

القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية
والمخاوف المرضية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية
الدكتور/ ماجد مصطفى العلي

مراقب الأنشطة المدرسية - وزارة التربية - دولة الكويت

القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية

الدكتور/ ماجد مصطفى العلي

مراقب الأنشطة المدرسية - وزارة التربية - دولة الكويت

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى بحث العلاقة بين القلق الاجتماعي بكل من: الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة من أعضاء النادي الكويتي للمعوقين وطلبة مدارس التربية الخاصة بدولة الكويت من الجنسين، حيث بلغ عدد أفراد العينة (ن=148) بواقع (74 ذكور، 74 إناث)، و تراوحت أعمارهم بين 16-25 سنة بمتوسط عمر زمني 21,6 سنة وانحراف معياري 1,8، كما هدفت إلى دراسة الفروق بين درجات الذكور والإناث في متغيرات الدراسة الأربعة، بالإضافة إلى ذلك دراسة مدى إمكانية التنبؤ بالمتغير التابع وهو القلق الاجتماعي من خلال المتغيرات المستقلة موضع الدراسة، وأخيراً دراسة أثر كل من الجنس والوظيفة وتفاعلهما على القلق الاجتماعي. وقد تمت الاستعانة بالأدوات التالية: مقياس القلق الاجتماعي من إعداد Liebowitz (2004)، و مقياس الكفاءة الاجتماعية من إعداد أحمد الشيخ (2007)، و مقياس الوحدة النفسية من إعداد عبدالرقيب البحيري (1985)، و مقياس المخاوف المرضية من إعداد بدر الأنصاري (2002). وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الجنسين من أفراد العينة على درجات متغيرات الدراسة الأربعة وهي القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية.
- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية لدى عينة الدراسة الكلية.
- توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي بكل من: الوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية.
- يمكن التنبؤ بالقلق الاجتماعي من خلال المتغيرات التالية وبالترتيب حسب الأهمية: الوحدة النفسية ثم المخاوف المرضية وذلك لدى عينة الدراسة الكلية.
- يوجد أثر ذال للجنس على القلق الاجتماعي، في حين لا يوجد أثر دال يذكر للوظيفة أو تفاعل الجنس والوظيفة على القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية.

القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية

المقدمة :

" بعد القلق من أهم سمات عصرنا، فالقلق لب الصحة النفسية وصميمها، إذ إنه أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أيضا أساس جميع الإنجازات الإيجابية في الحياة، فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلالات الشخصية، واضطرابات السلوك (سامية القطان، 1986: 1). " يرى مخيمر أن ظاهرة القلق تصاحب الإنسان منذ مولده، فالرضيع يعيش القلق في صورة انغمار - صدمة الميلاد - ليتعلم بعد ذلك أن يستأنس جزءا من هذا القلق يستخدمه إشارة إنذار لتحريم مبدأ اللذة والألم لاستنهاض الدفاعات" (صلاح مخيمر، 1979: 99). يعتبر مفهوم القلق من المفاهيم القديمة جدا، حيث تمتد جذوره إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني، فقد أشار بيك Beck- نقلا عن - (وحيد كامل، 2003) - إلى أن مفهوم القلق موجود في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة، وكذلك فإن كتابات الفلاسفة في العصور الوسطى مثل الفيلسوف العربي ابن حزم قد أكدت وجود القلق كشرط أساسي للوجود الإنساني. هناك العديد من أنواع القلق المنتشرة بين أفراد المجتمعات تختلف كما ونوعا وذلك حسب الظروف والمؤثرات البيئية والاجتماعية والنفسية والتربوية المحيطة بهؤلاء الأفراد، ومن تلك الأنواع قلق الامتحان، قلق الزواج، قلق الأماكن المرتفعة، قلق قيادة السيارة والقلق الاجتماعي... الخ، والذي يعيننا هنا وتطور دراستنا حوله هو القلق الاجتماعي حيث نال هذا النوع من القلق والمعروف أيضا باسم الخوف الاجتماعي على اهتمام هائل. حيث نال القلق الاجتماعي والمعروف أيضا باسم الخوف الاجتماعي على اهتمام هائل على مدار السنين ولاسيما لدى المراهقين ويعرف الآن بأنه أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا (Chorpita & Barlow, 1998; Patterson & Ritts, 1997). وبصفة عامة يحدث القلق الاجتماعي في مرحلة مبكرة من الحياة وكثيرا ما يتداخل مع الأنشطة المعتادة في الحياة اليومية. لقد ارتبط القلق الاجتماعي أيضا بالاضطرابات الناشئة عن استخدام المواد واضطرابات القلق الأخرى والاكتئاب (Kummer & Harsanyi, 2008). يرى دولارد وميللر Dollord & Miller (1987: 30) (in: Michel, 1987) " أن القلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب، وهو يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد ولكن الصراع هنا شفوي، وينتج من خلال التنشئة الاجتماعية، فالطفل يقلقه احتمال حب الوالدين، بينما الشاب تقلقه صورته عن ذاته، وما يتطلع لتحقيقه في المستقبل، وحتى يخفف الفرد من القلق الناشئ عن الصراع الانفعالي فإنه يلجأ إلى الحيل الدفاعية". وإذا ترك القلق الاجتماعي دون علاج فإن الاضطراب يتبع في المعتاد مساراً مزمناً ومتواصلاً يؤدي إلى ضعف جوهري في الأداء المهني والاجتماعي. وبالرغم من انتشاره ودرجة التداخل التي يسببها في الحياة اليومية، إلا أن الخوف الاجتماعي أصبح مؤخراً موضع اهتمام الأبحاث الإكلينيكية فقط (Hofmann & Bogels, 2006). يتميز القلق الاجتماعي بقلق غامر في مواقف الحياة اليومية وكثيرا ما يتم تفادي هذه المواقف بسبب المخاوف من التعرض للمراقبة والتحقيق من قبل الآخرين Kummer & Harsanyi,

(2008). إن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يخافون من أنهم سيفعلون أو يقولون شيئا مخزيا أو محرجا أو يبذلون قلقين ظاهريا مما يترتب عليه تقييم سلبي من الآخرين (American Psychiatric Association [APA], 1994). ومن المواقف الشائعة التي يخشى منها التحدث علانية أمام الجمهور والذهاب إلى الحفلات ومقابلة الغرباء والتحدث لشخصيات في السلطة (Holt, Heimberg, Hope, & Liebowitz, 1992). وطبقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية فإن القلق الاجتماعي عبارة عن خوف مميز ومستمر من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الوظيفية التي يكون فيها الشخص معرضا لأفراد غير مألوفين له أو الشخص يتفحص من قبل الآخرين (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 1994). إن القلق الاجتماعي يؤثر على ما تصل نسبته إلى 13% من الأفراد في المجتمع الغربي في مرحلة معينة من عمرهم. (Geangu & Reid, 2006; Kashdan & Herbert, 2001) لقد أصبح القلق الاجتماعي - وهو اضطراب كان مهملا في وقت ما - معروفا على نطاق واسع بأنه يمثل مشكلة إكلينيكية هامة الأمر الذي أدى إلى تزايد الأبحاث بما في ذلك دراسات متعددة تركز على أساليب ومناهج الأداء (Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985). يعتبر الخوف الاجتماعي أحد أكثر التشخيصات الرئيسية شيوعا لدى الأطفال الذين يحضرون للعلاج في العيادات المتخصصة (Albano, Chorpita, DiBartolo, & Barlow, 1996; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992). وبالرغم من ذلك فإن مثل الحالات التي تضافى عليها الصفة الذاتية فمن المعتقد أنه يتم الإبلاغ عنها وعلاجها بصورة أقل لدى الأطفال. يبدأ الخوف الاجتماعي في المراهقة المبكرة ويستمر ويحدث بمعدل أعلى قليلا لدى الإناث مقارنة بالذكور (Last et al., 1992). يعمل الخوف الاجتماعي على إضعاف الأداء الاجتماعي والدراسي والمهني للفرد (Rapee, 1995) ويصاحبه تجنب نشط لمجموعة كبيرة من مواقف الحياة اليومية (Albano, 1995). قد يأخذ هذا الاضطراب لدى المراهقين شكل تجنب المحادثات والمشاركة في الألعاب الرياضية والتحدث بصوت عال في الفصل أو الانضمام إلى المجموعات الاجتماعية أو الدراسية. إن أنشطة النمو المرتبطة بعمر معين مثل الأنشطة المرتبطة بالبحث عن العمل أو إقامة علاقات قد تحدث في مرحلة متأخرة كثيرا عن نظرائهم الذين لا يعانون من الخوف الاجتماعي (Albano et al., 1996). إن المراهقين الذين يعانون من الخوف الاجتماعي يكونون قلقين بصورة زائدة عن الحد من أن يلقوا الرفض أو السخرية أو التقييم السلبي وتتميز أفكارهم بالاستخفاف بالذات.

(Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995; Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995). إن الاهتمام السلبي المنصب على الذات عادة ما يعطل أداء المراهق في المواقف الاجتماعية مما يترتب عليه حتما حدوث دورة قلق ضارة (Albano & Barlow, 1996)، ورغم ذلك فإن بداية الاضطراب عادة ما تظهر في منتصف مرحلة المراهقة (Beidel, Turner, & Morris, 2000). يتعرض

معظم الناس للقلق الاجتماعي في بعض الحالات ويسبب هذا القلق الاجتماعي ضعف كبير ويخفض من جودة نوعية الحياة عن طريق كبح تنمية الصداقة والتقدم المهني.

(Safren, Heimberg, Brown, & Holle, 1997; Schneier et al., 1994)

وفي الولايات المتحدة صنفت دراسات علم الأوبئة القلق الاجتماعي مؤخرا على أنه ثالث أكبر اضطراب نفسي في البلاد بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات حيث تشير التقديرات إلى أن 7-8% من السكان يعانون من أحد أشكال القلق الاجتماعي في مرحلة زمنية معينة وأن نسبة الانتشار طوال حياة الفرد للإصابة باضطراب القلق الاجتماعي تبلغ 13-14%. إن الأفراد المصابين باضطراب القلق الاجتماعي عادة ما يتعرضون لمحنة عاطفية كبيرة عندما يتم تعريفهم على أناس آخرين أو عندما يتعرضون للنقد (Saini, 2009). ومن أشكال القلق الاجتماعي الخوف من التحدث أمام مجموعات بينما الخوف الاجتماعي المعمم يشير إلى أن الشخص يكون قلقا وعصبيا وغير مرتاح في معظم المواقف الاجتماعية (Ali, 2008). يلعب القلق الاجتماعي دورا هاما في التفاعل الاجتماعي، فقد أشار مالكيكي وديميري Malecki and Demaray (2003) إلى أن المعلمين والآباء لهم تأثير قوي على تطوير ونمو المهارات الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين. كتب كريكندال Kuykendall - كما ذكر في - (Arthur, 2002, p. 183) - أنه "عندما يؤكد المعلم على مهارات اجتماعية في الفصل ويخلق مناخ من التعاون والاحترام للآخرين، تكون هناك مشكلات سلوكية أقل وسلوك أقل سلبية". في دراسة لهالغورد وفودي Halford and Foddy (1982) لاحظوا أن الأشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي شديد قد يكون لديهم تكرر أعلى للتفاعلات الذاتية المتعلقة برفض الآخرين لهم في التفاعلات الاجتماعية مقارنة بالأشخاص الذين يعانون من قلق أقل. ومن أجل تقييم العوامل التي تؤثر على حدوث القلق الاجتماعي، تم تقسيم عينة من الطلبة غير المتخرجين من 25 من ذكور و20 من إناث إلى مجموعات قلق اجتماعي مرتفع ومتوسط ومنخفض على أساس مقياس التجنب والضغط الاجتماعي. لقد تم تقييم أدائهم في سلسلة من التفاعلات الاجتماعية التي تم محاكاتها (اختبار تمثيل السلوك الاجتماعي) استنادا إلى مقياس يتم الإبلاغ عنها من الفرد نفسه عن القلق والمهارات الاجتماعية والإفادات الشخصية المعرفية وتصنيفات الحكم على السلوكيات العلنية. أشارت النتائج إلى وجود اختلافات في كافة مجموعات القلق في كل مجموعة من المتغيرات وتم استنتاج أن كلا من المتغيرين المعرفي والسلوكي يؤثران على القلق الاجتماعي. قام دافيدسون وهوكس وجورج وبليرز Davidson, Hughes, George, and Blazer (1994) بدراسة حدود ونطاق الخوف الاجتماعي، حيث قاموا بمقارنة 1488 من أفراد العينة الذين يعانون من الخوف الاجتماعي البدائي، لقد ادخل أفراد العينة في مقابلتين شخصيتين عن الخصائص السكانية والأسرية وضعف الأداء الدراسي واضطراب السلوك لدى المراهقين والدعم الاجتماعي والثقة بالنفس وأحداث الحياة الضاغطة والحالة الصحية والسلوكيات الباحثة عن الصحة والتلازم المرضي النفسي. لقد ارتبط الخوف الاجتماعي البدائي عن قرب بالخوف الاجتماعي حيث حصل أفراد عينة الخوف الاجتماعي البدائي على دعم اجتماعي موضوعي أقل وكان لديهم مستوى أقل من الثقة بالنفس في قدرتهم على

معالجة المشكلات بأنفسهم وكان لديهم استخدام متزايد للخدمات الصحية والمهذبات. لقد تعرض ما يزيد على 10% من أفراد الدراسة للخوف الاجتماعي الناتج عن تأثيرات إكلينيكية واجتماعية واقتصادية كبيرة. لا يجب أن يقوم الاختصاصيون الإكلينيكيون باقتصار العلاج على المرضى الذين يعانون من ضعف واضح ويجب أن يكون لدى الباحثين الرغبة في دراسة الخوف الاجتماعي البدائي وكذلك الخوف الاجتماعي الذي يستوفي المعايير التشخيصية القياسية. قام كل من ايزجيك واكيوز ودوجان وكوجو Izgic, Akyuz, Dogan and Kugu (2004) بدراسة الخوف الاجتماعي بين طلاب الجامعة وعلاقته بتقدير الذات وصورة الجسم. كان المشاركون في الدراسة 1003 طالب تم الاستعانة بهم من جامعة كوهوريت كعينة عشوائية. تم إخضاع أفراد العينة إلى جدول المقابلات التشخيصية الثالث المعدل (DIS-III-R) ومقياس الخوف الاجتماعي ومقياس روسنبرد لتقدير الذات واستبيان علاقات الجسد بالذات متعددة الأبعاد (MBSRQ). أشارت النتائج إلى أن انتشار الخوف الاجتماعي بين طلاب الجامعة بلغ 9.6 %، وكان انتشاره في السنة الماضية بلغ 7.9 % بينما كان تقدير الذات أقل بين الذين يعانون من الخوف الاجتماعي مقارنة بهؤلاء الذين لا يعانون منه. لقد حصل الطلاب الذين يعانون من الخوف الاجتماعي على نقاط أقل في استبيان علاقات الجسد بالذات متعددة الأبعاد (MBSRQ) مقارنة بالنقاط التي حصل عليها الطلاب الذين لا يعانون من الخوف الاجتماعي. وإجمالاً نجد أن الخوف الاجتماعي يؤثر كثيراً وبصورة سلبية على المسارات التعليمية والعلاقات الاجتماعية والمهنية لمن يعانون منه. هناك دفاع متزايد عن الإدراك المبكر والتدخل المبكر بالنسبة للاضطرابات الأخرى ويستحق ذلك أخذ عين الاعتبار في حالة القلق الاجتماعي (Swinson, 2005). "يدرك الأطباء النفسيين من خبراتهم الإكلينيكية أن حدود القلق الاجتماعي ليست واضحة بصورة مطلقة، ويواجهون أيضاً حقيقة أن القلق الاجتماعي نادراً ما يظهر كاضطراب في التماسك الاجتماعي" (Ariel, 2007, p. 432). وفي الوقت ذاته تم تطوير العديد من العلاجات الطبية والنفسية التي تساعد عدداً كبيراً من الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من الخوف الاجتماعي ويبحثون عن علاج. هناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى أنه توجد فروق بين الجنس في القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى ذلك وجود علاقات ارتباطية بين القلق الاجتماعي والمتغيرات النفسية الأخرى في مجالات الشخصية والصحة الذهنية والتعليم ولقد حاولت هذه الدراسات أيضاً تحديد أفضل مؤشر للقلق الاجتماعي.

(Crozier & Alden, 2001; Geangu & Reid, 2006; Heimberg, 2002; Heimberg, 2003; Schlenker & Leary, 1982)

لم تتوصل بعض الدراسات لعلاقة بين القلق الاجتماعي والمهارات الاجتماعية ولكنها وجدت اختلافاً بين الجنسين في هذين المتغيرين (Majed & Sing, 2009). لقد أظهرت بعضها أوجه تباين بين القلق الاجتماعي وتقدير الذات وتبين أن تقدير الذات هو أفضل مؤشر للقلق الاجتماعي (Russell & Cox, 2003).

في الدراسة الحالية محاولة لتحديد الفروق بين الذكور والإناث من حيث القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية. وأيضاً تحديد العلاقات الترابطية بين القلق الاجتماعي بكل من: الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية، بالإضافة إلى دراسة مدى إمكانية التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة من خلال متغيرات الدراسة الأخرى. وأخيراً دراسة أثر كل من الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي.

أهداف الدراسة :-

في ضوء ماسبق، يمكننا تحديد الأهداف الرئيسية للدراسة بالآتي :-

- 1- دراسة الفروق الفردية بين الجنسين في المتغيرات التالية: - القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية، والمخاوف المرضية.
- 2- إبراز العلاقات الارتباطية بين القلق الاجتماعي بكل من: - الكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية، والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية.
- 3- تحديد مدى إمكانية التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى أفراد العينة الكلية في ضوء المتغيرات التالية: الكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية، والمخاوف المرضية.
- 4- تحديد أثر كل من الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

أهمية الدراسة ومبرراتها:-

بما أن الدراسة الحالية تتناول الجانب النفسي في شخصية المعاق وهو أحد الجوانب الرئيسية للشخصية الإنسانية بصورة عامة حيث يلعب دوراً كبيراً في التحكم وإدارة السلوك الإنساني، فإنه يعد جانباً أساسياً من الحياة النفسية الإنسانية التي تضمن له السعادة وحسن التفاعل مع الآخرين من خلال القدرة على التمتع بالصحة النفسية السليمة، إن عينة الدراسة الحالية تحتاج إلى كثير من الرعاية والاهتمام النفسي لتسهيل وتخفيف معاناتهم كذوي الاحتياجات خاصة الذين يعانون من نقص أو عيوب في بعض خصائصهم العضوية الطبيعية ليمارسوا حياتهم بصورة تلقائية أسوة بالأسوياء، ولذلك فإن التقرب إلى تلك العينة للوقوف على احتياجاتهم النفسية أمر مهم جداً ليسهل عليهم عملية التفاعل والاندماج الطبيعي في المجتمعات دون خوف أو حرج أو قلق اجتماعي. إن التفاعل بين العديد من المؤثرات والظروف والمتغيرات من شأنها أن تلعب دوراً كبيراً على المتغير الأساسي للدراسة الحالية وهو القلق الاجتماعي. من هذا المنطلق فإن أحد أهداف الدراسة الحالية السعي إلى معرفة أثر كل من الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي لرسم صورة عامة ووضع أطر محددة حول طبيعة هذا التفاعل وأثره على القلق الاجتماعي، حيث إن النتائج تعتبر مؤشرات ودلائل لإعداد وتطبيق دراسات مستقبلية أخرى حول القلق الاجتماعي في ظل تعقد وضغوط الحياة اليومية المحيطة بعينة الدراسة الحالية، ولذلك فإن مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية يلعب دوراً كبيراً في رسم الحياة السعيدة والقدرة على التفاعل والتجانس مع بقية أفراد المجتمع بصورة طبيعية، من هنا جاءت أهمية الدراسة الحالية ومبررات إعدادها.

مشكلة الدراسة :

يمكن حصر مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية: -

- 1- هل توجد فروق فردية جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في كل من: - القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية، والمخاوف المرضية؟
 - 2- هل توجد علاقات ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجنسين من أفراد عينة الدراسة الحالية في القلق الاجتماعي من جهة ودرجاتهم في الكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية من جهة أخرى؟
 - 3- هل يمكن التنبؤ بمستوى القلق الاجتماعي من خلال كل من: الكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية، والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية؟
 - 4- ماهو أثر الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي وذلك لدى عينة الدراسة الكلية؟
- مصطلحات الدراسة :-

القلق الاجتماعي:

يرى كونجي Konji (2008) إن القلق الاجتماعي هو الخوف الذي يعترينا في الوضعيات التفاعلية مع الآخرين، إنه ذلك الإحساس الفيزيولوجي والنفسي الذي نشعر به حين نجد أنفسنا بين جمع من الناس، أو أمام شخص نهابه، أو شخص يطرح علينا أسئلة، أو بمواجهة عدائي متسلط.... الخ.

ويعرف القلق الاجتماعي في الدراسة الحالية بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختبار القلق الاجتماعي من إعداد Liebowiz (2004).

الكفاءة الاجتماعية:

تعرف الكفاءة الاجتماعية بأنها " درجة إحساس الفرد بالارتياح في المواقف الاجتماعية واستعداده للاشتراك في الأعمال والأنشطة الاجتماعية، واستعداده لبذل كل جهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية، والاندماج جيدا داخل المجموعة والشعور بالثقة تجاه السلوك الاجتماعي، وتحقيق توازن مستمر بين الفرد وبيئته الاجتماعية لإشباع الحاجات الشخصية والاجتماعية" (أحمد الشيخ، 2007: 3).

وتعرف الكفاءة الاجتماعية إجرائيا بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختبار الكفاءة الاجتماعية من إعداد (أحمد الشيخ، 2007).

الوحدة النفسية:

عرفت الوحدة النفسية على أنها " خبرة غير سارة لدرجة كبيرة مرتبطة بإبراز غير كاف للحاجة إلى الألفة الإنسانية المتبادلة " (عبدالرقيب البحيري، 1985: 8).

وتعرف الوحدة النفسية إجرائيا بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختبار الوحدة النفسية من إعداد عبدالرقيب البحيري (1985).

المخاوف المرضية:

عرفت المخاوف المرضية بأنها "خوف مرضي دائم من مثير غير مخيف بطبيعته ومن ثم لا يخيف الآخرين ، وهي إلى ذلك متجددة وتختلف شدتها وتؤدي بالفرد الذي يعاني منها إلى تجنب المواقف المخيفة" (بدر الأنصاري، 2001: 17).

وتعرف المخاوف المرضية إجرائيا بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في اختيار المخاوف المرضية من اعداد بدر الأنصاري (2002).

منهج الدراسة :

تم استخدام المنهج الوصفي وذلك لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة ومتغيراتها وأدواتها وعينة الدراسة.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (148) مفحوصا بواقع (74) من ذكور و (74) من إناث من الكويتيين ذوي الإعاقة الحركية حيث كان بعض من أفراد العينة أعضاء منتسبين للجمعية الكويتية للمعوقين، والبعض الآخر طلبة في السنة الأخيرة من المرحلة الثانوية بمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت، حيث بلغ المتوسط العمري 21.6 سنة بانحراف معياري 1.8 ، واختيرت العينة الحالية بطريقة عشوائية، حيث تمت مشاركتهم في جلسات التطبيق تطوعيا واختياريا وتم تطبيق جميع أدوات الدراسة عليهم وذلك للتأكد من فرضيات الدراسة ومصداقيتها.

أدوات الدراسة :

مقياس القلق الاجتماعي:

قام بإعداد مقياس القلق الاجتماعي لوبيز (Liebowitz, 2004) لقياس العديد من مظاهر القلق الاجتماعي في المواقف المختلفة. يتكون هذا المقياس من 20 فقرة وأمام كل واحدة منها خمسة اختيارات تتراوح درجاتها من (1= لا أشعر بالقلق) إلى (5= أشعر بقلق شديد). أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص (100) وهذا يعني إنه يعاني من قلق اجتماعي شديد وأقل درجة هي (20) والعكس صحيح. وللتأكد من صدق وثبات هذا المقياس تم استخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمة المعامل (0.81)، والاتساق الداخلي حيث تراوحت القيم بين (0.86 - 0.82)، وهذا مؤشر على أن المقياس المذكور يتمتع بالصدق والثبات المقبولين والمناسبين للتطبيق على عينة الدراسة الحالية.

مقياس الكفاءة الاجتماعية :

تم إعداد هذا المقياس من قبل أحمد الشيخ (2007) وذلك لقياس مكونات الكفاءة الاجتماعية. يتكون هذا المقياس من 30 فقرة وأمام كل واحدة منها أربعة اختيارات تتراوح درجاتها بين (1= أبدا) إلى (4= دائما). أقصى درجة يمكن إن يحصل عليها المفحوص 120 وأقل درجة 30، وكلما ارتفعت الدرجة فإن ذلك يعني ارتفاع مستوى كفاءته الاجتماعية والعكس صحيح . تم استخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمة المعامل (0.93)، والاتساق الداخلي حيث تراوحت القيم بين (0.86 - 0.84). وهذا يعكس تمتع المقياس بالصدق والثبات المناسبين للتطبيق.

مقياس الوحدة النفسية:

قام بإعداد هذا المقياس عبدالرقيب البحيزي (1985) وهو ترجمة لمقياس الوحدة النفسية للصورة الأجنبية المعدة من قبل روسيل Russell وآخرين (1980)، وهو يتكون من 20 عبارة اختبرت على أساس الارتباطات المرتفعة بين درجة كل عبارة والمجموع الكلي للعبارات، وأمام كل عبارة أربعة اختيارات تتراوح درجاتها بين (1=أبدا) و (4=دائما). يقيس هذا الاختبار درجة ما يشعر به الشخص من وحدة نفسية والتي تعكس علاقته الاجتماعية وطبيعتها. أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي 80 درجة وهذا يعني أنه يعاني من وحدة نفسية شديدة، وأقل درجة هي 20 والعكس صحيح. تم استخدام معامل ألفا كروبناخ حيث بلغت قيمة المعامل (75)، والاتساق الداخلي حيث تراوحت القيم بين (82 - 77)، وهذا يعطى مؤشرا مناسباً على تمتع المقياس بالصدق والثبات المناسبين للتطبيق.

مقياس المخاوف المرضية:

تم إعداد هذا المقياس من قبل بدر الأنصاري (2001) وذلك لقياس العديد من المخاوف المرضية على سبيل المثال وليس الحصر الخوف من الانتحار، الوحدة، حوادث السيارات، اشتعال الحرائق، المخاوف الاجتماعية.... الخ. يتكون هذا المقياس من 28 فقرة وأمام كل واحدة منها أربعة اختيارات تتراوح درجاتها بين (1=أبدا) إلى (4=دائما). أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص 112، وأقل درجة 28، وكلما ارتفعت الدرجة فإن ذلك يعني ارتفاع درجة المخاوف المرضية لدى المفحوص والعكس صحيح. تم استخدام معامل ألفا كروبناخ حيث بلغت قيمة المعامل (93)، والاتساق الداخلي حيث تراوحت القيم بين (88 - 83)، وهذا يعكس تمتع المقياس الحالي بالصدق والثبات المناسبين للتطبيق.

معدات الدراسة:

- 1- سيقصر إجراء هذه الدراسة على عينة من أعضاء النادي الكويتي للمعوقين وطلبة مدارس التربية الخاصة ذوي الإعاقة الحركية من الجنسية الكويتية.
- 2- تتحدد نتائج الدراسة بالأدوات المستخدمة في الدراسة.
- 3- تتحدد نتائج الدراسة بعينة الدراسة.

الدراسات السابقة:

دراسة ماجي (Maji, 1997):

وهي دراسة مسحية واستطلاعية للمخاوف الاجتماعية والتي هدفت إلى معرفة مدى انتشار ونسبة كل من المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي بناء على متغيري الجنس والعمر الزمني. شملت عينة الدراسة على (808) من الإناث والذكور تراوحت أعمارهم بين (15 - 18 سنة) وتم استخدام قائمة المخاوف الاجتماعية ومقياس القلق الاجتماعي. أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع شدة المخاوف والقلق الاجتماعي لدى الإناث مقارنة

بالذكور بدرجة ملحوظة، كما أشارت الدراسة أن المتوسط العمري لبوادر ظهور القلق الاجتماعي تبدأ في المرحلة العمرية 16 سنة وتشتد بعد ذلك.

دراسة فيليبس (Phillips, 1978):

وجدت هذه الدراسة أن الطفل الذي يعاني من القلق المرتفع يميل مفهومة عن ذاته، ومستوى إنجازته وكفاءته في المدرسة لأن يكون ضعيفا على عكس الطفل منخفض القلق.

دراسة كلارك (Clark, 1979):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم شدة القلق الاجتماعي للمراهقين، وشملت عينة الدراسة عمل 223 من طلبة المدارس، تم اختيارهم من المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية، وتتراوح أعمارهم بين (12- 18 سنة) إناث وذكور، وتم استخدام مقياس القلق الاجتماعي للأطفال - التقدير الذاتي للمفحوص واستبيان المواقف الخاصة بالتفاعل الاجتماعي. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع القلق الاجتماعي عند الإناث منه لدى الذكور إضافة إلى أن شدة القلق لدى المراهقين من الجنسين أدنى منه لدى البالغين.

دراسة مالكا (Malka, 1998):

كان عنوان هذه الدراسة الوحدة النفسية و الاكتئاب والمهارات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة في مدارس التربية الخاصة الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط مقارنة بالطلبة الأسوياء، وهي دراسة طولية حيث تكونت عينة الدراسة من 575 طالبا وطالبة يعانون من الوحدة النفسية والاكتئاب والنقص في المهارات الاجتماعية، وقد تم ملاحظة هذه المظاهر من خلال سجلاتهم المدرسية وملاحظة أقرانهم لسلوكياتهم اليومية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة الذين يعانون من التخلف العقلي البسيط يعانون من الوحدة النفسية والاكتئاب ونقص في المهارات الاجتماعية بصورة أكثر من الطلبة الأسوياء في نفس مراحلهم العمرية، ولكن عند انتقال العينتين إلى مرحلة المراهقة لم يتم ملاحظة أي فروق بين العينتين في المتغيرات السابقة الذكر وذلك في مدارس التعليم العام.

دراسة مايرز (Myers 2000):

أوضحت نتائج هذه الدراسة إلى أن الإعاقة السمعية تؤدي إلى أنماط سلبية متوقعة في أغلب الأحيان من السلوك والموقف، مثل: التجنب، الانعزالية، تقدير ذات منخفض، قلق، كآبة.

- دراسة باتيستيتج (Battistich, 2003):

تعتبر هذه الدراسة امتدادا للدراسات السابقة التي أجريت مسبقا حول فاعلية برنامج شامل لطلبة المرحلة الابتدائية. صممت وطبقت هذه الدراسة لتعزيز الدعم والتنمية الاجتماعية للطلبة الأطفال من خلال بحث ودراسة أثر برنامج على علاقات رفاق الطلبة الأطفال وتكيفهم الاجتماعي. صمم هذا البرنامج وطبق على مستوى ثلاث مدارس وذلك على مدى سبع سنوات كدراسة طولية كان عدد عينة الدراسة (ن= 521) وقسمت العينة إلى عدة أقسام كعينات مقارنة. وبعد تطبيق البرنامج على العينة الرئيسية التجريبية، لوحظ بعد ذلك أن الأطفال الذين

انتقلوا إلى المرحلة الابتدائية علاقتهم الاجتماعية أكثر اتساعا ومرونة مقارنة مع بقية الأطفال الذين لم يدخلوا البرنامج بالإضافة إلى ذلك قدرتهم على التكيف الاجتماعي وامتلاكهم مهارات لحل المشكلات والتزامهم بالتقييم الديمقراطي خلال الصفوف الابتدائية مما يعطي انطبعا ومؤشرا أن البرنامج المطبق كان له أثر وانعكاس إيجابي جيد على عينة الدراسة .

دراسة وحيد مصطفى كامل (2003):

كان عنوان هذه الدراسة: علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع. هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع من ناحية، والتعرف على الفروق بين الجنسين في تقدير الذات والقلق الاجتماعي. من ناحية أخرى اشتملت عينة الدراسة على (100) طفل من ذكور وإناث، وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس تقدير الذات للأطفال والقلق الاجتماعي للأطفال. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات والقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع من الجنسين، كما كشفت النتائج أيضا عن وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى القلق الاجتماعي لصالح الإناث، أما الذكور كانوا أكثر تقديرا لذواتهم من الإناث.

دراسة دورو (Duru, 2008):

هدفت هذه الدراسة إلى بحث الأثر المباشر وغير المباشر للدعم الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية والوحدة النفسية للتنبؤ بصعوبات التكيف الاجتماعي. حيث كانت عينة الدراسة (ن=404) طالب جامعي بواقع (193 ذكور، 212 إناث) الدارسين في أقسام مختلفة في كلية التربية بجامعة بامو كالي Pamukkale University. تم تطبيق عدة مقاييس على عينة الدراسة والتي تمثل بالمقاييس الديموغرافية، ومقياس صعوبات التكيف الاجتماعي، ومقياس الوحدة النفسية، ومقياس الدعم الاجتماعي، وأخيرا مقياس الاتصال الاجتماعي. أهم النتائج التي أشارت إليها هذه الدراسة هي وجود علاقة ارتباطية بين متغيرات الدعم الاجتماعي والاتصال الاجتماعي والوحدة النفسية مع الاتجاه التوقعي لمقياس صعوبات التكيف الاجتماعي، بالإضافة إلى ذلك أشارت النتائج إلى الدعم الاجتماعي والاتصال الاجتماعي والوحدة النفسية يمكن التنبؤ من خلالها بصعوبات التكيف الاجتماعي.

دراسة كوكاك (Kocak, 2008):

هدفت هذه الدراسة إلى بحث أثر التعلم التعاوني على السمات الاجتماعية والنفسية لطلبة الجامعة وبعض الموظفين الجدد، حيث كانت عينة الدراسة (ن=114) من الموظفين الجدد وطلبة السنة الثانية الجامعية في قسم علم النفس وذلك في إحدى الجامعات الحكومية في تركيا. تم تطبيق عدة مقاييس على عينة الدراسة تمثلت بمقياس الوحدة النفسية ومقياس القلق الاجتماعي، ومقياس المراقبة الذاتية، ومقياس السعادة. حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن التعليم التعاوني كان له أثر جيد في تقليل الشعور بالوحدة النفسية والقلق الاجتماعي وزيادة مستوى

الشعور بالسعادة وذلك لدى عينة الدراسة، بالإضافة إلى ذلك فإن التعليم التعاوني لم يكن له فعالية أو تأثير على مهارات المراقبة الذاتية لدى عينة الدراسة.

فروض الدراسة:

في ضوء كل من: التوجهات النظرية التي تم عرضها سابقاً، والاتجاه العام لنتائج الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها وعرضها، وكذا توقعات الباحث فإنه يقترح مايلي:

- 1- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجنسين في متغيرات الدراسة وهي: القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والوحدة النفسية والمخاوف المرضية.
- 2- توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية لدى عينة الدراسة الكلية.
- 3- توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي من جانب بكل الوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية.
- 4- يساهم كل من الوحدة النفسية والمخاوف المرضية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية
- 5- يوجد أثر دال لكل من الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية.

إجراءات الدراسة:

تم توجيه كتاب رسمي إلى مدير إدارة النادي الكويتي للمعوقين وبعض مدراء مدارس التربية الخاصة (نوي الإعاقة الحركية) موضحاً فيه بيان أهداف الدراسة الحالية وأهمية تعاونهم بتطبيق مقاييس الدراسة الحالية، وبعد التطبيق وجمع المقاييس والتحقق على جميع درجات الطلبة على المقاييس الأربعة تم استبعاد بعضها لعدم صلاحيتها أو عدم التزامها بالتعليمات، ثم تم إدخال البيانات بعد ذلك في الحاسب الآلي بعد تنسيقها وتعريفها طبقاً لمتغيرات الدراسة الأربعة.

جمع البيانات وتحليلها:

تم إعداد ونسخ وتطبيق المقاييس الأربعة للدراسة للتأكد من الفرضيات المذكورة آنفاً، ثم تم جمعها للحصول على درجات الطلبة وكان ذلك في العام الدراسي 2008 / 2009 وتمت الاستعانة بالبرنامج (SPSS) المعروف باسم الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية بهدف تحليل درجات وبيانات الطلبة إحصائياً، وبعد إدخال الدرجات وتنسيقها وتعريف المتغيرات وتصنيف الدرجات تبعاً لمتغيرات الدراسة تم إجراء التحليلات الإحصائية التالية: - المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار (ت)، معاملات الارتباط بيرسون، تحليل الانحدار، تحليل التباين.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول على وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجنسين في متغيرات الدراسة وهي: القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية والمخاوف المرضية. واختبار صحة هذا الفرض

تم حساب اختبار (ت) للعينات المستقلة لدراسة مدى اختلاف الدرجات التي حصل عليها الطلبة من أفراد عينة البحث في متغيرات الدراسة. وفيما يلي جدول رقم (1) يوضح لنا ما توصل إليه البحث من نتائج في هذا الصدد.

جدول رقم (1)
نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة لتوضيح دلالة الفروق في درجات العينة من الجنسين طبقا لمتغيرات الدراسة

م	المتغير	الذكور (ن=74)		الإناث (ن=74)		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
		ع	م	ع	م			
1	القلق الاجتماعي	27.3	5.2	30.5	4.5	4.0	.31	-
2	الكفاءة الاجتماعية	69.0	20.1	67.4	20.5	0.48	.78	-
3	الوحدة النفسية	43.3	11.9	46.2	11.6	1.4	.62	-
4	المخاوف المرضية	75.0	26.3	84.6	22.2	2.4	.02	-

يلاحظ من الجدول رقم (1) أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث في متغيرات الدراسة: القلق الاجتماعي، والكفاءة الاجتماعية، والوحدة النفسية و المخاوف المرضية، حيث كانت قيمة (ت) كالتالي وحسب الترتيب: (.02 ، .62 ، .78 ، .31)، وهذه النتيجة تؤدي إلى رفض الفرضية الأولى من الدراسة التي أشارت إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجات الجنسين في متغيرات الدراسة الأنفة الذكر. وتتناقض نتيجة هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة كدراسة وحيد كامل (2003)، ودراسة كلارك وآخرين (1995) ودراسة ماجي (1997). ترجع طبيعة نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين على متغيرات الدراسة الحالية إلى تشابه طبيعة المجتمع والبيئة المحيطة بعينة الدراسة الحالية من الذكور والإناث ناهيك عن التيارات والمؤثرات الثقافية السائدة والمحيطة بالعينة المقصودة لا تعربها اختلافات كبيرة تذكر بحيث تؤثر على بعض أفراد العينة دون غيرهم من الآخرين، ولذلك فإن مثل تلك المحددات والمؤثرات الثقافية والاجتماعية عكست وفرضت على أفراد العينة طبيعة ونوعية محددة ومتشابهة من السلوكيات والعادات والقيم والتفاعلات والتنشئة الاجتماعية التي تشابهت بين الذكور والإناث من أفراد العينة، بالإضافة إلى ذلك فإن تمرکز وتجمع وأنشطة المشاركات الرياضية أو الاجتماعية أو المجتمعية لأفراد العينة وهم من فئة الإعاقة الحركية متشابهة إلى حد ما نظرا لتشابه طبيعة إعاقاتهم والتي تمثلت بالإعاقة الحركية، وإجمالا فإن مثل تلك المؤثرات البيئية المحيطة بعينة الدراسة المقصودة انعكست بصورة متساوية على الجنسين إلى حد ما على مظاهر ومخرجات حياتهم اليومية والتي تعكس جزءا منها متغيرات الدراسة الحالية، ولهذا السبب فإن قيم (ت) لم تبرز أي فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متغيرات الدراسة الأربعة.

ثانيا: نتيجة الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على انه وجود علاقة ارتباطيه عكسية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية لدى عينة الدراسة الكلية. ولتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة في كل من القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية . والجدول التالي رقم (2) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول رقم (2)

قيم معاملات الارتباط بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية لدى عينة الدراسة الكلية

م	المتغير	العينة الكلية (ن = 148)	
		معاملات الارتباط بالكفاءة الاجتماعية	مستوى الدلالة
1	القلق الاجتماعي	.039	—

يتضح من الجدول رقم (2) عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية لدى عينة الدراسة الكلية، حيث إن قيمة معامل الارتباط ($r = 0.039$) وهي لم تبلغ مستوى الدلالة المطلوبة. هذه النتيجة تؤدي إلى رفض الفرضية الثانية من الدراسة والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين المتغيرين. مما لاشك فيه فإنه من الوهلة الأولى ونظريا سنرى أن هناك علاقة ارتباطيه عكسية بين القلق الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية حيث إن مظاهر ومكونات هذين المتغيرين متناقضان تقريبا، ولكنه بناء على نتيجة قيم معامل الارتباط بين المتغيرين السابقين فإنه لا توجد بينهما أي علاقة ارتباطيه دالة، إلا أن الذي يعاني من قلق اجتماعي افتراضيا لابد أن تكون كفاءته الاجتماعية متدنية، فهناك العديد من الدراسات التي تناولت مفهوم الكفاءة الاجتماعية من حيث العوامل التي يمكن أن تؤثر به كبعد تطوري تظهر أبعاده عندما يصل الطفل إلى مرحلة نضج معينة، إلا أن هذه الدراسات لم تكشف عن التغيرات النوعية أو الكمية التي يمكن ملاحظتها في مراحل العمر المختلفة إلا في عبارات ذات طبيعة عامة، والجدير بالذكر أن عملية تطوير كفاءة اجتماعية مناسبة أثناء مرحلة الطفولة، تعتبر عاملا حاسما في نجاح الفرد في مرحلة طفولته، وفي المراحل اللاحقة من حياته (Merrell, 1993). ويعتقد الباحثون أن الكثير من المشكلات التعليمية التي يعاني منها الطلاب ترتبط باكتسابهم للمهارات الاجتماعية السلوكية، حيث أشارت الدراسات إلى أن افتقار الطالب للمهارات الاجتماعية قد يسبب عدم كفاءته في التعلم وتدني تحصيله وانخفاض مفهوم الذات لديه (ابراهيم الخطيب، 2003). كما أشار (نسيمة داود، ونزيه وحدي، 1999) إلى أن هناك دراسات أظهرت أن الأطفال الذين يظهرون سلوكا اجتماعيا غالبا ما يعانون من تدني التحصيل المدرسي، من سن المرحلة الابتدائية وحتى الثانوية، كما قد يعانون من صعوبة قرآنية وتأخر لغوي ومشكلات في الانتباه، وهذا بدوره يزيد من احتمال تدني تقدير الذات عند هؤلاء الأطفال. ويؤكد

دودج وكوي وبراي - كما ورد في (محمد القضاة، ومحمد الترتوري، 2007) - على أن الكفاءة الاجتماعية المناسبة تزود الفرد بالأساس الهام الذي يؤدي إلى علاقات قوية مع الرفاق، وإلى النجاح الدراسي، وأن الكفاءة الاجتماعية غير المناسبة أثناء مرحلة الطفولة ترتبط بعدد من النتائج السلبية بما فيها انحراف الأحداث والمشكلات الصحية العقلية وتطور نماذج من السلوك اللااجتماعي. ويرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك العدوانى والانسحاب الاجتماعي والخجل الشديد ينشأ نتيجة افتقار الفرد إلى المهارات الاجتماعية، ويؤكد أصحاب هذه النظرية أن الفرد يلجأ إلى استخدام هذه السلوكيات لأنه فشل في تعلم طرق أكثر ملائمة للتفاعل مع الناس. إن الفشل الدراسي غالباً ما يحفز السلوك غير المرغوب به، وأن العديد من الأفراد يتميزون بعبادات غير ضعيفة وغير إنتاجية أو تعاونية ويفتقرون إلى السمات الاجتماعية الإيجابية مما يؤثر على سلوكهم، ويخلق لديهم مشاكل في المدرسة تعيق تكيفهم الاجتماعي وفرص التوظيف خلال الحياة: مثل القلق الاجتماعي، وضبط الذات الضعيف، وهم يظهرون سلوكيات غير تكيفية كالعدوانية والانسحاب الاجتماعي وعدم النضج والتخريب وعدم التقبل. ويؤكد موبيا (1993, Moby) على أهمية المهارات الاجتماعية حيث يشير إلى أن مفهوم الذات يتأثر بعده عوامل من أهمها: تقييمات الآخرين للفرد، وخاصة الأفراد المهمين في حياته، وتظهر هذه التقييمات من خلال عمليات التفاعل الاجتماعي، ويؤكد دودج Dodge - نقلاً عن - (محمد القضاة، 2007: 2) " أن الكفاءة الاجتماعية المناسبة تزود الفرد بالأساس الهام الذي يؤدي إلى علاقات قوية مع الرفاق وإلى النجاح الدراسي، وأن الكفاءة الاجتماعية غير المناسبة أثناء مرحلة الطفولة ترتبط بعدد من النتائج السلبية بما فيها انحراف الأحداث ومشكلات الصحة العقلية، وتطور نماذج من السلوك اللااجتماعي". ونظراً لندرة الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية لدى عينة من ذوي الإعاقة الحركية وذلك على مستوى التراث النفسي المحلي والعربي (وذلك حسب الباحث) فإننا بحاجة إلى مزيد من تلك الدراسات لأدراك وفهم تلك الشريحة والإحاطة بمختلف جوانب هذه الشريحة من المجتمع والتي تعاني من قلة تسليط الضوء عليها من الناحية الثقافية والعلمية والبحثية مما يجعل مخرجات ونتائج بعض الدراسات ذات العلاقة في غموض في جانب التفسير والمناقشة.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي بكل من الوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة في كل من القلق الاجتماعي والوحدة النفسية والمخاوف المرضية. والجدول التالي رقم (3) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول رقم (3) قيم معاملات الارتباط بين القلق الاجتماعي وكل من: الوحدة النفسية
والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية

م	المجموع	العينة الكلية (ن = 148)	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	الوحدة النفسية	0,248**	0.01
2	المخاوف المرضية	0,173**	0.01

يتضح من الجدول رقم (3) وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين القلق الاجتماعي بكل من الوحدة النفسية والمخاوف المرضية لدى عينة الدراسة الكلية حيث كانت قيم معاملات الارتباط دالة وهي بالترتيب (0.173 ، 0.284). وذلك عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذه النتيجة تؤدي إلى قبول الفرض الثالث. إن تفسير النتيجة الحالية يتم في ضوء المظاهر المتعددة للقلق الاجتماعي والمتمثلة بزيادة دقات القلب، وازدياد سرعة التنفس، والتعرق، والرغبة في اليندين أو الرجلين أو الجسم كله، واحمرار الوجه، وجفاف الحلق، والدوخة، ونقص التركيز، والنسيان...إلخ، ولذلك فإن المصاب بالقلق الاجتماعي عندما تظهر عليه هذه المظاهر ويكون بعضها ظاهرا ويمكن لأي فرد أن يلاحظها في المواقف الاجتماعية المتعددة ولكي يتعد عن مثل تلك المواقف المحرجة في المواقف القادمة يفضل تجنب الاختلاط والتفاعل الاجتماعي والمشاركة في الأنشطة والفعاليات الاجتماعية المختلفة خوفا من المواقف المحرجة التي سوف يتعرض لها والمتمثلة في المظاهر السابقة الذكر، ومثل تلك الظروف سوف تعزز لدى الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي وحدته النفسية، حيث إنها إحساس بالفشل، والوصول بنجاح إلى تكوين علاقات صداقة حميمة مع الآخرين ليحاول الإنسان الاندماج معهم، ويؤدي ذلك إلى الانغماس في الذات، وانخفاض الإبداع والشعور بالعزلة والألم، ولذلك فإن الوحدة النفسية هي مشاعر سلبية عن سوء التفاعل والتواصل الاجتماعي مع الآخرين في المواقف الحياتية. إن الوحدة النفسية ليست لها انعكاسات سلبية على الشخص نفسه، بل تمتد أحيانا تلك الآثار والانعكاسات السلبية على المجتمع، فقد أشارت صحيفة الثورة إلى وقوع جريمة قتل مروعة في اليابان عندما قتل عامل عمره 25 سنة سبعة من المارة طعنا بسكين في شارع يزدهم بالمتسوقين في طوكيو، وكان قد بث رسائل على الانترنت يتذمر فيها من عمله وشعوره بالوحدة (صحيفة الثورة، 2009). ولذلك فإن القلق الاجتماعي ينبع من عدم الثقة بالنفس والخوف من الاندماج الاجتماعي، لأن الخوف المرضي يعتبر أحد الاضطرابات العصابية وذلك وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية)، والفرق بين الخوف والخواف فالخوف المرضي يتميز بالفطرية

والعمومية وسرعة الاستجابة، في حين يتصنف الخواف أو الخوف المرضي بالخصوصية والذاتية واللامعقولية والثبات النسبي، وتتصف استجابته بأنها غالباً ما تكون استجابة التجنب والتحاشي (بدر الأنصاري، 2000). إن الخوف في إطاره ومظهره الطبيعي له وظائف إيجابية في كثير من الأحيان، إلا أنه إذا اشتدت درجته وتطرفت حالاته، فإنه يؤثر في الشخص تأثيراً سلبياً يعكس في شكل اضطراب في السلوك ومن ثم في الشخصية وهذا النوع من الخوف يطلق عليه الخوف المرضي الذي يصنف في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث الصادر في 1980 (DSM-111) (in: Majed& Sing, 2009) في جملة اضطرابات القلق وسمي بالمخاوف الشاذة ولذلك فإننا لاحظنا وجود علاقة ارتباطية طردية دالة بين القلق الاجتماعي بكل من الوحدة النفسية والمخاوف المرضية وهي نتيجة منطقية وتتمشى مع الواقع وطبيعة التفاعل الاجتماعي خاصة إذا كانت عينة الدراسة من ذوي الاحتياجات الخاصة المتمثلة بفئة الإعاقة الحركية.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع على إمكانية مساهمة الوحدة النفسية والمخاوف المرضية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام وحساب تحليل الانحدار لبيان أثر إمكانية المتغيرات المستقلة (الوحدة النفسية، والمخاوف المرضية) على المتغير التابع وهو (القلق الاجتماعي)، حيث إن دالة الانحدار توليفة خطية من المتغيرات المستقلة تختار لقوتها وتأثيرها على المتغير التابع، وشكل هذه الدالة الخطية كما يلي:

$$Y_j = B_0 + B_1 X_{1j} + B_2 X_{2j} + \dots$$

حيث:

Y_j قيمة التابع للمفردة j ،

B_0 الثابت،

B_i معاملات الانحدار (أوزان) للمتغير المستقل i ،

X_{ij} المتغير المستقل i ، للمفردة j

وباستخدام طريقة الانحدار المتدرج Stepwise Regression (حيث تدخل المتغيرات المستقلة في النموذج حسب قدرتها على التمييز والتأثير على المتغير التابع بالترتيب) وبالتطبيق على البيانات باستخدام مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) أمكن الحصول على نموذج مناسب يتوافق مع البيانات التي استخدمت في هذه الدراسة، كما تم إجراء تحليل التباين لحساب قيمة (ف) لمتغيرات الدراسة وذلك لدى عينة الدراسة من الجنسين. والجدول التالي رقم (4) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

جدول رقم (4)
تحليل التباين والنسبة المئوية لمتغيرات الدراسة لدى عينة الدراسة الكلية

مستوى الدلالة Sig	قيمة (ف) f	متوسط مجموعة المربعات ms	درجات الحرية df	مجموع المربعات SS	النموذج Model
0.0001	13.3	242.974	1	242.974	الانحدار (الوحدة النفسية)
		25.383	146	3705.857	البواقي
		—	147	3948.831	المجموع
0.0001	11.1	172.147	2	344.294	الانحدار (المخاوف المرضية)
		24.859	145	3604.537	البواقي
		—	147	3948.831	المجموع

(ن = 148)

من الجدول رقم (4) يتضح أن قيم (ف) لدى إجمالي العينة الكلية ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.0001 في المتغيرات التالية: الوحدة النفسية و المخاوف المرضية، حيث كانت قيم (ف) على التوالي: 13.3، 11.1. وتجدر الإشارة هنا إلى أن درجة الثقة المرتبطة بنموذج الانحدار في الجدول رقم (4) عالية جداً قد بلغت (99.9%) بحيث يمكن الثقة في استخدام النموذج لتفسير المتغير محل الدراسة. في الجدول رقم (5) يوضح نتائج الانحدار لإمكانية مساهمة كل من: الوحدة النفسية والمخاوف المرضية بالتنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية.

جدول رقم (5) ملخص لنتائج الانحدار المترج لإمكانية مساهمة كل من: الوحدة النفسية والمخاوف المرضية بالتنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى عينة الكلية

نسبة التفسير R ²	مستوى الدلالة Sig	قيمة (ت) t - value	الخطأ المعياري SE	معامل الانحدار المعياري Beta	معامل الانحدار B	المتغير
.35	0.0001	14.8	1.6	.24	24.1	الوحدة النفسية
.29	0.0001	10.6	2.0	.23	21.6	المخاوف المرضية

(ن = 148)

يتضح من نتائج الانحدار المترج في الجدول رقم (5) أن النموذج عالي المعنوية، ويفسر 64% من التباين الكلي للمتغير التابع، وأن أهم متغير مستقل يمكن التنبؤ من خلاله بالمتغير التابع (الوحدة النفسية)، ويفسر من المتغير التابع 35% من التغيرات في القلق الاجتماعي، ثم المخاوف المرضية ويفسر من المتغير التابع 29%. هذه النتيجة تؤدي إلى قبول الفرض الرابع. أن تفسير النتيجة الحالية يتم في ضوء الدوافع التي تدفع الأفراد إلى شعورهم بالوحدة النفسية والمخاوف المرضية حيث إن أحد أسباب هذه الدوافع هو القلق الاجتماعي الذي تكون

انعكاساته على الفرد داخلية كزيادة دقات القلب وازدياد سرعة التنفس، أو خارجية كالتعرق واحمرار الوجه والرجفة إلخ، ولذلك فإنه بالنظر إلى نتيجة دراسة Duru (2008) فإن الوحدة النفسية كانت أحد المتغيرات الرئيسية المنبئة لصعوبات التكيف الاجتماعي، ومن ثم فإن هناك العديد من الأفراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية يعانون من شدة الألم الناتج عنها إلى الدرجة التي قد تصيبهم بالوهن، والاكتئاب، وانخفاض الروح المعنوية ومثل هذه الأعراض من شأنها أن تؤدي بعد ذلك إلى تعزيز مظاهر القلق الاجتماعي لديهم وخوفهم المرضى من الاندماج والتفاعل الاجتماعي نظرا لقلّة إمكانياتهم وأساليبهم وقدراتهم التفاعلية التي تؤهلهم إلى التعامل مع مختلف المواقف الحياتية والفروق الفردية، ولذلك فإن الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية والمخاوف المرضية من الأهمية بمكان من حيث التدخل من قبل المختصين للوقوف على أسبابها ودوافعها نظرا لانعكاساتها السلبية على الفرد وأسرته ومجتمعه من جانب وأنه يمكن من خلالهما التنبؤ بظهور أعراض القلق الاجتماعي وسلبياته المدمرة على حياة الإنسان.

خامسا: نتائج الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس على وجود أثر دال لكل من: الجنس والوظيفة والتفاعل بينهما على القلق الاجتماعي لدى عينة الدراسة الكلية. وللتحقق من صدق هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين ANOVA وذلك وفقا للجدول رقم (6).

جدول رقم (6) نتائج اختبار تحليل التباين (الجنس - الوظيفة) على القلق الاجتماعي

المتغير	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربع	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	353.424	1	353.424	14.5	.000
الوظيفة (ب)	39.2	1	39.2	1.6	-
أ x ب	7.5	1	7.5	.308	-
الخطأ	3507.6	144	24.3		
الإجمالي	128127.0	148			
الإجمالي المعدل	3948.8	147			

ن = (148)

أظهرت نتائج تحليل التباين الواردة في الجدول رقم (6) إلى أن قيم (ف) كانت دالة فقط لأثر الجنس على القلق الاجتماعي حيث كانت القيمة (14.5)، عدا ذلك فإنه لم يتضح لنا أثر دال لكل من الوظيفة أو التفاعل بين الجنس والوظيفة على القلق الاجتماعي حيث كانت قيم (ف) وبالتالي (1.6، .308). وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المطلوبة. وبالرجوع إلى جدول رقم (1) نرى أن أثر الجنس على القلق الاجتماعي كان لصالح الإناث حيث كان متوسطهم الحسابي (30.5)، بينما كان متوسط الذكور في نفس المتغير (27.3)، وتعزى هذه

النتيجة لأن الإناث من أفراد العينة الحالية طبيعياً في ظل إعاقتهن الحركية فإن ذلك يقيد من استقلالهن الذاتي والمرونة في حركتهن نتيجة لطباتعهن الأثوية مقارنة مع الذكور من نفس العينة ومثل تلك القيود تجعل خبرات الإناث محدودة في مجال التفاعلات الاجتماعية في مختلف المواقف الحياتية ولذلك فإنهن يشعرن بالقلق الاجتماعي لأن أساليب تكيفهن الاجتماعي ما زالت متواضعة ومحدودة ولا تتماشى مع مواجهتهن للمواقف الحياتية، إن فهم معظم الاضطرابات النفسية عامة والقلق الاجتماعي خاصة يتم ضمن إطار النظرية العضوية النفسية الاجتماعية (Bio-Pscho-Social) وهي تنظر للإنسان بشكل شمولي ضمن تكوين العضوي الوراثي والكيميائي وتركيبته النفسية وعقده وظروف تربيته ونشأته والأحداث التي أثرت به إضافة لظروف معيشته وأحواله الاجتماعية فإذا كان أحد أهم الخصائص التي تتميز بها الإناث هي الخجل، فماذا سيكون عليه مستوى الخجل لديهن وهن يعانين من إعاقة حركية؟ فمن الطبيعي وبصورة عامة وليست مطلقة أن يكون مستوى القلق الاجتماعي لديهن مرتفعاً مقارنة بالإناث الأسوياء أو بالذكور ذوي الإعاقة الحركية.

توصيات البحث: -

- 1- أهمية التركيز على دراسة وانعكاسات القلق الاجتماعي في كافة المراحل التعليمية والجامعية عامة وفي مدارس التربية الخاصة (خاصة)، لما له من انعكاسات خطيرة سلبية على نجاح الإنسان وتكيفه الاجتماعي وتقوفه الدراسي، لذلك فإنه من الأهمية بمكان تكثيف الدراسات والأبحاث والمؤتمرات العلمية والورش التخصصية لتسليط الضوء على كافة أبعاد وجوانب القلق الاجتماعي.
- 2- التركيز والتأكيد على أهمية الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية بين الطفل وأقرانه في المدرسة الابتدائية (عامة) ومدارس التربية الخاصة (خاصة) لكونها تلعب دوراً مهماً في نموه الاجتماعي والنفسى والانفعالي، فعجز الطفل عن إقامة علاقات ناجحة ومرضية يؤدي إلى الرفض الاجتماعي ومن ثم إلى سوء التوافق الحالي والمستقبلي.
- 3- توفير الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للطلبة في مدارس التربية الخاصة وللموظفين (ذوي الإعاقة الحركية) في مراكز عملهم بحيث يتم توفير تلك الرعاية دون تأخر في توجيههم وعلاجهم.
- 4- العمل على إدماج الجنسين ذوي الإعاقة الحركية في المجتمع من خلال الأنشطة المجتمعية والرحلات والمناسبات المختلفة ومناقشات علمية وثقافية ورياضية حتى لا يشعر بأنه أقل من زميله السوي ومن ثم محاولة التصدي لظهور الأعراض والاضطرابات النفسية الناجمة من قلقه الاجتماعي وذلك في المناسبات المختلفة.
- 5- دعم الجهود المبذولة لتوفير الأمن النفسي والعدالة الاجتماعية لجميع الأعمار ذوي الإعاقة الحركية وإنشاء علاقات بينهم وبين الآخرين من الأسوياء وعدم عزلهم عن المجتمع والمحافظة على تلك العلاقات.
- 6- تخصيص وتحديد أولويات اجتماعية وتربوية ونفسية لذوي الإعاقة الحركية وذلك في كافة المؤسسات المجتمعية الخدمية لتأكيد دورهم وإثبات ذاتهم وكسر حاجز الخوف والقلق والوحدة لديهم.

المراجع

إبراهيم الخطيب (2003). *التنشئة الاجتماعية للطفل*. عمان، الدار العلمية للنشر والتوزيع.

أحمد الشيخ (2007). *مقياس الكفاءة الاجتماعية*. الإسكندرية، دار التحرير.

آمال جودة (2010). *الوحدة النفسية*. جامعة الأقصى.

بدر محمد الأنصاري (2000). *المخاوف المرضية عند طلاب الجامعة الكويتيين*. مجلة *حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية*، جامعة الكويت، الرسالة 157، الحولية 21.

بدر محمد الأنصاري (2002). *القائمة الكويتية للمخاوف المرضية*. الكويت، دار الكتاب الجامعي.

حسان المالح (1995). *الخوف الاجتماعي، دراسة علمية للاضطراب النفسي، مظاهره وأسباب وطرق علاجه*. دمشق، دار الإشرافات.

سامية القطان (1896). *مقياس التلق السوي*. المؤتمر الثاني لعلم النفس، القاهرة.

صحيفة الثورة (2009). *مؤسسة الوحدة للصحافة والطباعة والنشر*.

صحيفة الثورة (2009). *تزايد القلق الاجتماعي في اليابان*. مؤسسة الوحدة للصحافة والطباعة والنشر، (عدد 17 يناير).

صلاح مخيمر (1979). *المدخل إلى الصحة النفسية*. ط 3، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

عبدلرقيب البحيري (1985). *الشعور بالوحدة النفسية*. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

علي عبدا لرحيم صالح (2007). *مجلة الحوار المتمدن*، ع 21، 15 نوفمبر 2007.

محمد القضاة (2007). *الكفاءة الاجتماعية*. عمان، دار الأسطى للنشر.

محمد القضاة، ومحمد الترتوري (2007). *أساسيات علم النفس التربوي*. عمان، دار الحامد ودار العروبة للطباعة والنشر.

نسيمة داود، وحمدي نزيه (1999). *العلاقة بين مصادر الضغط التي يعاني منها الطلبة ومفهوم الذات لديهم*. مجلة *دراسات العلوم التربوية*، 24(1)، 268-253.

وحيد مصطفى كامل (2003). *علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع*. جامعة الزقازيق، مركز دراسات وبحوث المعوقين.

Albano, A. M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271-298.

Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Breaking the vicious cycle: *Cognitive behavioral group treatment for socially anxious youth*. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 43-62). Washington, DC: American Psychological Association.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., DiBartolo, P. M., & Barlow, D. H. (1996). *Comorbidity in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders: Characteristics and developmental considerations*. Unpublished manuscript, State University of New York at Albany.

Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). *Children and adolescents: Assessment and treatment*. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). New York: Guilford Press.

Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for adolescent social phobia: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.

Ali, H. L. (2008). *Introduction of social psychology*. Cairo: Academic Press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Ariel, S. (2007). *Anxiety disorders fearing others: The nature and treatment of social phobias*. New York: Cambridge University Press.

Arthur, N. L. (2002). *Introduction of psychology*. Washington: L. M. Publishers.

Battistich, V. (2003). Effects of on school – based program to enhance pro-social development on children's peer relations and social adjustment. *Journal of Research in Character Education*, 22(2), 88-101.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.

Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.

Clark, B. (1979): Differentiating anxiety and depression. Test of the cognitive content, specificity hypothesis, *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 133.

- Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2001). *International handbook of social anxiety: Concept, research, and intervention relating to the self-shyness*. New York: John Wiley & Sons.
- Davidson, J. R., Hughes, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1994). The boundary of social phobia: Exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 975-983.
- Duru, E. (2008). The predictive analysis of adjustment difficulties from Loneliness, Social support, and social Connectedness. *Journal of Education Sciences: Theory and Practice*, 8(3), 849-856.
- Geangu, E., & Reid, V. M. (2006). What can early social cognition teach us about the development of social anxieties? *Cognition, Brain, Behavior*, 10(4), 543-557.
- Halford, K., & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 17-28.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Heimberg, R. G. (2003). *Cognitive-behavioral and psychotherapeutic strategies for social anxiety disorder*. In M. R. Liebowitz (chair), *Beyond shyness: Recognition, diagnosis, and treatment of social anxiety disorder at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America*, Toronto, Ontario, Canada.
- Hofmann, S. G., & Bogels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 3-5.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- Izgiç, F., Akyuz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 630-634.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future direction. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- Kocak, R. (2008). The effects of cooperative Learning on psychological and social traits among under graduate students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(6), 77-281.
- Konji, I. (2008). *Social anxiety*. <http://www.balagh.com/thaqafa/1dgp91.html>.

Kummer, A., & Harsanyi, E. (2008). Flashbacks in social anxiety disorder: Psychopathology of in a case. *Indian Journal of Psychiatry, 50*(3), 200-201.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Child & Adolescent Psychiatry, 31*, 1070-1076.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 729-736.

Liebowitz, R. S. (2004). *Social Anxiety Scale*. NJ: New Book.

Majed, A., & Singh, A. (2009). Aggression as associated with stress, social skills, and social anxiety among school adolescents of both the genders. *Journal of Behavioral Scientist, 10*(2), 97-104.

Maji, K. L. (1997). Social anxiety among adolescents. *Journal of Education, 3* (22), 22- 35.

Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2003). What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, informational, appraisal, and instrumental support. *School Psychology Quarterly, 8*, 231-252.

Malka, M. (1998). Loneliness, depression, and social skills among students with mild mental retardation in different educational setting. *The Journal of Special Education, 33* (3), 154-163.

Merrell, K. (1993). *School Social Behavior Scale*. NJ: Publishing Company.

Michel, W. (1987): *Introduction to personality*. Third Edition, New York: Winston.

Moby, M.(1993). Parental behavior and African adolescent's self-concept. *Psychology International, 14*, 1-23.

Myers, D. G. (2000): *Living with hearing loss*. New Haven, CT and London: Yale University Press

Patterson, M. L., & Ritts, V. (1997). Social and communicative anxiety: *A review and meta-analysis*. *Communication Yearbook, 20*, 263-303.

Pillips, B. (1978): *School Stress and anxiety*. New York: Human Sciences Press.

Rapee, R. M. (1995). *Descriptive symptomatology of social phobia*. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-68). New York: Guilford Press.

Russell, W. D., & Cox, R. H. (2003). Social physique anxiety, body dissatisfaction, and self-esteem in college females of differing exercise frequency, perceived weight discrepancy, and race. *Journal of Sport Behavior*, 26(3), 298-309.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.

Saini, K. (2009, April 15). Social anxiety: Constant fear of interaction with other people. *Pakistan Press International*, p. 4.

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641-669.

Schneier, E. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.

SPSS Inc. (1988). *SPSSX User's guide*. New York: McGraw-Hill.

Swinson, R. P. (2005). Social anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 305-307.