الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف – المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: ..... /2020

رقم التسجيل: .....

القلق الإجتماعي وعلاقته بصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ الثالثة ثانوي

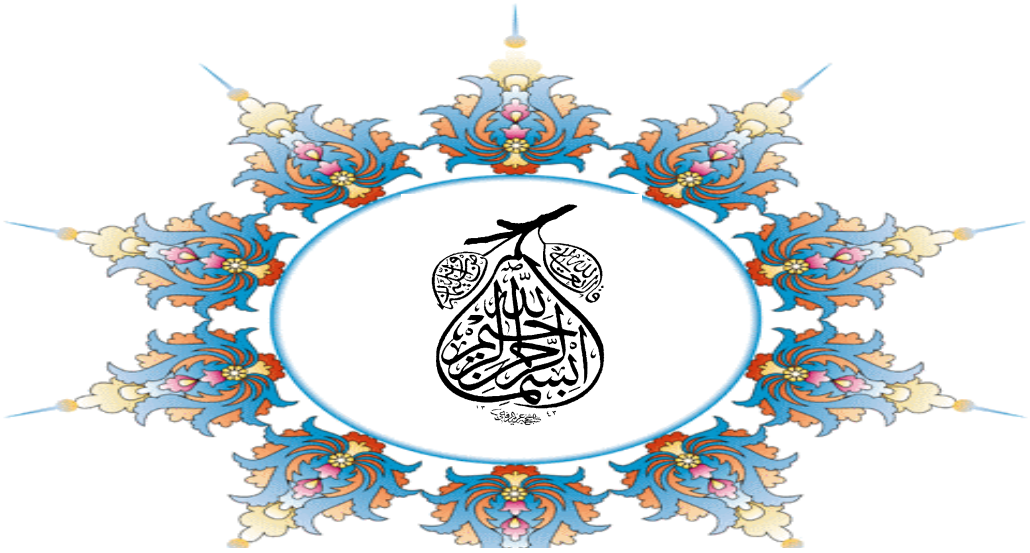
– دراسة ميدانية بثانوية قسوم العيد – عين الخضراء–

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي

شعبة: علم النفس تخصص: توجيه وإرشاد

إعداد الطالبة: إشراف الدكتور:
بركات أميرة براخلية عبد الغني

السنة الجامعية : 2020/2019



بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

نشكر الله ونحمده حمدا كثيرا على هذه النعمة الطيبة والنافعة نفعة العلوم والبصيرة.

يشرفني أن أتقدم بالشكر الجزيل والثناء الخالص إلى كل من مد لي يد المساعدة وساهم معي في تذليل ما واجهتني من صعوبات وأخص بالذكر:

الأستاذ المشرف "**براخلية عبد الغني**" نسأل الله أن يجعل كل حرف قدمه لي ميزان حسناته.

كما أتقدم بالشكر والاحترام والتقدير للسادة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة، ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل أساتذة علم النفس وبالأخص أساتذة توجيه وإرشاد، فشكرا لكم جميعا.

إهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين

سيدنا محمد صلى الله عله وسلم

إلى من بذل الكثير في سبيل تربيتي وتعليمي، وكان لي المثل الذي غرس في نفسي علو الهمة وحب الطموح، وأنار لي طريق العلم وعلمني كيف أقف أمام العقبات، وكان لي سندا في هذه الحياة وعبد لي طريق المصاعب بعد الله عز وجل إلى والدي أقدم لك هذا العمل المتواضع الذي هو بعض غرسك وثمرة من ثمار جهدك، وأسأل الله العلي القدير أن يجعل كل ما قدمته لي في ميزان حسناته وأن يحفظك ويرعاك،

إلى من يناديها قلبي قبل لساني إلى ينابيع الحب والحنان والصبر إلى العين التي أبصرها دربي، إلى التي عرفت منها معنى التضحية والعطاء إلى الأغصان التي أظلتني بلطف وساعدتني على الجهد والاجتهاد وهيئا لي ظروف البحث وتحملت معي مشقة هذا العمل ودعمتني بعطائها ودعائها في السرر العلن إلى والدتي الحبيبة أطال الله عمرها وأمدها بالعافية وجزاها الله خير الجزاء.

إلى روح زوجة أخي (رحمها الله أختي) التي لطالما تمنيت وجودها معي والتي كانت تتمنى أن تكون من الحاضرين، لا يسعني إلا أن أدعو الله أن يرحمها ويتغمدها برحمته الواسعة، ويغفر لها.

إلى أختي سندي في الحياة حفظها الله وسعى أن يرزقها الله ذرية صالحة إلى إخوتي وإلى جميع أفراد العائلة دون استثناء.

بركات

فهرس المحتويات :

الموضوع	الصفحة
شكر وعرفان	–
إهداء	–
فهرس المحتويات	–
فهرس الجداول	–
فهرس الأشكال	–
مقدمة	أ –ب
الفصل التمهيدي	
1 – الإشكالية	4
2 – فرضيات	8
3 – أهمية الدراسة	8
4 – أهداف الدراسة	8
5 – حدود المصطلحات	9
6 – الدراسات السابقة	11
الفصل الأول: القلق	
تمهيد	20
المبحث الأول: ماهية القلق	20
المطلب الأول: مفهوم القلق	20
المطلب الثاني: أنواع القلق	21
المطلب الثالث : أسباب القلق	23
المبحث الثاني: القلق الإجتماعي –النشأة والتطور	25
المطلب الأول: تعريف القلق الإجتماعي	25
المطلب الثاني: السياق التاريخي للقلق الإجتماعي	26
المطلب الثالث: النظريات المفسرة للقلق الإجتماعي	29

خلاصة الفصل	36
الفصل الثالث: الصورة الجسدية	
تمهيد	32
المبحث الأول: ماهية الصورة الجسدية	32
المطلب الأول: تعريف الصورة الجسدية	32
المطلب الثاني: مكوناتها	33
المطلب الثالث: فكرة المراهق عن جسده	34
المبحث الثاني: النمو الجسدي	36
المطلب الأول: النمو الجسدي وعلاقته بنواحي النمو الأخرى	36
المطلب الثاني: اضطرابات النمو الجسدي	39
الفصل الرابع: القلق الإجتماعي وعلاقته بالصورة الجسدية	
المبحث الأول: القلق الإجتماعي والتشوه الظاهري	41
المطلب الأول: تشوه الأعضاء (الحروق + البتر)	41
المطلب الثاني: الكفيف	49
المبحث الثاني: القلق الإجتماعي والتشوه الخفي	51
المطلب الأول: الأمراض المزمنة	51
المطلب الثاني: الصم والبكم	60
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	65
1 – الدراسة الاستطلاعية	
2 – منهج الدراسة	65
3 – عينة الدراسة	65
4 – أدوات الدراسة	65
5 – الأساليب الإحصائية	71
خلاصة الفصل	72

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة	
1- عرض تحليل وتفسير نتائج الفرضيات	74
3 – خلاصة نتائج الدراسة	81
خاتمة	83
قائمة المراجع والمصادر	86
الملاحق	-

مقدمة

مقدمة:

أصبح للتعلم أهمية كبيرة لمختلف شرائح المجتمع وفئاته وليس من المبالغ فيه القول بأن قضايا التعليم تستحوذ على اهتمام واسع النطاق، بل إن مجمل الأطروحات لجميع قضايا المجتمع ومشكلاته، تجد في مضامين التربية ومناهج التعليم الحل الأمثل لمعالجتها وتطويرها، ومنه فإن مرحلة التعليم الثانوي تعد من إحدى المراحل المهمة في بنية المنظومة التربوية باعتبارها حلقة وصل بين التعليم الأساسي أو المتوسط وبين التعليم الجامعي، فهو يهدف أساسا إلى إعداد التلاميذ خرجي التعليم الأساسي أو المتوسط الحائزين على النتائج المطلوبة أو الذين لديهم الاستعدادات المساعدة على تمكينهم من الفرص المتاحة لمتابعة الدراسة بطريقة بسيطة في إحدى التخصصات التي يتضمنها التعليم الثانوي بقصد تمكينهم من الالتحاق بمؤسسات التكوين العالي، فالتلاميذ في المرحلة الثانوية يحتاجون إلى إشباع رغباتهم واحتياجاتهم من خلال تعاملهم مع الأستاذ أم مستشار التوجيه من أجل تفادي الصراعات داخل الصف أو مع جماعة الرفاق لأن هذه المرحلة حرجة بالنسبة للتلاميذ المراهقين التي تسبب له عدة مشكلات نفسية أو سلوكية كالقلق الاجتماعي الذي يعتبر من الحالات الانفعالية الحادة التي تصيب التلميذ بالتوتر الشامل الذي له تأثيرات سلبية جمة على سلوك التلميذ، كما يعد عقبة تواجه التلاميذ لأنه يعود سلوكهم التوافقي خلال تعاملاتهم الاجتماعية ويؤثر على ضبط انفعالاتهم في مواقف التفاعل الاجتماعي وعلى أنظمتهم المعرفية نتيجة التفسير غير الموضوعي للواقع، بحيث يظهر على التلاميذ القلقون اجتماعيا مواق مختلفة كالخوف من إمعان الآخرين والنظر إليهم والحساسية المفرطة للنقد، وتجنب المواقف الاجتماعية التركيز على تقييم الآخرين لهم، مما يؤدي إلى تأثير توقعاتهم بالنجاح أو قوة الشخصية وكذلك صورة الجسد التي تمثل أفكار الفرد وإدراكه وموقفه من مظهره الشخصي وتقيمه لوظائفه الجسمية ومظهره، أو كيف يرى التلميذ نفسه؟ وكيف يشعر اتجاه شكل جسده، فصورة الجسم تنبع من مصادر شعورية ولا شعورية وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن ذواتنا وبالتالي نجد تساؤل التلميذ حول شكل جسده كالنظر في المرآة أو قياس وزنه، وهذا ما يجعله في تناقض مع نفسه حيال ذلك.

تعد الصورة الجسدية من الموضوعات الهامة التي تشغل بال الكثير فهي ترتبط ارتباطا وثيقا بالوصمة المبنية على الوزن التي تتمثل بالتمييز لإشعار الشخص بالإحراج بناء على الوزن، بحيث قولية الوزن وتنميطه على وزن معين مثالي يزيد من حدة الشعور بالقلق وبالتالي عدم الرضا عن الجسم، وقد تؤدي هذه الحالة إلى الاكتئاب

الزائد، وانخفاض الثقة بالنفس، وهذا ما سيعرض في بحثي هذا المتمثل في القلق الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- المصطلحات الإجرائية
- حدود الدراسة
- الدراسات السابقة

1 – الإشكالية:

الحب والكره عاطفتان أساسيتان متقابلتين لدى الإنسان لهما مكان بارز في نفسه ومكانه فهنالك في الحياة التي نعيشها جوانب نحبها ونكفل بها موضوعات وأشياء وأزمنة وأمكنة وأفكار وأناس من ناحية أخرى ناك نواحي مزعجة نكرهها كالفشل والإخفاق والتعاسة، الشقاء، الحاجة، العوز، والجهل والمرض وغير ذلك بكثير، فالقلق والسكينة حالتان أساسيان متقابلتان لدى الإنسان في كل زمان ومكان، تعرضان له وتتناوبان معظم سنين حياته، فهناك أحوال تتميز بالقلق والانقباض والضيق وغير ذلك من الانفعالات الإنسانية السلبية وعلى هذا الأساس اهتم العديد من الفلاسفة بمشكلة القلق من أمثال الفيلسوف العربي ابن حزم حيث أكد على عمومية القلق بوصفه حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني ورأى أن غاية الأفعال الإنسانية هي الهروب من القلق وأن كل أفعالنا تهدف إلى إطلاق القلق وتصريفه فهو يعد من المواد الأساسية في علم النفس ومن الانفعالات التي تصيب الإنسان (أحمد عبد الخالق 1978، ص111). فحالة القلق تمثل الإحساس بالتوتر الذي ينتاب الفرد حين يكون مقدما على إنجاز ما كأداة اختبار أو حين يكون مترقبا لحدث أو خبر، ويظهر كذلك ضمن الاتصال مع الأفراد مما يزيد من حدته إذ ينقص تفاعله الاجتماعي عند قيامه بعمل ما، أو هو الحالة النفسية التي تحدث للفرد بوجود خطر يهدده مثل (نشوة في صورة الجسم) وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيسيولوجية مختلفة مما يجعل الفرد في حالة من الطيف والألم النفسي وهذا ما يتمثل في القلق الاجتماعي، الذي يعتبر ظاهرة تستحق الدراسة خاصة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية لأن الحياة بهذه المرحلة تعد مرحلة حرجة، إذ تعج بالظروف المثيرة للقلق سواء على الصعيد الدراسي أو الاجتماعي وبالأخص وبشكل كبير تصادف مرحلة المراهقة وما لها من تغيرات في كل المستويات، حيث أننا نجد أنه من بين الصفات الانفعالية لدى المراهق شدة الحساسية واليأس والقلق والكآبة... نتيجة لتضارب الانفعالات وعدم استقرارها حيث يؤدي به إلى الانطواء والعزلة. (بدر إبراهيم الشيباني، 2001، ص206). ومن هنا فإن مرحلة المراهقة هي أكثر المراحل تأزما والتعامل معها أصعب وأشق بالنسبة لأولياء الأمور. فالمشاكل التي يتعرض لها يعود سببها إلى عامل الغفلة والإهمال، فالمراهق في تغيير جذري من الناحية الشكلية وفي مظاهره المختلفة، الجسمية، الفيزيولوجية، العقلية، الاجتماعية. كما يعد ذو تجربة محدودة غير ناضج من الناحية العاطفية ويسعى إلى كسب كل شيء لكنه لا يستطيع ولا يدري حتى ما يريده، كل هذه المشكلات التي يتعرض لها المراهق ليست خاصة به وحده بل تكون خاصة بالمعلمين والأولياء وحتى هيئات خاصة وذلك لتقوم بتقويم سلوكاتهم والاهتمام بهم اهتماما جديا بهدف السعي لوجود حلول سليمة، ومن هذا

المنطلق يتضح لنا أن الإنسان يحتاج إلى إرشاد وإلى فرض العناية به للكشف عن الأمراض التي لها تأثير سلبيا على الفرد وعلى الجماعة وهو القلق الاجتماعي والذي يعد أحد الأنواع الرئيسية الشائعة للرهاب وهو خوف غير منطقي متواصل من موقف أو أحد المواقف الاجتماعية، ورغبة شديدة في تجنب هذه الأخيرة الذي يعتقد بأنه سوف يتعرض فيها للنقد من الآخرين أو التي سوف يكون فيها ملاحظا من قبل الآخرين أو التي سيسلك فيها سلوكا غير لائق (الانحراف السلوكي)، كما يعتبر مفهوما من المفاهيم التي ترتبط بالتفاعل بين الفرد والآخرين وهو جزء من عملية الاتصال "هو حالة من التوتر تنتج عن التوقع أو الحدوث الفعلي للتقييم في مواقف التفاعل الشخصية التخيلية أو الحقيقية" (فاروق السيد عثمان، 2001، ص85)، ويتميز القلق بنوعين قلق اجتماعي معمم وقلق اجتماعي خاص، يقتصر النوع الأخير على الخوف من موقف واحد أو أكثرها انتشارا وهو خوف التحدث ومواجهة الناس أما المعمم فيكون ناتج عن التفاعلات والمواقف الاجتماعية. (حنفي محمود إمام نور أحمد الرمادي، 2001، ص217).

الأفراد المصابون بالقلق الاجتماعي يشعرون بالارتباك والورطة في جل المواقف الاجتماعية، وخوف من أن الأخرين سوف يحكمون عليهم بأنهم ضعفاء وقد يخافون الخطابة والاحتكاك في حضرة الأخرين، مما يجل الكبار ذو القلق الاجتماعي يدركون أن الخوف لديهم غير معقول. (حسان المالح، 1995، ص2). وهذا ما بينته الدراسات الإحصائية بأن نسبة القلق الاجتماعي عالية وتصل إلى (10%) عند مجموع أفرد المجتمع وأن أكثر من (20%) من عدد السكان قد يشعرون أو يعانون من مواقف ومخاوف غير مبررة من المواقف الاجتماعية، كما أن بداية ظهوره تكون في مرحلة المراهقة المتأخرة (15-25سنة). (rachman,s1998- p139). فالقلق من الانفعالات الأساسية إذ يحتل مواقع هامة في التصنيف للاضطرابات النفسية والجسدية للإنسان.

يعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال العديد من الناس ويظهر ذلك جليا في نظرته حول نفسه وحول نظرة المجتمع له، يشمل مفهوم صورة الجسم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه، وعلى هذا فإن من مقومات الصحة النفسية أن يكون الفرد مفهوما سلميا حول جسمه، لأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يشعرون باختلاط في الانفعالات كالاشمئزاز من أجسامهم، وزيادة القلق في المواقف الاجتماعية، كما أنهم يعانون من الاكتئاب نتيجة للعزلة الاجتماعية، فالاهتمام بالمظهر الجسدي من الأمور الرئيسية التي تشغل بال الكثير من الناس، ويظهر ذلك جليا في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو

الخبرات الشخصية للمظهر، أو ما يبدوا عليه الفرد في الواقع، والنظرة الداخلية هي ما أطلق عليها علماء النفس صورة الجسم، فارتباط هذه الأخير راجع إلى مشاكل نفسية واجتماعية مثل اضطراب الأكل وسوء تقدير الذات والقلق الاجتماعي (kash1990) فمن جهة المنظور التاريخي بدأ الاهتمام بصورة الجسد في المجال النورولوجي (neurologie) والطب النفسي psychiatrie، إذ يعتبر بونييه "bonnier" الذي قام بدراسة حول الإنسان ووجهته نحو جسمه ويليه بيك "bick" الذي درس اتجاه اضطرابات الجسم وقام بالتمهيد حول دراسة صورة الجسم، ثم يأتي هزي هيد "h.head" الذي أوضح نظرية حول أن لكل منا صيغته الإجمالية لتكامل أجزاء جسمه، ومن هذا المنبر تعرف صورة الجسم "بأن شكل الجسم كما نتصوره في أذهاننا والطريقة التي يبدوا بها الجسم لأنفسنا والعملية التي نخبرها كوحدة مميزة". (آسيا عيازة، 2014/2013، ص7).

فالتغيرات الحاصلة كما سبق الذكر للمراهقين تأثر بصورة سلبية عليهم وعلى إدراكهم حول الجسد وخاصة أن الجسد بالنسبة لأي إنسان هو أكثر من جزء مادي ومنظور من النفس، فالنظرة التقويمية للجسد لا تكون ثابتة في هذه المرحلة كما أنها تتأثر بنظرة الآخرين بدرجة كبيرة إلى ما يتوجه إليها من انتقادات سلبية سواء من طرف جماعة الرفاق أو الوالدين وعلى هذا الأساس يكون المراهق صورة حول نفسه وحول صورته، مفهوم الصورة يولد مكونان أحدهما متمثل في الصورة المثالية للجسد أي النمط الجسدي الذي يعتبر مناسبا من حيث العمر والنمط الآخر فهو مفهوم الجسد ويشمل الأفكار والمعتقدات والحدود المتعلقة بالجسد والصورة الإدراكية التي يكونها الفرد عن جسده. (ريم عطية، 2013/2012، ص03)، يتضح لنا مما سبق ذكره أن لكل منا صورة عن نفسه في عقله وتقترن تلك الصورة باعتقادنا حول كيفية إدراك الآخرين لنا، إذ تعتبر رؤيتنا لصورة أجسادنا عن خبرات شخصية مررنا بها خلال حياتنا، عملت على تمركز تلك الصورة في أذهاننا، وهذا ما يؤكد على تزامن مع ما هو متكون لدينا من أفكار ومشاعر وتصورات سواء كانت ذات طابع سلبي وهذا ما يجعل من الفرد في إدراك وجود خلل في صورة جسده تتميز بمشاعر سلبية والاستغراق في التفكير بأن جسده الخارجي لا يخلو من تشوه وغالبا ما يكون تفكير الفرد حول عيوب بسيطة أو متخيلة، كل هذا يشكل لديه هواجس وقلق قد يصلنا إلى حد الوسوسة حول شكله الخارجي ويرجع هذا الهاجس إلى توليد القلق الذي يظهر على الفرد المصاب ويتميز بوجود مشاعر من الخوف والخجل أو الإحراج أمام النساء أما صورة الجسد واضطرابها فهي اعتقاد الفرد بأن مظهره غير طبيعي فيخاف الظهور به أمام الناس وتبلغ تزامن هاذين الاضطرابين معا ما يقارب 45%، فالمصابون باضطراب صورة الجسد والتشوه الوهمي لها ينزعون إلى الابتعاد عن المواقف التي يكون فيها محط انتباه الآخرين والتي قد تجعل

من عيوبهم المتخيلة ظاهرة للعيان، كما أن القيام بسلوكات مثل كشط البشرة وتفقد المرآة بشكل مستمر تؤدي به عادة إلى العزوف عن المشاركة الاجتماعية مع الآخرين، كما لوحظ أن الأفراد الموهمين بوجود تشوه حول أجسادهم يعتزلون المخالطة الاجتماعية ويلزمون منازلهم ي الحالات الشديدة مما يشير إلى وجود العديد من الأعراض المشتركة بين كل من اضطراب القلق الاجتماعي واضطراب صورة الجسد. (لينا فاروق عباس وسليم عودة الزبون، 2012 ص396).

إن الغرض من هذه الدراسة هو التعرف على العلاقة بين القلق الاجتماعي وصورة الجسد لدى تلاميذ المرحلة الثالثة ثانوي وعلى هذا الأساس تطرح الأسئلة على التوالي.

مصطلحات الدراسة:

صورة الجسم: (**body image**): صورة عقلية وذهنية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفائتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر واتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (شقير 2005).

إجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس صورة الجسم المستخدم في هذه الدراسة.

القلق الاجتماعي: (**social ansciety**): هو عبارة عن أعراض انفعالية اكلينيكية من مثير غير مخيف واقعيا يندرج تحت اضطراب القلق، فهو لا يتضمن تهديدا فعليا أو خطرا واقعيا على حياة الفرد، وهو أيضا غير موضوعي وغير عقلاني وغير تكيفي للفرد للتحكم بسلوكه أثناء المواقف المثيرة. (أبو زيد، 2008).

إجرائيا: هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس القلق الاجتماعي المستخدم في الدراسة.

السؤال الرئيسي للدراسة:

- هل توجد علاقة بين القلق الاجتماعي وصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي؟

الأسئلة الفرعية:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين القلق الاجتماعي وصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثالثة ثانوي؟

- هل توجد فروق في القلق الاجتماعي حسب الجنس؟
- هل توجد فروق في القلق الاجتماعي حسب التخصص؟
- هل توجد فروق في صورة الجسد حسب الجنس؟
- هل توجد فروق في صورة الجسد حسب التخصص؟

2 – صياغة الفرضيات:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دالة إحصائية بين القلق الاجتماعي وصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثالثة ثانوي.
- توجد فروق في القلق الاجتماعي حسب الجنس.
- توجد فروق في القلق الاجتماعي حسب التخصص.
- توجد فروق في صورة الجسد حسب الجنس.
- توجد فروق في صورة الجسد حسب التخصص.

3 – أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها الدراسة النادرة التي تناولت موضوع القلق الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد للفرد.
- تسهم هذه الدراسة في المزيد من البحث والتقصي في شخصية الفرد إلى بناء برامج إرشادية تربوية وقائية.
- قد تساهم هذه الدراسة أيضا بفهم سيكولوجية القلق والنظرة إلى الجسم والتعامل معها بشكل أفضل، وبالتالي العمل على إمكانية الحد من مستوى القلق والنظرة السلبية إلى الجسم إن وجد.

4 – أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى القلق الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس والتخصص، لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

- التعرف على مستوى صورة الجسد تبعا لمتغير الجنس والتخصص لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.
- التعرف على مدى انتشار القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثالثة ثانوي.
- معرفة العلاقة بين القلق الاجتماعي وصورة الجسد لتلاميذ المرحلة النهائية.
- الكشف عن الفروق في القلق الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة النهائية من الثانوي حسب الجنس وحسب التخصص.
- الكشف عن الفروق في صورة الجسد لدى تلاميذ المرحلة النهائية من الثانوي حسب الجنس وحسب التخصص.

5 – محددات الدراسة:

المحدد البشري: عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في مدينة عين الخضراء ولاية المسيلة.

المحدد المكاني: ثانوية قسوم العيد.

المحدد الزماني: أجريت هذه الدراسة في الفصل الثاني من عام 2020.

المحدد الإجرائي: تحددت الدراسة بالمنهج والأدوات المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

المحدد المفاهيمي: المصطلحات الإجرائية الخاصة بالدراسة (القلق الاجتماعي وصورة الجسد، تلاميذ الطور الثالث ثانوي).

الدراسات السابقة والمشابهة:

من خلال الاطلاع على المجلات العلمية المحكمة ورسائل الماجستير والدكتوراه أورد ملخصات بعض الدراسات السابقة التي ترتبط بموضوع هذه الدراسة حسب التالي:

الدراسات العربية التي تناولت صورة الجسد:

دراسة خطاب (2011):

تناولت الدراسة بعنوان الثقة بالنفس وصورة الجسم وعلاقتها بنمط الحياة الزواجي، حيث هدفت الدراسة الراهنة إلى محاولة الكشف عن علاقة كل من الثقة بالنفس وصورة الجسم بنمط التفاعل الزواجي بين عينة من الأزواج والزوجات، كما تهدف إلى استكشاف دور كل من الثقة بالنفس وصورة الجسم كمنبئات بنمط التفاعل الزواجي بين الأزواج والزوجات، المنهج والإجراءات تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن، وقد تكونت عينة الدراسة من (76) موزعين على عينتين على النحو التالي: عينة الأزواج وتكونت من (38) زوجا بمتوسط للعمر (35.74) عاما وانحراف معياري (4.85) عاما، عينة الزوجات وتكونت من (38) زوجة بمتوسط عمر (34.68) عاما، وانحراف معياري (5.04) عاما، واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس الثقة بالنفس، مقياس صورة الجسم، مقياس نمط التفاعل الزواجي بين الزوجين، والنتائج هي: يوجد ارتباط دال إيجابي بين الثقة بالنفس ونمط الزواجي سواء لدى الأزواج أو الزوجات، بينما لم ترتبط صورة الجسم بنمط التفاعل الزواجي بين الأزواج أو الزوجات، تبين أن هناك فروق دالة بين الأزواج والزوجات في متغيرات الدراسة الثلاثة، حيث جاء الأزواج أكثر ثقة بالنفس وتفاعلا زواجي إيجابيا بالمقارنة بالزوجات، في حين الم يوجد فرق بينهما في صورة الجسم وجاء عامل الثقة بالنفس قادر على التنبؤ بنمط التفاعل الزواجي بمستوى عالي الدلالة، في اختفى الدور التنبئي لصورة الجسم، كما أن تأثير صورة الجسم على نمط التفاعل الزواجي بين الأزواج والزوجات يتم بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على متغير الثقة بالنفس.

دراسة عباس وشويخ (2009):

عنوان الدراسة صورة الجسم والشخصية البينية (الحدية) وعلاقتهما ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلاب الجامعة، الخلاصة من هذه الرسالة أن صورة الجسم والشخصية البينية من العوامل المساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الشباب فكل منها يعمل كعامل استهداف للاضطرابات السيكوسوماتية، وإن كانت تفوقت الشخصية البينية على صورة الجسم في دورها التأثيري أو حتى التنبئي على كافة أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية، ولعل أهم ما تحمله تلك النتائج من دلالة عملية هو ما يمكن أن تقدمه من إسهام في إطار رسم السياسات الوقائية لصحة الشباب التي ترتكز على إجراءات الاكتشاف المبكر والوقائية الأولية،

ولاشك أن قناعاتنا كمجتمع بأهمية تلك الإجراءات الوقائية تزداد كلمت تابعنا اتجاه معدلات انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية، حتى في البلدان المتقدمة خاصة بين الشباب التي تثير في مجملها إلى أننا بصدد مشكلة مزمنة لا سبيل لنا للتخلص منها تماما وإنما من الممكن تقليص معدلات إلى جانب خفض توابعها على الصحة الجسمية.

دراسة الخرينج والمعصب (2011):

يتناول هذا البحث مفهوم صورة الجسم وعلاقته بالثقة بالنفس لدى عينة من طالبات جامعة الكويت ويهدف هذا البحث إلى التحقيق من العلاقة بين صورة الجسم لدى المرأة وتأثيرها على ثقتها بنفسها، بالإضافة إلى تأثير كل من صورة الجسم والصحة النفسية ودليل كتلة الجسم ونوع الكتلة على متغير الثقة بالنفس، وكان منهج البحث استخدام مقياس صورة الجسم من إعداد ماسية النيال (1995) للكشف عن نظرة المرأة لجسدها ومدى رضاها عنه، وكذلك استخدام مقياس الثقة بالنفس من إعداد فرويج الغزي (1999) للتعرف على مستوى الثقة بالنفس لدى النساء عينة البحث، تكونت العينة من (1000) طالبة من مختلف كليات الكويت، النتائج: أظهر الاختبارات الإحصائية وجود ارتباط إيجابي بين صورة الجسم والثقة بالنفس، 55 عند مستوى 01 كما أظهر تحليل الانحدار الخطي المتعدد أن هناك تأثيرا للمتغيرات المستقلة الأربعة على الثقة بالنفس (r:52).

دراسة حسين فايد (1999): هدفت:

إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي، تكونت عينة الدراسة من (150) طالبا تراوحت أعمارهم ما بين (18 و19 سنة) وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عدم الرضا عن صورة الجسم والقلق الاجتماعي.

دراسة علي والنيال (1994):

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين صورة الجسم وكل من مفهوم الذات ومصدر الضبط وفقدان الشهية العصبي والاكتئاب، تكونت العينة من (119) من الطالبات القطريات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين مرتفعي الرضا وعن منخفضي الرضا عن صورة الجسم وكل من فقدان الشهية ومصدر الضبط اتجاه مرتفعي الرضا عن صورة الجسم ووجود ارتباط موجب بين الرضا عن صورة الجسم ومفهوم الذات الجسمية لدى مجموعة مرتفعي الرضا عن صورة الجسم.

دراسة كفافي والنيال (1996):

هدفت دراسة الكفافي والنيال إلى تعرف العلاقة بين صورة الجسم وأبعاد الشخصية تكونت عينة الدراسة من (320) طالبة مصرية و(406) طالبة قطرية، تراوحت أعمارهم من (14-22) عاما، طبق عليهن مقياس صورة الجسم وقائمة إيزنك للشخصية وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط سالب بين الرضا عن صورة الجسم وكل من القلق والشعور بالذنب، ووجود ارتباط موجب بين الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات الإيجابي لدى مجموعة الإناث القطريات.

دراسة حسين فايد(1999):

هدفت إلى دراسة والكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي تكونت عينة الدراسة من (150) طالبا تراوحت أعمارهن من (18-19) سنة وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين عدم الرضا عن صورة الجسم والقلق الاجتماعي.

دراسة فايد (2004):

كانت دراسة فايد عن الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، طبقت الدراسة على (312) طالبة تراوحت أعمارهن ما بين (18-19) سنة تم استخدام مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس صورة الجسم واختبار تنسي لمفهوم الذات، أكدت نتائج الدراسة على وجود علاقة سالبة بين الرهاب الاجتماعي وكل من صورة الجسم الإيجابية للذات، وارتبط عدم الرضا عن الجسم بقلق مواجهة الآخرين تجنبا للأحكام والتقنيات السلبية.

الدراسات السابقة التي تناولت القلق الاجتماعي:

دراسة الشريف 2014:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أبعاد القلق الاجتماعي المنبئة للتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة طبية، ومما توصلت إليه الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في أبعاد القلق الاجتماعي (قلق التفاعل الاجتماعي، صعوبة التواصل والتعبير، الخوف من مواجهة الآخرين، ضعف الثقة بالنفس، تجنب الإحراج).

دراسة سعاد 2014:

هدفت إلى دراسة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الطلبة حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائية بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الطلبة، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في مستوى القلق الاجتماعي لصالح الإناث.

دراسة مهلة 2009:

هدفت إلى تعرف مستويات القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وعلاقتهم بمفهوم الذات حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الطلاب على مقياس القلق الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس وذلك لصالح الطلبة الذكور.

دراسة عيد 2000:

هدفت إلى التعرف على المظاهر الأساسية للقلق وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص، ومما توصلت إليه الدراسة عدم وجود فروق بين الطلبة الذكور والطلبة الإناث في اضطراب القلق العام.

دراسة عبد المنعم طلعت 1992:

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

دراسة كلارك وآخرون 1995:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم شدة القلق الاجتماعي للمراهقين، وتكونت عينة الدراسة من 223 من طلبة المدارس، تم اختيارهم من المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية، وتراوحت أعمارهم ما بين (8-12) سنة للإناث والذكور واستخدم الباحث المنهج الوصفي، حيث تم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للأطفال، والتقدير

الذاتي للفحوص واستبيان المواقف الخاصة بالتفاعل الاجتماعي، وأظهرت نتائج الدراسة أن القلق الاجتماعي أكثر ارتفاعا عند الإناث مما هو عند الذكور، كما أن شدة القلق الاجتماعي لدى المراهقين من الجنسين أدنى منه لدى البالغين.

دراسة ماجي وآخرون 1997:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار ونسبة كل من المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي بناء على متغيري الجنس والسن وشملت عينة الدراسة 880 من الإناث والذكور لمرحلة عمرية (15-29) سنة تمثلت أداة الدراسة بقائمة المخاوف الاجتماعية، ومقياس القلق الاجتماعي، كما أشارت إلى أن المتوسط العمري لبوادر ظهور القلق الاجتماعي تبدأ في المرحلة العمرية 17 سنة وتشتد بعد ذلك.

دراسة ملحم 2012:

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى مدى تأثير كل من اضطراب الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى المراهقين في الأردن وذلك في ضوء متغيرات الجنس والتحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي، كما درست الفروق في تقدير الذات بين مستويات الرضا وعدم الرضا عن صورة الجسم، ولأجل ذلك استخدم الباحث مقياس اضطراب الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (1032) طالب وطالبة من طلبة الثانوية العامة في مدارس محافظتي عمان وأريد المنتظمين في الدراسة للعام (2010-2011) وقد أشارت نتائج الدراسة أن متغير القلق الاجتماعي والوسواس القهري هما المتغيران اللذان فسرا التباين في مستوى الرضا عن صورة الجسم، وأن متغير القلق الاجتماعي والوسواس القهري واضطراب الأكل كان لها أثرا دالا في مستوى الرضا عن صورة الجسم، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الرضا عن صورة الجسم تعزى لمتغيري الجنس والتحصيل الدراسي، بينما لم تظهر أي فروق دالة إحصائية في الرضا عن صورة الجسم تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

دراسة النفيسة 2010:

دراسة بعنوان تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية دراسة سببية مقارنة بين المرضى النفسيين والأسوياء، تكمن صياغة الدراسة في التساؤلات الرئيسي التالي (هل توجد فروق بين مرضى

القلق الاجتماعي ومرضى الاكتئاب والأسوياء في العمليات المعرفية (الإدراك والتفكير، الذاكرة) وكانت العينة جميع مرضى القلق الاجتماعي ومرضى الاكتئاب البسيط المترددين على مجمع الأمل الطبي للأمراض النفسية بالرياض وتم استخدام المنهج الوصفي السببي المقارن، وأهم النتائج والتوصيات وجود فروق ذات دالة إحصائية بين الأسوياء وبين القلق الاجتماعي في عملية الإدراك لصالح الأسوياء.

دراسة مورس 1983 (korris):

بعنوان (الخجل وعلاقته بالقلق الاجتماعي) هدفت الدراسة إلى إيجاد العلاقة بين الخجل والقلق الاجتماعي والفروق العائدة للنوع من القلق الاجتماعي طبقت الدراسة على عينة تتكون من (302) طالبا وطالبة من طلبة الجامعة، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دالة إحصائية بالنسبة لمتغير النوع. (السيعاوي 2010).

دراسة يوسف 2003:

في هذه الدراسة (أمير الديلمي وأحلام العزي 2011) استهدفت التعرف إلى الخجل الاجتماعي والتكيف الاجتماعي، وهي دراسة ثقافية مقارنة بيم مجموعتين من طلاب الجامعة السعودية والكويتية، وتألفت عينة الدراسة من (320) طالبة وطالبا من الجامعات السعودية و(400) طالب وطالبة من الجامعة الكويتية واستخدم الباحثان مقياس الخجل الاجتماعي والتكيف الاجتماعي وأسفرت نتائج الدراسة بأن الطلاب السعوديين أكثر خجلا من الطلاب الكويتيين وهناك علاقة سلبية بين الخجل الاجتماعي والتكيف ولا توجد فروق بين الجنسين في الخجل والتكيف سواء أكان بين الطلاب السعوديين أو الكويتيين.

دراسة عبد المقصود 2006:

استهدفت هذه الدراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعوديات وتكونت عينة الدراسة من (300) طالبة، طبق عليهن مقياس القلق الاجتماعي، وقد اختير من هذه العينة مجموعة مكونة من (64) طالبة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18-20 سنة) وقد قسمت العينة إلى مجموعتين الأولى ضابطة (32) طالبة والثانية تجريبية (32) طالبة، واستخدمت الدراسة أدوات هي: مقياس القلق الاجتماعي والبرنامج المعرفي السلوكي ونموذج الأفكار المثيرة للقلق، ومفكرة الأفكار التكيفية

العقلانية، والمفكرة اليومية للأفكار وقائمة العبارات الإيجابية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين كل من طالبات المجموعة التجريبية وطالبات المجموعة الضابطة من حيث الشعور بالقلق الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج وجاءت الروق لصالحات طالبات المجموعة التجريبية.

دراسة بنجابي 2008:

استهدفت إلى الكشف عن العلاقة المحتملة بين الرهاب الاجتماعي وبعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات وتكونت عينة الدراسة الكلية من (300) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية واشتملت أدوات الدراسة من مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس الاكتئاب ومقياس تقدير الذات، استمارة المقابلة الاكلينيكية العميقة واستمارة تقييم الحالة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة بين متوسط درجات أفراد العينة في الرهاب الاجتماعي بعوامله والاكتئاب بأبعاده، وتوجد علاقة عكسية دالة بين الرهاب الاجتماعي وعوامله وتقدير الذات، وتوجد اختلافات في ديناميات البناء النفسي والشخصية بين الإناث ذوي الرهاب الاجتماعي العالي الشدة وبين الإناث ذوي الرهاب الاجتماعي المنخفض الشدة وكل من الاكتئاب وتقدير الذات وبمستويات مختلفة.

دراسة محمد السيد عبد الرحمان وهانم المقصود 1998:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور بعض المتغيرات النفسية المتمثلة في المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي في سلوك الإيثار، والتوجه نحو مساعدة الآخرين، وتكونت عينة الدراسة من (142) طالبة من طالبات الجامعة في المملكة العربية السعودية، وقد استخدم في هذه الدراسة مقياس القلق الاجتماعي للاري (1993) ترجمة وتعريف معد البحث وأظهرت النتائج:

وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي، وسلوك الإيثار ومساعدة الآخرين كما وأظهرت وجود علاقة ارتباطية سالبة بين القل الاجتماعي وسلوك الإيثار ومساعدة الآخرين.

دراسة الجاف سكر 2003:

بعنوان (القلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة) استهدفت الدراسة التعرف على مستوى القلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة وفق متغير الجنس والتخصص العلمي والمستوى الدراسي، استعمل الباحثان مقياس القلق

الاجتماعي الذي أعده (اللاذقاني 1995) والذي يتألف من (36) فقرة لقياس القلق الاجتماعي، وأظهرت النتائج أن متوسط القلق الاجتماعي لدى الإناث أعلى من الذكور إحصائيا، وأن أصحاب التخصص العلمي أكثر قلقا من أصحاب التخصص الإنساني وأن طلبة السنة الأولى كانوا أكثر قلقا من طلبة السنة الرابعة. (محمد، 2009).

الإطار النظري

الفصل الأول: القلق

المبحث الأول: ماهية القلق

المطلب الأول: مفهوم القلق

المطلب الثاني: أنواع القلق

المطلب الثالث: أسباب القلق

المبحث الثاني: القلق الاجتماعي النشأة والتطور

المطلب الأول: تعريف القلق الاجتماعي

المطلب الثاني: السياق التاريخي لمفهوم القلق الاجتماعي

المطلب الثالث: النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي

المبحث الأول – ماهية القلق:

المطلب الأول – مفهوم القلق:

لغة: تعد كلمة القلق في اللغة العربية على أنها كلمة قديمة استخدمها العرب بمعان متعددة منها: الانزعاج، الاضطراب، الأرق، عدم الاستقرار...

فالقلق من الرغم من قدمها لم تستعمل في وصف الحالة النفسية، واستعمل مكانها الخوف والهم. (كمال موسى، 1978، ص11).

والقلق أيضا في اللغة: لم يستقر مكانه، قلق من مكانه، حركه...). (أحمد شمس الدين، 2008، ص632).

تعريف القلق اصطلاحا:

– هو شعور عام بالفزع والخوف ينتاب الفرد من موقف أو شر مرتقب أو كارثة متوقع حدوثها. (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، 1979، ص30).

– وأيضا: هو ذلك الشعور الغامض غير السار، فهو عالم الفرد المملوء بالتوقع والخوف والتوتر، يصاحبه بعض الأحاسيس الجسدية تأتي على شكل نوبات وفزعات متكررة من نفس الفرد. (أحمد عكاشة، 1919، ص31).

– يرى ألبرت أليس "Albert Ellis" أن القلق هو هزيمة ذاتية، أي خبرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلال نفسه بنفسه. فهو حالة نفسية انفعالية تصيب الإنسان بالتوتر الشامل والمستمر نتيجة توقع تهديد أو خطر ملحوظ. (إبراهيم علاء عبد الباقي، 2010، ص46).

– القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تنبأ بتهديد خطر يكون فعلي أو رمزي ومنه يمكننا معرفة القلق بأنه انفعالات مركبة من الخوف وتوقع التهديد بالخطر. (عبد الرحمان الواقي، 2007، ص251).

– ويرى عدنان يوسف (بأن القلق هو إحساس بالتخوف من المجهول ومن المواقف التي لا نكون فيها على استعداد من مواجهة الخطر والتأكد من النتائج المتوقع حدوثها. (عدنان يوسف وآخرون، 2005، ص189).

– أما فرويد "Freud" بأنه حالة الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الفزع والضيق، كما أن الفرد في هذه الحالة يتوقع كل ما هو شر دائما، ويبدو متشائما ويتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن

يصيبه أي ضرر منه، فالشخص القلق متوتر الأعصاب مضطرب، ضعيف الشخصية فاقد الثقة في نفسه مترددا في بث أموره، وهذا ما يفقده على التركيز ذهنيا. (عبد اللطيف، 2009، ص127).

المطلب الثاني– أنواع القلق:

1: القلق الموضوعي أو الواقعي:

– يعتبر هذا النوع من القلق الأقرب إلى الخوف، ذلك أن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن المصاب ومن أمثلته الخوف كاقتراب سيارة مسرعة نحوه. (أحمد عبد الله، 2000، ص150). فالقلق الموضوعي كما سبق الذكر هو خارجي موجود على سبيل ذلك القلق المتعلق بالنجاح في عمل مهم، أو يوم الامتحان.

– وهذا النوع يحدث على حد ذكر "عبد السلام" بأنه خطر موضوعي قائم في البيئة وإدراك الفرد لوجود هذا الخطر، مما يشير إلى القلق وقد يرث الفرد ميلا للخوف من بعض الظروف البيئية ويكتسب هذه المخاوف. (عبد السلام عبد العقار، 1976).

– ويعرف بأنه قلق صحيح أو قلق سوي واقعي وذلك بارتباط هذا النوع من القلق بموضوع حقيقي يحمل مخاطر حقيقية واقعية يعيشها الفرد داخل البيئة. (غالب بن محمد على المشيخي، 2009، ص18).

2: القلق العصابي:

هو قلق هائم وطليق لأنه شعور غامض يتنقل من موقف إلى موقف آخر، وذلك لأن أسبابه ليست خارجية بل في داخل المريض نفسه، وكذلك الخوف والتوتر يلعب دور هام في ظهوره. (محمود الزيادي، 1972، ص55).

والقلق العصابي هو ذلك الخوف الغامض غير المفهوم إذ لا يستطيع الفرد أن يشعر أو يعرف أسبابه ويعتبر رد فعل عزيزي داخلي، إذ هذا النوع يعتبر مرضا، لأنه يعطل الفرد على المشاركة في النشاطات الهادفة والإيجابية فيصبح سلوك الفرد غير منظم.

كما حدد "فرويد" بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي هم كالتالي:

– **القلق الدائم الطليق:** هو الذي يربط الأفكار بالأشياء المحيطة بالشخص المصاب وتفسير كل ما يحدث بالأمر السيء، وتوقعه الدائم بالنتائج السلبية.

- **قلق المخاوف المرضية (الشاذة)**: وهو القلق الناجم من المظاهر والظواهر الخارجية التي لا يستطيع الفرد أن يجد تفسيرا واضحا لها.

- **القلق الهستيري**: وهذا النوع من القلق يكون بارزا على الفرد المصاب ويظهر ذلك بالأعراض المصاحبة خاصة، فالتعبير أو الشعور بالقلق راجع إلى موقف معين، أو إلى المكبوتات التي تتحول إلى رمز فيزيولوجي أو حالة من القلق. (عبد الستار جاسم، 2002، ص36).

3: القلق الخلقي:

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترب أو يفكر في الإتيان بسلوك مخالف للمعايير والقيم التي يمثلها الأنا الأعلى من خجل واشمئزاز والإثم مما يصل هذا القلق إلى درجته القصوى ويزداد شدة مما يؤدي إلى أمراض نفسية تجعل من الفرد عاجزا عن القيام بالنشاطات الهادفة في حياته. (حبرة محمد علي أشرف وآخرون، 2044، ص103).

فالقلق الخلقي عند الأفراد يكون مصدره وسببه معروف لأنهم يعيشوها من داخلهم.

-**قلق الامتحان**: هو نوع مرتبط بالقلق الذي ينتاب الفرد أثناء تعرضه لاختبار أو اجتياز عمل ما.

-**قلق الجنس**: هو مرتبط بالمخاوف المتصلة بالجنس والاضطرابات الجنسية.

-**قلق الموت**: هو شعور يهيمن على الفرد بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه، ويسيطر عليه هذا الشعور في يقظته وفي منامه، ويشمل كل تفكيره سواء كان وحده أو مع الآخرين، مما يجعله حزينا دائما متوحشا وخائفا في كل لحظة، فقلق الموت نوع من أنواع القلق العام الذي يعد من بين حالات الانزعاج التي يعاني منها الفرد وتسيطر عليه حيث تكون مدته طويله أقلها ستة أشهر، مما يحرم على الفرد الحياة الطبيعية والاجتماعية العادية وقد أكدت نتائج بعض الدراسات أن الأفراد المهيؤون بحكم تكوينهم النفسي للقلق العام، هم أشد الناس تعرضا لقلق الموت. (إبراهيم، علا عبد الباقي، ص 150، 152).

المطلب الثالث – أسباب القلق:

1: الأسباب وراثية: تتعد الوراثة من بين الأسباب التي تولد القلق حيث أشارت الدراسات التي أجريت على التوائم على أنهم يتشابهون في جهازهم العصبي اللاإرادي، والاستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية، بحيث ظهرت عليهم أعراض القلق وتشير الدراسات أن نسبة 15% من أبناء وإخوة أنهم يعانون من نفس مرض القلق، وأن التوائم المتطابقة توجد لديهم نسبة قلق تتراوح إلى 50% وأن 65% منهم يعانون من بعض أعراض القلق على عكس حال التوائم غير المتطابقة حيث أن نسبة انتشار القلق لديهم تصل إلى 4% فقط. (عبد الله إبراهيم محمد، 2007، ص30).

ومنه فإن مرض القلق يتطور نتيجة لاستعداد ناتج جزئيا عن وراثة جملة عصبية ذاتية شديدة الحساسية للضغط والتوتر. (راضي الوقفي، 1998، ص 623).

2: الأسباب النفسية الاجتماعية:

– تختلف وجهة نظر الباحثين حول الأسباب النفسية والاجتماعية، فأرجع "فرويد" القلق إلى الجانب الداخلي اللاشعوري للفرد حول تعدد الصراعات التي تؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية.

– أما ألدر "Alder" فقد أرجع القلق إلى شعور الفرد بالنقص داخله ومحاولة التفوق في حل الحالات.

– أما رأي أنصار المدرسة السلوكية مثل "ميلر" و "بافلوف" فيرجعون اضطرابات السلوك عامة واضطرابات القلق خاصة، إلى تعلم سلوكيات خاطئة مثل البيئة التي يعيشون فيها، والظروف الاجتماعية التي يسعى الطفل إلى تدعيم سلوكياته والعمل على استمرارها وبقائها.

– كما تلعب الضغوط الاجتماعية (البيئة) دورا هاما في حدوث أي اضطراب وهناك نوعين من الضغوط:

أ/ **الضغط المباشر:** يكون سببه الأشياء التي تدخل إلى البيئة مثل: فقدان الوظيفة، الطلاق، عدم الأمان، الحرمان...

ب/ **الضغط غير المباشر:** هو الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين مثل رغبة الفرد الشديدة في القيام بشيء معين مع تحريم قوي في نفس الوقت.

– ونجد الإشارة إلى هنا بأن الضغوط وحدها قد لا تكون ضرورية ولا كافية لإحداث الاضطراب ولكنها اشتدت مع وجود استعداد شديد مرضي وغياب عامل المقاومة الذي يمكن أن يزيد أو يجعل من ظهور الاضطراب والتوتر. (حسين، 2001، ص 56-57).

– وبالنسبة لعبد الحميد الشاذلي فيلخص ضغوط الحياة الضاغطة في: هي تلك الضغوط الناجمة عن نمط الحياة الحديثة والتغيرات المتتالية والبيئة المشبعة، بعوامل العجز والخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمان والاضطراب في التفكك الأسري. (عبد الحميد الشاذلي، 2001، ص115-116).

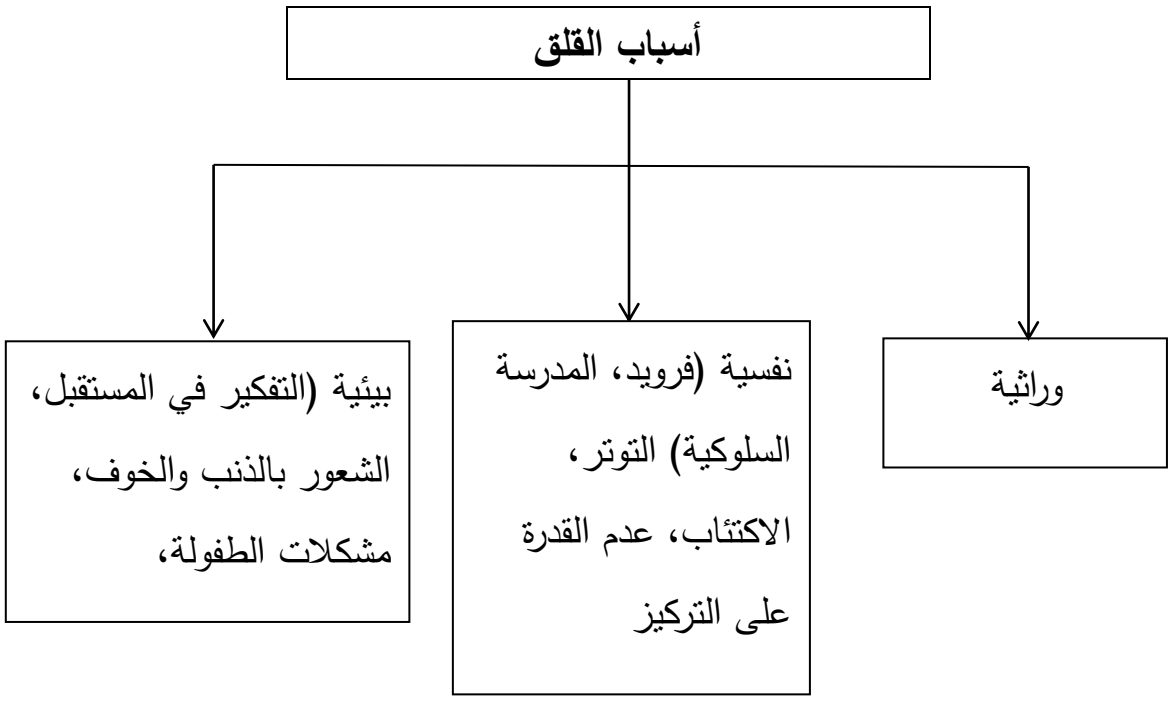
– مشكلات الطفولة والشيخوخة والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل: القسوة والتسلط والحماية الزائدة، اضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.

– العرضة للحوادث والخبرات الحادة. (اقتصادية، تربوية، عاطفية).

– عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. (نفس المرجع).

– ومنه نستخلص أن القلق يتطور لدى الفرد نتيجة استعداد مستنبط جزئيا عن وراثة جملة عصبية ذاتية وبأن أسبابه متعددة وكثيرة هناك من يرجعها كما سبق الذكر إلى وراثية وهناك من يرجعها إلى العوامل النفسية والاجتماعية وضغوط الحياة والظروف النفسية التي تعترضها.

وهذا مخطط مختصر لذكر أهم الأسباب لظهور القلق من اجتهادي:



يونج ووجهة نظره في القلق:

– اختلف "يونج Yung" مع فرويد فيما يتعلق اللبيدو والجنس أساسا، وافترض أن هناك مستودعا كبيرا للطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي. (جمعة سيد يوسف، 2001، ص72-73).

– كما نرى وجهة نظر أوتورانك في القلق وأسبابه.

– يرى أوتورانك Otto Rank إن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدرا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته وعلى أساس التهديدات بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن، ويرى (أوتورانك) أن الإرادة أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص متعمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور إمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات. (أحمد عكاشة، 1998، ص100).

المبحث الثاني: القلق الإجتماعي – النشأة والتطور

المطلب الأول: تعريف القلق الاجتماعي:

يعرف القلق الاجتماعي "بأنه الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض فيها للمعني أن يتعامل أو يتفاعل فيها مع الآخرين، ويكون المعني فيها معرضا للنقد والتقييم فالسمة الأساسية الموجودة في القلق الاجتماعي هو الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من طرف الآخرين. (سامر جميل رضوان، 2001، ص 48).

القلق الاجتماعي" يتضح لهذا القلق من خلال استجابة خوف غير منطقية تحدث للفرد عند مواجهة الآخرين، أو من خلال التحدث والاتصال في مواقف التفاعل الاجتماعي، وتؤدي بالفرد إلى تجنب هذه المواقف لشعوره بأنه موضع تقييم ونقد من الآخرين. (الرشيدي وآخرون، 2001، ص515/ المنشاوي، 2011، ص320).

ويعرفه بريداج "جالينجار" بأنه اضطراب يصيب الأطفال والمراهقين الجد قلقين، ويظهر الاضطراب بشكل خاص أثناء مشاهدة أشخاص جدد، أو أثناء التكلم مع الآخرين. (bridage jamunger et autres 2010. P21).

كما يعرف بأنه "استجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب عند مواجهة الآخرين كالأقران والوالدين والمدرسين والجيران. (وحيد مصطفى كامل، 2004، ص33).

ويعرفه "محمد السيد عبد الرحمان" 1988: بأنه القدرة على المبادأة بالتفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية إزائهم وضبط الانفعالات في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يتناسب مع طبيعة الموقف. (محمد السيد عبد الرحمان، 1988، ص80).

تعريف أحمد عكاشة: هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين، مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. (أحمد عكاشة، دون سنة، ص217).

يعرفه "مايكل وآخرون" 1983: على أنه حالة من الإصرار العنيف والسلوك المخاوفي غير المعقول مع تجنب المواقف التي يتعرض فيها للنقد من الآخرين ويسبب هذا بتعرض الفرد للإحراج. (أمان أحمد محمد، 1994، ص27).

أما بالنسبة لتعريف "دافيد شاهيان": فهو الخوف من الخزي والارتباك في موقف اجتماعي عام وسرعان ما ينسحب المريض إلى أماكن آمنة، ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية من قبل تناول الطعام أو الشراب أو الكتابة بين الناس حيث يكون تحت الملاحظة أو مركز الاهتمام، وقد يفضل الوحدة بدلا من خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين. (حسين فايد، 2001، ص68).

تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) 1992:

تعرفه منظمة الصحة العالمية OMS على أنه اضطراب يبدأ غالبا في مرحلة المراهقة، ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين ويؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية، ويبدو في أعراض نفسية أو سلوكية أو فيسيولوجية، وتظهر في مواقف اجتماعية معينة. (محمد إبراهيم عيد، 2002، ص289).

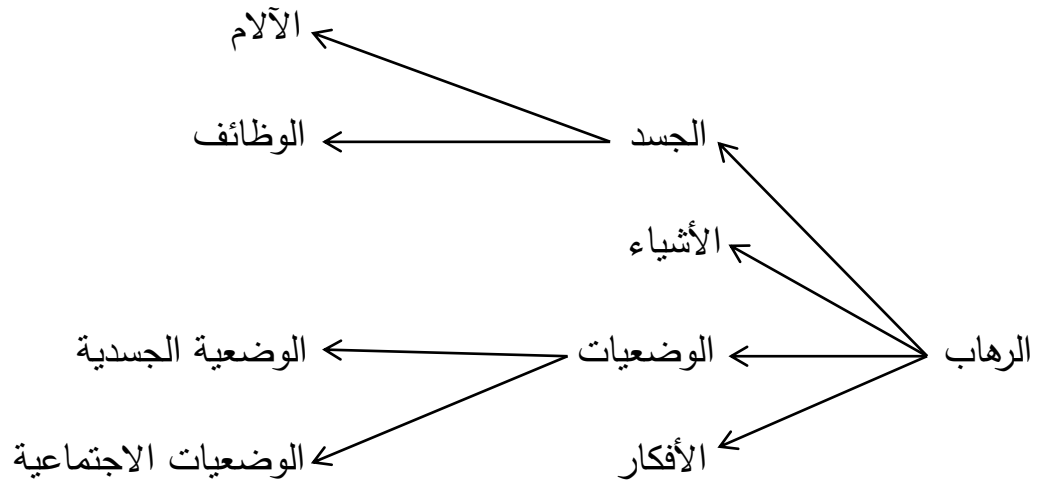
المطلب الثاني : السياق التاريخي للقلق الاجتماعي:

لا ينكر أحد بأن هناك اهتماما عالميا في مجال العاملين في حقل العلوم النفسية باضطراب الرهاب الاجتماعي (القلق الاجتماعي) حيث ظهر أول وصف لمفهوم القلق الاجتماعي في نهاية القرن التاسع عشر بعدما كانت هناك مصطلحات أخرى متداولة منها الخجل المرضي، والخوف من الاحمرار أمام الناس.

ويعتبر "جانية ganet" من أوائل الأطباء العقليين الذين اقترحوا لتقييم القلق ولا يزال تقسيمه يستعمل إلى حد الآن، ففي (1903) ذكر في أحد مؤلفاته والذي عنوانه "الوسواس الطب العقلي" حيث عرض فيه تصنيفا منظما للقلق وهو:

- رهاب الأشياء
- رهاب الوضعيات
- رهاب الأفكار
- الرهاب الجسدي

وبعد هذا التصنيف ظهر مفهوم الرهاب الاجتماعي مقترنا بمصطلح رهاب الوضعيات وهذا لأول مرة حسب "جانيه ganet" والشكل التالي يوضح ذلك:



(الرهاب الاجتماعي)

شكل رقم (1): يمثل تصنيف الرهاب حسب "Ganet".

وبالرغم من أن جانيه "Ganet" حدد الرهاب الاجتماعي سنة "1903" كمرض ضمن تصنيفات الرهاب، إلا أن اقتراحاته لم تأخذ بعين الاعتبار في الطب العقلي الفرنسي ولا الألماني وبعد ذلك أدخل الرهاب الاجتماعي كمفهوم عام في عصاب الرهاب بعدما كان يصنف ضمن اضطرابات الشخصية.

ومع ظهور تيار التحليل النفسي الذي بذل جهودا في وصف وتفسير الرهاب حيث فسر على أنه إسقاط للقلق والرغبات الممنوعة داخليا على المواضيع الخارجية، إلا أنه لم يضع تعريفا محددا للرهاب الاجتماعي، وإنما اكتفى بتصنيفه كنوع من أنواع الرهاب.

وفي سنة "1957" تم إعادة إدخال مفهوم الرهاب الاجتماعي من طرف الانجليزي ديكسون "discon" حيث نشر اختبارا يستطيع تقدير الرهاب الاجتماعي، هذا الاختبار يتكون من (26) عبارة وهو مزدوج الإجابة. (http//www.alryiadh.com/ contents/03-10-2003/Mainpage/SAH1791.php.26.10.2007).

أما بالنسبة للدليلين الإحصائيين التشخيصيين للأمراض الأولى (dsm1952) والثانية (dsm1965) التي تصدرها رابطة الطب النفسي الأمريكية للاضطرابات العقلية إلا أن الباحثين يذكرون أن الاهتمام بدراسة القلق الاجتماعي بدأ عندما نضر واطسون وفرند frinde et watson استبيانهما لقياس الضيق والتجنب الاجتماعي anddiste ress social avoidance عام 1969 وبعد ذلك ظهر العديد من الاستبيانات الأخرى لقياس القلق الاجتماعي والمفاهيم المتصلة به كالخجل والتحفظ الاجتماعي والارتباك وغيره. (قيمر سهام، 2016، ص51).

ولكن اهتمام علماء النفس بهذا النوع من القلق وفهمهم له تطور منذ أن تم إدراجه لأول مرة كفئة تشخيصية مستقلة ضمن الطبعة الثالثة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث (dsm.1980.3) للاضطرابات العقلية الصادرة من رابطة الطب النفسي الأمريكي، ومنذ ذلك التاريخ الصادر ينظر إلى القلق الاجتماعي على أنه حالة من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف اجتماعي واحد أو اثنين، وكشفت البحوث أن القلق يمثل مشكلة صحية نفسية شديدة يمكن أن تسبب ضعفا ووهنا قاسيا. (دابرا وبرج، 2002، ص230).

وفي عام "1985" نشر ليبورتز وآخرون مقالا بعنوان "الخوف الاجتماعي" نظرة عامة إلى اضطراب القلق المهمل، ومنذ ذلك الوقت بدأت الدراسات عن القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي تتزايد بشكل سريع. (النباء، 2006، ص293).

المطلب الثالث: النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي:

اختلفت وجهات نظر العلماء حول تفسير القلق منها كالتالي:

-تفسير نظرية التحليل االنفسي للقلق الاجتماعي:

يعتبر فرويد "Freud" من أوائل المتحدثين عن القلق وأن القلق عنده هو استجابة انفعالية أو خبرة مؤلمة، يمر بها الفرد وتصاحبه باستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقل مثل القلب والجهاز التنفسي... ، رأى فرويد في القلق إشارة إنذار للأنا حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها وغالبا ما يكون مصدرها رغبات مكبوتة أو خبرات عدوانية، أو حتى نزعات جنسية سبق للأنا أن كتبته في اللاشعور، إما أن تدافع عن نفسها وما يهددها من مخاطر وتبعده أما تتركه ليتراكم القلق حتى تقع الأنا صريعة للإنهيار العصبي. (عبد الغفار، 1976).

بالنسبة لأنصار الاتجاه الحديث ومنهم كارن هورني "K.horney" وآرك فروم "E.froumme" وستاك سولفن "S.sullivan" هؤلاء اهتموا بدراسة علاقة الفرد بالمجتمع معتبرين أن أي تهديد لهذه العلاقة يثير القلق، تشير هورني أن الطفل ينبع من نقص العطف والحنان في المرحلة الأولى من حياته، مما يؤدي به إلى إظهار الحقد والكراهية نحو الوالدين ونحو الأفراد الآخرين. (عباس، 1982، ص43).

-تفسير النظرية السلوكية للقلق الاجتماعي:

تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم ومكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، رغم وجود الاختلاف بين المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي إلا أنهما يشتركان في الرأي بأن القلق يرتبط بماضي الإنسان، وما واجهه في ماضيه من خبرات، ويشتركان في أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد، والاختلاف يظهر بين الاثنين في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد أن سبب القلق مصدره المجال الإدراكي وأن الفرد غير واعي بما يثيره القلق. (الكفافي، 1997، ص349).

فالسلوكيون يعتبرون القلق بمثابة استجابة خوف، نتيجة لخبرات سابقة فهو بمثابة استثارة تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير الاستجابة، غير أنها اكتسبت استجابة اعتبرت هذه الأخيرة خوفا، فالقلق استجابة

اشتراطية مكتسبة تستثار بمثير محايد، حيث يكتسب هذا المثير المحايد القدرة على استعداء القلق نتيجة اقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للقلق وفقا لعملية الاشتراط ولقوانين التعلم. (القريطي، 1998، ص130).

-تفسير النظرية المعرفية للقلق الاجتماعي:

ترى المدرسة المعرفية أن الشعور بالقلق يرجع لطريقة تفكير الفرد، حيث ينظر لذاته نظرة سلبية ويضخم نقاط ضعفه وتقصيره ويعطي اهتماما كبيرا لانطباعات الآخرين. (شاهين وجرادات، 2012، ص6).

كما تقوم النظرية المعرفية على فكرة أن الانفعالات التي يبديها الناس إنما هي نابحة عن طريقتهم في التفكير ولهذا فهي ركزت على عدم عقلانية التفكير وتشويش الواقع كأسباب أساسية للمرض النفسي فالنظرية المعرفية ترفض ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور مصدر للاضطراب النفسي وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية، حيث يرى "بيك" "beck" أن ردود الفعل الانفعالي ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية للمثير الخارجي وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي وقد ينتج عن ذلك عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية مما يتسبب في الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب القلق الاجتماعي، إذ يرى علماء النظريات المعرفية إلى أن الاضطراب السلوك هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية وفيما يتعلق بنشأة الاضطرابات النفسية العامة والقلق خاصة واستمرارها، فيعتبر نموذج "بيك" أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرا حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية "بيك". (فايد، 2001، ص31).

الفصل الثاني: الصورة الجسدية

المبحث الأول: ماهية الصورة الجسدية.

المطلب 1: تعريف الصورة الجسدية

المطلب 2: مكونات الصورة الجسدية

المطلب 3: فكرة المراهق عن جسده

المبحث الثاني: النمو الجسدي

المطلب 1: النمو الجسدي وعلاقته بنواحي النمو الأخرى

المطلب 2: اضطراب النمو الجسدي

المبحث الأول: ماهي الصورة الجسدية

تمهيد:

تعد صورة الجسد من المفاهيم الرئيسية في مجال علم النفس، لأنها تختص بالمثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو ما يبدوا عليه في الواقع، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليها مختصين في علم النفس ما يسمى بصورة الجسد.

المطلب الأول: مفهوم صورة الجسد: cl'image du corps

يعرفها علماء النفس على أنها:

- لفيشر وكليفلند ficher and cleveland 1958 الذي اعتبر صورة الجسد أنها صورة تمثل الكيان الذي يشير إلى الجسد كتجربة سيكولوجية، وهو مرتكز على عواطف وسلوكات الفرد بالنسبة لجسده وتشمل كل التجارب الشخصية للفرد والطريقة التي ينظم بها تلك التجارب، وحسب دولتو ماريت dolto marette 1961 هي تركيب حي في كل وقت حاضر، لكل تجاربنا العاطفية المتكررة والمعاشة عن طريق الأحاسيس الجنسية، المنتخبة البدائية الراهنة لأجسادنا إذ كل الحواس تساهم في تكوين صورة الجسد.
- أما شيلدر 1968 هو الآخر يعرف صورة الجسد بأنها صورة أجسادنا التي نكونها في أذهاننا، أي هي الطريقة التي نرى بها أجسادنا. (حمزاوي زهية، 2016-2017، ص 16-17).
- ويذكر "أنور الشبراوي" (2001) بأنها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البنيان، تتحدد هذه الصورة بعوامل: "شكل الجسم وتناسق هذه الأجزاء، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم والجانب الاجتماعي لصورة الجسم". (القاضي، 2009، ص36).
- ويشير أنجي "Angie" (2004) بأنها موقف واتجاه الإنسان خاصة الحجم والشكل والجمال، وتشير أيضا إلى تقييمات الأفراد وخبراتهم الانفعالية المتعلقة بصفاتهم الجسمية". (الأشرم، 2008، ص24).
- بالإضافة إلى أنها مجموعة التجارب النفسية والتي تشمل تقييم الأفكار والمعتقدات والأحاسيس والسلوكيات المرتبطة بالمظهر الجسدي على حد قول كاش (cash).

– ترى زينب الشقير (2005): صورة الجسد هي صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإبراز كفاءتها وما قد يصاحب ذلك من تنوع في المشاعر أو الاتجاهات السالبة أو الموجبة عن تلك الصورة الجسدية. (كاشف والأشرم، 2010، ص7).

– صورة الجسد هي تلك الصورة الذهنية (إيجابية أو سلبية، يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تطرأ على الفرد وتظهر على صاحباها على صورته، والأساس في تعريف صورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أي جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجسمي. (الدسوقي، 2006، ص16).

– كما تعرف صورة الجسد على التذكر الواعي لمدرك حسي كله أو بعضه في غياب المنبه الأصلي للحالة المثارة، أي استرجاع صورة منظر رآه الإنسان أو صوت سمعه وبذلك تكون الصورة في معناها العام هي التعبير عن تجربة "حسية" نقلت بطريقة البصر أو السمع أو الشم أو اللمس أو الذوق. (علي، 2017، ص167).

– أما بالنسبة للجسد فيعرفه "تايلور" على أنه ادراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره.

المطلب الأول: مكونات صورة الجسد:

يرى (كوتسمان Gottesman) أن صورة الجسم تشتمل على مكونين مهمين يتمثلان في الآتي:

المثال الجسمي: يعرف مثال الجسم على أنه: النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا مناسبا من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر الثقافة الفردية، فمفهوم لثقافة الفرد بالمثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة إلى صورة نحو جسمه، وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي، كما تحدده ثقافة الفرد من صورة الفرد الفعلية لجسمه يسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته أما تباعد مفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة، إذ تختل صورة الفرد عن ذاته ينخفض تقديره لها. (القاضي، 2009، ص45).

مفهوم الجسم: إذ يشمل هذا المفهوم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا على الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه إذ ترى "جيمسه Gremes" أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الجسم والحياة بصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى:

مكونات صورة الجسد:

تتكون صورة الجسد من ثلاثة مكونات أساسية تتمثل فيما يلي:

- مكون إدراكي: يشير إلى دقة ادراك الفرد لحجم جسمه.
- مكون ذاتي: يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال، أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسد.
- مكون سلوكي: يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسدي. (أحميدان، 2009، ص46).

المطلب الثالث: فكرة المراهق عن جسده:

تعتبر مرحلة المراهقة من مراحل النمو الحساسة نظرا لمحمل التغيرات الجسدية والنفسية التي تطرأ عليها، وتنعكس على المعاش النفسي للمراهق، حيث تهز كيانه وحياته التي اتسمت في فترة ماضية بالهدوء والاستقرار بينما كان الإنسان في تبعية واعتماد على الوالدين، أصبح الآن يعيش أحاسيس جديدة لم يعهدها من قبل، فيتغير الجسد والتفكير والميول والاتجاهات والحاجات، يتفاجئ المراهق بكل هذه التغيرات ويشعر وكأنه رجل والفتاة كأنها إمرأة، نتيجة للافرازات الهرمونية التي تتزامن مع فترة البلوغ، التي تشير فيه أحاسيس مغايرة تماما، فيجد نفسه وكأنه يكشف جسده لأول مرة، ويعيش تقلبات متتالية قد تكون مزعجة ومتناقضة.

فالمراهق يجد صعوبة أحيانا في التكيف مع هذه التغيرات الجسدية وكيفية التعامل معها وإدراكها بطريقة صحيحة، وبالتالي يعيش صراع يؤثر على استقراره الداخلي والخارجي.

كما سبق الذكر فإن سنوات البلوغ والمراهقة قاسية خاصة على صورة الجسم بسبب التغيرات التي تطرأ عليه، وأن عدم الرضا عن صورة الجسم المدرك قد يتأسس جيدا في الفترة التي يصل فيها الإنسان للمراهقة، وأن مستويات تقدير الذات والقلق والإكتئاب تتعلق إيجابيا بعدم الرضا عن صورة الجسم المدرك. (القاضي، 2009، ص41).

إذ يعلق المراهق أهمية كبيرة على جسمه النامي حيث ينظر إلى جسمه كمركز للذات ويصبح لديه حساسية شديدة للنقد فيما يتعلق بالتغيرات الجسمية، ويسهم الآخرون في نمو صورة الجسم، وإذ لاحظ المراهق أي انحراف في مظهره الشخصي عن المتوسط فإنه يبذل قصارى جهده لتصحيح الوضع، وإذ أخفق ينتابه الضيق والقلق وقد يؤدي ذلك إلى الانطواء والانسحاب من النشاط الاجتماعي خشية التعرض للتعليقات أو الشعور بالنقص. (محمود، 2011، ص94).

ويهتم المراهق بمظهر جسمه بعد أن يمر بفترة من الدهشة والاستغراب على جسمه في بداية المرحلة، فيبدأ في تقبل جسمه بشرط أن يكون هناك تناسق بين الطول والوزن، فهو حساس جدا لرأي الآخرين في قوامه وشكله كما يظهر في تعبيراتهم وملاحظاتهم وتهمهم لجسمه، ويظهر من ذلك أن المراهق يكون فكرة عن جسمه أو تصورا خاصا به يكون رمزا نفسيا لديه، وإذا كان المراهق يهتم بلفت الانتباه للجنس الآخر، فإن الجسم يلعب دورا رئيسيا في هذه العملية، فهو يريد أن يكون له جسم جذاب يحوز انتباه الجنس الآخر. (خليفة، 2005، ص81).

وبينما يمر الذكور بفترة قصيرة من عدم الرضا النسبي عن الجسد في بدايات المراهقة، إلا أن التغيرات الجسدية المصاحبة لهذا السن سريعا ما تصل بهم إلى الشكل المقارب لمثال الجسد الذكوري من حيث زيادة الطول وحجم العضلات وقوتها، وكل هذه التغيرات الجسدية في الحقيقة إنما توجههم ناحية الصورة المثالية المشهورة للبدن الذكوري التي تتميز بوجه عام بالكثير من المرونة والسماح بالاختلاف، أما البنات فدخولهن مرحلة المراهقة يعني حدوث تغيرات في جسدها، هي زيادة الوزن وتجمع الدهون في منطقة الفخذين والأرداف وبزوغ النهدين وزيادة الوزن والحجم، كل هذه التغيرات في الحقيقة هي بمثابة الابتعاد عن النموذج العصري المثالي للفتاة الجميلة، خاصة وأن النمو في هذه المرحلة يتسم أصلا بالاضطرابات وعدم الانتظام بالشكل الذي يجعل تطويعا للوفاء بمتطلبات النموذج المثالي لجسد البنت مستحيلا على الأقل في سنين المراهقة. (أبو هندي، 2003، www.maganin.com).

فكل إنسان لديه فكرة عن جسده أي صورة ذهنية عن جسده وشكله وهيئته وفي مرحلة المراهقة تبدأ التغيرات في شكل الجسم ويحاول المراهق أن يكتشف هذه التغيرات وتتبعها ويقارن نفسه بزملائه، إذ كان الشكل الجديد يحيد أن الصورة الذهنية المتكونة لدى المراهق عن جسده فإن ذلك يؤدي إلى القلق والإحباط واليأس عند المراهق أما إذا تطابق الشكل الجديد مع ما يريد أو مع صورة الجسد الذهنية اتصف المراهق بالثبات والاستقرار والاتزان، وهذا يأتي دور المربي سواء كان المعلم أو الوالدين في إقناع المراهق ومساعدته على تقبل جسده من خلال لفت انتباه إلى المميزات الموجودة لديه ودفعه لاستغلالها. (محروس، 1997، ص20-21).

المبحث الثاني: النمو الجسدي

المطلب الأول: النمو الجسدي وعلاقته بنواحي النمو الأخرى:

العلاقة بين الجسد والنفس:

بين أبو علي بن سينا (980-1037) في كتابه (القانون) أن الأفكار المتسلطة والغضب والشهرة والغم أو الكآبة والهجر والبكاء والأرق...، تؤدي كلها إلى خلل في نبض الإنسان وإلى علة في البدن وذكر "ابن سينا" في كتابه عن (تهذيب الأخلاق وتطهير الأعراق) أن سبب المرض الجسمي هو مرض أحد الجزئيين الشريفين في الإنسان، الدماغ (العقل والتفكير) والقلب (حيث كان يعتقد قديما أن القلب هو مقر العواطف والانفعالات) فإذا تغير حال الدماغ وبات الإنسان حزينا، كئيبا تغير وأصبح الإنسان عليلا. (فيصل محمد خير الزياد، 2009، ص23).

بالنسبة إلى "إبراهيم قشوش" (1989) لنتائج بعض الدراسات التي أجريت في مجال السيكولوجيا إلى أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية ومختلف أنواع الوظائف العقلية، فقد كان هناك علاقة بين طول القامة والذكاء في دراسة قام بها كل من بيلي (Bayley 1956) وشتلورث (shut leworth 1939) وتانر (tanrer 1962) فخبرات كل فرد تحيل إلى الاحتفاظ بالتوافق الذاتي، فالنفس تعتبر مستجيب لما يمكن أن يشعر به الفرد من حاجات عضوية وغير ذلك من حاجات تتصل عن قريب أو بعيد بالجانب الوراثي في حياته. (إبراهيم قشقوش، 1989، ص61).

النمو الوراثي:

تمثل الوراثة كل العوامل الذاتية التي كانت موجودة لدى الفرد قبل ولادته أي منذ بداية حياته الرحمية، وتشير قوانين الوراثة إلى أن ما نرثه هو مجموعة الإمكانيات التي تتضح فيما بعد إلى خصائص وراثية تميز جنسا عن آخر وتميز بين الأفراد من الجنس الواحد، مثال ذلك بذرة القمح التي تزرعها لتتفتح إمكانيتها فتخرج الأوراق والسيقان والسنابل شريطة توفر الظروف البيئية الملائمة لنموها، إن مثل هذه الإمكانيات الوراثية الكامنة في البويضة الأنثوية والحيوان المنوي تتحول بعد الإخصاب إلى خصائص وراثية لتخرج لنا مخلوقا جديدا، يحمل نفس الخصائص والصفات التي اتصف به آباؤه وأسلافه.

هذا وتؤثر الوراثة على النمو سلبا وإيجابيا، فمثلما نرث مستوى رفيعا من الذكاء قد نرث استعدادا لاستقطاب بعض الأمراض كالبول، السكري، أو العشي الليلي وقد نرث بنية جسمية قوية أو ضعيفة أو بشرة بيضاء أو صفراء أي نأخذ مما هو موجود لدى آبائنا وأسلافنا من خصائص وسمات، تؤثر الوراثة أيضا على سرعة النمو وتباطئه ونضجه أو قصوره ونوعه ومداه، وتنقل الخصائص الوراثية إلى الأجيال الجديدة عن طريق (الجنيات) التي تحملها الكرموزومات التي يحملها كل من الحيوان المنوي الذكري والبويضة الأنثوية وبعد اختراق الحيوان المنوي جدار البويضة والتصاق نواته بنواتها تصبح بويضة مخصبة تحمل صفات كل من الأب والأم والأجداد، وتتفاعل هذه الموروثات مع بعض لتنتج صفات جديدة قد تختلف بعضها عن تلك التي يتميز بها الآباء والأمهات. (محمد عبد الله وآخرون، 2014-2015، ص22).

إذ الكشف عن المخزون الوراثي البشري ربما يتيح الفرصة لكشف الخلل الوراثي المسبب لبعض الأمراض ومن ثم اكتشاف علاج لها كبعض الأمراض السرطانية وأمراض القلب والكلى وارتفاع ضغط الدم والسكري والزهيمر وغيرها، غير أن هذه التعرية لأسرار التكوين البشري لا تخلو من المخاطر فقد تتيح الفرصة إلى الشروع في إعادة تصميم هذا المخلوق الذي كرمه الله سبحانه وتعالى على سائر خلقة وذلك عن طريق مجين معدل يغير من المواصفات العالية للإنسان لتحقيق الأحلام النازية، هذه الاكتشافات تؤدي إلى معرفة المخازين الوراثية وكيفية خلطها مع أخريات (مخزون وراثي إنساني خلط مع مخزون وراثي لمخلوقات أخرى) هذا ما يؤدي إلى تغيير البنية الجسدية والعقلية، فموقف الإسلام من هذا المنطلق يظهر في قوله سبحانه وتعالى وهذا على نبينا محمد صلى الله عليه وسلم هي كلمة (اقرأ) قال الله تعال "اقرأ باسم ربك الذي خلق، خلق الإنسان من علق" وقال أيضا "ولقد ذرأنا لجهنم كثيرا من الجن والإنس لهم قلوب لا يفقهون بها ولهم أعين لا يبصرون بها ولهم آذان لا يسمعون بها أولئك كالأنعام بل هم أضل أولئك هم الغافلون". 1-سورة العلق الآيتان 1،2

2-سورة الأعراف الآية179.

النمو الجسدي وعلاقته بنمط الشخصية:

بنية الجسم أو الشكل الخارجي له، هو التركيب البدني الظاهر لجسم الإنسان ونمط العلاقات بين مختلف أعضائه، وهو يقاس كميا بدقة وتحدده معاملات متعددة.

وعلاقة بنية الجسم بالشخصية وبالاستعداد للإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والعضوية مشكلة قديمة جدا، منذ ألفي عام قام "جالينوس" بوضع نظرية الأمزجة، وكان قد سبقه "أيقراط" عام 430 ق.م في ذكر أمزجة الجسم الأربعة (الدم، البلغم والصفراء، والسوداء) وكان "جالينوس" أول من ربط بين الفروق الشخصية والفروق في الأمزجة. (عبد العزيز القوصي، 1952، ص32).

- فالدم: تفرزه الكبد
- البلغم: تفرزه الرئتان
- الصفراء: المرارة
- السوداء: الطحال

فسيادة أحدهما على الآخر يحدد نمط الشخصية وتحدد مزاجه كالتالي:

1- النمط الدموي: متفائل، نشط، سهل الاستشارة، سريع الاستجابة.

2- النمط البلغمي: خامل، بليد، متلبد الانفعال، فاتر، بارد.

3- النمط الصفراوي: سريع الانفعال، غضوب، عنيد.

4- النمط السوداوي: متشائم، منطوي، مكتئب، هابط النشاط.

فالشخص الصحيح نفسيا هو الذي يكون عنده توازن بين الأمزجة الأربعة. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص54).

كما درس الطبيب النفسي الألماني ارنست كرتشمر E-Kreschem (1922) علاقة البنية بالأمراض العقلية، فظهرت علاقة البنية بالأمراض العقلية، فظهرت علاقة بين البنية المكتنزة كل من الشخصية الدورية والذهان الهوس/الإكتئاب، وكذلك بين البنية النحيلة وكل من الشخصية المنفصمة ومرضى الفصام. (أحمد محمد عبد الخالق، 1983، ص62). وهذا بعد فحص 400 من المرضى النفسيين، توصل "كريتشمر" إلى أن 91.2% من النمط الرياضي فصاميون و8.8% ذو ذهان الهوس الاكتئابي، أما النمط البدين 6.5% فصاميون و93.5% ذهان الهوس الاكتئابي.

وبعد دراسات كريتشمر هذه، حاول عالم النفس الأمريكي "ويليم شيلدون z.sheldon عام (1942) أن يربط الجسم بالسلوك العقلي وكان هو الأول الذي يضع تصنيفات للبدن والمزاج. (محمد قاسم عبد الله، 2009، ص207).

قام هذا الأخير بفحص بنية الجسم بطريقة مثابرة هي التصوير الفوتوغرافي في المقنن في حالة العري، وكشف بحوثه عن علاقة بين بنية الجسم وكل من الشخصية والمرضى العقلي. (أحمد محمد عبد الخالق، ص62).

المطلب الثاني: اضطراب النمو الجسدي:

صورة الجسم هي ببساطة فكرة الشخص أو الفرد عن خصائصه وقدراته الصحية، البدنية أو العضوية، فصورة الجسم لا تعني فقط فكرة الإنسان عن مظهره ولكنها قد تمتد أيضا كي تضم معاني أخرى مثل مدى إدراكه أو تقديره لقوته وحجم جسمه وقدراته على ضبط أعصابه والتعبير عن انفعالاته، ومقياس الذكور إذا ما كان الشخص رجلا أو الأنوثة إذا ما كانت امرأة كما تشمل صورة الجسم أيضا تصور الشخص لما يتمتع به من صحة أو مقدار ما يعانيه من مرض والشخص الذي يحتفظ بصورة معقولة لصحته تبعث على شعوره بالأمن والاستقرار، يقاوم إلى حد ما يشعر من تغيرات عضوية بسبب المرض أو التقدم في السن أو الإصابة كما أنه لا يظهر اهتماما أكثر من اللازم بصحته أما الذين هم عرضة للوهم المرضي فهم عادة ما يبدون قلقا نحو المرض الجسمي سواء كان متخيلا أو موجودا فهم منشغلون دائما بكيفية التخلص من هذا المرض.

فتوهم المرض العضوي قد ينشأ لدى الأشخاص المصابين ببعض الأمراض النفسية وبخاصة مرض الاضطراب الوهمي. (عطية، 2003، ص53).

الفصل الرابع: القلق الاجتماعي وعلاقته بالصورة الجسدية.

المبحث الأول: القلق الاجتماعي والتشوه الظاهري

المطلب 1: تشوه الأعضاء (الحروق، والبتر)

المطلب 2: الكفيف

المبحث الثاني: القلق الاجتماعي والتشوه الخفي

المطلب 1: الأمراض المزمنة

المطلب 2: الصم والبكم

المبحث الأول: القلق الإجتماعي والتشوه الظاهري

المطلب الأول: تشوه الأعضاء:

1/ الحروق:

تمهيد:

إن الإنسان يصادف في حياته اليومية العديد من الصعوبات والكوارث منها العابرة التي لا تؤثر بشخصيته ومنها الصادمة التي تكون منبع حزن واكتئاب وقد تشكل جرحا مؤلما في شخصيته خلال مراحل عمره، كالحروق التي هي ظاهرة شائعة الحدث في أغلب الأوقات والتي هي من أشد الاعتداءات الخارجية الخطرة على عضوية الإنسان مما تؤدي إلى عدم الرضا عن جسمه وهدم ما يفقده الثقة بنفسه ودخوله عالم الانعزال والاكتئاب.

تعريف الجلد:

يعد الجلد الغطاء الخارجي الذي يغلق جسم الإنسان، أو هو الغلاف الذي يحمي الجسد من الاعتداءات الخارجية، يمكن التعرف على الآخر، يمكن وصفه كناقل اجتماعي (véhicule social)، يتصل بعضلات الجسم التي تقع تحته بواسطة نسيج ضام، كما يتصل مباشرة مع البيئة ويتلقى المثيرات الخارجية من حرارة، برودة وضغط فيحتفظ الجلد بآثار الاعتداءات الخارجية من خلال الندب (cicatrice). (http://www.webteb.com).

1- التشوهات الجلدية:

تمثل التشوهات عائقا خطيرا للحياة الناجحة ويزداد الأمر خطورة لدى الأفراد متشوهي الوجه وذلك بسبب الدور الهام الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية، مقارنة بمجالات التشوه الأخرى كالمعاقين حركيا أو بصريا أو سمعيا، إذ لابد من وضع دراسات تهتم بالجوانب النفسية لهم أو الاهتمام بإعداد برامج تأهيل وإرشاد أو علاج نفسي لهؤلاء المتشوهين.

فالتشوه هو انحراف لأي من أجزاء الجسم عامة من الشكل أو الحجم الطبيعي له مما ينتج عنه تشوه أو تغير في هذا الجزء، وقد يكون التشوه مكتسبا أو خلقي، أو هو تلف جزء معين من الجسم الإنساني. (زينب محمد شقير، 2005، ص286).

2- تعريف الحرق:

هي أي تلف في طباق الجلد سواء كانت بسبب حرارة شديدة (مثل النار) أو برودة شديدة (مثل الثلج). (pttp://www.grcs.arg/arabic).

وتعرف أيضا بأنها الضرر الناتج في الأنسجة والجلد نتيجة التعرض لعوامل خارجية أو هو الإصابة الحرارية للأنسجة مما يؤدي إلى تخثر تلك الأنسجة وهذه العوامل قد تكون عوامل فيزيائية مثل التعرض المستمر لأشعة الشمس، الماء، النار، الصعق الكهربائي، وغيرها من عوامل أخرى والكيميائية مثل: المواد الحامة القاعدية الشديدة وغيرها. (ch:ehinardi ¨larget¨ les brulures¨ massou.1995).

3- أسباب الحروق:

من بين الأسباب التي تؤدي إلى الحروق نذكر منها البعض كالتالي:

1/ التأكد من التمديدات الكهربائية داخل المنزل:

- عدم تحميل الدائرة الكهربائية أكثر من قدرتها.
- فحص المواقد والأدوات الكهربائية المستعملة في المنزل.
- شحنات الكهرباء الساخنة مثل حركة الأحزمة الدوارة.

2/ الاشتغال الذاتي:

- المحاصيل الزراعية الجافة.
- الفحم يسبب التآكل السريع للغلاف الخارجي للهضم.
- التفاعلات الكميائية.

3/ الحريق العمدي:

- هدف الانتقام.
- الحصول على مبالغ التأمين.
- حب الظهور والجنون.

4/ نقل الحرارة:

- وجود المواد القابلة للاشتعال بالقرب من مصدر الحرارة.
- احتراق بعض المواد بفعل حرارة المصابيح.
- توهج بعض المواد. (أمل البكري، 2002، ص290-291).

4- انعكاساتها المختلفة:

1-الانعكاسات الجسمية: مهما كانت طبيعة الحروق فإن كل تلف تنجم عنه تعقيدات فسيولوجية هامة، منها خلل هيدروالكتروني (hydro-electrolytique) يتمثل في اضطراب حركة المياه والالكترونيات (بوتاسيوم، صوديوم، مغنزيوم...) داخل الجسم ويكون مسيطرا خلال 72 ساعة، وهي ظواهر قاسية خلال الساعات الأولى التابعة للحروق.

2-التشوهات والندب: تتمثل في الندب والتشوهات التي تخلفها الحروق بحيث أن الندب تجعل المنطقة المصابة مخالفة للطبيعة الجسدية الأولى للفرد تظم هذه الندب عدة أشكال منها: (الاختلالات في لون الجلد، الإنكماشات الجلدية...). (goucdar, 1991, P57-58).

3-الانعكاسات النفسية: للحروق صدمة نفسية وجسدية معتبرة تحمل مظاهر مختلفة من الاضطرابات والانفعالات النفسية يمكن تمييز أربع مراحل لردود الفعل التي يبديها أي مصاب:

- **المرحلة الأولى (حالة الصدمة):**

تعد الحالة الأولى من بين الصعوبات التي يواجهها المصاب والتي تظهر خلال أيام الإصابة والتي من خلالها يتولد ضغط كبير لدى المصاب فينخلق لديه حالة من القلق فأمام بعض الأخطار الحيوية الكبيرة كضيق التنفس، التسمم الدموي الجرثومي، النزيف الدموي... فإذا كان مستوى الحرق أكثر من 7% مساحة الجلد فيصبح خطر الموت معتبرا.

في هذه المرحلة يجد الحروق نفسه في مواجهة الآلام المستمرة والتي تعزز مع إحساسه المتواصل بالاعتداء عليه عن طريق التداخلات الطبية المختلفة خصوصا عند عملية التضميد، ما يتوضح أن الخصوصية العلاجية للمصروفين تفرض عزلهم في مصلحة مغلقة مما تجعلهم في حالة قلق حاد، في هذه الفترة يبعث المصاب لنكوص الوضعيات الطفيلية السابقة في تعامله مع الجسد. (Anziend 1995. P229).

فالنية للشخص المصاب بالقلق، وحدته الجسدية والألم الناتج عن الخوف من الآثار الجسمية القبيحة ينشط دون انقطاع، إضافة لإعادة معايشته المستمرة للحادث، يؤدي إلى حالة القلق وإلى حزن وبكاء عند المصاب وما نلاحظه عند الكبار المحروق اضطراب الوعي مع هيجان نفسي حركي وهلوسات مستمرة وتكون بعض الأحيان اضطهادية، وهذا ما يظهر على المصابين التفاوت في شدة القلق باعتبار عامل الحروق من المجموعات المرضية. (tubina et baux 1976. P3).

- **المرحلة الحادة:**

تظهر في هذه المرحلة علامات من الألم والقل الحاديين، وذلك عند اكتشاف المحروق شيئا فشيئا إصابته وحدة حروقه الجسدية، بحيث تظهر عليه علامات التبديل والتغيير الجسدي التي تجعله يعيش في حالة غضب وإنكار، فبداية وعي المصاب بالتشوه يبدأ بالغضب ولوم نفسه على ذلك بإبراز ردود فعلية حول شكل جسده، يمكن يتعدى هذا الشعور العائلة، فالمصاب يظهر عليه الأنكار لجسده ولذاته وعدم الرغبة في التعرف على جسده المصاب أو المشوه خاصة إذا كانت الإصابة متمركزة على الوجه أو الأعضاء الظاهرة، فيخاف من البشاعة وآثارها.

- **مرحلة بداية الاندماج:**

تظهر في هذه المرحلة بداية تطور الاندماج عكس المرحلة الحادة التي يشعر المحروق من خلالها بالتفكير السلبي بعدم الشفاء، فالمرحلة الاندماجية تبدأ شيئا فشيئا مرحلة من العظمة، تجعل المصاب بعيدا عن الواقع يأمل من خلالها الرجوع إلى الصورة الألى والتحلي بالقوة.

- **مرحلة الاكتئاب:**

تتعلق هذه المرحلة بالأيام التي تسبق الخروج من مصلحة الاستشفاء، وبعدها يتم الاندماج التام، هنا يتدخل الواقع فيكتشف المصاب أن الاندماج لا يعني استعادة الجلد لحالته الأصلية وبالتالي يظهر الخوف على فقدان الصورة الأولى للشخص، فالشخص المصاب يرى نفسه حالة احتقار وشفقة من طرف الآخرين خاصة إذا كان موضوع الحروق والندبات متموضعة في مناطق أكثر عرضة للأنظار بالإضافة إلى نقص ملحوظ في شخصيته مع أرق كلي في النوم وبالتالي الإصابة بالوسواس والقلق.

ومن الأعراض الهامة التي تظهر أيضا عند المحروقين هو بقاء الخوف من النار أو تذكر الحادثة، بالإضافة إلى عدم استعاب الصورة الجديدة فنجدهم يتموضعون في سياق اكتئابي يجذبهم نحو العزلة والابتعاد عن الآخرين. (giacalone1991. P31).

ليس من الضروري مرور جميع المصابين بكل هذه المراحل النفسية ولا بنفس الترتيب ولكن بشكل عام تحتاج عملية الارصان والتوجيه بدءا من الصدمة حتى القبول الكامل إلى تبلور تدريجي حتى يتم تقبل الحالة.

2/ البتر ومضاعفاته النفسية والجسمية:

تمهيد:

يعتبر البتر من الإعاقات الجسمية والحركية الناتجة عن أمراض وحوادث وما يتركه من آثار وإصابات على مستوى الهيكل العظمي لدى الإنسان، والبتر كحالة يترك للفرد آثار وأضرار على المستوى الجسمي والنفسي وحتى الاجتماعي.

1-تعريف البتر:

لمصطلح البتر عدة تعاريف مختلفة منها التعريف الذي قدمه "رينس" "rainas" (1995): أنه حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات أو الجراحة والحروب، أو غياب بعض الأطراف لأسباب خلقية تحدث عند ولادة رضيع بدون أحد أطرافه السفلية أو العلوية أو سفلية وعلوية معا.

ويعرف البتر بأنه قطع لجزء من الأطراف أو الأصابع، ولا يمكننا أن نطلق ذلك على عضو داخل الجسم مثل الكبد أو الأمعاء لأنه يسمى استئصال. (ظاهر، 2017، ص41).

وهناك تعريفات أخرى أيضا:

- فقد الإنسان لطرف أو أكثر من أطرافه العليا والسفلى.
- فقد جزئي أو كلي أو أكثر من أطراف الإنسان أو هو حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها.

وفي وصف "عبد السلام" بأنه حالة من العجز الجسمي تحدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته. (عبد السلام وآخرون، 1997، ص52).

2-أسباب البتر:

زادت مشكلة البتر عن ذي قبل نظرا لزيادة التصنيع وزيادة الحوادث المرورية والطرق وكذلك هناك أسباب أخرى المؤدية إلى البتر منها:

- حوادث الطرق.
- حوادث الملاعب.
- حوادث الحرائق.
- حوادث السقوط.
- الإصابات في ميادين القتال والحروب نتيجة تفجر الألقام الأرضية.
- الكوارث الطبيعية مثل الزلازل والبراكين.
- الأورام والأمراض الخبيثة مثل: السرطانات في مرحلة متقدمة مما يتطلب التدخل الجراحي لبتر العضو للمحافظة على حسد الإنسان من انتشار المرض.

فالبتر له أسباب عديدة لا يمكن حصرها في زاوية واحدة ونذكر منها أيضا:

- عدم وصول الدم الكافي بشكل جزئي أو كلي للطرف.
- فقد الإحساس أو الحركة بالعضو نتيجة إصابة العصب.
- عدم التمكن النهائي من العلاج كالإصابات بالأورام الخبيثة أحيانا.

- التشوهات الخلقية كعدم نموا أجزاء جسم الجنين. (أبو النصر، ص 108-109).

3-مشكلات البتر (انعكاساته):

1/ المشكلات النفسية: هناك العديد من المشكلات النفسية السلبية التي تؤثر على المبتور وعلى المحيط وتوافقه معه ونذكر:

- الشعور بالخوف من التخدير ومن نتائج الجراحة.
- رفض المبتور لذاته الجديدة ومقاومته لواقعه الجديد.
- الشعور بالنقص.
- الشعور بالكآبة والنقص والذنب وذلك نتيجة البتر، كما تتغير مشاعره اتجاه جسمه.
- ميل المصاب بالبتر للنكوص لسلوك الاعتماد على الغير.
- العزلة والانطواء وذلك بالهرب من العالم المؤلم الذي يثير قلقه وتوتره كالتعويض والإسقاط والأنكار. (أبو النصر، ص111).

2/ **المشكلات الجسمية:**

في هذا المستوى يجد المبتور نفسه في حالة قلق واكتئاب ويتعرض لآلام عادة ما تكون ذات نوعين، الأول يرتبط بالآلام التي تحدث في موقع البتر، أي على مستوى نهاية الطرف، مما ينتج عليها تعقيدات، أما النوع الثاني فهو مرتبط عادة بما يسمى (الطرف الشبح) ويعرف هذا الأخير الذي يظهر مبكرا ومباشرة بعد حدوث البتر، عن إحساس المبتور بالطرف الذي تم بتره، أما آلامه فهي تعبر عن مجموعة الآلام التي يمكن أن يحس بها المبتور في الطرف الذي تم بتره، لطرف الشبح آثار عديدة ومتلازمة التعقيد تتكون من عدة أحاسيس (تشنجات، انقباضات، نبضات كهربائية) وقد تختفي أو تظهر عدة مرات وقد تستمر لأسابيع أو شهر. (شادلي، 2016، ص193).

3-المشكلات الاجتماعية:

عادة ما نجد الإنسان مضطرب في علاقاته مع محيطه وداخل الأسرة وخارجها وهذه المشكلات تنقص من أدائه ودوره الاجتماعي أو يمكن أن تسميه بسوء التكيف مع المحيط الخارجي الاجتماعي الخاص بكل فرد ويتم اختصارها في:

- مشكلات أسرية.
- مشكلات العمل.
- مشكلات اقتصادية.
- مشكلات العلاقات الاجتماعية. (أبو القمصان، 2016، ص51).

من خلال ما سبق والتعرف على المشكلات وآثار البتر على الإنسان نتطرق إلى التعرف على مراحل الردود التي تظهر على الإنسان خلال عملية البتر فيما يلي:

4-المراحل الناتجة عن البتر:

1/مرحلة الإنكار: يقول (كوهت 1985kohout) غالبا ما تتمثل ردود الفعل لدى هؤلاء الأشخاص في الإنكار والرفض لما حدث، وذلك نتيجة إخباره لتعرضه للبتر من إحدى أطرافه، مما يؤدي إلى المبتور الرفض لصورة جسمه الحالية، وذلك لإدراكه أن وضع البتر نهائي لا يمكن العودة فيه، ينتج عن الإنكار فهم الإنسان للواقع والحقائق المؤلمة، ويوجد بعض الحالات من المبتورين يتقبلون حالاتهم ولكن تستمر معهم حالة الإنكار من الحين إلى الآخر، كما يمكنه أن يهرب من الواقع وينكر شدة إعاقته ومدى تأثيرها سلبا عليه.

2/**مرحلة الغضب:** في هذه المرحلة يزداد غضب المبتورين نظرا لاضطراب خططهم الحياتية، لدرجة أنهم يوجهون الكراهية نحو الأفراد الذين يتمتعون بحياتهم في ظل جسد سوي وسليم.

بحيث يكون الفرد في هذه الحالة صعب السلوك ويميل إلى العدوانية، وإلى خلق المشاكل سواء إلى العائلة أو الطاقم الطبي، الذي يتعامل معه، وذلك من أجل التعبير عن مشاكله السلبية نحو جسده الجديد، وكذلك يتعرض المبتور إلى الشعور برفض الأفراد والمحيد والبيئة التي من حوله مما يتولد لديه مشاعر سلبية متمنكة في الغضب الذي يكون بمثابة هجوم شخصي على الأفراد المحيطين.

3/**مرحلة المساومة:** يتولد لدى الأفراد المبتورين رغبة في تأجيل العودة إلى روتين الحياة العادية ورغبة في أن يمكث فترة الحلول في المستشفى، كما يظهر المبتور رغبة ملحة في الشفاء أو يتمنى عودة جزئه المفقود من جسمه، ويدفع أي ثمن من أجل رجوع جسده كما كان من قبل.

4/مرحلة الاكتئاب: اعتراف المبتور بواقعه الجديد يدفعه إلى عدم إنكار إعاقته والواقع الذي لا يمكن أن يتغير، فتحل محله الاكتئاب محل مشاعر الغضب والإحباط.

5/مرحلة التقبل: تتحقق في هذه المرحلة قدرة الفرد على التكيف واستخدام الآليات وقبول الواقع الجديد دون غضب أو رفض. (أبو القمصان، 2016، ص44-45).

المطلب الثاني : الإعاقة البصرية (الكفيف):

تعريف الإعاقة البصرية:

عرفها "عطية" وآخرون (2001) من عدة جوانب ولعل من أهم هذه الجوانب هما الجانبان الطبي والاجتماعي، فقد عرف الجانب الطبي الإعاقة البصرية على أنها: "الحالة التي يفقد فيها الفرد قدرته على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين" كما أن الإعاقة البصرية تقسم إلى عدة أقسام سواء كانت من الجوانب الطبية أو الاجتماعية أو القانونية، فتعرف على أنها: "الشخص الذي يكون مجاله البصري أقل من 20 درجة قطريا بغض النظر عن حدة البصارة ضمن مجاله البصري المتبقي". (عطية، 2001، ص107-108).

أما الإعاقة البصرية من الناحية التربوية فتعرف "الكفيف": الشخص الذي لا يستطيع الرؤية أي أنه فقد القدرة على الرؤية بشكل كامل أو الشخص الذي لا يمكنه إدراك الضوء فقط (1)، ومن أجل ذلك يتعين عليه استخدام الحواس الأخرى حتى تساعده على عملية التعلم (2). (عبد العزيز، 2008، ص352، وفهمي، 2001، ص107).

من الناحية الطبية: هو ذلك الفرد الذي لديه مشكلات في حدة الإبصار أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة عن أبعاد معينة مثل قراءة الأحرف والأرقام والرموز. (الحديدي، 2002، ص77).

أسباب الإعاقة البصرية:

يرجع عبد العزيز الإعاقة البصرية وأسبابها إلى العوامل الوراثية التي تلعب دورا كبيرا في ظهور الإعاقة وذلك في ما قبل الولادة أو قد تتأخر في الظهور في مرحلة المراهقة وسن الرشد نذكر منها:

- حدوث ثقب في شبكة العين ومن الأعراض لهذه الحالة الضعف في مجال الرؤيا والآلام الشديدة والضوء الومضي الخاطف.
- مرض السكري الذي يحدث خلل في الشبكة ويسبب النزيف الذي قد يؤدي إلى العمى.
- الماء الأسود: ويؤدي ظهوره إلى عدم وصول الدم إلى الشبكية وبالتالي يؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وفي مرحلة متقدمة يؤدي إلى العمى.
- المياه السوداء الولادية: وتكون موجودة لدى الأطفال منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل.
- الماء الأبيض: يؤدي الماء الأبيض إلى عدم القدرة على الرؤيا وهو يصيب كبار السن وقد يحدث مبكرا لأسباب وراثية مثل الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقة البصرية كالحصبة الألمانية. (عبد العزيز، 2008، ص353-356).

وهناك أسباب أخرى على حد قول فهمي من ناحيتين هما:

- عوامل ما قبل الولادة: وهي العوامل التي تكون جنية أو العوامل التي تحدث أثناء الحمل وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة وضعيفة على العوامل الوراثية والأمر لايزال يتطلب مزيدا من البحوث في هذا الميدان وهذا يتناقض بشكل كامل عنا ذكر في "عبد العزيز" سابقا.
- عوامل أثناء الولادة: من أمثلة هذه العوامل مرض الأم بأمراض مثل (السيلان) الذي قد يؤثر على الوليد، حيث أنها تعرض عيون الأطفال إلى العدوى أثناء عملية الولادة، كذلك فإن الأطفال الذين يولدون قبل اكتمال 9 أشهر من الحمل يؤدي ذلك إلى عدم اكتمال نمو العينين لديهم. (فهمي، 2005، ص111-112).

خلاصة:

إن الإعاقة البصرية تعتبر إعاقة حسية تصيب القدرة على الأبصار ولها أسباب مختلفة من أسباب بيئية وجينية، تؤدي إلى إصابة الفرد بضعف في الأبصار وصولا إلى العمى الكلي، وتؤدي هذه الإعاقة إلى مميزات نتيجة تأثيرها على النمو، التعلم واكتساب الخبرات، وتؤدي إلى عراقيل مختلفة.

المبحث الثاني: القلق الاجتماعي والتشوه الخلقي

المطلب الأول :الأمراض المزمنة:

تعد الأمراض المزمنة من الحالات المرضية الدائمة أو طويلة الأمد في آثارها أو تأتي مع الوقت ويتقدم بشكل بطيء.

فالمرض المزمن غالبا ما يستمر لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن المرض المزمن لا ينتقل من شخص لآخر.

يعتبر المرض المزمن هو المسؤول عن 60% من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم تحدث 80% من وفيات الأمراض المزمنة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل فيتعدد في أنواعه نذكر منها:

- التهاب المفاصل.
- أمراض القلب والأوعية الدموية.
- أمراض الجهاز التنفسي.
- الصرع (النوبات المتكررة).
- السمنة وارتفاع الدهنيات.
- الفشل الكلوي.
- السرطان.
- السكر.

ومن هذه الأنواع نتعرف على الأمراض المزمنة: كالسكري والسرطان.... nttp://www.altibbi.com.

1/ السرطان:

تمهيد:

السرطان مرض منتسر في جميع أنحاء العالم، فهو يعتبر من أشيع الأمراض وأخطارها، وهو يصيب كل المراحل العمرية عند الإنسان، فكلمة سرطان عند الكثير من الأفراد تعني الموت، لأنه أصبح صداعا مرعبا بالنسبة لهم، بحيث يعتبر خطرا يهدد حياتهم، ولم يتم التوصل إلى علاج رادع ونهائي لهذا المرض ومنه يختصر تعريفه في:

1-تعريف السرطان:

هو احدى الأورام الخبيثة والتي هي مشتقة من اللاتينية CRAB وتعني السرطان أما كلمة "cancer" بالانجلزية، مشتقة من اللاتينية "karkinos" وتعني السرطان، والتي ترمز بمختلف مميزات هذا الحيوان. (سعادي، 2009، ص29).

"فالسرطان هو مرض تتكاثر فيه الخلايا دون ضبط أو نظام، ويتلف النسيج السليم ويعرض الحياة للخطر، فهو المرض الرئيسي الذي يسبب الموت في العديد من دول العالم، يصيب معظم أنواع الحيوانات والنباتات وبالأخص البشر. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص225).

"هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن مائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة وينجم السرطان من خلل في المادة الوراثية ADN، التي تتمثل في خلايا الإنسان المسؤولة عن السيطرة عن نموا الخلايا وتكاثره، فهي تنشأ بشكل بطيء ومنظم، لكن حالة السرطان يحدث من خلال خلايا المادة الوراثية (ADN) مما يؤدي إلى نموه وانتشاره. (قواجلية، 2013، ص42).

2-تصنيفات السرطان:

يصنف السرطان إلى نوعين من الأورام: الأورام الحميدة، والأورام الخبيثة.

2-1: الورم الحميد: هو الورم الذي لا تنتشر خلاياه إلى أجزاء أخرى من الجسم، ولكن إذا استمرت هذه الخلايا في النمو في الموقع الأصلي فإنها قد تؤدي إلى ضغط على الأعضاء المحيطة بها. (حوري، 2010، ص7).

كما يطلق عليه التورم في النيج الأصلي فقط وهذا النوع من التورم يمكن إزالته بسهولة دون تعرض المريض إلى خطر عودته، فالوفيات معظمها تعزي إلى الأنواع الثلاث التالية:

- سرطان الرئة.
- سرطان الأمعاء الغليظ.
- سرطان الثدي. (رضوان، 2003، ص106).

2-2- الورم الخبيث: هو الورم السرطاني الذي يمكن انتشاره والمركب من خلايا لديها القدرة إلى الانتشار من جزء إلى آخر، ومن دون تلقي العلاج يمكن لهذه الخلايا أن تخترق الأنسجة الأخرى وتدمرها. (حوري، 2010، ص7).

أسباب السرطان:

قبل أن نقوم بتحديد الأسباب المؤدية إلى السرطان، يجب التعرف على السبب الرئيسي المؤدي إلى التسرطن (السرطان)، فهو أي شيء يمكن أن يسبب السرطان أي أنه أي مادة تسبب السرطان.

هناك عوامل معروفة تؤدي إلى حدوث السرطان سنقوم بعرض البعض منها فيما يلي:

- عوامل وراثية.
- عوامل كيميائية.
- عوامل نفسية.
- عوامل متعلقة بالبيئة والموارد المسرطنة. (ساندي، 2006، ص13).

1-العوامل الوراثية: من المعروف أن حالات السرطان تكثر في بعض العائلات، ولذلك نلاحظ أنه من المهم معرفة الحالات السرطانية التي شخصت بحالة المريض مسبق.

فالسرطانات تحدث بنسبة مرتفعة بين الأقارب بأكثر نسب من العادية وتصيب الثدي والقولون، وبذلك توصل العلماء أن بعض الأشخاص يرثون الاستعداد لتشكيل نوع معين من السرطانات، ولكن تم التأكد فقط من أنماط معينة من السرطانات واعتبرت وراثية، منها ورم الشبكية وهو سرطان نادر يصيب العين، بحيث وجد العلماء دليلا على أن الشخص يرث الجينات الضرورية للنمو الابتدائي للأنسجة والتي تتمحور وتسبب السرطان في مرحلة متأخرة، وتدعى هذه الجنيات (مكونات الأورام) وتصبح عادة غير ناشطة عند البالغين، فالمواد الكيميائية يمكن تنشيطها والعوامل الأخرى كذلك. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص230-231).

2-عوامل كيميائية:

تعرف المواد الكيميائية أنها الأكثر عرضة لظهور مرض السرطان، فقطران الفحم والمستحضرات يسببان سرطان الجلد.

وفي معظم الحالات تدخل الكيميائيات المسرطنة الغذاء عبر الإضافات أو المضافات للغذاء، إن اكتشاف بعض المواد المضافة للطعام والمستعملة بشكل واسع هي مسرطنة، كما هو الحال في المبيدات الحشرية والكيميائيات الأخرى المستعملة في الزراعة، ويدل العفن الذي يحصل في بعض المزارع مثل الذرة والفول السوداني على أنها تحتوي على مسرطنات ويبحث العلماء على السبل اللازم لمكافحة هذه التعفنات، كما أوضحت الدراسات أن الحال نفسه عند النساء وهذا لأخضها جرعات منع الحمل والأدوية المخففة من أعراض اليأس (سن اليأس) وذلك بدون استشارة. (صوالحي، 2017، ص56).

ويرى برنارد "bernard" أن هناك أثر للعوامل النفسية، وحالات القلق والاكتئاب والخوف والتوتر، فهذه العوامل قد تكون نتيجة لأوضاع اجتماعية واقتصادية، تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته، مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية، التي تعد من أكبر العوامل المساعدة على ظهور سرطان ونموه. (الزراد، 2000، ص482).

3-العوامل النفسية:

هناك العديد من العلماء النفسانيون (علماء النفس) درسوا الجذور النفسية والكامنة للإنسان من بينهم "simohs" (سيمو) في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية) وهو الذي توصل إلى بعض الاستجابات وراء ظهور مرض السرطان وهي كالتالي:

- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية ما يجعل بظهور السرطان، دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.
- إن الاضطرابات في الوظائف الغدية وتشيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة المتعلقة بجانب الطفولة والقلق العميق.
- إن العلاج يجب أن يكون بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.
- عدم العزلة بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان، كما يتوضح وجود عوامل أخرى في ظهور السرطان:
- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانون من صعوبة تقبلهن لذواتهن.

- معظم المصابات بالسرطان كن يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي والحنجرة.
- والبعض الآخر من النساء يصاب بهذا المرض نتيجة للغير من النساء المنحيات. (بطرس، 2008، ص197).

4-عوامل متعلقة بالبيئة والمواد المسرطنة:

هناك العديد من العوامل البيئية المعروفة بأنها تريد خطورة الإصابة بالسرطان وهذه العوامل قد تتداخل بين البيئة والعوامل الجينية (الموروثة) منها:

- **التدخين:** يعتبر التدخين السبب الرئيسي في حدوث سرطان الرئة وله أيضا علاقة بالسرطانات الأخرى منها سرطان الفم، الحنجرة، البلعوم، والبنكرياس، الكلى والمثانة وعمق الرحم.

فالتدخين هو السم القاتل الوحيد المرخص للاستعمال البشري دون محاسبة قانونية في معظم دول العالم. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص230).

فاستثناء هذه المادة يحدث ضرر في خلايا الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي العلوي وغيرها عن طريق:

- التماس المباشر من خلايا الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي العلوي.
- دخول هذه المواد إلى دم المريض والانتشار في جسمه والتسبب بإصابة خلايا الأعضاء البعيدة بالسرطان.
- فهو يزيد من نسبة الإصابة بسرطان الرئة وغيرها.

المشكلات النفسية والاجتماعية المصاحبة لمرض السرطان:

إن إصابة الفردي بالسرطان والذي يعتبر أخطر الأمراض والذي قد لا يتقبله الفرد مما يعرضه ذلك إلى مجموعة من الاضطرابات:

- عدم التكيف والتأقلم مع الحديث: تظهر هذه العلة بشكل واضح في الأوقات الحرجة عند مرضى السرطان مثل أوقات إجراء التحاليل والإعلام عن المرض.

– الذعر: يعاني الفرد المريض من الذعر ومن القلق الحاد، وتظهر أعراض عديدة مثل قصر التنفس، اللهاث، سرعة النبض، الخوف والتعرق.

– الرهاب: يرهبون المصابون بمرض السرطان أحيانا الحقن أو بعض المعالجات، كما أنهم يتخوفون من إجراء الاختبارات في الأماكن الضيقة مثل التصوير بالرنان المغنطيسي.

– الوسواس القهري: يعانون المصابون بهذا المرض بمعانات كثيرة إثر فقدهم القدرة على متابعة جلسات العلاج، وسبب الهواجس والسلوكات المستحوذة عليهم والتي تعرقل قدرتهم على الأداء الوظيفي.

– القلق: القلق سبب في إعاقة المريض من إعاقة نفسه فالمرضى بالسرطان يعانون من قلق شديد ومستمر لأسباب غير واقعية مثل أن يخشى المريض مصاريف العلاج أو يخشى لمس أولاده ونقل المرض إليهم. (طاهري، معروف، 2014، ص27).

بالإضافة إلى وجود اضطرابات أخرى:

- صعوبة في تقبل الذات وخاصة لدى النساء.
- ارتفاع درجة القلق والاكتئاب.
- انعدام القدرة على التكيف مع الأحاديث.
- انخفاض مفهوم الذات.
- الشعور بالحزن والأسى نحو الذات.
- عجز الفرد في بناء علاقات اجتماعية قوية. (رضوان، 2003، ص105-107).

داء السكري:

تمهيد:

إن داء السكري أصبح من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأكمله، حيث يعتبر داء السكري متلازمة استقلابية تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم.

ينجم عن داء السكري النقص المطلق أو النسبي لهرمون الأنسولين في جسم الإنسان، ومنه سنتعرف على داء السكري من تعريف وأسباب فيما يلي:

تعريف مرض السكري:

إن داء السكري عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب وتؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم (الجلوكوز)، يعتبر هذا الأخير عنصرا حيويا يمد الجسم الطاقة اللازمة. (رضوان، 2006، ص11).

عرفت "منظمة الصحة العالمية": مرض السكري بأنه حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية الوراثية ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم ويرجع ارتفاع مستوى السكر إلى عدم وجود الأنسولين وقلتها.

وفي تعريف "الشوا" في كتابه الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري ب "أنه ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي، نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته أو كلاهما معا. (المرزوقي، 2008، ص23).

أسباب داء السكري:

بالرغم من إصابة الأفراد بداء السكري وعدم معرفة أسباب حدوثه إلا أن بعض العوامل تؤثر تأثيرا سلبا وكبيرا على إمكانية الإصابة به نذكر منها:

الوراثة: لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضا وراثيا بحثا، بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبنائهم مصابين به، ولكن الإحصاءات أظهرت أن نسبة المصابين بالسكري تكون أكثر من غيرهم، والمقصود بالوراثة هي وراثة الوالدين (الأم- الأب). (المرزوقي، 2008، ص31).

السمنة: تعد السمنة من أسباب داء السكري التي تبقي أكبر قدر من الاهتمام فمعظم المصابين بالسكر هم البالغين في وزنهم عن المعدل الطبيعي، فالخلايا الأكثر سمنة تجعل إنتاج الأنسولين حتى يجعل نقل الجلوكوز سهلا إلى الخلايا، حيث هذه تشكل عبئا أكبر عن البنكرياس فهو قد يؤدي إلى حدوث خلل فيه. (عيسوي، 1994، ص37).

قلة النشاط: يعد النشاط من أهم العوامل الأساسية التي تخفف من ظهور داء السكري، إذا قل نشاط الفرد زادت فرص إصابته بالداء، لأن النشاط الجسماني يساعد على بقاء الجسم في وزنه الطبيعي واستهلاك الجلوكوز في الجسم حتى خلايا الجسم على أن تكون أكثر حساسية اتجاه الأنسولين. (رضوان، 2006، ص17).

عوامل أخرى مولدة للسكر الثانوي:

تظهر لدى الأفراد الذين يمرون ببعض الظروف الحياتية مثل:

- الحمل، تناول موانع الحمل.
- تناول الأدوية لعلاج الأمراض القلبية أو علاج داء الربو، هذه يمكنها أن تسبب ارتفاع في مستوى السكر الدموي وقد تدل على وجوده.
- المرور في أزمات عاطفية قوية أو الإصابة بالرضوض (نتيجة حوادث أو إجراء بعض العمليات الجراحية). (الطيارة، 1998، ص47-48).

الانفعالات النفسية:

شعور الفرد بالخوف الشديد والقلق المستمر أو الخسارة المادية الكبيرة أو المفاجئة كلها أسباب تؤدي إلى ظهور داء السكري، فهذه الأسباب قد لا تكون السبب الرئيسي لظهور السكر إنما تعرض الشخص الذي لديه استعداد السكري أو مصاب به بشكل بسيط، فهي التي تزيد من خطورته وتزيد من رفع نسبة السكر في الدم.

فالعوامل النفسية مرتبطة ارتباطا كبيرا في إسهامها لظهور السكر إذا أظهرت بعض البحوث أن ارتفاع نسبة السكر تزيد من تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد. (المكاوي وعبد الرحمان، 1999).

أعراض داء السكري ومضاعفاته:

الأعراض الجسمية: منها:

اعتلال الشبكية السكري: اعتلال الشبكية البسيط الذي يحتوي على أمهات الدم والنزوف.

- اعتلال الشبكية المتشعب المصحوب بفقر الدم الموضعي في الشبكية يظهر على شكل ندف وتدفقات قطنية.
- اعتلال الشبكية المتشعب وهو نوع خبيث إذ تتكون أوعية دموية جديدة وهذا النوع هو الأخطر لأنه يؤدي في غالب الأحيان إلى العمى لإمكانية حصول انفصال الشبكية. (الطيارة، 1998، ص27-28).

إصابة الكلى: يحدث في نفس الوقت متزامنا مع التغيرات العينية، لذى لو وجد لدى مريض السكري حدوث إحداهما دون الآخر فلا نرجع سببه إلى مرش السكر بل سبب آخر، فمثلا لو وجدنا ظهور البروتين في البول دون أعراض شبكية فلا نقول بأن سبب الاعتلال الكلوي هو مرض السكر، والاعتلال الكلوي وتلف الكلية سبب تقليدي للموت ي منتصف العمر لدى المرضى المعتمدين على الأنسولين. (عيدروس، 1993، ص172).

إصابة اللثة والأسنان: تصاب الأسنان بالتخلخل والسقوط دون أن تصاب بخرة أو أي عطب ظاهر.

الحمل والنفاس: كثيرا ما تتفاقم أمراض البول السكري أثناء الحمل والنفاس أيضا غير أن اكتشاف الأنسولين جعل من الأقلية حدوث مثل هذه التفاقمات. (رويحة، 1973، ص14-15).

إصابة القلب: يزيد مرض السكري من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والسكتة فالأمراض القلبية الوعائية (السكتة بالدرجة الأولى) تتسبب في وفاة 50% من المصابين بالسكري. (بدح، 2009، ص15).

الأعراض النفسية: نذكر منها:

- خوف دائم من تفاقم المرض.
- القلق، ظهور الأرق.
- اضطرابات نفسية (الانفعالات، الشعور بالنقص). (المرزوقي، 2008، ص38).
- ضعف الذاكرة، سرعة الإثارة والغضب، ضعف الثقة بالنفس، اليأس من الحياة، الإكتآبات الحادة والشعور بعدم الاستقرار، الخجل، انعدام الرغبة في العمل (العزلة)، انخفاض مفهوم الذات لديه، الصعوبة في حل المشكلات، سور التوافق النفسي، الصعوبة في التركيز. (رضوان، 2006، ص105).

تعريف الإعاقة السمعية:

تعني الإعاقة السمعية حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع بدون أو استخدام المعنيات وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع. (ماجدة عبيد، 2000، ص33).

كما يوضح محمد عبد الحي: أن الإعاقة السمعية مصطلح يعني تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنتين معا،

وتبين بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفدر العادي بدرجة كافية من المهارات وقد تكون القصور السمعي جزئيا أو كليا شديدا أو متوسطا أو ضعيفا، وقد يكون مؤقتا أو دائما، وقد يكون متزايدا أو متناقصا أو مرحليا. (محمد عبد الحي، 2001، ص31).

تعريف عبد العزيز: يشير هذا التعريف إلى تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعف البسيط فالشديد جدا، تصيب الإنسان خلال مراحل النمو المختلفة، وهي إعاقة تحرم الفرد من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المعنيات السمعية، وتشمل الأفراد ضعيفي السمع والأطفال الصم. (عبد العزيز، 2004، ص174).

المطلب الثاني : الصم والبكم:

الشخص المعاق: هو الإنسان الذي يفقد جزءا من كفايته العضلية أو الحركية أو احدى حواسه، وذلك إما منذ الولادة أو كنتيجة لمرض أو حادث، ويتم علاجه واستقرت حالته مع بقاء الإعاقة واستمرارها ثابتة مهما اختلفت نسبة الإعاقة. (أسامة، 2000، ص20).

البكم: ويضم هذا النوع الأطفال جميعهم الذين يعانون من الصم أي أنهم لا يستطيعون سماع اللغة المنطوقة أو المستعملة بين الناس بسهولة مما أدى إلى عدم تطور الكلام لديهم بالصورة والشكل الصحيح والمناسب أيضا يضم نوعا من الأطفال الذي يعانون من عدم القدرة على الكلام لأسباب جسمية نفسية. (عمر عبد الرحيم، 2002، ص20).

فالطفل الأصم يعرف من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة، ويعتبر الصمم في الواقع عاهة أكثر إعاقة من اعمى إذ أن الأصم يتعذر عليه بسبب عاهته الاشتراك في المجتمع.

أسباب الصمم (السمع):

- إذ الشخص الأصم يعاني عجزا أو اختلالا يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع فهي معطلة لديه وهو لذلك لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

– يقسم الصمم إلى صمم ولادي وصمم مكتسب، وتبلغ نسبة الصمم الولادي حوالي 15% من مجموعة حالات الصمم وهو أكثر شيوعا في البنين منه في البنات والصمم الولادي أو الصمم الذي يصاب به الطفل في سن مبكرة والأطفال الذين يولدون صما تكون آذانهم الداخلية مصابة وخاصة عصب السمع، بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل.

– أما الصمم المكتسب فهو نتيجة لبعض الأمراض مثل الالتهاب السحائي –الزهري التيفود، الحمى القرمزية، الحوادث وعند إصابة الطفل بمثل هذه الأمراض وحدوث المضاعفات التي تظهر في صورة الصمم المكتسب تكون النتيجة أن ينسى الطفل المحصول الكلامي الذي اكتسبه خاصة إذا أصابه المرض الذي أدى إلى صممه في سن مبكرة. (محمد علي، 2004، ص5-6).

تظهر أسباب أخرى:

1–عوامل قبل الولادة:

– **الوراثية:** ويساعد على حدوثها بالدرجة الأولى زواج الأقارب أو زواج الصمم مع بعضهم البعض، حيث تصل نسبة ميلاد أطفال صم من آباء صم حوالي 10% ولكن تصل النسبة إلى أكثر من ذلك لأسباب وراثية لأنواع متعددة من فقد السمع بمستوياته المختلفة وقد تحدث مثل هذه الحالات بعد الولادة تدريجيا.

– **عوامل جينية:** هي تحدث نتيجة لانتقال بعض الصفات الوراثية أو حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الأطفال عن طريق الوراثة، تبادل الأم الكامل لبعض العقاقير الضارة خلال فترة الحمل خصوصا الثلاثة أشهر الأولى للعمل، مما ينتج عنه إعاقة سمعية وأحيانا قد يحدث تسمم للحمل، إصابة الأم الحامل ببعض الفيروسات خصوصا في فترة الحمل الأوى من الحصبة الألمانية التي ينتج عليها إعاقة سمعية للجنين وغيرها من الإعاقات والتهاب السحايا والجدري.

2–عوامل خلال الولادة:

– عدم اكتمال الحمل (الطفل الخديج).

– الشدة الخارجية على الطفل خلال الولادة وبصورة خاصة الرأس، نتيجة استعمال الآلات والملاقط خاصة لسحب الطفل.

– أمراض تحلل الدم مجاميع الدم لدى الأم والأب (وراثية أو لا).

- قلة الأوكسجين الواصلة إلى الطفل خلال الولادة بسبب التفاف الحبل السري على الرقبة أو اختناق الطفل بسوائل الأوم الخارجية من الرحم خلال الولادة.

3-عوامل بعد الولادة:

- الحميات الفيرسوية التي تصيب الطفل كالحصبة، الغدد النكفية.
- الحميات المكروبية كالتهاب السحائي والتفونيد.
- الحميات غير معروفة الأسباب.
- تناول عقاقير ضارة بالسمع. (السيد والعريشي وعبد الواحد وبنت رشاد، 2013، ص61-63).

المظاهر العامة للإعاقة السمعية:

- الصعوبة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
- أخطاء في النطق.
- إدارة الرأس إلى جهة معينة عند الإصغاء للحديث.
- عدم اتساق نغمة الصوت.
- الميل للحديث بصوت مرتفع.
- وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسيس القدرة على السمع.
- الحلقة في وجه المتحدث ومتابعة حركة الشفاه.
- تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث.
- ظهور إفرازات حديدية من الأذن أو احمرار في الحيوان.
- ضغط الطفل على الأذن أو الشكوى من طنين (رنين) في الأذن. (يوسفي القريوني وآخرون، 2001، ص115-116).

خلاصة:

إن حاسة السمع تلعب دورا هاما في تعلم اللغة والكلام ولها دور كبير في تنظيم سلوك الفرد وتكيفه مع واقع الحياة وهذا يعني أن بدون حاسة السمع لا يمكن الكلام، وبالتالي عدم قدرتنا على التفاعل مع المجتمع.

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

- المنهج
- العينة
- الأدوات
- الأساليب الإحصائية

1 – منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة الموجودة في عنوان البحث القلق الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وهو المنهج الذي يهدف إلى وصف خصائص الظاهرة وجمع معلومات عنها، فقد استخدم هذا المنهج في صورته لأنه يلائم طبيعة وأهداف الدراسة معتمدا على أسلوب الدراسة الميدانية في جمع المعلومات ليفي بأغراضها ويحقق أهدافها واختبار صحة فرضياتها وتفسير نتائجها.

2 – عينة الدراسة:

تكون مجتمع هذه الدراسة من تلاميذ الصف الثالث من السنة الثانوية والبالغ عددهم (120) تلميذ وتلميذة، وهم موزعين تبعا لمتغيري التخصص والجنس.

3 – أدوات الدراسة:

اعتمدت الباحثة على مقياسين لجمع بيانات الدراسة من أفراد العينة، وهما مقياس صورة الجسم الذي صممه النوبي (2009)، ومقياس القلق الاجتماعي الذي صممه ليبوتز Liebowitz وقام بتعريبه وتقنينه إبراهيم الشافعي (2018)، وقد تم إعادة التأكد من الخصائص السيكومترية للأداتين في الدراسة الحالية.

1– مقياس صورة الجسم: تم تصميم المقياس من طرف محمد النوبي سنة 2009، لقياس صورة الجسم لدى المراهقين العاديين وحتى المعاقين، وفي الدراسة الحالية اعتمدت الباحثة على التعديل الذي قامت به عبازة (2014)، ويتكون المقياس من 24 عبارة موزعة على خمسة (05) أبعاد كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (1): يوضح توزيع العبارات على أبعاد مقياس صورة الجسم

الأبعاد	عدد العبارات	أرقام العبارات
عدم تقبل أجزاء الجسم	5	1، 6، 10، 14، 18
التناسق العام لأجزاء الجسم	5	2، 7، 15، 20، 22
المنظور النفسي لشكل الجسم	4	3، 8، 11، 16
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	4	4، 12، 17، 19
المحتوى الفكري لشكل الجسم	6	5، 9، 13، 21، 23، 24

1-1- صدق مقياس صورة الجسم: لحساب صدق المقياس تم الاعتماد على طريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه من جهة، وبين درجة العبارة والدرجة الكلية للاختبار، وأيضا بين درجة البعد والدرجة الكلية للاختبار، والجداول التالية توضح النتائج:

جدول رقم (2): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لبعد عدم تقبل أجزاء الجسم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
1	أنظر إلى شكلي نظرة سلبية	0.72**	0.81**
6	أحاول تجنب النظر في المرآة	0.87**	0.80**
10	أشعر بعدم الرضا عن جسمي	0.83**	0.75**
14	أتقبل جسمي كما هو عليه	0.71**	0.37*
18	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي	0.67**	0.77**
* الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01 ** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01			

من خلال الجدول رقم () يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات وبعد تقبل أجزاء الجسم، ومعاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، وبالتالي تعتبر صادقة.

جدول رقم (3): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لبعد التناسق العام لأجزاء الجسم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
2	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي	0.83**	0.89**
7	أشعر أن أجزاء جسمي مختلفة عن الآخرين	0.85**	0.85**
15	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي	0.82**	0.71**
20	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب	0.65**	0.60**
22	أتجنب الحركة الكثير لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي	0.86**	0.81**
** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01			

من خلال الجدول رقم () يتبين أيضا أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات وبعد التناسق العام لأجزاء الجسم، ومعاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (4): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لبعد المنظور النفسي لشكل الجسم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
3	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي	0.76**	0.75**
8	أشعر بأنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي	0.80**	0.73**
11	أرى أن ملابسي أقل أناقة من زملائي	0.82**	0.76**
16	أرى أن هناك تناقضا بين أفكاري وشكل جسمي	0.78**	0.67**
** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01			

من خلال الجدول رقم () يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات وبعد المنظور النفسي لشكل الجسم، ومعاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (5): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لبعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
4	أفضل البقاء في المنزل عن الذهاب في رحلة مع زملائي بسبب شكل جسمي	0.87**	0.92**
12	أرفض ارتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي	0.82**	0.72**
17	أشعر بالإحراج من مظهري عند خروجي مع زملائي	0.91**	0.87**
19	أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي	0.63**	0.60**
** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01			

من خلال الجدول رقم (5) يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات وبعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم، ومعاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (6): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لبعد المحتوى الفكري لشكل الجسم

الرقم	العبارات	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
5	أشعر أن الناس لا يرونني جذابا	0.73**	0.67**
9	أحزن عند النظر إلى جسمي في المرآة	0.75**	0.82**
13	أرى أن شكلي بشع وغير مقبول	0.88**	0.88**
21	أعجز عن التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية بسبب جسمي	0.79**	0.80**
23	يقلقني مظهر جسمي	0.88**	0.90**
24	أحكم على الناس من مظهرهم الخارجي	0.64**	0.52**
** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01			

من خلال الجدول رقم (6) يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات وبعد المحتوى الفكري لشكل الجسم، ومعاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (7): يوضح نتائج معامل الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لصورة الجسم

الأبعاد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
عدم تقبل أجزاء الجسم	0.87**
التناسق العام لأجزاء الجسم	0.96**
المنظور النفسي لشكل الجسم	0.91**
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	0.94**
المحتوى الفكري لشكل الجسم	0.97**

من خلال الجدول رقم (7) يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، كما أن قيم الارتباط كانت كلها مرتفعة جدا وتعبر عن درجة

عالية من الصدق، حيث تراوحت بين (0.87) لارتباط بعد تقبل أجزاء الجسم بالدرجة الكلية للمقياس، و(0.97) لارتباط بعد المحتوى الفكري لشكل الجسم بالدرجة الكلية للمقياس.

من الجداول السابقة يتبين أن قيم معامل الارتباط سواء بين درجات العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها، أو بين درجات العبارات والدرجة الكلية للمقياس كانت في معظمها مرتفعة وتدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق، وبالتالي يمكن القول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

1-2- ثبات مقياس صورة الجسم: لحساب ثبات المقياس تم الاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ لكل بعد وللمقياس ككل كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (8): يوضح نتيجة معامل ألفا كرونباخ لمقياس صورة الجسم

الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا
عدم تقبل أجزاء الجسم	5	0.78
التناسق العام لأجزاء الجسم	5	0.86
المنظور النفسي لشكل الجسم	4	0.79
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	4	0.79
المحتوى الفكري لشكل الجسم	6	0.85
المقياس ككل	24	0.96

من الجدول رقم (8) يتضح أن قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس صورة الجسم جاءت مرتفعة، حيث تراوحت بين (0.78) لبعد تقبل أجزاء الجسم، و(0.86) لبعد التناسق العام لأجزاء الجسم، في حين كانت قيمة معامل ألفا مرتفعة جدا بالنسبة لمقياس صورة الجسم ككل حيث بلغت (0.96)، وبالتالي يمكن القول بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2- مقياس القلق الاجتماعي: صمم هذا المقياس من طرف ليبوفيتز Liebowitz وقام بتعريبه وتقنينه إبراهيم الشافعي (2018)، وهو موجه للمراهقين والراشدين، ويقيس القلق الذي ينتاب الفرد في المواقف ذات الطابع الاجتماعي، ويتكون المقياس من 24 عبارة يدور محتواها حول إنجاز الفرد لأعمال في محيط اجتماعي، وحول بعض مواقف التفاعل الاجتماعي، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس لا يحتوي على أبعاد أو مقاييس فرعية، وقد تم إعادة التأكد من صدق المقياس وثباته في الدراسة الحالية.

1-2 صدق مقياس القلق الاجتماعي: لحساب صدق هذا المقياس تم الاعتماد على طريقة الاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة العبارة والدرجة الكلية للاختبار، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (9): يوضح نتائج الاتساق الداخلي لمقياس القلق الاجتماعي

رقم العبارة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم العبارة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	رقم العبارة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
1	**0.62	**9**	**0.61	**17**	**0.48
2	**0.49	**10**	**0.61	**18**	**0.63
3	**0.66	**11**	**0.59	**19**	**0.60
4	**0.77	**12**	**0.55	**20**	**0.57
5	**0.75	**13**	**0.60	**21**	**0.53
6	**0.71	**14**	**0.43	**22**	**0.47
7	**0.72	**15**	**0.66	**23**	**0.64
8	**0.48	**16**	**0.67	**24**	**0.55
** الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01					

من خلال الجدول رقم (9) يتبين أن كل معاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، حيث تراوحت بين (0.43) للعبارة رقم 14 كأقل قيمة ارتباط، و(0.77) للعبارة رقم 4، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة جدا من الاتساق، وبالتالي المقياس يتمتع بدرجة مقبولة جدا من الصدق.

2-2- ثبات مقياس القلق الاجتماعي: لحساب ثبات هذا المقياس تم الاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ لكل بعد وللمقياس ككل كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (10): يوضح نتيجة معامل ألفا كرونباخ لمقياس القلق الاجتماعي

المقياس	عدد العبارات	معامل ألفا
القلق الاجتماعي	24	0.92

من الجدول رقم (10) يتضح أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس القلق الاجتماعي كانت مرتفعة جدا، حيث بلغت (0.92)، وهي تعبر عن درجة عالية من الثبات.

5 – الأساليب الإحصائية المستعملة:

إن جمع البيانات عن طريق الاستبيان والمقياس دون تبويبها وتحليلها تبقى النتائج مبهمة وغير دالة ،وعليه فقد تم معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS.V25،وبرنامج EXCEL في عملية تفريغ البيانات ،أما الوسائل الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة هي :

1– المتوسط الحسابي: وهو متوسط مجموعة من القيم، أو مجموع القيم المدروسة مقسوم على عددها، وذلك بغية التعرف على متوسط إجابات المبحوثين .

2– ألفا كرونباخ هو مقياس الاتساق الداخلي، أي مدى ارتباط مجموعة وأنواع المصداقية يمكن تلخيصها فيما يلي:

أ– الصدق الظاهري: أي أن مظهر الاداة يدل على قدرتها على قياس ماوضعت من أجله.

ب– صدق المحتوى: إذا كان محتوى الاداة من أسئلة بمختلف أشكالها تقيس ابعاد الدراسة.

ج– صدق المفهوم: يتعلق بالبناءالمفاهيمي أي أن تقيس الاداة المفهوم موضوع الدراسة.

د– الصدق العاملي: يهتم بتحليل الصفةالمقاسة، بمعنى أن العناصر الفرعية لكل صفة تصب جميعها في قياس الصفة المراد قياسها.

هـ– صدق المحك: يعني مدى ارتباط المقياس مع معيار محدد)محك(فيكون الاختبار ناجحا إذا كان المحك صادقا في الكشف عما جاء به المحك.

و– الصدق التنبئي: يعتمد على مدى تنبؤ المقياس بالواقع.

ز– الصدق التلازمي: اتفاق نتائج مقياسين يقيسان نفس الصفة واحدهما معروف بالصدق والثبات.

من العناصر ارتباطًا وثيقًا، ومقياس ألفا كرونباخ هو طريقة بسيطة لقياس ما إذا كانت النتيجة موثوقة أم لا.

خلاصة :

من خلال هذا الفصل تم التطرق إلى خطوات إجراء الدراسة وعرض المجالات التي تمت فيها هذه الدراسة كذلك المنهج المتبع لوصف خصائص عينة البحث والمجتمع، وكما أظهرت الأدوات والوسائل المستعملة لجمع البيانات .

الفصل السادس :نتائج الدراسة

- عرض ومناقشة وتفسير النتائج
- استنتاج عام
- خاتمة

1 – عرض نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم والقلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة الارتباطية بين متغيري صورة الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون بين درجات صورة الجسم والقلق الاجتماعي

المتغيرات	عدم تقبل أجزاء الجسم	التناسق العام لأجزاء الجسم	المنظور النفسي لشكل الجسم	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	المحتوى الفكري لشكل الجسم	الدرجة الكلية لصورة الجسم
القلق الاجتماعي	0.27**	0.28**	0.40**	0.33**	0.42**	0.39**
** دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01						

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ ما يلي:

– **عدم تقبل أجزاء الجسم**: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد عدم تقبل أجزاء الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بينهما بـ (0.27).

– **التناسق العام لأجزاء الجسم**: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد التناسق العام لأجزاء الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بينهما بـ (0.28).

– **المنظور النفسي لشكل الجسم**: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد المنظور النفسي لشكل الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بينهما بـ (0.40).

– **المنظور الاجتماعي لشكل الجسم**: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد المنظور الاجتماعي لشكل الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بينهما بـ (0.33).

– **المحتوى الفكري لشكل الجسم:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد المحتوى الفكري لشكل الجسم والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بينهما بـ (0.42).

– **الدرجة الكلية لصورة الجسم:** يتضح من الجدول رقم () وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات مقياس صورة الجسم ودرجات القلق الاجتماعي لدى عينة التلاميذ، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بينهما بـ (0.39)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، وبما أن إشارة قيمة الارتباط موجبة فهذا يعني أن العلاقة بين المتغيرين طردية، فكلما زادت صورة الجسم السلبية كلما زادت درجة القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية الأولى تحققت.

وقد اتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فهد (2013) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين صورة الجسم الإيجابية والقلق الاجتماعي لدى عينة من الطلبة، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة حمودة وأبو بكر (2015)، حيث توصلت الباحثتان إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الرضا عن صورة الجسم والقلق الاجتماعي لدى عينة من الطالبات.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أنه تساهم صورة الجسم في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل الانحدار البسيط لمعرفة مدى مساهمة درجة صورة الجسد في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13): يوضح نتيجة تحليل الانحدار البسيط للتنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي من خلال درجة صورة الجسم.

المتغيرات	معامل الارتباط	التباين المفسر	معامل الانحدار	ثابت الانحدار	قيمة F	مستوى الدلالة
صورة الجسم القلق الاجتماعي	0.39	0.15	0.59	28.26	21.44	0.01

نلاحظ من الجدول رقم (13) أن قيمة معامل الارتباط بين متغيري صورة الجسم والقلق الاجتماعي قدرت بـ (0.39)، وأن نسبة التباين المفسر أو ما يعرف بمعامل التحديد (وهو عبارة عن مربع معامل الارتباط)، قدرت

قيمته بـ (0.15)، وهذا يعني أن درجة صورة الجسم تفسر ما نسبته (15 %) من التباين في درجة القلق الاجتماعي، وهي نسبة مقبولة نوعا ما، في حين بلغت قيمة F (21.44)، وهي قيمة دالة إحصائيا، وتعني أنه يمكن التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي من خلال درجة صورة الجسم، كما تعني أن معادلة الانحدار صالحة للتنبؤ بدرجات القلق الاجتماعي.

ومن خلال معامل الانحدار الذي بلغت قيمته (0.59)، وقيمة ثابت الانحدار التي قدرت بـ (28.26)، يمكننا كتابة معادلة التنبؤ (الانحدار) كما يلي:

درجة القلق الاجتماعي المتنبأ بها = 0.59 (درجة صورة الجسم) + 28.26

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول أن الفرضية الثانية قد تحققت، وبالتالي تساهم درجة صورة الجسم في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الباحثتان حمودة وأبو بكر (2015).

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة صورة الجسم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الجنس.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مستقلتين وغير متجانستين، بسب عدم تجانس التباينين، وذلك من أجل معرفة دلالة الفروق إحصائيا بين متوسطي الذكور والإناث في درجة صورة الجسم لدى أفراد العينة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (14): يوضح نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين وغير متجانستين لاختبار الفرق بين الذكور والإناث في درجة صورة الجسم

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار t	مستوى الدلالة
عدم تقبل أجزاء الجسم	ذكور	29	6,52	2,38	1.24	غير دال
	إناث	91	5,93	1,43		
التناسق العام لأجزاء	ذكور	29	6,31	2,22	1.62	غير دال

الجسم	إناث	91	5,62	1,07		
المنظور النفسي لشكل الجسم	ذكور	29	5,38	2,14	0.50	غير دال
	إناث	91	5,16	1,47		
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	ذكور	29	5,00	1,94	1.52	غير دال
	إناث	91	4,43	,92		
المحتوى الفكري لشكل الجسم	ذكور	29	7,52	2,70	0.75	غير دال
	إناث	91	7,12	1,51		
صورة الجسم (الدرجة الكلية)	ذكور	29	30,72	10,73	1.18	غير دال
	إناث	91	28,26	5,35		

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ ما يلي:

– **عدم تقبل أجزاء الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.24).

– **التناسق العام لأجزاء الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.62).

– **المنظور النفسي لشكل الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.50).

– **المنظور الاجتماعي لشكل الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.52).

– **المحتوى الفكري لشكل الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الذكور والإناث في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.75).

– **الدرجة الكلية لصورة الجسم**: نلاحظ من الجدول رقم () أنه لا يوجد فرق بين متوسطي الذكور والإناث في درجة صورة الجسم، حيث قدر متوسط الذكور بـ (30.72) بانحراف معياري قدر بـ (10.73)، في حين قدر متوسط الإناث بـ (28.26) بانحراف معياري قدر بـ (5.35)، وباستعمال اختبار t لعينتين مستقلتين وغير

متجانستين، تبين عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة صورة الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.18)، وبالتالي الفرضية الثانية لم تتحقق.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فهد (2013) التي توصلت إلى عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الرضا عن صورة الجسم، بينما اختلفت النتائج الحالية مع دراسة عبازة (2014) التي توصلت إلى وجود فرق دال إحصائيا بين تلاميذ السنة الثانية ثانوي في درجة صورة الجسم تعزى لمتغير الجنس.

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الجنس.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين، وذلك من أجل معرفة دلالة الفروق إحصائيا بين متوسطي الذكور والإناث في درجة صورة الجسم لدى أفراد العينة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (15): يوضح نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين لاختبار الفرق بين الذكور والإناث في درجة القلق الاجتماعي

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار t	مستوى الدلالة
القلق الاجتماعي	ذكور	29	39.93	10.13	-3.27	0.01
	إناث	91	47.09	10.30		

نلاحظ من الجدول رقم (15) أنه يوجد فرق بين متوسطي الذكور والإناث في درجة القلق الاجتماعي، حيث قدر متوسط الذكور بـ (39.93) بانحراف معياري قدر بـ (10.13)، في حين قدر متوسط الإناث بـ (47.09) بانحراف معياري قدر بـ (10.30)، وباستعمال اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين، تبين وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة القلق الاجتماعي عند مستوى دلالة 0.01، حيث قدرت قيمة t بـ (3.27-)، وبالنظر إلى المتوسطات الحسابي يتبين ان الفرق لصالح الإناث باعتباره المتوسط الأكبر، وهذا يعني أن الإناث يعانون من القلق الاجتماعي بدرجة أكبر من الذكور، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية الثالثة قد تحققت.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فهد (2013) التي توصلت إلى وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الرضا عن صورة الجسم لصالح الإناث، أي أن الإناث أكثر قلقا اجتماعيا من الذكور، كما اتفقت مع توصلت إليه طالبي (2008) إلى أن الإناث أكثر قلقا اجتماعيا من الذكور، بينما اختلفت النتائج الحالية مع دراسة شما (2015) التي توصلت إلى عدم وجود فرق دال إحصائيا بين تلاميذ السنة الثانية ثانوي في درجة القلق الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس.

1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة صورة الجسم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الشعبة (علمي/أدبي).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين، وذلك من أجل معرفة دلالة الفروق إحصائيا بين متوسطي الشعبتين (علمي/أدبي) في درجة صورة الجسم لدى أفراد العينة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16): يوضح نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين لاختبار الفرق بين شعبتي العلوم والآداب في درجة صورة الجسم

المتغير	الشعبة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار t	مستوى الدلالة
عدم تقبل أجزاء الجسم	علمي	82	6,06	1,82	-0.13	غير دال
	أدبي	38	6,11	1,50		
التناسق العام لأجزاء الجسم	علمي	82	5,67	1,50	-1.24	غير دال
	أدبي	38	6,03	1,32		
المنظور النفسي لشكل الجسم	علمي	82	4,99	1,51	-2.12	0.05
	أدبي	38	5,71	1,82		
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	علمي	82	4,52	1,19	-0.53	غير دال
	أدبي	38	4,66	1,40		
المحتوى الفكري لشكل الجسم	علمي	82	7,11	1,85	-0.92	غير دال
	أدبي	38	7,45	1,88		

صورة الجسم (الدرجة الكلية)	علمي	82	28,35	7,02	-1.15	غير دال
	أدبي	38	29,95	7,12		

من خلال الجدول رقم (16) نلاحظ ما يلي:

– **عدم تقبل أجزاء الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات شعبتي العلوم والآداب في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.13-).

– **التناسق العام لأجزاء الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات شعبتي العلوم والآداب في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.24-).

– **المنظور النفسي لشكل الجسم**: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات شعبتي العلوم والآداب في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (2.12-)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05، كما أن الفرق لصالح الآداب، وهذا يعني أن تلاميذ الشعب الأدبية يتأثرون نفسيا وبشكل سلبي من شكل أجسامهم أكثر من تلاميذ الشعب العلمية.

– **المنظور الاجتماعي لشكل الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات شعبتي العلوم والآداب في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.53-).

– **المحتوى الفكري لشكل الجسم**: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات شعبتي العلوم والآداب في بعد عدم تقبل أجزاء الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.92-).

– **الدرجة الكلية لصورة الجسم**: نلاحظ من الجدول رقم () أنه لا يوجد فرق بين متوسطي شعبتي العلوم والآداب في درجة صورة الجسم، حيث قدر متوسط تلاميذ الشعب العلمية بـ (28.35) بانحراف معياري قدر بـ (7.02)، في حين قدر متوسط تلاميذ الشعب الأدبية بـ (29.94) بانحراف معياري قدر بـ (7.12)، وباستعمال اختبار t لعينتين مستقلتين وغير متجانستين، تبين عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة صورة الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (1.15-)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وبالتالي الفرضية الرابعة لم تتحقق.

واتفقت النتائج الحالية مع نتائج دراسة عبازة (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين تلاميذ السنة الثانية ثانوي في صورة الجسم تعزى إلى متغير الشعبة (علمي/أدبي)، واتفقت أيضا مع نتائج دراسة فهد (2011) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الطلبة في صورة الجسم تعزى إلى التخصص.

1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الشعبة (علمي/أدبي).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t لعينتين مستقلتين وغير متجانستين، بسب عدم تجانس التباينين، وذلك من أجل معرفة دلالة الفروق إحصائيا بين متوسطي الشعبتين (علمي/أدبي) في درجة القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة، وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (17): يوضح نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين لاختبار الفرق بين شعبتي العلوم والآداب في درجة القلق الاجتماعي

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار t	مستوى الدلالة
القلق الاجتماعي	ذكور	82	44.95	11.04	-0.62	غير دال
	إناث	38	46.26	9.91		

نلاحظ من الجدول رقم (17) أنه لا يوجد فرق بين متوسطي شعبتي العلوم والآداب في درجة القلق الاجتماعي، حيث قدر متوسط تلاميذ الشعب العلمية بـ (44.95) بانحراف معياري قدر بـ (11.04)، في حين قدر متوسط تلاميذ الشعب الأدبية بـ (46.26) بانحراف معياري قدر بـ (9.91)، وباستعمال اختبار t لعينتين مستقلتين ومتجانستين، تبين عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة صورة الجسم، حيث قدرت قيمة t بـ (0.62-)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وبالتالي الفرضية الخامسة لم تتحقق.

استنتاج عام:

لقد جاءت الدراسات السابقة داعمة للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وهذا ما قد يسهم في تأييد هذه النتائج ويظهر مدى أهميتها، رغم أن بعض الدراسات لم تكن تحتوي على القدر الكافي من المعلومات في ما يخص المتغيرات الاثنين (القلق الاجتماع/ صورة الجسد)، إذ تعد هذه المتغيرات نسبية الطرح وهذا أوضحته بعض الدراسات كما يغلب عليها طابع الغموض وعدم الفهم الحقيقي لها حيث عرفت صورة الجسد بأنها حالة من التكتم وعدم التصريح والخجل من أفكاره ومن ناحية أخرى توفر مفهوم القلق الاجتماعي الذي يمثل الحالة النفسية التي تحدث للفرد بوجود خطر يهدده (وهذا مرتبط بالصورة الجسدية)، وهذا ما أوضحته نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة بأنه توجد علاقة ارتباطية بين متغير القلق الاجتماعي ومتغير صورة الجسد.

خاتمة

خاتمة:

تطرقت هذه الدراسة إلى التعرف على مفهومين أساسيين يؤثران بشكل مباشر في شخصية المراهق بالأخص أولهما القلق الاجتماعي الذي يعد من أهم الخبرات السيكولوجية للإنسان والذي اعتبره فرويد استجابة انفعالية أو خبرة مؤلمة يمد بها الفرد وتصاحي استشارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقبل، كما يعد القلق إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية ويكدر صفوفها، فأصحاب القلق الاجتماعي يتوقعون دائما التقييم السلبي من الآخرين وهذا يكون نتيجة لقصور في المهارات الاجتماعية كالتفاعل والمواجهة إذ يعدون من الأفراد الذين لا يستطيعون أن يتفاعلوا مع الآخرين سواء كان في موقف معتاد أو جديد عليهم، أما المفهوم الثاني فهو متمركز على صورة الجسم فهي تختلف من فرد إلى آخر وهي تشغل بال الكثير ويظهر ذلك جليا في نظرة الفرد الخارجية لجسمه، ويشتمل مفهومها على المعتقدات والأفكار والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها عن جسمه فالأفراد الذين يكن لديهم شعور التشوه الجسدي يعانون من اضطرابات قد تدفعهم إلى كره أجسامهم وإلى الاشمئزاز والمقارنة مع أفراد آخرين وبالتالي زيادة حدة القلق لدى الأفراد ولأن درجة القلق وظهورها لها الدور الكبير في نظرة الفرد حول جسمه فقد تم طرح هذين المتغيرين على بساط البحث بهدف الوقوف على طبيعة القلق الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد، ودلالة الفروق بين الجنسين والتخصصين في كل منهما.

وقد تم التحقق من فرضيات الدراسة باتباع المنهج الوصفي الارتباطي، وتطبيق مقاييس علمية بعد التحقق من صدقها وثباتها على عينة عددها (120) تلميذ وتلميذة، وبالاستعانة برزمة التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (**SPSS**) تم التحقق من وجود:

- علاقة ارتباطية دالة إحصائية في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية .
- تساهم درجة صورة الجسم في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة صورة الجسم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية لمتغير الجنس.

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة صورة الجسم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير التخصص (أدبي/ علمي).

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير التخصص (أدبي/ علمي).

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أ/ المراجع بالعربية:

1. إبراهيم قشتوش (1989): سيكولوجية المراهقة، ط3، القاهرة، دار المكتبة الأنجلو المصرية للنشر.
2. أبو هند وائل (2003): رؤية المرأة لجسدها من منظور اجتماعي تاريخ الإطلاع 2013-9-3 .www,maganin,com
3. أحمد عكاشة (1919): الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
4. أحمد محمد بدح وآخرون (2009): الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
5. أحمد محمد عبد الخالق (1978):قلق الموت سلسلة عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون، عدد11، الكويت قسم علم النفس.
6. أسامة رياض (2000): رياضة المعاقين الأسس الطبية والرياضية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
7. أمل البكري، ريتا حمارنة (2002): الصحة والسلامة العامة، ط3، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
8. أمين رويجة (1973): داء السكري أسبابه وأعراضه، طرق مكافحته، دار التعلم، بيروت، لبنان.
9. أيمان طاهر (2017): الإعاقة وأنواعها وطرق التغلب عليها، وكالة الصحاة العربية، مصر.
10. بدر أبراهيم الشيباني (2001): سيكولوجية النمو، تطور النمو من الأخصاب حتى المراهقة، دار الوارقين، الكويت.
11. بطرس حافظ بطرس (2008): الكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار النير للنشر والتوزيع، عمان.
12. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي (2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
13. حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، القاهرة، عالم الكتب.
14. حديدي منى (2002): مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.
15. حسان المالح (1995): الخوف الاجتماعي (الخجل) دراسة علمية للاضطراب النفسي، مظاهره أسبابه وطرق علاجه، ط2، دار إشراقات للنشر والتوزيع.
16. حسين فايد (2001): الاضطرابات السلوكية (تشخيصها أسبابها، علاجها)، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

17. حمزاوي زهية (2017/2016): صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق، دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية، ولاية مستغانم، مذكرة لنيل شهادة دكتوراء، العلوم.
18. حنفي محمود إمام، نور أحمد الرمادي (2001): الصحة النفسية والاضطرابات النفسية، القاهرة مكتبة الأنجلو مصرية.
19. حياة خليل البناء وآخرون (2006): القلق الاجتماعي وعلاقته بالتفكير السلبي التلقائي لدى طلاب جامعة الكويت، دراسات نفسية، المجلد 16، العدد 2، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية، القاهرة.
20. خطاب كريمة (2011): الثقة بالنفس وصورة الجسم في علاقتها بنمط التفاعل الزواجي بين الأزواج والزوجات، كلية التربية بالغردقة، جامعة جنوب الوادي.
21. خليفة إيناس خليفة (2005): مراحل النمو وتطوره ورعايته، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
22. الدسوقي، مجدي محمد (2006): اضطرابات صورة الجسم الأسباب والتشخيص والوقاية والعلاج، سلسلة الاضطرابات النفسية 2، مكتبة الأنجو مصرية، القاهرة.
23. زينب محمد الشقير (2005): الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغي العاديين، ط1، مكتبة النهضة المصرية للنشر والتوزيع، مصر.
24. سامية القطان (1986): مقياس القلق السوي، المؤتمر الثاني لعلم النفس الظاهري.
25. السبعاوي فضيلة عرفات محمد (2010): القلق الاجتماعي وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية، عمان، دار ضياء.
26. الشريف بندر بن عبد الله (2014): بعض أبعاد القلق الاجتماعي المنبئة بالتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة طيبة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 3، العدد9.
27. عباس فيصل (1982): الشخصية في ضوء.
28. عباس مدحت وهناء شويخ (2009): صورة الجسم والشخصية البنية (الحدية) وعلاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلاب الجامعة، المجلد 25، العدد3.
29. عبد الرحمان عسيوي (1994): الأمراض السيكوسوماتية، دار النهضة العربية للنشر، بيروت، لبنان.
30. عبد السلام عبد الغفار (1976): مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
31. عبد العزيز القوصي (1952): أسس الصحة النفسية، ط4، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

32. عبد العزيز سعيد (2004): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
33. عبد المنعم طلعت (1992): المخاوف الاجتماعية لدى المراهقين والمراهقات، دراسة نفسية، المجلد 7، العدد 2.
34. العريشي السيد نبيل حسن، جبريل بن حسن وعبد الرحمان وآخرون، رشاد وفاء (2013): علم نفس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، عمان، دار الصفاء للنشر والتوزيع.
35. عطية عز الدين جميل (2003): الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف، ط1، القاهرة، عالم الكتب.
36. عطية وآخرون، عبد الحميد (2011): الخدمة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
37. عقيل حسين عيدروس (1993): مرض السكري بين الصيدلي والطبيب، وزارة الإعلام، فرع مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
38. عمر عبد الرحمان نصر الله (2002): الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع، ط1، عمان.
39. عيد محمد إبراهيم (2000): دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة كلية التربية، العدد 24، الجزء 4، القاهرة.
40. فاروق السيد عثمان (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس، دار الفكر العربي، القاهرة.
41. فايد حسن (1999): صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد9، العدد 23.
42. فايد حسين علي (2004): الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، مصر.
43. فهمي السيد (2005): التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
44. فهمي محمد (2001): السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية الإسكندرية، المكتب الجامع الحديث.

45. فوقية حسن رضوان (2003): دراسات الاضطرابات النفسية، ط1، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة.
46. فوقية حسن رضوان (2006): الإعاقة الصحية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.
47. فيصل محمد خير الزراد (2000): الأمراض النفس الجسدية أمراض العصر، ط1، دار النفائس بيروت، لبنان.
48. القريطي عبد المطلي (1998): في الصحة النفسية، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
49. كاشف إيمان فؤاد والأشرم رضا إبراهيم (2010): مقياس صورة الجسم في المعاقين بصريا، ب ط، دار الكتاب الحديث جامعة الزقازيق، مصر.
50. كفافي علاء الدين والنيال مايسة (1996): صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات دراسة ارتقائية غير ثقافية، مجلة علم النفس الهيئة المصرية العامة للكتاب.
51. لينا فاروق عباس وسليم عودة الزبون (2012): مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الأردنية دراسات العلوم التربوية المجلد 39، العدد2.
52. ماجد عبيد (2000): السامعون بأعينهم، الإعاقة السمعية، ط1، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
53. محمد إبراهيم عيد (2002): الهوية القلق والإبداع، القاهرة، دار القاهرة.
54. محمد السيد عبد الرحمان (1998): دراسات في الصحة النفسية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.
55. محمد السيد عبد الرحمان وهانم المقصود (1998): المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدي والقلق الاجتماعي وعلاقتها بالتوحيد نحو مساعدة الآخرين لدى طالبات الجامعة.
56. محمد عبد الحي (2001): الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل، ط1، الإمارات العربية، دار الكتاب الجامعي.
57. محمد عبد الله العائد أبو جعفر وآخرون (2015/2014): علم النفس النمو، دون ط، وزارة التربية والتعلم، حقوق النشر، مركز المناهج التعليمية والبحوث التربوية، ليبيا.
58. محمد علي كامل (2004):قاموس لغة الإشارة للأطفال الصم، دار الطلائع للنشر والتوزيع، مدينة النصر، القاهرة.
59. محمد قاسم عبد الله (2009): الشخصية، استراتيجياتها، نظرياتها وتطبيقاتها الإكلنيكية والتربوية والعلاج النفسي، ط2، سوريا، دار المكتبات للطباعة والنشر والتوزيع.

60. محمود الزيادي (1972): أسس علم النفس العام، القاهرة، مكتبة سعيد رأفت.
61. محمود صفاء (2011): بنات الثانوية، ط1، دار اليقين للنشر والتوزيع، مصر.
62. مدحت أبو نصر (2005): الإعاقة الجسمية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، مجموعة النيل العربية، مصر.
63. ملحم سامي (2012): أثر اضطراب الأكل والقل الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.
64. يوسف القريوتي وآخرون (2001): مدخل إلى التربية الخاصة.

ب/ المراجع المترجمة:

65. أورطال حوري، ترجمة أوري نتاتسيا (2010): كل ما أردت معرفته عن السرطان بين متى لذكرى متيلدار كاناني، إسرائيل.
66. ايزنك، تقديم أحمد محمد عبد الخالق (1983): الأبعاد الأساسية للشخصية، ط2، جامعة لندن، دار الجامعية للطباعة والنشر .
67. دافيد مارتن (ترجمة صلاح مخيمر) (1973): في العلاج السلوكي، ط1، الأنجلو مصرية، القاهرة.
68. هوب دابرا وهيمبورج ريتشارد (2002): الرهاب والقلق الاجتماعي، ترجمة محمد الصبوت، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

ج/ المراجع الأجنبية:

69. anziend, (1995): bmoi peau duned, France.
70. Baux S, Mimoun M, (1983): les brulures, les séquelles des brulures, pathologie. Paris.
71. Ranchman.s, (1998), amsciety psychology, press Ltd, London.

72. tubiana et baux, (1976): bruleurs de la pace masson.

د/ المذكرات الجامعية والأطاريح:

73. أحمد أبو القمصان (2016): نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفاعلية الذات لدى مبتوري الأطراف، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

74. آسيا عيازة (2014/2013): صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالنسبة للثالثة ثانوي (مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة ورقلة.

75. الأشرم رضا إبراهيم محمد (2008): صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، دراسة سيكومترية إكلينيكية لنيل درجة الماجستير في التربية، تخصص صحة نفسية، كلية التربية جامعة الزقازيق.

76. أمان أحمد محمود (1994): فاعلية العلاج بالتحصين والتدريب التوكيدي في علاج المخاوف الاجتماعية، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، السنة الثانية، العدد2.

77. آية قواجلية (2013): قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة.

78. بنجابي (2008): الرهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقات السعوديات، دراسة سيكومترية كلينيكية، رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق.

79. الخرينج أنوار وهند المصعب (2011): صورة الجسم وعلاقتها بالثقة بالنفس لدى عينة من طالبة جامعة الكويت، رسالة ماجستير، جامعة الكويت.

80. ريم عطية (2013/2012): أزمة الهوية وعلاقتها بصورة الجسد عند المراهقين (دراسة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، دمشق).

81. سعاد العاني (2014): علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى طلبة السنة الأولى انجليزي، رسالة ماجستير،

82. صوالحي صفاء، درابلة بشرى (2017): تقدير الذات لدى مرضى السرطان، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علم النفس، ابن الزهير قالمة.

83. الطاهري زهية، معروف خديجة (2014): أثر تقنية المحادثة لتخفيض قلق الموت والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

84. عبد الرحيم الشاذلي (2016): انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراء، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
85. القاضي وفاء محمد أحميدان (2009): قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البشر بعد الحرب في غزة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، بكلية التربية في الجامعة الإسلامية، غزة.
86. قيمر سهام (2016): القلق الاجتماعي وعلاقته بإدمان الأنترنت لدى المراهقين، مذكرة لنيل شهادة الماستر.
87. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح.
88. محمد صيام بشير حسن (2009): فاعلية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية تخفيف من حدة القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، كلية الأدب جامعة بنغازي.
89. مهلة محمد (2009): مستويات القل الاجتماعي وعلاقتها بمفهوم الذات لدى طلبة وطالبات المرحلة الثانوية، بمدينة القضارف، رسالة ماجستير جامعة الخرطوم.
90. النفيسة عبد العزيز (2010): تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية، رسالة دكتوراء في الفلسفة في العلوم الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
91. هبة عباس ساندي (2006): أثر بعض الإضافات الغذائية على تكوين المركبات الأمينية المسرطنة في بعض الأطعمة الشائعة للاستهلاك، بالمملكة العربية السعودية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
92. وردة سعادي (2009): سرطان الثدي ى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس عيادي.

هـ/ المجلات والدراسات العلمية:

93. إبراهيم إبراهيم والنيال مايسة (1994): صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الدراسة النفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين.
94. أحمد شمس الدين (2008): قاموس الطلاب، ط1، الجزائر، دار الكتاب الحديث.

95. أحمد محمد عبد الخالق (1978): قلق الموت سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، عدد11، الكويت، قسم علم النفس.
96. أمير الديلمي وأحلام الغربي (2011): الخجل الاجتماعي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طالبات معهد إعادة المعلمات، مجلة جامعة ديالي (مجلة علوم تربوية والنفسية)، العدد 47.
97. شاهين فزسيس وجرادات عبد الكريم (2012): العلاج العقلاني الانفعالي ودوره في التدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، الأردن.
98. عبد المقصود (2006): فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتغلب على القل الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة السعوديات، مجلة جامعة عين شمس، العلوم التربوية، مجلد 30، العدد2.
99. علي عبد السلام وآخرون (1997): دراسة نفسية لتأهيل فاقدي أعضاء الجسم عن طريق البتر، مجلة علم النفس، العدد 42، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.
100. فايد حسين (1999): صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلة 9، العدد 23، ص 190-223.
101. الموسوعة العربية العالمية (1999): ط2، مؤسسة أعمال الموسوعة لنشر والتوزيع الرياض، المملكة العربية.

و/ مواقع الأنترنت:

102. http: www.webteb.com
103. http//www.grcs.arg/arabic

الملاحق

الملحق رقم (01): استمارة البحث

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف –المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استمارة بحث

أستاذي الفاضل، أستاذتي الفاضلة تحية طيبة وبعد

في إطار الإعداد لرسالة الماستر تخصص توجيه وإرشاد،الموسومة بالعنوان التالي: "**القلق الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد** " ، أقدم لسيادتكم هذه الوثيقة المتضمنة استبيانين الأول خاص بصورة الجسد ،والثاني خاص بالقلق الاجتماعي لدى تلاميذ الثالثة ثانوي.

الرجاء التكرم بقراءة عبارات الاستبيانين، تم تحديد ماترونه يتوافق مع وجهة نظركم بوضع العلامة(x) في الخانة المناسبة بكل دقة وموضوعية مع تعبيئة البيانات الشخصية.

البيانات الشخصية :

الجنس: ذكر( ) ،أنثى (x)

الشعبة:(آداب وفلسفة)

السنة الجامعية: 2019-2020

مقياس صورة الجسم

عزيزي التلميذ/عزيزتي التلميذة

إليك مجموعة من العبارات التي تعبر عن بعض المواقف التي قد تصادفك في حياتك اليومية نرجوا منك تحديد درجة انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة التي تعبر عن الدرجة التي تعتقد أن ما جاء في العبارة يصف حقيقة شعورك.

ونؤكد لك بأن إجابتك ستكون سرية وستستخدم لأغراض علمية بحتة.

الجنس: ..أنثى.....

الشعبة: ..آداب وفلسفة

الرقم	العبـــــــــــــارات	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي بدرجة متوسطة	لاتنطبق علي أبدا
01	أنظر إلى جسمي نظرة سلبية			X
02	أرى أني مقيد الحركة بسبب جسمي.			X
03	أميل لتغير بعض ملامح وجهي.			X
04	أفضل البقاء في المنزل على الذهاب مع زملائي في رحلة بسبب شكل جسمي.			X
05	أشعر أن الناس لا يرونني جذابا.			X
06	أجتنب النظر في المرآة بسبب شكل جسمي.			X
07	أشعر أن هناك أجزاء من جسمي مختلفة عن الآخرين.			X
08	أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي في المرآة.			X

09	أشعر بالكآبة والحزن عندما أرى شكل جسمي في المرآة.			X
10	أشعر بعدم الرضا عن شكلي .			X
11	أشعر أن ملابسي أقل أناقة من زملائي.			X
12	أرفض إرتداء الملابس الضيقة بسبب شكل جسمي.			X
13	أعتقد أن شكلي بشع وغير مقبول.			X
14	أتقبل جسمي كما هو.	X		
15	أشعر أنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي.			X
16	أشعر أن هناك تناقضا بين أفكاري وشكل جسمي.			X
17	أشعر بالإحراج بسبب شكلي عندما أكون مع زملائي.			X
18	أعتقد بأن هناك تشوهات في جسمي.			X
19	أتجنب الإختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي.			X
20	أعتقد أن الناس يبتعدون عني لأن شكلي غريب.			X
21	أعجز عن التفاعل مع الناس بسبب شكل جسمي.			X
22	أتجنب الحركة الكثيرة لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي.			X
23	يقلقني مظهر جسمي.			X
24	أحكم على الناس من مظهرهم الخارجي.			X

عزيزي التلميذ/عزيزتي التلميذة

إليك مجموعة من العبارات التي تعبر عن بعض المواقف التي قد تصادفك في حياتك اليومية نرجوا منك تحديد درجة انطباقها عليك وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة التي تعبر عن الدرجة التي تعتقد أن ما جاء في العبارة يصف حقيقة شعورك.

ونؤكد لك بأن إجابتك ستكون سرية وستستخدم لأغراض علمية بحتة.

الجنس: ..أنثى.....

الشعبة: ..آداب وفلسفة

الرقم	العبـــــــــــــارات	تنطبق علي بدرجة كبيرة	تنطبق علي بدرجة متوسطة	لاتنطبق علي أبدا
01	أشعر بالخوف من التحدث في الهاتف في وجود الآخرين.		X 2	
02	أفضل المشاركة في الحديث مع جماعة صغيرة.			X 1
03	أشعر بالارتباك عند تناول الطعام في الأماكن. العامة.			X 1
04	أرتبك عندما يطلب مني أن أقف أمام الناس متحدثا		X 2	
05	أشعر بالتوتر والارتباك عند الحديث مع المسؤولين.		X 2	
06	أرتبك عندما يطلب مني إلقاء كلمة، أو عمل أي شيء أمام الآخرين .		X 2	
07	الخوف من الارتباك والإحراج يجعلني أتجنب التحدث أمام الآخرين.			X (2)
08	لا أحب حضور الحفلات .			X (1)

09	ارتبك عندما يلاحظني أحد وأنا أعمل أي شيء.			
10	أضطرب عندما يلاحظني أحد وانا أكتب شيئا يخصني.			
11	أجد صعوبة في النداء على شخص أريده ولكني لا أعرفه.			
12	من الصعب علي أن أبدأ حديثا مع أناس لا أعرفهم جيدا.			
13	أخشى على نفسي من مقابلة أناس أراهم لأول مرة .			
14	أشعر بالحرج عندما أدخل مجلسا ولا أجد لي فيه مقعدا .			
15	أرتبك عندما أجد مركز اهتمام الآخرين .			
16	أخاف من إلقاء كلمة من على المنصة .			
17	يزداد قلقي في الاختبار الشفوي عنه في الاختبار التحريري.			
18	أشعر بالحرج من مخالفتي رأيا قاله أحد الجالسين.			
19	أخشى من النظر إلى عيون أشخاص لا أعرفهم جيدا.			
20	اضطرب عندما يطلب مني تقديم شرحا شفويا عن عمل أنجزته بالتعاون مع زملائي.			
21	أشعر بالحرج عندما اشتري شيئا وأريد إرجاعه للبائع.			
22	أشعر بالقلق عندما يسند إلى الإعداد لحفل أو مناسبة أجتماعية .			
23	أرتبك إذا فرض علي إجراء مقابلة شخصية من أجل وظيفة ما .			
24	يزداد حرجي من البائع الذي يلح علي في شراء وكثيرا ما أستجيب.			

الملحق رقم (02): تصريح شرفي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة): بركات أميرة

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 017114

والصادرة بتاريخ: 14/12/30

عن دائرة: مسقرة.

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإجتماعية والانسانية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنوانها:

العلاج الإدماجي وعلاقته بصورة الجسد لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 2020/09/13

إمضاء المعني

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
الأمين العام
مباركي ساعد

نظرا لانشغال السيد رئيس المجلس الشعبي البلدي
تعين الحضور في
03 أكتوبر 2020

ملحق رقم (03): العمل الإحصائي على برنامج SPSS

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صج1 صج6 صج10 صج14 صج18 تقبل.أجزاءالجسم الدرجة.الكلية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		تقبل أجزاء الجسم	الدرجة الكلية
صج1	Corrélation de Pearson	,726**	,816**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج6	Corrélation de Pearson	,875**	,801**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج10	Corrélation de Pearson	,835**	,750**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج14	Corrélation de Pearson	,712**	,375*
	Sig. (bilatérale)	,000	,017
	N	40	40
صج18	Corrélation de Pearson	,679**	,772**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
تقبل أجزاء الجسم	Corrélation de Pearson	1	,878**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,878**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).
*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صج2 صج7 صج15 صج20 صج22 التناسق.العام.لأجزاءالجسم الدرجة.الكلية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		صج22	التناسق العام لأجزاء الجسم	الدرجة الكلية
صج2	Corrélation de Pearson	,597**	,838**	,895**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
صج7	Corrélation de Pearson	,624**	,855**	,853**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
صج15	Corrélation de Pearson	,734**	,826**	,714**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
صج20	Corrélation de Pearson	,614**	,657**	,605**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	40	40	40
صج22	Corrélation de Pearson	1	,860**	,811**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	40	40	40
التناسق العام لأجزاء الجسم	Corrélation de Pearson	,860**	1	,967**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	40	40	40
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,811**	,967**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	40	40	40

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).
*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صج3 صج8 صج11 صج16 المنظورالنفسي.لشكل.الجسم الدرجة.الكلية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		المنظور النفسي لشكل الجسم	الدرجة الكلية
صج3	Corrélation de Pearson	,767**	,751**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج8	Corrélation de Pearson	,806**	,730**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج11	Corrélation de Pearson	,823**	,761**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج16	Corrélation de Pearson	,784**	,676**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
المنظور النفسي لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	1	,919**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,919**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).
*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صج4 صج12 صج17 صج19 المنظورالاجتماعي.لشكل.الجسم الدرجة.الكلية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	الدرجة الكلية
صج4	Corrélation de Pearson	,871**	,927**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج12	Corrélation de Pearson	,826**	,722**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج17	Corrélation de Pearson	,911**	,871**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
صج19	Corrélation de Pearson	,638**	,605**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	40	40
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	1	,949**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,949**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صج5 صج9 صج13 صج21 صج23 صج24 المحتوى.الفكري.لشكل.الجسم الدرجة.الكلية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		صج23	صج24	المحتوى الفكري لشكل الجسم	الدرجة الكلية
صج5	Corrélation de Pearson	,564**	,406**	,735**	,671**
	Sig. (bilatérale)	,000	,009	,000	,000
	N	40	40	40	40
صج9	Corrélation de Pearson	,768**	,175	,755**	,826**
	Sig. (bilatérale)	,000	,279	,000	,000

	N	40	40	40	40
صج13	Corrélation de Pearson	,812**	,437**	,884**	,884**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,000	,000
	N	40	40	40	40
صج21	Corrélation de Pearson	,681**	,556**	,796**	,809**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40
صج23	Corrélation de Pearson	1	,382*	,888**	,903**
	Sig. (bilatérale)		,015	,000	,000
	N	40	40	40	40
صج24	Corrélation de Pearson	,382*	1	,643**	,529**
	Sig. (bilatérale)	,015		,000	,000
	N	40	40	40	40
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	,888**	,643**	1	,977**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	40	40	40	40
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,903**	,529**	,977**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).
**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج1 صج6 صج10 صج14 صج18
  /SCALE('تقبل أجزاء الجسم') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : تقبل أجزاء الجسم

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,780	5

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج2 صج7 صج15 صج20 صج22
  /SCALE('التناس العام لأجزاء الجسم') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : التناس العام لأجزاء الجسم

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,860	5

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج3 صج8 صج11 صج16
  /SCALE('المنظور النفسي لشكل الجسم') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : المنظور النفسي لشكل الجسم

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,797	4

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج19 صج17 صج12 صج4
  /SCALE('المنظور الاجتماعي لشكل الجسم') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : المنظور الاجتماعي لشكل الجسم

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,794	4

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج24 صج23 صج21 صج13 صج9 صج5
  /SCALE('المحتوى الفكري لشكل الجسم') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : المحتوى الفكري لشكل الجسم

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,856	6

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=صج5 صج19 صج17 صج12 صج4 صج16 صج11 صج8 صج3 صج22 صج20 صج15 صج7 صج2 صج18 صج14 صج10 صج6 صج1
    صج24 صج23 صج21 صج13 صج9
  /SCALE('مقياس صورة الجسم ككل') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : مقياس صورة الجسم ككل

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,960	24

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=تقبل.أجزاءالجسم التناسق.العام.لأجزاءالجسم المنظورالنفسي.لشكل.الجسم
    المنظورالاجتماعي.لشكل.الجسم المحتوى.الفكري.لشكل.الجسم الدرجة.الكلية القلق.الاجتماعي
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		القلق.الاجتماعي
تقبل أجزاء الجسم	Corrélation de Pearson	,275**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	120
التناسق العام لأجزاء الجسم	Corrélation de Pearson	,285**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	120
المنظور النفسي لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	,403**

	Sig. (bilatérale)	,000
	N	120
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	,334**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	120
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Corrélation de Pearson	,426**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	120
الدرجة الكلية	Corrélation de Pearson	,392**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	120
القلق الاجتماعي	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	120

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=تقبل أجزاء الجسم التناسق العام لأجزاء الجسم المنظور النفسي لشكل الجسم
    المنظور الاجتماعي لشكل الجسم المحتوى الفكري لشكل الجسم الدرجة الكلية
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
تقبل أجزاء الجسم	ذكر	29	6,52	2,385	,443
	أنثى	91	5,93	1,436	,151
التناسق العام لأجزاء الجسم	ذكر	29	6,31	2,222	,413
	أنثى	91	5,62	1,073	,112
المنظور النفسي لشكل الجسم	ذكر	29	5,38	2,145	,398
	أنثى	91	5,16	1,470	,154
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	ذكر	29	5,00	1,946	,361
	أنثى	91	4,43	,921	,097
المحتوى الفكري لشكل الجسم	ذكر	29	7,52	2,707	,503
	أنثى	91	7,12	1,512	,158
الدرجة الكلية	ذكر	29	30,72	10,737	1,994
	أنثى	91	28,26	5,352	,561

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes
		F	Sig.	t
تقبل أجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	9,065	,003	1,600
	Hypothèse de variances inégales			1,247
التناسق العام لأجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	17,397	,000	2,277
	Hypothèse de variances inégales			1,625
المنظور النفسي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	6,685	,011	,608
	Hypothèse de variances inégales			,502
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	15,569	,000	2,156
	Hypothèse de variances inégales			1,528
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	8,429	,004	,996
	Hypothèse de variances inégales			,752
الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	14,199	,000	1,645
	Hypothèse de variances inégales			1,188

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes		
		ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne
تقبل أجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,112	,583
	Hypothèse de variances inégales	34,701	,221	,583
التناسق العام لأجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,025	,695
	Hypothèse de variances inégales	32,259	,114	,695
المنظور النفسي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,545	,214
	Hypothèse de variances inégales	36,755	,619	,214
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,033	,571
	Hypothèse de variances inégales	32,087	,136	,571
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,321	,396
	Hypothèse de variances inégales	33,737	,457	,396

الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	118	,103	2,460
	Hypothèse de variances inégales	32,546	,243	2,460

```
T-TEST GROUPS=الشعبة(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=تقبل.أجزاءالجسم التناسق.العام.لأجزاء.الجسم المنظور.النفسي.لشكل.الجسم
    المنظور.الاجتماعي.لشكل.الجسم المحتوى.الفكري.لشكل.الجسم الدرجة.الكلية
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الشعبة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
تقبل أجزاء الجسم	علمي	82	6,06	1,821	,201
	أدبي	38	6,11	1,503	,244
التناسق العام لأجزاء الجسم	علمي	82	5,67	1,508	,166
	أدبي	38	6,03	1,325	,215
المنظور النفسي لشكل الجسم	علمي	82	4,99	1,519	,168
	أدبي	38	5,71	1,829	,297
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	علمي	82	4,52	1,199	,132
	أدبي	38	4,66	1,400	,227
المحتوى الفكري لشكل الجسم	علمي	82	7,11	1,859	,205
	أدبي	38	7,45	1,884	,306
الدرجة الكلية	علمي	82	28,35	7,021	,775
	أدبي	38	29,95	7,128	1,156

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes
		F	Sig.	t
تقبل أجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	,326	,569	-,131
	Hypothèse de variances inégales			-,140
التناسق العام لأجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	,366	,546	-1,247
	Hypothèse de variances inégales			-1,308
المنظور النفسي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	4,432	,037	-2,269
	Hypothèse de variances inégales			-2,120
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	1,063	,305	-,538
	Hypothèse de variances inégales			-,508
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	,933	,336	-,921
	Hypothèse de variances inégales			-,917
الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	1,073	,302	-1,151
	Hypothèse de variances inégales			-1,145

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes		
		ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne
تقبل أجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,896	-,044
	Hypothèse de variances inégales	86,249	,889	-,044
التناسق العام لأجزاء الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,215	-,356
	Hypothèse de variances inégales	81,333	,195	-,356
المنظور النفسي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,025	-,723
	Hypothèse de variances inégales	61,564	,038	-,723
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,592	-,134
	Hypothèse de variances inégales	63,087	,613	-,134
المحتوى الفكري لشكل الجسم	Hypothèse de variances égales	118	,359	-,338
	Hypothèse de variances inégales	71,285	,362	-,338
الدرجة الكلية	Hypothèse de variances égales	118	,252	-1,594
	Hypothèse de variances inégales	71,177	,256	-1,594

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=صورة.الجسم القلق.الاجتماعي
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		صورة.الجسم	القلق.الاجتماعي
صورة.الجسم	Corrélation de Pearson	1	,392**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	120	120
القلق.الاجتماعي	Corrélation de Pearson	,392**	1

	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	120	120

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=صورة.الجسم القلق.الاجتماعي
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
صورة.الجسم	ذكر	29	30,7241	10,73677	1,99377
	أنثى	91	28,2637	5,35171	,56101
القلق.الاجتماعي	ذكر	29	39,9310	10,13809	1,88260
	أنثى	91	47,0989	10,30755	1,08053

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
صورة.الجسم	Hypothèse de variances égales	14,199	,000	1,645	118
	Hypothèse de variances inégales			1,188	32,546
القلق.الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	,132	,717	-3,274	118
	Hypothèse de variances inégales			-3,302	47,870

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
صورة.الجسم	Hypothèse de variances égales	,103	2,46040	1,49571
	Hypothèse de variances inégales	,243	2,46040	2,07119
القلق.الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	,001	-7,16787	2,18947
	Hypothèse de variances inégales	,002	-7,16787	2,17065

```
T-TEST GROUPS=الشعبة(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=صورة.الجسم القلق.الاجتماعي
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الشعبة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
صورة.الجسم	علمي	82	28,3537	7,02091	,77533
	أدبي	38	29,9474	7,12797	1,15631
القلق.الاجتماعي	علمي	82	44,9512	11,04860	1,22011
	أدبي	38	46,2632	9,91500	1,60843

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
صورة.الجسم	Hypothèse de variances égales	1,073	,302	-1,151	118
	Hypothèse de variances inégales			-1,145	71,177
القلق.الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	,572	,451	-,624	118
	Hypothèse de variances inégales			-,650	79,769

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
صورة.الجسم	Hypothèse de variances égales	,252	-1,59371	1,38442
	Hypothèse de variances inégales	,256	-1,59371	1,39219
القلق.الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	,534	-1,31194	2,10098
	Hypothèse de variances inégales	,518	-1,31194	2,01884

```
REGRESSION
  /MISSING LISTWISE
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
```

```
  /NOORIGIN
  /DEPENDENT القلق.الاجتماعي
  /METHOD=ENTER صورة.الجسم.
```

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	صورة.الجسم[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : القلق.الاجتماعي
b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,392[a]	,154	,147	9,86484

a. Prédicteurs : (Constante), صورة.الجسم

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	2086,697	1	2086,697	21,443	,000[b]
	Résidu	11483,169	118	97,315		
	Total	13569,867	119			

a. Variable dépendante : القلق.الاجتماعي
b. Prédicteurs : (Constante), صورة.الجسم

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	28,260	3,802		7,432	,000
	صورة.الجسم	,593	,128	,392	4,631	,000

a. Variable dépendante : القلق.الاجتماعي

```
NEW FILE.
DATASET NAME Jeu_de_données1 WINDOW=FRONT.
CORRELATIONS
  /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009
    VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020
    VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
RELIABILITY
  /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009
    VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020
    VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024
  /SCALE('ثبات مقياس القلق الاجتماعي') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : ثبات مقياس القلق الاجتماعي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclu[a]	0	,0
	Total	40	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,923	24

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف علة صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في ضوء المتغيرات (الجنس والتخصص) مستخدمة المنهج الوصفي الارتباطي ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياسيين مقياس لصورة الجسم الذي صممه النوبي (2009)، ومقياس القلق الاجتماعي الذي صممه ليبوتز وقام بتعريبه وتقنيته إبراهيم الشافعي (2018) وتم تطبيق الدراسة على عينة من تلاميذ الثانوية التي بلغت عددها (120) تلميذ وتلميذة.

وتمت معالجة النتائج إحصائيا باستخدام الدراسة الإحصائية (spss) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة بعد تفسيرها على ضوء الجانب النظري وما سبق من دراسات سابقة تبين لنا ما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين صورة الجسم والقلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.
- تساهم صورة الجسم في التنبؤ بدرجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة صورة الجسم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق دالة إحصائية في صورة الجسد لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير التخصص (أدبي/ علمي).
- توجد فروق دالة إحصائية في القلق الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية تعزى لمتغير التخصص (أدبي/ علمي).

الكلمات المفتاحية: القلق الاجتماعي ، صورة الجسد.

Study summary:

The present study aimed to identify the problem of body image and its relationship to social anxiety among a sample of third year high school students in light of the variables (gender and specialization) using the correlational descriptive approach. Leibutz, and its Arabization and technology, Ibrahim Al Shafei (2018). The study was applied to a sample of high school students, which numbered (120) male and female students.

The results were treated statistically using the statistical study (SPSS), where the results of this study were shown after being interpreted in light of the theoretical side and the previous studies showing the following:

There is a statistically significant correlation between body image and social anxiety among a sample of secondary school students.

Body image contributes to predicting the degree of social anxiety in a sample of secondary school students.

-There are statistically significant differences in the degree of body image among a sample of secondary school students due to the variable of sex.

-There are statistically significant differences in the degree of social anxiety among a sample of secondary school students due to the gender variable.

-There are statistically significant differences in the body image of a sample of secondary school students due to the variable of specialization (literary / scientific.(

-There are statistically significant differences in social anxiety among a sample of secondary school students due to the variable of specialization (literary / scientific.(

Key words: social anxiety, body image.