

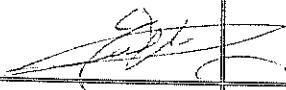

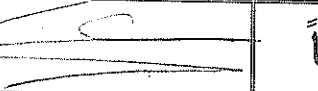
نوقشت هذه الرسالة

صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي

لدى المصابين بتشوهات جسدية

دراسة على عينة من المتضررين بأحداث العنف في سورية

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٢٠١٥/١١/٣٠ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم
التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ. د. رياض العاسمي	عضواً	
د. أحمد الزعبي	عضواً	
د. كارولين المحسن	عضواً مشرفاً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة، وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في الإرشاد
النفسي



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي

لدى المصابين بتشوهات جسدية

دراسة على عينة من المتضررين بأحداث العنف في سورية

مرسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالب

أسامة مراد كاسوحة

إشراف الدكتورة

كارولين المحسن

مدرسة في قسم الإرشاد النفسي

كلية التربية - جامعة دمشق

2015-2014م

دمشق

1436-1435هـ

شكر وتقدير

أتوجه بالشكر لأستاذتي الدكتورة كارولين المحسن، المشرفة على كتابة الرسالة، التي كانت الموجه لي في كل مراحل الكتابة، ولم تبخل عليّ بوقتها أو جهدها؛ فكانت خير معين لتصويب محتويات الرسالة، وتقديم النصح والمعرفة العلمية والتشجيع الدائم. فلها مني كل الشكر والامتنان والتقدير.

وأتوجه بالشكر إلى أعضاء لجنة الحكم لقبولهم لجنة الحكمة وما سيبدلونه من وقت في قراءة الرسالة وتصويبها وتصحيحها لتخرج على أفضل وجه. والشكر موصول للأساتذة الأفاضل الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة وإعطاء الباحث من وقتهم وجهدهم لتحكيم مقياس صورة الجسد.

وأتوجه بالشكر الخالص لكافة المستشفيات التي استقبلت الباحث وساعدته في إتمام هذا البحث، ممثلة بالأطباء والممرضين الذين تعاونوا مع الباحث، وسهلوا له العمل لإتمام إنجاز أدوات الدراسة، وكذلك أفراد العينة من المصابين بالنتشوهات الجسدية، حالات البتر، والحروق...

شكري، وتقديري الكبير لقبولهم تطبيق المقاييس، بالرغم من أوجاعهم وآلامهم، متمنياً لهم التماثل للشفاء والتكيف والتقبل السريع لحالاتهم الجسدية بعد الإصابة.

لا يفوتني أن أتوجه بخالص الشكر والمحبة لأفراد أسرتي أبي وأمي وأخوتي الذين كانوا متابعين دائمين لعملي، مقدمين للباحث لما يحتاجه من دعم معنوي وتشجيع في لحظات يحتاج فيها للدعم والمساندة فلهم أقدم هذا العمل.

ولا أنسى الشكر الجزيل لأصدقائي لمساندتهم الدائمة ووقوفهم بجانبني وسؤالي الدائم عن سير العمل وتشجيعهم وتقديمهم المساعدة لي في مراحل كتابة الرسالة، فلهم مني كل المحبة والامتنان.

الباحث

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	شكر وتقدير
ب	فهرس المحتويات
هـ	فهرس الجداول
ز	فهرس الرسوم البيانية
ح	فهرس الملاحق
1	الفصل الأول مدخل إلى الدراسة
2	توطئة
5	مشكلة الدراسة ومسوغاتها
10	أهمية الدراسة
12	فرضيات الدراسة
13	حدود الدراسة
13	مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية
17	الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة
18	أولاً . التشوهات الجسدية
22	ثانياً - البتر مفهومه وانتشاره
24	مستويات وأسباب البتر
25	أشكال التشوهات الجسدية في البتر
26	العوامل المرتبطة بالتكيف مع البتر
27	نظرية الطاقة في البتر
29	التوافق النفسي والاجتماعي والبتر
31	ثالثاً - الحروق مفهومها واثرها على الصحة النفسية

الصفحة	العنوان
32	رابعاً . صورة الجسد
33	مفهوم صورة الجسد
37	أبعاد صورة الجسد
38	مكونات صورة الجسد وعناصرها
41	خصائص صورة الجسد
42	الجنس وصورة الجسد
44	الأثر النفسي والاجتماعي لتشوه صورة الجسد
46	خامساً - القلق الاجتماعي
46	مفهوم القلق الاجتماعي
47	انتشار القلق الاجتماعي
48	مظاهر ومكونات القلق الاجتماعي
50	أعراض القلق الاجتماعي
50	مسببات القلق الاجتماعي
52	علاقة القلق الاجتماعي باضطراب تشوه صورة الجسد
53	تعقيب
56	الفصل الثالث الدراسات السابقة
57	أولاً- الدراسات العربية
61	ثانياً- الدراسات الأجنبية
76	ثالثاً- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة
80	الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها
81	أولاً. منهج الدراسة
82	ثانياً. مجتمع الدراسة
84	ثالثاً. عينة الدراسة وموصفاتها وشروط اختيارها
92	رابعاً. أدوات الدراسة

الصفحة	العنوان
92	أولاً. مقياس صورة الجسد
101	ثانياً. مقياس القلق الاجتماعي
105	ثالثاً. دراسة الحالة
106	خامساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة
107	الفصل الخامس عرض النتائج وتفسيرها
108	مقدمة:
109	أولاً. أسئلة الدراسة
113	ثانياً - فرضيات الدراسة
134	ثالثاً - نتائج الدراسة الإكلينيكية
142	مقترحات الدراسة
143	ملخص الدراسة باللغة العربية
146	قائمة المراجع
147	أولاً - المراجع العربية
153	ثانياً - المراجع الأجنبية
163	ملاحق الدراسة
I	Abstract

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان
83	جدول (1) الأماكن التي تم تطبيق الدراسة فيها
85	جدول (2) توزع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس ونوع الإصابة
86	جدول (3) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة الأساسية
88	جدول (4) توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة
89	جدول (5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي
91	جدول (6) توزيع أفراد العينة حسب مستوى التعليم
94	جدول (7) توزع العبارات على مقياس صورة الجسد في صورته الأولية
95	جدول (8) بعض العبارات التي تم تعديلها على مقياس صورة الجسد بناءً على آراء المحكمين
97	جدول (9) توزع عبارات مقياس صورة الجسد بصورته النهائية
97	جدول (10) توزع بنود المقياس على البنود السلبية والإيجابية
99	جدول (11) الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد.
100	جدول (12) الثبات بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس صورة الجسد
101	جدول (13) أبعاد مقياس القلق الاجتماعي وتوزيع البنود على المقياس.
102	جدول (14) توزع بنود المقياس على البنود السلبية والإيجابية
102	جدول (15) معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس
104	جدول (16) نتائج اختبارات ستودنت للتحقق من الصدق التمييزي
105	جدول (17) الثبات بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس القلق الاجتماعي.
109	جدول (18) تقدير المصابين بالتشوهات الجسدية لصورة الجسد لديهم
112	جدول (19) مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية

الصفحة	العنوان
114	جدول (20) الارتباط بين الدرجات على أبعاد مقياس عدم صورة الجسد والدرجات على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية
116	جدول (21) الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس صورة الجسم، تبعاً لمتغير الجنس
120	جدول (22) الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس القلق الاجتماعي، تبعاً لمتغير الجنس
122	جدول (23) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس صورة الجسم
123	جدول (24) نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة في مقياس صورة الجسم
124	جدول (25) نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة في مقياس صورة الجسم
127	جدول (26) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق الاجتماعي
129	جدول (27) نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة على مقياس القلق الاجتماعي
131	جدول (28) الفروق بين الأعمار الأدنى والأعلى على مقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي
132	جدول (29) الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة مرتفعي ومنخفضي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي

فهارس الرسوم البيانية

الصفحة	العنوان
87	الشكل (1) الوضع الاجتماعي للعيينة
89	الشكل (2) توزع العينة في المناطق الجغرافية
90	الشكل (3) يوضح المستوى الاقتصادي لأفراد العينة
91	الشكل (4) المستوى التعليمي لأفراد العينة
111	الشكل (5) الفروق في متوسطات التشوّهات الجسدية تبعاً لصورة الجسد
113	الشكل (6) الفروق في متوسطات التشوّهات الجسدية تبعاً للقلق الاجتماعي
116	الشكل (7) العلاقة بين صورة الجسد السلبية والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية
117	الشكل (8) الفروق بين الذكور والإناث في صورة الجسد
121	الشكل (9) الفروق بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي
125	الشكل (10) الفروق بين الفئات الثلاث في صورة الجسد
128	الشكل (11) الفروق بين الفئات الثلاث من التشوّهات الجسدية في القلق الاجتماعي

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان
164	ملحق (1) أسماء السادة المحكمين لمقياس صورة الجسد
165	ملحق (2) مقياس القلق صورة الجسد المستخدم في الدراسة الاستطلاعية
168	ملحق (3) مقياس القلق الاجتماعي
171	ملحق (4) مقياس صورة الجسد المستخدم في صورته الأولية
174	ملحق (5) مقياس صورة الجسد في صورته النهائية
177	ملحق (6) دراسة الحالة
185	ملحق (7) الموافقات والتسهيلات

الفصل الأول مدخل إلى الدراسة

توطئة

مشكلة الدراسة ومسوغاتها

أهمية الدراسة

فرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

توطئة:

يعتمد الكائن البشري اعتماداً جوهرياً على حواسه، فمن خلالها تأتيه الإحساسات المختلفة التي تكون خبراته، علاوة على المعلومات التي تكون عالمه الإدراكي والفكري. ومن ثم، فإن فقدان الحسي للكائن البشري يتحدّد من عالم خبرته، إذ يحرمه من بعض المصادر المادية التي من خلالها يتم تكوين بناء شخصيته النفسية والاجتماعية والجسدية. ولذا، فإن العجز أو التشوه في عضو من أعضاء الجسد قد يقود إلى مشكلات عديدة مع باقي أعضاء الجسد إضافة إلى صعوبات على المستوى النفسي والاجتماعي، لأن التشوه في أعضاء الجسد يؤثر على العملية الفكرية والنفسية والانفعالية. فالحدود القائمة بين العقل والجسد متفاعلة ولا يمكن الفصل بينهما. فأى ضرر يصيب الجانب العقلي، فإن الجانب الجسدي يتأثر فيه أيضاً، والعكس صحيح. ويرى "ديكارت في هذا" أن مشكلة الجسم واتحاد النفس به هي مسألة ميتافيزيقية، حيث يمكن اعتبارهما جوهريين منفصلين متميزين، هما الفكر والامتداد، وأن التأمل في الميدان الإنساني يكشف لنا عن وجود جوهر أو طبيعة بسيطة ثالثة، ليست هي الفكر، وليست هي الامتداد، وإنما هي طبيعة الاتحاد بين الجسم والنفس (الشاروني: 1972، 17).

وإن الإصابات الناجمة عن الحرب قد ينتج عنها أحياناً العديد من المشكلات الجسدية والنفسية، مثل فقدان بعض أعضاء الجسد (العين، الأنف، الأيدي أو الأرجل) والذي يؤدي إلى تشوه صورة الجسد واضطرابها، والقلق والاكتئاب وتدني مفهوم الذات. وقد يشعر الفرد بهذه الخسارة بعدم الكفاءة على المستوى الشخصي والمهني والاجتماعي، والخوف من التهديدات المستمرة، والقلق المستقبلي المرتبط بأداء وظائفه المختلفة. ويرى "وين وآخرون Wain et al, 2004) أنه منذ بداية حرب العراق الأولى والثانية تمت معالجة أكثر من (751) جندي مبتوري الأطراف في مركز معالجة الأطراف في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها. ويعكس هذا الرقم تقريباً ربع إجمالي الجنود العائدين من العراق، والذين كانوا يعانون من تشوهات جسدية مختلفة، مثل الحروق، والتشوهات في العمود الفقري، وتشوهات في الوجه... الخ. حيث كان

نصفهم من مبتوري الأطراف، وأكثر من نصفهم بقليل كانت حالات البتر مرتبطة بالأطراف السفلى (أما أحادية الجانب أو ثنائية أو أقل من بتر في الركبة). كما صنف (16%) من الجنود بإصابات العين والتي أدت في النهاية إلى العمى. ويرتبط بتر الذراع واليد والإصبع، أو القدم بالأثر النفسي الشديد من جراء ذلك التشوه الأمر الذي يختلف تبعاً للعضو المفقود على الوظيفية النفسية والاجتماعية وصورة الجسد.

ويبدو من هذا، أن بتر الأطراف -في الأغلب- يؤثر على جوانب حياة الفرد برمتها، ومن ضمنها الجوانب النفسية والانفعالية والجسمية والاجتماعية، باعتبارها عوامل مهمة في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي مع حالات التشوه الجسدي الناتج عن البتر. وأكثر الجوانب التي تؤثر فيها التشوهات والإعاقات الجسدية على جوانب الإنسان هي: اضطراب صورة الجسد والضعف في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، والذي ينتج عنها القلق الاجتماعي. إضافة إلى الألم الوهمي في الأطراف المبتورة الذي يرتبط بألم شديد مع بقية الأطراف السليمة (غير المبتورة)، Non amputated، مثل الأطراف الأخرى العلوية أو السفلية والرقبة والجزء الخلفي (Casale et al,2009). بينما يرى دافيس وآخرون (Davis et al,2000) أنه ليس مستغرباً بأن الخلل النفسي هو شائع أيضاً لدى هؤلاء المرضى بعد عملية البتر. فهم يعانون أيضاً من مشكلات متعلقة بالصحة البدنية والعقلية وجودة الحياة والتوافق مع متطلبات الحياة اليومية أكثر من القيود المفروضة على عملية البتر كزيادة في الاكتئاب والقلق في سنوات الثلاث الأولى بعد العملية الجراحية.

إن إصابات الحروق (Burns) أيضاً هي خبرات مؤلمة ومدمرة تجلب كمية كبيرة من الضغط النفسي لحالة الفرد المصاب بها. حيث يضطر الفرد أحياناً إلى إحداث تغييرات في صورة الجسد العقلية أو (مخطط الجسد). وقد تترافق الحروق بحالات من الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة والتي هي أكثر شيوعاً من الآثار النفسية المرصودة وذلك كما أشارت إليها دراسة كل من (Landolt et al 2000)، (Baur & Van Dorsten 1998). كما يلعب الأداء البدني دوراً كبيراً في الاكتئاب. وغالباً ما ترتبط الحروق بقلق صورة الجسد والشكوى من تلك الصورة الجديدة أو تجنب التفكير فيها. وتظهر نتائج الدراسات في هذا المجال

أن العديد من ضحايا الحروق أكثر عرضة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والعزلة الاجتماعية نتيجة لذلك. وهذه التشوهات الجسدية تؤثر على الوظائف النفسية والاجتماعية في بعض الحالات أكثر من تأثير عمليات بتر الأطراف وخصوصاً إذا كانت ندب الحروق بارزة في الوجه واليدين. مايؤدي لظهور مشكلات: كالإكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، والقلق العام، والمشكلات النفسية والاجتماعية، والعصبية، والمشكلات الجنسية، وضعف التفاعل الاجتماعي، وانخفاض في جودة الحياة (Ward et al,1987). فقد أشارت دراسة بيرنستين (Bernstein ,1976) إلى أن إصابات الحروق تؤثر بصورة واضحة على صورة الجسم (عدم الرضا)، وتصورات الذات والوصم، والاكنتئاب، والقلق واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). كما تعتبر إصابات الحروق وعواقبها سواء كانت جسدية أو نفسية خبرة مؤلمة للشخص المتضرر، مثل القلق والاكنتئاب وغيرها من الاضطرابات التي تصيب مفهوم الفرد عن جسده، علاوة على المشكلات الاجتماعية.

وفي ظل الظروف الصعبة والدقيقة التي يمر بها بلدنا، ونظراً لحالات العنف والتفجيرات والإرهاب التي يتعرض لها، فقد كثرت حالات الإصابة بالتشوهات الجسدية، التي يتعرض لها الأفراد، سواء في منطقة الوجه أو الأطراف كالبتر أو الحروق، ومثل هذه التشوهات قد تؤدي بالأفراد المصابين بها إلى حالة من عدم التوازن النفسي والجسمي، الأمر الذي ينعكس على مفهوم الذات، وقد تؤدي إلى الإصابة بالعديد من الاضطرابات والمشاكل النفسية كالقلق والاكنتئاب، والعزلة وانخفاض تقدير الذات (حسن،2006،42). فقد يحدث اختلال وتغير كبير في نظرة الأفراد لصورة جسدهم، نتيجة للتشوه الذي أصابهم وغالباً ما تتكون لديهم صورة جديدة لأجسادهم، وفي معظم الأحيان تكون صورة سلبية، وهذه الصورة، تعمل على تشكيل تصورات سلبية للذات، وتؤدي إلى الخوف من التقييم السلبي بشكل مستمر وصولاً لحالة القلق الاجتماعي، كما أن الصورة السلبية للجسد قد تخفض من احترام الفرد لذاته وجسده (Angie,2004).

لذلك، فإن العلاقة بين التشوهات الجسدية والقلق الاجتماعي واضحة في العديد من الدراسات العلمية، لذا، سوف يحاول الباحث تناول التشوهات الجسدية في حالة البتر والحروق

وبعض التشوهات الأخرى في علاقتها بكل من الرضا أو عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي الناتج عن هذا التشوه لدى عينة من الأفراد الذين تعرضوا لمثل هذه التشوهات في بعض مستشفيات مدينة دمشق.

مشكلة الدراسة ومسوغاتها

أشارت الأدبيات المتعلقة بالتشوهات الجسدية أن صورة الجسد لها تأثيرات نفسية واجتماعية. ومن بين تلك التأثيرات: شعور الفرد بالقلق في إطار علاقاته الاجتماعية، وخاصة الأفراد المصابين بالتشوهات الجسدية وحالات البتر والحروق (Mugo,2010)، مما ينعكس على علاقات الفرد وتفاعله مع محيطه في المواقف الاجتماعية المختلفة. ويتجلى ذلك بوضوح، من خلال الكف الناتج عن وجود الفرد في موقف اجتماعي معين، مما يقوده إلى ظهور ردود فعل القلق بشكل ظاهر على ملامحه الخارجية (Marts,1987). وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن التشوهات الجسدية المتمثلة في بتر الأطراف والحروق وخصوصاً حروق الوجه واليدين لهما تأثيرات سلبية على صورة الجسد والقلق الاجتماعي، والتكيف النفسي والاجتماعي عموماً. فقد أظهرت الدراسات النفسية التي تناولت حالات البتر، مثل دراسة القاضي (2009)، ودراسة معافي (2012)، ودراسة خلف (2012)، ودراسة بريكي (Breaky,1997)، بيتزر (Yetzer,2004) هوجو وآخرون، (Hugo et al,2011) كوفي (Coffey,2012). هولزير وآخرون (Holzer et al,2014) موكو (Mugo,2010)، حوامدة (Hawamdeh et al,2008)، موراي وفوكس (Muray & Fox,2002) وجود علاقة بين التشوهات الجسدية المتمثلة في بتر الأطراف (السفلية أو العلوية) واضطراب صورة الجسد والتوافق النفسي والاجتماعي، علاوة على انسحاب المصاب من المواقف الاجتماعية التي تسبب الخجل أو وصمة العار. وقام (Tejawini,2014) بدراسة للتعرف على صورة الجسم وجودة الحياة الصحية لدى عينة مكونة من (15) شخصاً من مبتوري الأعضاء السفلية، وقد أشارت النتائج إلى أن هؤلاء الأفراد يعانون من جودة حياة صحية منخفضة، وقلق شديد مرتبط بصورة جسد، وأنهم أكثر انشغالاً بها لمواجهة التغيرات الجسمية الحاصلة لهم بعد تركيب الأطراف الاصطناعية.

وفيما يتعلق بالإصابة بالحروق الجسدية وعلاقتها بصورة الجسد، فقد أشارت دراسة كل من (Landolt, et al,2000), (Fauerbach,2000,576)، (Cox, &Call, 2004) إلى أن الأفراد المصابين بحروق في الوجه غير راضين عن صورة أجسادهم وجودة حياتهم، وأن تفاعلهم مع الآخرين كان سلبياً في معظم الأحيان. وقد استكشفت دراسات قليلة أن الأفراد المعرضين للحروق يعانون من تشوهات في صورة الجسد أكثر ممن يتعرضون لتشوهات جسدية أخرى. فمن المرجح أن تؤدي هذه التشوهات إلى تغيرات كبيرة في الإدراك الجسمي والشخصي لصورة الجسد (Browne et al,1985). على اعتبار أن تشوهات الوجه المتمثلة في الحروق، قد تشكل ندباً واضحة تجعل الفرد أكثر انزعاجاً من هذه الصورة التي تبدو لكثير من الناس غير مقبولة، مما تؤدي بصاحبها إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين، وتجنب المواقف الاجتماعية (Patterson,et al,1993). لكن معظم الدراسات بالرغم من الفروق الضئيلة في نتائجها تشير إلى أن هناك عدة متغيرات في التوافق النفسي والاجتماعي قد تؤدي إلى تقاوم أو تسبب الاختلال النفسي لدى المصابين بالحروق (Delilah&Faust,2007). ويرى كوري ووبروزنيسكي ورمزي (Corry, Pruzinsky, & Rumsey. 2009) أن شدة ومكان الحرق في الجسم لا تحدد بالضرورة حجم الأذى نحو التغيير في المظهر. فعلى سبيل المثال، قد يكون شخص واحد حزين جداً عن ظهور حرق صغير، بينما شخص آخر يعاني من حروق كبيرة جداً قد لا تجعله يشعر بالأذى على الإطلاق. ويعتمد اضطراب صورة الجسد في الحروق على عوامل عدة، مثل نمط الشخصية، وتاريخ الاكتئاب، والدعم الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية، وكيفية تعامل الشخص مع جسده قبل إصابته بالحرق. فقد تولد هذه الحروق لدى بعض الأفراد المصابين بالحروق ندباً "قبيحة"، إذ يشعرون بالقلق من أن الآخرين قد يتجنبهم بسبب تلك الندوب أو التشوهات الجسدية. وقد ينطوي شكل الجسم لدى الفرد المصاب بالحروق على: الحزن أو الأذى حول التغيرات في المظهر والقدرات البدنية، والقلق حول الأوضاع الاجتماعية أو الحميمة إذا كانت الندوب واضحة، والقلق حول كيف ستكون ردة فعل الناس عندما يرون الندوب لدى الشخص المحروق في الوجه أو اليدين. وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين المرتبطة بأثر الحروق على المظهر الجسدي والعلاقات الاجتماعي، فقد أظهرت الدراسة التي قام بها (Ward et al., 1987) أن الإناث أكثر قلقاً واكتئاباً بشأن صورة

أجسادهم من الذكور، وأن العلاقات الاجتماعية لديهم تكون أضعف مع ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وعدم الرضا عن الحياة، وخصوصاً إذا كان التشوه الناتج عن الحرق يتركز في الوجه واليدين. كما أشارت دراسة أفينوش وآخرون (Avinosh et al,2013) إلى أن المرضى المقيمين في المستشفيات العامة في مدينة "دهلي في الهند" يعانون العديد من المشكلات النفسية والجسدية المرتبطة بالإصابة بالحروق لدى الأفراد المتضررين، مثل القلق والاكتئاب والعزلة النفسية، وأن هذه الأعراض تزيد مع التقدم في العمر، وأن ثمة فروق بين الذكور والإناث في تلك المشكلات النفسية والجسدية التي تبدو أكثر وضوحاً لدى النساء منها لدى الرجال.

ويبدو من النتائج والتحليلات التي قدمها الباحث والمستندة إلى الدراسات العلمية حول مفهوم التشوهات الجسدية المتعلقة بالبرق والحروق لدى عينات مختلفة من المجتمع، أن هذه التشوهات لها آثار نفسية واجتماعية وجسدية، والتي تتمثل في اضطراب صورة الجسد، والقلق الاجتماعي وعدم التوافق النفسي والاجتماعي، وأن ثمة فروق متباينة بين أعراض هذه الإصابات لدى الأفراد، فالمصابين بحالات البرق في أجزاء الطرف العلوي أقل عرضة للقلق واضطراب صورة الجسد، من المصابين ببرق الأطراف السفلية، وكذلك توجد فروق بين الذكور والإناث في هذا الجانب. أما فيما يتعلق بالحروق فقد وجدت الدراسات أن هناك العديد من العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية المتعلقة بهذا التشوه الجسمي الناتج عن الحروق، فحروق الوجه أكثر إيلاًماً من الحروق في اليدين أو في مناطق أخرى من الجسد. وبالمقارنة بين الذكور والإناث، أظهرت نتائج الدراسات أن الإناث أكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عن هذه الحروق مقارنة بالذكور، وأن إصابة الأفراد بالحروق قد تكون لها آثار نفسية واجتماعية وجسدية أفسى من الآثار التي يتركها بتر الأطراف، بالرغم من وجود فروق في هذا التصنيف (Xie, Gallaher, & Chou, 2010).

وانطلاقاً من الواقع الذي نشهده اليوم في ظل حالة الاضطراب والعنف الذي تعيشه سورية خاصة، وعدد من البلدان العربية المجاورة عامة، لم يعد خافياً حجم الإصابات العضوية والتشوهات والإعاقات الجسدية التي يتعرض لها الآلاف من المواطنين، والتي مازالت مستمرة

منذ أربع سنوات وحتى الآن، نتيجة للتفجيرات وأعمال العنف، وشظايا القذائف التي يقوم بها الإرهابيون بحق المدنيين العزل، حيث تأثر كثير منهم من جراء هذه الأعمال الإرهابية التي قوضت الحياة العامة، وطالت نتائجها الأفراد المدنيين ذكوراً وإناثاً من كل الأعمار بتشوهات جسدية متباينة، مثل الحروق الجسدية بدرجاتها المختلفة، وحالات البتر لأحد الأعضاء أو لطرفين علويين أو سفليين، وكذلك تشوهات في الوجه والعمود الفقري، وغير ذلك من التشوهات الجسدية التي أعاقتهم من القيام بمسؤولياتهم في حياتهم اليومية، كما أثرت على صحتهم النفسية والاجتماعية وعلى مهاراتهم وإنجازاتهم الوظيفية أيضاً.

وفي ضوء ما سبق، وللتحقق من تلك الآثار السلبية التي يتركها بتر الأطراف والحروق على الصحة النفسية للفرد وعلى رضاه عن جسده وعلاقاته الاجتماعية، قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية للعديد من حالات التشوه الجسدية الناجمة عن التفجيرات أو الحرائق التي طالت العديد من المواطنين (ذكوراً وإناثاً)، وتم تطبيق (1) مقياس القلق من تشوه صورة الجسد إعداد العاسمي، و (2) مقياس القلق الاجتماعي إعداد العاسمي، على عينة عشوائية بلغ عددها (20) من المصابين بالتشوهات الجسدية المختلفة، وذلك خلال العام (2014) بغية استكشاف العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المصابين بالتشوهات الجسدية؛ وكانت النتيجة وجود علاقة سلبية بين صورة الجسد المنخفضة والقلق الاجتماعي المرتفع، أي ترافق الانخفاض في صورة الجسد مع الارتفاع في القلق الاجتماعي لدى الفرد. ومن خلال الكشف عن هذه العلاقة لدى بعض أفراد العينة الاستطلاعية تبين أنهم يعانون من صعوبة في التوافق مع الوضع الجديد لأجسادهم، وأنهم غير قادرين على التكيف الاجتماعي بسبب التشوه الذي حصل لهم، كما تبين أن الأفراد المبتورين أقل عرضة للقلق والاكتئاب، واضطراب صورة الجسد من الأفراد المشوهين نتيجة لحروق في الوجه والأيدي... الخ

وانطلاقاً من النقص الواضح في الدراسات السابقة التي تناولت موضوع التشوهات الجسدية الناتجة عن أعمال العنف في الأزمة السورية وما نتج عنه من أضرار جسدية لعدد من

(1) تم الاعتماد على مقياس القلق من صورة الجسد كأداة في الدراسة الاستطلاعية، للإطلاع على المقياس راجع الملاحق.

(2) استخدم الباحث مقياس القلق الاجتماعي إعداد العاسمي، للإطلاع على المقياس راجع الملاحق.

المواطنين الآمنين، مثل بتر أحد أعضاء الجسد، أو الحروق، أو التشوهات المختلفة في بعض أجزاء الجسد التي أفقدتهم الكثير من مقومات جودة الحياة الصحية والنفسية والجسدية والاجتماعية، يحاول الباحث تسليط الضوء في هذه الدراسة على هذه الفئة من الأفراد الذين فقدوا أحد أطرافهم السفلية أو العلوية، أو تعرضوا للتشوهات الجسمية الناجمة عن الحروق في الوجه واليدين، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات النفسية والجسدية والاجتماعية (صورة الجسد والقلق الاجتماعي)، إضافة إلى الكشف عن الفروق بينهما على المستوى النوعي في الآثار التي يتركها كل من النمطين من الإصابة على صحته النفسية وتوافقه الاجتماعي والتي يتم الكشف عنها من خلال منهج دراسة الحالة الفردية، وذلك لدى عينة من الأفراد الذين يتم علاجهم في بعض مستشفيات مدينة دمشق.

وفي ضوء ذلك، يحدد الباحث مشكلة دراسته في الإجابة عن السؤال الآتي:

هل هناك علاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى عينة من المصابين بالتشوهات

الجسدية؟

وينبثق عن التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

- ما تقدير صورة الجسد لدى أفراد عينة الدراسة المصابين بالتشوهات الجسدية؟
- ما مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة؟
- ما العلاقة بين الفئات المختلفة من التشوه على كل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي، وهل ثمة فروق بين هذه الفئات على المستوى الكمي والكيفي حسب متغير الجنس والإعاقة في هذه المتغيرات؟
- كيف يمكن الاستدلال على الفروق بين مبتوري الأطراف والمصابين بالحروق من خلال المقابلة المفتوحة التي أجراها الباحث مع عينة من مبتوري الأطراف والمصابين بحروق في الوجه والأيدي؟

أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في الجانبين الآتيين:

أ- الأهمية النظرية:

1- قد تفيد هذه الدراسة في تعرّف مدى تأثير التشوهات الجسدية الناجمة عن بتر الأطراف والحروق على صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

2- تتناول هذه الدراسة إحدى الموضوعات الحديثة التي قد تثري الأدب النفسي، وهو موضوع التشوهات الجسدية، فهو وإن تناولته الدراسات العربية والأجنبية بالدراسة، إلا أنه لم تتم دراسته بشكل معمق في حالات الحروب والكوارث خصوصاً في سورية، ولزال بحاجة إلى مزيد من الدراسة النظرية والتطبيقية.

3- يمكن أن تسهم هذه الدراسة في تقديم فهم أفضل لمفاهيم صورة الجسد والقلق الاجتماعي والتشوهات الجسدية.

4- تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها في البيئة السورية والعربية - في حدود علم الباحث- التي تناولت التشوهات الجسدية المتمثلة في بتر الأطراف والحروق في علاقتها بصورة الجسد والقلق الاجتماعي.

ب- الأهمية التطبيقية:

1- تأتي أهمية الدراسة التطبيقية من أهمية الموضوع والحاجة إليه، وكذلك أهمية العينة المستهدفة؛ والتي تشكل شريحة لا يستهان بها من فئات المجتمع، وأن التعرف على طبيعة العلاقة بين هذين المتغيرين لدى هاتين الفئتين من الحالات في هذه الدراسة تعد بداية علمية جديدة قد تفتح المجال العلمي للعديد من الدراسات في هذا المجال.

2- تقديم فهم أفضل لمتغيرات صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المصابين بالتشوهات الجسدية، والسعي نحو تقديم الخدمات المناسبة لهم، وذلك من خلال فهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دوراً مهماً في اضطراب صورة الجسد والقلق الاجتماعي، كما تكشف عنها

دراسة الحالة لدى بعض حالات التشوه الجسدي وأثرها على توافق الفرد مع هذه الإصابات،
والعواقب المستقبلية الناجمة عنها.

3- لفت انتباه الباحثين إلى أهمية عينة المصابين بالتشوهات الجسدية، وتشجيعهم على
تناول هذه الفئة بالمزيد من الدراسات والأبحاث المستقبلية وبمتغيرات مختلفة.

4- العمل على وضع برامج إرشادية قائمة على فنيات الإرشادي النفسي المختلفة لتقديم
الدعم النفسي والأسري والمجتمعي للحد من الأعراض النفسية والجسدية والاجتماعية الناجمة عن
هذه التشوهات الجسدية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- 1- تقديم إطار نظري لكل من متغيرات الدراسة، المتمثلة في التشوهات الجسدية وارتباطها
بصورة الجسد والقلق الاجتماعي.
- 2- تعرّف العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من حالات
البتير والحروق.
- 3- كشف الفروق بين أفراد العينة (البتير، الحروق) في كل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي
وفقاً لمتغير الجنس.
- 4- تعرّف الفروق بين الأشخاص ذوي التشوهات الجسدية الأكبر عمراً والأصغر عمراً في كل
من صورة الجسد والقلق الاجتماعي.
- 5- كشف الفروق في متغيرات الدراسة (الجنس، نوع الإصابة)، بين المصابين بالتشوهات
الجسدية المختلفة.
- 6- تعرّف الفروق بين مرتفعي ومنخفضي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي لدى كل
من عينة البتير والحروق.

7- تعرّف أثر التفاعل بين متغيري الجنس ونوع الإصابة على كل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

8- تعرّف العوامل النفسية والاجتماعية كما تكشف عنها دراسة الحالة لدى كل من مبتوري الأطراف والحروق لدى بعض أفراد عينة الدراسة.

فرضيات الدراسة:

يسعى الباحث للتحقق من أهداف دراسته من خلال الفرضيات الآتية:

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد، ومتوسطات درجاتهم على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية المختلفة على ابعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير الجنس.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير نوع الإصابة (بتر أطراف، حروق، تشوه في الوجه، تشوه في الجسم).

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير نوع الإصابة (بتر أطراف، حروق، تشوه في الوجه، تشوه في الجسم)

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة من المصابين بتشوهات جسدية، بين الذين هم دون سن (35) وفوق (36) سنة على مقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي صورة الجسد ومنخفضي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي.

حدود الدراسة:

تتبعين حدود الدراسة الحالية بما يلي:

- 1- **الحدود البشرية:** تتكون عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية الناتجة عن أحداث العنف وعددهم (90) حالة، ممن يعانون من إصابات بتر أحد الأطراف، أو الحروق في الوجه واليدين، بواقع (52) ذكراً، و(38) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (20-50) سنة.
- 2- **الحدود الموضوعية:** تتناول العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من تشوهات جسدية (بتر، حروق)، وذلك باستخدام الأدوات التي أستخدمت في الدراسة وفق المتغيرات التالية: (الجنس - نوع الإصابة)؛ وتتمثل الحدود الموضوعية بالمنهج الوصفي الارتباطي التحليلي والمنهج الإكلينيكي، والأدوات المناسبة، والأساليب الإحصائية.
- 3- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الحالية في مستشفيات وعيادات مدينة دمشق.
- 4- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة بين 2014/6/25 ولغاية 2015/4/3.

مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:**1- التشوه: Disfigurement**

يشير مصطلح التشوه في قاموس (Collins,2001) إلى الأضرار والإصابات والندب أو العيوب والتشوهات في الجسم. كما يعرف بأنه عبارة عن أضرار ناتجة عن طفرة وراثية لحقت بالجنين أو مضاعفات عند الولادة، أو اضطراب هرمون النمو، أو تشوه بعد عملية جراحية، أو إصابة شديدة، مثل الحروق، وبتر الأعضاء نتيجة لعوامل مكتسبة أو وراثية. فالتشوه إذن، هو حالة من الأذى الطبي أو الجسمي الوراثي أو المكتسب الذي أحدث خللاً وتشوهاً في الوظائف الجسمية لدى الفرد، مثل: المرض، والعيوب لبحلقي، أو الجرح، أو الندب الناتجة عن الحروق أو البتر في أحد أطراف الجسد الناتجة عن الأمراض أو الحوادث.

<http://www.youtube.com/watch?v=3cfMzamiWXA>

ويُعرّف التشوه الجسدي في القانون بأنه مثل أي درجة في الإعاقة الجسدية، والعجز، أو التشوه الذي تسببه الإصابة الجسدية، من عيب خلقي أو مرض. وهذا يشمل: الصرع؛ الشلل؛ البتر؛ غياب التنسيق البدني، والعوائق السمعية والكلامية والبصرية. واعتماد الفرد على أجهزة وأدوات طبية أو اصطناعية أخرى للتعويض عن ذلك التشوه أو الحد من أعراضه الجسمية. ويرد هذا المصطلح إلى نتيجة وقوع حادث أو إصابة تضعف الجمال، والتماثل الجسدي والمظهر الخارجي للفرد. (Black's Law Dictionary, 2003). كما يعني أي حالة ملحوظة قد تسبب الإحراج المتألم في الأماكن العامة للفرد، مثل الندب في الوجه. المشكلات الجلدية، اضطراب في حركات المشي أو بتر في الأطراف، أو حروق في بعض أجزاء الجسد أو التشوهات الناتجة عن عمليات جراحية أو أمراض مزمنة كالسرطان أو السكري، وغيرها (Rumsey, & Gahagan, 1982).

2- البتر Amputation

تم تعريف فقدان الأطراف باعتبارها تجربة فراق الفرد أحد أطرافه من الجسم (Flannery & Faria 1999, 100).

ويعرف رين (Rains, 1995m41) البتر بأنه حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسد بسبب الإصابات أو الأمراض أو الجراحة أو الحروب أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية.

ويُعرّف الباحث البتر في هذه الدراسة: بأنه فقدان أفراد العينة (عينة البتر) أحد الأطراف السفلية أو العلوية أو الطرفين العلويين أو الطرفين السفليين، أو طرف علوي وطرف سفلي، وهم من الأفراد الذين يخضعون للعلاج في إحدى مستشفيات مدينة دمشق.

3- الحرق: Burn

الحرق هو ضرر يصيب الجلد أو الأنسجة العضوية الأخرى الناتجة في المقام الأول عن طريق الحرارة أو النشاط الإشعاعي، والكهرباء، والاحتكاك أو الاتصال مع المواد الكيميائية. وقد يتسبب في إصابات الجلد الناشئة عن الأشعة فوق البنفسجية، والنشاط

الإشعاعي والكهرباء أو المواد الكيميائية، فضلاً عن الضرر التنفسي الناجمة عن استنشاق الدخان (Ahuja & Bhattacharya 2004).

ويُعرّف الباحث الحروق لدى أفراد عينة دراسته، بأنها الحروق التي تعرض لها الفرد نتيجة لسقوط قذائف وحرق المنزل أو انفجار قذائف، وغير ذلك نتيجة للأعمال الإرهابية التي يقوم بها الإرهابيين بحق المدنيين العزل، وتلك الحروق متمركزة في الغالب لدى أفراد عينة البحث في الوجه واليدين، وهم ممن يتلقون العلاج في إحدى مستشفيات مدينة دمشق.

4- صورة الجسد Body image:

يُعرّف كاش (Cash,1997,23) صورة الجسد بأنها أفكار الشخص، واعتقاداته ومشاعره وتصوراتهِ وإدراكاته، واتجاهاته وأفعاله، التي تتعلق بمظهره الجسمي عامة، ويشمل ذلك المظهر والسن والتوظيفات والجنس.

وبينما تعرف شقير (304، 2005) بأنها صورة ذهنية وعقلية، يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي، أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

ويعرف الباحث صورة الجسد في دراسته إجرائياً بأنها: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص المصاب بالتشوه الجسدي، على مقياس صورة الجسد (إعداد الباحث) المستخدم في الدراسة الحالية، والذي يتضمن المكون المعرفي والاجتماعي ومكون الخبرة، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى عدم رضا المفحوص عن جسده، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى رضا المفحوص عن جسده.

5- القلق الاجتماعي Social Anxiety

من التعريفات المهمة للقلق الاجتماعي التعريف الذي وضعته الكتاني (23، 2004) حيث عرفته: بأنه استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي يدرك على أنه يتضمن تهديداً للذات، وخوفاً من التقييم السلبي للآخرين الذي يؤدي لمشاعر الانزعاج والضيق، وقد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والتحفظ والكف.

كما يُعرّف (العاسمي، 27، 2012) القلق الاجتماعي بأنه القلق من التقييم السلبي للذات في مواقف التفاعل الاجتماعي، وهو شكل من أشكال الاضطرابات النفسية الناجمة عن نقص المهارات الاجتماعية وضعف في تقدير الذات.

ويمكن للباحث أن يُعرّف القلق الاجتماعي إجرائياً بأنه: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص، على مقياس القلق الاجتماعي المستخدم في الدراسة الحالية والذي يتضمن الأبعاد التالية: التجنب الانفعالي، المؤشرات الجسمية، التوكيدية، التشتت الذهني. حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى أن المفحوص أكثر عرضة للقلق الاجتماعي بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض في مستوى القلق الاجتماعي أو غيابه.

الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة

أولاً - التشوهات الجسدية

ثانياً- البتر مفهومه وانتشاره

ثالثاً- الحروق مفهومها واثرها على الصحة النفسية

رابعاً - صورة الجسد

خامساً- القلق الاجتماعي

تعقيب

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

يتضمن هذا الفصل المحاور الأساسية لمتغيرات الدراسة الحالية، والتي تشمل: التشوهات الجسدية ذات الصلة بأحداث الأزمة السورية التي تعرض لها بعض الأفراد، مثل: بتر الأطراف، والحروق، وغيرها من التشوهات الناتجة عن ذلك، ثم دراسة علاقة هذه التشوهات بصورة الجسد والقلق الاجتماعي من وجهة نظر المتضرر، ثم قيام الباحث بربط المتغيرات ذات الصلة بالتشوهات الجسدية من أجل الوصول إلى فهم واضح لهذه المتغيرات وربطها بالدراسات السابقة والنتائج التي يمكن أن يتوصل إليها الباحث.

من هذا، تناول الباحث الموضوع الرئيس للدراسة والمتمثل في التشوهات الجسدية وعلاقته بالمتغيرات الأخرى، مبتدئاً بالتشوهات الجسدية الناشئة عن الأضرار التي لحقت ببعض أفراد المجتمع نتيجة لأحداث الأزمة السورية ثم الحديث عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

أولاً . التشوهات الجسدية

التشوه، سواء كان سببه حالة حميدة أو خبيثة، غالباً ما يؤدي إلى مشكلات نفسية وجسدية واجتماعية شديدة، مثل: صورة الجسم السلبية؛ الكآبة؛ صعوبات في حياة المرء الاجتماعية، والجنسية المهنية... الخ. ويرجع ذلك جزئياً إلى كيفية تكيف أو توافق الفرد مع تلك التشوهات التي تشكل عواقب وخيمة على المستوى النفسي والاجتماعي والجسدي، علاوة على الآثار المستقبلية المتعلقة بالمهنة والإنتاجية. وقد أظهرت الدراسات أن السكان عامة الذين لديهم تشوهات جسدية هم أقل ثقة واحتراماً من وجهة نظرهم الخاصة ومن وجهة نظر الآخرين أيضاً. مثل هذه التشوهات تؤثر على مناطق مرئية في الجسد، مثل الوجه واليدين. كما تمت ممارسة التشويه الجسدي المتعمد من قبل العديد من الثقافات على مر التاريخ البشري لأغراض دينية أو قضائية أو صحية، مثل الوشم، وختان الإناث وغيرها من التشوهات الجسمية الغير مرغوب فيها اجتماعياً. علاوة على ذلك، فالأسلحة والمتفجرات المستخدمة حالياً، تستطيع إبادة أمم من

على ظهر المعمورة، فضلاً عما تخلفه من ويلات ودمار في المكتسبات الحضارية (يعقوب، 1999، 98). وهذه الحروب تترك آثاراً اجتماعية ونفسية على الأفراد والجماعات والأسر التي تعرضت لويلاتها؛ فالتشرد وفقدان السكن، والتشوه، وفواجع الموت، والتعرض لصعوبات الحياة، تعد جميعها مؤثرات متباينة تخلف وراءها مشكلات نفسية، وينجم عنها علامات وأعراض نفسية منذ بداية الحرب، وينتهي معظمها بأن تتحول إلى مرض نفسي معين (النايلسي، 1991، 9).

ويرى الباحث أن الشعور بالنقص والقصور في أعضاء بدن الإنسان يصبح على الدوام عاملاً يغير في نموه النفسي والجسدي، ذلك أن وجود الأعضاء القاصرة تؤثر دائماً على حياة الشخص النفسية، لأنها تقلل من قيمة ذاته، وتزيد من شعوره بعدم الأمان في المواقف الاجتماعية، وتسبب له الخجل أو القلق الاجتماعي. لكن هذا الشعور بعينه هو الذي يلهب مشاعر الفرد لإثبات شخصيته، ويثير لديه صراعاً نفسياً عنيفاً، ذلك لأن إرادة القوة ليست في صميمها شيئاً آخر غير القدرة التعويضية التي يصنعها الفرد المعوق جسدياً للحصول على ما يعوزه من أمن داخلي.

ومن الإعاقات التي تؤدي إلى حدوث صدمة انفعالية شديدة لدى بعض الأفراد الذين يتعرضون لحوادث مؤلمة، نذكر حوادث السيارات، وحوادث العمل، أو ما ينتج عن الأعمال الحربية التي قد تسبب تشوهات واضحة في الجسم، مثل بتر الأطراف، والتشوهات الجسدية الناشئة عن الإصابة بالحروق وغيرها. وهذه الصدمات الجسدية قد تسبب العديد من المشكلات النفسية والانفعالية للمصابين بها، وأكثر الحالات التي يمكن أن تلاحظ في حالة الحروب، حالات بتر الأطراف، سواء أحد الأطراف العلوية أو السفلية أو التشوهات في الوجه والعمود الفقري أو في القفص الصدري، إضافة إلى التشوهات الناجمة عن الحروق في الأيدي والأرجل والوجه.. الخ وجميع هذه الحالات في بعض أعضاء الجسم ينشأ عنها عموماً شعوراً بالخسارة لفقد أو تشوه جزء مهم من أعضاء الجسد. وهذا ينتج عنه يأس المريض. وفي بعض الأحيان قد تكون الصدمة على درجة كبيرة من الشدة. وخاصة إذا كان المبتور غير مستقر انفعالياً، ويكون ذلك عادة في حالات الذين كانوا يقومون بنشاط كبير. إذ يكون البتر بالنسبة لهم صدمة شديدة، كما لو أصيبوا بصدمة أو مرض حاد، ولكن إذا كان المريض مستعداً للبتر، أو تم عقب

مرض للتخلي من عضو فاسد، كما هو الحالات لدى مرضى السكري، أو في حالات التآكل التدريجي كما في الجذام، فإن الصدمة لا تكون شديدة (الهوري، 1971، 311).

وتأبيداً لإصابات الحروب وأثرها على التشوهات الجسدية فقد درس (Stewart,1999) أشكال التشوهات الجسدية الناتجة عن الحروب لدى المجندين والمدنيين، حيث وجد أن أعلى النسب المئوية للتشوهات الجسدية هي الآتية: بتر الأطراف (50%)، الحروق (38%)، تفكك الركبة (2.8%)، خلل في القدم جزئياً (0.7%)، قطع الأصابع في القدمين واليدين (2.3%). كما أشار البحث الذي أجراه (Graham,&Parke, 2004) إلى أن الحروب تؤثر في الفئات العمرية الأصغر سناً منها في الأكبر عمراً من حيث التشوهات الجسدية و آثارها النفسية والانفعالية والجسدية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال مبتوري الأطراف يكون متوسط أعمارهم في وقت الإصابة (25.9) سنة، وينتج البتر عن إطلاق النار المباشر أو الانفجارات القريبة من الضحية أو شظايا الانفجار، والحروق، أو أي مزيج مما سبق. علاوة عن التشوهات الجسدية الناتجة عن الأمراض المزمنة كمرض السكري، أو السرطان أو ضعف ورود الدم في الأوعية الدموية للأطراف السفلية، والذي يمكن أن تتفاقم هذه الحالات أثناء الأزمات والمعارك الحربية لدى المجندين والمدنيين على حد سواء. كما أظهرت نتائج الدراسة الأمريكية التي أجراها (James, Committee ,Carrolee& Barlow. 2011) على عينة من الجنود الأمريكيين في حرب الخليج الأولى والثانية أن ما نسبته (2%) منهم يعانون من بتر أحد أطرافهم أو جزء من أطرافهم، و(1,2) يعانون من تشوهات جسدية ناتجة عن الحرق والإصابات المختلفة، وأن هذه التشوهات الجسدية أثرت تأثيراً كبيراً على حياة الكثير منهم من الناحية النفسية والاجتماعية، وأن قرابة (12) جندي قد انتحروا نتيجة لهذه التشوهات، و(67) منهم لديهم أفكار انتحارية نتيجة لعدم تكيفهم مع الوضع الجديد لجسدهم. كما ولدت الصراعات في العراق وأفغانستان زيادة حادة في عدد مبتوري الأطراف الذين غادروا القوات المسلحة حتى عام (2002) وبالإضافة إلى ذلك، ثمة العديد من المشكلات التي تواجه التشوهات الجسدية في الأطراف والوجه واليدين.

أشكال التشوهات الجسدية واثرها على الصحة النفسية:

إن الإصابات والتشوهات الجسدية التي تحدث في الحروب وتؤثر على العسكريين والمدنيين كثيرة ومتعددة، والتي يمكن تقسيمها حسب شدتها إلى:

أ- إصابات بسيطة: يمكن معالجتها والشفاء منها دون أن تترك آثاراً بالغة في الجسم، وقد تشفى دون علاج، ويمكن أن يعود الفرد إلى حياته الطبيعية بعدها، ودون أية مشاكل صحية؛ ومن هذه الإصابات الكدمات المختلفة والرضوض والجروح البسيطة.

ب- إصابات متوسطة: تحتاج إلى علاج، وإذا لم تعالج قد تؤدي إلى مضاعفات في الجسم، وقد تترك بعض الآثار، كما قد تحد من الحركة الطبيعية في الجسم إذا لم تعامل بطريقة سليمة، و من هذه الإصابات كسور الأطراف.

ج- إصابات بليغة: وهي تحتاج لعلاج سريع، وإذا لم تعالج في الوقت المناسب أفقدت المصاب حياته، وقد تترك آثاراً في الجسم، أو تخلف عاهات دائمة حتى بعد العلاج، ومن هذه الإصابات، الكسور المضاعفة، والجروح النافذة، كذلك من هذه الإصابات ما يترك آثاراً بليغة في نفس الإنسان، فتخلق لدى المصاب الكثير من الاضطرابات النفسية، حتى بعد انقضاء الحرب التي تحول دون تمتعه بحياة هادئة ومريحة.

د- إصابات قاتلة: تصيب أجزاء هامة في جسم الإنسان، ولا يمكن للجسم الحياة بدونها، وقد لا ينفع معها العلاج، وقد تؤدي بالشخص إلى الوفاة كبعض إصابات الرأس والعمود الفقري والصدر.

وينتج عن الحروب والأزمات العديد من التأثيرات السلبية، على جوانب الشخصية كافة ومن بين هذه التأثيرات:

1- التأثير الجسدي: فقد تؤثر الحروب على عدد كبير من الأفراد بفقدانهم أجزاء من جسدهم بسبب تعرضهم للانفجارات ولعدم قدرة الفرد على التكيف مع الأحداث، فيصاب بأمراض سيكوسوماتية.

2-التأثير الاجتماعي: فالفرد عندما يتأثر من الناحية النفسية والجسدية، فإن ذلك سيترك تأثيرات حتمية على الجوانب الاجتماعية، فقد يحدث ما يسمى بالشلل الاجتماعي، وعندها تتأثر القيم والعادات التي يؤمن بها الفرد(السلامة، 2002، 92).

ويمكن تحديد مفهوم التشوه الجسدي في الآتي:

تشوه الجسم هو أحد الإعاقات الجسمية الحركية، التي تصيب الهيكل العظمي للإنسان، وتحدث هذه الإعاقة بنسبة كبيرة في الأطراف العليا من الجسم مقارنة بالأطراف السفلى، ومعظم أسباب الإصابة بتشوهات في الأطراف تكون وراثية خلقية، ولكن البعض الآخر قد يرجع إلى الحوادث والإصابات في الحروب، وحوادث العمل، والزلازل. وتأخذ التشوهات أشكال عديدة، كغياب جزء من أحد الأطراف، وغياب طرف من الأطراف، أو غياب أكثر من طرف، وصغر حجم أحد الأطراف بشكل واضح، وتشوه طرف أو أكثر من الأطراف أو الحروق الناتجة عن الحرائق(أبو النصر، 2005، 78).

ثانياً- البتر مفهومه وانتشاره

مسارات متعددة التي قد تؤدي إلى بتر الأطراف، وتشمل الأمراض، مثل: (مرض السكري وأمراض الأوعية الدموية الطرفية، والأورام الخبيثة)، وإصابات مؤلمة (مثل السيارات والحوادث الصناعية) وأسباب خلقية. في كثير من حالات بتر الأطراف هو إجراء منقذ لحياة الفرد من موت محقق. والاستجابات الفردية لفقدان الأطراف متنوعة ومعقدة، وتتأثر بمجموعة من العوامل الشخصية والسريية والاجتماعية والمادية والبيئية(Ehde, & Wegener, 2008)

ويمكن وصف البتر **imputation** بأنه إزالة طرف من الجسم عن طريق الجراحة أو نتيجة حادثة معينة، مثل حوادث السيارات أو في المعارك العسكرية...الخ. وغالباً يتم عن طريق العمليات الجراحية من أجل السيطرة على الألم أو المرض في الطرف المصاب. وعادة ما يشعر الشخص مبتور الأطراف بالجسد المشوه، و ما يصاحب ذلك من العلاقات الاجتماعية الضعيفة، والأداء المنخفض في العمل، والانسحاب والعزلة عن الآخرين (Wald 2004, 9). وعلاوة على ذلك، يعاني من انخفاض تقدير الذات، والعزلة الاجتماعية، والضعف المدرك من طرف الشخص المبتور، والمشكلات الناجمة عن تشوه صورة الجسم، كما يرتبط البتر بحالة

الوصم (Ferguson, Keeling, & Bluman, 2010). وفي بعض الحالات لا يمكن تجنب عملية البتر التي قد تسبب مشكلات والتهابات شديدة يمكن أن تنتقل إلى الأطراف السليمة (Gailey, Allen, Castles, et al, 2008).

وغالباً يتم تعريف فقدان الأطراف باعتباره تجربة فراق الفرد أحد أطرافه من الجسم. وفقدان الفرد أحد أطرافه هو حدث مأساوي مدمر في بعض الحالات، يؤثر بدرجة كبيرة على مختلف جوانب حياته النفسية والاجتماعية. (Flannery & Faria 1999, 100).

فقد عرفه علي وعبد الهادي (1997، 52) بأنه حالة من العجز الجسدي، تحدث لدى الفرد في أي مرحلة من مراحل عمره، وهو عبارة عن استئصال جزء من أجزاء جسمه لإنقاذ حياته، أو لتحسين أداء العضو الذي تمنعه الإصابة من القيام بوظيفته؛ ومبتور الطرف هو ذلك الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر، أو حتى كلها، ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائه لأدواره الاجتماعية، ومن ثم توافقه الاجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع، مما يتطلب تأهيله مهنيًا ونفسيًا واجتماعيًا لاستعادة كل أو بعض توافقه في المجتمع.

وقد أصبح البتر على الصعيد العالمي أحد المشاكل الشائعة في المجتمع الحالي، فعدد الناس الذين لديهم واحد أو كلا الأطراف مبتورة في ازدياد ملحوظ في جميع أنحاء العالم. وبتر الأطراف هو الشيء المشترك لجميع فاقد الأطراف، ويمكن أن تكون تجربة مرهقة نفسياً. فمعدلات الاكتئاب بين الكبار فاقد الأطراف تتراوح بين (21-35%) بالمقارنة مع تقديرات 10-15% في عموم السكان (وليامز وآخرون 2004، 862). تبين البحوث العلمية حول انتشار ظاهرة بتر الأعضاء أنها متفاوتة من دولة إلى أخرى، وكذلك متفاوتة من عضو إلى آخر، كما أنها متفاوتة بين النساء والرجال. تشير البحوث أن حالات بتر الأطراف تقدر بنسبة (5%) لكل مئة ألف من النساء، و(2.8) لكل مئة ألف من الرجال، وأن أعلى المعدلات تقع في مدينة نافوجو في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تبلغ النسبة (22,4%) لكل مئة ألف من النساء، و(43,9%) لكل مئة ألف من الرجال. وفي الولايات المتحدة عموماً تقدر نسبة فاقد الأطراف بشخص لكل (190) شخص، ويمكن أن يصل هذه العدد بحلول 2050 إلى (3,6) مليون. وهناك أدلة تشير إلى أن الرجال أكثر عرضة من النساء لعملية بتر الأعضاء، وهذه الزيادة

مرتبطة بعمر البتر لأطرافهم الثانوية الناتجة عن المرض (العاسمي، 2015، 231). وأحصى في الولايات المتحدة أكثر من (110، 000) شخصاً ممن فقدوا أطرافهم من خلال البتر سنوياً، مع ما يقرب من (101، 000) بنسبة (91.7%) من مبتوري الأطراف السفلية (Flannery & Faria 1999, 101). وفي الوقت نفسه، تشير تقديرات المركز الوطني للأطراف السفلية أن هناك (185، 000) حالة بتر في الولايات المتحدة كل عام، وأن ما قدره (75%) من عمليات البتر تحدث لدى الأشخاص الذين بلغت أعمارهم أكثر من (65) عام ووفقاً لمقابلة المسح الوطني للصحة، فإن حوالي (1285000) نسمة (0.4%) من سكان الولايات المتحدة) يعيشون مع فقدان أطرافهم في عام 1996 (Williams et, al. 2004, 862). وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الهند تعد من أكثر دول العالم في عدد حوادث السيارات، والتي تؤدي إلى بتر الأطراف السفلية لكثير من المتضررين.

ونتيجة لذلك، فهؤلاء الأفراد قد يعانون على مدى حياتهم من مشكلات نفسية واجتماعية تقيدهم من إعادة دمجهم في المجتمع، علاوة على القيود المادية، وفقدان الثقة بالذات، واختلال في العوامل النفسية والاجتماعية. وفي الوقت نفسه، بتر العضو نفسه هو تغيير في بنية الجسم، ولكن لديه تأثير كبير على العديد من الأنشطة، والمشاركة في الأنشطة ونوعية الحياة، فالأفراد الذين يعانون من بتر الأطراف السفلية لديهم قلق متزايد بشأن صورة جسد، فبعد البتر تنغص عليهم حياتهم. كما أن التغيرات الجسمية وخصوصاً صورة الجسد التي تحصل لهم بعد عملية البتر وزرع الأطراف الاصطناعية مسألة مهمة، يجب الانتباه إليها في أثناء عملية التأهيل الجسدي (Burger & Marincek 2007, 1322).

مستويات وأسباب البتر:

يمكن إجراء البتر على مختلف المستويات التشريحية. وقد ينطوي بتر الأطراف على إزالة واحد أو أكثر من أصابع القدم، وهي جزء من القدم، ومن مستويات البتر تفكك الكاحل (التفكك هو بتر جزء من الجسم من خلال مشروع مشترك)، وهناك transtibial (تحت الركبة) أي بتر الركبة والتفكك، إضافة لمستوى آخر من البتر وهو transfemoral بتر (فوق الركبة)، وهناك تفكك الورك وبتر حوض شقي (إزالة نصف الحوض). وقد ينطوي البتر على بتر

الطرف العلوي بإزالة واحد أو أكثر من الأصابع، وتفكك المعصم، دون بتر الكوع، أو تفكك الكوع ببتير أعلاه، وعلى مستوى الكتف هناك الكتف (بتر الذراع، الترقوة ولوح الكتف).

وهناك مستويات أعلى من البتر تدل عموماً على مرحلة من المرض أكثر تقدماً. وعلاوة على ذلك، يرتبط كبار السن مع مستويات أعلى من بتر يعكس تطور أمراض الأوعية الدموية مع التقدم في السن.

أشكال التشوهات الجسدية في البتر:

تتعدد أشكال التشوهات الجسدية التي قد يعاني منها الأفراد في الأزمات والكوارث والحروب وتتمثل في:

أ- **بتر الأطراف السفلية:** وهنا يكون البتر لأحد الطرفين أو أجزاء منهما أو للطرفين معاً.

ويجمل تيروني (Tierny,2006,47) أن سببه يمكن أن يكون في الأمراض، كمرض السكر وأمراض الأوعية الدموية، والتهابات العظام، والجلطات؛ أو قد يكون سببه الحروب والحوادث حيث تزداد فيها نسبة استخدام الأسلحة المختلفة التي قد تؤثر على جسم الإنسان وينتج عنها العديد من الإصابات.

ب- **بتر الأطراف العلوية:** ويكون البتر في هذه الحالة لأحد الطرفين أو للطرفين معاً، ويحدد إلسيفير (Elsevier,1991,43) أهم أسباب هذا النوع من البتر بالتعرض للحوادث والحروق أو الحروب، والتشوهات الخلقية التي في معظمها تعود للأسباب الوراثية، أو لأسباب غير معروفة. وتترك عملية البتر آثاراً نفسية، واجتماعية وجسدية على الشخص المبتور بشكل خاص وعلى المجتمع بشكل عام، حيث تتأثر جميع جوانب حياته. فمن الناحية الوجدانية يشعر الفرد بعدم الأمان، والشعور بالوحدة والعزلة، والشعور بالظلم؛ أما من الناحية الجسدية: فقد تظهر لديه العديد من الالتهابات الجلدية، وضعف المناعة، والعديد من الأمراض السيكوسوماتية؛ وبالنسبة للناحية الروحية والمعرفية نلاحظ بأنه يبدأ بفقدان الأمل، ويشعر بالسلبية وفقدان الإحساس بالوقت، والاعتماد على الآخرين، ويميل من الناحية السلوكية إلى الجماعات الفردية، وإلى العزلة والانسحاب، والحساسية المفرطة، كذلك تقل علاقاته الاجتماعية، ويحس بأنه مواطن من الدرجة الثانية.

وترتبط عملية بتر جزء من الجسم، بمظاهر إشكالية متنوعة، بعضها نفسي وبعضها حركي والبعض الآخر متعلق بالنواحي الاجتماعية والاقتصادية، وبقدرة الشخص على كسب عمله وأيضاً على استخدامه الأجهزة التعويضية (القاضي، 2009، 95).

وبعد إجراء البتر، يحتاج الفرد إلى أجهزة تعويضية معينة، ليتمكن من الحركة وأداء دوره وهي تتطلب أمواً كثيرة، فضلاً عن حاجتها للتغيير، سواء لعدم مناسبتها للعضو المصاب بعد فترة من الزمن أو لتلفها (الرويشدي، 2001، 134).

ويرى الباحث بأن تجربة البتر خبرة صادمة يتعرض لها الفرد، تترك آثاراً لا تقل خطورتها عن الآثار التي تنتج من أي صدمة أخرى، وقد ينتج عنها اضطرابات نفسية أو عصبية تؤثر على صحة الفرد النفسية، والعقلية، وينجم عنها تغيرات في النواحي السلوكية والوجدانية والروحية والمعرفية، مما يؤثر سلباً على حياة الأفراد.

العوامل المرتبطة بالتكيف مع البتر:

محاولات لتحديد العوامل المحددة المسؤولة عن تنوع الاستجابات لبتر الأطراف حفزت التحقيق في مجموعة من العوامل ذات الصلة بالبتر الطبي. على سبيل المثال المسببات المرضية للبتر، ومستوى البتر، والمتغيرات الديموغرافية كالعمر، والمتغيرات الفردية النفسية كالدمج الاجتماعي المدرك والتعامل. بشكل عام، كانت العلاقات بين المتغيرات الطبية المتعلقة بالبتر والعوامل الديموغرافية والتكيف ضعيفة أو غير متناسقة. وتشمل الاستثناءات الألم بعد البتر والعمر عند البتر، حيث أظهرت قدر أكبر من الاتساق. وربطت عدة دراسات أن تكيف كبار السن مع البتر كان أفضل مقارنة بفئة الشباب من الذكور والنساء. بالاعتماد على نظريات العمر النمائية، فقد ركزت تفسيرات النتائج على افتراضات أن كبار السن مبتوري الأطراف قد لا يتفاعلون بنفس القوة مع البتر كالأفراد الأصغر سناً، لأنهم ينظرون إلى التغيرات في قدراتهم الوظيفية وصورة جسدهم الناتجة عن فقدان أطرافهم بأنها غير مرغوب فيها، ولكن من المتوقع أن هذه التغيرات ترتبط إلى حد ما مع سنهم، بالرغم من أن استمرار الألم بعد البتر باعتباره عامل خطر كبير للتكيف الضعيف. وتمشياً مع الأدب فإن المرض المزمن والعجز، يدل مراراً

وتكراراً على أن التدابير الموضوعية للإعاقة الجسدية تميل إلى أن تكون مؤشراً على سوء الحالة النفسية. (العاسمي، 2015)

يرى الباحث أن هناك أهمية كبرى للدعم الذي تقدمه العائلة والأصدقاء في مرحلة ما بعد البتر فقد يساعد ذلك على عملية التعافي عندما يقوم أخصائي التأهيل بإعادة التأهيل المرضى على حد سواء. فالدعم الاجتماعي من المرجح أن يساعد الناس على التكيف مع فقدان أطرافهم في عدد من الطرق المختلفة. فتفاعل المبتورين مع المصادر الاجتماعية الجيدة من المرجح أن تفيد من خلال المساعدة التي تقدمها هذه العلاقات في محاولة لإعادة التفاوض على البيئات الجسدية والاجتماعية بعد البتر. فقد أشار وليامز وزملاؤه (2004) أن الأفراد الذين يعانون من بتر الأطراف الذين لديهم مستويات أعلى من الدعم الاجتماعي أفادوا باستمرار الخروج من المنزل، والتجول في الحدائق العامة. وفي دراسة استطلاعية لمدة عامين مع المرضى الذين يعانون من صدمة بتر الأطراف السفلى أشارت دراسة بوس وزملاؤه (2002) أن انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي يمكن أن تعد مؤشراً للتنبؤ بالحالة الصحية المبلغ عنها ذاتياً. وأن الدعم الاجتماعي المرتقب في شهر واحد بعد البتر يعد مؤشراً مستقلاً لتحسين التدخل في الألم والاكئاب خلال الأشهر الخمسة التالية. كما ينظر إليه على أنه مؤشر إيجابي للتكيف العام قبل البدء بإعادة تأهيل المبتورين بعد ستة أشهر، مما يجعله إسهاماً جيداً في التوافق العام للجوانب النفسية والاجتماعية بعد البتر.

نظرية الطاقة في البتر:

تحدث جوم مولر Johmuller مؤسس المدرسة الفيزيولوجية الألمانية في القرن التاسع عشر عن هذه النظرية، حيث أشار إلى أن هناك ممرات خاصة بالأعصاب ندعوها السيلات العصبية التي تنقل المثيرات الحسية من أماكن محددة من الجسد إلى أجزاء محددة من الدماغ، وذلك حسب قانون طاقة العصب المحدد. ويشير هذا القانون إلى أن كل عضو حسي وكل عصب حسي ينتهي إلى منطقة محددة في الدماغ. فعلى سبيل المثال يسبب المثير الميكانيكي للعصب البصري الإحساس بالضوء، وليس بأي شيء آخر، وتحفيز هذا العصب بعد البتر (العين) يسبب إحساساً كما لو كانت العين ما زالت تقوم بوظائفها بشكل سليم. ففي معظم

الحالات، يعبر الأجدع (من قطع طرف من أطرافه) Amputee عن شعوره بذلك " الطرف الشبح" فور إجراء البتر، ويشعر به في شكله وحجمه السويين أول الأمر، إلى درجة أنه قد يحاول أن يمسك بما حوله من أشياء بيده " الشبح"، وقد يحاول أن يقبض يده المبتورة، بل وقد يحاول أن يحك أصابعه المبتورة عندما يحس بها تستحكه. ثم يبدأ الطرف يتغير شكلاً بمرور الوقت، فتصبح الساق أو الذراع أقصر مما كانت، بل وقد تختفي تماماً بحيث يحس المريض وكأن قدمه أو يده الشبحين معلقتان في الهواء، وقد ينغمد الطرف في ما بقي من الطرف ببطء إلى أن تبقى اليد الشبح أو القدم عند تلك الجذعة. (العاسمي، 2015).

والجدير بالذكر أن أول عالم وصف أعراض طرف الشبح (Phantom Limb) هو الطبيب "سيلسي ويل ميتشل" في الحرب الأهلية الأمريكية عام 1866. وفي العام (1990) وصفها الباحثون في المجلة الكندية للطب النفسي بصورة مفصلة وقالوا إنها تشبه تصور شخص ما بأنه سمع صوت شخص عزيز عليه قد مات حديثاً. وهذا يشبه شعور الشخص الذي فقد قدمه حديثاً بأن هذا الجزء ما زال موجوداً. وقد فسرت الظاهرة بأنها تعود إلى إحساس الدماغ بأن التركيب العصبي ما زال يعمل كما كان قبل البتر، فيرسل الدماغ إشارات إلى الطرف المبتور وكأنه موجود، ولأنه لا توجد تغذية أحاسيس راجعة من الطرف الذي بتر، فإن الدماغ يكثف من إرسال إشاراته العصبية إلى هذا الجزء، وهذا التكثيف للإشارات ينتج عنه ظاهرة الشبح أو ألم الشبح. Phantom pain ويوصف العلماء الألم الناتج عن طرف الشبح بأنه ألم حارق أو تشنجي أو وخزي، ويمكن أن يتفاوت من كونه متقطعاً وخفيفاً إلى مستمر وعنيف (القاضي، 2009).

وفيما بعد، استطاع وليم جيمس James أن يشرح هذه النظرية ليصف الوضع المحدد للأحاسيس المحددة، حيث تحدث عن مراكز في الدماغ تعالج المعلومات القادمة في جزء محدد من الجسم بشكل محدد. وقد قدمت الفكرة عن مكان توضع المناطق المثارة للجسم بشكل واضح في نظرية الإثارة الموضعية التي تحدث عنها ديكرت، والتي تشير إلى أن المثيرات والدوافع العصبية للأعضاء والسيالات العصبية، مثل المفاصل، العضلات، الجلد... تحتوي معلومات حول موضع التشابك، وهو مكان المنطقة المستثارة. ويمكن استخدام هذه المعلومات نتيجة التعلم لتفسير الاختلافات النوعية بين الإشارات ضمن السياقات الموضعية.

ويقدم "ملزك" Melzak نظرية تقول: إن الأعصاب السوية لا تتقل إحساس الألم فقط، بل تتقل أيضاً ما يثبط ذلك الإحساس بحيث يبدو الألم أقل شدة. وقد يخل البتر بتلك القوى المثبطة، وعلى ذلك تبقى الرسالة التي يؤولها الدماغ ألماً كما هي دون نقصان لسنوات عدة. وكثيراً ما يكون للعوامل الانفعالية أثر فعال في إحداث تلك الآلام. فقد يحدث ألم الطرف الشبهي عندما لا يستطيع المريض تكيف صورة جسده لفقدان أحد أطرافه. حيث لا يستطيع المريض تقبل فقد ذلك الطرف، وقد يتخيل أنه يداوم على البقاء. وقام "بيك" (Pick, 1922) بتطبيق مفاهيم صورة الجسم في المجال الخاص بظاهرة شبح الطرف، وافترض أن الإحساسات الخاصة بشبح الطرف والتي تخبر من قبل المبتورين هي بمثابة نتاج للتناقضات فيما بين صورة الجسم قبل البتر وصورة الجسم الجديدة والمتغيرة نتيجة البتر، وحيث يميل إلى تفسير تلك التحريفات المختلفة للجسم على أساس عملية تصور الجسم المركزية. هذا وتعد ظاهرة الشبح بالنسبة لعلماء الأعصاب بمثابة جزء مهم من عملهم الخاص بصورة الجسم. فقد لوحظ أنه بعد بتر طرف لشخص ما، فإنه عادة ما يستمر الشخص في الاعتقاد باستمرار وجود ذلك الطرف المفقود، كما أن لدى بعض المبتورين تتخذ ظاهرة شبح الطرف صفة الواقعية بالنسبة لهم، ومن ثم يشعر الشخص بالآلام الشديدة فيه، حيث يصبح مصدراً للألم، كما قد يشعر بالقدرة على تحريكه، ويقوم بذلك بدون تفكير مما قد يعرضه للسقوط في كثير من الأحيان.

التوافق النفسي والاجتماعي والبتر:

البتر هو خبرة إنسانية مؤلمة، ومن المتوقع أن تشكل تحديات كبيرة للفرد من ناحية التوافق النفسي والاجتماعي، كما يتعدى البعد الجسدي وخسارته لعضو من أعضائه الدائمة، وقد يؤدي إلى العديد من العواقب في مجالات الحياة الأخرى. وقد بحثت العلاقة بين صورة الجسم لذوي الأطراف المبتورة والتوافق النفسي والاجتماعي لديهم، وقد وجد "ريبرسيك" أن مبتوري الأطراف ينظرون إلى البتر كوصمة اجتماعية تنبئ بسوء التوافق النفسي. ويمكن أن يؤدي البتر إلى حالة من الاضطراب النفسي والاجتماعي لدى بعض الأفراد.

والتكيف هو عملية اجتماعية دينامية متطورة يسعى من خلالها الفرد إلى الاقتراب من درجة أو حالة مثلى من التطابق بينه وبين بيئته، والتعديل هو المرحلة النهائية لعملية متطورة من التكيف، والتي تتميز بـ:

- . الحفاظ على التوازن النفسي والاجتماعي.
- . تحقيق حالة من إعادة الاندماج مع المجتمع.
- . المشاركة الإيجابية في تحقيق أهداف الحياة.
- . احترام إيجابي للذات ومفهوم الذات والتقدير الذاتي.
- . اتجاهات إيجابية نحو الذات والآخرين وأيضاً نحو حالة العجز.

فقد حفزت الطبيعة المتعددة لأبعاد التكيف تحقيق مجموعة من النتائج التي تقدم بعض المؤشرات في التكيف في الوقت نفسه. وتتمثل التأثيرات السلبية للبتير في القلق والاكتئاب بالرغم من أنه لا يوجد إجماع بشأن وجود علاقة بين البتر والاضطراب النفسي بعد البتر للأشخاص مبتوري الأطراف السفلية أو العلوية على المدى القصير أو طويل الأمد، وأن فهم العمليات التي يمكن من خلالها النظر إلى الجوانب الإيجابية تبقى محل بحث ونقاش بالنسبة للأفراد الذين كان البتر وسيلة لإنقاذ حياتهم (Nurray,2010).

إن زيادة القلق هو عرض شائع في فترة ما بعد الجراحة المبكرة لدى المرضى المنومين. ومع ذلك، هناك نتائج مماثلة أيضاً تظهر لدى مجموعات المرضى الآخرين وتعد استجابة "المناسبة" في ضوء عملية جراحية محتملة تهدد الحياة والعلاج في المستشفيات لفترات طويلة. ولكن القلق لا يستمر على المدى الطويل بعد بتر الأطراف. وتم إثبات إمكانية حدوث اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بعد بتر الأطراف على نطاق واسع لدى جميع الأفراد الذين بترت أطرافهم، حتى بين أولئك الذين يعانون من صدمة فقدان أطرافهم. وتشير التقديرات المتاحة إلى أن ما بين (15% و 26%) من الأشخاص الذين يعانون من فقدان أطرافهم قد يواجهون اضطرابات ما بعد الصدمة. فالعلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة و البتر غير واضحة تماماً. وقد درست اثنتين من الدراسات الحديثة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في العينات مع

مسببات بتر مختلطة. حيث تم مقابلة (26) مريضاً في وضعية إعادة التأهيل، بمعدل 6 أسابيع بعد جراحة البتر، حيث وجدت الدراسة أن شخص واحد فقط من أصل (23) مريضاً مع بتر أطراف غير مؤلمة تم استيفاء معايير لاضطراب ما بعد الصدمة، في حين أن اثنين من ثلاثة أشخاص ذوي البتر الصدمة في هذه العينة استوفت معايير PTSD، وتبين وجود (13) حالة مرتفعة فقط تحت عتبة لتشخيص المرض. (العاسمي، 2015)

ثالثاً- الحروق مفهومها واثرها على الصحة النفسية:

تعد إصابات الحروق Burns من أكثر الإصابات التي تترك آثاراً سلبية على الصحة النفسية والجسدية أكثر من كونها خبرة مؤلمة للشخص المتضرر. وغالباً يتم تجاهل الجوانب النفسية والانفعالية لمرضى الحروق بشكل كبير. في حين يتركز العمل دائماً على رعاية عملية الانتعاش الجسدي. حيث أن المراحل المختلفة للتكيف النفسي والجسدي والتحديات التي تواجه المريض مستقبلاً تشكل مشكلة في غاية الصعوبة من حيث توافق المريض على مستوى الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي، حيث تمنعه هذه الإصابة الجسدية من التفاعل الواضح في المواقف الاجتماعية المختلفة (Rahul, & Agarwal, 2010).

كما ينظر العديد من الباحثين إلى أن إصابات الحروق هي واحدة من الأسباب الرئيسية للوفاة، وأحد الأسباب الرئيسية لسنوات من العيش مع العجز. فالإصابة في الدول المتقدمة هي أعلى بكثير في الدول النامية. وقد تكون الحروق مقصودة أو غير مقصودة، أو قد تكون حرارية بسبب الغازات الساخنة أو السوائل الساخنة، أو بسبب النار، أو الأجسام الصلبة الساخنة، أو الحروق الكهربائية أو الحروق الكيميائية والتي تحدث عن طريق التفاعلات الكيميائية (بدح وآخرون، 2010، 295).

وتقسم الحروق حسب العمق والمساحة، فبالنسبة لعمقها تقسم إلى: **حروق سطحية:** تحدث للطبقة الخارجية من البشرة، وتتميز بوجود ألم بسيط، وتسمى حروق من الدرجة الأولى، و**حروق متوسطة العمق:** تمتد إلى الطبقة الداخلية من البشرة، وتتميز بالألم شديد واحمرار الجلد وظهور فقاعات، وهي تشفى مع العلاج، و**حروق عميقة:** تصيب جميع طبقات البشرة، وتمتد لتصيب الأذمة أي كل الجسم. وهذه الحروق لا تكون مؤلمة نظراً لاحتراق الأعصاب التي

تجعل الفرد يحس بالألم، كما تسبب تشوهات تحتاج إلى علاج تكميلي متخصص في مراكز العلاج، وهي تحتاج إلى شهور طويلة من العلاج (بريالة، 2013، 39).

أما بالنسبة للمساحة، فتقسم أيضاً إلى قسمين: **حروق بسيطة**: تكون مساحتها أقل من (15%) من مساحة الجلد، وأقل من (10%) من مساحة الجلد لدى الأطفال، و**حروق شديدة**: تكون مساحتها أكبر من السابقة، ويحتاج علاجها لمستشفى.

يتضح مما سبق، أن الحروق والبتير هما أحد أهم الإصابات المؤثرة في الفرد، وقد تؤدي إلى الوفاة والتشوه والشلل والعاهات المستديمة التي تخل بوظائف الجسم، وتجلب له الكثير من المتاعب والمعاناة، والمشاكل النفسية والجسدية، مما قد يتطلب تدخل اختصاصي نفسي للحد من مشاعر النقص والدونية التي قد يشعر بها الفرد المشوه، والتخفيف من وطأة الانعكاسات السلبية المترتبة على التشوه، وذلك بخلق آليات تكيف مع الوضع الجسمي الجديد، وتحويل الانعكاس السلبي إلى انعكاس إيجابي، وخلق نوع من التوازن في صورة الجسد، وبالتالي يصبح الفرد أكثر توافقاً نفسياً واجتماعياً.

رابعاً . صورة الجسد (Body image):

يعيش الفرد في هذا العالم وفق قوانين وأنظمة محددة وعادات، الهدف منها الوصول بالفرد إلى مرحلة من الفهم والنضج على مختلف المستويات، لذلك ومع تقدم الحياة وتطور العملية النمائية وتشعبها على المستويات العقلية والنفسية والاجتماعية، يبدأ الفرد بتكوين تصور ومفهوم لذاته، بما تحويه من أفكار ومشاعر وميول واتجاهات، وفي نفس الوقت تبدأ بالظهور أفكار واتجاهات وتصورات حول جسمه وبنيته الجسدية، من خصائص فيزيولوجية ووظيفية، ونتيجة لذلك تنمو لدى الفرد صورة ذهنية نحو جسمه متضمنة الخصائص الفيزيائية والوظيفية واتجاهاته نحو هذه الخصائص، وهو ما يطلق عليه صورة الجسد (الدخيل، 2007، 59).

وتعد صورة الجسد متغير نفسي مهم، وأصبح هذا المفهوم في وقتنا الراهن جزءاً أساسياً من الإحساس بالذات وتقديرها (Janine, 2004, 33)، إلا أن الاهتمام به حديث نسبياً، ويرجع ذلك لصعوبة الموضوع وعمقه، ويعد شيلدر Shilder أول من أعطى لهذا المفهوم صيغة نفسية،

واهتم به أكثر بعد ما كان الاهتمام به مقتصرًا على الفلسفة وطب الأعصاب (Hanley, 2004).

مفهوم صورة الجسد:

يعد مفهوم صورة الجسد من المفاهيم المهمة التي تؤثر في نمو شخصية الفرد وتطورها، فالاتجاهات التي يكونها الفرد نحو جسمه قد تكون سلبية أو إيجابية، أو تكون ميسرة أو معوقة لتفاعلات الإنسان مع ذاته ومع الآخرين (كفاي والنيال، 14، 1995).

وهو من المفاهيم التي تتسم بالاستمرارية، إذ أنها تلازم مختلف المراحل العمرية بالنسبة للفرد، فهي عملية مدركة منذ الطفولة وحتى الشيخوخة؛ حيث أكد (منيب وشاهين، 2003، 348) أن صورة الجسد ظاهرة مركبة، تحتوي مكونات فسيولوجية وسيكولوجية واجتماعية، وهي ليست مطابقة للصورة الواقعية للجسم، وإنما تتدخل فيها عوامل عديدة شعورية ولاشعورية، لتشكل التصور الخاص لكل شخص عن جسمه (الدسوقي، 191، 2006).

قد تم التركيز على الاهتمام بالجسد في مجال الدراسات الإكلينيكية والتحليل النفسي ضمن دراسة تحليل البناء النفسي للفرد الذي يجري له تحليلاً نفسياً، أي في ارتباطه بمكونات شخصيته، سواء الشعوري منها أو اللاشعوري. كذلك الاهتمام بمكونات مفهوم الذات خاصة ومن ضمنها مفهوم الذات الجسمية. وثمة صعوبة واضحة في تحديد مفهوم صورة الجسد. كما أشار إليها الباحثون. إلا أن هناك اتفاقاً بين هؤلاء العلماء وخصوصاً شيلدر وفيشر Schilder and Fisher حول هذا المفهوم من حيث إنه مكوّن أو بناء متعدد الأبعاد، ومعقد نوعاً ما، نتيجة لتداخل العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية والثقافية المسهمة في شكله، إضافة إلى مدركات الفرد التي يحملها عن خصائصه الجسمية الداخلية والخارجية. فقد أكد كيزيل (Kisiel, 1971) أن الباحثين يتفقون على أن صورة الجسد تتضمن عناصر فيزيولوجية ونفسية واجتماعية، تعكس اتجاه الفرد نحو جسمه، وتحديدًا حجم جسمه، وشكله، وجماليته. كما تتضمن صورة الجسد تقييمات الفرد وخبراته الوجدانية المتصلة بخصائصه البدنية (العاسمي، 2014، 13).

ويعد هنري هيد Head أول من وصف مفهوم صورة الجسد ومخططه، باعتبارهما اتحاد الخبرات الماضية مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي. فلقد لاحظ "هيد" أن الحركات السلسة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمناً على الوعي المعرفي المتكامل لشكل وحجم وتكوين الجسم، وأضاف بأن صورة الجسد تتغير بشكل ثابت بالتعلم. كما أكد على العلاقة الدينامية بين حالات الجسم الزمنية وبنية و"مخطط الجسد"- Schema Body والتي تتطور بمرور الوقت وتصبح معياراً يحكم من خلاله على كل أوضاع الجسم وحركاته، ويرى أنه بدون ذلك النموذج لا يستطيع الفرد معرفة الكيفية التي تمكنه من تغيير وضع جسمه من وضع إلى آخر بشكل متماسك، وأن كل حركة جديدة نقوم بها لا بد أن نقيّم وفقاً لمعيار ثابت يُتيح الفرصة للتكامل بين ما يحدث الآن، وما حدث قبل ذلك، وقد استخدم مصطلح المخطط للإشارة إلى ذلك المعيار.

وقد قدّم "هيد" Head التعريف التقليدي للمخطط الذي استنتجه من خلال ملاحظته للتغيرات السلوكية والحسية لمرض الأذيات الدماغية، وأن الإدراك الموضوعي مبني على تناسق وتوحيد الدوافع في أدنى حدود الوعي. وبحسب "هيد" يتمتع شكلنا الوضعي أو المخطط بالصفات التالية:

- 1- له علاقة بالأوضاع النفسية للتأثيرات الانفعالية، وكلاهما مستقل جزئياً، فربما تبقى الصورة المرئية للعضو سليمة عندما يكون تقدير تغيرات الموضع غائبة.
2. أن مخطط الجسد هو عبارة عن حالة غير مرئية، أي غير شعورية.
3. يعد مخطط الجسد كمعيار يمكن عن طريقه قياس جميع التغيرات المتلاحقة للوضعية الجسدية.
4. دائم التغير ويسجل المخطط كل وضع جديد.

وقد تحرّى بريس (Price, 1989) صورة الجسم من وجهة نظر التنشئة الاجتماعية، وطوّر تعريفاً ذا ثلاثة أجزاء لصورة الجسم، وتلك الأجزاء تشمل:

1- **الجسم الحقيقي:** وهي الطريقة التي يدرك بها الأفراد أجسامهم. أي حقيقة الجسم الذي يرى ويقاس بموضوعية، ويرتبط بتركيب وتقاسيم الجسم ولا يحتوي أحكام القيمة. فالجسم الحقيقي هو جسم الفرد فعلاً، وليس مفهوماً ساكناً، لكنه يتغير باستمرار.

2. **الجسم المعروض:** وهو كيف يستجيب الجسم لأوامر الفرد، وتتضمن هذه الاستجابات الموضحة، كيف يتحرك الفرد؟ وكيفية وضع الفرد بالنسبة للعالم. فالجسم يوظف كتعبير لرغبات ونوايا ومشاعر الفرد. ويمكن أن يسيطر الفرد على تقديم جسمه إلى حد معين.

3. **الجسم المثالي:** معيار داخلي يحكم به الفرد نفسه والآخرين. هذا المعيار يؤثر على كيف يفكر الفرد، وكيف يتصرف. إن الفرد يقيس الحقيقة والتقديم مقابل معيار في رأسه، وتتضمن مخططات الجسم الراحة، والحجم، والوزن، والروائح، والتناسق، والقوة، والثبات، والسيطرة (الأشرم، 2008).

ويوضح شونتز (Shontz, 1975) أن خبرة الجسم تحدث في أربعة مستويات، وهي

التالية:

أ . **مخطط الجسد:** Body Schema ويعني خبرة الجسم التي تتعلق بإدراك الجسم كشيء في الفضاء، ويظهر البتر في إدراك هذا المخطط. ويشير شيلدر Schilder إلى مصطلح المخطط أو ظاهرة الجسد باعتباره الخلاصة الكلية لجميع النماذج الأكثر تحديداً وتخصيصاً، ليس فقط السمات النظرية، وإنما كذلك علاقات مفهوم مخطط الجسد بالمعطيات الافتراضية المهمة لتحديد حالتها العملية.

ب . **الذات الجسمية:** Body Self وخبرة الجسد في هذا المستوى تدمج مع بنية ومخطط الجسم، وينمي الفرد حداً لصورة الجسد . الفضاء أو الحيز الشخصي . إلى حاجز الذات من اللذات.

ج . **صورة الجسد:** وهو خيال معقد، ومنبع وأفر من المعلومات حول خبرة الجسد، في تسجيل الاستجابات على بقع الحبر، واستعمال الخيال لتحديد خصائص حد الجسد، واستعمال صورة الجسد لتقييم خبرة الجسد.

د . مفهوم الجسد: وباستخدام العلامات والرموز يتعلم الناس تطوير إدراكهم، ويبدوون بالتعبير عن خبرة جسمهم. فعلى سبيل المثال تحرك الإنسان يمكن أن يرجع إلى الاعتماد الطبيعي أو الشاذ على تراكم معرفة الفرد عن الموضوع. وهذه المعلومات تساعد الفرد في تحسين فهم الذات، وتسمح له بعمل مقارنات بينه وبين الآخرين(العاسمي، 2014، 18).

ويعرف "إنجلش وإنجلش" English & English مفهوم صورة الجسد بأنها التمثيل العقلي لدى الفرد عن جسده، وهي صورة ساكنة أو يمكن استدعاؤها في أي لحظة، إذ يستمد التمثيل العقلي للجسد من الإحساسات الداخلية والتغيرات العقلية، التي تتصل بالموضوعات الخارجية والناس والخبرات العاطفية والتخيلات. بمعنى آخر تعني صورة الجسد باعتبارها مفهوم نفسي تصور الذات عن جسمها، أما سكيما Schema الجسم فهو تعبير عصبي، ويعني التمثيل العضوي للجسم في المخ (الهلباوي: 1988، 56).

ويشير تومسون (Thompson,1990) إلى صورة الجسد باعتبارها الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة. وتشتمل صورة الجسد الكثير من التعريفات والمجالات، وعرفت بطرق عديدة لأنها متعددة الأبعاد، وتتضمن مكونات فسيولوجية ونفسية واجتماعية (Hoyt,2001,17).

وقد عرّفها سلادي (Slade,1994,49) بأنها تصور عقلي مرن وغير ثابت لشكل الجسد وحجمه، وللتكوين الذي قد يتأثر بعوامل تاريخية واجتماعية وثقافية، والتي قد تستمر وتدوم طيلة مراحل الحياة، كما أن صورة الجسد ليست نفسها الجسد، ولكنها ما يقوم به العقل تجاه الجسد، من ترجمة لخبرة التجسد إلى تمثيلات ذهنية أو عقلية، وهذه التمثيلات من الجسد إلى صورة الجسد، ومنها إلى بنية الجسد هي عملية معقدة وتحمل شحنة انفعالية، تعد مكوناً أساسياً من مكونات بناء الهوية ونموها.

وبالتالي وانطلاقاً مما سبق يمكن للباحث أن يحدد من خلال التعريفات السابقة، مفهومين مرتبطين ببعضهما بشكل مباشر لصورة الجسد وهما:

- الصورة العقلية المدركة للجسد وهي مفهوم معرفي إدراكي.

- مفهوم الشعور بالرضا أو عدمه أو الرفض تجاه هذه الصورة المدركة، وهو مفهوم معرفي شعوري.

وقد ارتأى بعض علماء النفس إضافة بُعد آخر لا يختلف عن المفهوم الأول وهو فكرة الشخص عن كيفية رؤية الآخرين له، وهو جزء مهم من مفهوم إدراك الفرد لصورة الجسد لديه (الحموري، 461، 2011).

أبعاد صورة الجسد:

يتفق الباحثون أن صورة الجسد مفهوم متعدد الأبعاد، تتعلق بمواقف الذات متعددة الأبعاد نحو جسد الفرد التي تركز على المظهر بالذات. واعتبر سبارهاوك (Sparhawk, 2000, 12) أن صورة الجسد لا تقتصر على بعد واحد. وأهم الأبعاد التي يتكون منها هذا المفهوم، البعد المعرفي والبعد العاطفي، حيث اعتبرت أن صورة الجسد تشمل المعتقدات المعرفية للشخص، إضافة إلى البيانات الذاتية عن الجسد.

كما اتفق كل من بانفيلد ومكاب (Banfield & McCabe, 2002, 23) أن صورة الجسد مفهوم يشتمل عدداً من الأبعاد، حددها في ثلاثة أبعاد، البعد الأول الإدراك، ويعنى بإدراك كل الأمور التي تخص الجسد وصورة الجسد الحسية، والبعد الثاني هو البعد المعرفي، والذي يعنى بالأفكار والمعتقدات حول شكل الجسد، أما البعد الثالث فهو البعد العاطفي، والذي يعنى بالمشاعر التي يملكها الشخص فيما يتعلق بمظهره الجسمي وشكله بشكل عام.

أما (شقيير، 204، 1998) فقد أشارت إلى ستة أبعاد لصورة الجسد وهذه الأبعاد هي: المظهر الشخصي العام، الجاذبية الجسدية، والتناسق بين مكونات الجسد الظاهرية، والتأزر بين أشكال الوجه، وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، والتناسق بين الجسد، والتناسق بين حجم الجسد وشكله ومستوى التفكير.

وقد حدد (الأشرم، 39، 2008) أربعة أبعاد تتشكل من خلالها صورة الجسد وهي: صورة أجزاء الجسد، والشكل العام للجسد، والكفاءة الوظيفية للجسد والصورة الاجتماعية للجسد.

وكذلك فقد أشار (كفاي والنيال، 64، 1995) إلى أربعة أبعاد لصورة الجسد وهي: البعد المتعلق بالوزن، والبعد المتعلق بالجاذبية الجسمية، والبعد المتعلق بالتأزر العضلي، والبعد الخاص بالتناسق بين أعضاء الجسد.

وقد أشار بريكي (Breakey, 1997, 199) إلى وجود بعدين لصورة الجسد، البعد الأول هو حدود صورة الجسد، وشكل وعي الجسم البعد الآخر. فحدود جسم الفرد تكون لاشعورية، وتتيح الإحساس بشكل منفصل عن البيئة الخارجية. وهذه الحدود من الممكن دراستها باستعمال اختبارات رورشاخ، في حين أن وعي الجسد يشير لوظائف هذا الجسد والذي يمكن قياسه بتطبيق استبيان التركيز على الجسد.

ومما سبق يتضح، أنه على الرغم من أن الباحثين يتفقون على أن صورة الجسد مفهوم متعدد الأبعاد، إلا أنهم لا يتفقون على طبيعة تلك الأبعاد وعددها، وكان أغلبها تشير إلى المظهر الخارجي للجسد، ونظرة الآخرين له.

بناءً على ذلك يمكن للباحث، أن يقسم صورة الجسد إلى الصورة المدركة، والتي تمثل كل ما يتعلق بتصور الفرد عن نفسه وشكل جسده ووزنه، وأجزاء جسده، والصورة الانفعالية، والتي تتمثل بأحاسيس واتجاهات ومعتقدات الفرد نحو صورته الجسدية، وأخيراً صورة الجسد الاجتماعية، والتي تتمثل بمدى القبول الاجتماعي لخصائص الفرد الجسدية، ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم عن جسده (أي الجسد كما يدركه الآخرين).

مكونات صورة الجسد وعناصرها:

تحدث العلماء عن مكونات الصورة الجسدية أو الجسمية التي يمتلكها الفرد وما تشتمل صورة الجسد، فقد تحدث شونتز (Shontz, 1969) عن مكونين مهمين لصورة الجسد، هما:

1) المكون الإدراكي، ويشتمل على المعلومات الخاصة بوضع الجسم، والتناسق بين أجزائه، ويسمى هذا المكون بالمخطط الجسدي.

2) المكون المعرفي . الوجداني، ويشتمل على العمليات المعرفية والمشاعر الوجدانية المترتبة على المكون الإدراكي للجسم، وسمي ذلك بصورة الجسد.

كذلك أشار كفاي والنيال (1995) إلى أن صورة الجسد تتألف من مكونين، هما:

1- **المثال الجسمي: Body ideal** يعرف مثال الجسم على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذاباً ومناسباً من حيث العمر ومن وجهة نظر ثقافة الفرد. فمفهوم ثقافة الفرد في المثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة نحو جسمه وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي. كما تحدد ثقافة الفرد، كذلك فإن صورة الفرد العقلية لجسمه تسهم بصورة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته. وتباعد مفهوم المثال الجسمي السائد في المجتمع عن صورة الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة إذ تختل صورة الفرد عن ذاته وينخفض تقديره لها. وقد أشار جوتسمان إلى أن صورة الجسم خبرة نفسية تخضع للتعديل والتطوير، وكان من ملامح ذلك أن يتقبل الفرد كل التغيرات الجسمية والشكلية والبنائية التي تعثره، وأن يتأكد أن صورة الجسم التي تبدو جذابة في سن العشرين لا بد وأن تتغير في سن الأربعين. وإن اقتنع الفرد بأنه يقترب من الجاذبية الجسمية في هذه الفترة العمرية المعينة وبما يتفق ومعايير ثقافة مجتمعه كان المثال الجسمي لديه في نطاق السواء.

2. **مفهوم الجسد:** يشتمل مفهوم الجسد على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلاً عن الصورة الإدراكية التي كونها الفرد عن جسمه. وبناء على هذا، فإنه من مقومات الصحة النفسية أن يكون الفرد مفهوماً سليماً حول جسمه ولن يتسنى ذلك إلا من خلال الحصول على معلومات حول جسمه، وهذه البيانات تأتي من الإطلاع واستثارة ذوي التخصصات المختلفة في الطرق الصحية للتغذية. ومتطلبات الصحة قد تشعر الفرد بالاعتراب عن جسمه، فالفرد المغترب لا يستجيب إلى تلبية متطلبات الجسم وحاجاته وغالباً ما يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية. وعليه فإن مثال الجسم ومفهوم الجسم من المكونات الرئيسية التي تسهم فيما يكونه الفرد من صور حول جسمه، ويبدو أن العلاقة طردية بينهما. فعندما يتشوه مثال الجسم ومفهوم الجسم نتوقع أن تختل صورة الفرد عن جسده.

وقد أشار بريكي (Breakey, 1997) و (الدسوقي، 2006) أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي يشير إلى الرضا عن الحياة. وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى ثلاثة مكونات:

1- المكون الإدراكي أو المعرفي: ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه. ففي إحدى التجارب طلب من المفحوصين أن يكونوا جمل مؤلفة من كلمة واحدة ذات علاقة بالجسد. وتم تصنيف الفئات العديدة من الكلمات في زمرتين زمرة ذات علاقة بالجسد والأخرى لا علاقة لها بالجسد. كما طلب من المفحوصين أن يولفوا جمل تستخدم أسماء أو أجزاء عن الجسم التي تُرى بالبطاقة.

2- المكون الذاتي: ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال، أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.

3. المكون السلوكي: يركز هذا المكون على تجنب المواقف الاجتماعية التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

كذلك أشار "رو" (Rowe,1995) إلى وجود ثلاثة أبعاد يدور حولها مفهوم صورة الجسد، وهي:

✓ **الأساس الفيزيولوجي:** وهو الإحساسات الصاعدة للمخ عن وضع الجسم وأجزائه، وشكله، والتناسق العضلي بين أجزائه.

✓ **البناء الجنسي:** ويشتمل على موضوعات الافتتان بالنفس والجاذبية الجنسية، والاهتمام الجمالي بالجسد من خلال الملابس وأشكال الزينة الأخرى.

✓ **الأساس الاجتماعي:** ويحتوي على الموضوعات الاجتماعية المرتبطة بالجسم، مثل الخوف من الخجل، وصورة الجسم للآخرين، والقصور في الحركات الجسمية للآخرين.

أما فيما يتعلق بعناصر صورة الجسد، فقد اتفق الباحثون مع (Cach,2005) على أن صورة الجسد مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد، ويتضمن العناصر التالية: الخصائص البدنية، وسمات الشخصية، والتفاعلات الاجتماعية، والقلق من تشوه صورة الجسد، وإدراك معرفي، ومشاعر الفرد وخبراته ومعتقداته نحو جسده. وهذه العناصر تم توضيحها في المقياس الذي أعده مع آخرين (Cash ,Santos & Williams,2005) والمكون من الأبعاد التالية: تحديد المظهر، والمظهر العقلي الإيجابي، والتجنب. ويذكر براون وآخرون (Brown,et al,1990)

بعض أمثلة الأبعاد التي تحيط بصورة الجسد، مثل: الإدراك، والاتجاه، والمعرفة، والسلوك، والفعالية، والخوف من السمنة، وتشوه الجسد، وعدم الرضا عن الجسد، وتوظيف السلوك الإدراكي، والتقييم، وتفضيل النحافة. ويرى بانفيلد ومكاب (Bnfield& McCabe,2002) أن صورة الجسد متعددة الأبعاد وهذه الأبعاد هي المعارف والانفعالات الخاصة بالجسد، وأهمية الجسد، وسلوك الحمية، وصورة الجسد المدركة، والأفكار المتعلقة بشكل الجسد، وأخيراً البعد الانفعالي للجسد الذي يتضمن مشاعر الفرد عن مظهر جسمه (القاضي، 45، 2009). (جابر وكفاي، 1989، 27)، (العاسمي، 2014، 23).

ومما سبق يتبين أن مكونات صورة الجسد تتمثل في المظهر الخارجي للفرد، وما يظهر عليه أمام الآخرين، ومن المكونات الداخلية للفرد، وإدراكه، وأفكاره ومعتقداته حول جسده وجوانب الرضا عن جسده؛ وترتبط صورة الجسد بالآخرين وبالفرد، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له، ونظرة الآخرين للفرد تتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد.

خصائص صورة الجسد:

لصورة الجسد خصائص متعددة، يمكن إيضاح أهمها في الآتي:

- **صورة الجسد ليس لها كيان موحد:** فصورة الجسد تختلف عن الجسد، وهي ما يقوم به العقل تجاه الجسد من ترجمة لخبرة التجسيد إلى تمثيلات وصور ذهنية أو عقلية، وهذه التمثيلات من الجسد إلى صورة الجسد ومنها إلى بنية الجسد عملية معقدة وتحمل شحنة انفعالية.
- **صورة الجسد ليست موضوعية:** بل هي الخبرة الشخصية للفرد وتقييمه لجسده، وتشير إلى الإدراكات والتصورات، أو الأفكار والمشاعر، التي تتعلق بالجانب الجسدي من شخصية الفرد. وتتعدى الحالة الوجدانية لصورة الجسد مجرد الرضا عن جسد الفرد، لتشتمل على سلسلة من الانفعالات، والعواطف الإيجابية والسلبية المرتبطة به (مشاعل، 2010، 15).
- **تتأثر صورة الجسد بمفهوم الفرد عن ذاته الجسدية:** فمفهوم الذات السلبي ينعكس على صورة الجسد، والأشخاص الذين لديهم صورة جسد إيجابية، يقدرون ويعجبون بأجسادهم، ويفهمون أن شكل الجسد يعبر عن الشخصية، فالأشخاص الذين تكون لديهم صورة جسد سلبية يكونون

مشاعر مزعجة وسلبية عن أجسادهم، ويشعرون بالفشل، والإحباط تجاه شكل أو حجم الجسد، بالإضافة إلى الشعور بالخجل.

- يتم تقدير صورة الجسد أو تحديدها اجتماعياً: فهي مرتبطة بالاهتمام بإقامة علاقات مع الآخرين، ونمط التفاعل ومستوى الراحة، والمدرجات والمشاعر والمعتقدات الجسدية تؤثر كذلك على خطط الحياة، وصورة الجسد تعتبر بمثابة لوحة إعلان خاصة تزود الآخرين بأول انطباع عن الذات.

- صورة الجسد ليست ثابتة أو محددة: وإنما هي مفهوم يتغير بشكل دائم، كما أنها ترتبط بنواحي النمو الأخرى (عطية، 46، 2012). فهي تتشكل وتتغير نتيجة تفاعل الشخص مع الآخرين، والأحداث الموقفية أو السياقية التي تنشط أو تحفز صورة الجسد السلبية، كذلك ترتبط بالتغيرات البيولوجية والنفسية-الاجتماعية للفرد (المطيري، 3، 2008)، لذلك يعتبر فهم السياق الذي توجد فيه صورة الجسد السلبية ذو أهمية كبيرة من الناحية الإكلينيكية.

- تؤثر صورة الجسد على العمليات المعرفية: فالناس الذين يكونون رسماً تخطيطياً أو إيضاحياً أو صورة معينة لمظهرهم، ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطي أو إيضاحي لصورة الجسد.

- تؤثر صورة الجسد على الأنماط السلوكية: وتتضمن الأنماط السلوكية المحافظة والاعتناء بالمظهر، وتؤدي إلى زيادة تقدير الفرد لذاته والاستحسان الاجتماعي، وتتضمن كذلك المواقف التي تقوم بدور سلبي وتؤدي إلى حالة من الشعور باليأس من صورة الجسد (فرغلي، 2007، 13).

بالتالي فصورة الجسد مفهوم متعدد الأبعاد، له العديد من الخصائص التي يتميز بها، والتي تسهم في تكوينه وتميزه عن مفهوم الجسد وغيره من المفاهيم القريبة إلى درجة كبيرة.

الجنس وصورة الجسد:

يرتبط مفهوم صورة الجسد بالعديد من المفاهيم والدلالات التي تؤثر في تكوينها، وهذا الأثر قد يكون واضحاً وجلياً لدى الإناث؛ فالإناث أكثر عرضة من الذكور بصورة الجسد،

وتأثيرها على مشاعرهن وانفعالاتهن يفوق الأثر الذي تتركه لدى الذكور. وغالباً يرجع السبب إلى الرسائل الاجتماعية التي تكون متناقضة ومتعارضة في أكثر الأحيان فيما يتعلق بالأدوار المنوطة بالمرأة، والتوقعات التي ينتظرها المجتمع منها؛ وقد بينت دراسة قام بها سترينغل وفرانكو (Striegel & Franko, 2002)، أن عدم رضا النساء عن صورة أجسادهن يفوق بكثير نسبة الرجال غير الراضين عن صورة أجسادهم.

وقد بينت بعض الدراسات وجود ارتباط وثيق بين عدم الرضا عن صورة الجسد وعملية الإدراك المتعلقة بالمظهر والحالة المادية للجسم. فغالبية الأفراد الذين كانوا يشعرون بالانزعاج وعدم الرضا عن صورة الجسد، كانوا في الأساس يحملون معتقدات مختلفة وظيفياً وسوء الإدراك فيما يتعلق بمظهرهم بغض النظر عن كتلة الجسم لديهم (Butters & Cash, 1987).

وكذلك بينت الدراسات بأن غالبية الإناث يعانين من القلق المتعلق بالوزن، والمظهر في وقت مبكر من العمر، وأن هذا الأمر يستمر طوال الحياة؛ وقد أشار برينان (Brennan, 2010, 136) في دراسته إلى أن الإناث فيما يتعلق بمفهوم بصورة الجسد، تكون مسألة الوزن لديهم أمر رئيسي في مدى تقبل صورة الجسد أو رفضها.

وخلال مرحلة المراهقة، فإن الكثير من الفتيات يصبحن قلقات حول أوزانهن، ويشعرن بالخل حول المظهر العام، ويكنن غير راضيات عن شكل أجسادهن، وعدم الرضا عن صورة الجسد يزداد خلال فترة المراهقة ويستمر إلى مرحلة الرشد، وهو موجود كذلك لدى الذكور ولكن بدرجة أقل (Phillips & Man, 2010, 172).

وفي المرحلة الجامعية، تصبح الإناث أكثر عرضة للقلق فيما يخص صورة الجسد من باقي مراحل الحياة، كنتيجة للضغوط التي تتعرض لها الفتاة في هذه المرحلة، لمحاولتها الظهور بأفضل صورة ممكنة بين زميلاتها، ومحاولة لفت النظر والظهور بشكل لائق، إضافة إلى ضغط العلاقات الاجتماعية وتشابكها في هذه المرحلة، ما قد يعرض الفتيات اللواتي يعانين من ضعف معين في خطر الوقوع في مشاكل نفسية (Lan cheng, 2006, 2).

ويختلف الرضا وعدم الرضا عن الجسد بين الذكور والإناث؛ فالإناث يملن إلى إنقاص الوزن، بينما الذكور يميلون بصفة عامة إلى زيادة الوزن، وذلك لأن استراتيجية تغيير شكل

الجسد تختلف بين الجنسين، في حين يفضل الذكور ممارسة التمارين الرياضية على اتباع حمية غذائية، نجد أن الإناث يفضلن العكس تماماً (Bergeron, 2007, 2).

الأثر النفسي والاجتماعي لتشوه صورة الجسد:

من الأمور البديهية هو كون المظهر الجسمي يشكل هاجساً وأحد الأمور الأساسية التي تشغل بال الكثير من الأشخاص على اختلاف أعمارهم. ويظهر ذلك بشكل واضح فيما يتعلق بالنظرة الخارجية التي تهتم بالتأثيرات الاجتماعية للشكل والمظهر والنظرة الداخلية التي تشير للتجارب والخبرات التي تختص بمظهر الفرد وما يبدو عليه على الواقع، حيث يشير "الدسوقي" أن التمييز بين النظرة الداخلية والخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التي يراها بها الآخرون (الدسوقي، 15، 2006).

ويرى الباحث بأن هناك علاقة بين إدراك صورة الجسد وتصرف الشخص، حيث إن الإخلال بتلك الصورة قد يحدث في أية فترة من النمو، وأن الشخص الذي تعرض لتشوه أو بتر لعضو معين، لا يقيم بالضرورة انقطاعاً مع الرمز الجسدي بل يمكنه أن يستمر بالإحساس بأنه طبيعي، في حين قد يعاني من نظرات الآخرين ما قد يسبب قلقاً اجتماعياً، مما يجعله شخصاً خجولاً ومنطوياً، حيث تشير (الزائدي، 14، 2009) إلى أن الخجل من المشكلات النفسية التي تعوق الأفراد في تحقيق التفاعل الاجتماعي الناجح، وأن تشوه صورة الجسد قد يؤدي لعدم رضا الفرد عن جسده وبالتالي خجله وانزوائه بعيداً عن الآخرين، وعدم الارتياح عند ممارسة الأنشطة المختلفة أمام الآخرين. كذلك فإن تشوه صورة الجسد لدى الأفراد تترك آثاراً نفسية واجتماعية وجسدية حتمية سواءً على المصاب بمفرده، وعلى المجتمع ككل، وخاصة في حالة الحروب، وبالتالي تتأثر جميع مناحي حياة الفرد، وغالباً ما يتعرض المصاب في المراحل الأولى لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، وشعور بالظلم لماذا هو وليس غيره، حيث يصل لمرحلة يشعر فيها بأنه مواطن أو إنسان من الدرجة الثانية (القاضي، 90، 2009).

كما تظهر لدى المصابين بتشوهات في صورة الجسد والذين نجوا من الموت (حالات بتر، حروق) التفكير المتواصل بالموت أو ما يسمى يقين الموت، حيث يصبح تفكير المصاب بالموت مستمراً نتيجة الخبرة الصادمة التي مر بها. ويتجلى ذلك على شكل كوابيس أثناء النوم،

كما تتوارد لحظات الحادث الذي تعرض له مع تفاصيله المؤلمة، كتخيل رؤية الأشلاء، وأصوات الانفجار، والأجساد المحترقة (Hodgkinson&Stewart,1991).

ويستنتج الباحث من كل هذا، أن هناك تأثيرات مباشرة للتشوهات التي تصيب الفرد إضافة للآثار الجسدية، وهذه الآثار هي نفسية بالدرجة الأولى واجتماعية بالدرجة الثانية، تبدأ بتغيير في مفهوم الفرد عن ذاته انطلاقاً من التغيير في صورة جسده التي كونها، وذلك ينسحب على تغيير وانخفاض تقديره لهذه الذات، لتتطور هذه الآثار الناجمة عن التشوه وتسبب في حصول بعض المشاكل والاضطرابات النفسية. فالنتشوه الجسدي يؤدي إلى حالة من عدم التوازن الجسمي، وخاصة إذا حصل هذا الأمر في سن المراهقة، وهي السن التي يكون المراهق لنفسه هوية سوية، انطلاقاً من مظهره الجسمي وانعكاسها على صورة الذات، الأمر الذي يخلق لدى المصاب بالتشوه عدداً من الاضطرابات النفسية، كالقلق والانسحاب والعزلة وانخفاض تقدير الذات حسب (المعافي، 2، 2012). ومن الآثار النفسجسمية التي تظهر على المصابين بحالات البتر ما اصطلح على تسميته الطرف الشبح، وهو شعور الأشخاص بوجود الطرف المبتور، وشعور المصاب بأحاسيس غريبة تتمثل في وجود هذا الطرف وشعوره بألم معين وحكة في المكان الذي حصل فيه البتر (تركي رابح، 93، 1982). كما أن عملية البتر هذه تترك آثاراً على قدر كبير من الخطورة على شخصية المصاب، وقد ينتج عنها اضطرابات نفسية أو عصبية تؤثر على صحة الفرد النفسية والعقلية، ما يؤثر سلباً على حياة الأفراد المبتورين. فالذين يمرون بمراحل مختلفة، تبدأ بإنكار الإصابة وصولاً لمرحلة الاكتئاب، حيث يتم الاعتراف بالواقع، وتحل حالة الاكتئاب محل مشاعر الغضب والإحباط، وأخيراً يصل المصاب لمرحلة التقبل، وذلك عندما يصبح الشخص قادراً على استخدام آليات التكيف لديه والقبول لواقعه الجديد (القاضي، 91، 2009).

ويرى الباحث، أن هذه الآثار النفسية والاجتماعية التي تنجم عن التشوهات الجسدية تستوجب بالضرورة خضوع المصاب للعلاج من الناحية الجسدية، إضافة لعلاج أو إرشاد نفسي بالتوازي مع العلاج الجسدي، وذلك لمساعدة المصاب على قبول حالته الجديدة وصورة جسده بعد التشوه، ومحاولة دمج من جديد في المجتمع بعد الخبرة الصادمة التي تعرض لها، تقادياً

لحالات العزلة، والاكتئاب، والقلق الاجتماعي التي قد يعاني منها هؤلاء الأفراد إذا تركوا بمفردهم ودون علاج أو إرشاد.

خامساً- القلق الاجتماعي (Social anxiety)

يُعدّ القلق الاجتماعي أحد أهم الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على الفرد في شتى نواحي حياته، وبخاصة المهنية والاجتماعية؛ فالفرد المصاب بالقلق الاجتماعي قد يتجنب المشاركة الاجتماعية، ويؤدي ذلك إلى عزلة تقود الفرد إلى خسارة كبيرة، إضافة إلى أي دور يمكن أن يقوم به مستقبلاً، وبالتالي تمنعه من التفاعل المثمر مع محيطه. فكما أشار كل من واطسون وفرنيد (Watson&Friend,1991) فقد بدأ الاهتمام بشكل واضح بدراسة القلق الاجتماعي منذ العام (1969)، وذلك مع ظهور مقياس الضيق والتجنب الاجتماعي (SAD) من إعداد واتسون وفرنيد، وهو الأول انتشاراً كمقياس مصمم لقياس القلق الاجتماعي (الكتاني، 25، 2004).

وقد أخذ اهتمام علماء النفس يتزايد شيئاً فشيئاً بهذا النوع من القلق، وصولاً إلى العام (1980) حيث تم إدراجه لأول مرة كفئة تشخيصية مستقلة، ضمن الطبعة الثالثة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث (DSM-3) للاضطرابات العقلية، الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية، حيث أصبح يُنظر إلى القلق الاجتماعي أنه حالة خاصة من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف اجتماعي أو اثنين (معمرية، 2009، 137).

مفهوم القلق الاجتماعي:

لا يوجد اضطراب نفسي يخلو من القلق، فهو عامل مشترك لدى جميع الحالات النفسية التي يمكن أن تعترى الفرد، من صراع وإحباط وخوف. وقد وردت مفاهيم كثيرة للقلق منها: قول كابلان (kaplen) أن القلق الاجتماعي هو الخوف من الإرباك والإذلال والخوف من أن يتعرض الشخص للفحص والتدقيق من قبل الآخرين (Kaplen et al,1994,590). بينما يرى مارجراف ورودلف (margrave & Rudolf,1990) بأن القلق الاجتماعي هو الخوف غير المقبول وتجنب المواقف التي يفترض على الفرد أن يتعامل، أو يتفاعل فيها مع الآخرين،

ويكون معرضاً نتيجة لذلك لنوع من أنواع التقييم؛ أما السمة الأساسية المميزة للقلق الاجتماعي فتتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين. ويعني القلق الاجتماعي الخوف المستمر من مواقف اجتماعية، أو مواقف الأداء التي قد يتعرض فيها الفرد لتفحص من الآخرين، ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له شعوراً بالخزي أو الارتباك أو الإحراج، أو يبدي أعراضاً للقلق تتسبب في معاناته من الإحراج أو الارتباك، ويعتبر الأداء أو التصرف في وجود الآخرين، أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين جانباً أساسياً في القلق الاجتماعي (Kocovski, 2002, 1033).

ويعرف كاشيدان ووينزل (Kashdan & Wenzel, 2005, 335-336) القلق الاجتماعي بأنه يتصف بالشعور بالألم حول المواقف الاجتماعية، من الرفض المحتمل، أو من التحديق من قبل الآخرين.

وبناءً على ما سبق، يمكن أن يستنتج الباحث أن القلق الاجتماعي خوف مرضي مبالغ فيه وغير معقول، تصاحبه تغيرات فسيولوجية، وهو حالة مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تتضمن خوف الشخص من الظهور بمظهر مخزي، مما يولد لديه وعياً مفرطاً بالذات وانشغالاً زائداً بتقييمات الآخرين، مع توقع يغلب عليه الطابع السلبي، وهو ما يؤدي بدوره إلى سلوكيات التجنب للمواقف المثيرة للقلق الاجتماعي في درجته العادية له جانبان:

أ- جانب سلبي عندما يخشى الفرد من وجوده مع الآخرين، ومن ثم يؤثر على شبكة العلاقات الاجتماعية وينتج بذلك إهدار لطاقة الفرد، واضطراب عندما يصل إلى ذروته يحتاج لعلاج.

ب- جانب إيجابي يتمثل في وقاية الفرد من الوقوع في بعض المشاكل، التي تضر ببعض جوانب حياته أثناء الذهاب إلى المدرسة أو العمل.

انتشار القلق الاجتماعي:

يذكر الدليل التشخيصي الرابع لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين (DSM-IV-1994) أن إحدى الدراسات تبين أن (20%) من الأشخاص ذكروا خوفاً شديداً من الأداء والحديث أمام

الجميع، و(2%) فقط أظهروا خبرة كافية من الألم، أو الفساد لإجازة تشخيص القلق الاجتماعي. ويؤكد(الحجار، 1987، 223) أن القلق الاجتماعي يأتي في المرتبة الثانية من الشبوع والانتشار في العيادات النفسية.

وقد اختلفت الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع القلق الاجتماعي في تحديد نسب انتشار هذا الاضطراب؛ ويعتبر القلق الاجتماعي الأكثر إنهاكاً وتكديراً للفرد من الأنواع الأخرى من اضطرابات القلق(الناعمة، 2008، 16). كما تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب القلق الاجتماعي من أكثر أنواع اضطرابات القلق شيوعاً. وبحسب(عبد المقصود، 2007، 4) يحتل هذا الاضطراب الترتيب الثالث من بين الاضطرابات المرضية الأكثر انتشاراً في العالم، بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات، وتبلغ نسبة انتشاره في أي مرحلة من مراحل الحياة حوالي(15%)؛ ويبدأ هذا الاضطراب في سن مبكرة إلا أن البدء بظهور المخاوف الاجتماعية والتعبير عنها يتضح في مرحلة المراهقة(Enge,2006) وهو ما استدعى الاهتمام بحثاً عن تفسيره وأساليب علاجه؛ وقد أظهرت العديد من الدراسات أن شخصاً من بين كل عشرين شخص عادة ما يعاني من اضطراب القلق الاجتماعي.

مظاهر ومكونات القلق الاجتماعي:

يشير(عكاشة، 24، 2003) إلى أن القلق الاجتماعي هو خوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين، كما ذكر بيدلوتيرنر(Beidel& Turner, 1985,234) أن أكثر ما يميز القلق الاجتماعي هو سلوك التجنب الاجتماعي لدى الشخص، وأن حالة القلق يمكن أن تتبدى أيضاً في عدة مظاهر هي:

- 1- الانتباه الشديد لحركات الجسد عندما يكون الفرد في موقف اجتماعي.
- 2- الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين.
- 3- الميل للتوقعات السلبية التي تخص أداء الفرد في التفاعلات الاجتماعية.
- 4 - الميل للتجنب المتعمد للمواقف المهددة له.

كذلك ذكر (الناعمة، 2008، 25) بأن القلق الاجتماعي هو نوع من أنواع القلق يرتبط بالمواقف الاجتماعية، وبكل ما يخص العلاقات بين الأشخاص. وأهم ما يميز القلق الاجتماعي هو الخوف من التقييم السلبي من الآخرين، حيث تكون توقعات الفرد القلق اجتماعياً سلبية فيما يتعلق بنظرة الآخرين إليه، أو فيما يمكن أن يقوم به في المواقف الاجتماعية.

أما (بيك، 187، 2000) فيعتبر أن القلق الاجتماعي هو الصورة الكاركتيرية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية، وكرهية الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية. لذلك حدد للقلق الاجتماعي مظاهر معرفية منها:

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

أما من حيث مكوناته، فقد قسم بارون (Baron, 1989) اضطراب القلق الاجتماعي إلى ثلاثة مكونات أساسية:

- 1- المكون المعرفي:** ويتضمن أفكاراً وتقييمات للذات، ووعي مفرط واستغراق في الذات وتوقع الظهور بشكل غير لبق أمام الآخرين، مع توقع استهجانهم، وانزعاج من النقد والملاحظات السلبية، وانشغال متكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق.
- 2- المكون الفيزيولوجي:** ويتضمن الاستثارة العصبية أثناء المواقف الاجتماعية ومعاناة الشخص من أعراض جسدية، إضافة للحالة النفسية المرافقة من توتر وخوف ومحاولة انسحاب وتقييم متدني للذات، مع احمرار الوجه، الرعشة، الشعور بالغثيان، والتعرق، وجفاف الحلق، وارتفاع معدل ضربات القلب.
- 3- المكون السلوكي:** ويتضمن كف السلوك الاجتماعي، وتجنب الآخرين، ونقص المهارات الاجتماعية والحديث بصوت منخفض أو الصمت، وتجنب الاحتكاك البصري (Baron, 1989, 393).

أعراض القلق الاجتماعي:

يصاحب القلق الاجتماعي مجموعة من الأعراض الفيزيولوجية والنفسية. ويرى كل من المالح (1994) والحجار (2004) أن أهم أعراض القلق الاجتماعي:

1- الأعراض الفيزيولوجية: حيث يعاني القلق اجتماعياً من نشاط زائد للجهاز العصبي الإرادي (عيد، 357، 2000) وازدياد نبضات القلب، وصعوبة في التنفس، والتعرق المفرط وبشكل خاص في اليدين، إضافة إلى الرجفة والرعشة في الأيدي، وضعف الساقين والركبتين، ويبدو على الشخص القلق علامات احمرار الوجه وأحياناً اصفراره، ويعاني من جفاف الفم من اللعاب فيسعى بشكل مستمر لشرب الماء، ويتراقد ذلك مع صعوبة في البلع، وتشنج عضلات الوجه أو الرقبة.

2- الأعراض النفسية والاجتماعية: يخاف القلق اجتماعياً من كثير من الأمور، كخوفه من نظرات الآخرين وتفحصهم له، ويخاف النقد والحط من قدره بالكلمات والتعليقات. كما يخاف أن يتصرف بشكل غير مقبول، ومن الأداء السيء الذي يعرضه للنقد والتجريح من الآخرين (دبابش، 12، 2011)، ويخشى التلعثم والارتباك خلال الحديث، أو أن يفسر الناس كلامه بطريقة سلبية. كما تكون لديه حساسية وخوف كبيرين عندما يجتمع عدد من الأشخاص لاعتقاده بأنهم سينتقدونه طيلة الوقت، كما أن الحساسية الزائدة وافتقاد التوكيدية من أهم الأعراض البارزة في هذا الاضطراب، كما يظهر جلياً لدى الشخص القلق اجتماعياً مشاعر النقص، وضعف المهارات الاجتماعية، والابتعاد عن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

مسببات القلق الاجتماعي:

هناك العديد من الأسباب والعوامل المرتبطة بالقلق الاجتماعي، منها ما هو فيزيولوجي أو بيولوجي أو نفسي أو اجتماعي، وهي كالاتي:

1-العوامل الوراثية (البيولوجية): وجد "شتاين" أنه إذا ما نظرنا إلى توأمين متماثلين، الذين تتشابه الجينات لديهم، نجد أن مستويات القلق الاجتماعي والخجل متقاربة لديهما إلى حد ما وبدرجة أكبر من تقاربها لدى التوائم غير المتماثلة، وهذا يقودنا إلى افتراض أن للجينات

تأثير في كون الشخص قلق اجتماعياً. ويحتمل أن تكون مجموعة من الجينات (وليس جيناً واحداً للقلق)، يساهم كل منها بنصيب في تشكيل شخصية الإنسان، وبالتالي فإنها تؤثر على مستوى الخجل أو القلق الاجتماعي لدى الشخص (شتاين، 20، 2002).

2-العوامل العضوية (الفيزيولوجية): تحدث في حالات القلق الاجتماعي إثارة خاصة

للجهاز العصبي الذاتي في منطقة العقد العصبية المحيطة، مما ينتج عنه ازدياد مستوى الأدرنالين في الدم، وهي إما أن تكون بدرجة شديدة غير طبيعية، أو أن مدتها طويلة، حيث وجد بعض الباحثين أن الأشخاص العاديين عندما يطلب منهم إلقاء كلمة أمام الناس يحدث لهم ازدياد في مادة الأدرينالين في الدم حوالي ضعفين إلى ثلاثة أضعاف عن الحالة ما قبل الحديث إلى الناس، وأن هذا الازدياد لا تطول مدته ويكون وجيزاً، وهذا الاختلاف العصبي في شدة الإثارة ومدتها ربما يكون الأساس الفيزيولوجي الكيميائي العصبي لحالات القلق الاجتماعي (المالح، 1994، 122-123).

3-العوامل البيئية: إن بعض الأساليب المتبعة في تربية الطفل قد تؤدي إلى حدوث

القلق الاجتماعي، مثل السيطرة والمبالغة في حماية الطفل، والدلال الزائد، ونقص العاطفة، والدفء في علاقة الأبوين مع الطفل؛ كذلك فإن الرفض من قبل جماعة الأقران قد يؤدي لحدوث القلق الاجتماعي، يضاف لذلك فإن وجود القلق الاجتماعي لدى أحد الوالدين أو كليهما أو لدى أحد أفراد الأسرة، قد يسهم في تكوين القلق الاجتماعي لدى الطفل، حيث ينظر الأبناء للأهل كقدوة في كل شيء، وقد يتم تقمص سلوكهم وشخصيتهم كنموذج يتم اتباعه وتقليده من قبل الطفل في الأسرة. كذلك فالقلق الاجتماعي قد ينتج عن موقف محرج، أو خبرة اجتماعية سلبية تعرض لها كأن يقوم الشخص بتصرف خاطئ في موقف اجتماعي، ويتعرض نتيجة ذلك للسخرية من قبل الآخرين (Hudson & Rapee, 2000, 111-122).

4-العوامل النفسية والاجتماعية: فالأشخاص القلقين اجتماعياً لديهم تشويهات معرفية

ووعي زائد فيما يتعلق بتتابع سلوكياتهم المخيفة. فهم يتوقعون العبارات المحرجة من الآخرين، وأن هناك حمرة ستعلو وجوههم، وأنها ستكون ظاهرة لكل من يراهم، وسوف تؤدي بالغرباء النظر إليهم على أنهم أغبياء، بل ربما لديهم اضطراب عقلي خطير، مما يؤدي إلى صعوبة التركيز على الموضوع، وبالتالي الأداء المتدني وزيادة القلق المتوقع في الموقف التالي.

يستنتج الباحث من كل هذا، أن كلاً من الوراثة والعوامل الاجتماعية تلعب دوراً في نشوء القلق الاجتماعي، مع ترجيح لدور العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب الدور الرئيسي وخاصة في المراحل المبكرة من العمر، والتي تكون عاملاً أساسياً في ظهور القلق الاجتماعي لدى الفرد واستمراره لفترة من حياتهم قد تطول في حال لم يلجأ لعلاج مسببات هذا القلق.

علاقة القلق الاجتماعي باضطراب تشوه صورة الجسد:

إن علاقة الفرد بجسده في الوقت الحالي أصبحت شديدة الحساسية وخاصة مع الانتشار والتأثير الكبير للإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي، وما تقدمه من صور مثالية للجسد الإنساني، وكيف ينبغي أن تكون هذه الصورة وكيفية المحافظة عليها، حيث أصبح لهذه العلاقة بين الفرد وجسده دور بارز في صقل شخصية الفرد وتحديد سلوكه، وتكوين اتجاهات وأفكار حول مفهوم الذات لدى الشخص وصورة جسده.

كذلك فإن من أكثر مصادر القلق انتشاراً هذه الأيام لدى كلا الجنسين وخاصة لدى الإناث، كل ما يتعلق بصورة الجسد، حيث أن سعادة وفرح العديد من الأشخاص أصبحت مرتبطة بجاذبيتهم الجسدية، والتي من خلالها يعملون على تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية مع المحيط حولهم (عباس والزيون، 2012، 394)، حيث قد يؤدي عدم تقبل الشخص لصورة جسده دوراً في ظهور اضطراب التشوه الوهمي للجسد والذي يعرفه (الدسوقي، 2006) بأنه الانشغال الزائد عن الحد بعيوب متخيلة في مظهر الجسد، حيث يتجلى اضطراب صورة الجسد من خلال انشغال الفرد الكبير بعيوب متخيل وغير موجود في مظهره الجسدي، ما يسبب له قدراً كبيراً من الضغط النفسي والتوتر، الأمر الذي يتسبب في حصول خلل لدى الفرد في أدائه الاجتماعي والوظيفي (APA,2000,510).

ومن ناحية أخرى يشير (أبو حجلة، 1999) إلى أن الخلل الأساسي في حالة القلق الاجتماعي هو حساسية الفرد المفرطة، ما يخلق حالة من الخوف من الظهور أمام الآخرين.

ومن هنا يلاحظ الباحث التشابه الكبير في كلا الاضطرابين، حيث أن المصابين باضطراب التشوه الوهمي للجسد يميلون كذلك إلى الابتعاد قدر الإمكان عن المخالطة الاجتماعية (Hadley,2002) حالهم في ذلك حال المصابين باضطراب القلق الاجتماعي؛ وقد

أشار (Philipset al, 2006) إلى وجود هذه العلاقة والارتباط بين كل من الاضطرابين من خلال دراسته التي هدفت لبحث العلاقة بين بينهما حيث تبين أن ما نسبته (34%) من أفراد عينته يعانون من وجود اضطراب التشوه الوهمي والقلق الاجتماعي معاً.

كذلك أشارت دراسة (عباس والزبون، 2012) إلى وجود علاقة بين التشوه الوهمي للجسد والقلق الاجتماعي، ويرجع الباحثان السبب في ذلك إلى التشابه الكبير في أعراضهما. كذلك بينت دراسة (Pinto&Phillips,2005) عن وجود ارتباط بين كلا الاضطرابين. كما أكد (Fang,2010) أن اضطراب تشوه صورة الجسد يقود الفرد لتجنب المواقف الاجتماعية، ما يتسبب في ضعف الأداء الاجتماعي والعزلة عن الآخرين، وهو ما يحصل في حالة القلق الاجتماعي، الأمر الذي يبين الارتباط بين هذين الاضطرابين بشكل واضح.

من خلال ما سبق، يستنتج الباحث وجود علاقة قوية بين تشوه الجسد واضطراب القلق الاجتماعي، وأن وجود أحدهما لدى الفرد يبنى في كثير من الأحيان بوجود الاضطراب الآخر، نتيجة لتشابههما في الأعراض، وبالتالي وفي حال العلاج يجب أن يتم العمل على علاج هذين الاضطرابين معاً وفي نفس الوقت، نظراً لما أثبتته الدراسات من ارتباط قوي بينهما.

تعقيب

يتعرض الإنسان للعديد من الحوادث التي تترك وراءها جراحاً مؤلمة، وتحدث تغييراً كبيراً في شكل الجسد، وتشكل تهديداً خطراً على حياة المصابين؛ فالتشوهات الجسدية، المتمثلة في بتر الأعضاء والحروق والتشوهات الجسدية المتنوعة تمثل ضغطاً نفسياً كبيراً على الفرد، خاصة إذا كانت حالة المصاب شديدة ومستعصية، وتمت في مرحلة عمرية حرجة، حيث تكثر معاناة المريض وآلامه، وتؤثر على صورته لجسده بحيث يصبح مبتور الأطراف، أو مصاباً بالحروق، أو تشوهات جسدية أخرى تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي. وأن هذه التشوهات التي قد تصيب صورة الجسم لدى الفرد هي حالات الحروق البليغة، أو البتر للأطراف نتيجة الإصابات الكبيرة حيث إن عملية البتر هذه تترك آثاراً على الفرد لا تقل من حيث الخطورة عن الآثار التي تتجم عن أي صدمة أخرى. وكل التشوهات الناجمة عن الحروق أو البتر قد ينتج عنها اضطرابات نفسية أو عصبية تؤثر على صحة الفرد النفسية والعقلية، ويترأ عليها تغيرات

في النواحي السلوكية والوجدانية والمعرفية، مما يؤثر سلباً على حياة الأفراد الذين غالباً يمرون بمراحل مختلفة، تبدأ بإنكار الإصابة، ومن ثم يمرون بمرحلة الغضب بسبب اختلال خطه في الحياة نتيجة الإصابة، ومن ثم مرحلة المساومة، حيث يتمنى أن يؤجل العودة لحياته الطبيعية أطول فترة مقابل أن يرجع لما كان عليه قبلاً، وصولاً لمرحلة الاكتئاب، حيث يتم الاعتراف بالواقع وتحل حالة الاكتئاب محل مشاعر الغضب والإحباط، وأخيراً يصل المصاب لمرحلة التقبل وذلك عندما يصبح الشخص قادراً على استخدام آليات التكيف لديه وقبول لواقعه الجديد (القاضي، 91، 2009). كما أن هذه التشوهات تختلف شدتها باختلاف جنس المصاب وعمره، وطبيعة البتر. فعلى سبيل المثال ذكرت الدراسات التي سوف نشير إليها في الفصل التالي، مثل دراسة: الزائدي (2009)، والأشرم (2008)، والقاضي (2009)، وبدارنة (2011). والنفيسة (2010)، والخلف (2006)، وفيردا وآخرون (2004)، وبيتزر (2004)، ودراسة بيتووفيلبس (2005)، وفيلبس وآخرون (2006)، ودراسة (موراي وفوكس (Murray & Fox, 2002). فيليبس وستوت (Phillips & Stout, 2006) أن مبتوري الأطراف السفلية أكثر قلقاً وتشوهاً لصورة الجسد وتوافقهم الاجتماعي من مبتوري الأطراف العلوية، وأن الإناث أكثر تأثراً ببتر الأطراف السفلية من الرجال، وبعض هذه الدراسات ركزت على الحروق بأنواعها المختلفة مثل دراسة فيريخ وآخرون (Fauerbach, et al, 2002) إضافة إلى دراسة أريف ورامبراساد (Ramprasad & Arif 1023) والتي أشارت إلى أن الحروق قد تؤثر على مظهر المرأة وتسبب لها مشكلات جسدية وشخصية واجتماعية أكثر من الرجال. كما أن المرحلة العمرية للمصاب بالتشوهات الجسدية تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى. حيث أشارت الدراسات أن الشباب أكثر قلقاً واضطراباً حول مظهرهم الجسدي وعلاقاتهم الاجتماعية من الكبار. وأن هناك علاقة بين إدراك صورة الجسد وتصرف الشخص، فالإخلال بتلك الصورة قد يحدث في أية فترة من النمو، ففي مرحلة النمو المبكر قد تحدث إصابة جزء معين من الجسم بالمرض، ما قد يجذب انتباه الآخرين إليه، ويعطي قيمة نفسية كبيرة لذلك الجزء المصاب من الجسم. والشخص الحامل للإعاقة لا يقيم بالضرورة انقطاعاً مع الرمز الجسدي بل يمكنه أن يستمر بالإحساس بأنه طبيعي، وأنه يعاني من النظرات التي لا تكف عن الإقبال عليه، أو من الحرج الذي يحدثه. فالفرد الموسوم بالعاهة يتجه لأن يكون لديه أفكار عن الهوية،

مثل أن ما يعاني منه ربما يعاني منه الكثير غيره، ومشابه لكل الآخرين، وبأنه شخص يستحق فرصته وقليلاً من الراحة. ونظراً لما تسببه الإعاقة من تغير واضح في شكل الجسم، فإن ذلك يؤدي إلى إيجاد شعور سلبي لدى المعاق تجاه جسمه، حيث يشعر الشخص بقصور قدراته البدنية (خوجة، 27، 2011) الأمر الذي يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي عن ذاته ككل، حيث إن التقدير الإيجابي للجسم من جانب الفرد أو من جانب الآخرين، يؤدي إلى تقدير إيجابي لمفهوم الذات، وبالعكس فإن التقدير السلبي تجاه الجسم يتولد عنه مفهوم سلبي للذات، لذا، نرى المصاب بهذه التشوهات يشعر بعدم قدرته على التفاعل مع الآخرين على نحو إيجابي، حيث يشعر بالقلق الاجتماعي، والخجل والعزلة، والشعور بالوحدة النفسية، إضافة إلى عدم الرضا عن صورة جسده.

الفصل الثالث الدراسات السابقة

أولاً- الدراسات العربية

ثانياً- الدراسات الأجنبية

ثالثاً- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

من خلال إطلاع الباحث على الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة والربط بين متغيراتها (صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المصابين بتشوهات جسدية، بتر وحروق)، تبين للباحث ندرة في الدراسات التي تناولت متغيري صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى عينة المصابين بتشوهات جسدية وخصوصاً حالات بتر الأطراف والحروق الجسدية وبعض التشوهات الجسدية الأخرى، حيث تناولت تلك الدراسات هذين المتغيرين في دراسات منفصلة وعينات متباينة، وأن بعض الدراسات تناولت أحد المتغيرين لدى المصابين بتشوهات جسدية دون المتغير الآخر، حيث حاولت أغلب الدراسات تناول متغيري الدراسة (صورة الجسد والقلق الاجتماعي)، لدى النساء أو لدى طلبة الجامعة والمراهقين، مما اضطر الباحث إلى إيراد دراسات سابقة لمتغيري صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى عينات مختلفة.

وقد تم تصنيف وتقسيم الدراسات السابقة التي تم الحصول عليها من أجل ربطه بالمشق النظري لهذه الدراسة على مستوى الدراسات التطبيقية التي وردت في هذا الفصل إلى محورين:

المحور الأول: الدراسات العربية التي تناولت متغيرات الدراسة.

المحور الثاني: الدراسات الأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة.

وبعد استعراض الدراسات السابقة، قام الباحث بالتعقيب على تلك الدراسات، وتحديد مكانة الدراسة الحالية بين تلك الدراسات.

أولاً- الدراسات العربية:

1- دراسة حسن (2006) في مصر: عنوان: "صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات لدى

مبتوري الأطراف".

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على الأبعاد السيكودينامية لمبتوري الأطراف في

صورة الجسد وتقدير الذات.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (30) شخصاً منهم (15) أصحاء و(15) مبتوري الأطراف.

الأدوات: استخدمت الباحثة مقياس تقدير الذات، ومقياس صورة الجسد، واختبارات إكلينيكية أخرى كالمقابلة واختبار تفهم الموضوع.

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة بين مبتوري الأطراف والأصحاء في صورة الجسد وتقدير الذات، وأشارت النتائج إلى وجود تقدير متدني للذات لدى مبتوري الأطراف.

2- دراسة الخلف (2006) في سورية: بعنوان: "القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الاكتئاب وصورة الجسم وتقدير الذات".

الهدف: هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق الاجتماعي وكل من الاكتئاب وصورة الجسد وتقدير الذات لدى المراهقين.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (633) طالباً وطالبة من طلبة الدارسة الثانوية في محافظة درعا.

الأدوات: استخدم الباحث في دراسته مجموعة من المقاييس وهي مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس صورة الجسد، ومقياس الاكتئاب.

النتائج: توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين القلق الاجتماعي والاكتئاب وصورة الجسد، كما بينت النتائج وجود فروق بين الجنسين في مستوى القلق الاجتماعي، وإلى وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب، إضافة إلى وجود فروق دالة ترجع إلى المستوى العلمي في القلق الاجتماعي وكل من الاكتئاب وصورة الجسد.

3- دراسة القاضي (2009) في فلسطين: بعنوان: "قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة".

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى صورة الجسد ومستوى مفهوم الذات لدى حالات البتر، وكذلك معرفة العلاقة بين قلق المستقبل وصورة الجسد لدى هذه الحالات.

العينة: تكونت عينة الدراسة الحالية من (250) حالة من حالات البتر من الذكور والإناث في مدينة غزة، جراء العدوان الإسرائيلي على المدينة.

الأدوات: تم استخدام كل من مقاييس (قلق المستقبل وصورة الجسد ومفهوم الذات) وذلك للتحقق من صحة فرضيات الدراسة

النتائج: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وصورة الجسد لدى حالات البتر بعد حرب غزة.

4-دراسة معافي(2012) فلسطين: بعنوان: "بتر الأطراف وانعكاساته على المخطط

الجسدي لدى المراهق".

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف على نفسية المبتورين والتقرب منهم، إضافة إلى معرفة الانعكاسات التي يخلفها البتر على الأفراد، وهدفت هذه الدراسة على التأكيد على فترة المراهقة ونظرة المراهق لصورة جسده.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (4) حالات من المراهقين الذين يعانون من بتر أحد الأطراف.

الأدوات: استخدمت الباحثة في دراستها كل من الملاحظة، والمقابلة، ودراسة الحالة وتطبيقها على أفراد العينة.

النتائج: توصلت الباحثة إلى نتيجة مفادها أن أي اضطراب أو بتر لأطراف الجسم يكون له تأثير بالغ على حياة المراهق، حيث وجد أن بتر الأطراف ينعكس سلباً على المخطط الجسدي.

5- دراسة خلف (2012) فلسطين، بعنوان: "مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة

-دراسة إكلينيكية.

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على الحياة النفسية لدى مبتوري الأطراف، والكشف عن معاناة هذه الفئة من خلال معرفة حاجاتهم، وصراعاتهم، ومخاوفهم، وما هي نظرتهم للبيئة المحيطة بهم.

العينة: تكونت عينة الدراسة التي اختارتها الباحثة من (4) أفراد من مبتوري الأطراف ممن أصيبوا في غزة خلال الحرب عليها.

الأدوات: استخدمت الباحثة العديد من المقاييس كمقياس الرضا الزوجي (إعداد منصور، 2000)، ومقياس صورة الجسد للمعاقين (علي، 2010)، ومقياس الرضا عن الحياة (إعداد المقصود، 2002)، ومقياس التوافق النفسي لمتحدي الإعاقة (إعداد شقير، 2003)، استبيان هوية الأنا (مرسي، 2001) إضافة لاستخدام الباحثة للمقابلة ودراسة الحالة.

النتائج: توصلت الدراسة إلى عدم وجود تقبل لصورة الجسد لدى أفراد العينة، وعدم وجود توافق من الناحية الجسمية والانفعالية.

6- دراسة عباس والزبون (2012) الأردن، بعنوان: "مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الأردنية".

الهدف: هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين التشوه الوهمي للجسد، والقلق الاجتماعي وعلاقة كل منهما بمتغير الجنس وتحديد نسب انتشار اضطراب التشوه الوهمي للجسد والقلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة الأردنية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (500) طالباً وطالبة من طلبة كليتي الآداب والعلوم في الجامعة الأردنية.

الأدوات: طور الباحثان مقياس التشوه الوهمي للجسد، كما طوراً مقياس القلق الاجتماعي.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن (38,2%) من أفراد عينة الدراسة لديهم اضطراب التشوه الوهمي للجسد بدرجة منخفضة، وأن (42,2%) من درجة التشوه الوهمي للجسد لديهم متوسطة، وأن (19,6%) من أفراد عينة الدراسة درجة التشوه الوهمي للجسد لديهم مرتفعة، كما بينت النتائج أن التشوه الوهمي للجسد أكثر عند الإناث منه لدى الذكور، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين مظاهر التشوه الوهمي للجسد ومتغير القلق الاجتماعي.

7- دراسة بريالة (2013) الجزائر: بعنوان: "صورة الجسد لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق".

الهدف: هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق الموجودة في صورة الجسد، لدى الأشخاص المصابين بالحروق.

العينة: تألفت عينة الدراسة من (30) فرداً مصابين بالحروق من الجنسين.

الأدوات: تم استخدام مقياس صورة الجسد إعداد الباحث.

النتائج: توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسد لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق تعزى لمتغيرات (مكان الحرق، سبب الحرق، درجة الحرق، مدة الإصابة بالحرق).

ثانياً- الدراسات الأجنبية:

1- دراسة بريكي (Breaky, 1997) كندا: بعنوان: "صورة الجسد لدى مبتوري الأطراف

السفلى "Body Image The Lower-Limb Amputee.."

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين صورة الجسد والرفاهية النفسية والاجتماعية لدى حالات البتر السفلية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (90) حالة من الحالات التي تعرضت للبتر في الأطراف السفلية.

الأدوات: استخدم الباحث مقياس (ABIS) لقياس صورة الجسد.

النتائج: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود سلبية كبيرة يشعر بها الفرد المبتور تجاه صورة جسده، وعدم الرضا عن الحياة، حيث بينت الدراسة أن الأشخاص الذين لديهم بتر سفلي يعانون من القلق والاكتئاب، وعدم الشعور بالراحة النفسية، كما ظهر لدى أفراد العينة تدني لاحترام الذات.

2- دراسة فايرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 1999)، إيطاليا، بعنوان تأثير الصدمة بعد الإصابة بالحروق".

الهدف: الكشف عن تأثير الصدمة النفسية الناتجة عن الحروق.

العينة: تكونت العينة من (87) مصاباً بالحروق، منهم (67) من الرجال، و(10) نساء.

الأدوات: اختبار الضغوط الناتجة عن الصدمة وجودة الحياة، ومقياس الاكتئاب، ومقياس المظهر الجسدي، واختبار التوجه نحو الحياة.

النتائج: أظهرت النتائج أن أفراد العينة يعانون من القلق والاكتئاب وتشوه صورة الجسد، وعدم الرضا عن جودة الحياة، وأن هدفهم في الحياة غير واضح ومتشائمون من الحياة ولديهم أفكار انتحارية.

3- دراسة فايرباخ وآخرون (Fauerbach et al, 2000)، إيطاليا، بعنوان، فاعلية

عدم الرضا عن صورة الجسد المبكرة على التوافق النفسي والجسدي بعد الإصابة بالتشوه".

Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury

الهدف: التحقيق في تأثير عدم الرضا صورة الجسم على جودة الحياة بعد الإصابة

بحروق شديدة بعد الضبط الموضوعي للعوامل الأخرى، مثل الضيق، جودة الحياة

العينة: تكونت العينة من (86) مريضاً مصاباً بالحروق المختلفة، بواقع (77,9%) من

الذكور و(17,02) من الإناث، ومعظم الإصابات متمركزة في الوجه.

الأدوات: مقياس جودة الحياة، ومقياس عدم الرضا عن صورة الجسد.

النتائج: أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين شدة الحروق وكل من تشوه صورة

الجسد، وعدم جودة الحياة لدى أفراد العينة، وأن الإناث أكثر تعرضاً للشدائد النفسية من الذكور. كما أن تشوه صورة الجسد أثرت على التكيف الجسدي والاجتماعي.

4- دراسة ووترهاهن (Wetterhahn,2002) أمريكا: بعنوان: "تأثير المشاركة في النشاط البدني على صورة الجسد لدى مبتوري الأطراف".

Effect of participation in physical activity on body image of amputees

الهدف: هدفت الدراسة الحالية التعرف على صورة الجسد لدى الأفراد مبتوري الأطراف، ودراسة العلاقة بين صورة الجسد، ومشاركة الأفراد في النشاطات الجسمانية والرياضية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (56) شخصاً لا تقل أعمارهم عن (18) سنة، من المصابين بحالات البتر السفلي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس صورة الجسد، ومقياس النشاط البدني من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين مشاركة الأفراد في النشاطات البدنية والرياضية، وتحسين صورة الجسد لدى الأشخاص ذوي بتر الأطراف السفلية.

5- دراسة بوغلز وآخرين (Bogels et al,2002) أمريكا: بعنوان: "الانتباه المتمركز على الذات والقلق الاجتماعي: تأثير الزيادة التجريبية في الوعي بالذات في حالات الخوف، والخجل، والمعرفة، والمهارات الاجتماعية".

Self Focused Attention and Social Anxiety of Experimentally Heightened Self-Awareness on Fear, Blushing, Cognitions, and Social Skills.

الهدف: هدفت هذه الدراسة لمعرفة مدى تأثير الوعي بالذات على أفراد العينة بالنسبة للعديد من المتغيرات.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (72) شخصاً، ممن يعانون من القلق الاجتماعي، بدرجات عالية ومنخفضة.

الأدوات: تم استخدام المقابلة، حيث تم استخدام ثلاث مראيا أثناء هذه المقابلة، بما يسمح لنصف أفراد العينة برؤية أنفسهم خلال المحادثة مع الآخرين.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة بأن الأفراد الذين لديهم قلق اجتماعي عال، ظهر لديهم واضحاً الخجل واحمرار الوجه، مقارنة بأصحاب القلق الاجتماعي المنخفض، كما تبين بان الوعي بالذات لدى أفراد العينة قلل من الخوف واحمرار الوجه، والتفكير السلبي لدى أفراد العينة.

6- دراسة موراي وفوكس (Muray & Fox, 2002)، أمريكا. بعنوان: "صورة الجسد والرضا عن الأطراف الصناعية لدى عينة من مبتوري الأطراف السفلى".

Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee

الهدف: تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الرضا عن الأجهزة الاصطناعية وصورة الجسم لمستخدمين الأطراف الصناعية التعويضية في الأطراف السفلية، والفروق الجنسية داخل هذه العلاقات.

العينة: تم الحصول على مجموعة من (44) فرداً ممن يستخدمون الأطراف الصناعية عن طريق الإنترنت بشأن الرضا عن الأجهزة الاصطناعية، صورة الجسم، والألم الوهمي.

الأدوات: استخدم الباحثون مقياس صورة الجسد للأطراف المبتورة ومقياس صورة الجسد، والرضا عن الأطراف الاصطناعية.

النتائج: أسفرت النتائج عن معدلات معتدلة إلى عالية لعلاقة سلبية بين اضطراب صورة الجسم والرضا عن الأطراف الاصطناعية، وعدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن صورة الجسد والأطراف الاصطناعية نتائج. وكشفت العلاقات الأخرى، بما في ذلك الارتباط الإيجابي بين الرضا عن الأطراف الاصطناعية وتجربة الألم، بالرغم من وجود اختلافات قوية بين الجنسين حول هذين المتغيرين.

7- دراسة فيرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 2002)، أمريكا، بعنوان: " التعامل مع صورة الجسد التالية لتشوهات الإصابة بالحروق".

Coping with body image changes following a disfiguring burn injury

الهدف: فحص تأثير التركيز على التعامل الانفعالي لدى المصابين بالحروق، وتحديد نوعية المشاعر التي تركز على المواجهة.

العينة: تكونت العينة من (78) مريضاً من المرضى الذين يعانون من الحروق المشوهة في إحدى المستشفيات الأمريكية، الذين خضعوا للعلاج لمدة شهرين.

الأدوات: مقياس صورة الجسد المتعلقة بالمظهر، ومقياس الأثر الاجتماعي للتشوه.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد العينة يعانون من درجة كبيرة من تشوه صورة الجسد الناتجة عن الحروق إضافة إلى الخجل والقلق الاجتماعي الناتج عن ذلك، وأن أساليب التعامل مع هذه التشوهات كانت مقلقة، ومضطربة، وذلك من خلال خروجهم من المستشفى بعد شهرين من العلاج.

8- دراسة كارن (Karen, 2003)، أمريكا: بعنوان: "العوامل الفردية والظرفية المؤثرة على صورة الجسد".

Individual and situation factors in body image.

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في صورة الجسد بين الذكور والإناث، وهل يمكن أن يؤثر الانتماء العرقي على هذه النظرة.

العينة: تكونت الدراسة من مجموعة من الشباب (32) شاباً من ذوي الأصول السوداء، و(95) شاباً من الأمريكيين البيض، كما ضمت الدراسة (122) من الأمريكيات ذوات الأصول البيضاء، و(194) أمريكية إفريقية.

الأدوات: قامت الباحثة بتطبيق استمارة صورة الجسد من إعدادها، واستمارة البيانات الأولية.

النتائج: توصلت نتائج الدراسة إلى أن تأثير الوسط الاجتماعي على صورة الجسد كان أكبر لدى الإناث منه لدى الذكور، حيث تتأثر النساء كثيراً بتعليقات الآخرين والظروف الاجتماعية المحيطة. كما بينت الدراسة التأثير الكبير لوسائل الإعلام على تقييم صورة الجسد بالنسبة للإناث، وتأثيره بشكل أقل على الذكور، كما بينت الدراسة ارتباط التقييم الإيجابي للمظهر وصورة الجسد بالثقة بالنفس لدى كل من الذكور والإناث بشكل متساوٍ.

9- دراسة فيردا وآخرون (Ferda et al,2004) تركيا: بعنوان: "القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة وعلاقته بكل من تقدير الذات وصورة الجسد".

Social Phobia among University Students and its relationship to Self-Esteem and Body Image

الهدف: هدفت هذه الدراسة لقياس نسبة انتشار القلق الاجتماعي بين طلاب الجامعات، إضافة لمعرفة علاقة القلق الاجتماعي بكل من تقدير الذات وصورة الجسد.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (1003) من طلاب جامعة عين جهوريت في تركيا.

الأدوات: قام الباحثون باستخدام مقياس القلق الاجتماعي من إعداد الباحثين، إضافة لاستخدام مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، ومقياس صورة الجسد المتعدد الأبعاد.

النتائج: توصلت الدراسة إلى أن الغالبية العظمى من أفراد العينة ممن لديه تقدير منخفض وعدم الرضا عن صورة الجسد، يعانون من القلق الاجتماعي، وأن الإدراك السلبي والمشوه لصورة الجسد يلعب دوراً في تعزيز القلق الاجتماعي. كما بينت الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين القلق الاجتماعي وتقدير الذات. وقد بينت الدراسة أيضاً أن تقدير الذات عند الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي أقل ممن لا يعانون من القلق الاجتماعي.

10- دراسة كوكس وكول ((Cox, & Call, 2004) أمريكا، بعنوان: "اكتشاف أثر حرق المخيم على صورة أجساده المراهقين في المعسكر".

Exploring the impact of burn camp on adolescent campers' body image

الهدف: استكشاف تأثير تجربة حرق المخيم وصلته بصورة الجسم، على المراهقين المصابين بالحروق المختلفة.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (52) من المراهقين المصابين بحروق في ثلاثة مخيمات محروقة في مناطق جغرافية مختلفة من الولايات المتحدة. كشفت البيانات أن المعسكر المحروق هو المكان الذي يشعرون فيه بالانتماء والقبول، وهو المكان الذي لم يكن لديهم لإخفاء صورهم.

الأدوات: استخدم الباحثان: مقياس صورة الجسد، والانتماء الاجتماعي، والعزلة الاجتماعية.

النتائج: كشفت النتائج عن وجود علاقة سلبية بين التشوهات الجسدية والانتماء الاجتماعي بينما وجدت علاقة إيجابية بين التشوهات الجسدية نتيجة للحروق واضطراب صورة الجسد، وضعف العلاقات الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية.

11- دراسة بيتزر (Yetzer, 2004) أمريكا: بعنوان: "صورة الجسد وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأفراد المصابين بحالات البتر سفلي ومن لم يتعرض للبتر".

Self-Concept and Body Image in persons who are spinal cord injured with and without lower limb amputation

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات وصورة الجسد لدى المصابين ببتر في الأطراف السفلية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (26) مصاباً بالنخاع الشوكي منهم (11) مصاباً تعرض لعملية بتر في أطرافه السفلية.

الأدوات: تم استخدام مقياس صورة الجسد، إضافة إلى دراسة الحالة.

النتائج: توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص الذين تعرضوا لإصابات في النخاع الشوكي والذين لم يحتاجوا لحالات بتر في أطرافهم، كانوا أقل معاناة وإظهار للمشكلات النفسية من المصابين الذين أجريت عمليات بتر لأحد أطرافهم، فالأفراد الذين تعرضوا للبتير لديهم مفهوم سلبي عن ذاتهم، وكانوا سلبيين في سلوكهم مع الآخرين، وأظهروا عدم تقبل لصورة أجسادهم الحالية، وبعضهم الآخر كان يلجأ للهروب من الواقع وإنكاره.

12- دراسة بينتو وفيليبس (Pinto&Phillips,2005)، أمريكا، بعنوان: "القلق

الاجتماعي لدى المصابين باضطراب التشوه الوهمي للجسد".

Social Anxiety in Body Dysmorphic Disorder

الهدف: هدفت الدراسة إلى البحث في إمكانية إصابة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التشوه الوهمي للجسد، باضطراب القلق الاجتماعي.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (81) شخصاً مصاباً باضطراب التشوه الوهمي للجسد.

الأدوات: استخدمت الدراسة مقياسي التجنب والقلق الاجتماعي من إعداد الباحثين.

النتائج: بينت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال إحصائياً بين كل من اضطراب التشوه الوهمي للجسد واضطراب القلق الاجتماعي. كما أظهرت الدراسة وجود ارتباط بين اضطراب تشوه الوهمي للجسد بكل من الاكتئاب واضطراب الشخصية التجنبية.

13- دراسة فيليبس وستوت (Phillips & Stout,2006) أمريكا: بعنوان: "دراسة

طولية للعلاقة بين اضطراب التشوه الوهمي للجسد مع كل من الاكتئاب والوسواس القهري والقلق الاجتماعي".

Associations in the Longitudinal course of body Dysmorphic disorder with major depression obsessive– compulsive disorder , and social phobia.

الهدف: هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين كل من اضطراب التشوه الوهمي للجسد

وكل من الاكتئاب والقلق الاجتماعي والوسواس القهري.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (161) مصاباً باضطراب التشوه الوهمي للجسد، الذين تم إخضاعهم للملاحظة لمدة من الزمن.

الأدوات: تم استخدام مقياس اضطراب التشوه الوهمي للجسد ومقياس القلق الاجتماعي والاكتئاب من تصميم الباحثين، إضافة لاستخدام أسلوب الملاحظة لأفراد العينة.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة بأن أفراد العينة أظهروا أعراضاً اكتئابية خلال فترة ملاحظتهم، وقد تطورت وأدت لظهور أعراض الوسواس القهري، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود ارتباط بين اضطراب التشوه الوهمي للجسد واضطراب القلق الاجتماعي.

14- دراسة فيلبس وآخرون (Phillips et al,2006) أمريكا: بعنوان: " اضطراب التشوه الوهمي للجسد والقلق الاجتماعي دراسة القطاع، والبيانات المحتملة".

Body Dysmorphic Disorder and Social Phobia Cross-Sectional and Prospective data.

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اضطراب التشوه الوهمي للجسد والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (178) شخصاً، تم اختيارهم من عيادات نفسية ممن تم تشخيص إصابتهم باضطراب صورة الجسد.

الأدوات: استخدمت الدراسة مقياس التشوه الوهمي للجسد لبراون، ومقياس القلق الاجتماعي.

النتائج: توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين القلق الاجتماعي والتشوه الوهمي للجسد، وأن غالبية أفراد العينة يعانون من القلق الاجتماعي، وقد بينت الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابين معاً، لا يتكيفون جيداً في المواقف الاجتماعية. كما أشارت الدراسة إلى محاولاتهم الانتحار في مراحل من حياتهم، وهم في غالبيتهم كانوا عاطلين عن العمل.

15- دراسة حوامدة (Hawamdeh et al,2008) الأردن، بعنوان: "القلق والاكتئاب لدى حالات البتر السفلي من المرضى الأردنيين".

Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients.

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل التي تساعد على تكريس وزيادة القلق والاكتئاب لدى المصابين بحالات البتر السفلي.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (56) فرداً ممن يعانون من حالات البتر السفلي.

الأدوات: تم في الدراسة الحالية استخدام كل من مقياسي القلق والاكتئاب من إعداد الباحث.

النتائج: بينت النتائج ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى المصابين بحالات البتر. كما أظهرت هذه الدراسة أهمية العوامل الاجتماعية، والبيئية في التأثير على الحالة النفسية للمصابين، وضرورة إجراء إعادة تأهيل نفسي واجتماعي للمصابين بحالات البتر، ليتكيفوا مع إصاباتهم الحالية.

16- دراسة موجو (Mugo,2010) البرازيل، بعنوان: "تأثير حالات البتر على صورة الجسد وجودة الحياة".-
**The effect of Amputation on Body Image and Will-
Bieng**

الهدف: هدفت الدراسة إلى فهم الصعوبات التي تواجه الأشخاص الذين تعرضوا للبتر ومساعدتهم على الحياة والتأقلم مع حالة البتر.

الأدوات: تم استخدام المقابلة مع عدد من حالات البتر، واستعراض للدراسات السابقة التي تناولت حالات البتر والاستناد إليها.

النتائج: أوضحت الدراسة أن لحالات البتر أثر نفسي على حياة الإنسان، إضافة للأثر الاجتماعي الاقتصادي، وأن التأثير السلبي يكون أكبر في حالات البتر في الأطراف العلوية أكثر من الأطراف السفلية. وقد أشارت الدراسة أيضاً إلى أن البتر من الممكن أن يتسبب

بحالات اكتئاب شديد، وأن الرجال أسرع في التكيف مع صورة الجسد بعد البتر من النساء اللواتي لا يتقبلن الأمر، ويرفضن صورة الجسد الجديدة بعد البتر.

17- دراسة: سيديلي وآخرون (Sideli et al,2010) إيطاليا، بعنوان: "جودة الحياة، صورة الجسم، ومضاعفات نفسية لدى المرضى الذين يعانون من الصدمات النفسية الناتجة عن الحروق".

Quality of Life, Body Image, and Psychiatric Complications in Patients with a Burn Trauma

الهدف: سعت الدراسة إلى معرفة الآثار الجسدية والنفسية وجودة الحياة وتقييم الأعراض النفسية.

العينة: تكون العينة من (59) شخصاً ممن يعانون من صدمات الحروق، حيث امتدت هذه الدراسة الطولية لهذه العينة لمدة ثلاث سنوات من عام (2007-2010) في مستشفى الأمراض الجلدية في إيطاليا (روما) والتي تراوحت أعمارهم بين (22-54) سنة، وبنسبة (27%) إناث، و(67%) ذكور، وكانت حروقهم ناجمة عن انفجار اسطوانة الغاز، أو حريق في السيارة، ومعظم الإصابات كانت متركزة في الوجه واليدين.

الأدوات: استخدم الباحثون مجموعة من الأدوات لتحقيق الهدف من الدراسة، وهي مقياس جودة الحياة، وصورة الجسد، وقائمة الأعراض المرضية (SCL-90)

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة علاقة واضحة بين الحروق وانخفاض درجات كل من مقياس جودة الحياة، والرضا عن صورة الجسد، إضافة إلى زيادة في قائمة الأعراض المرضية، مثل القلق الاجتماعي والوساوس، والاكتئاب وغيرها من الأعراض التي كشفت عنها قائمة الأعراض. كما أظهرت النتائج أن الإناث أكثر تأثراً بأعراض الحرق من الرجال.

18- دراسة هوجو وآخرون، (Hugo Senra Oliveira1 Leal and Vieira, 2011) الهند، بعنوان: "خلف صورة الجسد، دراسة نوعية لخبرة الراشدين حول بتر الطرف السفلي".

Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation,

الهدف: استكشاف خبرات الكبار في حالة بتر الأطراف السفلية، مع التركيز على التغيرات التي تتعلق بضعف الهوية الذاتية. وقد تم إجراء دراسة مستعرضة نوعية، وذلك باستخدام المقابلات شبه المنظمة.

العينة: تكونت العينة من (42) مريضاً مع بتر الأطراف بعد سن (18) سنة ومتابعتها في الطب والتأهيل في قسم التأهيل البدني للمستشفى العام.

أدوات الدراسة: مقابلة منظمة، ومعالجة ثلاثة مجالات أساسية: التأثير الانفعالي للبتر، وعملية التكيف، والعلاقة مع المصادر الخارجية.

النتائج: أظهرت النتائج ثمانية موضوعات من المقابلات: ردود الفعل والمشاعر حول مبتوري الأطراف؛ التغييرات في الحياة الخاصة، مشكلات في الرفاه؛ العلاقة مع الأجهزة الاصطناعية. والتصورات الذاتية؛ وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تغيرات الهوية الذاتية بعد بتر أطرافهم لدى أفراد العينة يظهرون صورة مضطربة للجسم.

19- دراسة كوفي (Coffey, 2012). إيرلندا، بعنوان: "الأهداف، وتنظيم الذات التكيفي والتوافق النفسي لدى مبتوري الأطراف السفلية، دراسة طولية.

Goals, Adaptive Self-Regulation, and Psychosocial Adjustment to Lower Limb Amputation: A Longitudinal Study

الهدف: هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الأهداف والتنظيم الذاتي والتوافق النفسي لدى مبتوري الأطراف السفلية.

العينة: تكونت العينة من (90) فراداً من مبتوري الأطراف السفلية في مشافي مدينة دبلن الإيرلندية، والذين تراوحت أعمارهم بين (20- 64) سنة.

الأدوات: استخدم الباحث مقياس التنظيم الذات، ومقياس أهداف الحياة، ومقياس التوافق النفسي.

النتائج: أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين التوافق النفسي والتنظيم الذاتي لدى مبتوري الأطراف السفلية، وأن هذه العلاقة تؤثر سلباً على علاقاتهم الاجتماعية وصورتهم نحو ذواتهم أو تقديرهم لأنفسهم وجسدهم. كما أظهرت النتائج أن الأفراد الأكبر سناً أكثر تكيفاً وتوافقاً على المستوى النفسي من الأفراد الأصغر سناً، حيث يعاني الأفراد الأصغر سناً من مشكلات نفسية واجتماعية، مثل القلق والاكتئاب، والأفكار الانتحارية، إضافة إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية.

20- دراسة أريف ورامبراساد (Arif& Ramrpased,2013) في الهند، بعنوان: " انتشار القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالحروق".

Prevalence of Anxiety and Depression in Burns Patients

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة انتشار القلق والاكتئاب لدى ضحايا الحروق وكذلك معرفة الفروق الديمغرافية والاجتماعية لمثل هذه الحالات.

العينة: تكونت العينة من (100) حالة بين كل المرضى الذين يتم إدخالهم إلى جناح الحروق في مستشفى معهد شيموجا العلوم الطبية في الهند، خلال فترة عامين خلال الفترة من يناير 2011 إلى ديسمبر (2012)، بواقع (68%) من الإناث، و(32%) من الذكور وكان متوسط العمر لأفراد عينة الدراسة (12-30) سنة، وتتراوح شدة الحروق بين (10% إلى 50%) من الحروق المتوسطة ومن الدرجة الثالثة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس بيك الاكتئاب والقلق، إضافة إلى استبيان الخصائص الديمغرافية للعينة بما في ذلك مختلف الظروف الاجتماعية.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة، أن جميع أفراد العينة يعانون من القلق والاكتئاب فوق المتوسط، ولكن بدرجات متفاوتة، حسب درجة الإصابة. فالأفراد الذين يعانون من الحروق من الدرجة الثالثة كانوا أكثر عرضة للقلق والاكتئاب من أصحاب الحروق البسيطة. كما أن الإناث أكثر عرضة للقلق والاكتئاب مقارنة بالذكور، وخصوصاً القلق المتعلق بنظرة الآخرين إلى تلك التشوهات الجسدية التي سببتها الحروق، وكانت نسبة انتشار القلق والاكتئاب تتراوح بين النسبة (60 إلى 80%) على درجات المقياسين.

21-دراسة هولزير وآخرون (Holzer et al,2014) كندا: بعنوان: "صورة الجسد وتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف السفلية".

Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير حالات البتر السفلية على متغيري صورة الجسد وتقدير الذات بالنسبة لأفراد العينة.

العينة: تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية ممن تعرضوا لحالات بتر في الأطراف السفلية، وبلغ عددهم (149) ومجموعة ضابطة من أشخاص أصحاء، بلغ عددهم (149) شخصاً.

الأدوات: تم استخدام مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، ومقياس لصورة الجسد تصميم الباحثين.

النتائج: بينت الدراسة أن الأفراد الذين تعرضوا لبتر في الأطراف السفلية، لديهم تصورات سلبية تجاه صورتهم الجسدية، وانخفاض في جودة الحياة لديهم مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وأن فقدان جزء من الجسد يؤثر سلباً على الحالة البدنية والنفسية، لذلك كان هناك عدم رضا عن صورة الجسد لدى حالات البتر مقارنة بالمجموعة الضابطة.

22- دراسة أمرين وآخرون (Imren et al.2014) في تركيا، بعنوان: "مقارنة مبتوري الأطراف العلوية والسفلية".

Comparison of upper limb amputees and lower limb

الهدف: التحقيق من الردود النفسية لمبتوري الطرف العلوي (UL) مقابل مبتوري الطرف السفلي (LL) حول التعامل مع الأجهزة الاصطناعية، وعدم الراحة الاجتماعي، والاكتئاب، وقلق صورة الجسم..

العينة: تكونت عينة الدراسة من (20) من الأفراد مبتوري الطرف العلوي (58) من مبتوري الطرف السفلي الذين يستخدمون أجهزة اصطناعية بعد عملية البتر.

الأدوات: تم استخدام مقياس بتر الأطراف الاصطناعية والخبرة للتعديل أو تقييد، والارتياح. وتم تقييم مستويات القلق والاكتئاب باستخدام قلق المستشفى ومقياس الاكتئاب (HADS). كما قيمت صورة الجسد وعدم الارتياح الاجتماعي مع البتر ومقياس الانزعاج الاجتماعي.

النتائج: أظهرت النتائج أن مبتوري الأطراف السفلية أكثر عرضة للاكتئاب والقلق الاجتماعي والاكتئاب من مبتوري الأطراف العلوية. وكان التكيف الاجتماعي مع الأبعاد الفرعية أعلى بكثير في مبتوري الأطراف السفلية. كما كان هناك فروقاً دالة إحصائياً بين متوسط درجات الاكتئاب والقلق واضطراب صورة الجسد أيضاً لصالح مبتوري الأطراف العلوية.

23- دراسة أكايا، أتلاي، وآخرون، (Akkaya Atalay, Taflan et al ,2015) بعنوان الدراسة: تأثير صورة الجسد على جودة الحياة والمزاج لدى المرضى الفاقدي بعض أعضائهم".

impact of body image on quality of life and mood in mastectomized patients and amputees in Turkey

الهدف: كان الهدف من الدراسة هو تحقيق تأثير فقدان الثدي على صورة الجسم، وكذلك العلاقة بين صورة الجسم مع جودة الحياة وشدة الاكتئاب، مقارنة المرضى مع أولئك الذين لديهم فقدان أطرافه واضحة (بتر).

العينة: تكونت العينة من (40) مريضاً، كان 7 (10.8%) من المرضى الإناث مبتورات الثدي، و33 وبنسبة (89.2%) من الذكور مبتوري أحد الطرفين السفليين.

أدوات الدراسة: طلب من جميع المرضى استكمال مقياس صورة الجسم، مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس جودة الحياة

النتائج: وجود علاقة إيجابية مهمة بين وصورة الجسد والاكتئاب وعلاقة سلبية بين صورة الجسد والقيود المادية والصحة النفسية، كما أظهرت النتائج وجود فروق بين الإناث والذكور في متغيرات الدراسة، فتشويه صورة الجسم تؤثر سلباً على الإناث، بينما البتر وتشويه صورة الجسم يؤثران سلباً على جودة الحياة والمزاج لدى المرضى الذين يعانون فقدان أطرافهم.

ثالثاً- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية بين الدراسات

السابقة:

يُلاحظ مما تقدم أن هنالك نقاط تشابه واختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة؛ ويمكن ذكر ذلك من خلال النقاط الآتية:

1. أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

من حيث الأهداف: تباينت الدراسات السابقة من حيث أهدافها، فبعضها ركز على التعرف إلى العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي، والفروق بين الذكور والإناث في صورة الجسد والقلق الاجتماعي في حالات البتر والتشوهات الجسدية الأخرى مثل الحروق، والإصابات الأخرى، مثل: دراسة القاضي (2009)، والبعض الآخر ركز على التعرف إلى القلق الاجتماعي في علاقته ببعض المتغيرات كدراسة الخلف (2006)، وفيردا وآخرون (2004)، وبيتزر (2004)، والبعض الآخر ركز على التشوه الوهمي للجسد في علاقته بالقلق الاجتماعي كدراسة عباس والزبون (2012) ودراسة بيتوفيلبس (2005)، و فيلبس وآخرون (2006)، وفيما ركزت بعض الدراسات على العوامل المؤثرة في صورة الجسد، كدراسة كارن (2003)، وبعض هذه الدراسات ركزت في هذين المتغيرين على حالات بتر الأطراف، مثل دراسة فيليبس وستوت (Phillips & Stout, 2006)، وبعضها الآخر ركزت على الحروق بأنواعها المختلفة،

مثل دراسة فيرباخ وآخرون (Fauerbache et al,2002) أريف ورامبراساد (& Arif, 2013) ومعظم هذه الدراسات وتناولت تلك العلاقة في ضوء هذين المتغيرين ومتغيرات أخرى نفسية وشخصية إضافة إلى متغيرات ديمغرافية.

من حيث العينة: ومن جانب آخر اختلفت عينات الدراسات السابقة باختلاف أهداف تلك الدراسات؛ فقد أجمع عدد محدود من تلك الدراسات في عينتها على المراهقين كدراسة الخلف (2006)، والآخر تناول فئات نوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين بصرياً وحركياً كدراسة بلومجارت وآخرين (2010)، ودراسة فيردا وزيا (2011).

وتشابهت عينة هذه الدراسة عينات دراسات أخرى مع عينة الدراسة الحالية وتناولت حالات البتر والحروق والتشوهات الجسدية بغض النظر عن مرحلة عمرية محددة، مثل: دراسة القاضي (2009) ومعافي (2012)، وخلف (2012)، بريكي (Breaky,1997)، بيتزر (Yetzer,2004) هوجو وآخرون، (Hugo Senra Oliveira1 Leal and Vieira, 2011)، وكوفي (Coffey,2012)، هولزير وآخرون (Holzer et al,2014)، وموكو (Mugo,2010)، حوامدة (Hawamdeh et al,2008)، موراي وفوكس (Muray & Fox,2002). فيليبس وستوت (Phillips & Stout,2006)، فايرباخ (Fauerbach,1999)

من حيث الأدوات: استخدم الباحثون في الدراسات السابقة أدوات تلائم الأهداف التي وضعت لأجلها، فمنها استخدم مقاييس من إعداد الباحثين أنفسهم بما يخدم أهداف دراسة كل منهم كدراسة القاضي (2009) في حين لجأت دراسات أخرى لاستخدام مقاييس لباحثين آخرين كمقياس كفاي والنيال التي استخدمته دراسة الزائدي (1427)، ودراسة فيليبس وستوت (Phillips & Stout,2006)، حوامدة (Hawamdeh et al,2008)، كوفي (Coffey,2012).

من حيث المنهج: اختلفت الدراسة عن العديد من الدراسات السابقة باستخدام المنهج الإكلينيكي، واستخدام دراسة الحالة مع عدد من المصابين بالتشوهات الجسدية، في حين تشابهت مع دراسات أخرى استخدمت دراسة الحالة كدراسة المعافي (2011) بالإضافة إلى دراسة وأميرين وآخرون (Imren et al.2014).

من حيث النتائج: تباينت الدراسات السابقة من حيث النتائج التي توصلت إليها؛ وذلك لاختلاف الأهداف التي وُضعت لكل دراسة؛ فمثلاً اختلفت الدراسات فيما بينها في دور متغير القلق في التأثير في صورة الجسد، وفي الفروق بين الذكور والإناث في صورة الجسد.

- تتشابه هذه الدراسة مع عدد قليل من الدراسات التي جمعت كل من متغيري صورة الجسد والقلق الاجتماعي مثل دراسة الخلف (2006) وكذلك مع بعض الدراسات الأجنبية التي جمعت هذين المتغيرين كدراسة فيردا (2004)، ودراسة أرشبيلد (2010)، في حين اختلفت مع غالبية الدراسات الأخرى التي تناولت متغيراً واحداً (صورة جسد أو قلق اجتماعي) كل على حده وعلاقته بمتغيرات أخرى كتقدير الذات والاكنتاب والأفكار اللاعقلانية.

- تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها الدراسة الوحيدة المحلية والعربية على حد علم الباحث التي جمعت متغيري صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى عينة المصابين بتشوهات جسدية.

- تختلف الدراسة الحالية وتتميز عن الدراسات السابقة بكونها من الدراسات القليلة في سوريا والوطن العربي التي تناولت عينة المصابين جسدياً بالأحداث العنيفة التي تحدث في عدد كبير من الدول العربية، حيث لم يتم دراسة وتناول هذه العينة إلا نادراً، على الرغم أنها أصبحت تشكل شريحة كبيرة في هذه الدول، وتستحق المتابعة والدراسة من جوانب عديدة نفسية أو جسدية أو اجتماعية.

2. ما استفاد منه الباحث من الدراسات السابقة:

النظرة الشاملة للبحوث والدراسات السابقة مكَّنت الباحث من الاطلاع على النقاط التي تم التركيز عليها في هذه الدراسات والمتغيرات التي تمت دراستها، بالإضافة إلى الأدوات التي استخدمها، الأمر الذي ساعده على بناء أداة الدراسة الحالية المتعلقة بصورة الجسد؛ كما تم الاطلاع على المنهج الذي اعتمده هذه الدراسات، وكذلك على الفرضيات المستخدمة، وطرائق استخراج النتائج، والأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسات، ومن خلال استعراض النتائج ومناقشتها وتفسيرها في تلك الدراسات؛ تمت الاستفادة منها في وضع فرضيات الدراسة ومناقشة نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها.

3. ما تتميز به الدراسة الحالية:

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها الدراسة الوحيدة على الصعيدين المحلي والعربي بحدود علم الباحث التي ربطت بين ثلاثة متغيرات لها دور كبير في التأثير في العلاقات الاجتماعية للفرد، وكذلك تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في عينتها حيث تناولت مجموعة من التشوهات الجسدية كحالات البتر والإصابات بالحروق والإصابات بالشظايا وعدم اقتصارها على نوع واحد من التشوهات.

كما تتميز الدراسة الحالية في إمكانية الاستفادة من نتائجها وتوظيفها في العمل على مساعدة المصابين بالتشوهات الجسدية في الرفع من مستوى صورة الجسد لديهم، والتخفيف من القلق الاجتماعي لديهم، وذلك من خلال برامج إرشادية قائمة على التنقيف النفسي، والعلاج المعرفي - السلوكي وغيرها من العلاجات والأساليب الداعمة لهذه الفئة من المشوهين جسدياً.

الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً. منهج الدراسة

ثانياً. مجتمع الدراسة

ثالثاً. عينة الدراسة وموصفاتها وشروط اختيارها

رابعاً. أدوات الدراسة:

أولاً. مقياس صورة الجسد

ثانياً. مقياس القلق الاجتماعي

ثالثاً. دراسة الحالة

خامساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

يتضمن هذا الفصل تحديد منهج الدراسة وإجراءاتها، وكذلك الحديث عن مجتمع الدراسة، ووصف العينة وكيفية سحبها، وخطوات إعداد أدوات الدراسة، والإجراءات المتبعة للتحقق من الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات، وفيما يلي توضيح لذلك:

أولاً. منهج الدراسة:

اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو تعبيراً كمياً. فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها. أما التعبير الكمي فيقدم لنا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (زايد، 2007، 69).

وقد قام الباحث باستخدام هذا المنهج من خلال الحديث المفصل عن متغيرات الدراسة المتعلقة بالتشوهات الجسدية الناتجة عن الأحداث الإرهابية والمتمثلة في بتر الأعضاء والحروق والتشوهات الجسدية الأخرى، وعلاقة ذلك بكل من صورة الجسد والرضا أو عدم الرضا عنها، والقلق الاجتماعي. كما قام الباحث برصد وتحليل الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات البحث، ومدى استفادة الباحث منها في تصميم منهج الدراسة وأدواته وتفسير نتائجه، ثم قام بتفريغ وتحليل نتائج تطبيق الأدوات السيكومترية على المصابين بتشوهات جسدية (بتر الأطراف، والحروق، والتشوهات الأخرى) ومحاولة معرفة تأثير تلك التشوهات الجسدية المختلفة على متغيرات الدراسة، وتفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وتقديم مقترحات متعلقة بنتائج الدراسة يمكن الاستفادة منها في أبحاث مستقبلية.

كما اقتضت طبيعة الدراسة استخدام المنهج الإكلينيكي، ويعني هذا المنهج الدراسة المعمقة للحالة الفردية في مشكلاتها السلوكية، ودوافعها وعلاقتها بالبيئة والمواقف التي تثير

القلق، بالإضافة إلى آلياتها الدفاعية في مواجهة الواقع والتوافق معه (قطان، 1981، 51). حيث يتيح هذا المنهج التعرف بشكل كبير إلى التكوين النفسي والمعرفي لدى المصابين بتشوهات جسدية (البتر والحروق)، وإجراء مقارنة بينهما في الأبعاد والتصورات المستقبلية لحياتهم وتوافقهم النفسي من حيث الانفعالات، والأفكار والمشاعر. وربط نتائج الدراسة الكيفية مع نتائج الدراسة الكمية من أجل الوصول إلى رؤية متكاملة حول الأبعاد النفسية والشخصية والجسدية والاجتماعية المتعلقة بهذه التشوهات.

لذلك، يمكن تصور المنهجين المستخدمين في هذه الدراسة من خلال الجدول الآتي:

م	المنهج الوصفي	المنهج الإكلينيكي
1	تطبيق المقاييس السيكومترية الخاصة بالدراسة (صورة الجسد، القلق الاجتماعي)، على العينة المستهدفة بالدراسة.	تطبيق دراسة الحالة على عينة من حالات البتر والحروق.
2	تفريغ البيانات.	الكشف عن عواقب وأثار التشوهات على التوافق النفسي والاجتماعي.
3	معالجة البيانات في ضوء الجنس وطبيعة التشوه.	مقارنة النتائج الكيفية لحالات البتر والحروق في ضوء الدلائل الإكلينيكية.
4	تفسير نتائج الفرضيات في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.	تفسير نتائج الدراسة الإكلينيكية والتعليق عليها ومقارنتها بنتائج الدراسة السيكومترية.

ثانياً. مجتمع الدراسة:

يتألف المجتمع الأصلي للدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية المترددين على المستشفيات والعيادات الخارجية في محافظة دمشق، جزاء أحداث العنف الجارية في البلاد. وقد قام الباحث بتقسيم حالات الإصابة بالتشوهات الجسدية إلى حالات الحرق، وحالات البتر، وحالات أخرى تتضمن حوادث تعرض لها الفرد وتركت لديه آثاراً باديةً على شكله الخارجي.

وكان من الصعب على الباحث التوصل إلى إحصائيات دقيقة لأعداد المصابين بالتشوهات الجسدية، والمترددین على المستشفيات الحكومية، والعيادات الخارجية في محافظة دمشق، وذلك بسبب التكتّم الشديد من قبل إدارة المستشفيات على ذلك الأمر، وخاصة في المستشفيات التابعة لوزارة الدفاع، على اعتبار أن هذه المعلومات سرية وخاصة بإدارة المستشفيات والمرضى، هذا ما دفع الباحث إلى الاقتصار في دراسته على عدد من المستشفيات الحكومية، والعيادات الخارجية. وبالرغم من عدم وجود إحصائيات دقيقة حول هذه الحالات، إلا أن بعض العاملين في المستشفيات أشاروا إلى تزايد هذه الحالات في ظل الأزمة التي تشهدها البلاد. وهذا أمر طبيعي، فقد أشارت الدراسات التي تم استعراضها في متن البحث أن حالات البتر والتشوهات الجسدية تزداد في الأزمات والكوارث والحروب. وتشير التقديرات إلى أن هناك (664000) شخصاً يعيشون مع خسارة كبيرة لفقدان أطرافهم في الولايات المتحدة في عام 2005 وأكثر من (900000) ألف لديهم فقدان أطرافهم طفيفة (Ziegler-Graham et al.) (2008). لكن ما استطاع الباحث رصده من الحالات الموجودة في تلك الأماكن التي تم التطبيق فيها بحدود (1954) حالة من التشوهات الجسدية المختلفة.

وبالرغم من ذلك، فقد استطاع الباحث أن يحصر عدد الأفراد الذين يعانون من تشوهات جسدية والمترددین على المستشفيات والعيادات الخاصة في دمشق، وذلك كما يظهرها الجدول التالي:

جدول (1)

الأماكن التي تم تطبيق الدراسة فيها

الرقم	المكان	العدد
1	مشفى المواساة	553
2	مشفى دمشق (المجتهد)	510
3	مشفى ابن النفيس	425
4	وحدة الإعاقة وإعادة التأهيل	119
5	العيادات الخارجية	347
العدد الكلي	1954	

يلاحظ من الجدول السابق (1) أن مجموع الحالات التي تعاني من تشوهات جسدية مختلفة (بتر، حروق، تشوهات أخرى بلغ عددها التقريبي (1954) حالة من الحالات.

ثالثاً. عينة الدراسة وموصفاتها وشروط اختيارها:

يمثل اختيار عينة الدراسة إحدى أهم خطوات البحث الميداني، لأن النتائج التي سينتهي إليها تتركز ارتكازاً كلياً على خصائص العينة، ومدى تمثيلها له، حتى يتوافر إمكان تعميم نتائجها على أفراد المجتمع الأصلي الذي سحبت منه، ومدى تمثيلها له، وبالتالي تعميم نتائجها على أفراد المجتمع الإحصائي كله، لذا يجري عادة توجيه عناية خاصة لطريقة سحبها، حيث تنتفي عنها صفة التحيز وعدم التمثيل الصادق. ولكن في هذه البحث لغياب الإحصائيات الشاملة والدقيقة لحالات البتر والحروق في مواقع الدراسة الميدانية المختارة، فقد اختار الباحث عينة متيسرة من بعض الأفراد الذين تعاونوا مع الباحث لإجراء مثل هذه الدراسة.

وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاثة أقسام، هي الآتية:

أ - عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت هذه العينة من (20) مصاباً بتشوهات جسدية (بتر أطراف علوية، أو سفلية، وتشوهات ناتجة عن الحروق، وتشوهات جسدية أخرى، بواقع (8) حالات بتر أطراف سفلية وعلوية، و(6) حالات حروق شديدة من الدرجة الثالثة، و(6) حالات تشوهات جسدية مختلفة. حيث تم اختيارهم بطريقة متيسرة من المرضى المترددين على المستشفيات الحكومية في محافظة دمشق الذين يعانون من درجة واضحة في التشوهات الجسدية المذكورة أعلاه، وذلك بقصد التحقق من طبيعة من صلاحية ووثوقية أدوات الدراسة من حيث وضوحها، وفهمها لكل الحالات قبل القيام بتطبيق أدوات الدراسة على العينة الأساسية.

وقد أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية للتحقق من مناسبة الأدوات المستخدمة لأفراد العينة المقصودة بالبحث، أن جميع أفراد العينة أشاروا إلى وضوح العبارات وأنها تعالج المشكلات الحقيقية التي يعانون منها جراء هذه التشوهات، بالرغم من وجود بعض الحالات من الذين لا يقرؤون ويكتبون حيث قام الباحث بقراءة كل عبارة للمريض على نحو فردي. وهذه الدراسة الاستطلاعية تؤكد سلامة عبارات المقاسمين المستخدمين في الدراسة الحالية.

ب- عينة الدراسة السيكومترية:

الهدف من هذه العينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية وهي مقياس صورة الجسد، ومقياس القلق الاجتماعي. ولتحقيق هذا الغرض تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قدرها (25) فرداً من المصابين بالتشوهات الجسدية (بتر، حروق، تشوهات أخرى)، الذين تم اختيارهم من بعض مستشفيات مدينة دمشق وبعض العيادات الخاصة، حيث بلغ عدد الذكور (18) حالة، وعدد الإناث (7) حالات، بواقع (12) حالة بتر، و(7) حالات حروق، (6) حالات تشوهات مختلفة.

وسوف يقوم الباحث بعرض تفصيلي لهذه العينة عند الحديث حول التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

ج - عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (90) مريضاً من الأفراد المصابين بالتشوهات الجسدية من جراء أحداث العنف الجارية في البلاد (بتر، حروق، تشوهات أخرى)، بواقع (52) من الذكور و(38) من الإناث بأعمار تتراوح بين (20 - 55) سنة. أما طبيعة الإصابة، فكان هناك (35) حالة بتر لأحد الطرفين العلويين أو السفليين، و (26) حروق، و(29) تشوهات جسدية مختلفة. تم اختيارهم بطريقة متيسرة نظراً لصعوبة اختيارهم بالطريقة العشوائية، وتم اختيارهم من بعض المستشفيات والعيادات الخاصة بمدينة دمشق. والجدول الآتي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس ونوع الإصابة:

جدول (2)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس ونوع الإصابة

النسبة	العدد	النوع	
57,88%	52	ذكور	الجنس
42,22%	38	إناث	
	90		المجموع

النسبة	العدد	النوع	
38,88%	35	بتر أطراف	نوع الإصابة
28,88%	26	حروق	
32,22%	29	تشوهات جسدية مختلفة	
	90		المجموع

يلاحظ من الجدول السابق (2) أن عدد الذكور أكثر من عدد الإناث، حيث بلغ عدد الذكور (52) حالة وبنسبة قدرها (57,88%)، وعدد الإناث (38) وبنسبة قدرها (42,22%). وعدد الإناث (38) حالة، بينما بلغ عدد مرضى بتر الأطراف (35) حالة وبنسبة قدرها (38,88%)، وحالات الحروق (26) حالة وبنسبة (28، 88%)، بينما بلغت حالات التشوهات الجسدية المختلفة (29) حالة، وبنسبة (32,22%)، وهذا يعني، أن حالات الذكور في الدراسة الحالية أعلى من حالات الإناث وأن حالات بتر الأطراف أعلى من حالات الحروق والتشوهات الجسدية الأخرى.

- موصفات العينة وخصائصها:

أ- الوضع الاجتماعي لأفراد العينة الأساسية:

يبين الجدول التالي الخصائص المتعلقة بالوضع الاجتماعي لأفراد العينة الأساسية:

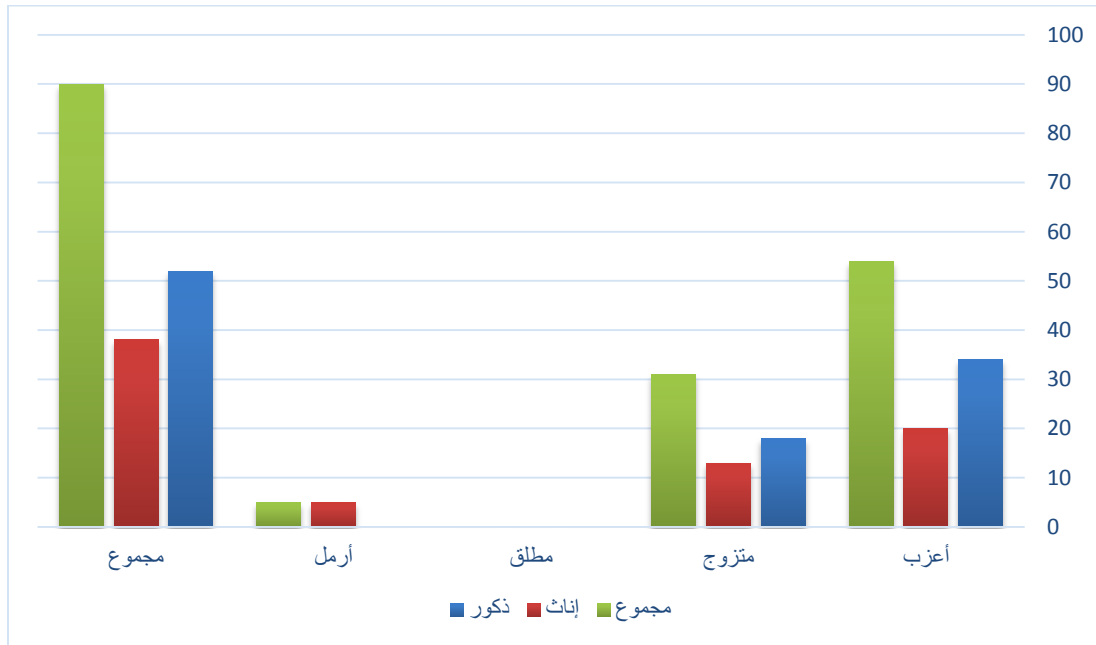
جدول (3)

الحالة الاجتماعية لأفراد العينة الأساسية

الإناث		الذكور		الحالة الاجتماعية
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
22,22	20	37,77%	34	أعزب
14,44	13	20%	18	متزوج
-	-	0	-	مطلق

الإناث		الذكور		الحالة الاجتماعية
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,05%	5	00	-	أرمل
42,22	38	57,77	52	المجموع

يوضح الجدول رقم (3) أنّ أغلبية العينة كانت من الذكور، حيث بلغت نسبتها من أصل (90) حالة، منهم (57,77%) ذكوراً، بواقع (37,77%) من العازبين، و(20%) من المتزوجين، بينما بلغت نسبة الإناث (38) من أصل (90) حالة، بنسبة (42,22)، منهن (22,22) من العازبات، و(14، 44) من المتزوجات، و(0,05%) من الأرملة. ويعلّل الباحث هذه النتيجة بأن الذكور أكثر استهدافاً وتعرضاً للمخاطر الناجمة عن الأحداث الحالية من النساء. ويمثل المخطط البياني التالي عدد أفراد عينة الدراسة الأساسية من الذكور والإناث ومستواهم الاجتماعي:



الشكل (1) الوضع الاجتماعي للعينة

ب- توزيع العينة حسب مكان الإقامة:

كما قام الباحث بحساب توزيع العينة حسب المنطقة الجغرافية (ريف- مدينة) على اعتبار أن التشوهات الجسدية تتباين آثارها النفسية والجسدية والاجتماعية بين الريف والمدينة، فأبناء المدينة أكثر اضطراباً وقلقاً على مظهرهم الخارجي من أبناء الريف، وذلك لأنهم أكثر احتكاكاً بالآخرين من أبناء الريف، إضافة إلى ضعف المساندة الاجتماعية لدى سكان المدينة من سكان الأرياف. ويبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب المنطقة الجغرافية.

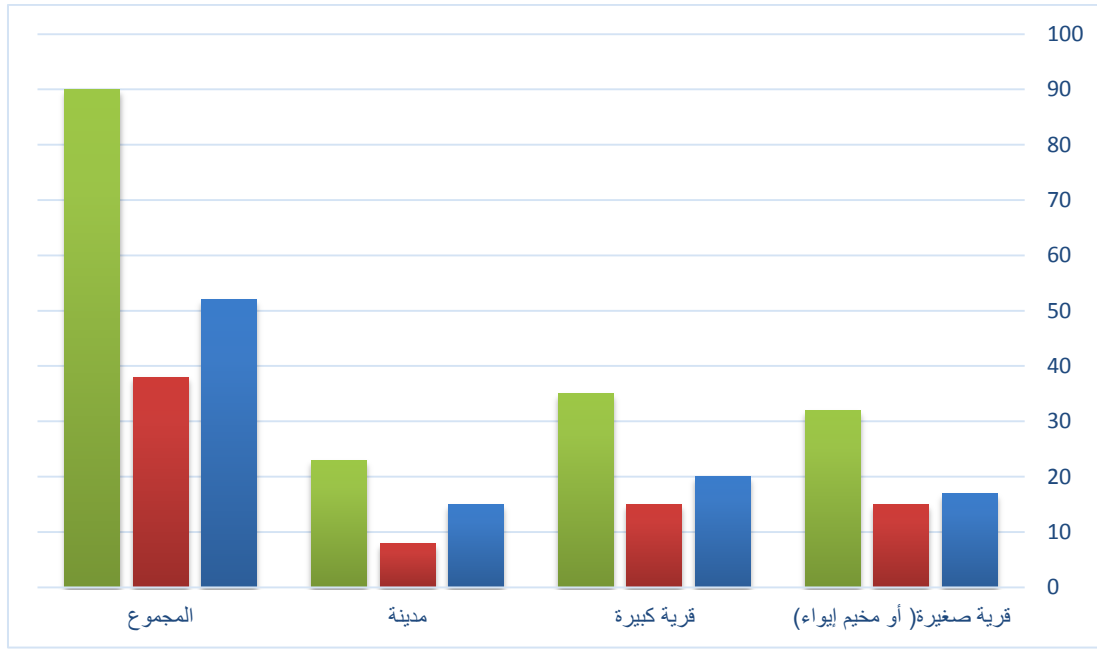
جدول (4)

توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

النسبة%	المجموع	الإناث		الذكور		مكان الإقامة
		النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	
35%	32	39%	15	32,69%	17	قرية صغيرة (أو مخيم إيواء)
40%	35	39%	15	38,46%	20	قرية كبيرة
25%	23	21%	8	28,88%	15	مدينة
100%	90	100%	38	100%	52	المجموع

يتضح من الجدول (4) توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية بين مناطق سكانهم (ريف،، مخيمات إيواء، مدينة)، حيث يلاحظ نسبة أفراد العينة الذين يقطنون في الأرياف والقرى الكبيرة أو في مخيمات اللجوء أو المدن، حيث بلغت نسبة من يقطنون في القرى الصغيرة والمخيمات (35%) وفي القرى الكبيرة (38%)، أما من يقطن في المدن فبلغت نسبتهم (25%) من حجم العينة الكلية. وهذا يعني أن نسبة الأفراد القاطنين في الأرياف أعلى من نسبة القاطنين في المدن.

ويتضح من المخطط البياني التالي توزيع أفراد العينة حسب المناطق الجغرافية.



الشكل (2) توزيع العينة في المناطق الجغرافية

ت-المستوى الاقتصادي:

قام الباحث بحساب المستوى الاقتصادي لأفراد العينة الأساسية من الأفراد المشوهين جسدياً (حروق، وبتير وتشوهات أخرى) وذلك للتعرف إلى المستوى الاقتصادي وقدرتهم على معالجة تلك التشوهات، على اعتبار أن المعالجة الطبية تخفف إلى حد ما الآثار النفسية لتلك التشوهات، وذلك ما يوضحه الجدول الآتي:

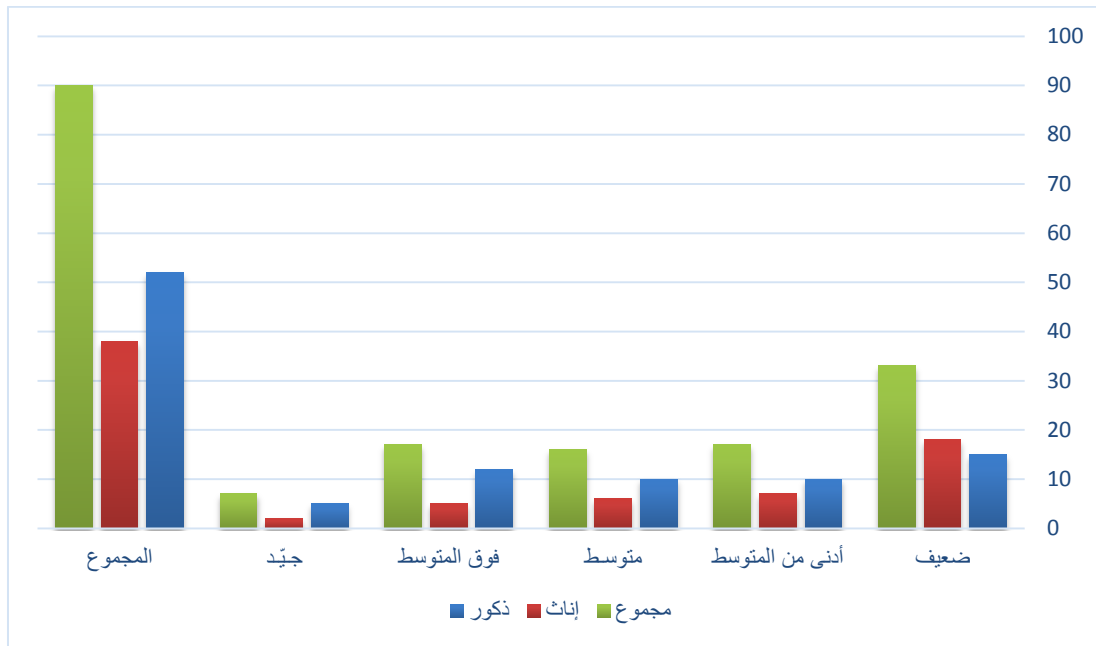
جدول (5)

توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي

النسبة %	المجموع	الإناث		الذكور		المستوى الاقتصادي
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
36%	33	47%	18	28%	15	ضعيف
18%	17	18%	7	19%	10	أدنى من المتوسط
17%	16	15%	6	19%	10	متوسط
18%	17	13%	5	23%	12	فوق المتوسط

النسبة %	المجموع	الإناث		الذكور		المستوى الاقتصادي
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
0,7%	7	0,05%	2	9,61%	5	جيد
100%	90	100%	38	100%	52	المجموع

يتضح من الجدول السابق (5) أن نسبة دخل أفراد عينة الدراسة يقع بين المستوى الضعيف والمستوى المتوسط، وقيل جدا من أفراد العينة من أصحاب الدخل الجيد، وهذا ما لاحظته الباحثة بأن الأفراد ذوي الدخل الجيد يترددون إلى العيادات الخاصة بينما أصحاب التدخل المنخفض، فهم أكثر تردداً إلى المشافي الحكومية. ويوضح المخطط الباني المستوى الاقتصادي لأفراد العينة.



الشكل (3) يوضح المستوى الاقتصادي لأفراد العينة

ث- المستوى التعليمي:

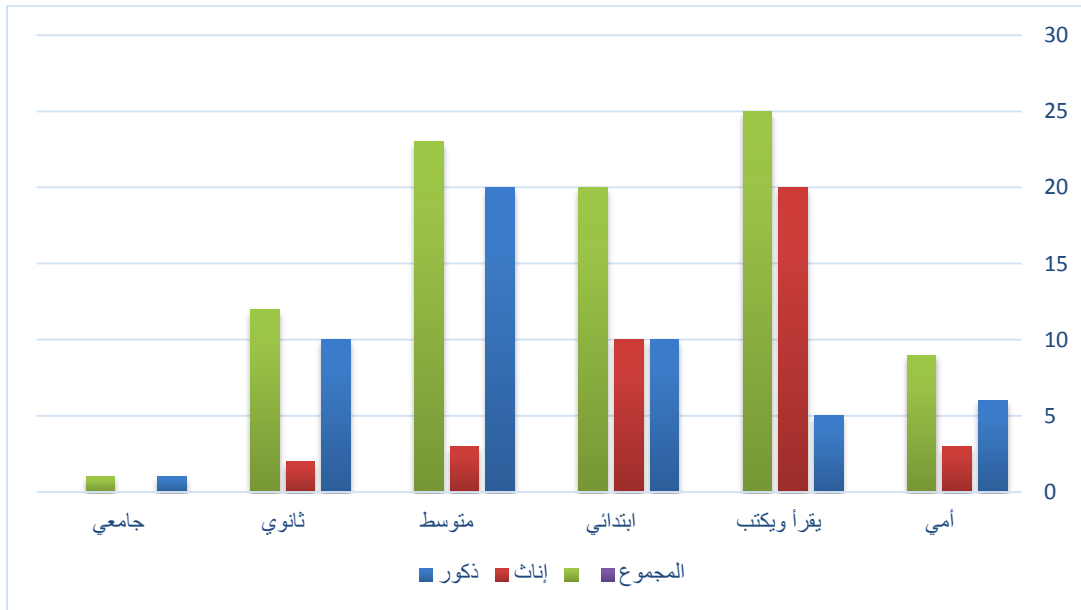
تم حساب المستوى التعليمي لأفراد عينة البحث، للتأكد من أن الأفراد الأكثر معرفة في التعامل مع التشوهات بطريقة عقلانية. ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول الآتي:

جدول (6)

توزيع أفراد العينة حسب مستوى التعليم

م	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
أمي	6	11,5	3	0,07	9	10,0
يقرأ ويكتب	5	9,6	20	52,6	25	0,27
ابتدائي	10	19,2	10	26,6	20	0,22
متوسط	20	38,4	3	0,07	23	0,25
ثانوي	10	19,2	2	0,05	12	0,13
جامعي	1	0,01	-	-	1	0,01
المجموع	52	100%	38	100%	90	100%

يتضح من الجدول (6) أن المستوى التعليمي الأمي الابتدائي والمتوسط يحتل المركز الأول عند عينة من الذكور والإناث يليه المستوى الثانوي والجامعي و تقدر درجة الأمية و القدرة على القراءة و الكتابة عند عينة الذكور بنسبة (11,5%)، بينما عند الإناث فتقدر بنسبة (7%)، وذلك كما يوضحه المخطط البياني الآتي:



الشكل (4) المستوى التعليمي لأفراد العينة

أما الشروط الأساسية لاختيار عينة الدراسة فكانت على النحو الآتي:

1. السلامة الجسدية والعضوية (الخلو من المشكلات الصحية) قبل الإصابة بالتشوه.
2. السلامة النفسية وخلو من الأعراض المرضية (التقارير الذاتية لأفراد العينة).
3. عدم التردد سابقاً إلى العيادات النفسية.
4. عدم التردد إلى عيادات التجميل أو الجراحة التجميلية.
- 5- قوة الإدراك والوعي العام بمشكلاته وآثاره النفسية والاجتماعية

رابعاً. أدوات الدراسة:

من أجل جمع المعلومات والبيانات والتحقق من فرضيات الدراسة والإجابة على أسئلتها؛ قام الباحث ببناء مقياس صورة الجسد، وذلك بعد الاطلاع على عدد من الأدوات الخاصة التي استخدمت في كثير من البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية، واستخدام مقياس القلب الاجتماعي، إعداد العاسمي (2012)، كما قام الباحث باستخدام استمارة دراسة الحالة، إعداد العاسمي (2010) وفيما يلي وصف للأدوات المستخدمة:

أولاً. مقياس صورة الجسد:

الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى الكشف عن واقع صورة الجسد لدى بعض المرضى أصحاب التشوهات الجسدية والمتضررين بسبب الأحداث الجارية في البلاد؛ وقد تطلب بناء المقياس إتباع الباحث الطريقة العلمية المنظمة ليصل إلى مقياس يتصف بصفات المقياس الجيد، والتي اشتملت على الخطوات الآتية:

- خطوة الاسترشاد وجمع البيانات.
- خطوة التصميم وتحليل المفردات.
- خطوة التأكد من تحقق الشروط السيكمترية للمقياس.

1. **خطوة الاسترشاد وجمع المعلومات:** قام الباحث بمراجعة الأدب السابق المرتبط بموضوع الدراسة، وما أشارت إليه الأدبيات النظرية والبحوث التي عالجت هذا الموضوع، وذلك للوقوف

على ما انتهت إليه هذه الدراسات والبحوث، لمعرفة أهم الأبعاد التي يجب تناولها في الأداة والجوانب التي يجب تغطيتها ومن أهم هذه الدراسات:

الدراسات العربية:

- مقياس صورة الجسم (زينب شقير، 2003).
- مقياس صورة الجسم (علاء الدين كفاقي ومايسة النيال، 1996).
- مقياس قلق صورة الجسد (رياض العاسمي، 2012).
- مقياس صورة الجسم (حسين فايد، 2006).
- مقياس صورة الجسم (رضا ابراهيم الأشرم، 2010).

الدراسات الأجنبية:

- دراسة بيركي (1997) Breakey.
- ودراسة ستريكلاند (2004) Strickland.

2. خطوة التصميم وتحليل المفردات:

1-2- الغرض من بناء المقياس: يتلخص الغرض الأساسي من بناء هذا المقياس في الكشف عن درجة صورة الجسد لدى المصابين بالتشوهات الجسدية، وذلك لما لصورة الجسد من دور مهم في حياة أولئك الأفراد.

2-2- تحديد الأبعاد الأساسية للمقياس: مما لا شك فيه، أن الخطوة الأولى والأساسية في توجيه عملية بناء المقياس هي تحديد أبعاد المقياس، وذلك لإغناء عباراته وتفصيل إجراءاته، لذلك حاول الباحث الإطلاع على تجارب الباحثين الآخرين الذين قاموا ببناء استبيانات أثناء إعدادهم لرسائل الماجستير والدكتوراه، وتكون المقياس من ثلاثة أبعاد رئيسة، وهي:

• بُعد المكون الإدراكي.

• بُعد المكون الانفعالي أو الوجداني.

• بُعد مكون الخبرة.

2-3- صياغة المفردات والعبارات التي يتألف منها المقياس: بعد تحديد أبعاد المقياس قام الباحث بصياغة المفردات التي يتألف منها المقياس، مع مراعاة وضوح الألفاظ والعبارات المستخدمة ودقتها، ومن حيث ملائمتها للبيئة التي ستطبق فيها، وأن تكون العبارات شاملة لمختلف الأبعاد التي ستتناولها الدراسة، و المفردات بسيطة وسهلة الفهم بعيدة عن الغموض ولا تحتل أكثر من إجابة.

2-4- وضع المقياس في صورته الأولية: في ضوء الخبرات السابقة، وانطلاقاً من الهدف العام الذي يسعى المقياس لتحقيقه واستناداً للتوجهات الرئيسية في وضع عباراته أعد الباحث مقياس صورة الجسد على النحو الآتي:

- مقدمة توضح الهدف من المقياس وكيفية التعامل معه.
- أقسام المقياس بحيث تحتوي على: معلومات عامة تتضمن معلومات تتعلق بالجنس والعمر، ونوع الإصابة، ومكان الإصابة.
- عبارات المقياس في صورته الأولية، بلغ عددها (27) عبارة، والجدول الآتي يبين توزيع العبارات في مقياس صورة الجسد في صورته الأولية.

جدول (7)

توزيع العبارات على مقياس صورة الجسد في صورته الأولية

الصورة الأولية لمقياس صورة الجسد.		أبعاد المقياس	م
أرقام العبارات	عدد العبارات		
9 - 1	9	المكون الإدراكي	1
18 - 10	9	المكون الانفعالي	2
27-19	9	مكون الخبرة	3
27 عبارة		المقياس ككل	

2-5- تحكيم المقياس:

بعد الانتهاء من وضع المقياس في صورته الأولية، قام الباحث بعرضه على عدد من السادة المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الإرشاد والعلاج النفسي وعلم النفس والقياس النفسي والتربوي⁽³⁾، وذلك للاستفادة من آرائهم وملاحظاتهم في وضوح التعليمات ومضمون العبارات وصدق تمثيلها لأبعاد المقياس، ومدى ملائمة صياغة العبارات، وتحديد الموقع المناسب لكل عبارة من العبارات في توزيعها على أبعاد المقياس، ولإضافة آرائهم ومقترحاتهم والتعديلات التي يرونها مناسبة لعبارات المقياس.

وبعد تحليل آراء السادة المحكمين، تم تعديل عبارات المقياس بشكل يضمن الاستفادة من جميع تلك الملاحظات، حيث تم إضافة وتعديل وإعادة صياغة عدد من العبارات، وحذف بعض العبارات في ضوء الملاحظات المعطاة لتكون أكثر وضوحاً وملاءمة، وتم استبدال تسمية المكون الإدراكي بالمكون المعرفي، وذلك كما هو موضح في الجدول الآتي.

جدول (8)

بعض العبارات التي تم تعديلها على مقياس صورة الجسد بناءً على آراء المحكمين

م	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1	انظر إلى جسمي نظرة إيجابية.	ما زلت انظر إلى جسدي نظرة إيجابية رغم إصابتي وتشوه جسدي.
2	يزعجني التشوه الذي لحق بجسدي.	تزعجني آثار التشوه التي لحقت بجسدي كلما أفكر فيها.
4	أثرت الإصابة سلبياً على شكلي الخارجي	أثرت الإصابة والتشوه الناجم عنها سلبياً على شكلي الخارجي.
14	إن شكلي أصبح عائقاً في حياتي	أشعر أن شكل جسدي بعد الإصابة أصبح عائقاً لتواصلي مع الآخرين.
11	أفكر مطولاً فيما حدث لي من تغيرات في شكل جسمي.	أفكر كثيراً بالتشوهات التي لحقت بي بعد الإصابة.

⁽³⁾ يمكن الرجوع إلى الملاحق للإطلاع على أسماء السادة المحكمين للمقياس.

م	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
16	أحزن كثيراً عندما أفكر بشكلي.	يحزنني التفكير فيما حدث من تغيرات في شكل جسدي.
18	لا يعجبني قوام جسدي عندما أقارن مظهري بمظهر الآخرين.	لا يعجبني شكل جسدي بعد الإصابة والتشوه
21	تربطني نظرات الأطفال المتمحصة في إصابتي.	ترجعني نظرات الأشخاص المتأملة والمركزة على إصابتي وتشوهي الجسدي
22	تشجيع أصدقائي يسهم في تعزيز ثقتي بنفسي.	تشجيع أصدقائي ودعمهم لي بعد إصابتي يعزز ثقتي بنفسي.
23	تعليقات الآخرين السلبية لا تؤثر علي.	لا ترجعني تعليقات الآخرين السلبية على تشوه جسدي من جراء الإصابة.
24	يعزز أهلي موقفي الإيجابي من شكلي.	موقف أهلي الإيجابي وتقبلهم لإصابتي ودعمهم يزيد من تقبلي للإصابة.
26	لا أستطيع البقاء طويلاً في مكان واحد بسبب التشوه في جسدي.	أحاول الهروب والانسحاب عندما يبدأ الحديث عن إصابتي وتتجه الأنظار نحو جسدي.

بعد ذلك، قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مؤلفة من (20) شخصاً من المصابين بالتشوهات الجسدية، وذلك للتأكد من مناسبة العبارات للتطبيق ووضوحها بالنسبة لأفراد العينة. وقد طلب الباحث من أفراد العينة قبل البدء بالإجابة على عبارات المقياس، أن يضعوا إشارة إلى جانب كل عبارة يجدون صعوبة، أو غموضاً في فهمها أو الإجابة عليها. وبناء عليه تم تبسيط بعض العبارات التي أشاروا إلى صعوبتها. وللتحقق من الشروط السيكومترية للمقياس قام الباحث بتطبيقه على عينة مؤلفة من (25) فرداً من المصابين بالتشوهات الجسدية والمترددتين على المشافي المذكورة سابقاً وعلى بعض العيادات الخارجية.

2-6- المقياس في صورته النهائية (وفقاً لآراء السادة المحكمين والعينة الاستطلاعية):

اشتمل المقياس في صورته النهائية على (37) عبارة تم توزيعها على ثلاثة أبعاد رئيسية والجدول (9) يوضح توزع العبارات.

جدول (9)

توزع عبارات مقياس صورة الجسد بصورته النهائية

الصورة النهائية لمقياس صورة الجسد		أبعاد المقياس	
أرقام العبارات	عدد العبارات		
12 - 1	12	المكون المعرفي	1
25 - 13	13	المكون الانفعالي	2
37 - 26	12	مكون الخبرة	3
37 عبارة		المقياس ككل	

7-2- تصحيح مقياس صورة الجسد:

تكون مقياس صورة الجسد في صيغته النهائية من (37) عبارة، موزعة على ثلاثة أبعاد، وبدائل إيجابية رباعية (دائماً، غالباً، أحياناً، أبداً) حيث تعطي دائماً (أربع درجات)، وغالباً (ثلاث درجات)، وأحياناً (درجتان)، وأبداً (درجة واحدة)، ويتكون المقياس من عدد من العبارات السلبية والعبارات الإيجابية، والجدول الآتي يوضح توزيع بنود المقياس على البنود السلبية والإيجابية:

جدول (10)

توزع بنود المقياس على البنود السلبية والإيجابية

أرقام العبارات	نوع العبارة
34-33-31-30-29-24-12-8-6-5-3-1	العبارات الإيجابية
22-21-20-19-18-17-16-15-14-13-11-10-9-7-4-2 37-36-35-32-28-27-26-25-23	العبارات السلبية

وانطلاقاً مما سبق، تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص بالنسبة لكامل عبارات المقياس هي (148) درجة، وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (37) درجة.

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس أن أفراد العينة غير راضين عن صورة جسدهم، بينما الدرجة المنخفضة على هذا المقياس فتشير إلى أن أفراد العينة راضين عن صورة جسدهم.

3- التحقق من الشروط السيكومترية لمقياس صورة الجسد:

أ- صدق المقياس: يوصف المقياس بأنه صادق عندما يقيس السمة أو الخاصية المراد قياسها (ميخائيل، 2009، 255)، وللتحقق من صدق المقياس اعتمد الباحث الطرق الآتية:

ب- صدق المحكمين (Content Validity): هذا النوع من الصدق لا يتطلب أية إجراءات تجريبية أو إحصائية، بل يعتمد كلياً على نظرة واضع الاختبار وتقديراته الخاصة سواء لمجال أو محتوى الخاصية المقاسة أو للعبارات التي تُولف محتوى الاختبار، وعادة يستعين واضع الاختبار بآراء عدد من المحكمين، لضمان هذا النوع من الصدق، ولهذا قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على عدد من أساتذة كلية التربية جامعة دمشق في أقسام التقويم والقياس، وعلم النفس والإرشاد النفسي، والمبينة أسماؤهم في الملاحق، وذلك للتأكد من صدق المحتوى بدلالة المحكمين، وقد طلب من السادة المحكمين الآتي:

- الحكم على سلامة العبارة ووضوحها.
- مدى انتماء العبارة للبعد الخاص بها.
- مدى مصداقية العبارة في قياس الهدف.
- إضافة أو تعديل أو حذف أي عبارة بما يكسب المقياس المزيد من الصدق.

وبعد استلام الملاحظات أُجريت بعض التعديلات، تم حذف بعض العبارات، وإضافة البعض وإجراء التعديلات المطلوبة بناءً على آراء السادة المحكمين.

ج- الدراسة الاستطلاعية: تم تطبيق المقياس في صورته النهائية على عينة قوامها (20) فرداً من المصابين بالنتشوهات الجسدية، وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية، وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة ووضوح فقرات المقياس لدى أفراد العينة، وفي ضوء نتائج العينة الاستطلاعية لم يقم الباحث بحذف أي عبارة، إنما قام بتعديل بعض المفردات التي لم تكن واضحة لدى أفراد العينة.

د- الصدق البنوي (Construct Validity): هو المدى الذي يمكن أن نقرر بموجبه أن المقياس يقيس مفهوماً نظرياً محدوداً، أو سمة معينة؟، ولعل معامل الارتباط هو أكثر المؤشرات شيوعاً في الكشف عن هذا الصدق (عودة، 1998، 340)، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (20) فرداً من المصابين بالنتشوهات الجسدية، وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية للتحقق من صدق البناء بدراسة الاتساق الداخلي لمقياس صورة الجسد. وقد قام الباحث للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس بإيجاد معاملات ارتباط درجات الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس.

وتبين من خلال معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس الارتباط فيما بينها، حيث كانت جميع نتائجها دالة، عند مستوى (0,01)، وهذا يعني أن المقياس يتصف باتساق داخلي، مما يدل على صدقه البنوي، والجدول الآتي يوضح قيمة معاملات الارتباط:

جدول (11)

الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسد.

البعد	قيمة معامل الارتباط
المكون المعرفي	0,78**
المكون الانفعالي	0,59**
مكون الخبرة	0,91**

هـ- الصدق الذاتي: قام الباحث بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس، وذلك من أجل الحصول على الصدق الذاتي لمقياس صورة الجسد، وقد بلغ (0,88)، ويعتبر هذا المعامل جيد ومقبول لأغراض الدراسة، وهذا ما يدل على أن المقياس يتصف بصدق ذاتي مرتفع.

- ثبات المقياس:

أُسْتُخْرِج الثبات الخاص بمقياس صورة الجسد بالطرق التالية:

1- الثبات بالإعادة (Test-Retest Method): لحساب ثبات مقياس صورة الجسد بطريقة إعادة الاختبار، قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة قوامها (20) فرداً مصابين بالتشوهات الجسدية، وبفاصل زمني قدره (14) يوم بين التطبيقين، وقد جرى استخراج معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس عن طريق حساب معامل ارتباط (بيرسون Pearson) بين التطبيق الأول والثاني.

2- ثبات التجزئة النصفية (Split-Half): كذلك أُسْتُخْرِج معامل ثبات التجزئة النصفية على العينة نفسها، باستخدام معادلة سييرمان براون (Spearman-Brown) حيث تم حساب معامل الارتباط بين فقرات المقياس الفردية والزوجية.

3- ثبات الاتساق الداخلي (Internal Consistency): تم حساب معامل الاتساق الداخلي للعينة نفسها باستخدام معادلة "ألفا كرونباخ" (Cronbach alpha)، وفيما يلي يبين الجدول (11) نتائج معاملات الثبات.

جدول (12)

الثبات بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس صورة الجسد

صورة الجسد	الثبات بالإعادة	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ
المكون المعرفي	0,71**	0,81	0,75
المكون الانفعالي	0,59**	0,67	0,74
مكون الخبرة	0,67**	0,84	0,80
الدرجة الكلية	0,69**	0,88	0,86

(**) دال عند مستوى دلالة 0,01

بالنظر إلى الجدول (12) أعلاه يُلاحظ أن معاملات الثبات بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ تعتبر معاملات ثبات مرتفعة ومقبولة لأغراض الدراسة. ويتضح مما سبق أن

مقياس صورة الجسد يتصف بدرجة جيدة من الصدق والثبات، مما يجعله صالحاً للاستخدام كأداة للدراسة الحالية (الملحق رقم 1).

ثانياً. مقياس القلق الاجتماعي:

لتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث باستخدام مقياس القلق الاجتماعي، إعداد العاسمي (2012)، ومن أهم مبررات استخدام الباحث لهذا المقياس ما يلي:

- افتقار المكتبة العربية لمقياس واضح للقلق الاجتماعي.
- استند مُعد المقياس في تصميمه على إطار نظري شامل ومتكامل لجميع جوانب القلق الاجتماعي.
- سهولة تطبيقه وتصحيحه، حيث يستغرق تطبيقه عادة من (10-15) دقيقة.

ويتكون المقياس من (28) بنداً موزعة على (4) أبعاد هي: التجنب الانفعالي - المؤشرات الجسمية - التوكيدية - التشتت الذهني، والجدول (12) يوضح توزيع العبارات:

جدول (13)

أبعاد مقياس القلق الاجتماعي وتوزيع البنود على المقياس.

المجموع	أرقام العبارات							أبعاد المقياس
7	25	21	17	13	9	5	1	التجنب الانفعالي
7	26	22	18	14	10	6	2	المؤشرات الجسمية
7	27	23	19	15	11	7	3	التوكيدية
7	28	24	20	16	12	8	4	التشتت الذهني
	28							المجموع

ويجب المفحوص على المقياس باختيار بديل واحد من ثلاثة بدائل متواجدة أمامه، وهي: (نعم، أحياناً، لا) وتحسب الدرجات على النحو التالي: (3-2-1) للعبارات الإيجابية، و (1-2-3) للعبارات السلبية؛ والجدول الآتي يوضح البنود الإيجابية والبنود السلبية:

جدول (14)

توزع بنود المقياس على البنود السلبية والإيجابية

أرقام العبارات	نوع العبارة
28 - 27 - 19 - 15 - 12 - 4 - 3	العبارات الإيجابية
-20-18-17-16-14-13-11-10-9-8-7-6-5-2-1 26-25-24-23-22-21	العبارات السلبية

وبناءً على ما سبق، تتراوح الدرجة الكلية للمقياس (84) درجة، والحد الأدنى (28) درجة وتُشير الدرجة العليا إلى درجة مرتفعة من القلق الاجتماعي، بينما تشير الدرجة المنخفضة على المقياس إلى درجة منخفضة من القلق الاجتماعي.

أولاً. الخصائص السيكومترية للمقياس في دراسة العاسمي:

للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس، قام العاسمي (2012) بتطبيقه على عينة من طلاب الجامعة بلغ عددها (120) طالباً، بواقع (60) طالباً على عینتين: مصرية وسورية، وبعد تصحيح استجابات المفحوصين، تم حساب الصدق والثبات بالطرق التالية:

1- الاتساق الداخلي: تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس

بالدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك:

جدول (15)

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	العينة المصرية	العينة السورية	مستوي الدلالة
التجنب الانفعالي	0,87	0,78	0,01
المؤشرات الجسمية	0,76	0,65	0,01
التوكيدية	0,71	0,74	0,01
التشتت الذهني	0,84	0,80	0,01

2- التجزئة النصفية: تم تجزئة عبارات المقياس إلى نصفين، ثم حساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار باستخدام طريقة "بيرسون" ثم إجراء التصحيح الإحصائي لمعامل الارتباط باستخدام معادلة "سبيرمان براون"، وقد بلغ معامل الارتباط للعينة المصرية (0,84)، وللعينة السورية (0,77)، بمستوى دلالة (0,01).

ثانياً. الشروط السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي في الدراسة الحالية:

1- صدق المقياس:

يوصف المقياس بأنه صادق عندما يقيس السمة أو الخاصية المراد قياسها (ميخائيل، 2009، 255)، وللتحقق من صدق المقياس اعتمد الباحث الطرق الآتية:

2- الدراسة الاستطلاعية:

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية، قوامها (20) فرداً وهي من خارج عينة الدراسة الأساسية، وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة، ووضوح فقرات المقياس لدى أفراد العينة، وفي ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية لم يقم الباحث بحذف أي عبارة، إنما قام بتعديل بعض المفردات التي لم تكن واضحة من قبل أفراد العينة.

3- الصدق التمييزي (مقارنة الفئات المتطرفة في الاختبار نفسه):

تعتمد هذه الطريقة على المقارنة بين الفئات المتطرفة في الاختبار ذاته، كأن يؤخذ الربع (أو الثلث) الأعلى من الدرجات المتحصلة على الاختبار والذي يمثل الفئة العليا، ويُقارن بالربع (أو الثلث) الأدنى للدرجات فيه والذي يمثل الفئة الدنيا، ثم تحسب الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي الفئتين، فإذا ظهرت الدلالة عُد الاختبار صادقاً بدلالة الفرق بين الفئتين العليا والدنيا (ميخائيل، 2006، 152).

حيث طبق الباحث المقياس على عينة قوامها (25) فرداً، واعتمد الباحث أعلى (25%) وأدنى (25%) من درجات المفحوصين بعد أن رتبت تصاعدياً، وتم اختبار الفروق عن طريق اختبار (ت) ستودنت، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول (16)

نتائج اختبارات ستودنت للتحقق من الصدق التمييزي

اتجاه الفرق	الدلالة	د.ح	ت	الفئة الدنيا		الفئة العليا		القلق الاجتماعي
				ع	م	ع	م	
دال	0,000	8	3,5	7,7	59,9	8,9	123,6	

ويتبين من الجدول (16) أن قيمة مستوى الدلالة لـ(ت) المحسوبة أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0,05) وهذا يشير إلى وجود فروق بين متوسطات المجموعتين لصالح ذوي الدرجات المرتفعة، وهذا يعني أن المقياس يتصف بصدق تمييزي.

- الصدق الذاتي:

غالباً يقاس الصدق الذاتي من خلال حساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس (السيد، 1978، 402)، وقد بلغ الصدق الذاتي للمقياس (0,98)، ويعتبر هذا معامل ثبات جيد ومقبول لأغراض الدراسة، وهذا ما يدل على أن المقياس يتصف بصدق ذاتي مرتفع.

- ثبات المقياس:

أُستخرج الثبات الخاص بمقياس القلق الاجتماعي بالطرق التالية:

- الثبات بالإعادة (Test-Retest Method):

تم استخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة، على العينة السابقة نفسها، ثم أعيد تطبيق المقياس للمرة الثانية على العينة نفسها بعد مضي أسبوعين من التطبيق الأول، واستخدم معامل الارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين التطبيقين.

أ- ثبات التجزئة النصفية (Split-Half):

أُستخرج معامل ثبات التجزئة النصفية على العينة نفسها من التطبيق الأول باستخدام معادلة سبيرمان - براون (Spearman-Brown).

ب- ثبات الاتساق الداخلي (Internal Consistency):

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، وفيما يلي يبين الجدول التالي نتائج معاملات الثبات:

جدول (17)

الثبات بالإعادة والتجزئة النصفية وألفا كرونباخ لمقياس القلق الاجتماعي.

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	الثبات بالإعادة	مقياس القلق الاجتماعي
0,89	089	0,88**	التجنب الانفعالي
0,74	0,86	0,81**	المؤشرات الجسمية
0,65	0,88	0,76**	التوكيدية
0,55	0,79	0,68**	التشتت الذهني
0,79	0,75	0,78**	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات بالإعادة للدرجة الكلية قد بلغ ($0,78^{**}$)، أما معامل ثبات التجزئة النصفية بلغ ($0,75$) في الدرجة الكلية للمقياس، وتعتبر معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأغراض الدراسة؛ كما يُلاحظ أن قيمة معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) للمقياس قد بلغت ($0,79$)، ومعاملات الثبات جميعها جيدة ومرتفعة، وتدل على ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية. (الملحق 2).

ثالثاً. دراسة الحالة:

تمثل دراسة الحالة أداة مساعدة بهدف جمع معلومات أكبر عن واقع الحالة، معرفة الجوانب المختلفة لحياته، والتي لا تستطيع أدوات الدراسة التوصل إليها، وتضمنت معلومات عامة عن الفرد؛ وقام الباحث باستخدام استمارة دراسة الحالة إعداد العاسمي (2010).

وقد استخدم الباحث دراسة الحالة بوصفها أداة إكلينيكية جيدة لوصف التغيرات والبناء النفسي لأفراد العينة الذين يعاون من التشوهات الجسدية المتمثلة في بتر أحد الأطراف العلوية والسفلية، أو حروق في الوجه واليدين، إضافة إلى تشوهات أخرى في الجسد ناتجة عن الأزمة. حيث قام الباحث بتطبيق دراسة الحالة على عدد من المشوهين جسدياً (بتر الأطراف)، وعدد من الذين أصيبوا بالحروق في الوجه واليدين. ومقارنة تصور كل مجموعة لبعض المسائل النفسية المتعلقة بالتشوهات الجسدية، والخاصة بكل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي. (انظر الملحق رقم 3)

خامساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

قام الباحث بإدخال نتائج تطبيق أدوات الدراسة في الحاسب الآلي، تمهيداً لمعالجتها بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم (SPSS) النسخة (17) لاستخراج التحليلات الإحصائية المناسبة، وشملت هذه التحليلات الإحصائية ما يلي:

- معامل ألفا كرونباخ، ومعامل سبيرمان - براون لحساب ثبات المقاييس.
- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لحساب معامل الارتباط بين المتغيرات والثبات.
- استخدام اختبار (T. Test) ستودنت لتحديد دلالة الفروق بين مجموعتين.
- تحليل التباين.
- المتوسط الحسابي (Mean).
- الانحراف المعياري (Standard Deviation)

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

مقدمة

أولاً. أسئلة الدراسة

ثانياً- فرضيات الدراسة

ثالثاً - نتائج الدراسة الإكلينيكية

مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

مقدمة:

يُمثل الفصل الخامس في هذه الدراسة، بل وكل البحوث العلمية، فصل الحصاد، وجني الثمار، إذ يتم فيه عرض وتحليل وتفسير أهم النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته الحالية، بحيث يتم التحقق من صحة الفرضيات التي افترضها للإجابة عن تساؤلات دراسته. ويأتي هذا الفصل بعد تطبيق خطة الدراسة التي عرضت في الفصل الرابع للوصول إلى الإجابات الصحيحة عن تساؤلات الدراسة، بحيث يمكن وضع هذه النتائج موضع الحقائق التي تضاف إلى تراث البحث العلمي السابق، والتي تمثل بدايات لأعمال علمية لاحقة في الدراسات المستقبلية.

بعد أن استعرض الباحث منهج الدراسة، وإجراءاتها في الفصل السابق، سوف يتناول في هذا الفصل النتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات دراسته؛ وذلك بغرض التعرف على مستوى صورة الجسد لدى أفراد عينة الدراسة، والتعرف على مستوى القلق الاجتماعي لديهم والكشف عن العلاقة بين صورة الجسد، والقلق الاجتماعي، والكشف أيضاً عن الفروق بين كل من صورة الجسد والقلق الاجتماعي، تبعاً لمتغيرات الجنس، ومكان الإصابة. وبعد الانتهاء من جمع البيانات قام الباحث بتحليلها باستخدام حزمة البرامج الإحصائية (SPSS) وذلك للإجابة عن أسئلة الدراسة وفرضياتها. وسوف يعرض الباحث نتائج الفرضيات وتفسيرها في ضوء مستوى الدلالة، واتفاقها مع نتائج الدراسات السابقة أو تعارضها معها، وكذلك اتفاقها مع النظريات العلمية المتعلقة بالموضوع أو تعارضها معها.

وفيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها، حيث يبدأ بالحديث عن عرض أسئلة الدراسة وتفسيرها، ثم معالجة البيانات المتعلقة بفرضيات الدراسة على المستوى الوصفي والارتباطي، ثم عرض نتائج الدراسة الإكلينيكية المتمثلة بدراسة الحالة، وتفسير تلك النتائج ومناقشتها وتقديم مجموعة من المقترحات في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية.

أولاً. أسئلة الدراسة:

السؤال الأول، ونصه: "ما تقدير المصابين بالتشوهات الجسدية لصورة الجسد لديهم؟

للتحقق من هذا السؤال، قام الباحث باستخراج المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة

على مقياس صورة الجسد، وتوصل الباحث إلى النتائج الآتية:

جدول (18)

تقدير المصابين بالتشوهات الجسدية لصورة الجسد لديهم

المتوسط الحسابي	النسبة	العدد	نوع الإصابة	
95,6	%38,88	15	سفلي	بتر أطراف
111,5		20	علوي	
124,4	%28,88	15	الوجه	حروق
116,7		11	الجسم	
87,8	%32,22	7	خفيف	التشوهات في الجسم
89,9		22	شديد	

وبالنظر إلى نتائج الجدول (18) يتبين أن الأشخاص المصابين بالحروق في الوجه، هم أقل رضا عن صورة أجسادهم. فقد بلغ المتوسط الحسابي لأدائهم على مقياس الرضا عن صورة الجسد (124,4)، (116,7) بالنسبة إلى الحروق في الجسم. بينما جاء في المرتبة الثانية اضطراب صورة الجسد لدى الذين يعانون من بتر الأطراف سواء كانت السفلية أو العلوية، حيث بلغ المتوسط في البتر السفلي، (95,6)، و (111,5) في الطرف العلوي. أما التشوهات المختلفة في الجسم، فجاءت في الترتيب الثالث، حيث كان اضطراب صورة الجسد في التشوهات الخفيفة (87,8)، أما في التشوهات الشديدة، فكانت (99,9). وهذا يعني، أن الإصابة بالحروق لدى الأفراد المصابين به أكثر عرضة لتشوه صورة الجسد وعدم رضاهم عنها، بينما جاء في المرتبة الثانية، بتر الأطراف، تليها التشوهات الجسدية المختلفة في الجسد.

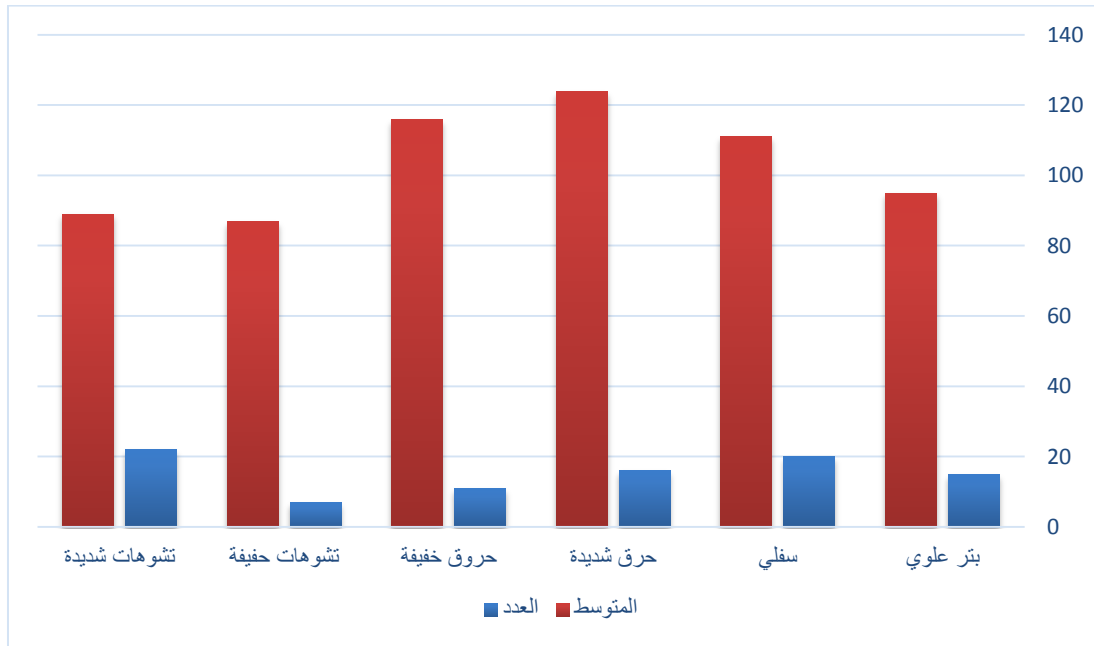
ويمكن للباحث، أن يعزو ذلك إلى الدور الكبير الذي تتركه الحروق وخاصة في منطقة الوجه على الحالة النفسية للفرد، فهي تجعله يشعر دائماً بأنه شخص مختلف عن الآخرين، وأنه موضع نقد وشفقة من قبل الآخرين مما يجعله أقل رضاً. فالحالة التي وصل إليها لا يستطيع تغييرها؛ فهو أمام واقع جديد يجب عليه تقبله كما هو، فهو سابقاً كان ينظر إلى جسمه على أنه متناسق و متكامل ومنسجم. أما الآن فقد اختلف الوضع وأصبح ينظر إلى جسمه على أنه سبب كل المشكلات التي يتعرض لها؛ أما التشوهات في الجسم نتيجة للبتر فقد تكون أخف وطأة من الحروق، بينما التشوهات الجسدية فقد تكون في كثير من الأحيان لا تشكل قلقاً كبيراً بالمقارنة مع الحالتين الأخرين.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل دراسة (بريالة، 2013) فايرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 2002)، (tal 1999)، فايرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 2002) التي توصلت إلى أن التشوهات كلما كانت بارزة في الجسم (الوجه، اليدين...) كلما كان لها وقع أكبر في شخصية الفرد. وفيما يتعلق ببتر الأطراف فقد كانت درجة الرضا عن صورة الجسد منخفضة أكثر لدى المصابين بالبتر في الأطراف السفلية.

ويمكن للباحث أن يفسر ذلك في أن بتر أي عضو من أعضاء الفرد وخاصة الأطراف يؤدي بالفرد إلى حالة من عدم الاستقرار وعدم التوازن النفسي والجسمي؛ فالبتر يؤثر على الحياة الصحية والنفسية للفرد، فهو يصبح غير قادر على تلبية احتياجاته الأساسية مما يجعله يشعر بمشاعر النقص والدونية والاختلاف عن الآخرين. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حسن (2006)، ودراسة معافي (2012) ووترهاهن (Wetterhahn, 2002)، موراي وفوكس (Murray & Fox, 2002) التي وجدت أن أي اضطراب أو بتر لأطراف الجسم يكون له تأثير بالغ على حياة المراهق، حيث وجد أن بتر الأطراف ينعكس سلباً على المخطط الجسدي.

ويتفق الباحث مع ما أشار إليه راهول أجروال (Rahul, & Agarwal, 2010) بأن المراحل المختلفة للتكيف النفسي والجسدي والتحديات التي تواجه المريض الذي يعاني من الحروق قد تشكل له مشكلة في غاية الصعوبة من حيث توافقه ورضاه عن صورة جسده حيث تمنعه هذه الإصابة الجسدية من التفاعل الواضح في المواقف الاجتماعية المختلفة. كذلك أشار

بيرجر وماريتش (Burger & Marincek 2007, 1322) إلى أن الأفراد مبتوري الأطراف قد يعانون على مدى حياتهم من مشكلات نفسية واجتماعية تقيدهم من إعادة دمجهم في المجتمع، علاوة على القيود المادية، وفقدان الثقة بالذات، واختلال في العوامل النفسية والاجتماعية. وفي الوقت نفسه، بتر العضو نفسه هو تغيير في بنية الجسم، وله تأثير كبير على العديد من الأنشطة، والمشاركة في الأنشطة وجودة الحياة، فالأفراد الذين يعانون من بتر الأطراف السفلية لديهم قلق متزايد بشأن صورة جسدهم بعد البتر تنغص عليهم حياتهم. كما أن التغيرات الجسمية وخصوصاً صورة الجسد التي تحصل لهم بعد عملية البتر وزرع الأطراف الاصطناعية مسألة مهمة، يجب الانتباه إليها في أثناء عملية التأهيل الجسدي. ويوضح الشكل التالي الفروق في نسب التشوهات الجسدية بالنسبة إلى صورة الجسد.



الشكل (5) الفروق في متوسطات التشوهات الجسدية تبعاً لصورة الجسد

السؤال الثاني: ما مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة من المصابين

بالتشوهات الجسدية؟

للتحقق من هذا الهدف، تم استخراج المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة على

مقياس القلق الاجتماعي، وذلك كما يظهرها الجدول التالي:

جدول (19)

مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية

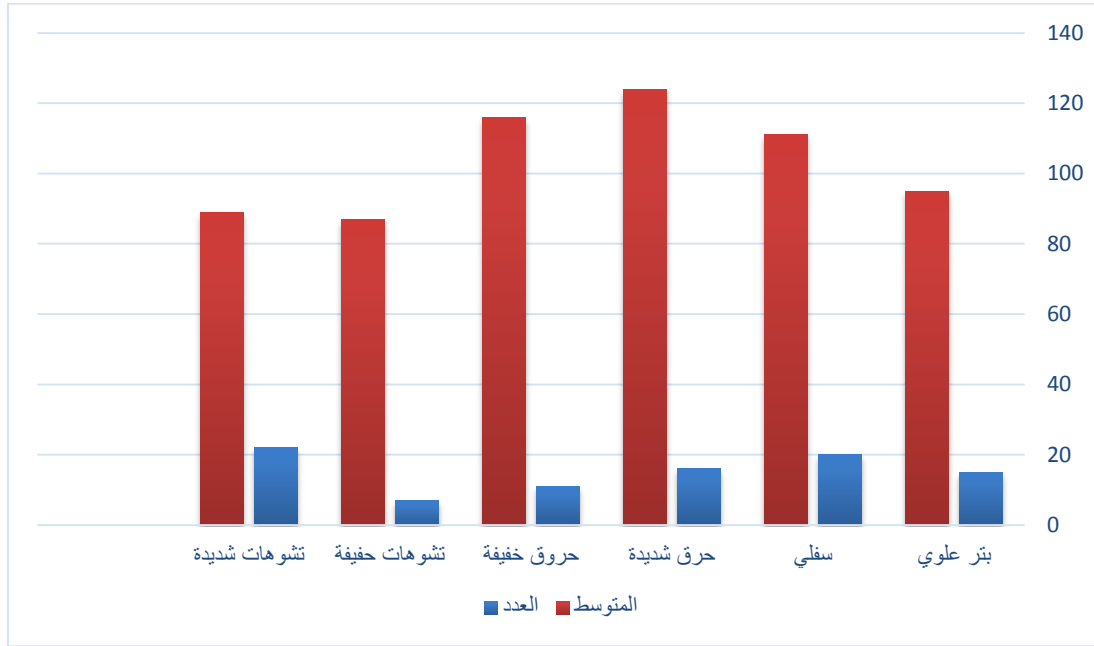
م	النسبة	العدد	نوع الإصابة	
71,5	%38,88	15	سفلي	بتر أطراف
70,8		20	علوي	
75,4	%28,88	15	في الوجه	حروق
73,6		11	في الجسم	
41,4	%32,22	7	خفيف	تشوه في الجسد
56,6		22	شديد	

وبالنظر إلى نتائج الجدول (15) أعلاه، يتبين أن أصحاب التشوهات غير الظاهرة في الجسم والتشوهات الخفيفة في الوجه هم الأقل تعرضاً للقلق الاجتماعي أثناء تفاعلات حياتهم اليومية؛ فقد بلغت المتوسطات الحسابية لأدائهم على مقياس القلق الاجتماعي (41,4)(56,6) على التوالي.

ويمكن تفسير ذلك، بأن أصحاب تلك التشوهات من النوع الخفيف ولا تترك آثار كبيرة على حياة الفرد، فهي تجعل حياته تسير كما هي، دون أية تغييرات جذرية في حياته، ولا تجعله يقلق أثناء تفاعلاته الاجتماعية من أن يكون محط أنظار الآخرين ونقدهم؛ فإصابته الخفية أو غير الظاهرة، أو التي يمكن إخفائها لا تجعله قلقاً، بل تسير تفاعلاته الاجتماعية كما كانت عليها سابقاً.

أما الحالات الأكثر تعرضاً للقلق الاجتماعي، فهم الأشخاص المصابون بالبتر سواء الطرف السفلي أو العلوي؛ فقد بلغ المتوسط الحسابي (71,5) للسفلي و(70,8) للعلوي. ويمكن أن يرجع الباحث ذلك إلى التغييرات الكبيرة التي يتركها البتر على الفرد، سواء على الناحية الشكلية للجسم، أو على الناحية النفسية للفرد. فالبتر يترك آثاراً كبيرة على حياة الفرد فيجعلها أقرب للسلبية، إن لم يستطع الفرد أن يتقبلها؛ فهو أصبح غير قادر على تلبية جميع احتياجاته بنفسه ومعرضاً للتعاطف الزائد، وأن يكون محط الملاحظة والأحاديث أثناء تفاعلاته

الاجتماعية، مما يجعله أكثر حذراً قبل الانخراط في أي نشاط اجتماعي. وفي حال دخوله في علاقات اجتماعية أو مواقف تتطلب منه أن يكون متفاعلاً مع الآخرين قد تسيطر عليه مشاعر القلق، أو الخوف من أن يكون محط انتقاد وشفقة من قبلهم. ويوضح الشكل التالي فروق بين حالات التشوهات المختلفة:



الشكل (6) الفروق في متوسطات التشوهات الجسدية تبعاً للقلق الاجتماعي

ثانياً - فرضيات الدراسة

تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى ونصها: " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد ودرجاتهم على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحث بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس صورة الجسد ودرجاتهم على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (20)

الارتباط بين الدرجات على أبعاد مقياس عدم صورة الجسد والدرجات على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية

التوكيدية	المؤشرات الجسمية	التشتت الذهني	التجنب الانفعالي	ن	صورة الجسم * القلق الاجتماعي
(**)	0,67	0,56	0,51		البعد المعرفي
(**)	0,88	0,25	0,58	90	الخبرة الاجتماعية
(**)	0,78	0,62	0,50	90	المكون الانفعالي
	0,61			90	الدرجة الكلية

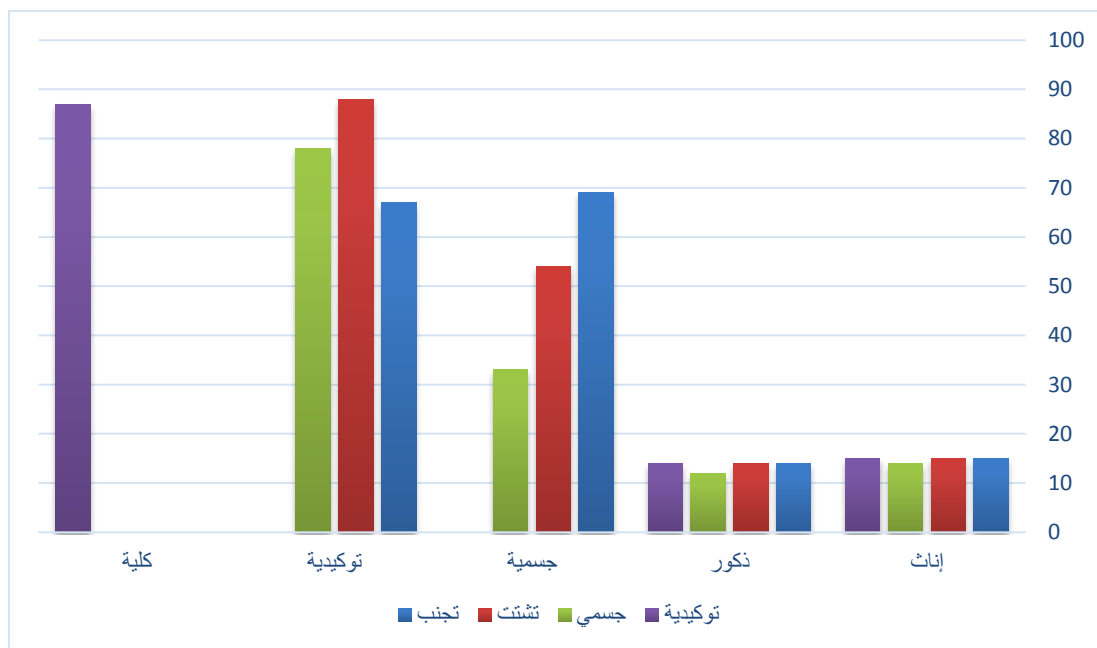
(***) دال عند مستوى دلالة (0,01)؛ (*) دال عند مستوى (0,05)

يتضح من النتائج في الجدول (20) أعلاه أن قيمة معامل الارتباط الدرجة الكلية بين عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي قد بلغت (0,61) وهي قيمة موجبة ودالة عند مستوى دلالة (0,01) وهذا يعني أنه كلما كان رضا الفرد عن جسده غير مرغوباً فيه زاد القلق الاجتماعي لديه، والعكس صحيح. وبالنظر إلى أبعاد مقياس الرضا عن الجسد وأبعاد القلق الاجتماعي يتبين أن جميع الأبعاد مرتبطة إيجابياً ودالة عند مستوى (0,01) و (0,05) وخصوصاً بين الجانب الانفعالي والمؤشرات الجسمية للقلق الاجتماعي، وكذلك بين الخبرة الاجتماعية والتشتت الذهني. وهذا يشير إلى أن الأبعاد المعرفية والاجتماعية والانفعالية لصورة الجسد في علاقة طردية مع أبعاد القلق الاجتماعي.

ويمكن أن يعزو الباحث ذلك إلى أن نظرة الشخص المصاب بتشوهات جسدية، مثل البتر والحروق والتشوهات الأخرى تلعب دوراً سلبياً في حياته الاجتماعية، وخصوصاً علاقته وتفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين فإن كانت نظرته سلبية تجاه الإصابة فقد يمر بمشكلات سوء تكيف وحالة من القلق الاجتماعي تسود العلاقات الاجتماعية لديه، فيصبح دائم الشعور بأنه يشكل عبئاً على أدوار الآخرين نظراً لعدم قدرته على القيام بأدواره نفسها مقارنة بقدرته وتفاعلاته قبل الإصابة، أو لعدم قدرته على تحمل آراء الآخرين السلبية تجاه إصابته.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه كاش وزملاءه (Cash, et al,2004) والتي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين تقييم صورة الجسد، وقلق التقييم الاجتماعي، ويدعم هذه النتيجة ما جاء في الإطار النظري، حيث أشار (كفافي والنيال، 1996، 15) إلى أن عدم الرضا عن الجسد يرتبط بقلق مواجهة الآخرين، تجنباً للأحكام والتقييمات السلبية حول صورة الجسد، بينما الرضا عن صورة الجسد يجعل الفرد أكثر رضاً وفعالية في التعامل مع الآخرين. كما تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات العربية والأجنبية، مثل: دراسة كوكس وكول (Cox, & Call, 2004) موجو (Mugo,2010)، وسيديلي وآخرون (Sideli, et al,2010)، ودراسة كوفي (Coffey,2012)، وهولزير وآخرون (Holzer et al,2014)، ودراسة أمرين وآخرون (Imren et al.2014) التي كشفت نتائجها وجود علاقة سلبية بين التشوهات الجسدية والانتماء الاجتماعي بينما وجدت علاقة إيجابية بين التشوهات الجسدية نتيجة للحروق واضطراب صورة الجسد، وضعف العلاقات الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية.

ويمكن أن يفسر الباحث العلاقة السلبية بين البعد المعرفي والمؤشرات الجسمية إلى أن التقييمات المعرفية التي يتوقع الفرد أن يصدرها الآخرين عنه، تجعله في حالة توتر وقلق، بالتالي تظهر عليه العديد من الملامح والمؤشرات الجسدية الكفيلة بجعله يضطرب لمجرد تفكيره في نظرة الآخرين له، أو لآراء الآخرين السلبية التي تصدر اتجاهه. كما يستنتج الباحث أن هناك تأثيرات مباشرة للتشوهات التي تصيب الفرد إضافة للآثار الجسدية، وهذه الآثار هي نفسية بالدرجة الأولى واجتماعية بالدرجة الثانية، تبدأ بتغيير في مفهوم الفرد عن ذاته انطلاقاً من التغيير في صورة جسده التي كونها، وذلك ينسحب على تغيير وانخفاض تقديره لهذه الذات، لتتطور هذه الآثار الناجمة عن التشوه وتتسبب في حصول بعض المشاكل والاضطرابات النفسية. وتوضح هذه العلاقة بين صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية الذين يعانون من التشوهات الجسدية في المخطط البياني التالي:



الشكل (7) العلاقة بين صورة الجسد السلبية والقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية

الفرضية الثانية، ونصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية المختلفة على أبعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير الجنس".

لمعرفة ما إذا كانت هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير الجنس، تم استخدام اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح تلك الفروق:

جدول (21)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس صورة الجسم، تبعاً لمتغير الجنس

أبعاد المقياس	جنس	ن	م	ع	ت	د.ح	اتجاه الفروق
المعرفي	إناث	38	30,4	5,1	1,2	88	غير دال
	ذكور	52	32,07	7,04			
الانفعالي	إناث	38	38,1	6,0	1,5	88	غير دال
	ذكور	52	37,3	7,9			
الخبرة الاجتماعية	إناث	38	37,0	6,4	*1,9	88	دال لصالح الإناث
	ذكور	52	34,5	5,2			

أبعاد المقياس	جنس	ن	م	ع	ت	د.ح	اتجاه الفروق
الدرجة الكلية	إناث	38	100,3	25,7	2,7**	88	دال لصالح الإناث
	ذكور	52	96,5	22,6			

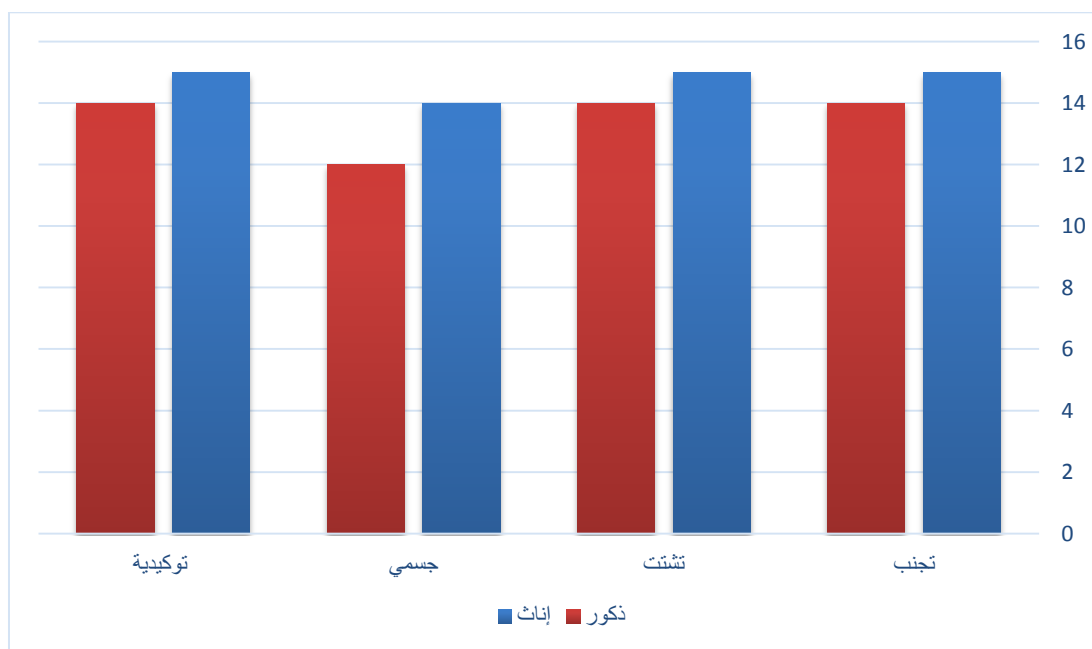
وبالنظر إلى النتائج في الجدول (21) يلاحظ ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء أفراد عينة البحث من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد لصالح الإناث مقارنة بالذكور حيث بلغت قيمة "ت" (2,7) وهي قيمة دالة عند (0,01).

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من أفراد عينة البحث في صورة الجسد في بعدي المقياس المعرفي والانفعالي.

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) بين الذكور والإناث في بُعد الخبرة الاجتماعية لصورة الجسد وذلك لصالح الإناث.

ويوضح المخطط التالي الفروق بين الذكور والإناث في صورة الجسد:



الشكل (8) الفروق بين الذكور والإناث في صورة الجسد

ويتبين من نتائج الجدول السابق (21) أن الإناث اللواتي يعانون من تشوهات جسدية (بتر، وحروق، وتشوهات أخرى) غير راضيات عن صورة أجسادهن مقارنة بالذكور، ويمكن أن يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الإناث في أي مجتمع يتسمن في الغالب بسمة الجمال والرشاقة، وأن التشوهات الجسدية، تجعل منها أنثى غير مرغوبة في المجتمع على المستوى المهني والاجتماعي والزواجي. لذلك، فهي تعيش حالة من القلق المستقبلي من جهة وحالة من القلق على وصورة جسدها المشوهة في نظرها ونظر غيرها من الناس، والتي يمكن أن يتوقع لها ألا تكون مرغوب فيها من ناحية الزواج وتكوين أسرة. بينما تلك الآثار بالنسبة للرجل فقد تكون أقل إيلاماً، فهو يستطيع أن يتعامل مع المواقف الاجتماعية الخاصة بالرغم من تلك التشوهات. وقد بينت دراسة قام بها سترينغل وفرانكو (Striegel & Franko, 2002)، أن عدم رضا النساء عن صورة أجسادهم يفوق بكثير نسبة الرجال غير الراضين عن صورة أجسادهم، وأن عدم الرضا لدى النساء شمل مختلف الأعمار الذين تبين وجود عدم الرضا عن صورة الجسد لديهم. وقد ذكر هاوكيسورت (Hawkesworth, 1997) لتوضيح العلاقة بين صورة الجسد لدى الذكور والإناث، أن الرضا عن صورة الجسم والانشغال بالجسم أكثر شيوعاً والتصاقاً بالإناث عنه لدى الذكور. وهذا يعني أن الأنثى أكثر تعلقاً وتفكيراً بجسمها من الرجل، وهذا يرتبط أيضاً برضا الآخرين عنها وبالمرغوبية الاجتماعية والثقافة السائدة، وبنظرة الرجل إليها (العاسمي، 2014، 67). ويرى البعض أن ضحايا البتر أنفسهم غير مرغوبين في المجتمع بعد البتر. والسبب في ذلك هو أن صورة الجسد ليست فقط شعور ذاتي، وإنما تؤثر على كيف نفكر، ونعمل، ونتواصل مع الآخرين. فقد أشارت دراسة تيجاسويني (Tejaswini, 2014) إلى أن هؤلاء الأفراد يعانون من جودة حياة صحية منخفضة، وقلق شديد مرتبط بصورة جسدهم، وأنهم أكثر انشغالاً بها لمواجهة التغيرات الجسمية الحاصلة لهم.

وبمراجعة الباحث للبحوث والدراسات السابقة لم يتبين لديه أن الكثير من الدراسات تناولت المصابين بالتشوهات الجسدية، والفروق بين الذكور والإناث، ولكن كانت عيناتها من غير المصابين بالتشوهات، وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة الزائدي (2009) التي توصلت إلى أن الفروق كانت لصالح الذكور. بينما أشارت الدراسة التي قامت بها أكايا، أتلاي، تفلان وآخرون (Akkaya A talay, Taflan et al, 2015) إلى وجود فروق بين

الإناث والذكور في عدم الرضا عن صورة الجسم السلبية لدى الإناث والذكور، وجاءت هذه النتائج لصالح الإناث أكثر من الذكور، بينما أشارت النتائج إلى أن حالات البتر تؤثر سلباً على صورة الجسد وجودة الحياة والمزاج لدى المرضى الذين يعانون فقدان أطرافهم بشكل عام. كما أظهرت نتائج الدراسة التي قامت بها سيديلي وآخرون (Sideli et al,2010) أن الإناث أكثر تأثراً بأعراض الحرق من الرجال.

ويرجع الباحث هذا الاختلاف في أبعاد مقياس الرضا عن صورة الجسد إلى أن فهم الفرد لنفسه ولشخصيته، يتحدد في كثير من الأحيان من خلال إدراكه لمعاملة المحيطين به؛ فصورة الجسد تتبلور في إطار ثقافي واجتماعي سائد، وتحدد درجة تبني الفرد لتلك التوقعات الصادرة من الآخرين بالكيفية التي ينظر بها إلى جسده، ونوعيه تلك النظرة، وهذا يؤكد وجود فروق بين كل من الذكور والإناث. فالمحيط الاجتماعي لدى الذكور والإناث، قد يشجع الفتاة على تجاوز التشوه، والرضا عن صورة جسدها أكثر من الذكر، ومن الممكن أن يكون عكس ذلك في بعض الحالات، ولكن المقابلات الميدانية للباحث مع بعض الحالات تبين أن رغبة المحيط في مساعدة الشخص المصاب بالتشوه على تجاوز المشكلة يكون لدى الإناث بدرجة أكبر من الذكور، على اعتبار أن مجتمعنا ما زال ينظر للمرأة كونها إنسان ضعيف.

الفرضية الثالثة، ونصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس.

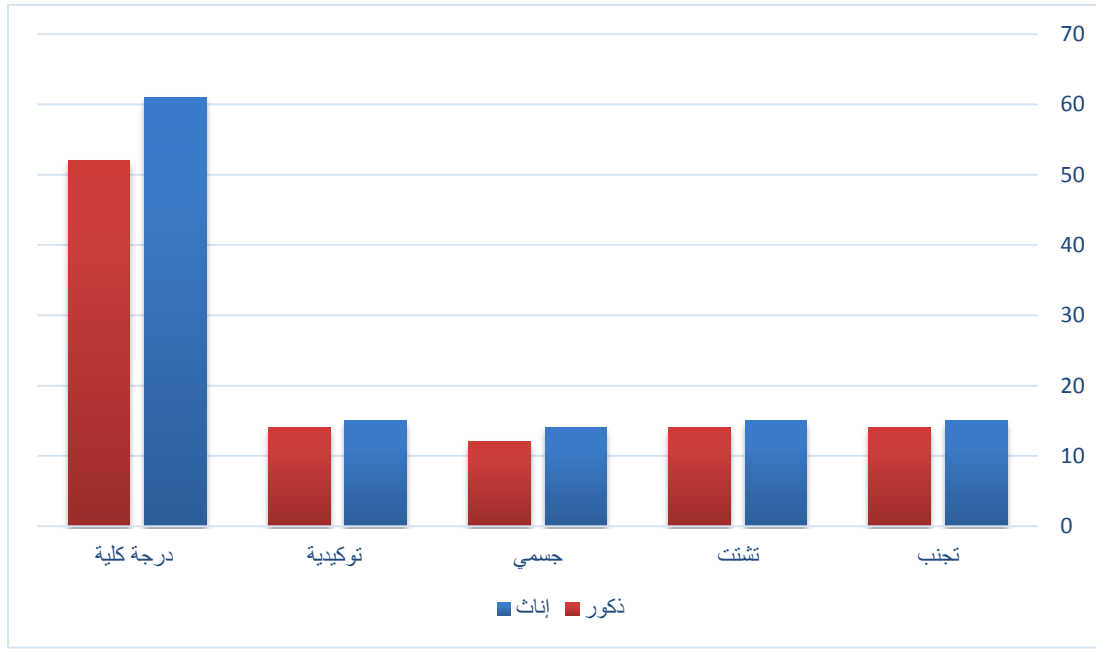
لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس، تم استخدام اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لتوضيح دلالة الفروق، ويوضح الجدول التالي النتائج التي أظهرتها نتائج هذه الفرضية:

جدول (22)

الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس القلق الاجتماعي، تبعاً لمتغير الجنس

الاتجاه الفروق	د.ح	ت	ع	م		القلق الاجتماعي
دال لصالح الإناث	88	1,9 (*)	1,9	13,9	ذكور	التجنب الانفعالي
			2,6	14,8	إناث	
دال لصالح الإناث	88	2,1 (*)	1,9	13,57	ذكور	التشتت الذهني
			1,6	14,50	إناث	
دال لصالح الإناث	88	3,15 (**)	2,1	12,3	ذكور	المؤشرات الجسمية
			1,7	13,5	إناث	
دال لصالح الإناث	88	2,66 (**)	1,9	13,4	ذكور	التوكيدية
			2,2	14,2	إناث	
دال لصالح الإناث	88	4,1 (**)	10,3	52,11	ذكور	الدرجة الكلية
			13,7	61,6	إناث	

يتضح من نتائج الجدول (22) وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث الذين يعانون من تشوهات جسدية (بتر، وحرق، وتشوهات أخرى) في القلق الاجتماعي، وجاءت هذه الفروق في صالح الإناث، حيث بلغت الدرجة الكلية لهذه الفروق (4,1) وهي قيمة دالة عند مستوى (0,01). وبينما كانت الفروق في أبعاد القلق الاجتماعي دالة عند (0,01) و(0,05) فقط في بُعد التجنب الانفعالي. وذلك كما يوضحها المخطط التالي:



الشكل (9) الفروق بين الذكور والإناث في القلق الاجتماعي

وتشير هذه النتيجة إلى أن الإناث أكثر قلقاً حول تشوهاتهن الجسدية سواء المتعلقة بالحروق أو البتر أو التشوهات الأخرى، مقارنة بالذكور. وهذه النتيجة تتفق مع ما أشار إليه الباحث في الفرضية السابقة بأن الإناث أكثر معاناة من الذكور في صورة الجسد المضطربة والتي تنعكس على علاقاتهن الاجتماعية. فعملية البتر أو الحروق هي من العواقب النفسية والاجتماعية شديدة الخطورة على الأنثى مقارنة بالرجل في ظل المجتمعات الشرقية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من: دراسة خلف (2006) التي وجدت فروق في القلق الاجتماعي لصالح الإناث، الزائدي (2009)، القاضي (2009)، وعباس والزيون (2012) التي بينت أن التشوه الوهمي للجسد أكثر عند الإناث منه لدى الذكور، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين مظاهر التشوه الوهمي للجسد ومتغير القلق الاجتماعي. ومن الدراسات الأجنبية، كدراسة فايرباخ وآخرون (Fauerbach et al,2000) التي وجدت أن الإناث أكثر تعرضاً للشدائد النفسية من الذكور. كما أن تشوه صورة الجسد أثرت على التكيف الجسدي والاجتماعي، ودراسة فيردا وآخرون (Ferda et al,2004) التي أشارت إلى أن الغالبية العظمى من أفراد العينة ممن لديه تقدير منخفض وعدم الرضا عن صورة الجسد، يعانون من القلق.

ويبدو أن هذه النتيجة متشابهة لما ورد و أشارت إليها الدراسات السابقة والإطار النظري المتعلقة بالقلق الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من تشوهات جسدية وخصوصاً البتر والحروق والتشوهات الجسدية الأخرى، فالإناث أكثر قلقاً من الذكور في معظم التشوهات الجسدية.

الفرضية الرابعة ونصها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسم تبعاً لمتغير نوع الإصابة (بتر أطراف، حروق، تشوه في الجسم).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع الإصابة على مقياس صورة الجسم، كما تم حساب التباين الأحادي بين أبعاد مقياس صورة الجسد والدرجة الكلية للفئات الثلاث، في تفاعلها مع الفئة الأخرى: أي البتر مع الحروق، والبتر مع التشوهات الجسدية، والتشوهات الجسدية مع البتر، وذلك كما هو موضح في الجداول (23، 24، 25) الآتية:

جدول (23)

الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس صورة الجسم

ع	م	ن	نوع الإصابة	صورة الجسم
9,9	100,30	35	بتر أطراف	
11,2	118,17	26	حروق	
7,6	88,13	29	تشوه في الجسم	

يتضح من الجدول (23) أن المتوسطات الحسابية لدى أفراد عينة بتر الأطراف بلغت (100,3)، بانحراف معياري (9,9)، بينما بلغت متوسطات درجات الحروق على مقياس صورة الجسد (118,17) بانحراف معياري (11,2). أما متوسطات درجات التشوهات الجسدية على المقياس نفسه فبلغت (88,13) بانحراف معياري قدره (7,6). وهذا يعني، أن هناك فروق دالة

بين متوسطات الفئات الثلاث على مقياس صورة الجسد التي حلت بالترتيب الأول الإصابة بالحروق، تلاها عمليات البتر في أحد الأطراف السفلية أو العلوية. وأخيراً، جاءت التشوهات في الجسم في المرتبة الأخيرة. وهذا يعني أن الإصابة بالحروق تسبب أضراراً شديدة على مستوى صورة الجسد. ويمكن تحديد تلك الفروق بصورة أدق من خلال معرفة التفاعل مع هذه المتغيرات بعضها ببعض، وذلك من خلال استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، والجدول (24) يوضح ذلك:

جدول (24)

نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة في مقياس صورة الجسم

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
صورة الجسد (1)	البتر أ	97,73	1	54.78	*3.85	0.05
	الحروق (ب)	174.95	1	174.95	**12.28	0.01
	تفاعل أ × ب	89,10	2	121.59	6.84	0,01
	تباين الخطأ	9388.86	58	14.25	--	--
	المجموع	446351.000	61			
صورة الجسد (2)	البتر أ	78,3	1	29.26	(**)7.50	دالة
	تشوهات ب	18.09	1	18.09	0.87	غير دالة
	تفاعل أ × ب	3,84	2	3.84	0.40	غير دالة
	تباين الخطأ	12273.69	51	18.63	--	--
	المجموع	410988.000	55			
صورة الجسد (3)	تشوهات أ	23,7	1	7.76	0.462	غير دالة
	حروق ب	98,28	1	192.28	11.44	0.01
	تفاعل أ × ب	37.79	2	37.79	2.25	غير دالة
	تباين الخطأ	11081.35	51	16.81	--	--
	المجموع	326129.000	55			

يتضح من نتائج جدول (24) ما يلي:

- إن عملية التفاعل بين عملية بتر الأطراف والإصابة بالحروق في الوجه واليدين كانت دالة إحصائياً لصالح البتر في متغير البُعد المعرفي لصورة الجسد، وكلاهما كانا دالين عند مستوى (0,01)، بالنسبة للحروق و(0,05) بالنسبة للبتر. وهذا يعني أن التشوه الجسدي الناتج عن الحروق والبتر يتفاعلان معاً في تشوه صورة الجسد من الناحية المعرفية.

- وفي النظر إلى الجدول يتضح وجود تفاعل بين عملية البتر والتشوهات الجسدية، بالرغم من أن عملية البتر كانت دالة عند مستوى دلالة (0,01)، إلا أن صورة الجسد قد تكون أكثر قلقاً لدى الأفراد الذين يعانون من البتر أكثر من الذين يعانون التشوهات الجسدية في المواقف الاجتماعية المختلفة.

- كذلك تظهر الإصابة بالحروق لدى الأفراد أكثر قلقاً من الناحية الانفعالية مقارنة بالأفراد الذين يعانون من التشوهات الجسدية، ويمكن أن يعزى عدم التفاعل بأن التشوهات الجسدية لدى المصابين بها غير واضحة للآخرين، وهذه يخفف من حدة الانفعالات السلبية المتعلقة بالجسد. ويمكن التحقق أكثر من ذلك من خلال حساب الدرجة الكلية لصورة الجسد لدى الفئات الثلاث من التشوهات الجسدية، وذلك كما يظهرها الجدول التالي.

جدول (25)

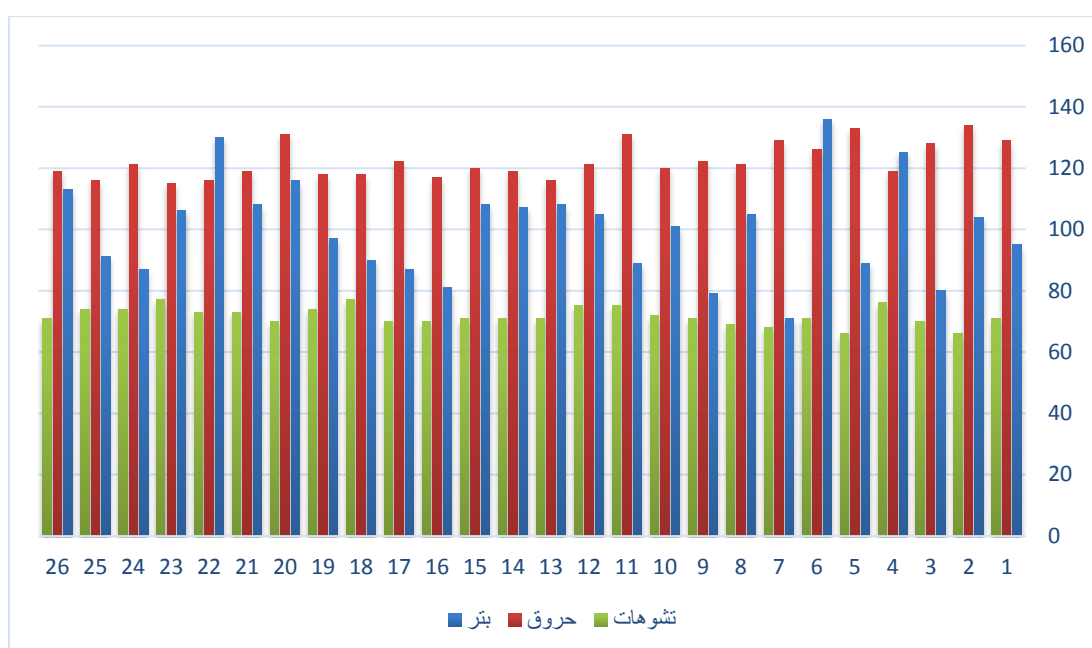
نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة في مقياس صورة الجسم

اتجاه الفروق	F	متوسط المربعات	د.ح	مجموع المربعات	مصدر التباين	صورة الجسم
دال	9,7 (**)	3213,1	3	18212,2	بين المجموعات	
		234,2	87	23413,2	داخل المجموعات	
			90	432145,6	الكلية	

يتضح من الجدول (25) أن ثمة فروق دالة بين الفئات الثلاث من التشوهات الجسدية(البتر، الحروق والإصابات الجسدية المختلفة، وأن هذه الدلالة تشير إلى تأثير الحروق

في صورة الجسد بحيث تجعل المصاب غير راض عنها، تليها من حيث درجة التأثير عمليات البتر في الأطراف (السفلية أو العلوية، وأخيرا التشوهات في الجسد، وهي تشوهات في الأغلب لا تعيق توافق الفرد مع جسده بصورة كبيرة. على اعتبار أن هذه التشوهات قد تكون في كثير من الأحيان غير بادية للعيان لكثير من الناس، وأن الفرد لا يهتم بها كثيراً وليس لها تأثير يذكر على اضطراب تلك الصورة لجسده.

وتتضح هذه الفروق بشكل جلي من خلال المخطط التالي الذي يبين التباينات بين الفئات الثلاث الذين يعانون من التشوهات الجسدية.



الشكل (10) الفروق بين الفئات الثلاث في صورة الجسد

يتبين من الجدول السابقة، أن قيمة (F) بالنسبة للمقياس دالة عند مستوى الدلالة (0,05)، كما أن قيمة مستوى الدلالة قد بلغ (0,00) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05). وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في صورة الجسد تبعاً لمتغير نوع الإصابة لصالح أصحاب التشوهات في الجسم (الحروق، ثم البتر، ثم التشوهات المختلفة في الجسد)؛ وبالتالي يمكن القول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسم تبعاً لمتغير نوع الإصابة لصالح المصابين بالتشوهات في الجسم.

ويمكن للباحث أن يفسر كون الأشخاص المصابين بالتشوهات في الجسم هم الأكثر رضى عن صورتهم الجسدية إلى أن التشوهات في الجسم لدى أفراد عينة البحث هي من النوع الخفيف وأغلبها غير ظاهر للعيان أثناء التفاعلات الاجتماعية، مما يجعل الأفراد لا يشعرون بالتغيير الكبير فيما يتعلق بصورة أجسادهم. أما الإصابات الأخرى، فهي واضحة للآخرين من الممكن أن تشكل مصدر تهديد للصورة الجسدية لدى الفرد المصاب؛ فالشخص يتعرض لتغيير جذري في حياته، ويتنقل لمرحلة جديدة لم يعتاد عليها الآخرين، فيشعر بالألم والمعاناة وانخفاض في صورة الجسد، ولكنهم مع مرور الوقت قد يصلوا إلى التكيف في ظل الواقع المعاش.

ومن خلال الدراسات السابقة لم يتبين للباحث أن هناك دراسات تتعلق بالتشوهات في الجسد، ولكن فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت البتر في الأطراف تبين أنها تتوافق مع الدراسة الحالية، حيث اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (خلف، 2012) التي توصلت إلى أن المراهق في حالة البتر لا يتقبل صورة جسده أبداً، ويدخل في حالة من عدم الرضا عنها، ودراسة (معافي، 2010) التي توصلت إلى أن بتر الأطراف يكون له تأثير كبير على الفرد، وينعكس سلباً على المخطط الجسدي للفرد. ودراسة فايرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 1999)، وفايرباخ وآخرون (Fauerbach, et al, 2002)، وسيديلي وآخرون (Sideli, et al, 2010)، ودراسة كوكس وكول (Cox, & Call, 2004) وأريف ورامبراساد (Arif & Ramprasad, 2013) التي وجدت أن أفراد العينة المصابين بالحروق يعانون من القلق والاكتئاب وتشوه صورة الجسد، وعدم الرضا عن جودة الحياة، وأن هدفهم في الحياة غير واضح ومتشائم من الحياة ولديهم أفكار انتحارية.

وقد قام "بيك" (Pick, 1922) بتطبيق مفاهيم صورة الجسم في المجال الخاص بظاهرة شبح الطرف، وافترض أن الإحساسات الخاصة بشبح الطرف والتي تخبر من قبل المبتورين هي بمثابة نتاج للتناقضات فيما بين صورة الجسم قبل البتر وصورة الجسم الجديدة والمتغيرة نتيجة البتر، وكان يميل إلى تفسير تلك التحريفات المختلفة للجسم على أساس عملية تصور الجسم المركزية. وتعد ظاهرة الشبح بالنسبة لعلماء الأعصاب بمثابة جزء مهم من عملهم الخاص

بصورة الجسم. فقد لوحظ أنه بعد بتر طرف لشخص ما، فإنه عادة ما يستمر الشخص في الاعتقاد باستمرار وجود ذلك الطرف المفقود، كما أن لدى بعض المبتورين تتخذ ظاهرة شبح الطرف صفة الواقعية بالنسبة لهم، ومن ثم يشعر الشخص بالآلام الشديدة، حيث يصبح مصدراً للألم، كما قد يشعر بالقدرة على تحريكه، ويقوم بذلك بدون تفكير مما قد يعرضه للسقوط في كثير من الأحيان.

مما سبق يتضح، أن الحروق والبتير أحد أهم الإصابات المؤثرة في الفرد، وقد تؤدي إلى الوفاة والتشوه والشلل والعاهات المستديمة التي تخل بوظائف الجسم، وتجلب له الكثير من المتاعب والمعاناة، والمشاكل النفسية والجسدية، مما قد يتطلب تدخل اختصاصي نفسي للحد من مشاعر النقص والدونية التي قد يشعر بها الفرد المشوه، والتخفيف من وطأة الانعكاسات السلبية المترتبة على التشوه، وذلك بخلق آليات تكيف مع الوضع الجسمي الجديد، وتحويل الانعكاس السلبي إلى انعكاس إيجابي، وخلق نوع من التوازن في صورة الجسد، وبالتالي يصبح الفرد أكثر توافقاً نفسياً واجتماعياً.

الفرضية الخامس، ونصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير نوع الإصابة (بتر أطراف، حروق، تشوه في الوجه، تشوه في الجسم)".

للتحقق من صحة هذه الفرضية جرى حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع الإصابة في أدايمهم على مقياس القلق الاجتماعي، وذلك كما هو موضح في الجدول (26).

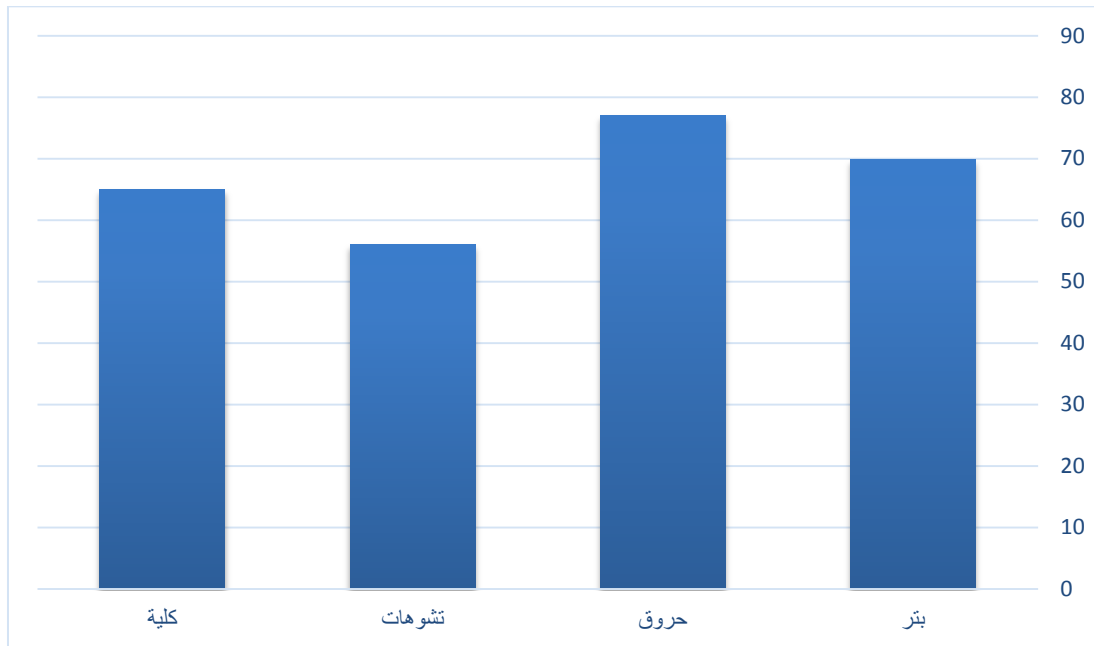
جدول (26)

الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق الاجتماعي

ع	م	ن	مكان الإصابة	القلق الاجتماعي
13,4	69,7	35	بتر أطراف	
11,80	77,8	26	حروق	
10,2	56,8	29	تشوه في الجسم	
14,7	65,4	90	المجموع	

يتضح من الجدول السابق (26) أن المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البتر التي بلغ عددهم (35) مريضاً على مقياس القلق الاجتماعي (69,7) وبانحراف معياري (13,4)، بينما بلغت متوسطات درجات أفراد عينة الحروق على نفس المقياس (77,8) بانحراف معياري (11,80) بينما كانت نتائج أفراد عينة التشنجات الجسدية (56، 8) بانحراف معياري (10,2). ويلاحظ من الجدول السابق أيضاً أن الأفراد الذين يعانون من الحروق كانوا أكثر قلقاً من باقي المجموعتين الآخرين، ويأتي في المرتبة الثانية الأفراد المصابين بالبتر سواء في الطرف العلوي أو السفلي، وأخيراً جاء أفراد التشنجات الجسدية المختلفة في المرتبة الثالثة في القلق الاجتماعي، فهم أقل قلقاً في المواقف الاجتماعية التي تسبب لهم الضيق والتوتر بشأن هذه التشنجات.

ولتوضيح هذه الفروق بيانياً يمكن التعرف عليها في المخطط البياني التالي:



الشكل (11) الفروق بين الفئات الثلاث من التشنجات الجسدية في القلق الاجتماعي

ولمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع الإصابة تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، والجدول التالي رقم (27) يوضح ذلك:

جدول (27)

نتائج اختبار تحليل التباين، تبعاً لمتغير مكان الإصابة على مقياس القلق الاجتماعي

قيمة الفرق	F	متوسط المربعات	د.ح	مجموع المربعات	مصدر التباين	القلق الاجتماعي
دالة	10,9**	2121,2	3	3213,1	بين المجموعات	
		113,1	87	11213,1	داخل المجموعات	
			90	16543,3	الكلي	

يتضح من الجدول (27)، أن قيمة (F) بالنسبة لمقياس القلق الاجتماعي كانت دالة عند مستوى الدلالة (0,01). وتشير هذه النتيجة، إلى وجود فروق دالة بين الفئات الثلاث من أفراد العينة الأساسية الذين يعانون من التشوهات الجسدية (البتر، الحروق، التشوهات الأخرى)، وأن هذه الفروق كانت لصالح فئة الحروق، تليها فئة عمليات البتر، وأخيراً، فئة التشوهات الجسدية الأخرى. أي أن الأفراد الذين يعانون من الحروق، وخاصة النساء يواجهن مشكلات في عملية التوافق الاجتماعي، لذا، فهنّ يتجنبنّ التفاعلات الاجتماعية بحكم تلك التشوهات التي تسبب لهن الإحراج والخجل والقلق الاجتماعي. أما فئة البتر، فهي أقل عرضة للقلق من فئة الحروق، ففي حال كان البتر في الطرف العلوي، فيمكن ألا يثير الانتباه الآخرين إليه، بحكم أنه مخفي في ملابسه التي تبدو للناظر أنه لديه أيدي سليمة. أما فئة التشوهات الجسدية فهي في الغالب تكون مخفية أو لا تؤثر كثيراً على تفاعلات الفرد الاجتماعية.

ويمكن أن يعزو الباحث حالة القلق الكبيرة لديهم إلى التغيير الجذري الذي يحدثه الحروق في حياتهم، فيصبحون أمام العديد من المشكلات، وأهمها الشعور بالنقص والاختلاف عن الآخرين، مما يجعلهم يتجنبون الآخرين والتفاعلات الاجتماعية، ولا سيما في المراحل الأولى من الإصابة قبل أن يتوصلوا إلى حالة التكيف مع وضعهم، والإصابة التي يعانون منها قد

تعيقهم في كثير من الأحيان عن أداء العديد من الأنشطة التي كانوا يقومون بها ويزاولونها مسبقاً، ما يتسبب في دخولهم في بوتقة من القلق الاجتماعي لا يستطيعون الخروج منها.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة حوامدة (Hawamdeh et al,2008) التي توصلت إلى ارتفاع حالات القلق لدى الأشخاص المصابين بالبتير. كما تتفق مع دراسة كل من: أكايا، أتتالي، تفلان وآخرون، (2015)، (Akkaya Atalay, Taflan et al.)، والتي أشارت نتائجها إلى أن تشويه صورة الجسم تؤثر سلباً على الإناث، بينما البتير وتشويه صورة الجسم فهما يؤثران سلباً على جودة الحياة والمزاج لدى المرضى الذين يعانون فقدان أطرافهم. كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أريف ورامبراساد (Ramprasad & Arif 2013) التي أظهرت أن جميع أفراد العينة يعانون من القلق والاكتئاب فوق المتوسط، ولكن بدرجات متفاوتة، حسب درجة الإصابة. فالأفراد الذين يعانون من الحروق من الدرجة الثالثة كانوا أكثر عرضة للقلق والاكتئاب من أصحاب الحروق البسيطة. كما أن الإناث أكثر عرضة للقلق والاكتئاب مقارنة بالذكور، وخصوصاً القلق المتعلق بنظرة الآخرين إلى تلك التشوهات الجسدية التي سببتها الحروق.

ويبدو من هذه النتيجة أنها منطقية نوعاً ما، وتتفق في الأغلب مع الإطار النظري والدراسات السابقة التي أكدت على أن الإصابة بالحروق لها عواقب سلبية على المستوى النفسي والاجتماعي، وأن بتر الأطراف أقل قلقاً وتجنباً من الناحية الاجتماعية، علاوة على ذلك، فالتشوهات الجسدية قد لا تسبب مثل هذا القلق والخجل لكثير من الناس، بالرغم من كونها مزعجة في أثناء التفاعلات الاجتماعية.

الفرضية السادسة، ونصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة البحث الذين هم دون سن (35) وفوق (36) سنة على مقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

للتحقق من الفرضية استخدم الباحث قانون الفروق بين المجموعتين باستخدام "ت" ستودنت، لمعرفة هذه الفروق بين المجموعتين، فمجموعة ما دون (35) سنة كان عددهم (35) فرداً، بينما كان عدد أفراد العينة فوق (36) سنة (55). والجدول التالي يبين هذه الفروق بين المجموعتين على مقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

جدول (28)

الفروق بين الأعمار الأدنى والأعلى على مقياس صورة الجسد والقلق الاجتماعي

المتغيرات	بين (20، 35) سنة		أكثر من (36) سنة،		قيمة ت	اتجاه الفروق
	ن(35)	م	ن(55)	م		
صورة الجسد	106.56	7.29	87.45	6.54	18,26	لصالح الأصغر سناً
القلق الاجتماعي	76.09	6.73	59.67	9.48	34,13	لصالح الأصغر سناً

يتضح من الجدول (28) أن هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) بين الأفراد الذين يعانون من تشوهات جسدية (بتر، حروق، تشوهات أخرى) التي تقل أعمارهم عن (35) سنة، والأفراد التي تزيد أعمارهم عن (36) سنة في كل من عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي وجاءت هذه الفروق في هذين المتغيرين لصالح الأعمار الأقل سناً مقارنة بالأعمار الأكبر سناً.

وتشير هذه النتيجة إلى أن الأفراد الأقل عمراً يعانون من مشكلات تتعلق بعدم الرضا عن صورة أجسادهم، والقلق في المواقف الاجتماعي الذي يجعلهم غير قادرين على إقامة علاقات سوية مع الآخرين نتيجة لهذه التشوهات الجسدية، بينما الأفراد الأكبر سناً، فمن المتوقع أنهم تكيفوا مع هذا الوضع لتشوهاتهم الجسدية، وأنه مع مرور الزمن استطاعوا التقليل من قلق صورة الجسد والقلق الاجتماعي. وربطت عدة دراسات أن تكيف كبار السن مع البتر كان أفضل مقارنة بفئة الشباب من الذكور والنساء. بالاعتماد على نظريات العمر النمائية، فقد ركزت تفسيرات النتائج على افتراضات أن كبار السن من مبتوري الأطراف قد لا يتفاعلون بنفس القوة مع البتر، كالأفراد الأصغر سناً، لأنهم ينظرون إلى التغيرات في قدراتهم الوظيفية وصورة جسدهم الناتجة عن فقدان أطرافهم بأنها غير مرغوب فيها، ولكن من المتوقع أن هذه التغيرات ترتبط إلى حد ما مع سنهم، بالرغم من أن استمرار الألم بعد البتر باعتباره عامل خطر كبير للتكيف الضعيف. وتمشياً مع الأدب النفسي في هذا المجال، فإن المرض المزمن والعجز يدل

مراراً وتكراراً على أن التدابير الموضوعية للإعاقة الجسدية تميل إلى أن تكون مؤشراً على سوء الحالة النفسية. فقد أشار بحث أجراه (Graham,&Parke, 2004) إلى أن الحروب تؤثر في الفئات العمرية الأصغر سناً منها في الأكبر سناً من حيث التشوهات الجسدية وآثارها النفسية والانفعالية والجسدية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال، مبتوري الأطراف تكون متوسط أعمارهم في وقت الإصابة (25.9) سنة، والناجمة عن إطلاق النار المباشر أو الانفجارات القريبة من الضحية أو شظايا الانفجار، والحروق، أو أي مزيج مما سبق. علاوة عن التشوهات الجسدية الناتجة عن الأمراض المزمنة كمرض السكري، أو السرطان أو ضعف ورود الدم في الأوعية الدموية للأطراف السفلية، والذي يمكن أن تتفاقم هذه الحالات أثناء الأزمات والمعارك الحربية لدى المجندين والمدنيين على حد سواء.

الفرضية السابعة، ونصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي صورة الجسد ومنخفضي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحث بحساب اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لتوضيح دلالة الفروق، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (29)

الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة مرتفعي ومنخفضي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي	صورة الجسد	ن	م	ع	قيمة ت	اتجاه الفروق
التجنب الانفعالي	مرتفع	50	19,9	3,1	**9,1	لصالح المرتفعين
	منخفض	17	9,2	2,7		
التشتت الذهني	مرتفع	50	18,1	2,1	**3,4	لصالح المرتفعين
	منخفض	17	18,2	3,5		
المؤشرات الجسمية	مرتفع	50	19,0	3,1	**7,3	لصالح المرتفعين
	منخفض	17	9,8	4,9		
التوكيدية	مرتفع	50	18,9	2,5	**3,5	لصالح المرتفعين
	منخفض	17	18,1	4,1		

اتجاه الفروق	قيمة ت	ع	م	ن	صورة الجسد	القلق الاجتماعي
لصالح المرتفعين	6,5	18,7	83,3	50	مرتفع	الدرجة الكلية
		22,2	35,1	17	منخفض	

يلاحظ من الجدول السابق (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضة صورة الجسد ومرتفعي صورة الجسد على مقياس القلق الاجتماعي؛ حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (0,000) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذه النتيجة تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي صورة الجسد ومنخفضي صورة الجسد في الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي لصالح منخفضي صورة الجسد.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن الأشخاص الذين ينظرون إلى جسدكم بشكل سلبي، وهم غير راضين عنها بسبب الإصابة، يدفعهم هذا الأمر إلى تجنب الكثير من المواقف الاجتماعية التي كانوا ينظرون بها قبل الإصابة. فالأشخاص منخفضي صورة الجسد يواجهون قلقاً حول الكيفية التي ينظر بها الآخرين نحوهم، مما يجعلهم أكثر قلقاً من مرتفعي صورة الجسد الذين ينظرون إلى الإصابة من منظور إيجابي يدفعهم للحياة وللعلاقات الاجتماعية، وكانت جميع أبعاد المقياس دالة لصالح منخفضي صورة الجسد. كما أن المصابين بالتشوهات الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس صورة الجسد أصبح لديهم تقبل لوضعهم الجديد وأدركوا ضرورة التكيف مع هذه الإصابة كي يستطيعوا الاستمرار في الحياة، وبالتالي يصبح لديهم تقديراً أكبر للذات من الأشخاص منخفضي صورة الجسد الذين لم يتمكنوا من تقبل الإصابة، وهذا ما يجعلهم عرضة للقلق الاجتماعي المستمر في حياتهم وتفاعلاتهم، عكس الأفراد مرتفعي صورة الجسد حيث ينخفض قلقهم الاجتماعي نتيجة تصالحهم مع الإصابة بالتشوه الجسدي سواء من خلال عملية البتر أو الحروق أو التشوهات الجسدية الأخرى.

لذلك يمكن القول: إن نتائج الفرضيات السيكومترية التي تم عرضها في هذا الفصل حول علاقة التشوهات الجسدية (البتر والحروق، والتشوهات الجسدية الأخرى) بكل من صورة

الجسد والقلق الاجتماعي، أظهرت أن تلك التشوهات تؤثر على صورة الجسد لدى الفئات الثلاث بدرجات متباينة، كما تؤثر أيضاً على القلق الاجتماعي. وأن هذه النتائج قد اتفقت مع العديد من الدراسات، والتي أشارت إلى أن الإصابة بالحروق كانت أكثر إيلاًماً وتوتراً من حيث عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي وخصوصاً لدى الإناث، وأن عمليات البتر لدى الأفراد تأتي في المرتبة الثانية من حيث عدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي. أما حالة التشوهات المتعددة، فجاءت في المرتبة الثالثة من حيث تأثرها بعدم الرضا عن صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

ثالثاً - نتائج الدراسة الإكلينيكية:

قام الباحث بدراسة ست حالات من أفراد العينة الأكثر تعرضاً للتشوهات الجسدية (البتر، الحروق، التشوهات الجسدية المختلفة)، وذلك باستخدام دراسة الحالة على المستوى الإكلينيكي، والملاحظة الدقيقة لطبيعة التشوه وأثره على التوافق النفسي والاجتماعي، وكذلك أثره على العلاقات الاجتماعية وعدم الرضا عن صورة الجسد.

ويبين الباحث فيما يلي عرض لحالتين من البتر والحروق، إحداهما حالة شاب يعاني من البتر، والحالة الأخرى حالة شابة تعاني من الإصابة بالحروق:

◆ الحالة الأولى (بتر):

كانت الحالة (ع س د) عبارة عن شاب عمره 24 عاماً، لا يعمل، يحب أهله كثيراً، ولا يعاني من أي مشكلات معهم، وكان متعلقاً كثيراً بوالده أكثر من تعلقه بالأم، ويعتبره قدوةً له، ويحب أخوته كثيراً، منهم من يعتبره الناصح، ومنهم من يعتبره الحنون، ويرى المسترشد بأن أسرته مثال للأسرة المتماسكة، يحب العلاقات الاجتماعية، ويعتبر نفسه اجتماعياً ومحبوباً.

المستوى الاقتصادي للأسرة متوسط حالياً بسبب الأزمة، ولكن الأب قادر على تأمين متطلبات الأسرة بشكل مقبول، وقد يلجؤون للاستدانة في بعض الحالات، وخاصة بعد تعرضه للإصابة وما ترتب عليها من دخول مستشفيات وشراء أدوية وصور أشعة وغير ذلك. لذلك، قرر العمل لمساعدة أهله.

ويعد المسترشد نفسه شخص يحب الحياة وجميع الناس يحبونه خاصة بعد أن تعرض للإصابة، استطاع التأقلم مع إصابته، وهو يحاول البدء بمشروع بسيط تعود أرباحه عليه وعلى أسرته في محاولة لنسيان الإصابة والعودة للحياة الطبيعية.

تعرضت رجله اليسرى لإصابة بالغة نتيجة لشظية ناجمة عن تفجير وقع في دمشق، وقد تم إسعافه للمشفى بعد مضي ساعة، وقرر الأطباء أن الإصابة بالغة ووجدوا ضرورة بتر الرجل من فوق الركبة وإلا فإن حياته ستكون في خطر، وهكذا تم بتر الرجل.

تعرض لصدمة كبيرة في البداية جراء الإصابة والبتير ولم يتقبل ما حدث له، كان شديد الغضب لأنفه الأسباب، وكان أهله يحاولون مداراته وعدم إزعاجه وتلبية متطلباته جميعها، ولكنه مع مرور الوقت وبما لا يتجاوز ثلاثة أشهر تأقلم مع إصابته، وعاد إلى طبيعته السابقة الاجتماعية والمتفائلة بشكل كبير، ولكنه بين الحين والآخر يمر بحالة من الاكتئاب بسبب وضعه الحالي، واختلاف وضعه عما كان عليه سابقاً، ولكنها لمرحلة قصيرة جداً ولا تذكر.

تقرير الحالة:

الحالة تعاني من تشوه في الجسد يتمثل في بتر رجله اليسرى، لم يلحظ الباحث أثناء تشخيص الحالة وبناء على الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV) وجود أعراض لاضطراب القلق الاجتماعي أو اضطراب تشوه الجسد.

وهو مثال للحالة المتوافقة مع نفسها بعد إصابته، وأصبح مثال للشخصية التي تتجاوز ظروفها ومشكلاتها، وتعتبر نفسها طبيعية وليس لديها تشوه، ولا يهتما كثيراً رأي ونظرة الآخرين، كما أنه شخص لديه قدرة على التفكير المنطقي والمتسلسل. وهذا الأمر يساعده على تجاوز المشكلات التي يعاني منها، وأبرزها الإصابة التي تعرض لها. فبعد مضي شهرين أو ثلاثة على إصابته والمشكلة التي سببت له حالة البتر، أشار أهله بأنه استطاع العودة تدريجياً إلى حياته الطبيعية، وأنه قرر أن يبدأ حياة جديدة رغم اعترافه أن الإصابة أدت إلى تغيير بعض مخططاته ولكنها لم تجعله يقف عاجزاً، ومكتوف الأيدي أمام الظروف الصعبة والمستجدة التي وضع بها، حيث بدأ بالتخطيط لممارسة أعمال تتناسب مع حالته الجديدة، وتوفر له دخلاً يؤمن له استقلالية مادية، وتمكنه من مساعدة أهله أيضاً، وإثبات وتقدير ذاته.

لديه قدرة كبيرة على التكيف مع إصابته، لا يحاول إخفاء إصابته أثناء تفاعلاته الاجتماعية ويسعى لأن يكون محط أنظار الآخرين من خلال الأعمال التي يقوم بها، يحاول أن يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، فهو يرى أن المحيط والبيئة الاجتماعية التي حوله ساعده كثيراً في التخلص من عقدة الخجل التي تشكلت لديه في بدايات إصابته والتي جعلته منطوياً ومتوقفاً على ذاته، مبتعداً عن الأصدقاء والعائلة.

وقد حصلت الحالة على مقياس القلق الاجتماعي على درجة تشير إلى أن مستوى القلق الاجتماعي لديه منخفض، وأنه لا توجد لديه أي مشكلة أثناء تفاعلاته الاجتماعية، وهذا ما يبدو لدى الحديث معه، حيث يقول: إنه قد شاهد العشرات من الذين يعانون من حالات بتر، وهم حالياً يتابعون حياتهم اليومية بشكل شبه طبيعي، وقد تعلم منهم واستفاد من تجربتهم، واعتبر نفسه غير مختلف عنهم، ولن يجعل إصابته تقف عائقاً أمام عيش حياته بشكل طبيعي، وإن واجهته صعوبات معينة، فهو يعتبر أنه قادر على تخطيها، كما أنه لم يعد يقيم وزناً لهمس الآخرين ونظراتهم المشفقة عليه، وإلا لما كان ليستطيع مغادرة منزله، حيث إن تغلبه على قلقه وخجله من الآخرين ومن حالة البتر، هي العامل الأساسي الذي مكنه من الاستمرار وعيش حياته بشكل طبيعي.

وعلى مقياس صورة الجسد حصل المفحوص على درجة تشير إلى أن صورته عن جسده مرتفعة، وأنه يرى أن إصابته لم تغير الكثير من صورته عن جسده، وكانت هذه الحالة مثالاً للشخصية الواثقة من نفسها على الرغم من الصعوبات التي تمر بها.

◆ الحالة الثانية (حروق):

الحالة (م ت ف)، أنثى في الواحد والعشرين من عمرها، وهي طالبة جامعية حالياً، تعيش في أسرة تتألف من خمسة أشخاص وفي مناخ أسري يتسم بالهدوء، والدها من ذوي الطبع الحاد، ولكنه طيب على حد تعبيرها، حيث تعد والدتها مصدر الأمان لها، وعلاقتها مع أخيها وأختها تصفها بالجميلة. بطبيعتها لا تحب العلاقات الاجتماعية، فعلاقتها محصورة بعدد معين من الأصدقاء وهي شخصية هادئة لا تحب الفوضى، ولا تحب الكلام كثيراً، كان لديها كما تقول أحلام كبيرة قبل الإصابة وخاصة فيما يتعلق بالتفوق الدراسي والحصول على عمل لائق

يساعدها في تحقيق ذاتها، ومساعدة أهلها بنفس الوقت، تعيش الأسرة ضمن مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط، والعائلة متفاهمة وقليلة المشكلات عموماً.

بدأت إصابتها بسبب حريق نشب في المنزل نجم عن قذيفة أصابت المنزل، تعرضت للحرق في وجهها من الدرجة المتوسطة في الجانب الأيسر من الوجه. نتيجة لإصابتها أصبحت تعاني من الإنطواء والخجل وعدم القدرة على التأقلم مع الإصابة، وأصبحت منعزلة وتميل للوحدة في أغلب الأوقات، وتحاول في كل مرة تخرج فيها من المنزل العمل على إخفاء إصابتها عن طريق الملابس التي ترتديها أو بإطالة شعرها و تغطية وجهها به.

تقرير الحالة:

قام الباحث بتشخيص وجود القلق الاجتماعي لدى الحالة، وذلك اعتماداً على الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية DSM-iv، حيث ظهرت لدى الحالة الأعراض التالية والتي تشير لوجود القلق الاجتماعي لديها:

- إقرار الحالة والاشخاص المحيطين بها، بالخوف الواضح والمستديم من المواقف الاجتماعية المختلفة، وكذلك المواقف التي تكون فيها الحالة موضع تقييم من قبل الآخرين.
 - تعبير الحالة عن القلق من خلال رغبتها بالانسحاب من المواقف الاجتماعية وتلافي التواجد مع الآخرين.
 - إدراك الحالة في نفس الوقت بأن خوفها وقلقها مبالغ فيه.
 - تأثير القلق لدى الحالة على أنشطتها في الحياة اليومية، واستمرار ظهور الأعراض السابقة لديها لمدة تزيد عن ستة أشهر.
 - عدم تناولها للكحول أو العقاقير، كما أن الحالة لا تعاني من أي اضطراب عقلي.
- وقد قام الباحث بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي على الحالة وقد حصلت على درجات عالية على مقياس القلق الاجتماعي.

كما قام الباحث بتشخيص وجود اضطراب تشوه الوهمي للجسد بالاستناد على الدليل التشخيصي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، حيث تبين للباحث ظهور الأعراض التالية لدى الحالة التي قام بدراستها:

- انشغال الحالة بشكل دائم بالعيب أو التشوه الظاهر، وبشكل مفرط.
- إن انشغال الحالة الزائد بالتشوه أدى لاختلال في أدائها الاجتماعي مع الآخرين.
- عدم وجود أي اضطراب عقلي لدى الحالة.

وبناء على ملاحظات الباحث ودراسته للحالة ولقائه معها، توصل إلى أن الحالة تعاني من تشوه في الجسد على شكل حرق في الجانب الأيسر من الوجه، بسبب حريق تعرضت له في المنزل ناجم عن قذيفة هاون أصابت منزلهم، وأصبحت الحالة تعاني من العديد من المشكلات النفسية، كالاكتئاب والقلق الاجتماعي، ودرجات من قلق الموت، مما أثر سلباً على علاقاتها الاجتماعية. فبعد أن كانت الفتاة إيجابية في حياتها، أصبحت منعزلة لا ترغب في الخروج من المنزل، ولم يعد لديها طموح كبير من حيث الدراسة أو العمل، وأصبح أكثر ما تطمح إليه وبشكل مستمر هو السفر خارج البلاد وتحديداً إلى بلد عربي للقيام بعملية تجميل للتخلص من أي أثر من آثار التشوه.

على مقياس القلق الاجتماعي حصلت المفحوصة على درجة تشير إلى أن مستوى القلق الاجتماعي لديها مرتفع، وأنها لا تفضل العلاقات الاجتماعية، وتشعر بالقلق في حال انخراطها في أي علاقة اجتماعية أو موقف اجتماعي يتطلب منها التواصل مع الآخرين، أصبحت تعاني من الخجل بشكل كبير أثناء تواجدها مع الآخرين.

وقد حصلت الحالة في مقياس صورة الجسد على درجة تشير إلى أن صورتها عن جسدها منخفضة، وكذلك برز ذلك واضحاً من خلال حديثها بشكل مستمر عن السفر خارج البلاد لإجراء عمليات تجميل لإزالة التشوه والعودة إلى طبيعتها، ما انعكس سلبياً على تقديرها لذاتها وشعورها بعدم تقدير الآخرين لها، حيث يعاملونها بلطف من باب الشفقة والتعاطف مع حالتها، إذ أصبحت تفضل الانسحاب والبقاء مع نفسها فترات طويلة، وأصبحت سلبية في تعاملها مع محيطها الاجتماعي وحتى مع أصدقائها.

- تفسير النتائج الإكلينيكية:

إن معظم الحالات التي أُجريت مقابلات معها ودرستها الباحثة عانت من سوء التكيف وضعف تقدير الذات باستثناء الحالة الأولى التي تم عرضها والتي اتسمت بدرجة جيدة من التوافق النفسي والاجتماعي مع حالة البتر، في حين أن باقي الحالات التي شاهدها ودرسها كانت بخلاف الحالة الأولى وقد اتسمت حالتهم النفسية والجسدية وتوافقهم مع التشوه بما يلي:

- يعانون من تصور سلبي نحو الذات، ومفهومها، وتقدير الذات، وهذا ما انعكس سلباً على توافقهم الاجتماعي.

- يعانون من درجة مرتفعة من القلق الاجتماعي والخجل، والانزواء والابتعاد عن الناس.

- الشكوى الجسمية والآلام على المستوى الجسدي والنفسي.

- التشتت الفكري وتمركز تفكيرهم حول جسدكم والتغيرات التي حدثت فيه نتيجة لهذا

التشويه الجسدي.

- يعانون من درجة مرتفعة من الخوف والقلق المستقبلي حول جسدكم ووظائفهم المختلفة

في الحياة.

- انخفاض مستوى الطموح، إضافة إلى غياب الهدف المحدد في الحياة إذ أصبحت

حياتهم لا قيمة لها نتيجة لهذا التشوه.

- المزاج المتقلب، والأفكار السلبية حول إنهاء حياتهم وخاصة لدى النساء.

- القلق المتزايد حول الموت، فهم في الغالب يفكرون في الموت كثيراً

- يعانون من صراعات وإحباطات وعدم اتزان انفعالي في المواقف الاجتماعية.

- الهروب من المواقف الاجتماعية المختلفة ومن معاناتهم أيضاً من ألم التشوه بالجوء إلى

تعاطي المسكرات وأحياناً المخدرات.

وقد اتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي تناولت حالات البتر والحروق، والتشوهات الجسدية المختلفة. فقد أشارت دراسة أكايا وآخرون (Akkaya Atalay, Taflan et al, 2015) إلى وجود علاقة إيجابية مهمة بين وصورة الجسد والاكنتاب وعلاقة سلبية بين صورة الجسد والقيود المادية والصحة النفسية، كما أظهرت النتائج وجود فروق بين الإناث والذكور في متغيرات الدراسة. فتشويه صورة الجسم تؤثر سلباً على الإناث، بينما البتر وتشويه صورة الجسم يؤثران سلباً على جودة الحياة والمزاج الاكتئابي لدى المرضى الذين يعانون فقدان أطرافهم. وأظهرت نتائج دراسة أريف ورامبراساد (Ramprasad & Arif 2013)، أن جميع أفراد العينة يعانون من القلق والاكنتاب فوق المتوسط، ولكن بدرجات متفاوتة، حسب درجة الإصابة. فالأفراد الذين يعانون من الحروق من الدرجة الثالثة كانوا أكثر عرضة للقلق والاكنتاب من أصحاب الحروق البسيطة. كما أن الإناث أكثر عرضة للقلق والاكنتاب مقارنة بالذكور، وخصوصاً القلق المتعلق بنظرة الآخرين إلى تلك التشوهات الجسدية التي سببتها الحروق، وكانت نسبة انتشار القلق والاكنتاب تتراوح بين (60 إلى 80%) على درجات المقياسين. بينما أشارت دراسة كوفي (Coffey, 2012) إلى وجود علاقة سلبية بين التوافق النفسي والتنظيم الذاتي لدى مبتوري الأطراف السفلية، وأن هذه العلاقة تؤثر سلباً على علاقاتهم الاجتماعية وصورتهم نحو ذاتهم أو تقديرهم لأنفسهم وجسدهم. كما أظهرت النتائج أن الأفراد الأكبر سناً أكثر تكيفاً وتوافقاً على المستوى النفسي من الأفراد الأصغر سناً، حيث يعاني الأفراد الأصغر سناً من مشكلات نفسية واجتماعية، مثل القلق والاكنتاب، والأفكار الانتحارية، إضافة إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية.

ويكمن ملاحظة مصداقية هذه النتائج الإكلينيكية على المستوى الكيفي من خلال اتفاقها مع نتائج الدراسة السيكومترية التي أظهرت أن هذه العينة من الأفراد الذين يعانون من التشوهات الجسدية المختلفة: البتر، الحروق وغيرها، يعانون من صورة سلبية نحو الجسد أو أنهم غير راضين عن هذه الصورة التي أصبحت سلبية في نظرهم ونظر الآخرين. كما أنهم يعانون من عزلة نفسية واجتماعية، حيث يعانون من القلق الاجتماعي والخجل المتزايد، ولا يستطيعون إقامة علاقات بناءة مع الآخرين. وقد نجد بعض الأدلة العلمية الدقيقة في النظر إلى الفروق بين الذكور والإناث ومن مستويات عمرية متباينة حسب طبيعة التشوه. كما أن

دراسات إكلينيكية وباستخدام وسائل إسقاطية متعددة يمكن أن تكشف الصورة الحقيقية للبناء النفسي الحقيقي لهذه الفئات من المشوهين جسدياً. ويبقى الباب مفتوحاً لدراسات أكثر تعمقاً في هذا المجال لرسم صورة واضحة عن طبيعة هذه التشوهات وما تتركه من آثار نفسية وجسدية واجتماعية على المستوى الشعوري وغير الشعوري على حياة الفرد الذي يعاني منها.

ويأمل الباحث من المختصين و الباحثين التركيز على هذا الفئة التي لم تحظ بالدراسة، لإجراء بحوث مستفيضة حول طبيعة التكيف النفسي والاجتماعي والصراعات التي يعانون منها، وإجراء دراسات معمقة حول الأشخاص فاقد الأطراف السفلية أو العلوية، والحروق حسب درجاتها المختلفة وذلك بدراسة حالات البتر للأطراف العلوية أو السفلية، ومقارنتها بالأفراد الذين يركبون أجهزة اصطناعية، من أجل وضع برامج إرشادية وعلاجية تخفف عنهم الآثار النفسية الجسدية والاجتماعية الناجمة عن هذه التشوهات، وذلك باستخدام فنيات الإرشاد المتمركز على الجسد، والتأمل الجسدي الذاتي، وغيرها من الأساليب التي تستخدم الفنيات القائمة على العلاقة التكاملية بين العقل والجسد، لأن هذه التشوهات الجسدية غالباً ما تترك آثاراً على الصحة النفسية والجسدية، وأن التعامل معها بهذه الطريقة إضافة إلى الدعم الأسري والاجتماعي قد يساعد في التخفيف من هذه الآثار، بالإضافة إلى تعزيز نقاط القوة الإيجابية لدى الفرد المشوه جسدياً للتعامل مع هذه الحالة.

مقترحات الدراسة:

- في ضوء النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته، فإنه يوصي بالآتي:
- 1- إجراء دراسات مقارنة على المستوى الكمي والكيفي لحالات بتر الأطراف السفلية أو الأطراف العلوية، وأثر ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي.
 - 2- القيام بدراسة حول حالات البتر بين الذكور والإناث وعلاقة ذلك بجودة الحياة والمرغوبية الاجتماعية.
 - 3- إجراء دراسة حول فاقدى الأطراف العلوية أو السفلية بين الذكور والإناث وعلاقة ذلك بمتغير العمر، والمستوى التعليمي، والمنبت الاجتماعي.
 - 4- إجراء دراسات حول الحروق في الوجه واليدين وأثر ذلك على التوافق النفسي.
 - 5- تصميم اختبارات نفسية تقيس صور الجسد لدى كل من مبتوري الأطراف، والحروق والتشوهات الجسدية الأخرى.
 - 6- تصميم برامج إرشادية للدعم النفسي والاجتماعي لفاقدى الأطراف، أو حالات الحروق أو

ملخص الدراسة باللغة العربية

فقدان الأطراف هي تجربة فراق مع أحد أطراف من الجسم. وفقدان الفرد أحد أطرافه هو حدث مأساوي وفي بعض الحالات، يبدو البتر حالة لا مفر منها. فعدد من الناس قد يشهدون فقدان أطرافهم لسبب أو لآخر. ونتيجة لذلك، قد تذهب حياتهم لتغيير كلي. وفي الوقت نفسه، البتر هو تغيير في بنية الجسم، ولكن لديه تأثير كبير على العديد من الأنشطة الاجتماعية، والمشاركة في الأنشطة ونوعية الحياة، أما التشوهات الجسدية الأخرى، مثل الحروق، والتشوهات في الجسم فإنها تترك أثراً نفسية واجتماعية كثيرة، مثل تشوه صورة الجسد، والقلق الاجتماعي.

إن الواقع الذي نشهده اليوم في ظل حالة الاضطراب والعنف الذي تعيشه سورية خاصة، وعدد من البلدان العربية المجاورة عامة، لم يعد خافياً من خلال حجم الإصابات العضوية والتشوهات والإعاقات الجسدية التي يتعرض لها الآلاف من المواطنين، والتي مازالت مستمرة منذ أربع سنوات وحتى الآن، نتيجة للتفجيرات وأعمال العنف، وشظايا القذائف التي يقوم بها الإرهابيون بحق المدنيين العزل، حيث تأثر كثير منهم جراء هذه الأعمال الإرهابية التي قوضت الحياة العامة، وطالت نتائجها الأفراد المدنيين الذكور والإناث من كل الأعمار بتشوهات جسدية متباينة، مثل الحروق الجسدية بدرجاتها المختلفة، وحالات البتر لأحد الأعضاء أو لطرفين علويين أو سفليين، وكذلك تشوهات في الوجه والعمود الفقري، وغير ذلك من التشوهات الجسدية التي أعاقتهم من القيام بمسؤولياتهم في حياتهم اليومية، كما أثرت على صحتهم النفسية والاجتماعية وعلى مهاراتهم وإنجازاتهم الوظيفية أيضاً.

أهداف الدراسة:

1- تفيد هذه الدراسة في التعرف على مدى تأثير التشوهات الجسدية الناجمة عن بتر الأطراف والحروق على صورة الجسد والقلق الاجتماعي.

2- تتناول هذه الدراسة إحدى الموضوعات الحديثة التي قد تنري الأدب النفسي، وهو موضوع التشوهات الجسدية، فهو وإن تناولته الدراسات العربية والأجنبية بالدراسة، إلا أنه لم تتم دراسته

بشكل معمق في حالات الحروب والكوارث خصوصاً في سورية، ولازال بحاجة إلى مزيد من الدراسة النظرية والتطبيقية.

3- يمكن أن تسهم هذه الدراسة في تقديم فهم أفضل لمفاهيم صورة الجسد والقلق الاجتماعي والتشوهات الجسدية.

4- تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها في البيئة السورية والعربية - في حدود علم الباحث- التي تناولت التشوهات الجسدية المتمثلة في بتر الأطراف والحروق في علاقتها بصورة الجسد بالقلق الاجتماعي.

5- يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في تقديم فهم أفضل لمتغيرات صورة الجسد والقلق الاجتماعي لدى المصابين بالتشوهات الجسدية، والسعي نحو تقديم الخدمات المناسبة لهم، وذلك من خلال فهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دوراً مهماً في اضطراب صورة الجسد والقلق الاجتماعي، كما تكشف دراسة الحالة على المستوى الكيفي بعض حالات التشوه الجسدي وأثرها على توافق الفرد مع هذه الإصابات، والعواقب المستقبلية الناجمة عنها.

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث ببناء استبيان الرضا عن صورة الجسد بعد الاطلاع على الأدبيات السابقة والذي يتكون من (37) عبارة، موزعة على ثلاثة أبعاد، هي المكون المعرفي والاجتماعي، والانفعالي. كما استخدم أيضاً مقياس القلق الاجتماعي الذي أعده العاسمي (2012) وقام بتطبيقهما على عينة بلغت (90) فرداً من المصابين بالتشوهات الجسدية المختلفة (بتر الأطراف، الحروق الجسدية، التشوهات الأخرى). كما استخدم الباحث لتحقيق هدف دراسته المنهج الوصفي التحليلي والإكلينيكي.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الأشخاص المصابين بالحروق في الوجه هم أقل رضا عن صورة أجسادهم.
- أصحاب التشوهات غير الظاهرة في الجسم والتشوهات الخفيفة في الوجه هم الأقل تعرضاً للقلق الاجتماعي أثناء تفاعلاتهم في الحياة اليومية.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد ودرجاتهم على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.
 - توجد فروق دالة إحصائية بين الأفراد الأصغر عمراً والأكبر عمراً من فئات التشوه الجسدي الثلاث في كل من القلق الاجتماعي وصورة الجسد لصالح الأصغر عمراً، بمعنى أن الأفراد الأصغر عمراً غير راضين عن صورة جسدهم، ويعانون من القلق الاجتماعي.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس صورة الجسد تبعاً لمتغير نوع الإصابة لصالح المصابين بالتشوهات في الجسم.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة من المصابين بالتشوهات الجسدية على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإصابة لصالح المصابين بالتشوه في الأطراف.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرتفعي صورة الجسد ومنخفضي صورة الجسد في الدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي لصالح منخفضي صورة الجسد.
 - توجد فروق على المستوى الكيفي بين الأفراد المصابين بالحروق والأشخاص المبتورين في صورة الجسد والقلق الاجتماعي والتوافق العام، ولديهم أفكاره سلبية نحو الذات والآخرين، كما أنهم يعانون من الصراعات والاحباطات الناتجة عن هذا التشوهات الجسدية.
- وقد قدم الباحث مجموعة من المقترحات التي تستند إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وذلك لمواصلة الجهود للبحث عن العوامل النفسية الاجتماعية والجسدية على المستوى الكمي والكيفي التي يعاني منها أصحاب التشوهات الجسدية المختلفة.

قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية

ثانياً - المراجع الأجنبية

أولاً - المراجع العربية:

1. أبو النصر، مدحت (2005). الإعاقة الجسمية: المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، القاهرة: مجموعة النيل العربية.
2. أبو حجلة، نظام (1999). الطب النفسي الحديث، عمان: الجامعة الأردنية.
3. الأثرم، رضا ابراهيم محمد (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
4. بدح، أحمد؛ مزاهرة، أيمن؛ بدران، زين (2009). الثقافة الصحية، عمان: دار المسيرة.
5. بريالة، هناء (2013). صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
6. بيك، آرون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، بيروت: دار النهضة العربية.
7. تركي، رايح (1982). المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم، الجزائر: الشركة الوطنية للنشر
8. جابر، عبد الحميد؛ كفاقي، علاء الدين (1989). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.
9. الحجار، محمد (1987). أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، بيروت: دار العلم للملايين.
10. الحجار، محمد حمدي (2004). المرشد لعلاج نفسك من الخوف والقلق، دمشق: دار ابن النفيس.
11. حسن، إيمان حسين السيد (2006) صورة الجسم وعلاقته بتقدير الذات لدى مبتوري الأطراف، رسالة ماجستير، جامعة سوهاج .

12. الحمد، نايف؛ بدرانه، مهدي محمد(2011). تقدير صورة الجسد وعلاقته بتقبل الذات لدى طالبات كلية إربد الجامعية. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*، 1(2): 387-408.
13. الحموري، خالد عبدالله، الصالحي، عبد الله(2011). مفهوم الذات لدى طلبة الدراسات الاجتماعية في جامعة القسيم، *مجلة الجامعة الإسلامية*، 19(1): 460-466.
14. الخلف، أيمن أحمد(2006). القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الاكتئاب وصورة الجسم وتقدير الذات، *رسالة ماجستير*، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
15. خلف، مهيرة(2012). مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة. *رسالة ماجستير*، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. خوجة، عادل(2011). أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث*، 25(5): 1284-1336.
17. دبابش، علي(2011). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، *رسالة ماجستير غير منشورة*، جامعة الأزهر.
18. الدخيل، مي (2007). صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية العصبي والشهية العصبي لدى طالبات جامعة الملك سعود، *رسالة ماجستير*، جامعة الملك سعود.
19. الدسوقي، مجدي محمد (2006). *اضطراب صورة الجسم الأسباب التشخيص. الوقاية والعلاج*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية سلسلة الاضطرابات النفسية.
20. رمزي، إسحاق(1952). علم النفس الفردي: أصوله وتطبيقه. القاهرة: دار المعاف بمصر.
21. الرويشدي، بشير(2001). العلاج النفسي الواقعي في مواجهة الأزمات، *الثقافة النفسية المتخصصة*، 12(45).
22. زايد، فهد خليل (2007). *أساسيات منهج البحث في العلوم الإنسانية*. الطبعة الأولى. عمان: دار النفائس للنشر والتوزيع.

23. الزائدي، ابتسام(2009). صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
24. السلامة، جمال صالح(2002) الكوارث الطبيعية والمخاطر البشرية، القاهرة: دارالشروق.
25. الشاروني، حبيب(1972). صورة الجسد في الفلسفة الوجودية. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
26. شتاين، موري بي؛ ووكر، جون(2002). التغلب على الخجل: قهر الخجل والقل الاجتماعي، الرياض: مكتبة جرير.
27. شقير، زينب(1998). الحواجز النفسية وصورة الجسم والتخطيط للمستقبل لدى عينة من نوي الاضطرابات السوماتوسيكولوجية، المجلة المصرية للدراسات النفسية،8(19): 181-233.
28. شقير، زينب (2002). علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
29. شقير، زينب(2005). الشخصية السوية والمضطربة، القاهرة: دار النهضة المصرية.
30. العاسمي، رياض نايل(2000). مقياس القلق الاجتماعي، منشورات جامعة دمشق.
31. العاسمي، رياض نايل(2014). صورة الجسد، المنحى التكاملية للصحة والمرض. عمان: دار الإعمار العلمي.
32. العاسمي، رياض نايل(2015). صورة الجسد في السياق الطبي. الجزء الثاني، عمان: دار الإعمار العلمي.
33. العاسمي، رياض نايل(2012). مقياس القلق الاجتماعي، في بحث تقديم الذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي. بحث منشور في مجلة كلية التربية بالزقازيق.
34. العاسمي، رياض نايل(2008). مقياس وصورة الجسد. في بحث التوافق النفسي لأطفال السكر، مجلة العلوم التربوية، اتحاد الجامعات العربية.

35. عباس، لينا فاروق؛ الزبون، سليم عودة، (2012). مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الأردنية، مجلة العلوم التربوية، 39(2): ص394-410
36. عبد المقصود، أماني (2007). مقياس القلق الاجتماعي للمراهقين والشباب، القاهرة: الأنجلو مصرية.
37. عطية، رنا (2012). أزمة الهوية وعلاقتها بصورة الجسد عند المراهقين، رسالة ماجستير، جامعة دمشق.
38. علي، علي، عبد السلام؛ عبد الهادي، أحمد محمد (1996). دراسة نفسية لتأهيل فاقد أعضاء الجسد بطريقة البتر، مجلة علم النفس، 11(42).
39. عكاشة، أحمد (2003). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: الأنجلو مصرية.
40. عودة، أحمد. (1998). القياس والتقويم في العملية التربوية والتدريسية. عمان: الأمل للنشر والتوزيع.
41. عيد، محمد إبراهيم (2000). دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدى عينة من الشباب، مجلة التربية وعلم النفس، 24(4).
42. فايد، حسين علي (2004). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 18
43. فرغلي، رضوى محمد (2007). ديناميات الموقف الأوديبى وصورة الجسم لدى البغيات القاصرات، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق .
44. القاضي، وفاء (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة.
45. قطان، سامية (1981). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

46. الكتاني، فاطمة (2004). **القلق الاجتماعي والعدوانية لدى الأطفال**، بيروت: دار وحي القلم.
47. كفاي، علاء الدين، النيال، مایسة أحمد (1995). **صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عینات من المراهقات**، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
48. كفاي علاء الدين؛ النيال، مایسة أحمد (1996). **صورة الجسم وبعض المتغيرات لدى عینات من المراهقات**، مجلة علم النفس، 39: 6-34.
49. المالح، حسان (1994). **الخوف الاجتماعي (الخلج)**، جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع.
50. مشاعل، فاتن ثابت (2010). **صورة الجسد لدى المرأة وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق الاجتماعي وتقدير الذات**، رسالة ماجستير، جامعة دمشق.
51. المطيري، ريم عبدالله (2008). **الأفكار غير العقلانية وعلاقتها بإدراك صورة الجسد لدى المراهقات في المرحلة المتوسطة**، رسالة ماجستير، جامعة محمد بن سعود الإسلامية.
52. معافي، أسماء (2013). **بتر الأطراف وانعكاساته على المخطط الجسدي لدى المراهق**، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، الجزائر.
53. معمريّة، بشير (2009). **القلق الاجتماعي المواقف المثيرة، نسب الانتشار، الفروق بين الجنسين وبين مراحل عمرية**، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 21-22: 135-148.
54. منيب، تهاني؛ شاهين، إيمان (2003). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
55. ميخائيل، امطانيوس. (2009). **القياس والتقويم في التربية الحديثة**. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
56. ميخائيل، امطانيوس. (2006). **القياس النفسي**. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
57. النابلسي، محمد أحمد (1991). **الصدمة النفسية علم نفس الحروب**. القاهرة: دار النهضة العربية.

58. الناعمة، عمار محمد (2008). فاعلية برنامج انفعالي سلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة.
59. النفيسة، عبد العزيز بن عبد العزيز (2010). تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
60. الهلباوي، مها. (1988). الاكتئاب وصورة الجسم كما تظهر في الرسم الإسقاطي دراسة إكلينيكية متعمقة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
61. الهواري، ماهر محمد (1971). دراسة تجريبية مقارنة في ديناميات تعيين صورة الجسم وصورة الذات في فئات اكلينيكية مختلفة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
62. يعقوب، غسان (1999). سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، الإسكندرية: دار الفارابي.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- Ahuja RB,& Bhattacharya S. (2004).Burns in the developing world and burn disasters. British Medical Journal, 2004, 329: 447-449.
- American psychiatric Association,(1994).**Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders"DSM-IV"**.Washington
- Angie ,Strickland(2004). Body Image And Self-Esteem: A Study of rehationships And Comparisons between More And Less physically Active College Women. **Doctoral Theises**.The Florida State University.
- Arif Mohammed , Ramprasad K.S.(2013) Prevalence of Anxiety and Depression in Burns Patients in a Tertiary Care Hospital, Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS). Vol 10, 4, 06-09.
- Banfield,S. &McCabe,M.(2002). An evaluation of the construct of body image, **Adolescence**,37(146): 373-393.
- Baron R A (1989).**Psychology, the essential science**, Allyn& Bacon, London.
- Baur K.M., Hardy P.E., & Van Dorsten B. (1998) Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of literature. Journal of Burn Care & Rehabilitation. 19, 230- 240.
- Beidel DC, Turner SM (1985). Psychological cognitive and Behavioral Aspects of social anxiety, **Behavior Research and Therapy**,V23.N2: 230-257.
- Bergeron,D.(2007).the relationshipbetween body image Dissatisfaction and Psychological Health. An Exploration of Body Image injoounge, **A Doctoral project submitted in partial fulfillment of the**

Requirement for the Degree Doctor of Philosophy.The Ohio State University.

- Bernstein N. (1976). Emotional Care of the Facially Burned and Disfigured. Little, Brown and Co., Boston.
- Bogels. Susan and Others.(2002): Self Focused Attention and Social Anxiety: The Effects of Experimentally heightened Self-Awareness on Fear ,Blushing, Cognitions, and Social Skills, Ny, **Journal of Cognitive Therapy and Research** ,26(4).
- Breaky, J.(1997). **Body image: The Lower-Limb Amputee.** American Academy of Orthotists&Prosthetists.
- Brennan.A.Maggie,Lalonde.E.Christopher,Bain.L.Jody(2010). Body image perceptions: Do gender differences exist. **Journal of Undergraduate Research.im**
- Browne G, Byrne C, Brown B, Pennock M, Streiner D, Roberts R, Eyles P, Truscott D, Dabbs R(1985). Psychosocial adjustment of burn survivors. *Burns Incl Therm Inj*;12: 28–35.
- Brown, T.A, Cach, T.F,& Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body-image Assesment: Factor Analysis of the Body –Self Relations Qustionnaire. *Jurnal of personality Assessment*, 55, 134--155
- Butters, J. W., & Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55(6), 889-897.
- Casal e R, Alaa L, Mallick M, Ring H..(2009) Phantom limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. *Eur J Phys Rehabil Med*; 45: 559–566.

- Cash, Thomas F, Melanie T.& Santosb, Williams .(2005). Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory, **Journal of Psychosomatic Research**,vol. 58,pp; 191– 199.rceived importance of appearance attributes
- Cash T.F.(1997). **The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks**. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Corry, N., Pruzinsky, T., & Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychological adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*, 6, 539-548..
- Coffey Laura.(2012).Goals, Adaptive Self-Regulation, and Psychosocial Adjustment to Lower Limb Amputation: A Longitudinal Study, School of Nursing and Human Sciences Dublin City University Submitted for the award of PhD.
- Cox, M.S.W., Serena B. Call, M.S.W.(2004). Shedding the layers: Exploring the impact of burn camp on adolescent campers' body image, The University of Georgia School of Social Work. *Journal of Burn Care & Rehabilitaton*.
- Delilah O. Noronha, MS, and Jan Faust.(2007). Identifying the Variables Impacting Post-Burn Psychological Adjustment: A Meta-Analysis *Journal of Pediatric Psychology* 32(3). 380–391.
- Ehde, D. M., & Wegener, S. T. (2008). Management of Chronic Pain after Limb Loss. In P. Gallagher, D. M. Desmond & M. MacLachlan (Eds.), *Psychoprosthetics: State of the Knowledge* (pp. 33-51). London: Springer-Verlag.

- Elsevier, BV (1991): Coping with a mputation and phantom limb pain, **Journal of psychosomatic research**, 46(4).
- Eng,Winnie.,Heimberg,Richard G.(2006).**social anxiety disorder**.New York.(pp.368-383).
- Fauerbach, Heinberg,., Lawrence.(2000).Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury, *Psychosomatic Medicine* ,62: 576–582.
- Fang,A, Hofman,S.G(2010).Relationshipio between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder, **ClinPsychol Rev**,Vol.30,no.4: 1040-1048
- Fauerbach, James A.; Heinberg, Leslie J.; Lawrence, John W.; Bryant, Amy G.; Richter, Linda; Spence, Robert J. (2002) Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, Vol 21(2), , 115-121.
- Fauerbach, James A.; JAMES A. FAUERBACH, PH.D., LESLIE J. HEINBERG, PH.D., JOHN W. LAWRENCE PH.D., ANDREW M. MUNSTER (1999) Effect of Early Body Image Dissatisfaction on Subsequent Psychological and Physical Adjustment After Disfiguring Injury, *Psychosomatic Medicine* 62: 576–582.
- Ferda I., Gamze, A., Nesim, K. and Orhan, D(2004). Social Phobia Among University Students and Its Relation to Self- Esteem and Body Image, **The Canadian Journal of Psychiatry**, 49,630-634.
- Ferguson, J., Keeling, J. J., & Bluman, E. M. (2010). Recent Advances in Lower Extremity Amputations and Prosthetics for the Combat

- Injured Patient. *Foot and Ankle Clinics of North America*, 15(1), 151-174.
- Gailey, R., Allen, K., Castles, J., Kucharik, J., & Roeder, M. (2008). Review of secondary physical conditions associated with lower-limb amputation and longterm prosthesis use. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(1), 15-30.
- Graham LE, Parke RC. (2004).The Northern Ireland troubles and limb loss, a retrospective study. *Prosthet Orthot Int*;28: 225-9.
- Hadley,S.J.,Ggreenberg,J. and Hallander,F.(2002). Diagnosis and treatment of Body Image Dysmorphic Disorder in Adolescents,**Current Psychiatric Reports**, 4.108-111.
- Hanley,F(2004). The Dynamic body image and moving body: A theoretical investigation. **Doctoral Theises**. Faculty of arts victoria University
- Hawamdeh,M Z. Othman,YS.Ibrahim,AL.(2008).**Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients**. University of Jordan.
- Hawksworth, D. L. 1993. **The tropical fungal biota: Census, pertinence.**
- Hodgkincon,P, Stewart,M(1991).**Coping with Castrophe**,Ahandbook of Disaster Management Rouledge.
- Holzer,L.A. Sevelda,F. Fraberger,G. Bluder,O. Kicking,W. Holzer, G.(2014). **Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees.**
- Hoyat,W(2001). Satisfaction with Body image and peer relationships for male and female, **sex Roles**,45(34): 3-13.

- Hudson, J, Rapee, R(2000).**The Origins of Social Phobia**. Behavior Modification.NY.
- Hugo Senra , Rui Araga~o Oliveira , Isabel Leal and Cristina Vieira.(2011).Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation, *Clinical Rehabilitation* 26(2) 180–191
- James H. Binns, Committee Chair Carolee Barlow.(2011).Research Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses, U.S. Department of Veterans Affairs Washington, D.C. patients following traumatic injuries. Manuscript submitted for publication.
- Janine,Phillips.(2004).**Absolutely every body,Center for health promotion, womaen, and children hospital**, as part of the out of school hours car programs(NOSH) pilot workshop
- Kaplen,H, Sadock,M (1994).**Synopsis Of Psychiatry**, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Edition 8. NY. Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Karen Y , Tsukada, M.A(2003): How You Look Depends On Where You Are Individual And Situational Factors In Body Image, **Doctoral Dissertation**, Graduate School, Ohio State university.
- Kashdan, T.B., & Wenzel, A. (2005). A transactional approach to social anxiety and the genesis of interpersonal closeness: Self, partner, and social context. **Behavior Therapy**, 36, 335-346.
- Kiesel, T. (1971). **Zu einer Hermeneutik naturwissenschaftlicher Entdeckung** ,*Zeitschr. f Allgem. Wissenschaftstheorie*, 221
- Kocovski N (2002).**Attentional Biases and Coping With Social Anxiety**, YorkUniversity.

- Lancheng,Hsiu.(2006).**Body image dissatisfaction of college woman: Potential risk and protective factors**.A Dissertation presented to the faculty of the Graduate school. University of Missouri-Colombia
- Landolt, Markus A, Sandra Grubenmann, and Martin Meuli, (2000). Psychological Long-Term Adjustment in Children with Head Burns, *J Trauma*.;49: 1040–1044.
- Margraf,J&Rudolf,K(1990). **Angst in sozialen Situationen, Hohengehren**, Germany.
- Marts,M.(1987).**Fear,Fobias and rituals,Panics anxiety, and the disorder**.Network: Oxford University Press.
- Mugo,N.N(2010).The Effects of Amputation on Body Image And Well-Being. **Doctoral Thesis**. Turk University of Applied Sciences.
- Murray, C.D. and Fox, J. (2002) Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee. *Disability and Rehabilitation*, 24(17), 925-931.
- Nuray Akkaya, Nilgün Şimşir Atalay, Selin Taflan Selcuk et al.(2015)impact of body image on quality of life and mood in mastectomized patients and amputees in Turkey, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 12, (11)*,2669-2689.
- Patterson DR, Everett JJ, Bombardier CH, Questad KA, Lee VK, Marvin JA.(1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychol Bull*;113: 362–78.
- Philips,N.,Man,A.(2010). Weight stands and body image satisfaction in adult Men and Women. **North American Journal of Psychology**.12(1): 171-184.
- Phillips ,K.A, Coles, M.E., Menard, W., Pagnon, M.E, Fay C, Weisberg, R.B. and Stout, R.L. (2006). Body Dysmorphic Disorder and

- Social Phobia: Cross-Sectional and prospective data. **Journal Anxiety and Depression**.23(1): 26-33.
- Phillips, K.A., Stout, R.L. (2006).Associations in the Longitudinal course of body Dysmorphic disorder with major depression obsessive-compulsive disorder , and social phobia. **Journal of Psychiatric Research**. 40(4): 360-369.
- Pinto, A.,Phillips,k.A.(2005).Social Anxiety in Body Dysmorphic Disorder. **Body Image**.2(4): 401-405.
- Pick, A. (1922), Störung der Orientierung am eigenen Körper, **Psych. Forschung**, 303-318
- Price-Williams, D. R., (1989)**Proprioception and personal identity**, *Philos. and Phaenom. Res.* 17, 536-545.
- Rahul P. K Dalal, Saha, Manu Agarwal.(2010). Psychiatric aspects of burns.Indian J Plast Surg. September; 43(Suppl): S136–S142.
- Rowe, A. S. . (1995), **The somatic apperception test**, *J. of General Psychology* 68, 59-69.
- Rumsey, N., Bull, R. & Gahagan, D. (1982). The effect of facial disfigurement on the proxemic behaviour of the general public. *Journal of Applied Social Psychology*, 12, 137-150.
- Sideli, A. Prestifilippo, B. Di Benedetto, R. Farrauto, R. Grassia, A. Mulè, (2010).Quality of Life, Body Image, and Psychiatric Complications in Patients with a Burn Trauma: Preliminary Study of the Italian Version of the Burn Specific Health Scale-Brief, *Ann Burns Fire Disasters*. 2010 Dec 31; 23(4): 171–176.
- Slade,P.d.(1994).What is body image ?**Behavior Research and therapy**,32,497-502.
- Shontz, F. C. (1969), *Perceptual and cognitive aspects of body experience*, New York, Academic Press.

- Shontz, F. C. (1975), **Body image and its disorders**, *Int. J. Psychiat Med.* 5, 461-472
- Sparhawk. M.Julie.(2003).Body Image and the media: The media's influence on Body Image,**MasterThesies**, University of Wisconsin- stout.
- Stewart CP, Jain AS. An epidemiological study of war amputees and the cost to society. *Prosthet Orthot Int* 1999 Aug;23(2): 102-106.
- Striegel, R., Franko, D.(2002). Body Image Issues among Girls and Women. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body Image: A handbook of theory, Research, and Clinical Practice** (p. 183-191). New York: Guilford Press.
- Tejaswini Kulkarni1, Deepali Hande, Kalpita U. Parab. (2014). Body image and quality of life among individuals with lower limb Amputation, Indian, **Journal of Basic and Applied Medical Research**; June 2014: Vol.-3, - 3, P. 63-66.
- Thompson,J.K.,Heinberge,L.,Altabe,M&Tantleff,S.(1999).**Exacting beauty: Theory,assessment, and treatment of body image distuvbance**.Washington, DC: American Psychologicak Association.
- Tierney, Lawrence, Stephen. Jr. (2006): **Current Medical Dignosis And Treatment**, Librain du Liban.Striegel-Moore, R., Franko, D. Body Image Issues among Girls and Women. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), **Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice** (p. 183-191). New York: Guilford Press.
- Wain, H.J., Grammer, G., Stasinos, J., & DeBoer, C. (2004). Psychiatric intervention for medical surgical
- Wald. J. 2004. *Journal of rehabilitation*. Psychological factors in work-related amputation: Consideration for rehabilitation counsellors. 70(4) 6-15. [http:](http://)

[//web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf](http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf) Retrieved on 18.02.2009

- Ward H.W., Moss R.L., Darko D.F., Berry C.C., Anderson J., Kolman P., et al. (1987) Prevalence of postburn depression following burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 8, 294-298.
- Watson, D. & Friend, R.(1991).Measurement of Social evaluative anxiety, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 33: 448-456.
- Wetterhaha, K. Hanson, C; Levy, C (2002): Effect of participation in physical activity on body image of Amputees,**American Journal of physical Medicine and Rehabilitation U.S.A.**
- Williams, R., Ehde, D., Smith, D., Czerniecki, J., Hoffman, A., & Robinson, L. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Disability & Rehabilitation*, 26(14-15), 862-874
- Xie, B., Unger, J. B., Gallaher, P., Johnson, C. A., Wu, Q., & Chou, C. (2010). Overweight, body image, and depression in asian and hispanic adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 34(4), 476-488.
- Yetzer,EA, Schandlers, Routtl, Trunbaughk(2004): **self-concept and Body Image in persons who are spinal cord injured with and without lower limb amputation, Heath Care system**, Long Beach, California U.S.A.
- Ziegler-Graham K1, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Trivison TG, Brookmeyer R.(2008)**Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050**. *Arch Phys Med Rehabil.*;89(3):422-9.

ملاحق الدراسة

ملحق(1): أسماء السادة المحكمين لمقياس صورة الجسد.

ملحق(2): مقياس صورة الجسد المستخدم في الدراسة الاستطلاعية.

ملحق(3): مقياس القلق الاجتماعي المستخدم في الدراسة الاستطلاعية والدراسة الحالية.

ملحق(4): مقياس صورة الجسد المستخدم في الدراسة الحالية في صورته الأولية.

ملحق(5): مقياس صورة الجسد المستخدم في الدراسة الحالية في صورته النهائية.

ملحق(6): دراسة الحالة.

ملحق(7): الموافقات والتسهيلات.

ملحق (1)

أسماء السادة المحكمين لمقياس صورة الجسد

م	المُحكّم	الاختصاص العام والدقيق	الوظيفة
1	أ.د. كمال بلان	الإرشاد النفسي	الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
2	د. أحمد الزعبي	الإرشاد النفسي	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
3	د. رغداء نعيصة	الإرشاد النفسي	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
4	د. صباح السقا	الإرشاد النفسي	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
5	د. اعتدال عبد الله	القياس والتقويم	مدرسة في قسم القياس والتقويم (كلية التربية- جامعة دمشق).
6	د. رنا قوشحة	القياس والتقويم	مدرسة في قسم القياس والتقويم (كلية التربية- جامعة دمشق)
7	د. عائشة ناصر	الإرشاد النفسي	مدرسة في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
8	د. زين دوبا	علم النفس البيئي	مدرسة في قسم علم النفس (كلية التربية- جامعة دمشق).
9	د.ضحى عبود	الإرشاد النفسي	مدرسة في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).
10	د. ناديا رتيب	الإرشاد النفسي	مدرسة في قسم الإرشاد النفسي (كلية التربية- جامعة دمشق).

ملحق (2)

مقياس القلق صورة الجسد المستخدم في الدراسة الاستطلاعية

معلومات عامة:

الاسم أو الرمز العمر الجنس المهنة:.....

تعليمات المقياس:

بين يديك مجموعة من العبارات التي تكشف عن الطريقة التي تؤثر بها بعض المشكلات النفسية والبدنية الضاغطة على حياة الناس بمختلف أعمارهم. وعليك أن تجيب عن هذا المقياس بوضع إشارة (√) أمام العبارة وتحت الخانة التي تعتقد أنها تنطبق عليك تمام الانطباق، وتذكر أنه لا توجد إجابة صحيحة وخاطئة، المهم أن تجيب عن كل عبارة من عبارات المقياس بصدق وأمانة، مع الرجاء عدم ترك أية عبارة دون إجابة.

وأمام كل عبارة ثلاث إجابات يمكن أن تنطبق إحداها عليك:

إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة، ضع علامة (√) تحت الخانة موافق.

وإذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة، ضع علامة (√) تحت الخانة أحياناً.

أما إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة قليلة، فضع علامة (√) تحت الخانة غير

موافق. هذه العبارات ليست امتحاناً لك، ولذلك لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

- لا تضع أكثر من علامة (√) أمام كل عبارة.

- لا تترك أي عبارة دون أن تحدد موقفك منها.

م	العبارات	موافق	أحياناً	غير موافق
1	يقول زملائي بأنني ذو مظهر جميل.			
2	أحياناً أشتري ملابس خاصة لإخفاء بعض العيوب في مظهري.			
3	أنا متضايق جداً من ضعف جسمي، عندما أرى أجسام زملائي متناسقة.			
4	أحب النظر إلى مظهري في المرآة.			
5	أرغب بتغيير بعض أعضاء جسدي			
6	أشعر بأن جسمي أقل جاذبية عندما أمرض أو أتعاطى الدواء			
7	أتمنى أن يبدو مظهري أفضل من ذلك.			
8	كنت أتمنى أن يكون مظهري مثل مظهر معظم زملائي.			
9	أشعر بالخجل عندما أنظر إلى جسدي في المرآة.			
10	يبدو أن وزني أقل من وزن زملائي، وهذا يشعرنني بالضيق.			
11	استشرت خبير طبي بشأن عيوب جسدي.			
12	أشعر بالضيق للنظام الغذائي الصارم الذي يمارسه أهلي معي.			
13	أشعر بالرضا عن ملامح جسمي.			
14	لا يعجبني قوام جسمي، عندما أقارن مظهري بمظاهر الآخرين.			
15	ترجعني جداً تعليقات زملائي السلبية لبعض ملامح جسدي.			
16	أخشى أن يكتشف الآخرون العيوب في مظهري.			
17	أتردد كثيراً في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية داخل وخارج المدرسة عندما لا أكون راضياً عن مظهري.			

م	العبارات	موافق	أحياناً	غير موافق
18	أتجنب دائماً الكتابة على السبورة أمام الطلاب خوفاً من تعليقات زملائي على مظهري.			
19	أشعر بأن أجسام أكثر حيوية وجاذبية من جسدي.			
20	أشعر بالضيق كلما ذهبت إلى عيادة الطبيب			

ملحق (3)

مقياس القلق الاجتماعي

البيانات العامة:

- الاسم أو الرمز:.....
- العمر:.....
- الجنس:.....
- العمل:.....
- مدة الإصابة:.....
- نوع الإصابة: (أطراف علوية، أطراف سفلية، حروق في الوجه، حروق في الجسم، حروق في الوجه، تشوه في الوجه، تشوه في الجسم، إصابة في الجسم خفيفة، إصابة في الجسم شديدة، غيرها).

التعليمات:

يعرض عليك هذا المقياس مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك وتصرفاتك في مواقف الحياة المختلفة، ويوجد أمام كل عبارة مجموعة اختيارات هي بالترتيب (نعم - أحياناً - لا).

المرجو منك قراءة كل عبارة بدقة ثم إبداء رأيك بوضع علامة (صح) تحت الاختيار الذي ينطبق عليك من ثلاث اختيارات أو بدائل (نعم - أحياناً - لا).

- فإذا كانت العبارة تنطبق عليك بشكل كامل، ضع إشارة صح في حقل (نعم).
- إذا كانت العبارة تنطبق عليك في بعض الأوقات ضع إشارة صح في حقل (أحياناً).
- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ضع إشارة صح في حقل (لا).

المقياس هو لغايات البحث العلمي فقط، ولاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة الإجابة تعد صحيحة فقط طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة، ومما

يجب التأكيد عليه أن إجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بسرية تامة، ولا تستخدم في غير أغراض البحث العلمي.

لا تضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل عبارة.

لا تترك أي عبارة دون أن تحدد موقفك منها.

م	العبارات	نعم	أحياناً	لا
1	أتضايق عندما يطلب مني إلقاء كلمة أمام الآخرين.			
2	أشعر بالغبثان عندما أكون مع جماعة لا اعرفها.			
3	أجلس دائماً في المقاعد الأمامية عند حضور أية محاضرة.			
4	أعبر عن رأيي بصراحة عندما اختلف في الرأي مع الآخرين			
5	اشعر بالتوتر عندما أكون موضع ملاحظة مع الآخرين.			
6	أشعر بجفاف الفم عندما أتحدث أمام جمع من الناس.			
7	أتجنب المواقف الاجتماعية التي تتطلب مني المشاركة الفعالة.			
8	عندما يطلب مني الحديث مع الآخرين لا أعرف من أين أبدأ.			
9	أشعر بالانقباض عندما أقوم بعمل ما أمام الآخرين.			
10	ترتجف يداي عندما أقوم بكتابة شيء ما أمام الآخرين.			
11	أتجنب دائماً دخول الأماكن المزدحمة بالناس.			
12	أتحدث بطلاقة مع الآخرين.			
13	أتضايق عندما يقول الناس عني إنني غير قادر على أداء عمل ما.			
14	أبتعد عن الآخرين خوفاً من الإصابة بنوبة إغماء.			
15	أرغب في الالتحاق بوظيفة تتطلب التعامل مع الناس.			

م	العبارات	نعم	أحياناً	لا
16	لا أستطيع تجميع أفكاري عندما أتحدث مع مسؤول ما.			
17	تجرح مشاعري بسهولة عندما ينتقدي الآخرين.			
18	أتلثم في الكلام عندما أبادر بالحديث مع الآخرين.			
19	أشعر بالسعادة عندما أقوم برحلة مع أصدقائي.			
20	أتجنب المواقف التي تتطلب مني التعليق على موضوع ما.			
21	عندما أتكلم مع أي شخص لا أستطيع تركيز نظري في عينيه.			
22	أشعر بالآلام في معدتي عندما يطلب مني أن أتكلم أمام الآخرين.			
23	أتجنب العمل مع الآخرين خوفاً من الوقوع في الخطأ.			
24	تتطاير وتتداخل أفكاري عندما أتحدث مع الآخرين.			
25	أخجل عندما ينادي علي شخص ما لا أعرفه أمام الآخرين.			
26	يعرق جسمي عندما ألاحظ أن الآخرين يراقبونني.			
27	من السهل عليّ التحدث مع الآخرين الذين أقابلهم لأول مرة.			
28	يمكنني التركيز في أي عمل أقوم به أمام الآخرين.			

ملحق (4)

مقياس صورة الجسد المستخدم في صورته الأولى

- الاسم أو الرمز:
- العمر:
- الجنس:
- العمل:
- مدة الإصابة:

نوع الإصابة: (أطراف علوية, أطراف سفلية, حروق في الوجه, حروق في الجسم, حروق في الوجه, تشوه في الوجه, تشوه في الجسم, إصابة في الجسم خفيفة, إصابة في الجسم شديدة, غيرها)

م	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
1	أنظر إلى جسدي نظرة إيجابية				
2	يزعجني التشوه التي لحق بجسمي				
3	أقبل التغيرات التي طرأت على جسمي بعد الإصابة				
4	أثرت الإصابة سلبياً على شكلي الخارجي				
5	لدي ثقة بنفسني على الرغم من التشوه الناتج عن الإصابة				
6	أشعر أن جسمني متناسق				
7	مظهري يؤدي لنفور الناس مني				
8	أنا متقبل لعيوب جسمني				

م	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
9	أمضي كثيراً من الوقت وأنا أتأمل شكلي في المرآة				
10	أشعر بالخجل عندما أنظر إلى جسمي في المرآة				
11	أفكر مطولاً فيما حدث لي من تغيرات في شكل جسمي				
12	أشعر بالنقص والعجز بسبب مظهري				
13	أحاول إخفاء عيوب جسمي أمام الآخرين				
14	إن شكلي أصبح عائقاً في حياتي				
15	ينتابني شعور أن شكلي هو سبب فشلي				
16	أحزن كثيراً عندما أفكر بشكلي				
17	يحزنني شكلي عندما أفكر به				
18	لا يعجبني قوام جسمي عندما أقارن مظهري بمظهر الآخرين				
19	أشعر أن الناس ينظرون لي بشفقة بسبب حالتي الجسمية				
20	أتجنب حضور المناسبات الاجتماعية بسبب شكلي الجسدي				
21	تركني نظرات الأطفال المتمحصة في إصابتي				
22	تشجيع أصدقائي يسهم في تعزيز ثقتي بنفسي				
23	تعليقات الآخرين السلبية لا تؤثر علي				

م	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
24	يعزز أهلي موقفي الإيجابي من شكلي				
25	أعرض للانتقاد والسخرية من قبل الآخرين بسبب شكل جسمي				
26	لا أستطيع البقاء طويلاً في مكان واحد بسبب التنشوء في جسدي				
27	أشعر أن الناس يبتعدون عني لشعورهم بأن منظر جسمي غريب				

ملحق (5)

مقياس صورة الجسد في صورته النهائية

- الاسم أو الرمز:
- العمر:
- الجنس:
- العمل:
- مدة الإصابة:

نوع الإصابة: (أطراف علوية، أطراف سفلية، حروق في الوجه، حروق في الجسم، حروق في الوجه، تشوه في الوجه، تشوه في الجسم، إصابة في الجسم خفيفة، إصابة في الجسم شديدة، غيرها).

م	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
1	ما زلت أنظر إلى جسدي نظرة إيجابية رغم إصابتي وتشوه جسدي				
2	تزعجني آثار التشوه الذي لحق بجسدي كلما أفكر فيه				
3	أقبل التغييرات التي طرأت على جسدي بعد الإصابة				
4	أثرت الإصابة والتشوه الناجم عنها سلبياً على شكلي الخارجي				
5	لدي ثقة بنفسني علر الرغم من آثار الإصابة على جسدي				
6	جسدي متناسق رغم الأذى الذي لحق به من الإصابة				
7	أعتقد أن مظهري الحالي بعد الإصابة يؤدي لنفور الناس مني				
8	أقبل عيوب جسدي				
9	أفكر كثيراً بالتشوهات التي لحقت بي بعد الإصابة				
10	أعتقد أن الناس تشفق علي عندما ترى إصابتي				

م	العابــــــــــــــــارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
11	أقارن بين شكل جسدي قبل وبعد الإصابة بشكل متكرر				
12	إن التشوه الذي لحق بجسدي لا يؤثر على تقديري لذاتي				
13	أشعر بالخجل عندما أنظر إلى جسدي في المرآة				
14	يحزنني التفكير فيما حدث من تغيرات في شكل جسدي				
15	أشعر بالعجز والنقص بسبب ما عليه شكلي بعد الإصابة والتشوه				
16	أشعر برغبة في إخفاء عيوب جسدي وتشوّهه عن الآخرين				
17	أشعر أن شكل جسدي بعد الإصابة أصبح عائقاً لتواصلي مع الآخرين				
18	أشعر أن شكل جسدي الحالي هو سبب فشلي				
19	أحس بالغضب عندما أتذكر جسدي قبل الإصابة				
20	أصبحت أكره جسدي بعد الإصابة والتشوه				
21	لا يعجبني شكل جسدي عندما أقارنه بالآخرين				
22	أشعر بالاشمئزاز من تشوهات جسدي				
23	أرفض جسدي بشدة حالياً عندما اشاهد صوراً قديمة لي وجسدي سليم				
24	أحب جسدي كيفما كان				
25	أخاف ردود فعل الناس عندما تراني أول مرة بعد التشوهات الناجمة عن إصابتي				
26	أصبح الناس ينظرون لي بشفقة بسبب حالتي الجسدية بعد الإصابة				
27	أتجنب حضور المناسبات الاجتماعية بسبب التشوهات التي لحقت بجسدي				
28	ترجعني نظرات الأشخاص التأملية والمركزة على إصابتي وتشوّهي الجسدي				

م	العابــــــــــــــــارات	دائماً	غالباً	أحياناً	أبداً
29	تشجيع اصدقائي ودعمهم لي بعد إصابتي يعزز ثقتي بنفسي				
30	لا تزعجني تعليقات الآخرين السلبية على تشوه جسدي من جراء الإصابة				
31	موقف أهلي الإيجابي وتقبلهم لإصابتي ودعمهم يزيد من تقبلي للإصابة				
32	أعرض للانتقاد والسخرية بسبب التشوه الذي أصاب جسدي				
33	زاد تقدير الناس لي بعد الإصابة والأذى الذي تعرضت له				
34	ألقي المساعدة والدعم المعنوي من الآخرين				
35	أحاول الهروب والانسحاب عندما يبدأ الحديث عن إصابتي وتتجه الأنظار نحو جسدي				
36	تزعجني كثيراً الشفقة التي أراها في عيون بعض الناس لدى حديثهم معي				
37	يعاملني كثير ممن التقيتهم بعد إصابتي بتشوهات وكأنني إنسان عاجز				

ملحق (6)دراسة الحالة

إعداد

أ.د/ رياض العاسمي

تاريخ إجراء دراسة الحالة:..... رقم الحالة:.....

الفاحص الأول:..... الفاحص الثاني:.....

1- معلومات عامة:

الاسم الثلاثي:..... الجنس: ذكر/أنثى السن:.....

الإقامة الحالية:..... الجنسية:.....

العنوان:..... رقم الهاتف إن وجد:.....

جهة الإحالة:..... اسم المدرسة/ المؤسسة:.....

الصف الدراسي:..... الشعبة:.....

- الأب:

اسم الأب:..... هل هو على قيد الحياة؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة بنعم: العمر:..... العمل:.....

المستوى التعليمي:.....

إذا كانت الإجابة بلا: تاريخ الوفاة:..... سبب الوفاة:.....

عدد الزوجات:

ملاحظات أخرى:

- الأم:

اسم الأم: هل هي على قيد الحياة؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة بنعم: العمر: العمل: المستوى التعليمي:

إذا كانت الإجابة بلا: تاريخ الوفاة: سبب الوفاة:

ملاحظات أخرى:

- الأخوة والأخوات:

الأخوة والأخوات الترتيب بما فيهم الحالة

م	الاسم	الجنس	العمر	المستوى التعليمي	العمل/ الدراسة	ملاحظات
1						

عدد أخوته من أمه (إن وجد) عدد أخوته من أبيه إن وجد

عدد الأخوة المقيمين في المنزل

ملاحظات أخرى

- أقرباء يعيشون مع الأسرة:

م	الاسم	الجنس	العمر	درجة القرابة	العمل	التعليم
1						

توافق الأب النفسي:

- صحته العامة:

- العادات: (تدخين، إدمان كحول،..... الخ)

- اتجاهه نحو المسترشد(بكلمات المسترشد)

- عدد مرات زواجه وتاريخه:

- عدد مرات الطلاق وتاريخه:

- ميوله واهتمامه:

- سلوكه العام:

- درجة تعلق المسترشد بالأب:

توافق الأم النفسي:

- صحتها العامة:

- العادات: (تدخين، إدمان كحول،..... الخ)

- اتجاهها نحو المسترشد (بكلمات المسترشد)

- عدد مرات زواجها وتاريخه:

- عدد مرات الطلاق وتاريخه:

- ميولها واهتماماتها:

- سلوكها العام:

- درجة تعلق المسترشد بالأم:

توافق الأخوة النفسي:

الاسم	صحته العامة	سلوكه العام	توافقه مع المسترشد	مشكلات نفسية	نظرة المسترشد

الخلفية التاريخية لبيئة المسترشد (العميل) الأسرية والاجتماعية:

- المناخ الأسري: صفه لي
 - البيئة الاجتماعية: صفها لي
 - البيئة الاقتصادية: صفها لي
 - البيئة الثقافية: صفها لي
 - التقاليد الغالبة المميزة: في البيئة
 - معلومات عامة عن المسترشد بلغته
 - الشكوى (الأعراض) بكلمات المسترشد نفسه:
 - أ- بداية ظهور الأعراض (الشكوى):
 - ب- مسار الأعراض:
 - ج- الأوقات التي تظهر فيها الأعراض بشكل حاد:
 - د- الأوقات التي تخف فيها الأعراض:
- المشكلات الأسرية التي حدثت في فترة ظهور الأعراض:** (موت عزيز، زواج أو طلاق، مشكلات اقتصادية، انتقال من مكان لآخر، ولادة أخ،... إلخ).

ملاحظات أخرى:

- نشأة الاضطراب الحالي للمسترشد:
- أ- الشكوى التي يعاني منها المسترشد كما جاءت في تقرير الإحالة:
 - ب- الشكوى التي يعاني منها المسترشد من خلال كلام أحد الوالدين:
- كيف كانت استجابته:
- هل التحق الطفل بإحدى رياض الأطفال نعم: لا:
- كم كان عمره:

- كيف كانت استجابته:

الدخول إلى المدرسة الابتدائية:

سنه عند دخوله المدرسة: نوع المدرسة: خاصة/عامة

- كيف كانت ردة فعله أثناء التحاقه بهذه المدرسة:

- المدارس السابقة:

- المدارس الحالية: الصف: الشعبة:

- المواد التي يحبها:

-المواد التي يكرهها:

- المستوى التحصيلي:

- أي الصفوف الدراسية التي أعادها:

- الصعوبات الأكاديمية:

- الصداقات في المدرسة (كثيرة، قليلة، عميقة):

- علاقته بالأصدقاء: (سيئة، عادية، جيدة)

المشكلات السلوكية في المدرسة: (غياب متكرر، هروب، عدوانية، انطواء، نشاط

زائد.....إلخ)

- بداية ظهورها: أسبابها:

- المواقف التي تظهر فيها:

- كيفية التغلب عليها:

- الهوايات وأنواع النشاط في المدرسة(ثقافي، اجتماعي، رياضي، فني)....

- التعاون بين الأسرة والمدرسة:

- نظرة الأسرة لدور المدرسة وللتعليم:

- الطموحات المستقبلية للمسترشد:

المظهر الحالي للمسترشد والسلوك العام:

أ- العادات الحركية: (التحكم وفرط الحركة أو نقصها: لوازم، طقوس حركية، تزييد الحركة.....)

ب- المظهر العام للمسترشد: (الهيئة، الملابس، تعبيرات الوجه)

ج- الحالة المزاجية الدائمة (المرح، الكآبة، اللامبالاة، القلق، متوتر..)

محتوى التفكير من حيث:

- الوضوح:

- الاتجاه:

- الهدف:

- نوعه:

- استبصاره بمشكلته:

- فهم المشكلة وطبيعتها:

القدرات التحصيلية الحالية:

وسيلة التقدير مع ذكر النهاية العظمى والصغرى للتقدير	التقدير	المادة

القدرات العقلية العامة والخاصة والمقاييس النفسية:

أولاً: القدرات العقلية العامة:

القدرات العقلية العامة (الذكاء)	اسم المقياس	النتيجة	التاريخ	اسم الأخصائي

ثانياً: القدرات العقلية الخاصة

القدرات الخاصة	القدرة اللفظية	العددية	الميكانيكية	المهارات اليدوية	مهارات أخرى

ثالثاً: المقاييس النفسية:

اسم المقياس	مادة المقياس	النتيجة	التاريخ	ملاحظات أخرى	اسم الأخصائي

مستوى الوعي:

- الوعي بالزمان: ساعة، أسبوع، شهر، سنة
- الوعي بالمكان: أين نحن الآن، في أي مدينة تسكن
- الوعي بالأشخاص: من أنا، من هم الأشخاص الذين تقابلهم هنا

- الوضع الصحي والفحوص الطبية:

الحوادث	نزلات البرد	العمليات الجراحية	الأمراض المزمنة	سلامة الجسم

العلاقات الأسرية:

- اذكر من فضلك العلاقة الأسرية داخل منزلكم من حيث التفاهم والحب والكرهية بين أفراد الأسرة.

- المعاملة الأسرية من حيث (الطاعة، القسوة، المساواة، الألفة)

- الصراعات النفسية:

- النوم والأحلام:

- ملاحظات أخرى:

تقرير الحالة

اليوم:

التاريخ:

المرشد النفسي

ملحق (7)

الموافقات والتسهيلات

المصنف :
الموضوع :

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
رئيس الجامعة

التاريخ : ٢٠١٤/٩/١
١٠ ايار ٢٠١٤

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب

إشارة إلى كتاب قيادة فرع جامعة دمشق لحزب البعث العربي الاشتراكي رقم /١٢٩٢/
تاريخ ٢٠١٤/٩/١ .

يرجى تسهيل مهمة طالب الماجستير أسامة كاسوحة المسجل في كلية التربية ، بإحصاء عدد المصابين الذين دخلوا مشفى المواساة وأصيبوا بتشنجات جراء هذه الإصابات وإجراء لقاءات مع بعض المصابين لتطبيق استبيانات الرسالة عليهم التي يعدها بعنوان : " صورة الجسد وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى المصابين بتشنجات خلقية " بإشراف الدكتورة كارولين المحسن .

علما أن جامعة دمشق لا تتحمل أية نفقات جراء ذلك .

شاكرين حسن تعاونكم ،،،

دمشق في ١٠ ايار ٢٠١٤
أديبة

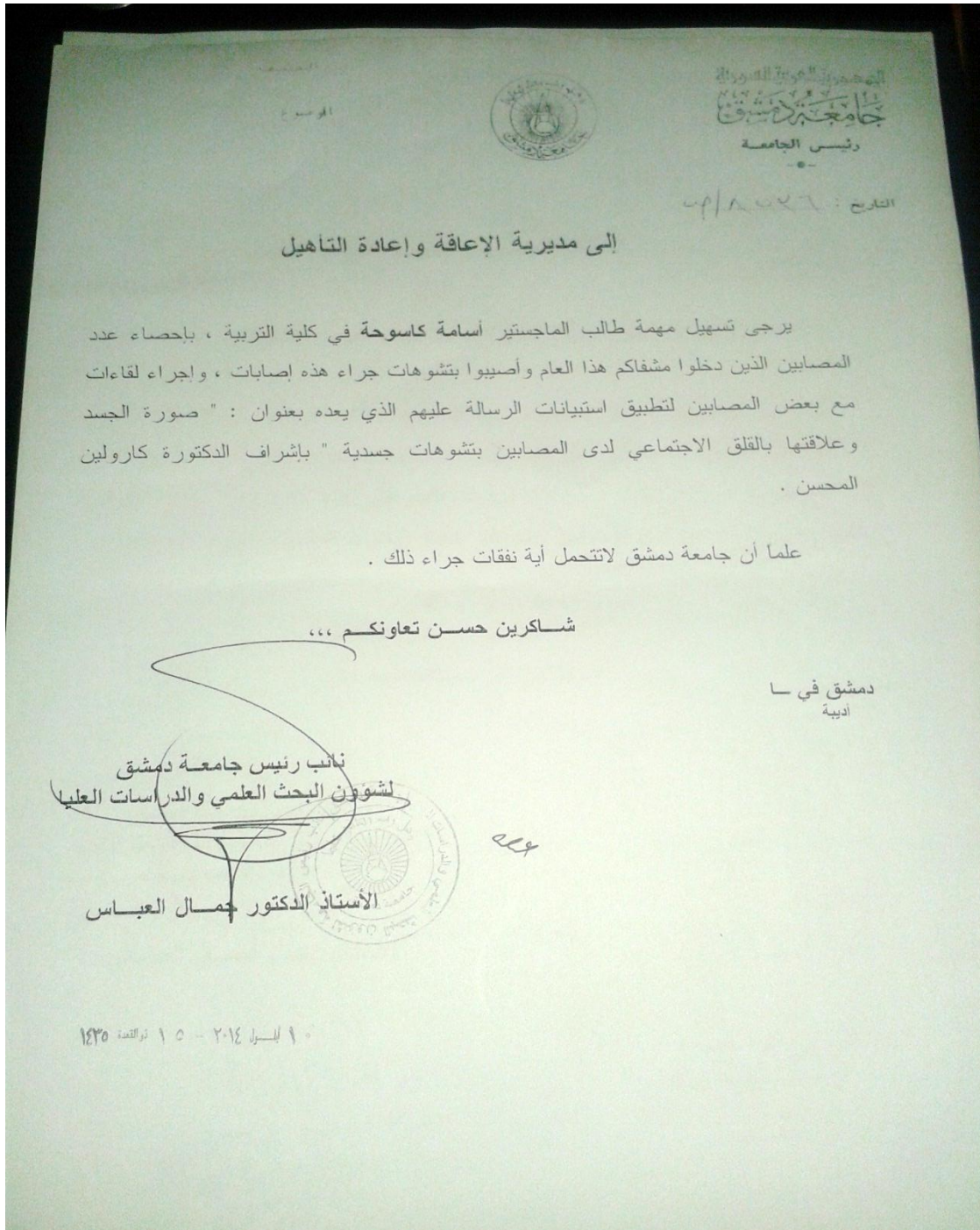
نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور جمال العباس

٥٥٤٦
١٢/٩/١٠

١٠ ايار ٢٠١٤

١٠ ايار ٢٠١٤





Abstract

Body image and it's relationship with social anxiety in people with physical deformities

A study on a sample of those affected by violence acts in Syria

Loss of limbs are parting with one of the limbs of the body experience. And the loss of a limb of the individual is a tragic event and in some cases, amputation seems to be inevitable. The number of people may witness the loss of limbs for one reason or another. As a result, their lives may go to the overall change. At the same time, amputation is a change in the body structure, but has a big impact on many of the social activities, and participate in activities and quality of life, and the other physical deformities, such as burns, and distortions in the body, they leave many psychological effects and social, such as deformation of body image, and social anxiety.

The fact that we are witnessing today in a state of turmoil and violence experienced by Syria's private, and a number of General neighboring Arab countries, no longer a secret volume of organic injuries and deformities and physical disabilities suffered by thousands of citizens, which have been ongoing for four years now, as a result of bombings and acts of violence, and missile fragments carried out by terrorists against unarmed civilians, where many of them these terrorist acts that have undermined public life affected, and the longer the results civilian personnel males and females of all ages with congenital

physical differentiated, such as physical burns of different nuances, and the amputation of one of the members or to the parties, as well as deformities of the face and spine, and other physical abnormalities of their disabilities carry out their responsibilities in their daily lives, also affected the psychological and social health and on their skills and career achievements also.

Objectives of the study:

1. According to this study to identify the extent of the effect of physical deformities caused by amputations and burns on the body image and social anxiety.

2. This study deals with one of modern topics that may enrich the psychological literature, a subject of physical deformities, he even addressed the Arab and foreign studies to study, but it has not been studied in depth in cases of wars and disasters, especially in Syria, and still in need of further theoretical and practical study.

3. This study can contribute to providing a better understanding of the concepts of body image and social anxiety and physical deformities.

4. This is the first study of its kind in the Syrian and Arab environment – within the limits of science Albages– which dealt with the physical deformities of amputations and burns in the body in relation to social anxiety.

5. The results of this study contribute to providing a better understanding of the variables body image and social anxiety in people

with deformities physical, and seek to provide appropriate services to them, and that by understanding the psychological and social factors that play an important role in body image and social anxiety disorder, as revealed in The case study on the qualitative level some cases of physical deformity and its impact on the individual agrees with these injuries, the future and the consequences resulting therefrom.

Tools of the study:

To achieve the objectives of the study, the researcher built a satisfaction questionnaire on body image after seeing the previous literature, which consists of (37) is distributed over three dimensions, it is a component of cognitive, social, and physical experience. Also used social anxiety prepared Alasemi Scale (2012) and the on a sample of (90) individuals with various physical deformities (amputations, burns, physical, and other distortions). As the researcher used to achieve the goal of studying descriptive analytical method.

Results:

The study found the following results:

- People with burns in the face, they are less satisfied with their body image.
- The owners of the distortions is the phenomenon in the body and distortions of light in the face are the least exposed to social anxiety during their interactions in everyday life.

– No correlation statistically significant differences between the scores of the study sample of people with physical deformities on body image scale dimensions and grades on the social anxiety scale dimensions.

– There are significant differences between the scores of the study sample of people with physical deformities on body image scale dimensions depending on the variable sex in favor of females.

– There are significant differences between Trafalgar older individuals and older from three categories of physical deformity in both social anxiety and body image in favor of younger, in the sense that individuals younger age are dissatisfied with their body image, and suffer from social anxiety.

– There are no significant differences between the scores of the study sample of people with physical defects on the social anxiety scale dimensions depending on the variable sex.

– There are significant differences between the scores of the study sample of people with physical deformities on body image scale dimensions variable depending on the type of injury for the benefit of people with deformities in the body.

– There are significant differences between the scores of the study sample of people with physical defects on the social anxiety scale dimensions variable depending on the place of infection for the benefit of the injured parties in limbs.

– There are statistically significant differences between the mean scores high body image and low body image in the total score of the scale of social anxiety in favor of low body image.

– There are differences on the qualitative level between individuals with burns amputees and people in body image and social anxiety and public consensus, and they have negative thoughts about oneself and others, as they suffer from conflicts and frustrations resulting from this physical deformities.

The researcher presented a set of proposals that are based on the findings of the current study, so as to continue efforts to search for social and psychological factors on physical and quantitative level adaptive suffered by the owners of the various physical deformities.

University of Damascus
Faculty of Education
Psychological Counseling Department



Body image and it's relationship with social anxiety in people with physical deformaties

A study on a sample of those affected by violence acts in Syria

**A research Submitted for Master Degree
in Psychological Counseling**

Prepared by
Ousama Kassouha

Supervised by
Dr. Caroline Almohsen
Dr. in the Department of Psychological Counseling

Damascus $\frac{2014 - 2015 \text{ AD}}{1435 - 1436 \text{ AH}}$