

جامعة الجزائر-2- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

العلاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى
الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذ:

أ.د / أجرد محمد

إعداد الطالبة:

بوبكر إبتسام

السنة الجامعية 2022 / 2023

شكر وتقدير

"اللهم لك الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك".

أحمد الله عز وجل الذي وفقني ويسر لي إمكانية إتمام عملي المتواضع.

أتقدم بعظيم الشكر والتبجيل لوالدي الحبيين، وإلى زوجي واخوي العزيزين على كل ما بذلوه من جهد وتعاون، شكرا عائلتي.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف "محمد أجداد" الذي أشرف على عملي والذي كان خير عون لي طيلة فترة إعدادها، فشكرا لك يا أستاذي.

ولا يفوتني أن أتوجه بالشكر الجزيل وخالص التقدير للأستاذة "دليلة زناد" على جهودها المعطاءة وأرائها البناءة خلال مشواري الدراسي.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفات إلى الأستاذ "نبيل بحري" عميد كلية العلوم الاجتماعية والأستاذة "سعيدة صالح" إضافة إلى الأستاذة "زينب هومل" على مساعدتهم القيمة حتى تمكنت من إنهاء هذه الأطروحة. كما أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان إلى زميلتي ورفيقتي الدكتورة "سارة بوخنوس" والذي شاء القدر أن جمعنا خلال المشوار الدراسي.

ولا أنسى بالذكر أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم لمناقشة الأطروحة.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع:

إلى والدي العزيزين أطال الله في عمرهما

إلى رفيق دربي زوجي

إلى فلذة كبدي طفلي جود

إلى إخوتي وزوجة أخي وكل العائلة الحبيبة

إلى صديقتي مريم وصارة وديهية

إلى كل من علمني حرفا أنحني له تبجيلا

إلى أستاذي أجرد محمد

المخلص باللغة العربية:

إن دراسة العلاقات التفاعلية في علم النفس الصحة أمر لا بد منه لتفسير المرض المزمن والوقاية منه. ولقد جاء هذا البحث بهدف الكشف عن العلاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة. كما يسعى إلى الكشف عن الاختلاف بين الراشدين المصابين بالسمنة في درجة التنظيم الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس، كذلك يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الاختلاف بين الراشدين المصابين بالسمنة في درجة مركز الضبط الصحي تبعاً لمتغير الجنس. كما يسعى أيضاً إلى الكشف عن الاختلاف بين الراشدين المصابين بالسمنة في درجة نوعية الحياة لديهم تبعاً لمتغير الجنس.

ولتحقيق أغراض البحث الحالي اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المقارن، وقد تكونت عينة البحث من (102) مصابة ومصاب بالسمنة المعتدلة (51 مصابة و51 مصاب). خلال الفترة الممتدة بين (2018) إلى غاية (2020).

كما تم الاستعانة في هذا البحث بعدة أدوات والمتمثلة في: مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس مركز الضبط الصحي ومقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية.

وقد خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج تم تفسيرها في ضوء الخلفية النظرية والدراسات المتاحة، وهي كما يلي:

1- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التنظيم الانفعالي واستراتيجيته ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

2- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي ونوعية الحياة عند المصابين بالسمنة المعتدلة، أي أن هذه الفرضية تحققت جزئياً.

3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في درجات التنظيم الانفعالي واستراتيجيته لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

4- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في درجة مركز الضبط الصحي وأبعاده لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

5- وجود اختلاف بين الجنسين (ذكور/إناث) في درجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة لصالح الذكور.

6- وجود علاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة. هذه العلاقة لا تتحقق إلا من خلال النموذج التفسيري الذي يكون فيه مركز الضبط الداخلي متغيرا مستقلا ونوعية الحياة متغيرا تابعا، وإعادة التقييم متغيرا وسيطا، ويكون فيه الجنس متغيرا معدلا.

وفقا لما جاء به توصي الباحثة إلى ضرورة دق ناقوس الخطر بخصوص انتشار السمنة في المجتمع الجزائري. كما توصي بضرورة أخذ هذه الفئة بعين الاعتبار والتكفل المكثف والمتعدد لها حسب متطلبات وتعدد المرض. كما تحث الباحثة إلى القيام بحملات توعوية للوقاية من الوقوع في هذا المرض الوخيم أو زيادة تفاقمه. إضافة إلى ضرورة إقامة جمعيات مختصة للأفراد المصابين بالسمنة. أما في مجال علم النفس الصحة فتوصي الباحثة على تكوين مختصين في هذا المجال للتكفل بالمصابين بالسمنة من الناحية النفسية والسلوكية والانفعالية.

Abstract :

A study of interactional relationships in health psychology is imperative for the interpretation and prevention of chronic disease. This research aims to reveal the relationship between emotional regulation, health control center and quality of life in adults with moderate obesity.. It also seeks to reveal the difference between obese adults in the degree of emotional regulation according to the gender variable. The current research also seeks to reveal the difference between obese adults in the degree of health locus of control according to the gender variable. It also seeks to reveal the difference between obese adults in the degree of their quality of life according to the variable of sex.

To achieve the objectives of the current research, the researcher relied on the comparative descriptive approach, and the research sample consisted of (102) patients with moderate obesity (51 males and 51females). During the period of end (2017) to May (2020).

Several tools were used in this research, namely: emotional regulation scale, health locus of control scale and obesity quality of life scale.

The current research concluded with a set of results that were explained in the light of the theoretical background and the available studies, as follows:

1- There is a There is a positive correlation between emotional regulation and its strategies with quality of life in moderately obese adults.

2- There is a There is a positive correlation between the health control center and its dimensions (the internal dimension, the external dimension of both types, after the influential and after the lucky) and the quality of life of moderately obese people, as this hypothesis was partially achieved in the internal dimension.

3- There were no statistically significant differences between the sexes (male/female) in the degrees of emotional regulation and its strategies.

4- There are no statistically significant differences between the sexes (male/female) in the health control center and its dimensions.

5- There is a difference between the sexes (male/female) in the degree of quality of life of moderate obese adults in favor of men.

6- There is a relationship between emotional regulation, health locus of control and quality of life in moderately obese adults. This relationship can only be obtained through the explanatory model, in which the internal locus of control is an independent variable, quality of life a dependent variable, reappraisal a mediating variable and gender a modulating variable.

According to what has been mentioned, the researcher recommends the need to raise the alarm about the spread of obesity in Algerian society. It also recommends that this category be taken into account and that intensive and multiple support be provided to it according to the requirements and complexity of the disease. The researcher also urges to conduct awareness campaigns

فهرس المحتويات

أ	الملخص باللغة العربية.....
ج	الملخص باللغة الأجنبية.....
ل	قائمة الملاحق.....
س	قائمة الجداول.....
ص	قائمة المخططات والأشكال.....
1	مقدمة.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

6	تمهيد.....
6	1. إشكالية البحث.....
14	2. فرضيات البحث.....
15	3. أهداف البحث.....
16	4. أهمية البحث.....
17	5. تحديد المفاهيم الأساسية للبحث.....

الفصل الثاني: التنظيم الانفعالي

20	تمهيد.....
20	1. مفهوم التنظيم الانفعالي.....

21.....	2. النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي.....
21.....	1.2 نظرية التحليل النفسي.....
22.....	2.2 نظرية الإجهاد والتعامل.....
22.....	3.2 نظرية (Goleman, 1995).....
23.....	4.2 نظرية (Gross & Thompson, 2007).....
25.....	5.2 نظرية (Philippot, 2007).....
25.....	6.2 نظرية (Koole, 2009).....
26.....	7.2 نظرية (Berking, 2007).....
29.....	تعقيب عام حول نظريات التنظيم الانفعالي.....
29.....	3. استراتيجيات التنظيم الانفعالي.....
30.....	1.3 تصنيف (Parkinson & Totterdell, 1999).....
31.....	2.3 تصنيف (Gross, 2008).....
31.....	3.3 تصنيف (Leroy & Al., 2014).....
32.....	4. الفرق بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واستراتيجيات التعامل Coping.....
33.....	5. العوامل المؤثرة في التنظيم الانفعالي.....
34.....	1.5 سمات الشخصية.....
36.....	2.5 المعاملة الوالدية.....
37.....	3.5 التنشئة الاجتماعية.....
38.....	4.5 مراحل العمر.....
40.....	5.5 الجنس.....

41.....	6.5 القيم والثقافة
41.....	6. آثار استراتيجيات التنظيم الانفعالي
43.....	7. علاقة التنظيم الانفعالي بنوعية الحياة
44.....	8. علاقة التنظيم الانفعالي بالسمنة
46.....	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مركز الضبط الصحي

48.....	تمهيد
48.....	1. مركز الضبط
48.....	1.1 التطور التاريخي لمفهوم الضبط الداخلي - الخارجي
49.....	2.1 مفهوم مركز الضبط
49.....	1.2.1 المفهوم اللغوي
49.....	2.2.1 المفهوم الاصطلاحي
51.....	3.1 أبعاد مركز الضبط
53.....	4.1 العوامل المؤثرة في مركز الضبط
53.....	1.4.1 مراحل العمر
53.....	2.4.1 مركز الضبط عند الجنسين
55.....	3.4.1 التنشئة الاجتماعية
58.....	4.4.1 العامل الاقتصادي

58.....	5.4.1 المستوى التعليمي.....
59.....	6.4.1 العمليات المعرفية.....
59.....	5.1 سمات و خصائص ذوي مركز الضبط (الداخلي - الخارجي).....
60.....	1.5.1 بعض الخصائص والسمات التي تميز أفراد ذوو مركز الضبط الداخلي.....
61.....	2.5.1 بعض الخصائص و السمات التي تميز أفراد ذوو مركز الضبط الخارجي.....
63.....	2. مركز الضبط الصحي.....
63.....	1.2 نشأة مفهوم مركز الضبط الصحي.....
63.....	2.2 مفهوم مركز الضبط الصحي.....
64.....	3.2 أبعاد مركز الضبط الصحي.....
65.....	4.2 أنماط مركز الضبط الصحي.....
65.....	5.2 فعالية مركز الضبط الصحي.....
66.....	7.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالسلوكيات الصحية
67.....	8.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالأمراض العضوية.....
69.....	9.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالسمنة
70.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: نوعية الحياة

72.....	تمهيد.....
72.....	1. نبذة تاريخية عن نوعية الحياة.....

73.....	2. مفاهيم نوعية الحياة.....
73.....	1.2 المفهوم اللغوي.....
73.....	2.2 المفهوم الاصطلاحي.....
75.....	3. الاتجاهات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة.....
75.....	1.3 الاتجاه الفلسفي.....
75.....	2.3 الاتجاه النفسي.....
76.....	3.3 الاتجاه المعرفي.....
76.....	1.3.3 نموذج (1996) Lawton.....
77.....	2.3.3 نموذج (2002) Schalok.....
78.....	4.3 الاتجاه البيئي.....
79.....	1.4.3 نموذج (1980) Bubolz.....
79.....	2.4.3 نموذج (1984) Reich.....
79.....	5.3 الاتجاه الطبي.....
80.....	6.3 النماذج المتعددة الاتجاهات.....
80.....	1.6.3 نموذج (1992) Lindstrom.....
80.....	2.6.3 نموذج (2003) Anderson.....
81.....	3.6.3 نموذج أبو سريع وآخرون (2006).....
82.....	4. أبعاد نوعية الحياة.....
82.....	1.4 البعد الذاتي.....
83.....	2.4 البعد الموضوعي.....
85.....	5. خصائص نوعية الحياة.....

86.....	6. مؤشرات نوعية الحياة.....
87.....	7. قياس نوعية الحياة.....
87.....	1.7 المقاييس العامة.....
88.....	2.7 المقاييس النوعية.....
88.....	8. العوامل المؤثرة في نوعية الحياة.....
88.....	1.8 العوامل الداخلية.....
88.....	1.1.8 سمات الشخصية.....
90.....	2.1.8 الحالة الصحية.....
90.....	3.2.8 متغير الجنس.....
91.....	2.8 العوامل الخارجية.....
91.....	1.2.8 البيئة الاجتماعية.....
92.....	9. نوعية الحياة والسمنة.....
93.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: السمنة

95.....	تمهيد.....
95.....	1. مفهوم السمنة.....
95.....	1.1 المفهوم اللغوي.....

95.....	2.1 المفهوم الاصطلاحي
96.....	2. مدى انتشار السمنة.
97.....	3. أسباب السمنة.
97.....	1.3 العوامل الوراثية (البيولوجية)
97.....	1.1.3 النظريات الجينية
97.....	2.1.3 نظرية الشبع والجوع
97.....	3.1.3 النظرية الجلوكوستاتية.
97.....	4.1.3 النظرية الليبوستاتية.
98.....	2.3 العوامل البيئية
98.....	1.2.3 البيئة المبنية
98.....	2.2.3 البيئة الأسرية.
100.....	3.2.3 القيم والثقافة.
100.....	4.2.3 المستوى الاجتماعي-الاقتصادي
101.....	3.3 العوامل النفسية
103.....	4.3 العوامل الغذائية
105.....	4. تشخيص السمنة.
105.....	1.4 طريقة Loren
105.....	2.4 طريقة Broca
105.....	3.4 طريقة A-F Creff

105.....	4.4 طريقة Quetelet
106.....	5. أنواع السمنة
106.....	1.5 حسب المنظمة العالمية للصحة
107.....	2.5 حسب نظام تصنيف السمنة
108.....	3.5 حسب "فاطمة مرياح"
109.....	6. مسار المريض بالسمنة
109.....	7. مضاعفات السمنة
113.....	8. علاج السمنة
113.....	1.8 العلاج البيولوجي
113.....	1.1.8 الحمية
114.....	2.1.8 الصيام
114.....	3.1.8 الجراحة
115.....	4.1.8 العقاقير المثبطة للشهية
115.....	2.8 العلاج النفسي
115.....	1.2.8 التدخل السلوكي المعرفي
115.....	2.2.8 تدخل الأخصائي النفساني في الصحة
	3.2.8 التكفل بالسمنة حسب الجمعية الوطنية الفرنسية للجمعيات الخاصة بالمصابين
116.....	بالسمنة
117.....	خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد.....	120
1. منهج البحث.....	120
2. عينة البحث.....	121
1.2 خصائص عينة البحث.....	121
3. مجال البحث (الزماني، المكاني).....	122
4. أدوات البحث.....	123
1.4 مقياس التنظيم الانفعالي.....	123
2.4 مقياس مركز الضبط الصحي.....	126
3.4 مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية.....	132
5. إجراءات البحث.....	137
6. الأساليب الإحصائية للبحث.....	138

الفصل السابع: عرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث

تمهيد.....	140
1. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى.....	140
1.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....	140
2.1 تفسير نتائج الفرضية الأولى.....	141
2. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية.....	143

143.....	1.2 عرضة ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
145.....	2.2 تفسير نتائج الفرضية الثانية.....
148.....	3. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة.....
148.....	1.3 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
150.....	2.3 تفسير نتائج الفرضية الثالثة.....
152.....	4. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة.....
152.....	1.4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
154.....	2.4 تفسير نتائج الفرضية الرابعة.....
156.....	5. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة.....
156.....	1.5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
158.....	2.5 تفسير نتائج الفرضية الخامسة.....
161.....	6. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة.....
162.....	1.6 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....
163.....	2.6 تفسير نتائج الفرضية السادسة.....
168.....	7. الاستنتاج العام
169.....	8. التوصيات والاقتراحات.....
171.....	9. الخاتمة.....

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية.....174

المراجع باللغة الأجنبية.....183

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1): مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية في صورته الأصلية

ملحق رقم (2): مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية في صورته الأولية

ملحق رقم (3): قائمة الأساتذة المحكمين

ملحق رقم (4): استمارة البيانات الخاصة بالراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة

ملحق رقم (5): قائمة المقاييس بعد دراسة الخصائص السيكومترية (في شكلها النهائي)

ملحق رقم (7): المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	سمات أفراد الضبط الداخلي والخارجي	62
2	مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب "شالوك"	78

83	أبعاد نوعية الحياة	3
84	تفاصيل الأبعاد الفرعية للأبعاد الثلاث لنوعية الحياة	4
108	المؤشرات الدالة على المستويات الخمسة لنظام تصنيف السمعة l'E OSS	5
122	توزيع أفراد عينة البحث على بعض المتغيرات الديمغرافية	6
125	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي ودلالاتها	7
126	ثبات مقياس التنظيم الانفعالي بطريقة التجزئة النصفية	8
128	معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه لمقياس مركز الضبط الصحي حسب الدراسة الأصلية	9
129	قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي	10
129	قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي	11
129	قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين	12
130	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط الصحي ودلالاتها	13
131	قيمة T بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس مركز الضبط الصحي	14
132	ثبات مقياس مركز الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية.	15

134	عبارات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة قبل وبعد تعديلها	16
135	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن ودلالاتها	17
137	ثبات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن بطريقة التجزئة النصفية.	18
141	نتائج اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين درجة التنظيم الانفعالي واستراتيجيته ودرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.	19
144	نتائج اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين درجة مركز الضبط الصحي وأبعاده بدرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.	20
149	نتائج اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس التنظيم تبعاً لمتغير الجنس	21
153	نتائج اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس مركز الضبط الصحي وأبعاده تبعاً لمتغير الجنس.	22
157	نتائج اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس نوعية الحياة وأبعاده تبعاً لمتغير الجنس.	23

162	نتائج الانحدار لدلالة التفاعل بين إعادة التقييم المعرفي ومركز الضبط الصحي الداخلي ومتغير الجنس ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.	24

قائمة الأشكال والمخططات

الصفحة	العنوان	رقم الشكل أو المخطط
24	عمليات التنظيم الانفعالي	1
27	نموذج استراتيجية التعامل التكيفية مع الانفعالات Berking and Whitley (2014)	2
68	علاقة مركز الضبط الصحي بالمرض الجسدي	3
77	نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة	4
81	تصور أبو سريع وآخرون لمحددات نوعية الحياة	5
102	العلاقة بين العوامل النفسية وتطور السمنة	6
104	أهم العوامل المؤدية لظهور السمنة وفق النموذج التعاقدى التكاملى الادماجى. من اقتراح الباحثة.	7
166	مخطط توضيحي للنموذج التفاعلي التفسيري المقترح في البحث.	8



مقدمة

لقد أصبح العالم الحديث مهووسا بالمظاهر وحب الجمال، وبذلك أصبحت السمنة أمرا غير مرغوب فيه للرجال أو النساء على حد سواء، ورغم ذلك فهي تعد واحدة من أكثر المشاكل الصحية انتشارا في العالم. وكما هو الحال في العديد من أنحاء العالم، فلقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة تفاقما مخيفا لهذا المرض الوخيم، وإن ضعف الوعي الصحي وغياب ثقافة استهلاكية سليمة وصحية إضافة إلى نقص النشاط الحركي زاد من الطين بلة.

ولا يقتصر الأمر في العامل الغذائي وقلة النشاط البدني فحسب، بل بينت العديد من الدراسات حول أسباب نشأة السمنة إلى أن هذا المرض متعدد الأسباب والعوامل، من عوامل بيولوجية وراثية وعوامل نفسية وعوامل انفعالية وعوامل بيئية مختلفة. لذلك وُجِب علينا دراسة كل هذه العوامل للوقاية من مرض السمنة الوخيم. وباعتبار علم النفس الصحة من بين الاختصاصات في علم النفس المتعددة النماذج، فهو يتماشى مع تعقد السمنة كمرض متعدد العوامل. ولقد جاء البحث التالي لفهم أكثر لهذا المرض عند بدايته و للوقاية من أخطاره الذي قد يصل بصاحبه إلى الموت. حيث هدف البحث الآتي إلى الكشف عن العلاقة بين كل من التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة، وذلك وفق متغير الجنس.

وتجدر الإشارة إلى أن البحث الحالي اعتمد على المنهج الوصفي المقارن والذي يقوم بوصف الفروق الموجودة في الظاهرة المدروسة. أما أدوات البحث الحالي فتمثلت في استمارة البيانات الشخصية شملت سن، جنس ومؤشر كتلة الجسم الخاص بعينة البحث المستهدفة، إضافة إلى بطارية من المقاييس تتمثل في: مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس مركز الضبط الصحي ومقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة. وشملت عينة البحث (102) مصاب ومصابة بالسمنة المعتدلة (50% منهم ذكور و 50% إناث)، تم اقتناؤهم بطريقة قصدية.

ولتحقيق أهداف البحث التالي تم تنظيمها على الأسس العلمية المتفق عليها لإنجاز مثل هذا النوع من الأبحاث. وقد تصدر البحث مقدمة ثم جاء مضمون هذا البحث مقسّم إلى جانبين، الأول يتعلق بالجانب النظري والثاني يتعلق بالجانب الميداني. حيث يحوي الجانب النظري خمسة فصول وهي:

الفصل الأول: وهو فصل تمهيدي تطرق إلى الخلفية النظرية التي انطلق منها البحث، ويشمل إشكالية البحث وتساؤلاته، وفرضياته، وتحديد المفاهيم، وأهداف وأهمية البحث.

الفصل الثاني: خصص هذا الفصل لمفهوم التنظيم الانفعالي واستراتيجيته، مروراً بمفهوم التنظيم الانفعالي، النظريات المفسرة له، استراتيجيات التنظيم الانفعالي وتصنيفاتها المختلفة، الفرق بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واستراتيجيات التعامل، العوامل المختلفة المؤثرة في التنظيم الانفعالي، آثار استراتيجيات التنظيم الانفعالي، ثم علاقة التنظيم الانفعالي بنوعية الحياة، وأخيراً علاقة التنظيم الانفعالي بالسمنة.

الفصل الثالث: انتقلت الباحثة في الفصل الموالي إلى مركز الضبط الصحي أين تطرقت أولاً إلى نشأة مركز الضبط و مفهومه، أبعاده، العوامل المؤثرة فيه، سمات وخصائص ذوي مركز الضبط (الداخلي والخارجي)، ثم تم التطرق لمفهوم مركز الضبط الصحي مروراً بتعريفاته، أنماطه ومحدداته، فعاليته وعلاقته بكل من السلوكيات الصحية، علاقته بالأمراض العضوية والسمنة.

الفصل الرابع: يتناول هذا الفصل نبذة تاريخية حول تطور مفهوم نوعية الحياة، مختلف الاتجاهات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة، خصائصها، مؤشراتنا، قياسها، العوامل المؤثرة فيها، وأخيراً علاقة نوعية الحياة بالسمنة.

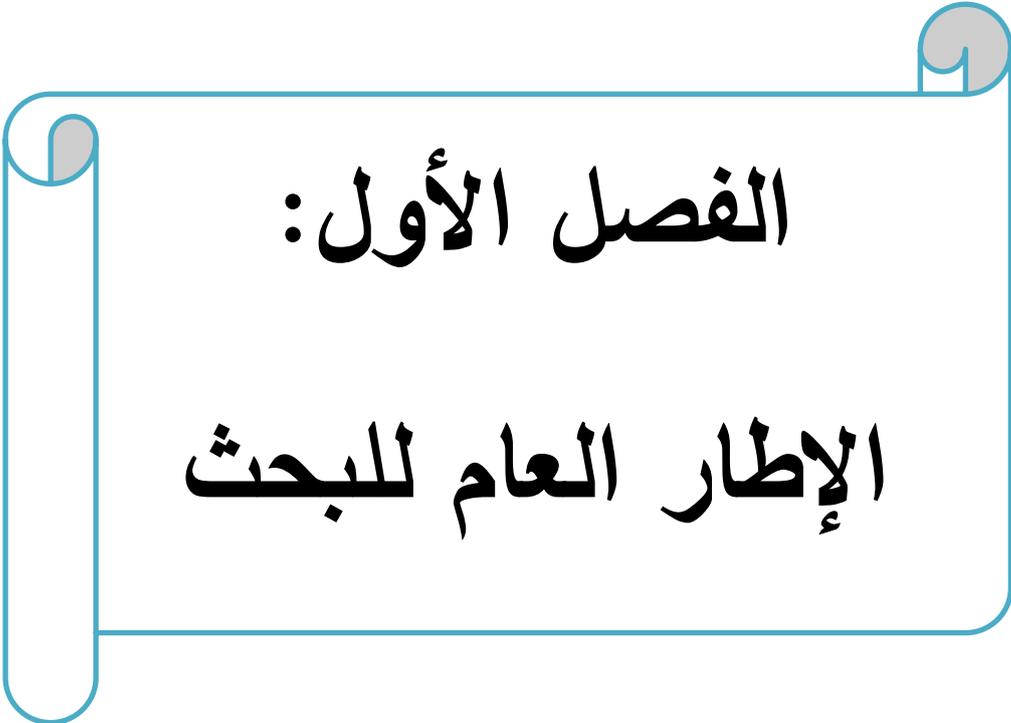
الفصل الخامس: يركز هذا الفصل على تقديم معلومات مفصلة حول السمنة في ضوء علم النفس الصحة، مروراً بتعريفه، العوامل المسببة في ظهوره، تشخيصه، أنواعه وتصنيفاته، مسار المريض بالسمنة، مضاعفات السمنة، ثم علاجه والتكفل به.

أما الجانب الميداني فينقسم بدوره إلى فصلين وهما:

الفصل السادس: يتعلق هذا الفصل بالجانب المنهجي الذي يشمل الخطوات المنهجية التي تم اعتمادها لاختيار فرضيات البحث انطلاقاً من عرض المنهج المتبع، وتحديد المجال المكاني والزمني للبحث، التعريف بعينة البحث وخصائصها، ثم الأدوات المعتمدة في البحث والخصائص السيكومترية لكل منها، بالإضافة إلى إجراءات البحث، وأخيراً الأساليب الإحصائية المتبعة في البحث.

الفصل السابع: تم تخصيص هذا الفصل لعرض نتائج البحث في ضوء فرضياته، مناقشتها ثم تفسيرها وربطها بالتراث النظري وأهم النتائج التطبيقية المتوصل إليها من خلال الدراسات السابقة المتاحة، متبوعة بالاستنتاج العام بالإضافة إلى التوصيات والاقتراحات التي ستفتح آفاق جديدة لميادين بحثية أخرى، وخلص البحث بالخاتمة.

الجانب النظري



الفصل الأول:
الإطار العام للبحث

تمهيد:

تعد السمنة من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان في عصرنا الحالي لما تُخلّفه من مضاعفات كالسرطان، وداء السكري، أمراض القلب، أمراض التنفس وغيرها، والتي قد تؤدي بصاحبها إلى الموت.

ويأتي البحث الحالي كواحد من البحوث التي تدعم الاهتمام بالجانب النفسي الصحي الوقائي، وفي هذا الفصل ستقوم الباحثة بعرض الخلفية النظرية لمشكلة البحث، متبوعة بالتساؤلات والفرضيات وأهداف البحث وأهميته، وكذا تحديد المفاهيم الأساسية للبحث.

1. إشكالية البحث:

يُعتبر علم النفس الصحة من بين المجالات الحديثة في علم النفس، وهو أحد فروع علم النفس التطبيقية المعاصرة الذي عرف تطوراً هائلاً خلال فترة وجيزة. بحيث أصبح علماً له موضوعاته المحددة ومناهجه الخاصة وأهدافه الواضحة. ويعرّفه (Matarazzo, 1984) على أنه: "ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يدرس العوامل النفسية والسلوكية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض بما في ذلك دراسة أساليب تشخيص وعلاج المشكلات الصحية وطرق الوقاية منها" (يخلف، 2001، ص. 29).

كما يُعرّف علم النفس الصحة بأنه: "الدراسة العلمية التي تهتم بالكشف عن منظومات العلاقات بين العوامل النفسية وكل من الصحة والمرض على حدة". مما تنحصر أهدافه في تفعيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة في مجالات: تحسين الصحة العامة والحفاظ عليها، الوقاية من المرض، التدخل بصور شتى تتمثل في: تنمية أنماط العادات والسلوك الصحي، تعديل كثير من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول الصحة والمرض، علاج بعض الاضطرابات النفسية و النفس-جسمية الناجمة عن الإصابة بالأمراض، كل ذلك لتحقيق أفضل نوعية حياة مرتبطة بالصحة كما وكيفا" (رودهام، 2012/2009، ص. 15).

ومن بين الإشكاليات التي تطرّق إليها علم النفس الصحة الأمراض المزمنة غير المعدية، والتي تسببت في 74% من إجمال الوفيات المسجلة حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة (OMS) لعام (organisation mondiale de la santé [OMS], 2020)، وهي تشكّل السبب الرئيس للعجز والوفيات ولاسيما في الدول الصناعية، فهي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية

طويلة لا يمكن الشفاء منها في الغالب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه (تايلور، 2008/1986، ص.45).

وتعتبر السمنة من بين الأمراض المزمنة الحالية التي نالت اهتمام علم النفس الصحة فهي مرض العصر، إذ تفاقمت أرقام هذا المشكل الصحي على الصعيد العالمي، حيث عرفت السمنة تزايداً يقدر بثلاث أضعاف منذ 1975 إلى يومنا هذا، حسب أواخر إحصائيات المنظمة العالمية للصحة المتحصل عليها. فمرض السمنة يمس 1.4 مليار فرد ذو 20 سنة فما فوق في العالم حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة، وفي 2030 يحتمل أن يصل هذا العدد إلى 3.3 مليار. وفي 2016 أكثر من 1.9 مليار راشد يبلغ من العمر 18 سنة فما فوق كانوا يعانون من فرط في الوزن، و650 مليون منهم يعانون من سمنة أي نسبة 39% من الراشدين في العالم يعانون من فرط في الوزن و13% يعانون من سمنة. وإن معظم سكان العالم يعيشون في بلدان أين زيادة الوزن والسمنة تتسبب في الموت أكثر من النقص في الوزن، وذلك في كل مناطق العالم عدا بعض المناطق المتواجدة في صحاري إفريقيا وآسيا (Ogden,2018,p.446).

كما تعد السمنة من أخطر أمراض العصر، وذلك لارتباطها بأمراض خطيرة على سبيل المثال أمراض الكلى المزمنة (Neuhu, 2019)، والنوع الثاني من داء السكري (Smith & Ravussin,2002) وأمراض القلب (Cayres & al., 2016)، والسرطان (Calle & al.,2003)، ومرض الزهايمر (Benito & al., 2013)، والربو (Sole.,2013)، وزيادة المياه البيضاء في العين وإعتام عدسة العين Cataract (Ghanavati& al., 2015)، إضافة إلى تأثيرها في ضعف تقدير الذات (French & al., 1995)، وضعف نوعية الحياة (Erin & al.,2019)، وزيادة الاكتئاب (Needham&Crosnoe,2004)، وزيادة معدل الوفيات (Katherine & al., 2013) (قدومي ونصر الله، 2019، ص.290).

ولقد حذرنا الله تعالى من خطر الإفراط في تناول الطعام، حيث قال عز وجل: ﴿كُلُوا مِنْ طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَلَا تَطْغَوْا فِيهِ فَيَحِلَّ عَلَيْكُمْ غَضَبِي وَمَنْ يَحِلَّ عَلَيْهِ غَضَبِي فَقَدْ هَوَى﴾ (القرآن الكريم، طه:80).

كما هو الحال في العديد من البلدان، فإن حالة الفرط في الوزن والسمنة مثيرة للقلق في الجزائر، ففي 2005، 55.9% من الأفراد الذين ينتمون إلى الفئة العمرية من 35-70 سنة كانوا يعانون من زيادة الوزن و 21.24% كانوا يعانون من السمنة حسب دراسة جزائرية تحت اسم « TAHINA »

(Atek & Al., 2010, p.13).

وعلى هذا تم اختيار عينة البحث المتمثلة في الراشدين المصابين بالسمنة في بدايتها (السمنة المعتدلة) لغرض وقائي، فكلما كان التكفل مبكراً كلما تقادينا ما قد تُحدثه السمنة من مضاعفات والتي قد تؤدي بصاحبها إلى الموت.

والسمنة حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) هي: "تراكم غير طبيعي أو مفرط لدهون الجسم والتي يمكنها إحداث ضرر على الصحة". كما اعترفت المنظمة العالمية للصحة (OMS) في 1997 أن السمنة مرض مزمن، لما تُخلفه من نتائج على الرفاهية الجسدية والنفسية (Basdevant, 2011, p.20).

ولقد صنفت المنظمة العالمية للصحة أربع أنواع من السمنة اعتماداً على مؤشر كتلة الجسم (IMC) الذي يتم قياسه بحساب مربع وزن الجسم على الطول بالسنتيمتر. ويمكن التمييز بين أربع أنواع من السمنة: فرط في الوزن (مؤشر كتلة الجسم أصغر أو تساوي القيمة 25 كلغ/م² ولا تتعدى 30 كلغ/م²)، سمنة من النوع الأول أو السمنة المعتدلة (مؤشر كتلة الجسم محصور بين القيمتين 30 كلغ/م² و 35 كلغ/م²)، سمنة من النوع الثاني أو سمنة حادة (مؤشر كتلة الجسم محصورة بين القيمتين 35 كلغ/م² و 40 كلغ/م²) وسمنة من النوع الثالث أو سمنة خطيرة (مؤشر كتلة الجسم تفوق 40 كلغ/م²) (Dalu, 2009, pp.4-5). وكلما كان التكفل بالسمنة مبكراً كلما قلّت مضاعفاته والتي قد تؤدي بصاحبها إلى الموت، إذ تعتبر السمنة خامس عامل خطر يؤدي إلى 8.2 مليار وفاة حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة (OMS, 2018). كما أنّ التكفل المبكر بالسمنة يقي من الدخول في مشكلات طبية مختلفة تسببها مثل أمراض القلب والسكري وهشاشة العظام وحصوات المرارة والسرطان وارتفاع ضغط الدم، إلخ.

إنّ السمنة مهما كان نوعها تؤدي إلى تدهور نوعية الحياة لدى الفرد المصاب بها، لما تسببه من معاناة جسدية (كالضيق في التنفس) والتي تؤثر على مهام المريض اليومية لتصبح أتعق الأعمال بالنسبة للشخص ذو الوزن العادي والسليم عبارة عن تحدي بالنسبة للمريض بالسمنة، إضافة إلى ذلك فهي تؤثر على حياته الاجتماعية والشخصية، إذ نجد الأفراد الذين يعانون من السمنة يميلون إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية.

وينظر إلى نوعية الحياة على أنها إدراك الفرد لوضعه الحياتي في سياق ثقافة وأساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة

عامة (بلعباس، 2016، ص53). وبذلك فإن علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة في نوعية حياة الإنسان، ويرجع ذلك إلى أن نوعية الحياة عبارة عن الإدراك الذاتي لنوعية الحياة، حيث أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل والعمل والتعليم يمثل انعكاس مباشر لإدراك هذا الفرد لنوعية الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة له، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، والذي يؤثر بدوره في تعاملات الفرد مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته بما في ذلك أسلوبه في حل المشكلات ومواجهة المواقف الضاغطة (دايدي، 2016، 88-89).

إن تدهور نوعية الحياة لدى الفرد المصاب بالسمنة مهما كان نوعها (سمنة معتدلة، سمنة حادة، سمنة خطيرة) يمكن أن يتأثر بعوامل أخرى مختلفة متعلقة بالفرد بحد ذاته وبالبيئة التي ينتمي إليها، تتفاعل فيما بينها وتعمل على تحديد مستوى نوعية الحياة لدى الفرد البدين. كما أن السمنة مرض معقد، متعدد العوامل، ينتج عن التأثيرات التفاعلية للعديد من العوامل الاجتماعية، النفسية، السلوكية، الوراثة والتمثيل الغذائي، والعوامل الانفعالية للفرد.

فالانفعالات تعتبر من بين أهم العوامل المسببة لظهور وتطور السمنة، وترى سلوم (2015) أن الانفعالات تعد من الجوانب الحيوية في الشخصية لدورها الهام في سلوك الأفراد، فهي إما أن تسم السلوك بالسواء أو أن تسمه بالاضطراب تبعاً لمستوياتها ومدى توافقها مع الموقف المعاش. وانطلاقاً من هذه الأهمية، لقي موضوع الانفعالات اهتماماً بالغاً من قبل علماء النفس، أمثال Lang وSchachter وغيرهم، الذين صبوا جل اهتمامهم على وصف الانفعالات ومسببات حدوثها، فصاغوا نتيجة لذلك نظريات عدة، كالنظريات الفزيولوجية أو المعرفية أو السلوكية.

فيما بعد، ظهر الاهتمام بجوانب أخرى تتعدى وصف الانفعال ومسببات حدوثه إلى كيف ننظم التعبير عن انفعالاتنا ونؤثر فيها، وكيف ندير هذا الجانب الهام والحيوي بطريقة نحافظ فيها على صحتنا النفسية والجسمية. فظهر نتيجة لذلك ما اصطلح على تسميته باستراتيجيات التنظيم الانفعالي التي عن طريقها نؤثر على مستويات استجاباتنا الانفعالية (Gross, 1998, p.499).

ويُعتبر التنظيم الانفعالي (Emotional Regulation) من المفاهيم الحديثة في علم النفس، ويقوم على فكرة أن الناس يُفضّلون الانفعالات السارة على غير السارة وينظّمونها وفقاً لذلك

(Gross & Thompson, p.6 ; Tamir & Ford, 2011, p.1) وقد بدأ البحث فيه عام(1961) على شكل دراسات وصفية حول آليات الدفاع Defense mechanisms المستخدمة للتعامل مع المواقف الضاغطة (Gross&Ochsner, 2008, p.153).

حيث يشير التنظيم الانفعالي إلى تلك العملية المتصلة بتعديل والتأثير على متى وكيف يتم التعبير عن الانفعالات الخاصة، وكيف يتم معايشة تلك الانفعالات (Olatunji & Cisler, 2012). ويشتمل مفهوم التنظيم الانفعالي على سلسلة واسعة من العمليات الشعورية وغير الشعورية المعرفية، السلوكية، الفيزيولوجية (Butt & al., 2013, p.771).

أما (Roemer & Gratz, 2004, p.42) فيحددان مفهوم التنظيم الانفعالي بمجموعة من القدرات تشتمل على: الوعي بالانفعالات وفهمها، قبول الانفعالات، السيطرة على السلوكيات المتهورة والتصرف وفقاً للأهداف المرجوة عند التعرض للانفعالات السلبية، الاستخدام الموقفي والمرن لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي. ويكشف الغياب النسبي لأي من هذه القدرات أو جميعها عن صعوبات في تنظيم الانفعال.

في حين يعرف (Gross, 2002, p.11) التنظيم الانفعالي على أنه: "الأساليب التي يستخدمها الفرد للتأثير على مستويات الاستجابة الانفعالية".

ويستخدم الفرد في عملية تنظيم الانفعال استراتيجيتين هما: إعادة التقييم المعرفي، حيث يتم إعادة تقييم المواقف المستقبلية أو الحاضرة بحيث يتم تغيير التأثير الانفعالي. وتشمل تغيير وإعادة صياغة طريقة تفكير الفرد حول الموقف والانفعال لتنظيم تأثيرهما. والاستراتيجية الثانية فتتمثل في قمع التعبير الانفعالي، وهي استراتيجية متمركزة حول الاستجابة، حيث تكون الاستجابة السلوكية أو التعبيرات الانفعالية حول الموقف تخيلية أو بشكل غير ظاهر للآخرين. وتتطوي على تغيير أو منع العلامات السلوكية الجسمية وتعبيرات الوجه الانفعالية (Thompson & Gross, 2007). أي أن استراتيجية إعادة التقييم تكون مبكرة في عملية توليد الانفعال، لأنها تتضمن طريقة تغيير أفكار ما عن الموقف من أجل تقليل تأثيره الانفعالي، وبالتالي تقلل من الخبرة الانفعالية والسلوكية وليس لها تأثير على الذاكرة، بينما تكون استراتيجية القمع متأخرة في عملية توليد الانفعال لأنها تتضمن تثبيط الإشارات الخارجية للانفعال وبالتالي تقلل التعبير السلوكي والفشل في تقليل خبرة الانفعال ويكون تبعاً لها تأثير فعلي على الذاكرة وتزيد من الاستجابة الفيزيولوجية لدى كل الأطراف في ضوء ذلك فإن عملية تنظيم الانفعال تتضمن زيادة والحفاظ على أو تقليل واحد أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية (المشاعر، السلوكيات، الاستجابة الفيزيولوجية) التي تشكل الانفعال (Gross, 2002).

وتبرز أهمية التنظيم الانفعالي في مساعدة الأفراد على اتخاذ القرارات الصائبة في الظروف المختلفة التي يواجهونها، وتكوين شخصية سوية للأفراد، من خلال عملية التحكم والسيطرة على الذات فالأفراد المتزنين انفعاليًا أي المسيطرين على ذواتهم متحكمين فيها، لديهم القدرة والإرادة على اتخاذ

القرارات الصحيحة أو الصائبة (الضيق، 2018، ص ص. 2-6). وعلى عكس ذلك، فإن عدم القدرة على التحكم في الانفعالات يجعل الأفراد غير متزنين انفعالياً، فجندهم يقومون بسلوكيات غير صحيحة، كاتخاذهم سلوكيات غير صحية والتي تزيد من خطر إصابتهم باضطرابات عضوية وأمراض كالسمنة.

إضافة إلى الانفعالات هناك عوامل أخرى تساهم بدورها في ظهور السمنة، نذكر منها العوامل النفسية والسوابق الاستعدادية للفرد كسمات الشخصية. فهذه الأخيرة حسب (Schweitzer & al., 2014, p.536) تأثيرات غير مباشرة، وقد تحدث تفاعلات مع جوانب معينة من السياق أو مع سمات أخرى، أو قد تمر الآثار عبر إدراك الصحة وسلوكيات الخطر، أو من خلال المسارات الفيزيولوجية أو من خلال العمليات التعاقدية التي تؤثر بدورها على النتائج الصحية.

من بين هذه السوابق الاستعدادية وسمات الشخصية للفرد نجد مركز الضبط الصحي، وهو مفهوم برز من نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها Rotter (1954)، وهي تستند إلى أعمال مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية.

وحسب دراسات عاملية قامت بها Levinson(1973) فإنها تفصل مركز الضبط إلى ثلاث

أبعاد:

- الضبط الداخلي: ويعني اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن الأحداث في حياته وعن النتائج التي يحصل عليها وأن الأحداث والنتائج تعتبر نتيجة منطقية للأعمال التي يقوم بها، وأنه يشعر بالتمكن والكفاءة والقدرة على التحكم في حياته وعالمه الخاص.
- الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين): هو اعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ هم المسؤولون عن الأحداث والنتائج، وأنه يشعر بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله.
- الضبط الخارجي (الحظ أو الفرصة): هو اعتقاد الفرد بأن القوى الغيبية كالحظ، أو الفرصة، أو القدر هي المسؤولة عن الأحداث الإيجابية أو السلبية والنتائج في حياته، واعتقاده بأن هذه النتائج غير مرتبطة بأفعاله الخاصة أو بصفاته الشخصية (جبالي، 2007، ص.55).

وعليه فإن مركز الضبط الصحي هو مدى اعتقاد الفرد أن صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو خارجية. وإن الأفراد الذين يعتقدون بعدم قدرتهم على السيطرة على حالتهم الصحية (ذووا الضبط الخارجي) يكونون أقل ميلاً للانخراط في السلوك الوقائي من الناس الذين يعتقدون أنهم يتحكمون في وضعهم الصحي (ذووا الضبط الداخلي).

تسعى النماذج الحديثة في علم النفس وعلم النفس الصحة إلى الكشف عن العلاقات التفاعلية لتفسير الصحة والمرض، ومن بين هذه النماذج نذكر النموذج التفاعلي التعاقدى التكاملى الإدماجي (TIM) المقترح من طرف Bruchon-Schweitzer في كتابها "علم النفس الصحة" في طبعته الثانية عام 2014. ويقصد بالعلاقة التفاعلية وجود علاقة خطية بين متغير مستقل وآخر تابع لكن بوجود وجود متغيرات أخرى تتفاعل معها وتعمل إما كوسيط أو كمعدلة في العلاقة، ويكون لهذه المتغيرات تأثير على شدة واتجاه العلاقة.

حيث أن مصطلح "الوساطة" يشير إلى وجود عملية يؤثر فيها المتغير المستقل على المتغير التابع ويكون المتغير المستقل سببا لظهور عمل المتغير الوسيط أو لشدة، والذي بدوره يقوم بالتأثير على النتيجة (المتغير التابع). كما أن المتغير الوسيط يكون إما نوعي (كالجنس) أو كمي (كالمستوى التعليمي أو الاقتصادي) ويؤثر على اتجاه وشدة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع. أما مبدأ المتغير المعدل فيتمثل في تعديل العلاقة بين المنبئ (prédicteur) والمعيار (critère) (Rascle&Irchabal,2001, p.109).

كما يُعَبَّرُ النموذج التعاقدى التكاملى الإدماجي (TIM) الانفعالات على أنها متغيرات وسيطة بين الموارد كمركز الضبط الصحي والمخارج أو النتائج كنوعية الحياة.

ولقد كشفت بعض الدراسات عن الدور الوسيط للتنظيم الانفعالي واستراتيجيته من بينها نذكر دراسة جاء بها (Verbe & al.,2019) تحمل عنوان "الدور الوسيط للتنظيم الانفعالي بين اضطراب ما بعد الصدمة والإدمان على الأكل" حول (146) مريض في المستشفى في رعاية المتبعة وإعادة التأهيل من الإدمان عن الكحول والذي قيس بالرجوع لـ DSM-5، وتم التوزيع على عينة البحث استبيان ذاتي يجمع المعلومات السوسيوديموغرافية، مقياس الإدمان عن الأكل المعدل لـ Yale " modified Yale Food Addiction Scale"، قائمة مرجعية لاضطراب ما بعد الصدمة لـ DSM-5 ومقياس صعوبة التنظيم الانفعالي Difficulties in Emotion Regulation Scale. وتوصلت الدراسة إلى أن للتنظيم الانفعالي دور وسيط في تطور اضطراب ما بعد الصدمة والإدمان على الأكل (Verbe J., 2019, p. 596).

كما أعطى النموذج التفاعلي المعتمد في البحث الحالي التعاقدى التكاملى الإدماجي أهمية للمتغيرات السوسيوديموغرافية والتي من بينها نجد متغير الجنس. وإن من بين الدراسات التي كشفت عن الدور التفاعلي بوجود متغير الجنس كمعدل نجد دراسات حول سمات الثلاثية المظلمة

(النرجسية narcissisme، السيكوباتية psychopathie، والميكافيلية machiavélisme) ومؤشرات الصحة العقلية (Jonason et al., 2013).

ففي حالة المرض كالسمنة تعمل المتغيرات الوسيطة والمعدلة على تعجيل أو تأجيل ظهور المرض. وإن عملية تعجيل ظهور وتطور السمنة تعطي لهذه المتغيرات النفسية أو الانفعالية أو السوسيوديموغرافية دورًا إمراديا أي دورًا سلبيًا على نوعية الحياة وتدهورها وتطور الحالة المرضية، أما في حالة تأجيل المرض فإن هذه المتغيرات تلعب دورًا في تحسين نوعية الحياة وتقادي مضاعفات السمنة، فهي بذلك تلعب دورًا وقائيًا.

على هذا السياق ووفقًا لما تم التطرق له، جاءت فكرة البحث الحالي والذي سيحاول الإجابة عن التساؤل التالي: ما هي العلاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس؟

ويتفرع التساؤل العام إلى عدة أسئلة فرعية وهي كالآتي:

- 1.1 هل توجد علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي و نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة؟
- 2.1 هل توجد علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة؟
- 3.1 هل توجد فروق في استراتيجيتي التنظيم الانفعالي (إعادة التقييم المعرفي والقمع) تعزى لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة؟
- 4.1 هل توجد فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي (البعد الداخلي والخارجي) تعزى لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة؟
- 5.1 هل توجد فروق في درجة نوعية الحياة حسب متغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة؟
- 6.1 هل توجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ضوء متغير الجنس؟

2. فرضيات البحث:

تتمثل الفرضية العامة للبحث في ما يلي: يوجد علاقة تفاعلية بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس.

أما الفرضيات الجزئية فنتمثل فيما يلي:

1.2 توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي و نوعية الحياة لدى الراشدين المصاب بالسمنة المعتدلة.

2.2 توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصاب بالسمنة المعتدلة.

3.2 توجد فروق في درجات استراتيجيتي التنظيم الانفعالي تعزى لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

4.2 توجد فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي تعزى لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

5.2 توجد فروق في نوعية الحياة حسب متغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

6.2 توجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ضوء متغير الجنس.

3. أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تسليط الضوء على مرض العصر ألا وهو مرض السمنة، والتعرف على بعض المتغيرات (التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي) في ضوء متغير الجنس، والتي قد يكون لها دور وقائي ضد مضاعفات المرض أو إما تساهم في تضاعفه وتدهور نوعية حياة المصاب بالسمنة. ويمكن تلخيص أهداف البحث فيما يلي :

- الكشف عن العلاقة بين التنظيم الانفعالي باستراتيجيته (اعادة التقييم المعرفي والقمع) ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

- الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي بأبعاده (البعد الداخلي والخارجي) ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
- التعرف على دلالة الفروق في استراتيجيات التنظيم الانفعالي تبعا لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
- التعرف على دلالة الفروق في أبعاد مركز الضبط الصحي تبعا لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
- التعرف على دلالة الفروق في درجة نوعية الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
- التعرف على العلاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس.
- اقتراح نموذج تفسيري يبين العلاقات التفاعلية الموجودة بين متغيرات البحث لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.

4. أهمية البحث:

إن من بين أغراض علم النفس الصحة هو تقادي الوقوع في المرض والحفاظ على الصحة هذا ما يسمى بالوقاية الأولية، أما في حالة الوقوع في المرض فإن مهمة المختص النفسي في الصحة هو تقادي مضاعفات المرض وتحسين نوعية حياة المريض لتحقيق الرفاهية وضمان صحة نوعا ما جيدة للمريض (وقاية ثانوية).

ويعتبر البحث الحالي من بين البحوث التي تهتم بتبيان العلاقات التفاعلية بين متغيرات مختلفة كالمتغيرات النفسية والانفعالية والبيولوجية عند الأفراد المصابين بالسمنة، ويمكن تلخيص أهمية البحث الحالي فيما يلي :

- من الناحية النظرية: تكمن أهمية البحث في كونه من المواضيع الجديدة التي تشغل بال الباحثين، بالإضافة إلى أنه لا توجد بحوث في حدود علم الباحثة تصدت بدراسة كلا من التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ضوء متغير الجنس، كما أن الأبحاث المتعلقة بالسمنة في الجزائر قليلة جدا، نفس الشيء بالنسبة للأبحاث والدراسات حول التنظيم الانفعالي والتي هي قليلة في البلدان العربية.

• **من الناحية التطبيقية:** تتمثل في الاستفادة التطبيقية لنتائج البحث واستخدامها في مجال الصحة لفهم أكثر للتنظيم الانفعالي واستراتيجياته ومركز الضبط الصحي وأبعاده والدور الذي قد يمكن أن تلعبه كعوامل واقية من أجل تحسين نوعية الحياة لدى الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة والوقاية من مضاعفات المرض وتطوره. ولا تكمن الاستفادة لنتائج البحث الحالي للعاملين في مجال الصحة فقط بل كذلك لتوعية، لتثقيف وتربية المريض بالسمنة المعتدلة والأشخاص المؤهلين في الوقوع في المرض وأقربائهم.

5. تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

سننطلق في هذا العنصر إلى تحديد المفاهيم الواردة في البحث الحالي قصد وضع إطار لحدوده، بداية بالسمنة ونوعية الحياة ثم التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي.

1.5 مفهوم السمنة :

أ. لغة :

أول من استخدم هذا المصطلح الانجليزي (RandleCotgrave,1611)، وفي اللغة العربية تعني البدانة وهي مشتقة من كلمة سمين أي ممتلئ الجسم (بدوي،1993، ص.92).

ب. إصطلاحا :

تعرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) السمنة على أنها: "تراكم غير طبيعي أو مفرط لدهون الجسم والتي يمكنها إحداث ضرر على الصحة".

كما اعترفت المنظمة العالمية للصحة أن السمنة مرض مزمن في 1997، لما تخلفه السمنة من نتائج على الرفاهية الجسدية والنفسية (Basdevant,2003,p.20).

ج. إجرائيا :

هو ذلك الشخص الذي تم تشخيص لديه سمنة معتدلة والذي يقوم بمتابعة طبية في العيادة المتعددة الاختصاصات للطب العام والوخز بالإبر والتغذية للطبيبة هوارة بلدية باباحسن بالجزائر العاصمة وذلك بداية من شهر فيفري 2018 إلى غاية 2020.

2.5 مفهوم نوعية الحياة :

أ. لغة :

النوع هو طبيعة وخصائص إحساس، أي كيان يجعله فريد والحياة هي الحالة الفعلية لأن يكون الكائن حيًا للقيام بالوظائف المختلفة التي ترتبط بالحياة أو التكيف مع البيئة (جابر عبد الحميد، 1993).

ب. إصطلاحاً :

عرّفت منظمة الصحة العالمية (OMS, 2013) نوعية الحياة بأنها: "إدراك الفرد لموقعه في الحياة، وصحة الفرد وسعادته وإشباع حاجاته ورغباته، وتقدير ذاته في سياق الثقافة، والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته واهتماماته ومعتقداته (القشاروطشطوش، 2016، ص. 138).

ج. إجرائياً :

تُعرّف نوعية الحياة إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المستجيب المريض بالسمنة المعتدلة على مقياس نوعية الحياة المستخدم في الدراسة والخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية. وكلما ارتفعت درجة المقياس دلت على أن المصابين بالسمنة المعتدلة يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة وعكس ذلك كلما انخفضت درجة المقياس دلت على أن مستوى نوعية الحياة لديهم منخفض.

3.5 مفهوم التنظيم الانفعالي :

أ. لغة :

يتكون مصطلح التنظيم الانفعالي من كلمتين : التنظيم والانفعال. وكلمة التنظيم هي مصدر للفعل "نظم" وتعني في معجم اللغة العربية المعاصرة تأليف أجزاء متآزرة لأداء غرض معين، أما الانفعال فهو مصدر للفعل "انفعل" وتعني حالة وجدانية يثيرها مؤثر ما في الكائن الحي تصحبها تغيرات فيزيولوجية، وتكون الاثارة نتيجة لتعطيل فعل أو سلوك ينزع إليه الفرد أو نتيجة لتحقيق رغبة (أحمد، 2008).

ب. إصطلاحا :

يعرف (Gross,2002, p.282) التنظيم الانفعالي بأنه: " العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع وكمية الانفعال الذي يخبره هو - أو يخبره الآخرون من حوله- وكيفية التعبير عن تلك الانفعالات".

ج. إجرائيا :

هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد المصاب بالسمنة المعتدلة في مقياس التنظيم الانفعالي المستخدم في البحث الحالي.

4.5 مفهوم مركز الضبط الصحي:

أ. لغة :

يعتبر مفهوم مركز الضبط من المفاهيم الحديثة نسبيا في الدراسات السيكولوجية ولذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي « Lotus Of Control » مثل : مصدر التحكم ، وجهة الضبط ، موضع الضبط ، مصدر الضبط ، و كل هذه الترجمات لا تكشف عن المعنى المقصود من الواجهة النفسية ، فالفرد ذو البنية النفسية الداخلية يتحكم بسلوكات وبالأحداث من حوله ، أما الفرد ذو البنية النفسية الخارجية تتحكم الأحداث والمواقف به دون تدخل يذكر من جانبه ، وبذلك يكون مركز الضبط أكثر الترجمات دلالة على المفهوم من الناحية السيكولوجية (الأحمد، 2001، ص.209) .

ومن بين المجالات التي استعملت هذا المصطلح مجال الصحة وعلى إثره ظهر مصطلح "مركز الضبط الصحي".

ب. إصطلاحا :

مركز ضبط الصحة هو درجة اعتقاد الفرد أن صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو خارجية، سواء كان هذا الشخص ذو بعد داخلي أو خارجي ، يعتمد هذا على مجموعة من العبارات التي تحدد هذه الأخيرة فيما إذا كان الفرد يملك اعتقادات صحية داخلية أو خارجية؛ هذا ما يسمى بـ "مركز ضبط الصحة الأحادي الاتجاه" الذي قام بتأسيسه "الستون والستون، مايد كابلن": وهو يحتوي على علامتين:العلامة المسجلة فوق المتوسط تدعى: البعد الخارجي، والعلامة المسجلة تحت المتوسط تدعى: البعد الداخلي(جبالي،2009،ص.11).

ج. إجراءات :

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسمنة المعتدلة فيما يتعلق حول مسؤوليته (ضبط داخلي) أو غياب أي مسؤولية له عن مرضه.

- مركز الضبط الصحي الداخلي: تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها لدى الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة من البنود التي تحمل الأرقام التالية: 1,6,8,12,13,17.
- مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ: تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها لدى الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة من البنود التي تحمل الأرقام التالية: 2,4,10,11,15,16 من استبيان مركز الضبط الصحي لدى الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة.
- مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ: تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها لدى الراشد المصاب بالسمنة المعتدلة من البنود التي تحمل الأرقام التالية: 3,5,7,14,18 من استبيان مركز الضبط الصحي لدى المصاب بالسمنة المعتدلة.

الفصل الثاني: التنظيم الانفعالي

تمهيد:

يعتبر التنظيم الانفعالي من المفاهيم الحديثة في علم النفس وعلم النفس الصحة، والذي يشير إلى مجموعة من العمليات المختلفة (المعرفية، الفيزيولوجية والنفسية) التي تسعى إلى ضبط وتعديل الاستجابة الانفعالية للفرد وذلك حسب ما تتطلبه الوضعية، وتكون عن طريق استراتيجيتين إما عن طريق إعادة التقييم المعرفي أو عن طريق القمع.

وفي هذا الفصل سيتم التطرق للتنظيم الانفعالي مروراً بمفهومه، أهم النظريات المفسرة له، استراتيجيات التنظيم الانفعالي، العوامل المؤثرة فيه من مراحل العمر، الجنس والمستوى التعليمي وغيرها، آثارها، اضطرابات التنظيم الانفعالي، علاقته بسمات الشخصية و بمتغيرات البحث الأخرى.

1. مفهوم التنظيم الانفعالي:

يعد التنظيم الانفعالي من المفاهيم الحديثة في علم النفس، ويقوم على فكرة أن الناس يفضلون الانفعالات السارة على غير السارة وينظمونها وفقاً لذلك (Gross & Thompson, 2007, p.6). وقد بدأ البحث فيه عام 1960 على شكل دراسات وصفية حول آليات الدفاع المستخدمة للتعامل مع المواقف الضاغطة (Ochsner & Gross, 2008, p.153). ويشتمل مفهوم التنظيم الانفعالي على سلسلة واسعة من العمليات الشعورية و غير الشعورية المعرفية، السلوكية و الفيزيولوجية (Butt & al., 2013, p. 771)، ويشير إلى العملية التي يستخدمها الأفراد ليعدّلوا نوع وشدة ومدة التعبير الانفعالي. تتعدد وجهات النظر المتعلقة بالتنظيم الانفعالي، فيعرفه (Gross, 2002, p. 282) بأنه: "العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع وكمية الانفعال الذي يخبره هو - أو يخبره الآخرون من حوله- وكيفية التعبير عن تلك الانفعالات".

أما (Roemer & Grats, 2004, p.42) يحددان مفهوم التنظيم الانفعالي بمجموعة من القدرات تشتمل على: الوعي بالانفعالات وفهمها، قبول الانفعالات، السيطرة على السلوكيات المتهورة والتصرف وفقاً للأهداف المرجوة عند التعرض للانفعالات السلبية، الاستخدام الموقفي والمرن لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي. ويكشف الغياب النسبي لأي من هذه القدرات أو جميعها عن صعوبات في تنظيم الانفعال. ويرى البروفيسور (Hofmann, 2012, p. 428) أن التنظيم الانفعالي هو: "العملية التي يؤثر بها الافراد على نوع الانفعالات، وزمن حدوثها وكيفية اختبارها والتعبير عنها".

كما يشير تنظيم الانفعال إلى تلك العملية المتصلة بتعديل والتأثير على متى وكيف يتم التعبير عن الانفعالات الخاصة وكيف يتم معايشة تلك الانفعالات. ويشمل ذلك كل من الانفعالات الشعورية

واللاشعورية السلبية والموجبة على حد سواء. كما قد تتضمن الحفاظ على الانفعالات، وبالتالي تلعب عملية تنظيم الانفعال من ناحية دورا مهما في السعادة والصحة النفسية، ومن ناحية أخرى تلعب دورا في تشكيل الاضطرابات النفسية الشديدة والمتوسطة كالقلق (Cisler & Olatunji,2012).
 لقد أعطى (Gross,2015) تعريفا لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي على أنها: " سلوكيات وأفكار محددة تستخدم لتغيير إما موقف مزعج أو كيف يشعر المرء حيال ذلك. يمكن أن تشمل هذه الاستراتيجيات التي تهدف إلى اختيار أو تعديل الموقف ، إعادة توجيه الانتباه أو تغيير الأفكار أو تغيير ردود الأفعال".

نستنتج من التعريفات السابقة بأن التنظيم الانفعالي مفهوم يشير إلى مختلف العمليات العقلية والفيزيولوجية والسلوكية، والتي تبدأ باستجابة الفرد لموقف بعد تقييمه على أنه يستدعي التعبير عليه انفعاليا، مما يؤدي إلى تنشيط الجهاز الفيزيولوجي، وبذلك التعبير عن تلك الانفعالات بإحدى الطريقتين (استراتيجيتين)، إما بإعادة التقييم المعرفي أو بقمع الانفعالات وعدم التعبير عنها. وإن التنظيم الجيد للانفعال يُخَلِّص الفرد من تلك الشحنة الانفعالية التي يولدها الموقف مهما كانت سالبة أم موجبة وبذلك الحفاظ على توازنه الانفعالي، وعليه الحفاظ على اتزان العضوية. وعكس ذلك فإن التنظيم السيء للانفعالات أي الاستجابة الخاطئة في موقف ما يؤدي إلى عدم تحقيق التوازن الانفعالي، وبذلك حدوث خلل في عمل العضوية، مما يتسبب في تدهور الحالة الصحية للجسم وظهور مختلف الأمراض نفسية كانت أم عضوية، والتي من بينها الأمراض المزمنة (كالسمنة).

2. النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي:

1.2 نظرية التحليل النفسي:

تعتبر نظرية التحليل النفسي إحدى المدارس الأولى التي تناولت موضوع تنظيم مشاعر القلق حيث اعتبر Freud أن القلق يشمل الانفعالات السلبية وينتج عند تجاهل التعبير عن الدوافع الشهوانية (Erdelyi,1993)، وينتج القلق الواقعي والعصبي من علاقات الأنا والهو والأنا الأعلى على الترتيب، وأن القلق المستند إلى الواقع ينشأ عند تراكم مطالب الموقف على الأنا، وتبعاً لهذه الحالة فإن تنظيم القلق يأخذ شكل مثل المواقف التي من شأنها التسبب في القلق مستقبلاً، وبشكل آخر يعتقد Freud أن القلق المستند إلى الهو والأنا الأعلى يتولد عليه عند التعبير عن تلك الدوافع، فإذا ما أدت المراجعة الخيالية للأنا إلى مستويات عالية من القلق يتولد عنه اكتئاب كاف لكبت الدوافع، وفي هذه الحالة يتخذ تنظيم القلق شكل بتر للدوافع التي قد تسبب القلق في المستقبل. وأكدت هذه النظرية أن تنظيم القلق يلعب دوراً محورياً من خلال مساعدة الأفراد في السيطرة على شعورهم بالقلق وذلك عبر استخدام آليات الدفاع

النفسي، وتقرح أن عمليات التنظيم غير الواعية يمكن توظيفها من قبل الأفراد لمساعدتهم في إصلاح خبراتهم الانفعالية السلبية (Freud, 1959).

2.2 نظرية الإجهاد والتعامل (The stress and Coping Tradition):

تقرح نظرية الإجهاد والتعامل إمكانية أن يستخدم الفرد طرقًا واعية لتنظيم استجابته أمام التحديات التي يواجهها في المواقف المجهدة وذلك تحت تأثير البيئة الضاغطة (Selye, 1956, 1974). أكدت هذه النظرية أهمية العمليات المعرفية اللازمة للتعامل مع الحدث الخارجي في سبيل تحقيق التوافق للفرد (Lazarus, 1966)، وأشارت إلى أن الفرد يبذل جهودًا معرفية وسلوكية لإدارة علاقته المضطربة مع البيئة المحيطة وذلك من خلال استعماله لنوعين من استراتيجيات التعامل وهما: استراتيجية التعامل المتمركزة على المشكل والتي ترنو إلى البحث عن أي معلومة خاصة بالمشكلة وحلها، واستراتيجية التعامل المتمركزة على الانفعال والتي تهدف لخفض الخبرة الانفعالية السلبية (Lazarus & Folkman, 1985, p.152). وبشكل خاص التعامل المتمركز على الانفعال يعتبر المنشأ واللبننة الأساسية لدراسة التنظيم الانفعالي (Gross, 1999, p. 555).

3.2 نظرية (1995) Goleman:

يرى (Goleman, 1995, p.123) أهمية العلاقة بين الانفعال والتفكير والتفاعل في المواقف المختلفة وذلك من خلال الذكاء الانفعالي، والذي يشير إلى قدرة الفرد على تعريف مشاعره ومشاعر الآخرين لرفع ذاته وإدارة الانفعالات بشكل فعال داخل أنفسنا وفي علاقتنا مع الآخرين. إن الذكاء الانفعالي هو مجموعة من المهارات الانفعالية الشخصية والاجتماعية اللازمة لنجاح الفرد في حياته ، وتتضمن تلك القدرات خمسة مجالات وهي: الوعي بالذات، إدارة الانفعالات، تحفيز النفس، التعاطف والمهارات الاجتماعية (Goleman, 2000, p.207). كما أشار Goleman أن إدارة الانفعالات تأتي ضمن المكونات الأساسية للذكاء الانفعالي والذي يقصد به مستوى سيطرة الفرد على مشاعره وانفعالاته بما يتلاءم مع مهاراته واتجاهاته التي تعزز قدرته على التحكم في المواقف وتنظيمها (Jostmann & al., 2005, p.213). وحسب (Goleman, 1999, p.46) فإن مكونات هذا البُعد تتضمن:

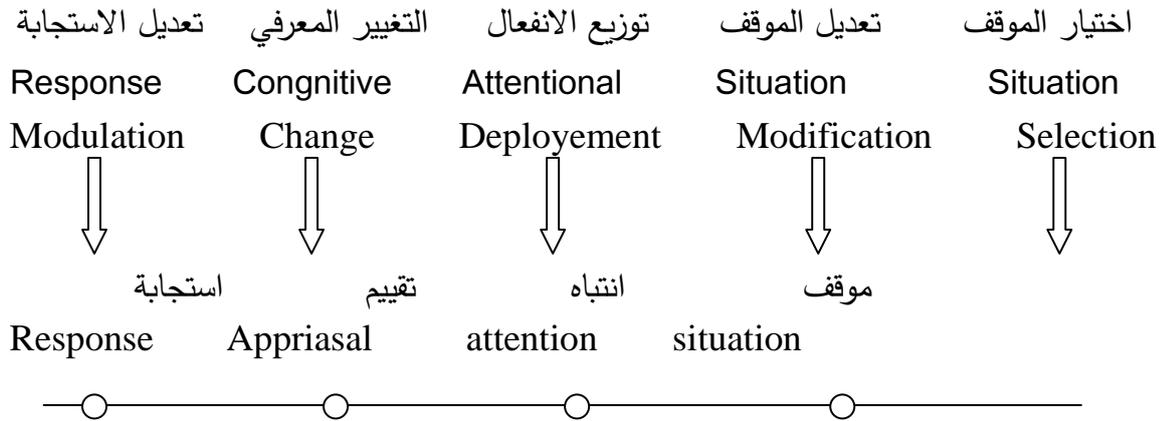
- قدرة الفرد على ضبط انفعالاته والتحكم فيها.
- قدرة الفرد على تغيير حالاته المزاجية حينما تتغير الظروف.
- قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته وتوليد أفكار جديدة.
- قدرة الفرد على التكيف مع الأحداث الجارية.

من هنا وبالرجوع لتعاريف مفهوم التنظيم الانفعالي يظهر لنا أن التنظيم الانفعالي هو نتيجة للذكاء الانفعالي، فكلما تمتع الفرد بذكاء انفعالي مرتفع كلما كانت له قدرة أحسن في تنظيم انفعالاته والعكس صحيح، أي أنه كلما تدنى مستوى الذكاء الانفعالي لدى الفرد كانت لديه صعوبات في تنظيم انفعالاته. فالذكاء الانفعالي مهارة والتنظيم الانفعالي عملية ناتجة عن تلك المهارة.

4.2 نظرية (Gross and Thompson 2007):

اقترح (Gross 1998) مصطلح التنظيم الانفعالي مُعرِّفًا إيَّاه على أنه: " العملية التي يؤثر بها الأفراد على أي انفعال لديهم، متى تكون لديهم، وكيف يشعرون ويعبرون عن انفعالاتهم". ونجد أنواع مختلفة من التنظيم الانفعالي بالنسبة للانفعالات التي نقيمها على أنها سارة أو التي نقيمها بغير السارة. وفي نموذج (Gross and Thompson 2007) فإن التنظيم الانفعالي يتمثل في مجمل الاستراتيجيات المستخدمة للحد أو الحفاظ أو خفض واحد أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية، في التكافؤ، الشدة والمدة. هذه الاستراتيجيات يمكنها أن تكون تلقائية أو متحكم فيها، شعورية أو لاشعورية، ويمكن لهذه العمليات للتنظيم الانفعالي أن تؤثر في مرحلة أو أكثر من مراحل تشكل الانفعال (Claisse, 2017, p.50).

إذا كان التنظيم الانفعالي يشير إلى العمليات التي يمكن من خلالها التأثير على الانفعالات التي نمتلكها ونشعر بها، ومتى نشعر بها وكيف نشعر بها، ونعبر عنها، فإنه يوجد العديد من العمليات المشتركة في خفض أو المحافظة أو زيادة إحدى مكونات الانفعالات، وتشتمل ضمن العملية التنظيمية للانفعالات الخاصة بالفرد أو بالآخرين، وأشار (Gross,2014,p.7) بأن النموذج الشكلي للانفعال يحدد سلسلة من العمليات التي يتضمنها توليد وحدث الانفعالات، وأن كل واحدة من هذه العمليات تعد بمثابة هدف ممكن ومحتمل للتنظيم الانفعالي. وقد اعتمد النموذج الشكلي للانفعال كأساس لنموذج عمليات التنظيم الانفعالي، كما يتضح في الشكل رقم (01) أدناه، والذي يسلط الضوء على النقاط الخمس الرئيسية التي يتم تطبيقها في المواقف المختلفة خلال عملية حدوث الانفعال والاستجابة الانفعالية، و التي يستطيع الفرد من خلالها تنظيم انفعالاته. ومع الأخذ بعين الاعتبار لعامل الزمن فإن هذه النقاط الخمس تمثل الخطوات الأساسية لعمليات التنظيم الانفعالي، وهي: اختيار الموقف، تعديل الموقف، توزيع الانفعال، التغيير المعرفي، تعديل الاستجابة (عفانة، 2017، ص.31).



الشكل رقم (01): يوضح عمليات التنظيم الانفعالي

(The process Model of Emotional Regulation) (Gross,2014, p. 7).

- اختيار الموقف: يعتبر اختيار الموقف بمثابة النوع الأول للتنظيم الانفعالي ويمثل الاتجاه الاستباقي لانتهاء النمط الانفعالي في وقت مبكر للموقف الذي يتعرض له الفرد، ويتضمن اختيار الموقف التصرف من أجل أن نكون في الموقف الذي يسمح بظهور الانفعالات المرغوبة التي نريد إظهارها (أو نقل احتمالات أن نكون في موقف يظهر انفعالات لا نريدها أن تظهر)، وبالطبع العديد من قراراتنا حول أي المواعيد التي نقوم وأين نذهب لتناول الطعام ومع من سوف نقضي وقت الفراغ وماذا سنفعل بعد العمل، جميع هذه الأمور تتضمن ما سنشعر به لاحقاً، ولكن هذه القرارات لا تتحقق دائماً من خلال تقديراتنا عن أي الانفعالات سوف تظهر فيها نتيجة لهذه المواقف.

يشير اختيار الموقف إلى مجموعة من هذه الاختيارات التي يتم اتخاذها بنظرة إلى النتائج المستقبلية لأفعالنا واستجاباتنا الانفعالية، وغالباً ما نكون واعين للمنحنى المحتمل الذي سوف نتخذه انفعالاتنا خلال مدة زمنية معينة (مثلاً يوم واحد) إذا لم نتخذ الخطوات للتأثير على انفعالاتنا، وهذا الإدراك يمكن أن يدفعنا لاتخاذ خطوات لتغيير المسار الانفعالي عن طريق اختيار الموقف، ولهذا يمكننا أن نحاول بذل الجهود لتجنب المواقف التي نعرف أنها سوف تجعلنا في مواجهة مع شريك أو شخص تربطنا به علاقة خاصة، أو أننا قد نحاول السعي وراء مواقف توفر لنا الاتصال بأصدقاء عندما نحتاج الفرصة للتحدث أو مشاركة أحدهم في انفعالاتنا الايجابية (Kahman & al.,2003, p. 189).

5.2 نظرية (2007)Philippot:

لقد نقد Philippot الطابع الخطي لسياق التنظيم الانفعالي المقترح من طرف Gross، واقترح بدوره نموذج متعدد والذي يضم نظريات الانفعالات في علم النفس الاجتماعي (Leventhal,1984)،

علم النفس المعرفي (Tesdaie,1999) وعلم النفس العصبي (Damasio,1994 ; Bechara,2000 ; Lane, 2000) وركز Philippot بالخصوص على الطابع السريع، الآلي واللاشعوري خاصة للانفعالات، والتي لا يمكننا السيطرة عليها بصورة إرادية والتي تتميز بجملة من المظاهر غير اللفظية. ينص النموذج الثنائي الذاكري *modèle bi-mnésique* لـ Philippot على أن العمليات الانفعالية تخضع لنظام جهاز الاستجابات الجسدية وكذلك نوعين من أنظمة الذاكرة أو التصور والتي تعمل في نفس الوقت: النظام التخطيطي *systeme schématique* و النظام الاقتراحي *systeme propositionnel* أ-يتألف النظام التخطيطي من مخططات (Leventhal,1984)، أي هياكل مجردة التمثيل ذات طبيعة غير تصريحية، والتي تنشأ من اشتراكات متكررة بين المنبهات والاستجابات في مجمل الخبرات الانفعالية للفرد. هذا النظام تحكمه العمليات التلقائية و الضمنية *processus automatiques et implicites*. يتلقى النظام التخطيطي معلومات من النظام الإدراكي والذي يؤدي إلى مجموعة من التغيرات على مستوى النظام الجسدي.

ب- يتكون النظام الاقتراحي من مجموعة من المعارف الواضحة والتي يمكن تمثيلها كشبكة اقتراحية دلالية *réseau propositionnel sémantique*، كما يمكن للفرد أن يستعملها بصورة إرادية . ويتلقى النظام الاقتراحي المعلومات أساسا من نظام التعرف على الأشياء وكذلك من النظام التخطيطي. يعتبر النظام الاقتراحي أساسا لوظيفتين، فهو من جهة يساعد على تنظيم الاستجابات الإرادية للفرد لمواجهة الوضعية «*coping*»، ومن جهة أخرى تشكل بنية أساسية للتعرف الشعوري بالإحساس الانفعالي، فهو مثلا يسمح للفرد على التعرف على أنه في حالة غضب (Duriez,2011, p.45).

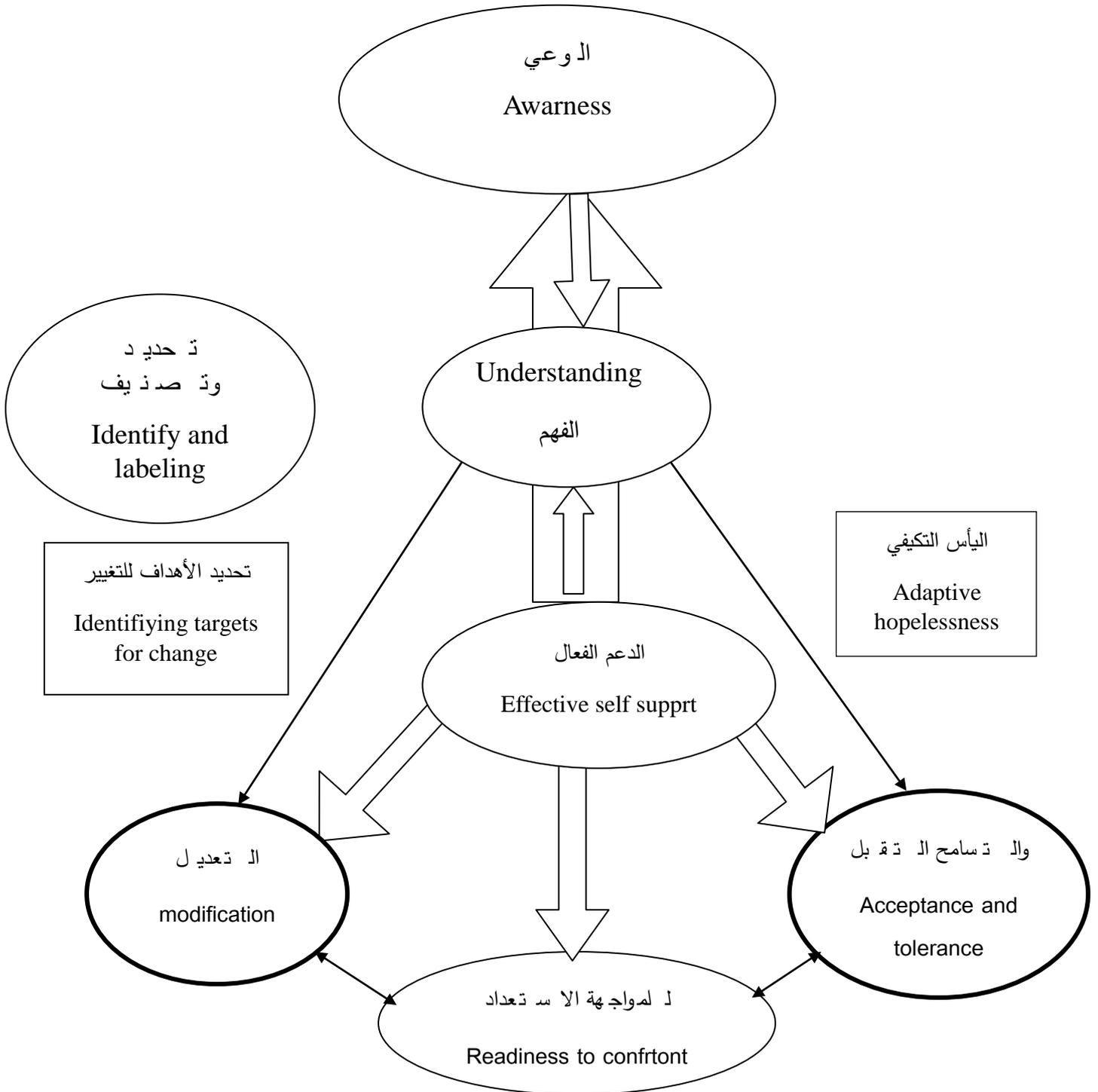
2-6 نظرية (2007) berking:

تطرق Berking في تصميمه إلى عملية التنظيم الانفعالي كتفاعل بين مجموعة من تسع مهارات التنظيم الانفعالي والتي تتكيف مع الوضعية المعاشة. ويتمثل الهدف في التعرف و تنظيم الحالات الانفعالية، وذلك بالتكيف مع القيود الاجتماعية-البيئية. وهذا ما يؤكد تعقد عملية التنظيم الانفعالي، والحدود والتي تكون غالبا رقيقة بين التنظيم و معالجة المعلومة الانفعالية.

من بين التسع مهارات نجد: الوعي بالحالة الانفعالية، تحديد وتصنيف الانفعالات، التفسير الصحيح للأحاسيس الجسدية المرتبطة بالانفعال، فهم الأسباب الداخلية والخارجية للانفعال، مواجهة وضعيات يمكنها أن تؤدي إلى آثار سلبية إلا أنها مهمة للوصول إلى هدف محدد من طرف الفرد، التعديل الفعال للانفعالات السلبية، تقبل الانفعالات السلبية غير القابلة للتغيير، تحمل الانفعالات السلبية،

وأخيرا القدرة على توفير الحاجات بصورة تعاطفية في وضعيات غير مرغوب فيها (Berking,2007,2010).

إنّ مجمل هذه المهارات توضح من جهة المهارات الخاصة بعمليات التنظيم الانفعالي التي يحتمل أن تكون ناقصة و من جهة أخرى المسارات العلاجية des pistes thérapeutiques. ولقد وضع كل من (Berking and Wupperman,2012) في المقدمة أثر تنفيذ الاستراتيجيات على الصحة العقلية بين المهارات التي تم التطرق إليها في تعريف التنظيم الانفعالي (Berking, Meir & Wupperman,2010 ; Berking & al.,2008) ، غير أن المهارات الأخرى تتعلق خاصة بإعداد هذه الاستراتيجيات. إن نموذج استراتيجيات التعامل التكيفية مع الانفعالات « Adaptative Coping with Emotions » المقترح من طرف (Berking and Whitley, 2014)، والذي يهدف إلى تصور التنظيم الانفعالي المكيف، انطلاقا من وضعية يكون فيها التنظيم الانفعالي فعال، ويوضح النموذج كيف ينجم عجز أو صعوبة التنظيم الانفعالي، ويوفر مسارات علاجية لتحسين مهاراته، ويمكن توضيح ذلك في المخطط التالي:



الشكل رقم (02): نموذج استراتيجية التعامل التكيفية مع الانفعالات

Berking and Whitley (2014)

(Claisse, 2017, pp 56-57).

2 نظرية (Kooles, 2009):

بعد الاقتراح الذي جاء به (Gross and Thompson, 2007) المتمثل في التقسيم الزمني (قبل وبعد الاستجابة الانفعالية)، جاء (Kooles, 2009) بفكرة تصنيف استراتيجيات التنظيم الانفعالي حسب مخلفاتهم على المدى القريب والبعيد. فحسبه هناك صنفين من الاستراتيجيات: هدف التنظيم بين الأنظمة التي تولد الاستجابة الانفعالية و وظيفة التنظيم الانفعالي

أ- هدف التنظيم بين الأنظمة التي تولد الاستجابة الانفعالية *la cible de la régulation parmi les systèmes générant la réponse émotionnelle*: هذا النموذج يتماشى تنظيم حالة الانفعال بالتوازي مع توليد الانفعال، ويحدث ذلك على مستوى الانتباه، المعرفة والأحاسيس والتعبير الجسدية. وبالضبط فإن الانتباه يشير إلى اختيار المعلومة بالرجوع إلى المعطيات الجسدية-الحسية. أما المعرفة فهي مرتبطة بالقدرات المعرفية للفرد في تقييم الوضعية التي يواجهها، حسب المتطلبات الاجتماعية-البيئية المرتبطة بأهدافه، بدرجة الوعي و التمييز بين الانفعالات، ومدى تعقيد مشاعره. وأخيراً، فإن الإحساسات الجسدية (كتعبير الوجه، وضعية الجسم) يمكنها أن تُعدّل من طرف استراتيجيات التنظيم الانفعالي. كما يمكن لهذه الاستراتيجيات أن تكون شعورية أو لاشعورية، إرادية أو لإرادية، كما هو الحال مع التعبير الفيزيولوجي للحالة الانفعالية.

ب- وظيفة التنظيم الانفعالي *La fonction de la régulation émotionnelle*: على أساس وظيفة استراتيجيات التنظيم الانفعالي نفسها، يقترح (Kooles, 2009) تصنيف ثانٍ. سواء لتلبية حاجة تلذذية *un besoin hédonique*، الوصول إلى هدف أو تنمية الفرد لذاته، هذه الاستراتيجيات والتي تكون تارة فعالة على المدى القريب يمكنها أن تكون مؤذية على المدى البعيد. يضيف كل من (Tice, Bratslavsky & Baumeister, 2001) بعداً مهماً ألا وهو بعد الرضا عن الحاجة، والذي يكون مسؤول عن اندفاع في استخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال. وفي نفس الوقت تخضع وظائف التنظيم الانفعالي لتفاعلات شخصية. ويقوم التنظيم الانفعالي بتعزيز الاتساق والاستقرار على المدى البعيد (Bauman, Kaschel & Kuhl, 2005) ويمكنه أن يعزز المرونة (Rothermund, Voss & Wentura, 2008) في نظام الشخصية. وبالتالي فإن نفس إستراتيجية التنظيم الانفعالي يمكنها أن تؤثر في مختلف مستويات وعمليات توليد الانفعال. وإن الاستعمال المتزامن لهته الاستراتيجيات يمكنه كذلك أن يولد نزاعات، وإن نشاطها لمدة طويلة يمكن أن يؤدي إلى زيادة في نشاط الجهاز العصبي الودي (Claisse, 2017, pp54-55).

تعقيب عام حول نظريات التنظيم الانفعالي :

تعتبر نظرية Goleman حول الذكاء الانفعالي حجر الزاوية في نشأة مصطلح التنظيم الانفعالي، لكن يجدر الإشارة أن نظرية التحليل النفسي هي أول من تناولت موضوع تنظيم مشاعر القلق السلبية ، فرغم شتى الانتقادات التي تلقتها المدرسة الفرويدية تبقى أولى المدارس التي تطرقت للعديد من المفاهيم في علم النفس عامة والتي من بينها مفهوم التنظيم الانفعالي . ليأتي بعدها Gross بنظريته حول التنظيم الانفعالي واستراتيجيته المتمثلة في إعادة التقييم المعرفي والقمع الانفعالي، وهذه الاستراتيجيات المقترحة من طرف Gross انبثقت من استراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال الذي اقترحها كل من (Lazarus & Folkman,1960) في نظريتهما حول استراتيجيات التعامل.

ثم جاء كل من Philippot و Koole وانتقدا النموذج الذي جاء به Gross. إذ انتقد الأول الطابع الخطي لسياق التنظيم الانفعالي المقترح من طرف Gross، واقترح بدوره نموذج متعدد والذي يضم نظريات الانفعالات في مختلف مجالات علم النفس (المجال الاجتماعي، المعرفي). أما Koole فتتص بنظريته أن تنظيم الانفعال قد لا يكون ظاهرة بسيطة ولكنها عملية تتضمن عدة أنظمة مرتبطة وهي الإدراك والانتباه والذاكرة واتخاذ القرار والوعي، كما أكد كثيرا على أهمية انعكاس الوعي على الخبرة الانفعالية في عملية تنظيم الانفعال.

إضافة إلى هتين النظريتين، اقترح كل من (Berking and Whitley, 2014) نموذج "استراتيجيات التعامل التكيفية مع الانفعالات"، والذي سلب الضوء على أهمية العمليات المعرفية والوعي في ترجمة الوضعية الانفعالية ثم الاستجابة لها والتفاعل مع البيئة.

في الأخير يمكن القول أنه بغض النظر عن الانتقادات والاختلافات بين النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي، اتفقت على أن مفهوم التنظيم الانفعالي لا يسعى فقط إلى تقليل الانفعالات السلبية بل يسعى إلى تقليل وزيادة الانفعالات السلبية والإيجابية أو الحفاظ عليها.

3. استراتيجيات التنظيم الانفعالي:

يتضمن تنظيم الانفعال عددًا من الاستراتيجيات التي تهدف إلى تغيير الخبرة أو التعبير عن الانفعال (Thompson,1999). كما أنه يمكن التمييز بين أنواع مختلفة من استراتيجيات التنظيم الانفعالي كالتركيز على عمل معين (Van Dillen & Kool,2007)، إعادة الصياغة المعرفية recadrage cognitif (Tugade, Frederikson & Barrett,2004) ، الكتابة حول الانفعالات (Pennebaker & Chung,2007)، قمع التعبير الانفعالي (Gross,1998)، البحث على الأشياء

الإيجابية (Langens & Morth, 2003) la recherche d'éléments positifs أو كذلك التجنب السلوكي و/أو المعرفي (Derakshan & al., 2007). هذه العمليات يمكنها أن تُحدث تغييرا في شدة و مدة الاستجابات إلى أن تصل إلى الكمون (Claisse, 2017, p.50).

اقترح بعض علماء النفس تصنيفات لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي، ونذكر من بينها التصنيفات

التالية:

1.3 تصنيف (Parkinson and Totterdell, 1999):

صنف كل من Parkinson and Totterdell استراتيجيات التنظيم الانفعالي إلى أربع أشكال، وذلك بالاعتماد على عاملين: الانخراط engagement ويشير فيما إذا كانت الخبرة الانفعالية تأخذ شكل الانهماك أو التجنب، أي أن الانتباه يوجه إلى المثير الانفعالي أو يتم إبعاده عنه، والعامل الثاني هو النوع modality و الذي يشير فيما إذا كان الانفعال الذي يتم تنظيمه يتضمن عنصرا سلوكيا أو معرفيا. وقد انبثق عن هذا التقسيم أربع فئات، صُنفت ضمنها استراتيجيات التنظيم الانفعالي وهي:

- فئة الانخراط المعرفي (cognitive engagement category) من الاستراتيجيات المتضمنة فيها: إعادة التقييم المعرفي، الاجترار والكارثية.

- فئة اللانخراط المعرفي (cognitive- disengagement category) من الاستراتيجيات المتضمنة فيها: استراتيجية الكبت (Brans & al., 2013, pp. 1-2).

ويصنف البعض الآخر الاستراتيجيات استنادا إلى متغير النوع فقط، ويحددونها بعدد من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية والاجتماعية، والتي تستخدم لتنقص أو تزيد من الانفعال، وإما لنحافظ عليه (Omran, 2011, p.106).

2.3 تصنيف (2008) Gross:

لقد أسفرت نتائج (Gross 2007,2008) حول الراشدين إلى وجود استراتيجيتين لتنظيم الانفعال والمتمثلتين في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي (والتي تنتمي إلى عملية التغيير المعرفي processus « de changement cognitif و استراتيجية القمع وهي استراتيجية تعديل الاستجابة الانفعالية (Brun,2015, p.167).

-إعادة التقييم المعرفي **réévaluation cognitive** : تعتبر استراتيجية إعادة التقييم الانفعالي شكل من أشكال التغيير المعرفي والذي يعني التغيير في الطريقة التي يقيم بها الفرد الوضعية بهدف تغيير تأثيره الانفعالي، وذلك إما من خلال تغيير الطريقة التي يفكر فيها الفرد حول تلك الوضعية أو من خلال تغيير طريقة تفكير الفرد حول قدراته لتسيير تلك الوضعية ومطالبها، كأن يقارن الفرد نفسه مع أفراد أقل حذا وبالتالي يغير طريقة تفكيره وبذلك تؤدي تلك العملية إلى خفض الانفعالات السلبية (Gross & Thompson, 2007, p.13).

-القمع **Suppression excessive**: هي الاستراتيجية التي تأتي في وقت لاحق من عملية توليد الانفعال، وتحول من دون إظهار العلامات الخارجية للمشاعر الداخلية (Gross,2002, p.281).

3.3 تصنيف (2014) Leroy & Al:

حسب Leroy وآخرون فإن التنظيم الانفعالي يمكن أن يتم بطريقة داخلية أو خارجية. وهو بذلك يقترح نوعين من التنظيم الانفعالي:

- **التنظيم الانفعالي الداخلي**: والمتمثلة في الاستراتيجيات المعرفية (سحب الانتباه، حل المشكل...الخ.) التي يضعها الفرد لتعديل حالته الانفعالية.

- **التنظيم الانفعالي الخارجي:** تتمثل في مجمل السيرورات التي يستعملها محيط الفرد

للتأثير أو التحكم المباشر أو غير المباشر، الداخلي أم الخارجي، في شدة التجارب أو

التعبيرات الانفعالية للفرد. ومن بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي الخارجي نذكر إعادة

طمأنة الفرد، التقييم الاجتماعي ، مشاركة المعلومات... الخ

(Leroy & al., 2014, pp. 183-197).

وفي البحث الحالي سوف نعتمد على التصنيف المقترح من طرف Gross المتمثل في استراتيجيات

إعادة التقييم المعرفي و قمع الانفعالات.

4. الفرق بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي واستراتيجيات التعامل Coping:

تُعرّف استراتيجيات التعامل على أنها: "مجهودات معرفية سلوكية موجهة للتحكم وخفض أو تحمل

المتطلبات الداخلية و/أو الخارجية والتي تفوق مصادر الفرد" (Lazarus&Folkman,1984,p.96).

ويمكن التمييز بين إستراتيجيتين حسب Lazarus and Folkman وهما: استراتيجيات التعامل المركزة

على حل المشكل والتي تهدف إلى إدارة المشكل (Terry, 1994)، وهي استراتيجيات تظهر في حالة

المواجهة أو التخطيط، وتمكن الفرد من الحصول على إمكانيات تغيير الوضعية هو بصدد مواجهتها،

الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى تغيير الحالة الانفعالية (Folkman& Lazarus,1984,p. 28) . أما

الاستراتيجية الثانية فهي متمركزة على الانفعال، و تشير إلى الأفكار و الأفعال التي تهدف إلى تقليص

الأثر الانفعالي للضغط. فهي بذلك تشير إلى الجهودات لتقليص الانفعالات السلبية التي تنشأ

كاستجابة للتهديد (Graziani et al., 2001, p.101). و هي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد

لتنظيم الانفعالات و خفض المشقة و الضيق الانفعالي الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد

عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص و البيئة. و تتضمن هذه الأساليب الابتعاد و تجنب التفكير في

الضواغط و الإنكار .وتهدف هذه الاستراتيجيات إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد (عبد العظيم وسلامة، 2006، ص ص 91-92).

تختلف استراتيجيات التعامل عن التنظيم الانفعالي في أنها تتركز في الغالب على الحد من الآثار السلبية، في حين يتم تنفيذ التنظيم الانفعالي أيضا في المواقف الانفعالية الإيجابية. كذلك يكمن الاختلاف بين استراتيجيات التعامل والتنظيم الانفعالي في أن أنشطة المواجهة قد تتضمن إجراءات غير انفعالية، والتي تستخدم أيضًا لتحقيق أهداف غير انفعالية أحيانًا (مثل زيادة الجهود للفوز بالنصر والعمل أكثر أو بأكبر جهد لاجتياز امتحان أو الحصول على منصب، الخ.)، في حين أن التنظيم الانفعالي، كونه يتأثر بطبيعة الانفعالات، معاش هذه الانفعالات أو الخبرة الانفعالية وكيفية التعبير عنها، فالتنظيم الانفعالي يكون موجه إلا للانفعالات ولايهتم إلا بها ، بغض النظر عن الوضع الذي تظهر فيه (Delelis & al., 2011, p. 473)

في الأخير وكما سبق ذكره في النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي، فإن استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي اقترحها Gross في نظريته كانت مستوحاة من استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال.

5. العوامل المؤثرة في التنظيم الانفعالي:

لقد أكدت معظم الدراسات التي أقيمت حول التنظيم الانفعالي على أهمية الفروق الفردية في تحديد السلوكات التي تستهدف تنظيم الانفعالات، وسوف نتطرق إلى أهم هذه الفروقات الخاصة بالبحث الحالي كسمة مركز الضبط الصحي ومدى تأثير عوامل أخرى في التنظيم الانفعالي كالمتمغيرات السوسيوديموغرافية مثل الجنس، إضافة إلى عوامل أخرى لم تأخذها الباحثة بعين الاعتبار في البحث الحالي، ولكن يجدر الإشارة إليها لمدى تأثيرها على التنظيم الانفعالي واستراتيجياته، كالمعاملة الوالدية والتشئة الاجتماعية.

1.5 سمات الشخصية:

قدّمت Branczuk (2019) دراسة تحليلية حول عوامل الشخصية الكبرى الخمس والتنظيم الانفعالي، والتي كان هدفها فحص العلاقة بين سمات الشخصية الخمس الكبرى واستراتيجيات تنظيم الانفعال، شملت الدراسة 32656 مقال و 132 دراسة. وكانت النتائج كالتالي: مستوى منخفض للعصابية، مستوى مرتفع للانبساطية، الانفتاح والقبول والوعي كانت كلها مرتبطة باستراتيجيات تنظيم انفعال تكيفية (إعادة التقييم المعرفي، حل المشكلات واليقظة الكاملة)، كذلك أظهرت ارتباطا منخفضا مع استراتيجيات التنظيم الانفعالي اللاتكيفية (التجنب والقمع).

إنّ للانفعالات وسمات الشخصية علاقة وطيدة جدا حتى أننا لا يمكننا فهم وتفسير كلا المصطلحين بفصل الأول عن الثاني، ومن بين سمات الشخصية التي لها علاقة بمفهوم التنظيم الانفعالي ما يلي:

❖ تقدير الذات:

يظهر كل من التنظيم الانفعالي و تقدير الذات أثناء الطفولة وينموان خلال جل مراحل عمر الفرد، كما يتأثر هذا النمو بالبيئة الداخلية والخارجية للفرد. ويقصد بالبيئة الداخلية التغيرات التي تطرأ على عضوية الفرد أثناء نموه أو صحته أو مرضه إضافة إلى التغيرات النفسية التي تحدث للفرد وتأثير العمليات النفسية في تطور وحالة كلا من التنظيم الانفعالي وتقدير الذات (Josse, 2015, p.16).

❖ الألكسيثيميا Alexythimie:

تعني كلمة الألكسيثيميا حرفيا "بلا كلمة للانفعالات" وقد عرفها كل من (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) على النحو التالي:

- صعوبة أو عدم القدرة على التعرف على مشاعرهم و يفرقون عن أحاسيسهم الجسدية.

- صعوبة الفرد في التعبير عن مشاعره أو وصفها ،
- حياة خيالية محدودة
- توجه التفكير نحو الجوانب الخارجية (البيئة الخارجية) على حساب الجوانب العاطفية الداخلية.

كما عرّف بعض الباحثين الألكسيتيميا بأنها "حالة" أو النتيجة التي تنتج عن علم النفس المرضي (على سبيل المثال اضطرابات الأكل أو سوء التغذية مما يؤدي إلى تحرير عاطفي كبير) ، ويجدر الإشارة إلى أن غالبية الأبحاث تصفها بالأحرى بأنها سمة من سمات الشخصية كون الألكسيتيميا تتمتع بالاستقرار الزمني (Saarijarvi & al., 2006).

إن تجنب أو كبت التعبير الانفعالي المزمّن يؤدي إلى منع التطور المعرفي أو اللفظي للانفعال والذي ينجم عنه تطور سمات الشخصية الألكسيتيميّة (Pugliese & al., 2019, p. 241).
بذلك فإنّ سمة الألكسيتيميا تتقارب مع مفهوم استراتيجية القمع الانفعالي الذي يتمثل في كف الفرد من التعبير عن انفعالاته. وإنّ كون الفرد يتمتع بشخصية ألكسيتيمية يؤدي به بالضرورة بميوله لاستخدام استراتيجية القمع الانفعالي بصورة كبيرة مقارنة مع استراتيجية إعادة التقييم المعرفي.

من بين الدراسات التي أكدت هذه الفكرة الدراسة التي قامت بها كل من Pugliese and al.(2019) حول التنظيم الانفعالي والألكسيتيميا وعلاقتها بظهور سلوكيات أكل خطيرة بكبيك بكندا، والدراسة كان قوامها (292) امرأة تراوحت أعمارهن بين (18 و51 سنة) حيث وُزِعَ عليهن كل من مقياس الألكسيتيميا ل (Bagbay and al. (1994) و مقياس الألكسيتيميا لتورونتو (TAS-20) والذي يتكون بدوره من ثلاث مقاييس: صعوبة التعرف على حالاته الانفعالية (7 بنود)، صعوبة التعبير على حالاته الانفعالية (5 بنود) و التفكير الموجه نحو الجوانب الخارجية. إضافة إلى مقياس التنظيم الانفعالي ERQ

لكل من (Gross and John (2003) ومقياس اضطرابات الأكل eating disorders inventory (EDI-2) لـ (Garner(1991). وتوصّلت النتائج أن استراتيجية القمع تتنبأ إيجابياً بسمات الألكسيتيميا وعلى عكس ذلك فإن استخدام استراتيجية إعادة التقييم المعرفي يتنبأ سلباً بسمات الألكسيتيميا.

2.5 المعاملة الوالدية:

إنّ معظم الدراسات على التنظيم الانفعالي أُجريت في ميدان علم النفس النمو، والتي هدفت إلى

فهم تأثير سلوكيات الأم والأب على الاستجابات الانفعالية للرضيع (Veillard & Harm, 2013, p. 596).

أكدت الدراسات أن الارتباط الجيد مع الأولياء في فترة الطفولة يسمح بإنشاء تنظيم انفعالي أكثر فعالية ويقلل من المشاعر السلبية التي يشعر بها الشخص. كما أن التنظيم الانفعالي للوالدين (الذين يمثلون قدوة لأطفالهم) يؤثر على التنظيم الانفعالي لدى أطفالهم (Josse, 2015, p. 16).

كما أشارت دراسة لـ Eisenberg and al. (1998) إلى أنّ الآباء يُعلّمون المراهقات الإناث استراتيجيات تنظيم الانفعال مبنية على العلاقات، بينما نجدهم يُعلّمون الذكور من نفس الفئة العمرية استراتيجيات تنظيم انفعال تُركّز على المشكل، وبذلك نجد أنّ المراهقات تميل إلى تنظيم انفعالتهن في سياق علاقات اجتماعية وثيقة أكثر مقارنة مع المراهقين (Neumann & Koot, 2010, pp. 62-64).

كما لاحظ (Philippot (2002 في أعماله حول نشأة صعوبات التنظيم الانفعالي في الأشخاص الذين يُتَّبَطون انفعالتهن لأنهم عوقبوا في طفولتهم عندما عبّروا عنها، ووجد أنّه ستكون لدى هذه الفئة كثافة انفعالية أقوى بكثير بسبب تأثير الثلاثية التالية: الانفعال بحد ذاته، الانفعال الذي يسببه الخوف الناجم من العقاب، والانفعال الناجم عن محاولات عدم التعبير عن الانفعال وتثبيطه (Duriez, 2011, p.13).

3.5 التنشئة الاجتماعية:

إن إعادة التقييم هو شكل من أشكال التغيير المعرفي الذي حظي باهتمام خاص، وهذا النوع من التغيير المعرفي ينطوي على تغيير في ما يعنيه الموقف بالطريقة التي يغير بها تأثير الانفعال. وهو ينمو مع الأطفال منذ الصغر حيث يُطوّر الآباء والمُربّون هذا النوع من تنظيم الانفعال عندهم، وذلك من خلال المعلومات التي يقدمونها لهم في أي موقف يثير الانفعال، مثلاً في رحلة التخيم يذكرون لهم متعة التخيم في الهواء الطلق من دون ذكر للحشرات أو الحيوانات المخيفة، أو من خلال شرح أسباب الانفعالات التي يشعر بها الفرد أو يلاحظها في الآخرين مثلاً "أخوك خائف من الكلب لأن كلباً آخر قد نبح في وجهه يوم أمس". أو من خلال حثهم على التقيد بقواعد اجتماعية خاصة بالمشاعر و الانفعالات، مثلاً "الأطفال الكبار لا يثيرون ضجة أو يبكون حين يكونون في منزل شخص ما". كما أن الآباء قد يدرّبون أولادهم على التغيير المعرفي لتنظيم انفعالاتهم، مثلاً الانشغال بالأفكار السعيدة في الظلام وقت النوم أو يعملون على إثارة التغيير المعرفي بشكل مباشر من خلال إعادة تقييم الموقف للطفل، مثلاً "نحن لا نضحك على الشخص حين يقع على الأرض، ماذا تعتقد كيف سيكون شعوره؟!" (جابر، 2015، ص. 173-174).

بهذه الطرق وغيرها يعمل الطفل على تقييم المواقف الانفعالية، ويعمل ذلك على تنظيم انفعالاته فيما بعد، فبمرور الزمن تشكل هذه التجارب الكيفية التي يفسر بها الفرد ذاته وبيئته. وإن الدراسات في مختلف الثقافات تبين الاختلافات في كيفية التعبير عن الانفعالات وتنظيمها تبعاً للاختلاف في التنشئة الاجتماعية التي تبدأ في المنزل (Gross & Thompson, 2007, p.13).

4.5 مراحل العمر (السن):

تشير العديد من الدراسات إلى وجود اختلاف في التنظيم الانفعالي حسب المراحل العمرية، وسنذكر أهمها مروراً من الدراسات المتعلقة بمرحلة الطفولة إلى مرحلة الشيخوخة.

يعد مجال التنظيم الانفعالي أحد أهم مجالات النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة، فالرضيع في السنة الأولى يُطوّر تدريجيًا القدرة على كف أو تقليص كثافة وفترة رد فعله الانفعالي، كما أنه يكتسب تنوعاً ثرياً في الانفعالات. من الأمثلة على التنظيم الانفعالي في مرحلة الطفولة إشغال الرضيع نفسه بالمص أو الانسحاب من الموقف المثير، ويكون الطفل في هذا العمر بحاجة لتعليمه كيف ينظم انفعالاته بالانتباه إلى ما يقلقه أو يزعجه (الريماوي، 2003، ص. 226).

أما في مرحلة المراهقة فبيّنت الدراسات وجود علاقات متبادلة بين الضغوطات وردود فعل المراهقين نحوها والتنظيم الانفعالي، إذ تؤثر على مستويات التنظيم الانفعالي لديهم، والتي بدورها تؤثر في السلوكيات السلبية التي يمكن أن يقوم بها المراهق. فعندما يواجه المراهق موقف ما تكون نتيجته الغضب تتجم عنه خمس طرق يحاول من خلالها تنظيم انفعال الغضب الذي يشعر به وهي كالاتي: الكبت، العدوان المباشر، العدوان السلبي، تأكيد الذات، الإسقاط. يمكن أن تؤدي الثلاث استراتيجيات الأولى إلى إدامة الغضب. والاستراتيجية الأولى ترتبط بكبت الانفعال، والثانية تؤكد على إعطاء الأولوية للحاجات الشخصية بغض النظر عن حاجات الآخرين، أما الثالثة فهي صادرة عن الحاجة إلى السيطرة. في حين أن الاستراتيجيتين الأخيرتين يمكن لهما أن تؤدي إلى النجاح في السيطرة على انفعال الغضب أو ما يسمى بالغضب التوكيدي، وهو يمثل علامة على الاستقرار والنضج الانفعالي، لأنه يأخذ بعين الاعتبار كلا من احتياجات الفرد وكذا احتياجات ومشاعر الآخرين. أما إسقاط الغضب فهو يشير إلى أن المراهقين يتقبلون عجزهم في السيطرة على المواقف الضاغطة. ويعد ذلك أمراً مهماً للغاية لأن المراهقين

الذين يشعرون بأن المواقف العصبية خارج السيطرة ولديهم تنظيم انفعالي محدود، هم أكثر عرضة ليصبحوا غاضبين. وإن استمرار الغضب لديهم يعد مؤشرا كبيرا على التدخين، تعاطي الكحول أو كذلك المخدرات (Israel, 2009, pp. 17-19).

لقد جاء كل من Toleon and Deborde (2017) بدراسة حول التنظيم الانفعالي تحت عنوان "قياس التنظيم الانفعالي من 10 إلى 18 سنة" والتي أُقيمت بجامعة Vincennes بباريس، حيث ضمت هذه الدراسة (581) مراهق، (46) مراهق عمره 10 سنوات، (73) منهم ذوي 11 سنة، (84) منهم ذوي 12 سنة، (104) منهم ذوي 13 سنة، (67) منهم لديهم 14 سنة، (70) منهم ذوي 15 سنة، (65) منهم ذوي 16 سنة و (72) منهم ذوي 17 سنة. وتم قياس التنظيم الانفعالي لديهم باستعمال مقياس اضطراب التنظيم الانفعالي الخاص بالمراهقين DERS-A المقترح من طرف الباحثين. ومن بين النتائج التي أسفرت إليها الدراسة أن التنظيم الانفعالي يتحسن مع زيادة السن.

فيما يخص الدراسات المتعلقة بالتنظيم الانفعالي في مرحلة الرشد فهي عديدة ولكن أول الأبحاث كانت مع أعمال (Gross, 2006)، فقد بدأ أبحاثه حول نظريته للتنظيم الانفعالي عند الراشدين، وأسفرت نتائج دراساته أن للفرد الراشد القدرة على تنظيم انفعالاته باستراتيجيتين متمثلتين في إعادة التقييم المعرفي و القمع. لكنه لاحظ أن الأفراد الأسوياء يستعملون أكثر استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي من استراتيجيات القمع مقارنة مع الأفراد الذين لديهم اضطرابات نفسية أو جسدية.

أمّا فيما يتعلق بمرحلة الشيخوخة فإن الدراسات حول موضوع التنظيم الانفعالي قليلة، لكن معظمها توصلت إلى أن القدرة على تنظيم الانفعالات يتم الحفاظ عليه أو يتحسن في مرحلة الشيخوخة (Makovski & Al., 2015, p. 304).

5.5 الجنس:

من بين الدراسات التي تطرقت إلى البحث في الفروق في التنظيم الانفعالي بين الجنسين نجد الدراسة التي قام بها الباحث ناطق (2020) من قسم العلوم التربوية والنفسية في كلية التربية للبنات جامعة تكريت بالعراق، حول استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بصورة الذات الشخصية لدى طلبة الجامعة، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة وكشف العلاقة الارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي وصورة الذات الشخصية M-F لدى طلبة الجامعة. وقد بلغت عينة التطبيق النهائي (250) من الذكور والاناث ومن الصفين الأول والرابع واختار الطريقة التطبيقية العشوائية من طلبة جامعه تكريت للعام الدراسي 2019-2020. وأظهرت نتائج الدراسة أن طلبة الجامعة يميلون إلى استعمال استراتيجيات التنظيم الانفعالي جميعهم ، وظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي وفقا لمتغير الجنس ذكور إناث ولصالح الذكور.

في نفس السياق جاءت دراسة قام بها سامر (2019) حول مستوى تنظيم الانفعال بين الأشخاص لدى طلبة مرحلة البكالوريوس في جامعة الفلاح في دبي، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة تنظيم الانفعال بين الأشخاص لدى عينة من طلبة جامعة الفلاح في دبي. وبيان أثر متغيرات الجنس والتخصص والسنة الدراسية في درجة تنظيم الانفعال بين الأشخاص. وقد تكوّنت عينة الدراسة من (230) طالباً وطالبة من التخصصات الإدارية والقانون والاتصال الجماهيري. ولتحقيق هدف الدراسة؛ فقد استخدم الباحث مقياس تنظيم الانفعال بين الأشخاص الذي قام بتطويره كل من Hofmann, Carpenter and Curtiss (2016). ومن بين نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الطلبة على بُعد (تنمية المشاعر الإيجابية) تعزى للجنس لصالح الإناث.

6.5 القيم والثقافة:

إن القيم الثقافية جد مهمة في تحديد شكل بدائل الاستجابة التكيفية للتعبير عن الانفعالات في جميع الفئات العمرية، لذا يجب النظر إلى استراتيجية القمع كتعديل استجابة في نطاق أوسع، نظرا للسياق الثقافي في أن أي من الانفعالات يمكن التعبير عنها وأي من تلك الانفعالات لابد من قمعها أو تنظيمها (Gross & Thompson, 2007, p. 15).

حسب دراسة قام بها Matsumoto (2006) فإن الاختلاف الموجود بين الشعب الياباني و الأمريكي في التنظيم الانفعالي يرجع إلى سمات الشخصية بصفة كبيرة. حيث أن اليابانيون لديهم ميول في استعمال استراتيجية القمع أما الأمريكيين فيميلون إلى استعمال استراتيجية إعادة التقييم المعرفي (Viellard, 2013, p. 9).

6. آثار استراتيجيات التنظيم الانفعالي:

تشير الأبحاث في التنظيم الانفعالي إلى وجود ثلاث استراتيجيات تنظيم انفعال (إعادة التقييم، حل المشكلات والتقبل) تشكل عوامل وقاية من الاضطرابات النفسية، في حين تشكل استراتيجيات (الكبت، التجنب و الاجترار) عوامل خطر للإصابة بالاضطرابات النفسية في علم النفس المرضي (Gross,1998,p. 277). فاستراتيجية إعادة التقييم تقلل من التعبير السلوكي والانفعالي، ولا تؤثر على الذاكرة، بالمقابل يخفض الكبت التعبير السلوكي ويفشل في تخفيض التعبير الانفعالي ويضعف الذاكرة. إضافة إلى ذلك، ترتبط استراتيجية إعادة التقييم مع خبرات انفعالية سلبية أقل، وتعزيز الأداء الاجتماعي ونوعية الحياة، وتعبير أكبر عن الانفعالات الإيجابية، تحسين الأداء الأكاديمي والصحة النفسية كما بينت دراسات (John & Gross,2004 ; Brackett & Salovey,2006). وترتبط الكبت مع تعبير أكبر عن الانفعالات السلبية، فقر الأداء الاجتماعي ومستويات أقل من الدعم الاجتماعي والرضا والصحة

النفسية (Kimhy,2012, p.2) فالذين يميلون إلى استخدام إعادة التقييم بالمقارنة مع كبت التعبير هم أكثر إيجابية وأداء شخصي أفضل، ويظهرون قدرا أكبر من الذاتية والموضوعية بالنسبة للصحة النفسية (Dennis, 2007, pp.200-202)، ويشاركون انفعالاتهم الإيجابية والسلبية مع الآخرين، ويكونون أقل عرضة للاكتئاب، أكثر رضا عن الحياة وتفاؤلا واحتراما لأنفسهم. ومن حيث مجالات الصحة النفسية لديهم مستويات أعلى في كل من الاتقان البيئي ونمو شخصية وقبول الذات، كما أن لديهم أهدافا واضحة في الحياة، وعلاقات أفضل مع الآخرين. في حين أن الذين يستخدمون الكبت يكون لديهم مستويات أقل من الرضا والصحة النفسية، يفتقرون للأصالة ويخبرون تجربة التناقض بين الذات والخبرة، ويخبرون انفعال سلبي أكبر، ويمتازون بانخفاض تقدير الذات، ويكون لديهم مستويات أقل من التفاؤل إزاء أحداث المستقبل، كما يفتقرون إلى الدعم الاجتماعي ويتجنبون العلاقات الاجتماعية الوثيقة (Gross & John,2004, pp.1316-1321)، والسبب في كونهم "يتجنبون ويفتقرون إلى الدعم والعلاقات الاجتماعية الوثيقة" وفقا لإحدى الدراسات (Rime & al., 1992) لأن العلاقات الانفعالية الوثيقة تشير انفعالات قوية، وتدعو لمشاركتها مع الآخرين، والكابتن لانفعالاتهم لا يرتاحون لهذا النوع من العلاقات فيتجنبونها (سلوم، 2015، ص. 23-24).

وفقا لـ (Gross and John (2003) إن الاختلافات بين استراتيجيات إعادة التقييم يأخذ شكل فهم الموقف الانفعالي في المواقف الضاغطة عن طريق تخفيض الأهمية الانفعالية وإعادة النظر بالأحداث الضاغطة وإدراكها من وجهة نظر مختلفة، لذلك نجدهم يخبرون انفعالات إيجابية أكثر وانفعالات سلبية أقل، ويتمتعون بصحة نفسية أكثر من الأفراد الذين يستخدمون استراتيجية التركيز على الاستجابة كالكبت، لكونهم يستحضرون الحدث لاحقا، وقيموه في مصطلحات انفعالية تسبب إثارة الاستجابات

الانفعالية، لذلك نجدهم يخبرون مشاعر إيجابية أقل وسلبية أكثر، ودعم اجتماعي أقل، ويكونون أكثر اكتئاباً (Seontaik & Al., 2013, pp.8-9).

أما بالنسبة لآثار استراتيجية القبول فقد وجد أنها ذات نتائج جيدة، وذلك لارتباط المستويات المنخفضة منها مع العديد من الاضطرابات كالقلق المعمم، تعاطي الهرويين، الشخصية الحدية. في حين تمثل استراتيجية التجنب عامل خطر للإصابة بالقلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات (Gross, 1998, p.280)

على العكس من استراتيجية حل المشكلات والتي لها تأثير إيجابي على الانفعالات، فالفرد يبدأ بالشعور بشكل أفضل عندما ينهمك في حل المشكلة التي تتسبب له الكرب ويخطط لها مما يقود إلى تقييم معرفي إيجابي، وبالتالي إلى استجابة انفعالية إيجابية (الشافعي، 1998، ص.31). أما استراتيجية لوم الذات فلها آثارا سلبية لارتباطها مع عدد من المشكلات النفسية كالاكتئاب وفقا لما بينته عدد من الدراسات، كدراسات (Anderson & al., 1994. Kubany & al., 1996. McGee & al., 2001) مع ذلك يمكن أن يكون لبعض الأشكال المحددة من اجترار التفكير فائدة ما في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة (سلوم، 2015، ص 24-25).

كما تؤدي المستويات المنخفضة من الوعي الانفعالي إلى استراتيجيات تنظيمية أقل تكيفا (Izard & al., 2011)، وبالتالي الوقوع في الاضطرابات النفسية الانفعالية والجسدية. يعتبر مرض السمنة من بين هذه الاضطرابات الجسدية التي نالت اهتمام علماء النفس الصحة والذي سوف نتناوله في البحث الحالي .

7. علاقة التنظيم الانفعالي بنوعية الحياة:

لقد قام كل من (Meule & al. (2013) بدراسة حول نوعية الحياة والتنظيم الانفعالي وتقلب مستوى نبضات القلب لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وضعف البصر المصاحب ، على عينة مقامها (35)

فرد بمعدل عمر (30.3 سنة) بمركز متخصص لذوي الإعاقات الذهنية بألمانيا، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة و مستوى نبضات القلب عند فئة المعاقين ذهنياً وضعف البصر المصاحب، حيث تم توزيع على عينة البحث مقياس التنظيم الانفعالي لـ Gross and John (2003) ومقياس نوعية الحياة الشامل الخاص بذوي الإعاقة الذهنية Com-QOL- ID لـ Cummins (1997) & al. بصورته الألمانية لـ Kruger (1998)، أما نبضات القلب فتم قياسها باستعمال جهاز مراقبة معدل ضربات القلب من نوع Polar RS800CX (Polar Electro Oy, Kempele, Finlande) لمدة عشر دقائق وبرنامج Kubios VRC 2.0 Tarvainen & al. (2009). وبيّنت النتائج وجود علاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي ومستوى نوعية الحياة، وأن ارتفاع استراتيجية القمع يكون مرتبط بنوعية حياة ذات مستوى منخفض، وأنه كلما استخدم الفرد استراتيجية إعادة التقييم المعرفي كان مستوى نوعية الحياة مرتفعاً.

من بين الدراسات التي تناولت العلاقة بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة في الجزائر نجد الدراسة المقدمة من طرف "أيت أعراب" (2020) تحت عنوان "أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي على نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن -دراسة ثنائية للأثر فاعل /شريك"، والتي ضمت ثلاثون (30) ثنائية (مصابة بسرطان الثدي وزوجها)، وقد تمثلت الأدوات المستعملة في الدراسة بمقياس التنظيم الانفعالي لـ Gross و John ومقياس نوعية الحياة SF-12. وقد خلصت النتائج إلى أن إعادة التقييم المعرفي لدى المصابات بسرطان الثدي يتنبأ بنوعية حياة جيدة لديهم ولدى أزواجهن، في حين أن الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأزواج ليس لها أي أثر على نوعية حياة زوجاتهم. ومنه نستنتج أن مستوى نوعية الحياة مرتبط بالاستعمال الفعال لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي، وكلما مال الفرد لاستخدام استراتيجية إعادة التقييم المعرفي كانت لديه نوعية حياة مرتفعة والعكس بالنسبة لاستراتيجية القمع.

8. علاقة التنظيم الانفعالي بالسمنة:

في الآونة الأخيرة ركزت البحوث على أهمية دراسة العلاقة الثنائية (تنظيم انفعالي - سمنة). من بين هذه الدراسات نجد الدراسة التي قام بها كل من Graziano and al. (2010) والتي كشفت عن دور مهارات التنظيم الانفعالي الذاتي في وقت مبكر في تطور السمنة لدى الأطفال وأن هذه الفئة من الأطفال تكون مهاراتهم في التنظيم الذاتي فقيرة. وبذلك كانت تنبؤية لزيادة الوزن في مرحلة الطفولة المبكرة (Silva, 2015, p. 287).

لقد أكدت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين سوء التنظيم الانفعالي والأعراض الغذائية التي قد تكون سببا لظهور مرض السمنة كالشره الغذائي. بصورة عامة فإن النساء اللواتي تعانين من أعراض غذائية لديهن صعوبة في التعرف على الانفعالات، التقبل الانفعالي والتعبير على الانفعالات (Denisoff & Endler,2000 ; Meyer & al.,2010 ; Tasca & al.,2009).

كما قدم كل من Evers and al.(2010) نظرية لشرح العلاقة بين الانفعالات والطعام، وشملت النظرية ثلاث أفكار أساسية وهي:

- يعتبر سلوك الأكل أحد السبل التي يتبناها الفرد للهروب من الوعي الذاتي السلبي ، مما يؤدي إلى وقوع الفرد في نوبات الشرهه لتجنب التعامل مع الوضعيات الضاغطة.
- يزيد إفراط الفرد في تناول الطعام لما تخلفه من مشاعر إيجابية أي أن الفرد يحصل على المتعة بعد تناوله للطعام من حيث الذوق والرائحة، أو من متعة الاستماع بأنه أكل الطعام الممنوع.
- يُنظر إلى الإفراط في الأكل على أنه محاولة لصرف الانتباه عن مصدر الضغط الذي يواجهه الفرد.

وفقا لما جاءت به هذه النظرية، فإن الأفراد الذين يتناولون وجبة بعد تعرضهم لتأثير سلبي بذلك لا يستطيعون تنظيم انفعالاتهم بشكل مناسب، وبالتالي الإفراط في تناول الطعام لا يتعلق بالضرورة بتجربة الانفعالات السلبية ولكن في الغالب إلى عدم وجود تنظيم انفعالي تكيفي (Evers & al., 2010)

أكدت دراسة قامت بها كل من Najeti and al. (2014) بجامعة سمنان بإيران حول "مقارنة التنظيم الانفعالي عند النساء المصابات بالسمنة ذوات صورة جسدية إيجابية وسلبية" والتي شملت مئة امرأة بدينة بمؤشر كتلة الجسم أكبر أو يساوي BMI30. وكان الهدف من الدراسة هو تقسيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي مع صور الجسم الايجابية والسلبية. تمثلت أدوات جمع البيانات في: مؤشر كتلة الجسم، استبيان التنظيم الانفعالي المعرفي ومقياس صورة الجسم ل Fisher. وأسفرت النتائج أن النساء البدينات اللواتي لديهن صورة جسدية سلبية كان لديهن متوسط درجات أعلى في استراتيجيات التنظيم الانفعالي غير الفعالة مثل لوم الذات أو الاجترار أو التركيز على الأفكار الكارثية. علاوة على ذلك ، كان متوسط درجات النساء البدينات اللاتي لديهن صور إيجابية للجسم أعلى في استراتيجيات التنظيم الانفعالي الفعالة مثل القبول وإعادة التركيز الإيجابي وإعادة التركيز على التخطيط وأخذ المنظور وإعادة التقييم الإيجابي.

قام Zeeck and al.(2011) بدراسة حول العلاقة بين التجارب الانفعالية والأكل، وتشير نتائجهم إلى أن القلق لا يعتبر الانفعال الأكثر تسببا في زيادة سلوك الأكل عند مقارنته بالانفعالات الأخرى، خاصة الانفعالات المتعلقة بنوايا التعامل مع الآخرين (مثل الشعور بالوحدة، الملل وفقدان الأمل). علاوة على ذلك خلصوا إلى أن الأفراد الذين يعانون من الشراهة في الأكل يتعاملون مع الانفعالات السلبية من خلال اللجوء إلى تناول الطعام (الضغوطات الانفعالية) وبالتالي الشعور برغبة متزايدة في تناول الطعام.

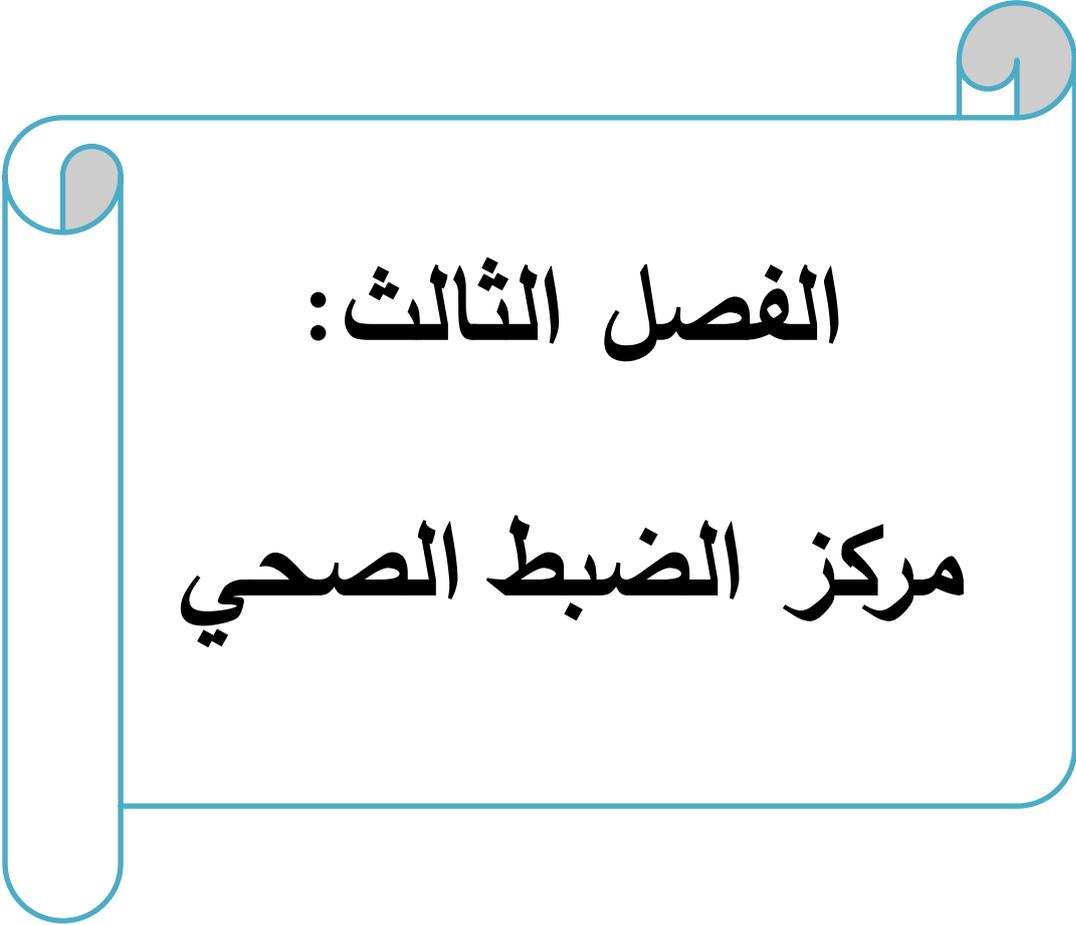
تتوافق نتائج هذه الدراسة مع نظرية الأكل الانفعالي التي قدمها كل من (Evers, Stoks & Ridder,2010) والتي تنص على أن بعض الأفراد يستخدمون الأكل كاستراتيجية لتنظيم انفعالاتهم السلبية (Silva, 2015, p. 288).

وفي 2018 اقترح Bourdier وآخرون نظرية بيو-نفسية-اجتماعية لتفسير العلاقة بين تنظيم التوازن الفيزيولوجي (la régulation homéostatique) و تناول الأكل و المزاج. أو ما سموه بمفهوم الأكل الانفعالي. وتشير النظرية أن التأثير الانفعالي السلبي ولكن حتى الإيجابي هو أحد السمات النفسية التي تعدل استهلاك الطعام والتحكم في الوزن.

• خلاصة الفصل:

يعتبر التنظيم الانفعالي إثراء حديث لمجال دراسة الانفعالات، رغم أنه سبق تناوله باستعمال مفاهيم أخرى، فنجد في أعمال Freud (1959) حول القلق وكيفية التخفيف منه باستعمال الدفاعات النفسية، ثم نجده في أعمال Lazarus (1966) حول استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي. ويأتي بعدها Gross (2003) بمصطلح التنظيم الانفعالي واستراتيجياته والمستوحى من المفاهيم السابقة خاصة نموذج استراتيجيات التعامل.

لقد اهتم علم النفس في الآونة الأخيرة بموضوع الانفعالات والتنظيم الانفعالي، خاصة فيما يتعلق بالأمراض العضوية والمزمنة منها، لما تخلفه من أضرار على المستوى الانفعالي، وليس هذا فقط حيث أسفرت العديد من الدراسات أن للانفعالات دور هام في ظهور العديد من الأمراض المزمنة والتي من بينها مرض السمنة. ولاشك أنّ الانفعالات لوحدها لا تكفي لظهور مثل هذه الأمراض العضوية بل هناك عوامل أخرى تسهم في إنشائها، نذكر منها العوامل النفسية وسمات الشخصية كمركز الضبط الصحي والذي سيتم تناوله في الفصل الموالي.



الفصل الثالث:

مركز الضبط الصحي

تمهيد:

يعتبر مركز الضبط الصحي من المفاهيم الحديثة والذي لقي اهتمام الباحثين في علم النفس عامة وفي علم النفس الصحة خاصة. إذ ينظر علماء النفس إلى مركز الضبط بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية، فهو يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها. و لقد تعددت التّرجمات العربية للمصطلح الانجليزي locus of control و الذي يقابله في اللّغة الفرنسية مصطلح lieu de contrôle ، وتُزجَم إلى اللّغة العربية إلى عدة مصطلحات فنجد منها: مركز التحكم، موضع الضبط، مصدر التحكم، وجهة التحكم، وجهة الضبط، و مركز الضبط.

كما يعد من أهم المفاهيم التي انبثقت من نظرية التّعلم الاجتماعي لـ Julian Rotter، والتي نشأت من التّراث النظري لكل من نظرية التّعلم ونظرية الشخصية.

يعتبر مركز الضبط الصحي من أحد أشكال مركز الضبط النوعي المتعلق بالجانب الصحي ومعتقدات الفرد الصحية، فقد استخلصت عدة دراسات أن وجهة نظر الأفراد حول أنفسهم و إلى العالم و إلى الآخرين والمستقبل تُنبئُ بطول العمر الذي يمكن أن يعيشوه، ومدى قابليتهم في الوقوع في الأمراض كالسمنة.

وفي هذا الفصل سيتم التّطرق إلى هذا المفهوم المهم في علم النفس الصحة مروراً بنشأته، العوامل المؤثرة فيه، وعلاقته بالمرض العضوي عامة وبمرض السمنة بصفة خاصة تماشياً مع غرض البحث الحالي. لكن قبل التّطرق إلى مصطلح مركز الضبط الصحي وُجِب علينا أولاً تسليط الضوء على مصطلح مركز الضبط.

1. مركز الضبط:**1.1 التطور التاريخي لمفهوم الضبط الداخلي - الخارجي:**

نشأ مفهوم مركز الضبط من خلال أعمال Julian Rotter في التّعلم الاجتماعي (1954، 1957) والتي تستند إلى أعمال مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية.

وقد طور من قبل كل من Phares and Gemes حيث احتل مكانة جد هامة في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين (الأحمد، 2001، ص.209).

ينظر علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي إلى مركز الضبط باعتباره عاملاً أساسياً من عوامل الشخصية، و يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالمواقف التي يمر بها، والشروط التي تضبط الأحداث من حوله (فرج، 1991، ص.8)، وقد ظهر المفهوم لأول مرة في مقال نشره Rotter (1966) بعنوان "التوقعات المعممة للضبط الداخلي - الخارجي" حيث قدمه على أنه توقع معمم يشير إلى اعتقاد الفرد في الجهة التي يعزو إليها أسباب حصوله على التعزيز (Paquet, 2009, p.9). فالأفراد يكتسبون اعتقادات توجه توقعاتهم إن كانت النتائج عليها تعتمد على أسباب شخصية كالذكاء والقدرات والمهارات، أم على عوامل أخرى بعيدة عن تحكم الشخص (ساعد، 2019، ص.189).

2.1 مفهوم مركز الضبط:

1.2.1 المفهوم اللغوي:

يعرف (ابن منظور، 2003، ص. 457) مركز الضبط لغة على أنه: "لزوم الشيء وحبسه وقال: الضبط لزوم الشيء لا يفارقه في ذلك شيء وضبط الشيء حفظه بالحزم".

2.2.1 المفهوم الاصطلاحي:

لقد عرّف Rotter مركز الضبط على أنه مفهوم يشير إلى أحد الطرق التي يصنف بها الأفراد أحداث التعزيز (مثلاً حسب ارتباطها بسلوك الفرد الخاص)، إذ يرى Rotter أنّ الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث، و بالتالي إدراكهم لمركز التعزيز، حيث إن حدث ما قد يُعتبر لدى بعض الأفراد كتعزيز أو مكافأة، بينما قد يُفهم بشكل مختلف لدى البعض الآخر (معريش، 1999، ص. 184-185).

عندما يدرك الفرد أن التعزيز يتبع بعض أفعاله الخاصة و لكنه لا يعتمد كلياً على تصرفاته و سلوكه الشخصي، فإنه يُدركه نتيجة للحظ أو القدر أو الآخرين الأقوياء أو أنّه غير قابل للتنبؤ بسبب التعقيد الكبير للقوى المحيطة به، و عندما يفسّر الحدث بهذه الطريقة من قبل الفرد فإننا نسمي هذا

الاعتقاد في الضبط الخارجي، أما إذا أدرك الفرد أن الأحداث تتوقف على سلوكه الخاص و سماته الشخصية الدائمة، فإننا نسمي هذا اعتقاداً في الضبط الداخلي (معريش ، 1999، ص ص.184-185).

أما Lefcourt (1976)، فيعرّف مركز الضبط على أنه توقع تعميم الضبط الداخلي في مقابل الخارجي للتعزيزات. كما يرجع مركز الضبط إلى تعميم الفرد لتوقعاته الخاصة بالتحكم التابع للنتائج المحصل عليها، أي من المسؤول عما يحدث؟ فمركز الضبط يشبه العزو لكن يختلف عنه، فعملية العزو تشير على وجه الخصوص إلى الآليات العقلية التي يستخدمها الفرد في حياته الاجتماعية من أجل شرح و تفسير السلوكات و المواقف التي يتعرض لها. و نظرية العزو (attribution theory) تهتم بالكيفية التي يشكل الناس أفكارهم عن الواقع و يفهمون الأحداث و المواقف، و يعدلون تبعاً لذلك ممارستهم السلوكية و الانفعالية (سلامة، 2001، ص.120).

لقد ركز Rotter في تعريفه لمركز الضبط على تصنيف الأفراد إلى ذوي البعد الداخلي والخارجي، إذ أنه انطلق من هذا التصنيف ليصل إلى إعطاء تعريف مركز الضبط من خلال الفرق بين البعدين الداخلي و الخارجي و نفس الشيء بالنسبة لـ Lefcourt (رشاد، 1999، ص.113).

أما Teford (1981) فيرى أن الناس يُنسبون نجاحهم الشخصي إلى القدرة والجهد (عوامل داخلية) بينما يلقون بفشلهم على الحظ السيء أو ظروف خارجية لا يتحكمون فيها، في حين يميلون إلى عزو فشل الآخرين إلى تصرفاتهم المتأصلة فيهم (عوامل داخلية) ويعززون نجاح الآخرين إلى الحظ والصدفة أو إلى ظروف خارجية ملائمة (معمرية، 2012، ص. 15).

في حين تعرف Dubois مركز الضبط على أنه "درجة تصور الفرد حول العلاقة الموجودة ما بين السلوكات أو المميزات الشخصية والتعزيزات الايجابية والسلبية التي يتلقاها (Schweitzer & Dantzer, 2003, p.69).

لقد اتفقت جميع التعاريف التي ذكرناها سابقاً الخاصّة بمركز الضبط أنه مفهوم متعلق بمعتقدات وإدراك الفرد حول نفسه، وإمكاناته، وما يتلقاه الفرد من البيئة التي ينتمي إليها ليستجيب حسب ترجمته وتفسيراته السببية التي ينسبها في علاقته مع بيئته.

انطلاقاً مما سبق يمكن تعريف مركز الضبط كما يلي:

يشير مركز الضبط إلى إدراك الفرد للأسباب التي تتحكم في نتيجة أفعاله بالمواقف المختلفة، إذ يعتقد أنها متحكم فيها من طرف مجموعة من العوامل والتي قد تكون داخلية خاصة بالفرد ذاته، أو خارجية خاصة بالأفراد الآخرين أو الحظ أو الصدفة.

و يمكن لمركز الضبط أن يكون إما داخلي أو خارجي.

3.1 أبعاد مركز الضبط:

تم تقسيم مركز الضبط إلى بعدين هما:

أ- البعد الداخلي لمركز الضبط: يرى Rotter أن مركز الضبط الداخلي يتمثل في اعتقاد الفرد في موقف نوعي محدد أو في طبقة أو مجموعة من المواقف بأن ما قد حدث أو ما يحدث الآن أو ما سيحدث مستقبلاً مرتبطاً ارتباطاً مباشراً بما قد فعل، أو يفعل الآن أو سيفعل في هذه المواقف. فإذا حدثت أحداثاً جيدة، فإنه يعتقد بأن هذه الأحداث قد حدثت بهذه الطريقة بسبب ما بذله من جهد كاف و ما أظهره من مهارة عالية، فمثلاً: إذا حصل الفرد على تقدير ممتاز في الامتحان أو حصل على زيادة مرتب، فذلك يرجع -حسب اعتقاده- إلى كفاءته وقدراته الخاصة في هذه المواقف. وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضاً بأنه مسؤول عن هذه الأحداث التي تحدث له، إذا حاول و فشل في الحصول على المكافآت السابقة، فذلك يرجع -حسب اعتقاده- على أنه لم يكن ماهراً بما فيه الكفاية، أي أنه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي و الحاضر و المستقبل

ب- البعد الخارجي لمركز الضبط: في المقابل يرى Rotter أن الضبط الخارجي يتمثل في اعتقاد الفرد أن ما يحدث له في مواقف معينة ليس مرتبطاً بما يفعل في هذه المواقف. فهو يحصل على الإشباع أو التعزيز لأنه محظوظ أو لأن القدر بجانبه، أو بسبب تدخل الأشخاص ذوي التأثير أو النفوذ، أو لهذه الأشياء جميعاً. في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلى قوى خارجية أبعد من قدرته على الفهم أو التحكم، أو إلى عوامل يصعب التنبؤ بها، فالفشل في الحصول على الأهداف المرغوبة أو العقاب من أي نوع يعزوه إلى شيء عدا أفعاله الخاصة أو افتقاره للقدرة و الكفاءة (رشاد، 1999، ص. 113).

لقد قدّم Rotter مفهوماً مُهمّاً في علم النفس بمختلف مجالاته بما فيها علم النفس الصحة. إذ يُعتبر مركز الضبط من سمات الشخصية المهمة لتحديد سلوك الفرد بصفة عامة وسلوكه الصحي بصفة خاصة.

كما جاءت العديد من الدراسات التي كشفت على أنّ مركز الضبط هو متغير متعدد العوامل، من بينها الدراسة التي قام بها (Shnuder and Persons 1970)، حيث كشفت الدراسة على وجود خمسة أبعاد لمركز الضبط أو تصنيفات فرعية لمقياس مركز الضبط الداخلي- الخارجي لـ Rotter، وتتمثل هذه الأبعاد في: الحظ والقدر fate and luck ، القيادة والنجاح leadership and succes، الإحترام respect، السياسة political، الأكاديمية academic

في السياق نفسه قام (Collins 1974) من خلال التحليل العاملي للاستجابة على بنود مقياس Rotter لمركز الضبط إلى الكشف عن أربعة عوامل لإدراك العالم والتي تتمثل في:

- العالم الصعب مقابل العالم السهل: وهو يتعلق بالبيئة، ويعني الاعتقاد بأن البيئة المحيطة تتسم بالصعوبة والتعقيد والأعمال التي لا يمكن إنجازها
- العالم العادل مقابل العالم الظالم: وهو الاعتقاد بأن هناك عدلاً في البيئة المحيطة بالفرد، وأن التغذية التي يتلقاها الأفراد من العالم هي دلالة على جهودهم الخاصة، وهي دلالة على جهودهم حيث توجد علاقة سببية مباشرة بين سلوك الفرد والتغذية الرجعية التي يتلقاها
- العالم القابل للتنبؤ مقابل العالم غير القابل للتنبؤ: وهو الاعتقاد بأن العالم يمكن التنبؤ به، وأنه غير محكوم بالعشوائية والحظ والقدر.
- العالم المستجيب سياسياً مقابل العالم غير المستجيب سياسياً: وتمثل هذا البعد في العقيدة التي يتبناها الفرد في الحساسية السياسية في بيئته (جبالي، 2007، ص ص 72-73).

يشير (Mc Connel 1977) إلى أنه لا توجد أنماط نقيّة بين الفئتين، ولا يجب أن نقع في خطأ الاعتقاد بأن الفرد يجب أن يكون إمّا من فئة الضبط الداخلي أو الخارجي، فلكل منا درجته على خط يمتد بين النهايتين والاختلاف في الدرجة وليس في النوع (الذواد، 2002، ص 128).

4.1 العوامل المؤثرة على مركز الضبط:

يتأثر مركز الضبط بالعديد من العوامل، نذكر منها:

1.4.1 مراحل العمر:

لقد بيّنت دراسات Rohnes & al. (1980) أنّ الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الأطفال، و أنّ الأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبولين من خلال علاقاتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي لديهم في (9-11 سنة). في حين الأطفال الذين يشعرون أنهم منبوذين لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر.

كما كشفت نتائج دراسة Lao(1974) باستخدام مقياس Rotter أن هناك زيادة دالة إحصائية في الإحساس بالكفاءة و الفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد و اشتقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها Rychman and Malkikiosk(1975) باستخدام مقياس ليفنسون متعدد الأبعاد إلى الاستقرار في مركز الضبط في مرحلة وسط العمر من 30 إلى 40 سنة (أبو الناهية، 1989، ص. 31).

تضيف الباحثة أن مركز الضبط يكون في أول الأمر متعلق بالوالدين، أي أن الرّضع والأطفال يخضعون إلى ذوي النفوذ من أولياء و اخوان ومعلمين، ويزيد نمو الضبط الداخلي للفرد كلما زاد نموه العقلي ومسؤولياته نحو نفسه ونحو المحيط الذي ينتمي إليه. ولا تكفي هذه العوامل لوحدها لتحديد ظهور ضبط سائد، بل هناك عوامل أخرى تساهم في ذلك خاصة في المراحل الأولى من حياة الفرد. ومنه نستخلص مدى أهمية مرحلة الطفولة لنمو مركز الضبط الداخلي أين يبدو منخفض في المراحل الأولى من الطفولة، ثم يزداد في المراهقة ليستقر في مرحلة الرشد.

2.4.1 مركز الضبط عند الجنسين:

كشفت البحوث و الدراسات التي تعرّضت للفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي والخارجي عن نتائج مختلفة، نذكر منها الدراسات التالية:

- دراسة (1971) Mirles، (1978) Lifshhtz، (1978) Barling and Finch، (1978) Rohner and al. (1980)، والتي أسفرت نتائجها جميعًا عن عدم وجود أي علاقة جوهرية بين الجنسين في أبعاد الضبط (جبالي، 2007، ص 49).
- دراسة (1974) Mahler التي أجريت على طلاب يابانيين وأمريكيين باستخدام مقياس (Rotter) و قد توصلت النتائج إلى أن الإناث أكثر ضبطًا خارجيًا من الذكور و بفرق الدلالة (يعقوب و مقابلة، 1996، ص 19).
- دراسة (Zirga & al, 1976) التي أجريت على (541) تلميذ من التعليم الثانوي، و قد استخدم مقياس روتر، فتبين من نتائجها أن الإناث خارجيات الضبط و الذكور داخلي الضبط وكان الفرق دالا إحصائيا (معمرية، 2009، ص 57).
- دراسة (Shaw and uhl, 1981) على عينة مكونة من (211) طفل من الجنسين، متوسط أعمارهم (8 سنوات) من طبقات مختلفة، و جمعت البيانات بواسطة مقياس بيلر و كورميل للأطفال، و توصلت على أنه لا يوجد فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي و الخارجي.
- دراسة علاء الدين كفاقي (1982) تحت عنوان الفروق الجنسية في وجهة الضبط، والتي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في وجهة الضبط الداخلي/ الخارجي. وقد تكونت عينة الدراسة من 428 طالب وطالبة من كلية التربية بالقيوم، بلغ عدد الذكور 182 طالب، بمتوسط عمر 21.29، كما بلغ عدد الإناث 255 طالبة بمتوسط سن 21.25 من أبناء محافظة الفيوم وبني سويف، طبق عليهم مقياس وجهة الضبط، وجاءت النتائج أن الذكور مالوا أكثر إلى الوجهة الخارجية في إدراكهم لمصادر التدعيمات أكثر من الإناث (هدية، 1994، ص 85).
- دراسة Archer and Waterman (1988) والذي قاما بمراجعة مجموعة من الدراسات والأبحاث فمن خلال تحليلهما لاثنتين وعشرين دراسة حول اتجاه الضبط لدى البالغين أكدت خمسة عشر منها أنه لا توجد فروق، بينما وجدت ستة دراسات أن الرجال لديهم معدلات ضبط داخلي أعلى من النساء في حين أن دراسة واحدة فقط كشفت العكس. لذلك أكد الباحثان أنه ليس هناك ما يكفي من الأدلة لدعم فرضية الاختلاف الجنسي في مركز الضبط خلال مرحلة البلوغ (ساعد، 2019، ص 208).
- دراسة جبالي نورالدين (2007) والتي هدفت إلى الكشف عن النمط السائد لدى العينة الجزائرية في أبعاد مركز الضبط، والكشف عن الفروق في أبعاد مركز الضبط الصحي حسب لمتغيرات

التالية: الجنسين، المستويات الثقافية، الحالة الاجتماعية. وكذا الكشف عن العلاقة بين أبعاد مركز الضبط الصحي والمرض السيكوسوماتي. وقد اعتمدت الدراسة على عينة قوامها (205) فردا راشدا من الجنسين من مختلف المستويات التعليمية. وقد تم استخدام الأدوات التالية: مقياس مركز الضبط الصحي لوالتسون ومعاونوه، قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية. ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنه يوجد فروق بين الجنسين في مركز الضبط الخارجي (بعد ذوا النفوذ) لصالح الذكور (عزوز وجبالي، 2014، ص.215).

لقد أظهرت بعض الدراسات فروقا جنسية في تفضيل الأنشطة المعتمدة على المهارة بالوجهة الداخلية في الضبط، بينما ارتبط تفضيل الأنشطة المعتمدة على الحظ بالوجهة الخارجية في الضبط و ذلك عند الذكور، و لم يحدث هذا الارتباط عند الإناث (كفاني، 1982، ص.31).

تعقيب على الدراسات:

بيّنت الدراسات المذكورة أعلاه وجود أو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس و أبعاد مركز الضبط. حيث أسفرت كل من دراسة (Shaw and uhl(1981 و دراسة (Mirles(1971 و (Lifshhtz(1978، إضافة إلى الدراسات التي أجراها أبو الناهية (1984) على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وأبعاد مركز الضبط. بينما كشفت كل من دراسة (Khana and (1979، دراسة (Mahle(1974 ودراسة (Zirga & al.(1976 على أنّ الإناث أكثر ضبطاً من الذكور، أما دراسة جبالي (2007) فقد بيّنت هي الأخرى وجود اختلاف بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط ولكن لصالح الذكور.

إن الاختلاف في نتائج الدراسات المجرية حول الفروق بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط أدى بنا إلى البحث في الفروق الموجودة في أبعاد مركز الضبط تبعا لمتغير الجنس لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

3.4.1 التنشئة الاجتماعية:

تُعرّف التنشئة الاجتماعية على أنها العملية التي تحقق للفرد من خلالها-وبالتفاعل مع الآخرين- تنمية رصيد من الخبرة الخاصة و أنماط السلوك الاجتماعي الملائمة، مع التأكيد على ضرورة الاعتراف

بأن الأسرة كسياق اجتماعي تمثل رافدا واحدا من روافد هذه العملية، وأن يكن رافدا مهما ورئيسيا، ومستمرة باستمرار حياة الفرد وبالتالي فهي لا تقتصر على طفولته فحسب وإنما إلى ما بعدها (درويش، 1990، ص.101).

بهذا فالتنشئة الاجتماعية قد تعد من العوامل الأساسية المساهمة في نشوء ونمو وتطور مركز الضبط، وهي تتخذ شكلين رئيسيين:

- تنشئة اجتماعية مباشرة: وتشمل التنشئة التي يتلقاها الفرد من الأسرة و المدرسة.
- تنشئة اجتماعية غير مباشرة: وتشمل التنشئة النابعة من المسجد ووسائل الإعلام وغيرها من المؤسسات التي تساهم في عملية التنشئة. ولقد حظيت أساليب التنشئة الاجتماعية باهتمام كبير من قبل الباحثين و العلماء الذين اهتموا بدراسة مدى تأثيرها في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد، وهو ما يبدو جليا فيما يلي:

يقر Loa (1977) أن البيئة بمستواها الثقافي الاجتماعي والاقتصادي، وطبيعة العلاقات الاجتماعية بها تؤثر في تحديد مركز الضبط لدى الأفراد أي نوع مركز الضبط وذلك وفقا للاتجاهات نحو الأحداث.

كما أن البيئة الاجتماعية للفرد وظروف التنشئة الاجتماعية تتضمن استدخال الطفل لمعايير والديه، ويتم ذلك عن طريق أساليب عقلية وانفعالية واجتماعية أهمها التعزيز والانطفاء القائم على الثواب والعقاب، حيث تعمل على تعزيز وتدعيم بعض أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا، وعلى إطفاء بعضها الآخر غير مقبول اجتماعيا وبذلك ينمو الضبط الداخلي-الخارجي متأثرا ببيئة الطفل حيث يكون الدور بارز في هذه البيئة للأسرة (الزهران ، 1984 ، ص.35).

تشير بعض الدراسات إلى أهمية الظروف الأسرية وخصائص العائلة مثل حجمها ومستواها الاقتصادي الاجتماعي وترتيب الطفل وثقافة الأسرة والعمر وطبيعة إدراك الجنس وما ترتبط به من أدوار اجتماعية وتوقعات في تشكيل اتجاه الضبط داخليا كان أو خارجيا لدى أبنائها(المومني والصمادي،1995، ص. 107).

كما أظهرت دراسة (Wilson and Ramey 1972) أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الداخلي يأتون غالبا من أسر تتسم بالحب و الديمقراطية و النظام، في حين أن الأفراد المعتقدين في الضبط

الخارجي يصفون آباءهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا ويحرمون حقوقا كثيرة (معمرية، 2009، ص. 51).

وتوكيدا لذلك، فقد أوضحت دراسة (Levenson(1973 أن أساليب المعاملة الوالدية القائمة على القسوة و العقاب البدني و الضبط العدائي كانت مرتبطة ارتباطا موجبا مع الضبط الخارجي (عن طريق قوى الآخرين)، وأن معاملة الأم التي تتسم بالقبول ارتبطت ايجابيا مع الضبط الداخلي عند الذكور فقط، ومعاملة الأب التي تتسم بالقبول لا ترتبط بأي من أبعاد الضبط الداخلي-ضبط الآخرين-ضبط الحظ. كما أن المعاملة الوالدية التي تتسم بالحماية الزائدة ارتبطت ارتباطا ايجابيا بضبط الآخرين (الأقوياء) عند الذكور فقط، بينما سلوك الأم الذي يتسم بالحماية الزائدة يرتبط ارتباطاً سالباً بالضبط الداخلي عند الإناث (جبالي، 2007).

ويجدر الإشارة إلى الدور الذي تلعبه المدرسة أو المؤسسات التعليمية في التأثير على معتقدات الطلاب، وذلك لكونها تزودهم بالحقائق الموضوعية المرتبطة بمجالات الحياة المختلفة، وهذا فضلا عن كونها إلى جانب الأسرة، تساعد الفرد على تبني فلسفة خاصة بحياته.

إضافة إلى أن هذه المؤسسات التعليمية تعمل على تأصيل المسؤولية الاجتماعية وتنسيقها عند أبناءها، وهي في قيامها بوظيفتها تعمل على استمرار ثقافة الفرد، لأنها تملك أساليب مختلفة في ذلك مثل الدراسات النظرية والنشاط المدرس وممارسة الثواب والعقاب وما تقدمه من نماذج، وكذلك علاقة المدرس بطلابه وتلاميذه فهو يستطيع أن يغرس فيهم أنماط السلوك الاجتماعي السليم ويقلل تأثير التكوين الطبقي للطلاب الذي يؤثر على أنماط التفاعل والسلوك (قطامي، 1994).

كما يشير بعض العلماء إلى أن تقدير المعلم للطفل و تفضيله على غيره من أطفال يمثل أمرا يشجع على ميل هؤلاء إلى ظهورهم بأنهم داخلي التحكم رغبة في إعطاء صورة لائقة لأنفسهم بالظهور على أنهم مجدين إرضاء لمعلمهم، و بالتالي يسعى الأطفال الذين هم موضوع مستمر إلى الظهور بالصورة المرغوبة أمام المعلم وهي التحلي بالداخلية (جبالي، 2009، ص. 35-36).

يعتبر مركز الضبط من المواضيع المهمة والتي لفتت انتباه الباحثين في علم النفس وعلم النفس الصحة، وذلك لمدى أهمية مركز الضبط كبعد من أبعاد شخصية الفرد ومدى تأثيره على السلوك وبذلك

التأثير على حياة الفرد في جميع زواياها بما في ذلك الجانب الصحي. كما أن مركز الضبط يتأثر بمحيط الفرد والبيئة التي ينتمي إليها، إذ يجد الفرد نفسه متأثراً بالقيم والمعتقدات السائدة في مجتمع انتماءه، هذا ما أكدته جل الدراسات التي تم تناولها آنفاً. وعليه فإن للمتغيرات البيئية كالتنشئة الاجتماعية دور كبير لتحديد نوع الضبط السائد لدى الفرد.

4.4.1 العامل الاقتصادي:

إن المكانة الاقتصادية تساعد على تنمية أو إعاقة مدى شعور الفرد في إمكانية التحكم في أحداث الحياة والسيطرة عليها، فأبناء الطبقة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة يميلون إلى الضبط الخارجي، نظراً لوجود فهم غير واضح لمصادر التعزيز في ظل غياب الشعور باستقلال وتشجيع القدرات. في حين أبناء الطبقة الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة يميلون إلى وجهة الضبط الداخلي لتوفر عوامل الإحساس بالكفاءة والقدرة على تغيير مدى الأحداث لما ينشؤون عليه من استقلال وتشجيع الفروق الفردية (المحمدي، 2004، ص.33).

يُعتبر العامل الاقتصادي من المحددات لمركز الضبط لدى الأفراد، حيث يوضح "سمارت" أن الأفراد الذين يعيشون في أسرة فقيرة يميلون إلى التحكم الخارجي بدرجة أكبر من الأطفال الذين يعيشون في أسر متوسطة أو غنية. وينتج ذلك من اعتقادهم بأن القدر والحظ والجهات المسؤولة في الدولة والأغنياء عوامل ذات تأثير قوي في المجتمع (المبارك، 2000، ص.42).

5.4.1 المستوى التعليمي:

تشير بعض الدراسات إلى تأثير المستوى التعليمي على مركز الضبط، فقد أكدت دراسة المومني والصمادي على وجود فروق دالة في مركز الضبط بين الطلاب في مختلف المراحل الدراسية، حيث يميل طلاب الصفوف العليا إلى الضبط الداخلي (الشافعي، 2008، ص.103).

بينما أشارت دراسة شوقي إلى أن أساتذة الجامعات أكثر ضبطاً داخلياً من معلمي المرحلة الثانوية. واتفقت دراسة الحربي (2006) مع النتائج السابقة، حيث أظهرت الدراسة أن طلاب الدراسات العليا (ماجستير - دكتوراه) أكثر ميلاً لمراكز الضبط الداخلي. وأشارت دراسة بوس وتايلر إلى وجود علاقة بين

مراكز الضبط (الداخلي - الخارجي) والمستوى الدراسي، حيث أن الطلاب ذوي المستوى الدراسي المرتفع كانوا يتمتعون بدرجة عالية من الضبط الداخلي (الشافعي، 2008، ص. 103).

6.4.1 العمليات المعرفية:

يعتبر الانتباه والادراك والذاكرة والتفكير والذكاء وغيرها من العمليات المعرفية التي يتناول بها الأفراد المدخلات الحسية من البيئة ويعالجونها ويخزنونها، كما تعتبر من العمليات التي يكتسب بها الفرد المعلومات ويحل المشكلات ويخطط للمستقبل.

كما أن لمركز الضبط دور كبير في تكوين الاتجاهات للكثير من الأشخاص والتحكم في سلوكهم ويرجع هذا السلوك إلى قناعة الشخص نفسه فإذا كان لدى الشخص قناعات بأن ما يجري حوله هو محض الصدفة ويرجعه للقدر وتأثيرات المحيطين ونظرة الآخرين له وهذا يجبره على التفكير بإنهاء حياته ويرجع ذلك لاعتقاده أنه لا يملك القدرة على التغيير واتخاذ القرار (زقوت، 2017، ص. 27).

5.1 سمات و خصائص ذوي مركز الضبط (الداخلي - الخارجي):

لقد أجريت بعض الدراسات على مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات، وأظهرت هذه الدراسات أن الضبط الداخلي/ الخارجي يرتبط بمدى واسع من السلوكيات، وأن ذوي الضبط الداخلي لديهم صفات أو سمات شخصية خاصة تشجع على ظهور هذا الاتجاه (الضبط الداخلي) لديهم، و كذلك فإن ذوي الضبط الخارجي يتسمون أيضا بسمات معينة تزيد من ظهور اتجاه الضبط الخارجي لديهم أيضا.

يرى فرج (1990) أن ذوي الضبط الداخلي أكثر تقديرا لذواتهم أكثر إنجازا واستقلالا وأقل عصابية إذا ما قورنوا بذوي الضبط الخارجي (فرج، 1990).

كما أشارت دراسة (Sharman 1998) والتي هدفت إلى اختبار مركز الضبط على متغيرات التنبؤ لفهم طبيعة مادة العلوم لدى عينة تكونت من (135) معلما من معلمي المرحلة الابتدائية إلى تفوق الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي على الأفراد من ذوي مركز الضبط الخارجي في جميع المتغيرات، والتي تمثلت في القدرة على التفكير المنطقي، معرفة محتوى العلوم والتحصيل الأكاديمي والاستعداد الكمي (معمرية، 2009، ص. 54).

غير أن Phares (1976) أشار أنّ لكل فئة الداخلية والخارجية، مزايا ومساوئ. حيث أن ذوي الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفعالية والتفوق، لأن البعض منهم يكون متطلبا قاسيا أخلاقيا أو محاصرين بمشاعر الفشل والإحباط وخيبة الأمل يواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيه، كما أنهم لا يتعاطفون مع الآخرين الذين يكونون في حاجة إلى المساعدة، لأنهم يعتقدون أن الشخص الذي يواجه المتاعب لابد وأنه السبب في المتاعب، وكذلك بالنسبة لذوي الضبط الخارجي ف لديهم مهاراتهم النوعية التي لا تتوفر لدى داخلي الضبط، فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن يكون في الوقت المناسب والمكان المناسب، وأن تكون محظوظا (معمرية، 2009، ص.54).

فيما يلي سيتم حصر أهم الخصائص و السمات التي تميز الأفراد وفقا لكل فئة من فئتي مركز الضبط:

1.5.1 بعض الخصائص والسمات التي تميز أفراد ذوو مركز الضبط الداخلي:

إن أصحاب مركز الضبط الداخلي يتصفون بمجموعة من الصفات و الخصائص تظهر في سلوكياتهم و نشاطاتهم، و التي تميزهم عن ذوي مركز الضبط الخارجي.

يشير أبو ناهية (1989) إلى نتائج الدراسات التجريبية في مجال علم النفس مثل دراسات روتر (1966)، جو (1981)، ليفركوت (1972)، سترايكلند (1977)، جيلمور (1978)، ستتيك و ويستر (1983)، نويكي (1983)، صلاح الدين أبو ناهية (1986-1987) تتفق على أن أفراد الضبط الداخلي يتميزون بدلالة واضحة عن أفراد الضبط الخارجي في المجالات التالية:

- البحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة، فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بأشكال مختلفة.
- القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية التي تؤثر عليهم (أبو ناهية، 1989، ص.53-54).

- المودة والصداقة في علاقاتهم مع الآخرين، فهم أكثر حبا واحتراما من قبل الآخرين وأكثر تعاونًا ومشاركةً للآخرين، وأكثر توكيدية اتجاه الآخرين، وعلى الرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليهم.
- العمل والأداء المهني: حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه وبالبيئة المحيطة بهم، كما أنه أكثر إشباعا ورضا عن عملهم، وأكثر انهماكا واهتماما بهذا العمل.
- التحصيل والأداء الأكاديمي: حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحاً ومرونة في التفكير، وأكثر إبداعاً وتحملاً للمسائل والمشكلات الغامضة، وأكثر توقعاً للإجابة الصحيحة.
- الصحة النفسية و التوافق النفسي: فهم أكثر احتراماً لذاتهم وأكثر قناعة ورضا عن الحياة، وأكثر اطمئناناً وهدوء، وأكثر ثقة بالنفس وثباتاً انفعالياً، وأقل اكتئاباً وإصابة بالأمراض النفسية (أبو ناهية، 1989، ص.54).

2.5.1 بعض الخصائص و السمات التي تميز أفراد ذوا مركز الضبط الخارجي:

- لقد وجد (علاء الدين كفاقي، 1982، ص. 77) في دراساته أن أصحاب الضبط الخارجي أقل تحملاً للمسؤولية، وأكثر ميلاً للانبساط والعصابية وضعف الأنا.
- يمتاز ذوا الضبط الخارجي كذلك وفقاً ل فوقيه رضوان و نجوى خليل (1995)، محمد مومني و أحمد الصمادي (1995)، موسى جبريل (1996)، نبيل محمد زايد (2003)، الجوهرة عبد الله النواد (2003) بالخصائص التالية:

- الرضا بالواقع وعدم تقبل المخاطرة، ولا توجد لديهم الرغبة بالمتابرة أو التحمل.
- الشعور بالملل والتعب وعدم الراحة والتوتر النفسي.
- ضعف الدافعية للإنجاز والميل إلى السلبية العامة وقلة الإنتاج.
- الميل إلى مقاومة الآراء والأفكار الأخرى والتصلب في الفكر لتقليدهم بوجهة تفكير محددة.
- انخفاض الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.
- إرجاع الأحداث الايجابية والسلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي والافتقار إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث.
- الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس والعصابية (جبالي، 2007، ص.42).

لقد حاول كل من بن زاهي وبن الزين (2012) تلخيص سمات كل فئة من فئات مركز الضبط في الجدول التالي:

جدول رقم (1): يبين سمات أفراد الضبط الداخلي والخارجي

أفراد الضبط الخارجي	أفراد الضبط الداخلي
<ul style="list-style-type: none"> - سلبي وقليل المشاركة والانتاج - عديم المسؤولية الشخصية عند أفعاله - يفتقر إلى الضبط الداخلي للأحداث فهو يرجع الأحداث السلبية والإيجابية إلى ما وراء الضبط الشخصي - عدم الثقة بالنفس والشعور بالنقص والجنونية - الشعور بالتعب والملل بعد فترة قصيرة من بداية العمل - انعدام الرغبة في المثابرة - التوتر و انعدام الراحة النفسية - توقعات خاطئة للأحداث - نقص الفعالية في استقطاب المعلومات ومن ثمة نقص الفعالية في استثمارها الجيد 	<ul style="list-style-type: none"> - الوصول إلى المعلومات عن طريق البحث والتحري والاستكشاف وصياغتها بأساليب متعددة ومن ثم استخدامها في حل المشكلات. - مقاومة الاغراءات وتأجيلها. - يكون علاقة ناجحة مع الآخرين فهو شخص ودود ومحب ومتعاون، ويشارك الآخرين. - شخص يقوم بأداء أعماله برضا وإشباع، كما يهتم بمعرفة تامة عن عالم العمل والبيئة المحيطة به. - أسلوبه مرن ومنفتح في حل المشكلات - مبدع وأكثر تحملا للمسائل والمشكلات الغامقة وأكثر توقعا للإجابات الصحيحة - مستوى أكاديمي مرتفع - محترم لذاته، فنوع وراضي عن حياته وأكثر هدوء، واثق بنفسه، يتميز بالثبات الانفعالي، أقل قلقا واكتئابا وأقل إصابة بالأمراض النفسية.

(بن زاهي وبن الزين، 2012، ص ص. 29-30).

2. مركز الضبط الصحي:

1.2 نشأة مفهوم مركز الضبط الصحي:

إن مفهوم مركز ضبط الصحة قد أُخذ من نظرية التعلم الاجتماعي Social learning المؤسسة من طرف Rotter عام 1954. وقد سمّاه في الأصل "مركز الضبط بالتعزيز"، وكان بهذا قد سد Rotter الهوة بين علم النفس السلوكي وعلم النفس المعرفي، حيث كان يؤمن أن السلوك ينقاد بشكل كبير باستعمال التعزيز، وأن العقوبة والمكافأة بدورها كانت تشكّل الطريق الذي يترجم بها الناس نتائج أفعالهم الشخصية، ففي البداية كانت النظرية تأخذ بمبدأ التعزيز فقط، لكن هذا كان غير كافٍ لتفسير السلوك الإنساني، ولكونها نظرية معرفية فقد ربطته بمفهوم التوقع لكي يصبح توقع التعزيز محدد أساسي لحدوث السلوك الإنساني، وحيث أن الأفراد يواصلون القيام بسلوك معين عند توقعهم أنه سيعقبه تعزيز، أي أن التعزيز يعمل على تغيير التوقعات المستقبلية (مدور، 2005، ص. 15).

لقد عرف مفهوم التحكم الذاتي تطورًا ملحوظًا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيق في مجال الصحة السلوكية (Behavioral Health)، ولقد توصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته (Health locus of control). ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى باربارا و كنيث دالسنون (يخلف، 2001، ص. 93).

2.2 مفهوم مركز الضبط الصحي:

مركز ضبط الصحة (HLC) هو درجة اعتقاد الفرد أن صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو خارجية، سواء كان هذا الشخص ذو بعد داخلي أو خارجي، يعتمد هذا على مجموعة من العبارات التي تحدد هذه الأخيرة فيما إذا كان الفرد يملك اعتقادات صحية داخلية أو خارجية؛ هذا ما يسمى بـ "مركز ضبط الصحة الأحادي الإتجاه" (Unidimensionnel HLC)، الذي قام بتأسيسه "والستون والستون، مايد كابلن": وهو يحتوي على علامتين:

- العلامة المسجلة فوق المتوسط تُدعى: البعد الخارجي.

- العلامة المسجلة تحت المتوسط تُدعى: البعد الداخلي (جبالي، 2009، ص.11).

إنّ نظرية مركز الضبط الصحي تتبنّى فكرة اختلاف الأفراد في كيفية نظرهم لصحتهم وسلوكياتهم الصحية، فمعتقدات الأفراد حول مصادر التّعزيزات المتعلقة بالصحة وارتباطها بالسلوكيات الناتجة عنها هي التي تُحدد درجة عزو الفرد لما يحدث له سواء نفسه أو إلى الآخرين، لذا من المهم للوقاية من المرض وتعزيز الصحة معرفة درجة اعتقاد الناس في سيطرتهم وتحكمهم في وضعهم الصحي (عزوز، 2015، ص ص. 65-66).

ومنه تقترح الباحثة تعريفاً لمركز الضبط الصحي والذي يُعتبر: "مدى اعتقاد الفرد أنه متحكم في صحته، سواء أنه أرجع ذلك إلى أن صحته موضوع ذاتي بحت وأنه المسؤول الوحيد عليها، باعتبارها نتاجاً لسلوكياته الواقية لصحته أو المدمرة لها، و يكون الفرد هنا ذو ضبط صحي داخلي. أو انسابه لقوى خارجية مسؤولة عن وضعيته الصحية، كأن يُرجع الفرد مثلاً سبب مرضه للقدر والحظ، أو كأن يُرجع سبب شفائه للأطباء، في هذه الحالة يكون الشخص ذو ضبط صحي خارجي".

3.2 أبعاد مركز الضبط الصحي:

يتضمن مركز الضبط الصحي مثله مثل مركز الضبط بعدين يتمثلان في:

1.3.2 البعد الخارجي:

يرجع البعد الخارجي لمركز ضبط الصحة إلى اعتقاد الفرد أن صحته محددة بواسطة قوى الآخرين، أو هو مسألة قدر أو حظ، أي أن صحته يتحكم فيها ذوو النفوذ من الأطباء، والممرضين، أو عوامل خارجية أخرى مثل الحظ أو الصدفة (يخلف، 2001، ص. 95).

2.3.2 البعد الداخلي:

يرجع البعد الداخلي لمركز ضبط الصحة إلى اعتقاد الفرد أنّ العوامل الداخلية مسؤولة عن الصحة أو المرض، وتتعلق هذه العوامل بسلوكه الشخصي، وهي مسألة تتعلق بما يقوم به هذا الأخير من نشاطات صحية إيجابية لكي يحمي صحته ويرتقي بها إلى مستويات عُليا أو عالية (المرجع السابق، ص. 45).

4.2 أنماط مركز الضبط الصحي:

رَكَزَت معظم الدراسات التي تناولت مركز الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس مركز الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى (8) أنماط محتملة كما يقترح Wallston & Al. (1978) انطلاقاً من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد و هذه الأنماط هي:

- داخلي خالص: درجات مرتفعة على مركز الضبط الداخلي و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين و الحظ.
- نفوذ الآخرين خالص: درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين و منخفضة على البعد الداخلي و الحظ.
- حظ (صدفة) خالص: درجات مرتفعة على بعد الحظ و منخفضة على البعد الداخلي و النفوذ.
- خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعد الحظ و نفوذ الآخرين و منخفضة على البعد الداخلي).
- الاعتقاد في الضبط: درجات مرتفعة على بعد نفوذ آخرين و داخلي و منخفضة على بعد الحظ.
- النمط السادس: درجات مرتفعة على بعدي الداخلي الحظ و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين.
- المجيب ب"نعم" : درجات مرتفعة في الأبعاد الثلاثة.
- المجيب ب"لا": درجات منخفضة في الأبعاد الثلاثة (جبالي، 2012، ص ص 46-47).

5.2 فعالية مركز الضبط الصحي:

مقارنة بين ذوي الضبط الخارجي من حيث التحكم تبين أن الداخلين أكثر ايجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط و هذا ما أثبتته العديد من الدراسات و الآراء لبعض الباحثين:

ففي دراسة Wallston & Al. (1987) ودراسة Fowers (1994) أوضحت أنه من بين الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة (كالتهاب المفاصل، القصور الكلوي، الأمراض القلبية....الخ). الذين يتميزون ببعد ذوي النفوذ و خاصة الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين (Schweitzer, 2003, p. 41).

أما Phares (1976) ففي دراسة حول مركز الضبط الخارجي، وجد أن الأشخاص الذين لديهم ضبط خارجي كانوا أكثر خضوعاً يمثلون قلق أكثر و تقدير ذات منخفض.

أما دراسة Cohen and Edward توصلوا إلى أن التحكم الداخلي يخفض الاضطرابات الناجمة عن وضع ضاغط، بينما التحكم الخارجي يضاعفها (عبد اللطيف، 2002، ص.35).

أسفرت دراسة لـ Brosshot & al. على ارتباط الضبط الداخلي بصحة جسدية جيدة و أساليب حياة صحية، و استراتيجيات مواجهة مركزة على حل المشكل. فمعظم الدراسات تؤيد أن البعد الداخلي ذو نفع على الصحة الجسدية، و ذلك بدون شك لأنه يخفف الجهود المؤيدة للأحداث الضاغطة. أما من ناحية أساليب الحياة الصحية، فذوي الضبط الداخلي يبدون أكثر تفصيل سلوكياتهم (تمارين رياضية، تغذية متوازنة، علاجات طبية، امتناع عن التدخين...الخ.) (جبالي، 2007، ص. 48).

7.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالسلوكيات الصحية:

أسفرت دراسة أجراها كل من "سيمن و سيمين" (1983) حول العلاقة بين مركز ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية (Preventive health care). حيث أظهرت نتائجها أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعداداً وميلاً إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية، بينما كان ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلاً إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي (يخلف ، 2001، ص. 96).

هذا ما أكدته دراسة Nemcek التي هدفت للكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي لدى المرأة والمداومة على الكشف الطبي المستمر عن الثدي لدى عينة قوامها (95) امرأة تراوحت أعمارهن بين 25 و 60 سنة. وكشفت عن وجود علاقة دالة بين عدد مرات الفحص ومركز الضبط الخارجي في بعد نفوذ الآخرين (جبالي، 2007، ص.21). وكذا ما توصلت إليه دراسة Mc Donald & al. (2000) والتي أجريت على عينة تكونت من (90) فرد بمعدل عمري بلغ 71.7 سنة يعانون من أمراض مختلفة. وتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الداخلي والتزام المريض بالقواعد الصحية السليمة (تعولميت وعليو، 2022، ص. 167).

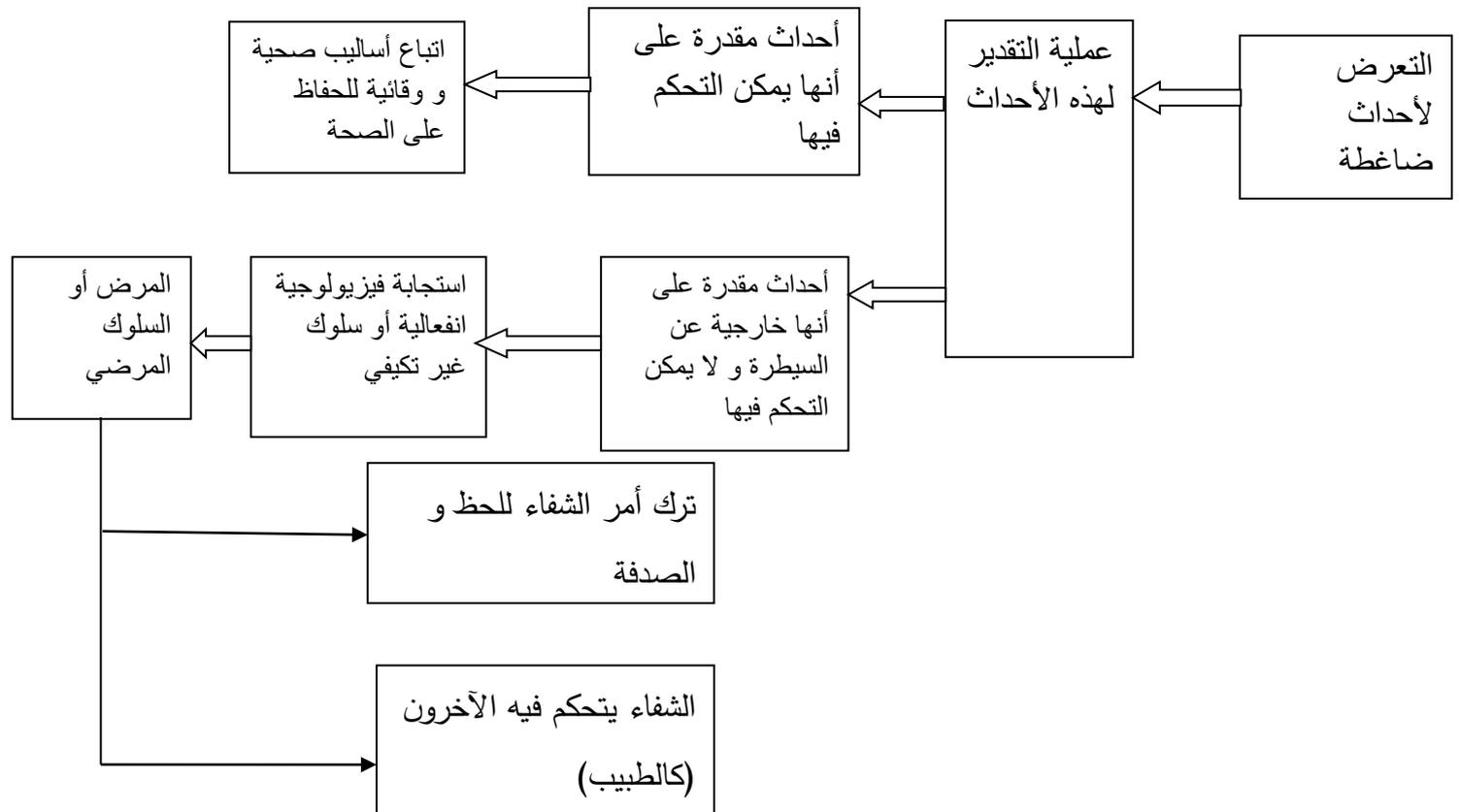
بهذا يتضح الدور الذي تؤديه معتقدات الفرد حول مصدر صحته، حيث يلعب أسلوب التحكم الداخلي للصحة دوراً وقائياً في مجال الصحة الشخصية ويعمل على الحفاظ عليها من خلال تكوين عادات صحية سليمة في الحياة، وهي النتيجة التي وصل إليها Lao (1982) في مقال هام في هذا الشأن حيث وجد علاقة إيجابية بين التحكم الذاتي في الصحة وإتباع القواعد الصحية السليمة، بينما يعمل الميل إلى التحكم الخارجي تقريباً عكس ذلك، حيث نجد ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية (Learnad helplessness) والتشاؤم، وفي نفس الوقت نجدهم أقل استعداداً لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية قد تحقق لهم سيطرة أفضل على حياتهم وتجسد طموحاتهم (يخلف، 2001، ص. 48).

8.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالأمراض العضوية:

قامت دروزه بتلخيص بعض الدراسات التي بحثت مركز الضبط (دروزه، 1988، 1993، 1998 أ، 1998 ب)، فوجدت أن معظم هذه الدراسات تؤكد أهمية أن يكون الإنسان منضبطاً داخلياً، حيث بينت نتائجها المتعلقة بالشخصية أن الأفراد المنضبطين داخلياً كانت أقل قلقاً، وأكثر تحملاً، وأكثر تكيفاً، وأكثر مقاومةً للأمراض النفسية. كما كانوا أقل عدوانية، ويتمتعون بصحة جسمية جيدة بشكل يفوق نظائرهم المنضبطين خارجياً ويفرق له دلالة إحصائية. كما أنّ الأفراد المنضبطين داخلياً يرون أنفسهم منجزين، ومسيطرين على المواقف، متحكمين بها، واجتماعيين، وأذكياء، وحازمين، ومستقلين، وفعالين، وذوي نفوذ، وعمليين، ويقاومون المواقف الغامضة، ويقدرّون أنفسهم بدرجة عالية أكثر من الخارجيين. ووجد أيضاً أنّ لديهم نظرة بعيدة للزمن فيدركون حاضريهم وماضيهم ومستقبلهم، في حين يدرك الخارجيون الزمن بنظرة ضيقة، فيعانون حاضريهم أكثر من ماضيهم ومستقبلهم. وبالمقابل، فقد وجدت نتائج الدراسات السابقة أنّ الأفراد المنضبطين خارجياً كانوا أكثر قلقاً وعدوانية، وتشككاً، وأقل ثقة بالآخرين وبأنفسهم، وأقل تبصراً للأمور. كما أنهم لا يستطيعون ضبط ما يحدث لهم، فهم بالتالي مضطربون غير مرتاحين، وغير متكيفين، ويعزّون مسؤولية فشلهم للقوى الخارجية والناس الآخرين (دروزه، 2006، ص. 446).

ولتبيان العلاقة بين مركز الضبط الصحي أي الجانب النفسي بالأمراض العضوية أي الجانب

البيولوجي، نستند إلى المخطط التالي:



شكل(3): مخطط يمثل علاقة مركز الضبط الصحي بالمرض الجسدي

(أحمان، 2011، ص.149).

تعليق على المخطط:

إنّ احتكاك الفرد اليومي بالبيئة يجعله عرضة لمواقف حياتية يترجمها على أنها ضاغطة. ووفقاً لمفهوم Rotter لمركز الضبط، هناك فئة من الأفراد لديهم الاعتقاد بأنهم قادرين على التحكم في هذه الوضعيات الضاغطة ولديهم القدرة على التأثير في البيئة الخارجية، وهم الأفراد الذين يتمتعون بضبط داخلي. ومن بين هذه الوضعيات الضاغطة، نذكر على سبيل الذكر تعرض الفرد للمرض العضوي، حيث أن الفرد ذو الضبط الداخلي المعرض للمرض سوف يتوجّه إلى اتباع أساليب صحية ووقائية للحفاظ على صحته كالذي يتعرض لارتفاع نسبة الكوليستيرول في الدم، فسوف نجده يتخذ الاحتياطات اللازمة كممارسة رياضة بدنية وتتبع حمية غذائية وذلك لاستقرار نسبة الكوليستيرول لديه ولتفادي الوقوع في مشاكل صحية وتدهور حالته الصحية. أمّا الفرد الذي ينتمي إلى فئة ذوي الضبط الخارجي، والذي يسوده الاعتقاد أنّ ما يحدث له من أحداث ضاغطة خارجة عن سيطرته ولا يمكنه التحكم فيها. فنجد في

نفس الوضعية الضاغطة يستجيب بسلوكات لاتكيفية أي أنه لا يعطي أهمية للحمية الغذائية و ممارسة النشاط البدني عكس استجابة الفرد ذو الضبط الداخلي، كما يظهر استجابات فيزيولوجية وانفعالية لأنه يعتقد أنه لا يملك السيطرة في الوضعية الضاغطة التي يعيشها. ونجده غير مبالٍ لأمره ويخضع للبيئة الخارجية من أطباء و ممرضين و مختصين في الصحة... الخ. أو تاركًا أمره للحظ و الصدفة.

9.2 علاقة مركز الضبط الصحي بالسمنة :

تعود الدراسات التي تطرقت إلى مركز الضبط عند المصابين بالسمنة إلى السبعينات وذلك من طرف العديد من الباحثين.

يعتبر (1974) Sachter أول من اقترح نموذج لتفسير الاحساس بالتبعية لدى المصابين بالسمنة، إضافة إلى نقص التحكم في الجانب العلائقي. وحسبه فإنّ بعض الأشخاص المصابين بالسمنة يكونون أكثر حساسية للمثيرات الخارجية وأقل حساسية للمثيرات الداخلية المتعلقة بعضويتهم. مثال على ذلك فإن المصابين بالسمنة لا يبدؤون في أكل وجباتهم لأنهم جائعين بل لأن تواجدهم أمام الطعام شيء يثيرهم.

من منظور علاجي، قام كل من (1995) Nir and Neumann بدراسة مركز الضبط وتقدير الذات، بمعنى آخر مدى اعتقاد الفرد في تحكمه في نفسه (الضبط الداخلي)، أو من طرف الآخرين (الضبط الخارجي). كما ألقوا الضوء على كفاءات الفرد الذاتية المتعلقة بصورته (تقدير الذات) وذلك في برنامج لتخسيس الوزن. أجريت هذه الدراسة على (66) امرأة بدينة خاضعة لبرنامج فقدان الوزن مدته عشر أسابيع، يرافقه نصائح غذائية إضافة إلى الخضوع لعلاج سلوكي معرفي. بعد هذه الأشهر العشر من البرنامج، تمت متابعة أفراد العينة لمدة (47) شهرا للتحقق من ثبات الوزن، ثم قام Nir and Numann بدراسة علاقة مركز الضبط الصحي و تقدير الذات في خسارة الوزن وزيادته في الأشهر الموالية. وقد أظهرت النتائج فرقًا كبيرًا بين ذوي الضبط الداخلي و الخارجي. فذووا الضبط الداخلي لديهم أفضل استجابة للعلاج في غضون (24) شهر. كما أنهم فقدوا وزنًا أكبرًا مقارنة مع بقية الأشخاص المصابين بالسمنة واستأنفوا وزن أقل في نهاية البرنامج. بذلك يمكن القول أن الأفراد الذين يتمتعون بضبط داخلي وتقدير ذات عالٍ يكون لديهم تكيف جيد مع مرض السمنة (Netto & Al., 2006, p.226).

ومنه نلتزم مدى أهمية الضبط الداخلي في تحريض الأفراد البدناء للقيام بسلوكات صحية، فينعكس ذلك بصورة إيجابية على الحالة الصحية للفرد البدني.

خلاصة الفصل:

يُعتبر مفهوم مركز الضبط الصحي من المفاهيم التي نالت اهتمام كبير لعلماء النفس الصحة باعتباره مفهوم ذو علاقة مباشرة مع موضوع الدراسة في مجال علم النفس الصحة والمرض. فهو يسمح بتحديد السلوكات الصحية التي يتبناها الفرد و التنبؤ بما قد يتبناه من سلوك في حالة الصحة وكذلك في حالة إصابته بالمرض. وإنّ دراسة مركز الضبط الصحي في حالة الوقوع في السمّة وشتى المتغيرات النفسية الأخرى التي قد تؤثر في مركز الضبط الصحي يبقى من المواضيع المهمة التي يجب دراستها رغم تطرق العديد من الأبحاث حوله، لأنّ الفهم الجيد لهذه العلاقة يؤدي إلى تقادي الوقوع في هذا المرض الذي لايزال في تزايد مستمر، وتقادي ما قد ينجم عنه من مضاعفات خطيرة تؤدي إلى تدهور نوعية الحياة الخاصة بالفرد البدني والتي قد تصل إلى هلاكه.

الفصل الرابع:

نوعية الحياة

تمهيد:

إنّ مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم الحديثة نسبياً على مستوى تناولها في البحث العلمي، و مع ذلك نرى استخدامه قد توسّع ليشمل جميع العلوم والتخصصات، فهو لا يرتبط بمجال واحد من مجالات الحياة، وإنما امتد ليشمل مجالات عديدة كالمجالات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية (بوعمامة، 2019، ص. 351).

ولقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً في مجال علم نفس الصحة بدراسة مفهوم نوعية الحياة والمتغيرات المرتبطة بها. وإنّ ميزة بنيته النفسية المتعددة أبعاد الحياة جعلته يرتبط بمجموعة من المتغيرات النفسية كمركز الضبط الصحي والمتغيرات الانفعالية كالتنظيم الانفعالي. كما تُعد هذه البنية المؤشر الأساسي للنجاح في التكيف مع ظروف الحياة المتغيرة، والتي قد تكون ضاغطة كإصابة الفرد بمرض مزمن مثل السمنة. وفي هذا الفصل سيتم التّطرق لمفهوم نوعية الحياة مروراً بنشأته، تعريفاته، النماذج المفسرة له وغيرها، كما سنحاول ربطه مع مرض السمنة.

1. نبذة تاريخية عن نوعية الحياة:

يعد (Frankle, 1982, p. 132) أول من أطلق مصطلح المعنى الوجودي للحياة، ووفقاً له يستخدم مصطلح وجودي ليشير إلى ثلاثة جوانب: الوجود ذاته، معنى الوجود، السعي لإيجاد معنى محسوس في الوجود الشخصي، أي إرادة المعنى. وقد ساهم علماء النفس الوجوديين أمثال Maslow و Battista و Almond و Yalom و Wong، ممّن ينتمون إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس إسهاماً أساسياً لتطوير أساس نظري حول مفهوم نوعية الحياة. وتناول الباحثون هذا المفهوم تحت مُسميات عديدة منها: المعنى الوجودي Existential Meaning، معنى الحياة Meaning of life، الهدف في الحياة Purpose in life، المعنى الشخصي Personal Meaning، مهمات الحياة life tasks وأهداف الحياة Life goals. وعلى الرّغم من اختلاف المسميات التي أُطلقت على هذا المفهوم إلاّ أنها تدور في حول معنى واحد وتستخدم بشكل متبادل في كثير من البحوث (Petra, 2003, p.3). ولقد بدأ الباحثون في العقد المنصرم بالاهتمام بالوظائف النفسية الاجتماعية باعتبارها جوانب مهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى ذوي الإعاقات أو الذين يعانون أمراض مزمنة (تايلور، 2008، ص. 514-515).

وفي عام 1975 بدأ استخدام مصطلح نوعية الحياة وأصبح جزءاً من المصطلحات الطّبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى. كما قدّمت نوعية الحياة مساهمة فعّالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى، وتُستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه

عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتاج المرض (الهمص، 2010، ص.47).

أمّا نوعية الحياة في الوطن العربي، فيعود الفضل لـ"فرجاني" (1992) حيث قام بتحديد مفهوم نوعية الحياة وقياسها في البلدان العربية في السّياق الدولي، وذلك من خلال اعتماد مشروع ميثاق حقوق الإنسان والشعب في الوطن العربي كونه هو الأساس لبورة مفهوم عربي لنوعية الحياة عن طريق انتقاء مفردات أساسية في الدراسة وإعادة ترتيبها وتصنيفها، وتفضيل بعضها أو الإضافة عليها مع مراعاة عدم التفرقة بين الحقوق المدنية، والسياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية(الكرخي، 2011، ص. 10).

من هنا تزايد اهتمام الباحثين بمفهوم نوعية الحياة في الوطن العربي لاسيما الجزائر رغم تعقده، كونه مفهومًا أساسيًا يمكن من خلاله تحسين مختلف الخدمات الصحية والاجتماعية والنفسية وغيرها، وذلك مع الأفراد الأصحاء و المرضى، خاصة أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة كالسمنة.

2. مفاهيم نوعية الحياة:

1.2 المفهوم اللّغوي:

من الناحية اللّغوية يرتبط مفهوم النوعية Quality بالكلمة اللاتينية Qualitas وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدّقة والإتقان .

كما تعني النوعية حسب قاموس اكسفورد: الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالنوعية عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي تقبل المناقشة أو الجدل، ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين النوعية العالية والنوعية المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعيتين (مشري، 2014، ص. 223-224).

كما تُعرّف نوعية الحياة من الناحية اللغوية حسب "ابن المنظور" فالجود الفعل الثلاثي "جود" والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة وجوده، أي صار جيدا، وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز و الاتساق، والحصول على محطات ومستويات، وباختصار يقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معينة (الهادلي وآخرون، 2006).

لقد فضلنا ترجمة المصطلح بنوعية الحياة وهو مصطلح عام يمكن أن يشير إلى قطبي النوعية، واحدة جيدة وأخرى سيئة.

2.2 المفهوم الاصطلاحي:

يُعتبر مفهوم نوعية الحياة مفهومًا نسبيًا، إذ يختلف تعريفه من شخص لآخر حسبما يراه الفرد من معايير لتقييم حياته. وهو في الأصل كان يُطلق على الجانب المادي والتكنولوجي. إلا أنه امتد حديثًا ليعبر عن الإنسان وعن الحياة نفسها، حيث أصبح المفهوم نفسه يستخدم للدلالة على بناء الإنسان

ووظيفته ووجدانه. وتتمثل نوعية حياة الإنسان في توظيف قدراته العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمة الإنسانية من خلال بيئة الإنسان والمدرسة والعمل.

أشار (Ryff et al, 2006,p.85-95) إلى أنّ نوعية الحياة "هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة بالنسبة له، واستقلالته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين. كما ترتبط نوعية الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية".

وعرّفتها المنظمة العالمية للصحة (2013) بأنها إدراك الفرد لوضعيته في الحياة وهذا في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية (القشار، 2017، ص. 134).

أمّا (زناد، 2013، ص. 222-223) فقد عرّفت نوعية الحياة على أنها نتيجة لتفاعل بين شروط أو ظروف الحياة لشخص ما والطريقة التي يدرك بها هذا الشخص الشروط أو الظروف.

كما عرفتھا كل من (Schweitzer & Boujut, 2014, p.40) أنها إدراك الفرد لمكانته الوجودية والثقافة وقيم البيئة التي يعيش فيها، وعلاقته مع أهدافه وانشغالاته. وهو مفهوم واسع ومتأثر بشكل معقد مع كل من الصحة الجسدية للفرد وكذا حالته النفسية و استقلالته، بالإضافة لعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالخصائص الأساسية لبيئته. وعليه فإن نوعية الحياة مفهوم يتأثر بعوامل عامة (البيئة، الثقافة... الخ.) وذاتية (القواعد، القيم، السلوكيات، المعتقدات... الخ.).

وعليه فإن مفهوم نوعية الحياة مفهوم يحمل معاني متعددة تستخدم في سياقات مختلفة، فعلماء البيئة يهتمون بنوعية البيئة التي تحمي الحياة وتحافظ عليها، ومن جهات النظر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ينصب الاهتمام على هناء المجتمع ورفاهيته وتستخدم معدلات الجريمة والانتحار والعنف والتفكك الأسري ومعدل الدخل القومي بوصفها مقاييس الرفاهية في أي مجتمع، ومن الناحية الطبية تقاس من خلال مؤشرات وبائية من مثل معدل الوفيات والأمراض والأعمار المتوقعة (شويعل، 2018، ص. 14-15).

من خلال هذه التعاريف واستنادا بالنموذج التعاقدى التكاملى الإدماجي (TIM) نقدّم التعريف التالي: "نوعية الحياة مفهوم كمي مركّب ومعقد، وهو نتيجة لمعادلة تفاعل الجانب العقلي (الإدراكي) والجسدي والمحيطي للفرد، أي أنه يمثل حصيلة تأثير الجوانب المتعلقة بالفرد النفسية والانفعالية والصحية والاجتماعية وحتى السياسية. كما تحدد نتيجة هذا التفاعل مستوى نوعية الحياة فتكون إمّا ذات مستوى مرتفع، متوسط أو منخفض".

3. الاتجاهات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة:

لقد حاول العديد من الباحثين صياغة نظريات لتفسير نوعية الحياة وتحديد العوامل الرئيسية المؤثرة فيها، ولقد تم ضم أهم النماذج النظرية لنوعية الحياة في ثلاث اتجاهات حسب الخلفية النظرية لكل نموذج، وهي كالآتي:

1.3 الاتجاه الفلسفي:

يؤكد هذا الاتجاه أن نوعية الحياة هي حق متكافئ في الحياة والازدهار، وهي مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الانسان حالة من التجاهل التام للآلام ومصاعب الحياة (أبو حلاوة، 2013، ص.53).

2.3 الاتجاه النفسي:

من المنظور النفسي يرى (الهمص، 2010، ص. 43) أن الحياة بالنسبة للإنسان هي كما يدركها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشر لإدراك الفرد لنوعية الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه. ويرتبط بمفهوم نوعية الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية. و يرى البعض أن جوهر نوعية الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمن أساسى لنوعية الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبرهام و ماسلو (بن مبارك، 2019، ص.111).

وكلما انتقل الانسان إلى مرحلة جديدة من الحاجات، فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" وهو الأمر الذي يحدد مستوى معين من نوعية الحياة.

ومن هنا نستطيع القول أن نوعية الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والاحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وكذا إدراك الفرد لقوى ومكونات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية واحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان وقيم المجتمع.

وفي نوعية الحياة يتطلب الاستمتاع بالأشياء بشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته، ويحقق اهتمامه وطموحاته في تفاعل وانهماك يمكنه من التغلب على مشكلات الحياة وتحديد معنى وهدف يسعى دوماً لبلوغه، ولا يدخر جهداً في الاندفاع التام تجاه تحقيقه (الشرافي، 2012، ص. 72).

3.3 الاتجاه المعرفي:

يرتكز الاتجاه المعرفي في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين التاليتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية حياته.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة.

وفقاً لذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نموذجان في تفسير نوعية الحياة هما:

1.3.3 نموذج (Lawton 1996):

طرح Lawton مفهوم طبيعة البيئة (Environnemental Press) ليوضح فكرته عن نوعية الحياة،

والتي تدور حول الآتي:

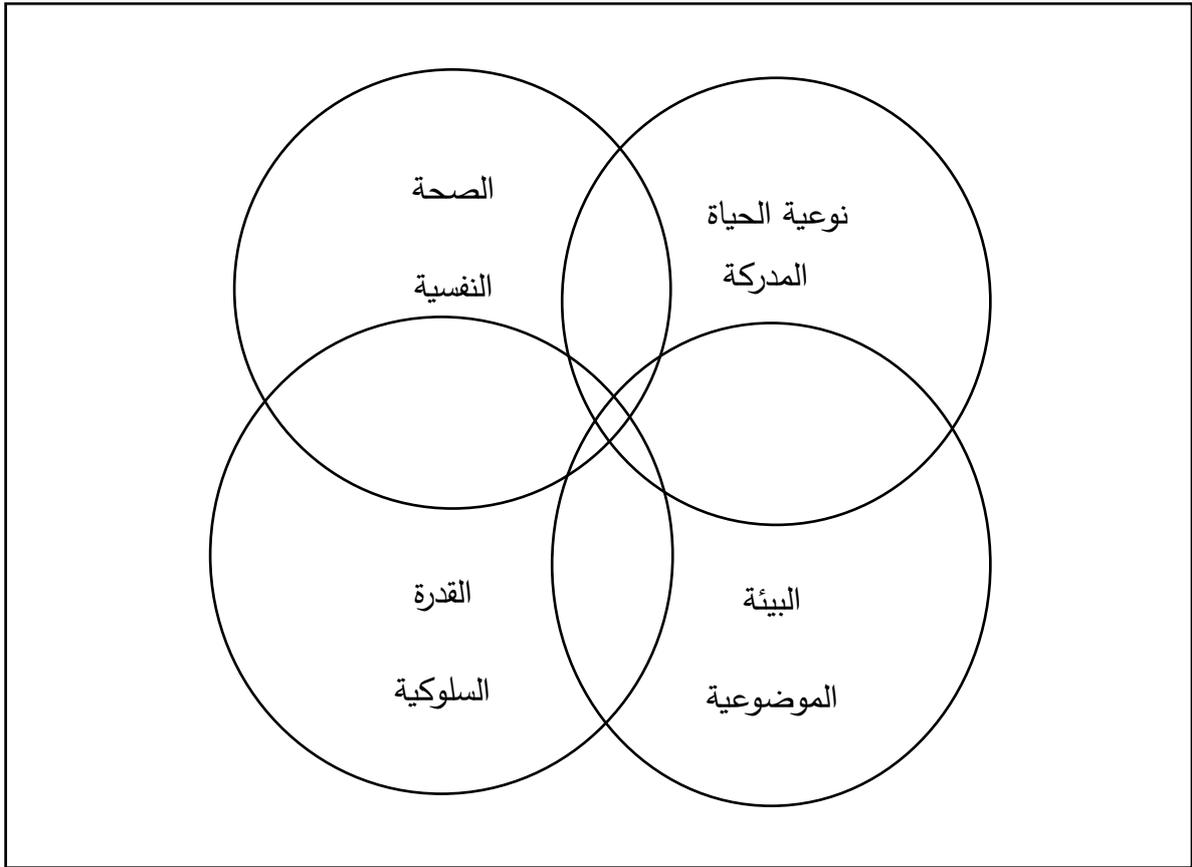
أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-**الظرف المكاني:** إذ أن هناك تأثيراً للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته، وطبقة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

-**الظرف الزمني:** إذ أن إدراك الفرد لتأثير طبقة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما مضى الوقت كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بنوعية الحياة (Argyle, 1999, p.353-373).

ويبين الشكل رقم (04) أثر طبقة البيئة على إدراك الفرد لنوعية حياته، وتأثير قدرته السلوكية والصحة

النفسية بهذا الأثر (Brun, 2009, p. 25).



شكل رقم (04): نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة

(مبارك، 2012، ص.725).

2.3.3 نموذج (2002)Schalok:

قدم Schalok تحليلاً مفصلاً لمفهوم نوعية الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمان مجالات، وكل مجال يتكون بدوره من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تقرير درجة شعور الفرد بنوعية الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته (مبارك، 2012، ص. 723-725).

ويوضح الجدول رقم (02) تفصيلات نظرية Schalok لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات.

جدول رقم (02): مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب Schalok

المجالات								
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين شخصية	السعادة الوجدانية	
الحقوق الفردية	التكامل	الاستقلالية	الصحة	التعليم	الحالة المادية	التفاعلات	الرضا	المؤشرات
حقوق الجماعة	الترابط الاجتماعي	الأهداف	الأنشطة اليومية	الكفاءة الشخصية	العمل	العلاقات	مفهوم الذات	
القانون والعمليات الواجبة	الأدوار المجتمعية	الاختبارات	وقت الفراغ	الأداء	المسكن	المساندة	انخفاض الضغوط	

(مبارك، 2012، ص. 725).

4.3 الاتجاه البيئي:

يرى Hanks (1984) أنّ الاهتمام بدراسات نوعية الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدلات ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر. وترتبط نوعية الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد، وتأثيره على الحياة. ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق نوعية الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله (بحرة، 2014، ص. 15).

وليس هذا فحسب، بل هناك عوامل بيئية أخرى تؤثر هي الأخرى على مستوى نوعية الحياة للفرد كالأحداث التي يعيشها الفرد في بيئته وكذا تأثير الموارد البيئية. ولقد جاء كل من Reich و Bubolz بنموذجين في الاتجاه البيئي، ويمكن تلخيصهما فيما يلي:

1.4.3 نموذج (1980) Bubolz :

إن الإطار المفاهيمي لهذا النموذج مُستوحى إلى حد كبير من المبادئ الأساسية للإيكولوجيا الحضرية، فمن وجهة نظرهم تتمثل نوعية الحياة بالمعنى العام في مستويات الرفاهية الذاتية للأفراد ضمن البيئة المحيطة التي يعيشون فيها، فتقييم الفرد الذاتي لنوعية حياته يركز خاصة على درجة تحقيق وإرضاء احتياجاته المادية، البيولوجية، النفسية، الاقتصادية والاجتماعية الأساسية، هذه الاحتياجات التي يتم تلبيتها من موارد البيئة المتاحة في المحيط.

انطلاقاً من ذلك فنوعية الحياة تركز على مدى قدرة البيئة على توفير الموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات الأساسية للأفراد (بوخروف، 2017، ص.110).

2.4.3 نموذج (1984) Reich:

يستند هذا التصميم النظري على الاعتقاد بأن نوعية حياة الفرد مرتبطة بأنواع الأحداث التي يواجهها، فهذا النموذج يركز بصفة عامة أساسية على التأثير العاطفي والادراكي الذي تتركه مختلف الأحداث على نوعية الحياة.

انطلاقاً من هذا المنظور يمكن تقسيم كيفية معاشة هذه الأحداث إلى مجالين متميزين وهذا تبعا لما إذا كان الفرد سببا في وقوع هذه الأحداث، أو أن هذه الأخيرة تقع بشكل مستقل عن إرادته.

إن المبدأ الأساسي العام الذي يدعم هذا الطرح هو مبدأ الضبط المعرفي، والأسباب الداخلية والخارجية التي تدفع الفرد وتحفزه للمشاركة في أعمال معينة، فالأفراد يفعلون الأشياء لأنهم يرغبون القيام بها، ولحرية الاختيار هذه تأثير كبير على كيفية تفسيرهم لمسار حياتهم (Mercier & Fillion, 1987, pp. 137-138).

5.3 الاتجاه الطبي:

لقد بدأ الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي حين لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد ونوعية الحياة لديه، وذلك من خلال معايير النوعية في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المريض نوعية الحياة من خلال معايير النوعية في رعاية الصحة بصورة تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الاجتماعية لديهم من خلال تدخلات

واستراتيجيات فعالة، ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة (جسمية، نفسية أو عقلية) وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية (هشام، 2008، ص.146).

6.3 النماذج المتعددة الاتجاهات:

تم تحديد ثلاث نماذج شاملة، الأول يتمثل في النموذج الذي قدمه Lindstrom (1992) والثاني يتمثل في نموذج Anderson (2003)، أما الثالث فيتمثل في نموذج أبو سريع وآخرون (2006).

1.6.3 النموذج الشامل لنوعية الحياة لـ Lindstrom (1992):

في سنة 1992، جاء Lindstrom بالنموذج الشامل لنوعية الحياة، والذي يمكن تطبيقه على فرد منفصل، مجموعة من الأفراد أو على مجموع السكان في البحث عن نوعية الحياة التي تغطي كلا من الظروف الموضوعية والتقييم الذاتي (Susniene & Jurkauskas, 2009).

يضم نموذج Lindstrom أربعة مجالات للحياة:

- المجال الكلي: بما في ذلك البيئة المجتمعية، الجوانب الثقافية المحددة، وسياسات حقوق الإنسان والرعاية الاجتماعية

- المجال الشخصي: ويشمل الشغل، الدخل والسكن

- مجال العلاقات الشخصية: ويضم هيكل الأسرة، الأصدقاء والشبكات الاجتماعية الممتدة

- المجال الشخصي: ويشمل الأبعاد الجسدية والنفسية والروحية للأفراد (Rootman & Goodstat, 2001).

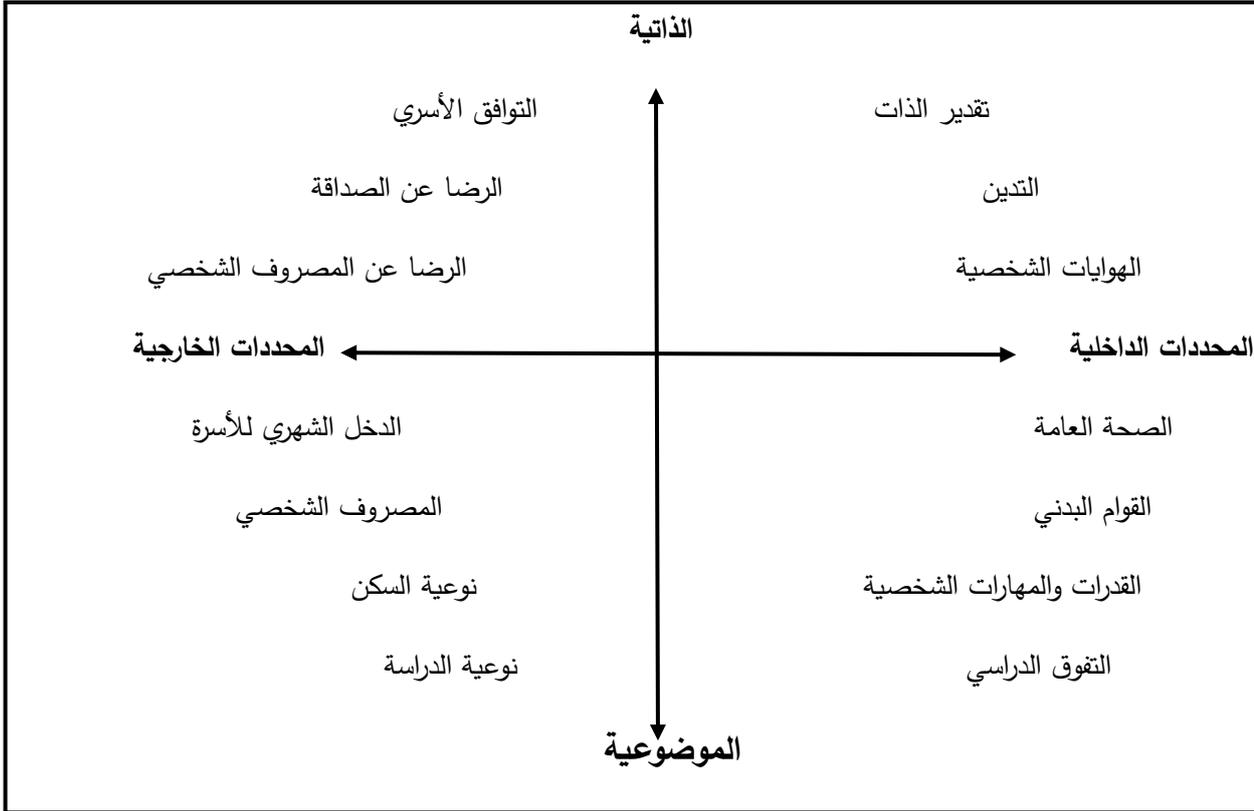
2.6.3 النموذج التكاملي لـ Anderson (2003):

يعطي هذا النموذج مفهوما تكامليا وشاملا عن مفهوم نوعية الحياة، فيرى أصحابها وباعتماد على المفاهيم التالية: السعادة، معنى الحياة، نظام المعلومات البيولوجي، الحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، إضافة إلى العوامل الموضوعية الأخرى، إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة، ويرى أن هناك ثلاث سمات تؤدي إلى الشعور بنوعية الحياة، الأولى تتعلق بتحقيق الأفكار ذات العلاقة بهدف الفرد، والثانية تتعلق بالمعنى

الوجودي الذي ينتصف بين الأفكار والأهداف، والثالثة تتعلق في الشخصية والعمق الداخلي (بوعمامة، 2019، ص.350).

3.6.3 نموذج "أبو سريع وآخرون" (2006):

قدم "أبو سريع" وآخرون (2006) نموذجا لتقدير وتفسير نوعية الحياة يعتمد على المتغيرات المؤثرة فيها، وهي موزعة على بعدين متعامدين كما هو موضح في الشكل رقم (05).



الشكل رقم (5): تصور أبو سريع وآخرون لمحددات نوعية الحياة

(مبارك، 2012، ص. 730).

ويمكن تفسير الشكل رقم (5) كالآتي:

- أن البعد الأفقي يشمل قطبي توزيع محددات نوعية الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية" في مقابل "بعد المحددات الخارجية".

- أن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات وفق قياسها وتحققها، وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه مع غيره أو بمتوسط جماعته المعيارية (مبارك، 2012، ص. 730).

وفق هذا التصور، فإن نوعية الحياة تمثل ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، اجتماعية، اقتصادية ونفسية) تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية، ومفهوم الرفاهية، ومعتقدات الأفراد المختلفة.

كما تتمثل نوعية الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو معنوية، كما أن نوعية الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

-الرضا والقناعة.

-التوافق الشخصي، الاجتماعي، الصحي والأسري.

-درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

-مفهوم الذات والوعي بها.

-درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (مبارك، 2012، ص. 730-731).

إن تعقد مفهوم نوعية الحياة أدى إلى التعدد في الاتجاهات والنماذج المفسرة له، كما أن هذا التباين يرجع إلى تباين الأطر النظرية الذي ينتمي إليها العلماء، فنجد منهم من يعتمد في تفسيره على الاتجاه الطبي فهو يأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للفرد ونوعية الرعاية التي يتلقاها الأفراد في حالة المرض، ويعتمد البعض الآخر على الخلفيات النفسية، بينما آخرون ينتمون إلى الاتجاه المعرفي مثل النموذج الذي قدمه Schalok (2002) ويرون أن مفهوم نوعية الحياة يركز على إدراك الفرد والاختلافات الفردية فيه. أما بالنسبة لنموذج Reich (1984) فهو يفسر نوعية الحياة من الجانب البيئي وأحداث الحياة وكيفية تأثيرها على الجانب المعرفي والعاطفي للفرد. كذلك بالنسبة للنموذج الذي قدمه Bubolz (1980) فهو ينتمي إلى الاتجاه البيئي في تفسيره. وتبقى النماذج المتعددة الاتجاهات المقترحة من طرف Lindstrom (1992)، Anderson (2003) و"أبو سريع و آخرون" (2006) هي الأشمل والتي تتناسب مع الخلفية النظرية للباحثة. حيث أنها تتلاءم لتفسير نوعية الحياة لدى فئة المرضى المزمنين كالمصابين بالسمنة وذلك في ضوء علم النفس الصحة والنماذج التفاعلية التي يضمها.

4. أبعاد نوعية الحياة:

إن الاختلاف الذي نجده في التعاريف المقدمة لتحديد مفهوم نوعية الحياة سمح بوضع الأبعاد التالية:

1.4 البعد الذاتي: ويقصد به مدى الرضا الشخصي بالحياة وشعور الفرد بنوعية الحياة وكذلك شعوره

بالسعادة (الغندور، 1999، ص. 27).

2.4 البعد الموضوعي: ويشمل الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، نظرة الفرد إلى الحياة وكذلك كيف يستغل وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية والصحة النفسية. ويمكن تلخيص ما ذكر سابقا في الجدول التالي:

جدول رقم(03) : يوضح أبعاد نوعية الحياة.

البعد	على المستوى الشخصي	على المستوى المجتمعي
شخصي/ نوعي الاحساس	كيف يشعر الشخص اتجاه نفسه وحياته.	كيف يشعر الشخص اتجاه مجتمعه وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع
موضوعي	الحالات الوظيفية كالتعليم وطبيعة العمل.	الحالة الاقتصادية والاجتماعية والبيئة والكفاءة الحكومية

(الغندور، 1999، ص. 27).

وتشير منظمة الصحة العالمية (OMS) كذلك إلى أن مفهوم نوعية الحياة يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، الحالة الانفعالية، الرضا عن العمل والحياة، المعتقدات الدينية، التفاعل الأسري، التعليم، والدخل المادي. كما تتكون نوعية الحياة من الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه (الهنداوي، 2011، ص.40). وفي المقابل يفيد Lawton إلى أن مفهوم نوعية الحياة متعدد الأبعاد يتضمن أبعاد عدة منها ما يتضح مع وصف Jackson (2010) والمسمى الثلاثة ب Rue 3 B'S وهي على النحو التالي:

-الكينونة Being

-الانتماء Belonging

-السيرورة Becoming

ويوضح الجدول التالي ذلك بشيء من التفصيل:

جدول رقم (04): يوضح تفاصيل الأبعاد الفرعية للأبعاد الثلاث لنوعية الحياة

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الوجود	الوجود البدني	-القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية -أساليب التغذية
	الوجود النفسي	-التحرر من القلق والضغط -الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح/عدم ارتياح)
	الوجود الروحي	-وجود أمل في المستقبل (الاستبشار) -أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء	الانتماء المكاني	-المنزل الذي يعيش فيه الفرد -نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الانتماء الاجتماعي	-القرب من الأسرة التي يعيش فيها الفرد -وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء الجماعي	-توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية...الخ.)
السيرورة	السيرورة العملية	-القيام بالأشياء -العمل في وظيفة أو الذهاب إلى مؤسسة تعليمية
	السيرورة الترفيهية	-الأنشطة الترفيهية الخارجية والتنزه، الرياضة -الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه)
	السيرورة التطورية الارتقائية	-تحسين الكفاءة البدنية والنفسية -القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة

(أبو حلاوة، 2010، ص. 07).

وعليه فإن هذه الأبعاد توفر إمكانية تقييم نوعية حياة الشخصية لكل إنسان وأن دورة الحياة والخبرات المتباينة التي تتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا، تلعب دورا بالغ الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير نظرتنا لنوعية الحياة، وأنه لا وجود لهذه الأبعاد في تنظيم هرمي محدد أو ثابت، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لنوعية حياته الشخصية.

ومع ذلك يمكن القول بأن ترتيب هذه الأبعاد حسب أولوياتها يعتمد على الخبرات الذاتية بكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها، كما أن تحقيق نوعية الحياة بشكل مطلق أمر غير وارد، فنوعية الحياة أمر نسبي، ويكفي أن نحقق جزءا بسيطا من الأشباع في بعض جوانب الحياة المختلفة، وهذا بشكل متوازن بهدف الوصول إلى مستوى معقول للإحساس بنوعية حياة جيدة، ونستدل على ذلك من خلال ما ذكره Diner and Diner من أن نوعية الحياة هي تقويم الشخص لرد فعله للحياة يتجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) عن ظروف الحياة ولمدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات (حنفي وآخرون، 2010).

5. خصائص نوعية الحياة:

- لقد توصل (Good 1994) إلى بعض الخصائص المتعلقة بنوعية الحياة منها:
- يشعر الفرد بنوعية الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية التي تربط نوعية الحياة لدى الفرد بنوعية حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
 - تتكون نوعية الحياة للأفراد المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين نوعية الحياة للأفراد العاديين.
 - تعزيز نوعية الحياة يتضمن الأنشطة، برامج التأهيل، العلاج والمساندة الاجتماعية.
 - نوعية الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية.
- كما يشير (Litman 1999) إلى أنه لا بد من النظر في مفهوم نوعية الحياة من خلال الإحساس بالرعاية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية (عدودة، 2015، ص. 127).
- تضيف الباحثة أنّ أهم خاصية لمفهوم نوعية الحياة أنه مفهوم نسبي قابل للتغيير يتأثر بالعوامل الداخلية (كمعتقدات الفرد وصحته النفسية والجسدية) والعوامل الخارجية للفرد (البيئة). وتعمل البيئة التي ينتمي إليها الفرد على تعزيز نوعية الحياة لديه فتهحسن أو تتدهور. كما أن لكل فئة عمرية خصائص تتأثر بها نوعية الحياة، وكلما حقق الفرد متطلبات الفئة العمرية التي ينتمي إليها كلما رفع من مستوى نوعية الحياة الخاصة به. نفس الشيء بالنسبة للنوع (ذكر / أنثى)، فعلى سبيل المثال المرأة الثلاثينية التي نجدها حققت أهدافها الشخصية كالزواج والأمومة، وأهدافها العملية كحصولها على المنصب

المستهدف، نجدها تتمتع بنوعية حياة مرتفعة مقارنة مع تلك المرأة التي ترى نفسها لم تسعى إلى تحقيق أهدافها الحياتية، والجدير بالذكر أنه يبقى مفهوم نوعية الحياة مفهوم مرتبط باعتقادات الفرد المتعلقة بذاته وأهدافه.

6. مؤشرات نوعية الحياة:

اعتمدنا على ستة من أهم المؤشرات الشاملة المعروفة عالمياً كمراجع أساسية والتي تم الحصول عليها من خلال الاطلاع على خطة تنفيذ برنامج "جودة الحياة 2020" الذي وضعه مجلس الشؤون الاقتصادية للمملكة العربية السعودية، بهدف ترقية نوعية الحياة خلال العشر سنوات القادمة. وأدناه المؤشرات الستة المذكورة في البرنامج:

1.6 التصنيف العالمي لقابلية العيش: وهو مؤشر سنوي صادر عن « The Economist Intelligence Unit » ويصنف المدن في 140 دولة حسب نوعية الحياة الحضرية فيها بناء على تقييم الاستقراء، الرعاية الصحية ، الثقافة ، البيئة، التعليم والرياضة.

2.6 مسح Mercer لنوعية الحياة والذي يصنف 231 مدينة بناء على الجوانب الآتية: النقل، البيئة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الخدمات العامة، الصحة، المدارس والتعليم، البيئة الطبيعية والسكن، توفر الوسائل الاعلامية والمسارح ودور السينما والرياضات، السلع الاستهلاكية، المطاعم والاستجمام.

3.6 قائمة مجلة « Monocle » لنمط الحياة: وهي قائمة سنوية تضم 25 من أفضل المدن للمعيشة في العالم، ويكون التقييم بناء على الجوانب الآتية: الاتصال العالمي، القضايا البيئية، إمكانية الوصول للأماكن الطبيعية والجودة المعمارية والتصميم الحضري، الرعاية الصحية، بيئة الأعمال، الجريمة، الأمن، الثقافة، المطاعم، التسامح، تطوير السياسات المبادرة.

4.6 مؤشر السعادة العالمي 2017: والذي يصنف 135 دولة وفقاً لمستويات السعادة وذلك بناء على الجوانب الآتية: الفساد، حرية الاختيار، متوسط العمر المتوقع وإجمالي الناتج المحلي للفرد والدعم الاجتماعي والعطاء.

5.6 مؤشر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لنوعية الحياة: وهو مؤشر يقارن نوعية الحياة بين البلدان بناء على 11 جانبا أساسيا في نظر المنظمة: الأمن، الصحة، الدخل، الوظائف، التوازن بين الحياة والعمل، التعليم، مستوى الرضا، السكن، البيئة، المجتمع و المشاركة المدنية.

6.6 مؤشر ARPP لنوعية الحياة: وهي مبادرة متميزة من معهد السياسات العامة (Public Policy Institute) لقياس نوعية الحياة في المجتمعات الأمريكية بناء على الجوانب التالية: النقل والصحة، الاقتصاد، التعليم، الإسكان والأحياء السكنية، البيئة، المشاركة المجتمعية والتساوي في الفرص.

7. قياس نوعية الحياة:

يجدر الإشارة أنه لا توجد أداة قياس عامة ذات معيار عالمي لقياس نوعية الحياة، وذلك راجع لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياسها.

كما أن الأبحاث التي تتعلق بنوعية الحياة أظهرت الفرق ما بين تقييم نوعية الحياة التي يقوم به مقدمي الخدمات الصحية وبين المرضى، كما أنه عند مناقشة مفهوم نوعية الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الرضا عن الحياة والأمل التي تعتبر من المؤشرات عن نوعية الحياة الجيدة، وكذلك من الأساسي تقييم علاقة الثقافة بنوعية الحياة لأن إدراك نوعية الحياة ذو ارتباط وثيق مع الثقافة التي تختلف من مجتمع لآخر (شويعل، 2018، ص. 18). وعلى هذا فيمكن التمييز بين نوعين من مقاييس نوعية الحياة ألا وهي المقاييس العامة والمقاييس المتخصصة.

1.7 المقاييس العامة:

تكون هذه المقاييس أو الاستبيانات موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (عينات مرضى أو عينات أصحاء)، وهي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية، النفسية والاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييماً شاملاً (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.201).

ومن بين هذه المقاييس نذكر:

- مقياس "فرجاني" لنوعية الحياة (1992): قام "فرجاني" بتحديد وقياس نوعية الحياة في البلدان العربية في السياق الدولي، وذلك من خلال اعتماد مشروع ميثاق حقوق الانسان والشعب في الوطن العربي أساساً لبلورة مفهوم عربي لنوعية الحياة عن طريق انتقاء مفردات أساسية في الدراسة وإعادة ترتيبها وتصنيفها، وتفصيل بعضها أو الإضافة إليه عند الضرورة مع مراعاة عدم التفرقة بين الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مع الاعتماد على الوطن العربي ك نطاق الدلالة للحقوق والحريات. وتشكل الحقوق المتضمنة في المفهوم المقترح منظومة متضافرة من المكونات، تعني أنها تتسم بالاتساق الداخلي، وبعدم امكان التضحية ببعضها من أجل البعض الآخر. والافتراض الأساسي الذي تستند إليه الدراسة هو أن الحقوق والحريات المتضمنة في هذا المفهوم تشكل عناصر مفهوم عربي لنوعية الحياة، بمعنى أن هذه العناصر تكون معايير الحكم على تغير نوعية الحياة في الوطن العربي زمانياً ومكانياً (السكافي، 2021، ص. 21).

- مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة (1997): وهو يتكون من 28 مفردة والاستجابة من خمس نقاط وفقاً لمقياس Likert، ويركز هذا المقياس على جملة من الأبعاد متمثلة فيما يلي: وهي التي تقيس نوعية الحياة العامة في المجالات البدنية، الاستقلال، الوظائف النفسية، العلاقات الاجتماعية،

المجال البيئي لنوعية الحياة، وهو يعتمد على القبول والرفض، وتتراوح درجات المقياس من 28 إلى 148 وتشير الدرجات المرتفعة إلى نوعية حياة مرتفعة.

- **مقياس نوعية الحياة لـ (Hawthrome 1999):** وهو يتكون من 15 مفردة تقيس خمسة أبعاد لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة وهي: الأمراض، العيش، العلاقات الاجتماعية، النواحي الجسمية، السعادة النفسية

- **مقياس منسي وكازم (2006):** ويركز هذا المقياس على جملة من الأبعاد متمثلة فيما يلي: نوعية الصحة العامة، نوعية الحياة الأسرية والاجتماعية، نوعية التعليم والدراسة، نوعية الحياة النفسية، نوعية شغل الوقت وإدارته، نوعية العواطف (الجانب الوجداني) (العروقي، 2015، ص. 37).

2.7 المقاييس المتخصصة:

تستعمل هذه المقاييس من أجل فئات عيادية خاصة (الآلام، أمراض القلب، الأمراض السرطانية، الأمراض العصبية، اضطرابات النوم، الروماتيزم..الخ.)، فهي على العموم تهتم بتقييم حالة مرضية معينة من حيث عدة مجالات، وكيفية تطور هذه الحالة خلال الزمن. ونذكر منها: سلم نوعية الحياة المتعمق بالمصابين بالربو، سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بنوع معين من السرطانات، سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بالآلام المزمنة..الخ (السكافي، 2020، ص. 11).

8. العوامل المؤثرة في نوعية الحياة:

تعتبر نوعية الحياة نتيجة لمجمل العوامل الداخلية والخارجية للفرد، بمعنى آخر العوامل النفسية المعرفية الانفعالية للفرد إضافة إلى العوامل البيئية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغيرها. ونذكر من بين هذه العوامل ما يلي:

1.8 العوامل الداخلية:

1.1.8 سمات الشخصية:

لاشك أن للجانب النفسي وسمات الشخصية دورًا كبيرًا في تحديد مستوى نوعية الحياة عند الفرد، ومن بين الدراسات التي أكدت ذلك نذكر دراسة لكل من (Meltem and Nevin 2011) بتركيا حول "تأثير سمات الشخصية على نوعية الحياة"، حيث هدفت إلى دراسة تأثير سمات الشخصية عند النساء وبعض المتغيرات السوسيوديموغرافية على نوعية الحياة. ضمت الدراسة (320) امرأة تراوحت أعمارهن بين (45 و 64 سنة) والتي قصدن المركز الصحي الخاص بسن اليأس، وُرِّع عليهن مقياس الشخصية Cerventes واستبيان نوعية الحياة الخاص بسن اليأس MENQOL المترجمان إلى اللغة التركية. كما تم ربط نوعية الحياة ببعض المتغيرات السوسيوديموغرافية المتمثلة في المستوى التعليمي، مستوى الدخل، الحالة المهنية، روتين النشاط البدني، المشاكل الصحية المزمنة، الدعم العائلي ودعم الأصدقاء وأحداث الحياة السلبية. أظهرت تحليلات الانحدار أن نوعية الحياة في المجالات الحركية والنفسية والجنسية كانت

أكثر انخفاضاً عند النساء العصائيات مقارنة مع النساء اللاتي لديهن استقرار انفعالي. بالإضافة إلى ذلك، كانت نوعية الحياة في المجالات الجنسية أقل 3.3 مرة بين النساء الانطوائيات مقارنة بالنساء المنفتحات. تشير هذه النتائج إلى أن المستويات الأعلى من الانطوائية والمستويات الأعلى من العصائية تؤدي إلى انخفاض نوعية الحياة لدى النساء بعد سن اليأس. تدعم نتائج هذه الدراسة الفرضية القائلة بأن الشخصية تلعب دوراً مهماً في نوعية حياة المرأة.

في نفس السياق قدّم الدكتور "محمد ابراهيم مداحي" وآخرون (2011) دراسة تحت عنوان "دراسة نوعية الحياة وسمات الشخصية لـ NEO للعوامل الخمس الكبرى وقلق الموت عند طلبة جامعة شاهد" بإيران. وكان الهدف من الدراسة هو الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة وسمات الشخصية وقلق الموت. تتكون سمات الشخصية اعتماداً على استبيان NEO من خمس مكونات بما في ذلك العصائية le nervrosisme، الانفتاح l'ouverture، الموافقة l'agrement، الانبساطية l'extraversion والضمير être consciencieux. تم اختيار (55) طالب من جامعة شاهد كشاهد، ووزع على العينة مقياس نوعية الحياة للراشدين (Pwi-A) لـ Cummins (2004) واستبيان سمات الشخصية Neo-short لكل من Costa and Mckery واستبيان قلق الموت لـ Templer. توصلت النتائج إلى ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين نوعية الحياة و السمات الشخصية اللطيفة وعلاقة سالبة مع سمات الشخصية العصائية.
- وجود علاقة موجبة بين نوعية الحياة وسمات الشخصية الأخرى (الانبساط، الانفتاح، الضمير) ووجود علاقة سلبية كبيرة مع قلق الموت.
- وجود علاقة موجبة بين قلق الموت و سمات الشخصية العصائية (Medahi & Al., 2011).

❖ مركز الضبط الصحي:

يُعتبر مركز الضبط سمة من سمات الشخصية وهو مصطلح اندرج منه مفهوم مركز الضبط الصحي والذي تم التطرق إليه بالتفصيل في الفصل الثالث من البحث الحالي، ولكن ما علاقة مركز الضبط الصحي بنوعية الحياة؟

وللإجابة على هذا التساؤل جمعت الباحثة الدراسات التالية:

- دراسة (Aliha 2015) تحت عنوان "العلاقة بين نوعية الحياة ومركز الضبط الصحي لمعتقدات الضبط عند مرضى القصور الكلوي" بإيران شملت الدراسة جميع مرضى القصور الكلوي في مستشفى الشهيد هاشمي نجاد والذي كان عددهم (100) مريض، تم جمع معلومات المرضى من سجلاتهم الطبية، وتم استخدام استبيان منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة WHOQoL ومقياس مركز الضبط المتعدد الأبعاد MHLC. ولتحليل البيانات تم استخدام برنامج SPSS16. ومن بين نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائياً بين نوعية الحياة ومركز الضبط الصحي لمعتقدات الضبط عند مرضى القصور الكلوي.

- دراسة (Saeed 2017) تحت عنوان "مركز الضبط الصحي، نوعية الحياة، القلق والاكتئاب عند المريضاات المالىزىيات المصاباات بسرطان الثدي": تم إجراء مسح وصفى وارتباطى فى مستشفى خاص فى كوالالمبور بمالىزىيا. شارك فى الدراسة (118) مریضة مصابة بسرطان الثدي، أجابت على مجموعة من الاستبانات بما فى ذلك: استبيان اجتماعى - ديموغرافى، الصورة المختصرة لمقياس مركز الضبط، التقييم الوظيفى لعلاج سرطان الثدي (FACT-B)، مقياس القلق والاكتئاب فى المستشفى (HADS) ومقياس عدم اليقين الخاص بالمرض لـ (SF-Mishel) (MUIS). أظهرت النتائج أن مریضاات سرطان الثدي اللواتى لديهن مركز ضبط داخلى أعلى مركز ضبط خارجى أقل يتمتعن بنوعية حياة أفضل وقلق واكتئاب أقل.

ومنه يمكن أن نقول أن لسمات الشخصية تأثير على مستوى نوعية الحياة، وأن هناك علاقة موجبة بين درجة نوعية الحياة وسمات الشخصية التى تُحرّض السلوكاات الصحية، كالانبساطية والانفتاح والضمير والضببط الداخلى، لأن هذه السمات تتماشى مع رغبة الانسان فى الحياة والبقاء. عكس ذلك فقد أظهرت الدراسات أنه كلما كان للفرد سمات العصابية والقلق والاكتئاب والضببط الخارجى، كان للفرد نوعية حياة منخفضة. وتفسر الباحثة ذلك بأن هذه السمات تؤثر فى اعتقاد الفرد حول ذاته وحول البيئة التى ينتمى إليها، فنجد هذه الفئة من الأفراد تمشى عكس منحى الحياة فى مجال واحد أو أكثر من المجالاات التى تحتوىها نوعية الحياة، فالفرد المنطوى مثلا نجد أن لديه صعوبات فى المجال الاجتماعى لأنه يتجنب التفاعل مع بيئته الاجتماعية، فینجم عن ذلك بالضرورة انخفاض فى درجة نوعية الحياة لديه.

2.1.8 الحالة الصحية:

إن للحالة الصحية للفرد تأثير مباشر على مستوى نوعية الحياة، وهما مفهومين متوازيين، بمعنى أنه كلما تمتع الفرد بصحة جيدة نفسية كانت أم جسدية، زادت رفايته. إذ يقترن مفهوم الصحة بالرفاهية حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) لمفهوم الصحة. وإنّ زيادة رفاية الانسان تؤدي بالطبع إلى تحسين نوعية الحياة لديه كون الرفاهية بُعد من أبعاد نوعية الحياة. والعكس صحيح، ففي حالة وقوع الفرد فى المرض نجد أن نوعية الحياة لديه تتدهور مع حالته الصحية، ويرجع ذلك إلى مضاعفاات المرض على مختلف مجالاات حياة الفرد.

3.1.2 متغير الجنس:

هناك العديد من الدراسات تطرقت إلى دراسة نوعية الحياة عند الجنسين، نذكر منها ما يلي:

- دراسة "رغداء على نعيسة" (2002): تحت عنوان "جودة الحياة عند طلبة جامعتى دمشق و تشرين" بجامعة دمشق. حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتى دمشق و تشرين حسب متغير: المحافظة، التخصص والجنس بالإضافة إلى تقييم المجالاات المتضررة من تحقيق جودة الحياة، ومحاولة استخلاص بعض المضامين المتعمقة بأسباب هذا الانخفاض فى حال وجودها، ووضع مقترحات لتنميتها، ووظيفة مقياس جودة الحياة للطلبة من

إعداد منسي وكاظم (2006). حيث بلغ عدد أفراد البحث الكلي (360) طالب وطالبة من جامعتي دمشق و تشرين مقسمين إلى 180 طالب من كلتا الجامعتين. ومن بين نتائج الدراسة وجود تأثير دال إحصائياً للجنس في بعدين هما الحياة العامة والحياة الأسرية.

- دراسة لكل من Choo & al. (2014) حول "الاختلافات في الجنس في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عند المصابين بالسمنة في كوريا": والتي هدفت إلى تحديد ما إذا كان مستوى السمنة بالاعتماد على محيط الخصر ترتبط بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة واختلافها عند الجنسين بكوريا الجنوبية. شملت الدراسة (13754) مصاب بالسمنة من نساء ورجال تراوحت أعمارهم بين (19-65 سنة)، تم توزيع عليهم مقياس نوعية الحياة المتعلق بالصحة HRQOL، كما تم أخذ وزن الأفراد ومحيط خصرهم. وأظهرت النتائج وجود اختلاف في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عند الجنسين لصالح الإناث.

- دراسة "طشطوش و القشار" (2016): حول نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري بالأردن والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري في الأردن. حيث تكونت عينة الدراسة من (360) مريض ومريضة من المصابين بداء السكري من النوع الثاني. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية World Health Organization Quality of Life (The Life) ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg Self-Esteem Scale)، وأظهرت نتائج الدراسة أن هنالك فروقا دالة إحصائياً في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير الجنس إذ كان مستوى نوعية الحياة أعلى عند الذكور.

ومنه فإن كل الدراسات المقدمة أسفرت إلى وجود اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة ككل أو في بعض أبعاد نوعية الحياة.

2.8 العوامل الخارجية:

1.2.8 البيئة الاجتماعية:

يرى (جميل وعبد الوهاب، 2012) أن نوعية الحياة تستلزم دائماً الارتباط بين عنصرين لا غنى عنهما: أولهما هو وجود فرد ملائم وثانيهما البيئة الجيدة التي يعيش فيها هذا الفرد، لذلك نجد أن هناك العديد من المعوقات التي تمنع الفرد من الوصول إلى الإحساس بنوعية الحياة، وكثيراً ما يترتب على إحساس الفرد بانخفاض مستوى نوعية الحياة أو الرضا من الحياة مشكلات عديدة في حياته كالاكتئاب والعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية (دايدي، 2016، ص. 96).

❖ المساندة الاجتماعية:

لقد قام "اورت وآخرون" بتوجيه نظر الباحثين إلى أهمية البحث في تحسين نوعية الحياة من خلال المساندة الاجتماعية (المرجع السابق 2016، ص. 95) ومن بين الدراسات التي درست تأثير المساندة

الاجتماعية على نوعية الحياة نذكر الدراسة التي جاء بها أحمد الطوي (2020) تحت عنوان "نوعية الحياة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل لدى عينة من مرضى الكلى" بمصر والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين نوعية الحياة وكل من المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل لدى مرضى الكلى، والتعرف على الفروق بين مجموعات الدراسة الثلاث في متغيرات الدراسة، وإمكانية تنبؤ المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل بنوعية الحياة، وشملت العينة على ثلاث مجموعات، الأولى (29) حالة من زرع الكلى، والثانية (23) حالة من المتبرعين بالكلى، والثالثة (30) حالة مريض غسيل كلوي، واستخدم الباحث الصورة المختصرة من مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس المساندة الاجتماعية وقلق المستقبل لمرضى الكلى من إعداد الباحث، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة طردية بين نوعية الحياة والمساندة الاجتماعية.

في نفس السياق نجد دراسة الزهراني (2020) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، وكذلك العلاقة بين فعالية الذات ونوعية الحياة لدى عينة من طالبات الجامعة بمحافظة جدة، وأيضاً الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة والتي تعزى إلى التخصص الأكاديمي، وتكونت عينة الدراسة من (210) من طالبات الجامعة تراوحت أعمارهن بين (21، 27) سنة، وطبقت مقاييس المساندة الاجتماعية، وفعالية الذات، ونوعية الحياة، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة.

9. نوعية الحياة والسمنة:

أسفرت معظم الدراسات على انخفاض درجة قياس نوعية الحياة عند المرضى الذين يعانون من السمنة، فكلما زادت السمنة كلما تدهورت نوعية الحياة. إضافة إلى هذه النتائج، وُجد اختلاف في نوعية الحياة عند الجنسين، حيث أظهرت النساء نوعية حياة متدهورة مقارنة مع الرجال، هذا التدهور يمس كل من الأبعاد الاجتماعية، الاقتصادية والنفسية.

فيما يخص الجانب النفسي، لوحظ أنّ أكثر الأعراض ظهوراً هي فقدان الثقة بالنفس *confiance en soi*، انخفاض تقدير الذات *estime de soi* والميول إلى العزلة وحتى الإقصاء، والتي تتمثل في كونها أول عواقب السمنة. ويعتبر الشخص البدين الانزعاج الجسدي الذي يشعر به بمثابة إعاقة اجتماعية ومهنية (Basdevant & al., 2011, p.281).

من حيث الجانب الاقتصادي، فإن المصابين بالسمنة لديهم مستوى اقتصادي متدني حسب الدراسات، وأكدت دراسات أمريكية وإنجليزية أن امرأة تعاني من السمنة أقل دخلاً من النساء ذات الوزن المثالي أو امرأة تعاني من مرض آخر عدا السمنة. وهذا بسبب صعوبات الدمج المهني والتقليل من القدرات ومهارات الفرد الذي يعاني من السمنة، والتي تكون مرتبطة بانخفاض هام لتقدير الذات و بالتهميش الذي يفرضه

المجتمع بسبب الاختلاف وخروج الفرد البدين عن معايير المجتمع العادية فيما يتعلق بالوزن (stigmatisation sociale).

من حيث الجانب الاجتماعي، فإن الأشخاص البدينين هم في أغلب الأحيان ضحايا للتمييز الاجتماعي، زد إلى ذلك صعوبات الفرد على الاندماج في الأماكن العمومية مع معدات غير ملائمة في غالب الأحيان (النقل العمومي، المسارح، قاعات الانتظار) والتي تعتبر عائقاً إضافياً بالنسبة للفرد البدين. من حيث الجانب النفسي، يكون الألم مركز تغير درجة نوعية الحياة، ففي دراسة لـ Fontaine and Barofsky عند 312 مصاب بالسمنة، وُجد أن هناك تغير في كل أبعاد نوعية الحياة المدروسة: الأداء البدني، الألم، تصور الحالة الصحية *la perception de l'état de santé*، الأداء الاجتماعي والحدود الناجمة عن الوضعية الانفعالية والنفسية. وأسفرت النتائج أن درجات الألم كانت مرتفعة عند المصابين بالسمنة مقارنة بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات أخرى (الاكتئاب و القصور القلبي)، وإن آلام الظهر غالباً ما تكون لديها علاقة بنوعية حياة منخفضة (Basdevant & al., 2011, p.281).

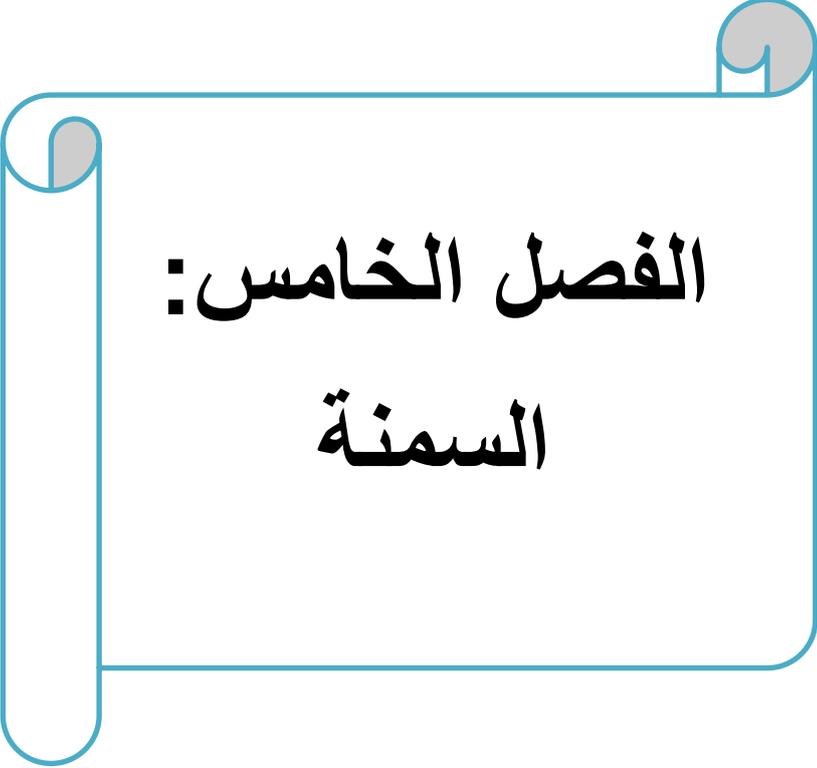
ومن أجل تحقيق نوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة لابد أن نأخذ بعين الاعتبار خصائص ومتطلبات هذه الفئة من المرضى المزمنين.

إنّ السمنة مرض مزمن يمس مختلف جوانب حياة الشخص البدين، ويعمل المرض على تدهور مختلف مجالات حياة الفرد وبذلك تدهور مستوى نوعية الحياة. هنا يكمن الدور الفعّال للأخصائي النفسي في الصحة لوضع برامج ملائمة حسب متطلبات الحالة وحسب خصائص الفرد بحد ذاته، والتي تشمل جوانبه المعرفية، الجسدية، الانفعالية، النفسية، الاجتماعية والبيئة التي يعيش فيها الفرد. وأن كل نقطة من حياة الفرد البدين مهمة بالنسبة للأخصائي النفساني المعالج، وبذلك فإنّ الفهم الجيد لمكونات الفرد البدين من طرف الأخصائي بالتعاون مع المصاب بالسمنة يُسهّل عملية التخفيف من سلبيات المرض وارتقاء صحة الفرد البدين كما يسمح برفع مستوى نوعية حياته.

خلاصة الفصل:

يعد مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم المعقّدة والمتعددة الأبعاد، والتي نالت بذلك اهتمام العديد من العلماء والباحثين في علم النفس الصحة وغيرها من الاختصاصات الطبية، الاجتماعية، الاقتصادية. ولعل هذا الاهتمام راجع إلى مدى أهمية مفهوم نوعية الحياة لترقية المستوى المعيشي للفرد وتحقيق الرفاهية النفسية.

ومن خلال ما سبق ذكره يمكن التماس مدى أهمية دراسة نوعية الحياة لدى المرضى كالمصابين بالسمنة، كون نوعية الحياة لديهم تتأثر في شتى مجالات حياتهم، بالتالي تؤدي إلى تدني مستوى نوعية الحياة لديهم، ويصبح البحث في هذا المجال إجباري لتحسين نوعية الحياة للمصابين بالسمنة.



الفصل الخامس:
السمنة

2. مدى انتشار السمنة:

على الصعيد العالمي شهد عدد حالات السمنة تزيادا يقدر بثلاث أضعاف منذ 1975 إلى يومنا هذا حسب أواخر إحصائيات المنظمة العالمية للصحة المتحصل عليها. كما أن مشكل السمنة يمس 1.4 مليار فرد ذو 20 سنة فما فوق في العالم حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة. وفي 2030 يحتمل أن يصل هذا العدد إلى 3.3 مليار.

في 2016 أكثر من 1.9 مليار راشد يبلغ من العمر 18 سنة فما فوق يعانون من فرط في الوزن، و650 مليون منهم يعانون من سمنة أي نسبة 39% من الراشدين في العالم يعانون من فرط في الوزن و13% يعانون من سمنة. و إن معظم سكان العالم يعيشون في بلدان أين زيادة الوزن والسمنة تتسبب في الموت أكثر من النقص في الوزن *L'insuffisance pondérale*، وذلك في كل مناطق العالم عدا بعض المناطق المتواجدة في صحاري إفريقيا وآسيا.

إن أكثر البلدان التي تعاني من السمنة في العالم نجد تونس، الولايات المتحدة الأمريكية، السعودية وكندا. أما البلدان الأقل معاناة من السمنة فهي الصين، المالي، اليابان، السويد والبرازيل (Who,2007).

لقد عرفت المملكة المتحدة تزيادا كبيرا في نسبة السمنة، ففي عام 1980 أوضحت الدراسات أن 6% من الرجال و6% من النساء يعانين من السمنة. و تزايدت هذه النسبة لتصل عام 1994 إلى 13% عند الرجال و 16% عند النساء، و 18% و 24% قبل سنة 2005، و 22% و 24% في 2009. وفي نفس العام وصل معدل قيمة مؤشر كتلة الجسم *IMC* إلى 27 بالنسبة للنساء والرجال.

في فرنسا عام 2003 بلغت نسبة الفرط في الوزن عند الرجال 34.8% و 30.9% عند النساء، وبلغت نسبة السمنة 9.8% عند الرجال و 5.5% عند النساء (Ogden, 2018, p. 446).

أما في الجزائر فإن حالة الفرط في الوزن والسمنة مثيرة للقلق، ففي 2005، 55.9% من الأفراد الذين ينتمون إلى الفئة العمرية من 35-70 سنة كانوا يعانون من زيادة الوزن و 21.24% كانوا يعانون من السمنة حسب دراسة جزائرية تحت اسم « TAHINA » وهي دراسة لأطباء مختصين في الطب الداخلي بمستشفى بئرطارية بالجزائر العاصمة (Atek.M & al.,2010, p.13).

كما أسفرت إلى أن نسبة انتشار السمنة قُدر ب 48% (وفقا للمعايير الأوروبية) أي أنه واحد من كل ثلاثة أشخاص يعاني من السمنة، بينما في الولايات المتحدة ، يعاني شخص واحد من كل شخصين بالسمنة (INSP, 2007).

3. أسباب السمنة:

هناك عدة عوامل قد تكون سببا مباشرا في ظهور السمنة أو لا، كما أنها تتفاعل فيما بينها، واستنادا للنموذج التعاقدى التكاملى الإدماجى (TIM) المعتمد فى البحث الحالى تم تحديدها كالاتى:

1.3 العوامل الوراثية (البيولوجية):

1.1.3 النظريات الجينية: كشف الباحثون عن احتمال كون الأفراد يعانون من السمنة بسبب جيناتهم الوراثية بدلا من سلوكهم، وعلى سبيل المثال ذكر Garn وزملاؤه (1981) أنه إذا كان أحد الزوجين يعاني من السمنة فإن احتمال أن يكون لديهما طفل يعاني من السمنة المفرطة هو 40%، أما إذا كان كلا الزوجين يعانيان من السمنة فإن النسبة ترتفع لتصل إلى 70%. وعلى النقيض، تأتي فرصة انجاب زوجين يعانيان النحافة طفلا يعاني من السمنة المفرطة محدودة حوالي 8%. ولأن كلا من الآباء وأبنائهم يتشاركون المعيشة (شويخ، 2009، ص.203).

2.1.3 نظرية الشبع والجوع: يحتوي الدماغ على مراكز الجوع (feeding centers) ومراكز الشبع (satiety centers) في منطقة تُدعى تحت المهاد (hypothalamus). وهي التي تتحكم في حالة الشعور بالجوع والشبع. ومن المعلوم أن الشخص المصاب بالسمنة نتيجة العادات الغذائية غير الصحيحة أو عدم الاستجابة الصحيحة للجوع والشبع. فمثلا من النظريات التي توضح كيفية شعور الإنسان بالجوع أو الشبع وهذه من أبرزها:

3.1.3 النظرية الجلوكوستاتية (Glucostatic Theory): توضح هذه النظرية حالة الشعور بالشبع والجوع بناءا على تركيز الجلوكوز في الدم. فمثلا عندما ينخفض تركيز الجلوكوز في الدم إلى نحو أقل من 70 ملغ لكل 100مل دم، تتلقى تحت المهاد (مركز الجوع والشبع) الموجودة في قاعدة الدماغ إشارات عصبية تدل على ذلك، ثم تترجمها إلى شعور بالجوع. أما حين يرتفع الجلوكوز في الدم إلى أكثر من 120 ملغ/100مل، فإن تحت المهاد تتلقى إشارات عصبية بذلك وتترجمها إلى شعور بالشبع. وقد تبين أن تحت المهاد تحتوي على مراكز الجوع والشبع الحساسة جدا لتركيز الجلوكوز في الدم يحدث تثبيط لمراكز الشبع وتنشيط لمراكز الجوع، والعكس صحيح.

4.1.3 النظرية الليبوستاتية (Lipostatic Theory): توضح هذه النظرية حالة الشعور بالجوع أو الشبع تبعا للإشارات التي تُرسلها الأنسجة الدهنية إلى الدماغ، بناءا على تغيير مستوى الدهون وانحرافه عن المعدل الطبيعي. فمثلا حين يقل تركيز الدهن عن مستوى محدد تُرسل الخلايا الدهنية إشارة إلى تحت المهاد في الدماغ الذي يترجمها إلى شعور بالشبع (عويضة، 2015، ص.479).

2.3 العوامل البيئية:

منذ أكثر من عشرين سنة اهتم الباحثون بدراسة التأثيرات التي تحدثها البيئة والفرص والظروف المعيشية على نسبة السمنة في المجتمع. و هكذا في عام 1999 تم تحديد مصطلح "البيئة المسببة للسمنة" *environnement obésogène* ويقصد بها البيئة التي تشجع الخيارات الغذائية غير الصحية والتي تقلل احتمالية الانخراط في نشاط بدني (Swinburn & al., 1999).

في الأدبيات، تنقسم العوامل البيئية إلى قسمين: البيئة المبنية (المباني، استخدام الأراضي، أنظمة النقل) والبيئة الغذائية (توافر الغذاء وامكانية الوصول إليه، الإعلان والتسويق الغذائي) (Lake & Townshend, 2006).

وفي صدد هذا البحث قسّمت الباحثة العوامل البيئية المؤثرة في ظهور السمنة إلى العوامل التالية: البيئة المبنية، البيئة الأسرية، القيم والثقافة، و المستوى الاجتماعي-الاقتصادي.

1.2.3 البيئة المبنية:

أكدت بعض الدراسات التي تهتم بمشاريع و تخطيطات استخدام الأراضي بأنّ هناك علاقة ارتباطية سالبة بين توفر مساحات يمكن المشي فيها ومساحات خضراء مع مؤشر كتلة الجسم، وأنّ البيئة المبنية يمكن أن تؤثر على وزن الأفراد (Drewnowski & al., 2020).

خلافًا على ذلك فإن تقليل إمكانيات ممارسة الرياضة البدنية ، على سبيل المثال ، من خلال وجود السلالم المتحركة بدلاً من السلالم العادية يشجع الأفراد على قلة النشاط البدني (Mas & Chambaron, 2021, p.12).

2.2.3 البيئة الأسرية:

وُجد أنه لتاريخ الأسرة تأثير واضح في حدوث السمنة. فالوالدان اللذان يعانيان من الزيادة في الوزن يكون أولادهما أكثر عرضة للسمنة من أولئك الأولياء الذين يعد وزنهم ضمن المعدل الطبيعي. وهذه العلاقة على ما يبدو تعود إلى عوامل جينية وغذائية (Mayer & Stunkard, 1994). وقد تم الحصول على هذه الدلائل حول تأثير العوامل الجينية من دراسات التوائم. إذ بينت هذه الدراسات أن التوائم التي رُبيّت منفصلة أظهرت النزعة للسمنة عندما اتصف آباؤهم الطبيعيون بالسمنة، حتى عندما كانت البيئة التي نشأوا فيها مختلفة تماما (Stunkard, 1988). ويمكن الحد جزئياً من التأثير الجيني في حدوث السمنة من خلال التحكم في أسلوب التغذية. ففي دراسة أجريت على مجموعة من الأطفال

الرضع، استمرت من الولادة إلى عمر سنتين، وجد فيها كل من Agras & al. (1987) أنّ الأطفال الذين تعرضوا للسمنة في فترة متأخرة تميز نمط سلوكهم في الرضاعة بالمص السريع والشديد ولفترة أطول، ووجود خلل في عملية المص. نشأ عن هذا الأسلوب من الرضاعة أخذ كميات أكبر من السرعات وزيادة في الوزن. تبين هذه النتائج أن أسلوب الرضاعة الذي يظهر في مرحلة مبكرة، قد يعتبر مؤشرا لتأثير الاستعداد الجيني في تطور السمنة لاحقا. كما تبين أيضا أن هناك استعدادات جينية لخرن الطاقة إما على هيئة أنسجة دهنية أو أنسجة خالية من الدهون (Bouchard & al.,1990).

إن تحديد دور الوراثة في السمنة أمراً مهماً لأنه يساعد على تحديد الأفراد الذين يفترض أن تتبع معهم إجراءات تدخّل ملائمة لتنظيم أوزانهم. ولكن تاريخ العائلة الذي يشير إلى وجود السمنة لا يتضمن بالضرورة أن هذه العائلة لديها جينات للسمنة. فعلى سبيل المثال، بينت إحدى الدراسات أن 44% من كلاب الأفراد الذين يتصفون بالسمنة، كانت أيضا تتصف بالسمنة، في مقابل 25% فقط من الكلاب التي يمتلكها أشخاص أوزانهم ضمن المعدل الطبيعي (Mason.E,1970). فهناك عوامل عديدة في داخل البيت يمكن أن تساهم في تقرير تطور السمنة التي تنتقل عبر أفراد العائلة، مثل نمط الأغذية التي يتم استهلاكها، وحجم الوجبات وأنماط النشاط الذي يُمارَس (Klesges & al.,1990).

كما يقل حدوث السمنة بين الأطفال الذين يشاركون بانتظام في البرامج الرياضية أو النشاطات الجسدية، إذا كانوا يستمتعون بها، وإذا كانت أسرهم تؤيد ممارسة هذه النشاطات البدنية (Epstein & al., 1999).

وسواء كان للبيئة الأسرية تأثير في تغذية الفرد أم لا، فإن لأكثر من ثلثي السكان يقومون باتباع الحمية في وقت ما من حياتهم. والجهود التي تقوم بها البنات لفقدان الوزن تتأثر بشدة بالانتقادات التي يواجهها الوالدان، في حين يبدو أن قيام الأبناء أو عدم قيامهم ببذل الجهود للتخلص من الوزن يكون أكثر ارتباطا باتجاهات الآباء نحو الأكل (Baker & al.,2000).

فالنمط الذي يتبع في تناول الطعام في المراحل العمرية المبكرة، وممارسة النشاطات الرياضية من الأمور التي تساهم في تطور السمنة. فالأطفال الذين يشجعون على الإفراط في الأكل في مرحلة الرضاعة والطفولة، يكونون أكثر ميلا للسمنة في الرشد (Berkowitz, Agras, Korner, Kramer & Zeanah,1985). كما أن نمط الحياة الذي يكثر فيه الأطفال من الجلوس يساهم في حدوث السمنة لديهم. وقد احتلت ألعاب الفيديو وبرامج التلفزيون الجزء الأكبر من أوقات الفراغ عند الأطفال، مما قلل من الوقت الذي يمكن قضاءه في القيام بالألعاب البدنية العادية، وقلل من ممارسة التمارين الرياضية (Sallis & al.,1993).

عمومًا فإن أكثر من 80% من الأشخاص الذين زاد وزنهم عن المعدل الطبيعي في الطفولة ظل وزنهم زائدًا في مرحلة الرشد (Abraham & al., 1971).

3.2.3 القيم والثقافة:

في الدول المتطورة يزيد وزن النساء اللواتي ينتمين إلى طبقات اجتماعية متدنية (Low Socio-economic Status) عن وزن النساء اللواتي ينتمين إلى طبقات اجتماعية ثقافية عالية (High Socio-economic Status). وعلى وجه التحديد تظهر النساء الزنجيات قابلية أكبر للسمنة (Sobal & Stunkard, 1989). ومع أن الفروقات في الوزن التي ترجع إلى الفروقات في المستويات الثقافية الاجتماعية تم عزوها إلى التغذية الغنية بالكربوهيدرات في المراحل المبكرة من العمر، إلا أن ذلك لا يعطي تفسيرًا عن سبب عدم ارتباط الطبقة الثقافية الاجتماعية بالسمنة بين الرجال والأطفال. ومن اللافت للنظر أن السمنة في الدول النامية بين الرجال والنساء والأطفال نادرة، وقد يعود ذلك إلى عدم كفاية المواد الغذائية في هذه الدول، ويزداد حدوث السمنة مع ارتفاع مستوى الثروة. وتعد القيم من ضمن العوامل التي تتدخل في حدوث السمنة. فالناس يميلون في المجتمعات المتطورة لتقدير النساء النحيلات، وهذا بدوره يقود إلى انتشار ثقافة التركيز على الحمية الغذائية والنشاط الجسمي. وهذه المعايير الاجتماعية تجعل أكثر النساء وليس فقط السمينات منهن غير مقتنعات بأجسامهن (تايلور، 2008، ص. 203-205).

كما وجد العلماء أن هناك علاقة وطيدة بين البدانة والعادات الاجتماعية لدى بعض المجتمعات، ففي المجتمعات الغربية تكثر البدانة لدى الناس المنحدرين من طبقة اجتماعية متوسطة، لكن هذه العلاقة في مجتمعات العالم الثالث تختلف فالبدانة شائعة لدى الطبقات الميسورة. ومن الأمثلة على العوامل الاجتماعية هو المبالغة في استعمال الطعام كأسلوب للتعبير عن الكرم والضيافة وفي الاحتفال بالمناسبات الاجتماعية والدينية (الحوري، 2011، ص. 51).

4.2.3 المستوى الاجتماعي - الاقتصادي:

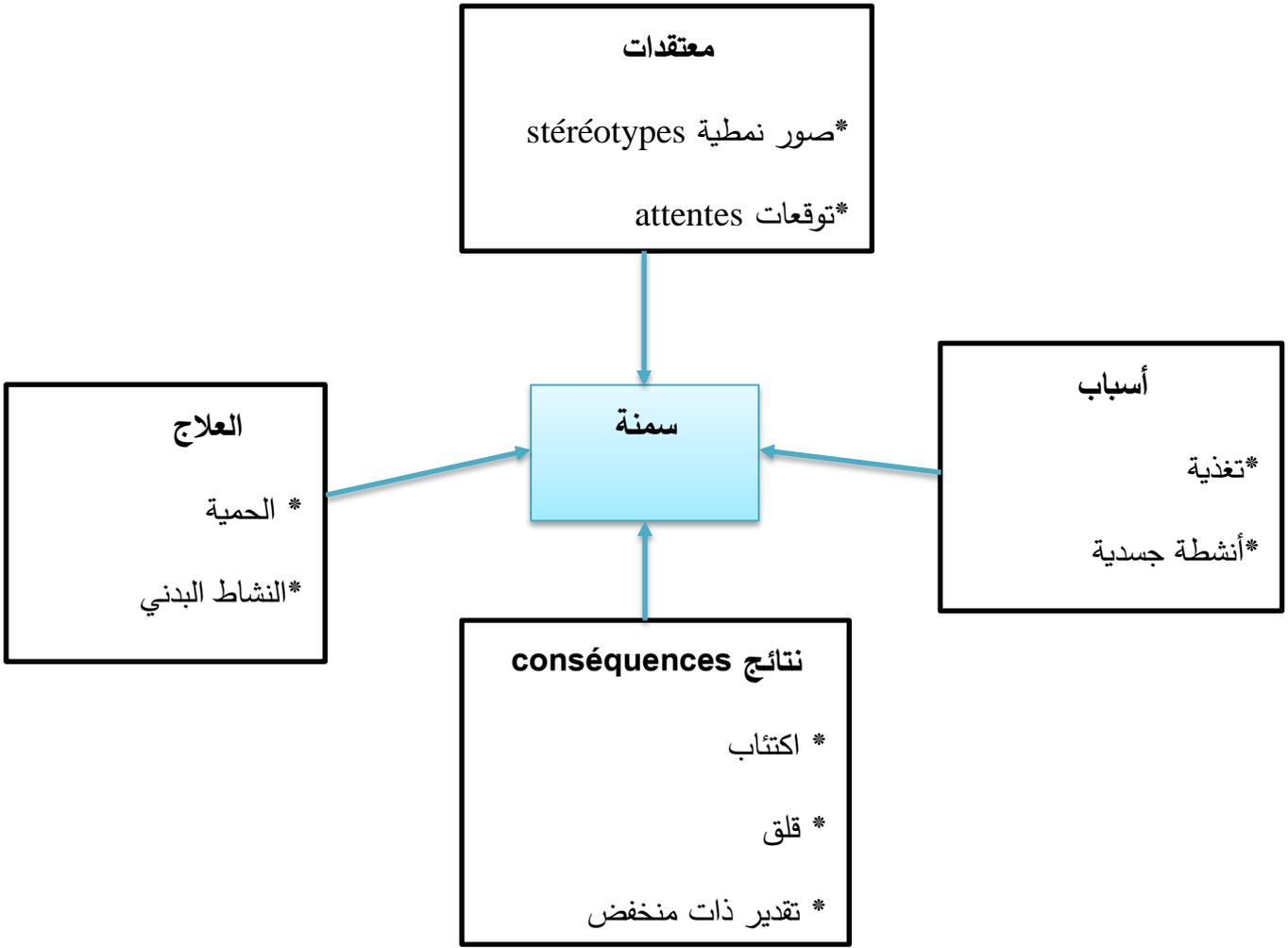
حسب الإحصائيات فإن الأفراد ذو مستوى اجتماعي-اقتصادي منخفض (دخل منخفض، مستوى دراسي منخفض، انعدام الأمن الوظيفي، أو مستوى اجتماعي مهني منخفض) تكون لديهم أعلى معدلات زيادة الوزن و السمنة (Verdot & al., 2017). فغالبًا ما تنبئ الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة بانخفاض مستويات النشاط البدني، إضافة إلى أنماط حياة تتسم بقلّة الحركة (O'Donoghue, 2018).

كما يتميز النظام الغذائي للسكان الأقل مستوى اجتماعي-اقتصادي بكونه غني من حيث الأطعمة النشوية والمنتجات المصنعة و قليل الألياف و الفيتامينات الأساسية والفواكه والخضروات (Darmon & al., 2008).

بالتالي يزيد خطر الإصابة بالسمنة بين هذه الطبقات الاجتماعية، كما أنّ أفراد هذه الطبقة الاجتماعية المحرومة يركّزون على الفوائد الفورية لسلوكياتهم بدلاً بغض النظر إن كانت هذه السلوكيات صحية وتضمن لهم حياة أطول (Mas & Chambaron, 2018, p.4) .

3.3 العوامل النفسية:

يلعب الجانب النفسي دوراً هاماً في ظهور السمنة، كما أن للمعتقدات و السلوكيات الصادرة من الفرد أهمية في ظهور المرض، إضافة إلى طريقة الأفراد على مواجهة المشاكل، وفي طريقة تسيير مشكلة السمنة ونتائجها على الرفاهية الجسدية والنفسية ، كلها تؤثر على مآل المرض. ويمكن توضيح ذلك في المخطط التالي:



مخطط (6): يبيّن العلاقة بين العوامل النفسية وتطور السمنة

(Ogden, p. 444,2018).

تعقيب حول المخطط:

إنّ التعريفات المتعلقة بالسمنة أكدت إلى أن هذا المرض معقد كونه لا يتعلق بعامل واحد في ظهوره، بل وأكدت الدراسات على أن ظهور مرض السمنة يعود إلى وجود عدة عوامل مختلفة من بينها العوامل النفسية. وبيّنت Ogden (2018) العلاقة بين تلك العوامل النفسية في نشأة وتطور السمنة، إذ لا يمكننا حصر السمنة على أنه نتاج لسوء والافراط في التغذية وقلة النشاط البدني فحسب، بل وُجب علينا أخذ المعتقدات الخاصة بالفرد البدني بعين الاعتبار، فهي على علاقة مباشرة بمختلف سلوكيات الفرد المصاب بالسمنة. وإن السمنة عبارة عن جملة من المعتقدات الخاطئة يتبناها الفرد البدني تتجم عنها سلوكيات خاطئة هي الأخرى كالإفراط في تناول السكريات نتيجة الاحساس بانفعالات سلبية لسد ثغرة الشعور السيء الذي تولده تلك الانفعالات السلبية كالغضب أو القلق، وتصبح هذه السلوكيات على المدى الطويل

عادات سيئة تزيد من تدهور الحالة الصحية للفرد البدني. كما أن ما تخلّفه السمنة على الفرد البدني من الناحية النفسية كانخفاض تقدير الذات، قلق واكتئاب يحرض المرض على تفاقمه.

إنّ العلاج الفعال للسمنة يعمل كقوة معاكسة ضد تطور المرض وجل العوامل التي تزيد من مضاعفاته، وكلما كان العلاج فعّالاً أصبح يعمل كمكبح ضد تطور مرض السمنة. ويبقى العلاج الأمثل للسمنة علاجاً متعدد العوامل ومتعدد التخصصات حسب خصائص المرض المتعددة والمعقدة. على عكس ذلك فإن التكفل السيء للمرض يؤدي إلى ظهور مضاعفات قد ينجم عنه هلاك الفرد البدني.

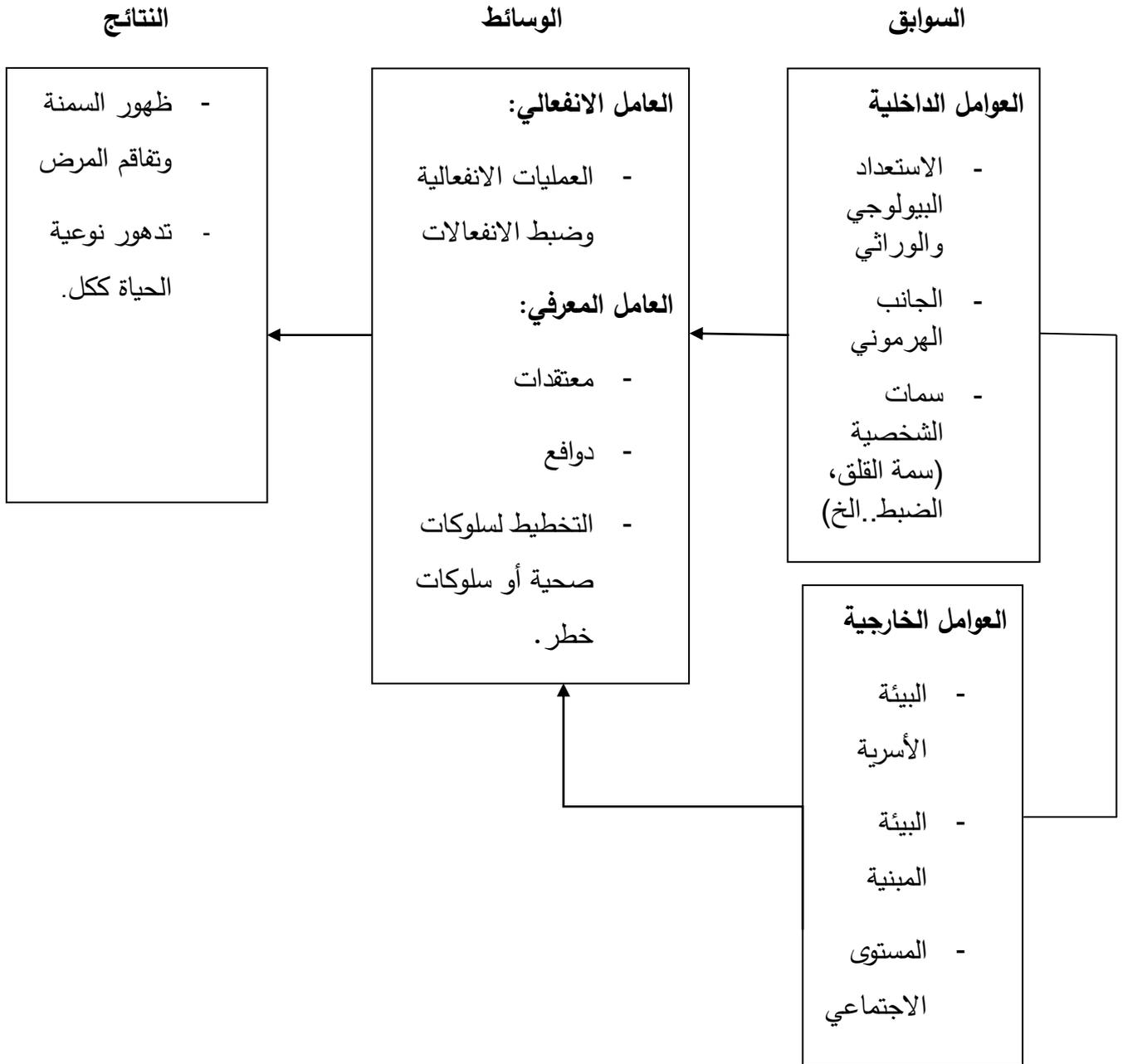
رغم التفسير المنطقي الذي قدمته (Ogden (2018 في مدى تأثير الجانب النفسي خاصة الجانب السلوكي والمعرفي للفرد في ظهور السمنة، لكن ذلك لا يكفي لتفسير مرض السمنة المعقد. وتضيف الباحثة أن للسمنة علاقة وطيدة بالجانب الانفعالي، فحسب (Alonso-Pedrero & al., 2016) فإنّ التّعرض لتجربة سلبية واحدة أو أكثر في الطفولة أو المراهقة أو حتى في مرحلة الرشد (مثل الاعتداء الانفعالي أو الجسدي أو الجنسي أو التتمر أو عيش أحداث أخرى مهددة بالحياة) يكون أكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة، وهذا يمكن تفسيره إلى أن إثارة الانفعالات السلبية فيما يتعلق بهذه التجارب المؤلمة يؤدي إلى رفع نوبات الإفراط في استهلاك الطعام.

4.3 العوامل الغذائية:

تتعدد أسباب مرض السمنة ولكن السبب الرئيسي لها هو الإفراط في تناول الأغذية الغنية بالطاقة، مما يؤدي إلى تراكم الدهون في الجسم، وزيادتها على المعدل الطبيعي. و بعبارة أخرى فإن سبب السمنة الرئيسي هو زيادة كمية الطاقة الناتجة من تناول الغذاء على كمية الطاقة المخصصة للأنشطة العضلية أو الرياضية. و قد أوضحت الدراسات أن تناول الشخص كمية إضافية من السعرات حوالي 500 سعر يوميا زيادة على المقررات الغذائية المقترحة من السعرات. يؤدي إلى زيادة وزن الجسم كيلوجرامين في الشهر، لأن كل 7500 سعر إضافية تنتج كيلوجراماً واحداً من الدهن في الجسم. و تجدر الإشارة إلى أن محدودية الطاقة المستهلكة هي العامل الرئيسي للإصابة بالسمنة لا كثرة الأكل، فقد ثبت أن العديد من الأشخاص الذين يأكلون كثيراً ويمارسون أنشطة عضلية وجسدية معتدلة لا يصابون بالسمنة، وأن أشخاصاً آخرين يتناولون كميات أقل من الطعام ولكنهم يصابون بالسمنة نتيجة عدم ممارسة الأنشطة العضلية أو الرياضية (عويضة، 2015، ص.475).

بناءً على ما جاء به أنفاً واستناداً بالنموذج المعتمد في البحث الحالي والمتمثل في النموذج التعاقدية التكاملية الإدماجية TIM تقترح الباحثة مخطط يلخص عوامل ظهور مرض السمنة بالاعتماد على

المخطط المقترح من طرف (Brouchon-Schwetzeir, 2018, p. 533) في كتاب علم النفس الصحة في طبيعته الثانية ، وهو كالآتي:



مخطط رقم (07): مخطط توضيحي تفسيري يبين أهم العوامل المؤدية لظهور السمنة وفق النموذج التعاقدى التكاملى الادمجى (TIM). من اقتراح الباحثة.

4. تشخيص السمنة:

لقد تم وضع العديد من المؤشرات التي يمكنها قياس الوزن الملائم ومعرفة ما إذا كان الفرد يعاني من السمنة، نجد من بينها، طريقة Lorenz، طريقة Broca، طريقة Dr. A-F. Creff، طريقة Quételet لمؤشر كتلة الوزن IMC وهي الطريقة المستعملة في هذه الدراسة.

1.4 طريقة Lorenz :

هذه الطريقة لا تأخذ بعين الاعتبار السن وكتلة العظام في الجسم، لكنها تأخذ الجنس بعين الاعتبار، وبذلك نميز في هته الطريقة معادلتين لحساب الوزن المثالي وهي كالاتي:

$$\text{عند الرجل: الوزن المثالي} = (\text{الطول} - 100) - \frac{\text{الطول} - 150}{4}$$

4

2.4 طريقة Broca:

لا تستعمل هذه الطريقة حالياً رغم سهولة استعمالها، ومعادلتها كالاتي:

$$\text{الوزن} = \text{الطول} - 100$$

هذه الطريقة صالحة الاستعمال سابقاً، لأنها كانت موجهة لأفراد أكثر نشاطاً مقارنة مع الأفراد حالياً، ورغم ذلك يمكن استعمال طريقة Broca لمعرفة الوزن الذي لا يجب اجتيازه.

3.4 طريقة A-F. Creff:

لقد اقترح Dr. A-F. Creff المختص في طب الرياضة والتغذية المعادلة التالية:

$$\text{الوزن} = \text{الطول (سم)} - 100 + \frac{\text{السن}}{9} \times 10$$

10

والذي يعطينا بالنسبة لرجل يناهز من العمر خمسين (50) سنة ويبلغ طوله 1.70 م ووزن 65.5 كغ، أما طريقة Lorentz فتعطينا بدون أخذ عامل السن بعين الاعتبار وزن 65 كغ لطول 1.70 م (Basdekis, 1999, p. 92).

4.4 طريقة Quetelet:

وهو المؤشر الأكثر استعمالاً عالمياً « IMC » Indice de masse corporelle يسمى أيضاً بالانجليزية "BMI" Body Masse Index، ويمكن حسابه وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{IMC} = \frac{\text{الوزن (كغ)}}{(\text{الطول (م)})^2}$$

(الطول)² (م²)

بالنسبة للقيم العادية لمؤشر الكتلة نجد:

- عند الرجل: تكون القيمة محصورة بين القيمتين عشرون (20) و خمسة وعشرون (25)
- عند المرأة: تكون القيمة محصورة بين القيمتين تسعة عشر (19) و أربعة وعشرون (24)

نتكلم عن الزيادة في الوزن عندما تكون قيمة المؤشر:

- عند الرجل: محصورة بين القيمتين خمسة وعشرون (25) و ثلاثون (30)

- عند المرأة: محصورة بين القيمتين أربعة وعشرون (24) و ثلاثون (30)

أما بالنسبة للسمنة فتكون عندما تفوق قيمة مؤشر كتلة الوزن ثلاثون (30)

(Basdekis, 1999, p.93).

وفي البحث الحالي اعتمدت الباحثة على طريقة Quetelet لاقتناء عينة البحث المتمثلة في الراشدين المصابين بالسمنة.

5. أنواع السمنة:

1.5 حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS):

حدّدت المنظمة العالمية للصحة أربع أنواع من السمنة، ويعتمد هذا التصنيف على قيمة مؤشر

كتلة الجسم IMC. والذي يمكن حسابه وفقا للمعادلة التالية:

مؤشر كتلة الجسم = (وزن الجسم)² بالكلغ / طول الجسم بالمتر .

وعليه يمكن تحديد نوع السمنة كالاتي:

- فرط في الوزن: تكون فيها قيمة مؤشر كتلة الجسم أصغر أو تساوي القيمة 25كلغ/م ولا تتعدى 30كلغ/م²
- سمنة من النوع الأول أو السمنة المعتدلة: تكون فيها قيمة مؤشر كتلة الجسم محصورة بين القيمتين 30كلغ/م و 35كلغ/م²
- سمنة من النوع الثاني أو سمنة حادة: تكون فيها قيمة مؤشر كتلة الجسم محصورة بين القيمتين 35كلغ/م و 40كلغ/م².
- سمنة من النوع الثالث أو سمنة خطيرة: تكون فيها قيمة مؤشر كتلة الجسم تفوق 40كلغ/م² (Dalu, 2009, p4 ;p5).

2.5 حسب نظام تصنيف السمنة (EOSS) L'Edmonton Obesity Staging System:

تم تأسيس نظام تصنيف السمنة EOSS من طرف مجموعة من الباحثين في جامعة ألبرتا Alberta

(Sharma & al., 2009) قياسا مع أنظمة تسمح بتصنيف مراحل تطور العديد من الأمراض، بهدف تقييم مدى خطورتهم وتشخيصها. من بينها السرطان (تصنيف TNM)، الأمراض العقلية (DSM IV ثم DSM V)، القصور القلبي (NYHA).

يأخذ نظام تصنيف السمنة EOSS بعين الاعتبار ثلاث أبعاد: الجسدي، النفسي والوظيفي، لتحديد خمس مراحل للسمنة والتي جاءت مكتملة لتصنيف المنظمة العالمية للصحة OMS، الذي يعتمد على مؤشر الكتلة الجسدية IMC.

والجدول التالي يضم فئتين، الأولى منها تسمح بالتنبؤ بتطور الأمراض المصاحبة، والثانية تخص تقييم التأثير النفسي، نوعية الحياة والقدرة الوظيفية للشخص البدين.

ويسمح السلم المتكون من خمس (5) مستويات (من المستوى 0 إلى المستوى 4) بالتنبؤ بتطور وخطورة المرض (السمنة).

- المريض بالسمنة في المستوى 0 لا يُظهر عوامل خطر متعلقة بالسمنة (مثل: غياب ارتفاع الضغط الشرياني، ارتفاع الكوليسترول أو ارتفاع جلوكوز الدم)، عدم وجود أعراض جسدية أو قلة القدرة الوظيفية أو أمراض نفسية.

- في المستوى 1 توجد بعض العيوب، ولكن تبقى في حدود السواء.

- في المستوى 2 توجد أمراض مصاحبة (كداء السكري من النوع الثاني، التهاب المفاصل، متلازمة توقف التنفس أثناء النوم) مع تدني كبير في نوعية الحياة إضافة إلى انخفاض معتدل للقدرة الوظيفية في الحياة اليومية.

- المستوى 3 تظهر فيه أمراض عضوية خطيرة: السكتة القلبية، مضاعفات داء السكري أو التهاب المفاصل الحاد، إضافة إلى العجز الوظيفي بسبب ضعف وظيفة واحدة أو أكثر.

المستوى 4 يتميز بالفشل العضوي النهائي وانهايار نوعية الحياة (Ziegler, 2014, p.15).

جدول رقم (05) يبين المؤشرات الدالة على المستويات الخمسة لنظام تصنيف السمنة I'EOSS

المستوى	الأمراض المصاحبة/ عوامل الخطورة	التأثير الجسدي والنفسي نوعية الحياة - إعاقة
المستوى 0	لا شيء بالنسبة لدهون البلازما، الجلوكوز، ارتفاع الضغط الشرياني... لا يوجد علامات عيادية.	لا يوجد اضطرابات نفسية أو أعراض وظيفية، نوعية حياة جيدة.
المستوى 1	ارتفاع ضغط الدم في حدود السواء، ارتفاع الجلوكوز في الدم بنسبة معتدلة على معدة فارغة، ارتفاع قليل بالنسبة للانزيمات الكبدية.	علامات خفيفة: بعض الآلام، القليل من التعب، انخفاض طفيف في القدرات الوظيفية والرفاهية.
المستوى 2	داء السكري من النوع الثاني، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، الجزر المعدي reflux gastro-oesophagien، التهاب المفاصل.	اضطرابات القلق، الحد المعتدل من الأنشطة اليومية، انخفاض نوعية الحياة.
المستوى 3	داء السكري من النوع الثاني، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، مضاعفات السكري، التهاب المفاصل.	اضطرابات نفسية، عجز وظيفي ++، انخفاض ++ نوعية الحياة
المستوى 4	فشل عضوي نهائي .	إضرابات نفسية ثقيلة، عجز وظيفي +++، انخفاض +++ نوعية الحياة.

(Ziegler,2014,p.15).

3.5 حسب "فاطمة مرياح":

هناك نوعين من السمنة كما ذكرتها (مرياح،2012، ص. 37) وهي:

1.3.5 النوع الأول: هو الذي يبدأ من الطفولة ويستمر طوال العمر، ويكون عادة صعب العلاج لأن السمنة في الصغر تكون بسبب زيادة عدد الخلايا الدهنية في الجسم، هذه الخلايا التي لا يمكن التخلص منها في الكبر عن طريق الحد من السرعات الحرارية.

2.3.5 النوع الثاني: هو الذي يظهر في منتصف العمر ويكون لدى زيادة عددها وهذا النوع من السمنة يمكن علاجه بالتغذية السليمة

6. مسار المريض بالسمنة:

إن أخذ المريض البدين مرضه من ناحية الزمن أمر بغاية الأهمية بالنسبة للجوانب الجسدية والمشاكل النفسية التي يعاني منها المريض بالسمنة. وحسب Basdevant and Clément (2011) يمكن وصف تاريخ السمنة في مراحل مختلفة وهي:

- المرحلة قبل العيادية phase préclinique : إن انحراف الوزن يظهر بسبب عوامل وراثية ومكتسبة، ويعتبر زيادة الوزن المبكر أول علامة موضوعية لبداية المرض.
- مرحلة العيادة الأولية لاستشارة السمنة phase initiale de consultation de l'obésité : زيادة الوزن تكون خطية أو بتعدد زيادة و نقص الوزن (yoyo pondéral) إلى الوصول إلى مرحلة تشكل السمنة stade de l'obésité constituée .
- مرحلة هضبة الوزن phase de plateau pondéral : هنا يشهد الوزن استقرار مع توازن طاقة الجسم وذلك لبضع أشهر أو لبضع سنوات.
- مرحلة فقدان الوزن: هنا يحاول الشخص البدين فقدان الوزن بنفسه أو باللجوء إلى مختص في الصحة، وبالنسبة لمعظم الحالات فإن النتائج غير كافية وغالبا ما يظهر منحى الوزن "يويو" (بمعنى نقصان الوزن ثم زيادته) بشكل تصاعدي.
- مرحلة مقاومة العلاج phase de résistance au traitement : انتكاس الوزن يعني فشل العلاج كما تم الاضطلاع عليه. وتبقى كل من المحددات المسؤولة عن زيادة الوزن وآليات المقاومة لفقدان الوزن فعالة (ziegler,2014, p ;16-17).

7. مضاعفات السمنة:

تعتبر السمنة عامل خطر لظهور العديد من الأمراض والمشاكل الصحية التي تعمل هي الأخرى على انخفاض مستوى نوعية الحياة للفرد البدين، ويمكن حصر أهمها فيما يلي:

1.7 ارتفاع ضغط الدم: يصاحب السمنة حدوث اضطراب في هرمونات الجسم خصوصا هرمون الأنسولين الذي يرتفع مستواه في الدم، و بمرور الوقت تتصلب هذه الترسبات مسببة ضيق و انسداد الشرايين، و بالتالي:

- انخفاض مقدار مرور الدم إلى خلايا القلب (لحسن، 2010، ص. 50-51).

- تضاعف المجهود الذي يبذله القلب لتوزيع الدم على أجزاء الجسم المختلفة وهذا يسبب ارتفاع ضغط الدم الذي يحدث بدوره الذبحة الصدرية أو الإحتشاء القلبي و السكتة الدماغية (لحسن، 2010، ص. 50-51).

2.7 أمراض القلب و الشرايين: إضافة إلى ارتفاع ضغط الدم ، فمن أهم المضاعفات التي من الممكن أن تسببها السمنة في القلب والشرايين هي:

- تضخم كل من البطين الأيمن والأيسر، وخاصة في حالات السمنة المفرطة وسمنة الكرش.
- الضعف في عضلة القلب و احتمال حدوث هبوط بالقلب.
- تصلب الشرايين وخاصة الشريان التاجي مع زيادة الفرصة لحدوث الذبحة الصدرية وجلطة القلب (بن سالم، 2009، ص15).

3.7 داء السكري: يعتبر داء السكري من النوع الثاني من أكثر الأمراض الناتجة عن الإصابة بالسمنة، حيث أكدت دراسات حديثة أن زيادة نسبة السمنة في العالم متصل بزيادة داء السكري من النوع الثاني، إذ أن كل واحد كيلوغرام زائد لكتلة الجسم يرفع من خطر الإصابة بداء السكري بنسبة تتراوح ما بين 5 و 9 % . كما أن 60 إلى 90% من المصابين بداء السكري يعانون من السمنة (Réhaume & Brassard, 2013, p.261).

4.7 آلام المفاصل: أكدت العديد من الدراسات لعدة سنوات ارتباط السمنة بخطر الإصابة بهشاشة العظام في الركبة و الورك و التهاب المفاصل، خاصة عند كبار السن. و هي نفس نتائج دراسة Soussou & El Ansari (2018) بمستشفى مراكش بالمغرب بقسم الأمراض الغددية حول "آثار السمنة على المفاصل" ، والتي ضمت (115) مريض (78 انثى و 10 ذكور)، تراوحت أعمارهم بين (16-69 سنة)، حيث تم دراسة الأعراض المشتركة المتعلقة بالمفاصل (Soussou & El Ansari, 2018, p. 519).

5.7 ضيق التنفس: إن تجمع الأنسجة الدهنية تحت حاجز القفص الصدري يعيق حركة القفص الصدري، مما يؤدي إلى احتباس ثنائي أكسيد الكربون في الرئتين و انخفاض مستوى الأوكسجين في الدم، و منه انقطاع التنفس أو تضخم القلب في الحالات المتقدمة. تتسبب السمنة كذلك في مشكلة الشخير أثناء النوم، و قد فسر الباحثون ذلك بأنه يحدث نتيجة لارتخاء عضلة البلعوم و رجوع اللسان إلى الخلف بتأثير السمنة (عيسي، 2016، ص. 211).

6.7 السرطان: وفقًا لتقييم أجراه المركز العالمي للبحث حول السرطان CIRC في عام 2017، فإنَّ زيادة الوزن والسمنة من عوامل الخطر المؤكدة في 13 نوع من السرطان ، مع تفاوت خطر الإصابة بالسرطان لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة بشكل كبير اعتمادًا على مواقع السرطان. كما تم نشر أكثر من 1000 دراسة وبائية حول العلاقة بين زيادة الوزن والسمنة وخطر الإصابة بالسرطان. حيث كان المقياس الأكثر استخدامًا في هذه الدراسات هو مؤشر كتلة الجسم في أواخر مرحلة البلوغ (Lauby-Secretan & al., 2019, p. 635-63).

ويعتقد الباحثون أن التغيرات التي تسببها السمنة في هرمونات الجسم وعمليات الأيض ربما تسبب هذه الزيادة في الأورام. كما أظهرت دراسات سابقة أن مخاطر الإصابة بعموم أمراض السرطان تتضاعف بنحو 1.5 بين البدناء (بن سالم، 2009، ص. 18).

7.7 تأخر الحمل: هناك ارتباط بين السمنة وظاهرة تكيسات المبيضين حيث أن ثلثي من يعاني من تكيسات المبيضين مصابات بالسمنة، مما يؤدي إلى عدم الإباضة و منه تأخر الحمل. وهناك من السيدات البدينات ممن لديهن دورة شهرية منتظمة، مما يعني حدوث الإباضة ولكن من دون حدوث حمل (وهذا إذا تم استثناء أسباب عقم الرجل)، يفسر ذلك بأنَّ السمنة تؤدي إلى زيادة مقاومة الأنسولين في المبيضين مما يؤدي إلى زيادة الهرمونات الذكرية (التستوستيرون و الألدوستيرون)، وبالتالي يؤثر سلبًا على جودة البويضة عند الإخصاب ويقلل من قابلية بطانة الرحم لاستقبال الجنين (Capodaglio & al., 2010).

8.7 الاضطرابات النفسية: يقول الدكتور Barhiolett من جمعية مساعدة البدناء الأوروبية أن "أصحاب الأوزان الثقيلة أناس يائسون لا يعرفون أين يتجهون" وتشير دراسات أخرى إلى أن ضخام الأجسام يعانون من مركب نقص أكثر مما يعانيه المكفوفون أو من بترت أطرافهم ويضيف آخرون أن الآمهم حقيقية ويذهبون إلى الأطباء يشكون من الارهاق والأرق وصعوبة التنفس وآلام بمؤخرة الصدر والذبحة الصدرية (الحوري، 2011، ص. 43).

1.8.7 السمنة واضطرابات الشخصية:

غالبًا ما كانت السمنة مرتبطة بالشخصيات الحدية، كما أننا نجد غالبًا عند الأشخاص المصابين بالسمنة بعض ميزات شخصية خاصة مثل: الاندفاعية، عدم الشعور بالأمان، سوء تقدير الذات، صورة جسدية سيئة و الكمالية le perfectionnisme.

لقد أوضحت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين السمنة وتقدير الذات، كما ارتبطت نتائج الدراسات ببعض المتغيرات مثل صورة الجسم والاكنتاب والتي أكدت أيضا على أن من يعانون من السمنة يسجلون معدلات عالية من تشوه في صورة الجسم والاكنتاب. ومن بين هذه الدراسات نجد الدراسة التي قام بها Wardle & al. (2005) بعنوان "تأثير السمنة على الحالة النفسية الجيدة (الرفاهية النفسية)" وهدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين السمنة وعدم الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات والاكنتاب لدى المراهقين، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة بيك للاكنتاب ومقياس تقدير الذات وصورة الجسم (إعداد الباحث)، وقد خلصت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين الذين يعانون من السمنة يسجلون معدلات عالية من تشوه لصورة الجسم والاكنتاب كما أن لديهم تدني في تقدير الذات.

كما نجد دراسة Na Young Shin & al.(2008) بعنوان عدم الرضا عن الجسم، تقدير الذات والاكنتاب لدى الأطفال الكوريين البدناء، وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات وعدم الرضا عن صورة الجسم والاكنتاب لدى الأطفال ذوي السمنة المفرطة، وتمت الدراسة على عينة مكونة من (413) طفل كوري من الصفوف (5، 6) من ثلاث مدارس ابتدائية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال البدناء أظهروا عدم الرضا عن صورة الجسم وانخفاض تقدير الذات بصورة أكبر من ذوي الوزن الطبيعي، لذلك خلصت النتائج إلى أن البدانة في مرحلة الطفولة مرتبطة بشكل كبير بعدم الرضا عن صورة الجسم مما يؤدي إلى انخفاض في تقدير الذات ومستويات عالية من الاكنتاب.

2.8.7 السمنة واضطرابات المزاج:

في مجمل السكان، يُقدّر انتشار الاكنتاب عند المرأة بـ10%، وترتفع هذه النسبة لتصل إلى 14 % عند الأشخاص البدناء. كما أوضحت الدراسات العيادية علاقة ثنائية الاتجاه relation bidirectionnelle بين السمنة والاكنتاب. أي أن السمنة تزيد من ظهور الاكنتاب وكذلك الاكنتاب يزيد من ظهور السمنة. وإن شخص مصاب بالسمنة يأكل خمس مرات أكثر خلال نوبة اكتئابية مقارنة مع شخص بوزن عادي (Athar, 2016, pp. 50-51).

وأوضحت العديد من الدراسات العلاقة بين السمنة واضطرابات المزاج. عند المرأة بين السمنة ونوبة الاكتئاب العظمى، الأفكار الانتحارية ومحاولة الانتحار، ترتبط بشكل إيجابي- (Athar, 2016, pp. 50-51).

ومنه نلتبس مدى خطورة السمنة كعامل خطر للوقوع في أمراض خطيرة مميتة كأزمات القلب والسرطان و الاكتئاب، و كمرض بحد ذاته، حيث تعمل مضاعفاته كآلام المفاصل و ضيق التنفس على انخفاض نوعية الحياة المصاب بالسمنة ، فنجدها تعيق مهامه الحياتية البسيطة لتصبح أنه المهام كصعود السلالم تحديا للمصاب بالسمنة.

8. علاج السمنة:

توجهت العديد من الدراسات إلى البحث في علاج السمنة وتفاذي ما قد يخلفه هذا المرض من أمراض ومشاكل صحية. ومن العلاجات المقترحة للسمنة نذكر ما يلي:

1.8 العلاج البيولوجي:

1.1.8 الحمية: إن علاج السمنة باتباع برنامج حمية، يعد من ناحية تاريخية من أكثر الطرق شيوعا. وأكثر البرامج المصممة لفقدان الوزن تبدأ عن طريق العلاج بالحمية الغذائية (Brownell,1982). وفي اتباع هذا الأسلوب يتم تدريب الناس للحد من كمية السعرات، أو الكربوهيدرات المستهلكة، وذلك من خلال تعريفهم بكمية السعرات أو الخصائص الغذائية للأطعمة. وفي بعض الحالات، يتم تزويد الأفراد الذين يتبع معهم نظام الحمية بالوجبات الغذائية، ليتم التأكد ن إقبالهم على تناول الكميات المناسبة من الأطعمة. إن تزويد الأفراد الذين يخضعون لنظام الحمية بالخطة التي يجب اتباعها في التغذية ، و بقائمة المواد الغذائية التي يجب أن يتقيدوا بشرائها، يساعد على تحسين القدرة على انقاص الوزن، ويعطي النتيجة نفسها التي يحققها توفير الوجبات (Wing & al.,1996 ; See surwit & al.,1997).

وعموما فإن مقدار فقدان في الوزن الذي يحدث بسبب اتباع نظام الحمية يكون قليلا ونادرا ما يستمر لفترة طويلة (Agras & al.,1996). وكمية فقدان التي يتم تحقيقها من خلال الحمية نادرا ما تتسجم مع توقعات العملاء الذين يصابون بخيبة أمل تساهم في استعادتهم للوزن الذي فقده (Foster & al., 1997).

فالغذاء الذي يفتقر إلى الدهون بدرجة كبيرة قد يكون من أكثر الطرق فعالية في مساعدة الناس للتخلص من الوزن، ولكن الاعتماد على هذا النوع من الحمية يعد من اصعب الطرق التي يمكن الاستمرار فيها، وغالبا ما يعود الناس إلى عاداتهم القديمة. وكما تمت الإشارة إليه، فإن تكرار اتباع نظام

الحمية، ولاسيما نظام اليويو (yo-yo) ، قد يزيد من النزعة لزيادة الوزن، فالريجيم يؤدي -دائما- إلى تثبيط المزاج، مما يؤدي إلى القيام بجهود غير تكيفية لتحسينه، كالإقبال على تناول الطعام بشغف (binge eating). (S.A. French & Jeffery, 1994 ; Telch & Agras, 1993).

إن الخطورة في اتباع نظام اليويو في الحمية بالنسبة لمرضى القلب والشريان التاجي، قد يكون أكثر خطورة من السمنة وحدها، فالمضاعفات التي ترتبط بنظام الحمية تعود إلى ضرورة التزام الشخص الذي نجح بانقاص وزنه لبذل أي مجهود للتمكن من عدم استعادة ما تم فقده من وزن. والأهم من ذلك، فلأن عددا قليلا من الناس يستفيدون من الريجيم، فإننا يجب أن نحدد الأشخاص الذين يمكن أن تتم مساعدتهم من دون أن يتعرضوا للأذى بسبب الريجيم، وبذلك يمكن تطوير طرق آمنة وفعالة لمساعدتهم على القيام بذلك (Brownell & Rodin, 1996). إن الحمية بحد ذاتها قد تعرض الوظائف السيكولوجية إلى المخاطر، فقد تؤدي إلى تعطيل القدرة على التركيز، وإلى الانشغال بالتفكير بالطعام، والمعاناة النفسية، والأكل بشغف (Mc Farlane, Polivy & McCabe, 1999). إن المعالجين الإكلينيكين بدأوا يلمسون بأن التدخل لتخفيف الوزن عن طريق الحمية هو شرط ضروري، ولكنه غير كاف لحدوث نقص دائم في الوزن (تايلور، 2008، ص. 248).

2.1.8 الصيام: عادة ما يتم اتباع الصيام في علاج السمنة مع طرق أخرى. وفي الصيام يقوم الشخص بالامتناع الشديد عن تناول الطعام لأيام عدة. وأحيانا يقوم باستهلاك كميات قليلة من الطعام إلى جانب شرب سوائل تحوي كمية قليلة من السعرات الحرارية. ومن الخيارات الشائعة، على سبيل المثال، الصيام بالامتناع عن تناول المواد الغذائية، باستثناء المواد البروتينية، وكميات محددة من المواد الكربوهيدراتية. وفي هذه الحالة يستهلك الفرد في العادة ما بين (400-800) سعر حراري في اليوم، من أطعمة تشتمل بشكل رئيسي على البروتينات والكربوهيدرات، مع الاهتمام بالحفاظ على مستوى متوازن من الفيتامينات والمعادن. إن الصيام يؤدي إلى نقصان دراماتيكي سريع في الوزن. ومع ذلك فالناس لا يستطيعون الصيام بدون أن يتعرضوا لأضرار صحية، علاوة على ذلك فإن الوزن الذي يتم فقده يستعاد بسرعة كبيرة إذا عاد الفرد إلى عاداته السابقة في تناول الطعام (Wadden, Stunkard & Brownelli, 1983) لذلك فإن الصيام يمكن أن يضاف إلى استراتيجيات أخرى تساعد الفرد في استمرار المحافظة على ما تم تحقيقه من نقصان في الوزن

3.1.8 الجراحة: تمثل طريقة الجراحة ولاسيما جراحة المعدة، أسلوبا راديكاليا للتحكم في السمنة المفرطة. و في أغلب طرق الجراحة شيوعا، يتم إزالة جزء من المعدة لتقليل طاقتها الاستيعابية للأطعمة،

وبذلك يصبح لزاما على الشخص الذي يعاني من السمنة أن يحد من تناوله للطعام. وكجميع العمليات الجراحية فإن هذا الإجراء له مخاطره، وآثاره الجانبية، مثل المضايقات المعدية والمعوية، لذلك فإن هذه الطريقة تتبع فقط مع الأفراد الذين لديهم زيادة في الوزن باتباع الطرق الأخرى، والذين يعانون من مشاكل صحية تجعل فقدان الوزن أمرا ملحا (تايلور، 2008، ص. 249).

4.1.8 العقاقير المثبطة للشهية: حاليا هناك الكثير من الأدوية الشائعة الاستعمال لتخفيف الوزن مثل: metformi,, orlistat, sibutramine, diethylpriopion, mazindol, phentermin وحتى نقول عن الدواء أنه فعالا يجب أن ينزل الوزن 02 كغ خلال الشهر الأول من المعالجة وخلال الشهور الثلاثة الموالية يجب أن يساعد الدواء على فقدان 05% من الوزن الإجمالي (عبد القادر، 2004، ص. 137).

2.8 العلاج النفسي:

1.2.8 التدخل السلوكي المعرفي: إن كثيرا من إجراءات التدخل التي توجه للأفراد الذين يعانون من السمنة تستخدم توجهها متعدد الأشكال في علاج سلوك الأكل اللاتكفي، أحد هذه البرامج طور في جامعة بنسلفانيا (Penick & al.,1971)، وهو يبدأ بتحليل السلوك من أجل ضبطه. مراقبة الذات (self monitoring): يدرّب الأفراد الذين يعانون من السمنة على مراقبة الذات، ويتم تعليمهم الاحتفاظ بتسجيلات دقيقة حول نوعية الأطعمة التي تناولوها، وقتها، مكانها، كميتها، وغير ذلك من الأمور المتعلقة بالأكل.

إن الاحتفاظ بهذا النوع من التسجيلات يقترن بتحديد تعريف للسلوك وما يتعلق به، مما يجعل الفرد أكثر وعيا بالأساليب التي يتبعها في الأكل (Baker & Kirschenbaum,1998).

2.2.8 تدخل الاخصائي النفساني في الصحة:

إن التكفل بالمريض بالسمنة يجب أن يكون بالضرورة متعدد التدخلات ومنسق من طرف العديد من المتدخلين (أطباء، أخصائيين نفسانيين، ممرضين، أطباء التغذية، معالج بدني... الخ). يمثل هذا التكفل نموذج لطب سيكوسوماتي والذي يجمع الجسد بالنفس، ويحاول فهم المريض بالتناول البيو-نفسى-اجتماع (Appart & Tordeurs, 2007, p.9).

عرفت التربية العلاجية للمريض (Education thérapeutique du patient) "ETP" تقدما كبيرا تدعو إلى إعادة النظر في الصور النمطية التشخيصية والعلاجية لصالح الأهداف المشتركة وخطة عمل مشتركة بين المعالج والمريض وفقا لتقييم تاريخ المرض.

إضافة إلى ذلك فإن الوضع الاجتماعي للمريض، نوعية حياته، سياقه الثقافي ومكان عيشه مثلا تساعد على اختيار الاستراتيجية العلاجية المناسبة للمريض (Ziegler, 2014, p.19).

ومن هنا يمكننا أن نقول أنّ تدخل الأخصائي النفسي في الصحة لعلاج السمنة يكون بأخذه بعين الاعتبار لمختلف جوانب حياة الفرد بما في ذلك الجانب البيولوجي، النفسي والاجتماعي وغيرها. وإن نجاح العملية العلاجية يتعلق بمدى حصر هذه العوامل، فهمها وإبراز نقاط القوة والضعف لدى الفرد البدن، لتصبح نقاط قوته المحرك الأساسي لنجاح التربية العلاجية، أمّا نقاط ضعفه فيسعى الاخصائي النفساني في الصحة إلى تعديلها مع الفرد المصاب بالسمنة وتعليمه مهارات التحكم فيها بالاستعانة ببعض التقنيات السلوكية المعرفية كمرقبة الذات، وذلك لتفادي أن تعيق هذه الثغرات أو نقاط ضعف الفرد المصاب بالسمنة مساره نحو الشفاء. كما يجب على الاخصائي النفساني في الصحة التنبيه بانتكاسات المريض ووضع استراتيجيات مناسبة لتخطيها. ويجدر الإشارة إلى أن التربية العلاجية الفعالة التي يقترحها الاخصائي النفساني في الصحة لا تقتصر على عمله فقط بل عليه أن يضم مختصين آخرين كمختص في التغذية ومختص في اللياقة البدنية وطبيب عام.

3.2.8 التكفل بالسمنة حسب الجمعية الوطنية الفرنسية للجمعيات الخاصة بالمصابين بالسمنة

CNAO Collectif national des associations d'obeses:

منذ حوالي خمسة عشر سنة (15 سنة) لاحظت الجمعية الوطنية الفرنسية للجمعيات الخاصة بالمصابين بالسمنة CNAO تزايد في عمليات التحسيس من طرف الشركات العلمية للأطباء والأكاديميات، جمعيات المرضى والسلطات العامة للتعريف بهذا المرض المعقد جدًا. ولقد اقترحت CNAO التدخلات التالية:

- تقليص عدد المؤسسات التي تتكفل بالسمنة والمصادقة عليها.
- جعل التكوين المتخصص إجباري للمختصين في الصحة المتكفلين بالسمنة (إضافة إلى تخصصهم).
- تنقيط المؤسسات العلاجية على نتائجهم بالنسبة للصحة ورضا المرضى (وليس فقط على ربحهم المادي).
- توفر مستلزمات خاصة للتكفل بالمرضى في مؤسسات الرعاية الصحية.
- دمج دروس إجبارية في دراسة الطب حول التكفل بالسمنة
- تكثيف البرامج الوقائية والتحسيسية في المجتمع.

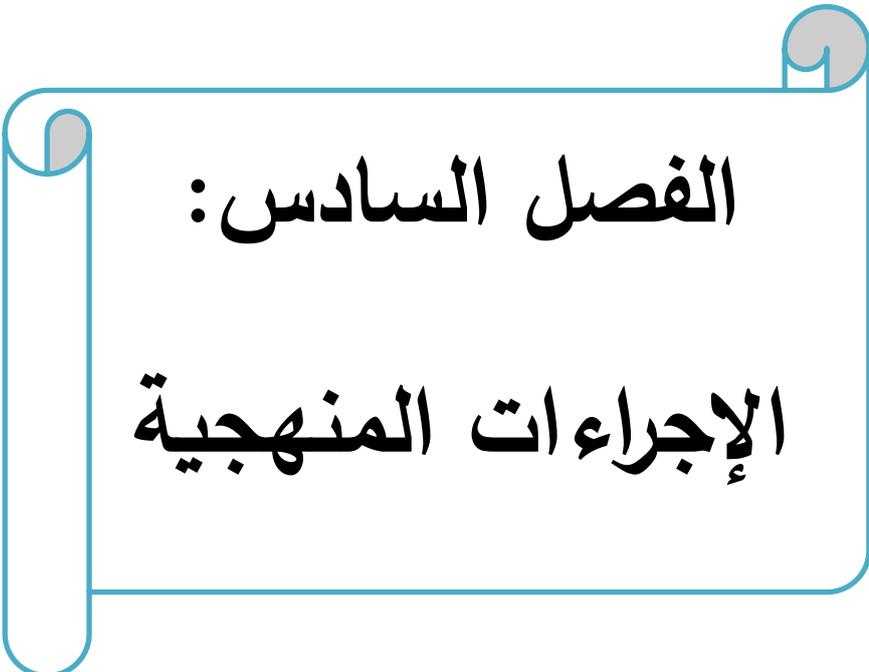
- تشجيع التغذية المنزلية الصحية والفصلية وتشجيع ممارسة نشاط بدني ملائم.
- التعريف بالسمنة على أنها مرض مزمن متعددة الأمراض *maladie chronique polypathologique* والتي يمكنها أن تؤدي إلى الموت وليس بمشكل بالدفاعية، والتكفل بها ليس لغرض جمالي
- العمل على المدى الطويل حول السمنة وعواقبها الوخيمة
- التحلي بروح الإنسانية والتواضع *humble et humain* مع هذه الفئة من المرضى (CNAO, 2016).

وفي الأخير يمكن القول أن السمنة مرض خطير أدى انتشاره الكبير خاصة في الدول المتقدمة إلى تخصيص أموال طائلة للبحث عن أدوية و طرق الوقاية من هذا المرض الوخيم، لكن يبقى العلاج الأمثل للسمنة هو اتباع نمط حياة سليم و تبني مختلف السلوكات الصحية كممارسة نشاط رياضي واتباع نظام غذائي صحي، إضافة إلى العمل على استقرار الحالة الانفعالية للشخص لأن الانفعالات ذات صلة وطيدة بسلوك الأكل كما تم الإشارة إليه آنفا في فصل التنظيم الانفعالي.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل السمنة والذي يعتبر مرض مزمن خطير من حيث مضاعفاته التي قد تؤدي إلى موت الشخص المصاب به. كما أنه عرف تزيادا كبيرا في مجتمعنا في الآونة الأخيرة، لذلك وُجِب على المختصين في مجال الصحة وبعلماء النفس الصحة بشكل خاص أخذ هذه الفئة من المرضى بعين الاعتبار، ومحاولة فهم العوامل المختلفة النفسية والانفعالية وغيرها، التي تؤدي إلى ظهور أو تفاقم المرض، إضافة إلى اقتراح برامج وقائية لتفادي مرض السمنة ومضاعفاته وهذا إما كوقاية أولية أي قبل ظهور السمنة أي مع الأصحاء عن طريق حملات توعوية، وإما كوقاية ثانوية مع الأفراد المصابين بالسمنة لتفادي ما قد ينجم عن المرض من مضاعفات وذلك بهدف الحفاظ على الصحة وتحسين نوعية حياة الفرد البدين.

الجانب التطبيقي



الفصل السادس:
الإجراءات المنهجية

تمهيد:

تعتمد البحوث العلمية جميعها على منهجية معينة، يراد من خلالها الوصول إلى نتائج علمية يمكن الوثوق بها، فهي تعبر على تلك الخطوات العلمية التي يتبناها الباحث لتحقيق أغراض بحثه. وعليه جاء هذا الفصل ليعطينا وصفاً شاملاً للإجراءات المنهجية المتبعة في هذا البحث حيث تضمن التعريف بالمنهج المتبع، والعينة وكيفية اختبارها، بالإضافة إلى أدوات البحث المعتمدة وخصائصها السيكمترية في البيئة المحلية، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها للتأكد من صدق الفرضيات المطروحة.

1. منهج البحث:

تماشياً مع موضوع البحث الحالي، كان على الباحثة الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره أحد مناهج البحث النفسي التي تسعى إلى وصف الظواهر وتفسير العلاقة بين المتغيرات المكونة لها، ومعرفة أدوار تلك المتغيرات سواء كانت مُستقلة، مُعَدلة ، وسيطة أو تابعة، ووصفها كما هي في الواقع دون تدخل تجريبي.

يُعرّف المنهج الوصفي على أنه "مجموعة الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها لاستخلاص دلالتها والوصول إلى تعميمها عن الظاهرة محل البحث" (الرشيدي، 2000، ص. 59).

ولقد صنّف كل من "علاوي" و "راتب" (1999) البحوث الوصفية على أنها قد تكون دراسات مسحية، دراسات ارتباطية ودراسة مقارنة. أما "الشافعي" و "مرسي" فقد صنفا الدراسات الوصفية إلى الدراسات المسحية والمسح الاجتماعي دراسات العلاقات المتبادلة وتناولاً فيها دراسة الحالة والدراسات المقارنة والدراسات الارتباطية و دراسات الاتجاه (صالح وآخرون، 2001).

أما Wiseman(1999) فيصنف البحوث الوصفية إلى: دراسة حالة، بحث المقارنات السببية (causal comparative research)، البحث الارتباطي (correlation research)، البحث التاريخي، البحث الفلسفي، البحث المسحي (الضامن، 2007، ص. 131).

ولقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، لأنها تبحث عن العلاقة بين كل من التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ضوء متغير الجنس ومن خلال المقارنة بين الجنسين. إذ يسعى البحث الارتباطي إلى وصف الحالة الراهنة من خلال وصف الدرجة التي ترتبط بها متغيرات البحث، وتتضمن جمع المعلومات من أجل تقرير إلى أي درجة توجد العلاقة بين متغيرين أو أكثر ويعبر عن العلاقة بمعامل الارتباط، فإذا وجدت العلاقة

بين متغيرين فهذا يعني أن العلامات على هذا المقياس مرتبطة بعلامات مقياس آخر (الضامن، 2007، ص. 133).

أما الزويني (2014) فيرى أن البحث المقارن لا يكتفي بالكشف عن ماهية الظاهرة، بل إنّه يحاول أن يكشف عن أسباب حدوث الظاهرة وكيفية حدوثها. وتكون مهمة الباحث في هذا النوع من البحوث هي المقارنة بين جوانب التشابه والاختلاف بين الظواهر لكي يكتشف أي العوامل أو الظروف التي يبدو أنها تصاحب أحداثا وظروفا وعمليات معينة، وهدفها هو الكشف عن الأسباب التي تؤدي إلى حدوث نتيجة معينة أي إيجاد العلاقة على شكل سبب ونتيجة، أما في دراسات الارتباط فيكون الهدف هو الكشف عن العلاقة المصاحبة أو الموافقة بين حدثين أو ظاهرتين (نعاب، 2017، ص. 156).

2. عينة البحث:

تعتبر العينة الجسر الذي ينقل البحث إلى الميدان، ويعتبر اختيارها من الأمور التي يجب على الباحث أن يوليها أهمية خاصة، وتعرف العينة على أنها: "عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي" (عبيدات، أبونصار ومبيضين، 1999، ص. 84). وقد اعتمدت الباحثة في هذا البحث عند اختيار العينة على أسلوب العينة المقصودة، والملائمة وهي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي يعرف (عبد الرسول، 2015، ص. 208) العينة المقصودة بأنها "العينة التي يقوم فيها الباحث باختيار أفراد عينة دراسته بطريقة مقصودة نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، فالباحث عند اختياره هذه العينة يعتقد أنها تمثل المجتمع الأصلي للدراسة أفضل تمثيلا، أي أنّ الباحث يختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة ولكن بشروط محدّدة تتضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار فرادها وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، كما يتميز بسهولة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على نتائج (عبيدات، أبو نصار ومبيضين، 1999، ص. 95-96).

1.2 خصائص عينة البحث:

تكوّنت العينة الإجمالية للبحث من (102) مجووث (51 أنثى، 51 ذكر) يتراوح المدى العمري من (20) إلى (30) سنة بمتوسط عمري قدر بـ(25.60) سنة وبانحراف معياري (9.253) ولقد تم انتقاء هذه العينة حسب الشروط التالية:

- أن يعاني أفراد عينة البحث من السمنة المعتدلة أي قيمة مؤشر كتلة الجسم لديهم IMC أكبر أو يساوي القيمة ثلاثون 30 كغ/م² ولا يتجاوز القيمة أربعة وثلاثون 34 كغ/م²
- متوسط العمر لديهم يتراوح بين (20 - 30) سنة.

-ألا يعاني أفراد العينة من مرض مزمن آخر، لكي لا يكون هناك مرض مزمن آخر يؤثر هو الآخر على مستوى نوعية الحياة لدى المصاب بالسمنة المعتدلة.
- أن يكون أفراد العينة عازبين، ويعود هذا الاختيار لأنّ كون أفراد البحث متزوجين خاصة فيما يخص الفئة النسوية، فيمكنهن أن يتأثرن مثلا بتعاطيهن لبعض الأدوية التي تؤثر في هرمونات الجسم، والتي تعمل على التأثير على الحالة الصحية الجسدية (زيادة احتمالية الإصابة بالسمنة المعتدلة) والحالة النفسية والانفعالية للمرأة.

وسيتم في الجدول التالي إيجاز خصائص العينة الديمغرافية:

جدول رقم (06): توزيع أفراد عينة البحث على بعض المتغيرات الديمغرافية (ن: 102)

النسبة المئوية %	التكرار	المتغيرات الديمغرافية	
50%	51	ذكور	الجنس
50%	51	إناث	
100%	102	المجموع	
41.17%	42	20-25 سنة	السن
58.82%	60	25-30 سنة	
100%	102	المجموع	

يبين الجدول أعلاه عينة البحث على المتغيرات الديموغرافية الواردة في البحث والمتمثلة في: الجنس والسن. ويتضح من الجدول أن عينة البحث كانت مناصفة بين الجنسين (50%) لكل منهما، أما متغير السن فتراوحت النسب كما يلي: من (20) إلى (25) سنة : (41.17%)، من (25) إلى (30) سنة: (58.8%)

3. مجال البحث (الزماني، المكاني):

1.3 الحدود الزمنية:

استغرق الجانب التطبيقي للبحث (سنتين) من جانفي 2018 إلى غاية 2020، يومي الأحد والثلاثاء، وذلك بغية جمع أكبر عدد ممكن من أفراد عينة البحث.

2.3 الحدود المكانية:

تم إجراء هذا البحث بعيادة متعددة الاختصاصات ببلدية باباحسن بالعاصمة، وهي عيادة تحتوي على التخصصات التالية: الطب العام، طب التجميل، الطب الصيني والوخز بالإبر والحجامة، إضافة إلى مختص في التغذية.

تتكوّن العيادة من ست قاعات، اثنتين منها تمثلان قاعة الانتظار (رجال-نساء)، مكتب الطبيب العام والتجميل، مكتب للمختص في التغذية، مكتب خاص للمعاينة بالطب الصيني والحجامة وقاعة مخصصة لخزن الأدوية والمستلزمات الطبية.

4. أدوات البحث:

لكل بحث علمي أدوات يركز عليها لاختبار فرضياته، وقد اعتمد البحث الحالي على ثلاث مقاييس وهي كالتالي:

- مقياس التنظيم الانفعالي ERQ لـ Gross and John (2003)
- مقياس مركز الضبط الصحي لـ "نور الدين جبالي"
- مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية EQVOD لـ Ziegler & al. المترجم من قبل الباحثة.

1.4 مقياس التنظيم الانفعالي:

1.1.4 وصف المقياس:

أعد هذا المقياس كل من Gross and John (2003)، والذي يسمح بقياس استراتيجيتي التنظيم الانفعالي المتمثلة في إعادة التقييم المعرفي (تغيير الفرد لأفكاره بهدف تغيير الاحساس الانفعالي) وقمع التعبير (بهدف كبت التعبير الانفعالي).

يتكون هذا الاستبيان من عشر (10) بنود، ستة (6) منها تسمح بقياس استراتيجية إعادة التقييم المعرفي والمتمثلة في البند: 1، 3، 5، 7، 8 و 10. و تقيس أربع (4) بنود استراتيجية قمع التعبير وتتمثل هذه البنود في البند: 2، 4، 6 و 9.

2.1.4 تنقيط المقياس:

يطلب من المبحوث في مقياس التنظيم الانفعالي أن يختار إحدى الإجابات السبعة: أوافق بشدة، أوافق إلى حد ما، أوافق، لست متأكد، لا أوافق إلى حد ما، لا أوافق، لا أوافق بشدة.

ويتم تصحيح العبارات كما يلي:

- نقطة واحدة للإجابة "لا أوافق بشدة"
- نقطتين للإجابة "لا أوافق"

- ثلاث نقاط للإجابة "لا أوافق إلى حد ما"
- أربع نقاط للإجابة "لست متأكد"
- خمس نقاط للإجابة "أوافق إلى حد ما"
- ست نقاط للإجابة "أوافق"
- سبع نقاط للإجابة "أوافق بشدة"

لقد تم التّحصل على المقياس بصورته العربية من عند Gross بعد طلب الباحثة منه لغرض

البحث الحالي، ولقد تم وضع الصورة العربية للمقياس من طرف Gross & al.

والجدير بالذكر أنه تم تطبيق هذا المقياس على عينات مختلفة كاطلبة والمدمنين، وكذلك عينات

مرضى نذكر منها: المصابين بداء السرطان، المصابين بآلام مزمنة، المصابين بالتصلب المتعدد،

المصابين بداء السكري والمصابين بالسمنة.

3.1.4 الخصائص السيكومترية للاستبيان:

أ- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

اعتمد كل من Gross and John في مقياسهما للتنظيم الانفعالي عند دراستهما للصدق على

التحليل العاملي والذي أظهر اتساق داخلي (ألفا كرونباخ) يقدر ب (0.79) بالنسبة للبنود الخاصة

باستراتيجية "إعادة التقييم المعرفي" و (0.80) بالنسبة للبنود الخاصة باستراتيجية "القمع" (Rimasson, 2015, p. 206).

ب- الخصائص السيكومترية للاستبيان في البيئة المحلية:

تم تحديد الاستبيان بالطرق التالية:

أولاً: الصدق

❖ صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة كذلك عند دراستها للصدق على أسلوب صدق الاتساق الداخلي الذي يشير حسب

Anastasi (1982) إلى مجموع إجابات المبحوث على الأسئلة التي تتناول جوانب مختلفة لمجال واحد

تلتقي فيما بينها على تكوين صورة خالية من التناقضات الداخلية (فايد، 2000، ص.290). ولقد تم

تعيين الاتساق الداخلي عن طريق إيجاد الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق

المقياس على عينة مكونة من أفراد مصابين بالسمنة المعتدلة، وقد تم حساب معاملات الارتباط لعينة

مكونة من 40 مصابة بالسمنة المعتدلة و 19 مصاب. وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل

عبارة والدرجة الكلية للمقياس وفي الجدول الموالي يوضّح ما تمّ التوصل إليه من نتائج وهي:

جدول رقم (07): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي ودلالاتها (ن:59)

عبارات المقياس	معامل ارتباط العبارة مع الدرجة الكلية للمقياس
1. عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية (مثل الفرح أو النشوة) أغير ما أفكر فيه.	0.476**
2. أحتفظ بمشاعري لنفسى	0.839**
3. عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية (كالحزن أو الغضب) أغير ما أفكر فيه	0.759**
4. عندما أشعر بمشاعر إيجابية، أحرص على عدم التعبير عنها	0.769**
5. عندما أواجه موقفًا شاقًا، أفكر في الطريقة التي تساعدني على البقاء هادئًا	0.689**
6. أسيطر على مشاعري من خلال عدم التعبير عنها	0.789**
7. عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف	0.797**
8. أسيطر على مشاعري من خلال تغيير طريقة تفكيري في الموقف الذي أنا فيه	0.870**
9. عندما أشعر بمشاعر سلبية، أكد على عدم التعبير عنها	0.898**
10. عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف.	0.891**

(**) دال عند مستوى الدلالة $\alpha : 0.01$ (*) دال عند مستوى الدلالة $\alpha : 0.05$

يتبين لنا أن جميع العبارات دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha: 0.01$)، وبذلك تبدو صالحة لما وضعت لقياسه.

ثانياً: الثبات:

تم التحقق من ثبات الاستبيان بطريقتين:

❖ الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

يعني الثبات قدرة المقياس على إعطاء نفس الدرجة إذا ما أعيد تطبيقه في المرة أو المرات التالية على نفس الأفراد (العزاوي، 2008، ص.129). ولق تم التأكد من ثبات بنود وبعدي مقياس التنظيم الانفعالي عن طريق حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ من خلال العينة الاستطلاعية المكونة من (59) مصاب بالسمنة المعتدلة، و لقد بلغ معامل الثبات الخاص لبعد إعادة التقييم المعرفي (0.826) ومعامل الثبات الخاص لبعد القمع (0.840)، أما معامل الثبات الكلي للمقياس فقدر بـ(0.881) وهو معامل ثبات مرتفع.

❖ عن طريق التجزئة النصفية:

اعتمدت الباحثة كذلك عند دراسة ثبات مقياس التنظيم الانفعالي على طريقة التجزئة النصفية، وهذا بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (59) مصاب ومصابة بالسمنة المعتدلة، حيث قامت بحساب معامل الارتباط "بيرسون" (Pearson) بين درجات الأفراد على البنود الفردية ودرجاتهم على البنود الزوجية، ثم صحح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون" (Sperman-Brown)، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (08): يمثل ثبات مقياس التنظيم الانفعالي بطريقة التجزئة النصفية.

قيمة معامل الارتباط Pearson	قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة Spearman-Brown
0.836	0.911

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة (Spearman Brown) بلغت (0.911) وهو معامل ثبات مرتفع ويمكن الاعتماد عليه في البحث الحالي.

2.4 مقياس مركز الضبط الصحي:

1.2.4 وصف المقياس:

يقر (Harrari, 2001) أنه تم إعداد المقياس في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لـ"روتر" سنة 1966، وقد لاحظ معدو الاختبار لدى الذين تم تشخيصهم حديثا بالإصابة بالسكري أن الأطباء يصرون على كون المريض مسؤول عن حالته الصحية، وينصحون مرضاهم بتبني اتجاه داخلي للضبط، وهو ما شجعهم على إعداد مقياس يقيس مركز الضبط الصحي، وقد نقل معدو المقياس اهتمامهم إلى المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الأمريكية في سان فرانسيسكو حيث قدم "والسون" ومعاونوه ورقة حول التربية الصحية وبرنامجها للتدريب حول الضبط الداخلي (جبالي وعزوز، 2014، ص.106).

لقد صمّم المقياس كلا من Kenneth Walltson and Barbara Walltson (1974، 1978)، حيث قاما بإعداد هذه الأداة لقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم، ويعرف المقياس باسم « Multidimensionnel health locus of control » وهو من أهم المقاييس النوعية المتعلقة

بالضبط والتي استخدمت بكثرة في علم النفس الصحة، ولقد قام بتكليفه وإعداده للعربية وللبيئة الجزائرية (جبالي، 2007)، حيث يتكون المقياس من 18 عبارة، تقيس ثلاث أبعاد كالآتي:

* البعد الداخلي: العبارات الخاصة به 1، 6، 8، 12، 13، 17.

* بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به 3، 5، 7، 10، 14، 18.

* بعد الحظ العبارات الخاصة به 2، 4، 9، 11، 15، 16 (انظر الملحق 05).

وتتم الإجابة على بنود المقياس وفق اختيارات خمس: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

2.2.4 تنقيط المقياس:

يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماما

- 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق.

- 3 نقاط إذا كانت الإجابة غير متأكد.

- نقطتين إذا كانت الإجابة غير موافق.

- نقطة إذا كانت الإجابة غير موافق تماما.

3.2.4 الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط الصحي:

أ- الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط الصحي حسب الدراسة الأصلية:

قام (جبالي نورالدين، 2007) بحساب صدق المقياس على العينة الجزائرية بطريقتين متميزتين هما:

صدق التكوين والصدق التمييزي (أحمان، 2012، ص.159).

❖ صدق التكوين:

وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند والمقياس الفرعي الذي ينتمي إليه، والجداول

التالية توضح معاملات الارتباط المحسوبة

جدول رقم (09): يوضح معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه لمقياس مركز الضبط الصحي حسب الدراسة الأصلية

البنود	معامل الارتباط مع البعد الداخلي	معامل الارتباط مع بعد ذوي النفوذ	معامل الارتباط مع بعد الحظ
1	0.50		
6	0.55		
8	0.56		
12	0.70		
13	0.78		
17	0.77		
3		0.67	
5		0.60	
7		0.58	
10		0.64	
14		0.52	
18		0.51	
2			0.63
4			0.56
9			0.58
11			0.76
15			0.41
16			0.54

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وقد تراوحت قيمتها بين 0.50 و 0.78، ومنه يتضح لنا بأن المقياس يتمتع بصدق تكوّن مرتفع يمكن الوثوق به (أحمان، 2012، ص.161).

❖ الصدق التمييزي:

بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تصاعديا تم اختبار مجموعتين على طرفي المنحى، ويمثلان 27% لكل مجموعة، بواقع 55 فردا لكل مجموعة، وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا. كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (10): يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	25.21	1.21	17.54	0.01
الدنيا	16.09	3.69		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد الضبط الداخلي، حيث بلغت قيمة ت 17.54، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (11): يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط

الداخلي

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	19.79	2.64	24.48	0.01
الدنيا	10.29	1.14		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ، حيث بلغت قيمة (ت) 24.48، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (12): يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد نفوذ

الآخرين

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	23.50	2.49	24.90	0.01
الدنيا	13.71	1.52		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين، حيث بلغت قيمة ت 24.90، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

من خلال ما سبق يتبين تمتع المقياس بأبعاده الثلاث بالصدق التمييزي وتمتعه بقابلية التمييز بين المجموعتين المتناقضتين (أحمان، 2012، ص. 162-163).

ب- الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط الصحي حسب البحث الحالي:

أولاً: الصدق

❖ صدق الاتساق الداخلي:

تم تعيين الاتساق الداخلي عن طريق إيجاد الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق المقياس على عينة مكونة من أفراد مصابين بالسمنة المعتدلة، وقد تم حساب معاملات الارتباط لعينة مكونة من (40) مصابة بالسمنة المعتدلة و(19) مصاب. وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس وفي الجدول الموالي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج وهي:

جدول رقم (13): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس مركز الضبط

الصحي ودلالاتها (ن:59)

عبارات المقياس	معامل ارتباط العبارة مع الدرجة الكلية للاستبيان
1- سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	0.612**
2- إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض	0.589**
3- المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	0.613**
4- أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	0.648**
5- عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طبيب مختص	0.280*
6- أعتقد أنني متحكم في صحتي	0.661**
7- لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً	0.556**
8- لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	0.581**
9- يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض	0.630**
10- يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي	0.710**
11- حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	0.644**

0.334**	12- تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي
0.620**	13- إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
0.537**	14- يرجع شفائي من المرض إلى الرعاية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء)
0.678**	15- أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتقديده
0.598**	16- القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة
0.759**	17- يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني
0.750**	18- إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي

(**) دال عند مستوى الدلالة $\alpha: 0.01$ (*) دال عند مستوى الدلالة $\alpha: 0.05$

يتضح من الجدول أعلاه أنّ هناك اتّساق لكل العبارات مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى الدلالة ($\alpha: 0.01$) و ($\alpha: 0.05$) وجاءت محصورة ما بين (0.280) و (0.759).

❖ الصدق التمييزي:

بعد ترتيب درجات الأفراد تصاعديا، ثم اختيار مجموعتين على طرفي المنحنى ويمثلان 27% لكل مجموعة، وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (14): يبين قيمة T بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس مركز الضبط الصحي

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	69.75	5.733	15.284	0.01
الدنيا	40.50	5.073		

يتضح من الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا، حيث بلغت قيمة (T) 15.284 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

ثانيا: الثبات

❖ عن طريق التجزئة النصفية:

اعتمدت الباحثة كذلك عند دراسة ثبات مقياس مركز الضبط الصحي على طريقة التجزئة النصفية، وهذا بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (59) مصاب ومصابة بالسمنة المعتدلة، حيث قامت بحساب معامل الارتباط "بيرسون" (Pearson) بين درجات الأفراد على البنود الفردية ودرجاتهم على البنود الزوجية، ثم صحح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون" (Sperman-Brown)، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (15): يمثل ثبات مقياس مركز الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية.

قيمة معامل الارتباط Pearson	قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة Sperman-Brown
0.852	0.920

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة (Spearman Brown) بلغت (0.920) وهو معامل ثبات مرتفع ويمكن الاعتماد عليه في البحث الحالي.

❖ عن طريق معامل الثبات ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات لمقياس مركز الضبط الصحي على عينة مكونة من (59) مريض ومريضة بالسمنة، وقد بلغ معامل الثبات قيمة (0.851) وهو مؤشر عال للثبات.

3.4 مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية:

1.3.4 وصف المقياس:

هو مقياس خاص بنوعية الحياة عند المصابين بالسمنة، وضعه Ziegler & al.(2005) بمستشفى نانسي بفرنسا. وكانت فكرة المقياس مستوحاة من المقياس الأمريكي لنوعية الحياة الخاص بالسمنة IWQoL (Arnaud C., 2016, p. 18). يتكون المقياس من ستة وثلاثون (36) عبارة والتي تنتمي إلى خمس أبعاد: التأثير الجسدي (11 بند)، التأثير النفسي - اجتماعي (11 بند)، التأثير على الحياة الجنسية (4 بنود)، الرفاهية الغذائية (5 بنود) ومعاش الحميات (5 بنود).

2.3.4 تنقيط المقياس:

يتم إعطاء نقطة لكل بند تتراوح بين نقطة صفر إلى خمس نقاط ويتم التنقيط كالآتي:

النقطة 0 تعني دائما

النقطة 1 تعني غالبا

النقطة 2 تعني أحيانا

النقطة 3 تعني في بعض من الأحيان

النقطة 4 تعني نادرا

النقطة 5 تعني أبدا

3.3.4 تفسير الدرجات:

يتم تقييم نوعية الحياة ككل ثم كل جانب على حدا: الجانب الجسدي، النفسي اجتماعي، الحياة الجنسية، الرفاهية في التغذية ومعاش الحميات. كلما كانت الدرجة الكلية للمقياس قريبة للقيمة 170 كان يعني أن الفرد البدين يتمتع بنوعية حياة جيدة والعكس كلما كانت الدرجة الكلية للمقياس قريبة للصفر كان يعني أن الفرد له مستوى حياة منخفض.

4.3.4 الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

قام Ziegler & al.(2005) بدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في مرحلتين : المرحلة الأولى ضمت (128) فرد مصاب بالسمنة وهدفت إلى إنشاء المقياس انطلاقاً من المقياس الأمريكي الخاص بتأثير الوزن على نوعية الحياة « IWQL » المتكون من (74) بند، مضافاً إليه جزء مكمل متمثل في (17) بند. وبذلك أصبح الاستبيان مكون من (91) بند، ثم تمّ تقليص حجم المقياس بحذف بعض العبارات للحصول على مقياس مكيف على العوامل الثقافية والاجتماعية للسمنة وعلاجها بفرنسا. أما المرحلة الثانية فتمثلت في دراسة الخصائص السيكومترية للاستبيان في صورته النهائية على عينة قوامها (75) مصاب بالسمنة ينتمون إلى عينة المرحلة الأولى من الدراسة، حيث تم حساب الصدق باستعمال طريقة الصدق البنائي و طريقة الصدق التلازمي بالنسبة لمقياس نوعية الحياة SF-12، ولقد فاقت معاملات الارتباط والاتساق الداخلي القيمة (0.8)، أما الثبات فتم حسابه بطريقة إعادة التطبيق حيث فاق معامل ثبات ألفا كرونباخ (0.7).

ب- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة المحلية:

أولاً: الصدق:

❖ الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم التأكد من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على ستة أساتذة محكمين مختصين في علم النفس من جامعة الجزائر 2، جامعة قاصدي مرباح بورقلة وجامعة باتنة 1 الحاج لخضر، كما هو موضح في الملحق رقم (3)، وهذا بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، حيث طلب من الأساتذة المحكمين إبداء وجهة نظرهم حول وضوح كل عبارة من عبارات المقياس من حيث: الصياغة والتركيبات اللغوية واللفظة، البساطة والدقة ومدى ملائمتها للبيئة الجزائرية. وقد أبدى المحكمون ملاحظات هامة وعلى ضوءها قامت الباحثة بإجراء تعديلات على العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها بنسبة (80%)، والجدول الموالي يبين العبارات التي تم تعديلها:

جدول رقم (16): يمثل عبارات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية قبل وبعد تعديلها

الرقم	العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
1	لدي ألم في الصدر عندما أقوم بمجهود	يؤلمني صدري عندما أقوم بمجهود
2	لدي تورم في كاحلي و ساقني في نهاية اليوم	يتورم كاحلي وساقني في نهاية اليوم
4	لدي مشاكل في المفاصل فهي صلبة أو مؤلمة	لدي مشاكل تصلب وألم في المفاصل
12	أعترل أو أغلق على نفسي	أعترل أو أنغلق على نفسي
14	أجد صعوبة في التمتع	أجد صعوبة في تسليية نفسي
30	أشعر بالسرور بفكرة الأكل	التفكير بالأكل يشعرنني بالسرور

❖ صدق الاتساق الداخلي:

تم تعيين الاتساق الداخلي عن طريق إيجاد الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق المقياس على عينة مكونة من أفراد مصابين بالسمنة المعتدلة، وقد تم حساب معاملات الارتباط لعينة مكونة من 40 مصابة بالسمنة المعتدلة و 19 مصاب. وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس. ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط "بيرسون" بين كل عبارة من عبارات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والدرجة الكلية للمقياس، علما أنه تم استبعاد قيمة العبارة من الدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (17): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية ودالاتها (ن:59).

عبارات المقياس	معامل الارتباط
1- يؤلمني صدري عندما أقوم بمجهود	0.253
2- يتورم كاحلي وساقى في نهاية اليوم	0.411**
3- أجد صعوبة في التنفس عند بذل أي مجهود	0.451**
4- لدي مشاكل تصلب وألم في المفاصل	0.693**
5- أجد صعوبة في انجاز الأمور أو في مواجهة مسؤولياتي	0.660**
6- لياقتي البدنية سيئة	0.653**
7- يؤلمني ظهري	0.677**
8- أجد صعوبة في ارتداء ملابسى أو خلعتها	0.474**
9- أجد صعوبة لربط حذائى	0.757**
10- أجد صعوبة في صعود السلالم	0.137
11- أنا أقل كفاءة مما يمكن أن أكون	0.295*
12- أعتزل أو أنغلق على نفسى	0.496**
13- أخاف من الذهاب إلى مقابلات عمل	0.679**
14- أجد صعوبة في تسليية نفسى	0.680**
15- أشعر بالالاكتئاب، مزاجى سىء	0.556**
16- تنقصنى الإرادة	0.369**
17- يعتبرنى الناس شخصا لطيفا للغاية ولكن لىس ذكيا جدا	0.337**
18- أخجل من وزنى	0.355**
19- أشعر بأننى أقل شأنًا من الآخرين	0.512**
20- أشعر بالذنب عندما يرانى الناس آكل	0.325*
21- لا أريد أن يرانى الآخرون عارىًا(ة)	0.190
22- أجد صعوبة فى إيجاد ملابس تُناسبنى	0.185
23- لى رغبة جنسية ضئيلة أو منعدمة	0.692**
24- لى صعوبات جسدية أثناء العلاقات الجنسية	0.919**
25- أتجنب العلاقات الجنسية كلما أمكن ذلك	0.893**
26- لا أتمتع إطلاقًا بالأنشطة الجنسية	0.895**

0.588**	27- أحب الأكل
0.781**	28- أشعر بالرضا بعد الأكل
0.782**	29- يجلب لي الأكل الشعور بالرفاهية والمتعة
0.403**	30- التفكير بالأكل يشعرنى بالسرور
0.627**	31- أحب التفكير في الأكل
0.621**	32- الحمية الغذائية تعني لي الحرمان والإحباط
0.381**	33- تمنعني الحمية الغذائية من أكل ما أريده أثناء الوجبات العائلية و/أو مع الأصدقاء
0.630**	34- تتعني الحميات الغذائية وتجعلني أبدو سيء المظهر
0.520**	35- أشعر بالندم كلما استهلكت أغذية غير موصى بها
0.272*	36- تجعلني الحميات الغذائية عدوانياً

(**) دال عند مستوى الدلالة $\alpha: 0.01$ (*) دال عند مستوى الدلالة $\alpha: 0.05$

يتضح من الجدول أعلاه أن هناك اتساق لمعظم العبارات مع الدرجة الكلية للمقياس وأخرى عند مستوى الدلالة ($\alpha: 0.05$) عند مستوى الدلالة ($\alpha: 0.01$) وجاءت محصورة ما بين (0.272) و(0.895)، ما عدا العبارات (1-10-21-22) التي تم استبعادها من المقياس. وعليه يصبح بعد التأثير الجسدي يتكون من ثمانية عبارات بدلا من (10)، وبعد التأثير النفسي-اجتماعي يتكون من عشر (10) عبارات بدلا من (12). وبالتالي يصبح عدد عبارات المقياس ككل (32) عبارة بدلا من (36) عبارة.

ثانيا: ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن بطريقتين:

❖ **ثبات ألفا كرونباخ:**

تم حساب معامل الثبات لمقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن على عينة مكونة من (59) مريض ومريضة بالسمنة، وقد بلغ معامل الثبات قيمة (0.826) وهو مؤشر عال للثبات.

❖ **ثبات التجزئة النصفية:**

اعتمدت الباحثة كذلك عند دراسة ثبات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن على طريقة التجزئة النصفية، وهذا بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (59) مصاب ومصابة بالسمنة المعتدلة، حيث قامت بحساب معامل الارتباط "بيرسون" (Pearson) بين درجات الأفراد على البنود الفردية ودرجاتهم على البنود الزوجية، ثم صحح الطول بمعادلة "سبيرمان-براون" (Sperman-Brown)، وقد جاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (18): يمثل ثبات مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن بطريقة التجزئة النصفية.

قيمة معامل الارتباط Pearson	قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة Spearman-Brown
0.762	0.865

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة (Spearman Brown) بلغت (0.865) وهو معامل ثبات مرتفع ويمكن الاعتماد عليه في البحث الحالي.

5. إجراءات البحث:

قبل التطرق لإجراءات البحث، يجدر لنا أن نعطي ولو فكرة بسيطة عن سبب اختيار متغيرات البحث الحالي، إذ أن الباحثة لاحظت زيادة الأفراد الذين يعانون بالسمنة بصفة عامة، وكان اختيارها لأول مرحلة لهذا المرض لغرض وقائي لمنع تفاقم المرض وما يتجلى عنه من مضاعفات والتي من بينها تدهور نوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة. هذا بالنسبة لمتغيري السمنة المعتدلة ونوعية الحياة. أما بالنسبة للتنظيم الانفعالي فكان الاختيار لهذا المتغير نتيجة للقراءات حول أسباب ظهور مرض السمنة والتي تؤكد الارتباط المباشر بين المصابين بالسمنة وسوء التنظيم الانفعالي. كذلك أكدت العديد من الدراسات في علم النفس الصحة ضرورة دراسة سمات الشخصية كمركز الضبط الصحي عند المرضى المزمنين لفهم أكثر للمرض وإمكانية وضع بروفيل للمصابين بالسمنة، وذلك لإمكانية التكفل الجيد لهته الحالات وتقادي الانعكاسات الوخيمة التي قد تؤدي المصابين بالسمنة إلى الموت.

أولاً:

قبل التطبيق النهائي لمقاييس البحث بصورتها النهائية، قامت الباحثة بتوزيعها على عينة قوامها (59) مريضة ومريض بالسمنة المعتدلة، والمتمثلة في المقاييس التالية: مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس مركز الضبط الصحي ومقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة. وذلك بغرض دراسة الخصائص السيكومترية وكذلك التعرف على:

- تحديد مدى وضوح وسلامة الصياغة اللغوية لعبارات المقاييس بالنسبة لعينة البحث المتمثلة في الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
- تحجيج مدى إمكانية فهم العبارات من حيث استيعاب معناها خاصة للمستويات التعليمية المنخفضة.
- محاولة الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها الإجابة على المقاييس بدون تعب أو ملل، وقد تراوحت مدة الإجابة ما بين (20) إلى (30) دقيقة.

ثانياً:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث، قامت الباحثة باختيار عينة قصدية تكونت من (102) مريض ومريضة بالسمنة المعتدلة، وقد راعت على توفير الظروف الملائمة لتطبيق المقاييس من بينها:

- عدم التعامل مع أكثر من مبحوث في نفس الوقت لأن وجود أفراد آخرين قد يجعله يحجم عن الإدلاء بالبيانات الصحيحة أو الحقيقية والتأكيد على سرية الإجابات والمعلومات الشخصية للمبحوثين
- توضيح الباحثة أهمية صدق المبحوث أثناء الإجابة كونها تدخل في إطار البحث العلمي، كما أنه لا يوجد إجابات صحيحة أو خاطئة بل صادقة فقط.
- الإجابة عن تساؤلات المبحوثين في حالة عدم فهمهم لعبارات المقاييس.
- تسجيل الباحثة لرمز كل نسخة وهذا لتسهيل تفرغها وتقسيمها حسب العوامل الديموغرافية المشار إليها في استمارة المعلومات.
- بعد استلام إجابة كل مبحوث حرصت الباحثة على توجيه شكرها على مشاركته وتقديره بالتعليمات.

ثالثاً:

- بعد استلام إجابات المبحوثين، قامت الباحثة بتتقيطها وفق كل مقياس معتمد في البحث واستخراج الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية.
- إدخال البيانات الخام على الحاسوب الآلي باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS).
- القيام بالمعالجات الإحصائية المناسبة لكل فرضية من فرضيات البحث.

6. الأساليب الإحصائية للبحث:

اعتمدت الباحثة على الحاسب الآلي باستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS 22) لتحليل البيانات وذلك من خلال تحويل البيانات إلى بيانات كمية بعد مراجعتها وإجراء عملية الترميز حتى يسهل تفرغ البيانات وتصنيفها في جداول إحصائية. ثم استعملت عدة طرق وأساليب إحصائية على مراحل حسب متطلبات كل مرحلة وما يتوافق مع طبيعة البيانات، ومن بين الأساليب الإحصائية المستخدمة نجد:

- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)
- معادلة الفا كرونباخ (Alpha- Cronbach)
- اختبار T للفروق

- معامل الانحدار المتعدد R.

الفصل السابع:
عرض ومناقشة وتفسير
نتائج البحث

تمهيد:

بعد التّطرق في الفصل السابق إلى مختلف الإجراءات الميدانية للبحث، وبعد تطبيق مقاييس البحث وجمع البيانات وتصنيفها وترتيبها، وذلك بعد التحقق من الشروط السيكومترية لتلك المقاييس ستحاول الباحثة في هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها، وعليه سيتضمن هذا الفصل عرضنا لنتائج البحث بعد معالجتها إحصائياً للتحقق من صحة فرضيات البحث، ثم مناقشتها وتفسيرها من منظور الإطار النظري والميداني، والوصول في الأخير إلى الاستنتاج العام والاقتراحات التي من شأنها أن تكون انطلاقة للعديد من البحوث القادمة.

1. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

1.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنصّ الفرضية الأولى على أنه: " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي واستراتيجيته بنوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". وتفرعت عن هذه الفرضية فرضيتين جزئيتين :

- الفرضية الجزئية الأولى: والتي تنص على أنه "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجية إعادة التقييم ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة".
- الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجية القمع ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل ارتباط "بيرسون" لفحص العلاقة الارتباطية بين الدرجات التي تحصل عليها المبحوثين على مقياس التنظيم الانفعالي باستراتيجيته وبين الدرجات التي حصلوا عليها على مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية. وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (19):

جدول رقم (19): نتائج اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين التنظيم الانفعالي واستراتيجيته و نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

التنظيم الانفعالي واستراتيجيته	معامل الارتباط "بيرسون" (Pearson)
التنظيم الانفعالي ككل	*0.195
إعادة التقييم المعرفي	0.246**
القمع	0.22

(***) دال عند مستوى الدلالة $\alpha : 0.01$ (*) دال عند مستوى الدلالة $\alpha : 0.05$

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (19) ما يلي:

فيما يخص الفرضية الجزئية الأولى فقد بينت عملية التحليل الإحصائي للمعطيات أن قيمة معامل الارتباط بين التنظيم الانفعالي في بعده المتعلق باستراتيجية إعادة التقييم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) ودرجة الحرية (102)، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بفرضية البحث التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجية التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

أما الفرضية الجزئية الثانية والتي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجية القمع ونوعية الحياة، فقد بينت عملية التحليل الإحصائي للمعطيات أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجية القمع ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة. وعليه نرفض الفرضية الصفرية.

2.1 تفسير نتائج الفرضية الأولى:

فيما يتعلق بالفرضية الأولى للبحث والتي كان مفادها: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة." ومن خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (19) يتضح لنا وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي ودرجة نوعية الحياة. كما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي ودرجة نوعية الحياة، أي أنه كلما زاد استخدام المصاب بالسمنة المعتدلة لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي كلما كانت درجة نوعية الحياة لديه مرتفعة.

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أنّ هذه العلاقة منطقية باعتبار استراتيجية إعادة التقييم المعرفي هي استراتيجية تكيفية أو فعالة مقارنة مع استراتيجية القمع، وإن استخدام الفرد المعتدل البدانة لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي يؤدي إلى زيادة السلوكات التكيفية الايجابية، خاصة أنّ السلوكات عامة مرتبطة بشكل مباشر بالمعتقدات المعرفية، وإن استراتيجية إعادة التقييم المعرفي هي عملية معرفية مفادها إعادة النظر إلى الوضعيات التي يعيشها الفرد، وعليه فإن تبني السلوكات التي يولدها التفكير السليم للفرد المصاب بالسمنة المعتدلة تعمل على تحسين مستوى نوعية الحياة لديه. وهذا يتماشى مع ما جيء به في الإطار النظري للبحث في الفصل الثاني حيث أجمع الباحثين على أهمية دراسة الثنائية (تنظيم انفعالي-سمنة) ومدى تأثيرها في نوعية الحياة.

كما أنّ للتنظيم الانفعالي دورًا حيويًا في تأقلم الفرد وتكيفه مع ظروف الحياة المتنوعة ويؤثر على نوعية حياته. وإن درجة شعور الفرد بنوعية الحياة مرتبطة بنموه الانفعالي وبقدرته على التحكم في المشاعر السلبية لديه، والتكيف مع الضغوط التي تواجهه (رجب، 2018، ص.156). ويمكن اعتبار السمنة بحد ذاتها وضعية ضاغطة مزمنة يعيشها الفرد البدين يومًا بعد يوم.

هذا ما أشار إليه (Putnam & Silk, 2005, p.908) أن الأشخاص القادرين على تنظيم انفعالاتهم يتميزون بنظرة متفائلة وتصور بأنهم يملكون السيطرة على أحداث الحياة وأسلوبا فعالا في مواجهة الضغوطات والإحساس بهدف أو معنى الحياة (فهمي، 2017، ص.82). كما أن اتخاذ استراتيجيات معينة لتنظيم الانفعال قد يكون له العديد من العواقب السلبية وفقا لنوع الاستراتيجيات التي تم استخدامها في الخبرات الانفعالية المختلفة (Charney,2004).

تتفق نتائج الفرضية الأولى لهذا البحث مع دراسة كل من (Ciuluvicia & al. (2014) حول: "استراتيجيات التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة عند المصابين بأمراض جلدية" ولقد ضمت هذه الدراسة (41) راشد مريض جلديا: (23) مصابا بالصدفية و(18) مصابا بحالة جلدية غير الصدفية (حب الشباب، التهاب الجلد، البهاق، الحكّة)، تمت مقارنة مع (27) من الأفراد الأصحاء. تم تطبيق على هذه العينة ثلاث مقاييس: مقياس التنظيم الانفعالي ERQ لـ (Gross and John (2003) وهو نفس المقياس المستخدم في البحث الحالي، مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي DERS لـ (Roemer and Gratz (2004)، مقياس الأليكسيتيميا لتورنتو TAS-20 لكل من (Parker & al. (2003) ومقياس

نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL-BRIEF. وأسفرت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة، كما أبرزت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين نوعية الحياة واستراتيجية القمع وهي نتائج تتفق مع نتائج البحث الحالي.

في نفس السياق نجد دراسة (Manju and Basavarajappa 2016) حول "دور التنظيم الانفعالي في نوعية الحياة" في الهند، حيث شملت عينة الدراسة (538) راشد، (262) منهم ذكور و(276) منهم إناث، والتي تم اختيارها بطريقة عشوائية. ولغرض الدراسة تم توزيع مقياسين على أفراد العينة: مقياس التنظيم الانفعالي ERQ ومقياس نوعية الحياة المختصر للمنظمة العالمية للصحة (-WHOQOL-BREF). وأسفرت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة لدى الراشدين، وإلى وجود علاقة موجبة بين استراتيجية إعادة التقييم المعرفي و نوعية الحياة.

كما تتفق نتائج الفرضية الأولى من البحث الحالي مع نتائج دراسة (Mouazzam and al. 2021) حول "التنظيم الانفعالي، التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابين بقرحة المعدة"، والتي شملت 100 مريض بقرحة المعدة، تراوحت أعمارهم بين (25-55 سنة)، تم توزيع عليهم مقياس التنظيم الانفعالي ERQ لـ (John and Gross 2003) نفس المقياس المطبق في البحث الحالي، إضافة إلى مقياس التوجه نحو الحياة لكل من (Sheer and Carver 2002)، ومقياس نوعية الحياة والمتعة والرضا لـ Endicott. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة لدى مرضى قرحة المعدة.

2. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

1.2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية أنه "يوجد علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي وأبعاده (البعد الداخلي، البعد الخارجي بنوعيه بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) ونوعية الحياة عند المصابين بالسمنة المعتدلة". ولقد تم تقسيم الفرضية الثانية إلى ثلاث فرضيات جزئية كالتالي:

الفرضية الجزئية الأولى: تنص الفرضية الجزئية الأولى أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجات البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي ودرجة نوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.

الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجات بعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي ودرجة نوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.

الفرضية الجزئية الثالثة: تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه يوجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ ودرجة نوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.

ولاختبار صحة الفرضية الثانية تم الاستعانة بمعامل ارتباط بيرسون « Pearson »، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (20):

جدول رقم (20): نتائج اختبار معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين درجة مركز الضبط الصحي وأبعاده بدرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

معامل الارتباط بيرسون (Pearson)	مركز الضبط الصحي و أبعاده
0.444**	البعد الداخلي
-0.114	بعد ذوي النفوذ
0.42	بعد الحظ
0.148	مركز الضبط الصحي ككل

من خلال معطيات الجدول رقم (20) بينت عملية التحليل الاحصائي عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة، حيث قدر معامل الارتباط ب (0.148) وهو غير دال احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة ونرفض فرضية البحث.

وفي مقابل هذا فقد بينت عملية التحليل الاحصائي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الضبط الداخلي لمركز الضبط الصحي ودرجة نوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة المعتدلة، حيث قدر معامل الارتباط ب (0.444) وهو دال احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) ، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بفرضية البحث والتي تقول على أنه يوجد علاقة دالة احصائيا بين درجة الضبط الصحي ودرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.

فيما يخص الفرضية الجزئية الثانية ، فنلاحظ من التحليل الاحصائي عدم وجود علاقة دالة احصائيا بين درجة بعد ذووي النفوذ ودرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة، حيث قدر معامل الارتباط بـ (0.114) وهو غير دال احصائيا.

أما فيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة، فقد بينت عملية التحليل الاحصائي عدم وجود علاقة دالة احصائيا بين درجة بعد الحظ ودرجة نوعية الحياة. وبالتالي نقبل بالفرضية الصفرية. وعليه يمكننا القول أن الفرضية الثانية تحققت جزئيا في بعدها الداخلي.

2.2 تفسير نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: " يوجد علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي وأبعاده (البعد الداخلي، البعد الخارجي بنوعيه بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) ونوعية الحياة عند المصابين بالسمنة المعتدلة". ومن خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (20) يتضح لنا أن الفرضية الثانية تحققت جزئيا في البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي. أي أنه كلما توجه الفرد المعتدل البدانة إلى استعمال البعد الداخلي من مركز الضبط الصحي كلما كانت لديه درجة نوعية حياة مرتفعة.

هذا ما كانت تتوقعه الباحثة، فمن وجهة نظرها واستنادا بالجانب النظري للبحث الحالي، فإن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة راجع إلى أن الضبط الصحي الداخلي يُحرّض الفرد البدني إلى تنفيذ ممارسات وقائية أو سلوكيات صحية. فمركز الضبط الصحي هو متغير نفسي-اجتماعي يُبنى بالسلوكيات الصحية للأفراد (Walltson & al., 1978). هذا ما أكدته نتائج دراسة قام بها Dogonchi & al. (2022)، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والسلوكيات الصحية ، وذلك بعد تحليل 1099 مقالاً حول دراسات تطرقت إلى دراسة العلاقة بين مركز الضبط الصحي والسلوكيات الصحية. وأظهرت مراجعة هذه الدراسات أن الأفراد الذين ينتمون إلى فئة الضبط الداخلي كانوا أكثر عرضة للانخراط في السلوكيات الصحية. ومنه فإن تبني الفرد المعتدل البدانة ذو الضبط الداخلي للسلوكيات الصحية يؤدي بالضرورة إلى تحسين نوعية الحياة لديه مقارنة مع الأفراد ذووي الضبط الخارجي.

ومن خلال الاطلاع على الأدب النظري الذي عالج هذا الطرح، نجد أن الكثير من الدراسات توصلت إلى نفس نتائج الفرضية الثانية من البحث الحالي.

من بين هذه الدراسات نجد دراسة Aliha (2015) ودراسة Wray & al. (2010) والتي أسفرت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الضبط الداخلي ونوعية الحياة. كما اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة Hasanzadeh & al. (2006) والتي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة (Hamze Kandi & Zeinali, 2017, p. 12).

في السياق نفسه، نجد دراسة Zampieri & Souza (2011) حول العلاقة بين مركز الضبط، الاكتئاب ونوعية الحياة لدى مرضى الباركينسون، والتي توصلت هي الأخرى عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة (Leist & Leist, 2022, p.327).

كما توصلت نتائج دراسة Stasiak and Olszewski (2016) في بولندا وبريطانيا العظمى، والتي هدفت إلى الكشف عن تأثير مركز الضبط الصحي على نوعية الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من إصابات في النخاع الشوكي، حيث شملت الدراسة (65) فرد وتم توزيع عليهم مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد (نفس مقياس البحث الحالي). وبينت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي مع درجة نوعية الحياة (Ilevbar & al., 2019, p.124)، وهي نتائج تتوافق مع نتائج الفرضية الثانية من البحث الحالي.

كذلك جاءت دراسة كل من Ilevbare & al. (2019) تحت عنوان "الهوية البيئية، مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة في المجتمع المنتج للنفط"، والذي كان من بين أهدافها الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة. شملت عينة الدراسة (171) فرد مقيم بـ Badagry المنتج للنفط بنيجيريا، 58.5% منهم رجال و 48.5% منهم نساء، متوسطهم العمري 37.6 سنة، أي أنهم ينتمون إلى مرحلة الرشد. تم توزيع عليهم مجموعة من المقاييس وهي: مقياس الهوية البيئية، مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد وهو نفس المقياس المستعمل في البحث الحالي، ومقياس نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة. وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي ونوعية الحياة، وتوافقت هذه النتائج مع نتائج الفرضية الثانية من البحث الحالي.

كما أوضحت دراسة كل من Moshki & al. (2021) بإيران حول تأثير مركز الضبط الصحي على نوعية الحياة لدى مرضى القصور الكلوي، حيث ضمت الدراسة (78) مريض ومريضة، (57) منهم

ذكور و (21) منهم اناث، تراوحت أعمارهم بين (17-70) سنة، تم توزيع عليهم مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد نفسه المقياس المستخدم في البحث الحالي، إضافة إلى مقياس نوعية الحياة الوجيز الخاص بمرضى الكلى. وأسفرت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي.

إضافة إلى هذه الدراسات المتوافقة مع نتائج الفرضية الثانية من البحث الحالي، نجد دراسة كل من Leist J.B and Leist P.T (2022)، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى التصلب المتعدد. حيث جمعت الدراسة (102) مصاب، تم تطبيق عليهم كل من مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد نفسه المطبق مع عينة البحث الحالي في صورته العربية، إضافة إلى مقياس نوعية الحياة الخاص بالتصلب المتعدد، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي بأبعاده ودرجة نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

خلافاً لهذه النتائج ونتائج البحث الحالي، نجد دراسة "تركي آمال" (2017) حول: "علاقة المساندة الاجتماعية ومركز الضبط بنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري"، حيث شملت الدراسة (40) فرد مصابين بداء السكري (19 أنثى و21 ذكر) تراوحت أعمارهم بين (15 و73 سنة). وقد تم قياس الدعم الاجتماعي المدرك بمقياس Zemit (2000) ومقياس مركز الضبط المتعدد الأبعاد (IBAH) لـ Levenson (1974) والمقياس المختصر لنوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة. ومن بين نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة دالة بين مركز الضبط ونوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

كما اختلفت نتائج البحث الحالي مع دراسة قام بها كل من Rizza & al. (2015) تحت عنوان: "مركز الضبط، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، الاضطراب الانفعالي والإعاقة في مرض الباركنسون"، والتي ضمت عينة قوامها (100) فرد، (50) منهم مصابين بالباركنسون و(50) بصحة جيدة، حيث تم المقارنة بين المجموعتين بعد أن تم توزيع عليهم مجموعة من المقاييس: مقياس الحالة العقلية الوجيز MMSE لكل من Magni & al. (1996)، مقياس مرض باركنسون الموحد التصنيف MDS-UPDRS لكل من Goetz & al. (2007)، مقياس مركز الضبط لكل من Farma and Cortinovic (2000)، مقياس نوعية الحياة الخاصة بالصحة للمنظمة العالمية للصحة HR-QOL في صورته الإيطالية لـ Bech (2004)، مقياس القلق والاكتئاب HADS لكل من Costantini & al.

(1999). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الخارجي لمركز الضبط ونوعية الحياة الخاصة بالصحة لدى المصابين بمرض الباركنسون.

في نفس السياق، اختلفت نتائج الفرضية الثانية للبحث الحالي مع نتائج دراسة كل من Olapegaba and Osamika (2015) بنيجيريا تحت عنوان: "العلاقة بين السن، مركز الضبط الصحي، المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى الحساسية". والتي كان من بين أهدافها الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى المصابين بالحساسية، ضمت (200) مريض بالحساسية، (91) منهم ذكور و (109) منهم اناث، تراوحت أعمارهم بين (25 و 75 سنة). وأسفرت الدراسة إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى المصابين بالحساسية.

إضافة إلى هذه الدراسات نجد دراسة Nikolaou and al. (2019) حول مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري بعيادة مختصة باليونان، والتي ضمت (50) مصاب بداء السكري، تراوحت أعمارهم بين (18-65 سنة)، وتم التوزيع عليهم مجموعة من المقاييس: مقياس فعالية الذات العام GSE، مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد المترجم إلى اللغة اليونانية، وهو نفس المقياس المستخدم في البحث الحالي، مقياس نوعية الحياة MVQOL-15. ومن بين نتائج هذه الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مركز الضبط الصحي بأبعاده ونوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري.

3. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

1.3 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة أنه: " يوجد فروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". ولأختبار مدى صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق بين متوسط الدرجات لكل من المصابات والمصابين بالسمنة المعتدلة، وذلك كما هو مبين في الجدول (21):

جدول (21): نتائج قيمة اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس التنظيم تبعا لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	اختبار ليفين للكشف عن التجانس F	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة الاحصائية
استراتيجية اعادة التقييم المعرفي	ذكر	5.712	51	17.08	7.571	0.478	0.634	غير دالة إحصائيا
	أنثى		51	16.43	6.004			
استراتيجية القمع	ذكر	1.617	51	19.90	5.766	0.620	0.537	غير دالة إحصائيا
	أنثى		51	19.24	5.074			
التنظيم الانفعالي ككل	ذكر	70.227	51	36.98	12.107	0.720	0.473	غير دالة إحصائيا
	أنثى		51	35.67	4.807			

أظهرت عملية التحليل الاحصائي للفروق بين متوسطي الذكور والاناث في التنظيم الانفعالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين، حيث يلاحظ أن قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت (70.227) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) ما يدل على تجانس تباينات العينتين. وهذا ما يسمح باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة للجنسين في التنظيم الانفعالي والتي بلغت عند الذكور (36.98) وعند الإناث (35.67)، حيث قدرت قيمة اختبار الفروق T (0.720)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05). ومن هذا يمكن قبول الفرضية الصفرية القائلة بأنه "لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في درجات التنظيم الانفعالي واستراتيجيته لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة".

2.3 تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة أنه: " يوجد فروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". ومن خلال نتائج الجدول رقم (21) يتبين لنا أن الفرضية الثالثة لم تتحقق.

هذه النتيجة تتوافق مع نتائج العديد من الدراسات منها دراسة فائق (2016) بعنوان "التنظيم الانفعالي وعلاقته بالتفكير السلبي والايجابي لدى طلبة الجامعة"، والتي هدفت للتعرف على التنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة وبحسب الاستراتيجيات ودلالة الفروق للتنظيم الانفعالي تبعا لمتغيرات (الجنس، التخصص، الصف الدراسي) وقد استخدمت الباحثة عينة مكونة من (400) طالب من طلبة كليات جامعة بغداد للدراسات الصباحية واختيارهم بطريقة الطبقة العشوائية بواقع (200 ذكورا، 200 إناثا). وتم استخدام المنهج الوصفي للدراسة والاستعانة بمقياس التنظيم الانفعالي ومقياس التفكير الايجابي والسلبي. ومن بين نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات التنظيم الانفعالي في الجنس.

كما اتفقت نتيجة هذا البحث مع نتيجة دراسة عياش وفائق (2016)، ودراسة Balzarotti (2015)، ودراسة Cabello & al. (2013)، والتي أظهرت كلها عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس (عفانة، 2018، ص.92).

في نفس السياق، نجد دراسة كل من Arshdeep & al. (2022) حول الاختلاف في الجنس في التنظيم الانفعالي لدى الراشدين المعافين من الأمراض العقلية والجسدية بالهند، حيث ضمت الدراسة (60) فرد، وتمت دراسة التنظيم الانفعالي بين كلا الجنسين باستخدام مقياس صعوبات التنظيم الانفعالي DERS، وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الجنسين، وهي نفس نتائج البحث الحالي.

إضافة إلى ذلك بينت دراسة "طلب" عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة (الشمي، 2018، 261-262).

في السياق نفسه، بيّنت دراسة "يعقوب" (2016) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس في استراتيجيات التنظيم الانفعالي (فهيم، 2017، ص. 95).

بينما اختلفت نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة "سلوم" (2015) ودراسة Esmaeilinasab & al. (2015)، التي بينت وجود فروق دالة احصائيا تعزى لمتغير الجنس. حيث كانت فروق في استخدام استراتيجية الاجترار لصالح الاناث ووجود فروق دالة احصائيا في استراتيجيات (إعادة التركيز الإيجابي وإعادة التقييم الإيجابي والتركيز على الخطط) لصالح الذكور (عفانة، 2018، ص. 92).

كما اختلفت نتائج البحث الحالي مع دراسة "البراهمة" (2017) والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى التنظيم الانفعالي ومستوى قلق الامتحان لدى طلبة الجامعة ومدى اختلافهما باختلاف الجنس، ونوع الكلية والمستوى الدراسي، واستقصاء العلاقة الارتباطية بين كل من التنظيم الانفعالي وقلق الامتحان، وتكونت العينة من (507) طالبا وطالبة من طلبة جامعة اليرموك، وتم استخدام مقياس التنظيم الانفعالي المعد من طرف Gross and John (2003) ومن بين نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التنظيم الانفعالي في بعد إعادة التقييم تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث (الصبان وآخرون، 2020، ص. 231).

يعتبر التنظيم الانفعالي من المفاهيم الجوهرية وجزء مهم لتفسير الاستجابة الانفعالية المعقدة، فكل فرد له المهارات الانفعالية والمعرفية والسلوكية التي تُنظَّم وتسيطر على الخبرات والمواقف والتعبيرات الناتجة من تفاعل الفرد مع محيطه (مظلوم، 2017). ولتفسير عدم وجود اختلاف بين الجنسين في التنظيم الانفعالي واستراتيجيته (إعادة التقييم المعرفي و القمع) ترجع الباحثة إلى العوامل المؤثرة فيه التي تم الإشارة إليها في الجانب النظري في الفصل الثاني، والتي لم تأخذها الباحثة بعين الاعتبار في البحث الحالي، خاصة العوامل الاجتماعية كالتنشئة الاجتماعية والمعاملة الوالدية والقيم الاجتماعية التي من شأنها أن تحدد استراتيجية التنظيم الانفعالي السائدة لدى الفرد. وإنّ تشابه فئة البحث الحالي من الذكور والإناث في هذه الخصائص يمكن أن يكون سبباً لعدم وجود اختلاف دال احصائيا بين الذكور والإناث في التنظيم الانفعالي واستراتيجيته.

تضيف الباحثة إلى أنّ فئة البحث المستهدفة كانت تعيش نفس أحداث جائحة كورونا والحجر الصحي وهي بمثابة أحداث ضاغطة مزمنة، وتكون فئة البحث الحالي قد تأثرت بنفس المعتقدات السائدة

في تلك الفترة، إضافة إلى سيادة المشاعر السلبية كمشاعر اليأس والقلق أُنذاك. وتوكيدا على ذلك فقد أظهرت دراسة حول الأثر النفسي للحجر الصحي المرتبط بجائحة COVID-19 في الجزائر أن (50.3%) من المبحوثين كانوا في حالة قلق خلال الأسابيع الثلاثة الأولى من الحجر. بالإضافة إلى ذلك شعر منهم (48.2%) بالتوتر، و(46.6%) من المبحوثين أكدوا شعورهم بالمزاج السيء (Madani & al., 2020). وحسب الباحثة فإن مجمل هذه المشاعر السلبية تؤثر على مدى تنظيم انفعالات المصابين والمصابات بالسمنة المعتدلة بشكل متشابه، هذا ما قد يفسر عدم وجود اختلاف في تنظيم الانفعال. وبغض النظر عن ذلك يبقى الانفعال ككل بعملياته المختلفة مفهوماً معقداً ثابتاً نسبياً يتأثر بالبيئة الداخلية والخارجية للفرد.

4. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

1.4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الثانية أنه: "يوجد اختلاف بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". وللتأكد من صحة الفرضية تم معالجتها إحصائياً بتطبيق اختبار T للفروق بالنسبة لمتغير الجنس. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (22):

جدول (22): نتائج اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس مركز الضبط الصحي وأبعاده تبعاً لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	اختبار ليفين للكشف عن التجانس F	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	القيمة الاحتمالية Sig	الدالة الاحصائية
البعد الداخلي	ذكر	0.455	51	17.24	4.003	1.941	0.55	غير دالة احصائياً
	أنثى		51	15.63	4.354			
بعد ذوي النفوذ	ذكر	0.089	51	18.59	4.670	- 2.765	0.007	دالة احصائياً
	أنثى		51	21.22	4.925			
بعد الحظ	ذكر	4.422	51	19.71	4.892	- 1.182	0.240	غير دالة احصائياً
	أنثى		51	20.71	3.546			
مركز الضبط الصحي ككل	ذكر	18.270	51	55.53	12.383	- 1.010	0.315	غير دالة احصائياً
	أنثى		51	57.55	7.114			

من خلال الجدول رقم (22) يلاحظ أن قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت (18.270) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05). وهذا يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين. وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية بالنسبة للجنسين في مركز الضبط الصحي والتي بلغت عند الذكور (55.53) وعند الإناث (57.55) يمكن القول بأنه لا توجد

فروق بين الجنسين في مركز الضبط الصحي، وهذا ما تؤكدُه قيمة اختبار الفروق T التي بلغت (1.010)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05). ومن هنا يمكن قبول الفرضية الصفرية القائلة بأنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في مركز الضبط الصحي وأبعاده"، وهذا يعني عدم تحقق فرضية البحث.

2.4 تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة أنه: "يوجد اختلاف بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط الصحي (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". ومن خلال نتائج الجدول رقم (22) يتبين لنا أن الفرضية الرابعة لم تتحقق.

وتوافقت هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من (Mirles,1971) ، (Lifshhtz,1978) ، (Barling & Fincham ,1978) ، (Rohner & al. 1980)، والتي أسفرت نتائجها جميعاً عن عدم وجود أي علاقة جوهرية بين الجنسين في أبعاد الضبط (جبالي، 2007، ص.49).

كما اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة Archer and Waterman (1988) حيث قاما بمراجعة مجموعة من الدراسات والأبحاث، فمن خلال تحليلهما لاثنتين وعشرين دراسة حول اتجاه الضبط لدى البالغين أكدت خمسة عشر منها أنه لا توجد فروق، بينما وجدت ستة دراسات أن الرجال لديهم معدلات ضبط داخلي أعلى من النساء في حين أن دراسة واحدة فقط كشفت العكس. لذلك أكد الباحثان أنه ليس هناك ما يكفي من الأدلة لدعم فرضية الاختلاف الجنسي في مركز الضبط خلال مرحلة البلوغ (ساعد، 2019، ص. 208).

وتوافقت نتائج البحث الحالي مع دراسة كل من عزوز وجبالي (2014) حول "مركز الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن" والتي تكونت من (72) مريض (29 امرأة و 43 رجل). وقد استخدم في هذه الدراسة أداتين: تتمثل الأولى في مقياس مركز الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالتسون والثانية مقياس استراتيجيات المواجهة لكوسون. ومن بين نتائج الدراسة عدم وجود اختلاف بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط الصحي وهي نفس نتائج البحث الحالي.

رغم أنّ معظم الدراسات المقيمة حول الاختلاف في الجنس في مركز الضبط الصحي أو مركز الضبط أكدت عدم وجود أي اختلاف بين الجنسين، إلا أن الباحثة أرادت التأكد من وجود هذا الاختلاف مع الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة، و ذلك لأن الدراسات السابقة التي اعتمدت عليها الباحثة اختلفت في بعض المتغيرات الاجتماعية كالمعايير والقيم التي تمتاز بها عينة البحث عن تلك التي اعتمدت عليها في الدراسات السابقة.

من جهة أخرى اختلفت نتائج البحث الحالي مع دراسة جبالي نورالدين (2007) والتي هدفت إلى الكشف عن النمط السائد لدى العينة الجزائرية في أبعاد مركز الضبط، والكشف عن الفروق في أبعاد مركز الضبط الصحي حسب لمتغيرات التالية: الجنسين، المستويات الثقافية، الحالة الاجتماعية. وكذا الكشف عن العلاقة بين أبعاد مركز الضبط الصحي والمرض السيكوسوماتي. وقد اعتمدت الدراسة على عينة قوامها (205) فردا راشدا من الجنسين من مختلف المستويات التعليمية. وقد تم استخدام الأدوات التالية: مقياس مركز الضبط الصحي لوالتسون ومعاونوه، قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية. ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنه يوجد فروق بين الجنسين في مركز الضبط الخارجي (بعد ذوا النفوذ) لصالح الذكور (عزوز وجبالي، 2014، ص.215).

في السياق نفسه، جاء كل من Darnikowska وآخرون (2021) بدراسة حول مركز الضبط الصحي لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم الخاضعين للجراحة ببولندا، حيث جمعت الدراسة (160) فرد بصحة جيدة (80 فرد سليم) ومصابين بسرطان القولون والمستقيم (80 مريض). تم توزيع عليهم مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد، نفس مقياس البحث الحالي. وبينت نتائج الدراسة وجود اختلاف بين الجنسين لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم في مركز الضبط الصحي وأبعاده لصالح الذكور.

كما توصلت نتائج دراسة كل من Gibek and Sacha (2019) ببولندا تحت عنوان "مقارنة مركز الضبط الصحي بين المصابين بالأمراض وغير المصابين بالأورام". وهدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان هناك اختلاف في الأبعاد المختلفة لمركز الضبط الصحي بين مرضى الأورام وغير المصابين بالأورام، وما إذا كانت هناك علاقة بين نوع الورم ومدة الإصابة بالمرض والجنس. وشملت الدراسة (204) فرد، تم توزيع عليهم مقياس مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد، نفسه المستخدم في بحثنا

الحالي. ومن بين نتائج النتائج وجود اختلاف بين الجنسين في مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي لصالح الذكور.

5. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

1.5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية الثالثة إلى أنه: "يوجد اختلاف بين الجنسين في درجات نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". وللتحقق من صحة هذه الفرضية أجرينا اختبار T للفروق. وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (23):

جدول (23): نتائج اختبار T للمقارنة بين متوسطات درجات الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة على مقياس نوعية الحياة وأبعادها تبعا لمتغير الجنس.

المتغير	الجنس	اختبار ليفين للكشف عن التجانس F	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة الاحصائية
التأثير الجسدي	ذكر	1.113	51	18.00	5.477	0.347	0.730	غير دالة احصائيا
	أنثى		51	17.63	5.974			
التأثير نفس-اجتماعي	ذكر	1.113	51	26.71	6.423	2.399	0.018	دالة احصائيا
	أنثى		51	23.75	6.036			
التأثير على الحياة الجنسية	ذكر	1.090	51	14.55	4.937	4.905	0.000	دالة احصائيا
	أنثى		51	9.90	4.627			
الرفاهية الغذائية	ذكر	0.981	51	11.65	4.353	2.242	0.809	غير دالة احصائيا
	أنثى		51	11.45	3.796			
معاش الحماية	ذكر	8.548	51	11.90	2.865	2.138	0.035	دالة احصائيا
	أنثى		51	10.35	4.307			
نوعية الحياة ككل	ذكر	0.000	51	82.80	16.081	3.008	0.03	دالة احصائيا
	أنثى		51	73.04	16.700			

أظهرت نتائج الجدول رقم (23) أن قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت (18.270) وهي قيمة

دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وهذا ما تؤكدته قيمة اختبار الفروق T التي بلغت

(3.008)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05). وعليه نرفض الفرضية الصفرية الخامسة القائلة بأنه "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في درجة نوعية الحياة وأبعادها" ونقبل بفرضية البحث، وعليه يمكن القول بأنه يوجد اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة لصالح الذكور.

2.5 تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية الخامسة إلى أنه: "يوجد اختلاف بين الجنسين في درجات نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة". ويتبين لنا من خلال الجدول رقم (23) أن الفرضية الخامسة تحققت لصالح الذكور. أي أن للراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة من الذكور نوعية حياة أحسن مقارنة مع المصابات بالسمنة المعتدلة.

عند موازنة نتيجة الفرضية الخامسة من البحث الحالي مع نتيجة الدراسات السابقة نجد أنها اتفقت مع مجموعة من الدراسات من بينها دراسة Emery & al (2004) حول الاختلاف في الجنس في نوعية الحياة لدى مرضى القلب، وهي عبارة عن دراسة تتبعية لـ (536) فرد مصاب بمرض قلبي خلال 14 أشهر، تم تنقيتهم بطريقة قصدية من جناح أمراض القلب لمستشفى جامعي بأمريكا. وتم تطبيق عليهم مقياس نوعية الحياة MCS، كما أعيد تطبيق المقياس كل 3 أشهر إلى غاية نهاية 14 شهر، وتم تتبع (410) مريض بالقلب في كل هذه الفترة من مجمل العينة الأولية. وأوضحت نتائج الدراسة وجود اختلاف بين الجنسين لصالح الذكور، وهي نفس نتائج البحث الحالي.

في نفس السياق، اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة كل من Song & al (2010) بكوريا حول الفروق بين الجنسين والعمر في تأثير زيادة الوزن على نوعية الحياة المرتبطة بالسمنة بين البالغين الكوريين. حيث جمعت الدراسة (448) من البالغين الكوريين، تراوحت أعمارهم بين (18-80) عاماً. تم تصنيفهم حسب مؤشر كتلة الجسم لديهم (نوي الوزن الطبيعي والذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة). وتم قياس نوعية الحياة لديهم بتطبيق مقياس نوعية الحياة المرتبط بالسمنة النسخة الكورية. وأظهرت هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في درجة نوعية الحياة لدى بدناء العينة لصالح الذكور.

إضافة إلى دراسة قام بها كل من Choo & al. (2013) بكوريا حول 13754 فرد مصاب بالسمنة تراوحت أعمارهم بين (19-65) سنة، وأسفرت النتائج إلى وجود اختلاف بين الجنسين لصالح الإناث.

وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة Audureau & al. (2016) بجامعة باريس ديكرت، جامعة السوربون و جامعة لورين بفرنسا، حيث شملت الدراسة 21239 فرد مصاب بالسمنة، تراوحت أعمارهم بين (25-64 سنة)، تم توزيع عليهم المقياس الوجيز لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة. و بينت النتائج وجود اختلاف بين الجنسين في نوعية الحياة المتعلقة للصحة لصالح الإناث.

كما اتفقت نتائج البحث الحالي مع دراسة كل من Sharmila & al. (2018) تحت عنوان: "الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع 2 المصابين بمتلازمة التمثيل الغذائي" بالهند، حيث ضمت (166) مصاب ومصابة (92 اناث و74 ذكور)، كان عمرهم أكبر من 18 سنة، كما تم تطبيق عليهم مقياس نوعية الحياة الوجيز للمنظمة العالمية للصحة. وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين في نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري من النوع الثاني لصالح الإناث.

وفي السياق ذاته، جاءت دراسة كل من Castellano-Guerrero & al. (2020) تحت عنوان الاختلاف بين الجنسين في نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري من النوع الأول، حيث ضمت الدراسة (312) مريض بداء السكري من النوع الأول بمستشفى Del Rocio بإسبانيا، وتم تطبيق عليهم مقياس نوعية الحياة الخاص بداء السكري DQOL. ولقد بينت النتائج المتحصل عليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في درجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بداء الكري من النوع الأول وذلك لصالح الذكور.

كما أظهرت نتائج دراسة Louzado & al. (2021) حول الاختلاف في الجنس في نوعية الحياة، وتحديد تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية والعيادية والسلوكية على نوعية الحياة. وشملت هذه الدراسة (1270) عاملا، قدر متوسط عمرهم ب 34 سنة. تم قياس نوعية الحياة باستخدام مقياس نوعية الحياة EUROHIS-QOL المكون من ثمانية أبعاد في مختلف المجالات النفسية والبيئية

والاجتماعية والاقتصادية. ومن بين نتائج الدراسة وجود اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة لصالح العمال الذكور، وهي نفس نتائج البحث الحالي.

كذلك جاءت دراسة كل من Badr & al. (2021) تحت عنوان: "الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة، النشاط الحركي، وخطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم بين العمال قليلي الحركة في المهن المستقرة"، وضمت الدراسة عينة قوامها (2562) عامل في عشر وزارات بالكويت، قدر المتوسط العمري لديهم بـ 35.3 سنة. وتم تطبيق عليهم مقياس نوعية الحياة الوجيه للمنظمة العالمية للصحة. وأسفرت النتائج إلى وجود اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة لدى العمال قليلي الحركة لصالح الذكور، وهي نفس نتائج البحث الحالي.

كما بينت دراسة كل من محمود ونددي (2021) حول "نوعية الحياة وعلاقتها بمستوى ممارسة النشاط البدني والرياضي لدى عينة من طلبة جامعة دمشق" والذي هدفت إلى معرفة مستوى نوعية الحياة وتحديد علاقتها مع مستوى ممارسة النشاط البدني لدى عينة من طلبة جامعة دمشق وذلك تبعاً لمتغير الجنس وتصنيفات مستوى ممارسة النشاط البدني، وكذلك معرفة مستوى نوعية الحياة بينهما. وقد شارك بالعينة (243) طلبة جامعيًا من بينهم (128) طالبة و (115) طالبًا. حيث تم استخدام مقياس منسي وكاظم لقياس نوعية الحياة والاستبانة العالمية المختصرة للنشاط البدني IPAQ bref لتحديد مستوى ممارسة النشاط البدني. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الذكور.

إضافة إلى دراسة Alamdari & al. (2022) بإيران تحت عنوان "التنبؤ بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى الإيرانيين المصابين بداء السكري من النوع الثاني"، حيث أنهم أخذوا بعين الاعتبار كل من متغير مؤشر الكتلة IMC، الجنس ومضاعفات داء السكري من النوع الثاني. ضمت هذه الدراسة (160) مصاب ومصابة بداء السكري من النوع الثاني، وتم تطبيق مقياس نوعية الحياة المتعلق بالصحة SF-36، ومن بين نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لصالح الذكور، وهي نتائج تتوافق مع نتائج الفرضية الخامسة من البحث الحالي.

وتتوافق نتائج البحث الحالي مع دراسة جاء بها كل من Alamri & al. (2022) تحت عنوان: "الصدفية في المجتمع السعودي: الاختلافات بين الجنسين في خصائص المرض ونوعية الحياة" بجدة. وشملت عينة الدراسة (139) فرد مصاب بالصدفية، تم توزيع عليهم مقياس نوعية الحياة. وأظهرت النتائج وجود اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة لصالح الذكور.

رغم أن نتائج هذه الدراسات جاءت متسقة مع نتائج البحث الحالي، إلا أن هناك دراسات أخرى كانت نتائجها عكس البحث الحالي كدراسة Koch & al. (2022) تحت عنوان تأثير متغير الجنس على نوعية الحياة مع أعراض المرضى المصابين بسرطان الرئة، حيث ضمت الدراسة (200) مصاب بسرطان الرئة (82 منهم نساء و118 منهم رجال)، تم توزيع عليهم مقياس نوعية الحياة الخاص بسرطان الرئة QLQ-LC13. وأسفرت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لدى الأفراد المصابين بسرطان الرئة.

كما اختلفت نتائج دراسة أبوحماد (2019) حول "نوعية الحياة وعلاقتها بالسعادة النفسية والقيمة الذاتية لدى عينة من طلبة جامعة الأمير سطام بن عبد العزيز" مع نتائج البحث الحالي. وكان هدف هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة وكل من السعادة النفسية والقيمة الذاتية، والكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في كل من نوعية الحياة والسعادة النفسية والقيمة الذاتية لدى عينة طلبة جامعة الأمير سطام بن عبد العزيز. ولقد تكونت عينة الدراسة من (270) طالبا وطالبة (160 ذكور و110 إناث)، وتم استخدام مقياس نوعية الحياة ومقياس السعادة النفسية ومقياس القيمة الذاتية. و أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الذكور والإناث في مقياس نوعية الحياة (محمود ودندي، 2021، ص ص. 325-326).

تضيف الباحثة إلى أن هذا الاختلاف في نوعية الحياة بين الجنسين لصالح الذكور يمكن أن يكون راجع إلى أن الإناث أكثر تأثرا بصورتهن الجسدية، خاصة في الفئة العمرية التي تنتمي إليها عينة البحث (من 20-30 سنة)، فيؤثر ذلك على معاشهن ومختلف مجالات حياتهن، كون السمعة تشوّه أنوثتهن. كما أنّ المجتمع الحالي مجتمع تسوده الظاهرية وحب الجمال خاصة مع المرأة، فهو يفرض عليها أن تكون جميلة الهندام أكثر من الرجل.

6. عرض ومناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

1.6 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة أنه: "يوجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس". ولاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل الانحدار المتعدد R. وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (24):

جدول رقم (24): يبين نتائج الانحدار لدلالة التفاعل بين إعادة التقييم المعرفي ومركز الضبط

الصحي الداخلي ومتغير الجنس ونوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة

مستوى المعنوية P	Df2	Dfl	اختبار F	MSE متوسط مربع الخطأ	معامل التحديد R-sq	معامل الانحدار المتعدد R
0.00	97.00	4.00	11.84	202.96	0.3282	0.572
ULCI	LLCI	مستوى المعنوية p	قيمة T	Se الخطأ المعياري	Coeff المعامل	Model النموذج
149.1364	71.8865	.0000	5.6786	19.4611	110.5114	Const
0.5124	-3.8958	0.1309	-1.5234	1.1105	-1.6917	Sinterne مركز الضبط الصحي الداخلي
0.8333	-0.0101	0.0557	1.9370	0.2125	0.4116	Reeval إعادة التقييم المعرفي
-18.0581	-64.2658	0.0006	-3.5360	11.6408	-41.1619	Sexe الجنس
3.4215	0.7075	0.0032	3.0195	0.6837	2.0645	Int-1

بينت عملية التحليل الإحصائي لإثبات العلاقة بين كل من التنظيم الانفعالي واستراتيجيته ومركز الضبط الصحي وأبعاده ونوعية الحياة والجنس بالنسبة للفرضية السادسة، أنّ هذه العلاقة لا تتحقق إلا من خلال النموذج التفسيري الذي يكون فيه مركز الضبط الداخلي متغيراً مستقلاً ونوعية الحياة متغيراً

تابعاً، وإعادة التقييم متغيراً وسيطاً، ويكون فيه الجنس متغيراً معدلاً، حيث قدرت قيمة معامل الانحدار المتعدد $R = 0.57$ وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05). أي أن (32.82%) من التغير في درجة المفحوص المصاب بالسمنة المعتدلة على مقياس نوعية الحياة ينتج عن التغير في درجة الضبط الداخلي كمتغير مستقل وإعادة التقييم كمتغير وسيط والجنس كمتغير معدل.

وعليه فالمعادلة الخطية للانحدار ستأخذ الشكل التالي:

$$Y = 111.51 + (1.69)(interne) + (0.41)(reev) + sexe(-41.16) + 2.06$$

حيث أن:

Y : هو المتغير التابع المتمثل في نوعية الحياة.

Interne: هو مركز الضبط الصحي الداخلي.

Reev: هو استراتيجية إعادة التقييم المعرفي من التنظيم الانفعالي.

Sexe: هو متغير الجنس (ذكور/ إناث).

2.6 تفسير نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة أنه: "يوجد علاقة بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة في ظل متغير الجنس". ومن خلال نتائج الجدول رقم (24) يتبين لنا أن الفرضية السادسة تحققت في النموذج التفسيري الذي يكون فيه مركز الضبط الداخلي متغيراً مستقلاً ونوعية الحياة متغيراً تابعاً، وإعادة التقييم متغيراً وسيطاً، ويكون فيه الجنس متغيراً معدلاً. أي أن (32.82%) من التغير في درجة المصاب بالسمنة المعتدلة على مقياس نوعية الحياة ينتج عن التغير في درجة الضبط الداخلي كمتغير مستقل وإعادة التقييم كمتغير وسيط والجنس كمتغير معدل. بمعنى آخر أن مركز الضبط الصحي الداخلي يؤثر في نوعية الحياة من خلال إعادة التقييم، كما يعمل متغير الجنس على تعديل العلاقة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.

إن هذه النتيجة تتماشى مع النموذج التعاقدى التكاملى الادماجى (TIM) المعتمد فى هذا البحث، والذي يرى أن الانفعالات لها تأثير على نوعية الحياة، كما أنها تعمل كوسيط فى العلاقات بين الموارد (مركز الضبط الداخلى فى هذا البحث) والنتائج (نوعية الحياة)، هذا حسب ما جاءت به (Brouchon-Schwetzer, 2014).

كما أن نتائج الفرضية السادسة جاءت داعمة لما جىء فيه فى الفرضيات السابقة، حيث أسفرت الفرضية الثانية أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحى الداخلى ونوعية الحياة من جهة. وتوصلت الفرضية الأولى إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إعادة التقييم المعرفى ونوعية الحياة.

فى حين لم تجد الباحثة ولا دراسة متوافقة مع نتائج الفرضية السادسة من البحث التالى بصفة كلية، لذلك قسّمت تفسير الفرضية إلى جزئين، حسب العلاقات الموجودة بين متغيرات نموذج البحث: جزء يتعلق بالدراسات التى توافقت مع نتائج الفرضية السادسة فى الدور الوسيط الذى تلعبه إعادة التقييم المعرفى والتنظيم الانفعالى، وجزء ثانٍ يتعلق بالدراسات التى توافقت مع نتائج الفرضية السادسة فى الدور المعدل الذى يلعبه متغير الجنس.

يعتبر تحليل الوساطة طريقة إحصائية تُستخدم لتقييم الأدلة من الدراسات المصممة لاختبار الفرضيات حول كيفية نقل بعض المتغيرات السببية السابقة X لتأثيرها على متغير لاحق Y. وماهية الآلية سواء كانت المتغيرات انفعالية أو معرفية أو بيولوجية أو غير ذلك (Hayes, 2018, p.78).

ولقد جاءت العديد من الدراسات التى أوضحت الدور الوسيط الذى يلعبه التنظيم الانفعالى واستراتيجيته (إعادة التقييم المعرفى والقمع) نذكر منها:

دراسة كل من Adams and Webster (2012) حول التنظيم الانفعالى كوسيط بين الإساءة الشخصية والضيق بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث جمعت الدراسة (256) راشد كلهم عمال (95) منهم نساء، المتوسط العمري لديهم (34.13) سنة. ولقد أوضحت الدراسة الدور الوسيط للتنظيم الانفعالى بين الشخصية والضيق لدى الراشدين العاملين.

دراسة Vahedi & al. (2016) التي هدفت إلى معرفة العلاقة السببية بين تنظيم الانفعال والمشكلات الانفعالية ونمط التعلق، تكونت عينة الدراسة من (285) طالبا في مرحلة البكالوريوس، طبق عليهم مقياس التعلق للكبار، مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس ضغوط القلق والاكتئاب، أشارت النتائج إلى أن التنظيم الانفعالي متغير وسيط بين أبعاد التعلق والمشكلات الانفعالية (جادو، 2021، ص.18).

دراسة Karing and Belmann (2019) حول استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية كوسيلة في العلاقة بين التأمل بالوعي الكامل، الارهاق الانفعالي والرضا بألمانيا، وشملت عينة الدراسة (236) أستاذ جديد، وبينت نتائج الدراسة إلى أن استراتيجية التباعد الانفعالي كاستراتيجية تكيفية تعمل كوسيط جزئي في العلاقة بين التأمل بالوعي الكامل والارهاق الانفعالي، في حين أن استراتيجية الاستسلام كاستراتيجية لا تكيفية لم تكن وسيطا مهما.

دراسة كل من Kara and Uslu (2020) التي هدفت إلى معرفة الدور الوسيط الذي تلعبه استراتيجيات التنظيم الانفعالي في العلاقة بين التأثير الإيجابي والتأثير السلبي لجائحة كورونا بتركيا، حيث ضمت الدراسة (436) فرد، (310) منهم إناث و (126) منهم ذكور. تم توزيع عليهم مقياس التأثير الإيجابي والسلبي للتنظيم الانفعالي لكل من Waltson & al. (1988) في صورته التركية لـ Gencoz (2000)، إضافة إلى مقياس التنظيم الانفعالي ERQ لكل من Gross and John (2003) وهو نفس المقياس المستعمل في البحث الحالي. وبينت النتائج أن لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي القدرة على التنبؤ بالتأثير الإيجابي و التأثير السلبي لجائحة كورونا بتركيا.

لقد لوحظ في الدراسات النفسية والسلوكية أنه غالبا ما توجد تأثيرات معدلة. أي عندما تتأثر العلاقة بين المتغير المستقل X والمتغير التابع Y بالمتغير الثالث Z والذي يعتبر المتغير المعدل (Jie and Zhoglin, 2022, p.702). وإن للمتغيرات المعدلة القدرة على التأثير في اتجاه وقوة العلاقة بين المتغير المستقل X والمتغير التابع Y (Baron & Kenny, 1986).

من بين الدراسات النفسية التي أكدت الدور المعدل لمتغير الجنس نجد دراسات حول سمات الثلاثية المظلمة (النرجسية narcissisme ، السيكوباتي psychopathie ، والميكافيلية machiavélisme) ومؤشرات الصحة العقلية، فقد ثبت أن التعاطف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنرجسية عند النساء وبشكل أقوى

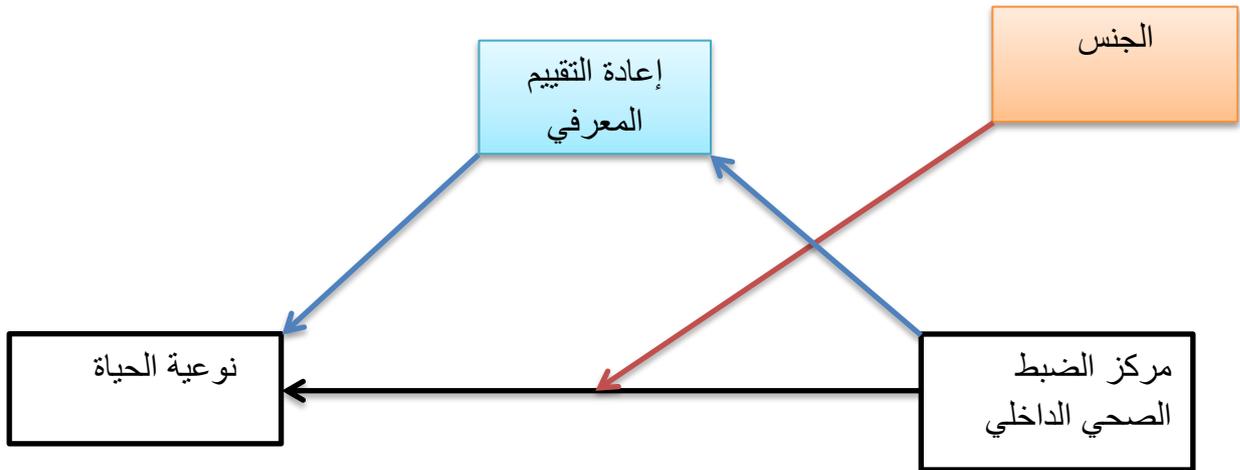
من الرجال، كان هذا مرتبطاً ارتباطاً سلبياً قوياً بالسيكوباتية لدى الرجال، ولكن بالنسبة للنساء كانت هذه العلاقة سلبية ومهمة مرة أخرى (Jonason et al.,2013).

في نفس السياق، نجد دراسة "السيد" (2021) تحت عنوان: "النوع كمتغير معدل للعلاقة بين الانتماء للوطن والتماسك والتكيف الأسري والمرونة العقلية"، والتي هدفت إلى التحقق من العلاقات بين كل من الانتماء للوطن، والتماسك والتكيف الأسري، والمرونة العقلية، بالإضافة إلى فحص تأثير النوع (الجنس) كمتغير معدل لهذه العلاقات. وقد تمت دعوة المشاركين عبر البريد الإلكتروني والفايس بوك والواتس أب للمشاركة في الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من عينة مقطعية من (1716) من السعوديين بمتوسط عمري (29.2) سنة وانحراف معياري قدره (10.33)، طُبق عليهم ثلاثة مقاييس هي مقياس المرونة العقلية، ومقياس التكيف والتماسك الأسري، ومقياس الانتماء للوطن. وتم استخدام تحليل المسار للتعرف على العلاقات بين المتغيرات، وللتحقق من دور النوع كمتغير مُعدل للعلاقة بين المتغيرات. وكشفت هذه الدراسة عن الدور المعدل للنوع (الجنس) على العلاقات بين المتغيرات.

خلافاً على هذه الدراسات نجد دراسة كل من (Garbovac & al. (2021) بسربيا، تحت عنوان: "تأثيرات الثلاثية المظلمة في الأسس الخمس لعلم النفس الإيجابي: التأثير المعدل للجنس"، حيث ضمت الدراسة (349) فرد، 54% منهم إناث، تم توزيع عليهم المقياس الوجيز للثلاثية السوداء (SD3) ومقياس الصحة العقلية (MHT). ومن بين نتائج الدراسة عدم وجود تأثير دال في التعديل فيما يخص متغير الجنس. وهي نتائج تختلف مع نتائج الفرضية لسادسة من البحث الحالي.

كما اختلفت نتائج البحث الحالي مع دراسة عبد الحليم (2020) تحت عنوان: "نوع الجنس كمتغير معدل في العلاقة بين الرضا الوظيفي والدافعية المهنية للمعلمين باستخدام نمذجة المعادلة البنائية متعددة المجموعات" بالمملكة العربية السعودية، والتي هدفت إلى التعرف على مستوى كل من الرضا الوظيفي والدافعية المهنية للمعلمين، واختبار دور نوع الجنس كمتغير معدل في العلاقة بين الرضا الوظيفي والدافعية المهنية باستخدام نمذجة المعادلة البنائية متعددة المجموعات. وتكونت عينة الدراسة من (221) معلماً ومعلمة من معلمي مدينة المنيا. وقد طبق عليهم مقياس الرضا الوظيفي ومقياس الدافعية المهنية من إعداد الباحث. ومن بين نتائج الدراسة أنه لا تختلف العلاقة بين الرضا الوظيفي والدافعية المهنية باختلاف نوع الجنس.

تعدّ العلاقات التفاعلية في علم النفس الحديث وعلم النفس الصحة من بين أهم العلاقات لتفسير التفاعلات المعقدة التي تحدث بين مختلف جوانب الفرد النفسية، الانفعالية، البيولوجية والفيزيولوجية وغيرها، والتي تكون سببا في ظهور المرض العضوي كالسمنة. ويعتبر النموذج التعاقدى التكاملية الادماجي (TIM) المعتمد في البحث الحالي النموذج الأنسب لتفسير العلاقات المعقدة مع الفئات المصابة بالسمنة والسمنة المعتدلة. وإن نتائج البحث الحالي توصلت إلى نموذج تفسيري أين يكون فيه مركز الضبط الصحي الداخلي متغيرا مستقلا يؤثر على نوعية الحياة الخاصة بالراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة من خلال متغير إعادة التقييم المعرفي للتنظيم الانفعالي الذي يكون وسيطا (m)، ومتغير الجنس يكون معدلا (Z). واعتمادا على ما أسفرت عليه النتائج المتوصل إليها فهي تتوافق مع النموذج التفاعلي التفسيري الخامس المقترح من طرف (Hayes,2018, p.607). هذا ما مكّن الباحثة من اقتراح نموذجا تفاعليا لتفسير التأثيرات المتبادلة بين متغيرات البحث، كما هو موضح في المخطط أدناه:



شكل رقم (8): مخطط توضيحي للنموذج التفاعلي التفسيري المقترح في البحث.

تضيف الباحثة أن هناك عوامل أخرى لها علاقة بمتغيرات البحث كسمات الشخصية والعوامل البيئية التي تم الإشارة إليها في الجانب النظري وغيرها من عوامل، والتي لم تأخذها الباحثة بعين الاعتبار، إذ يمكنها أن تزيد أو تنقص من شدة العلاقة بين متغيرات البحث، ومن بين هذه المتغيرات واستنادا بالنموذج

التعاقدية التكاملية الادماجي (TIM) العوامل الديموغرافية الأخرى عدا متغير الجنس كالمستوى التعليمي للفرد وغيرها.

7. الاستنتاج العام:

لقد أكد المختصون في الصحة إلى الحالة المُلحة التي برزت مؤخرًا لدى المجتمعات المعاصرة إلى توجيه عنايتها القصوى وجهودها الكبيرة نحو السمنة، إذ تعتبر أحد أمراض العصر التي قد تؤدي بوفاة المصاب بها. كما أنها عامل خطر للوقوع بما لا يقل عن (26) مرضاً، كأعراض القلب وداء السكري وغيرها. لذلك كان من الضروري علينا معالجتها والقيام بالتوعية والتربية الصحية الملائمة لهذه الفئة. وإن فئة المصابين بالسمنة المعتدلة هي أول فئة وُجب علينا استهدافها ودراستها لتقادي تطور المرض وزيادة مخاطره.

إنّ النماذج الحديثة لعلم النفس الصحة أيّدت فكرة أنّ المرض العضوي هو نتاج لمجموعة من تفاعلات الفرد في بيئته الداخلية والخارجية. وأنّ السمنة مرض مزمن معقد متعدد العوامل، أي أنه نتاج لتفاعلات هذه العوامل المختلفة فيما بينها، كالعامل الانفعالي (التنظيم الانفعالي) والنفسي (مركز الضبط الصحي) والجسدي (الإصابة بالسمنة). كما أن السمنة مهما كان نوعها تؤثر سلباً على نوعية الحياة الخاصة بالفرد البدين، ويصبح بذلك يتمتع بنوعية حياة منخفضة. لذلك فإن دراسة فئة السمنة المعتدلة أمر بالغ الأهمية فهو يسعى من جهة إلى تقادي تقاوم المرض، ومن جهة أخرى يصبو إلى تحسين نوعية الحياة لدى أفراد هذه الفئة.

وبالرجوع إلى ما جيء به في البحث الحالي، يمكننا القول بأن التنظيم الانفعالي ومتغير الجنس متغيرات تعمل على التأثير في علاقة مركز الضبط الصحي مع نوعية الحياة لدى الأفراد الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة، فهي تعمل إما كوسيط بين السوابق (مركز الضبط الصحي الداخلي في هذا البحث) والمخارج (نوعية الحياة في هذا البحث)، أو كمعدل (متغير الجنس في هذا البحث) حيث تؤثر على قوة وشدة العلاقة بينهما.

وعليه خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج والذي تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتاحة للباحثة، وهي كالتالي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التنظيم الانفعالي واستراتيجيته بدرجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة.
 - وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي وأبعاده (البعد الداخلي، البعد الخارجي بنوعيه بعد ذوي النفوذ وبعد الحظ) و درجة نوعية الحياة عند المصابين بالسمنة المعتدلة، حيث أن هذه الفرضية تحققت جزئيا في بعدها الداخلي .
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في درجات التنظيم الانفعالي واستراتيجيته.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (ذكور/ إناث) في مركز الضبط الصحي وأبعاده.
 - وجود اختلاف بين الجنسين في درجة نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة لصالح الذكور.
 - وجود علاقة تفاعلية بين التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عند الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة. هذه العلاقة لا تتحقق إلا من خلال النموذج التفسيري الذي يكون فيه مركز الضبط الصحي الداخلي متغيرا مستقلا ونوعية الحياة متغيرا تابعا، وإعادة التقييم متغيرا وسيطا، ويكون فيه الجنس متغيرا معدلا.
- ومنه نستنتج مدى ضرورة أخذ مرض السمنة بعين الاعتبار ووجوب البحث في مسباته والعوامل المتعددة المختلفة المؤدية في ظهوره أو التي تعمل على تفاقمه، حتى نتفادى ما قد ينجم عنه من مضاعفات صحية سواء تعلق الأمر من ناحية الصحة الجسدية وكذا النفسية، لأن السمنة مرض عضوي مزمن ثقيل على نفسية المصاب به أكثر مما هو ثقيل ككتلة جسدية.

8. التوصيات والاقتراحات:

في ضوء ما كشفت عنه نتائج بحثنا الحالي يمكننا تقديم عدد من التوصيات ستكون لها أثر كبير في التخفيف من حجم المشكلات التي تعاني منها شريحة المصابين بالسمنة، وتتمثل هذه التوصيات فيما يلي:

- التركيز على مبادئ علم النفس الصحة لتحديد دور العوامل الوقائية وتفعيلها مع تطوير سمات الشخصية لدى المصابين بالسمنة كمركز الضبط.
 - تكوين مختصين في مجال علم النفس الصحة للتكفل بالمصابين بالسمنة من الناحية النفسية والسلوكية و الانفعالية.
 - ضرورة إقامة جمعيات وطنية للأفراد المصابين بالسمنة.
 - إدراك فئات المجتمع وتوعيتها بأهمية ممارسة النشاط البدني لصحة الإنسان الجسدية والنفسية على حد سواء وتفادي خطر الوقوع في السمنة.
 - تحسين نوعية الحياة لدى فئة المصابين بالسمنة بإعادة النظر إلى بعض المفاهيم الخاطئة للمجتمع والحد من التتمر عن طريق وضع برامج تحسيسية لذلك.
 - وضع برامج خاصة بفئة البدناء بهدف تنمية العمليات الانفعالية لديهم والتي تعتبر أهم مفاتيح الشفاء.
 - التعاون مع المختصين الآخرين والذين لديهم علاقة مباشرة للحد من السمنة كالأطباء ومختصي التغذية واللياقة البدنية وغيرهم وذلك بتبادل الخبرات والمعلومات فيما يخص ظهور وتطور المرض.
- من خلال هذا البحث يتضح للباحثة الحاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية حول فئة المصابين بالسمنة من جهة والتنظيم الانفعالي من جهة أخرى لاستكمال الأهداف المأمولة نحو النقاط التالية:
- البحث عن المتغيرات الأخرى التي من شأنها أن تؤثر في العلاقة بين مركز الضبط الصحي ونوعية الحياة عدا التنظيم الانفعالي باستراتيجيته ومتغير الجنس كالمعتقدات الصحية، السلوك الصحي والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالسمنة المعتدلة.
 - إجراء دراسات مشابهة حول مختلف أنواع السمنة الأخرى وإجراء مقارنة فيما بينها.
 - بناء مقاييس نوعية لفئة المصابين بالسمنة.
 - ضرورة القيام بإحصائيات حول السمنة في الجزائر لعدم وجودها إطلاقاً في السنوات الأخيرة.

9. الخاتمة:

تعتبر السمنة من بين الأمراض المزمنة التي حظيت بأهمية بالغة في عصرنا الحالي بسبب انتشاره الكبير في جميع مجتمعات العالم والجزائر.

إنّ تعايش الفرد البدين مع مرضه هو بمثابة تحدي يومي، فهو يُعيق كل نواحي حياته الاجتماعية والعلائقية والنفسية، بغض النظر عن جل المشاكل الصحية الأخرى التي قد تسببها السمنة والصعوبات الجسدية التي تعيقه للقيام بمختلف المهام والسلوكيات الروتينية كالمشي وصعود السلالم.

وعليه فكلما كان التكفل بالسمنة مبكراً كلما قلّت مضاعفاته والتي قد تؤدي بصاحبها إلى الموت. لذلك كان علينا كأخصائيين في علم النفس الصحة حصر أكبر عدد ممكن من العوامل المؤثرة في هذا المرض المتعدد العوامل، وذلك لإمكانية تحكّم أكبر بالمرض والتنبؤ بمآله.

ولقد كشفت الدراسات في هذا المجال عن أهمية الجانب الانفعالي كالتنظيم الانفعالي في ظهور وتطور المرض، لاسيما تأثير عوامل أخرى كالعوامل النفسية والمتمثلة في هذا البحث في مركز الضبط الصحي، إضافة إلى المتغيرات السوسيوديموغرافية كمتغير الجنس والتي من شأنها أن تؤثر إما بتعزيز المرض أو التخفيف منه، وكما أنها تؤثر في مستوى نوعية الحياة لدى الراشد المعتدل البدانة.

وفي هذا الصدد جاء البحث الآتي للكشف عن هذه التأثيرات والتفاعلات بين كل من مركز الضبط الصحي والتنظيم الانفعالي ونوعية الحياة في ظل متغير الجنس، وذلك بالاعتماد على النموذج التفاعلي التعاقدى التكاملى الإدماجي (TIM). حيث أنه لا توجد دراسات في حدود علم الباحثة تطرقت إلى دراسة نفس مشكلة البحث الحالي. من هنا تظهر مدى أهمية هذا البحث في الكشف عن العلاقات التفاعلية الوسيطة أو المعدلة بين كل من التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة ومتغير الجنس، والتي بإمكانها أن تزيد أو تنقص من مضاعفات السمنة المعتدلة وخطورته على الراشدين المصابين بها. وإنّ تقاوي تقاوم السمنة المعتدلة هو من بين أهداف علم النفس الصحة المتمثل في الوقاية الثانوية وتحسين نوعية الحياة الخاصة بهذه الفئة من المرضى المزمنين.

ولتحقيق أغراض بحثنا واختبار فرضياته، تم الاستعانة بالمنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، وذلك على عينة قوامها (102) مصابة ومصاب بالسمنة المعتدلة، (51) مصابة و(51) مصاب، تراوحت أعمارهم بين (20 و 30 سنة). حيث تم اقتناء عينة البحث وفق طريقة العينة القصدية

من عيادة خاصة متعددة الاختصاصات ببلدية بابا حسن بالجزائر العاصمة، وذلك خلال الفترة الممتدة من (2018) إلى غاية (2020). وقد تم توزيع على العينة المستهدفة في البحث بطارية مقاييس المتمثلة في مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس مركز الضبط الصحي ومقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية. كما تأكدنا من صدقها وثباتها وملاءمتها في البيئة المحلية. وبعد الحصول على البيانات وتبويبها تم إخضاعها للتحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث تحققنا من الفرضيتين الأولى والثانية باستخدام معامل ارتباط "بيرسون"، أما الفرضيات الثالثة والرابعة والخامسة المتعلقة بالاختلاف بين الجنسين، فتم استخدام اختبار (T). في حين تم الاعتماد في الفرضية السادسة على معامل الانحدار المتعدد R.

ولقد أسفرت نتائج البحث الحالي إلى وجود علاقة ارتباطية بين كل من التنظيم الانفعالي ونوعية الحياة ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مركز الضبط الصحي في بعده الداخلي مع نوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بالسمنة المعتدلة. كما تم الكشف عن الاختلاف في الجنس في كل من التنظيم الانفعالي ومركز الضبط الصحي ونوعية الحياة. وفي الأخير كشف البحث الحالي على وجود علاقة تفاعلية بين كل من مركز الضبط الصحي والتنظيم الانفعالي ونوعية الحياة في ضوء متغير الجنس، وتم التوصل إلى نموذج تفسيري تفاعلي يتماشى مع الخلفية النظرية للبحث الحالي المتمثل في النموذج التعاقدية التكاملية الإدماجي (TIM)، كما تم الاستعانة بالنموذج الخامس المقترح من طرف Hayes في كتابه "مقدمة في الوساطة والتعديل وتحليل العملية الشرطية" الصادر عام 2018 في طبعته الثانية للوصول إلى اقتراح نموذج تفسيري لهذه النتائج. وفي هذا النموذج التفسيري التفاعلي يكون مركز الضبط الصحي الداخلي متغيرا مستقلا وإعادة التقييم المعرفي متغيرا وسيطا ومتغير الجنس متغيرا معدّلا ونوعية الحياة متغيرا تابعا.

ومع هذا تبقى النتائج المتحصل عليها في بحثنا هذا بحاجة إلى مزيد من الأبحاث والدراسات بغية ضبط أكثر للسمنة كونه مرض معقد، وذلك باستخدام أدوات أخرى على عينة أكبر حجما، وعليه الاستفادة أكثر من نتائجها.

كما أنه يجدر الإشارة أن الفترة الزمنية التي تم فيها البحث الحالي تزامنت مع مشكلة جائحة كورونا، والتي كانت معيقا للقيام بهذا البحث سواء على مستوى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات أو

حتى ربما على طريقة تفكير المبحوثين أثناء الإجابة على بطارية المقاييس الخاصة بالبحث، كما أن المستوى الصحي الصعب التي مرت به الباحثة كان من أهم عوامل صعوبة القيام بالبحث الحالي. وفي الأخير نتمنى أن يساهم بحثنا المتواضع في ميلاد أبحاث أخرى تهتم بفئة المصابين بالسمنة مع متغيرات أخرى لا تقل أهمية.

قائمة المراجع

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- 1- ابن منظور، محمد. (2003). *لسان العرب*. القاهرة: دار الحديث.
- 2- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010، 13-14 أبريل). *جودة الحياة: المفهوم والأبعاد*. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر.
- 3- أبو ناهية، صلاح الدين. (1989). *تقنين مقياس الضبط الداخلي- الخارجي للأطفال والمراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، 9، 113-122*. [URI: http://yarab.yabesh.ir/yarab/handle/yad/2648](http://yarab.yabesh.ir/yarab/handle/yad/2648)
- 4- أحمان، لبنى. (2017). *مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط بين الضغط النفسي والمرض الجسدي*. *مجلة العلوم الإنسانية، 47، 109-122*. المحمل من: <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/23/28/1/89175>
- 5- الأحمد، أمل. (2001). *مركز الضبط وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص العلمي*. بيروت: مؤسسة الرسالة.
- 6- أحمد، مختار عمر. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. القاهرة: عالم الكتب.
- 7- أيت أعراب، صبرينة. (2020). *أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي على نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي دراسة ثنائية فاعل شريك*. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 5، 506-529*.
- 8- بحرة، كريمة (2014). *جودة حياة التلاميذ وعلاقتها بالتحصيل الدراسي* /رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأطفونيا، جامعة وهران، الجزائر.
- 9- بدوي، أحمد زكي. (1993). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية عربي انجليزي*. بيروت: المكتبة الوقفية.

- 10- بلعباس، نادية. (2016). أنماط الاتصال وعلاقتها بجودة الحياة الزوجية. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس الأسري [أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي منشورة]، جامعة وهران 2، الجزائر. <https://ds.univ-oran2.dz:8443/jspui/handle/123456789/1241>
- 11- بن سالم، عدنان الجابر. (2009). زيادة الوزن و السمنة (التعريف- الخطورة- العلاج). المملكة العربية السعودية: مكتبة الوراق.
- 12- بن زاهي، منصور و بن الزين، نبيلة. (2012). مركز الضبط الداخلي- الخارجي في المجال الدراسي المفهوم وطرق القياس. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، (7)، 29-30. ISSN 2170-1121
- 13- بن مبارك، سعود. (2019). جودة الحياة وتأثيرها على الاغتراب لدى المعلمين المغتربين في بعض المحافظات التعليمية بسلطنة عمان. مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 12 (1)، 103-157. ISSN : 2170-1121.
- 14- بوخروف، سمير. (2019). دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالحي الأمراض المعدية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]، جامعة الجزائر 2-أبوقاسم سعد الله، الجزائر.
- 15- بوعمامة، حكيم. (2019). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد دراسة تحليلية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(1)، الجزائر: جامعة الوادي. ISSN 2437-1173 360-343.
- 16- تايلر، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. (وسام درويش بريك وفوزي شاكور طعمية داود، مترجم). عمان: دار الحامد (العمل الأصلي نشر في 1986).
- 17- تركي، آمال. (2017). علاقة المساندة الاجتماعية ومركز الضبط بنوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري. مجلة دراسات في علم النفس الصحة، 2(2)، 60-73. ISSN : 2602-5841
- 18- تعولميت، شيراز وعلوية، سمية. (2022): مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السرطان. مجلة العلوم الاجتماعية، 16(1)، 153-169. doi: 10.34118/ssj.v16i1.1887

- 19- جابر، عبد الحميد وكفافي، علاء الدين. (1993). معجم علم النفس والطب النفسي (ط.6). دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
- 20- جادو، جمال عبد الحميد. (2021). صعوبات تنظيم الانفعال كمتغير وسيط بين أحداث الحياة الضاغطة ومتلازمة التعب المزمن لدى الأمهات المغتربات. مجلة العلوم التربوية والدراسات الانسانية، 6(15)، 1-43. DOI/10.55074 /
- 21- جبالي، نورالدين. (2007). علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة باتنة، الجزائر.
- 22- جبالي، نور الدين. (2009). مصدر الضبط و علاقته بمرض الربو [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الحاج لخضر بباتنة، الجزائر.
- 23- الحوري، عكلة سليمان. (2011). دليل التغذية والوزن واللياقة البدنية. (ط.2). الأردن: دار الكتاب الثقافي.
- 24- دايدي، مريم. (2016). مفهوم نوعية الحياة من خلال فلم النفس الايجابي ، جامعة المدية، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 15(1). 87-100.
- 25- دروزه، أفنان نظير. (2006). العلاقة بين مركز الضبط ومتغيرات أخرى ذات علاقة لدى طلبة الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، 15(1)، 442-464. ISSN 1726-6807
- 26- الذواد، الجوهريه عبد الله (2002). وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعة- السعوديات والمصريات- دراسة عبر حضارية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، القاهرة.
- 27- رجب، رضا عبد القوي. (2018). جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية وعلاقتها بمستوى رعايتهم لذويهم المسنين. مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، 1(59)، 151-188.
- 28- رشاد عبد العزيز موسى (1988). سيكولوجية الفروق بين الجنسين. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.

- 29- الريماوي، محمد عودة. (2003). علم نفس النمو- الطفولة والمراهقة. عمان: دار السيرة.
- 30- الزروق، فاطمة الزهراء. (2017). علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 31- زناد، دليلة. (2011). علم النفس الصحي. الجزائر: دار الخلدونية.
- 32- الزهران، حامد عبد السلام. (1984). علم النفس الاجتماعي (ط.5). القاهرة: عالم الكتب.
- 33- الزهراني، شروق غرم الله. (2020). المساندة الاجتماعية وفعالية الذات وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من طالبات الجامعة بمحافظة جدة، مجلة جامعة الملك عبد العزيز للعلوم والانسانيات، 28 (08)، 183-203. DOI: 10.4197/Art.28-2.7
- 34- زقوت، أسامة شحدة. (2017). موضع الضبط وجودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى العاملين في مراكز الصحة النفسية بوزارة الصحة بقطاع غزة أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس]، جامعة غزة، فلسطين. محملة من https://library.iugaza.edu.ps/book_details.aspx?edition_no=133305
- 35- ساعد، شفيق. (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي الاجتماعي]، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- 36- السكافي، فاتن أحمد. (2021). قياس نوعية الحياة. مجلة آفاق للعلوم، 6(1)، 10-26.
- 37- سلامة، بهاء الدين إبراهيم. (2001): الصحة والتربية الصحية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 38- سلامة، عبد العظيم حسن. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية (ط.1). عمان: دار الفكر.
- 39- سلوم، هناء عباس. (2015). استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بحل المشكلات دراسة مقارنة على عينة من طلاب المرحلة الثانوية وطلاب المرحلة الجامعية بمدينة دمشق.

[رسالة ماجستير منشورة]، جامعة دمشق، سوريا.

<http://mohe.gov.sy/master/Message/Mc/hanaa%20salom.pdf>

- 40- السيد الكشكي، مجدة. (2021). النوع كمتغير معدل للعلاقة بين الانتماء للوطن والتماسك والتكيف الأسري والمرونة العقلية. *المجلة العربية للدراسات الأمنية*، 37 (2) ، 254-268. DOI : 10.26735/ANXU2712 .268
- 41- الشافعي، أحمد. (2007). التفاوض والتشاور واستخدامات العافية، دراسة عبر ثقافية الطلبة الجامعة المصريين والاماراتيين. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 17 (21). 86-129.
- 42- رودهام، كارين. (2012). علم النفس الصحي. (شويخ هناء، مترجم). مصر: المنهل (العمل الأصلي نشر في 2009).
- 43- شويلع، يزيد. (2018): نوعية الحياة من منظور علم النفس الإيجابي، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية - جامعة الجلفة الجزائر، 1 (11)، 8-26. محل من: <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/310/11/1/58756>
- 44- الشيمي، نجلاء فتحي عبد الرحمان عفيفي. (2018). تنظيم الانفعال وعلاقته بجودة الحياة لدى طالب الجامعة. *المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية*، 4 (23) 241-265.
- 45- الصبان، عبير محمد، السلمي سماح عمر و الأنصاري هبة عبد الحي. (2020). التنظيم الانفعالي وعلاقته بدافع الانجاز لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الآداب والعلوم الانسانية، 8 (3)، 217-248. DOI:10.4197/Art.28-3.9.248
- 46- صلاح سند إبراهيم، صفاء. (2016). جودة الحياة والصحة النفسية (ط.1). مصر: دار نشر يسطرون.
- 47- الضامن، منذر عبد الحميد. (2007). *أساسيات البحث العلمي*. عمان: دار المسيرة.
- 48- الضبع، فتحي عبد الرحمن. (2018). التعاطف مع الذات لمدخل لخفض الشعور بالخزي الأكاديمي لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية بأسبوط، 34 (3). 568-639.
- 49- عبد الحلیم، رضا ربيع. (2022). نوع الجنس كمتغير معدل في العلاقة بين الرضا الوظيفي والدافعية المهنية للمعلمين باستخدام نمذجة المعادلة البنائية متعددة المجموعات، مجلة

- 50- عبد الرسول، فتحي محمد. (2015). البحوث النفسية والتربوية (البحث التربوي- أسس وقواعد). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 51- عبد القادر خليل، منى (2004). التغذية العلاجية. (ط. 2). القاهرة: دار النيل للنشر والتوزيع.
- 52- عبد اللطيف، محمد خليفة. (2002). دراسات في علم النفس الاجتماعي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- 53- عبيدات، محمد وأبو نصار، محمد وعقلة. (1999). منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات (ط. 2). عمان: دار وائل.
- 54- العزاوي، فاتن سبع خماس. (2021). السمنة وعلاقتها بالتعب المزمن لدى معلمات أطفال الرياض. مجلة كلية التربية الأساسية، 113 (27). DOI: 10.35950/cbej.v27i113.4985
- 55- عزوز، اسمهان و جبالي، نورالدين. (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية، 19. ISSN 2706-9214 .224-209
- 56- عزوز، اسمهان. (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن [أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي منشورة]، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- 57- عفانة، محمد جاسر علي. (2018). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة [رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية]، كلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.
- 58- عودة، علي الحلفي وجابر، أبرار حسن. (2015). تنظيم الانفعال رؤية نظرية. الجامعة المستنصرية، مجلة الفلسفة، (12)، 11361992، 183-169.
- 59- عويضة، حسين. (2015). التغذية العلاجية. المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر.

- 60- عيسي، محمد. (2016). مدى انتشار داء السمنة عند طلبة الجامعة. حوليات جامعة الجزائر 1، 29 (2)، 201-224.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/18/29/2/6728>
- 61- فرج، صفوت. (1991). مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالانقباض والعصابية. القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
- 62- فهمي، يوسف (2017). التفكير الإيجابي وعلاقته بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من خريجي الجامعات الفلسطينية. [رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية غير منشورة]، كلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة. فلسطين.
- 63- قدومي، عبد الناصر عبد الرحيم و نصر الله، منذر عبد الفتاح. (2019). البدانة والسمنة ومعدل النمو في طول القامة وكتلة الجسم ومساحة سطح الجسم لدى طلبة الصفوف الأربعة الأولى في المدارس الحكومية الفلسطينية. دراسات العلوم التربوية، 46(4).
https://www.researchgate.net/publication/338121582_albdant_walsmnt_wmdl_alnmw_fy_twl_alqamt_wkltl_aljism_wmwsht_kltl_aljism_wmsaht_sth_aljism_ldy_tibt_alsfwf_alarbt_alawly_fy_almdars_alhkwmty_alflstyny
- 64- القشار، محمد وطشوش، محمد. (2016). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، (2)، 133-151.
- 65- الكرخي، خنساء خلف نوري رحيم. (2011). جودة الحياة لدى المرشدين التربويين و علاقتها بالنكاه الانفعالي. [رسالة ماجستير منشورة]، كلية التربية الأساسية - جامعة ديالى، العراق.
- 66- كفاني، علاء الدين. (1982). بعض الدراسات حول وجهة الضبط وعدد من المتغيرات النفسية. الجزء 1. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 67- لحسن، محجوب عرابي. (2010). النشاط البدني و ظاهرة البدانة عند المراهقين في الجزائر، [رسالة ماجستير منشورة]، جامعة دالي ابراهيم. الجزائر.
- 68- المبارك، عبد الجليل. (2000). الانطواء لدى تلاميذ الصف الثامن بمرحلة الأساسي وعلاقته بمركز التحكم والتحصيل الدراسي والاتجاهات الوالدية في التنشئة [أطروحة دكتوراه

منشورة/، جامعة أم درمان، السودان. محل من

<http://thesis.mandumah.com/Record/210512>

- 69- مجلس الشؤون الاقتصادية للمملكة العربية السعودية (2020). برنامج جودة الحياة 2020 خطة التنفيذ. المملكة العربية السعودية. تم تحميله من <https://lb.moe.gov.sa/ar/Documents/QoL%20Arabic.pdf>
- 70- المحمدي، مروان. (2004). الأفكار العقلانية وغير العقلانية وعلاقتها بوجهتي الضبط الداخلي- الخارجي لدى عينة من طلاب كلية المعلمين بمحافظة جدة. رسالة ماجستير منشورة/، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 71- محمود، عبد الله العثمان و دندي، إيمان. (2021). جودة الحياة وعلاقتها بمستوى ممارسة النشاط البدني والرياضي لدى عينة من طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، 3(2)، 318-348.
- 72- مرياح فاطمة. (2012). سوء التغذية لدى المتمدرس وعلاقته بالتحصيل الدراسي، دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ السنة الأولى والثانية متوسط. رسالة لنيل شهادة الماجستير منشورة تخصص الصحة والتكيف الدراسي/، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر.
- 73- مشري، سلاف. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، 8، 215-237. محل من: <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/475/2/5/79393>
- 74- مظلوم، مصطفى. (2017). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأكسيتيميا لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة سيكومترية كينيكية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس. 82، 143-212.
- 75- معريش، العربي (1999). خصوصيات مرضى الربو. الجزائر: دار الهدى.
- 76- معمريه بشير (2012). مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي، دراسة ميدانية. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 77- المومني، محمد والصمادي، أحمد. (1995). أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز الضبط لدى المعوقين حركيا. مجلة أبحاث اليرموك: سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 11(2)، 9-51.

- 78- نعاب، سارة آمال. (2017). العجز المتعلم وعلاقته بسلوك إيذاء الذات والشعور بالوحدة النفسية في ظل بعض المتغيرات الديموغرافية لدى مرضى سرطان المستقيم الحاملين لجهاز الستوما [أطروحة دكتوراه غير منشورة]، جامعة الجزائر 2-أبو قاسم سعد الله
- 79- الهادلي، كاظم علي مهدي وعبد الخالق، نجم. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين الليبيين، دراسة ثقافية مقارنة. *المجلة العلمية الأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك*، 22، 1-07.
- 80- هدية، فؤاد محمد علي. (1994). دراسة لمصدر الضبط (الداخلي و الخارجي) لدى المراهقين من الجنسين. *مجلة علم النفس، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب*، 32 (8)، 82-95.
- 81- الهمص، صالح إسماعيل. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. [رسالة ماجستير غير منشورة]، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
- 82- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة. [رسالة ماجستير منشورة]. كلية التربية. جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
- 83- هوفمان ، ستيفن. (2012). العلاج السلوكي المعرفي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. (ط.1). (مراد علي عيسى، مترجم). مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 84- يخلف عثمان (2001). علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة. قطر: دار الثقافة.

المراجع باللغة الأجنبية:

- 85- Abraham C., Sheeran P., Sprears R., & Abrams D. (1992). Health beliefs and provocation of HIV- preventive intentions among leenagerse. A Scottish perspective. *Health Psychology*, 11, 363-370.
- 86- Adams G. & Webster J.R. (2012). Emotional regulation as moderator between interpersonal mistreatment and distress, *European*

journal of work and organizational psychology, 22(6), 1-14. DOI: 10.1080/1359432X.2012.698057.

- 87– Agrass W.S., Berkowitz R.I., Arrow B.A., Telch C.F., Marvell M., Mendream J. Marris Y., & Wilfey D.E. (1996). Maintenance following a very lower calories diet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 610-613.
- 88– Aliha Mohamed J. (2015). The relationship between quality of life and health locus of control beliefs in hemodialysis patients. *Client-Centered Nurs Care* , 1(2), 83-90.
- 89– Alonso-Pedrero L, Bes-Rastrollo M, Marti A. (2019). *Effects of antidepressant and antipsychotic use on weight gain: A systematic review. Obes Rev.* 20(12):1680-90.
- 90– Arshdeep Kaur, Shabeeba Z Kailash, Kailash Sureshkumar, Sivabackiya C, Niha Rumaisa (2022). Gender differences in emotional regulation capacity among the general population. *IAIM*, 9(1):22-28.

https://www.iaimjournal.com/wpcontent/uploads/2022/02/iaim_2022_090_1_03.pdf

- 91– Alamdari M., Sajad R.S., & Sahedoost A.(2022). Predictors of health-related quality of life among Iranian people with type 2 diabetes, *Journal Of Nephro pharmacology*, DOI: 10.34172/npj.2022.10501.
- 92– Arnaud C. (2016). Création et validation d'un nouvel outil d'évaluation de la qualité de vie des patients adultes obèses opérés de chirurgie bariatrique, le BARIAVIE , université de Poitiers, faculté de médecine et de pharmacie, France.
- 93– Atek.M & Al.(2010). *L'obésité chez l'adulte de 35 à 70ans*. Institut national de santé publique, El biar, Algérie.
- 94– Athar Halaby (2016). Obésité et santé mentale. *Humain and Health*, 36, p.51. téléchargé de : <https://readgur.com/doc/1724802/ob%C3%A9sit%C3%A9-et-sant%C3%A9-mentale>
- 95– Appart A., Tordeurs D., & Reynaert C. (2007).La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques. *Louvain médical*, 126(5), 153-159. Téléchargé de: https://www.researchgate.net/publication/268276771_LA_PRISE_EN_CHARGE_DU_PATIENT_OBESE_ASPECTS_PSYCHOLOGIQUES
- 96– Argyle M.(1999). Cases and correlates of happiness. Dans D. Kahneman, E. Diener et N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*, 353-373.

- 97– Badr H., Manee F., & Chavan S.(2021). Gender differences in quality of life, physical activity, and risk of hypertension among sedentary occupation workers, *Quality of Life Research*, 30(3), DOI: 10.1007/s11136-020-02741-w
- 98– Baker R.C., & Kirschenbaum D.S. (1998). Weight control during the holidays: Highly consistent self-monitoring as a potentially useful coping mechanism. *Health Psychology*, 17, 367- 370.
- 99– Baker C., Whisman M.A. & Brownell K.D. (2000). Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions. *Health Psychology*, 19, 376-381.
- 100– Baron R.M. & Kenny D.A. (1986). The moderator- moderator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- 101– Basdekis J-C. (1999). *Guide pratique de diététique: mincir une question d'équilibre*. France : Edition Ellipses.
- 102– BASDEVANT Arnaud, BOUILLOT Jean-Luc, CLÉMENT Karine, OPPERT Jean-Michel, TOUNIAN Patrick (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité* , Paris : médecine sciences publications.
- 103– Barrio-Martinez S. & al. (2022). Emotion Regulation as a Moderator of Outcomes of Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioural Therapy for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 53 (2) <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.007>.
- 104– Berkowitz R.I., Agras W.S., Korner A.F., Kraemer H.C., & Zeanah C.H. (1985). Physical activity and adiposity: A longitudinal study from birth to childhood. *Journal of Pediatrics*, 106, 734-738.
- 105– Brackett, M.A., Salovey, P., (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*. 18. 34-41
- 106– Brans, Karen. Koval, Peter. Verduyn, Philippe. Lim, Yan Lin. Kuppens, Peter. (2013). *The Regulation of Negative and Positive Affect in Daily Life*. American Psychological Association, Vol. 13, No. 3.
- 107– Brouchon-Schweitzer M. & Dantzer R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*. 4eme édition, France: PUF.
- 108– Brun P.(2009). *Quality of life and affect across the adult lifespan*, was university. https://www.researchgate.net/publication/254718735_Quality_of_Life_and_Affect_across_the_Adult_Lifespan.

- 109– Brownell. K. D. (1982). Obesity : Understanding and treating a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 820-840.
- 110– Brownell K.D & Rodin J. (1996). The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49, 781-791.
- 111– Brun P.(2015). Emotion et regulation emotionnelle : une perspective developpementale. *Enfance 2015. N2*. 165-178.
10.4074/S0013754515002013
- 112– Bioy & Fouques (2009) . *Manuel de psychologie du soin* , France :édition Breal.
- 113– Bourdier. L,Berthoz S., Romo L., Ballon N., & Brunault P. (2018). Alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation , *EMC psychiatrie*, 15 (1),1-8. Doi : 10.1016/S0246-1072(17)81572-8
- 114– Bouchard C., Tremblay A., Despres J-p., Nadeau A., Lupin P.L . Thierault G., Dussault L., Moorjani S., Piault S. & Fournier G. (1990). The response to long-term overfeeding in identical twins . *New England Journal of Medecine*, 322, 1477-1487.
- 115– Branckzuk U. (2019). The five factor model of personality and emotion regulation: a meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 139 (2019) 217-227.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.025>
- 116– Capodaglio, P., Castelnuovo, G., Brunani, A., Vismara, L., Villa, Capodaglio, E.M. (2010). Functional Limitations and Occupational Issues in Obesity: A Review. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 16 (4), 507–523. doi : 10.1080/10803548.2010.11076863.
- 117– Charney, D. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress.*Am J Psychiatry*, 161 (2), 195-216. doi: 10.1176/appi.ajp.161.2.195.
- 118– Choo J., Jean S., & Lee J. (2009). Gender differences in health-related quality of life associated with abdominal obesity in a Korean population. *BMJ Journal*, 4 (1) doi:10.1136/bmjopen-2013-003954
- 119– Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 3182-187
- 120– Cirillo T. Albano M., Crozet C., & d'Ivernois J-F. (2006). Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses: Enquête en Italie du Sud. *Revue médicale suisse*, 59 (2), 848-852.
Telechargé de :
https://www.revmed.ch/view/619819/4830668/RMS_59_848.pdf

- 121– Ciuluvica C., Amerio P., Fulcheri M. (2014). Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic patients. *Procelia social and behavior sciences*, 127 (2014) 661-665.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.331>
- 122– Claisse. C (2017). *Étude des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcoolo-dépendants abstinents à l'alcool à court et à long terme*, Université de Lille, France.
- 123– Dalu A. (2009). *Profil psychologique et social du patient obèse candidat à une chirurgie de l'obésité*, doctorat en médecine d'état, université Paris V Descartes. France.
- 124– Darmon N. Le gradient social de l'obésité se creuse en France – Sait-on pourquoi ? *Ol Corps Gras Lipides*, 15(1):46-52.
- 125– Dranikowska J, Jedrzejczak B., & Dziki A. (2021). Health locus of control among patients operated for colorectal cancer, *Polish journal of surjey*, 93, 1-5. DOI :10.5604/01.3001.0015.3457
- 126– Delelis.G & al. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens. *Bulletin de psychologie*, 5(515), 471-479.
- 127– Dennis, Tracy. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motiv Emot*, 31, 200–207
- 128– Denisoff E. & Endler S.N. (2000). Life experiences, coping and weight preoccupation in young adult women. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 97-103.
- 129– Dogonchi M., Mohammadzadeh F., & Moshki M.(2022). Investigating the relationship between health locus of control and health behaviors: A systematic review, *The open public health journal*, 15(1), DOI: 10.2174/18749445-v15-e2208010
- 130– Drewnowski A, Buszkiewicz J, Aggarwal A, Rose C, Gupta S, Bradshaw A.(2020). Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. *Obesity*. 28(1),22-30
- 131– Duriez Nathalie (2011). Thérapie familiale et trouble de la régulation émotionnelle . *Thérapie Familiale*, 1(32), 41-58.
- 132– Emery C.F., Frid D.J., Engebretson T., Alonzo A., Poisson A., Ferketich A.K., Reynolds N.R., DUjardin J-P., Homan J.E., & Stern S.L. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients, *psychosomatique medicine*, 66(2), 190-197. DOI: 10.1097/01.psy.0000116775.98593.f4

- 133– Erdelyi, M. H. (1993). Repression: The mechanism and the defense. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- 134– Epstein I.H., Kilanowski C.K., Consalvi A.R, & Paluch R.A. (1999). Reinforcing value of physical activity as a determinant of child activity level. *Health psychology, 18*, 599-603.
- 135– Evers, C.; Stok F. M.; De Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6), p. 792-804. doi : 10.1177/0146167210371383.
- 136– Extremera Nathalio (2015). *The moderator rôle of emotion regulation ability in the link between stress and well-being* , University of Malaga, Spain.
- 137– Fafa N., Meskine D., Fedala S., Kedad L. (2017). *Prevalence of obesity in Algeria*. 19eme congress Européen d'Endocrinologie, Portugal, bioscientifica, tome 49 DOI : [10.1530/endoabs.49.EP718](https://doi.org/10.1530/endoabs.49.EP718)
- 138– Fillion L., Fillion G., Kiourac L. Lemyr. L & Lemyr R. (1994). Stress and immunity: A review of psychoneuroimmunology. *Canadian Psychology 35*(4):405-426 DOI: 10.1037/0708-5591.35.4.405
- 139– Floyd D.L Rogers R.W & Prentice-Dunn S (2000). A metanalysis of research on protection motivation theory, *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 2, 407-430.
- 140– Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology, 48*(1), 150.
- 141– Foster G.D., Wadden T.A., & Vlogt RA (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychology, 16*, 226-229.
- 142– French S.A., Hennrius D.J, & Jeffery R.W (1996). Smoking status, dietary intake, and physical activity in a sample of working adults. *Health Psychology, 15*, 448-454.
- 143– Freud S. (1959). *L'autoanalyse de Freud*, Paris : edition PUF.
- 144– Gibek K. & Saha T. (2019). Comparaison of health locus of control in oncological and non-oncological patients, *Contemporary oncology, 23*(2), 115-120. DOI :10.5114/wo.2019.85638
- 145– Goleman, D, (1999). *The emotionally intelligent worker*. Futurist.
- 146– Grabovac B. & Sakotic-Kurbalija J. (2021). The Effects of the Dark Triad Traits on the Five Pillars of Positive Psychology: The Moderation

- Effect of Gender, *Primenjena Psihologija*, 14(4), 483-508. DOI: 10.19090/pp.2021.4.483-508
- 147– Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- 148– Graziani P., Hautekèete M., Rusinek S., & Servant D. (2001). *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*, Paris : Masson.
- 149– Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- 150– Gross J.J (2002). *Emotion regulation: Affective cognitive, and social consequences*, Standford University, California, USA.
- 151– Gross, J. J., & Thompson, R. A., (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. 3–24. New York, NY: Guilford Press.
- 152– Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- 153– Hayes A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analys*, second edition, New york: The Guilford Press.
- 154– Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.
- 155– Ilevbare F.M., Idemudia E.S. , Atiola S. (2019). Environmental identity, health locus of control, and quality of life in oil- producing community. *Environment Quality Management*, 28, 123-129. DOI: 10.1002/tqem.21580.
- 156– Institut national de la santé publique. (2007). *Transition épidémiologique et système de santé: Projet TAHINA*, Alger.
- 157– Israel, Smith Stacey. (2009). *Creative Therapy and Adolescents: Emotion Regulation and Recognition in a Psycho- Educational Group for Ninth Grade Students*. Providence college. Social Work Theses. https://digitalcommons.providence.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1046&context=socialwrk_students

- 158– Jie Z. & Zhonglin W. (2022). Moderation Analyses of Two Frequently-Used Types of Categorical Variable, *Journal of Psychology Science*, 45(3), 702-709. DOI: 10.16719/j.cnki.1671-6981.20220326
- 159– Jonasson, PK, Lyons, M., Bethell, EJ et Ross, R. (2013). Different routes to limited empathy in the sexes : examining the links between the dark triad and empathy. *Personality and individual differences*, 54, 572–576. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.009>
- 160– Jostmann.N & al. (2005). Subliminal Affect Regulation: The moderating Role of Action vs. State Orientation. *European Psychologist*, 10 , 209-219.
- 161– Kahman. D & Tversky. D (2003). Experienced utility and objective happiness: A moment-based approach. *The psychology of economic decisions*, 1, 187-208.
- 162– Kara A. & Uslu A.G. (2020). Positive and negative affect during a pandemic: mediating role of emotional regulation strategies, *pedagogical research*, 4(4), 484-497. DOI: 10.33902/JPR.2020064452
- 163– Karing C. & Beelmann A. (2019). Cognitive emotional regulation strategies : Potential Mediators in the Relationship Between Mindfulness, Emotional Exhaustion, and Satisfaction ?, *Mindfulness*, 10 (2), DOI: 10.1007/s12671-018-0987-z.
- 164– Klesges R.C., Hanson L.H., Haddock C.K., & Klesges L.M. (1990). Effects of obesity, social interactions, and physical environment on physical activity in pre-schoolers. *Health Psychology*, 9, 435-449.
- 165– Koch M., Hjermsstad MJ.,& Tomaszewski K. (2022). Gender effect on quality of life and symptom burden in patients with lung cancer ; results from a prospective, cross-cultural, multi-center study. *J Thorac Dis*. 12(8):4253–4261. doi:10.21037/jtd-20-10541
- 166– Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and emotion*, 23, 4-41.
- 167– Lake A. & Townshend T. (2020). Obesogenic environments: exploring the built and food environments: *J R Soc Promot Health*
Disponible sur:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1466424006070487>
- 168– Lavade M. (2016). *Les connaissances et croyances des patients obèses à propos de leur maladie. Thèse doctorale en médecine*, université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy. Téléchargé de : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931862/document>
- 169– Lazarus R. & Folkman S. (1984). *Coping and adaptation, Handbook of behavioral medicine*, New York: Guilford press, 282-325.

- 170– Le Huu.M (2018). *Psycho neuro endocrino immunologie*, Institut superieur de Naturopathie, Paris.
- 171– Leist J.B & Leist T.P (2022). Multiple sclerosis: relationship between locus of control and quality of life in persons with low versus high disability, *health psychology and behavioral medicine*, 10(1), 316-334. DOI: 10.1080/21642850.2022.2050373
- 172– Leroy, T., Delelis, G., Nandrino,J., & Christophe,V. (2014). Régulation endogène et exogène des emotions: des processus complémebtaires et indissociables. *Psychologie Francaise*, 59(3), 183-197.
- 173– Madani, A., Boutebal, S. E., & Bryant, C. R. (2020). The psychological impact of confinement linked to the coronavirus epidemic COVID-19 in Algeria. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3604.
- 174– Makovski D. & Al. (2015). Regulation emotionnelle face au declin cognitive dans le vieillissement: un faux paradoxe ? , *geriatrie psychologie neuropsychiatrie viellissement*, 13 (3), 301-307.
- 175– Mandju H K. & Basavarajappa. (2016). Role of Emotion Regulation in Quality of Life, *The international Journal Of Indian Psychology*, 1(1), 155-160. DIP: 18.01-136/20160401.
- 176– Mas M.& Chambaron S. (2021). Facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux de l’obésité: vers une meilleure comprehension pour de nouvelles perspectives d’action . *cahiers de Nutrition et de Diététique*, july 2021. DOI: 10.1016/j.cnd.2021.06.001
- 177– Masson E. (1970). Obesity in pet dogs. *Veterinary Record*, 86, 612-616. DOI : 10.1136/vr.86.21.612.
- 178– Mayer J-M. & Stunkard A .(1994). Binge Eating Disorder and the Treatment of Obesity. *The obesity society*, 2(3), 279-280.
<https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1994.tb00058.x>
- 179– MC FarlaneT., Polivy J., & Mc Cabe R.E. (1999). Help, not harm: Psychological foundation for a nondieting approach toward health. *Journal of social issues*, 55, 261-276.
- 180– Medahi M I., Khalatbari J., Samadzadeh M., Amraei M., Ahmadi R., & Keikhayfarzaneh M. (2011). The study of quality of life and personality traits of NEO Five Factors concerning death anxiety in Shahed University Students, *international journal of scientific & engineering research*, 2(12), ISSN 2229-5518.

- 181– Meltem Demirgöz; Sahin, Nevin Hotun (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12), 1309–1316. Doi:10.1097/gme.0b013e31821e2494
- 182– Meyer C., Leung N., Barry L., & De Feo D. (2010). Emotion and eating psychopathology: Links with attitude toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 187-189.
- 183– Moshki M., Tavakolizadeh J., Vahedian M.(2021). Effect of health locus of control on the quality of life among hemodialysis patients, *journal of intergrative nursing*, 3(1), 5-11. DOI: 10.12209/issn2708-3845.20201215004
- 184– Muazzam A., Ali N., Niazi Y., & Hassan N. (2021). Emotion regulation, optimism, and quality of life among Gastric Ulcer Patients. *Medical and health sciences*.DOI: 10.12669/pjms.37.4.3894
- 185– Nejati S., Sabahi P., Rafieinia P. & Esfehni S-R. (2014). The comparison of emotional regulation strategies in obese women with negative and positive body image. *Irian Journal Of Cognition and Emotion*, 1, 1-5. Téléchargé de: <https://www.researchgate.net/publication/352439623> The Comparison of Emotion Regulation Strategies in Obese women with Negative and Positive Body Image
- 186– Neumann, Anna & Koot, Hans M, (2010): *Emotion Regulation Difficulties in Adolescents: Associations with Parenting and Mother-Adolescent Relationship Quality*. 62-75.
- 187– Nikolaou I., Alikari V., Tzavella F., Zyga S., Tsironi M., Polikandrioti M., Koufopoulou P., and Theofilou P. (2019). Health locus of control and quality of life in diabetes mellitus: a cross-sectional study. *International Journal of Mudwifery and Nursing Practice*, 2(1), 95-101. <https://www.researchgate.net/publication/337050451> Health locus of control and quality of life in diabetes mellitus A cross-sectional study
- 188– Ochsner K.N. & Gross J. (2008). Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social, Cognitive, Affective Neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 153-158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
- 189– O’Donoghue G, Kennedy A, Puggina A, Aleksovaska K, Buck C, Burns C, (2018). Socioeconomic determinants of physical activity across the life course: A determinants of Diet and Physical Activity . (DEDIPAC) *umbrella literature review*. *PLOS ONE*. 13(1) DOI:e0190737.

- 190– Ogden.J (2007). *Health psychologies : A text book* , Fourth edition
New York : open university press.
- 191– Ogden.J. (2014). *Psychologie de la santé*, 2eme edition, (traduction
de Desrichard. O & al.). France : De Boeck.
- 192– Ogden.J (2018). *Psychologie de la santé* , 3eme edition, France :De
Boeck Sup.
- 193– Omran, Majid Pourfaraj. (2011). Relationships between cognitive
emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal
of Psychiatry*. 1. 106-109.
- 194– Organisation mondiale de la santé. (2003). *Obésité: prévention et
prise en charge de l'épidémie mondiale*. Singapour.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>
- 195– Organisation mondiale de la santé. (2020). *Les 10 principales
causes de mortalités*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-
sheets/detail/the-top-10-causes-of-death](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death)
- 196– Olapegba P.O., Osamika B.E. (2015). Interaction of age, health
locus of control, social support and perceived quality of life among
hypertensive patients, book of pproceedings; the 6th Academic Conference
of Hummingbird Publications and Research International on Paving Way
for Africa Unique Opportunities for Sustainable Development in the 21st
Century, 6(2), University of Ibadan Conference centre, Ibadan.
[https://www.researchgate.net/publication/331136017_INTERACTION_O
F_AGE_HEALTH_LOCUS_OF_CONTROL_SOCIAL_SUPPORT_AN
D_PERCEIVED_QUALITY_OF_LIFE_AMONG_HYPERTENSIVE_P
ATIENTS](https://www.researchgate.net/publication/331136017_INTERACTION_OF_AGE_HEALTH_LOCUS_OF_CONTROL_SOCIAL_SUPPORT_AND_PERCEIVED_QUALITY_OF_LIFE_AMONG_HYPERTENSIVE_PATIENTS).
- 197– Penick S.B., Filion P., Fox S., & Stunkard A.J. (1971). Behavior
modification in the treatment of obesity. *Psychomatic Medicine*, 33, 49-
55.
- 198– Phares, E. J. (1976). *Locus of control in personality*. Kansas State
University, General Learning Press.
- 199– Phillips, K. F. V., & Power, M.J. (2007). A New Self-Report
Measure of Emotion Regulation in Adolescents: The Regulation of
Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14,
145-156.
- 200– Pimenta F., Bertrand E., Mograbi D., Shinohara H. & Fernandez
J.L. (2015). The relationship between obesity and quality of life in
Brazilian adults. *Frontiers in psychology*, 6 (966).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00966>

- 201– Prado-Netto & al. (2006). Lieu de controles chez les obèses : traduction et premiere etude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du poids de Saltzer , cagier de nutrition et dietetique, 41, 4.
- 202– Pugliese J., Lecours S. & Boucher M. (2019). Regulation émotionnelle et alexythimie : des precurseurs des conduites alimentaires a risque. *Revue quebecoise de psychologie*, 2 (40).
- 203– Putnam, K. M, Slik, K.R. (2005). Emotion deregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17,p. 899-925. DOI : 10.1017/S0954579405050431
- 204– Rascale N. & Irchabal S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 2(64), 97-118.
<https://doi.org/10.3917/th.642.0097>
- 205– Réhaume C. & Brassard P. (2013). *Le diabète de type 2 et l'obésité : un lien incontournable*. Guide pour les patients atteints de diabète, 261-272.
- 206– Rimasson El beze D. (2015). *Le role de la gestion émotionnelle dans l'experience émotionnelle de la douleur chronique et le handicap, chez les personnes atteintes de fibromyalgia: une approche trans-théorique* , université Paris Ouest Natterre la Défense, Paris.
- 207– Rime, B., Philippot, P., Boca, S., & Mesquita, B. (1992). Long-lasting cognitive and social consequences of emotion: Social sharing and rumination. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology*. 3. 225–258.
- 208– Rogers R.W & Prentice-Dunn S. (1997). Protection motivation theory in Gochman D. (eds). Handbook of health behavior: Vol, L Determinants of health behavior, *Personal and social*, 50,113-132.
- 209– Rootman, I., & Goodstadt, M. (Eds.). (2001). Evaluation in health promotion: principles and perspectives (No. 92). *WHO Regional Office Europe*.
- 210– Ryff, C.D. & Singer B. (1998). *The role of purpose in life and personal growth in positive human health*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- 211– Saarijärvi, S., Salminen, J. K. & Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2), 107-11.
- 212– Sallis J.F., Nader P.R. Broyles S.L., Berry C.C., Edler J.P., McKenzie R.L. & Nelson J.A. (1993). Correlates of physical activity at home

- in Mexican-American and Anglo- American preschool children. *Health Psychology*, 12,390-398.
- 213– Sallis J.F., Proshaska J.J., Taylor W.C., Hill J.O., & Geraci J.C. (1999). Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology*, 18, 410-415.
- 214– Schweitzer M-B. & Danzer R. (2003). Introduction à la psychologie de la santé . Paris : Edition PUF.
- 215– Seontaik K., Li Miao, Vincent P. Magnini (2013). Consumers Emotional Responses and Emotion Regulation Strategies During Multistage Waiting in Restaurants, *Journal of Hospitality & Tourism Research*, July 15 2013, <https://doi.org/10.1177//1096348013495697> .
- 216– Sharmila J.B., Banu A.T., Mary A.J., & Asirvatham A.J. (2018). Gender differences in quality of life in type-2 diabetics with metabolic syndrome, *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9(12), 255- 259. DOI: 10.5958/0976-5506.2018.01843.0.
- 217– Silva R. (2015). Importance of emotional regulation in obesity and weight loss treatment. Universidale Fernando Pessoa, Porto, Portugal, *Fractal: Revista de Psychologia*, 27 (3), 286-290.
- 218– Smith-Israel, S. (2009). *Creative Therapy and Adolescents: Emotion Regulation and Recognition in a Psycho- Educational Group for Ninth Grade Students*. Social Work Theses. Available from: <https://vdocuments.mx/creative-therapy-and-adolescents-emotion-regulation-and-.html?page=1>
- 219– Sobal J. & Stunckard (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, IOS,260-275.
- 220– Song H.R., Park H S., Yun K.E., Cho S-B., Choi E.Y., Lee S-Y., Kim J-H., Sung H.N., Choi S L., Yoon Y S., Lee E.S, Han J H ., Shin C I . Chang H.M., & Bae S C. (2010). Gender and age differences in the impact of overweight on obesity-related quality of life among Korean adults, *Obesity Research & Clinical Practice*, 4(1), e1-e82. DOI: 10.1016/j.orcp.2009.07.003
- 221– Soussou M. & El Ansari N. (2018). L'obésité et son impact sur les articulations : série de 115 cas. *Annales d'endocrinologie*, 79 (4), p. 519. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2018.06.1079>
- 222– Stunkard A-J. (1988). Some perspectives on human obesity: its causes. *Bulletin of the New York Academy of Medecine*. 64, 902-923.
- 223– Susniene, D., & Jurkauskas, A. (2009). The concepts of quality of life and happiness– correlation and differences. *Engineering Economics*, 63(4).

- 224– Surwit R.S., Feiglos M.N., Mc Caskill C.C., Clay S.I, Babyak M.A, Brownlow B.S., Plaisted c.s, & Lin P.H. (1997). Metaboliv and behavioral effects of a higsucose diet during weight loss. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 908-915.
- 225– Swinburn BA., Egger G., Raza F. (1999). Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Prev Med. 1. 29* (6): 563-70.
- 226– Tamir M., Ford BQ (2012). When feeling bad is expected to be good: Emotion regulation and outcome expectations in social conflict. *Emotion*, 12, 807–816. DOI: 10.1037/a0024443.
- 227– Tasca G., Ritchie K., & Balfour L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy*, 48, 249-259.
- 228– Taylor, G. J., Ryan, D. et Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- 229– Thomason JA. (1983). Multidimensional assesement of locus of control and obesity . *Psychol. Rep*, 53, 1083-1086.
- 230– Toleon C. & Deborde S. (2017). Evolution de la regulation emotionnelle de 10 à 18ans . 15^e congrès de l’encephale, palais des congrès de Paris. Université Paris 8.
- 231– Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352–357
- 232– Veillard, S. & Harm, J. (2013). La régulation des émotions au cours du vieillissement normal . *L’année psychologique*, 113,395-628.
- 233– Verbe J. & Al. (2019). Rôle médiateur de la régulation émotionnelle entre TSPT et addiction à l’alimentation , *French Journal Of Psychiatry*, 1(2) , 596.
- 234– Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l’étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;234-41.
- 235– Wadden T.A., Stunkard A.J., & Brownell K.D. (1983). Very low calorie diets: Their efficacy, safety and future. *Annals of Internal Medecine*, 99, 675-684.
- 236– Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Developmentof the Multidimensional Health Locus of Control

(MHLC)scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160–170.

<https://doi.org/10.1177/109019817800600107>

- 237– Lingxiao Z., Qifang S., Yue Z., Tong M., Haomiao L., Dilihuaer K., Hamal S., & Meng L. (2022). Use of health locus of control on self-management and HbA1c in patients with type 2 diabetes. *Nurse Open*, 9 (2), 1028-1039. DOI : 10.1002/nop2.1140
- 238– Wing R.R., Jeffery I.H., Burton L.R., Thorson C., Nissionoff K.S., & Baxter J.E. (1996). Food provision versus structured meal plans in the behavioral treatment of obesity, *International Journal of Obesity*, 20, 56-62.
- 239– Wray J, Orrells C, Latch H, & Burch M.(2010). Quality of life, self-concept and locus of control in paediatric heart transplant recipients. *Pediatric Res* , 68, 268–69.
- 240– Yıldız S, Çetinkaya F. (2020). Yetişkinlerde obezite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Med J.* 3(2), 29-34. DOI: 10.46332/aemj.782657.
- 241– Zeeck A., Stelzer N., Linster H-W., Joos A., & Hartman A. (2011). Emotions and eating in binge eating disorder and obesity. *National library of medicine*, 19 (5), 426-437. doi : 10.1002/erv.1066.
- 242– Ziegler O., Filipecki J., Girod M., & Guillemin F. (2015). Development and validation of a French obesity specific quality of life questionnaire: Quality of life, Obesity and Dietetics rating scale. *Diabetes & Metabolism*, 31 (3), 273-283. DOI : 10.1016/s1262-3636(07)70194-5 .



قائمة الملاحق

الملحق رقم (1): مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية

في صورته الأصلية

Echelle de Qualité de vie, Obésité et Diététique
« EQVOD »

Les réponses à chaque question sont cotées de 0 à 5 où 0 correspond à « toujours/énormément » et 5 à « jamais/pas du tout. »

Impact physique

A cause de mon poids...

1. J'ai du mal à respirer au moindre effort.
2. J'ai les chevilles et les jambes gonflées en fin de journée.
3. J'ai mal dans la poitrine quand je fais un effort.
4. J'ai des problèmes d'articulations raides ou douloureuses.
5. J'ai du mal à mener les choses à bien ou à faire face à mes responsabilités.
6. Ma forme physique est mauvaise.
7. J'ai mal au dos.
8. J'ai du mal à m'habiller ou à me déshabiller.
9. J'ai du mal à lacer mes chaussures.
10. J'ai du mal à prendre les escaliers.
11. Je suis moins efficace que je pourrais l'être.

Impact psychosocial

A cause de mon poids...

12. Je m'isole ou me renferme sur moi-même.
13. J'ai peur de me présenter à des entretiens pour un emploi.
14. Je trouve difficile de m'amuser.
15. Je me sens déprimé(e), mon moral n'est pas bon.
16. Je manque de volonté.
17. Les gens me considèrent comme quelqu'un de « bien gentil » mais de pas très futé.
18. J'ai honte de mon poids.

19. Je me sens inférieur(e) aux autres.
20. Je me sens coupable lorsque les gens me voient manger.
21. Je ne veux pas que l'on me voit nu(e).

22. J'ai du mal à trouver des vêtements qui m'aillent.

Impact sur la vie sexuelle

A cause de mon poids...

23. J'éprouve peu ou même aucun désir sexuel.
24. J'ai des difficultés physiques dans les rapports sexuels.
25. J'évite les relations sexuelles chaque fois que c'est possible.
26. Les activités sexuelles ne me procurent aucun plaisir.

Bien-être alimentaire

A cause de mon poids...

27. J'aime manger.
28. Après avoir mangé, j'éprouve un sentiment de satisfaction.
29. La nourriture m'apporte bien-être et plaisir.
30. Je me réjouis à l'idée de manger.
31. J'aime penser à la nourriture.

Vécu du régime/Diététique

A cause de mon poids...

32. Régime signifie pour moi privation et frustration.
33. Les régimes m'empêchent de manger ce que je veux lors des repas en famille et/ou avec des amis.
34. Les régimes me fatiguent et me donnent mauvaise mine.
35. Je me sens coupable chaque fois que je mange des aliments déconseillés.
36. Les régimes me rendent agressif (ve).

الملحق رقم (2): مقياس نوعية الحياة الخاص بزيادة الوزن والسمنة والحمية في صورته الأولية

التعليمة:

تكون الإجابة على كل سؤال بإعطاء علامة له من صفر (0) إلى خمسة (5)، حيث أن العلامة صفر (0) تعني "دائماً/ غالباً" والعلامة خمسة (5) تعني "أبداً/ إطلاقاً".

الأثر الجسدي

الأثر النفسي-الاجتماعي

البند	العبارات	مناسبة	غير مناسبة	البديل
1	أجد صعوبة في التنفس عند بذل أي مجهود			
2	لدي تورم في كاحلي وساقلي في نهاية اليوم			
3	أشعر بألم في صدري عندما أقوم بمجهود			
4	لدي مشاكل في المفاصل فهي صلبة أو مؤلمة			
5	أجد صعوبة في انجاز الأمور أو في مواجهة مسؤولياتي			
6	لياقتي البدنية سيئة			
7	لدي آلام في الظهر			
8	أجد صعوبة في ارتداء ملابسها أو خلعها			
9	أجد صعوبة لربط حذائي			
10	أجد صعوبة في صعود السلالم			
11	أنا أقل كفاءة مما يمكن أن أكون			
12	أعترل أو أغلق على نفسي			
13	أخاف من الذهاب إلى مقابلات عمل			
14	أجد صعوبة في التمتع			
15	أشعر بالاكتئاب، مزاجي سيء			
16	تتقصني الإرادة			

			يعتبرني الناس شخصا لطيفا للغاية ولكن ليس ذكيا جدا	17	
			أنا أحجل من وزني	18	
			أشعر بأنني أقل شأنًا من الآخرين	19	
			أشعر بالذنب عندما يراني الناس أكل	20	
			لا أريد أن يراني الآخرون عارياً	21	
			أجد صعوبة في إيجاد ملابس تناسبني	22	
			لدي رغبة جنسية ضئيلة أو منعدمة	23	الأثر الجنسي
			لدي صعوبات جسدية أثناء العلاقات الجنسية	24	
			أتجنب العلاقات الجنسية كلما أمكن ذلك	25	
			لا أتمتع إطلاقًا بالأنشطة الجنسية	26	
			أحب الأكل	27	الرفاهية الغذائية
			أشعر بالارتياح بعد الأكل	28	
			يجلب لي الأكل الشعور بالرفاهية والمتعة	29	
			أشعر بالسرور بفكرة الأكل	30	
			أحب التفكير في الأكل	31	
			الحمية الغذائية تعني لي الحرمان والإحباط	32	معايش الحمية
			تمنعي الحمية الغذائية من أكل ما أريده أثناء الوجبات العائلية و/أو مع الأصدقاء	33	

			تتعبني الحميات الغذائية وتجعلني أبدو سيء المظهر	34	
			أشعر بالندم كلما استهلكت أغذية ممنوعة	35	
			تجعلني الحميات الغذائية عدوانياً	36	

الملحق رقم (3): قائمة الأساتذة المحكمين

جامعة الانتماء	الرتبة العلمية	قائمة الأساتذة المحكمين
جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	1- أجراد محمد
جامعة الجزائر 2	أستاذة التعليم العالي	2- أيت حمودة حكيمة
جامعة الجزائر 2	أستاذة التعليم العالي	3- صالحى سعيدة
جامعة الجزائر 2	أستاذة التعليم العالي	4- بركوش فايزة
جامعة الحاج لخضر باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	5- جبالي نورالدين
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أستاذ التعليم العالي	6- زعطوط رمضان

**الملحق رقم (4): استمارة المعلومات الخاصة بالمصابين بالسمنة المعتدلة.
التعليمات:**

أخي/أختي المشاركة، الأوراق التي بين يديك تحتوي على مجموعة من المقاييس التي تصف بعض المواقف الحياتية اليومية التي تعيشها، نرجو منك قراءتها بعناية والإجابة على فقراتها بكل صراحة، للعلم انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، من فضلك لا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها.

بيانات شخصية

السن:

أنثى

الجنس: ذكر

الطول:

الوزن:

ملاحظة: للعلم المعلومات المصرح بها سرية للغاية وتستعمل لغرض البحث العلمي فقط

مع خالص الشكر والتقدير والامتنان

الباحثة / بوبكر إبتسام

مقاييس البحث بعد دراسة
الخصائص السيكومترية (في
شكلها النهائي)

مقياس التنظيم الانفعالي

التعليمة: نُريد 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 داخليًا 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 متأكدًا	أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق بشدة
1	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية (مثل الفرح أو النشوة) أغير ما أفكر فيه.							
2	أحتفظ بمشاعري لنفسي							
3	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية (كالحزن أو الغضب) أغير ما أفكر فيه							
4	عندما أشعر بمشاعر إيجابية، أحرص على عدم التعبير عنها							
5	عندما أواجه موقفًا شاقًا، أفكر في الطريقة التي تساعدني على البقاء هادئًا							
6	أسيطر على مشاعري من خلال عدم التعبير عنها							
7	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أكثر إيجابية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف							
8	أسيطر على مشاعري من خلال تغيير طريقة تفكيري في الموقف الذي أنا فيه							
9	عندما أشعر بمشاعر سلبية، أكد على عدم التعبير عنها							
10	عندما أريد أن أشعر بمشاعر أقل سلبية، أغير الطريقة التي أفكر خلالها في الموقف.							

مقياس مركز الضبط الصحي

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض، اقرأ كل عبارة جيدا والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك. أرجو منك أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة، أجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجاباتك عن العبارات السابقة. أجب بصراحة وصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

	العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض					
2	إذا قدر لي أن أمرض فإني لا أستطيع فعل شيء لتقادي المرض					
3	المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتقادي المرض					
4	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة					
5	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيب مختص					
6	أعتقد أنني متحكم في صحتي					
7	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما					
8	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض					
9	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض					
10	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي					
11	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة					
12	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي					
13	إذا اعنتيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض					
14	يرجع شفائي من المرض إلى الرعاية التي ألقاها من					

					(الأطباء، الأقارب، الأصدقاء)	
					أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني	17
					إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	18

مقياس نوعية الحياة الخاص بالسمنة وزيادة الوزن والحمية.

التعليمة: إن لزيادة الوزن تأثير على الحياة اليومية.

فم بتتقيط العبارات التالية من صفر (0) إلى خمسة (5) حيث أن العلامة صفر (0) تعني "دائماً/ غالباً" والعلامة خمسة (5) تعني "أبداً/ إطلاقاً لا".

التأثير الجسدي:

بسبب وزني...

- 1- لدي تورم في كاحلي و ساقي في نهاية اليوم
- 2- أجد صعوبة في التنفس عند بذل أي مجهود
- 3- لدي مشاكل في المفاصل فهي صلبة أو مؤلمة
- 4- أجد صعوبة في انجاز الأمور أو في مواجهة مسؤولياتي
- 5- لياقتي البدنية سيئة
- 6- يؤلمني ظهري
- 7- أجد صعوبة في ارتداء ملابسني أو خلعها
- 8- أجد صعوبة لربط حذائي

التأثير النفس-اجتماعي:

- 9- أنا أقل كفاءة مما يمكن أن أكون
- 10- أعتزل أو أغلق على نفسي
- 11- أخاف من الذهاب إلى مقابلات عمل
- 12- أجد صعوبة في التمتع
- 13- أشعر بالاكئاب، مزاجي سيء
- 14- تنقصني الإرادة
- 15- يعتبرني الناس شخصاً لطيفاً للغاية ولكن ليس ذكياً جداً
- 16- أخجل من وزني
- 17- أشعر بأنني أقل شأناً من الآخرين
- 18- أشعر بالذنب عندما يراني الناس أكل

التأثير على الحياة الجنسية:

بسبب وزني...

- 19- لدي رغبة جنسية ضئيلة أو منعدمة
- 20- لدي صعوبات جسدية أثناء العلاقات الجنسية

21- أتجنب العلاقات الجنسية كلما أمكن ذلك

22- لا أتمتع إطلاقاً بالأنشطة الجنسية

الرفاهية الغذائية:

بسبب وزني...

23- أحب الأكل

24- أشعر بالرضا بعد الأكل

25- يجلب لي الأكل الشعور بالرفاهية والمتعة

26- أشعر بالسرور بفكرة الأكل

27- أحب التفكير في الأكل

معاش الحمية الغذائية:

بسبب وزني...

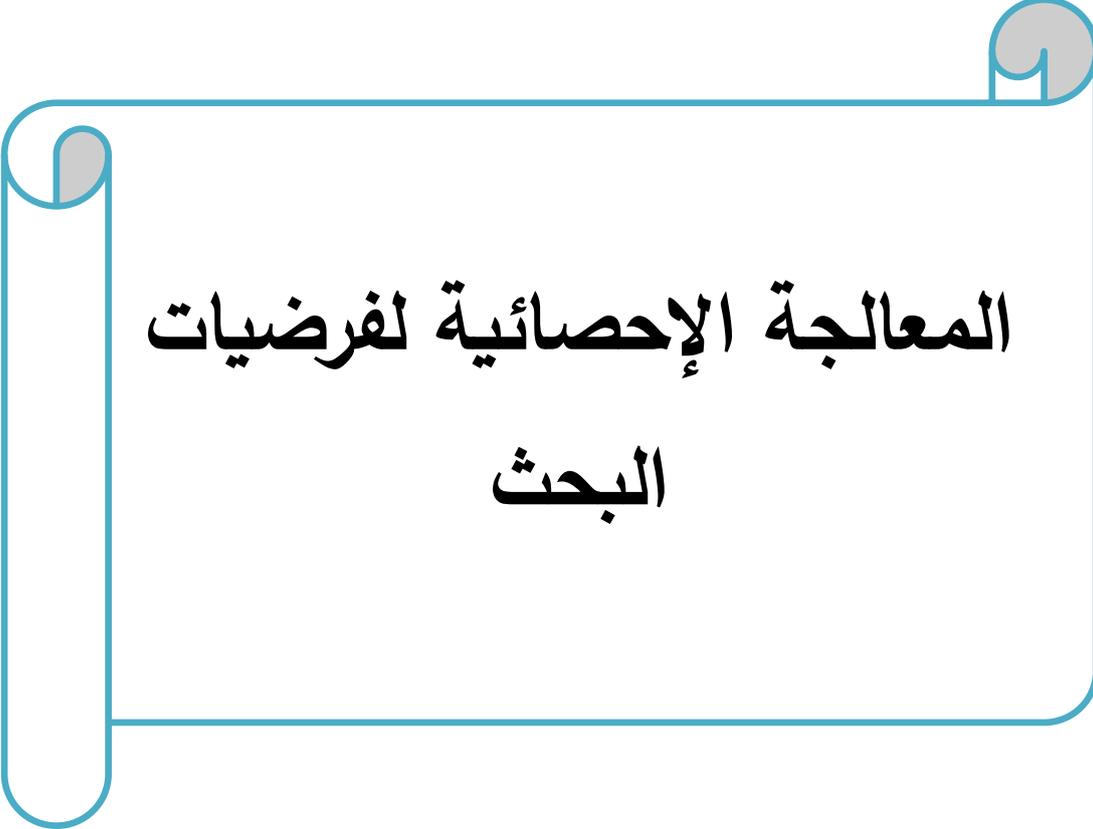
28- الحمية الغذائية تعني لي الحرمان والإحباط

29- تمنعني الحمية الغذائية من أكل ما أريده أثناء الوجبات العائلية و/أو مع الأصدقاء

30- تتعني الحميات الغذائية وتجعلني أبدو سيء المظهر

31- أشعر بالندم كلما استهلكت أغذية غير موصى بها

32- تجعلني الحميات الغذائية عدوانياً



المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث

Corrélations

Corrélations		sIWQ
valeurIMC	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,019 ,851 102
reeval	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,246 ⁺ ,013 102
srepres	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,022 ,827 102
sERQ	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,195 ⁺ ,050 102
sinterne	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,444 ^{**} ,000 102
INFLUE	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,114 ,253 102
chance	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,042 ,677 102
SomLOC	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,148 ,138 102
مجموعاالتاثير الجسدي	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,803 ^{**} ,000 102
مجموعاالتاثير نفساجتماعي	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,760 ^{**} ,000 102
مجموعاالتاثير علىالحياة الجنسية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,696 ^{**} ,000 102
مجموعاالرفاهيةالغذائية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,523 ^{**} ,000 102

مجموعه عمال الحمية	Corrélation de Pearson	,547**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	102
chaInf	Corrélation de Pearson	-,047
	Sig. (bilatérale)	,636
	N	102

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Test T

Statistiques de groupe

	sexe	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Reeval	ذكر	51	17,08	7,571	1,060
	انثى	51	16,43	6,004	,841
Srepres	ذكر	51	19,90	5,766	,807
	انثى	51	19,24	5,074	,710
sERQ	ذكر	51	36,98	12,107	1,695
	انثى	51	35,67	4,807	,673
Sinterne	ذكر	51	17,24	4,003	,561
	انثى	51	15,63	4,354	,610
Influence	ذكر	51	18,59	4,670	,654
	انثى	51	21,22	4,925	,690
Chance	ذكر	51	19,71	4,892	,685
	انثى	51	20,71	3,546	,496
SomLOC	ذكر	51	55,53	12,383	1,734
	انثى	51	57,55	7,114	,996
مجموعالتاثير نفساجتماعي	ذكر	51	26,71	6,423	,899
	انثى	51	23,75	6,036	,845
مجموعالتاثير علىالحياةالجنسية	ذكر	51	14,55	4,937	,691
	انثى	51	9,90	4,627	,648
مجموعالرفاهيةالغذائية	ذكر	51	11,65	4,353	,610
	انثى	51	11,45	3,796	,532
مجموعمعاشالحمية	ذكر	51	11,90	2,865	,401
	انثى	51	10,35	4,307	,603
sIWQ	ذكر	51	82,80	16,081	2,252
	انثى	51	73,04	16,700	2,338
chalnf	ذكر	51	38,29	8,929	1,250
	انثى	51	41,92	6,942	,972

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
reeval	Hypothèse de variances égales	5,712	,019	,478	100	,634	,647	1,353	-2,037	3,331
	Hypothèse de variances inégales			,478	95,069	,634	,647	1,353	-2,039	3,333
srepres	Hypothèse de variances égales	1,617	,207	,620	100	,537	,667	1,076	-1,467	2,800
	Hypothèse de variances inégales			,620	98,407	,537	,667	1,076	-1,468	2,801
sERQ	Hypothèse de variances égales	70,227	,000	,720	100	,473	1,314	1,824	-2,305	4,933
	Hypothèse de variances inégales			,720	65,382	,474	1,314	1,824	-2,329	4,956

sinterne	Hypothèse de variances égales	,455	,502	1,941	100	,055	1,608	,828	-,035	3,251
	Hypothèse de variances inégales			1,941	99,301	,055	1,608	,828	-,035	3,251
influence	Hypothèse de variances égales	,089	,766	2,765	100	,007	-2,627	,950	-4,513	-,742
	Hypothèse de variances inégales			2,765	99,719	,007	-2,627	,950	-4,513	-,742
Chance	Hypothèse de variances égales	4,422	,038	1,182	100	,240	-1,000	,846	-2,678	,678
	Hypothèse de variances inégales			1,182	91,170	,240	-1,000	,846	-2,680	,680
SomLOC	Hypothèse de variances égales	18,270	,000	1,010	100	,315	-2,020	2,000	-5,987	1,948
	Hypothèse de variances inégales			1,010	79,765	,316	-2,020	2,000	-5,999	1,960
مجموعه التأثير نفساجتماعي	Hypothèse de variances égales	,113	,737	2,399	100	,018	2,961	1,234	,512	5,409
	Hypothèse de variances inégales			2,399	99,617	,018	2,961	1,234	,512	5,410

مجموع التأثير على الحياة الجنسية	Hypothèse de variances égales	1,090	,299	4,905	100	,000	4,647	,947	2,767	6,527
	Hypothèse de variances inégales			4,905	99,583	,000	4,647	,947	2,767	6,527
مجموع الفاهية الغذائية	Hypothèse de variances égales	,981	,324	,242	100	,809	,196	,809	-1,409	1,801
	Hypothèse de variances inégales			,242	98,182	,809	,196	,809	-1,409	1,801
مجموع معاشا الحمية	Hypothèse de variances égales	8,548	,004	2,138	100	,035	1,549	,724	,112	2,986
	Hypothèse de variances inégales			2,138	87,006	,035	1,549	,724	,109	2,989
sIWQ	Hypothèse de variances égales	,000	,991	3,008	100	,003	9,765	3,246	3,324	16,205
	Hypothèse de variances inégales			3,008	99,858	,003	9,765	3,246	3,324	16,205
chaInf	Hypothèse de variances égales	3,908	,051	-2,290	100	,024	-3,627	1,584	-6,770	-,485
	Hypothèse de variances inégales			-2,290	94,270	,024	-3,627	1,584	-6,772	-,483

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 5
Y :sIWQ
X :sinterne
M :reeval
W : sexe

Sample
Size: 102

OUTCOME VARIABLE:
reeval

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,1976	,0390	44,9621	4,0625	1,0000	100,0000
	,0465					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	11,5423	2,6700	4,3229	,0000	6,2450	16,8396
sinterne	,3172	,1574	2,0156	,0465	,0050	,6295

OUTCOME VARIABLE:
sIWQ

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,5729	,3282	202,9644	11,8467	4,0000	97,0000
	,0000					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	110,5114	19,4611	5,6786	,0000	71,8865	149,1364
sinterne	-1,6917	1,1105	-1,5234	,1309	-3,8958	,5124
reeval	,4116	,2125	1,9370	,0557	-,0101	,8333
sexe	-41,1619	11,6408	-3,5360	,0006	-64,2658	-18,0581
Int_1	2,0645	,6837	3,0195	,0032	,7075	3,4215

Product termskey:

Int_1 : sinterne x sexe

Test(s) of highestorderunconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,0631	9,1172	1,0000	97,0000	,0032

Focal predict:sinterne (X)
Modvar: sexe (W)

Conditionaleffects of the focal predictor at values of the moderator(s):

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,3728	,5082	,7336	,4650	-,6358
1,3814					
2,0000	2,4373	,4671	5,2177	,0000	1,5102
3,3644					

***** DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Conditional direct effect(s) of X on Y:

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,3728	,5082	,7336	,4650	-,6358
1,3814					
2,0000	2,4373	,4671	5,2177	,0000	1,5102
3,3644					

Indirect effect(s) of X on Y:

EffectBootSEBootLLCIBootULCI					
reeval	,1306	,0973	-,0073	,3618	

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrapsamples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 5
Y :sIWQ
X :sinterne
M :srepres
W : sexe

Sample
Size: 102

OUTCOME VARIABLE:
srepres

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,1842	,0339	28,6055	3,5121	1,0000	100,0000
	,0638					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	23,4344	2,1297	11,0036	,0000	19,2092	27,6597
sinterne	-,2353	,1255	-1,8741	,0638	-,4843	,0138

OUTCOME VARIABLE:
sIWQ

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,5633	,3173	206,2550	11,2708	4,0000	97,0000
	,0000					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	108,7512	19,9462	5,4522	,0000	69,1636	148,3389
sinterne	-1,6707	1,1202	-1,4915	,1391	-3,8940	,5525
srepres	,3995	,2728	1,4645	,1463	-,1419	,9410
sexe	-43,0561	11,8162	-3,6438	,0004	-66,5081	-19,6041
Int_1	2,2020	,6967	3,1605	,0021	,8192	3,5848

Product termskey:

Int_1 : sinterne x sexe

Test(s) of highestorderunconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,0703	9,9890	1,0000	97,0000	,0021

Focal predict:sinterne (X)
Modvar: sexe (W)

Conditionaleffects of the focal predictor at values of the moderator(s):

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,5313	,5076	1,0466	,2979	-,4762
1,5388					
2,0000	2,7333	,4811	5,6820	,0000	1,7786
3,6881					

***** DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Conditional direct effect(s) of X on Y:

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,5313	,5076	1,0466	,2979	-,4762
1,5388					
2,0000	2,7333	,4811	5,6820	,0000	1,7786
3,6881					

Indirect effect(s) of X on Y:

EffectBootSEBootLLCIBootULCI					
srepres	-,0940	,0983	-,3236	,0708	

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrapsamples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 5
Y :sIWQ
X :sinterne
M :srepres
W : sexe

Sample
Size: 102

OUTCOME VARIABLE:
srepres

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,1842	,0339	28,6055	3,5121	1,0000	100,0000
	,0638					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	23,4344	2,1297	11,0036	,0000	19,2092	27,6597
sinterne	-,2353	,1255	-1,8741	,0638	-,4843	,0138

OUTCOME VARIABLE:
sIWQ

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,5633	,3173	206,2550	11,2708	4,0000	97,0000
	,0000					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	108,7512	19,9462	5,4522	,0000	69,1636	148,3389
sinterne	-1,6707	1,1202	-1,4915	,1391	-3,8940	,5525
srepres	,3995	,2728	1,4645	,1463	-,1419	,9410
sexe	-43,0561	11,8162	-3,6438	,0004	-66,5081	-19,6041
Int_1	2,2020	,6967	3,1605	,0021	,8192	3,5848

Product termskey:

Int_1 : sinterne x sexe

Test(s) of highestorderunconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,0703	9,9890	1,0000	97,0000	,0021

Focal predict:sinterne (X)
Modvar: sexe (W)

Conditionaleffects of the focal predictor at values of the moderator(s):

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,5313	,5076	1,0466	,2979	-,4762
1,5388					
2,0000	2,7333	,4811	5,6820	,0000	1,7786
3,6881					

***** DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Conditional direct effect(s) of X on Y:

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,5313	,5076	1,0466	,2979	-,4762
1,5388					
2,0000	2,7333	,4811	5,6820	,0000	1,7786
3,6881					

Indirect effect(s) of X on Y:

EffectBootSEBootLLCIBootULCI				
srepres	-,0940	,0983	-,3236	,0708

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrapsamples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.1 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 5
Y :sIWQ
X :chaInf
M :reeval
W : sexe

Sample
Size: 102

OUTCOME VARIABLE:
reeval

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,1731	,0300	45,3861	3,0903	1,0000	100,0000
	,0818					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	10,9656	3,3601	3,2634	,0015	4,2992	17,6320
chaInf	,1443	,0821	1,7579	,0818	-,0186	,3072

OUTCOME VARIABLE:
sIWQ

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2
p	,4067	,1654	252,1465	4,8059	4,0000	97,0000
	,0014					

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	43,8750	24,0764	1,8223	,0715	-3,9101	91,6601
chaInf	,9752	,6094	1,6004	,1128	-,2342	2,1847
reeval	,5352	,2390	2,2399	,0274	,0610	1,0095
sexe	20,9341	17,0475	1,2280	,2224	-12,9005	54,7688
Int_1	-,7440	,4137	-1,7985	,0752	-1,5651	,0770

Product termskey:

Int_1 : chaInf x sexe

Test(s) of highestorderunconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,0278	3,2346	1,0000	97,0000	,0752

Focal predict:chaInf (X)
Modvar: sexe (W)

Conditionaleffects of the focal predictor at values of the moderator(s):

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,2312	,2586	,8942	,3734	-,2820
,7444					
2,0000	-,5128	,3235	-1,5853	,1162	-1,1549
,1292					

***** DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Conditional direct effect(s) of X on Y:

sexeEffect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,0000	,2312	,2586	,8942	,3734	-,2820
,7444					
2,0000	-,5128	,3235	-1,5853	,1162	-1,1549
,1292					

Indirect effect(s) of X on Y:

EffectBootSEBootLLCIBootULCI					
reeval	,0773	,0555	-,0112	,2030	

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrapsamples for percentile bootstrap confidence intervals:

5000

----- END MATRIX -----