي شعرت فيها أنك متعبة من الدراسة ومضغوطة وفضلت الاسترخاء؟ وكيف كان شعورك بعد الاسترخاء؟

الجلسة الثالثة عشر

عنوانها: التواصل مع المجتمع. مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة الفترة: المسائية.

المتحدث الرئيسي: الباحثة
يوم: الثلاثاء - بتاريخ: 2014/3/25م

أهداف الجلسة: _

- 1_ مناقشة الواجب المنزلي.
- 2_ تعزيز الثقة بالنفس لدى المجموعة التجريبية.
- 3_ تعرض المجموعة التجريبية لمواقف اجتماعية حية..
- 4_ الشعور بالقيمة الشخصية.

الفنيات المستخدمة: _

المناقشة الجماعية- التعزيز - المواجهة.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة: _

في بداية الجلسة رحبت الباحثة بالمجموعة الاسترشادية بعد ذلك تم مراجعة الواجب المنزلي وهو تدريبهم على الاسترخاء في المواقف التي استدعت ذلك وكيف كان الشعور بعد الاسترخاء.

بعد ذلك قامت الباحثة بدعوة أفراد من خارج المجموعة التجريبية لحضور الندوة التي تم تجهيز لها مسبقاً بين الباحثة والمجموعة التجريبية بحيث أعطت الباحثة المجال للطلبات لاختيار موضوع للندوة وتوزيع مواضيع على بعضهن بمساعدة الباحثة وكل طالبة جهزت الموضوع الخاص بها في قسيمة ورق واعداتها في المنزل وقامت بالتدريب على إلقائها.

بعد ذلك قامت الباحثة بعرض موضوع الندوة وما يتعلق به من جوانب.

طلبت الباحثة من أفراد المجموعة التجريبية بالمشاركة في الندوة أمام الحضور بحيث أعطت الباحثة كل طالبة فرصة في عرض فقراتها وتوضيحها للحضور.

بعدها قامت الباحثة بفتح باب المناقشة بين أفراد المجموعة التجريبية والحضور.

قامت الباحثة بتعزيز مبادرة الطالبات في إلقاء الفقرات والمناقشة مع الحضور، وطلبت من الطالبات بتوزيع علب العصير وعلب الماء على الحضور.

بعد خروج الحضور من خارج أفراد المجموعة التجريبية قامت الباحثة بطرح أسئلة على الطالبات حول آرائهن حول الندوة وهل هن راضيات على أدائهن.

وأوضحت الباحثة على رضاها على أداء الطالبات وشكرتهن على الإلقاء الرائع وحسن الاستماع وإبداء الرأي

الجلسة الرابعة عشر

عنوانها: التقييم. مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة

الفترة: المسائية.

يوم: الخميس - بتاريخ: 2014/3/27م

المتحدث الرئيسي: الباحثة

أهداف الجلسة:

1_ مناقشة المجموعة التجريبية في مدى الاستفادة من البرنامج.

2_ تعزيز الثقة بالنفس لدى المجموعة التجريبية.

3_ تهيئة المجموعة التجريبية لإنهاء البرنامج.

الفنيات المستخدمة:

الحوار - المناقشة الجماعية - عرض الآراء.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:

قامت الباحثة بالترحيب بالمجموعة التجريبية وبدأت الجلسة بالحوار على مدى الاستفادة من البرنامج بالنسبة للطالبات حيث أبدت كل طالبة رأياً في مقدار الاستفادة من البرنامج وأعطت الباحثة مجالاً للطالبات بنقد بعض الأفكار الواردة في البرنامج.

بعدها قامت الباحثة بسؤال الطالبات حول أهدافهن في المستقبل التي يرغبن في تحقيقها وشجعتهن على الثقة في النفس وأهميتها في تحقيق الأهداف.

وقامت الطالبات بإعلام الباحثة إنهن أصبحن أكثر مشاركة في الأنشطة الاجتماعية وعززت الباحثة هذه المبادرة.

ثم قامت الباحثة بتوزيع استمارة تقييم جلسات انتهاء البرنامج وأكدت الباحثة على إعجاب أفراد المجموعة التجريبية بالبرنامج.

بحيث أوضح أفراد المجموعة التجريبية بأن البرنامج أضاف شيئاً جديداً لهن وهو التغيير للأفضل وتجاوز الصعوبات في إبداء الرأي وزيادة الثقة بالنفس، والتفكير بإيجابية وتعلمهن الاسترخاء الذي يزيل التوتر ويساعد على التفكير والتركيز.

الجلسة الخامسة عشر

الجلسة الختامية يوم: الثلاثاء - بتاريخ: 2014/4/2م

مدة الجلسة: 45 - 60 دقيقة الفترة: المسائية.

أهداف الجلسة:

1_ التأكيد على المجموعة التجريبية على الاستمرار في اتباع ما تم تعلمه في البرنامج الإرشادي.

2_ التطبيق البعدي لمقياس الرهاب الاجتماعي.

3_ الإشارة إلى تطبيق المتابعة.

الفنيات المستخدمة:

الحوار - المناقشة.

الخطوات التنفيذية لمحتوى الجلسة:

بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالمجموعة التجريبية وشكرهن على الحرص في متابعة جلسات البرنامج والالتزام بتنفيذ كل الإرشادات التي وجهت إليهم والأنشطة خلال الجلسات ولخصت الباحثة للطالبات الجلسات السابقة وما دار فيها وما يجب أن يتبعه من أفكار بديلة لمواجهة الأفكار الخاطئة والتحلي بالصبر والعفو عن أساء إلينا والنية الطيبة وعدم ظن السوء والثقة بالآخرين.

والتأكيد على ممارسة الأنشطة السارة والاسترخاء العضلي والنفسي.

وفي نهاية الجلسة شكرت الباحثة جميع الأفراد في البرنامج على التزامهم وأعلنت الباحثة للجميع عن استعدادها في أي مساعدة تطلب من الباحثة.

_ وأكدت على ضرورة الاتصال بها في أي أمر من الأمور واتفقت على آلية للتواصل معهن مستقبلاً من خلال الاحتفاظ بعناوين وأرقام هواتف الطالبات.

بعدها استأذنتهن الباحثة في إجراء القياس البعدي للبرنامج وذلك بتوزيع أداة القياس.
وتم الاتفاق في إجراء قياس آخر للبرنامج "القياس التتبعي" بعد شهرين أن شاء الله من
الآن.

ثم إنهن البرنامج بشكرهن على حسن المشاركة ووزعت عليهن - سيدي للاسترخاء كتذكار
وعصير والكيك كحفلة ختامية.