مجلة الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية
ISSN: 2477-9881 EISSN: 2676-2153
المجلد 07 / العـدد: 01 (2021)، ص 49- 74

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عند المريض المصاب بأمراض جلدية

The effectiveness of cognitive behavioral therapy in raising the self-esteem of a patient with skin diseases

ط.د. عبد الحكيم عثمان مرزوقي[1*]، أ.د. عبد الكريم سعودي[2]
[1]جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان (الجزائر)، ahakimmoi@gmail.com
[2]جامعة طاهري محمد بشار (الجزائر)، abdelkrim.saoudi@univ-becchar.dz

تاريخ الاستلام: 2021/04/22 تاريخ القبول: 2021/05/17 تاريخ النشر: 2021/06/30

ملخص الدراسة:

يهدف بحثنا هذا المعنون بـ "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عند المريض المصاب بأمراض جلدية" إلى تقصي الأثر بين تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي على المرضى المصابين بأمراض جلدية في دراسة بحثية ميدانية لـ 16 مريضا مصابا بمرض جلدي، بعد الخضوع لاختبار قبلي وبعدي لتقدير الذات، أي قبل خضوع المرضى للعلاج وبعد الفراغ من البرنامج العلاجي المكون من 14 حصة علاجية، وقد اخترنا من أجل ذلك مقياس كوبر سميث ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات.

خلصت دراستنا إلى وجود تأثير للعلاج المعرفي السلوكي على الرفع من تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي، بعد أن تمت إعادة تطبيق مقياس تقدير الذات بعد نهاية تطبيق البرنامج العلاجي، مما أدى إلى رفع الشعور بالثقة والتقدير الإيجابي للذات، إذ طغى الشعور بقبول الذات والتعايش مع الإصابة الجلدية المرضية لدى المرضى.

الكلمات المفتاحية: الأمراض الجلدية – العلاج المعرفي السلوكي – تقدير الذات.

Abstract : Our research entitled "The effectiveness of cognitive behavioral therapy in raising the self-esteem of a patient with skin diseases » to investigate the impact of applying CBT techniques to patients with skin diseases, in a field research study of 16 patients with skin disease, after undergoing a pre and post test for self-esteem, it means before the patients undergo therapy and after completion of the treatment program consisting of 14 treatment

* المؤلف المرسل

sessions, and we chose for this the Rosenberg scale of self-esteem, and cooper smeeth self-esteem scale.

Our study concluded that there is an effect of CBT on raising the self-esteem of a patient with a skin disease, after the self-esteem scale was re-applied after the completion of the treatment program, this led to an increase in the feeling of confidence and positive self-esteem, as the patients' feelings of self-acceptance and coexistence with a pathological skin infection prevailed.

key words: Skin diseases - cognitive behavioral therapy - self-esteem.

1 . مقــدمة:

تعد الأمراض الجلدية من الأمراض الشائعة في عصرنا، كما يُعد الاهتمام بمظهرها الخارجي، والذي يُمثله الجلد، من إفرازات عصرنا، وهو الأمر الذي يُبرر العدد الهائل من عمليات التجميل التي غزت العالم بأسره. كما يُعتبر هذا النوع من الأمراض نمطا سيكوسوماتيا يكون فيه للصدمة دورا ممرضا أحيانا كثيرة، من أجل ذلك فإنه لا يُعد من الناذر أن نجد أطباء الأمراض الجلدية يقومون بفحص دقيق للمرضى كما لو أنهم يسعون لاكتشاف الحادث الذي يُعد مسببا للحالة (جرارد زفيك، 2006)، وهذا ما نجد له إشارة في المدرس التحليلية والنسق الفرويدي للعصاب عند إدراج الأخير لعصاب عضوي ممثلا في العصاب الراهن، والذي يُسعى في البحث عن مسبباته على الزمن الراهن لا على الجنسية الطفولية، فهذا العصاب يظهر عندما تُسيطر فكرة أن الإصابة الجلدية، أينما كان موضعها، هي إصابة مجردة من المعنى (زفيك، 2006). وهو ما يجعل من موضوع دراستنا حول الداء الجلدي من باب السيكوسوماتية، والنظرة العلاجية ذات المنحى المعرفي السلوكي للرفع من تدير الذات لدى المرض الماب بمرض جلدي، ليس بالأمر الثانوي، بل هو من صميم فهم وعلاج هذا النمط من المرض.

2. إشكالية الدراســـة:

بالنظر إلى الوظائف السيكولوجية للجلد، والتي يمكن أن تحتوي كونه الحد الفاصل بين داخل الجسد وخارجه، وانه يحتوي الفضاء الفيسيولوجي للفرد، كما أنه يلعب دورا في عمليتي الاتصال والمبادلات، وهو أيضا منطقة حواسية مهمة، أضف إلى ذلك أنها تُساهم في ميلاد النرجسية لدى الفرد (سيلفي ج. كونسولي، 2014)، كل هذا يجعل من الجلد جزءً جسديا أكبر من مجرد أنسجة تُساق في التعامل بها ومعها إلى الرواق الفيسيولوجي البحث، بل أن الجلد من هذا المنظور هو في الحقيقة عامل وسيط، وأحيانا محوري، في عمليات الإحساس والإدراك، وإظهار الانفعالات والتفاعل، والقبول والرضا عن الذات، ونقل الأحاسيس وإبداء رد الفعل الحسي الحركي، مما يُدلل على أن النظرة إلى الجلد من الزاوية السيكوسوماتية يضفي عليه أهمية بالغة ضمن السياق السيكولوجي لوحدة الفرد ككل، ونستشهد في هذا بدراسة "كوكاسم وآخرون" (kokacam & Al, 1998 بتركيا، بعنوان: "الأعراض السيكوسوماتية عند مرضى البهق"، والتي، هدفت إلى معرفة الأعراض السيكوسوماتية لدى مرضى البهق وتساقط الشعر، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تراوحت أعمارهم بين (10 – 60 عاما). المجموعة الأولى (11) مريضاً بالبهق، و(17) مريضاً بتساقط الشعر. والمجموعة الثانية تكونت من (20) شخصا من الأصحاء. استخدم مقياس Zung للاكتئاب، وقائمة فحص الأعراض SCL-90-R، وقائمة شدة الأعراض، وأظهرت النتائج أن نسبة الاكتئاب لدى مجموعة المرضى أعلى منها لدى مجموعة الأصحاء. وقد تراوحت النسب كالآتي :مرضى البهق (55%) مرضى تساقط الشعر(36%) ، مجموعة الأصحاء (15%) كما بينت فروقاً دالة بين المجموعتين وفقاً لقائمة شدة الأعراض وقائمة فحص الأعراض وذلك في جوانب: صعوبات متعلقة بالعلاقات البينشخصية، والاكتئاب، والقلق، والتجنب (سعود: 2014).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن العوامل المحيطة بالفرد كالضغوطات، والطقس، وحالات العدوى، والصدمات،.. تسمح بظهور داء الصدفية عند الأشخاص الذين يحملون استعدادا للإصابة بهذا الداء (بونتبلون، 2012)، فالضغوط النفسية – حسب ذات الدراسة – تفعل فعلها بواسطة إفرازات مكثفة للوسائط العصبية والهرمونات الكظرية.

فالنظر إلى الإصابة الجلدية من باب الضغوط النفسية كأحد أبرز مسبباتها، نلاحظ جليا أن الإصابة الجلدية ليس مرضا عضويا قحا، بل هو مزيج سيكوسوماتي في مسبباته، وفهمه، وهو ما يؤشر إلى تأثر وتأثير الحالة النفسية به وفيه، وهو ما يؤشر أيضا، تبعا لذلك، بالأثر السيكولوجي التابع للإصابة بالداء. وهو ما أشار إليه ب. مارتي 1962، للدلالة على أن الوظيفة النفسية للمرضى الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية جُرَحية (lésionnelles) يكتسون ميزة عدم القدرة على التفكير في حادث صدمي. مما يوجهنا إلى زاوية التأثر الثلاثي (النفسي، الجسدي، المعرفي "التفكير") في الداء الجلدي.

ومن الدلائل الجلية لهذا التوجه الارتباطي (إصابة جلدية – أثر نفسي) ما ذهب إليه ف. ألكسندر في حديثه عن حالة فتاة مريضة تخضع للتحليل مصابة بداء جلدي خطير (névrodermatose) مع وجود جروح على الجلد، وهو من أنماط الأكزيما، والذي يبدوا كأنه وسيلة – ضمن وسائل أخرى - للتعبير عن الصراع العصابي، حيث يقول: "بدأ العلاج والمريضة قد أبدت، تقريبا منذ البدء، عصاباً تحويلياً ذو خصائص مازوشية، جلية الظهور. كما ظهر معها، في الوقت نفسه، تفشٍ فادح للجروح الجلدية، وقد أبدت المريضة، بكل ما تملك من وسائل، خشيتها من أن يتم التخلي عنها من طرف المحلل، وشعورا بالذنب، كنتيجة للتحويل على شخص المحلل، في آن معا لمشاعرها العدائية ومشاعرها الغلمية" (ألكسندر، 1975).

إن هذا المثال الأخير لألكسندر الذي جئنا على ذكره، يدفعنا إلى حيز أثر الداء الجلدي على مشاعر المصاب به، لاسيما من باب تقديره لذاته بمعية الإصابة الجلدية،

وبالنظر لكون الجلد هو أحد عناصر تكوين الذات من الناحية الجسمانية بوصفها جزء من جسم الإنسان وجماله، إذ أنه حسب تعرف "ويليام جيمس" (1980) - وهو أول من ادخل مصطلح الذات إلى علم النفس كما يقول عنها "الأنا العملية" - أنها: (مجموع ما يمتلكه الإنسان أو يقول أنه له: جسمه، سماته، قدراته، ممتلكاته المادية، أسرته، أصدقاؤه، أعداؤه ومهنته..)، (العمرية، 2004)، فمن خلال تعريف "ويليام جيمس" يمكن القول بأن الجسم بِكُليته هو أحد مكونات الذات، وبالتالي فإن هذا العنصر التكويني لها لا ينفصل عنه في حالَيْ السواء والمرض معا، وهو معرض للسقم بحكم الطبيعة البشرية، وأنه في هذه الحالة – حالة الإصابة والعطب - لا يكون الانعكاس المرضي على الجلد لوحده بمعزل عن عموم الذات، وإنما يمتد هذا الأثر إلى البنية الكلية للفرد الممثل في محتويات دلالة "الذات"، وهو ما دلت عليه دراسة محمود السيد أبو النيل، (1984) مصر، الموسومة بـ "الأمراض السيكوسوماتية، وهي دراسة حول العوامل النفسية المرتبطة بالأمراض الجلدية في مصر والتي هدفت إلى المقارنة بين مرضى الجلد والأصحاء على كل من الروح المعنوية وبعض النواحي العصبية والسيكوسوماتية، وقد تناولت عينة من مرضى الجلد وعينة من الأصحاء، وقد أظهرت النتائج أن مرضى الجلد أقل شعوراً بالأمن وأقل توحداً بالعمل من الأصحاء، كما أن علاقاتهم وقدرتهم على التعاون أقل من الأصحاء. وتنتابهم الأعراض والشكاوى الجسمية ذات المنشأ النفسي كأعراض الجهاز المعدي والمعوي وآلام الظهر والحكة وأعراض التنفس والدورة الدموية، كما تنتابهم المخاوف وحالات الفزع والاكتئاب، ويزداد معدل الشك والحساسية عند مرضى الجلد عما هو لدى الأصحاء، فهم يغضبون دائماً ويجدون أنفسهم في حاجة مستمرة للاحتراس حتى من أقرب الناس إليهم.

ويرى روزنبرغ أن تقدير الذات "هو مفهوم يُمثل اتجاهات الفرد بشكل كلي عام سالبة كانت أو موجبة نحو نفسه".

وبالتالي فإن التغير الذي قد يُصيب تقدير الذات لدى المريض المصاب بداء جلدي، ومن ثم احتمال تأثر تقدير الذات لديه إلى الاتجاه السلبي، قد يكون مقدمة

فرضية لاحتمال وجود علاقة بين هذا التغير في تقدير الذات والإصابة بمرض جلدي، وبالتالي إيجابية التدخل الإرشادي العلاجي لإعادة التوازن لتقدير الذات لدى هذا الأخير.

وبما أن الإصابة بالداء الجلدي يمكن أن تؤثر على تقدير الذات، كما يُحتمل أن يكون هذا التقدير سلبيا، وانطلاقا من أبجديات العمل النفسي العيادي في إعادة التوازن النفسي والسلوكي المعرفي للفرد المصاب بداء سيكوسوماتي، وهو في إطار دراستنا يكتسي صبغة برنامج علاجي معرفي سلوكي، فإن يقودنا إلى طرح الإشكال الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في الرفع من تقدير الذات عند المُصابين بمرض جلدي؟

ومن هنا ننطلق متسائلين:

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي والبعدي.؟

- هل هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟

- هل هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الذكور والإناث في القياس البعدي؟

3. فرضيات الدراسة:

3. 1. الفرضية العامة:

هناك فعالية لبرنامج علاجي معرفي سلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى المصاب بمرض جلدي.

3. 2. الفرضيات الفرعية:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي والبعدي.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي.

- توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات أفراد العينتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات الذكور والإناث في القياس البعدي.

4 . أهداف الدراسة:

تهدف بحثنا الحالي إلى:

أ. اختبار مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في الرفع من تقدير الذات عند المريض المصاب بمرض جلدي.

ب. التعرف على مدى وجود تأثر في تقدير الذات لدى المريض بالمصاب بمرض جلدي.

ج. تحديد الأثر الذي يُخلفه نمط تقدير الذات عند المُصاب بمرض جلدي على صيرورة هذا المرض.

5. مصطلحات الدراسة:

5. 1. تقدير الذات:

5. 1. 1. تقدير الذات اصطلاحا:

يعرف "روزنبرغ" Rosenberg تقدير الذات بأنه (اتجاهات الفرد كاملة، سالبة كانت أم موجبة نحو نفسه، فتقدير الذات المرتفع يعني أن الشاب يعتبر نفسه ذات قيمة وأهمية، بينما يعني تقدير الذات المُنخفض عدم رضا الفرد عن ذاتها أو رفضها واحتقارها) (إبراهيم، 1998).

كما يُعرفه "كوبر سميث" بأنه: (تقييم يضعه الفرد لنفسه ويعمل على المُحافظة عليه، ويتضمن تقدير الذات: اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يُوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه هام وقادر وناجح وكُفؤ) (Cooper Smith, 1984).

5. 1. 2. تقدير الذات إجرائيا:

بالنسبة لدراستنا نُشير بمصطلح تقدير الذات إلى تلك القيمة التي يُعطيها الشاب المُصاب بداء الإكزيما لذاته، والتي تؤثر في اعتقاداته إيجابيا أو سلبيا نحو نفسه بمعية الإصابة بداء الإكزيما. والذي يتم قياسه بالإجابة عن البنود الواردة في مقياس تقدير الذات لكل من "روزنبرغ" و "كوبر سميث" الواردين في الدراسة.

5. 2. البرنامج المعرفي السلوكي:

5. 2. 1. تعريف البرنامج المعرفي السلوكي:

هو مجموعة من الخطوات التي تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الوعي بأسباب الاضطراب لديه، وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذا الاضطراب بحيث تصبح جزءً من ذخيرته المعرفية والسلوكية، وتوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وصفتها النظرية المعرفية السلوكية (شاهين، 2007).

5. 2. 2. البرنامج المعرفي السلوكي إجرائيا:

ويعرف إجرائيا - وفقا لدراستنا - بأنه: مجموعة من الخطوات والفنيات التي تستند إلى الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي وتستهدف تنمية تقدير الذات عند المريض المصاب بمرض جلدي.

5. 3. المرض الجلدي:

يُمثل المرض الذي يصيب سطح الجلد، وقد يكون معديا أو غير معدٍ، كما قد يكون التهابا للجلد، أو إصابة من غير التهاب، يظهر على شكل حمرة أو بثور أو خراجات أو جروح ذات إفرازات، أو جافة من الإفرازات. وقد شملت دراستنا ثلاثة أمراض جلدية وهي: الصدفية – البرص – الحساسية الجلدية.

6 . منهجية الدراسة:

6 . 1 منهج الدراسة:

انتهجنا في دراستنا المنهج شبه التجريبي، والذي شأنه دراسة ظاهرة موجودة حاليا مع إدخال متغيرات في أحد متغيراتها، ومن ثم تقصي نتائج هذا التغيير، وذلك من أجل التعرف على العلاقة بين متغير مستقل الممثل في إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ومتغير تقدير الذات لدى المصاب بمرض جلدي، للحصول على نتائج تخضع للاختبار والتحكيم العلمي، قبل وبعد الوصول إلى النتائج النهائية للدراسة، بعد اعتماد نتائج مقياسي تقدير الذات "روزنبرغ" و "كوبر-سميث"، قبليا وبعديا، أي قبل اعتماد البرنامج العلاجي وبعده، على عينتي الدراسة التجريبية و الضابطة.

6 . 2 . مجتمع البحث وعينته:

يتكون مجتمع دراستنا من عينة تجريبية وأخرى ضابطة، متوازنة عدديا، إذ تبلغ كل عينة 16 فردا، أختيرت العينة بطريقة قصدية، العينة التجريبية لتطبيق البرنامج العلاجي بينما الضابطة، تم اختيار العينة على أساس المرض الجلدي مع تحديد نوعه إلى ثلاثة أنواع، كما أنها شملت الفئة العمرية ما بين 25 إلى 35 سنة. كما شملت العينة الضابطة الفئة العمرية نفسها.

6. 3 أدوات الدراسة:

6-3-1 مقياس روزنبرغ:

هو مقياس يستقي تسميته من صاحبه وواضع نظريته "روزنبرغ" (1965)، نظريته التي ترى أن تقدير الذات يحدث على أساس المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به، وقد بين أن الحديث عن التقدير المرتفع للذات يعني احترام الفرد لذاته وتقيمها تقييما مرتفعا، وأن الحديث عن تقدير الذات المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها، والجدير بالذكر أن أعمال "روزنبرغ" كانت تدور في الأساس حول

المراهقين (سليمان: 1992،89). كما اعتبر "روزنبرغ" أن تقدير الذات يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه.

ويتكون هذا المقياس من 10 فقرات، ويتم الإجابة عليها بوضع علامة (X) في الخانات المعدة للإجابة المتسلسلة كالتالي:

موافق بشدة . موافق بدرجة بسيطة . بين موافق وعدمها . غير موافق بدرجة بسيطة . غير موافق بشدة.

ويحتوي مفتاح تصحيح الاختبار التنقيط التالي حسب الترتيب المشار إليه أعلاه:

تجمع الدرجات وكلما كان الفرد لديه علامات أعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات، , حيث تتراوح الدرجة الكلية بين(0 و 40) والمتوسط هو (20). (أبو سعد،2011).

- **الخصائص السيكومترية للمقياس:**

قامت الباحثتان (بابا عربي حياة وبابا عربي لطيفة، 2012) بتطبيق هذا الاختبار على البيئة الجزائرية، وقد قامتا بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

- **صدق المقارنة الطرفية:** حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (7.73) عند مقارنتها بـ (ت) الجدولية المقدرو بـ (2.51) عند درجة حرية (20)، وبما أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية عند مستوى الدلالة (0.01) وعلى أساسه يمكن القول أن مقياس تقدير الذات صادق.

- **الثبات:** تم حساب ثبات المقياس بطريقتين:

- **طريقة التجزئة النصفية:** وتم تقدير قيمته ببرنامج spss (النسخة 17) وكان تقديره (0.58)، وبعد التعديل بسبيرمان . براون أصبحت (0.73).

- **طريقة ألفا كرومباخ:** وتم تقدير قيمته ببرنامج spss (النسخة 17) وكان تقديره (0.58) وقدر بـ (0.72). (لقوفي: 2016،148).

وهو ما يدل على ثبات المقياس.

وبما أن المقياس تمت إعادة حساب خصائصه السيكومترية (الصدق والثبات) وفق البيئة الجزائرية، مما أثب كلا من صدقه وثباته بحيث يسمح باستعماله في بيئة التقنين (البيئة الجزائرية)، وهي نفسها بيئتنا، أي نفس بيئتنا، وهو ما يدلل على قابلية المقياس للاستعمال في بحثنا.

6. 3. 2 مقياس كوبر. سميث:

رائز "كوبر سميث" هو مقياس لتقدير الذات، صممه الباحث الأمريكي "كوبر سميث" Cooper Smith في العام 1967، وهو متعدد مجالات التقييم للذات إذ يشمل المجالات الاجتماعية، العائلية، الشخصية والأكاديمية. ويحتوي هذا المقياس في صيغته الموجهة للراشدين على 25 بندا، يجاب عنها بأسلوب تقريري في إطار ثلاثة اختيارات أو بدائل: تنطبق أو لا تنطبق.

ويمكن حساب درجات المقياس كما يلي:

1 . إذا كانت الإجابة بـ "لا تنطبق" على العبارات السلبة (1)، أما إذا كانت إجابته "تنطبق" يُعطى (0).

2 . إذا كانت الإجابة بـ "تنطبق" على العبارات الموجبة (1)، أما إذا كانت إجابته "لا تنطبق" يُعطى (0).

أما الدرجة الكلية فنقوم بحسابها بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب الكل في 4، ومنه نحصل على مستوى تقدير الذات وفقا للمستويات التالي:

أ . 20 – 40 درجة منخفضة. 40 – 60 درجة متوسطة. 60 – 80 درجة مرتفعة.

تجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس قد تُرجم إلى اللغة العربية عن طريق الباحث فاروق عبد الفتاح (1981).

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

وقد قام أ. د. بشير معمرية بتقنين هذا المقياس على البيئة الجزائرية ضمن عينة احتوت 419 فردا، 198 ذكرا 221 أنثى، في صنف عمري يتراوح بين 17 – 46 سنة،

بمتوسط حسابي قدره 28.41، وانحراف معياري قدره 4.26. وقد تراوحت أعمار الإناث بين (06 – 16 سنة) بمتوسط حسابي قدره 27.21، وبانحراف معياري قدره 4.12. أما الإطار المكاني للدراسة للعينتين (ذكور وإناث) فقد شمل تلاميذ وتلميذات التعليم الثانوي بولاية باتنة، وطلاب وطالبات جامعة الحاج لخضر بباتنة إضافة إلى الموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين الشبه طبي بمدينة باتنة.

أما الخصائص السيكو مترية للمقياس، فكانت كالتالي:

الصدق:

تم حسابه بطريقين:

أ . **صدق المقارنة الطرفية:** تبين للباحث من خلال هذا النوع من الصدق أن قائمة كوبر سميث لتقدير الذات تتسم بقدر كبير على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في تقدير الذات، مما يجعلها تميز بمستوى عال من الصدق حيث قيمة (ت): 8.56 عند مستوى دلالة 0.01 عند الذكور، وعند الإناث بلغت (ت): 15.89 عند مستوى دلالة 0.01.

ب . **صدق المحك:** حيث تم تطبيق قائمة تقدير الذات لكوبر. سميث مع قائمة توكيد الذات (غريب عبد الفتاح: 1995)، وقائمة فعالية الذات (معمرية: 2011) وقائمة تكساس لتقدير الذات (محمد: 2000)، وكانت النتيجة:

- مع قائمة توكيد الذات (ذكور/إناث) معامل الارتباط 0.248 عند مستوى دلالة 0.01.
- مع قائمة فعالية الذات (ذكور/إناث) معامل ارتباط 0.291 عند مستوى دلالة 0.05.
- مع قائمة تقدير الذات (ذكور/إناث) معامل ارتباط 0.754 عند مستوى دلالة 0.05.

وبالتالي يظهر أن قائمة كوبر سميث تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

الثبات:

فقد تم حسابه بطريقتين:

أ . طريقة إعادة تطبيق الاختبار: بعد أسبوعين أسفرت نتائج إعادة التطبيق على التالي: ذكور: معامل ثبات 0.721 عند مستوى دلالة 0.01.

إناث: معامل ثبات: 0.652 عند مستوى دلالة 0.01.

ب . معامل ألفا:

ذكور: 0.851 عند مستوى دلالة 0.01، إناث: 0.829 عن مستوى دلالة: 0.01.

وهذا يدل على أن القائمة تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في حالات البحث النفسي أو التشخيص العيادي (معمرية، 2012) [حمزاوي، 2017].

وبالمثل فإن حساب الخصائص السيكومترية لمقياس كوبر سميث، والذي تمت إعادة حساب خصائصه السيكومترية (الصدق والثبات) وفق البيئة الجزائرية "باتنة"، وهي المشابهة لبيئتنا، يدل على قابلية هذا المقياس أيضا للاستعمال في بحثنا.

7 . 3 . البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

برنامجنا العلاجي المعرفي السلوكي الذي عملنا عليه في بحثنا، والذي يُعرف بأنه مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الوعي بأسباب الاضطراب لديه، وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذا الاضطراب بحيث تصبح جزءاً من ذخيرته المعرفية والسلوكية، وتوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وصفتها النظرية المعرفية (القعدان، داود، 2015)، والذي نعرفه إجرائيا تبعا لمتطلبات بحثنا بأنه: (مجموعة الخطوات المعرفية والسلوكية التي نهدف من خلال إلى رفع تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية في بحثنا، وزيادة الثقة بها)، اخترنا له التقنيات العلاجية التالية:

أ . تقنية الاسترخاء.

ب . تقنية العلاج العقلاني الانفعالي (إليس).

ج . تقنية تأكيد الذات.

7 . 3 . 2 . محاور البرنامج العلاجي:

تم تنفيذ البرنامج العلاجي، الذي يتكون من 14 جلسة علاجية، على أفراد العينة التجريبية (البحثية)، بحيث كان زمن كل جلسة 45 دقيقة، بمعدل حصتين في الأسبوع الأولى يوم الأحد والثانية يوم الخميس بغية تمكين المريض من تطبيق التقنيات المدرجة ضمن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، باستثناء الحصة 13 و 14 اللتان تم الفصل بينهما بسبعة أيام كونها آخر حصتين للتأكد من تبني التقنيات العلاجية من قبل المريض، وقدرته على التعامل بها بشكل مستقل وذاتي. وقد احتوت الحصص الأهداف التالية:

1. إختبار البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى المصاب بأمراض جلدية.

2. العودة بالمريض إلى ساحة الثقة في النفس بمعية مرضه الجلدي وتمكينه من اكتساب مهارات اجتماعية تأكيدية.

3. تعيين الأفكار غير المناسبة والسلبية والتي تتسبب في خفض تقدير الذات لدى المريض وتوجيهه معرفيا لتبني وجهة تفكيرية عقلانية وإيجابية.

4. تحديد الأنماط السلوكية والانفعالية المرتبطة بالأفكار السلبية وتدريب المريض على السلوكات الأكثر ملائمة للمواقف الحياتية.

5. إقناع المريض بعدم جدوى ربط حالته المرضية بتدني تقدير الذات، وإقناعه بالقدرة على مجابهة المواقف الحياتية على الرغم من الإصابة الجلدية.

9 . 3 . 3 . محتويات البرنامج وأساليبه:

أ). الأساليب المعرفية:

. تعريف المريض بالأفكار السائدة لديه.

. استعمال المناقشة والحوار.

. تدريب المريض التعبير عن أفكاره وانفعالاته كما يشعر بها هو شخصيا.

. التدريب على المواجهة، والإقناع، والتحدي، والدفاع عن الرأي الشخصي.

. التفريق بين العقلاني والمنطقي من الأفكار واللاعقلاني واللامنطقي منها واقعيا.

. تبسيط تفسير الأفكار والتطبيقات السلوكية للمريض وشرح أدوارها وانعكاساتها.

ب). الأساليب السلوكية:

. الاسترخاء وذلك للتخفيف من أثر حدة التوتر لدى المريض، وإعانته على وجود جو ملائم للتفاعل أثناء العملية العلاجية وكذا لتبني طريقة الاسترخاء في الحد من التواتر في الحياة اليومية.

. النمذجة والتي تساعد في تبني المريض لبعض النماذج السلوكية المساعدة على توكيد الذات.

. الحث: بدفع المريض للتدخل والاندماج في المواقف الاجتماعية في المواقف وعدم الاكتفاء بالسلبية الاجتماعية.

. التمارين المنزلية المبنية على التغيير السلوكي بناءً على النتاج المعرفي العلاجي الحاصل في الحصة العلاجية.

7 . 3 . 4 . وصف الحصص العلاجية:

عمدنا على ترتيب الحصص العلاجية الأربع عشرة بالشكل التالي:

أ . أن يكون المدى الزماني لها هو 45 دقيقة.

ب . أن تتمحور الحصة الأولى على التعارف وكسر الحواجز النفسية والجمود، وإرساء القواعد التفاعلية العامة، والتعريف بالدراسة والبرنامج العلاجي والتعرف على توقعات المريض من البرنامج.

ج . البدء في الحصص الأولى بالجانب المعرفي والتركيز عليه، باعتبار أن تغيير الأفكار يسبق تغيير السلوك، وهو ما تمحورت حوله الحصص وذلك في الحصتين الثانية والثالثة بشكل أخص.

د . إدراج تقنية الاسترخاء والتنفس العميق عن طريق الحجاب الحاجز بدءً من الحصة الثالثة، والتحضير للتقنيات السلوكية.

هـ. دمج التقنيات السلوكية بدءً من الحصة الرابعة.

و. فصل البرنامج العلاجي بحصة نصفية (زمنيا منتصف البرنامج العلاجي "الحصة:7") من أجل مراجعة التقنيات السابقة طيلة الحصص الست السالفة، والتأكد من فهم واتباع المريض لخطوات البرنامج العلاجي.

ك . البدء في كل حصة بالتذكير بنتائج الحصة السابقة ومراجعة التقنيات والتمرينات المقدمة فيها، ومراقبة مدى التقدم في تطبيقها، ومدى فعاليتها وتجاوب المريض معها.

ل . تبني تقنية النمذجة السلوكية لما تم تعلمه في الحصة العلاجية ضمن التمارين المنزلية المقدمة للمريض، ومراقبة مدى تطبيقها، ومدى فعاليتها في التعبير عن الذات، كتقنية لإثبات توكيد الذات لديه.

م . بناء سلم قيمي حول تجليات الخطأ والصواب ومجمل الاستنتاجات الصحيحة.

ن . إعادة مراجعة شمالة والتأكد من اتباع وإدراك التقنيات العلاجية في الحصة الـ 13، مع التحضير النفسي للمريض قبيل نهاية البرنامج العلاجي.

س . التركيز في نهاية البرنامج العلاجي على تمكن المريض من بناء استراتيجية حياة تخلو من دوافع تدني تقدير الذات، وفي الوقت عينه ترنو إلى إدراج كل التقنيات التي من شأنها الرفع من تقير لذات.

والجدول التالي بين سيرورة الجلسات المتبعة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

التقنية / الحصة:45 د	التقنية المعرفية (العلاج العقلاني الانفعالي)	التقنية السلوكية (تأكيد الذات)	التمارين المقترحة منزلياً
الحصة 01 بداية البرنامج	حصة للتعارف وكسر الحواجز النفسية والجمود، وإرساء القواعد التفاعلية العامة، والتعريف بالدراسة والبرنامج العلاجي والتعرف على توقعات المريض من البرنامج		
الحصة 02	بيان أن المخاوف غير المتكيفة والتمسك بها هو مصدر	التدرب على التعبير اللفظي عن هذه المخاوف بإعطائها	فتح الحوار مع الآخرين وتعلم الإدراج اللفظي تكراريا للداء

	صعوباته النفسية بما فيه انخفاض تقدير الذات	مسمياتها الصريحة	الجلدي حينما يقتضي الأمر
الحصة 03	تذكير بالحصة الأولى + التدرب على الأحكام المنطقية على الذات بمعية المرض الجلدي	التدرب على تقنية الاسترخاء التصاعدي + التنفس العميق عن طريق الحجاب الحاجز	التدرب الذاتي على التقنية والتنفس العميق عند الشعور بالتوتر في المواقف الاجتماعية
الحصة 04	فهم والتفريق بين الأفكار السلبية والإيجابية التي تنساب إلى فكر المريض	تعلم النقد الذاتي الإيجابي، والرفع الذاتي للمعنويات، بالاستعمال اللفظي اللغوي والسلوكي الصحيحين	التدرب على النقد الذاتي باستعمال تقنية الحوار مع المرآة و التأكيد على الاسترخاء
الحصة 05	تغيير أساليب التفكير من نمط السخط والحَنَق بالرضا الذاتي والتقبل	ربط التفكير بالرضا بسلوك الرضا الذاتي من خلال إخراج أفكار الرضا تعبيريا، أي لفظيا	تمرين المفكرة في تسجيل الأفكار وتصنيفها وتبني الإيجابية منها سلوكيا على حسب المواقف
الحصة 06	تعلّم مراقبة إيحاء الآخرين في أفكار المريض وتمييزها عن الأفكار الذاتية	التدريب على الإجابات والمواقف التأكيدية في التمييز بين أفكار الأنا والآخر، وتبني نموذج شخصي يوافق سمات شخصية لمريض	تسجيل الفعل ورد أفعال في المواقف والحوارات الاجتماعية وتمييز بين المنبثقة عن القناعة الذاتية والمدفوعة خارجيا من طرف الآخر، وتطبيق ما تم تعلمه في الحصة العلاجية بخصوص النمدجة السلوكية الشخصية
الحصة 07	مراجعة التقنيات السابقة	مراجعة التقنيات السابقة	التأكيد على التقنيات السابقة
الحصة 08 والحصة 09	تعلم الأحكام والاستنتاجات الصحيحة من خلال فهم الوقائع منطقيا وعلى ما هي عليه فعلياً	الانخراط في الحياة الاجتماعية من باب الإسهام والفعل والمبادرة، وأن تكون سلوكياته وهيئته وتدخلاته الكلامية مبنية على الاستنتاجات الواقعية والمنطقية (وفق الموقف)	تحفيز الذات وتشجيعها عند الوصول للاستنتاجات الصحيحة كأن يخرج في نزهة أو يشتري غرضا جديدا يهديه لنفسه تلقاء زيادة ثقته في ذاته الخ...

الحصة 10 والحصة 11	تعلم كيفية دفع تشتيت الفكر، وتبني الفكرة والقناعة الأكثر تكيفاً مع الذات والواقع	التمرين على وضعيات مخالفة للواقع والقناعة الشخصية مع المعالج، والتعرف على استراتيجية التعامل السلوكي الصحيح معها + الاسترخاء	البحث عن مسببات عدم الراحة النفسية عند محاولة إظهار القناعات الشخصية + تسجيلها + إعادة برمجتها بالبدائل الإيجابية المتعَّلمة
الحصة 12	الوصول إلى تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير، والعودة إلى التفكير العلمي	التدريب على تبني السلوك التأكيدي من خلال التركيز على ربطه بما يدعمه علميا ومنطقيا بمرونة	تحديد مواقف واقعية لتطبيق التقنية + التحليل الذاتي للمواقف بمرونة وعقلانية
الحصة 13	التوكيد على التقنيات السابقة، مع مراجعة مدى التحكم في آليات التفكير المنطقي السليم وتقبل الذات	مراجعة التقنيات السلوكية المقدمة سالفا، مع التركيز على إظهار الأسلوب اللغوي والسلوكي المناسب في وضعيات تمرين داخل الحصة	إدراج قائمة بكافة السلوكيات التي تم تبنيها بنجاح من خلال تطبيق البرنامج العلاجي، وتسجيل كل المواقف الداعية لاستعمالها خلال أسبوع من الزمن، وتطبيقها فيها.
الحصة 14 **نهاية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي**	تعلم بناء استراتيجية حياة عقلانية ترنو إلى المستقبل وعدم وقف الذات على الماضي أو الحاضر فحسب	تعلم فنيات التخطيط الاستراتيجي الذي يدعم السلوك التوكيدي كاستراتيجية عامة وجامعة لكل ما تم تعلمه من خلال البرنامج العلاجي بكامله	تعليم التخطيط الاستراتيجي للحياة + ممارسة الاسترخاء التصاعدي وبرمجته مرتين في الأسبوع لمدة 03 أشهر

جدول رقم (01)

سيرورة الجلسات المتبعة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

8 . نتائج اختبار الفرضيات:

للإجابة على فرضيات وأسئلة الدراسة قمنا بالمعالجة الإحصائية المرتكزة على

1 . استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعات على مقياسي كوبر-سميث وروزنبرغ لتقدير الذات.

2 . فحص الفروق القبلية والبعدية بين مجموعات الدراسة باستعمال اختبار (t).

وقد ظهرت نتائج الفرضيات كما يلي:

نتائج الفرضة الأولى:

الاختبار	مجموع الفروق	مجموع مربعات الفروق	درجة الحرية	ت الجدولية	ت المحسوبة	القرار
كوبر سميث	2 -	180	15	1.75	0.14	دالة
روزنبرغ	3 -	25	15	1.75	0.58	دالة

جدول رقم (02)

متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي والبعدي

تشير نتائج الفرضية الأولى الواردة في الجدول أعلاه بأن (t) ت المحسوبة تساوي (0.14) و (0.58) في كل من مقياسي كوبر سميث وروزنبرغ على التوالي، وهي أصغر من ت الجدولية المقدرة بـ: (1.75) عند درجة الحرية (15)، وبالتالي نقبل الفرضية القائلة بعدم وجود فروق بين أفراد العينة الضابطة في القياس القبلي والبعدي، وهو ما يدلل على أن نتائج المقياسيين في ضوء عينة لم تخضع لإدراج أي متغير عليهما تشير إلى ثبات نتائجهما في التطبيق بناءً على ثبات النتائج بين أفراد العينة في القياسيين القبلي والبعدي وفقا لاختبار (ت).

كما يدل على أن عموم الإصابة الجلدية يؤدي إلى ثبات في انخفاض تقدير الذات كمتغير سيكولوجي ضمن المتغير السوماتي (المرض الجلد) في كلتا العينتين، وهو ما يتوافق مع ما ذهبت إليه دراسة (jankovic, et al) 2009، صربيا، تحت عنوان "أهمية العوامل النفسية الجسدية (السيكوسوماتية) في مرض الصدفية"، وقد تكونت العينة من مجموعتين، الأولى (110) من مرضى الصدفية، والثانية من (200) مريض من مرضى الجلد الأخرى، وكان الهدف منها التعرف على العوامل النفسية التي تدعم مرض الصدفية، وقد حصل مرضى الصدفية على درجات أعلى في القلق والانعزال الاجتماعي، بحيث نرى

ثبات اضطراب المتغير السيكولوجي (تقدير الذات/القلق والانعزال الاجتماعي) في الدراستين أثناء القياس، بمعينة المرض الجلدي في كليهما.

نتائج الفرضة الثانية:

الاختبار	الفروق	مجموع مربعات الفروق	درجة الحرية	ت الجدولية	ت المحسوبة	القرار
كوبر سميث	528	17768	15	1.75	27.78	دالة
روزنبرغ	208	3050	15	1.75	10.82	دالة

جدول رقم (03)

متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي

يظهر من نتائج الفرضية الثانية الواردة في الجدول أعلاه بأن (t) ت المحسوبة تقدر بـ (27.78) و (10.82) في مقياسي كوبر سميث وروزنبرغ على التوالي، وهي أكبر من ت الجدولية المقدرة بـ (1.75) عند درجة الحرية 15 وهي دالة إحصائيا وتشير إلى وجود فروق في القياس القبلي والبعدي عند أفراد العينة التجريبية، وهذا يدل على أن متغير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي تلى التطبيق القبلي للمقياسيين قد أثر في نتائج المقياسين لصالح التطبيق البعدي، وهذا ما يثبت صحة هذه الفرضية القائلة بوجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدين، وهو يشير أيضا إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى أفراد العينة التجريبية نظير ارتفاع نتائج المقاسين بعد التدخل العلاجي للبرنامج.

وإلى مثل هذا أشارت دراسة "كوكاسم وآخرون" (kokacam & Al, 1998) بتركيا، بعنوان: "الأعراض السيكوسوماتية عند مرضى البهق"، (الواردة في المقدمة) النتائج أن نسبة الاكتئاب لدى مجموعة المرضى أعلى منها لدى مجموعة الأصحاء. (سعود، 2014/ 241-242).

نتائج الفرضة الثالثة:

المقياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	القرار
كوبر سميث	التجريبية	62.25	04.98	19.96	30	2.04	دالة
	الضابطة	32.5	03.98				
روزنبرغ	التجريبية	25.75	5.20	8.24	30	2.04	دالة
	الضابطة	14.37	14.37				

جدول رقم (04)

متوسطات درجات أفراد العينتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (04) الممثل لنتائج الفرضية الثالثة بأن هناك فروقا بين متوسطات العينة التجريبية والضابطة في القياس البعدي، حيث نجد في مقياس كوبر سميث أن المتوسط الحسابي للعينة التجريبية يقدر بـ (62.25) بينما قدر متوسط العينة الضابطة في ذات المقياس بـ (32.5) لصالح العينة التجريبية. وأيضا في مقياس روزنبرغ بلغ المتوسط الحسابي في الهينة التجريبية (25.75) في مقابل متوسط العينة الضابطة الذي كان قدره (14.37) لصالح العينة التجريبية.

كما أن قيمة (ت) المحسوبة في الفروق في القياس البعدي للعينتين قد بلغت (19.96) و (8.24) في مقياسي كوبر سميث وروزنبرغ على التوالي، وهي أكبر من (ت) الجدولية المقدرة بـ (2.04) وهذا يثبت وجود فروق في بين العينتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

ويدل هذا على أن متغير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المدرجة في العينة التجريبية دون العينة الضابطة بعد القياس القبلي قد أثر جليا في نتائج المقياسين لصالح العينة التجريبية، وهو ما يؤشر إلى أن البرنامج العلاجي أداة فاعلية في إحداث الفارق في تطبيق المقياسين، وهو ما يعني أن البرنامج أدى إلى ارتفاع نسبة تقدير الذات . محل قياس

المقياسيين . لدى العينة التجريبية وهو ما يدل عليه ارتفاع قيمة (ت) المحسوبة مقارنة بـ (ت) الجدولية.

وهو ما دلت عليه دراسة (الصحان، ونجيب، 2008) التي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين .وتألفت عينة الدراسة من (30) امرأة من اللاتي تراوحت أعمارهن 4 تراوحت أعمارهن من25 إلى 40 سنة من مدينة القدس وضواحيها.تم توزيع - أفراد عينة الدراسة توزيعا عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين . تجريبية مكونة من (15) امرأة، وضابطة مكونة من (15) امرأة، واستخدم الباحث مقياس قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية، ومقياس تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج وبعده للتعرف على فاعلية البرنامج في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي لمقياس تقدير الذات، وهو لصالح المجموعة التجريبية (الطحان، نجيب: 2008، 193).

نتائج الفرضية الرابعة:

المقياس	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	القرار
كوبر سميث	ذكور 8	67	05.85	1.63	14	2.14	دالة
	إناث 8	63	02				
روزنبرغ	ذكور 8	28.87	3.48	1.09	14	2.14	دالة
	إناث 8	25.75	06.11				

جدول رقم (05)

متوسطات درجات الذكور والإناث في القياس البعدي.

وفقا لنتائج الجدول رقم (05) الممثل لاختبار نتائج الفرضية الرابعة، فكما يبدو أنه ليس هناك فرق كبير بين بين متوسطي الذكور والإناث بالنسبة للمقياسين، حيث نجد متوسط الذكور في الدراجات الخام في مقياس كوبر سميث هو (67) والإناث (63)، أما في مقياس روزنبرغ فنجد متوسط الدرجات للذكور (28.87) والإناث (28.75)، وهذا ما يؤكد نتائج اختبار (ت) حيث أن (ت) المحسوبة تساوي (1.65) و (1.09) لمقياسي كوبر سميث وروزنبرغ على التوالي، وهي أصغر من (ت) الجدولية المقدرة بـ (2.14) عند درجة حرية (14)، وبالتالي نقبل بالفرضية القائلة "لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات درجات الذكور والإناث في القياس البعدي".

ومنه فإن متغير الجنس لم يحدث أي فارق ظاهر في القياس البعدي لكلا المقياسيين مما يؤشر على عدم تأثير هذا الأخير في نتائج التطبيق البعدي.

وقد ذهبت دراسة هوانج وآخرين (Huang et al., 2007) بتحديد أثر التدخل السلوكي لمدة عام والذي يستهدف "النشاط الجسمي وسلوكيات التغذية" على صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين، واستخدم مقياس تقدير الذات، ومقياس لاضطراب الطعام، ومقياس لعدم الرضا عن الجسم، وكانت العينة مكونة من (657) مراهقاً (ذكوراً وإناثاً)، وبحث هل هم قادرون على إنقاص أوزانهم أو المحافظة على أوزانهم خلال عام؟، واتضح من النتائج أن هناك نقصاً في الآثار المعاكسة وغير الملائمة على الرضا عن الجسم وتقدير الذات عبر المراهقين الخاضعين للتدخل السلوكي، واقترحت النتائج إمكانية استخدام التدخل السلوكي مع الحالات ذات الوزن الزائد. دون أن يظهر في الدراسة اعتبار للفروق في الجنس.

9 . الخـاتمة:

يتبين لنا من خلال التحقق من فرضيات الدراسة ونتائج أن الإصابة الجلدية لها تأثير واضح على تدني تقدير الذات لدى المريض بمرض جلدي، وقد اتضح ذلك جليا في الفروق بين القياس البعدي لمقياسي كوبر سميث وروزنبرغ في العينتين الضابطة والتجريبية لصالح العينة

التجريبية، مؤشرا إلى ارتفاع معدلات أفراد العينة التجريبية مقارنة بالضابطة، وهذا بالمقابل يشير إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى المريض المصاب بأمراض جلدية باعتبار هذا البرنامج يمثل المتغير الذي احدث الفارق في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية، وأن هذا البرنامج لم يتأثر بمتغيري السن أو الجنس، وبالتالي نقبل الفرض القائل بفعالية هذا البرنامج وفقا للتحقق الميداني من فرضيات الدراسة تبعا لنتائج قياسها.

المراجع:

- إبراهيم، عبدالله وعبد الحميد، محمد نبيل، (1994)، ***العدوانية وعلاقتها بموضوع الضبط وتقدير الذات***، مجلة علم النفس، العدد 30) ، القاهرة، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- أبو جادو، صالح محمد علي، (2007)، ***علم النفس التطوري/ الطفولة والمراهقة***، ط 02، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر.

- أبو زيد، إبراهيم أحمد، (1987)، ***سيكولوجية الذات والتوافق***، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية.

- أبو زينة، فريد كامل، (2000)، ***مناهج البحث العلمي والإحصاء***، ط1، عمان، الأردن، دار الميسر للنشر والتوزيع.

- أبو مغلي، سميح، (2002)، ***التنشئة الاجتماعية للطفل***، ط01، العدسية، عمان، الأردن، دار اليازوري.

- الأسود الزهرة، جعفور ربيعة،(السنة غير موضحة في المرجع)، ***مدى انتشار الأمراض السيكوسوماتية بين أساتذة التعليم الثانوي***، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد خاص الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، جامعة ورقلة.

- البرعي، نجلاء علي محمد، (1428 هـ، 2007م)، ***الجلد الطبيعي و الجدرة دراسة نسيجية مقارنة***، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، السعودية.

- الحجار، محمد، (1999)، ***الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي السلوكي***، بيروت، لبنان، دار النقاش للطباعة.

- الدريني، حسين عبد العزيز، محمد أحمد سلامة، (1983)، ***قياس تقدير الذات***. (دار النشر غير موضحة في المرجع).

- الطحان، محمد خالد – نجيب، محمد موسى، رمضان (1429هـ/ أيلول 2008)، ***فعالية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين***، مجلة البصائر "مجلة علمية محكمة"، المجلد 12، العدد 2.

- العامرية، منى بنت عبد الله بن نبهان، (2014)، ***أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية***، مذكرة ماجستير، جامعة نزوى.

- الماضي، وفاء محمد، (1993)، ***بعض الخصائص النفسية المحددة للأفراد الأكثر عرضة للضغط النفسي***، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

- المحارب، ناصر، (2000)، ***العلاج الاستعرافي السلوكي***، الرياض، السعودية، دار الزهراء.

- الشناوي، محمد، (2001)، ***التنشئة الاجتماعية للطفل***، ط01، دار صفاء للنشر، عمان.

- النابلسي، محمد أحمد، (1992)، ***مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته***، مؤسسة الرسالة، الطبعة 01، الجزائر، دار الهدى.

- تونسية، يونسي، (2012/2011)، ***تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين***، مذكرة ماجستير، جامعة تيزي وزو، الجزائر.

- حسين، فؤاد محمد زايد، (2007)، ***الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة اليمنيين وغير اليمنيين الوافدين إلى الجامعات السورية وعلاقته ببعض المتغيرات***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

حمزاوي، زهية، (2017/2016)، **صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق، دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية بمستغانم**، أطروحة دكتوراه، جامعة وهران، الجزائر.

- قشطاطة عبد الرحمان، عوين بلقاسم، نوفمبر (2013)، ***سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين***، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد الثاني، جامعة الوادي، الجزائر.

- محمد محمد، (2004)، ***مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها***، الطبعة الأولى، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- عبد الستار، إبراهيم، (1994)، ***العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث***، القاهرة، مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.

- عطوف، محمود ياسين، (1988)، ***الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية)***، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، منشورات بحسون الثقافية.

- كفافي، علاء الدين، (1989)، ***تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي***، دراسة في عملية تقدير الذات، مجلس النشر العلمي، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد التاسع، العدد الخامس والثلاثون، جامعة الكويت.

- لقوفي، دليلة، (2016)، ***مستوى تقدير الذات لدى المراهق المجهول النسب المكفول في أسرة بديلة دراسة حالة لمراهقين مكفولين***، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

- معمرية، بشير، (2012)، **علم نفس الذات**، الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع.

- ناهد سعود، (2014)، ***أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسي الجسدي (السيكوسوماتي)***، مجلة جامعة دمشق، المجلد 30، العدد الثاني.