الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة لونيسي علي- البليدة02-

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تسيير الانفعالات وعلاقته بنوعية الحياة لدى المصابين بارتفاع الضغط الدموي

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل.م.د في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحي

إعداد الطالبة

طاوس قرجاج

إشراف الأستاذة

فاطمة الزهراء اليازيدي

السـنة الجـامعية:2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة لونيسي علي- البليدة02-

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تسيير الانفعالات وعلاقته بنوعية الحياة لدى المصابين بارتفاع الضغط الدموي

أطروحة مقمة لنيل درجة الدكتوراه ل.م.د في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحي

إعداد الطالبة طاوس قرجاج

إشراف الأستاذة فاطمة الزهراء اليازيدي

أمام اللجنة المشكلة من:

الزروق فاطمة الزهراء	أستاذة	جامعة البليدة 2	رئيسة
اليازيدي فاطمة الزهراء	أستاذة	جامعة البليدة 2	مشرفة
بن يحيى صبرينة	أستاذة محاضرة أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
باجي نعيمة	أستاذة محاضرة أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
شريفي هناء	أستاذة	جامعة الجزائر 2	عضوا مناقشا
زعطوط رمضان	أستاذ	جامعة ورقلة	عضوا مناقشا

السـنة الجـامعية:2023/2022

شكر وامتنان

أولا وقبل كل شيء نشكر الله عز وجل الذي وفقنا وقدّرنا

على إنجاز هذا البحث العلمي

كل الشكر والتقدير لأساتذتي ومعلميي منذ بداية مشواري الدراسي

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة اليازيدي فاطمة الزهراء التي كانت

السند طوال مراحل إنجاز هذا البحث، إلى أساتذة القسم الذين كانوا

دوما دعما لنا، إلى أعضاء اللجنة العلمية الأساتذة الكرام.

الإهداء

إلى والداي أطال الله في عمرهما

إلى إخوتي وكل أفراد عائلة الكبيرة

إلى كل من ساعدني في إتمام هذا البحث

أهدي لهم تمرة بحتي العلمي

ملخص البحث

يتناول البحث الحالي موضوع العلاقة بين استراتيجيات تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي، وذلك بهدف البحث عن وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجية تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي، كذلك البحث عن الفروق في كل من استراتيجيات التسيير الانفعالي ونوعية الحياة تبعا لمتغيري السن والجنس، أخيرا معرفة مستوى نوعية الحياة عند المرضى واي ابعادها أكثر انخفاضا.

من أجل التحقق من فرضيات البحث استخدمنا استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross وJohn (2003) المتكون من بعدي إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات الانفعالية، ومقياس نوعية الحياة المختصر المتكون من أربعة أبعاد (البعد الجسدي، البعد النفسي، بعد العلاقات وبعد البيئة).

بعد المعالجة الإحصائية توصلنا الى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة، عدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي ،توصلنا كذلك إلى عدم وجود فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي واستراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن، كذلك عدم وجود فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي و استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس، يتمتع مرضى ارتفاع الضغط الدموي بمستوى متوسط من نوعية الحياة و أنّه توجد فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن و الجنس لصالح الذكور ، كما جاءت كل الأبعاد بدرجة متوسطة وكان البعد النفسي أعلى درجة.

الكلمات المفتاحية: تسيير الانفعالات – نوعية الحياة– ارتفاع الضغط الدموي

Abstract

The aim of this study is to search for a correlation between emotion regulation strategy and quality of life within a sample of patients with high blood pressure, as well as searching for differences in each of the emotional regulation strategies and quality of life according to age and gender, Finally, knowing the level of quality of life of the sample and which dimension of quality of life is lower.

In order to verify the research hypotheses, we used the Gross and John (2003) emotion regulation questionnaire, which is composed of two dimensions: cognitive reappraisal and suppression of emotional expressions, and the WHOQOL brief which is composed of four dimensions (the physical dimension, the psychological dimension, the relationship dimension, and the environment dimension).

After statistical treatment, we found that there is a statistically significant positive correlation between the cognitive re-evaluation strategy and the quality of life, no correlation found between the strategy of suppressing emotional expressions and the quality of life in patients with high blood pressure. There are no differences in the strategy of cognitive re-evaluation and the strategy of suppressing emotional expressions in patients with high blood pressure due to the gender and age variables. Hypertensive patients have an average level of quality of life, we found that there are differences in the quality of life in patients with high blood pressure due to the age variable and gender in favor of males, and all dimensions came with a medium degree, and the psychological dimension was the highest degree.

Keywords: emotion regulation- quality of life - high blood pressure

فهرس المحتويات

ملخص البحث باللغة العربية

ملخص البحث باللغة الإنجليزية

شكر و امتنان

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

الإطار العام للبحث

1.مقدمة.....2

2.الاشكالية.....4

3.فرضيات البحث.....,.....14

4.أهداف البحث.....15

5.أهمية البحث.....16

6.التعريف الاجرائي للمفاهيم.....17

الفصل الاول: تسيير الانفعالات

تمهيد.....20

1.الانفعالات.....21

1.1. تعريف الانفعالات.....21

2.1. الانفعال والمفاهيم المتصلة به.....23

3.1. مكونات الانفعال 24

4.1. نظريات الانفعال.....25

5.1. أنواع الانفعالات.....28

6.1. الانفعال والفكر (المنطق).....30

7.1. العقل الانفعالي. 32

2. تسيير الانفعالات.....35
1.2. تاريخ التسيير الانفعالي.....35
2.2. تعريف تسيير الانفعالات.....37
3.2. موضوع التسيير الانفعالي.....38
4.2. القواعد العصبية للتسيير الانفعالي.....39
5.2. أنواع التسيير الانفعالي.....41
6.2. نموذج العمليات للتسيير الانفعاليGross 42
7.2. القمع الانفعالي وإعادة التقييم.....51
8.2. آثار استراتيجيات القمع الانفعالي وإعادة التقييم المعرفي.....52
9.2. أهمية تسيير الانفعالات على المستوى الفردي والجماعي.....56
10.2. الهدف من تسيير الانفعالات.....59
خلاصة.....61

الفصل الثاني: نوعية الحياة

تمهيد.....63
1. تاريخ مفهوم نوعية الحياة.....64
2. تعريف نوعية الحياة.....67
3. النماذج المفسرة لنوعية الحياة.....71
4. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.....72
5. مؤشرات نوعية الحياة.....73
1.5. المؤشرات الموضوعية.....74
2.5. المؤشرات الذاتية.....74
6. العوامل التي تؤثر في نوعية الحياة,,,

8. قياس نوعية الحياة.....80
9. أهمية تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.....83
خلاصة.....86

الفصل الثالث: ارتفاع الضغط الدموي

تمهيد.....88
1. القلب.....89
2. تعريف الضغط الدموي.....90
3. الأجهزة التي تتحكم في الضغط الدموي.....92
4. قياس الضغط الدموي.....93
5. تعريف ارتفاع الضغط الدموي.....94
6. ارتفاع الضغط الدموي القبلي.....95
7. تشخيص ارتفاع الضغط الدموي.....97
8. اسباب ارتفاع الضغط الدموي.....,.....101
9. تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي.....102
10. علاج ارتفاع الضغط الدموي.....105
11. العلاقة بين الانفعالات السلبية والامراض الوعائية القلبية.....108
خلاصة.....111

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للبحث

تمهيد.....115
1.الدراسة الاستطلاعية.....115
1.1. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....,, 115
2.1. المجال المكاني والزماني للدراسة الاستطلاعية.....,116
3.1. عينة الدراسة الاستطلاعية.....116
4.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية..... 116
5.1. المعالجة الإحصائية.....124

6.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.....124
7.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....124
2. الدراسة الاساسية.....125
1.2. منهج البحث.....125
2.2. المجال الزماني والمكاني للبحث.....125
3.2. عينة البحث..... 125
4.2. إجراءات البحث.....128
5.2. أدوات البحث.....129
6.2. أدوات تحليل البيانات.....,,.....129

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد.....131
1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الآولى.....131
2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....135
3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....139
4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....144
5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....149
6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....152
7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....156
8. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....159
9. عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....164
10. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة.....168
الاستنتاج العام.....171
الخاتمة.....175
قائمة المراجع.....178
الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف الضغط الدموي حسب منظمة الصحة العالمية.	95
02	الفحوصات التي يقوم بها المصاب بارتفاع الضغط الدموي وأوقاتها.	100
03	علاج ارتفاع الضغط الدموي	108
04	معامل (α) لكل من إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات الانفعالية	117
05	صدق الاتساق الداخلي لاستبيان تسيير الانفعالات لـ James Gross	118
06	معامل ألفا كرومباخ (α) لمقياس نوعية الحياة	121
07	الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة	122
08	الارتباطات بين درجة كل بعد و الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة	123
09	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	126
10	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السّن	127
11	نتائج اختبار شابيرو–ويلك	132
12	نتائج اختبار شابيرو–ويلك	136
13	نتائج اختبار شابيرو ويلك	140
14	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات	141
15	نتائج تحليل التباين الأحادي	141
16	نتائج اختبار شابيرو ويلك	145
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات	146
18	نتائج تحليل التباين الأحادي	146
19	نتائج اختبار شابيرو ويلك	150
20	نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	150
21	اختبار ت للفرق بين متوسط درجات المجموعتين	151
22	نتائج اختبار شابيرو ويلك	153
23	متوسطي رتب المجموعتين	154
24	نتائج اختبار مان وتني	155
25	تكرارات مستويات نوعية الحياة	156
26	نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة	157
27	نتائج اختبار شابيرو ويلك	160

28	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات	161
29	نتائج تحليل التباين الأحادي	161
30	نتائج المقارنات البعدية	162
31	نتائج اختبار شابيرو ويلك	165
32	نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	166
33	اختبار ت للفرق بين متوسط درجات المجموعتين	166
34	تكرارات أبعاد نوعية الحياة حسب المستويات	168

فهرس الاشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	مكونات المخ اللمبي أو الانفعالي	34
02	نموذج العمليات لتسيير الانفعالات لـ Gross	50
03	منظر أمامي للقلب	89
04	مقطع في القلب	90
05	انقباض وانبساط القلب	91
06	تشخيص ارتفاع الضغط الدموي حسب طريقة القياس	99
07	تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي	104
08	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	127
09	توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية	128
10	رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة	131
11	لوحة الانتشار لدرجات إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة	133
12	رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات ونوعية الحياة	135
13	لوحة الانتشار لدرجات قمع التعبيرات ونوعية الحياة	137
14	رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي حسب السّن	140
15	رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات حسب السّن	145
16	رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي حسب الجنس	149
17	رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات حسب الجنس	153
18	توزيع درجات لدرجات قمع التعبيرات حسب الجنس	154
19	رسم الصندوق لدرجات نوعية الحياة حسب السّن	160
20	رسم الصندوق لدرجات نوعية الحياة حسب الجنس	165

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	استبيان تسيير الانفعالات Gross &John Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
02	مقياس نوعية الحياة WHOQOL bref
03	صدق وثبات استبيان تسيير الانفعالات
04	صدق وثبات مقياس نوعية الحياة
05	تائج الفرضية الأولى
06	تائج الفرضية الثانية
07	تائج الفرضية الثاثة
08	تائج الفرضية الرابعة
09	تائج الفرضية الخامسة
10	تائج الفرضية السادسة
11	تائج الفرضية السابعة
12	تائج الفرضية الثامنة
13	تائج الفرضية التاسعة

الإطار العام للبحث

1.مقدمة

تغيرت الأمراض في السنوات الأخيرة من الأمراض الحادة التي تظهر فجأة ويشفى منها الإنسان سريعاً دون مضاعفات على المدى الطويل، إلى ما يسمى بالأمراض المزمنة التي تشمل عدداً كبيرا من الأمراض المختلفة فيما بينها من حيث المنشأ، السبب، الأعراض، العلاج والمآل. تعتبر الأمراض المزمنة من بين الأمراض التي تسبب عدد كبير من الوفيات في العالم بسبب التعقيدات التي تنجّر عنها، ورغم أنّها لا تؤدي إلى الموت المباشر إلاّ أنّها تؤدي إلى إعاقات وتعقيدات تجعل الفرد يفقد استقلاليته ويصبح معتمدا على المحيطين به حتى في أدنى نشاطاته اليومية، وما يميّز هذه الأمراض هو طابع الإزمان الذي يجعل المرض يلازم الشخص طوال حياته. يعتبر ارتفاع الضغط الدموي من بين الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا وخطرا في السنوات الأخيرة والتي يعجز الطب عن إيجاد علاج نهائي لها، فهو يتسبب في تعقيدات كثيرة تهدد المآل الحياتي للمرضى، ولقد أثبتت الدراسات أنّ ارتفاع الضغط الدموي مرتبط بنمط الحياة والسلوك الصحي عند الفرد، والعوامل المسببة له متعدّدة وكثيرة ولا يمكن حصرها في الجانب البيولوجي فقط بل هي تظافر لعوامل بيولوجية نفسية واجتماعية. كثرة العوامل المتدّخلة في ظهور وتطوّر ارتفاع الضغط الدموي يجعل النماذج الطبيّة التي تركّز على المرض غير ملائمة لتفسير تطور السيرورات المرضية له، لهذا يعتبر النموذج الحيوي –النفسي– الاجتماعي Le modèle Bio-Psycho-Social من بين النماذج الملائمة لدراسة هذه السيرورات.

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ينظر إلى الصحة والمرض نظرة تكاملية مما يجعله يدرس المرض من عدّة زوايا ويأخذ بعين الاعتبار العديد من الجوانب، ومن بين المتغيرات التي حظيت باهتمام كبير في السنوات الأخيرة في تفسير السيرورات المرضية الانفعالات وتسييرها، حيث ارتبطت

الانفعالات في العديد من الدراسات بالصحة والمرض خاصة الانفعالات السلبية مثل الغضب الذي ارتبط كثيرا بارتفاع الضغط الدموي، وما يجب التركيز عليه عند دراسة الانفعالات هو كيفية تسييرها لأنّها تحدد شدّة الانفعال وطريقة التعبير عنه، فالانفعال لا يشكل في حدّ ذاته خطرا على الصحة وإنّما كيفية تسييره من طرف الشخص أي شدّته، نوعه وطريقة التعبير عنه هو الذي يحدّد آثاره.

يهتم كذلك النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي بدراسة نوعية الحياة عند المرضى المزمنين المصابين بارتفاع الضغط الدموي والتي تعتبر عامل أساسي لفهم معاش المريض وإدراكه وتقييمه لحياته، كما تعتبر هذه الأخيرة هدف كل السياسات الصحية مادام لا يمكن علاج ارتفاع الضغط الدموي فعلى الأقل تحسين نوعية حياة المرضى حتى يتمكّنوا من التعايش مع مرضهم وما يترتّب عنه من تعقيدات وتغييرات في حياتهم. لذلك ادراج الانفعالات وتسييرها بين المتغيرات التي يجب دراستها ودراسة العلاقة بينها وبين نوعية الحياة عند المصابين بارتفاع الضغط الدموي أصبح أمر مهما لفهم مآل وتطور المرض وبناء برامج علاجية تتلاءم مع احتياجات المرضى.

لاحظنا من خلال عملنا لسنوات عديدة، كأخصائية نفسانية في عيادة متعددة الخدمات، أنّ أغلب مرضى ارتفاع الضغط الدموي يعاني من سرعة الاستثارة والغضب وما أثار اهتمامنا هو أنّ معظمهم يصرّح بعدم قدرته على التحكم في أعصابه وغالبا ما يلجأ الى السّب والشتم والضرب للتعبير عن هذا الغضب، عكس الانفعالات الايجابية مثل الحب والفرح التي غالبا ما تقمع تعبيراتها. لذلك أردنا من خلال هذه الدراسة البحث عن وجود علاقة بين الانفعالات وتسييرها ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي في المجتمع الجزائري.

2.الاشكالية

عرفت الصحة والمرض تغيرا معقدا في أنماطها ومحددات كل منها، كما تباينت مخلّفاتها الاجتماعية، الاقتصادية والديمغرافية، وهذا ما تحدثت عنه نظرية الانتقال الوبائي لـ عبد الرحيم عمران(1971) والتي أعاد صياغتها(1999) حيث تعتبر أنّ الأمراض المزمنة من أكثر أسباب الوفيات شيوعا.

تعتبر الأمراض الوعائية القلبية من بين الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في الجزائر فحسب فرطاقي وبراهمية (2015) نسبة الوفيات بسبب أمراض القلب والشرايين في الجزائر ارتفعت إلى غاية بلوغها في 2014 نسبة 41 % وقدرت في 2008 بـ 28 %اين احتلت أيضا المرتبة الأولى قبل السرطان الذي قدّر بـ 12% بينما لم تمثل في 1995 سوى16%.

و لقد كشف كل من المسح الجزائري لصحة الأسرة والمسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع (MICS4) في جزئهما الخاص بالأمراض المزمنة، ارتفاع نسبة الإصابة بالضغط الدموي من 22,4% سنة 2002 إلى 39,3 % في سنة 2012.(جباري،2022) كما أكد رئيس الجمعية الجزائرية لطب الشرايين الأستاذ منصور بروري على هامش يوم دراسي حول ارتفاع ضغط الدم الشرياني نظمته جمعية المصابين بهذا المرض أن35 % من الجزائريين الذين تتراوح أعمارهم من 35 سنة فما فوق يعانون من ارتفاع ضغط الدم الشرياني أي ما يمثل 7 ملايين مواطن. (نقلا عن غويني وعقون، 2023)

يعتبر ارتفاع الضغط الدموي أوّل عامل خطورة للأمراض الوعائية القلبية ويتسبب في عدد كبير من الوفيات يفوق التدخين، حيث يتسبب في وفاة مبكّرة لكل شخص من بين ثمانية أشخاص في العالم، كما يعتبر ارتفاع الضغط الدموي أوّل سبب للفحص الطبي العام في العالم. (Oufkir,2012,p12)

حسب تايلور (2008) العديد من الأدلّة الحديثة تشير إلى أنّ الانفعالات السلبية بما فيها القلق والاكتئاب تشكّل عوامل خطورة للإصابة بارتفاع الضغط الدموي، كما أوضحت الدراسات أنّ هناك علاقة بين قمع الانفعال (التثبيط الواعي للتعبيرات الانفعالية أثناء نوبة انفعالية) وارتفاع التنشيط السمبتاوي للجهاز الوعائي القلبي. كما تشير الدراسات التي أجريت حول قمع الشعور بالغضب إلى أنّ ارتفاع ضغط الدم يرتبط بكل من الانفعالات السلبية، الاندفاعية والمستويات المتدنية للتعبير عن الانفعالات.

دراسة الميكانيزمات الفيزيولوجية المرضية لارتفاع الضغط الدموي في الوضعيات الضاغطة يسمح بكشف الدور الكبير الدي تلعبه شدّة الانفعالات في ظهور الأعراض الاكلينيكية له، و هذا ما توصلت إليه دراسة Diamond (1982) حول دور الغضب والعداء في ظهور ضغط الدم الأساسي والأمراض القلبية الشريانية التاجية، حيث بيّنت الدراسة وجود ارتباط بين كل من الغضب والعداء بضغط الدم الشرياني، كما توصلت الى أنّ مرضى القلب ومرضى ارتفاع ضغط الدم الشرياني أكثر عدوانية وميل للتنبيه الانفعالي، وعندما يتم إنكار مشاعر الغضب والقلق أو قمعها، فإنّ ذلك يؤدي إلى تغييرات فيزيولوجية ليصبح الجهاز العصبي السمبتاوي في حالة نشاط شديد وكلما زاد القلق والغضب والتوتر زاد النشاط. كما توصل Morrison (1990) إلى وجود علاقة بين ارتفاع ضغط الدم والألكستيميا، (نقلا عن نايت عبد السلام، 2018) فإذا كانت الانفعالات قوية متكررة ومستمرة ولم يستطع الفرد التحكم فيها، قد يؤدي ذلك الى اضطراب ايقاع القلب وبذلك اصابة القلب والاوعية أو زيادة تفاقم أعراض مرض وعائي قلبي، فالقلب يتفاعل مع الانفعالات والهرمونات التي تتواجد في الجسم. لهذا لقيت دراسة الانفعالات اهتماما كبيرا في السنوات الاخيرة خاصة بعد تطور مجال الطب

والعلوم العصبية، والذي سمح بكشف مسارات عصبية تتدخل في حدوثها، ويتجلى هذا الاهتمام في عدّة نقاط منها

دراسة ومحاولة وصف وفهم السيرورات الانفعالية من حيث نوعية الانفعالات أو الوقع العاطفي tonalité affective لها، كذلك المعاش والمعالجة العاطفية. أصبح التقييم النفسي والتشخيص يأخذان بعين الاعتبار الانفعالات من خلال تقييم الخصائص المختلفة للمعالجة الانفعالية للشخص مثل المعاناة من مشاكل في تسيير أو ضبط الانفعالات. كما أنّ التدخل يرتكز على المعالجة الانفعالية أو يهدف إلى تغييرها، فالعديد من التدخلات النفسية تسمح بتغيير الانفعالات أو المعالجة العاطفية للفرد سواء كمرحلة وسطية أو كهدف في حدّ ذاته. (Reicherts et al.,2012 ,pp.9.10)

حسب Antonio Damazio في كتابه le sentiment de soi même الانفعالات عبارة عن "أفعال يترجم البعض منها بعضلات الوجه مثل التعبيرات الوجهية أثناء الفرح و الغضب، أو الجسم مثل الهروب أو الوقفة العدوانية، و البعض الآخر يترجم بأفعال داخلية مثل الهرمونات و ضربات القلب والتنفس، وبذلك فالانفعالات عامة يمكن قياسها".(تقلا عن Lotstra,2002) والانفعالات الايجابية أو السلبية لا تشكل في حد ذاتها عامل خطورة على صحة الفرد النفسية والجسدية، وإنّما الخطر يكمن في عدم قدرة الفرد على تسييرها بشكل فعّال، يسمح له بالتخفيف من آثارها السلبية على صحته النفسية والجسدية، لذلك يعتبر تسيير الانفعالات من المفاهيم المهمّة التي نالت حيزا كبيرا في البحث العلمي في ميدان الصحة والمرض.

يعرّف Gross (1998) التسيير الانفعالي Régulation émotionnelle على أنّه "المسارات التي يقوم الافراد عن طريقها بالتأثير على انفعالاتهم، وكيف يحسّون ويعبّرون عن هذه

الانفعالات"(نقلا عنKorb,2014)، من هنا يتبيّن أنّ تسيير الانفعالات يتدخّل في كل مستويات المسار الانفعالي سواء في حالة الانفعالات السلبية أو الايجابية، وهو عبارة عن المسارات الداخلية والخارجية المتدخّلة في ظهور، الحفاظ، وتعديل سيرورة وشدّة و/أو التعبير عن الانفعالات، تظهر هذه المسارات بشكل آلي أو متحكم فيه بهدف التأثير على الانفعال من حيث نوعه، الوقت الذي يظهر فيه، الطريقة التي يشعر به الفرد ويعبّر عنه. الانفعال لا يرتبط بالموقف في حد ذاته، وإنما بإدراك وتقييم الفرد للموقف، وهذا ما يحدد الانفعال، ومن هنا يتضح أن تغيير الإدراك يسمح بتغيير الانفعال، وتشير استراتيجية إعادة التقييم المعرفي إلى سياق معرفي يتم من خلاله تقييم الموقف من أجل التخفيف أو الزيادة في شدّة الانفعال أو تغيير نوعه، فهي استراتيجية متمركزة على سوابق الاستجابة الانفعالية، أمّا قمع التعبيرات فيعمل على تنظيم مظاهر الانفعال كتعابير الوجه، وضعية الجسم، والصوت، لكن حذف المكون التعبيري للانفعال لا يغير شيء في المكونات الأخرى، حيث أنّ شدّة الانفعال لا تنخفض، وفي الحقيقة التنشيط الفيزيولوجي في هذه الحالة يزيد. قمع التعبيرات يتمثل في تثبيط التعبير عن الانفعالات، أي تغيير الإجابة الانفعالية بعد ظهورها، فهذه الاستراتيجية تتدخل في وقت متأخر نسبيا في التسلسل الانفعالي، وتعمل هذه الاستراتيجية على الخفض من التعبير السلوكي للانفعالات السلبية والإيجابية.

العديد من الباحثين ربطوا بين التغيرات في ايقاع القلب variabilité du rythme cardiaque بمسارات انفعالية عديدة منها التسيير الانفعالي (Berna,2015) الذي يعبّر عن السيرورات التي يؤثر من خلالها الفرد على انفعالاته، متى تظهر، كيف يعايش التجربة الانفعالية، وكيف يعبّر عنها، وهي تلعب دورا مهما في مسار ظهور وتطور مرض ارتفاع الضغط الدموي

كالأعراض الجسدية، تفاقم المرض، والامتثال للعلاج، ولهذا السبب تعتبر دراسة تسيير الانفعالات في هذا المجال ذات أهمية كبيرة.

لدراسة العلاقة بين تسيير الانفعالات وإيقاع القلب قام Guillaume Berna (2014) بدراسة بعنوان Effects of emotion regulation difficulties on the tonic and phasic cardiac autonomic response على عينة مكونة من 63 فرد باستعمال مقياس تسيير الانفعالات DERS و النموذج المصغّر له ، ثم قام بقياس ضربات القلب ، توصل إلى أنّ الافراد الذين يعانون من صعوبات أقل في تسيير انفعالاتهم أظهروا انخفاض في تغير ايقاع القلب خلال مرحلة الاستثارة الانفعالية ثم ارتفاع الايقاع إلى المستويات القاعدية، أمّا الافراد الذين يعانون من صعوبات كبيرة في تسيير انفعالاتهم فلم يستطيعوا استرجاع المستويات القاعدية لإيقاع القلب بل بقيت مماثلة لمرحلة الاستثارة الانفعالية، الاستجابة الدفاعية في هذه المجموعة كانت تكيفية لكن استمراريتها بعد اختفاء المنبه جعلها تصبح غير تكيفية، و هذا يشير إلى استعداد للإصابة بالأمراض النفسية أو القلبية، كما أنّ التغيرات في ايقاع القلب مؤشر لخطر الاصابة باحتشاء عضلة القلب Infractus du Myocarde .

وتشير دراسة Mostofsky و آخران (2014) الى أنّ خطر الاصابة باحتشاء عضلة القلب أو تناذر تاجي حاد بعد ساعتين من نوبة غضب شديدة يكون خمس مرات أكثر، وخطر الحادث الوعائي الدماغي بثلاث مرات، كما ترفع خطر الاصابة باضطراب ايقاع البطين Arythmie ventriculaire وهذا الخطر يزداد إذا كان هؤلاء الافراد يعانون من سوابق لأمراض وعائية قلبية أو في حالة تكرار نوبات الغضب.(نقلا عن Berna,2014)

كما قامت Elena Pervikoوآخران (2013) بدراسة خصائص التسيير الانفعالي في الوضعيات الضاغطة عند المصابين بارتفاع الضغط الدموي، تكونت عينة الدراسة من 170 مريض و80 شخص غير مصاب. بيّنت النتائج أنّ 52,3% من مجموعة المرضى أظهروا ارتفاع في مستوى القلق خلال التجربة ما أدى إلى اضطراب السلوك وكان مصاحبا بتغيرات انفعالية وسلوكية، كما تميّزت هذه المجموعة بانفعالية ملحوظة وضعف في التحكم الانفعالي كما أظهروا ارتفاع أقل في مستويات الضغط الدموي مقارنة بالنسبة المتبقية من المرضى، أما 47,7 % من مجموعة المرضى أظهروا ارتفاع معتبر في الضغط الدموي الانقباضي، وارتفاع السلوكيات غير اللفظية وانخفاض مستوى استجابات القلق، كما لوحظ عندهم الاتجاه نحو انكار الأثر النفسي الصدمي للوضعية أي أنّ هذه المجموعة تتجه إلى استعمال ميكانيزم الإلغاء والانكار في الوضعيات التي تسبب القلق وقمع الانفعالات التي تثيرها الوضعية الضاغطة والتي لا تتماشى مع وجهة نظرهم حول السلوكيات الاجتماعية المرغوبة. كما توصّلوا إلى أنّ ميكانيزم القمع الانفعالي هو الخاصية الغالبة في الميكانيزمات الدفاعية والتسيير الانفعالي عند المصابين بارتفاع الضغط الدموي.

كما أنّ هناك دراسات حاولت الكشف عن الفروق في استعمال استراتيجيات تسيير الانفعالات تبعا للجنس و السّن من بينها دراسة Zimmermann و Iwanski (2014) و التي هدفت إلى فحص الفروق بين الجنسين في استراتيجيات تسيير الانفعالات لثلاثة انفعالات هي الحزن، الخوف و الغضب من المراهقة المبكرة حتى مرحلة الرشد. وأظهرت النتائج وجود تغيرات نمائية في استخدام استراتيجيات التسيير الانفعالي حيث أشارت إلى وجود أتجاه عام لزيادة التسيير التكيفي، حيث تتّسم المراهقة المبكرة بقدر قليل من استراتيجيات تسيير الانفعال لدى الجنسين، وأنّ القدرة على تسيير الانفعالات تتمايز بعد ذلك مع وجود فروق بين الجنسين في استخدام تلك الاستراتيجيات حيث أنّ

الإناث يستخدمن استراتيجيات المساندة الاجتماعية والتأمل والتحكم بشكل متكرّر في حين أن الذكور يستخدمون التجنب بشكل سلبي، ومع تزايد العمر وفيما يتعلق باستخدام إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات لم توجد هناك أدلة على وجود اختلاف بين الجنسين.

تعتبر محاولة تحسين نوعية حياة المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي من بين أهداف علم النفس الصحي ومن بين ما تسعى إليه البلدان حاليا، وارتفاع الضغط الدموي كغيره من الأمراض المزمنة يلازم الفرد طوال حياته ويدخل في تفسير ظهوره وتطوره عدّة عوامل طبية، نفسية واجتماعية، لذلك فإنّ تقييم نوعية الحياة يتطلّب الأخذ بعين الاعتبار العديد من الجوانب الحياتية للمرضى وتعتبر دراسة الانفعالات وتسييرها وكيفية تأثيرها على الصحة والمرض مهم جدا في دراسة وتقييم نوعية الحياة حتى نتمكن من تحسينها.

حسب منظمة الصحة العالمية [OMS]نوعية الحياة هي" إدراك الفرد لمكانته في الحياة، في السياق الثقافي ونظام القيم الذي يعيش فيه، في علاقة مع أهدافه، توقعاته، معاييره ومخاوفه". (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et service sociaux et médicaux sociaux [Anesm] ,2011)

هذا يعني أنّ نوعية الحياة عبارة عن حقل مفاهيمي واسع يضّم بطريقة معقدة الصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، درجة استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، معتقداته الشخصية وعلاقته مع خصوصيات محيطه. (Ferron,2011,p.6)، من هنا لا يمكن اعتبار الجانب الجسدي المعيار الوحيد الذي يعبّر عن نوعية الحياة بل هي مركّبة من عدّة عوامل أخرى كالجانب النفسي والعلائقي، وهذا التعريف يحمل أيضا كلمة "إدراك" أي أنّ كل هذه العوامل تترابط في ظل إدراك الفرد لها فهو الذي يقيّم نوعية حياته.

في هذا السياق توصلت دراسة حول ارتفاع ضغط الدم إلى أنّه على الرغم من أنّ 100% من الاطباء ذكروا أن نوعية حياة مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم إلاّ أنّ نسبة من أيّد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50% ولم يؤيده أيّ من المحيطين بالمريض. (تايلور،2008، ص.515)

وتوصلت دراسة يوسف الحبش (2003) بخصوص مرضى ضغط الدم إلى وجود ارتباط بين الإصابة بمرض ضغط الدم ونوعية الحياة، فيما لا توجد فروق تعزى لمتغير الجنس. أما دراسة Ahsubratyو آخرون (2004) عند مرضى القلب فتوصلت إلى أنّ نوعية الحياة مرتفعة لديهم وأنّ ثمة فروقا لصالح الذكور في نوعية المجال النفسي، الاستقلال، والبيئة.

تشير دراسة جمال كريم شاكر (2015) حول تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري وارتفاع الضغط الدموي، إلى أنّ نوعية الحياة لدى المرضى كانت منخفضة وأنّ نوعية الحياة لدى الاناث وكبار السّن كانت أسوء. أما دراسة شادية عمر آدم مسرة (د.ت) فلقد أظهرت أنّ مرضى ارتفاع الضغط الدموي يتمتعون بمستوى مرتفع من نوعية الحياة، وأنّه لا توجد فروق تعزى لمتغيرات الجنس، السّن. (نقلا عن شلابي وبورنان،2021) أما نتائج دراسة Khalilو Zaben (2019) في البيئة الأردنية فتشير إلى أنّ مرضى متلازمة الشريان التاجي الحادة يعانون من انخفاض نوعية الحياة في المجالات الثلاثة الأداء الجسدي والانفعالي والاجتماعي، وتعتبر التدخلات الصحية ضرورية لتحسين نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى.

كما توصلت دراسة سايل وقلاتي (2021) والتي أجريت على 32 مريض مصاب بأمراض قلبية أنّ نوعية الحياة لدى مرضى القلب متوسطة بشكل عام في بعديها الاجتماعي والانفعالي بينما تبدو أقل من المتوسط في بعدها الجسدي. أما دراسة الجابري وآخرون (2017) التي هدفت إلى

وصف نوعية الحياة للمرضى الذين يعانون من متلازمة الشريان التاجي الحادة في الأردن، أجريت على عينة متكونة من 372 مريضا في ستة مستشفيات مختلفة في مدينة عمان، بيّنت النتائج أنّ متوسط درجة نوعية حياة المرضى لجميع المجالات منخفض.

يرى رجب (2018) أن درجة الشعور بجودة الحياة لدى الفرد مرتبطة بالنمو الانفعالي وبقدرته على التحكم في المشاعر السلبية لديه، والتكيف مع الضغوط التي تواجهه، كما أنّ استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات مرهون بخبرة الفرد و قدرته على تسيير انفعالاته بطريقة جيدة ومناسبة مع الحدث الضاغط، و هذا ما توصلت إليه دراسة Nikmanesh و آخرون (2017) حيث بيّنت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تسيير الانفعالات والأبعاد الوظيفية والعامة لنوعية الحياة، كما تتفق كذلك مع نتائج الدراسة التي أجراها Peters et al سنة 2018 والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاستراتيجيات اللاتكيفية لتسيير الانفعالات ونوعية الحياة.

في ظل قلّة الدراسات العربية والأجنبية في حدود علم الباحثة التي ربطت بين التسيير الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بارتفاع الضغط الدموي سوف نحاول في هذه الدراسة الكشف عن نوعية استراتيجيات التسيير الانفعالي التي يستعملها المرضى وما مستوى نوعية الحياة عندهم والبحث عن وجود علاقة بينهما. لذلك طرحنا التساؤل التالي:

هل توجد علاقة ارتباطية بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي؟

والذي تفرعت منه الاسئلة الجزئية التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات اعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي؟

2. هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات قمع التعبيرات الانفعالية ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي؟
3. هل توجد فروق دالة احصائيا في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن؟
4. هل توجد فروق دالة احصائيا في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن؟
5. هل توجد فروق دالة احصائيا في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس؟
6. هل توجد فروق دالة احصائيا في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس؟
7. ما مستوى نوعية الحياة لدى أفراد عينة مرضى ارتفاع الضغط الدموي؟
8. هل توجد فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن؟
9. هل توجد فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس؟
10. أيّ بعد من أبعاد نوعية الحياة الأكثر انخفاضا لدى أفراد عينة مرضى ارتفاع الضغط الدموي؟

3.فرضيات البحث

تمت صياغة الفرضية العامة كالآتي:

توجد علاقة ارتباطية بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.

وقمنا بصياغة الفرضيات الجزئية كالتالي:

1. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.
2. توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة احصائية بين استراتيجية قمع التعبيرات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.
3. توجد فروق ذات في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن.
4. توجد فروق في استراتيجية قمع التعبيرات لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن.
5. توجد فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس.
6. توجد فروق في استراتيجية قمع التعبيرات لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس.
7. يتمتع أفراد عينة مرضى ارتفاع الضغط الدموي بمستوى منخفض من نوعية الحياة.
8. توجد فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن.
9. توجد فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس.

10. يعد البعد النفسي أكثر أبعاد نوعية الحياة انخفاضا لدى أفراد عينة مرضى ارتفاع الضغط الدموي

4.أهداف البحث

يهدف البحث الحالي الى محاولة فهم الجوانب الحياتية لمرضى ارتفاع الضغط الدموي النفسية، الجسمية، العلائقية والانفعالية والتعرف أكثر على العوامل التي تؤثر على نوعية حياتهم باختلاف السّن والجنس ومدّة الاصابة. هذا من خلال:

1. معرفة العلاقة بين اعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي.
2. معرفة العلاقة بين قمع التعبيرات الانفعالية ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي.
3. البحث عن فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغير السّن.
4. البحث عن فروق في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغير السّن.
5. البحث عن فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغير الجنس.
6. البحث عن فروق في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغير الجنس.
7. التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي.

8. البحث عن فروق في مستويات نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغيرات السّن.
9. البحث عن فروق في مستويات نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزي لمتغيرات الجنس.
10. التعرف على أيّ أبعاد نوعية الحياة انخفاضا لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.

5.أهمية البحث

يعتبر مرض ارتفاع الضغط الدموي من بين الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا مؤخرا والتي تؤدي إلى ارتفاع نسبة الوفيات في العالم بسبب التعقيدات التي تنجم عنه، ورغم التطور الذي حققه العلم في مجال العلاج الدوائي لهذا المرض إلاّ أنّ ذلك ليس كافيا للسيطرة عليه، لأنّ هناك عدّة عوامل تتدخّل في ظهوره وتطوره مثل الانفعالات خاصة السلبية منها مثل الغضب، تكمن أهمية هذه الدراسة في:

– دراسة الانفعالات وتسييرها يعتبر مهم جدا من أجل معرفة تأثير هذ الاخيرة على المريض ونوعية حياته بما انّ تحسين هذه الأخيرة يعتبر الهدف من الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى.

– تسليط الضوء على متغير نوعية الحياة كونها تلم بكل الجوانب الحياتية للمريض النفسية، الجسمية والعلائقية.

– فهم العلاقة بين تسيير المريض لانفعالاته ونوعية حياته يفتح الباب لبرامج علاجية تأخذ بعين الاعتبار متغير الانفعالات وتسييرها وذلك من حلال تدريب المرضى على تسيير وادارة انفعالاتهم من أجل تكفل أفضل بمرضى ارتفاع الضغط الدموي وتحسين نوعية حياتهم.

6.التعريف الاجرائي للمفاهيم

1.6.تسيير الانفعالات

تعددت تعريفات التسيير الانفعالي لأنّه مفهوم معقد، لكن في هذه الدراسة سنستعمل التعريف الذي قدّمه Gross، والذي يعرّفه على أنّه:" السيرورات التي يؤثر بها الأفراد على انفعالاتهم، وكيف يشعرون ويُعبّرون عن هذه الانفعالات". (Gross,1998b,p.275) وذلك حسب الدرجة التي يحصلون عليها في استبيان Gross &John لتسيير الانفعالات Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) والذي يتكون من بعدين.

أ. بعد إعادة التقييم المعرفي الذي يمثل حسب Gross (1998b) تغيير الوضعية معرفيا من أجل تغيير التأثير الانفعالي لها، ويشمل البنود التالية: 1،3،5،7،8،10 .

ب. بعد قمع التعبيرات الانفعالية الذي يمثل حسب Gross و Levenson (1993) الكفّ الواعي للاستجابة الانفعالية أثناء حالة التنشيط الانفعالي، فهو يحمل أكثر من غياب للانفعال و تعبيره، لكن يعبّر عن مجهود هدفه التّحكم في التعبير الانفعالي ، ويشمل البنود: 2،4،6،9.

2.6.نوعية الحياة

مفهوم نوعية الحياة يحمل عدّة تعريفات حسب مجال الدراسة، والتعريف المعتمد في هذه الدراسة هو تعريف منظمة الصحة العالمية (1998) الذي يتمثل في" إدراك الفرد لمكانته في الحياة، في السياق الثقافي ونظام القيم الذي يعيش فيه، في علاقته مع أهدافه، توقعاته، معاييره، ومخاوفه"(p.19) وذلك حسب الدرجة التي يحصلون عليها في مقياسWHOQOL bref و الذي يتكون من أربعة أبعاد حسب اليامي (2021):

البعد الجسدي يحتوي على (07) بنود وهي: 3، 4، 10، 15، 16، 17، 18 وتمثل: الأنشطة الحياتية اليومية، الاعتماد على العقاقير الطبية، القوة والإجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، القدرة على العمل.

البعد النفسي يحتوي على (06) بنود وهي: 5، 6، 7، 11، 19، 26 وتمثل: صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، التفكير والتعليم، التذكر والتركيز.

بعد العلاقات الاجتماعية ويحتوي على (03) بنود وهي: 20، 21، 22 وتمثل: العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، والنشاط الجنسي.

بعد البيئة ويحتوي على (08) بنود وهي: 8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25 وتمثل: الموارد المادية، الحرية، الأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية من حيث التوافر والجودة، والبيئة الأسرية، الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات، والاشتراك وإتاحة الفرصة للإبداع والأنشطة الترفيهية، والبيئة الطبيعية وما تتضمنه من تلوث وضوضاء ومناخ، ووسائل النقل

الصحة العامة ونوعية الحياة الكلية ويحتوي على بندين وهماا: 1، 2

الفصل الأول

تسيير الانفعالات

تمهيد

الانفعالات تعتبر محور وموضوع التسيير الانفعالي لذلك لا يمكن الحديث عن التسيير الانفعالي دون الحديث عن الانفعالات، ولقد عرف مفهوم الانفعالات والسيرورات العاطفية خلال السنوات الأخيرة قفزة كبيرة إذ أصبح يعترف به بشكل كبير في ميادين البحث المختلفة في ميادين علم النفس منها علم النفس الصحة. توصّلت العديد من الدراسات إلى أهمية الظواهر الانفعالية في فهم المعاش النفسي للفرد، وكذلك الدور الذي تلعبه في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية والجسمية. لذلك فإن التدخل النفسي خاصة في علم النفس الصحة سواء في الوقاية أو العلاج يلجأ إلى تقنيات تتدخل على المستوى الانفعالي. سنتناول في هذا الفصل مفهوم الانفعالات من حيث التعريف والنظريات وكذلك المراكز العصبية التي تتدخل في ظهورها، ثم ننتقل إلى التسيير الانفعالي وتعريفه، أنواعه كذلك القواعد العصبية التي تتدخل في عملية التسيير وأخيرا أثره على الفرد وعلاقاته.

1.الانفعالات

1.1.تعريف الانفعالات

إعطاء تعريف موّحد وشامل للانفعالات أمر صعب جدّا نظرا لتعقيد الظواهر الانفعالية إضافة إلى اختلاف وجهة نظر الباحثين في هذا المجال.

يقول James Lange أنّ "التغيرات الجسمية هي أساس نشأة الانفعال وسبب حدوثه، وأنّ مصدره يكمن في مجموعة من التغيرات التي تحدث على مستوى الجهاز العصبي المحيطي". (نقلا عن Sander et Scherer,2014 ,p.9) ومن هذا المنطلق سميت نظريته بالنظرية المحيطية Périphérique.

باعتبار الانفعالات استجابة فيزيولوجية وردود أفعال للجهاز العصبي المحيطي يمكن قياس هذه الاستجابة بتحليل نبض القلب.(Niedental et al.,2009a) ، و هي نفس المعطيات التي أكّد عليها في كتابه مبادئ علم النفس و في مقاله ما هو الانفعال؟، إذ نجده قد أشار رفقة Carl Lange (1885) الى أنّ تجربة الانفعال هي أولا تجربة التغيرات الجسمية و الفيزيولوجية التي تصاحبه (نقلا عنNugier,2009) أي أنّ الوعي بالتغيرات الفيزيولوجية و الجسمية يشكّل في حدّ ذاته الانفعال (Channouf et Rouan,2002)

حسب James تشكّل هذه الاستجابات الجسمية التي ترافق الانفعال نوعا من الاستعداد للاستجابة بطريقة خاصة عند الاحتكاك بجوانب معينة من المحيط، إذ في تصوره كل الاستجابات الجسمية قابلة بأن تتحول إلى انفعالات. (نقلا عنNugier,2009)

الانفعال مجموعة من التغيرات المعرفية، الذاتية، الفيزيولوجية والحركية التي تنشأ من قناعة واعية أو لا واعية أنّ منبها ما يحمل قيمة إيجابية أو سلبية في سياق خاص وتماشيا مع الاهداف الحالية للفرد، هذا المنبه قد يكون داخلي أو خارجي، وقد يحمل قيمة فطرية أو مكتسبة أي أنّ التقييم

هو أساس الانفعال. الانفعال يمكن أن يؤثر على الفرد أو المحيط (من خلال سلوك الفرد)، كما يؤدي إلى حالة من "أحسن لي" أو " أقل سوءا لي" مثلا الخوف يحفز الابتعاد عن وضعية مضرّة بالفرد والسعادة تؤدي إلى تكرار الفعل. من هذا المنطلق يمكن وصف الانفعال على أنّه تسلسل إدراك – تقييم – سلوك (perception- évaluation- action). (Etkin et al.,2015)

كما يعّرف الانفعال على أنّه نوبة تستدعي تغيّر ملحوظ في توظيف الفرد، يفجّرها حدث معيّن يمكن أن يكون خارجي مثل سلوك الآخرين أو داخلي مثل الأفكار والذكريات.(Wranik,2014)

يعتبر Gross و Keltner(1999) الانفعالات على أنّها أنماط بيولوجية قائمة على الإدراك، والتجارب، والفيزيولوجيا، والأفعال، والتواصل، تتصف بمدّة زمنية محددة وقصيرة، وهي تحدث كاستجابة لتحديات وفرص مادية اجتماعية معيّنة.

أغلبية النظريات الحديثة في ميدان الانفعال تعتبر أن الانفعالات مركبة ومتعددة المكونات تتضمن سيرورات معرفية، وتنشيط فيزيولوجي، وتعبير حركي، والشعور الذاتي وكذلك الميل نحو الفعل.

من هذه التعاريف يمكن استنتاج أنّ الانفعال عبارة عن تغير مفاجئ وسريع في توظيف الفرد من الناحية المعرفية، والفيزيولوجية، والسلوكية يظهر على شكل تعبيرات جسمية مثل تعبيرات الوجه، أو زيادة نبض القلب، أو التعرق وغيرها. الانفعال غالبا ما يكون مرتبطا بعامل مفجّر سواء داخلي متعلّق بالفرد نفسه أو خارجي متعلق بالمحيط الذي يعيش فيه. هذا يعني أنّه يجب النظر إلى الانفعالات على أنّها ظواهر معقدة يجب دراسة مكوّناتها ووظائفها على المستوى الفردي والاجتماعي. الانفعالات ليست سلبية أو ايجابية بحدّ ذاتها، وإنّما توافق التقييم والانفعال الذي يولّده والمرتبط بسياق ما يتوقف على تكيّفية الانفعال مع صحة ورفاهية الفرد، وكذلك القبول الاجتماعي له.

2.1.الانفعال والمفاهيم المتصلة به

هناك العديد من المفاهيم التي لها صلة بمفهوم الانفعالات ومن بينها

1.2.1.الانفعال والشعور

عرّف Gendron (2010) الانفعال على أنّه "حالة قصيرة المدى تتميز بانقطاع مفاجئ ومؤقت للاعتدال أو الاتزان الانفعالي".(p.333) في حين أنّ الشعور يعتبر مكّونا من مكوّنات الانفعال إضافة إلى مكونين آخرين، وهما الاستجابة النفسية الفيزيولوجية والتعبير الحركي، يمكن كذلك إضافة الاتجاه نحو الفعل، والمكون الخامس هو التقييم المعرفي.(Sande et scherer,2014)

بالنسبة لـ Joseph Le Doux (1998) الانفعال والشعور ممتزجان "الانفعال هو تجربة ذاتية، غزو للوعي، شعور" (Lotstra,2002,p.74)، في حين، لم يتفق Antonio Damazio وما قدّمه Le Doux، إذ يرى أنّ الانفعال والشعور مختلفان ويجب التمييز بينهما، اذ قال " الانفعالات هي أفعال، البعض منها يترجم بعضلات الوجه مثل التعبيرات الوجهية أثناء الفرح والغضب... أو من خلال الجسم مثل الهروب أو الوقفة العدوانية، والبعض الآخر يترجم بأفعال داخلية مثل الهرمونات وضربات القلب وعمل الرئتين، وبذلك فالانفعالات عامة يمكن قياسها ودراستها. وعكس ذلك، فان المشاعر هي ذاتية وشخصية يشعر بها الفرد فقط، فهي ليست أفعال وإنما أفكار". (نقلا عن Lotstra,2002,74)

الانفعال والشعور لا يمكن اعتبارهما كمترادفين كما يقول Damazio، إذ أنّ الانفعال لا يعبّر فقط على الجانب الذاتي الذي يشعر به الفرد والذي لا يمكن ملاحظته أو قياسه إلاّ من خلال تعبيره عنه، وإنّما يشمل كذلك على جانب ملاحظ ويمكن قياسه يتمثل في الاستجابات الفيزيولوجية

وتعبيرات وسلوكيات الفرد. أما الشعور فهو مجموع الافكار التي تجول ذهن الفرد عندما يكون أمام منبه انفعالي وبذلك فهي غير ملاحظة ولا يمكن قياسها.

2.2.1.الانفعال والمزاج

يمكن تعريف الانفعال على أنّه "تغيير مؤقت في مكوّنات عديدة من الجسم كاستجابة لأحداث تقيّم على أنّها مهمة له، وهو عملية ديناميكية في مدّة زمنية قصيرة، وهذا ما يجعلنا نُميّز الانفعال عن المزاج" (Sander et Scherer,2014,p.10)، الذي يعبّر عن حالة عاطفية ضعيفة الشدّة وطويلة المدى عموما، وبدون سبب محدد. (Wranik,2014)

كما أن الانفعال يكون دائما مرتبط بموضوع مفجّر، حتى وإن كان الموضوع غير مدرك على مستوى الوعي (Sander et Scherer,2014) ، لذلك الاختلاف بين الانفعال والمزاج يكمن أساسا في المدّة والشدّة، إذ أنّ الانفعال يدوم لوقت قصير رغم شدّته القوية، أما المزاج فهو طويل المدى في حين شدتّه تكون أخفّ من الانفعال.

3.2.1.الانفعال والعاطفة

تستعمل كلمة العاطفة للتعبير عن الانفعال والمزاج، وتعبّر خاصة عن شعور مريح أو غير مريح بالمعنى الواسع للكلمات، أو عن سمة شخصية، أو عن اتجاه.(Wranik,2014)

3.1.مكونات الانفعال

أغلبية المختصين الحاليين في العلوم العاطفية les sciences affectives يجمعون على وجود ثلاث سيرورات مختلفة في نشأة الانفعال وهي:

1. السيرورات الفيزيولوجية العصبية والفيزيولوجية (مثلا التعرق، ضربات القلب ...)
2. السيرورات السلوكية والتعبيرية (مثلا التعبيرات الوجهية)

3. السيرورات المعرفية والتجربة الذاتية (مثلا الشعور بالحزن)

لكن هناك اختلافات بين الأشخاص في سيرورات المعالجة العاطفية، وكذلك طريقة الانتباه إلى التجارب الانفعالية أو التركيز على إحدى مكوناتها، أو التعبير وتسيير الانفعالات. (Zimmermann et Salamin ,2012)

4.1.نظريات الانفعال

رغم تعدد النظريات في مجال الانفعالات إلاّ أنّ هناك ثلاث نظريات مهمّة وهي النظريات التطوّرية les théories évolutionnistes، النظريات المعرفية للتقييم les théories cognitives d'évaluation، والنظريات البنائية les théories constructivistes.

1.4.1.النظريات التّطورية

1.1.4.1.وجهة نظر داروين

لقد أثّر كثيرا كتاب Darwin (1872) تحت عنوان التعبير عن الانفعالات عند الانسان والحيوان على البحث في مجال الانفعالات، اذ أنّه يعتبرها عالمية وتكيّفية، ومنذ السّتينات تكلّم العديد من الباحثين أمثال Paul Ekman و Sylvan Tompkins عن عالمية بعض الانفعالات فيما يسمونه الانفعالات الاولية أو الانفعالات القاعدية وهي متعلقة مباشرة ببقاء واستمرارية النوع البشري، والانفعالات لها دور تكيفي بحيث أنها تلعب دور اشارة للجسم فيما يخصّ الاحداث المحيطة به. (نقلا عن Nugier,2009)

2.1.4.1. وجهة نظر جيمس

خلال (1880) ظهرت أوّل نظرية علمية للبعد النفسي للانفعالات باقتراحات الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي James (1884-1886)، وعالم التشريح الدانماركي Lange (1885) وعالم النفس الاسترالي Sutherland (1898)، حيث قدّموا فكرة أنّ التغيرات الفيزيولوجية- الجسمية

والسلوكية ليست نتيجة الانفعال كما هو معروف في التّصورات الكلاسيكية لكن تعتبر السبب في حدوثه.(Channouf et Rouan,2002) و لكل انفعال مجموعة خاصة من التغيرات الفيزيولوجية. (Coppin et Sander,2010)

سمّيت هذه النظرية بنظرية James-Lange أو النظرية المحيطية، انتقدت خاصة من طرف Cannon (1927) الذي يقول أنّ "استجابات العضوية مثل زيادة ضربات القلب والتعرّق ليست مختلفة بما يكفي حتى تثير انفعالات مختلفة".(Bastien et Bastien-Toniazzo, 2002)

سمي توجّه Cannon بالتوجّه المركزي للانفعال حيث يقول أنّ "ظهور انفعال معيّن يحدّد بمعالجة منبّه ما على مستوى الجهاز العصبي المركزي".(Coppin et Sander,2010,p.2) ، ويعتبر أنّ" جهاز المهاد thalamus (الجهاز العصبي المركزي) هو المسؤول عن نشأة الانفعال وليس الاستجابات الإعاشية الناتجة عن الجهاز العصبي التلقائي". (Nugier,2009,p.10) واستنتج أنّ الاستثارة الفيزيولوجية وتجربة الانفعال يحدثان في نفس الوقت لكن بطريقة مستقلة. (Bastien et Bastien-Toniazzo,2002)

2.4.1.النظريات المعرفية التقييمية

التوجه التّطوري يربط بين الانفعالات والتكيّف البيولوجي، في حين النظريات التقييمية تربطها بسيرورات معرفية حالية لتقييم المعنى، والعزو السببي والقدرة على مواجهة الأحداث. (Niedental et al.,2009a)

يعتبر هذا المنظور السائد في دراسة الانفعالات ولقد ظهرت نظرية التقييم المعرفي في بداية الستينات في أعمال Magda و Richard Lazarus، اللذان يعتبران الأوائل في استعمال مفهوم التقييم Apraisal لتفسير الاختلاف النوعي في الانفعالات (نفس الحدث يثير عدة انفعالات مختلفة عند مجموعة من الأشخاص أو عند نفس الشخص في أوقات مختلفة). (Nugier, 2009)

النظريات المعرفية الحديثة للتقييم لا تهتم بالتنشيط الفيزيولوجي غير المفسّر وإنّما بالانفعالات الناتجة عن سيرورات تقييم معنى الأحداث وعزو أسباب لهذه الأحداث.(Niedental et al.,2009a) ،حسب هذا الاتجاه الانفعالات التي نشعر بها راجعة الى التقييم الشخصي الذي نعطيه للوضعية التي نتواجد فيها، فالانفعالات تنشأ و تتمايز على أساس التقييم الذاتي ، المباشر، الآني، الحدسي و الواعي أو اللاواعي لمجموعة من أبعاد الوضعية التي تكون مهمّة للفرد. (Nugier,2009)

تمّ التّحدث عن دور الجانب المعرفي في تمايز الانفعالات في دراسة معروفة Schachter وSinger (1962) والتي بيّنت أنّ المعارف يمكنها أن تميّز بين الانفعالات. (Niedental et al.,2009a)

النظريات المعرفية التقييمية للانفعالات نظريات تركّز على إدراك الفرد وتقييمه للوضعية أكثر من الوضعية في حدّ ذاتها، لأنّها ليست سبب الانفعال وإنّما التقييم الذي يعطيه الفرد لها هو السبب حيث أنّه لا يوجد حدث انفعالي وإنّما المعالجة المعرفية هي التي تعطيه هذه الصبغة. حسب هذه النظريات الانفعالات تنشأ وتتمايز بسبب اختلاف التقييمات الذاتية للأشخاص وتقييمات نفس الشخص في مواقف مختلفة.

3.4.1. نظريات البناء الاجتماعي

تحليل الاختلافات الثقافية في لغة الانفعالات والممارسات الانفعالية كان وراء ظهور نظريات البناء الاجتماعي للانفعالات، وهي عبارة عن توجه عام في العلوم الاجتماعية مرتبطة أكثر بالأنثروبولوجيا، علم الاجتماع، الفلسفة وعلم النفس. هذه النظريات تعتبر أنّ الانفعالات عبارة عن نتاج ثقافي بني من طرف ثقافة لنفسها.(Niedental et al.,2009a) حسب مؤيدي هذا المنظور أمثال James Averill فإنّ الانفعالات عبارة عن مجموعة من السيناريوهات مطبّقة و مسيّرة حسب

الضوابط الاجتماعية الثقافية ،يمكن أن تكون أتوماتيكية بسبب استدخال هذه السيناريوهات. (Nugier,2009)

يعرّف James Averill الانفعال على أنّه " دور اجتماعي انتقالي (تناذر مبني اجتماعيا) يتضمّن تقييم الوضعية من طرف الفرد والتي تترجم على أنها شغف وليس فعل" ,.Niedental et al) (2009a,p.12، أي أنّ تأويل الروابط الموجودة بين الوضعية ونظام القيم والمعايير الثقافية هي التي تؤدي الى تكوّن الانفعال والسلوكيات اللاحقة. (Nugier,2009)

النظريات تختلف من حيث نظرتها إلى تكوّن الانفعال حيث اعتبرتها النظريات التّطورية بيولوجية المنشأ، واعتبرتها النظريات المعرفية ناتجة عن سيرورات معرفية لتقييم معنى الأحداث والوضعيات، أمّا نظريات البناء الاجتماعي فاعتبرتها بناء ثقافي يخدم نفس الثقافة، لكنها لا تنكر أنّ الانفعالات مهما كان منشأها تحوي على عدّة مكونات فيزيولوجية، سلوكية وتعبيرية، لذلك أوجب عند دراسة الانفعالات الأخذ بعين الاعتبار كل هذه الجوانب وعدم النظر إليها من زاوية واحدة. اليوم الباحثون يتحدثون عن الانفعالات كظواهر متعددة الأبعاد تتكون من استجابة فيزيولوجية، استجابة تعبيرية، تقييم المعرفي، السلوك والتوجه نحو الفعل وأخيرا التجربة الذاتية.

5.1.أنواع الانفعالات

1.5.1. الانفعالات القاعدية وخصائصها

تكلّم كل من Paule Ekman وSylvan Tompkins عن عالمية بعض الانفعالات فيما يسمونه بالانفعالات القاعدية او الأولية، وهي متعلقة مباشرة ببقاء واستمرارية النوع البشري، اذ تقوم هذه الانفعالات بدور تكيّفي باعتبارها تلعب دور اشارة للجسم فيما يخص الأحداث المحيطة به. وتُصنّف الانفعالات الأولية الى خمسة انفعالات وهي الفرح، الحزن، الخوف، القرف والغضب وكذا

الشعور بالعار، الذنب، والفجأة ليكون عددها ثمانية، في حين أن الانفعالات الثانوية أو المعقدة مثل القلق والتفاؤل ماهي إلاّ تراكيب لهذه الانفعالات القاعدية. (Nugier,2009)

حسب Ekman هناك مجموعة من الانفعالات التي يشترك فيها جميع البشر باختلاف ثقافاتهم والزمن الذي عاشوا فيه، فهي التي ساهمت في بقاء النوع البشري لأنّها لعبت دورا مهمّا خاصة في حماية الانسان من كل ما يهدّد بقاءه، فانفعال الخوف هو الذي جعل البشر يبتعدون ويهربون من كل خطر يهدّد حياتهم واستمراريتها كما يشّكل انفعال الاشمئزاز عاملا حاميا آخر في جعل الانسان يبتعد عن كل غذاء يضّر بصحته. كما يقول Ekman أنّ عدد هذه الانفعالات التي سمّاها بالقاعدية أو الأولية محدود، وباقي الانفعالات الأخرى ما هي إلاّ تركيب لهذه الأخيرة وسمّاها الانفعالات الثانوية أو المعقدة. هذه الانفعالات تحمل مجموعة من الخصائص المشتركة عند جميع البشر وحتى عند الحيوانات. (Cosnier,2006)

كما يقول أنّ هناك تسعة خصائص للانفعالات القاعدية تتمثل في ما يلي: عالمية الاشارات الانفعاليةuniversalité des signaux émotionnels، وجود تعبيرات مشابهة عند الانسان والحيوانات القدمية présence d’expressions comparables chez l’homme et les autres primates، كل انفعال يرتكز على سياق فيزيولوجي خاص chaque émotion s'appuie sur un contexte physiologique spécifique، عالمية الأحداث المثيرة universalité des évènements déclencheurs، اتساق الاستجابات الانفعالية cohérence des réactions émotionnelles، الانفجار السريعdéclenchement rapide، المدّة المحددة la durée limitée، ميكانيزم الادراك الآليmécanisme de perception automatique ، الظهور التلقائيla survenue spontanée.(Cosnier,2006)

2.5.1.الانفعالات المركّبة

سميّت الانفعالات المركّبة بالانفعالات التابعة للمعارف وظهورها يقتضي وجود عمليات معرفية مهمّة حتى نشعر بها بوضوح، فهي تظهر متأخرة في التطور مقارنة مع الانفعالات القاعدية. هذه الانفعالات تحتاج إلى الوعي بالذات وتكون مرتبطة بجرح أو تعزيز للذات (Niedenthal et al.,2009b)

6.1.الانفعال والفكر (المنطق)

انطلاقا من مقاربة عصبية بيولوجية اقترح Damasio أنّ الانفعالات لا تتوقّف فقط على الجهاز السمبتاوي ولكن القشرة المخية تلعب دور كبير فيها، وهو ينطلق من حالتين إكلينيكيتين. (Bastien et Bastien-Tonniazo,2002) الأولى هي حالة الشاب Phineas Gage الذي نشر حالته في كتاب سنة 1995 في طبعة فرنسية بعنوان L'erreur de Decartes. كان Gage البالغ من العمر 25 سنة يعمل كمسؤول فرقة عمل لبناء خطوط السكك الحديدية، إلاّ أنّه تعرّض لحادث انفجار قنبلة أدى لإصابته، حيث أنّ العود الحديدي الذي كان يستعمله في دفع مسحوق القنبلة اخترق خدّه وخرج من رأسه. هذا لم يؤدي إلى وفاته، وبعد شهرين من العلاج استعاد عافيته. والغريب في الأمر أنّه لم يعد كما كان من قبل، فشخصيته تغيّرت تماما، لقد أصبحت لهجته قبيحة، يشتم ويسّب أصدقاءه، ولا يتحمّل القيود خاصة إذا حالت دون تحقيق رغباته، يفكّر في عدّة مشاريع ثم يتخلى عنها، يتصرّف كالطفل تقوده غرائزه الحيوانية. كان كلامه فاحشا لدرجة أنّه يطلب من النساء تجنّبه. وهذه الصفات كلها لم تكن موجود لديه قبل الحادث (Lotstra,2002)

الحالة الثانية هي حالة Elliot الذي فحصه Damasio سنة 1974، إذ كان مصاب بورم خرّب جزء من النسيج العصبي الجبهي له، وبعد عملية جراحية ناجحة أصبح سلوكه مثل سلوك

Gage، فلقد تغيّر جذريا إذ لم يعد قادرا على التعبير أو الشعور بانفعالاته ولم يكن يعاني من ضعف في الاختبارات المعرفية. حسب Damasio الانفعالات القاعدية تتوقف على الجهاز اللمبي فقط أمّا الانفعالات الثانوية فتتطلّب تدخّل التّصورات.(Bastien et Bastien-Tonniazo,2002)

قام Anderson وآخرون (1994) بتجربة تمثلت بتقديم أربع مجموعات من البطاقات (أ، ب، ج، د) وقرض بـ 2000 دولار لعينتين من الأفراد، الأولى أفرادها يعانون من إصابة جبهية والثانية أفرادها لا يعانون من أيّ إصابة. الهدف من التجربة هو خسارة أقل قدر ممكن من المال الذي أعطي لهم ومحاولة ربح أكثر. اللعبة كانت تتمثل في الطلب من كل مشارك قلب بطاقة من أيّ مجموعة وكانت البطاقات في بعض الحالات تعبّر عن ربح مقدار من المال وبعض الحالات خسارة مقدار من المال، في المجموعتين أ وب الربح كان 100 دولار والخسارة كانت كبيرة قد تصل إلى 1250 دولار أمّا في المجموعتين د وج الربح كان 50 دولار والخسارة لا تتجاوز 100 دولار والمشاركون طبعا يجهلون هذه التفاصيل. الأفراد الذين لا يعانون من إصابة يبدؤون بتفضيل المجموعتين أ وب ثمّ بعد عدّة محاولات يلجؤون إلى استعمال المجموعتين د وج، أمّا المصابون فكانت النتائج معاكسة فكانوا يستعملون أكثر المجموعتين أ وب لكن بعد نهاية التجربة كان بإمكانهم القول ما هي المجموعات السيئة وغير السيئة. (نقلا عن Bastien et Bastien-Tonniazo,2002)

حسب Damasio الأفراد الذين يعانون من إصابة في الفص الجبهي الأمامي لا يمكنهم الأخذ بعين الاعتبار المكافآت والعقوبات لبناء إشارات جسدية marqueurs somatiques، وهي عبارة عن استجابات فيزيولوجية مرتبطة بأحداث انفعالية ماضية تنشّط عند معالجة حدث جديد، وهي التي تؤثّر على اتخاذ القرارات المتعلّقة بالنتائج الممكنة لهذا الحدث (Coppin et

(Sander,2010، وبذلك تكوين سيرورات لتقييم العواقب المتوقعة لأفعالهم بل يركزّون على الخيارات التي تكافأ مباشرة (Bastien et Bastien-Tonniazo,2002)

7.1.العقل الانفعالي

طبيب الأعصاب الأمريكي Joseph Le Doux أوّل من بيّن أنّ اللوزة تحدّد استجاباتنا قبل أن تتّخذ قشرة المخ أي قرار، وذلك بواسطة شبكتها العصبية الواسعة التي تسمح لها في الحالات الطارئة بالقيام بدور القائد على أجزاء كبيرة من الدماغ بما فيها العقل المنطقي l'esprit rationnel. أوضح Le Doux أنّ الجهاز الذي يتحكّم تشريحيا في الانفعالات يمكن أن يعمل بطريقة مستقلة عن القشرة المخية لأن بعض الأفعال والذكريات الانفعالية يمكن أن تتشكل دون أي تدخل للوعي أو المعرفة. (Goliman,1997) بعض الوضعيات مثلا لا تحتمل الانتظار والتفكير في القرار الذي يجب اتخاذه لأنّ ذلك قد يؤثّر على الفرد، في حالة رؤية حيوان مفترس مثلا، يستجيب الانسان بالهرب مباشرة دون التفكير في ذلك، فاللوزة تأخذ مكان القائد في هذه الحالة لأن حياة الفرد في خطر ولا يستطيع الانتظار من أجل اتخاذ قرار منطقي ومعقول تتدخل فيه القشرة المخية.

أظهر Le Doux الدور الذي تقوم به اللوزة في مراحل الطفولة الأولى والذي يعتبر ضمن أهم مبادئ التحليل النفسي، اذ يظهر ذلك في نوعية علاقات الطفل مع المحيطين به بحيث يؤثّر ذلك بشكل كبير على حياته. وإذا كانت الخبرات الأولى للطفل لها هذا التأثير القوي فلأنها تبقى مطبوعة بشكل عميق في شكل مخططات قيادية في وقت يكون فيه الطفل غير قادر على التعبير عن تجاربه بالكلمات (كون القشرة المخية لم تنضج بعد)، في حين تكون الحياة الانفعالية عند الطفل خامة، وعندما تُسترجع هذه الذكريات فان الفرد لا يملك أفكارا تسمح له بفهم استجاباته. (Goliman,1997)

هذا يعني أنّ من الأسباب التي تجعل انفعالاتنا غير مفهومة في بعض الحالات هو أنّها تتشكّل في وقت يكون فيه الطفل متأثّرا بصفة كبيرة بالأحداث المحيطة به دون امتلاكه القدرة على ترجمتها إلى كلمات وأفكار لأنّ اللغة مازالت لم تكتمل عنده، فتبقى هذه الانفعالات محفوظة في الذاكرة لهذا فإنّ أّي حدث يؤدي إلى استرجاعها يضع الفرد في موقف انفعالي لا يستطيع فهمه ولا حتى التعبير عنه بالكلام.

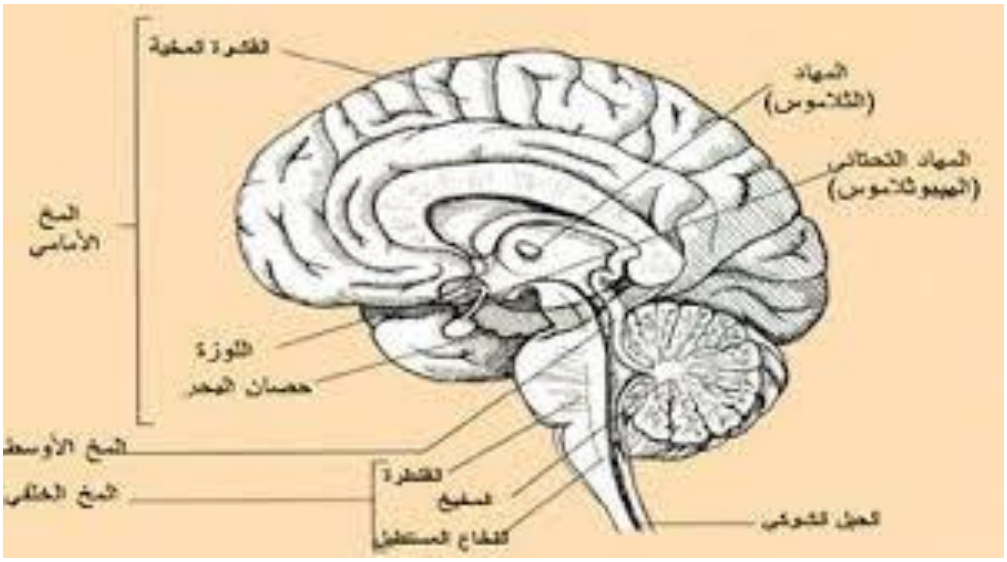
اللوزة تقوم بتفجّير الاستجابات الاندفاعية، أمّا القشرة الجبهية فلها القدرة على تثبيط الانفعالات حتى نتمكّن من تغيير استجاباتنا حسب الوضعيات، تُوّجه المعلومات الحسية القادمة من المهاد نحو القشرة المخية التي تخزّنها وتعطي لها معنى ثم تُنسّق هذه المعلومات والاستجابة المصاحبة لها من طرف الفصين الجبهيين، حيث تكون الاستجابة القشرية أكثر بطء لأنها تلجأ إلى مسارات عديدة ولذلك يسبق الانفعال الفكرة دائما. تعد القشرة الجبهية مركز الذاكرة النشطة، لكن ارتباط هذه المنطقة بالمنطقة اللمبية يجعل الانفعال القوي قادرا على التأثير على قدرة الفص الجبهي على الحفاظ على هذه الذاكرة، ولهذا فإنّ الاضطرابات الانفعالية الدائمة تؤثر على القدرات العقلية وتمنع من التعلم بطريقة جيدة. (Goliman,1997)

من هنا يظهر أنّ اللوزة والقشرة الجبهية تتدخلان بطريقة منظّمة عند حدوث الانفعال، فلو كان الانسان يستجيب فقط بفضل عمل اللوزة لكان اندفاعيا لا يفكر في عواقب تصرفاته، وإن كان تحت حكم القشرة الجبهية فقط لكان مثل الآلة كل أفعاله تخضع للمنطق وبهذا يفقد متعة العيش. اللوزة تكون مركز الاستجابة الاندفاعية لكن القشرة الجبهية تتدخّل في جعل هذه الاستجابة تتماشى والوضعية التي أثارتها. لكن هذا الارتباط بين هاتين البنيتين قد ينقطع في بعض الحالات وتصبح

الاستجابة اندفاعية لا تخضع لتحكّم القشرة الجبهية وخاصة في حالة الانفعالات القوية جدّا وهذا ما نراه مثلا فيما يسمى بالجرائم العاطفية les crimes passionnels.

من جهته درس Damasio كيف يتأثّر المرضى الذين أتلف لديهم الرابط بين الفص جبهي واللوزة، رغم أنّ قدراتهم العقلية والمعرفية لم تتأثّر إلاّ أنّ خياراتهم كانت كارثية، ويعود ذلك لكونهم غير قادرين على الاستعانة بمعارفهم الانفعالية، وهو ما يؤكّد أنّ الانفعالات توجّه خياراتنا وتعمل مع العقل الرشيد. وبنفس الطريقة، يقوم العقل المفكّر بدور مهم في انفعالاتنا: يصبح الشخص لا واعيا عاطفيا ويفكّر مثل الحاسوب وغير قادر على إعطاء قيمة لمختلف الامكانيات مما يجعله غير قادر عن الاختيار. (Goliman,1997)

عمل القشرة الجبهية مهّم جدّا في اتّخاذ القرارات و تفادي الاستجابات الاندفاعية التي قد تنجّر عنها نتائج كارثية ، لكن في نفس الوقت عمل اللوزة مهم جدّا عند اتخاذ القرارات مثلا اختيار التخصص الذي سندرسه في الجامعة أو المهنة التي سنمارسها لا يتوقف فقط على المنطق الذي يدفعنا إلى اختيار المهنة التي تحقق مكانة اجتماعية مرموقة و راتبا كبيرا، و إنّما يعتمد كذلك على الجانب الانفعالي الذي يوجهنا إلى الاختيار حسب الميولات و الرغبات ، و إن لم نأخذ بعين الاعتبار بهذه الأخيرة لن ننجح في المهنة المختارة مهما كان الراتب و المكانة الاجتماعية التي تقدّمها لنا. بدون عمل اللوزة الانسان يصبع غير واعي انفعاليا وليس باستطاعته اتخاذ ابسط القرارات مثل اختيار لون ملابسه أو نوع الموسيقى التي يسمعها. فيما يلي شكل توضّيحي للعقل الانفعالي ومكوناته



شكل 1: مكونات المخ اللمبي أو الانفعالي

https://cte.univ-setif2.dz/moodle/mod/book/tool/print/index.php?id=12387source

2.تسيير الانفعالات

القدرة على تسيير انفعالاتنا بشكل فعّال يعني عادة أنّ هذا التسيير يتماشى والوضعية التي أثارت الانفعال وعندما تكون هذه الاستجابة الانفعالية تراعي معايير المجتمع وأهداف الفرد، فهذا يعني كذلك أنّنا قادرين على التعرف على انفعالاتنا وتسميتها والتأثير عليها، الغضب مثلا من المدير لا يعني أننا سنصرخ في وجهه لأنّ هذا لا يتماشى وقواعد العمل وربما سيتسبب في الصرف عن العمل. كما تتوقف القدرة على تسيير الانفعال كذلك على شخصية الفرد، وهي ترتكز ايضا على أهدافه ومعرفته لنفسه ومحيطه الاجتماعي.

1.2.تاريخ التسيير الانفعالي

تساءل الفلاسفة والكتّاب منذ القدم عن أصل الانفعالات والطريقة الصحيحة لمعايشتها والتعبير عنها، فالإمبراطور الروماني Marc-Aurèle (121-180) مثلا كان يشير إلى أنّ طبيعة انفعالاتنا تحدّد بتقييمنا للأشياء وأنّه لدينا القدرة على التأثير عليها إذا نظرنا إلى العالم بنظرة مختلفة.

(Korb,2014) ويعتبر التحليل النفسي نذير مهم في الدراسات الحالية لتسيير الانفعالات و هي ترتكز على نوعين من تسيير القلق ،الأول هو القلق الناتج من الصراع مع الواقع أي أنّ متطلبات الوضعية تطغى على الأنا و هنا تسيير القلق يكون بتجنب هذا النوع من الوضعيات في المستقبل، أمّا الثاني فيتعلق بالقلق الناتج عن نزوات الهو و تسيير القلق هنا يكون بكفّ التعبير عن النزوات عندما يحكم عليها الانا بأنّها مصدر قلق، يسمى هذين النوعين من تسيير القلق و الانفعالات السلبية بميكانيزمات الدفاع.(Gross,1998b)

ثم جاء من البحث في مجال ميكانيزمات الدفاع البحث في استراتيجيات المواجهة، لكنه أصبح يشكّل مجال بحث مستقل، ويعتبر Richard Lazarus أحد الرواد الأساسيين في هذا المجال والذي قدّم معلومات مهمة حول الاستراتيجيات التي يستعملها الأشخاص لمواجهة الانفعالات والمشاعر السّلبية الناتجة عن الوضعيات الضاغطة.(Korb,2014)

رغم أن المواجهة لها جذور في التحليل النفسي إلاّ أنّها تنفرد في دراسة سيرورات المواجهة الواعية والتكيفية والتركيز على الوضعية أكثر من المتغيرات الفردية.

وتختلف دراسة المواجهة أساسا عن التسيير الانفعالي في كونها ترتكز على تخفيف العواطف السلبية وتأخذ بعين الاعتبار ظواهر تدوم لوقت أطول من الانفعالات مثل المزاج (Gross et Thomson,2007). بفضل مجهودات James Gross أصبح البحث في سيرورات التسيير الانفعالي موضوع الساعة، وبفضل المعارف المعمقة حول الرابط العصبي للوظائف الادراكية والمعرفية القاعدية استطاع الباحثون بداية البحث في القواعد العصبية لظاهرة التسيير الانفعالي. (Ochsner,2005)

2.2.تعريف تسيير الانفعالات

عندما نتحدث عن تسيير الانفعالات أغلبية الناس يفكّرون في سيرورتين تحدثان في وقتين مختلفين، أيّ أنّه ينشّط الانفعال أولا ثم تطبّق عليه سيرورات أخرى من أجل تسييره إمّا بزيادة شدّته، أو تخفيفها، أو تغيير نوعه كما يحدث عادة في الحياة اليومية. لكن وجهة النّظر هذه تتضمن فصل بين السيرورات التي تحكم الانفعالات وانفجارها والسيرورات التي تسيّرها. كما يشير Campos وآخرون (2004) إلى أنّ ما يرافق وجهة النظر هذه هو أنّه يوجد انفعالات إيجابية وأخرى سلبية، انفعالات نريد إبقاءها وانفعالات نريد قمعها (نقلا عن Philippot,2011)

يعرّف Thompson (1994) التسيير الانفعالي على أنّه "مجموعة من السيرورات الداخلية والخارجية لمراقبة، وتقييم وتغيير الاستجابات الانفعالية من حيث الشدّة والمدّة من أجل السماح للشخص بتحقيق أهدافه الخاصة".(نقلا عن Rochette,2007, p.4)

كما يعرّف الانفعال على أنّه تغيّر مؤقت في مكونات عديدة من الجسم كاستجابة لأحداث تقيّم على أنّها مهمة للجسم، وهو عملية ديناميكية في مدّة زمنية قصيرة. (نقلا عن Sander et Scherer,2014)

أمّا James Gross فيعرّف تسيير الانفعالات على أنّه " السيرورات التي يؤثر بها الأفراد على انفعالاتهم، وكيف يشعرون ويُعبّرون عن هذه الانفعالات"(Gross,1998b,p.275)، أي أنّ التسيير الانفعالي يشير إلى تحديد نوع الانفعال الذي يتشكّل عند الفرد؛ متى يظهر هذا الانفعال عند الفرد وكيف يعايشه، وهو يهتم بكيفية تسيير الانفعال حتى يتماشى مع السياق الذي يظهر فيه وليس بالجانب الذي يتعلق بتسيير الانفعالات لحياة الفرد.

في نفس السياق، قدّم لنا Korb ثلاثة عوامل مهمّة في تسيير الانفعالات انعكاس وإدماج المكوّنات الفرعية للجسم (الفيزيولوجيا والتعبير والتوجه نحو الفعل والشعور الذاتي)، التوازن بين المعالجة الواعية وغير الواعية، وجود تغذية رجعية جيّدة ونزيهة للحس العميق. (Korb,2014)

تسيير الانفعال يشير عامة إلى نشأة هدف يتمثل في تثبيط أو تعديل مسار انفعال ما سواء كان الشخص واع به أو غير واع، كما يمكن القول كذلك أنّ هناك تسيير انفعالات عندما تصبح الاستجابة الانفعالية هدفا للتقييم في حد ذاتها أو عندما يكون هناك صراع بين مكونات المسار إدراك– تقييم– فعل لتحديد السلوك. (Etkin et al.,2015)

تسيير الانفعالات يتطلّب من الشخص أن ينظّم مختلف أجهزته ومكوناتها الفرعية حتى يتكيّف سلوكه الانفعالي مع السياق والمعايير الثقافية الاجتماعية أو بغرض تسهيل تحقيق أهدافه واحتياجاته. كما يمكن أن نقول أيضا أن تسيير الانفعالات هي عملية يقوم بها الفرد من أجل التحكم في شدّة ومدّة وكذا نوع الاستجابات الانفعالية، ولا يمكننا أن نصفها بأنها عملية ايجابية أو سلبية في حد ذاتها، وإنّما هي متعلّقة بالسياق الذي تظهر فيه، فمثلا عندما يكون الفرد أمام موقف يستدعي الحزن –كوفاة شخص عزيز– ويقوم بقمع ظهور تعبيرات هذا الانفعال وحتى إظهار تعبيرات انفعال مناقض، هنا يصبح تسيير الانفعال غير تكيّفي.

3.2.موضوع التسيير الانفعالي

اعتبر Grossأنّ عمليات التسيير الانفعالي يمكن أن تكون واعية أو غير واعية، آلية أو متحكم فيها ويمكن أن تساهم في زيادة أو تخفيض أو الحفاظ على شدّة الانفعالات السلبية والايجابية، كما يمكن أن تتوصّل إلى تغييرات في حجم ومدّة وتواتر الاستجابات في المكونات الفرعية من الجسم. (Korb,2014)

تسيير الانفعالات يشمل على مجموعة من السيرورات التي يلجأ إليها الفرد من أجل تغيير انفعالاته، ويمكن أن يساهم في تغيير عدّة معالم وهي:

- نوع الانفعال: الحالة التي يحاول فيها التسيير الانتقال من انفعال سلبي الى انعدام الانفعال وحتى إلى انفعال ايجابي.
- شدّة الانفعال: يمكن البقاء في نفس السجل الانفعالي لكن نختار التخفيف من شدّة الانفعال الذي نشعر به.
- مدّة الانفعال: إطالة أو تقصير مدّة الانفعال.
- مكوّن أو عدّة مكونات من الانفعال: يمكن تغيير جميع مكونات الانفعال حتى لا نشعر بشيء أو نغيّر فقط المكون التعبيري حتى لا يتمكّن المحيطون بنا بمعرفة ما نشعر به. (Mikolajczac,2014a)

تسيير الانفعالات عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات التي تمس إمّا أحد مكونات الانفعال المتمثلة في المكون الفيزيولوجي، أو السلوكي أو التعبيري أو تغيير نوع ومدّة وشدّة الانفعال، وهذا حسب ما يتماشى والوضعية التي أثارته أو من أجل تحقيق الفرد لأهدافه.

4.2.القواعد العصبية للتسيير الانفعالي

استطاع الباحثون في علم النفس بالاستعانة بعدّة طرق لتصوير الدماغ، استكشاف توظيف الدماغ عند الفرد في حالة وعي وفي حالة يقظة، وتعتبر القشرة الجبهية الأمامية cortex préfrontal (CPF) الموجودة في المنطقة الجبهية للجمجمة مهمة جدا في تسيير الانفعالات، لكن بنيتها غير متشابهة لا من الناحية التشريحية ولا من الناحية الوظيفية أي أنّها مجموعة من المناطق الفرعية التي تلعب كل واحدة منها وظيفة معينة في تسيير الانفعالات.

أثبت Davidson وColl باستعمال الرسم الكهربائي للدماغ (EEG) إضافة الى مخابر أخرى أن التنشيط الجانبي latéralisation للقشرة الجبهية عند الفرد في حالة راحة يعبّر

عن نمطه الانفعالي أي الطريقة التي يميل إلى الاستجابة بها في الوضعيات الانفعالية. يتّصف الفرد المتّزن والسليم نفسيا بتنشيط متوازن للقشرتين الجبهيتين وربما تنشيط زائد للقشرة اليسرى.(Korb,2014,p.279)

بالاستناد إلى نتائج دراسات للتصوير الدماغي اقترح Davidson و أخرون (2000) نموذجا للقواعد العصبية للانفعالات وتسييرها، و هو يحتوي على أربع بنيات في الفصين و تتمثل في اللوزة و هي بنية تحت– قشرية مهمّة جدّا لكشف المنبهات المهمّة، القشرة الجبهية المدارية orbitofrontal تتواجد فوق تجاويف العينين وهي تتدخل في تصورات الحالات الانفعالية الايجابية والسلبية وتلعب دور في التعلم عندما تتغير السياقات، القشرة الحزامية cingulaire الأمامية المتواجدة في المنطقة الوسطى والعميقة للقشرة الجبهية يمكنها التّعرف على صراعات داخلية وخارجية مثل الصراعات بين عدّة دوافع أو بين الأهداف والظروف، أخيرا المنطقة الرابعة و تتمثل في القشرة الجبهية الظهرانية dorsolatéral préfrontal وتقع في المنطقة العليا والجانبية للقشرة الجبهية، وهي تكمن وراء النمط العاطفي style affectif العام واستراتيجيات التسيير.(Korb,2014)

كما أضاف Korb هذا النظام العصبي يتواجد في حالة اتزان عند الفرد السليم خاصة بفضل تثبيط عمل اللوزة عن طريق اسقاطات آتية من القشرة الجبهية المدارية orbitofrontal ،بالعكس زيادة نشاط اللوزة بسبب قصور بنيوي أو وظيفي للمناطق الجبهية و الراجع إلى إصابة أو امداد غير عادي للوسيط الكيميائي سيروتونين sérotonine قد يؤدي إلى زيادة العدوانية و صعوبات في تسيير الانفعالات، حيث لوحظ عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع تقلّص المادة الرمادية الجبهية، كما أنّ التنشيط المنخفض للوزة سواء بوجود أو عدم وجود خلل وظيفي جبهي يكمن وراء حساسية منخفضة للمنبهات الاجتماعية ما قد يؤدي إلى اضطرابات ذهانية.

5.2.أنواع التسيير الانفعالي

هناك أربعة أنواع كبرى لتسيير الانفعالات حسب زيادة أو تخفيض شدّة الانفعال، سواء كانت سلبية أو إيجابية(Gross,2008) ، والشكلين الأكثر استعمالا هما التخفيف من الانفعالات السلبية وزيادة الانفعالات الايجابية، أو زيادة شدة الانفعالات السلبية والتخفيف من الانفعالات الإيجابية (Gross et al.,2006)، وتعتبر الأولى أكثر استعمالا من الثانية أمّا زيادة شدّة الانفعالات السلبية والتخفيف من الانفعالات الايجابية فهي نادرة لكنها مفيدة في بعض الحالات. (Mikolajczak,2014a)

في بعض الحلات نحتاج إلى رفع شدة الانفعال السالب حتى نتمكن من مواجهة خصم ما مثل الحرب مثلا فعلى الجنود رفع مستوى كرههم للعدو حتى يستطيعوا المحاربة بشجاعة وشراسة أكبر، أما خفض الانفعالات الايجابية فنجدها صالحة في بعض الحالات مثلا عند تلقي امرأة ما خبر حملها فهي حتما ستخبر أعزّ صديقاتها لكن في حالة ما إذا كنت هذه الأخيرة لا تستطيع الانجاب فهي تحاول التخفيف من تعبيرات الفرحة حتى لا تجرح مشاعر صديقتها. عندما نفكّر في سيرورات التسيير الانفعالي فأول ما يبادر إلى أذهاننا هو أنّه يخص فقط الانفعالات السلبية، لكن رغم كون الأشخاص يحاولون دائما التخفيف من هذه الأخيرة أو حتى التخلص منها لا يجعلها موضوع التسيير الانفعالي الوحيد فحتى الانفعالات الايجابية تخضع للتسيير حسب الموقف أو الوضعية التي أثارتها.

تشمل عملية تسيير الانفعالات العديد من المسارات المختلفة يمكن تصنيفها إلى نوعين، يتمثل النوع الاول في مسارات تسيير سريعة وآلية وغير واعية، تتطلب مجهودات طفيفة، والثاني يشمل مسارات أخرى أكثر بطء وتكون واعية وإرادية، تحتاج إلى مجهودات من طرف الفرد. نجد أن الأبحاث في علم النفس والعلوم العصبية في السنوات الأخيرة اهتمت بالنوع الأول من الاستراتيجيات،

حيث اعتبر Gross رائدا في هذا المجال، يعّد النموذج الذي أتى به بخصوص تسيير الانفعالات الأكثر استعمالا. (Korb,2014)

أغلبية سيرورات التسيير تحدث خارج مجال الوعي، فتكرارها يجعلها آلية وهذا ما يسهّل كثيرا حياة الأشخاص، لأنّها تجعل التسيير سريع وغير مكلف من حيث الموارد المستثمرة. لكن في نفس الوقت آلية استراتيجيات التسيير في بعض الأحيان مضّر للشخص لأنّ هذا يجعل التغيير في هذا المجال صعبا.(Mikolajczak,2014 a,p.141)

عندما نقوم بتسيير انفعالاتنا عادة ما يكون بطريقة آلية، فبفضل التّكرار منذ الطفولة تصبح أليات التسيير الانفعالي في أغلب الأوقات آلية، هذه الخاصية لاستراتيجيات التسيير الانفعالي تسمح بتسيير غير مكلف وسريع، لكن إذا نظرنا من زاوية أخرى نجد أنّها تجعل التسيير الانفعالي جامد rigide، ولا تسمح بتغييره بسهولة في حالة ما إذا كان هذا الأخير لا يتلاءم مع وضعية ما.

6.2.نموذج العمليات للتسيير الانفعاليGross

يتموقع Gross في وجهة النّظر التي تعتبر أنّ الانفعالات ظواهر يجب تسييرها فيما يسميه بنموذج العمليات للتسيير modèle processuel de la régulation بحيث لا تأخذ بعين الاعتبار الجانب التسييري للانفعالات.(Philippot,2011) هذا النموذج مبني على النموذج الشكلي للانفعالات le modèle modal، و يتعامل التسيير الانفعالي حسب نموذج العمليات مع كل مرحلة من مسار نشأة الانفعال كهدف ممكن للتسيير.(Gross,1999) حسب النموذج الشكلي للانفعالات يواجه الفرد أولا تغيرا نفسيا ملحوظ في جانب من جوانب محيطه الخارجي أو محيطه النفسي الداخلي، ثمّ يقوم بتقييمه على أنّه مهم أو مضّر لتحقيق رفاهيته أو أهدافه الحالية، و أخيرا هذا التقييم يؤدي إلى ظهور مجموع الاستجابات الذاتية، السلوكية، و الفيزيولوجية.(O'leary et al.,2018)

يستند هذا النموذج إلى التمييّز بين فئتين من استراتيجيات تسيير الانفعالات، تلك التي تتخذ المعطيات الأولية كهدف للمسار أي سوابق الاستجابة الانفعالية، وتلك التي تتخذ مخرجات المسار كهدف، واستنادا إلى هذه الثنائية قدّم Gross خمسة نماذج متميّزة لتسيير الانفعالات، حيث تؤثر الأربعة الأولى على سوابق الاستجابة الانفعالية أي أثناء حدوث مسار نشأة الاستجابة، أما الخامسة، فهي تؤثر على الاستجابة بحد ذاتها. (Gross,1998a)

تعتبر الانفعالات سيرورات معقدة من الممكن تسييرها باستخدام عدّة استراتيجيات تتدخل في أوقات مختلفة من هذه السيرورات، ولقد ميّزGross بين شكلين من التسيير الانفعالي وهما استراتيجيات التسيير التي تركّز على السوابق الانفعالية واستراتيجيات التسيير التي تركّز على الاستجابة الانفعالية.

1.6.2.التسيير الذي يركز على السوابق الانفعالية

هذه الاستراتيجيات تتضمن استراتيجيات التسيير التي تطبّق في أوقات مختلفة من سيرورة إثارة الانفعال.(Philippot,2011) و هي تكمن في التوقع و التحكم في الاستجابات الانفعالية باختيار و التأثير في الوضعيات و المعارف من أجل تجنب انفعالات غير مرغوب فيها أو تعزيز الانفعالات المرغوبة.(Mikolajczak b,2014)

استراتيجيات التسيير التي تركز على السوابق الانفعالية تهدف إلى إخماد الانفعال قبل ظهوره وتتمثل في:

1.1.6.2.اختيار الوضعية

اختيار الوضعية يعني الاقتراب أو تجنب بعض الأماكن، أو الأشخاص، أو السياقات التي قد تثير الانفعال.(Gross,1998b) هذه الاستراتيجية تخص أساسا توقع الانفعالات التي ستنتج عن

وضعية ما و الأخذ بعين الاعتبار بهذه التوقعات في اختيار الوضعيات التي نتعرض لها، و هذا ما يسمى بالتسيير الوقائي للانفعالات.(Mikolajczak,2014 b)

هذا يعنى تجنب الوضعيات التي تثير انفعالات سلبية والتقرب من التي تثير انفعالات إيجابية، مثلا معرفة أنّني لا أتفاهم مع شخص ما وأتوقع أنّ العمل معه سيوّلد عندي انفعالات سلبية، عند اتخاذ قرار يخص العمل معه سآخذ بعين الاعتبار توقعاتي فأتجنب ذلك العمل وبذلك اتجنب الانفعالات السلبية التي يمكن أن تتولد بسببه.

كشفت الدراسات أنّ بعض الأشخاص يختارون وضعيات مفيدة لهم في حين أنّ البعض الآخر يجدون أنفسهم دائما في وضعيات صعبة، واحتمال وقوع هؤلاء الأشخاص في وضعيات صعبة كان أكبر من الاحتمال الراجع للصدفة، وهذا يعود إمّا لكونهم يتوقعون بطريقة خاطئة الانفعالات التي تثيرها الوضعية أو أنّهم لا يأخذون بعين الاعتبار هذه التوقعات عند اتخاذ القرارات. (Mikolajczak,2014 b,p.158)

المهم ليس فقط توقع الانفعالات التي ستثيرها وضعية ما، وإنّما الأهمّ هو التعامل مع هذه الأخيرة بالأخذ بعين الاعتبار بهذه التوقعات، لأنّ ذلك يجعلنا نبتعد عن أيّ موقف أو وضعية ستثير انفعالات سلبية وبذلك تفادي الآثار السلبية لها.

1) المشاكل المرتبطة بالتوقع

هناك ثلاثة طرق كبرى للتوقع، وهي التوقع عن طريق الآثار، التوقع عن طريق الاسقاطات والتوقع عن طريق التذكّر، التي قد تكون مصدر للأخطاء عند توقع انفعالاتنا المستقبلية.

- ✓ أخطاء التوقع بالآثار: عادة ما نكون قادرين على توقع الانجذاب، النفور والانفعال الذي ستثيره وضعية ما، إلاّ أن الأبحاث أظهرت أنّنا نضخّم عادة شدّة ومدّة هذه الانفعالات. (Mikolajczak,2014 b) مثلا بعض الاشخاص الذين يعيشون علاقة حب يضّخمون شدّة و مدّة

الحزن الذي سينجّر عن الانفصال و هذا ما يفسر أنّ البعض يفضّل البقاء في هذه العلاقة رغم أنّها مضّرة.

- ✓ أخطاء التوقع بالإسقاطات: تتمثل في كوننا نخلط بين حالتنا الفيزيولوجية (الاحشائية) أثناء توقعنا لها وما سنشعر به في حين حدوث الوضعية.(Mikolajczak,2014 b) مثلا إذا قام الشخص بالتسّوق و هو جائع يشتري أكثر من اللازم و هذا ما نراه في شهر رمضان في البلدان الاسلامية، حيث نجد أغلبية الناس يشترون أكثر مما يأكلون لانّهم يخلطون بين توقعاتهم أثناء النهار حين يشعرون بالجوع و ما سيشعرون به عند الإفطار، فنجدهم يشترون مأكولات و أطعمة تفوق حاجاتهم.
- ✓ أخطاء التوقع بالتذّكر: توقعاتنا المستقبلية ترتكز عامة على ذكرياتنا الماضية، لكن ذاكرتنا ليست مثالية والطريقة التي تتأثر بها ذاكرتنا تؤثر كذلك على توقعاتنا. (Mikolajczak,2014 b)

2) المشاكل المرتبطة بعدم الاخذ بعين الاعتبار التوقعات

رأينا فيما سبق أنّه من المهم توقع وتخيّل نتائج وضعية ما والأخذ بعين الاعتبار هذه التوقعات حتى نتفادى الانفعالات السلبية التي قد تنجّر عنها وذلك من أجل زيادة شعورنا بالرفاهية الانفعالية. لكن الدراسات تبيّن أنّنا نستعمل توقعاتنا بنسبة قليلة، إذ أنّنا نميل إلى اختيار الوضعيات التي تفيدنا على المدى القريب(الاندفاعية). من المهم إذن أن نتوقع انفعالاتنا المستقبلية والأخذ بعين الاعتبار بها عند اتخاذ قراراتنا لكن يجب دائما تقييم الأشياء على المدى القريب والبعيد لتفادي الاندفاعية. (Mikolajczak,2014 b)

2.1.6.2. تغيير الوضعية

استراتيجية تغيير الوضعية عبارة عن مجهود نشط لتغيير الوضعية مباشرة من أجل تغيير أثرها الانفعالي (Gross,1998b b)، يمكن أن يقوم الشخص بتغيير الوضعية التي أثارت الانفعال مثل تغيير الهاتف النقال الذي لا يعمل بطريقة جيّدة، أو تغيير الوضعية بمساعدة شخص أخر مثل

طلب المساعدة من صديق في كتابة مقال. لكن هناك وضعيات لا تصلح فيها هذه الاستراتيجية لأنّ بعض الوضعيات لا يمكن تغييرها مثل الاصابة بمرض مزمن أو وفاة شخص عزيز علينا.

3.1.6.2. إعادة توجيه الانتباه

تعتبر استراتيجيات إعادة توجيه الانتباه في وضعية ما قصد التأثير على انفعالات الفرد، أول استراتيجية تسيير انفعالات تظهر خلال النمو خاصة عندما لا يمكن تغيير الوضعية. (Gross,2014)، و يمكن جمع استراتيجيات إعادة توجيه الانتباه في صرف الانتباه distraction، التركيز concentration، و الاجترار rumination.

الانفعال يؤدي إلى ميكانيزم الانتباه المقصود l'attention sélective، أي أنّه في حالة الانفعال السلبي نركّز الانتباه على العناصر السلبية من الوضعية وفي حالة الانفعال الإيجابي نركّز الانتباه على العناصر الايجابية(Mikolajczak,2014b) ، أي محاولة التحكم في الأثر الانفعالي لوضعية ما بالتركيز أو تجاهل بعض جوانبها.(Niedental et al.,2009 c)

الطريقة الفعّالة في تسيير الانفعال تتمثل في توجيه الانتباه في جهة أخرى، وذلك بصرف الانتباه وهناك طريقتان لصرف الانتباه، صرف الانتباه الداخلي المتمثل في التفكير في شيء أخر وصرف الانتباه الخارجي وهو القيام بشيء أخر.(Mikolajczak, 2014b) ، أمّا الاجترار فيشمل على توجيه الانتباه لكن نحو المشاعر ونتائجها، يؤدي الاجترار حول الانفعالات السلبية التي تميّز الاكتئاب إلى أعراض أطول وأخطر له.(Gross,1998b)

صرف الانتباه لا يعني الانكار لأنّ في حالة الانكار الشخص لا يتقبّل لا الوضع ولا النتائج المترتّبة عنه، وقد لا يتّخذ أيّ إجراءات من أجل المواجهة، لكن صرف الانتباه فهو من أجل التخفيف من الانفعال السلبي دون إنكار الوضعية حتى يتمكن الفرد من التفكير بأريحية أكثر لإيجاد حل لها.

4.1.6.2.التغيير المعرفي

يتمثل التغيير المعرفي في تغيير تقييم الوضعية من أجل تغيير معناها الانفعالي إمّا بتغيير طريقة تفكير الفرد حول الوضعية أو حول قدراته على التعامل مع متطلبات هذه الوضعية. (Gross,2014) خلال هذه الاستراتيجية يقوم الشخص بترجمة الوضعية بطريقة ما دون غيرها، مثلا عند مرور صديق أمامنا دون إلقاء التحية، نختار ترجمة هذا السلوك على أنّه راجع إلى عدم رؤيته لنا على أن نترجمه على أنه عدم احترام أو تقدير لنا.

يعتبر إعادة التقييم المعرفي والتقبل من بين أهم استراتيجيات التغيير المعرفي. (Mikolajczak,2014 b) و يقصد بإعادة التقييم المعرفي تغيير الوضعية معرفيا من أجل تغيير التأثير الانفعالي لها(Gross,1998b) ، حيث يحاول الفرد في هذه الاستراتيجية إدراك الوضعية بطريقة إيجابية كي لا يغمره الانفعال و يصبح تحت رحمته. في الواقع ليست الوضعية في حدّ ذاتها التي تثير الانفعال لكن إدراك الفرد لها أو لموارده وقدرته على مواجهتها.

لا يوجد وضعيات تثير نفس الانفعال عند جميع الناس ولا بنفس الشدّة، وهذا الاختلاف في الاستجابات الانفعالية يبيّن أنّه ليست الوضعية هي التي تثير الانفعال وإنّما إدراك الفرد لها هو من يحدد أهميتها بالنسبة له والاستجابة التي تليها، وذلك تبعا لعدّة عوامل منها شخصيته والمحيط الثقافي الاجتماعي الذي تربى فيه، إضافة إلى تقييمه لموارده وقدرته على مواجهة هذه الوضعية، من هنا تغيير إدراكنا للوضعية يؤدي إلى تغيير الاستجابة الانفعالية التي تثيرها.

أ. إعادة تقييم الوضعية

تولّد الوضعية انفعالا ما تبعا لإدراكنا لها، وبذلك فالتغيير في طريقة إدراكنا لها يغير الانفعال الناتج عنها.

يمكن تغيير إدراك الوضعية من أجل زيادة أو تخفيف الشعور بانفعالات معيّنة. (Niedental et al.,2009 c)

إعادة التقييم يتطلب مجهودات معرفية لكنّه يصبح آلي إذا تم تكراره. هناك تقنيات مختلفة تساعد على إعادة تقييم الوضعية منها مراجعة المعتقدات، وهي تشمل على فحص الحجج التي تؤيّد ما نفكر فيه وما نشعر به والبحث عن الحجج التي تتعارض مع أفكارنا ومشاعرنا. (Mikolajczak,2014 b)

حسب Mikolajczak (2014) يوجد ثلاثة طرق لإعادة تقييم الوضعية إذا كانت مراجعة المعتقدات لا تكشف عن تشويهات وأنّ الحدث فعلا ضاغط وهي:

- النسبية في إعطاء قيمة للوضعيات ويقصد بها البحث عما إذا كنّا نعطي أهمية أكثر من اللازم أو أنّنا نقارن بين الوضعية الراهنة ووضعيات سابقة أسوء.
- البحث عن النقاط الإيجابية حتى وإن كانت الوضعية سلبية فإنها تحمل نقاط إيجابية
- البحث عن المكاسب على المدى البعيد إن لم نستطع إيجاد نقاط إيجابية للوضعية في الحاضر نحاول التفكير في نتائج الوضعية في المستقبل والبحث عن نقاط إيجابية لها.

ب. التقبل

هناك وضعيات وأحداث لا يمكن التحكم فيها مثل التعرض للاغتصاب أو فقدان شخص عزيز خاصة في ظروف فظيعة، ولا يمكن إعادة تقييمها بطريقة إيجابية، والطريقة الوحيدة للتغيير المعرفي هي التقبل وهو التوقف عن المواجهة دون فائدة، تأنيب الضمير أو تأنيب الآخرين والحياة. (Mikolajczak,2014 b)

التقبل يختلف عن العجز المتعلم الذي يعبّر عن اعتقاد يتعامل الفرد به مع جميع الوضعيات ولا يحاول حتى تغييرها أو التأثير عليها. في حالة العجز المتعلم يعتقد الشخص أنّه غير قادر على

المواجهة مهما كان الحدث الآني وذلك انطلاقا من خبراته الماضية، وهذا الاعتقاد يتعامل به الفرد مع كل الأحداث المستقبلية، أمّا في حالة التقبل يقوم الفرد بتقبل الحدث السلبي وكل الانفعالات السلبية التي تنجّر عنه دون أن تتأثر توقعاته المستقبلية أي أنهّ لا يتعامل مع أحداث المستقبل انطلاقا من خبرته من هذه الوضعية.

التقبل يتطلب مسارين معرفيين، أولا تقبل وجود أحداث ووضعيات لا يمكن تغييرها والنجاح في هذا المسار يولّد أفكار من نوع (محاولة تغيير الماضي يمنعني فقط من العيش في الحاضر) أو (الوقت الحاضر هو نتيجة قراراتي في الماضي، بينما المستقبل سيكون نتيجة قراراتي في الحاضر)، المسار الثاني هو احتضان الانفعالات التي تثيرها الوضعية (Mikolajczak, 2014b,p.175)

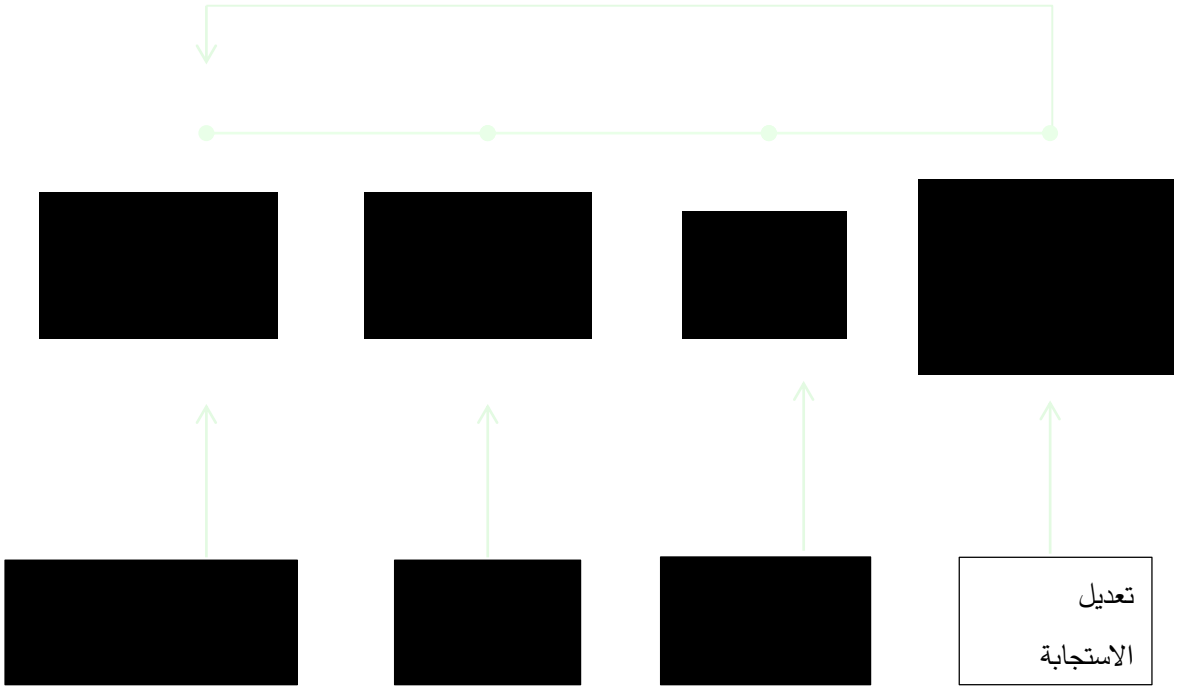
احتضان الانفعالات يعني أن الفرد يشعر بها ويعيشها دون محاولة التهرب منها أو انكارها، ويتقبلها مهما كانت سلبية ام إيجابية.

2.6.2.التسيير الذي يرتكز على الاستجابة الانفعالية (تغيير الاستجابة)

استراتيجيات التسيير التي تركز على الاستجابة الانفعالية تعبّر عن المجهودات التي يقوم بها الفرد بهدف تسيير انفعالاته بعد تكوّنها.

تتمثل استراتيجيات التسيير الانفعالي التي تركز على الاستجابة الانفعالية في الاستراتيجيات التي تؤثر على الاستجابة الفيزيولوجية والسلوكية أي بعد تشكل الاستجابة الانفعالية، يمكن استعمال الأدوية كالمهدئات لاستهداف التوترات العضلية أو فرط نشاط الجهاز السمبتاوي. (Gross,1998b,p.285)

كما تستعمل التقنيات الفيزيولوجية الاسترخائية للتأثير مباشرة على الجسم بإحداث استرخاء عضلي، وانخفاض في إيقاع القلب والضغط الدموي، أي أنّها تهدف إلى إلغاء المكوّن الفيزيولوجي للانفعال وهذا لا يعني أنّها تلغي الأفكار السلبية لكن عندما يكون الجسم مسترخي يكون من الأسهل مواجهة الصعوبات. (Mikolajczak,2014 b) يمكن كذلك اللجوء إلى تناول الكحول ، التدخين، تعاطي المخدرات، وحتى الاكل لتغيير التجربة الانفعالية. يعتبر القمع الانفعالي أكثر الاستراتيجيات المستعملة لتسيير السلوك التعبيري للانفعال.(Gross,1998b)



شكل 2 : نموذج العمليات لتسيير الانفعالات لـ Gross

(Yih, Uusberg, Taxer & Gross,2018,p.3)

7.2.القمع الانفعالي وإعادة التقييم

القمع الانفعالي حسب Gross وLevenson (1993) هو كفّ واع للاستجابة الانفعالية أثناء حالة التنشيط الانفعالي، فهو يحمل أكثر من غياب للانفعال وتعبيره، لكن يعبّر عن مجهود هدفه هو التّحكم في التعبير الانفعالي.

يقوم الشخص في هذه الحالة بتغيير على الأقل أحد مكونات الاستجابة الانفعالية بطريقتين إمّا بإلغاء تعبير الانفعال الذي يشعر به مثل إظهار الحياد في حالة الشعور بالغضب أو إظهار انفعال آخر مثل إظهار الفرح عند الشعور بالحزن.(Monier,2014) أمّا إعادة التقييم فيحتوي على محاولة تغيير واعية لمعنى الوضعية أو بعض عناصرها(Korb, 2014) أي إعادة تقييم الوضعية و الانفعالات المرتبطة بها بإعادة النظر في المعنى الانفعالي لحدث ما. (Monier,2014)

القمع الانفعالي وإعادة التقييم قد يحدثان بطريقة آلية مثلا بعد تكرارهما لعدّة مرّات (Gross et Thompson,2007) أو في وضعيات أين يفتقر الفرد إلى الموارد المعرفية الكافية (Korb, 2014) الاختلاف بين هاتين الاستراتيجيتين يكمن في أنّه في حالة إعادة التقييم يؤثر الشخص معرفيا وجسميا على وعيه بالوضعية والانفعالات المرتبطة بها من أجل الشعور الفعلي للانفعال المتكيّف والمنتظر منه، أمّا في حالة القمع الانفعالي يؤثر فقط على تعبيرات الوجه والجسم للتظاهر بانفعال ما أو الحياد.(Monier,2014)

8.2.آثار استراتيجيات القمع الانفعالي وإعادة التقييم المعرفي

1.8.2.الآثار المعرفية والفيزيولوجية

التعبير عن الانفعالات عبارة عن سيرورات معقدّة ولا تقدّم إجابة موّحدة، ولقد بيّنت الأبحاث أنّ التعبير عن الانفعالات أو قمعها يمكن أن يكون تكيفيا، فهي ليست ظاهرة ذات بعد واحد وإنّما تنتمي إلى سيرورات معقّدة في تفاعل مع المحيط (Kotsou,2014)

اهتم Gross على وجه التحديد باستراتيجيات إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات، حيث أوضح أنّ

استعمال استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي له آثار إيجابية على التوظيف العاطفي الشخصي في حين أنّ قمع التعبيرات تأتي متأخرة في مسار التسيير الانفعالي ولا تخفف من المشاعر السلبية، كما أنّها لا تزيد من المشاعر الإيجابية، إذ أنّها تقوم على تغيير الجوانب السلوكية من الاتجاه نحو الفعل الانفعالي وتؤدي بذلك إلى قمع التعبيرات الانفعالية السلبية والايجابية. (Delelis ,2011,p.472)

حسب Gross (1998a) استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي تخفّف من الشعور الذاتي للانفعالات الايجابية والسلبية أما استراتيجيات القمع الانفعالي للتعبير فيمكن أن تخفف من الاحساس بالانفعالات الايجابية، لكن ليس لديها تأثير على الاحساس السلبي. هذه النتائج توصّل إليها Gross من خلال دراسته، حيث قام بعرض مجموعة من أفلام تثير الاشمئزاز على مشتركين عددهم 120 راشدا وقام بتسجيل استجاباتهم السلوكية والفيزيولوجية وكذلك مشاعرهم الذاتية. المشاركون شعروا باشمئزاز أقل بعدما قاموا بإعادة تقييم الافلام بطريقة أكثر ايجابية من أجل أن لا ينزعجوا، بالعكس القمع الانفعالي لم يغيّر درجة الاشمئزاز التي شعروا بها.

في دراسة اخرى لـ Gross وLevenson (1993) لم تؤثر استراتيجيات القمع الانفعالي على الشعور الذاتي بالاشمئزاز، في حين خففت من الشعور بالمرح الذي تثيره الافلام الفكاهية. هذه الاختلافات في تأثير كل من القمع الانفعالي وإعادة التقييم المعرفي يمكن أن ترجع حسب Gross إلى كوننا تعوّدنا على قمع انفعالاتنا السلبية أكثر من الايجابية، كما يمكن ان تكون مرتبطة بكون نشاط قمع التعبيرات يملك تأثيرا سلبيا على حالتنا الانفعالية الناتجة من التخفيف في الانفعالات الايجابية.

القدرة على التعبير على الانفعالات لا تؤثر فقط على الصحة الجسمية وإنما تؤثر أيضا على الصحة النفسية. قام Gross بدراسة آثار القمع الانفعالي حيث قارن في معظم دراساته بين استراتيجيات القمع الانفعالي وإعادة التقييم المعرفي مثلا طلب من مجموعة من المشاركين بعد عرض فيلم يثير الاشمئزاز إخفاء انفعالاتهم حتى لا تكون مدركة من الخارج، لاحظ أن استجاباتهم الفيزيولوجية ازدادت مقارنة بالمجموعة التي طلب منها اعادة التقييم المعرفي.(Gross,2002) كما أنّ للقمع الانفعالي تأثير على الجانب الاجتماعي والعلائقي إذ أنّ الأشخاص الذين يكونون أمام متحدثين طلب منهم إخفاء انفعالاتهم ارتفع ضغطهم الدموي. (Butler et al.,2003)

الاستراتيجيات الواعية للتسيير الانفعالي تتطلب مجهود معرفي من طرف الشخص، يمكن عادة قياسها بقياس الزيادة في النشاط الفيزيولوجي، من جهة أخرى يكون هذا المجهود أكبر في استراتيجيات القمع الانفعالي التي تستعمل بعد تكوّن الاستجابة الانفعالية، والتي لها تأثير ضعيف على الشعور الذاتي عكس استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي التي تتوصل إلى تغيير عميق في معنى المنبه الانفعالي قبل أن يثير الاستجابة النفسية الجسمية.(Butler et al.,2003) و بيّنتButler و أخرون أنّ قمع التعبير الانفعالي كان مصحوبا بزيادة استجابة الجهاز السمبثاوي مؤثرا بذلك على

الجهاز الدوراني، في نفس الوقت استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لا تكون مصحوبة باستجابة فيزيولوجية زائدة.

قمع تعبيرات الشعور الذاتي كذلك يؤثر على نطاق واسع على الموارد المعرفية للفرد ويضعف قدرات التذكّر المتعلقة بمعلومات من نوع اجتماعي مثل الأسماء والمهن وهذا عكس اعادة التقييم المعرفي.(Korb,2014,p.274)

لاحظ Grossوآخرون أنّ الأشخاص الذين يميلون الى تجنب إظهار انفعالاتهم يعيشون ويجرّبون انفعالات إيجابية أقل وتجارب انفعالية سلبية أكثر(John et gross,2007) . القمع الانفعالي مرتبط كذلك بتوظيف بينشخصي أقل جودة ونوعية حياة منخفضة (Gross et John,2003)، وتوصل كل من Richardsو Gross في دراستهما إلى أنّ الاشخاص الذي يقمعون تعبيرات انفعالاتهم خلال عرض فيلم يثير الاشمئزاز يتذكرون أقل التفاصيل المرئية للفيلم من الاشخاص الذين لا يحاولون قمعها. (Richards et Gross,2006)

قمع الغضب مرتبط بنوعية نوم رديئة عند المصابين بأمراض القلب التاجية، من جهة أخرى قمع الانفعالات له تأثير سلبي على ذاكرة المنبهات الانفعالية، وحتى وإن كانت معظم الدراسات الحالية تبيّن أنّ استراتيجيات قمع التعبيرات تصاحب باستجابات سمبتاوية، إلاّ أنّ هناك بعض الدراسات لم تتوصل إلى اختلافات فيزيولوجية بين قمع التعبيرات والاستجابة الانفعالية التلقائية.

هذه الاختلافات في النتائج يمكن أن تفسّر بالاختلافات الثقافية، فالأثار السلبية لقمع التعبيرات الانفعالية تنخفض إذا كان المسيّر ينتمي إلى الثقافة الأسيوية ولا يؤمن بقيم غربية.

آثار استراتيجية إعادة التقييم المعرفي يظهر تشكّل الاستراتيجية التي يوصى بها أكثر مقارنة بقمع التعبيرات الانفعالية، لأنّها أكثر فعالية في التخفيف من الشعور الذاتي الذي تسببه الانفعالات

السلبية، كما تتطلّب تنشيط فيزيولوجي أقل إذ أنّه قد يتسبب في عدّة مشاكل صحية خاصة إذا كان هذا التنشيط متكرر وداخل في الازمان، كما أنّ استراتيجيات القمع الانفعالي تؤدي إلى اضطرابات في الحفاظ على المعلومات الذكروية مقارنة باستراتيجيات إعادة التقييم المعرفي.

دراسة Glaser وآخرون (1988) المرتكزة على نموذج الكتابة لـ James Pennebaker بيّنت أن التعبير عن تجربة صدمية كتابيا أو شفهيا يحسّن من الصحة الجسمية، ويزيد من الوظائف المناعية ويرتبط بعدد أقل من الفحوصات الطبية في الأشهر اللاحقة، من جهة أخرى في دراسة حديثة لجامعة كاليفورنيا تبيّن أنّ تسمية الانفعالات التي يشعر بها الفرد يخفّف من استجابة اللوزة للصور التي تثير انفعالات سلبية. طلب الباحثون من المشاركين في التجربة النظر الى صور تثير عدّة انفعالات مثل الخوف، الغضب، والفرح، تمثّل شطر من التجربة في الربط بين الصور التي تثير نفس الانفعال أما الشطر الآخر فتمثّل في تسمية الانفعالات التي تثيرها الصور. توصلوا الى أنه عندما يطلب من المشاركين تسمية الانفعالات يزداد النشاط العصبي في مناطق اللغة بينما ينخفض في المناطق المرتبطة بالضيق النفسي (نقلا عنKotsou,2014)

2.8.2.الآثار على الآخرين

قامت Butler وآخرون (2003) بدراستين الأولى حول نتائج قمع التعبيرات وإعادة التقييم المعرفي بين ثنائيات نسائية لا تعرف بعضها البعض حيث طلب منها الحديث حول فيلم مؤثر عرض من قبل. هؤلاء الباحثون انطلقوا من فرضية أنّه إذا كان قمع التعبيرات يخفف من التعبيرات الانفعالية والموارد المعرفية للفرد وفي نفس الوقت يسبب ضغط فيزيولوجي، فإنّه يؤدي حتما إلى نتائج سلبية على الشركاء الاجتماعيين والتواصل معهم. دراسة Butler وآخرون افترضت أنّ إعادة التقييم المعرفي ليس لها هذه الانعكاسات السلبية على الشركاء الاجتماعيين، لأنّها تخفف أساسا من التعبير عن

الانفعالية السلبية وليس الايجابية وتستهلك موارد معرفية أقل وتستدعي استجابات فيزيولوجية ضاغطة أقل عند الفرد الذي يستخدمها.

أمّا في الدراسة الثانية فطلب من المشاركين التحدث عن أفكارهم ومشاعرهم حول فيلم حرب، ثم آثار هذا الفيلم على الطبيعة الانسانية وعلى معتقداتهم الدينية والسياسية، حيث طلب من أحد الشريكين في الثنائية دون علم الآخر أن يتعامل بطريقة عادية معه (ظروف التحكم)، أو قمع كل التعبيرات الانفعالية (ظروف القمع)، أو إعادة تقييم الفيلم بطريقة تجعله هادئ (ظروف إعادة التقييم). بيّنت النتائج الآثار السلبية للقمع عند الأفراد الذين يطبّقونه وعند شركائهم. المشاركون الذين كانوا يتعاملون مع الأفراد الذين يقمعون تعبيرات انفعالاتهم (سلبية أو ايجابية) شعروا أنّهم غير مقرّبين منهم وأقل انجذابا إليهم، كما أدّى قمع الانفعالات إلى رفع الضغط الدموي عند الأفراد الذين يحاولون إخفاء انفعالاتهم وعند الافراد الذين يتعاملون معهم. هذه النتائج تشير إلى أنّ استراتيجيات قمع التعبيرات الانفعالية خاصة في بعض الوضعيات تضّر بالفرد الذي يستعملها وكذلك الأفراد الذين يتعامل معهم وذلك بالتدّخل في بناء روابط عاطفية والتسبب في أعراض فيزيولوجية للضغط.

9.2.أهمية تسيير الانفعالات على المستوى الفردي والجماعي

بيّنت الدراسات أنّ التسيير الانفعالي يلعب دور مهم في خمسة مجالات من الحياة على الأقل وهي:

1.9.2.العلاقات الاجتماعية

التعبير عن الانفعالات يساهم في حلّ مشاكل الحياة في المجتمع وهو مهم لتطوير وتسيير العلاقات البينشخصية، وله تأثير على كامل حياتنا الاجتماعية. التعبيرات الانفعالية للشخص تنتج استجابات انفعالية عند الآخرين وهذه الاستجابات عناصر مركزية في التعاملات الاجتماعية المهمة

مثل خلق الروابط والتصالح. الطريقة التي نعبّر بها عن انفعالاتنا تقدّم معلومات عديدة للأشخاص الذين نتحدث معهم، فهي تعلمهم عن سوابق الوضعية، ومعنى ردود أفعالنا، كذلك السلوكيات الممكن حدوثها. يمكن للانفعالات أيضا أن تساهم في تحفيز أو تثبيط بعض السلوكيات عند الآخرين، فالتعبير عن الانفعالات يؤثر على العلاقات بالمشاركة في تطوير ونشر المعايير السلوكية (Kotsou,2014) والأشخاص الذين يسيّرون انفعالاتهم بطريقة سيئة لديهم عدد قليل من الأصدقاء، وعلاقات اجتماعية وزوجية ذو نوعية سيئة، ويواجهون غالبا صراعات بينشخصية، وهؤلاء الأشخاص غير محبوبين من طرف أقرانهم(Mikolajczak,2014a) فالتعبير غير المتحكم فيه عن الانفعالات يمكن أن يكون له أثر سلبي على العلاقات الاجتماعية، الغضب مثلا قد يكون له تأثير سلبي على محاولة إيجاد حلول لصراع ما بين الاصدقاء أو الزملاء، كما أنّ التعبير عن الغضب خاصة بين الزوجين يؤدي بهما إلى الشعور بالسوء أكثر وبذلك التأثير سلبا على علاقتهما.

2.9.2.الأداء الأكاديمي أو الوظيفي

الطلاّب الذين يواجهون مشاكل في تسيير انفعالاتهم ينجحون أقلّ في المدرسة أو الجامعة. (Mikolajczak,2014 a) حسبMikolajczak هناك سيرورتان في التسيير تتدخل في ذلك و هما تسيير الانفعالات السلبية (القلق و الملل) وتسيير الانفعالات الايجابية (الاهتمام و الحماس) ، و نفس السيرورات تتدخل في المجال المهني. الأبحاث أثبتت أنّ الأشخاص الذين يسيّرون انفعالاتهم بطريقة سيئة لهم حظوظ أكثر لإيجاد أنفسهم بطّالين، وهناك تفسيرين ممكنين لذلك الأول يخصّ الحصول على العمل عند الاشخاص الذين لا يستطيعون تسيير قلقهم في مقابلات التوظيف، والثاني يخصّ فقدان العمل عند الأشخاص الذين لا يستطيعون تسيير غضبهم ما يؤدي إلى العراك المتكرر مع المدير والزبائن مثلا.

3.9.2.الرفاهية والاضطرابات النفسية

يكون عادة اضطراب تسيير الانفعالات وراء مشاكل إكلينيكية مثل اضطراب التغذية، الادمان على الكحول، القلق واضطراب المزاج خاصة الاكتئاب، أي أنّ الأشخاص الذين لا يتمكّنون من تسيير انفعالاتهم هم أكثر عرضة للوقوع في الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، والقلق، والاحتراق النفسي، وهذا الأمر يبدو منطقيا أي أنّ الشّخص الذي لا يتمكّن من تسيير حزنه يقع في الاكتئاب، والشخص الذي لا يستطيع تسيير خوفه يقع في الفوبيا، والشخص الذي لا يستطيع تسيير غضبه يقع في الاضطرابات السلوكية.

4.9.2.الصحة الجسمية

الصعوبة في تسيير الانفعالات وخاصة التخفيف من الانفعالات السلبية منها تشكّل عامل خطورة في ظهور أو تطور العديد من الأمراض مثل الربو وحتى بعض السرطانات (Mikolajczak,2014a)، إذ تمّ الإثبات في العديد من المرّات أنّ القمع، كفّ، إلغاء وإخفاء الانفعالات السلبية مضّر للصحة حيث أنّ القمع يزيد من خطر الإصابة بالسرطان ويسّرع من تطوّره، كما أنّ القمع المزمن للعدائية والغضب مرتبط بارتفاع ضغط الدم والأمراض الوعائية القلبية. (Niedental et al.,2009 c)

5.9.2.تسيير الموارد المادية

تسيير الموارد المادية والمالية يشكّل جانب مهم في حياتنا، والأشخاص لا يسيّرون أموالهم بطريقة عقلانية عكس ما كان يعتقده علماء الاقتصاد، وهذا يلاحظ في الحياة اليومية وعلى مستوى المستثمرين في البورصات، مختصين في علم النفس بالاستناد إلى تسيير الانفعالات كانا وراء واحدة من أكثر النظريات استعمالا في علم الاقتصاد وحازا بفضلها على جائزة نوبل في هذا المجال. (Mikolajczak,2014 a)

10.2.الهدف من تسيير الانفعالات

بغضّ النظر عن كون الانفعالات تسهّل التكيف مع المحيط فهي تلوّن الحياة، وبفضلها نشعر أننا حقا أحياء، ولذلك فمن غير المنطقي التحدث عن قمع أو تسيير كل الانفعالات بل بالعكس من المهم التفتح لها وكل الفوائد التي تحملها، لكن يجب على الفرد تسيير انفعالاته عندما تكون غير وظيفية بمعنى عندما تكون مضادة لأهدافه أو أنّها غير ملائمة للسياق.

الفرضية الأولى التي ترد إلى الذهن هي أنّ الانسان يقوم بتسيير انفعالاته بحثا عن السعادة وطلبا للتخفيف من الانفعالات السلبية، اذ يبدو أنّ البحث عن الرفاهية هو المحرّك الرئيسي لتسيير الانفعالات. (Korb,2014) هذه الأهداف هي من جانب اللذّة hédonistique أي الأشخاص يبتعدون عن الألم ويبحثون عن المتعة، لكن في بعض الحالات تستخدم مسارات تسيير الانفعالات لزيادة أو تفجير انفعالات سلبية، وحتى إيقاف أو تخفيف شدّة الانفعالات الايجابية.(Gross,1998b) إذ لاحظ Parott (1993) في سياق تعديل المزاج regulation mood أنّ الدافع وراء الزيادة في الانفعالات السلبية يشمل على تعزيز التحليل و التركيز في التفكير، و تطوير مواقف التعاطف و التأثير على الآخرين أما الدوافع وراء التخفيف من الانفعالات الايجابية فتشمل على الرغبة في الحفاظ على التفكير الواقعي، الأخذ بعين الاعتبار مبادئ المجتمع وإخفاء الانفعالات على الآخرين. (Gross,2014)

التوظيف الجيّد للعلاقات الاجتماعية يتوقف بشكل كبير على الطريقة التي يعبّر ويسيّر بها الأفراد انفعالاتهم، بل هي عامل مهم في استمرارية périnnité الحضارة. يمكن تخيّل الفوضى التي ستسود إذا كان كل شخص يعبر كما يريد عن غضبه، أو حزنه، أو غيرته...إلخ. إضافة إلى كل هذا فإنّ كل ثقافة وكل عائلة وكل مؤسسة تمتلك معايير التعبير الانفعالي الخاصة بها، وهذه المعايير

تحتّم على الفرد تسيير انفعالاته التي لا تتماشى مع قواعد التعبير الانفعالية التي تخص جماعة الانتماء. (Mikolajczac,2014a) تسيير انفعالاتنا يكون له أيضا أغراض أخرى تتمثل في تغيير صورتنا أمام الآخرين وذلك بهدف التأثير على علاقتنا مع أفراد المجتمع، لكن هذا لا يعني أنّ الغرض من تسيير الانفعالات هو اشباع أنانيتنا، بل إنّ ذلك يساهم في تنظيم والتحكم في عملية الاتصال بين الأفراد والجماعات وهذا ما نجده لدى كل المجتمعات.

تسيير الانفعالات يعني أنّنا قادرين على التّعرف عليها والوعي بها وبنتائجها على أنفسنا وعلى المجتمع. التسيير عادة يكون لعدّة أسباب قد تكون شخصية بحثا عن اللّذة وذلك من خلال التخفيف أو تجنب الانفعالات السلبية المؤلمة مثل الغضب والخوف، أو زيادة الانفعالات الايجابية مثل الفرح، وفي بعض الحالات نجد الهدف من التسيير الانفعالي هو التخفيف أو حتى اخفاء الانفعالات الايجابية مثلا اخفاء فرحتنا لإنجاب طفل أمام صديق ليس لديه أولاد حتى لا نجرح مشاعره، أو قد يكون التسيير لأسباب علائقية حتى نتجنّب الدخول في صراعات مع المحيطين بنا. وقد نقوم بتسيير انفعالاتنا فقط لأنها لا تتماشى وأهدافنا. لكن هذا لا يعني أنّ تسيير الانفعالات أهدافه أنانية تخدم مصلحة الفرد فقط ولكن هو مهّم جدّا في الحفاظ وتطور المجتمع لأنّه الحجر الذي تبنى عليه العلاقات والذي يحدد سلوكيات أفراد المجتمع، فلا مجتمع دون تسيير للانفعالات لأنّه سيصبح فوضوي يعمّه الاضطراب.

خلاصة الفصل

أصبح مفهوم الانفعالات وتسييرها يشكل حقل مهم جدا في الأبحاث نظرا لارتباطها بسيرورات العديد من الأمراض فالغضب والعدائية مثلا ارتبطوا بظهور الأمراض الوعائية القلبية وتعقيدها، لذلك دراستها مهمة لمعرفة كيف تتدخل في ظهور الأمراض وتطورها خاصة المزمنة منها وذلك من أجل تكفل أفضل بالمرضى وتحسين نوعية حياتهم. لذلك تناولنا في هذا الفصل مفهوم الانفعالات الذي هو عبارة عن سيرورات معقدة تحمل عدّة آثار على المستوى الفردي والجماعي لذلك فتسييرها مهّم جدا. المفهوم الثاني هو تسيير الانفعالات الذي يشمل على عدّة استراتيجيات يلجأ إليها الأشخاص للتأثير على انفعالاتهم من حيث النوع، والشدّة، والمدّة وذلك حسب الوضعيات والأحداث ونوع الانفعال المرتبط بها. كما تلعب كذلك شخصية الفرد وتنشئته الاجتماعية والمحيط الثقافي الذي يعيش فيه دور في تحديد قدراته على تسيير انفعالاته، هذه القدرات والمهارات الانفعالية تتحدد بالتجارب الماضية والتربية، هذان العاملان يؤثران كذلك على الطريقة التي يدرك بها الأفراد، ويفهمون، ويستعملون، ويسيّرون انفعالاتهم. كما رأينا من خلال هذا الفصل أنّ الانفعالات وتسييرها له آثار على صحة الفرد النفسية والجسمية، وهذين الجانبان يعتبران فرعين مهمين في نوعية حياة الفرد.

الفصل الثاني

نوعية الحياة

تمهيد

تعتبر نوعية الحياة من أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية التي ظهرت بعد منتصف القرن العشرين، حيث اقتصرت في البداية على الجانب الاقتصادي والسياسي ثم شملت الجانب النفسي الاجتماعي وأخيرا الجانب الصحي، وهذا المفهوم معقّد ويصعب إيجاد تعريف متفق عليه لأنّه يختلف من مجال إلى آخر، ويستعمل مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في المجال الطبي والنفسي للتمييز بينه وبين نوعية الحياة في المجالات الأخرى، لكن هذا لا يعني أنّهما مختلفان عن بعضهما البعض، فهما مترابطان ومتشابكان. أصبح حاليا تحسين نوعية الحياة هدف كل السياسات العالمية خاصة عند المصابين بالأمراض المزمنة التي تعتبر أمراض لا تهدد حياة الفرد على المدى القريب لكن آثارها وعواقبها كبيرة على حياته اليومية لأنّها قد تؤدي إلى العجز على مواصلة النشاطات اليومية له، وهي في الغالب أمراض لا شفاء منها بل التخفيف من آثارها وتعقيداتها هو هدف الرعاية الطبية، وهذا من أجل تحسين نوعية حياة المرضى، لأنّ المهم ليس عدد السنوات التي يعيشها الفرد وإنّما كيف يعيشها. نوعية الحياة ليست فقط عبارة عن الظروف المحيطية التي يعيش فيها الفرد كما كان ينظر إليها من قبل، لكن بعد دخولها المجال النفسي أضيف إليها الجانب الذاتي أي إدراك الفرد لهذه الظروف.

1.تاريخ مفهوم نوعية الحياة

ظهر مفهوم نوعية الحياة في الثلاثينات من القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث ظهرت ثلاث تيارات فيما يخص هذا المفهوم سواء بالتركيز على الجانب البيئي، الصحة أو المجالات المختلفة من حياة الفرد، قام بتطبيق هذا المفهوم في مجال الصحة كل من جماعة Karnofski سنة 1949 ثم جماعة Katz سنة 1963، حيث قاموا بالتأكيد على أهمية تقييم الوظائف والإعاقات الجسمية والنفسية في سياقات الحياة اليومية. (Gayral-Taminh et al.,2005)

ويشير Snoek (2000) أنّ الرئيس الأمريكي Lyndon Johnson استخدم مصطلح نوعية الحياة في اجتماع سياسي سنة 1964 حيث أكّد فيه أنّ انجازاتهم لا تقاس على أساس الحسابات البنكية وإنّما بمدى نوعية الحياة التي توفر للمواطنين. (نقلا عن العجوري،2013)

ارتبط تقييم نوعية الحياة في البداية بالمحيط الفيزيائي، الجيران (الحي) والمجتمع انطلاقا من معطيات احصائية اعتبرت كمؤشرات اجتماعية، ثم ظهر الاهتمام بنوعية الحياة في العمل من النظرية المرتبطة بنظرية المنظماتthéorie des organisations. (Mercier et Filion,1987)

ثم جاء التعريف الجديد للصحة المقدّم من طرف منظمة الصحة العالمية(OMS) والذي كان له دور كبير في ازدياد الاهتمام بنوعية الحياة في مجال الصحة، حيث ابتعد تعريف الصحة انطلاقا من 1947 عن انعدام المرض أو الإعاقة، ليتوسّع إلى حالة كاملة من الرفاهية الجسمية، العقلية، والاجتماعية.

أمّا في مجال الصحة العقلية فلقد لفتت الانتباه النتائج الوخيمة التي كانت تترتب عن إخراج المرضى من المصحّات العقلية لدمجهم في المجتمع وعدم الأخذ بعين الاعتبار بالصعوبات التي يواجهها المرضى في بيئتهم وأنّ الوسط الذي يعيش فيه هؤلاء المرضى ليس دائما ملائم لحالتهم، ما

جعل كل من Bachrach وLamb (1982) يدافعان عن فكرة أنّه من الممكن تحقيق قفزة كبيرة في هذا المجال وذلك بجعل المصالح المهتمة بهؤلاء المرضى أكثر انسانية عن طريق تحسين نوعية حياتهم. (نقلا عنMercier et Filion,1987)

ظهور تعريفات جديدة للصحة مثل تعريف Talcott Parsons أحد رواد علم الاجتماع الحديث والذي يعرفها على أنّها " حالة القدرة المثلى للأداء الفعّال للمهام القيّمة"، وهو ينظر إلى المرض على أنّه انحراف عن التوقعات الاجتماعية بأنّ الفرد قادر على القيام بالمهام المرتبطة بدوره الاجتماعي، كان وراء ظهور مؤشرات الصحة ونوعية الحياة وربما الحجر الأساس لتقييم الحالة الصحية لحدّ اليوم. (نقلا عن Land et al.,2012,pp.2.3) أدى كل هذا إلى ازدياد اهتمام السياسات الصحية في السبعينيات أكثر بنوعية الحياة وذلك بالتركيز على مفاهيم الحالة الصحية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

في نفس الوقت ظهر مفهوم جديد في علم النفس الاجتماعي والذي يدرس الإدراك الشخصي للرفاهية بشكل عام والذي يعطي أهمية كبيرة لدرجة رضا الأفراد عن حياتهم في المجالات الجسمية، النفسية والاجتماعية. (Gayral-Taminh et al.,2005)

من هنا نستنتج أنّ ظهور مفهوم نوعية الحياة في ميدان الصحة كان مرتبط بتطور ثلاثة أسس في الطب وهي: المرض، المريض والطبيب.

- ✓ تغير نوع الأمراض: تقدم الطب في النصف الأول من القرن العشرين لدرجة أنّه استطاع القضاء على الأمراض المعدية في البلدان المصنّعة، لكن مع نهاية القرن واجه الطب نوع آخر من الأمراض وهي الأمراض المزمنة، التي لا تهدد المآل الحياتي للأفراد على المدى القريب لكن تتطلب التخفيف والتكفل بالآثار النفسية، الجسمية والاجتماعية الناجمة عنها أي تحسين نوعية الحياة.

✓ تغير توقعات (تطلعات) المريض حسب Brousseو Boisaubert (2007) أي أنّ المريض أصبح مستوعبا لمرضه وعلاجه، ويبحث عن المعلومات التي تخصّ حالته الصحية إمّا عن طريق الطبيب أو الاعلام، فهو يبحث عن تكوين نظرة خاصة له بالنسبة لمرضه والحكم عليه من وجهة نظره.

✓ التحولات في الرعاية الطبية: تقول المختصة في الأنثروبولوجيا Sylvie Fainzang أنّ العلاقة طبيب – مريض تغيرت حيث انتقلت من النموذج التقليدي المبني على العلاقة الأبوية أين كان الطبيب " القوي" الحامل للمعرفة يضع المريض في وضعية طفولية، إلى علاقة يعلم فيها الطبيب المريض بحالته من أجل اتخاذ القرار معا فيما يخص العلاج الذي سيقدّم، ثم ظهر نموذج آخر يضع المريض في موقف الخبير أي حامل لمعرفة حول مرضه ويمكنه إعطاء معلومات مهمة حول الطريقة التي يدرك بها صحته.(Anesm,2012)

يظهر من خلال استعراض تاريخ ظهور مفهوم نوعية الحياة أنّ هذا المفهوم انطلق من المجال الاقتصادي والسياسي، وكان يشمل فقط على المعطيات الموضوعية مثل الضجيج والحالة الاقتصادية، لكنّه توسع إلى أن شمل العلوم الأخرى، ومع تبني هذا المفهوم في ميدان الصحة أصبح أوسع وأشمل لوصف حالة الفرد من كل النواحي الاقتصادية، الاجتماعية والصحية. لم يعد مفهوم نوعية الحياة يقتصر فقط على المعطيات الموضوعية بل أصبح يأخذ بعين الاعتبار تقييم الفرد لكل العوامل المحيطة به، من هنا يمكن أن نقول أنّ مفهوم نوعية الحياة هو ذلك التفاعل بين العوامل المحيطة بالفرد (الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والصحية) وعوامل ذاتية معرفية تسمح له بادراك هذه العوامل بطريقته الشخصية، ولا يمكن الفصل بين نوعية الحياة ومفاهيم أخرى مثل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ونوعية الحياة في العمل لأنها متشابكة فيما بينها وكل واحدة تؤثر في الأخرى،

الصحة لا يمكن أخذها في معزل عن العمل مثلا لأن تعقيدات المرض تؤثر على عمل الفرد والعكس صحيح، نوع العمل الذي يمارسه الفرد يؤثر على صحته.

2.تعريف نوعية الحياة

كلمة نوعية الحياة كلمة مفتاحية استعملت لأول مرّة في Indea Medicus سنة 1977 وعرّفت من طرف المكتبة الوطنية للطب National library of medecine على أنّها " مفهوم عام يترجم الاهتمام بتغيرات وتعزيز خصائص الحياة الجسمية، السياسية، الأخلاقية، المحيط الاجتماعي والظروف الشاملة لحياة الفرد". (نقلا عن Baumann et Briançon,2010,p.20)

حسب Blondeau مفهوم نوعية الحياة يتطلّب الأخذ بعين الاعتبار التجربة الانسانية في جوانبها المتعددة والمعقدة دون التقيّد ببعدها البيولوجي. (نقلا عن St-Cyr,1997)

ويعرّفها Schalock (2000) بأنّها مفهوم يعكس الظروف التي يتمناها الفرد او يرغبها في حياه والتي ترتبط بثمانية أبعاد لحياته وهي: السعادة الانفعالية، العلاقات الشخصية، السعادة المادية، النمو الشخصي، السعادة الجسمية، توجه الذات، الضمان الاجتماعية والحقوق الاجتماعية. (نقلا عن العجوري،2013، ص.38)

كما يعرّفDijkers (2003) نوعية الحياة العامة بأنّها "التكامل بين التطلعات aspirations (مثل الأهداف، القيم، المعايير، الرغبات والاحتياجات) والإنجازات الحالية للفرد كما يدركها هو". (نقلا عنGagné,2010 ,p.9)

ويضيف الشربيني (2007) أنّ نوعية الحياة شعور الفرد بالهناء الشخصي في مجالات حياتية تعد هامة بالنسبة له في سياق الثقافة التي ينتمي إليها عند مستوى يتسق مع أهدافه واهتماماته وتوقعاته. (نقلا عن العجوري،2013، ص.39)

لا يوجد تعريف متفق عليه فيما يخص مفهوم نوعية الحياة، لكن تمّ الوصول إلى اتفاق لإعطاء تعريف انطلاقا من مجموع الأحداث وتأثيرها على حياة كل فرد، وتمّ تركيبه انطلاقا من اقتراح Corten الذي يعتبر " الحياة ذو نوعية جيّدة إذا كان لها معنى "نقلا عن Gayral-Taminh) et al.,2005,p.37)، ويعتبر Gayral-Taminh وآخرون أنّ هذا التعريف يضع الأعمال المرتبطة بنوعية الحياة في مجال علم النفس الإيجابي، الذي يهتم بقدرة كل فرد على التّدخل في ظروفه، دون حصر الصحة في انعدام المرض أو الاعاقة.

ظهور تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة على أنّها ليست مجرّد الخلو من المرض أو الاعاقة وإنّما هي حالة من الرفاهية الجسمية، النفسية، والاجتماعية أدى إلى تطور مفهوم نوعية الحياة وسمح بطرح تساؤلات حول هذا المفهوم. هذه التساؤلات أدّت إلى ظهور مفهومين هما:

- ✓ نوعية الحياة من منظور بيئي يرتكز أساسا على معايير موضوعية مثل الرواتب، المؤشرات الاجتماعية والارتياح المادي.
- ✓ نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: في المراحل الأولى ركّزت الأبحاث على تأثير الاضطرابات الوظيفية على الصحة ثمّ ضمّت التوظيف الاجتماعي، و بعد ذلك أضيف البعد العقلي في مفهوم نوعية الحياة ابتداءا من الثمانينات حيث أصبح من المهم الأخذ بعين الاعتبار الأعراض النفسية والأعراض الجسمية.(Rotonda,2011)

دراسة نوعية الحياة لم تعد تقتصر فقط على تقييم الأعراض المرتبطة بالمرض لكن تعدّت إلى تقييم الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق وتأثير المرض على المحيط، أي أنّ الجوانب الذاتية لنوعية الحياة تظهر في المعاناة المرتبطة بالألم الجسمي والألم النفسي.

مفهوم نوعية الحياة يرتكز على مبدئين هما أنّ نوعية الحياة تقاس وتقيّم من طرف الشخص نفسه، والثاني هو أنّ نوعية الحياة عامل يجب الاهتمام به في كل مراحل المرض لأنها تتأثر مباشرة بتعقيدات المرض الجسمية، النفسية والاجتماعية.

هناك اختلاف بين نوعية الحياة والحالة الصحية ويتمثل هذا الاختلاف في وجهة النظر، حيث أنّ الحالة الصحية تعبّر عن مجموعة من الأعراض والمؤشرات التي يكتشفها المختص أو يفصح عنها المريض، أمّا نوعية الحياة فهي تضّم مجموعة من الأبعاد مثل الجانب الجسدي، النفسي، الاجتماعي والاقتصادي للمريض وكذلك تقييمه لهذه الابعاد، فنوعية الحياة نتيجة تقييم الشخص المعني حتى وإن كان لا يتطابق مع الواقع.

نوعية الحياة مفهوم يختلف من شخص لآخر وتعريفه يختلف حسب الميدان الذي تدرّس فيه، ففي المجال العيادي نوعية الحياة لا تستعمل بمفهومها الواسع لكنها تهتم بالجوانب التي تتأثر بالمرض والعلاج وتشمل على النتائج المباشرة وغير المباشرة للمرض مثل فقدان العمل، الصعوبات المالية وغيرها، غالبا ما يستعمل مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لرفع الالتباس. (Fayers et Machin,2007)

حسب Brousse و Boisaubert(2007) نوعية الحياة هي "ما يسمح بتكميم تأثيرات المرض على الحياة أو رضا وعدم رضى الفرد عن حياته أو ما يبيّن تأثير الأمراض، العلاجات والقرارات الصحية على الحياة اليومية وذلك بمحاولة التّقرب من وجهة نظر المريض". (p.459)

أمّا منظمة الصحة العالمية (1998) فقامت بتعريف نوعية الحياة على أنّها "إدراك الفرد لمكانته في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه، توقعاته، معاييره

واهتماماته."(p.19) بهذا توسّع مفهوم نوعية الحياة في الصحة ليشمل الجانب البيئي، وغالبية الأبحاث في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ترتكز على هذا التعريف.

هذا المفهوم حصب Tessier (2008) يحمل طابع متعدد الأبعاد، وعامة هناك أربعة أبعاد مدروسة وهي الحالة الجسمية للشخص من خلال قدراته الجسمية، الأعراض والالام، الحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية و/ أو المحيط العائلي والمهني. يرى Ryff وآخرون (2006) أنّ

نوعية الحياة هي الإحساس الإيجابي يحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصيته مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة مسار حياته واقامه علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين كما ترتبط نوعية الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (نقلا عن شيخي،2014، ص.74)

تعريف نوعية الحياة أصبح يركز أكثر على الجانب الذاتي لنوعية الحياة من الجانب الموضوعي، أي أنّ نوعية الحياة ليست مجرّد مؤشرات موضوعية وإنّما إدراك وتقييم الفرد هو الذي يعطي لها معنى. يظهر أيضا من تعاريف نوعية الحياة أنّه رغم اختلافها إلاّ أنّها تشترك في كون هذا المفهوم معقّد ومتعدّد الأبعاد، فهي تفاعل بين جانب موضوعي متعلق بالمعطيات الموضوعية في حياة الفرد مثل العمل، المرض، السكن وغيرها، وجانب ذاتي متعلق بإدراك الفرد لهذه العوامل. هذا التفاعل يعطي لمفهوم نوعية الحياة طابعا ديناميكيا، بمعنى أنّه مفهوم غير مستقر عبر الزمن لأّن العوامل المحيطة بالفرد غير مستقرة كما أنّ تقييم الفرد نفسه لهذه العوامل يتغيّر عبر الزمن، إذن نوعية الحياة يمكن أن تتغير حسب معايير الفرد أو التغير في المحيط. ويعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة التعريف الأكثر استعمالا.

3. النماذج المفسرة لنوعية الحياة

ظهر العديد من النماذج لتفسير نوعية الحياة منها نموذج يركز على الاحتياجات والرضى الذي يستعمل كثيرا في تقييم خدمات الصحة العقلية، نموذج الرضى عن الحياة، نموذج الرفاهية الاجتماعية والشبكة الاجتماعية المستعمل كثيرا في علم الشيخوخة الاجتماعي gérontologie sociale، النماذج النفسية التي تركز على النمو الشخصي، التحكم في الحياة، القدرات المعرفية والتكيفية، و يشير Zizzi وآخرون (1998)إلى الخلط الذي يحيط بالمفاهيم النفسية العديدة المستعملة للإشارة إلى نوعية الحياة حسب الدور الذي تلعبه كمؤثرات، أو مكوّنات، أو وسائط لنوعية الحياة المدركة في هذه النماذج النفسية. كما يقولون أنّ هناك العديد من المتغيرات الوسيطة التي تتدخل في نوعية الحياة المدركة مثل البناءات المرتبطة بالذات (مثل الفعالية الذاتية، تقدير الذات والتحكم المدرك)، كما أنّ الادراك يتأثر بميكانيزمات معرفية (مثل التوقعات، القيم الاجتماعية، المعتقدات، التطلعات والمقارنة مع المعايير الاجتماعية). رغم أنّ هذا النموذج مثير للاهتمام إلاّ أنّه لا يوجد معطيات أمبريقية تسمح بتأكيد أو نفي الاختلاف بين البناءات النفسية كمتغيرات وسيطة أو مؤثرة.

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ارتكزت في الماضي على النموذج المرضي للصحة واهتمت بقياس الضعف الجسدي والعقلي، والتوظيف الاجتماعي، لكن هذه المقاربة جعلت القياس يركز على الجوانب السلبية على غرار الجوانب الايجابية، ثمّ ظهرت مقاربة مختلفة عرّفت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على أنّها الهوة بين الصحة الحالية وحالة التوظيف وتطلعات الفرد لها، هذا النموذج (نظرية الفراغ) يرتكز على التوقعات الاجتماعية والمقارنة مع الآخرين. ظهرت محاولات عديدة لجعل الفراغ إجرائيا وقياسه، لكن هناك القليل من الدلائل المؤيدة لثبات هذا النموذج. (نقلا عن Bowling,2003)

الحاجة إلى تعريف شامل وإيجابي لنوعية الحياة نتج عن تبني تعريف مجموعة منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة على أنّها إدراك الأفراد لمكانتهم في الحياة في سياق ثقافتهم ونظام القيم الذي يعيشون فيه، وفي علاقتهم مع أهدافهم، توقعاتهم والمعايير والاهتمامات. نوعية الحياة مفهوم شامل يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسمية للفرد، الحالة النفسية، نسبة الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية وعلاقته مع العوامل المهمة في محيطه.

4.نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

تعتبر نوعية الحياة والصحة مفهومين مترابطين حسب Billey (1993) إذ أنّ الاهتمام بنوعية الحياة يعني التّعرض للمعايير التي تعرّف الصحة، فعند النظر إلى مقاييس نوعية الحياة نجد أغلبيتها تركز على تقييم الصحة وهذا ما يؤمن به المرضى كذلك، حيث أنّ 42% من المصابين بارتفاع الضغط الدموي عندما يطلب منهم ما هو أهمّ شيء في حياتهم يجيبون بأنّه الصحة. (نقلا عن St-Cyr,1997)

ظهر مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ومجالاتها منذ الثمانينيات ليشمل على جوانب نوعية الحياة التي تؤثر على الصحة سواء الجسمية أو النفسية، على المستوى الفردي هذا المفهوم يشمل على إدراك الفرد للصحة الجسمية والنفسية والارتباط بينهما، المخاطر والظروف الصحية، والحالة الوظيفية، أما على مستوى المجتمع فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة تشمل على الموارد، الظروف، السياسات والممارسات التي تؤثر على إدراك الأفراد لصحتهم وحالاتهم الوظيفية. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وسّعت مفهوم الصحة ليشمل الاحتياجات الجسمية والنفسية للأفراد (Centers for desease control and prevention [CDC],2000).

نوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة مفهومين يمكن استعمالهما كمترادفين لأنّه لا يمكن تقييم نوعية الحياة دون التعرض لميدان الصحة، فالصحة تؤثر على الميادين الأخرى والعكس

صحيح، مثلا في الجانب الاقتصادي من خلال تكاليف العلاج وآثار المرض على القدرة على القيام بالنشاطات اليومية، في الجانب الاجتماعي من خلال تأثير هذه الأخيرة على العلاقات والنشاطات الاجتماعية للفرد وقدرته على المحافظة عليها في حالة الاصابة بالمرض.

في مجال الصحة تجدر الإشارة الى أنّ مفهوم نوعية الحياة عرف تطورا مهما جدّا خاصة بعد التعريف الجديد الذي قدّمته منظمة الصحة العالمية للصحة، والذي سمح بظهور مفهوم الحالة الصحية ثم مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. في البداية كان التركيز حول القدرات الوظيفية من الناحية الجسمية إذ ربط المختصون بين الإعاقة الحركية ونوعية الحياة، ثم اهتمت الدراسات بأثر هذه القدرات الوظيفية على الجانب الاجتماعي، الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب بالإضافة الى الأعراض الجسمية

5.مؤشرات نوعية الحياة

يقول Cummins (1997) أنّ الفرد لا يمكنه تحسين نوعية حياته إن لم يأخذ بعين الاعتبار الجانب الموضوعي والجانب الذاتي، ويقسّم الأشخاص حسب هذا المنطلق إلى أربع مجموعات:

- نوعية حياة موضوعية جيّدة ونوعية حياة ذاتية جيّدة وتشير إلى الرفاهية، هذا ما يسميه بالغني السعيد.
- نوعية حياة موضوعية جيّدة ونوعية حياة ذاتية سيئة وتشير إلى الاضطراب، هذا ما يسميه بالغني الحزين.
- نوعية حياة موضوعية سيئة ونوعية حياة ذاتية جيّدة وتشير إلى التكيف، هذا ما سماه بالفقير السعيد.
- نوعية حياة موضوعية سيئة ونوعية حياة ذاتية سيئة وتشير إلى الحرمان، هذا ما سماه بالفقير الحزين. (نقلا عن Sirgy,2012)

1.5.المؤشرات الموضوعية

نوعية الحياة كانت تدرّس في البداية بالنظر إلى جانبها البيئي أساسا باستعمال مؤشرات موضوعية مثل التلوث، الضجيج، الجرائم، الجنوح، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية والارتياح المادي لكن عندما مسّت ميدان الصحة أضيف مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. في البداية النموذج الطبي شجّع القياس المرتبط بالحالة الصحية مركزا على مؤشرات موضوعية و قابلة للقياس مثل نسبة الوفيات والمرض، تعقيد الأعراض، الجوانب المعروفة من التوظيف اليومي و غيرها (Gagné,2010)كما تشمل الظروف الموضوعية على الظروف الحالية المرتبطة بظروف الفرد الديمغرافية (مثل العمر، الحالة العائلية، الدخل، التربية، الجنس و غيرها)، الظروف البيولوجية(مثل الوراثة، الفيزيولوجيا، كيمياء الدماغ، المخدرات، الظروف الجسمية و السلوكية) الظروف النفسية(مثل تأثير أسلوب الحياة، الاهتمامات، الآراء والنشاطات) و الظروف الاجتماعية الاقتصادية(مثل التغيرات الاجتماعية، الدخل غير العادل، البطالة، التقلبات الاقتصادية، التضخم والديمقراطية). (Sirgy,2012)

كل هذه المؤشرات مهمة جدا في دراسة نوعية الحياة لكن ليست الوحيدة التي تحددها لدى الفرد، لأنّ هناك معطيات متعلقة بالفرد تجعله يدرك هذه المؤشرات بطريقته الخاصة، فنفس المؤشرات الموضوعية عند شخصين لا يعني حتما نوعية حياة متماثلة لأنّ كل واحد منهما يملك شخصيته التي تميّزه عن الآخر، ومن هنا تظهر أهمية المؤشرات الذاتية في تحديد نوعية حياة الأشخاص.

2.5.المؤشرات الذاتية

دراسة المؤشرات الموضوعية لوحدها في نوعية الحياة غير كاف خاصة مع ظهور أمراض غير قابلة للشفاء وهي الأمراض المزمنة خاصة السرطان، ضف إلى ذلك ظهور وجهة نظر أخرى للصحة والتي لم تعد تعرّفها فقط بأنّها مجرّد الخلو من المرض والاعاقة بل يجب النظر إلى الفرد

ككل في السياق الاجتماعي الثقافي الذي يعيش فيه. وجهة النظر هذه جعلت الهدف من الرعاية الطبية هو تحسين مستوى التوظيف عند المريض ورفاهيته الانفعالية والاجتماعية.

حسب Gagné (2010) ظهرت المؤشرات الذاتية في ميدان علم النفس الاجتماعي، إذ أنّ الأبحاث في هذا الميدان تعتبر الصحة ميدان من ميادين الحياة وحسب هذه النظرة الديناميكية، الشخصية، والمتعددة الأبعاد فإنّ القياس الذاتي لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة متعلق بالمعنى الشخصي للانفعالات الايجابية (مثل الفرح واللذّة) والسلبية (مثل القلق، الحزن والخوف) للتجربة الانسانية الشخصية. ويضيف Gagné أنّ أول دراسة لهذه المؤشرات بدأت في نهاية الستينات وأدخلت أولا مؤشر الرفاهية الذاتية المرتبطة بالعواطف، ثم بعد بضع سنوات شملت المقاربة الذاتية الإدراك والنظرة المعرفية للأفراد المعنيين مباشرة بالظاهرة، ثم ازداد الاهتمام بالرفاهية الجسمية، النفسية والاجتماعية، كما أنّ بعض الباحثين يتحدثون عن الجانب الروحاني الذي يعتبر ميدان مهم في مرحلة نهاية العمر.

6.العوامل التي تؤثر في نوعية الحياة

العديد من العوامل يمكنها أن تؤثر على نوعية الحياة منها ما هو متعلّق بالظروف المحيطة بالفرد ومنها ما هو متعلق بالفرد ذاته.

يشير هاشم (2001) إلى أنّ إدراك الفرد لنوعية حياته يرتبط بمجموعة من المتغيرات الشخصية، الاجتماعية والثقافية، والعديد من الدراسات حول الأسوياء والمرضى من فئات عمرية مختلفة توصلت الى محددات نوعية الحياة. (نقلا عن العجوري ،2013)

1.6.المتغيرات الاجتماعية

لا يمكن إنكار الدور الذي تلعبه المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية في تحديد نوعية الحياة لدى الأفراد، فالمستوى الاقتصادي والتقدم الذي تحققه البلدان لابد وأن يؤثر على نوعية حياة سكانها،

والعديد من الدراسات أثبتت وجود علاقة بين تقدم المستوى الاقتصادي والاجتماعي لبلد ما ونوعية حياة شعبه.

حسب الغندور (1999) يرتبط مفهوم نوعية الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة وثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد أن يكون لها تأثير على تحقيق هدا المفهوم إجرائيا مثل: أوضاع العمل، نفسه والعائد المادي وما يمكن أن يوفره العمل من فرص للحراك المهني والمكانة المهنية مما يكون له تأثيره على حياة الفرد في علاقته بالمهنة، كما أن نوعية الإشراف وعلاقة الزمالة تعد من العوامل الفعالة في تحقيق هذا المفهوم، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.(نقلا عن شيخي،2014،ص.82)

انطلاقا من دراسة طولية لـ Heady وآخرون (1985) في استراليا ظهر أنّ الرفاهية وعدم الارتياح يتوقفان على مؤشرات مختلفة. الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحة تؤثر أكثر على الانفعالات السلبية حيث أنّ المرضى يقيمون سلبا نوعية حياتهم في حين الأصحاء لا يولون اهتمام كبير بالصحة في تقدير نوعية الحياة، أمّا الرضى عن الترفيه، الأصدقاء والزواج فتساهم أكثر في الإدراكات الايجابية.

2.6. المتغيرات الطبية

هناك العديد من الأدلّة التي تشير إلى وجود ارتباط ايجابي بين الصحة الجسمية والرفاهية الذاتية ففي دراسة Rodgers وآخرون (1976) قيّمت الصحة على أنّها أكثر العوامل أهمية للسعادة من قبل المشاركين، وتختلف درجة هذه العلاقة حسب ما إذا كان تقييم الصحة الجسمية من طرف المختصين أو تقييم ذاتي (من طرف المريض) ويكون الارتباط أقوى في حالة التقييم الذاتي. كما أنّ العديد من الدراسات أوضحت أنّ مؤشرات الصحة العقلية مرتبطة أكثر بالرفاهية الذاتية من مؤشرات

الصحة الجسمية، وهناك أدّلة كثيرة تشير إلى أنّ كل الاضطرابات العقلية تعتبر عامل مهم في الرفاهية الذاتية المنخفضة مثل الاكتئاب، القلق، والاضطراب ثنائي القطب.

3.6.المتغيرات النفسية

يعتبر الإدراك محدد أساسي لنوعية الحياة فهي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، فالظروف الحياتية التي يعيشها تخضع لإدراكه كما أنّ جميع المتغيرات الاجتماعية السابق الإشارة إليها تعتمد على تقييمه لهذه للمؤشرات المادية الموضوعية في حياته، هذا يعني أنّ العوامل النفسية تلعب دور كبير في تحديد نوعية الحياة ومن بين هذه العوامل القيم، الادراك الذاتي، الحاجات والطموح، التوقع، الرضا والتوافق النفسي والصحة النفسية.

حسب Aparicio وBonnetain (2010) مفهوم نوعية الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يشمل على جوانب مادية ولامادية، موضوعية وذاتية، شخصية وجماعية للرفاهية، وليست الظروف المادية هي التي تؤدي إلى نتائج حقيقية بل التقييم الذاتي الذي يقوم به الفرد لهذه الظروف. ويضيف Aparicio وBonnetain أنّ الرفاهية الذاتية تشمل على الجوانب المعرفية والانفعالية وهي تتعدى الرضا عن الحياة لتشمل معنى الحياة، تقبل الذات، تحقيق الذات والعلاقات الإيجابية.

ولذلك يرى شاهر خالد سليمان أنّ الأساس في نوعية الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته وهده العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية مثل المدركات التي تظهر من خلالها جودة الحياة الفرد كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الدين يعيشون في نطاق الحياة وجودة الحياة يتطلب إلى استماع الأشياء بالشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته و إمكانيات وتوافق ميوله وقدراته مع اختياراته

بما يمكنه من الصحة النفسية والتوافق النفسي وكدالة لمواجهة الضغوط النفسية. وحسب المنحى النفسي هو درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب خصية في النواحي النفسية مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل، الانجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن. (نقلا عن شيخي،2014، ص. 84)

نوعية حياة الأفراد هي مجموع العوامل المحيطة بالفرد إضافة إلى عوامل ذاتية، ودراسة نوعية الحياة يعني دراسة التفاعل بينها وليس كل واحد في معزل عن الآخر وهذا ما نجده في النموذج الطبي النفسي الاجتماعي الذي يأخذ بعين الاعتبار كل العوامل البيولوجية الطبية، الاجتماعية والنفسية في تفسيره للصحة والمرض.

7.أبعاد نوعية الحياة

يمكن تقسيم مجالات نوعية الحياة إلى معطيات موضوعية تشمل على الحالة الجسدية والعقلية، إدراك الألم أثناء القيام بالنشاطات اليومية، الحالة النفسية، المزاج، القلق، نوعية العلاقات الاجتماعية والعائلية والمهنية. يعتبر تأثير الحالة الصحية على الحياة اليومية المكوّن الرئيسي للأبعاد الموضوعية، ولذلك من أجل تقييم هذا المكون نستعمل مؤشر القدرة على القيام بنشاطات الحياة اليومية، أمّا المعطيات الذاتية فتتمثل في الرضى عن الحياة وتقدير الذات.(Anesm,2012)

الصحة ليست العامل الوحيد في نوعية الحياة أي أنّ الصحة السيئة لا تعني بالضرورة نوعية حياة متدنية، فرأي الشخص أو تقييمه مهّم جدا، وإدراك الفرد لرفاهيته يؤثر على الابعاد الأخرى من نوعية الحياة والعكس صحيح، لذلك أصبح العلاج لا يهتم فقط بالتكفل بالمرض وعلاجه بل بتحقيق أقل أثر سلبي ممكن على نوعية حياته.

نوعية الحياة تشمل على عدّة أبعاد وهي البعد النفسي، البعد الجسدي والبعد الاجتماعي.

1.7.البعد النفسي

يهتم أساسا بالجانب الانفعالي والعقلي وذلك بالبحث عن وجود انفعالات وحالات عاطفية إيجابية أو انعدام العواطف السلبية مثل القلق والاكتئاب، كما يمكنه أن يضّم تقدير الذات، التطور الشخصي، تحقيق الذات، الأخلاق والحياة الروحانية(Strenna,2011) ، كما يشمل على الرضى عن الحياة، الشعور بالمكانة، صورة الذات والنشاطات الابداعية والمتعة التي تثيرها.(St-Cyr,1997)

المجال النفسي لنوعية الحياة يشمل على صورة الجسد والمظهر، الانفعالات السلبية (مثل القلق، الاكتئاب، الحزن والتشاؤم) والانفعالات الايجابية (مثل التفاؤل)، تقدير الذات، المعتقدات الشخصية، الدين والروحانيات.

2.7.البعد الجسدي

الصحة الجسمية تشمل على الحالة الجسمية والحالة الوظيفية، حيث تتمثل الحالة الجسمية في الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام والأعراض، أما الحالة الوظيفية فهي تشمل حركية الشخص، النشاطات اليومية التي يمكن للفرد أن يقوم بها كذلك استقلاليته وتبعيته.(Strenna,2011)

وتعتبر منظمة الصحة العالمية أنّ المجال الجسدي يشمل النشاطات اليومية، الادمان على المواد الطبية والمساعدة الطبية، الطاقة والتعب، الحركية، الألم الجسمي والانزعاج، النوم والراحة، القدرة على العمل. (Rotonda,2011) أي أنّ البعد الجسدي يشمل على كل ما يمس الجسد ويتدّخل في زيادة نشاطه أو العكس التقليل من نشاطه كالنوم، الراحة، الألم، أثر الأدوية و الادمان عليها و غيرها.

3.7.البعد الاجتماعي

العلاقات والنشاطات الاجتماعية للأفراد تشكل البعد الثالث لنوعية الحياة، وهو يقيّم ما يمكن أن يسمى الصحة الاجتماعية التي تعرّف على أنّها المشاركة والاهتمام بالنشاطات الاجتماعية: العائلية، الصداقة، الترفيه، الحياة المهنية والحياة الغرامية.

حسب Griffin (1988) من المهم الأخذ بعين الاعتبار نوعية العلاقات أكثر من كميتها. وحسب Flanagan (1982) فإنّ الطريقة التي يقيّم بها الفرد نشاطاته الاجتماعية يعتبر مؤشر للتوظيف الاجتماعي الجيّد. (نقلا عنStrenna,2011)

أما منظمة الصحة العالمية فترى أنّ مجال العلاقات الاجتماعية يشمل على العلاقات الشخصية، السند الاجتماعي والنشاط الجنسي. كما تضيف المجال البيئي الذي يشمل على الموارد المالية، الحرية، الأمان، السلامة، الرعاية الطبية والاجتماعية، إمكانية الوصول إليها ونوعيتها، المحيط العائلي، فرص الحصول على معلومات جديدة ومفيدة، المشاركة وفرص الابداع، أوقات الترفيه والنشاط، المحيط الفيزيائي (التلوث، الضجيج والمناخ والنقل).(نقلا عن Rotonda,2011)

8.قياس نوعية الحياة

نوعية الحياة مصطلح عام يحمل معنى شامل للرفاهية مع جوانب السعادة والرضى عن الحياة ككل، هو واسع وذاتي وليس متخصص وموضوعي. رغم أنّ الصحة مجال مهم جدا في نوعية الحياة إلاّ أنّ هناك مجالات أخرى تعتبر أساسية فيها ومن بينها العمل، السكن، التربية، الجيران (الحي)، جوانب من الثقافة، القيم والروحانيات وهذا ما يزيد من تعقيد قياسها، مع ذلك استطاع الباحثون في علم النفس والاجتماع تطوير تقنيات ساعدت على قياس هذه الميادين المتعددة وطريقة ارتباطها ببعضها (CDC,2000)

أصل المقاييس الحالية لنوعية الحياة هو سلم Karnofski (1948) لتقييم التبعية الجسدية والحاجة إلى الرعاية، وهو موّجه للمصابين بالسرطان الذين يخضعون للعلاج الكيميائي، هذا السلم مؤشر وظيفي أكثر مما هو تقييم لنوعية الحياة لكنّه كان يركز على أهمية معرفة تأثير المرض على الحياة اليومية للمريض.(Brousse et Boisaubert,2007)

الأدوات المستعملة لتقييم نوعية الحياة عبارة عن استبيانات يجيب عليها الفرد بصفته الوحيد القادر على التحدث عما يحس به وما يعيشه، ومقاييس نوعية الحياة عبارة عن مجموعة من البنود مقسمة إلى أبعاد، مع إعطاء نتيجة لكل بعد و / أو نتيجة عامة للمقياس. ويمكن تقسيم مقاييس نوعية الحياة حسب المؤشرات التي تقيسها إلى:

1.8.قياس نوعية الحياة حسب المؤشرات الموضوعية

تنقسم هذه المقاييس حسب Strenna (2011) إلى نوعين من المقاييس وهي العامة والمتخصصة:

- المقاييس العامة: تم بناءها انطلاقا من استبيانات طبقت على عامة الناس، يمكنها أن تتلاءم مع مجموعة كبيرة من الأشخاص والجماعات لأنّ بنودها صيغت بمصطلحات عامة، وهي تهتم بالموارد الجسمية، العقلية، والاجتماعية للأفراد والطريقة التي يقيّمون بها حياتهم عامة. المقاييس العامة رغم كونها تقيس نفس الشيء إلاّ أنّ كل واحد منها له خصوصيته وهناك التي تطبق ذاتيا والتي يطبقها مقيّم خارجي.
- المقاييس المتخصصة تتكيّف مع المشاكل الخاصة لفئة معينة مثل الإصابة بمرض أو إعاقة، ويتم اختبارها على الفئة التي ستطبق عليها فيما بعد. هذه المقاييس تقيّم آثار الأمراض والرعاية على نوعية حياة المرضى.

يسمح جمع المعلومات بالحكم على أهمية التدخلات من أجل توجيه البحث والرعاية، وتستعمل هذه المعلومات لتحسين رفاهية ورضى الأشخاص فيما يخص العلاج ونظام الصحة، ومن جهة أخرى تسمح هذه المعلومات بالكشف عن احتياجات الأشخاص واضفاء الشرعية على المطالب الجديدة للرعاية والمساعدة.

المقاييس العامة هي استبيانات موجّهة لعامة الناس سواء مرضى أو أصحاء أمّا المقاييس المتخصصة فهي عبارة عن استبيانات موجّهة لفئة معينة من المرضى، واختيار المقياس الملائم يكون حسب الفئة المراد دراستها أو حسب أهداف الدراسة. الهدف من هذه المقاييس هو إعطاء قيمة كمية لنوعية الحياة انطلاقا من ميادين معينة ومحددة مسبقا، من بين هذه المقاييس نجد The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey(SF-36) و Sickness Impact Profile(SIP).

2.8.قياس نوعية الحياة حسب المؤشرات الذاتية

المقاييس الذاتية حسب Gagné (2010) تهتم بالتقييم الذاتي لتجارب الحياة بدل تكميم ما يمكن أن يؤثر على هذه التجارب، وهي تهدف إلى تقييم درجة رضى الفرد عن تجاربه المختلفة. المقاييس الذاتية مقسمة إلى أربع مجموعات:

- ✓ سؤال واحد أين تقيم نوعية الحياة بطريقة عامة في شكل سلالم بصرية مماثلة Echelle Visuelle Analogue.
- ✓ استبيانات تكون فيها أغلبية البنود أو السلالم المستعملة تسمح للمجيبين بتقييم تجاربهم الذاتية من وجهة نظر عامة أو انطلاقا من ميادين محددة مسبقا. هذه المقاييس تشمل على مفاهيم الرفاهية والرضى التي تستدعي أبعاد عاطفية ومعرفية.

- ✓ استبيانات شخصية يكون فيها استكشاف إدراك نوعية الحياة انطلاقا من ميادين محددة من طرف المشاركين.
- ✓ مقابلات تسمح باستكشاف عميق لنوعية الحياة انطلاقا من مقاربة شخصية.

من بين هذه المقاييس Life Effectiveness Questionnaire(LEQ) و The McGill Quality of Life Questionnaire(MQOL

9.أهمية تقييم نوعية الحياة

تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والتركيز عليها كمعيار عالمي لتقييم الصحة له دور كبير في توحيد السياسات العالمية للصحة والخدمات الصحية، كما يعمل على تقليص الحدود بين العلوم فالرعاية لم تعد تقتصر على الجانب الطبي بل أصبحت تشمل على الجانب الاجتماعي، الاقتصادي والثقافي. كل العلوم أصبحت تبحث معا من أجل تحسين نوعية حياة الأفراد عامة والمرضى خاصة، ويمكن تمييز ثلاثة ميادين يلعب فيها تقييم نوعية الحياة دور مهم وهي البحث العيادي، الصحة العامة والنشاط الطبي اليومي.

1.9.النشاط الطبي اليومي

تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة له دور كبير في الطب والتدخلات الطبية، إذ أنّها تشجع مهنة الطب على التركيز على تصور دقيق لكيفية تأثير الصحة وتأثرها بتجربة الجسد والعقل في سياق المجتمع والثقافة. البحث في هذا المجال يساعد العياديين على تطوير تدخلات طبية لا تركز فقط على الصحة الجسمية للمريض بل وعلى الصحة الاجتماعية كذلك. (Land et al.,2012) ،كما أنّ تقييم نوعية حياة المريض يسمح بتذكير الطبيب بأنّ لا يحكم على المريض من خلال مرضه فقط و إنّما الاهتمام كذلك بأهمية تأثير المرض على الحياة اليومية له و هذا يعزّز العقد العلاجي.

يتدخل تقييم نوعية الحياة في الرعاية الطبية في عدّة مستويات منها التعرف على مشاكل المريض وترتيبها حسب الأولوية، يسهّل التواصل بين الطبيب والمريض، التعرف على رغبات المريض لتسهيل اتخاذ القرارات الاكلينيكية وهذا يؤثر على الالتزام العلاجي والرضى عنده، مراقبة التغيرات والاستجابات للعلاج عند الشخص لأنها كانت تخضع للاختبارات الاكلينيكية أو المخبر وليس لإدراك الفرد لهذه التغيرات لذلك فإنّ الحصول على تحسن لا يدركه المريض على أنّه مهم قد يؤثر على الالتزام العلاجي لديه.(Higginson et Carr,2003)

2.9.الصحة العامة

يحتل مفهوم نوعية الحياة مكانة مهمة في الدراسات الاقتصادية أين تحلّل الوسائل العلاجية التشخيصية أو الوقائية بالنسبة لتكلفتها وفعاليتها، لذلك يمكن لتقييم نوعية الحياة أن يساهم في طريقة توزيع الموارد وتقسيم الأملاك الصحية. (Brousse et Boisaubert,2007) على الصعيد العالمي هذه الأبحاث توجّه السياسات العامة بغضّ النظر عن التفاوتات في الحالة الصحية بين البلدان المتقدّمة و البلدان السائرة في طريق النمو، و تقوم المنظمات العالمية للصحة مثل OMS بقيادة هذه المجهودات و الهدف هو علاج الأمراض في سياق اجتماعي.(Land et al.,2012)

3.9.البحث في مجال الامراض المزمنة

البحث العيادي لا يمكنه تجاهل تقييم نوعية الحياة وظهر هذا المؤشر في الثمانينات ليتطور أكثر في السنوات الاخيرة، فلقد أصبح تقييم نوعية الحياة يحتل مكانة مهمة في التجارب العلاجية التي تقيّم فعالية وتقبّل الأدوية إضافة إلى المؤشرات العيادية البيولوجية. (Brousse et Boisaubert,2007)

تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة يلعب دور مهم جدا في ميدان دراسات المآل pronostic، فالعديد من الدراسات حول السرطان وأمراض الكلى مثلا تبيّن أنّ نوعية حياة سيئة منذ

البداية يؤدي إلى حظوظ عيش أقلّ، كما يمكن لتقييم نوعية الحياة أن يساعد في الكشف المبكر عن مشاكل صحية عند المريض، كما يمكن أن يساعد في اتخاذ القرار فيما يخص العلاج عندما تكون العلاجات الممكنة لها نفس حظوظ النجاح.(Baumann et Briançon,2010)

أخيرا فيما يخص ميدان الصحة العامة تعتبر نوعية الحياة عامل مهم جدا يبرر وضع مخططات لتحسينها عند المرضى المزمنين. هذا يعني أنّه لا يوجد تكفل طبي فعّال سواء في الوقاية أو العلاج يركز فقط على الجانب الجسدي الطبي، وإنّما يجب الأخذ بعين الاعتبار الجانب الاجتماعي والثقافي للأفراد لأنّهما يشكلان عاملان أساسيان في تحديد إدراكهم لصحتهم ونوعية حياتهم، والهدف حاليا ليس فقط علاج المرض في حد ذاته وإنّما تحسين نوعية حياة المرضى.

خلاصة الفصل

حقّق الطب تطورا كبير في التغلب على الأمراض المعدية مثل الطاعون، حمى التيفويد ومرض السل لكن نهاية القرن العشرين جعلته يواجه نوعا آخر من الأمراض وهي الأمراض المزمنة. هذا التغير في نوع الأمراض جعل الرعاية الطبية تتكيّف مع متطلبات الأمراض الجديدة، إذ أنّ الهدف من الرعاية الطبية في الماضي كان علاج الأمراض و الشفاء منها، لكن مع ظهور الأمراض المزمنة تغيّر هذا الهدف لأنّ هذه الأخيرة لا تهدّد المآل الحياتي للفرد على المدى القريب، إذ أنّ الفرد يمكن أن يعاني من مرض مزمن و العيش لسنوات عدّة و هذا ما جعل السياسات الطبية تولي اهتماما أكثر بنوعية حياة الفرد من عدد السنوات التي يعيشها، فالمهم ليس كمّ نعيش و إنّما كيف نعيش و من هنا تظهر المكانة المهمّة لدراسة نوعية الحياة. الأمراض المزمنة تتميز بتطورها الطويل وتعقيداتها الجسمية، النفسية والاجتماعية وحتى العلاجات التي يخضع لها المرضى قد تؤدي إلى آثار كبيرة على حياتهم اليومية. أصبح تحسين نوعية حياة المرضى المزمنين هدفا لكل السياسات الصحية، لذلك البحث في هذا المجال مهم جدا من أجل فهم العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة والتدخل من أجل تحسينها عند الأشخاص عامة والمرضى المزمنين خاصة.

الفصل الثالث

ارتفاع الضغط الدموي

تمهيد

يسير الدم عبر الجسم داخل الشرايين محملا بالأكسجين والغذاء نحو كامل الجسم ثمّ يعود عبر الاوردة الى الرئتين محملا بغاز ثاني أكسيد الكربون CO^2 أين يطرح هذا الغاز عن طريق التنفس، ويحمّل من جديد بالأكسجين ليعود الى القلب ليضخّ الى الجسم من جديد، هذه العملية دقيقة جدا وتحدث بطريقة آلية. ضغط الدم هو القوة التي يمارسها الدم على جدران الشرايين ويكون عادة ضمن معدّلات معينة، لكن قد تختّل هذه المعدّلات ويرتفع ضغط الدم وهذا ما يشكل مرض ارتفاع الضغط الدموي. في هذا الفصل سنتطرق لهذا المرض من خلال تعريفه وتصنيفه، أنواعه، أعراضه وتشخيصه، أخيرا تأثيره على الجسم وعلاجه.

1.القلب

القلب عبارة عن عضلة في حجم قبضة يد، تمتاز بألياف مخططة مثل عضلات الهيكل العظمي، وهي تختلف عن عضلات الأعضاء الداخلية المكونة من أنسجة عضلية ملساء، كما تملك القدرة على النبض المنتظم أو التقلص الأوتوماتيكي وهذا ما يسمى بأوتوماتيكية القلب.

هذه العضلة تضخ ما يعادل خمسة أرباع من الدم عبر الجسم في كل دقيقة وللقيام بهذا فإنّه ينبض بين 60 و80 نبضة في الدقيقة، وفي حالة الجهد أو الضغط النفسي يمكن أن يتعدى عدد النبضات المئة نبضة في الدقيقة لإيصال الكمية المناسبة من الأكسجين إلى أعضاء الجسم. يتكون القلب من أربعة غرف، جدار الحاجز septum ويقسّم القلب الى صمامات يمنى وصمامات يسرى valves التي بدورها تحمل بطين ventricule وأذين atrium. الجانب الايمن من القلب يضخ الدم المستعمل الى الرئتين بعد أن يصفى ويحمّل بالأكسجين يتدفق الى الجانب الايسر من القلب الذي يقوم بضخه الى الشريان الاساسي وهو الشريان الابهر aorteثمّ الى أعضاء الجسم. (Sirbu et Lintony,2017)

يقوم القلب بوظائفه هذه من خلال عملية منتظمة من التقلص والاسترخاء تسمى بالدورة القلبية وتتميّز الدورة القلبية بطورين هما الانقباض (systole) والانبساط(diastole)، في الانقباض يتم ضخ الدم من القلب ممّا يؤدي الى زيادة ضغط الدم في الاوعية الدموية وعندما تسترخي العضلات خلال الانبساط فإنّ ضغط الدم ينخفض مما يؤدي الى رجوع الدم الى القلب.

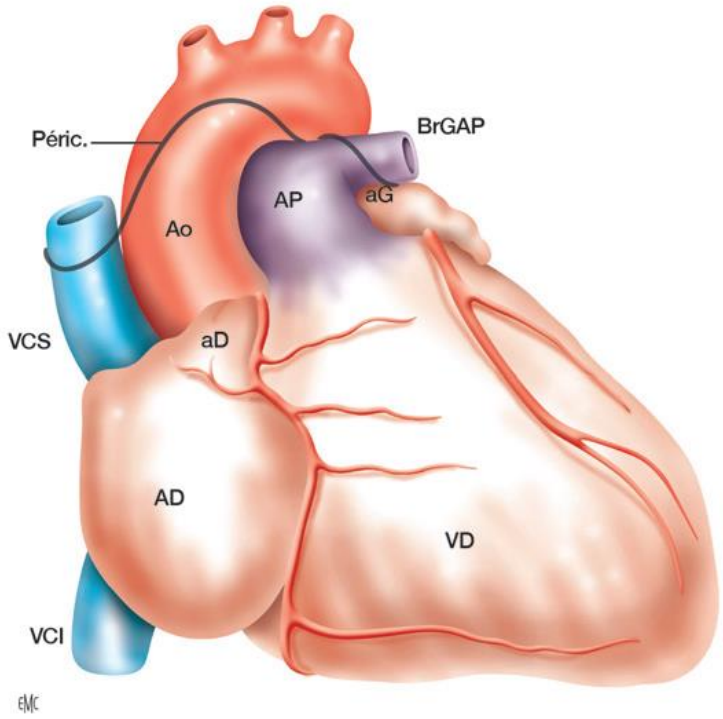
1.1.الشرايين التاجية

الغذاء والاكسجين يصلان الى عضلة القلب عن طريق الأوعية الدموية القلبية المعروفة كذلك باسم الشرايين التاجية، الجانب الايسر من القلب يحمل شرايين تاجية في الامام والخلف أما الجانب الايمن فيعتمد على شريان واحد فقط.

2.1. صمامات القلب

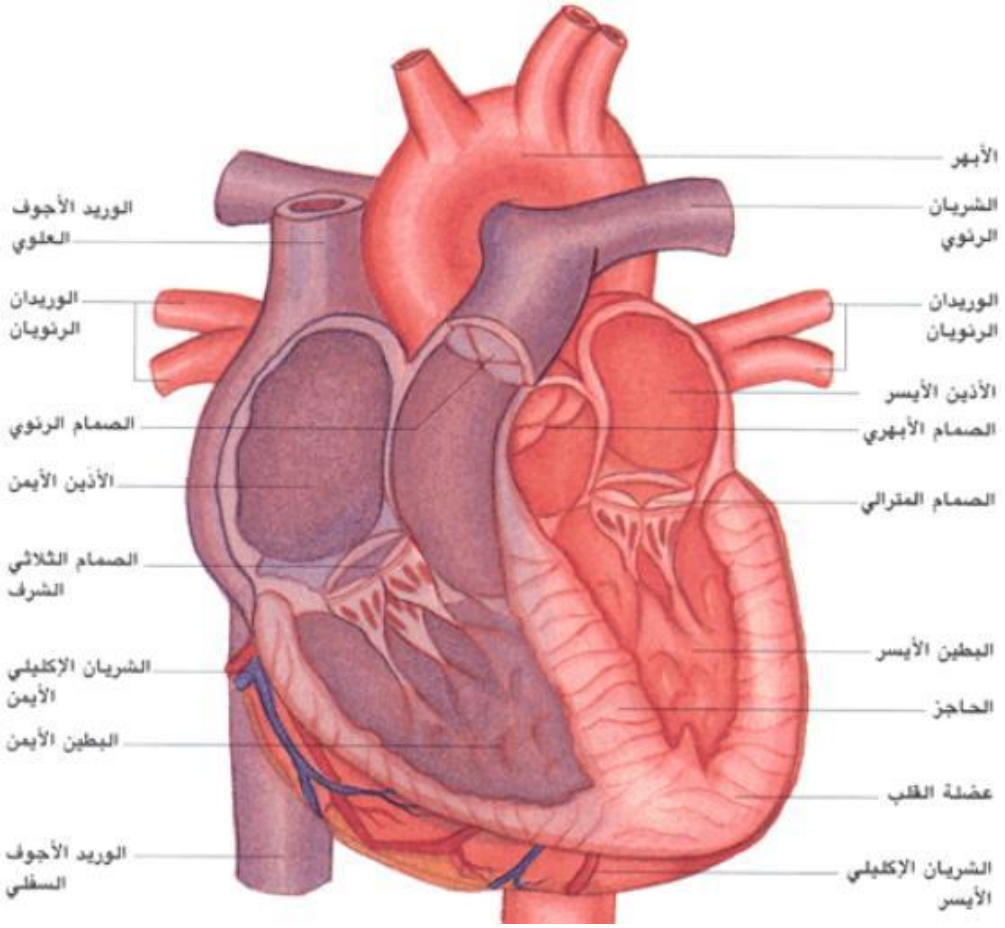
صمامات القلب عبارة عن أغشية رقيقة ملتصقة بجدران القلب، تنغلق وتنفتح بطريقة منظّمة حتى تسمح بتدفق الدم وهذا ما يتسبب في صوت دقات القلب. يحتوي القلب على أربع صمامات الصمام التاجي valve mitrale والصمام الثلاثي الاشرف valve tricuspideاللذين يتحكمان في تدفق الدم من الاذينين الى البطينين، الصمام الابهر valve aortique والصمام الرئوي valve pulmonaire ويتحكمان في تدفق الدم خارج البطينين (Sirbu et Lintony, 2017)

تكوين القلب موضح في الشكلين المواليين



AO الشريان الأورطي الصاعد،AP :الشريان الرئوي،BrGAP : فرع الشريان الرئوي الأيسر، VCS: الوريد الأجوف الأعلى، VCI : الوريد الأجوف السفلي، AD : الأذين الأيمن، aD :الأذين الأيمن، aG: الأذين الأيسر، Péric: خط انعكاس التامور، VD : البطين الأيمن، VG: البطين الأيسر.

شكل3: منظر أمامي للقلب.(El Batti, Latrémouille et Le Houerou,2017)



شكل4: مقطع في القلب

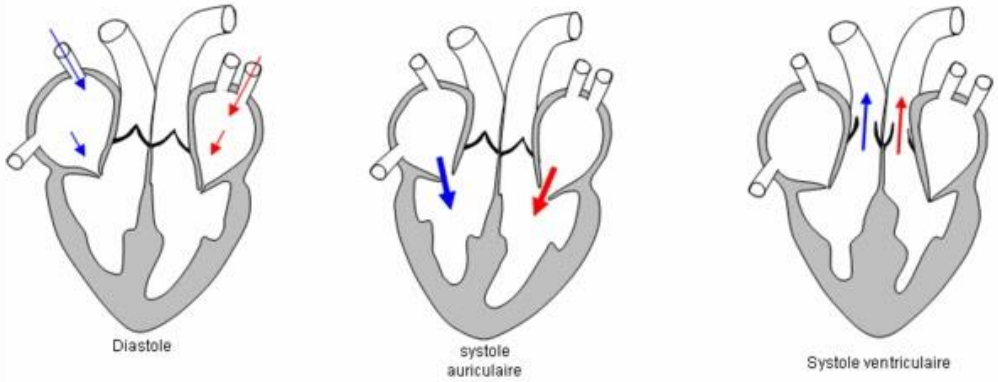
https://teb-arab.blogspot.com/2010/10/blog-post_1669.html

2.تعريف الضغط الدموي

جسم الانسان لا يمكن أن يعيش دون الحصول على الاكسجين والغذاء، هذه الحاجيات تحمّل عن طريق الدم بواسطة أوعية دموية تسمى الشرايين. والدم عبارة عن سائل يتمّ ضخه من طرف القلب بقوّة وباستمرار في الشرايين، وعند ضخه من طرف القلب فإنّه يمارس قوّة على جدران هذه الأخيرة، هذه الجدران تتكون من ألياف مرنة وخلايا عضلية، الاولى مسؤولة عن مرونة جدران الشرايين وتتواجد خاصة في الشرايين الكبيرة (مثل الشريان الابهر)، أمّا الثانية فتسمح للشرايين الصغيرة بالانفتاح حسب كمية الدم التي يحتاج لها العضو الذي تتواجد فيه. كلما ارتفع ضغط الدم كلما كانت شدّة القوّة التي تمارس على جدران الشرايين قوية. (Mourad, et al.,2017)

الفعالية القلبية (تدفق الدم من القلب) débit cardiaque والمقاومة الوعائية المحيطية العامة résistance périphérique totale هي التي تحدد متوسط الضغط الدموي الشرياني، وهي تتوقف على عدّة عوامل فيزيولوجية. الفعالية القلبية تتوقف أساسا على نبض القلب الذي يتحكم فيه1- βو المستقبلات الكولينية récepteurs cholinergiques التي يتحكم فيها الجهاز السمبثاوي والبراسمبثاوي، وحجم الانقباض الذي يحدده قوة الانقباض البطيني وضغط الامتلاء الذين يحددهما حجم السائل داخل الأوعية ومقاومة الاوردة(Singh et al., 2010)

ضغط الدم هو الضغط الذي يمارسه الدم على جدار الشرايين المرنة أثناء مروره فيها ويقاس بالميلي متر الزئبقي، وهو يقيس القوة التي يمارسها الدم عندما يضخ من طرف القلب على جدران الشرايين ويعبّر عنها بقيمتين الضغط الدموي الانقباضي pression artérielle systolique وهو قيمة الضغط الكبرى عند انقباض البطينين، الضغط الدموي الانبساطي pression artérielle diastolique ويعبر عن قيمة الضغط الصغرى عند الاسترخاء البطيني وامتلاء الاذنين كما هو موضح في الشكل الموالي.



شكل5: انقباض وانبساط القلب.

http://recap-ide.blogspot.com/2013/11/physiologie-cardiaque.html

3.الأجهزة التي تتحكم في الضغط الدموي

أعضاء الجسم بحاجة الى الغذاء والاكسجين الذين يحملهما الدم حتى تعمل بشكل جيّد، لكن هذه الاحتياجات تتغير حسب ما إذا كنّا جالسين أو نمارس نشاط بدني أو نائمين وغير ذلك، لكن الجسم يقوم باستمرار بتعديل الضغط الدموي حتى يتماشى ومتطلباته.

1.3.الجهاز السمبثاوي

يعتبر من الاجهزة التي تتحكم في الضغط الدموي وهو أيضا الجهاز الذي يتدخّل في حالة الضغط النفسي حيث يفرز في حالة الطوارئ هرمونات الضغط من بينها الادرينالين. افراز الادرينالين من طرف الغدّة الكظرية يسرّع نبض القلب ويزيد الضغط الدموي بطريقة تحسّن الدورة الدموية في أعضاء الجسم كي يعملوا بطريقة جيّدة مثل تنشيط العضلات ما يسمح بالهرب في حالة الطوارئ. (Mourad, et al.,2017)

2.3.جهاز رنين-أنجيوتنسين- ألدوستيرون Rénine-Angiotensine-Aldostérone

يقوم هذا الجهاز بإفراز العديد من الهرمونات ويمكن أن ينشّط من طرف الجهاز السمبثاوي، كما يمكن أن ينشّط من طرف الكليتين عندما لا تحصل على الكمية المناسبة من الدم لتعمل بشكل جيّد، وذلك بإفراز الرينين Rénine عند نقص الدم المتدفق إليها أو عند انخفاض الضغط الشرياني، ويعمل الرينين على تحويل الأنجيوتنسينوجين إلى أنجيوتنسينI ، الذي يتحول بدوره تحت تأثير الأنزيم المحول إلى أنجيوتنسين II وهو ما يؤدي إلى تقبض الأوعية الدموية واحتباس السوائل وتحريض إفراز الألدوسترون .(مهند عبود وعبد الرحمن، د.ت.)

4.قياس الضغط الدموي

هناك أربعة طرق لقياس الضغط الدموي وهي:

أ. MPAC-OS وهي قياس الضغط الدموي في العيادة oscillométrique en série، وتعتبر الطريقة المفضّلة لقياس الضغط الدموي.

ب. MPAC هي قياس الضغط الدموي في العيادة من طرف عامل في الصحة Non-oscillométrique en série وعند استعمال هذه الطريقة فإنّ الضغط الدموي يكون مرتفع في حالة ضغط انقباضي أكبر أو يساوي 140 ملمتر زئبقي أو ضغط انبساطي أكبر أو يساوي 90 ملمتر زئبقي.(Hypertension Canada, 2017, p.2)

ج.MAPA (Monitoring ambulatoire de la pression artérielle) القياس المتنقل، يكون الضغط الدموي مرتفع عند استعمال هذه الطريقة إذا كان متوسط قيمة الضغط الانقباضي عند الاستيقاظ أكبر أو تساوي 135 ملمتر زئبقي والضغط الانبساطي أكبر أو يساوي 85 ملمتر زئبقي، أو إذا كان متوسط قيمة الضغط الانقباضي خلال 24 ساعة أكب أو يساوي 130 ملمتر زئبقي والضغط الانبساطي أكبر أو يساوي 80 ملمتر زئبقي.(Nerenberg et al,2018)

د.MPAD القياس الذاتي، يكون الضغط الدموي مرتفع عندما يكون الضغط الانقباضي أكبر أو يساوي 135 ملمتر زئبقي أو الضغط الانبساطي أكبر أو يساوي 85 ملمتر زئبقي.

إذا كان الضغط الدموي مرتفع في العيادة وفي المنزل أصغر أو يساوي 135/85 ملمتر زئبقي ينصح بإعادة القياس في المنزل للتأكد من هذه القيم أو استعمال القياس المتنقل MAPA على 24 ساعة للتأكد من أنّ متوسط الضغط الدموي خلال هذه المدّة أصغر من 130/80ملمتر زئبقي، وأنّ القياس المتنقل في حالة اليقظة أصغر من 135/85 ملمتر زئبقي قبل وضع تشخيص تناذر المئزر

الأبيض syndrome du sarrau blanc وهو ارتفاع الضغط الدموي عند رؤية الرداء الابيض للطبيب أو الموظف الصحي(Hypertension Canade,2017)

5.تعريف ارتفاع الضغط الدموي

يعرّف ارتفاع الضغط الدموي الاساسي بضغط دموي انقباضي أكبر أو يساوي 160 ملمتر زئبقي و/أو ضغط دموي انبساطي أكبر أو يساوي 90 ملمتر زئبقي. تشخيص ارتفاع الضغط الدموي يتطلب بقاء واستمرار القيم مرتفعة، وهو يقاس مرتين في حالة الراحة خلال مدّة ثلاثة أشهر، أما ارتفاع الضغط الدموي أثناء الحمل فيعرّف بضغط دموي انقباضي أكبر أو يساوي 140 ملمتر زئبقي وضغط دموي انبساطي أكبر أو يساوي 90 ملمتر زئبقي،(Grouzard,et al.,2016)

كما تتحدث la haute autorité de santé [HAS] عن ارتفاع الضغط الدموي الانقباضي المنعزل أو الضغط الدموي النقي. (Collège des enseignants de médecine vasculaire et de chirurgie vasculaire, 2010)

هناك عدّة عوامل تؤثر على ضغط الدم، أوّل هذه العوامل هو الدم المتدفق من القلب الى الشرايين فالضغط الموجه في اتجاه معاكس للشرايين يكون أكبر عندما يزداد حجم الدم المتدفق. العامل الثاني هو المقاومة التي تنشأ عن المحيط الداخلي لجدران الشرايين المنتشرة في مختلف أنحاء الجسم، أو المقاومة التي تحدث في الشرايين الصغيرة عند تدفق الدم فيها. (تايلور،2008)

الارتفاع المزمن للضغط الدموي يمكن أن يكون بسبب مستويات غير عادية للتدفق القلبي débit cardiaque élevé والمقاومة المحيطية الكلية ويكون بثلاث أشكال:

–تدفق قلبي مرتفع ومقاومة محيطية كلية عادية أو منخفضة ويكون في المراحل الاولى من داء السكري، عند المرضى الذين يحتاجون الى تصفية الدم وارتفاع الضغط الدموي عند الصغار.

-مقاومة محيطية كلية مرتفعة وتدفق قلبي عادي أو منخفض نجده في حالة ارتفاع ضغط الدم المتسارع أو الخبيث وارتفاع الضغط عند المسنين.

-تدفق قلبي ومقاومة محيطية كلية مرتفعين نجده في حالة ارتفاع الضغط الدموي الوعائي الكلوي renovasculaire.(Singh et al., 2010) فيما يلي جدول يوضح تصنيف الضغط الدموي حسب منظمة الصحة العالمية.

جدول 1 تصنيف الضغط الدموي حسب منظمة الصحة العالمية. (Société Québécoise d'hypertension arterielle,2015. p.15)

الصنف	الضغط الانقباضي		الضغط الانبساطي
الضغط المثالي	120>	و/أو	80>
الضغط العادي	130>	و/أو	85>
الضغط العادي المرتفع	139-130	و/أو	89-85
ارتفاع الضغط الدموي من الدرجة1	159-140	و/أو	99-90
ارتفاع الضغط الدموي من الدرجة2	179-160	و/أو	109-100
ارتفاع الضغط الدموي من الدرجة3	180≤	و/أو	110≤
ارتفاع ضغط الدم الانقباضي المعزول	140≤	و	90>

6.ارتفاع الضغط الدموي القبلي

يعتبر كل من Robinsonو Brucer (1939) أوّل من تحدث عن ارتفاع الضغط الدموي القبلي حيث وصفا ارتفاع الضغط الدموي ما بين 120-139 ملمتر زئبقي و80-89 ملمتر زئبقي على أنّه ارتفاع ضغط دموي قبلي، فلقد لاحظا أنّ أغلبية المرضى الذين ارتفع عندهم الضغط الدموي كان بعد مرحلة ارتفاع الضغط الدموي القبلي، ونسبة الوفيات كان عندهم ضعف نسبة وفيات الأشخاص الذين لديهم ضغط دموي أقل من 120/80 ملمتر زئبقي.(Egan et al, 2010,)

ثمّ أدخلت التوجيهات الامريكية لـ 7 Joint National committee[JNC7] مصطلح ارتفاع الضغط الدموي القبلي وعرّفته على أنّه ضغط دموي انقباضي يتراوح ما بين 120 و130 ملمتر زئبقي و /أو ضغط دموي انبساطي يتراوح ما بين 85 و89 ملمتر زئبقي. هذا التعريف تمّ تبنيه أيضا من قبل الجمعية الامريكية للطب American Heart Association [AHA]، المدرسة الامريكية لطب القلب American College of Cardiology [ACC] ومركز التحكم والوقاية من الامراض [CDC]. تعتبر كل من التوجيهات الأوربية مثل المؤسسة الأوربية لارتفاع الضغط الدموي European society of hypertension، المؤسسة الأوربية لطب القلب European society of cardiology والبرنامج التربوي الكندي لارتفاع الضغط الدموي Canadian Hypertension Education Programm (CHEP) أنّ الضغط الدموي عادي مرتفع عندما تتراوح قيمة الضغط الدموي الانقباضي بين 130 و139 ملمتر زئبقي و / أو ضغط دموي انبساطي يتراوح بين 85 و89 ملمتر زئبقي.(نقلا عن Oufkir, 2017) الضغط الدموي الذي يتراوح بين 130–139 ملمتر زئبقي هو المرحلة الثانية لارتفاع الضغط الدموي القبلي.(Egan et al., 2010)

المرضى الذين ينتمون الى هذه الفئة لا يعانون من ارتفاع الضغط الدموي لكن خطر الاصابة به مرتفع جدا عندهم وخطر اصابتهم بأمراض وعائية قلبية مرتفع كذلك مقارنة بالأشخاص الذين لديهم ضغط دموي أقل من 120 ملمتر زئبقي. وهذا ما يعتبر إشكالا كبيرا حيث لا يمكن اعطاؤهم علاجا على أساس أنّهم يعانون من ارتفاع الضغط الدموي ولا يمكن تجاهل حالتهم لذلك يجب تتبع مستويات الضغط الدموي عندهم وحثّهم على اتباع نمط حياة سليم لتفادي الاصابة بارتفاع الضغط الدموي أو على الاقل تأخير حدوثه.

يعتبر Ogden وآخرون أنّ التكفل بالأشخاص الذين لديهم ارتفاع ضغط دموي قبلي خاصة المرحلة الثانية يحميهم من الأمراض الوعائية القلبية، وذلك بتغيير نمط الحياة مثل ممارسة التمارين الرياضية، التقليل من ملح الطعام والتخفيف من الوزن.(Egan et al., 2010)

7.تشخيص ارتفاع الضغط الدموي

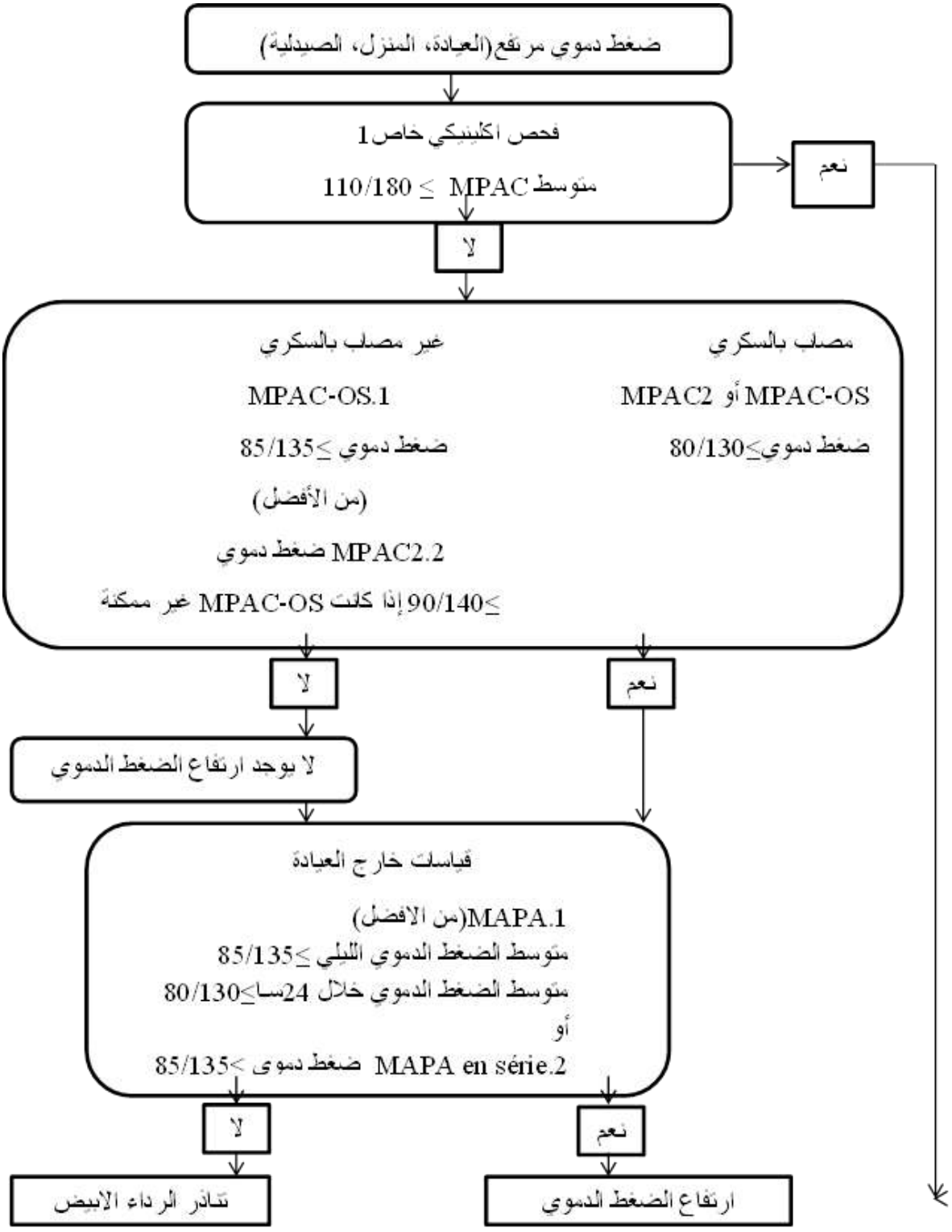
الضغط الدموي الأقل من 80/120 ملمتر زئبقي لا يستدعي الفحص لأنّ الضغط عادي، أمّا إذا كانت قيم الضغط الدموي في القيم العادية المرتفعة أي من 85/89-130/139 ملمتر زئبقي فإنّ احتمال ظهور مرض ارتفاع الضغط الدموي خلال أربعة سنوات مرتفع ويمكن التفكير نظريا في وقاية أولية من ارتفاع الضغط الدموي عن طريق علاج غير دوائي، لكن هذه الوقاية لم يتم البرهنة على آثارها الاكلينيكية الإيجابية وهذا قد يجعلهم يقعون تحت وصمة الاصابة بارتفاع الضغط الدموي لذلك من الأفضل طلب فحص جديد لهذه الفئة بعد عام من الفحص الاول.

إذا كان الضغط الدموي يساوي أو أكبر من 140/90 ملمتر زئبقي يجب الحصول على قياسات اكلينيكية إضافية خلال فحوصات أخرى قبل الحديث عن ارتفاع الضغط الدموي، فالحكم المبكر على شخص أنّه مصاب بارتفاع الضغط الدموي عند حدوث ارتفاع عابر لهذا الاخير قد يؤدي الى قلق بدون سبب أو الغياب عن الفحوصات. تزداد مدّة المراقبة وعدد القياسات التي يجب القيام بها من أجل التأكد من ارتفاع الضغط الدموي الدائم كلما اقتربنا من عتبة 140/90 ملمتر زئبقي، وعند تشخيص ارتفاع الضغط الدموي وقبل تقرير أيّ علاج من المهم قياس الضغط الدموي في اليدين ثمّ في حالة الاستلقاء والوقوف.

(Collège des enseignants de médecine vasculaire et de chirurgie vasculaire, 2010)

و الهدف من تشخيص ارتفاع الضغط الدموي هو تحديد الاعضاء المهددة بالضرر و تقييم تضخم

البطين الايسر(Georgiopoulou et al.,2010) يتم تشخيص ارتفاع الضغط الدموي حسب المعادلة الموضحة في الشكل الموالي :



شكل6: تشخيص ارتفاع الضغط الدموي حسب طريقة القياس. (Hypertension Canada, 2017,p.10)

عند تشخيص مرض ارتفاع الضغط الدموي على المريض أن يقوم بعدّة فحوصات وهذا حسب حالته حسب الجدول التالي:

جدول 2 الفحوصات التي يقوم بها المصاب بارتفاع الضغط الدموي وأوقاتها. Société Québécoise d'hypertension artérielle,2015,p.36)

الفحوصات	أوقاتها
الشوارد / الأيونات (صوديوم، بوتاسيوم)، الكرياتينين	عند التشخيص مرة في السنة أقل من 3 أشهر قبل بدء العلاج 10-14يوما بعد بدء العلاج بعد زيادة جرعةIECA / ARA/ مدر البول
فحص نسبة السكر في الدم في حالة معدة فارغة والهيموجلوبين السكري (HbA1c)	عند التشخيص
فحص نسبة الدهون في حالة معدة فارغة	عند التشخيص مرة في السنة
تحليل البول(SMU)	عند التشخيص مرة في السنة
نسبة البروتينات ذات الوزن الخفيف في الدم Microalbuminurie	عند جميع مرضى السكري: عند تشخيص مرض السكري ومرة في السنة
جمع البول على مدار 24 ساعة: • نسبة البروتينات في البول protéinurie -نسبة الكرياتينين في البول créatininurie	عند المصابين بأمراض الكلى المزمنة نسبة غير عادية من البروتينات في البول protéinurie (SMU)، نسبة البول الزلالي / الكرياتينين albuminurie/créatininurie(RAC > 20 ملغ / مليمول) على عينة بول أو> 200 ميكروغرام / دقيقة في كمية البول المطروحة طيلة الليل (ذكر وأنثى)
تخطيط القلب الكهربي في حالة الراحة (ECG)	عند التشخيص

8.اسباب ارتفاع الضغط الدموي

ارتفاع الضغط الدموي في 90% من الحالات يعتبر أساسي أي متعدد الاسباب، أما الحالات الأخرى فتعاني من ارتفاع ضغط دموي ثانوي غالبا ما يؤول الى الشفاء.

1.8. ارتفاع الضغط الدموي الاساسي

اسباب ارتفاع الضغط الدموي الاساسي غير معروفة لكن على العموم العوامل الوراثية والمحيطية والتفاعل بينها يلعب دور كبير في ظهوره، وهو يظهر ببطيء وهناك عدّة عوامل متدخّلة في ظهوره مثل السّن، الوزن والسوابق العائلية، كما أنّ هناك عوامل سلوكية مثل تناول الصوديوم، التدخين، القهوة والنشاط البدني تلعب دور في تعديل الضغط الدموي.

كما أنّ الطفل الذي لديه سوابق ارتفاع الضغط الدموي في عائلته خاصة إذا كان الوالدين هما المصابين يكون احتمال اصابته بارتفاع الضغط الدموي عند الرشد من 40-60% ، لكن الاحتمال يرتفع في حالة وجود توأمين حقيقيين مصابين في عائلته.(Singh et al., 2010)

قد تكون العوامل الانفعالية جزءا من عوامل الخطورة للإصابة بارتفاع الضغط الدموي فقد وجد أنّ الانفعال السلبي ينبأ بتطور ارتفاع ضغط الدم، وأنّ النزعة الى الغضب ومشاعر عدم الثقة والشك والارتياب والسعي المتواصل في مواجهة احتمالات خسارة عالية ترتبط أيضا بتطور ارتفاع الضغط الدموي. (تايلور،2008)

قبل تشخيص مرض ارتفاع الدم الاساسي يجب البحث أولا عن أسباب ثانوية وهذا في الحالات التالية: صغر سن المريض، انخفاض نسبة البوتاسيوم hypokaliémie، ارتفاع ضغط دموي حاد منذ البداية، ارتفاع الضغط الدموي المقاوم وأمراض الكلى.(Causanas et Blacher, 2018, p.2)

ارتفاع الضغط الدموي الاساسي تتعدد أسبابه من عوامل وراثية بيولوجية و عوامل نفسية اجتماعية لذلك من الصعب التكفل به لأنّه يجب العمل على جوانب متعددة من حياة الفرد.

2.8.ارتفاع الضغط الدموي الثانوي

يمثل ارتفاع الضغط الدموي الاساسي أكثر من 90% من المصابين بارتفاع الضغط الدموي وفي 10% من الحالات هناك سبب يفسّر جزئيا أو كليا ارتفاع الضغط الدموي وهذا ما يسمى بارتفاع الضغط الدموي الثانوي.(Acelajado et Calhoun, 2010)

ارتفاع الضغط الدموي الثانوي عادة ما يكون له سبب واحد، فإذا كان ارتفاع الضغط الدموي حاد مع وجود تعقيدات أو ارتفاع مفاجئ لقيم الضغط أو ارتفاع الضغط الدموي المقاوم أو تعقيدات لا تتماشى ومدّة الاصابة بارتفاع الضغط الدموي في هذه الحالة يجب البحث عن أسباب ثانوية، وهي متعددة منها الأدوية والعقاقير، تناذر ضيق التنفس syndrome d'apnée obstructif du sommeil، تناذر كوشين syndrome de Cushing. (Oufkir,2017) كما يمكن أن تكون أمراض الكلى المزمنة السبب في ظهور ارتفاع الضغط الدموي، أو نتيجة لارتفاع الضغط الدموي الدائم و غير المتحكم فيه. الضغط الدموي المرتفع المصاحب بمرض كلوي مزمن يكون مرتفع وصعب التحكم فيه وهذا لعدّة أسباب منها زيادة حجم الأوعية volume intravasculaire والنشاط غير العادي لنظام RAAS (Renin-Angiotensin-Aldosterone). (Acelajado et Calhoun, 2010) ارتفاع الضغط الدموي الثانوي يمكن الشفاء منه أو على الاقل تحقيق تحسن في الحالة و ذلك بالتحكم في مستوى الضغط الدموي و التخفيف من خطر الاصابة بالأمراض الوعائية القلبية.

9.تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي

الامراض الوعائية القلبية سبب في ثلث الوفيات العالمية أي حوالي 17 مليون وفاة و9,4 مليون وفاة سنوية سببها تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي، حيث يتسبب في 45% من الوفيات بسبب الامراض الوعائية القلبية و51% بسبب الحوادث الوعائية الدماغية. كما يتسبب ارتفاع الضغط الدموي بأمراض الشريان التاجي، أمراض الشرايين والموت المفاجئ. (Oufkir, 2017)

ارتفاع الضغط الدموي مرض وعائي قلبي وعامل خطورة في العديد من الامراض الوعائية القلبية، فارتفاع الضغط الدموي المؤقت والمنعزل بعد جهد مثلا ليس لديه آثار سلبية على الشرايين، لكن الارتفاع المستمر والدائم يؤدي إلى آثار سلبية عليها.

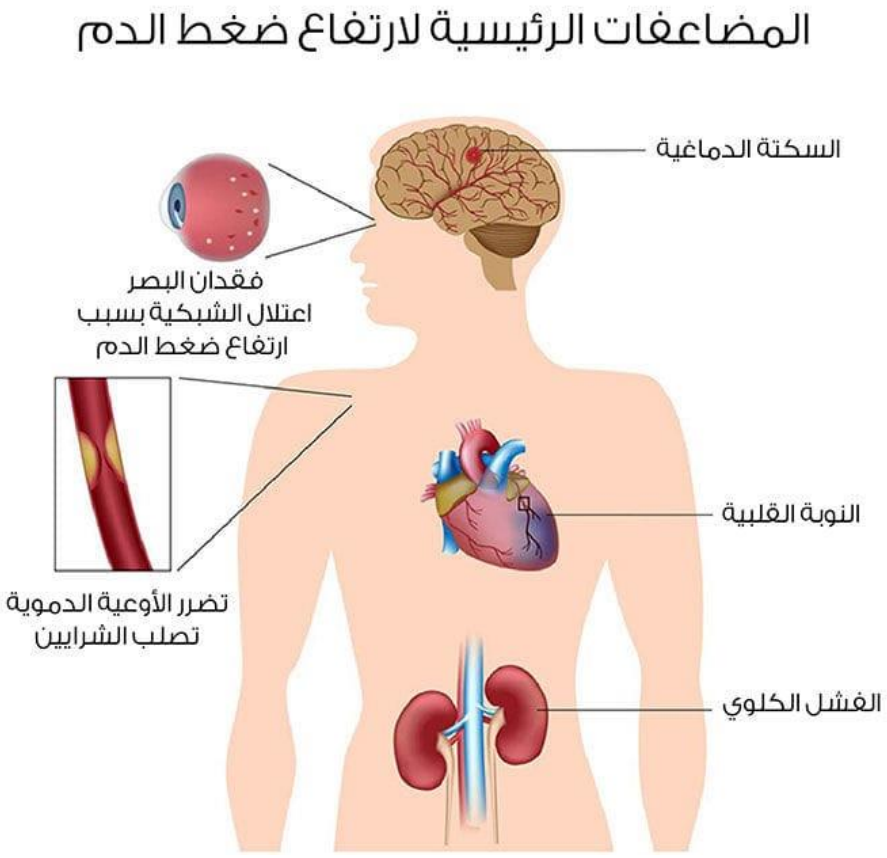
كما أنّ الارتفاع المستمر للضغط الدموي يؤدي الى تغيرات في شكل غرف القلب وتكوين عضلة القلب، هذا ما يؤدي بدوره الى ظهور تضخم البطين الايسر، أمراض القلب الاقفارية maladies cardiaques ischémiques، والقصور الكلوي.(Georgiopoulou et al.,2010)

ارتفاع الضغط الدموي المستمر يجعل الشرايين الصغيرة تتكيف حتى لا تتمزق، أولا تقوم بتطوير جهاز واقي ذلك بتقوية جدرانها بواسطة خلايا عضلية كبيرة، في البداية هذا الجهاز له آثار ايجابية لكن بعد مدّة زمنية يتحول الى مشكل حيث كلما كانت جدران الشرايين سميكة كلما كان الفراغ الذي يسمح للدم بالتنقل صغيرا، وهذا ما يجعل تدفق الدم ينقص والنتيجة أنّ الدم وما يحمله لا يصل في ظروف جيّدة الى الاعضاء. أما الشرايين الكبيرة فتفقد مرونتها وتصبح متصلبة حتى تقاوم هذه القوّة. (Mourad et al., 2017)

ارتفاع الضغط الدموي يؤثر على أربعة أعضاء في الجسم و هي القلب، الكلى ، الدماغ و الشبكية، على مستوى القلب زيادة مقاومة الشرايين تؤدي الى زيادة مزمنة لعمل القلب خاصة البطين الايسر الذي يتضخم و بذلك يظهر القصور القلبي، على المستوى الكلوي تتصلّب الشرايين الصغيرة و ينقص مستوى التصفية الكبيبية glomérulaire و يظهر القصور الكلوي تدريجيا، تصلب الشرايين L'athérosclérose على مستوى الدماغ تزيد من خطر الاصابة بالحوادث الوعائية الدماغية (accidents vasculaires cérébrales) أمّا على مستوى الشبكية فارتفاع الضغط الدموي يسبب اعتلال الشبكية la rétinopathie hypertensive. (Fnors,2005) كما تمّ اثبات أنّ ارتفاع

الضغط الدموي يرتبط بخطر الاصابة بالخرف و الزهايمر الذي يظهر في منتصف الحياة حيث أنّ 5% من حالات الزهايمر في العالم أي 1,7 مليون يمكن ارجاعها الى ارتفاع الضغط الدموي. (Oufkir,2017)

ارتفاع الضغط الدموي لا يهدد المآل الحياتي للفرد لكن ما ينجم عنه من تعقيدات هي التي تشكل الخطر الاكبر على صحة الفرد وحياته، لذلك التكفل المبكر بهذا المرض يخفف من الامراض الوعائية القلبية الناجمة عنه ويخفض نسبة الوفيات بسببها.



شكل7: تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي

https://static.webteb.net/images/uploads/content/25-bweb.jpg

10.علاج ارتفاع الضغط الدموي

التقرير السابع لـ [JNC7] يعتبر أنّ الهدف من علاج ارتفاع الضغط الدموي هو الوصول الى ضغط دموي أقل من 140/90 ملمتر زئبقي إلاّ عند الأشخاص الذين يعانون من السكري أو أمراض الكلى، أين يكون الهدف هو ضغط دموي أقل من 130/85 ملمتر زئبقي.

(Georgiopoulou et al., 2010)

قام [JNCH] (1997) بوضع تغيير نمط الحياة كمرحلة أولى في علاج ارتفاع الضغط الدموي و هو يشمل على التقليص من تناول الصوديوم والكحول، ممارسة نشاط بدني، التحكم في الوزن و التوقف عن التدخين (نقلا عن Llewelyn et Kennedy, 2003,p.85) ،حيث لوحظ أنّ 1600 ملغ من ملح الصوديوم في الحمية الغذائية يمكن أن يخفف من ارتفاع الضغط الدموي بنفس مقدار استعمال دواء واحد في العلاج، ويمكن ملاحظة نفس النتائج بحمية غذائية ذات 2400 ملغ من ملح الصوديوم (Mensah et Bakris,2010) ،كما أنّ التّدخلات التي هدفت الى التخفيف من الوزن أظهرت نتائج محفّزة في الوقاية و التحكم في ارتفاع الضغط الدموي. أظهرت نتائج 25 دراسة أنّ متوسط الانخفاض في الضغط الانقباضي والانبساطي حسب متوسط انخفاض وزن يساوي 5,1 كلغ كان 4,4 و63, ملمتر زئبقي على الترتيب وهذا عند المرضى وغير المرضى، أمّا التقليل من ملح الصوديوم فيخفض الضغط الدموي الانقباضي والانبساطي بـ 2,0 و1,0 ملمتر زئبقي بالترتيب عند الاشخاص الذين لا يعانون من ارتفاع الضغط الدموي، وبـ5,0 و2,7 ملمتر زئبقي عند المصابين بارتفاع الضغط الدموي (Georgiopoulou et al.,2010)

إذا استمر ارتفاع الضغط الدموي وفاق 160/100 ملمتر زئبقي (أو 140/80 ملمتر زئبقي بالنسبة للمصابين بداء السكري أو بعد حادث وعائي دماغي) يجب اعطاء دواء مضاد لارتفاع

الضغط والبداية تكون بعلاج أحادي والجرعة تكون حسب المريض. (Grouzard et al.,2016) و تتمثل مضادات ارتفاع الضغط الدموي في :

أ. مثبطات أنزيم التحويل Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) تزيد من تمدد الاوعية الدموية، تقلص من التعبئة القبلية pré charge والتعبئة البعدية post-charge. هناك موانع لاستعمال هذه الادوية منها انخفاض ضغط الدم الشديد، زيادة البوتاسيوم في الدم Hyperkaliémie، القصور الكلوي. ولها اثار جانبية عديدة منها السعال، القصور الكلوي، زيادة نسبة البوتاسيوم في الدم، انخفاض ضغط الدم. (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011)

ب. محصرات البيتا Bétabloquants هذه العقاقير تؤدي الى التخفيض من الضغط الدموي و ذلك بخفض مخرجات القلب و خفض نشاط البروتين المسؤول عن ارتفاع الضغط الدموي في الكلية، كما أنّها تقوم بتخفيض التدفق السمبثاوي من الجهاز العصبي المركزي المسؤول عن ارتفاع الضغط الدموي.(تايلور،2008،ص.612) هذه الادوية تعمل على تخفيف القوة الانقباضية و نبض القلب، و هناك نوعان من محصرات البيتا و هما: النوع الاول الذي يذوب في الدهون Liposoluble يخترق الاغشية الخلوية بسهولة ،يمتص بسرعة في الجهاز الهضمي ،يوزع على جميع أعضاء الجسم، يستقلب في الكبد (تتحول الى métabolite) و يعاب عليها أنّها تفكّك قبل أن تصل الى الاجهزة و تطرح في البول. والنوع الثاني الذي يذوب في الماء Hydrosolubleيطرح عن طريق البول دون تفكيك في الكبد، بذلك التواجد في الجسم يكون أحسن biodisponibilité. (Faculté de Médecine de Strasbourg, 2005)

ج. مدرات البول Diurétiques هذه الادوية تعالج زيادة افراز الصوديوم وذلك بزيادة إدرار البول. (تايلور،2008، ص.612) وتقاوم الاحتفاظ بالماء rétention hydrosodée وذلك للتقليل من أعراض الاحتقان.(Université Médicale Virtuelle Francophone,2011)

هذه العقاقير تساهم في التخفيض من ارتفاع الضغط الدموي لكن في نفس الوقت لها آثار جانبية كثيرة وقد تكون هي عامل الخطورة في ظهور أمراض قلبية لأنّها قد تتسبب في ازدياد النشاط الكلّي للجهاز السمبثاوي، لذلك اللجوء الى العلاج المعرفي- السلوكي قد يساعد على التخفيف من العلاج بالعقاقير وبذلك التقليل من آثارها الجانبية. العديد من الدراسات أثبتت مساهمة العلاجات المعرفية السلوكية مثل الاسترخاء والتغذية الرجعية، التأمل والاسترخاء العضلي التدريجي، ادارة الضغوط في التخفيض من مستويات الضغط الدموي، كما يمكن ادراج تسيير الانفعالات خاصة السلبية منها مثل الغضب في العلاج المعرفي السلوكي نظرا للعلاقة بينها وبين ارتفاع الضغط الدموي.

المسار العلاجي للمصاب بارتفاع الضغط الدموي موضح في الجدول التالي:

جدول 3 علاج ارتفاع الضغط الدموي

https://francais.medscape.com/features/en-pratique/3585607

الخطر	ضعيف	متوسط	مرتفع	مرتفع جدا
	الضغط الدموي ملمتر زئبقي			
عوامل خطورة أو أمراض و اصابات أعضاء أخرى بدون وجود أعراض	ضغط دموي عادي مرتفع ضغط انقباضي 130-139 أو ضغط انبساطي85-89	ضغط مرتفع مرحلةI ضغط انقباضي 140-159 أو ضغط انبساطي90-99	ضغط مرتفع مرحلةII ضغط انقباضي 160-179 أو ضغط انبساطي 100-109	ضغط مرتفع مرحلةIII ضغط انقباضي≤180 أو ضغط انبساطي≤110
لا يوجد عوامل خطورة	لا يوجد تدخل على الضغط الدموي	تغيير نمط الحياة لعدة أشهر ثم مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	تغيير نمط الحياة لعدة أسابيع ثم مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	تغيير نمط الحياة و مباشرة مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90
عامل أو عاملين خطورة	-تغيير نمط الحياة -لا يوجد تدخل على الضغط الدموي	-تغيير نمط الحياة لعدة أسابيع ثم -مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة لعدة أسابيع -ثم مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة - مباشرة مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90
أكثر من عاملين خطورة	-تغيير نمط الحياة -لا يوجد تدخل على الضغط الدموي	-تغيير نمط الحياة لعدة أسابيع - ثم مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة -مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة - مباشرة مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90
اصابة الأعضاء، القصور الكلوي المزمن مرحلة III أو داء السكري	-تغيير نمط الحياة -لا يوجد تدخل على الضغط الدموي	-تغيير نمط الحياة - مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة - مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة - مباشرة مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90
مرض قلبي وعائي بوجود أعراض، قصور كلوي كمرحلة III أو داء سكري بوجود اصابة في الاعضاء/ عوامل خطورة	-تغيير نمط الحياة -لا يوجد تدخل على الضغط الدموي	-تغيير نمط الحياة - مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة -مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90	-تغيير نمط الحياة - مباشرة مضادات ارتفاع الضغط الدموي < 140/90

11.العلاقة بين الانفعالات السلبية والامراض الوعائية القلبية

نشر تقرير سنة 1871 بعد أعمال William Harvey حول امكانية وجود علاقة بين الانفعالات السلبية والامراض الوعائية القلبية في American Journal of Medical science من طرف الطبيب William Costa الذي شارك في الحرب الاهلية الامريكية، حيث لاحظ أنّ الامراض القلبية كانت تظهر فجأة عند جنود كانوا في صحة جيّدة وسمى ذلك Le cœur irritable . ثمّ قام طبيبين عقليين بوصف استجابات جسدية لصدمات نفسية في كتاب نشر سنة 1945، ثم بعد ذلك تمّ التحدث عن استجابات جسدية إثر كوارث طبيعية متل الزلازل ما يشير الى الفرضية التي

تقول أنّ الانفعالات السلبية الشديدة يمكنها أن تؤدي الى ظهور اضطرابات جسدية من بينها الاضطرابات القلبية، ثم بعد ذلك ازدادت المنشورات حول العلاقة بين الانفعالات السلبية والامراض التاجية.(Bacon,2002)

ركّز الباحثون في مجال دراسة ارتفاع الضغط الدموي على خبرة الغضب والتعبير عنه حيث ساد الاعتقاد بأنّ قمع العدائية أو الغضب الشديد يرتبط بمستويات أعلى من ضغط الدم، لكن الباحثين أشاروا مؤخرا الى ارتباط التعبير عن الغضب بارتفاع ضغط الدم تحت ظروف من الضغط، وهناك من الادلّة الحديثة ما يشير الى أنّ الانفعالات السلبية بما فيها أعراض القلق والاكتئاب قد تكون عوامل خطورة للإصابة بارتفاع ضغط الدم، لكن الدراسات لا تجمع على وجود علاقة بين المزاج السلبي وارتفاع الضغط الدموي. (تايلور،2008)

العديد من الدراسات أثبتت وجود علاقة بين ارتفاع الضغط الدموي والعوامل النفسية الاجتماعية خاصة الضغط النفسي والانفعالات السلبية، حيث أن الانفعالات السلبية وعدم التعبير عنها غالبا ما يرتبط بارتفاع الضغط الدموي.

كما أنّ العديد من الدراسات أثبتت العلاقة بين تسيير الانفعالات والقابلية لتغيير ايقاع القلب، كما بيّنت العديد من الدراسات أنّ التغيرات في ايقاع القلب يعتبر مؤشر للموارد المعرفية والسلوكية الانفعالية للشخص، وميّزت هذه الدراسات بين بعدين في دراسة تغير ايقاع القلب وهي البعد الطوري phasique(النشاط) والبعد النشط tonique (الراحة)، ويعتبر نشاط القلب activité vagale cardiaque مؤشر لقدرة الفرد على التنظيم الذاتي وهذا من خلال تنظيمه الموارد الفيزيولوجية واختيار الاستجابة لهدف محدد. تغير ايقاع القلب الفعّال يسهّل التعامل مع البيئة وتسيير أكثر فعالية للانفعالات، بالعكس نشاط العصب الحائر المنخفض tonus vagal faible في حالة الراحة مرتبط

بمستويات منخفضة للقدرة على التسيير والتكيف. تغير ايقاع القلب المنخفض faible vfc في حالة الراحة تمّت ملاحظته في عدّة اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، القلق المعمم، تناذر الضغط ما بعد الصدمة، اضطراب الشخصية السيكوباتية، اضطراب فقدان الشهية العصبي والفصام، أما نشاط العصب الحائر المرتفع tonus vagal élevé مرتبط بقدرات جيّدة للتسيير والتي تؤدي الى المرونة الانفعالية والسلوكية والتكيف مع المحيط، فمثلا الاشخاص الذين يتمتعون بـ VFC كبيرة في حالة الراحة يتعاملون بطريقة أفضل مع الضغط ويعبرون عن انفعالات ايجابية أكثر. (Claisse,2017)

خلاصة الفصل

يعتبر مرض ارتفاع الضغط الدموي من الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا وشيوعا في السنوت الأخيرة، وهو يتسبب في العديد من التعقيدات والاعاقات المزمنة مثل السكتات الدماغية، الازمات القلبية أو الفشل الكلوي والتي يمكن أن تهدد المآل الحياتي للمصاب. رغم توفر العديد من الأدوية التي تسمح بالتحكم في الضغط الدموي إلاّ أنّ تأثيرها يبقى محدود ما لم يرافقها تغيير في نمط الحياة كالتخفيف من كميات الملح والقدرة على إدارة الضغوطات وتسيير الانفعالات خاصة الانفعالات السلبية الشديدة.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

نستعرض في هذا الفصل إجراءات الجانب الميداني للبحث، من أجل اختبار فرضيات البحث، وقد تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية، زمان ومكان اجراء البحث، منهج البحث، مجتمع وعينة البحث، أدوات جمع البيانات وأخيرا تقنيات التحليل الاحصائي للبيانات المجمعة.

1.الدراسة الاستطلاعية

تعبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في البحث العلمي، إذ من خلالها يتمكن الباحث من اختبار وسائل بحثه للتأكد من دقتها ووضوحها وهي الدراسة التي تسبق الدراسة الميدانية الأساسية، التي تسمح لنا التأكّد من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في جمع البيانات، وبالتالي دقة وموضوعية النتائج التي يتحصل عليها الباحث في النهاية.

1.1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية

أجرت الباحثة زيارات ميدانية إلى مصلحة طب النساء وطب الرجال بمستشفى أقلول علي بمدينة أقبو–بجاية– للحصول على المعطيات اللازمة لإجراء الدراسة الاستطلاعية، واعتمدت في ذلك على القيام بعدة مقابلات مع المختصة النفسانية، بهدف شرح المقاييس المستعملة في البحث الحالي، انتقاء أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، ومساعدة الباحثة على تطبيق المقاييس.

- إجراء مقابلات مع الأخصائية النفسانية التي تعمل في مصلحة طب النساء وطب الرجال في مستشفى أقلول علي بأقبو–بجاية–
- أخذ فكرة مسبقة عن ظروف إجراء الدراسة الميدانية الأساسية، وبالتالي تفادي بعض الصعوبات التي قد تواجهنا.

- التأكد من صدق وثبات استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross ومقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة WHOQOL bref.

2.1.المجال المكاني والزماني للدراسة الاستطلاعية

تمّ إجراء الدراسة الاستطلاعية في مستشفى أقلول علي بمدينة آقبو ولاية بجاية في مصلحة طب النساء وطب الرجال وذلك بمساعدة المختصة النفسانية التي تعمل في مصلحة طب النساء، وذلك خلال المدّة الزمنية الممتدّة بين مارس وأفريل 2022.

3.1.عينة الدراسة الاستطلاعية

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من عينة من المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي يعانون من ضغط دموي انقباضي أكبر أو يساوي 140 ملمتر زئبقي و/أو ضغط دموي انبساطي أكبر أو يساوي 90 ملمتر زئبقي، تمّ اختيارهم بطريقة قصدية في مستشفى أقلول علي بمدينة أقبو- بجاية- من مصلحة طب النساء ومصلحة طب الرجال تمّ تشخيصهم في عيادات خاصة، تكونت العينة من 33 مريض تتراوح أعمارهم ما بين 25 و85 سنة من الجنسين 05 ذكور و28 أنثى، من مستويات تعليمية مختلفة.

4.1.أدوات الدراسة الاستطلاعية

اعتمدنا في تقييم متغير تسيير الانفعالات على استبيان Gross &John لتسيير الانفعالات Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)، أمّا متغير نوعية الحياة فلقد استعملنا مقياس منظمة الصحة العالمية WHOQOL bref .

1.4.1. استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross &John

استبيان استراتيجيات التسيير الانفعالي ERQ وضعه كل من Gross و John سنة 2003، من أجل تقدير الفروق الفردية في استعمال استراتيجيتين للتسيير الانفعالي، والمتمثلة في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي واستراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية. يتكون الاستبيان من عشر 10 بنود موضوعة على سلم ليكرت 1 (غير موافق) أبدا، إلى 7 (موافق تماما)، مقسمة إلى سلمين فرعيين إعادة التقييم المعرفي الذي يشمل البنود التالية: 1،3،5،7،8،10، القمع التعبيري ويشمل البنود: 2،4،6،9 .قام Gross وJohn سنة 2003 بحساب ثبات وصدق استبيان التسيير الانفعالي على عينة تكونت من 1483 فرد، وكان معامل الثبات ألفا كرومباخ 0,79 لإعادة التقييم المعرفي و 0,73 لقمع التعبيرات، أما باستعمال التطبيق وإعادة التطبيق فكان المعامل0,63 لكلا البعدين.

للتحقق الخصائص السيكومترية لاستبيان التسيير الانفعالي تم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 33 مريض مصاب بارتفاع الضغط الدموي.

أ.الثبات

تم حساب ثبات هذا الاستبيان على عينة مكونة من 33 مصاب بارتفاع الضغط الدموي موزعين بين الجنسين بالاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول4 معامل ألفا كرومباخ (α) لكل من إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات الانفعالية

الابعاد	عدد العبارات	α
إعادة التقييم المعرفي	6	0,76
قمع التعبيرات الانفعالية	4	0,80

يتضح من الجدول رقم4 أنّ قيمة α بلغت 0,76 على بعد اعادة التقييم المعرفي وهي قيمة مرتفعة ومنه نستطيع القول بأن هذا البعد ثابت، أما بعد قمع التعبيرات الانفعالية فكانت قيمة ألفا كرونباخ 0,80 وهي قيمة مرتفعة كذلك ومنه بعد قمع التعبيرات الانفعالية ثابت.

ب.الصدق

صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق الاستبيان عن طريق حساب الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول5 صدق الاتساق الداخلي لاستبيان تسيير الانفعالات لـ James Gross

البعد	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إعادة التقييم المعرفي	1	,580**	,000	قمع التعبيرات الانفعالية	2	,885**	,000
	3	,778**	,000		4	,818**	,000
	5	,544**	,000		6	,774**	,000
	7	,777**	,000		9	,711**	,000
	8	,711**	,000				
	10	,586**	,000				

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

يتضح من الجدول5 أنّ الارتباطات بين عبارات بعد إعادة التقييم المعرفي و البعد ككل كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين 0,544كأصغر ارتباط كان بين العبارة 5 والدرجة الكلية لبعد إعادة التقييم المعرفي و 0,778 كأكبر ارتباط كان بين

العبارة 3 والدرجة الكلية لبعد إعادة التقييم المعرفي، وجاءت الارتباطات بين بنود بعد قمع التعبيرات الانفعالية والبعد ككل دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين 0,711 كأصغر ارتباط كان بين العبارة 9 والدرجة الكلية لبعد قمع التعبيرات الانفعالية و 0,885 كأكبر ارتباط كان بين العبارة 2 والدرجة الكلية لبعد قمع التعبيرات الانفعالية.

2.4.1. مقياس نوعية الحياة WHOQOL Bref

تعرّف نوعية الحياة حسب المنظمة العالمية للصحة OMS بأنّها إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي الذي يعيش فيه في علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه. تم الاعتماد في الدراسة الحالية على مقياس نوعية الحياة المختصرة المقتبس من Whoqol-100 لمنظمة الصحة العالمية الأول لنوعية الحياة المتكون من (100) سؤال ومن 6 أبعاد لنوعية الحياة المتمثلة في المجالات الكلية ومجالات خاصة: نوعية الحياة الكلية والصحة العامة (1) الصحة البدنية، (2) الصحة النفسية (3) مستوى الاستقلالية، (4) العلاقات الاجتماعية، (5) البيئة، (6) الروحانيات، التدين، والمعتقدات الشخصية.

أنشأت منظمة الصحة العالمية صيغة مختصرة لنوعية الحياة وهي WHOQOL Bref وتكوّنت من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين إضافة لبندين عن الحياة ككل. وأصبح WHOQOL Bref مكونا من 26 بندا وهو المستعمل في بحثنا هذا.

وقد تمت ترجمة المقياس وتكييفه والتأكد من خصائصه السيكومترية في دراسة زعطوط وفقيه وطلاب عن اضطراب الوظائف التنفيذية وعلاقته بنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين بإتباع الخطوات التالية:

ترجمة مقياس نوعية الحياة الأصليWHOQOL -100 من طرف أربع أساتذة متخصصين يتقنون اللغتين العربية والانجليزية، اثنان منهم متخصصون في اللغة الانجليزية والترجمة وأستاذان في علم النفس. كما تمّ التأكد من صدق الترجمة بواسطة الترجمة العكسية ثمّ مقارنة الصياغة الأصلية للمقياس، وصياغة إعادة الترجمة من طرف أستاذ متخصص في اللغة الانجليزية. أمّا بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس فقد استغرقت مراكز المنظمة العالمية للصحة عدّة سنوات من أجل التأكد من دقّة خصائصه السيكومترية، حيث وصلت قيمة معامل الصدق والثبات 0,90، لكن لمزيد من الثقة المنهجية في المقياس قمنا بتطبيقه على عينة استطلاعية من 61 مريضا. تم حساب الصدق بواسطة طريقة الاتساق الداخلي للاختبار وذلك بحساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس حيث وصل إلى0.67 ، أما الثبات فقد تم استعمال التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح إلى0,94 ، وبطريقة الفا حيث وصلت قيمة المعامل إلى 0.74، لذا يمكننا الاطمئنان لخصائص هذا المقياس. (زعطوط،2013)

يتكون مقياس نوعية الحياة المختصر Whoqol-Bref لمنظمة الصحة العالمية الذي سنعمل به من (26 سؤال) ومن (4) أبعاد وهي: (1) بعد الصحة البدنية، (2) البعد النفسي، (3) العلاقات الاجتماعية، (4) البيئة، ولدينا كذلك نوعية الحياة الكلية والصحة العامة يقاس ولا يدخل في الأبعاد.

يتكون هذا المقياس من 26 عبارة تتوزع على أربعة أبعاد وهي كالتالي:

البعد الجسدي (07) بنود وهي: (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18)

البعد النفسي (06) بنود وهي: (5، 6، 7، 11، 19، 26)

العلاقات الاجتماعية (03) بنود وهي: (20، 21، 22)

البيئة (08) بنود وهي: (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25)

الصحة العامة ونوعية الحياة الكلية لدينا: (1، 2)

يتم التصحيح على أساس مقياس خماسي ترتيبي يتراوح بين 1و5 في البنود الايجابية المتمثلة في: 1، 2، 5، 6، 7، 8، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25 وبين 5و1 في البنود السلبية المتمثلة في: 3، 4، 26 وتبلغ أدنى درجة 26 أما أقصاها فهي 130. (Marilou Bruchon- Schweitzer Emitée Brujut, 2014)

للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من33 مريض مصاب بارتفاع الضغط الدموي من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتنا.

أ.الثبات

تم حساب ثبات هذا المقياس على عينة مكونة من 33 مصاب بارتفاع الضغط الدموي موزعين بين الجنسين بالاعتماد على معادلة ألفا كرونباخ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول6 معامل ألفا كرومباخ (α) لمقياس نوعية الحياة

الابعاد	عدد العبارات	α
البعد الجسدي	7	0,87
البعد النفسي	6	0,82
العلاقات الاجتماعية	3	0,84
البيئة	8	0,72
الصحة العامة	2	0,77

يتضح من الجدول رقم6 أنّ قيمة α بلغت 0,87 في البعد الجسدي، كما بلغت 0,82في البعد النفسي، أما في بعد العلاقات الاجتماعية فكانت قيمة ألفا كرونباخ 0,84 ، و0,72 في بعد البيئة وأخيرا بعد الصحة العامة الذي كانت فيه قيمة α تساوي 0,77 . قيم α كلها كانت مرتفعة ومنه يمكن القول أنّ أبعاد مقياس نوعية الحياة ثابتة.

ب.الصدق

صدق الاتساق الداخلي: تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه، ثم الارتباطات بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول7 الارتباطات بين درجة كل بند بالدرجة الكلية لأبعاد مقياس نوعية الحياة

البعد	البنود	معامل الارتباط	البعد	البنود	معامل الارتباط
البعد النفسي	5	,775**	العلاقات الاجتماعية	20	,946**
	6	,813**		21	,888**
	7	,744**		22	,802**
	11	,703**			
	19	,778**			
	26	,585**			
البعد الجسدي	3	,566**	البيئة	8	, 366*
	4	,513**		9	, 554**
	10	,513**		12	, 431*
	15	,604**		13	, 483**
	16	,809**		14	, 570**
	17	,891**		23	, 498**
	18	,901**		24	, 577**
الصحة العامة	1	,900**		25	, 581**
	2	,919**			

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

يتضح من الجدول رقم 7 أنّ الارتباطات بين بنود البعد الجسدي و الدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين 0,566 كأصغر ارتباط كان

بين العبارة 4 و 10 والدرجة الكلية للبعد الجسدي و901, 0 كأكبر ارتباط كان بين العبارة 18 والدرجة الكلية للبعد، وجاءت الارتباطات بين بنود البعد النفسي والبعد ككل دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 و تراوحت الارتباطات بين 0,585 و 0,813 ، قيم الارتباطات بين بنود بعد العلاقات الاجتماعية و الدرجة الكلية للبعد جاءت كلها دالة عند مستوى الدلالة 0،01 وتراوحت قيمهم بين0,802 و 0,946 ، أما الارتباطات بين بنود بعد البيئة والبعد ككل جاءت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 وتراوحت قيمهم بين483 ,0 و 581, 0 بالنسبة للبنود 9،13،14،23،24،25 و دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا0,05 بالنسبة للبندين 8 و 12 حيث كانت الارتباطات على الترتيب 0,366 و 0,431، أما الارتباطات بين بنود بعد الصحة العامة و الدرجة الكلية للبعد فكانت 0,900 بالنسبة للبند رقم1 و0,919 بالنسبة للبند رقم2 و هي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01.

جدول8 الارتباطات بين درجة كل بعد بالدرجة الكلية مقياس نوعية الحياة

المقياس	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	الجسدي	,695**	,000
	النفسي	,801**	,000
	العلاقات الاجتماعية	,591**	,000
	البيئة	,769**	,000

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

يتضح من الجدول رقم 8 أنّ الارتباطات بين بنود الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا 0,01 حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين 0,591 . كأصغر ارتباط كان بين بعد العلاقات الاجتماعية والدرجة الكلية و801, 0 كأكبر ارتباط كان بين البعد النفسي والدرجة الكلية للمقياس، من هنا نستنتج أنّ مقياس نوعية الحياة صادق.

5.1.المعالجة الإحصائية

للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث استعملنا معامل ألفا كرومباخ وصدق الاتساق الداخلي، وذلك عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية SPSS.

6.1.أهداف الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية ومحورية في أي بحث علمي، وهي تهدف إلى:

-التحري حول الظروف التي ستجرى فيها الدراسة الأساسية.

-التأكد من توفر عينة الدراسة على الشروط اللازمة فيها وإمكانية الوصول إلى أفرادها.

-التأكد من الخصائص السيكومترية لكل من استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross وJohn ومقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة WHOQOL bref.

-التحري حول مدى فهم واستيعاب المبحوثين لبنود هذه المقاييس.

الدراسة الاستطلاعية تسمح للباحث إذن بالتقرب من مجتمع دراسته وتمدّه بمعلومات تفيده في بحثه العلمي.

7.1.نتائج الدراسة الاستطلاعية

توصلت الباحثة من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى التحقق من مدى فهم واستيعابهالمرضى لبنود استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross وJohn ومقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة WHOQOL bref، كما تمّ التأكد من الخصائص السيكومترية لهما.

2.الدراسة الاساسية

1.2.منهج البحث

إنّ أساس أي بحث علمي هو الاستناد الى منهج علمي موضوعي، والذي يعتبر أسلوب التفكير والعمل الذي يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها من أجل الوصول إلى نتائج وحقائق حول الظاهرة التي يدرسها، ويكون اختيار المنهج وفق طبيعة الموضوع والأهداف المرجوة منه، ونوعية المعطيات الواجب جمعها. بما أنّ موضوع البحث الحالي هو تسيير الانفعالات وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي، فإنّه تمّ اتُباع المنهج الوصفي الارتباطي، الذي يقوم على وصف الظواهر وصفاً دقيقاً، ودراسة العلاقات التي توجد بين هذه الظاهرة والظواهر الأخرى والتعبير عنها بشكل كمي.

2.2.المجال الزماني والمكاني للبحث

تم إجراء البحث الحالي في عيادة الطبيب معسفن بشير مختص الطب الداخلي وأمراض القلب في مدينة العفرون –البليدة–، إضافة الى مصلحتي طب النساء وطب الرجال في مستشفى أقلول علي بمدينة أقبو –بجاية– وذلك خلال المدّة الزمنية الممتدّة بين شهري جوان وديسمبر 2022.

3.2.عينة البحث

لقد كشف كل من المسح الجزائري لصحة الأسرة والمسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع (MICS4) في جزئهما الخاص بالأمراض المزمنة، ومدى تطور انتشارها خلال الفترة 2002–2012 أنّ نسبة الإصابة بارتفاع الضغط الدموي في المجتمع الجزائري بلغت 39,3 بالمئة في سنة 2012 حيث بلغت نسبة الإصابة بمرض الضغط الدموي عند الإناث 43,6 بالمئة في حين بلغت 32,9 بالمئة عند الذكور. (نقلا عن جباري،2022)

تم اختيار عينة البحث المتمثلة في مرضى ارتفاع الضغط الدموي بالطريقة القصدية وذلك اعتمادا على ملفات المرضى وتشخيص الطبيب المختص في عيادة الطب الداخلي وأمراض القلب، وكان عدد أفراد عينة البحث 100 مريض مشخّص بمرض ارتفاع الضغط الدموي ذو ضغط دموي انقباضي أكبر أو يساوي 140 ملمتر زئبقي و/أو ضغط دموي انبساطي أكبر أو يساوي 90 ملمتر زئبقي.

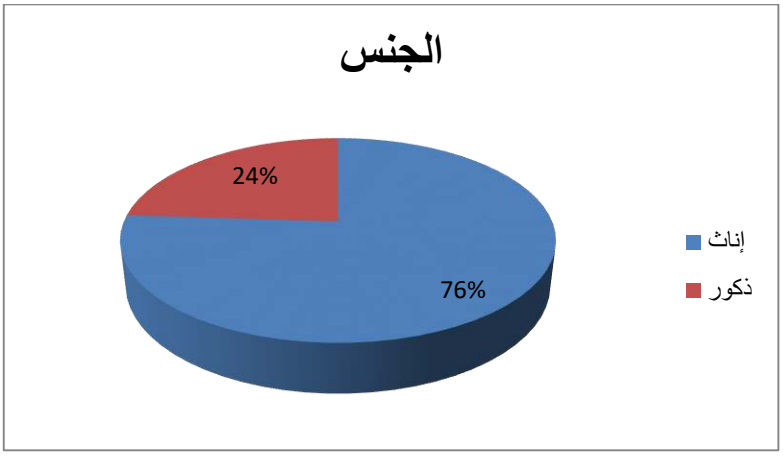
وتوضح الجداول والأشكال توزيع الحالات حسب متغيرات البحث الحالي كما يلي:

- **توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس**

جدول9 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

العينة	الجنس		المجموع
	ذكور	اناث	
المرضى	24	76	100
النسبة المئوية	%24	%76	%100

يتضح من الجدول 9 أنّ عدد الذكور هو24 بنسبة 24 % فيما يتمثل عدد الإناث في 76 حالة بنسبة 76% وهذا نظرا لكونّ مرض ارتفاع الضغط الدموي يصيب الإناث أكثر من الذكور وهذا يتماشى مع النتائج التي توصّل إليها كل من المسح الجزائري لصحة الأسرة والمسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع في جزئهما الخاص بالأمراض المزمنة، ومدى تطور انتشارها خلال الفترة 2002-2012 حيث بلغت نسبة الإصابة بمرض الضغط الدموي عند الإناث 43,6 بالمئة في حين بلغت 32,9 بالمئة عند الذكور سنة 2012 (نقلا عن جباري، 2022)



شكل8: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

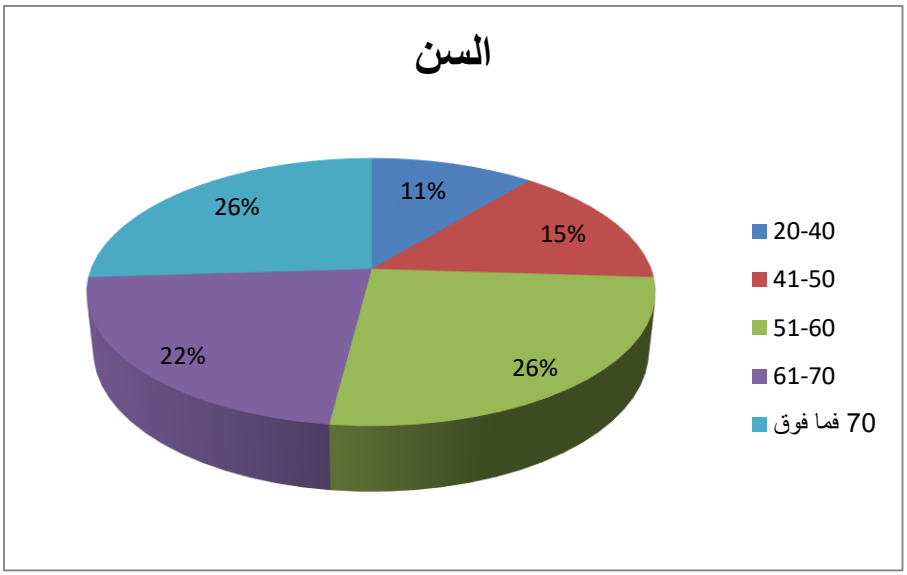
- **توزيع أفراد العينة حسب متغير السّن**

جدول10 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية

السّن	التكرار	النسبة المئوية
40-20	11	%11
50-41	15	%15
60-51	26	%26
70-61	22	%22
70فما فوق	26	%26
المجموع	100	%100

يوضح الجدول رقم9 توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا للعمر، حيث أنّ26 %من أفراد العينة تراوحت أعمارهم بين (51-60) سنة و70 سنة فما فوق، في حين 22%من أفراد العينة تراوحت أعمارهم بين (61-70) سنة، وفي حين 15 %أفراد العينة تراوحت أعمارهم بين (41-50) سنة، أما 11%من أفراد العينة أعمارهم بين (20-40) سنة. هذا ما يتماشى مع النتائج التي توصّل إليها كل من المسح

الجزائري لصحة الأسرة والمسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع في جزئهما الخاص بالأمراض المزمنة، ومدى تطور انتشارها خلال الفترة 2002-2012، حيث بيّنت النتائج أنّ الفئة العمرية 60-64 سنة يوجد فيها نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من الضغط الدموي وتتزايد نسب الإصابة بالضغط الدموي مع السّن لتبلغ أعلى نسبة للإصابة في الفئة العمرية 85 سنة وأكثر (نقلا عن جباري، 2022)



شكل9: توزيع أفراد العينة حسب السّن

4.2.إجراءات البحث

قامت الباحثة بإتباع خطوات منهجية بيّنت فيها عينة البحث وأدواته والخصائص السيكومترية لأدوات القياس وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث وذلك بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية متبعين الخطوات التالية :

-الاتصال بإدارة المستشفى والعيادة المختصة لتحديد المرضى وجمع البيانات الأولية لكل حالة .

– توزيع استمارات مقاييس البحث واختبار صدقها وثباتها من خلال تطبيقها على عينة من المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي، والتحقق من امكانية تطبيقها.

– اختيار عينة البحث الأساسية التي قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على أفرادها.

– بعد الانتهاء من جمع البيانات وتصحيحها تم استخدام برنامج (spss) الرزمة الإحصائية لتحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً.

5.2.أدوات البحث

اعتمدت الباحثة في هذا البحث على استبيانGross و Johnلتسيير الانفعالات Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) لتقييم متغير تسيير الانفعالات، أمّا متغير نوعية الحياة فلقد استعملت مقياس منظمة الصحة العالمية WHOQOL bref ، وتمّ التحقق من الخصائص السيكومترية لها خلا ل الدراسة الاستطلاعية.

6.2.أدوات تحليل البيانات

للتأكد من فرضيات البحث استعملنا التقنيات الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون
- اختبار T. Test
- الانحرافات المعيارية
- المتوسطات الحسابية.
- ولتحقيق ذلك استعملنا برنامج الحزمة الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية SPSS

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

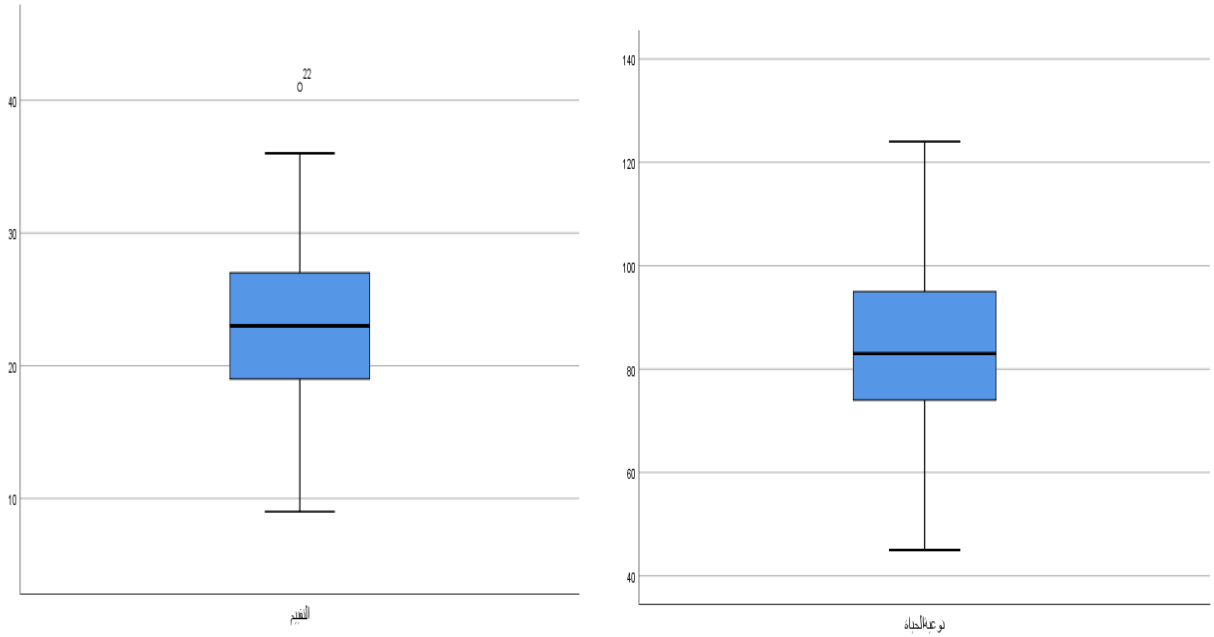
هذا الفصل يهدف إلى عرض نتائج التحليل الاحصائي لمتغيرات البحث بما يتماشى مع أسئلة البحث الأساسية وفروضه، وكذا مناقشة وتفسير النتائج التي توصلت إليها الباحثة في ضوء ما جاءت به الدراسات السابقة وأدبيات الإطار النظري.

1.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون بعد التحقق من أهم افتراضاته.

1.1. التحقق من عدم وجود قيم متطرفة

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة تم فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (10).



شكل 10: رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي و نوعية الحياة

نلاحظ من الشكل رقم (10) بأن درجات متغير نوعية الحياة لا تحتوي على قيم متطرفة، أما درجات متغير استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي تحتوي على قيمة متطرفة واحدة يحتويان، وهي القيمة الموجودة خارج الصندوق، غير أن هذا لا يؤثر كثيرا خاصة إذا توفر افتراض التوزيع الطبيعي لدرجات المتغيرين، بالتالي يمكننا القول إن فتراض عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرين قد تحقق.

2.1.التحقق من توزيع الدرجات

للقيام بالتحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (11)

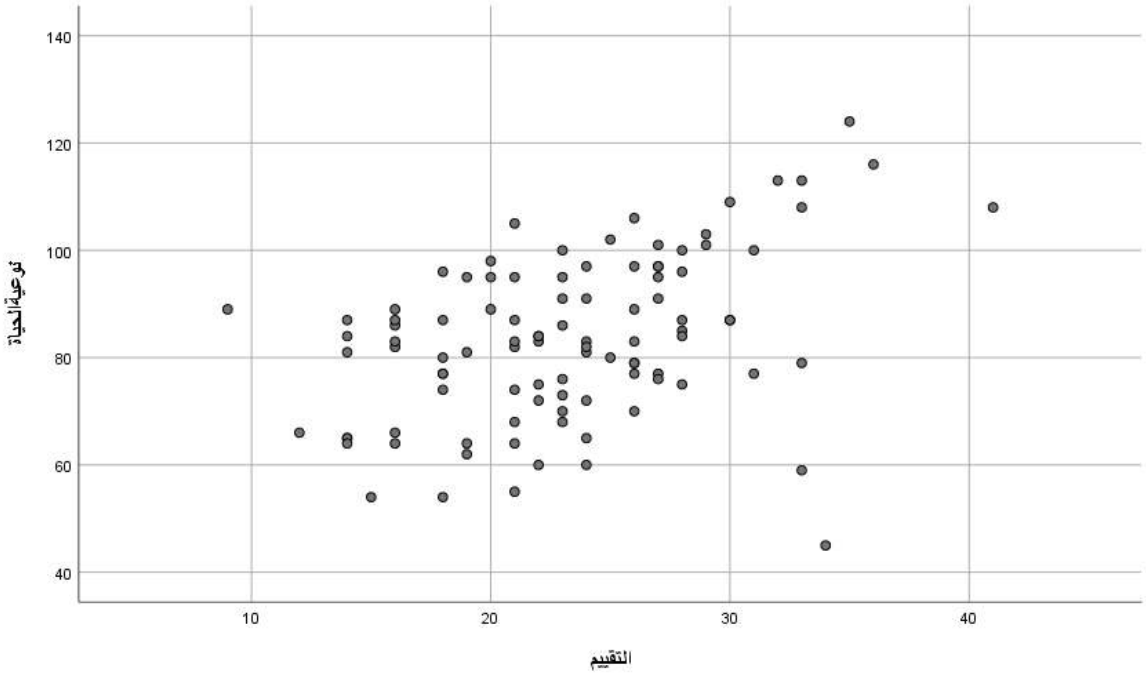
جدول 11 نتائج اختبار شابيرو–ويلك

المتغير	قيمة الاختبار	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
إعادة التقييم المعرفي	0.990	100	0.655
نوعية الحياة	0.995	100	0.967

نلاحظ من الجدول رقم (11) أن قيمتي اختبار شابيرو ويلك لدرجات استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة غير دالة إحصائيا لأن القيمة الاحتمالية لكليهما أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات كل متغير لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

3.1.التحقق من وجود علاقة خطية

تعتبر خطية العلاقة بين المتغيرين من اهم افتراضات معامل الارتباط بيرسون، وللتحقق من ذلك قمنا بفحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما هو موضح في الشكل رقم (11)



شكل 11: لوحة الانتشار لدرجات إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة

نلاحظ من الشكل رقم (11) بأنه توجد علاقة خطية بين المتغيرين، وبالتالي قد تحققت اهم افتراضات معامل الارتباط بيرسون.

بعد حساب معامل الارتباط بيرسون تبيّن أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة ومتوسطة دالة إحصائيا (معامل الارتباط بيرسون (98) = 0.417، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001) بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لأن القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي كلما ارتفعت درجات استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي قابله ارتفاع في درجات نوعية الحياة. ومنه نستنتج أن الفرضية الأولى تحققت أي أنّ هناك علاقة بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.

حسبGross و John(2003) استراتيجية إعادة التقييم المعرفي من بين الاستراتيجيات المعرفية التكيفية لتسيير الانفعالات، وهي تعمل على تغيير طريقة التفكير حول وضعية انفعالية ما من أجل تغيير أثرها الانفعالي، أي التخفيف من الانفعالات السلبية الناتجة عنها وزيادة الانفعالات الإيجابية والرفاهية الذاتية.

إعادة التقييم المعرفي يساهم في تعديل شدّة ونوع الإحساس الذاتي أو التجربة الانفعالية، فهو حسب Le Vigouroux (2016) تتمثل في اختيار تقييم للوضعية يسمح بإدراكها بطريقة أكثر أو أقل انفعالية فحتى وإن كانت الوضعية سلبية، يستطيع الفرد إدراك جوانب إيجابية من هذه الوضعية، وحدوثها مبكرا في مسار التسيير الانفعالي يمكّنها من تغيير الحالة الانفعالية قبل تشكلها. يرى كل من Grossو John(2003) أنّ هذه الاستراتيجية غالبا ما ارتبطت بتقدير ذات مرتفع والرضا عن الحياة.

كلما كان الفرد يستعمل هذه الاستراتيجية كان تقييمه وادراكه لنوعية حياته مرتفع. حسب دراسة Nikmanesh وأخرون (2017)، بن خنيش وبوشدوب (2022) والتي بيّنت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تسيير الانفعالات التكيفية (اعادة التقييم المعرفي) ونوعية الحياة. إعادة التقييم المعرفي عبارة عن إعادة تقييم وضعية ما بطريقة تسمح بالتحكم في الانفعالات التي تولّدها أو التخفيف من الانفعالات السلبية الناتجة عنها، كذلك نوعية الحياة عبارة عن تقييم الفرد لمجالات حياته مثل المجال الجسدي، النفسي، الاجتماعي والاقتصادي وكل الانفعالات التي تترتب عنها وخاصة الانفعالات السلبية لذلك إعادة التقييم المعرفي يرتبط بنوعية الحياة فكلما زاد استعمال هذه الاستراتيجية كان تقييم نوعية الحياة أكثر إيجابيا.

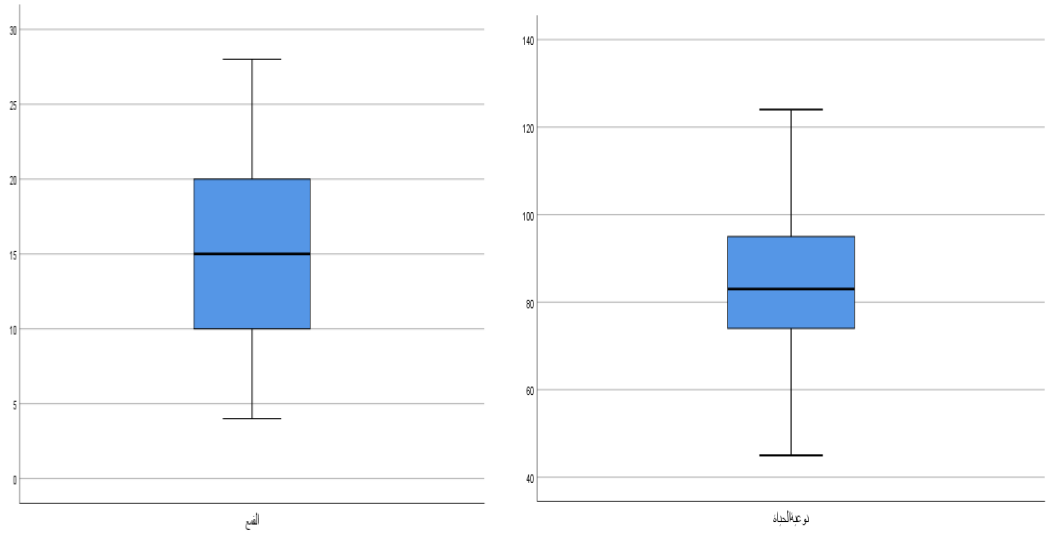
وجود علاقة بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية حياة أفراد العينة إنّما يدلّ على أنّ المصابين بارتفاع الضغط الدموي في عينة البحث استطاعوا التعامل مع الانفعالات السلبية التي ترتّبت عن الإصابة بالضغط الدموي والاختلالات التي تسبب فيها في حياتهم اليومية، وتسييرها بطريقة فعّالة سمحت لهم بالتخفيف من آثارها السلبية وهذا ما يظهر لاحقا في نتائج أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة.

2.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجيات قمع التعبيرات ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي. ولاختبار هذه الفرضية سيتم استخدام معامل الارتباط بيرسون بعد التحقق من أهم افتراضاته.

1.2. التحقق من عدم وجود قيم متطرفة

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة تم فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (12).



شكل 12: رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات ونوعية الحياة

نلاحظ من الشكل رقم (12) بأن درجات متغيري استراتيجيات قمع التعبيرات ونوعية الحياة لا تحتوي على قيم متطرفة، حيث لا توجد قيم موجودة خارج الصندوق، بالتالي يمكننا القول إن افتراض عدم وجود قيم متطرفة في المتغيرين قد تحقق.

2.2.لتحقق من توزيع الدرجات

للقيام بذلك نعتمد على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (12)

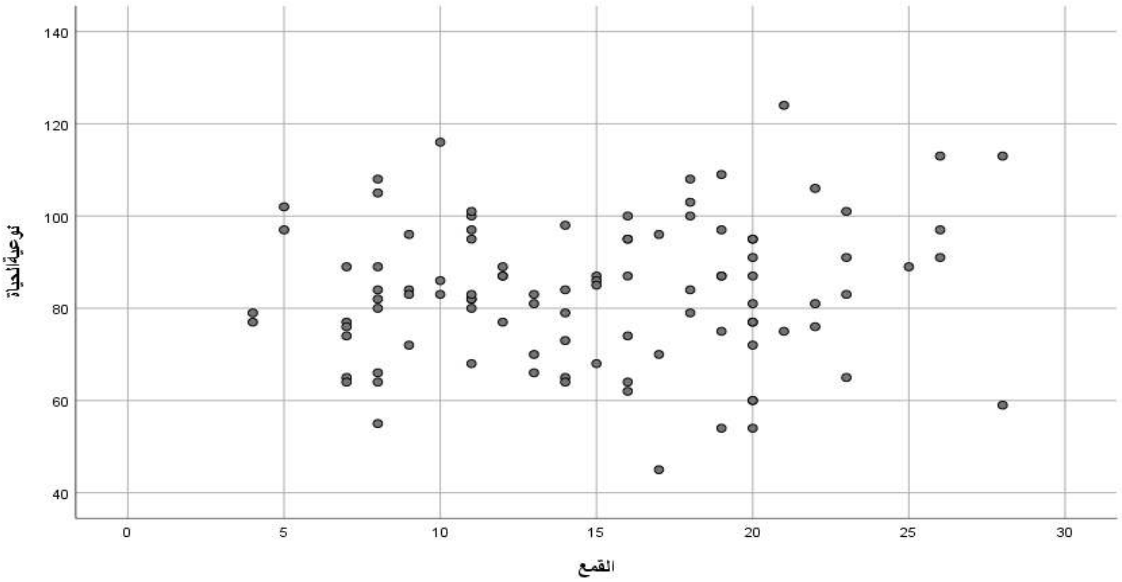
جدول 12 نتائج اختبار شابيرو–ويلك

المتغير	قيمة الاختبار	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
قمع التعبيرات	0.972	100	0.030
نوعية الحياة	0.995	100	0.967

نلاحظ من الجدول رقم (12) بأن قيمة اختبار شابيرو ويلك لدرجات نوعية الحياة غير دالة إحصائيا لأن القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات نوعية الحياة لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، غير أن قيمة اختبار شابيرو ويلك لدرجات قمع التعبيرات دالة إحصائيا غير أن القيمة الاحتمالية 0.030 ليست صغيرة جدا عن مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي لا ينحرف توزيع درجات قمع التعبيرات كثيرا عن التوزيع الطبيعي، وهذا لا يشكل مشكلا كبيرا خاصة أن قيمة معامل الارتباط بيرسون لا تتأثر كثيرا بالانحراف البسيط لتوزيع درجات المتغيرين عن التوزيع الطبيعي.

3.2.التحقق من وجود علاقة خطية

تعتبر خطية العلاقة بين المتغيرين من اهم افتراضات معامل الارتباط بيرسون، وللتحقق من ذلك نقوم بفحص لوحة الانتشار لدرجات المتغيرين. كما هو موضح في الشكل رقم (13)



شكل 13: لوحة الانتشار لدرجات قمع التعبيرات ونوعية الحياة

نلاحظ من الشكل رقم (13) بأنه توجد علاقة خطية بين المتغيرين، وبالتالي قد تحققت أهم افتراضات معامل الارتباط بيرسون.

بعد حساب معامل الارتباط بيرسون تبيّن أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وضعيفة غير دالة إحصائيا (معامل الارتباط بيرسون(98)= 0.154، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.154) بين استراتيجيات قمع التعبيرات ونوعية الحياة لأن القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نستنتج أن الفرضية الثانية لم تتحقق أي أنّه لا توجد علاقة بين استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي.

حسب Gross و John(2003) استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية تأتي متأخرة في مسار التسيير الانفعالي لتغيير الجوانب السلوكية للانفعال دون التخفيف من التجربة الانفعالية، ويصنّفها ضمن الاستراتيجيات اللاتكيفية لتسيير الانفعال واقترنت في العديد من الدراسات بالمسارات المرضية

وأثبتت كذلك ارتباطها بمستوى منخفض من نوعية الحياة مثل دراسةPeters و آخرون (2018)، بن خنيش وبوشدوب (2022).

توصلنا في هذا البحث إلى أنّ قمع التعبيرات الانفعالية لم يرتبط بنوعية الحياة عند مرضى ارتفاع الضغط الدموي، ويمكن تفسير ذلك ربما بالرجوع الى تعريف كل من القمع الانفعالي ونوعية الحياة. قمع التعبيرات الانفعالية حسب Gross و Levenson (1993) هو كفّ واع للاستجابة الانفعالية، فهو ليس فقط غياب الانفعال وتعبيره، وإنّما هو مجهود هدفه هو التّحكم في التعبير الانفعالي. قمع التعبيرات الانفعالية لا يؤثر لا على تقييم الفرد للوضعية ولا على التجربة الانفعالية الذاتية وإنّما هو محاولة للتحكم في التعبيرات الناتجة عن الوضعيات الانفعالية فقط، من هنا نرى أنّ قمع التعبيرات الانفعالية لا يغير شيء من إدراك الفرد للوضعيات ولا تقييمها، أما مفهوم نوعية الحياة فهو عبارة عن تقييم وإدراك الفرد لنواحي حياته المختلفة، وتأثير قمع التعبيرات على النواحي المختلفة للفرد ليس دائما سلبي لأنّ آثار التسيير الانفعالي بما فيه قمع التعبيرات الانفعالية مرتبط بالسياق الثقافي الاجتماعي للفرد ولذلك فإنّ علاقته بنوعية الحياة تخضع لمعايير المجتمع والثقافة التي ينتمي إليها أفراد العينة. التعبير عن الانفعالات حسب Kotsou (2014) عبارة عن سيرورات معقدّة ولا تقدّم إجابة موّحدة، ولقد بيّنت الأبحاث أنّ التعبير عن الانفعالات أو قمعها يمكن أن يكون تكيفيا، فهي ليست ظاهرة ذات بعد واحد وإنّما تنتمي إلى سيرورات معقّدة في تفاعل مع المحيط .

دراسة Butler وآخرون (2009) أوضحت أنّ السياق الثقافي من بين العوامل المعدّلة لتسيير الانفعالات، وتوصلت الى أنّ الأشخاص الذين يعبّرون عن انفعالاتهم السلبية ينخفض عندهم الضغط الدموي أكثر من الذين لا يعبّرون عن انفعالاتهم، لكن من جهة أخرى التعبير السلبي عن الانفعالات وضغط الدم ارتبطا إيجابا، هذا يعني أنّ ارتفاع الضغط الدموي يرتبط بالتعبير الانفعالي

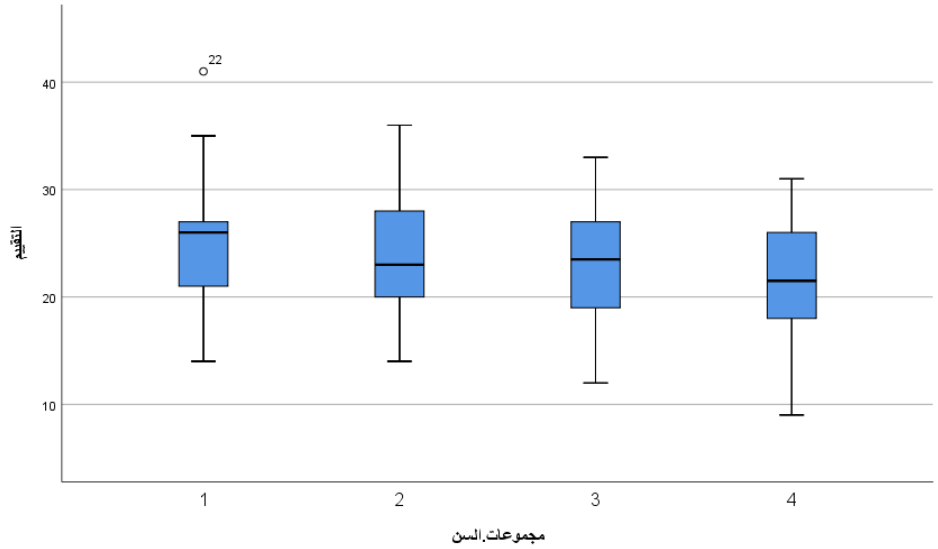
حسب السياق الثقافي وهذا بسبب المعنى الثقافي الذي يعطى للتعبير الانفعالي أو القمع الانفعالي. كما بيّنت الدراسات أنّ قمع التعبيرات قد يكون معياري normative وآلي في العلاقات الاجتماعية حسب السياق الثقافي ولا يرتبط دائما مع زيادة الاستجابة الفيزيولوجية للضغط الدموي، وأنّ سلوكات التعبير عن الانفعالات يمكن أن تكون من أجل تحقيق عدّة أهداف ونتائج للفرد والجماعة، لكن في نفس الوقت الآثار الثقافية للتعبير عن الانفعالات لا تظهر فقط في حالة الفروق بين الجماعات في تسيير الانفعالات ولكن كذلك في علاقته مع متغيرات أخرى. هذه الاختلافات في النتائج يمكن أن تفسّر بالاختلافات الثقافية، فالأثار السلبية لقمع التعبيرات الانفعالية تنخفض إذا كان المسيّر ينتمي إلى ثقافة تشجع عدم التعبير عن الانفعالات.

3.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن، حيث تم تقسيم الأفراد إلى أربع مجموعات حسب السن وهي المجموعة الأولى من 20 إلى 40 سنة، والمجموعة الثانية من 41 إلى 60 سنة، والمجموعة الثالثة من 61 إلى 70 سنة، والمجموعة الرابعة فوق 70 سنة. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

1.3.التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات تم فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (14).



شكل 14: رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي حسب السّن

نلاحظ من الشكل رقم (14) بأنه لا توجد قيم خارج المدى في درجات المجموعات الثانية والثالثة والرابعة، غير أنه في المجموعة الأولى توجد قيمة واحدة فقط خارج رسم الصندوق، وهذا لا يمثل مشكل كبير، وبالتالي يمكننا القول أنّه قد توفر هذا الافتراض.

2.3. التحقق من توزيع الدرجات

التحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (13)

جدول 13 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
المجموعة الأولى	0.930	11	0.414
المجموعة الثانية	0.973	41	0.423
المجموعة الثالثة	0.969	22	0.697
المجموعة الرابعة	0.975	26	0.745

نلاحظ من الجدول رقم (13) بأن قيم اختبار شابيرو ويلك لدرجات استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي للمجموعات الأربع غير دالة إحصائيا لأن قيمها الاحتمالية كلها أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعات لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

قبل القيام بالتحليل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجموعة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (14)

جدول 14 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات

	العدد	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	11	25.27	2.281	7.564
المجموعة الثانية	41	24.17	0.909	5.822
المجموعة الثالثة	22	23.00	1.101	5.164
المجموعة الرابعة	26	21.19	1.087	5.543
المجموع	100	23.26	0.590	5.901

نلاحظ من الجدول (14) بأن المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربعة متقاربة نوعا ما. وفيما يلي يتم عرض نتائج تحليل التباين الأحادي كما يوضحه الجدول رقم (15)

جدول 15 نتائج تحليل التباين الاحادي

مصدر التباين	مجموع الدرجات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
بين المجموعات	191.215	3	63.738	1.879	0.138
داخل المجموعات	3256.025	96	33.917		
المجمـوع	3447.240	99			

نلاحظ من الجدول رقم (15) أن قيمة ف غير دالة إحصائيا (ف (3. 96)= 1.879، القيمة الاحتمالية 0.138)، وبالتالي الفرق الملاحظ بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربع في درجات استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي فرق غير حقيقي ويرجع إلى الصدقة، ومنه نستنتج أن الفرضية الثالثة لم تتحقق أي أنّه لا توجد فروق في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير السّن.

هذا عكس ما توصلت اليه دراسة Shiota و Levenson(2009)، Garnefski و Kraaij(2006)، Lohani و Isaacowitz (2014)، Livingstone و Isaacowitz (2021) حيث وجدت فروق في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي لصالح عينة كبار السّن، كما توصلت دراسة McRae وآخرون (2008)، Domes وآخرون (2009)، Masumoto وآخرون (2016) الى وجود فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير السن لصالح كبار السن لكن عند الرجال فقط أما بالنسبة للإناث لم تكن هناك فروق.

جاءت نتائج هذه الدراسة مؤيدة لنتائج دراسة Spaapan وآخرون (2014) والتي توصّلت الى أنّه لا توجد فروق في استراتيجيات التقييم المعرفي تعزى لمتغير السّن أي أنّ استخدام استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لم يرتبط بالفئات العمرية. يمكن تفسير النتائج بالعودة الى سن أفراد العينة الذي تجاوز 30 سنة ما عدى فردين ويعتبر هذا السّن مهم جدا ومفتاحي في حياة الفرد حسب Le Vigouroux (2016)، حيث يزداد ويتطور استعمال استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي عند الفرد في تسيير انفعالاته. هذا العمر غالبا ما يرتبط بتغير كبير في حياة الفرد يتمثل في مواجهة مسؤوليات جديدة (عائلية ومهنية) لذلك يزداد استعمال إعادة التقييم المعرفي من أجل التخفيف من الانفعالات السلبية الناتجة عن ضغوط هذه المسؤوليات. حسب Grossو John (2003) استراتيجيات إعادة

التقييم المعرفي من الاستراتيجيات المعرفية التي تشمل على تغيير طريقة التفكير حول وضعية انفعالية من أجل التخفيف من أثرها الانفعالي، وإعادة التقييم المعرفي يساهم في التخفيف من الانفعالات السلبية و يزيد من الانفعالات الايجابية في حين أنّ قمع التعبيرات الانفعالية، رغم إلغاءه للمظاهر الخارجية للانفعالات، لا يخفف من التجربة الذاتية للانفعالات أي لا يخفف من شدّة الانفعالات السلبية، لذك كلّما تقدّم السّن زاد الميل الى استعمال استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي لأنّها أكثر فعالية في التخفيف من الانفعالات السلبية كما يرتبط إعادة التقييم المعرفي بتقدير الذات و الرضا عن الحياة،

وهذا ما تحدثت عنه نظرية الانتقاء الانفعالي الاجتماعي la théorie de la selectivité socioemotionnelle (TSS) لـ Carstensen والتي تصف تطور استراتيجيات التسيير الانفعالي بالتقدم في السّن وزيادة الدافعية للمواقف التي تحقق الإحساس بالمتعة وتجلب الانفعالات الإيجابية hédoniste ، وحسب هذه النظرية فإنّ هؤلاء الأشخاص يتجنّبون الوضعيات التي تثير الانفعالات السلبية كما يقّل احتمال مواجهتهم لهذا النوع من الوضعيات خاصة في بعض مجالات الحياة مثل العمل، والميل عند التقدم في السن الى تفضيل الاستراتيجيات التي جرّبوا فاعليتها والتي تطلّبت مجهودا اقل بالنسبة للإمكانيات المعرفية التي يملكونها و تكرار استعمال هذه الاستراتيجيات يجعلها تلقائية لا تتطلب مجهود و غالبا ما يتّجهون الى استراتيجيات يقيمونها اكثر تكيفية. هذا ما صرّح به أفراد العينة وخاصة النساء، حيث أنّهم كانوا يميلون الى عدم التعبير عن انفعالاتهم (قمع التعبيرات) ولكنهم غيروا طريقة تسييرهم لانفعالاتهم فأصبحوا يميلون الى التقييم المعرفي للوضعيات لأنّ قمع التعبير عن انفعالاتهم تسبب لهم بالمرض حسب رأيهم، هذا التغيير في الاستراتيجيات يتماشى مع ما أتى به Gross حول مرونة وتطور استراتيجيات التسيير الانفعالي.

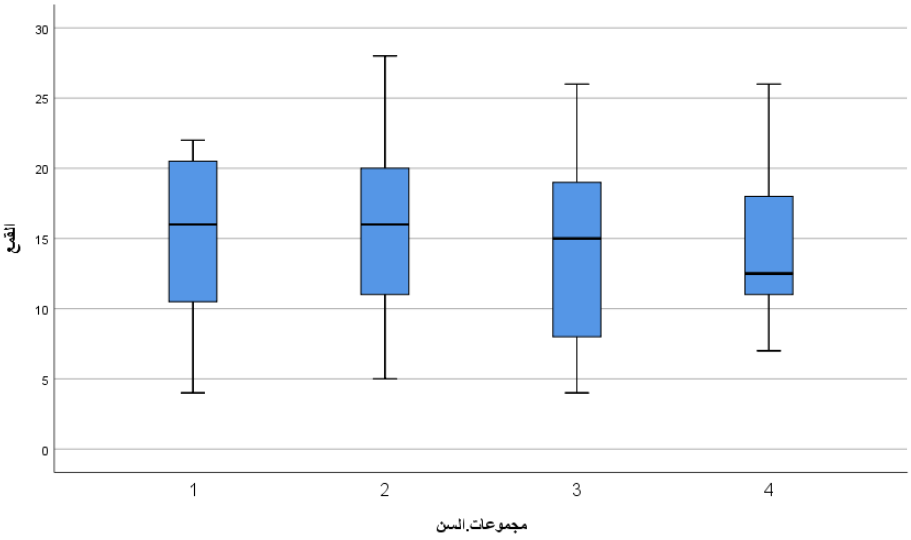
في هذه الدراسة أغلبية أفراد العينة تراوحت أعمارهم من 61 سنة فما فوق (74%) في حين مثلت فئة 20−40 نسبة 11%من أفراد العينة، أي أنّ أغلب أفراد العينة من كبار السّن والبحث عن الفروق كان أساسا في عينة مكوّنة من كبار السّن في أغلبها مقارنة بصغار السّن لذلك لم يكن لهذه الفئة ربما أثر على نتائج الدراسة.

4.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في استراتيجيات قمع التعبيرات لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن، حيث تم تقسيم الأفراد إلى أربع مجموعات حسب السن وهي المجموعة الأولى من 20 إلى 40 سنة، والمجموعة الثانية من 41 إلى 60 سنة، والمجموعة الثالثة من 61 إلى 70 سنة، والمجموعة الرابعة فوق 70 سنة. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

1.4. التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات تمّ فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (15).



شكل 15: رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات حسب السّن

نلاحظ من الشكل رقم (15) بأنه لا توجد قيم خارج المدى في درجات المجموعات الأربع، وبالتالي يمكننا القول إنه قد توفر هذا الافتراض.

2.4. التحقق من توزيع الدرجات

للتحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (16)

جدول 16 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
المجموعة الأولى	0.925	11	0.363
المجموعة الثانية	0.967	41	0.269
المجموعة الثالثة	0.948	22	0.288
المجموعة الرابعة	0.934	26	0.094

نلاحظ من الجدول رقم (16) بأن قيم اختبار شابيرو ويلك لدرجات استراتيجيات قمع التعبيرات للمجموعات الأربع غير دالة إحصائيا لأن قيمها الاحتمالية كلها أكبر من مستوى الدلالة 0.05،

وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعات لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

قبل القيام بالتحليل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجموعة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (17)

جدول 17 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات

	العدد	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	11	15.00	1.849	6.132
المجموعة الثانية	41	15.80	0.925	5.925
المجموعة الثالثة	22	14.41	1.378	6.464
المجموعة الرابعة	26	13.73	1.012	5.158
المجموع	100	14.87	0.586	5.858

نلاحظ من الجدول (17) بأن المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربعة متقاربة نوعا ما. وفيما يلي يتم عرض نتائج تحليل التباين الأحادي كما يوضحه الجدول رقم (18)

جدول 18 نتائج تحليل التباين الاحادي

مصدر التباين	مجموع الدرجات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
بين المجموعات	74.437	3	24.812	0.717	0.544
داخل المجموعات	3322.873	96	34.613		
المجمـوع	3397.310	99			

نلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيمة ف غير دالة إحصائيا (ف (3. 96)= 0.717، القيمة الاحتمالية 0.544)، وبالتالي الفرق الملاحظ بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربع

في درجات استراتيجية قمع التعبيرات فرق غير حقيقي ويرجع إلى الصدفة، ومنه نستنتج أن الفرضية الرابعة لم تتحقق أي أنّه لا توجد فروق في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية تعزى لمتغير السّن.

وهذا ما توصلت اليه دراسة Gross و John (2003)، Shiota و Levenson (2009)، دراسة Spaapan وآخرون (2014)، Zimmermann و Iwanski (2014)، كما توصلت دراسة Lohani و Isaacowitz (2014) و Masumoto وآخرون (2016) إلى نفس النتائج حيث لم تجد فروق في استراتيجية قمع التعبيرات تعزى لمتغير للسّن، وتوصلت دراسة كل من Livingstone و Isaacowitz (2021) إلى أنّ بعض استراتيجيات تسيير الانفعالات تبقى مستقرّة أي لا يزداد ولا ينقص استعمالها طوال العمر من بينها استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية. في حين توصل Coyle و (Labouvie-Vief Diehel (1996 الى أنّ كبار السّن يستعملون أكثر استراتيجية قمع التعبيرات من الشباب، أما دراسة Nolen-Hoeksema و Aldao (2011)توصلا الى أنّ السّن يؤثر على استراتيجية القمع الانفعالي عند الاناث فقط.

حاول Kunzman وآخرون (2005) المقارنة بين صغار السّن وكبار السّن في استعمال استراتيجية القمع الانفعالي على عينتين الاولى مكوّنة من 48 فرد (18–28 سنة) والثانية من47 فرد (60–85 سنة)، وذلك باختبار قدرتهم على قمع تعبيراتهم الفيزيولوجية والسلوكية عند مشاهدتهم فيديوهات تثير الاشمئزاز. قاموا بقياس التعبير الانفعالي عن طريق قياس حركات الجسد والوجه (عن طريق كاميرا) وقياسات كهربائية فيزيولوجية مثل الاستجابة الكهربائية الجلدية ونبض القلب، ولقد بيّنت النتائج أن كلا العينتين تستعمل قمع التعبيرات الانفعالية بنفس الدرجة رغم أن النتائج أوضحت أنّ كبار السّن يستعملونها بسهولة أكثر من صغار السّن وتتطلب منهم مجهودا أقلّ. كما قام كل من Emery وHess (2011) بمقارنة استعمال قمع التعبيرات الانفعالية عند هاتين الفئتين خاصة من

حيث الفعالية، وأوضحت النتائج أنّ استعمال هذه الاستراتيجية عند كبار السّن أقّل تكلفة معرفيا وأكثر فعالية لتسيير الانفعالات منه عند صغار السّن.

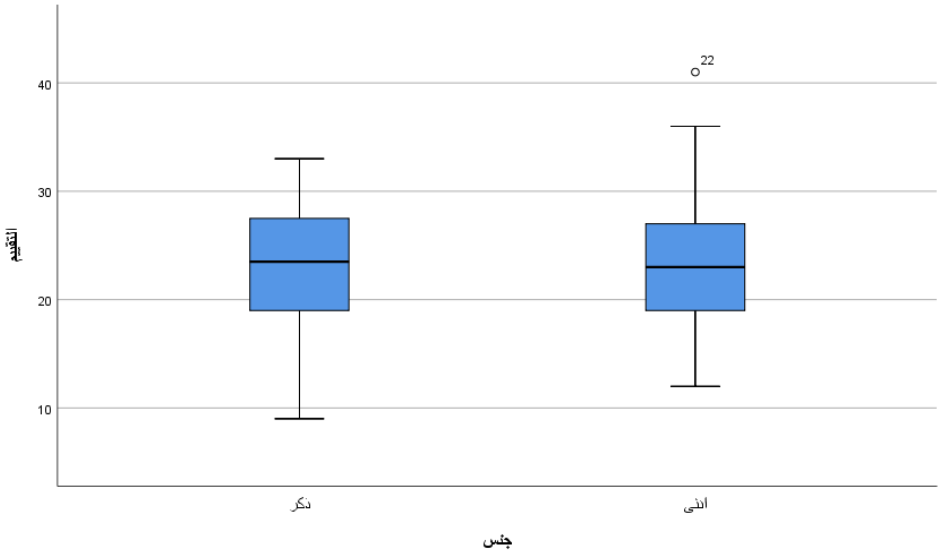
كما يمكن تفسير هذه النتائج بالرجوع الى نظرية الانتقاء الانفعالي الاجتماعي la théorie de la selectivité socioemotionnelle TSS لـ Carstensen و التي تقول أنّ مع التقدم في السّن يميل الأشخاص الى تفضيل الاستراتيجيات التي جربوا فاعليتها والتي تطلبت مجهودا اقل بالنسبة للإمكانيات المعرفية التي يملكونها ،وتكرار استعمال هذه الاستراتيجيات يجعلها تلقائية، و حسب Gross قمع التعبيرات الانفعالية ليس له أي تأثير على التجربة الذاتية أي أنّها مجرّد إلغاء للتعبيرات الانفعالية لذلك مع التقدم في السّن لا يتطور استعمالها فهي ليست فعالة في التخفيف من الانفعالات السلبية الناتجة عن الوضعيات الانفعالية. و ما يلاحظ في عينة الدراسة هو ارتفاع نسبة كبار السّن حيث بلغت نسبة الذين تفوق أعمارهم 61 سنة 74%من نسبة المصابين بارتفاع الضغط الدموي،15 % للفئة التي تراوحت أعمارهم بين 40 و 51 سنة مقابل 11 % من الذين تراوحت أعمارهم بين 20 و 40، و أغلبهم صرحوا أنّ استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية لم تكن فعّالة و كانت مضرّة أكثر لصحتهم حتى أنّ مجموعة من أفراد العينة يرجعون اصابتهم بارتفاع الضغط الدموي الى استخدامهم لهذه الاستراتيجية ، لذلك أصبحوا يميلون الى استعمال استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي أكثر.كما تفترض هذه النظرية كذلك أنّ التقدم في السّن يؤثر على استراتيجيات اعادة التقييم المعرفي في حين أنّ السّن ليس له أيّ تأثير على استراتيجيات قمع التعبيرات الانفعالية.

5.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس. لاختبار هذه الفرضة سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته.

1.5.التحقق من عدم وجود قيم متطرفة

التحقق من عدم وجود قيم متطرفة تمّ لفحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (16).



شكل 16: رسم الصندوق لدرجات إعادة التقييم المعرفي حسب الجنس

نلاحظ من الشكل رقم (16) بأن درجات المجموعتين في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي تحتوي على قيمة واحدة متطرفة في درجات مجموعة الإناث، وهذا لا يعتبر مشكل كبير، بالتالي يمكننا القول إن افتراض عدم وجود قيم متطرفة قد تحقق.

2.5. التحقق من توزيع الدرجات

للتحقق من توزيع الدرجات اعتمدتا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (19)

جدول 19 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ذكور	0.966	24	0.565
إناث	0.975	76	0.148

نلاحظ من الجدول رقم (19) بأن قيم اختبار شابيرو–ويلك لمجموعتي الإناث والذكور غير دالة إحصائيا، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

وبما أن قيمة اختبار ليفين لتجانس التباين (0.000) غير دالة إحصائيا لأن القيمة الاحتمالية بلغت (0.991) فإننا نقبل الفرضية الصفرية بأن تباين درجات الاناث يساوي تباين درجات الذكور في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي، وبالتالي سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين متجانستين لمقارنة متوسطي درجات الإناث والذكور، حيث يظهر الجدول رقم (20) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين.

جدول 20 نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكور	24	23.33	5.715
إناث	76	23.24	5.995

نلاحظ من الجدول (20) بأن المتوسطين الحسابين للإناث والذكور متقاربة نوعا ما. وفيما يلي يتم عرض نتائج اختبار ت

جدول 21 اختبار ت للفرق بين متوسط درجات المجموعتين

قيمة اختبار (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الفرق بين متوسطي المجموعتين	الخطأ المعياري للفرق	حدود الثقة 95% للفرق	
					الدنيا	العليا
0.069	98	0.945	0.096	1.389	−2.659	2.852

نلاحظ من الجول رقم (21) أن قيمة اختبار ت غير دالة احصائيا (ت (98) = 0.069، القيمة الاحتمالية 0.945)، فإن الفرق الملاحظ بين متوسط درجات المجموعتين فرق غير حقيقي ويرجع إلى الصدفة، وبالتالي نستنتج بأن الفرضية الخامسة لم تتحقق أي أنّه لا توجد فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الجنس.

دراسة كل من Gross وآخرون (2006)، Delelis وآخرون (2008)، Haga وآخرون (2009)، عياش (2016) توصلوا إلى أنّه لا توجد فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الجنس، وهي تؤيد ما وصلت اليه هذه الدراسة في حين أنّ دراسة Gross و John(2003)، Garnefskiو Kraaij (2006)، دراسة Spaapan وآخرون (2014) توصّلت الى أنّ الاناث أكثر استعمال لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي حيث بيّنت وجود فروق لصالح الاناث في جميع استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية. كما توصلت دراسة McRae وآخرون (2008) الى أنّ الذكور يستعملون إعادة التقييم المعرفي بتلقائية أكثر من الاناث.

حسب John و Gross (2004)الاختلاف في استراتيجيات التسيير الانفعالي لا يرجع الى سمات ثابتة ولكن الى استراتيجيات اجتماعية مكتسبة حساسة للنمو الشخصي للأفراد، أي أنّها مركّب ثقافي اجتماعي صالح في الثقافة والمجتمع الذي تكونت فيه، وهذا ما يفسّر اختلاف النتائج في الدراسات حول التسيير الانفعالي. الانفعالات وتسييرها لا يخضع فقط لمحددات شخصية مثل الجنس وأنّما

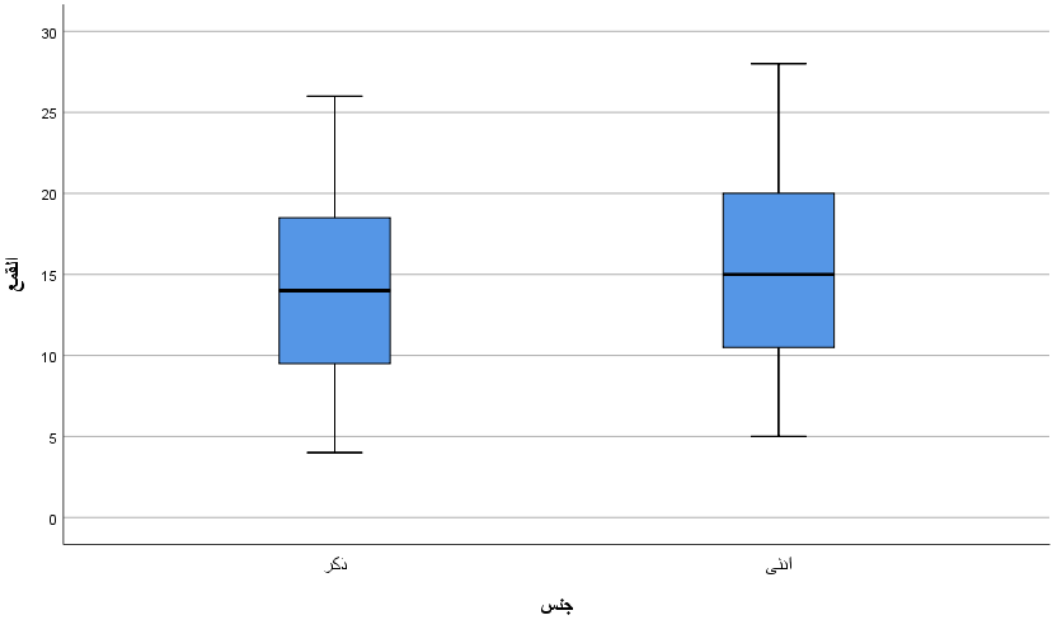
لمعايير اجتماعية عديدة مثل السياق، المكانة والدور الاجتماعي، الدين، العادات والتقاليد وغيرها من المحددات الاجتماعية والثقافية، لأنّ من بين أهداف التسيير الانفعالي أن تتماشى التعبيرات الانفعالية مع ما يتقبله المجتمع لذلك فهو يتحدد بنسبة كبيرة بما يمليه المجتمع من معايير. ضف الى هذا استراتيجيات تسيير الانفعالات يتم اختيارها حسب فعاليتها وبما أنّ إعادة التقييم المعرفي يعتبر من الاستراتيجيات الانفعالية التي تتيح التنفيس الانفعالي وإعادة تقييم الوضعية الانفعالية بطريقة ايجابية تخفف من وقعها الانفعالي، و يعتبرها Gross من بين استراتيجيات تسيير الانفعالات الفعّالة في تغيير التجربة الذاتية للانفعالات خاصة التخفيف من الانفعالات السلبية، لذلك فإنّه من المنطقي أن تكون فعالية هذه الاستراتيجية من بين محددات اللجوء لاستخدام إعادة التقييم المعرفي و ليس الجنس، خاصة و أنّ أغلب أفراد العينة صرّحوا أنّ هذه الاستراتيجية هي التي ساعدتهم على التعامل مع ما يترتّب عن حياتهم من وضعيات انفعالية خاصة السلبية منها. عدم وجود فروق في استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الجنس قد يعود الى كون استراتيجيات تسيير الانفعالات تتحدد بدرجة كبيرة بالسياق الاجتماعي الثقافي ما يجعل الافراد يطورون استراتيجيات تتماشى مع السياق. (John et Gross,2007)

6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في استراتيجيات قمع التعبيرات لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس. لاختبار هذه الفرضة سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته.

1.6. التحقق من عدم وجود قيم متطرفة

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة تمّ فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (17).



شكل 17: رسم الصندوق لدرجات قمع التعبيرات حسب الجنس

نلاحظ من الشكل رقم (17) بأن درجات المجموعتين في استراتيجيات قمع التعبيرات لا تحتوي على قيم متطرفة، بالتالي يمكننا القول إن افتراض عدم وجود قيم متطرفة قد تحقق.

2.6.التحقق من توزيع الدرجات

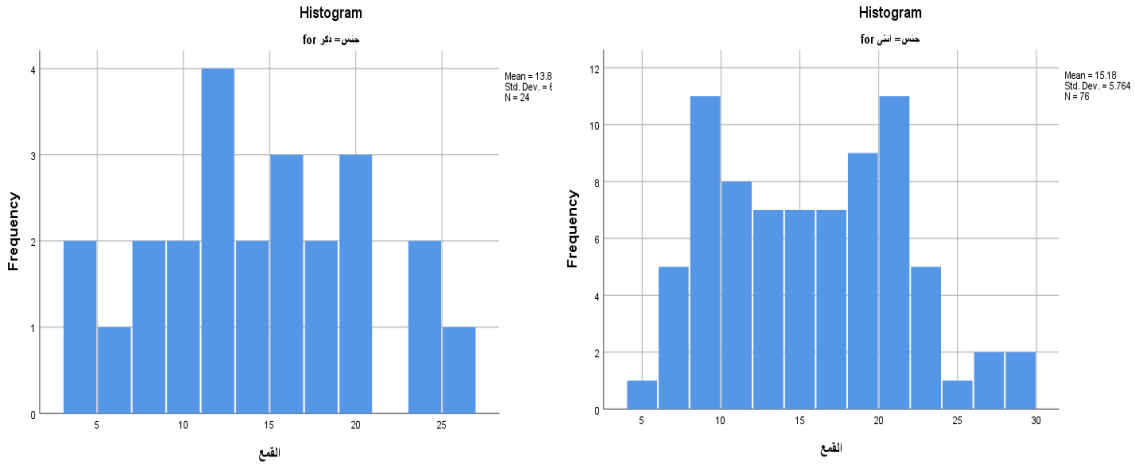
للتحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (22)

جدول 22 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ذكور	0.974	24	0.770
إناث	0.961	76	0.019

نلاحظ من الجدول رقم (22) بأن قيمة اختبار شابيرو–ويلك لمجموع والذكور دالة إحصائيا، وبالتالي لم يتحقق الافتراض الثاني.

وبعد عدم تحقق الافتراض الثاني لاختبار ت لعينتين مستقلتين، تم استخدام الاختبار اللابرمتري البديل لاختبار ت لعينتين مستقلتين وهو اختبار مان وتني (Mann–Whitney U). لكن أولا نتحقق من افتراض وجود نفس الشكل لتوزيع درجات المجموعتين. وهذا ما يوضحه الشكل رقم (18)



شكل 18: شكل توزيع درجات لدرجات قمع التعبيرات حسب الجنس

نلاحظ من الشكل (18) بأن شكل التوزيعين متشابه من حيث الالتواء، لذلك سنستخدم اختبار مان وتني لمقارنة متوسطي الرتب الظاهرين في الجدول رقم (23).

جدول 23 متوسطي رتب المجموعتين

المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
ذكور	24	46.08	1106.00
إناث	76	51.89	3944.00

كما يظهر الجدول رقم (24) نتائج اختبار مان وتني لمقارنة متوسطي رتب المجموعتين.

جدول 24 نتائج اختبار مان وتني

قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية
806.000	0.391

نلاحظ من الجدول رقم (24) أن قيمة اختبار مان وتني غير دالة احصائيا (806.000، القيمة الاحتمالية 0.391) ومنه الفرق الملاحظ بين متوسطي رتب المجموعتين فرق غير حقيقي ويرجع إلى الصدفة، وبالتالي نستنتج بأن الفرضية السادسة لم تتحقق أي أنّه لا يوجد فروق في قمع التعبيرات الانفعالية تعزى لمتغّير الجنس.

هذه النتائج جاءت موافقة لنتائج دراسة Gross وآخرون (2006)، عياش (2016) بينما تعارضت مع ما توصّلت إليه دراسة Gross وJohn (2003)، Delelis وآخرون (2008)، Masumotoو آخرون (2016) والتي وجدت أنّ الذكور يستعملون استراتيجيات قمع التعبيرات الانفعالية أكثر من الاناث. كما يمكن تفسير عدم وجود فروق في استراتيجيات قمع التعبير الانفعالي إلى البيئة الثقافية الاجتماعية التي يعيش فيها كلا الجنسين، و التي تتميّز بقلّة التعبير والافصاح عن الانفعالات، فأفراد المجتمع الجزائري يتميّزون بعدم التعبير عن انفعالاتهم ذلك لإظهار صلابتهم الشخصية، وكذلك القيام بمسؤولياتهم تجاه المحيطين بهم في وسطهم الأسري، المهني والاجتماعي، كما يمكن ربطها بطرق التنشئة الاجتماعية الصارمة في مجتمعنا و التي لا تترك مجالا للتعبير عن الانفعالات سواء عند الذكر أو الأنثى ، فهم يتعلّمون أن يقمعوا انفعالاتهم حتى يتحمّلوا أعباء المسؤوليات التي تنتظرهم، حيث أنّ أغلبية العائلات تحفز قمع التعبيرات الانفعالية و عدم اظهارها أمام الآخرين، فمنذ الصغر تستعمل عبارات مثل (لا تبكي لأنك كبير) (لا يجب أن تبكي عندما تتألم)، كما لا يحق للطفل الصغير أن يعبّر عن ما يشعر به من غضب و سخط تجاه الكبار لأنّ هذا

يعتبر نوع من سوء التربية، فالتعبير عن الانفعالات يعتبر نوع من الضعف و هذا ما نلاحظه في التكوين الأسري للمجتمع الجزائري.

هذا يتماشى مع ما سمته تايلور (2008) بمهارات التواصل حيث لاحظ الباحثون وجود عجز في القدرة على التواصل بين الأفراد المعرضين للإصابة بارتفاع الضغط الدموي، خاصة ما يتعلّق بنمط التفاعل الذي يتّسم بالسلوك السلبي اللفظي وغير اللفظي وقد تنشأ مثل هذه العيوب في التواصل عن البيئات العائلية التي تولّد لدى الفرد شعورا بالغضب المزمن وتؤثر في طرق التعبير عنه وقد يعيق الكفّ الانفعالي التواصل الفعّال حتى مع الأطباء ما يؤثر على المسار العلاجي.

7.عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة

تنص هذه الفرضية على أنه يتمتع مرضى ارتفاع الضغط الدموي بمستوى منخفض من نوعية الحياة. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، حيث تم تقسيم درجات نوعية الحياة إلى ثلاث مستويات منخفض ومتوسط ومرتفع، ولقد تم تحديد تكرارات كل مستوى، هذا ما هو موضح الجدول الرقم (25).

جدول 25 تكرارات مستويات نوعية الحياة

	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
عدد الأفراد	7	65	28	100
النسبة المئوية	%7.0	%65.0	%28.0	%100

نلاحظ من الجدول رقم (25) بأن المستوى السائد لدى أفراد العينة هو المستوى المتوسط بنسبة 65%، وللتحقق من دلالة النتيجة تم تطبيق اختبار كاف مربع لحسن المطابقة، كما يظهر في الجدول رقم (26).

جدول 26 نتيجة كاف مربع لحسن المطابقة

مستويات نوعية الحياة	التكرار	قيمة كاف مربع	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
منخفض	7	51.740	2	0.001>
متوسط	65			
مرتفع	28			

نلاحظ من الجدول رقم (26) بأن نتيجة كاف مربع (2) = 51.740، والقيمة الاحتمالية 0.001> دالة إحصائيا، مما يعني بأن تكرارات مستويات نوعية الحياة ليست موزعة توزيعا متساويا في المجتمع وهذا يدل على أن مستوى نوعية الحياة الغالب والسائد لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي هو المستوى المتوسط، لأنه الغالب لديهم في المجتمع. بالتالي نستنتج أن الفرضية السابعة لم تتحقق بأنه يتمتع مرضى ارتفاع الضغط الدموي بمستوى منخفض من نوعية الحياة بل يتمتعون بمستوى متوسط من نوعية الحياة. هذه النتائج جاءت مؤيدة للنتائج التي توصل اليها كل من سايل وقلاتي (2021)، شويعل (2017).

وأظهرت دراسة Skaia و Enikolopov(2002)،Ahsubraty وآخرون (2004)، محمد واخرون (2020)، الغامدي (2002)، Poljicaninوآخرون (2003) أنّ درجة نوعية الحياة كانت منخفضة عند المصابين بارتفاع الضغط الدموي مقارنة بالأصحاء (2004) وهي نفس نتائج الجابري وآخرون (2017). كما توصلت دراسة زعطوط (2013) إلى أنّ المرضى المزمنين والممثلين بالمصابين بالسرطان يتمتعون بنوعية حياة متوسطة الى جيّدة وتوافقت أيضا مع دراسة Pacian وآخرون (2012). نتائج الدراسة بيّنت أنّه رغم إصابة أفراد العينة بارتفاع الضغط الدموي إلاّ أنّ ذلك لم يؤثر كثيرا على نوعية حياتهم فأغلبيتهم قيّموها على أنّها متوسطة، ويمكن تفسير ذلك من خلال

تعريف الصحة والمرض الجديد لمنظمة الصحة العالمية والتي تعتبر الصحة أنّها ليست مجرّد الخلو من المرض أو الاعاقة وإنّما هي حالة من الرفاهية الجسمية، النفسية، والاجتماعية، و تعريفها لنوعية الحياة و الذي يتمثل في إدراك الفرد لمكانته في الحياة، في السياق الثقافي ونظام القيم الذي يعيش فيه، في علاقته مع أهدافه، توقعاته، معاييره، ومخاوفه من هنا نلاحظ أنّ نوعية الحياة مرتبطة بادراك الفرد و تقييمه. هذين التعريفين يشيران إلى أنّ الصحة ونوعية الحياة مفهومان مختلفان رغم ترابطهما ويجب التمييز بين الوضع الصحي ونوعية الحياة حيث نفرّق بين المكون الموضوعي والذاتي لهذين المفهومين. رغم أنّ الصحة عامل مهم في تقييم نوعية حياة الشخص إلاّ أنّها ليست العامل الوحيد ، فنوعية الحياة تقيّم من طرف شخص له شخصيته، معتقداته، تطلعاته و أهدافه و ذلك في ظلّ معطيات اجتماعية ، اقتصادية و سياسية تخصّ البيئة التي يعيش فيها ما يجعل تقييمه لنوعية حياته يختلف عن تقييم شخص أخر لأنّ التقييم ذاتي، لذا الإصابة بمرض مزمن مثل ارتفاع الضغط الدموي لا يشكل حتما عاملا لتقييم نوعية حياة منخفضة عند المرضى لأنّه حتى في ظلّ انعدام المرض المزمن يمكن للشخص أن يقيّم نوعية حياته على أنّها سيئة أو بالعكس وجود المرض لا يؤثر سلبا على تقييم نوعية الحياة لأنّ هناك عوامل أخرى تتدخل في تقييم نوعية الحياة مثل سمات الشخصية، الانفعالات وتسييرها، السند الاجتماعي، الكفاءة الذاتية و مركز الضبط الصحي.

في نفس السياق يرى Nucci وMartins أن نوعية الحياة مكون متعدد الأبعاد تشترك فيه مجالات متعددة من حياتنا ووجودنا فهو يتعدى مفهوم الرفاهية، أو الوضع الصحي الجيد حتى بتعريف منظمة الصحة العالمية التي ترى أنّ الصحة حالة من المعافاة الكاملة جسديا ونفسيا واجتماعيا .وفي دراستهما رأي الباحثان أنّ الإصابة بالمرض

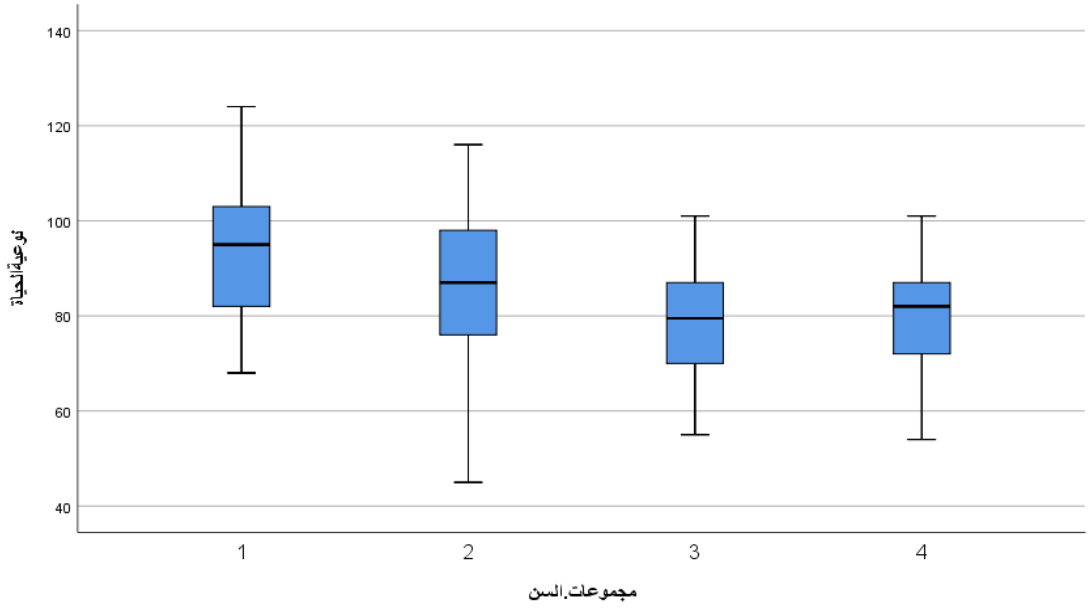
خاصة إذا كان مزمنا ومهددا للحياة يترك أثرا واضحا على نوعية الحياة غير أنّ شدّة هذا الأثر تابعة لعوامل متعددة، بل ويؤثر على كمية حياة المريض نفسها. يمكن تفسير النتائج كذلك بالرجوع الى مفهوم مفارقة العجز، حيث أنّ الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة أو إعاقات حتى لو كانت مهددة للمآل الحياتي قد يظهرون مستويات مرتفعة من نوعية الحياة، وهذا ما يؤيد الرأي القائل بالتمييز بين الحالة الصحية أو الوضع الصحي وبين نوعية الحياة، حيث نفرق بين المكون الموضوعي والذاتي لهذين المفهومين. (زعطوط،2013)

8. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن. حيث تم تقسيم الأفراد إلى أربع مجموعات حسب السن وهي المجموعة الأولى من 20 إلى 40 سنة، والمجموعة الثانية من 41 إلى 60 سنة، والمجموعة الثالثة من 61 إلى 70 سنة، والمجموعة الرابعة فوق 70 سنة. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي وذلك بعد التحقق من أهم الافتراضات.

1,8,التحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة في الدرجات تمّ فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (19).



شكل 19: رسم الصندوق لدرجات نوعية الحياة حسب السّن

نلاحظ من الشكل رقم (19) بأنه لا توجد قيم خارج المدى في درجات المجموعات الأربع، وبالتالي يمكننا القول إنه قد توفر هذا الافتراض.

2,8. التحقق من توزيع الدرجات

للتحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (27)

جدول 27 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
المجموعة الأولى	0.980	11	0.966
المجموعة الثانية	0.976	41	0.540
المجموعة الثالثة	0.988	22	0.991
المجموعة الرابعة	0.980	11	0.966

نلاحظ من الجدول رقم (27) بأن قيم اختبار شابيرو ويلك لدرجات نوعية الحياة للمجموعات الأربع غير دالة إحصائيا لأن قيمها الاحتمالية كلها أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية بأن توزيع درجات المجموعات لا تختلف عن التوزيع الطبيعي، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

قبل القيام بالتحليل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجموعة، وهذا ما يبينه الجدول رقم (28)

جدول 28 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات

	العدد	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري للمتوسط	الانحراف المعياري
المجموعة الأولى	11	93.27	4.779	15.850
المجموعة الثانية	41	85.68	2.726	17.458
المجموعة الثالثة	22	79.18	2.587	12.133
المجموعة الرابعة	26	79.73	2.231	11.376
المجموع	100	83.54	1.526	15.260

نلاحظ من الجدول (28) بأن المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربعة متقاربة نوعا ما. وفيما يلي يتم عرض نتائج تحليل التباين الأحادي كما يوضحه الجدول رقم (29)

جدول 29 نتائج تحليل التباين الاحادي

مصدر التباين	مجموع الدرجات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
بين المجموعات	2025.392	3	675.131	3.082	0.031
داخل المجموعات	21029.448	96	219.057		
المجمـوع	23054.840	99			

نلاحظ من الجدول رقم (29) أن قيمة ف دالة إحصائيا (ف (3. 96)= 3.082، القيمة الاحتمالية 0.031)، وبالتالي الفرق الملاحظ بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الأربع في درجات نوعية الحياة فرق حقيقي ولا يرجع إلى الصدقة. ولمعرفة الفروق الدالة إحصائيا بين كل مجموعتين نقوم بالمقارنات البعدية كما يوضحه الجدول رقم (30)

جدول 30 نتائج المقارنات البعدية

المجموعات	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
المجموعة الأولى والثانية	7.590	5.026	0.134	غير دال
المجموعة الأولى والثالثة	**14.091**	**5.465**	**0.011**	**دال إحصائيا**
المجموعة الأولى والرابعة	**13.542**	**5.323**	**0.013**	**دال إحصائيا**
المجموعة الثانية والثالثة	6.501	3.912	0.100	غير دال
المجموعة الثانية والرابعة	5.952	3.711	0.112	غير دال
المجموعة الثالثة والرابعة	−0.549	4.287	0.898	غير دال

نلاحظ من الجدول رقم (30) بأن الفرق بين متوسطي المجموعتين الأولى والثالثة ومتوسطي المجموعتين الأولى والرابعة فرق دال إحصائيا مما يعني أنه فرق حقيقي ولا يرجع إلى الصدفة، ومنه نستنتج أن الفرضية الثامنة تحققت أي أنّ هناك فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن. حيث أنّ الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و40 سنة أعلى مستوى في نوعية الحياة مقارنة بالأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 61و70 سنة، والأفراد الذين يبلغ عمرهم فوق 70 سنة. جاءت النتائج المتحصل عليها متعارضة مع نتائج دراسة عبد الحميد سعيد (2007) في أن المسنين يشعرون بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي والبيئي أكثر من الكهول والشباب، في حين تعارضت النتائج المتوصل إليها مع النتائج التي توصلت إليها دراسة Bat (2007)،

Eldelman وآخرون (2002) وبدر المعارف (2001)في أنّه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير العمر.

يمكن تفسير هذه النتائج بالرجوع الى طبيعة المرض، حيث كان أغلب أفراد المرحلة العمرية 20 و40 تتراوح مدّة إصابتهم أقل من 5 سنوات وهذا يعني لا وجود لتبعات المرض على نمط حياة المرضى ضف إلى ذلك عدم تأثير المرض على الوتيرة الحياتية لهم خاصة وأنّ مرض ارتفاع الضغط الدموي لا يحمل في بدايته ألام ولا أعراض معيقة لممارسة نشاطاتهم اليومية لأنّ مرض ارتفاع الضغط الدموي لا يسبب خلل كبير في تنظيم حياة الأفراد في مراحله الأولى. كما أنّ علاج ارتفاع الضغط الدموي غالبا ما يكون بتناول دواء، اتباع الحمية الغذائية و ممارسة الرياضة و هو أمر مختلف عندما يتعلق الأمر بمرض آخر مثل السرطان أين يكون العلاج في حدّ ذاته شاق، إضافة الى أنّ مرض ارتفاع الضغط الدموي لا يهدد مباشرة المآل الحياتي للمرضى، هذا ما يجعل إصابتهم بارتفاع الضغط الدموي لا تؤثر كثيرا على تقييمهم لنوعية حياتهم ، أمّا الأفراد الذين تجاوز عمرهم 61 سنة فأغلبهم تجاوزت مدة إصابتهم 10 سنوات، وأغلب الحالات تعاني من تعقيدات ارتفاع الضغط الدموي مثل أمراض القلب و أمراض مصاحبة مثل السكري و ارتفاع الكولسترول ما يجعل قدرتهم على ممارسة نشاطاتهم اليومية تقل ضف إلى ذلك أعراض التقدم في السن، كل هذه العوامل يمكن أن تؤثر سلبا على تقييمهم لنوعية حياتهم مقارنة بالفئة العمرية 20 –40 سنة .

هذا ما قدّمته تايلور (2008) فيما تسميه الذات الإنجازية و الذات الخاصة اللتان تعتبران مهمتان في تقدير الذات و مفهوم الذات و اللذان يشكلان بدورهما عاملان مهمان في التعامل مع المرض المزمن، فالذات الإنجازية على الصعيد المهني و اللامهني تعتبر الاساس الذي يستمد منه الكثير من الناس شعورهم بالرضى من العمل و نشاطاتهم أما البعض الآخر فيستمده من هواياته و

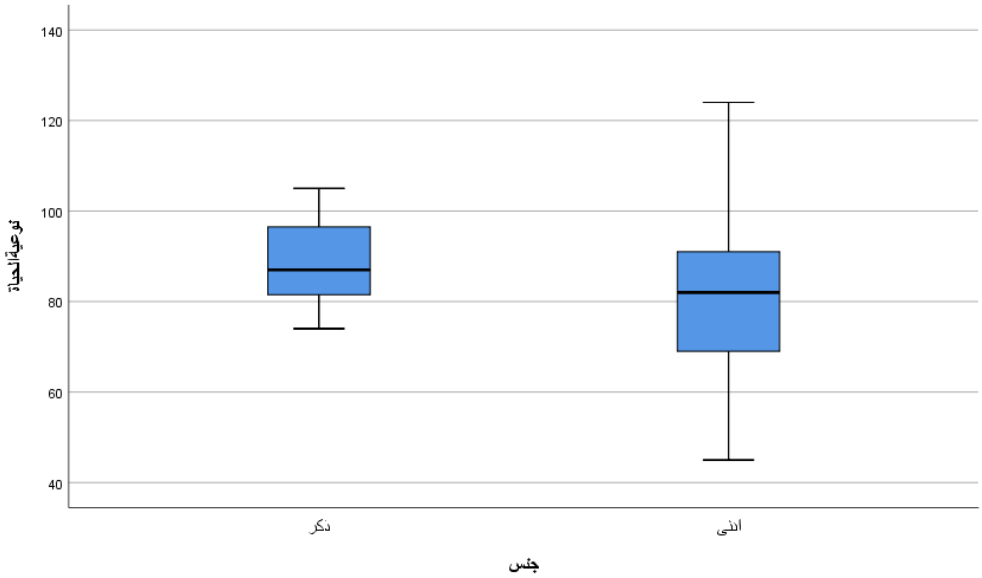
نشاطاته الترويجية، و بقدر ما يشكل المرض المزمن تهديدا لهذه النواحي المهمّة من حياة الفرد بقدر ما يكون أثره سلبي على الذات و مفهومها و العكس صحيح، فعندما لا يتعرض عمل المريض أو هواياته للتهديد تبقى مصادر الاشباع الأساسية في حياته قائمة. الذات الخاصة بدورها تتأثر بالمرض المزمن، فهو قد يولّد الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين وبالتالي تدني مستوى الاستقلالية للمريض، وما يشكّله من أعباء على الآخرين يمثل تهديدا للذات. وبما أنّ نوعية الحياة مفهوم متعدد الجوانب تدخل في تفسيره عوامل نفسية واجتماعية إضافة الى عدّة عوامل أخرى فإنّ تدني مستوى الاستقلالية وتقدير الذات ومفهوم الذات سيؤثر على مستوى نوعية الحياة لدى المرضى.

9.عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير الجنس. لاختبار هذه الفرضة سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين وذلك بعد التحقق من أهم افتراضاته.

1,9, التحقق من عدم وجود قيم متطرفة

للتحقق من عدم وجود قيم متطرفة تمّ فحص رسم الصندوق الظاهر في الشكل رقم (20)



شكل 20: رسم الصندوق لدرجات نوعية الحياة حسب الجنس

نلاحظ من الشكل رقم (20) بأن درجات المجموعتين نوعية الحياة لا تحتوي على قيم متطرفة، بالتالي يمكننا القول إن افتراض عدم وجود قيم متطرفة قد تحقق.

2,9, التحقق من توزيع الدرجات

للتحقق من توزيع الدرجات اعتمدنا على اختبار شابيرو–ويلك. وهذا ما يبينه الجدول رقم (31)

جدول 31 نتائج اختبار شابيرو ويلك

المجموعة	قيمة اختبار شابيرو–ويلك	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
ذكور	0.947	24	0.232
إناث	0.988	76	0.705

نلاحظ من الجدول رقم (31) بأن قيم اختبار شابيرو–ويلك لمجموعتي الإناث والذكور غير دالة إحصائيا، وبالتالي قد تحقق الافتراض الثاني.

وبما أن قيمة اختبار ليفين لتجانس التباين (6.397) دالة إحصائيا لأن القيمة الاحتمالية بلغت (0.013) فإننا نرفض الفرضية الصفرية بأن تباين درجات الاناث يساوي تباين درجات الذكور في نوعية الحياة، وبالتالي سنستخدم اختبار ت لعينتين مستقلتين غير متجانستين لمقارنة متوسطي درجات الإناث والذكور، حيث يظهر الجدول رقم (32) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين.

جدول 32 نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

المجموعة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكور	24	88.83	8.943
إناث	76	81.87	16.464

نلاحظ من الجدول (32) بأن متوسط درجات الذكور في نوعية الحياة أكبر من متوسط الإناث. وفيما يلي يتم عرض نتائج اختبار ت

جدول 33 اختبار ت للفرق بين متوسط درجات المجموعتين

قيمة اختبار (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الفرق بين متوسطي المجموعتين	الخطأ المعياري للفرق	حدود الثقة 95% للفرق	
					الدنيا	العليا
2.652	72.957	0.010	6.965	2.627	1.730	12.200

نلاحظ من الجول رقم (33) أن قيمة اختبار ت دالة احصائيا ت (72.957) = 2.652، القيمة الاحتمالية 0.010)، فإن الفرق الملاحظ بين متوسطي درجات المجموعتين فرق حقيقي ولا يرجع إلى الصدفة، وبالتالي نستنتج بأن الفرضية التاسعة تحققت أي وجود فروق في نوعية الحياة لدى أفراد العينة لصالح الذكور.

هذه النتائج توافق نتائج دراسة Grassi(2005)التي توصلت إلى وجود فروق في نوعية الحياة، حيث أنّ الذكور أكثر شعورا بنوعية المجال النفسي، والجسمي، الاستقلال، والبيئي منه لدى الإناث، دراسة Bat (2007) توصلت كذلك إلى وجود فروق في نوعية الحياة حيث أنّ الذكور أكثر شعورا بنوعية الحياة في المجال الجسمي والاستقلال، ما يؤكده Magiley (2012) إذ أنّه توصّل إلى وجود فروق بين الجنسين في نوعية الحياة لصالح الذكور في نوعية العلاقات الاجتماعية والاستقلالية، ولصالح الإناث في المجال النفسي والبيئي لدى مرضى ضغط الدم، من جهته Nelson (2002) توصّل إلى أنّ درجات الإناث أكثر انخفاضا في نوعية الحياة الجسمية، النفسية، والبيئية عكس الذكور الذين أظهروا ارتفاع في مجال الاستقلال والعلاقات الاجتماعية. أمّا دراسة Kendy (2002)، يوسف الحبش (2003)، Ahsubraty وآخرون (2004)، إسماعيل (2008)، سايل وقلاتي (2021)، بيّنت أنّه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة.

يعتبر المجتمع تركيبة مميّزة ثقافيا، اجتماعيا، اقتصاديا، سياسيا ودينيا، يواجه أفراده ضغوطات وأحداث حياتية، ويخضعون لقيم ومعايير هذا المجتمع، لذلك فإنّ تقييمهم لنوعية حياتهم عبارة عن تقييم ذاتي لكل هذه الجوانب الحياتية. حسب D. Good (1994) نوعية الحياة هي نتاج تفاعلات بين الفرد والمواقف الحياتية المتعددة، وعرفها بأنّها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة في حياته، أو بصورة أخرى، إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة، ويضيف أن البعض يرى أن نوعية الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاث مجالات رئيسة للحياة، هي الحياة الأسرية والاجتماعية، المهنة أو العمل، والصحة ويعتمد هذا الحكم على الإدراك الذاتي للفرد، مواقف الحياة الموضوعية، وإدراك الآخرين المهمين للفرد. (نقلا عن شويعل،2017)

من هنا ترى الباحثة أنّ الفروق في نوعية الحياة لدى الذكور والاناث لصالح الذكور إنّما يرجع إلى التنشئة الاجتماعية المرتبطة بالمجتمع الجزائري، والتي تعلم الذكر تحمل المشاكل وحلها من خلال زرع سلوكيات مثل التوكيدية والاستقلالية، عكس الأنثى التي غالبا ما تكون تحت الوصاية ما يجعلها مقيدة من خلال مجموعة من الممنوعات والمحرمات، سواء كانت نتيجة تقاليدنا أو خلفيتنا الدينية، وحتى التاريخية. كما تتميّز التربية في مجتمعنا بالتفريق بين الذكور والاناث من حيث الأدوار والمكانة التي تسند لكل واحد منهما فالمرأة تواجه ضغوطا وأحداث أكثر من الرجل، إضافة إلى أنّ كلاهما يتعامل مع مرض ارتفاع الضغط الدموي وما يحمله من تغييرات في حياتهم، زيادة إلى هذا إسناد المرأة العديد من الأدوار الاجتماعية والتي قد تكون غير راضية عنها. من هنا يمكن القول أنّ التنشئة الاجتماعية والثقافية وضعت قيودا للمرأة تجعلها في بعض الاحيان غير قادرة حتى على التنفيس، في المقابل يكون الرجل مستقلا ومتحررا من هذه القيود التي يفرضها المجتمعً، ولذلك يكون أكثر قدرة على التعامل مع المشاكل التي يتعرّض لها وحلّها، وأكثر ايجابية في تقييم نوعية حياته.

10.عرض ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة

تنص هذه الفرضية على أنّه يعد البعد النفسي أكثر أبعاد نوعية الحياة انخفاضا لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي. سنقوم أولا بعرض تكرارات كل بعد من أبعاد نوعية الحياة حسب المستوى المنخفض والمتوسط والمرتفع، وهذا ما يبينه الجدول رقم (34)

جدول 34 تكرارات أبعاد نوعية الحياة حسب المستويات

	البعد الجسدي	البعد النفسي	بعد البيئة	بعد العلاقات
مستوى منخفض	8	10	15	41
مستوى **متوسط**	**70**	**76**	**61**	**51**
مستوى مرتفع	22	14	24	8
المجموع	100	100	100	100

نلاحظ من الجدول رقم (34) بأن مستوى أبعاد نوعية الحياة الأربعة لدى أفراد عينة مرضى ارتفاع الضغط الدموي هو مستوى متوسط، حيث كان تكرارها الأكبر مقارنة بالمستويين المنخفض والمرتفع. وعند ترتيب الأبعاد حسب المستوى المتوسط لكل بعد، نجد أن البعد النفسي هو الأول (76 فردا)، وبعده البعد الجسدي هو الثاني (70 فردا)، ثم بعد البيئة هو الثالث (61 فردا)، وأخيرا بعد العلاقات رابعا (51 فردا).

كما يجب الإشارة الى أنّ أبعاد نوعية الحياة جاءت كلها متوسطة أي أنّ الفرضية التي تقول البعد النفسي هو أكثر الأبعاد انخفاضا لم تتحقق، هذه النتائج تتوافق مع دراسة سايل وقلاتي (2021) التي بيّنت أنّ نوعية الحياة لدى مرضى القلب متوسطة بشكل عام في بعديها الاجتماعي والانفعالي بينما تبدو أقل من المتوسط في بعدها الجسدي، وهذا لا يتماشى مع نتائج دراسة الجابري وآخرون (2017) التي توصلت الى أنّ متوسط درجة نوعية حياة المرضى لجميع المجالات منخفض وكان المجال الجسدي هو الأكثر تأثرا يليه المجال الانفعالي وأخيرا المجال الاجتماعي كما بينت النتائج أنّه لا يوجد فرق بين الرجال والنساء في نوعية الحياة. يمكن أن تعود نتائج الدراسة فيما يخص نوعية الحياة وأبعادها (جاءت متوسطة كلها) الى استعمال أفراد العينة لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي التي وجدنا أنّها مرتبطة ايجابا بنوعية الحياة، والتي تعتبر من الاستراتيجيات التكيفية حسب Grossو John(2003) والتي اقترنت في العديد من الدراسات بنوعية حياة مرتفعة.

انطلاقا من تحليل ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية تمّ الوصول الى أنّ الفرضية العامة تحققت أي أنّه توجد علاقة ارتباطية بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع الضغط الدموي.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام

يتناول البحث الحالي عينة من مرضى ارتفاع الضغط الدموي، الذين تراوحت أعمارهم بين 25 و91 سنة، ولمعرفة العلاقة بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة لديهم، قمنا باختبار الفرضيات من خلال المنهج الوصفي الارتباطي، وبالاعتماد على استبيان تسيير الانفعالات لـ Gross وJohn المتكون من بعدي إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبيرات الانفعالية، ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية المتكون من أربعة أبعاد (البعد الجسدي، البعد النفسي، بعد العلاقات وبعد البيئة).

ويمكننا تلخيص نتائجها كما يلي:

1. توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي، حيث كانت قيمة معامل الارتباط بيرسون (98) = 0.417، القيمة الاحتمالية أصغر من 0.001 بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ونوعية الحياة، وبما أنّ القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة 0.05، فإنّه كلما ارتفعت درجات استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي قابله ارتفاع في درجات نوعية الحياة.
2. لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية ونوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي، حيث كان معامل الارتباط بيرسون (98) = 0.154، والقيمة الاحتمالية أصغر من 0.154 بين استراتيجيات قمع التعبيرات ونوعية الحياة، أما القيمة الاحتمالية فكانت أكبر من مستوى الدلالة 0.05.

3. لا توجد فروق في استراتيجيات اعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير السّن لدى أفراد العينة، حيث كانت قيمة ف غير دالة إحصائيا (ف (3. 96)= 1.879، القيمة الاحتمالية 0.138)،
4. لا توجد فروق في استراتيجية قمع التعبيرات الانفعالية تعزى لمتغير السّن لدى أفراد العينة، حيث تبين أن قيمة ف غير دالة إحصائيا (ف (3. 96)= 0.717، القيمة الاحتمالية 0.544).
5. لا توجد فروق في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الجنس لدى أفراد العينة، توصلنا الى أنّ قيمة اختبار ت غير دالة احصائيا (ت (98) = 0.069، القيمة الاحتمالية 0.945.
6. لا يوجد فروق في قمع التعبيرات الانفعالية تعزى لمتغّير الجنس لدى أفراد العينة، حيث تبين أنّ قيمة اختبار مان وتني غير دالة احصائيا (806.000، القيمة الاحتمالية 0.391).
7. يتمتع مرضى ارتفاع الضغط الدموي بمستوى متوسط من نوعية الحياة حيث أنّ 65% من أفراد العينة يتمتعون بنوعية حياة متوسطة.
8. هناك فروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع الضغط الدموي تعزى لمتغير السّن. ووجدنا أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و40 سنة أعلى مستوى في نوعية الحياة مقارنة بالأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 61و70 سنة، والأفراد الذين يبلغ عمرهم فوق 70 سنة.
9. وجود فروق في نوعية الحياة لدى أفراد العينة لصالح الذكور، حيث وجدنا قيمة اختبار ت دالة احصائيا ت (72.957) = 2.652، والقيمة الاحتمالية 0.010.

10. جاءت درجات كل أبعاد مقياس نوعية الحياة متوسطة وكان البعد النفسي، يليه البعد الجسمي، ثم بعد البيئة وأخيرا بعد العلاقات.

من خلال ما سبق وما عرضناه من نتائج يتضح لنا أنّ الفرضية العامة للبحث تحققت أي أنّه توجد علاقة ارتباطية بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة التي كانت متوسطة عند نسبة كبيرة من المرضى، وفيما يخص الفروق في المتغيرات تبعا للجنس والسّن فكانت موجودة في متغير نوعية الحياة التي كانت مرتفعة أكثر عند الفئة أقل سنّا وعند الذكور.

يجب الإشارة في ختام هذا البحث إلى أن الاهتمام بفئة مرضى ارتفاع الضغط الدموي والتي تشكل شريحة واسعة من المجتمع الجزائري، ودراسة العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة لديهم أمر مهم جدا، لهذا يجب تسليط الضوء على الرعاية الطبية، النفسية والاجتماعية لهؤلاء المرضى، كما أنّ البحث في الجوانب النفسية لهذه الفئات يساهم ويفتح آفاق للبرامج الوقائية التي قد تخفف من حدّة انتشار هذا المرض.

وأخيرا هذا البحث ما هو إلا جزء لا يتجزأ عن باقي الدراسات العلمية التي درست هذا الموضوع، والذي حاولنا أن يحظى بالطابع العلمي والاتجاه إلى أبحاث تعنى بدراسة هذه الفئة من المرضى من كل الجوانب، وعدم اقتصار البحوث وحصرها في جانب معين.

الخاتمة

الخاتمة

الهدف الرئيسي لمختص علم النفس الصحة هو بناء برامج لتقييم نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وذلك من أجل تطوير خطط علاجية تتلاءم وطبيعة المرض والمريض نفسه، وتأخذ بعين الاعتبار ليس فقط الأعراض الجسدية للمرض المزمن ولكن كل ما يصاحبه من تغيرات في حياة المريض الشخصية، الاجتماعية والمهنية، كما تهدف هذه البرامج إلى مساعدة المرضى على التعامل مع التغيرات الجديدة التي يحملها المرض المزمن.

باعتبار ارتفاع الضغط الدموي من الأمراض المزمنة التي قد تتسبب في العديد من التعقيدات الخطيرة التي تهدد المآل الحياتي للمرضى، أوجب بناء برامج علاجية تقوم على تقييم حاجات المصاب بارتفاع الضغط الدموي بصورة منتظمة وعلى المدى الطويل، وذلك من أجل التعرف على ما يمكن أن يظهر من تعقيدات قبل أن تتفاقم وتسبب اضطراب في حياة المريض. نظرا لما تلعبه الانفعالات السلبية وسوء تسييرها في ظهور وتفاقم مرض ارتفاع الضغط الدموي خاصة والامراض المزمنة عامة، أصبح من الأولويات في هذا الميدان تطوير التدخلات النفسية الموجّهة للأخذ بعين الاعتبار مثل هذه الحالات، فلا يمكن لبرنامج علاجي أن يكون فعّالا دون تحسين الأداء النفسي للمريض.

تحسين الأداء النفسي للمصاب بارتفاع الضغط الدموي يشكل جانب من الجوانب الأساسية لنوعية الحياة، وكون المرض يلازم الفرد طوال حياته ولا يمكن الشفاء منه يجعل من تحسين هذه الأخيرة مسعى السياسات الصّحية العالمية والهدف من الرعاية الصحية للمرضى خاصة وأنّ ارتفاع الضغط الدموي يعتبر من بين الأسباب الرئيسية للوفيات في العالم.

وتبيّن من خلال الاحتكاك بمرضى ارتفاع الضغط الدموي أنّ انفعالات المرضى ترتبط كثيرا بطريقة تعاملهم مع مرضهم وادراكهم له ممّا قد يؤثر على الالتزام العلاجي لديهم، لذلك يمكن الاعتماد على نتائج هذه الدراسة في دراسات تتوسع أكثر في دراسة العلاقة بين تسيير الانفعالات ونوعية الحياة وبعينات عشوائية أكبر حتى نستطيع تعميم نتائجها على مجتمع الدراسة، كما يمكن اقتراح:

– القيام بدراسات أخرى تربط بين الانفعالات وتسييرها ومتغيرات أخرى عند مرضى ارتفاع الضغط الدموي مثل الالتزام العلاجي وإدراك المرض.

–بناء برامج علاجية لمرضى ارتفاع الضغط الدموي تأخذ بعين الاعتبار استراتيجيات تسيير الانفعالات وذلك من أجل مساعدتهم على ضبط انفعالاتهم والتخفيف من آثارها على تطور المرض.

–التكفل النفسي بمرضى ارتفاع الضغط الدموي ومساعدتهم على التنفيس الانفعالي عن احباطاتهم ومواجهة الضغوطات اليومية التي يتعرضون لها حتى لا يتفاقم المرض.

–الاهتمام بدراسة تسيير الانفعالات في ظل التنشئة الاجتماعية خاصة وأنّ التعبير عن الانفعالات وتسييرها مركب اجتماعي ثقافي يتأثر بالبيئة الاجتماعية الثقافية للفرد.

–الاهتمام بدراسة تسيير الانفعالات وأنماط التعلق حتى نتمكن من فهم تطور استراتيجيات التسيير الانفعالي وبالتالي التمكن من بناء برامج وقائية من الامراض المزمنة تأخذ بعين الاعتبار متغير الانفعالات وتسييرها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

العجوري، احمد حسين إبراهيم. (2013). *الذكاء الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات بمحافظة شمال غزّة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الازهر.

اليامي، محمد حسين فهيد. (2021). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية على عينة من طلبة جامعة نجران بالمملكة العربية السعودية. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*.*29*(02)،201-217.

بن خنيش أمينة، وبوشدوب شهرزاد. (2022). استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايم. *مجلة دراسات إنسانية واجتماعية*. *11*(1)،303-314.

تايلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي* [وسام دريك درويش وفوزي شاكر طعيمة داود، مترجم] (الطبعة الاولى)، دار الحامد.

جباري، علي. (2013). *المحددات الديموغرافية لنوعية الحياة في الجزائر القياس والخصائص* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة البليدة 2 على لونيسي.

زعطوط، رمضان. (2013). *نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح.

سايل حدة وحيدة، وقلاتي لمياء.(2021). نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب والأوعية. *دراسات نفسية، 16*(1)،08-29.

سلوم، هناء عباس. (2015). *استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بحل المشكلات دراسة مقارنة على عينة من طالب المرحلة الثانوية وطالب المرحلة الجامعية بمدينة دمشق* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة دمشق.

شلابي عائشة، وسامية بورنان. (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري: دراسة ميدانية بجمعية مرضى السكري. *مجلة دفاتر المخبر*،*16* (2)، 209- 226.

شناوي رزيقة، وملال خديجة. (2021). إشكالية الانفعالات في ظهور الأمراض السيكوسوماتية _أمراض القلب والشرايين نموذجا-. *مجلة دراسات في علم النفس الصحة*، *2*(6)، 42-49.

شويعل، يزيد. (2017). *العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.

شيخي، مريم .(2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. [رسالة ماجستر غير منشورة]. جامعة تلمسان.

غويني، عيسى، وعقون، حسين. (2023). دور النشاط البدني في التقليل من ارتفاع الضغط الدموي. *مجلة العلوم وآفاق المعارف*، *3*(2)، 52-77.

فرطاقي، مفيدة، وبراهمية، ابراهيم. (2015). تطور الأمراض المزمنة في الجزائر. *مجلة دراسات اقتصادية*، (2).

كليبي، رشا عبد الله، والسبيعي، منى حميد. (2020) مراجع البحث وتوثيقها وفقا لنظام (APA) – أمثلة وأخطاء شائعة– محدث وفق الاصدار السابع من الدليل. جامعة أم القرى.

ليث محمد، عياش. (2016). التنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة، *jo the college education of basic*، *22*، 613-638.

منى سامر كارلوس عبد الرحمن، آية الله مهند عبود. (د.ت). *الاستراتيجيات الجديدة في علاج ارتفاع ضغط الدم وآليات حدوث ارتفاع الضغط المحرض بالفركتوز*.
https://manara.edu.sy/downloads/files/1635068818_NewStrategiesintheTre
.atmentofHypertensionand.pdf

موفق، ديهية.(2019). *العلاقة بين إدارة الغضب والمخططات المبكرة المختلة ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالضغط الدموي* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة البليدة 2.

نايت عبد السالم، كريمة. (2018). دراسة الغضب والقلق واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال كعوامل استهدافية للإصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني الاساسي – دراسة ميدانية مقارنة بين المرضى وغير المرضى. *مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية*، *9*، (2)، 97-108.

المراجع باللغة الأجنبية

Acelajado, M.C., & Calhoun, D.A. (2010, November). Resistant Hypertension, Secondary Hypertension, and Hypertensive Crises: Diagnostic Evaluation and Treatment. *Cardiology Clinics*, 28(4), 639-654.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (Anesm). (2012, Novembre). *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) -L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. http://www.anesm.sante.gouv.fr/

Aparicio, T., & Bonnetain. (2010). Qualité de vie. 10.1007/978-2-8178-0000-4_8.

Bacon, E. (2002, Avril). Au cœur du problème : Maladies cardiovasculaires et psychopathologie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie* ,*19*(4), 74-78.

Bastien, C., & Bastien-Toniazzo, M. (2002). Chapitre 3. Les émotions en psychologie cognitive. Dans A. Channouf & G. Rouan (Dir), *Émotions et cognitions* (pp. 73-103). De Boeck Supérieur.

Baumann, C., & Briançon, S. (2010, septembre). Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. *Adsp* (72),19-21.

Berna, G. (2014). *Rôle de la régulation émotionnelle dans les psycho traumatismes : mesures auto-rapportées et physiologiques* [thèse de doctorat non publié]. Université Charles de Gaulle - Lille III.

Bharadwaj, L., & Wilkening, E.A. (1977). La prédiction du bien-être perçu. *Social Indicators Research* ,*4*, 421-439 .https://doi.org/ 10.1007 / BF00353143

Bowling, A. (2003). Current state of the art in quality of life measurement. In Carr, A. J., Higginson, I. J., &Robinson, P. G, *Quality of Life* (pp.1-8). BMJ Books.

Brodard, F., Quartier, V., & Favez, N. (2012). Le développement du vécu et du traitement émotionnel au cours de l'enfance. Dans Michaël Reicherts (éd.), *L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 87-108). Mardaga

Brousse, C., & Boisaubert, B. (2007, juillet). La qualité de vie et ses mesures. *La revue de médecine interne*, 28 (7), 458-462. Doi : 10. 1016/j . revmed .2007 .02.010

Butler, E.A., Egloff, B., Wilhelm, F.W., Smith, N.C., Erickson, E.A., & Gross, J.J. (2003).

Caucanas, C., & Blacher, J. (2018, Avril). Prise en charge initiale de l'hypertension Artérielle essentielle de l'adulte. *EMC - Traité de Médecine Akos, 13*(2), 1-6.

Centers for Disease Control and Prevention. (2000, November). *Measuring Healthy Days.* CDC**.**

Channouf, A., & Rouan, G. (2002). Chapitre 1. Historique des liens entre émotion et cognition. Dans A. Channouf & G. Rouan (Dir), *Émotions et cognitions* (pp. 7-39). De Boeck Supérieur.

Chelf Sirbu, M., & Linton, J C. (2017). Cardiovascular Disease: Medical Overview.In Maggi A. Budd, Sigmund Hough, Stephen T. Wegener, William Stiers, *Practical Psychology in Medical Rehabilitation* (pp.211-218). Springer.

Christophe,V. Antoine,P. Leroy,T., & Delelis,G.(2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée*, *59* ,59–67

Claisse, C. (2017). *Etudes des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcoolodépendants abstinents à l'alcool à court et à long terme. Philosophie*. [Thèse de doctorat non publié] Université Charles de Gaulle -Lille III.

Cloutier, L., & Poirier L. (2015, Juin). P*rise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle* (3rd ed.). Société québécoise d'hypertension artérielle.

Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et de Chirurgie vasculaire. (2011). *Item 130 : Hypertension artérielle de l'adulte*. Université Médicale Virtuelle Francophone.

Collège des enseignants des maladies cardiaques et vasculaires. (2012). *Item 250 : Insuffisance cardiaque de l'adulte.* Université Médicale Virtuelle Francophone.

Coppin, G., & Sander, D. (2010). Théories et concepts contemporains en psychologie de l'émotion. In Pelachaud, C (ed.), *Systèmes d'interaction émotionnelle* (pp. 25-56). Hermès Science publications-Lavoisier. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:34368

Cosnier, J. (2015). *Psychologie des émotions et sentiments*. http://icar.univlyon2.fr/membres/jcosnier/

David,F. C. (2007, janvier). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, (88),25-31. DOI10.3917/rsi.088.0025

Delelis, G., Christophe, V., Berjot, S., & Desombre, C. (2011, Mai). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de psychologie*, 515, 471-479. Doi :10.3917/ bupsy. 515. 0471.

Egan, B.M. Lackland, D.T.W., & Jones, D. (2010, November). Prehypertension: An Opportunity for a New Public Health Paradigm. *Cardiology Clinics*, 28(4), 561-569.

El Batti, S. Latrémouille, C., & Le Houerou.T., (2017, Août). Anatomie du cœur. *EMC – Cardiologie*, *12* (3).1-15.

Elmosalamia,M.A.Mahammoud,A.A.,&Al-Khawajab,M.(2020). Hypertension and Health-Related Quality of Life: A Community Based Epidemiological Study in an Egyptian Village.*International Journal of Medical Arts* , *2* (1),232-240

Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J.J. (2015). Les bases neurales de la régulation des émotions. *Nat Rev Neurosci* ,*16*, 693–700. https: //Doi .org/ 10. 1038/ nrn4044

Faculté de Médecine de Strasbourg. (2006). Module de Pharmacologie Générale DCEM1 « Les Bétabloquants » - Pr Imbs - Mise à jour : janvier 2003.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. (2005)**.** *Les maladies cardio-vasculaires dans les régions de France*. http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/synthesecardio.pdf

Ferron, M. (2011). *La relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique*. [Thèse de maitrise non publié].Université de Montréal.

Gagne, M-E. (2010). *Signification et déterminants de la qualité de vie selon la personne atteinte de cancer suivie en ergothérapie et selon son réseau évoluant en soins palliatifs* [thèse de maîtrise non publié]. Université Laval.

Gendron, B. (2010). Chapitre 13. Capital émotionnel, cognition, performance et santé : quels liens ? Dans Slim Masmoudi (éd.), *Du percept à la décision : Intégration de la cognition, l'émotion et la motivation* (pp. 329-348). De Boeck Supérieur. Doi :10.3917/dbu masmo. 2010.01.0329

Georgiopoulou, V.V., Kalogeropoulos, A.P., Raggi, P., &Butler, J. (2010, November). Prevention, Diagnosis, and Treatment of Hypertensive Heart Disease. *Cardiology Clinics*, 28(4), 675-691.

Goleman, D. (1997). *L'Intelligence Emotionnelle* (Thiery Piélat, trans.). Edition du Club France loisirs. (Le travail d'origine a été publié en 1995)

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation : Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology,74*(1), 224-237.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). Guilford.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281-291.

Gross, J.J. (2008). Emotion regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, and L.F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed) (pp. 497-512). Guilford

Gross, J.J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.) (pp. 3-20). Guilford.

Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986

Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1997). g feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, *106* (1),95-103.

Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85, 348-362

Gross, J.J., Richards, J.M., & John, O.P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D.K. Snyder, J.A. Simpson, & J.N. Hughes (Eds.) *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*(pp.13-35). American Psychological Association.

Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Grouzard, V., Rigal, J., & Sutton. (2016). *Guide clinique et thérapeutique.* Médecine sans Frontier.

Higginson, I. J., & Carr, A. J. (2003). The clinical utility of quality of life measures. In Carr, A. J; Higginson, I. J., & Robinson, P. G, *Quality of Life* (pp. 63-78). BMJ Books.

Hiltbrand, G. (2008). *Étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône Alpes, selon leur lieu d'exercice* [thèse de doctorat non publié]. Université Claude Bernard – Lyon 1.

Hypertension Canada .(2017) . Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada sur la prise en charge de l'hypertension

John, O.P., & Gross, J.J. (2007). Individual differences in emotion regulation strategies: Links to global trait, dynamic, and social cognitive constructs. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). Guilford Press.

Keltner, D., & Gross, J.J. (1999). Functionalist accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13(5), 467-480.

Korb, S. (2014). Chapitre 8. La régulation des émotions. *In* David Sander, *Traité de psychologie des émotions*(pp.270-299). Dunod. DOI 10.3917/dunod.sande.2014.01.0270.

Kotsou, I. (2014). Chapitre 5. L'expression et l'écoute des émotions. Dans Moïra Mikolajczak (éd.*), Les compétences émotionnelles* (pp.89-114). Dunod. Doi : 10.3917/dunod.mikol.2014.01.0089.

Land, C. K., Michalos, A.C., & Sirgy, M. J. (2012). *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research.* Springer. DOI 10.1007/978-94-007-2421-1

Larochelle, A. (2008). *Exactitude du rappel de la qualité de vie préopératoire chez les femmes opérées pour une incontinence urinaire à l'effort* [thèse de maitrise non publié]. Université de Montréal.

Lelorain, S. (2009). *Qualité de vie et développement posttraumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein* [thèse de doctorat non publié]. Université de Nantes.

Le Vigouroux,S. (2016).*Le développement de la régulation émotionnelle de l'adolescence au vieillissement : Application d'un modèle dynamique des affects en lien avec la personnalité*[Thèse de Doctorat non publié].Université D'Aix Marseille.

Llewelyn, S., & Kennedy, P. (2003**).** *Handbook of Clinical Health Psychology.* John Wiley&Sons, Ltd.

Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 73-86. Doi :10.3917/ctf.029.0073.

Maheu, F. S., & Lupienn, S. J. (2003). La mémoire aux prises avec les émotions et le stress : un impact nécessairement dommageable ? Med SCI, 19(1), 118 -124. DOI :10.1051/ Medici/2003191118.

Makowski,D.,Sperduti.M.,Blanchet.S.,Nicolas.S.,&Piolino.P.(2015, septembre).Régulation émotionnelle face au déclin cognitif dans le vieillissement : un faux paradoxe ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, *13*(3), 301-308.Doi :10.1684/pnv.2015.0561

Martine Gayral-Taminh, C. Bravi, M. Depond, F. Pourre, T. Maffre, J-P. R., &Grandjean, H. (2005, janvier). Auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6 à 12 ans : analyse du concept et élaboration d'un outil prototype. *Santé Publique*, *17*, 35-45.DOI 10.3917/ spub.051.0035

Masumoto,K. Taishi, N., & Shiozaki,M. (2016). Age and Gender Differences in Relationships Among Emotion Regulation, Mood, and Mental Health. *Gerontology & Geriatric Medicine*, *2*, 1–8. DOI: 10.1177/2333721416637022

Mensah.G.A., & Bakris, G. (2010, Novembre). Treatment and Control of High Blood Pressure in Adults. *Cardiology Clinics,* 28(4), 609-622.

Mercier, C.& Filion, J. (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec, 121*,135–143.

Mikolajczak, M. (2014). Chapitre7. Introduction à la régulation des émotions. Dans Moïra Mikolajczak (éd.), *Les compétences émotionnelles* (pp.133-151). Dunod. Doi : 10.3917/ dunod. Mikol. 2014.01.0133.

Mikolajczak, M. (2014). Chapitre 8. La régulation des émotions négatives. Dans Moïra Mikolajczak (éd.), *Les compétences émotionnelles* (pp.153-191). Dunod. Doi : 10.3917/dunod.mikol.2014.01.0153.

Monier, H. (2014, Avril). La gestion des émotions au travail : le cas des policiers d'élite, *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, (13), 105-121.

Mourad, J-J., Cremer, A., & Azernour-Bonnefoy, L. (2017). Le *grand livre de l'hypertension artérielle*. Eyrolles.

Nerenberg et al. (2018). Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*, *34*, 506-525. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022

Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre 1. Que sont les émotions et comment sont-elles étudiées. Dans S. Krauth-Gruber, P. Niedenthal & F. Ric (Dir), *Comprendre les émotions : Perspectives cognitives et psycho-sociales* (pp.9-45). Mardaga.

Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre 3. Émotions réflexives.DansS. KrauthGruber,P. Niedenthal &F. Ric (Dir),*Compren dre les émotions: Perspectives cognitives et psycho-sociales* (pp.85-120). Mardaga.

Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre5.La régulation des émotions. Dans S. Krauth.Gruber, P. Niedenthal & F. Ric (Dir), *Comprendre les émotions : Perspectives cognitives et psycho-sociales*(pp.161-202). Mardaga.

Nugier, A. (2009). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (4),8-14. http://RePS.psychologie-sociale. org/

Ochsner, K., & Gross, J.J. (2005). The

249.

O'Leary, D., Suri, G., & Gross, J.J. (2018). Reducing behavioural risk factors for cancer: An affect regulation perspective. *Psychology & Health*, *33*(1),17 -39. DOI:10.1080/08870446.2017.1314480

Organisation Mondiale de la Santé. Division de la promotion de la santé, de l'éducation et de la communication. (1998). Glossaire de la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé. https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245

Oufkir, M. (2017). *Le logiciel Hy-Result® : la e-santé appliquée à l'éducation thérapeutique du patient hypertendu* [thèse de doctorat non publié]. Université Paris Descartes.

Pervichko,E. Zinchenko,Y.,& Ostroumova,O.(2014).Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects .*Procedia - Social and Behavioral Sciences* ,*127* ,686 – 690

Philippot, P. (2011). Chapitre5.La régulation émotionnelle. Dans P. Philippot, *Émotion et psychothérapie* (pp.115-156). Mardaga.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946

Quoidbach, J. (2014). Chapitre 9. La régulation des émotions positives. Dans Moïra Mikolajczak (éd.*), Les compétences émotionnelles* (pp. 193-219). Dunod. Doi : 10.3917/dunod.mikol.2014.01.0193.

Reicherts, M., Genoud, P., & Zimmermann, G. (2012). Introduction : travailler avec l'Ouverture émotionnelle. Dans Michaël Reicherts (éd.), *L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels*(pp.9-21). Mardaga.

Ribau, C. (2003). *Analyse de la recherche infirmière sur la qualité de vie et le Versant subjectif de la maladie en Amérique du Nord Présentation d'un courant de recherche qualitative*. [Stage soutenu par l'Institut International de Recherche en Éthique Biomédicale].Université Paris V.

Richards, J.M., & Gross, J.J. (2006). Personality and emotional memory: How regulating emotion impairs memory for emotional events. *Journal of Research in Personality*, 40, 631-651.

Rochette, E. (2007). *Tempérament et attachement chez le jeune enfant : prédicteurs des habiletés de régulation émotionnelle à l'âge préscolaire* [thèse de maitrise non publié]. Université Laval.

Rotonda, C. (2011). *Qualité de vie et fatigue en cancérologie : cancer colorectal et cancer du sein* [thèse de doctorat non publié]. Université Henri Poincare - Nancy1.

Sadal'skaia,E.V., & Enikolopov,S.N.(2002). Psychological Aspects of Quality - of-Life Assessment in Patients with a Psychosomatic Disorder.*International Journal of Mental Health* , *31*(2),77-89.

Sander, D., & Scherer, K. (2014). Chapitre 1. La psychologie des émotions : survol des théories et débats essentiels. Dans David Sander (éd.), *Traité de psychologie des émotions*(pp.11-50). Dunod. Doi :10.3917/ dunod. Sande.2014.01.0011.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2013). Adult Attachement Strategies and Emotion Regulation. In Gross, J.J, *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed.) (pp.237- 250). The Guilford Press.

Singh, M. Mensah, G. A., & Bakris, G. (2010, November). Pathogenesis and Clinical Physiology of Hypertension. *Cardiology Clinics*, 28(4), 545-559.

Sirgy, M. J. (2012). *The psychology of quality of life: hedonic well-being, life satisfaction, and Eudaimonia* (2nd ed.). Springer. DOI 10.1007/ 978-94-007-4405-9.

Société Québécoise D'hypertension Artérielle. (2015). *Prise En Charge Systématisée Des Personnes Atteintes D'hypertension Artérielle*. Cloutier L, Poirier L. éd.

St-Cyr, L. (1997). *Le concept de la qualité de vie chez les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique : étude phénoménologique* [thèse de maitrise non publié]. Université de Sherbrooke.

Strenna, L.B. (2011). *Etude des tracas quotidiens des étudiants de Grandes Ecoles : liens avec la sante perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi*[thèse de doctorat non publié].Université de Bourgogne.

Tessier, S. (2008). *Effets bénéfiques de l'activité physique sur la qualité de vie liée à la santé et la corpulence : une approche épidémiologique et évaluative* [thèse de doctorat non publié]. Université Henri Poincare - Nancy1.

Vesin,C.,Nana,A.,ManszoSilberman,S.,Lieber,A.,Safar,M.,&Blacher,J. (2009,Janvier).Hypertensions artérielles secondaires d'origine surrénalienne : syndromes de Conn, de Cushing et autres entités. *EMC-Cardiologie*, *23*,(3),1-12

Wranik, T. (2014). Chapitre 12. La personnalité et les émotions. Dans David Sander (éd.) , *Traité de psychologie des émotions* (pp. 370-393). Dunod. Doi :10.3917/ dunod. Sande. 2014. 01.0370.

Yih, J., Uusberg, A., Taxer, J.L., & Gross, J.J. (2019). Better together: a unified perspective on appraisal and emotion regulation. *Cognition and Emotion*,*33*(1), 41-47.DOI:10.1080/02699931.2018.1504749

Zimmermann, G. (2012). S'ouvrir à ses émotions à l'adolescence : Première application du modèle de l'OE et pistes de réflexion. Dans Michaël Reicherts (éd.*), L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 109-122). Mardaga.

Zimmermann, G., & Salamin, V. (2012). L'Ouverture émotionnelle au regard de l'alexithymie et de l'intelligence émotionnelle : Innovation ou ancienne recette mise au goût du jour ? . Dans Michaël Reicherts (éd.) *, L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 57-68). Mardaga.

https://static.webteb.net/images/uploads/content/25-

bweb.jpg(https://francais.medscape.com/features/en-pratique/3585607

http://recap-ide.blogspot.com/2013/11/physiologie-cardiaque.html

https://teb-arab.blogspot.com/2010/10/blog-post_1669.html

الملاحق

ملحق (1) استبيان تسيير الانفعالات Gross &John

نحب أن نسألك بعض الأسئلة عن حياتك الانفعالية بوجه خاص، وهي كيف يمكنك التحكم (بمعنى آخر تنظيم وإدارة) في انفعالاتك. وتشتمل الأسئلة التالية على جانبين أساسيين في حياتك الانفعالية: الأول هو التجربة الانفعالية، أو ما تشعر به داخلياً. والثاني هو التعبير الانفعالي، أو كيف تظهر مشاعرك في أسلوب كلامك، أو إشاراتك، أو تصرفاتك. وبالرغم من وجود بعض الأسئلة قد تبدو مشابهة لبعضها البعض، إلا أنها تختلف في جوانب مهمة.

م	العبارات	لا أوافق بشدة	لا أوافق	لا أوافق إلى حد ما	لست متاكدا	أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق بشدة
1	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية (مثل الفرح أو النشوة)، أغير ما أفكر فيه.	1	2	3	4	5	6	7
2	احتفظ بمشاعري لنفسي.	1	2	3	4	5	6	7
3	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية (مثل الحزن أو الغضب)، أغير ما أفكر فيه.	1	2	3	4	5	6	7
4	عندما أشعر بمشاعر إيجابية، أحرص على عدم التعبير عنها.	1	2	3	4	5	6	7
5	عندما أواجه موقفا شاقا، أفكر في الطريقة التي تساعدني على البقاء هادئاً.	1	2	3	4	5	6	7
6	أسيطر على مشاعري من خلال عدم التعبير عنها.	1	2	3	4	5	6	7
7	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف.	1	2	3	4	5	6	7
8	أسيطر على مشاعري من خلال تغيير طريقة تفكيري في الموقف الذي أنا فيه.	1	2	3	4	5	6	7
9	عندما أشعر بمشاعر سلبية، أُكد على عدم التعبير عنها.	1	2	3	4	5	6	7
10	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف.	1	2	3	4	5	6	7

Note: Translation and back translation were conducted by a team supervised by Ibrahim Kira, Ph.D., Center for Cumulative Trauma Studies, kiraaref@aol.com

ملحق (2) مقياس نوعية الحياة WHOQOL bref

العمر..... الجنس..... المهنة.....
المستوى التعليمي.....التخصص العلمي.....
التعليمة.
فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن نوعية حياتك وصحتك ومجالات متعددة من حياتك,و أمام كل عبارة عدة اختيارات, المطلوب منك قراءة كل عبارة على حدة ثم تضع علامة (x) تحت الاختيار الذي يتفق معك ويلائمك.
اجب عن كل العبارات لكي تساهم في صدق وموضوعية البحث.

أولا.

السؤال رقم.1.	سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
.ما هو تقييمك لنوعية حياتك	.....	.....	.....	.....	.....

ثانيا.

السؤال رقم.2.	غير راض تماما	غير راض	بين بين	راض	راض جدا
إلى أي درجة أنت راض عن صحتك	.....	.....	.....	.....	.....

ثالثا.

الأسئلة التالية تسألك هل شعرت بمشاعر معينة في الأسبوعين الأخيرين	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا	تماما
03-إلى أي درجة تشعر أن الألم البدني يمنعك من تنفيذ ما تريد القيام به	..	..	.....	..	...
04-إلى أي درجة تحتاج إلى علاج طبي حتى تقوم بأعمالك اليومية على الوجه الأكمل.					
05-إلى أي درجة تستمتع بحياتك.					
06-إلى أي درجة تشعر أن حياتك لها معنى.					
07-إلى أي درجة تستطيع تركيز تفكيرك.					
08-إلى أي درجة تشعر بالأمان في حياتك اليومية.					
09-إلى أي درجة تعتبر أن البيئة التي تعيش فيها صحية.					

رابعا:

الأسئلة التالية تسألك عن خبراتك وقدراتك على القيام بأشياء معينة في الأسبوعين الأخيرين.	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا	تماما
10-هل لديك طاقة كافية للنشاط في حياتك اليومية.	...	...	...	...	...
11-هل أنت راض عن مظهرك الجسمي.	...	...	...	...	...
12-هل لديك المال الكافي لقضاء احتياجاتك.	...	...	...	...	...
13-إلى أي درجة تتوفر لديك المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك اليومية	...	...	...	...	...
14-إلى أي درجة تتوفر لك الفرصة للقيام بأنشطة تتعلق بقضاء وقت الفراغ	...	...	...	...	...
15-إلى أي درجة أنت قادر التجوال والمشي.	...	...	...	...	...

خامسا:

الأسئلة التالية تسألك عن مدى شعورك بالرضا بالنسبة لجوانب مختلفة من حياك في الأسبوعين الآخيرين	غير راض تماما	غير راض	بين بين	راض	راض جدا
16. إلى أي درجة أنت راض عن نومك؟	.....	.....	.....	.....	.....
17. إلى أي درجة أنت راض عن قدراتك على القيام بالأنشطة المطلوبة في الحياة اليومية؟	.....	.....	.....	.....	.....
18. إلى أي درجة أنت راض عن طاقتك في العمل؟	.....	.....	.....	.....	.....
19. إلى أي درجة أنت راض عن نفسك؟	.....	.....	.....	.....	.....
20. إلى أي درجة أنت راض عن علاقاتك الشخصية؟	.....	.....	.....	.....	.....
21. إلى أي درجة أنت راض عن حياتك الجنسية؟	.....	.....	.....	.....	.....
22. إلى أي درجة أنت راض عن الدعم والتشجيع الذي يقدمه لك أصدقائك؟	.....	.....	.....	.....	.....

23. إلى أي درجة أنت راض عن ظروف المكان الذي تعيش فيه؟	.....	.....	.....	.....	.....
24. إلى أي درجة أنت راض عن طريقة حصولك على الخدمات الصحية؟	.....	.....	.....	.....	.....
25. إلى أي درجة أنت راض عن وسائل المواصلات المتاحة لك؟	.....	.....	.....	.....	.....

سادسا:

السؤال التالي يشير إلى أي درجة شعرت بمشاعر مكدرة في الأسبوعين الأخيرين	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا	كثيرا جدا
26. إلى أي درجة شعرت بمشاعر مكدرة كالحزن والاكتئاب واليأس والقلق؟	..	..	.....	..	...

ملحق (3) صدق وثبات مقياس تسيير الانفعالات

1.معامل ألفا كرومباخ لمقياس التسيير الانفعالي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	33	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	33	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

قمع التعبيرات

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,801	4

اعادة التقييم المعرفي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,765	6

2.صدق الاتساق الداخلي لمقياس التسيير الانفعالي

قمع التعبيرات

Corrélations

		القمع	1س	2س	3س	4س
القمع	Corrélation de Pearson	1	,858**	,818**	,747**	,711**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	33	33	33	33	33
1س	Corrélation de Pearson	,858**	1	,909**	,467**	,439*
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,006	,011
	N	33	33	33	33	33
2س	Corrélation de Pearson	,818**	,909**	1	,435*	,337
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,011	,055
	N	33	33	33	33	33
3س	Corrélation de Pearson	,747**	,467**	,435*	1	,482**
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,011		,005
	N	33	33	33	33	33
4س	Corrélation de Pearson	,711**	,439*	,337	,482**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,011	,055	,005	
	N	33	33	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)

.

اعادة التقييم المعرفي

Corrélations

		ت1	ت2	ت3	ت4	ت5	ت6	التقييم
ت1	Corrélation de Pearson	1	,381*	,067	,402*	,330	,086	,580**
	Sig. (bilatérale)		,029	,711	,020	,061	,632	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
ت2	Corrélation de Pearson	,381*	1	,205	,570**	,425*	,410*	,778**
	Sig. (bilatérale)	,029		,253	,001	,014	,018	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
ت3	Corrélation de Pearson	,067	,205	1	,303	,400*	,528**	,544**
	Sig. (bilatérale)	,711	,253		,087	,021	,002	,001
	N	33	33	33	33	33	33	33
ت4	Corrélation de Pearson	,402*	,570**	,303	1	,540**	,245	,777**
	Sig. (bilatérale)	,020	,001	,087		,001	,170	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
ت5	Corrélation de Pearson	,330	,425*	,400*	,540**	1	,480**	,711**
	Sig. (bilatérale)	,061	,014	,021	,001		,005	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
ت6	Corrélation de Pearson	,086	,410*	,528**	,245	,480**	1	,586**
	Sig. (bilatérale)	,632	,018	,002	,170	,005		,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
التقييم	Corrélation de Pearson	,580**	,778**	,544**	,777**	,711**	,586**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	
	N	33	33	33	33	33	33	33

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق (4) صدق وثبات مقياس نوعية الحياة

.معامل ألفا كرومباخ لمقياس نوعية الحياة

بعد العلاقات الاجتماعية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,846	3

بعد الصحة العامة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,777	2

بعد البيئة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,722	8

البعد النفسي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,829	6

العد الجسدي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,874	7

4.صدق الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة

البعد الجسدي

Corrélations

		ج1	ج2	ج3	ج4	ج5	ج6	ج7	جسدي
ج1	Corrélation de Pearson	1	,833**	,141	,342	,346*	,323	,344*	,566**
	Sig. (bilatérale)		,000	,434	,051	,049	,067	,050	,001
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج2	Corrélation de Pearson	,833**	1	,085	,310	,359*	,192	,289	,513**
	Sig. (bilatérale)	,000		,640	,079	,040	,283	,103	,002
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج3	Corrélation de Pearson	,141	,085	1	,409*	,429*	,545**	,442**	,604**
	Sig. (bilatérale)	,434	,640		,018	,013	,001	,010	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج4	Corrélation de Pearson	,342	,310	,409*	1	,733**	,689**	,685**	,809**
	Sig. (bilatérale)	,051	,079	,018		,000	,000	,000	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج5	Corrélation de Pearson	,346*	,359*	,429*	,733**	1	,821**	,830**	,891**
	Sig. (bilatérale)	,049	,040	,013	,000		,000	,000	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج6	Corrélation de Pearson	,323	,192	,545**	,689**	,821**	1	,932**	,901**
	Sig. (bilatérale)	,067	,283	,001	,000	,000		,000	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
ج7	Corrélation de Pearson	,344*	,289	,442**	,685**	,830**	,932**	1	,900**
	Sig. (bilatérale)	,050	,103	,010	,000	,000	,000		,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
جسدي	Corrélation de Pearson	,566**	,513**	,604**	,809**	,891**	,901**	,900**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	33	33	33	33	33	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

البعد النفسي

Corrélations

		نف1	نف2	نف3	نف4	نف5	نف6	نفسي
نف1	Corrélation de Pearson	1	,624**	,390*	,433*	,596**	,387*	,777**
	Sig. (bilatérale)		,000	,025	,012	,000	,026	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
نف2	Corrélation de Pearson	,624**	1	,607**	,374*	,546**	,386*	,806**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,032	,001	,026	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
نف3	Corrélation de Pearson	,390*	,607**	1	,475**	,488**	,389*	,764**
	Sig. (bilatérale)	,025	,000		,005	,004	,025	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
نف4	Corrélation de Pearson	,433*	,374*	,475**	1	,399*	,294	,688**
	Sig. (bilatérale)	,012	,032	,005		,021	,097	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
نف5	Corrélation de Pearson	,596**	,546**	,488**	,399*	1	,416*	,792**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,004	,021		,016	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33
نف6	Corrélation de Pearson	,387*	,386*	,389*	,294	,416*	1	,585**
	Sig. (bilatérale)	,026	,026	,025	,097	,016		,000

	N	33	33	33	33	33	33	33
نفسي	Corrélation de Pearson	,777**	,806**	,764**	,688**	,792**	,585**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	33	33	33	33	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

بعد العلاقات الاجتماعية

Corrélations

		ع1	ع2	ع3	العلاقات
ع1	Corrélation de Pearson	1	,459**	,611**	,898**
	Sig. (bilatérale)		,007	,000	,000
	N	33	33	33	33
ع2	Corrélation de Pearson	,459**	1	,052	,613**
	Sig. (bilatérale)	,007		,772	,000
	N	33	33	33	33
ع3	Corrélation de Pearson	,611**	,052	1	,729**
	Sig. (bilatérale)	,000	,772		,000
	N	33	33	33	33
العلاقات	Corrélation de Pearson	,898**	,613**	,729**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	33	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

بعد البيئة

Corrélations

		ب1	ب2	ب3	ب4	ب5	ب6	ب7	ب8	البيئة
ب1	Corrélation de Pearson	1	,274	,224	,053	,302	,134	-,053	,178	,366*
	Sig. (bilatérale)		,124	,210	,771	,088	,457	,772	,321	,036
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
ب2	Corrélation de Pearson	,274	1	,151	,240	,474**	,403*	,255	,230	,554**
	Sig. (bilatérale)	,124		,400	,178	,005	,020	,152	,197	,001
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
ب3	Corrélation de Pearson	,224	,151	1	,225	-,005	,079	-,049	,075	,431*
	Sig. (bilatérale)	,210	,400		,208	,977	,661	,787	,678	,012
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
ب4	Corrélation de Pearson	,053	,240	,225	1	,287	,234	,223	,296	,483**
	Sig. (bilatérale)	,771	,178	,208		,105	,189	,213	,094	,004
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
ب5	Corrélation de Pearson	,302	,474**	-,005	,287	1	,192	,282	,379*	,570**
	Sig. (bilatérale)	,088	,005	,977	,105		,285	,111	,029	,001
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
ب6	Corrélation de Pearson	,134	,403*	,079	,234	,192	1	,335	,036	,498**
	Sig. (bilatérale)	,457	,020	,661	,189	,285		,056	,842	,003
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33

7ب	Corrélation de Pearson	-,053	,255	-,049	,223	,282	,335	1	,594**	,577**
	Sig. (bilatérale)	,772	,152	,787	,213	,111	,056		,000	,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
8ب	Corrélation de Pearson	,178	,230	,075	,296	,379*	,036	,594**	1	,581**
	Sig. (bilatérale)	,321	,197	,678	,094	,029	,842	,000		,000
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33
البيئة	Corrélation de Pearson	,366*	,554**	,431*	,483**	,570**	,498**	,577**	,581**	1
	Sig. (bilatérale)	,036	,001	,012	,004	,001	,003	,000	,000	
	N	33	33	33	33	33	33	33	33	33

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

بعد الصحة العامة

Corrélations

		1ص	2ص	الصحةالعامة
1ص	Corrélation de Pearson	1	,641**	,887**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	33	33	33
2ص	Corrélation de Pearson	,641**	1	,914**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	33	33	33
الصحةالعامة	Corrélation de Pearson	,887**	,914**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الارتباطات بين درجة كل بعد و الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة

Corrélations

		جسدي	نفسي	العلاقات	بيئة	نوعيةالحياة
جسدي	Corrélation de Pearson	1	,526**	,140	,195	,695**
	Sig. (bilatérale)		,002	,436	,278	,000
	N	33	33	33	33	33
نفسي	Corrélation de Pearson	,526**	1	,285	,465**	,801**
	Sig. (bilatérale)	,002		,107	,006	,000
	N	33	33	33	33	33
العلاقات	Corrélation de Pearson	,140	,285	1	,528**	,591**
	Sig. (bilatérale)	,436	,107		,002	,000
	N	33	33	33	33	33
بيئة	Corrélation de Pearson	,195	,465**	,528**	1	,769**
	Sig. (bilatérale)	,278	,006	,002		,000

	N	33	33	33	33	33
نوعيةالحياة	Corrélation de Pearson	,695**	,801**	,591**	,769**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	33	33	33	33	33

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق(5) نتائج الفرضية الأولى

Descriptives

			Statistic	Std. Error
التقييم	Mean		23.26	.590
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.09	
		Upper Bound	24.43	
	5% Trimmed Mean		23.16	
	Median		23.00	
	Variance		34.821	
	Std. Deviation		5.901	
	Minimum		9	
	Maximum		41	
	Range		32	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		.221	.241
	Kurtosis		.030	.478
نوعيةالحياة	Mean		83.54	1.526
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.51	
		Upper Bound	86.57	
	5% Trimmed Mean		83.47	
	Median		83.00	
	Variance		232.877	
	Std. Deviation		15.260	
	Minimum		45	
	Maximum		124	
	Range		79	
	Interquartile Range		21	
	Skewness		.051	.241
	Kurtosis		-.149	.478

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
التقييم	.060	100	.200*	.990	100	.655
نوعيةالحياة	.060	100	.200*	.995	100	.967

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations

		التقييم	نوعيةالحياة
التقييم	Pearson Correlation	1	.417**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	100	100
نوعيةالحياة	Pearson Correlation	.417**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

ملحق(6) نتائج الفرضية الثانية

Descriptives

			Statistic	Std. Error
القمع	Mean		14.87	.586
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.71	
		Upper Bound	16.03	
	5% Trimmed Mean		14.76	
	Median		15.00	
	Variance		34.316	
	Std. Deviation		5.858	
	Minimum		4	
	Maximum		28	
	Range		24	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.172	.241
	Kurtosis		-.790	.478
نوعيةالحياة	Mean		83.54	1.526
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.51	
		Upper Bound	86.57	
	5% Trimmed Mean		83.47	
	Median		83.00	
	Variance		232.877	
	Std. Deviation		15.260	
	Minimum		45	
	Maximum		124	
	Range		79	
	Interquartile Range		21	
	Skewness		.051	.241
	Kurtosis		-.149	.478

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
القمع	.096	100	.025	.972	100	.030
نوعيةالحياة	.060	100	.200*	.995	100	.967

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations

		القمع	نوعيةالحياة
القمع	Pearson Correlation	1	.103
	Sig. (1-tailed)		.154
	N	100	100
نوعيةالحياة	Pearson Correlation	.103	1
	Sig. (1-tailed)	.154	
	N	100	100

ملحق(7) نتائج الفرضية الثالثة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	مجموعات.السن	N	Percent	N	Percent	N	Percent
التقييم	1	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
	2	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%
	3	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
	4	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%

Descriptives

	مجموعات.السن			Statistic	Std. Error
التقييم	1	Mean		25.27	2.281
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.19	
			Upper Bound	30.35	
		5% Trimmed Mean		25.03	
		Median		26.00	
		Variance		57.218	
		Std. Deviation		7.564	
		Minimum		14	
		Maximum		41	
		Range		27	
		Interquartile Range		7	
		Skewness		.824	.661
		Kurtosis		.811	1.279
	2	Mean		24.17	.909
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.33	
			Upper Bound	26.01	
		5% Trimmed Mean		24.13	
		Median		23.00	
		Variance		33.895	
		Std. Deviation		5.822	
		Minimum		14	
		Maximum		36	

	Range		22	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		.176	.369
	Kurtosis		-.793	.724
3	Mean		23.00	1.101
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.71	
		Upper Bound	25.29	
	5% Trimmed Mean		23.05	
	Median		23.50	
	Variance		26.667	
	Std. Deviation		5.164	
	Minimum		12	
	Maximum		33	
	Range		21	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		-.304	.491
	Kurtosis		-.182	.953
4	Mean		21.19	1.087
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.95	
		Upper Bound	23.43	
	5% Trimmed Mean		21.29	
	Median		21.50	
	Variance		30.722	
	Std. Deviation		5.543	
	Minimum		9	
	Maximum		31	
	Range		22	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		-.228	.456
	Kurtosis		-.572	.887

Tests of Normality

	مجموعات.السن	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
التقييم	1	.189	11	.200*	.930	11	.414
	2	.092	41	.200*	.973	41	.423
	3	.182	22	.057	.969	22	.697
	4	.102	26	.200*	.975	26	.745

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

التقييم

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
1	11	25.27	7.564	2.281	20.19	30.35	14	41
2	41	24.17	5.822	.909	22.33	26.01	14	36
3	22	23.00	5.164	1.101	20.71	25.29	12	33
4	26	21.19	5.543	1.087	18.95	23.43	9	31
Total	100	23.26	5.901	.590	22.09	24.43	9	41

ANOVA

التقييم

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	191.215	3	63.738	1.879	.138
Within Groups	3256.025	96	33.917		
Total	3447.240	99			

ملحق(8) نتائج الفرضية الرابعة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	مجموعات.السن	N	Percent	N	Percent	N	Percent
القمع	1	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
	2	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%
	3	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
	4	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%

Descriptives

	مجموعات.السن			Statistic	Std. Error
القمع	1	Mean		15.00	1.849
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	10.88	
			Upper Bound	19.12	
		5% Trimmed Mean		15.22	
		Median		16.00	
		Variance		37.600	
		Std. Deviation		6.132	
		Minimum		4	
		Maximum		22	
		Range		18	
		Interquartile Range		12	
		Skewness		-.471	.661
		Kurtosis		-.906	1.279
	2	Mean		15.80	.925
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.93	
			Upper Bound	17.68	
		5% Trimmed Mean		15.67	
		Median		16.00	
		Variance		35.111	
		Std. Deviation		5.925	
		Minimum		5	
		Maximum		28	
		Range		23	

	Interquartile Range		9	
	Skewness		.105	.369
	Kurtosis		-.549	.724
3	Mean		14.41	1.378
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.54	
		Upper Bound	17.27	
	5% Trimmed Mean		14.35	
	Median		15.00	
	Variance		41.777	
	Std. Deviation		6.464	
	Minimum		4	
	Maximum		26	
	Range		22	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		.123	.491
	Kurtosis		-1.163	.953
4	Mean		13.73	1.012
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.65	
		Upper Bound	15.81	
	5% Trimmed Mean		13.46	
	Median		12.50	
	Variance		26.605	
	Std. Deviation		5.158	
	Minimum		7	
	Maximum		26	
	Range		19	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		.692	.456
	Kurtosis		-.210	.887

Tests of Normality

	مجموعات.السن	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
القمع	1	.156	11	.200*	.925	11	.363
	2	.093	41	.200*	.967	41	.269
	3	.156	22	.179	.948	22	.288
	4	.133	26	.200*	.934	26	.094

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

القمع

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
1	11	15.00	6.132	1.849	10.88	19.12	4	22
2	41	15.80	5.925	.925	13.93	17.68	5	28
3	22	14.41	6.464	1.378	11.54	17.27	4	26
4	26	13.73	5.158	1.012	11.65	15.81	7	26
Total	100	14.87	5.858	.586	13.71	16.03	4	28

ANOVA

القمع

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	74.437	3	24.812	.717	.544
Within Groups	3322.873	96	34.613		
Total	3397.310	99			

ملحق (9) نتائج الفرضية الخامسة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	جنس	N	Percent	N	Percent	N	Percent
التقييم	ذكر	24	100.0%	0	0.0%	24	100.0%
	انثى	76	100.0%	0	0.0%	76	100.0%

Descriptives

	جنس			Statistic	Std. Error
التقييم	ذكر	Mean		23.33	1.167
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.92	
			Upper Bound	25.75	
		5% Trimmed Mean		23.55	
		Median		23.50	
		Variance		32.667	
		Std. Deviation		5.715	
		Minimum		9	
		Maximum		33	
		Range		24	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		-.419	.472
		Kurtosis		.104	.918
	انثى	Mean		23.24	.688
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.87	
			Upper Bound	24.61	
		5% Trimmed Mean		23.04	
		Median		23.00	
		Variance		35.943	
		Std. Deviation		5.995	
		Minimum		12	
		Maximum		41	
		Range		29	
		Interquartile Range		8	

	Skewness	.386	.276
	Kurtosis	.085	.545

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	جنس	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
التقييم	ذكر	.114	24	.200*	.966	24	.565
	انثى	.071	76	.200*	.975	76	.148

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	جنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التقييم	ذكر	24	23.33	5.715	1.167
	انثى	76	23.24	5.995	.688

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
التقييم	Equal variances assumed	.000	.991	.069	98	.945	.096	1.389	-2.659	2.852
	Equal variances not assumed			.071	40.269	.944	.096	1.354	-2.640	2.833

ملحق (10) نتائج الفرضية السادسة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	جنس	N	Percent	N	Percent	N	Percent
القمع	ذكر	24	100.0%	0	0.0%	24	100.0%
	انثى	76	100.0%	0	0.0%	76	100.0%

Descriptives

	جنس			Statistic	Std. Error
القمع	ذكر	Mean		13.88	1.259
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.27	
			Upper Bound	16.48	
		5% Trimmed Mean		13.78	
		Median		14.00	
		Variance		38.027	
		Std. Deviation		6.167	
		Minimum		4	
		Maximum		26	
		Range		22	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.124	.472
		Kurtosis		-.738	.918
	انثى	Mean		15.18	.661
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.87	
			Upper Bound	16.50	
		5% Trimmed Mean		15.01	
		Median		15.00	
		Variance		33.219	
		Std. Deviation		5.764	
		Minimum		5	
		Maximum		28	
		Range		23	
		Interquartile Range		10	
		Skewness		.217	.276

Kurtosis	-.826	.545

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	جنس	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
القمع	ذكر	.096	24	.200*	.974	24	.770
	انثى	.095	76	.086	.961	76	.019

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

	جنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
القمع	ذكر	24	46.08	1106.00
	انثى	76	51.89	3944.00
	Total	100		

Test Statistics[a]

	القمع
Mann-Whitney U	806.000
Wilcoxon W	1106.000
Z	-.857
Asymp. Sig. (2-tailed)	.391

a. Grouping Variable: جنس

ملحق(11) نتائج الفرضية السابعة

المجموعة

	Observed N	Expected N	Residual
1	7	33.3	-26.3
2	65	33.3	31.7
3	28	33.3	-5.3
Total	100		

Test Statistics

	المجموعة
Chi-Square	51.740[a]
Df	2
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 33.3.

ملحق(12) نتائج الفرضية الثامنة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	مجموعات.السن	N	Percent	N	Percent	N	Percent
نوعيةالحياة	1	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%
	2	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%
	3	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
	4	26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%

Descriptives

	مجموعات.السن			Statistic	Std. Error
نوعيةالحياة	1	Mean		93.27	4.779
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	82.62	
			Upper Bound	103.92	
		5% Trimmed Mean		92.97	
		Median		95.00	
		Variance		251.218	
		Std. Deviation		15.850	
		Minimum		68	
		Maximum		124	
		Range		56	
		Interquartile Range		25	
		Skewness		.379	.661
		Kurtosis		.050	1.279
	2	Mean		85.68	2.726
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80.17	
			Upper Bound	91.19	
		5% Trimmed Mean		86.08	
		Median		87.00	
		Variance		304.772	
		Std. Deviation		17.458	
		Minimum		45	
		Maximum		116	
		Range		71	

		Interquartile Range	24	
		Skewness	-.318	.369
		Kurtosis	-.494	.724
	3	Mean	79.18	2.587
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	73.80	
			Upper Bound	84.56	
		5% Trimmed Mean	79.30	
		Median	79.50	
		Variance	147.203	
		Std. Deviation	12.133	
		Minimum	55	
		Maximum	101	
		Range	46	
		Interquartile Range	19	
		Skewness	-.075	.491
		Kurtosis	-.655	.953
	4	Mean	79.73	2.231
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	75.14	
			Upper Bound	84.33	
		5% Trimmed Mean	79.90	
		Median	82.00	
		Variance	129.405	
		Std. Deviation	11.376	
		Minimum	54	
		Maximum	101	
		Range	47	
		Interquartile Range	16	
		Skewness	-.275	.456
		Kurtosis	-.188	.887

Tests of Normality

	مجموعات.السن	Kolmogorov-Smirnov[a] Statistic	df	Sig.	Shapiro-Wilk Statistic	df	Sig.
نوعيةالحياة	1	.108	11	.200*	.980	11	.966
	2	.093	41	.200*	.976	41	.540
	3	.077	22	.200*	.988	22	.991
	4	.118	26	.200*	.979	26	.857

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

نوعيةالحياة

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
1	11	93.27	15.850	4.779	82.62	103.92	68	124
2	41	85.68	17.458	2.726	80.17	91.19	45	116
3	22	79.18	12.133	2.587	73.80	84.56	55	101
4	26	79.73	11.376	2.231	75.14	84.33	54	101
Total	100	83.54	15.260	1.526	80.51	86.57	45	124

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
نوعيةالحياة	Based on Mean	2.193	3	96	.094
	Based on Median	2.133	3	96	.101
	Based on Median and with adjusted df	2.133	3	85.270	.102
	Based on trimmed mean	2.177	3	96	.096

ANOVA

نوعيةالحياة

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2025.392	3	675.131	3.082	.031
Within Groups	21029.448	96	219.057		
Total	23054.840	99			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: نوعيةالحياة

LSD

(I) مجموعات.السن	(J) مجموعات.السن	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	7.590	5.026	.134	-2.39	17.57
	3	14.091*	5.465	.011	3.24	24.94
	4	13.542*	5.323	.013	2.97	24.11
2	1	-7.590	5.026	.134	-17.57	2.39
	3	6.501	3.912	.100	-1.26	14.27
	4	5.952	3.711	.112	-1.41	13.32
3	1	-14.091*	5.465	.011	-24.94	-3.24
	2	-6.501	3.912	.100	-14.27	1.26
	4	-.549	4.287	.898	-9.06	7.96
4	1	-13.542*	5.323	.013	-24.11	-2.97
	2	-5.952	3.711	.112	-13.32	1.41
	3	.549	4.287	.898	-7.96	9.06

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ملحق(13) نتائج الفرضية التاسعة

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
	جنس	N	Percent	N	Percent	N	Percent
نوعيةالحياة	ذكر	24	100.0%	0	0.0%	24	100.0%
	انثى	76	100.0%	0	0.0%	76	100.0%

Descriptives

	جنس			Statistic	Std. Error
نوعيةالحياة	ذكر	Mean		88.83	1.825
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	85.06	
			Upper Bound	92.61	
		5% Trimmed Mean		88.77	
		Median		87.00	
		Variance		79.971	
		Std. Deviation		8.943	
		Minimum		74	
		Maximum		105	
		Range		31	
		Interquartile Range		16	
		Skewness		.077	.472
		Kurtosis		-1.213	.918
	انثى	Mean		81.87	1.889
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	78.11	
			Upper Bound	85.63	
		5% Trimmed Mean		81.60	
		Median		82.00	
		Variance		271.076	
		Std. Deviation		16.464	
		Minimum		45	
		Maximum		124	
		Range		79	
		Interquartile Range		23	
		Skewness		.264	.276

Kurtosis	-.273	.545

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	جنس	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
نوعيةالحياة	ذكر	.171	24	.066	.947	24	.232
	انثى	.062	76	.200*	.988	76	.705

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	جنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
نوعيةالحياة	ذكر	24	88.83	8.943	1.825
	انثى	76	81.87	16.464	1.889

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
التقييم	Equal variances assumed	6.397	.013	1.978	98	.051	6.965	3.522	-.024	13.954
	Equal variances not assumed			2.652	72.957	.010	6.965	2.627	1.730	12.200