

**التدخل المهني بطريقة خدمة الفرد من خلال استخدام
العلاج العقلاني في تخفيف حدة رهاب التحدث مع
الآخرين لطلبة الثانوية العامة**

إعداد

الدكتور / محمد صابر أبو زيد

مدرس خدمة الفرد بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بسوهاج

أولاً: مشكلة الدراسة

يعتبر المجال التعليمي من أكثر مجالات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية انتشاراً ، نظراً لكثرة عدد المدارس وانتشارها في مختلف بقاع البلاد ، ونظراً لأهميته للنمو والتوسع في التعليم ولزيادة أعداد الطلبة الذين يمثلون أهم دعائم التنمية فهم نصف الحاضر وكل المستقبل . ويعتبر التعليم أهم الدعائم التي تعتمد عليها العملية التنموية وذلك للدور الكبير الذي يقوم به في عملية التنشئة الاجتماعية للطلاب وما تتضمنه هذه العملية من أهمية كبيرة من نقل الثقافة العامة السائدة في المجتمع إلى الطلاب، وكذلك غرس العديد من القيم الإيجابية في نفوسهم (سيد عبد العظيم ، ٢٠٠٠ ، ٨٧).

ويمثل الطلاب ذروة القوى البشرية العاملة والثقل الرأسي في قوة الإنتاج في أي مجتمع بفضل ما يتميز به من خصائص جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية وهو العنصر المنتج والمستهلك في آن واحد، كما إنه يعتبر العامل الفاعل في أي تخطيط اجتماعي أو اقتصادي سواء كان ذلك من ناحية الكم أو الكيف (أحمد السنهوري، ١٩٩١، ٢٥).

وتعد فئة طلاب المرحلة الثانوية من أكثر الفئات الاجتماعية تأثراً بالواقع ومتغيراته ومعطيات البيئة الحياتية المادية والمعنوية من فكر وقيم ومشاعر وسلوك ، فطلاب الثانوية شريحة اجتماعية تشغل وضعا متميزاً في بيئة المجتمع فهي فئة عمرية يكاد أن يكون بناؤها النفس والثقافي مكتملاً على نحو يمكنها من التكيف والتوافق والتفاعل والاندماج والمشاركة بأقصى الطاقات التي يمكن أن تساهم في تحقيق أهداف المجتمع والمشاركة بأقصى الطاقات التي يمكن أن تساهم في تحقيق أهداف المجتمع وتطلعاته. (سمحيه : ٢٠٠٩ ، ٢٠).

ويواجه طلاب الثانوية مشكلات تحتل موقعاً مركزياً على رأس قائمة أولويات المنظمات الدولية والإقليمية والحكومات منذ عدة عقود، ويمكن تفسير مثل هذا الاهتمام بطرق شتى فهو ينعكس من جانب اعترافاً بخصوصية المشكلات المتعلقة بتلك الفئة، ويعد من جانب آخر من مدى تشابك هذه المشكلات مع مجمل التحديات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي توجهها المجتمعات المعاصرة. (إيمان فرج: ٢٠٠٤ ، ١).

ومن الغايات التي يراها غالبية الشباب ويسعون نحو تحقيقها سعياً واسعاً، هي إشباع حاجاتهم البيولوجية والاجتماعية والنفسية، ولكن كثيراً ما يواجه الفرد ضرورة متنوعة من العوائق، تحول دون الوصول إلى الإشباع المرجوة وتحقيق الحاجة الملحة، وقد تتراوح هذه المعوقات بين ما تتضمنه البيئة المحيطة من صراعات وتحديات، وبين السمات الشخصية والخصائص السلوكية والنفسية، التي قد تؤدي إلى سوء التوافق والاضطراب ومع تقدم الحياة وتعقدتها في المجتمعات المعاصرة وفي ظل الظروف الحاضرة، وما تتسم به من مناقشات وصراعات وضغوط مستمرة، أدى ذلك إلى ظهور الاضطرابات والمشكلات التي تواجه الشباب، وقد تكون سبباً في إعاقة نموهم الاجتماعي والنفسي.

(Nardone: 1996, 16).

وتعد مشكلة الرهاب الاجتماعي إحدى المشكلات التي تعترى طلاب الثانوية وبخاصة ذلك الخوف الاجتماعي الذي يعاني منه الطلاب قبل وأثناء أداء الإمتحانات بصفة خاصة ، وأثناء العملية التعليمية بصفة عامة ، وخلال مشاركة الطلاب في الأنشطة الطلابية التي تستهدف التفاعل والعلاقات الاجتماعية بين الطلاب الأمر الذي يتطلب تقديم كافة أنواع المساعدات العلاجية المطلوبة بهؤلاء الشباب في تلك المرحلة.

ومن المواقف الأكثر شيوعاً لدى المرضى الذين يعانون رهاباً اجتماعياً هو رهاب التحدث أمام الآخرين، وذلك وصفه بعض الباحثين بأن الموقف الأكثر رعباً لدى شريحة من المجتمع. (Hofamen et. At. 1996, 302). وهذا ما أكدته دراسة (Stien 1997) حيث أشارت نتائجها إلى أن قلق التحدث أمام الآخرين كان له أثر بارز على حياة العديد من الأفراد في المجتمع وأفادت الدراسة إلى أن ثلث أفراد العينة من أصل ٤٩٣ كانوا يعانون من قلق مفرط عند القيام بالتحدث أمام حشد الناس، وقد كانت بؤار ظهور القلق على التوالي ، ٥٠% ، ٧٥% ، ٩٠% ، للأعمار، ١٣، ١٧، ٢٠ سنة وقد أجاب ٩٧% من المشاركين في الدراسة، بأنهم لا يستطيعون التحدث أمام مجموعة من الناس أو إلقاء خطب في مناسبات رسمية أو غير رسمية وبشكل عام أجاب حوالي ١٠% من العينة بأن قلق (التحدث أمام الآخرين) قد أدى إلى تدخل بارز على عملهم وحياتهم الاجتماعية ودراساتهم.

وقد أشار الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (Dsm. Ir-tr , 2000) إلى المعايير التشخيصية للمخاوف والقلق الاجتماعي ومن هذه المعايير أن الفرد يدرك أن مخاوفه وقلقه هو قلق غير مبرر ومبالغ فيه إلا أنه لا يستطيع التخلص منه . وأوضحت (رضية علي ٢٠٠٤) أن الرهاب الاجتماعي أحد الاضطرابات النفسية التي صنفت ضمن اضطرابات القلق الرهابي التي وردت في الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية لمنظمة الصحة العالمية، وقد صنف كذلك ضمن دليل المرشد الإحصائي للتشخيص للاضطرابات العقلية الصادرة عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين وذلك في طبعته الثالثة .

وقد أكدت كثير من الملاحظات العيادية على وجود مؤشرات تدعم القول بارتفاع نسبة الإصابة باضطراب الرهاب الاجتماعي، حيث يعد اضطراباً واسع المجال والانتشار إذ يتراوح نسبة انتشاره بين (٧ - ١٤%) في المجتمعات الغربية، وهو يتوافق مع اضطرابات القلق والاكتئاب. وإشار (حاتم الغامدي، ٢٠١٤) إلى إنه لم يكن الغرب أفضل حالاً من أرقام النسب العالمية، وأوضح أنه أجريت دراسات على الوطن العربي بالإضافة إلى الملاحظات العيادية، إلى أن هذا الاضطراب واسع الانتشار في مجتمعنا العربي (تصل نسبة المصابين به من مرض العيادات النفسية إلى حوالي (١٣%) من مجموع المرضى.

وكثيراً من المصابين بهذا الاضطراب يشعرون بأن خوفهم من الآخرين هو خوف مبالغ فيه وغير منطقي، وفي بعض الحالات يكون الرهاب محددًا من بعض المواقف الاجتماعية كالمأكل والمشرب أو

القيام بأداء معين في المواقف التي تتضمن حضور الآخرين أو مواجهتهم وفي الحالات الشديدة يكون الخوف مهماً لمعظم المواقف الاجتماعية وفي كل الأوقات وقد يكون معطلاً لكثير من المواقف الاجتماعية (رضية علي، ٢٠٠٤).

وأكد هذا دراسة (Manuzz, et. Al 1995) في دراسته التي تناولت العواقب التي يؤدي إليها القلق الاجتماعي، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك إعاقة في معظم النواحي العملية بما في ذلك الأنشطة البسيطة للحياة اليومية لمن لديهم قلق اجتماعي، وأشارت الدراسة إلى أن من لديهم قلق يميلون إلى التأخر الدراسي والبطء العملي والتغيب، ويعانون من صعوبة تكوين علاقات اجتماعية ويواجهون حالة من الانطواء.

واتضح من خلال دراسة (Corallee 1991) أن من ضمن أسباب الرهاب الاجتماعي لدى الطلاب الحماية الزائدة من قبل الوالدين والخوف على اختلاط أبنائهم بأقرانهم مما يجعل الأبناء لديهم خوف شديد من الانخراط في علاقات مع ذويهم .

وهدفت دراسة (Meghan Eileen 2004) التعرف على الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من ١٤ طالب وطالبة وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين الاضطرابات النفسية والمدرسة فتشجيع المدرس للطالب على الاستفادة العلمية يؤدي إلى انخفاض حدة التوتر وأعراض الرهاب الاجتماعي.

واستهدفت دراسة (Lowry, Kirsten 2008) التعرف على المشاكل الشخصية لدى المراهقين من طلاب الجامعة الذين لديهم اضطراب عام ورهاب اجتماعي وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين من طلاب الجامعة الذين ظهر عليهم أعراض الرهاب الاجتماعي يجدون صعوبة في التكيف والتواصل العاطفي مع زملائهم وقد قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية يهدف التحقق من مدى انتشار ظاهرة قلق التحدث أمام الآخرين وحيث قام بتطبيق الدراسة الاستطلاعية علي عينة مكونة من ١٦٠ طالب وطالبة من واصل مدارس الثانوية العامة بإدارة سوهاج التعليمية على طالبات العملية والأدبية وتوصل الباحث إلى أن ٦٤% من أفراد العينة كانت تعاني من قلق التحدث أمام الآخرين.

ومما لا شك فيه أن عدم المبادرة في تقديم العلاج والحلول، في الحد من هذا الاضطراب لا يؤدي إلى اتساع دائرته فحسب، إنما قد يقضي إلى اضطرابات نفسية أخرى أشد حدة من هذا الاضطراب، وبالتالي يصبح المريض أسيراً لسلسلة من الاضطرابات النفسية المتداخلة، حيث أشارت الكثير من الدراسات إلى أهمية المبادرة بتقديم العلاج نقادياً للعواقب الوضعية التي قد يؤدي إليها هذا النوع من الاضطراب ومنها دراسة (Patrick J, 2005) عن الخوف من الكلام بشكل عام كنوع من أنواع الرهاب الاجتماعي والتي أوضحت أن الخوف من الكلام أحياناً يكون لدى بعض الأفراد بصورة أعلى من الخوف من المرض أو الخوف من الموت لأنهم يعتقدون أنهم عندما يتحدثون سيسخر منهم الآخرون، وتوصلت النتائج إلى أن تكتيكات وأساليب الاسترخاء كأحدي أساليب خدمة الفرد أدت إلى

التقليل من حدة الخوف الزائد من الكلام، وقد كان ذلك على عينة من طلاب جامعة ولاية جراندي فالي تولاها ٧٧ طالب.

وفي مصر كانت دراسة (حمدي منصور ٢٠٠٠) التي استهدفت اختبار فاعلية برامج معرفية في علاج اضطراب القلق العام لدى عينة من المرضى النفسيين، وقد طبقت الدراسة على عينة قدرها (٨) حالات ممن يعانون من اضطراب القلق العام، وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، فاعلية البرنامج في تحقيق أهدافه والتي تحددت في إطار استخلاص الأفكار اللاعقلانية التي تشكل جزءاً من المنظومة المدنية لمريض القلق.

وهدفت دراسة (أسماء عبد الله ٢٠٠٤) إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة بدولة قطر، وأن العوامل النفسية التي تكمن وراء استمرار مستوى القلق لدى الجماعة في مستوى اضطرابات القلق بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادي هي الضغوط والمشكلات الأسرية.

وللتعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين جاءت دراسة (Heather Marie 2001) التي طبقتها على عينات من ٢٣ مراهق وقد أشارت نتائجها إلى أن أساليب العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد كان لها أثر كبير في علاج مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى المراهقين.

وجاءت دراسة (حنان عبد الرحمن ٢٠١٣) لتؤكد فاعلية برنامج التدخل المهني في خدمة الفرد والتخفيف من حدة مشكلات الرهاب الاجتماعي لدى الطالبات).

ومن هذا المنطلق فإن وجود هذا الاضطراب (قلق التحدث أمام الآخرين) وأفراد عينة الدراسة الحالية، قد يعد سبباً رئيسياً لتدهور علاقاتهم الاجتماعية المحيطة وشعورهم بالاغتراب النفسي، ويظهر هذا الاضطراب في تدني المستوى الدراسي مثل التغيب عن إعفاء بحث يطالب به الطلبة وعدم المشاركة في المناقشات فهذا يعيق عملية التركيز الذي يؤثر بدوره على استيعاب المادة العلمية.

والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تسعى إلى تحقيق عملية المساعدة بوحدة العمل سواء الفرد أو الجماعة أو المجتمع من خلال العمل في المجالات المهنية المختلفة ومن خلال المؤسسات والهيئات على مختلف مستوياتها تعتبر المرحلة الثانوية إحدى هذه المراحل التي تلعب المهنة دوراً إيجابياً بها، ويتوفر للخدمة الاجتماعية عناصرها الأساسية التي يدونها لا تمارس المهنة كالتعليم والأخصائي والموضوع أو المشكلة أو الوسائل بغية تحقيق الهدف الأساسي أي عملية المساعدة أو التغيير المطلوب (نصيف فهمي ٢٠٠٤، ١٨٣).

فالخدمة الاجتماعية تسعى بصفة عامة وطريقة خدمة الفرد بصفة خاصة كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية من خلال أساليبها وتكنولوجياها الفنية إلى التعرف على المناطق المحتملة لمعوقات الأداء الاجتماعي لدى طلاب الثانوية لمنع ظهورها مستقبلاً أو التقليل لأدنى حد ممكن من المواقف التي

تؤدي إلى الوقوع في تلك المشكلات كي تسعى لتحقيق أهداف علاجية بالتعامل مع الشباب الذين يعانون فعلاً من مشكلات بغرض تقديرها والتعرف على أسبابها ووضع الخطط للتدخل والتعامل معها، وتقييم آثارها السلبية بالإضافة إلى تحقيق أهداف تنموية به من خلال المساهمة في التنشئة الاجتماعية لهم ومساعدتهم على اكتساب القيم والاتجاهات العصرية مع الاحتفاظ بالقيم والاتجاهات التقليدية المميزة لثقافة المجتمع وتراثه التاريخي (سامية عبد الرحمن: ٢٠٠٤، ٨٢٠).

ويهتم أخصائي خدمة الفرد برعاية ومساعدة جميع الفئات التي يعمل معها في مواجهة الصعوبات التي تعوق أدائهم وذلك من خلال الدراسة المستفيضة لظروفهم وتقويم المساعدات لهم سواء كانت اجتماعية أو نفسية، معتمداً على السرية التي تجعل الأفراد يتحدثون بطلاقة وحرية مع الأخصائي وخاصة المقابلات الفردية بالإضافة إلى مهارته وقدرته على تكوين العلاقة المهنية القائمة على الثقة والاحترام.

ولا يمكن أن يحدث ذلك إلا من خلال برنامج التدخل المهني الذي يعتمد على تكتيكات خدمة الفرد المختلفة لعلاج مشكلة الرهاب الاجتماعي لدى الطلاب ومن تلك التكتيكات والأساليب (العلاج العقلاني المعرفي السلوكي) الذي جوهره يتلخص في أن الأشخاص يميلون إلى أن يكونوا مضطربين عصابياً عندما يعبرون على التمسك بالمعتقدات اللاعقلانية وأن الأشخاص يعرضون أنفسهم للاضطراب العصابي ليس بسبب عدم تقبل الآخرين لهم، ولكن لاعتقادهم بأن عدم تقبل الآخرين لهم شيء خطير، وأن المعالج النفسي يلجأ في معظم الأحوال إلى تشخيص مرضاً وإقناعهم بأن يسلكوا على نحو مخالف لما يثير مخاوفهم اللاعقلانية، وذلك حتى يعمل هذا السلوك كقابل فعال للأفكار المغروسة في نفوسهم ولا يتجاهل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عن الأشخاص وإنما يقوم بتعريف الأشخاص كيفية تقليل مشاعرهم وأهدافه غير الصحيحة (Ellis, 1998, 158).

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت فاعلية العلاج العقلاني منها (دراسة عبد اللطيف عمارة ١٩٨٥) التي تتناول فيها هذا النوع من العلاج تناولت بعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة ودراسة (محمد الشيخ ١٩٨٦) التي حاول فيها التحقق من فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تخفيف قلق الامتحان، و(دراسة هشام إبراهيم ١٩٩١) التي تناول فيها أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى شباب الجامعة.

وهدف دراسة (عمار الناعمة ، ٢٠٠٨) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف القلق الاجتماعي يستند على العلاج السلوكي لدى طلبة الثانوية وأكدت نتائج الدراسة إلى إن البرنامج أثبت فاعليته في تخفيف حدة القلق لدى عينة الدراسة من سن (١٥-١٦) سنة باستخدام مقياس القلق . وسعت دراسة (نشوة أبو بكر ، ٢٠١٠) إلى اختبار فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية وأثره على السعادة وحب الحياة

وتوصلت الدراسة إلى تنمية أساليب المواجهة وخفض الإحساس بالضغط وما ترتب على ذلك من رفع مستوى الإحساس بالسعادة وحب الحياة والتفاؤل .

وجاءت دراسة (فاطمة مراد ، ٢٠١١) تؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني في خفض السلوك الهادم للذات لدى عينة من طلاب الجامعة باستخدام مقياس السلوك الهادم باستخدام ١٤ جلسة إرشادية. وعلى صعيد الدراسات الأجنبية كانت دراسة (Emmel kamp et.at 1985 1985) والتي استهدفت فحص العلاج العقلاني الانفعالي في علاج الخوف الاجتماعي وذلك بمقارنته بفاعلية غيره من العلاج، وكشفت الدراسة عن تكافؤ أسلوبين معرفيين (العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب على التوجيه الذاتي) مع أسلوب التعرض في قضية القلق الاجتماعي لأفراد العينة، كما أن العلاج العقلاني تفوق على التدريب مع التوجيه الذاتي في خفضه هذا القلق الاجتماعي.

وفي نفس السياق قام (اللدقاني ١٩٩٥) بدراسة استهدفت معرفة أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني في معالجة القلق الاجتماعي وتوصلت الدراسة إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في ما خفضه مستوى القلق الاجتماعي.

وهدفت دراسة (Wintone, al 1997) إلى معرفة مدى ارتباط القلق الاجتماعي بالخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين، ومعرفة مدى استمرارية ودرجة هذا الانفعال السلبي لدى الآخرين، والتعرف على أثر هذا الانفعال وطبقت الدراسة مع عينة تتراوح أعمارهم من ١٨ - ٢٠ سنة مجموعتين تجريبية ١٣ طالب، ٩ طالبات والضابطة ١١ طالب و ٧ طالبات وقد أسفرت الدراسة باستخدام مقياس القلق الاجتماعي ومقياس الانسحاب الاجتماعي ومقياس بيك للاكتئاب على أنه يوجد ارتباط بين درجة القلق والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين وتزايد شدة القلق بالتركيز على انفعالات الآخرين.

ومن خلال ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤل التالي : هل يؤدي استخدام العلاج الانفعالي السلوكي في خدمة الفرد إلى التخفيف من رهاب التحدث أمام الآخرين لدى طلبة الثانوية العامة ؟

ثانياً: أهداف الدراسة

١- التحقيق من فاعلية التدخل المهني في خدمة الفرد باستخدام العلاج العقلاني السلوكي وتخفيف حدة رهاب التحدث مع الآخرين لطلبة الثانوية العامة.

٢- وصف بعض التكتيكات الأكثر فاعلية في خفض حدة الرهاب لدى طلبة الثانوية العامة.

ثالثاً: أهمية الدراسة

١- تمثل أهمية الدراسة في أن مشكلة الرهاب الاجتماعي من المشكلات الشائعة لدى الطلبة.

٢- إن إنتاجية الفرد تتأثر بالإصابة بهذا الاضطراب الذي يكاد أن يصبح ظاهرة في كافة المجتمعات ويصيب الفئات العمرية المختلفة من الإناث والذكور .

٣- يحتاج التدخل العلاجي مع حالات الرهاب الاجتماعي استخدام برامج علاجية مجربة لتمكين المتخصصين من تطبيقها وفقاً لأساليب مهنية تكفل النجاح.

رابعاً: مفاهيم الدراسة

• مفهوم الرهاب الاجتماعي

يعرف (Meaninger 1995, 18) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف الشخص أن يخطئ في الحديث أو يتكلم بطريقة غير لائقة أو أن يفسر كلامه بشكل خاطئ وسلبى، أو أن يتلعثم أثناء الكلام أو يخشى العجز عن الاستمرار في الكلام أو العجز عن الإجابة على الأسئلة فضلاً عن الخوف من أن يكون موضع السخرية من جراء ذلك.

ويشير (قميحه وزملاءه ، ١٩٩٣) إلى أن هذا النوع من الرهاب يحدث في المواقف الاجتماعية وفي الأماكن العامة، حيث يعاني المريض من خوف غير منطقي ومستمر ومن الارتباك في الأماكن الاجتماعية، مما يقودهم إلى تجنب هذه الأماكن وقد يكون هذا التجنب محدوداً، كحب ينساب التحدث مع الآخرين وأمامهم، أو الخوف من النقد والسخرية، أو الرفض وبالتالي يكون هذا الرهاب سبباً في ابتعادهم عن الناس.

وعرفه الدليل التشخيصي الرابع لرابطة الطب النفسي الأمريكي أنه خوف مستديم من موقف وإصداراً أكثر من المواقف الاجتماعية قد يتعرض فيه الشخص للسخرية أو الحرج بصورة عامة كأن يتعلق أثناء الحديث أمام الناس مثل الطالب الجامعي الذي يتحاشى الرد على العلم ويختبئ خلف الطلاب حتى لا يراه المعلم ولا يسأل عما يفهم. (Dsm -IV , 1994) .

وهو عبارة عن خوف غير طبيعي (مرض) دائم وملزم للمرء من شيء غير مخيف في أصله، وهذا الخوف لا يستند إلى أي أساس واقعي، ولا يمكن السيطرة عليه من خلال الفرد رغم إدراكه أنه غير منطقي ومع ذلك فهو يعتريه ويتحكم في سلوكه.(comwww.nallsia).

كذلك عرفه (ممتاز عبد الوهاب ، ٢٠٠١ : ٣٣) بأنه الإحساس بالخوف الشديد من مواقف، أو أماكن معينة لا تسبب الخوف في الأحوال العادية وهذا الخوف يكون من الشدة بحيث يدفع الإنسان للابتعاد وتجنب مثل هذه الأماكن حتى لا يشعر بالقلق والخوف الشديد.

ويتضمن اضطراب الرهاب قلقاً شديداً وارتباكاً في المواقف الاجتماعية ويعاني المصابون خوفاً شديداً مزمناً من أن ينظر الآخرون إليهم وأن يطلقوا عليهم أحكاماً وتقسيمات سلبية وهم أيضاً يخافون من أن تسبب أعمالهم وتصرفاتهم إحراجاً لهم أو حزناً (Reger et al, 1998, 34).

ويقصد بالرهاب في التحدث مع الآخرين في هذه الدراسة هو مجموع الدرجات التي حصل عليها الطلبة (عينة الدراسة) على مقياس التحدث أمام الآخرين الذي يستخدمه الباحث في الدراسة الراهنة.

• مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

يعرف فرج عبد القادر وآخرون (٢٠٠٠) العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه طريقة حديثة عن طريق العلاج النفسي وتعتبر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي باسم (ألبرت أليس) عالم النفس التحليلي الأوربي الذي قرر أن سلوك الفرد أي فرد، في موقف معين هو خليط من اللاعقلانية والعقلانية في آن واحد وذلك لأن الأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركون ويعتقدون نو موقف معين، لذلك فإن الاضطراب في الانفعالات ينتج عادة عن الاضطرابات في الإدراك وعدم منطقية التفكير، ولأن التفكير والانفعال عمليتان غير منفصلتين بل متداخلتين فما يسمى تفكير يتكون من عناصر غير ذاتية، وهو موقف يتميز بالانحيازية أما ما يسمى "انفعال" فهو موقف تحيزي تغلب عليه الذاتية في إدراك الأمور ويرى (أليس) أن ما هو عقلائي يمكن أن يصبح انفعالياً كما أن انفعالات الفرد يمكن وتحت ظروف عمليات معينة أن يصبح "فكراً".

وأشار (Robert Golden, 1984, 620) أن العلاج العقلاني الانفعالي نوع من التعليم النشط المباشر إذ أنه المرحلة المبدئية من العلاج يتقلد المعالج دوراً تعليمياً إيجابياً يعيد من خلاله تعليم العمل، ويوضح له الأساس غير المنطقي لما يعانيه من اضطرابات وكيف أن هذه الاضطرابات سوف تستمر طالما استمرت أحاديث الذات الداخلية تعمل معها.

ويعرفه (حامد الفقي، ١٩٨١، ١٨٨) بأنه العلاج الذي يكشف للعمل بصفة مستمرة من خلال المعالج للأفكار والأحاديث النفسية الداخلية غير المنطقية وذلك من خلال إبرازها بصورة واضحة لتصبح في مستوى الانتباه والوعي لدى العميل وبيان كيف تسبب الاضطراب وتثبته وتوضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث القرائية لديه وتعلم العمل كيف يعيد النظر في تفكيره وكيف يتحدى ويتناقض هذه الأحاديث ويعتبرها ويكررها في صورة أكثر منطقية حتى يتم إدخال الأفكار المنطقية الجديدة.

وأشار (زهرا ١٩٩٧، ٣٣٦) بأن هذا النوع من الإرشاد هو طريقة إرشاد نفسي تدخل العقل والمنطق في الإرشاد النفسي وهو إرشاد مباشر ويوجه ليستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي سوي.

وأشار (Ellis 1993) إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي هو الذي يستخدم مجموعة من الطرق المعرفية ويركز بشكل خاص على تحدي ومهاجمة الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية واستبدالها بأفكار عقلانية وكذلك مساعدة العميل لتغيير فلسفته في الحياة.

كذلك عرفه (Drydem 1995) بأنه طريقة سلوكية تعالج عن طريقها الاضطرابات الانفعالية وهدفها تزويد العملاء بالمهارات اللازمة، لكي ينصرفوا ويشعروا بطريقة تحقق أهدافهم بسهولة ويسر، وتركز على ضرورة تغيير المعتقدات والأفكار اللاعقلانية بأخرى أكثر عقلانية.

وفي هذه الدراسة تم تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه هو العلاج الذي يهدف إلى تحقيق مستوى قلق التحدث مع الآخرين ومساعدة العملاء على تطوير مهاراتهم الاجتماعية في التحدث مع الآخرين وكذلك تنمية قدراتهم على إقامة علاقات متبادلة بالارتباط والتفاعل الإيجابي مع من حولهم وذلك من خلال استخدام فنيات علاجية منها إكساب المهارات الاجتماعية وأخرى تتعلق بالأساليب التركيبية لأن هذا النوع من القلق يتعلق بالمواقف الاجتماعية ويعتمد على جلسات علاجية.

انتشار الرهاب الاجتماعي:

لقد سجلت الدراسات الوبائية لمعدلات انتشار الرهاب الاجتماعي مدى الحياة تتراوح بين ٣% و ١٣% وتعتمد هذه الدراسات على الحد المستخدم لتحديد الضيق أو الكدر أو الاضطراب وعلى أنماط المواقف الاجتماعية الممسوحة بشكل خاص. ففي إحدى الدراسات تبين أن ٢٠% من الأشخاص ذكروا خوفاً شديداً من الأداء الحديث أمام الجمهور، و ٢% فقط اظهروا خبرة كافية من الألم أو الفساد لإجازة تشخيص القلق الاجتماعي.

وفي السعودية ذكر الخان أن نسبة من يعانون من الخوف الاجتماعي تبلغ ٧٩% من اضطرابات الخوف عموماً، ٢٠% من الاضطرابات الذهانية، وأن الطلاب يشكلون ٢٥% من مجموع المراجعين (العملاء). وأكثر الأفراد الذين لديهم الرهاب الاجتماعي يخافون الحديث أمام الجمهور بينما وإلى حد من النصف يخافون التحدث إلى الغرباء أو مقابلة أشخاص جدد، وهناك مخاوف أداء أخرى (مثال، الأكل والشرب أو الكتابة أمام الآخرين، أو استخدام الحمامات العامة أو ركوب المصاعد مع الآخرين) تبدو أقل شيوعاً.

أما في الأوضاع العادية فإن معظم الأشخاص الذين لديهم الرهاب الاجتماعي يخافون من أكثر من نوع واحد من المواقف الاجتماعية، نادراً ما يكون الرهاب الاجتماعي سبب قبول المرضى في العيادات. أما المرضى من خارج العيادات فإن معدلات الرهاب الاجتماعي لديهم لها مدى بين ١٠%، و ٢٠% من الأفراد مع اضطرابات القلق لكن معدلات الرهاب الاجتماعي تتنوع كثيراً. (السلسلة، ص ٢٥٢ (١)، ٢٥٢).

وتختلف الإحصاءات حول نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي حيث يذكر (عبد الرحمن، ٢٠٠٠، ص ٢٥٣) أن الرهاب الاجتماعي ظاهرة شديدة الانتشار في كل من المجتمعات وإن كانت نسبتها تتباين من مجتمع لآخر حيث أن نايرز وآخرين ١٩٨٤ يرون أن مرضى الرهاب الاجتماعي يمثلون ما بين ١ - ٢ ، ٢.٢% من إجمالي سكان أمريكا.

في حين يقول المالح أن كل شخص من ٢٠٠ شخص في المجتمع الغربي لديهم حالات خوف اجتماعي شديد وحوالي ٤ - ٣ أضعاف ذلك لديهم حالات متوسطة وضعيفة. (المالح ١٩٩٤، ص ١٠٤).

كما يميل الرهاب الاجتماعي إلى أن ينشأ أكثر بين الأقرباء من الدرجة الأولى لأشخاص من ذوي هذا الاضطراب مقارنة بعموم الناس. (السلسلة، ص ٢٥٣). كما يتصف الرهاب الاجتماعي إنمائياً بأن بدايته تكون في منتصف العقد الثاني من العمر، ويكون متطوراً في بعض الأحيان مما قد يكون في تاريخ الطفولة من الكف الاجتماعي أو الخجل، ويكون مستمراً طول العمر. (السلسلة، ص ٢٥٣).

• التدخل المهني باستخدام العلاج العقلاني والانفعالي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة رهاب

التحدث مع الآخرين لدى الطلاب: يعرض الباحث في هذا الجزء الآتي :

١- الرهاب الاجتماعي ومسبباته وأنواعه.

٢- الأسس التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .

٣- التدخل المهني باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتخفيف عن حدة الرهاب.

الرهاب الاجتماعي :

يعتبر الرهاب الاجتماعي اضطراباً نفسياً واسع الانتشار، وتصل نسبة انتشاره إلى ١٤% في المجتمعات الغربية وغيرها، وهو اضطراب مزمن ومعتل، ولكنه قابل للعلاج، (Davidson JR, 130, 2000). وهو اضطراب يظهر عند الإناث والذكور بنسبة ٣ : ١ ويظهر عادة في سن الطفولة والمراهقة، وهو يرافق مع اضطرابات القلق الأخرى، ويتضمن قلقاً شديداً وارتباكاً في المواقف الاجتماعية، ويعاني المصابون به خوفاً شديداً مزمناً من أن ينظر المصابون إليهم وأن يطلقوا عليهم أحكاماً وتقييمات سلبية ويمكن لهذا الخوف أن يكون شديداً لدرجة أنه يتدخل في الأداء المهني أو الدراسي أو النشاطات الاعتيادية الأخرى للمصاب به، وعلى الرغم من أن كثيراً من المصابين بالرهاب الاجتماعي يشعرون بأن خوفهم المرافق لاجتماعاتهم بالآخرين هو خوف مبالغ فيه وغير منطقي أنهم لا يستطيعون التغلب على هذا الخوف، وغالباً ما يقلقون لأيام وأسابيع قبل حدوث الموقف المخيف (Den Boer 2000, 15).

ويشير (Nardone, 1996) أن هذا الاضطراب هو خوف لا عقلاني أو غير منطقي يدركه الفرد نفسه، أنه خوف غير عقلاني ولكنه لا يستطيع التخلص منه، ويحدث هذا النوع في المواقف الاجتماعية وفي الأماكن العامة ويعاني مرضى الرهاب من خوف غير منطقي ومستمر بعد الارتباك في الأماكن الاجتماعية ويقودهم إلى تجنب هذه الأماكن، وقد يكون هذا التجنب محدوداً فاجتتاب التحدث مع الآخرين أمامهم أو الخوف من النقد أو السخرية أو الرفض وبالتالي يكون هذا الرهاب سبباً في ابتعادهم عن الناس (قميحة ، وآخرون ١٩٩٣).

ويصاحب الرهاب ثلاثة أعراض بارزة هي (Francis & Raclra, 1995, 20) :

١- أعراض جسدية: كزيادة معدل ضربات القلب وجفاف الحلق، وصعوبة في الكلام ورعشة اليدين، واحمرار الوجه، واختلاف نبرة الصوت وغيرها.

٢- أعراض فكرية معرفية: قد يواجه ويتعرض الفرد بالإضافة للأعراض الجسدية للقلق، لأفكار بصفة عما يكون عليه الموقف الاجتماعي فيشتد القلق في أثناء الموقف حيث تتسارع أفكار لا عقلانية وتستحوذ على تفكير الفرد في الموقف الأدائي، ومن هذه الأفكار التي تتبادل وتسيطر على تفكير الفرد، فكرة أدائي سيء للغاية، والجميع يتفحصونني في الشكل يسخر من أدائي لا أستطيع أن أكمل هذا الحديث.

٣- أعراض سلوكية: وهي التجاوب والتفاعل بمواجهة شدة القلق في الموقف الاجتماعي وتقيس حالة ردة الفعل الجسمانية التي قد تحدث عند مواجهة الخطر وتحديد قدرة المريض على مواجهة الموقف الأدائي في المواقف التي يوجد بها آخريين ويكون غير قادر على الكلام أمامهم.

العوامل التي تُسبب الرهاب الاجتماعي:

لا شك أن خبرات الطفولة لها أهميتها بل خطورتها في المراحل المتأخرة من نمو الشخصية، فالإطار الأساسي لشخصية الفرد يتشكل خلال الخمس سنوات أو الست سنوات الأولى من عمر الطفولة كذلك، العادات التي تتم في مرحلة الطفولة من الصعب التخلص منها في المراحل اللاحقة من النمو. فالطفل الذي يخفق مثلاً في تنمية إحساس مراعاة الغير أو الشعور بالثقة في النفس، يخفق مثلاً في تنمية هذا الإحساس وهذا شعور في فترة المراهقة أو حتى عند بلوغ سن الرشد، والطفل الذي يخفق في القراءة في المرحلة الابتدائية يكاد يستعصى عليه التغلب على هذه المشكلة في المراحل التعليمية التالية، وهكذا فإن أحداث الطفولة واتجاهات التطور في تلك السنوات المبكرة تلقي ظلالها المؤثرة في مستقبل الفرد.

ويمكن القول بأن الشعور بعد الثقة من أهم المقومات التي تؤدي إلى الرهاب الاجتماعي ومن المهم البحث عن الأسباب، كما يمكن أن يكون اكتساب الرهاب الاجتماعي عن طريق التعلم المباشر وذلك عن طريق تقليد الأنموذج، فمثلاً إذا تكرر ظهور استجابات الخوف المرضي في المواقف الاجتماعية لدى الأم مثل الخوف من مواجهة الناس أو الخوف من حضور مناسبات أو حفلات، فهذا يتيح للطفل نموذجاً يقلده، ويقرر بعض العلماء أن أحداث الطفولة والخبرات النفسية التي يمر بها الطفل تؤثر عليه في مستقبل الحياة، وكل هذه الخبرات يعود فيشعر بها من جديد إذا تعرض لنفس الظروف ونفس المؤثرات فمخاوف الطفولة تتجدد في كبر الإنسان إذا ما تعرض لموقف يثير خوفه مشابه لما تعرض عليه في السابق، من ذلك كله نلاحظ أهمية مرحلة الطفولة في تكوين الشخصية، ودور الأسرة وخبرات التنشئة الاجتماعية في اكتساب الفرد لسلوك الرهاب الاجتماعي .

وكثيراً من مرضى الرهاب الاجتماعي يكونوا حساسين لبعض الأمور فقط تجد بعضهم يخشى أن يشاهده أو يلاحظه الناس، وكذلك قد يكون هذا الشعور بسبب أنهم فقط يستطيعون أن يفعلوا أشياء معينة ما دام إن لا أحد يراقبهم وأن نظرة من شخص آخر سوف تعجل بحدوث نوبة من الفزع، في المقابل قد تجد ناس يخافون الرعشة أو احمرار الوجه أو العرق أو الظهور بشكل سخيف لا يجلسون

في مواجهة راكب آخر في الأتوبيس خشية مراقبة الآخر له، كذلك تجدهم يخشون أن يجذبوا الانتباه إليهم بسلوكهم غير الملائم أو باغمائهم، كذلك تجدهم يتجنبون الكلام مع الرؤساء وقد يمتنعون عن السباحة أمام الآخرين خوفاً من تفحص أجسادهم من قبل الآخرين ويتجنبون الحفلات ويشعرون بكثير من الحرج إذا وجه لهم أحد الحديث حتى لو كان عادياً جداً.

العوامل المسببة للرهاب الاجتماعي (المهينة) :

١- **العوامل البيولوجية:** توجد بعض الأدلة على دور العوامل البيولوجية في الرهاب الاجتماعي حيث تبين أن انتشاره بين أفراد وأقارب الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب ويدعم ذلك دراسات تمت على الوائم حيث تبين وجود ارتباط أعلى بين مستويات الرهاب الاجتماعي في الوائم المتطابقة عنه بالنسبة للوائم غير المتطابقة. (عبد الرحمن: ٢٠٠٠، ص ٢٥٦).

٢- **العوامل الفيزيولوجية:** أن وجود أعراض الاستثارة في الرهاب الاجتماعي وتقارير الاستخدام الناجح لكابحات بيتنا للطاقة الإدرينالية في علاج حالات الخوف من الكلام أمام جمهور قد أدت إلى تطوير نظرية الرهاب الاجتماعي تقول بأنه اختلاف أو نشاط محيطي للكيكول أمينات. ومن الدراسات الداعمة لذلك دراسة قام بها باب وزملائه بحق إحدى عشر شخصاً يعانون الرهاب الاجتماعي بالأدرينالين ولكن مع تحقق مستويات عالية من الأبنفرين في بلازما الدم وكانت النتيجة أن شخصاً واحد فقط قد مر برهاب يمكن ملاحظته وتوحي هذه النتيجة بأن الزيادة في دوران الأبنفرين غير كافية لتفسير الرهاب الاجتماعي.

وقد تبين من خلال دراسات اهتمت باختبار أداء الجاهز الدوري في حالات الرهاب الاجتماعي حدوث ارتفاع جوهري في ضربات القلب وضغط الدم أثناء التفاعل الاجتماعي والتحدث أمام جمهور بالمقارنة مع حالات ضابطة وأكثر استمراراً أمام جمهور عما هو الحال لدى حالات الرهاب الاجتماعي العام أثناء التفاعلات الاجتماعية. وتوجد فرضية قدمها ليوبتيز وزملاءه تنادي بأن أنظمة طاقة الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي قد تفقد تنظيمها في الرهاب الاجتماعي. (الشناوي، ١٩٩٨، ص ٢٨٢).

٣- **العوامل النفسية والاجتماعية:** توجد مجموعة من الأسباب الاجتماعية النفسية التي يفترض أنها تدخل كعوامل في تطوير الرهاب الاجتماعي فنظريات النمو تفترض أن الرفض الأبوي له دور في تكوين الرهاب الاجتماعي وقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص ذوي المخاوف الاجتماعية يدركون آبائهم على إنهم أقل اهتماماً وأكثر تعقيداً ورفضاً وحساسية وانشغالاً بأداء الآخرين إذا ما قورنوا بالعينة الضابطة من الأشخاص العاديين (الشناوي، ١٩٩٨، ص ٢٨٢).

إن أساليب التربية المعتمدة على الحماية المبالغ فيها (السيطرة أو القائمة على الرفض ونقص الدفء تشجيع ظهور الرهاب الاجتماعي لدى الأبناء). وتشير النظرية السلوكية للرهاب الاجتماعي إلى أن تعرضاً لشخص لموقف اجتماعي مؤلم ومزعج كثيراً أو تكرر ذلك سيعم هذا الموقف والمواقف

المشابهة له ستكون مزعجة ومؤلمة وهكذا يكون الرهاب الاجتماعي بعد تجربته السلبية أمام الآخرين التي تعرض فيها للتعلثم أو الارتجاف أو الانتقاد ولم يستطع التخلص من التأثير السلبي. (الشناوي، ١٩٩٦، ص ٣٨).

أنواع الرهاب الاجتماعي:

ميز كل من (Dsmiv – 1994, DSMIII – 1987) بين الرهاب الاجتماعي المعمم الذي يمتد إلى أكثر المواقف والتفاعلات الاجتماعية وبين الرهاب الاجتماعي المقيد والذي يظهر في موقف اجتماعي معين كرهاب التحدث أمام الجماعة. وظهرت بعض الدراسات التي اهتمت بمعرفة الاختلافات والتشابهات بين النوعين، فهناك دراسة (هامبرغ وآخرون ١٩٩٠) حيث وجدوا إنه بينما الأشخاص الذين لديهم رهاب اجتماعي عام كانوا متشابهين للأشخاص الذين لديهم رهاب الحديث أمام الجمهور لخوفهم من تقييم وتفحص الآخرين لهم، فقد ذكروا ألم وتجنب أكثر، كذلك عبارات ذاتية سلبية خلال التفاعلات الاجتماعية، ومن جهة أخرى الأشخاص الذين لديهم رهاب التحدث أمام جمهور خبروا زيادة ضربات القلب أكبر خلال إلقاءهم الخطبة أمام جمهور.

وفي دراسة قام بها تيرنر وبيدل وتونسلي حيث قسموا المفحوصين الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي إلى نوعين كانت لديهم مخاوف من التفاعل الاجتماعي العام صنفوا على أن لديهم رهاباً اجتماعياً معمم. أما الذين كانت لديهم مخاوف ذات وجهة أدائية كالخوف من التحدث أمام الجمهور فقد صنفوا على أن لديهم رهاباً اجتماعياً محدداً، وتبين أن الذين لديهم رهاباً اجتماعياً عام كان لديهم ألم نفسي أكبر ورهاب اجتماعي أعلى وصعوبة اجتماعية أكبر وأداء أضعف. (الشناوي ١٩٩٨، ص ٢٨٥).

وهناك أنواع عديدة للرهاب الاجتماعي كما جاء في التصنيف العالمي العاشر للأمراض الفعلية والسلوكية (ECD, 1992). (DSM – IV- IR 2000). بأن الرهاب ينقسم إلى ثلاث أنواع وهي:

- ١- رهاب المساحة Agoraphobia
- ٢- الرهاب المحدد أو النوعي specific phobia
- ٣- الرهاب الاجتماعي Social phobia

• رهاب المساحة:

يتميز هذا الرهاب بالقلق في الأماكن والمواقف التي قد يكون من الصعوبة الهروب منها ، أو تلك التي يصعب على الفرد فيها الحصول على المساعدة والعون في حالة إصابته بنوبة رعب أو فزع ، ويؤدي هذا القلق إلى تجنب المريض العديد من المواقف مثل الخروج من المنزل بمفرده ، الوجود في زحام – السفر بالطائرة – استخدام الأسانسير وبعض المرضى وإن كان يستطيع مواجهة هذه المواقف إلا أنه يعاني أثناء ذلك من قلق شديد وتزداد قدرة المرضى على مواجهة المواقف الرهابية إذا ما صاحبهم إنسان يعرفونه.

٢- الرهاب المحدد أو النوعي :

يتميز هذا النوع من الرهاب بالخوف الشديد من التعرض لأشياء أو مواقف محدودة، حيث يؤدي التعرض لها، إلى الشعور بالقلق والخوف . وبالرغم من أن البالغين والمراهقين يدركون أن مخاوفهم غير عقلانية ومفرطة إلا أن الأطفال لا يدركون ذلك وعادة ما يتجنب المرضى للأشياء والمواقف التي تثير مخاوفهم، أو قد يتحملونها مع معاناة القلق الشديد، بل قد يشعرون بالخوف عندما يتوقعون مواجهتها أو التعرض لها، ذلك خشية أن يصيبهم الأذى من جراء ذلك، وقد يتضمن هذا النوع من الرهاب والخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الخوف من الإغماء وعند التعرض للشيء أو الموقف المرهون، فعلى سبيل المثال قد يخشى مريض الرهاب الأماكن المرتفعة، من فقدان الاتزان والدوران ومريض الأماكن المتعلقة يخشى فقدان السيطرة على النفس والصراخ، وتكون استجابة القلق مباشرة عند التعرض للشيء أو الموقف الرهوب.

٣- الرهاب الاجتماعي (الخوف المرضي الاجتماعي) :

وهو نوع يحدث في المواقف الاجتماعية في الأماكن الاجتماعية العامة، ويعاني فيه المريض من خوف غير منطقي يستمر به الارتباك في الأماكن الاجتماعية مما يقودهم إلى تجنب هذه الأماكن وقد يكون هذا التجنب محدوداً كاجتناب التحدث مع الآخرين وأمامهم، أو الخوف من النقد والسخرية وهذا يؤدي إلى ابتعاد المريض عن الناس.

الأسس التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني بعد انتشار الرهاب:

١- أهداف العلاج العقلاني والانفعالي:

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى مساعدة المرضى على خفض مستوى اضطراباتهم الانفعالية، كما يعالج أسلوب التصرف المهزوم الذي يُشعر المريض ويساعده في تحقيق أهدافه في الحياة ويقوم المعالج بمساعدة المرضى على البوح بالأشياء التي تقف حجرة عثرة في طريق تحقيق أهدافهم فيقوم المعالج السلوكي العقلاني في تنفيذ المعتقدات غير العقلانية التي تسبب المشكلات للمرضى وحثهم على الآتي:

- التفكير بطريقة عقلانية.

- إذا حدث الانفعال، فلا بد أن يكون بطريقة تتناسب الحدث والموقف الأهم.

- التصرف بحكمة وأسلوب فعال.

- التركيز على الأفكار والاعتقادات والانفعالات والسلوكيات الحالية بدرجة أكبر من رؤية الإنسان لماضيه وهو ما يختزن فيه . وهنا يقوم المعالج السلوكي العقلاني بمساعدة العملاء على تصحيح الاعتقادات وتغيير الانفعالات وتعديل السلوكيات الحالية وتقويتها (Dnyole n. w & Ellis, 1988,) .(214)

الأفكار والاعتقادات غير العقلانية:

تتصف بعض الأفكار والاعتقادات بأنها غير عقلانية إذا تضمنت معاني ومفاهيم وسلوكيات محددة بذاتها من وجهة نظر المعالجين النفسيين والعقلانيين بينما قد تكون هذه الأفكار والاعتقادات والسلوكيات عادية جداً للعملاء.

التكامل في الأساليب والتقنيات:

يبحث المعالج العقلاني الانفعالي العملاء على أن يستخدموا العديد من التقنيات المتعددة مثل التقنيات الانفعالية التي تظهر أو تثير الانفعالات، وذلك لزيادة فعالية العلاج، حيث أن العلاج السلوكي العقلاني لا يكتفي بالوسائل المعرفية، كما أنه يؤمن بأن لكل من البيئة والوراثة تأثيراً على سلوك الفرد الانفعالي والسلوكي. (Dryden, 1990, 417).

مراحل ABC :

وهذا ما أشار إليه ألبرت أليس (Ellis, A. 1989, 15 : 14) ليحلل به دور التفكير في عمليات الاضطرابات الانفعالية إن كان تفكيراً غير عقلاي أو دوره في عمليات الثبات والنضج الانفعالي إن كان تفكيراً عقلايياً وتمثل ABC ثلاثة مراحل أساسية من نظرية الثابت عليها العلاج السلوكي والانفعالي والعقلاني لها وتفسيرها كآلي:

أ- المرحلة A : تتضمن الاستفسار عن الموقف أو الفعل الذي يعتقد الإنسان أنه سبب مشكلته أو عن الحدث النشط الذي سبق حدوث المشكلة مباشرة أو عن الخبرة المنشطة عنده التي يعتقد إنها ترتبط بمشكلته.

ب- المرحلة B : تتضمن اعتقاد الإنسان حول أسباب مشكلة أو حول الأحداث النشطة السابقة لحدوثها أو خبراته المنشطة المرتبطة معها وهذا الاعتقاد قد يكون اعتقاداً عقلايياً أو قد يكون اعتقاداً غير عقلاي حسب ما يفكر فيه الإنسان (Ellis, 1995).

ج- المرحلة C : وهي تتضمن الحالة الانفعالية والممارسة السلوكية التي يصل إليها الإنسان نتيجة لاعتقاداته حول الحدث المسببة لمشكلته، وقد تتكون هذه الحالة الانفعالية السلوكية سلبية وغير مريحة إن كان اعتقاد الإنسان غير عقلاي حول الحدث المسبب لمشكلته، وبذلك يحتاج إلى مساعدة علاجية لأنه سيكون غير سوي وقد تكون هذه الحالة الانفعالية السلوكية إيجابية ومريحة إذا كان اعتقاد الإنسان عقلاي حول الحدث المسبب للمشكلة وهناك لا يحتاج هذا العمل إلى مساعدة علاجية لأنه سيكون عميل سوي (Ellis, 1988).

ومن خلال هذا يكون تحليل السلوك الانفعالي في إطار العلاقة ABC أي أن النتيجة (C) ليست بسبب الأحداث التي سبقتها A وإنما هي نتيجة لنظام التفكير عن الشخص (B) ثم بعد ذلك يتم الانتقال إلى جانب آخر مهم فيتمثل في تنفيذ (D). معتقدات الفرد وأفكاره غير العقلانية، مما يؤدي إلى القضاء على تلك الأفكار غير العقلانية التي يعتقدها الفرد ويؤمن بها (B).

التدخل المهني في خدمة الفرد باستخدام العلاج العقلاني في تخفيف حدة الرهاب:

التدخل المهني في طريقة خدمة الفرد بصفة عامة يهتم بعلاج المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تواجه الطلاب وبصفة خاصة مشكلة الرهاب الاجتماعي في المواقف التعليمية داخل الجامعة، وذلك من خلال أساليب وتكتيكات متعددة. ويمثل البرنامج المعد بهذه الدراسة الحالية، وقد جاء مصمماً من الباحث على أساس استخدامه مع عينة من طلبة المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بسوهاج المغتربين وقيمون إقامة داخلية ويعانون قلق التحدث مع الآخرين.

وفيما يلي خطوات إعداد برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لقلق التحدث أمام الآخرين:

أولاً: الصورة الأولى للبرنامج:

استعان الباحث في إعداد جلسات البرنامج العلاجي بالأطر النظرية والدراسات الخاصة بمجال العلاج العقلاني، - الانفعالي - السلوكي فكانت على النحو التالي:

- أطر تتعلق بالجانب النظري للعلاج العقلاني.

- أطر تتعلق بخطوات العلاج العقلاني.

- أطر تتعلق بعينات وأساليب وتكتيكات العلاج العقلاني.

ثانياً: الصورة الثانية:

عرض البرنامج على هيئة تحكيم ، حيث قام الباحث بعرض البرنامج العلاجي على مجموعة من المتخصصين من أكاديميين في علم النفس والخدمة الاجتماعية والصحة النفسية والطب النفسي بسوهاج، وقدم بعض المحكمين العديد من المقترحات لتعديل البرنامج والجلسات حسب ما يتفق وخبراتهم، وهدف البرنامج، وتحديد التكاليف اللازمة له.

ثالثاً: أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج العلاجي إلى خفض مستوى رهاب التحدث مع الآخرين لدى المجموعة التجريبية المطبق عليها البرنامج العلاجي ومساعدة الأعضاء على تطوير مهاراتهم الاجتماعية في التحدث مع الآخرين، وكذلك في تنمية قدراتهم على إقامة علاقات فعالة.

رابعاً: مكونات البرنامج العلاجي:

يتألف البرنامج من ١٨ جلسة علاجية وتم إعدادها من الباحث وفق الأسس النظرية الخاصة بالعلاج العقلاني وهذه الجلسات ليست منفصلة الخبرات فكل جلسة فيها تؤدي إلى التي تليها وتكمل التي سبقتها مما يؤدي إلى تحقيق أهداف البرنامج العلاجي. وتستغرق كل جلسة من ساعة إلى ساعتين من الزمن بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً ويشمل البرنامج على نموذج للتقييم الذاتي، والخاص بانطباع كل عضو من الأعضاء، كل جلسة على حدة ويتم توزيع الدرجة عليه، وذلك وفق المستويات التالية من انطباع العضو ، بدرجة كبيرة ومتوسطة وقليلة.

الجلسات التمهيديّة:

الجلسة الأولى:

- تهدف هذه الجلسة إلى تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الآخرين (قياس قبلي). وذلك بتوزيع المقياس على الأعضاء والإجابة على فقراته بصدق وأمانة مع توزيع استمارة تقدير ذاتي وتحتوي على:
- الأشخاص الذين يشعرون العضو بالقلق أمامهم.
 - المواقف المثيرة للقلق.
 - الانفعالات والمشاعر المصاحبة للموقف المثير للقلق.
 - الأفكار المسيطرة عليه أثناء مواقف التحدث أمام الآخرين.
 - الأفكار التي تستعين إلى تغييرها.
 - النتائج المترتبة على الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية.
 - الأهداف التي نأمل في تحقيقها من هذا البرنامج.
 - التقييم الذاتي للعضو لخبرة القلق لديه ويشمل (ضعيف - متوسط - عالي).
- * من خلال هذا تكون الإجابات هي المادة الخاضعة للمناقشة في الجلسات القادمة:

الجلسة الثانية:

الهدف منها:

- المساعدة في كسر حدة القلق.
- العمل على خفض مستوى القلق، الوعي بأهمية فنية الاسترخاء والتدريب عليها، وفيها يقوم الباحث بتعريف بسيط للاسترخاء وعلاقته بالاضطرابات الانفعالية وأهمية استخدام أسلوب الاسترخاء في إزالة التوترات وتغيير كثيراً من الاعتقادات الفكرية الخاطئة والأفكار غير العقلانية. ويتم توزيع استمارة التقييم الذاتي والتي تشمل الآتي :

استمارة تقييم ذاتي

ضع علامة صح أمام ما تراه ينطبق مع شعورك وفق الجلسة

م	الانطباع	ضعيف	متوسط	عالي
١	ترسخت لي فكرة أهمية تلك الجلسات.			
٢	ساعد جو الجماعة على التفاعل والحماس.			
٣	تعليم من الاسترخاء أمر هام لكسر القلق.			
٤	كنت أتمنى تحقيقه في الجلسة .			

الأهداف:

- إثارة حماس الأعضاء والمناقشة للجماعة.
- توضيح الصلة بين الأفكار والغير عقلانية وقلق التحدث أمام الآخرين.
- فحص الأفكار الغير عقلانية الواردة لكل عضو من هنا مجادلتها وتحديها.

الإجراءات المتبعة في تلك الجلسات:

١- يقوم الباحث بحصر الأفكار الأكثر شيوعاً واشتراكاً بين الأعضاء لتكون المادة الأولى هي كل المناقشة حيث يرى الباحث أن مناقشة المواقف الاجتماعية المتشابهة يزيد من شعور الأعضاء بالعمومية ومن هنا يعطي كل عضو الشجاعة النفسية في التصريح عن خبراته الخاصة بمواقفه الاجتماعية والمرتبطة بقلق الحديث أمام الآخرين.

٢- يقوم الباحث بتطبيق أول فنيات العلاج العقلاني وهي فنية (مجادلة الأفكار غير العقلانية وتحديها) وذلك من خلال استخدام أسلوب الحوار المركز حول عميل محوري حيث ويخصص (نصف ساعة) لكل عميل لتكون المناقشة بينه وبين الباحث وبعدها يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة للعميل.

ويشير الباحث إلى أن أسلوب العمل المحوري ذا فائدة، خاصة في بداية تدريب العضو على الحوار المنظم أمام الآخرين (مجموعة البحث) وكذلك في إيجابية في تعليم الآخرين في المجموعة.

٣- يطلب الباحث من العضو (س) تسجيل موقفه الاجتماعي بمناقشته مبدئياً بصورة جماعية ثم بعد ذلك تتم مناقشة الفكرة الغير عقلانية في الموقف. يهدف مواجهتها واستبدالها لها بفكرة عقلانية وتكون المناقشة في تلك الصورة:

العضو (س): لا أتحمل النقد من الآخرين عند التحدث أمامهم.

العضو (ص): لماذا لا تتحمل؟

العضو (س): لأن النقد يعصبي؟

العضو (هـ): وما الذي يثيرك من نقد الآخرين؟

العضو (س): يحاولوا يحرجونني أمام الباقيين.

العضو (هـ): وأيه هدفهم من إحراجك؟

العضو (س) عاوزين يثبتوا إنهم أحسن مني.

الباحث: هل كل اللي انتقدك السبب واحد إنهم أحسن منك؟

العضو (س): ماظنش أن السبب واحد.

العضو (و): يبقى فيه أسباب أخرى.

العضو (س): نعم فيه: أشعر أن اللي ينتقدني بيكرهني.

٤- يبدأ الباحث في مناقشة العضو المحوري قائلاً: أن في الموقف السابق فكرة غير عقلانية سيطرت عليك أثناء حديثك أمام الآخرين ومن هنا تظهر تلك الفكرة المرتبطة بعدم الحديث أمام الآخرين وكراهيتهم له.

٥- يطلب الباحث من أربعة من الأعضاء أن يكون فريق ثم يوجهوا أسئلة لبعضهم البعض تتعلق بعدم التحدث أمام الآخرين.

٦- يذكر الباحث للأعضاء بأن الأسلوب الأمثل في التعامل مع الفكرة غير العقلانية هو نبذها والتخلص منها عن طريق تبني فكرة جديدة تحل محل الفكرة القديمة الجامدة (استبدال الانفعال السلبي "القلق" بانفعال إيجابي قبول نقد الآخرين).

استمارة التقييم الذاتي

ضع علامة صح أمام ما تراه يمثل شعورك وفقاً للجلسات

م	الانطباع	ضعيف	متوسط	عالي
١	ازدادت خبرتي في مشكلة قلق التحدث أمام الآخرين ومدى أبعادها السلبية لذاتي.			
٢	أشعر أن نية مهاجمة الأفكار غير العقلانية أساسية ومن الضروري نعكسها وتطبيقها.			
٣	ما كنت أمل تحقيق هذه الجلسة.			
٤	ملاحظات أخرى.			

الجلسة السابعة والثامنة

الأهداف:

١- تدريب المجموعة على بعض المهارات الاجتماعية اللازمة، لبناء السلوك التكيفي مع الآخرين، في المواقف الاجتماعية المختلفة مثل الأساليب اللفظية، التعبير الحر، تأكيد الذات، التدريب على الاستجابات البدنية الملائمة.

٢- تعريف المجموعة والدور الذي تلعبه المهارات الاجتماعية في تنمية القدرة على المواجهة.

استمارة التقييم الذاتي

ضع علامة صح أمام ما تراه يمثل شعورك وفقاً للجلسات

م	الانطباع	ضعيف	متوسط	عالي
١	أشعر أن للمجموعة دوراً إيجابياً في مساعدتي من التحرر من قيود التغيير لفرد فترة قصيرة.			
٢	تكون لدى خبرة في معرفة المهارات الاجتماعية التي تنقصه.			
٣	ما كنت أمل تحقيق ذلك في اللجنة.			
٤	ملاحظات أخرى			

الجلسات (٩ - ١٠)

الأهداف :

- تقديم نموذج حي يتم التعلم منه بصورة مباشرة.
- إعطاء المجموعة فرصة للتقييم الذاتي من خلال اكتساب سلوكيات جديدة.
- تسهيل عملية تعلم السلوك المرغوب فيه عن طريق النمذجة بالمشاركة.

استمارة التقييم الذاتي

ضع علامة صح أمام ما تراه يمثل شعورك وفقاً للجلسات

م	الانطباع	ضعيف	متوسط	عالي
١	أن سرية تعليم السلوك الإيجابي أفضل عندما يتم تشكيل مباشر.			
٢	أدق محاولتي من نماذج القدرة إلى نوعيتي بأهمية اكتساب هذا السلوك.			
٣	ما كنت أمل تحقيقه.			
٤	ملاحظات أخرى			

الجلسات (١١ - ١٢ - ١٣ - ١٤ - ١٥)

الأهداف:

- ١- التدريب على السلوك التوكيدي الجمعي في إطار من العلاج الجماعي.
- ٢- توضيح مدى فاعلية هذا الأسلوب في التعامل مع حالات القلق الاجتماعي ونقص المهارات الاجتماعية "اللفظية أو غير اللفظية".

- ٣- التأكيد على أهمية التدريب على هذا الأسلوب بصفته أداء يحتوي على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية قابلة للتغير في الموقف الاجتماعي الواحد.
- ٤- مساعدة المجموعة على ممارسة ما تم فعله.

استمارة التقييم الذاتي

ضع علامة صح أمام ما تراه يمثل شعورك وفقاً للجلسات

م	الانطباع	ضعيف	متوسط	عالي
١	أشعر أن فنية لعب لدور ذات أثر نوعي وفعال في تغيير الفكرة.			
٢	كان لمشاركتي في الندوات دوراً هاماً في خفض مستوى قلق التحدث أمام الآخرين.			
٣	ما كنت أمل تحقيق في الجلسة.			
٤	ملاحظات			

الجلسات (١٦ - ١٧)

تقييم البرنامج:

الأهداف:

- ١- تقييم أثر الجماعة والبرنامج العلاجي.
 - ٢- مراجعة الأفكار والسلوكيات التي تم تغييرها.
 - ٣- مراجعة التوقعات الخاصة بالجلسات والبرنامج العلاجي.
 - ٤- تعزيز الإنجازات الإيجابية الذي قامت بها المجموعة.
- ويتم تحقيق تلك الأهداف عن طريق الرد على عدة تساؤلات منها:
- هل تم خفض مستوى القلق في التحدث مع الآخرين.
 - هل طبقت المجموعة المهارات الاجتماعية أثناء تعاملهم مع الآخرين.
 - هل حققت المجموعة توقعاتها من البرنامج العلاجي.
- ويتم الرد بالإجابة على تلك التساؤلات بالاستعانة بالآتي:
- مراجعة استمارات التقييم الذاتي للمجموعة.
 - ملاحظات الأعضاء أنفسهم.
 - ملاحظات الباحث أما التقييم الموضوعي يتم بطريقة المقياس.

الجلسة الختامية (١٨)

الأهداف:

- إعادة تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الآخرين.
- إعادة التقييم الذاتي لخبرة القلق لديه.
- تحديد موعد المقابلة التتبعية.

الأساليب العلاجية السلوكية المستخدمة في العلاج السلوكي العقلاني والانفعالي:

تمثل الأساليب المستخدمة في الآتي:

- ١- واجبات منزلية: يكلف بها الباحث العميل مثل مواجهة بعض المواقف التي لا يستطيع الشخص مواجهتها، أو أنه يشعر بالحرج والخجل منها وهذا يتم مع المجموعة العلاجية.
- ٢- التعرف على بعض الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية وتدوينها ضمن الواجبات المنزلية التي يكلف بأدائها العميل.
- ٣- أساليب التشثيت البدني أو الاسترخاء العضلي هو ما قام به الباحث من تدريب المجموعة العلاجية عليها كواجب منزلي.
- ٤- أساليب الاشتراط الإجرائي : مثل التعزيز للمواقف والأفكار الموجبة والعقاب للمواقف والأفكار غير العقلانية.
- ٥- الهجوم على الخجل : وفيه يحاول الباحث مساعدة العميل على مواجهة ومهاجمة الخجل والتغلب عليه بكل صورته إن كانت صورة مقبولة من المجتمع ولا يخجل منها ولا يكون مرفق هذا الأسلوب يحاول الباحث أن يعليه الميل أنه لا ضرر منه رؤية الناس السلبية له أو السلوكيات وأنه لا يعير له انتباهاً ولا يقيم لهم وزناً طالما لما أنه مقتنع بما يفعله وأنه لا يخالف الشرع ولا القانون وغيرها من الأعراف السائدة في مجتمع الصعيد.

الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي العقلاني والانفعالي:

أولاً: الفنيات المعرفية:

وتشمل الآتي :

- ١- وسائل تعتمد على ألفاظ دلالية : والتي تستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي حيث يتم استخدام وسائل محدده بهدف مساعدة العميل على استخدام لغة تقلل من إحباط ذاته.
- ٢- وسائل مرجعية: ومنها يتم تشجيع العميل على كتابة بعض الملاحظات التي تتضمن النقاط الموجبة والسالبة لمفهوم معين مثل (السخرية) أو (عدم الاحترام).

ثانياً: الفنيات العاطفية:

إن العلاج العقلاني هو علاج متكامل يتضمن العديد من الطرق الصحيحة للانفعالات والعواطف السلبية بحيث يمكن للمعالج أن يدرّب مريضه على كيفية استخدام هذه الطرق وهي:

أ- التخيل العقلاني الانفعالي:

- فيه يتخل الفرد أحد أسوأ الأمور التي يمكن أن تصيبه ثم يقوم بالتعجيز له.
- برنامج التدخل المهني الذي مارسه الباحث باستخدام العلاج العقلاني الهدف السلوكي مع الجماعة التجريبية.

أ- مفهوم برنامج التدخل المهني:

- هو كل ما يقوم به الباحث مع أعضاء الجماعة التجريبية من ممارسة للأنشطة المخططة التي حددها الباحث في ضوء فلسفة خدمة الفرد بهدف التخفيف من حدة مشكلة رهاب التحدث مع الآخرين لديهم.

ب- الأسس التي قام عليها البرنامج:

- حضور دورة تدريبية للتدريب على فنيات الإرشاد النفسي والعلاج العقلاني بكلية التربية - جامعة سوهاج.

- الإطار النظري الذي أطلع عليه الباحث.

- الدراسات السابقة التي تم اللجوء إليها.

- عمل الباحث كمعالج نفسي اجتماعي في العديد من عيادات الطب النفسي بسوهاج.

ج- أهداف برنامج التدخل المهني:

الهدف الرئيسي هو التخفيف من حدة الرهاب التحدث مع الآخرين لدى طلبة الثانوية العامة:

- التخفيف من حدة الرهاب من مواقف المواجهة داخل الفصول.

- التخفيف من حدة الرهاب من مواقف المواجهة للآخرين وجهاً لوجه.

- العمل على مساعدة دمج الطلبة في المواقف الاجتماعية.

- العمل على مساعدة الطلبة على المشاركة في الأنشطة الطلابية.

د- القواعد الأساسية للبرنامج:

- أن المعالج هو (قائد للمجموعة) ويقوم المعالج بتطبيق القواعد على المجموعة العلاجية وكل ما

يتعلق بالجلسات العلاجية وقواعد الحضور والأدوار المتوقعة في المجموعة العلاجية وهذا عن

طريق الآتي:

١- أن كافة المداولات أثناء جلسات المجموعة والجلسات الخارجية التي يتناولها الأعضاء مع بعضهم

البعض وتكون سرية ولا يجب الإفشاء عنها.

٢- يعطي أعضاء المجموعة حرية كاملة في إقامة علاقة اجتماعية مع بعضهم البعض خارج

الجلسات العلاجية ويسمح لكل منهم بإحضار المعلومات التي عرفها عن الآخر إلى جلسات

المجموعة.

٣- يشجع أعضاء المجموعة على القيام بمساعدة بعضهم البعض داخل وخارج الجلسات العلاجية وأن يقوموا بانتقاد سلوكيات الآخرين دون أن يكرهوا الآخرين كأشخاص وأن يكونوا متعاونين مع الأعضاء الجدد والذين انضموا للمجموعة.

٤- حث أفراد المجموعة في الجلسات العلاجية وأثناء الممارسة على التفكير بمنطقية وعقلانية ومواجهة الأفكار غير العقلانية والمحیطة للذات بدلاً من الهروب منها، وحث الأفراد أنفسهم قدر الإمكان الإفصاح عن مشاعرهم القلقة وذكر مشكلاتهم، كما أنهم يشجعون على أن يحاولوا جعل الآخرين يفصحوا عن ذواتهم، خاصة الأعضاء الصامتين والمحيطين.

٥- أدوار الأخصائي الاجتماعي في البرنامج باستخدام العلاج العقلاني:

- وفيه يقوم الباحث بدور توجيهي نشط في قيادة وإدارة المجموعة والحفاظ على النظام والتأكيد على قيام الأفراد الصامتين بالمشاركة في الحديث وعدم احتكار عضو واحد وقت المجموعة.
- لا يسمح لأي عضو من المجموعة بالخروج عن إطار الموضوع القائم للتعايش.
- استخدام الأساليب العقلانية الانفعالية وكذلك السلوكية بحسب طبيعة المشكلة.
- مساعدة أفراد المجموعة العلاجية على تقديم الحلول العلمية لهم ومشكلاتهم ويقوم الباحث بتوجيه الأسئلة والتعليم والحث والتشجيع وإعطاء الواجبات المنزلية مع القيام بكافة المهام والوظائف التوجيهية الأخرى. ويشمل هذا أدوار متعدد للأخصائي الاجتماعي منها : (دور المخطط - دور الوسيط - دور المنشط - دور المرشد - دور المدرب - دور القائد)

الإجراءات المنهجية :

نوع الدراسة : شبه تجريبية

منهج الدراسة : اعتمد الباحث في تلك الدراسة على المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي

التمثل في القياس القبلي والبعدى لمجموعتين تجريبية وضابطة وذلك على النحو التالي:

- توزيع عينة الدراسة وعددهم ٤ الذين تم اختيارهم لمجموعتين تجريبية واضبطه توزيعاً عشوائياً.
- تطبيق مقياس قلق التحدث أمام الآخرين على المجموعتين (قياس قبلي).
- إخضاع المجموعة التجريبية للمتغير المستقبل البرنامج العلاجي دون الضابطة.
- تقييم بعد ذلك اختيار المجموعتين والقياس البعدى (القياس أثر المتغير المستقل).
- بعد مرور فترة زمنية قدرة شهر وكان ذلك لمعرفة أثر القياس البعدى ثم إجراءه على المجموعتين للتأكد من التغير الذي طرأ باستخدام البرنامج العلاجي.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروض دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى لقلق التحدث مع الآخرين لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروض دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي لدرجة للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

أدوات الدراسة:

انساقاً مع متطلبات الدراسة الحالية فقد قام الباحث بتطبيق الأدوات الآتية:

أ- مقياس التحدث أمام الآخرين إعداد الباحث.

ب- برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

ج- استمارة التقدير الذاتي للقلق.

وفيما يلي توضيح كل أداة من الأدوات السابقة والتي استخدمها الباحث في دراسته :

أ- مقياس قلق التحدث أمام الآخرين:

اتبع الباحث مجموعة من الخطوات لبناء القياس على النحو التالي:

تم تحديد موضوع القياس في ضوء المتغير التابع للدراسة بقيام الباحث بالإطلاع على المقاييس والاستمارات والأطر النظرية المتعلقة بالموضوع :

١- المقاييس العربية : (القرني ١٩٩٣، النيال ١٩٩٥، الأنصاري ١٩٩٦، ١٩٩٧، ٢٠٠١، ٢٠٠٢).

٢- المقاييس الأجنبية : (Jones et al, 1986, Davison et al, 1991, Cairnes et al, 1995).

٣- تم اعتماد المحكمات الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM – IVIR) كأساس نظري للمقياس.

مرحلة تحكيم المقياس:

- قام الباحث بعرض المقياس في صورته المبدئية على مجموعة عددها ٧ من أساتذة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس والطب النفسي وطلب من سيادتهم تحكيم عبارات المقياس.

- قام الباحث بمراجعة التحكيم للمقياس المكون من ٦٠ عبارة فأصبح العدد النهائي للقياس بعد التعديل والحذف (٤٠ عبارة) إيجابية وسلبية.

- قام الباحث بوضع خمس استجابات خاصة لكل عبارة وهي (دائماً - غالباً - أحياناً - نادراً - أبداً) دائماً (٤) درجات غالباً (٣) درجات ، أحياناً (٢) درجتان، نادراً (١) درجة واحدة أبداً صفر، هذه للعبارات الإيجابية أما العكس يتم الإجابة عليها عكس السابق.

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا القياس إلى وجود قلق التحدث أمام الآخرين وفي المقابل تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض حدة واضح لدرجة القلق أثناء التحدث أمام الآخرين. وتم اعتبار الدرجة من (٨١ فأكثر) على القياس كتحديد للأفراد الذين يعانون من قلق بارز في مواقف التحدث أمام الآخرين.

مرحلة التأكد من صعوبة وثبات المقياس:

اعتمد الباحث في التأكد من ثبات القياس وحدته على طريقة إعداد الاختيار حيث قام بتطبيق المقياس على عينة قوامها (١٢٦) طالبة وطالب في مرحلة الثانوية العامة من طالبات مدارس سوهاج وبعد مضي (١٥) يوماً أعيد تطبيق المقياس على نفس العينة ثم قام الباحث بحساب معدل ارتباط الرتب بين ترتيب الأعضاء وفقاً للدرجات التي حصلوا عليها من تصحيح المقياس وتم الاعتماد على صدق المحكمين والصدق الذاتي .

صدق المحكمين:

تضمن المقياس جميع العبارات التي حصلت على ٨٠% فأكثر من نسب الاتفاق للمحكمين على عبارات المقياس من خلال استخدام طريقة الاختيار ثم إعادة الاختبار وحساب معامل الثبات بين التطبيقين حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٨٥٤) ومعامل الثبات (٠.٩٢١) ودرجة الثقة (٠.٩٥) .

الصدق الذاتي:

وذلك بحساب الجذر التربيع لمعامل ثبات القياس وكان الصدق الذاتي للقياس (٠.٨٥) وهو معامل مرتفع.

وباستخدام معامل سييرمان بين درجات القياسين الأول والثاني باستخدام قانون:

$$\text{مـ جـ ص} = \frac{\text{مـ جـ س} \times \text{مـ جـ ص}}{\text{مـ جـ س} \times \text{مـ جـ ص}}$$

$$r = \sqrt{\frac{(\text{مـ جـ س})^2 - (\text{مـ جـ ص})^2}{(\text{س})^2 - (\text{ص})^2}}$$

وكانت $r = ٠.٩٣$

٣- استمارة التقدير الذاتي:

وهي عبارة عن مقياس خاص بالتقييم الذاتي للعميل لخبرة القلق لديه وهو كالاتي:

ضعيف جداً ضعيف متوسط عال عال جداً

وتم تطبيق على العضو في بداية الجلسات كقياس قبلي ثم يطبق في نهاية الجلسات كقياس بعدي، وتحسب الفروق بين الدرجات في كلا التطبيقين.

مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني:

- قام الباحث بتطبيق التجربة بمدرسة المنشأة الثانوية المشتركة وذلك للأتي :

- إشراف الباحث على التدريب الميداني لطلبة معهد الخدمة الاجتماعية لتلك المؤسسة .

- ملاحظة الباحث أن هناك رهاب التحدث أمام الآخرين لدى بعض الطلبة .

- سهولة إجراء التجربة داخل هذه المؤسسة .
- سهولة الاجتماع داخل المؤسسة بعد الموافقة من إدارة المدرسة .
- ب- المجال البشري:
- تم تطبيق هذا البحث على عينة من طلبة الثانوية العامة وعددهم ٢١ طالبة من حصيللة على درجات مرتفعة على مقياس قلق التحدث أمام الآخرين.
- قام الباحث بتحديد الطلبة الذين لديهم مشكلة رهاب التحدث أمام الآخرين وتم اختيار عشرة طلاب منهم لديهم رغبة في المشاركة في البرنامج الخاص بتخفيف حدة رهاب التحدث أمام الآخرين .
- تم تكوين مجموعة تجريبية من الطلبة وأخرى ضابطة وتم التدخل المهني باستخدام البرنامج العلاجي لمدة أربعة أشهر .
- ج- المجال الزمني:

استغرقت الدراسة حوالي ستة عشر أسبوعاً منهم عشرة أسابيع لإجراء التجربة بواقع جلستين أسبوعياً بداية من ٢٠١٥/١٠/١ إلى ٢٠١٦/١/٥ . واستغرق البحث المدة من ٢٠١٥/٨/١ حتى ٢٠١٦/٣/١

عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية قبل وبعد التدخل المهني

جدول رقم (١)

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير السن للمجموعة

المجموع	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		السن
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
	٣	%٢٠	٢	%١٠	٢٠ - ١٧
	١١	%٥٠	٥	%٦٠	٢١ - ١٨
	٦	%٣٠	٣	%٣٠	٢٢ - ١٩
	٢٠	%١٠٠	١٠	%١٠٠	المجموع
٢١.٣٨	٢١.٣٢		٢١.٤٥		المتوسط الحسابي
١.٦٢	١.٧٤		١.٥٠		انحراف معياري

من خلال الجدول رقم (١) يتضح أن أكبر عدد من أفراد العينة في المرحلة العمرية ٢١ سنة ويبلغ العدد ٦ بنسبة %٦٠ يليه المرحلة العمرية فئة ٢١ سنة وبلغت نسبتها %٣٠ لعدد ٣ طالبات وجاء في الترتيب الأخير بالسن ٢٢ سنة لطلبة واحدة بنسبة %١٠. ويوضح الجدول الفرق بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير العمر وكذلك قيمة الانحراف المعياري الصغيرة التي بلغت (١.٦٢) ويظهر تجانس النوعين في الجدول السابق وما يتم تأكيده باختبار فان وتني في الجدول الآتي:

جدول رقم (٢)

الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة وفقاً للعمر

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة M	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	١١.٧٠	٣٩.٠٠	غير دالة
الضابطة	١٠	٩.٦٠		

يوضح الجدول رقم (٢) تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر وأثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعتين في متغير العمر حيث بلغت قيمة $M=39.0$ وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

جدول رقم (٣)

توزيع عينة الدراسة وفقاً لمتغير الفرقة الدراسية

السن	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
علمي	٦	٦٠%	٥	٥٠%	١١	٥٥%
أدبي	٤	٤٠%	٥	٥٠%	٩	٤٥%
المجموع	٨٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%	٢٠	١٠٠%
المتوسط الحسابي	٢.٣٥		٢.١٠		٢.١٨	
الانحراف المعياري	١.٩		١.٦		١.٤	

من خلال الجدول رقم (٣) يتضح أن أعلى نسبة جاءت في المرحلة العلمية بالنسبة للمجموعة التجريبية بلغ عددها ٦ طالبات بنسبة ٦٠% قيمتها ٤٠% للمرحلة الأدبية بنسبة ٤٠% بينما تساوت النسبة في المجموعة الضابطة وفيها جاء (٥) طالبات للمرحلتين بنسبة ٥٠% لكل مرحلة حيث يبلغ المجموع الكلي ١١ طالبة بنسبة ٥٥% علمي ٤٥% للمرحلة بانحراف معياري ١.٤٥. وباستخدام مان وتني يظهر الجدول الآتي:

جدول رقم (٤)

الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة للشعبة العلمية

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة M	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	١٠.٢٥	٤١.٥	غير دالة
الضابطة	١٠	٩.٤٠		

يتضح من خلال الجدول رقم (٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الدراسة بالنسبة للشعبة العلمية ويدل هذا على تجانس المجموعتين في شعبيتي العلمي والأدبي.

جدول رقم (٥)

الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي (قلق التحدث أمام الآخرين)

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة M	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	١٠.٠٠٠	٣٤.٠	غير دالة
الضابطة	١٠	٨.٠٠٠		
المجموع	٢٠			

يتضح من خلال الجدول رقم (٥) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي حيث بلغت M ٣.٤٠ وهي عينة غير دالة مما يدل على تجانس المجموعتين في مقياس الدراسة.

أولاً: عرض وتحليل الجداول قبل التدخل

جدول رقم (٦)

النسبة المئوية لإتقان المحكمين على بنود القياس

ع	نسبة إتقان التحكيم	ع	نسبة إتقان المحكم	ع	نسبة إتقان المحكم	ع	نسبة إتقان المحكم
١	%٩٠	١٦	%٩٠	٣١	%١٠٠	٤٦	%٨٥
٢	%٩٥	١٧	%٨٠	٣٢	%٧٥	٤٧	%٨٠
٣	%٩٥	١٨	%١٠٠	٣٣	%٨٥	٤٨	%٨٠
٤	%١٠٠	١٩	%٧٥	٣٤	%٩٠	٤٩	%١٠٠
٥	%٨٠	٢٠	%٧٠	٣٥	%٩٠	٥٠	%٩٠
٦	%٨٥	٢١	%٩٥	٣٦	%١٠٠	٥١	%٧٠
٧	%٩٠	٢٢	%٩٠	٣٧	%٨٥	٥٢	%١٠٠
٨	%٦٥	٢٣	%٨٠	٣٨	%٩٠	٥٣	%٩٠
٩	%٨٥	٢٤	%٨٥	٣٩	%٩٥	٥٤	%٩٠
١٠	%٩٠	٢٥	%٧٥	٤٠	%٩٥	٥٥	%٩٥
١١	%٨٠	٢٦	%١٠٠	٤١	%٩٥	٥٦	%٨٠
١٢	%٧٥	٢٧	%٨٥	٤٢	%٨٥	٥٧	%٨٥
١٣	%٦٠	٢٨	%٩٠	٤٣	%٧٥	٥٨	%٩٥
١٤	%١٠٠	٢٩	%١٠٠	٤٤	%٩٠	٥٩	%٧٥
١٥	%٩٠	٣٠	%٦٠	٤٥	%٩٥	٦٠	%٩٠

من خلال الجدول رقم (٦) يتضح لنا نسبة إتقان المحكمين على وجود علاقة بين عبارات القياس والهدف منه وتم اختيار العبارات التي حصلت على %٨٥ فأكثر وكانت كالاتي:

٨ - عبارات نسبة الإتفاق %١٠٠

- ١٠ - عبارات نسبة الإتفاق ٩٥%
 ١٤ - عبارة نسبة الإتفاق ٩٠%
 ٨ - عبارات نسبة الإتفاق ٨٥%

جدول رقم (٧)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للقياس

العبارة	ر	العبارة	ر	العبارة	ر	العبارة	ر
١	٠.٦٨	١١	٠.٦٠	٢١	٠.٥٨	٣١	٠.٦١
٢	٠.٥٩	١٢	٠.٥٧	٢٢	٠.٧٧	٣٢	٠.٤٣
٣	٠.٦٣	١٣	٠.٦٢	٢٣	٠.٧٣	٣٣	٠.٤٤
٤	٠.٤٥	١٤	٠.٤٣	٢٤	٠.٦٢	٣٤	٠.٦٣
٥	٠.٥٣	١٥	٠.٦٨	٢٥	٠.٥٦	٣٥	٠.٦٠
٦	٠.٦٥	١٦	٠.٤٠	٢٦	٠.٤٨	٣٦	٠.٥٥
٧	٠.٥٤	١٧	٠.٣٠	٢٧	٠.٣٧	٣٧	٠.٤٣
٨	٠.٦٢	١٨	٠.٦١	٢٨	٠.٧٥	٣٨	٠.٧٢
٩	٠.٤٩	١٩	٠.٥٥	٢٩	٠.٧٠	٣٩	٠.٧٤
١٠	٠.٧٠	٢٠	٠.٦٣	٣٠	٠.٤٩	٤٠	٠.٧٥

يوضح الجدول رقم (٧) أن جميع العبارات دالة عند مستوى الدلالة ٠.٠١ وهذا ما يدعم

القياس وصدق مفرداته.

جدول رقم (٨)

الفروق الدالة بين متوسط درجات عينة المضطربين وعينة من غير المضطربين على كل عبارة عن عبارات مقياس قلق التحدث أمام الآخرين

ع	عدد حالات كل مجموعة	م	ن	قيمة ت	ع	عدد حالات كل مجموعة	م	ن	قيمة ت
١	٣٦	٠.٨٧	٠.٧٨	٩.٨٣	١١	٣٦	١.٥	١.١٨	٨.١٧
	٣٥	٢.٧٤	٠.٧٩			٣٥	٣.١٢	١.٠٣	
٢	٣٦	٠.٨١	٠.٩١	٧.٩	١٢	٣٦	٠.٨٣	١.٢٤	٦.٦٨
	٣٥	٢.٥٠	١.٠٨			٣٥	٢.٦٠	١.٠٤	
٣	٣٦	٠.٩٠	٠.٨٧	٨.٢٦	١٣	٣٦	١.٢٥	٠.٦٢	٧.٩٧
	٣٥	٢.٧٠	١.٠٤			٣٥	٣.٢٢	١.٢٧	
٤	٣٦	٠.٨٨	١.١٢	٤.٣٣	١٤	٣٦	٠.٢٦	٠.٦٨	٨.٩١
	٣٥	٢.٧٨	١.٢٠			٣٥	٢.١٠	٠.٩٦	
٥	٣٦	١.٤٦	٠.٨٢	٨.٥٣	١٥	٣٦	٠.٥٦	٠.٠٨	٧.٩٦
	٣٥	٣.٢٨	٠.٩٥			٣٥	٢.٥٤	١.٠٣	
٦	٣٦	٠.٨٢	٠.٨٤	١١.١٤	١٦	٣٦	١.٣	١.٦٠	٣.٤٢
	٣٥	٣.٠٤	٠.٨٦			٣٥	٢.٨٧	١.٠٧	
٧	٣٦	٠.١٢	٠.٤٠	٦.٧٠	١٧	٣٦	١.٩٦	١.٥٠	٣.٤٥
	٣٥	١.٦٢	١.٢٢			٣٥	٣.٥	١.٠٧	
٨	٣٦	١.٩٤	١.٠٤	٦.٠٨	١٨	٣٦	٠.١٧	٠.٤٢	٧.٤٣
	٣٥	٣.٣٠	١.٠٦			٣٥	١.٦٧	١.٩	
٩	٣٦	١.٢٠	١.٠٥	٤.٩٢	١٩	٣٦	١.٥٢	١.١٤	٤.١٨
	٣٥	٢.٤٠	١.٢٥			٣٥	١.٤	١.٠٣	
١٠	٣٦	٠.٩٨	١.٢٤	٨.٢٢	٢٠	٣٦	١.٧٢	١.٢٢	٧.٥٢
	٣٥	١.٠٧	٠.٣			٣٥	٣.٥٤	٧٣	
ع	عدد حالات كل مجموعة	م	ن	قيمة ت	ع	عدد حالات كل مجموعة	م	ن	قيمة ت
٢١	٣٦	٤٠	٠.٨٤	٨.٧٠	٣٢	٣٦	٠.٧٨	٠.٩٦	٧.٤٧
	٣٥	٢.٢٢	٠.٩٠			٣٥	٢.٤٩	٠.٩٥	
٢٢	٣٦	٠.٤٤	٠.٦٧	٨.٧٢	٣٣	٣٦	١.٠	١.١٣	٥.٢٣
	٣٥	٢.٦٢	٠.٩٨			٣٥	٢.٣٨	١.٧	
٢٣	٣٦	٠.٧٩	٠.٨٦	١٠.٩٥	٣٤	٣٦	٠.٧٢	٠.٨٣	٩.٩٨

مجلة الخدمة الاجتماعية

	١.٠٢	٢.٩٢	٣٥			٠.٩٧	٣.١٠	٣٥	
١٠.٣٤	١.٠٢	٠.٦٢	٣٦	٣٥	٦.١٥	١.١٩	١.٥٦	٣٦	٢٤
	١.٢٢	٢.٧٩	٣٥			١.٢	٣.١٦	٣٥	
٣.٩٤	١.٢١	٢.١	٣٦	٣٦	٦.٥١	١.١١	١.٢٠	٣٦	٢٥
	١.٢٨	٣.١٨	٣٥			١.١٦	٢.٩٣	٣٥	
١٥.٣٦	٠.٥٨	٠.٨٤	٣٦	٣٧	٤.٨٣	٠.٨٥	٣٨	٣٦	٢٦
	٠.٨٤	٧٦.	٣٥			١.١٣	١.٥٣	٣٥	
١١.٦١	٠.٧٦	٠.٩٣	٣٦	٣٨	٦.٢٠	٠.٨٧	٠.٢٩	٣٦	٢٧
	٠.٩٣	٠.٨١	٣٥			١.٣٩	٢.٠	٣٥	
١١.٦٠	٠.٨١	١.٢	٣٦	٣٩	٣.٩٦	١.٤٧	١.٩٤	٣٦	٢٨
	١.٢	١.٠٢	٣٥			١.٤	٣.٨	٣٥	
٨.١٨	١.٠٢	١.٢٥	٣٦	٤٠	٩.٨٢	٠.٦٨	٠.٣٣	٣٦	٢٩
	١.٢٥	٠.٨١	٣٥			١.١٤	٢.٤٨	٣٥	
					١٠.٤٠	١.١٣	٢.٤٩	٣٦	٣٠
						٠.٦٥	٠.٣٨	٣٥	
					٤.٩٧	٠.٩٨	٢.٤٣	٣٦	٣١
						١.٧	١.٨	٣٥	

يوضح الجدول رقم (٨) قوة كل عبارة من عبارات المقياس في الصدق التمييزي بين مجموعة الحالات التي تعاني من قلق التحدث أمام الآخرين ومجموعة الحالات الأسوأ ممن لا يعانون من قلق التحدث أمام الآخرين رغم التميز بين المجموعتين مما يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين السلوك المضطرب والسلوك غير المضطرب.

ثانياً: نتائج فروض الدراسة:

الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لدرجة القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

جدول رقم (٩)

فروق المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة m	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	٦.٢٤	٧.٥	٠.٠١
الضابطة	١٠	٨.٦٠		
المجموع	٢٠	١٤.٨٤		

من خلال الجدول رقم (٩) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية وهو ما يحقق الفرض الأول للدراسة حيث بلغت قيمة m (٧.٥) وهي عينة دالة عن مستوى دلالة (٠.٠١). وأن دل ذلك فإنه يدل على نجاح الأسلوب العلاجي باستخدام التدخل المهني باستخدام العلاج السلوكي العقلائي الانفعالي مع حالات الدراسة من طالبات الثانوية العامة.

الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائية بين المقياس القبلي والبعدي في درجة مقياس قلق التحدث مع الآخرين لصالح المجموعة التجريبية والقياس البعدي.

جدول رقم (١٠)

الفروق الدالة في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

المجموعات	عدد الحالات	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السالبة	١٠	٥.٥		١.٠١
الموجبة	صفر	٠.٠٠		٢.٨٠
المتساوية	صفر			

يوضح الجدول رقم (١٠) الفارق بين الرتب باستخدام اختبار ويكوكسون أن هناك فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي مما يؤكد تحقيق الفرض حيث بلغت قيمة Z (٢.٨٠) وهي دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي الذي تم استخدامه مع حالات الدراسة باستخدام العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي لصالح القياس البعدي على عينة الدراسة.

ثالثاً: مقارنة عامة للمقياس المجموعة التجريبية والضابطة (قبلي - بعدي - تتبعي):

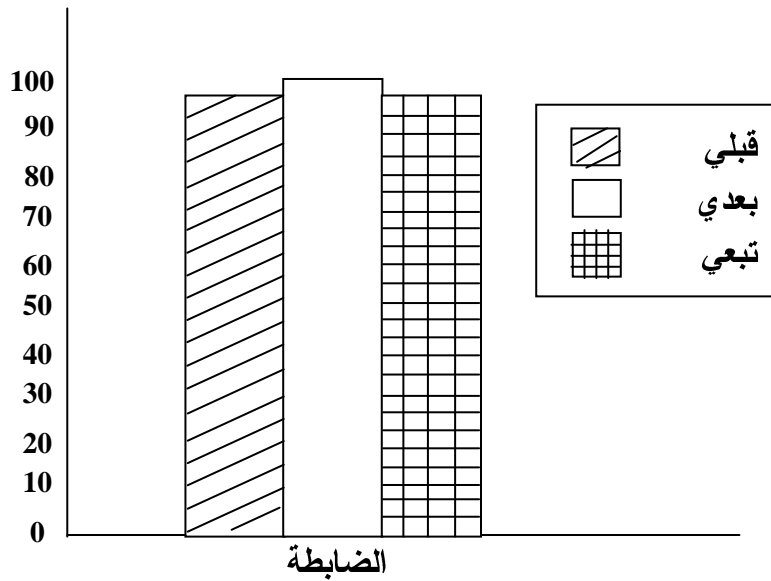
جدول رقم (١١)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجة مقياس قلق التحدث أمام الآخرين للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			البيان
تتبعي	بعدي	قبلي	تتبعي	بعدي	قبلي	
٩٧.٦	٩٧.٧	٩٦.٨	٤١.١	٤١.٣	٩٣.٦	المتوسط الحسابي
١٧.٧٧	١٦.٧٦	١٦.٣٥	١٤.٣٨	١٣.٣٨	١١.٦٣	الانحراف المعياري

يوضح الجدول رقم (١١) النتائج النهائية لقيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للفروق بين المجموعتين حيث حققت المجموعة التجريبية معدلات في التحسن مقارنة بالمجموعة الضابطة حيث بلغ القياس القبلي في متوسط الحساب التجربة ٩٣.٦ بانحراف معياري ١١.٦٣ وفي القياس البعدي ظهر التحسن كان متوسط الحسابي ٤١.٣ بانحراف معياري ١٣.٣٨ وهذا يدل على فعالية البرنامج العلاجي باستخدام العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي مع عينة الدراسة.

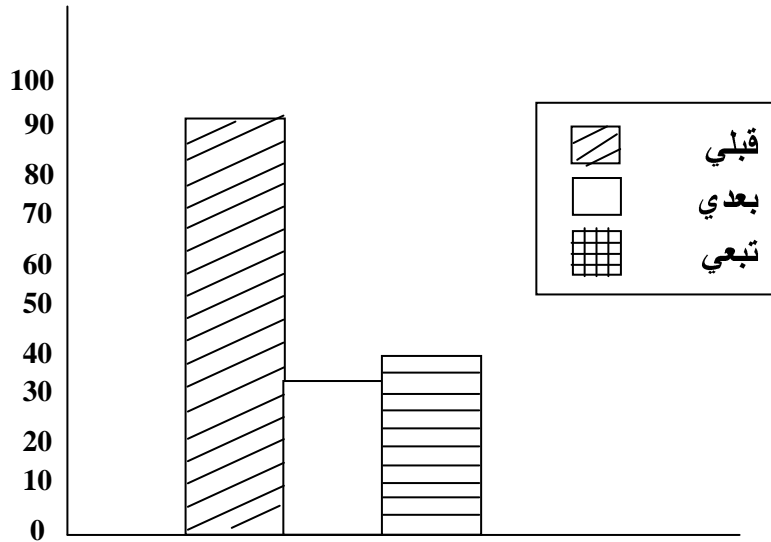
وفيما يلي الرسوم البيانية النتائج :



شكل رقم (١)

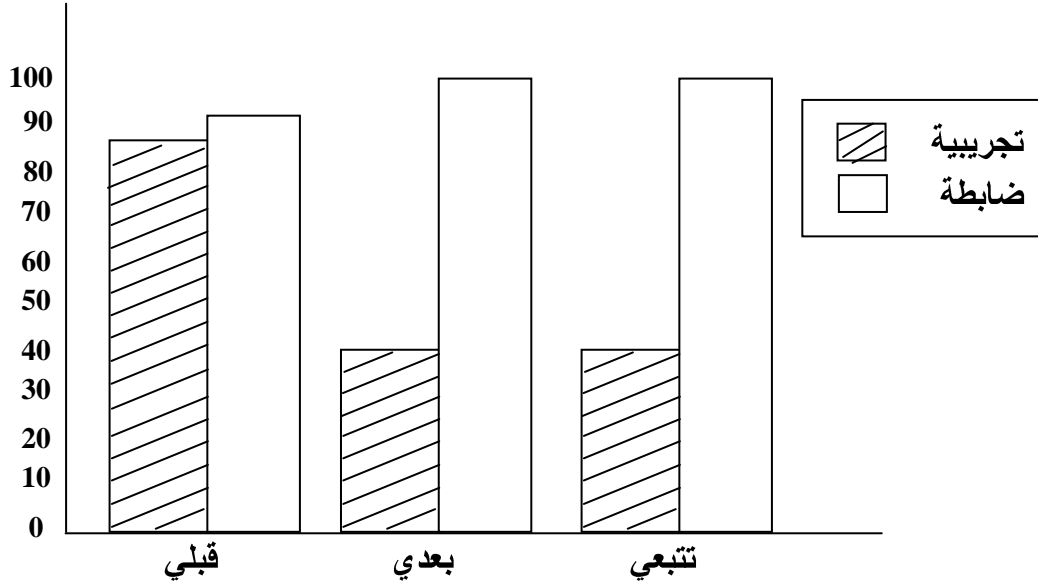
القياس القبلي والبعدي والتبعي للمجموعة الضابطة

يوضح الشكل رقم (١) : أن القياس الثلاثي متقارب القبلي والبعدي والتبعي مما يدل على ضآلة الفروق النسبية بين القياسات ولا يوجد تغير أو تحسن للمجموعة الضابطة.



شكل رقم (٢)

نتائج المقياس القبلي والبعدي والتبعي للمجموعة التجريبية



شكل رقم (٣)

نتائج القياس القبلي والبعدي والتبعي للمجموعتين التجريبية والضابطة

رابعاً: مناقشة النتائج :

اهتمت الدراسة الحالية خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة الدراسة واستخدام البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي. وجاءت نتائج الفرض الأول بتحقيق صدق الفرض لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الاستعانة بالبرنامج العلاجي للمجموعة التجريبية لصالحها واتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة الخاصة بالعلاج العقلاني السلوكي الجمعي ومنها دراسة (الشبانان ١٩٩٦) ودراسة (Emmel kampet al, 1985) ودراسة (kehda, 1996) ودراسة (winton et. al. 1997).

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (Heimbrg 1996) ودراسة (Hofmncual et. Al.) في إثبات فعالية العلاج العقلاني حيث اتفقتنا على تحقيق نفس الهدف وهو الحد من قلق التحدث أمام الآخرين إضافة إلى استعانتها ببعض الفنيات العلاجية المتشابهة مثل الواجبات المنزلية ولعب الآخرين الأدوار وغيرها من أساليب علاجية.

واتفقت دراسة كل من (Winton 1997) ودراسة (Ray 1998) مع الفرد سنة الحالية في نوع الاضطراب وهو القلق الاجتماعي المتعلق بمواقف التحدث أمام الآخرين وكذلك في الدراسة التجريبية بوجود عينة في مجموعتين تجريبية وضابطة. واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (الأنصاري ٢٠٠٦) في تناول اضطرابات متقاربة وهي الحرج الموقفي والقلق الاجتماعي.

أما دراسة (Stein 1997) اتفقت مع الدراسة الحالية من حيث نوع الاضطراب المتمثل في قلق التحدث أمام الآخرين والاختلاف كان في أن الدراسة السابقة كانت دراسة مسحية استطلاعية بينما الحالية التجريبية.

أما نتائج الفرض الثاني فقد تحقق صدق الفرض بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية مما يثبت فعالية البرنامج العلاجي المستخدم والذي تم تدريب الطالبات عليه وهذه القيمة تتفق مع العديد من نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها حيث أشارت جميع الدراسات إلى كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليس في الحد من القلق الاجتماعي وإنما من الاضطرابات النفسية المختلفة والمتنوعة ومن بين تلك الدراسات : دراسة (Roberta 1983) ودراسة (Warren 1984) التي اتفقت مع فعالية العلاج العقلاني - الانفعالي السلوكي وعلى النمط العلاجي وهو العلاج الجمعي.

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (عمارة ١٩٨٥) ودراسة (الشيخ ١٩٨٦) في التحقيق من فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة والمستوى التحصيلي لأفراد العينة وكذلك في المنهج المستخدم وما يعزز نتائج فرض الدراسة ما قام به الباحث من استخلاص نتائج خاصة بالفروق ودرجات التقدير الذاتي بشدة قلق التحدث أمام الآخرين لكل أفراد العينة في المجموعة التجريبية والضابطة حيث بعد التحليل الكيفي وتحويله إلى كمي اتضح أنها تدعم ما توصلت إليه النتائج الخاصة بفرض الدراسة.

مقياس قلق التحدث أمام الآخرين المعروض للتحكيم العلمي

م	العبارة	ملائم	غير ملائم	واضح	غير واضح	ملاحظات
١	أجد صعوبة في التحدث أمام الآخرين.					
٢	أتجنب مشاركة الآخرين الحديث والمناقشة ما أمكن.					
٣	أشعر بالتلعثم أثناء الحديث أمام مجموعة.					
٤	أشعر بالسعادة عندما ألقى كلمة ما أمام الآخرين في صباح؟					
٥	أخاف باستمرار من نسيان بعض أجزاء الحديث عندما أكون في موقف مواجهة مع الآخرين.					
٦	ألتزم الصمت عندما يخطيء الآخرون في حقي.					
٧	ينتابني الشعور بالقلق عندما يدقق الآخرون في سلوكي.					
٨	يصعب علي بناء علاقة صداقة جيدة مع الآخرين.					

٩	أشعر بأن قلقي وخوفي من التحدث أمام الآخرين غير منطقي أو مبرر.			
١٠	تزداد نبضات قلبي وأتعرق قبل إلقاء حديثي مباشرة.			
١١	أشعر بأن الآخرين يسخرن من مظهري.			
١٢	أفضل العمل الفردي على العمل الجماعي.			
١٣	تتلاشى الإجابة مباشرة من ذهني عندما يوجه لي سؤالاً على الملأ.			
١٤	أجد صعوبة في مباشرة الحديث مع الآخرين.			
١٥	أصمت عن المشاركة في المناقشات مع أن لدي معلومات قيمة.			
١٦	أشعر بالضيق عند سماعي لضحكات الآخرين أثناء مروري أمامهم.			
١٧	أتجنب الجلوس في الصفوف الأمامية تفادياً للأسئلة التي قد توجه إليّ.			
١٨	أشعر بعدم الرضا عن نفسي وعن مستواي الدراسي.			
١٩	تربطني نظرات الآخرين عندما أقف لإلقاء كلمة أمامهم.			
٢٠	تزداد نبضات قلبي ويضطرب تنفسي عندما أفاجأ بسؤال أمام مجموعة من الحاضرين.			
٢١	أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المختلفة أمام مجموعة من الحاضرين.			
٢٢	تصبح أفكاري مشوشة وغير منظمة عندما أتحدث على الملأ.			
٢٣	كثيراً ما ينتابني الشعور بالوحدة أثناء تواجدي في جماعة.			
٢٤	بأشعر بأنني حساس أكثر من اللازم لأي تعليق أو نقد يوجه لي.			
٢٥	لا أستطيع إبداء رأيي إذا شعرت إنني مراقب من الآخرين.			
٢٦	قبل أن أبدأ الحديث مباشرة تنتشتت أفكاري وأشعر بالدوار.			
٢٧	أشعر بالضيق عندما لا أستطيع الإجابة علانية على سؤال أعرف إجابته جيداً.			
٢٨	كثيراً ما أشعر بالارتياح حينما أكون متواجد في وسط مجموعة كبيرة.			
٢٩	يصبح صوتي خافت عندما أتحدث في جماعة.			
٣٠	يصعب علي معرفة ما ينبغي قلبي والتحدث به أثناء تواجدي في مجموعة.			
٣١	أتجنب التعبير علانية عن آرائي خشية السخرية والانتقاد.			
٣٢	اضطرب عندما يلاحظ الآخرين إحمرار وجهي وارتبائي.			

مجلة الخدمة الاجتماعية

					أشعر بالقلق عندما أتحدث إلى شخص في موقع مسؤولية أو سلطة.	٣٣
					اتفادى النظر إلى الشخص الذي يحدثني.	٣٤
					أفضل الصمت أثناء تواجدي في مجموعة.	٣٥
					كثيراً ما أبحث عن مبررات تعفيني من حضور الحفلات والارتباطات الاجتماعية.	٣٦
					أتمنى لو كنت أحظى بمستوى أكبر من الثقة بالنفس في مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة.	٣٧
					تتزاحم الأفكار والهواجس في رأسي أثناء تواجدي داخل الفصل	٣٨
					يحمر وجهي وترتجف يدي أمام زملائي قبل إلقاء حديثي مباشرة	٣٩
					مشاركتي في الأنشطة تعرضني للحرج	٤٠

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- أحمد محمد السنهوري : الخدمة الاجتماعية مع الشباب ، القاهرة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، (١٩٩٦).
- ٢- إيمان فرج : الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للشباب والمراهقة ، القاهرة، مركز الدراسات والوثائق الاقتصادية والقانونية والاجتماعية ، (٢٠٠٤).
- ٣- إيمان محمد مصطفى زيدان: مدى فاعلية كل من الإرشاد النفسي الموجه وغير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات - رسالة دكتوراه - معهد الدراسات والبحوث العربية - جامعة القاهرة، (١٩٩٨).
- ٤- السلسلة : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، اضطرابات القلق ، المجلد التاسع ، (١٩٩٩).
- ٥- بدر الأنصاري: الفروق بين الجنسين في شدة الخجل لدى طلاب المرحلة الثانوية، بحث منشور في كتاب بحوث ميدانية في الشخصية الكويتية، الكويت، مكتبة المنار الإسلامية، (١٩٩٧م).
- ٦- بدر الأنصاري: المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتين بحث منشور في حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، حولية، ٢٢١، الرسالة ١٥٧، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠١م.
- ٧- بدر الأنصاري: قياس الحرج الموقف لدى طلاب المرحلة الجامعية من الجنسين وعلاقته ببعض اضطرابات الشخصية في المجتمع الكويتي، بحيث منشور في مجلة حوليات كلية الآداب، حولية ٢١٧، الرسالة ١١٨، الكويت ، مجلس النشر العلمي، (١٩٩٧).
- ٨- بدر الأنصاري: قياس الخجل، كلية الآداب، الكويت ، جامعة الكويت، (١٩٩٦).
- ٩- حامد عبد السلام زهران: علم نفس النمو، الطفولة والمراهقة، ط ٤، القاهرة، عالم الكتاب، (١٩٩٧م).
- ١٠- حسان أسير قميحة: الطب النفسي، سوريا، حمص، دار النابغة، (١٩٩٣).
- ١١- حسان المالح: الخواف الاجتماعي (الخجل) دار المنارة للنشر والتوزيع، جدة، (١٩٩٤).
- ١٢- رتيب ناديا: العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة السنة الثالثة في جامعة دمشق، رسالة ماجستير، سوريا، (٢٠٠١).
- ١٣- سامر اللادقاني: أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني العاطفي في معالجة القلق الاجتماعي" رسالة ماجستير غير منشورة، عمان الجامعة الأردنية، (١٩٩٥).
- ١٤- سميحة نصر : مشكلات الشباب في المجتمع المصري ، المؤتمر الدولي الخامس للبحوث العلمية وتطبيقاتها ، جامعة القاهرة ، (٢٠٠٩) .

- ١٥- شيخ محمد: "أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين في تخفيف قلق الامتحان". رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، جامعة القاهرة، (١٩٨٦).
- ١٦- عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، (١٩٩٤).
- ١٧- عبد اللطيف عماره: (العلاج العقلاني لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة". رسالة دكتوراه، القاهرة، جامعة عين شمس، (١٩٨٥م).
- ١٨- عزة الغامدي: فاعلية العلاج الانفعالي في خفض قلق الاختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، غير منشورة، الرياض، جامعة الملك سعود، (٢٠١٤).
- ١٩- عمار محمد الناعمة : العلاقة بين المناخ الأسري والأفكار اللاعقلانية ، دراسة على طلاب المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة ، ٢٠١٤
- ٢٠- فاطمة محمد مراد : مدى فاعلية الإرشاد العقلاني في تحقيقه ضد السلوك الهازم للذات لدى عينة من طلاب الجامعة ، رسالة ماجستير، كلية التربية ، أسوان ، جامعة جنوب الوادي ، ٢٠١١م
- ٢١- فرج عبد القادر طه، محمود السيد أبو النيل، شاكرا عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، مصطفى كامل عبد الفتاح (د. ت) معجم علم النفس والتحليل النفسي القاهرة - دار النهضة العربية.
- ٢٢- مايسه النيال: الخجل وبعض أبعاد الشخصية: دراسة نمائية وارتباطية، جامعة الإسكندرية، (١٩٩٥م).
- ٢٣- محمد السيد عبد الرحمن: علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب الأمراض، التشخيص، العلاج، دار قباء، (٢٠٠٠).
- ٢٤- محمد القرني: الخوف الاجتماعي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية كما يراها الأبناء". رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة الملم سعود، (١٤١٣).
- ٢٥- محمد محروس الشناوي، وعبد الرحمن محمد السيد: العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر، (١٩٩٨).
- ٢٦- مدحت محمد أبو النصر: الدفاع الاجتماعي المفهوم والمجالات والمنظمات مع الإشارة إلى تجربتي مصر والإمارات، - صندوق التكافل الاجتماعي - وزارة العمل والشئون الاجتماعية - دبي، (١٩٩٩).
- ٢٧- ممتاز عبد الوهاب : القلق والاكتئاب ، دار الهلال ، القاهرة ، ٢٠٠١.

- ٢٨- نشوة عمار : فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات التربوية ، جامعة القاهرة ، ٢٠١٠م.
- ٢٩- هشام إبراهيم عبد الله: اثر العلاج العقلائي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي - رسالة دكتوراه - كلية التربية - جامعة الزقازيق، (١٩٩٩).
- ٣٠- هشام محمد: أثر برنامج العلاج العقلائي الانفعالي المعرفي في الحالات الاكتئاب العصابي". رسالة دكتوراه ماجستير غير منشورة، الزقازيق، جامعة الزقازيق، (١٤١١هـ).
- ٣١- رضية علي محمد : برنامج علاجي معرفي سلوكي في مرضى الرهاب الاجتماعية دراسة نفسية تجريبية ، رسالة دكتوراه ، المركز الوطني للمعلومات، اليمن ، (٢٠٠٤).
- ٣٢- محمد عاطف غيث وآخرون : قضايا الطفولة والشباب في المجتمع المصري ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، (١٩٨٥).
- ٣٣- حمدي منصور : فاعلية العلاج الإنفعالي في تخفيف أعراض القلق العام لدى عينة من المرضى النفسيين ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية ، العدد التاسع، أكتوبر ، (٢٠٠٠) .
- ٣٤- سامية عبد الرحمن همام : استخدام العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة الثانوية العامة ، المؤتمر العلمي السابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان ، (٢٠٠٤) .
- ٣٥- أسماء عبد الله محمد : فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر ، مجلة البحوث التربوية ، جامعة قطر ، عدد ٢ ، السنة ١١ ، (٢٠٠٢) .
- ٣٦- نصيف فهمي منقريوس : الاتصال في المجالات الاجتماعية والتنمية ، القاهرة، دار الجندي ، (٢٠٠٤).
- ٣٧- محمود جمال أبو العزائم : القلق النفسي ، مجلة النفس المطمئنة ، (٢٠٠٤).

ثانياً : المراجع الأجنبية

- 1- Bishop, Patrick J: Fright at the Improve the fear of Public speaking as a social phobia, united States, Grand Valley State University, (2005).
- 2- Carins RB., Leung, MC. Gest SD., and Carins BD.,: A brief method of assessing social development: structure, (1995).
- 3- Carroll, Kathleen. M. Rounsavillie, Bruce, J. & Gawin, Frank. H: A comparative Trial of pschotherapies for Abulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and interpersonal psychotherapy." American Journal of Drug and Alchohl Abuse, 17, 3, (1991).
- 4- Davidson, JT., Pott Ns., Richichi EA., Et al.,: The brief phobia scale. Journal of clinical psychiatry, 52 (11), (1991).

- 5- Dryden W.,: invitation to rational emotive psychology London: sage publication; (1995).
- 6- Dryden W.: Rational emotive counseling in action, London sage publications, (1990).
- 7- Ellis A.,: Comments on my critics. In M.E Bernard & R. DiGiuseppe, eds. Inside rational emotive therapy. San Diego, CA: Academic Press, (1989).
- 8- Ellis A.,: Group rational emotive and cognitive behavioral therapy, international journal of group psychotherapy, 43, (1992).
- 9- Ellis A.,: Rational Emotive therapy (RET). A Therapist's Guide. Impact publishers, (1998).
- 10- Emmelkamp P., Marsch P., Vissia E., and Van Der HM.,: Social phobia: A comparative Evaluation of Cognitive and behavioral intervention, behavior research of therapy, 33 (3). (1985).
- 11- Francis G., & Radka DF.,: Social anxiety in adolescents, social phobia Clinical and Research perspectives. Edited by MB stein, American psychiatric press, (1995).
- 12- Goldenson, R.M.: Longman Dictionary of psychology and psychiatry. New York & London Longman (1984).
- 13- Heimberg G., Becker R., Goldfinger, K., & Vermilyea J.,: Treatment of social phobia by exposure, Cognitive restructuring and homework assignments. Journal of Nervous and mental Diseases, 173 (4), (1985).
- 14- Hibrg RG., And Juster HR.,: Treatment of social phobia in cognitive – behavioral groups journal of clinical psychiatry, 55 (6), (1996).
- 15- Hofman SG., Ehlers CA., & Roth WT., Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety? Behavior research and therapy. 33 (5), (1996).
- 16- Kendall PC., & Southam – Gerow Ma.,: Long – term follow-up of a cognitive – behavioral therapy for anxiety – disordered youth Journal of consulting and clinical psychology, 64 (4), (1996).
- 17- Lowry, Kirsten A: Interpersonal Problems, adult attachment and emotion regulation among college students with Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, and Social Phobia, United States, University of Nevada, Reno, (2008).
- 18- Mannuzz S., Schneier FR., Champman TF., Leibowitz, MR., Klein DF., & Fyer AJ.,: Generalized social phobias Reliability and Validity, Archives of General psychiatry, (1995).
- 19- Menninger WW: Comorbidity in social phobia : Implications for cognitive – Behavioral treatment. Rear of Humiliation integrated treatment of social phobia and co morbid Conditions Jason, Aronson INC., (1995).
- 20- MeDevitt-Murbhy, Meghan Eileen : the utility of the pal and the mmp1-2 for discriminating posttraumatic.

- 21- Nardone G.,: The strategic approach and other models of psychotherapy. Brief strategic solution oriented therapy of phobic and obsessive disorders, Jason Aronson INC. (1996).
- 22- Roiberta M.,: Test anxiety reduction workshops for black college students. Journal of college students personal. 24, (6), (1983).
- 23- Regier DA, Rea DS, et al, preference of amity disorder and their morbidity with mood and addictive disorders, British journal of psychiatry, supplement, 1998.
- 24- Roberson, Caro Lee: Panic and social phobia: Perceptions of relationships with family and Friends, United States University of lauisville, (1996).
- 25- Warrren R.,: Rational emotive therapy and the reduction of interpersonal anxiety junior high schools students, Adolescence, 515 (66). (1984).
- 26- Winton EC., Clark DM., & Edelman RJ.,: Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. Behavior Research therapy, 33 (3). (1997).