صورة الجسم وقلق الموت لدى عينة من ذوى المرض المزمن
(التهاب المفاصل مقابل السكرى).

د/ رشا ناجي محمد

مدرس علم النفس

كلية الآداب- جامعة كفر الشيخ

اصدار مايو لسنة 2019

شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية

ملخص.

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الفروق بين مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى من النوع الأول والأصحاء على مقاييس صورة الجسم وقلق الموت، كما تحاول الدراسة معرفة العلاقة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول كل على حده. وتكونت العينة من (ن=30) مريض بالتهاب المفاصل، و(ن=30) مريض بالسكرى من النوع الأول، و(ن=30) من الأصحاء، وتراوحت أعمارهم بين (25-39) سنة ،واستخدمت الدراسة قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصبية والسيكوسوماتية لتشخيص التهاب المفاصل، ومقياس صورة الجسم، ومقياس قلق الموت ، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق داله إحصائية بين مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول والأصحاء في صورة الجسم، ووجود فروق دالة إحصائية بين مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول والأصحاء في قلق الموت، كما وجد علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول كل على حده.

الكلمات المفتاحية: صورة الجسم، وقلق الموت، والتهاب المفاصل، والسكرى من النوع الأول.

مقدمة.

متى وكيف يتحول المرض الى مرض مزمن؟ أنه من المتفق عليه إذا استمر أعراض المرض في الظهور لعدة شهور يعد في هذه الحالة مرض مزمن، وبالرغم من النجاح الذى أحرزه العلماء في أساليب العلاج الطبي لفهم أسباب الإصابة والتشخيص بتلك النوعية من هذه الأمراض المزمنة، إلا أنه لم يُصب قدراً كبيرا من التوفيق في السيطرة على هذه المشكلة والوصول إلى علاج لها، فالمرض المزمن عرض إكلينيكي لشكوى دائمة بإحساس الألم المستمر معظم الوقت مع الاختلاف في شدته (Grabois, 2002,2).

ومن الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا حاليا في المجتمع مرض التهاب المفاصل، ومرض السكرى من النوع الأول، وهذه الأمراض تسبب عجزاً دائما مما يدفع المرضى إلى طلب رعاية طبية طويلة المدى لتحمل المرض ومواجهته حيث أنها تهدد حيوية المريض والسيطرة على جسمه وعلاقاته (Shipton, 1999,7). ويعتبر مرض التهاب المفاصل من أمراض المناعة الذاتية المزمنة Autoimmune Disease وينتشر في جميع الأوساط (Khurana& Berney, 2005) . كما أصبح مرض السكرى من أهم أمراض التمثيل الغذائي والأكثر شيوعاً بسبب أسلوب الحياة ومطالبها السريعة حيث أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى ضرورة توجيه الأبحاث إلى مرضى السكرى من مجتمعات العالم الثالث نظراً لزيادة الإصابة به (Prasad& Srivastava, 2002) .

والمرض المزمن يكون مصحوبا بمظاهر نفسية متميزة، فقد تعتبر صورة الجسم من المفاهيم ذات الأهمية البالغة لدى ذوى المرض المزمن، حيث يلعب جسم الفرد وصفاته العضوية دوراً هاماً في تشكيل جانب أساسي من مفهوم الفرد عن ذاته، ومن خلال عملية النمو الدينامية المستمرة بجوانبها الجسمي، والعقلي، والانفعالي، والاجتماعي تتشكل شخصية الفرد واتجاهه نحو صورته الذاتية، فصورة الجسم لها أهمية فائقة كظاهرة إنسانية تتأثر بالتغيرات التي يحدثها المرض المزمن وخاصة التشوهات الجسدية الناتجة عن المرض المزمن كالتهاب المفاصل والسكرى لدى المرضى(Blyth et al., 2016) .

فتلك الأمراض ينتج عنها التهابات حادة حول النسيج المصاب في الإنسان ويسبب عاهات في شكل الجسم باختلاف الجزء المصاب مما يؤثر في نظرة المريض إلى جسمه، هذا بالإضافة إلى المعاناة الجسمية والعجز الجسدي وعدم القدرة على القيام بالأنشطة الحياتية اليومية ويظهر هذا جليا في صورة الجسم لدى المريض والتي تعبر عن اتجاهات وإدراكات داخلية للأثار التي تتركها حالته الصحية على صلاحيته الجسمية.

ويؤكد "ألفاروا وآخرون" أن صورة الجسم تتأثر بنوعية السياق الاجتماعي والإطار الصحي، وهذان العاملين لا يسهمان في تكوين الإحساس والإدراك الخاص بصورة الجسم للفرد فحسب بل يعملان على التأثير في كيفية التفكير لتحديد العلاقة بالذات والأخرين، حيث

أن ألام المرض المزمن لا تتوقف عند المشاكل التي يسببها للمرضى أنفسهم فقط بل تمتد إلى حدوث تغيرات مع أفراد الأسرة والبيئة التي يعيش فيها (Wald& Alvaro, 2004; Guignard, 2006).

ويتضح قلق الموت مع أعراض المرض المزمن بشكل شائع، ليكون ثنائياً قويا نلمسه عند أغلب ذوى المرض المزمن، كما تؤكد بعض الدراسات أن المرض المزمن يشكل عاملاً هاما يدفع إلى الأفكار المتعلقة بالموت كنتيجة للإصابة بالمرض وعلى الجانب الآخر أن الموت هو السبيل الوحيد للتخلص من قسوة الحياة والآلام الحاده التي يعانوا منها (Karp et al., 2005).

فضحايا المرض المزمن يواجهون أعباء وضغوط شديدة ذات تأثير واضح في أفكارهم وتوجههم نحو عدم استمرار الحياه وتفضيلهم للموت في ظل متاعب ومشاكل المرض المزمن الذى لا ينقضي ولا يمكن الشفاء منه بالمقارنة بأصحاء، وغالبا ما يتبع مرضى التهاب المفاصل والسكرى أسلوب حياة محدد يقتصر على الاعتماد على أفراد العائلة وتناول أدوية ومسكنات بطريقة دائمة ولذلك نجد أن من أهم الأضرار الخطيرة التي تلازم المرضى الشعور بالموت المبكر وكأنهم يشفقون على من حولهم من هذا العبء بموتهم، وينتابهم مشاعر القلق بشأن متى يكون الموت وكيف؟ (Khurana& Berney, 2005) .

وقد أصبح المرض المزمن له أهمية ومكانة في مجال الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية، فالمرض المزمن مؤثر في حياة ضحاياه، وهذا التأثير يمثل دافعاً للدراسات الطبية والسيكولوجية وبشكل خاص في البحوث الإكلينيكية (Ehrlich, 2003).

مشكلة الدراسة.

أصبحت الأمراض المزمنة هي المشكلة العظمى التي تهدد سلامة الفرد في العصر الحالي، حيث الزيادة الكبيرة في كم الآلام وأعداد المرضى الذين يعانوا من المرض المزمن، وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضاري والثقافي والتغيرات السريعة التي تشهدها المجتمعات. ومن شأن المرض العضوي المزمن أن يؤثر على الأنماط السلوكية المعتادة للفرد، كما أنه يسبب قدراً كبيرا من الكرب له دلالته ومغزاه من الناحية الإكلينيكية، حيث

تلعب العوامل النفسية الدور الهام والرئيسي في حدوث تلك الأمراض المزمنة واستمرارها وبقاءها، وأيضا في شدة المعاناة الناتجة عنها، فقد يتزامن معها خللا في أداء الفرد الوظيفي والاجتماعي والمهني وغيرها من مجالات الأداء (عادل عبدالله،2000، 255).

وتشير التوقعات إلى زيادة نسبة انتشار الأمراض المزمنة في العقود القادمة في جميع المجتمعات وهذا طبقا لما نشره المعهد الكوري للصحة والشئون الاجتماعية، فقد ارتفعت النسبة من 55% في 1992 إلى 70% في 1999 مما يوضح مدى خطورة الأمراض المزمنة (Han et al., 2003). ومن أهم ما يتفشى من هذه الأمراض المزمنة حاليا بين البشر مرض التهاب المفاصل ، ومرض السكرى وتتصف هذه الأمراض بعدم إمكانية الشفاء التام من الأعراض المصاحبة لها، وأيضا استحالة علاجها (Shipton, 1999,5; Singh et al., 2004).

ويلاحظ حاليا أن الشباب والراشدين هم من يعانوا من هذه الأمراض المزمنة Chronic Disease والتي من المفترض أن يعانوا منها في مرحلة الشيخوخة وليس في مراحلهم العمرية هذه، ولكن تشير الإحصائيات أن التهاب المفاصل تصيب الشباب بنسبة تتراوح بين (0.5–1%) وذلك حول العالم مما يسبب خسائر اقتصادية ونفسية واجتماعية فادحة ناتجة عن حدوث قصور وعجز في قابلية المفصل على الحركة، كما يترك نصف المرضى أعمالهم بعد عشرة أعوام من الإصابة به (Venrooij et al., 2006). فهو يعد من أهم مصادر العبء والضغوط والعجز وعدم القدرة على الإنتاج لدى المرضى به (Raissouni et al., 2005).

ويعتبر النوع الأول من السكرى من الأمراض المزمنة التي تصيب الشباب، وهو داء منتشر في كل أنحاء العالم، حيث يوجد أكثر من 30 مليون شخص في العالم يعانون من النوع الأول من مرض السكرى الناجم عن مزيج من العوامل الوراثية وغير الوراثية (Forte et al., 2014). وأكدت الدراسات أن الشباب الذين يعانوا من النوع الأول من مرض السكرى يكونون عرضة للمعاناة المرضية النفسية والاجتماعية وصعوبة في الالتزام الطبي والسيطرة الأيضية (Fogel& Wessberg, 2010).

والمرض المزمن يعكس مكون انفعالي وأخر إدراكي حيث يكون مصحوب بالعديد من الأعراض والاضطرابات النفسية، وهذا بدوره يؤثر في إحساس المريض بذاته وبمدى التكيف مع المرض (Grabois, 2002,1). كما أن الاصابة بالمرض المزمن تفرض حدود على إمكانيات، وقدرات، وتفاعلات المريض مع ذاته والأخرين، وتنقص من ثقته في نفسه وتشعره بالقلق والعجز، ومن ناحية أخرى يؤثر المرض على طريقة تفاعل الأسرة مع المصاب فقد يلجأ إلى الإنكار أو الإشفاق والحماية الزائدة، ويغفل التأهيل النفسي والاجتماعي لهم مما ينعكس في شكل اضطرابات نفسية في الشخصية (Blyth et al., 2016).

وهنا تبرز أهمية صورة الجسم في تكوين مفهوم الذات لدى الفرد، فهي على الدوام في دائرة الضوء بصورة مباشرة للآخرين، إذا أن العاهات الجسدية الناتجة عن مرض التهاب المفاصل أو مرض السكرى يؤدى إلى تنمية مشاعر النقص فالفرد يتأثر بنظرة الآخرين لعواقب المرض المزمن أكثر من تأثره بالمرض نفسه (Berrin& Fatma, 2010).

كما أن المرض المزمن يشكل للمرضى عقبات وصعوبات عديدة حيث أن المريض مطالب بالاحتفاظ بالاتزان الانفعالي، وأن يكون لديه تصور طبيعي عن جسمه وكيف يبدو؟ وما هو التصور الذى يتمنى أن يكون عليه جسمه؟ ولكن تتأثر صورة الجسم للمصاب بأمراض مزمنة فهي أزمة شخصية للمريض وتتطلب منه التكيف معه وخاصة مع صورة جسمه التي بالطبع تختلف عما يتمناه وذلك لما يسببه مرض التهاب المفاصل والسكرى من عاهات جسدية شديدة، حيث تعد الأمراض الجسمية المزمنة من العوامل الرئيسية لإعادة تشكيل صورة الجسم (Breivik et al., 2006).

ويؤكد "لويكن ولارسن" أن الأمراض المزمنة هي البوابة الرئيسية للشعور بالعجز وقلق الموت واليأس والوحدة، حيث تسيطر مشاعر القلق المرتبط بالموت على المريض (Han et al., 2003). وذلك لوجود انفعالات سلبية حادة ناتجة من أعراض مرض التهاب المفاصل والسكرى والأمراض الجسمية المزمنة، حيث يثير الألم والتعب والخوف من

التشوه الجسدي والقلق وخاصة الأفكار المرتبطة بالموت، فالقلق مفهوم مركزي في الأمراض الجسمية المزمنة (Sparapani et al., 2015; Venrooij et al., 2006).

فالآلام الذى يشعر بها المصاب بالمرض المزمن غير محتمل وتعجب انت كيف يتحمله؟ وتقول لنفسك لو شعرت بنفس ألامه ليوم واحد لتمنيت الموت (عادل صادق،33،1998). كما أكدوا 40% من هؤلاء المصابين بالمرض المزمن أنهم قد تمنوا الموت للتخلص من القسوة الرهيبة لأعراض المرض (Breivik et al., 2006).

وهنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية فالمرض المزمن يفرض تغيرات عديدة في حياة المريض، وهذا يتطلب زيادة فهمنا لما هو عليه المريض وما سيكون عليه، واستكشاف العوامل التي تتداخل في حياته كالعوامل النفسية والاجتماعية والتي يتصدرها صورة الجسم وقلق الموت، ونظرا للارتفاع الشديد في أعداد الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة والمتوقع أنه يزيد بشكل مفجع وخاصة فئة التهاب المفاصل وفئة السكرى في مجتمعنا، وأيضا أهمية فهم العلاقة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى كل من فئة التهاب المفاصل وفئة السكرى مقارنة بالأصحاء، وذلك يمكن أن يساعد في فهم وتفسير المشكلات التي يمكن أن تقف عائق أمام هؤلاء المرضى، وعلى الجانب الآخر ندرة الدراسات السابقة الأجنبية التي اهتمت بدراسة صورة الجسم وقلق الموت لدى فئتين من المرض المزمن (التهاب المفاصل/السكرى)، وذلك مع عدم وجود دراسات عربية أو أجنبية في حدود إطلاع الباحثة قد تناولت متغيرات الدراسة الحالية معاً، مما كان الدافع لإجراء هذه الدراسة، وتتبلور مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء على مقياس صورة الجسم؟
2- هل توجد فروق بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء على مقياس قلق الموت؟
3- هل توجد علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى فئة التهاب المفاصل، ومرضى السكرى؟

أهمية الدراسة.

تتمثل اهمية الدراسة في:

أ- الناحية النظرية:

1- تعد الأهمية الأساسية للدراسة الحالية أهمية استكشافية، وتتمثل في البحث عن العلاقة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى ذوى المرض المزمن من فئة التهاب المفاصل وفئة السكرى في ضوء ما يسفر عنه البحث من نتائج.

2- تناول أهم فئتين شيوعا من المرض المزمن (التهاب المفاصل/السكرى من النوع الأول) حيث زيادة معدلات الإصابة بهما، وأيضا ارتفاع نسب أعداد المعرضين لهما، ومدى التأثير السيء عليهم وإجبارهم على التقاعد وترك العمل في سن مبكر.

3- تنتج أهمية الدراسة من أهمية الشريحة العمرية التي تتناولها، وهى مرحلة الشباب والتي من المفترض أنها مرحلة الانتاج والعمل وليس الشعور بالألم والمرض الذى يستمر طول العمر ويحتاج إلى علاج مدى الحياة.

4- الحاجة الماسة إلى دراسات يمكن من خلالها استجلاء مدى تأثير التهاب المفاصل، والسكرى من النوع الأول، فالحقل العلمي تناول الأبعاد الصحية لدى ذوى المرض المزمن ولكن يوجد قصور في تناول الأبعاد النفسية في حدود إطلاع الباحثة، ولذلك يعد البحث الحالي محاولة للإسهام في ملء هذا الفراغ.

5- إلقاء مزيد من الضوء على مفهوم صورة الجسم وقلق الموت لدى المصابين بالمرض المزمن من التهاب المفاصل والسكرى مقارنة بالأصحاء، نظراً لافتقار البلاد العربية للدراسات التي تناولت هذه المتغيرات.

ب- الناحية التطبيقية:

1- الاستفادة من نتائج الدراسة في مراعاة مرضى التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول للتخفيف من الآثار النفسية السلبية لديهم وتفادى المضاعفات، وتوضيح أن هؤلاء المرضى يحتاجون إلى رعاية خاصة، لا تقتصر على الرعاية الطبية فقط بل تمتد إلى الرعاية النفسية.

2- الاسهام في إعداد البرامج الوقائية للشباب ذوى المرض المزمن من التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول وذلك للتعايش مع المرض والتحكم فيه، وتوجيه التخطيط نحو معرفة العوامل الكامنة وراء الفكر الخاص بصورة الجسم وقلق الموت بالنسبة لهم.

3- مساعدة الأخصائيين النفسيين في وضع برامج إرشادية وعلاجية قائمة على تحسين صورة الجسم وخفض قلق الموت لمساعدة ذوى المرض المزمن من مرضى التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول، وأيضا المحيطين بهم.

متغيرات الدراسة.

أولاً: صورة الجسم Body Image

لقد بدأ الاهتمام بصورة الجسم في علم العصاب Neurology والطب النفسي Psychiarty ويعتبر "بويتير" من درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع سنة (1900) "وبيك" من درس اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم وشبح الأطراف Phantom، وجاء من بعدهم "هيد" أول مؤسس لنظرية حول صورة الجسم ليبين كيف أن لكل منا طبيعة إجمالية لتكامل أجزاء الجسم ومن ثم معيار يحكم به على أوضاع وتحركات الجسم (مها الهلباوى، 1988، 57).

وتعبر صورة الجسم عن صورة نكونها في أذهاننا عن أجسامنا، كما أن لها دور فعال فيما يكونه الفرد من تقييمات ذاتيه عن جسمه، سواء كانت الصورة كاملة أو ناقصة، إذ أن صورة الجسم تضيف خبرة شخصية نفسية قابلة للتعديل والتطوير من خلال ما يتعرض له الفرد من خبرات، ومدى إدراكه لجسمه وحساسيته نحوه، حيث أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ومصادر لاشعورية، وتمثل مكونا أساسيا في مفهومنا عن الذات فإذا كانت هناك متغيرات متباينة نفسية داخلية أو بيئية خارجية تعوق قدرة الفرد على التواصل مع البيئة المحيطة فإن صورة الفرد السلبية نحو جسمه أو عدم الرضا عنها قد يكون أحد هذه العوامل التي تعوق التوافق مع ذاته، كما يكون هذا سببا في معاناة الفرد من اضطرابات سلوكية تعكس عدم اتزانه وسوء توافقه (كفافى والنيال،1996، 9).

وعرف "هنرى هيد" طبيب الأعصاب صورة الجسم بأنها مخطط للجسم لدى الفرد يتمثل في اتحاد خبرات الماضي مقترنه بأحاسيس الجسم الحالية التي تم تنظيمها في اللحاء الحسى للمخ (Breakey,1997, 106).

كما تعرف صورة الجسم بأنها صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضاؤه المختلفة وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها وما قد يصاحب ذلك من مشاعر واتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم (زينب شقير،2002، 2). وصورة الجسم تعبر عن الفهم الدينامي للمظهر الخارجي للجسم بالوظائف والأحاسيس المرتبطة بهذا الإدراك، وكل ذلك يحدث بشكل لاشعوري وينتظم حسب حالة الجسم (Dropkin, 1999).

ويرى (Cash et al., 2004) أن صورة الجسم مكون هام للذات تعكس أفكار الفرد، واعتقاداته، ومشاعره، وتصوراته، واتجاهاته، وأفعاله التي تتعلق بمظهره الجسمي عامة. كما أنها تمثل إعادة النظر في صورة الفرد الجسمية أو تصوره عن نفسه من الناحية الشكلية والمظهر الشخصي. ويمكن للباحثة أن تعرف صورة الجسم بأنها "الفكرة التي يتصورها الفرد عن شكل جسمه كما يدركه أو يتخيله في الصحة والمرض، فصورة الجسم تعبر عن التمثيل الداخلي لبنية الجسم متأثر بالنواحي الاجتماعية والبيولوجية والثقافية فهي تصور عقلي نحو شكل الجسم".

وتتضمن صورة الجسم المكون الإدراكي Perceptual Component الذى يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه، والمكون الذاتي Subjective Component ويتمثل في الرضا والانشغال والقلق بصورة الجسم، والمكون السلوكي Behavioral Component الذى يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب المرتبط بالمظهر الجسمي (مجدى الدسوقى،2008، 16).

كما يرى "بانفيد ومكاب" أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد ويشمل البعد المعرفي الذى يتعلق بالأفكار والمعتقدات المرتبطة بشكل الجسم والبيانات والتعبيرات الذاتية عن

الصورة الجسمية، والبعد الانفعالي الذى يشمل خبرات المظهر، وخبرات حياته المريحة أو المزعجة مما يترتب عليها رضاً أو عدم رضاً عن صورة الجسم (Dropkin, 1999).

ويوضح كل من "هيد" و"اسكايلدر" أن صورة الجسم تتغير من خلال كل وضع أو تغير جديد للجسد فهي عملية نفسية لاشعورية وتعتمد في نموها على الاتصال الاجتماعي، كما يسهم الجلد في تكوين صورة الجسم، فعلى الجلد تتشابك ،إحساسات وإدراكات بدائية أولية وأخرى متميزة ودقيقة مع بعضها البعض، وأيضا الحساسية اللمسية، فهذه عوامل أساسية في تكوين صورة الجسم وهذا من جانب وعلى الجانب الآخر يوجد عاملين أكثر أهمية في نمو صورة الجسم لدى الفرد يتمثلان في مدى الإحساس بالألم ومدى قدرة التحكم في حركة الأطراف في الجسم (Breakey, 1997,105).

وفى السنوات الأخيرة اتجه الباحثون إلى الاهتمام بتطوير مقاييس صورة الجسم لاستخدامها في تقدير مدى الرضا عن صورة الجسم وقياس التأثير النفسي لبعض الأمراض المزمنة وكيفية تحملها والتكيف معها، فالحالة الصحية للفرد وخاصة الإصابة بأحد الأمراض المزمنة تؤثر بشكل أو بأخر على وظائف صورة الجسم، فقد طور كل من "كاش وفيلامنج" قائمة لتقييم صورة الجسم على التجارب الحياتية العديدة ذات علاقة وثيقة بالوظائف النفسية والاجتماعية في كل يوم من الحياة كالانفعالات اليومية والشعور بالقلق وتقدير الذات والعلاقات الشخصية والرضا عن الحياة عامة (Cash et al., 2004). حيث تشير صورة الجسم السلبية إلى وجود جوانب نفسية واجتماعية وخيمة كالاكتئاب والقلق والكبت، كما أن هذه الأعراض تلعب دوراً سلبيا في التأثير على الحالة النفسية والانفعالية للفرد وخاصة من ذوى الأمراض المزمنة (Breivik et al., 2006).

ثانياً: قلق الموت Death Anxiety

ظهر في السنوات الأخيرة الاهتمام بدارسة ما يسمى بقلق الموت حيث تعتبر ظاهرة الموت من الظواهر الحتمية لكل إنسان في هذه الحياه، وسر من الأسرار الغيبية التي ألقت بظلالها على مجمل حياة الفرد في مختلف الأعمار، كما أنها ظاهرة ومازالت تلعب دوراً حاسماً في تفكير الإنسان وسلوكه وانفعالاته، وقد تعرضت هذه الظاهرة إلى تفسيرات

عكسية ووجهات نظر متباينة حيث تمثلت إما بالقبول والترحيب بها كسنه من سنن الكون، أو الشعور بالرهبة والهلع والنفور منها لما يكتنفها من غموض وفناء، وفقدان القدرة على التواصل نتيجة التدهور الذى يعترى الإنسان وقت سكرات الموت (Dogan& Unsal, 2015).

ومن أوائل العلماء في هذا الصدد "هيرمان فيفل" فقد اهتم بنشر الموضوعات العديدة المتصلة بالموت كاتجاهات الناس نحو الموت، ومعنى السلوكيات السلبية للأفراد تجاه الحياة، وبتر الأعضاء وتأثيرها على معنى الحياة لدى الفرد، وقد أصدر كتاب "سيكولوجية الموت" عام 1972م. ويرى "فيفل" أن قلق الموت هو شعور مروع بالفقدان يتخيله الفرد، ويقوم بالتعبير عن هذا الإحساس نتيجة ما يمر به من ظروف مرضية أو حوادث أو كوارث طبيعية (Podol, 2014).

كما أن الموت والقلق منه يمتثلان أمام أذهاننا وخواطرنا في كل لحظة، حيث أنها حقيقة لا تغيب كثيراً عن فكرنا وحياتنا ومجتمعنا فكل شيء إلى زوال (أحمد عبدالخالق،2003، 121). ويعتبر قلق الموت شعور يسيطر على الفرد في سلوكه وتفكيره، وهذا النوع يمكن أن يكون مصدراً من مصادر القلق العام ومسبباته وخاصة في ظروف معينة ولدى بعض الفئات الخاصة (عبدالرحمن العيسوى،2010، 117).

ويعرف "تميلر" قلق الموت بانه حالة انفعالية غير سارة يعيشها الفرد منشغلا فيها بفقدان الذات وعدم وجود للهوية الشخصية، ويكون متوجسا من الموت وما يتعلق به، حيث أن الموت يكون متربص له أينما يكون (Podol, 2014). ويمكن للباحثة تعريف قلق الموت بأنه "استجابة انفعالية يشعر فيها الفرد بالعجز وعدم الكفاءة الذاتية، حيث سيطرة الأفكار المتعلقة بالموت بجوانبه المختلفة، ونتيجة التعرض للإصابة بمرض مزمن".

وقد توصل بعض العلماء إلى أن مظاهر قلق الموت لدى الفرد تتمثل في الخوف من المجهول، الخوف من الوحدة، الخوف من الضعف، الخوف من فقدان الأسرة، الخوف من فقدان الأصدقاء، الخوف من فقدان الجسم، الخوف من عدم السيطرة على النفس، الخوف من فقدان الذات، الخوف من الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة (زينب شقير،2002، 5).

ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للقلق من الموت في بعدين لكل منهما قطبان وهما (الموت، الاحتضار) ،(الذات، الآخرون) وتشمل هذه الجوانب الخوف من موت الذات، والخوف من احتضار الذات، والخوف من موت الآخرين، والخوف من احتضار الآخرين، ومما هو جدير بالذكر أن درجة القلق من الموت تحدد بعاملين يتمثلان في الحالة النفسية بوجه عام للفرد، حيث أن الفرد المضطرب نفسيا يرتفع درجته في قلق الموت، وأيضا خبرات الحياة التي يمر بها الفرد المتصلة بموضوعات خاصة بالموت والتي يتصدرها المرض (أحمد عبدالخالق،1987، 45).

ومن الأعراض الجسدية التي تتضح لدى من يعانى من قلق الموت اضطرابات في المعدة والبلع وقد تصل إلى تمزق في الغشاء الفمي، والقيء، والإمساك، واضطرابات في التنفس، أما الأعراض النفسية والتي تظهر في اضطراب السلوك واضطرابات النوم، والاختلاج والخوف المبالغ فيه، وعدم تقدير الذات والإحساس بعدم وجود قيمة له وانه إلى زوال، وهنا يشعر الفرد بالاتجاه السلبى نحو الذات بشكل عام وصورة الجسم بشكل خاص والإحساس بفقدان الثقة في النفس، كما يرى "شرلتز" أنه قد يرجع قلق الموت لدى بعض الناس إلى التوقف عن السعي نحو الأهداف، حيث تقاس الحياة دائما بما حققه الإنسان ومن هنا يأتي دور فقدان الثقة في الذات والجسد مما يدعم الشعور بقلق الموت (Dogan& Unsal, 2015).

ويلاحظ أن الأفراد ذوى الإصابة بأحد الأمراض الصحية الخطيرة أو المزمنة يعانون من ارتفاع في درجة قلق الموت حيث أنهم يتجنبون أي شيء متعلق بالموت، كما أنهم يتفادون النشاطات التي قد تلازم مراسم الموت ويبتعدوا عن الأفكار ذات الصلة بالموت، وهذا يمثل نوعية من الأفراد، ويوجد نوعية أخرى من الأفراد الذين ينشغلون دائما بكل تفاصيل الموت وما يحدث فيه بل وينهمرون في التفكير عن ما يحدث للذات عند الموت وبعده، وأيضا يتوقعون الألم والشر ويتعمدوا هذا السلوك اللاسوى الذى ينزع إلى الأزمات ويأخذ شكل الحدة في الشعور بقلق الموت، مما يجعل هذا الإنسان منغلق على نفسه داخل هذا الإحساس فاقداً لتوازنه، كما يصاحب الشعور بقلق الموت تغيرات جسمية قد تكون بالغة

الخطورة وتهدد حياة الإنسان بالفعل إذا تمادي هذا الشعور وأصبح يلازم الفرد باستمرار (Podol, 2014).

ثالثاً: المرض المزمن Chronic Disease

شهدت السنوات القليلة الماضية معدلات مرتفعة للأمراض الجسدية المزمنة وزيادة أعداد المرضى الذين يعانون من مثل هذه الأمراض، وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضاري والثقافي والتغيرات السريعة التي تحدث في المجتمعات (عادل عبدالله،2000، 255). وقد أفاد DSM-IV أن المرض المزمن يحدث في جزء من أجزاء الجسم ويمثل محور أساسي في التشخيص الإكلينيكي، وينشأ عنه آلام حادة تكفى لجلب الاهتمام به إكلينيكيا وتستمر هذه الآلام لدى المريض أكثر من ستة أشهر (محمد عبدالرحمن،1998، 474).

ويشير المرض المزمن إلى وجود تلف في الأعصاب أو الأنسجة، وقد يكون نتيجة لخلل يصيب الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي، فهو حالة مرضية في حد ذاتها وليس عرضا لإصابة أخرى كما أنه يعبر عن استمرار أو زيادة الإصابة بالمرض ذاته، ومن أهم ما يمثل الأمراض المزمنة التهاب المفاصل والسكرى والسرطان (Shipton, 1999,4) .

وقد حددت منظمة الصحة العالمية (who) ثلاث مراحل متدرجة يتأثرون بها ذوى المرض المزمن والتي تبدأ بالضعف Impairment حيث يحدث نقص وتدهور في الناحية التشريحية والنفسية، ثم يأتي العجز Disability ويعنى عدم القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية العادية، وأخير الإعاقة Handicap والتي تنتج من الضعف والعجز الذى يصيب الفرد وتفيد عدم قدرته على الإنجاز. وكل مرحلة من هذه المراحل تكون مترتبة على الأخرى ومسببه لها (Pollard et al., 2005).

ويرى البعض أن العلاقة بين المرض المزمن والحالة النفسية هي علاقة متداخلة ومعقدة، لأن ضحايا المرض المزمن يواجهون ألام وضغوط حادة، مما يكون له تأثير سلبى على الصحة النفسية، كما انهم يعانوا من اضطرابات انفعالية ومعرفية وإدراكية مما يزيد الشعور بالعجز والتدهور، وذلك بالمقارنة بالأصحاء (Venrooij et al.,2006).

ومن أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً في الوقت الحالي ما يلى:

1- التهاب المفاصل Arthritis

يعتبر التهاب المفاصل من أقدم الأمراض المزمنة الذى يصاب به الإنسان، حيث يشكو المريض من ألام حادة في أحد مفاصل الجسم كالأصابع، واليدين، والساقين، وقد تكون الإصابة في أكثر من مفصل، كما أن هذا المرض يمكن أن يهاجم الفرد دون سابق إنذار بأي أعراض (عبدالمنعم الحفنى،1995، 233؛ Venrooij et al.,2006).

والمفصل هو تقابل نهاية عظمتين أو غضروفين في أعضاء الجسم، ومدى ارتباطهما بما يثبتهما معا ببعض، ويختلف هذا تبعا لحركة المفصل من فرد إلى أخر، وفى حالة الالتهاب يحدث جفاف للسائل الموجود بين عظمتي المفصل وتتورم الغضاريف، ويؤدى إلى عجز المفصل من القيام بوظائفه، وتآكل في الغضروف، وبمرور الوقت تتكون زوائد عظيمة وذلك لزيادة احتكاك نهاية العظمتين مع بعضهما، ويتضح ذلك من خلال فحص المفصل بالأشعة السينية (x-ray)، وهنا يشعر المريض بألم شديد سواء في الأذرع أو الأقدام أو الأكتاف أو الرسغ أو الأصابع (Raissouni et al., 2005) .

ويعنى التهاب المفاصل تجاوز الالتهاب المفصل والتمادي إلى الأوتار والأربطة العضلية بالمفصل المصاب، حيث تفيد مؤسسة التهاب المفاصل The Arthritis Foundation أن مرض التهاب المفاصل تعبير واسع يتضمن الروماتيزم والتهاب الفقرات والروماتويد، كما أنها ترى أن أعراض التهاب المفاصل تؤثر سلبيا في حياة ضحاياه وذلك لحدوث قصور وعجز في قابلية المفصل على الحركة، وما ينتج عنه من ألاماً جسمية ونفسية (Geier et al., 2002) .

ويصيب التهاب المفاصل الأفراد في مراحل مختلفة من العمر، غير أنه يتركز لدى المراهقين والبالغين بشكل أكبر في الساقين وفى الجزء الأسفل من الظهر ويسمى بالتهاب الفقرات الروماتيزمي، حيث تؤكد الدراسات أن ألم أسفل الظهر يعد من الأسباب الأكثر شيوعا للإصابة بالعجز لدى الشباب، مما يتسبب في ارتفاع معدل الغياب عن العمل بشكل ملحوظ، وبعد مرور عشرة أعوام تقريبا من الإصابة بالتهاب المفاصل يترك نصف

المرضى أعمالهم، وتجدر الإشارة إلى أن التهاب المفاصل الروماتيزمي يعتبر السبب الأكثر شيوعا للإصابة بعدم القدرة لدى الأفراد من عمر (64-18) سنة (Cooper, 2000; Ehrlich, 2003) .

وتتراوح معدلات انتشار التهاب المفاصل عالميا بين (1%-0.5)، كما تفيد الإحصائيات أنه يصيب سنويا الرجال بنسبة تتراوح من (24.5%-12.5)، ويصيب النساء بنسبة تتراوح بين (45%-23.9) من كل مائة ألف شخص، وأيضا تصل انتشاره بين النساء من (3-2) مرات أمثالها بين الرجال، وهذه النسبة ثابتة تقريبا مع اختلاف الجنسية والمنطقة الجغرافية (Han et al., 2003; Divine& Hewett, 2005) ، فهذا المرض يصيب النساء أكثر من الذكور، كما ترتفع معدلات الإصابة بالتهاب المفاصل خلال مرحلة الرشد بشكل كبير ثم تصل لذروتها في (50-30) سنة.

ويشخص هذا المرض تبعا لعدة أعراض حددتها الكلية الأمريكية لدراسة المفاصل The American College of Rheumatogy كتصلب أو تيبس Morning Stiffness في الصباح الباكر لمدة ساعة أو أكثر، ووجود تغيرات كاملة في العظام والتي تظهر في الأشعة السينية، وأيضا وجود التهاب في ثلاثة مفاصل أو أكثر، ووجود عامل الروماتويد Rheumotoid Factor في الدم، وحدوث حمى واحمرار واضح بأحد المفاصل، والإحساس بالإعياء والضعف الشديد (Lee& Weinblatt, 2001; O'Dell, 2004) .

وحتى الآن لم يتوصل البحث العلمي إلى علاج لهذا المرض ، مما يزيد من معاناة المرضى من عدم التكيف مع أعراض المرض كشكل الجسم وصورته، حيث إحداث عاهات في الجسم وتدمير كامل لشكل المفصل ويعمل هذا على تدنى مستوى الثقة في الذات وتدهور الحالة المعنوية عامة، كما يزيد معدلات الوفيات لدى مرضى التهاب المفاصل، وهذا لتدهور المكانة الوظيفية للمفصل مما يؤدى إلى إعاقة، ومن ثم الموت في سن مبكر (Khurana& Berney, 2005) .

2- مرض السكرى Diabetes

يعد مرض السكرى مرضا مزمنا، ويعبر عن خلل في عملية التمثيل الغذائي داخل جسم الإنسان، حيث ارتفاع غير طبيعي في مستوى الجلوكوز بالدم وذلك لنقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فاعلية الأنسولين، مما يؤدى إلى خلل في تمثيل الكربوهيدرات والبروتينات والدهون، وقد أشارت الدراسات أن مرضى السكرى يعانوا من عدم كفاية إفراز الأنسولين من البنكرياس أو عدم إفراز الأنسولين في أجسامهم على الإطلاق (Kumar& Clark, 2009; Nettina,1996,1303; Prasad& Srivastava, 2002) .

كما يلاحظ أن داء السكرى ينتشر في جميع أنحاء العالم، وطبقا للإحصائيات المتوقعة أن هناك ارتفاع شديد في أعداد الأشخاص المعرضة لمرض السكرى، حيث أنه في عام (2011م) بلغ عدد مرضى السكرى (376) مليوناً وأيضا (280) مليوناً شخص معرض بشدة للإصابة بالمرض، وفى حالة عدم القيام بأي شيء تجاه هذا المرض سيرتفع في السنوات العشرين القادمة إلى (552) مليوناً و (399) مليوناً يكونوا معرضون بشدة للإصابة على التوالي (الاتحاد الدولي للسكرى: الخطة العالمية للسكرى، 2011).

ووضعت منظمة الصحة العالمية (Who) أنماط إكلينيكية لمرض السكرى تتمثل في النمط الأول والذى يسمى بالسكرى المعتمد على الأنسولين Insulin-Dependent Diabetes Mellitus ويسمى أحيانا بالسكرى الشبابي لأنه يصيب الأطفال والشباب على وجه الخصوص ويتسم بفقدان تدريجي لخلايا بيتا التي تنتج الأنسولين والذى يرجع لتدمير المناعة الذاتية، وهنا يحتاج هؤلاء المرضى إلى حقن يومي لأنسولين خارجي وذلك للمحافظة على الحياة، والنمط الثاني ويسمى السكرى غير معتمد على الأنسولين ويصيب الكبار ويكون سببه هو فشل خلايا بيتا ومقاومة للأنسولين. أما النمط الثالث السكرى الثانوي Secondary Diabetes ويتمثل في حالات مرضية كالأمراض التي تصيب البنكرياس ، واضطراب الهرمونات في مرحلة المراهقة (Rother, 2007; Debasis& Nair, 2012) . وأخيرا النمط الرابع وهو سكرى الحمل Gestational Diabetes ويحدث أثناء

النصف الآخر من الحمل نتيجة للتغير الهرموني في المشيمة وعادة ما يزول بعد الولادة (المرجع الوطني لمرضى السكرى، 2011، 29).

ويعتبر السكرى من أهم الأعراض المزمنة الشائعة، حيث يتسبب في مضاعفات مزمنة لدى المريض كاعتلال الأعصاب السكرى، واعتلال الكلى السكرى، واعتلال الشبكية السكرى، وأمراض الشبكية السكرى، وأمراض اللثة والأسنان، وأمراض القلب والأوعية الدموية، كما يحدث أيضا مضاعفات حادة عندما ينخفض السكر في الدم بشدة فيحدث غيبوبة السكرى Diabetic Coma ويكون المريض فاقد للوعى (Kumar& Clark, 2009) .

ومن أسباب النوع الأول من مرضى السكرى بين البالغين فرط نشاط نظام المناعة في الجسم، الأمر الذى يسبب تلف الخلايا المولدة للأنسولين الموجودة في البنكرياس مما يؤدى إلي احتياج كلى للأنسولين (لين غولد برغ ودابان إيليوت،2002، 126).

كما أن الأسباب النفسية والانفعالية تؤدى دوراً كبيراً في إحداث الإصابة بالمرض لدى الأفراد ذوى الاستعداد الوراثي للإصابة به، ويحدد العامل النفسي قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج، ويشير "الكسندر" ان حالات القلق والانفعالات والتوتر مسئولة إلى حد كبير عن الإصابة بمرض السكرى ويمكن تفسير هذا في ضوء اختلال وظائف أليات تنظيم موازنة السكر بالجسم نتيجة زيادة إجهادها في وظائفها كما أن التعرض للعديد من الضغوط اليومية يعرض الفرد للإصابة بالمرض (زينب شقير، 2002، 147).

ويعتبر مرض السكرى من الإعاقات الجسمية والاضطرابات الصحية، خاصة إذا كان المريض يمثل حالة طويلة الأمد كالإصابة بمرحلة المراهقة أو الشباب، كما أن السكرى يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها فنجد المريض يفكر في الموت ويشعر بأنه قريب منه في أوقات عديدة فالمرض يعنى إدراك الفرد للخطر، وخوفه الذى لا ينتهى من حدوث نقص الجلوكوز في الدم. ولا شك أن لهذا ردود فعل نفسية كالاكتئاب، والقلق، واضطرابات

إدراكية ومعرفية، وهذا أيضا يزيد في مضاعفات المرض في جميع جوانب الحياة (Vila, et al., 2002; Ross et al., 2002).

كما ان هذا المرض له تأثير فعال على النواحي النفسية والاجتماعية والسلوكية للمريض ترجع إلى الإحساس بالإعاقة الناتجة عن الإصابة بمرض السكرى، مما يؤثر على نظرة الفرد إلى جسمه والتي من الصعب تغييرها، حيث تتسم بالثبات التدريجي حيث يكون المريض صورة غير صحيحة عن شكل جسمه ومظهره الخارجي مع تكوين اتجاه سلبى نحو ذاته نتيجة لعدم ممارسة حياته بصورة طبيعية سواء يتعامل المريض مع نفسه كإدارته للمرض أو التفاعل مع الآخرين (Vogt et al., 2001; Cox et al., 2002).

الدراسات السابقة.

1- دراسات تناولت مرض التهاب المفاصل.

هدفت دراسة "مالون وكلهانى" (Mallon & Culhane, 2009) إلى بحث ودراسة المشاكل الاجتماعية والنفسية والانفعالية لدى مرضى التهاب المفاصل ومدى تأثير صورة الجسم نتيجة الإصابة بهذا المرض، مقارنة بأمراض مزمنة أخرى كالربو والصرع وأمراض القلب. وقد بلغ قوام عينة مرضى التهاب المفاصل (ن=108)، وتراوحت أعمارهم بين (26-39) سنة، وبلغت نسبة الرجال (39%) بمتوسط عمرى (31.2) سنة، ونسبة الإناث (61%) بمتوسط عمرى (29.8) سنة. وقد أجريت الدراسة على نزلاء قسم العظام بجامعة أوكسفورد وطبق عليهم مقياس أوزنبرج لتقدير الذات، ومقياس صورة الجسم، مقياس الصحة العامة، وتشير النتائج إلى أن مرضى التهاب المفاصل يعانون اضطرابا حاداً في صورة الجسم، مما أثر سلبيا على الناحية الاجتماعية والنفسية والانفعالية، مثلهم مثل مجموعة المرضى بالأمراض المزمنة الأخرى.

وقامت دراسة "أليت وآخرون" (Ellit et al., 2013) بتقييم مدى تأثير مرض التهاب المفاصل على الحالة الصحية ودراسة قلق الموت وصورة الجسم والضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالتهاب المفاصل، وذلك لدى عينة عشوائية من البالغين الأستراليين، وقد بلغ قوامها (17496) مريض وكان عدد الذكور (7484) بمتوسط عمرى

(39.8)سنة، أما عدد الإناث فقد بلغ (10012) بمتوسط عمرى (38.2) سنة. وقد استخدمت الدراسة مقياس تقدير المرض المزمن، مقياس الضغوط النفسية والاجتماعية لتقييم قلق الموت، ومقياس صورة الجسم، واستمارة التقدير الذاتي للحالة الصحية، وأسفرت نتائج الدراسة بأن حوالى 75.9% من مرضى التهاب المفاصل في الفئة العمرية من (20-24) سنة يعانوا من ارتفاع مستويات قلق الموت وتدنى صورة الجسم والعديد من الضغوط النفسية بفعل المرض المزمن، كما أتضح وجود ارتباط قوى بين تدهور الحالة الصحية وترك العمل والتقاعد وأيضا تدنى المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

كما هدفت دراسة "بلايف وآخرون" (Blyth et al., 2016) إلى تقييم نوعية الحياة وصورة الجسم وتحديد خصائص وصفات المرض المزمن لدى مرضى التهاب المفاصل وقد أجريت الدراسة على (226) مريض بالتهاب المفاصل وتم تشخيصهم في المستشفى العام بمدينة جرامبيان بالمملكة المتحدة، وذلك بالمقارنة بمرضى آخرين لا يعانون من أمراض مزمنة، وتم تطبيق التقرير الذاتي لتقييم مدى استمرار المرض المزمن لأكثر من ثلاثة شهور، ومقياس صورة الجسم، ومقياس نوعية الحياة الصيغة المختصرة (SF-36) وأكدت الدراسة على وجود اضطرابات في صورة الجسم لدى مرضى التهاب المفاصل، كما اتضح من نتائج تحليل مقياس نوعية الحياة أن هناك اختلافات واضحة بين مرضى التهاب المفاصل والمرضى الأخرون في ثلاثة أبعاد والتي تتمثل في الوظائف الاجتماعية، الصحة العقلية، الألم. كما يؤثر مرض التهاب المفاصل بشكل سلبى على نشاطات الحياة اليومية لدى المرض.

كما قام "لونجوسين" (Longosin, 2017) بدراسة هدفت إلى تقييم صورة الجسم والأبعاد الصحية المتعلقة بها لدى عينة من ذوى المرض المزمن من مرضى التهاب المفاصل (ن=100)، ومرضى الربو (ن=100)، وذلك بالمقارنة بعينة من الأصحاء وقد تراوحت أعمارهم بين (20-35) سنة، واستخدمت الدراسة استمارة بيانات شخصية واجتماعية، ومقياس لكثافة الألم، واستفتاء متابعة. وأسفرت النتائج عن تأثير صورة الجسم بشكل سلبى لدى المرضى مقارنة بأصحاء، حيث أن البعد الجسمي أكثر تأثيراً بالمرض

المزمن، كما أكدت الدراسة على وجود أعراض قلق واكتئاب مرضية لدى مجموعتي مرضى التهاب المفاصل والربو.

واتجهت دراسة "أندريسمون وفونيال" (Andresmon & Fonual, 2018) إلى تقييم صورة الجسم وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من ذوى المرض المزمن في الدانمارك، ممن يعانوا من مرض التهاب المفاصل في أماكن مختلفة من الجسم (الذراع، اليد، الركبة، أسفل الظهر وأعلاه، الكتف والرقبة، العنق والرأس) وبلغ قوام العينة (1006) مريض وتراوحت أعمارهم بين (41-18) سنة. وقد تم المقارنة بالأصحاء وتم استخدام استمارة لتقييم الرضا، مقياس لصورة الجسم وآخر لقلق الموت، واستمارة لتحديد نوع موضع الألم الناتج عن التهاب المفاصل، ومقياس التقاعد عن العمل بسبب المرض المزمن، واستمارة تقييم الحالة الصحية بشكل ذاتي. وأسفرت الدراسة عن وجود ارتباط سلبى بين الإصابة بالتهاب المفاصل والحالة الصحية والشكلية للفرد، وقد اتضح عند مقارنة نتائج مجموعة المرضى بمجموعة الأصحاء أن مجموعة المرض المزمن حصل أفرادها على درجات منخفضة في تقدير صورة الجسم، وارتفاع في الدرجات التي تعبر عن مزيد من قلق الموت وذلك على العكس مجموعة الأصحاء، مما يشير إلى الدور السلبى للمرض.

وفى نفس العام قامت دراسة "ليندر وسنجر" (Linder & Singer, 2018) بقياس أثر عدوى الجهاز التنفسي العلوى على الوظائف الجسمية والانفعالية والاجتماعية مقارنة بأمراض الرئة والتهاب المفاصل العظمى، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (ن=318) مريضاً، وبلغ نسبة الرجال (37%) والإناث (63%) بمتوسط عمرى (35.9) سنة، وقد أجريت الدراسة بغرفة انتظار المرضى بمستشفى ماخوسيتسى الطبي العام، وأشارت نتائج الدراسة إلى تدنى درجات المرضى المصابين بأمراض الرئة والتهاب المفاصل العظمى في الصحة العامة والدور الانفعالي حيث وجود الأفكار السلبية بوجه عام في جوانب الحياة والتعلق بالأفكار ذات الصلة بالموت، في حين ارتفعت درجات المرضى المصابين بعدوى الجهاز التنفسي العلوى على نفس المتغيرات إلا أن المرضى المصابين

بالتهاب المفاصل العظمى قد عانوا من ألم جسمي أكبر وخلل في العديد من الوظائف الانفعالية والاجتماعية من المرضى المصابين بعدوى الجهاز التنفسي العلوى.

2- دراسات تناولت مرض السكرى من النوع الأول.

هدفت دراسة "تشو وآخرون" (Choe et al., 2012) إلى كشف مدى تأثير صورة الجسم بمرض مزمن كالسكر لدى عينة كورية، بلغ قوامها (22) مريض بالسكر، (10) ذكور و (10) إناث ، تراوحت أعمارهم بين (30-39) سنة. وقد أجريت الدراسة في غرفة انتظار المرضى بالعيادات الخارجية في مستشفى جامعة سيول الوطنية بكوريا الجنوبية وتم تطبيق استفتاء حول مشاكل المرضى وتأثير المرض عليهم وخاصة في صورة الجسم لديهم، ومدى الرضا عن شكل الجسد بعد اصابته بمرض السكرى من النوع الأول وأسفرت الدراسة عن معاناة المرضى من الاكتئاب والقلق والتوتر والحزن والتفكير بالموت والانفلات الانفعالي، كما أن لديهم اضطراب في صورة الجسم، حيث الاتجاه السلبى نحو أجسامهم، واضطراب سلوكي يتمثل في قلة الكلام وعدم الرغبة في الخروج من المنزل، بالإضافة إلى اضطرابات في الشهية والشعور بالتعب والأعياء ونقص الطاقة والحيوية ومصاعب في نظام التغذية وأداء العمل، هذا فضلا عن التفكك الأسرى وفقدان الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين، ويرجع ذلك للإصابة بمرض السكرى.

واتجهت دراسة "بودول" (Podol, 2014) ببحث الآثار الاجتماعية والشخصية المترتبة على الإصابة بمرض السكرى من النوع الأول مقارنة بالأصحاء، ولم يكن المرضى مقيمين بالمستشفيات بل تمت مقابلتهم في مبنى العيادات الخارجية بأحد المستشفيات مدينة لندن، وبلغت قوام العينة (ن=219) مريض، وقد تراوح أعمارهم بين (35-47) سنة وتم تطبيق مقياس العائق الصحي لتقييم بعض المتغيرات والتي تتمثل في النشاطات الوظيفية، العلاقات، صورة الجسم، الحالة الانفعالية، التفكير في الأمور المتعلقة بالموت، جودة المعيشة النفسية، الوضع الاقتصادي والمكانة الاجتماعية. وأسفرت نتائج الدراسة عن تأثير نوعية الحياة لدى مرضى السكرى من النوع الأول بشكل سلبى، كما

وجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01) على المتغيرات السابقة بين مرضى السكرى والأصحاء في اتجاه مرضى السكرى.

وهدفت دراسة "دوجان وينسال" (Dogan & Unsal, 2015) لتقييم مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السكرى وفحص العلاقة بين الاكتئاب وقلق الموت، وأجريت الدراسة على مرضى السكرى الذين يتلقون علاجا في مستشفى إسكسهير بكلية الطب. وبلغت العينة (ن=48) مريضا، ومنهم (60%) إناث وتراوحت أعمارهم بين (20-35) سنة، وتم تطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت، ومقياس الاكتئاب على التوالي. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع الاكتئاب والقلق لدى عينة الدراسة، كما وجد علاقة إيجابية بين الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السكرى من الإناث بالمقارنة بمرضى السكرى من الذكور.

وفى نفس العام قامت دراسة "هارتل وآخرون" (Hartl et al., 2015) ببحث صورة الجسم كوسيط بين المناخ الأسرى السلبى وتدهور نسبة السكر في الدم من النوع الأول لدى المراهقين، وبلغت عينة الدراسة (ن=51) أنثى،، (ن=58) ذكرا من المصابين بالسكرى من النوع الأول، وبلغ متوسط أعمارهم (19.8) سنة، وانحراف معياري (1.44). وأشارت نتائج الدراسة إلى دور صورة الجسم كوسيط بين المناخ الأسرى المفتقر للرعاية والاهتمام وبين الإصابة بمرض السكرى لدى المراهقين، كما أن صورة الجسم تشكل عاملا هاما في كيفية إدارة تحديات داء السكرى لدى المراهقين، وأيضا وجد ارتباط بين الانفعالات السلبية كالقلق والتفكير في الموت والخوف من المستقبل وبين صورة الجسم لدى المراهقين المصابين بالسكرى من النوع الأول.

كما قامت دراسة "ترونكون وآخرون" (Troncone et al., 2018) ببحث التغيرات في صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى الشباب المصابين بالسكرى من النوع الأول وكانت قوام العينة (ن=42) ذكر، (ن=39) أنثى من مرضى الشباب بالسكرى من النوع الأول وتتراوح أعمارهم بين (18-30) سنة، وتم إجراء مقابلة شخصية معهم، واستخدام مقياس صورة الجسم، وتحديد الطول والوزن، وحساب مؤشر كتلة الجسم، والميل العام

نحو تقليل حجم الجسم (أي إدراك الجسم أصغر مما هو عليه) ومستوى عدم الرضا عن صورة الجسم. وأشارت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال إحصائيا بين مرضى السكرى واضطرابات في صورة الجسم لدى مرضى الشباب، كما وجد ارتباط دال إحصائيا بين تشوه صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى المرضى الشباب المصابين بالسكرى من النوع الأول.

تعقيب عام على الدراسات السابقة.

يتضح من خلال استقراء الدراسات السابقة ما يلى:

- حداثة الدراسات المعروضة، حيث قدمت جميعها في الفترة الزمنية 2009-2018م.
- عدم وجود دراسات سابقة تناولت متغيرات الدراسة معا في حدود إطلاع الباحثة، أي صورة الجسم وقلق الموت لدى عينة من ذوى المرض المزمن (التهاب المفاصل/ السكرى) مقارنة بالأصحاء.
- جميع الدراسات قد تمت في بيئات أجنبية في حدود إطلاع الباحثة، مما يشير إلى أهمية الدراسة الراهنة، ومع ذلك فإن الدراسات الأجنبية قد أمدت الباحثة قدر كبير من المعرفة في هذا الموضوع.
- قليل من الدراسات قد بحثت صورة الجسم وقلق الموت لدى ذوى المرض المزمن من الفئتين (التهاب المفاصل/ السكرى) كلاً على حده، وفى هذا العدد القليل أفادت الدراسات بتأثير مرض التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول لدى المرضى من حيث تشوه صورة الجسم لديهم واتجاههم نحو التفكير في الموت وما يتعلق به.
- اتفاق نتائج الدراسات السابقة على انخفاض تقدير صورة الجسم، وارتفاع قلق الموت لدى ذوى المرض المزمن مقارنة بأصحاء، إلا أنه لا يوجد دراسات قد اهتمت بمقارنة الفئتين من التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول على متغيرات الدراسة الحالية، لذلك يعد البحث الحالي محاولة للإسهام في استكشاف متغيرات الدراسة حيث الحاجة الماسة إلى بيانات وإحصائيات حديثة عن ذوى المرض المزمن.

- إلقاء مزيد من الضوء على صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل، والسكرى مقارنة بالأصحاء ومع بعضهما مما يزيد من أهمية الدراسة حيث عدم توفر دراسات توفر معلومات تساعد بدورها على تقديم الرعاية النفسية المناسبة لهم، والقدرة على التعامل معهم.

- أفادت الدراسات السابقة ضرورة التعمق في منطقة المرض المزمن وخاصه بين الشباب، وهنا تبرز أهمية عينة الدراسة الحالية والتي تتمثل في مرحلة الشباب وهى من المفترض أنها مرحلة الإنتاج وليس المعاناة من الأمراض المزمنة.

- اعتماد أغلب الدراسات على عينات كبيرة مما يكسب النتائج ثقة وتعميم أكبر حيث (ن=17496) مريض في دراسة (Ellit et al., 2013)، في حين كانت عينة بعض الدراسات صغير ة إلى حد ما حيث (ن=22) مريض في دراسة (Choe et al., 2012).

- أكدت الدراسات السابقة على ضرورة تقييم الجوانب النفسية والاجتماعية وليست فقط الطبية، وذلك نظراً لافتقار البيئة العربية للدراسات التي غطت هذا الجانب من حيث بحث واستكشاف صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل، والسكرى من النوع الأول.

فروض الدراسة.

1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء على مقياس صورة الجسم.
2- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء على مقياس قلق الموت.
3- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى.

منهج الدراسة وإجراءاتها.

أولاً: منهج الدراسة.

اتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الارتباطي المقارن، ويمكن تحديد المتغيرات في ضوء متغيرات مستقلة هي (التهاب المفاصل/ السكرى) المراد معرفة درجة تأثيرها على (صورة الجسم، وقلق الموت) بوصفها متغيرات تابعة، وأيضا الكشف عن العلاقة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى ذوى المرض المزمن والأصحاء، وقد تم اختيار هذا المنهج نظراً لكون متغيرات الدراسة الراهنة تعتمد على الوصف والتصنيف.

ثانياً: التصميم البحثي.

التصميم البحثي المستخدم في هذه الدراسة هو التصميم المستعرض لمجموعة الحالة (مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول) في مقابل مجموعة المقارنة (الأصحاء)، ثم إجراء مقارنة بين المجموعتين (مجموعة الحالة، ومجموعة المقارنة) في صورة الجسم، وقلق الموت بهدف اكتشاف العوامل التي ترتبط بالظاهرة موضوع اهتمام البحث.

ثالثاً: عينة الدراسة.

تكونت عينة الدراسة الحالية من (90) فردا، تراوحت أعمارهم بين (25-39) سنة، بواقع ثلاث مجموعات كالتالي:

- المجموعة الأولى: وتكونت من (30) مريضاً بالتهاب المفاصل (13 ذكر، 17 أنثى)، وتم اختيارهم من عيادة جراحة العظام بكلية الطب، جامعة كفرالشيخ ومستشفى سيدى غازي بكفرالشيخ وذلك بعد تطبيق اختبار الفئة (E) الذى يشخص التهاب المفاصل من قائمة كورنل، والتأكد من أن هؤلاء المرضى لا يعانون من مرض السكرى عن طريق عيادة الباطنة بالمستشفى.
- المجموعة الثانية: وتكونت من (30) مريضا بالسكرى من النوع الأول (المعتمد على الأنسولين)(16 ذكر، 14 أنثى)، وتم اختيارهم من عيادة الباطنة العامة وأمراض الغدد الصماء والسكر للطبيب/ وائل أبوالمجد بمحافظة كفرالشيخ، والتأكد من أن هؤلاء

المرضى لا يعانون من التهاب المفاصل، وذلك بتطبيق الفئة (E) من قائمة كورنل، وتم استبعاد المرضى الذين يعانون من المرضين معاً.

- المجموعة الثالثة: وتكونت من (30) مشارك من الشباب الذين لا يعانون من أي أمراض مزمنة (15 ذكر، 15 أنثى). وقد راعت الباحثة تجانس أفراد العينة من حيث العمر، والمستوى التعليمي، والدخل، والمستوى الاجتماعي، وذلك بتطبيق استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين كل مجموعتين تم المقارنة بينهما في بعض المتغيرات.

المجموعات / المتغيرات	مرضى التهاب المفاصل (ن=30)		مرضى السكرى (ن=30)		الأصحاء (ن=30)		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع	م	ع		
العمر	33.69	5.06	32.77	4.33	32.57	3.91	0.93 0.78 0.64	غير دالة
المستوى التعليمي	14.20	3.35	14.83	2.37	13.22	2.46	0.47 0.66 0.54	غير دالة
الدخل	944.11	309.71	927.7	236.8	930.1	224.77	0.37- 0.84- 0.67-	غير دالة
الحالة الاجتماعية	2.40	0.48	2.53	0.45	2.51	0.47	1.34 1.01 1.14	غير دالة

ويتضح من جدول (1) عدم دلالة اختبار (ت) في المقارنة بين المجموعات، مما يشير إلى اختفاء الفروق بين كل عينة مرضى التهاب المفاصل، وعينة مرضى السكرى من النوع الأول، وعينة الأصحاء مما يحقق شروط التكافؤ بينهم.

رابعاً: أدوات الدراسة.

1- مقياس صورة الجسم :

هذا المقياس إعداد مجدي محمد الدسوقي ,مكون هذا المقياس من (34) بندا , ويقيس هذا الاختبار اضطراب تشوه الجسم . تم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن: أن يجيب المفحوصين علي كل بند من بنود المقياس تبعا لبدائل خمسة هي : دائما , غالبا , أحيانا , نادرا , أبدا , وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتي : دائما (4) , غالبا (3) , أحيانا (2) , نادرا (1) , أبدا (صفر) , ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص علي المقياس مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل أرقام (6 , 11 , 13 , 19 , 22 , 24 , 25) تصحح في الاتجاه العكسي , والدرجة المرتفعة علي المقياس تشير إلى الرضا عن صورة الجسم , والدرجة المنخفضة تشير إلى عدم الرضا عن صورة الجسم .

وتم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس , وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المفحوصين (ن = 76) علي المقياس الحالي وبين العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد إعداد كاش Cash (1994) تعريب وتقنين : مجدي الدسوقي (2003) فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (0.561) وهو معامل موجب ودال إحصائيا عند مستوي (0.01) مما يشير إلى توافر شرط الصدق بالنسبة للمقياس .

وتم تطبيق المقياس علي مجموعة كلية قوامها (50) طالبة من بين طالبات الجامعة , ثم أعيد تطبيقه مرة أخري علي المجموعة نفسها بفاصل زمني قدره ثلاثة أسابيع , وتم

حساب معامل الارتباط بين درجات الطالبات في التطبيقين الأول والثاني , فتم التوصل إلى معامل ارتباط قدره (0.863) مما يدل على الثبات المرتفع للاختبار .

وأعادت الباحثة تقدير الصدق باستخدام محك خارجي، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات تطبيق الاختبار الحالي واختبار صورة الجسم إعداد (زينب شقير، 2002) على عينة مكونة من (50) طالبا من الجامعة. وكان معامل الارتباط (0.78) وهى قيمة دالة عند (0.01). كما أعادت الباحثة حساب الثبات عن طريق إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمنى أسبوعين على عينة مكونة من (50) طالبا من الجامعة وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (0.79) يتضح مما سبق مدى الصدق والثبات المرتفع للاختبار.

2- مقياس قلق الموت :

معد هذا الاختبار أحمد محمد عبد الخالق (1997) ويتكون المقياس من (88) بندا ليقيس قلق الموت علي أن يجيب كل مفحوص علي كل بند من بنود المقياس سواء (نعم) أم (لا) . ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص علي المقياس مع ملاحظة أن الدرجة المرتفعة علي المقياس تشير إلى ارتفاع شعور الفرد بقلق الموت , والدرجة المنخفضة علي المقياس تشير إلى انخفاض شعور الفرد بقلق الموت .

وأستخدم المؤلف من طرق قياس الصدق، الصدق الظاهري وصدق التميز، ولقياس الثبات أستخدم طريقة إعادة التطبيق وطريقة ثبات التجزئة النصفية وكان المقياس يتمتع بالصدق والثبات المرتفع.

وأعادت الباحثة تقدير الصدق باستخدام محك خارجي، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات تطبيق الاختبار الحالي واختبار قلق الموت إعداد (زينب شقير، 2005) على عينة مكونة من (50) طالبا من الجامعة. وكان معامل الارتباط (0.73) وهى قيمة دالة عند (0.01). كما أعادت الباحثة حساب الثبات عن طريق إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمنى أسبوعين على عينة مكونة من (50) طالبا من الجامعة وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (0.75) يتضح مما سبق مدى الصدق والثبات المرتفع للاختبار.

3- قائمة كورنل الجديدة:

وضعت على يد "كيف برودمن" وزملائه وقام بترجمة القائمة (محمود السيد أبوالنيل،1995) واقتصر استخدام الباحثة على الفئة (E) التي تتكون من (11) بنداً تختص بتشخيص التهاب المفاصل، وتصحح القائمة بأخذ العميل درجة واحدة إذا أجاب بـ (نعم) ويأخذ صفر إذا أجاب بـ (لا) وبعد الحصول على الدرجة الخام (5) على أي من المقاييس الثمانية عشر مؤشراً على المعاناة من الأعراض التي يقيسها المقياس الفرعي.

وقام "محمود السيد أبوالنيل" بحساب صدق القائمة بطريقة المجموعات المتناقضة في دراسة على عينة من الطلبة المصريين والأمريكيين، ووجد أن مستوى دلاله الفروق على جميع المقاييس تتراوح بين (0.001-0.01)، أما بالنسبة للثبات فقد تم حسابه في دراسة لمحمود أبو النيل بواسطة التقييم النصفي على عينة طلبة الجامعة، ووجد أن معامل الثبات يبلغ (0.76) .

وقامت الباحثة بإعادة حساب صدق القائمة باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للفئة (E)، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.52-0.74) أما بالنسبة للثبات فقد استخدمت الباحثة طريقة إعادة التطبيق بفارق أسبوعين، وقد كان معامل الارتباط (0.79) وهو معامل ثبات قوى، وذلك على عينة التقنين التي تتكون من (ن=50) طالبة جامعة، ومما سبق يتضح مدى تمتع الفئة (E) من قائمة كورنل من معاملات صدق وثبات مرتفعة.

4- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة:

المقياس المستخدم في الدراسة الحالية هو من إعداد (عبد العزيز الشخص،2013). وتم إعداده بهدف مراجعه المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وقام معد المقياس بالاعتماد على الأبعاد الخمسة المستخدمة في مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (عبد العزيز الشخص،1995) من خلال عدة إجراءات تضمنت عرض بطاقة استطلاع على عينة تضم أعضاء هيئة التدريس بالجامعات، والموظفين في وظائف

ومهن مختلفة، وطلاب وطالبات بالسنوات النهائية بكليتي التربية والبنات جامعة عين شمس، وقد طلب من أفراد العينة تحديد موافقتهم أو عدم موافقتهم على الأبعاد التالية لمؤشرات أساسية يمكن استخدامها في تحديد الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة: وظيفة رب الأسرة، مستوى تعليم رب الأسرة، وظيفة ربة الأسرة، مستوى تعليم ربة الأسرة، متوسط دخل الأسرة في الشهر.

خامساً: اجراءات الدراسة.

بدأت الباحثة الإجراءات بعد توفير عينة الدراسة وذلك بعد التشخيص الطبي عن طريق الطبيب المختص، ثم قامت الباحثة بتطبيق الاختبارات تطبيقاً فردياً على جميع المشاركين، وهذا بعد إجراء مقابلة مع عينة البحث سعيا للحصول على البيانات الأولية لهم، وتم تقديم مقاييس الدراسة وفقا للترتيب الآتي: (الفئة E ، مقياس صورة الجسم، مقياس قلق الموت)، وقد تراوحت فترة الجلسة بين (30-45) دقيقة، تتوسطها فترة راحة تقدر بعشرة دقائق لتعطى للمشارك تجديد للنشاط الذهني والبدني، وهذا بأحدي الغرف المناسبة بالمستشفى أو العيادة الخارجية، وقد استغرقت فترة التطبيق ما يقارب من خمسة أشهر، وذلك تبعا لتوفر شروط اختيار المشاركين.

سادساً: الأساليب الإحصائية.

1- اختبار "ت" T.Test
2- معامل ارتباط بيرسون
3- تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way Anova
4- طريقة "توكى" للمقارنات المتعددة البعدية Tukey HSD Test

عرض النتائج ومناقشتها.

الفرض الأول.

وينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى والأصحاء على مقياس صورة الجسم" وللتحقق من

هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه لأكثر من مجموعة، حيث أظهرت المعالجة الاحصائية النتائج التالية:

جدول (2) الفروق في صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
بين المجموعات	4728.01	2	2364.43	7.58	0.01
داخل المجموعات	45788.56	87	527.24		
المجموع الكلى	50516.57	89			

يتضح من جدول (2) تحقق الفرض الأول، من حيث وجود فروق بين المجموعات الثلاث (مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء) على مقياس صورة الجسم ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) ولمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث وأي مجموعة مسئولة عن هذه الفروق تم استخدام اختبار توكى لمتابعة الفروق بين المتوسطات كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (3) فروق المتوسطات في صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء.

المجموعات	المتوسط	مرضى التهاب المفاصل	مرضى السكرى	الأصحاء	مدى توكى
مرضى التهاب المفاصل	51.40	——	**12.22	*29.63	7.11
مرضى السكرى	63.62		——	*17.41	
الأصحاء	81.03			——	

*دالة عند مستوى 0.01
**دالة عند مستوى 0.05

يتضح من جدول (3) ما يلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 في متوسط درجات صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل والأصحاء، وذلك في اتجاه مرضى التهاب المفاصل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 في متوسط درجات صورة الجسم بين مرضى السكرى والأصحاء، وذلك في اتجاه مرضى السكرى.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في متوسط درجات صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى، وذلك في اتجاه مرضى التهاب المفاصل.

ونستنتج مما سبق وجود فروق دالة في صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل والأصحاء في اتجاه مرضى التهاب المفاصل، وأيضا وجود فروق دالة في صورة الجسم بين مرضى السكرى من النوع الأول والأصحاء في اتجاه مرضى السكرى، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات (Mallon& Culhane, 2009; Choe et al., 2012; Hartl et al., 2015; Blyth et al., 2016; Longosin, 2017; Troncone et al., 2018). حيث ان جميع هذه الدراسات اتفقت على وجود صورة سلبية للجسم لدى مرضى التهاب المفاصل، والسكرى من النوع الأول كل على حده وذلك بالمقارنة بالأصحاء.

ويلاحظ أن الاتجاه السلبى نحو صورة الجسم لدى ذوى المرض المزمن من مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول يرجع إلى التشوه الجسدي في المظهر الخارجي للجسم، ويعتبر هذا من أهم الأعراض الأساسية التي يفرضها المرض المزمن من التهاب المفاصل والسكرى على مرضاه، حيث تتمثل انفعالات عدم الرضا عن شكل الجسم والشعور بالاشمئزاز والعيوب التي تظهر في أجزاء جسم المريض من أهم ما يعانى به ذوى المرض المزمن (Venrooij et al., 2006; Longosin, 2017).

وتشير الدراسات إلى أن ذوى المرض المزمن من التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول يتعرضوا إلى اضطرابات فسيولوجية وتشوه تشريحي يؤثر على العديد من أجهزة الجسم العصبية والعضلية والعظمية وذلك بحسب الجزء المصاب في الجسم، كما أنه يؤثر تأثير بالغ من الجانب النفسي، حيث نجد هؤلاء المرضى يشعرون بنقص واعتلال في القدرة الجسدية مما يزيد من التقليل من شأن النفس ووضعها في صورة اضطراب وعدم رضا (Guignard,2006).

هذا الأمر الذى أكده دراسة (Choe et al., 2012) فقد يتعرضوا مرضى السكرى إلى التهابات مزمنة في الأعصاب الطرفية مما قد تؤدى إلى الانكماش التدريجي لأحد الأطراف حتى يصل إلى الجذع ويمكن أن تصل إلى البتر ويحدث الإعاقة الجسدية وفقدان وظيفة العضو، وهنا يجد مريض السكرى نفسه يعانى من تشوه الجسم، مما يسهم في ظهور الاضطرابات في صورة الجسم لدى مريض السكرى. وأيضا مريض التهاب المفاصل الذى يشعر بآلام حادة ومزمنة في الظهر أو الكتف والعنف أو احد الأطراف العضلية والمفصلية، حيث تؤدى الالتهابات إلى تشوه بالغ في شكل الأطراف المصابة، وهذا فضلاً عن مدى الشعور بالعجز والقصور والإحساس بالتعب والإرهاق ولا شك أن مشاعر النقص والدونية لدى ذوى المرض المزمن يولد الاتجاه السلبى وعدم الرضا عن صورة الجسم (Ross et al.,2002; O'Dell,2004).

كما أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا في صورة الجسم بين مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى وذلك في اتجاه مرضى التهاب المفاصل. مما يوضح معاناة مرضى التهاب المفاصل وعدم الرضا عن صورة أجسامهم بشكل أكبر من مرضى السكرى، ولم تجد الباحثة دراسات قد أجريت في بحث هذا التساؤل وذلك في حدود إطلاع الباحثة، وهنا يمكن للباحثة تفسير هذه النتيجة في ضوء ما لمسته من مرضى التهاب المفاصل أثناء تطبيق أدوات الدراسة من معاناة وشعور بآلام حادة

ومزمنة لا تنتهى، والإحساس بالإعاقة الجسدية والمفهوم السلبى للذات وذلك بالمقارنة بمرضى السكرى.

الفرض الثاني.

وينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى والأصحاء على مقياس قلق الموت" وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام أسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه لأكثر من مجموعة، حيث أظهرت المعالجة الإحصائية النتائج التالية:

جدول (4) الفروق في قلق الموت بين مرضى التهاب المفاصل، والسكرى، والأصحاء.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
بين المجموعات	2898.97	2	1420.01	4.99	0.01
داخل المجموعات	12968.98	87	162.23		
المجموع الكلى	15867.95	89			

يتضح من نتائج جدول (4) تحقق صدق الفرض الثاني، من حيث وجود فروق بين المجموعات الثلاث (مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء) على مقياس قلق الموت ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) ولمعرفة الفروق بين المجموعات الثلاث وأي مجموعة مسئولة عن هذه الفروق تم استخدام اختبار توكى لمتابعة الفروق بين المتوسطات كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (5) فروق المتوسطات في قلق الموت بين مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى، والأصحاء.

المجموعات	المتوسط	مرضى التهاب المفاصل	مرضى السكرى	الأصحاء	مدى توكى
مرضى التهاب المفاصل	68.27	——	**10.74	*18.36	7.11
مرضى السكرى	79.01		——	*29.1	
الأصحاء	49.91			——	

* دالة عند مستوى 0.01
** دالة عند مستوى 0.05

يتضح من جدول (5) ما يلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في متوسط درجات قلق الموت بين مرضى التهاب المفاصل والأصحاء، وذلك في اتجاه مرضى التهاب المفاصل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في متوسط درجات قلق الموت بين مرضى السكرى والأصحاء، وذلك في اتجاه مرضى السكرى.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات قلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى من النوع الأول في اتجاه مرضى السكرى.

ونستنتج مما سبق وجود فروق دالة في قلق الموت بين مرضى التهاب المفاصل والأصحاء في اتجاه مرضى التهاب المفاصل، وأيضا وجود فروق دالة في قلق الموت بين مرضى السكرى من النوع الأول والأصحاء في اتجاه مرضى السكرى، وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات (Podoll,2014; Dogan& Unsal,2015;

Andresmon& Fonual,2018; Linder& Singer,2018) . حيث وجدت ارتفاع في قلق الموت والأفكار المتعلقة به لدى مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى كل على حدة مقارنة بأصحاء.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن ذوى المرض المزمن من التهاب المفاصل والسكرى يشعرون بالفزع والقلق من الموت استجابة لتهديد أعراض المرض المزمن الذى لا يمكن التخلص منه مدى الحياة، وذلك خلاف ما يتعرض له هؤلاء المرضى من ألام مزمنة تجعلهم ينشغلون بكل ما يتعلق بالموت، حيث يرتبط الشعور قلق الموت بتوالي الالتهابات المزمنة الناتجة عن الإصابة بداء السكرى أو التهاب المفاصل مقارنة بغير المصابين (Podoll,2014; Kyle et al.,2016).

وهذا يشير إلى معاناة مرضى التهاب المفاصل، والسكرى من النوع الأول من مستويات مرتفعة من قلق الموت ويتضح لديهم في العجز والخوف ومشاعر الشك حول ما يتصل بالموت والاحتضار وأن الموت وشيك وقريب، كما أنه يتربص بهم بل وبعض المرضى ينتظرون الموت وهنا ينتابهم مشاعر القلق بصفة مستمرة (Karp et al., 2005).

وتشير النتائج أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) في قلق الموت بين مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى من الأول في اتجاه مرضى السكرى. ولم تجد الباحثة دراسات قد أجريت في بحث هذا التساؤل، وذلك في حدود إطلاع الباحثة، وهنا يمكن للباحثة تفسير هذه النتيجة في ضوء أن مشاعر وأعراض قلق الموت قد تنتاب مرضى السكرى من النوع الأول بمستويات مرتفعة عن مرضى التهاب المفاصل، ويمكن هذا يرجع إلى انخفاض نسبة السكر في الدم وتعرض المرضى لغيبوبة السكرى مما يزيد الإحساس لديهم بمعنى الموت والشعور بالقلق منه، وذلك بالمقارنة مع مرضى التهاب المفاصل.

الفرض الثالث.

وينص الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى من النوع الأول" وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وتتضح النتائج في الجدول التالي:

جدول (6) معاملات الارتباط ودلالتها بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى.

معامل الارتباط	
مرضى التهاب المفاصل	**مرضى السكرى**
*0.72	*0.67

*دالة عند مستوى 0.01

وتشير نتائج جدول (6) إلى تحقق صدق الفرض من حيث الآتي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت (ر=0.72) لدى مرضى التهاب المفاصل ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01).
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت (ر=0.67) لدى مرضى السكرى من النوع الأول ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01).

يتضح مما سبق وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين كل من صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسات (Ellit et al.,2013;Podol,2014; Andresmon& Fonual,2018) . حيث وجود علاقة ارتباطية موجبة بين صورة الجسم وقلق الموت لدى مرضى التهاب المفاصل ومرضى السكرى من النوع الأول كل على حده، وتتسق نتيجة هذا الفرض مع نتائج الفرضين الأول والثاني، حيث أن ذوى المرض المزمن سواء من مرض التهاب المفاصل أو مرضى السكرى من النوع الأول يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم نتيجة الإصابة بالمرض والشعور بالآلام الحادة والتي تسبب مشاكل وصعوبات وعجزاً واضحاً لدى المرضى مقارنة بأقرانهم الأصحاء، كما أن

لديهم مستويات مرتفعة من قلق الموت، ويرجع ذلك إلى الخوف من المرض وأعراضه والأثار السلبية الناتجة عنه، ويعد هذا استجابة انفعالية متوقعة من المرض المزمن الذى لا ينتهى مدى الحياة (Karp et al., 2005; Podoll,2014) .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن مرضى التهاب المفاصل، ومرضى السكرى لديهم تقييم منخفض لصورة الجسم وشعور بقلق الموت في معظم الأوقات، حيث يتعلق ذلك بفقدان الطاقة والحيوية والإحساس بالألم، وعدم القابلية للحركة والاستجابة الانفعالية السيئة مما يشكل تدهور في الحالة الصحية، وعلى الأخص في الحالة النفسية للمرضى وذلك بارتباط عدم قدرة الجسد وفقدان الثقة في الذات بشعور قلق الموت الزائد لدى ذوى المرض المزمن من مرضى التهاب المفاصل والسكرى من النوع الأول (Fogel& Wessberg,2010; Ellit, 2013).

قائمة المراجع.

أولاً: المراجع العربية:

أحمد عبد الخالق (1987). **قلق الموت**. الكويت: عالم المعرف.

---------- (1997). **مقياس قلق الموت**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

---------- (2003). **أسس علم النفس**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الاتحاد الدولي للسكرى – **الخطة العالمية للسكرى**. 2011-2021(2011).

المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري (2011). **الوكالة المساعدة للطب الوقائي. الإدارة العامة للأمراض غير المعدية**. الإصدار الأول. المملكة العربية السعودية.

زينب شقير (2002). **الأمراض السيكوسوماتية "النفس- جسمية" (مجـ1)**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

---------- (2002). **مقياس صورة الجسم**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

---------- (2005). **مقياس قلق الموت**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

عبدالرحمن العيسوي (2010). **الاضطرابات النفسية وعلاجها**. الإسكندرية: الدار الجامعية.

عبد العزيز الشخص (2013). **مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة**. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد المنعم الحفني (1995). **موسوعة الطب النفسي** . المجلد الأول، الطابعة الثانية، القاهرة: مكتبة مدبولي.

عادل صادق (1998). **نار الألم لها علاج**. كتاب اليوم الطبي، دار الأخبار اليوم، عدد (197) أغسطس.

عادل عبدالله محمد (2000). **العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، (الآلام المزمنة)**. القاهرة: دار النشر.

علاء الدين كفافي، مايسة النيال (1996). **صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية**. مجلد علم النفس، القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.

محمد عبدالرحمن (1998). علم الأمراض النفسية والعقلية. (الجزء الأول). القاهرة: دار قباء للنشر.

محمود السيد أبوالنيل (1995). **قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية**. القاهرة: مكتبة الإبراهيمية.

مجدي الدسوقي (2004). **مقياس اضطراب صورة الجسم**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

---------- (2008). **دراسات في الصحة النفسية (جـ2)**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مها الهلباوى (1988). **الاكتئاب وصورة الجسم كما يظهر في الرسم الإسقاطي.** رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الآداب جامعة عين شمس.

لين غولدبرغ، ودايان إيليوت (2002). **أثر التمارين الرياضية في الشفاء "التمارين تجنبك الأمراض وتعالج: السكري، الاكتئاب، أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل وغيرها"**. (ترجمة): محمد العطائي. الرياض، المملكة العربية السعودية: العبيكان.

ثانياً: المراجع الانجليزية:

Andresmon, N.& Fonual, L. (2018). Epidemiology of Chronic non-malignant Pain in Denmark. **Pain**,109, 221-228.

Berrin & Fatma . (2010). Defining the Effects of Television on the Body Image on the Basis of Adolescents' Opinions . Turkish Online. **Journal of Qualitative Inquiry**, October 1(2).

Blyth, F.; Brnabic, A.; Jorm, L.; March, L.& Cousins, M. (2016). Arthritides and Body Image Following Open Inguinal Hernia Repair. **British Journal of Surgery**, 88, 1122-1126.

Breakey. (1997). Body Image, the inner mirror. **Journal of prosthetics and ort**, 9(3), 102- 107.

Breivik, H.; Collett, B.; Ventafridda, V.; Cohen, R.& Gallacher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life and Treatment. **European Journal of Pain**, 10,287-333.

Cash, T. F.; Jakatdar, T. A.& Williams, E. F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. **Body Image**, 1,279-287.

Choe, M.; Padilla, G.; Chae, Y.& Kim, S. (2012). Body Image for Patients with Diabetes in Korea: The Meaning of Health-related Body Image. **International Journal of Nursing Studies**,38(6), 673-682.

Cooper, N. J. (2000). Economic Burden of Rheumatoid Arthritis:a Systematic Review**. British Society for Rheumatology**, 39, 28-32.

Cox , Gonder, McCall, Clarke. (2002). The effects of glucose fluctuation on cognitive function. The functional costs of hypoglycemia among adults with type 1 or type 2 diabetes. University of Virginia,USA. Int**. j Clin Practsuppl** .Jul:(129),2o-6.

Debasis Bagchi & Nair Sreejayan. (2012). **Nutritional and Therapeutic Inter Venations for Diabetes and Metabolic syndrome**. United States of America.

Divine, J. G.& Hewett, T. E. (2005). Valgus Bracing for Degenerative Knee Osteoarthritis. **The Physician and Sports medicine**, 33, Iss.2,40.

Dropkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life after Head and Neck Cancer Surgery. **Cancer Practice, American Cancer Society**, 7(6), 309-313.

Dogan, R., Unsal, A. (2015). Assessment of Depression and Death Anxiety Level In diabetic Patients in Eskisehir, Turkey. **International Journal of Diabetes Developing Countries**, 25(3), 242-249.

Ehrlich, G. E. (2003). **Low back pain**. Bulletin of the World Health Organization, 81(9), 671-676.

Ellit, Y.; Grazzi, L.; Solavi, A.; Natvig, G. (2013). Arthritis in Australia a Prevalence Study**. Pain**,89, 127-130.

Fogel, Naomi & Weissberg-Benchell, Jill. (2010). Preventing Poor Psychological and Health Outcomes in Pediatric Type 1diabetes. **Current Diabetes Reports**, 10(6), 436-443.

Forte, Alberto.; Pompili, Maurizio.; Lester, David.; Erbuto, Denise.; Rovedi, Fabiana.; Innamorati, Marco.; Amore, Mario.; & Paolo Girardi. (2014). Suicide Risk in type 1 Diabetes Mellitus: A systematic Review. **Journal of Psychosomatic Research**, 76(5), 352- 360.

Geier, K. A.; Keeperman, J. B.; Sproul, R. C.; Roth, K. & Reynolds, H.M. (2002). Viscosupple mentation: A New Treatment Option for Osteoarthritis/ Orthopedic Nursing, Iss.5, 25-34.

Grabois, M. (2002). Pain Management in Rehabilitation, Conceptual Model of Pain and Its Management. **Demos Medical Publishing**, Chapter1,1-6.

Guignard, B. (2006). Monitoring Analgesia**. Rest Pravtice& Research Clinical Anaesthesiology**,20, Iss.1,161-180.

Han,K.; Lee,P.; Lee,S. & Park, E. (2003). Factors influencing Quality of life in People with Chronic Illness in Korea. **Journal of Nursing Scholarship Indianapolis**,35, Iss.2,139-154.

Hartl, A.; Seiffge, C.; Krenke, I. & Laursen, B.(2015). Body Image Mediates Negative Family Climate and Deteriorating Glycemic Control for Single Adolescents with type 1 Diabetes. **Families, Systems and Health,**33(4), 363-371.

Karp, J. F.; Weiner, D.; Seligman, K.; Butters, M.; Miller, M.; Frank, E.; Stack, J.; Mulsant, B. H.; Pollock, B.; Dew, M. A.; Kupfer, D. J.& Reynolds, C. F. (2005). Body

Pain and Treatment Response in Late-Life Depression. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 13, Iss.3,188-194.

Khurana, R.& Berey, S. (2005). Clinical Aspects of Rheumatoid Arthritis. **Pathophysiology**, 12, Iss.3, 183-165.

Kumar& Clark (2009). **Clinical Medicine, 7Th Edition IMPRINT**: Saunders Ltd.

Kyle, Murdock, LeRoya, , Lacourt, , Duke , Heijnenc. (2016).Executive functioning and diabetes: The role of anxious arousal and inflammation. **Psycho neuroendocrinology**, 71, 102–109.

Lee, M. D.& Weinblatt, E.M. (2001). Review Rheumatoid Arthritis. **The Lancet**,358, Iss. 9285,903-911.

Linder, J. A.& Singer, D. E. (2018). Health-related Anxiety Adults with Upper Respiratory Tract Infections. **J gen Intern Med**, 18, 502-807.

Longosin, M.(2017). Body Image in Asttma: A comparison of Community and Hospital. **Journal of Asthma**,38,205-214.

Mallon& Culhane (2009). The Body Image in Arthritis: a Comparison with Medical Conditions Using Generic

Questionnaires. **British Journal of Dermatology**,20, 479-489.

Nettina's (1996). **Manual of Nursing practice, (6th edition)**, New York: Lippincott company.

O'Dell, J. R. (2004). Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. **The New England Journal of Medical.** Boston,Vol. 350, Iss. 25, 2591-2606.

Podoll, A. J. (2014). Beyond Diasability: Measuring the Social and Personal Consequences of Osteoar Thritis. **Osteoar Thritis and Cartilage**, 7(2), 230-238.

Pollard, L., Choy E. H.& Scott D. L.(2005) The Consequences of Rheumatoid Arthritis: Quality of Life Measures in the Individual Patient. **Clin Exp Rheumatol**, 23, Suppl.39, S43-S52.

Prasad & Srivastava. (2002). Diabetes vis-a-vis mind and body. **Social Indicators Research,** 57.2 (Feb), 191-200.

Raissouni, N.; Gossee, L.; Ayral, X.& Dougado, S. M. (2005). New Concepts in the Diagnosis and Treatment of Recent-onset Polyarthritis. **Joint Bone Spine**, 72,119-123.

Ross, fliege, Hildebrandt, Schirop, Klapp.(2002).the network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. **Diabetes care. Jan**, 25(1), 35-42.

Rother, K. I. (2007). Diabetes Treatment-Bridging the Divide. **The New England Journal of Medicine,** 356(15), 1499-1501.

Shipton, E. (1999). **Pain Acute and Chronic.** Oxford University, New York, Second edition.

Singh, J. A.; Nelson, D. B.; Fink, H. A.& Nichol, K. L. (2004). Health-Related Quality of Life Predicts Future Health Care Utilization and Mortality in Veterans with Self-Reported Physician-Diagnosed Arthritis: The Veterans Arthritis Quality of Life Study. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**,34, 755-765.

Sparapani , Jacob & Nascimento.(2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus? **Pediatric Nursing**, 41.1 (Jan/Feb),17-22.

Trocone, L.; Galiero , A.; Chianese, C.; Cascella, A.& Troncon, D. (2018). Changes in Body Image and Onset of Disordered Eating Behaviors in Youth with Type 1 Diabetes. **Journal of Psychosomatic Research**, 109, 44-50.

Venrooij, W. J. V.; Zendman, A. J. W.& Pruijn, G. J. M. (2006). Autoantibodies to Citrullinated antigens in (early) rheumatoid arthritis. **Autoimmunity Reviews**, 6, Iss.1, 34-41.

Vila, Delhaye, Mouren, Robert. (2002).Micro angiopathic and psychological risk in children and adolescents with type 1diabetes. **Medicine**. Feb. 2:31(4), 151-7.

Vogt.(2001). Acomparative study of sibling relationship, coping and adaptation of school age children with insulin dependent diabetes Mellitus and their siblings. **Dissertation Abstracts International**.61, 4082.

Wald, J.& Alvaro, R. (2004). Psychological Factors in work-related Amputation: Considerations for Rehabilitation Counselors. **Journal of Rehabilitation,** 70(4), 6-15.

Body Image and Death Anxiety in a Sample of individuals with Chronic Disease (Arthritis versus Diabetes).

Dr. Rasha Nagy Mohamed
Faculty of Art
University of Kafr El Sheikh

Abstract: The aim of this study is to examine there are the differences between patients with arthritis, type1 diabetes and healthy individuals in body image and death anxiety measures, this study tries to identify relation between body image and death anxiety of arthritis patients and diabetes patients to each of them alone. The sample consisted of (n=30) patients with arthritis, (n=30) patients with type 1 diabetes and (n=30) healthy. The study used body image scale, death anxiety scale, evaluation Blanckard for arthritis, and the socioeconomic of the family scale. Results indicated there are statistically are function differences between patients with arthritis, type 1 diabetes and healthy individuals in body image and death anxiety. Also, a significant relationship between body image and death anxiety of patients with arthritis, type 1 diabetes to each of them alone.

Keywords: Body Image, Death Anxiety, Arthritis and Type 1diabetes.