

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدى مريضات الذئبة الحمراء^١

د/ إيمان رمضان بشير^٢

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد - جامعة القاهرة

ملخص:

يهدف البحث الحالي إلي معرفة حجم العلاقات الارتباطية، ووجهتها بين كل من صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي وبعضها بعضا، وكذلك تحديد الإسهام النسبي المنفرد والمتفاعل لصورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدى مريضات الذئبة الحمراء. تكونت عينة البحث من (٣٤) مريضة بمتوسط عمري قدره (٣٥,٠٩ ± ٦,٥٥) سنة، ومتوسط سنوات العليم لديهن (١٥,٠٩ ± ٢,٣٢) سنة، ومتوسط مدة الإصابة بالمرض (٤,٤ ± ٢,٤) سنة. واعتمدت الدراسة على مجموعة من الاستخبارات هي: اختبار صورة الجسم لمجدي السوقي، واختبار تقدير الذات إعداد عالية فاروق، ومقياس الكرب النفسي إعداد هدي سعيد، ومقياس التفكير في الانتحار إعداد نورهان رأفت. وأسفرت نتائج معاملات الارتباط عن وجود علاقة موجبة دالة وجوهرية بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المريضات، ووجود علاقة عكسية بين صورة الجسم والكرب النفسي، ووجود علاقة عكسية دالة وجوهرية بين تقدير الذات والتفكير في الانتحار، ووجود علاقة عكسية دالة وجوهرية بين صورة الجسم والتفكير في الانتحار، ووجود علاقة موجبة دالة وجوهرية بين الكرب النفسي والتفكير في الانتحار. وأسفرت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط عن وجود إسهام لمتغيرات صورة الجسم، وتقدير الذات، والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدى مريضات الذئبة الحمراء، كما أسفرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد عن وجود إسهام لمتغيرات البحث -متفاعلة- في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدى مريضات الذئبة الحمراء، ونوقشت النتائج في ضوء التراث النظري والبحثي المتاح، وما توحى به هذه النتائج من دلالات

الكلمات المفتاحية: صورة الجسم - تقدير الذات - الكرب النفسي - التفكير في الانتحار -

الذئبة الحمراء.

^١ تم استلام البحث في ٢٠٢٤/٨/٧ وتقرر صلاحيته للنشر في ٣٠ / ٩ / ٢٠٢٤

^٢ ت: ٠١٠٠٠٩٢٩٠٧١ Email: eman.basher@cu.edu.eg

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة حجم العلاقات الارتباطية، ووجهتها بين كل من صورة الجسم^١ وتقدير الذات^٢ والكره النفسي^٣ وبعضها بعضاً، وكذلك تحديد الإسهام النسبي المنفرد والمتفاعل لصورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار^٤ لدى مريضات الذئبة الحمراء^٥.

يمثل جهاز المناعة الجهاز الرقابي في الجسم؛ أي الجهاز الذي يقوم بحماية الجسم من أشكال الالتهاب والحساسية، ومن جميع الاضطرابات المناعية. وتتخلص الوظيفة الرئيسية لجهاز المناعة في التمييز ما بين جسم الإنسان وأي كائن غريب يمكن أن يغزوه. فيُفترض أن يقوم بمهاجمته والتخلص منه، وذلك من خلال المناعة الطبيعية، والدفاع العام ضد مسببات الأمراض. أما المناعة النوعية فهي تستجيب لبيكتريا واحدة فقط. وتعمل المناعة الطبيعية والنوعية معاً، فالمناعة الطبيعية تهاجم العدوى والجروح بسرعة، في حين أن المناعة النوعية هي استجابة متأخرة لعدو محدد.

ويمكن تقييم الوظيفة المناعية من خلال عدة مؤشرات تم استخدامها في البحوث، ومن هذه المناعي: تقييم عمل الخلايا المناعية، وتقييم إنتاج الأجسام المضادة للفيروسات الكامنة، وتقييم مستويات إنتاج الجهاز المناعي، مثل السيستوكينات، استخدام الإجراءات غير المباشرة مثل إلتئام الجروح. أما تقييم أداء الخلايا المناعية، فيتضمن فحص مستوى نشاطها وانتشارها وتحولاتها والسمنة فيها، ومن أشكال القياس الشائعة في هذا المجال: قياس قدرة الكرات اللمفاوية على قتل الخلايا المهاجمة (سمية الخلايا الليمفاوية^٦)، وقدرة الكرات اللمفاوية على إعادة الإنتاج عند إثارتها كيميائياً (ميتوجين)^٧، وقدرتها على إنتاج مضادات الأجسام، وقدرة بعض خلايا الدم البيضاء على احتواء الجزيئات الغريبة (نشاط البلعمة)^٨ (Taylor & Stanton, 2021).

ويُقيم الباحثون أيضاً قدرة الشخص على إنتاج أجسام مضادة لفيروس كامن، فكل منا يحمل فيروسات غير نشطة، إذا بدأت أجسامنا في إنتاج الأجسام المضادة لهذه الفيروسات غير النشطة

(1) Self Image

(2) Self-esteem

(3) Psychological Distress

(4) Suicide Ideation

(5) Systemic Lupus Erythematosus

(6) Lymphocyte cytotoxicity

(7) Mitogen

(8) Phagocytosis activity

مثل فيروس الهربس البسيط^١، وهذه علامة على أن الجهاز المناعي لا يعمل بشكل جيد بما يكفي للسيطرة على هذه الفيروسات الكامنة. وبالتالي، فإن مستويات الأجسام المضادة لهذه الفيروسات الكامنة تشكل مقياساً لمدى جودة عمل الجهاز المناعي.

كما أن قدرة الجسم على إنتاج مضادات للفيروسات الكامنة تعتبر مقياساً للوظيفة المناعية. وكذلك الأمر بالنسبة لإنتاج مضادات الجسم استجابة للقاحات التطعيم، والتي تُعتبر أيضاً مقياساً جيداً للوظيفة المناعية. ويمكن للباحثين أيضاً قياس المنتجات ذات الصلة بالمناعة في الدم، مثل السيتوكينات^٢. فمستويات السيتوكين تدل على نشاط المناعة في الدم، وقد تزيد استجابة للمشفة. على سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات (Moons, Eisenberger, & Taylor, 2010) ارتفاع في IL-6، وهو سيتوكين، بعد التعرض لمشفة معملية، خاصة بين الأشخاص الذين استجابوا لتلك المشفة بالخوف.

ويعد مرض الذئبة الحمراء اضطراب مناعي ذاتي جهازي مزمن غير معروف متعدد العوامل. ويظهر بشكل كبير بين السيدات في مرحلة الشباب، ويتسم بحالة إنتكاسة مزمنة، كما يتأثر بأداء الجهاز العصبي المركزي. ويرتبط مرض الذئبة الحمراء بالعديد من العوامل النفسية والعصبية، ويؤثر على نوعية الحياة لدى المرضى؛ نظراً لأضراره المتراكمة والعجز والتراجع في الأداء المهني، ويؤدي كذلك إلي فشل عديد من أجهزة الجسم، كما أن انخفاض النشاط يؤدي الي تلف الأعضاء لدى المصابين بهذا المرض الأمر الذي يزيد من معدلات الوفاة بين هؤلاء المرضى (Yaner, 2010).

كما أن مرض الذئبة الحمراء أحد أكثر اضطرابات المناعة الذاتية شيوعاً التي تصيب النساء في جميع الأعمار، ويكون العمر الأكثر شيوعاً في سنوات الإنجاب، كما توضح بعض البحوث أنه أكثر انتشاراً بين ١٥ سنة حتي ٤٠ سنة (Pisetsky, 2001). و أن معدل انتشاره بين النساء أكثر مقارنة بالرجال؛ حيث بلغت نسبة الإناث إلي الذكور من ١٠-١ (Naleway et al, 2005)، ويؤدي عدم الاكتشاف المبكر أو التشخيص الخاطيء إلي زيادة معدل الوفيات وبالتالي انخفاض معدلات الحالات المُبلغ عنها، وندرة البيانات فيما يتعلق بنسب الانتشار (Tiffin et al, 2013). ويوضح بعض الباحثين أنه بسبب العلامات والأعراض غير المحددة لمرض الذئبة يكون الأمر صعب لتحديد بداياته، ويترتب علي ذلك أن يصبح الأمر أكثر صعوبة في تحديد نسب الانتشار في كل دولة، ففي الولايات المتحدة يقدر متوسط معدل الإصابة من ١,٦ إلي ٧,٦ حالة بين كل

(1) herpes simplex virus

(2) Prion ammatory cytokines

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

١٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً؛ في حين أن النطاق المقدر في أوروبا هو ٢,١ إلى ٤,٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً. وسجلت البرازيل معدلات إصابة بلغت ٨,٧ بين ١٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً، ولا توجد دراسات توضح معدلات الإصابة في استراليا وقارة أفريقيا بالرغم من أنه تم الإبلاغ عن ارتفاع معدل الإصابات في أفريقيا وأمريكا (Danchencko et al, 2006).

ويعد التغيير في صورة الجسم من العوامل المهمة ويشار إليها بأنها الصورة الذهنية للذات الجسدية وتصورات الفرد عن المظهر الجسدي والحالة الصحية. ويرى بروزينسكي, Pruzinsky (2004) أن صورة الجسم ذاتية ودينامية تتأثر بالعوامل الثقافية والاجتماعية والتاريخية والبيولوجية. وتتأثر صورة الجسم بالمرض النفسي والجسمي والعمر والوزن، ومع بداية المرض المزمن تتغير وظائف الجسم وقد لا تعود إلي طبيعتها الأولى، وفي حالة مرض الذئبة الحمراء تشتمل التغييرات في المظهر تورم المفاصل، والتعلبة، والطفح الجلدي في أجزاء مختلفة من الجسم، وتغيرات في الوزن ترجع إلي الاستخدام المكثف للستيرويدات (Hale et al, 2014). أو أنها تتسبب في ندبات الجلد أو والتشوهات، أو الخلل في شكل الأمعاء أو القصبة الهوائية التي تصبح أكثر بروزاً عند فقدان الوزن (Gilony et al, 2005; Gholizadeh et al, 2019)، وكلما حدثت هذه التغييرات عند البالغين، كلما زاد احتمال اعتبارها تهديداً لصورة الجسم (deMoor et al, 2000). وقد يتعرض بعض المرضى للعزلة الاجتماعية نظراً للقيود الوظيفية الناتجة عن المرض، الأمر الذي يترتب عليه توتر في العلاقات الاجتماعية، ويشعرون أنهم يشكلون عبئاً علي أسرهم، ويتدني لديهم تقديرهم لذواتهم بشكل كبير عندما يقومون بتقييم ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم المتوقع مع مرضهم المزمن.

وقد أفاد بعض المريضات أنهم شعروا بعد الإصابة بالمرض أنهم أقل جاذبية واهتمام من الآخرين بسبب التغييرات الملحوظة فيهم (Hale et al, 2006). كما يشعرون بالوصمة نتيجة للتمييز في التعامل معهم، ولذلك يعزلون أنفسهم حتي لا يشعرون بالوصمة، الأمر الذي تترتب عليها الشعور بالاكنتئاب وتدني تقدير الذات (How, 2009).

كما يعاني عادة المرضى المصابون بأمراض مزمنة مثل الأمراض الروماتيزمية عموماً بما فيها الذئبة الحمراء من تدهور في حالتهم النفسية. خصوصاً إذا بدأ المرض من مرحلة الطفولة أو المراهقة ويتأثر معه مفهوم الذات وتقدير الذات وصورة الجسم. فمفهوم الذات هو البناء النفسي الذي يتشكل من خلال تجارب الفرد الشخصية في السياقات الاجتماعية وتأثرها كذلك بالعوامل الوراثية والتوقعات والأحكام الصادرة من أشخاص مهمين في حياتهم مثل الوالدين والأشقاء (Bong

(Skaalvik, 2003)، حيث يشتمل علي هوية الفرد المُدرَكة عن الجسد والمظهر والقبول الاجتماعي، وهذه المجموعة من المعتقدات المعرفية أو الوصفية حول الذات تستمد شعوراً بقيمة وتقدير الذات. أي أن المرض الذي يندمج بشكل كامل في الذات هو أمر ذو دلالة و يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات، والذي يُعرف بأنه تصور الفرد الإيجابي أو السلبي عن نفسه، ويجده مستحق أو غير مستحق، كما أنه تقييم عام للذات ، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بأفكار الفرد وانفعالاته والسلوك في الحاضر والمستقبل، ونجد أن تأثير مرض الروماتويد عموماً تظهر لديهم تدني تقدير الذات فيما يتعلق بالمظهر، وتقدير الذات الاجتماعي (Leon, Clemente, Heredia & Abasolo, 2024).

وبما أن صورة الجسم كبناء متعدد الأبعاد يتضمن تصورات الفرد الذاتية فيما يتعلق بالمظهر الجسدي للفرد. فقد يحدث مخاوف لدي المرضي متعلقة بصورة الجسم وهي مهمة في ارتباطها بتقدير الذات، وذلك لما يترتب عليها من عدم الرضا عن شكل الجسم والضييق والكرب النفسي وانخفاض الإحساس بقيمة الذات وخصوصاً لدي المريضات مقارنة بالأصحاء، ولا يُعرف سوي القليل عن كيفية تأثير الأمراض المزمنة في العموم والأمراض المناعية علي وجه الخصوص في طبيعة العلاقات بين هذه المتغيرات نظراً لقلة التراث البحثي في هذا المجال.

ورغم من أن الدراسات التي اهتمت بتقدير الذات أظهرت نتائج مختلفة؛ إلا أن تلك الدراسات أوضحت أن تقدير الذات كان أقل عند الفتيات وكان مرتبطاً سلبياً بشكل رئيس بالشعور بالخجل والاكئاب وتدني نوعية الحياة، كما أنه وسيط مهم في العلاقة بين المظهر الجسدي المُدرَك والكرب النفسي، وهو عملية نفسية معقدة، ومتصلة بالعوامل الخارجية (الموافقة أو عدم الموافقة علي البيئة الأسرية)، والمتغيرات الداخلية (مثل المشاعر حول الجسد أو احتياجات الجسد، أو الشعور بعدم الجاذبية، أو القلق بشأن المظهر، أو الاكتئاب الذي يترتب علي التغيرات المترتبة علي المرض). وقد تكون العلاقة ثنائية الاتجاه، وهو أن الاكتئاب الناتج عن المرض لدي مريضات الذئبة الحمراء يزيد القلق بشأن المظهر. وأن عدم الرضا يزيد من حدة مشاعر الاكتئاب (Ji et al , 2012). كما أن العلامات المرئية للمرض قد تؤدي إلي تقييم سلبي لصورة الجسم، وتؤدي الثقافة المرتبطة بالمظهر دوراً مهماً حيث تساهم أكثر من أي عامل آخر في مستويات تقدير الذات.

وتشير الأبحاث إلي أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة بشكل عام، ومرضي الذئبة الحمراء بشكل خاص يواجهون مجموعة متنوعة من المشقة المرتبطة بالمرض الجسدي، وحدث عديد من الاضطرابات النفسية مقارنة بمن لا يعانون من أمراض مزمنة (Fitzpatrick, Newman, Archer & Shiplly, 1991). كما يعانون من الكرب النفسي وتتاثر كذلك الرفاه النفسي نتيجة لقلة الرعاية الصحية المقدمة لهم. حيث يعاني المرضي من حالة من الاكتئاب،

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

والشعور بالحزن، والإحباط، والوحدة، واليأس، والشعور بعدم القيمة، كما يتمني بعض المرضى الموت، ويواجهون صعوبة في النوم، والتعب والإرهاق، والقلق والتوتر، وسرعة الانفعال، والخوف (in: Keller, 1999).

ويعاني حوالي ٥٠% من المرضى من الكرب النفسي إما بسبب تورط الجهاز العصبي المركزي، أو بسبب المضاعفات في أجهزة الجسم المختلفة الناتجة عن المرض، خصوصاً بُدِي القلق والاكتئاب. وزيادة الشعور بالألم والعجز الجسمي (Kozora et al, 2005). ولكن أشارت بعض الدراسات أن متغير الكرب النفسي لا يزال في حاجة لمزيد من البحث حيث أن العلاقة بينه وبين الذئبة الحمراء غير واضحة حتي الآن فقد تكون ناتجة عن المرض، أو عن تناول بعض الأدوية التي تستخدم لعلاجها (Nishimura et al , 2015).

وقد أصبح الانتحار ظاهرة مُقلقة في السنوات القليلة الماضية على نحو ما نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) في إحصائية تشير إلى حدوث (٧٠٠, ٠٠٠) حالة انتحار تقريباً تحدث سنوياً على مستوى العالم. وهناك مؤشرات تدل على أنه مُقابل كل شخص مات منتحراً كان هناك أكثر ما يزيد عن (٢٠) شخصاً آخرين حاولوا الانتحار، وكثير من الذين يفكرون في الانتحار يحجمون عن طلب المساعدة خوفاً من الوصمة التي قد تلحق بهم. ومن الحقائق التي وردت عن تقرير حديث لهيئة الصحة العالمية، أن الانتحار يمكن أن يحدث في أي مرحلة من مراحل الحياة في جميع مناطق العالم. وفي عام ٢٠١٩، كان الانتحار رابع أكبر سبب للوفاة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٥ و ٢٩) عاماً على مستوى العالم، وتبين أن ٧٧٪ من جميع حالات الانتحار في العالم. كانت تقع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

وتشمل عوامل الانتحار المذكورة في الأدبيات النفسية أن الأمراض الجسمية المزمنة والاعتماد علي العقاقير، واضطرابات المزاج ، وعدم وجود الدعم من الأسرة، كانت من أكثر أسباب الانتحار في عديد من الدول خصوصاً في الأعمار بين (١٥ إلي ٣٥) سنة، والنوع الإثني لدي مريضات الذئبة الحمراء. ورغم من التقدم التكنولوجي في علاج الذئبة الحمراء؛ إلا أن معظم المرضى لديهم مشاعر سلبية وانخفاض في الوظائف الاجتماعية والنفسية مع انخفاض في متوسط العمر المتوقع، مما يوحي لديهم بالتفكير في الانتحار والسلوك الانتحاري، كما تُسهم عديد من العوامل في التفكير في الانتحار لدي مرضي الذئبة الحمراء مثل انخفاض الوازع الديني، والأعباء المالية الثقيلة المتعلقة بتكاليف العلاج، وانخفاض القدرة علي المواجهة، بالإضافة لعوامل خطورة أخرى كالانفصال والطلاق، والمعرفة بحالات أخرى من مرضي الذئبة الحمراء تطور لديهم

كما أشارت بحوث المراجعات التي أجريت علي (٢١) دراسة منشورة قبل وضع معايير تشخيص الذئبة الحمراء من جانب الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم، أن الأعراض النفسية كانت موجودة في (١٧ - ٧١%) من المرضى مقارنة بالأصحاء. وأن الكرب النفسي وتفاقم التعب والألم والمشقة النفسية والقلق والاكتئاب، وعدم الأمتثال للأدوية يؤدي كل ذلك إلي انخفاض نوعية الحياة وتراجع في المستوي المهني، التي يترتب عليها زيادة خطر الانتحار والتي عادة ما يسبقه افكار انتحارية. فقد توصلت نتائج إحدى الدراسات أن معدل الانتحار كان أعلى خمسة مرات بين مرضي الذئبة الحمراء، وأوضحت دراسة أخرى أن الأفكار الانتحارية ظهرت في (٣٤ - ٨%) من المرضى علي مستوي العالم (Mok, Chan, Cheung & Yip, 2013).

في ضوء ما سبق تتجه الباحثة لصياغة تساؤلات البحث علي النحو التالي:

إلي أي مدى يسهم كل من صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟ وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس عدد من التساؤلات الفرعية وهي:

- ١- هل توجد علاقات ارتباطية بين صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي والتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟
- ٢- هل تسهم صورة الجسم في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟
- ٣- هل يسهم تقدير الذات في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟
- ٤- هل يسهم الكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟
- ٥- هل يسهم التفاعل بين صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء؟

المفاهيم والأطر النظرية المُفسرة

مرض الذئبة الحمراء

يعد مرض الذئبة الحمراء هو أحد الأمراض المناعية الذاتية، وسببه غير معروف حتي الآن، وهو قادر علي التأثير في عديد من أعضاء الجسم في وقت واحد. ويتبع المرض دورة انتكاسة واهجة ومتعددة، ويتم تصنيف مرض الذئبة الحمراء ضمن الأمراض المزمنة التي حددتها منظمة الصحة العالمية.

وعرفته منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه "مشكلة صحية تتطلب إدارة مستمرة علي مدي

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

فترة من الزمن قد تستغرق سنوات وعقود" ، وأنه يتسم بمظاهر سريرية متنوعة تنتج الإلتهابات واسعة النطاق في مختلف أعضاء الجسم كالجلد والأغشية المخاطية والمفاصل والدماغ والرتتين والقلب وأحياناً القناة الهضمية. ويتأثر الجلد بنسبة ٨٠% لدي المرضى، ويشتمل علي طفح جلدي وحكة في الجلد وحساسية للضوء، وألم في الأنسجة المخاطية، وتساقط الشعر، وقد تشمل الأعراض العضلات الهيكلية والألم الشديدة بها أو التورم في المفاصل وهشاشة العظام، بالإضافة الي الأمراض الكلوية والأعراض النفسية والعصبية.

وقد يترتب علي أعراض القلب والرتتين ارتفاع ضغط الدم وألم في الصدر. وقد تكون هناك أيضاً مشاكل في العينين، وأمراض الدم مثل التشوهات التي تظهر في خلايا الدم، وانخفاض الصفائح الدموية وتكوين الأجسام المضادة الذاتية. وعلي الرغم من أن الأمراض الجلدية والمفاصل المؤلمة أو المتورمة هي الأعراض الأكثر شيوعاً؛ إلا أن المرض له مظاهر سريرية متعددة سواء كانت منفردة أو مجتمعة. ومسار المرض لا يمكن التنبؤ به، فيشكو عديد من المرضى من التعب الشديد، والحمي المستمرة، والشعور بالضيق، وفقدان الوزن (Wallace, 2007).

عوامل الخطورة المرتبطة بالذئبة الحمراء

السبب الكامن وراء مرض الذئبة غير مفهوم بشكل جيد؛ ولكن يري بعض الباحثين أن الاستعداد الوراثي والعرق والعوامل الهرمونية والعوامل البيئية لها دور واضح في المرض (Domsic et al , 2008). والنوع الانثوي والعرق الأسود. وأشار مجموعة من الباحثين أن مرض الذئبة الحمراء مدعوم بقوة بتدخل العوامل الوراثية حيث أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت علي التوائم والعائلات إن نسبة الخطورة بين الأخوة أعلى بحوالي ٣٠% مقارنة بباقي أفراد المجتمع (Alarcon-Segovia et al, 2005; Rahman& Isenberg, 2008). أما بالنسبة للعوامل الهرمونية فهي تسهم في تطور مرض الذئبة حيث يزيد بشكل أساسي في مرحلة الحمل، ويعزي ذلك إلي أن هرمون الاستروجين منبه للخلايا الليمفاوية والاستجابة المناعية. كما اشارت بعض نتائج الدراسات أن التعرض الخارجي لهرمون الاستروجين إما عن طريق وسائل منع الحمل عن طريق الفم، أو العلاج ببدائل الاستروجين للنساء بعد انقطاع الطمث قد يزيد من معدل الإصابة (Lahita, 1999; Petri& Robinson, 1997). و أما عن العوامل البيئية فهي أقل وضوحاً مقارنة بالعوامل الوراثية والهرمونية، فأشارت بعض الدراسات أن نقص التعرض لأشعة الشمس يؤدي إلي نقص فيتامين (د) الذي بدوره يزيد من الأجسام المضادة لدي الأصحاء، وفي نفس الدراسة تم ربط نقص فيتامين (د) بفرط نشاط الخلايا البائية لدي المرضى الذين يعانون من

تصنيف ومعايير تشخيص مرض الذئبة الحمراء

في الأصل لم يمكن هناك تعريف دقيق لمرض الذئبة الحمراء بسبب تنوع أعراضه السريرية، ونتيجة لذلك كان هناك تنوع في الممارسة السريرية من قبل الأطباء في رعاية المرضى، وقد استلزم هذا وضع تعريفاً محدداً للمرض وتصنيفاته ومحكات تشخيصه. وهنا قامت الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم^١ سنة ١٩٩٧ بوضع ١١ محك لتشخيص المرض، وقد تم قبول هذه المحكات في نطاق واسع واستخدمها الأطباء علي مستوي العالم للمساعدة في عميلة التشخيص وهي: ١- الطفح الجلدي علي شكل حمامي أو مسطح أو مرتفع، ٢- الطفح الجلدي القرصي بقع حمامية دائرية بارزة مع قشور قرنية ملتصقة أو ندبات قرصية، ٣- حساسية للضوء عند التعرض لأشعة الشمس، ٤- تقرحات الفم والبلعوم، ٥- التهاب المفاصل، ٦- التهاب التامور الموتق بتخطيط كهرباء القلب، ٧- اضطرابات في الكلي، ٨- الاضطراب العصبي مثل نوبات صرع أو أعراض ذهانية، ٩- اضطرابات في الدم مثل نقص كرات الدم البيضاء أو فقر الدم أو نقص صفائح الدم، ١٠- اضطرابات مناعية مثل ظهور الحمض النووي المزدوج أو الأجسام المضادة أو مضادات الفوسفوليبيد، ١١- الأجسام المضادة الإيجابية غير طبيعي من الأجسام المضادة للنواة ANA .

أنواع الذئبة الحمراء:

هناك اربعة أنواع رئيسية من مرض الذئبة الحمراء وهي

- ١- الذئبة الحمراء الجهازية، وهو النوع الأكثر شيوعاً.
- ٢- الذئبة الحمراء القرصية، وهي تصيب الجلد فقط.
- ٣- الذئبة الوليدية، وهي تصيب الأطفال لأمهات مصابات بالذئبة الحمراء
- ٤- الذئبة الحمراء بسبب تعاطي الأدوية، وهي تحدث نتيجة تناول بعض الأدوية، وتخفي الأعراض عادة في غضون ستة أشهر بعد إيقاف الدواء، كما أنها نادراً ما تُصيب الأعراض الرئيسية.

صورة الجسم

تُعد صورة الجسم من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها. ويُشير بروزينسك Pruzinsk إلى أن صورة الجسم ليست مجرد المظهر الخارجي للشخص بل هي أعمق من ذلك فقد

(^١) American College of Rheumatology(ACR)

===== دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار. =====

يفهم البعض إن صورة الجسم ماهي إلا المظهر الخارجي للشخص؛ إلا إنها تتضمن جانباً إدراكياً وآخر سلوكياً وهي ليست ثابتة. فصورة الجسم تتغير نتيجة لعوامل متعددة ذاتية واجتماعية وثقافية عبر مراحل العمر المتعاقبة. كما أنها" صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيائية، والخصائص الوظيفية (ادراك الجسم)، واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم). فالصورة تتبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لاشعورية" (عبدالحاميد و كفاي، ١٩٨٩). وتُعرف بأنها" صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه ككل بما فيها الخصائص المادية والوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو الخصائص (مفهوم الجسم) تتبع لدى الفرد من مصادر شعورية ومصادر لاشعورية وتمثل مكوناً أساسياً في مفهوم الفرد ذاته (جابر و كفاي، ١٩٩١). ويعرفها (كفاي والنيال، ١٩٩٦) بأنها تصور عقلي أو صور ذهنية يكونها الفرد وتسهم في تكوينها خبرات الفرد من خلال مايتعرض له من أحداث ومواقف وبناء على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتعديل والتطوير.

ويعرف "كاش" (Cash, 1999) صورة الجسم بأنها: بناء متعدد الأبعاد يتضمن الإدراك الذاتي والاتجاهات المتعلقة بالمظهر الجسمي. وهناك مظهران أساسيان للاتجاهات نحو المظهر الجسمي وهما التقييم (بالرضا أو عدم الرضا) وأهمية المظهر الجسمي من الناحية النفسية، ويعرفها (فايد، ١٩٩٩) بأنها" الاهتمامات بوزن وشكل الجسم المندمجة في خبرات الحياة، وتتمثل في الاهتمامات بالحنافة كصفة جيدة للحياة، وعدم الرضا عن الوزن، والقلق من زيادة الوزن، والإفراط في الطعام مقابل الجاذبية الجسمية وإتقاص الوزن مقابل رسائل البيئشخصية عن النحافة. كما تُعرف " بأنها صورة ذهنية عقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضاءه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفايته وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات إيجابية أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم. (شقيير، ٢٠٠٥). ويعرفها أوكسوز (Oksuz, 2008) بأنها رضا الشخص عن شكل جسده الحالي من حيث حجم الجسم وشكله العام ويتضمن هذا المفهوم ثلاثة مكونات هي: صورة الجسم، مشاعر الشخص حول جسده، والسلوك المرتبط بهذا التصور مثل إتباع نظام غذائي أو رياضة معينه لتعديل هذه الصورة، وتتبنى الباحثة تعريف " كاش" لصورة الجسم نظراً لأتفاقه مع أهداف البحث، حيث أنها بناء متعدد الأبعاد يتضمن الإدراك الذاتي للمريضات واتجاهاتهم نحو المظهر الجسمي، وتقييمهم الذاتي للجسد، ودرجة الرضا عنه، وأهمية المظهر بالنسبة للصحة النفسية والجسمية.

أنواع صورة الجسم

الصورة الجسمية الإيجابية: هي كل إنعكاس إيجابي على ما يؤديه الفرد من سلوك وما يظهره من

===== (١٨٦)؛ الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ =====

انفعالات وما يُعطيه من اهتمام ورعاية ومحافظة عليه والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنه.

الصورة الجسمية السلبية: وهي أن يظهر الفرد خجل من جسمه والشك في قدراته والأحاساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه. وقد يتطور هذا الإحساس إلى مركب نقص، يعرقل حياته ويعكس نفسيته مما قد يختار طريق الإنسحاب والإنطواء بعيد عن الأفراد الآخرين، وقد يختار الأساليب العدوانية والعنف لإيقاع الأذى بأولئك الذين يملكون أجساماً أفضل وأحسن وأقوى، ويختار بعض منهم أحر لتعويض النقص في المجال الجسمي، وصاحب الجسم السلبي يُدرك موقف الآخرين منه ويحس برفقهم له، والعكس إستهزأتهم به مما يؤدي الى مشاعر النقص لديه.

الصورة الجسمية المتذبذبة: والمتمثلة في رضاه عن جسمه، ورفضه تارة أخرى بكل ما يحمله الرفض من الاستفزاز والقلق والخوف من الاشياء، فقد يكون وهما حيث يحقق المطلوب مما يجعله في توتر مستمر يعكس على علاقته ليس مع جسمه فقط بل أيضاً مع الآخرين (Stacy, 2000).

المكونات المعرفية لصورة الجسم

- ١- إدراك صورة الجسم: يعد الانتباه الإنتقائي عاملاً مهماً في إستمرار الاضطرابات الانفعالية المتعددة. فالذين يعانون من اضطراب صورة الجسم ينتبهون بطريقة إنتقائية للعيوب المُدركة في مظهرهم.
- ٢- المعتقدات والاتجاهات نحو صورة الجسم: وتتضمن مطلباً للكمال والتناسق في المظهر ومنها: إذا كنت غير جذاب فأبني ساكون منعزلاً طوال حياتي.
- ٣- العوامل النفسية والانفعالية: يشعر من يعاني من خلل في صورة الجسم بمجموعة مختلطة من الانفعالات يصعب الإفصاح عنها وتوضيحها مثل: الشعور بالإشمزاز من جسمهم، الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية المختلفة، الاكتئاب، فقدان الأمل في المستقبل، والإحباط من عدم القدرة علي إقناع الآخرين بعيبيهم المُدرك والمعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة.
- ٤- السلوك: تكون سلوكيات ذوي اضطراب صورة الجسم إجمالية وأهم ما يميزها تجنب المواقف الاجتماعية، وإما مبالغ فيها مثل زيادة عدد ساعات فحص الذات والتحقق من المظهر أمام المرايا أو أسطح عاكسة (الدسوقي، ٢٠٠٦).

النظريات المفسرة لصورة الجسم

النظرية البيولوجية: يُعد طبيب الأعصاب هنري هيد Henry Head الباحث الأول الذي استخدم
===== المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ (١٨٧) =====

===== دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي قي التنبؤ بالتفكير في الانتحار. =====

تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم. فهذه الصورة هي إتخاذ خبرات الماضي المقترنه بأحاسيس الجسم الحالية التي نُظمت في اللحاء الحسي للمخ. ولاحظ (هيد) إن الحركات السلسلة وتوافق مواضيع الجسم هي الوعى المعرفي المتكامل لحجم وتكوين الجسم، إضافة أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم، كما درس تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم (في: الأشرم، ٢٠٠٨).

النظرية السلوكية: يري منظروا السلوكية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية، والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية لدى الفرد والتي تكون صورته عن جسمه. ولكن صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة، حيث يكون الفرد متأثراً بأفراد الأسرة وبعبارات الذم والمدح التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وتقييم أجسام أبنائهم ومناطقه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائهم، فضلاً عن تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد جسمه.

النظرية الاجتماعية الثقافية: يعتبر المنحى الاجتماعي الثقافي الاتجاه الأكثر تدعيماً وتأييداً لتغيير اضطرابات صورة الجسم، حيث يركز على المستويات الاجتماعية للجمال التي تؤكد في المقام الأول على الرغبة في النحافة أو الرشاقة، و اعتبار أن الرشاقة تتساوى مع الجمال، و كلما أعتقد الفرد أن كل ما هو بدين أمر قبيح، وماهو نحيف أمراً جميلاً كلما اتجه نحو النحافة، وكلما زاد توتره وقلقه وأصبح مهموماً بشأن البدانة. ومما يؤيد وجهة النظر الاجتماعية الثقافية، إن الإناث مثلاً لديهن رغبة واستعداد لتغيير أجسامهن لكي تتطابق مع مفهوم الجمال الذي يروج له المجتمع. ونظراً لأن الجمال مرادف للنحافة؛ فهناك مجموعة من العوامل تفسر التأثير الاجتماعي الثقافي على صورة الجسم منها:

١- غالبية الافراد في أي مجتمع ينظرون إلى البدانة على أنها وصمة عار.

٢- أن النمط الثابت للجسم يولد الإشتغال الزائد عن الحد بالسعي الدؤوب نحو النحافة والجمال.

٣- أن معظم المجتمعات تعظم الاعتقاد بأن النحافة من أكثر المعالم أهمية للجاذبية، بمعنى أن الرشاقة أو النحافة ترادف الجمال (فاصل، ٢٠١٨).

نظرية المقارنة الاجتماعية: نظرية المقارنة الاجتماعية تقدم بعض مستويات من التفسير لكيفية تأثير وسائل الإعلام المصورة على مشاعر الأفراد حول أجسادهم. كما يُدرس فيها كيف يمكن للأفراد تقييم الأقران، والفكرة الرئيسية هي أن الأفراد يقارنون أنفسهم بمجموعات كبيرة أو بالفئات

===== (١٨٨)؛ المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ =====

الاجتماعية على أبعاد مختلفة مع الأفراد الآخرين التي هي مماثلة لهم. وذلك اعتماداً على الهدف من المقارنة بأن أي شخص سيكون أفضل أو أسوأ بناءً على مصادر عديدة ومختلفة للأفراد التي ستتم معهم المقارنة الاجتماعية، وينظر إلى وسائل الإعلام ليكون واحداً من أكثر التأثيرات المهمة. مثل التلفزيون والإعلانات والمجلات وغيرها من الوسائل الإعلامية. ويشير الباحثون أن المقارنة الاجتماعية تكون عن طريق الآلية التي يتم ترجمتها وسائل الإعلام بمعايير غير واقعية لصورة الجسم، فالأفراد الذين يبلغون مستويات أعلى من المقارنة الاجتماعية يكونون في خطر كبير لتطوير الإنشغال الشديد بالوزن والمظهر ويكونوا أكثر عرضه لاضطرابات الأكل خصوصاً لدي السيدات (Tiggemann, 2002).

تقدير الذات

وفقاً لروزنبرج سنة (١٩٦٥) فإن تقدير الذات هو موقف الفرد الإيجابي أو السلبي تجاه نفسه، وتقييمه لأفكاره ومشاعره بشكل عام فيما يتعلق بنفسه (Rosenberg, 1965a). ويعتبر تقدير الذات خاصية نفسية شخصية تتعلق بالحكم الذاتي بناءً على قيم الفرد تجاه البشر (Alesi et al, 2012). ويتضمن تقدير الذات الوعي بنظام القيم الخاصة بالفرد وتقييمه العاطفي لقيمه الذاتية (Schunk, 1985). ويؤدي تقدير الذات إلى مستوي مرتفع من التوافق الاجتماعي (Martin et al, 2014). ويستجيب الفرد الذي يتمتع بتقدير عالٍ لذاته والفرد الذي يتمتع بتقدير منخفض لذاته بشكل مماثل للمثيرات الإيجابية. لكن قد يظهران بشكل مختلف للمثيرات السلبية، علي وجه التحديد يميل الأشخاص ذوي التقدير الذاتي المنخفض إلى إظهار استجابات سلبية، في حين يميل الأشخاص الذين يتمتعون بتقدير ذاتي مرتفع إلى أن يكونوا أقل تأثراً، حيث يميلون إلى رفض أو تقييد نطاف ردود الأفعال السلبية (Browen & Mankowski, 1993).

ونظراً لأن تقدير الذات يؤثر علي نجاح الفرد في التوافق الاجتماعي؛ فإن انخفاض تقدير الذات يمكن أن يؤدي في النهاية لسوء التوافق بشكل عام. ويمكن أن تخلق العلاقة بين تدني تقدير الذات والتوافق الاجتماعي حلقة مفرغة تؤثر سلبياً علي نوعية الحياة بشكل عام (Konrad et al, 2012)، بالإضافة إلى ذلك يعد تقدير الذات عاملاً حاسماً في الرفاه الشخصي، لأن له علاقة إيجابية بالصحة النفسية، وصورة الجسم (Alesi & Pepi, 2016). واقترح "كوبر سميث" Cooper Smith سنة ١٩٨١ تعريفاً لهذا المفهوم مؤداه أنه "التقييم الذي يضعه الفرد لذاته، والذي ينعكس في الإستحسان أو الرفض لها، ويعبر عن مدى اعتقاد الفرد بقدراته، وأهميته، ونجاحاته، وقيمه" (In: Mruk, 2006). وثمة تعريف آخر لتقدير الذات مؤداه أنه "تقييم عام يعكس نظرتنا

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

لإنجازاتها، وقدراتها، وقيمتها، ولأجسامها، واستجابات الآخرين لنا، وممتلكاتنا" (Tesser, 2000). وتتبنى الباحثة تعريف روزنبرج لشموليته في عرض المفهوم كما تتبناه الباحثة في البحث الراهن.

ويستخدم هذا المفهوم -في بعض الأحيان- كمرادف لمفهوم الذات. وقد ميز الباحثون مثل "هاماتشيك" Hamacheck بين كل من "مفهوم الذات" و"تقدير الذات"؛ بحيث يشير المفهوم الأول إلى الجانب المعرفي من الذات، أي مجموعة الأفكار التي يكونها الفرد عن ذاته من خلال الخبرة، في حين يمثل "تقدير الذات" الجانب الوجداني من الذات، أي مشاعر الفرد تجاه ذاته وجدارتها.

وهناك عديد من القضايا التي أثارها انتباه الباحثين المهتمين بدراسة تقدير الذات. وتمثل قضية تحديد تقدير الذات -من حيث كونه سمة شخصية أم حالة- إحدى هذه القضايا. وانقسم الباحثون في هذا الصدد إلى فريقين؛ الفريق الأول: يتعامل معه بوصفه سمة مستقرة نسبياً. ومن هذا المنظور يُعد تقدير الذات سمة مستقرة؛ لأنه يُكتسب عبر الزمن من خلال الخبرات الشخصية مثل: تكرار النجاح في المهام المختلفة، أو التقييم بشكل مستمر من قبل الأفراد المهمين في حياة الفرد. أما الفريق الثاني: فيرى مؤيدوه أنه يمكن قياس هذا المفهوم كسمة وكحالة، وأن التغيرات التي تطرأ على مستوى تقدير الذات تدور حول خط الأساس، وتتسبب عن التعرض لخبرات تُنقص من ثقة الفرد بذاته وتتسبب في كراهيته لها، وترتبط التغيرات والتذبذبات في تقدير الذات كحالة بالحساسية الزائدة، والاعتماد على التقييمات الاجتماعية، والغضب والعدائية (Heatherton & Wyland, 2006).

ومن المنظور السابق، ميز كل من "تيسر و ليري" Tesser & Leary بين نمطين من تقدير الذات هما: تقدير الذات كسمة -ويبدل على المستوى العام عبر المواقف والزمن-، وتقدير الذات كحالة -للإشارة إلى مشاعر الفرد نحو ذاته في لحظة معينة، وهو نتيجة للمواقف التي تحدث تغيرات في تقدير الذات. كما ميز الباحثون بين نوعين من تقدير الذات هما: تقدير الذات العام⁽¹⁾ مقابل تقدير الذات الخاص⁽²⁾، ويُعبر المفهوم الأول عن تقييم الفرد لذاته ككل، أما تقدير الذات الخاص فيُعبر عن تقييم الذات في أبعاد أو مجالات محددة (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Gentile, Grabe, Dolan-Pascoe, Wells & Maitino, 2009).

(1) Global self-esteem

(2) Domain-specific self-esteem

كما أوضح الباحثون بوجود ثلاثة أبعاد أساسية لتقدير الذات هي:

- ١- تقدير الذات الأدائي : و يشير إلى إحساس المرء بالكفاءة العامة، ويتضمن القدرات العقلية، والأداء المدرسي، وسعات تنظيم الذات، والثقة بالنفس، والقوة، ويعتقد الأفراد مرتفعو تقدير الذات الأدائي أنهم بارعون وأكفأء.
- ٢- تقدير الذات الاجتماعي: ويشير إلى كيف يُدرك الفرد من قِبَل الآخرين، ويعاني الأفراد منخفضو هذا البُعد من القلق الاجتماعي، فضلاً عن زيادة الوعي بالذات.
- ٣- تقدير الذات الجسمي: يشير إلى كيف ينظر الأفراد إلى أجسامهم، ويتضمن المهارات الرياضية، والجاذبية الجسمية، وصورة الذات، والوصفات الجسمية، ومشاعر الأفراد تجاه العرق (Heaterton & Wyland,2006).

والأفراد الحاصلون على درجات مرتفعة من تقدير الذات لديهم قدر كبير من الثقة في ذاتهم، ويعتقدون أنهم محبوبون من قِبَل الآخرين، وجذابون، وأنهم يتركون انطباعاً حسناً لدى الآخرين، وبشكل عام لديهم علاقات جيدة مع الآخرين مقارنة بالأفراد الحاصلين على درجات منخفضة من تقدير الذات (Baumeister et al 2009). والأفراد ذوو تقدير الذات المرتفع يعتقدون أنهم جيّدون، ويتوقعون النجاح، ويتوقعون الإعجاب والحب لهم من قِبَل الآخرين. وفي مقابل ذلك، فالأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض يكرهون أنفسهم ويحتقرونها، ويرغبون في إثبات عدم قيمتهم، ويائسون من إيجاد أي وسيلة لتحقيق النجاح والاستحسان، ويبحثون عن الفشل والرفض، ويريدون النجاح ولكن يتوقعون الفشل (Tesser,1999). وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن النجاح غير المتوقع لذوي التقدير المنخفض للذات قد يسبب بعض المشكلات الصحية (المحمود، ٢٠٠٦؛ حمزة، ٢٠٠٢: ٥٦).

وبالإضافة إلى ما سبق، فالأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض يتعاملون مع الأحداث الحياتية بشكل مختلف إلى حد ما عن الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع. وتشير نتائج الدراسات -في هذا الصدد- إلى أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يبذلون جهداً أقل لتعديل مزاجهم؛ حيث لا يحاولون ولا يحافظون على المزاج الحسن بعد التعرُّض للحدث الإيجابي، كما أنهم لا يسعون إلى تعديل مزاجهم بعد التعرُّض للحدث السلبي (Crisp & Turner,2007: 21-22)

ورغم أن تقدير الذات يُمثل تقييماً كلياً يُقاس بالدرجة التي يؤيد فيها الفرد عدة عبارات تقييمية تتعلق بذاته؛ إلا أن هناك من يري أن هذا التقييم إنما يزداد تمايزاً عبر مراحل العمر، بحيث تكون هناك تقييمات مختلفة باختلاف مجالات التفاعل و الأداء، ولا يكون هناك في النهاية ما يمكن أن

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

يُطلق عليه تقديراً كلياً أو شاملاً للذات (سلامة، ١٩٩١).

تتعدد مصادر تقدير الذات، فنحن نقوم بتسجيل نجاحتنا وإخفاقاتنا، ونقارن أنفسنا بالآخرين ونقيم أنفسنا علي أساس مجموعة من المصادر وهي:

١- الخبرات الشخصية: تُعد الخبرات الشخصية التي يتعرض لها الشخص من شأنها أن ترفع تقدير الفرد لنفسه أو تخفضه، فالنجاح و التقبل يمكن أن يجعل الفرد يشعر شعوراً طيباً تجاه نفسه، أما الفشل و الرفض والهزيمة فيمكن أن يسببون نوعاً من أنواع الدل، وقد يرتفع تقدير الذات عند الناس في العادة إذا كانت معظم خبراتهم سلبية فقد ينشأ لديهم تقدير منخفض للذات بشكل واضح (عبد الرحمن، ٢٠٠٤: ١٣٣).

٢- اختلاف أثر الخبرات باختلاف الأشخاص: يختلف الأفراد في طريقة استجابتهم للأحداث الإيجابية و السلبية، وفي أثر تلك الأحداث علي تقديرهم لذواتهم، حيث أظهرت أحدي الدراسات أن الأحداث الإيجابية والسلبية لها أثر جوهري عند الأشخاص الذين يرون أنفسهم يتمتعون بعدد قليل نسبياً من الجوانب المميزة للذات، وهذا بدوره يؤثر علي تقدير الأفراد لذواتهم.

٣- تقييم الذات بناءً علي معايير داخلية: يتأثر تقدير الذات ليس فقط بما يدور حول الأفراد في بيئتهم الاجتماعية، بل أيضاً بما يحدث داخل الفرد، فقد يصف الآخريين الفرد بأنه شخص ناجح، إلا أن الفرد قد يشعر بداخله بالفشل لأنه لم يصل إلي المعيار الذي يرغب الوصول إليه- أي التعارض بين الذات المثالية والذات المتوقعة - وهذا يؤثر في تقدير الذات (عبد الرحمن، ٢٠٠٤: ١٣٧).

النظريات المفسرة لتقدير الذات:

نظرية روزنبرج: ركز روزنبرج انتباهه علي تأثير بعض العوامل الاجتماعية علي تقدير الذات، وكيفية تأثير المواقف السلوكية الاجتماعية في تقدير الذات، حيث بدأ روزنبرج بالإشارة إلي أن فهم صورة الذات أو تقدير الذات - باعتبارها ظواهر سلوكية - خلقتها قوي اجتماعية وثقافية يوفر عديد من المزايا، وأهمها أن العلوم الاجتماعية وسائل مختلفة لقياس المواقف وتكوينها، مما يعني أنه من الممكن تطبيق نفس وسائل لفهم أنفسنا. علي سبيل المثال هناك عديد من أوجه التشابه بين المواقف الخارجية والمواقف الداخلية، مثل المحتوي (ما يتعلق به الموقف)، والاتجاه (القيمة الإيجابية أو السلبية للموقف) والشدة (القوة العاطفية للموقف أو مدي قوة التمسك به) والاستقرار (

مدي ديمومية أو طول أمد الموقف) علي حد تعبيره (Rosenberg, 1965).

وبالطبع، كان روزنبرج مدرّكاً أيضاً أن دراسة تقدير الذات بهذه الطريقة تطرح مشاكلها الخاصة. إحدى هذه المشاكل هي انعكاسية الذات، والتي تعني أن تقييمات الذات أكثر تعقيداً من تقييمات الأشياء الخارجية لأن الذات متورطة في تقييم نفسها، وهو الأمر الذي قد يكون مشابهاً لمبدأ هايزنبرج لعدم اليقين في الفيزياء.

وهناك مشكلة أخرى وهي أن مواقف الذات تتطوي علي صفة تحفيزية معينة تشكل تحيزاً قوياً لا نجده عادةً في المواقف تجاه الأشياء الأخرى، فنحن نميل إلي تبني موقف إيجابي تجاه أنفسنا. إن أحد الأبعاد المهمة في وجهة نظر روزنبرج حول تقدير الذات هو أن هذا الموقف المتعلق بجدارة الفرد كشخص ينظر إليّه باعتباره - متغيراً محورياً- في السلوك لأنه يعمل لصالحنا أو ضدنا في أي موقف.

يعد تقدير الذات المرتفع كما ينعكس في عناصر قياسه عن شعور الفرد بأنه جيد بما فيه الكفاية. ويشعر الفرد ببساطة أنه شخص ذو قيمة؛ فهو يقدر نفسه ويحترمها علي ما هو عليه، لكنه يقف في رهبة من نفسه ولا يتوقع من الآخرين أن يقفوا في رهبة منه، أما تقدير الذات المنخفض، من ناحية أخرى فيعني رفض الذات، وعدم الرضا عنها وأحتقارها. ويفتقر الفرد إلي تقدير الذات التي يراقبها، ويرأها صورة غير سارة، ويتمني لو كانت خلاف ذلك (Rosenberg, 1965).

ويري روزنبرج أن تقدير الذات ينتج عن عملية مقارنة تطوي علي قيم وتناقضات. ووفقاً لهذه النظرية يتمتع الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع إلي الدرجة التي يرون أنفسهم فيها علي أنهم يطابقون مجموعة من القيم الذاتية المركزة. وتتعلق هذه القيم الأساسية بما تعلمه الأفراد ليكونوا جديرين بالمحاكاة أو تحقيقها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية (Rosenberg & Simmons, 1971). وتسير العلاقة بين المثل العليا والتقييمات ودرجات تقدير الذات في الاتجاهات المتوقعة. فكلما كانت الفجوة بين ما يسمى بالذات المثالية والذات الحالية أو الفعلية أو الحقيقية أصغر كلما كان تقدير الذات أعلى، وعلي العكس من ذلك، كلما اتسعت الفجوة، كلما انخفض تقدير الذات. حتي ولو كان الآخرون ينظرون إلي المرء بطريقة إيجابية. وبطبيعة الحال فإن ربط تقدير الذات بالقيم وبعملية التنشئة الاجتماعية يعني أيضاً أن هذه النظرية الخاصة بتقدير الذات اجتماعية. وتتبنى الباحثة هذه النظرية.

نظرية كوبرسميث: في نفس الوقت الذي كان روزنبرج يقوم فيه بأبحاثه حول تقدير الذات، كان كوبر سميث يقوم بعمله حول تقدير الذات والذي يستند أيضاً إلي القيمة والجدارة والتعلم

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

الاجتماعي، ومع ذلك، كان أهتمامه أكثر عملية من حيث أنه كا يهدف إلي تطوير " إطار مفاهيمي يمكن أن يكون بمثابة دليل في التحقيق في تقدير الذات أو أداة لتغييره" (Coopersmith, 1967).
فبعد إجراء ثماني سنوات من البحث الموجه تجريبياً حول هذا الموضوع ، خلص كوبرسميث إلي أن تقدير الذات بالنسبة لكل من علماء النفس وعامة الناس له أهمية كبيرة شخصياً واجتماعياً ونفسياً. وبدلاً من مقارنة المجموعات وتطوير المعايير، اتجه كوبر سميث نحو دراسة كيفية إكتساب تقدير الذات، والطرق التي يمكن من خلالها رعاية تقدير الذات، وما يمكن القيام به لتعديله عند الضرورة، بالإضافة إلي النظر في أربعة أنواع مختلفة من تقدير الذات (تقدير الذات المرتفع، والمنخفض، والمتوسط ، والمتناقض) وطرق تقييمه (مؤشر تقدير الذات)، وقد بحث أيضاً في مصادره، ومع ذلك، ربما كانت مساهمته الأكثر أهمية هي تطوير أول استراتيجية واضحة لتعزيز تقدير الذات (In: Mruk, 2006).

علي الرغم من أن كوبرسميث لم يذهب إلي أبعد من تقديم اقتراحات للنهوض بتقدير الذات؛ إلا أن ثلاثة منها صمدت أمام اختبار الزمن. فقد بدأ بالدعوة إلي شكل من أشكال التقييم المتسق من النظرية والتطبيق. أولاً: طرح التحليل المفهومي، أي أن الأشخاص يصلون إلي تقييم أنفسهم وفقاً لمدي كفاءتهم في أداء المهام، ومدي تلبيتهم للمعايير الأخلاقية أو الدينية، ومدي حب الآخرين لهم وقبولهم لهم، ومدي القوة التي يمارسونها. ونحن نعتقد أن تحديد الأساس أو الأسس التي يستخدمها فرد معين في الحكم علي قيمته قد يكون خطوة حاسمة في تحديد مصدر الصعوبات التي يواجهها في توجيه الجهود العلاجية.

ثانياً: بني علي النتائج التي تفيد بأن الأطفال الذين يتمتعون بتقدير ذاتي مرتفع يميلون إلي تكوين أسر تحدد حدوداً وتوقعات واضحة. لذلك أقترح كوبر سميث أن المواقف العلاجية المنظمة قد تكون أكثر فعالية من زيادة تقدير الذات من التقنيات غير المنظمة. ثالثاً: دعا بقوة إلي النمذجة كأداة علاجية مركزة. فالمريض قد يستفيد بشكل ملحوظ من نمذجة سلوكه علي غرار الفرد الفعال والواثق من نفسه والكفاء. ولا شك أن السلوك الدقيق الذي قد يتطلبه الفرد أو يسعي إلي اتباعه يختلف من شخص لأخر، ولكن قد يكون أسلوب الاستجابة أكثر أهمية من الفعل المعين، وبالتالي، قد يلاحظ الفرد كيف يتعامل الفرد الفعال مع القلق، ويحل الغموض، ويتخذ قراراته (In: Mruk, 2006).

نظرية سيمور إيبستاين: نظرية سيمور إيبستاين المعرفية التجريبية للذات Seymour Epstein's Cognitive Experiential Self- Theory، علي الرغم من ان علم النفس المعرفي لم يكن

جزءاً من تاريخ هذا المجال لفترة طويلة، إلا أنه كان مفيداً من حيث دمج التأثيرات النفسية والاجتماعية في الذات. وتعد نظرية إيبستاين واحدة من أولى النظريات المعرفية لتقدير الذات، ولا تزال تحظى باهتمام كبير اليوم، وهي تستند إلي مفاهيم المعلومات (الخبرة)، والتنظيم (تكوين المفاهيم)، والتمثيل (نظام المفاهيم المرتبة هرمياً) وعملية التطوير. وتجد هذه النظرة أن البشر ينظمون المعلومات وخبرات العالم والذات والآخرين في ما أسماه إيبستاين (نظريات شخصية الواقع).

وتقوم النظرية علي افتراضات أساسية: هو أن العقل البشري متماسك إلي الحد الذي يجعله يميل إلي تنظيم الخبرات في أنظمة مفاهيمية. فالمدخ البشري يُقيم روابط بين الأحداث، وبعد أن يُقيم هذه الروابط، فإنه يربط هذه الروابط، وهكذا إلي أن تتطور إلي نظام منظم من التراكيب الأعلى والأدنى، والتي تتميز بالتكامل، سواء أردنا ذلك أم لا، فإن كل واحد منا يُشكل نظرية للواقع تعمل علي إدخال النظام إلي عالم من الخبرات كان ليكون لولا ذلك عالماً فوضوياً. فنحن في حاجة إلي نظرية لإضفاء المعني علي مجموعة المعلومات المحدودة التي يرغب في فهمها Epstein, (1980).

وتشمل هذه النظريات الشخصية للواقع فهم العالم والآخرين وهما أسماه إيبستاين " نظرية العالم" وفهم من نحن في علاقتنا بهم "نظرية الذات". ومثل جميع النظريات فإن النظريات الشخصية تستمد معناها من البيانات؛ وفي هذه الحالة هي المعلومات التي تُعطي لنا من خلال خبرتنا وعائلتنا وثقافتنا وما إلي ذلك، بالإضافة إلي ما هو أكثر حسية في طبيعته. وكما هو الحال مع أي نظرية فإننا نستخلص التعميم من مجموعة من المفاهيم بطريقة تساعدنا علي فهم الماضي، ورؤية الحاضر، وتوقع المستقبل. وأخيراً، فإن مثل هذه النظريات الشخصية عملية وصفية وهي طريقة إيبستاين في القول إنها تساعدنا علي البقاء والنمو. تسمح لنا هذه الأداة المعرفية بتحديد إحتياجاتنا وإيجاد طرق لإشباعها والتي من المرجح أن تكون ناجحة بالنظر إلي الوقت والثقافة والظروف الخاصة التي نعيش فيها. وعلي حد تعبيره، فإن مثل هذه النظريات هي أداة مفاهيمية لتحقيق الوظائف النفسية الأساسية في الحياة، وهي علي وجه التحديد الحفاظ علي توازن ملائم بين المتعة والألم علي مدي المستقبل المنظور، والحفاظ علي مستوي ملائم من تقدير الذات، واستيعاب بيانات الواقع داخل نظام مفاهيمي مستقر ومتماسك، والحفاظ علي علاقات إيجابية مع الآخرين المهمين (Epstein, 1980).

الكرب النفسي

أشار الإنتاج الفكري السابق لوجود ثلاثة ثغرات مرتبطة بالكرب النفسي هي: أنه ليس اضطراباً قائماً بذاته بل يعتبر أحد المؤشرات المهمة التي تحدد المعاناة من الاضطرابات النفسية، وعدم وجود اتفاق بين الباحثين علي تعريفه، وعدم وجود أداة واضحة لتقييمه، حيث كان يستخدم أغلب الباحثون في دراستهم مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب من إعداد زيجموند، واستخبار الحالة المزاجية وغيره ، حتي قامت عائشة طارق (٢٠١٦) بإعداد مقياس الكرب النفسي للناجيات من أوران الثدي، وهدي سعيد (٢٠١٧) بإعداد اختبار الكرب لدي مرضي الشريان التاجي، ويعتبر القلق والاكتئاب وزملة التعب والحساسية الانفعالية والهم والوسواس القهري والخوف سواء من تفاقم الأعراض أو تكرار المرض أو الموت، هي المكونات الأساسية للكرب النفسي لدي مرضي الأمراض المزمنة (الصبوة ، جودة، ٢٠٢٢).

والكرب النفسي عبارة عن خبرة وجدانية غير سارة متعددة الأبعاد ذات طبيعة نفسية (معرفية، ووجدانية، وسلوكية)، وهذه الخبرة تمتد علي متصل كمي يبدأ من القابلية للشعور الاعتيادي بالحزن، والخوف إلي أن يصبح مشكلة عاتقة كالاكتئاب، والقلق، والذعر، والعزلة الاجتماعية، والأزمة الروحية (NCCN, 2015) .

النظريات والنماذج المفسرة للكرب النفسي

نموذج زملة التكيف العام^(١) : قدّم هذا النموذج هانز سيلبي Selye سنة ١٩٥٦. وقد بدأ سيلبي عمله مهتماً بالكشف عن تأثير الهرمونات الجنسية على الأداء الفسيولوجي، ثم أصبح مهتماً بالتأثير الضاغط للتدخلات التي أجراها في تجاربه، والتي عرض فيها الفئران لمواقف ضاغطة عديدة مثل التعب، أو البرد الشديد ولاحظ استجابات الفئران الفسيولوجية، وقد وجد أن كل المواقف بغض النظر عن نوعها أدت إلى استجابات فسيولوجية متمثلة في: تمدد القشرة الأدرينالية، وإنكماش الغدة الكظرية والغدة الليمفاوية، وتفرغ المعدة والاثنا عشر (Taylor & Stanton. 2021) .

وقدّم سيلبي زملة التكيف العام بناءً على هذه الملاحظات، وأشار إلى أن الفرد عندما يتعرض لموقف ضاغط فإنه تصدر عنه استجابات فسيولوجية غير نوعية؛ وهذا يعني أنه سيصدر مجموعة محددة من الاستجابات الفسيولوجية بغض النظر عن سبب التهديد (Taylor & Stanton 2021). وتمر مرحلة التكيف العام بثلاثة مراحل هي: مرحلة الإنذار: وتحدث هذه المرحلة عندما

(١) General adaptation syndrome

أ.م. د / إيمان رمضان بشير. **المقاومة:** وتتضمن هذه المرحلة محاولة المواجهة أو التقليل من تأثيرات مرحلة الإنذار، ويطلق على المرحلة الثالثة **مرحلة الإبهالك**، ويصل الفرد لهذه المرحلة عندما يتكرر تعرضه للمواقف الضاغطة، ويفشل في عمل مزيد من المقاومة (Ogden, 2007: 222 ; عبد الرحمن، ٢٠١٣)، ومن المظاهر التي تحدث للجسم خلال هذه المرحلة كرد فعل للمواقف الضاغطة ارتفاع ضغط الدم، وزيادة إفراز الإدرينالين (السيد، ٢٠١٨).

وبالتالي يري سيلبي أن المشقة التي يتعرض لها الفرد ولا يستطيع التوافق معها في البيئة، أو التعايش معها يمكن أن تؤدي إلي أعراض القلق والاكتئاب والتعب والإجهاد والإنسحاب وبالتالي ينتج عنها الكرب النفسي.

نظرية التقييم المعرفي^(١): قدم لازاروس Lazarus هذه النظرية نتيجة لاهتمامه الكبير بالإدراك الحسي، ويعد مفهوم التقييم المعرفي المفهوم المركزي في تفسيره للضغوط، وعملية التقييم ليست مجرد إدراك بسيط لعناصر الموقف، ولكنها حكم أو استدلال يتم بواسطة البيانات المتجمعة عن الموقف، وعلى هذا فإن التغيير في أي عنصر من عناصر الموقف يمكن أن يؤدي إلى تغيرات في وجهة نظر الفرد (عبد اللطيف، ٢٠١٠؛ حمدان، ٢٠١٠).

ويميز لازاروس بين نوعين من التقييم المعرفي هما:

١- **التقييم المعرفي الأولي:** ويشير إلى تقييم الشخص للمثير بأنه مهدد أو غير مهدد.

٢- **التقييم المعرفي الثانوي:** ويشير إلى تقييم الفرد لما يمتلكه من مصادر للتعامل مع الحدث (Sararfino & Smith, 2007: 57-58; Ogden, 2007 ;Taylor & Stanton 2021:149). ويحدد التفاعل بين العمليتين إلى أي مدى ستدرك متطلبات الموقف على أنها تقع خارج حدود قدرته على تحقيقها، أو هي في حدود قدراته، ونتيجة لهذا تتحدد طبيعة الخبرات الانفعالية التي تتبدى لدى الفرد (العتر، شاهين، ٢٠١٣).

وعملية التقييم الأولي للموقف أو الحدث تشير إلى أي مدى يؤثر الحدث على الأهداف الشخصية للفرد وتوافق الفرد وتحقيقه لذاته، فإذا كان الحدث الذي يتم إدراكه ليس له علاقة بذلك فلن يتم إدراكه على أنه ضاغط، أما إذا كان الحدث يعوق الفرد عن تحقيق طموحاته وأهدافه

(١) Cognitive appraisal theory

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

ويرتبط بانفعالات سلبية لديه عندئذ يتم إدراكه على أنه ضاغط، أما التقييم الثانوي فيبدأ عندما يدرك الفرد الحدث بوصفه يمثل تهديداً وتحدياً له (حسين، حسين، ٢٠٠٦: ٥٩).

وقد تطورت أعمال لأزاروس وزملائه في اتجاه مزيد من التحديد النوعي لأبعاد التقييم المعرفي الذاتي لمشاق الحياة، وقادت هذه الجهود إلى تحديد ستة أبعاد ذاتية تنتظم عمليات التقييم، فالبعد الأول هو بعد تكافؤ الموقف بمعنى الأهمية الذاتية التي يعطيها الفرد للموقف في ضوء المغزى الذي ينطوى عليه هذا الموقف بالنسبة إليه. والبعد الثاني هو القابلية للتحكم ويعنى الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط. والبعد الثالث هو القابلية للتغيير بمعنى الإدراك الشخصي بما إذا كان الموقف سيتغير في خصائصه من تلقاء ذاته، ومن تدخل من الفرد أم لا. والرابع هو بعد الغموض، بمعنى درجة عدم التيقن الشخصي التي تتبدى من خلال الموقف. والبعد الخامس هو معاودة الحدث ويرتبط بإدراك الفرد أن الموقف الضاغط سوف يحدث مرة أخرى في المستقبل. والبعد السادس والأخير هو الألفة ويقصد به التقييم الشخصي لأهمية الخبرة الفردية بهذا النمط من الموقف الضاغط (في: العتر، شاهين، ٢٠١٣).

وطبقاً لهذه النظرية فإن الضغوط تحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة، أما إذا كانت مصادر المواجهة التي يستند إليها الفرد في التعامل مع الحدث الضاغط كافية وملئمة فلن يحدث الضغط.

نظرية العلاقات الشخصية: يفسر منظروا نظرية العلاقات الشخصية-التفاعل بين الشخصية-أن المشكلات النفسية، والمشكلات التي تحدث في العلاقات بين الأفراد ترجع إلي الخلل الوظيفي في انماط التفاعل. حيث يري كارسون وزملاءه (Carson et al, 1996)، أن الأفراد بوصفهم اجتماعيون فإن كثير مما نحن عليه ونعانيه ما هو إلا نتاج علاقاتنا مع الآخرين. ويصف الكرب النفسي بأنه سلوك غير قادر علي التوافق مع البيئة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية والتي تسببها العلاقات غير المرضية في الماضي أو الحاضر، ويتم تحديد الكرب النفسي عند فحص أنماط العلاقات الشخصية المختلفة للفرد الذي يعاني الكرب وأسبابه المختلفة. أي أن النظرية قائمة علي أن السبب الأساسي للكرب النفسي يرجع لأنماط مضطربة وظيفياً في التفاعلات بين الأفراد، ووفقاً لهذا التوجه النظري يتم تخفيف الكرب من خلال التعامل مع الآخرين والعمل علي حل الخلافات بين الأفراد، وتعلم مهارات جديدة في التفاعل مع الآخرين.

النموذج الطبي: غمرت الممارسة الطبية بالتدرج النتائج العملية، فعنيت بالعوامل الجسمية بدلاً من العقل (العوامل النفسية) كأساس للصحة والمرض. وفي محاولة للإنفصال عن خرافات

الماضي، قاوم الممارسون الاعتراف بأي دور للعقل (العوامل النفسية) في عمليات المرض. في مقابل هذا كانوا يركزون بالأساس علي المرض العضوي والخلوي كأساس يعتمدون عليه في التشخيص وتوصيات العلاج.

وأستمر النموذج البيولوجي الطبي الذي سيطر علي تفكير غالبية ممارسي الصحة علي امتداد القرون الثلاثة الماضية زاعماً أن المرصد يمكن تفسيره علي أساس عمليات جسمية زائغة (منحرفة)، من قبيل الاختلالات البيوكيميائية أو الشذوذات العصبية الفسيولوجية. فالنموذج البيولوجي الطبي يزعم أن العمليات النفسية والاجتماعية غير ملائمة تماماً لتفسير عملية المرض، ووفقاً للنموذج الطبي فالكرب النفسي هو شكل من أشكال الخلل العصبي المسؤول عن اضطراب التفكير والسلوك ويحتاج إلي العلاج والرعاية الطبية (Taylor & Stanton 2021).

النموذج المعرفي: وفقاً للنموذج المعرفي فإن الإدراك السلبي يعد سبباً في حدوث الكرب النفسي، فالطريقة التي يفكر بها الأفراد فيما يخص أنفسهم وبيئتهم ومستقبلهم هي التي تؤدي إلي التغيرات السلبية لديهم، فالأفراد الذين يعانون من الكرب النفسي لديهم أفكار سلبية عن أنفسهم وعن العالم والمستقبل، ويرون أنفسهم بأنهم عديمي القيمة وغير مناسبة وغير محبوبين. ووفقاً للمنظرين المعرفيين فإن تأثير الناس المفرط وسلوكياتهم المختلفة ناتج عن طرق مفرطة أو غير ملائمة في تفسير تجاربهم الحياتية، وجوهر النظرية أن الصعوبات الانفعالية هي ناتج عن تضخيم الأحداث بما يتجاوز الأدلة المتاحة (Mabitsela, 2003). ويري ميلر (Miller, 1995) أن الفرد يدرك الأحداث المثيرة للمشقة علي أنها معلومات غريبة عن مخططه المعرفي، لذا فهو لا يتمكن من التوافق معها. وبالتالي تُشكل تهديداً ينجم عنه اضطراب، ثم الإدراك السلبي هي العملية الجوهرية في الكرب النفسي.

نموذج المشقة - الكرب : يفترض منظروا النموذج أن السمات المميزة للكرب النفسي هي التعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة. يوترتب عليها تهديد للصحة الجسمية والنفسية للفرد، مع عدم القدرة علي مواجهتها والتعامل معها بفاعلية، مما ينتج عنها الأعراض الانفعالية كالقلق والاكتئاب. كما افترضوا أن الكرب يختفي باختفاء مصدر الأحداث المثيرة للمشقة (Drapeau et al, 2011).

التفكير في الانتحار

بالنظر إلى مفهوم التفكير في الانتحار، نجد أن الباحثين تناولوه بتعريفات عدة. فقد عرفه بيك

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار. Beck وزملاؤه (١٩٧٩) بأنه يتسم "بوجود أفكار انتحارية^(١) ونية للانتحار^(٢)، بالإضافة إلى التخطيط للانتحار والتهديد بتنفيذه سواء بشكل لفظي أمام الآخرين أو القيام بمحاولة انتحار^(٣) فعلية" (Beck et al., 1979).

أشار هاوتون Hawton وزملاؤه إلى أن التفكير في الانتحار يتشكل عبر عدة مراحل، وهي تتضمن أربع مراحل هي: ١- مرحلة تكوين الأفكار الانتحارية، وتتضمن استحداث مجموعة من الأفكار عن الانتحار باعتباره السبيل الوحيد للتخلص من المعاناة، ٢- مرحلة بلورة الأفكار الانتحارية، وتتضمن انشغال الفرد الدائم وانهماكه بتلك الأفكار وعقد النية على الانتحار، ٣- مرحلة الاستغراق العميق في التخطيط لكيفية تنفيذ محاولة الانتحار، ٤- الانتحار الفعلي (Hawton et al., 2013).

العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار

تتعدد العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار، وهي تختلف عبر الأفراد والثقافات المختلفة، وفيما يلي بعض العوامل المحفزة للتفكير في الانتحار الأكثر شيوعاً:

- عوامل روحانية: ضعف الوازع الديني.
- عوامل مرضية: أمراض جسدية مزمنة، اضطرابات نفسية.
- عوامل أسرية واجتماعية: الصراعات الأسرية، العزلة، وانتهاء علاقة مهمة للفرد (إما بالوفاة أو الفراق)، والتمتر.
- عوامل اقتصادية: انخفاض مستوى الدخل، البطالة.
- عوامل أخرى، مثل: الأبتزاز الإلكتروني، الاندفاعية، وجود تاريخ أسري في الانتحار، عدم القدرة على تحقيق الأهداف المأمولة سواء من الفرد أو المحيطين به (الكالمية العصابية) (جوردين، ٢٠٢٠/٢٠٢٢، ٧١-٨٢؛ Rogers et al., 2021).

المؤشرات الدالة على التفكير في الانتحار

يُبيد معظم الأشخاص الذين يُقدمون على التفكير في الانتحار بعض العلامات بسبب ما يعانون منه، ومنها:

- (1) Suicidal Thoughts
- (2) Suicide intent
- (3) Suicide attempt.

١- **العلامات اللفظية:** وتكون في صورة عبارات لفظية أو عبارات مكتوبة بحيث تعكس تفكير الفرد في الانتحار أو التخطيط له، وتكون إما مباشرة (سوف أقتل نفسي)، أو غير مباشرة (لا يوجد فائدة من وجودي (Mcelland et al.,2020)).

٢- **العلامات السلوكية،** مثل: شراء آلة حادة، أو إحداث خدش أو قطع برسغ اليد كحركة أو إيذاء للانتحار، وغالباً ما تُفسَّر هذه العلامات على أنها صرخة من أجل طلب المساعدة أكثر مما تكون رغبة حقيقية في الموت، بالإضافة إلى حدوث تغيرات ملحوظة في السلوك مثل:

- الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية.

- الغضب أو العدوان الذي يبدو مختلفاً عن سمات الشخصية المعهودة أو خارج السياق.

- تغيرات في النوم (بالزيادة أو النقصان).

٣- **العلامات الموقفية:** وتعتبر عما يعانيه الفرد من هموم وكدر في عدد من الظروف والمواقف مثل: وفاة شريك الحياة، أو الطلاق، أو إصابة جسمية مؤلمة، أو أمراض جسمية خطيرة مثل السرطان أو نقص المناعة (الإيدز)، أو الاستغراق والانشغال الكامل بالذكرى السنوية لوفاة شخص عزيز، أو غير ذلك من المواقف التي تؤدي إلى تغيرات جذرية في حياة الفرد.

٤- **الأعراض والمظاهر النفسية،** مثل: الاكتئاب الجسيم، والشعور بالوحدة، واليأس من المستقبل، والعجز، وعدم الرضا عن الحياة (Terri et al., 2024, p.43-50).

يهتم الباحثون بتعيين مثل هذه المؤشرات كونها تمثل مقدمات للتفكير في الانتحار، وهي تساعد على تفسير العلاقة بينه وبين السياق الاجتماعي والبيئي والقيمي للفرد؛ ومن ثم إمكانية تحقيق فهم أكثر قرباً منه كعملية تتم بصورة تدريجية. هذه الصورة التدريجية تتشكل شيئاً فشيئاً مع تزايد هذه المؤشرات تزايداً كمياً أو كيفياً. وهذا الفهم يمكن أن يكون له مردود فعال في مجال جهود الوقاية من الدرجة الأولى أو من الدرجة الثانية (رأفت، ٢٠٢٤).

الأطر النظرية المفسرة لمفهوم التفكير في الانتحار

النظرية المعرفية: قدم بيك Beck وزملاؤه تفسيراً للأعراض الاكتئابية والانتحار بأنه يتضمن تشويهاً معرفية وأفكاراً سلبية ناتجة عن سوء تفسير لأحداث الحياة، فبالإضافة إلى الثالث المعرفي الذي يضم أفكاراً سلبية عن الذات والآخرين والمستقبل، يلعب اليأس دوراً مهماً في الإقدام على الانتحار، فعندما تكون درجة اليأس مرتفعة لدى الفرد فإنه يرى أن الانتحار هو الحل الوحيد

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

للموقف الذي يمر به، أشار "بيك" Beck وزملاؤه (١٩٧٤) إلى أن اليأس يُعد مكوناً أساسياً من مكونات الاكتئاب، ويقصد به أن الفرد يكون لديه توقعات سلبية للمستقبل، كما يشير اليأس إلى اعتقاد الفرد بأن موقفه الراهن لن يتغير وكذلك مشاعره لن تتحسن فيما بعد، وأثبتت العديد من الدراسات أن اليأس يرتبط بالنية في الانتحار أكثر من الاكتئاب نفسه، كما أشار بيك Beck وزملاؤه (١٩٧٥) إلى أن اليأس يعتبر أقوى مُنبئ بالتفكير في الانتحار، بل يعتبر هو المتغير المعرفي الأساسي في السلوك الانتحاري (Beck et al., 1974).

نظرية الانتحار ذات الخطوات الثلاث^(١): قدم هذه النظرية كل من كلونسكاى Klonsky وماي May (٢٠١٥)، وهي تفترض أن هناك ثلاث خطوات يمر بها الفرد قبل تنفيذ الانتحار، وسيوضح من خلالها كيف أن كثيراً من الناس لديهم أفكار حول الانتحار لكن لا يتصرفون وفقاً إلى هذا.

– **الشعور بالألم واليأس:** إذا شعر الفرد بالألم فقد يبدأ في التفكير في الانتحار، يمكن أن يكون هذا الألم وجدانياً أو جسدياً أو كليهما، وبغض النظر عن مصدر الألم الذي يتوقف على وجهة نظر الفرد لما يمكن تحمله، فقد يتمثل الألم في وفاة أحد أفراد الأسرة أو نهاية علاقة مهمة أو المرض أو المشكلات المالية أو فقدان الوظيفة أو الشعور بعدم السعادة أو غياب الهدف أو ضغوط أخرى. ولكن تشير النظرية إلى أن وجود الألم وحده لا يسبب الرغبة في الانتحار إلا إذا شعر الفرد باليأس حيال تغيير هذا الألم في المستقبل.

– **الروابط الحياتية:** إذا كان مستوى الألم مرتفعاً لدى الفرد بحيث يفوق الروابط التي تجعله يرغب في الحياة، فستزيد رغبته في الانتحار، فيمكن أن تشمل الروابط الحياتية الأشخاص، (مثل: أفراد الأسرة، شركاء الحياة، الأصدقاء) أو جوانب أخرى من الحياة مثل: الروحانيات، الوظائف، المشروعات. فإذا كانت الروابط الحياتية تجعل حياة الفرد تستحق العيش فستكون لديه مستويات منخفضة في الرغبة في الانتحار.

– **القدرة على الانتحار:** يولد البشر بغريزة قوية للبقاء تدفعهم بعيداً عن الألم وحماية أنفسهم من الأذى. وهذا يعني أن معظم الناس الذين يرغبون في الانتحار لن يحاولوا ذلك بسبب مخاوفهم من الألم والموت. ولكن وفقاً إلى الخطوة الثالثة في النظرية فهناك ثلاثة أنواع من القدرة التي يعتقد أنها موجودة لدى الأشخاص الذين يتجاوزون غريزة البقاء ويحاولون الانتحار:

(أ) الاستعداد الشخصي (مثل: الجينات المتعلقة بمدى الحساسية للألم).

(1) The three-step theory of suicide.

أ.م. د / إيمان رمضان بشير. **=====**
(ب) القدرة المكتسبة (مثل: الخبرات التي يمر بها الفرد التي تقلل من خوفه من الموت وتزيد من القدرة على تحمل الألم، مثل: إيذاء الذات غير الانتحاري أو أي أنواع أخرى من التجارب المؤلمة جسدياً).

(ج) القدرة العملية (مثل: معرفة طرق الانتحار وإمكانية الوصول إليها) (May,2015 & Klonsky).

نموذج الضغوط – المستهدف للسلوك الانتحاري⁽¹⁾ : قدم هذا النموذج مان وزملاؤه Mann (١٩٩٩) حيث يفترض أن السلوك الانتحاري يحدث عندما يعاني الفرد من نوبة اكتئاب، ولكن ليس كل الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب ينفذون فعل الانتحار، فمن الممكن أن يقدم بعض الأفراد على الانتحار وهم لا يعانون من الاكتئاب إكلينيكيًا، ومن ثم فإن الاضطراب النفسي عموماً يعد ضرورياً، لكنه ليس ظرفاً كافياً للانتحار، كما أشار هذا النموذج إلى أنه لا يتم تحديد خطر الانتحار من خلال المرض النفسي فقط، ولكن أيضاً من خلال الاستهداف للضغوط التي يتعرض لها الفرد (في: رأفت، ٢٠٢٤).

الدراسات السابقة

المحور الأول: دراسات تناولت صورة الجسم لدي مرضي الذئبة الحمراء

هدفت دراسة جولي وزملاءه (Jolly et al, 2012) إلى فحص صورة الجسم لدي مريضات الذئبة الحمراء مقارنة بالصحيحات. تكونت عينة مريضات الذئبة الحمراء من (٨٧) مريضة بمتوسط عمري قدره ٤٢،٤ سنة وانحراف معياري قدره ١٣،١ سنة، وتكونت عينة الصحيحات من (٧٨) سنة بمتوسط عمري قدره ٧،٣٨ سنة وانحراف معياري قدره ١٣،٢ سنة. وتم فحص صورة الجسم باستخدام مقياس صورة الجسم المرتبطة بنوعية الحياة (BIQLI) ، كما تم جمع المعلومات المتعلقة بنشاط المرض والأضرار المترتبة عليه من خلال المقابلات مع المريضات. وتوصلت نتائج الدراسة من خلال الاعتماد علي اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات أن صورة الجسم لدي المرضات أسوء بكثير مقارنة بالصحيحات. كما ارتبطت صورة الجسم السيئة بالأضرار الجلدية وأعراض الثعلبة والندبات الجلدية. وارتبطت كذلك صورة الجسم السيئة بانخفاض نوعية الحياة لديهن، وأوصي الباحثون بمزيد من الدراسات لفحص صورة الجسم حيث أن الأدبيات المتاحة لدراسة صورة الجسم لدي مريضات الذئبة الحمراء قليلة، و تقديم برامج علاجية معرفية سلوكية للمريضات لتعديل صورة الجسم السلبية.

⁽¹⁾Stress – diathesis model of suicidal behavior.

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

وهدفت دراسة هال وزملاءه (Hale, Radvanski & Hassett, 2015) ، إلى معرفة العلاقات بين صورة الجسم، وصورة الذات، والالتزام بالدواء لدي مرضي الذئبة الحمراء، تكونت عينة الدراسة من (١٤ أنثى ، ١ ذكر) تراوحت أعمارهم من ٢٢ سنة حتي ٥٧ سنة ، وتراوحت مدة المرض من ٣ سنوات حتي ٢٠ سنة . تم الاعتماد علي المقابلات الإكلينيكية المنظمة، وكانت المقابلات مصورة ومنقولة حرفياً، وتم تحليل البيانات باستخدام التحليل الظاهري التفسيري، كشفت نتائج التحليل عن أربعة مواضيع تم تقديمها ضمن المفهوم الشامل للجسد وصورة الذات. كشفت الروايات عن عدم رضا كبير عن صورة الجسد خارجياً، كما كانت هناك مخاوف بشأن المظهر والوزن هي الأكثر شيوعاً، وكان هناك عدم إمتثال لتناول الأدوية بشكل مكرر بين الحالات، وعدم إمتثال للنصح الطبي، وبالتالي يعد صورة الجسد وصورة الذات من الموضوعات التي تحتاج لمزيد من البحث لدي مرضي الذئبة الحمراء، و أن مقدمي الرعاية الصحية لم يعطوا الأهتمام الكافي لمخاف المرضي علي الجانب الظاهري - مظهر الجسد - ومترتبات المرض وعلاجه

كما هدفت دراسة خولازيداه وزملاءه (Gholizadeh et al , 2019) إلي دور صورة الجسم في توسط العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والألم لدي مريضات الذئبة الحمراء. تكونت عينة الدراسة من (١٣٥) تراوحت اعمارهن بي ١٨ الي ٨١ سنة، بمتوسط عمري قدره ٤٨،٥ وانحراف معياري قدره ١٣،٩ سنة، وكان متوسط سنوات التعليم ١٥،١ وانحراف معياري قدره ٢،٨ سنة، وكان متوسط الإصابة بالمرض ١٧ سنة. اعتمد الباحثون علي مقياس صورة الجسم المرتبطة بنوعية الحياة (BIQL)، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب (HADS). توصلت نتائج الدراسة إلي أن ما يقرب من ٢٥% من حجم العينة لديهم اعراض اكتئابية مرتفعة ، وأن نوعية الحياة المرتبطة بصورة الجسم تتوسط العلاقة بين الألم والاكتئاب لدي المريضات.

المحور الثاني: دراسات تناولت تقدير الذات لدي مرضي الذئبة الحمراء

هدفت دراسة زهاو وزملاءه (Zhao et al , 2018) إلي فحص العلاقات الارتباطية بين الحالة النفسية ونوعية الحياة و تقدير الذات واضطراب صورة الجسم والمساندة الاجتماعية لدي مريضات الذئبة الحمراء. تكونت عينة الدراسة من (١٠٩) مريض منهم (١٠١) من الإناث ، و (٨) من الذكور ، بمتوسط عمري قدره (٣٣) سنة وانحراف معياري قدره ١٧ سنة ، اعتمد الباحثون في تقييم متغيرات الدراسة علي اختبار اضطراب صورة الجسم (BIDQ)، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات، ومقياس المستشفى لتقييم القلق والاكتئاب، ومقياس المساندة الاجتماعية (RSES)، أوضحت نتائج التحليل الاحصائي للبيانات أن (١٨،٣%) لديهم أعراض

القلق، وانخفاض في تقدير الذات وصورة جسم سلبية نتيجة للطرح الجليدي، ومستويات مرتفعة من الاكتئاب، كما أوضح نتائج الارتباطات وجود ارتباطات بين نشاط المرض وصورة الجسم وانخفاض تقدير الذات.

وهدفت دراسة زامورا- راکازا (Zamora- Racaza et al, 2018) إلى فحص العلاقات بين القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتفاؤل، واستراتيجيات المواجهة، والمساندة الاجتماعية، لدي عينة من الفلبين والمكسيك من مرضي الذئبة الحمراء تكونت العينة الكلية من (٢٣٥) استكملوا الأداء علي مقياس تقدير الذات، و مقياس القلق والاكتئاب، والتفاؤل ومقياس أساليب المواجهة، ومقياس المساندة الاجتماعية. توصلت نتائج الدراسة إلى وجود انخفاض عام لدي كل العينتين في درجات تقدير الذات، وارتفاع معدلات القلق ، وكان الاكتئاب أعلى في عينة الذئبة الحمراء الفلبينية، وانخفاض التفاؤل والمساندة الاجتماعية لدي المجموعتين، وهذا يؤدي إلي الشعور بالكرب لدي العينتين ، وزيادة الشعور بعيب المرض ، كما ارتبط تقدير الذات المنخفض والقلق بانخفاض التفاؤل والتوافق مع المرض.

وهدفت دراسة مارينجو- رودريغيز وزملاؤه (Marengo-Rodriguez et al ,2023) لفحص تقدير الذات كمحدد للوظيفة الجنسية، والعلاقة بين تقدير الذات وصورة الجسم والوظيفة الجنسية، لدي مرضي الذئبة الحمراء، تكونت عينة الدراسة من (٣٤٣) ، (٨٧% من الإناث، ١٣% من الذكور كان متوسط العمر ٤١ سنة وانحراف معياري ١٢ سنة. تم استخدام مقياس رزنبرج لتقدير الذات، ومقياس الاداء الجنسي (CSFQ)، ومقياس مؤشر كتلة الجسم، و صورة الجسم، توصلت نتائج الدراسة إلي أن الوظيفة الجنسية ارتبطت بانخفاض تقدير الذات، كما ارتبط تقدير الذات المنخفض بانخفاض الرضا عن صورة الجسم، والمثير للدهشة أن درجات الارتباط بين عينة الذكور كانت أعلى من الإناث، كما أوضحت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن العمر وتقدير الذات عوامل خطيرة بالنسبة للانخفاض في الوظيفة الجنسية.

المحور الثالث: دراسات تناولت الكرب النفسي لدي مرضي الذئبة الحمراء

هدفت دراسة وارد و ماركس وباري (Ward, Marx & Barry, 2002) إلى فحص دور الكرب النفسي في زيادة نشاط مرض الذئبة الحمراء، تكونت عينة الدراسة من (٢٣) مريضاً (١٩ من الإناث ، ٤ من الذكور) بمتوسط عمري ٤٤،٨ سنة وانحراف معياري ١٤،٤ سنة ، ومتوسط سنوات التعليم (١٤،٢ سنة وانحراف معياري ٢،٨ سنة) ، وتراوحت سنوات المرض من ٣،٥ سنة إلي ٤،٨ سنة . أعتد الباحثون علي مقياس الاكتئاب (CES-D)، ومقياس التقييم النفسي العام

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

(DCLAM) لتقييم أبعاد الكرب النفسي، ومقياس نشاط الذئبة الحمراء (ECLAM). توصلت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن ارتباط التغيرات في مستوى الاكتئاب والقلق والتعب بشكل إيجابي مع مستويات نشاط الذئبة الحمراء.

كما هدفت دراسة كوزورا وزملاؤه (Kozora et al, 2005) إلى فحص العمليات النفسية لدى مرضي الذئبة الحمراء ومرضي التهاب المفاصل الروماتويدي، ومعرفة الفروق بينهم في المشقة وأساليب مواجهتها، والمساندة الاجتماعية والكرب النفسي. تكونت عينة الدراسة من (٥٢) مريضاً من مرضي الذئبة الحمراء بدون أعراض نفسية وعصبية، (٤٧) من الإناث و (٥) من الذكور، بمتوسط عمري قدره ٣٤،٦ سنة وانحراف معياري قدره ١،٣ سنة. و (٢٧) مريض التهاب المفاصل الروماتويدي (٢٤) من الإناث و (٥) من الذكور ، بمتوسط عمري قدره ٣٣،٨ سنة وانحراف معياري قدره ٢،٠ سنة، وتكونت عينة الأصحاء من (٢٧)، (٢٤) من الإناث، و (٣) من الذكور بمتوسط عمري ٣٣،٨ سنة وانحراف معياري قدره ١،٥ سنة. تمثلت أدوات الدراسة في مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس مثيرات المشقة وأساليب مواجهتها، ومقياس المساندة الاجتماعية، وأوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام تحليل التباين المتعدد إلى : بشكل عام كانت مجموعة مرضي الذئبة الحمراء كان الأداء النفسي متدني مقارنة بمجموعة مرضي التهاب المفاصل الروماتويدي، وأعراض اكتئابية أكثر لديهم، كما ارتبطت أساليب مواجهة المشقة بزيادة الكرب النفسي. كما اوضحت نتائج الدراسة أن للمساندة الاجتماعية لدى مجموعات المرضي لها دور واضح في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المرتبطة بالمرض. ووجد علاقة بين الاكتئاب وأسلوب المواجهة التجنبي.

كما أجري نيشومورا وزملاءه (Nishimura , et al , 2015) دراسة هدفت إلى فحص الكرب النفسي لدى مرضي الذئبة الحمراء الذين عولجوا بالكورتيكوستيرويدات مقارنة بالأصحاء، تكونت عينة مرضي الذئبة الحمراء الخاضعين للعلاج بالكورتيكوستيرويدات من (٤٣) مريضة بمتوسط عمري قدره ٢٨،٧ سنة وانحراف معياري قدره ٨،٦ سنة، وكان متوسط سنوات التعليم ١٣،٤ سنة وانحراف معياري قدره ١،٩ سنة، ومتوسط الإصابة بالمرض ٢٦ شهراً. أما عن عينة الأصحاء تكونت من (٣٠) سيدة بمتوسط عمري ٢٨،١ سنة وانحراف معياري قدره ٦،٧ سنة، ومتوسط سنوات التعليم ١٣،٣ سنة وانحراف معياري قدره ١،٧ سنة، وليس لديهم أي تاريخ سابق من أي اضطرابات نفسية وعصبية. تمثلت أدوات الفحص في بروفيل فحص الحالة المزاجية (POMS) ، أما الفحص النفسي أعتمد علي استخدام مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، ومقياس الفحص النفسي العصبي. توصلت نتائج الدراسة باستخدام اختبار مان وتني ، أن هناك

= (٢٠٦)؛ المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ =

فروق جوهرية بين الأصحاء والمرضى في الكرب النفسي خصوصاً علي بُعدي الاكتئاب ثم القلق.

المحور الرابع: دراسات تناولت التفكير في الانتحار لدي مرضي الذئبة الحمراء

هدفت دراسة إكس وزملاءه (Xie et al, 2012) إلي فحص التفكير في الانتحار والعوامل المهينة له لدي مرضي الذئبة الحمراء، تكونت عينة الدراسة من (٢٨٥) (١٨ مريض ، ٢٦٧ مريضة) تراوحت اعمارهم من ٢٥ سنة حتي ٤٠ سنة، وتراوحت سنوات التعليم من ١٠ سنوات حتي ١٢ سنة، وكانت مدة الإصابة بالمرض من ٦ شهور حتي سنتين، أعتد الباحثون في تقييم التفكير في الانتحار علي مقياس التفكير في الانتحار لونتروب (SIQ) ، ومقياس نشاط مرض الذئبة (SLEDAI)، ومقياس بيك لتقييم الاكتئاب، ومقياس أساليب المواجهة (TCSQ). توصلت نتائج التحليل الإحصائي عن أن التفكير الزائد والاكتئاب مؤشرين للتفكير في الانتحار، كما كان هناك دور واضح للمعتقدات الدينية، ودور الأسرة، والاعباء المالية والطلاق والانفصال كانت لها دور واضح في التفكير في الانتحار.

وهدفت دراسة موك وزملاءه (Mok, Chan, Cheung & Yip, 2013) إلي معرفة مدي حدوث التفكير في الانتحار لدي مرضي الذئبة الحمراء وعوامل الخطورة المرتبطة به لدي مجموعة من مريضات الذئبة الحمراء الذين استوفوا معايير التشخيص التي حدتها الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم (٣٦٧) مريضة بمتوسط عمري قدرى ٤١,٦ سنة وانحراف معياري ١٥ سنة ومتوسط الإصابة بالمرض ١٠,٦ سنة وانحراف معياري قدرة ٩,٩ سنة . أعتد الباحثون علي مقياس بيك للأفكار الانتحارية، ومقياس المستشفى لفحص الاكتئاب والقلق (HADS) للوقوف علي عوامل الخطورة المرتبطة بالتفكير في الانتحار. توصلت نتائج الدراسة إلي أن (٤٤) من المريضا لديهم أفكار انتحارية، وكان لديهم تاريخ سابق من الاضطرابات النفسية ومرتعين علي مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، فضلاً عن تعرضهم لأحداث حياتية مثيرة للمشقة في الشهر السابق عن التقييم، ويعانون من أعراض قلبية ناتجة عن المرض واضطرابات في الأوعية الدموية.

كما هدفت دراسة بوجي وزملاءه (Buji et al, 2018) إلي مدي إنتشار التفكير في الانتحار بين مريضات الذئبة الحمراء. تكونت عينة الدراسة من (٤٨) مريضة بمتوسط عمري ٤٣,٨ سنة تم تشخيصهم وفقاً لمعايير الكلية الأمريكية لأمراض الروماتيزم بمتلازمة الذئبة الحمراء. أعتد الباحثون علي مقياس المستشفى لتقييم القلق والاكتئاب ، ومقياس كولومبيا لتقييم التفكير في الانتحار، ومقياس التوافق الاجتماعي (SRRS) ، ومقياس نشاط مرض الذئبة الحمراء (SELENA)، توصل الباحثون لوجود تفكير في الانتحار لدي ٢٥% من المريضا، بغض النظر

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

عن العمر ومستوي التعليم والحالة المهنية ومدة المرض، وارتبط التفكير في الانتحار بمستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق والاستثارة. وأوصى الباحثون بمزيد من البحث والدراسة للأفكار الانتحارية بين مرضي الذئبة الحمراء وتوفير الخطط العلاجية النفسية والعصبية لهم.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة عدد من الملاحظات يتم اجمالها في الآتي:

- ١- ندرة الدراسات التي تناولت العلاقات بين صورة الجسم، وتقدير الذات والكرب النفسي والتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء سواء علي المستوي العالمي أو في الثقافة المصرية.
- ٢- أجريت معظم الدراسات علي الإناث، وهذا يبرره طبيعة انتشار المرض، حيث أن نسبة انتشاره بين الإناث للذكور ١٠-١.
- ٣- كشفت الدراسات التي أهتمت بفحص صورة الجسم، عن عدم رضا كبير عن صورة الجسد خارجياً، كما كانت هناك مخاوف بشأن المظهر والوزن لديهن.
- ٤- اعتمدت الدراسات في تقييمها لصورة الجسم علي مقياس صورة الجسم المرتبطة بنوعية الحياة وهو مقياس يتسم بقله بنوده وما زال في طور التحقق من صدقه وثباته.
- ٥- توصلت نتائج الدراسات التي أهتمت بفحص تقدير الذات إلي وجود انخفاض عام لدي المرضى في درجات تقدير الذات، وارتفاع معدلات القلق، كما ارتبط تقدير الذات بصورة الجسم لديهم.
- ٦- اعتمدت الدراسات في تقييمها للكرب النفسي علي مقياس المستشفى للكرب النفسي، وهو مقياس لا يوجد به غير بُعين من أبعاد الكرب وهما القلق والاكتئاب؛ وبالتالي لا يمكن الإعتماد عليه عند قياس الكرب النفسي بأنه خبرة انفعالية غير سارة متعددة الأبعاد.
- ٧- كشفت الدراسات التي اهتمت بفحص الكرب النفسي، بشكل عام مرضي الذئبة الحمراء كان الأداء النفسي متدني مقارنة بمجموعة مرضية أخرى كمرضي التهاب المفاصل الروماتويدي، والأصحاء، وأعراض أكتابية أكثر لديهم، كما ارتبطت أساليب مواجهة المشقة بزيادة الكرب النفسي. وكانت أكثر الأبعاد وأكثرها دلالة للقلق والاكتئاب.
- ٨- توصلت نتائج الدراسات التي أهتمت بالتفكير في الانتحار إلي وجود افكار في الانتحار لدي المريضات. وأن التفكير الزائد والاكتئاب مؤشرين للتفكير في الانتحار، و هناك دور واضح للمعتقدات الدينية، ودور الأسرة، والاعباء المالية والطلاق والانفصال كانت لها دور واضح في التفكير في الانتحار.

فروض البحث

ساهمت نتائج الدراسات السابقة في وضع تصور للفروض التي تقوم عليها البحث الراهن وذلك على النحو الآتي:

يُسهم كل من صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. وينبثق عن هذا الفرض الرئيس عدد من الفروض الفرعية وهي:

١- توجد علاقات ارتباطية دالة وجوهرية بين صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي والتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

٢- تُسهم صورة الجسم إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

٣- يُسهم تقدير الذات إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

٤- يُسهم الكره النفسي إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

٥- يُسهم التفاعل بين صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

المنهج والإجراءات

منهج البحث الراهن هو المنهج الوصفي الارتباطي؛ حيث يهتم البحث بمعرفة الإسهام النسبي لمتغيرات صورة الجسم، وتقدير الذات، والكره النفسي كل علي حده في التنبؤ بالتفكير في الانتحار؛ وأيضاً معرفة الإسهام النسبي عند تفاعل هذه المتغيرات فيما بينها في التنبؤ بالتفكير في الانتحار، وسوف يتم استكشاف ووصف هذه العلاقات الارتباطية والتنبؤية بين متغيرات البحث من خلال عينة من مريضات الذئبة الحمراء.

التصميم البحثي: اعتمدت هذه الدراسة علي التصميم المسحي الارتباطي. وذلك بهدف دراسة متغيرات البحث - محل الأهتمام في مجتمع مريضات الذئبة الحمراء، وتحديد مدي انتشار المرض، من خلال اختيار عينة ممثلة للجمهور العام من المرضى، بالإضافة لتحديد العلاقات الارتباطية بين متغيرات صورة الجسم، وتقدير الذات، والكره النفسي و التفكير في الانتحار، وكذلك الدور التنبؤي.

العينة: تم اختيار عينة من مريضات الذئبة الحمراء المترددين علي عيادات الروماتويد، وذلك وفقاً للتشخيص الطبي الذي قام به الطبيب الاختصاصي وفقاً لمحكات الاختيار الأتية: أن يكونوا من

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

الإناث فقط، ويتوفر بينهم حد أدنى من سنوات التعليم الذي يتطلب التعامل مع أدوات البحث الحالي، وتم أخذ كافة البيانات اللازمة لضبط المتغيرات الدخيلة المحتملة من قبيل طول فترة المرض، وطول فترة تعاطي الأدوية المسكّنة، كما تم استبعاد الحالات المتضمنة لإصابات نفسية وعصبية.

محكات الاختيار

- ١- ظهور الطفح الجلدي علي شكل حمامي أو مسطح أو مرتفع
- ٢- الطفح الجلدي القرصي بقع حمامية دائرية بارزة مع قشور قرنية ملتصقة أو ندبات قرصية.
- ٣- حساسية للضوء عند التعرض لأشعة الشمس.
- ٤- تقرحات الفم والبلعوم
- ٥- التهاب المفاصل.
- ٦- التهاب التامور الموثق بتخطيط كهرباء القلب.
- ٧- اضطرابات في الكلي.
- ٨- الاضطراب العصبي مثل نوبات صرع أو أعراض ذهانية.
- ٩- اضطرابات في الدم مثل نقص كرات الدم البيضاء أو فقر الدم أو نقص صفائح الدم.
- ١٠- اضطرابات مناعية مثل ظهور الحمض النووي المزدوج أو الأجسام المضادة أو مضادات الفوسفوليبيد،
- ١١- الأجسام المضادة الإيجابية غير طبيعي من الأجسام المضادة للنواة.

وتكونت عينة البحث الراهن بعد أن توافر فيها محكات الاختيار والاستبعاد سالفة الذكر من (٣٤) مريضة، تراوح المدي العمري من (٢٠-٥٢) سنة بمتوسط عمري وانحراف معياري قدره (٣٣,٥٥ ± ٨,٥١) سنة، (١٦ أنسة، ١٦ متزوجة، ٣ مطلقة)، وتراوحت سنوات التعليم من (٩ - ١٧) سنة، بمتوسط وانحراف معياري (٢٠,١٣ ± ١٤,٩) سنة، ومتوسط مدة الإصابة بالمرض (٤,٢ ± ٢,٤) سنة.

الأدوات:

شملت أدوات البحث الحالي علي:

مقابلة جمع البيانات الأولية: تضمنت عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمشارك كالنوع، والسن، ومستوي التعليم، والمهنة، والحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض، والأدوية التي يتناولها المريضات، المحاولات الانتحارية إن وجدت، والإضطرابات النفسية إن وجدت، والخضوع للعلاج النفسي أم لا.

(=٢١٠): المجلة المصرية لدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥

مقياس صورة الجسم: أعد هذا المقياس مجدي الدسوقي عام ٢٠٠٤ بهدف التعرف على الأعراض المعرفية و السلوكية التي تصاحب اضطراب صورة الجسم ، و يتكون المقياس من أربعة وثلاثين فقرة تعكس الأعراض الشائعة بين الأفراد الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام، و قد تم وضع تعليمات بسيطة للمقياس متضمنة طريقة الاستجابة التي يجب بها المفحوص على كل بند من البنود تبعاً للبدائل الخمسة للإستجابة و هي (دائماً - غالباً - أحياناً - نادراً - أبداً) و قد وضعت لهذه الاستجابات الأوزان المترتبة كالآتي دائماً: (٤) ، غالباً (٣)، أحياناً (٢)، نادراً (١)، أبداً (٠)، و يتم تصحيح هذا المقياس في الاتجاه العكسي، الدرجة المرتفعة على هذا المقياس تشير إلى الرضا عن صورة الجسم، الدرجة المنخفضة تُشير إلى عدم الرضا عن صورة الجسم (الدسوقي، ٢٠٠٣، الدسوقي، ٢٠٠٦).

وتم تعريف صورة الجسم إجرائياً: بأنها الصورة الذهنية العقلية التي يكونها الفرد عن جسمه سواء مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وإثبات كفاءته وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات إيجابية أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم .

الكفاءة السكومترية للمقياس

صدق المقياس أولاً: صدق التكوين: قام مجدي الدسوقي بحساب الصدق للمقياس من خلال الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية علي بقية البنود بعد استبعاد قيمة هذا البند من الدرجة الكلية (ن=١٩٠)، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين (٢٩٨,) ، (٥٦١,) وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوي (٠,٠١) . **الصدق التلازمي:** تم التحقق من الصدق التلازمي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوصات (ن=٧٦) علي المقياس الحالي وبين درجاتهم علي اختبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعددة الأبعاد إعداد كاش Cash وتعريب وتقنين مجدي الدسوقي، وكانت قيمة معاملات الارتباط (٥٦١,) عند مستوي معنوية (٠,٠١).

الصدق التمييزي: أجري الباحث المقارنات الطرفية بين متوسطات الطالبات اللاتي حصلن علي درجات مرتفعة علي مقياس صورة الجسم ، ومتوسطات نظرائهن اللاتي حصلن علي درجات منخفضة علي نفس المقياس (ن =٢٠٠) ، وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى ٢٧% ، ودرجات أدنى ٢٧%، فبلغت قيمة النسبة الحرجة (٢٩,٨) وتشير هذه القيمة إلي الفروق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوي (٠,٠١) مما يشير إلي قدرة المقياس علي التمييز بين

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

مرتفعي ومنخفضي اضطراب صورة الجسم (الدسوقي، ٢٠٠٦)

مقياس تقدير الذات : صمم هذا المقياس وليام ناجينت وجانيتا توماس Nugent & Thomas ، وترجمة عالية فاروق (٢٠٠٨) . ويتكون هذا الاختبار من (٣٦) بنداً، صُممت لتدخل في نطاق مجالات تقييم الذات، بما تشتمل عليه من قيمة الذات، والكفاءة الاجتماعية للفرد، وقدراته العقلية ومنها القدرة على حل المشكلات، كما تعكس البنود الكفاءة الذاتية للفرد، ومكانته لدى الآخرين. وتتطلب الإجابة عن كل بند أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (١) تدل على أن مضمون البند لا ينطبق عليه إطلاقاً، إلى (٥) تدل على أن مضمون البند ينطبق عليه دائماً. أما البنود العكسية للاختبار، فتصحح في الاتجاه العكسي؛ بمعنى إذا أجاب الفرد عن هذه البنود بوضع دائرة حول الأرقام (١ أو ٢ أو ٣ أو ٤ أو ٥)، فإنها تصحح بالترتيب في الاتجاه العكسي بحيث تصبح (٥ أو ٤ أو ٣ أو ٢ أو ١). والبنود العكسية للاختبار هي: (١، ٢، ٥، ١١، ١٢، ١٥، ١٦، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٥، ٢٨، ٣١، ٣٢، ٣٦، ٣٥). وتمثل درجة الفرد على الاختبار حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة حيث تبلغ النهاية العظمى على الاختبار ١٨٠ درجة.

وفيما يتعلق بصدق الاختبار، فإنه يتميز بصدق عاملي وصدق مضمون مرتفع؛ حيث قام مؤلفو الاختبار بتقدير صدقة من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (٢٤٦) فرداً (٩١ من الذكور، ١٥٥ من الإناث) متوسط أعمارهم (٣٣،٥) سنة وانحراف معياري (٢،٥) سنة (Fischer & Corcoran, 1994)، وفي دراسة عالية فاروق على عينة من طالبات الجامعة عن تمييز المقياس بثبات مرتفع؛ حيث بلغ ثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للاختبار ٩١ ، وكان ثباته بطريقة إعادة التطبيق للدرجة الكلية للاختبار ٧٩ .،.

وتم تعريف تقدير الذات إجرائياً بأنه: نظرة الفرد واتجاهه نحو ذاته وقدراته، وما ينجزه من مهام، مما يعكس تقسيم الفرد لذاته من حيث قيمة الذات، والكفاءة الاجتماعية، والقدرات العقلية، ومنها: القدرة على حل المشكلات، ويتشكل تقييم الفرد لذاته من خلال تفاعلاته مع الآخرين، وتعاملهم معه، والنجاح الذي يحققه، فتتكون صورته عن ذاته وتقديره لها وينعكس ذلك في سلوكه.

مقياس الكرب النفسي : أعدت المقياس هدي سعيد (٢٠١٧) ويتكون من ٦١ بنداً تقيس الكرب النفسي، وتتوزع البنود على أربعة مقاييس فرعية، هي القلق، والاكتئاب، والوساوس، والتعب المزمن. ويتضمن القلق ١٨ بنداً، هي: (١، ٥، ٩، ١٣، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٩، ٣٣، ٣٧، ٤١، ٤٥، ٤٨، ٥٢، ٥٤، ٥٦، ٥٨، ٦٠). ويشمل الاكتئاب ٢٠ بنداً، هي: (٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨، ٢٢، ٢٦،

= (٢١٢)؛ المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ =

٣٠، ٣٤، ٣٨، ٤٢، ٤٦، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٣، ٥٥، ٥٧، ٥٩، ٦١)، وتتضمن الوسواس ١٢
بنداً، هي: (٣، ٧، ١١، ١٥، ١٩، ٢٣، ٢٧، ٣١، ٣٥، ٣٩، ٤٣، ٤٧). أما التعب المزمن
فيتضمن ١١ بنداً، هي: (٤، ٨، ١٢، ١٦، ٢٠، ٢٤، ٢٨، ٣٢، ٣٦، ٤٠، ٤٤). ويتم تصحيح كل
بند على مقياس شدة يتكون من خمس نقاط ويتدرج من (١) لا ينطبق مطلقاً إلى (٥) ينطبق بدرجة
شديدة جداً. ولا توجد بنود عكسية. وتمثل أقصى درجة كلية على المقياس (٦٣ × ٥ = ٣١٥) درجة
بينما الحد الأدنى لدرجات المقياس فبلغت ٦٣ درجة. كما تم حساب الحد الأقصى للمقاييس
الفرعية، وبلغت ١٠٠ درجة للقلق، و ١٠٠ درجة للاكتئاب، و ٦٠ درجة للوسواس، و ٥٥ درجة
للتعب المزمن. أما الحد الأدنى لهذه المقاييس فكانت (٢٠، ٢٠، ١٢، ١١) للقلق، والاكتئاب،
والوسواس، والتعب المزمن على التوالي. وكانت النقاط التشخيصية الفاصلة للمقياس كالتالي: من
١ - ٧٨ كرب نفسي بسيط، ومن ٧٩ - ١٥٧ كرب نفسي متوسط، ومن ١٥٨ - ٢٣٦ كرب نفسي
شديد، ومن ٢٣٧ - ٣١٥ كرب نفسي شديد جداً.

وكشف المقياس عن ارتفاع معاملات صدقه وثباته. حيث كشفت نتيجة الدراسة التي أجرتها
هدى سعيد علي عينة مكونة من مجموعتين إحداهما من الأصحاء والاخرى من مرضي الشريان
التاجي، عن تميز المقياس بصدق الارتباطات بالمحك من خلاص ارتباطه بقائمة سبيلبيرجر للقلق
كحالة. كما كشف المقياس بالنسبة لعينة الأصحاء عن ارتفاع معاملات ثبات الدرجة الكلية بطريقتي
ألفا والقسمية النصفية؛ حيث بلغت (٩٨، ٧٥)، علي التوالي. وكشفت المقاييس الفرعية عن
ارتفاع معاملات ثباتها أيضاً، وتراوحت معاملات ثبات ألفا بين (٧١ - ٩٦)، وتراوحت
معاملات ثبات القسمية النصفية بين (٧٦ - ٨٥).

وعرفت الباحثة الكرب النفسي إجرائياً بأنه: تجربة إنفعالية غير سارة متعددة العوامل،
منها النفسية و الجسمية والسلوكية، ومنها الاجتماعية، وهي أكثر حدة من القلق والاكتئاب، وتنشأ
نتيجة لصعوبات يمر بها الفرد في حيات، ومنها الألم والتعب والمخاوف، فضلاً عن الهموم المعقدة
فيما يتعلق بالأموال المالية بشأن الأدوية.

مقياس التفكير في الانتحار: أعدت المقياس (نورهان رأفت، ٢٠٢٤) ويتكون مقياس التفكير
في الانتحار من (٦٠) بنداً، تعكس مدى وجود أفكار وتصورات انتحارية تتمثل في أفكار ترجح
قيام الفرد بإنهاء حياته، ووجود مشاعر انتحارية تتمثل في الشعور باليأس من الحياة، المقترن
بمشاعر الغضب أو الحزن من الظروف أو الآخرين، ووجود دوافع انتحارية تشير إلى بعض
العوامل التي قد تدفع الفرد نحو التفكير في الانتحار، وسلوكيات انتحارية تشير إلى قيام الفرد

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

بسلوكيات في اتجاه الاستعداد للانتحار، أو القيام بمحاولة انتحار فعلية". كما يتخلل بنود المقياس أربعة بنود عكسية، وأرقام هذه البنود هي: ٤، ١٣، ٤٣، ٤٩.

تتم الإجابة عن بنود المقياس من خلال الاختيار بين عدد من البدائل متدرجة الشدة بطريقة ليكرت، وهي: "لا ينطبق أبداً" يقابلها الدرجة (١)، "ينطبق نادراً"، يقابلها الدرجة (٢)، "ينطبق أحياناً" يقابلها الدرجة (٣)، "ينطبق غالباً" يقابلها الدرجة (٤)، "ينطبق دائماً" يقابلها الدرجة (٥). تتراوح الدرجة على المقياس بين (٦٠) و(٣٠٠)، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى التفكير في الانتحار لدى الفرد.

وعرفت الباحثة التفكير في الانتحار إجرائياً بأنه: أفكار وتصورات انتحارية تتمثل في أفكار ترجح قيام الفرد بإنهاء حياته، ووجود مشاعر انتحارية تتمثل في الشعور باليأس من الحياة، المقترن بمشاعر الغضب أو الحزن من الظروف أو الآخرين، ووجود دوافع انتحارية تشير إلى بعض العوامل التي قد تدفع الفرد نحو التفكير في الانتحار، وسلوكيات انتحارية تشير إلى قيام الفرد بسلوكيات في اتجاه الاستعداد للانتحار، أو القيام بمحاولة انتحار فعلية

الكفاءة السيكومترية للمقياس

قُدِّر صدق المقياس من خلال حساب الارتباط بمقياس التفكير الانتحاري إعداد: فايد (٢٠٠٨)، وجرى اختيار هذا المقياس باعتباره مقياس محكي بناءً على ما يلي: صغر حجم المقياس وقابلية البنود للفهم. إعداد هذا المقياس تم في البيئة المصرية، وتمتع بمؤشرات ثبات وصدق جيدة.

تم تطبيق المقاييس على عينة مكونة من (٩٠) طالباً وطالبة من طلاب جامعة القاهرة (٣٢) طالباً، و(٥٨) طالبة، أُخْتِير (٤٦) طالباً وطالبة من كلية الاقتصاد والعلوم السياسية (ممثلة للكليات النظرية)، و(٤٤) طالباً وطالبة من كلية العلوم (ممثلة للكليات العملية)، وتراوح المدى العمري لديهم بين (١٨-٢٣) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٠،٢٢) وانحراف معياري قدره (٢٠،٢٠)، وكانت معاملات صدق الارتباط بمحك خارجي مقبولة ومرضية وهي ٠،٨٩٦. بين المقاييس.

وتم تقدير ثبات الأداء على المقياس من خلال حساب الارتباط بين مرتي التطبيق، بفارق زمني تراوح بين (٧) و(١٠) أيام، على عينة مكونة من (٧٥) طالباً وطالبة من طلاب جامعة القاهرة (٣٥) طالباً، و(٤٠) طالبة، تم اختيار (٥٢) طالباً وطالبة من كلية الآداب (ممثلة للكليات النظرية)، و(٢٣) طالباً وطالبة من كلية العلاج الطبيعي (ممثلة للكليات العملية)، وتراوح المدى العمري لديهم بين (١٧-٢١) سنة، بمتوسط عمري قدره (١٨،٧٤) وانحراف معياري قدره (٠،٨٣)، وكانت

أ.م. د / إيمان رمضان بشير. معاملات الثبات مقبولة ومُرضية، وهي ٠,٨٣٤، بطريقة إعادة التطبيق، ٠,٩٥٩، بطريقة القسمة النصفية، ٠,٩٧١، بطريقة ألفا كرونباخ (رأفت، ٢٠٢٤).

الثبات للأدوات في البحث الراهن

طريقة إعادة الاختبار : تم تطبيق أدوات البحث ثم إعادة تطبيقها بفواصل زمني تراوح بين (أسبوع وأسبوعين). وذلك على عينة مكونة من (٧) مريضات، وتراوح المدى العمري لديهم بين (٢١ - ٤٢ سنة)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (٢٤,٣١±٨)، كما تراوحت سنوات التعليم بين (١٢ - ١٧ سنة)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (٤,٤±٢,٣)، وتراوحت مدة المرض بين (١ - ٧ سنوات)، بمتوسط وانحراف معياري قدره (١,٣±٢,٥). ويوضح جدول (١) معاملات ثبات الأدوات.

طريقة القسمة النصفية : أسلوب إعادة الاختبار ثبات الأداء عبر فترة زمنية، وما يحدث خلالها وما تحفل به من عوامل؛ أما القسمة النصفية تُعدُّ تقديراً لثبات الأداء على الاختبار رغم اختلاف المضمون على امتداد الاختبار كله. تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الاختبار المطلوب تعيين معامل ثباته إلى نصفين متكافئين. ويوضح جدول (١) معاملات الثبات لاستخبارات البحث بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون.

طريقة ألفا كرونباخ: قدم كرونباخ معادلة ألفا بحيث تخدم المنطق العام لثبات الاختبار، ويمكن تطبيق هذه المعادلة سواء كانت أجزاء الاختبار نصفين أو كان الاختبار متعدد البنود .

جدول (١) نتائج حساب الثبات بكل من طريقة إعادة التطبيق، والقسمة النصفية، وألفا

كرونباخ

معامل ألفا لعينة الثبات (ن=٧)	معامل الارتباط بين نصفي الاختبار (ن=٧)	قيمة معامل الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق (ن=٧)	الاستخبار
,٨٦	,٧٩	,٩٣	صورة الجسم
,٨٧	,٨٥	,٨١	تقدير الذات
,٩٦	,٩١	,٦٥	الكرب النفسي
,٩٦	,٩٢	,٨٩	التفكير في الانتحار

نستخلص من العرض السابق لحساب معاملات الثبات لاستخبارات الدراسة بالأساليب سابقة الذكر تمتع الاستخبارات بثبات مرتفع.

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

إجراءات التطبيق: أُجريت جلسات التطبيق مع المرضى بعد تشخيصهم طبيًا بأنهم الذئبة الحمراء، وتم التطبيق بشكل فردي. وتبدأ الجلسة باستقبال المريض، وتسجيل بياناته الأساسية الديموجرافية، وبياناته الصحية مثل طبيعة شكاواه من المرض وبدء الإصابة به، وطبيعة العلاجات التي قُدمت له من الأطباء.

وتمت إجراءات التطبيق كل علي حدة وفق نظام محدد وثابت يبدأ بملاً بنود استمارة البيانات الأساسية ويتبعها تطبيق اختبار صورة الجسم، ثم تقدير الذات، يليه مقياس الكرب النفسي وانتهاءً بمقياس التفكير في الانتحار. ثم إتاحة الوقت الكافي للمريض للأداء علي الاختبارات، وكان الوقت المستغرق في الإجابة عن البطارية إجمالاً يتراوح بين (٣٥-٤٥) دقيقة.

أساليب التحليلات الإحصائية: تم استخدام أساليب التحليل الإحصائي المناسبة لأهداف البحث الراهن بعد إجراء الإحصاءات الوصفية للبيانات (المتوسطات، الانحرافات المعيارية) واشتملت بشكل أساسي على:

- معاملات الارتباط الخطي لبيرسون
- معاملات الانحدار البسيط
- معاملات الانحدار المتعدد

عرض النتائج ومناقشتها

يهتم القسم الحالي بعرض التحليلات الإحصائية التي تم إجراؤها على بيانات البحث ، وما تشير إليه هذه النتائج من دلالات. ولقد مرّت مرحلة تحليل البيانات بسلسلة من الخطوات التحضيرية التي أتت قبل الشروع في إجراء التحليلات الوصفية، أو اختبار الفروض، وتمثلت هذه الخطوات في إدخال البيانات -مروراً بمراجعتها- وتلخيص البيانات، وانتهاءً باستكشاف طبيعة البيانات. وتقع نتائج البحث الراهن في عدد من المحاور بما يتسق مع أسئلة الدراسة وفروضها، و يساعد في التحقق من فروض الدراسة، وذلك على النحو التالي:

المحور الأول: يتضمن عرض نتائج معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين المتغيرات محل الاهتمام الراهن.

المحور الثاني: يتضمن عرض نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط؛ وذلك للوقوف على الإسهام النسبي لمتغيرات الدراسة على حدة (صورة الجسم، وتقدير الذات، والكرب النفسي).

المحور الثالث: يتضمن عرض نتائج تحليل الانحدار المتعدد؛ وذلك للتحقق من الإسهام النسبي

أ.م. د / إيمان رمضان بشير. **المتغيرات الدراسية (صورة الجسم، وتقدير الذات، والكرب النفسي) - في حالة تفاعلها- في التنبؤ بالتفكير في الانتحار .**

نتائج المحور الأول: معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين متغيرات البحث.

يُعد الانحدار امتداداً للارتباط بين متغيرين، ونتيجة الانحدار هي معادلة تمثل أفضل تقدير للمتغير التابع من عدة متغيرات مستقلة، ويستخدم تحليل الانحدار عندما تكون المتغيرات المستقلة مرتبطة بعضها ببعض، وبالمتغير التابع، ولذلك تم إجراء معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين المتغيرات محل الاهتمام الراهن كخطوة مبدئية لإجراء تحليل الانحدار.

جدول (٢) معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين المتغيرات محل الاهتمام الراهن (صورة الجسم، تقدير الذات، الكرب النفسي).

المتغيرات	صورة الجسم	تقدير الذات	الكرب النفسي	بُعد القلق	بُعد الاكتئاب	بُعد الوسواس	بُعد التعب	التفكير في الانتحار
صورة الجسم	١	**٠,٧١٨	-**٠,٥٦٥	-**٠,٥٠١	-**٠,٦٤٢	-**٠,٥٢٨	-**٠,٣٩٩	-**٠,٦٤٣
تقدير الذات		١	-**٠,٥٧٣	-**٠,٥٧٨	-**٠,٦٢٧	-**٠,٤٦٥	-**٠,٤٠٦	-**٠,٦٥٢
الكرب النفسي			١	**٠,٩٥	**٠,٩٧	**٠,٩١	**٠,٨٩	**٠,٧٣٩
بُعد القلق				١	**٠,٩١	**٠,٧٧	**٠,٨١	**٠,٧١١
بُعد الاكتئاب					١	**٠,٨٤٤	**٠,٨٤١	**٠,٧٤٩
بُعد الوسواس						١	**٠,٨٤١	**٠,٦٣٩
بُعد التعب							١	**٠,٥٠١
التفكير في الانتحار								١

* دال عند ٠.٥ ، ** دال عند ٠.٠١

نتائج المحور الثاني: عرض نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط

جدول (٣) عرض نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط؛ وذلك للوقوف على الإسهام النسبي

لمتغيرات البحث كل على حدة (صورة الجسم، تقدير الذات، الكرب النفسي).

المتغير المنبئ	المتغير المتنبأ به	معامل الانحدار B	قيمة ت	الدلالة	معامل التحديد R2	قيمة ف	الدلالة
صورة الجسم	التفكير في الانتحار	-١,٤٤٨	٨,٣٦	٠,٠٠١	,٤١٤	٢٢,٥٨	٠,٠٠١
		-١,١١	٨,٨٨	٠,٠٠١	,٤٣	٢٢,٩٧	٠,٠٠١
		,٧١	-١٠,٧٤	٠,٠٠١	,٥٥	٣٨,٤٢	٠,٠٠١

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

نستخلص من العرض السابق أن متغير صورة الجسم يسهم بنسبة ٤١% من التنبؤ في التفكير في الانتحار؛ بينما يسهم متغير تقدير الذات ٤٣% من التغير في حجم التفكير في الانتحار، ويسهم الكرب النفسي بنسبة ٥٥% في التفكير في الانتحار.

نتائج المحور الثالث: عرض نتائج تحليل الانحدار للمتعدد

جدول (٤) عرض نتائج تحليل الانحدار للمتعدد؛ وذلك للوقوف على الإسهام النسبي لمغيرات

البحث متفاعلة (صورة الجسم، تقدير الذات، الكرب النفسي).

المتغيرات المنبئة	المتغير المتنبأ به	معامل الانحدار B	قيمة ت	الدلالة	معامل التحديد R2	قيمة ف	الدلالة
صورة الجسم	التفكير في الانتحار	٦٢,٥٥	١,٤٣	,٠٠١	,٧٢	٢٤,١	,٠٠٠١
تقدير الذات							
الكرب النفسي							

تكشف نتائج جدول (٤) عن إسهام النموذج المكون من (صورة الجسم، تقدير الذات، و الكرب النفسي) في التفكير في الانتحار، وذلك بنسبة ٧٢% من التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

مناقشة النتائج

عرضنا في القسم السابق نتائج الدراسة الراهنة في صورتها الإحصائية؛ بعد خضوع بيانات الدراسة لأساليب التحليل الإحصائي المناسبة، ثم ننقل من ذلك إلى الخطوة التالية وهي مناقشة هذه النتائج بالبداية في استخلاص المعاني المباشرة لها في ضوء كل فرض علي حدة، ثم محاولة استخلاص دلالات هذه النتائج أو معانيها الأوسع نطاقاً، في إطار ما أتت به نتائج الدراسات السابقة ثم التوصيات، وذلك على النحو التالي:

فيما يتعلق بالفرض الرئيس: يسهم كل من صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. أوضحت نتائج التحليل الإحصائي إسهام جميع المتغيرات إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

الفرض الفرعي الأول فيما يتعلق بافتراض البحث الفرعي الأول، الذي ينص علي:

توجد علاقات ارتباطية دالة وجوهرية بين صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي والتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

أسفرت نتائج معاملات الارتباط عن وجود علاقة موجبة دالة وجوهرية بين صورة الجسم وتقدير الذات لدي المريضات، ووجود علاقة عكسية بين صورة الجسم والكره النفسي، ووجود علاقة عكسية دالة وجوهرية بين تقدير الذات والتفكير في الانتحار، ووجود علاقة عكسية دالة وجوهرية بين صورة الجسم والتفكير في الانتحار، ووجود علاقة موجبة دالة وجوهرية بين الكره النفسي والتفكير في الانتحار.

الفرض الفرعي الثاني

فيما يتعلق بافتراض الدراسة الفرعي الثاني، والذي ينص علي: تُسهم صورة الجسم إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. تدعم نتائج التحليل الإحصائي للبيانات صحة هذا الفرض، ويُشير ذلك إلى أن متغير صورة الجسم يُسهم إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

الفرض الفرعي الثالث

فيما يتعلق بافتراض الدراسة الفرعي الثالث، والذي ينص علي: يُسهم تقدير الذات إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. تدعم نتائج التحليل الإحصائي للبيانات صحة هذا الفرض، ويُشير ذلك إلى أن متغير تقدير الذات يُسهم إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

الفرض الفرعي الرابع

فيما يتعلق بافتراض الدراسة الفرعي الرابع، والذي ينص علي: يُسهم الكره النفسي إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. تدعم نتائج التحليل الإحصائي للبيانات صحة هذا الفرض، ويُشير ذلك إلى أن متغير الكره النفسي يُسهم إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

الفرض الفرعي الخامس

فيما يتعلق بافتراض الدراسة الفرعي الخامس، والذي ينص علي: يُسهم التفاعل بين صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء. تدعم نتائج التحليل الإحصائي للبيانات صحة هذا الفرض، ويُشير ذلك إلى: أسهمت كل من صورة الجسم، وتقدير الذات والكره النفسي متفاعله إسهاماً دالاً في التنبؤ بالتفكير في الانتحار

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

لدي مريضات الذئبة الحمراء.

وفي سياق البحث عن مدى اتفاق النتائج السابقة أو اختلافها مع نتائج الدراسات السابقة؛ فقد وجدنا مؤشرات لاتفاق هذه النتائج- جزئياً- نظراً لاهتمام الباحثين في التراث البحثي السابق بالدراسات لأستكشافية التي تهتم بفحص طبيعة صورة الجسم، وتقدير الذات والكره النفسي، والبحث عن نسب انتشار الأفكار الانتحارية عند المرضى، أكثر من كونهم يهتمون بدراسة بالعلاقات بين المتغيرات أو القدرة التنبؤية. كما أجريت غالبية أبحاث صورة الجسم علي طلاب الجامعات، أو الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الأكل، وهناك ندرة في الأدبيات حول آثار صورة الجسم السيئة علي المرض والأمراض المزمنة بشكل عام.

حيث توصلت الدراسات التي أهتمت بفحص صورة الجسم لدي مريضات الذئبة الحمراء إلي أن المريضات كانت لديهن صورة سلبية عن أجسامهن كما في دراسة دراسة جولي وزملاءه (Jolly et al, 2012) التي أهتمت بفحص صورة الجسم لدي مريضات الذئبة الحمراء مقارنة بالصحيحات، وتوصلت نتائجها إلي أن صورة الجسم لدي المرضات أسوء بكثير مقارنة بالصحيحات، كما ارتبطت صورة الجسم السيئة بالأضرار الجلدية وأعراض الثعلبة والندبات الجلدية، وارتبطت صورة الجسم السيئة أيضاً بانخفاض نوعية الحياة لديهن، كما أوصي الباحثون بمزيد من الدراسات لفحص صورة الجسم حيث أن الادبيات المتاحة لدراسة صورة الجسم لدي مريضات الذئبة الحمراء قليلة.

وتوصلت دراسة هال وزملاءه (Hale, Radvanski & Hassett, 2015)، التي أهتمت بدراسة العلاقات بين صورة الجسم، وصورة الذات، والألتزام بالدواء لدي مرضي الذئبة الحمراء، إلي : كشفت الروايات عن عدم رضا كبير عن صورة الجسد خارجياً، كما كانت هناك مخاوف بشأن المظهر والوزن هي الأكثر شيوعاً، وكان هناك عدم إمتثال لتناول الأدوية بشكل مكرر بين الحالات، وعدم إمتثال للنصح الطبي، وبالتالي يعد صورة الجسد وصورة الذات من الموضوعات التي تحتاج لمزيد من البحث لدي مرضي الذئبة الحمراء.

ودراسة خولازيداه وزملاءه (Gholizadeh et al , 2019) التي أهتمت بدراسة دور صورة الجسم في توسط العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والألم لدي مريضات الذئبة الحمراء. توصلت نتائج الدراسة إلي أن ما يقرب من ٢٥% من حجم العينة لديهم اعراض اكتئابية مرتفعة، وأن نوعية الحياة المرتبطة بصورة الجسم تتوسط العلاقة بين الألم والاكتئاب لدي المريضات.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إلي نتائج البحث الراهن، فصورة الجسم بالمعني الأوسع

=(٢٢٠)؛ الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥

تصف كيف ينظر الشخص إلي جسده بصرف النظر عن مظهره الفعلي، وهذا يشمل التصورات والأفكار والكفاءة فيما يتعلق بالجسم من حيث الوزن والجماليات. وتتأثر صورة الجسم بصحته الفرد العامة، وتم إجراء كثير من الأبحاث علي وجه التحديد مريضات اضطرابات الأكل، ومرضي السرطان، وأظهرت نتائجها أن صورة الجسم السيئة تؤثر سلباً علي نوعية الحياة (Auunziata, Giovanni& Muzzatti, 2012، كما أظهرت دراسات أخرى أن النساء أكثر عرضة من الرجال للتأثر بمخاوف صورة الجسم (Pruzinsky& Cash, 2002) .

ومن المعروف أن الذئبة الحمراء هو مرض مناعي ذاتي مزمن متعدد الأجهزة، وينتشر بشكل كبير بين الشباب، وهناك مظاهر جسدية كثيرة للمرض كالتفح الجلدي وخصوصاً علي الوجه، والتعلبة، وفقدان الأسنان، وتساقط الشعر، والآثار السلبية لاستخدام الأدوية كعلامات التمدد أو زيادة الوزن، وحب الشباب، بالإضافة إلي مشكلات صحية أخرى كوظيفة النوم، والألم، والتعب، والاكنتاب، والتي تسهم جميعاً في ضعف صورة الجسم لديهن، وبالتالي هناك قيمة كبيرة لدراسة صورة الجسم لدي هؤلاء المرضي، ومع ذلك توجد دراسات قليلة جداً حول صورة الجسم لدي هذه النوعية من المرضي، حيث كان الأهتمام الأكبر في البحوث إلي فهم الأسباب الكامنة حول المرض، وتقويم الخيارات العلاجية للذئبة الحمراء.

ونظراً لأن المرضي غالباً ما يكونوا صغاراً في السن، فقد لا يمتلكون مهارات التعايش مع المرض، أو الدعم الكافي، أو الموارد المالية الكافية للتعامل مع المرض، وبالتالي فهم يعتبرون أن التغيرات في المظهر حاجة غير مُلباة، كل هذه العوامل يمكن أن تتجلي في صورة جسم سيئة، كما توصلنا من خلال الحديث مع بعض المريضات وفحص بنود مقياس صورة الجسم، فهم لا يهتمون بمظهرهن، ولا يحبون مظهرهن الحالي بعد الإصابة بالمرض، ويشعرون بعدم الرضا عن أجسامهن، وملامح وجوهن، ولون البشرة، ويستخدمن بعض أدوات التجميل لإخفاء عيوب الوجه قبل الخروج من المنزل، ولديهن مخاوف فيما يتعلق بزيادة الوزن خصوصاً أن الغالبية منهن يتناولون عقار الكورتيزون، ودائماً ما يرتدون ملابس واسعة كي تخفي عيوب هيئة الجسد، وغير راضين عن كثافة الشعر، نظراً لأنه يتساقط نتيجة للمرض. وهذا ما أكدته بعض نتائج البحوث مثل هل وزملاؤه (Hale et al , 2014) حيث أوضح أن مع بداية المرض المزمن تتغير وظائف الجسم وقد لا تعود إلي طبيعتها الأولى، و تشمل التغيرات في المظهر تورم المفاصل، والتعلبة، والطفح الجلدي في أجزاء مختلفة من الجسم، وتغيرات في الوزن ترجع إلي الاستخدام المكثف للستيرويدات. أو بسبب الندبات في الجلد أو التشوهات، أو القصبية الهوائية التي تصبح أكثر بروزاً عند فقدان الوزن (Gholyzadeh et al , 2019; Gilony et al, 2005)، وعندما تحدث هذه

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

التغيرات، كلما زاد إحتمال اعتبارها تهديداً لصورة الجسم (deMoor et al, 2000). ويتدني لديهم تقديرهم لذواتهم بشكل كبير عندما يقومون بتقييم ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم المتوقع مع مرضهم المزمن.

وفي سياق البحث عن أوجه الإتفاق بين نتائج البحث الحالي مع نتائج البحوث السابقة فيما يتعلق بتقدير الذات لدي المريضات، أتفقت نتائج العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات مع نتائج دراسة زهاو وزملاءه (Zhao et al , 2018) ، التي أهتمت بفحص العلاقات الارتباطية بين الحالة النفسية ونوعية الحياة و تقدير الذات واضطراب صورة الجسم والمساندة الاجتماعية لدي مرضات الذئبة الحمراء. أوضحت نتائجها إلي أن (١٨،٣%) لديهم أعراض القلق ، وانخفاض في تقدير الذات وصورة جسم سلبية نتيجة لطفح الجلدي، ومستويات مرتفعة من الاكتئاب، كما أوضح نتائج الارتباطات وجود ارتباطات بين نشاط المرض وصورة الجسم وانخفاض تقدير الذات.

و اتفقت بشكل جزئي مع دراسة زامورا- راکازا (Zamora- Racaza et al, 2018) التي أهتمت بفحص العلاقات بين القلق والاكتئاب وتقدير الذات والتفاؤل ، واستراتيجيات المواجهة، والمساندة الاجتماعية، لدي عينة من الفلبين والمكسيك من مرضي الذئبة الحمراء. التي توصلت نتائجها إلي وجود انخفاض عام لدي كل العينتين في درجات تقدير الذات، وارتفاع معدلات القلق، وكان الاكتئاب أعلى في عينة الذئبة الحمراء الفلبينية، وانخفاض التفاؤل والمساندة الاجتماعية لدي المجموعتين، وهذا يؤدي إلي الشعور بالكرب لدي العينتين، وزيادة الشعور بعبء المرض، كما ارتبط تقدير الذات المنخفض والقلق بانخفاض التفاؤل والتعايش مع المرض.

واتفقت مع دراسة مارينجو- رودريجويز وزملاؤه (Marengo-Rodriguez et al (2023) التي هدفت لفحص تقدير الذات كمدد للوظيفة الجنسية، والعلاقة بين تقدير الذات وصورة الجسم والوظيفة الجنسية، لدي مرضي الذئبة الحمراء، توصلت نتائج الدراسة أن الوظيفة الجنسية ارتبطت بانخفاض تقدير الذات، كما ارتبط تقدير الذات المنخفض بانخفاض الرضا عن صورة الجسم، والمثير للدهشة أن درجات الارتباط بين عينة الذكور كانت أعلى من الإناث، كما اوضحت نتائج تحليل الانحدار المتعدد أن العمر وتقدير الذات عوامل خطورة بالنسبة لانخفاض في الوظيفة الجنسية.

ويُعد تقدير الذات تقييم ذاتي عام، وثيق الصلة بأفكار الفرد وانفعالاته، وسلوكه في الحاضر والمستقبل، وفي أغلب الأمراض المناعية، وخصوصاً أمراض الروماتويد والذئبة الحمراء، يعد التعايش مع المرض جانباً مهماً في حياة المرضى، والتأثير علي تقدير الذات شائع بين غالبية

المرضي، ويُظهر المرضي البالغون مستويات متدنية من تقدير الذات، سواء فيما يتعلق بتقدير الذات من حيث الجسم المظهر، وتقدير الذات الاجتماعي (Leon, Clemente, Heredia & Abasolo,2024).

وتعتبر مخاوف صورة الجسم مهمة لتقدير الذات، حيث يرتبط عدم الرضا عن الجسم بالكرب النفسي وانخفاض الشعور بقيمة الذات، فقد توصلت نتائج دراسة مشابهة أهتمت بفحص العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى مريضات الروماتويد أن النساء المصابات بالتهاب المفاصل الروماتويدي لديهن تقدير ذات متدني وعدم رضا كبير عن صورة الجسم مقارنة بالنساء الأصحاء.

ولا يُعرف الكثير عن كيفية تأثير الأمراض المناعية علي هذه المجالات لدي المرضي، علي الرغم من أن دراسات أخرى أشارت إلي تأثيره نتيجة للمرض في الحالات الصحية التي تُسبب تغيرات في المظهر، وخاصة في المناطق المرئية للغاية والمهمة اجتماعياً، كما يُمثلها صورة الجسم وتقدير الذات. ومع ذلك، ليس من الواضح ما إذا كان هو الحال في جميع الأمراض المزمنة أم لا؛ حيث كان لدي المرضي المصابين بالربو في دراسة سابقة تقدير ذاتي منخفض لدي المرضي، وفي دراسة أخرى تقدير ذاتي مرتفع لدي مرضي السكري، مما يُشير إلي ان تقدير الذات لا يرتبط دائماً بتقييم سلبي في وجود مرض مزمن (Leon, Clemente, Heredia & Abasolo,2024).

وفي إطار البحث الراهن أشارت النتائج إلي أن المريضات لديهن تقدير ذاتي متدني، حيث كان لديهن تقييم ذاتي لأدائهن في القيام بالأعمال أقل من غيرهن الصحيحات، وهناك احتمالية كبيرة للفشل فيها إذا قاموا بأدائها، وتدني الثقة في قدرتهم علي التعامل مع الآخرين - نظراً للترابط بين تقدير الذات وصورة أجسامهن السلبية - ، كما يشعرون بعدم الكفاءة، كما كانت منهن لا يتقون في قدراتهم في القيام بعلاقات اجتماعية جديدة- الجانب الاجتماعي لتقدير الذات-، وتدني التقييم الذاتي لأنفسهم لما يمتلكونه من مهارات تساعد علي التعايش مع المرض، فلا يستطيعون الاعتماد علي أنفسهم في كثير من الأحيان، وبحاجة للدعم الاجتماعي، وهو ما يشكل لديهن أنهم أصبحوا عبء علي الآخرين. ويتمنون لو كانوا شخص آخر، غير الشخص الذي هم عليه الآن.

وفي سياق تفسير النتائج فيما يتعلق بالكرب النفسي لدي المريضات، فهناك اتفاق بين نتائج البحث الحالي، ونتائج بحوث أخرى جزئياً، ومنها دراسة وارد و ماركس وباري (Ward, Marx & Barry, 2002) التي أهتمت بدور الكرب النفسي في زيادة نشاط مرض الذئبة الحمراء توصلت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات عن ارتباط التغيرات في مستوى الاكتئاب والقلق والتعب بشكل إيجابي مع مستويات نشاط الذئبة الحمراء.

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

و دراسة كوزورا وزملاؤه (Kozora et al, 2005) التي هدفت إلى فحص العمليات النفسية لدى مرضي الذئبة الحمراء ومرضي التهاب المفاصل الروماتويدي، ومعرفة الفروق بينهم في المشقة وأساليب مواجهتها، والمساندة الاجتماعية والكرب النفسي. وأوضحت نتائجها إلى أن مجموعة مرضي الذئبة الحمراء كان الأداء النفسي متدني مقارنة بمجموعة مرضي التهاب المفاصل الروماتويدي، وأعراض اكتئابية أكثر لديهم، كما ارتبطت أساليب مواجهة المشقة بزيادة الكرب النفسي. و اوضحت نتائج الدراسة أن للمساندة الاجتماعية لدى مجموعات المرضي لها دور واضح في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المرتبطة بالمرض. ووجد علاقة بين الاكتئاب وأسلوب المواجهة التجنبي.

كما توصلت نتائج دراسة نيشومورا وزملاءه (Nishimura , et al , 2015) لنتائج مشابهة التي هدفت إلى فحص الكرب النفسي لدى مرضي الذئبة الحمراء الذين عولجوا بالكورتيكوستيرويدات مقارنة بالأصحاء، توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروق جوهرية بين الأصحاء والمرضي في الكرب النفسي خصوصاً علي بُعدي الاكتئاب ثم القلق. كما أشارت بعض الدراسات أن متغير الكرب النفسي لا يزال في حاجة لمزيد من البحث حيث أن العلاقة بينه وبين الذئبة الحمراء غير واضحة حتي الآن فقد تكون ناتجة عن المرض، أو عن تناول بعض الأدوية التي تستخدم لعلاجها (Nishimura , et al , 2015) .

وهذا يتسق مع تفسير نموذج المشقة - الكرب، الذي يفترض أن السمات المميزة للكرب النفسي هي التعرض لأحداث حياتية مؤثرة للمشقة ونجدها متمثلة في الإصابة بالذئبة الحمراء، يترتب عليها تهديد للصحة الجسمية والنفسية للفرد، مع عدم القدرة علي مواجهتها والتعامل معها بفاعلية، مما ينتج عنها الأعراض الانفعالية كالقلق والاكتئاب ، كما افترضوا أن الكرب يخفي باختفاء مصدر الأحداث المؤثرة للمشقة؛ لكن شعور المريضات مستمر نظراً لطبيعة المرض المزمنة.

يأتي غالباً مرضي الذئبة الحمراء في وقت يحاول فيه المرضي بشكل عام الاستقرار في الحياة البالغة - لأنه يأتي في سن الشباب- ، في الوقت الذي يتدربون فيه علي القيام بوظائفهم وواجباتهم الاجتماعية، والتفكير في إنجاب أطفال، وفجأة يرون أنفسهم يحتاجون معظم الوقت إلي الذهاب للطبيب، وتناول الأدوية ببقية حياتهم. والقلق والتعب والألم وقلة النوم والاكتئاب كلها أعراض شائعة بين المريضات، وهو ما يمثل أبعاد الكرب النفسي، وبما أن المرض يُغير مظهر الجسم الذي يرتبط به تقييم للذات منخفض، يترتب عليه زيادة شعور المريضة بالكرب النفسي.

فعندما تشعر المريضة بالنظرة السيئة والسلبية تجاه الجسد، تتزايد معه فقدان الثقة في القدرة

=(٢٢٤)؛ المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥

علي القيام بالأشياء الطبيعية، وقد يؤدي إلي مخاوف من الحكم عليها، الذي يترتب عليها العزلة الاجتماعية، كما يزيد كل ذلك الكرب النفسي، وخصوصاً القلق والاكتئاب، ففي دراسة أجراها جونز و كيمبل (Jones & Kimble, 2023) أن مشكلات صورة الجسم يمكن أن تؤدي إلي تفاقم في أعراض الاكتئاب والقلق لدي المريضات. و الشعور بالارهاق والتعب الشديد، والألم ، وانخفاض في نوعية حياة المرضى (Gholizadeh et al , 2019).

وفي نتائج البحث الراهن توصلت نتائج تحليل البيانات إلي أن معظم المريضات لديهن شعور بالعصبية والتوتر والاستثارة والخوف، والغضب، وانخفاض الطاقة، والدوار والدوخة، والشعور بالتعب الشديد، وهذا يؤخرهن علي القيام بواجباتهن والمسؤوليات التي علي عاتقهن، ونوبات من المزاج المتعكر لا يستطيعون السيطرة عليه، والشعور بالحزن، والأفكار غير السارة المرتبطة بالمرض، والشعور بالعزلة والوحدة، وهذه يترتب عليه الاحباط والشعور باليأس الشديد فيما يتعلق بمستقبل مرضهن، والشعور بالإشفاق علي النفس بسبب التعب، ونوم مضطرب، ونوبات بكاء متكررة.

وتظل الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق من بين الشكاوي الأكثر شيوعاً لدي مرضي الذئبة الحمراء، ولا تقتصر علي الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض؛ ولكن هناك أيضاً عواقب سلبية محتملة لهذه المظاهر علي حياة المريض، مثل انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي المرضى، وما يترتب عليه من أفكار في الانتحار، فتتضافر صورة الجسم السلبية مع تقدير الذات والكرب النفسي بأبعاده المختلفة في التنبؤ بخطر الانتحار بين هؤلاء المرضى.

وتتفق نتائج البحث الراهن فيما يتعلق بالتنبؤات المحتملة لمتغيرات البحث بالتفكير في الانتحار مع ما توصلت إليه بعض نتائج البحوث مثل دراسة إكس وزملاءه (Xie et al , 2012) التي اهتمت بفحص التفكير في الانتحار والعوامل المهيئة له لدي مرضي الذئبة الحمراء. وتوصلت نتائج التحليل الإحصائي عن أن التفكير الزائد والاكتئاب مؤشرين للتفكير في الانتحار، كما كان هناك دور واضح للمعتقدات الدينية، ودور الأسرة، والاعباء المالية والطلاق والانفصال كانت لها دور واضح في التفكير في الانتحار.

ودراسة موك وزملاءه (Mok, Chan, Cheung & Yip, 2013) التي هدفت إلي معرفة مدي حدوث التفكير في الانتحار لدي مرضي الذئبة الحمراء وعوامل الخطورة المرتبطة به لدي مجموعة من مريضات الذئبة الحمراء توصلت نتائج الدراسة إلي أن (٤٤) من المريضات لديهم أفكار انتحارية، وكان لديهم تاريخ سابق من الاضطرابات النفسية ومرتفعين علي مقياس

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

المستشفي للقلق والاكتئاب، فضلاً عن تعرضهم لأحداث حياتية مثيرة للمشقة في الشهر السابق عن التقييم، ويعانون من أعراض قلبية ناتجة عن المرض واضطرابات في الأوعية الدموية.

كما تتفق مع دراسة بوجي وزملاءه (Buji et al, 2018) إلي مدي أنتشار التفكير في الانتحار بين مريضات الذئبة الحمراء. توصل الباحثون لوجود تفكير في الانتحار لدي ٢٥% من المريضات، بغض النظر عن العمر ومستوي التعليم والحالة المهنية ومدة المرض، وارتبط التفكير في الانتحار بمستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق والاستئارة. وأوصي الباحثون بمزيد من البحث والدراسة للأفكار الانتحارية بين مرضي الذئبة الحمراء وتوفير الخطط العلاجية النفسية والعصبية لهم.

وفي البحث الرهن كان التفكير في الانتحار موجود عند معظم المريضات، ودوافع ومشاعر انتحارية، ومن المرجح أن يكون مرتبطاً بالمشاعر الاكتئابية والقلق واليأس، والوضع الاقتصادي المنخفض والأعباء المالية المرتبطة بالمرض، حيث عبر بعض المريضات عن التفكير في إنهاء حياتهن، وأن المحيطين بهن سيكونوا في حال أفضل من ذلك إذا انهوا حياتهن، كما كان لديهن رغبة ودافع في الموت، وبعض منهن يبحثون عن طريقة جادة للانتحار، فالموت هو الراحة بالنسبة لهن من التعب الجسمي والنفسي الذين يعانون منه، ويشعرون بالعجز عن القيام بالمسؤوليات، ولديهن شعور بالفشل، والخوف من المستقبل، وأن المستقبل مظلم بالنسبة لهن، كما مر عدد قليل منهن بتجربة بعض أدوات معينة بهدف الانتحار، ويكرهون الحياة، وترادهم افكار عديدة عن كيفية القيام بالانتحار. ومن أمثلة ما عبرت عنه بعض المريضات :

" أنا لم أفكر فقط في الانتحار، بل لدي شعور بالغضب الشديد، والإحباط، خاصة عند عجزني عن قيامي ببعض الأمور العادية، وكثيراً ما يراودني سؤال، لماذا أنا؟ كيف وجدني هذا المرض؟ كيف أستطيع استكمال بقية حياتي أعاني من تلك الآلام؟ كيف أستطيع أن أكمل باقي حياتي وأنا اشرب كميات هائلة من الأدوية يومياً؟ هل سأستطيع الزواج والانجاب كأى أم عادية؟ هل سأستطيع القيام بكل واجباتي تجاه زوجي زاولادي؟ ولكن لعله ابتلاء لاختبار الصبر وقوتي وإيماني وتخفيف من الذنوب"

كما عبرت أخرى بالآتي:

" أنا لا أريد الانتحار فقط، أنا اشعر بالعجز لأن المرض لا يسمح لي بأداء حياتي بشكل صحيح ولدي طفلة تحتاج اهتمام، لذلك انا محبطة من أوجاعي التي تشكل عائق كبير ولا أستطيع

وهذا ما يُفسره نظرية الانتحار ذات الخطوات الثلاثة فإذا شعر الفرد بالألم فقد يبدأ في التفكير في الانتحار، ويمكن أن يكون هذا الألم وجدانياً أو جسدياً أو كليهما، وبغض النظر عن مصدر الألم الذي يتوقف على وجهة نظر الفرد لما يمكن تحمله، فقد يتمثل الألم في وفاة أحد أفراد الأسرة أو نهاية علاقة مهمة أو المرض أو المشكلات المالية أو فقدان الوظيفة أو الشعور بعدم السعادة أو غياب الهدف أو ضغوط أخرى.

نستخلص من العرض السابق، وجود علاقات دالة وجوهرية بين المتغيرات محل الاهتمام البحثي وهي صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي، كما تُسهم المتغيرات منفردة و متفاعلة في التنبؤ بالتفكير في الانتحار لدي مريضات الذئبة الحمراء.

التوصيات:

- تقديم برامج توعية لمرض الذئبة الحمراء والتأثيرات النفسية والجسمية المصاحبة للمرض.
- تقديم دورات إرشادية لأسر المرضى، لفهم طبيعة الأعراض وتقديم الدعم المناسب لعضو الأسرة المصاب بالذئبة الحمراء.
- توفير مراكز للدعم النفسي في كافة المؤسسات الصحية، للاكتشاف المبكر للمؤشرات المنبئة بالتفكير في الانتحار لدى المرضى، وتقديم المساعدة النفسية لهم.
- تقديم محاضرات وندوات في مختلف المؤسسات للتوعية بخطورة التفكير في الانتحار.
- تصميم برامج علاجية مناسبة للمتغيرات النفسية المصاحبة للذئبة الحمراء.

بحوث مقترحة:

- دراسة الفروق بين الذكور والإناث من مرضي الذئبة الحمراء في كل من صورة الجسم ، وتقدير الذات، والكره النفسي، والتفكير في الانتحار.
- دراسة الدوافع للانتحار والسلوكيات الانتحارية لدي مريضات الذئبة الحمراء.
- طبيعة نوعية الحياة لدي مريضات الذئبة الحمراء.
- علاقة وصمة المرض بصورة الجسم والتفكير الانتحاري.

(١) تم التواصل مع المريضات المرتفعت علي مقياس التفكير في الانتحار، أو حاولن بالفعل القيام بسلوكيات انتحارية لتقديم الدعم النفسي المناسب، ووضع خطة علاجية مناسبة لأعراضهن.

===== دور صورة الجسم وتقدير الذات والكره النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار. =====

- دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض الاكتئابية والكره النفسي، والتفكير في الانتحار لدي مرضي الذئبة الحمراء.

قائمة المراجع

الأشرم، رضا. (٢٠٠٨). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية : جامعة الزقازيق.

جابر، عبد الحميد؛ كفاي، علاء الدين. (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي. جزء ٢ . القاهرة: الأنجلو المصرية.

جورن، كاثرين (٢٠٢٢). الدليل العملي للأفكار الانتحارية: مهارات العلاج المعرفي السلوكي اللازمة لتقليل الألم الوجداني وزيادة الأمل ومنع الانتحار. ترجمة: عبد الجواد خليفة. مكتبة الأنجلو المصرية.

حسين، طه عبد العظيم؛ حسين، سلامة عبد العظيم . (٢٠٠٦) إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية دار الفكر: القاهرة .

حمدان، مفيد (٢٠١٠). دراسة الضغوط النفسية من حيث علاقتها بالروح المعنوية والمساندة الاجتماعية لدي عينة من طلبة الجامعات في قطاع غزة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، معهد البحوث والدراسات العربية، قسم البحوث والدراسات التربوية، القاهرة.

حمزة، جيهان أحمد (٢٠٠٢). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدي الراشدين من الجنسين في سياق العمل . دار المختار : القاهرة.

الدسوقي، مجدي محمد. (٢٠٠٣). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس. ٢٧(٣)، ١٠٧-١٨٠.

الدسوقي، مجدي محمد. (٢٠٠٦). اضطرابات صورة الجسم، الأسباب -التشخيص-الوقاية-العلاج. القاهرة : الأنجلو المصرية.

رأفت، نورهان (٢٠٢٤). الكمالية العصابية وعلاقتها بالتفكير في الانتحار لدي طلاب الجامعة. رسالة ماجستير. (غير منشورة) ، قسم علم النفس ، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

===== (٢٢٨)؛ المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ =====

أ.م. د / إيمان رمضان بشير.

سعيد، هدي (٢٠١٧) قلق الموت والكرب النفسي كمنبئين بنوبات الهلع لدي مرضي الشريان التاجي والأصحاء . رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، قسم علم النفس ، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

سلامة، ممدوحة محمد (١٩٩١). المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدي طلاب الجامعة. دراسات نفسية. ١(٣)، ٤٧٥ - ٤٩٦.

السيد، وائل السيد حامد. (٢٠١٨). دراسة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، مج ٣، ع ١، ٢٥-٤٨.

شقير، زينب. (٢٠٠٥). مقياس قلق المستقبل . القاهرة : دار النهضة العربية .

الصبوة، محمد نجيب؛ جودة، أماني (٢٠٢٢). الرفوق بين مريضات أورام الثدي السرطانية والصحيحات في كل من مهارات التعقل والتقبل وخطط تنظيم الانفعالات والكرب النفسي. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي. ١(٤)، ٦٧٣-٧٣٣.

عبد الرحمن ، محمد السيد (٢٠٠٤) علم النفس الاجتماعي المعاصر . دار الفكر العربي : القاهرة.

عبداللطيف، أسماء عبدالعزيز (٢٠١٠). الضغوط النفسية المهنية لمعلمة رياض الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية رياض الأطفال : جامعة القاهرة.

العتر، فكري؛ وشاهين، نبوية. (٢٠١٣) منغصات الحياة اليومية والرفض الوالدي المدرك في مقابل القبول لدي الاطفال والمراهقين سكان تجمعات حدية التحضر ، اعمال المؤتمر البحث العلمي الاجتماعي وقضايا التنمية في مصر: رؤي بحثية جديدة . جامعة القاهرة - كلية الآداب ٨٧-١٤٥.

فاروق، عالية (٢٠٠٨) الفروق بين صناع القرار ومتخذيه في بعض السمات الشخصية لدي طلاب اجامعة في سياق الحياة اليومية . رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

فايد، حسين. (١٩٩٩). صورة الجسم والقلق الاجتماعي وفقدان الشهية العصبي لدي الإناث

المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥ (٢٢٩)

دور صورة الجسم وتقدير الذات والكرب النفسي في التنبؤ بالتفكير في الانتحار.

المراهقات. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٩(٢٣)، ١٨٠-٢٢٣.

كفاقي، علاء الدين؛ النبال، مايسة (١٩٩٦). صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات : دراسة أرتقائية عبر ثقافية. *مجلة علم النفس*، الهيئة العامة المصرية للكتاب. ٣٩، ٦-٤٣.

المحمود، شيماء (٢٠٠٦). بعض أنماط السلوك الصحي وعالقتها بفاعلية الذات وتقدير الذات والاكتئاب لدى عينة من طالب جامعة الكويت، *رسالة نكتوراه*، منشورة : جامعة الكويت.

ترجمة المراجع العربية

Ashram, Reda (2008). Body image and its relationship to self-esteem for the visually impaired. *Master's thesis* (unpublished), Faculty of Education: Zagazig University.

Jaber, Abdel Hamid; Kafafi, Alaa El-Din (1989). *Dictionary of Psychology and Psychiatry. Part 2*. Cairo: Anglo Egyptian.

Jordan, Catherine (2022). *A practical guide to suicidal thoughts: Cognitive behavioral therapy skills needed to reduce emotional pain, increase hope, and prevent suicide*. Translated by: Abdel Jawad Khalifa. Anglo Egyptian Library.

Hussein, Taha Abdel Azim; Hussein, Salama Abdel Azim. (2006) *Strategies for managing educational and psychological stress*. Dar Al Fikr: Cairo.

Hamdan, Mufid (2010). A study of psychological stress in terms of its relationship to morale and social support among a sample of university students in the Gaza Strip. *Master's thesis* (unpublished), Institute of Arab Research and Studies, Department of Educational Research and Studies, Cairo.

Hamza, Jihan Ahmed (2002). *The role of psychological resilience, social support and self-esteem in perceiving and coping with hardship among adults of both sexes in the work context*. Dar Al-Mukhtar: Cairo.

Al-Desouki, Magdy Mohamed. (2003). The effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating body image disorder among a sample of female university students, *Journal of the Faculty of Education*, Ain Shams University. 27(3), 107-180.

Al-Desouki, Magdy Mohamed (2006). Body image disorders, causes -

=(٢٣٠)؛ *المجلة المصرية للدراسات النفسية* العدد ١٢٦ ج ١ المجلد (٣٥) - يناير ٢٠٢٥

===== أ.م.د / إيمان رمضان بشير. =====
diagnosis - prevention - treatment. Cairo: Anglo Egyptian.

Raafat, Nourhan (2024). Neurotic perfectionism and its relationship to suicidal ideation among university students. *Master's thesis*. (Unpublished), Department of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University.

Saeed, Hoda (2017). Death anxiety and psychological distress as predictors of panic attacks among coronary artery disease patients and healthy people. *Doctoral thesis* (Unpublished), Department of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University.

Salama, Mamdouh Mohamed (1991). Economic suffering, self-esteem and psychological loneliness among university students. *Psychological studies*. 1(3), 475-496.

El-Sayed, Wael El-Sayed Hamed. (2018). A study of psychological stress and its relationship to quality of life among faculty members at King Saud University. *International Journal of Educational and Psychological Studies*, Vol. 3, No. 1, 25-48.

Shakir, Zainab. (2005). *Future Anxiety Scale*. Cairo: Dar Al-Nahda Al-Arabiya.

Al-Sabawah, Muhammad Naguib; Gouda, Amani (2022). Compassion between breast cancer patients and healthy patients in terms of reasoning and acceptance skills, emotion regulation plans, and psychological distress. *The Egyptian Journal of Clinical and Counseling Psychology*. 1(4), 673-733.

Abdul Rahman, Muhammad Al-Sayyid (2004). *Contemporary Social Psychology*. Dar Al-Fikr Al-Arabi: Cairo.

Abdul Latif, Asmaa Abdel Aziz (2010). Professional psychological pressures of kindergarten teachers and their relationship to some personal variables. *Master's thesis* (unpublished), Faculty of Kindergarten: Cairo University.

Al-Atr, Fikry; and Shaheen, Nabawiya (2013). Daily life annoyances and perceived parental rejection versus acceptance among children and adolescents living in marginal urban communities, *Proceedings of the Conference on Social Scientific Research and Development Issues in Egypt: New Research Visions*. Cairo University - Faculty of Arts 87-145.

Farouk, Alia (2008). Differences between decision makers and decision takers in some personality traits of university students in the context of

daily life. *Master's thesis* (unpublished), Department of Psychology, Faculty of Arts, Cairo University.

Fayed, Hussein. (1999). Body image, social anxiety and anorexia nervosa among female adolescents. *The Egyptian Journal of Psychological Studies*, 9(23), 180-223.

Kafafi, Alaa El-Din; El-Nial, Maysa. (1996). Body image and some personality variables among samples of female adolescents: A cross-cultural evolutionary study. *Psychology Journal, Egyptian General Book Authority*. 39, 6-43.

El-Mahmoud, Shaimaa (2006). Some patterns of healthy behavior and their relationship to self-efficacy, self-esteem and depression among a sample of Kuwait University students. *Doctoral thesis*, published: Kuwait University.

المراجع الأجنبية

Alarcón-Segovia, D., Alarcón-Riquelme, M. E., Cardiel, M. H., Caeiro, F., Massardo, L., Villa, A. R. & Pons-Estel, B. A. (2005). Familial aggregation of systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, and other autoimmune diseases in 1,177 lupus patients from the GLADEL cohort. *Arthritis and Rheumatism*, 52(4), 1138-1147.

Alesi M., Pepi A. (2016). Properties of the Italian version of the Body Weight Image and Self-Esteem (B-WISE) in a non-clinical sample. *Life Span Disabil.* 1 79–98.

Alesi M., Rappo G., Pepi A. (2012). Self-esteem at school and self-handicapping in childhood: comparison of groups with learning disabilities. *Psychol. Rep.* 111 952–962. 10.2466/15.10.PR0.111.6.952-962

Annunziata, M., Giouannina, L., & Muzzatti, B. (2012). Assessment the Body Image: Relevance, Application and Instruments for Oncological Settings. *Support Care Cancer*. 20(5), 901-905.

Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., & Vohs, K. (2003). Performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest* 4 (1), 1-44.

Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal

Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343.

Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861–865.

Bong M, Skaalvik EM. Academic self-concept and self-efficacy: how different are they really? *Educ Psychol Rev* 2003; 15(1):1–40

Broadbent, E., Petrie, K. J., Alley, P. G., & Booth, R. J. (2003). Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65, 865–869.

Brown J. D., Mankowski T. A. (1993). Self-esteem, mood, and self-evaluation: changes in mood and the way you see you. *J. Pers. Soc. Psychol.* 64 421–430. 10.1037/0022-3514.64.3.421.

Buji, R., Abdulmurad, N., Chan, L., Maniam, T., Shahrir, M., Rozita, M., Shamsul, R., Hussain, M., Abdullah, N., Gamal, R., & Jaffar, N. (2018). Suicidal Ideation in Systematic Lupus Erythematosus. NRs Agene Polymorphism , Clinical Psychological Factors. *Lupus*. 27(5), 744-752.

Carason, R.C., Butcher, J.N., & Mineka, S. (1996). *Abnormal Psychology and Modern Life*, 24-25.

Crisp, R., & Turner, R. (2007). *Essential Social Psychology*. Sage Publication.

Danchenko, N., Satia, J. & Anthony, M. (2006). Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. *Lupus*, 15(5), 308-318.

de Moore, G. M., Hennessey, N. P., Kunz, N. M., Ferrando, S. J. & Rabkin, J. G. (2000). Kaposi's sarcoma: the scarlet letter of AIDS: the psychological effects of a skin disease. *Psychosomatics*, 41(4), 360-363

Domsic, R. T., Ramsey-Goldman, R., Manzi, S., Hochberg, M. C., Silman, A. J. & Smolen, J. S. (2008). Epidemiology and classification of systemic lupus erythematosus. In: Hochberg, M. C., Silman, A. J., Smolen, J. S., Weinblatt, M. E. & Weisman, M. H. (eds.)

Rheumatology. Philadelphia, PA: Mosby-Elsevier. Lahita.

R. G. (1999). The role of sex hormones in systemic lupus erythematosus. *Current Opinion in Rheumatology*, 11(5), 352-356.

Drapeau, A., Marchand, A., & Prevost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress*. In L.L , Abate (ED) , Mental illness understanding , Prediction and Control. (105-134), Croatia: in Tech.

Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Straub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp. 83–131). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Fischer, J. & Corcoran, K. (1994). *Measures for clinical practice: A source book*, Vol.2 (2 ed.). New York: The Free Press A division of Macmillan, Inc.

Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J., Wells, B., & Maitino, A., (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis . *Review of General Psychology* 13 (1), 34-45.

Gholizadeh, S., Azizoddin, D., Mills, S.D., Zamora, G., Potemra, H. M., Hirz, A., Wallace, D., Weisman, M H & Nicassio, P., (2019). Body Image Mediates the Impact of Pain on Depressive Symptoms in Patients with Systematic Lupus Erythematosus. *Lupus*. 28, 1148-1153.

Gilony, D., Gilboa, D., Blumstein, T., Murad, H., Talmi, Y. P., Kronenberg, J. & Wolf, M. (2005). Effects of tracheostomy on well-being and body-image perceptions. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 133(3), 366-371.

Hale, E. D., Treharne, G. J., Norton, Y., Lyons, A. C., Douglas, K. M. J., Erb, N. & Kitas, G. D. (2006b). "Concealing the evidence": the importance of appearance concerns for patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15(8), 532-540.

Hale, E., Radvanski, D. & Hassett, A. (2015). The Man-in-the moon Face: a Qualitative study of Body Image, Self-Image and Medication use in Systematic Lupus Erythematosus. *Rheumatology*, 54: 1220-1225.

Hawton, K., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 17-28.

- Hawton, K., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 17-28.
- Heatheron, T., Wyland, C., Macrae, N., Demos, K., Denny, B., & Kelley, W. (2006). Medial prefrontal activity differentiates self from close others. *Social cognitive and affective neuroscience* 1 (1), 18-25.
- Howe, M. G. (2009). The effect of social support on depression in African American women diagnosed with systemic lupus erythematosus. *Doctoral dissertation on clinical psychology*, ADLER School of Professional Psychology.
- Ivey-Stephenson, A. (2020). Suicidal Ideation and Behaviors among High School students-youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Supplements*, 69(1), 47-55.
- Ji L, Lili S, Jing W, Yanyan H, Min W, Juan X, et al. (2012). Appearance concern and depression in adolescent girls with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol* .31(12), 1671-5.
- Jolly, M., Pickard, S., Mikolaitise, R., Cornejo, J., Sequeira, W., Cash, T. & Block, J. (2012). Body Image in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *International Journal of Behaviour Medicine*. 19: 157-164.
- Jones, M., & Kimble, L. (2023). Body Image, Depressive Symptoms, and Health – related Quality of Life in Black Women with Systemic Lupus Erythematosus. *Nurse Women Health*, 26(5), 363-370.
- Keller, S. M. (1999). Social support and Psychological Distress in Women with Systemic Lupus Erythematosus. *Doctoral Dissertation*. Case Western Reserve University. United state.
- Keller, S.M. (1999). Social Support and Psychological Distress in Men with Systemic Lupus Erythematosus. *Doctoral Dissertation*, Case Western Reserve University. United State.
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.

- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Konrad A. M., Moore M. E., Doherty A. J., Ng E. S., Breward K. (2012). Vocational status and perceived well-being of workers with disabilities. *Equal. Divers. Incl.* 31 100-123. 10.1108/02610151211202772.
- Kozora, E., Ellison, M.C., Waxmonsky, J., Wamboldt, F.& Patterson, T.(2005). Major life stressor, Coping Styles and Social Support in Relation to Psychological Distress in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Lupus*,14, 363-372.
- Leticia L., Clemente D., Heredia C., & Abasolo ., L. (2024). Self-esteem, self-concept, and body image of young people with rheumatic and musculoskeletal diseases: A systematic literature review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 68 (2024) 152486
- Mabitsela, L.(2003). Exploratory Study of Psychological Distress as understood by Pentecostal Pastors. *Master Dissertation*. University of Pretoria.
- Marengo-Rodriguez, D., Ibarra-Velasco, M., Barrera- Vargas, A& Merayo-Chalico, J.(2023). Post1484 Self-esteem as a determinant of Sexual Function in Systemic Lupus Erythematosus Patient. *Annals of the Rheumatic Diseases* , 82(Suppi). 1098-1098
- Martin F., Russell S., Seeley J. (2014). Higher quality of life and lower depression for people on ART in Uganda as compared to a community control group. *PLoS One* 9:e105154. 10.1371/journal.pone.0105154
- McClelland, H., Evans, J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. (2020). Loneliness as a Predictor of Suicidal Ideation and Behaviour: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880-896.
- Mruke, C.J. (2006). *Self-Esteem Research, Theory, and Practice Toward a Positive Psychology of Self-Esteem*. Springer Publishing Company:

- Miller, D.(1995). On Nationality Clarendon Press. Hakami, R.M (2018). Prevalence of Psychological Distress among under graduate students at Jazan University: a Cross –societal Study. *Saudi Journal of Medicine& Medical Science*. 6(2), 82.
- Mok, C., Chan, K ., Chenung, E.& Yip, P. (2013). Suicidal Ideation In Patients with Systematic Lupus Erythematosus: Incidence and Risk Factors. *Rehumatology*, 53, 714-721.
- Moons, W. G., Eisenberger, N. I., & Taylor, S. E. (2010). Anger and fear responses to stress have different biological profiles. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 215–219.
- Naleway, A., Davis, M., Greenlee, R., Wilson, D. & McCarty, D. (2005). Epidemiology of systemic lupus erythematosus in rural Wisconsin. *Lupus*, 14(10), 862-866.
- Ni Shimura, K., Omori, M., Katsumata, Y., Salo, E., & Kawaguchi, Y., Hugigai, M, Yamanaka, H.& Shigooka, J.(2015). Psychological Distress in Coticosterio- nave Patients with Systemic Lupus Erythematosus: a Prospective Cross-Setional Study. *Lupus*. 0, 1-9.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: a text book* (4th Ed.) New York: McGraw- Hill.
- Oksuz, E. (2008). Unhealthy Body-Perception among Turkish Youth: Socioeconomic Statue and Social Comparison. *Coll. Antroipol*, 32(1), 5-13.
- Petri, M. & Robinson, C. (1997). Oral contraceptives and systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 40(5), 797-803.
- Pisetsky, D. S., Buyon, J. P. & Manzi, S. (2001). Systemic lupus erythematosus. In: Klippel, J. H., Crofford, L. J., Stone, J. H. & Weyand, C. M. (eds.) *Primer in rheumatic diseases*. 12th ed. Atlanta, GA: Arthritis Foundation, Chapter 17
- Pruzinsky, T. (2004). Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image*, 1(1), 71-81

Pruzinsky, T., & Cach, T.F. (2002). Understanding Body Image. In: Cash T.F& Pruzinsky T (Ed). *Body Image*. Guildford Press: New Yourk.

Rahman, A. & Isenberg, D. A. (2008). Systemic lupus erythematosus. *New England Journal ofMedicine*, 358(9), 929-939.

Robles, T. F., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Out of balance: A new look at chronic stress, depression, and immunity. *Current Directions inPsychological Science*, 14, 111–115.

Rogers, M., Gallyer, A., & Joiner, T. (2021). The Relationship between Suicide-Specific Rumination and Suicidal Intent above and beyond Suicidal Ideation and other Suicide Risk Factors: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 506-513.

Rosenberg M. (1965a). Rosenberg self-esteem scale (RSE): acceptance and commitment therapy. *Measur. Pack* 61:52

Rosenberg, M., & Simmons, R. G. (1971). Black and white self-esteem: The urban school child [Monograph]. *Social Psychological Implications IX*, Rose Monograph Series. Washington, DC: American Sociological Association.

Sarafino, E.P. & Smith, T. (2009). *Health psychology: Biopsychosocial interaction* (7th Ed.) New York: John Wiley & Sons

Schunk D. H. (1985). Self-efficacy and classroom learning. *Psychol. Sch.* 22 208223.10.1002/15206807(198504)22:2<208::aidpits2310220215>3.0.co; 2-7 .

Sciangula, A. & M Morry, M. (). Self-esteem and perceived regard: How I see myself affects my relationship satisfaction. *The Journal of social psychology* 149 (2), 143-158.

Stacy, K. A.(2000). Amount of Influence Selected Group have on the Perceived Body Image of Fifth Grader. *Master Thesis*, Graduate Collage: University of Wisconsin-South.

Taylor, S.E& Stanton,A. (2021). *Health Psychology* (11th Ed.). New York: McGraw-Hill.

Terri A. Erbacher; Jonathan B. Singer; Scott Poland. (2024). *Suicide in*

Schools: A Practitioner's Guide to Multi-level Prevention, Assessment, Intervention, and Postvention (2nd ed.). Routledge.

- Tesser, A. (2000). Self-Esteem In A.E Kazdine (ED), *Encyclopaedia of Psychology* .vol. 7, pp, 213-216. Oxford University.
- Tiffin, N., Hodkinson, B. & Okpechi, I. (2013). Lupus in Africa: can we dispel the myths and face the challenges? *Lupus*, 23(1), 102-111.
- Tiggemann, M., & Lynch, J. (2004). Body Image across the life Span in Adult Women: the Role of Self-Objectivation. *Developmental Psychology*, 37(2). 243-253.
- Wallace, D. J. (2007). Principles of drug therapy and local measures. . In: Wallace, D. J. & Hahn, B.H. (eds.) *Dubois' lupus erythematosus*. 7th ed. Philadelphia, PA Lippincott Williams & Wilkinsy.
- Ward, M., Marx, A., & Barry.N. (2002). Psychological Distress and Changes in The activity of Systematic Lupus Erythematosus. *Rheumatology*, 41, 184-188.
- Yaner, Z. (2010). Socioeconomic Impact of Systematic Lupus Erythematosus in Hong Kong: Direct, Indirect Costs and Health- Related Quality of Life. *Doctoral Dissertation*, the Chinese U&niversity of Hong Kong.
- Zaho, Q., Chen, H., Yan, H, He, Y., Zhu, L., Fu, W .& Shen, B. (2018). The correlations of Psychological Statuse, Quality of Life , Self-esteem Support, and Body Image Disturbance in Chines Patients with Systematic Lupus Erythematosus. *Psychological Health Medicine*, ISSN: 1354-8506.
- Zamora-Racaza, G., Azizodding, D. I., Shimori, M., Ormseth, S., Wallace, D., Penserga, E., Summer, L. (2018). Role of Psychological Reserve Capacity in Anxiety and Depression in Systemic Lupus Erythematosus Patient. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 21(4) , 850-858.

Role of Body Image, Self-esteem, and Psychological Distress as Predicting Suicidal Ideation in Female with Systemic Lupus Erythematosus Patients

Assoc. Prof. Eman Ramadan Basher

Associate Professor of Clinical Psychology

Faculty of Arts - Cairo University

The current research aims to know the size of the correlation relationships and their directions between body image, self-esteem and psychological distress, as well as to determine the relative, individual and interactive contribution of body image, self-esteem and psychological distress in predicting suicidal ideation in lupus patients. The research sample consisted of (34) patients with an average age of (35.09 ± 6.55) years, an average number of years of education of (15.09 ± 2.32) years, and an average duration of the disease of (4.4 ± 2.4) years. The study relied on a set of questionnaires: Magdy El-Dessouki's Body Image Questionnaire, Alia Farouk's Self-Esteem Questionnaire, Hoda Saeed's Psychological Distress Scale, and Nourhan Raafat's Suicidal Ideation Scale. The results of the correlation coefficients showed a significant positive relationship between body image and self-esteem in female patients, an inverse relationship between body image and psychological distress, a significant inverse relationship between self-esteem and suicidal ideation, a significant inverse relationship between body image and suicidal ideation, and a significant positive relationship between psychological distress and suicidal ideation. The results of the simple linear regression analysis showed a contribution of the variables of body image, self-esteem, and psychological distress in predicting suicidal ideation in female lupus patients. The results of the multiple regression analysis showed a contribution of the research variables - interacting - in predicting suicidal ideation in female lupus patients. The results were discussed in light of the available theoretical and research heritage, and the implications of these results.

Key Words: Body Image- Self-esteem- Psychological Distress- Systemic Lupus Erythematosus