

## عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

د. شيماء محمد جادالله

مدرس علم النفس العصبي الإكلينيكي

### الملخص

اختبرت الدراسة فرضاً؛ مؤداه: " تعاني مريضات تصلب المتناثر من عدم الرضا عن صورة الجسم، ويسهم في الإصابة بها العديد من المتغيرات النفسية والمرضية". أُجريت الدراسة على عينة قوامها ٣٨ مريضة تصلب الأنسجة العصبي المتناثر من قاطني محافظة الإسكندرية. وطُبقت بطارية الاختبارات النفسية لصورة الجسم (اختبار تقدير الجسم، وقائمة اضطراب الأكل، ومقياس تقييم الشكل، ومقياس الوعي الذاتي). وبينت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين (المريضات - الصحيحات) في كل من الأدوات المستخدمة، وتحليل الانحدار المتناثر وُجدت قدرة متغيرات: الجاذبية الجنسية، وانعدام الثقة بالبنفس، ومؤشر العجز الشامل، ومؤشر كتلة الجسم، والنزعة للكمالية، والقلق الاجتماعي، والإدراك الواعي على التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم. ونُوقشت النتائج في ضوء الرؤية العصبية النفسية.

المصطلحات: صورة الجسم، عدم الرضا عن صورة الجسم، تصلب الأنسجة العصبي

المتناثر

## **Body Image Dissatisfaction in Patients with Multiple Sclerosis**

**Dr. Shimaa M. Gad-Allah**

**Dep. Of Psychology- New Valley University**

### **Abstract**

The study tested a hypothesis: "Women with multiple sclerosis suffer from body image dissatisfaction, and many psychological and pathological changes contribute to it." **Procedures:** The study conducted on a sample of ٣٨ patients from residents of Alexandria Governorate. The battery applied psychological tests for body image (Body Esteem Scale, Eating Disorder Inventory, Figure Ratings, and Self-consciousness Scale). **Results:** The results showed that there are significant differences between the two groups (patients - control) in each of the tools used and with multiple regression analysis found sexual attraction ability, interpersonal distrust, EDSS, body mass index, perfectionism, social anxiety, and conscious awareness. The results discussed in the light of neuropsychological vision.

**Key word: Body image; Body image dissatisfaction; Multiple sclerosis (MS).**

## مقدمة:

يتضمن مفهوم صورة الجسم -من بين أمور أخرى- الخبرات الواعية، والتمثيل الداخلي للجسم، إلى جانب تقييم الفرد ومشاعره حول جسمه ووظيفته. وصورة الجسم هي نتيجة لمواقف الفرد تجاه جسده وجزء أساسي من مفهومه لذاته (Pfaffenberger, ٢٠١١) Gutweniger, Kopp, Seeber, Stürz, Berger, et al., وتعرف جيليس صورة الجسم بأنها: "... الصورة الذهنية التي يتمتع بها المرء عن كيانه البدني، إلى جانب تراكم كثيف من المشاعر حول هذا الكيان. بمعنى آخر؛ صورة الشخص الجسمية هي رؤية وجدانية لنفسه الجسمية كما يظهر في عين العقل. وعادةً، توجد صورة جسمية فردية على هامش الوعي" (Gillies, ١٩٨٤: ١٨٦). ورُغم أن مفاهيم الطفولة المبكرة حول الجسم أساسية وراسخة، إلا أنها يتم تطويرها وتكييفها في سياق الظروف المادية المتغيرة، وفي كل مرة تحدث تعديلات مهمة في الجسم - كما في فترة المراهقة - يعدل الإدراك النفسي للجسم أيضاً (Grunbaum, ١٩٨٥). وفي حالة الإصابة بالأمراض العضوية -خاصةً المزمنة والمصحوبة بالإعاقة أيضاً- تظهر اضطرابات شديدة في العديد من مكونات مفهوم الذات (Di Cara, Lo Bueno, Corallo, Cannistraci, Rifici, Sessa, et al., ٢٠١٩) حيث يُفترض أن عدم القدرة على التحكم في تأثير المرض المزمن من المرجح أن يؤدي إلى حدوث اضطراب في الهوية وحدوث تغييرات في صورة الجسم (Pfaffenberger, et al., ٢٠١١). ويأت مرض التصلب العصبي المتناثر على رأس أمراض المناعة الذاتية الذي يواجه مرضاه العديد من التحديات الذاتية والنفسية والاجتماعية بجانب الجسمية (جادالله، ٢٠١٢، ٢٠١٧؛ Tisovic, Amezcua, ٢٠١٩). ويصيب هذا الاضطراب العصبي حوالي ٢.٣ مليون حول العالم (Multiple Sclerosis International Federation, ٢٠١٣) وهو الأكثر شيوعاً لدى الشباب، والأكثر انتشاراً بين الإناث (جادالله، ٢٠١٢) حيث يُظهر المرض غلبة أنثوية تقارب الآن من ٣ إلى ١، وسيصبح هذا التحيز بين الجنسين أكثر وضوحاً، لأن مرض التصلب العصبي المتناثر أخذ في الارتفاع بين الشباب. وتُعد المريضة النموذجية هي المرأة في سن الإنجاب (Bove, Chitnis, ٢٠١٤). وحتى الآن؛ تُعد التقارير المتعلقة بالصورة الجسمية للمرضى الذين يعانون من مرض التصلب المتناثر نادرة، حيث تركز معظم الدراسات والبحوث العلمية فقط على النشاط الجنسي رُغم أنه مجرد جزء واحد من صورة الجسم (Bronner, Elran, Golomb, Korczyn, ٢٠١٠; Pfaffenberger, et al., ٢٠١١). ورُغم أنه يطرأ عليهم العديد من التغييرات الجسمية والانفعالية والذهنية تكون قابلة للتطور حصيلة التنكس العصبي، بما في ذلك فقدان الوظيفة أو الشعور بالأطراف، والخلل

الوظيفي الجنسي، والضعف المعرفي، والتغيرات المزاجية (Multiple Sclerosis International Federation, ٢٠١٣; Khan & Amaty, ٢٠١٧) فمن المحتمل أن تؤدي هذه التغيرات إلى اضطراب في صورة الجسم، أو الطريقة التي تدركها، وتفكر، أو تشعر بها المريضات حيال أجسامهن (Grogan, ٢٠٠٨)

٢ مشكلة الدراسة:

تمثل أحد التحديات التي تعرقل نوعية الحياة عدم الرضا عن صورة الجسم<sup>١</sup> والتي تحدث نتيجة التباين بين الصورة الواقعية للجسم وصورته المدركة (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩)، وهو ما جعله مؤشراً قوياً على مجموعة متنوعة من النتائج السلوكية غير المرغوب فيها، بما في ذلك سلوكيات الأكل غير المنتظمة (مثل الشراهة) (Leondari, ٢٠١١; Stice, Desjardins, ٢٠١٨)، واضطراب الاكتئاب (Haddad, Zakhour, Akel, Honein, Akiki, Hallit, Obeid, ٢٠١٩)، وانخفاض تقدير الذات (Brytek-Matera, ٢٠١٠). وتميل الإناث إلى إظهار درجات مرتفعة في تلك العوامل المسهمة في عدم الرضا عن صورة الجسم مقارنةً بالذكور، وقد تم إجراء تقييم لصورة الجسم بالمراحل العمرية المختلفة منها المراهقة (ارجع إلى دراسة Miranda, ٢٠١٨)، وطالبات الجامعات (Green, Prichard, ٢٠٠٣)، والمصابات بالسمنة ويبحثن عن جراحة لعلاج البدانة (Rosenberger, Henderson, Grilo, ٢٠٠٦). ولم يدرس عدم الرضا عن صورة الجسم في فئات الأمراض العصبية التقدمية المزمنة مثل: التصلب المتناثر إلا مؤخراً.

وتأتي البيانات البحثية العلمية الخاصة بالصورة الجسمية لمرضى التصلب المتناثر قليلة العدد والتي تناولتها بشكل منهجي ومباشر لدى مرضى التصلب المتناثر. وكانت أولى تلك الدراسات دراسة نشرها كل من هاليجان وريزنيكوف (Halligan, Reznikoff, ١٩٨٥) التي جانت نتائجها مناقضة مع نتائج دراسة أجريت عام ١٩٨٩ من قبل سومندز وزميله كامرمير (Samonds, Cammermeyer, ١٩٨٩) التي اهتمت بمرضى التصلب المتناثر الذكور، ووجدت أن الراضين عن صورة جسمهم كانوا الأكبر سناً، وأن درجة الإعاقة ترتبط بعدم الرضا عن صورة الجسم. جاءت دراسة فاينبرجير وزملائه بدولة النمسا (Pfaffenberger, et al., ٢٠١١)، فُيم مرضى التصلب المتناثر بالمقارنة مع العينة الضابطة (الإناث والذكور على حد سواء)، ووجد أن عدم الرضا عن صورة الجسم مصاحبةً بمشاعر سلبية مما يزيد من التعرض للإصابة بالاكتئاب. ورُغم إسهام تلك الدراسة في تناول عدم الرضا عن صورة الجسم، إلا أنها لم تقيم العديد من الأعراض النفسية

والمرضية لدى مرضي التصلب المتناثر. ووجدت دراسة دي كارا وزملاءه (Di Cara, et al., ٢٠١٩) أن عدم الرضا عن صورة الجسم يزيد بمرور الوقت لدى الجنسين، ويسهم في ذلك الإعاقة العصبية والكدر النفسي.

ويتضح من عرض الاستقراءات الأدبية (جدول رقم (١)) قلة عددها، بالرغم من اتفاقهم على أن الإناث أكثر تأثراً إلا أنه لم تكن هناك دراسة بحثت ذلك - في حدود علم الباحثة - كيف ترى صورة جسمها في ضوء هذا المرض النفاقي. ولم تهتم أيضاً بتحديد نوع التصلب المتناثر معاود الانتكاس (RRMS)، ورغم اتفاق كل الدراسات عن أن صورة الجسم هي مصطلح متعدد الجوانب والمكونات، اقتصرنا في تقييمه على درجة كفاية على مقياس تقدير الجسم فقط وهو لا يتناسب مع تعريف المفهوم. ولم تكشف الدراسات السابقة عن العوامل الأخرى تؤثر على صورة الجسم لدى المريضات وانصب اهتمامهم على التغيرات المزاجية (القلق والاكتئاب)، ومدى الإعاقة.

#### الهدف وتساؤلات البحث

يهدف العمل البحثي الراهن إلى فحص وتقييم عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات التصلب المتناثر الراشدات، ومحاولة اكتشاف الفروق بين تلك المريضات وبين نظرائهن الصحيحات في الأداء على بطارية اختبارات صورة الجسم. وبناء على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن التساؤل الرئيس التالي: "هل تعاني مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر من عدم الرضا عن صورة الجسم". وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس عددا من الأسئلة الفرعية، نوجزها فيما يلي:

١. هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات درجات المريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحيحات على مقاييس صورة الجسم؟

٢. هل توجد ارتباطات جوهرية بين مقاييس صورة الجسم وأبعادها الفرعية لدى عينة مريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحيحات؟

هل يمكن التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم من خلال درجات أفراد عينة مريضات التصلب المتناثر على متغيرات ومقاييس: (مقياس تقدير الجسم، ومؤشر كتلة الجسم، وقائمة اضطرابات الأكل، ومقياس تقييم الشكل، ومقياس الوعي الذاتي)؟

عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

يوضح جدول (١) الدراسات السابقة التي تناولت صورة الجسم لدى مرضى التصلب

المتناثر.

م	الباحثين	العينة	الأدوات	النتائج
(١)	دراسة هاليجان وريزنكوف (Halligan, Reznikoff, ١٩٨٥)	دراسة مستعرضة لمرضى التصلب المتناثر بلغ عددهم ٦٠ مريض	مقياس تقدير الجسم، والاكتئاب، ومركز الضبط (مقياس مركز الضبط الداخلي والخارجي لروتر)، وتم تسجيل استمارة العمر، ومدة المرض، ودرجة الإعاقة.	تشير النتائج إلى أن القلق على صورة الجسم مرتفع في المراحل المبكرة من المرض عندما كان الضعف أقل شدة لكن لا علاقة لها بالاكتئاب. وكان موضع الضبط الداخلي مرتبطاً بشكل سلبي بالاكتئاب، ولكنه غير مرتبط بمدة المرض أو الإعاقة.
(٢)	دراسة سومندز وزميله كامر مير (Samonds, Cammermeyer, ١٩٨٩)	٢٠ ذكر مريضاً بالتصلب المتناثر	استخدم مقياس سكند وجوردي لمقاييس الجسم والتقدير الذاتي لها لقياس مدى الرضا أو عدم الرضا لكل مريض عن جسمه ونفسه. بجانب مقياس العجز الشامل (EDSS).	كان المرضى الراضين عن صورة الجسم والنفس الأكبر سناً (متوسط ٤٣.٥٠ سنة)، وكانت مدة الإصابة بالمرض أطول (متوسط ٢٢.٥٧ سنة) ويعانون من الإعاقة (متوسط الدرجة ٥.٠).
(٣)	دراسة بفافينبرجر واخرون (Pfaffenberger, Gutweniger, Kopp, Seeber, Stürz, Berger, ٢٠١١)	مرضى التصلب العصبي المتناثر (ن=٤٠) والعينة الضابطة (ن=٢٨).	تم تقييم المعلمات الطبية مثل حالة العجز الموسعة. بمرضى التصلب العصبي المتناثر، وتم استخدام استبيانات تقييم الجاذبية/ الثقة بالنفس، وتأكيد المظهر الخارجي، والمخاوف من العجز البدني المحتمل، والمشاكل الجنسية والحيوية وأعراض الاكتئاب.	بالمقارنة مع الضابطة، فإن مرضى التصلب العصبي المتناثر، على الرغم من أنهم يعانون من إعاقة خفيفة فقط وفي حالة مزاجية مستقرة للغاية، أبلغوا عن قلقهم بشكل كبير بشأن العجز البدني، ووصفوا تقييم الجسم بشكل أسوأ ومشاكل جنسية أكثر بكثير. ووجدوا أن مرضى التصلب العصبي المتناثر الإناث يعانون في الغالب من المخاوف المتعلقة بالعجز البدني ومشاعر كونهم أقل جاذبية. وكانت المشاكل الجنسية ذات أهمية خاصة لدى مرضى التصلب المتناثر الذكور.
(٤)	دراسة (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩)	بلغت العينة (ن=١٥١) مريضاً بالغاً مصاباً بالتصلب المتناثر، ويتلقون الرعاية في مركز كليفلاند كلينيك ميلن لممرض	تم الاستعانة باستخبار شكل الجسم، وتم جمع المعلومات الديموجرافية من السجلات الطبية. تم جمع البيانات عن متغيرات التصلب المتناثر الخاصة عن طريق اختبار محوسب.	متوسط درجات اختبار صورة الجسم غير دال عن متوسط العينة. ويعانون المرضى من القلق المعتدل. وكان ملحوظ أكثر بالإناث ولديهم قيم مؤشر كتلة الجسم مرتفعة. بجانب نتائج استبيان صحة المريض - ٩ درجات، ونوعية الحياة في وصم الاضطرابات العصبية - درجات ت. ولا يوجد دلالة اختلاف حسب العمر بين

<p>المجموعتين، ولا توجد متغيرات مرتبطة بمرض التصلب المتناثر محددة لصورة الجسم. ويُظهر الأشخاص المصابون بمرض التصلب العصبي المتناثر نفس مستويات صورة الجسم تقريباً مثل جميع العينة. وارتبط ارتفاع درجات صورة الجسم مع كون المريضة أنثى ومع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، والاكتئاب، والوصم. ولم توقع متغيرات خاصة بمرض MS زيادة بصورة الجسم بعد ضبط المتغيرات المرضية.</p>		<p>التصلب المتناثر.</p>	
<p>المرضى الذين يتمتعون بصحة جيدة، قد يكون إدراك الجسم ضعيفاً للغاية. وجود فروق لصالح الاصحاء على مقياس صورة الجسم. وارتفاع مستويات القلق بالمرضى. وارتفاع درجات الاكتئاب في كلا المجموعتين. وفي وقت مبكر من بداية ظهور المرض، وزيادة عدد الهجمات، وزيادة أعراض الاكتئاب، وارتفاع مستويات القلق ارتبطت دلاليًا مع ارتفاع درجات صورة الجسم. وارتبط العمر والحالة الاجتماعية (كونه أعزب / مطلق / أرمل) أيضًا بنتائج صورة الجسم.</p>	<p>تم تشخيص جميع المرضى الذين يعانون من مرض التصلب العصبي المتناثر دون العجز العصبي (وفقاً لمراجعات عام ٢٠١٠ لمعايير مكدونالد)، تطبيق مقياس حالة العجز الممتد (EDSS) بواسطة طبيب اعصاب واحد لجميع المرضى. وطلب من المشاركين إكمال نموذج اجتماعي ديموجرافي، مقياس صورة الجسم (BCS)، وقائمة بيك الاكتئاب، وقائمة بيك للقلق.</p>	<p>(ن= ٥٠) مريض التصلب العصبي المتناثر، والضابطة (ن= ٤٥) من الاصحاء</p>	<p>٥) دراسة سنجيل وزملائه (Sengul, Sengul, Tak, Kocak, Tunc, ٢٠١٩)</p>
<p>أظهرت النتائج التحليل البعدي أن عدم الرضا عن صورة الجسم لم يتم التأكيد من ازدياده كثيراً بمرور الوقت، وله تأثير كبير على المريض.</p>	<p>تضمن البحث قواعد بيانات (PubMed و Web of Science)، وتضمن مراجع الفحص للدراسات ومراجعة المقالات حول صورة الجسم لدى مرضي التصلب المتناثر. من المنشورات ٣١٦، أدرجنا ٩ دراسات فقط استوفت معايير البحث.</p>	<p>بحث مرجعي كفي</p>	<p>٦) دراسة دي-كارا وأخرون (Di Cara, Lo, Buono, Corallo, Cannistraci, Rifici, Sessa, et al., ٢٠١٩)</p>

وتأسيساً على ذلك يمكن صياغة الفرض الرئيس للدراسة على النحو التالي: "عدم الرضا عن صورة الجسم من الأعراض الرئيسة بمرضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر، ويرتبط

ذلك بعدد من العوامل العصبية والنفسية والمعرفية". وينقسم هذا الفرض الرئيس للدراسة احصائياً إلى:

١. توجد فروق جوهرية بين متوسطات درجات المريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحيحات على مقاييس صورة الجسم.
٢. توجد ارتباطات جوهرية بين مقاييس صورة الجسم وأبعادها الفرعية لدى عينة مريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحيحات.
٣. يمكن التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم من خلال درجات أفراد عينة مريضات التصلب المتناثر على متغيرات ومقاييس: (مقياس تقدير الجسم، ومؤشر كتلة الجسم، وقائمة اضطرابات الأكل، ومقياس تقييم الشكل، ومقياس الوعي الذاتي).

### ٣ مفاهيم الدراسة:

#### ٣.١ عدم الرضا عن صورة الجسم

تاريخياً، بدأ الاهتمام بصورة الجسم في المجال علم الأعصاب ، ويعد الاختصاصي العصبي الفرنسي بونيه (Bonnier) أول من اهتم بصورة الجسم حيث أنه درس اتجاهات الفرد نحو جسمه وذلك في مطلع التسعينات، وتلي ذلك عالم النفس الألماني بيك (Pick) الذي قام بدراسة اضطرابات الاتجاه لسطح الجسم وطيف الطرف (المبتور<sup>٢</sup>) ووضع فرضية عن هذا الموضوع مفادها أن احساسات الناتجة عن شبح الطرف التي يخبرها من بترت اطرافهم تكون نتيجة للتناقضات بين شكل الجرم السابق وشكل الجسم الجديد (Cleveland & Fisher, ١٩٥٨, ٣). أما الاختصاصي العصبي البريطاني هنري هيد (H. Head) فيعد أول المؤسسين لنظرية حول صورة الجسم، إذ بلور وبشكل لائق وملام النظرية المتعلقة بصورة الجسم، واستنتج من ملاحظاته أن كل فرد منا يبني صيغة اجمالية لتكامل أجزاء جسمه، وان هناك معياراً يحكم به على أوضاع وتحركات جسمه. وفي العشرينات، في فينا نشط فريق عمل في دراسة صورة الجسم على رأسهم المحلل النفسي "شيلدر" (Schilder) وزميله بوتزل (Poetzi) ليعمقاً دراسة صورة الجسم بدراسة الفروق بين الفصامين والاصابات المخية الرضحية (Krauss Whitbourne, Skultety, ٢٠٠٢).

صورة الجسم هي أحد مكونات الهوية الشخصية التي تناولها شيلدر (Schilder, ١٩٥١) على أنها: "صورة جسمنا التي نشكلها في أذهاننا"، وهي بذلك تعني الصورة الذهنية الذاتية التي يمتلكها الفرد عن قياساته الجسمية، ومحيطه وشكله؛ بغض النظر عن شكل جسمه (Silva, Ferriani, Viana, ٢٠١٩) والمشاعر المرتبطة بهذه العوامل التي تؤثر على الرضا عن الجسم أو أجزاء معينة من الجسم. ولذلك هي بنية معقدة تشمل على الأفكار



والمشاعر والتقييمات والسلوكيات المتعلقة بالجسم (Alleva, Sheeran, Webb, Martijn, Miles, ٢٠١٥; Shoraka, Amirkafi, Garrusi, ٢٠١٩) وتتأثر هذه الصورة بعوامل عدة منها المعتقدات والتوقعات، وتصورات الأقران والآباء، ووسائل الإعلام، والمزاج، والعرق، ومرحلة البلوغ والوقت (Altabe, ١٩٩٨)، بما أنها مفهوم متعدد الأبعاد يمكن تقدير تعقد صورة الجسم من خلال النظر إلى مكوناتها، التي تنطبق على جميع الأفراد سواء من لديهم تصورات صحية أو غير صحية لأجسامهم وتشمل: (١) المكون المعرفي: الأفكار والمعتقدات حول الجسم (كيف نرى حجمنا وشكلنا ووزنا ووجهتنا وحركتنا وأفعالنا)، (٢) مكون الإدراك الحسي: كيف ينظر إلى حجم وشكل وأجزاء الجسم، (٣) المكون العاطفي: مشاعر الجسم، (٤) المكون السلوكي: الأفعال التي يقوم بها الفرد للتحقق من أجسامهم أو تميل إليها أو تغييرها أو إخفائها (Yamamoto, Bulant, Bocek, Papezova, ٢٠١٧) وبذلك تكون تلك الصورة التي يمتلكها الفرد عن الذات أو الأنا تظهر في جميع استجاباته وقيمه ضمناً. وغالباً ما يتم تناول عدم الرضا عن صورة الجسم في الاستقرارات الأدبية بأكثر من مصطلح علمي يشير إلى تغير حالة الوعي لصورة الجسم المدركة، بما في ذلك تشوه صورة الجسم<sup>٣</sup>، واضطراب صورة الجسم المدركة<sup>٤</sup>، واضطراب صورة الجسم<sup>٥</sup>، وصورة الجسم السلبية<sup>٦</sup>، وصورة الجسم المتغيرة<sup>٧</sup>، وعدم الرضا عن الجسم<sup>٨</sup>. وتظهر تلك المصطلحات المتغيرة في الأدبيات التي تركز على المرضى النفسيين أو المرضى العضويين.

#### - نظريات والنماذج المفسرة لصورة الجسم

##### (١) النظرية البيولوجية:

وضع هذه النظرية طبيب الأعصاب هنري هيد (Henry Head) والذي يعد أول المؤسسين لنظرية صورة الجسم، وأول من وصف واستعمل تعبير صورة الجسم، وقدم نموذج وضعي للجسم ينظم ويعدل بشكل فعال الانطباعات الناتجة عن النبضات الحسية الواردة بطريقة تجعل الإحساس النهائي بوضعية [الجسم]، وكيف يرتفع إلى الوعي المشحون بعلاقة لشيء حدث من قبل (Haggard, Wolpert, ٢٠٠٥). وبما أنه نموذجاً يتتبع موضع الأطراف، يلعب دوراً مهماً في ضبط الحركة، وينطوي على جوانب من الأنظمة المركزية (عمليات الدماغ) والأجهزة الطرفية (الحسية، والاستقبال الحسي العميق) (Macaluso, ٢٠١٠) Maravita. وبذلك يكون وصفها بأنها تعبر عن اتحاد خبرات الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للدماغ، ولاحظ ان سلسلة الحركات وتوافق موضع الجسم يدل ضمناً على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل الجسم،

وأضاف أن صورة الجسم تتغير بشكل ثابت من خلال التعلم، كما درس تأثير الضرر الدماغى على مخطط الجسم (Holmes, Spence, ٢٠٠٤). ويلمح "كليف Kliff" أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجى للجسم للحجم أو الفراغ الداخلى لمجسم ويعتبر الجسم غلafa ويأتي إدراك غلاف الجسم من الجلد والمعلومات البصرية ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر من التوازن العميق للجسم وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وحفظ صورة الجسم (Thompson, van den Berg, ٢٠٠٢).

## ٢) نظرية التناقض الذاتى

نظرية التناقض الذاتى لهيجينز<sup>٩</sup> (Higgins, ١٩٨٧) تربط بين صورة الذات والتأثر الوجدانى، كان الغاية منها محاولة فهم الارتباط بين التقييم الذاتى والحالات العاطفية الإيجابية مقابل السلبية. وتتضمن النظرية المجالات الثلاثة للذات (الفعلية، والمثالية، والواجبة)، والتوجه نحو الذات (الخاصة بنا، والخاصة بالآخرين)، وتمثل الذات الفعلية، والتي يتم تعريفها على أنها السمات التي يعتقد الفرد أنها يمتلكها بالفعل، التي تتوافق مع دليلين ذاتيين أحدهما الذات المثالية التي تعبر عن السمات التي يرغب هو أو شخص آخر في امتلاكها بشكل نموذجي (آمال أو رغبات وتطلعات الفرد). والأخرى الذات الواجبة التي تُعرّف أنها السمات التي يعتقد الفرد أنه من مسؤوليته امتلاكها - واجبات والتزامات الفرد، وتعمل كل من الذات المثالية والذات الواجبة كمعايير ذات أهمية تحفيزية للتقييم الذاتى (Mason, Smith, Engwall, Lass, Mead, Sorby, et al., ٢٠١٩). وتعكس كل تمثيلات الذات الثلاثة منظور الفرد لنفسه وإدراكه لصورة جسمه (Arciszewski, Berjot, ٢٠١٢)، والتي يتم تشكيلها في المقام الأول من خلال خبرات التنشئة الاجتماعية في الحياة المبكرة (منها مقدمي الرعاية وتفاعلهم معه؛ Manian, Papadakis, Strauman, ٢٠٠٦). إن التمييز بين ما يعتقد الآخرون أنه يجب أن يكون عليه الشخص وإيمان هذا الشخص بما يريدونه "بشكل مثالي" هو مفتاح هذه النظرية. لذلك، كلما زادت درجات التناقض المرجحة في صورة الجسم، كلما زاد التناقض (Howell, Weeks, ٢٠١٧).

وتؤدي الاختلافات المثالية الفعلية على وجه الخصوص إلى عدم الرضا لأن تطلعات المرء لم تتحقق. وبالتالي، فإن التناقض بين المثالي والفعلي في صورة الجسم يجب أن يسبب عدم الرضا عن الجسم (Bak, ٢٠١٤). ووفقاً لمنظور كاش وبروزنسكي (Cash & Szymanski, ١٩٩٥) يجب أن نهتم بعدم الرضا عن صورة الجسم كمتغير يؤثر على الصحة، حيث أن ذلك التناقض الذاتى لصورة الجسم إلى مجموعة متنوعة من المشاعر

السلبية تزيد من خطر الإصابة بأعراض أو زميلات مرضية نفسية (Mason, et al., ٢٠١٩). ويأتي مرض التصلب المتناثر على رأس أمراض المناعة الذاتية التتكسية التي تؤثر على تقييم صورة الجسم وتوكيد واحترام الذات نتيجة تبعاته تغير الأداء الحركي والتطور وصولاً للعجز، وسوء الحالة البدنية (التعب والأرق وتأثيرات الأدوية الموصوفة) (Feinstein, ١٩٩٩) والمزاجية (الاكتئاب خاصة) (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩). ليجعل المريض في صراع داخلي نتيجة التناقض الذاتي بين الذات الفعلية والمثالية على أشده ليؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى عدم الرضا عن صورة الجسم وظهور سلوكيات غير مرغوب بها (بما في ذلك الأكل المضطرب والاكتئاب وقلة احترام الذات) (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩). ويظهر ذلك جلياً في نتائج الدراسات القليلة المعودة (Kolzet, et al., ٢٠١٥; Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩) التي تناولت تأثير صورة الجسم لدى مرضى التصلب المتناثر.

ويمكن تعريف عدم الرضا عن صورة الجسم -إجرائياً- بأنه: "خلل بالصورة الذهنية الذاتية التي يمتلكها الفرد عن قياساته الجسمية (محيطه، وشكله، واحترامه)، وعدم الرضا عنها؛ مما يولد العديد من المشاعر السلبية والسلوكيات غير التوافقية. ويتم تحديدها من خلال الدرجة على مقاييس عدم الرضا عن صورة الجسم".

### ٣.٢ تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

مرض التصلب المتناثر (تصلب الأنسجة العصبي المتناثر) هو ضمن مجموعة الأمراض المناعية الذاتية التتكسية حيث يحدث تلف وإزالة المايلين يؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويضر بغمد المايلين حول محاور الخلايا العصبية، مما يؤدي إلى الالتهاب وفقدان المايلين وتدمير المحور (Koutsouraki, Costa, Baloyannis, ٢٠١٠). وتشير التقديرات أنه يؤثر على ٢.٥ مليون شخص في جميع أنحاء العالم، وهو السبب الأكثر شيوعاً للإعاقة العصبية بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ و ٥٠ عاماً (Higuera, Carlin, Anderson, ٢٠١٦) ومعدل انتشاره مرتفع نسبياً بين الإناث مقارنة بالذكور (بنسبه تصل ٣:١ تقريباً) (Knafo, Haythornthwaite, Heinberg, Wigley, Thombs, ٢٠١١; Higuera, Carlin, Anderson, ٢٠١٦; Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩). ويؤثر مرضى التصلب المتناثر أنهم مجموعة غير متجانسة يختلف المرض فيها بشده الأعراض ومدتها، ومصاحبة الإعاقة الجسمية لها، وأيضاً انتشار ومواقع الإصابة (Rahn, Slusher, Kaplin, ٢٠١٢) وغالباً ما يتميز بضمور دماغي، وتكون الآفات موجودة في كل من المادة الرمادية والبيضاء (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩)،

لتنجح العديد من التغييرات في النشاط الدماغي (Tomassini, Matthews, Thompson, ٢٠١٢). جنباً إلى جنب مع تدهور الأداء الحركي (Peterson, Fling, ٢٠١٧)، والخلل الوظيفي الجنسي، والشعور بالألم، والإصابة بالاكتئاب (Mohr, Cox, ٢٠٠١)، وضعف المجالات المعرفية المختلفة (Guimarães, Sá, ٢٠١٢) مما يغير تمثيل صورة الجسم.

وتُعرف مريضات التصلب المتناثر - إجرائياً- بأنهن: "المريضات اللواتي شُخصن بالتصلب المتناثر معاود الانتكاس (RRMS) من قِبل اختصاصي الأعصاب المختص بهذا المرض -تشخيص ومتابعه وعلاج- من خلال خضوع المريضات للفحوصات الإكلينيكية (التشخيصية، والتصوير العصبي)، وتم تسجيلهن بجمعية رعاية لمرضى التصلب المتناثر، ويتابعن العلاج الفعال المضاد للانتكاس.

#### ٤ المنهج والإجراءات:

##### - تصميم البحث والمشاركين في الدراسة

أُجريت هذه الدراسة وفقاً للمنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وكانت عينة الدراسة عينة مستهدفة تم اختيارها وفقاً لمجموعة من المحكات التشخيصية المُحددة سلفاً. وأُستخدم التصميم غير التجريبي مجموعة الحالة (مريضات التصلب المتناثر) في مقابل مجموعة المقارنة (الصحيحات). وأُجريت هذه الدراسة في الفترة الزمنية من ٢٥ نوفمبر ٢٠١٩ إلى ٥ يناير ٢٠٢٠ من خلال التواصل عن بُعد (على زووم والواتس آب). وبعد توضيح هدف الدراسة والموافقة على المشاركة، يتم إلقاء بنود مقاييس الدراسة للمريضة. وتم جمع استجابات المريضات على الاستبانات، بعد جمع بيانات المتغيرات الديموجرافية المخصصة لهن.

##### - حجم العينة

تألفت مجموعة المريضات من ٣٨ مريضة بالتصلب الأنسجة العصبي المتناثر (نمط معاود الانتكاس (RRMS)، مُحدد وفقاً لمعايير بوزر<sup>(١)</sup> الذين تم تطويعهم بالدراسة من خلال جمعية رعاية مريضة التصلب المتناثر بجمهورية مصر العربية) وجميعهن من قاطني محافظة الإسكندرية ودمنهور، ويتابعن العلاج الفعال المضاد للانتكاس، وكان متوسط أعمارهن ٣٨.٩ سنة (٢٢ - ٥٢ سنة) من اللاتي خضعن لتقييم طبي منتظم خلال عام واحد للمشاركة في الدراسة. وكان متوسط نتائج العجز على مقياس كورتزكي لفحص العجز الشامل ٤.٣١ (بانحراف معياري  $\pm ١.٤$ ) (١٩٨٣) (EDSS, Kurtzke). ويرد في الجدول رقم (١) عرض مُفصل للعينة حسب العمر، والوزن، والحالة الاجتماعية.

الجدول رقم (٢): تقسيم عينة المريضات حسب العمر، والوزن، والحالة الزوجية

الخصائص				العمر				الوزن (% للوزن)				الحالة الاجتماعية						
الفئات				العمر				الوزن (% للوزن)				الحالة الاجتماعية						
				سنة ٢٥-٣٢	سنة ٣٠-٣٦	سنة ٣٥-٣١	سنة ٤٠-٣٦	سنة ٤٥-٤٠	سنة ٥٢-٤٦	أقل ٩٠.٠	٩٥.٠-٩٥.١	١٠٠.٠-٩٦.٠	١٠١ كغ	عزباء	متزوجة (الزواج الأول)	متزوجة (الزواج الثاني)	مطلقة	ارملة
				٧	٦	٥	١٠	٣	٧	١٢	٩	٨	٩	٦	٤	٢	٥	٢
				١٨.٤٢	١٥.٧٨	١٣.١٥	٢٦.٣٥	٧.٨٩	١٨.٤٢	٣١.٥٧	٢٣.٦٨	٢١.٠٥	٢٣.٦٨	١٥.٧٨	٢٣.١٥	٢.٦٣	١٣.١٥	٥.٢٦

وكانت معايير المشاركة بالدراسة الراهنة: (١) الجنس الإناث (غير منطعي الطمث)، (٢) مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر مر عليهن ٣ سنوات على الأقل من الإصابة بالمرض، (٣) تشخيص محدد بنمط معاود الانتكاس (أو التعافي/ الانتكاس RRMS)، (٤) عدم الانتكاس خلال ٣٠ يوماً قبل التطبيق، (٥) درجة كورتزكي أقل من ٤.٠ (منتقل)، (٦) عدم وجود أمراض طبية أخرى مصاحبة (بالرجوع إلى الطبيب المعالج والسجلات الخاصة بالمريضة)، (٧) استقرار الحالة المزاجية (مقياس بيك للاكتئاب)، (٨) عدم استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب والقلق، (٩) الموافقة المستنيرة. وكانت معايير الاستبعاد من الاختيار: (أ) السمات الجسمية المشوهة (أي الندبات والحروق والأورام الوعائية، ... الخ) و (ب) التاريخ الحالي أو الماضي للاضطراب النفسي. وتم جمع البيانات الديموغرافية (العمر، والحالة الزوجية، وعدد الأطفال للمتزوجات (بالنسبة للمريضات المتزوجات تم سؤالهن عن هل تعانين من مشاكل جنسية أم لا؟) (Masmoudi, Aissi, Halouani, Fathallah, Louribi, ٢٠١٩; Alehashemi, Mostafa'vian, Dareini, ٢٠١٨; Aloulou, et al.)، وتم الحصول على البيانات المتعلقة بالمرض مثل: مدة المرض، والعلاج الدوائي. بينما تكونت مجموعة الصحيحات الضابطة من (ن = ٣٧) من أقرباء وصديقات المريضات، وكان متوسط أعمارهم ٣٦.٤ سنة (٢٠-٥٩ سنة). وتم الحصول على موافقة من كل مشاركة قبل الإجابة على المقاييس، مما يتيح لنا الإذن لاستخدام البيانات الخاصة بهم للأغراض الإحصائية

## عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

والإجابة على أسئلتهم حول الدراسة. وكانت معايير الاستبعاد ماثلة لتلك الموجودة في مجموعة المريضات.

جدول (٣) التكافؤ بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية

مستوي الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة المرضيات (ن = ٣٧)		المجموعة المرضيات (ن = ٣٨)		المتغيرات الديموجرافية
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
غير دال	١.٤٠٧	٦.٥٤	٣٦.٤	٨.٥٣	٣٨.٩	العمر
غير دال	٠.٨٠٠	١.٤٩	٩.٤٢	١.٥١	٩.١٤	مستوي الذكاء
غير دال	١.٣٦	٢.٥٩	١١.٣١	٢.٧٦	١٠.٤٦	المستوى التعليمي
غير دال	١.٤٢٩	٤.٩٨	٦.٩١	٦.١٠	٨.٧٧	الاكتئاب

يتضح من الجدول السابق أن هناك تكافؤاً إلى حد كبير بين مجموعة المريضات ومجموعة الصحيحات من غير المرضي في المتغيرات التي قد تتدخل في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

### ٤.١ أدوات التقييم النفسي

#### ٤.٤.١ البيانات الديموجرافية والمرضية

تم جمع البيانات عن العمر والجنس والحالة الاجتماعية ومتوسط الدخل ومؤشر كتلة الجسم (BMI) المسجل في سجل طبي. وحدد مسار أو تصنيف مرض تصلب المتناثر من خلال ملاحظات طبيب الأعصاب المسجلة في السجلات الطبية للمرضى والأدوية.

#### ٤.٤.٢ مقاييس عدم الرضا عن صورة الجسم

تضمنت الدراسة مجموعة من مقاييس التقرير الذاتي لقياس الأبعاد المختلفة لصورة الجسم لدى مريضات تصلب المتناثر، ويتم ذكرها فيما يلي:

#### ١. مقياس تقدير الجسم<sup>١١</sup> (تأليف فرانزوي وشيلدز، تعريب الباحثة):

مقياس تقدير الجسم (BES, Franzoi & Shields, ١٩٨٤) وهو مقياس التقدير الذاتي مستمد من مقياس التوظيف الجسمي<sup>١٢</sup> والذي صممه كل من: سيكورد وجوراردز (Secord, Jourard, ١٩٥٣)، ويعكس المقياس البناء متعدد الأبعاد لمفهوم صورة الجسم؛ ويتكون هذا المقياس من ٣٥ جزءاً من الجسم والأنشطة والوظائف. ويتم تجميع درجات

البنود على المقاييس الفرعية للإناث هي (أ) الجاذبية الجنسية (١٣ بنداً)، والتي تتضمن جوانب أو وظائف الجسم المتعلقة بالجاذبية، ولكن لا يمكن تعديل مظهرها بشكل عام من خلال التمرين رُغم أنها قد تتغير عن طريق استخدام مستحضرات التجميل (مثل: الشفاه، ومظهر العيون)؛ (ب) القلق بشأن الوزن (١٠ بنود)، والتي تتعلق أيضاً بالجاذبية البدنية ولكنها تتكون من أجزاء الجسم أو الوظائف التي يمكن تغييرها من خلال ممارسة أو التحكم في تناول الطعام (أي الشهية، والأرداف، والوزن)؛ (ج) الحالة البدنية (٩ بنود)، والتي تتكون من بنود تتعلق بصفات مثل: القدرة على التحمل، والقوة، وخفة الحركة (مثل: الاستجابات، والقوة العضلية). ولا يتم تضمين ثلاثة بنود في حساب درجات مقياس الإناث الفرعي (الذراعين والقدمين وعرض الكتفين). ويتم تصنيف الاستجابة على كل بند على مقياس ليكرت خماسي النقاط من ١ (امتلاك مشاعر سلبية قوية) إلى ٥ (امتلاك مشاعر إيجابية قوية). وقامت الباحثة بحساب ثبات المقياس من خلال طريق ثبات إعادة التطبيق بفارق زمني (١٥) يوماً على عينه قوامها (٥٠) سيدة، وإيجاد معامل الارتباط باستخدام معامل الارتباط (بيرسون) بين التطبيقين وكان معامل الارتباط بينهما (٠.٧٢).

## ٢. قائمة اضطراب الأكل<sup>١٣</sup> (تأليف جارنر وأولمستيد وبوليفي، تعريب وإعداد الباحثة):

قائمة اضطرابات الأكل (EDI; Garner, Olmstead & Polivy, ١٩٨٣) من مقاييس التقرير الذاتي مكونة من ٦٤ بنداً. وتم تصميمه القياس المواقف والسلوكيات المرتبطة بفقدان الشهية العصبي<sup>١٤</sup> والشراهة المرضية<sup>١٥</sup>. وتتكون القائمة من ثمانية مقاييس فرعية على النحو التالي: (أ) الدافع للنحافة (٧ بنود؛ مثل: "أنا أبالغ أو أعظم أهمية الوزن")؛ (ب) الشراهة المرضية (٧ بنود؛ أي "لقد تناولت أشهى المأكولات حتى شعرت أنني لا أستطيع التوقف")؛ (ج) عدم الرضا عن الجسم (٩ بنود؛ مثل "أعتقد أن معدتي كبيرة جداً")؛ (د) عدم الكفاءة (١٠ بنود؛ مثل "أحقر من نفسي")؛ (هـ) الكمالية (٥ بنود؛ أي مثل "أكره أن أكون أقل من الأفضل في جميع أمور حياتي")؛ (و) عدم الثقة في الأشخاص (٧ بنود؛ مثل "أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري للآخرين")؛ (ز) الإدراك الواعي (١٠ بنود، على سبيل المثال، "أنا في حيرة من أمري ما أشعر به العاطفة")؛ (ح) مخاوف النضج (٨ بنود؛ مثل: "متطلبات البلوغ كبيرة جداً"). ويُطلب من الأشخاص تقييم كل بند على مقياس سداسي النقاط من صفر (مطلقاً) إلى ٥ (دائماً). وتجمع أقصى استجابة "لاضطراب الأكل" على درجة ٣ (دائماً أو لا تعتمد أبداً على الاتجاه المحدد للاستجابة)، بينما تحصل الاستجابة المجاورة على درجة ٢، بينما تكسب الاستجابة التالية -١. ولا تتلقى الخيارات الثلاثة المقابلة "لاضطراب الأكل" درجة للاستجابة (صفر). وقد قامت الباحثة بحساب معامل ثبات المقياس وذلك

بطريقة ثبات إعادة التطبيق، على عينة قدرها (٥٠) سيدة، بفواصل زمني قدره أسبوعين، وتم الحصول على معامل ثبات قدره (٠.٧٥) وهو ارتباط موجب متوسط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، مما يعني ثبات المقياس واستقرار درجته الكلية.

### ٣. مقياس تقييم الشكل<sup>١٦</sup> (تأليف ستنكارد، تعريب واعداد الباحثة):

يتكون مقياس التصنيف الشكلي (FR; Stunkard, et al., ١٩٨٠) من تسعة رسومات لشكل الجسم، وتتراوح عادة من نحيفة جداً إلى بدينة جداً. وكل بند يتوافق مع رقم من ١ إلى ٩، حيث ١ هو أنحف و٩ أبدن. وبعد استخدام فالون وروزين (Fallon, Rozin, ١٩٨٥) لهذا المقياس، يُطلب من الأشخاص الإشارة إلى الشكل الذي: (أ) يقترب من شكلهم الحالي (الراهن)، (ب) أنهم يودون أن يكونوا مثله (المثالي)، و (ج) يعتقدون أنهم سيكونوا أكثر جاذبية للجنس الآخر (جذاب). بالإضافة إلى التصنيفات أعلاه، قد يتم حساب ثلاث درجات أخرى لتسجيل: الشكل الحالي مقابل المثالي، والشكل الحالي في مقابل الجذاب، وتناقض بين المثالي في مقابل الجذاب. وأفاد فالون وروزين أن هذا المقياس مفيد في التمييز بين الاختلافات بين الجنسين في تصور شكل الجسم المرغوب. وتم تضمين هذا المقياس في الدراسة الحالية لأنه أظهر فائدة في الإناث، ولأنه يتطلب من الشخص إصدار أحكام حول الخصائص الذاتية الجسمية بطريقة تختلف بوضوح عن مقاييس التقرير الشفهي، وتكون أكثر شفافية لصورة الجسم.

### ٤. مقياس الوعي الذاتي<sup>١٧</sup> (تأليف فنجستين وشير وباس، تعريب واعداد الباحثة):

مقياس الوعي الذاتي (SCS; Fenigstein, Scheier & Buss, ١٩٧٥) هو استبيان مكون من ٢٠ بنداً، ويتم تصنيف كل بند على مقياس من صفر (غير معتاد للغاية) إلى ٤ (مميز للغاية). وتنقسم درجات المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية مشتقة تحليلياً: (أ) الوعي الذاتي الخاص (٧ بنود)، الذي يقيم الدرجة التي ينتهجها المرء في أفكاره ومشاعره الداخلية (مثل: "أنا أفكر في نفسي كثيراً")؛ (ب) الوعي الذاتي العام (٧ بنود)، الذي يقيم درجة إدراك الشخص لنفسه بشكل عام ككائن اجتماعي له تأثير على الآخرين (على سبيل المثال: "أنا عادةً ما أقلق بشأن ترك انطباع جيد")؛ (ج) القلق الاجتماعي (٦ بنود)، الذي يقيم درجة عدم ارتياح الشخص في وجود الآخرين (أي: "يستغرق مني الوقت للتغلب على خجلي في المواقف الجديدة"). ويتم تجميع درجات البنود للحصول على درجات لكل من المقاييس الفرعية. وقامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي بإيجاد معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس لعينة عددها (٥٠) سيدة مقيمة بمدينة الإسكندرية. وبحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية بين



التطبيقين على أبعاد المقياس والدرجة الكلية وجدت دالة عند مستوي (٠.٠١) مما يؤكد كفاءة المقياس في الدراسة الحالية.

جدول رقم (٤): يوضح معاملات الارتباط بين التطبيقين (الأول والثاني) على كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
الوعي الذاتي الخاص	٠.٧٣	٠.٠١
الوعي الذاتي العام	٠.٧٩	٠.٠١
القلق الاجتماعي	٠.٧٤	٠.٠١

##### ٥ تحليل البيانات إحصائياً:

تم إجراء جميع التحليلات الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS ٢٠). وتم فحص البيانات والتحقق من الفروض عن طريق (١) اختبار "ت" للعينات المستقلة: تمت مقارنة مجموع درجات صورة الجسم على عينة مريضات التصلب المتناثر في مقابل الصحيحات، (٢) معاملات ارتباط بيرسون، (٣) تحليل الانحدار التدريجي للمتغيرات التي يمكنها التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم لدى عينة مريضات التصلب المتناثر.

##### ٦ النتائج

ينص الفرض الأول على أنه: "توجد فروق جوهرية بين متوسطات درجات (عينة مريضات التصلب المتناثر) ونظرائهن من الصحيحات (ن = ٧٥) في جميع متغيرات ومقاييس الدراسة، واختبار صحة هذا الفرض حُسبت قيمة "ت" لبيان جوهرية الفروق بين متوسطات الإناث المريضات بالتصلب المتناثر والصحيحات، ويوضح الجدول التالي رقم (٥)، ولاحظ بالجدول أن \* : دال عند ٠.٠٥، \* \* : دال عند ٠.٠١، ت الجدولية عند ٠.٠٥ = ٢.٠٠، ت الجدولية عند ٠.٠١ = ٢.٦٥) نتائج هذا التحليل.

جدول (٥): يوضح نتائج اختبار "ت" بين متوسطات درجات عينة مريضات التصلب المتناثر

##### ونظرائهن من عينة الصحيحات

المتغيرات	عينة المريضة (ن=٣٨)		عينة الصحيحات (ن=٣٧)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الجاذبية الجنسية	٤٤.٥	٦.٢	٤٨.٣	٢.١	٣.٤٩٩	٠.٠١	الصحيحات
الحالة الجسمية	٣١.٢	٦.٢	٢٩.٤	١.٤٨	١.٧٠١	غير دال	-
قلق الوزن	٢٧.٨	٧.٩	٣٧.٢	٢.٢١	٦.٩١٨	٠.٠١	الصحيحات

عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

المريضات	٠.٠١	٩.٩٨٧	٦.١٥٦	٩٠.١٥	١٢.٧	١١٣.٥	مؤشر BIM المركب	BIM	مؤشر كتلة الجسم
المريضات	٠.٠١	٣.٠٥٩	٠.٣١	٨.٣	٥.٧	١١.٢	عدم الرضا	EDI	عدم الرضا عن صورة الجسم
-	غير دال	٠.٠١٣	٠.٢١	٤.٠١	٤.٦	٤.٠	السعي للنحافة	EDI	قائمة اضطراب الأكل
الصحيحات	٠.٠١	٢.٢٥٦	٠.١٢	٢.١	٢.٤	١.٢	الشهره المرضي	EDI	
الصحيحات	٠.٠١	٦.٨٦٣	٠.٤١	٤.١	١.٨	٢.٠	الإدراك الواعي	EDI	
-	غير دال	٠.١٠٧	٠.١٥	٢.١٥	٢.٨	٢.١	الكفاءة	EDI	
-	غير دال	٠.٢٨٧	٠.٣١	٢.١٥	٢.١	١.٦	مخاوف النضج	EDI	
المريضات	٠.٠٥	٢.٥٠٨	٠.١٥	٣.٦	٣.٦	٥.١	النزعة للكمالية	EDI	
الصحيحات	٠.٠٥	٢.٥١٧	٠.١١	٢.١	١.٧	٤.٩	انعدام الثقة البيشخصية	EDI	
-	غير دال	٠.٠٢٣	١.٩٤	٤.١٣	١.٠٤	٣.٧٩	الشكل الحالي	FR	تقييم الشكل
-	غير دال	٠.٨١٤	٠.١٤	٢.١٧	٠.٦٤	٢.٩١	الشكل المثالي	FR	
-	غير دال	١.٧٠٩	٠.١٩	١.٩٤	٠.٥٩	٢.٩٤	الشكل الجذاب	FR	
-	غير دال	٠.٢٣٤	٠.٢١	٠.٩٢	٠.٩١	٠.٨٧	الحالي- المثالي	FR	
الصحيحات	٠.٠١	٦.٧٩١	٠.٥١	٢.١٢	١.٠١	٠.٨٥	الحالي- الجذاب	FR	
الصحيحات	٠.٠١	٢.٢٩٣	٠.١٦	٢.٥٩	٠.٥٦	٠.٢	المثالي- الجذاب	FR	
-	غير دال	٠.٣٦٢	٣.١	٢٦.٦	٥.٩	٢٦.٢	الوعي الذاتي- الخاص	SCS	الوعي الذاتي
المريضات	٠.٠١	١١.٤٩٨	٢.٠٥	١٠.٣	٤.٢	١٩.٢	الوعي الذاتي - العام	SCS	
المريضات	٠.٠١	٣.٣٣٨	٢.٥	٩.٨	٤.٢	١٢.٥	القلق الاجتماعي	SCS	

ومن خلال الجدول السابق وجد أن عدم الرضا عن صورة الجسم، بالإضافة إلى كل من: مؤشر كتلة الجسم، والنزعة للكمالية، والوعي الذاتي، والقلق الاجتماعي لصالح المريضات. بينما كانت ابعاد مقياس تقدير الجسم (الجاذبية الجنسية، قلق الوزن) وأيضاً

بعض ابعاد قائمة الاكل وتقييم الشكل كانت الفروق لصالح الصحاحات. وتلك الفروق لم تتناولها الاستقرارات السابقة - في حدود علم الباحثة - وكان اغلبها يتناول صورة الجسم بمنظور كلي فقط. وعدم الرضا عن صورة الجسم، نتيجة اختلاف الجسم المثالي للشخص والجسم المدرك، التي تميل الاناث إلى إظهار مستويات أعلى من عدم الرضا عن صورة الجسم مقارنة بالذكور. وأشارت نتائج الأدبيات السابقة إلى أن عدم الرضا عن صورة الجسم يرتبط بالجنس الأنثوي لأنهن الأكثر تأثراً بتغير المظهر الجسمي (Green, Prichard, ٢٠٠٣)، مما يجعلهن يعانين بشكل أكبر من انخفاض تقدير الذات وقلّة الجاذبية (Friedman, Riedman, Reichmann, Costanzo, Musante, ٢٠٠٢; Green, Prichard, ٢٠٠٣; Schwartz, Brownell, ٢٠٠٤; Di Cara, et al., ٢٠١٩) ووفقاً لمنظور كاش وبروزنسكي (Cash & Szymanski, ١٩٩٥) يجب أن نهتم بعدم الرضا عن صورة الجسم كمتغير يؤثر على الصحة، حيث أن ذلك التناقض الذاتي لصورة الجسم إلى مجموعة متنوعة من المشاعر السلبية تزيد من خطر الإصابة بأعراض أو زمالات مرضية نفسية (Mason, et al., ٢٠١٩). ورُغم أن درجة الاكتئاب (على مقياس بيك للاكتئاب متوسط ٨.٠) منخفضة بشكل غير متوقع، حيث يُقدر معدل انتشاره بين المرضى بـ ٣٠٪ (Gay, Vrignaud, Garitte, Meunier, ٢٠١٠) - مما يدل على أن هذه المجموعة من مرضى التصلب المتناثر لم تعاني من أعراض اكتئابية ملحوظة، جنباً إلى جنب مع متوسط العجز الشامل (٣.٤١)، وبالتالي؛ وُصفت بأنها: "متأثرة بالعجز بشكل خفيف" ولا يعانين من عجزاً حركياً، إلا أن المريضات عبرن عن: "انعدام الأمن، والقلق بشأن العجز البدني المحتمل"، وبالتالي؛ كن أكثر تشككاً في قدرتهن على التحكم في الوظائف الجسمية مقارنة بالصحاحات.

ونص الفرض الثاني على أنه: "توجد ارتباطات جوهرية بين مقاييس صورة الجسم وأبعادها الفرعية بمريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحاحات". ولاختبار صحة هذا الفرض حُسبت معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) من الدرجات الخام بين جميع مقاييس الدراسة وأبعادها الفرعية على العينة الكلية من مريضات التصلب المتناثر ونظرائهن من الصحاحات (ن = ٧٥، \* : دال عند ٠.٠٥، \*\* : دال عند ٠.٠١، ر الجدولية عند ٠.٠٥ = ٠.٢١٧، ر الجدولية عند ٠.٠١ = ٠.٢٨٣)، ويوضح الجدول رقم (٥) التالي نتائج هذا التحليل. ويتضح من نتائج الفرض الثاني (كما هو واضح في الجدول رقم ٦) وجود ارتباط دال على كل مقاييس صورة الجسم لدى المريضات والصحاحات مما يدل على ارتباط عدم الرضا عن صورة الجسم بكل من تقدير الجسم وتقييم الشكل والوعي الذاتي والذي لم يهتم به

عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

الاستقرارات السابقة التي قامت بالتركيز فقط على التأثير العام للأعراض المرضية مثل الإعاقة الحركية المكتسبة على صورة الجسم لدى مرضي من الجنسين (Pfaffenberger, et al., ٢٠١١)، والتعب، والخلل الوظيفي الجنسي، والخلل المعرفي، والتغيرات في الحالة المزاجية (Mohr, Cox, ٢٠٠١; Moin, Duvdevany, Mazor, ٢٠٠٩) وتؤدي هذه التغيرات إلى عدم الرضا عن صورة الجسم، ولكن المتغيرات النفسية أكثر تأثيراً على طريقة إدراك أو تفكير أو شعور بالجسم.

جدول رقم (٦): معاملات الارتباطات المتبادلة بين مقاييس الدراسة وأبعادها الفرعية لدى عينة الدراسة الكلية من مريضات تصلب المتناثر ونظرائهن من عينة الصحاحات (ن=

(٧٥

المتغير أ	مقاييس تقدير الجسم			مؤشر كتلة الجسم المركب BIM	مؤشر الرضا عن صورة الجسم
	الجانبية الجنسية الحالة الجسمية	فارق الوزن	فارق الوزن		
الجانبية الجنسية	**، ٦٨٠	**، ٧٧٤	**، ٤٠٨	**، ٣٥٤-	**، ٧٣٥
الحالة الجسمية	**، ٦٨٠	**، ٧٧٤	**، ٤٠٨	**، ٣٥٤-	**، ٧٣٥
فارق الوزن	**، ٦٨٠	**، ٧٧٤	**، ٤٠٨	**، ٣٥٤-	**، ٧٣٥
مؤشر كتلة الجسم المركب BIM	**، ٦٨٠	**، ٧٧٤	**، ٤٠٨	**، ٣٥٤-	**، ٧٣٥
مؤشر الرضا عن صورة الجسم	**، ٦٨٠	**، ٧٧٤	**، ٤٠٨	**، ٣٥٤-	**، ٧٣٥

مؤشر العجز الشامل	قائمة اصطلح ابيات الأكل							تقييم الشكل	
EDSS	السعي للتحاقق	الثروة المرضي	الإدراك الوراكي	الكفاءة	مخاوف التذبح	الزراعة الكمالية	انصاف التثنية البيشخصية	الشكل الحالي	الشكل المثالي
**،٣٩١-	**،٤٤٣	**،٤٤٩-	**،٤٥٠	**،٢٨٥	*،٢٧٧	**،١٩١	**،٣٤٨-	*،٢٨٢	*،٢٧٠
**،٣٤٠-	**،٣٢٣	**،٣٢٩-	**،٣٢٩	**،٣٤٠	**،٣٤٥	**،٤٠٢	**،٣٧٧-	**،٣٧٧	*،٢٣٠-
**،٣٤٢	**،٣٧٩-	**،٣٧٩	**،٣٧٩-	**،٤٣٣-	**،٤٤٣-	**،٤١٩-	**،٢٣٤	*،٢٣٤-	**،٣٠٣-
**،٨٤٧	**،٨٤٧	**،٨٢٦	**،٣٧٢-	**،٣٦٧-	*،٢٨١	**،٣٣٦-	**،٣٢٦	**،٢٩٠	**،٣٥٥
**،٤٠٦	**،٣٩٥-	**،٥٩٥	**،٤٣٣	*،٢٣٣-	**،٤٧٦	*،٢٨١	**،٣٩٨	**،٣٠٠	**،٣٥٦
	**،٤٠٧-	**،٣٥٣	**،٥١٠	**،٤٦٤-	**،٤٥٩-	**،٣٦٣	**،٦١٥	**،٤١١-	**،٥٤١-
		**،٧١٩	**،٧٢٧	**،٧٩٥	**،٨٨٤	**،٥٥١	**،٤٩٢	**،٣٥٢	**،٥٠٠
			**،٣٧٨-	*،٧٧٣-	**،٣١٤	*،٢٨٠-	**،٣٤٨	**،٦٢٢	**،٣١٨-
				**،٣٤٥	**،٣١٩-	**،٣٦٥	**،٤٦٦-	**،٩٢٦	**،٦١١
					**،٤٨٢-	**،٣٥٩-	**،٣٥٨-	**،٣٦٩	**،٥٦٦
						**،٧٤٣	**،٥٩٦	**،٥٩٠-	**،٥٠٨-
							**،٥٩٦	**،٧٧٦	**،٣٦٧-
								**،٤٩٢-	**،٤٨٤
									**،٥١٥

عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبية المتناثر

الوعي الذاتي						
الشكل الجذابي	الحالي-المتناثر	الحالي-الجذابي	المتناثر-الجذابي	الوعي الذاتي-الخاص	الوعي الذاتي-العام	الانحياز الاجتماعي
**،٣٣٤	**،٣٠٢	**،٣٠٥	**،٣٢٤	*،٢٢١	**،٣١٧	**،٢٨٦-
*،٢٧٩	٠،٠٧١	**،٣٠٩	*،٢٤١	٠،٠٩٦	**،٢٥٦	**،٢٠٩-
*،٢٦٩-	**،٢٩٩-	*،٢٥٣-	*،٢١٢-	**،٣٠٤-	*،٢١٨-	**،٢٤٤
**،٣١٤	**،٣٣٤-	**،٤٠٢-	**،٤٤٥-	**،٢٩٦	**،٣٧٩-	*،٢١٨
**،٤١٩-	**،٤٠٥-	**،٤١٣-	**،٤٥٨-	**،٥٤٦-	**،٣٢٢	*،٢٢٣
**،٦٣١-	*،٢١٩	**،٥١٣	**،٤٦٤	**،٣٩٤	**،٣٣٤-	*،٢٧٨
**،٣١٤	**،٣٥٧	**،١٠١	**،٥١٦	**،٣٧٦	**،٣٧٠	**،٣٥٧-
*،٢٧٠-	**،٣٥٥-	*،٢٧٩-	*،٢٦٥-	**،٣٣٧-	**،٣١٤	**،٥٢٣
**،٥٨٢	**،٤٣١	**،٣٦٥	**،٤٨٢-	**،٥٦٦	**،٥٤٧	**،٣٥٦
**،٤١٢	**،٣٩٦	**،٣٩٥-	**،٦٥٧	**،٤٤٩	**،٤٧٥	**،٤٣٧-
**،٥٢٦-	**،٤٧٠-	**،٥٨٨-	**،٣٦٩-	**،٣٨٨-	**،٤١٢-	**،٦٠٣
*،٢٦٢-	*،٢٥٧-	*،٢٧٣-	**،٣٢٩-	**،٤٦٣	*،٢٢٦-	**،٣١٤-
**،٣١١	**،٣٦٠	**،٤٧١	**،٥٩٠	**،٢٩٤-	**،٣٠١-	**،٥٠٣
**،١٥١**	٦٧٩**،٦٧٩	**،٤٠٠	**،٣١٨	**،٢٨٣	**،٤٠٦	**،٤٠٦
**،١٦٥**	٣٦٠**،٧٧٠	**،١١٧	٥٣٥**،٣٣٥	*،٢٧٧	**،٢٨٨	**،٣٧٨
	١١٠**،٧١٠	**،٦٦٣	٣٣٣**،٣٣٣	**،٣١٠	**،٦٦٠	**،٤٩٢
		٣٣٥**،٣٣٥	٣٥٣**،٣٥٣	**،٣٨٣	**،٥١٧	٣٥٤**،٣٥٤
			٣٧٢**،٣٧٢	**،٣٤٧	**،٦٥٢	**،٧٦٠
				**،٥٠٩	**،٥٠٥	**،٧٥٠
					**،١٨١	**،١٨١
						**،٨٥٩

بينما ينص الفرض الثالث على أنه: "يمكن التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم من خلال درجات أفراد عينة مريضات تصلب المتناثر على متغيرات ومقاييس صورة الجسم (مقياس تقدير الجسم، ومؤشر كتلة الجسم، وقائمة اضطرابات الأكل، ومقياس تقييم الشكل، ومقياس الوعي الذاتي). وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل الانحدار التدريجي كما هو موضح بالجدول رقم (٧).

جدول رقم (٧): معادلة الانحدار للمتغيرات التي يمكنها التنبؤ بعدم الرضا عن صورة الجسم لدى عينة مريضات التصلب المتناثر (ن = ٣٨)

المتغيرات	معامل الانحدار	Beta	اختبارات	الدلالة	الترتيب من حيث قوة التأثير
مقياس تقدير الجسم					
الجاذبية الجنسية	٠.٦١٢-	٠.٤٦٣-	**٥.٤١٤	دال ٠.٠١	١
الحالة الجسمية	٠.١٧٨	٠.٠٨٦	١.٢٤٨	غير دال	
قلق الوزن	٠.٠١٩	٠.٠١٣	٠.١٦٣	غير دال	
مؤشر كتلة الجسم					
BIM	٠.١٨٢-	٠.٣٢١-	**٣.٥٥٤	دال ٠.٠١	٤
مؤشر العجز الشامل					
EDDS	٠.٠٩٤	٠.٢٤٩	**٣.٨٤٠	دال ٠.٠١	٣
قائمة اضطرابات الأكل					
السعي للحفاة	٠.٠٧١-	٠.٠٨٨-	٠.٨٣٩	غير دال	
الشراهة المرضية	٠.٠٢٤	٠.٠٣٢	٠.٤١٠	غير دال	
الإدراك الواعي	٠.٢٣٥	٠.٢١٢	*٢.٠٣٩	دال ٠.٠٥	٧
الكفاءة	٠.٠٦٢	٠.٠٤٨	٠.٤٧٨	غير دال	
مخاوف النضج	٠.٠٩٥	٠.١٠٠	١.٠٢٠	غير دال	
النزعة للكمالية	٠.٠٥٧	٠.٢٧٤	**٢.٩٥٠	دال ٠.٠١	٥
انعدام الثقة بالبنفس	٠.٤١٦-	٠.٣٥٦-	**٣.٨٤٢	دال ٠.٠١	٢
مقياس تقييم الشكل					
الشكل الحالي	٠.٢٠٥	٠.١١٧	١.٧٦٨	غير دال	
الشكل المثالي	٠.١٣٠	٠.٠٨٤	١.٤٥٧	غير دال	
الشكل الجذاب	٠.٠٩٧-	٠.٠٥٥-	٠.٧٨٧	غير دال	
الحالي-المثالي	٠.٠٤٩-	٠.٠٢٦-	٠.٤٦٠	غير دال	
الحالي-الجذاب	٠.٠٧١	٠.٠٤١	٠.٧٠٨	غير دال	
المثالي- الجذاب	٠.٢٠٥	٠.١١٧	١.٧٦٨	غير دال	
مقياس الوعي الذاتي					

عدم الرضا عن صورة الجسم لدى مريضات تصلب الأنسجة العصبي المتناثر

	غير دال	٠.٧٩٤	٠.٠٩١	٠.١٠٣	الوعي الذاتي- الخاص
	غير دال	١.٩٦٤	٠.٢٣٢-	٠.٢٢٤-	الوعي الذاتي- العام
٦	دال ٠.٠١	**٢.٩٢٤	٠.٢٩٦-	٠.٠٥٣-	القلق الاجتماعي
	الثابت للمعادلة = ١٣.٣٠				
	اختبار ف = ٢٣.٤٧٦** (دال عند ٠.٠١)				
	$R^2 = ٦٤.٠\%$				
* دال عند ٠.٠٥، ** دال عند ٠.٠١، ت الجدولية عند ٠.٠٥ = ٢.٠٢ ت الجدولية عند ٠.٠١ = ٢.٧١					

أوضح تحليل الانحدار التدريجي بعينة الدراسة الراهنة أن عدم الرضا عن صورة الجسم بمريضات تصلب المتناثر معاود الانتكاس (RRMS) يسهم فيه كل من عوامل: الجاذبية الجنسية، وانعدام الثقة بينشخصية، ومؤشر العجز الشامل، ومؤشر كتلة الجسم، والنزعة للكمالية، والقلق الاجتماعي، والإدراك الواعي. مما يؤكد على تأثير صورة الجسم بالعديد من العوامل منها: (١) السمات المميزة للمرض (مثل مؤشر كتلة الجسم، وقلق الوزن، ومؤشر العجز الشامل)، بالإضافة إلى (٢) العوامل النفسية والشخصية (التي تتضح في: القلق الاجتماعي، الجاذبية الجنسية، وانعدام الثقة بينشخصية، والنزعة للكمالية)، وأيضاً (٣) العامل المعرفي (تتمثل في الوعي الذاتي).

بالنسبة للعوامل المرضية جاء مؤشر كتلة الجسم<sup>١٨</sup> بصفته مكوناً بيولوجياً، ليسهم في كل من عدم الرضا عن صورة الجسم، والخوف من التقييم السلبي (الخوف من أن يتم تقييم المرء بشكل غير موات بسبب مظهره). وهو ما جاء متفقاً مع دراسات عدة (Cambil-Martín, Galiano-Castillo, Muñoz-Hellín, Díaz-Rodríguez, Laguarda-Val, Fernández-de-Las-Peñas, et al., ٢٠١٦; Sebastião, Motl, ٢٠١٨) التي أكدت على أن زيادة الوزن وقلق الناتج عنه يؤدي إلى ظهور بعض أعراض اكتئاب، ويشحب قدرة وظيفية أقل، ووضع صحي أسوأ ذاتياً بالمقارنة مع المرضى ذوي الوزن الطبيعي. وأظهرت العديد من الدراسات السابقة أن الإعاقة الجسمية لها تأثير سلبي على صورة الجسم وبالتالي على احترام الذات بشكل عام. وتم توثيق اتجاه مماثل لدى مرضي تصلب المتناثر. وقد يعاني المرضى من عدد من الأعراض مثل الألم، والتعب، والخلل الحسي والمخيخي، واضطرابات المزاج، وما إلى ذلك (Mohr, Dick, ١٩٩٨)، والتي من المحتمل أن يكون لها تأثير سلبي على احترام أجسامهم. وفقاً لتومبز (Toombs, ١٩٩٢)، فإن العيش مع مرض تصلب العصبي المتعدد يتوافق مع العيش مع الجسم غير المألوف،



وغير القابل للتنبؤ به، وبصعب التحكم فيه والاعتماد عليه. وهذا ما أكده بفافينبرجر وآخرون (Pfaffenberger, Gutweniger, Kopp, et al., ٢٠١١) الذي أبلغ عن العديد من المشاكل المتعلقة بالجوانب المختلفة لصورة الجسم، مثل المخاوف المتعلقة بالعجز البدني والشعور بأنهن أقل جاذبية، خاصة بين المريضات الإناث. وأيضًا، أظهرت دراسات نوعية أخرى أن مرض التصلب العصبي المتناثر له تأثير غير موات على صورة جسم المرأة والجنس (Irvine, Davidson, Hoy, Lowe-Strong, ٢٠٠٩).

وجاءت العديد من المظاهر النفسية مسهمه في عدم الرضا عن صورة الجسم والتي جاء على رأسها الجاذبية الجنسية متفقه مع دراسة كراليك وآخرون (Kralik, et al., ٢٠٠٣) عن الهوية الذاتية الجنسية للنساء المصابات بمرض التصلب العصبي المتناثر. تدعم نتائجهم فكرة العلاقة بين المثل المجتمعية وصورة الجسم فيما يتعلق بالعبء الثقافي الذي تعاني منه المرأة في الحفاظ على الجاذبية البدنية أثناء المرض. هذا وثيق الصلة بهذه الدراسة، ربما، اعتقدت المريضات أنه لا يزال من المهم أن تبدو جيدة، على الرغم من وجود مرض مزمن. وكانت مناطق الجسم التي اشتكى منها أغلب المريضات لتكون ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهن هي: المعدة والوركين والأرداف، تلك التي تميل فيها الإناث إلى تخزين الدهون بعد البلوغ (Cash et al., ١٩٨٦). وأكملن بقولهن إنهن غير راضيات عن وزنهن (٥٧٪)، ولا عن مظهرهن العام (٤٠٪)، مما يجعلهن غير راضيات عن صورة جسمهن، بالرغم من أن مؤشر كتلة الجسم لم يكن مرتفعاً في أغلب المريضات. وبدا ذلك واضحاً على مقياس تقدير الجسم (BES) الذي يركز بنوده على حجم الجسم وشكله. بالاتفاق مع نتائج دراسة تجافيفك وزملاءه (Tepavcevic, Kostic, Basuroski, Stojavljevic, ٢٠٠٨)، ووصفت المريضات أيضاً وجود المشاكل الجنسية، مما يعني عدم الرضا الجنسي، والشعور بالخجل فيما يتعلق بالجنس، والمشاعر الجنسية غير السعيدة.

وجاءت نتائج الدراسة عامل النزعة الكمالية مرتبطاً ومؤثراً على صورة الجسم وهو من العوامل التي لم يتطرق لها أي من الدراسات السابقة، بالرغم من أنها قد درست في مرضى التصلب المتناثر. وقد أوضحت أن النزعة الكمالية السلبية ترتبط بالأعراض المزاجية مثل الاكتئاب (Besharat, Pourhosein, Rostami, Bazzazian, ٢٠١١) والتعب والشعور بالعجز البدني (Smith, Arnett, ٢٠١٣) حيث يلعب البعد السلبي (غير المتكيف) للكمالية دوراً مؤهلاً في تطور وإدامة التعب لدى مرضى التصلب المتناثر. ونظراً لطبيعة تطور المرض التي لا يمكن التنبؤ به، ومستوى الإعاقة المتغيرة كمرض عصبي

تقدمي، ويحدث ضعف في المجالات الحسية والمعرفية والحركية. يضع مرض التصلب العصبي المتناثر عائقاً كبيراً أمام العلاقات الشخصية (Liedström, Isaksson, Ahlström, ٢٠١٠). وعلى الرغم من ذلك عبرت المريضات عن مشاعر سلبية قوية فيما يتعلق بمرضهم، كانت علاقات بين المرضي مصدرًا قويًا لدعمهم. إلا أن أغلب المريضات قد وصفت موقفاً متوترًا مع حياة غير مرضية مع الزواج. وأبدن قلق بشأن تدهور العلاقة في المستقبل نتيجة المرض ليدل على فقدان الثقة في العلاقات البينشخصية لدى المريضات. ولم يكن لدى المريضات سوى تصورات سلبية قليلة للعلاقات مع الشركاء أو أطفالهن أو حتى الأصدقاء المقربين من غير المرضي، ووصفت تأثير الإرهاق والحركة المحدودة بأنها مشاعر لا يفهمها الأصحاء جيداً، مما يجعلهن يشعرن بالإرهاق والعزلة عند إقامة علاقة معهم.

#### ٧ مناقشة النتائج

يأتي مرض التصلب المتناثر على رأس أمراض المناعة الذاتية التتكسية يحدث فيه إزالة الميلين حول محور الخلايا العصبية بالجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى حدوث الالتهاب وتدمير المحاور العصبية وحدوث الضمور الدماغى (Koutsouraki, Costa, Baloyannis, ٢٠١٠)، وينتج عنه تغييرات في نشاط الدماغى (Tomassini, Matthews, Thompson, Fuglø, Geurts, Johansen-Berg, Palace, ٢٠١٢) وتكون الآفات موجودة في كل من المادة الرمادية والبيضاء (جادلله، ٢٠١٧)، مما يقلل الاتصال الوظيفي بين المناطق القشرية اللحاءية والقشرية-تحت قشرية (Dineen, Vilisaar, Hlinka, Bradshaw, Morgan, Constantinescu, Auer, ٢٠٠٩) وتلك الآفات التتكسية الناجمة عن المادة البيضاء تقاطع بشكل رئيس انتقال وتفاعل الإشارات الحسية الحركية اللازمة لتمثيل صورة الجسم (Di Cara, et al., ٢٠١٩)

ويؤدي إزالة الميالين، ووقف تبادل المعلومات داخل المناطق الدماغية للحواس المختلفة، وبين هذه المناطق والجسم ليؤدي لتدهور الأداء الحركي (خاصة التنقل الحركي، راجع نتائج دراسة بيتر وفلانج (Peterson, Fling, ٢٠١٧)) مما يؤثر على الإحساس بتصوير الموضع الذاتي، ولكنه يترك الشعور بملكية الجسم دون تغيير لأنه يتطلب عمليات إضافية من أعلى إلى أسفل، والتي تبدو أكثر مقاومة للضرر متعدد البؤر الناجم عن التصلب المتناثر (Sharac, McCrone, Sabes-Figuera, ٢٠١٠). ليدخل المريض في صراع داخلي نتيجة التناقض الذاتي بين الذات الفعلية والمثالية على أشده ليؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى عدم الرضا عن صورة الجسم (Stevens, Thompson, Sullivan, ٢٠١٩). ويلاحظ أنه في حالة الإعاقات - كما هو الحال في التصلب المتناثر - من الصعب تحديد وتكييف المفهوم الصحيح لصورة الجسم؛ لأن الفرد قد يكون لديه أفكار مسبقة للإعاقات المستقبلية التي قد تحدث تأثير كبير على التمثيل العقلي لصورة الجسم (Rumsey, Clarke, Musa, ٢٠٠٢). جاءت نتائج الدراسة الراهنة لتظهر أن مريضات التصلب المتناثر نتيجة المعاناة من مرض مزمن يؤدي إلى التغيرات الجسمية بسبب فقدان الوزن أو زيادته (نتيجة العلاجات الدوائية) - وبغض النظر عن شدة المرض الحالية (على سبيل المثال، فقدان الوظيفة، والتغيرات في المشي، وضعف العضلات / التشنج) قد يؤدي إلى الاقتناع بعدم الجاذبية من جوانب صورة أجسامهن مقارنةً بالضابطة، ووصفوا بشكل عام المشاعر السلبية حول أجسامهن. وعبرت أغلبهن عن أن أجسامهن "غير جذابة"، وأظهرن موقفاً مستهجناً تجاه أجسامهن وكانت مليئة بالشكوك الذاتية والإدراك المشوه لصورة الجسم. ولا بد من الانتباه إلى أنه حتى المرضى الذين يعانون من إعاقات خفيفة ولا يعانون من الاكتئاب الشديد (كما في عينة الدراسة) يمكن أن يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم. يعتبر الجسد أحد الأجزاء الرئيسية لهويته. في الواقع، رأي الناس على صورة جسدك هو نتيجة لتصوير "أنا"؛ وعندما لا يكونوا راضين عن أجسامهم، يتغير تقييمهم العام أيضاً (Farnam, Marashi, Sana'tnama, ٢٠١٧). نظراً لأنه في المقام الأول تجربة ذاتية وبالتالي بعداً من التمثيل العقلي؛ قد يميل هذا إلى التحول إلى أمراض تكسبية قد تؤدي إلى زيادة الشعور بالإعاقة. يتجاهل معظم بحث صورة الجسم الأهمية النفسية لهذه التقييمات، مع تقييم السمات الجسمية فقط. ويجب معالجة هذه المشاكل بشكل أفضل من خلال المقابلات النفسية المناسبة، وتشجيع المرضى على قبول الدعم النفسي، والعلاج النفسي من قبل المختصين.

المصادر العربية والأجنبية

- جادالله، شيماء محمد (٢٠١٢). نشاط مناطق المخ أثناء الوعي بالمشير حتى صدور الاستجابة الخارجية: دراسة بجهاز الرنين المغناطيسي الوظيفي. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة طنطا، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- جادالله، شيماء محمد (٢٠١٧). الضعف المعرفي لدى المريضات والمتعافيات من أورام الثدي السرطانية المُعالجات كيميائياً. مجلة الدراسات النفسية. ٢٧ (٤): ٦١٣-٦٧٤.
- Ahadzadeh AS, Rafik-Galea S, Alavi M, Amini M. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychol Open*. ٢٠١٨; ٥ (١): ٢٠٥٥١٠٢٩١٨٧٧٤٢٥١.
- Alehashemi A, Mostafavian Z, Dareini N. Sexual Function in Iranian Female Multiple Sclerosis Patients. *Pen Access Maced J Med Sci*. ٢٠١٩; ٧ (٨): ١٣٠٣-١٣٠٨.
- Alleva JM, Sheeran P, Webb TL, Martijn C, Miles E. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. *PLoS ONE*. ٢٠١٥; ١٠ (٩): e٠١٣٩١٧٧.
- Altabe M. Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitative Analysis. *Int J Eat Disord*. ١٩٩٨; ٢٣ (٢): ١٥٣-٩.
- Arciszewski T, Berjot S, Finez L. Threat of the thin-ideal body image and body malleability beliefs: effects on body image self-discrepancies and behavioral intentions. *Body Image*. ٢٠١٢; ٩ (٣): ٣٣٤-٤١.
- Bak W. Self-Standards and Self-Discrepancies. A Structural Model of Self-Knowledge. *Curr Psychol*. ٢٠١٤; ٣٣: ١٥٥-١٧٣.
- Besharat MA, Pourhosein R, Rostami R, Bazzazian S. Perfectionism and Fatigue in Multiple Sclerosis *Psychol Health*. ٢٠١١; ٢٦ (٤): ٤١٩-٣٢.
- Bove R, Chitnis T. The role of gender and sex hormones in determining the onset and outcome of multiple sclerosis. *Mult Scler*. ٢٠١٤; ٢٠: ٥٢٠-٥٢٦.
- Bove R. Women's Issues in Multiple Sclerosis. *Semin Neurol*. ٢٠١٦; ٣٦ (٢): ١٥٤-٦٢.
- Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand.*, ٢٠١٠; ١٢١: ٢٨٩-٣٠١.
- Brytek-Matera A. Psychological predictors of body image dissatisfaction in women suffering from eating disorders. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb*. ٢٠١٠; Spec No ١(١): ١٨١-٩١.
- Cambil-Martín J, Galiano-Castillo N, Muñoz-Hellín E, Díaz-Rodríguez L, Laguarda-Val S, Fernández-de-Las-Peñas C, Arroyo-

Morales M. Influence of Body Mass Index on Psychological and Functional Outcomes in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study. *Nutr Neurosci*. ٢٠١٦; ١٩ (٢):٧٩-٨٥.

Cash TF, Szymanski ML. The Development and Validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *J Pers Assess*. ١٩٩٥; ٦٤ (٣):٤٦٦-٧٧.

Di Cara M, Lo Buono V, Corallo F, Cannistraci C, Rifici C, Sessa E, D'Aleo G, Bramanti P, Marino S. Body image in multiple sclerosis patients: a descriptive review. *Neurol Sci*. ٢٠١٩; ٤٠ (٥): ٩٢٣-٩٢٨.

Dineen RA, Vilisaar J, Hlinka J, Bradshaw CM, Morgan PS, Constantinescu CS, Auer DP. Disconnection as a Mechanism for Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Brain*. ٢٠٠٩; ١٣٢ (Pt ١): ٢٣٩-٤٩.

Fallon A, Rozin P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, ١٩٨٥; ٩٤: ١٠٢-١٠٥.

Farnam A, Marashi F, Sana'tnama M. (٢٠١٧). The relationship of body image with emotion regulation, stress, and aggression and their comparison between males and females with multiple sclerosis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, ٦: e١٣٨١٨.

Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. ١٩٩٩; ٥ (٥): ٣٢٣-٦.

Fenigstein A, Scheier M, Buss A. Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ١٩٧٥; ٤٣: ٥٢٢-٥٢٧.

Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J Pers Assess*. ١٩٨٤; ٤٨ (٢): ١٧٣-٨.

Friedman KE, Riedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity*. ٢٠٠٢; ١٠: ٣٣-٤١.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional EDI for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. ١٩٨٣; ٢: ١٥-٣٤.

Gay MC, Vrignaud P, Garitte C, Meunier C. Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurol Scand*. ٢٠١٠; ١٢١: ١٦١-٧٠.

Gillies DA. Body image changes following illness and injury. *J Enterostom Ther*. ١٩٨٤; ١١: ١٨٦-٩.

Green SP, Prichard ME. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Soc Behav Pers*. ٢٠٠٣; ٣١: ٢١٥-٢٢٢.

Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (٢nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group,

٢٠٠٨.

Grunbaum J. Helping your patient build a sturdier body image. RN. ١٩٨٥; ٤٨: ٥١-٥.

Guimarães J, Sá MJ. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Front Neurol. ٢٠١٢; ٣: ٧٤.

Haddad C, Zakhour M, Akel M, Honein K, Akiki M, Hallit S, Obeid S. Factors Associated With Body Dissatisfaction Among the Lebanese Population. Eat Weight Disord. ٢٠١٩; ٢٤ (٣): ٥٠٧-٥١٩.

Haggard P, Wolpert D (٢٠٠٥). *Disorders of body schema*". High-order motor disorders: from neuroanatomy and neurobiology to clinical neurology. Oxford University Press. pp. ٢٦١-٢٧١.

Halligan FR, Reznikoff M. Personality Factors and Change with Multiple Sclerosis. J Consult Clin Psychol. ١٩٨٥; ٥٣ (٤): ٥٤٧-٨.

Higgins ET. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. Psychological Review, ١٩٨٧; ٩٤ (٣): ٣١٩-٣٤٠.

Higuera L, Carlin CS, Anderson S. Adherence to Disease-Modifying Therapies for Multiple Sclerosis. J Manag Care Spec Pharm. ٢٠١٦; ٢٢ (١٢): ١٣٩٤-١٤٠١.

Holmes N, Spence C (٢٠٠٤). The body schema and the multisensory representation(s) of peripersonal space. Cognitive Processing; ٥ (٢): ٩٤-١٠٥.

Howell AN, Weeks JW. Effects of gender role self-discrepancies and self-perceived attractiveness on social anxiety for women across social situations. Anxiety Stress Coping. ٢٠١٧; ٣٠ (١): ٨٢-٩٥.

Irvine H, Davidson C, Hoy K, Lowe-Strong A. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. Disabil Rehabil. ٢٠٠٩; ٣١ (٨): ٥٩٩-٦٠٦.

Jang HY, Ahn JW, Jeon MK. Factors Affecting Body Image Discordance Amongst Korean Adults Aged ١٩-٣٩ Years. Osong Public Health Res Perspect. ٢٠١٨; ٩ (٤): ١٩٧-٢٠٦.

Kern S, Schrempf W, Schneider H, Schultheiss T, Reichmann H, Ziemssen T. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. Mult Scler ٢٠٠٩; ١٥: ٧٥٢-٨.

Khan F, Amatya B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Arch Phys Med Rehabil. ٢٠١٧; ٩٨(٢): ٣٥٣-٣٦٧.

Knafo R, Haythornthwaite JA, Heinberg L, Wigley FM, Thombs BD. The Association of Body Image Dissatisfaction and Pain With Reduced Sexual Function in Women With Systemic Sclerosis. Rheumatology (Oxford). ٢٠١١; ٥٠ (٦): ١١٢٥-٣٠.

Kolzet J, Quinn H, Zemon V, Tyry T, Marrie RA, Foley FW, Flood

- S. () Predictors of body image related sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. *Sex Disabil.* ٢٠١٥; ٣٣(١):٦٣-٧٣.
- Koutsouraki E, Costa V, Baloyannis S. Epidemiology of multiple sclerosis in Europe: a review. *Int Rev Psychiatry.* ٢٠١٠; ٢٢ (١): ٢-١٣.
- Krauss Whitbourne S, Skultety KM. Body image development. Adulthood and aging In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice.* New York: Guilford; ٢٠٠٢. pp. ٨٣-٩٠.
- Kurtzke JF, Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS), *Neurology.* ١٩٨٣; ٣٣: ١٤٤٤-١٤٥٢.
- Leondari A. The importance of body image for the psychological health of young men and women: Counseling interventions. *Hellenic Journal of Psychology,* ٢٠١١; ٨ (٣): ٣٠٩-٣٣٧.
- Liedström E, Isaksson A-K, Ahlström G. Quality of Life in Spite of an Unpredictable Future: The Next of Kin of Patients With Multiple Sclerosis. *J Neurosci Nurs.* ٢٠١٠; ٤٢ (٦): ٣٣١-٤١.
- Macaluso E, Maravita A (٢٠١٠). The representation of space near the body through touch and vision. *Neuropsychologia;* ٤٨ (٣): ٧٨٢-٧٩٥.
- Manian N, Papadakis AA Strauman, TJ, Essex MJ. The Development of Children's Ideal and Ought Self-Guides: Parenting, Temperament, and Individual Differences in Guide Strength. *J Pers.* ٢٠٠٦; ٧٤ (٦): ١٦١٩-٤٥.
- Masmoudi R, Aissi M, Halouani N, Fathallah S, Louribi I, Aloulou J, Amami O, Frih M. [Female sexual dysfunction and multiple sclerosis: A case-control study]. *Prog Urol.* ٢٠١٨; ٢٨ (١١): ٥٣٠-٥٣٥.
- Mason TB, Smith KE, Engwall A, Lass A, Mead M, Sorby M, Bjorlie K, Strauman TJ, Wonderlich S. Self-discrepancy theory as a transdiagnostic framework: A meta-analysis of self-discrepancy and psychopathology. *Psychol Bull.* ٢٠١٩; ١٤٥ (٤): ٣٧٢-٣٨٩.
- Miranda VPN, de Morais NS, de Faria ER, Amorim PRDS, Marins JCB, Franceschini SdCC, Teixeira PC, Priore SE. Body dissatisfaction, physical activity, and sedentary behavior in female adolescents [Article in Portuguese, English]. *Rev Paul Pediatr.* ٢٠١٨; ٣٦ (٤): ٤٨٢-٤٩٠.
- Mohammadi NA, Sajadinezhad MS. The relationship among body image concern, fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety. *J Modern Psychol Res.* ٢٠٠٧; ٢ (٥): ٥٥ -٧٠.
- Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psychol.* ٢٠٠١; ٥٧ (٤): ٤٧٩-٩٩.
- Mohr DC, Dick LP. Multiple sclerosis. In: Camic P, Knight S, editors. *Clinical handbook of health psychology.* Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; ١٩٩٨. p. ٣١٣-٤٨.

Moin V, Duvdevany I, Mazor D. Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sex Disabil.* ٢٠٠٩; ٢٧: ٨٣-٩٥.

Nava E, Mattioli F, Gamberini C, Stampatori C, Bellomi F, Turati C, Bolognini N. Altered bodily self-consciousness in multiple sclerosis. *J Neuropsychol.* ٢٠١٨; ١٢ (٣): ٤٦٣-٤٧٠.

Peterson DS, Fling BW. How changes in brain activity and connectivity are associated with motor performance in people with MS. *Neuroimage Clin.* ٢٠١٧; ١٧: ١٥٣-١٦٢.

Pfaffenberger N, Gutweniger S, Kopp M, et al. Impaired body image in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* ٢٠١١; ١٢٤ (٣): ١٦٥-٧٠.

Rahn K, Slusher B, Kaplin A. Cognitive impairment in multiple sclerosis: a forgotten disability remembered. *Cerebrum.* ٢٠١٢; ١٢: ١٤.

Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry.* ٢٠٠٦; ٦٧ (٧): ١٠٨٠-٥.

Rumsey N, Clarke A, Musa M. Altered Body Image: The Psychosocial Needs of Patients. *Br J Community Nurs.* ٢٠٠٢; ٧ (١١): ٥٦٣-٦.

Samonds R J, Cammermeyer M. Perceptions of Body Image in Subjects with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *J Neurosci Nurs.* ١٩٨٩; ٢١ (٣): ١٩٠-٤.

Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image.* ٢٠٠٤; ١: ٤٣-٥٦.

Sebastião E, Motl R W. Body Mass Index and Cardiorespiratory Fitness in Persons With Multiple Sclerosis. *Acta Neurol Scand.* ٢٠١٨; ١٣٨ (٤): ٣١٥-٣١٩.

Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol.* ١٩٥٣; ١٧ (٥): ٣٤٣-٧.

Sharac J, McCrone P, Sabes-Figuera R. Pharmacoeconomic considerations in the treatment of multiple sclerosis. *Drugs.* ٢٠١٠; ٧٠ (١٣): ١٦٧٧-٩١.

Shirvani M, Ali Sheikhi R, Heidari M, Ghodusi M (٢٠١٦) The relation between body esteem with self-esteem and perceived social support in multiple sclerosis patients—assessment. *Heidari MNJIRM.*, ٢٠١٦; ٧ (١): ٧-١١.

Shoraka H, Amirkafi A, Garrusi B. Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *Int J Prev Med.* ٢٠١٩; ١٠: ١٩.

Silva D, Ferriani L, Viana MC. Depression, anthropometric



parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* (١٩٩٢). ٢٠١٩; ٦٥ (٥):٧٣١-٧٣٨.

Smith MM, Arnett PA. Perfectionism and Physical Disability Predict Depression in Multiple Sclerosis. *J Psychosom Res.* ٢٠١٣; ٧٥ (٢): ١٨٧-٩.

Stevens SD, Thompson NR, Sullivan AB. Prevalence and Correlates of Body Image Dissatisfaction in Patients with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care.* ٢٠١٩; ٢١ (٥): ٢٠٧-٢١٣.

Stice E, Desjardins CD. Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. *Behav Res Ther.* ٢٠١٨; ١٠٥: ٥٢-٦٢.

Stunkard, A., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (١٩٨٠). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In S. Kety (Ed.), *the genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. ١١٥-١٢٠). New York: Raven Press.

Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, Stojisavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J. The impact of sexual dysfunction in the quality of life measured by MSQol-٥٤ in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler.*, ٢٠٠٨; ١٤: ١١٣١-٦.

Thompson AJ, Chandraratna D. Multiple Sclerosis International Federation: Stimulating International Cooperation in Research. *Neurology.* ٢٠١٣; ٨١ (٢٠): ١٧٩٣-٥.

Thompson, JK, van den Berg, P (٢٠٠٢) Measuring body image attitudes among adolescents and adults. In: Cash, TF, Pruzinsky, T (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice.* New York: Guilford Press, ١٤٢-١٥٤.

Tisovic K, Amezcua L. Women's Health: Contemporary Management of MS in Pregnancy and Post-Partum. *Biomedicines.* ٢٠١٩; ٧ (٢). pii: E٣٢.

Tomassini V, Matthews PM, Thompson AJ, Fuglø D, Geurts JJ, Johansen-Berg H, Jones DK, Rocca MA, Wise RG, Barkhof F, Palace J. Neuroplasticity and Functional Recovery in Multiple Sclerosis. *Nat Rev Neurol.* ٢٠١٢; ٨ (١١): ٦٣٥-٤٦.

Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. In: Engelhardt H, Spicker SF, editors. *Philosophy and medicine.* Netherlands: Kluwer Academic Publishers; ١٩٩٢. p. ٢٧-١٦١.

Yamamotova A, Bulant J, Bocek V, Papezova H. Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. *J Pain Res.* ٢٠١٧; ١٠: ١٦٦٧-١٦٧٥.

- <sup>1</sup> Body image dissatisfaction, BID
- <sup>2</sup> Phantom limb
- <sup>3</sup> body image distortion
- <sup>4</sup> Body image misperception
- <sup>5</sup> Body image disturbance
- <sup>6</sup> Negative body image
- <sup>7</sup> Altered body image
- <sup>8</sup> Body dissatisfaction
- <sup>9</sup> Higgins' Self-Discrepancy Theory
- <sup>10</sup> Poser's criteria
- <sup>11</sup> Body Esteem Scale
- <sup>12</sup> Body-Cathexis Scale
- <sup>13</sup> Eating Disorder Inventory
- <sup>14</sup> anorexia nervosa
- <sup>15</sup> bulimia
- <sup>16</sup> Figure Ratings
- <sup>17</sup> Self-consciousness Scale
- <sup>18</sup> body mass index (BMI) تستخدم الصيغة القياسية للكيلوجرامات على مربع الطول