

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالب: هبة محمد خطاب

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2014/5/31



الجامعة الإسلامية - غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس - الإرشاد النفسي

صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة

إعداد الطالبة:

هبة محمد خطاب خطاب

تحت إشراف الدكتور:

عاطف عثمان الأغا

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة كمتطلب تكميلي
لنيل درجة الماجستير في علم النفس

1436 هـ - 2014 م.



نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي و الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ هبة محمد خطاب خطاب لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم علم النفس - إرشاد نفسي وموضوعها:

صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية لدي عينة من النساء البدينات في قطاع غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم السبت 02 شعبان جمادى الأولى 1435هـ، الموافق 2014/05/31م الساعة الواحدة ظهراً بمبنى طبية، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

عاطف عثمان الأغا

مشرفاً ورئيساً

د. عاطف عثمان الأغا

أ.د. محمد وفائي/علاوى الحلو

مناقشاً داخلياً

أ.د. محمد وفائي/علاوى الحلو

د. محمد جواد الخطيب

مناقشاً خارجياً

د. محمد جواد الخطيب

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/قسم علم النفس - إرشاد نفسي.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز

أ.د. فؤاد علي العاجز





﴿اللَّهُ الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ الْأَرْضَ قَرَارًا وَالسَّمَاءَ بِنَاءً وَصَوَّرَكُمُ
فَأَحْسَنَ صُورَكُمْ وَرَزَقَكُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ ۚ
ذَلِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ ۖ فَتَبَارَكَ اللَّهُ رَبُّ الْعَالَمِينَ﴾

صدق الله العلي العظيم

(غافر: 64)



عندما أمسكت بالقلم لأخط إهدائي، تبعثرت الحروف وهربت الكلمات، وانهمرت الدموع، بين غير مصدقة لأنني انتهيت من إعداد الرسالة وبين أطياف بدأت تحوم من ذكريات عزيزة حيناً وقاسية أحياناً. ثلاثة أعوام ونيف هي مدة الوصول إلى هنا. ثلاثة أعوام هي الأصعب هي الأعلى. وللأعلى أخط إهدائي إلى :

❖ معلم البشرية .. وهادي الأمة ... وسيد الأئمة.. محمد بن عبد الله عليه من الله أفضل صلاة وأتم تسليم .

❖ إلى من كلله الله بالهيبة والوقار ... إلى من علمني العطاء دون انتظار ... إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... إلى رمز الحكمة والمحبة والعطاء... إلى الذي رباني صغيرة... وتعهدني وغمرني بفضلته وكرمه كبيرة... وشجعني على مواصلة درب العلم والعلماء... متعك الله بصحة البدن وعافية النفس... وحسن العمل وطول الأجل.... والذي العزيز.

❖ إلى رمز العطاء في هذه الحياة... إلى معنى الحب والحنان والتفاني... إلى سر الوجود... إلى التي ما فتئت تلهج بالدعاء سائلة المولى عز وجل التوفيق والنجاح والهداية والصلاح في ديني ودنياي وعاقبة أمري ... حفظها الله ورعاها وجعلها تاجاً فوق رؤوسنا.... ورزقني برها ما حييت.... أمي الحبيبة.

❖ إلى من به أكبر وعليه أعتمد إلى سندي إلى الشمعة المتقدة التي تنير ظلمة حياتي ... إلى من بوجوده اكتسبت قوة ومحبة لا حدود لها... إلى من عرفت معه معنى الحياة زوجي الحبيب

❖ إلى نبع الطفولة وصفائها إلى ربيع العمر إلى من أرى في وجوههم إشراقه الغد ... وحلم المستقبل إلى من تحملوا وصبروا معي في رحلتي الطويلة إلى أولادي فلذات كبدي حفظهم الله ورعاهم أحمد وتالا وجنان.

❖ إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي.... أخواتي الكريمات.

إلى كل هؤلاء اهدي جهدي المتواضع، ،

شكر وتقدير

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برويتك فمتعنا اللهم بالنظر إلى وجهك الكريم، فإنني أشكر الله العلي القدير أولاً وأخيراً على توفيقه بإتمام هذه الرسالة، فهو - عز وجل - أحق بالشكر والثناء وأولى بهما.

وأصلي وأسلم على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد الهادي الأمين وبعده :

انطلاقاً من قوله عليه الصلاة والسلام " من لا يشكر الناس لا يشكر الله "

أتوجه بخالص الشكر والتقدير والعرفان إلى الدكتور/ عاطف الأغا على ما تحمله من جهد وصبر فكان نعم الموجه والمرشد، والشكر موصول إلى أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية قسم الإرشاد النفسي بجامعتي الجامعة الإسلامية، والسادة محكمي الدراسة، وأشكر السيد الدكتور الصيدلاني محمود الشيخ علي - مدير مركز ابن النفيس الذي فتح أبواب مركزه لمساعدتي على أخذ عينة الدراسة، والأستاذ خليل مقداد الذي ساعدني في التحليل الإحصائي .

و وفاءً وتقديراً واعترافاً أقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان إلى جامعتي جامعة القدس المفتوحة حاضنة العلم ومنازة المتعلمين، والتي أشرف بالعمل بها لما قدمته لي من مكتبة قيمة وقاعدة بيانات رائعة ساعدتني كثيراً في الوصول للدراسات السابقة كما وأشكر الأخت رباب أبو كميل لما قدمته لي أثناء دراستي من مساعدة ونصح وتوجيه جعله الله في ميزان حسناتها، وأشكر الأخت منى أبو زكري (أم فيصل) التي ساعدتني في ترجمة الدراسات الأجنبية فلها مني كل الإعزاز والتقدير. كما وأشكر كل الإخوة والزلاء والأصدقاء الذين قدموا لي العون والتشجيع لانجاز هذه الدراسة.

وما توفيقني إلا بالله

الباحثة

هبة محمد خطاب خطاب

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين صورة الجسم و متغيرات الدراسة النفسية والاجتماعية لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، كما وسعت للتعرف على نسبة انتشار كل من (القلق - الخجل - الاكتئاب) لدى أفراد العينة، إضافة إلى الكشف عن مستوى الرضا عن صورة الجسم والكفاءة الاجتماعية لدى النساء البدنيات في قطاع غزة، و معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية: (العمر - المستوى التعليمي - عدد سنوات الزواج - عدد الأبناء).

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت الباحثة الاستبانة كأداة أساسية لجمع المعلومات، حيث قامت بتصميم خمس أدوات قياس، الأولى لقياس صورة الجسم ومكونة من (23) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي)، والثانية لقياس القلق مكونة من (24) فقرة، والثالثة لقياس الخجل مكونة من (25) فقرة، والرابعة لقياس الاكتئاب مكونة من (25) فقرة، والخامسة لقياس الكفاءة الاجتماعية، ومكونة من (23) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي (الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية، الثقة وتوكيد الذات، الشعور بالنقص وصعوبة التوافق والتواصل الاجتماعي)، وطبقت أدوات الدراسة على عينة استطلاعية عددها (38) امرأة بدينة من مجتمع الدراسة. وتم توزيع الأدوات بعد التحقق من صدقها وثباتها وتمتعها بخصائص سيكومترية جيدة على عينة عشوائية قوامها (162) امرأة بدينة هي عدد عينة البحث.

استخدمت الباحثة أساليب إحصائية متعددة لتحليل استجابة أفراد العينة وهي:

"التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية و معامل ارتباط بيرسون "Pearson" و معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ، و التحليل العاملي و تحليل التباين الأحادي و اختبار (ت) لعينتين مستقلتين".

وقد بينت نتائج الدراسة ما يلي:

1. نسبة انتشار القلق بين أفراد عينة الدراسة وصلت إلى (65%)، وكانت نسبة انتشار الخجل لديهن (54.5%)، أما نسبة الاكتئاب فوصلت إلى (59.7%).

2. مستوى الرضا العام عن صورة الجسم لدى عينة الدراسة وصل إلى (43.5%)، حيث احتل البعد الاجتماعي المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (49.9%)، تلي ذلك البعد النفسي الذي احتل المرتبة الثانية بوزن نسبي (44.3%)، واحتل المظهر العام المرتبة الأخيرة بوزن نسبي قدره (37.9%).
 3. المستوى العام للكفاءة الاجتماعية لدى عينة الدراسة وصل إلى (60.1%)، حيث أن بعد الثقة وتوكيد الذات احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (72.6%)، تلي ذلك بعد الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل الذي احتل المرتبة الثانية بوزن نسبي (60.9%)، وجاء بعد الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية في المرتبة الأخيرة بوزن نسبي (48.5%).
 4. وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وكتلة الجسم، فكلما زادت كتلة الجسم انخفض مستوى الرضا عن صورة الجسم.
 5. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وبين بعد الطول لدى عينة الدراسة، فكلما زاد طول الجسم كلما ارتفع مستوى الرضا عن صورة الجسم.
 6. وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم و وزن الجسم، فكلما زاد وزن الجسم كلما انخفض مستوى الرضا عن صورة الجسم.
 7. وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وبين كل من (القلق - الخجل - الاكتئاب).
 8. وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم والكفاءة الاجتماعية.
 9. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم لدى عينة الدراسة تعزى للمتغيرات التالية (العمر - المستوى التعليمي - العمل - عدد سنوات الزواج . عدد الأبناء).
- وفي ضوء نتائج الدراسة خرجت الباحثة بمجموعة من التوصيات والمقترحات:
- أولاً: التوصيات:**

1. تزويد المستشفيات والعيادات بمرشدين نفسيين وأخصائيي تغذية لمساعدة النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن واضطرابات نفسية، وذلك بعمل برامج إرشادية وعلاجية لمساعدتهن للوصول للوزن المثالي، ومساعدتهن لتقبل ذواتهن.

2. إرشاد النساء اللاتي يعانين من أفكار سلبية حول صورة أجسامهن، ومحاولة مساعدتهن على التغلب على الصعوبات النفسية التي يواجهنها.
3. العمل على نشر ثقافة الوعي بطرق التغذية الصحيحة، وليس فقط للأمهات بل لجميع شرائح المجتمع ابتداءً بطلبة المدارس بجميع مراحلها، مروراً بطلبة الجامعات، وصولاً للفئات العمرية الأكبر.
4. أن تقوم حملات إعلامية لتوعية الأفراد بمضار البدانة وزيادة الوزن.

ثانياً: المقترحات:

إجراء المزيد من البحوث المسحية والدراسات استكمالاً للجهد الذي بدأتها الباحثة، في ضوء ما انتهت إليه دراستها، حيث ترى الباحثة أن هذه الفئة (البدينات)، بحاجة إلى المزيد في الدراسات والبحوث، نظراً لافتقار التراث النظري في قطاع غزة في التطرق لهذه الفئة (المرأة البدينة) بشكل خاص، والوطن العربي بشكل عام، وذلك للوقوف على مشكلاتهم والعمل على خفض من حدتها ومعالجتها، وتشمل:

1. إجراء دراسات مستقبلية على فئات عمرية مختلفة ومجتمعات دراسية متباينة، لبيان أثر البدانة على كل من الرضا عن صورة الجسم والقلق والاكتئاب والخجل.
2. الوقوف على موضوعات تتعلق بهذه الفئة ك (الاضطرابات النفسية . تقدير الذات . الشعور بالذنب)
3. إجراء دراسات تتناول الكشف عن طبيعة تطور صورة الجسم لدى المرأة من مرحلة عمرية إلى أخرى.

Abstract

The aim of the current study is to investigate the relationship between body image and psychological and social variables among obese women in Gaza Strip, to explore the percentage of (anxiety- shyness- depression among the targeted sample, to state the satisfaction level of body image and the social competence among those obese women and to find out whether there are significant differences of the body image according to the following variables: (age- educational level- number of marriage years- number of children).

In order to carry out an investigation about these aims, a total number of 162 obese women were engaged in this research by answering a questionnaireS that consisted of one main questions with 5 sub-questions. All of the participants, whose age varied from 25 to 45 years old, were randomly selected and asked to answer the questionnaire either in their offices or at homes.

Quantitative data were collected through the questionnaire administered to those obese women, and therefore were entered to SPSS program for the sake of analysis. The analysis process consisted of quantitative procedures. Both comparative and descriptive statistics were used to analyze and present the data. Mean, standard deviation and significance level of mean differences were calculated across the data analysis procedures.

The major results produced by this study were as follows :

According to the overall results, it was concluded that; first, the majority of the obese women were dissatisfied with their body images. Second, an inverse relationship between the body image; on the one hand and anxiety, shyness, and depression on the other hand, was observed. Finally, the relationship between body image and both weight and body mass was a positive relation while the relationship between body image and the body height was an inverse relationship.

However, demographic factors showed no significant differences; they had no effect on body image among the participants.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	المحتوى
أ	آية قرآنية
ب	الإهداء
ج	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة
ز	Abstract
ح	قائمة المحتويات
ل	قائمة الجداول
س	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2	المقدمة
4	مشكلة الدراسة
5	أهداف الدراسة
5	أهمية الدراسة
7	فرضيات الدراسة
8	مصطلحات الدراسة
10	حدود الدراسة
11	الفصل الثاني الإطار النظري
12	المتغير الأول صورة الجسم
13	مقدمة
14	مفهوم صورة الجسم
15	أهمية صورة الجسم
17	الاختلافات بين الجنسين في صورة الجسم
18	صورة الجسم والمراحل العمرية

رقم الصفحة	المحتوى
19	مكونات صورة الجسم
21	أبعاد صورة الجسم
22	العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم
25	المتغير الثاني القلق
26	مقدمة
26	مفهوم القلق
28	الفرق بين القلق والخوف
29	التفسير الفسيولوجي للقلق
30	أسباب القلق
32	أنواع القلق
34	أعراض القلق
35	النظريات المفسرة للقلق
37	تعقيب عام على نظريات القلق
38	علاج القلق
39	القلق من منظور إسلامي
42	المتغير الثالث الاكتئاب
43	مقدمة
44	مفهوم الاكتئاب
45	الفرق بين الحزن والاكتئاب
45	مدى انتشار مرض الاكتئاب
47	أعراض الاكتئاب
48	أعراض الاكتئاب كما وصفها القرآن
49	أسباب الاكتئاب
51	المنظور الإسلامي لأسباب الاكتئاب
52	نظريات تفسير الاكتئاب
54	التعقيب على النظريات

رقم الصفحة	المحتوى
55	علاج الاكتئاب
56	علاج الاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة
57	المتغير الرابع الخجل
58	مقدمة
58	مفهوم الخجل
61	الفرق بين الخجل والحياء
62	مكونات الخجل
63	أسباب الخجل
65	أشكال الخجل
66	أعراض الخجل
68	النظريات المفسرة للخجل
69	وسائل علاج الخجل الاجتماعي
71	المتغير الخامس الكفاءة الاجتماعية
72	مقدمة
72	مفهوم الكفاءة الاجتماعية
74	العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية
75	المهارات والسمات التي يتمتع بها ذوي الكفاءة الاجتماعية
76	افتقاد الكفاءة الاجتماعية
78	عناصر ومكونات الكفاءة الاجتماعية
80	المتغير السادس البدانة
81	مقدمة
81	مفهوم البدانة
82	قانون وزن الجسم
82	مكونات الجسم البشري
83	ما هي كمية الدهون التي يجب التخلص منها
83	مؤشر كتلة الجسم MBI

رقم الصفحة	المحتوى
84	أسباب البدانة
87	أنواع السمنة
88	أضرار البدانة ومضاعفاتها
90	الوقاية من البدانة وعلاجها
91	الفصل الثالث الدراسات السابقة
92	مقدمة
92	أولاً: دراسات تناولت صورة الجسم
100	ثانياً : دراسات تناولت صورة الجسم و علاقتها بالمتغيرات النفسية للدراسة (القلق . الاكتئاب . الخجل)
111	تعقيب على الدراسات السابقة
113	الفصل الرابع الطريقة والإجراءات
114	منهج الدراسة
114	مجتمع الدراسة
115	عينة الدراسة
118	أدوات الدراسة
145	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
146	الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها
147	الإجابة عن أسئلة الدراسة
152	فرضيات الدراسة
164	أولاً: التوصيات
164	ثانياً: المقترحات
165	المصادر والمراجع
179	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الجدول	م
115	يوضح عدد سنوات الزواج لدى أفراد العينة	جدول رقم (1)
116	يوضح الفئات العمرية لأفراد العينة	جدول رقم (2)
116	يوضح مدى وجود أطفال لدى النساء في العينة	جدول رقم (3)
117	يوضح عدد الأطفال في العينة	جدول رقم (4)
117	إحصاءات وصفية حول أبعاد الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (5)
117	يوضح مدى عمل النساء البدنيات في العينة	جدول رقم (6)
118	يوضح المؤهل العلمي لأفراد العينة	جدول رقم (7)
121	مصفوفة عوامل الدرجة الأولى لبنود مقياس صورة الجسم قبل التدوير وبعد التدوير لأفراد العينة	جدول رقم (8)
122	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس	جدول رقم (9)
122	معاملات الارتباط بين فقرات العامل الأول (البعد النفسي) والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (10)
123	معاملات الارتباط بين فقرات العامل الثاني (المظهر العام) والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (11)
123	معاملات الارتباط بين فقرات العامل الثالث (البعد الاجتماعي) والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (12)
124	يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس صورة الجسم	جدول رقم (13)
125	معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس صورة الجسم	جدول رقم (14)
125	معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس صورة الجسم	جدول رقم (15)
127	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس القلق والدرجة الكلية	جدول رقم (16)

رقم الصفحة	الجدول	م
	للمقياس	
128	يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس القلق	جدول رقم (17)
131	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الخجل والدرجة الكلية للمقياس	جدول رقم (18)
132	يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الخجل	جدول رقم (19)
135	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	جدول رقم (20)
136	يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الاكتئاب	جدول رقم (21)
140	مصفوفة عوامل الدرجة الأولى لبنود مقياس الكفاءة الاجتماعية قبل التدوير وبعد التدوير لأفراد العينة	جدول رقم (22)
141	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس	جدول رقم (23)
141	معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (24)
142	معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (الثقة وتوكيد الذات) والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (25)
142	معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل) والدرجة الكلية للبعد	جدول رقم (26)
143	يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الكفاءة الاجتماعية	جدول رقم (27)
144	معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية	جدول رقم (28)
147	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان	جدول رقم (30)

رقم الصفحة	الجدول	م
	النسبية لمقاييس الدراسة (الخلج - القلق - الاكتئاب) لدى النساء البدنيات في قطاع غزة	
149	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس صورة الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (31)
150	يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده لدى النساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (32)
152	يوضح نتائج مصفوفة معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين صورة الجسم وكل من (القلق - الخلج - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (33)
155	يوضح نتائج مصفوفة معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (34)
157	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة للفئات العمرية للنساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (35)
159	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة لسنوات الزواج للنساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (36)
160	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة للمؤهل العلمي للنساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (37)
163	نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة لعدد الأبناء للنساء البدنيات في قطاع غزة	جدول رقم (39)

قائمة الملحق

رقم الصفحة	الملحق	م
180	قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة	ملحق رقم (1)
181	رسالة تحكيم أدوات الدراسة	ملحق رقم (2)
191	الرسالة الموجهة للجنة المستهدفة (الاستبانة بشكلها النهائي)	ملحق رقم (3)
197	تسهيل مهمة الباحث	ملحق رقم (4)

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- المقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- حدود الدراسة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة:

"يعيش هذا العالم في إطار نسيج اجتماعي، نطمح أن نكون فيه دائماً محط الأنظار وموضع الاهتمام، نهتم بأشكالنا وأوزاننا وصور أجسامنا، ففهمنا لذاتنا يعد من المتغيرات المهمة في التوافق النفسي والاجتماعي لدينا كأفراد، وتعد الذات الجسمية أو ما يطلق عليه "صورة الجسم" Body Image من المحددات المهمة لمفهوم الذات لدى الفرد.

وصورة الجسم خاصية تتسم بالاستمرارية، والشيوخ لدى الذكور والإناث، وإن كانت الإناث أكثر تفحيصاً وتمحيصاً، وحتى حساسية لصورة أجسامهن عن نظرائهن من الرجال، فالإناث ينشئن أكثر اهتماماً بوزن وشكل أجسامهن. (فايد، 2004: 154).

وطبيعي أن يكون الانشغال والقلق حول المظهر الجسمي شائع بين الإناث، حيث يرجع ذلك إلى النظرة الاجتماعية وتأكيداها على الجاذبية الجسمية كمعيار لقبول الآخرين، والتأكيد المبالغ فيه من جانب المجتمع والأفراد على المظهر الجسمي واللياقة البدنية قد يؤدي إلى تكون صورة الجسم السلبية. (Peters, M.A & Phelps, L, 2001: 283).

ففي دراسة أجريت عام 1993 على نساء أمريكيات تتراوح أعمارهن من 18-70 أظهرت النتائج أن نسبة (46%) لم يكن راضيات عن أوزانهن. (عيسوي، 2004: 284).

وتحرص المرأة على أن تتمتع بصورة جسمية جذابة ومقبولة، وذلك وفقاً للصورة التي تحددها الثقافة، فالمرأة تبحث عن نوع الجسم أو الشكل الذي يعد جذاباً في وقت معين من الزمن وفي إطار ثقافة معينة، فلقد كانت الصورة المثلى للمرأة الجميلة في الماضي هي التي تميل إلى امتلاء الجسم، وفي الوقت الحاضر الصور المثالية هي النحافة. (العيسوي، 2004: 74).

ويرى سيمون دي بوفوار أن " فقدان الثقة في الجسم يؤدي إلى فقدان الثقة في النفس " حيث يولد عدم الرضا عن الوزن و صورة الجسم أثراً كبيراً على حياة النساء وتفاعلاتهن في المجتمع، حيث تتضمن صورة الجسم الاهتمامات المنغرس في خبرات النساء بوزن وشكل أجسامهن، ويشمل هذا ادراكاتهن لتأثير الرسائل المجتمعية بخصوص النحافة في حياتهن، فالنساء تتلقين رسائل لا تنتهي عن صورة أجسامهن من مصادر قريبة مثل الوالدين، والأصدقاء والإخوة وزملاء العمل، أو من مصادر أكثر شمولاً كالإعلانات في المجلات والتلفزيون، وصناعة الأزياء

التي غيرت كثيراً في مفهوم المرأة لصورة جسمها حيث أصبحت النساء تسعى للوصول للنحافة كمثال لجمال صورة الجسم.

ففي دراسة لـ ثيمبسون (Thompson, J. 1995) وجد أن المضايقات التي تتعرض لها الفتاة من الأسرة والأقران بسبب وزنها تسهم في وجود رؤية سلبية لديها عن جسمها.

ويرتبط رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة جسده بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات عنه، أي أن الجسد ليس مهماً بحد ذاته، ولكن أهميته تتأتى من نظرة الآخرين، كل هذه العوامل تزيد من نسبة القلق لدى النساء خاصة إذا كانت التعليقات حول أجسامهن تصدر من أشخاص يلعبون دوراً بارزاً في حياتهن كشريك الحياة، مما يزيد من شعورها بالاكتهاب وحتى الخجل من أشكال أجسامهن.

وجاءت دراسة فايد (2001) على مجموعة من طالبات جامعة حلوان لتؤكد أن الفتيات اللاتي لديهن عدم رضا عن شكل ووزن الجسم، غالباً ما تظهر عليهن أعراض الاكتهاب بسبب فشلهن في محاولة ضبط الوزن.

ومن هنا تجد الباحثة أن هناك علاقة بين صورة الجسم وبعض المتغيرات النفسية وهذا ما تناولته دراسة علي والنيال (1994) حيث أجريت على عينة قوامها (119) من طالبات جامعة قطر وتوصل الباحثان إلى أن الشهية المفرطة والسمنة ارتبطت بالقلق والاكتهاب، فالوزن الزائد يصاحبه اكتهاب نتيجة لصورة الجسم غير المرغوبة بسبب السمنة، فضلاً عن الشعور بالقلق كلما اعتزمت تناول الطعام.

وبناءً على هذه المعطيات واستشعار الباحثة هذه المشكلة من حولها، حيث لاحظت أن النساء البدنيات المتزوجات يكون صورة سلبية عن أجسامهن، خاصة عندما يكسبن وزناً زائداً بعد الزواج وإنجاب الأطفال، كما أنهن كن يملن للاكتهاب والخجل من أشكال أجسامهن والقلق حيال قدرتهن على إنقاص أوزانهن وصعوبة استعادتهن للوزن المثالي، هذا ولاحظت الباحثة ندرة الدراسات العربية الخاصة بصورة الجسم وارتباطها بزيادة الوزن مما يعطي الدراسة أهمية خاصة، لذا عمدت الباحثة لتسليط الضوء في هذه الدراسة على زيادة الوزن (البدانة) وأثرها على صورة الجسم وبعض الاضطرابات النفسية كالقلق والخجل والاكتهاب.

مشكلة الدراسة:

تعتبر صورة الجسم من أدق التفاصيل التي تهتم المرأة ببل وتنقل كاهلها، فالمرأة كائن يحب الجمال ويصبو للكمال في كل شيء، خاصة في المظهر العام والصورة الخارجية، فكيف إذا حدث وتغيرت صورة الجسم عما تصبو إليه مع وجود الفضائيات التي أصبحت تصف النحافة أو الرشاقة رمزاً لجمال الأنثى، وتتحدد مشكلة الدراسة في معرفة هل تؤثر صورة الجسم في الحالة النفسية للمرأة، بمعنى هل توجد علاقة بين صورة الجسم وكل من القلق والخجل والاكتئاب والكفاءة الاجتماعية لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، لنجد أن الدراسة تتحدد في السؤال الرئيس التالي:

ما العلاقة بين صورة الجسم وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية و الديمغرافية لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة ؟

وينبثق من التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية :

1. ما نسبة انتشار (القلق - الخجل - الاكتئاب) بين عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
2. ما مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
3. ما مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
4. ما العلاقة بين أبعاد الجسم (الطول . الوزن . الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
5. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين صورة الجسم و كل من (القلق - الخجل - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
6. هل توجد فروق دالة إحصائياً في صورة الجسم تعزى لمتغير (العمر - المستوى التعليمي - العمل - عدد سنوات الزواج - عدد الأبناء).

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة للإجابة عن تساؤلاتها المتعلقة بما يلي:

1. التعرف على نسب انتشار كل من (القلق - الخجل - الاكتئاب) بين عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
2. الكشف عن مستوى كل من (الرضا عن صورة الجسم - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
3. معرفة العلاقة بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
4. الكشف عن العلاقة الارتباطية بين صورة الجسم والمتغيرات النفسية (القلق، الخجل، الاكتئاب) لدى عينة الدراسة.
5. الكشف عن العلاقة الارتباطية بين صورة الجسم و المتغير الاجتماعي (الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
6. التعرف على الفروق الدالة إحصائياً في صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة والتي تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية: (العمر - المستوى التعليمي - العمل - عدد سنوات الزواج - عدد الأبناء).

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

1. إن صورة الجسم تختلف من ثقافة إلى أخرى، ومن ثقافة فرعية إلى أخرى وهذا ما يضيف على الرسالة أهمية خاصة، فمحاولة الوقوف على كيفية إدراك مفهوم صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات الفلسطينيات، ومعرفة العلاقة بين صورة الجسم ومتغيرات الدراسة قد تسهم في إلقاء الضوء على جوانب قد يفيد دعمها في تعزيز مكانة المرأة وزيادة احترامها لذاتها وجسمها.

2. تتصدى هذه الدراسة لمشكلة نفسية هامة لم تحظ بالاهتمام الكافي وخاصة في البيئة العربية وهي صورة الجسم لدى النساء البدنيات وما لها من آثار سلبية، مما يجعل الموضوع يتمتع بالجدة ويضيف للمجتمع الفلسطيني عامة وللبحث العلمي خاصة.
3. الوقوف على مدى تأثير صورة الجسم على الاضطرابات النفسية كالقلق والخجل والاكتئاب لدى عينة الدراسة.
4. تكشف الدراسة الحالية عن نسب انتشار كل من (القلق - الخجل - الاكتئاب) لدى النساء البدنيات، مما يعد إضافة حيث لا توجد أرقام في البيئة العربية في هذا المجال - على حد علم الباحثة.
5. الفئة العمرية التي اختارتها الباحثة لعينة البحث هن أمهات ومربيات أجيال ولهن دور مؤثر في العملية التربوية والتعليمية، ومن الأهمية بمكان أن يكن أصحاب نفسياً كي يؤدين دورهن بفاعلية ونجاح.
6. مناقشة قضية هامة ألا وهي البدانة وما لها من آثار سلبية ليس فقط على الحالة الصحية، بل وعلى الصعيد النفسي خاصة للمرأة.

الأهمية التطبيقية:

1. بناء مقاييس تثري مكتبة الاختبارات النفسية كاختبار صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، ومقياس الكفاءة الاجتماعية، و مقاييس نقيس القلق والخجل والاكتئاب الناجم عن البدانة.
2. العمل على إعداد برامج إرشادية يمكن أن تساعد على تعديل الإدراك السلبي لصورة الجسم لدى النساء الأقل رضا عن صورة أجسامهن.
3. العمل على إرشاد طالبات الجامعات والفتيات المقبلات على الزواج، وحتى النساء المتزوجات بكل الوسائل (عبر محاضرات- نشرات - ندوات) بأهمية محافظتهن على أسلوب حياة صحية، وإتباعهن لأسس تغذية صحية وصحيحة لهن ولأفراد أسرتهن، فلقد أثبتت الدراسات أن الأبناء يرثون العادات الغذائية الخاصة بالأهل.

4. توظيف نتائج الدراسة من خلال برامج تربوية وتنموية واثرائية و علاجية و إرشادية لمساعدة النساء البدنيات على تخفيف أوزانهن والوصول للوزن المثالي، بالإضافة إلى جلسات إرشادية تساعدن على استعادة الثقة بأنفسهن، وتقبل أجسادهن، والتقليل من مؤشرات القلق والاكتئاب الناجمة عن البدانة، وذلك من أجل تنمية تقدير ذات موجب يساعدن على تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية.

5. نتائج الدراسة الحالية قد تكون نواة لدراسات أخرى في هذا المجال.

فرضيات الدراسة:

1. تتفاوت نسبة انتشار (القلق - الخجل - الاكتئاب) بين النساء البدنيات في قطاع غزة .
2. انخفاض مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة النساء البدنيات في قطاع غزة عن المستوى المعياري المحدد إحصائياً.
3. تفاوت مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى عينة النساء البدنيات في قطاع غزة.
4. توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
5. توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين صورة الجسم وكل من (القلق - الخجل - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.
6. توجد فروق دالة إحصائياً في صورة الجسم تعزى لمتغير (العمر - المستوى التعليمي - العمل - عدد سنوات الزواج - عدد الأبناء).

مصطلحات الدراسة:

وتتضمن الدراسة المصطلحات التالية:

1. صورة الجسم:

تعرف بأنها "الصورة التي يكونها الشخص في عقله عن جسمه وتكون موجبة أو سالبة، حقيقية أو غير حقيقية، وهي تتأثر بالعوامل النفسية والثقافية والاجتماعية" (عبد النبي، 2008: 190).

ويعرفها كل من (كفاي والنيال، 1996: 10) بأنها تصور عقلي أو صور ذهنية يكونها الفرد وتسهم في تكوينها خبرات الفرد وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث و مواقف وبناء على ذلك فإن صورة لجسم قابلة للتعديل والتطوير.

وتتبنى الباحثة في دراستها تعريف (فايد، 1999: 199) لصورة الجسم بأنها "الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المنغرس في خبرات الحياة، وتتمثل في الاهتمامات بالانحافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن الوزن والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام مقابل الجاذبية الجسمية، وإنقاص الوزن مقابل رسائل بينشخصية عن النحافة".

2. القلق:

عرفه (زهران، 2005: 484) بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها غموض وأعراض نفسية وجسمية.

ويعرف بأنه "حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة، يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد، دون أن يعرف السبب الواضح له". (المعاينة والقمش، 2009: 255).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: ظاهرة نفسية خفية تتميز بوجود توتر داخلي مع الإحساس بالخوف وعدم الراحة، وهذا شعور طبيعي ومتوقع بل ومقبول تحت ظروف معينة مثل مواجهة المخاطر الجسدية والمعنوية وشدائد الحياة التي يتعرض لها كل إنسان.

3. الاكتئاب:

عرفه (العيسوي، 1990: 18) بأنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة، وفي الحالات العميقة من الاكتئاب والكآبة قد يشعر المريض بفقدان الشهية وعدم القدرة على النوم .

وتعرف الباحثة الاكتئاب إجرائياً بأنه "حالة تصيبنا بالحزن والانقباض و ربما باليأس أحياناً، مع هبوط حاد في المزاج، فضلاً عن ما يصاحبها من هبوط في مستوى الأداء الجسدي والنفسي والعقلي".

4. الخجل:

ويعرف بأنه "شعور ينتاب الفرد عند تعرضه لموقف اجتماعي معين يفقده القدرة على أن يستجيب استجابة توافقية تجاه الموقف الذي يواجهه". (جعفر، 2007: 8).

في حين يعرفه خليفة بأنه "مرض خطيراً ما أصاب الإنسان فإنه يعيقه عن مواجهة الحياة، ويجعل الإنسان منطوياً كثير التردد والتهيب والتببلل والارتباك". (خليفة، 2001: 3).

وتعرف الباحثة الخجل إجرائياً بأنه "انفعال يصيب الفرد في مواقف معينة، بسبب عدم ثقته بنفسه أو شعوره بالنقص في شيء معين، فيشعر بعدم الراحة والارتباك، ويميل للانسحاب من أمام الآخرين، ويصبح أكثر تردداً وانطواءً، مما يؤثر سلباً في حياته، ويعيق تواصله مع الآخرين".

5. الكفاءة الاجتماعية:

تعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها "القدرة على معالجة المواقف الاجتماعية المتنوعة بفاعلية، والمهارة في العلاقات البينية الشخصية، ويدخل في هذه الكفاءة الاستقلال الذاتي للفرد وآدابه الاجتماعية" (سليمان، 2007: 288).

وتعرف الباحثة الكفاءة الاجتماعية إجرائياً بأنها: "إجادة الاتصال والتواصل مع الآخرين وفهم مشاعرهم والقدرة على قراءة المواقف الاجتماعية، والتصرف بما يتناسب مع هذه المواقف".

6. النساء البدنيات:

- وتقصّد الباحثة بالنساء في هذا البحث (المرأة المتزوجة والتي يتراوح عمرها بين 25-49).

- البدانة: وتقصّد بها الباحثة كل سيدة كانت كتلة الجسم لديها أكبر أو تساوي (30) وذلك حسب معادلة كتلة الجسم. (أمين، 2003: 6).

حدود الدراسة:

1. **الحد الموضوعي:** تناولت الدراسة خمس متغيرات: وهي صورة الجسم وعلاقته بكل من (القلق والخجل والاكتئاب والكفاءة الاجتماعية).
2. **الحد البشري:** تقتصر الدراسة على النساء البدينات اللاتي يحضرن إلى مركز ابن النفيس وعيادات وكالة الغوث للاجئين مراكز الصحة العامة.
3. **الحد المكاني:** تم تطبيق الاستبانة في فلسطين، وتحديداً في قطاع غزة المحافظة الوسطى في مركز ابن النفيس وعيادات وكالة الغوث الخاصة بالصحة العامة .
4. **الحد الزمني:** تم تطبيق الدراسة في العام الدراسي (2012/2013).

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المتغير الأول: صورة الجسم.
- المتغير الثاني: القلق.
- المتغير الثالث: الاكتئاب.
- المتغير الرابع: الخجل.
- المتغير الخامس: الكفاءة الاجتماعية.
- المتغير السادس: البدانة.

المتغير الأول صورة الجسم

- مقدمة.
- مفهوم صورة الجسم.
- أهمية صورة الجسم.
- الاختلاف بين الجنسين في صورة الجسم.
- صورة الجسم والمراحل العمرية.
- مكونات صورة الجسم.
- أبعاد صورة الجسم.
- العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم.

المتغير الأول صورة الجسم

مقدمة:

يُعد مفهوم الذات من المتغيرات المهمة والتي تؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، وتعد الذات الجسمية أو ما يطلق عليه "صورة الجسم" body image من المحددات المهمة لمفهوم الذات لدى الفرد.

فتصور الفرد لذاته الجسمية في وقت ما، قد يحدد شعوره في ذلك الوقت بالسرور أو بالألم، بالقوة أو بالضعف، بالحيوية أو الفتور، فتصور الشخص لحالته الجسمية قد يكون أهم من حالته الجسمية الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه (بيك، 2000: 165).

و مما لا شك فيه أن صورة الجسم تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام الجميع، ويظهر هذا الاهتمام في حرص الفرد على أن يظهر في أحسن صورة في عين الأفراد الآخرين، كما يظهر هذا الاهتمام في العادات اليومية.

وتلعب صورة الجسم دوراً مهماً في مدى تمتع الشخص بالصحة النفسية، فصورة الجسم السلبية تؤثر على الكفاءة الاجتماعية والجسمية للشخص، كما ترتبط ببعض أعراض الاكتئاب والقلق وتقرير الذات المنخفض، وضعف الصحة الجسمية والشعور بالعجز والاغتراب وبعض السلوكيات غير الصحية. (Allen&Unwing, 2003: 1-2).

وتشيع صفة الانشغال والقلق حول المظهر الجسمي شائعة بين المراهقين والراشدين أيضاً، ويرجع ذلك إلى النظرة الاجتماعية وتأكيداها على الجاذبية الجسمية كمعيار لقبول الآخرين، والتأكيد المبالغ فيه من جانب المجتمع والأفراد على المظهر الجسمي واللياقة البدنية قد يؤدي إلى تكون صورة الجسم السلبية، وقد يزيد ذلك ليصل إلى حد ما يسمى اضطراب الجسم. (Peters.M&Phelps, 2001: 283).

ومن ذلك يتضح لنا أن صورة الجسم والمظهر الجسمي لهما أهمية كبيرة لدى الجميع، وبذلك يعد مفهوم صورة الجسم من المفاهيم الأساسية في العلوم الإنسانية بوجه عام، ويحتل مركز الصدارة في الفلسفة المعاصرة والتحليل النفسي بوجه خاص.

وصورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن التقييم الذاتي للجسم والاتجاهات نحو المظهر الجسمي، ويتضمن هذا المفهوم أيضاً المشاعر نحو المظهر، وتلعب صورة الجسم من حيث الرضا أو عدم الرضا دوراً كبيراً في الحياة النفسية للأفراد.

(Cash,T.F et al.2004:108).

مفهوم صورة الجسم:

تعد صورة الجسم **Body image** من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها، ويشير Pruzinsk إلى أن صورة الجسم ليست مجرد المظهر الخارجي للشخص بل هي أعمق من ذلك، فقد يفهم البعض أن صورة الجسم ما هي إلا المظهر الخارجي للشخص، إلا أنها تتضمن جانباً إدراكياً وآخر سلوكياً، وهي ليست ثابتة، فصورة الجسم تتغير نتيجة لعوامل متعددة ذاتية واجتماعية وثقافية عبر مراحل العمر المتعاقبة. (Pruzinsk,2004:72-73).

وتحاول الباحثة أن تعرض مجموعة من التعريفات التي من الممكن أن تلقي الضوء على مفهوم صورة الجسم، وذلك كما يلي:

يعرف كاش صورة الجسم بأنها :

" بناء متعدد الأبعاد يتضمن الإدراك الذاتي والاتجاهات المتعلقة بالمظهر الجسمي، وهناك مظهران أساسيان للاتجاهات نحو المظهر الجسمي وهما التقييم (بالرضا أو عدم الرضا) وأهمية المظهر الجسمي من الناحية النفسية. (Cash,T.F,et al.,2004:180).

في حين يعرفها أنور(2001: 134) بأنها الصورة الذهنية للفرد عن تكوينه الجسماني وكفاءة الأداء الوظيفي لهذا البيان، وتتحدد هذه الصورة بعوامل: شكل أجزاء الجسم، تناسق هذه الأجزاء، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والجانب الاجتماعي لصورة الجسم .

ويذهب كل من جابر وكفافي (1989: 583) إلى أنها صورة ذهنية تكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيائية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص "

وتتفق شقير مع التعريف السابق وتذهب إلى أن صورة الجسم هي :

" صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب

ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (شكير، 2009: 121).

ويعرف باترسون وآخرون صورة الجسم بأنها الصورة الذهنية التي يحملها الفرد عن مظهره، متضمنة الحجم وشكل الجسم واتجاهاته نحو شخصيته من الناحية الجسمية، ولهذه الصورة مكونان: مكون معرفي أو كيف يرى الشخص جسمه، ومكون وجداني أو كيف يشعر الفرد تجاه مظهره الجسمي. (Peterson, C.B. et al, 2004: 139).

وتعرف بأنها "الصورة التي يكونها الشخص في عقله عن جسمه وتكون موجبة أو سالبة، حقيقية أو غير حقيقية، وهي تتأثر بالعوامل النفسية والثقافية والاجتماعية" (عبد النبي، 2008: 190).

ويذهب كوساك (Cusack, 2000: 23) في تعريف صورة الجسم إلى أنها اتجاه الذات متعدد الأبعاد نحو جسم الفرد، خاصة حجمه وشكله وجماله هذا التعريف ذكر ثلاثة أبعاد لصورة الجسم وهي حجم وشكل وجمال الجسم.

وتتبنى الباحثة تعريف فايد وذلك لان هذا التعريف يتناسب مع دراسة الباحثة حول علاقة صورة الجسم بالوزن، **حيث يعرف (فايد، 1999: 199)** صورة الجسم بأنها "الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المنغرس في خبرات الحياة، وتتمثل في الاهتمامات بالنعافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن الوزن والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام مقابل الجاذبية الجسمية، وإنقاص الوزن مقابل رسائل بينشخصية عن النعافة "

تخلص الباحثة مما سبق إلى أن صورة الجسم ما هي إلا صورة ذهنية نكوها عن أجسامنا، وهي مستمدة من أحاسيسنا الباطنة وخبراتنا الانفعالية، وما نعتقده عن نظرة الآخرين لنا، وهنا نجد أن صورة الجسم ليست فقط المظهر الخارجي للشخص إلا أنها تتضمن جوانب أخرى إدراكية وسلوكية.

أهمية صورة الجسم:

يرى كاش (Cash) أن مظهر الجسم من الأمور الرئيسية التي تشغل بال الكثيرين، ويظهر ذلك جلياً في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التي تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد في الواقع .

والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم Body image والتميز بين النظرة الداخلية والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا نرى أنفسنا بالطريقة التي يراها بها الآخرون. (الدسوقي، 2003: 107).

ونجد أن معظم التجارب والخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأفراد مشحونة بالاستياء والسخط وعدم الرضا والانشغال الزائد أو المبالغ فيه، ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهميته، فدون أدنى شك يفترض وجود علاقة هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالتنا النفسية.

ففي مسح واسع عن صورة الجسم أجراه كاش وينستد و جاند Cash, winstead&Jand(1986) تضمن عدة بنود لتحديد الحالة النفس اجتماعية، وانصببت البنود على تقدير الذات والرضا عن الحياة والاكتئاب والوحدة ومشاعر القبول الاجتماعي، أظهر المسح أن الأشخاص ذوي التقييمات الايجابية عن صورة أجسامهم حققوا توافقاً نفسياً اجتماعياً مناسباً، وفي المقابل أولئك ذوو المشاعر السلبية عن صورة أجسامهم حققوا مستويات أدنى من التوافق النفس اجتماعي (James, 1997: 107).

ويشير كفاي والنيال إلى أن عدم الرضا عن صورة الجسم هو مصدر لانخفاض مفهوم الفرد وتقديره لذاته (كفاي والنيال، 1996: 14).

ونجد أن صورة الجسم الايجابية تساعد الأشخاص في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالأشخاص الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو ايجابي على الأرجح يكونون أكثر صحة. (Stacy, 2000: 8).

كما أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثالياً حسب تقدير المجتمع. (الأنصاري، 2002: 181).

وهذا ما يدفعنا إلى أن نؤكد أنه في كثير من الأحيان يكون المفهوم السلبي للذات راجعاً إلى تشوه صورة الجسم واضطرابها، ومن ثم وجود علاقة طردية بين عدم الرضا عن صورة الجسم والمفهوم السلبي للذات. (فايد، 2004: 5).

وترى الباحثة أن صورة الجسم تؤثر معرفياً وانفعالياً على تفاعلاتنا الاجتماعية، كما ترى بأن صورة الجسم ذات طابع اجتماعي ونفسي، لذا فمن السهل أن تؤثر صورة جسم الشخص على حالته النفس اجتماعية، بل وربما ترتبط باضطرابات نفسية كثيرة كالقلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية وغيرها.

الاختلافات بين الجنسين في صورة الجسم:

إن إدراك صورة الجسم خاصية تنسم بالاستمرارية، إذ أنها تلازم مراحل العمر المختلفة، فهي عملية يدركها الفرد منذ مرحلة الطفولة وحتى الرشد، وتجدر الإشارة إلى أنها شائعة لدى الذكور والإناث، وإن كانت الإناث أكثر حساسية وتمحيصاً لصورة أجسامهن عن نظرائهن من الذكور (إبراهيم والنيال، 1994: 3).

وأظهرت نتائج المسح الذي قام به كاش وآخرون (Cash et al, 1986) على عينة تضم (3000) مفحوصاً من الجنسين أن الذكور والإناث يبدون مستويات عالية من عدم الرضا عن صورة الجسم إلا أن الإناث كن أكثر تعاسة من الذكور، فيما يتعلق بجميع أجزاء أو مناطق الجسم فيما عدا الوجه والطول، كما أن الإناث سجلن درجات أكثر انخفاضاً في تقييم المظهر الجسدي العام عن الذكور (24% من الذكور قاموا بتقدير المظهر الجسدي بطريقة سلبية في مقابل 41% من الإناث). (الدسوقي، 2003: 111-112).

كما وتؤكد الأبحاث الحديثة أن الفتيات المراهقات لديهن عدم رضا أو سخط أكبر بشأن أجسامهن بنسبة أعلى من الذكور المراهقين، حيث يدركن أجسامهن بطريقة سلبية أكبر من الذكور، مما يعني أن الإناث هن الفئة الأكثر تأثراً بالاضطراب المتعلق بصورة الجسم (9: Featherstone, 2002).

ويذكر أنور (2001: 146) بأن الذكور أكثر رضا عن حياتهم من الإناث، وذلك عائد إلى ارتفاع تقدير صورة الجسم لدى الذكور عن لدى الإناث.

ويبدو أن قضية التصور الجسمي - من حيث الرضا أو عدم الرضا - تمس الإناث بشكل واضح، فلا توجد امرأة تشعر بالرضا عن صورة جسمها، فهي ترى أن هناك شيئاً يحتاج إلى تعديل في جسمها، وغالباً ما يتمركز الشعور بعدم الرضا حول الوزن، إذ أنها تحتاج إلى تخفيضه لتبدو في أفضل صورة (النيال وإبراهيم، 1994: 4).

وتذكر عبد النبي (2008) أنه ومنذ سنوات والعديد من الأبحاث تركز على صورة الجسم لدى مجتمع الإناث، ثم أثبتت الأبحاث الحديثة أن صورة الجسم تؤثر على مجتمع الرجال أيضاً، وتخلص إلى أن الاختلاف الوحيد الذي وجد بين الجنسين هو أن غالبية النساء اللاتي لديهن عدم رضا عن الجسم يردن إنقاص الوزن، بينما انقسم الرجال الذين ليس لديهم رضا عن صورة الجسم إلى فريقين، فريق يريد إنقاص وزنه وآخر يريد زيادة وزنه (عبد النبي، 2008: 193).

وتظهر دراسة (شقيير، 2009: 139) والتي أجريت على فتاة خليجية تعاني من السمنة المفرطة أنه وبعد انخفاض وزن الفتاة، انخفض مفهومها السلبي عن جسمها وذاته، وزاد تقبلها لشكلها عندما تنتظر في المرآة، كما زاد شعورها بالكفاءة والثقة بالنفس، وتزايد شعورها الايجابي اجتماعياً بعد أن كانت تخجل من الذهاب إلى الأماكن العامة بسبب صورتها السلبية عن جسمها.

وهذا في حد ذاته تأكيد آخر على أن الرضا عن صورة الجسم تتمركز في الوزن لدى المرأة. وترى الباحثة انه ومما سبق يتضح لنا أن الرجال تميل لتقييم أجسامهم بطريقة أكثر ايجابية مقارنة بالنساء، وأن النساء يملن للتقييمات السلبية لمظهرهن، كما أن تصورات الإناث موجهة أكثر نحو المظهر، في حين أن الرجال توجه انتباهاً أقل نحو المظهر فالرجل ينظر إلى جسمه ككل وإن كان يهتم بقوته الجسمية والعضلية وطول قامته وعرض منكبيه.

صورة الجسم والمراحل العمرية:

تتطور الصور التي يكونها الفرد عن جسمه من مرحلة عمرية إلى أخرى، فصورة الجسم ليست ساكنة، بل تتسم بالاستمرارية، وهي لا تختلف عن أي ظاهرة ارتقائية أخرى في كونها تنتقل من العام إلى الخاص ومن النظرة الكلية الشاملة إلى الفحص الجزئي المدقق.

ويقسم النيال وكفافي (1996: 10-11) المراحل العمرية التي تتطور فيها صورة الجسم إلى أربعة مراحل رئيسية وهي :

1. مرحلة الطفولة المبكرة:

حيث ينظر الطفل في هذه المرحلة إلى جسمه بشكل عام وكلي، ولا يدرك التفاصيل الدقيقة التي تميز أبعاد جسمه، ولكن مع نهاية هذه المرحلة نجد أن إدراكه يتطور، ليبدأ في المقارنة بين جسمه وأجسام أقرانه من حيث الشكل والحجم، كما وينتبه إلى خاصيتي الطول والقوة البدنية .

2. مرحلة المراهقة:

وتختلف هذه المرحلة كلياً عن المرحلة السابقة، حيث ينظر المراهق لكل عضو من أعضاء جسمه وكأنه جزء قائم بذاته، فهي مرحلة الفحص الجزئي المدقق، وغالباً ما يكون المراهق غير راض عن شكل جسمه، وربما يشعر بالقلق حول البدانة التي حلت على بعض أجزاء جسمه، وهي خاصية ربما تتفرد بها المراهقات أكثر من المراهقين. وتتأثر صورة الجسم

لدى المراهق بتعليقات وتقييمات الآخرين، ونجد أنه من ضمن العوامل التي تحدد جاذبية المراهق الاجتماعية مدى جاذبيته الجسمية.

3. مرحلة الرشد:

وهي مرحلة هدوء نسبي، حيث يتوافق فيها الفرد مع صورته الجسمية، ويقتنع بها من حيث الطول والتأزر وملامح الوجه، ولكن ربما توجد درجة من عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن، خاصة بالنسبة للإناث فالنحافة والرشاقة هما شغلها الشاغل.

4. مرحلة سن اليأس:

وترفض المرأة صورتها الجسمية في هذه المرحلة، بسبب زيادة وزنها الناتجة عن اختلالات هرمونية، تنعكس على ظهور عدم انتظام معين في الوظائف النفسية والجسمية، وتعتمد المرأة في هذه المرحلة العمرية لاستعمال مساحيق ومستحضرات لإخفاء علامات تقدم السن التي تظهر على الوجه والجبهة وحول العينين مما يسبب لها حالة من اليأس والتعاسة، ويدرك المسن التغيرات الواضحة على جسمه، ولكنها لا تمثل محوراً جاداً في تفكيره بقدر ما يشغله سلامة صحته، وأن يجد من يرعاه ويهتم بأموره، فترجع صورة الجسم في مرحلة الشيخوخة إلى الشكل الكلي العام وتبتعد عن الخصوصية والجزئية.

وترى الباحثة أن صورة الجسم تتطور من مرحلة عمرية إلى أخرى، وتتبدل مع الوقت كما أنها تتغير بتغير مراحل العمر المختلفة فالطفل يقارن حجم جسمه وقوته بأقرانه في حين تكون نظرة المراهق أكثر تفصيلاً ودقة حيث يهتم بكل تفاصيل جسمه كل على حدة، كما أنه يتأثر بآراء الآخرين وتعليقاتهم، في حين نجد الراشد وصل إلى مرحلة مستقرة ولديه شبه رضا عن جسمه وشكله عدا ما يتعلق بالوزن لدى النساء فهن دائماً غير راضيات عنه، وعند بلوغ مرحلة اليأس يصبح الشغل الشاغل هو صحة الجسم وسلامته.

مكونات صورة الجسم:

تشتمل صورة الجسم على مكونين مهمين أولهما المثال الجسمي **Body Ideal** ويعرف على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر من وجهة نظر ثقافة الفرد، بينما يتمثل المكون الثاني في مفهوم الجسم **Body concept** ويعرف بأنه الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلاً عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه (كفافي والنيال، 1995: 21-22).

في حين توصل الدسوقي (2006: 16) إلى وجود ثلاثة مكونات لمفهوم صورة الجسم وهي:

1. **المكون الإدراكي:** ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
2. **المكون الذاتي:** ويركز على عدد من الموضوعات مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
3. **المكون السلوكي:** ويعكس تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسدي

وتشير زينب شقير (2009) في تعريفها لصورة الجسم أنها "صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم". (شقير، 2009: 12).

ويشمل هذا المفهوم على المكونات التالية:

الجاذبية الجسمية والتناسق بين مكونات الوجه الظاهر والتأزر بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، والمظهر الشخصي العام والتناسق بين الجسم والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة والتناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير (شويخ وعباس، 2009: 528-529؛ شويخ والغباشي، 2011: 169).

وتذكر شاهين (2003: 349) ثلاثة مكونات لصورة الجسم وهي:

أولاً / المكون المعرفي: ويتضمن الخصائص والصفات التي يدركها الفرد ويعتبرها خصائصه البدنية، كأن تصف المرأة جسدها بأنه قوي أو طويل أو نحيف.

ثانياً / المكون الوجداني: ويتضمن مشاعر الفرد واتجاهاته النفسية حيال بدنه سواء بالقبول والاستحسان أو الرفض وعدم الرضا.

ثالثاً / المكون التقييمي وهو الذي يتعلق بالأحكام التي يصدرها الفرد على جسمه وخصائصه البدنية سواء كان هذا التقييم ذاتياً أو كان تقييماً معزواً للآخرين.

وتستخلص الباحثة مما سبق أن مكونات صورة الجسم ترتبط بالآخرين وبالفرد، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بمدى إدراكه لجسمه ومدى تقييمه له، كما تتأثر بنظرة الآخرين له وتنعكس على سلوكه.

أبعاد صورة الجسم:

يتفق الباحثون بنحو متزايد على أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد ويشير كل من علاء كفاي ومايسة النبال (1996: 64) إلى أن صورة الجسم لها أربعة أبعاد وهي: بعد يتعلق بالوزن، وبعد يتعلق بالجاذبية الجسمية، وبعد يتعلق بالتأزر العضلي، وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم. ويرى أنور (2001) أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد وهي:

- صورة أجزاء الجسم
 - الشكل العام للجسم
 - الكفاءة الوظيفية للجسم
 - الصورة الاجتماعية للجسم. (أنور، 2001، 136)
- في حين يرى جمال فايد (2006: 177) أن صورة الجسم تنقسم إلى ثلاثة أبعاد هي: الرضا عن مظهر الجسم، وملامح الوجه والشكل الخارجي، والمظهر بصفة عامة . ويضع باكستر (Baxter, 1998) ثلاثة أبعاد يدور حولها مفهوم الجسم وهي :
1. الأساس الفسيولوجي وهو الإحساسات الصادرة للمخ عن وضع الجسم وأجزائه وشكله والتناسق العضلي بين أجزائه.
 2. البناء الجنسي ويشتمل على موضوعات الافتتان بالنفس والجاذبية الجنسية والاهتمام الجمالي بالجسم من خلال الملابس وأنماط الزينة الأخرى.
 3. الأساس الاجتماعي ويحتوي على الموضوعات الاجتماعية المرتبطة بالجسم مثل الخوف من الخجل وصورة الجسم لدى الآخرين، والقصور في الحركات الجسمية في نظر الآخرين. (شويخ وغباشي، 2011: 169).
- مما سبق يتضح للباحثة أنه بالرغم من أن الباحثين يتفقون على أن صورة الجسم متعدد الأبعاد في التركيب، فهم لا يتفقون على مقدار أو طبيعة الأبعاد وإن كانت أغلبية الأبعاد تشير إلى المظهر والجاذبية بالذات.

العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم:

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في نمو وتكوين صورة الجسم فالثقافة والعمر والجنس و وسائل الإعلام وغيرها من العوامل التي تؤثر بشكل أو بآخر على صور أجسامنا، لذا تعرض الباحثة بعض العوامل لما لها من أهمية في تشكيل ونمو صورة الجسم :

أولاً/ العوامل الثقافية:

وللعوامل الثقافية دور لا يستهان به في إدراك الفرد لصورة الجسم، فهناك بعض الثقافات التي تشيد بطول القامة وكبر حجم أجزاء الجسم، إذا أنها تعبر عن المكانة والقوة والهيبة، في حين تعتبرها ثقافات أخرى دلالة على السلوك المضاد للمجتمع، بينما تشير إلى الصحة الجسمية في ثقافات أخرى .

ولكن يبدو واضحاً أن معظم الثقافات تفضل زيادة الوزن والحجم والقوة عن المتوسط لدى الذكور، في حين تحبذ أن تقل عن المتوسط لدى الإناث (إبراهيم والنيال، 1994: 3).

وتسهم الثقافة فيما يكونه الفرد من تصورات حول جسمه، وكلما كانت صورة الفرد لجسمه متطابقة والمعايير التي تحددها الثقافة حول الجاذبية الجسمية، شعر الفرد بالرضا عن ذاته الجسمية. (كفاي والنيال، 1996: 12).

فما يعد مثالياً في مجتمعاتنا الشرقية، قد يكون مغايراً بعض الشيء عن المجتمعات الغربية وخاصة بين كبار السن، حيث ما زال الجسم الممتلئ للفتاة محبذاً لديهم، أما فئة صغار السن فيلاحظ أنهم يفضلون الأجسام النحيلة أسوة بالغربيين (الأنصاري، 2002: 180).

ثانياً/ العوامل البيولوجية:

ولللجنس أثر كبير على كيفية إدراك الأفراد شكل الجسم و وضعه الراهن وتحديد الصورة المثالية له، وتشير الأدلة إلى أن النساء في جميع الأعمار كن أكثر سلبية تجاه مظهرهن، في حين أن الرجال كانوا أكثر ارتياحاً مع صورة الجسم وأقل قلقاً بشأن الوزن، فالنساء والرجال لديهم مواقف مختلفة تجاه صورة الجسم.

فالنساء ينظرن لأجسامهن على أنها تتكون من عدة أجزاء، في حين أن الرجال يتصورون أجسادهم ككل واحد، علاوة على أن معايير الجمال الخاصة بالمرأة صعب تحقيقها، بينما يرى الرجل المثالية في وجود عضلات والتي من الممكن تحقيقها (Luevorasivisal.K,2007:44).

وتبدأ صورة الجسم بالتشكل منذ الصغر فنجد أن الأطفال الذين يدركون أن صور أجسامهم تتسم بالقوة والتناسق والتآزر - بعبارة أخرى يشعرون بجاذبيتهم الجسمية - ولا سيما نتيجة لثناء الآخرين، فضلاً عن كونهم أكثر وداً ومساعدة لغيرهم من الأطفال (النيال وإبراهيم، 1994: 3).

وفي مرحلة المراهقة تحدث تغيرات جسمية سريعة، تزيد من مشاعر الارتباك والخوف، هذه التغيرات البيولوجية تجعل الأمر صعباً على نمو الأنثى بالذات (Ange, 2004: 5).

لذا نجد أن للعامل البيولوجي أثراً كبيراً في إدراك الفرد لجسمه، فمظهر الشخص محدد بالوراثة والبيئة.

ثالثاً/ العوامل الاجتماعية:

في الواقع أن الرضا عن الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان فالشخص الذي يشعر بالجاذبية هو شخص راضٍ عن صورته الجسمية، شخص سعيد، يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين.

وإذا كان رضا الفرد أو عدم رضاه عن صورة الجسم يرتبط بما يصدره الآخرون من أحكام وتقييمات، فإن النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من -حيث العمر من وجهة نظر الفرد- له فاعلية قد تكون أعم وأشمل في التأثير على مدى رضا الفرد وعدم الرضا عن جاذبيته الجسمية، وهذا يشير إلى أن لكل مجتمع معايير خاصة به تسهم في تبني صورة الجسم المثالية، فإذا ما تطابقت صورة الفرد لجسمه وهذه المعايير، أشعره ذلك بجاذبيته الجسمية وهو ما يمثل جزءاً مركزياً في رضا الفرد عن صورته الجسمية. (كفاي والنيال، 1996 : 7).

وتعد الضغوط الاجتماعية لتحقيق الجمال والنحافة من العوامل المسؤولة عن الاستياء الذي يشعر به الفرد تجاه أجسامهم. (بشرى، 2006: 145).

وترى الباحثة أن الضغوط الاجتماعية والمعايير الجمالية للمجتمع من الممكن أن تؤدي إلى إصابة الفرد باضطراب صورة الجسم.

رابعاً/ الإعلام:

أصبح للإعلام دور هام في تكوين صورة الجسم المثالية، فالآلاف بل الملايين من الرسائل التي تصدرها وسائل الإعلام يومياً تدور حول صورة الجسم، مما يوحي للمتلقي بأن المظهر مهم جداً لتكون ناجحاً في الحياة.

فمن عارضات الأزياء مروراً بالفنانين والفنانات وصولاً للمشاهير، وأهمية أشكالهم وأوزانهم، وتصدر أخبارهم الصفحات الأولى، كل هذا أصبح يشكل عبئاً على المتلقي.

وتشير لورل ويكمان (Laurel Wickman, 2000:1) إلى أن أجهزة الإعلام عامل هام في تقييم الفرد لصورة جسمه، حيث تنجم نماذج الجاذبية عن المجلات والإعلام، والممثلات/الممثلين، فكلنا مدركون لتأثير أجهزة الإعلام، فالتأكيد على المظهر يعرض على نحو واسع في كافة الأجهزة البصرية للاتصال.

كما وجد أن الإناث اللواتي تعرضن لأجهزة الإعلام المتعلقة بالمظهر كن أقل رضاً عن شكل جسمهن من الإناث اللواتي لم يتعرضن للصور ذات العلاقة بالمظهر، وأن النساء اللواتي كن أقل رضاً عن أجسامهن كان عندهن انخفاض في صورة الذات وانخفاض لتقدير الذات أكثر من النساء اللواتي كن راضيات عن جسمهن الطبيعي (Heinberg&Thompson, 1995:523).

المتغير الثاني

القلق

- مقدمة.
- مفهوم القلق.
- الفرق بين الخوف والقلق.
- التفسير الفسيولوجي للقلق.
- أسباب القلق.
- أنواع القلق.
- أعراض القلق.
- النظريات المفسرة للقلق.
- تعقيب عام على نظريات القلق.
- علاج القلق.
- القلق من منظور إسلامي.

المتغير الثاني

القلق

مقدمة:

القلق شعور يلزمنا جميعاً كباراً وصغاراً، رجالاً ونساءً، فنحن نقلق حيال أمور جرت في الماضي، ونقلق لأسباب تتعلق بالحاضر بكل ضغوطاته ومشكلاته-ليس ذلك فقط- بل ونقلق حيال المستقبل وتغييراته المتلاحقة التي تفوق قدراتنا على التنبؤ ومن ثم التهيؤ والاستعداد.

وجدير بالذكر بأن المعاناة التي شهدها الإنسان القديم من العبودية والجوع والمرض، ومن الحروب والكوارث الطبيعية، كل هذا وغيره جعله يعاني من القلق بدرجات قد تفوق أحياناً حد الموضوعية.

وفي العصر الحديث بات الأمر أكثر حدة، حيث أصبح الإنسان يواجه ظروفًا أكثر شدة، فالتعدد الحضاري الذي نشهده وسرعة التغير الاجتماعي، وزيادة أعباء الحياة ومتطلباتها وانتشار الصراعات الطبقيّة والمادية، وانتشار الحروب، كل هذه العوامل وعوامل أخرى زادت من حدة القلق المرضي وما يرتبط به من اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية لدى الأفراد.

ويرى الدكتور عثمان في كتابه القلق وإدارة الضغوط النفسية، أنه لو أجرى علماء اللغة بحثاً في عصرنا الحالي عن الأبحاث التي تكتب لوجدوا أن كلمة (القلق) ستحتل بالأولوية لدى المشتغلين في علم النفس، حيث ذكر أن عدد الأبحاث التي أجريت منذ عام (1950-1966) أي في ستة عشر عاماً كان (1500) بحث، في حين وصلت البحوث التي أجريت في السنوات الثلاث من (1991-1995) إلى (1212) بحث، مما يدل على تزايد الاهتمام بدراسة القلق. (عثمان، 2001: 14).

مفهوم القلق:

تجد الباحثة أن مفهوم القلق اختلف أم تشابه عند العديد، إلا أنه يبقى من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وانتشاراً بين الناس حيث يمثل دوراً هاماً في اضطراب وظائف الجسم. (زهران، 1997: 297).

القلق لغة:

ورد القلق في المعجم الوجيز بمعنى قلق الشيء - قلقاً أي حركه، و(قلق) - قلقاً: لم يستقر في مكان واحد، أو على حال. فهو قلق، وأقلق الهم فلاناً أزعجه، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث (المعجم الوجيز، 1994: 513).

كما جاء في المنجد (البلعكي، 1973: 516) القلق لغة . من كلمة قلق قلقاً أي اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق، وكلمة أقلق أي أزعج.

و ورد القلق في المحكم والمحيط الأعظم بمعنى: قلق الشيء قلقاً، فهو قلق، وأقلق الشيء من مكانه، وقلقه:حركه.(بن سيدو، 1958: 84).

القلق اصطلاحاً:

يعرفه زهران بأنه"حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها شعور غامض وأعراض نفسية جسمية، ويكون المريض وكأن لسان حاله يقول: شاعر بمصيبة قادمة.(زهران، 2005 : 484).

ويرى (عكاشة، 2003: 134) بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، الذي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل الضيق في التنفس، أو الشعور بنبضات القلب، أو الصداغ .

أما(الداهري، 2005: 326) فيرى أن القلق حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده، وهو ينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية .

ويعرف محمد الفيومي القلق بأنه أزمة إنسانية أساسها عدم اتزان فكري بين ثنائية الحياة المادية والروحية (الفيومي، 1985: 119).

ويشير كاتل إلى أن هناك مفهومين للقلق يتعلق المفهوم الأول بقلق الحالة State of Anxiety وهو ينشأ عن حالة انفعالية تحدث للفرد ومن صفاتها أنها متفاوتة الشدة ومؤقتة، أما المفهوم الثاني فهو سمة القلق Trait of Anxiety، وهو يشير إلى الاستعداد المسبق لدى الفرد والميل إلى الاستجابة نحو ما يتعرض له من مواقف تهدده مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه (عثمان، 1993: 39).

وترى العناني بأن القلق إشارة إنذار بكارثة توشك أن تقع وإحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية، مع عدم القدرة على التركيز، والعجز عن الوصول إلى حل مثمر، هذا بالإضافة إلى ما يرافق ذلك من مظاهر الاضطراب البدني. (العناني، 1995: 108).

أما رضوان فيرى أن القلق عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، والمهم شخصياً للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل، ويقصد بالفقدان فقدان شيء قيم أو شيء يملكه ويقدره كالصحة والحرية (رضوان، 2007: 266).

في حين يعرفه العيسوي بأنه انفعال مؤلم ومؤسف ومحزن ومزعج وموجع، وبسبب الكرب والألم والأسى والقلق والمضايقة، وفي الغالب ما يكون هذا المرض وظيفياً، بمعنى أنه لا يرجع لأسباب عضوية أو جسمية، وإنما يرجع لأسباب نفسية وأزمات اجتماعية. (العيسوي، 2001: 70).

ويعرف بأنه حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد، دون أن يعرف السبب الواضح له (القمش والمعايطة، 2009: 255).

والقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع. (شيفروميلمان، 2008: 118).

ومع كل هذه التعاريف والمفاهيم التي قد تختلف أو تتشابه، ترى الباحثة بأن جميع المفاهيم والتعاريف تصب في معين واحد وهو أن القلق ظاهرة نفسية خفية تتميز بوجود توتر داخلي مع الإحساس بالخوف وعدم الراحة، وهذا شعور طبيعي ومتوقع بل ومقبول تحت ظروف معينة مثل مواجهة المخاطر الجسدية والمعنوية وشدائد الحياة التي يتعرض لها كل إنسان .

الفرق بين القلق والخوف:

جدير بالذكر أن القلق يختلف عن الخوف فالبعض يعتقد أنهما ذات الشيء، ولكن الحقيقة عكس ذلك. فالخوف محدود في الزمان والمكان، ومن الممكن للإنسان أن يبتعد أو يقترب منه، أما القلق فهو غامض وشامل يحيط بالإنسان من كل اتجاه، ولكن ليس له ولا لمسبباته وجود مرئي لأنه نابع من داخلنا فهو شعور غامض، يجعلنا غير قادرين على التفكير، عاجزين عن الإتيان

بالتصرف المناسب، لذلك أمكن القول بأن القلق هو خشية المصير المجهول. (عكاشة، 2003: 134-135).

وبصورة عامة نجد أن الإنسان في حالة الخوف يفضل أن يكون مع الناس بينما يفضل المصاب بالقلق أن يظل وحده، ولعل السبب في ذلك هو أن القلق شعور ينبع من الداخل لا يفيد معه وجود الناس. (بن علو، 2003: 97).

ونجد أن الإنسان القديم كان يخاف من المواقف الجديدة، بينما انتقل الخوف في حياة الحضارة إلى الخوف من الفشل في تطبيق ما رسمته العلوم الحضارية، أو الخوف من نسيان ما تم تلقينه لنا من معلومات وفنون، أي أننا صرنا نخاف من الانحراف عن الخط المرسوم لنا من قبل.

وعندما لا نكون على وعي بأننا خائفون وتكون مخاوفنا متخفية عنا، وعاملة بنشاط وحيوية في أعماق لا شعورنا - بينما ونحن في حالة الشعور لا ندري شيئاً عنها - فإننا نطلق على تلك المخاوف اللاشعورية اسم القلق anxiety (أسعد، 2001 : 131)

وبشكل عام تجد الباحثة بأن القلق والخوف يتشابهان إلى درجة كبيرة في كثير من الأعراض، فكلاهما استجابتان سلبيتان تنشأ عندما يتعرض الفرد للخطر، ويرى بعض الباحثين أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر، حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة حقيقية وواقعية، بينما ينظرون إلى القلق على أنه شعور مبهم غامض يتسم بطابع الخوف المستمر من المجهول، ونجد أن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر، بمعنى أن استجابة القلق تدوم أطول لأنها ترتبط بمواقف عامة، بينما استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها.

التفسير الفسيولوجي للقلق:

القلق انفعال واضطراب وجداني يتميز بالخوف من المجهول ومن ما هو غامض، ويرى عكاشة أن أعراض القلق النفسي تنشأ من زيادة من نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي و الباراسمبثاوي، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم.

ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي ارتفاع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وجحوظ العينان، وجفاف الحلق، وأحياناً ترتجف الأطراف، ويعمق التنفس، أما ظواهر نشاط الجهاز "الباراسمبثاوي" فأهمها كثرة التبول والإسهال، و وقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم. والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي "اللاإرادي" هو البيوثلاموس (المهاد

(التحتي)، وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوى والذي هو مركز الإحساس بالانفعال، كذلك البيوثلاموس على اتصال بقشره المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، من ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشره المخ و البيوثلاموس، والمخ الحشوى ومن خلال هذه الدائرة نعبر ونحس بانفعالاتنا.

وإذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال إشارات وشحنات كهربائية وكيميائية، وان الموصولات العصبية المسؤولة عن ذلك هي (السبروتونين، والنور أدرينالين، والدوبامين)، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر في المخ، مع وجود " الاستييل كولين" في قشرة المخ. فإننا سنصل إلى أن معظم أسباب الأمراض النفسية و العقلية هي خلل في توازن هذه الموصلات، وأنه من الممكن التأثير في انفعال القلق وغيره من الانفعالات المختلفة، وذلك بإيجاد نوع من التوازن في هذه الموصلات.(عكاشة، 2003: 135).

أسباب القلق:

تتفاعل مجموعة من العوامل والأسباب في نشأة القلق إلا أننا يجب أن نشير إلى أن القلق هو العنصر الهام الذي يكمن خلف كافة أو معظم الأمراض النفسية والعقلية.(غانم، 2005: 87). وهناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى ظهور القلق منها ما هو وراثي أو يعود إلى مواقف الحياة الضاغطة أو إلى الضعف النفسي العام أو يعود إلى أسباب نفسية اجتماعية، وسنتعرض إلى هذه الأسباب فيما يلي :

حيث حدد(زهران، 2005 : 485) أسباب القلق في النقاط التالية :

1. الاستعداد الوراثي في بعض الحالات، وقد تختلط العوامل الوراثية بالبيئية .
2. الاستعداد النفسي(الضعف النفس العام) والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه الظروف، والتوتر النفسي الشديد، والخسائر المفاجئة والأزمات والشعور بالذنب والخوف من العقاب، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وكثرة المحرمات.
3. مواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية والثقافية، ومطامح المدنية وعدم تقبل مد الحياة وجزرها واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة.
4. مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة، وصولاً إلى اضطراب العلاقات مع الآخرين .

5. التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، وظروف الحرب والإرهاق والتعب والمرض.

6. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

ويتفق (غانم، 2005: 87) مع معظم الأسباب آنفة الذكر مضيفاً أسباباً أخرى عزى أنها تقود إلى القلق وهي :

- **العمر** : حيث وجد أن للسن علاقة بالقلق، فيزيد القلق مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك في المسنين، فيظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين، علماً بأن طبيعة القلق تختلف عنها من مرحلة عمرية إلى أخرى، فقلق المراهق يختلف عن قلق الراشد والأخير يختلف عن قلق المسن .

- **الحالة الصحية** : لعل وجود أي اضطرابات أو أمراض عضوية أو نفسية لدى الفرد تزيد من قلقه، وكلما كان المرض حاداً أو مزمناً كلما ازدادت كميات القلق، لان المرض يقلل من قدراته الدفاعية ويقيد من حركته ويجعله يفتقد الأمان والرضا عن النفس والسرور، حتى أنه يتوارى عن الأنظار ينكفي على نفسه ويقيم حواجز بينه وبين الآخرين.

- **التعليم** : كلما زاد المستوى التعليمي قل القلق والعكس صحيح.

- **الجنس**: هل ما يقلق المرأة يقلق الرجل، على خريطة الأحداث في المجتمع نجد أن ما يقلق المرأة قد يقلق الرجل، فالمرأة يقلقها على سبيل المثال الخلافات الأسرية مع زوجها أو تهديدها بالطلاق أو الطلاق فعلاً أو مرض احد أبنائها مرضاً خفيفاً كلها عوامل تختلف درجة استجابة الرجل لها كما أن نظرة المجتمع للرجل تجعله يخجل أحياناً من أن يظهر قلقه أو تأثره بأبسط المواقف.

ويشير (عبد القادر، 2005: 6) إلى أن القلق تزايد في الآونة الأخيرة بسبب ازدياد الوعي الصحي النفسي، مما يجعل الإنسان يلاحظ أي تغير في وظائفه النفسية، ويسهل بالتالي اكتشاف المرض، كما أن ازدياد احترام الزمن واحترام أهميته، جعل الإنسان يعمل وكأنه آلة ميكانيكية، وما يصاحب ذلك من تعرضه لعقوبات مختلفة كأن يتأخر عن عمله أو عن تسليم إنتاجه.

في حين حصر (مصطفى، 2011: 334) أسباب القلق في ثلاثة عوامل رئيسية وهي:

1. **العامل الوراثي**: فلقد وجد نسبة تكرار عالية لاضطراب القلق بين الأفراد الذين تربطهم علاقة قرابة، وتوضح الأبحاث أن التوائم المتماثلة من آباء مصابين بالقلق كانت نسبة إصابتهم بالقلق مرتفعة.

2. العوامل البيولوجية: كزيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ارتفاع نسبة نواتج النور أدرينالين.

3. الصراع النفسي: حيث ينشأ القلق من صراع نفسي داخلي بين الرغبة في إشباع الدوافع والحاجات، والخوف في الوقت نفسه من فقدان الحب والاحترام إذا تحقق هذا الإشباع غير المشروع والذي يتعارض مع الظروف البيئية والاجتماعية والأخلاقية.

ومن خلال ما تعرضنا له من أسباب ترى الباحثة بأن القلق يمكن أن يحدث من خلال أسباب عديدة ومختلفة، فمنها ما هو وراثي عن طريق الجينات، أي أن الفرد يولد باستعداد للإصابة بالقلق والعوامل الخارجية هي التي تفجّره، ونعلم أن الأفراد يختلفون في بنية شخصيتهم مما يجعل للعوامل النفسية دوراً كبيراً في إثارة وتفجير القلق لدى الأفراد بدرجات متفاوتة، وذلك نتيجة للصراعات الداخلية اللاشعورية التي تتصارع مع بعضها البعض، كذلك شعور الفرد بالنقص والعجز بالإضافة إلى الحرمان من العطف وعدم الشعور بالأمن، كل هذه العوامل وغيرها من العوامل التي تعتري حياة الفرد تولد لدينا الشعور بالقلق، مع تفاوت درجة القلق من فرد إلى آخر.

أنواع القلق:

قدم التراث النفسي أنواعاً عدة للقلق مثل: القلق الموضوعي والقلق العصابي، والقلق الخلقي والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال والقلق الظاهر، والقلق الكامن وقلق الامتحان، وقلق الموت وقلق الحالة وقلق السمة. (الأنصاري، 2004: 339-340).

وترى الباحثة أنه أي كان المنطلق في تقسيم القلق فهناك شبه إجماع على تقسيم القلق إلى نوعين رئيسيين:

أولاً / القلق الطبيعي أو الموضوعي:

وهو النوع الذي يدرك الإنسان مصدره الخارجي، وهو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، أو لأذى يتوقعه الشخص مستقبلاً، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الإنسان. (الأقصري، 2002: 21).

وهو قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه، ويظهر على صورة خوف مثل القلق الذي ينتاب الطالب الذي يهمل دروسه. (محمد، 2004: 137).

ينشأ حين يتعرض الفرد لأي ضغوط تبرر وجوده، فالقلق الطبيعي يكون مصاحباً للفرد الذي يقترب من دخول الامتحانات ولكن ذلك يجب أن يتم في حدود معينة فالقلق يدفع الطالب

للمذاكرة أما إذا زاد القلق عن حد معين فإنه يجعل الطالب يفشل حتى في الاستقرار على مكتبه للاستذكار. (غانم، 2005: 86).

ثانياً / القلق العصابي أو القلق الحاد أو المزمن :

حيث يكون القلق مستمر لدى الفرد وبصورة مبالغ فيها، مما يجعل الفرد غير قادر على الاستقرار أو أداء عمله، وهنا ينعكس القلق على أداء الجسم لوظائفه و يصاب جسم الفرد بالعديد من الأمراض العضوية ويلجأ إلى الأطباء والتحليل والفحوص دون العثور على سبب حقيقي عضوي أدى إلى إتلاف العضو، ويؤثر القلق الحاد أو المزمن على كافة أعضاء و وظائف الجسم (غانم، 2005 : 86).

وهو نوع من القلق الهائم الذي لا يدرك المريض أسبابه. (محمد، 2004:137)

ويأتي هذا النوع من القلق على ثلاث صور رئيسية:

- قلق عام وهذا النوع يمثل القلق في أدنى صورته، إذ أنه غير مرتبط بأي موضوع محدد، وهنا يشعر الإنسان بحالة من الخوف الغامض غير المحدد.
- مخاوف مرضية من موضوعات محددة باعتبارها من مثيرات القلق وتكون درجة شدة الخوف لدى هؤلاء الأفراد لا تتناسب إطلاقاً مع الخطر الحقيقي المتوقع من الموقف المرتبط بالقلق أو الخوف.
- وقد تكون مخاوف في صورة تهديد وخوف يتوقع حدوثه مع أنه لا وجود له (الدسوقي، 1998 : 3-5).

في حين جاء تصنيف آخر ليشمل أبعاد مختلفة:

1. من حيث مدى وعي الفرد به: ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه ويمكنه تحديدها والتصدي لها، وغالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب. وقلق لا شعوري لا يفتن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه.
2. من حيث درجة شدته: ينقسم القلق إلى قلق بسيط، وقلق حاد، وقلق مزمن.
3. من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق ميسر ومنشط للأداء Facilitating وقلق مثبط أو مضعف Debilitating.

4. من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد وصحته النفسية: يصنف إلى قلق عادي واقعي، وقلق خلقي أو ضميري وقلق عصابي. (علي وشريت، 2004 : 98).

كل هذه الأنواع والتصنيفات تشير إلى أن القلق حالة انفعالية لخطر يكون موجه لشخصية الفرد، وهو شعور غامض غير سار تتفاوت درجة شدته من شخص لآخر ويكون مصحوب بالخوف والتوتر.

وتخلص الباحثة مما سبق أن للقلق وجهين مختلفين، فمن جهة قد يساعد القلق الإنسان على تحسين ذاته، وعلى الإنجاز والوصول إلى مستويات أعلى من الكفاءة، ومن جهة أخرى يمكن للقلق أن يحطم الإنسان ويشيع التعاسة في حياته وحياة المحيطين به. إن الفرق بين وجهي القلق يكمن في الدرجة التي يكون عليها، وهو في ذلك مثله كباقي جوانب حياة الإنسان والتي يفضل دائماً أن تكون على درجة من الاعتدال، وتبقى الحاجة الأساسية للإنسان في هذا الصدد هي اكتسابه للمعرفة المناسبة لاستخدام وتطويع القلق بطريقة بناءة، وأن يكون الإنسان سيد القلق لا أن يكون عبداً له.

أعراض القلق:

للقلق أعراض كثيرة ومتعددة منها ما يظهر على الجانب النفسي ومنها ما يظهر على الجانب الجسمي، وفيما يلي ستحاول الباحثة إبراز البعض منها في كل جانب:

1. الأعراض النفسية:

كالإحساس بضعف الذاكرة وعدم الراحة والإحساس بالدوخة، وعدم القدرة على التركيز والخوف وغيرها (عبد القادر، 2005 : 6).

كما أن التوتر العام والقلق على الصحة، وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة، والحساسية المفرطة، وسرعة الإثارة وعد الاستقرار، هذا إلى جانب الشك والتردد والاكتئاب والضيق وترقب المستقبل بالإضافة إلى توهم المرض كلها أعراض تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الانجاز والعمل كما تؤثر على توافقه الاجتماعي والمهني والنفسي والأسري. (علي و شريت، 2004 : 103).

2. الأعراض الجسمية:

إن الأعراض الجسمية هي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعاً، حيث أن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة، وتتغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي الذي يحركه الهيپوثلاموس

المتصل بمراكز الانفعال، وقد يؤدي الانفعال إلى تنبيه هذا الجهاز، وظهور أعراض عضوية في أحد أحشاء الجسم المختلفة (عكاشة، 2003 : 140).

ومن هذه الأعراض الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية الحركية والتعب والصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين، وتصبب العرق وعرق الكفين وارتعاش الأصابع وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان وآلام الصدر، وارتفاع ضغط الدم واضطراب التنفس وعسره والدوار والغثيان والقيء والإسهال وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق، وفقدان الشهية ونقص الوزن. (زهران، 2005: 486).

3. الأعراض النفسجسمية :

وتتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أي تلك الأمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دوراً هاماً في نشأتها، أو في زيادة أعراضها كالذبحة الصدرية، والربو الشعبي، وجلطة الشرايين التاجية، وروماتيزم المفاصل، والبول السكري، وقرحة المعدة والاثني عشر، والقولون العصبي، والصداع النصفي، وفقدان الشهية العصبي (علي و شريت : 2004، 105).

ونستخلص الباحثة مما سبق أنه من الممكن التعرف على ظهور القلق لدى الفرد من خلال التعرف على الأعراض الجسمية والنفسية التي تشير إليه، وهذا من خلال حركات وتصرفات الفرد غير العادية والتغيرات الفسيولوجية الظاهرة عليه.

النظريات المفسرة للقلق :

تختلف نظريات علم النفس في تفسيرها للقلق، وهذا راجع إلى تباين الوجهات والمبادئ والأسس التي تتبناها كل نظرية، وستتطرق الباحثة فيما يلي إلى عرض بعض النظريات وأهمها:

نظرية التحليل النفسي:

كان (فرويد) من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق، حتى أننا نستطيع القول بأن إذاعة هذا المصطلح وشيوعه يعود في جزء كبير إليه، فهو ينظر للقلق على أنه إشارة إنذار لخطر قادم يهدد الشخصية فمشاعر القلق تعني أن الأنا أصبحت غير قادرة على كبح دوافع الهو التي تجاهد لتظهر في مجال الشعور، هذا الشعور أي القلق هو منذر للأنا و الأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى لتحول دون المكبوتات لتبقى في أسر اللاشعور.

والمشكلة تكمن في حال كانت هذه المكبوتات قوية، لأنها في حال لم تتجح في اختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك لا سوي أو عصابي، فإنها ستنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهياً للقلق المزمن المرهق (علي وشريت، 2004: 93-94).

أما أدلر **Adler** فيرى أن القلق شأنه شأن بقية الأمراض النفسية والعقلية وينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية أو النقص ومحاولة الحصول على شعور بالتفوق. (مصطفى، 2011 : 333).

وترى هورني أن القلق يرجع إلى ثلاث عناصر هي :

1. الشعور بالعجز.

2. الشعور بالعداوة.

3. الشعور بالعزلة.

وترى أن هذه العوامل تنشأ من عدة أسباب وهي :

- انعدام الحب والدفء العاطفي وشعور الطفل بأنه شخص محروم من الحب والعطف والحنان، وأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني، وهو أهم مصدر من مصادر القلق.

- بعض أنواع المعاملة الوالدية التي يتلقاها الطفل تؤدي إلى القلق لديه، فالسيطرة المباشرة وانعدام العدالة بين الأخوة، والإخلال بالوعد، وعدم احترام الطفل، والجو الأسري العدائي، كلها عوامل توقف مشاعر القلق في النفس.

- البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات، وما تشمل عليه من أنواع الحرمان والإحباط، والخداع والحسد والخيانة، وشعوره بأنه مخلوق ضعيف أما عالم قوي لا يرحم (عبيد، 2008: 193).

النظرية السلوكية:

وفقاً لهذه النظرية فإن القلق مكتسب من خلال عملية التعلم، وبشكل أكثر تحديداً من خلال الاشتراطات. ويشير الاتجاه السلوكي في تفسير القلق إلى أن القلق أو الخوف مكتسبان من خلال الاشتراطات أو العمليات التعليمية الأخرى، وهذا الخوف المكتسب يولد السلوك الهروبي أو التجنبي وبالتالي يعتبر هذان السلوكان سلوك ناجحان لأنهما يكتسب التعزيز من خلال خفض مستوى القلق أو الخوف (الداهري، 2005: 329).

فالقلق في المدرسة السلوكية هو اتجاه انفعالي أو شعور ينصب على المستقبل، ويتميز بتناوب أو امتزاج مشاعر الرعب والأمل. وينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، فبمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط عن طريق التعميم بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط النفسي (مصطفى، 2011 : 333).

وقد استطاع "جون واطسون" زعيم المدرسة السلوكية، خلق حالة خوف لدى الطفل "ألبرت" الذي كان يبلغ أحد عشر شهراً، حيث كان ألبرت قد تعود على اللعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط واطسون رؤية الطفل هذا الحيوان مثير مخيف في أصله وهو سماع صوت مفاجئ، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يسر لرؤيته من قبل، ونستطيع القول بأن الحيوان في هذه التجربة يعتبر بمثابة الموضوعات التي تثير قلق الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها، ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف، مع تعرض رابطة الاشتراط إلى النسيان (علي وشريت، 2004: 95).

النظرية الإنسانية:

أما أصحاب الاتجاه الإنساني فيؤكدون على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، لذا ركزوا على موضوعات ترتبط بالإرادة والحرية والمسؤولية والقيم، ويرى أصحاب هذه الاتجاه أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وكفرد يختلف عن بقية الأفراد.

و على كل إنسان أن يسعى لتحقيق هذا الوجود، لأنه الهدف النهائي الذي يحاول الإنسان الوصول إليه، وبالتالي فإن كل ما يعيق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه. ومن أهم العوامل التي تسبب القلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده، وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى فإنه سيكون فريسة للقلق (علي وشريت، 2004: 95 - 96).

تعقيب عام على نظريات القلق:

1. نجد أن فرويد صاحب المدرسة التحليلية هو صاحب الجهد الأكبر في وضع مفهوم القلق في ميدان علم النفس بشكل عام، ويعتبر أول من وضع تقسيمات القلق، وأعزى القلق للصراع الذي يدور بين تقسيمات النفس الثلاث الهو الأنا والانا الأعلى، حيث تحاول الغرائز والمكبوتات الخروج للشعور بفعل ضغط الهو، ونجد أن الأنا يحاول مقاومة هذه المكبوتات ومنعها من

الخروج خوفاً من المجتمع وقيمه التي تتعارض مع مكنونات الهو وبالتالي ولعدم تفريغ هذه المكبوتات ينتج القلق.

2. بينما ذهب فرويديين الجدد مثل و ادلر وهورني إلى التقليل من أهمية الغرائز في تفسير السلوك الإنساني واهتموا بالعلاقات الاجتماعية.

3. ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن القلق مكتسب ومتعلم إذ أنه استجابة خوف يتم اكتسابها وتتم استثارتها بواسطة بعض المثيرات التي تخيف فعلاً أو التي لا تخيف في الحقيقة، ولكن ارتباطها بمثيرات مخيفة في الواقع أكسبها القوة المخيفة والقلقة.

4. أصحاب النظرية الإنسانية يفسرون القلق بسبب الخوف من المستقبل المجهول.

علاج القلق:

ويهدف العلاج النفسي إلى تطور شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره، وهنالك عدة طرق للعلاج منها:

1. **العلاج الكيميائي:** ويستخدم بعض العقاقير ذات الخواص المسكنة، وهذه العقاقير تؤدي إلى الاسترخاء والهدوء كما أنها تخفض القلق والتوتر والتهيج (المطيري، 2005: 285).

2. **العلاج النفسي:** هنا يحاول المعالج إيجاد علاقة وثيقة و ودية مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه والتنفيس عن مشاكله، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتات من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث وتفسير الأحلام، ومن ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانيه، ودفعه للشفاء برفق وبالتشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر ويتخذ العلاج النفسي عدة صور وأساليب بالنسبة لمدارس علم النفس المختلفة، والطريقة التي يفضلها المعالج سواء أكانت تحليلية أو إنسانية أو سلوكية. (عبيد، 2008 : 196).

3. **العلاج بالتحليل النفسي:** وهو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية (أنا) المريض باعتبارها الجزء المسيطر على محفزات (الهو) أو المنسق بين متطلبات (الهو) وضوابط (الأنا الأعلى). (المطيري، 2005 : 284).

كما يساعد العلاج بالتحليل النفسي على تعليم المريض الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف، وتنمية القدرات، وفي بعض حالات الاضطراب يستحسن عدم

محاولة الكشف عن الصراعات الخطيرة فقد يؤدي ذلك إلى حالة شديدة من القلق.(عبيد، 2008 : 335-336).

4. العلاج السلوكي: فالعلاج السلوكي يستخدم لفك الإفراط المرضي المتعلق بالقلق والقضاء على الأزمات العصبية الحركية (الداهري، 2005 : 332).

حيث يتم تدريب الفرد المريض على الاسترخاء، ثم لأجل إزالة وإضعاف القلق يعرض المريض إلى المنثيرات التي تسبب له القلق أو الخوف إما بشكل تدريجي حتى يعتاد على مواجهتها فيما يسمى بتقليل الحساسية التدريجي، أو دفعة واحدة دون السماح له بالهروب ويسمى هنا أسلوب (الإفاضة)، ونتيجة هذا العلاج أن الفرد يكتشف أنه قادر على تقديم الاستجابة السوية للمنثيرات التي كانت تسبب له القلق والخوف، وإنها لا تستدعي تلك الشدة من الخوف (عبيد، 2008: 198).

وترى الباحثة أن لكل نظرية طريقة في العلاج مبنية على الأسباب التي ترى أن القلق نشأ من خلالها، فالعلاج الكيميائي يعتمد على مجموعة من العقاقير المهدئة، تقدم للفرد بهدف استرخاء العضلات والتقليل من القلق، في حين أن العلاج التحليلي يعتمد على أسلوب التداعي الحر وتفسير الأحلام لحل الصراعات التي يعاني منها الفرد وتؤدي إلى القلق. أما العلاج السلوكي فيستعمل التحصين التدريجي والاسترخاء وغيرها من الأساليب للتغلب على القلق الذي أثاره خبرة ماضية مؤلمة.

القلق من منظور إسلامي :

قال تعالى : "لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ" (البلد : 4)

هذا هو القانون الإلهي الذي يحكم كافة الظواهر الإنسانية، فالحياة صراع ومشقة متصلة تبدأ عندما يخرج الطفل من بطن أمه، ويظل هذا الكائن في صراع متصل ومستمر مع المتغيرات حتى يسلم النفس الأخير إلى بارئه.

و ترى الباحثة أنه لو تعمقنا في الدين الإسلامي فسنجد العديد من القوانين والقواعد التي لو اتبعها الإنسان فسوف تقوده حتماً إلى السواء النفسي.

وهنا يعرض (غانم، 2005 : 93 - 99) بعض القوانين والقواعد للتخلص من القلق :

1. التوكل على الله : فالإسلام يربي قيمة التوكل على الله " وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ" (الطلاق:3)، ولذلك فإن الرسول صلي الله عليه وسلم في حديثه مع الأعرابي الذي أراد ترك ناقته دون أن يأخذ بالأسباب، فقال له قولته العطرة الخالدة الخلود الأبدي " أعقلها وتوكل ". و الإسلام بإعلائه قيمة التوكل وليس التواكل فإنه يزيل من الفرد كافة العوامل التي تقود إلى القلق والخوف والتوجس، لأنني لا أخشى من أحد إلا الله.

2. الرزق بيد الله: والآيات التي تثبت الإيمان بالله وبالرزق كثيرة نذكر منها: "وَفِي السَّمَاءِ رِزْقُكُمْ وَمَا تُوعَدُونَ" (الذاريات:22) وقوله تعالى: " إِنَّ اللَّهَ هُوَ الرَّزَّاقُ ذُو الْقُوَّةِ الْمَتِينُ" (الذاريات: 58) فالرزق بيد الله وعلى الإنسان أن يثق بهذه الحقيقة، وحتى لو ابتلينا بالفقر والعوز فعلىنا الاقتناع بأن ذلك لا يتم عبثاً بل لحكمة لا يعلمها إلا الله. و قال تعالى : " وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ " (البقرة:155). فالإيمان بهذه القاعدة يجعل الإنسان ينجو من داء القلق.

3. الإيمان بأن كوارث الحياة من موت وزلال وعواصف كل ذلك وغيره من قدر الله: ولذلك فإن الإسلام فرق بين نوعين من الصبر إزاء النكبات : صبر العاجز والذي يقود الفرد إلى الخروج عن الإيمان والعياذ بالله، وصبر الشاكر الراضي بقضاء الله فإنهم كما قال تعالى : " وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ " (البقرة:154-156) .

4. يرفض الإسلام العزلة: وأن ينطوي الإنسان على نفسه ولا ينشغل بقضايا غيره فالاهتمام بالجار وشؤونه خاصية إيمانية " مازال جبريل يوصيني بالجار حتى ظننت أنه سيورث"، فصلة الرحم وعبادة المريض وتشجيع الجنازات كل هذه القوانين التعاملية تصل إلى درجة الحق للآخرين. فاليوم بتنا نرى العيادات النفسية مزدحمة بالبشر، والذين لا يريدون سوى شيئاً واحداً، أن يدفعوا نقود لشخص يستمع إليهم ويتواصل معهم، لأننا جميعاً ولأسباب متعددة أصبحنا بحق " جزر نائية ".

5. مواجهة الإساءة بالمعروف: الإسلام يربي لدى الفرد فضيلة العفو، وهذه ليست عن ضعف ولكنك قادر على رد الإساءة ولكنك تعفو وهذا قمة السمو بالغرائر العدوانية والتي تريد الدمار للآخر. قال تعالى " وَلَا تَسْتَوِ الْحَسَنَةُ وَلَا السَّيِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ

عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ" (فصلت:34)، وقال جل من قائل " وَلَمَن صَبَرَ وَغَفَرَ إِنَّ ذَلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ" (الشورى: 43). وقال تعالى: "الَّذِينَ يُنْفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ" (آل عمران: 134).

6. الصلاة: من طرق التخلص من القلق هي تعويد وتعليم الإنسان على الاسترخاء، والصلاة تعد من أنجح الوسائل للخلاص نهائياً من التوتر وكل منغصات الحياة. فالصلاة لغة مشتقة من الصلة. "الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ" (الرعد : 28)

المتغير الثالث

الاكتئاب

- مقدمة.
- مفهوم الاكتئاب.
- الفرق بين الحزن والاكتئاب.
- مدى انتشار مرض الاكتئاب.
- أعراض الاكتئاب.
- أعراض الاكتئاب كما وصفها القرآن.
- أسباب الاكتئاب.
- المنظور الإسلامي لأسباب الاكتئاب.
- نظريات تفسير الاكتئاب.
- التعقيب على النظريات.
- علاج الاكتئاب.
- علاج الاكتئاب في ضوء الكتاب والسنة.

المتغير الثالث

الاكتئاب

مقدمة:

عُرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وُذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب (ابن سينا)، وفي ألوان الشخصيات المكتوبة التي وردت في مسرحيات شكسبير، وفي قصص القرن الثامن عشر والتاسع عشر. (العبيدي، 2009: 382).

وتستخدم هذه الكلمة لوصف المزاج السيئ الذي ينجم على نحو مؤقت، وقد ينجم عن يوم أو شعور سيء.

ويرى أوبرليد Operleder أن أنواع الاكتئاب كثيرة، بحيث أنها تماثل عدد البشر، وتتشترك جميعها في أنها تجعل الشخص بعيداً عن العالم، بينما يرى لويس Lewis أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة، تتباين كمياً وليس كيفياً ولا يوجد ما يسمى الاكتئاب النفسي العصابي الخارجي مستقلاً عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي، والفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية. (موسى، 1993: 436)

والاكتئاب النفسي هو عرض لوجود الإنسان، وهو خاصية متأصلة به لكن بدرجات متباينة ولأسباب متباينة أيضاً، والاكتئاب ليس كما يعتقد البعض -خطأ- ظاهرة أمريكية وغربية، بل إنه يصيب كل المجتمعات وينتشر فيها بنسب متفاوتة، ويزداد في داخل المجتمعات من جيل إلى جيل (عيد، 1997: 5).

ففي الاكتئاب لا فرق بين غني وفقير... صغير السن أو كبير... رجل أو امرأة، الكل معرض لنوبات من الاكتئاب، ويطرق الاكتئاب أبواب المريض عند تعرضه لأي موقف عصيب مثل فقد إنسان عزيز يحبه، أو التعرض لأي موقف لم يستطع التصرف فيه كما يريد، أو تصرف فيه بطريقة مخالفة لطبيعته ومبادئه، وبالتالي تؤثر عليه من الناحية النفسية، ومن ثم الناحية الجسدية في النهاية.

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، ونستطيع القول أن أي واحد منا قد يتملكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، غير أن هناك خطأ شائع نقع فيه جميعاً حين نتوقع أن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لا بد أن تبدو عليه علامات الحزن والأسى

الشديد بصورة واضحة للجميع، ولكن الأمر ليس كذلك، فليس من الضروري أن يكون الحزن والضيق دليلاً على الاكتئاب (الشربيني، 2001 : 15-16).

مفهوم الاكتئاب:

تعريفه لغة:

ويعرف ابن منظور (د.ت) الكآبة على أنها سوء الحال، والانكسار من الحزن، واكتئاباً: حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب، والكآبة أيضاً تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكتئب.

تعريف الاكتئاب اصطلاحاً :

يعرفه (العيسوي، 2006 : 33) بأنه "مرض نفسي وليس مرضاً عقلياً، وفيه يشعر المريض بالهم والغم والحزن والنكد، وعدم الاستمتاع بمتع الحياة، والرغبة في التخلص من حياته، مع هبوط في مستوى النشاط الحركي والذهني، ونقص الحماس والحيوية، وعدم الرغبة في العمل.

ويعرف بأنه "أحد التقلبات المعتادة للمزاج، كاستجابة لموقف يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى، كفقدان صديق أو خسارة مالية، وقد يكون مصاحباً للإصابة بأي مرض" (الشربيني، 2001 : 17).

وترى عبيد أن الاكتئاب "حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر بها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز" (عبيد، 2008 : 243-244).

في حين تعرفه المطيري بأنه "حالة تشمل أو تصيب الجسم كله بالإضافة إلى الذهن والمزاج والسلوك، فيؤثر على الشهية في الأكل والنوم وانطباعاتك عن نفسك أو عن الآخرين وكل من حولك" (المطيري، 2005 : 223).

وعرفه عبكة بأنه "أحدث الأمراض النفسية انتشاراً في العالم وتكون السمة البارزة فيه هو هبوط في المزاج مع حزن شديد ويأس وقنوط مع خمول في النشاط العقلي والجسدي" (عبكة، 2012 : 31).

وتختلف الباحثة مع عبكة في تعريفه، فالإكتئاب عرف منذ قديم الزمان، فقد وجدت نصوص تدل على أوصاف هذا المرض في العديد من كتب الحضارات القديمة، وكذلك أشارت

النصوص الانجليزية القديمة إلى (السوداء) وهي الكلمة التي كانت تستخدم في تلك العصور لوصف اضطرابات المزاج.

أما الوصف الطبي للاكتئاب فيعود إلى أبو الطب الإغريقي (أبقراط)، الذي رأى أن المرض الفعلي ينجم عن أسباب طبيعية، وأوصى ابقراط الناس لتخطي الاكتئاب بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم عن طريق الاسترخاء والعيش الصحي. (المطيري، 2005: 221-222).

ويعرف الوقفي الاكتئاب بأنه "حالة من التبدل الانفعالي وفقد الطاقة الجسمية يبدو فيها المكتئب حزناً، مثبطاً، خائر العزائم، لا يستطيع أداء عمل يحتاج فترة زمنية طويلة، يتكلم ببطء وبشكل منقطع ولا يجيب عن الأسئلة إلا بصعوبة، عازفاً عن كل ما يدعو إلى بذل الجهد بما في ذلك الأكل الذي قد يرفضه أحياناً رفضاً باتاً" (الوقفي، 1998: 630)

وتعرف الباحثة الاكتئاب إجرائياً بأنه "حالة تصيبنا بالحزن والانقباض و ربما باليأس أحياناً، مع هبوط حاد في المزاج، فضلاً عن ما يصاحبها من هبوط في مستوى الأداء الجسمي والنفسي والعقلي".

الفرق بين الحزن والاكتئاب:

الحقيقة أن الحزن والاكتئاب لفظان بمعنى واحد، ويختلفان في الشدة والمدة الزمنية. فالحزن: هو أحد صور العاطفة والمشاعر الإنسانية الفطرية، وهو ضد الفرح والسرور، ونجد أن الفرح والحزن موجودان في الإنسان وهما فطريان. قال تعالى: "وأنه هو أضحك وأبكى" (النجم:43).

فالحزن يحصل لكل الناس، لكنه قضية وقتية وإذا ما استمر وقته صار اكتئاباً (خاطر، 1991: 15-18).

مدى انتشار مرض الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد عن (500) مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى (7%) من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى (10%) في خلال أعوام قليلة. (الشربيني، 2001: 31).

ويبدو في بعض الدراسات أن الدول قد تتراوح في معدلات الاكتئاب، ولكن بكل المقاييس تبقى هذه النسب مرتفعة، وقد يكون المعدل العربي على الحد الأدنى، لان يقع في مناطق أكثر تعرضاً لأشعة الشمس، ولا زال فيه من الروابط الاجتماعية والإيمان التقاليد ما يعطي بعض الحماية للناس.

ومعروف أن الاكتئاب أكثر انتشاراً بين النساء منها بين الرجال بثلاثة أضعاف على الأقل، كما أن غير المتزوجين والأرامل والمطلقين أكثر عرضة من المتزوجين خصوصاً في الرجال، أما في النساء فيبدو أن الزواج يزيد من فرص الاكتئاب. (سرحان والخطيب وحباشنة، 2001 : 26-27).

كما أن التقدم في العمر والتقاعد بالنسبة للرجال يزيد من فرص الإصابة بالاكتئاب، وتشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة الاكتئاب تصل إلى 15% في المسنين (فوق سن 65 سنة)، و قد يرتبط ذلك بزيادة فرص الإصابة بالأمراض الجسدية في فئة المسنين بصفة عامة التي تعرف بأمراض الشيخوخة. (الشرييني، 2001 : 35).

ويرى (المهد، 2004: 145) أن معدل الاكتئاب في المرأة ضعف معدله في الرجل، ويشير إلى انه كان هناك اعتقاد خاطئ في الماضي بأن هذه النتائج قد تكون مضللة، وذلك لأن المرأة أكثر تعبيراً عن حالتها الوجدانية من الرجل وأكثر قبولاً للمساعدة الطبية النفسية، ولكنه يؤكد بأن الأبحاث المنضبطة أثبتت أن هناك زيادة حقيقة في معدل الاكتئاب لدى المرأة، ويرى أن هذا الاكتئاب يعود للأسباب التالية :

1. **التكوين العاطفي للمرأة:** فالمرأة بفطرتها ذات مشاعر حية وجياشة، وقد خلقها الله تعالى هكذا لتواكب وظيفتها كزوجة وأم.

2. **خبرات التعلق والفقد:** فالمرأة دائماً متعلقة بغيرها (والرجل كذلك مع الفارق في الدرجة والأهمية)، فهي تتعلق بشدة بأمها وأبيها وأختها، ثم بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها، وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل، وبالتالي حين تفقد أياً من هذه العلاقات فإنها تصاب بالحزن والأسى وربما تصل إلى درجة الاكتئاب.

3. **التغيرات البيولوجية المتلاحقة:** فالتغيرات الهرمونية التي تطرأ على المرأة أثناء فترة البلوغ والحمل والولادة وسن اليأس كلها تشكل نوعاً من الضغط على المرأة وتهيؤها للإصابة بالاكتئاب.

4. العمل المستمر بلا راحة: فالوظائف التي تقوم بها المرأة لا تعرف الإجازات، فمتطلبات الزوج والأولاد والأحفاد لا تنتهي، وحتى العطلات الرسمية للمرأة العاملة فهي بمثابة عمل إضافي في تنظيف المنزل وإعداد الطعام واستقبال الزوار، هذا عدا عن السهر لرعاية طفل رضيع .

أعراض الاكتئاب:

تكمُن المشكلة الحقيقية في تحديد أعراض الاكتئاب أنه ليس من الأمراض العضوية التي يسهل تعريفها وتحديدتها في معمل التحاليل أو من خلال التصوير بالأشعة.

و يعتقد (Lewis) أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كماً وليس كيفاً، ولا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي العصبي الخارجي مستقلاً عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي، والفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وشد الأعراض الإكلينيكية. (موسى، 1993:436).

و يتفق كل من (المطيري، 2005: 231؛ العيسوي، 2006: 49؛ عبد القادر، 2005: 41؛ فايد، 2004: 62؛ مصطفى، 2011، 356-357؛ محمد، 2004: 250 - 251)، بأن الاكتئاب النفسي مرض يصاب به الإنسان، فيجعله يعاني من مجموعة من الأعراض المركبة والتي يمكن تصنيفها على النحو التالي:

1. أعراض اكتئابية- المزاج: حيث يصحو الشخص وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق ويبدأ في التحسن التدريجي وسط النهار. وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل و المحدد الأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل. شعور بالاكتئاب والزهق والملل، وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة، النظرة التشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل والتفكير في إيذاء النفس أو المحيطين كالانتحار أو القتل، الشعور بالذنب الدائم أو العصبية الدائمة.

2. الأعراض السلوكية: وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف، فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديد في القيام بأدنى عمل. وسرعة التعب من أي مجهود، هذا بالإضافة إلى الشعور بالإجهاد الشديد وتضخم الأمور والمخاوف. ويبدو على وجه المريض سمة الحزن وتظهر عيناه مرهقتين، وتلتوي زاوية الفم وكأنه لا يستطيع رفع فكه، كما ترسم على شفثيه علامات الامتعاض واليأس، ويسير مقوس الظهر لا يستطيع رفع عينيه ولا يحرك يديه، وإذا تكلم كان صوته منخفضاً وكلامه متقطعاً.

3. **الأعراض العضوية:** وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم ما يسميه البعض اضطرابات بالنوم والتي قد تكون في صورة صعوبة في النوم أو كثرتة، وفقدان الشهية للأكل أو الإفراط في الأكل بشراهة، وفقد الشهية وهي من العلامات المميزة للاكتئاب، ومعاناة المريض من الإصابة بالإمساك.

4. **الأعراض المعرفية:** وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائماً، واتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم. وصعوبة في التركيز والتذكر واتخاذ القرارات.

أما التشخيص الإحصائي الرابع D.M.S-IV فقد حصر أعراض الاكتئاب في ثمانية عناصر و هي:

- وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم.
- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.
- انخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم إتباعه نظام ريجيم خاص، أو حدوث ازدياد في الوزن على أن يتجاوز الزيادة بنسبة 5% من وزن الجسم في الشهر الواحد.
- الأرق أو فرط النوم .
- البطء الحركي أو الإفراط الحركي يومياً وعلى وجه التقريب.
- سرعة الشعور بالإجهاد، وضعف النشاط اليومي .
- الشعور بالدونية، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف، ضعف القدرة على التركيز والتفكير، و وجود صعوبات في اتخاذ قرارات يومية.
- كثرة الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده، و وجود أفكار انتحارية متكررة، دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار، أو التخطيط للانتحار.

أعراض الاكتئاب كما وصفها القرآن:

وحصر (محمد، 2004: 248) بعض أعراض الاكتئاب في القرآن الكريم في النقاط

التالية:

1. الأسف: ويبدو في شكل سلوك لفظي سلبي، أو في شكل عبارات رثاء وأسف واستسلام مثل : "وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسَفَى عَلَى يُوسُفَ" (يوسف: 84)، وقد يبدو الأسف في شكل حاد يعبر عن كراهية الحياة مثل "قَالَتِ يَا لَيْتَنِي مِتُّ قَبْلَ هَذَا وَكُنْتُ نَسِيًّا مَنْسِيًّا" (مريم : 32).

2. ظهور دلائل الحزن في شكل هموم أو انقباض أو بكاء مثل: "وَابْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزَنِ فَهُوَ كَظِيمٌ" (يوسف: 84).

3. الشعور باليأس وفقدان الأمل وهي حالة من القنوط مثل: "وَإِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ- كَانَ يَئُوسًا" (الإسراء: 83).

4. العزلة عن النشاطات الاجتماعية وقلة الكلام أو الشكوى للآخرين مثل : "وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسَفَى عَلَى يُوسُفَ" (يوسف: 84) وقوله عز وجل : " فَحَمَلَتْهُ فَانْتَبَذَتْ بِهِ مَكَانًا قَصِيًّا" (مريم : 21)

وتخلص الباحثة مما سبق إلى أنه من الممكن التعرف على ظهور الاكتئاب لدى الفرد من خلال التعرف على الأعراض الجسمية والنفسية التي تشير إليه، وهذا من خلال حركات وتصرفات الفرد غير العادية والتغيرات الفسيولوجية الظاهرة عليه.

وليس معنى ذلك أن كل المكتئبين يتجولون مسترخيين في ملابس قاتمة، وبوجه يحمل مشاعرهم العميقة بالكآبة والقنوط، ذلك أن هناك كثيراً من الاكتئابيين ينجحون في المشاركة بنشاط في الأحاديث، ويبتسمون في الوقت المناسب، وكذلك يتبادلون الفكاهات لكي يقدموا وجهاً طيباً لأصدقائهم وزملائهم وأقاربهم (عزب، 2008 : 27).

أسباب الاكتئاب:

هناك اختلافات في تفسير أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة، ونجد أن هناك عدة أسباب تتداخل معاً لظهور الاكتئاب:

حيث ذكر (محمد، 2004 : 248) أن الاكتئاب يرجع إلى عوامل مختلفة وأهمها :

1. الأسباب الداخلية : ويعزى إليها حدوث الاكتئاب بسبب وجود اضطرابات عضوية داخلية ودون أن يكون هناك أسباب خارجية تدعو لذلك.

2. أسباب كيميائية حيوية: ويعزى إليها حدوث الاكتئاب بسبب زيادة أو نقص إنتاج مواد معينة في بعض مراكز المخ، بسبب العوامل الوراثية التي تؤدي إلى وجود فروق فردية في الاستعداد للإصابة بهذه الحالة .

3. أسباب نفسية: ويعتقد بأن الأسباب النفسية تؤدي بدورها إلى إحداث تغييرات في الجسم تنتج عنها حالة الاكتئاب.

بينما ذهب (المطيري، 2005 : 226) إلى أن الأسباب التي تقف وراء الاكتئاب تتمثل في :

* **العوامل الوراثية:** حيث أثبتت الدراسات أن هناك على الأقل عامل وراثية بيولوجي واحد، ولكن هذا لا يعني أن كل من يحمل المرض سيصاب به.

* **العوامل التكوينية:** هناك علاقة بين التكوين الجسمي، وبين هذا المرض، فيبدو أن أصحاب النمط المكتنز أو أصحاب البنية أكثر عرضة من غيرهم لردود الأفعال العاطفية التي قد تؤدي إلى الإصابة بهذا المرض.

* **العوامل الفسيولوجية:** حيث يربط البعض بين الاكتئاب الذهاني وبين اضطراب الغدد، ويربط البعض الآخر بين الاكتئاب الذهاني وبين اضطرابات الجهاز العصبي، ويرى البعض الآخر أن هناك علاقة بين الحالة الذهانية وبين اضطراب المعادن في الجسم.

* **العوامل النفسية:** الخبرات الانفعالية الصادمة وغيرها من الانفعالات، وعدم تقبل الواقع والضغط البيئية في الحياة، وغيرها من الظروف المؤلمة والحوادث المحزنة والكوارث القاسية وغير المتوقعة، كلها قد تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب في حياته.

* **التربية الخاطئة:** وما فيها من اكتفاء وحرمان وفقدان العطف أو الحنان أو التفرقة بين الأبناء في المعاملة أو التسلط والإهمال أو الحرمان المادي والعاطفي والمعنوي، كل ذلك يؤدي إلى صراعات شعورية أو لاشعورية تصل بصاحبها إلى الإحباط والعجز والقلق، فيكون الاكتئاب وسيلة دفاعية عن الذات تجاه المخاطر .

* **الوحدة والعنوسة:** والظاهر أن أكثر الناس تعرضاً للاكتئاب هم أصحاب الشخصيات الجامدة المتزمتة، التي تتطلب الكمال، وهم أصحاب الضمير المتشدد والميول الاجتماعية الضيقة، والذين في وحدة وسن القعود، ولا يجدون من يرعاهم ويهتم بهم.

ويتفق محمد غانم مع معظم الأسباب آفة الذكر مضيفاً إليها عاملاً خامساً وهو :

- العامل الاجتماعي:

فهو يرى أن العوامل الاجتماعية تقوم بدور أكبر في تحديد ما إذا كان حدث عادي سيعتبر "صادماً" أم لا. ويؤدي إلى اكتئاب محدد إكلينيكيًا. وقد بينت البحوث أن الاكتئاب نادراً ما يحدث بدون مقدمات أو عوامل مرسبه، وأن النساء اللاتي يستجبن للأحداث الصادمة بالاكتئاب، يكن عادة فريسة لعدة مشاكل تجعل تلك الاستجابة أكثر احتمالاً، وهكذا فإن النساء اللاتي يعانين من سكن غير مريح أو زوج فاشل، سيكون أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالاكتئاب، وذات الشيء في حالة النساء اللاتي فقدن أمهاتهن قبل سن الحادية عشر. وفي دول العالم النامي يشيع الاكتئاب نتيجة سوء التغذية والأمراض وانتشار الطفيليات. (غانم، 2005: 108-110).

المنظور الإسلامي لأسباب الاكتئاب:

تعتبر الصراعات الداخلية هي الأساس في المشكلات والمتاعب النفسية التي يعاني منها الإنسان، ويصف القرآن الكريم هذه الصراعات في بعض المواضع ومنها :

" ولا يزالون مختلفين إلا من رحم ربك ولذلك خلقهم " (هود : 118).

" ولولا دفع الله الناس بعضهم ببعض لفسدت الأرض " (البقرة : 251).

" ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين " (البقرة: 55).

وتتطرق الآيات لمناقشة وتوضيح المواقف التي ينشأ عنها الاكتئاب والقلق والاضطرابات النفسية، مثل انشغال الإنسان بالمال والأبناء والمستقبل وحالته الصحية، وكذلك الوسواس التي تتسلل إلى نفسه والتي يستخدمها الشيطان للسيطرة عليه، مما يتسبب بشعوره بالهم والكآبة وحتى اليأس أحياناً، ولما كانت الخسارة المادية هي السبب الرئيسي في حدوث الاكتئاب لدى كثير من الناس، وكذلك المكاسب التي يحصلون عليها، والتي تشعرهم بالغرور وعدم الاتزان .

والإيمان القوي بالله تعالى له دور هام في الوقاية والعلاج من الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى، فالمؤمن يثق في الخالق سبحانه وتعالى، ونجد أن رد فعل المؤمن إزاء ضغوط الحياة يكون بالرجوع إلى الله تعالى، وهو الأسلوب الأمثل لمواجهة مواقف الحياة العصبية، قال تعالى: " الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ " (البقرة: 155).

فالالتزام بروح الدين والعقيدة في التعامل مع النفس ومع الآخرين، والرجوع إلى تعاليم الشريعة في كل السلوكيات إلى الأمانة والجدية في العمل، والتحلي بالصبر، والتسامح، والمحافظة على حالة من الصحة البدنية والنفسية، بالابتعاد عن المحرمات، كل هذا يؤدي إلى شعور داخلي بالراحة النفسية في مواجهة مشاعر الذنب والاكتئاب. (الشربيني، 2001: 257-259).

نظريات تفسير الاكتئاب:

ظاهرة الاكتئاب هي استجابة طبيعية للخسائر التي يتعرض لها الفرد، كالوقائع غير السارة من خلافات زوجية أو الشعور بعدم الراحة الجسمية، أو عدم الكفاءة والفشل والإحباط أو ضغوط العمل، وغيرها من أمور تشعرنا بالاكتئاب، وجاءت نظريات كثيرة لتفسير الاكتئاب ولكنني سأسوق بعضاً منها، لأن المجال لا يتسع لذكر كل النظريات حول الاكتئاب .

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن الاكتئاب يرجع إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما يبالغ في إشباعها أو يقل إشباعها، ومن ثم فإنه قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه، أو يخضع الشخص لاضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف ولوم الذات، وشعور بالذنب. (عبكة، 2012: 40).

فالأشخاص المعرضين للإصابة بالاكتئاب يهتمون بإيذاء الآخرين ومشاعرهم، أو فقدان موافقتهم، ويشعرون بالغضب ويتحول هذا الغضب للداخل، ويظهر على العلن في شكل بؤس وكراهية الذات. (العيسوي، 2006 : 42).

ويرى أصحاب هذه المدرسة أن الفرد المهيأ للاكتئاب، جمد على مرحلة يتوقف فيها تقديره لذاته على الإشباع الخارجي من الآخرين، وفي حال عدم إشباع حاجاته يصبح تقديره لذاته في خطر، فالأفراد الذين جمدوا على مرحلة طفلية يميلون إلى مقابلة الإحباط بالعنف، بينما من توقف جمودهم عند المرحلة الفمية يميلون إلى الخضوع والذلة، وهكذا يجدون أنفسهم في صراع بين أسلوب العنف وأسلوب الخضوع، مما يسبب لهم الاكتئاب في حال عدم تحقيق إشباع لحاجتهم بأي من هذين الأسلوبين. (غانم، 2005: 112-113)

ثانياً: النظرية السلوكية:

اهتمت هذه النظرية بالافتقار إلى التدعيم الخارجي، والافتقار إلى الإشباع كعامل مسبب للحدوث، واستمرار هذه الاضطرابات ورغم أن البيئة الخاصة بالشخص المريض تكفي فيها المدعمات فمن المؤكد أن الشخص الذي لديه ميول للاكتئاب يكون غير كفؤ في المهارات

الاجتماعية للحصول على الإثابة الضرورية في حياته، وأن الأفراد المكتئبين يعيشون في حالة من النقص في التدعيم الاجتماعي. (عبكة، 2012: 47-48).

فالفكرة الرئيسية عند أصحاب النظرية السلوكية عن الاكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة في العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج ايجابية للفرد أو زيادة في معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب للفرد (صمويل، 2007: 27).

ويذكر غانم أن من الذين درسوا هذا المرض دراسة واقعية الروسي (بروتوبوبوف)، يرى هذا العالم أن هناك أعراضاً جسمانية واضحة لهذا المرض توجد في الاكتئاب والهوس على السواء، مما يجعل هاتين الحالتين مظهرين لمرض واحد، وهذه الأعراض تتمثل في اتساع حدقة العين، وسرعة النبض والإمساك، وفقدان المريض لوزنه منذ بداية المرض. وقد أثبتت بحوثه أنه تزداد حساسية المرض بالاكتئاب للمنبهات الكهربائية والحرارة والبرودة، كما يزداد إفراز السكر في دم المريض. (غانم، 2004 : 113-114).

ثالثاً: نظرية التعلم:

يرى أنصار نظريات التعلم المتنوعة أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساساً بخفض في النشاط الذي يلي سحب أو فقد مدعم كبير ومعتاد، وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتئابي فيتم تدعيمه بالانتباه والتعاطف. (فايد، 2004 : 81).

وتذهب هذه النظرية إلى افتراض أن الأشخاص الميالين للاكتئاب لديهم مركز التحكم الخارجي أقوى من مركز التحكم الداخلي، فإنهم لا يعتقدون بأنهم يستطيعون التحكم في الأحداث لتحقيق أهدافهم، فبعض مرضى الاكتئاب ينقصهم بعض المهارات كالمهارات الاجتماعية تلك التي تقود إلى الحصول على المكافآت وإثبات الوجود.

فالإنسان قد يتعلم العجز والضعف والإعاقة، وأنه لا حول له ولا قوة، فقد ينال الطفل الثواب أو المكافأة على عدم عمله أو لأنه لم يفعل شيئاً هذا العجز وتعلم عدم الفاعلية يشبه حالات الاكتئاب، بمعنى أن الإنسان قد يتعلم الاستجابة الكئيبة أو الحزينة ويجد المكافأة على ذلك. (العيسوي، 2012: 42).

رابعاً: النظرية المعرفية:

تذهب هذه النظرية للقول بأن العمليات المعرفية تلعب دوراً مهماً في نشأة الاضطرابات الوجدانية، والتسبب بسلوك انفعالي، فالمكتئبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم ارتكبوا

أخطاء منطقية نمطية، ولقد لوحظ أنهم يلقون بكل ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات والكوارث وما إلى ذلك، فالالاكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو في الحكم على ذواتهم، وكأن الشخص المكتئب يعمل في نطاق خفض أو بخس قيمة الذات ولوم الذات.

وهناك أخطاء منطقية يقع فيها المكتئبون من ذلك ما يلي :

- **الاستدلال النفسي** :ومؤداها استخراج النتائج دون وجود أدلة كافية أو مع عدم وجود أدلة على وجه الإطلاق، كأن يعتقد المريض أن سوء حظه هو الذي جعل الدنيا تمطر، عندما خطط للخروج في نزهة.

- **التعميم المسرف** :ومن ذلك استخراج التعميمات أو إطلاق التعميمات المؤسسة على أساس مقدمة بسيطة أو دون مقدمات على الإطلاق، كأن يعتقد الطالب من جزاء أدائه الرديء على واحد من الاختبارات الفرعية البسيطة، أنه ليس له أية قيمة على الإطلاق.

- **التضخيم والتعطيل** : الخطأ العام في تقويم السلوك أو الأداء، كالعامل أو الميكانيكي الذي يعمل على آلة ميكانيكية، خرج منها صامولة صغيرة، يعتقد أنه قد أفسد الماكينة عليه، أو الشخص الذي يظل يعتقد أنه لا يساوي شيئاً على الرغم مما أحرزه من انتصارات وما ناله من مديح. (صمويل، 2007: 25-26).

وترجع النظرية المعرفية إلى العالم النفسي (بك) والتي تركز على الانفعالات، فالانفعالات تصدر عن رؤيتنا للعالم، ونجد أن فكر المكتئب لا يتفق مع الحقيقة الموضوعية وعلى ذلك فهو ضحية حكمه غير المنطقي الذاتي. (محمد، 2004: 253).

ويذكر العيسوي أن تعلم السلبية أو الشعور بالعجز يجعل من المتوقع وجود عامل معرفي أو عقلائي في تفسير نشأة الاكتئاب، كذلك فإن وجود نزعة حب الكمال تجعل صاحبها يتعرض للاكتئاب من خلال وضعه مطالب ذاتية غير عقلانية أو غير معقولة، فيضع الفرد لنفسه توقعات غير واقعية لا يستطيع الوفاء بها أو تحقيقها، ومن ثم يشعر بالاكتئاب من جراء تكليفه نفسه ما يفوق قدراته، حيث يشعر بالعجز والفشل والإحباط وفقدان الثقة في الذات، ومن هنا كانت حكمة إسلامنا الخالد بألا يكلف الله نفساً إلا وسعها. (العيسوي، 2006 : 43).

التعقيب على النظريات:

يُلاحظ مما سبق أن كل نظرية حاولت تفسير الاكتئاب من زاوية خاصة وفقاً للأساس الذي اعتمدت عليه في بناء فكرتها، حيث ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان

وربطت بينه وبين الاكتئاب، مع أن التفسيرات التي أوردتها كل نظرية تعين على فهم جزئي لهذا الاضطراب، فقد يكون سبب الاكتئاب حسب النظريات السابقة يعود للخبرات القديمة التي تعود للمرحلة الفمية وانخفاض معدل التدعيم الايجابي أو ارتفاع الخبرات الغير سارة أو وضع مطالب ذاتية غير عقلانية يصعب تحقيقها، وبالتالي يعتبر الاعتماد على احد هذه النظريات غير كاف لمعرفة حقيقة هذا المرض والأسباب الكامنة وراءه، وعليه فمن الأفضل الجمع بين أكثر من نظرية للوصول إلى النظرة التكاملية " قدر المستطاع " لمعرفة سبب الاكتئاب.

علاج الاكتئاب:

لا شك أن علاج الاكتئاب يُعد من أهم وأدق أساليب العلاج سواء أكانت جسدية أو نفسية، وتتعدد طرق و وسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات المفسرة له، فكل نظرية علاج انبثق منها.

ويذكر (الشربيني، 2001: 238 . 239) أنه من الناحية العملية فإن علاج حالات الاكتئاب النفسي في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدامها بعضها معاً أو اختيار المناسب منها، لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي:

1.العلاج النفسي: ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، وبضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء، والمساندة والتدعيم، وأسلوب التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون.

ويذكر (سرحان و الخطيب وحباشنة، 2001 : 116-117) أن :

- التحليليون يركزون في العلاج على إعادة الإدراك الواعي، ولكن في الواقع لم يثبت علمياً صحة هذه النظرية أو فاعليتها، عدا عن استنزافها الكبير للجهد والوقت والكلفة العالية .
- والسلوكيون يرون بان العلاج هو عكس عملية التعلم باستعمال الأفعال المعززة لنفسها ايجابيا، والذي سيؤدي في النهاية إلى تعديل السلوك الاكتئابي، وبالتالي إلى تحسن الاكتئاب.
- أما المدرسة المعرفية والتي ربما تعتبر من أنجع المدارس في علاج الاكتئاب، فهي تنطلق من أن الطريقة التي ننظر بها للعالم ونفكر بها هي التي تحدد سلوكنا ومواقفنا وعواطفنا، وترى بالتالي أن العلاج يكمن في تغيير طريقة التفكير.

2 . العلاج بالأدوية النفسية : وتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.(خاطر، 1991 : 71).

3. أساليب علاجية أخرى: كاستخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، والوخز بالإبر، واستخدام الدواء الخادع الذي يحقق نتائج في بعض الحالات. (الشرييني، 2001: 239).

علاج الاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة:

إن في القرآن والسنة الوقاية والعلاج لحالات الحزن والاكتئاب، وهذا من رحمة الله - سبحانه وتعالى - بعباده، إذ جعل القرآن شفاء ورحمة للمؤمنين. وتعرض الباحثة في هذا الجزء بعض الآيات والأحاديث التي تساعد على وقاية الإنسان من الاكتئاب :

التقوى والعمل الصالح: قال تعالى: " مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ " (النحل: 97).

1. الدعاء والتسبيح والصلاة : قال تعالى: " وَلَقَدْ نَعْلَمُ أَنَّكَ يَضِيقُ صَدْرُكَ بِمَا يَقُولُونَ { 97 } فَسَبِّحْ بِحَمْدِ رَبِّكَ وَكُنْ مِنَ السَّاجِدِينَ { 98 } وَاعْبُدْ رَبَّكَ حَتَّىٰ يَأْتِيَكَ الْيَقِينُ { 99 } " (الحجر: 97)

وقوله صلى الله عليه وسلم: " اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن، والعجز والكسل، والبخل والجبن، وضلع الدين وغلبة الرجال" رواه أحمد والشيخان عن أنس. أخرجه البخاري في كتاب الجهاد، باب من غزا بصبي للخدمة. و في كتاب الدعوات، باب التعوذ من غلبة الرجال، ج 3 / 224، ج 7/ص 158.

2. تقديم حسن الظن: قال تعالى : " يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبَ بَعْضُكُم بَعْضًا أَتُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ " (الحجرات: 12) فهذا الاجتناب لأجل راحتنا نحن.

3. الأمل: إن باب الأمل مفتوح وهذا يبعد الضيق والحزن عن الإنسان، قال تعالى: " فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا * إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا " (الشرح : 5-6). ورد في (خاطر، 1991: 51-68)

وترى الباحثة أن تعدد طرق و وسائل علاج الاكتئاب يعود لتعدد النظريات التي تتناول الاكتئاب، فكل نظرية تنظر لعلاج الاكتئاب من زوايتها الخاصة، أي حسب الأسباب التي تؤدي إليه، وعلى العاملين في مجال العلاج البحث عن الأسباب الحقيقية و محاولة التوصل لطريقة العلاج الأمثل.

المتغير الرابع الخجل

- مقدمة.
- مفهوم الخجل.
- الفرق بين الخجل والحياء.
- مكونات الخجل.
- أسباب الخجل.
- أشكال الخجل.
- أعراض الخجل.
- المواقف التي يظهر فيه الخجل.
- النظريات المفسرة للخجل.
- وسائل علاج الخجل الاجتماعي.

المتغير الرابع

الخجل

مقدمة:

قد يحار العقل في أمر الخجل، فمن الناس من يزكّيه ومنهم من يهجه . وبعد الخجل عاملاً من عوامل الشخصية ذي صبغة انفعالية تتفاوت في عمقها وشدتها وسفورها من فرد لآخر، ومن موقف لآخر ومن عمر لآخر ومن ثقافة لأخرى، كما تتعدد أشكاله وأنواعه، فضلاً عن تعدد أعراضه ما بين اجتماعية وانفعالية ومعرفية (النيال وأبو زيد، 1999: 1).

ويعتبر الخجل مرضاً اجتماعياً ونفسياً يسيطر على شخصية الفرد بكامله ويؤثر على طاقاته الفكرية وإمكاناته الإبداعية وقدراته العقلية ويعمل على تجميد سلوكه وتصرفاته تجاه نفسه وتجاه المجتمع الذي يعيش فيه.

والخجل في حد ذاته ليس خطراً ولكن الخطر ينجم عن ما يترتب عليه من عدم اندماج في الحياة . (شكشك، 2009 : 111).

فسعادة الإنسان تتبع من قدرته على التكيف مع ذاته ومع الآخرين المحيطين به، وحتى يحقق التكيف الايجابي لا بد من إشباع حاجاته، في ضوء متطلبات البيئة، ويقتضي هذا الإشباع تفاعلاً مستمراً مع الآخرين الذي يحيطون به ويتعاملون معه، فإذا كان التفاعل ناجحاً حقق الفرد إشباع حاجاته، وإذا لم يستطع إشباع حاجاته، فإنه لا يستطيع تحقيق التكيف والتوافق السليم.

وبعد الخجل من بين الأسباب الشخصية النفسية التي تعوق الفرد من إشباع حاجاته، وبالتالي تحول دون تحقيق التكيف مع ذاته والآخرين (المعاينة و القمش، 2009 : 223)

مفهوم الخجل:

تعريف الخجل لغة:

جاء في المعجم الوجيز: خَجَلَ خَجْلاً استَحْيَا ويقال خَجَلَ فلان بأمره تَحَرَّ به، فلا يدري ماذا يصنع (أَخْجَلَ) فلاناً جعله يخجل. (مذكور: 186)

خجل خَجَلَ خَجْلاً اضطرب من الحياء فهو خَجِلٌ وَخَجْلَانُ الخجل الحياء (المنجد في اللغة: 7)

والخجل: الاسترخاء من الحياء ويكون من الذل، رجل خَجِل وبه خجلة أي حياء، والخجل التحير والدَّهْش من الاستحياء، وخَجِل الرجل خَجَلًا فعل فعلاً فاستحي منه ودَهَشَ وتَحَيَّرَ وأخجله ذلك الأمر وخجله، وخَجِل خجلًا بَقِيَ ساكتاً لا يتكلم ولا يتحرك (ابن منظور: 23)

تعريف الخجل اصطلاحاً :

ويعرف الخجل بأنه اتجاه نفسي خاص وحالة عقلية انفعالية، تتميز بالشعور بالضيق في اجتماع الخجول بالناس وفي محاولته المستمرة للكف ومنع الاستجابات الاجتماعية العادية، ويرافق ذلك تجنباً أو هروباً من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد داخل الإنسان عند تعرضه يمثل هذه المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها" (شكشك، 2009 : 112).

ويعرف بأنه: "ميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي وعدم مشاركة الآخرين في المواقف الاجتماعية، بصورة مباشرة وغير مباشرة، ويشمل الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانتواء وكذلك الانسحاب من غالبية المواقف التي يتعرض لها الفرد (عبد الهادي والصاحب، 2002 : 75).

وتعرفه السبعراوي بأنه " حالة وجدانية مؤلمة تؤثر على من السلوك والفكر وهو حالة من القلق والخوف تعترى الفرد بصفة خاصة عند التعرض لمواقف اجتماعية، يخشى أن يتعرض فيها الفرد للنقد أو التقويم مما تؤدي إلى سلوك سلبي كالانفعال الشديد أو التحاشي النظر مباشرة إلى الآخرين مع صعوبة التعبير والصمت والانسحاب من هذه المواقف والشعور بالحساسية للذات وبالكف والتعاسة والانشغال بالذات وبالانطباعات التي يكونها الآخرون عن الفرد مع صعوبة تحقيق الاتصال الناجح مع الآخرين.

أو هو الرغبة والميل إلى الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم مع صعوبة التردد إليهم وصعوبة التمسك بهم إلى جانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس.

ويعرف بأنه الشعور بالضيق أو الكبت بسبب مواقف شخصية مما يثبط على متابعة أهدافه الشخصية أو العملية والخجل الاجتماعي شكل من أشكال التركيز المفرط على الذات والانشغال بالأفكار الشخصية وردود الفعل الجسدية. (السبعراوي، 2011 : 35)

ويرى (شعبان، 2010: 14) بأن الخجل استجابات وردود أفعال لا إرادية نتيجة لفكرة الفرد عن نفسه ولتعرضه لمواقف اجتماعية قد يصاحبها ردود أفعال فسيولوجية وانشحاب وعدم الشعور بالراحة والقلق والارتباك، فيفقد الثقة بنفسه ويصبح مشلول الإرادة والتفكير.

في حين يعرفه خليفة بأنه "مرض خطير إذا ما أصاب الإنسان فإنه يعيقه عن مواجهة الحياة، ويجعل الإنسان منطوياً كثير التردد والتهيب والتبلبل والارتباك" (خليفة، 2001 : 3).

والخجل يعني ميلاً إلى الانسحاب من أمام الآخرين، خاصة هؤلاء الذين لا يعرفهم وهو سمة شخصية أي أن كلاً منا لديه درجة معينة من الخجل (شتاين وأروكر، 2002: 4)

في حين ترى (زيدان، 2011 : 301) بأن الخجل " زملة من الأعراض الايجابية والسلبية داخل الشخصية وتوجهها إلى توجهات يفضلها الفرد كالمحافظة على الذات خلال تفاعلها مع الآخرين ومشاركتهم في العديد من المواقف الأدائية والمظاهر الانفعالية والوجدانية والخوف من التقييم السلبي لها الذي يؤدي إلى الصمت والانسحاب والحساسية الزائدة من ردود أفعال الآخرين، أو تنحو بها إلى مسارات صعوبة التواصل الفعال مع المحيطين به نظراً لعدم الثقة بالنفس وتدني مفهوم الذات والمبالغة في الاهتمام بها والشعور بعدم الكفاءة ".

ويعرف بأنه " شعور ينتاب الفرد عند تعرضه لموقف اجتماعي معين يفقده القدرة على أن يستجيب استجابة توافقية تجاه الموقف الذي يواجهه " (جعفر، 2007 : 8).

ويعرف الخجل بأنه " ردود الفعل السلبية للفرد في المواقف الاجتماعية، وتتضمن ردود الأفعال السلبية التوتر والقلق والخوف والشعور بالإرباك، وعدم الراحة وكبت السلوك الاجتماعي المتوقع، وصعوبة التحدث، وعدم القدرة على التواصل، وزيادة ضربات القلب وجفاف الفم والارتجاف، نتيجة عدم الثقة بالذات والأفكار السلبية التي يحملها الفرد عن ذاته، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين.. (الشريفين والشريفين، 2011: 134).

وترى الباحثة أنه ومما سبق من تعريفات نخلص إلى أن الخجل يعد من الاضطرابات التي تؤدي إلى نتائج سلوكية ومعرفية سيئة، فيؤدي مثلاً إلى الأحجام المتسمر عن الاتصال بالآخرين وعدم الاندماج معهم وعدم القدرة على التعبير عن الآراء والمشاعر وعدم جاذبية الحديث والخوف من التقييم السلبي وعدم مواجهة الموقف، وكنتيجة نهائية يؤدي كل ذلك إلى تجنب المواقف الاجتماعية برمتها.

وتعرف الباحثة الخجل إجرائياً:

"بأنه انفعال يصيب الفرد في مواقف معينة، بسبب عدم ثقته بنفسه أو شعوره بالنقص في شيء معين، فيشعر بعدم الراحة والارتباك، ويميل للانسحاب من أمام الآخرين، ويصبح أكثر تردداً وانطواءً، مما يؤثر سلباً في حياته، ويعيق تواصله مع الآخرين".

الفرق بين الخجل والحياء:

كثير من يظن أن الخجل هو الحياء والحقيقة عكس ذلك، لذا كان على الباحثة أن تقف لتوضح الفرق بينهما:

فالحياء لغة هو الحشمة وقيل الحياء هو انقباض النفس عن القبح، وقيل هو انكسار وتغير في النفس يُلم بها إذا نسب إليها أو عرض لها فعل تعتقد قبحه. أما الخجل فهو ارتباك يحدث للإنسان نتيجة موقف، كسؤال المعلم للطالب فتجد الطالب يخجل ولا يستطيع عرض رأيه بوضوح. فالخجل ناتج عن جبن وعن موقف فالشخصية الخجولة شخصية ضعيفة لا تعرف قيمتها. ولكن الحياء عكس ذلك فالحياء ناتج عن شخصية قوية تستشعر قيمتها، فهي كريمة تستعلي أن تفعل القبائح. (السباعوي، 2011: 64).

الخجل والحياء كلمتان متضادتان، فقد تجد شخصاً هضم حقه ولا يطالب به، وحينما تسأله لماذا تسكت عن حقك يقول أنا خجول. حقاً أنه خجول وليس حيباً، فإنه إن كان حيباً لطالب بحقه. والحياء هو سلوك إرادي يُقصد به احترام الطرف الآخر في التفاعل، أما الخجل فينتاب الفرد بصورة لا إرادية في معظم الظروف التي يحدث بها (عبدالمعطي، 2001: 332).

ويفرق العلامة الأستاذ الدكتور محمد راتب النابلسي في سلسلة دروس تربية الأولاد في الإسلام، بين الخجل كظاهرة مرضية، وبين الحياء كفضيلة إنسانية، فالحياء من الإيمان، فمن يستحي من أن يعصي الله عز وجل، والذي يستحي من أن يتناول على من هو أكبر منه، والذي يستحي أن يأخذ ما ليس له، والذي يستحي أن يفعل قبحاً أو أن يفعل فاحشة، فهذه فضيلة ولعلها من أرقى الفضائل لذلك كما قال رسول الله صلى الله عليه وسلم :

"الحياء والإيمان قرنا جميعاً فإذا رفع أحدهما رفع آخر" (متفق عليه عن عبد الله بن عمر)، ويقول صلى الله عليه وسلم (أن لكل دين خلقاً وخلق الإسلام الحياء) رواه ابن ماجه في الحديث (4818)، وهذا لا يعني أن الإسلام ليس فيه في الأخلاق إلا الحياء، ولكن معناه أكمل أخلاق الإسلام هو الحياء. (السباعوي، 2011: 65).

وقال الحسن الماوردي في كتابه أدب الدنيا والدين أن حياء الناس ثلاثة :

1. **الحياء في الله تعالى:** وهو أعلى درجات الحياء بامتثال أوامره وترك نواهيه وعدم التقصير في طاعته، وهنا يكون الحياء دليلاً على صحة الدين وقوة الإيمان.

2. **الحياء من الناس:** أما حياء الإنسان من الناس فيكون بالكف عن أذاهم ورعاية حقوقهم الأمر الذي يؤدي إلى أن يثق به الناس ويحبونه.

3. **الحياء من النفس:** ويكون حياء الإنسان من نفسه بأن يجعل حياءه حكماً عليه في كل ما يقوم به من أعمال سرّاً أو علانية، فإذا أراد القيام بعمل ما فإن كان ذلك العمل موافق لطاعة الله ورضاه فعله، وإذا كان مخالف لذلك تجنبه وتحاشاه. والحياء الذي بين العبد وبين الناس فهو الذي يكف العبد عن الفعل ما لا يليق به، فيكره أن يطلع الناس منه على عيب، وإذا كمل حياء الإنسان من وجوهه الثلاثة وهي: حياؤه من الله وحياؤه من الناس وحياؤه من نفسه فقد اكتملت فيه أسباب الخير وانتفتت عن أسباب الشر. (الماوردي، 1985: 258-259).

وتخلص الباحثة مما سبق إلى هناك فرقاً كبيراً بين فضيلة الحياء واضطراب الخجل، فالحياء ينم عن الحشمة ويدل على شخصية قوية تستعلي عن فعل القبائح، بينما يعتبر الخجل ظاهرة مرضية تنم عن شخصية ضعيفة لا تعرف قيمتها. وحري بنا نحن أمة محمد أن نتمسك بخصلة الحياء ونترك الخجل وما يدعوا إليه.

مكونات الخجل:

ويتضمن الخجل أربع مكونات رئيسية وذلك حسبما أورد كل من (السبعائي، 2011: 76-77؛ النيال وأبو زيد، 1999: 14-16)

1. **المكون السلوكي:** مثل تجنب المواقف الاجتماعية التي تثير الخوف لدى الشخص الخجول وعدم التعبير عن مشاعره وأفكاره وصعوبة التحدث أمام الآخرين. كما ويتمثل في حدوث حالة من عدم الارتياح والارتباك والحيرة والتردد والصمت.

2. **المكون المعرفي:** ويتمثل في زيادة الانتباه للذات وزيادة الوعي بها، وصعوبات في الإقناع والتواصل، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية وأفكار سلبية نحو الذات.

3. **المكون الفسيولوجي:** زيادة ضربات القلب وجفاف الفم والارتجاف والشراسة في الأكل والارتعاش.

4. **المكون الانفعالي:** مثل الشعور بالارتباك والخزي والاكتئاب والقلق والعزلة. والارتباك والخوف عند مواجهة الآخرين والتفاعل معهم .

أسباب الخجل:

الخجل كما يعتقد علماء النفس في حد ذاته ليس سوى ثمرة من ثمار شجرة (الخوف والقلق والضعف)، ولكل إنسان تكوين نفسي وشخصي يتميز به عن غيره من الناس، وعقدة الخجل وانفعالاتها الوجدانية والنفسية تختلف بين فرد وآخر، وذلك لتعدد الأحوال والعوامل والظروف الموضوعية التي تحيط بحياة كل منا .

ويحصر كل من (خليفة، 2001: 4) و (شراره، 1996: 9) و (الأقصري، 2002: 23) أسباب الخجل في سببين رئيسيين وهما :

1. **العامل الجسمي:** وفي هذه الحالة يكون الإنسان مصاباً بعاهة أو يعاني من سمّة مفرطة أو هزال شديد، وبالتالي يكون عرضة لمركب النقص الذي يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس. أو وجود عاهة جسمية بارزة تشوه الجمال يمكن أن تؤدي بصاحبها إلى ضرب من الخجل وتوليد أوضاع تقضي إلى الحياء الشديد المبالغ فيه.

2. **العامل النفسي:** والتمثل في شدة الحساسية، وسرعة الانفعال، والمحالات في الحفاظ على الكرامة ويتولد الخجل بفعل العامل النفسي عندما يخضع الإنسان لتفجيرات داخلية مفاجئة عنيفة متعاقبة يضطرب معها جهازه النفسي وحركاته الخارجية، ويضطرب التيار النفسي للإنسان حتى يعجز تحت وطأة الاضطراب عن التكيف والاسترسال عن التكيف مع المواقف أو الأوضاع، فيكون الخجل هو رد الفعل البديل عن المواجهة، ويشعر البعض بالخجل أحياناً خاصة أولئك الذين ينشدون الاستحسان دائماً، والذين يهتمون بشدة بما يقال عنهم، والأحكام التي يصدرها الآخرون على سلوكياتهم وتصرفاتهم وأعمالهم.

بينما ترى السبعواوي (2011) أن أسباب الخجل كثيرة وتذكر منها :

- **الشعور بعدم الأمان:** حيث يؤدي بالأشخاص غير الأمنين بعدم الشعور بالطمأنينة، وهذا ينتج عنه عدم الثقة بالذات والاعتماد على الغير وتجنب الإحراج وعدم ممارسة المهارات الاجتماعية.

- **تسمية الذات كخجول:** يفضل بعض الأفراد تسمية أنفسهم (بالخجولين)، وذلك لأنهم يدركون بأنهم فعلاً خجولون وغير مؤكدين لذاتهم فيشعرون بالخوف ويتصرفون على أن ليس لديهم القدرة على المواجهة للقيام بأي تصرف فيتكون لديهم نقص ناتج عنه الجبن والتردد وعدم المواجهة.

- **نموذج الوالدين:** نجد أن الأبوين الخجولين عادة ينتجون أطفالاً خجولين وتدخل الوراثة شكل قوي فيها، وتحمل استعداداً كبيراً فيجبر الأطفال لهذا الأسلوب وتكون اتصالاتهم الاجتماعية محددة والتحدث مع الآخرين يتسم بالخوف وعدم الثقة.

- **فقدان المهارات الاجتماعية :** وحسب رأي خبراء النفس فإن حوالي (10 - 15%) من الأطفال لديهم ميل واستعداد بان يكونوا خجولين بصورة غير طبيعية بينما الباقون يصبحون خجولين أما لأنهم بدون مهارات اجتماعية أو سبب الخوف من عدم تقبل الآخرين أو الخوف من تعرضهم للسخرية من الآخرين مما يؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس والذات.

- **النقد والتهديد:** الآباء الذين ينتقدون أطفالهم مباشرة وعلانية يخلقون في نفوسهم مشاعر الخوف من الراشدين، لذلك يصبح الأطفال خجولين ومترددون كذلك التهديد يخلق شعور الخوف لديهم تكون ردود أفعالهم دفاعية فقط. (السبعائي، 2011 : 46 - 49).

و يضيف (شكشك، 2009 : 115-118) أسباب أخرى يرى أنها تساعد على خلق مرض

الخجل:

1. **عدم الميل:** يظهر بعض الآباء نقصاً واضحاً في الاهتمام بأطفالهم وذلك بسبب القناعة بأن الاتجاه التربوي القائم على عدم الاهتمام يساعد على تنمية استقلالية الطفل وبدلاً من أن يؤدي إلى عدم اهتمام الوالدين إلى الاستقلالية فهو يؤدي إلى شخصية خائفة خجولة .
2. **الإغاطة:** إن الأشخاص الذين يتعرضون للسخرية والإغاطة وهم صغار قد يصبحون خجولين فقد يهزأ الآباء والأخوة أو الأقران على نحو متكرر منهم، فيستجيب هؤلاء بالانسحاب من مواجهة الآخرين ويتجنبون الاتصال الاجتماعي تجنباً للسخرية، وذلك بسبب حساسيتهم العالية وخوفهم من أن يكون موضعاً للحكم عليه أو النبذ أو الإحراج.
3. **عدم الثبات:** قد يكون بعض الآباء حازمين جداً أو عطوفين جداً ثم غير مهتمين وبالنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين ولا يعرفون ما يتوقعون وقد يصبحون خجولين في البيت والمدرسة، إن الأطفال غير الأمنين لا يشعرون بالطمأنينة الكافية لكي يغامروا بتعريض أنفسهم للآخرين إذ تعوزهم الثقة بالذات وبخيفهم التعرض للأذى والدخول في مغامرات اجتماعية كما أنهم مشغولون بمحاولة الشعور بالأمن وبالتالي يصبحوا أكثر خجلاً بسبب نقص المهارات الاجتماعية 4. **التأخر الدراسي:** كثيراً ما نجد أن التأخر الدراسي وانخفاض مستوى التحصيل، من الأمور الجوهرية في إشعار الشخص بالخجل.

وتستخلص الباحثة مما سبق أن الخجل ينطبق عليه ما ينطبق على غيره من آفات النفس، فأنت حين تعرف سبب علة ما، أمكنك أن تزيلها بإزالة أسبابها. والواقع أن كل امرئ يشكل حالة خاصة من حالات الخوف، أو الخجل، أو الضعف، فليس في الحياة النفسية قواعد عامة للأفراد، بمعنى أن كل فرد ذو "هوية" مستقلة بطباعه وعاداته وأخلاقه وميزاته، بحث ترى الصفة الواحدة تختلف باختلاف الأحوال وتتنوع بتعدد الناس وتنوعهم، ثم بتعدد الظروف وتنوعها، وكل الأحوال النفسية ترجع إلى عوامل تسببها وتبعث عليه.

أشكال الخجل:

في الواقع نجد أن الشخص الخجول شخص يعاني من عدم القدرة على التعاطي مع أفراد المجتمع، ويأخذ الخجل عدة صور وأشكال منها:

1. **خجل مخالطة الآخرين :** يأخذ الخجل في الأعمال شكل نفور من الزملاء والأقارب وامتناع أو تجنب الدخول في محاورات وتعتمد الابتعاد عن أماكن وجودهم وعادة يفضل الخجول أن يختلط بأشخاص أصغر منه حيث لا يمثل هؤلاء بالنسبة له أي إجهاد في التفاعل وأحياناً يخالط أشخاص يشبهونه في الخجل .

2. **خجل الكلام والحديث :** يحبذ الخجول الالتزام بالصمت وعدم التحدث مع غيره وتقتصر إجاباته على القبول أو الرفض أو إعلان عدم المعرفة للأمور التي يسأل فيها ولا ينظر في الغالب إلى من يحدثه وربما أبدى انشغال عندما يوجه له الكلام أو يصبح زائغ النظرات لا يحسن تنسيق ما يقول بالرغم من أنه يكون على علم بما يجور ويستطيع الرد إلا أن الغالب عليه هو التلعثم والضعف وهناك من يخجل أثناء الحديث من بعض الموضوعات مثل الزواج .

3. **خجل المظهر:** هناك بعض المواقف التي يظهر فيها الخجل لدى بعض الأشخاص كأن يخجل الفرد عندما يرتدي ثوباً جديداً أو عند ارتداء لباس البحر أو حينما يقص شعره أو يغير تصفيفه شعره.

4. **خجل الاجتماعات:** في حالات نادرة يكتفي الخجول بالحديث مع أفراد الأسرة وبعض الزملاء ويبعد عن المشاركة في أي اجتماعات أو رحلات.

5. **خجل التفاعل مع الكبار:** يخجل بعض الأطفال حينما يبدأ حوار بينه وبين المعلمين أو عندما يبتاع أشياء من البائعين أو عندما يستقبل أصدقاء والده أو والدته.

6. **خجل حضور الحفلات:** هناك من الأشخاص من يخجل من حضور الأفراح أو أعياد الميلاد أو حفلات النجاح و يكون تفضيل العزلة والابتعاد عن مواقع هذه المناسبات وعدم الانخراط فيها خير مبادرة بالنسبة له. (شكشك، 2009 : 114).

وترى الباحثة أن الخجل مشكلة تؤثر في شخصية الفرد وتشل طاقاته وتحد من سلوكه الاجتماعي والنفسي، لذا فالأشخاص الخجولين دائماً يتجنبون الآخرين، وهم دائماً خائفين غير واثقين ومتواضعين وخجولين ومهزومين ومترددin، ولا يعرضوا أنفسهم للمواقف مع الآخرين، بل ونجدهم غالباً في المواقف الاجتماعية صامتون يتجنبون وسائل الاتصال والنظر في وجه الآخرين.

أعراض الخجل:

يصاحب الخجل أعراض متعددة، علماً بأن هذه الأعراض تتفاعل مع بعضها البعض ولا يمكن فصلها عن بعضها:

1. أعراض سلوكية:

من مظاهرها الكبح والسلبية، تجنب الاتصال البصري، تجنب المواقف المخيفة، التحدث بصوت منخفض جداً، حركات جسدية غير ملائمة أما بقلتها أو زيادتها كالإفراط في الابتسام، عدم الطلاقة اللفظية، عدم المبادرة الاجتماعية، سلوكيات ملازمة تدل على العصبية والقلق (كاللعب بشعره دائماً)، الانسحاب الاجتماعي والصمت في المواقف التي تتضمن تفاعلاً اجتماعياً، وانخفاض توكيد الذات. (المعاينة و القمش، 2009 : 225).

ويذكر (النيال وأبو زيد، 1999 : 22-23) أن السلبية وتحاشي تكوين صداقات جديدة، والرغبة في الهروب وضعف الرغبة في رؤية أحد، و وضع الوجه في الأرض من مظاهر الخجل.

وغالباً ما يؤدي الخجل في جميع أحواله إلى رغبة الخجول في العزلة والبعد عن الناس اعتقاداً منه أن كل الناس يراقبونه ليجدوا فيه ما يجعلهم يسخرون منه أو يتهمون عليه، وأحياناً يخالط الشعور بالخجل عناصر الحسد والغيرة والبغض والحقد على الآخرين (شكشك، 2009 : 112).

2. أعراض فسيولوجية:

من مظاهرها زيادة معدل دقات القلب، التعرق، الارتجاف، جفاف الفم، الشعور بالدوخة أو الغثيان، تجربة الموقف أو شعور الشخص كأنه غير حقيقي أو غير موجود، والخوف من فقدان السيطرة. (المعاينة والقمش، 2009 : 225).

وأضاف (النيل وأبو زيد، 1999: 22) شحوب لون الوجه، واحمرار الوجه، وجفاف الحلق وزيادة إفراز اللعاب، وزيادة ضغط الدم .

3. أعراض معرفية:

من مظاهرها انخفاض في تقدير الذات، التمرکز حول الذات وزيادة الوعي بالذات ومل أفكار سلبية حول المواقف والآخرين، الخوف من الظهور بمظهر الغبي أمام الآخرين ومن التقييم السلبي، الشعور بالهجوم والتفكير تفكيراً متآملاً بشكل مفرط، مناشدة الكمال، نقد الذات. (المعاينة والقمش، 2009: 225).

كما أن نلاحظ تداخل الأفكار أو ضياعها مؤقتاً، وضعف القدرة على الفهم والاستيعاب اللحظي، وإدراك الأمور على غير حقيقتها واضطراب التفكير نسبياً، وغياب الذهن الموقفي وقلة التركيز والبطء في المناقشة. (النيل وأبو زيد، 1999 : 24).

4. أعراض انفعالية:

ومنها على سبيل المثال لا الحصر:

البكاء وانخفاض الصوت والتوتر و الخوف والارتباك والتردد والصمت النفسي وضعف المواجهة وتلعثم الكلام وعدم الشعور بالراحة أو الاستقرار، وارتفاع الاستثارة. كما أن من مظاهرها الشعور بالاستحياء والحزن والشعور بالوحدة، الاكتئاب، التركيز على الشعور السلبي والمؤثر بدوره على أنماط التفكير. (المعاينة والقمش، 2009 : 226).

5. أعراض اجتماعية:

ومنها أن يجد صعوبة في مواجهة الآخرين، وعدم الاستفادة من المواقف الاجتماعية، ولا يهتم بالوقت والتاريخ، قليل التعبير لفظياً وغير لفظياً، وعدم الاستمتاع بخبرات الحياة الجديدة، وعدم القدرة على المبادرة وتقديم نفسه. ويجرب الشخص الخجل الوحدة أكثر من الأشخاص غير الخجولين، يتزوجون متأخرين ويكون زواجهم أقل استقراراً من الآخرين. ونجدهم يميلون للتخاطب

الاشاري أو الإيمائي والتصرف بسلبية وتجنب التخابط بالعين وتحاشي تكوين صداقات جديدة. (النبال وأبو زيد، 1999 : 24).

وطالما تحدثنا عن الأعراض الاجتماعية، فحري بنا ذكر المواقف التي يظهر فيها الخجل جلياً عند الأشخاص الخجولين .

المواقف التي يظهر فيها الخجل:

1. عند تقديمهم إلى شخص أو أشخاص آخرين.
 2. عندما يمازحهم احد أو ينتقدهم .
 3. عندما تتركز عليهم الأنظار.
 4. عندما يراقبهم أحد أثناء عمل ما، مثل تقديم القهوة والشاي .
 5. عند مقابلة مسئول أو شخص مهم.
 6. عند إلقاء كلمة قصيرة أمام الناس.
 7. عندما يصلهم الدور للتعريف بأنفسهم في اجتماع ما.
 8. في معظم التفاعلات الاجتماعية، خاصة مع من لا يعرفونهم جيداً
- (شكشك، 2009 : 113)

وترى الباحثة أن أعراض الخجل تختلف من شخص إلى آخر وفقاً لاختلاف الظروف أو الأسباب التي أدت إليه، وكذلك وفقاً لطبيعة تكوين المصاب وفطرته الأساسية.

النظريات المفسرة للخجل:

وستعرض الباحثة أهم نظريتين في تفسير الخجل:

1. نظرية التحليل النفسي:

الخجل من وجهة نظر فرويد: يرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاث مكونات (الهو والانا والانا الأعلى) وهذه العناصر تتنافس باستمرار، ويرى فرويد أن الخجل هو القلق الخلقي والذي ينشأ عن الصراع بين الهو والانا الأعلى والذي أساسه خوف الفرد من ضميره عندما يكون

مندفعاً للتعبير عن نزوة غريزية مضادة أو مخالفة لدستورك الخلقي، وهنا يبدأ دور الأنا العليا عن طريق جعل الشخص يشعر بالخجل أو الذنب.

أما أدلر فيرى: أن مصدر الخجل والقلق كامن في الشعور بالدونية والبغض ومشاعر النقص تنشأ من ضروب العجز التي يعانها المرء ذاتياً سيكولوجية كانت أو اجتماعية أو ضعف جسمي أو عجز ما .

وتري كارني هورني: أن الخجل الاجتماعي صورة من صور القلق العصابي وان مصدر الخطر فيه غير محدد. (السبعائي، 2011: 86-91).

2. النظرية السلوكية:

ويرى أصحاب هذه المدرسة أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة فهم يرون أن الشعور بالخجل ناتج عن أحد العوامل الآتية:

1. الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب
 2. تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو غير مرضية
 3. مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها الفرد اتخاذ قرار مناسب
 4. ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (السبعائي، 2011: 98)
- وتخلص الباحثة إلى أن أصحاب النظرية السلوكية يفسرون الخجل الاجتماعي بأنه فشل الفرد في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب أو هو تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.

وسائل علاج الخجل الاجتماعي:

الخجل الاجتماعي مشكلة اجتماعية منتشرة بشكل واسع، وبالتالي فإن خبراء علم الاجتماع ركزوا جهودهم على إيجاد وسائل وطرق معالجة هذه الظاهرة وهناك عيادات متخصصة تعالج مشكلات الخجل الاجتماعي باستخدام الطرق التالية:

1. تعليم وتدريب الشخص الخجول على أنماط التفكير المنطقي السليم في التعامل مع الآخرين واكتساب المهارات الاجتماعية للاتصال والتفاعل مع الآخرين.
2. تدريبه على تولي زمام المبادرة في مساعدة نفسه على التخلص من الخجل من خلال الإقدام على أداء شيء معين يحب أن يقوم به أو من الضروري القيام به ولكنه لا يفعله لأنه خجول.

3. مواجهة وإزالة أسباب الخجل من خلال تعريض الشخص الخجول تدريجياً لخبرات اجتماعية إيجابية إحدى هذه الطرق هي ما تسمى بالتمثيل أو تقمص الأدوار والمواقف بحيث يقوم الشخص الخجول بالتظاهر بتمثيل دور إيجابي في مواقف تسبب الإحراج له مثل التظاهر بالاتصال مع الآخرين وبدء الحديث معهم وبمرور الوقت يتحول التظاهر والتمثيل إلى سلوك في الحياة الواقعية العادية. (السباعوي، 2011: 203) .

المتغير الخامس

الكفاءة الاجتماعية

- مقدمة.
- مفهوم الكفاءة الاجتماعية.
- العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية.
- المهارات والسمات التي يتمتع بها ذوي الكفاءة الاجتماعية.
- افتقاد الكفاءة الاجتماعية.
- عناصر ومكونات الكفاءة الاجتماعية.

المتغير الخامس

الكفاءة الاجتماعية

مقدمة:

تُعد الكفاءة الاجتماعية Social competence من العوامل الهامة في تحديد طبيعة التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به في مجالات الحياة المختلفة، فمجتمع اليوم في حاجة إلى الفرد الكفء اجتماعياً الذي يؤدي عمله بنظام، ويضطلع بواجباته ويؤدي ما عليه من التزامات بغير حاجة إلى رقابة أو توصية من جانب شخص آخر، فضلاً عن أن الكفاءة الاجتماعية تؤدي إلى النجاح الاجتماعي والتكيف السليم، وتدل على التوافق كما تعتبر معياراً للصحة النفسية للأفراد (السيد وكواسة، 2011: 57).

تُعد الكفاءة الاجتماعية مظلة لجميع المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الفرد لكي ينجح في حياته وعلاقاته الاجتماعية، فالفرد ذو الكفاءة الاجتماعية توجد لديه قدرة في اختيار المهارات المناسبة لكل موقف ويستخدمها بطرق تؤدي إلى نواتج ايجابية (حسن مصطفى حسن، 2003: 212).

مفهوم الكفاءة الاجتماعية:

تعريف الكفاءة الاجتماعية لغة:

تعرف الكفاءة في المعجم الوسيط بأنها " المماثلة في القوة والشرف، ومنه الكفاءة في العمل أي القدرة عليه وحسن تعريفه، والكفاء هو القادر على تعريف العمل" (المعجم الوسيط، 1985: 793).

تعريف الكفاءة الاجتماعية اصطلاحاً:

ويعرفها حامد زهران (1998) بأن كلمة (competence) تشير إلى الاقتداء، الكفاية، الجدارة، الأهلية، المهارة، الاختصاص وأن مصطلح Social Competence يشير إلى المهارة الاجتماعية.

بينما يرى المغاري الكفاءة الاجتماعية بأنها الإحساس بالارتياح في المواقف الاجتماعية وبذل الجهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية والشعور بالثقة اتجاه السلوك الاجتماعي وتحقيق التوازن المستمر بين الفرد وبيئته لإشباع الحاجات الشخصية والاجتماعية للفرد (المغاري، 2004: 469).

ويعرفها روج (Ruegg,2007) بأنها القدرة على استخدام مهارات اجتماعية ملائمة في كل جانب من جوانب الحياة. (محمود، 2012: 85)

كما وتعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها القدرة على معالجة المواقف الاجتماعية المتنوعة بفاعلية، والمهارة في العلاقات البينية الشخصية، ويدخل في هذه الكفاءة الاستقلال الذاتي للفرد وآدابه الاجتماعية (سليمان، 2007: 288)

ويعرفها (حبيب، 1990) بأنها درجة إحساس الفرد بالارتياح في المواقف الاجتماعية، واستعداده للاشتراك في الأعمال والأنشطة المختلفة، وبذل الجهد لتحقيق الرضا والاندماج داخل المجموعة والشعور بالثقة تجاه سلوكه (مجدي حبيب، 1990: 1)

بينما تذهب منى سليمان إلى أنها " القدرة على معالجة المواقف الاجتماعية المتنوعة بفاعلية، والمهارة في إدارة العلاقات المختلفة، والإدراك الاجتماعي للفرد وقدرته على حل المشكلات، والعمل الجماعي، والتكيف مع المواقف الاجتماعية الضاغطة والتحلي بالمرونة الاجتماعية والانفعالية، والوعي الذاتي والثقة بالنفس. (سليمان، 2013: 44)

وترى ويندي (wendy,1999:15) أن الكفاءة الاجتماعية تعني إتقان مهارات اجتماعية تيسر عملية التفاعل الاجتماعي، وفهم عواطف الفرد وعواطف الآخرين وإدراكها، ومعرفة المفاهيم الدقيقة للموقف بحيث تمكن من التفسير الصحيح للسلوكيات الاجتماعية والاستجابة الملائمة لها، وفهم الأحداث الشخصية والتنبؤ بها.

وقد أشار فبير (Faber,1999:432) إلى أن الكفاءة الاجتماعية هي قدرة الفرد على التفاعل بشكل فاعل مع المحيطين به، وهي القدرة على إيجاد مكان مناسب للفرد في المواقف الاجتماعية، وتحديد السمات الشخصية والحالات الانفعالية للآخرين بنجاح، وانتقاء الوسائل المناسبة لمعاملتهم، وتتطور الكفاءة الاجتماعية في الوقت الذي يتعلم فيه الفرد كيف يتصل بالنشاط المشترك مع الآخرين ويشارك به.

وترى (عريف، 2013 : 30) بأن الكفاءة الاجتماعية تعتبر استجابة متعلمة من الفرد منذ طفولته إذا نشأ بين أسرة مترابطة متوادة أو متراحمة، تتسم بالاستقرار النفسي، وبصلة الربط الوثيقة بين أفراد العائلة الواحدة، فستتمو لديه القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الآخرين ويتعلم المشاركة في المسؤولية الاجتماعية وينمي المهارات الاجتماعية التي تحقق التوافق الاجتماعي ويتقبل التغير الاجتماعي المستمر ويتوافق معه.

وتخلص الباحثة مما سبق إلى أن مفهوم الكفاءة الاجتماعية يتضمن مجموعة متكاملة من المعارف والمهارات الوظيفية المحددة تكون في مجملها السمة الكلية وهي الكفاءة الاجتماعية، وهي جزء من الكفاءة الكلية للشخصية.

وتعرف الباحثة الكفاءة الاجتماعية إجرائياً بأنها: "إجادة الاتصال والتواصل مع الآخرين وفهم مشاعرهم والقدرة على قراءة المواقف الاجتماعية والتصرف بما يتناسب مع هذه المواقف" **العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية:**

المهارات الاجتماعية هي: القدرة على التفاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية، بطرق تُعد مقبولة اجتماعياً أو ذات قيمة وفي الوقت ذاته تعد ذات فائدة للفرد ذاته وللمن يتعامل معه وذات فائدة لآخرين عموماً.

ويمكن النظر إلى الكفاءة الاجتماعية على أنها مرادف للمهارات الاجتماعية. (محمد، 2010: 127)

فالكفاءة الاجتماعية هي التنظيم المرن للوجدان والمعرفة والسلوك، بهدف تحقيق الأهداف الاجتماعية بدون تقييد فرص الآخر في تحقيق أهدافه أيضاً، وبدون حجب فرص تحقيق الأهداف المستقبلية، ويمكن النظر إلى الكفاءة الاجتماعية على أنها أكثر عملية من المهارات وأن الكفاءة الاجتماعية تتضمن المهارات الاجتماعية، وأن الكفاءة الاجتماعية مؤشر لمستوى المهارة، فحين يؤدي الفرد السلوك الماهر اجتماعياً بدرجة مرتفعة من المهارات، تكون حينئذٍ إزاء مستوى مرتفع من الكفاءة الاجتماعية (شوقي، 2003: 52)

ويرى حامد زهران (2000: 282) أن الكفاءة الاجتماعية مظهراً من مظاهر الذكاء الاجتماعي، فالكفاءة الاجتماعية في نظره تتضمن الكفاح الاجتماعي وبذل كل جهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية، وتحقيق توازن مستمر بين الفرد وبيئته الاجتماعية لإشباع الحاجات الشخصية والاجتماعية.

وتعتبر الكفاءة الاجتماعية من أهم العوامل التي تؤدي إلى النجاح الاجتماعي، والتكيف السوي، وتحقيق قدر من التوافق كما تعتبر معياراً للصحة النفسية للأفراد، كما وتعتبر استجابة متعلمة، تنمو مع الفرد منذ الطفولة من خلال اكتساب مجموعة من الأساليب السلوكية والاتجاهات والقيم والمعايير التي تساعده على إقامة علاقات اجتماعية تتسم بالفاعلية (عبد الوهاب، 2009: 526).

ويذكر (جولمان، 2000: 173-174) أن هناك عدة مهارات إذا اجتمعت معاً تصبح مادة لصقل وتهذيب العلاقات بين الناس بعضهم ببعض، وهي المكونات الضرورية للجاذبية والنجاح الاجتماعي، وتتمثل هذه المهارات في تنظيم المجموعات، والحلول التفاوضية والعلاقات الشخصية، والتحليل الاجتماعي، هذه المهارات تجعل الفرد على قدر كبير من الكفاءة الاجتماعية، فهي تسهل عليه الارتباط بالناس من خلال قدرته على قراءة انفعالات الناس ومشاعرهم، ومن السهل عليه أيضاً أن يكون قائداً يستطيع معالجة المنازعات قبل نشوبها في أي نشاط إنساني.

والمهارات الاجتماعية تعكس جودة أداء الفرد في كل المواقف السلوكية العامة، وأن تنمية المهارات الاجتماعية يؤدي إلى تعميق وتكوين الكفاءة الاجتماعية، والتي تتضمن كل الأشكال اللازمة للاستراتيجيات الاجتماعية من حيث معرفة كيفية اكتساب مودة أو رضا الأقران والقدرة على إلقاء الأسئلة الإيجابية على الآخرين والقدرة على الاتصال البصري معهم. (ابراهيم، 1995 : 146)

كما وأكد بعض الباحثين أن الكفاءة الاجتماعية تتشكل من سلوكيات ظاهرة مثل التواصل البصري والابتسام، بينما اعتقد آخرون أنها تشمل مهارات ظاهرة وغير ظاهرة كالقدرة على تفسير تعبيرات الوجه ومهارات حل المشكلات، والتي تم اعتبارها عوامل مهمة تؤثر على الكفاءة الاجتماعية (محمد، 2010: 119)

المهارات والسمات التي يتمتع بها ذوي الكفاءة الاجتماعية:

يرى جانيت وكارين (Janet&karen,2001:5) أن الكفاءة الاجتماعية مفهوم واسع يشمل الفرد الذي يتسم بالفاعلية الاجتماعية، والحفاظ على القدرة العالية، وتبادل العلاقات التكيفية، وتجنب المعاملات السلبية مع الآخرين، فضلاً عن المهارات الاجتماعية والذكاء الوجداني.

وقد حدد (جريشام، 2008) ثلاث مجالات فرعية للكفاءة الاجتماعية هي السلوك التكيفي، المهارات الاجتماعية، وتقبل الأقران، كما أشار إلى أن المهارات الاجتماعية، هي سلوكيات عندما يقوم الفرد بها في مواقف التفاعل الاجتماعي تؤدي إلى زيادة احتمالات تلقيه تعزيز اجتماعي إيجابي، وتقليل احتمالات حصوله على عقاب أو نتائج اجتماعية سلبية (أبو حلاوة، 2008: 7)

ويظهر الأفراد مرتفعي الكفاءة الاجتماعية، بأنهم أكثر قدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المختلفة، وأكثر انفتاحاً من الأفراد منخفضي الكفاءة الاجتماعية، ويمكن أن يتصف هؤلاء الأفراد، بالمعرفة، والرغبة، وأنشطة جيدة قابلة للتكيف، والفتنة والذكاء الاجتماعي (حبيب، 2003: 7)

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن مواصفات من يتسمون بالكفاءة الاجتماعية تتمثل في: حُسْن التصرف، السيطرة، المبادرة، توكيد الذات، التعاون والمشاركة والثقة بالنفس. بينما انخفاضها يتمثل في الشعور بالتوتر والانزعاج، التجنب وانخفاض القدرة على المواجهة (حبيب، 1990: 4).

ويشير توبنج وزملاؤه (Topping, et al., 2000: 8) إلى الكفاءة الاجتماعية بأنها تكمن في امتلاك واستخدام القدرة على التفكير المتكامل، والمشاعر الإيجابية، والسلوكيات المتطلبة لإنجاز المهام الاجتماعية، فضلاً عن القدرة على اختيار وضبط السلوكيات في أي نطاق اجتماعي يوجد به الفرد.

وحتى يصبح الفرد ذو كفاءة اجتماعية، عليه أن يكون قادراً على الاتصال مع الغير، ويتقاهم معهم بلغة الحوار، ويفهم ما عندهم من مشاعر وأحاسيس بلغة العيون، وأن يكون قادراً على المشاركة الجماعية، والمبادرة في الحديث، والمشاركة فيه، وأن يمتلك أسلوباً يستميل به الغير سواء بالوسائل المباشرة أم بالإيحاءات والدلالات المعنوية، وقادراً على استخدام اللغة بشكل سليم مؤثر في نفوس السامعين (عدس، 2000: 129).

وقد كشفت دراسة أيزنك، أيزنك (Eyzenc&Eyzenc) أن ذوي الكفاءة الاجتماعية يتصرفون بما يلي: التصرف في المواقف الاجتماعية، القدرة على التعامل مع الآخرين، إدراك الظروف الاجتماعية، التوافق، الخلو من التعصب والتحيز، تحمل المسؤولية، القدرة على فهم الآخرين، وسعة الأفق في المجال الاجتماعي، الشعور بالانتماء، والإيمان بالحقوق والواجبات الاجتماعية (حبيب، 2003: 2).

وترى الباحثة بأن الكفاءة الاجتماعية تعد مظلة للعديد من المهارات التي يحتاجها الفرد لتمكنه من الأداء الكفء لمهام اجتماعية معينة، من هذه المهارات التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وإدراك عواطفهم، والقدرة على إيجاد حلول تفاوضية، والضبط وتأكيد الذات والإفصاح عنها، والارتياح في المواقف الاجتماعية، وسعة الأفق، وغيرها من المهارات التي تحيل الفرد ذو كفاءة اجتماعية مرتفعة، ويصبح أكثر قدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية.

افتقاد الكفاءة الاجتماعية:

نجد أن الفرد المفتقد للكفاءة الاجتماعية يفتقر إلى أبسط المهارات الاجتماعية، ويببدو دائماً عاجزاً عن التعامل مع الآخرين بالأسلوب السائد اجتماعياً، وقد يرجع ذلك إلى خوفه من عدم الاهتمام بما يقوله، وهذا الخوف الكامن ضاعف من عدم كياسته اجتماعياً، وقد يعود هذا الخوف

إلى الطفولة، حيث يعيش الفرد حياة لم يشعر فيها بالراحة الاجتماعية إلا مع من يساعده بشكل أو بآخر في تسهيل الأمور ولكن بعد أن يفقد المساعدة يطغى عجز على كل شيء، وأصبح في حالة شلل اجتماعي (جولمان، 2000: 176).

وتوصل (سارسون وسارسون، 1985) إلى أن الدرجات المنخفضة على الكفاءة الاجتماعية، تعكس التوتر الاجتماعي، وكذلك الانزعاج الاجتماعي، حيث وجد ارتباطات سالبة دالة بين الكفاءة الاجتماعية وكل من التوتر الاجتماعي، الانزعاج الاجتماعي، التفكير الاجتماعي المضطرب، ورد الفعل الاجتماعي (كواسه والسيد، 2011: 60).

فالقصور في المهارات الاجتماعية يظهر في شكل اضطرابات يلعب فيها القصور الدور الأساسي، كما هو الحال في حالات القلق الاجتماعي والخجل والتعبير عن الانفعالات الايجابية كالعجز عن إظهار الحب والمودة والاهتمام، أو السلبية كالعجز عن التعبير عن الاحتجاج أو رد العدوان (الخطيب، 2003: 105).

ويؤكد التراث السيكولوجي على الارتباط بين القصور في المهارات الاجتماعية والعديد من الاضطرابات الوجدانية، حيث يذكر (مايكل، 1993: 162) أن الأفراد يصابون بالاكتئاب إذا أدرکوا أنهم عاجزون عن التحكم في الأشياء، أي أنهم لا يستطيعون أن يحققوا أهدافاً مرغوبة، أو يتجنبوا وقوع أهداف غير مرغوبة، وإذا اعتقدوا أن هذا الفشل يعود إلى نقص كفاءتهم وأنهم هم السبب فيه.

يؤكد (جولمان، 2000: 179) أن الأفراد ذوي القصور في المهارات الاجتماعية يتسمون بالسخف ليس فقط في السلوكيات الاجتماعية، بل أيضاً في التعامل مع مشاعر الآخرين.

ويضيف (الخطيب، 2003: 104) أن القصور في المهارات الاجتماعية يعني العجز، الخيبة، الفشل، الخجل، الاكتئاب، الإحباط والعزلة وكل هذه المشكلات، و الاضطرابات لها آثارها العنيفة والمدمرة على الشخصية.

وتخلص الباحثة مما سبق بأن من يعاني قصوراً في الكفاءة الاجتماعية نجده يتسم بالخجل والإحباط والعزلة الاجتماعية والخوف من المشاركة الوجدانية، مما يولد الكثير من المشاكل النفسية كالانطواء والعزلة عن الناس وعدم الثقة بالنفس.

عناصر ومكونات الكفاءة الاجتماعية:

وقد بين بينارد (Benard,1995) أن الكفاءة الاجتماعية تتكون من المهارات ذات العلاقة بالاستجابات اللازمة للموقف ومنها القدرة على إظهار الاستجابات الايجابية مع الآخرين، والمرونة التي تظهر في القدرة على التحرك بين الثقافات السائدة، فضلاً عن مهارة الاتصال، والإحساس بالارتياح في المواقف الاجتماعية (كواسة، السيد، 2011: 59).

ويرى (حبيب، 2003: 7) أن الكفاءة الاجتماعية تضم خمسة عناصر وهي:

1. القدرة على تأكيد الذات.
2. الإفصاح عن الذات .
3. مشاركة الآخرين في نشاطات اجتماعية .
4. إظهار الاهتمام بالآخرين.
5. فهم منظور الشخص الآخر.

ويضيف (شوقي، 2002، 52) أربعة مكونات أخرى وهي :

- **مهارة تأكيد الذات :** وتظهر في قدرة الفرد على التعبير عن المشاعر والآراء، والدفاع عن الحقوق، وتحديد المهارات في مواجهة ضغوط الآخرين
- **مهارات وجدانية:** وتظهر في تيسير إقامة الفرد لعلاقات وثيقة و ودوده مع الآخرين، وإدارة التفاعل معهم على نحو يساعد على الاقتراب منهم، والتعرف عليهم، وتشتمل على التعاطف والمشاركة الوجدانية
- **مهارات الاتصال:** وتعبر عن قدرة الفرد على توصيل المعلومات للآخرين لفظياً أو غير لفظياً، وتلقي الرسائل اللفظية وغير اللفظية من الآخرين، وفهم مغزاها والتعامل معها في ضوءها.
- **مهارات الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية :** وتشير إلى قدرة الفرد على التحكم بمرونة في سلوكه اللفظي وغير اللفظي في موقف التفاعل مع الآخرين، وتعديله وفقاً لما يطرأ على الموقف من تغييرات، ومعرفة السلوك الاجتماعي الملائم للموقف.

ويوضح جانيت وكارين (Janet&Karen,2001: 12) أن الكفاءة الاجتماعية تعتمد على عدة عوامل، تشمل المهارات الاجتماعية، والوعي الاجتماعي، والثقة بالنفس، و الذكاء الوجداني. و المهارات الاجتماعية تظهر في معرفة الفرد وقدرته على استخدام سلوكيات اجتماعية مختلفة، بحيث تكون مناسبة لمواقف التفاعل بين الأفراد، وفي نفس الوقت تكون مفضلة لدى الآخرين في كل المواقف، أما الذكاء الوجداني فإنه يظهر في قدرة الفرد على فهم انفعالات الآخرين، والإدراك الواعي للحالة الاجتماعية، وقراءة المواقف الاجتماعية المعقدة فضلاً عن التبصر بدوافع الآخرين وأهدافهم.

المتغير السادس

البدانة

- مقدمة.
- مفهوم البدانة.
- قانون وزن الجسم.
- مكونات الجسم البشري.
- ما هي كمية الدهون التي يجب التخلص منها.
- مؤشر كتلة الجسم.
- أسباب البدانة.
- أنواع البدانة.
- أضرار البدانة ومضاعفاتها.
- الوقاية من البدانة وعلاجها.

المتغير السادس

البدانة

مقدمة:

البدانة ذلك الكابوس الذي يقض مضاجعنا، نجده ينقض علينا ليثقل كاهلنا بالأوجاع النفسية والجسمية على حد سواء، ذلك العرض الذي يؤدي للمرض، لا بل ذلك المرض الذي يؤدي إلى أمراض قد يفوق عددها الأمراض التي تنتج عن نقص الفيتامينات مجتمعة.

تلك هي البدانة التي تعد من مشاكل عصرنا الحاضر في كثير من بلدان العالم، والبلدان العربية، حيث الحياة الحديثة وتوفر وسائل النقل والترفيه والتلفاز والانترنت، وسهولة الحصول على كافة أنواع الأطعمة، مع قلة العمل وعدم الانتظام في المشي و ممارسة الرياضة البدنية، إضافة إلى أن معظم أطباقنا العربية بوجه عام تميل إلى أن تكون مركزة الدسم، وإذا تطلّعنا إلى موائدنا نجدها لا تخلو من الخبز والأرز والمعكرونة مجتمعة أحياناً في وجبة واحدة، يعقبها الحلوى المشبعة بالسكر، كما تحولت حياتنا إلى مناسبات عديدة تقدم فيها الأنواع المختلف من الأطعمة الشهية والمنوعة، لقد أدى كل هذا إلى البدانة التي نلاحظها في كثير من السيدات والرجال.

ورغم آلاف الكتب والمقالات التي كتبت في هذا الموضوع، والملايين التي أنفقت على علاج البدانة أو علاج الأمراض التي تسببت بها البدانة، إلا أننا وعلى الرغم من كل ذلك نجد أن البدانة مازالت تتفشى، فقد أصبحت من أكثر الأمراض الوبائية انتشاراً في العالم، هذا و دقت وزارة الصحة في فلسطين ناقوس الخطر، معلنة وصول نسبة السمنة في فلسطين إلى (80 %) حسب إحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية .

مفهوم البدانة:

تعريف البدانة اصطلاحاً:

تعرف البدانة بأنها "تراكم الدهون في أماكن معينة في الجسم أو هي زيادة نسبة الدهون على 30% من وزن الجسم في النساء و 25% من وزن الجسم في الرجال". (أمين، 2003: 6).

ويعرفها العيسوي بأنها " المعاناة من زيادة الوزن بزيادة تصل إلى 15-30% من الوزن المثالي، وهذا الوزن تحدده العوامل الثقافية، والسمنة من الأمراض السيكماتية الشائعة أي النفسجسمية ولها كثير من المضاعفات مثل الإصابة بالسكر وتصلب الشرايين والأمراض القلبية وهي المعاناة من الوزن الزائد OVER WEIGHT ولكن الحقيقة هي أن الوزن في حد ذاته ليس

معيّاراً وإنما المعيار الحقيقي هو مبلغ ما يوجد في الجسم من دهون وقد ترجع السمنة لأسباب نفسية أو جسمية (العيسوي، 2011 : 259)

ويرى بطرس بأن السمنة أو البدانة هي زيادة الوزن التي تساوي أو تتجاوز الـ 20% من الوزن المثالي للشخص (حسب طول قامته) على أن تتركز هذه الزيادة في الأنسجة الشحمية لجسم المريض. (بطرس، 2010 : 290)

قانون وزن الجسم:

إن جسم الإنسان لكي يعيش ويقوم بوظائفه الحيوية وأعماله اليومية يحتاج إلى طاقة معينة، وهذه الطاقة لا يستطيع أن يحصل عليها الإنسان إلا من خلال الطعام الذي يتناوله، ومن هنا كان تناول الطعام أمراً ضرورياً وأساسياً للحياة.

فإذا تناول الإنسان من الطعام ما يحوي من الطاقة أكثر مما يصرف فإن الزائد يخزن في الجسم على شكل دهون، سواءً كان هذا الزائد من الطاقة قد نتج عن بروتينات أو كربوهيدرات أو دهون. (العيسى، 1992 : 42).

وعلينا معرفة أنه إذا بلغت الزيادة في الوزن العادي من 8% إلى 15% فهذا مجرد زيادة عادية في الوزن، أما إذا تجاوزت ذلك فهي سمنة، ولكن الزيادة إذا تجاوزت 20% فهي سمنة مفرطة.

والزيادة العادية في الوزن لا خطر منها ولا ضرر على الصحة العامة بصفة عامة أما السمنة المفرطة فلها عواقب سيئة دون شك، ولكن يجب أن نلاحظ أن الزيادة العادية في الوزن قد تكون هي الخطوة الأولى المؤدية إلى السمنة أو السمنة المفرطة (قادوس، 1995 : 27).

ولنعلم ما إذا كان الجسم سميناً أم لا علينا أولاً معرفة مما يتكون الجسم البشري:

مكونات الجسم البشري:

يتكون الجسم البشري الذي نراه من لحم وعظم ودم وما شابه ذلك من مجموعة من الأعضاء المنتظمة التي تتكامل في شكلها وتركيبها وعملها لتعطي هذا الجسم كماله وجماله، ويمكن تقسيم مكونات الجسم البشري سواء كانت خلايا أو أنسجة أو أعضاء إلى أربعة أصناف أساسية هي :

1. الكتلة المكونة من الخلايا وما تحويه من ماء ومركبات أخرى وتشكل حوالي 55% من

وزن الجسم.

2. السوائل المحيطة بالخلايا وما تحويه من عناصر مختلفة وتشكل حوالي 23% من وزن الجسم.

3. الهيكل العظمي ويشكل حوالي 7% من وزن الجسم.

4. الدهون وتشكل حوالي 15% من وزن الجسم.

وهكذا نرى أن الأقسام الثلاثة الأولى والتي هي الخلايا والسوائل والعظام تشكل ما مجموعه 85% من وزن الجسم، وهذه في الغالب لا تتأثر كثيراً بتغير وزن الجسم في الأحوال العادية عند الإنسان البالغ وإنما الذي يتأثر بشكل كبير هو النسيج الدهني والذي قد يصل إلى عدة أضعاف ما يكون عليه في الأحوال العادية. (العيسى، 1992: 12)

ما هي كمية الدهن التي يجب التخلص منها:

لمعرفة ذلك علينا زيارة أخصائي في التغذية لمعرفة الوزن المثالي، ثانياً علينا تحديد معدل الـ WHR و الـ BMI .

نسبة توزع الشحم حول الأوراك والخصر وهو ما يسمى WHR :

لا تقل طريقة توزع الشحم في الجسم عن أهمية الوزن في تقرير ما إذا كان يجب إتباع حمية أم لا، وقد صار معروفاً أن توزع الشحم في الوسط، أي حول الخصر والمعدة يشكل خطراً أكبر على الصحة من توزيعه في الجزء الأسفل من الجسم، ونقوم بحساب هذه المعادلة بقسمة قياس الخصر على قياس الأوراك ونسمي الجواب WHR Waist hip ratio. ونجد أن المعدل عند النساء هو 0.75، أما بالنسبة للرجال فهو 0.95، وكلما زاد الجواب عن المعدل، كلما زادت نسبة الخطورة. (هانت، 1997 : 25) .

مؤشر كتلة الجسم MBI:

أو ما يطلق عليه BMI Body Mass Index ويوازي نسبة معدلات الوزن/ الطول، فإذا قسمنا الوزن بالكيلو غرامات على الطول بالأمتار المضروب بنفسه، فنحصل على الـ BMI وتصنف معدلات الـ BMI العالمية كالتالي:

- تحت 20 : أقل من الوزن اللازم
- بين 20 و 25 : مقبول
- بين 25 و 30 : فوق الوزن اللازم

▪ بين 30 و 40 : سمنة

▪ فوق الـ 40 : سمنة زائدة. (هانت، 1997 : 25-26)

أسباب البدانة:

السمنة لا تعني فقط الزيادة في الوزن، ولكنها تعني زيادة حجم الدهون في الجسم، من ذلك أن الأشخاص الرياضيين، كالمصارعين ومن إليهم، قد يزيد وزنهم، ولكنهم لا يتصفون بالبدانة قياساً بالمعايير المعتمدة لتحديد السمنة، ويرجع ذلك لتراكم العضلات وضخامتها في أجسادهم وليس الدهون وتوقف الحكم على الشخص بالبدانة من عدمه في ضوء سنه، وجنسه، ووزنه ونمط جسمه، ولا ترجع كل حالات السمنة لسبب واحد وإنما قد تنتوع هذه الأسباب السيكلولوجية والفسولوجية.

ويرى (العيسوي، 2006 : 91-92) وأيضاً (العيسوي، 2010 : 166-167) أنه يمكن حصر أسباب الإصابة بالسمنة فيما يلي :

1. عوامل وراثية

2. عوامل اجتماعية

3. عوامل اقتصادية

4. عوامل نفسية

5. عوامل تربوية

6. عوامل ميلادية

العوامل الوراثية:

دلت كثير من الدراسات على أن الأطفال البدينين يزيد معدل وزن أجسامهم عن المعدل المناسب بنسبة كبيرة يكون أحد والديهم أو كليهما بديناً في الغالب، وهذه الظاهرة تكاد تكون متلازمة، ولكن السؤال الذي لا يعرف العلماء جوابه على وجه الدقة هو هل هذا التلازم ناتج عن سبب وراثي أم ظروف اجتماعية وأحوال عائلية ومعيشية متشابهة أم كليهما معاً ؟

على سبيل المثال يميل البدين إلى قلة الحركة فيأخذ ابنه مثل هذه العادة، كذلك يميل البدين إلى الرغبة في تناول الحلويات والإكثار منها، ونجد أن ابنه اخذ منه هذه العادة، فهل سلوك الابن مجرد تقليد أم انه نابع من مؤثرات تبعاً لنفس الابن. (خليل، 1985 : 57)

العوامل الاجتماعية والنفسية:

أجرى الباحثون العديد من الدراسات في هذا المجال وتوصلوا إلى أن هناك العديد من الأسباب الاجتماعية والنفسية، قد تؤدي إلى زيادة الوزن وتقشي ظاهرة السمنة ومنها :

- العائلة تستعمل أطعمة ذات سرعات عالية.
- الأم تجيد الطبخ وتنوع الطعام.
- شهية الأفراد جيدة ويأكلون بسرعة.
- طبيعة المعيشة (عدم النشاط . عدم المشي والحرارة الكثيرة . كثرة النوم) .
- يأكل الإنسان باستمرار بين الوجبات.
- المناسبات الاجتماعية وما يتخللها من أطعمة متنوعة.
- يتأثر بالدعاية للأطعمة المختلفة.
- يأكل ليس لأنه جائع بل لأسباب نفسية واجتماعية عديدة.(العيسى، 1992: 52)

العوامل الفسيولوجية:

إن عمليات تناول الطعام وإنتاج الطاقة في الجسم تتحكم فيها مراكز معينة في الدماغ بعضها يسمى مراكز الجوع، وبعضها يسمى مراكز الشبع، وتتأثر هذه المراكز بمؤثرات داخلية وخارجية عديدة.

فمن المؤثرات الداخلية ما هو كيميائي مثل :

- مستوى السكر في الدم فإذا نقص عن حد معين شعر الإنسان بالجوع، وإذا زاد عن ذلك الحد شعر الإنسان بالشبع.
- مستوى الأنسولين في الدم حيث أن زيادته تؤدي إلى الشعور بالجوع.
- بعض إفرازات المعدة والأمعاء تؤدي إلى الشعور بالشبع.

أما المؤثرات الخارجية فهي في الغالب تتعلق بالطعام:

- منظر الطعام.
- رائحة الطعام.
- وأحياناً الحديث عن الطعام.

وتؤثر هذه المؤثرات على حالة الشعور بالجوع في حال كانت ايجابية كأن يكون الطعام طيب المنظر والرائحة وقد تؤدي إلى الشعور بالشبع وعدم الرغبة في تناول الطعام في حال كانت تلك المؤثرات سلبية كان يكون منظر الطعام أو رائحته غير مناسبين.(العيسى، 1992: 49-50)

أما عن الأسباب النفسية للإصابة بالبدانة فهي :

1. المعاناة من النقص في الإشباع الفمي.
2. استعمال الطعام تعويضاً عن الحرمان من العطف والحب والحنان.
3. عجز في القدرة على التحكم والضبط .
4. المعاناة من الضغوط.
5. المعاناة من الاكتئاب. (العيسوي، 2010: 167)

العوامل الهرمونية:

تؤثر العوامل الفسيولوجية في زيادة الوزن بأنها تؤثر على زيادة أو نقص تناول الطعام، أما العوامل الهرمونية فإنها تؤثر على الطعام بعد تناوله وهضمه وامتصاصه، أي أنها تؤثر على مستوى الخلايا فتزيد نسبة ما يحرق من المواد الغذائية أو تقلل تلك النسبة حسب أمور وأحوال معينة، ونعلم أن نواتج الهضم تمتص إلى سكريات بسيطة أو أحماض أمينية أو أحماض دهنية، ثم تذهب هذه المركبات جميعها عبر الدم إلى الكبد ثم إلى الخلايا حيث يتم حرق بعضها وتحويل بعضها إلى مخزون من الدهون وهذه قد تكون كبيرة جداً تبعاً لكمية ما يتناوله الإنسان من طعام، ويخزن الجسم هذا الدهن على اعتبار أنه سوف يستخدمه إذا دعت الحاجة لذلك.

ودلت الدراسات على أن الجسم بشكل عام لا يستطيع تحويل المخزون الدهني إلى سكر ليحرق، بنفس السهولة التي يتم فيها تحويل السكر إلى دهون لتخزن كما دلت الدراسات أيضاً على أن بعض الأجسام تستطيع أن تتكيف مع عملية خزن وحرق الدهون والكربوهيدرات أكثر من غيرها. (العيسى، 1992: 49-54)

وترى الباحثة أن جميع الأسباب السابقة تؤدي إلى البدانة، ولكن السبب الأكبر في رأيي هو أن كمية استهلاك الطعام اكبر من الطاقة المستهلكة، أي أن الإنسان يتناول كميات كبيرة من الطعام بغض النظر عن السبب ولا يمارس نشاطات بقدر ما يتناول من سعرات مما أدى إلى ازدياد معدلات السمنة . ففي مجتمعات وفرت الرفاهية والراحة للفرد، وأصبح الطعام أكثر تنوعاً

وجاذبية، وزاد مستوى الراحة وقلة النشاط الناتجة عن الحياة العصرية، نجد أن الميزان يزيد لصالح وزن الجسم، وبدأت تظهر علامات زيادة الوزن وظاهرة السمنة بشكل لم يعهده الإنسان من قبل .

أنواع السمنة:

كما تختلف الأسباب التي تؤدي إلى السمنة، نجد أن أنواع السمنة تختلف أيضاً ليس فقط في كونها أنواع متعددة وإنما حتى تقسيمها مختلف من شخص لآخر فالبعض قسم السمنة حسب الفئة العمرية كنقسي (أمين، 202 : 8) حيث قسم أنواع السمنة إلى :

- **سمنة سن المراهقة :** تحدث هذه السمنة في هذه السن بحكم التغيرات الهرمونية والانفعالات السلوكية والمشكلات العاطفية والعائلية، مما قد يدفع المراهق إلى التهام كميات كبيرة من الطعام.
- **سمنة النساء :** تتجلى سمنة النساء في معظم حالاتها إلى سمنة ما بعد الولادة، وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية، وذلك لقلة الحركة، ولزيادة السرعات الحرارية في الوجبات التي تقدم للمرأة بعد الولادة، كما أن عدم إرضاع الصغير الرضاعة الطبيعية يزيد من سمنة المرأة الولدة.
- **سمنة سن اليأس :** عند انقطاع الدورة الشهرية تقبل كثير من السيدات على الطعام فيزيد وزنهن بدرجة ملحوظة، وقد يلعب نقص الهرمونات التي كان يفرزها المبيض إلى زيادة الوزن لدى المرأة.

ونجد الدكتور قادوس يختلف في تقسيمه لأنواع السمنة عن ما ذكرناه سابقاً، حيث قسم السمنة إلى ثلاث أنواع هي:

1. **السمنة الشحمية:** عبارة عن زيادة في نمو الشحم والعضلات، وعادة تكون مصحوبة بالإفراط في الأكل وهي تنتشر بين الرجال
2. **السمنة الالتهابية:** فهي أقرب إلى أن تكون صورة من صور الرشح وليس زيادة في الوزن
3. **السمنة المائية:** عبارة عن شحم مائي ولا تؤثر في العضلات وتظهر عادة في النصف الأسفل من الجسم، وغير مصحوبة بالإفراط في الأكل وتنتشر بين النساء. (قادوس، 1992 : 19)

ويذهب (العيسوي، 2006: 33-34) إلى أن هناك عدة أنواع من السمنة من ذلك :

1. السمنة الناجمة من الإفراط في تناول الطعام، وخاصة إذا احتوى الطعام على كثير من الدهون والمواد النشوية والسكرية في الوجبة الواحدة.
2. السمنة الناجمة من وجود خلل في وظائف أو إفرازات الغدد الصماء في الجسم، أي ترجع لبعض الأسباب العضوية كوجود خلل في إفرازات الغدد الصماء أو وجود أخطاء في عملية التمثيل الغذائي.
3. السمنة التي ترجع لأسباب خارجة عن جسم الإنسان نفسه أو تركيبه أو وظائفه، من ذلك كثرة تناول كميات الطعام، ولا ترجع هذه السمنة إلى خلل عضوي أو خلل في وظائف الأعضاء.
4. السمنة التي ترجع لعوامل وراثية أي منقولة من الآباء والأجداد إلى الذرية، من ذلك زيادة معدلات الخلايا الدهنية وهي ظاهرة وراثية.
5. السمنة التي ترجع إلى خلل في الجهاز العصبي وخاصة الهيبوثالاموس، و وجود خلل في وظائفه أو وجود تلف في إحدى مناطقه.
6. السمنة المرضية وهي زيادة مفرطة في وزن الفرد تصل إلى 50% أزيد من معدله الطبيعي مقارنة بسنه وجنسه.

أضرار البدانة ومضاعفاتها:

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " ما ملأ آدمي وعاء شراً من بطنه، بحسب ابن آدم أكالات يقمن صلبه، فإن كان لا محالة فتلت طعامه وتلت لشربه وتلت لنفسه".

في هذه الكلمات جمع الرسول صلى الله عليه وسلم أسس القواعد الصحيحة التي كان العرب يتبعونها في حياتهم، وبذلك صانهم من العلل. ولقد حذر أمير المؤمنين عمر بن الخطاب رضي الله عنه الجنود من السمنة حينما قال لهم: "إياكم والسمنة فإنها عقلة (أي تعوق الحركة)"، كما حذرهم من البطنة حينما قال: "إياكم والبطنة فإنها مكسلة عن الصلاة ومفسدة للجسم ومؤدية إلى السقم"، فالبدانة وبلا شك تؤدي إلى تهديد أعز ما نملك ألا وهو الصحة. ونعلم جميعنا بأن الوزن المناسب للجسم هو ذلك الوزن الذي تكون فيه أعضاء الجسم ومكوناته في تناسب وتتسق يجعل الجسم قادراً على أداء دوره وظيفته بشكل جيد ولكن تراكم كميات كبيرة من الدهون في أماكن متفرقة من الجسم، قد يؤدي إلى الإصابة بكثير من العلل والأمراض .

أولاً: المتاعب والاضطرابات الجسمية:

إن البدانة تؤثر سلباً على صحة الإنسان، وتسبب له العديد من الأمراض، ومن تلك الأمراض على سبيل المثال:

1. أمراض القلب والشرابين والضغط والسكري وحصى المرارة وأمراض الكبد وغيرها.
2. آلام المفاصل وخاصة بين النساء أثناء فترة الحمل.
3. زيادة احتمال حصول مضاعفات خطيرة أثناء عمليات التخدير والجراحة.
4. زيادة نسبة الحوادث والكسور وما شابه ذلك.
5. عدم القدرة على القيام بالأعمال المطلوبة بشكل مناسب خاصة عند ذوي الوزن الزائد بنسبة كبيرة جداً.
6. للسمنة كذلك آثار سلبية نفسية واجتماعية لا تقل خطورة على صاحبها عن الآثار الجسمية والعضوية.
7. دلت العديد من الدراسات أن نسبة من يموتون من البدينين أعلى بكثير من أمثالهم من غير البدينين والذين يماثلونهم في السن والجنس والظروف الاجتماعية بشكل عام. (العيسى، 1992: 20-21)

ثانياً : المتاعب والاضطرابات النفسية والاجتماعية والاقتصادية :

تبدأ هذه المتاعب بتعليقات الأهل والأصدقاء والمارين في الشارع على المنظر العام للبدين، إذ يشعر بضرورة إنقاص وزنه، ويلجأ إلى شتى الوسائل والوصفات للوصول إلى غايته، وأحياناً يفشل في ذلك فيصاب باليأس، وكثيراً ما يتحاشى المجتمعات خوفاً من سخرية الحاضرين، هذا علاوة على إصابته بالإحباط النفسي الذي تحجبه ابتسامة عذبة هي غالباً اضطرارية متكلفة يحملها الناظر العادي على محمل الظرف وخفة الدم.

وإضافة للمتاعب النفسية فهناك متاعب اقتصادية، وهي أن الشخص البدين يشغل مساحة كبيرة في المركبات العامة بجانب الصعوبات التي تقابله في الحصول على الملابس والأحذية المناسبة. (خليل، 1985: 60).

الوقاية من البدانة وعلاجها:

قال تعالى : "كلوا واشربوا ولا تسرفوا انه لا يحب المرففين" (الأعراف : 31) هذا الدستور الصحي الرياني الذي قاله سبحانه وتعالى في الآية الكريمة، هو اختصار واضح وجلي لحل مشكلة البدانة، فالمشكلة ليست في المأكل والمشرب، ولكن المشكلة تكمن في الإسراف في الطعام والشراب، وعموماً فإن الوقاية من البدانة أسهل من علاجها، لذا يجلب علينا إتباع ما يلي :

- الاعتدال في تناول مواد الطاقة (الكربوهيدرات والدهون)، وتناول الأطعمة الغنية بالألياف، وتقليل كمية الطعام المتناولة في الوجبة الواحدة، مع مراعاة المضغ جيداً (أمين، 2003: 29).

- أن يكون لدى الشخص فكرة عن احتياجات جسمه من الطاقة سواء للتمثيل الأساسي أو للنشاط، وبالتالي بإمكانه أن يحسب بالتقريب كمية الطاقة اللازمة في اليوم، ويتناول طعاماً في حدود ما يحتاجه جسمه من سرعات حرارية (العيسى، 1992: 66)
- ممارسة الرياضة وعدم الاستسلام للمغريات من الحلويات والمسلقيات وغيرها.

وترى الباحثة أن البدانة لا تؤثر فقط على الجسد سلباً بل ويمتد أثرها السلبي ليصل للنفس البشرية وربما يمس الروح، حيث يصبح الشخص السمين حساساً تجاه أي نقد فاقداً لاحترامه لذاته، متزعزع الثقة، خجولاً، ومكتئباً مما آل إليه جسمه، الذي أصبح لا يقوى على حمل كل هذه الدهون. تكاد أنفاسه تنقطع إذا صعد الدرج ويرتفع ضغطه ونسبة السكر ناهيك عن الأمراض الأخرى التي تصاحب هذه الآفة آفة السمنة.

ولعل من الطريف أن نذكر هنا ما قاله احد الظرفاء ممن لاحظوا الأضرار والأخطار المباشرة للسمنة وانعكاسها على صحة الإنسان فقال: "كلما زاد طول حزامك نقص عمرك".

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات التي تناولت صورة الجسم.
- الدراسات التي تناولت صورة الجسم وعلاقتها بالمتغيرات النفسية للدراسة (القلق – الاكتئاب – الخجل)
- التعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة:

قامت الباحثة بعمل مسح مكتبي بكافة وسائل البحث المتاحة سواء الوسائل التكنولوجية أو العادية، سعياً وراء بناء قاعدة معرفة عن صورة الجسم وعلاقتها بمتغيرات الدراسة لدى النساء البدنيات. وتناولت الباحثة الدراسات التي عنيت بموضوع الدراسة وهي متغيرات الدراسة الحالية: صورة الجسم وعلاقتها بكل من القلق والخجل والاكتئاب لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة. أما عن علاقة الكفاءة الاجتماعية بمتغيرات الدراسة فلم تستطع الباحثة ان تصل لأي دراسة تتعلق بالكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم . كما أن الباحثة لم تجد أي دراسات أجريت في هذا الموضوع في البيئة الفلسطينية، مما يعطي هذه الدراسة أهمية خاصة.

وتم تصنيف هذه الدراسات حسب متغيرات الدراسة وترتيبها من الأحدث إلى الأقدم، حيث تناولت الباحثة في هذا الفصل ما يلي:

أولاً : دراسات تناولت صورة الجسم.

ثانياً : دراسات تناولت صورة الجسم وعلاقتها بالمتغيرات النفسية للدراسة (القلق . الاكتئاب . الخجل)

أولاً: دراسات تناولت صورة الجسم:

تمهيد:

تناولت الباحثة في هذا الجزء الدراسات السابقة التي اهتمت بصورة الجسم حيث تناول هذا الجزء الدراسات التي تطرقت لموضوع صورة الجسم بشكل يشبه دراستها من حيث تعلقها بموضوع عدم الرضا عن أجسامهم أو معاناتهم من البدانة، علماً بأن العينة تختلف عن العينة التي ركزت عليها الدراسة الحالية، وذلك لقلّة ونُدرة الدراسات السابقة التي تناولت هذه العينة على حد علم الباحثة.

أشارت دراسة أوشيو وميشدوفا (Oshio & Meshdova, 2012) والتي جاءت - بعنوان اضطراب الأكل وصورة الجسم والتفكير في شيئين لدى طالبات الكلية اليابانيات والروسيات، حيث تستكشف هذه الدراسة الاختلاف بين ثقافة اليابان وروسيا في صورة الجسم لدى النساء اللاتي تعرضن لاضطرابات الأكل، وآثار التفكير بين شيئين. وشملت عينة البحث (419) يابانية و (187) روسية من طالبات الكلية، اللاتي أنهين: اختبار التفكير المجرد و (26) بند من نسخة اختبار اتجاهات الأكل، و ردود حول (9) شخصيات تمثل أشكال الجسد الأنثوي. وكان متوسط عمر العينة (19.8) مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار المشاركات من البلدين، وأظهرت النتائج أن النساء اليابانيات لديهن تصور أن الجسم المثالي هو الأقل حجماً أكثر من الروسيات، في حين أنه لم يوجد تعارض في الثقافات لدى المشاركات حول الصورة الحقيقية للجسم، كما وجد أن علامات اختبار DTI أي التفكير المجرد لدى المشاركات الروسيات أعلى من علامات المشاركات اليابانيات. وهذا يشير إلى أن النساء الروسيات المشاركات كن أكثر تفكيراً بشكل ثنائي، وأوضحنت النتائج أن التفكير بين شيئين له أثر سلبي على صورة الجسم الحقيقية لدى النساء، وكان لصورة الجسم المثالية أثراً أكبر في اضطرابات الأكل لدى النساء الروسيات مقارنة بالنساء اليابانيات.

وقام كل من (الغباشي وشويخ، 2011) بإجراء دراسة بعنوان " الرضا عن صورة الجسم ومقدار المعرفة ومعامل كتلة الجسم والنوع وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة". هدفت إلى استكشاف العلاقة بين سلوك الأكل المرتبط بالصحة وعدد من المتغيرات هي : الرضا عن الجسم ومعامل كتلة الجسم والنوع وموطن الإقامة، أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (302) طالباً وطالبة (128 ذكور، 179 إناث) من طلبة كليتي الآداب والتربية من جامعة القاهرة وجنوب الوادي وتراوح المدى العمري للعينة ما بين 18-20، وتم استخدام مقياس سلوك الأكل المرتبط بالصحة ومقياس الرضا عن صورة الجسم ومقياس المعرفة بسلوك الأكل الصحي واستمارة البيانات الديموجرافية وكانت النتائج على النحو التالي: إن الرضا عن صورة الجسم مرتبط بشكل دال وإيجابي مع سلوك الأكل المرتبط بالحصّة فيما ارتبط معامل كتلة الجسم ارتباطاً دال سلبياً مع سلوك الأكل المرتبط بالصحة.. وجد تأثير دال لكل من الرضا عن صورة الجسم ومعامل كتلة الجسم والنوع على سلوك الأكل المرتبط بالصحة. جاءت متغيرات الرضا عن صورة الجسم ومعامل كتلة الجسم والنوع وموطن الإقامة قادرة على التنبؤ بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلبة الجامعة بمستوى دلالة عالي وصل إلى (0.001).

وجاءت دراسة فيديليكس وآخرون (Fidelix,et.al, 2011) للتعرف على مدى الاستياء من صورة الجسم لدى المراهقين في المدن الصغيرة وعلاقة ذلك بالجنس والعمر ومنطقة السكن . فنظراً لارتفاع معدل انتشار الاستياء من صورة الجسم بين المراهقين على مدى العقود الماضية، هدف الباحثون في هذه الدراسة لتقييم العلاقة بين الاستياء من صورة الجسم والعوامل الديمغرافية لدى المراهقين. وتألّفت عينة البحث من (405) فتيان وفتات، (247) من منطقة حضرية و (158) منطقة ريفية، تتراوح أعمارهم بين (14-17 سنة) من المسجلين في المدارس العامة من البلدان صغيرة الحجم وتم تحليل المتغيرات الديمغرافية كالتالي:

الجنس (ذكر وأنثى) العمر (14-15، 16-17 سنة) منطقة الإقامة (حضرية - ريفية) وتم استخدام مقياس تصنيف رقمي لتقييم تصور صورة الجسم. و كان معدل انتشار الاستياء من صورة الجسم لكلا الجنسين يساوي (56.5%) الفتيات بنسبة (26.5%) و الفتيان بنسبة (39.5%)، وجميعهم تمنوا أن تكون أجسامهم أكبر حجماً، ولوحظ وجود ارتباط بين الاستياء من صورة الجسم والجنس، مع ارتفاع نسبة الاستياء من صورة الجسم لدى الذكور عن الإناث بنسبة (1.24) كما وجد أن انتشار عدم الرضا لدى المراهقين موجود بنسبة عالية حتى لدى المراهقين من البلدان الصغيرة الحجم، و وجد أن الاستياء من صورة الجسم أكثر انتشاراً بين الذكور، وعلينا أن نشجع المراهقين على فهم أنفسهم وأجسامهم بشك أفضل لينعكس ذلك ايجابياً على هئتهم الحالية.

أما دراسة لوبيرا وريوس (Lobera&Rios, 2011) والتي جاءت بعنوان " صورة الجسم ونوعية الحياة لدى سكان اسبانيا". فكان الهدف منها تحليل الخصائص السيكومترية، ومعرفة الاتساق الداخلي للنسخة الاسبانية من صورة الجسم ونوعية الحياة لدى سكان اسبانيا، فضلاً عن موثوقية إعادة اختبار تجربتها. كما هدفت لتحليل العلاقات المختلفة مع الأبعاد الأساسية للأداء النفسي والاجتماعي وهي: احترام الذات . وجود أعراض لأمراض نفسية . مشاكل العلاقة بين الأكل وصورة الجسم . والضغط والإجهاد) ومعرفة ما إذا كان هناك اختلافات في صورة الجسم ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس. تألفت عينة البحث من (417) طالب وطالبة من جامعتي بابلودي أوليفد وجامعة اشبيلية عدد الذكور (140) بنسبة (33.57%) وعدد الإناث (277) بنسبة (66.4%)، وكان متوسط العمر للعينة (21.6)، مع التأكد من أن ليس لديهم تاريخ سابق لأي مرض نفسي. وبعد موافقة جميع المشاركين تم استخدام المقاييس التالية : مقياس اضطراب الأكل . استنبانه الإجهاد . مقياس تقدير الذات. وأظهرت النتائج أنه قد يكون من المفيد تحديد صورة الجسم حسب نوعية الحياة في ظروف فيزيائية مختلفة، كما ارتبطت صورة الجسم الايجابية باحترام أكبر

للذات وراحة نفسية أكبر، وعدد أقل من مرات الاختلال في الأكل، هذا وكانت هذه النتائج أكثر وضوحاً لدى الإناث منها لدى الذكور.

وسعت دراسة أنصاري وآخرون (Ansari,et.al, 2010) والتي جاءت بعنوان : كيف أبدوا؟ أدراك صورة الجسم بين طلاب الجامعات من إنجلترا والدنمارك للوقوف على الفروق في ادراك صورة الجسم بين طلاب الجامعات من كلا الجنسين في دولتين أوروبيتين المملكة المتحدة والدنمارك. وتكونت عينة البحث من (816) طلاب بريطانيين، و (548) طلاب دنمركيين، وتم استخدام استبيان لمعرفة المعلومات الاجتماعية الديمغرافية . إدراك صورة الجسم (نحيفة جداً . مناسبة . بدنية للغاية)، والعوامل ذات الصلة مع إدراك صورة الجسم (كسلوك التغذية، والدعم الاجتماعي، والضغط المتصورة، ونوعية الحياة) . وكانت نسبة الطلبة الذي يعتبرون أنفسهم نحيفين جداً (18.6%) ومن يرون أنهم مناسبين (37.7%) أما نسبة من يرون أنهم بدنيون للغاية فكانت (53.7%)، ومن خلال تحليل الانحدار اللوجستي المتعدد، تبين أن الطلاب الذين يعتبرون أنفسهم (بدنيين للغاية) كانت غالبيتهم من الجامعات البريطانية. وكانت غالبية من الإناث فوق الـ 30 عام ولديهن توتر بسبب وضعهن المالي، وكن أقل حظاً في الحصول على نوعية حياة عالية. وهنا يتضح أنه يجب التركيز على اختيار الغذاء الصحي، مع التأكيد على أن الضغوطات المالية ونوعية الحياة تؤثر على إدراك صورة الجسم.

كما استهدفت دراسة بالميرا وآخرون (palmeira , al. et ,2010) والتي جاءت بعنوان " التغير في صورة الجسم والرفاه النفسي أثناء السمنة السلوكية" التعرف على مدى فعالية برنامج سلوكي لعلاج السمنة، ولتقييم ما إذا كانت الخطة العلاجية ستغير من صورة الجسم والحالة النفسية لدى المشاركين، وذلك خلال فترة العلاج وفترة المتابعة بعد العلاج. وتكونت عينة البحث من (142) امرأة بدنية، كانت كتلة الجسم لديهن ($BMI = 30.2$)، وكان متوسط أعمارهن (38.3). امتدت فترة العلاج لمدة أربعة أشهر، وفترة المتابعة بعد العلاج (12 شهراً). ووجد أن الحالة النفسية تحسنت أثناء العلاج، وكانت هذه التغيرات مرتبطة بانخفاض الوزن، كما قل مستوى الاستياء من حجم الجسم وتحسن المزاج، وتشير النتائج التنبؤية لزيادة احترام الذات على المدى الطويل بعد تغير الوزن الأولي، ونخلص إلى أن التغيرات التي تطرأ على الوزن والعمليات ذات الصلة بذلك، تؤثر خلال علاج السمنة، وقد تكون ذات صلة بالنجاح على المدى الطويل.

وأجرى كاديشتا وألميد (Kadeshita & Almeida, 2008) دراسة بعنوان العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم وصورة الجسم لدى البالغين البرازيليين. هدفت لتقييم العلاقة بين حالة التغذية وإدراك صورة الجسم لدى البالغين البرازيليين، وشملت عينة البحث (280) متطوع بالغ تراوحت أعمارهم (18-60) من كلا الجنسين، وكانت العينة تشمل جميع الطبقات الاقتصادية والمستويات التعليمية، ومتجانسة وفقاً لتوزيع الحالة التغذوية حسب مؤشر كتلة الجسم. وتم تطبيق مقياس تصنيف الشخصية لدراسة صورة الجسم الخاصة بالحجم والشكل، وظهر أن النساء والرجال على حد سواء كانوا غير راضين عن أحجام أجسامهم، كما اتضح أنهم يميلون للمبالغة في تقدير حجم أجسامهم ويرغبون في أجسام أقل حجماً. كما أظهرت النتائج أنه كلما ارتفع مؤشر كتلة الجسم، تقل الاختلافات بين الجنسين، وهذه النتائج تعزز أن إدراك صورة الجسم هو عامل مهم، يجب أخذه بعين الاعتبار من قبل المهنيين المختصين لتحسين صورة الحياة.

وجاءت دراسة كاشلين وموريل وجوراريز & Cachelin, Moreal (Jurarez, 2006) لتبحث "صورة الجسم وتصور الحجم لدى النساء الأمريكيات المكسيكيات". وهدفت الدراسة لمعرفة تأثيرات كل من العمر والوزن والحالة الاجتماعية والاقتصادية والمستوى الثقافي على صورة الجسم، ومعرفة ما هو الشكل الجذاب والمقبول لديهم، وما مدى تقبلهن وتسامحن مع زيادة الوزن والسمنة، كان عدد المشاركات في عينة البحث (276) امرأة أمريكية مكسيكية. حيث تم قياس أعمارهن، ومؤشر كتلة الجسم، والحالة الاجتماعية والاقتصادية ومستوى الثقافة، وتم استخدام جدول تصنيف الشكل لتقييم صورة الجسم. وتم التركيز على حجم الجسم لدى العينة، وتصوراتهن حول نقص الوزن وصولاً إلى السمنة، وما هي أحجام الجسم المقبولة لديهم. ووجد أن للمستوى الثقافي أثراً كبيراً في الوزن الحالي للنساء، حيث أظهر أن النساء ذوات المستوى الثقافي العالي أكثر تفضيلاً للنحافة. ومقارنة مع النساء ذوات الوزن الطبيعي، اختارت النساء البدنيات الأرقام الأكبر كمؤشر للجاذبية. وتشير النتائج إلى أن الثقافة والسمنة تؤثر على صورة الجسم وحجمه.

وقام كل من راثادرشنان وشون (Rathadrishnan & Chuen, 2006) بإجراء دراسة بعنوان "إدراك صورة الجسم لدى طلاب الجامعات الذكور متعددي الأعراق". تهدف إلى معرفة تصنيف الطلبة لذواتهم وذلك حسب حالة الرضا عن الجسم الخاصة بنمو العضلات واحترام الذات والعلاقة بينهما. واشتملت عينة الدراسة على (293) طالب من جامعة ماليزيا، و كان متوسط أعمارهم (22.4)، وكانت التركيبة العرقية موزعة كالتالي: (27%) ملايو، (31.1%) صينيين،

(30.4%) الكادازاني وايبان، (11.6) هنود، استخدمت الاستبانة في جمع المعلومات، حيث أجاب (293) من أصل (300) أي ما نسبته (97.9%). وأظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين الاستياء من صورة الجسم وحالة نمو العضلات ومن النتائج المثيرة للاهتمام ارتباط عدم الرضا عن الجسم ارتباطاً ايجابياً مع ارتفاع احترام الذات، و كان من المفترض أن يكون عدم الرضا عن الجسم مؤثر على عدم احترام الذات، واتضح أن للثقافة دور كبير في التأثير على القيم لدى الناس حسب المكان فيما يتعلق بنظراتهم لأجسامهم، كما وجد أن هناك فروق كبيرة في حالة الرضا عن الجسم تبعاً للاختلاف العرقي ومدى نمو العضلات، ومع ذلك وجد أن الغالبية العظمى من عينة البحث كانت لديهم نظرة ايجابية لأجزاء الجسم مع إظهار إدراك صحي وإيجابي لصورة أجسامهم .

وسعت دراسة آنيس وكاش وهربوسكي (Annis, chash&hrabosky ,2004) والتي بعنوان "صورة الجسم والاختلافات النفسية بين السيدات ذوات الوزن المستقر، والسيدات البدينات حالياً، والنساء ذوات السمنة السابقة، ودور الخبرات في ذلك. للقيام بمقارنة جوهريّة بين الأشخاص ذوي السمنة المفرطة مع غير البدينين، معتمدين على صورة الجسم والتكيف الاجتماعي والنفسي، حيث قامت عينة هذا البحث على (165 سيدة) من ثلاث مجموعات :

1. سيدات بدينات حالياً

2. سيدات ليس لديهن زيادة في الوزن

3. سيدات سابقات السمنة

بالنسبة للسيدات السمينات حالياً سجلن عدم رضا كبير عن الجسم، ومحنة الانشغال بزيادة الوزن، فضلاً عن الشراهة في تناول الطعام، وانخفاض احترام الذات الاجتماعية واقل رضا عن الحياة، و ما يتفق مع ظاهرة (فانتوم الدهون)، و جد أن النساء البدينات سابقاً على غرار السيدات البدينات حالياً، ولكن أسوء من السيدات اللاتي لا يعانين من سمنة في الانشغال بالوزن الزائد، وأكدت النساء البدينات حالياً وليس البدينات سابقاً على العلاقة المتبادلة بين الوزن الزائد وقلة حبهن لصورة أجسادهن، وارتباط ذلك بشكل ملحوظ بالوظيفة الاجتماعية والنفسية ومحاولاتهن الدائمة خلال مراحل الطفولة والمراهقة والبلوغ لتخفيض أوزانهن.

كما وأجرى بريسمان (Breseman ,2004) دراسة بعنوان "علاقة الانزعاج (الإغظة) المرتبط بالوزن وكلاً من صورة الجسم الثقة بالنفس وارتباطه بحجم الجسم عند الفتيات البالغات". وكان الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو دراسة العلاقة بين الوزن والانزعاج كمظهر

من مظاهر ظهور الإغاضة مع صورة الجسم والثقة بالنفس لدى السيدات البالغات، ودراسة هذه التصورات بين النساء من أحجام مختلفة من نقص الوزن إلى البدانة المفرطة، الهدف الآخر للدراسة يشمل اكتشاف المتعرضين لجرح المشاعر بسبب السمنة، صورة الجسم، الثقة بالنفس. قامت هذه الدراسة على جعل العينة تقوم بتذكر الأحداث المسببة للإزعاج من ماضيهم، وكان هناك احتمال أن بعض الذكريات لا يتم سردها كما حدثت فعلاً. وشملت أدوات المسح على أدوات كمية، قوائم الأنواع الإزعاج المتكررة، أوصاف لأحداث إغاضة معينة مفتوحة/ مغلقة، وأشارت النتائج إلى أن هناك ارتباط بين حجم الجسم والتأثير السلبي الكبير لتقدير الذات وصورة الجسم.

أما دراسة (الدسوقي، 2003) فهدفت للتحقق من فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة اللاتي يعانين من هذا الاضطراب. واستخدم الباحث برنامج علاجي معرفي سلوكي، يتضمن مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية للتقليل من حدة الاضطراب، وكانت عينة الدراسة عبارة عن مجموعتين مجموعة ضابطة والأخرى تجريبية، وقوام كل منها (15) طالبة، تم اختيارهم بناءً على إجراء اختبارات مثل اختبار شكل الجسم، ومقياس بيك للاكتئاب وإجراء مقابلات والتأكد من تجانس المجموعتين في العمر والوزن، وتم اختيار العينة في مستوى المتوسط، واستخدم الباحث في دراسته عدة أدوات وهي: مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي المطور للأسرة ومقياس اضطراب صورة الجسم، واستخدم برنامج علاج معرفي سلوكي تم تطبيقه على (13) جلسة علاجية، زمن كل جلسة ساعتان والجلسة مرة واحدة أسبوعياً، كما قام بتتبع الحالات لمدة (3) شهور، بعد التطبيق للتأكد من نجاعة العلاج، وكانت من نتائج البحث أن ارتفع مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما أن مستوى الرضا عن صورة الجسم ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى الرضا عن صورة الجسم، مما يؤكد فاعلية البرنامج في زيادة الرضا عن صورة الجسم لديهن.

في حين قامت كل من (شاهين و منيب، 2003) بإجراء دراسة بعنوان " تقدير الجسم وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي " استهدفت تقصي طبيعة العلاقة بين تقدير الجسم وتقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي في مصر، كما وتهدف لمعرفة الفروق بين الجنسين في ضوء الظروف الاجتماعية والثقافية للمجتمع المصري، وتكونت عينة الدراسة من (480) طالب وطالبة من الفرقة الرابعة لكلية التربية جامعة عين شمس، وطالبة وطالبات كلية التربية الرياضية جامعة حلوان، واستخدمت الباحثتان أداتين رئيسيتين هما : مقياس تقدير الجسم للراشدين، ومقياس تقدير الذات للراشدين إعداد وتقنين الباحثتين إلى جانب استمارة المستوى

الاجتماعي والاقتصادي للأسرة إعداد عبد العزيز الشخص (1995)، وتوصلت الباحثتان للنتائج التالية :

اتضح وجود علاقة موجبة ودالة بين تقدير الجسم وتقدير الذات لدى عينة الدراسة، كما اتضح وجود علاقة ارتباطيه دالة بين أبعاد مقياس تقدير الجسم وتقدير الذات الكلي، وكانت في المرتبة الأولى الرضا عن المظهر العام وفي المرتبة الأخيرة الاهتمام بالوزن، كما أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين تقدير الجسم وتقدير الذات لدى الذكور والإناث، ولم تظهر فروق فردية دالة إحصائياً حول ما إذا كان الجنس يؤثر على العلاقة بين تقدير الجسم وتقدير الذات، كما توصل البحث إلى أن أصحاب الأجسام المتناسقة كانوا أكثر تقديراً للذات والجسم من نظرائهم في العينة من البدناء والنحفاء.

وهدف دراسة (فايد، 2001) إلى فحص العلاقة بين الشره العصبي وكل من الكمالية وشكل الجسم والتقدير السلبي للذات. وتكونت عينة الدراسة من (300 طالب) من المقيد في الفريقين الأول والثاني، وتم استبعاد (60) منهم لعدم إكمالهم الإجابة على كل البنود. وأصبح العدد الفعلي (240) طالبة تراوحت أعمارهن بين (17-20)، وقد وضع الباحث أداة لقياس الشره العصبي وأعد مقياس للكمالية، واستخدم مقياس تقدير الذات وهو احد المقاييس الفرعية في استبيان تقدير الشخصية للكبار لرونالد رونر، والذي قامت بتعريبه ممدوحة سلامة (1988). وأوضحت النتائج أن هناك علاقة طردية مباشرة بين الشره العصبي وكل من الكمالية وشكل الجسم والتقدير السلبي للذات وان عدم الرضا عن شكل الجسم والتقدير السلبي للذات له علاقة مباشرة على نحو مستقل بالشره العصبي.

ثانياً : دراسات تناولت صورة الجسم و علاقتها بالمتغيرات النفسية للدراسة (القلق . الاكتئاب . الخجل)

تمهيد:

تناولت الباحثة في هذا الجزء الدراسات السابقة التي اهتمت بصورة الجسم وعلاقتها بالمتغيرات النفسية (القلق . الاكتئاب . الخجل) وقسمت الدراسات إلى أربعة أقسام وهي كالتالي :

- دراسات تناولت صورة الجسم والقلق.
- دراسات تناولت صورة الجسم والاكتئاب.
- دراسات تناولت صورة الجسم والخجل.
- دراسات تناولت صورة الجسم وأكثر من متغير كالقلق والاكتئاب معاً أو الخجل والقلق

1. دراسات تناولت صورة الجسم والقلق:

أجرى (ملحم، 2012) دراسة هدفت للتعرف على مدى تأثير كل من اضطرابات الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى المراهقين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والتحصيل الدراسي والمستوى الدراسي، كما وهدفت لمعرفة الفروق في تقدير الذات بين مستويات الرضا وعدم الرضا عن صورة الجسم، واستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم الباحث مقياس: اضطرابات الأكل، القلق الاجتماعي، الوسواس القهري، تقدير الذات، وبلغ أفراد عينة الدراسة (1032) طالباً وطالبة من طلبة الثانوية العامة في مدارس محافظة عمان واريد في عام(2010/2011) وتوصلت النتائج إلى أن الإناث أقل رضا عن صورة الجسم مقارنة بالذكور، واتضح أن الذين لديهم رضا ايجابي عن صورة أجسامهم كانوا أكثر تقديراً لذواتهم. أي أن العلاقة موجبة بين الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات، كما أن متغير القلق الاجتماعي والوسواس القهري واضطرابات الأكل كان له اثر دال في مستوى الرضا عن صورة الجسم، كما لم تظهر فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

وقامت (شقيير، 2009) بدراسة بعنوان : من أجل تحسين جودة الحياة برنامج إرشادي تدريبي لخفض بعض المتغيرات السلبية في الشخصية لدى حالة سمينة المفرطة عبر الدردشة بالإنترنت (الشات) ". هدفت إلى إعداد برنامج إرشادي قائم على الفنيات السلوكية والمعرفية للتخفيف من حدة : الوزن، السمينة المفرطة، تشوه صورة الجسم، قلق الموت، لدى الحالات التي

تعاني من السمنة المفرطة، ومحاولة تحسين صورة الجسم لديهم. تمثلت عينة الدراسة في فتاة خليجية تعاني من السمنة المفرطة تبلغ (30 عاماً) مع التأكيد أن السمنة ليست مرضاً عضوياً وليس لها أساس وراثي، استخدمت الباحثة أدوات تشخيصية : تقدير الوزن بالميزان، استمارة بيانات أولية، جدول المراقبة الذاتية، مقياس السمنة المفرطة، مقياس صورة الجسم، مقياس قلق الموت . واستخدمت أدوات علاجية برنامج إرشادي تدريبي وبرنامج غذائي وجاءت النتائج على النحو التالي: انخفض وزن المبحوثة من (101 كجم) إلى (75 كجم) مع العلم ان طولها 166 سم، انخفض لديها الشعور بالاغتراب والعزلة عن الآخرين، انخفض معدل الغضب والإحباط وتشوه صورة الجسم، قلت حدة العصبية وانخفض البكاء وشعورها بالقلق والتوتر وزادت ثقتها بنفسها وتزايدت تقبلها للحياة ولنفسها، انخفض مفهومها السلبي عن جسمها وذاتها وزاد شعورها بالتناسق بين طولها ووزنها.

واستهدفت دراسة(القاضي، 2008) التعرف على قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة وتأثير بعض المتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا، مكان البتر سبب البتر ومدة الإصابة)، واستخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم ومقياس قلق المستقبل ومقياس مفهوم الذات (جميعها من إعداد الباحثة)، على عينة قوامها (250 فرداً) من حالات البتر، واستخدمت الباحثة في معالجة الإحصائية عدد من المقاييس وهي (التكرارات والنسب المئوية واختبار t-test وتحليل التباين والمتوسطات الحسابية ومعامل ارتباط بيرسون وسبيرمان والتجزئة النصفية ومعامل ارتباط ألفا)، وبينت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية من قلق المستقبل وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر في قطاع غزة، كما انه لا توجد علاقة دالة إحصائية في صورة الجسم تعزى للجنس أو الحالة الاجتماعية.

وأجرى (فايد، 2004) دراسة بعنوان: " صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات" استهدفت التعرف على الفروق بين الإناث ذوات الدرجات المنخفضة وذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي في بعض العوامل الأسرية) الاكتئاب لدى الآباء، والعصابية لدى الأمهات) وتم تطبيق كل من مقياس شكل الجسم ومقياس القلق الاجتماعي ومقياس فقدان الشهية العصبي على عينة مكونة من (150) أنثى مراهقة، تراوحت أعمارهن بين (17-19)، وأسفرت نتائج الدراسة عن التالي :

. وجود علاقة موجبة جوهريّة بين عدم الرضا عن صورة الجسم وكل من القلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات.

. تزداد درجة فقدان الشهية العصبية بفعل التأثير المشترك لكل من عدم الرضا عن وصورة الجسم والقلق الاجتماعي لدى الإناث المراهقات.

. وجود فروق جوهريّة بين الإناث ذوات الدرجات المنخفضة وذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي في متغيري الاكتئاب لدى الآباء والعصابية لدى الأمهات في جانب الإناث ذوات الدرجات المرتفعة على مقياس فقدان الشهية العصبي .

2. دراسات تناولت صورة الجسم والاكتئاب:

استهدفت دراسة (الشقيرات، 2012) التعرف على الفروق الجنسية والعلاقة بين تقدير الجسم والاكتئاب والمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات عند طلبة الجامعة وتكونت عينة الدراسة من (487) من طلبة الجامعة (159 ذكراً و 337 أنثى)، واستخدمت الباحثة أربعة مقاييس لقياس تقدير الجسم والاكتئاب والمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات. وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في تقدير الجسم وتقدير الذات، إلا أن درجات الإناث في مقياس الاكتئاب و المخاوف الاجتماعية كانت أعلى من درجات الذكور وبدلالة إحصائية، كذلك أشارت النتائج إلى وجود ارتباط دال إحصائياً دال بين تقدير الجسم وكل من الاكتئاب وتقدير الذات وكان الارتباط ضعيفاً عند الإناث، كما كان ارتباطاً دالاً إحصائياً بين تقدير الذات وكل من المخاوف الاجتماعية والاكتئاب حيث أظهر الذكور معامل ارتباط أكبر، وأخيراً أشارت النتائج إلى وجود ارتباط دال إحصائياً بين الاكتئاب وتقدير الجسم عند الجنسين حيث أظهرت الإناث معامل ارتباط أكبر .

و جاءت دراسة جولدفيلد وآخرون (Goldfield,et.al,2010) بعنوان : " حالة الرضا عن الجسم، ضبط النفس غذائياً، الاكتئاب وحالة الوزن عند المراهقين " لتتناول العلاقة بين الوزن وصورة الجسم، سلوك الأكل، وأعراض الاكتئاب عند الشباب، وتكونت عينة الدراسة من (1590) كان منهم (683) ذكور، و (907) إناث، وقد تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع المعلومات، وتم تعبئة عدد (1491) استبانته بشكل كامل مما يجعل معدل الاستجابة (94%)، وقد تم الإجابة عن هذه الاستبيانات من قبل الشباب في الصفوف خلال (50 إلى 75 دقيقة) مع أخذ الوزن والطول ثم وضعت هذه الاستبيانات في مغلف، و وضعت في صندوق في الجزء الأمامي من الصفوف الدراسية لضمان سرية الردود، وتعد هذه الدراسة جزءاً من دراسة كبيرة تقوم على دراسة سلوك الأكل وأنماط الحياة في سن المراهقة، وقد طبقت هذه الدراسة على مدرسة إعدادية وثانوية في مدينة أوتاوا والمناطق المحيطة بها، وتم اختيار الطلاب المتحدثين باللغة الانجليزية من الذكور

والإناث في المراحل من الصف السابع إلى الصف الثاني عشر، وقد جمعت البيانات بين شهر نوفمبر ومايو (2008)، وتوصلت النتائج إلى ظهور صلة واضحة بين صورة الجسم والوزن، وقد سجل الشباب الذين يعانون من السمنة المفرطة درجة أعلى من عدم الرضا عن الشباب الأقل سمنة، وكذلك بالنسبة للشباب الذين يعانون من الوزن الزائد فقد سجلوا مؤشر عن عدم الرضا بالنسبة للشباب الأقل سمنة بالاعتماد على العمر والجنس، و وجد أيضاً علاقة بين ضبط النفس الغذائية وحالة الوزن، وسجل الشباب ذوي السمنة المفرطة درجات أعلى من الاكتئاب وعدم الرضا عن الذات مقارنة بالشباب الأقل سمنة أو ذوي السمنة الطبيعية.

أما دراسة جافين وسيمين ولدمان (Gavin, Simon & Ludman, 2010) والتي كانت بعنوان "العلاقة بين السمنة والكآبة والتحصيل العلمي لدى النساء وعدم الرضا عن الجسم كدور وسيط". هدفت إلى تحري دور الوساطة في عدم الرضا عن الجسم BID والعلاقة بين السمنة والاكتئاب واختلاف هذه العلاقة على أساس سنوات التعليم لدى عينة سكانية للسيدات من عمر (40 - 65 سنة). تم استخدام سلسلة من عينة لنماذج الانحدار اللوجستي لتقدير الارتباط بين السمنة والاكتئاب على مستويات مختلفة حسب المستوى التعليمي، تم الحصول على البيانات عن طريق اتصال هاتفي منظم لـ 4543 سيدة مسجلة في الخطة الصحية، ويشمل ذلك التقرير الذاتي للطول والوزن، واستبيان تقييم صحة المريض من الاكتئاب، ومقياس لصورة الجسم، واتضح من النتائج أن الأشخاص الذين قضوا 16 عاماً في التعليم والأشخاص الذين زادت دراستهم عن 16 عام لهم نفس النتائج حيث ارتبط الاكتئاب بزيادة الوزن ويتضح أن هناك علاقة بين السمنة والاكتئاب بغض النظر عن المرحلة التعليمية.

وقامت (عبد النبي، 2008) بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وكل من تقدير الذات والشعور بالاكتئاب، ومعرفة ما إذا كان هناك فروق بين الجنسين (ذكور وإناث) في صورة الجسم وتقدير الذات والشعور بالاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (287) طالب وطالبة بالفرقة الثالثة والرابعة (تعليم عام وأساسي) بكلية التربية ببنها، ومتوسط أعمار عينة الذكور والإناث (19.58)، وتم تطبيق مقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات ومقياس الاكتئاب، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وتقدير الذات، وعن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين صورة الجسم والاكتئاب وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى صورة الجسم، و وجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات لصالح الإناث، و وجود فروق في مستوى الاكتئاب لصالح الإناث.

وأجرى هاملتون (Hamilton, 2008) دراسة بعنوان: "العلاقة بين صورة الجسم المتوقعة والاكتئاب، كيف ترى الفتيات الجامعيات أنفسهن وكيفية تأثرهن بالاكتئاب". هدفت لاختبار العلاقة بين صورة الجسم والاكتئاب لدى الفتيات الحضريرات في كليات كثيرة، وقد توقع الباحث أن تكون هناك علاقة مرتبطة بين صورة الجسم المنخفضة والاكتئاب، كما أن هذه الدراسة تسعى إلى توسيع البحث إلى نطاق أوسع، حيث يأمل الباحثون إلى مساعدة السيدات أنفسهن بالنظر إلى صورة الجسم بطريقة ايجابية قبل أن يبدؤوا باتخاذ تدابير للوصول إلى مثالية دقيقة، كانت العينة عبارة عن (25 سيدة) وكن منخرطات في دورة نفسية تمهيدية في كلية المناطق الحضرية (12) سيدة حضرت الدورة الأولى و (13) سيدة التحقت بالدورة الثانية، كان حجم العينة صغير بسبب انخفاض نسبة المتطوعين. وتم استخدام استبيان علاقة الجسم متعدد الأبعاد لقياس النظرة إلى صورة الجسم و مقياس الاكتئاب لبيك لقياس وجود أعراض الاكتئاب بين المشاركين، وأظهرت النتائج أنه لم يكن هناك علاقة كبيرة بين النظرة إلى صورة الجسم والاكتئاب كما انه لم توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لعينة البحث على مقياس صورة الجسم ومقياس الاكتئاب. ولم تدعم النتائج الفرضيات المعطاة، ومع ذلك كان هناك علاقات كبيرة تشير إلى أن استنباه صورة الجسم بها ما يتعلق بالاكتئاب.

واستهدفت دراسة (صمويل، 2006) معرفة نسبة انتشار اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طلاب جامعة أسيوط" وما هي الفروق بين الجنسين في معدل انتشار اضطراب صورة الجسم وما العلاقة بين اضطراب صورة الجسم والاكتئاب وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (242) طالبة وطالبة، استخدم الباحث مقياس للاكتئاب قامت بتصميمه وبناء مقياس مركز الضبط ومقياس تقدير الذات وبناء مقياس اضطراب صورة الجسم، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية حيث أن نسبة انتشار اضطراب صورة الجسم بين عينة الدراسة 11-27% ولا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة الذكور والإناث على مقياس اضطراب صورة الجسم، ووجود علاقة موجبة دالة بين اضطراب صورة الجسم ومقياس الاكتئاب.

وأجرى (ابراهيم والنيال، 1994) دراسة بعنوان " صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية . دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر " . هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين صورة الجسم وبعض المتغيرات النفسية: مفهوم الذات، فقدان الشهية العصبي، الاكتئاب، لدى ثلاث عينات من طالبات الجامعة واللاتي حصلن على درجات مرتفعة، متوسطة، منخفضة على مقياس صورة الجسم لدى الإناث، وتكونت العينة من (119) طالب من طالبات جامعة قطر، وكان متوسط أعمار العينة (20-40) قسمت إلى ثلاث مجموعات، المجموعة

الأولى (ن=14)، ومثلت عينة الإناث ذوات الدرجة المرتفعة على مقياس صورة الجسم، والمجموعة الثانية (ن=42) ومثلت عينة الإناث ذوات الدرجة المتوسطة، والمجموعة الثالثة (ن=36) ومثلت عينة الإناث ذوات الدرجة المنخفضة، واستخدم الباحثان مقياس صورة الجسم للإناث من إعدادهما، واختبار تينس لمفهوم الذات من إعداد وليم فيتس وترجمه وقننه صفوت فرج وسهير كامل، ومقياس فقدان الشهية العصبية من إعداد الباحثان ومقياس الاكتئاب من إعداد الباحثان، وتوصلت النتائج إلى أن الطالبات القطريات من ذوات صورة الجسم المرتفع أكثر تقديراً لذواتهن، فضلاً عن شعورهن بمدى كفاءتهن، وكن أكثر تفاؤلاً اجتماعياً مقارنة بنظيرتهن اللاتي حصلن على درجات متوسطة على مقياس صورة القلق، وجدير بالذكر بأنه وجد أن الفرق في متغير فقدان الشهية كان لصالح الطالبات ذوات الدرجة المرتفعة على مقياس صورة الجسم، وهذا طبيعي فالإناث المهتمات بصورة الجسم المثلى، يملن إلى الحفاظ على أوزانهن بطريقة أو بأخرى، حتى لو امتنعت عن الطعام للوصول لأفضل صورة، ونجد أن المجموعة التي حصلت على مستوى عال ومتوسط على درجات مقياس الجسم كن أكثر ايجابية واقتناعاً بالذات الجسمية مقارنة بذوات الصورة المنخفضة للجسم، وقد سجلت الإناث ذوات التقدير المنخفض لصورة الجسم درجات اكتئاب أعلى من نظيرتهن في المجموعتين العالية والمتوسطة، كما أن بعضهن يعاني من الشهية المفرطة. كما وجد أن الاكتئاب قد يكون سمة متأصلة في صورة الجسم التي تتسم بالتشويش أو الانخفاض.

3. دراسات تناولت صورة الجسم والخجل:

قامت فريرا وآخرون (Ferreirae,et,al,2013) بدراسة هدفت لمعرفة مدى التسامح والتعاطف مع الذات في مواجهة الخجل (الشعور بالعار من شكل الجسم) وعدم الرضا عن صورة الجسم، وأجريت الدراسة على (102) من الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل، و(123) من عامة السكان من الإناث، وكان متوسط أعمار عينة البحث (23.62)، وتوصلت النتائج إلى أن التسامح مع النفس ارتبط سلبياً مع الخجل، كما وجد أن كلا المجموعتين تعاني من شعور بالخجل من أجسامهن، كما أنهن غير راضيات عن صور أجسامهن، إلا أن عينة من يعانين من اضطرابات الأكل كن يعانين من انخفاض في تقدير الجسم بشكل أكبر من عينة عوام السكان، كما أظهرت الدراسة أن الشعور بالخجل من الشكل الخارجي لا يؤدي بالضرورة إلى المشاركة في إتباع نظام غذائي.

واستهدفت دراسة مونرو وآخرون (Monro, al, et, 2005) معرفة مدى تأثير الإعلام على الصورة المثالية لأجسام النساء الشابات ومدى شعورهن بالخل من أجسامهن، ونسبة ظهور القلق لديهن، وتحديد ما إذا كانت هذه الآثار تعتمد على نوع الإعلان . أجريت الدراسة على عينة قدرها (39) طالبة جامعية، ضمت الادوات (24) مجلة إعلانات (12) منها لها علاقة بالجسم ومنتجاته، والـ (12) الأخرى ليس لها علاقة بالجسم، وتم عرضها على أفراد العينة على التوالي بحيث يرين واحدة من المجلات الخاصة بالجسم تليها مجلة ليسه لها علاقة بالجسم وهكذا حتى إنهاء الـ 24 مجلة، وتم تسجيل النتائج التي أظهرت : زيادة ظهور القلق عندما تم عرض إعلانات تحوي صور أجسام مثالية، كما ظهرت مستويات عالية من عدم الرضا عن الجسم، وزيادة الشعور بالخل من أجسامهن بعد تعرضهن للصور المثالية. وهذا يؤكد لنا بأن وسائل الإعلام تؤثر سلباً على صورة الجسم لدى الشابات وتشعرهن بالتوتر والقلق وحتى الخل من أجسامهن وعدم الثقة بأنفسهن.

كما وقام (فايد، 2004) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وكل من صورة الجسم ومفهوم الذات والوقوف على مدى تفاعل الرهاب الاجتماعي المرتفع مع صورة الجسم السلبية وما له من دلالة في انخفاض درجة مفهوم الذات الايجابي لدى طالبات الجامعة، تكونت عينة الدراسة الأساسية من (312) طالبة من المقيدات بالفرقتين الأولى والثانية وتم اختيارها بطريقة العينة العشوائية الطبقية وتراوحت أعمارهم بين (17 - 19) واستخدم الباحث مقياس الرهاب الاجتماعي من تصميم الباحث ومقياس صورة الجسم إعداد (علاء الكفافي ومايسة النبال، 1996) واختبار يتنس لمفهوم الذات، وكانت النتيجة بأن علاقة الرهاب الاجتماعي بكل من الذات الشخصية والذات الجسمية تتأثر كثيراً بوجود أو عدم وجود صورة الجسم و وجود ارتباط سلبي بين الرهاب الاجتماعي وصورة الجسم الايجابية الذي أعزاه الباحث إلى عدم الرضا عن شكل و وزن الجسم فضلاً عن أن صورتهم عن أجسامهن تتسم بالتشويه والاضطراب مما يميظ اللثام عن أن القلق الاجتماعي قد يكون سمة نفسية اجتماعية متأصلة في صورة الجسم التي تتسم بالتشويه أو الاختلال.

4. دراسات تناولت صورة الجسم وأكثر من متغير من متغيرات الدراسة:

أجرى هوغز وجولون (Hughes and Gullone, 2011) دراسة بعنوان "العلاقات العاطفية المعتدلة المنتظمة بين مخاوف صورة الجسم والأعراض النفسية :". هدفت للتحقق من دور الاعتدال في العواطف المنتظمة في العلاقات بين مخاوف صورة الجسم والأعراض النفسية، وتكون مجتمع العينة من 533 من الفتيان والفتيات أعمارهم بين (11-20) سنة، أكملوا تقييم

قياس المشاعر والأفكار لصورة الجسم واستراتيجيات مجال معين وعام لتنظيم المشاعر، الاكتئاب، وأعراض القلق، وأشارت النتائج إلى أن العواطف المنتظمة لها علاقات معتدلة بين مخاوف صورة الجسم و أعراض الاكتئاب، ولكن ليس هناك علاقة بين مخاوف صورة الجسم وأعراض القلق. علاوة على ذلك المراهقون الذين ذكروا أن لديهم مخاوف منتظمة لصورة الجسم يكون لديهم أعلى مراحل أعراض الاكتئاب

واستهدفت دراسة قام بها كل من اويكين و يلديز وساهن وغور(2011) تحري الاكتئاب والقلق لدى المرضى ذوي البدانة المفرطة . تشير البيانات الوبائية إلى وجود ارتباط بين البدانة والاكتئاب، ونجد أن عدداً من الدراسات وصل إلى انتشار الأعراض النفسية لدى المرضى البدينين دون تشخيص هذه الأمراض النفسية. لذا كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد التشخيص النفسي في المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة، والذين تقدموا بطلبات إلى قسم الغدد الصماء، ولتحديد نمط الاكتئاب ومستويات أعراض القلق عند المرضى ذوي السمنة المفرطة، تم تطبيق البحث على (62) مريض بالسمنة المفرطة (مجموعة السمنة المفرطة) و (27 شخص) (مجموعة ضابطة)، الذين حضروا إلى العيادة الخارجية للغدد الصماء تم حساب كتلة الجسم واجري تقييم للتشخيص النفسي على جميع المرضى، وتم تقييم جميع المشتركين باستخدام مقياس تقييم الاكتئاب لهملتون HAM-D ومقياس تقييم القلق لهملتون HAM-A، وقد تم الحصول على درجات عالية لكلاً من مقياس تقييم القلق والاكتئاب، وكانت ذات دلالة قوية في (مجموعة السمنة) أكثر منها في المجموعة الضابطة. وقد كان أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين المرضى البدينين هو الاكتئاب، كما اتضح من النتائج أن أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة وجد لديهم احد أعراض الاكتئاب على الأقل والتي تراوحت من مزاج مكتئب، شعور بالذنب، قلق جسدي، فقدان النشاط في العمل) وكذلك الأمر ينطبق على القلق وجد أن أكثر من نصف مرضى السمنة يعانون من واحد على الأقل من أعراض القلق والتي تصف المزاج بالقلق، الأرق، التوتر، الصعوبات المعرفية، المزاج المكتئب، القلق الجسدي، الأعراض القلبية الوعائية، الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والأعراض اللاإرادية.

وجاءت دراسة (عباس وشويخ، 2009) بعنوان : " صورة الجسم والشخصية البينية (الحدية) وعلاقتها ببعض الاضطرابات السيكوماتية لدى طلاب الجامعة " و هدفت لمحاولة الكشف عن علاقة صورة الجسم ونمط الشخصية الحدية ببعض الاضطرابات السيكوماتية مثل اضطراب القلب والأوعية الدموية واضطراب الجهاز الهضمي واضطراب الجهاز العصبي واضطراب التعب واضطراب الاكتئاب واضطراب القلق لدى طلاب الجامعة، كما هدفت لمعرفة

دور كل من صورة الجسم والشخصية البيئية كمنبئات لأنماط الاضطرابات السيكوماتية، وتكونت العينة من (200 طالب وطالبة) بجامعة الوادي (100 ذكور، 100 إناث) بالفرقة الرابعة والأعمار تقع بين (18-24) وقد استخدم الباحثان مقياس صورة الجسم ومقياس الشخصية البيئية من إعداد الباحثين وقائمة كورتول واستمارة بيانات الحالة وتوصلت النتائج إلى أن التقييم السلبي لصورة الجسم يرتبط بشكل ايجابي بزيادة اضطراب القلق و بالأعراض الاكتئابية.

وسعت دراسة تحت وآخرون (Hathat,et.al., 2009) و التي جاءت بعنوان "عدم الرضا عن صورة الجسم وعلاقتها بالطب النفسي، اعتقادات الأكل واحترام الذات لدى الإناث المصريات المراهقات " لتحديد مدى انتشار عدم الرضا عن صورة الجسم في الحالات الخطيرة الغير سريرييه ضمن الفتيات في المرحلة الثانوية واضطراب الطعام، ودراسة العلاقات مع الأعراض النفسية، اضطرابات العادات الغذائية، واحترام الذات) وتكونت عينة البحث من (417) من الإناث المراهقات المصريات واللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-18 سنة وتضمنت أدوات البحث الأدوات التالية :

- المسح الاجتماعي SOCIAL DEMOGRAPHIC.

- استبيان اضطراب المعتقدات الغذائية EDBQ.

- استبيان تشوه صورة الجسم BIDQ.

- قائمة فحص الأعراض R-95 SCL-90-R.

- ومقياس تقدير الذات SES.

وكانت النتائج متسقة جزئياً مع ما ورد في الدول الغربية، حيث أظهرت العينة استياءً كبيراً و عدم الرضا عن شكل الجسم، وقد وجد أن (28.8%) لديهم استياء اقل من صورة الجسم، و (31.7%) كان الرضا متوسط، و (39.4%) كان لديهم رضا عالي. وأظهرت النتائج أن الفتيات المراهقات صاحبات الرضا المنخفض عن صورة الجسم مستويات عالية من الاكتئاب والقلق، وأظهرت الدراسة ارتباط عدم الرضا عن صورة الجسم مع اضطراب المعتقدات السلبية للأكل، مع تدني احترام الذات، وقد كان انتشار الاستياء وعدم الرضا بين المراهقات في جمهورية مصر الحضرية مدهش، وينبغي على الأبحاث النفسية أن تكون أكثر قلقاً بشأن قضايا صورة الجسم المتزامنة مع الاعتلال النفسي .

واستهدفت (الزائدي، 2006) دراسة : " صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية (القلق . الاكتئاب . الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية داخل مدينة الطائف . للتعرف على الفروق بين عينات الدراسة في صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية (القلق . الاكتئاب . الخجل) ومحاولة التعرف على العلاقة بين صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية سابقة الذكر بين عینتي الدراسة، حيث تكونت العينة من (300 طالب) و(300 طالبة) من طلاب المرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية في مدينة الطائف واستخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم . إعداد الكفاي والنيال ومقياس القلق من إعداد عبد الخالق ومقياس الاكتئاب من إعداد غريب ومقياس الخجل الاجتماعي من إعداد أبو زيد والنيال وقامت باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار T- test ومعامل ارتباط بيرسون كأساليب إحصائية وتوصلت الباحثة إلى وجود فروق بين المراهقين والمراهقات في صورة الجسم حيث كان المراهقين أكثر رضا عن صورة أجسامهم كما تبين وجود فروق في درجة القلق والاكتئاب الخجل لصالح المراهقات.

وأجرى (الدسوقي، 2003) دراسة بعنوان " فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة " وهدفت للتحقق من فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين إدراك صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة اللاتي يعانين من هذا الاضطراب، واستخدم الباحث برنامج علاجي معرفي سلوكي يتضمن مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية للتقليل من حدة الاضطراب، وكانت عينة الدراسة عبارة عن مجموعتين مجموعة ضابطة والأخرى تجريبية، وقوام كل منها (15) طالبة، تم اختيارهم بناءً على إجراء اختبارات مثل اختبار شكل الجسم، ومقياس بيك للاكتئاب وإجراء مقابلات والتأكد من تجانس المجموعتين في العمر والوزن، وتم اختيار العينة في مستوى المتوسط، واستخدم الباحث في دراسته عدة أدوات وهي : مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي المطور للأسرة ومقياس اضطراب صورة الجسم، ومقياس القلق الاجتماعي ومقياس بيك للاكتئاب، واستخدم برنامج علاج معرفي سلوكي تم تطبيقه على (13) جلسة علاجية، زمن كل جلسة ساعتان والجلسة مرة واحدة أسبوعياً، كما قام بمتابعة الحالات لمدة (3) شهور، بعد التطبيق للتأكد من نجاعة العلاج، وكانت من نتائج البحث: ارتفع مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما أن مستوى الرضا عن صورة الجسم ارتفع لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى الرضا عن صورة الجسم، مما يؤكد فاعلية البرنامج في زيادة

الرضا عن صورة الجسم لديهم. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في كل من القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي.

أما دراسة ماتوس وآخرون (Matos,et.al.,2002) فتناولت "اضطرابات الشراهة عند تناول الطعام، القلق، الاكتئاب وصورة الجسم لدى الأشخاص المصابين بالسمنة المفرطة في ثلاث مستويات". وكان الهدف من الدراسة هو تقييم وتيرة اضطراب الشراهة عند تناول الطعام BED أو الشراهة عند تناول الطعام بنهم BINGE، القلق، الاكتئاب، اضطرابات صورة الجسم، لدى المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة سعياً لوجود علاج للسمنة، وقامت عينة البحث على (شخص) (40 إناث و 10 ذكور) ومؤشر كتلة الجسم BMI بين 40 و 81.7 كجم بمتوسط (52.2 كجم + - 9.2) و تراوحت الأعمار من (18- 56) وتم استخدام الاستبيان كأداة للبحث وكان الاستبيان عن الأكل وأنماط والوزن منقح (QEWP-R لتقييم اضطراب الشراهة عن تناول الطعام أو الشراهة في تناول الطعام بنهم، ومقياس للقلق وآخر لأعراض الاكتئاب و استبيان لشكل الجسم، وكانت النتائج على النحو التالي: (36 %) يعانون من اضطراب الشراهة عن تناول الطعام، و (45 %) يعانون من الشراهة في تناول الطعام بنهم، وكانت نسبة الاكتئاب (100 %)، بينما من يعانون من الأعراض الحادة وصلت نسبتهم إلى (84 %) وكانت نسبة القلق كسمة (70 %) وكحالة (76 %) وأظهر (45 %) من أفراد العينة عدم ارتياحهم من شكل أجسامهم .

كما وهدفت دراسة (النيل وإبراهيم، 1994) إلى التعرف على مدى العلاقة بين الشهية المفرطة وبعض الاضطرابات والعصابية (الاكتئاب . القلق . الوسواس) واشتملت عينة الدراسة على (110) طالبة من طالبات جامعة قطر واستخدم الباحثان مقياس الشهية المفرطة من إعداد الباحثين ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس سمة القلق لسبيلبرجر وزملائه، وقائمة الوسواس القهرية إعداد أحمد عبد الخالق. واستخدم الباحثان التحليل العاملي ومعاملات الارتباط كأساليب إحصائية، وأسفرت النتائج عن أن الطالبات ذوات الشهية المفرطة أكثر اكتئاباً وقلقاً .

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة فقد تبين مدى ثراءها، حيث تناولت جميعها صورة الجسم، وإن اختلف بعضها في العينة والأهداف، وسيتم التعليق على الدراسات السابقة من حيث :

من حيث الهدف:

تعددت أهداف هذه الدراسات وذلك من خلال دراسة صورة الجسم في فئات عمرية مختلفة، فنجد بعضا سلط الضوء على نوعية الحياة والتوافق الزوجي لمستأصلات الرحم كدراسة (جاد، 2011) و(كردي، 2010)، والبعض هدف للتعرف على صورة الجسم وأثرها على التفاعل الزوجي كدراسة (خطاب، 2011).

و وضع البعض برامج لتحسين صورة الجسم لدى عينات مختلفة مثل دراسة(خوجة، 2011) و(المغازي، 2002) و(الدسوقي، 2003) و(شقيير، 2009) كما تناول بعضها المعاقين بصرياً مثل (الأشرم، 2008) و(المغاري، 2002)، ومع هذا نجد أن معظم الدراسات اتفقت على معرفة مدى الرضا عن صورة الجسم كدراسة(فايد، 2006) و(بريسمان، 2004) و(الغباشي والشويخ، 2011) و(الزائدي، 2006). وجاءت دراسات لمعرفة مستوى القلق كما في دراسة (ملحم، 2012) ودراسة(شقيير، 2009) ودراسة (القاضي، 2008) ودراسة (فايد، 2004) . وهدفت بعض الدراسات للتعرف على مستوى الاكتئاب إلى جانب صورة الجسم كدراسة (الشقييرات، 2012) و(عبد النبي، 2008) و(هاملتون، 2008) و(صمويل، 2006) وهدفت أخرى للتعرف على مستوى الخجل مثل دراسة (فريرا وآخرون، 2013) و(مونرو وآخرون، 2005) و(فايد، 2004).

من حيث العينة:

تناولت هذه الدراسة بشكل محدد فئة النساء المتزوجات البدينات واللاتي تكون لديهن كتلة الجسم تساوي أو أكبر من (30 كجم/م)، وتتراوح أعمار العينة من (25- 50) ولم تتطرق كثير من الدراسات لهذه الشريحة العمرية على حد علم الباحثة في المجتمع العربي، لكن الدراسات السابقة تناولت في معظمها شريحة طلبة الجامعة كدراسة (فايد، 2004) و(صمويل، 2006) و(عبد النبي، 2010) و(شقييرات، 2012) و(شاهين ومنيب، 2003) و(الدسوقي، 2003) و(الوبيرا وريوس، 2001) و(هاملتون، 2008) والبعض الآخر اهتم بشريحة المراهقين كدراسة (خوجة، 2011) و(الأشرم، 2008) و(فايد، 2006) و(ملحم، 2012) و(جولديفيد، 2010).

من حيث الأدوات والمقاييس:

اتجهت غالبية الدراسات السابقة إلى استخدام المقاييس والاستبيانات كأدوات للدراسة، وقد أعدت الباحثة الأدوات المناسبة والمقننة للإجابة على فروض الدراسة، واستخدمت الباحثة مقياس صورة الجسم ومقياس القلق ومقياس الخجل ومقياس الاكتئاب ومقياس الكفاءة الاجتماعية وجميعها (من إعداد الباحثة).

وقام باحثون في الدراسات السابقة بإعداد أدوات دراستهم بأنفسهم ك (خوجة، 2011) و (الأشرم، 2008) و (فايد، 2006) و (شاهين ومنيب، 2003) و (صمويل، 2006) و (ابراهيم والنيال، 1994). في حين استعان باحثون آخرون بمقاييس وأدوات جاهزة كمقياس صورة الجسم للنيال وشقير مثل: (جاد، 2011) و (خطاب، 2011) و (كردي، 2010) و (المغازي، 2002).

من حيث النتائج:

اختلفت نتائج الدراسات السابقة؛ وذلك لتنوع الفرضيات من جهة، وتنوع الأهداف من جهة أخرى، وتوصلت أغلب نتائج الدراسات السابقة إلى تأثير العينة بصورة الجسم.

ما تم استفادته من الدراسات السابقة:

بعد اطلاع الباحثة على أدبيات الدراسة والبحث العلمي، لم تجد أي دراسة باللغة العربية لعينة الزوجات ذوات الوزن الزائد، مع العلم أن بعض الدراسات تطرقت إلى بعض المتغيرات المطلوبة للدراسة الحالية على النساء بشكل عام، وإطلاعها على الدراسات الأجنبية تطرقت بعض الدراسات إلى تلك العينة، وتحدثت على الضغوط التي تواجهها المرأة البدنية. كما استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إعداد أدوات الدراسة وتفسير النتائج.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

ما يميز هذه الدراسة خصوصية العينة التي تتناولها الباحثة، حيث تناولت الدراسة المرأة الفلسطينية المتزوجة (البدنية)، والعالم أجمع يعي ما عانته وما زالت تعانيه المرأة الفلسطينية، ومن هنا جاءت فكرة الدراسة لتضع الباحثة يدها على نقطة لم تبحث من قبل، المرأة البدنية في غزة ما حالها هل تشبه نساء الوطن العربي بالاهتمام بالشكل والوزن، هل يؤرقها هذا الأمر ويؤدي إلى قلقها واكتئابها، أم أن ما مر عليها من حروب وحصار وقتل جعلها تختلف عن غيرها.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- صدق أدوات الدراسة.
- ثبات أدوات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة (الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميّاً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة. (ملحم، 2000: 324).

وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي باعتباره أنسب المناهج لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها، كما وأنه يعد من أكثر المناهج استخداماً في دراسة الظواهر الاجتماعية والإنسانية.

كما عرف المنهج الوصفي التحليلي: بأنه طريقة في البحث تتناول أحداثاً وظواهر وممارسات موجودة، متاحة للدراسة والقياس كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها، ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها. (الأغا والأستاذ، 1999: 83)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من النساء المتزوجات والبدينات في قطاع غزة. شريطة أن تكون كتلة الجسم لديهن أكبر أو تساوي (30) حيث أن هذه الشريحة هي التي تمثل البدانة أما ما دون ذلك فيعد زيادة في الوزن.

عينة الدراسة:

وتكونت عينة الدراسة من قسمين:

أ. العينة الاستطلاعية:

حيث قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها (38) امرأة متزوجة وبدينة، تم اختيارهن بطريقة عشوائية للتأكد من صدق الأدوات وثباتها وتقنين فقراتها.

ب. العينة الفعلية:

وهي عينة عشوائية بسيطة طبقت عليها أدوات الدراسة بعد إجراء الصدق والثبات اشتملت على (162) امرأة من مجتمع الدراسة.

والجداول التالية توضح توزيع أفراد عينة الدراسة:

وصف العينة:

سنوات الزواج لأفراد العينة:

تبين من خلال النتائج بان 34% من النساء البدينات تراوحت عدد سنوات زواجهن 1-5 سنة، بينما 17.9% تراوحت سنوات زواجهن بين 6 - 10 سنة، و 48.1% تراوحت سنوات زواجهن 11 سنة فما فوق، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (1)

يوضح عدد سنوات الزواج لدى أفراد العينة

النسبة المئوية %	العدد	الزواج
34.0	55	سنوات 1-5
17.9	29	سنوات 6-10
48.1	78	11 فما فوق
100.0	162	المجموع

الفئات العمرية لأفراد العينة:

تبين من خلال النتائج بان 34.6% من النساء البدينات تراوحت أعمارهن بين (20-29) سنة، و 40.7% تراوحت أعمارهن بين (40.7%)، و 24.7% تراوحت سنوات زواجهن بين (40-49) سنة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (2)

يوضح الفئات العمرية لأفراد العينة

النسبة المئوية %	العدد	العمر
34.6	56	20-29
40.7	66	30-39
24.7	40	40-49
100.0	162	المجموع

مدى وجود أطفال للنساء البدينات في العينة:

تبين من خلال النتائج بان الغالبية العظمى من النساء البدينات لديهن أطفال ونسبة 85.8%، بينما 14.2% لا يوجد لديهن أطفال، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (3)

يوضح مدى وجود أطفال لدى النساء في العينة

النسبة المئوية %	العدد	أطفال
85.8	139	نعم
14.2	23	لا
100.0	162	المجموع

عدد الأطفال لأفراد العينة:

تبين من خلال النتائج بان 35.3% من النساء البدينات تراوح عدد أطفالهن 1-3 طفل، و 45.3% من النساء البدينات لديهن أطفال بعدد 4-6 سنة، و 19.4% لديهن أطفال 7 أطفال فما فوق، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (4)
يوضح عدد الأطفال في العينة

النسبة المئوية %	العدد	العدد
35.3	49	1-3
45.3	63	4-6
19.4	27	7 فما فوق
100.0	139	Total

• إحصاءات وصفية عن أبعاد الجسم:

أظهرت النتائج إلى أن متوسط الكتلة للنساء البدنيات بلغ 35.4 وبانحراف معياري 5.1، في حين بلغ متوسط الطول للنساء البدنيات 158.4 وبانحراف معياري 13.0، بينما بلغ متوسط الوزن لدى النساء البدنيات بلغ 89.6 وبانحراف معياري 13.5، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5)
إحصاءات وصفية حول أبعاد الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة

الانحراف المعياري	المتوسط	القيمة القصوى	القيمة الصغرى	أبعاد الجسم
5.1	35.4	53.0	30.0	الكتلة
13.0	158.4	187.0	100.0	الطول
13.5	89.6	145.0	61.0	الوزن

مدى عمل النساء البدنيات في العينة:

تبين من خلال النتائج بان الغالبية العظمى من النساء البدنيات لا يعملن وبنسبة 74.7%، بينما 25.3% يعملن، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (6)
يوضح مدى عمل النساء البدنيات في العينة

النسبة المئوية %	العدد	العمل
25.3	41	اعمل
74.7	121	لا اعمل
100.0	162	المجموع

المؤهل العلمي للنساء البدينات في العينة:

تبين من خلال النتائج بان 48.1% من النساء البدينات حاصلات على شهادة الثانوية العامة فأقل، بينما 13.6% حاصلات على شهادة الدبلوم، و 30.9% حاصلات على شهادة البكالوريوس، و 7.4% حاصلات على شهادة الدراسات العليا، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (7)

يوضح المؤهل العلمي لأفراد العينة

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل
48.1	78	ثانوية عامة فأقل
13.6	22	دبلوم
30.9	50	بكالوريوس
7.4	12	دراسات عليا
100.0	162	المجموع

أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة خمسة مقاييس نفسية تخدم أهداف وفرضيات الدراسة،

هي:

مقياس صورة الجسم إعداد الباحثة

مقياس القلق إعداد الباحثة

مقياس الاكتئاب إعداد الباحثة

مقياس الخجل إعداد الباحثة

مقياس الكفاءة الاجتماعية إعداد الباحثة

وستتطرق الباحثة لكل أداة على حده، من خلال التالي:

أولاً: مقياس صورة الجسم:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين في المجال النفسي والتربوي عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع

غير الرسمي قامت الباحثة بإعداد مقياس صورة الجسم للتعرف على صورة الجسم لدى النساء البدنيات والتعرف على مدى علاقة صورة الجسم بمتغيرات الدراسة.

وقد تكون المقياس في صورتها النهائية من (23) فقرة ملحق رقم (3)

خطوات بناء المقياس:

أولاً: قامت الباحثة بالاطلاع على مقاييس تناولت موضوع صورة الجسم، وقامت بإعداد مقياس صورة الجسم بالرغم من وفرة المقاييس، وتعزى الباحثة ذلك إلى عدم تمكنها من الحصول على مقاييس لصورة الجسم مقننة على البيئة الفلسطينية وبالإضافة إلى عدم ملائمة بعض المحاور وعبارات المقاييس المتاحة في هذا المجال، وذلك لخصوصية العينة المختارة.

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

صورة الجسم إعداد زينب شقير (2005)

صورة الجسم إعداد كفاي والنيال (1996)

ثانياً: قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة.

ثالثاً: تم صياغة فقرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسلبية وتكون المقياس من (41) فقرة في مجالات مختلفة. وتم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل بجامعات القطاع حيث بلغ عددهم (7 محكمين)، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم. وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، كذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات، تم صياغة المقياس بصياغته الثانية لتصبح فقرات المقياس (29) فقرة، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات وحذف بعض الفقرات أصبحت فقرات المقياس (23) فقرة وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

تصحيح المقياس:

قامت الباحثة باستخدام مقياساً خماسي الأبعاد حيث تم تقييم صورة الجسم على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) للبدائل (تتطبق بشدة- تتطبق- غير متأكد لا تتطبق -لا تتطبق أبداً) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات على الترتيب (1، 2، 3، 4، 5) في حال كانت العبارات سالبة، وذلك لمعرفة مدى الرضا عن صورة

الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة. وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين الدرجة العظمى (115) والدرجة الدنيا (23).

صدق المقياس:

ويقصد به أن تقيس الأداة ما وضعت لقياسه، وقامت الباحثة بالتأكد من صدقها بالطرق التالية:

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى موضوع الدراسة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ملحق رقم (1).

ثانياً: صدق التحليل العاملي:

قامت الباحثة باستخدام صدق التحليل العاملي للتعرف على العوامل الكامنة في المقياس من خلال استكشاف العوامل المتضمنة في المقياس، وذلك لمعرفة الفقرات المتشعبة على هذه العوامل، حيث تم تطبيق التحليل العاملي على عينة مكونة من (162) فرد من النساء البدنيات في قطاع غزة.

فقد تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي من الدرجة الأولى بطريقة المكونات الأساسية لهوتيلينج Hotelling لأفراد العينة في الدراسة، حيث تم استخدام محك الجذر الكامن واحد ونصف صحيح على الأقل للعوامل التي تم استخراجها، وأعقب ذلك إجراء تدوير متعامد للمحاور بطريقة Varimax، وأعتبر التشبع المقبول للمتغير الذي يبلغ 0.30 على الأقل من أجل مزيد من النقاء والوضوح في المعنى السيكولوجي، وقد أخرج التحليل العاملي ثلاث عوامل فسرت نسبة 47.5% من التباين الكلي، حيث تم حذف فقرة واحدة لعدم تشبعها مع العوامل المستخرجة وهي (21)، وقد قامت الباحثة بقراءة محتويات فقرات كل عامل، وتسمية فقرات العوامل حسب انتمائها لموضوع الفقرات أي ما تحدثت عنه جميع الفقرات، حيث تم تسمية العامل الأول البعد النفسي، والعامل الثاني المظهر العام، والعامل الثالث البعد الاجتماعي، وكانت نتائج التحليل العاملي بعد حذف هذه الفقرة كالتالي:

العامل الأول : البعد النفسي

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 7.2 ونسبة تفسيره من التباين الكلي 32.7% وقد تشبعت بهذا العامل 10 فقرات وهي (2، 3، 4، 8، 9، 10، 11، 12، 22، 23).

العامل الثاني : المظهر العام

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 1.7 ونسبة اسهامه في التباين الكلي 8.0% وقد تشبعت بهذا العامل 7 فقرات وهي (6، 7، 13، 14، 15، 16، 18).

العامل الثالث: البعد الاجتماعي

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 1.5 ونسبة اسهامه في التباين الكلي 6.7% وقد تشبعت بهذا العامل 5 فقرات وهي (1، 5، 17، 19، 20)

جدول رقم (8)

مصفوفة عوامل الدرجة الأولى لبنود مقياس صورة الجسم قبل التدوير وبعد التدوير لأفراد العينة

Total	العوامل بعد التدوير			العوامل قبل التدوير			فقرات المقياس
	3	2	1	3	2	1	
	.45				.41		1
			.59			.69	2
	.48		.42			.59	3
			.66			.62	4
	.56					.45	5
		.73				.51	6
		.57				.71	7
			.63			.68	8
			.62			.51	9
			.47			.68	10
			.69			.69	11
			.49			.71	12
		.56				.73	13
		.68				.70	14
		.73				.50	15
		.60				.65	16
	.44					.39	17
		.64				.56	18
	.67			.58			19
	.61				.39		20
			.68			.59	22
			.42		.42		23
	1.5	1.7	7.2	2.6	3.7	4.08	الجذر الكامن
%47.5	6.7	8	32.7	11.7	17.2	18.5	نسبة التباين %

ثالثاً: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حده والدرجة الكلية لكل بعد على حده، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، وكذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حده، ويتضح ذلك من خلال جدول (9):

جدول رقم (9)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس صورة الجسم والدرجة الكلية للمقياس

العوامل	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد النفسي	0.90	0.01 دالة إحصائياً
المظهر العام	0.86	0.01 دالة إحصائياً
البعد الاجتماعي	0.68	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (9) أن عوامل مقياس صورة الجسم تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.68 - 0.90)، وهذا يدل على أن عوامل المقياس تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن المقياس لديه ثلاثة عوامل، فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل عامل من العوامل الثلاثة والدرجة الكلية لكل عامل على حده، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (10)

معاملات الارتباط بين فقرات العامل الأول (البعد النفسي) والدرجة الكلية للبعد

الفقرات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
2	.675**	0.01 دالة إحصائياً
3	.616**	0.01 دالة إحصائياً
4	.701**	0.01 دالة إحصائياً
8	.692**	0.01 دالة إحصائياً
9	.599**	0.01 دالة إحصائياً
10	.706**	0.01 دالة إحصائياً
11	.733**	0.01 دالة إحصائياً
12	.680**	0.01 دالة إحصائياً
22	.661**	0.01 دالة إحصائياً
23	.413**	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (10) أن فقرات العامل الأول تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.41 - 0.73)، وهذا يدل على أن العامل الأول وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول رقم (11)

معاملات الارتباط بين فقرات العامل الثاني (المظهر العام) والدرجة الكلية للبعد

الفقرات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
6	.674**	0.01 دالة إحصائياً
7	.730**	0.01 دالة إحصائياً
13	.701**	0.01 دالة إحصائياً
14	.765**	0.01 دالة إحصائياً
15	.684**	0.01 دالة إحصائياً
16	.750**	0.01 دالة إحصائياً
18	.694**	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (11) أن فقرات العامل الثاني تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.67 - 0.76)، وهذا يدل على أن العامل الثاني وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول رقم (12)

معاملات الارتباط بين فقرات العامل الثالث (البعد الاجتماعي) والدرجة الكلية للبعد

الفقرات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.50	0.01 دالة إحصائياً
5	0.54	0.01 دالة إحصائياً
17	0.65	0.01 دالة إحصائياً
19	0.62	0.01 دالة إحصائياً
20	0.71	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (12) أن فقرات العامل الثالث تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.50 - 0.71)، وهذا يدل على أن العامل الثالث وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

رابعاً: الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة

الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (13)

يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس صورة الجسم

الفئات	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	9	5.00	45.00	-3.5	دالة 0.001 إحصائياً
مرتفعي الدرجات	9	14.00	126.00		
المجموع	18				

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات في المقياس، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكلية للمقياس، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً: ثبات مقياس صورة الجسم:

بعد تطبيق المقياس وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.88، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات، وبما أن المقياس لديه ثلاثة أبعاد، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للبعد الأول يساوي 0.83، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثاني يساوي 0.83، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثالث يساوي 0.65، وهذا يدل على أن المقياس بعوامله يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (14)

معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لأبعاد مقياس صورة الجسم

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
البعد النفسي	10	0.83
المظهر العام	7	0.83
البعد الاجتماعي	5	0.65
المقياس الكلي	22	0.88

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس "صورة الجسم"، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.74)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.85)، ويدل هذا على أن المقياس لديه درجات ثبات مرتفعة.

جدول رقم (15)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس صورة الجسم

مقياس صورة الجسم	معامل ارتباط بيرسون	بطريقة سبيرمان براون المعدلة
البعد النفسي	0.72	0.83
المظهر العام	0.71	0.83
البعد الاجتماعي	0.53	0.69
المقياس الكلي	0.74	0.85

ثانياً: مقياس القلق:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين في المجال النفسي والتربوي عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة بإعداد مقياس القلق للتعرف نسبة انتشار القلق لدى النساء البدنيات والتعرف على علاقة القلق بصورة الجسم.

و تكون المقياس في صورته النهائية من (24) فقرة ملحق رقم (3)

خطوات بناء المقياس:

أولاً: قامت الباحثة بالاطلاع على مقاييس تناولت موضوع القلق، وقامت بإعداد مقياس القلق بالرغم من وفرة المقاييس، وتعزى الباحثة ذلك إلى عدم ملائمة بعض المحاور وعبارات المقاييس المتاحة في هذا المجال، وذلك لخصوصية العينة المختارة.

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

مقياس القلق لسبيلبرجر ترجمه وأعدّه وقتنه للبيئة العربية عبد الرقيب البحيري (1984)

مقياس القلق إعداد غريب عبد الفتاح (1987)

مقياس القلق للمراهقين مجدي الدسوقي (1998)

ثانياً: قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة.

ثالثاً: تم صياغة t قرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسلبية وتكون المقياس من (50) فقرة في مجالات مختلفة. وتم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل بجامعات القطاع حيث بلغ عددهم (7) محكمين، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم.

وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وكذلك تعديل وصياغة بعض الفقرات، تم صياغة المقياس بصياغته الثانية لتصبح فقرات المقياس (25) فقرة، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات وحذف بعض الفقرات أصبحت فقرات المقياس (24) فقرة وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

تصحيح المقياس:

قامت الباحثة باستخدام ثنائي الأبعاد حيث تم تقييم القلق على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (واحد، صفر) للبدائل (تنطبق - لا تنطبق) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات على الترتيب (صفر، واحد) في حال كانت العبارات سالبة، وذلك لمعرفة نسبة القلق لدى النساء البدينات في قطاع غزة، وعلاقته بصورة الجسم. وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين الدرجة العظمى (24) والدرجة الدنيا (صفر).

صدق المقياس :

ويقصد به أن تقيس الأداة ما وضعت لقياسه، وقامت الباحثة بالتأكد من صدقها بالطرق التالية :

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى موضوع الدراسة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ملحق رقم (1).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (16)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	القلق	مستوى الدلالة
1	.654**	0.01 دالة
2	.661**	0.01 دالة
3	.583**	0.01 دالة
4	.532**	0.01 دالة
5	.543**	0.01 دالة
6	.583**	0.01 دالة
7	.708**	0.01 دالة
8	.357*	0.028 دالة
9	.523**	0.01 دالة
10	.600**	0.01 دالة
11	.541**	0.01 دالة
12	.489**	0.01 دالة
13	.614**	0.01 دالة
14	.594**	0.01 دالة
15	.456**	0.01 دالة
16	.423**	0.01 دالة
17	.562**	0.01 دالة

الفقرة	القلق	مستوى الدلالة
18	.291	0.076 // غير دالة
19	.546**	0.01 دالة
20	.655**	0.01 دالة
21	.502**	0.01 دالة
22	.393*	0.01 دالة
23	.501**	0.01 دالة
24	.727**	0.01 دالة
25	.443**	0.01 دالة

تبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس القلق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.35 - 0.72)، وهذا يدل على أن مقياس صورة القلق وفقراته تتمتع بمعامل صدق عالي. ما عدا الفقرة التالية (18) فهي غير دالة فلذلك يجب حذفها من المقياس.

ثالثاً: الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (17)

يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس القلق

الفئات	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	10	5.50	55.00	-3.9	دالة 0.001 إحصائية
مرتفعي الدرجات	11	16.00	176.00		
المجموع	21				

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائية بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات في المقياس، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكلية للمقياس، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً: ثبات مقياس القلق:

بعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات له بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات بالنسبة للمقياس "القلق"، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.89 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس "القلق"، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.59)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.74)، ويدل هذا على أن المقياس لديه درجات ثبات مرتفعة.

ثالثاً: مقياس الخجل:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين في المجال النفسي والتربوي عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة بإعداد مقياس للخجل وذلك للتعرف على نسبة انتشار الخجل لدى النساء البدنيات والتعرف على علاقة الخجل بصورة الجسم لدى أفراد العينة.

و تكون المقياس في صورته النهائية من (25) فقرة ملحق رقم (3)

خطوات بناء المقياس:

أولاً: بعد استعراض الباحثة للدراسات المتاحة، والمقاييس التي تطرقت إلى موضوع مقياس الخجل، تبين أن هناك قلة في الدراسات العربية عامة، وندرته في البيئة الفلسطينية خاصة، وذلك حسب علم الباحثة، مما حدا بالباحثة لإعداد مقياس للخجل، وتعزى الباحثة ذلك إلى عدم ملائمة المقاييس الموجودة لموضوع وعينة البحث.

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

مقياس الخجل إعداد حسين الدريني (1998)

مقياس الخجل الاجتماعي إعداد عبد الحميد ابو زايد ومايسة النبال (1999)

ثانياً : قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة .

ثالثاً : تم صياغة فقرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسلبية وتكون المقياس من (43) فقرة في مجالات مختلفة. وتم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل بجامعات القطاع حيث بلغ عددهم (7) محكمين، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم.

وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وكذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات، تم صياغة المقياس بصياغته الثانية لتصبح فقرات المقياس (26) فقرة، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات وحذف بعض الفقرات أصبحت فقرات المقياس (25) فقرة وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

تصحيح المقياس:

قامت الباحثة باستخدام ثنائي الأبعاد حيث تم تقييم الخجل على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (واحد، صفر) للبدائل (تتطبق - لا تتطبق) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات على الترتيب (صفر، واحد) في حال كانت العبارات سالبة، وذلك لمعرفة نسبة الخجل لدى أفراد العينة، ونوع علاقة الخجل بصورة الجسم. وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين الدرجة العظمى (24) والدرجة الدنيا (صفر).

صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتأكد من صدق الأداة وذلك بالطرق التالية :

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى

موضوع الدراسة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ملحق رقم (1).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (18)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الخجل والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	صورة الجسم	مستوى الدلالة
1	.671**	0.01 دالة إحصائية
2	.784**	0.01 دالة إحصائية
3	.735**	0.01 دالة إحصائية
4	.686**	0.01 دالة إحصائية
5	.773**	0.01 دالة إحصائية
6	.687**	0.01 دالة إحصائية
7	-.048	0.77 غير دالة إحصائية
8	.589**	0.01 دالة إحصائية
9	.768**	0.01 دالة إحصائية
10	.556**	0.01 دالة إحصائية
11	.419**	0.01 دالة إحصائية
12	.493**	0.01 دالة إحصائية
13	.673**	0.01 دالة إحصائية
14	.762**	0.01 دالة إحصائية
15	.600**	0.01 دالة إحصائية
16	.692**	0.01 دالة إحصائية
17	.784**	0.01 دالة إحصائية
18	.587**	0.01 دالة إحصائية
19	.529**	0.01 دالة إحصائية
20	.802**	0.01 دالة إحصائية
21	.508**	0.01 دالة إحصائية
22	.426**	0.01 دالة إحصائية
23	.580**	0.01 دالة إحصائية
24	.415**	0.01 دالة إحصائية
25	.401*	0.01 دالة إحصائية
26	.695**	0.01 دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس الخجل تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.40 - 0.80)، وهذا يدل على أن مقياس الخجل وفقراته تتمتع بمعامل صدق عالي. ما عدا الفقرة التالية (7) فهي غير دالة فلذلك يجب حذفها من المقياس.

ثالثاً: الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (19)

يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الخجل

الفئات	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	10	5.50	55.00	-3.8	دالة 0.001 إحصائية
مرتفعي الدرجات	10	15.50	155.00		
المجموع	20				

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائية بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات في المقياس، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكلية للمقياس، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً : ثبات مقياس الخجل:

بعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات له بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدينات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات بالنسبة للمقياس "الخجل"، حيث

وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.93 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدينات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس "الخجل"، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.85)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.92)، ويدل هذا على أن المقياس لديه درجات ثبات مرتفعة.

رابعاً: مقياس الاكتئاب:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين في المجال النفسي والتربوي عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة بإعداد مقياس للخجل وذلك للتعرف على نسبة انتشار الخجل لدى النساء البدينات والتعرف على علاقة الخجل بصورة الجسم لدى أفراد العينة.

و تكون المقياس في صورته النهائية من (25) فقرة ملحق رقم (3)

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

مقياس الاكتئاب (د) BID - إعداد غريب (1999)

قائمة بيك للاكتئاب - تأليف آرون بيك وروبرت سنير تعريب أحمد عبد الخالق (1996)

قائمة تشخيص الاكتئاب IDD . إعداد مجدي الدسوقي (2002)

خطوات بناء المقياس:

أولاً: بعد استعراض الباحثة للدراسات المتاحة، والمقاييس التي تطرقت إلى موضوع مقياس الاكتئاب، قامت الباحثة بالاطلاع على مقاييس تناولت موضوع الاكتئاب، وقامت بإعداد مقياس للاكتئاب بالرغم من وفرة المقاييس، وتعزى الباحثة ذلك إلى عدم ملائمة بعض المحاور وعبارات المقاييس المتاحة في هذا المجال، وذلك لخصوصية العينة المختارة .

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

مقياس الاكتئاب لبيك ترجمه وأعدده وقننه للباينة العربية عبد الرقيب البحيري (1984)

مقياس الاكتئاب إعداد غريب عبد الفتاح (1987)

ثانياً : قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة.

ثالثاً : تم صياغة فقرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسلبية وتكون المقياس من (60) فقرة في مجالات مختلفة. وتم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل بجامعات القطاع حيث بلغ عددهم (7) محكمين، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم.

وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وكذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات، تم صياغة المقياس بصياغته الثانية لتصبح فقرات المقياس (27) فقرة، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات وحذف بعض الفقرات أصبحت فقرات المقياس (25) فقرة وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

تصحيح المقياس:

قامت الباحثة باستخدام ثنائي الأبعاد حيث تم تقييم الخجل على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (واحد، صفر) للبدائل (تتطبق - لا تتطبق) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات على الترتيب (صفر، واحد) في حال كانت العبارات سالبة، وذلك لمعرفة نسبة الخجل لدى أفراد العينة، ونوع علاقة الخجل بصورة الجسم. وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين الدرجة العظمى (25) والدرجة الدنيا (صفر).

صدق المقياس :

قامت الباحثة بالتأكد من صدق الأداة وذلك بالطرق التالية :

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى

موضوع الدراسة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ملحق رقم (1).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (20)

معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	مقياس الاكتئاب	مستوى الدلالة
1	.566**	0.01 دالة إحصائية
2	.521**	0.01 دالة إحصائية
3	.469**	0.01 دالة إحصائية
4	.624**	0.01 دالة إحصائية
5	.429**	0.01 دالة إحصائية
6	.509**	0.01 دالة إحصائية
7	.563**	0.01 دالة إحصائية
8	.454**	0.01 دالة إحصائية
9	.538**	0.01 دالة إحصائية
10	.667**	0.01 دالة إحصائية
11	.698**	0.01 دالة إحصائية
12	.650**	0.01 دالة إحصائية
13	.745**	0.01 دالة إحصائية
14	.613**	0.01 دالة إحصائية
15	.539**	0.01 دالة إحصائية
16	.655**	0.01 دالة إحصائية
17	.727**	0.01 دالة إحصائية
18	.746**	0.01 دالة إحصائية
19	.575**	0.01 دالة إحصائية
20	.343*	0.01 دالة إحصائية
21	.142	0.01 دالة إحصائية
22	.445**	0.01 دالة إحصائية
23	.649**	0.01 دالة إحصائية
24	.402*	0.01 دالة إحصائية
25	.593**	0.01 دالة إحصائية
26	.262	0.01 دالة إحصائية
27	.752**	0.01 دالة إحصائية

تبين من خلال الجدول السابق أن فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.34 - 0.75)، وهذا يدل على أن مقياس الاكتئاب وفقراته تتمتع بمعامل صدق عالي. ما عدا الفقرات التالية (21، 26) فهما غير دالات إحصائياً فلذلك يجب حذفهما من المقياس.

ثالثاً: الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (21)

يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الاكتئاب

الفئات	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	10	5.50	55.00	-3.7	دالة 0.001 إحصائياً
مرتفعي الدرجات	10	15.50	155.00		
المجموع	20				

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات في المقياس، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكلية للمقياس، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً : ثبات مقياس الاكتئاب:

بعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات له بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات بالنسبة للمقياس "الاكتئاب"،

حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.91 وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدينات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس "الاكتئاب"، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.75)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.86)، ويدل هذا على أن المقياس لديه درجات ثبات مرتفعة.

خامساً: مقياس الكفاءة الاجتماعية:

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين في المجال النفسي والتربوي عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة بإعداد مقياس للكفاءة الاجتماعية، وذلك للتعرف على علاقة الكفاءة الاجتماعية بصورة الجسم لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة.

و تكون المقياس في صورته النهائية من (23) فقرة ملحق رقم (3)

والمقاييس التي تم الاطلاع عليها:

مقياس الكفاءة الاجتماعية . أعده وترجمه للعربية حبيب مجدي (2003)

مقياس الكفاءة الاجتماعية . أعده عبد الحميد محمد (1988)

مقياس الكفاءة الاجتماعية . أعده أشرف القانوع (2011)

خطوات بناء المقياس:

أولاً : بعد استعراض الباحثة للدراسات المتاحة، والمقاييس التي تطرقت إلى موضوع مقياس الكفاءة الاجتماعية، تبين أن هناك قلة في الدراسات العربية عامة، وندرته في البيئة الفلسطينية خاصة، وذلك حسب علم الباحثة، مما حدا بالباحثة لإعداد مقياس للكفاءة الاجتماعية، وتعزى الباحثة ذلك إلى عدم ملائمة المقاييس الموجودة لموضوع وعينة البحث.

ثانياً : قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة .

ثالثاً : تم صياغة فقرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسلبية وتكون المقياس من (40) فقرة في مجالات مختلفة. وتم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والتأهيل بجامعات القطاع حيث بلغ عددهم (7) محكمين، والملحق رقم (1) يبين أعضاء لجنة التحكيم.

وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وكذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات، تم صياغة المقياس بصياغته الثانية لتصبح فقرات المقياس (26) فقرة، وبعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات وحذف بعض الفقرات أصبحت فقرات المقياس (23) فقرة وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

تصحيح المقياس:

قامت الباحثة باستخدام ثنائي الأبعاد حيث تم تقييم الخجل على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (واحد، صفر) للبدائل (تطبق - لا تتطبق) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات على الترتيب (صفر، واحد) في حال كانت العبارات سالبة، وذلك لمعرفة نسبة الخجل لدى أفراد العينة، ونوع علاقة الخجل بصورة الجسم. وبذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين الدرجة العظمى (23) والدرجة الدنيا (صفر).

صدق المقياس :

قامت الباحثة بالتأكد من صدق الأداة وذلك بالطرق التالية :

أولاً: صدق المحكمين:

تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى موضوع الدراسة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر ملحق رقم (1).

ثانيا: صدق التحليل العاملي:

قامت الباحثة باستخدام صدق التحليل العاملي للتعرف على العوامل الكامنة في المقياس من خلال استكشاف العوامل المتضمنة في المقياس، وذلك لمعرفة الفقرات المتشعبة على هذه العوامل، حيث تم تطبيق التحليل العاملي على عينة مكونة من (162) فرد من النساء البدنيات في قطاع غزة. فقد تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي من الدرجة الأولى بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج Hotelling لأفراد العينة في الدراسة، حيث تم استخدام محك الجذر الكامن واحد ونصف صحيح على الأقل للعوامل التي تم استخراجها، وأعقب ذلك إجراء تدوير متعامد للمحاور بطريقة Varimax، وأعتبر التشعب المقبول للمتغير الذي يبلغ 0.30 على الأقل من أجل مزيد من النقاء والوضوح في المعنى السيكولوجي، وقد أخرج التحليل العاملي ثلاثة عوامل فسرت نسبة 36.0% من التباين الكلي، وقد قامت الباحثة بقراءة محتويات فقرات كل عامل، وتسمية فقرات العوامل حسب انتمائها لموضوع الفقرات أي ما تتحدث عنه جميع الفقرات، حيث تم تسمية العامل الأول الميل للوحدة الاجتماعية، والعامل الثاني الحفاظ على علاقة طيبة مع الآخرين، والعامل الثالث الآثار النفسية للوزن الزائد وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي، وكانت نتائج التحليل العاملي بعد حذف هذه الفقرة كالتالي فكانت نتائج التحليل العاملي كالتالي:

العامل الأول : الميل للوحدة الاجتماعية

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 3.3 ونسبة تفسيره من التباين الكلي 15.9% وقد تشبعت بهذا العامل 9 فقرات وهو (7، 8، 10، 11، 14، 15، 16، 17، 23) .

العامل الثاني : الحفاظ على علاقة طيبة مع الآخرين

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 1.9 ونسبة أسهامه في التباين الكلي 12.1% وقد تشبعت بهذا العامل 8 فقرات وهي (1، 2، 3، 4، 12، 18، 19، 22) .

العامل الثالث : الآثار النفسية للوزن الزائد وعلاقتها بالتفاعل الاجتماعي

كان الجذر الكامن لهذا العامل هو 1.6 ونسبة أسهامه في التباين الكلي 8.0% وقد تشبعت بهذا العامل 6 فقرات وهي (5، 6، 9، 13، 20، 21) .

جدول رقم (22)

مصفوفة عوامل الدرجة الأولى لبنود مقياس الكفاءة الاجتماعية قبل التدوير وبعد التدوير لأفراد العينة

Total	العوامل بعد التدوير			العوامل قبل التدوير			فقرات المقياس
	3	2	1	3	2	1	
		.56			.56		1
		.42			.52		2
		.50			.41		3
		.55			.52		4
	.42			.41			5
	.61			.50			6
			.48			.50	7
			.54			.58	8
	.49			-.56			9
			.58			.56	10
			.52			.61	11
		.45			.42		12
	.49			.44			13
			.52			.57	14
			.54			.63	15
			.55			.49	16
			.51		.34		17
		.59			.47		18
		.63			.47		19
	.42			.37			20
	.36					.36	21
		.36		.33			22
			.57			.56	23
	1.6	1.9	3.3	1.8	1.9	3.1	الجذر الكامن
%36.0	8.0	12.1	15.9	8.2	12.2	15.6	نسبة التباين %

ثالثاً: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل بعد على حده والدرجة الكلية لكل بعد على حده، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، وكذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل بعد على حده، ويتضح ذلك من خلال جدول (23):

جدول رقم (23)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

المحاور	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية	.766**	0.01 دالة إحصائياً
الثقة وتوكيد الذات	.330**	0.01 دالة إحصائياً
الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل	.685**	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (23) أن أبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.33-0.76)، وهذا يدل على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل صدق عالي. وبما أن المقياس لديه ثلاثة أبعاد، فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية لكل بعد على حده، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (24)

معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية والدرجة الكلية للبعد

الفقرات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
7	.521**	0.01 دالة إحصائياً
8	.616**	0.01 دالة إحصائياً
10	.585**	0.01 دالة إحصائياً
11	.606**	0.01 دالة إحصائياً
14	.601**	0.01 دالة إحصائياً
15	.621**	0.01 دالة إحصائياً
16	.511**	0.01 دالة إحصائياً
17	.358**	0.01 دالة إحصائياً
23	.587**	0.01 دالة إحصائياً

تبين من جدول رقم (24) أن فقرات البعد الأول تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.35-0.61)، وهذا يدل على أن البعد الأول وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول رقم (25)

معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (الثقة وتوكيد الذات) والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	الفقرات
0.01 دالة إحصائياً	.530**	1
0.01 دالة إحصائياً	.462**	2
0.01 دالة إحصائياً	.551**	3
0.01 دالة إحصائياً	.562**	4
0.01 دالة إحصائياً	.641**	12
0.01 دالة إحصائياً	.572**	18
0.01 دالة إحصائياً	.622**	19
0.01 دالة إحصائياً	.611**	22

تبين من جدول رقم (25) أن فقرات البعد الثاني تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.46 - 0.64)، وهذا يدل على أن البعد الثاني وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول رقم (26)

معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل) والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	الفقرات
0.01 دالة إحصائياً	.390**	5
0.01 دالة إحصائياً	.740**	6
0.01 دالة إحصائياً	.540**	9
0.01 دالة إحصائياً	.395**	13
0.01 دالة إحصائياً	0.30**	20
0.01 دالة إحصائياً	.480**	21

تبين من جدول رقم (26) أن فقرات البعد الثالث تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.30 - 0.74)، وهذا يدل على أن البعد الثالث وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

رابعاً: الصدق التمييزي:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (27)

يبين نتائج اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين منخفضي ومرتفعي الدرجات في مقياس الكفاءة الاجتماعية

الفئات	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
منخفضي الدرجات	8	4.50	36.00	-3.4	دالة 0.001 إحصائياً
مرتفعي الدرجات	9	13.00	117.00		
المجموع	17				

تبين من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات في المقياس، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأفراد ذوي الدرجات العليا والأفراد ذوي الدرجات الدنيا في الدرجة الكلية للمقياس، ومما يعني بأن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ. مما يشير إلى صلاحية المقياس للتمييز بين الدرجات العليا والدرجات المنخفضة.

ثانياً : ثبات مقياس الكفاءة الاجتماعية :

بعد تطبيق المقياس وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي يساوي 0.69، وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات، وبما أن المقياس لديه ثلاثة أبعاد، فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ للبعد الأول يساوي 0.72، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثاني يساوي 0.65، ومعامل ألفا كرونباخ للبعد الثالث يساوي 0.69، وهذا يدل على أن المقياس بعوامله يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (28)

معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الكفاءة الاجتماعية

الابعاد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية	9	0.72
الثقة وتوكيد الذات	8	0.65
الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل	6	0.69
المقياس الكلي	23	0.69

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (38) من النساء البدنيات في قطاع غزة، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للمقياس "الكفاءة الاجتماعية" حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين وكذلك بنود كل بعد إلى قسمين، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات المقياس الكلي بهذه الطريقة (0.50)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.67)، ويدل هذا على أن المقياس لديه درجات ثبات مرتفعة.

جدول رقم (29)

معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الاجتماعية

مقياس الكفاءة الاجتماعية	معامل ارتباط بيرسون	بطريقة سبيرمان براون المعدلة
الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية	0.53	0.70
الثقة وتوكيد الذات	0.52	0.68
الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل	0.59	0.71
المقياس الكلي	0.50	0.67

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لقد قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج (SPSS) الإحصائي وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- 1- التكرارات والمتوسطات الحسابية والنسب المئوية.
- 2- لإيجاد صدق الاتساق الداخلي الاستبانة تم استخدام معامل ارتباط بيرسون "Pearson".
- 3- لإيجاد معامل ثبات الاستبانة تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ.
- 4- التحليل العاملي.
- 5- معامل ارتباط بيرسون
- 6- تحليل التباين الأحادي
- 7- اختبار ت لعينتين مستقلتين

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

- النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
- النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
- النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
- النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
- النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
- النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

ستقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها:

الإجابة عن أسئلة الدراسة:

التساؤل الأول: ما نسبة انتشار القلق- الخجل- الاكتئاب لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة؟

للتعرف على نسبة انتشار القلق والخجل والاكتئاب لدى النساء البدينات في قطاع غزة، فقد قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل مقياس من مقاييس الدراسة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (30)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقاييس الدراسة (الخجل- القلق - الاكتئاب) لدى النساء البدينات في قطاع غزة

المحاور	عدد الفقرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
مقياس القلق	24	15.6	4.8	65.0
مقياس الخجل	25	13.6	6.4	54.5
مقياس الاكتئاب	25	14.9	6.1	59.7

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

تبيين من خلال الجدول السابق ما يلي:

- نسبة انتشار القلق: أظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات النساء البدينات في العينة على مقياس القلق بلغ 15.6 درجة وانحراف معياري 4.8 درجة وبوزن نسبي بلغ 65%، وهذا يشير إلى أن النساء البدينات لديهن أعراض قلق بدرجة فوق المتوسطة ونسبة 65%. وترى الباحثة بأن هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما، مع العلم بأنه لا توجد دراسات سابقة سلطت الضوء على نسبة القلق لدى النساء البدينات - على حد علم الباحثة - مما يعطي للدراسة أهمية خاصة من زاوية، ومن زاوية أخرى فإننا لا نستطيع أن نقارن هذه

النسبة بنسب نساء أخريات من نفس العينة لنحدد ما إذا كانت هذه النسبة تعتبر مرتفعة أم متوسطة، إلا أن الباحثة تعزو حصول القلق على وزن نسبي 65% لدى أفراد العينة، يعود إلى شعور النساء البدينات بالضيق والتوتر من أوزانهن الزائدة، عدا عن شعورهن بنقص الثقة بالنفس، وأنهن أقل جمالاً بسبب أوزانهن، كل هذا جعل من المرأة البدينة امرأة متوترة وقلقة. و نستطيع القول بأن القلق صفة مصاحبة للمرأة بشكل عام، حيث تمر المرأة بمراحل مختلفة في حياتها تؤثر على توافقها النفسي وشعورها بالراحة (كالزواج والإنجاب والأسرة والأطفال). كما أننا لا نستطيع أن نغفل كون المرأة كائن يحب الجمال و يبحث عنه، فكيف إذا أحست بأن أحد معايير الجمال تنقصها ألا وهي الرشاقة، مؤكداً أن هذا الشعور سيستحيل إلى توتر وقلق دائم بخصوص الوزن الزائد، كما أن الواقع الفلسطيني يلقي بظلاله على أفراد المجتمع الفلسطيني بشكل عام وعلى المرأة الفلسطينية بشكل خاص فالحصار والحروب المستمرة على قطاع غزة وأعباء الحياة اليومية المثقلة بالهموم تجعل في بعض الأحيان أن الطعام هو المخرج الوحيد لتفريغ جميع الضغوط والطاقات السلبية التي نواجهها في واقعنا الفلسطيني.

- **نسبة انتشار الخجل:** أظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات النساء البدينات في العينة على مقياس الخجل بلغ 13.6 درجة وبانحراف معياري 6.4 درجة وبوزن نسبي بلغ 54.5%، وهذا يدل على أن النساء البدينات لديهن مستوى خجل بدرجة فوق المتوسط بقليل، ولكنها تعتبر مؤشر مهم على إحساس المرأة البدينة بالحرج والخجل من حجم و وزن جسمها، خاصة حين سؤالها عن وزنها أو تواجدها في وسط نقاش حول الرشاقة والأنظمة الغذائية لإنقاص الوزن مما يشعرها بالخجل، ولا توجد دراسة على حد علم الباحثة تطرقت إلى نسبة الخجل لدى النساء البدينات، ولكن الباحثة ترى بأن هذه النسبة تؤكد خجل النساء البدينات من أجسامهن وأوزانهن الزائدة.

- **نسبة انتشار الاكتئاب:** أظهرت النتائج إلى أن متوسط درجات النساء البدينات في العينة على مقياس الاكتئاب بلغ 14.9 درجة وبانحراف معياري 6.1 درجة وبوزن نسبي بلغ 59.7%، وهذا يشير إلى أن نسبة الاكتئاب لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة تقع فوق المتوسط ولكنها ليست مرتفعة جداً، كما أنها ليست بالقليلة أيضاً، وكما ذكرت الباحثة لا يوجد - على حد علم الباحثة - نسب حول هذا الموضوع لمعرفة موقع المرأة الفلسطينية من النساء الأخريات في نسبة معاناتها من الاكتئاب بسبب البدانة. ولكن الباحثة تعلق على هذه النسبة بأن المرأة تحب الكمال وتصبو دائماً للجمال وتتأثر بمن حولها سواء

من أقارب أو مواد إعلامية وكون الرشاقة هي أحد أهم معايير الجمال، وكون المرأة البدنية المتزوجة - عينة الدراسة - تهتم بأن تكون جميلة في عين نفسها وعين زوجها وعدم رضاها عن نفسها وعدم تقبلها لجسمها يجعلها تشعر بحالة من الضيق والحزن عند التفكير في وزنها، كما أن عدم قدرتها على ارتداء ما تحب من ملابس أو شراء ما تريد وذلك لعدم توافر ما يناسب حجمها، يجعلها في حالة مزاجية سيئة. كل هذا يلقي بظلاله على الحالة النفسية للمرأة ويجعلها فريسة للحزن والاكتئاب.

التساؤل الثاني: ما مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟

للتعرف على مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، فقد قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لمقياس صورة الجسم وأبعاده، والنتائج الخاصة بذلك موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (31)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس صورة الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة

مقياس صورة الجسم	عدد الفقرات	أقل درجة	أعلى درجة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
البعد النفسي	10	10	50	22.1	7.3	44.3
المظهر العام	7	7	35	13.3	4.9	37.9
البعد الاجتماعي	5	5	25	12.5	3.4	49.9
الدرجة الكلية (صورة الجسم)	22	22	110	47.9	13.0	43.5

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق بأن متوسط درجات النساء البدنيات في العينة على مقياس صورة الجسم بلغ 47.9 درجة وانحراف معياري 13.0 وبوزن نسبي بلغ 43.5%، وهذا يدل على أن النساء البدنيات لديهن رضا عن جسمهن بدرجة منخفضة و صورة الجسم لديهن منخفضة ونسبة 43.5%. بما أن مقياس صورة الجسم لديه ثلاثة أبعاد فقد بلغ الوزن النسبي للبعد النفسي عن الجسم بنسبة 44.3%، أما بعد المظهر العام بلغ الوزن النسبي له 37.9%، في حين بلغ الوزن النسبي للبعد الاجتماعي بلغ 49.9%، ومما سبق يتضح بأن الرضا عن الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة ضعيف، ونجد أن أقل نسبة في الأبعاد هي بعد (المظهر العام) بنسبة 37.9% وتجد الباحثة بأن هذه النتيجة تساير المعقولة وهذا ما أكدته

دراسة (شاهين، 2003) حيث جاءت النتائج لتوضح بأن أكثر بعد ارتبط بالرضا عن الجسم هو بعد المظهر العام والجاذبية الجسدية، وهذا يجعلنا نلاحظ بأن المظهر العام للمرأة البدنية يتقل كاهلها ويجعلها أقل رضا عن جسدها فكلما زاد الوزن قل الرضا عن النفس والجسد والعكس صحيح، وهذا ما أكدته دراسة (Palmeira, et al, 2010) حيث بينت النتائج أنه بعد خضوع أفراد عينة الدراسة لخطة علاجية لتخفيض أوزانهم، وجد أن الحالة النفسية لديهم قد تحسنت، حيث ارتبطت التغيرات بانخفاض الوزن، و قل مستوى الاستياء من حجم الجسم وتحسن المزاج.

هذا وجاءت دراسة (Radeshita&Almeida, 2008) لتؤكد أن صورة الجسم تتأثر بالشكل والحجم، حيث تبين أن جميع افراد عينة الدراسة من كلا الجنسين كانوا غير راضيين عن أحجام اجسامهم، كما اتضح انهم يرغبون في اجسام أقل حجماً، وهذا يؤكد ارتباط الرضا وعدم الرضا عن صورة الجسم بحجم و وزن الجسم، كما بينت دراسة (Annis&chash&hrabosky, 2004) انخفاض الذات الاجتماعية لدى السيدات السمينات حالياً وهذا يتفق مع جاء في نتائج البحث حيث كانت نسبة الرضا عن البعد الاجتماعي منخفضة، وكانت (49.9%)، وهذا يؤكد فرضية الباحثة التي أشارت إلى انخفاض الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة .

التساؤل الثالث: ما مستوى الكفاءة الاجتماعية عند عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة؟
للتعرف على مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى النساء البدنيات في قطاع غزة، فقد قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لمقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (32)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس الكفاءة الاجتماعية وأبعاده لدى النساء البدنيات في قطاع غزة

مقياس الكفاءة الاجتماعية	عدد الفقرات	أقل درجة	أعلى درجة	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية	9	0	9	4.4	2.4	48.5
الثقة وتوكيد الذات	8	0	8	5.8	1.5	72.6
الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل	6	0	6	3.7	1.4	60.9
الدرجة الكلية (الكفاءة الاجتماعية)	23	0	23	13.8	3.6	60.1

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي لكل بعد على الدرجة الكلية لكل بعد ثم ضرب الناتج في 100

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق بأن متوسط درجات النساء البدينات في العينة على مقياس الكفاءة الاجتماعية بلغ 13.8 درجة وبانحراف معياري 3.6 وبوزن نسبي بلغ 60.1%، وهذا يدل على أن النساء البدينات لديهن كفاءة اجتماعية بدرجة فوق المتوسطة وبنسبة 55.6%. وبما أن مقياس الكفاءة الاجتماعية لديه ثلاثة أبعاد فقد ظهر بأن بعد الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية بلغ الوزن نسبي له 48.5%، في حين بلغ الوزن النسبي لبعد الثقة وتوكيد الذات 72.6%، بينما بلغ الوزن النسبي لبعد الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل 60.1%.

ومن النتائج السابقة تجد الباحثة بأن بعد الثقة وتوكيد الذات حل في المرتبة الأولى وبنسبة (72.6%) وهذا يدل على أن المرأة المتزوجة البدينة لديها ثقة عالية بالنفس، وترى الباحثة بأن السبب بهذا يعود إلى أن المجتمع ينظر للمرأة المتزوجة نظرة أكثر احتراماً وتقديراً ولا ينظرون إليها من خلال وزنها وشكلها، فالمجتمع هنا ربما يعطيها بعض الحق بأن تكون بدينة بسبب الحمل والولادة و الضغوط المترتبة على إنجاب الأطفال وتربيتهم بعكس الفتاة الغير متزوجة والتي ينظر المجتمع بادئاً ذي بدء إلى شكلها و وزنها، كما أن المرأة المتزوجة اكتسبت العديد من الخبرات في الحياة مما يجعلها أكثر قوة وتحمل، وكل هذا يصب في مصلحتها فتبقى تثقتا في نفسها مرتفعة كونها امرأة متزوجة وأنجبت ولديها أسرة مما يعزز لديها الثقة وتوكيد الذات.

كذلك نلاحظ بأن بعد الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية حل في المرتبة الثالثة والأخيرة بنسبة (48.5%) وهذه نسبة منخفضة، وهذا يعطينا مؤشراً بأن افراد العينة يواجهون صعوبة في ضبط سلوكهم وانفعالاتهم في المواقف الاجتماعية، وتجد أن هذه النتيجة تساير الواقع فالمرأة بطبيعتها شخص يقلق ويتوتر بسرعة، والمرأة البدينة وكما بينت النتائج تعاني من مشكلة في تقبل صورة جسدها مما يشعرها بالقلق والخجل والاكتئاب، الذي ينعكس بدوره سلباً على طريقة تعاملها في المواقف الاجتماعية لتكون أكثر انفعالاً وأقل قدرة على ضبط نفسها. وترى الباحثة أن المرأة بشكل عام لديها صعوبة في ضبط انفعالاتها، فهي تميل للتصرف بشكل عاطفي انفعالي، فكيف إذا كانت تحس بنوع من الضيق من وزنها الزائد وشكلها الذي يؤثر على تصرفاتها وطبيعتها انفعالاتها.

كما و يتضح من الجدول السابق أن مستوى الكفاءة الاجتماعية عند أفراد العينة ككل (60.1%) وهو مستوى يعتبر فوق المتوسط، ولا تستطيع الباحثة أن تبين ماذا إذا كانت هذه النسبة ترتفع أو تنخفض عن الطبيعي، ففي حدود علم الباحثة لا توجد دراسة سواء عربية أو أجنبية

تناولت مستوى الكفاءة الاجتماعية لدى النساء البدنيات، وهنا نجد أن هذه الدراسة تتناول متغيرات لم تتناولها الدراسات السابقة على حد علم الباحثة مما يعطي هذه الدراسة أهمية خاصة فهذه الدراسة الأولى التي تربط متغير صورة الجسم بالكفاءة الاجتماعية.

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين صورة الجسم وكل من (القلق - الخجل - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين الرضا عن صورة الجسم وكل من (القلق - الخجل - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (33)

يوضح نتائج مصفوفة معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين صورة الجسم وكل من (القلق - الخجل - الاكتئاب - الكفاءة الاجتماعية) لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة

متغيرات الدراسة	البعد النفسي	المظهر العام	البعد الاجتماعي	الدرجة الكلية (صورة الجسم)
مقياس القلق	-.410**	-.289**	-.525**	-.476**
مقياس الخجل	-.545**	-.421**	-.631**	-.631**
مقياس الاكتئاب	-.578**	-.396**	-.563**	-.621**
الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية	.366**	.240**	.495**	.426**
الثقة وتوكيد الذات	.153	.056	.030	.106
الشعور بالنقص وصعوبة التوافق الاجتماعي والتواصل	.244**	.220**	.419**	.329**
الدرجة الكلية (الكفاءة الاجتماعية)	.396**	.264**	.469**	.447**

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- **مقياس القلق مع صورة الجسم:** وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي -المظهر العام، البعد الاجتماعي) وبين درجات مقياس القلق لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زاد الرضا عن

صورة الجسم وبأبعاده الثلاثة كلما قل مستوى القلق عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح. وتري الباحثة بأن هذه النتيجة متوقعة وتتفق مع أدب البحث الذي يقول بأنه كلما زاد الوزن انخفضت صورة الجسم لدى الفرد وارتفع لديه مستوى القلق، وهذا يتفق مع دراسة (ابراهيم والنيال، 1994) والتي خلصت إلى أن إناث الشهية المفرطة يشعرون بالتوتر والقلق نتيجة هذه الزيادة الشديدة في الشهية والوزن.

ونجد أن شعور القلق يرتبط بالبدانة لدى المرأة، فالقلق يأتي بسبب عوامل عدة أبرزها المشاكل الزوجية، وهموم الأولاد، ومتاعب العمل، المعاناة مع الأهل، المشاكل المادية، كل هذا يلقي بظلاله على الحالة النفسية للمرأة مما يجعلها تتجه نحو الإفراط في تناول الطعام كنوع من تخفيف حدة هذا التوتر، الذي يؤدي بدوره إلى زيادة في الوزن، التي تؤدي إلى عدم الرضا عن الجسم فالقلق، وهذا ما أورده دراسة بوسكند وايت وايت (Boskined-white and white,2001) حيث ارتبط القلق بالسمنة، فقد يواجه الشخص البدين موقفاً فلا يعرف كيف يتصرف فيهرب للأكل وقد يأكل بشراهة فيشعر بالخوف من السمنة ويعتريه شعور بالذنب فيقوم بمحاولات مختلفة لإنقاص وزنه، وربما لا ينجح فيشعر بمزيد من القلق فيلجأ للأكل فالقلق فهكذا. هذه الدائرة السيئة قد تؤدي مع الوقت بالشخص أن يصبح بديناً .

كما أن للإعلام دور كبير في زيادة شعور المرأة البدنية بالقلق والتوتر، فتعرض المرأة البدنية للدعاية الإعلامية التي تركز حول أهمية النحافة، واعتبارها أحد أهم معايير الجمال، يؤدي بالمرأة الممتلئة أو ذات الوزن الزائد إلى أن تشعر بالقلق وعدم الرضا عن الجسم، وتأتي نتائج دراسة مونرو وآخرون (Monro,al,et,2005) لتؤكد مدى تأثير الإعلام على قلق المرأة حيال صورة جسمها فلقد بينت النتائج زيادة ظهور القلق عندما تم عرض إعلانات تحوي صور أجسام مثالية، كما ظهرت مستويات عالية من عدم الرضا عن الجسم، وهذا يؤكد لنا بأن وسائل الإعلام تؤثر سلباً على صورة الجسم لدى الشابات وتشعرهن بالتوتر والقلق حيال أجسامهن وعدم الثقة بأنفسهن. كما وافقت نتائج دراسة اويكين و يلديز وساهن وغور (2011) مع نتائج هذه الدراسة حيث تم الحصول على درجات عالية لمقياس تقييم القلق، وكانت ذات دلالة قوية في (مجموعة السمنة) أكثر منها في المجموعة الضابطة. وقد كان أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين المرضى البدنيين هو القلق، كما اتضح من النتائج أن أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة وجد لديهم احد أعراض القلق على الأقل والتي تصف المزاج بالقلق، الأرق، التوتر، الصعوبات المعرفية، المزاج المكتئب، القلق الجسدي، الأعراض القلبية الوعائية، الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والأعراض اللاإرادية

مقياس الخجل مع صورة الجسم: وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي -المظهر العام، البعد الاجتماعي) وبين درجات مقياس الخجل لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زاد الرضا عن صورة الجسم وبأبعاده الثلاثة كلما قل مستوى الخجل عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح.و تفسر الباحثة هذه النتيجة والتي تجدها متوقعة بأن المرأة شديدة الحساسية وتتمتع بمشاعر مرهفة، وشعورها بأنها أصبحت أكبر حجماً وأكثر وزناً يجعلها تشعر بالحرج والخجل، كما أن تعرضها للنظرة الانتقادية من قبل الآخرين بسبب وزنها الزائد، وكثرة التعليقات على شكلها، يشعرها بأنها محط الأنظار والسخرية، مما يجعلها تشعر بالخجل من الظهور أمام الآخرين، أو ارتداء ملابس معينة، وكل ما سبق يتسبب للمرأة البدنية بحالة من ضعف الثقة بالنفس، والخجل، ولوم النفس، والشعور بالذنب . هذا وجاءت دراسة فريرا وآخرون (Ferreirae,et.al,2013) لتبين ان النساء البدنيات يعانين من شعور بالخجل من أجسامهن، كما أنهن غير راضيات عن صور أجسامهن. وجاءت دراسة (فايد، 2004) لتتفق مع نتائج هذه الدراسة حيث وجد ارتباط سلبي بين الرهاب الاجتماعي وصورة الجسم الايجابية الذي أعزاه الباحث إلى عدم الرضا عن شكل و وزن الجسم فضلاً عن أن صورتهم عن أجسامهن تتسم بالتشويه والاضطراب .

• **مقياس الاكتئاب مع صورة الجسم:** وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي -المظهر العام، البعد الاجتماعي) وبين درجات مقياس الاكتئاب لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زاد الرضا عن صورة الجسم وبأبعاده الثلاثة كلما قل مستوى الاكتئاب عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح.

وتجد الباحثة بأن هذه النتيجة تسير المعقولة، فحينما يكون لدى الفرد عدم رضا عن جسمه تكون صورة الجسم سلبية، وتتسبب الاضطرابات وسوء التوافق وعدم الاتزان النفسي، والمعاناة والميل للعزلة، وتجنب الآخرين والوقوع في آلام الشعور بالاكتئاب. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة جولدفيلد وآخرون (Goldfield,et.al, 2010) والتي سجل فيها الشباب ذوي السمعة المفرطة درجات أعلى من الاكتئاب وعدم الرضا عن الذات مقارنة بالشباب الأقل سمعة أو ذوي السمعة الطبيعية.

وجاءت دراسة جافين وسيمن ولدمان (Gavin,Simon &Ludman ,2010) لتعزز نتائج هذه الدراسة، حيث اتضح من النتائج ارتباط الاكتئاب بزيادة الوزن، و وجود علاقة دالة بين بين السمعة والاكتئاب بغض النظر عن المرحلة التعليمية.هذا واتفقت نتائج دراسة اويكين و يلديز

وساهن وغور (2011) مع نتائج هذه الدراسة حيث تم تقييم جميع المشتركين باستخدام مقياس تقييم الاكتئاب لهملتون HAM-D وقد تم الحصول على درجات عالية لمقياس الاكتئاب، وكانت ذات دلالة قوية في (مجموعة السمنة) أكثر منها في المجموعة الضابطة. وقد كان أكثر الأمراض النفسية شيوعاً بين المرضى البدينين هو الاكتئاب، كما اتضح من النتائج أن أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة وجد لديهم أحد أعراض الاكتئاب على الأقل والتي تراوحت من مزاج مكتئب، شعور بالذنب، قلق جسدي، فقدان النشاط في العمل .

• **مقياس الكفاءة الاجتماعية مع صورة الجسم:** وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي -المظهر العام، البعد الاجتماعي) وبين درجات مقياس الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زاد الرضا عن صورة الجسم وبأبعاده الثلاثة كلما زادت درجات الكفاءة الاجتماعية عند النساء البدينات في قطاع غزة والعكس صحيح. هذه نتيجة مقبولة ومقنعة فكلما زاد رضا الفرد عن نفسه وشكله كان أكثر تفاعلاً اجتماعياً ورضاً عن الحياة، والعكس صحيح فكلما انخفضت نظرتنا لصورة أجسامنا وكانت صورة سلبية كلما ابتعدنا عن المجتمع والتفاعل مع الآخرين والميل نحو العزلة .

الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (34)

يوضح نتائج مصفوفة معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين أبعاد الجسم (الطول - الوزن - الكتلة) وصورته لدى عينة من النساء البدينات في قطاع غزة

الوزن	الطول	الكتلة	
-.287- ^{**}	.236 ^{**}	-.343- ^{**}	البعد النفسي
-.273- ^{**}	.074	-.248- ^{**}	المظهر العام
-.116	.125	-.098	البعد الاجتماعي
-.293- ^{**}	.192 [*]	-.312- ^{**}	الدرجة الكلية (صورة الجسم)

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ما يلي:

- **بعد الكتلة مع صورة الجسم:** وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي - المظهر العام) وبين بعد الكتلة للجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زادت درجات كتلة الجسم كلما أنخفض مستوى الرضا عن صورة الجسم والأبعاد الثلاثة (البعد النفسي، المظهر العام) عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح.
 - **بعد الطول مع صورة الجسم:** وجدت علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم والبعد النفسي وبين بعد الطول للجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زادت درجات طول الجسم كلما ارتفع مستوى الرضا عن صورة الجسم عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح.
 - **بعد الوزن مع صورة الجسم:** وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مقياس صورة الجسم وأبعاده الثلاثة التالية (البعد النفسي - المظهر العام) وبين بعد الوزن للجسم لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة، وهذا يدل على أنه كلما زاد وزن الجسم كلما أنخفض مستوى الرضا عن صورة الجسم والأبعاد الثلاثة (البعد النفسي، المظهر العام) عند النساء البدنيات في قطاع غزة والعكس صحيح.
- وتفسر الباحثة هذه النتيجة والتي وضحت وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين صورة الجسم وكل من (الوزن وكتلة الجسم) وعلاقة طردية بين الرضا عن صورة الجسم والطول. بأنها نتيجة طبيعية وتؤكد صحة فرضية البحث، فكلما زاد الوزن زادت كتلة الجسم الأمر الذي ينعكس سلباً على صورة المرأة لجسدها، وهذا ما كان واضحاً في نتائج الدراسة السابقة فزيادة الوزن أثرت سلباً على صورة الجسم وارتبطت بالقلق والخجل والاكتئاب، فمن الطبيعي أن تكون العلاقة عكسية بين الرضا عن صورة الجسم و (زيادة الوزن وزيادة كتلة الجسم)، وهذا ما جاء في دراسة جولدفيلد وآخرون (Goldfield,et.al,2010) حيث توصلت النتائج إلى ظهور صلة واضحة بين صورة الجسم والوزن، وقد سجل أفراد العينة الذين يعانون من السمنة المفرطة درجة أعلى من عدم الرضا عن أفراد العينة الأقل سمنة، وكذلك بالنسبة للذين يعانون من الوزن الزائد فقد سجلوا مؤشر عن عدم الرضا بالنسبة لأفراد العينة الأقل سمنة، وسجل ذوي السمنة المفرطة درجات أعلى من الاكتئاب وعدم الرضا عن الذات مقارنة بالأقل سمنة أو ذوي السمنة الطبيعية. وهذا يؤكد بأن زيادة الوزن وكتلة الجسم تؤثر سلباً على صورة الجسم .

كما بينت نتائج الدراسة أن العلاقة بين الرضا عن صورة الجسم والطول علاقة طردية، وتجد الباحثة هذه النتيجة تتسجم مع طبيعة المرأة وثقافة المجتمع، فالطول يعد أحد معايير الجمال كالرشاقة بالضبط، وتمتع المرأة بالطول بالتأكيد يشعرها بالراحة والثقة، مما يجعلها أكثر رضا عن صورة جسمها وأكثر ثقة في نفسها.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى لمتغير (العمر - المستوى التعليمي - العمل - عدد سنوات الزواج - عدد الأبناء).

الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى لمتغير العمر للنساء البدنيات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي One-Way (ANOVA) لدراسة الفروقات بين الفئات العمرية (20-29 سنة، 30-39 سنة، 40-49 سنة) بالنسبة لمقياس صورة الجسم وأبعاده لدى عينة النساء البدنيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (35)

نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة للفئات العمرية للنساء البدنيات في قطاع غزة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد النفسي	بين المجموعات	128.1	2	64.0	1.2	//.30
	داخل المجموعات	8498.9	159	53.5		
	المجموع	8627.0	161			
المظهر العام	بين المجموعات	27.6	2	13.8	0.6	//.56
	داخل المجموعات	3817.0	159	24.0		
	المجموع	3844.6	161			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	37.1	2	18.6	1.6	//.20
	داخل المجموعات	1813.3	159	11.4		
	المجموع	1850.4	161			
صورة الجسم (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	107.7	2	53.9	0.3	//.73
	داخل المجموعات	27101.3	159	170.4		
	المجموع	27209.0	161			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم وأبعاد التالية (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي) بالنسبة للفئات العمرية للنساء البدنيات في قطاع غزة (20-29 سنة، 30-39 سنة، 40-49 سنة)، وهذا يدل على أن متغير العمر للنساء البدنيات في قطاع غزة ليس لها أثر جوهري على مستوى الرضا عن صورة الجسم وأبعاده الثلاثة عند النساء البدنيات في قطاع غزة.

وجاءت هذه النتيجة منافية لفرضية الباحثة حيث توقعت الباحثة أن يكون لعامل العمر دور في التأثير عن صورة الجسم، وتوقعت الباحثة أن تكون صورة الجسم للنساء الأكبر عمراً أفضل من النساء الأصغر عمراً، حيث انه كلما زاد عمر المرأة زادت ثققتها بنفسها وخبرتها في الحياة وأصبحت أكثر تقبلاً لذاتها، ولكن الباحثة تفسر هذه النتيجة بأن مشكلة الدراسة مشتركة بين جميع أفراد العينة أي أن النساء كن جميعهن يعانين من البدانة كما وأظهرت نتائج هذه الدراسة بأن نسبة الرضا عن الجسم لجميع أفراد العينة وصلت إلى (43.5%) وهذه نسبة منخفضة جداً، ويتضح من هذا أن جميع النساء بدنيات، وبالتالي فجميعهن وبغض النظر عن المرحلة العمرية يعانين من عدم الرضا عن صورة الجسم بنفس الدرجة تقريباً، فالمرأة تحب أن تكون جميلة ورشيقة في جميع مراحل حياتها، كما أنها لا تعترف بالسن بسهولة، فالسمنة في نظر المرأة وحش يفترس جمالها بغض النظر عن العمر.

الفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى لمتغير سنوات الزواج للنساء البدنيات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي One-Way (ANOVA) لدراسة الفروقات بين لسنوات الزواج (1-5 سنة، 6-10 سنة، 11 سنة فما فوق) بالنسبة لمقياس صورة الجسم وأبعاده لدى عينة النساء البدنيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (36)

نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة لسنوات الزواج للنساء البدينات في قطاع غزة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد النفسي	بين المجموعات	8.3	2	4.1	0.1	//.93
	داخل المجموعات	8618.8	159	54.2		
	المجموع	8627.0	161			
المظهر العام	بين المجموعات	48.9	2	24.5	1.0	//.36
	داخل المجموعات	3795.7	159	23.9		
	المجموع	3844.6	161			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	22.8	2	11.4	1.0	//.37
	داخل المجموعات	1827.6	159	11.5		
	المجموع	1850.4	161			
صورة الجسم (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	75.8	2	37.9	0.2	//.80
	داخل المجموعات	27133.2	159	170.6		
	المجموع	27209.0	161			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم وأبعاد التالية (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي) بالنسبة لسنوات الزواج للنساء البدينات في قطاع غزة (1- 5 سنة، 6-10 سنة، 11 سنة فما فوق)، وهذا يدل على أن متغير سنوات الزواج للنساء البدينات في قطاع غزة ليس لها أثر جوهري على مستوى الرضا عن صورة الجسم وأبعاده الثلاثة عند النساء البدينات في قطاع غزة.

وجاءت هذه النتيجة منافية لفرضية الدراسة حيث توقعت الباحثة أن يكون لعامل عدد سنوات الزواج دور في التأثير عن صورة الجسم، وتوقعت الباحثة أن تكون صورة الجسم لدى للنساء ذوات سنوات الزواج الأقل أكثر تأثراً منها لدى النساء الأطول في عدد سنوات الزواج، حيث اعتقدت الباحثة أن النساء حديثات الزواج يهتمن بشكلهن أكثر من النساء المتزوجات لفترة أطول نظراً لصغر عمرهن، هذا وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (خطاب، 2011) حيث أظهرت النتائج عدم ارتباط صورة الجسم بنمط التفاعل الزوجي سواء لدى الأزواج أو الزوجات، وذلك لوجود مؤسسة زوجية مما أدى إلى تلاشي صورة الجسم مع الوقت، وتبين أن تأثير صورة الجسم على نمط التفاعل الزوجي بين الأزواج والزوجات يتم بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على متغير الثقة بالنفس . وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأنها مقبولة في ظل النتيجة السابقة والتي

وضحت أن ليس للعمر دور في التأثير على الرضا عن صورة الجسم، وكما أسلفت الباحثة بأن جميع أفراد العينة كن يعانين جميعهن من البدانة كما وأظهرت نتائج هذه الدراسة بأن نسبة الرضا عن الجسم لجميع أفراد العينة وصلت إلى (43.5%) وهذه نسبة منخفضة جداً، وبما انه لم يكن للعمر تأثير على صورة الجسم فمن الطبيعي أن لا تؤثر عدد سنوات الزواج على الرضا عن صورة الجسم، فالمشكلة تكمن في أن المرأة البدنية ليست راضية عن شكلها وصورة جسمها بغض النظر عن عمرها أو أي شيء آخر، وهذا يؤكد بأن المرأة هي المرأة، تسعى دوماً للجمال والرشاقة، وتحب أن تكون في أجمل صورة بغض النظر عن أي مرحلة عمرية أو غير ذلك.

الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى لمتغير المؤهل العلمي للنساء البدنيات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي One-Way (ANOVA) لدراسة الفروقات بين المؤهلات العلمية التالية (ثانوية عامة فأقل، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا) بالنسبة لمقياس صورة الجسم وأبعاده لدى عينة النساء البدنيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (37)

نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة للمؤهل العلمي للنساء البدنيات في قطاع غزة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد النفسي	بين المجموعات	8.3	2	4.1	0.1	//.93
	داخل المجموعات	8618.8	159	54.2		
	المجموع	8627.0	161			
المظهر العام	بين المجموعات	48.9	2	24.5	1.0	//.36
	داخل المجموعات	3795.7	159	23.9		
	المجموع	3844.6	161			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	22.8	2	11.4	1.0	//.37
	داخل المجموعات	1827.6	159	11.5		
	المجموع	1850.4	161			
صورة الجسم (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	75.8	2	37.9	0.2	//.80
	داخل المجموعات	27133.2	159	170.6		
	المجموع	27209.0	161			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم وأبعاد التالية (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي) بالنسبة للمؤهلات العلمية للنساء البدنيات في قطاع غزة (ثانوية عامل فأقل، دبلوم، بكالوريوس، دراسات عليا)، وهذا يدل على أن متغير المؤهل العلمي للنساء البدنيات في قطاع غزة ليس لها أثر جوهري على مستوى الرضا عن صورة الجسم وأبعاده الثلاثة عند النساء البدنيات في قطاع غزة.

وجاءت هذه النتيجة منافية لفرضية الدراسة حيث توقعت الباحثة أن يكون لعامل المؤهل العلمي والدرجة العلمية دور في التأثير على صورة الجسم، وتوقعت الباحثة أن تكون صورة الجسم لدى للنساء المتعلقات تعليم جامعي أو أعلى أفضل من النساء الأقل تعليماً ولكن النتيجة جاءت بعدم تأثير المستوى التعليمي على الرضا عن صورة الجسم . وجاءت هذه النتيجة للتحقق مع نتيجة جافين وسيمين ولدمان (Gavin, Simon & Ludman, 2010) حيث اتضح من النتائج أن الأشخاص الذين قضوا 16 عاماً في التعليم والأشخاص الذين زادت دراستهم عن 16 عام لهم نفس النتائج حيث ارتبط الاكتئاب بزيادة الوزن ويتضح أن هناك علاقة بين السمنة والاكتئاب بغض النظر عن المرحلة التعليمية. ويأتي هذا ليؤكد أن زيادة الوزن مرتبطة بعدم الرضا عن صورة الجسم بغض النظر عن أي متغير ديمغرافي.

الفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس صورة الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة بالنسبة لنوع العمل (عاملة، ربة بيت) .

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لكشف الفروق بين النساء العاملات والنساء الغير عاملات بالنسبة لدرجات مقياس صورة الجسم وأبعاده لدى النساء البدنيات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (38)

نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في مقياس صورة

الجسم لدى النساء البدنيات في قطاع غزة

الأبعاد	عاملات (ن=41)		غير عاملات (ن=121)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
البعد النفسي	22.7	7.7	22.0	7.2	.55	// .58
المظهر العام	12.7	5.2	13.4	4.8	-.83	// .41
البعد الاجتماعي	12.0	3.6	12.6	3.3	-.93	// .35
الدرجة الكلية (صورة الجسم)	47.4	13.2	48.0	13.0	-.24	// .81

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين النساء البدينات العاملات والنساء البدينات الغير عاملات في مقياس صورة الجسم وأبعاده التالية (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي)، وهذا يدل على النساء العاملات والنساء الغير عاملات لهن نفس درجات صورة الجسم. مما يعني بأن متغير نوع العمل ليس له أثر جوهري على مستوى الرضا عن صورة الجسم لدى النساء البدينات في قطاع غزة.

ولا توجد دراسات سابقة - على حد علم الباحثة - توضح ما إذا كان اختلاف بين صورة الجسم للمرأة العاملة عنه لدى غير العاملة، ولكن الباحثة توقعت أن يكون هناك أثر لصورة الجسم على المرأة البدينة العاملة أكثر منه لدى المرأة البدينة غير العاملة. وتعزو الباحثة هذه النتيجة لتوزيع أفراد العينة حيث كانت نسبة العاملات من أفراد العينة (25.3%) ونسبة غير العاملات (74.7%) مما يجعل نسبة غير العاملات اكبر من نسبة غير العاملات، الأمر الذي قد يؤثر على نتيجة هذه الفرضية، ولكن الباحثة تعود لنقول بأن المرأة تهتم بشكلها سواء عاملة أو غير عاملة، فهي تهتم لصورتها هي عن نفسها وليس لشئ آخر.

الفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم تعزى لمتغير عدد الأبناء لدى النساء البدينات في قطاع غزة.

للإجابة على هذه الفرضية تم إيجاد اختبار تحليل التباين الأحادي One-Way (ANOVA) لدراسة الفروقات بين عدد الأبناء لدى النساء البدينات في قطاع غزة التالية (1-3، 4-6، 7 فما فوق) بالنسبة لمقياس صورة الجسم وأبعاده لدى عينة النساء البدينات في قطاع غزة، والنتائج المتعلقة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (39)

نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروقات في درجات مقياس صورة الجسم بالنسبة لعدد الأبناء للنساء البدنيات في قطاع غزة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
البعد النفسي	بين المجموعات	35.8	2	17.9	0.4	//0.69
	داخل المجموعات	6458.7	136	47.5		
	المجموع	6494.5	138			
المظهر العام	بين المجموعات	32.3	2	16.1	0.8	//0.46
	داخل المجموعات	2843.6	136	20.9		
	المجموع	2875.9	138			
البعد الاجتماعي	بين المجموعات	8.6	2	4.3	0.4	//0.66
	داخل المجموعات	1394.2	136	10.3		
	المجموع	1402.8	138			
صورة الجسم (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	63.2	2	31.6	0.2	//0.81
	داخل المجموعات	19898.7	136	146.3		
	المجموع	19961.9	138			

** P-value<0.01

* P-value<0.05

// P-value>0.05

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في صورة الجسم وأبعاد التالية (البعد النفسي، المظهر العام، البعد الاجتماعي) بالنسبة لعدد الأبناء لدى النساء البدنيات في قطاع غزة التالية (1-3، 4-6، 7 فما فوق)، وهذا يدل على أن متغير عدد الأبناء للنساء البدنيات في قطاع غزة ليس لها أثر جوهري على مستوى الرضا عن صورة الجسم وأبعاده الثلاثة عند النساء البدنيات في قطاع غزة.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء النتائج السابقة، بأن صورة الجسم لدى المرأة البدنية ومدى الرضا وعدم الرضا عن جسمها تتوقف على زيادة الوزن أو نقصه، وليس للعوامل الديمغرافية الأخرى أي أثر يذكر.

التوصيات والمقترحات:

أولاً: التوصيات:

1. تزويد المستشفيات والعيادات بمرشدين نفسيين وأخصائي تغذية لمساعدة النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن واضطرابات نفسية، وذلك بعمل برامج إرشادية وعلاجية لمساعدتهن للوصول للوزن المثالي، ومساعدتهن لتقبل ذواتهن.
2. إرشاد النساء اللاتي يعانين من أفكار سلبية حول صورة أجسامهن، ومحاولة مساعدتهن على التغلب على الصعوبات النفسية التي يواجهنها.
3. العمل على نشر ثقافة الوعي بطرق التغذية الصحيحة، وليس فقط للأمهات بل لجميع شرائح المجتمع ابتداءً بطلبة المدارس بجميع مراحلها، مروراً بطلبة الجامعات، وصولاً للفئات العمرية الأكبر.
4. أن تقوم حملات إعلامية لتوعية الأفراد بمضار البدانة وزيادة الوزن.

ثانياً: المقترحات:

إجراء المزيد من البحوث المسحية والدراسات استكمالاً للجهد الذي بدأته الباحثة، في ضوء ما انتهت إليه دراستها، حيث ترى الباحثة أن هذه الفئة (البدينات)، بحاجة إلى المزيد في الدراسات والبحوث، نظراً لافتقار التراث النظري في قطاع غزة في التطرق لهذه الفئة (المرأة البدينة) بشكل خاص، والوطن العربي بشكل عام، وذلك للوقوف على مشكلاتهم والعمل على خفض من حدتها ومعالجتها، وتشمل:

1. إجراء دراسات مستقبلية على فئات عمرية مختلفة ومجتمعات دراسية متباينة، لبيان أثر البدانة على كل من الرضا عن صورة الجسم والقلق والاكتئاب والخجل.
2. الوقوف على موضوعات تتعلق بهذه الفئة ك (الاضطرابات النفسية . تقدير الذات . الشعور بالذنب)
3. إجراء دراسات تتناول الكشف عن طبيعة تطور صورة الجسم لدى المرأة من مرحلة عمرية إلى أخرى. ودراسات أخرى تكون عبر ثقافية للوقوف على صورة الجسم لدى المرأة في الوطن العربي ومدى تأثرها بالوزن.

المصادر والمراجع

المصادر و المراجع

المصادر : القرآن الكريم

المراجع العربية:

1. (-، ب.ت). المنجد في اللغة، ط 37 طبعة منقحة ومزيد عليها، دار المشرق بيروت.
2. إبراهيم، إبراهيم والنيال، مایسة (1994). صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية . دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر .دراسات نفسية، مصر، مج4، ع1، ص1-40.
3. إبراهيم، معصومة (1995). العلاقة بين اكتساب المهارات الاجتماعية وبعض المتغيرات لدى الطفل بدولة الكويت، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 3، القاهرة.
4. ابن منظور (2000). "لسان العرب"، المجلد الخامس، الطبعة الأولى طبعة جديدة منقحة، دار صادر للطباعة والنشر، بيروت.
5. أبوحلاوة، محمد (2008). "تعريف وقياس الكفاءة الاجتماعية"، المكتبة الالكترونية، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
6. أسعد، يوسف (2001). "الشباب والتوتر النفسي"، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
7. الأشرم، رضا (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية دراسة سيكومترية . إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية . قسم علم النفس، جامعة الزقازيق، مصر.
8. الأقصري، يوسف (2002). "كيف تتخلصين من الخوف والقلق في المستقبل"، الطبعة الأولى، دار الطائف للنشر والتوزيع، القاهرة.
9. أمين، إسماعيل (2003). "كيف تتخلص من السمنة؟ أسبابه-مشاكله-طرق الوقاية- نماذج لأنواع الرجيم المختلفة"، الطبعة الأولى، مكتبة الصفا، القاهرة.
10. الأنصاري، بدر (2004). القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية: دراسات ثقافية مقارنة، دراسات نفسية-مصر، المجلد 14، العدد 3، ص 337-370.

11. الأنصاري، منى (2001). استخدام القياسات الانثروبومترية لاحتساب مؤشرات السمنة لدى النساء في دولة البحرين، *المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضة*، مصر، ع 38، ص 318-344.
12. الأنصاري، منى (2002). بروفيل إدراك الذات البدنية لطالبات المرحلة الثانوية بمملكة البحرين، *مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين*، مجلد (3)، العدد (13)، ص 177-200.
13. أنور، محمد (2001). علاقة صورة الجسم ببعض المتغيرات الشخصية لدى المراهقين، *مجلة كلية التربية بالزقازيق*، مصر، مج 38، ص 127-152.
14. البعلبكي، روي (1973). "المورد - قاموس عربي"، دار العلم للملايين، بيروت
15. البعلبكي، منير (1992) "المنجد في اللغة والإعلام"، الطبعة الثالثة، دار الشروق، بيروت، لبنان.
16. بن سيدو، علي (1958). "المحكم والمحيط الأعظم في اللغة"، الجزء الثالث، معهد المخطوطات في جامعة الدول العربية.
17. بن علو، الأزرق (2003). "كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
18. بيك، آرون (2000). "العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية"، ترجمة عادل مصطفى، الطبعة الأولى، دار الآفاق للنشر والتوزيع، القاهرة.
19. جابر، عبد الحميد، وكفافي، علاء الدين (1989). "معجم علم النفس والطب النفسي"، دار النهضة العربية، القاهرة.
20. جاد، بوسي (2011). نوعية الحياة وعلاقتها بصورة الجسم لدى عينة من مستأصلات وغير مستأصلات الرحم . دراسة ارتباطيه مقارنة، *مجلة كلية التربية بالمنصورة*، مصر، ع 77، ج 1، ص 348-385.
21. الجاموسي، نورالهدى (2004). "الاضطرابات النفسية-الجسمية السيكوسوماتية"، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
22. جعفر، فاتكة (2007). الخجل الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية (دراسة مقارنة على عينتين من طلبة جامعة دمشق وعدن"، *اطروحة دكتوراة، كلية التربية، جامعة دمشق*، سوريا.

23. جولمان، دانيال(2011). "الذكاء العاطفي"، ترجمة ليلي الجبالي، الطبعة الرابعة، مكتبة جرير.
24. حبيب، مجدي(1990). "اختبار الكفاءة الاجتماعية"، النهضة العربية، القاهرة.
25. حبيب، مجدي(2003). "اختبار الكفاءة الاجتماعية"، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة.
26. حسن، حسن(2003). "الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الاسباب-التشخيص-العلاج"، دار القاهرة، القاهرة.
27. خاطر، عبدالله(1991). "الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة"، الطبعة الثالثة، المنتدى الاسلامي للطبع والنشر والتوزيع.
28. خطاب، كريمة(2011). الثقة بالنفس وصورة الجسم في علاقتهما بنمط التفاعل الزوجي بين الأزواج والزوجات، مجلة دراسات نفسية، مصر، مج21، ع1، ص37-63
29. الخطيب، ابراهيم(2005). "التنشئة الاجتماعية للطفل"، الدارة العلمية للنشر والتوزيع، الاردن.
30. خليفة، علي(2001). "الخجل والتشاؤم وعلاجهما"، المركز العربي للنشر والتوزيع.
31. خليل، وجيهة(1985). "البدانة : السمنة"، رسالة المعلم الأردن، مجلد26، العدد5، ص55-73.
32. خوجة، عادل (2011). أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً.مجلة النجاح للعلوم الإنسانية، فلسطين، مج25، ع5، ص1283-1336.
33. الدادا، مروان(2008). فعالية برنامج مقترح لزيادة الكفاءة الاجتماعية للطلاب الخجولين في مرحلة التعليم الأساسي.رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
34. الداهري، صالح(2005). "مبادئ الصحة النفسية"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، الأردن، عمان .
35. الدسوقي، مجدي (2002). فقدان الشهية العصبي من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من طالبات الجامعة.مجلة كلية التربية، عين شمس، مصر، ع26، ج2، ص139-236.
36. الدسوقي، مجدي(1998). "مقياس القلق للمراهقين"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

37. الدسوقي، مجدي(2006). "اضطراب صورة الجسم : الأسباب - التشخيص - الوقاية- العلاج"، الانجلو المصرية، القاهرة .
38. الدهان، منى(2009). فاعلية برنامج للدراما الإبداعية في تنمية السلوك الابتكاري ومفهوم الذات والكفاءة الاجتماعية لدى طفل الحضانة المعوق بصرياً.مجلة بحوث التربية النوعية، مصر، ع15، ص48-122.
39. دوجان، خالد (2004).الرضا عن الجسم لدى المعلمين الأردنيين بحسب الجنس والحالة الاجتماعية. مجلة شؤون اجتماعية، كلية المعلمين الإمارات، مج21، ع83، ص59-73.
40. رضوان، سامر(2007). "الصحة النفسية"، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
41. الزائدي، ابتسام (2006). "صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية(الفلق . الاكتئاب . الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية داخل مدينة الطائف"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية . قسم علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
42. الزعبي، أحمد(2005). "مشكلات الاطفال النفسية والسلوكية والدراسية أسبابها وسبل علاجها"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، عمان، الاردن.
43. زهران، حامد (2000). " علم النفس الاجتماعي". عالم الكتب، القاهرة
44. زهران، حامد(1977). "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.
45. زهران، حامد(1997). "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة.
46. زهران، حامد(2005). "الصحة النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة.
47. زيدان، حنان(2011). "الخجل وعلاقته بكل من عوامل الشخصية ومواجهة المواقف السلوكية لدى عينة من طلاب كلية التربية النوعية"، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مجلد21، العدد 1، ص 294-331.

48. السبعواوي، فضيلة(2011). "التغلب على الخجل الاجتماعي"، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
49. سرحان، وليد، الخطيب، جمال، حباشنة، محمد(2001). "الاكتئاب"، الطبعة الأولى، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
50. سلامة، عرفة (2004). السمنة لدى بعض الذكور بمحافظة الإحساء في المملكة العربية السعودية، *الرياضة (علوم وفنون) مصر*، ع38، ص318-344.
51. سليمان، عبدالرحمن(2007). "معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
52. سليمان، منى(2013) استخدام الانترنت وعلاقته بالانتران الانفعالي والكفاءة الاجتماعية لدى فئات متباينة في محافظة شمال سيناء. *مجلة القراءة والمعرفة*، مصر، ع135، ص69-93
53. سوزاريني، فرنسوا(2007). "اقهر الخجل واختبارات نفسية متفرقة"، ترجمة سمير شيخاني، دار الجيل، بيروت.
54. شاهين، إيمان ومنيب، تهاني(2003). تقدير الجسم وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي، *مجلة كلية التربية عين شمس*، مصر، ع27، ج4، ص341-392.
55. شتاين، موري، وآرووكر، جون(2002). "قهر الخجل والقلق الاجتماعي التغلب على الخجل"، الطبعة الأولى، مكتبة جرير.
56. شرارة، عبد اللطيف(1996). "الموسوعة النفسية- تغلب على الخجل سيطر على نفسك"، الطبعة السادسة، دار احياء العلوم، بيروت.
57. الشرييني، لطفي(2001). "الاكتئاب المرض والعلاج"، منشأة المعارف، الإسكندرية.
58. الشريفين، نضال والشريفين، أحمد(2011). بناء مقياس الخجل لدى طلبة الجامعات، *مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، مجلد9، العدد4، ص125-161.
59. الشريفين، نضال، والشريفين، أحمد(2011). بناء مقياس الخجل لدى طلبة الجامعات، *مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، مجلد 9، العدد4، ص 125-161.
60. شعبان، عبد ربه (2010). " الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصرياً "، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

61. شقير، زينب (2009). من أجل تحسين جودة الحياة برنامج إرشادي تدريبي لخفض بعض المتغيرات السلبية في الشخصية لدى حالة سمرة مفرطة عبر الدردشة بالإنترنت (الشات). المؤتمر العلمي السنوي الثاني لكلية التربية - بورسعيد (مدرسة المستقبل . الواقع والمأمول) مصر، ج1، ص 113 - 147.
62. الشقيرات، محمد (2012). الفروق الجنسية والعلاقة بين تقدير الجسم والاكتئاب والمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات عند طلبة الجامعة، مؤتم للبحوث والدراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، الأردن، مج23، ع1، ص 9-34.
63. شكشك، أنس (2009). "الأمراض النفسية والعلاج النفسي"، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
64. شوقي، طريف (2002). "المهارات الاجتماعية والاتصالية"، دراسة وبحوث نفسية، دار الغريب، القاهرة.
65. شوقي، طريف (2003). المهارات الاجتماعية والاتصالية، دار غريب، القاهرة
66. شيفر، شارلز، مليمان، هوارد (2008). "مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها" ترجمة نزيه حمدي و نسيمه داود، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون ومزوعون، الأردن عمان .
67. شيفر، ملمان (1999). "سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها"، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
68. صمويل، بشرى (2006). اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طلاب جامعة أسيوط . التربية المعاصرة، مصر، س25، ع78، ص 133-178.
69. صمويل، بشرى (2007). "الاكتئاب والعلاج بالواقع"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
70. عباس، مدحت و شويخ، هناء (2009). "صورة الجسم والشخصية البيئية (الحدية) وعلاقتها ببعض الاضطرابات السيكماتية لدى طلاب الجامعة". مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، مجلد25، العدد2، ص 523-571.
71. عبد القادر، فاضل (2005). "كيف تتغلب على القلق والاكتئاب"، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان (الأردن).
72. عبد المعطي، حسن (2001). "الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة"، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة الحديثة للكتاب، القاهرة.

73. عبد النبي، سامية (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية جامعة المنوفية، مصر، مج23، ع1، ص186-235.
74. عبد الهادي، نبيل، صاحب، فاتن (2002). "سيكولوجية الطفولة في الحضانات ورياض الأطفال"، الطبعة الأولى، بيت المقدس للنشر والتوزيع، الأردن.
75. عبد الوهاب، خالد (2009). برامج الرعاية المستمرة وفعاليتها في تنمية الصحة النفسية والشعور بالكفاءة الاجتماعية لدى عينة من مرضى الإدمان - دراسة نفسية تتبعية مقارنة. دراسات نفسية، مصر، مج19، ع3، ص519-573*
76. عبد الحميد، علي (2006). الكفاءة الاجتماعية والقلق لدى التلاميذ المتخلفين عقلياً في مدارس التربية الفكرية وأقرانهم في الفصول الملحقة بالمدارس العادية" دراسة مقارنة، مجلة الإرشاد النفسي، مصر، ع20، ص 161-212
77. عبكة، حسنين (2012). "الاكتئاب وعلاقته بصنف الدم تبعاً لاختلاف الجنس والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية"، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
78. عبيد، ماجدة (2008). "الضغط النفسي ومشكلاته و أثره على الصحة النفسية"، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
79. عبيد، ماجدة (2008). "الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة"، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
80. العبيدي، محمد (2009). "علم النفس الاكلينيكي"، الطبعة الأولى الإصدار الثاني، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
81. عثمان، فاروق (1993). أنماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدى طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج. علم النفس - مصر، ع 25، ص 38-53.
82. عثمان، فاروق (2001). "القلق وإدارة الضغوط النفسية"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
83. عريف، فاطمة (2013). دراسة العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والترابط الأسرى لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمكة المكرمة بالسعودية (دراسة وصفية). دراسات عربية في التربية وعلم النفس، السعودية، ع36، ص 27-38
84. عزب، حسام الدين (2008). "قراءات في علم النفس المرضي، مكتبة كلية التربية، جامعة عين شمس.

85. عكاشة، أحمد (2003). "الطب النفسي المعاصر"، طبعة مزيده ومنقحة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
86. عكاشة، أحمد (2010). "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
87. علي، صبري، شريت، أشرف (2004). "الصحة النفسية والتوافق النفسي" دار المعرفة الجامعية .
88. العناني، حنان (1995). "الصحة النفسية للطفل"، الطبعة الثانية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
89. عيد، محمد (1997). "أزمات الشباب النفسية"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
90. العيسوي، عبد الرحمن (2001). "الجديد في الصحة النفسية"، منشأة المعارف بالإسكندرية.
91. العيسوي، عبد الرحمن (2006). "الاضطرابات النفسية وعلاجها"، الدار الجامعية
92. العيسوي، عبد الرحمن (2006). "الطب السيكماتي دراسة في اضطراب السمنة وتناول الطعام"، الدار الجامعية.
93. العيسوي، عبد الرحمن (2011). "أمراض السمنة والوقاية منها"، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.
94. العيسى، إسماعيل (1992). "سلسلة مفاتيح الصحة. وزنك"، الطبعة الأولى، سندباد للترجمة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
95. غانم، محمد (2005). "الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي"، المكتبة المصرية، الإسكندرية للطباعة والنشر والتوزيع .
96. فايد، جمال (2006). صورة الجسم وعلاقتها ببعض أنماط التفاعلات الاجتماعية لدى التلاميذ في مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، ع60، ج1، ص152-207.
97. فايد، حسين (2004). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، ع18، ص1-49.
98. فايد، حسين (1999). صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 9، العدد 23، ص 180-223.

99. فايد، حسين(2004). "صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدى الإناث المراهقات".دراسات في الصحة النفسية.الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
100. فايد، حسين(2004). "العدوان والاكتئاب في العصر الحديث (نظرة تكاملية)"، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
101. الفيومي، محمد(1985). "القلق الإنساني -مصادره-تياراته- علاج الدين له"، الطبعة الثالثة، دار الفكر العربي، القاهرة.
102. قادوس، صلاح(1995). "التخسيس للجنسين كيف يمكنك إنقاص وزنك"، الطبعة الثانية، دار الفكر العربي، القاهرة.
103. القاضي، وفاء(2008).قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية . قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
104. كردي، سميرة(2010). التوافق الزوجي وصور الجسم لدى عينة من مستأصلات الرحم المنجبات وغير المنجبات، الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، مصر، ص899-929.
105. كفاي، علاء الدين(1990). "الصحة النفسية"، الطبعة الرابعة، دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والإعلان، القاهرة.
106. كفاي، علاء الدين، والنيال، مايسة(1996). "صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات - دراسة ارتقائية ارتباطيه عبر ثقافية"، علم النفس - مصر، العدد39، ص.6-43.
107. كواسة، عزت، والسيد، خيرى(2011). المناخ الأسري كما يدركه الأبناء وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد 145، ج3، جامعة الأزهر، مصر.
108. الماوردي، أبي الحسن(1985). "أدب الدنيا والدين"، الطبعة الرابعة طبعة جديدة ومنقحة، دار اقرأ، بيروت.
109. مجمع اللغة العربية(1994). "المعجم الوجيز"، وزارة التربية والتعليم، مصر.
110. المحارب، ناصر(1994). "البنات والتغير في الخجل وعلاقته بالمجاعة والشعور بالوحدة لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود"، مجلة علم النفس، العدد32، ص 192-147.

111. محمد، عطية (2010). فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا، *مجلة الطفولة والتربية*، العدد 5، ص 109-182.
112. محمد، محمد (2004). "مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها"، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
113. محمود، إيمان (2012). الدمج الاجتماعي لتحقيق الكفاءة الاجتماعية لتلاميذ ذوي صعوبات التعلم، *دراسات نفسية - مصر*، مجلد 22، العدد 1، ص 75-103.
114. مذكور، إبراهيم (ب.ت). "المعجم الوجيز - مجمع اللغة العربية"، جمهورية مصر العربية .
115. مسعد، جمال (2006). الذكاء الوجداني للأهيات وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية لأبنائهم. *دراسات الطفولة*، مصر، مج 9، ع 32، ص 53-60.
116. مصطفى، أسامة (2011). "مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسباب - التشخيص العلاج"، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
117. المطيري، معصومة (2005). "الصحة النفسية مفهومها اضطراباتها"، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .
118. المعاينة، خليل، والقمش، مصطفى (2009). "الاضطرابات السلوكية والانفعالية"، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
119. المغاري، إبراهيم (2004). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلاب كلية التربية. *جامعة قناة السويس، قسم علم النفس، دراسات نفسية*، مصر، مج 14، ع 4، ص 469-493.
120. المغازي، صافيناز (2002)، فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية . الصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر .
121. ملحم، سامي (2012). أثر اضطرابات الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن. *مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مصر*، مج 23، ع 90، ص 1-32.
122. المهدي، محمد (2004). "الصحة النفسية للمرأة (صور في العيادة النفسية)"، البياطشي سنتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
123. موسى، رشاد (1993). "دراسات في علم النفس المرضي"، دار عالم المعرفة، القاهرة.
124. موسى، عبد العزيز (1993). "دراسات في علم النفس المرضي"، دار عالم المعرفة، القاهرة.

125. النيال وإبراهيم (1994). الشهية المفرطة وعلاقتها ببعض الاضطرابات والعصابية (دراسة
عامة). *مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر*، مج 3، ع4، ص2-40.
126. النيال، مایسة، وإبراهيم، إبراهيم (1994). "صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية
(دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر)"، *دراسات نفسية*، مجلد 4،
العدد 1، ص ص 1-40.
127. النيال، مایسة، وأبو زيد، مدحت (1999). "الخجل وبعض أبعاد الشخصية (دراسة مقارنة
في ضوء عوامل الجنس، العمر، والثقافة)"، *دار المعرفة الجامعية*.
128. هانت، أريكا (1997). "سلسلة المياه الصحية- دليل المرأة العصرية (3)-مكافحة السمعة"،
مؤسسة الانتشار العربي.
129. الوقفي، راضي (1998). "مقدمة في علم النفس"، الطبعة الثالثة، دار الشروق، عمان.

المراجع الأجنبية:

1. Allen, K. & Unwing, M. (2003). Body image development and its related factors, *Journal of psychology of women Quarterly*, (34).
2. **American Shapa-up Body Image**, Survey Report,
3. Angie, Strickland (2004). Body image and self – Esteem: A study of relationships and comparisons between more and less physically active college women. **Doctoral Dissertation**, college of education, The Florida state.
4. Barata, J. T., Serpa, S. O., Sardinha, L. B. & Teixeira, P. J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. **Body Image**, 7, PP187-193.
5. Benard, S. (1999). *Social competence* Oxford University press.
6. Boskind-white, M. & White, W. C. Jr. *Bulimia, Anorexia, The Bige, purge cycle and self-starvation*, (3 ed). New York.
7. Cash, T. F., Malikkula, C. L., Yamamiy, Y. E. (2004). Body image sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men, **Electron. Journal of Human Sexuality**, 7.
8. Cash, T. F., Winstead, B. A. & Janda, L. H. (1986): **the Great**
9. Cusack, L. (2000). Perceptions of body image: Implication, for the work place. **Employee Assistance Quarterly**, 15, pp 23-38.
10. Disorders Body For children, **international Journal of Eating Disorders**
11. Egallery, Kelly Small (2007): *Image, Self – Esteem and Eating*

- 12.El Ansari,W., Clausen,S.V.,Mabhala,A.&Stoch,C.,(2010).How Do I Look? Body Image perceptions among University student from England and Denmark .**International Journal of Environmental Research and Public Health**.7,PP583-595.
- 13.Faber,N.(1999).Regulation Emotionality and preschooler's socially competent peer interaction, **Child Development**, Vol(10) ,No(2), pp432-442.
- 14.Ferreira,C&Pinto,J.(2013).Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction implications for eating disorders. **Eating Behaviors**.Vol14(2),pp207-210
- 15.Gavin,A.R.,Simon,G.E.,Ludman,E.J.,.(2010).The association between obesity ,depression,and educational attainment in women:the mediating role of body image dissatisfaction. **Journal of psychosomatic research**.69,PP573-581.
- 16.Goldfield,G.S.,Moore,C.,Henderson,K.,Buchholz,A.,Obeid,N.,Flament,M.F.,.(2010).Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. **Journal of school health**, Vol. 80, No. 4,pp186-192.
- 17.Hamilton,S.R.(2008). The relationship between perceived body image and depression:How college women see themselves may affect depression.**Student journal of psychological science**,Vol.1,N.1,PP13-20.
- 18.Hatata,H.,Awaad,M.,El sheik,M.,Refaat,G.,.(2009).Body image dissatisfaction and its relationships with psychiatric symptomatology, eating beliefs and self esteem in egyptian female adolescents. .**Current psychiatry**,Vol. 16,N.1,PP35-45.
- 19.Hughes,E.K.,Gullone,E.,.(2011).Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. **Body Image**.Vol. 8,PP224-231.
- 20.James,W.Breakey(1997).Body image : The Inner Mirror .**American Academy of orthotics of prosthetics providing Better care through knowledge**,9(3),pp107-112.
- 21.Janet,A.&Karen ,L(2001).Social competence Encyclopedia of childhood and adolescence,V16.
- 22.Laurel,J. Wickman(2000). Correlation study of the impact of media influence on the Body image of adolescent females ,**Master's thesis**, The Graduate school ,University of Wisconsin-Stout.
- 23.Matos,M.I.,Aranha,L.S.,Faria.A.N.,Ferreira,S.R.,Bacaltchuck.j.,Zanello.M.T.,.(2002).Binge eating disorder ,anxiety,depression and body image in grade III obesity patients. **Rev Bras psiquiatr** . Vol. 24,N.4,PP165-173.

24. Monro, F. & Houn, G. (2005). Media portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. **International Journal of Eating Disorders**, vol. 38(1), pp85-90
25. Peters, M.A. & Phelps, L. (2001). Body image dissatisfaction and distortions, steroid use, and sex differences in college age body builders, **Journal of psychology in schools**, 38(3), pp.283-289.
26. Peterson, C.B., Wimmer, S., Ackord, D.M., Crosby, R., Cavanagh, L.C., Engbloom, S., Mitchell, J.E. (2004). Change in body image during cognitive behavioral treatment in women with bulimia nervosa, **Body image Journal**, 1(2), pp139-153.
27. Rabie, M.A., Abo-El-Ezz, N.F., El-din, M.S., (2010). Anxiety and social anxiety symptoms among overweight females seeking treatment for obesity. **Current psychiatry**, Vol. 17, N.4, PP13-20.
28. Stacy A. Kelly (2000). Amount of influence selected groups have on the perceived body image of fifth graders. **Masters thesis**, The graduate college. University of Wisconsin-Stout-Menomonre.
29. Thompson, J.K. & Heinberg, L.J. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation, **Journal of social and clinical psychology**, 14, (4), pp325-338.
30. Topping, K. & Holmes, E. & Brommer, W. (2000). The effectiveness of School-Based programs of the promotion of social competence.
31. Wendy, S. (1999). **Developing social competence in children**, Teachers college Columbia University.

الملاحق

ملحق رقم (1)

قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

م.	اسم المحكم	مكان عمله
1.	د. عبد العظيم المصدر	جامعة الأزهر
2.	د. باسم أبو كويك	جامعة الأزهر
3.	د. محمد عليان	جامعة الأزهر
4.	د. نعمات علوان	جامعة الأقصى
5.	د. آمال جودة	جامعة الأقصى
6.	د. أحمد أبو زايد	محاضر بجامعة القدس المفتوحة
7.	د. نبيل دخان	الجامعة الإسلامية

ملحق رقم (2)
رسالة تحكيم أدوات الدراسة
بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية - علم النفس
تخصص إرشاد نفسي

حضرة الأستاذ/الدكتور : حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الموضوع : تحكيم استبانته

يشرفني أن أضع بين يديكم هذه الاستبانة في صورتها الأولية والتي تشكل أداة لدراسة ميدانية، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية / علم النفس - تخصص إرشاد نفسي وهي بعنوان :

**صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية
لدى عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة**

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة قامت الباحثة ببناء خمسة مقاييس وهي :
(مقياس صورة الجسم - مقياس القلق - مقياس الاكتئاب - مقياس الخجل - مقياس الكفاءة الاجتماعية)
وانطلاقاً مما تعهده الباحثة في سيادتكم من خبرة واسعة، وإطلاع وفير، وسعة أفق، فبرجاء منكم التكرم والاطلاع على فقرات المقاييس، وإبداء الرأي بمدى مناسبة هذه الفقرات لموضوع الدراسة ومدى انتمائها ومدى وضوحها.

مع فائق الشكر والامتنان لحسن تعاونكم ومساعدتكم،،،،،،،،،،

الباحثة
هبة محمد خطاب

أولاً : البيانات الشخصية (الديمغرافية):

الطول :
 عدد سنوات الزواج : ☐ 1-5 سنوات ☐ 6-10 سنوات ☐ 11 فما فوق
 الوزن :
 العمر الحالي : ☐ 29-20 ☐ 39-30 ☐ 49-40
 هل لديك أطفال : ☐ نعم ☐ لا
 إذا كانت الإجابة نعم ما هو عدد الأطفال :
☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7 فما فوق
 العمل : ☐ أعمل ☐ لا أعمل
 المؤهل العلمي : ☐ ثانوية عامة فأقل ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

م	المقياس	هل الفقرة منتمة؟	هل الصياغة صحيحة
م.	ثانياً : مقياس صورة الجسم العبارة	هل الفقرة منتمة؟	هل الصياغة صحيحة
1.	يشغلني شكل جسمي كثيراً		
2.	أشعر بالبدانة عندما أنظر في المرأة		
3.	أشعر ان شكل جسمي يختلف بطريقة غير مرضية عن الإناث الاخريات		
4.	أشعر بأن جسمي ضخم ومترهل للغاية		
5.	أهتم بشكل جسمي كثيراً عندما أكون بصحبة الآخرين		
6.	أشعر بالانزعاج من شكل جسمي لدرجة انني اشعر بأنه يجب أن أقوم باتباع نظام غذائي أو ريجيم		
7.	أشعر بالنفور من شكل جسمي عند رؤيتي لإناث نحيفات		
8.	أتجنب ارتداء الملابس التي توضح معالم جسمي		
9.	أشعر بان وزني يحول دون ظهوري بمظهر أنيق وجميل		
10.	وزني لا ينسجم مع طولي		
11.	أقبل سممتي ولا أنتكر لها		
12.	أقلق بسبب ما يظنه الآخرون حول مظهري الجسمي		
13.	أشعر بأنني أقل قيمة من الآخرين بسبب وزني		
14.	لا أبالي برأي الآخرين بخصوص شكلي		
15.	مظهري يسبب لي الاحراج أمام الناس		
16.	أشعر بأنني غير راضية عن جسمي		
17.	مظهري أقل جاذبية		
18.	هناك الكثير من معالم جسمي أود لو تتغير		
19.	مفهومي عن جسمي منخفض		
20.	أتضايق من وزني الزائد		

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمية؟		المقياس	م
				ارتدي الملابس الواسعة/ الفضفاضة	21.
				أرتدي الملابس التي لا احبها	22.
				أتناول فقط الفاكهة والخضروات	23.
				ابتعد عن الاشخاص الذي يتحدثون عن زيادة الوزن	24.
				أرتدي ملابس تشتت الانتباه عن وزني الزائد	25.
				أزن نفسي باستمرار	26.
				اشعر بقلق دائم حول شكل جسمي	27.
				وزني لا ينسجم مع طولي	28.
				أخجل من مظهر جسمي	29.
				أقلق بسبب ما يظنه الآخرون حول مظهري الجسمي	30.
				أتجنب المشاركة في الصور الجماعية	31.
				أقارن وزن جسمي بوزن أجسام صديقاتي	32.
				اشعر ان زوجي لا يرتاح لمظهر جسمي	33.
				لا احتمل تعليقات الآخرين حول وزني	34.
				وزني يفسد مظهري	35.
				افراد اسرتي ينصحونني دائماً بمحاولة انقاص وزني	36.
				جسمي غير متناسق	37.
				لا احب المظهر الذي ابدو عليه	38.
				لا اظهر بمظهر انيق حتى لو كانت ملابسي رائعة	39.
				لم انجح في تخفيف وزني	40.
				أتمني لو كنت أكثر طولاً	41.
هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمية؟		ثالثاً : مقياس الخجل العبارة	م.
				أحمر خجلاً عند سماعي تعليقات الآخرين حول وزني	1.
				أترقب عن الأكل أمام الآخرين	2.
				أشعر بالحرج اذا سألني أحد عن وزني	3.
				أشعر بعدم الراحة عندما أكون بين أناس جدد	4.
				أشعر بالحرج إذا سألني أحد عن قياس ملابسي	5.
				أشعر بالحرج عند الذهاب لشراء ملابس جديدة وأطلب مقاس أكبر	6.
				أفضل الصمت عندما يكون هناك نقاش جماعي	7.
				لا يشعروني وزني بالحرج	8.
				يمكن أن أتناول الطعام في الأماكن العامة	9.
				يشغلني مظهري الخارجي وملابسي	10.
				أرى أن سمعتي تقلل من تفاعلي مع الآخرين	11.

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		المقياس	م
				عندما ينظر لي الناس احس بالخجل	12.
				أرى أن من في سني لهم نفس وزني	13.
				افضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين	14.
				ألبس مشدات لاختفاء الترهلات	15.
				أبحث عن مبررات تمنعني من حضور التجمعات العامة	16.
				أحسب الف حساب لسخرية الناس مني	17.
				أخجل عندما اكون في سيارة اجرة لأنني اسبب ضيق المكان	18.
				أشعر بالخجل عندما ينظر زوجي الى شكل جسمي بإزدراء	19.
				وزني أكبر من وزن زوجي	20.
				أشعر بالخجل عندما يعلق زوجي أو أبنائي على وزني	21.
				أشتري ملابس فضفاضة حتى لا تظهر سمنتي	22.
				أشعر بالضيق عندما ينظر زوجي أو يمدح امرأة جسمها رشيق أولاً أجروء على التعليق	23.
				أتحاشى النظر إلى شكل جسمي في المرأة	24.
				يضايقتني ان انظر الى حجم ملابسي وهي معلقة على حبل الغسيل	25.
				أميل لشراء الألوان الداكنة لتخفي وزني	26.
				أخجل من الاعتراف بوزني الحقيقي	27.
				أشعر بالضيق من شكل بطني وأردافي	28.
				أحزن عندما أرى من في سني ذوات أجسام متناسقة ورشيقة	29.
				أشعر بالارتباك عندما أعرف أنني موضع ملاحظة من الآخرين	30.
				يحمر وجهي عندما يتحدث احد عن البدانة	31.
				دقات قلبي ترتفع عند دخول اماكن مزدحمة	32.
				أسعد عندما اكون بمفردي	33.
				أرى ان سمنتي تقلل من تفاعلي مع الآخرين	34.
				أتردد في طلب المساعدة من أي شخص	35.
				أخشى الغرباء والأماكن المزدحمة	36.
				أشعر بالتعاسة	37.
				أهتم بمشاعر الآخرين على حساب نفسي	38.
				أتمنى أن أكون غير ذلك	39.
				أخاف أن ينتقدني الآخرين	40.
				أتعرق وأرتعش عندما أتحدث مع الجنس الآخر	41.
				أفضل مشاهدة التلفاز على الجلوس مع الآخرين	42.
				أخجل عندما يوجه إلي نقد من الآخرين	43.

م	المقياس	هل الفقرة منتمية؟		هل الصياغة صحيحة	
م.	ثالثاً : مقياس القلق العبارة	هل الفقرة منتمية؟		هل الصياغة صحيحة	
1.	أقلق كثيراً حيال وزني				
2.	أشعر بعد تقبل الآخرين لي				
3.	أنا لا أثق في نفسي				
4.	نومي مضطرب ومتقطع				
5.	كلما ازداد وزني ازدادت قلقاً وعصبية				
6.	أشعر بعدم تقبل الآخرين لي بسبب سمعتي				
7.	عندما أتعرض للضغوط أَلْجَا للأكل				
8.	يقلقني أن يفكر زوجي بتركي لأن شكلي أصبح غير جذاب				
9.	أقلق من مظهري العام				
10.	السمنة تجعلني امرأة قلقة				
11.	أقلق عندما لا أجد ما يناسبني من الملابس				
12.	أشعر بأنني أقل قيمة من الآخرين				
13.	أشعر بعدم الرضا عن مظهري الشخصي				
14.	يُنتابني شعور بأن الآخرين يسخرون مني				
15.	أشعر بأنني مرفوضة من الآخرين				
16.	يزعجني النظر إلى بشكل مباشر				
17.	أتردد في طلب المساعدة من الآخرين				
18.	أتمنى أن أكون سعيدة مثل الآخرين				
19.	أكون قلقة و لا أستطيع ان استقر في مكان واحد				
20.	أخاف من أشياء لا تستحق الخوف				
21.	يُنتابني الصداع كثيراً				
22.	أشعر بالانقباض والضيق				
23.	أشعر بأنني مشغولة البال ومهمومة				
24.	ليس لدي ثقة في نفسي				
25.	أقلق بشأن أمور بسيطة				
26.	يدق قلبي وترتجس أطرافي عندما تكون لدى مشكلة				
27.	أخشى بأن أصاب بأمراض خطيرة بسبب وزني				
28.	أبكي بسهولة				

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		المقياس	م
				29. اشعر بالضيق عندما اسمع اصوات عالية	
				30. نومي مضطرب و متقطع	
				31. أياأس وتهبط همتي بسهولة	
				32. أشعر بالضيق والهم	
				33. أغضب لأتفه الأمور	
				34. أشعر بأن الدنيا مظلمة في وجهي	
				35. أشعر بعدم الارتياح النفسي	
				36. أشعر بأن مزاجي غير معتدل	
				37. دائماً اشعر بالجوع	
				38. أنا لا اثق في نفسي	
				39. اشعر بانني عديمة الفائدة	
				40. انا شخص متوتر جداً	
				41. أنا حساسة أكثر من الآخرين	
				42. أعاني سوء الهضم أو من عدم الارتياح في البطن	
				43. اشعر بالاختناق	
				44. أشعر بعدم القدرة على الاسترخاء	
				45. اقضي وقتاً طويلاً على الانترنت بحثاً عن وصفات للتخسيس	
				46. أشعر بخيبة أمل	
				47. تراودني أفكار عدوانية	
				48. اشعر أن قلبي مقبوض	
				49. أشعر بأن مزاجي غير معتدل	
				50. لا أستطيع الاستغراق في النوم ليلاً بسهولة	
هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		رابعاً : مقياس الاكتئاب العبارة	م.
				1. أشعر باليأس حيال انقاص وزني	
				2. اشعر بأنني حزينة وكئيبة	
				3. أفضل البعد عن التجمعات الاجتماعية	
				4. أميل كثيراً للبكاء والانطواء	
				5. اشعر بالقلق والممل والضيق كثيراً	
				6. بددت كثيراً من أموالي على أدوية الرشاقة والحمية	
				7. أشعر بالضيق عند التفكير بأني من ذوات الوزن الزائد	

م	المقياس	هل الفقرة منتمية؟		هل الصياغة صحيحة	
8.	أشعر بالاحباط المتكرر بسبب فشلي في انقاص وزني				
9.	عندما أكون حزينة ألجأ للأكل				
10.	أشعر بأنني لن أستطيع انقاص وزني مهما فعلت				
11.	فقدت الشعور بالاستمتاع بالاعمال والأماكن والاشخاص التي كانت ممتعة من قبل				
12.	أشعر بالضيق عند ذهابي لشراء ملابس جديدة لمعرفتي المسبقة بأنني قد لا اجد ما يناسب حجمي				
13.	أشعر بالضيق عند الوقوف على الميزان				
14.	اشعر بالضيق عند اقتراب مناسبة خاصة حيث أنني اعرف انني لن اجد ما يناسبني من ملابس جميلة				
15.	اشعر بالالام عندما ارى من في سني أكثر رشاقة مني				
16.	أشعر بالآلم عندما يعتقد الناس انني اكبر سناً من عمرى الحقيقي بسبب وزني وضخامة حجمي.				
17.	أنضايق عندما انظر الى نفسي في المرأة				
18.	عندم أفكر في وزني أصبح أكثر قابلية للغضب والانزعاج				
19.	أشعر بالضيق في المناسبات عندما أرى الفرق بين حجم جسمي والأخريات				
20.	أنضايق اذا ناقشني احدهم في موضوع وزني أو عمل حمية				
21.	أشعر بأنني فاشلة تماماً				
22.	أشعر باليأس				
23.	أشعر بالحزن لدرجة تفوق الاحتمال				
24.	أشعر بالملل من كل حياتي				
25.	أشعر بأنني عديمة القيمة				
26.	أنا استحق ان اعاقب				
27.	أشعر بخيبة أمل				
28.	ألوم نفسي دائماً على الازخاء				
29.	أفكر في الانتحار				
30.	انا ابكي اكثر من المعتاد				
31.	اشعر بالانزعاج والقلق دائماً				
32.	فقدت اهتمامي بمن حولي				
33.	اعجز عن اتخاذ أي قرار				

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		المقياس	م
				أشعر ان شكلي قبيح	34.
				ليس لدي طاقة للقيام بأي عمل	35.
				أعاني من الارق	36.
				تثور اعصابي لأتفه الاسباب	37.
				أكره نفسي	38.
				أشعر بالحزن	39.
				احتقر نفسي	40.
				انا راضية عن نفسي	41.
				تصيني نوبة بكاء	42.
				انا فاشلة في حياتي	43.
				اشعر بالغضب والضيق	44.
				فقدت الاهتمام بمن حولي	45.
				احب العزلة	46.
				اشعر بان شهيتي اصبحت اكبر	47.
				ازداد وزني	48.
				تحد لي نوبات حزن شديد	49.
				اشعر بالكآبة معظم الوقت	50.
				اشعر بأفكاء سوداء تراودني	51.
				اقلل من قيمة نفسي	52.
				اشعر بالكسل وتبدل المشاعر	53.
				انا دائمة الشكوى من حالي وأحوالي	54.
				اشمئز من نفسي	55.
				افضل ان اكون بمفردي	56.
				حياتي مليئة بالاحزان	57.
				حياتي حلقات متواصلة من الفشل	58.
				اتمنى الموت	59.
				اتمنى ان اصرخ بأعلى صوتي	60.
هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		خامساً : مقياس الكفاءة الاجتماعية	م.
				العبارة	
				أحافظ على هدوئي تجنباً للصدام مع الآخرين	1.
				أعتذر للآخرين كلما استدعى الأمر ذلك	2.
				أعبر عن ضيقي عندما ينتقدني صديق دون وجه حق	3.

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		المقياس	م
				أعبر عما اشعر به دون تردد	4.
				لا استطيع التعبير عما بداخلي حيال أن زوجي لا يغار علي لأني سميئة	5.
				أشعر بأنني أقدم الكثير من التنازلات فقط لأنني بدينة	6.
				أحسد الآخرين على أوضاعهم	7.
				أشعر بالارتباك عندما ينظر إلي نظرة اشمئزاز	8.
				أنتقم لنفسي من أي شخص سبب لي أذى	9.
				أرغب في أن أكون بعيدة عن الناس	10.
				أشعر بأنني أضحكة بين زملائي وعائلتي	11.
				لا أتقبل تعليقاتهم حول بدانتني	12.
				أشعر بأن المجتمع يرفضني لأني بدينة	13.
				تم معاييرتي أكثر من مرة بسبب وزني	14.
				أصبحت لا أكره كثيراً لكلام الآخرين وتعليقاتهم اللاذعة	15.
				بعد زيادة وزني أصبحت أكثر انكالية واعتماداً على الآخرين	16.
				لا أهتم بنظرة الآخرين لي	17.
				ينعكس الضغط النفسي الذي أعانيه سلباً على من حولي	18.
				أرد على تعليقات الآخرين بلطف وظرف	19.
				أميل للوحدة والانعزالية اجتماعياً	20.
				أشعر بأن المرأة البدينة محط انتقاد أينما ذهبت	21.
				الجميع يحب النحيفة على عكس البدينة	22.
				أمتنع عن المجاملات الاجتماعية بسبب وزني	23.
				أواجه الكثير من اللوم والنقد من المقربين بسبب زيادة وزني	24.
				أخاف التحدث مع الآخرين حول وزني الحقيقي	25.
				أجد سهولة في أن أخبر احد الاشخاص برغبتني في أن نكون اصدقاء	26.
				اشعر باهتمام ومشاعر الآخرين نحوي	27.
				أتقبل الرأي الآخر اذا كان مقنعاً	28.
				أخاف التحدث مع من هم أقل مني وزناً	29.
				أحب اللقاءات الاجتماعية لاني استمتع بوجودي مع الآخرين	30.
				أتحكم في غضبي وأستطيع ضبطه	31.
				أجد صعوبة في ضبط تفكيري عند مواجهة الأحداث الصعبة	32.

هل الصياغة صحيحة		هل الفقرة منتمة؟		المقياس	م
				أستطيع الانسجام بسهولة مع أي موقف اجتماعي	33.
				أتحاشى الآخرين في أي شئ أفعله	34.
				لا أستطيع النظر في وجوه الآخرين حين أتحدث إليهم	35.
				تؤلمني تعليقات الآخرين وسخريتهم	36.
				أعتقد بعض الآراء السياسية ولا أقبل النقاش فيها	37.
				من الصعب أن أهزم في مناقشة مع الآخرين	38.
				أشعر بالتوتر في المواقف الاجتماعية	39.
				أشعر بالاعترا ب في وسط احتفال جماعي	40.

ملحق رقم (3)

الرسالة الموجهة للعينة المستهدفة (الاستبانة بشكلها النهائي)

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية - علم النفس

تخصص إرشاد نفسي

أختي الكريمة / حفظك الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، ، ، ، ،

الموضوع : تعبئة استبانة

يطيب لي أن أضع بين يديك هذه الاستبانة الخاصة بدراستي وهي بعنوان :
" صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى
عينة من النساء البدنيات في قطاع غزة "

حيث تهدف هذه الدراسة للتعرف على أثر البدانة (السمنة) على الحالة النفسية والاجتماعية للمرأة المتزوجة، والتوصل إلى نتائج ومن ثم توصيات نتوقع أن تخدم المرأة الفلسطينية، مع العلم بأن هذه الاستبانة هي جزء من بحث لنيل درجة الماجستير في تخصص الارشاد النفسي/ علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية - غزة .

لذا آمل منك عزيزتي

أن تقرئي فقرات الاستبانة قراءة متأنية وتجيبني على جميع الفقرات بدقة وموضوعية، حيث أن دقة نتائج هذا البحث تعتمد على دقة وصحة إجابتك، مع العلم بأنه لا يوجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة. وجدير بالذكر أن المعلومات ستستخدم في مجال البحث العلمي فقط.

الباحثة

هبة محمد خطاب

أولاً: البيانات الشخصية:

- الطول: الوزن:
عدد سنوات الزواج: ☐ 1-5 سنوات ☐ 6-10 سنوات ☐ 11 فما فوق
العمر الحالي: ☐ 29-20 ☐ 30-39 ☐ 40-49
هل لديك أطفال: ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة نعم ما هو عدد الأطفال : ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7 فما فوق
العمل: ☐ أعمل ☐ لا أعمل
المؤهل العلمي: ☐ ثانوية عامة فأقل ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا
المحور الأول (صورة الجسم):

١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨
1.	أشعر بشكل جسدي.																
2.	أشعر بالبدانة عندما أنظر في المرأة.																
3.	أضايق من شكل جسدي عندما أقارنه بالإناث الرشيقات (كالفنانات وعارضات الأزياء).																
4.	أشعر بأن جسدي ضخم.																
5.	أهتم بشكل جسدي كثيراً عندما أكون مع الآخرين.																
6.	أشعر بأنه حان وقت عمل حمية (ريجيم).																
7.	أتجنب ارتداء الملابس التي تظهر معالم جسدي.																
8.	أرى أن وزني يقلل من أناقتي وجمالي.																
9.	أرى أن وزني لا ينسجم مع طولي.																
10.	أقبل سمنتي ولا أتتكر لها.																
11.	أشعر بأنني أقل حيوية من الآخرين بسبب وزني.																
12.	أرى أن مظهري يسبب لي الإحراج أمام الناس.																
13.	أشعر بعدم الرضا عن جسدي.																
14.	أرى أن مظهري أقل جاذبية.																
15.	أود أن تتغير بعض معالم جسدي.																
16.	أضايق من وزني الزائد.																
17.	أرتدي الملابس الواسعة / الفضفاضة.																
18.	أرتدي الملابس التي لا أحبها نتيجة زيادة وزني.																

٢	العبارة	تتطبق تماماً	تتطبق	غير متأكد	لا تتطبق	لا تتطبق أبداً
19.	أبتعد عن الآخرين عندما يناقشون موضوع السمنة والوزن الزائد.					
20.	أرتدي ملابس تخفي وزني الزائد.					
21.	أزن نفسي باستمرار .					
22.	أتجنب المشاركة في الصور الجماعية بسبب مظهر جسمي.					
23.	أشعر أن زوجي متضايق من مظهر جسمي.					
24.	احتمل تعليقات الآخرين حول وزني.					
25.	يقدم لي أفراد أسرتي النصيحة لإنقاص وزني.					
26.	أرى أن جسمي غير متناسق.					
27.	أحب المظهر الذي أبدو عليه.					
28.	لم أنجح في الاستفادة من نظم التغذية في تقليل وزني.					
29.	أتمنى لو كنت أكثر طولاً.					

المحور الثاني (القلق):

م	العبارة	نعم	لا
1.	أشعر بالقلق والتوتر عندما يزداد وزني.		
2.	أخاف أن يلاحظ الآخرون وزني الزائد.		
3.	السمنة تجعلني امرأة قلقة ومتوترة.		
4.	تتقصني الثقة بالنفس.		
5.	أنزعج عندما لا أجد ما يناسبني من الملابس.		
6.	أشعر بأنني حساسة جداً حيال وزني.		
7.	أخاف تعليقات الآخرين .		
8.	أقلق أحيانا على حياتي الزوجية بسبب وزني الزائد.		
9.	أتمزق بداخلي بسبب شعوري الدائم بالجوع.		
10.	أتمنى أن أكون سعيدة مثل الآخرين .		
11.	أكون قلقة لدرجة أنني لا أستطيع ان استقر في مكان واحد.		
12.	أخاف من أشياء لا تستحق الخوف.		
13.	ينتابني الصداع كثيراً.		
14.	أشعر بالانقباض والضييق.		
15.	يدق قلبي وترتفع أطرافني عندما تكون لدي مشكلة.		
16.	أخشى أن أصاب بأمراض خطيرة كالضغط والسكري بسبب وزني.		

م	العبارة	نعم	لا
17.	ابكي بسهولة.		
18.	أشعر بالضيق عندما أسمع أصوات عالية.		
19.	أغضب لأتفه الأسباب.		
20.	أنا حساسة أكثر من الآخرين.		
21.	أعاني سوء الهضم وعدم الارتياح في البطن.		
22.	أشعر بأن قلب مقبوض.		
23.	أشعر بأن مزاجي غير معتدل.		
24.	أشعر بخيبة أمل.		
25.	استطيع الاستغراق في النوم ليلاً بسهولة.		

المحور الثالث (الخلج) :

م	العبارة	نعم	لا
1.	يحمر وجهي عند سماعي تعليقات الآخرين حول وزني.		
2.	أشعر بالحرج إذا سألني أحد عن وزني.		
3.	أحس بالخلج عندما أكون بين أناس جدد.		
4.	أخلج إذا سألني أحد عن قياس ملابسي.		
5.	أشعر بالحرج عند الذهاب لشراء ملابس جديدة وأطلب مقاس أكبر.		
6.	أفضل الصمت عندما يكون هناك نقاش جماعي عن الرشاقة والرجيم.		
7.	يمكن أن أتناول الطعام في الأماكن العامة .		
8.	أشعر بأن سمعتي تقلل من تفاعلي مع الآخرين.		
9.	أحس بالخلج عندما ينظر لي الآخرون بشكل مباشر.		
10.	أخلج عندما يراني أحدهم وأنا أكل.		
11.	البس مشدات لإخفاء ترهلات جسمي.		
12.	أبحث عن مبررات تمنعني من حضور المناسبات الاجتماعية		
13.	أشعر بالخلج عند ركوب سيارة أجرة لأنني اسبب ضيق المكان.		
14.	أشعر بالخلج عندما ينظر زوجي إلى جسمي.		
15.	أحس بالخلج لأن وزني أكبر من وزن زوجي.		
16.	أشعر بالخلج عندما يعلق زوجي أو أبنائي على وزني.		
17.	أخلج كثيراً عندما أرى ملابسني وهي معلقة على حبل الغسيل.		
18.	أخلج من الاعتراف بوزني الحقيقي.		
19.	أخلج من شكل بطني وأردافي.		
20.	أرتبك عندما يحدق بي أحدهم.		
21.	أسعد عندما أكون بمفردي.		

م	العبارة	نعم	لا
22.	أهتم بمشاعر الآخرين على حساب نفسي.		
23.	أخاف أن ينتقدني الآخرون.		
24.	أتعرق وأرتعش عندما أتحدث مع الجنس الآخر.		
25.	أفضل مشاهدة التلفاز على الجلوس مع الآخرين.		
26.	أتمنى أن أكون غير ذلك.		

المحور الرابع (الاكتئاب):

م	العبارة	نعم	لا
1.	أشعر بأنني حزينة وكئيبة.		
2.	أميل كثيراً للبكاء والانتواء.		
3.	أشعر بالحزن على الأموال التي بددتها على أدوية الرشاقة والحمية.		
4.	أشعر بالضيق عند التفكير بأنني من ذوات الوزن الزائد.		
5.	عندما أكون حزينة ألجأ للأكل.		
6.	أشعر بالانزعاج لأنني لا أستطيع إنقاص وزني.		
7.	فقدت الشعور بالاستمتاع بالأعمال والأماكن والأشخاص التي كانت ممتعة من قبل.		
8.	أشعر بالضيق عند الوقوف على الميزان.		
9.	أشعر بالضيق عند ذهابي لشراء ملابس جديدة لأنني أعرف أنني لن أجد ما يناسب حجمي.		
10.	أشعر بالضيق عند اقتراب مناسبة خاصة لأنني اعرف أنني لن أجد ما يناسبني من ملابس جميلة.		
11.	أشعر بالانزعاج عندما أرى من في سني أكثر رشاقة مني.		
12.	أشعر بالحزن عندما يعتقد الناس أنني أكبر سناً من عمري الحقيقي بسبب وزني وضخامة حجمي.		
13.	أشعر بالغضب والانزعاج بمجرد التفكير في وزني.		
14.	أنضايق من تعليقات زوجي الساخرة حول وزني.		
15.	أشعر بالانزعاج عندما أرى زوجي معجب برشاقة إحداهن. ولا أجرؤ على التعليق		
16.	أشعر بالملل من كل شيء حتى من حياتي.		
17.	أشعر بخيبة أمل في نفسي.		
18.	دائماً ألوم نفسي على الأخطاء.		
19.	أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً.		
20.	أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.		
21.	أنا راضية عن نفسي.		
22.	أشعر بأن شهيتي أصبحت أكبر.		
23.	أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.		
24.	أنا دائمة الشكوى من أحوالي وممن حولي.		

م	العبارة	نعم	لا
25.	أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.		
26.	أشعر بأنني أريد أن أصرخ بأعلى صوتي		
27.	أشعر بالضيق من مذهري العام		

المحور الخامس (الكفاءة الاجتماعية):

م	العبارة	نعم	لا
1.	أحافظ على هدوئي تجنباً للصدام مع الآخرين.		
2.	أعتذر للآخرين كلما استدعى الأمر ذلك.		
3.	أعبر عن ضيقي عندما تنتقدني صديقة دون وجه حق.		
4.	أعبر عما أشعر به دون تردد.		
5.	أعبر عن وجهة نظري أمام زوجي .		
6.	أقدم الكثير من التنازلات فقط لأتني بدينة.		
7.	أحسد الآخرين على أوضاعهم.		
8.	أنتقم لنفسي من أي شخص سبب لي أذى.		
9.	أرغب في أن أكون بعيدة عن الناس.		
10.	أشعر بأنني أضحكة بين زملائي وعائلتي.		
11.	أتحاشى تعليقات الآخرين حول بدائتي		
12.	أشعر بأنني غير متكيفة مع من يحيط بي.		
13.	لا أكره كثيراً لكلام الآخرين وتعليقاتهم اللاذعة.		
14.	أشعر بأنني أصبحت أكثر اتكالية واعتماداً على الآخرين.		
15.	أفرغ غضبي على من حولي.		
16.	أميل للوحدة والانعزالية اجتماعياً.		
17.	أشعر بأن المرأة البدينة محط انتقاد أينما ذهبت.		
18.	أشعر بأن الجميع يفضل النحيفة على عكس البدينة.		
19.	أجد سهولة في أن أخبر أحد الأشخاص برغبتني في أن نكون أصدقاء.		
20.	أشعر باهتمام ومشاعر الآخرين حولي.		
21.	أقبل الرأي الآخر إذا كان مقنعاً.		
22.	أتحكم في غضبي واستطيع ضبطه.		
23.	أجد صعوبة في ضبط أفكاري عند مواجهة أحداث صعبة.		
24.	أتحاشى الآخرين في أي شيء أفعله.		
25.	من الصعب أن أهزم في مناقشة مع الآخرين.		
26.	أشعر بالتوتر في المواقف الاجتماعية.		

ملحق رقم (4)
تسهيل مهمة الباحث

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي: 1150

عمادة الدراسات العليا

الرقم ح س غ/35
Ref

التاريخ 2013/08/12
Date

لن يهمه الأمر

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة
الطالبة/ هبة محمد خطاب خطاب، برقم جامعي 220100086 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية
التربية تخصص علم النفس - إرشاد نفسي، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها للماجستير والتي بعنوان
صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية لدى عينة من النساء
البدينات في قطاع غزة

والله ولي التوفيق،،،

عميد الدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



صورة إلى :
المفت.