مجلـــــة العلـــــوم التربـــــوية والدراســـــات الإنســـــانيـــة
ISSN: 2709-0302 (online)

Humanities and Educational Sciences Journal
ISSN: 2617-5908 (print)

الوحدة وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجذام في مدينة تعز - الجمهورية اليمنية(*)

د/ صادق عبده سيف المخلافي
الأستاذ المشارك بقسم التربية الخاصة
كليـة التـربيـة في جامعـة تعـز- اليمـن
salmkhlafy38@gmail.com

الباحثة/ حنان عبدالله علي المجاهد
قسم التربية الخاصة - كلية التربية
جامعة تعز- اليمن
hananalmoghed@gmail.com

*) تاريخ تسليم البحث 20/5/2022 تاريخ قبوله للنشر 16/7/2022
*) موقع المجلة: http://hesj.org/ojs/index.php/hesj/index

الوحدة وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجذام في مدينة تعز ـ الجمهورية اليمنية

د/ صادق عبده سيف المخلافي
الأستاذ المشارك بقسم التربية الخاصة
كليـة التـربيـة في جامعـة تعـز- اليمـن

الباحثة/ حنان عبدالله علي المجاهد
قسم التربية الخاصة ـ كلية التربية
جامعة تعز- اليمن

مستخلص البحث

هدف البحث إلى معرفة مستوى متغيري: صورة الجسم والوحدة لدى مرضى الجذام، ومعرفة العلاقة بينهما، كما هدف البحث إلى معرفة الفروق في المتغيرين تبعًا للنوع والفئة العمرية وموقع الإصابة، ومكان الإقامة، واستخدم البحث المنهج الوصفي، وتكونت عينة البحث من واحد وستين (61) مريضًا من مرضى الجذام في مدينة النور بمدينة تعز وخارجها، يتوزعون وفقا لمتغير النوع بواقع (34) ذكرًا، و(27) أنثى، ولغرض جمع البيانات قام الباحثان بإعداد مقياس صورة الجسم، وتبني مقياس الوحدة de Jong-Grieved& Kamphuis, 1985. وأظهرت النتائج تدنيًا في مستوى صورة الجسم، وشعورًا مرتفعًا بالوحدة لدى مرضى الجذام، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في صورة الجسم والوحدة لدى مرضى الجذام وفقاً لمتغيرات: النوع، والفئة العمرية، ومكان الإقامة، وموقع الإصابة، بالإضافة إلى ذلك، أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين صورة الجسم والوحدة لدى مرضى الجذام.

الكلمات المفتاحية: الوحدة – صورة الجسم – مرضى الجذام.

Loneliness and its relationship to body image in leprosy patients in the city of Taiz - Republic of Yemen

Dr. Sadiq Abdo Saif Al-Mekhlafi
(Associate Professor)
Department of Special Education,
Faculty of Education, Taiz University,
Republic of Yemen.

Hanan Abdullah Ali Al-Mujahed
(Research Scholar)
Department of Special Education,
Faculty of Education, Taiz University,
Republic of Yemen.

Abstract

The research aimed to measure the values of the two variables of body image and loneliness among leprosy patients, the association between them, and the differences between their values according to the independent variables of gender, age group, location of infection, and place of residence. The research used descriptive method with a sample of 61 Leprosy patients, 34 males and 27 females, from Al-Noor quarantine town, Taiz City, middle of Yemen .
For the purpose of data collection, the researchers prepared a body image scale, and adopted a loneliness scale. de Jong-Grieved & Kamphuis,1985.

The results showed low values of body image, but a high value of loneliness feeling among the leprosy patients indicating a monotonic negative association between the two variables. All measures of differences between genders, ages, infection locations and place of residence of either body image's or loneliness feeling's values were found to be statistically insignificant.
Key words: Loneliness – leprosy - body image.

مقدمة البحث:

يعد مرض الجذام أحد الإعاقات الجسمية والصحية الذي ارتبطت الإصابة به بالخوف نتيجة نقص المعرفة والتشوهات التي يسببها هذا المرض، فعدم تلقي العلاج لهذا المرض أو التأخر في الحصول على العلاج والرعاية الصحية الملائمة يؤدي إلى تشوهات كبيرة في شكل المريض مع معاناته من إعاقات مختلفة، فالجذام ليس مجرد إعاقة جسمية، بل اختلال نفسي واجتماعي ووظيفي، ومن ثم يعيش مرضى الجذام في عزلة اجتماعية جراء إدراكهم واتجاهات الآخرين نحوهم؛ أي إن التشوهات الجسمية التي تظهر على الفرد في الأنف والأطراف أو الجسم ككل جراء مرض الجذام، لا شك تنعكس على إدراك الفرد لصورة جسمه التي تتزايد أهميتها في العصر الحديث، مما يؤدي إلى عدم رضاه عن صورة جسمه، وتقييد نشاطه ومشاركته الاجتماعية، ويضاعف ذلك وصمة العار عبر البلدان والثقافات والاستبعاد الاجتماعي والخوف وما قد يترتب على ذلك من تمييز واشمئزاز من قبل المحيط الاجتماعي به.

ويرتبط مفهوم صورة الجسم بالمشاعر المتعلقة بالخصائص الجسمية المدركة في عقول الأفراد تجاه أجسامهم، وبالتالي يمكن أن يؤثر التغيير في صورة الجسم على مشاعر الفرد تجاه قدراته ومدى تقديره لذاته، الأمر الذي يؤثر في طريقته في الاستفادة من قدراته الوظيفية المختلفة، كما إن اكتشاف التشوهات الإدراكية لصورة الجسم بشكل مبكر يعد أمرًا ضروريًا ومهمًا في عملية التقييم والتشخيص للمواضيع ذات العلاقة بالصحة النفسية للفرد (Freire, et al., 2020, 1184).

ومن الواضح أن الكثير من مرضى الجذام لديهم شذوذ في صورة الجسم، لذلك تتشكل علاقاتهم الشخصية إيجابًا أو سلبًا اعتمادًا على الحكم الذاتي الناشئ من الانطباعات والأفكار المتوقعة من الآخرين، وبما أن حياة الإنسان تتكون من علاقات شخصية متنوعة ولانهائية، فإذا كانت هذه العلاقات غير مرضية غالبًا ما ينتج عن ذلك الاغتراب الفعال والشعور بالوحدة (Lee, et al., 2015, 505).

وفي هذا الصدد لوحظ الشعور بالوحدة والعزلة والاكتئاب بوصفها الشكاوى الرئيسية لمرضى الجذام (Enwereji , 2011, 110)، ومع أن مفهومي الوحدة والعزلة الاجتماعية مفاهيم منفصلة، إلا أنه يمكن للأفراد تجربة الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية معًا، وارتباطهما بسوء الصحة الجسدية والنفسية (الرفاهية)، كزيادة خطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم، وانخفاض الإدراك، والاكتئاب (Wilson, et al., 2018, 600).

وبرغم تعدد الدراسات عن صورة الجسم لدى المصابين بالحروق كما في دراسة (Thombs, et al, 2007) و(مصباح، 2018) والمشوهين الناجين من الحروق (Thombs, et al, 2008)، أو المشوهين خلقيا في دراسة (معمري، 2016)، أو مرضى البهاق في دراسة (عبده، 2019)، وكذا الوحدة لدى العاديين في المراحل العمرية المختلفة، فإن دراسة صورة الجسم أو الوحدة تعد نادرة، ولم تتم دراسة المتغيرين معا لدى مرضى الجذام؛ لذلك يسعى البحث الحالي إلى معرفة علاقة الوحدة بصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز.

مشكلة البحث:

تعددت العوامل التي تؤدي إلى الوحدة منها: ضعف الصحة الجسدية والعقلية، أو الإصابة أو الإعاقة (Royal British Legion, 2018, 4) التي تؤثر في جميع الأعمار، وإن كان الأكبر سنًا هم الأكثر تأثرًا، ويعاني منها الذكور والإناث، وبما أن مرض الجذام أحد الإعاقات الجسمية والصحية، فإن مرض الجذام يترك آثارًا جسدية يمكن أن تؤدي إلى عدم الرضا عن صورة الجسم لدى المصابين به، ولذلك يمكن أن تحد من المشاركة في الأنشطة الخارجية والزيارات إلى أصدقاء خارج المنزل، مما يؤدي إلى وحدة عاطفية/عزلة اجتماعية، إذ يرى لي وآخرون (Lee, et al. 2015, 504) أن مرضى الجذام يعيشون كمجموعة أقلية مستهدفة بالتحيز والتمييز من المجتمع، وأن التحيز المستمر والنظرة السلبية للجذام تجعل حتى المرضى المتعافين يعيشون في عزلة عن المجتمع بسبب الإعاقة الجسدية والوصمة الاجتماعية، وعليه فإن مشكلة البحث تتحدد بالتساؤلات التالية:

- ما مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز؟

- هل توجد فروق في صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام وفقاً للنوع، والعمر، وموقع الإصابة، ومكان الإقامة؟

- ما مستوى الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز؟

- هل توجد فروق في الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام وفقاً للنوع، والعمر، وموقع الإصابة، ومكان الإقامة؟

- ما علاقة الوحدة بصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز؟

أهداف البحث: يهدف البحث نحو التعرف إلى:

- مستوى صورة الجسم والوحدة لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز.
- الفروق في صورة الجسم، والوحدة، لدى عينة من مرضى الجذام وفقاً للنوع، والعمر، وموقع الإصابة، ومكان الاقامة.

– العلاقة بين الوحدة وصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام في مدينة تعز.

أهمية البحث:

تبرز أهمية البحث في أهمية تناول موضوع الوحدة وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجذام، وميدانه مدينة تعز– الجمهورية اليمنية، وما قد يضيفه من نتائج، مما ينطوي على أهمية نظرية وتطبيقية.

فعلى المستوى النظري يلقي هذا البحث الضوء على فئة من فئات التربية الخاصة المتوارية إلى حد ما عن الأنظار وهم المصابون بمرض الجذام (داء هانسن) باعتبارهم فئة من فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى الدعم والتأهيل النفسي المناسب، كما يقدم هذا البحث إطارًا نظريًا عن الوحدة ببعديها العاطفي والاجتماعي، وكذلك صورة الجسم وطبيعة العلاقة بينهما.

أما على المستوى التطبيقي فتكمن أهمية هذا البحث في توفير المقاييس النفسية التي تتناسب مع خصوصية العينة التي يركز عليها هذا البحث وهم المصابون بالجذام، وتمثلت هذه المقاييس في كل من مقياس صورة الجسم، وكذلك مقياس الوحدة لدى مرضى الجذام، فوجود هذه الأدوات يوفر على الباحثين في هذا المجال الكثير من الوقت والجهد في الحصول على البيانات والمعلومات التي تتعلق بالمصابين بمرض الجذام.

مصطلحات البحث:

ورد في عنوان هذا البحث عدد من المصطلحات أو المفاهيم يمكن تعريفها كما يلي:

الجذام: يعرفه الباحثان بأنه مرض مزمن يصيب الجلد بشكل رئيس والأعصاب والأطراف والعينين والوجه وغير ذلك من أماكن الجسم، ينتج عنه إعاقة وتشوهات تؤثر في الحالة النفسية والاجتماعية للمريض، وتدهور في جودة الحياة، من خوف وشعور بالإقصاء وضعف في الأداء الوظيفي.

صورة الجسم: ويعرفها الباحثان نظريًا بأنها تصور عقلي ذهني للمظهر الخارجي للجسم وكفاءة أدائه الوظيفي، وما يصاحب هذه الصورة من مشاعر واتجاهات سالبة تعيق تفاعلات مرضى الجذام مع ذواتهم ومع الآخرين.

وتعرف إجرائيًا الدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض الجذام من تطبيق مقياس صورة الجسم المستخدم في البحث الحالي.

الوحدة: يعرف جيرفيلد وكامفولس (de- Jong Gierveld & Kamphus, 1985, 289) "الوحدة بأنها الطريقة التي يدرك بها الأشخاص ويختبرون ويقيمون عزلتهم وعدم تواصلهم مع الآخرين، وأنها حالة ذاتية تشير إلى المواقف التي يكون فيها عدد العلاقات المحققة أصغر من

المرغوب فيها، أو عندما تفشل العلاقات القائمة في الوصول إلى الدرجة المطلوبة من العلاقات الحميمة، وأن الوحدة (العزلة) الاجتماعية: حالة موضوعية تشير إلى عدم وجود علاقات بينشخصية دائمة، أو نقص في الانتماء الاجتماعي، أو طبيعة وشدة العلاقات المفقودة".

وإجرائيًا الدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض الجذام من تطبيق مقياس الوحدة المستخدم في هذا البحث.

حدود البحث:

حدود موضوعية: الوحدة وعلاقتها بصورة الجسم.

حدود بشرية: عينة من مرضى الجذام.

حدود مكانية: مدينة النور في مدينة تعز.

المدة الزمنية: يناير/2022م.

خلفية نظرية:

أولاً: الجذام: Leprosy

يعد الجذام أحد الإعاقات الجسمية والصحية، إذ نظر إليه البعض قديمًا على أنه عقاب إلهي للشخص المصاب، كما تم عزل المرضى وإبعادهم اجتماعيًا وحرمانهم من غالبية حقوقهم، ولم يُسمح لهم بالزواج وكانوا مضطرين لترك عائلاتهم، ثم تغيرت المفاهيم الاجتماعية للجذام تدريجيًا، وبمرور الوقت، والتعرف إلى طبيعة المرض وضرورة عزل المصابين به أصبح للمرضى مستعمرات الجذام التي مع مرور الزمن تحولت إلى مستشفيات للحماية وللصحة العامة، ومع انتشار الوعي الاجتماعي بهذا المرض بشكل أفضل من السابق لم يعد الجذام مرتبطًا بالدول الأوروبية فقط، على الرغم من أنه قبل منتصف القرن العشرين، تم الإبلاغ عن حالات في كل من ألبانيا ورومانيا واليونان وإيطاليا وإسبانيا والنرويج، وما يزال مستشفى علاج مرض الجذام الأوروبي في رومانيا الذي تأسس عام (1900) مفتوحاً إلى الآن (Grzybowski, et al., 2016, 9).

وكان (هانسن، 1983) أول شخص يتعرف إلى الجراثيم المسببة للجذام تحت المجهر، وأثبت أن الجذام سببه المتفطرة الجذامية؛ ولكنه لم يكن وراثيًا أو لعنة أو من خطيئة، ومن هنا بدأ عصر إضفاء الطابع الطبي على الجذام واكتشاف المسبب البيولوجي لمرض المتفطرة الجذامية (Tessema, 2019, 399).

ويعد الجذام كغيره من الأمراض التي قد تزداد سوءًا إذا لم يتم التدخل العلاجي بشكل مبكر؛ فقد يعاني المريض من التدهور الجسدي ومشكلات نفسية واجتماعية، بالإضافة إلى

وصمة العار المرتبطة بهذا المرض، إذ إن كثيرًا من المرضى يتأخرون في طلب المساعدة والرعاية الطبية المناسبة، الأمر الذي يجعلهم يصابون بتشوهات جسمية تأثر في صحتهم العامة وصحتهم النفسية (Joseph, 1999, 515).

كما يعد الجذام من الأمراض المزمنة التي يصيب الجلد بشكل رئيسي، والأعصاب المحيطية ومخاطية المسالك الهوائية العليا والعينين وغير ذلك من أماكن الجسم، ويمكن أن يتسبب في إعاقات مختلفة، وقد تختلف مظاهر الجذام وتتراوح بين لطخات (مسطحة)، أو ارتشاحات (مرتفعة)، أو عقيدات (Gunawan, et al., 2019, 1).

ويُعْرَف الجذام على نطاق واسع بسبب الأضرار التي يحدثها بشكل تدريجي على أطراف وأعصاب المريض، وبالرغم من العلاج بالعقاقير المتعددة، إلا أن المريض يعاني من آلام الأعصاب المزمنة التي تؤثر في الحالة النفسية للمريض، وبسبب التشوهات الشديدة التي يسببها هذا المرض يعاني مرضى الجذام من الخوف والشعور بالعار والإقصاء الاجتماعي (Reis, et al., 2014, 187).

إن إهمال تلقي العلاج الملائم لهذا المرض يجعله أكثر شراسة، ويتطور بشكل أسرع مما يسبب ضررًا دائمًا على الجلد والأعصاب والأطراف والعينين (Bakare, et al., 2015, 2) ويعيش مرضى الجذام كمجموعة أقلية مستهدفة بالتحيز والتمييز من المجتمع، وبسبب هذا التحيز المستمر والنظرة السلبية للجذام أصبح حتى المرضى المتعافون يعيشون في عزلة عن المجتمع بسبب الإعاقة الجسدية والوصمة الاجتماعية (Lee, et al., 2015, 504).

إذ أظهرت الدراسات أن وصمة العار والعزلة والتمييز والرفض، تعد من الآثار السلبية لضعف إعادة التأهيل النفسي لمرضى الجذام (Enwereji ,2011, 111).

ثانياً: صورة الجسم: Body Image

يحتل الجسم مكانة مهمة بالنسبة للفرد من الناحية الثقافية والاجتماعية، وفي علاقته مع نفسه ومع الأخرين، فهو وسيلة لتحقيق الاتزان الانفعالي والوجداني للفرد عن طريق الاعتناء بالصورة الجسمية ومحاولة إظهارها بطريقة ترضي مقاييس الصورة المثالية للمجتمع، وما من شأنه أن يحقق الرضا عن الذات والثقة بالنفس (عبدالفتاح، 2019، 107).

وتعرف صورة الجسم في قاموس علم النفس بأنها: تصور داخلي لشيء عرف سابقًا أو مبتدع من الفرد، وللصورة طابع مجسد بقربها من الحواس (خوجة، 2011، 1292).

وعرفت بأنها: صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم). (جابر وكفافي، 1989، 448)

كما عرفت بأنها: صورة ذهنية وعقلية يكونها الفرد عن جسده سواء في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءتها، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسد (العرجان، 2016، 1923).

وتبرز أهمية صورة الجسم في أنها تؤدي دورًا في اتخاذ القرارات المهنية وفعالية الذات والإصرار، فنمو صورة إيجابية عن الجسم لدى الأفراد تساعدهم في رؤية أنفسهم جذابين، بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر بشكل سلبي في حياة الفرد، إذ إن عدم الرضا عن الجسم يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية، وبعض الأمراض النفس جسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، فهنالك علاقة طردية بين عدم الرضا عن صورة الجسم ومفهوم الذات السلبي، فصورة الجسم ترتبط بتقدير الذات وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية؛ كونها تؤثر في الرغبة في الانتماء للمجتمع والقبول الاجتماعي (خيرة، 2016، 13).

وهنا يمكن التأكيد على أن صورة الجسم تتغير باستمرار وهي مرتبطة بجوانب النمو الأخرى لدى الفرد والعوامل الثقافية والاجتماعية المختلفة.

أنواع صورة الجسم:

أ- **الصورة الجسمية الموجبة:** وهي كل انعكاس إيجابي على ما يؤديه الفرد من سلوك وما يظهر من انفعالات، وما يوليه من اهتمام ورعاية، كما يعبر الطفل عن جسمه الموجب بعرض العضلات والحركات الصعبة والميل إلى السيطرة والتفاعل مع الآخرين، والعناية بهذا الجسم والمحافظة عليه والحرص على أن يكون في أحسن صورة ممكنة.

ب- الصورة الجسمية السالبة: ويعبر الفرد فيها عن الخجل من جسمه والشك في قدراته والإحساس بالنقص عندما يقارن جسمه بأجسام رفاقه، قد يتطور هذا الإحساس إلى مركب نقص يشوش نفسيته، فقد يختار الانسحاب والانطواء بعيدًا عن الآخرين، وقد يختار الأساليب العدوانية بإيقاع الأذى بأولئك الذين يمتلكون أجسامًا أفضل وأقوى وأجمل، وقد يؤدي إلى تعميق الجرح النفسي لديه ويجعله في صراع مستمر مع هذا الجسم.

جـ- الصورة الجسمية المتذبذبة: المتمثلة في رضاه عن جسمه تارة ورفضه تارة أخرى، بكل ما يحمله الرفض من الاستفزاز والقلق والخوف من الأشياء التي قد تكون وهمية، فهو لم يحقق

المطلوب مع جسمه فقط إنما على علاقته أيضًا مع الآخرين، خاصة عندما يستكشف هؤلاء الآخرين اختلاف مزاجه؛ فهو تارة مسالم، وتارة عدواني، وتارة انطوائي، وتارة انبساطي (العمري، وجدة، 2019، 16).

أبعاد (مكونات) صورة الجسم:

يتفق الباحثون على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الأبعاد، فالبعض يرى أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد هي: صورة أجزاء الجسم، والشكل العام للجسم، والكفاءة الوظيفية للجسم، والصورة الاجتماعية للجسم (الأطرش، 2015، 339).

وبصفة عامة تتكون صورة الجسم من ثلاث مكونات هي:

1- مكون إدراكي: ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.

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

3- مكون سلوكي: ويركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التي ترتبط بالمظهر الجسمي (غربي وشقوري، 2017، 44).

النظريات المفسرة لصورة الجسم:

أوضح فرويد في إطار النظرية التحليلية أن شخصية الفرد تتطور بحسب نتائج سيطرة الأحاسيس الجسمية، وأن الفرد يبدأ في تكوين صورة الجسم عن طريق الأنا التي تهيئ السبل له ليكون قادرًا على التمييز بين ذاته وبين الآخرين، وأن اضطراب صورة الجسم يرجع إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الإنسان، وأكد روجرز (النظرية الإنسانية) بأن الخبرات التي يمر بها الفرد أو المواقف التي يتعرض لها تؤثر في سلوكه تبعًا لإدراكه لذاته، فالتجارب الماضية خاصة تلك الأحداث والخبرات المرتبطة بصفات الجسم لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه، وتعد النظرية الاجتماعية الثقافية الأكثر تدعيمًا وتأييدًا لتأثر صورة الجسم باتجاهات الآخرين وقيمهم، وسائل الإعلام (مصطفى، 2018، 261- 263).

أما النظرية السلوكية فترى أن صورة الجسم لدى الفرد تتكون من مجموعة من المحددات السلوكية التي اكتسبها الفرد من معايير وأنماط الحياة الاجتماعية المختلفة، وأنها تظهر في مرحلة الطفولة إذ يكون الفرد متأثرًا بجو الأسرة وبعبارات الذم والمدح وبتعليقات أباءهم، وتقييم أجسام أبنائهم؛ فما يطلقه أفراد الأسرة من تعزيزات نحو أبنائهم فضلًا عن تعزيزات الرفاق والأصدقاء، تؤثر في قبول الفرد لجسمه (مصطفى، 2018، 262).

ويشير النموذج المعرفي إلى عدم استقرار بنية صورة الجسم، حيث يمكن أن يرجع التقييم لحجم الجسم الحالي إلى انفعال سالب أو إلى الضغوط، فمثلًا أظهرت دراسة كلبارلز وآخرين (1999): أن المزاج السالب يزيد من تقييم حجم الجسم لدى النساء اللاتي يعانين من شره الطعام فيجعل صورة الجسم لديهن أسوأ وأردأ، كما يوضح بيك في نظريته المعرفية عن الاكتئاب أن صورة الجسم المحرفة أو المشوهة تجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب (مكي، وولد قدور، 2017، 50).

ثالثا: الوحدة: Loneliness

يستخدم مفهوما الوحدة Loneliness والعزلة الاجتماعية Social Isolation في بعض الأحيان بالتبادل، وأحيانًا يتم تناول الوحدة تحت مفهوم العزلة الاجتماعية المتصورة والعكس، وينظر إلى أنهما مفهومان منفصلان بشكل عام على الرغم من ارتباطهما الوثيق، وثمة من يؤكد أن الوحدة ثنائية البعد، تتضمن البعد العاطفي والبعد الاجتماعي، وعمومًا فإن معظم الدراسات تورد الوحدة في التعريفات لتشير إلى الوحدة العاطفية، وإن أشارت إلى الوحدة الاجتماعية فتقصد بها العزلة الاجتماعية Social Isolation، وفيما يتعلق بقياس الوحدة أكدت التحليلات على أن المقياس ثنائي الأبعاد يعد مناسبًا، ويمكن استخدامه أداة لتوفير مؤشر واحد للوحدة (Dahlberg& McKee, 2014, 505)، وهنا ينبغي الإشارة إلى أن المقياس المستخدم في البحث الحالي ثنائي الأبعاد، وأن الوحدة والعزلة الاجتماعية كما يراها ارستون وجيلها (Aartsen& Jylhä, 2011) غالبًا ما تحدث بسبب انخفاض الأنشطة الاجتماعية (van Tilburg, 2020, 2).

ويرى دي جونج جيرفيلد (de Jong-Gierveld, 1987) أن العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة تشترك في العوامل ذات الصلة، ولكنها مفاهيم مختلفة بشكل واضح، فالعزلة الاجتماعية هي مقياس موضوعي للاتصالات مع أشخاص آخرين، بينما تعد الوحدة العاطفية تعبيرًا ذاتيًا عن عدم الرضا عن مستوى الاتصال الاجتماعي Havens, et al.,2004, (130)، ويورد دهلبرج ومكي (Dahlberg & McKee, 2014, 505) العوامل ذات الصلة برغم تباينها، بفقدان الشريك، وانخفاض الأنشطة الاجتماعية، والتقييم الضعيف من قبل الفرد للموقف، والتقدم في العمر، والمشاكل الصحية والاجتماعية، والحاجة إلى الدعم، وغيرها من العوامل.

وهنا ينبغي الإشارة إلى أن كيفية فهم المفاهيم واختبارها أمر مهم؛ لأنه لا يؤثر فقط في كيفية قياسها، ولكن أيضًا في أنواع التدخل التي قد تكون مناسبة لمعالجة الآثار السلبية للوحدة والعزلة الاجتماعية لدى فئات مختلفة (Bernard, 2013, 4).

وبالرغم من أن مفهومي الوحدة والعزلة الاجتماعية يشوبهما بعض الغموض، إلا أن هناك من يفرق بين الوحدة والعزلة الاجتماعية، إذ يرى دي جونج جيرفيلد de Jong- Gierveld, (1989) أن الوحدة حالة تشير إلى نقص الخبرة في الاتصالات الاجتماعية أو العلاقة الحميمة أو الدعم في العلاقات الاجتماعية (Baarsen, et al., 2001, 220).

في حين إن العزلة الاجتماعية حالة موضوعية يمكن أن تشير إلى عدم وجود علاقات بينشخصة دائمة، أو نقص في الانتماء الاجتماعي، أو إدراك العلاقات المفقودة (de Jong- Gierveld & Kamphus, 1985, 289).

وينظر إلى الوحدة كتجربة غير مُرضية في العلاقات الاجتماعية، وليست مرادفًا للعزلة الاجتماعية الموضوعية (Nicolaisen&Thorsen, 2012,143)، أي أنها حسب ريان وباترسون (Ryan & Patterson, 1987) تجربة غير سارة تحدث عندما تكون شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الشخص ناقصة نوعيًا وكميًا (Bekhet, et al., 2008, 208)، وأنها حالة نفسية دائمة من الضيق العاطفي تنشأ عندما يشعر الشخص بالغربة أو سوء الفهم أو الرفض من قبل الآخرين أو يفتقر إلى شركاء اجتماعيين مناسبين للأنشطة المرغوبة، لا سيما الأنشطة التي توفر إحساسًا بالاندماج الاجتماعي وفرصًا للألفة العاطفية، يستثنا من هذا الأشخاص الذين اختاروا الحد من التواصل الاجتماعي أو الامتناع عنه (Wright, 2005, 12)، وتعكس المسافة التي يشعر بها المرء بين الذات والآخرين (Russell, 2009, 460)، إذ تصف الوحدة مشاعر ذاتية قد يخبرها الفرد وهو وسط أناس كثيرين قد تربطهم به علاقات شخصية حميمة (العنزي، 2001، 332)، ومن ثم يعد الشعور بالوحدة تناقض بين العلاقات الشخصية الفعلية والمطلوبة (Perlman & Peplaum,1981, 31)، أي أن الوحدة تشير إلى المواقف التي لا تلبي فيها العلاقات القائمة المستويات المطلوبة من الاتصال أو العلاقة الحميمة (Dykstra, 1995, 322).

وعرف مفهوم الوحدة أيضًا بأنه: شعور شخصي سلبي يمكن أن يشمل الوحدة العاطفية غياب شخص آخر مهم (على سبيل المثال: شريك أو صديق مقرب) (Bernard, 2013, 3)، وفي هذا الإطار أورد روسدلي (Rosedale , 2007) أن العلماء من تخصصات عدة حددوا الجوانب الإيجابية والسلبية للوحدة، على سبيل المثال نظر الفلاسفة إلى الشعور بالوحدة

كعنصر حيوي في الوجود البشري، وكقوة محفزة لتحقيق ارتباط جديد وحقيقة ومعنى واكتشاف إمكانيات جديدة، على الرغم من اختلاف علماء النفس حول ما إذا كانت الوحدة أحادية البعد أو متعددة الأبعاد، فإنهم يتفقون على أن الوحدة هي تجربة انفصال مرتبطة بعدم الرضا والاضطراب العاطفي، وقد تنشأ في أثناء الطفولة وتستمر طوال الحياة، مثل الفلاسفة يرى علماء النفس الوحدة كقوة تحفيزية لإيجاد المعنى، وتطوير الروابط، وتحقيق أقصى إمكانات الفرد (Sibley, et al., 2016, 2)، أي أنه يمكن التمييز بين عدة أنواع من الشعور بالوحدة المختلفة الموجبة والسالبة:

النوع الأول: هو النوع الإيجابي ويتعلق بالانسحاب الطوعي (المؤقت في الغالب) من الاتصالات الاجتماعية ومتاعب الحياة اليومية وهو موجه نحو أهداف مثل التفكير والتأمل والتفاني في الكتابة أو الرسم والتواصل مع الله.

النوع الثاني: السلبي ويتعلق بما هو غير سار وبنقص مزعج أو غير مقبول في العلاقات الشخصية، والاتصالات مع الآخرين المهمين، هذا المفهوم للوحدة هو الأكثر استخدامًا في الوقت الحاضر في النظريات والأبحاث، علاوة على ذلك، فهو نوع من الشعور بالوحدة الذي يناسب مفهوم الحياة اليومية.

النوع الثالث: يجمع بين الجوانب السلبية والإيجابية، هذا النوع من الوحدة الوجودية جزء لا مفر منه من حياة الإنسان نفسها، وينطوي على المواجهة الذاتية في فترات الأزمات، والعملية الداخلية للشك وعدم اليقين، والشعور بالعزلة الكاملة حتى لو كانت شبكة الأعضاء متاحة وداعمة، لكنه في النهاية، يوفر سبيلًا للنمو الذاتي والقوة والإلهام de Jong- Gierveld, et al.,2006, 486).

وفي هذا الصدد فقد اقترح (Weiss, 1973) شكلين من أشكال الوحدة: الشعور بالوحدة العاطفية ناتج عن عدم وجود شريك حميم، بينما الشعور بالوحدة الاجتماعية يرجع إلى الافتقار إلى الاندماج الاجتماعي في شبكة من أفراد الأسرة والأصدقاء والمعارف &Tesch-Romer, de Jong- Gierveld 2012, 287).

وثمة من ميز بين العزلة العاطفية والعزلة الاجتماعية باعتبارهما بعدين للوحدة، حيث يبدو أن العناصر العاطفية تشير إلى الجوانب النوعية للعلاقات وتتضمن كلمات مثل الشعور والفقد والخبرة في وصف الشعور بالعزلة العاطفية، أما العناصر الاجتماعية، من ناحية أخرى أكثر توجهًا إلى الجوانب الكمية للعلاقات وتشمل كلمات مثل: الكثير من الناس، وعدد كافٍ من الناس، وأصدقائي، أو دائمًا شخص ما، ووصف الشعور بأنه يمكن للمرء الاعتماد على

الآخرين للحصول على المساعدة والدعم، وتم التوصل إلى أن مجموعة العناصر الاجتماعية ومجموعة العناصر العاطفية لا تقيس نفس السمة (Baarsen, et al.,2001, 123).

وأن العزلة الوجدانية طريقة للاستجابة نحو بعض المواقف، وعادة ما يتوقع منها أن تبقى إذا نجحت في تحقيق الهدف، وهي تتضمن مشاعر العجز والافتقار إلى الدافعية، واستجابة انفعالية للصعوبات، وهي من العمليات الانفعالية المنظمة الكامنة في الفرد، كما انها تحدث كاستجابة من جانب الفرد عقب حدوث مواقف معينة في حياته فيحاول الفرد تجنب الصراع ويتقبل الحياة على نحو سلبي (خرباش، وآخرون، 2018: 86)، وأنها تتميز بمشاعر الخراب والقلق وانعدام الأمن (Dykstra & de Jong- Gierveld , 2004, 142).

أما العزلة الاجتماعية فتشير إلى غياب شبكة اجتماعية للتواصل (على سبيل المثال: مجموعة أوسع من الأصدقاء والجيران)، حيث تعرف العزلة الاجتماعية بأنها: حالة موضوعية تشير إلى عدد الاتصالات أو التفاعلات الاجتماعية (Bernard, 2013, 3).

وأن الوحدة الاجتماعية تأتي نتيجة عدم وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية التي يكون الشخص جزءًا منها لمجموعة من الأصدقاء الذين يتشاركون في الاهتمامات والأنشطة (Russell, et al., 1984, 1314)، ويرى كينث (Kaneth, et al., 1999) أن مفهوم العزلة الاجتماعية يتحدد بالآتي:

- المسافة الاجتماعية (Social Distance) التي يبتعد الفرد فيها نفسيا عن الآخرين.
- مدى دافعية الفرد للانخراط في علاقات اجتماعية متكاملة مع الآخرين.
- الإسناد الاجتماعي الذي يقدمه الآخرون للفرد والذي يقلل من المسافة الاجتماعية بينه وبين الآخرين ويزيد من دافعيته للاتصال الاجتماعي بهم (النعيمي، 2020، 506).

والعزلة الاجتماعية متعددة الأبعاد، تشمل الأبعاد الجسدية، والصحة النفسية والأبعاد النفسية، والأبعاد الاجتماعية، ويمكن أن تكون أكثر أو أقل حدة، ولها بعد زمني؛ أي أنه يمكن أن تكون دائمة أو دورية أو عرضية إذا كانت مرتبطة بدورات الحياة أو مراحل انتقال الحياة (Keefe, et al. 2006, 1).

وبالرغم من أن العزلة الاجتماعية غالبًا ما ترتبط بالوحدة، فمن المهم إدراك أن العزلة الاجتماعية ليست دائمًا السبب الوحيد للوحدة، فقد يشعر الفرد بالوحدة على الرغم من وجود تفاعلات عديدة مع شبكاته الاجتماعية المختلفة، ومن ثم قد لا يكون الأفراد الوحيدون منعزلين اجتماعيًا بالضرورة، (Wright, 2005, 2).

وتأكيدًا لذلك فقد أظهرت الأبحاث أن الأشخاص المنعزلين اجتماعيًا معرضون بشكل أكبر لخطر الوحدة، وإن يكونوا محاطين بالآخرين، وأن وجود شبكة اجتماعية من العلاقات الشخصية الهادفة أمر بالغ الأهمية للشعور الاجتماعي وللتخفيف من حدة الشعور بالوحدة (de Jong- Gierveld, et al., 2006, 486).

وأن العزلة تعد بمثابة نقطة البداية لكثير من المشكلات، حيث إن العزلة تثير إحساسًا مبالغًا فيه بانعدام الأمن وخوفًا غامرًا لدى الفرد يدور حول امكانية هجر الآخرين له، وبتطور هذا الخوف يصبح مصدرًا للسلوك العصابي فيما بعد (عبدالعال، 2003: 1)، وتتميز بمشاعر انعدام الهدف والملل والإقصاء (Dykstra& de Jong-Gierveld, 2004, 142).

وبالانتباه إلى الأسباب فإن الوحدة العاطفية ترجع إلى أوجه القصور في العلاقات الاجتماعية، الشعور بالغربة أو سوء الفهم أو الرفض من قبل الآخرين أو الافتقار إلى شركاء اجتماعيين مناسبين للأنشطة المرغوبة، لا سيما الأنشطة التي توفر إحساسًا بالاندماج الاجتماعي وفرصًا للألفة العاطفية، وعلاقات الزواج المليئة بالصراعات وغير المدعومة عاطفيًا، وأحداث الطفولة السلبية مثل: (التعرض للتنمر أو مواجهة صراعات دائمة بين الآباء) علاوة على ذلك، العلاقات المقطوعة في بعض الأحيان بصمت، ولكن بشكل مستمر، والتي تؤدي إلى خلق الانزعاج والشعور بالوحدة.

وقد قدمت عدة تفسيرات للشعور بالوحدة هي:

1- الشعور بالوحدة نتيجة الاحتياجات الاجتماعية غير المحققة.

2- الشعور بالوحدة نتيجة عدم تلبيتها التوقعات الاجتماعية.

3- الشعور بالوحدة نتيجة الظروف المعيشية للفقراء. (de Jong-Gierveld& Tesch-Perlman & Peplaum, 1981, وخرج بيرلمان وبيبلام ، Ro¨mer, 2012, 287-288)

(31) من تعريفات الوحدة أنها تنتج من أوجه القصور في العلاقات الاجتماعية للشخص كمًا ونوعًا. والشعور بالوحدة العاطفية ينشأ من عدم وجود شخصية حميمة أو ارتباط عاطفي وثيق (Van Tilburg, 2020, 2).

وبالنسبة للنتائج فإن الشعور بالوحدة العاطفية بشكل متزايد يؤدي إلى التدهور الجسدي والعقلي والعاطفي والرفاه، حيث يرفع ضغط الدم والكوليسترول، وينشط استجابات الضغط الجسدي والنفسي، ويسهم في أمراض القلب والأوعية الدموية، والسبب الأول للوفاة، وقمع جهاز المناعة (Williams& Braun, 2019, 2).

كما يتفق العديد من الباحثين على أن الشعور بالوحدة ليس مشكلة فقط في حد ذاته، بل له أيضًا آثار في نوعية الحياة الجسدية والعقلية الصحة والوفيات للفرد (Dahlberg, et al., 2018, 96).

ومن أسباب العزلة الاجتماعية تعرض الفرد المنعزل اجتماعيًا إلى صدمة قوية، كأن تكون صدمة عاطفية أو صدمة بسبب فقدان شخص عزيز، أو تعرضه لموقف خيانة وخذلان من الآخرين، وانخفاض ثقة الفرد المنعزل بذاته، وعدم قدرته على مواجهة الآخرين، أو الإصابة بأمراض نفسية تسبب له الخوف من مواجهة المجتمع، وربما الشعور بالنقص جراء انخفاض وضعه الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي، أو عدم إنجاب الأطفال أو عدم الزواج واعتبار هذه الأمور عائقًا أمامه وتمنعه من مقابلة الناس خوفا من نظراتهم، أو وجود عيب ظاهر في الشخص مثل العيوب الخلقية والإعاقات الجسدية، والتقدم في العمر وغيرها (راضي وحسن، 2020، 1065). وأنها تنشأ من عدم وجود مجموعة أوسع من جهات الاتصال أو شبكة اجتماعية جذابة، وأن الشعور بالوحدة الاجتماعية والعاطفية غالبًا ما يحدث بسبب انخفاض الأنشطة الاجتماعية، ويرتبط بنقص العلاقات الاجتماعية الهادفة ونقص الرفقة الاجتماعية (Van Tilburg, 2020, 2). وينتج عن العزلة الاجتماعية إحساس متضائل بالتواصل الاجتماعي، وتفكك الروابط التي تساعد الناس في وجود إحساس مشترك نحو العديد من القضايا مثل الفقر والصحة والأمن الغذائي والعنف والعرق والصراع الذي ابتلي به المجتمع (Williams& Braun, 2019, 3).

وعموما فقد أكدت العديد من الدراسات ارتباط الوحدة والعزلة الاجتماعية بالمرض الجسدي، وعدد من مشاكل الصحة العقلية الخطيرة، والاكتئاب، وضعف المهارات الاجتماعية، والآراء السلبية عن الذات والآخرين، وضعف الاستجابة للآخرين في التفاعلات الاجتماعية، وأنماط الإفصاح عن الذات غير المناسبة (Russell, et al,.1984, 1313)، وأن الشعور بالوحدة لدى الرجال ترتبط بجودة علاقتهم مع الزوج أو الشريك، بينما بالنسبة للنساء، يعد غياب الشبكات الاجتماعية الأوسع أمرًا مهمًا بشكل خاص، وأن كبار السن الذين يعيشون بمفردهم هم الأكثر عرضة لتجربة العزلة الاجتماعية، في حين يعاني الذين يعيشون في الرعاية السكنية من الوحدة، خاصة إذا كانوا يفتقرون إلى فرص المشاركة في المجتمع خارج دار الرعاية (Bernard, 2013, 4)، وفيما يتعلق بالعمر، وجدت بعض الدراسات معدلات أعلى من الشعور بالوحدة لدى كبار السن، بينما تشير دراسات أخرى أن الوحدة أكثر حدة في الفئات العمرية الأصغر (Nicolaisen &Thorsen, 2012, 143).

دراسات سابقة:

ومن الدراسات التي اهتمت بتناول صورة الجسم والوحدة لدى مرضى الجذام الدراسة التي قام بها لي وأخرون (Lee, et al., 2015) بدراسة هدفت إلى تحديد العلاقة بين الصورة الذاتية، والعلاقة الشخصية، والرفاهية النفسية لدى الأشخاص المصابين بمرض هانسن(الجذام)، وذلك على عينة قوامها (410) من مرضى الجذام، واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

مقياس الصورة الذاتية (تقدير الذات – صورة الجسم) مقياس العلاقة الشخصية، ومقياس الرفاه النفسي، وتوصلت الدراسة إلى أن صورة الجسم لدى المصابين بمرض هانسن (الجذام) متدنية وذات علاقة طردية بكل من العلاقة الشخصية والرفاهية النفسية.

وأجرى انورجي (Enwereji , 2011) دراسة هدفت إلى تقييم إعادة التأهيل النفسي لمرضى الجذام، وذلك على جميع مرضى الجذام البالغ عددهم (33) مريضًا، الذين خرجوا من منازلهم بعد علاجهم في مستوطنتي الجذام في ولايتي أبيا وإبوني في نيجيريا، باستخدام مقياس الرضا عن الحياة، ومقياس بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أن الوحدة والعزلة والاكتئاب تعد الشكاوى الرئيسية للمرضى وخاصة أولئك الذين يعانون من قرحة المعدة، وعدم الرضا عن الحياة خاصة لدى العزاب.

يتضح مما سبق أن مرض الجذام بما يتركه من تشوهات جسمية وصحية يؤثر في المريض نفسيًا واجتماعيًا ووظيفيًا، ولذلك فإن ادراكه لصورة جسمه يصبح ادراكا مشوها، وأنه مختلف عن الآخرين، مما قد يؤدي إلى الشعور بالنقص جراء ادراكه السلبي واتجاهات الآخرين نحوه بالرفض والتمييز وعدم القبول؛ أي أن صورة الجسم ترتبط بالفرد ذاته وبنظرة الآخرين إليه التي تتأثر بالمظهر الجسمي لدى الفرد.

كما يتضح أن الوحدة العاطفية تجربة ذاتية تعبر عن عدم الرضا عن مستوى الاتصال الاجتماعي، غير سارة، مؤلمة، ولكنها ليست سلبية دائمًا ناتجة عن عدم وجود شريك حميم، أو ارتباط عاطفي وثيق، وتشير إلى الجوانب النوعية للعلاقات، إذ تحدث نتيجة تناقض التقييم المعرفي بين العلاقات الشخصية الفعلية والمطلوبة، وأنه كلما زاد التناقض زاد الشعور بالوحدة، وليس فيها خيار للفرد مهما تعددت المصطلحات للتعبير عنها بالوحدة، أو الوحدة العاطفية، أو العزلة العاطفية، أو العزلة الذاتية.

في حين أن العزلة الاجتماعية حالة موضوعية، فيها خيار للفرد، وتشير إلى عدد الاتصالات أو التفاعلات الاجتماعية، والافتقار إلى الاندماج الاجتماعي في شبكة من أفراد الأسرة والأصدقاء والمعارف، وأنها تثير إحساسًا مبالغا فيه بانعدام الأمن وخوفًا غامرًا لدى الفرد يدور حول إمكانية هجر الآخرين له، وبتطور هذا الخوف يصبح مصدرًا للسلوك العصابي فيما

بعد، وأنها أكثر توجها إلى الجوانب الكمية للعلاقات، وإن أطلق عليها مفهوم الوحدة الاجتماعية.

وإن الوحدة العاطفية والعزلة الاجتماعية مرتبطتا معا بنقص العلاقات الاجتماعية الهادفة ونقص الرفقة الاجتماعية، وتعودا إلى عوامل شخصية واجتماعية.

ومن خلال اطلاع الباحثان يتضح ندرة الدراسات التي تتناول متغيري البحث الحالي لدى مرضى الجذام، وبما أن مرض الجذام أحد الإعاقات الجسمية والصحية، فإن الدراستين اللتين تم تناولهما جاءت نتائجهما مؤكدة ومنسجمة مع الخلفية النظرية سواء فيما يتعلق بصورة الجسم، أو الوحدة (العاطفية والعزلة الاجتماعية)، فقد توصلت دراسة لي وآخرين Lee, et al., (2015) إلى أن صورة الجسم لدى المصابين بمرض هانسن(الجذام) متدنية وذات علاقة طردية بكل من العلاقة الشخصية والرفاهية النفسية، وبهذا يمكن القول أن التشوهات التي يتركها مرض الجذام تؤدي إلى صورة جسم متدنية لديهم.

أما ما يتعلق بالوحدة ببعديها العاطفي والاجتماعي فقد توصلت دراسة انورجي (Enwereji, 2011) إلى أن مرضى الجذام يعانون من الوحدة والعزلة، وهذه النتيجة تؤكد ما ذهب إليه على سبيل المثال رايت (Wright, 2015) من أن الوحدة حالة نفسية دائمة من الضيق العاطفي تنشأ عندما يشعر الشخص بالغربة أو سوء الفهم أو الرفض من قبل الآخرين، أو يفتقر إلى شركاء اجتماعيين مناسبين للأنشطة المرغوبة، لا سيما الأنشطة التي توفر إحساسًا بالاندماج الاجتماعي وفرصًا للألفة العاطفية، والجدير ذكره أن الدراسات السابقة بما فيها البحث الحالي قد ركز على الوحدة السلبية، والعزلة الاجتماعية بضعف شبكة العلاقات الاجتماعية، كما ورد بالخلفية النظرية.

وبناءً على ما سبق فقد جاءا هذا البحث ليسد بعض النقص في الدراسات السابقة والذي تمثل بالوحدة وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجذام.

منهجية البحث وإجراءاته:

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي القائم على رصد واقع مشكلة البحث المتجسد في التعرف إلى الوحدة العاطفية والاجتماعية وعلاقتها بصورة الجسم لدى مرضى الجذام.

مجتمع البحث وعينته:

بما أن مجتمع البحث غير معلوم، فقد أخذت عينة غير احتمالية **(قصدية)**، تكونت من (61) مريضًا من مرضى الجذام، وجدول (1) يوضح **خصائص** العينة على النحو التالي:

جدول (1) توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس، والفئة العمرية، ومكان الإقامة، وموقع الإصابة

الجنس	العدد	النسبة	مكان الإقامة	العدد	النسبة
ذكور	34	%55.7	داخل مستشفى الجذام	35	%57.4
إناث	27	%44.3	خارج ستشفى الجذام	26	%42.6
الإجمالي	61	%100.0	الإجمالي	61	%100.0
الفئة العمرية	**العدد**	**النسبة**	**موقع الإصابة**	**العدد**	**النسبة**
50سنة فأقل	17	%27.9	الأطراف (اليدين والرجلين)	36	%59.0
من 51 سنة65 - سنة	21	%34.4	الوجه والأطراف	10	%16.4
من 66 سنة فأكثر	23	%37.7	الجسم بالكامل	15	%37.7
الإجمالي	61	%100	الإجمالي	61	%100

يتبين من الجدول (1) أن العينة توزعت حسب متغير الجنس على النحو الآتي: بلغ عدد الذكور (34) فردًا، ويشكلون نسبة (55.7%) من إجمالي عدد أفراد العينة، في حين بلغ عدد الإناث (27)، ويشكلن ما نسبته (44.3%) من إجمالي عدد أفراد العينة، وحسب متغير العمر توزعت العينة على النحو الآتي: بلغ عدد الفئة العمرية (50 سنة فأقل) (17) فردًا، ويشكلون نسبة (27.9%) من إجمالي عدد أفراد العينة، في حين بلغ عدد الفئة العمرية من (51 سنة – 65 سنة) (21)، ما نسبته (34.4%) والفئة العمرية من (66 سنة فأكثر) (23) فردًا بما نسبته (37.7%) من إجمالي عدد أفراد العينة.

وحسب متغير مكان الإقامة بلغ عدد المقيمين في المستشفى (35) مريضًا، بنسبة (57.4%)، وخارج المستشفى (26) مريضًا، بنسبة (42.6%) من اجمالي عدد أفراد العينة، أما بالنسبة لموقع الإصابة فعدد المصابين بالأطراف (اليدين والرجلين)، (36) مريضًا، بنسبة (59.0%)، والوجه والأطراف عددهم (10) بنسبة (16.4%)، و(15) مريضًا بكامل الجسم بنسبة (37.7%) من إجمالي عدد أفراد العينة.

أداتا البحث:

مقياس صورة الجسم: إعداد الباحثين

يهدف هذا المقياس إلى تحديد مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام، وقد تم بناء المقياس في ضوء ما تم الاطلاع عليه من أطر نظرية ومقاييس سابقة، منها مقياس صورة الجسم، الأشرم (2008)، ومقياس صورة الجسم، القاضي (2009)، ومقياس صورة الجسم، خوجة (2011)، ومقياس اضطراب صورة الجسم، البحيري والحديبي (2014)، ومقياس الرضا عن صورة الجسد، الشريفين والوهيبي (2018)، وفيما يلي الخصائص السيكومترية لمقياس صورة الجسم.

الصدق: تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين، هما: صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلي.

صدق المحكمين للمقياس:

تم عرض الصورة الأولية للمقياس على عدد (9) من المحكمين في التربية الخاصة وعلم النفس المكون من (32) فقرة؛ لإبداء آرائهم حول فقرات المقياس من حيث، مدى قياس الفقرات لصورة الجسم، ومدى انتماء الفقرة للبعد الذي وضعت فيه، وملاءمة الصياغة اللغوية والتعديل إن وجد.

وقد حصلت جميع فقرات المقياس على نسبة موافقة (90%) فأكثر، عدا فقرة واحدة تم حذفها، وتم الأخذ بالتعديلات بما يتناسب مع العينة وظروفهم الصحية والبعد عن جوانب المرغوبية الاجتماعية.

صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

تم استخراج هذا النوع من الصدق من خلال إيجاد العلاقة الارتباطية باستخدام معامل بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ككل، وبين الأبعاد والدرجة الكلية على عينة استطلاعية من مرضى الجذام قوامها (40) مريضًا، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية (**.265**– **.756**) وجميعها دالة إحصائيًا، عدا فقرتين كان ارتباطهما ضعيفا فتم حذفهما، وبذلك أصبح المقياس مكونًا من (29) فقرة، وبلغت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية (**.770**) للبعد الإدراكي، و(**.914**) للبعد الذاتي، (**.821**) للبعد السلوكي، وبهذا يكون المقياس صالحا لقياس ما وضع لقياسه.

ثبات المقياس:

تم استخراج ثبات المقياس باستخدام معامل الفا– لكرونباخ، وقد بلغ ثبات المقياس ككل (0.854)، و(.55) لبعد الإدراك، و(.79) للبعد الذاتي، و(.71) للبعد السلوكي ويعني هذا أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات؛ ولذلك يمكن الثقة بنتائجه.

الصورة النهائية للمقياس وطريقة التصحيح:

تكونت الصورة النهائية لمقياس صورة الجسم من (29) فقرة، منها (10) فقرات تقيس المكون الإدراكي، و(9) فقرات تقيس المكون الذاتي، و(10) فقرات تقيس المكون السلوكي، ولتصحيح المقياس تم تحديد خمسة بدائل للاستجابة، هي: (تنطبق دائمًا – تنطبق غالبًا – تنطبق أحيانًا – تنطبق نادرًا – لا تنطبق أبدًا)، وتعطي الدرجات التالية (1.2.3.4.5) على التوالي، وللتقليل من الميل تم وضع بعض الفقرات عكس اتجاه الفقرات الأخرى، أي: تشير هذه

الفقرات المعكوسة إلى الجانب السلبي لصورة الجسم، وبالتالي تصحح هذه الفقرات كالتالي (5.4.3.2.1).

وتشير المتوسطات المنخفضة على المقياس إلى تدني صورة الجسم لدى أفراد العينة، والعكس صحيح.

مقياس الوحدة: de Jong- Grieved& Kamphuis,1985

يهدف المقياس إلى قياس الوحدة ببعديها (العاطفي و/ أو الاجتماعي)، ويتألف من(11) عبارة – ست منها تمت صياغتها بشكل سلبي تنطبق على الجوانب العاطفية هجر وفقدان الرفقة (الوحدة العاطفية)، وخمس فقرات تمت صياغتها بشكل إيجابي تنطبق على مشاعر التواصل الاجتماعي وإقامة علاقات ذات مغزى (الوحدة الاجتماعية)، وقد قام Grieved& de Jong- Kamphuis بحساب الصدق والثبات، ووجدا أن المقياس يتمتع بالصلاحية، والتي تم التأكد منها في مجتمعات متعددة.

الخصائص السيكومترية للمقياس: قام الباحثان بالتحقق من الشروط السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

الصدق: تم التحقق من صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي.

صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب الصدق الداخلي باستخراج معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وبين بعدي المقياس والدرجة الكلية، وذلك على عينة استطلاعية قوامها (40) مريضًا من مرضى الجذام، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية (.433- 723.)، وبين بعدي المقياس والدرجة الكلية بلغ معامل الارتباط (.780) لبعد الوحدة العاطفية، و(.852) لبعد الوحدة الاجتماعية، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، وبهذا يكون مقياس الوحدة العاطفية والاجتماعية صالحًا لقياس ما وضع لقياسه.

ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بطريقة ألفا – لكرونباخ (0.793)، وبلغ (.74) في بعد الوحدة العاطفية، و(.82) في بعد الوحدة الاجتماعية، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات؛ ولذلك يمكن الثقة بنتائجه.

طريقة تصحيح المقياس:

تكون المقياس من (11) فقرة، ست سلبية لبعد الوحدة العاطفية، وخمس فقرات ايجابية للوحدة الاجتماعية، ولتصحيح المقياس تم استخدام خمسة بدائل هي: (تنطبق دائمًا – تنطبق

غالبًا – تنطبق أحيانًا – تنطبق نادرًا – لا تنطبق أبدًا)، وتعطي الدرجات التالية: (1.2.3.4.5) على التوالي للفقرات الإيجابية، و:(5.4.3.2.1) للفقرات السلبية التي أخذت الأرقام (1، 2، 3، 4 ،5 ،6)، وتشير المتوسطات المرتفعة إلى زيادة الوحدة لدى أفراد العينة، والعكس صحيح.

نتائج البحث:

عرض نتائج السؤال الأول ومناقشتها:

نص هذا السؤال على الآتي: **ما مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام؟** وللإجابة عليه تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (2).

جدول (2) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لمعرفة مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام

البعد	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	مستوى صورة الجسم
الإدراكي	61	2.60	0.67	3	4.696-	0.00	متدنية
الذاتي	61	2.24	0.91	3	6.499-	0.00	متدنية
السلوكي	61	2.20	0.73	3	8.548-	0.00	متدنية
الكلي	61	2.34	0.66	3	7.891-	0.00	متدنية

يتبين من الجدول (2) وجود فروق بين المتوسط الحسابي للعينة (مرضى الجذام) والمتوسط الفرضي لمقياس صورة الجسم المستخدم؛ إذ بلغت القيمة التائية (7.891-) وهذه القيمة دالة احصائيًا عند مستوى (0.01)، وعند مقارنة المتوسطين يلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة البالغ (2.34) أصغر من المتوسط الفرضي لمقياس صورة الجسم لدى مرضى الجذام البالغ (3)؛ ولأن الدرجة العالية للمقياس في اتجاه المتوسط الفرضي، فهذا يعني أن مرضى الجذام يعانون من تدنٍ في مستوى صورة الجسم على المقياس ككل وعلى أبعاده الثلاثة الادراكي والذاتي والسلوكي، كما يتضح في الجدول.

ويرجع الباحثان حصول مرضى الجذام (أفراد العينة) على مستوى متدن من صورة الجسم نتيجة لعدد من العوامل من أبرزها: نظرة المجتمع لهؤلاء الاشخاص وما قد يتعرضون له من تمييز وتحيز بصورة مباشرة من الآخرين، ووصمة العار التي تلحق بمرضى الجذام والتاريخ المرضي الطويل الذي قد تزداد معه التشوهات الجسمية، خاصة إذا لم يكن التدخل الطبي مبكرًا بشكل مناسب ليخفف من حدة تلك التشوهات الناتجة عن مرض الجذام.

وتأتي هذه النتيجة متفقة ومنسجمة مع ما ورد بأن مرضى الجذام يتأثرون بالتشوهات الجسمية التي تظهر عليهم جراء مرض الجذام، والتي تنعكس على إدراك الفرد لصورة جسمه

وعدم رضاه عنه، الأمر الذي يؤدي إلى تدن في مستوى صورة الجسم لديهم بحيث تتكون لديهم صورة جسم سلبية، وأن التغيير في صورة الجسم يؤثر في مشاعر الفرد تجاه قدراته ومدى تقديره لذاته، الأمر الذي يؤثر في طريقته في الاستفادة من قدراته الوظيفية المختلفة، ويؤثر في صحته النفسية (Freire, et al., 2020)، وأن مرضى الجذام يعانون من التدهور الجسدي، وإصابتهم بالتشوهات الجسمية يؤثر في صحتهم العامة وصحتهم النفسية. (Joseph, 1999)، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Lee, et al., 2015) بأن صورة الجسم لدى مرضى الجذام متدنية.

عرض نتائج السؤال الثاني ومناقشته:

نص هذا السؤال على الآتي: "**هل توجد فروق في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام تبعا للمتغيرات الآتية: الجنس، الفئة العمرية، مكان الإصابة، مكان الإقامة**"

تمت الإجابة عن هذا السؤال على النحو الآتي:

أ- الفروق في مستوى صورة الجسم تبعا لمتغير الجنس:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين **Independent Samples t-Test**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (3).

جدول (3) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام تبعًا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

البعد	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الإدراكي	ذكور	34	2.68	0.68	1.06	59	0.30	غير دالة
	إناث	27	2.49	0.67				
الذاتي	ذكور	34	2.36	0.91	1.15	59	0.26	غير دالة
	إناث	27	2.09	0.91				
السلوكي	ذكور	34	2.26	0.68	.74	59	0.46	غير دالة
	إناث	27	2.12	0.81				
الكلي	ذكور	34	2.42	0.63	1.17	59	0.25	غير دالة
	إناث	27	2.23	0.68				

يتضح من الجدول (3) بأنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقا لمتغير الجنس، إذ بلغت القيمة التائية لصورة الجسم ككل (1.17) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذلك بالنسبة للأبعاد.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن أعراض المرض المشتركة والظاهرة لدى مرضى الجذام تؤدي نفس المعاناة والألم والشعور بالتشوه في أجسادهم، بالرغم من أن وقع التشوه الجسدي على

نفسية الإناث جراء إدراكهن لذلك، ونظرة المجتمع تعد أشد من وقعه على الذكور في المجتمع اليمني، إلا أن خروج الذكور إلى المجتمع، وربما إحجام الإناث عن ذلك قد يكون وراء غياب الفروق الدالة إحصائيًا بينهما.

ب- الفروق في مستوى صورة الجسم تبعا لمتغير الفئة العمرية:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (4).

جدول (4) نتائج اختبار تحليل التباين الاحادي لمعرفة الفروق في مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير الفئة العمرية

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية	الدلالة	مستوى الدلالة
الادراكي	بين المجموعات	0.15	2	0.08	.16	.85	غير دالة
	داخل المجموعات	26.99	58	0.47			
	الكلي	27.14	60				
الذاتي	بين المجموعات	1.44	2	0.72	0.86	0.43	غير دالة
	داخل المجموعات	48.27	58	0.83			
	الكلي	49.71	60				
السلوكي	بين المجموعات	1.53	2	0.77	1.44	0.24	غير دالة
	داخل المجموعات	30.79	58	0.53			
	الكلي	32.32	60				
صورة الجسم ككل	بين المجموعات	0.74	2	0.37	0.86	0.43	غير دالة
	داخل المجموعات	25.14	58	0.43			
	الكلي	25.89	60				

يتضح من الجدول (4) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقاً لمتغير الفئة العمرية، إذ بلغت القيمة الفائية (0.86) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذا بالنسبة للأبعاد.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن مرض الجذام له تأثير في صحة الفرد الجسمية والنفسية بغض النظر عن عمر المريض، كما أن الفئات العمرية لمرضى الجذام (أفراد العينة) متقاربة إلى حد ما ويقعون جميعهم في مرحلة الرشد المتأخر، وأوائل سن الشيخوخة.

ج- الفروق في مستوى صورة الجسم تبعا لمتغير موقع الإصابة:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ONE WAY ANOVA**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (5).

جدول (5) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير موقع الاصابة

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية	الدلالة	مستوى الدلالة
الادراكي	بين المجموعات	0.18	2	0.09	0.19	0.82	غير دالة
	داخل المجموعات	26.96	58	0.47			
	الكلي	27.14	60				
الذاتي	بين المجموعات	0.98	2	0.49	0.58	0.56	غير دالة
	داخل المجموعات	48.73	58	0.84			
	الكلي	49.71	60				
السلوكي	بين المجموعات	0.42	2	0.21	0.39	0.68	غير دالة
	داخل المجموعات	31.90	58	0.55			
	الكلي	32.32	60				
صورة الجسم الكلي	بين المجموعات	0.20	2	0.10	0.22	0.80	غير دالة
	داخل المجموعات	25.69	58	0.44			
	الكلي	25.89	60				

يتضح من الجدول (5) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقًا لمتغير موقع الإصابة إذ بلغت القيمة الفائية (0.22) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذلك بالنسبة للأبعاد.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن صورة الجسم التي في ذهن الفرد تتأثر تبعًا للتغيرات الجسمية المختلفة التي تطرأ على الجسم، فكلما كانت هذه التغيرات إيجابية، أدرك الفرد صورة جسمه بطريقة إيجابية، على عكس إدراك الفرد للتغيرات السلبية من قبيل التشوهات الجسمية التي يحدثها مرض الجذام على أجزاء جسمه المختلفة التي تكون صورة جسم سلبية لديه بغض النظر عن موقع الإصابة في جسمه، فالفرد يكون صورة متكاملة عن جسمه بغض النظر عن موقع الإصابة الفعلية بالمرض.

د- الفروق في مستوى صورة الجسم تبعا لمتغير مكان الإقامة:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين **Independent Samples t-Test** ، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول(6).

جدول (6) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين **Independent Samples t-Test** لمعرفة الفروق في مستوى صورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير مكان الإقامة (داخل المستشفى، خارج المستشفى).

المتغير	مكان الإقامة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الإدراكي	داخل مستشفى الجذام	35	2.59	0.73	.03	59	.98	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	2.60	0.60				
الذاتي	داخل مستشفى الجذام	35	2.21	0.93	.37	59	.72	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	2.29	0.90				
السلوكي	داخل مستشفى الجذام	35	2.16	0.62	.45	59	.65	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	2.25	0.88				
صورة الجسم ككل	داخل مستشفى الجذام	35	2.31	0.65	.36	59	.72	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	2.37	0.68				

يتضح من الجدول (6) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى صورة الجسم لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقاً لمتغير مكان الإقامة إذ بلغت القيمة التائية (.36) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذا بالنسبة للأبعاد.

تعزى هذه النتيجة إلى افتقاد أماكن إقامة مرضى الجذام إلى التأهيل النفسي، فإقامة

مريض الجذام في المستشفى ماهي إلا نوع من الإقامة الطبية العلاجية دون الاهتمام بجوانب الدعم والتأهيل النفسي، خاصة في ظروف الحرب التي ركزت اهتمامها على جرحى الحرب والنازحين، وبهذا تساوت ظروف البيئة المعيشية سواء داخل مستشفى الجذام وخارجه.

عرض نتائج السؤال الثالث ومناقشته:

نص هذا السؤال على الآتي: **ما مستوى الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (7).

جدول (7) نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لمعرفة مستوى الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام، ن= (61).

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	مستوى الوحدة
الوحدة العاطفية	3.18	1.09	3	1.32	0.19	متوسط
الوحدة الاجتماعية	3.60	1.09	3	4.30	0.00	مرتفع
الكلي	3.41	0.89	3	3.60	0.00	مرتفع

يتبين من الجدول (7) وجود فروق بين المتوسط الحسابي للعينة (مرضى الجذام) والمتوسط الفرضي لمقياس الوحدة المستخدم في البحث الحالي، إذ بلغت القيمة التائية (3.60) وهذه القيمة دالة احصائيًا عند مستوى (0.01)، وعند مقارنة المتوسطين يلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة البالغ (3.41) أكبر من المتوسط الفرضي لمقياس صورة الوحدة لدى مرضى الجذام البالغ (3)؛ ولأن الدرجة العالية للمقياس في اتجاه المتوسط الحسابي، فهذا يعني أن مرضى الجذام يعانون من الوحدة المرتفعة على المقياس ككل، وكذا على بعد الوحدة الاجتماعية، في حين يتضح أن مستوى الوحدة العاطفية متوسط، إذ بلغت القيمة التائية في بعد الوحدة العاطفية (1.32) وهي قيمة غير دالة احصائيًا عند مستوى (0.05).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن التشوهات التي يسببها مرض الجذام تجعل مرضى الجذام يميلون أكثر إلى الوحدة والانعزال وتجنب الآخرين وشعورهم بالخزي والعار بسبب إصابتهم بهذا المرض.

ولقد جاءت هذه النتيجة متسقة مع ما أشار إليه لي وآخرون (Lee, et al., 2015) بأن مرضى الجذام وما يعانونه من تشوهات بسبب هذا المرض تؤثر في علاقاتهم مع الآخرين وغالبًا ما ينتج عن ذلك الاغتراب الفعال والشعور بالوحدة.

كما أن التشوهات الشديدة التي يسببها هذا المرض تجعل مرضى الجذام يعانون من الخوف والشعور بالعار والإقصاء الاجتماعي (Reis, et al., 2014)، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه كل من (راضي، وحسن، 2020) بأن وجود عيب ظاهر في الشخص مثل العيوب الخلقية والإعاقات الجسدية والتشوهات هي أسباب لشعور الإنسان بالعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Nicolaisen & Thorsen, (2012) من أن الأفراد المعاقين يعانون من مستوى مرتفع من الشعور بالوحدة.

عرض نتائج السؤال الرابع ومناقشته:

نص السؤال على الآتي:" **هل توجد فروق في مستوى الوحدة لدى مرضى الجذام تبعًا للمتغيرات الآتية: الجنس، الفئة العمرية، موقع الإصابة، مكان الإقامة**".

تمت الإجابة عن هذا السؤال على النحو الآتي:

أ- الفروق في مستوى الوحدة تبعا لمتغير الجنس:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين **Independent Samples t-Test**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (8).

جدول (8) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام تبعًا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

المتغير	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الوحدة العاطفية	ذكور	34	3.16	1.12	.08	59	.95	غير دالة
	إناث	27	3.19	1.07				
الوحدة الاجتماعية	ذكور	34	3.71	1.12	.87	59	.39	غير دالة
	إناث	27	3.46	1.05				
الكلي	ذكور	34	3.47	.93	.54	59	.59	غير دالة
	إناث	27	3.34	.85				

يتضح من الجدول (8) بأنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الوحدة لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقا لمتغير الجنس، إذ بلغت القيمة التائية (.54) للدرجة الكلية وهي غير دالة إحصائيًا، وكذلك بالنسبة لبعدي الوحدة (العاطفية والاجتماعية).

وقد ترجع هذه النتيجة إلى مشاعر النقص التي يعاني منها مرضى الجذام، ووصمة العار وما قد يتلقونه من تعليقات من قبل الآخرين على أشكالهم، خاصة وأن أعراض وتشوهات مرض الجذام بارزة لدى كل من المرضى الذكور والإناث، وما يترتب على هذا المرض من مشاعر سلبية والرغبة في الوحدة والانعزال عن الآخرين.

ب- الفروق في مستوى الوحدة تبعا لمتغير الفئة العمرية:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين **ONE WAY ANOVA** وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (9).

جدول (9) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير الفئة العمرية.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية	الدلالة	مستوى الدلالة
الوحدة العاطفية	بين المجموعات	.753	2	.38	.31	.73	غير دالة
	داخل المجموعات	70.23	58	1.21			
	الكلي	70.98	60				
الوحدة الاجتماعية	بين المجموعات	1.59	2	.79	.67	.52	غير دالة
	داخل المجموعات	69.16	58	1.19			
	الكلي	70.74	60				
الوحدة ككل	بين المجموعات	.80	2	.40	.49	.61	غير دالة
	داخل المجموعات	46.76	58	.81			
	الكلي	47.56	60				

يتضح من الجدول (9) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الوحدة لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقاً لمتغير الفئة العمرية، إذ بلغت القيمة الفائية (.49) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذلك بالنسبة لبعد الوحدة العاطفية وبعد الوحدة الاجتماعية.

وتعزى هذه النتيجة إلى تجانس الفئة العمرية لأفراد العينة من مرضى الجذام، وبالتالي كانوا على مستوى متساو من الوحدة العاطفية والوحدة الاجتماعية، وهذا يأتي إلى حد ما متقاربًا مع ما توصلت إليه الدراسات، إذ وجدت بعض الدراسات معدلات أعلى من الشعور بالوحدة لدى كبار السن، بينما تشير دراسات أخرى أن الوحدة أكثر حدة في الفئات العمرية الصغرى (Nicolaisen&Thorsen, 2012).

جـ- الفروق في مستوى الوحدة تبعا لمتغير موقع الإصابة:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي **ONE WAY ANOVA**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (10).

جدول (10) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير موقع الإصابة (الأطراف، الوجه والأطراف، الجسم بالكامل).

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية	الدلالة	مستوى الدلالة
الوحدة العاطفية	بين المجموعات	6.71	2	2.36	3.03	.055	غير دالة
	داخل المجموعات	64.03	58	1.10			
	الكلي	70.74	60				
الوحدة الاجتماعية	بين المجموعات	.43		.21	.18	.84	غير دالة
	داخل المجموعات	70.55		1.23			
	الكلي	70.98					
الكلي	بين المجموعات	1.72		.86	1.09	.34	غير دالة
	داخل المجموعات	45.85		.79			
	الكلي	47.56					

يتضح من الجدول (10) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الوحدة لدى مرضى الجذام (أفراد العينة) وفقاً لمتغير موقع الإصابة، إذ بلغت القيمة الفائية ككل (1.441) وهي غير دالة إحصائيًا.

تعزى هذه النتيجة إلى أن التشوهات التي يتركها مرض الجذام ظاهرة لا يمكن تجاهلها وتأثيرها النفسي لدى المريض ومشاعر الوحدة العاطفية والاجتماعية التي يعاني منها لا تؤثر فيها موقع إصابته، أي التشوه الجسدي سواء كان في الوجه (الأنف) أو في الأطراف العليا أو السفلى يؤدي إلى نفس المستوى في الشعور بالوحدة.

د- الفروق في مستوى الوحدة تبعا لمتغير مكان الإقامة:

للإجابة عن هذا الجزء من السؤال تم استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين **Independent Samples t-Test**، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (11).

جدول (11) نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الوحدة لدى عينة من مرضى الجذام تبعا لمتغير مكان الإقامة (داخل المستشفى، خارج المستشفى).

المتغير	مكان الإقامة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الوحدة العاطفية	داخل مستشفى الجذام	35	3.11	1.01	.61	59	.55	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	3.29	1.19				
الوحدة الاجتماعية	داخل مستشفى الجذام	35	3.75	1.00	1.22	59	.23	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	3.40	1.18				
الكلي	داخل مستشفى الجذام	35	3.46	.79	.48	59	.63	غير دالة
	خارج مستشفى الجذام	26	3.35	1.02				

يتضح من الجدول (11) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا في مستوى الوحدة لدى مرضى الجذام وفقًا لمتغير مكان الإقامة، إذ بلغت القيمة التائية (.48) وهي غير دالة إحصائيًا، وكذا بالنسبة لبعد الوحدة العاطفية وبعد العزلة الاجتماعية.

تفسر هذه النتيجة في ضوء انعدام الخدمات التأهيلية النفسية التي تقدم داخل المستشفى الخاص بمرضى الجذام، وقلة الاهتمام المجتمعي بهذه الفئة، فإقامة مرضى الجذام في المستشفى أو خارجها تعتبر متساوية فيما يتلقونه من خدمات طبية ونفسية سواء للمقيمين داخلها أو خارجها، وقد يرجع انعدام الفروق إلى الشعور بالرفض وضعف التقبل الاجتماعي داخل المستشفى وخارجها جراء التشوهات التي تظهر نتيجة مرض الجذام.

عرض نتائج السؤال الخامس ومناقشتها:

نص السؤال على الآتي: **ما طبيعة العلاقة بين الوحدة وصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام؟** للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول (12).

جدول (12) نتائج معامل ارتباط بيرسون لمعرفة طبيعة العلاقة بين الوحدة وصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام

المتغير	البيان	صورة الجسم ككل	الوحدة ككل
الوحدة ككل	Pearson Correlation	0.60- (**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	61	61

(**) تعني أن القيمة دالة عند مستوى (0.01)

ويتضح من الجدول (12) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الوحدة وصورة الجسم لدى مرضى الجذام، إذ بلغ معامل الارتباط بينهما (-0.60) وهي درجة دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01).

ويعزو الباحثان وجود علاقة سالبة بين الوحدة وصورة الجسم إلى الطريقة التي يتبعها مرضى الجذام في تقييمهم لذواتهم، وإدراكهم المعرفي لصورة أجسامهم التي تأثرت بمرض الجذام لديهم، وأنه كلما تدنى مستوى صورة الجسم لديهم، عانى مرضى الجذام من الوحدة، وكلما استطاع الفرد تكوين صورة جسم موجبة كان أقل عرضة للوحدة، كما ينبغي التشديد على أن تدني صورة الجسم لدى مرضى الجذام يتأثر بإدراكهم لصورة أجسامهم وباتجاهات الآخرين، ومن ثم الشعور بالوحدة.

التوصيات:

- تفعيل دور المراكز الإرشادية وبرامج الدعم النفسي في تقديم الخدمات النفسية لمرضى الجذام.
- تقديم البرامج الإعلامية لأسر مرضى الجذام في معالجة التبعات السلبية لصورة الجسم والوحدة العاطفية/ الاجتماعية على مرضى الجذام.
- إعداد وتنفيذ برامج تتناول إعادة تأهيل مرضى الجذام نفسيًا واجتماعيًا واقتصاديًا.

المقترحات:

- إجراء دراسة ارتباطية مقارنة بين الوحدة وصورة الجسم لدى عينة من مرضى الجذام والمصابين بالحروق.
- دراسة ارتباطية بين التوافق الزواجي وصورة الجسم لدى مرضى الجذام.
- فعالية برنامج إرشادي في تحسين صورة الجسم لدى مرضى الجذام.
- فعالية برنامج إرشادي في خفض الوحدة العاطفية والاجتماعية لدى مرضى الجذام.

المراجع:

الأشرم، رضا إبراهيم.(2008). *صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية* [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة الزقازيق.

الأطرش، حسين محمد.(2015). صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى مبتوري الأطراف بعد حرب التحرير بمدينة مصراته. *المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة مصراته، 2(4)*، 331-360.

البحيري، عبدالرقيب أحمد والحديبي، مصطفى عبدالمحسن.(2014). اضطراب صورة الجسم وعلاقته بتقدير الذات وأعراض الشخصية التجنبية لدى المراهقين المعوقين بصرياً "دراسة وصفية –اكلينيكية". *مجلة العلوم التربوية والنفسية، 15*(2)، 478-519.

جابر، جابر عبدالحميد وكفافي، علاء الدين.(1989). معجم *علم النفس والطب النفسي*. الجزء الثاني، مطابع الزهراء للإعلام العرب.

خرباش، هدى وتزكرات، عبدالناصر وطوبال، فطيمة.(2018). العزلة الوجدانية والانفعالية لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات: السن، المستوى الدراسي، مستوى التحصيل وظروف الدراسة (مقيم/ غير مقيم). *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 9*(2)، 79- 103.

خوجة، عادل.(2011). أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الانسانية، 25*(5)، 1283- 1336.

خيرة، فريدي.(2016). *صورة الجسد لدى الطفل المعوق حركياً* [رسالة ماجستير]. جامعة الطاهر مولاي.

راضي، مؤيد وحسن، براء.(2020). اضطراب ادمان الانترنت وعلاقته بالعزلة الاجتماعية لدى طلبة الجامعة. *مجلة كلية التربية جامعة واسط*، أبحاث المؤتمر العلمي الدولي الثاني/ نقابة الأكاديميين العراقيين/ مركز التطوير الاستراتيجي الأكاديمي وجامعة صلاح الدين/ كلية التربية الأساس/ اربيل للمدة 10- 11 شباط.

الشريفين، أحمد والوهيبي، ايناس (2018): القدرة التنبؤية لصورة الجسد والاتزان الانفعالي بإدمان السيلفي لدى طلبة الجامعات الاردنية، مجلة جامعة الخليل للبحوث، مج 13، ع1، ص ص1: 26.

عبدالعال، صلاح الدين حمدي.(2003). *فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانعزالي للطفل* [رسالة دكتوراه]. جامعة الزقازيق.

عبدالفتاح، ولاء أحمد.(2019). صورة الجسم وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من طالبات الجامعة المتزوجات وغير المتزوجات. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، 3*(13)، 106- 123.

عبده، مي حسن علي.(2019): صورة الجسم لدى مرضى البهاق وعلاقتها بالصلابة النفسية. *المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي، 7* (3)، 401-437.

العرجان، جعفر فارس.(2016). مستوى الوعي الصحي والتركيب الجسمي وممارسة النشاط الرياضي وصورة الجسد لدى الأفراد المعاقين حركياً في مدينة عمان. *مجلة العلوم التربوية، 43*(3)، 1919- 1953.

العمري وجدة.(2019). *صورة الجسم وعلاقتها بالأنماط الشخصية لدى التلاميذ الطور الثانوي* [رسالة ماجستير]. جامعة أكلي محند أولحاج البويرة.

العنزي، فلاح محروت.(2001). علم النفس الاجتماعي. ط2، مطابع التقنية للأوفست: الرياض.

غربي، جهاد وشقوري، نزيهة.(2017). *صورة الجسم وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من المكفوفين* [رسالة ماجستير]. جامعة الشهيد حمه الخضر.

القاضي، وفاء محمد أحميدان.(2009). *قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة* [رسالة ماجستير]. الجامعة الإسلامية- غزة.

مصباح، زهرة.(2018). صورة الجسم لدى المصابات بتشوهات ناتجة عن حروق (دراسة نفسية أنثروبولوجية) [رسالة ماجستير]. جامعة عبدالحميد بن باديس، مستغانم.

مصطفى، سالي محمد عبدالفتاح.(2018). صورة الجسم لدى المراهقين والمراهقات دراسة مقارنة. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، (10)، 257-287.

معمري، سمية.(2016). *صورة الجسم عند المشوه خلقياً* [رسالة ماجستير]. جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

مكي، نوال ولد قدرو، حنان.(2017). *تأثير الاعاقة الحركية على صورة الجسم والتوافق النفسي والاجتماعي لدى المراهق* [رسالة ماجستير] جامعة عبدالحميد بن باديس، مستغانم.

النعيمي، وسناء مالو علي.(2020). علاقة الضغط النفسي بالعزلة الاجتماعية لدى طلبة المرحلة الثانوية النازحين. *مجلة البحوث التربوية والنفسية، 17*(67)، 498- 524.

Baarsen, B,. Snijders, T,. Smit, J& Duijn, M.(2001). Lonely But Not Alone: Emotional Solation And Social Isolation As Two Distinct Dimensions Of Loneliness In Older People. *Educational and Psychological Measurement.* 61(1), 119-135.

Bakare, A,. Yusuf, A,. Habib, Z& Obembe A .(2015). Anxiety and Depression: A Study of People with Leprosy In Sokoto, North Western Nigeria. *Journal of Psychiatry S:*1DOI: 10.4172/2378-5756..S1-004.

Bekhet, A,. Zauszniewski, J& Nakhla, W.(2008). Loneliness: A Concept Analysis. *Nursing Forum 43*(4), pp,207-213.

Bernard, S .(2013). Loneliness and Social Isolation Among Older People in North Yorkshire. Social Policy Research Unit, University of York. http://www.york.ac.uk/spru

Dahlberg, L & McKee, K .(2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health, 18*(4), 504–514.

Dahlberg, L,. Agahi, N& Lennartsson, C.(2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103.

De Jong- Gierveld J& Kamphus, F .(1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement, 9*(3), 289-299.

De Jong- Gierveld J,. Van Tilburg, T& Dykstra, P .(2006). Loneliness and social isolation. In: Vangelisti A, Perlman D (eds) The Cambridge handbook of personal relationships. *Cambridge University Press, Cambridge*, pp 485–500.

De Jong -Gierveld J& Tesch-Romer,C.(2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *Eur J* 9:285–295.

Dykstra, p& De Jong -Gierveld, J.(2004). Gender and Marital-History Differences in Emotional and Social Loneliness among Dutch Older Adults. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement, 23*(2), 141 – 155.

Dykstra, P. A. (1995). Loneliness among the never and ormerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence . *Journal of Gerontology: Social Sciences,50B*(5), pp321- 329.

Enwereji, E.(2011). Assessing Psychological Rehabilitation of Leprosy Patients Discharged Home in Abia and Ebonyi States of Nigeria. *Eur J Gen Med, 8* (2),110-116. 3

Freire, A,. Ferreira, A,. Santos, C,. Araujo, I,. Uzeloto, J,. Silva, B& Ramos, D.(2020). Body image in COPD and its relation with physical activity levels**,** lung function and body composition: An observational study. The Clinical Respiratory Journal ,14 (12),1182–1190.

Grzybowski, A,. Sak j,. pawlikowski, J& Nita, M .(2016). Leprosy: social implications from antiquity to the present. Clinics in Dermatology, 34, 8-10.

Gunawan, H,. Utami, F,. Achdiat, P,. Avriyanti, E,. Hindritiani, R & Suwarsa O.(2019). Aunique case of borderline lepromatous leprosy with psoriasis-like lesions All over the body and mycosis fungoides-like lesions on the face. J Clin Tuberc Other ycobact,https://doi/.org/10.1016/j.jctube.2019.100134

Havens, B,. Hall, M,. Sylvestre, G & Jivan, T.(2014). Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 23*(2), pp,129-140.

joseph, G & Sundar Rao, s .(1999). lmpact of leprosy on the quality life. Bulleint of the world health Organization, 77,6,515-517.

Keefe, J,. Andrew, M,. Fancey, P & Hall, M.(2006). Final Report: A Profile of Social Isolation in Canada.

Lee, H,. Lee, S & Hyeong Ko, S.(2015). The Relationship between Self-Image, Interpersonal Relationship, Social Support, Psychological Well-Being and Hope among Hansen's disease Patients. *Indian Journal of Science and Technology, Vol 8*(S7), 504–511.

Nicolaisen, M& Thorsen, K.(2012).Impairments, mastery, and loneliness. A prospectivestudy of loneliness among older adults. *Norsk Epidemiologi, 22*(2): 143-150.

Perlman, D & Letitia, P.(1981). "Toward a Social Psychology of Loneliness." In Robin Gilmour and Steve Duck (Eds.) , *Personal Relationships 3: Personal Relationships in Disorder.* London: Academic.

Reis, F,. Lopes, D ,. Robrigues J,. Gosling, A & Gomes M.(2014). Psychological distress and quality of life in leprosy patients with neurpathic pain. Lepr Rev 85,p.p 186-193.

Royal British Legion.(2018). *report on loneliness and social isolation explores the causes, triggers and barriers to support for the Armed Forces community*. London.

Russell, D,. Cutrona, E,. Rose, J& Yurko K.(1984).Social and Emotional Loneliness: An Examination of Weiss's Typology of Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(6), 1313-1321.

Russell, D.(2009).Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life :The Case of Physical Disability. *Journal of Health and Social Behavior, (50),*pp 460–475.

Sibley J,. Thompson, H & Edwardh J.(2016). Seniors: Loneliness and Social Isolation. Community Development Halton.

Tessema, S. A .(2019). Social, Cultual and Psychological persective of Leprosy (Hansens Disease). ECEmergency Medicine and Critical care 3,6, p p:398-404.

Thombs B, Haines J, Bresnick M, Magyar- Russell G, Fauerbach J, Spence R .(2007). Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function, General Hospital Psychiatry, 29, p.g14-20.

Thombs B, Notes L , Lawrence J , Magyar-Russell G, Bresnicka M , Fauerbach M.(2008): From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury, *Journal of Psychosomatic Research,* 64 ,p. 205–212 .

Van Tilburg, T. G.(2020). Social, Emotional, and Existential Loneliness: A Test of the Multidimensional Concept. The The Gerontological Society of America, Vol. XX, No. XX, pp 1-10. doi:10.1093/geront/gnaa082.

Williams, S.& Braun, B.(2019). Loneliness and Social Isolation—A Private Problem, A Public Issue. *Journal of Family & Consumer Sciences.* Vol(111) No(1),pp 7-14.

Wilson, G,. Hill, M& Kiernan, D.(2018). Loneliness and social isolation of military veterans: *systematic narrative review. Occupational Medicine*, 68:600–609.

Wright, S, L.(2005). Loneliness in the Workplace. A thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, at the University of Canterbury.