جامعة زيان عاشور الجلفة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة

عنوان المذكرة:

جودة الحياة الجلدية وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية

(دراسة ميدانية بعيادة خاصة بالأمراض الجلدية بولاية الجلفة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

- مقشوش نسرين

إشراف الأستاذة:

- حمزة فاطمة

السنة الجامعية: 2025 / 2026

بسم الله الرحمان الرحيم

{وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ}

صدق الله العظيم

الآية 76، سورة يوسف

كلمـة شـكـر

"وما بلغنا الغايات إلا بفضله وتوفيقه، فالحمد لله دائماً وأبداً"

قبل أن أفيض بالشكر لمن حولي، أقف وقفة امتنان وتقدير لنفسي؛ تلك التي صمدت، وصبرت، وجاهدت في سبل العلم والتعلم. أشكر إصراري الذي لم ينطفئ أمام التحديات، وشغفي الذي كان الدافع خلف كل خطوة في هذا العمل، فلكِ يا نفسي كل التحية على هذا الصبر والوصول.

ولأن شكر الله يستوجب شكر عباده، يطيب لي أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى:

أستاذتي الفاضلة/ **حمزة فاطمة**

التي غمرتني بكريم أخلاقها قبل علمها، فكانت خير مُشرف وموجه. أشكركِ على دعمكِ اللامحدود، وعلى توجيهاتكِ العلمية القيمة التي أنارت لي مسار هذه المذكرة. لقد كانت ملاحظاتكِ البشوشة وروحكِ المتفهمة هي السند الحقيقي لي طوال فترة الإنجاز، فجزاكِ الله عني كل خير.

كما أتوجه بأسمى عبارات الشكر والعرفان إلى جميع أفراد أسرة **كلية علم النفس والفلسفة**، وإلى جميع **أساتذتنا الأفاضل** الذين لم يبخلوا علينا يوماً برصيدهم العلمي وتجاربهم طوال مسيرتنا الدراسية. بارك الله في جهودكم التي تبذلونها في سبيل العلم والمعرفة.

ولا يفوتني أن أعبر عن عميق امتناني لكل من ساهم وقدم يد العون، قريباً كان أم بعيداً، لإتمام هذا العمل على أكمل وجه شكراً لكم جميعاً على كل ما قدمتموه من دعم ومساند.

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

{وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ}

(سورة التوبة، الآية 105)

إلى من كللهما الله بالهيبة والوقار... إلى من أحمل اسمهما بكل فخر...

إلى **والدي العزيز**؛ الذي لم يبخل عليّ يوماً بدعم أو دعاء، وكان لي السند والقدوة.

إلى منبع الحنان وجنتي في الأرض... **أمي الغالية**؛ التي كانت دعواتها تسهل لي الصعاب، ورضاها هو وقودي للاستمرار.

إلى رفقاء الدرب وعزوة الروح...

إلى **أخي** وسندي؛ ومن شاركني الطفولة والطموح.

إلى **أختي** وقطعة من قلبي؛ التي كانت دوماً بجانبي تشجعني وتؤازرني.

إلى من بهم تزهو الأيام...

إلى صديقاتي الوفيات؛ اللواتي شاركنني لحظات التعب والفرح، وكنّ لي خير معين في مسيرتي الدراسية.

إلى كل من أنار لي درباً...

إلى أساتذتي الكرام، وإلى كل من ساهم بكلمة، أو توجيه، أو مساعدة ولو بسيطة في إتمام هذا العمل المتواضع.

أهدي إليكم ثمرة جهدي المتواضع

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية، إضافة إلى التعرف على مستوى كل من جودة الحياة وصورة الجسم لدى أفراد العينة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي لملائمته لطبيعة الموضوع، وتم تطبيقها على عينة قوامها (60) مريضاً ومريضة من المصابين بالأمراض الجلدية بمدينة الجلفة، تم اختيارهم بطريقة قصدية. ولجمع البيانات تم استخدام مقياس جودة الحياة الجلدية من إعداد Finlay & Khan (1994) (DLQI) بالإضافة إلى مقياس صورة الجسم من إعداد زينب شقير (1998)، بعد التأكد من صدقهما وثباتهما. تمت معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي وتمثلت في المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار "ت" لعينة واحدة، ومعامل الارتباط بيرسون.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية موجبة ($r = 0.392$، $p = 0.002$) بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية. كما بينت النتائج أن مستوى تأثير المرض جاء متوسطاً في جودة الحياة الجلدية، وأن أفراد العينة يمتلكون صورة جسم إيجابية وطبيعية ومتكيفة مع وجود العبء الجلدي.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، صورة الجسم، الأمراض الجلدية.

Abstrac:

This study aimed to uncover the relationship between quality of life and body image among patients with skin diseases, in addition to identifying the level of both quality of life and body image among the sample members. The study adopted the descriptive correlational method due to its appropriateness for the nature of the topic, and it was applied to a sample of (60) male and female patients with skin diseases in the city of Djelfa, selected via a purposive method. To collect data, the Dermatology Life Quality Index (DLQI) developed by Finlay & Khan (1994) was used, in addition to the Body Image Scale developed by Zeinab Shoukeir (1998), after ensuring their validity and reliability. Data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), represented by the arithmetic mean, standard deviation, one-sample "t" test, and Pearson correlation coefficient.

The results of the study revealed the existence of a statistically significant positive correlation relationship ($r = 0.392$, $p = 0.002$) between quality of life and body image among patients with skin diseases. The results also showed that the level of disease impact was moderate on the quality of life, and that the sample members possess a positive, normal, and adaptive body image with the presence of the dermatological burden.

Key words: Quality of Life, Body Image, Skin Diseases.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
الإهداء	
الشكر	
الملخص بالعربية وتحته الملخص بالاجنبية	
قائمة المحتويات	
قائمة الأشكال	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
مقدمة	
الباب الأول الجانب النظري	
الفصل الاول المشكلة واعتباراتها	
1. إشكالية الدراسة	**06**
2. فرضيات الدراسة	**11**
3. أهداف البحث	**11**
4. أهمية البحث	**11**
5. التعاريف الاجرائية	**12**
6. الدراسات السابقة	**14**
الفصل الثاني: جودة الحياة	
تمهيد	**23**
1. نشأة وتطور جودة الحياة	**24**
2. ماهية جودة الحياة	**25**
3. مصطلحات لها علاقة بجودة الحياة	**29**
4. مظاهر جودة الحياة	**30**

5. إتجاهات جودة الحياة	33
6. قياس جودة الحياة	34
7. كيفية تحقيق جودة الحياة	35
خلاصة الفصل	38
الفصل الثالث: صورة الجسم	
تمهيد	40
1. تاريخ الاهتمام بصورة الجسم	41
2. تعريف صورة الجسم	43
3. أهمية صورة الجسم	46
4. مكونات صورة الجسم	47
5. مفاهيم متعلقة بصورة الجسم في الماضي والحاضر	48
6. نظريات صورة الجسم	50
7. تعريف اضطراب صورة الجسم	51
8. أسباب اضطراب صورة الجسم	52
9. محكات تشخيص صورة الجسم	53
10. الرضا عن صورة الجسم وانعكاساته النفسية	55
خلاصة الفصل	57
الباب الثاني: الجانب التطبيقي	
الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة	
1-الدراسة الاستطلاعية	61
2-منهج الدراسة	61
3-حدود الدراسة	62
4-مجموعة البحث أو العينة وخصائصها	62
5-أدوات الدراسة	65

6-الأساليب الإحصائية	**66**
الفصل الثاني: عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية	
1. عرض ومناقشة النتائج	**72**
أولا: عرض ومناقشة الفرضية الأولى	**72**
ثانيا: عرض ومناقشة الفرضية الثانية	**75**
ثالثا: عرض ومناقشة الفرضية الثالثة	**79**
2. الإستنتاج العام	**82**
الخاتمة	**85**
قائمة المراجع	**87**
الملاحق	**92**

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
.1	توزيع العينة حسب متغير السن	63
.2	توزيع العينة حسب متغير الجنس	63

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
.1	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	64
.2	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	64
.3	يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين للعينة الاستطلاعية	67
.4	نتائج حساب ثبات مقياس الجودة عن طريق التجزئة النصفية	68
.5	يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين للعينة الاستطلاعية	69
.6	نتائج حساب ثبات مقياس صورة الجسم عن طريق التجزئة النصفية	70
.7	مجموع متوسطات إجابات أفراد العينة على عبارات مقياس جودة الحياة	72
.8	مجموع متوسطات إجابات أفراد العينة على عبارات مقياس صورة الجسم	76
.9	يوضح قيم معامل الارتباط بيرسون	79

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
.1	مقياس جودة الحياة الجلدية DQLI	93
.2	مقياس صورة الجسم	95
.3	مخرجات SPSS	98

مقدمة

مقدمة:

يعد الفرد وحدة متكاملة نفس–جسمية، حيث لا يمكن الفصل بين الجانب العضوي والجانب النفسي في تحقيق التوازن الإنساني. ونلاحظ أن أي اختلال في الحالة النفسية للفرد ينعكس بالضرورة على حالته العضوية، كما أن الإصابات الجسدية بدورها تؤدي إلى تغيرات عميقة في المعاش النفسي. وقد أجمعت معظم الدراسات الطبية والنفسية على وجود تأثير متبادل ومستمر بينهما، مشددة على أن الاضطرابات النفسية قد تتجسد في أعراض جسدية واضحة، وهو ما يفتح المجال لفهم أعمق للأمراض التي تظهر على مستوى الجلد باعتباره المرآة العاكسة للصحة النفسية والجسمية على حد سواء.

وتعد الأمراض الجلدية من أكثر الحالات التي يتجلى فيها هذا الارتباط الوثيق، فهي ليست مجرد إصابات موضعية، بل هي اضطرابات قد تضرب في عمق الهوية النفسية للفرد. ونظرًا لأن الجلد هو العضو الأكثر بروزاً وتواصلاً مع العالم الخارجي، فإن أي تشوه أو إصابة مزمنة فيه تؤثر بشكل مباشر على صورة الجسم؛ تلك الصورة الذهنية والعقلية التي يكونها الفرد عن جسمه، سواء في مظهره الخارجي أو في كفاءته الوظيفية. إن اضطراب هذه الصورة قد يخلف آثاراً وانعكاسات نفسية سالبة، تتمثل في الشعور بالخجل الاجتماعي، وتدني تقدير الذات، والقلق الدائم من نظرة الآخر.

وهنا تبرز إشكالية جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، حيث يتجاوز ألم المرض الجلدي الجانب الفيزيولوجي ليمس تفاصيل الحياة اليومية، والعلاقات الاجتماعية، والراحة النفسية. فكلما كانت صورة الجسم مشوهة أو غير متقبلة لدى المريض، أدى ذلك إلى تدهور ملحوظ في جودة حياته، مما يعيق قدرته على التكيف والاستمتاع بمجالات الحياة المختلفة.

وفي هذا السياق، جاءت هذه الدراسة تحت عنوان: "جودة الحياة وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجلد"، من أجل استكشاف طبيعة العلاقة الارتباطية بين كيفية إدراك المريض لجسده ومدى رضاه عن مستوى حياته العام. ولتحقيق الهدف الذي نسعى إليه، قمنا بتقسيم

مقدمة

موضوع دراستنا الحالية إلى جانب نظري يتناول الإطار المفاهيمي للمتغيرات، وجانب تطبيقي يهدف إلى تحليل البيانات الميدانية والوصول إلى النتائج حيث:

يحتوي الجانب النظري على فصول موحدة كما يلي:

الفصل الأول: مقدمة، الإشكالية، فرضيات الدراسة، تحديد المفاهيم (الإجرائية والاصطلاحية)، أهمية وأهداف الدراسة، بالإضافة إلى عرض لبعض الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: وتناولنا فيه موضوع جودة الحياة والأمراض الجلدية؛ حيث تطرقنا إلى ماهية الأمراض الجلدية وأنواعها الأكثر شيوعاً، ثم فصلنا في مفهوم جودة الحياة، أبعادها، وأهميتها، وكيفية انعكاس الإصابة الجلدية على جودة حياة المريض.

الفصل الثالث: وقد خُصص لمتغير صورة الجسم؛ حيث تم التطرق إلى تعريفها، أبعادها، العوامل المؤثرة في تشكيلها، والنظريات النفسية المفسرة لها، وصولاً إلى اضطرابات صورة الجسم والآثار المترتبة عليها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: وهو الفصل الخاص بالجانب المنهجي للدراسة، وتناولنا فيه منهج الدراسة المتبع، ووصف عينة الدراسة، والأدوات المستخدمة في جمع البيانات (مقياس جودة الحياة DLQI ومقياس صورة الجسم)، بالإضافة إلى الحدود الزمانية والمكانية والخصائص السيكومترية للأدوات.

الفصل الخامس: وباعتباره الفصل الأخير في دراستنا، تطرقنا فيه إلى عرض النتائج الميدانية وتحليلها ومناقشتها على ضوء الفرضيات، وأخيراً خُتمت الدراسة بجملة من التوصيات والمقترحات، تليها قائمة المراجع والملاحق.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الاول المشكلة واعتبلراتها

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف البحث

4- أهمية البحث

5- التعاريف الاجرائية

6- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

أصبحت جودة الحياة خلال العقود الاخيرة محور إهتمام متزايد في ميدان علم النفس لما تمتلكه من مفهوم شامل يرتبط بعدد من المتغيرات النفسية الهامة مثل الرضا عن الحياة والسعادة ومعنى الوجود والكفاءة الذاتية واشباع الحاجات وقد جاء هذا الاهتمام في إطار ما يعرف بعلم النفس الايجابي الذي يعنى بدراسة الجوانب المشرقة في حياة الانسان سعيا الى تحقيق الرفاه النفسي والاجتماعي للفرد والمجتمع.

فهي كل ما يفسد الفرد في تنمية طاقاته النفسية والعقلية والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة مواقف ضاغطة والمبادرة لمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على اشباع حاجاته الصحية والنفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الايجابية والاستقرار الأسري والاستقرار الاقتصادي (تلي، 2019، ص 04).

وقد عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها انطباع وتصور يتكون عند الفرد تجاه حياته وتبعاتها ضمن محددات ثقافية ومجتمعية ومستوى العلاقة المرتبطة بين اهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم محددة عنده وهي عملية تكامل وتضافر بين جوانب الفرد المختلفة النفسية والفسيولوجية وغيرها ومستوى الاستقلال والعلاقات وعلاقة ذلك بجميع ما يخرج في المستقبل من احداث مرتبطة بها وتمثل بادراك الفرد إلى موقعه في الحياة (الخميسي، 2022، ص 286).

ويعتبر هذا المفهوم مؤشرا جوهريا على مدى قدرة الفرد على التكيف مع أوضاعه الصحية النفسية المختلفة بما في ذلك الأمراض والاضطرابات او تلك التي تمس المظهر الخارجي للفرد ومن صبح بين هاته نجد الامراض الجلدية والتي لها تأثير كبير على حياة

الفرد معاشه النفسي ويعتبر حدث مؤثر من الجانب الجسمي والنفسي لان المظهر الجسمي ذو اهمية كبيرة لدى الفرد.

إنّ الأمراض الجلدية، بطبيعتها الظاهرة وما تفرضه من تغيّرات ظاهرة على سطح الجسد، لا تُعدّ مجرد حالات مرضية ذات بعد فسيولوجي، بل تمثل في كثير من الأحيان حدثاً حياتياً صادماً يعيد تشكيل علاقة الفرد بذاته وبمحيطه الاجتماعي. فهي تتجاوز حدود الألم العضوي أو الاختلال الوظيفي لتطال البنية النفسية للهوية، مُحدثةً شرخاً واضحاً في صورة الجسم (Body Image) كما يتمثلها الفرد ويُدرِكها داخلياً.

فالجسد في المنظور السيكولوجي ليس مجرد كيان بيولوجي أو تركيب تشريحي، بل هو مركز التجربة الإنسانية ووسيط التفاعل الاجتماعي، ومن خلاله تتكوّن الانطباعات الأولى وتُبنى العلاقات، كما يشكّل مرآة تعكس الهوية الشخصية وتقدير الذات. ومن ثمّ، فإن أي اعتلال يصيب هذا الجسد لا سيما إذا كان ظاهراً في مناطق مرئية كالوجه أو اليدين قد يُفضي إلى اضطراب في التمثل الذهني الذي يُكوّنه الفرد عن ذاته، فيتزعزع إدراكه لتناسقه الجسدي، ويتحوّل الجسد من مصدر للثقة والتواصل إلى مصدر للقلق والانكفاء.

ويترتب على هذا الاضطراب في صورة الجسم سلسلة من الانعكاسات النفسية العميقة، إذ قد يعيش المريض حالة من الحساسية المفرطة تجاه نظرات الآخرين وتأويلاتهم، فيشعر بأنه موضوع تقييم دائم، مما يعزز الإحساس بالوصمة الاجتماعية ويقوّي مشاعر الخجل أو الانسحاب. كما قد يتنامى لديه قلق الامتثال لمعايير الجمال والقبول الاجتماعي السائدة، خاصة في الثقافات التي تولي أهمية بالغة للمظهر الخارجي. وهكذا يصبح الجسد، الذي يفترض أن يكون أداة للتعبير عن الذات، مصدراً لمعاناة نفسية قد تؤثر على مستوى التكيف، وتقدير الذات، ونوعية العلاقات الاجتماعية، بل وتمتد لتنعكس على جودة الحياة ككل.

إنّ هذا التدهور في صورة الجسم لا يتوقف عند حدود الإدراك الذاتي، بل يمتد ليشمل علاقة المريض بالفضاء العام، حيث تبرز ظاهرة «الوصمة الاجتماعية المدركة»؛ فيبدأ المريض بتأويل نظرات الآخرين على أنها مزيج من الشفقة أو النفور. هذا الإدراك المشوه يدفع الفرد نحو تبني آليات دفاعية سلبية، أبرزها الانسحاب الوقائي؛ حيث يتجنب المريض المناسبات الاجتماعية والأنشطة التفاعلية حمايةً لذاته من التقييم البصري القاسي. وبذلك، تتحول الإصابة الجلدية من مجرد عارض طبي إلى «عائق اجتماعي» يحرم الفرد من ممارسة أدوارة الطبيعية، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى تقويض دعائم جودة الحياة التي تعتمد بشكل أساسي على التفاعل الإيجابي مع المحيط الاجتماعي." (النيال، 2010، ص 12).

لا يقتصر اضطراب صورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية على شعور عابر بالضيق أو الانزعاج من المظهر الجسدي، بل يمتد ليشكل ظاهرة نفسية عميقة تتغلغل في ثلاث مستويات بنيوية تؤثر بشكل مباشر على جودة حياة المريض. المستوى الأول يتمثل في البعد الإدراكي، حيث يميل المصاب إلى تضخيم حجم الإصابة وتأثيرها البصري على جسده، ويُعرف هذا السلوك بـ«التركيز الانتقائي» على العيوب، وهو ميل معرفي يجعل الفرد يبالغ في تقييمه للعيوب الجلدية الصغيرة، ما يخلق إحساساً مستمراً بأن جسده مشوه أو غير مقبول، حتى لو كانت الإصابة طفيفة أو غير ملحوظة للآخرين. أما المستوى الثاني فهو البعد الوجداني أو الانفعالي، ويعبر عن المشاعر السلبية التي ترافق الإدراك المشوه للجسم، مثل الخجل، والعار، والحرج، والقلق الاجتماعي، بحيث يتحول الجلد من كونه جزءاً من الجسم يوفر الراحة والوظائف الطبيعية إلى مصدر مستمر للألم النفسي والمعاناة العاطفية، وقد يؤدي هذا الانزعاج الداخلي إلى عزلة اجتماعية واضطرابات في العلاقات الشخصية. أما المستوى الثالث فيتعلق بالبعد السلوكي، حيث تظهر لدى المريض أنماط من التجنب أو السلوكيات التعويضية، مثل ارتداء ملابس تغطي مناطق معينة، أو الإفراط في استخدام مستحضرات التجميل، أو حتى الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية والمهنية، وكل ذلك يؤثر بشكل مباشر

على جودة حياته ويقلل من شعوره بالرضا عن ذاته، مما يخلق حلقة متكاملة من الإدراك السلبي والمشاعر المؤلمة والسلوكيات التكيفية غير الفعالة. وأخيراً، يمثل المستوى الثالث والأكثر تعقيداً وخطورة البعد السلوكي، حيث يتبنى المريض سلوكيات «التخفي أو التمويه» (Camouflaging) مثل ارتداء ملابس طويلة في الصيف، أو تجنب الإضاءة القوية، وصولاً إلى الانسحاب الاجتماعي الكامل. هذه السلوكيات، رغم كونها محاولات للحماية من الإحراج، تعمّق من شعور الفرد بـ«الاغتراب الجسدي»، أي الإحساس بأن جسده أصبح كياناً غريباً أو عدواً له، لا يستطيع التحكم فيه. هذا الانفصال بين الفرد وجسده يُعد أحد أهم العوامل التي تهدد جودة الحياة وتضعف الرابط الحيوي بين الذات وبيئتها، وهو الرابط الذي يؤكد عليه علم النفس الإيجابي في تعزيز الرفاه النفسي. بهذا الشكل، تتفاعل المستويات الإدراكية والانفعالية والسلوكية لتشكل شبكة معقدة من التأثيرات النفسية والاجتماعية، تجعل اضطراب صورة الجسم تجربة عميقة تتجاوز مجرد شعور عابر بعدم الرضا عن المظهر، لتصبح عاملًا حاسماً في تحديد جودة حياة المريض بشكل شامل ومستدام (المشعان، 2014، ص 85).

يتضح مما سبق أن جودة الحياة لدى المصاب بالأمراض الجلدية ليست حالة ثابتة أو معياراً موضوعياً مستقلاً، بل هي نتيجة لصراع دينامي ومعقد بين تمثلات الذات الداخلية وتوقعات المجتمع المحيط. هذا الصراع ينبع من التوتر المستمر بين الرغبة في تحقيق شعور بالرفاه النفسي والجسدي، كما يؤكد عليه علم النفس الإيجابي، وبين الواقع الذي يفرضه الجسم المتأثر بالمرض، حيث تصبح صورة الجسم المشوهة محورًا لتجربة الفرد اليومية. فعندما يصطدم سعي المريض نحو الاعتراف بذاته والتمتع بجودة حياة مستقرة بعيوبه الجلدية، يتولد ما يُعرف بالاغتراب الجسدي، وهو شعور بانفصال الفرد عن جسده وكأنه أصبح كيانًا غريبًا عنه أو حتى عدواً له، وهو شعور يضعف السيطرة الذاتية ويزيد من معاناة المريض النفسية والاجتماعية.

اضطراب صورة الجسم يمثل نقطة التقاء الألم العضوي والمعاناة النفسية؛ إذ لم يعد الجلد مجرد غلاف واقٍ أو غطاء للجسم، بل أصبح مساحة للصراع النفسي والاجتماعي، حيث يسعى المريض عبر سلوكيات التمويه والتخفي (Camouflaging) إلى استعادة قبوله الاجتماعي والحد من الشعور بالخجل والعار المرتبط بالمظهر الخارجي. وقد تشمل هذه السلوكيات ارتداء ملابس تغطي كامل الجسم، أو تجنب الأماكن العامة المضيئة، أو الانسحاب الاجتماعي الكامل، وكلها محاولات للتخفيف من الضغوط النفسية، لكنها في الوقت ذاته قد تزيد من شعور العزلة والاغتراب الداخلي.

من هذا المنظور، يصبح تدهور جودة الحياة ليس نتيجة حتمية للمرض الجلدي بحد ذاته، بل هو انعكاس لفقدان الاستقرار النفسي والتهديد المستمر لصورة الذات. فالاضطراب في صورة الجسم يؤدي إلى خلل في التفاعل بين الفرد وبيئته، ويضعف الروابط بين الأنا والجسد، وهو ما يشكل تحديًا مباشرًا أمام قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن حياته. ومن هنا، تصبح دراسة جودة الحياة في هذا السياق أكثر من مجرد تقييم سريري؛ فهي محاولة لفهم كيفية صمود الأنا أمام ضغوط الوصمة الاجتماعية، وكيف يمكن لآليات التكيف العقلية والسلوكية، مثل المبادرة وحل المشكلات، أن تعمل كأدوات تمكينية تساعد المريض على استعادة توازنه النفسي ومعناه الوجودي، بعيداً عن قيود المظهر الخارجي والتقييم الاجتماعي الموجه.

وبالتالي، يمكن القول إن تجربة المرض الجلدي تتجاوز الجانب العضوي لتصبح تجربة شاملة تشمل البعد النفسي والاجتماعي والسلوكي، حيث تتفاعل المستويات الثلاثة – الإدراكي، الانفعالي، والسلوكي – لتشكيل شبكة معقدة من التأثيرات على جودة الحياة، مما يجعل الاضطراب في صورة الجسم أحد أبرز المحددات النفسية والاجتماعية التي يجب فهمها لمعالجة آثار الاضطراب بشكل شامل.

لهذا جاءت هذه الدراسة من أجل التعرف على مستوى كل من جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الامراض وتحديد العلاقة بينهما، من خلال طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى الامراض الجلدية؟
- ما مستوى صورة الجسم لدى مرضى الامراض الجلدية؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و صورة الجسم لدى مرضى الامراض الجلدية؟

2- فرضيات الدراسة:

- يتميز مرضى الامراض الجلدية بمستوى جودة حياة منخفض.
- صورة الجسم لدى مرضى الامراض الجلدية تكون سلبية .
- توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الامراض الجلدية.

3- أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على مستوى صورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية.
- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرضى الأمراض الجلدية.
- الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية.

4- أهمية البحث:

4_1 الاهمية النظرية:

- تظهر أهمية دراستنا في النقاط التالية:
- تناول متغير صورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية في البيئة الجزائرية وهو موضوع نادر التناول في الدراسات المحلية والعربية رغم انتشاره عالمياً.
- إثراء التراث العلمي فتح المجال لمزيد من الدراسات الأكاديمية والبحوث حول العلاقة بين الاضطرابات الجلدية الظاهرة وصورة الجسم وجودة الحياة خاصة في المجتمع الجزائري.

- دعم الإطار النظري قد تساهم نتائج الدراسة في إثراء النظريات النفسية المفسرة للعلاقة بين التشوه الجسدي المدرك وجودة الحياة، كنظرية المقارنة الاجتماعية ونظرية الوعي بالذات الموضوعية.

4_2 الأهمية التطبيقية:

وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في:

- مساعدة المختصين: تزويد الأخصائيين النفسانيين والأطباء الجلديين بنتائج علمية حول الآثار النفسية للأمراض الجلدية، مما يساعدهم على فهم أعمق لمعاناة المرضى.
- تطوير برامج التدخل: قد تشكل نتائج الدراسة قاعدة لبناء برامج إرشادية وعلاجية موجهة لتحسين صورة الجسم ورفع جودة الحياة لدى مرضى الأمراض الجلدية.
- توجيه الممارسة العيادية: لفت انتباه الطاقم الطبي إلى ضرورة التعامل مع المريض الجلدي كحالة نفس–جسدية متكاملة، وليس كحالة عضوية فقط.
- التوعية المجتمعية: الإسهام في وضع أسس لحملات توعوية للحد من الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالأمراض الجلدية الظاهرة، وتعزيز تقبل الاختلاف الجسدي.

5- التعاريف الاجرائية:

5-1-جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالراحة والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارة الوقت والاستفادة منه (برابح، 2020، ص 07).

عرفتها منظمة الصحة العالمية (1998) بأنها: " إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيه أو مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته وقيمة واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته وعلاقاته

الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وهي بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد لذاته وظروف حياته " (برابح، 2020، ص 299).

وهو ما يقيسه مقياس جودة الحياة الجلدية KHAN &FINLAY 1994 (DLQI) ترجمة وتعريب اسماعيل خضري وبدر حسام واخرين 2007.

5-2-صورة الجسم:

عرفها العزاوي على أنها صورة نكونها في أذهاننا من أجسامنا (الدويك، 2020، ص 16).

وحسب موسوعة علم النفس والتحليل النفسي " هي الفكرة الذهنية للفرد عن جسمه وصورة الجسم هي الأساس لخلق الهوية، إذ أن الأنا والأنا الأعلى على حد تعبير " فرويد إنما هو في الأساس الأنا الجسمي". (بومغار، 2022، ص 73) وهو ما يقيسه مقياس صورة الجسم لزينب شقير 1998.

6- الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراسات السابقة، نجد أنها تناولت متغيرات صورة الجسم وجودة الحياة وعلاقتها بالأمراض الجلدية من زوايا متعددة؛ فمنها ما ركز على أمراض جلدية محددة، ومنها ما استقصى الأثر النفسي العام للإصابات الظاهرة. وفيما يلي عرض لهذه الدراسات مرتبة حسب درجة قربها وصلتها بموضوع دراستنا الحالية:

6-1- دراسة (Ayshe Sarwar, all, 2024)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم والوصمة الاجتماعية وجودة الحياة لدى النساء المصابات بحبّ الشباب. وقد تم التواصل مع عينة قوامها (150) امرأة من أقسام الأمراض الجلدية في مستشفيات لاهور. وشملت أدوات الدراسة استمارة البيانات الديموغرافية، ومقياس صورة الجسم، ومقياس الوصمة الاجتماعية، إضافة إلى استبيان مؤشر جودة حياة الأمراض الجلدية. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين صورة الجسم والوصمة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الإناث المصابات بحبّ الشباب. كما بينت النتائج أن كلاً من صورة الجسم والوصمة الاجتماعية يُسهمان في التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة. ويمكن أن تفيد نتائج هذه الدراسة علماء النفس والمستشارين في تخطيط وتصميم التدخلات النفسية المناسبة للأفراد المصابين بحبّ الشباب، ولا سيما أولئك الذين يعانون من صورة جسم سلبية وتدنٍ في جودة الحياة وشعور بالوصمة الاجتماعية (Ayshe Sarwarall، 2024).

6-2-دراسة (Floence & all, 2018)

هدفت الدراسة لاستكشاف التأثير النفسي والاجتماعي للأمراض الجلدية الشائعة على المرضى في 16 دولة أوروبية، من خلال تقييم الوصمة ومشاكل صورة الجسم والصحة النفسية. استخدمت الدراسة استبيانات ومقاييس معتمدة قبل الفحص السريري، وقارنت النتائج بالمجموعة الضابطة. وأظهرت أن الأمراض الجلدية مثل حب الشباب والأكزيما لها تأثير كبير على الصحة النفسية وجودة الحياة، مما يبرز الحاجة لبرامج تدخل مناسبة من قبل متخصصي الرعاية الصحية. (Florence،& ،2018all)

6-3-دراسة (Daniel Munoz & all, 2025):

يُعدّ الورم العصبي الليفي من النوع الأول اضطرابًا وراثيًا مزمنًا، تتمثل إحدى مظاهره السريرية الرئيسة في ظهور أورام عصبية ليفية جلدية مشوِّهة، يعاني معظم البالغين المصابين به من أورام مرئية بدرجات متفاوتة من الشدة، مما قد يؤثر سلبًا في صورة الجسم لديهم وفي صحتهم النفسية ومستوى الدعم الاجتماعي. هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف صورة الجسم والإدراك السلبي للمظهر المرتبط بالأورام العصبية الليفية وشدة الإصابة الجلدية لدى مرضى الورم العصبي الليفي من النوع الأول، وتقييم علاقتها بجودة الحياة، مع بحث دور كل من الدعم الاجتماعي والمساعدة النفسية. شملت الدراسة 205 مرضى تتراوح أعمارهم بين 16 و74 سنة، اعتمد فيها على استبيانات لقياس جودة الحياة وصورة الجسم إضافة إلى البيانات الاجتماعية والديموغرافية، وتم استخدام تحليلات الارتباط والانحدار البسيط والمتعدد لدراسة العلاقات بين المتغيرات. أظهرت النتائج أن مشكلات صورة الجسم تزداد لدى المرضى الذين يعانون من تشوهات جلدية أكثر وضوحًا وشدة، غير أن التحليل الإحصائي بيّن أن ضعف صورة الجسم كان المتغير الوحيد المرتبط بشكل دال بانخفاض جودة الحياة ($p < 0.001$)، في حين لم تُظهر شدة الإصابة الجلدية ولا الإدراك السلبي لمظهر الأورام العصبية الليفية ارتباطًا مباشرًا واضحًا بجودة الحياة. كما تبين أن المرضى ذوي صورة الجسم السلبية أكثر ميلًا لطلب المساعدة النفسية، لكنهم أقل إبلاغًا عن توفر دعم اجتماعي كافٍ، في حين ارتبط تلقي الدعم الاجتماعي أو المساعدة النفسية بانخفاض جودة الحياة، مما يعكس لجوء المرضى إلى هذه الموارد في حالات المعاناة الأكبر. وتخلص الدراسة إلى أن مخاوف صورة الجسم تمثل العامل الأهم في تفسير تدهور جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، مما يؤكد ضرورة الكشف المبكر عن اضطرابات صورة الجسم وتوفير تدخلات نفسية داعمة تسهم في تعزيز الدعم الاجتماعي وتحسين التكيف النفسي والاجتماعي (Daniel Munoz، & all، 2025).

6-4-دراسة Halil Kara 2017:

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من تأثيرات البهاق على جودة الحياة، واحترام الذات، وصورة الجسم. شملت هذه الدراسة 64 مريضًا تم تشخيص إصابتهم بالبهاق، و87 شخصًا من مجموعة الضبط متطابقين في العمر والجنس. تم جمع الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للمشاركين، وتم تسجيل مناطق الإصابة بالآفات ناقصة التصبغ لتحديد شدة البهاق السريرية. تم استكمال مؤشر جودة الحياة في الأمراض الجلدية، ومقياس صورة الجسم، ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات أظهرت مقارنة جودة الحياة المتعلقة بالمرض (DQOLI) والكفاءة الذاتية (SE) ومؤشر بارثل (BI) بين مجموعتي البهاق والمجموعة الضابطة أن مرضى البهاق لديهم جودة حياة أقل بشكل ملحوظ إحصائيًا ($P<0.01$)، وكفاءة ذاتية أقل ($P<0.01$)، ومؤشر بارثل أسوأ ($P<0.01$). لم $P>0.05$). يمكن أن يؤثر البهاق سلبًا على جودة الحياة والكفاءة الذاتية والمؤشر بارثل لدى المرضى، مما يؤدي بالتالي إلى المشاكل النفسية والاجتماعية. (Halil Kara،2017).

6-5-دراسة (Alotaibi & all, 2021):

توصلت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى الأمراض الجلدية المختلفة بالمملكة العربية السعودية باستعمال مقياس جودة الحياة الجلدية على عينة متكونة من 391 مريضا أظهرت النتائج أن أغلب المشاركين أبلغوا أن أمراضهم الجلدية كان لها تأثير بسيط أو معدوم على جودة حياتهم في حين كانت أعلى نسب التأثير السلبي لدى مرضى الاكزيما والصدفية خلصت الدراسة إلى أن الأمراض الجلدية تؤثر بدرجات متفاوتة على جودة الحياة وأوصت بضرورة الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية المرضى (Alotaibi & all, 2021).

6-7-دراسة (Fatma amer Hassan, all,2020):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الضائقة النفسية وصورة الجسم ونوعية الحياة بين مرضى الصدفية تم استخدام تصميم ارتباطي وصفي أجريت الدراسة من كل من العيادة الخارجية للأمراض الجلدية في مستشفى في مدينة بنها، تم تجنيد عينة ملائمة من 100 مريض مصاب تم استخدام أربع أدوات لجمع البيانات استبيان المقابلة المنظمة يتضمن البيانات الاجتماعية والديموغرافية والخصائص السريرية للعينة المدروسة، ومقياس كيسلر للضيق النفسي، ومقياس صورة الجسم، ومؤشر جودة الحياة للأمراض الجلدية وكانت النتائج لدى أكثر من ثلثي المرضى الذين تمت دراستهم مستوى عالٍ من الضائقة النفسية الكلية، وكان لدى أكثر من نصف المرضى الذين تمت دراستهم صورة سلبية عالية للجسم وكان لدى أكثر من ثلاثة أرباع المرضى الذين تمت دراستهم تأثير شديد على جودة الحياة. كما كان هناك ارتباط إيجابي ذو دلالة إحصائية عالية بين الضائقة النفسية الكلية وصورة الجسم الكلية وجودة الحياة الكلية بين المرضى الذين تمت دراستهم. تؤكد هذه النتيجة أن مرضى داء البُوريات الذين يعانون من ضائقة نفسية معرضون لانخفاض صورة الجسم، مما يقلل بدوره من جودة حياة المريض (Fatma amer Hassan, all,2020).

6-8-دراسة سعداوي إكرام(2021):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد المصابين بالبهاق وهي دراسة عيادية لخمس حالات بمدينة تقرت وقد تم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية واستعمل فيها استبيان صورة الجسم ومقابلة عيادية نصف موجهة واختبار رسم الشخص وتوصلت النتائج إلى أن البهاق يؤثر على صورة الجسم (سعداوي ،2021).

6-9- دراسة سلفاوي أميرة(2017):

توصلت هذه الدراسة إلى معرفة صورة الجسم لدى امرأة متعرضة لحروق جسدية وهي دراسة عيادية لخمس حالات بمستشفى ولاية ورقلة تم استخدام مقاييس نفسية متمثلة في مقابلة عيادية نصف موجهة واستبيان صورة الجسم واختبار رسم الشخص تبينت أن هذه العينة تعاني من تشوه في الصورة الجسمية الناتجة عن الحروق الجسدية وهذا قد يؤدي إلى إضطربات نفسية صعبة وعليه يجب اهتمام بدراسة الألم النفسي لدى المتعرضين لحروق جسمية. (سلفاوي،2017)

6-10- دراسة طايبي لمياء (2018):

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية والعلاقة بينهما لدى مرضى الصدفية على عينة 61 مريض يتراوح سنهم بين 17 و58 سنة وللتأكد من فرضيات الدراسة تم استخدام مقياس نوعية الحياة الخاص بالأمراض الجلدية DLQI ومقياس العام للفعالية الذاتية تشير نتائجها إلى انخفاض مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى الصدفية. كما تبين وجود علاقة دالة بين المتغيرين كون الصدفية مرضا مزمنا فهو لا يقل أهمية عن الأمراض المزمنة الأخرى، لذلك من الضروري العمل على رفع مستوى نوعية حياة المرضى من أجل الحفاظ على الفعالية الذاتية والتعايش المناسب مع مرضهم بالتالي التقليل من أعراض الصدفية (طايبي لمياء، 2018).

6-11- دراسة رحاب سراج الدين محمد (2023):

هدفت الدراسة إلى استقصاء اتجاهات المشاهدات للدراما المصرية وعلاقتها بكل من صورة الجسد وجودة الحياة، إضافة إلى التعرف على تأثيرها في الصلابة النفسية. اعتمدت الدراسة

المنهج الوصفي باستخدام أسلوب المسح الإعلامي، واستُخدمت الاستبيانات ومقاييس صورة الجسد، وجودة الحياة، والصلابة النفسية لجمع البيانات من عينة قوامها (300) مشاركة من فئات عمرية واجتماعية وتعليمية ومهنية مختلفة. أظهرت النتائج أن غالبية المبحوثات وافقن على أن صورة الجسد المقدَّمة في الدراما المصرية، بما تتضمنه من معايير جمالية مثالية وغير واقعية، تسهم في تكوين تصورات غير إيجابية عن الجسد. كما بينت النتائج وجود تأثير كبير لمشاهدة الدراما المصرية على جودة الحياة لدى نسبة معتبرة من العينة، في حين كان التأثير متوسطًا لدى نسبة أخرى وضعيفًا لدى نسبة محدودة. وبالمثل، كشفت النتائج عن تأثير ملحوظ لمشاهدة الدراما المصرية على الصلابة النفسية لدى جزء كبير من المبحوثات، مقابل تأثير متوسط وضعيف لدى فئات أخرى، مما يؤكد الدور المؤثر للدراما في الجوانب النفسية والاجتماعية للمرأة. (محمد،2023).

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراسات السابقة، نجد أنها تناولت متغيرات صورة الجسم وجودة الحياة وعلاقتها بمرض جلدي محدد (مثل الصدفية في دراسة طايبي 2018، والبهاق في دراسة سعداوي 2021 و Halil Kara 2017، أو الورم الليفي في دراسة Daniel Munoz 2025). بينما تميزت دراسات أخرى بالشمولية كدراسة Alotaibi (2021) ودراسة Florence (2018) التي استقصت تأثير الأمراض الجلدية الشائعة عموماً. ما يميز دراستنا الحالية هو سعيها لتقديم رؤية تكاملية لا تتقيد بمرض واحد، بل تبحث في "الأثر النفسي والاجتماعي المشترك" لمختلف الإصابات الجلدية، وكيف يؤثر التغير في المظهر الخارجي (صورة الجسم) على الرفاهية اليومية (جودة الحياة) لدى عموم المرضى الجلديين من حيث الأدوات المستخدمة اعتمدت أغلب الدراسات السابقة على المقاييس النفسية المقننة كأدوات أساسية، مثل مقياس جودة الحياة الجلدية (DLQI) ومقياس صورة الجسم (كما في دراسة Fatma

Amer ودراسة Ayshe 2024)، بينما اتجهت الدراسات العيادية لاستخدام المقابلة واختبار رسم الشخص (دراسة سلفاوي 2017).

أما فيما يخص دراستنا، فقد تم اختيار أدوات تتسم بالمرونة والقدرة على قياس المتغيرات لدى فئات مرضية متنوعة، مما يتيح لنا المقارنة بين تأثيرات الأمراض المختلفة على نفس المتغير النفسي، وهذا ما يتفق مع التوجهات الحديثة في القياس النفسي للأمراض المزمنة.

تباينت عينات الدراسات السابقة بين عينات نوعية صغيرة (5 حالات في دراسة سعداوي) وعينات ضخمة عابرة للحدود (دراسة Florence). وتشترك دراستنا مع دراسة Alotaibi (2021) في استهداف عينة متنوعة من المصابين بـ مختلف الأمراض الجلدية، مع التركيز على فئة الراشدين، وذلك لاستكشاف الفوارق في إدراك صورة الجسم وجودة الحياة بناءً على نوع الإصابة ودرجة ظهورها وبروزها للآخرين من حيث المنهج اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات التي اعتمدت المنهج العيادي النوعي (مثل دراسة سلفاوي 2017)، وتقاطعت مع الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي (مثل دراسة Fatma Amer ودراسة Ayshe 2024). ويهدف منهجنا الحالي إلى فحص العلاقة الارتباطية والتنبؤية بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى شريحة واسعة من المرضى، مما يساعد في تعميم النتائج وتصميم برامج إرشادية نفسية تشمل كافة التخصصات الجلدية.

يظهر من خلال استعراض الدراسات السابقة وجود ارتباط وثيق بين إدراك صورة الجسم ومستوى جودة الحياة لدى مرضى الأمراض الجلدية حيث أكدت النتائج أن تدهور صورة الجسم يعد عاملاً أساسياً في انخفاض جودة الحياة النفسية والاجتماعية للمرضى بغض النظر عن نوع الإصابة الجلدية أو حدتها.

وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه البحوث في تحديد الأدوات والمقاييس المناسبة وربط النتائج بالواقع الميداني مع التركيز على أهمية الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية

المرتبطة بالمظهر لضمان تحسين الرفاهية اليومية للمرضى وتوفير دعم نفسي فعال يتكامل مع العلاج الطبي.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد

1. نشأة وتطور جودة الحياة.
2. ماهية جودة الحياة.
3. مصطلحات لها علاقة بجودة الحياة.
4. مظاهر جودة الحياة.
5. إتجاهات جودة الحياة.
6. قياس جودة الحياة.
7. كيفية تحقيق جودة الحياة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن متطلبات وجود الانسان لا تقتصر على إشباع ضروريات العيش الأساسية فقط، وإنما تمتد لتشمل مختلف العوامل التي تسهم في الارتقاء بجودة حياته. ويتجسد ذلك أساسًا في السعي إلى التعرف على قدرات الإنسان الكامنة وتنميتها وتوظيفها، بما يتيح توجيه الأفراد والجماعات داخل المجتمع نحو أنماط عيش أكثر توازنًا ورفاهًا. ويرتكز هذا التوجه على تعزيز الاستقلالية الشخصية وتحقيق الرضا الذاتي عن الحياة. كما تتباين التصورات المتعلقة بمفهوم جودة الحياة باختلاف الأفراد، تبعًا لإدراكهم الشخصي وللظروف البيئية المحيطة بهم، إضافة إلى ما يتوفر لديهم من موارد مادية ومعنوية، الأمر الذي يجعل من جودة الحياة مفهومًا نسبيًا يختلف من شخص إلى آخر.

1-نشأة وتطور جودة الحياة:

إستخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصراً في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان من الناحية التاريخية.

أول استخدام المصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الإغريقية، وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة، ففي الأوقات المعاصرة، أعضاء من منظمة الصحة العالمية اقترحوا مفهوماً ضمنياً الجودة الحياة، وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة بأنها حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المريض، وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978، حيث وسعت المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية، وجودة حياة كافية وذلك طبعاً بالإضافة إلي الرعاية الفسيولوجية.

في عام 1975 بدأ إستخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءا من المصطلحات الطبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر لهؤلاء المرضى.

جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزائد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض.

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة ومن بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة، وعلم النفس الحديث تبن هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية والنظرية منها والتطبيقية. (العمري، 2023، ص 34).

2-ماهية جودة الحياة:

2-1-صعوبات تعريف جودة الحياة:

وتشير الأدبيات النفسية إلى أنه من الصعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة فعلى الرغم من شيوع استخدامه إلى أنه لا يزال غير واضح وأنه يتسم بالغموض.

وطبقا للأشول (2005) أسباب ذلك تكمن في الآتي:

8- حداثة المفهوم على مستوى التناول العلمي.

9- هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.

10- لا يرتبط هذا المفهوم بمجال واحد من مجالات الحياة، أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين الباحثين والعلماء على إختلاف تخصصاتهم، والملفت للنظر أن أصحاب كل تخصص يرون أنهم الأحق باستخدامه سواء كان اختصاصهم علم اجتماع أو الطب بفروعه المختلفة، أو العلوم البيئية والاقتصادية.

11- إن المتخصصين في كل مجال من المجالات العلمية المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم حكرا عليهم، وعرفوه من وجهة نظرهم المتخصصة، ولذا ظهرت وجهات نظر متعددة وغير متفقة على تعريف محدد لهذا المفهوم فقد استخدمه البعض لمعرفة جدوى

برامج الخدمات الطبية والإجتماعية، أو للتعبير عن الرقي والتقدم، واستخدمه آخرون لتحديد إدارك الفرد لمدى قدرة الخدمات المقدمة إليه على إشباع حاجاته.

12- إن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة نظرا لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة وفروع العلم المتعددة، فيمكن أن يشير إلى الصحة والسعادة، أو إلى تقدير الذات، أو الصحة النفسية، أو الرضا عن الحياة، ولهذا تختلف طرائق قياسه ولا يوجد اتفاق أو مفهوم محدد حول طريقة واحدة لقياسه.

13- إن مفهوم جودة الحياة يتغير الزمن وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.

14- أن مفهوم جودة الحياة يعد مفهوما نسبيا يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والقدرة عل التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية، والمعتقدات الدينية والقيم الحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة الأكثر أهمية، والتي تحدد سعادته في الحياة.

15- أن مفهوم جودة الحياة تحدده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فروق في التعريف بين الثقافات المتعددة، حيث يشير Leitman إلى أن تعريف هذا المفهوم هو بمثابة مهمة صعبة، حيث أنه يتحدد إلى مدى كبير بالمتغيرات الثقافية، ولذلك فإن المجتمعات المختلفة تعرف جودة الحياة بطرق مختلفة ولا يوجد تعريف نموذجي وموحد لكل الثقافات.

16- إن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على نفي المرض أو الخلو من المرض فقط ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية، فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجا للصحة النفسية، وأكدت على تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية، وأحد المحكات الهامة للحكم على مدى نجاح هذه البرامج، واعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية "بأنها ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنه حالة أكثر إيجابية تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية أساسا لتفسير مفهوم جودة الحياة ."

17- ويرى كل من1994 (Barry & Crosby) بأنه لا توجد نظرية محددة ينطلق منها هذا التعريف، وأن معظم الدراسات ينقصها المنهاج الواضح في قياس هذا المفهوم (بوعمامة، 2019، ص 346).

بالرغم من مختلف الآراء حول مفهوم جودة الحياة بين الباحثين والتي قد يرجع ذلك إلى المتغيرات الثقافية والبيئية وكذلك توزيعه على مختلف التخصصات سنتطرق لتقديم تعريفات لمفهوم جودة الحياة من الناحية اللغوية والاصطلاحية.

2-2-المفهوم اللغوي والاصطلاحي بجودة الحياة:

18- المفهوم اللغوي:

طبقا لابن منظور فالجودة أصلها من الفعل الثلاثي جود، والجيد: نقيض الرديء، والجمع جياد وجيادات جمع الجمع وجاد بالشيء جودة وجودة: أي صار جيدا، وقد جاد جودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل (العمري، 2023، ص 35).

معنى الحياة في اللغة: الحياة نقيض الموت، وحييَّ، يحياَ ويَحَيُّ فهو حيٌّ، والحيُّ كل متكلم ناطق وقيل الحياة الطيبة جنة (هبري، 2018، ص 2011).

19- المفهوم الاصطلاحي:

يعرف محمود منسي وعلي كاظم 2006: جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال إثراء البيئة، ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه.

جودة الحياة هي إشباع للحاجات الأساسية لإنسان يمكن قياسها من خلال مؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، تعرف أيضا بأنها الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية والنفسية، تعبر عن نمط حياة يتميز بالرضا وجودة الحياة هي درجة الاستمتاع بالظروف المادية والبيئة الخارجية والاحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، إضافة إلى إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية، وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (حمزاوي، 2023، ص 15).

كما يعرفها" لونجست" (2008): هي قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الايجابية والاستقرار الاقتصادي، وقدرة الفرد على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات الدالة على جودة الحياة.

يرى "كومنس": أن مفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية.

كما أشار " فرانك": جودة الحياة بأنها إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والابداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية وتكون المحصلة هي جودة

الحياة وجودة المجتمع، ويتم هذا من خلال الاسرة المدرسية، والجامعة وبيئة العمل، ومن خلال التركيز على ثلاث محاور هامة في التعليم، والتثقيف، والتدريب (صافة، 2022، ص 43).

ويرى مصطفى الشرقاوي جودة الحياة: "كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وهذه الحالة تتسم بالشعور وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقنصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أي شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة".

تعريف منظمة الصحة العالمية 1994 (oms) فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد كل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيته. (داهم، 2015، ص 30)

ومن كل ما سبق يمكن القول أن جودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، والحياة العاطفية الايجابية إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع.

3- مصطلحات لها علاقة بجودة الحياة:

هناك مجموعة من المصطلحات لها علاقة بجودة الحياة ومن بينها تذكر:

20- **السعادة:** يعرفها مايكل أرجايل أنها شعور بالبهجة والاستمتاع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات".

ويعرفها فينهوفن (venhooven2003) بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيا على نوعية حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها.

21- **التوجه نحو الحياة:** تناول بدر الأنصاري (2002) مفهوم التوجه نحو الحياة موضحا أن معنى الحياة لدى الفرد هو الذي يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المشقة شيئا يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تعاش، وهذا يعني أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على العطاء والتسامي على الذات، ومن هنا يكون إدراك قيمة الحياة، وقد افترض شاير وكارفر (Sheierg&Carver) أن الاتجاه نحو الحياة يمكن أن يؤثر تأثيرا مباشرا على الدافعية، وتأكد إلى حد بعيد تأثر الدافعية بالمعارف التي يكتسبها الفرد عن المستقبل فضلا عما يرتبط بهما من مكونات وجدانية خاصة بالقيم .

22- **التفاؤل:** عرفه تايجر (Taiger 1979) بأنه توقع ايجابي للنتائج بوجه عام كما يعرفه أحمد عبد الخالق وبدر الأنصاري (1995) بأنه نظرة نحو المستقبل لجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير ويرنو إلى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك.

ويعرفه شاير وكارفر (Sheier&Carver1985): هو النظرة الايجابية والإقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل

من الملاحظ على هذه المصطلحات أنها تشترك مع جودة الحياة في أنها ارتبطت كلها بالحياة النفسية للفرد وأن هذه المصطلحات تناولت كل ما ارتبط بشعور ورضا الفرد أي اهتمت بمشاعره الداخلية، فهذا الجانب الداخلي الذي تجسد في الشعور الايجابي له أيضا تأثيرا ايجابيا على حياة الفرد فالتفاؤل يؤدي إلى النجاح والسعادة تجعل الفرد راض عن حياته وبالتالي يقدم أقصى ماديه جراء هذا الشعور. (صندوق، 2015، ص 33).

4- مظاهر جودة الحياة:

يشير عبد المعطي في اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالآتي:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال

العوامل المادية الموضوعية والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

حسن الحال: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام الجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهراً سطحياً للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة

إشباع وتحقيق الحاجات وهو أحد المؤشرات الموضوعية، الجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته؛ فإن جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

الرضا عن الحياة: يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية الجودة الحياة فكونك راضياً فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية واحساسه بمعنى الحياة

القوى والمتضمنات الحياتية قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات الجودة الحياة.

معنى الحياة يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بانجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقاد للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة

الصحة والبناء البيولوجي وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، أن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

السعادة وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه القيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية

وهي الوحدة الموضوعية الجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، واحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

ويشير عبد المعطي أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، واشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وادراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، فضلا عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيراً، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال واشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وادراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، واحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض (العمري، 2023، ص 46).

5- الإتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

نظرا لتعدد تعاريف جودة الحياة من طرف العديد من الباحثين فهذا أدى إلى تعدد وظهور العديد من الاتجاهات المختلفة منها:

الاتجاه النفسي: إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل المسكن العمل والتعليم يمثل إنعكاس مباشر الإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام وماسلو .

الاتجاه الاجتماعي: يرى المير هانكس (1984) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض نوعية السكن المستويات التعليمية لأفراد المجتمع مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

الاتجاه الطبي: ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة فقد زاد اهتمام أطباء ومتخصصين الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرض من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم. (داهم، 2015، ص 45).

6- قياس جودة الحياة:

يعتبر قياس جودة الحياة من الموضوعات التي اهتمت بها الدراسات حديثا وقد ظهرت العديد من المقاييس في العديد من المجالات الخاصة كالطب والتي استهدفت قياس جودة الحياة عند المرضى والتي تصلح كذلك في مجالات مختلفة كالمقياس الذي أعدته منظمة الصحة العالمية والذي يعد من أشهر المقاييس التي صممت في المجال الطبي لتقدير جودة الحياة عند الأفراد في مواقف متعددة ومقارنتها عبر الثقافات المختلفة.

ويرى جيل وفينستين Gill (1994) ان مقاييس جودة الحياة قد تطورت منذ السبعينات وأصبحت تتسم ببعض الخطوات الهامة في الأعداد مثل اختيار البنود وحذف البنود غير المناسبة، والاختيار القبلى للمقياس التقييم الكمي، إلا أن بعض المقاييس ينقصها الصدق الظاهري ويصنف Torgerson (1999) هذه المقاييس إلى ثلاث مجموعات:

- المقاييس النوعية: وهي المقاييس المرتبطة بمواقف وظروف وعينات محددة، وأهداف محددة، مثل فئات عيادية خاصة ألام الأمراض السرطانية، أمراض القلب) مثال على ذلك سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بالآلام المزمنة.
- المقاييس العامة أو الشاملة: وهي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المختلفة، وتكون هذه المقاييس موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم مرضى عادين)، وهي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية والاجتماعية والنفسية للأفراد، حيث يكون التقييم شاملا.
- المقاييس المؤسسة على النفع أو الفائدة والتي تتضمن أسئلة عامة تدور حول تفصيلات الفرد في فترات معينة، مثل مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة عادة ما تعتبر مرحلة الجامعة صعبة في الفترات الأولي.

وقد تضمنت جهود قياس جودة الحياة مجموعتين من المؤشرات الأولى إدراك الرضا عن الحياة باعتبارها دالة شخصية يمكن تحديدها من وجهة النظر الشخصية ويطلق عليها مجموعة جودة الحياة الذاتية، أما المجموعة الثانية فهي تتضمن خصائص الفرد في وضعه الحالي ويمكن قياسها بصورة موضوعية، ويطلق عليها جودة الحياة الموضوعية (تلي، 2020، ص37).

7- كيفية تحقيق جودة الحياة:

كي يستطيع الانسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها لابد أن تتوافر مجموعة من العوامل تتمثل في:

- تحقيق الفرد لذاته وتقديرها: تعرف مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشمل عليه من قدرات وأهداف واستحقاق شخصي.
- إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة: يرى غندور 1999 أن البعض قد يرى أن لب الموضوع جودة الحياة يكمن في دراسة "ما سلو" للحاجات الانسانية ويشمل على خمسة مستويات متدرجة، حسب أولويتها، وهي كالتالي:
  - الحاجات الفسيولوجية.
  - الحاجة للأمن.
  - الحاجة للانتماء.
  - الحاجة للمكانة الاجتماعية.
  - الحاجة لتقدير الذات.
- الوقوف على معنى إيجابيا للحياة: يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما هاما جدا، ويعتبر فارن كل الحياة يجب أن تكون لها معنى تحت كل الظروف، وأن هذا بمعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجودا دائما، ويرى فارانكل أن الانسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنىفي حياته بثلاث طرق مختلفة. وهي كالتالي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.
- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.
- الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرده الإنساني.

- توافر الصلابة النفسية: ويرى الباحث بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية والاجتماعية، وهي خصال تضم الالتزام والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتحدي لها، وكذلك المواقف المميزة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح.
- التوجه نحو المستقبل: يرى شقير أن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في الحياة الفرد والذي يمثل خوف من المجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطر كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة، وتشير إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن الأفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة عن مشاعره وعن أفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي، وقد يتسب هذا القلق في عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على اواجهة المستقبل، وكذلك الخوف والذعر الشديد من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل مصحوبة بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل، ومن ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالا مختلفة كالخوف من المجهول المستقبل (العمري، 2023، ص 64).

خلاصة الفصل:

قد تطرقت الباحثة في هذا الفصل الى موضوع جودة الحياة من خلال نشأته وتطوره في علم النفس الحديث وصعوبات تعريفه واعطاء تعريف محدد له إضافة الى مصطلحات لها صلة بجودة الحياة ومظاهره مع ذكر نظريات المفسرة له حسب كل اتجاه وقد تطرقت أيضا الى قياس جودة الحياة التي تعتبر من اهم المواضيع في هذا الفصل وفي الاخير كيفية تحقيق جودة الحياة كي يستطيع الانسان الشعور والوصول اليها.

الفصل الثالث: صورة الجسم

تمهيد:

1. تاريخ الاهتمام بصورة الجسم
2. تعريف صورة الجسم
3. أهمية صورة الجسم
4. مكونات صورة الجسم
5. مفاهيم متعلقة بصورة الجسم في الماضي والحاضر
6. نظريات صورة الجسم
7. تعريف اضطراب صورة الجسم
8. أسباب اضطراب صورة الجسم
9. محكات تشخيص صورة الجسم
10. الرضا عن صورة الجسم وانعكاساته النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

كل فرد يحمل في ذهنه صورة مثالية لجسمه وذاته، وتعد هذه الصورة أساسا لتشكل المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم حيث تنبع من إدراك الفرد لذاته ومشاعره الوجدانية تجاه مظهره الخارجي، وتؤثر هذه الصورة في الادراك وفي ردود الفعل النفسية والاجتماعية كما تنعكس على الحالة النفسية الفرد من خلال مشاعر القلق والاكتئاب ومخاوف تقدير الذات وهو ما يرتبط بدرجة الرضا عن الحياة جودتها بشكل عام.

1-تاريخ الاهتمام بصورة الجسم:

تعتبر الثقافة والفكر الإغريقي القديم، المهد الأول للثقافة العربية حيث كانوا أول من تناول مفهوم الجسد حيث تذكر ملحمة هوميروس المعروفة بالإلياذة، تروي الملحمة أن أجل يقتل هكتور انتقاما لصديقه وعمل أخيل على التمثيل بجثة هكتور، ويأتي إليه بروح الملك الهرم، ويرجو منه أن يسلمه جثة هكتور، وكانت الوحشية قد بلغت من أخيلوس أنه رفض دفته واراد رمي الجثة للكلاب، وتوالت الأحداث ونفس الأمر.

يلاحظ في ملحمة سوفوكليس الذي رفض دفن جثة (polynice) شقيق استيرون مما جعله يثور غضبا، وهكذا لأن الموت الفيزيائي بالنسبة للإغريق لا يعني انفصال الروح عن الجسد، فلكي يتم هذا الانفصال لابد للجسم أن يدفن أو يحرق لكي يختفي عن أنظار الأشياء...

وقد تعرض أفلاطون أيضا لمسالة الجسم في محاورات كثيرة، منها محاورة فيدون ومحاورة مينون وغيرها، ويعتبر من أوائل الفلاسفة الذين فصلوا بين النفس والجسم، فالجسم يمتلك طبيعة مختلفة عن النفس فالنفس غير فانية لأنها تخضع للكون والفساد، أما الجسم قابل للفناء والفساد لأنه محسوس وقابل للتغيير. أما أرسطو تلميذ أفلاطون فقد كان أكثر واقعية من أستاذه بين تصورا علميا حول الجسم حيث اعتبره موضوعا فيزيائيا يمكن دراسته.

أما في الثقافة المسيحية هناك الكثير من الوقائع والخصائص التي تجعل نظرة المسيحية إلى الجسم نظرة نوعية، منها ما تسميه المسيحية، وقتل المسيح غير أن المسيحية اختلطت بمجموعة من التصورات الفلسفية خاصة في القرون الوسطي، حيث تقتبس بشكل رسمي من الفلسفة الأفلاطونية من القديس بول إلى القديس أوغسطين.

أما في الفلسفة الحديثة يعتبر ديكارت أب الفلسفة وهو المنظر الأول لعلاقة الفكر بالجسم، وقد اعتبر الإنسان من طبيعيتين طبيعة جسمية وطبيعة روحية فكرية.

أما الجسم في الفكر العربي المعاصر، يعتبر الجسد نقطة انعطاف في الفكر العربي فقد اعتبر الجسم ظاهرة واضحة ومدركة أكثر من ظاهرة الروح والعقل.

أما فيما يخص الجسم في الثقافة العربية الإسلامية، بأن صورة الجسم مرتبطة بصورته المقدسة وصورته القدرة، ومن العفة فالجسد يعتبر بمثابة مرآة للثقافة واللغة، وتطرق الفكر العربي الإسلامي إلى جسم الأنوثة وجسم الذكر، وتقديسهم بالأخص للجسم الأنثوي، لان العرب في الجاهلية الشعروا كثيرا في جمالية الجسم الأنثوي، كما حددوا معايير معينة لجمال الجسم الأنثوي

ومع بداية القرن العشرين أدخل مصطلح مع أعمال bonnier و head، بعد bonnier أول من اقترحمفهوم المخطط الجسمي من خلال دراسة الاضطرابات، وقد استعمله ليتجاوز مفهوم الحساسية cenesthesie لأجل الإحالة على مختلف الإحساسات التي تأتي من نقاط مختلفة من الجسم، وقد قصد بالمخطط الجسمي ما يسمح للفرد برسم محيط جسمه، وتمكينه من معرفة مكان أعضائه وموضعه من مثير معين والاستجابة لهذا المثير، أما head من خلال تجربته الإكلينيكية يري إن بعض المرضي، وان كانت لديهم القدرة على تحديد نقطة الألم في جسمهم فهم، لا يتمكنون من تحديدها مكانيا هذا ما دفعه إلي الحديث عن مخططات جسمية متعددة وليس عن مخطط جسمي تموضعي واحد، وهناك المخطط الجسمي اللمسي والبصري غير أن المخطط التموضعي هو الأكثر هيمنة.

وفي سنة 1935 قدم schilder أول نظرية حول صورة الجسم وحاول أن يجمع في هذه النظرية بين التصور النور ولوجي لـ head و lelmes والتصور الفرويدي معا، ولم يعد الأمر يتعلق بصورة مرئية ومدركة بشكل حسي للجسم، بل بصورة جسمنا الخاص التي شكلناها في دهننا، ولقد قسم في كتابه صورة الجسم إلى ثلاثة أقسام هي الأسس الفيزيولوجية والبنية

الليبيدية وسوسيولوجيا صورة الجسم، ليخلق التوازي بين المكونات الأساسية لصورة الجسم، كما وضح أن تشكلها يكون انطلاقا من النمو النفسي الوجداني والاجتماعي.

وفي نهاية السبعينيات وبداية الثمانينيات من القرن الماضي استعملت (F.Dolte) مفهوم صورة الجسم وفصلته عن مفهوم المخطط الجسمي من خلال كتابها "الصورة اللاشعورية سنة 1984 وقد أوضحت أن (شليدر) اخلط بينهما، هكذا ستعطي للمخطط الجسمي دلالة فيزيولوجية ونورولوجية حيث أن صورة الجسم ستحيل على ذاتية الفرد وتاريخه، وقد حاول الكثير من علماء النفس بناء نماذج نظرية واختبارات نفسية حول صورة الجسم مثل 1987 Birt chmell Stein 1996اللذان اعتبرا أن صورة الجسم لا تحيل فقط إلى الجوانب الوجدانية ذات الارتباط بالجسم. (فكراش، 2020، ص 15).

2-تعريف صورة الجسم:

أولاً: المعنى اللغوي

(صورة) جعل له صورة مجسمة وفي التنزيل العزيز قوله تعالى: (هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ) (1)

(وصور الشئ أو الشخص) رسمه على الورق أو الحائط ونحوهما بالقلم أو الفرجون أو بآلة التصوير (وصور الأمر) وضعه وضعاً يكشف عن جزيئاته (تصور): تكونت له صورة وشكل وتصور الشيء تخيله واستمر صورته في ذهنه والصورة: الشكل، والتمثال المجسم وفي التنزيل العزيز قوله تعالى (الَّذِي خَلَقَكَ فَسَوَاكَ فَعَدَلَكَ فِي أَي صُورَةٍ مَا شَاءَ رَكَّبَكَ) (2)

وقد وردت في القرآن الكريم العديد من الآيات التي تذكر الفعل (صور) ومشتقاته، منها: قوله تعالى (صَوَّرَكُمْ فَأَحْسَنَ صُوَرَكُمْ) (3).

وقوله تعالى (وَلَقَدْ خَلَقْنَاكُمْ ثُمَّ صَوّرناكُمْ) (1) وصور الشيء: ماهيته المجردة وخياله في الذهن أو العقل.

ثانياً: المعنى الاصطلاحي

يعرف إنجلش وانجلش English & English مفهوم صورة الجسم بأنها التمثل العقلي لدى الفرد عن جسده وتكون صورة ساكنة أو يمكن استدعاؤها في أي لحظة وهي تستمد من الإحساسات الداخلية والتغيرات العقلية وتتصل بالموضوعات الخارجية والناس والخبرات العاطفية والتخيلات. وصورة الجسم مصطلح سيكولوجي يعني تصور الذات عن جسمها أما سكيما الجسم فهو تعبير نيرولوجي ويعني التمثل العضوي للجسم في المخ (صقر، 2008، ص 57).

رغم أن بعض الباحثين يميّزون بين مصطلحي صورة الجسم وصورة الجسد من حيث التركيز المعرفي أو الجسدي، إلا أن هذا البحث يعتمد المصطلحين للدلالة على نفس البعد النفسي المرتبط بإدراك الفرد لذاته الجسدية.

يشير دسوقي إلى أن صورة الجسم ما هي الا صورة او تصور عقلي يدركة الفرد عن جسمه الخاص أثناء الراحة أو في الحركة في أية لحظة، وهي ناتجة عن الإحساسات الباطنة وتغيرات الهيئة والاحتكاك بالأشخاص والأشياء في الخارج، والخيرات الانفعالية والخيالات

ويذهب فيشر (Fisher, 1990) إلى أن صورة الجسم هي مسألة شعورية ولا شعورية، وهي تعكس التأثير المتحد والمجتمع للبنية الجسمية الواقعية والوظيفية والخبرة والتجربة المبكرة والمستمرة المرتبطة بالجسم، وكذلك تعكس الاستجابة الاجتماعية المستمرة مدى الحياة لهيئة الجسم والقيم الاجتماعية الثقافية والمثالية فيما يتعلق بالجسم.

ويرى شروف (Shroff , 2004)، أن صورة الجسم هي مكون مهم للذات، ويؤثر على الطريق الذي يدرك به الفرد العالم. وصورة الجسم تصف التمثيل والتصوير الداخلي للهيئة الخارجية لدى الفرد، وترتبط بالمشاعر والأفكار التي تؤثر على السلوك.

ويرى فرانسيسكو ألفيم أن صورة الجسم في علاقتها بالواقع تمثل جوهر الظاهرة النفسية، فهي مسألة أساسية في تكوين الشخصية، إذ ينفصل الأنا عن اللا أنا بفضل صورة جسمية لها تاريخ. فالأنا كما يرى فرويد – إنما هو جزء من ألهو عدل بواسطة التأثير الإدراكي، فكأن صورة الجسم الجسد وصيرورتها يتوقف عليها وعلى تعثراتها بعد السوية واللاسوية (دراغمة، 2018، ص 15).

يري طومسون (1990) أن صورة الجسم تشير للمظهر الخارجي للجسم من حيث تقييم الشخص لكل ما يتعلق بمظهره الجسمي إذ يرتكز ذلك على المضمون الإدراكي ودقة إدراك لحجم الجسم ووزنه والمضمون الذاتي أو الشخصي هو تقييم معاني الرضا من الجسم والاهتمام به، والمضمن السلوكي يركز على تجنب المواقف التي تؤدي للشعور بعدم الارتياح اتجاه مظهر الجسم.

تعرف كذلك حسب سيلامي Sillamy بواسطة وظيفتي أساسيتين رمزيتين، الأولي تسمح بمعرفة وجود رابط ديناميكي بين كل جزء من الجسد، وان يكون هذا الجسد مأخوذ بكليته وحدوده، والثانية تسمح بتناول ما وراء الشكل المحتوي والمعني ذاته للرابط الديناميكي، وعليه صورة الجسد تقوم على إدراك البنية في كليتها.

وتذكر شقير في تعريفها (2002) في تعريفها لمفهوم صورة الجسم بأنها صورة ذهنية عقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه

المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات سالبة أو موجبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

ويعرفها كل من كفافي والنيال (1995) على أن صورة الجسم هي عبارة عن تصور عقلي أو مجموعة من الصور الذهنية التي يكونها الفرد، كما تسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال ما يتعرض له من أحداث ومواقف، كما أن صورة الجسم تؤثر تأثيرا كبيرا في نمو الشخصية وتطورها، وما يكونه الفرد من اتجاهات نحو جسمه، قد تكون سلبية أو ايجابية وهذه الاتجاهات المتعلقة بصورة الجسم بشقيها الايجابي والسلبي، إما تكون ميسرة أو معوقة لكل تفاعلات الإنسان سواء مع ذاته أو مع الآخرين (فكراش، 2018، ص 18).

وتعرف الباحثة من خلال ما تطرقت إليه من تعريفات عن صورة الجسم انها تمثل الأفكار والتصورات التي يكونها الفرد في ذهنه حول جسده، والتي تنبثق عنها مواقف واتجاهات تجاه ذاته الجسدية. هذه الصورة ليست ثابتة بل تختلف من شخص لآخر، وقد تكون إيجابية تسهم في نمو الشخصية بشكل سليم، أو سلبية تؤثر على الفرد وتتسبب في تشوهات على مستوى الإدراك والمشاعر والأحاسيس والأفكار. كما أن تقدير الفرد لذاته يرتكز بشكل أساسي على هذه الصورة الجسدية.

3-أهمية صورة الجسم:

إن الصورة الجسم أهمية بالغة في حياة الفرد ترجع لكون المظهر والصورة العامة للفرد تؤثر على نفسيته وعلى علاقاته فهو يتأثر بنظرة الآخر له والتي بدورها تؤثر في نظرته لذاته فإما أن تكون سلبية أو إيجابية وهذا راجع لكون الإنسان إجتماعي ويسعى دائما إلى القبول والانتماء. هذا يجعل الصورة الجسم علاقة وطيدة بالحالة النفسية لنا فإجابتيها تزيد من تقديرنا

لذواتنا ومن إنجازاتنا في الحياة أما سلبيتها تؤدي إلى نكران الذات والشعور بالنقص والدونية وعدم الكفاءة مما ينتج عنه إضطربات نفسية عديدة.

وهذا "بيفر" "وكفافي" "ورياض" حيث يذكر بيفر "أن المظهر عامل مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى بريكي جيمس أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا، ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهميته بدون شك يفترض وجود علاقات هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحلاتنا النفسية.

صورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات فهي ترتبط بتقدير ذاتنا وتتأثر بالعديد من العوامل الإجتماعية والثقافية، فهي قد تؤثر على رغباتنا في الإنتماء إلى المجتمع وأن تكون مقبولين إجتماعيا هذا يدعم فكرة أن صورة الجسم تؤثر معرفيا وانفعاليا على تفاعلاتنا الاجتماعية.

إن نمو صورة الجسم الإيجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو إيجابي على الأرجح يموتون أكثر صحة بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالناس ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، يحاولون إخفاء أنفسهم بالملابس الفضفاضة والقائمة (بوصوار، 2023، ص 699).

4-مكونات صورة الجسم:

تشتمل صورة الجسم على مكونين مهمين، أولهما في المثال الجسمي ويعرف على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسبا من حيث العمر، ومن وجهة نظر ثقافة الفرد، بينما يتمثل الثاني في مفهوم الجسم ويعرف بأنه الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه.

وترى (جيمس) أن 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:

8- مكون إدراكي perceptual component ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
9- مكون ذاتي subjective component ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والإنشغال، أو الإهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
10- مكون سلوكي behavioral component ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي.

من خلال ما سبق يلاحظ أن صورة الجسم ترتبط بالآخرين وبالفرد، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بنظرة الآخرين له، ونظرة الآخرين للفرد وتتأثر كذلك بالمظهر الجسمي للفرد (غربي، 2012، ص 44).

5-مفاهيم المتعلقة بصورة الجسم في الماضي والحاضر:

يرى فيشر (Fisher, 1990) أن مفهوم صورة الجسم له تاريخ طويل، ففى بداية القرن العشرين ركزت المفاهيم والدراسات التي تناولت صورة الجسم على المرضى الذين لديهم إعاقة من الناحية العصبية، وعلى الرغم من أن هذه الجهود قد أدخلت دراسة صورة الجسم إلى الساحة العلمية إلا أن الجوانب النفسية المتعلقة بصورة الجسم حظيت باهتمام ضئيل، أما علماء منتصف القرن العشرين أمثال شيلدر Schilder، وشيرير Scheerer، ووتكن Witkin، وفيشر Fisher، وشونتز Shontz ذهبوا إلى ما وراء المجال العصبي المرضى وتوصلوا إلى منظور سيكولوجي متنوع عن التجارب المتعلقة بصورة الجسم في الحياة اليومية،

يستوجب هذا التطور التاريخي لمفهوم صورة الجسم الانتقال من الرصد الوصفي إلى التحديد الإجرائي الدقيق لأبعاد هذا المفهوم وكيفية تشكله لدى الفرد وهو ما يفسر ظهور اتجاهات علمية متباينة حاولت حصر صورة الجسم في أبعاد إدراكية واتجاهية وسلوكية لضمان شمولية التقييم النفسي والكلينيكي.

وفي أواخر القرن العشرين ظهرت العديد من البحوث التي اهتمت بدراسة صورة الجسم نتيجة الاهتمام المتزايد بالاضطرابات الكلينيكية المرتبطة بالأكل، وهذه المجموعة من المؤلفات تناولت صورة الجسم بطريقتين متميزتين هما:

الطريقة الأولى: ركزت على المفهوم الإدراكي الصورة الجسم الذي يتعلق بالدقة أو التشوه أو الانحراف لتقديرات المرضى لحجمهم البدني (البعد الإدراكي أو المكون الإدراكي).

الطريقة الثانية: ركزت على المفهوم الاتجاهي لصورة الجسم، والذي ينعكس في الطباع الانفعالية أو الوجدانية والمعرفية أو السلوكية بالمقارنة بالصفات الجسمية أو المظهر الجسمي

وهذا يعنى أن صورة الجسم ترادف إلى حد كبير التقديرات المشوهة غير الدقيقة لعرض الجسم أو الاستياء من الوزن الزائد عن الحد إلا أن هذا التصور تجاهل الصفات غير المرتبطة بالوزن مثل ملامح الوجه، وحجم الصدر، وحجم الأرداف، وفقدان الشعر. (الدسوقي، 2006، ص 29).

إن التمييز بين المكون الإدراكي والمكون الاتجاهي لصورة الجسم يفرض بالضرورة البحث في القواعد النظرية التي تفسر نشأة هذه المكونات وتطورها ومن هنا تبرز الحاجة إلى استعراض النظريات العلمية التي حاولت تفسير صورة الجسم من زوايا بيولوجية ونفسية واجتماعية مختلفة للوقوف على الأسس المرجعية لهذا المفهوم.

6-نظريات صورة الجسم:

6-1-النظرية البيولوجية:

وضع هذه النظرية طبيب الأعصاب هنري هيد (Henry Head 1920) والذي يعد أول المؤسسين لنظرية صورة الجسم، وأول من وصف واستعمل تعبير صورة الجسم، فقد وصفها بأنها تعبر عن اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للدماغ، ولاحظ "هيد" أن هذه الحركات السلسة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنياً على الوعي المعرفي المتكامل الحجم وشكل وتكوين الجسم، وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت من خلال التعلم.

6-2-نظرية التحليل النفسي:

ركز فرويد (Freud 19-1899) في نظريته على أن مفهوم الجسم يتشكل من خلال تطور مفهومي الأنا والجنس، إذ يرى أن لصورة الجسم دلالات، وأن تطور الأنا المبكر بحسب مفاهيم تعلم الطفل إدماج الإحساسات من سطح جسمه، واستعمال هذه الإحساسات كقاعدة للتمييز بين العالم الخارجي وعالمه الداخلي، كما أوضح فرويد (Freud) في نظريته عن اللبيدو إلى أن مناطق الاستثارة الجنسية هي المناطق الحساسة في الجسم، وأن شخصية الفرد تتطور وفق تتابع الإحساسات الجسمية، ويبدأ الفرد في تكوين صورة عن جسمه عن طريق نمو الأنا التي تهيء السبل له ليكون قادراً على التمييز بين ذاته والآخرين، ووفق نظرية فرويد (Freud) فإن اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد واختلال شخصياتهم ترجع كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان.

6-3-النظرية المعرفية الصورة الجسم:

تشير النظرية المعرفية لبيك (1973) – Beck 1976) إلى عدم استقرار بنية صورة الجسم حيث يمكن أن يرجع التقييم لحجم الجسم الحالي إلى انفعال سالب أو إلى الضغوط، وأن المزاج السالب يزيد من تقييم حجم الجسم لدى النساء اللائي يعانين من البوليميا (شره الطعام) فيجعل صورة الجسم تبدو سيئة والنظرية المعرفية " لبيك " عن الاكتئاب ترى أن صورة الجسم المحرفة المشوهة تكون عرضاً معرفياً للاكتئاب.

6-4-النظرية النمائية والاجتماعية الثقافية الصورة الجسم:

النظريات النمائية والاجتماعية والثقافية لجان بياجيه (Biajeh 1920-1980) تفسر وتشرح كيف أن صورة الجسم تنمو وتتطور؟ وأن فهم تلك النظريات يساعد على فهم لماذا تتكرر صورة الجسم السالبة لدى الأشخاص البدينين ولقد ركزت النظريات النمائية على أهمية مرحلة الطفولة والمراهقة كفترة هامة، وفي أثنائها تنمو وتتطور صورة الجسم، وأن هناك عوامل مثل: " وقت البلوغ " الذي يسهم في نمو صورة الجسم، وتهدف النظريات الثقافية والاجتماعية إلى عقد المقارنة الاجتماعية والوسائل الثقافية الاجتماعية، بخصوص الهيئة والمظهر الخارجي والجمال كعوامل هامة في نمو وتطور صورة الجسم. (الدويك، 2020، ص 20).

7- تعريف إضطراب صورة الجسم:

يعتبر اضطراب صورة الجسم في DSM5 من الاضطرابات التي لها صلة بالوسواس القهري لأنه يمس تصورات وأفكار يكونها الفرد عن نفسه، قد تكون خاطئة أو مبالغ فيها تسيطر على الفرد والصورة الجسمية متغير نفسي هام، إلا أن الاهتمام بها قليل ويرجع ذلك لصعوبة الموضوع وعمقه ويعتبر بول شيندر أول من أعطي لهذا المفهوم صبغة نفسية واهتم بها مقتصرا في ذلك على الفلسفة وطب الأعصاب.

اضطراب صورة الجسم هو حالة نفسية يعاني منها الفرد نتيجة لتصور خاطئ لمظهره الخارجي كما يبدو له، أو كما يعتقد أن الآخرين يرون هذه العيوب والنقائص التي ليس لها أي أساس من الموضوعية لذلك يشعر بانشغال البال والقلق المفرط على مظهره في المناسبات الاجتماعية التي تجعله ينسحب من تلك المواقف نتيجة لتلك الأفكار الخاطئة حول مظهره.

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فقد عرفتها بأنها انشغال زائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمي لذي شخص يبدوا طبيعيا أو عاديا (فكراش، 2018، ص 26)

ويعرفها الدسوقي على أنها حالة نفسية تؤدي إلى الانشغال الزائد عن الحد والمغالي فيه يتمثل في عدم القابلية للمظهر الجسمي مما يؤدي في النهاية إلى اختلال وتمزق أو تصدع في حياة الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب (الدسوقي، 2006، ص 18).

8- أسباب اضطراب صورة الجسم:

لا توجد أي معلومات مفيدة أو ذات معنى عن العوامل البيولوجية أو النفسية التي تدل على استعداد مسبق أو قابلية للتعرض لهذا الاضطراب والدليل المتوفر أو المتاح عن أسباب المرض يأتي من مصدر ضعيف جداً، وهو نمط الحالة المرضية المشتركة لاضطراب أو ت شوه صورة الجسم مع اضطرابات أخرى، فاضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب جسماني وذلك لأن سمته الأساسية هي الانشغال النفسي الزائد عن الحد بقضايا أو موضوعات تتعلق بالجسم فمثلاً في توهم المرض Hypochondriasis يكون التركيز على الإحساسات الجسمية، وفى اضطراب تشوه صورة الجسم يكون التركيز على المظهر البدني، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن الكثير من الاضطرابات التي تتعلق بشكل الجسم تميل إلى أن تحدث في وقت واحد، وعلى الرغم من ذلك فإن اضطراب تشوه صورة الجسم لا يتزامن في الحدوث مع اضطرابات أخرى تتعلق بالناحية الجسمية (بارلو وديوراند Barlow & تيجمان

والاضطراب الوحيد الذى يتزامن حدوثه بالفعل بطريقة متكررة مع اضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب الوسواس القهري (Tiggemann، 1997)، والسؤال الذي يتبادر إلى الذهن الآن هل اضطراب تشوه صورة الجسم يختلف عن اضطراب الوسواس القهري أم يتشابه معه ؟، يوجد بالتأكيد الكثير من أوجه التشابه فالناس الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يشتكون دائماً من وجود أفكار ملحة وتطفلية وفظيعة بش أن مظهرهم، كما أنهم يشتركون في بعض السلوكيات القهرية كالنظر بطريقة متكررة في المرآة لكى يفحصوا أو يتأكدوا من الملامح الجسمية التي ينشغلون بها، ويشترك اضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهري بصورة تقريبية في بداية عمر حدوث الاضطراب.

وهناك طريقتان للعلاج من اضطراب تشوه صورة الجسم، الأولى هي العلاج الدوائي المتمثل في (الأنافرانيل Anafranil) (الكلوميبرامين Clomipramine) (الفلوكستين Fluoxetine) (بروزاك Prozac) العقاران يوفران الراحة النفسية للأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، وهذه الأدوية نفسها ذات تأثير فعال في علاج اضطراب الوسواس القهرى، كما أن فنية التعريض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention التابعة للعلاج المعرفي السلوكي تفيد في علاج كل من اضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهرى. (الدسوقي، 2006، ص 29).

9- محكات تشخيص اضطراب صورة الجسم:

يحدد الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الأمريكية DSM5 عدد من المحكات التشخيصية لاضطراب صورة الجسم وذلك على النحو التالي.

الانشغال بواحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو بتشوهات في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها، أو تظهر بشكل طفيف للآخرين.

في مرحلة ما أثناء الاضطراب فقد أدي الفرد سلوكيات متكررة على سبيل المثال، تفحص النفس في المرأة، التبرج المفرط ونزع الجلد البحث عن التطمين أو الأفعال العقلية (على سبيل المثال مقارنة مظهره مع الآخرين ردا على مخاوف المظهر.

تسبب الانفعالات إحباطا سريريا هاما، أو ضغطا في الأداء والمجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بسبب المخاوف المتعلقة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن لدي الفرد والذي يستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل.

تحديد ما إذا كان: شدود البيئة العضلية، انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها جسدية صغيرة جدا وان الكتلة العضلية غير كافية ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد بمناطق أخري من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

تحديد ما إذا كان:

الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطرابات تشوه شكل الجسم (على سبيل المثال أنا أبدو قبيح، أو أنا أبدو مشوها مع بصيرة جيدة أو مناسبة يذرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات اضطراب تشوه لشكل الجسم ليست صحيحة أو أنها قد تكون أولا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة على الأرجح، مع غياب البصيرة معتقدات تو هميه يكون الفرد مقتنعا تماما أن معتقدات تشوه شكل الجسم صحيح.

نري من خلال ما سبق أن اضطراب صورة الجسم المحدد من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي، انه يتأثر بمجموعة من العوامل التي قد تؤثر بشكل ما في صورة الجسم ومن تم خلق اضطراب الجسد) (فكراش، 2018، ص 26).

10- الرضا عن صورة الجسم وانعكاساته النفسية:

يحمل كل فرد صورة عقلية مثالية لذاته الجسمية ويستخدم هذه الصورة لقياس المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم ويتبدل كل من إدراك الفرد ومفاهيم صورة الجسم المثالية ويؤثر منها على إدراك وردود الفعل النفس اجتماعية وتؤثر على الحالة النفسية واجتماعية كالقلق والاكتئاب ومخاوف تقدير الذات والرضا عن الذات.

وإن الرضا عن صورة الجسد أثر فعال في تحقيق الذات، ويشعر به الفرد عندما تتاح له الفرص لاستخدام كل طاقاته وإمكاناته ومواهبه، وللبيئة دوراً مهماً وأساسا لمساندة الفرد وتشجيعه. كما تتوفر فيها الأهداف التي يتطلب تحقيقها بذل واستخدام القدرات والإمكانيات دون الشعور بالإحباط حتى تتزايد احتمالات النجاح على إمكانات الفشل، ويتميز الشخص الراضي عن ذاته الجسدية لعدة خصائص منها.

- تقبل الذات والآخرين والطبيعة.
- قوة الدافعية النابغة من حب الحياة وتعتبر حافز لتفكير والإبداع.
- تجدد مستمر في تقدير ما سيتحسنه.

وإن الفرد، الذي يتمتع بهذه الخصائص عن ذاته الجسدية يكون قادر على تحقيق حاجاته ويكون فرداً قوياً وكفوا واثقاً من قدراته، فضلاً على مكانته عند الآخرين مما يشعره بالثقة بالنفس وبالتالي يبدأ بإشباع الحاجة إلى التقدير من قبل الآخرين متمثلاً بالاهتمام والألفة وغيرها من الصفات الايجابية وهذا ينعكس ايجابي على سلوكه وإمكانياته ويكون ذلك مثالية

الجسد وهي الصورة الموجودة في مخيلتنا عما نرغب إن تكون عليه أجسادنا في المظهر والتكوين، وتشمل المؤثرات كلها مثل المعايير الاجتماعية والثقافية (صالح، 2019، ص 107).

خلاصة الفصل:

لقد تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى موضوع صورة الجسم بصفة عامة من خلال الاهتمام بتاريخه وتعريفاته المختلفة وايضا إلى أهميته ومكوناته اضافة إلى المفاهيم المتعلقة به بين الماضي والحاضر ونظرياته المفسرة بين العلماء وبعد ذلك تم ذكر اضطراب صورة الجسم بشكل خاص مع ذكر أسبابه وكيفية تشخيصه وفي الاخير تناولت الباحثة الانعكاسات النفسية لصورة الجسم والرضا عنه.

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- حدود الدراسة (الزمانية والمكانية)

4- مجموعة البحث أو العينة وخصائصها

5- أدوات الدراسة

6- الأساليب الإحصائية

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعدّ الدراسة الاستطلاعية خطوة تمهيدية أساسية تهدف إلى استكشاف الظروف المحيطة بالظاهرة موضوع الدراسة، والتعرّف على أبرز الفرضيات التي يمكن صياغتها وإخضاعها للتحليل العلمي، مع العمل على ضبطها وصياغتها بدقة بما يسمح بالتعمق في دراستها خلال المراحل اللاحقة. كما تُعتبر من المراحل الضرورية التي ينبغي على الباحث اتباعها أثناء إنجاز الدراسة الميدانية، إذ تساعده على تجنب الوقوع في الأخطاء خلال الدراسة الأساسية. وفي هذا السياق، هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تناول موضوع البحث الحالي، من خلال جمع ما توفر من المقاييس العربية التي تقيس متغيرات الدراسة والمقننة على البيئة الجزائرية، مع التأكد من مدى ملاءمتها للعينة وقدرتها على قياس هذه المتغيرات بدقة. وبناءً على ذلك، تم اختيار الأدوات التالية:

- مقياس جودة الحياة الجلدية (1994) KHAN &FINLAY(DLQI)
- مقياس صورة الجسم زينب شقير (1998)

2-منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، الذي يهتم بدراسة الظواهر والأحداث كما هي في الواقع، من خلال وصف خصائصها وأشكالها والعوامل المؤثرة فيها. ويقوم هذا المنهج على تحليل الظواهر في وضعها الحالي، مع الإحاطة بمختلف جوانبها وأبعادها، بهدف تفسيرها والكشف عن الأسباب والعلاقات التي أسهمت في ظهورها، إضافة إلى تحديد مدى تأثرها بالعوامل الخارجية والعلاقات المتبادلة بينها، بما يساعد على فهمها والاستفادة من نتائجها في التنبؤ بمستقبل هذه الظواهر والأحداث.

3-حدود الدراسة:

3-1-الحدود المكانية:

تم تطبيق هذه الدراسة في عيادة خاصة بطب الأمراض الجلدية والحساسية، والمتمثلة في عيادة الدكتورة "حمر العين" بولاية الجلفة، حيث شملت عينة من المرضى المصابين بالأمراض الجلدية.

3-2-الحدود الزمانية:

تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من 11 فيفري إلى غاية 6 أفريل 2026.

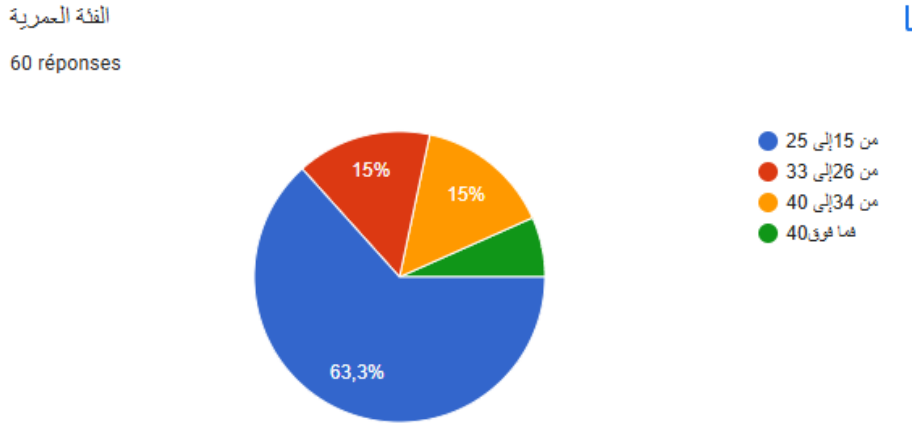
عينة البحث وخصائصها:

لجأت الطالبة إلى اختيار العينة بطريقة قصدية ، حيث تم انتقاء المرضى المصابين بالأمراض الجلدية المتاحين في العيادة الخاصة.

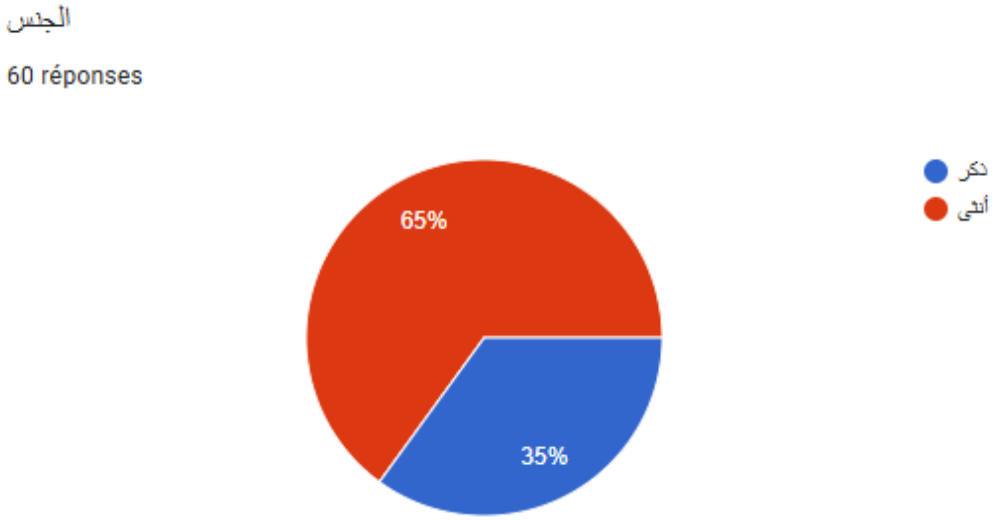
تكونت العينة من 60 مريضًا بعيادة خاصة بطب الأمراض الجلدية والحساسية، حيث تراوحت أعمارهم من 16سنة فما فوق. وقد شملت العينة كلا الجنسين. كما تم توزيع المقياس ورقيًا داخل العيادة

الاشكال التالية توضح توزيع عينة الدراسة.

شكل رقم 01: يوضح توزيع العينة حسب متغير السن



شكل رقم 02: يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس



- للتعرف على خصائص عينة الدراسة تم حساب التكرارات والنسب المئوية لمتغيري العمر والجنس والجدولان التاليان يوضحان ذلك:

الجدول رقم 01: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية %
من 15 إلى 25	38	63.3
من 26 إلى 33	9	15.0
من 34 إلى 40	9	15.0
فوق 40	4	6.7
المجموع	60	100.0

يتضح من الجدول رقم (01) أن الفئة العمرية من 15 إلى 25 سنة هي الفئة الأكثر تمثيلاً في عينة الدراسة بنسبة يتضح من الجدول رقم (01) أن الفئة العمرية من 15 إلى 25 سنة هي الفئة الأكثر تمثيلاً في عينة الدراسة بنسبة بلغت 63.3% وبواقع 38 فرداً تليها فئتا من 26 إلى 33 ومن 34 إلى 40* بنفس النسبة 15% لكل منهما بينما جاءت فئة *فوق

40 سنة* الأقل تمثيلاً بنسبة 6.7% فقط وهذا يشير إلى أن غالبية أفراد العينة من فئة الشباب وهي الفئة الأكثر حساسية لتأثير الأمراض الجلدية على صورة الجسم.

الجدول رقم 02: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكر	21	35.0
أنثى	39	65.0
المجموع	60	100.0

تشير بيانات الجدول رقم (02) إلى أن نسبة الإناث في عينة الدراسة بلغت 65% بعدد 39 فرداً، وهي أعلى من نسبة الذكور التي بلغت 35% بعدد 21 فرداً. وهذا التباين قد يعكس أن الإناث أكثر إقبالاً على طلب المساعدة الطبية والنفسية فيما يتعلق بالمشكلات الجلدية أو أنهن أكثر تأثراً من الناحية النفسية بها.

4- الأدوات المستعملة في الدراسة:

4-1-مقياس جودة الحياة الخاص بالأمراض الجلدية Dermatologie Life Qualité Index (DLQI)

صمم مقياس نوعية الحياة الخاص بالأمراض الجلدية (DLQI) من طرف Finlay وKhan سنة 1994، وهو أول مقياس لنوعية الحياة خاص بالأمراض الجلدية، يتكون من 10 بنود، واستعمل في أكثر من 40 مرض جلدي قام Finlay وkhan بالتأكد من صدق وثبات المقياس بتطبيقه على 120 مريض بمختلف الأمراض الجلدية من أجل التعرف عن تأثير الأمراض الجلدية على نوعية حياتهم. وانطلاقا من أجوبة المرضى تم تصميم مقياس DLQI والذي قام بالإجابة عليه 200 مريض آخرين، وتم استنتاج أن مرضى الاكزيما ومرضى الصدفية يظهرون تدني في مستوى نوعية الحياة أكثر من مرضى حب الشباب. كما أظهر

صدق المقياس من خلال 53 مريض بطريقة القياس وإعادة القياس في ظرف أسبوع وكانت قيمة gamma تعادل0، 99 كما تم حساب ثبات المقياس بحساب معامل ألفا لكرونباخ والذي قدر ب (0.83) الى (0.93) وذلك في 05 دراسات مختلفة (طايبي، 2018، ص 116).

4-2-مقياس صورة الجسم BODY IMAGE (زينب شقير1998)

يتألف المقياس من (26) عبارة تتناول الرضا عن صورة الجسم ومفهومه، وذلك من خلال عدد من الجوانب هي:

- الجاذبية الجسدية.
- التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية.
- التآزر بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية.
- المظهر الشخصي العام.
- التناسق بين الجسم وشكله ومستوى التفكير.
- الجانب الفكري والذهني.
- ويصلح للتطبيق على الأفراد في المدى الزمني (14-22) سنة وما بعدها.

طريقة تصحيح المقياس:

توجد أمام كل عبارة ثلاثة اختيارات هي (موافق) - غير متأكد - غير موافق) تحصل على درجات (2) - 1 - صفر على التوالي، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (صفر - (52) درجة تشير الدرجة المرتفعة إلى اضطراب صورة الجسم وتشوهها والعكس صحيح (صقر، 2008، ص159).

5- الأساليب الإحصائية:

لتأكد من مدى صلاحية وكفاءة الأدوات المستخدمة في البيئة المحلية ولدى عينة الدراسة الحالية، قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لكل من مقياس جودة الحياة ومقياس صورة الجسم، وكانت النتائج كما يلي:

5-1-مقياس الجودة:

- **الصدق التمييزي:**

لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الاستطلاعية (دنيا / عليا)، حجم كل عينة يساوي 30 من المفحوصين بواقع سحب 27 % من عينة كلية (ن=60).

الجدول رقم 03: يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين للعينة الاستطلاعية

العينة/المتغير	العينة الدنيا-15		العينة العليا-15		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
مستوى الجودة	14.45	6.02	1.45	0.99	9.525

****قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى (0.05) (0.000 = SIG)**

من خلال الجدول رقم (01) يتبين من قيم "ت" أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في مستوى الجودة لدى عينة الدراسة. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى العينة الاستطلاعية.

- **الثبات:**

أ- التجزئة النصفية:

قمنا بحساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية؛ حيث قسم المقياس إلى جزأين متساويين في كل جزء (05) بندا، إذ احتوى الجزء الأول على البنود الفردية، والجزء الثاني على البنود الزوجية، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين الجزأين، ثم صحح بمعادلة سبيرمان بروان.

الجدول رقم 04: نتائج حساب ثبات مقياس الجودة عن طريق التجزئة النصفية

الثبات	معامل الارتباط	تصحيح بمعادلة سبيرمان براون	جوتمان
التجزئة النصفية	**0.865**	**0.928**	**0.900**

****دال عند 0.05**

يتضح من الجدول أعلاه أن معامل الثبات يساوي (0.865) وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون أصبح يساوي (0.928)، مما يدل على ثبات المقياس.

6- مقياس صورة الجسم:

6-1-الصدق التمييزي:

لحساب هذا النوع من الصدق تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الاستطلاعية (دنيا/عليا)، حجم كل عينة يساوي 20 من المفحوصين بواقع سحب 33 % من عينة كلية (ن=60).

الجدول رقم 05: يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين للعينة الاستطلاعية

العينة/المتغير	العينة الدنيا-20		العينة العليا-20		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
صورة الجسم	32.80	5.98	4.35	3.11	18.84

قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى (0.05) (0.000 =SIG)

من خلال الجدول رقم (03) يتبين من قيم "ت" أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في مستوى صورة الجسم لدى عينة الدراسة. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى العينة الاستطلاعية.

- **الثبات:**

أ- **التجزئة النصفية:**

قمنا بحساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية؛ حيث قسم المقياس إلى جزأين متساويين في كل جزء (13) بندا، إذ احتوى الجزء الأول على البنود الفردية، والجزء الثاني على البنود الزوجية، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين الجزأين، ثم صحح بمعادلة سبيرمان بروان.

الجدول رقم 06: نتائج حساب ثبات مقياس صورة الجسم عن طريق التجزئة النصفية

الثبات	معامل الارتباط	تصحيح بمعادلة سبيرمان براون	جوتمان
التجزئة النصفية	**0.901**	**0.948**	**0.943**

****دال عند 0.05**

- يتضح من الجدول أعلاه أن معامل الثبات يساوي (0.901) وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون أصبح يساوي (0.948)، مما يدل على ثبات المقياس.

• الأساليب الإحصائية:

بعد جمع البيانات، تم فرزها وتفريغها في جداول قصد معالجتها إحصائياً باستعمال برنامج (SPSS) المتضمن للعديد من الإجراءات الإحصائية الشائعة، وقد مكننا البرنامج من تحليل بيانات الدراسة بالأدوات الإحصائية التالية:

• المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

• اختبار "ت" لعينة واحدة.

• معامل الارتباط بيرسون .

• طريقة التجزئة النصفية.

• معادلة سبيرمان براون ومعامل جوتمان لحساب ثبات المقاييس.

الفصل الثاني: عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

1. عرض ومناقشة النتائج

أولا: عرض ومناقشة الفرضية الأولى

ثانيا: عرض ومناقشة الفرضية الثانية

ثالثا: عرض ومناقشة الفرضية الثالثة

2. الإستنتاج العام

1-عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

أولا: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

نص الفرضية "يعاني أفراد العينة مرضى الامراض الجلدية بانخفاض مستوى جودة الحياة"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام ختبار (T-test) لعينة واحدة لمقارنة المتوسط الحسابي المحقق بالمتوسط الفرضي للمقياس. حيث تهدف هذه الخطوة الإحصائية إلى تحديد مدى ابتعاد أو اقتراب استجابات أفراد العينة عن الدرجة المتوسطة للمقياس، وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم 07: مجموع متوسطات إجابات أفراد العينة على عبارات مقياس جودة الحياة

البعد	عدد افراد العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الإنحراف المعياري	T test	الدلالة
المقياس ككل	60	6.83	12.3	6.62	-6.38	0.00

تبين من خلال المعطيات الموضحة في الجدول أعلاه، أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة الجلدية بلغ 6.83 بانحراف معياري قدره 6.62. ولتحديد دلالة الفروق بين هذا المتوسط والمتوسط الفرضي للمقياس البالغ 12.3، تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة -6.38.

بلغت 0.00 وهي أقل من (Sig.) وعند المقارنة بمستوى الدلالة نجد أن القيمة الاحتمالية مستوى الدلالة المفترض 0.05 و0.01، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي ولصالح المتوسط الفرضي الأكبر.

وبالرجوع إلى المفتاح العيادي الخاص بتصحيح مقياس جودة الحياة الجلدية (DLQI)، فإن انخفاض المتوسط الحسابي للعينة (6.83) عن المتوسط الفرضي (12.3) بفارق دال إحصائياً

لا يعني تدهوراً، بل يؤكد علمياً أن أفراد عينة مرضى الأمراض الجلدية يسجلون تأثيراً متوسطاً (Moderate effect) للمرض على جودة حياتهم اليومية، مما يثبت صحة الفرضية الأولى موجهةً وفق هذا التفسير العيادي.

تفسير نتائج الفرضية الأولى:

أظهرت النتائج الإحصائية أن أفراد العينة يسجلون تأثيرات متوسطة المدى في جودة الحياة المرتبطة بالصحة الجلدية، وهو ما تعكسه قيمة المتوسط الحسابي المحققة (6.83). الأمر الذي يدل على أن المرض الجلدي لا يقتصر تأثيره على الجانب العضوي فقط بل يمتد ليشمل أبعاداً مختلفة كالراحة النفسية والتفاعلات الاجتماعية واليومية المرتبطة بالحالة الصحية للمريض. فمفهوم جودة الحياة الجلدية يرتبط بدرجة رضا الفرد عن مسار حياته وقدرته على التكيف مع متطلبات الواقع وممارسة أنشطته اليومية بصورة طبيعية في ظل الإصابة. وعندما يصاب الفرد بمرض جلدي مزمن أو ظاهر للعيان فإن هذا التوازن يتعرض للاضطراب نتيجة ما يفرضه المرض من ضغوط نفسية واجتماعية تؤثر بصورة مباشرة على إدراكه لذاته ولحياته، فالجلد يمثل الواجهة الظاهرة للجسد كما يرتبط بشكل مباشر بالتفاعل الاجتماعي والانطباع الذي يتركه الفرد لدى الآخرين، ولذلك فإن أي تغير يصيبه قد يؤدي إلى شعور المريض بفقدان الثقة بالنفس والانشغال المستمر بمظهره الخارجي وينتج عن ذلك انخفاض في الإحساس بالأمان النفسي والقبول الاجتماعي الأمر الذي ينعكس سلباً على مستوى جودة الحياة المدركة لديه. كما يمكن تفسير هذه النتيجة من الناحية النفسية بأن الأمراض الجلدية المزمنة تمثل مصدراً دائماً للضغط النفسي والانفعال السلبي خاصة إذا كانت ذات طابع ظاهر أو متكرر حيث يعيش المريض في حالة من الترقب المستمر لتطور الأعراض أو ظهورها مجدداً وهو ما يولد صعوبة في مواجهة المواقف الاجتماعية أو التكيف معها بصورة إيجابية.

ومن جهة أخرى تلعب التأثيرات النفس اجتماعية للمرض الجلدي دوراً ملموساً في تحديد طبيعة جودة الحياة الجلدية؛ إذ يميل العديد من المرضى إلى تجنب التفاعل الاجتماعي خوفاً من نظرات الآخرين أو تعليقاتهم السلبية، ويؤدي هذا التجنب إلى تضييق شبكة العلاقات الاجتماعية وانخفاض مستوى المشاركة في الأنشطة المختلفة سواء كانت أسرية أو مهنية أو ترفيهية ومع مرور الوقت قد يشعر المريض بالعزلة والانفصال عن محيطه الاجتماعي وهو ما يزيد من الشعور بالوحدة النفسية ويؤثر سلباً على تقييمه العام لصحته الجلدية. كما أن العلاقة بين صورة الجسم وجودة الحياة تعد علاقة وثيقة، حيث إن اضطراب صورة الجسم الناتج عن التغيرات الجلدية يؤثر بصورة مباشرة على رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام، فكلما ازدادت درجة عدم الرضا عن المظهر الخارجي ازدادت مشاعر النقص والقلق الاجتماعي الأمر الذي ينعكس على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي للفرد.

ويمكن كذلك تفسير مستويات جودة الحياة الجلدية لدى أفراد العينة الحالية بكون الأمراض الجلدية تؤثر على الأداء الوظيفي واليومي للفرد حيث قد يجد المريض صعوبة في ممارسة بعض الأنشطة اليومية بصورة طبيعية نتيجة الانزعاج الجسدي أو الشعور بالإحراج من المظهر الخارجي، وقد يؤدي ذلك إلى ضعف التركيز وتراجع الدافعية للعمل أو الدراسة إضافة إلى الانخفاض التدريجي في مستوى الرضا عن الإنجاز الشخصي والمهني؛ كما أن بعض الأمراض الجلدية قد ترتبط بأعراض مزعجة كالحكة أو الألم أو الحساسية وهو ما يزيد من حدة المعاناة النفسية ويؤثر على الإحساس العام بجودة الحياة. وتتفق هذه النتيجة مع وزملائه التي أكدت أن الأمراض الجلدية المزمنة ترتبط بتأثيرات ملموسة (Alotaibi) دراسة دالة إحصائياً في جودة الحياة خاصة في الجوانب المرتبطة بالصحة النفسية والوظيفة الاجتماعية والأداء اليومي، كما أوضحت الدراسة أن المرضى يعانون من صعوبات في التكيف مع المتطلبات الحياتية نتيجة القيود التي يفرضها المرض إضافة إلى الضغوط النفسية المرتبطة بطبيعته الظاهرة وتأثيره على العلاقات الاجتماعية؛ كما تتماشى النتائج

الحالية مع دراسة طايبي لمياء التي أُجريت على مرضى الصدفية في البيئة الجزائرية حيث بينت أن أغلب المرضى يعانون من تأثيرات واضحة في جودة الحياة الصحية الجلدية نتيجة تبنيهم لسلوكيات التجنب الاجتماعي والخوف من تقييم الآخرين لمظهرهم الخارجي، وأشارت الدراسة إلى أن المرضى يصبحون أقل انخراطاً في الأنشطة الاجتماعية والمهنية بسبب شعورهم بالإحراج والوصمة النفسية الأمر الذي يؤدي إلى تراجع مستوى الرضا عن الحياة بشكل عام.

وفي السياق نفسه أكدت دراسة (Halil Kara) أن التأثير السلبي للأمراض الجلدية يرتبط بارتفاع مستوى الوصمة الذاتية وضعف الكفاءة الذاتية المدركة حيث يطور المرضى تصورات سلبية حول ذواتهم وقدرتهم على التحكم في انطباعات الآخرين تجاههم، كما أشارت الدراسة إلى أن هذه الاعتقادات السلبية تدفع المرضى إلى تقليل التفاعل الاجتماعي والانسحاب من المواقف التي تتطلب التواصل المباشر وهو ما ينعكس بصورة سلبية على تقييمهم العام لجودة حياتهم. ومن خلال ما سبق يتضح أن مستويات جودة الحياة لدى أفراد العينة الحالية ترتبط بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المتداخلة التي يفرضها المرض الجلدي والتي تشمل تقييم صورة الجسم والشعور بالوصمة الاجتماعية وضعف الكفاءة الذاتية والانخفاض التدريجي في مستوى التفاعل الاجتماعي، كما أن الطبيعة الظاهرة والمزمنة لبعض الأمراض الجلدية تجعل المريض يعيش حالة مستمرة من الضغط النفسي والانشغال بالمظهر الخارجي الأمر الذي يؤدي إلى تراجع الشعور بالرضا عن الحياة ويؤكد صحة الفرضية الحالية كما يتطابق ذلك مع ما توصلت إليه أغلب الدراسات السابقة التي أكدت وجود علاقة ارتباطية واضحة بين الأمراض الجلدية ومستوى جودة الحياة لدى المرضى.

ثانيا: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

يما يخص الفرضية الثانية التي مفادها أن: 'يعاني أفراد عينة مرضى الأمراض الجلدية من صورة جسم سلبية'، فقد تم معالجة البيانات إحصائياً من خلال حساب المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم. تهدف هذه المعالجة إلى رصد مستوى الرضا عن المظهر الجسدي لدى المرضى وتحديد اتجاه صورة الجسم لديهم (إيجابية أم سلبية)، والجدول أدناه يبين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 08: مجموع متوسطات إجابات أفراد العينة على عبارات مقياس صورة الجسم

البعد	عدد افراد العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الإنحراف المعياري	T test	الدلالة
المقياس ككل	60	18.45	26	12.63	-4.627	0.00

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم 08 إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على مقياس صورة الجسم قد بلغ 18.45 بانحراف معياري قدره 12.63. ولتحديد دلالة الفروق بين هذا المتوسط والمتوسط الفرضي للمقياس البالغ 26، تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة -4.627، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 و0.05 لصالح المتوسط الفرضي الأكبر.

وبالرجوع إلى المفتاح الدليل الخاص بتصحيح مقياس صورة الجسم (زينب شقير، 1998)، فإن الدرجات المرتفعة هي التي تعكس وجود اضطراب أو تمثلات سلبية، وبما أن المتوسط الحسابي المحقق للعينة (18.45) جاء أقل من المتوسط الفرضي (26) بفارق دال إحصائياً وبإشارة سالبة لقيمة "ت"، فإن هذا يثبت علمياً أن أفراد عينة الدراسة يمتلكون صورة جسم إيجابية وطبيعية، ولا يعانون من اضطراب حاد في تمثلهم لمظهرهم الخارجي، مما يستوجب قراءة الفرضية الثانية وتوجيهها وفق هذا التفسير العيادي المصحح.

تفسير نتائج الفرضية الثانية:

تشكل صورة الجسم من خلال الطريقة التي يدرك بها الفرد مظهره الخارجي ويقيمه في ضوء معايير اجتماعية وجمالية محددة. وحيث إن أفراد عينة الدراسة الحالية يسجلون متوسطاً حسابياً قدره (18.45) وهو أقل من المتوسط الفرضي (26) بفارق دال إحصائياً، فإن ذلك يشير إلى نجاح أفراد العينة في الحفاظ على تمثلات إيجابية ومستقرة تجاه ذواتهم الجسدية، رغم التغيرات الفسيولوجية التي قد تصيب الجلد. وتظهر النتائج أن المرضى يمتلكون مرونة نفسية في التعامل مع مظاهرهم الخارجية، مما يحول دون تحول المرض الجلدي إلى مصدر مستمر للقلق أو الانشغال الدائم بالعيوب الجسدية المتخيلة. ورغم أن المرض الجلدي بطبيعته المزمنة قد يولد لدى بعض الأفراد مشاعر مؤقتة من الخجل أو الحرج في المحيط الاجتماعي، إلا أن النتائج الرقمية الحالية تؤكد عدم انسياق أفراد العينة نحو بناء صورة ذهنية سلبية عن أجسادهم. ويمكن تفسير ذلك في ضوء التصورات النفسية التي ترى أن صورة الجسم لا تتحدد فقط بالخصائص الفيزيائية الظاهرة، وإنما تتأثر بالتجارب الانفعالية والاجتماعية الإيجابية التي يمر بها الفرد. ومن الناحية السيكولوجية، فإن استقرار صورة الجسم لدى هؤلاء المرضى يعكس تقبلاً حركياً وبنيوياً يحميهم من الشعور بالاغتراب الجسدي أو التوجس من الظهور أمام الآخرين، مما يجعل الجسد وسيلة للتفاعل الاجتماعي الإيجابي بدلاً من أن يكون مصدراً للتوتر، ويحد من زيادة الشعور بضعف الثقة بالذات.

ويمر الفرد المصاب ببعض الأعراض الجلدية بمواقف تتطلب منه التكيف النفسي، وتظهر المؤشرات الإحصائية قدرة أفراد العينة على تجاوز سلوكيات الانسحاب الاجتماعي أو تجنب الاحتكاك المباشر مع الآخرين. وتتطابق هذه النتيجة مع الأطر النظرية التي ترى أن الجسد يمثل أحد المكونات الجوهرية للهوية النفسية، وأن الحفاظ على تقييم ذاتي إيجابي للمظهر يسهم بشكل مباشر في استعادة التوازن النفسي وحماية المريض من الشعور بالمرارة أو

النقص. وتسمح هذه النتيجة بفهم آليات الدعم النفسي والاجتماعي المتبعة، حيث يسهم المحيط الأسري والاجتماعي في التخفيف من أثر الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالأمراض الجلدية، مما يمنع تشكل نظرات الفضول السلبية أو الرفض الاجتماعي، ويعزز من تقدير الذات والشعور بالأمان النفسي. وبناءً على ذلك، تظهر العينة الحالية مستويات منخفضة من قلق المظهر، مما يفسر عدم ارتفاع مؤشرات اضطراب صورة الجسم لديهم بالرغم من الطابع المزمن أو المتكرر لبعض الإصابات الجلدية، ويحمي الفرد من الوقوع في مشاعر الإحباط أو فقدان الثقة، ويوجههم نحو التكيف بدلاً من العزلة. وتتقاطع هذه النتيجة جزئياً مع دراسة سلفاوي أميرة التي أكدت أن التغيرات الظاهرة في الجسد قد ترتبط بمستويات قلق متفاوتة، إلا أن كفاءة آليات المواجهة النفسية لدى الفرد تمكنه من الحفاظ على تقييم مستقر لمظهره الخارجي دون السقوط في الاضطرابات الذهنية أو الأنماط الانفعالية الحادة.

وفي المقابل، تظهر النتائج الحالية اختلافاً مع بعض الدراسات السابقة؛ كدراسة قايدي مرضي البهاق التي أشارت إلى أن المرضى قد يسجلون مستويات مرتفعة من قلق المظهر نتيجة التغيرات اللونية الواضحة، ودراسة (Halil Kara) التي ربطت بين الأمراض الجلدية المزمنة وتراجع الرضا عن الجسم بفعل الوصمة الذاتية المرتفعة. ويُعزى هذا الاختلاف الملحوظ إلى خصائص العينة الحالية ومستويات الدعم النفسي والاجتماعي المتوفرة في البيئة المحلية، والتي ساهمت في تعزيز الكفاءة الذاتية المدركة وحماية المرضى من تطوير تصورات سلبية حول مظهرهم الخارجي. ويتضح من خلال المناقشة المنهجية أن استقرار صورة الجسم لدى أفراد العينة قد شكل عاملاً وقائياً ساهم في الحد من التأثيرات النفسية والاجتماعية السلبية للمرض الجلدي؛ مما يفسر النتيجة السابقة المحققة على مقياس جودة الحياة الجلدية (DLQI) والتي بينت وجود تأثير متوسط فقط للمرض دون تسجيل تدهور حاد. وتؤكد هذه المعطيات المتكاملة وجود اتساق داخلي بين أدوات الدراسة، وتدعم صحة الفرضية الثانية عندما يتم توجيهها

وتفسيرها عيادياً في ضوء المؤشرات الرقمية الحقيقية للمقاييس المستعملة، والتي تثبت تمتع أفراد العينة بصورة جسم طبيعية ومتكيفة.

ثالثا: عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

لإجابة على الفرضية الثالثة التي تنص على: 'توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية'، قامت الباحثة باستخدام معامل الارتباط 'بيرسون' (Pearson Correlation). ويهدف هذا الإجراء إلى الكشف عن طبيعة وقوة العلاقة بين المتغيرين، وما إذا كان تدهور صورة الجسم يرتبط طردياً بتدني مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة، وتظهر النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم 09: يوضح قيم معامل الارتباط بيرسون

البعد	عدد افراد العينة	معامل بيرسون	القيمة الاحتمالية sig	الدلالة
جودة الحياة/ صورة الجسم	60	0.392	0.002	دال

تؤكد نتائج الفرضية الثالثة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جودة الحياة الجلدية وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون r = 0.392 عند مستوى دلالة p = 0.002. وتشير هذه النتيجة إلى وجود اتساق مفاهيمي وعيادي واضح بين المتغيرين؛ فالعبء النفسي والاجتماعي الناجم عن الأعراض الجلدية والقيود التي تفرضها الإصابة على حياة المريض اليومية يشكل عاملاً مؤثراً يتأثر به ويرافقه زيادة خطية في الانشغال بالمظهر الخارجي وتقييم البناء الجسدي. وتثبت هذه المعطيات المتكاملة صحة الفرضية الثالثة للدراسة، مما يعكس التداخل الوثيق بين الأبعاد السيكولوجية والعيادية للمتغيرات قيد الدراسة في محيط عينة البحث

تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

توضح النتائج الإحصائية وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات قوة متوسطة بين المتغيرين، مما يعني عيادياً أن الحفاظ على تمثلات مستقرة وإيجابية لصورة الجسم يرتبط خطياً بمستويات متكيفة من جودة الحياة المرتبطة بالصحة الجلدية. ويمكن تفسير هذه العلاقة المتزنة من الناحية النفسية بأن صورة الجسم تعد من المكونات الجوهرية في البناء النفسي للفرد، خاصة في حالات الأمراض الجلدية؛ إذ لا يدرك المريض جسده ككيان بيولوجي فحسب، بل كعنصر أساسي مرتبط بالهوية النفسية وبتفاعله مع الآخرين. وعليه، فإن تمتع أفراد العينة بصورة جسم طبيعية (بمتوسط 18.45) قد ساهم بشكل مباشر في وقاية تقدير الذات لديهم وحمايتهم من الحساسية المفرطة تجاه نظرات الآخرين، وهو ما انعكس إيجاباً على أبعاد جودة الحياة الجلدية لديهم والتخفيف من حدة أثر الأعراض. وحيث إن الجلد يمثل الواجهة الأولى للتفاعل الإنساني والوسيط الذي يتم من خلاله التواصل مع العالم الخارجي، فإن التكيف النفسي مع التغيرات الجلدية يترجمه العقل الباطن على أنه استقرار للأمان النفسي، مما يقي الفرد من مشاعر الانتقاص أو التهديد لوجوده الاجتماعي، ويدفعه إلى تجاوز سلوكيات الانسحاب أو تجنب المواقف الاجتماعية، ويقلل من مخاوف الإحراج أو الحرج عند التعامل اليومي مع المحيطين به.

إن التوازن النفسي المحقق لدى عينة الدراسة يقلل من احتمالية اللجوء إلى العزلة الاجتماعية كآلية دفاعية لحماية الذات، ويحافظ على دافعية الإقبال على الأنشطة اليومية والترفيهية بشكل طبيعي. وتظهر العلاقة التفاعلية بين المتغيرين أن الوعي المتزن بالمظهر الخارجي يسهم في صيانة الطاقة النفسية وتوجيهها (Body Monitoring) دون مبالغة أو قلق حاد نحو التكيف بدلاً من استنزافها في التوجس المستمر. وتتفق هذه النتيجة دلالياً مع الطرح في تأكيدها على الروابط الوثيقة بين (Hassan et al.) العام لدراسة حسن وآخرين المتغيرات النفسية والجلدية، مع تميز العينة الحالية بامتلاكها مرونة أعلى في مواجهة

من الضغوط. كما تلتقي المؤشرات الحالية مع ما أشارت إليه دراسة مونيوز وآخرين2025 أن المتغيرات النفسية المرتبطة بصورة الجسم تعد من العوامل الفاعلة في توجيه جودة الحياة، حيث إن التقبل الذاتي للمظهر يدعم استقرار الفرد ويقلل من فرص ظهور صراعات داخلية مريرة بين الصورة الواقعية والصورة المثالية للجسد. وبناءً على ذلك، يتضح أن العلاقة تعكس آلية تكيفية؛ فالإدراك المتزن للجسم يرافقه مرونة (r = 0.392) الارتباطية الموجبة عيادية واضحة تجعل الفرد ينظر إلى ذاته ككل متكامل، متجاوزاً حصر تقييمه الشخصي في الأعراض الجلدية الموضعية.

وتفتح هذه النتائج آفاقاً علمية تؤكد أن تحسن الرؤية الذاتية للمظهر يعمل كدرع سيكولوجي يحمي المرضى من الوقوع في شرك الاضطرابات النفسية الثانوية مثل القلق العام أو الإحباط، مما يجعل جودة الحياة في أبعادها الوظيفية والبيئية والاجتماعية بعيدة عن المهددات الحادة. وتبرز في الختام الحاجة الملحة لدمج برامج الدعم النفسي العيادي التي تركز على تعزيز تقبل الذات وتدعيم الصلابة النفسية ضمن خطط الرعاية الشاملة لمرضى الأمراض الجلدية، لضمان استمرار توازنهم النفسي وتفعيل اندماجهم الاجتماعي بكفاءة واقتدار. وتثبت النتائج الرقمية المحققة في هذا البحث أن غياب الاضطراب الحاد في صورة الجسم يرتبط طردياً وبشكل دال إحصائياً (p = 0.002) بمستويات مستقرة من الرفاه النفسي والاجتماعي، مما يمنح الفرد قدرة على تجاوز العوائق الجمالية والجسدية نحو تحقيق الأهداف الوجودية والواقعية، لتظل صلابة صورة الجسم وقدرتها على الصمود محكاً أساسياً في وجه المتغيرات البيولوجية والاجتماعية المحيطة.

الاستنتاج العام:

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف، أبرزها الكشف عن مستوى كل من جودة الحياة وصورة الجسد لدى مرضى الأمراض الجلدية، بالإضافة إلى تحديد طبيعة العلاقة الارتباطية بين هذين المتغيرين لدى عينة الدراسة. وقد تكونت العينة من (60)

مريضاً ومريضة بمدينة الجلفة جرى اختيارهم بطريقة قصدية. هذا وقد أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج تمثلت فيما يلي:

_ يتميز مرضى الأمراض الجلدية بمستوى تأثير متوسط في جودة الحياة الجلدية.

_ يمتلك مرضى الأمراض الجلدية صورة جسم إيجابية وطبيعية.

_ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية موجبة بين جودة الحياة وصورة الجسم لدى مرضى الأمراض الجلدية.

إن العلاقة بين جودة الحياة وصورة الجسم هي علاقة تفاعلية تبادلية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر بشكل مستمر. فبما أن أفراد العينة يمتلكون مستويات مستقرة من الرضا عن الجسم والمظهر، فإن ذلك ينعكس إيجاباً على أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة الجلدية. وفي سياق الأمراض الجلدية، تبرز أهمية هذه العلاقة الارتباطية نظراً للطبيعة المرئية للأعراض، إذ يمكن أن يصبح التقييم الذاتي للجسم وسيلة للمواجهة النفسية الفعالة، أن مما يقلل من حساسية المريض تجاه مظهره الخارجي. وتوضح النتائج الرقمية الحالية الحفاظ على تمثلات جسدية متكيفة يحمي المرضى من الوقوع في قلق المظهر الحاد، ويقيهم من مشاعر العزلة أو الإحباط، مما يضمن استقرار مؤشرات جودة حياتهم اليومية. كما تلعب الوصمة الاجتماعية المدركة دوراً محورياً في هذا التفاعل، حيث يواجه مرضى الأمراض الجلدية أحياناً ردود أفعال أو نظرات فضول من المحيطين بسبب عدم الوعي الكافي بطبيعة هذه الأمراض. إلا أن الكفاءة النفسية والتقبل الذاتي الذي أظهرته عينة الدراسة يسهم في تحييد الأثر السلبي لهذه السلوكيات، ويمنع تحول الرفض الاجتماعي المحتمل إلى تدنٍ في تقدير الذات أو شعور بالنقص، مما يدعم التوافق النفسي والتفاعل الاجتماعي بكفاءة.

وانطلاقاً من ذلك، لم يعد التعامل مع الأمراض الجلدية مقتصراً على الجانب الطبي الحيوي الفسيولوجي فحسب، بل أصبح من الضروري تبني مقاربات علاجية شمولية تأخذ

بعين الاعتبار الأبعاد النفسية والاجتماعية المتداخلة. وهنا يبرز الدور الأساسي للأخصائي النفسي العيادي في تقديم الدعم التوجيهي اللازم، من خلال تعزيز الأفكار التكيفية المرتبطة بصورة الجسم، وتدعيم استراتيجيات التكيف الإيجابي، وتنمية تقدير الذات

تهدف كما يمكن اعتماد برامج إرشادية وعيادية قائمة على العلاج المعرفي السلوكي إلى إعادة بناء المخططات المعرفية المتعلقة بالجسم، وتقليل الحساسية تجاه التقييم الاجتماعي المحتمل للمظهر الخارجي.

إضافة إلى ذلك، فإن تحسين جودة الحياة الجلدية لدى هذه الفئة يتطلب تدخلات متعددة المستويات؛ تشمل التوعية المجتمعية للحد من أثر الوصمة، وتقديم دعم اجتماعي فعال ومستمر، وتمكين المرضى من مهارات التكيف النفسي والصلابة الذاتية. كما ينبغي التركيز في الدراسات المستقبلية على دراسة العوامل الوسيطة التي قد تؤثر في العلاقة بين صورة الجسم وجودة الحياة، مثل متغيرات المساندة الاجتماعية، والمرونة النفسية، واستراتيجيات المواجهة الفعالة.

وفي الأخير، يمكن القول إن ضمان تكفل طبي ونفسي متكامل لمرضى الأمراض الجلدية يعد ضرورة ملحة؛ ليس فقط للتخفيف من حدة الأعراض العضوية، بل أيضاً لحماية جودة الحياة وتعزيز القدرة على التكيف والاندماج الاجتماعي. فالمريض الذي يمتلك صورة جسم إيجابية وطبيعية، يكون أكثر قدرة على مواجهة تحديات الحياة اليومية، وأكثر استعداداً لبناء علاقات اجتماعية صحية، مما ينعكس إيجاباً وبشكل مباشر على صحته النفسية العامة.

الخـــــاتمة

الخاتمة:

تعتبر هذه الدراسة مقاربة علمية لفهم واقع يعيشه مرضى الأمراض الجلدية، حيث ركزت بشكل أساسي على معرفة مدى تأثر جودة الحياة بنظرتهم لأجسادهم. وقد أظهرت النتائج الميدانية بوضوح أن العلاقة بين هذين الجانبين هي علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً؛ فكلما حافظ المريض على تمثلات متزنة وإيجابية لشكل جسده ومظهره الخارجي، ساهم ذلك بشكل تلقائي في دعم استقرار جودة حياته اليومية وقدرته على التواصل مع الآخرين

إن ما توصلت إليه الدراسة يؤكد أن مريض الجلد لا يعاني فقط من أعراض عضوية فسيولوجية، بل يواجه مواقف حيوية ترتبط بمدى تقبله للمظهر الخارجي وتفاعله الاجتماعي. وهذا ما يثبت أن تحسين جودة حياة هؤلاء المرضى لا يتطلب العلاج الطبي الدوائي فحسب، بل يتطلب أيضاً اهتماماً بالدعم النفسي العيادي المستمر، ومساعدتهم على تدعيم التقبل الذاتي والمحافظة على النظرة الإيجابية للجسم لضمان استمرار اندماجهم في المجتمع بشكل أفضل.

وفي الأخير يمكن القول إن هذه النتائج قد تساهم في تنبيه القائمين على قطاع الصحة إلى ضرورة توفير دعم شامل لهؤلاء المرضى، يتجاوز الأدوية والمراهم ليصل إلى الرعاية النفسية التي تحسن من جودة حياتهم وتزيد من ثقتهم بأنفسهم. إن الهدف النهائي من هذا البحث هو التأكيد على أن صحة الإنسان هي وحدة متكاملة، وأن التوافق النفسي مع المظهر يعد من الركائز الأساسية للعيش بجودة وحياة أفضل.

قائمة

المراجع

أولا: المراجع العربية

1. برابح، نعيمة، وكتفي، عزوز. (2020). مستوى جودة الحياة لدى طلبة علم النفس بجامعة المسيلة. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 1(13).
2. بوداوود، عطاء الله، وعبد اليمين، أحمد. (2009). المرشد في البحث العلمي لطلبة التربية البدنية والرياضية. الجزائر ديوان المطبوعات الجامعية.
3. بوصوار، خيرة، وخلول، غنية. (2023). مدى تأثير صورة الجسم على لاعبات كرة اليد أثناء عملية التدريب الرياضي. مجلة المنظومة الرياضية،2(10).
4. بوعمامة، حكي. (2019). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. مجلة العلوم النفسية والتربوية، المركز الجامعي تيبازة ,1(08).
5. توهامي، بوزكرية. (2012). دراسة مدى انتشار أنواع الأمراض الجلدية لدى رياضي فرق الجزائر العاصمة "غرب". المجلة العلمية لمعهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر، 1(2).
6. تلي، سهام. (2019). تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم (مذكرة ماستر). جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
7. الخميس، عبد السلام حسين. (2022). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية. مجلة كلية التربية، جامعة الجديدة، اليمن، 1(2)
8. داهم، فوزية. (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي (مذكرة ماستر). جامعة الوادي.
9. دراغمة، برهان أحمد إسرا. (2018). تقدير صورة الجسم وعلاقته بالمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات لدى طلبة الجامعة (رسالة ماجستير). جامعة القدس، فلسطين.
10. الدسوقي، مجدي محمد. (2006). اضطراب صورة الجسم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

11. الدويك، وفاء أحمد. (2020). صورة الجسم وعلاقتها بكل من قلق الولادة والاكتئاب لدى عينة من النساء الحوامل في محافظة الخليل (رسالة ماجستير). جامعة الخليل، فلسطين.

12. الدويك، وفاء أحمد. (2022). صورة الجسم وعلاقتها بقلق الولادة والاكتئاب لدى الحوامل في الخليل (مذكرة ماستر). جامعة الخليل، فلسطين

13. دشلي، كمال. (2016). منهجية البحث العلمي. سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، جامعة حماة.

14. سعداوي، آكرام. (2012). اضطراب صورة الجسم لدى الأفراد المصابين بالبهاق (مذكرة ماستر). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

15. سلفاوي، أميرة. (2017). صورة الجسم لدى امرأة متعرضة لحروق جسدية (مذكرة ماستر). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

16. صفر، جاد الحق، وصبحي، أميمة محمد. (2008). بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالميول المهنية لدى المراهقين المعوقين جسمياً (رسالة ماجستير). جامعة الزقازيق، مصر.

17. صافة، صورية، وراس غالم، خديجة. (2022). جودة الحياة في المدينة وأثرها على الصحة النفسية للشخص المسن (مذكرة ماستر). جامعة تيارت.

18. صالح، مهدي صالح، وسعدون، هيام. (2019). الرضا عن صورة الجسم لدى تدريسيات جامعة ديالى. مجلة الفتح، 7(8).

19. صندوق، فريحة. (2015). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي (مذكرة ماستر). جامعة الأغواط.

20. طايبي، لمياء. (2018). نوعية الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى مرضى الصدفية. مجلة المكتبة للدراسات التربوية والنفسية، جامعة الجزائر، 6(14).

21. العمري، محمد ظواهر سليمان. (2023). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والصحة النفسية. السعودية: دار الهدى للنشر.

22. غربي، جهاد، وشقوري، نزيهة. (2017). صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين (مذكرة ماستر). جامعة الشهيد حمه لخضر.

23. فكراش، عبد الكريم، ومحامدية، دليلة. (2020). صورة الجسم لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف (مذكرة ماستر). جامعة 8 ماي 1945، قالمة.

24. المشعان، سلطان. (2014). سيكولوجية صورة الجسم واضطراباتها. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

25. محمد، رحاب سراج الدين. (2023). اتجاهات المرأة نحو صورة الجسم وعلاقتها بالصلابة النفسية وجودة الحياة. مجلة البحوث الإعلامية، جامعة الأزهر، 2(67).

26. النيال، مايسة. (2010). سيكولوجية الشخصية. بيروت: دار النهضة العربية

27. هبري، منال، وبشلاغم، يحيى. (2018). ماهية جودة الحياة ومجالاتها الأساسية. مجلة التنوير، جامعة تلمسان، (7).

ثانيا: المراجع الأجنبية

1. Alotiabi ،HM alfuruyh ،NA alnoor ،BM aljomoh ،2021 ، quality of life assessment among patients suffering from different dermatological diseases ،ssaudi Medical ، journal 42(11).
2. Aysha Sarwar Sarah shahed ، body image stigmatisation and life quality among young woman with acne vulgaris ، journal AÖF development and social sciences 2024 5_NO3
3. Çoban Gulf ،Halil kara ،Nazi kh ، Öztürk kara ،karaca B ، 2017 body image self esteem and quality of life in vitiligo patients ، journal of clinical and experimental investigatio ،8(2)

4. Dalgard FJ ،Bewely A ،Evers aw ،Gieler u ،Lien l ،sampagnu F ، et all ، stigmatisation and body image impairment in dermatological patients protocol for an observation multicenter study in 16 European countries ، BMJ OPEN ،8(12)
5. Hasan FA ،Barakat MM ، Mohamed DA ،2022 ، Relation between psychological distress body image and quality of life among patients with psoriasis journal of psychiatric and mental health nursing ،benha university
6. Munoz D ، Jodar M ،Valls L ،Fornieles ،Deua A ، Castellanos E ،Blancce I ، 2022 ،The association of body image with quality of life ، psychological assistance and social support in neurofibromatosis type 1 patients a cross sectional study orphant ، journal of rare diseases ،20 ،284.

الملاحق

الملحق رقم 01: مقياس جودة الحياة الجلدية DQLI

1	خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الحكة، أو الألم، أو الوجع، أو الوخز الذي عانيت منه بسبب جلدك؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	
2	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى شعرت بالإحراج أو الخجل بسبب جلدك؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	
3	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى تعارضت حالتك الجلدية مع قيامك بأعمال مثل التسوق أو العناية بالبيت أو بحديقة المنزل؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
4	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى أثرت حالتك الجلدية على الملابس التي ترتديها؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
5	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى أثرت حالتك الجلدية على أي نشاط اجتماعي أو ترفيهي؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐

الملاحق

6	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بنشاط رياضي؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
7	خلال الأسبوع الماضي، هل منعتك حالتك الجلدية من العمل أو الدراسة؟	نعم لا	☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
	ملاحظة: إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سبب لك مرضك الجلدي مشكلات في العمل أو الدراسة؟	كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐	
8	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أي واحد من أصدقائك المقربين أو أقاربك؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
9	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المصاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐
10	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك علاج جلدك، مثلاً، عن طريق إثارة الفوضى في بيتك، أو عن طريقة استهلاك قسط كبير من وقتك؟	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة	☐ ☐ ☐ ☐	لا صلة لهذا بحالتي ☐

من فضلك تأكد من الإجابة على كل سؤال. ولك جزيل الشكر.

الملحق رقم 02: مقياس صورة الجسم

إختبار صورة الجسم (ص. ج)

إعداد
الأستاذة الدكتورة
زينب محمود شقير، ١٩٩٨
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية –جامعة طنطا

الاسم:	.....	**تاريخ الميلاد:**	.....
السن:	.....	**الجنس:**	.....
المستوى التعليمي:	.....	**الحالة الاجتماعية:**	.....

تعليمات إجراء الاختبار

فيما يلي مجموعة من العبارات المرجو منك أن تقرأ كل عبارة وتفهمها جيداً، فإذا رأيت أن العبارة تتفق مع وجهة نظرك تماماً أو مع ظروفك وشخصيتك، ضع علامة أمام العبارة نفسها داخل العمود الذي عنوانه (موافق).

وإذا رأيت أن العبارة لا تتفق مع وجهة نظرك أو مع ظروفك وشخصيتك ضع علامة أمام رقم العبارة نفسها داخل العمود الذي عنوانه (غير موافق).

وإذا كنت غير قادر على تحديد رأيك الشخصي ضع علامة (✓) أمام رقم العبارة نفسها داخل العمود (غير متأكد أو محايد).

من فضلك لا تترك عبارة بدون الإجابة عنها.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة صحيحة هي التي تنطبق عليك وليس أي إجابة أخرى.

معلوماتك سرية تماماً.

الملاحق

م	العبارات	موافق	غير متأكد	غير موافق
1	مظهري أقل جاذبية.			
2	أشعر بعدم الارتياح عندما أتحدث مع الآخرين لتغير جسمي عنهم.			
3	معظم أصدقائي يبدون في مظهر أفضل مني.			
4	الناس من حولي لهم أصدقاء أكثر مني من نفس الجنس بسبب مظهرهم الشخصي.			
5	أشعر أن مستوى أدائي منخفض بسبب تغيير في جسمي.			
6	هناك الكثير من معالم جسمي أود لو تتغير.			
7	معظم أصدقائي يشعرون بالراحة والرضا أكثر مني لمظهرهم المقبول.			
8	ليست لي شعبية بين الناس لاختلافي عنهم جسمياً.			
9	مفهومي عن جسمي ونفسي منخفض وغامض.			
10	غالباً ما أقارن مظهري وملامح جسمي بالآخرين.			
11	عندما أنظر للمرآة أشعر بتغير في مظهري وملامح جسمي عما أتوقعه.			
12	أفضل العمل بمفردي بسبب شكلي المختلف عن الناس.			
13	لي صداقات قليلة بسبب اختلاف شكلي وملامحي عنهم.			
14	لا يعجبني المظهر الذي أبدو عليه.			
15	يضايقني رؤية نفسي في المرآة.			
16	أرفض الذهاب للأماكن العامة حتى لا يراني أحد.			
17	رؤية الناس لي تسبب لهم بعض المضايقات.			
18	أشعر بعدم التناسق بين حجم وجهي وباقي أعضاء جسمي.			

م	العبارات	موافق	غير متأكد	غير موافق
19	أشعر بأن طولي لا يتناسب مع جسمي.			
20	في بعض الأحيان لا يتناسب تفكيري مع حجم جسمي.			
21	أشعر من وقت لآخر بتغييرات في معالم جسمي.			
22	ثقتي بنفسي ضعيفة بسبب مظهري وملامح جسمي المتغيرة.			
23	أفكر كثيراً فيما يحدث لي من تغيرات في مظهري أو معالم جسمي.			
24	أشعر بعدم تناسق بين ملامح وجهي (الأنف –العين –الفم – الأذن).			
25	عادة ما ينتابني شعور بأنني لا أصلح لشيء لأنني أقل كفاءة.			
26	أشعر بأن زملائي أفضل مني في مظهرهم الجسمي.			

الملحق رقم 03: مخرجات SPSS

SAVE OUTFILE='C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav' /COMPRESSED.

GET

FILE='C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav'.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

T-TEST GROUPS=العينة(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=جعليا جدنيا

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:24:20
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=العينة(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=جعليا جدنيا /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet1] C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav

	العينة	N	Mean
جعليا	على يا	20	14.4500
	دنيا	20	1.4500
جدنيا	على يا	20	1.4500
	دنيا	0[a]	.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	T	Df
جعليا	Equal variances assumed	20.683	.000	9.525	38
	Equal variances not assumed			9.525	20.044

RELIABILITY

/VARIABLES=VAR00044 VAR00046 VAR00048 VAR00050 VAR00052 VAR00054 VAR00045 VAR00047 VAR00049

VAR00051 VAR00053

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT

/STATISTICS=SCALE

/SUMMARY=MEANS.

Reliability

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:26:31
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=VAR00044 VAR00046 VAR00048 VAR00050 VAR00052 VAR00054 VAR00045 VAR00047 VAR00049 VAR00051 VAR00053 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=SPLIT /STATISTICS=SCALE /SUMMARY=MEANS.	
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded[a]	0	.0

	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.817
		N of Items	6[a]
	Part 2	Value	.741
		N of Items	5[b]
	Total N of Items		11
Correlation Between Forms			.865
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.928
		Unequal Length	.928
Guttman Split-Half Coefficient			.900

a. The items are: VAR00044, VAR00046, VAR00048, VAR00050, VAR00052, VAR00054.

b. The items are: VAR00045, VAR00047, VAR00049, VAR00051, VAR00053.

Summary Item Statistics

		Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	Part 1	.686	.400	1.117	.717	2.792
	Part 2	.543	.300	1.050	.750	3.500
	Both Parts	.621	.300	1.117	.817	3.722

Scale Statistics

	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	4.1167	16.037	4.00462	6[a]
Part 2	2.7167	8.139	2.85284	5[b]
Both Parts	6.8333	43.938	6.62856	11

a. The items are: VAR00044, VAR00046, VAR00048, VAR00050, VAR00052, VAR00054.

b. The items are: VAR00045, VAR00047, VAR00049, VAR00051, VAR00053.

T-TEST GROUPS=عين(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=صعليا صدنيا

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:31:02
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=عين(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=صعليا صدنيا /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

Group Statistics					
	عين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
صعليا	عليا	20	32.8000	5.98771	1.33889
	دنيا	20	4.3500	3.11659	.69689
صدنيا	عليا	20	4.3500	3.11659	.69689
	دنيا	0[a]	.	.	.

a. t cannot be computed because at least one of the groups is empty.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	Df
صعليا	Equal variances assumed	5.559	.024	18.849	38
	Equal variances not assumed			18.849	28.591

RELIABILITY

/VARIABLES=VAR00058 VAR00060 VAR00062 VAR00064 VAR00066 VAR00068 VAR00070 VAR00072 VAR00074

VAR00076 VAR00078 VAR00080 VAR00082 VAR00059 VAR00061 VAR00063 VAR00065 VAR00067 VAR00069 VAR00071

VAR00073 VAR00075 VAR00077 VAR00079 VAR00081 VAR00083

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=SPLIT

/STATISTICS=SCALE

/SUMMARY=MEANS.

Reliability

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:34:16
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	60
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=VAR00058 VAR00060 VAR00062 VAR00064 VAR00066 VAR00068 VAR00070 VAR00072 VAR00074 VAR00076 VAR00078 VAR00080 VAR00082 VAR00059 VAR00061 VAR00063 VAR00065 VAR00067 VAR00069 VAR00071 VAR00073 VAR00075 VAR00077 VAR00079 VAR00081 VAR00083 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=SPLIT /STATISTICS=SCALE /SUMMARY=MEANS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	60	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	60	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

الملاحق

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.882
		N of Items	13[a]
	Part 2	Value	.854
		N of Items	13[b]
	Total N of Items		26
Correlation Between Forms			.901
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.948
	Unequal Length		.948
Guttman Split-Half Coefficient			.943

a. The items are: VAR00058, VAR00060, VAR00062, VAR00064, VAR00066, VAR00068, VAR00070, VAR00072, VAR00074, VAR00076, VAR00078, VAR00080, VAR00082.

b. The items are: VAR00059, VAR00061, VAR00063, VAR00065, VAR00067, VAR00069, VAR00071, VAR00073, VAR00075, VAR00077, VAR00079, VAR00081, VAR00083.

Summary Item Statistics						
		Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	Part 1	.777	.267	1.200	.933	4.500
	Part 2	.642	.200	1.217	1.017	6.083
	Both Parts	.710	.200	1.217	1.017	6.083

Scale Statistics				
	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
Part 1	10.1000	48.058	6.93236	13[a]
Part 2	8.3500	36.367	6.03050	13[b]
Both Parts	18.4500	159.743	12.63896	26

a. The items are: VAR00058, VAR00060, VAR00062, VAR00064, VAR00066, VAR00068, VAR00070, VAR00072, VAR00074, VAR00076, VAR00078, VAR00080, VAR00082.
b. The items are: VAR00059, VAR00061, VAR00063, VAR00065, VAR00067, VAR00069, VAR00071, VAR00073, VAR00075, VAR00077, VAR00079, VAR00081, VAR00083.

T-TEST

/TESTVAL=12.3

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=جودة

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:37:48
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.

الملاحق

Syntax	T-TEST /TESTVAL=12.3 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=جودة /CRITERIA=CI(.95).	
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة	60	6.8333	6.62856	.85574

One-Sample Test

	Test Value = 12.3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
جودة	-6.388-	59	.000	-5.46667-	-7.1790-	-3.7543-

T-TEST

/TESTVAL=26

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=صورة

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:41:59
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav

	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST /TESTVAL=26 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=صورة /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
صورة	60	18.4500	12.63896	1.63168

One-Sample Test

	Test Value = 26					
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
صورة	-4.627-	59	.000	-7.55000-	-10.8150-	-4.2850-

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=جودة صورة
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
```

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Notes		
Output Created		10-APR-2026 18:45:05
Comments		
Input	Data	C:\Users\pc\Downloads\مقشوش.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	60
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=جودة صورة /PRINT=TWOTAIL NOSIG /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.00

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
جودة	6.8333	6.62856	60
صورة	18.4500	12.63896	60

Correlations

		جودة	صورة
جودة	Pearson Correlation	1	.392**
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	60	60
صورة	Pearson Correlation	.392**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	60	60

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).