

فعالية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي للتخفيف من حدة الرهاب
الاجتماعي

لدى عينة من الطالبات المعاقات بصريًا

إعداد

د. منال ثابت عبد الفتاح سيد
دكتورة فى علم النفس

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعاقات بصرياً، ولتحقيق هذا الهدف اتبعت الباحثة المنهج التجريبي، كما أنها استخدمت مقياس الرهاب الاجتماعي/ إعداد وردة بلحسيني (٢٠١١)، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي/ إعداد عبد العزيز الشخص (٢٠١٣) كما قامت ببناء برنامج إرشادي، وقامت بتطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها (١٢) طالبة تم توزيعها على مجموعتين الأولى ضابطة قوامها (٦) طالبات والثانية تجريبية قوامها (٦) طالبات وتم التأكد من تجانس المجموعتين، وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS، المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري واختبار مان- ويتي (U)، اختبار ويلكوكسن (W)، وتم التحقق من صحة فروض الدراسة وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية أسفرت الدراسة عن الآتي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي مما يدل على تحقق الفرض الثالث.

● مقدمة

يختلف البشر من حيث مستوى الأداء نظراً لاختلافهم في القدرات والمهارات، وكذلك قدرتهم على مواجهة المشكلات، وهناك العديد من العوامل التي تلعب دوراً بارزاً في ذلك، ولعل من هذه العوامل هو تعرض الشخص لإعاقة تجعله يشعر بهذا الاختلاف. وتعد حاسة البصر من النعم التي أنعم الله بها على الإنسان، حيث إنه لا يستطيع الفرد أن يمارس حياته بصورة طبيعية متوافقة مع واقع بيئته التي يعيش فيها، إلا إذا كان يتمتع بقدر مناسب من القدرة البصرية (عامر وآخرون، ٢٠٠٨: ١٢).

فوجود إعاقة لدى الفرد قد تدفعه إلى العديد من المشكلات النفسية التي تؤثر على حياته بشكل عام، وإن لم يستطع التكيف مع تلك الإعاقة. وبالحديث عن الإعاقة البصرية والاهتمام بالأفراد المعاقين بصرياً، يجد المتتبع لتاريخ الاهتمام بتربية الأشخاص المعاقين بصرياً، الذين كانوا الأفرح حظاً بين الإعاقات الأخرى، فقد أنشأت المؤسسات الخاصة لرعايتهم قبل ظهور أية مؤسسات لفئات الإعاقات الأخرى، ويعتبر الفرنسي فالنتين (Valentine) هو أول من أسس مدرسة لتربية المعاقين بصرياً وبعد ذلك ظهرت العديد من المؤسسات التي تهتم بالأشخاص المعاقين بصرياً في أوروبا، ومن ثم انتقل الاهتمام بإقامة المؤسسات التربوية الخاصة بالمعاقين بصرياً إلى الولايات المتحدة الأمريكية بعد عدة عقود وذلك بدايات القرن التاسع عشر (الخطيب والحديدي، ٢٠٠٥: ٢٥).

وبالنظر إلى الإعاقات المختلفة عامة، فتعتبر الإعاقة البصرية من الإعاقات التي قد تترك أثراً سواء كان إيجابياً أو سلبياً على صاحبها، ولعل من المشكلات التي يواجهها المعاق بشكل عام، والمعاق بصرياً بشكل خاص هو الرهاب الاجتماعي، خاصة عند الفتيات في سن المراهقة، والتي تعتبر من الفترات الحرجة للفرد السوي، فما بالك بالمعاق.

ولذلك نلاحظ أن نفسية المعاق بصرياً قد تتعرض لأنواع متعددة من الصراعات فهو في صراع بين التمتع بمباهج الحياة ودافع الانزواء لطلب الأمن، والاستقلال، والرعاية، فهو يرغب أن يكون شخصية مستقلة ويدرك أنه سيظل إلى درجة محدودة لا يستطيع الاعتماد على نفسه (ماجدة السيد عبيد، ٢٠٠٠: ١٧٨).

وتتعدد الاضطرابات التي تصيب المعاقين بصرياً لاسيما التي يكون لها علاقة مباشرة مع المحيطين بالمعاق، ومن أشهر هذه الاضطرابات الرهاب الاجتماعي؛ حيث "يعد الرهاب الاجتماعي أحد الاضطرابات النفسية التي صنفها ضمن اضطرابات القلق الرهابي التي وردت في الدليل العاشر لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية لمنظمة الصحة العالمية (ICD-10) وقد صنف كذلك ضمن دليل المرشد الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين وذلك في طبعته الثالثة (III-DSM)، وقد أكدت كثير من

الملاحظات العيادية على وجود مؤشرات تدعم القول بارتفاع نسبة الإصابة باضطراب الرهاب الاجتماعي (Social phobia)، حيث يعد الرهاب الاجتماعي اضطراباً نفسياً واسع الانتشار إذ تتراوح نسبة انتشاره بين (٧-١٤%) في المجتمعات الغربية وغيرها وهو اضطراب مزمن ومعطل ولكنه قابل للعلاج ويظهر عادة في سن المراهقة وهو يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى ومع الاكتئاب.

ويتضمن اضطراب الرهاب الاجتماعي قلقاً شديداً وارتباكاً في المواقف الاجتماعية ويعاني المصابون به خوفاً شديداً من أن يمعن الآخرون النظر إليهم أو أن يطلقوا عليهم أحكاماً أو تقييمات سلبية أو تسبب تصرفاتهم إحراجاً لهم أو خزيًا أو إهانة، وكثير من المصابين بهذا الاضطراب يشعرون بان خوفهم من الآخرين هو خوف مبالغ فيه وغير منطقي، وفي بعض الحالات يكون الرهاب محددًا من بعض المواقف الاجتماعية كالأكل أو الشرب أو التحدث أمام الآخرين أو القيام بأداء معين في المواقف التي تتضمن حضور الآخرين أو مواجهتهم، وفي الحالات الشديدة يكون الخوف معمماً لمعظم المواقف الاجتماعية وفي كل الأوقات، وقد يكون معطلاً لكثير من الوظائف الاجتماعية كأن يمنع المصاب من الذهاب إلى المدرسة أو الجامعة أو العمل لعدد من الأيام بسبب الخوف الشديد مما يؤدي إلى تجنبه المواقف الاجتماعية المرهوبة ويجرمه من كثير من الامتيازات أو الترفيقات التي تقتضيها الوظيفة التي هو فيها.

ويظهر الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي استئثاراً فيزيولوجية مرتفعة في المواقف الاجتماعية، هذا إلى جانب الخوف من التقييم السلبي من الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية في المواقف الاجتماعية، ويكون سلوك التجنب هو الإستراتيجية الملائمة لديهم في الموقف الاجتماعي المخيف (طه عبد العظيم، ٢٠٠٩: ٥١).

ويشكل الرهاب الاجتماعي حالة مرضية مزمنة، بحيث تصبح سلوكيات التجنب للمواقف الاجتماعية تمثل مظهراً عاماً لسلوك الفرد، مما يؤثر على أدائه وتوافقه، ويقيّد مجاله الحيوي، وقد أكدت الملاحظات العيادية، والدراسات الوبائية نسبة عالية لانتشار هذا الاضطراب.

ففي دراسة احصائية لستين وآخرين (Stein & al, 2000) تبين أن نسبة الأفراد الذين تم تشخيصهم وفقاً لمحكات (DSM-IV) قد بلغت (٧,٢%) وسجل نحو (٣٧,٧%) من أفراد العينة أن الرهاب الاجتماعي يؤثر تأثيراً جوهرياً على واحدة على الأقل من جوانب حياتهم، مثل التعليم والعلاقات الشخصية.

وكشفت الدراسات حول انتشار الرهاب الاجتماعي بين الذكور والإناث أجراها معهد للصحة النفسية على مدى ستة شهور، أي أن معدل الانتشار يتراوح بين (٠,٩% إلى ١,٧%) لدى الرجال، ويتراوح بين (١,٥% إلى ٢,٦%) لدى النساء (هوب وهيمبورغ، ٢٣٢، ٢٠٠٢).

كما وجد شابمون وآخرون (Chapman & al, 1995) أن نسبة انتشاره تختلف بين الذكور عما هي عليه بين الإناث من مجتمع لآخر، وقد تتساوى في بعض المجتمعات.

وفي ما يخص بداية ظهور اضطراب الرهاب الاجتماعي تشير الدراسات أن بداية ظهور تكون في مرحلة المراهقة المتأخرة إلى بداية سن الرشد أي ما بين (٢٥-١٥) سنة (Rachman, 1998, 139).

كما أكدت عدة دراسات ارتباط الرهاب الاجتماعي بعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يبلغ معدل ارتباط الرهاب الاجتماعي بالاكتئاب النفسي حوالي (٣٣%) وباضطراب القلق العام حوالي (٢٧%)، وبالخوف من الأماكن الواسعة حوالي (١٩%) وأن معدل ارتباط الرهاب الاجتماعي العام بالمخاوف النوعية حوالي (٤,١٦%) وباضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حوالي (٣,١٧%) (طه عبد العظيم، ٢٠٠٩: ١٠٧).

وعليه فإن اقتران الرهاب الاجتماعي بمثل هذه الاضطرابات قد يسبب للفرد عجزاً واضحاً على المستوى الاجتماعي، ونظراً لتأثير الإعاقة البصرية على الإناث الطالبات كان لابد من التدخلات الإرشادية للتخفيف من حدة هذا الاضطراب.

ويعد العلاج المعرفي- السلوكي من أهم ما توصلت إليه الدراسات السابقة في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي؛ لأنه يقدم منظومة معرفية وسلوكية تساعد ذوي الرهاب الاجتماعي على التخلص أو التخفيف من مستوى هذا الاضطراب.

كما يستخدم الإرشاد المعرفي- السلوكي (CBT) الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تركز على تحقيق تغييرات في أسلوب الحياة. (Tsiros , et al. , 2008)

وقد أكدت الدراسات التتبعية أن للإرشاد المعرفي-السلوكي فاعلية أفضل على المدى الطويل؛ حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى النفسية والطبية، وقد ارتبطت فكرة إدخال هذا الأسلوب العلاجي في هذا المجال بفكرة اقتصادية؛ حيث يستطيع أن يقلل الكثير من الوقت والجهد المبذول في العلاج. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ١٦٩)

فقد قدم السلوكيون نموذجًا نظريًا يفترض أن الرهاب الاجتماعي ينشأ من المهارات الاجتماعية غير الملائمة، أي العادات الخاطئة التي تعلمها المريض لكي يقلل من درجة القلق والتوتر والإحساس بالخزي، وبالتالي يكون ارتباطات شرطية مرضية مما يوجب الاتجاه نحو إطفاء هذا المنعكس الشرطي المرضي، وبناء فعل منعكس سوي جديد ليكون بديلاً عنه (وردة بلحسيني، ٢٠١١: ٩)

أما المعرفيون فقد قدموا نموذجًا تفسيريًا يركز على مفهوم المخطط، أي البناء المعرفي الأساسي الذي يقود عملية معالجة المعلومات، ووفقاً لهذه الوجهة يرى بك وَاَمري (Beek et Emery) أن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد، ومن ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدي التيقظ باستمرار لمواجهة أي تهديد محتمل، مما يؤدي إلى تجاهل الإشارات الإيجابية أو الأمانة، كما يبغض تقدير الذكريات الناجحة السابقة، ومصادر الثقة بالنفس، ولذلك فإن المخططات تنعكس بذاتها في شكل أخطاء منطقية في التفكير (ديفيد بارلو وآخرون، ٢٠٠٢: ٢٤٧).

وعليه فقد سعت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المعاقات بصرياً.

● مشكلة الدراسة

تعتبر المشكلات السلوكية والانفعالية للمعاقين بصرياً من المشكلات التي يجب العمل على مواجهتها، والحد منها قدر الإمكان، الأمر الذي يبرر إجراء مثل هذه الدراسات العلمية للتعرف على مثل هذه المشكلات، حيث تسعى هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من المعاقات بصرياً.

ويمكن للباحثة صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطالبات المعاقات بصرياً؟

ويقترح من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مستوى الرهاب الاجتماعي في القياس القبلي؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي؟

٣- هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في مستوى الرهاب الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد (شهر، شهرين، ثلاثة شهور)؟

● أهداف الدراسة

سعت الدراسة الحالية لتحقيق الأهداف التالية:

١- إعداد وتقويم برنامج إرشادي معرفي سلوكي للتخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المعاقات بصرياً.

٢- الكشف عن فعالية البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المعاقات بصرياً.

● أهمية الدراسة

تتبع أهمية الدراسة الحالية من المشكلة التي تتناولها بالبحث؛ وكذلك الفئة المستهدفة من فيها؛ ويمكن تحديد أهمية الدراسة في جانبين:

الأول: نظري، ويتمثل في:-

١- طبيعة المشكلة التي يتصدى لها البحث وهي الإعاقة البصرية.

٢- بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي يتضمن أساليب إرشادية للتخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

الثاني: تطبيقي، ويتمثل في:

١- يتوقع بتخفيف مستوى الرهاب الاجتماعي لدى المعاقات بصريًا وزيادة فاعليتهم في المجتمع.

٢- يتوقع أن يؤدي البرنامج المعرفي السلوكي إلى مساعدة الطالبات المعاقات بصريًا في التخفيف من مستوى الرهاب الاجتماعي.

● مصطلحات الدراسة

تتضمن الدراسة ثلاثة مفاهيم أساسية هي: البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، واضطراب الرهاب الاجتماعي، المعاقات بصريًا، وفيما يلي تعريف بتلك المفاهيم.

١- البرنامج الإرشادي (المعرفي السلوكي)

هو عبارة عن عملية أو علاقة تساعد الناس في عملية الاختيار والوصول إلى أحسن الخيارات المناسبة وهي عملية تعلم ونمو، ومعلومات ذاتية من الممكن أن تترجم إلى فهم أفضل لدور الإنسان والسلوك بفاعلية إيجابية". (صالح الداھري، ٢٠٠١: ٤٦٨)

يعرفه هازلت ستيفنس وكراسكى (2002, Hazlett-Stevens & Craske) بأنه "الذي يتشكل في أساسه من تطور الفنيات العلاجية الذهنية وتكاملها مع الفنيات السلوكية، واستخدامها لعلاج عدد كثير من الأمراض النفسية".

ويعرفه جون كوك (2006, Cook) بأنه "منحى يساعد في إعادة حل الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المرضى، من خلال تعديل استجاباتهم الحس جسمية والذهنية والسلوكية للأحداث الداخلية والخارجية".

ويتكون البرنامج المعرفي- السلوكي في الدراسة الحالية من فنيات سلوكية وذهنية وانفعالية لمساعدة الطلاب البدناء على تصحيح معتقداتهم الصحية غير العقلانية إلى عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي لأنماط حياة صحية غير صحية واستبدالها بأنماط حياة صحية وخفض وزنهم واستمرار هذه التغيرات على المدى البعيد.

وتعرفه الباحثة إجرائيًا بأنه: "مجموعة من الإجراءات المنظمةة والمترابطة، والتي تتمثل في الفنيات والاستراتيجيات الإرشادية التي يستخدم فيها الجانبين المعرفي والسلوكي ويمكن قياس أثرها بمقتضى المقياس المستخدم كأداة في الدراسة، بهدف رفع كفاءة العينة المستهدفة في الدراسة".

٢- الرهاب الاجتماعي

هو خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء التي يكون الشخص فيها عرضة للتفحص من قبل الآخرين فيخاف من أن يتصرف بطريقة مخزية أو أن تظهر عليه أعراض القلق التي قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف ويدرك الشخص أن الخوف زائد أو غير معقول (APA,1994,518).

٣- المعاقون بصريًا

هم الأشخاص الذين يعجزون عن استخدام بصرهم في الحصول على المعرفة" (نظمي أبو مصطفى، ١٩٩٧: ٢٣).

كما يعرف عبد ربه على شعبان (٢٠١٠: ٧) الشخص المعاق بصرياً بأنه "الشخص الذي لديه خلل، أو عجز جزئي أو كلي في أحد العينين، بدرجة (٦/٦٠ مترًا) مما يؤثر سلبًا على أنشطة حياته اليومية، مما يستلزم استخدام المعينات البصرية".

● حدود الدراسة

تحدد الدراسة بالآتي:

- حدود موضوعية: وتحدد بمتغيرات الدراسة، وهي: البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، الرهاب الاجتماعي، المعاقات بصريًا.

- حدود بشرية: وهم عينة الدراسة من طالبات المرحلة الثانوية المعاقات بصريًا، وتحدد بعدد ثمانية طالبات، مقسمة على مجموعتين، الأولى ضابطة وعددها أربعة طالبات، والثانية تجريبية وعددها أربعة طالبات.

- حدود مكانية: تم تطبيق الدراسة على عينة من المعاقات بصرياً من طالبات المرحلة الثانوية بمدرسة الوفاء والأمل.
- حدود زمنية: تم التطبيق الدراسة فى النصف الثانى من العام الدراسى ٢٠١٤ / ٢٠١٥ م.
- حدود منهجية: استخدمت الباحثة المنهج الوصفى التحليلي، والمنهج التجريبي.

• فروض الدراسة

- من خلال اطلاع الباحثة على الأطر النظرية ونتائج الدراسات السابقة استطاعت أن تصيغ فروض الدراسة على النحو التالي:
- الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعى فى إتجاه أفراد المجموعة التجريبية.
- الفرض الثانى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعى فى إتجاه القياس البعدي.
- الفرض الثالث: لا توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعى.

الإطار النظرى

أولاً: الإعاقة البصرية

أ- مفهوم الإعاقة البصرية

تعرف الإعاقة البصرية بأنها حالة من الضعف فى حاسة البصر، بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام هذه الحاسة بفاعلية واقتدار وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً، أو عجزاً فى الوظائف البصرية، بحيث يصبح ذلك الفرد بحاجة إلى المساعدة، ولبرامج تربية وخدمات متخصصة فى مجال هذه الإعاقة، لا يحتاجها سليمان البصر. وهي حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية مما يؤثر سلباً فى أدائه، ونموه، ومن أكثر التعريفات المستخدمة حالياً، تعريف (براجا) والذي ينص على أن الأطفال المعاقون بصرياً هم الذين يحتاجون تربية خاصة، بسبب مشكلاتهم البصرية، الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريب كي يستطيعوا النجاح تربوياً (طارق عامر، وربيع محمد، ٢٠٠٨: ١٢).

ويرى (سعيد العزة، ٢٠٠٢: ٩٤) أن تعريف المعاق بصرياً من الناحية المهنية هو: "الفرد الذي قدم، أو أقل فى العين الأقوى بعد إدخال التعديلات لديه حدة إبصار (٢٠/٢٠) تبلغ التصحيحية اللازمة له، أو هو من لديه مجال فى الإبصار محدود لا يزيد عن ٢٠ درجة". وقد عرف (طارق عامر، وربيع محمد، ٢٠٠٨: ١٨) المعاقين بصرياً بأنهم: "هم من فقدوا حاسة البصر كلياً، أو جزئياً، بحيث لا يستطيعون متابعة التعليم النظامي، ولا يستطيعون التكيف مع متطلبات الحياة اليومية المرتبطة بهذا الحال، ومن ثم يحتاجون لإجراءات تربية خاصة، وخدمات من أجل مواجهة الآثار الناجمة عن هذا فقدان، ومن ناحية إجرائية هم أولئك الطلبة الموجودون فى المؤسسة النموذجية لتأهيل المكفوفين".

ب- خصائص المعاقين بصرياً

نظراً للاختلافات فى درجة الإعاقة البصرية، وفى أنواعها ومسبباتها، وفى الظروف البيئية المحيطة بالمعاقين بصرياً مثل الإتجاهات الأسرية والاجتماعية والنفسية التي تقدم للمعاق بصرياً، فإنه من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصرياً تجملها الباحثة فى الآتي:

(١) الخصائص الأكاديمية

المعاق بصرياً لا يختلف عن المبصر فيما يتعلق بالمقدرة على التعلم، والاستفادة من المنهج التعليمي بشكل مناسب، إذا ما تم تعليمهم بأساليب تدريسية، ووسائل تعليمية ملائمة لاحتياجاتهم التربوية، ومساعدة على تكوين صورة حسية عن كثير من المفاهيم المتضمنة فى المنهج التعليمي أو فى البيئة المحيطة (طارق عامر، وربيع محمد، ٢٠٠٨: ٦٠).

ويرى صالح الداھري (٢٠٠٨: ٣٥) أن تأثير الإعاقة على التحصيل الأكاديمي للفرد يعتمد على شدة الإعاقة، والعمر عند الإصابة، حيث إن الأطفال الذين لديهم إعاقة جزئية يحتاجون لمواد تعليمية ذات حروف كبيرة، مع بعض المعينات البصرية، أما المكفوفون فهم يكونوا بحاجة إلى استخدام طريقة برايل.

(٢) الخصائص اللغوية

تشير الدراسات إلى أن الإعاقة البصرية لا تؤثر على النمو اللغوي، إذ يوجد تشابه في اللغة بين الكفيف والمبصر، من حيث النطق، والحصيلة اللغوية، والتراكيب اللغوية، إلا أن الكفيف يستخدم ظاهرة المبالغة في اللغة في سبيل تحقيق قبوله الاجتماعي (نظمي أبو مصطفى ورزق شعت، ١٩٩٧: ٤٦).

ويرى كل من طارق عامر، وربيع محمد (٢٠٠٨: ٦٧) في هذا الموضوع أن من خصائص المعاقين بصرياً الحديث بصوت مرتفع عن المبصرين، وقصور ملحوظ في طبقة الصوت بصورة أكبر من المبصرين، واستبدال الحروف، أو تشويه وتحريف الحروف، باستبدال أكثر من حرف في الكلمة.

(٣) خصائص حركية

ويشير سعيد العزة (٢٠٠٢: ٩٩) إلى وجود حركات نمطية مثل، هز الرأس، أو الضغط على العين بالأصابع، أو شد الشعر وحركة اليدين بطريقة غير هادفة، والدوران في المكان نفسه، وتجدر الإشارة أن نموهم الحركي يسير بنفس السرعة والطريقة التي ينمو فيها المبصرين. ويلاحظ طارق عامر، وربيع محمد (٢٠٠٨: ٦٩) بأن هناك مشكلات أخرى يواجهها المعاق بصرياً متعلقة بإتقان المهارات الحركية وتتمثل في:

- ١ - التوازن.
- ٢ - الوقوف أو الجلوس.
- ٣ - الاحتكاك.
- ٤ - الاستقبال أو التناول.
- ٥ - الجري.

ويرجع هذا القصور في المهارات الحركية لديهم إلى:

- ١ - محدودية الحركة.
- ٢ - قلة المعرفة بمكونات البيئة.
- ٣ - نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرين.
- ٤ - القصور في التناسق العام.
- ٥ - فقدان الحافز للمغامرة.
- ٦ - القصور في تناسق الإحساس الحركي.
- ٧ - عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.
- ٨ - قلة الفرص المتاحة للتدريب على المهارات الحركية.
- ٩ - الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور.

(٤) الخصائص العقلية

أشار نظمي أبو مصطفى، ورزق شعت (١٩٩٧: ٤٦) أن الدراسات أسفرت عن عدم وجود فروق كبيرة في الذكاء بين المعاقين بصرياً والمبصرين، رغم أن تطبيق الاختبارات عليهم دلت على وجود فرقا ضئيلاً لصالح المبصرين، وبالتالي نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى من المكفوفين.

وأن الإعاقة البصرية يمكن أن تؤثر على نمو الذكاء، وذلك لارتباط الإعاقة بجوانب القصور الآتية:

١. معدل نمو الخبرات.
٢. القدرة على التنقل، والحركة بحرية وفاعلية.
٣. علاقة المعاق بصرياً ببيئته، وقدرته على السيطرة عليها، والتحكم فيها. وهذا يؤثر على الأداء العقلي، ومستوى الذكاء (طارق عامر، وربيع محمد، ٢٠٠٨: ٦٤).

(٥) الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمعاقين بصرياً:

قد تلعب اتجاهات الأشخاص القريبين من الطفل المعاق بصرياً دوراً كبيراً في بناء ثقته بنفسه، أو تكيفه مع إعاقته، فالاتجاهات الاجتماعية الايجابية نحو المعاق بصرياً والتي يرافقها تقديم

خدمات وبرامج تدريبية لنشاطات الحياة اليومية، وخصوصا فيما يتعلق بمهارة التعرف والتنقل في البيئة والعناية بالذات، تعمل على تعزيز ثقته بنفسه، وتقليل درجة اعتماده على الآخرين، أما إذا كانت اتجاهات المجتمع سلبية، ورافضة غير متقبلة للمعاق بصريًا، سيؤدي ذلك إلى شعوره بتدني في اعتبار الذات، وإحساسه بالإحباط (صالح الداھري، ٢٠٠٨: ٣٦).

ثانيًا: الرهاب الاجتماعي

أ- مفهوم الرهاب الاجتماعي

عرف لاغريكا وآخرون (La Greca A M & et al, 1988) الرهاب الاجتماعي بأنه استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي يدرك على أنه يتضمن تهديدًا للذات، وخوفًا من التقييم السلبي للآخرين الذي يؤدي إلى مشاعر الإنزعاج والضييق، وقد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والتحفز والكف، فهو نوع من أنواع القلق ينتج من توقع صدور تقييم متعلق بالشخصية في مواقف اجتماعية متخيلة أو فعلية، وترتبط به استجابات متنوعة متضمنة الانسحاب (الجسمي أو المعرفي) ومشاعر الدونية، والوعي بالذات.

ويعرف التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية (L.C.D-10) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لسلوكيات الفرد، كالأكل أو التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (WHO, 1992, 22).

واعتبر حسان المالح (١٩٩٥: ٢٣) أن مصطلح الرهاب الاجتماعي هو تعبير علمي يستخدم عند علماء النفس والطب النفسي، ويقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل المخاوف الاجتماعية، أو القلق الاجتماعي، أو الخوف الاجتماعي أي أنه يمكن استخدام هذه المصطلحات كمرادفات لها نفس المعنى.

ويشير إبراهيم عيد (٢٠٠٠: ٢٥٩) إلى أن مصطلح الرهاب الاجتماعي مرادف لمعنى اضطراب القلق الاجتماعي، وأن المفهومين وجهان لخوف واحد من مواقف اجتماعية بعينها، وتشكل هذه المواقف مصدر تهديد، تصاحبه تغيرات فيزيولوجية حادة. أما لمبيريار وآخرون (Lemperiere & et al, 2000: 91) فقد اعتبروا أن الرهاب الاجتماعي هو حالة يمر بها المراهقون والراشدون من الجنسين، ممن تتسم شخصياتهم بالقلق والخجل فيظهر لديهم خوف من الحديث أو الظهور أمام الآخرين، إنه خوف موقفي ومستقر يؤدي إلى سلوكيات التجنب. فالرهاب الاجتماعي هو خوف شديد غير مقبول من مواجهة الآخرين والتعامل معهم، أو التحدث إليهم، وتجنب المواقف الاجتماعية باعتبارها مواقف تقييمية تهديدية للفرد، لأنه يعتقد أنه موضع فحص وتقييم الآخرين له (محمود عقل، ٢٠٠٠: ٢٥٥).

وعرفه لويس فيرا (Vera L 2002, 73) على أنه مجموعة المشاعر السيئة التي يتم اختبارها في المواقف الاجتماعية، والتي تسببها فكرة أن الشخص سخي أو أنه دون المستوى مقارنة بالآخرين.

ويعني الرهاب الاجتماعي الخوف المستمر من مواقف اجتماعية أو مواقف الأداء التي قد يتعرض فيها الفرد لتفحص من الآخرين، ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له شعورًا بالخزي أو الارتباك أو الإحراج، أو يبدي أعراضًا للقلق تتسبب في معاناته من الإحراج أو الارتباك، ويعتبر الأداء أو التصرف في وجود الآخرين أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين جانبًا أساسيًا في الرهاب الاجتماعي (Kocovski N, 2003, 1033).

إن الصعوبة الأساسية لدى الأفراد الذين يخبرون رهاب التحدث تتمثل في أن وجود الآخرين، في المواقف التي يواجهونها تجعل قدرتهم على الإفصاح عمدًا بداخلهم، أو الإعلان عن مواقفهم أمرًا صعبًا، فضلًا عن الاعتقاد بأن الآخرين سيقومونهم بصورة سلبية، وهو ما يترتب عليه الشعور بالتوتر (Zarro J.M, 2002, 394).

ويرى أحمد عكاشة (٢٠٠٣، ١٦١) أن الرهاب الاجتماعي هو خوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض، وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من إحتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان، أو رغبة شديدة في التبول.

وقد أورد جالفي وآخرون (Guelfi et al 2003) تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للرهاب الاجتماعي على أنه خوف دائم وغير منطقي من المواقف الاجتماعية، حيث تظهر مشاعر الإحراج واستجابات قلق، مما يؤدي إلى تجنب لتلك المواقف أو احتمالها مع كرب واضح ومعاناة داخلية (APA, 1994, 518).

والكثير من الأفراد يببالغون في تقدير الدرجة التي يكونون فيها محور انتباه الآخرين وبالتالي يظنون منتبهين جداً وينتقدون أداءهم الاجتماعي، ولذلك فإن كثيراً من المرضى لديهم دافعاً قوياً للهروب من المواقف الاجتماعية، وهذا الهروب يحدث تأثيراً فورياً لتقليل القلق، ولكن من المحتمل أن يجعل الأمور تزداد سوءاً على المدى الطويل (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٤، ٣).
أما هيلين كنرلي (Kennerley H, 2008, 48) فقد اعتبرت الرهاب الاجتماعي خوف يعترى الشخص بحيث يشعر في كل الوضعيات التي تحتمل تقييماً، كالحديث أمام الجمهور أنه سيكون موضع النقد، حيث يؤدي فيها الخوف إلى تفويض مهارات الشخص وينشط دورة القلق لديه. وقد اعتبرت فينوت وسوندسون (Faytout M, swendsen J, 2009) مرضى الرهاب الاجتماعي عادة ما يعبرون عن خوفهم من العلاقة مع الآخر، وهذا ما يؤدي إلى تجنب الدخول في علاقات اجتماعية، ولكن في المقابل فهم يخبرون سعادة وحالة انفعالية جيدة في وجود الآخرين المقربين منهم كالأصدقاء، والعائلة، وهو ما يدعو لمساعدتهم على عدم تجنب وتحمل القليل من القلق حتى يحصلوا على ثراء أكثر في حياتهم الانفعالية.
فالرهاب الاجتماعي حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي، مما يتولد لديه وعي مفرط بالذات وانشغال زائد بتقييمات الآخرين مع توقع يغلب عليه الطابع السلبي، وهو ما يؤدي بدوره إلى سلوكيات التجنب للمواقف المثيرة للرهاب الاجتماعي (وردة بلحسيني، ٢٠١١: ٢٤).

ب- مظاهر الرهاب الاجتماعي

ذكر بيدل وآخرون (Beidel, & al, 1985) أن الرهاب الاجتماعي أكثر ما يميزه هو سلوك التجنب الاجتماعي لدى الشخص، وأن حالة الرهاب يمكن أن تتبدى أيضاً في عدة مظاهر هي:

١. الانتباه الشديد لحركات الجسد عندما يكون الفرد في موقف اجتماعي.
 ٢. الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين.
 ٣. الميل للتوقعات السلبية التي تخص أداء الفرد في التفاعلات الاجتماعية.
 ٤. الميل للتجنب المتعمد للمواقف المهددة له.
- أما آرون بيك فهو يعتبر أن الرهاب الاجتماعي هو الصورة الكاركتيرية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية وكرهه الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية، لذلك 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 ادائه الهابط سوف يقيم سلبياً (آرون بيك، ١٨٧، ٢٠٠٠).

ج- مكونات الرهاب الاجتماعي

أما من حيث المكونات فقد قسم بارون (Baron 1989) اضطراب الرهاب الاجتماعي إلى ثلاث مكونات أساسية:

١- المكون المعرفي

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

٢- المكون الانفعالي

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

٣- المكون السلوكي

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

د- مكونات الرهاب الاجتماعي

لقد جاء أول تصنيف للفوبيا الاجتماعية بظهور الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي حيث عرف (DSM III) والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة ١٩٨٠ الرهاب

الاجتماعي بأنه الموقف الذي يتعرض فيه الشخص، أو يحتمل تعرضه لملاحظة وتفحص الآخرين.

ثم اتسع هذا المفهوم بظهور النسخة المعدلة من الدليل التشخيصي الثالث ليشمل الأفراد الذين لديهم مخاوف تمتد لمدى أوسع من المواقف الاجتماعية، ثم جاءت سنة ١٩٩٤ والذي صاغ تعريفاً أشمل (DSM IV) النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي للرهاب الاجتماعي والذي اعتبره خوفاً من الخزي أو الارتباك في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء أمام أشخاص غير المألوفين، بحيث يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين وقد أعطاه الرمز (٣٠٠,٢٣). وقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV) معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي (APA, 1994, 206)، تذكرها الباحثة على النحو التالي:

- ١- خوف ملحوظ ودائم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء حيث يكون الشخص أمام أشخاص غير مألوفين له أو يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين.
- ٢- التعرض للموقف الاجتماعي المرهوب يثير القلق بصفة دائمة تقريباً، وقد يأخذ هذا القلق شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه.
- ٣- يدرك الشخص أن الخوف أزد أو غير معقول.
- ٤- يتجنب الشخص المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المرهوبة، وإلا فهو يحتملها على مضض.

٥- يؤدي التجنب أو التوقع القلق أو الكرب في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء إلى إعاقة ملحوظة للتيرة الحياتية الطبيعية للفرد، أو لأدائه المهني (أو الدراسي)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعاني الفرد ضيقاً شديداً لوجود هذا الخوف فيه.

- ٦- بالنسبة للأفراد تحت سن الثامنة عشرة، يجب ألا تقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر.
- ٧- ليس الخوف أو التجنب ناتجاً عن التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لإحدى المواد (مثل: عقار إدماني، دواء) أو لمرض جسدي عام، ولا يمكن تعليقه أفضل بوصفه اضطراباً نفسياً آخر (مثل: اضطراب الهلع المصاحب أو غير المصاحب بأجورافوبيا، أو اضطراب التشوش الوهمي للجسد، أو اضطراب النمو الشامل، أو اضطراب الشخصية الشيزويدية).
- ٨- في حالة وجود مرض جسدي عام أو اضطراب نفسي آخر يتعين ألا يكون الخوف في المعيار (أ) متعلقاً به، فلا يكون الخوف مثلاً هو من التأتأة، أو من الارتجاج في مرض باركنسون، أو من إظهار سلوك غذائي شاذ في مرض فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي.

وفي نفس السياق فإن اضطراب القلق الاجتماعي يحتل موقعاً في تصنيف الأمم المتحدة والذي أصدرته المعروف بالتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10) والذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام (١٩٩٢)، حيث يضع اضطراب القلق الاجتماعي ضمن فئة "اضطرابات القلق الرهابي" مستخدماً مفهوم "الفوبيا الاجتماعية" الذي يتحدد في هذه الوثيقة الدولية بأنه "اضطراب يبدأ غالباً في مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين ويؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية "وتبدو الفوبيا الاجتماعية في أعراض نفسية أو سلوكية أو فيسيولوجية تظهر في مواقف اجتماعية معينة، حيث يعتبر الإحجام عن المواقف الرهابية من أبرز معالم الفوبيا الاجتماعية والذي يبلغ في الحالات الشديدة إلى العزلة الاجتماعية الكاملة، وعادة ما ترتبط الفوبيا الاجتماعية بانخفاض مستوى تقدير الذات والخوف من النقد (إيمان بنجابي، ٢٠٠٨: ١٨).

د. النظريات المفسرة للرهاب الاجتماعي

١) النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ، 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 لاستثارة الاستجابة (أحمد الحريري، ٢٠٠٩: ١٣٨).
فالأضطرابات السلوكية والعصابية حسب هذه النظرية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط.

وقد ركز المعالجون السلوكيون بشدة على المرضى (مثل الرهابيين) الذين اكتسبوا مخاوف أو أشكالاً من القلق، إذ يفترض أن هذه المخاوف تكتسب عن طريق الاشتراط الكلاسيكي الذي يرتبط فيه منبه محايد بمنبه مؤلم أو غير سار (حسين فايد، ٢٠٠٨: ٦٧) 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 رئيسة في العلاج السلوكي، منها الإشرط المضاد، والذي يعد كسراً للرابطة بين منبه واستجابة معينة حدث لهما إشرط تقليدي (أمثال الحويلة، ٢٠١٠: ٦٥).

٢) النظرية المعرفية

ترى المدرسة المعرفية أن الناس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع ظروف حياتهم، وتستخدم هذه المعرفة من خلال الملاحظة وتنمية واختبار الفرض وإجراء الأحكام والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم الواقعي، وعلى هذا فالمعارف لدى الفرد تؤثر في انفعالاته وسلوكه بطريقتين وهما: من خلال محتوى المعارف، ومن خلال معالجة المعارف، فمحتوى المعارف يؤثر في الانفعالات والسلوك، والجوانب الفسيولوجية للفرد، وذلك من خلال تقديرات الفرد لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، وتفسيرات الفرد للأحداث فمثلاً لو اعتقد الفرد أنه شخص فاشل فإنه يشعر بالاكئاب، أما معالجة المعارف (العمليات المعرفية) فهي تؤثر في خبرات الفرد عن العالم، وذلك من خلال درجة المرونة التي تكون لديه في التغيير بين أساليب المعالجة المختلفة (طه عبد العظيم، ٢٠٠٧: ١٧٣).
وقد أظهرت الدراسات أن مرضى الرهاب الاجتماعي يعطون اهتماماً أكبر إلى الكلمات التي تحمل تهديداً اجتماعياً، وتعبيرات وجه سلبية، اختصاراً، إنهم يركزون على الفشل، إنهم لا يرون الأوقات التي يؤدون فيها اجتماعياً بصورة جيدة، لأنهم مشغولون بتوقع الفشل أو الكارثة في المستقبل، هذا يلقي بضلاله الكثيفة على أية خبرة إيجابية، مع توقع الخبرة الفاشلة، ويمنع ظهور صورة الحقيقة المتوازنة (أرثر بيل، ٢٠١١: ١٧٩).

لذا كان اختيار الباحثة للتدخل بتقنيات البناء المعرفي السلوكي في بناء البرنامج الإرشادي.

دراسات سابقة

تعددت الدراسات التي تناولت التدخلات العلاجية لاضطراب الرهاب الاجتماعي أو البرامج الإرشادية، وتتناول الباحثة بعضاً من هذه الدراسات على النحو التالي:
فقد استهدفت دراسة أحمد جاسم (٢٠٠٠) بناء برنامج للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي، وتألفت عينة الدراسة من طلبة الجامعة الذين تتراوح أعمارهم بين (١٨-٢١) عاماً، وكان عددهم (٣١٥) طالباً وطالبة، منهم (١٣٥) طالباً و (١٨٥) طالبة، أما عينة البرنامج العلاجي فقد تكونت من (٢٤) طالباً وطالبة من طلبة الدراسات الجامعية الأولية، وضمت عينة البرنامج (١٦) طالبة و (٨) طلاب بمعدل عمري قدره (١٩,٥) عاماً واستخدم الباحث مقياسين، مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس نقص المهارات الاجتماعية وبرنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية من إعداد الباحث.

وقد طبق البرنامج لمدة ستة (٦) أسابيع بمعدل ساعة واحدة أسبوعياً، وأظهرت النتائج فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية بدلالة إحصائية (٠,٠١)، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني لاختبار فرضية البحث، والتعرف على فاعلية البرنامج.

وهدف دراسة لينكولن وآخرون (Lincoln & al, 2003) إلى معرفة مدى فاعلية العلاج بنوعين مشتركين من العلاج هما العلاج بالتعرض مع إعادة البنية المعرفية في علاج الرهاب الاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢١٧) مريضاً من الأفراد الذين شخصوا تشخيصاً أولياً بالرهاب الاجتماعي، وقد اشترك في هذه الدراسة عدد كبير من المعالجين قدر بـ (٥٧) معالجاً نفسياً موزعين على أربعة عيادات خارجية، وكلهم ينتمون إلى مؤسسة كريستوف بألمانيا.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة بعد ستة أسابيع من العلاج فاعلية العلاج بالتعرض وإعادة البنية المعرفية في تخفيف اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى، كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين العيادات الأربع التي أجريت فيها الدراسة.

وتناولت دراسة **هوفمان (Hofman, 2004)** المتغيرات المعرفية الوسيطة المسؤولة عن التغيرات التي يحدثها علاج الرهاب الاجتماعي، وهدفت إلى اختيار الدور المحتمل لتقدير الخسارة أو التكلفة الاجتماعية كوسيط معرفي في علاج الرهاب الاجتماعي، ويفترض الباحث أن التدخل المعرفي الذي يستهدف المعارف المتعلقة بمبالغة المرضى للتكلفة الاجتماعية قد تكون أكثر فاعلية من العلاجات الأخرى التي لا تتضمن بطريقة مباشرة هذه المعارف. وتكونت عينة الدراسة من (٩٠) مفحوصا تم اختيارهم عشوائيا من المرضى الخارجيين من مركز لعلاج اضطرابات القلق، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (ن=٣٠) تتلقى المجموعة التجريبية الأولى برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي لهيمبيرغ (Heimberg, 1991) ويركز على تعليم مهارات تحديد المعارف السلبية، واختبار أخطاء التفكير المتضمنة المبالغة في تقدير التكلفة الاجتماعية، وصياغة بدائل عقلانية لهذه الأخطاء أما المجموعة الثانية (ن=٣٠) تلقت علاجاً بالتعرض بدون تدخلات معرفية صريحة، وتركز على رهاب التحدث، ويتضمن تكرار التعرض لمواقف الأداء والتغذية الراجعة عن طريق الفيديو، والتدريب التعليمي والواجبات المنزلية الأسبوعية.

أما الوسائل فقد استخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي، واستبيان التكلفة الاجتماعية لفوا وآخرون (Foa & al, 1996) وتم تطبيق المقياسين قبل وبعد العلاج، وبعد فترة متابعة ستة أشهر لاختبار الأثر طويل المدى، دلت النتائج على فاعلية كلا العلاجين بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة بين آثار كلا العلاجين، وذلك في المقياس البعدي، في حين كانت هناك فروقا دالة بين أفراد المجموعتين التجريبتين بعد فترة المتابعة على مقياس الرهاب الاجتماعي، وتؤكد هذه النتائج فكرة أن التغيير في تقدير الخسارة الاجتماعية ربما يكون وسيطا هاما في التغيرات التي يحدثها علاج الرهاب الاجتماعي، وأن استمرار المكاسب العلاجية في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي قد يرجع لتأكيده على الأخطاء المعرفية المتعلقة بمبالغة تقدير التكلفة أو الخسارة الاجتماعية.

واستهدفت دراسة **وردة بلحسيني (٢٠١١)** الكشف وفحص عن أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة تم استخدام مجموعة من الأدوات هي: مقياس الرهاب الاجتماعي والمقابلة التشخيصية المقننة من إعداد الباحثة، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة إعداد عبد الكريم قرشي، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، واستمارة تفويم البرنامج إعداد الباحثة، وقد تم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على عينة الدراسة التي تكونت من (٤٢٩) طالبا، استخرج منهم (٢٠) طالبة ممن توفرت فيهن الخصائص المطلوبة، ثم وزعن عشوائيا على مجموعتين، مجموعة تجريبية (ن=١٠) ومجموعة ضابطة (ن=١٠) تلقت المجموعة الأولى البرنامج العلاجي، في حين لم تتلق المجموعة الثانية أي تدخل علاجي ثم أخذت القياسات البعدية والتتبعية للمجموعتين على مقياس الرهاب الاجتماعي.

وكانت النتائج قد تمت معالجة البيانات إحصائيا باستخدام برنامج (SPSS)، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الرهاب الاجتماعي لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير السن لصالح الفئة العمرية (١٩-٢٢)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح القياس البعدي، وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

تعقيب على الدراسات السابقة.

استهدفت بعض الدراسات التدخل المعرفي كدراسة لينكولن وآخرون (Lincoln & al, 2003) ودراسة هوفمان (Hofman, 2004)، بينما استخدمت دراسة وردة بلحسيني (٢٠١١) أثر التدخل المعرفي السلوكي، ويتفق هذا مع الدراسة الحالية في التدخل المعرفي السلوكي، بينما استهدفت بعض الدراسات بناء برنامج وأثر ذلك على دراسة أحمد جاسم (٢٠٠٠) بناء برنامج للتدريب. ومن حيث العينة تباينت الدراسات حيث تم استهداف عينة كبيرة كدراسة دراسة لينكولن وآخرون (Lincoln & al, 2003) (٢١٧) ودراسة هوفمان (Hofman, 2004) (٩٠)، وعينة صغيرة كدراسة وردة بلحسيني (٢٠١١) (٢٠) طالب. كما تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في اختيار العينة؛ حيث لم تتعرض الدراسات السابقة للمعاقين. وأسفرت نتائج الدراسات السابقة عن فعالية التدخل العلاجي والمعرفي والسلوكي.

الخطوات الاجرائية والمنهجية

• منهج الدراسة

للتحقق من هدف الدراسة اتبعت الدراسة المنهج التجريبي من خلال مجموعتين، الضابطة والتجريبية.

• عينة الدراسة

تكونت عينة البحث من (١٢) طالبة من المعاقات بصرياً يشكلون أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية الذين تم اختيارهم وتعيينهم بطريقة قصدية، (٦) يمثلون العينة الضابطة و(٦) يمثلون العينة التجريبية، وجاء اختيارهم بناء ارتفاع مؤشر مستوى الرهاب الاجتماعي لديهم على مقياس الرهاب الاجتماعي المستخدم في الدراسة. ويوضح الجدول التالي الفروق في مستوى الرهاب الاجتماعي بين المجموعتين، وذلك للتأكد من تجانس العينة، وذلك من خلال متغيرات مستوى الرهاب الاجتماعي والعمر الزمني والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، والجدول التالية توضح ذلك.

جدول (١) يوضح الفروق في مستوى الرهاب الاجتماعي بين متوسط رتب المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام اختبار مان- ويتنى.

مستوى الدلالة	قيمة (U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموعة
٩٧,٠	٥٠٠,٤٩	٥٠,١٠٥	٥٥,١٠	٦	التجريبية
		٥٠,١٠٤	٤٥,١٠	٦	الضابطة

ويتضح من الجدول (١) السابق عدم وجود فروق في متوسط رتب مستوى الرهاب الاجتماعي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية؛ حيث أن بلغت قيمة U (49,500)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).

جدول (٢) يوضح تجانس مجموعتي الدراسة من حيث العمر الزمني (ن=١٢)

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموعة	المتغير
غير دالة	٠,١١	٤٩,٠٠	٦,٧١	٦	تجريبية	العمر الزمني
		٤٧,٠٠	٦,٤٧	٦	ضابطة	

يتضح من جدول (٢) أن قيمة Z غير دالة إحصائياً بالنسبة لمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة، حيث أن قيمة Z عند مستوى ٠,٠١ تساوي ٢,٥٨، مما يدل على أن المجموعتين متجانستين من حيث العمر الزمني. جدول (٣) يوضح تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموعة	المتغير
غير دالة	١,١	٤٨,٥	٤,٨١	٦	تجريبية	المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة
	١	٨٢,٥	٨,٢١	٦	ضابطة	

يتضح من جدول (٣) أن قيمة Z غير دالة إحصائياً بالنسبة لمجموعتي الدراسة؛ حيث إن قيمة Z عند مستوى ٠,٠٥ تساوي ١,٩٦، وقيمة Z عند مستوى ٠,٠١ تساوي ٢,٥٨، مما يدل على أن المجموعتين متجانستين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وذلك باستخدام مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي من إعداد عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣).

• أدوات الدراسة

- مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، إعداد عبد العزيز الشخص (٢٠١٣)
- مقياس الرهاب الاجتماعي لرولين ووي (١٩٩٤)، ترجمة مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٤).
- برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من حدة مستوى الرهاب الاجتماعي (إعداد الباحثة).

• إجراءات البحث

- سارت إجراءات الدراسة وفقاً للخطوات التي قامت بها الباحثة، وهي:
- الاطلاع على التراث النظري للرهاب الاجتماعي والإعاقة البصرية، والاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت هذه المتغيرات.
- الاطلاع على المقاييس المستخدمة في قياس مستوى الرهاب الاجتماعي.

- إعداد البرنامج المستخدم وتحكيمة وتجربته على عينة استطلاعية.
- تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على الطالبات عينة الدراسة.
- تحديد العينة الضابطة والتجريبية والتحقق من تجانس المجموعتين ثم تطبيق البرنامج.
- تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي المستخدم في الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج مباشرة.
- تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج بـ شهر وشهرين وثلاثة شهور.
- تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً وجدولتها بعد أن استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من فروض الدراسة.

● الأساليب الإحصائية

استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية (spss) وبالتحديد

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- اختبار مان- ويتني (U)، لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين.
- اختبار ويلكوكسن (w) لحساب الفروق بين مجموعتين مرتبطتين.

● البرنامج المعرفي- السلوكي: إعداد وتطبيق الباحثة

● أهمية البرنامج

- ١- الكشف عن النشوهات المعرفية والأفكار السلبية لدى عينة الدراسة
- ٢- ارساء المبدأ الايجابي لدى عينة الدراسة.
- ٣ - ممارسة النشاط الجمعي في العلاج.

● استراتيجيات البرنامج

- مناقشة المعتقدات المعرفية، دحض الأفكار، الاستبدال بأفكار صحيحة عقلانية.
- الإقناع.
- عرض نماذج من الممارسات السلوكية الصحيحة.
- التعزيز.
- البروفات السلوكية.
- الواجبات المنزلية.

● منطلقات/أهداف البرنامج

- تنمية وعى الطالبات ذوات الإعاقة البصرية بتدريبهم على المراقبة الذاتية لأفكارهن.
- تعديل صورة الذات لدى عينة الدراسة أثناء التفاعل في المواقف الاجتماعية.
- خفض مستوى الرهاب الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة، وخفض درجات الخوف من التقييم السبي في المواقف الاجتماعية.

● تنفيذ وتقييم البرنامج

جدول (٤) يوضح ملخص لجلسات البرنامج الإرشادي.

الجد سة	موضوعها	الهدف	الفنيات المستخدمة	الأسس النظرية والمصادر	زمن الجلسة
١	- التعارف وبناء العلاقة - تعريف عام بالبرنامج الإرشادي وخطط سير الجلسات	- تحقيق جو من الألفة والثقة، والتعريف بالبرنامج وخطه سير الجلسات. - مناقشة المشاركين في جدول الجلسات و إدارة الجلسات	- التعارف والإيضاح والشرح، المناقشة، واجبات منزلية.	علم النفس الإرشادي.	١٢٠ دقيقة

٩٠ دقيقة	علم النفس الإرشادي.	الشرح والإيضاح، المناقشة، إعادة البنية المعرفية، تغذية مرتدة، واجبات منزلية.	مناقشة الواجب المنزلي السابق توضيح مفهوم الـرهـاب الاجتماعي، مكوناته وانتشاره، وأسباب نشوئه الواجب المنزلي: إعطاء أمثلة من واقعهم وشرحها حسب عناصر النموذج المعرفي المتبنى في هذه الدراسة.	أنواع المواقف التي تشعرون فيها بالرهاب الاجتماعي.	٢
٩٠ دقيقة	علم النفس الإرشادي. النظرية المعرفية.	الشرح والإيضاح، إعادة البنية المعرفية، التعليم النفسى، تغذية مرتدة، واجبات منزلية	مناقشة الواجب المنزلي السابق. فحص الأفكار الآلية الواردة في الأمثلة، والتأكد من فهم أفراد المجموعة للنموذج. توضيح العلاقة الوطيدة بين تفكير المريض واضطرابه. تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الأفكار الآلية من خلال فهم قائمة التشوهات المعرفية لبيك. تدريبهم على استخدام سجل الأفكار وتقديم أمثلة على السبورة. الواجب المنزلي: بدء رصد الأفكار الآلية في المواقف الاجتماعية فيما بين الجلسات.	التشوهات المعرفية المتضمنة في الأفكار.	٣
٩٠ دقيقة	علم النفس الإرشادي. النظرية المعرفية	الشرح والإيضاح، إعادة البنية المعرفية المناقشة	-مراجعة الواجب المنزلي السابق. -استخدام الحوار لإبراز الأدلة المضادة (الاكتشاف الموجه). -التدريب على الأسئلة وتقييم المشاعر في المواقف الباعثة على القلق.	الأدلة وتقييم المشاعر	٤

٩٠ دقيقة	علم نفس الارشادي النظرية السلوكية	المناقشة لعب الأدوار	توضيح معنى سلوكيات الأمان وإعطاء أمثلة عنها. - فهم دور سلوكيات الأمان في تركيز الانتباه على الذات واستمرار الفلق. - استخدام لعب الأدوار والتجارب الشخصية في المواقف.	التجارب الحياتية السلوكية	٥
٩٠ دقيقة	علم نفس الصحة	الشرح والإيضاح، إعادة البنية المعرفية التعليم النفسى، تغذية مرتدة، واجبات منزلية	تعلم السلوكيات الإيجابية المناسبة في المواقف الاجتماعية. تعلم تخيل المواجهة والسلوك الاجتماعي المقبول.	السلوكيات الإيجابية	٦
تقييم مرحلي لمدى استفادة المشاركين من البرنامج					
٩٠ دقيقة	القياس النفسى		الاختبار البعدي	- التقييم الذاتي للبرنامج - إنهاء البرنامج وإخبار المشاركين بموعد المتابعة	٧
٩٠ دقيقة	القياس النفسى		الاختبار	بعد شهر واحد	٨
٩٠ دقيقة	القياس النفسى		الاختبار	بعد شهرين	٩
٩٠ دقيقة	القياس النفسى		الاختبار	بعد ثلاثة شهور	١٠

• الفنيات المستخدمة فى الجلسات

المناقشة: وعمدت إليها الباحثة للكشف جوانب الخطأ فى الأفكار السابقة لدى أفراد العينة، وتمكنها من تعلم طرق جديدة تودى إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لديهم.

إعادة البنية المعرفية: يهدف هذا الأسلوب إلى تعديل الحديث الذاتي الداخلي والاستماع إلى صوت العقل، وتغيير التفسيرات السلبية إلى إيجابية وتستخدم مصطلحات عديدة لوصف هذه العملية مثل إعادة النظر وإعادة التصنيف وإعادة التشكيل وتعديل الإتجاه لتصبح السلوكيات أكثر عقلانية. (Seaward, 2002:186)

حل المشكلة: عبارة عن "العملية السلوكية - المعرفية الموجهة ذاتياً، التي يحاول من خلالها الفرد تمييز الحلول أو اكتشافها لمشاكل معينة تواجهه فى الحياة اليومية" (Nezu , & Lombardo, 2001:17)

تنمية المهارات الاجتماعية: واستخدمتها الباحثة فى مواجهة ما يقابلها من ضغوط نفسية مع عينة الدراسة أثناء تطبيق البرنامج.

النمذجة (استخدام النماذج) تشير النمذجة بشكل عام إلى التعلم بالملاحظة، والتقليد والمحاكاة ولقد تم استخدامها لتنمية مهارات المواءمة والمهارات الاجتماعية (Brammer, & Abrego, 194: 199)،
التغذية الرجعية: واستخدمتها الباحثة لتوضيح ما وصل إليه أفراد العينة من مستوى، وبيان جوانب القوة والضعف لديهم.
الواجبات المنزلية: لكي تتمكن طالبة المعاقاة بصريا من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزتها في البرنامج، ولكي نساعدنا على أن تنقل تغيراتها الجديدة إلى المواقف الحسية، يقوي دعم أفكارها ومعتقداتها الجديدة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

• نتائج الفرض الأول

- **الفرض الأول:** ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في إتجاه أفراد المجموعة التجريبية"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني – whitney test mann للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك:

جدول (٥) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي.

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموع	البعد
٠,٠١	٢,٨٨ ٨	٢١	٣,٥٠	٦	التجريبية	سلوكيات التجنب والخوف من المواجهة
		٥٧	٩,٥٠	٦	الضابطة	
٠,٠١	٢,٨٨ ٧	٢١	٣,٥٠	٦	التجريبية	الخوف من التقويم السلبي
		٥٧	٩,٥٠	٦	الضابطة	
٠,٠١	٢,٨٩ ٨	٢١	٣,٥٠	٦	التجريبية	الأعراض الفيزيولوجية
		٢١	٣,٥٠	٦	الضابطة	
٠,٠١	٢,٨٨ ٧	٢١	٣,٥٠	٦	التجريبية	الدرجة الكلية
		٥٧	٩,٥٠	٦	الضابطة	

يتضح من جدول (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في إتجاه أفراد المجموعة التجريبية.

• نتائج الفرض الثاني

- **الفرض الثاني:** ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في إتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون test welcoxon للكشف عن دلالة الفروق بين القياسين، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك:

جدول (٦) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد د	نتائج القياس		البعد
					قبلي/بعد ي		
٠,٠٥	٢,٢ ٠١	٠,٠	٠,٠	٠	الرتب السالبة	سلوكيات التجنب والخوف من المواجهة	
		٢١,٠	٣,٥	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتعادلة		
				٦	الإجمالي		
٠,٠٥	٢,٢ ٢٦	٠,٠	٠,٠	٠	الرتب السالبة	الخوف من التقييم السلبي	
		٢١,٠	٣,٥	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتعادلة		
				٦	الإجمالي		
٠,٠٥	٢,٢ ٠٧	٠,٠	٠,٠	٠	الرتب السالبة	الأعراض الفيزيولوجية	
		٢١,٠	٣,٥	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتعادلة		
				٦	الإجمالي		
٠,٠٥	٢,٢ ١١	٠,٠	٠,٠	٠	الرتب السالبة	الدرجة	
		٢١,٠	٣,٥	٦	الرتب الموجبة		
				٠	الرتب المتعادلة		
				٦	الإجمالي		

يتضح من جدول (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في إتجاه القياس البعدي.

• نتائج الفرض الثالث

- الفرض الثالث: ونصه " لا توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتنبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي"
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام إختبار ويلكوكسون test wilcoxon للكشف على دلالة الفروق بين القياسين, ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك:
جدول (٧) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتنبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد د	نتائج القياس		البعد
					بعدي/تنبعي ي		
غير دالة	١,٣٤ ٢	٣,٠٠	١,١٥	٢	الرتب السالبة	سلوكيات التجنب	

		٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	والخوف من المواجهة
				٤	الرتب المتعادلة	
				٦	الإجمالي	
غير دالة	١,٣٧٠			٠	الرتب السلبية	الخوف من التقييم السلبى
		٦,٠٠	٢,٠٠	٣	الرتب الموجبة	
				٢	الرتب المتعادلة	
				٦	الإجمالي	
غير دالة	١,٧٣٠			٠	الرتب السلبية	الأعراض الفيزيولوجية
		٦,٠٠	٢,٠٠	٣	الرتب الموجبة	
				٣	الرتب المتعادلة	
				٦	الإجمالي	
غير دالة	١,١٨٠			٠	الرتب السلبية	الدرجة الكلية
				٣	الرتب الموجبة	
		٦,٠٠	٢,٠٠	٣	الرتب المتعادلة	
				٦	الإجمالي	

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي مما يدل على تحقق الفرض الثالث.

• مناقشة النتائج

أشارت نتائج الدراسة إلى تحقق الفرض الأول؛ حيث انخفض مستوى الرهاب الاجتماعي أفراد المجموعة التجريبية، وظهر ذلك عند مقارنة درجاتهم على مقياس الرهاب الاجتماعي بدرجات أقرانهم في المجموعة الضابطة، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، يعزى ذلك لعدم تعرض المجموعة الضابطة للبرنامج الإرشادي، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة **هوفمان (Hofman, 2004) وردة بلحسيني (٢٠١١)**. كما أشارت لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الرهاب الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، وتعزى الباحثة هذه النتيجة لوجود فعالية للبرنامج المستخدم، وتتفق هذه النتيجة مع كل الدراسات السابقة التي تبنت بناء وتطبيق بؤامج التدخل العلاجي والإرشادي لخفض حدة الشعور بالرهاب الاجتماعي.

وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الرهاب الاجتماعي مما يدل على تحقق الفرض الثالث.

● الخاتمة والتوصيات.

- بناء على ما توصل إليه البحث من نتائج تفيد بفعالية البرنامج الإرشادي في خفض حدة مستوى الرهاب الاجتماعي، توصي الباحثة بالتالي:
- الاستفادة من البرنامج بتطبيقه على فئات مختلفة من ذوي الإعاقة.
 - ضرورة توجه البحوث والدراسات إلى تفعيل البرامج الإرشادية والعلاجية لخفض وعلاج الرهاب الاجتماعي.
 - إجراء محاولات بحثية أخرى عن الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات.
 - تدعيم المناهج الدراسية برسائل هادفة ذات البناء المعرفي والسلوكي من أجل الوصول إلى رؤية متكاملة لغرس المفاهيم والأفكار الصحيحة لدى أفراد المجتمع.

● قائمة المراجع

١. إبراهيم عيد (٢٠٠٠): دراسة المظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية، ج ٤، ع ٢٤، جامعة عين شمس، القاهرة، ٢٩٧-٣٠١.
٢. أحمد عبد الخالق (٢٠٠٦): الصدمة النفسية، دار إقرأ، الكويت.
٣. أحمد عكاشة (٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر، الأنجلو مصرية، القاهرة.
٤. أحمد جاسم (٢٠٠٠): بناء برنامج علاجي للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية للمصابين بالرهاب الاجتماعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد.
٥. آرثر بيل (٢٠١١): الفوبيا، ترجمة عبد الحكيم الخرزامي، الدار الأكاديمية للعلوم، مصر الجديدة.
٦. آرون بيك (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى دار النهضة العربية، بيروت.
٧. أمثال الحويلة (٢٠١٠): القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنظريات والعلاج دار إيتراك، القاهرة.
٨. إيمان بنجابي (٢٠٠٨): الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
٩. حسان المالح (١٩٩٥): الخوف الاجتماعي، دار المنار، جدة.
١٠. حسين فايد (٢٠٠٤): علم النفس المرضي، حورس الدولية، الإسكندرية.
١١. الخطيب، جمال والحديدي، منى (٢٠٠٥): المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
١٢. ديفيد بارلو وآخرون (٢٠٠٢): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ترجمة صفوت فرج، الأنجلو مصرية، القاهرة.
١٣. سامي هاشم (١٩٩٧): فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي مقترنا بالواجبات المنزلية في علاج الخوف الاجتماعي، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق (٢٩٤)، القاهرة: ٤١-٩٧.
١٤. سعيد العزة (٢٠٠٢): المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
١٥. صالح الدايري (٢٠٠٨): علم النفس، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
١٦. طارق عامر، وريب محمد (٢٠٠٨): الإعاقة البصرية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
١٧. طه عبد العظيم (٢٠٠٩): استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، دار الفكر، عمان.
١٨. طه عبد العظيم (٢٠٠٧): العلاج النفسي المعرفي، دار الوفاء، الإسكندرية.
١٩. عبد ربه علي شعبان (٢٠١٠): الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصرياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
٢٠. ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): المبصرون بأذانهم، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
٢١. مجدي الدسوقي (٢٠٠٤): مقياس الرهاب الاجتماعي، الأنجلو مصرية، القاهرة.
٢٢. محروس الشناوي (ب - ت): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة.

٢٣. محمود عقل (٢٠٠٠): الإرشاد النفسي التربوي- المداخل النظرية- الواقع والممارسة، دار الخريجي، الرياض.
٢٤. منى الحديدي (١٩٩٨) مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للطباعة والنشر، القاهرة.
٢٥. نظمي أبو مصطفى نظمي (٢٠٠٠): المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الشهداء، غزة.
٢٦. نظمي أبو مصطفى ورزق شعت (١٩٩٧): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مطبعة مقفاد، غزة.
٢٧. هوب أ، هيمبورغ ج (٢٠٠٢): (١٩٨٨) اضطراب الرهاب الاجتماعي، في ديفيد بارلو (محرر) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
٢٨. وردة بلحسيني (٢٠١١): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة، كلية العلوم الإنسانية جامعة قاصدي- (٢٠١١: ٩)
29. American psuchiatic Association (APA) (1994) . Diagnostic and statistical Manual of ment al Disorders (uth.ed), washing ton .
30. Baron R A (1989): Psychology, the essential science, Allyn & Bacon, London
31. Beck AT, Emery G. (1985): Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive Perspective. Basic Books, New York.
32. Beidel DC, Turner SM (1985): Psychological cognitive and Behavioral Aspects of social anxiety, Behavior Research and Therapy, V23.N2:230-257
33. Chapman TF, Mannuzza S, Fyer AJ(1995):Epidemiology and family Studies of Social phobia,In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Social phobia diagnosis, assessment, and Treatment , Guilfor, New York:21-40.
34. Faytout M, Swendsen J(2009) :Phobie Sociale et Vie Quotidienne, Journal de thérapie comportementale et cognitive, V19, N 3:87-92.
35. Hofmann S G (2004) :Cognitive Mediation of Treatment Change in Social Phobia, Journal of Consulting and Clinical Psychology, V72, N3:392-399.
36. Kocovski N (2002): Attentional Biases and Coping With Social Anxiety, York University (Canada).DAI-B 63/02.
37. La Greca A M, Dandes S K, Wick P, Shaw K & Stone WL(1988): Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and Cooccurrent Validity, Journal of Clinical Child Psychology, V17, N1:84-91.
38. Lincoln T, Marie R W, Hanweg K, Frank M, Witzleben L, Schroeder B, Fiegen B (2003): Effectiveness of an Empirically Supported Treatment for Social Phobia in the Field, Behavior Research and Therapy, V41, N11:1251-1269
39. Stein M B, Torgrud, L.J. & Walker J.(2000):Social phobia symptoms, subtypes and severity: findings from a community survey, Archives of General Psychiatry, V57, N11:046-1052.
40. Véra L, Mirabel-sarron C(2002):Psychothérapie des phobies, Dunold, Paris.
41. World Health Organization (1992): The International of Mental and Behavioral Disorders Clinical Description and Diagnostic Guidelines (Icd-10) Geneva, Switzerland.
42. Zarro J.M (2002) :Self Perception of Memory Confidence Among Individuals With Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive Compulsive Disorder and Social Phobia, Drexel University College of Nursing an Health Professions, DAI-B 63/08.

