جامعة غرداية

كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع

دراسة ميدانية على عينة من النساء بـولاية غرداية

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة :

إبتسام لعمى

تحت إشراف الدكتورة :

حنان بلعباس

الإسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
د. يعقوب مراد	أستاذ محاضر –أ–	جامعة غرداية	رئيسا
د. حنان بلعباس	أستاذ محاضر –أ–	جامعة غرداية	مشرفا
د. ياسمينة تشعبت	أستاذ محاضر –أ–	جامعة غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي :2021 م/2022م

شكر و عرفان

بفضل الله تعالى الذي أتمّ عليا بنعمته، وكان في عوني حتى وصلت مبلغي هذا من العمل الذي أمل أن يحوز مبلغ الرّضا.

ومصداقا لقول سيد القول أجمعين ﷺ: "لا زال الله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه".

أتقدّم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من كان له فضل علي، من قريب أو بعيد، موجها كان أو مرشدا.

وأخصّ بالذكر الدكتورة بلعباس حنان لقبولها تولي رعاية هذا العمل ،و كذا تنويري بتوجيهاتها ونصائحها القيمة نعمة الأستاذة ومثال يقتدى به.

كما أشكر الأستاذ الفاضل معمري حمزة جزيل الشكر على توجيهاته وإرشاداته

وكذا كل أساتذة قسم علم النفس و الأرطوفونيا.

شكراً و جزاكم الله كل خير .

إبتسام لعمى

إهداء

أهدي ثمرة جهدي لوالدي الكريمين

إلى من الجنة تحت قدماها

إلى أُمي الغالية

وإلى سندي في الحياة أبي العزيز

حَفضهُما الله لي وأطَال لي في عمرِهما

وإلى أخواتي العزيزات وأخي العزيز

إلى كل أصدقائي وزملائي

إلى من مدّ لي يد العون، حتى بلغت هذه الدرجة العلميّة

إلى كل من كانت له يد في تكويني الأكاديمي من صغري كل واحد باسمه،

إلى كل من علمني حرفاً، أساتذتي الأَجلاء بجامعة غرداية

إلى من لم تبخل جهداً في المتابعة والإشراف بالتوجيه وإسداء النصح

والإرشاد أُستاذتي الفاضلة الدكتورة بلعباس حنان

أُهدي ما وفقني الله في كتابته.

إبتسام

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة باللغة العربية :

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كانت المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع تعاني من التكتم الإنفعالي أم لا ، وذلك من خلال معرفة الفروق في درجات التكتم الإنفعالي عند المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع تبعا لمتغيري السّن و العمل.

ولتحقق من فرضيات الدراسة ومعرفة طبيعة العلاقة والفروق تبنينا المنهج الوصفي و إعتمدنا على مقياس تورنتو لتكتم الإنفعالي TAS20 لباجبي وزملاؤه (Bagby,Parker & Taylor, 1994) و الذي تم ترجمته من قبل الأستاذ زعطوط رمضان وتم التأكد من خصائصه السيكومترية على البيئة المحلية ، كما تكونت عينة الدراسة من 30 حالة مصابة بضغط الدم المرتفع ، يتراوح سنهن بين 25-45 سنة تم إختيارهم بطريقة قصدية .

وبعد تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات توصلنا إلى النتائج التالية :

- تعاني المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع من مستوى متوسط من التكتم الإنفعالي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير السّن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل .

الكلمات المفتاحية : التكتم الإنفعالي ، ضغط الدم المرتفع ، المرأة .

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية:

The current study aims to find out whether a woman with **Hypertension** suffers from **Emotional Reticence**, by knowing the differences in the degrees of **Emotional Reticence** among women with **Hypertension** according to the variables of age and work.

In order to verify the hypotheses of the study and to know the nature of the relationship and the differences, we adopted the descriptive approach and relied on the Toronto Emotional Scale **TAS20** by (Bagby, Parker & Taylor, 1994), which was translated by Professor Zaatout Ramadan and its psychometric properties were verified on the local environment, as it was formed The study sample consisted of 30 cases with **Hypertension**, their age ranged between 25-45 years, who were selected intentionally.

After analyzing the results and discussing the hypotheses, we reached the following conclusions :

- A woman with **Hypertension** suffers from a moderate level of **Emotional Reticence**.

- There are statistically significant differences in the degree of **Emotional Reticence** among **woman** with **Hypertension**, according to the age variable.

- There are statistically significant differences in the degree of emotional reticence among **woman** with **Hypertension**, depending on the work variable or not.

Key words:

Emotional Reticence, Hypertension, woman.

المحتويات	
شكر وعرفان	
الإهداء	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	
فهرس الموضوعات	الصفحة
مقدمة	أ
القسم الأوّل : الإطار النظري للدراسة	
الفصل الأوّل: الإطار العام للدراسة	
1.الإشكالية	5
2.فرضيات الدراسة	10
3.أهداف الدراسة	11
4.أهمية الدراسة	11
5.تحديد مفاهيم الدراسة	12
6.الدراسات السابقة	13
الفصل الثاني : التكتم الإنفعالي	
تمهيد	26
1.تعريف التكتم الإنفعالي	26
2. لمحة تاريخية حول نشأة وتطور مفهوم التكتم الإنفعالي	28
3. أبعاد التكتم الإنفعالي	31
4.مكونات التكتم الإنفعالي	32
5.أنواع التكتم الإنفعالي	32
6.أعراض التكتم الإنفعالي	34

7. الإنفعالات وأنواعها	35
8. العلاقة بين الإنفعالات وحدوث الإضطرابات السيكوسوماتية	36
9.علاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض	37
10.النظريات المفسرة للتكتم الإنفعالي	38
خلاصة الفصل	41
الفصل الثالث : المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع	
تمهيد	43
1.سيكولوجية المرأة	43
2.المرأة والعمل	44
3.صراع الدور لدى المرأة العاملة	45
4.أنواع وأعراض الضغوط التي تواجهها المرأة	46
5.علاقة الإنفعالات والضغط النفسي بإرتفاع ضغط الدم	48
6.تعريف ضغط الدم المرتفع	49
7. الفرق بين الضغط الطبيعي والضغط المرتفع	50
8.تصنيف إرتفاع ضغط الدم	50
9. أسباب إرتفاع ضغط الدم	51
10.السمات الشخصية لمرضى ضغط الدم المرتفع	51
خلاصة الفصل	52
القسم الثاني : الإطار الميداني للدراسة	
الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	55
1.المنهج المتبع	55
2. الحدود الزمانية والمكانية	55
3.الدراسة الإستطلاعية	56

4.الدراسة الأساسية	56
5. أدوت الدراسة	57
6.طريقة وظروف الإجراء	60
خلاصة الفصل	61
الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	63
1.عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة	63
2.عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى	65
3. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية	67
خلاصة الفصل	70
الإستنتاج العام	71
الإقتراحات	73
قائمة المراجع	74
الملاحق	82

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح تصنيف التكتم الإنفعالي على أساس التاريخ الأسري	33
02	يبيّن نتائج الصدق المقارنة الطرفية	58
03	يوضح مستوى التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع	63
04	يوضح الفروق في مستوى التكتم الإنفعالي بإختلاف السّن	66
05	يوضح الفروق في مستوى التكتم الإنفعالي بإختلاف العمل من عدمه	68

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس تورنتو للتكتم : TAS20	82
02	تدوير البيانات بالبرنامج الإحصائي SPSS	84

القسم الأول : الإطار النظري للدراسة

مقدمة :

إنّ الإنسان عندما يكون واعي بإنفعالاته ومشاعره و يتمتع بالقدرة الكافية في التعبير عنها هذا يجعله يتفرد عن غيره بحيث تصبح لشخصيته طابع خاص يميزها ؛ لأن للإنفعالات دوراً هاماً في تشكيل الفرد وسلوكياته، و حتى الطريقة التي يتبعها الأفراد في التعامل مع خبراتهم الإنفعالية في شتى المواقف التي تواجههم في مراحل حياتهم لها تأثير كبير على صحتهم النفسية والجسدية على سواء ، وبمأن هناك إختلافات بين الأفراد في مختلف الأساليب التي يتخذونها للتعبير عن مشاعرهم وعواطفهم و إنفعالاتهم ، لاحظنا أنّ البعض لا يجدون صعوبة في التعبير عما يشعرون به ومتوافقون مع محيطهم في مختلف تفاعلاتهم اليومية ، إلاّ أننا نجد البعض الآخر من الناس يعانون بشدّة في تعاملهم و تواصلهم مع معارفهم و بناء علاقات مع من حولهم ، ومنه هذا يؤثر بشكل سلبي على عملية التفاعل الإجتماعي و على توافق الفرد نفسياً و إجتماعياً لقلّة علاقاته مع الآخرين .

أطلق على هذه المعاناة إصطلاحاً بالتكتم الإنفعالي الذي تم تعريفه من قبل روبرت ز.فيش Fish (1989) على أنه حالة تقيد القدرة على التمييز والتعبير عن المشاعر والحالات العاطفية والوجدانية ، وتنخفض لدى المتكتم (الألكسيثيمي) القدرة على التخيل وعلى الحلم إذ تنمو قابليته للتفكير بطريقة عملياتية (Opératoire) وغير رمزية مما يؤدي إلى إنخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في جهازه النفسي ، وهو يعجز عن التمييز بين حالاته الإنفعالية وبين أحساسيه الجسدية ، وهو بسبب تكتمه يعرب عن ضيقه النفسي من خلال عوارضه الجسدية .. (زين، 2016، ص35)

أوّل من أشار إلى مفهوم التكتم الإنفعالي هو العالم روش Reusch عام (1948) ، حيث لاحظ عند معالجته لمرضاه وجود إضطراب او خلل في التعبير اللفظي والرمزي ، وقدرة ضعيفة على التخيل، واظهروا في إستخدام الإنفعالات كمصدر للمعلومات وفرط التوافق الإجتماعي . ولكن ظهور هذا المصطلح كان على يد سيفنيوس Sifneos عام (1972) وذلك من خلال ملاحظاته لبعض مرضى المصابين بالإضطرابات السيكوسوماتية ، حيث تبين أنه تسود لديهم حالة من صعوبة القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم للآخرين ومحدودية العلاقات الإجتماعية .

ولأكثر من 20 عاماً كان هناك إهتمام متجدد بمفهوم التكتم الإنفعالي في مجال علم النفس الصحة والطب السيكوسوماتي وكان ذلك من خلال الملاحظة المتكررة للأشخاص الذين يجدون صعوبات في تحديد حالاتهم الإنفعالية والتعبير عنها. (عبيب، 2022، ص 742)

بحيث رأى Loas (2010) أن معدل إنتشار التكتم لدى الإضطرابات السيكوسوماتية قد يتراوح 30 إلى 60% وخاصة مرضى إرتفاع ضغط الدم . (نور الدين جبالي ، سامية شرفة، 2019، ص 780)

وفي دراسة مارتي ودي موزان (Marty et De Muzan,1963) توصلوا إلى أن بعض المرضى المصابين بإرتفاع ضغط الدم يعانون نفسياً حيث يكونون منشغلين بأعراضهم الجسمية (رشيد, موهاب زينة ، بلخير، 2019، صفحة 100) ، وهذه المشاغل الصحية تزيد من شدّة الضغط والمعاناة وسوء التوافق النفسي و الإجتماعي لدى المرضى على العموم والمرأة على الخصوص نظراً وباعتبارها عنصر مهم وفعال داخل الأسرة وفي المجتمع ، فهي الأم و الأخت و الزوجة و هذا فيقتضي دورها العديد من المسؤوليّات والواجبات ، بحيث تلعب دورا كبيرا في تحقيق التّوازن للأسرة، ، فمهما بلغت قوّة الرّجل فمن الصّعب عليه تمثيل دورها ، بحيث نجد حتى النساء دخلنا مجال العمل ويداومنا عملهّن مثلهن مثل الرجال وبهذا أصبحت المرأة تعيش عدّة أدوار فهي ام ومديرة منزل وموظفة، ولكل دور أو وظيفة متطلباتها وهذا جعلها تعيش صراعات عميقة وصعوبة في التوافق النفسي و الإجتماعي و بالتالي تظهر لديها إضطرابات نفسية ناجمة عن إلزامية قيامها بعدو أدوار منها التكتم الإنفعالي ، ومن أجل تحليل أكثر للموضوع قسمنا دراستنا إلى جانبين ، حيث خُصِّص **الجانب الأول** منها للدراسة النظريّة ، وشملت على **الفصل الأول** الخاص بعرض الإطار العام للدراسة من إشكالية ،وصياغة للفرضيات ، وأهمية الدراسة وأهدافها بعد ذلك تطرقنا إلى تحديد مفاهيم الإجرائية المتعلقة بمتغيرات الدراسة وختمنا الفصل بالدراسات السابقة والتعقيب عليها .

و**الفصل الثاني** خصصناه للتكتم الإنفعالي بداية بتناول التعريف ثم لمحة تاريخية عن تطور و نشأة المصطلح وكذا الأبعاد والمكونات والأعراض ثم أفردنا جانباً للإنفعالات وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية، وحاولنا تقديم علاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض بعدها إنتقلنا إلى النظريات المفسرة للتكتم الإنفعالي ،ثم ختمنا الفصل بخلاصة .

أماّ **الفصل الثالث** فقد تطرقنا إلى سيكولوجية المرأة ، و المرأة والعمل و آثار عمل المرأة و صراع الدور لديها بعد ذلك تحدثنا عن أنواع الضغوطات التي تواجهها المرأة وأعراضها ، وطرحنا كعنصر

مهم العلاقة بين الضغط النفسي وضغط الدم المرتفع، ثم التعريف بضغط الدم المرتفع والفرق بين الضغط الطبيعي و الضغط المرتفع ثم عرضنا أسبابه وحاولنا تقديم بعض السمات الشخصية لمرضى ضغط الدم المرتفع ثم ختمنا الفصل بخلاصة .

وفي **الجانب الثاني** من المذكرة، إحتوى على الدراسة الميدانية التي إشتملت فصلين ، **الفصل الرابع** الإطار المنهجي للدراسة بداية بالمنهج المتبع مع الحدود الزمانية والمكانية لدراسة ، ثم الدراسة الإستطلاعية و الدراسة الأساسية ، ثم تطرقنا لأدوات الدراسة مقياس التكتم الإنفعالي TAS20 ثم عرجنا إلى طريقة وظروف إجراء الدراسة وختمنا الفصل بخلاصة .

أمّا **الفصل الخامس** فقد خصص لعرض نتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها ومن ثم مناقشتها في ضوء النظريات والدراسات السابقة بعد التذكير بالفرضيات، ثم ختمناه بإستنتاج عام ، ومقترحات ، ويليه قائمة المراجع ثم الملاحق .

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1. تحديد إشكالية الدراسة .

2.فرضيات الدراسة.

3.أهمية الدراسة.

4.أهداف الدراسة .

5.تحديد المفاهيم الإجرائية .

6.الدراسات السابقة والتعقيب عليها .

1. الإشكالية :

تلعب الإنفعالات دور هاماً في صحتنا النفسية والجسدية بحيث يولد الفرد مشبعاً بإستعدادات مختلفة للإستجابة لمواقف الحياة التي يعيشها يصبغ هذه الإستجابات طابع إنفعالي معيّن يختلف ويتفاوت من فرد لآخر ومن موقف لغيره لدى تعّد الإنفعالات جانباً مهما من شخصية الإنسان ومقوماً أساسياً (ريان، 2006، صفحة 31) و انّ وعي الفرد بالإنفعالات وقدرته على التعبير عنها يعّد شكلاً من أشكال السلوك المميز لإنسان الذي يمكن من خلاله الحكم على شخصيته وقدرته على التواصل مع الآخرين ، والتأثير بهم وجذب إنتباههم و التعاطف معهم (داود، 2016، ص415).

ومن المواضيع التي إهتم بها الباحثون وبدراستها حديثاً من الجانب الإنفعالي هو موضوع التكتم الإنفعالي أو ما يسمى ب (Alexithymia) الذي يعد سفنيوس (Sifneos ,1973) هو أول من استخدم هذا المصطلح والتي تعني حرفيا "لا يوجد كلمات تصف المشاعر " وهي مأخوذة من اليونانية حيث a تعني لا يوجد و Lexis تعني كلمات و Thymia تعني مشاعر ، كما انه اعتبرها اضطراب في الأداء الانفعالي والمعرفي وعدم قدرة على وصف المشاعر بالكلمات وأهم مظاهر الألكسيثيميا هو فشل الشخص في التمييز بين مشاعره وما يرافقها من أعراض جسدية وعدم قدراته على التعبير عن مشاعره للآخرين وغياب التخيلات والأفكار الداخلية . (دواد، 2016، ص 415)

و على الرغم من ان الوصف الأول للتكتم كان من قبل "رويش " ويرجع إلى حوالي نصف القرن الماضي ، إلاّ ان سلوك الكثير من المرضى المناقَش تحت تسمية التكتم Alexitmia 1973) (Sifneos لم يحظ بالإهتمام الحقيقي إلاّ في العقدين الماضيين وقد كانت بعض الأعراض الجوهرية للسلوك التكتمي كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفرط التوافق الإجتماعي قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أسبق من ذلك بكثير إذ أشار "فيرينتش " (Frerenzi 1944) إلى نمط من الناس يتصف بصورة خاصة بفقر الخيال في الحياة وفي التحليل ، وإذا كان هذا النمط ليس فاقدا للخيال كلية غير إن هذا النمط من الناس يبدو ان الاحداث المثيرة تمر عليه دون ان تترك أثراً هذا يقود إلى تصرفات مصرفة للإنفعال او الهياج أو للهوامات على الأقل لحركات تعبيرية خارجية او داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بآثار مثل هذه الإرتكاسات . (نور الدين جبالي ، سامية شرفة، 2019، ص779)

لكن يشير الواقع البحثي في مجال الألكسثيميا إلى عدم وجود إحصائية دولية موثقة تؤكد مدى إنتشار الألكسثيميا على الصعيد العالمي ، حيث تشير بعض نتائج الدراسات إلى مدى إنتشار الألكسثيميا في المجتمع العام الفرنسي (1995) ممثل من طلاب جامعة (ن=263) وأشخاص اصحاء (ن=183) تراوح معدل الإنتشار ما بين 23%-1%. 17. (زين، 2016، ص 35)

و منه تم إجراء اول دراسة فنلندية حول إنتشار التكتم الإنفعالي (Alexithymia) في السكان بشكل عام من طرف Saliliminen وآخرون (1999) لعينة تقدر ب (ن:1285) حيث توصلت النتائج إلى نسبة إنتشار قدرت (12.8%) وكان معدل الإنتشار (16.6%) في الذكور و (9.6%) في الإناث .

وفي ألمانيا أجرى فرانز وآخرون (2008) دراسة حول إنتشار سمة التكتم الإنفعالي على عامة الشعب الألماني حيث درست عينة الدراسة (ن:1859) وخلصت إلى إنتشارها بنسبة 10 % عموما وبنسبة (11.1%) عند الذكور و (8,9%) عند الإناث (Karukivi, 2011, p. 28) وبعدها تعددت الدراسات التي ركزت على التكتم الإنفعالي وربطه بعدّة متغيرات مختلفة ومن هذه الدراسات دراسة Mason et al (2005) والتي هدفت إلى فحص مدى إنتشار التكتم الإنفعالي وعلاقته بالإرتباط الوالدي والتفكك لدى عينة من طلبة الجامعة في بريطانيا بحيث أظهرت النتائج أن نسبة الإنتشار للتكتم الإنفعالي بين الطلبة البريطانيين متشابهة لنسب إنتشارها في البلدان الأخرى وان نسبة إنتشارها بين الإناث هي أعلى من الذكور. (دواد، 2016، ص 418)

ومن جهة أخرى نجد ارتباطاً سالباً بين الألكسثيميا (التكتم) و أنماط التنشئة الوالدية ودخل الأسرة، لكن توجد فروق تبعا لهذا الأخير ، بحيث أظهرت الألكسثيميا درجة أعلى لدى عينة من فئة الدخل المتدني، بينما لا توجد فروق عائدة لنوع الجنس أو عدد أفراد الأسرة أو المستوى التعليمي للوالدين ، وهذا ما توصلت إليه دواد 2016 في دراستها التي كانت على عينة من طلبة العلوم التربوية بجامعة الأردنية والتي بلغ عددها 260 طالب. (دواد، 2016، ص 415)

كما أن هناك بعض الدراسات التي بحثت معدلات إنتشار الألكسيثميا في المجتمع العام الأمريكي يقدر بنحو 17% وهي تحدث بشكل أكثر تكراراً لدى الأشخاص الذين يعانون من إضطرابات نفسية وسيكوسوماتية ، وإن ما يقرب من 25% من الأشخاص الذين يلجئون للعلاج النفسي تنطبق

عليهم أعراض الألكسيثميا (Hale2012) ، كما تبّين أنها تنتشر بنسبة تتراوح بين 12%-8 لدى طالبات الجامعة . (زين، 2016، ص 36)

و أظهرت أ "فاسي آ (2016)" في دراستها حول الألكسثيميا (التكتم) لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز التي كانت على عينة بلغت 225 حالة وللكشف عن فروق في درجات التكتم لدى الأفراد الذين لديهم الإكتئاب الأساسي والذين لديهم إكتئاب واضح و المرضى الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض والأشخاص الذين لديهم المرض اكثر من 6 أشهر على أن مستوى التكتم العالية ب 202 حالة من مجموع الدراسة بنسبة 79,2% والتكتم المتوسط بنسبة 17,6% وعدد الأفراد 45 حالة أما التكتم المنخفض فتوصلت النتائج إلى 8 حالات بنسبة 3,1% . (جبالي نور الدين ،قارة سعيد، ص19)

و يؤكد العلماء أمثال:

Krystal Sfneos, Cooper, إن عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفسجسدية ,كما وجد Todarello علاقة بين ارتفاع ضغط الدم و التكتم حيث يعاني المرضى المصابون بضغط الدم من عدم القدرة على التعبير عن انفعالاتهم في 22%من الحالات وكذلك المرضى المصابون بتقرح القولون المزمن، وتؤثر الانفعالات على وظيفة الجهاز الهضمي خصوصا لصلته المباشرة بالجهاز العصبي ولطبيعة أنسجته وعلاقتها بالعالم الخارجي عن طريق الغذاء، ويعتبر 66%من المصابين باضطرابات هضمية يعانون من التكتم.

أما (Loas2010) فيرى أن معدل انتشار التكتم لدى الاضطرابات السيكوسوماتية قد يتراوح ما بين 30إلى 60% وخاصة مرضى ارتفاع الضغط والتهاب المفاصل الروماتيدي والربو والتشنج التاجي والقرحة، كما يشير بأنها أساس الاضطرابات السيكوسوماتية فهي موجودة قبل ظهور الاضطرابات كما قد تكون ثانوية نتيجة لمرض، ففي الحالة الأولى تعتبر كعامل خطر في ظهور بعض الأمراض العضوية و العقلية، أما في الحالة الثانية فتعتبر كعامل إنذار للحالة النفسية، على سبيل المثال تناول الأدوية أثناء الضغط ما بعد الصدمة أو تناول أدوية خلال القرحة المعدية . (نور الدين جبالي ، سامية شرفة، 2019، صفحة 8)

ومن الدراسات التي تناولت التكتم الإنفعالي و الإضطراب الأعراض الجسدية نجد دراسة أ. نور دين جبالي و أ .سامية شرفة بحيث هدفت الى معرفة العلاقة بين المعالجة المعرفية للإنفعالات

والتي حددت في التنظيم المعرفي للإنفعالات والتكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسدية بحيث تكونت العينة من 60مريضا، شملت عدّة أمراض : القرحة المعدية ، الضغط الدموي ، الروماتيزم ، القولون العصبي ، بحيث أظهرت أن مستوى التكتم متوسط قريب من المنخفض لدى عينة الدراسة ككل و وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التنظيم المعرفي للإنفعالات و التكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسمية .

ونظراً لأن المرأة أكثر حساسية من الناحية الإنفعالية فهي أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية و النفسجسمية ، اكدت الكثير من الدراسات على انتشار الامراض بين النساء أكثر من الرجال وقد يكون ذلك راجع إلى أن الرجال في مجتمعنا تتاح لهم فرصة التصرف في مشاكلهم والتنفيس عنها وتحقيق رغباتهم مما يقلل الصراع النفسي لديهم. (العنزي، 2004، ص 22)
وعادة ما يكون القلق مصاحباً لكثير من الامراض المزمنة فمثلا نجد ان النساء المصابات بأمراض مزمنة لديهم سهولة في التوتر والقلق والتعرض لبعض المشاعر المزعجة كالتشائم والإكتئاب والإحباط والأرق وخاصة إذا تعلق بإصابة المرأة بإرتفاع ضغط الدم الشرياني الذي يعد من الأمراض المزمنة الأكثر إنتشاراً .

وهذا و سجلت عينة من المصابين بضغط الدم الشرياني بلغ عددها 40 مريضاً تراوحت أعمارهم من 30 إلى 50 سنة درجات مرتفعة من القلق مقارنة بغير المصابين بنفس حجم العينة و العمر بحيث كان الفرق دالاً جّد إحصائياً ، حتى فيما يخص طرق وأساليب التعامل مع الضغط بين كلتا العينتين وهذا ما أكدته دراسة أ " نايت، ك".

ولقد بيّنت دراسات عديدة منها دراسات بومباردي وآخرون ، أن إستراتجيات التعامل ، المركزة حول الإنفعال ترتبط بالإضطرابات النفسية والجسدية والتوافق السيئ مع المشاكل الحياتية وبينت دراسات أخرى وجود إرتباط سلبي بين إستراتجية التعامل مع الضغط " التجنب" والتوافق النفسي وتضيف دراسات أخرى ، بأن أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة لأساليب التعامل غير الناجحة أو غير الفعّالة مع الضغط وكذلك الحال بين سوء التوافق بين الفرد وبيئته، فالأفراد المتميزون بهذا السياق في التعامل مع الضغط بصفة عامة مهيئون للإصابة ببعض الإضطرابات الإنفعالية الحادة أو الأمراض النفس جسدية مثل إرتفاع ضغط الدم الجوهري .

إذا يعد ضغط الدم الشرياني من الأمراض المزمنة ، بحيث بدل من إرتفاع وإنخفاض ضغط الدم الطبيعي ، فإن الضغط يبقى عالياً طوال الوقت ويسمى أيضاً فرط ضغط الدم الذي يمكن أن يشكل تهديد خطير على صحة الفرد على المدى الطويل إذا لم ترى تغيرات على النظام الغذائي ونمط الحياة أو التحكم فيه عن طريق أخذ الدواء الموصوف من قبل الطبيب .

وبالنسبة ل90 في المائة من الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع ضغط ، لم يتم تحديد أي سبب واضح ، إذ يتم وصفهم بأنهم يعانون من فرط ضغط الدم الأساسي أو الأولي ، أما بالنسبة ل 10 في المائة الأخرى ، تم إكتشاف سبب محدد ، ويشار إلى هؤلاء الناس بمعاناتهم من فرط ضغط الدم الثانوي . (بروير، 2015، ص 17)

كذلك تبين أنه كثيرا ما تكون العوامل النفسية جد مساهمة في ظهور هذا المرض ، فقد وجد "تاكر (Taker)وهاريس (Harris) في دراستهما ان الأفراد ذوي الضغط الدموي المرتفع ، لديهم حساسية أكبر للأمور المثيرة للغضب كما توصل موسس(Moses) في دراسته إلى ان هناك علاقة إرتباط بين التوتر والقلق و الإنفعالات المؤلمة وبين زيادة ضغط الدم عن معدله العادي ، و من ناحية اخرى أجريت دراسات عديدة حول علاقة إرتفاع ضغط الدم بالسمات الشخصية والإنفعالية ففي دراسة لسبيرو وآخرين (Spiro et al 1995) حول علاقة السمات الشخصية والثبات الإنفعالي بتطور مرض الضغط الدموي فإنه قد تم تدعيم نتائج الدراسات السابقة ، القائلة بأن سمات الشخصية تؤخذ كمنبئ لتطور وحدوث مرض الضغط الدموي . (كريمة، 2013، ص 99)

وفي دراسة أخرى للعالم آلكسندر وآخرون (Alexander et autres) إعتبروا أن أكثر الأفراد الذين يعانون من إرتفاع ضغط الدم هم أفراد النمط A، والفرد من هذا النمط يتصف بالسمات الشخصية التالية الضعف الإنفعالي، الرغبة في التقدم وروح المنافسة ، العدوانية ، و الإهتمام بالوقت ن الإندفاع، الإكتئاب مع توتر في العضلات ، سرعة في النشاط. علاوة على هذا فإن الإحصائيات تبين أن اكثر من 50% من الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم عن 60 سنة مصابون بإرتفاع ضغط الدم وكثيرا ما يؤثر المرض على الحالة النفسية لدى المريض فقد وجد تاكر وهاريس (Harris et Taker) في دراستهما ان الأفراد ذوي الضغط المرتفع لديهم حساسية أكبر للأمور المثيرة للغضب كما توصل موسس(Moses) في دراسته إلى أن هناك علاقة إرتباطية بين التوتر والقلق و الإنفعالات المؤلمة وبين زيادة ضغط الدم عن معدله الطبيعي. (المعطي، 2003، ص 99)

وعلى ضوء ما سبق وحتى يتسنى لنا الإحاطة بمختلف جوانب موضوع البحث المتمثل في التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع يبدو لنا منطقيا طرح التساؤلات الآتية :

التساؤل العام:

- إلى أي مدى تعاني المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع من التكتم الإنفعالي ؟

التساؤلات الجزئية :

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الانفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير السّن ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل من عدمه ؟

2. فرضيات الدراسة :

تتم صياغتها بالشكل التالي :

الفرضية العامة :

- تعاني المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع من مستوى مرتفع من التكتم الإنفعالي .

فرضيات جزئية :

- توجد فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير السّن.
- توجد فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل من عدمه .

3. أهداف الدراسة :

- ✓ الكشف عن ما إذا كانت المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع تعاني من التكتم الإنفعالي .
- ✓ معرفة الفروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير السّن .
- ✓ معرفة الفروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل من عدمه .

4. أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة فيما يلي :

- إلقاء الضوء على ظاهرة حديثة في الدراسة وهي التكتم الإنفعالي و الذي بدأت الدراسات عليه في القرن العشرين

- إبراز علاقة التكتم الإنفعالي بالمرض المزمن المتمثل في الضغط الدموي المرتفع الذي هو من المواضيع الجد مهمة على مر العصور اذ يعد من أكثر الأمراض السيكوسوماتية إنتشاراً بحيث أن الأشخاص الذين يتميزون بسمة التكتم الانفعالي هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية ومنها الضغط الدموي المرتفع .

-ويستمد هذا الموضوع أهمّيته من خلال الفئة المستهدفة منه وهي المرأة ، والتي لها دور في بناء المجتمع وتنشئة أفراده، وكونها طاقة بشريّة مهمّه ومؤثّرة في كيانه، ولما تتعرض له في خضمّ ظروف الحياة اليوميّة والتقلبات السريعة في شتى مجالاتها ولا سيما في مجتمعنا الجزائري المحافظ الذي يتميز بمبادئ وقوانين يخضع لها افراد المجتمع وبالأخص المرأة .

5. تحديد مفاهيم الدراسة :

6-1المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

التكتم الإنفعالي :

هو سمة في الشخصية ذات خصائص وجدانية ومعرفية تتميز بصعوبة تحديد ووصف المشاعر والانفعالات مع نمط معرف يتميز بتوجه خارجي (داود، 2016، صفحة 419)

و هي حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الإنفعالات من الناحية المعرفية ،كما تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجداناته ومن ثمَّ فهي تعتبر احد العوامل المهيئة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية . (Taylor, 1997, p. 234)

و التكتم كبناء وسمة شخصية تتميز أساساً بصعوبات التعرف على المشاعر والتعبير عنها ، وترتبط بضعف في القدرة على التوسيم والتعرف على تعبيرات الوجه العاطفية والمحفزات المعجمية . (خلفي، 2021، صفحة 77)

وهو قصور في بعض المهارات الشخصية المرتبطة بالقدرة على إقامة العلاقات الإجتماعية وتحمل الضغوط وعدم القدرة على ضبط الذات . (عبيب، 2022، صفحة 745)

أما في الدراسة الحالية فالتكتم الإنفعالي هو الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس التكتم الإنفعالي "الألكسثيميا "(TAS20) لتايلور (1992) على عينة من النساء المصابات بالضغط الدم المرتفع .

المرأة المصابة بإرتفاع ضغط الدم :

هي الحالة التي يتراوح عمرها ما بين 25-45 سنة و تعاني من مرض مزمن وهو ضغط الدم المرتفع، وتتلقى علاجاً تحت إشراف طبي، بحيث تم تشخيص إرتفاع ضغط الدم (سواء أساسي أو ثانوي) لديها لمدة تساوي أو تزيد عن السنة .

وفي الدراسة الحالية تتمثل في مجموعة البحث وهي عينة من النساء المصابات بإرتفاع ضغط الدم بولاية غرداية وطبق عليهنّ مقياس التكتم الإنفعالي في 2022/04/10.

6. الدراسات السابقة :

7-1الدراسات السابقة التي تناولت متغير التكتم الإنفعالي :

دراسة الماسون وآخرون (2005) Mason et al والتي هدفت إلى فحص مدى إنتشار التكتم الإنفعالي وعلاقته بالإرتباط الوالدي والتفكك لدى عينة من طلبة الجامعة في بريطانيا وتم تطبيق كل مقياس تورونتو للألكسثيميا (TAS20) ومقياس خبرة التفكك لدى عينة من طلبة الجامعة مكونة من 181 طالباً و19 طالبة في تخصصي الآداب والعلوم وأظهرت النتائج أن نسبة الإنتشار للتكتم الإنفعالي بين الطلبة البريطانيين متشابهة لنسب إنتشارها في البلدان الأخرى وان نسبة إنتشارها بين الإناث هي اعلى من الذكور وبين طلبة العلوم هي اعلى من طلبة الآداب . كما أظهرت النتائج إرتباطه سلبياً مع الإرتباط الوالدي وإيجابياً مع خبرة التفكك .

دراسة داود 2016 : والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين التكتم الإنفعالي وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الإقتصادي و الإجتماعي وحجم الأسرة والجنس لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوبة في الجامعة الأردنية بلغ عددهم 260 طالباً منهم 28 من الذكور و232 من الاناث تم اختيارهم بطريقة عشوائية وإستخدمت الباحثة مقياس تورونتو (TAS20)لقياس التكتم الإنفعالي ومقياس إدراك الوالدين (POP) وأظهرت النتائج :

- إنتشار الألكسثميا بدرجة متوسطة تمثلت بنسبة (33%)و (9%) بدرجة مرتفعة .
- وجود إرتباط سالب وذي دلالة إحصائية بين الألكسثيميا ودخل الأسرة بينما لم تظهر إرتباطاً مع المستوى التعليمي للوالدين ونوع الجنس وعدد أفراد الأسرة .

دراسة أ. نور دين جبالي و أ .سامية شرفة : هدفت الى معرفة العلاقة بين المعالجة المعرفية للإنفعالات والتي حددت في التنظيم المعرفي للإنفعالات والتكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسدية ولتحقيق أهداف الدراسة تم إستخدام مقياس تورنتو للتكتم إضافة إلى مقايس التنظيم المعرفي للإنفعالاتِ (CERQ) تكونت العينة من 60مريضا تم إختيارهم بالطريقة القصدية ، شملت عدّة أمراض : القرحة المعدية ، الضغط الدموي ، الروماتيزم ، القولون العصبي و أظهرت الدراسة:

- مستوى التكتم متوسط قريب من المنخفض لدى عينة الدراسة ككل .

- البعد السائد للتنظيم المعرفي للإنفعالات هو التنظيم المعرفي التكيفي (التقبل ، التقييم الإيجابي وإعادة التخطيط) في مقابل التنظيم المعرفي الغير تكيفي (لوم الذات ، الكارثية ، لوم الآخرين)

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التنظيم المعرفي للإنفعالات و التكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسمية.

دراسة جميلة شريف ، عبد الحليم خلفي : هدفت للبحث في العلاقة بين التكتم بالتوافق الزواجي لدى عينة من الازواج المصابين بالسكري في مدينة برج بوعريرج و بإستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي و إختيار عينة قصدية قوامها 84 زوج مصاب بالسكري ، و بالإستعانة بكل من مقياس الألكسثيميا لباجيبي وزملاؤه (1994) ومقياس التوافق الزواجي لجراهام سبانييه (1976) واسفرت على النتائج التالية :

توجد علاقة إرتباطية عكسية دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين التكتم والتوافق الزواجي .

لا توجد فروق دالة إحصائية في التكتم والتوافق الزواجي بين الازواج حسب الجنس .

دراسة فاسي آمال (2016) : بعنوان الألكسثيميا (التكتم) لدى المريض السرطان كنشاط عقلي مميز هدفت من خلالها إلى الكشف عن الفروق إن وجدت في درجات التكتم لدى الأفراد الذين يظهر لديهم الإكتئاب الأساسي والذين يظهر لديهم إكتئاب واضح، والكشف عن الفروق إن وجدت في متوسطات درجات التكتم لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر وبين الأشخاص الذين لديهم المرض اكثر من 6أشهر واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي واستخدمت الادوات التالية : مقياس التاس للتكتم ومقياس الهادس للإكتئاب .

وطبقت الباحثة المقياسيين على عينة قدرت بحوالي 255 حالة مصابة بالسرطان ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ان مستوى التكتم العالية قدرت ب 202 حالة من مجموع الدراسة بنسبة 79,2% والتكتم المتوسط بنسبة 17,6% وعدد الافراد 45 حالة أما التكتم المنخفض فتوصلت النتائج إلى 8 حالات بنسبة 3,1%

دراسة قداش فتيحة (2021): هدفت إلى التعرف على مستوى عجز التعبير الإنفعالي عند المرأة المصابة بالعقم من حيث صعوبة وصف الأحاسيس ، وصعوبة تحديد الأحاسيس والتفكير الموجه نحو الخارج لدى عينة بلغ حجمها خمسة نساء مصابات بالعقم وللوصول إلى هذه الأهداف إعتمدت

الباحثة على المنهج الوصفي، والمنهج العيادي طبقت الباحثة وسيلة تتمثل في سلم (TAS20) لتقدير الألكسثيميا ، فضلا عن تحليل المضمون والإحصاء الوصفي.

كشفت النتائج عن بروز عجز التعبير الانفعالي بجلاء عن افراد العينة حيث في تحليل المضمون / ويمثل صعوبة وصف الاحاسيس البعد الأكثر ارتفاعا من خلال تحليل المضمون بقيمة اجمالية لكل الحالات تقدر ب217 في المقابل يمثل صعوبة تحديد الاحاسيس البعد الأكثر ارتفاعا على سلم تاس قيمته 114 اين يتضح بجلاء صعوبة فهم عبارات سلم تاس من قبل افراد العينة وفي الاخير احتل التفكير الموجه نحو الخارج المرتبة الاخيرة بقيمة 113. (قداش، 2021، ص485)

دراسة "OLIVIO" وزملائه : يشير على ان هناك علاقة بين ضعف التعبير الانفعالي بالاكتئاب حيث لاحظوا ان اغلب الدراسات جعلت ضعف التعبير الانفعالي أحد مضاعفات الاكتئاب وشملت العينة 146 شخصاً مكتئبا واستعملوا في قياس التكتم لترونتو "TAS20" مع قياس قبلي وبعدي بعد اربعة عشر اسبوع حيث دلت النتائج على ان التغيرات في درجة TAS20 أن ضعف التعبير الانفعالي سمة من سمات الشخصية المنفصلة عن الاكتئاب

(ابراهيم، 1998، ص 120)

ومن خلال العرض السابق ومن نتائج الدراسات السابقة ، سنتطرق في الدراسة الحالية إلى محاولة معرفة ما إذا كانت المرأة المصابة بإرتفاع ضغط الدم تعاني من الضعف الإنفعالي .

7-2 التعقيب على الدراسات السابقة التي تناولت متغير التكتم الانفعالي :

من حيث الموضوع :

إهتمت معظم الدراسات السابقة بتناولها لمتغير التكتم الإنفعالي ، الذي كان متغير أساسي في الدراسة ففي دراسة الماسون وآخرون (2005) Mason et al والتي هدفت إلى فحص مدى إنتشار التكتم الإنفعالي وعلاقته بالإرتباط الوالدي والتفكك لدى عينة من طلبة الجامعة في بريطانيا ، أما في (دراسة داود 2016) فهدفت إلى فحص العلاقة بين التكتم الإنفعالي وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الإقتصادي و الإجتماعي وحجم الأسرة والجنس لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوبة في الجامعة الأردنية وفي (دراسة جبالي.ن و شرفة.س) : هدفت الى معرفة العلاقة بين المعالجة المعرفية للإنفعالات والتي حددت في التنظيم المعرفي للإنفعالات والتكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسدية أما عن (دراسة شريف.ج و خلفي. ع) : هدفت للبحث في العلاقة بين التكتم بالتوافق

الزواجي لدى عينة من الأزواج المصابين بالسكري في مدينة برج بوعريرج وفي (دراسة فاسي آ.2016) بعنوان الألكسثيميا (التكتم) لدى المريض السرطان كنشاط عقلي مميز هدفت من خلالها إلى الكشف عن الفروق إن وجدت في درجات التكتم لدى الأفراد الذين يظهر لديهم الإكتئاب الأساسي والذين يظهر لديهم إكتئاب واضح، والكشف عن الفروق إن وجدت في متوسطات درجات التكتم لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر وبين الأشخاص الذين لديهم المرض اكثر من 6أشهر ، أما عن (دراسة قداش.ف 2021): هدفت إلى التعرف على مستوى عجز التعبير الإنفعالي عند المرأة المصابة بالعقم من حيث صعوبة وصف الأحاسيس ، وصعوبة تحديد الأحاسيس ن والتفكير الموجه نحو الخارج أما دراسة "OLIVIO" وزملائه : هدفت الى معرفة إذ أن هناك علاقة بين ضعف التعبير الانفعالي بالاكتئاب .

من حيث المنهج :

اتفقت مجمل الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في المنهج المعتمد بحيث كل من دراسة (الماسون وآخرون، Mason et al 2005) و (داود 2016) و (جبالي.ن و شرفة.س) كذلك دراسة (شريف.ج و خلفي. ع) وحتى (فاسي آ.2016) و (قداش.ف 2021) و "OLIVIO " وزملائه اعتمدوا على المنهج الوصفي التحليلي لأنه المنهج الأنسب .

من حيث العينة :

لم تتفق الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في طبيعة عينة البحث ، بحيث كانت عينة البحث في الدراسة الحالية المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع ، أما الدراسات السابقة تختلف في ما بينها في عينة البحث في دراسة (الماسون وآخرون، Mason et al 2005) كانت عينة البحث من طلبة الجامعة في تخصصي الآداب والعلوم أما دراسة (داود 2016) كانت كذلك على عينة من طلبة كلية العلوم التربوبة في الجامعة الأردنية اما عن عينة دراسة (جبالي.ن و شرفة.س) فكانت عن المصابين بالأعراض الجسدية شملت عدّة أمراض : القرحة المعدية ، الضغط الدموي ، الروماتيزم ، القولون العصبي أما دراسة (دراسة شريف.ج و خلفي. ع) فكانت حول عينة من الأزواج المصابين بالسكري أنا عن عينة دراسة (فاسي آ.2016) فشملت مرضى السرطان وفي دراسة (قداش.ف 2021) ركزت في عينتها على المرأة المصابة بالعقم أما عن دراسة "OLIVIO " وزملائه فشملت الأشخاص المكتئبين.

كما إختلفت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في حجم العينة بحيث تحتوي الدراسة الحالية على 30 حالة من النساء المصابات بضغط الدم المرتفع أما دراسة (الماسون وآخرون، Mason et al 2005) تكونت العينة من 181 طالباً و19 طالبة في الجامعة تخصصي الآداب والعلوم ، أما عن عينة دراسة (داود 2016) فبلغ عددها 260 طالباً منهم 28 من الذكور و232 إناث وفي دراسة (جبالي.ن و شرفة.س) تكونت العينة من 60 مريضاً وفي دراسة (شريف.ج و خلفي. ع) تكونت من 84 زوج مصاب السكري أما عن دراسة(فاسي آ.2016) قدرت العينة ب 255 حالة مصابة بالسرطان ودراسة (قداش.ف 2021) كانت على 5 نساء مصابات بالعقم أما "OLIVIO " وزملائه فشملت دراسته 146 شخص مكتئب.

من حيث الأدوات :

تشابهت الدراسات السابقة مع الدراسات الحالية من خلال إستخدامها لأداة القياس وهو مقياس تورونتو (TAS-20) لقياس التكتم الإنفعالي "الألكسيثيميا " بالإضافة إلى أدوات أخرى فنجد في

دراسة (الماسون وآخرون، Mason et al 2005) طبق الباحث كل من مقياس تورونتو للألكسثيميا (TAS20) ومقياس خبرة التفكك وفي دراسة(داود 2016) إستخدمت الباحثة مقياس تورونتو (TAS20)لقياس التكتم الإنفعالي ومقياس إدراك الوالدين (POP) أما عن دراسة (جبالي.ن و شرفة.س) تم إستخدام مقياس تورنتو للتكتم إضافة إلى مقايس التنظيم المعرفي للإنفعالات

(CERQ) وفي دراسة (شريف.ج و خلفي. ع) قاموا الباحثين بالإستعانة بكل من مقياس الألكسثيميا لباجيبي وزملاؤه (1994) ومقياس التوافق الزواجي لجراهام سبانييه (1976) اما عن دراسة (فاسي آ.2016) فطبقت كل من مقياس TAS-20 للتكتم ومقياس الهادس للإكتئاب اما عن دراسة كل من (قداش.ف 2021) و "OLIVIO" وزملائه فقاموا كليهما بتطبيق مقياس (TAS20) لقياس التكتم الإنفعالي.

من حيث النتائج :

تم الإستفادة العلمية من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية ، وذلك لأنها ساعدتنا على الإطلاع فيما يتعلق بمتغير التكتم الإنفعالي ، كما أنها ساعدتنا في تفسير النتائج الدراسة الحالية ، فبالنسبة لدراسة (الماسون وآخرون، Mason et al 2005) توصلت إلى أن نسبة الإنتشار للتكتم الإنفعالي بين

الطلبة البريطانيين متشابهة لنسب إنتشارها في البلدان الأخرى وان نسبة إنتشارها بين الإناث هي اعلى من الذكور ، كما أظهرت النتائج إرتباطه سلبياً مع الإرتباط الوالدي وإيجابياً مع خبرة التفكك ، أما بالنسبة لدراسة (داود 2016) فتوصلت إلى أن إنتشار الألكسيثميا بدرجة متوسطة تمثلت بنسبة (33%) و (9%) بدرجة مرتفعة وإلى وجود إرتباط سالب بين الألكسثيميا ودخل الأسرة ، بينما لم تظهر إرتباطاً مع المستوى التعليمي للوالدين ونوع الجنس وعدد أفراد الأسرة .

أما دراسة (جبالي.ن و شرفة.س) فأسفرت على أن مستوى التكتم متوسط قريب من المنخفض لدى عينة الدراسة ككل و وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التنظيم المعرفي للإنفعالات و التكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسمية .

أما دراسة (شريف.ج و خلفي. ع) فأسفرت نتائجها على وجود علاقة إرتباطية عكسية دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين التكتم والتوافق الزواجي و لا وجود لفروق دالة إحصائية حسب الجنس ، أما عن نتائج دراسة (فاسي آ.2016) فأشارت إلى مستوى التكتم العالية قدرت ب 202 حالة من مجموع الدراسة بنسبة 79,2% والتكتم المتوسط بنسبة 17,6% وعدد الافراد 45 حالة أما التكتم المنخفض فتوصلت النتائج إلى 8 حالات بنسبة 3,1% اما نتائج دراسة (قداش.ف 2021) فتمثلت في بروز عجز التعبير الانفعالي بجلاء عن افراد العينة حيث يمثل صعوبة وصف الأحاسيس البعد الأكثر ارتفاعا من خلال تحليل المضمون بقيمة اجمالية لكل الحالات تقدر ب217 في المقابل يمثل صعوبة تحديد الاحاسيس البعد الأكثر ارتفاعا على سلم تاس قيمته 114 اين يتضح بجلاء صعوبة فهم عبارات سلم تاس من قبل افراد العينة وفي الأخير احتل التفكير الموجه نحو الخارج المرتبة الاخيرة بقيمة 113، أما عن نتائج دراسة "OLIVIO" و زملائه فتوصلت إلى ان التغيرات في درجة TAS20 دّلت على أن ضعف التعبير الإنفعالي سمة من سمات الشخصية المنفصلة عن الإكتئاب.

7-3الدراسات السابقة التي تناولت متغير ضغط الدم المرتفع :

دراسة لكحل.ر(2010): هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم ومعرفة مدى تأثير التربية الصحية في تحسين الإلتزام الصحي لدى مرضى إرتفاع ضغط الدم، أما العينة تتكون من 60 شخص مصاباً بإرتفاع ضغط الدم ،22 من الرجال و38 من النساء

بحيث الأدوات المستعملة في الدراسة هي إستبيان الإلتزام الصحي لدى المرضى المصابين بإرتفاع ضغط الدم ، أما المنهج المستخدم هو الوصفي الإحصائي .و تلخصت نتائج الدراسة في ان عملية تعليم المرضى تحسن من الإلتزام مرضى إرتفاع ضغط الدم ،ووجود فروق دالة إحصائياً في درجات الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم تتعلق بالمستوى التعليمي ، ووجود إختلاف في دجات العينة في مقياس الإلتزام الصحي بإختلاف لمستوى الإقتصادي للمرضى .

دراسة" نايت، ك" (2013) : هدفت إلى فحص مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات سمة القلق وفي أساليب التعامل مع الضغط وذلك بين عينتين مختلفتين من الأفراد ، إحداها تتكون من المصابين بإرتفاع ضغط الدم الجوهري كإضراب سيكوسوماتي آخر وعينة أخرى تتكون من أفراد غير مصابين بهذا الإضطراب ولا يعانون من أي اضطراب سيكوسوماتي آخر ، ولتحقيق هذه الأهداف تم تطبيق كل من مقياس سمة القلق ، ومقياس طرق التعامل مع الضغط النفسي ، على عينة من المصابين بإرتفاع ضغط الدم الجوهري بلغ عددها 40 مريضاً تتراوح اعمارهم (من 30إلى 50سنة) وعينة اخرى غير مصابة بأي اضطراب سيكوسوماتي بلغ عددها 40 فرداً تتراوح اعمارهم (من 30 إلى 50 سنة) اذ اعتمدت على المنهج الاحصائي الوصفي المقارن اما النتائج التي تولت لها الباحثة هي:
وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية ، بين كلتا العينتين فيما يخص كل المتغيرات الدراسة حيث ارتفعت درجات سمة القلق عند عينة المرضى مقارنة بعينة غير المرضى وكان الفرق دالاً جد احصائياً كما أظهرت فروق دالة في ما يخص طرق أو اساليب التعامل مع الضغط بين كلتا العينتين.

دراسة حسين زيد و بشير معمرية (2020): هدفت الدراسة إلى التعرف على الرضا عن الحياة لدى المرضى ضغط الدم المرتفع وذلك بدراسة الفروق بين الجنسين والاعمار ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق إستبيان الرضا عن الحياة ل:دينز وزملاؤه 1985 على عينة تكونت من 100 مريض بضغط الدم المرتفع من الجنسين تتراوح اعمارهم بين 30 و97 سنة ، وتم إختيارهم بطريقة عرضية و إعتمد الباحثين على المنهج الوصفي بأسلوب المقارنة وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق بين الذكور والاناث في الرضا عن الحياة لصالح الذكور ، كما أشار ت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الأعمار في الرضا لدى الذكور والنتيجة نفسها لدى الإناث .

دراسة العايش آمال وعلي قويدري (2020) :هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين مستوى التفكير السلبي ومستوى الاكتئاب وذلك لدى عينة من مرضى الضغط الدموي حيث سعت الدراسة

إلى معرفة الفروق بين مرتفعي درجات التفكير السلبي ومنخفضي درجات التفكير السلبي لدى عينة الدراسة ولتحقيق اهداف الدراسة تم استعمال مقياسين المقياس الاول هو مقياس التفكير السلبي من اعداد الباحثين ، حيث تم تطبيقه على عينة استطلاعية وقد اسفرت النتائج عن ملائمة المقياس لأغراض الدراسة وتمتعه بثبات وصدق مقبول والمقياس الثاني مقياس الاكتئاب وإعداد أرون بيك ، وفي الدراسة الأساسية المستندة إلى المنهج الوصفي تم تطبيق على عينة قصدية من المرضى الضغط الدموي بلغت 93 مريضاً وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

وجود فروق جوهرية دالة بين المتوسطيين في مستوى الإكتئاب لصالح مرتفعي التفكير السلبي.

دراسة جبالي نور الدين وقارة سعيد : تناولت الدراسة موضوع المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي وعليه فقد اجريت الدراسة في مدة 30 يوما على 100 مريض بإرتفاع ضغط الدم الأساسي وتوصلت نتائج الدراسة إلى :

انه توجد علاقة الة إحصائياً عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بإرتفاع ضغط الدم الأساسي وبين درجة تقبله للعلاج .

دراسة بوغزالة.س(2013): تهدف إلى دراسة القلق لدى المرأة الحامل المصابة بإرتفاع ضغط الدم ،والمرأة الغير مصابة بإرتفاع ضغط الدم ، بحيث تمثلت عينة البحث في خمس حالات من النساء يعانين من إرتفاع ضغط الدم وخمس حالات اخرى من النساء ليس لديهن إرتفاع ضغط الدم ، وتم تطبيق ثلاث ادوات مهمة من ادوات البحث العلمي وتمثلت في مقياس "سبيلبيرجر" لقلق الحالة وقلق السمة والمقابلة العيادية النصف موجهة ، أما المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الاكلينيكي ، وتوصلت نتائج الدراسة أن بالنسبة للحالات المصابات بإرتفاع ضغط الدم ، ثلاثة منهم لديهن قلق الحالة وبالنسبة للحالات الغير مصابات بإرتفاع ضغط الدم فتوصلت النتائج إلى اربع حالات لديهن قلق الحالة والحالة الخامسة لديها قلق السمة .

دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2004): هدفت الدراسة عن نوعية ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات . المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي واشتملت ادوات الدراسة على ثلاثة مقاييس :مقياس اساليب مواجهة الضغوط من اعداد الباحثة واستبيان ضغوط الحياة ومقياس الطمأنينة النفسية ، وتم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها (120) إمراة تتراوح أعمارهن ما بين (20-45)سنة مقسمين الى مجموعتين على النحو التالي : المجموعة الاولى مكونة من (60) امراة من المصابات بإضطرابات سيكوسوماتية ،حيث تم تشخيصهن بانهن يعانين من اضطرابات سيكوسوماتية من قبل الأطباء وفقا للمحكات التشخصية (DSM-IV) أما المجموعة الثانية : مكونة من 60 إمراة من الصحيحات تم اختيارهم بطريقة مكافئة للمجموعة الاولى واسفرت نتائج الدراسة على :

-وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والصحيحات في درجة الكلية للإستبيان ضغوط أحداث الحياة و بين متوسط درجات المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية ومتوسط درجات الصحيحات في المصادر التالية : (الصحية والحياة الاسرية والزواج والاحداث الشخصية) لصالح المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية في حين لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في المصادر التالية : (العمل و الدراسة الناحية المالية والوالدية)

7-4 تعقيب عن الدراسات السابقة لمتغير الضغط الدم المرتفع :

من حيث الموضوع :

إتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية بحيث كان هدف (لكحل.ر2010) التعرف على مدى الإلتزام الصحي و مدى تأثير التربية الصحية في تحسينه لدى مرضى إرتفاع ضغط الدم ، أما دراسة (نايت، ك 2013) هدفت إلى فحص مدى وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجات سمة القلق وفي أساليب التعامل مع الضغط وذلك بين عينتين مختلفتين من الأفراد ، إحداهما تتكون من المصابين بإرتفاع ضغط الدم والعينة الأخرى أفراد غير مصابين، الإستشفائية أما عن (دراسة بوغزالة.س2013)

فهدفت إلى دراسة القلق لدى المرأة الحامل المصابة بإرتفاع ضغط الدم ،والمرأة الغير مصابة بإرتفاع ضغط الدم،

أما عن دراسة (حسين زيد و بشير معمرية 2020) فهدفت إلى التعرف على الرضا عن الحياة لدى المرضى ضغط الدم المرتفع وذلك بدراسة الفروق بين الجنسين والأعمار ، وفي دراسة (العايش آمال وعلي قويدري 2020) فكان الهدف منها معرفة العلاقة بين مستوى التفكير السلبي ومستوى الاكتئاب وذلك لدى عينة من مرضى الضغط الدموي كما سعت إلى معرفة الفروق بين مرتفعي درجات التفكير السلبي ومنخفضي درجات التفكير السلبي لدى عينة الدراسة أما عن دراسة جبالي نور الدين وقارة سعيد : فهدفت إلى معرفة العلاقة بين المساندة الإجتماعية تقبل العلاج عند المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي ، أما الدراسة الحالية هدفت إلى معرفة العلاقة بين التكتم الإنفعالي وإرتفاع ضغط الدم عند المرأة . وعن هدف دراسة (أ، سليمان، ت، العنزي 2004) فكان معرفة نوعية ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها لدى المصابات بالإضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصحيحات.

من حيث المنهج :

إتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث المنهج بحيث كل من دراسة (لكحل.ر2010) و(نايت، ك 2013) ودراسة (زيد.ح و معمرية.ب 2020) و(العايش.آ و قويدري.ع 2020) و (جبالي نور الدين وقارة سعيد) و دراسة (أمل سليمان تركي العنزي 2004) كان المنهج المعتمد هو المنهج الوصفي، أما عن بوغزالة.س(2013) فإعتمدت في دراستها على المنهج العيادي .

من حيث العينة :

إتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث طبيعة العينة بحيث تشير إلى المصابين بإرتفاع ضغط الدم وتشمل دراسة (لكحل.ر2010) و(نايت، ك 2013) (زيد.ح و معمرية.ب 2020) (العايش.آ و قويدري.ع 2020) (جبالي نور الدين وقارة سعيد) لكنها تختلف مع الدراسة الحالية من ناحية كبر حجم العينة فبالنسبة لدراسة(لكحل.ر2010) تكونت العينة من 60 شخص مصاباً بإرتفاع ضغط الدم ،22 من الرجال و38 من النساء أما دراسة (نايت، ك 2013) فتكونت العينة من 40 مريضاً تتراوح اعمارهم (من 30إلى 50سنة) بالنسبة للمصابين وبالنسبة لغير المصابين بلغ عددها 40 فردا أيضاً . وفي دراسة(زيد.ح و معمرية.ب 2020) تكونت العينة من 100 مريض

بضغط الدم المرتفع من الجنسين تتراوح اعمارهم بين 30 و97 سنة وفي دراسة (العايش.آ و قويدري.ع 2020) من المرضى الضغط الدموي بلغت 93 مريضاً أما عن دراسة (جبالي نور الدين وقارة سعيد) فبلغت 100 مريض بإرتفاع ضغط الدم الأساسي، و في دراسة بوغزالة.س(2013) تمثلت عينة البحث في خمس حالات من النساء يعانين من إرتفاع ضغط الدم وخمس حالات أخرى من النساء ليس لديهن إرتفاع ضغط الدم، وفي دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2004) تكونت العينة من (120) إمراة مقسمين الى مجموعتين المجموعة الاولى مكونة من (60) امراة من المصابات بإضطرابات سيكوسوماتية و المجموعة الثانية مكونة من 60 إمراة من الصحيحات.

من حيث الأدوات:

تختلف الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في الادوات المستعملة بحيث إعتمدت الدراسة الحالية على مقياس التكتم الإنفعالي أما دراسة (لكحل.ر2010) فإعتمدت على إستبيان الإلتزام الصحي و بالنسبة لدراسة (نايت، ك 2013) فطبقت كل من مقياس سمة القلق و مقياس طرق التعامل مع الضغط النفسي أما عن دراسة (زيد.ح و معمرية.ب 2020) كانت الأداة إستبيان الرضا عن الحياة و بالنسبة لدراسة (العايش.آ و قويدري.ع 2020) طبق فيها مقياس التفكير السلبي من اعداد الباحثين اما بالنسبة لدراسة (جبالي نور الدين وقارة سعيد) فطبق فيها إستبيان المساندة الإجتماعية وفي دراسة بوغزالة.س(2013) تم تطبيق ثلاث أدوات تمثلت في مقياس "سبيلبيرجر" لقلق الحالة وقلق السمة والمقابلة العيادية النصف موجهة، أما في دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2004) تمثلت الأدوات في مقياس أساليب مواجهة الضغوط من اعداد الباحثة واستبيان ضغوط الحياة ومقياس الطمأنينة النفسية.

من حيث النتائج :

لقد ساعدتنا الدراسات السابقة في الدراسة الحالية بشكل كبير ومعمق ، بحيث تلخصت نتائج دراسة (لكحل.ر2010) في ان عملية تعليم المرضى تحسن من الإلتزام مرضى إرتفاع ضغط الدم ،ووجود فروق دالة إحصائياً في درجات الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم تتعلق بالمستوى التعليمي ، ووجود إختلاف في درجات العينة في مقياس الإلتزام الصحي بإختلاف المستوى الإقتصادي للمرضى، أما دراسة (نايت، ك 2013)كانت نتائجها المستخلصة تتمثل في وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية ، بين كلتا العينتين فيما يخص كل المتغيرات الدراسة حيث ارتفعت درجات سمة القلق

عند عينة المرضى مقارنة بعينة غير المرضى وكان الفرق دالاً جد احصائياً .كما أظهرت فروق دالة في ما يخص طرق أو اساليب التعامل مع الضغط بين كلتا العينتين .

أما عن نتائج دراسة (زيد.ح و معمرية.ب 2020) فأشارت إلى وجود فروق بين الذكور والاناث في الرضا عن الحياة لصالح الذكور ، كما أشارت إلى عدم وجود فروق بين الأعمار في الرضا لدى الذكور والنتيجة نفسها لدى الإناث. و تلخصت نتائج دراسة (العايش.آ و قويدري.ع 2020) في وجود فروق جوهرية دالة بين المتوسطيين في مستوى الإكتئاب لصالح مرتفعي التفكير السلبي ، وفي دراسة (جبالي نور الدين وقارة سعيد) فتلخصت النتائج في انه توجد علاقة دالة إحصائياً عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها المريض بإرتفاع ضغط الدم الأساسي وبين درجة تقبله للعلاج ، أما دراسة (بوغزالة.س2013) فنصت نتائجها على الحالات المصابات بإرتفاع ضغط الدم ، ثلاثة منهم لديهن قلق الحالة وبالنسبة للحالات الغير مصابات بإرتفاع ضغط الدم فتوصلت النتائج إلى اربع حالات لديهن قلق الحالة والحالة الخامسة لديها قلق السمة، أما نتائج دراسة (أمل سليمان تركي العنزي 2004) فتمثلت في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والصحيحات في درجة الكلية للإستبيان ضغوط أحداث الحياة و بين متوسط درجات المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية ومتوسط درجات الصحيحات في المصادر التالية : (الصحية والحياة الاسرية والزواج والاحداث الشخصية) لصالح المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية في حين لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في المصادر التالية : (العمل و الدراسة الناحية المالية والوالدية).

الفصل الثاني: التكتم الإنفعالي

-تمهيد

1. تعريف التكتم الإنفعالي

2.لمحة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم التكتم الإنفعالي

3.أبعاد التكتم الإنفعالي

4.مكونات التكتم الإنفعالي

5. أنواع التكتم الإنفعالي

6.أعراض التكتم الإنفعالي

7.الإنفعالات وأنواعها

8. العلاقة بين الإنفعالات وحدوث الإضطرابات السيكوسوماتية.

9.علاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض

10. النظريات المفسرة للتكتم الإنفعالي

-خلاصة الفصل

تمهيد :

يحقق الفرد الصحة النفسية و التوافق في شتى مجالات حياته باللجوء إلى توظيف الإنفعالات، لكننا في الواقع نجد البعض من يتمتع بالقدرة في التعبير عنها ، أمّا البعض الآخر فيعجز عن تأدية هذه الوظيفة ، مما يجعلنا نتكلم على التكتم الإنفعالي وسنحاول في هذا الفصل الإلمام بكل ما يتعلق بالموضوع وهذا من خلال التعرف على ما يلي : تعريف التكتم الإنفعالي ، لمحة حول نشأة وتطور مفهوم التكتم الإنفعالي ، وأبعاده و مكوناته وكذلك أنواعه ثم الإنفعالات وأنواعها ، و معرفة العلاقة بينها وبين حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية وعلاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض ثم تسليط الضوء على النظريات التي إهتمت بدراسته وتفسيره .

1. تعريف التكتم الإنفعالي :

يوجد عدة تعريفات للتكتم الإنفعالي وعدة مصطلحات لها نفس مفهومه منها الأمية الإنفعالية ، البلادة الوجدانية و مصطلح الألكسثيميا (Alexithymia) وهو كلمة مشتقة من اللغة اليونانية .

- **لغة** : ترجع الكلمة في أصولها اللاتينية إلى ثلاثة قطع (A) وتعني فقدان ، (Lexi) وتعني كلمة ، (Thymia) وتعني مشاعر؛ أي أنها تشير إلى فقدان الكلام المعبِّر عن المشاعر ، ومثل هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من الألكسثيميا Alexithymia يفتقرون للكلمات التي تعبر عن مشاعرهم ، ومن ثمَّ يبدون وكأنهم بلا مشاعر على الإطلاق ، على الرغم من أنَّ هذا العجز يمكن ان يكون السبب في عدم قدرتهم على التعبير عن عاطفتهم أكثر من إفتقارهم لهذه العاطفة . (Carpenter, 2000, p. 630)

وصياغة مفهوم الألكسثيميا كان من قبل Sifneos ، حيث يعد أول من رد مصطلح الألكسثيميا إلى اليونانية على النحو التالي : "A" و تعني "قلة "،"Lexi" وتعني " كلمة" و" Thymos" تعني : "مشاعر" ولذلك يمكن أن يقرأ بشكل حرفي Alack of words for feeling بمعنى قلة الكلمات المعبرة عن المشاعر ، او نقص التعبير عن المشاعر و الإنفعالات . (Burca, 1995, p. 12)

- **إصطلاحاً :**

- **تعريف (1989) Fish**: هي حالة تقيد القدرة على التمييز و التعبير عن المشاعر والحالات العاطفية والوجدانية وتنخفض لدى المتكتم الألكسيثيمي القدرة على التخيل وعلى الحلم حيث تنموا القابلية للتفكير بطريقة عملياتية وغير رمزية مما يؤدي إلى إنخفاض صلته بالعوامل الحقيقية المؤثرة في جهازه النفسي ويعجز عن التمييز بين حالاته الإنفعالية وبين إحساساته الجسدية وهو بسبب تكتمه يعبر عن ضيقه النفسي من خلال عوارض جسدية. (زين، 2016، ص 35)
- **تعريف Muller للألكسثيميا** :" هي فقدان القدرة على التعبير الإنفعالي عن المشاعر الداخلية نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف مشاعر الفرد. (Muller, 2000, p. 21)
- **تعريف الإتحاد الأمريكي للطب النفسي للألكسثيميا** : "هي إضطراب وظيفي في الوظائف الوجدانية والمعرفية يتسم بصعوبة في وصف مشاعر الشخص أو عدم التعرف عليها مع الخيال محدود وقيود على الحياة العاطفية ، و توجه معرفي خارجي ". (Colin, W. & Alexandra, B, 2003, p. 732)
- **تعريف عبد العظيم للألكسثيميا** : "هي مجموعة من الخصائص و الإضطرابات المعرفية والوجدانية تتضمن الصعوبة في التعرف على المشاعر ونقلها وصعوبة التمييز بين المشاعر والإحساسات الجسمية و الإستثارة الإنفعالية ونقص التخيل". (العظيم، 2007، ص 50)
- **تعريف Marchesi (2015) للألكسثيميا:**
- على أنه بناء متعدد الأبعاد يتميز بالخيال الفقير في الحياة مع صعوبة في التعبير او تسمية المشاعر وصعوبة التمييز ما بين الأحاسيس الجسدية والمشاعر والإنشغال بالأحداث الخارجية وتعتبر الألكسثيميا عامل خطر لتطوير العديد من الإضطرابات النفسية مثل الأكل ، الهلع ، الإكتئاب الشديد . (Marchesi, 2015, p. 30)

- من خلال العرض السابق للتعريفات تبيّن من خلالها أنها تتفق على خصائص الألكسثميين من حيث الفقر في الخيالات والعجز في التعرف على المشاعر مع إختلال في التمييز بين الإحساسات الجسدية والنفسية ، مما يؤدي إلى تطوير العديد من الإضطرابات النفسية وقد ذهب **Fish** إلى أن الألكسثيميا هي حالة تقيد القدرة على التمييز و التعبير عن المشاعر والحالات العاطفية والوجدانية وتنخفض لدى المتكتم الألكسيثيمي القدرة على التخيل ، وهو

ما أشار إليه **Marchesi** ، أمّا **Muller** و**عبد العظيم** وكذا **الإتحاد الأمريكي للطب النفسي** ، فقد ركزوا في التعاريف التي قدموها على أنها إضطرابات تمسُّ الوظائف الوجدانية والمعرفية ، و كذلك فقد نلحظ في توظيفهم لتعاريف ركزوا على أنها سمة وأنها مجموعة من الخصائص وهذا ما يجعل التعاريف كلها تجمع على أن الألكسثيميا هي سمة بالشخصية تؤدي بالفرد إن لم يتقدم لعلاجها إلى الإصابة بإضطرابات نفسية نتيجة الصعوبة في التواصل اللفظي الوجداني ن وكذا إضطرابات جسمية نتيجة إختلال التمييز بين مختلف الإحساسات.

2. لمحة تاريخية حول نشأة و تطور مفهوم التكتم الإنفعالي :

شهد ظهور مفهوم التكتم الإنفعالي Alexithymia عدّة مراحل بدأت من منتصف 1900 وحسب آلكسندر 1943 كانت الامراض السبعة التالية تصنف على انها نفسية جسدية الربو القصبي ، مرض جريفز ، إرتفاع ضغط الدم الأساسي ن قرحة الإثني عشر وإلتهاب الأمعاء أو إلتهاب المفاصل وإلتهاب القولون التقرحي ومع التطلع إلى شرح الصراع النفسي الديناميكي المحدد الذي يميز الأفراد الذين يعانون من هذه الأمراض النفسية الجسدية أدت إلى ظهور معضلة العقل والجسم وما بعدها توسيع مفهوم المرض النفسي الجسدي .

ومنه توصل رويش 1948 بأنهم مصابون بالطفولة الشخصية أي هؤلاء كانوا غير ناضجين من حيث الإفتقار للتعبير عن الذات ، وإقتراح التوتر المفرط دون تعبير كاف يؤدي إلى التوتر المزمن . (Max, 2011, p. 15)

كما لاحظ Ruesch 1948 أعراضا متشابهة لدى المرضى السيكوسوماتيين وذوي إضطرابات ما بعد الصدمة تتمثل فيما يلي :

- خللا في التعبير الرمزي عن الذات .
- التعبير عن الإنفعالات والصراعات على مستوى الأفعال.
- العجز عن التخلص من التوتر الناتج عن زيادة الأعراض الجسمية.
- الفشل في الإستجابة لعلامات القلق، أو الغضب ، أو الخوف .
- ضعف أو محدودية الخيال ، ويستخدمون الحركات البدنية المباشرة كوسيلة للتعبير الإنفعالي . (Taylor, & Bagby, 2000, p. 40)

وبعدها قدم ماكلين (1948) مصطلح " الدماغ الحشوي" لوصف ميل الأفراد المصابين بأمراض نفسية إلى نقص القدرة على تحديد ووصف مشاعرهم و إنفعالاتهم عن طريق التعبير اللفظي . (Max, 2011, p. 15)

ومع بداية الخمسينيات من القرن الماضي وصف كل من Kelman et Horney 1952 خصائص مشابهة لدى المرضى النفسيين الذين لا يستجيبون للعلاج النفسي بالشكل جيد ، حيث غالبا ما ينخرطن في الشراهة في الأكل ، وشرب الكحول ، او سلوكيات إندفاعية أخرى.

(Taylor, 1997, pp. 27-28)

وفي عام 1963 وصف محللين نفسيين فرنسيين وهما DeM'uzen et Marty أسلوبا مشابها للتفكير ، وغيابا واضحاً للخيال وكذا العجز هعن تحديد أو إستخدام اللغة الوجدانية لوصف الإنفعالات ، والتمييز بينهما وبين الإحساسات الجسمية ، بالإضافة إلى وصف الإنفعال الناتج عن الإستثارة بتفاصيل لانهاية لها ، وأشارا إلى ذلك بالأفكار الإجرائية مع عزو ذلك إلى خلل في تنظيم الشخصية وليس إلى الدفاعات العصابية . (Bekendam, 1997, p. 59)

وفي أوائل الستينات في أمريكا فحص Sifneos عينة عشوائية من المرضى السيكوسوماتيين المترددين على عيادة الطب النفسي التي كان مديراً لها بمستشفى ماساتشوتس ، فوجد أنّ بعض المرضى يتسمون بفقر الحصيلة اللغوية ، وعدم الإتساق الوجداني ، وكذا سطحية التفاعلات الإجتماعية ، وتدهور العلاقات مع الآخرين حدَّ الفشل ، والصعوبة الشديدة في القدرة على إيجاد كلمات ملائمة لوصف مشاعرهم / مما يعطي إنطباعاً للآخرين بأنهم لا يفهمون كلمة مشاعر. (Sifneos, 1973, p. 15) ، وقبل إدخال مصطلح alexithymia نشر Sifneos مع زميله Nemiah ، تحليل المقابلات مع المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية وجدوا أنهم غير مبالين بالعواطف أو عدم القدرة على النطق اللفظي لمشاعرهم التي كانوا يعانونها ، والحياة الخيالية الفقيرة ، و اعادة سرد مفصلة لأفعالهم الخاصة والاحداث في بيئتهم إستنادا إلى هذه الدراسات كان يعتقد أن التكتم نمطاً شائعاً للمرضى النفسيين .

وكان سفينوس Sifneos ونيمياه Nemiah مهتمون بإيجاد طرق جديدة لعلاج هؤلاء المرضى ، لأنه غالباُ ما كان هناك نقص في الإستجابة للعلاج النفسي الديناميكي . (Max, 2011, p. 15)

-ترتب على ذلك أنَّ صكَّ Sifneos مصطلح نقص القدرة على التعبير الإنفعالي Alexithymia عام 1972 للإشارة إلى جملة من الخصائص، في مقال بعنوان : "إنتشار خصائص نقص القدرة على التعبير الإنفعالي لدى مرضى السيكوسوماتيك" ، والذي وضعه أيضاً في كتاب له بعنوان : موضوعات في البحث السيكوسوماتي" كما نشر سيفينيوس هذا المصطلح في مجلة العلاج النفسي و السيكوسوماتيك. (Burca, 1995, p. 53)

ولم يصغ سيفينيوس المفهوم بصيغة الإسم " الألكسثيميا" ولكن صكه بصيغة الصفة أي " الخصال الألكسثيمية :معبراً عن زملة من الخصال الشائع ظهورها لدى فئات مرضية محددة ووصف هذه الخصال في كتابه المنشور عام 1972 (Bekendam, 1997, p. 60)

ثم بعد ذلك قام Bruch بنشر كتابه العلاج النفسي قصير الأجل وأزمة الإنفعال، وقد إشتمل الكتاب أيضاً على مصطلح الألكسثيميا في العام "1973". (Burca, 1995, p. 53)

وفي عام 1976 صاغ Nemiah مصطلح الألكسثيميا من اللغة اليونانية ("A"تعني نقص،"Lexi"تعني كلمة ،"thymos"تعني الإنفعال) ليشير به إلى مجموعة من المطاهر المعرفية والوجدانية ، وقد صاغه كإسم وليس كصفة على عكس Sifneos . (Taylor, 1997, p. 28)

وفي 1980 وضعت ماكدوغال مزيد من التفسيرات النفسية للتكتم الإنفعالي لـ alexithymia ، ربطته ببعض الإضطرابات في العلاقة بين الأم والطفل ذكرت أن الرضع غير قادرين على تحديد أو التعبير عن مشاعرهم اللفظية يجب أن يتم فهمهم وأن بعض المشاعر الغاضبة في مرحلة ما والتي هاجمت بقوة شعور الفر من النزاهة والهوية ادت إلى الرفض كل المشاعر من الوعي ومن هنا يؤدي الإهمال المبكر ، وعدم كفاية الترابط ، أو عدم قدرة الأم على التعرف على التعبيرات الإنفعالية للطفل أو تمييزها إلى الألكسثيميا . (Max, 2011, p. 15)

إنتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين ،وتم نقلها للغة العربية من طرف الشربيني Sherbini 2001 وعربها بمصطلح اللاوصفية وعرفها بانها عدم القدرة او صعوبة الوصف للعواطف و الإنفعالات أو عدم المعرفة بالمشاعر الداخلية . (ألاء الغويري ، إبراهيم الهاشم ، 2018، ص 201)

وفي سبتمبر 2018 وضع كتاب من طرف Olivier Luminet من الجامعة الكاثوليكية في لوفان ببلجيكا وMichael Bagby و Graeme Taylor من جامعة تورنتو حيث تمَّ إعتبار Alexithymia سمة شخصية تتميز بصعوبة في تحديد ووصف المشاعر العاطفية الذاتية ن والخيال المقيد ، وأسلوب التفكير الموجد خارجياً وأن الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من هذه السمّة معرضون لخطر الإصابة بالعديد من الإضطرابات الجسدية والنفسية الشائعة ،ويواجهون صعوبة في إقامة علاقات شخصية وثيقة .ويناقش المؤلف البحوث النظرية والقضايا الإكلينيكية المحيطة بـ: alexithymia في العمق مع دراسة الجوانب النفسية والبيولوجية والإجتماعية ونتائج ذات الصلة حيث تضم الفصول مساهمات من الباحثين والاطباء في مجال العواطف وتنظيمها ، وتشمل الفصول طرقاً لتقييم وتقليل الألكسثيميا ونتائج بحثية في مجالات متنوعة من البحث العلمي بما في ذلك الوراثة ، ودراسات التصوير العصبي وتنظيم العواطف ، وأبحاث التعلق والصدمات ، والأمراض الصاحبة لعدد من الإضطرابات النفسية والجسديّة. (تر من :www.bookdepository.com)

و الألكسثيميا اليوم لا تعتبر مرضا حتى إنه لا تعتبر أحد الإضطرابات النفسية ، بل تصنف كواحدة من السمات الشخصية التي تتفاوت شدتها بين من يتصفون بها ، وتكمن خطورتها بأن الأفراد المصابين بها ترتفع لديهم إحتمالات الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض النفسية والبدنية . (ألاء الغويري ، إبراهيم الهاشم ، 2018، ص 201)

3. أبعاد التكتم الإنفعالي :

يتضمن مفهوم التكتم الإنفعالي أربعة أبعاد أساسية هي :

1) صعوبة تحديد الأحاسيس:Difficulty identifying Feelings

يشير إلى نقص كفاءة الشخص في تحديد أحاسيسه والغالب على هذه الأحاسيس كونها أعراض جسمية يغيب عنها في الغالب قدرة معرفية تعطي معنى لهذا الإحساس الذي تتم خبرته عبر الجسد .

2) صعوبة وصف الأحاسيس Difficulty Describing Feelings

يشير إلى نقص الكفاءة فيما يتعلق بالتعبير اللغوي عن الأحاسيس، ويعود ذلك إلى هيمنة النشاط العصبي الفسيولوجي على الإستجابات بالإنفصال عن النظام المعرفي والذي يشمل المخططات حيث يوجد بداخلها الترميز التخيلي التي تعطي الوصف والمسميات للأحاسيس .

3) التفكير المتوجه نحو الخارج : Externally Oriented Thinking

يشير إلى نقص الكفاءة التأملية لدى الشخص وبالتالي يتوجه تفكيره للخارج لنقص كفاءته في تحديد ووصف أحاسيسه . (زين، 2016، ص 36)

4) محدودية التخيل وندرة الأحلام :

يقوم التخيل بأداء بعض الوظائف الهامة في حياتنا، مثل تخيل إشباعا أو إنفعالاتنا وكيفية تعديلها، وكذلك تخيل أنفسنا مكان شخص آخر وهو جوهر مفهوم التعاطف، ويعاني الأشخاص ذوي الألكسثيميا من ضعف واضح في قدرتهم على التخيل وكذلك ندرة في الأحلام . (عطايا، 2021، ص ص235-236)

4. مكونات التكتم الإنفعالي :

أشار بيرموند Bermond وفورست Vost إلى ان هناك مكونين للتكتم الإنفعالي، أحدهما وجداني والآخر معرفي ، وذلك على النحو التالي :

- **المكون الوجداني :Affective Component**

ويتمثل المكون الوجداني للتكتم الإنفعالي في نقص القدرة على التمييز بين الإنفعالات وبين الأحاسيس الجسدية، وكذلك ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر للآخرين، وبالتالي فإن لديهم مشكلات في التواصل مع الآخرين والتفاعل الإجتماعي الناجح معهم .

- **المكون المعرفي :Cognitive Component**

يرتبط المكون المعرفي لتكتم الإنفعالي بضعف القدرة على العمليات التخيلية ، ولهذا فإن الأفراد الألكسيثيميون لديهم نقص ظاهر في الإبداع ، كما أنهم يعانون من ضعف في الإدراك المعرفي لمعالجة الخبرة الإنفعالية . (عطايا، 2021، ص 236)

5. أنواع التكتم الإنفعالي :

1) التكتم الإنفعالي الأساسي "الأولي ":

يعتبر هذا النوع كعامل ترتيبي مدى الحياة ويمكن أن يؤدي إلى مرض جسدي وقد تنبع من صدمة نفسية تحدث في سن الطفولة وتكمن عوامل الخطر في مرحلة الطفولة .

2) التكتم الإنفعالي العضوي :

وهي الحالة التي يتسبب فيها تلف عضوي للهياكل الدماغية نتيجة تناقص المادة الرمادية أو تسمم بغاز أول أكسيد أو سكتة دماغية نصفية . (A. Messina, J.N. Beadle, S. Paradiso, 2014, p. 41)

3) التكتم الإنفعالي الثانوي :

إن الألكسثيميا الثانوية بدايتها تكون متأخرة تظهر في : الإضطرابات النفس جسدية، لأشخاص المدمنين على المخدرات والكحول المزمن ، القهم العصبي، السيكوباتيين والحالات الحدية. (Corcos, 2011, p. 26)

والجدول الآتي يوضح أكثر الفروقات بين هذه الأنواع حسب التاريخ الأسري :

الجدول رقم (01) : يوضح تصنيف التكتم الإنفعالي على أساس التاريخ الأسري :

التصنيف / التاريخ الأسري	التكتم الإنفعالي الأساسي	التكتم الإنفعالي الثانوي	التكتم الإنفعالي العضوي
المسببات المرضية	وراثية ، عائلية	صدمات	صدمة تؤثر على الاوعية الدماغية
بداية ظهورها	بداية مبكرة	بداية متأخرة وترتبط بأمراض مزمنة سرطان ،سكري ، باركنسون ...إلخ	بداية مبكرة او متأخرة ترتبط بتلف في الدماغ ، مناطق معالجة الإنفعال العاطفي .
إستجابتها للعلاج	تتفاوت في العلاج النفسي	تستجيب إلى حد ما إلى العلاج النفسي أو الدوائي أو المعاملة الأفضل .	تستجيب للعلاج الدوائي أو المعاملة الأفضل .

(A. Messina, J.N. Beadle, S. Paradiso, 2014, p. 42)

تعليق عن الجدول (01) :

لاحظنا من خلال الجدول السابق ان أنواع التكتم الانفعالي تختلف حسب المسببات المرضية وبداية ظهورها و إستجابتها للعلاج ومنه نخلص إلى ان التكتم الإنفعالي الأساسي يتميز بالتعقيد وذلك من خلال الإستجابة العلاجية و يرجع ذلك إلى ظهورها المبكر وتجذرها في الشخصية ثم يليه بدرجة الثانية التكتم الإنفعالي الثانوي و التكتم الإنفعالي العضوي .

6. أعراض التكتم الإنفعالي :

يعاني المصابون بالتكتم الإنفعالي من مشكلات التحكم في عوامل الإثارة والتعبير عن الإنفعالات او كبتها وصعوبة القدرة على التخيل والحصول على المساندة الإجتماعية ، و إستيعاب الإنفعالات والمدركات ، وقد يؤدي التكتم الإنفعالي إلى أشكال مختلفة من المرض تشمل المشكلات المزاجية كالإكتئاب والقلق والوسواس القهري ، او حتى سلوكيات الإدمان، وكذلك فرط النشاط الحركي ، كما تؤدي إلى الأمراض الجسمية والإثارة النفسية العميقة و الإضطرابات السيكوسوماتية .

وقد لخّص Taylor أعراض التكتم الإنفعالي في النقاط التالية :

- صعوبة في تحديد مختلف أشكال المشاعر .
- صعوبة في القدرة على التمييز بين المشاعر الإنفعالية والإحساسات الجسدية .
- صعوبة التعبير اللفظي عن المشاعر .
- نقص الإستمتاع وتجاهل البحث عن السعادة .
- تقليل أهمية الرمزية كحقائق ، وندرة الأفكار الإبداعية أو النشاطات التخيلية .
- خلل في العمليات التصورية ، يظهر من خلال ندرة التخيلات .
- تفضيل التركيز على الأحداث الخارجية (أسلوب معرفي ذو توجه خارجي).
- صعوبة تحديد المشاعر و التفكير النمطي.
- ضعف التخيل الإنفعالي وقلو الإستغراق في أحلام اليقظة .
- الموقف المتصلب تجاه الآخر .
- وجود بعض الإضطرابات الفيزيولوجية مثل خفقان ضربات القلب، آلام في المعدة، وإرتفاع درجات حرارة الجسم ، وإضطرابات الأكل .

- الشعور بالقلق والإكتئاب ونقص المساندة الإجتماعية وقلة فاعلية الذات . (Parker, Taylor, & Bagby, 2001, p. 109)

بينما يضيف Burch1995 بعض الأعراض تمثلت في :

- الحيرة لردود أفعال الناس الإنفعالية.
- عدم الإستغراق في أحلام اليقظة .
- رد الفعل الضعيف بالنسبة إلى الفن أو الأدب أو الموسيقى .
- إتخاذ قرارات شخصية طبقاً للمبادئ بدلاً من الإنفعالات والمشاعر .
- المعاناة من الإضطرابات السيكوسوماتية .
- الفهم المحدود لأسباب المشاعر .
- المحتوى العاطفي المحدود في الخيال .
- نقص الإحساس بالمتعة والسعادة . (Grabe , C & Hans, J, 2004, p. 1300)

7. الإنفعالات :

تعتبر الإنفعالات حلقة وصل بين الجانب النفسي والجانب الجسمي ومن العوامل التي تؤثر بشكل أو بآخر في حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية . إن ضعف الإنفعالات وبلادتها وغيابها او شدتها وثروتها تضر بالفرد ، ومن هنا كان للإنفعالات المعتدلة فوائد تدفع نحو القيام بسلوك ما لتحقيق غرض او إشباع حاجة . (راجح، 1999، ص 136)

7-1 تعريف الإنفعال :

عند توماس يونغ (1961): الإنفعال حالة وجداية لدى الفرد يشتمل على ثلاث مظاهر ، هي الخبرة الشعورية للسلوك ، العمليات الفسيولوجية الداخلية . (ثائر الغباري وآخرون، 2008، ص 253)

7-2 أنواع الإنفعالات :

1) الإنفعالات الأولية :

لكل غريزة إنفعال خاص ، فغريزة الهرب إنفعالها الخوف .، وغريزة المقاتلة إنفعالها الغضب ، وغريزة حب الإستطلاع إنفعالها التعجب هذه الإنفعالات تعرف بالإنفعالات الاولية وهي العناصر الأساسية في الغرائز.

2) الإنفعالات الثانوية :

هي مزيج من إنفعالين أوليين او اكثر فإنفعال الغيرة مزيج من الغضب والحنو .

3) الإنفعالات المشتقة :

وهذه لاتكون مرتبطة عادة بالغريزة ، لكنها تظهر عادة أثناء الفعل الغريزي ، ذلك انّ الإنسان أثناء شعوره بالخوف فعلاً ن قد يشعر باليأس من الهرب او الأمل فيه ، فكل من اليأس والأمل إنفعال مشتق . (عويضة، 1996، ص 135)

7-3 أثر الإنفعالات على العقل :

يؤثر الانفعال على العقل بتنشيطه او بتثبيطه ، فقد تتدفق المعاني ، ويخصب الخيال ، ويبزغ نور الإلهام فجأة ، وتبرز الافكار الجديدة التي تمهد السبيل إلى الإختراع والإبتكار ، وعلى العكس ، وقد يؤدي الإنفعال إلى إضطراب التفكير ، فيخلو الذهن من المعاني الدقيقة الواضحة، ويصبح الشخص عاجزاً عن فهم الموقف الذي يحيط به ، وكذلك يعجز المنفعل بعد زوال أثر الإنفعال عن ان يتذكر دائماص الحوادث التي اثارت إنفعاله ، وسواء كان الإنفعال منشطاً أو مثبطاً فإن النشاط الذهني أثناء الإنفعال يكون اقل تماسكاً من مستوى الشخص الهادئ الضابط لنفسه ، لأن الإنفعال يؤدي إلى تضاؤل مقدرة الشخص على التفكير الصحيح ، وتضعف إرادته ، وعند ذلك يصبح خاضعاً لغرائزه خضوعاً أعمى فينكشف قناع العادات والآداب الإجتماعية المكتسبة فتبرز حقيقة الإنسان خالصة فيرجع إلى الحالة البدائية ، أو يتصرف تصرف الأطفال ، فالإنسان في حالة الغضب الشديد كالمجنون ن تصدر عنه كثير من الألفاظ النابية والتصرفات الغريبة التي لاتتفق مع مركزه الثقافي والإجتماعي .

7-4 أثر الإنفعالات في الجسم :

يترتب على الانفعال تغيرات جسمية واضحة ، فشعور الإنسان بالقلق النفسي ينتج عنه حالة إمساك ، وحالة الإمساك بدورها تزيد من حدّة الشعور القلق ، وكذلك ينتج عن الغضب والخوف حالة مزمنة من سوء الهضم ، إرتفاع ضغط الدم . (عويضة، 1996، ص 137)

8. العلاقة بين الإنفعالات وحدوث الإضطرابات السيكوسوماتية :

إختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للإضطرابات السيكوسوماتية فمنهم من فسر حدوث الإضطراب السيكوسوماتي بحدوث ضغوط الحياة وأزماتها او الإستعداد الفسيولوجي بالوراثة ، أو وجود جهاز عضوي ضعيف من خلال نظرية العضو الضعيف، ومنهم من أرجع هذا

الإضطراب إلى الإستجابة للمثيرات البيئية والداخلية ، إلا ان تطور حدوث الإضطراب ، يفسره لنا الجانب الفسيولوجي كحلقة وصل بين المتغيرات السابقة كلها وبين ظهور الإضطراب السيكوسوماتي . (إبراهيم لطفي ، عبد الباسط، 1992، ص 91)

و الإضطرابات السيكوسوماتية يمكن أن تعرف كمجموعة من الإضطرابات البدنية الناتجة عن إضطراب الحالة النفسية التي يمكن أن تؤثر على أي جهاز من أجهزة الجسمية، حيث أشارت الدراسات إلى ان نشأة الإضطرابات السيكوسوماتية ناتجة عن التفاعل بين النفس المتمثل بالضغوط و الميكانيزم الفيسيولوجي ومدى قابلية عضو من أعضاء الجسم للتأثر ، وهما العنصران اللذان يمثلان ظهور الإضطراب السيكوسوماتي . (الظاهر، 1993، ص 41)

9. علاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض :

يؤكد العلماء ان عدم القدرة على التعبير عن الإنفعالات تزيد من الإستعداد للإضطرابات النفسجسمية ، وهذا ما أكده (KrystalK,1973Sifneos 1979) وهو ما أكدته دراسات Cooperو Holmstrom (1984) ثم و Fernande (1989) ، وكذلك Morrison (1990)؛ وأكدت دراسات Totarello(1989) علاقة التكتم بالسرطان وامراض السلوك الغذائي أيضا (Sifneos, 1994)كما وجد Todarelloعلاقة بين إرتفاع ضغط الدم والتكتم حيث عانى المرضى المصابون بضغط الدم من عدم القدرة على التعبير عن إنفعالاتهم في 55% من الحالات وكذلك المرضى المصابون بتقرح القولون المزمن.

أن التعبير عن الإنفعالات تحكمه الثقافة و التنشئة الإجتماعية وتوزيع الادوار ويشمل التعبير المباشر أو اللعب والضحك والبكاء والحركات والغناء والأحلام و الهوامات التي يلجأ إليها المريض بالتداخل مع آليات الدفاع لتحقيق التوازن الإنفعالي الذي يجنب الفرد آثار الإنتباه الإنفعالي Emotional Arousal حيث لوحظ أن المتكتمين يعانون من نشاط زائد للجهاز العصبي اللإرادي دون إمكانية التفريغ الإنفعالي للشحنات المتراكمة ، وهو ما أكدته دراسات Martin (1986) و Wise (1990).

إن التصور الحالي لأثر الإنفعالات في الصحة الجسدية والنفسية يمر عبر الدراسات العصبية والفيزيولوجية التي تؤكد مشاركة ثلاث أجهزة عضوية هي :

1-الجهاز العصبي : خاصة اللإرادي والجهاز الهرموني .

2- الجهاز المعرفي : خصة الخبرات الإنفعالية والتعبيرات اللفظية عن المشاعر.

3- جهاز الحركة والتعبير : تعبيرات الوجه ودرجة الصوت ووضعيات الجسم المختلفة .

تتأثر هذه الأجهزة في تنظيم وضبط الإنفعالات ، ويتداخل كل ذلك مع أنساق الحياة وطرق التعبير عن العواطف و الإنفعالات : كالفرح أو الحزن أو الزواج أو الطلاق وغيرها ، ومن أهم السياقات التي تظهر فيها أهمية التعبير عن الإنفعالات؛ وهو طلب الرعاية الصحية ، بمعنى حين ستقدم المريض إلى المؤسسات الإستشفائية معبرا عن معاناته الصحية ويصبح ضعف التكتم عن أ فقر التعبير عن الإنفعالات عائقاً حقيقياً في طريق تشخيص الإضطراب النفسي بالرغم مما يشكله من مؤشر هام في متناول المتدربين من الاطباء والأخصائيين النفسيين لإستكشاف أعماق الفرد و يصبح الفرد حينها مقطوعا من عواطفه و إنفعالاته وهو ما يؤدي به إلى إتخاذ أعراض الجسد كلغة بديلة عن معاناته للتعبير عنها . (قريشي عبد الكريم ، زعطوط رمضان، 2008،ص ص 208-209)

10. النظريات المفسرة للتكتم الإنفعالي :

فسرت العيد من المقاربات النظرية للتكتم الإنفعالي ومن أبرزها ما يلي :

1) النظرية النورو بيولوجية :

ظهرت هذه النظرية على يد سيفنيوس و نبهاميا Sifneos & Nehemiah (1983)

حيث أشار إلى أن النصف الأيمن من الدماغ هو الجزء المسؤول عن الإحساس بالمشاعر ، ووصفها وإدراكها ، والتعبير عنها بشكل غير لفظي ، أما سيفنيوس Sifneos عام 1988 فقد أرجع سبب التكتم الإنفعالي إلى إنقطاع الألياف الدماغية ،التي تربط بين الجزء الأيمن والأيسر ، وأضاف أن إصابة القشرة الدماغية الامامية تؤثر على السلوك الإنفعالي وربط بين عدم الإصابة بالتكتم الإنفعالي وبين سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية لدى الفرد . (السيوف، 2020، ص 270)

وهكذا نجد أن هذه النظرية تعزو حدوث التكتم الإنفعالي إلى العوامل البيولوجية .

فهي ترجع إلى وجود خلل وظيفي في وظائف النقل العصبي بين منطقة الإثارة الوجدانية ومناطق المعالجة المعرفية ومناطق المعالجة الرمزية . (عبيب، 2022، ص 750)

2) النظرية التحليلية :

يرى التحليليون أن التكتم الإنفعالي كسمة تكشف عن تفكير إجرائي بسبب إخفاق في ترميز الصراعات ، و إستحالة تجسيد صورة وهمية للجسد ،ويتميز الإقتصاد النرجسي لدى الألكسيثيميين بنقص في مفهوم الذات ، و كبت للعدوانية والعواطف بشكل عام ،مما يؤدي في حالات كثيرة إلى الإكتئاب أساسي Dépression essential لا تظهر فيه أعراض الإكتئاب الإنفعالية ،ويزيد إستعداد

المريض للإصابة بالأمراض النفسجسمية ، أمّا التكتم الإنفعالي كحالة فسببه الخوف من الإصابة بمرض عضوي خطير أو بسبب عوامل صادمة ويعّد الكبت حينها آلية دفاعية تركز على الرّفض والإنكار لتجنب الشخص الخبرة الإنفعالية المؤلمة في مواقف الضعف . (عبيب، 2022، ص 750)

كما أكد التحليل النفسي على أن إضطراب النمو الباكر يسهم في حدوث التكتم الإنفعالي فقد أكد كل من كريستال Krystal و ماكدوجال MacDougal على دور خبرات الطفولة في ظهور التكتم الإنفعالي حيث يقول ماكدوجال ان التكتم الإنفعالي عبارة عن إضطراب لاشعوري طفولي إرتدادي ، فهي تعبر عن حالة من الكبت الوجداني المرتبط بخبرات سلبية ومحبطة مر بها الفرد وتم تخزينها وكبتها في اللاشعور ،الأمر الذي ينتج عنه ضعف القدرة على وصف مشاعره وإدراكها بشكل سوي ، وتبدأ المشاعر في الظهور على هيئة مظاهر سيكوسوماتية متعددة . (عطايا، 2021، ص238) ، و إفترض كريستال Krystal(1979) أن التكتم الإنفعالي ينتج عن نكوص او توقف في النمو الإنفعالي . (مظلوم، 2017، ص 157)

3) النظرية السلوكية :

يؤكد زولتنيك وآخرون Zoltnik et al (2001) ان الأفراد الذين يتعرضون لبعض الصدمات وخاصة صدمات الطفولة يحدث لهم حالة من النكوص الوجداني لمواقف الصدمة وما يرتبط بها من مشاعر وإنفعالات ن ويذكر زولتنيك Zoltnik أنه بتكرار تلك المواقف الصادمة يكتسب المتعرض لهذه المواقف حالة من جهل المشاعر الناتجة عن قمع تلك الخبرات بصفة مستمرة تجنباً للإحساس بالألم المصاحب لتذكر تلك المواقف، ويؤكد ديونسيوس وآخرون Dionisiod et al(2009) أنه كلم زادت مرات تعرض الفرد للمواقف الضاغطة ومواقف الإحتراق النفسي إحتمالية إصابة الفرد بالتكتم الإنفعالي ومن ثم فإن التكتم الإنفعالي وفق هذه النظرية تنشأ من مجموعة من العادات الخاطئة أو نتيجة تعرضه لبعض الصدمات التي تعرض لها الفرد ويسعى إلى عدم تذكرها تجنباً للشعور بالألم وعدم الإرتياح ، لذا فإن التكتم الإنفعالي يرتبط بمثير يؤدي إلى هذه الإستجابة وحدوث تدعيم الإرتباط بينهما كالتعرض للصدمات المؤلمة كما في حالات إضطراب ما بعد الصدمة ورغبة من تعرض للصدمة في إزالة كل مشاعر الألم من حيز الشعور ، مما يؤدي إلى شعوره بصعوبة في القدرة على تحديد ووصف هذه المشاعر . (إنتصار كمال قاسم ، عفراء حمزة عبد المحسن، 2016، ص 588)

4) النظرية المعرفية :

تؤكد النظرية المعرفية على وجود علاقة بين ما نفكر فيه وما نشعر فيه ، حيث ذهب كل من شاكتر وجيروم (1962)Schachter & Jerome إلى أن العنصر الأساسي في شعورنا هو تفسيرنا للموقف المثير للإنفعال ، ومن ثم فالألكسثيميا في ضوء هذه النظرية حالة وجدانية تعكس عجز الفرد عن إدراك الموقف المثير للإنفعال وتفسيره ، مما يؤدي إلى حدوث إستجابة إنفعالية مشوشة يعجز الفرد خلالها عن التفرقة بين مشاعره و الإستجابات الإنفعالية المرافقة لموقف الإنفعال ،أو موقف الخبرة الإنفعالية .

ثمة توجيهات حديثة ، في إطار التوجه المعرفي للألكسثيميا ، ترى أنها ليست مجرد خلل في التمثيل الرمزي للإنفعالات ، ولكنها قد تنشأ عن فقر في المعرفة اللفظية ، أو في بعض الوظائف والقدرات المعرفية كالذكاء اللفظي ، والقدرة على القراءة ن والوظائف التنفيدية ، وكذا القدرة على تذكر المنبهات المحملة إنفعالياً والتي يسهم بدوها في نشأة خلل معالجة المعلومات الإنفعالية . (عبيب، 2022، ص 752)

5) النظرية الإجتماعية :

يلقي أصحاب هذه النظرية الضوء على المشكلات والصعوبات التي لقاها الفرد في البيئة الإجتماعية ومرور الفرد ببعض المواقف الصعبة أو الإنتقال إلى بيئة جديدة بوصفها أسباب مؤدية إلى الإضطراب النفسي إذ توصل ليمينت وآخرون Luminet et al (1996) إلى الأفراد الذين يعانون من التكتم الإنفعالي يفتقرون إلى الدعم الإجتماعي كما توصل جونيلا وآخرون Junilla et al (2006) إلى ان التكتم الإنفعالي يرتبط إرتباطاً قوياً بنقص الدعم الإجتماعي ، إذ وجد ان الأفراد الذين يعانون من التكتم الإنفعالي أقل إدراكا من لدى الآخرين ، ويذكر عبد العظيم (2007) أن النظرية الإجتماعية تؤكد ان التكتم الإنفعالي يرتبط ببعض العوامل الإجتماعية كالمساندة الإجتماعية ولاسيما من جانب الأسرة ، مما يؤثر بشكل غير مباشر على الإصابة بالمرض العضوي . (إنتصار كمال قاسم ، عفراء حمزة عبد المحسن، 2016، ص 588)

6) نظرية الوعي الإنفعالي :

يرى لان وسكوارتسLane & Schwarts مؤسس نظرية الوعي الإنفعالي ان النمو المعرفي مرتبط بالنمو الوجداني ، لأن الإنسان يحتاج اللغة للتعبير عن حالته الإنفعالية، ولذلك لابد أن يكون لديه كلمات عديدة ومختلفة لكي يستطيع التعبير عن مشاعره بسهولة ، والافراد ذوي التكتم

الإنفعالي يعانون نقص في القدرات المعرفية التي تسمح لهم بترجمة تلك الأحاسيس والمشاعر الفسيولوجية إلى كلمات ، فهم يملكون القليل من الكلمات لوصف إنفعالاتهم كما يأخذون وقتا كبيرا للوصول إلى هذه الكلمات . (حلمي، 2018، ص 97)

7) النظرية التكاملية (نظرية التنظيم الإنفعالي):

ترى النظرية التكاملية والتي يعتبر تايلور ، وباركر وباجي أبرز روادها ان التكتم الإنفعالي هي نتاج لعوامل مكتسبة أو وراثية ولذلك فقد أطلق عليها " النظرية التكاملية " حيث أنها تنظر إلى التكتم الإنفعالي على انه بناء متكامل متعدد الأبعاد ولا يمكن أن نقسمها الى أنواع وانه من المحتمل وجود درجات متباينة من الألكسثيميا تتراوح من مجرد إدراك الاحساسات الجسدية إلى الوعي بالإنفعالات بشكل كامل . (عطايا، 2021، ص 239)

خلاصة الفصل :

من خلال الفصل و بناءاً على ما عرض سابقًا في تعريف التكتم الإنفعالي مكوناته وأنواعها وأعراضه و كيف تطور تاريخياً كمصطلح ، وبعد ان أدرجنا عنصرا للإنفعالات وتحديد العلاقة بينها وبين الإضطرابات السيكوسوماتية وبيّنا العلاقة التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض ، قمنا بإعطاء لمحة حول النظريات المفسرة للتكتم الإنفعالي والتي من خلالها يمكن أن نستنتج تكاملية هذه التوجهات في التفسير والكيفية ، وفي فهم سلوك الأفراد والتنبؤ بها من خلال توظيف إنفعالاتهم بأكثر دِّقة خلال تفاعلهم في مختلف مواقف الحياة ، مما يساهم في تكيفهم بشكل أفضل وهذا يدعونا إلى الإنتباه أكثر على أهمية الموضوع ودراسته بمعمق .

الفصل الثاني: المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع

-تمهيد

1. سيكولوجية المرأة.

2.المرأة و العمل.

3. صراع الدور لدى المرأة .

4. أنواع وأعراض الضغوط التي تواجهها المرأة.

5.علاقة الضغوط بإرتفاع ضغط الدم.

6.تعريف ضغط الدم المرتفع .

7.تصنيف إرتفاع ضغط الدم.

8.أسباب إرتفاع ضغط الدم .

9.السمات الشخصية لمرضى ضغط الدم المرتفع.

-خلاصة الفصل

تمهيد :

إن أكثر ما يعانيه مجتمعنا حالياً هو ما يعرف بالأمراض النفسجسمية التي سببها راجع إلى مرور الفرد بحالات نفسية مختلفة بحيث تصيب هذه الأمراض أحد أعضاء الجسم بإضطراب وقد يعيش الفرد في معاناة منها لكونه يهتم بعلاجها من الناحية الطبية ناسياً الاهتمام بعلاجها من الناحية النفسية فمن بين هذه الأمراض نجد إرتفاع ضغط الدم الذي هو من الأمراض المنتشرة بكثرة وبالأخص عند النساء وهذه الزيادة سببها راجع للمشكلات النفسية التي تواجهها في حياتها لكونها تعتبر عنصر هام وفعال في المجتمع.

1. سيكولوجيّة المرأة:

تعدّ المرأة كائنا شاسع المساحات، ومتعدّد الأبعاد والطبقات، لذلك تعجز الرؤية التّحليليّة، والرؤية بالعين المجردة عن إدراك كلّياته، فنلتمس هذا تاريخيّا في القراءة الفاحصة للحضارة المصريّة القديمة، حيث كشفت بفنونها وآدابها وأدياتها، وكانت أكثر عمقا وإدراكا للطبيعة، وأعمق إدراكا للمرأة في ذلك الوقت، وكانت تربط بين الاثنين على أساس أنّهما ينتميان إلى الأنوثة الولادة الراعية الحنونة من جانب، والمتقبلة ومتعدّدة الأشكال والألوان والحالات من جانب آخر.

ولقد وجد فيما يتعلّق بسيكولوجيّة المرأة وكونها عرضة للاضطرابات النّفسيّة، بأنّها تكون في فترة المراهقة أقل عرضة للاضطرابات النفسية ذات الصّلة بالنموّ العصبي" Neurodéveloppement "، ولكن إذا تتبّعنا المرأة في مراحل نموّها التّالية، نجدها تمثّل غالبيّة المرضى النفسيين، من حيث احتياجهنّ للرعاية النفسية أو احتياجهنّ للعلاج بالأدوية للنفسية، كما بينت معظم الدّراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النّفسيّة في النّساء، خاصّة البسيطة منها. والاكتئاب أكثر الاضطرابات وضوحا، حيث وجد بايكل (Paykl, 1991) أن نسبة الاكتئاب عند المرأة هي ضعف التي لدى الرّجل، ووجد بأنّ الزيادة في الإصابة به تحدث عند النّساء المتزوّجات وفي سنّ 25-45 سنة، واللّائي لديهنّ أطفال، ممّا يدلّ على دور العامل الاجتماعي في هذا الاكتئاب..

فلا يمكن فهم المرأة نفسيا إلّا من خلال فهمها بيولوجيا، فعلى الرغم من غموضها نفسيا، إلّا أنّها واضحة بيولوجيا، بمعنى أن التّكوين البيولوجي واضح وكاشف لها مهما حاولت إخفاؤه، ككونها أضعف من الرّجل عضليّا على وجه العموم، وفي حالة بلوغها يسيل منها دم الدّورة الشهرية معلنا عن بدء الحدث بوضوح... والأمومة والشيخوخة... (الفتاح، 2007، ص ص 18-29)

حيث هناك عدة فروق بين المرأة والرجل، ولقد قال الله تعالى في محكم تنزيله: "وليس الذّكر كالأنثى..." [آل عمران: 36] فثمّة فروق في التّكوين الجسدي، واليان الوجداني، ووظائف الحياة البيولوجية وهو أمر واقعي ومشاهد للعيان. وينتج عن الفروق الجسديّة والعاطفية والبيولوجية نتائج في بعض الوظائف، كالحمل والرضاعة والحضانة وما يترتّب عليها، أو ما يسبقها من عواطف رقيقة، ومشاعر نبيلة، وانفعالات سريعة، ورعاية نادرة لما يحتاجه الأطفال وحتى الزوج، والأهل والأقارب، وذوي الرحم، لتكون المرأة أما بأتمّ معنى الكلمة، و ما تتطلّبه من مستلزمات وما تحتاجه الحياة عامّة والرّجال خاصة، والأطفال بشكل أخص، وتخصيص الرّجال ببعض الأعمال وتخصيص المرأة ببعضها الآخر، ليتم الانسجام بين التّكوين الجسدي والخلقي وبين الأعمال المطلوبة، والتي توزع حسب الخلقة والفطرة التي يعلمها الله حقيقة (الفتاح، 2007، ص 51)

ويعد العصر الحديث هو عصر العلم والتكنولوجيا، وتسعى كل امرأة للتفوق في مجالها سواء كان ذلك في المنزل أو في العمل، وقد أصبح الإجهاد ظاهرة عالميّة. ونظرا لزيادة المنافسة تزداد الضغوط بين النّاس أكثر من ذي قبل.

2. المرأة والعمل :

1) مفهوم المرأة العاملة :

هي تلك المرأة تتحمل مسؤولية مزدوجة في أدائها لمهمتين رئيسيتين في حياتها فالأولى دور ربة البيت داخل أسرتها والثانية الخروج إلى العمل قصد حاجيات الأسرة . (الفتاح ك.، 1998، ص 110)

2) آثار عمل المرأة :

- **آثار سلبية :**

هناك جملة من الآثار السلبية منها ما يؤثر على المراة مباشرة ، ومنها ما يؤثر على علاقتها بأسرتها :

- **أثر عمل المرأة في العلاقات داخل أسرتها :**

تأثرت الأسرة بشكل كبير بعمل المرأة فقد تبين في دراسة " بلودوهاملين" أن أزواج العاملات يقومون بنسبة كبيرة وبدرجة ملحوظة بالعمل المنزلي أكثر من أزواج غير العاملات ، وقد تعرضت بحوث القلق والشعور بالذنب لدى الامهات العاملات ، فقد لاحظت "كليجرا"

أن المفحوصات من الأمهات العاملات أظهرن قلقا وإحساسا بالذنب بالنسبة لأطفالهن، كما أكدن أنهن يقمن بالتعويض عن غيابهن عن المنزل وعن أطفالهن ، ليكن أمهات (دايلي، 2013، ص 159)، وقد أكدت البحوث أن الطفل المحروم من والديه يعاني مشكلات أهمها الحرمان الإنفعالي من الحب والعطف و الحنان ، وقد يعاني من العقد النفسية مثل الشعور بالنقص، كما أن خبرة الرضاعة السارة تعتبر شرطا ضروريا لهدوء الطفل إنفعالياً . (المرواني، 2009، ص 99)

- **أثر عمل المرأة على صحتها النفسية :**

تتعرض المرأة العاملة للتأزم النفسي ، وسوء التوافق نتيجة لعوامل مختلفة من أبرزها أنها تزاول أعمالاً لا تتفق مع تكوينها البيولوجي والنفسي ، أي مع ما تتسم به من قدرات خاصة وميوله خاصة وسمات شخصية معينة ، وقد دلت دراسات حديثة أجريت في الولايات المتحدة على النساء العاملات على أنهن "أبعد عن الإتزان الإنفعالي من الرجال كما دلت على وجود مؤثرات خاصة شديدة الوطأة على شخصيتهن ، وهي مؤثرات لا وجود لها عند الرجال ، ذلك ان الاختيار بين البيت والعمل مشكلة إنفعالية حادة تشغل المركز من قلوب كثير من النساء ، فتسبب لهن حيرة دائمة وصراعا نفسياً موصولاً وقد لا تكون المرأة شاعرة طول الوقت شعوراً واضحاً بما يخلقه هذا الموقف في نفسها من صراع له أثر عميق في شخصيتها و إتزانها الإنفعالي، فالعمل حسب ما أكد عليه الباحثون الامريكيون قد يعترض سبيل زواجها وإن لم يفعل ، فإنه يصبح في كثير من الأحياء مصدر حرمان وتأزم نفسي وصراع وتهديد ، كذلك المراة بحكم طبيعتها تحتاج إلى التواصل النفسي، فالتشجيع والتعاطف فإذا فقدت هذه المشاعر في جو العمل ، أيبت حالتها النفسية بالجفاف ، وذلك ينعكس على قدرتها على العمل . (دايلي، 2013، ص 160)

3. صراع الدور لدى المراة العاملة :

تشعر المرأة العاملة غالبا في أنها في وضع وسط ،بين مفهوم ربة البيت ومفهوم الرجل العامل ، كما أنها تشعر بتهديد متزايد وصراع إزاء وضعها المتقهقر (هوكستشايد، 1994، ص 340)، فتغير التوزيع التقليدي لدور الاسرة مما أدى إلى تعدد دور الزوجة ، فلم يعد دورها مقتصرا على الدور التقليدي كأم وربة منزل.

–فواجبها كربة بيت فرض عليها العديد من المهام المنزلية ،فإرتبطت سيكولوجية تنشئتها الأسرية بما ستؤول إليه وظيفتها الطبيعة في الحياة ،من ممارسة رسالة الأمومة في الحياة ،و ما يلحقها من أدب الزوجية ، ورعاية الأبناء وحسن إدارة المنزل وتتمثل هذه المهام فيما يلي :

–مساهمة المراة في التنشئة الإجتماعية لأبنائها كأم.

–متابعة تعليم اولادها ، ومع إرتفاع المستوى التعليمي للام يزداد إهتمامها بمستوى تعليم أولادها ، وكذلك مستوى طموحهم، مما دفعها لبذل الكثير من الجهد والوقت لمتابعة المواد الدراسية معهم. (دايلي، 2013، ص 161)

– و كثيرا ما تشعر المرأة بالإحباط ، إذ انها بالرغم من المجهود الذي تقوم به فإنها تكون عرضة للنقد على أقل تقصير ، ويكون مصدر النقد الزوج ، ولكن في بعض الاحيان يكون مصدر النقد الأطفال ، وعملية تربية الأبناء تساهم في إحساسها بالإحباط ، بسبب مطالبهم التي لا تنتهي وما يزيد من معاناة الزوجة ، عصبية الزوج، وقضائه معظم الوقت خارج المنزل . (كمال، 2005، ص213)

4. أنواع وأعراض الضغوط التي تواجهها المرأة :

4–1أنواع الضغوط :

هناك أصناف من الضغوط تتعرض لها المرأة العاملة وهما كالأتي :

- **ضغوط تتعلق بهويتها البيولوجية :**

إن المرأة حينما تتعرض للضغوط الناتجة عن دورها البيولوجي ن وما يرافقه من تشنجات و أعراض كسرعة التأثير والغضب ، و إختلال في ساعات النوم ن ما هي إلا نتائج لتلك الضغوط التي ما عادت تقوى عليها ، وبالتالي تضعف المقاومة الجسدية ، وبمرور الزمن تنهار المقاومة ن وتكون عرضة للأمراض مختلفة (كمال م.، 2004، ص14)

و تتعرض المرأة للضغط في فترة حملها لأنها في هذه الفترة تكون فريسة للأفكار الخاطئة حول الحمل والولادة و عواقبهما ،مما يزيد من معاناتها ،كما تتعرض بعد الولادة إلى الضغط بسبب شعورها أنها لن تتمكن من العناية بطفلها ، وأن زوجها لم يعد يهتم لأمرها، وأنه يحب إبنها أكثر منها. (سنايدد، 1992، ص 24)

- إن مصدر الضغط عند المرأة في هذا الصنف هو جسدها، والتغيرات التي تحدث لها من طمث و الحمل ، وسّن اليأس ، وتعتبر المحاور الكبرى في حياتها ، والأكثر تأثيرا على نفسيتها .

- **ضغوط تتعلق بالممارسة الأسرية :**

أما الضغوط الناتجة عن الدور الأسرين ومحاولة التشبث بما امكن من تماسك الأسرة في مثل هذه الظروف التي تمر بها ، كالإنتقادات المستمرة في السكن او الإحساس بعدم الإستقرار للعائلة ، يشكل ضغط كبيرا على رب الأسرة وضياع الهدف، وضبابية المستقبل للعائلة وهو يشكل لدى المرأة الجزء الاكبر من هذه المعضلة تمتص مخاوف الرجل من خلال إضفاء الأمان على أفراد الأسرة وتبديد مشاعر الخوف، فالمرأة عندما تأخذ هذا الدور داخل الأسرة إنما تشارك بشكل فعال في الحفاظ على قوة الأسرة في مواجهة ضغوط الحياة بأشكالها الإقتصادية . (أحمد نايل الغرير ،وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009، ص 24)

- **ضغوط تتعلق بالعمل :**

يمكن تقسيم مصادر الضغوط المهنية إلى ستة مصادر وهي :

- **طبيعة العمل :**

لقد اثبت "فرانس" و "كالان " أن العمل كعامل مجهد يندرج تحته متغيران "ظروف العمل ، عبء العمل".

- **العلاقات في العمل** : وهي أنواع مثل علاقة مع الرئيس التسلسلي، زملاء العمل ، فالعلاقة الطّيبة داخل فريق العمل ، عامل أساسي في نجاح الفرد والمجموعة .

- **دور المرأة العاملة** : ويرتبط هذا النوع بالمرأة نفسها التي تقوم بالعمل ودورها في منظمة العمل ، ويبرز هذا العمل في بعض الحالات ، حيث يكون الدور غامضا بالإضافة إلى عدم وضوح الاهداف المراد تحقيقها .

- **تطور الوظيفة** : ويحتوي على موضوعين أساسيين هما :

1) عدم ضمان الوظيفة.

2) تناقض مركز المراة العاملة .

- **هيكل المنظمة:**

وتتمثل في صرامة هيكل المنظمة ومناخها التنظيمي ، ويدخل ضمن هذا المصدر قلة المشاركة في إتخاذ القرارات، وعدم الشعور بالإنتماء وضعف الإستشارات والإتصالات.

- **المشكلات الذاتية المرأة :**

سواء المشكلات النفسية او الإقتصادية او الإجتماعية ، والتي تعكس آثارها على المرأة داخل عملها ، وقد تسبب في خلق التوتر لديها في هيئة العمل .

- **من الناحية التنظيمية :**

ويظهر ذلك في حالات التغيب ، إنخفاض الإنتاجية والعزلة عن الزملاء ، وعدم الرضا الوظيفي ، وإخفاض الإلتزام، كل هذه الإضطرابات تؤثر على حياة المراة العائلية والمهنية بدرجات متفاوتة. (بارون، 1999، ص 57)

4-2 أعراض الضغوط لدى المرأة :

من بين الدراسات العديدة حول الضغط تبدو دراسة الدكتورة جورجينا ويتكن لانويل "Dr Gorgina within-lannoil"من أفضل الدراسات إذ تشير إلى الأعراض المصاحبة للضغط النفسي لدى المراة 6وهي كالآتي: إنقطاع الطمث- التوترات التي تعتريها في مرحلة ما قبل الحيض، الصراع، إنهيار ما بعد الولادة ، إكتئاب سن اليأس تشنج المهبل، البرودة الجنسية ، العقم..

وهناك أعراض عامة لا تخص فئة معينة من الأفراد المتعرضون للضغط النفسي وهي كالآتي :

1) أعراض فيسيولوجية :

إرتفاع ضغط الدم ،التنفس السريع، نوبات من الدوار ، عدم الإنتظام في النوم ، التوتر.

2) أعراض إنفعالية:

العصبية ، سرعة البكاء ، الغضب، الإكتئاب، الشعور بالقهر .

3) أعراض معرفية :

الإختلاط في التفكير ، عدم القدرة على التركيز، صعوبة إتخاذ القرارات .

4) أعراض سلوكية :

الإنسحاب من الآخرين، تغير في أنماط السلوك الإعتيادية. (دايلي، 2013، ص 167)

5. علاقة الإنفعالات و الضغط النفسي بإرتفاع ضغط الدم :

من المعلوم أن الانفعالات الشديدة مهما كان نوعها فرح، حزن، موت وصدمة ..إلخ، المتكررة دوما وبطريقة شبه مستمرة ، قد تتسبب في إحداث إرتفاع مبدئي أو أولي بضغط الدم ،

فالعلاقة بين الضغط وإرتفاع الضغط الدموي نفسرها على أساس انه حالة تعرض الإنسان لهجوم مجموعة من الإنفعالات والعواطف القوية نجد أن المخ يقوم بصورة سريعة بإعطاء الأوامر لإفراز هرمونات الضغط النفسي ومن بين هذه الهرمونات نجد الأدرينالين المفروزة تزيد من سرعة ضربات القلب وتجعله يعمل بقوة أكبر وبسرعة ، فعملية ضخ الدم هذا ما يوسع شرايين الدم التي تمر بها كميات كبيرة من الدم التي تعتبر في Les Vaisseaux Rétrécis هذا ما يؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم . (Thomas, 1990, pp. 175-177)

يرتبط إرتفاع ضغط الدم بالصراعات الإجتماعية المزمنة ، وبضغوط العمل ، خصوصا حيت تجتمع متطلبات العمل القاسية مع ضعف الإحساس بالسيطرة ،وفي ما يخص النساء فقد وجد إن إرتفاع ضغط الدم يرتبط بزيادة المسؤوليات العائلية ، وان الزيادة في المسؤوليات العائلية مع ضغوط العمل لها علاقة أيضاً بإرتفاع ضغط الدم لدى النساء اللواتي يشغلن مناصب رفيعة المستوى . (رفيقة، 2011، ص 40)

و إن الصعوبات التي يتلقاها الأشخاص المتكتمين في التعرف على إنفعالاتهم ومعالجة المعلومات الإنفعالية تمنعهم من التنظيم الصحيح لإنفعالاتهم وكذلك الأمر بالنسبة للضغوط ،بينت بعض الدراسات إضطراب في النظام المستقل يعني الودي لدى الأفراد المتكتمين فنلاحظ زيادة في الإستجابة الفيزيولوجية في الحالات التي تسبق وضعية ضاغطة أو وضعية إنفعالية مهمة.

وأن الكبت مسؤول عن زيادة نشاط النظام الودي الذي يتم تقييمه بتكرار ضربات القلب والتدابير الفيسيولوجية الأخرى، هذه النتائج يجب أن تستكمل بالملاحظات التي أبديت على مجموعات كبيرة والتي تظهر أن قمع العواطف مرتبط بشكل خاص مع خطر القلب والأوعية الدموية وأظهرت النتائج توقع شدة تصلب الشرايين فقط في المرضى الذين يميلون إلى تثبيط تجاربهم بالغضب. (نور الدين جبالي ، سامية شرفة، 2019، ص ص785-786)

6. تعريف ضغط الدم المرتفع :

يحدث إرتفاع أو فرط ضغط الدم بحيث تتدفق كميات كبيرة من الدم عبر الشرايين ، فتضغط على جدرانها كما أنه يحدث إستجابة لمقاومة الشرايين الصغرى في الجسم لتدفق الدم (تايلور، 2008، صفحة 740) ، وما نعنيه بإرتفاع الضغط أو الضغط العالي أي إرتفاع لأي من الضغطين الإنقباضي أو الإنبساطي أو كليهما معاً فوق المعدل الطبيعي للضغط .

فيعرف الضغط الإنقباضي بأنه ذلك النشاط الناتج عن إنقباض تجاويف القلب ، وهو حساس لكميات الدم المتدفقة من القلب ولقدرة الشرايين على التمدد من أجل إحتواء الدم ويعتبر غير عادي عندما يكون أكبر من 135مم زئبقي .

أما الضغط الإنبساطي فيمثل مستوى الضغط في الشرايين عندما يكون القلب مسترخياً ، وهو مرتبك بمدى مقاومة الأوعية الدموية لتدفق الدم. (رفيقة، 2011، ص 26)

7. الفرق بين الضغط الطبيعي والضغط المرتفع :

في الأحوال الطبيعية يظل ضغط الدم ضمن مجال ضيق من التأرجح، إلاّ أنه يزداد أثناء القيام بنشاط بدني أو حين التعرض للضغوط و الإنفعالات النفسية ويعود الضغط عادة إلى مستواه السابق عند الإضطجاع و الإسترخاء، و أما إذا كان إستمر مرتفعاً فوق المستوى الطبيعي والمرء في وضعية الإستلقاء والراحة النفسية، فيعتبر حينئذ مصاباً بإرتفاع ضغط الدم

و بإختصار إذا كان ضغط الدم ما دون (90/140) ملم زئبقي: إنه ضغط طبيعي وما زاد عن ذلك فهو ضغط مرتفع . (شمسي، 2007، ص ص 20-21)

8. تصنيف إرتفاع ضغط الدم :

يمكن تصنيف إرتفاع ضغط الدم حسب السبب الذي يرجع إليه :

- **إرتفاع ضغط الدم الأساسي (الأولي)**:يعتبر إرتفاع ضغط الدم أساسياً او أولياً ،إذا لم يكن هناك سبب واضح للإصابة ،أين يجب على المريض تعاطي دوية إرتفاع ضغط الدم وهو يمثل نسبة 95% من المصابين بإرتفاع ضغط الدم .
- **إرتفاع ضغط الدم الثانوي** : ويمثل 5% الباقية من عدد المصابين، حيث يعود سبب الإصابة إلى خلل عضوي يمكن التعرف عليه .
- كما يمكن تصنيفه على أساس قيم الضغط الإنبساطي و الإنقباضي ، المأخوذة في الظروف الملائمة للقياس في العيادة. (رفيقة، 2011، ص 27)

9. أسباب إرتفاع ضغط الدم :

- **أسباب إرتفاع ضغط الدم الثانوي :**

قد يكون ناجماً عن: أسباب الكلوية مثل إلتهاب الحويضة والكلية المزمن ، أسباب غدّية مثل حبوب منع الحمل ، أسباب عصبية مثل الأسباب النفسية وإلتهاب الأعصاب المتعددة وأسباب أخرى مثل إزدياد كالسيوم الدم أو الإنسمام الحملي . (شمسي، 2007، ص 26)

- **أسباب إرتفاع ضغط الدم الأساسي الأولي:**

هذا النوع من المرض غير معروف الأسباب، إلاّ انه من المعروف أن هناك عوامل تهيء للإصابة به وتشمل الأتي :

- وجود عامل وراثي
- كثرة التعرض للإنفعال
- الوزن الزائد
- المفرطون في تناول ملح الطعام . (الحسني، 1993، ص 15)
- السّن : إرتفاع ضغط الدم أكثر إنتشاراً عند النسوة فوق سن الخامسة والثلاثين . (شمسي، 2007، ص 45)

10. سمات الشخصية لمرضى ضغط الدم المرتفع :

Alexander إن أكثر الأفراد الذين يعانون من إرتفاع ضغط الدم هم أفراد النمط A ، يتصفون بالسمات الشخصية التالية : الضعف الإنفعالي ، الرغبة في التقدم وروح المنافسة ،العدوانية، الإهتمام بالوقت، الإندفاع ، الإكتئاب مع توتر العضلات ، السرعة في النشاط. (المعطي، 2003، ص 99)

(Marirly K,Sheil ,Sapin,Shapiro) المصابين بإرتفاع ضغط الدم يميلون إل تجنب الصراعات العدوانية حيث أن المفحوص يخاف من تحويل مشاعره العدوانية على طبيبه فيكبتها وينفيها وبالتالي تسبب له توتر نفسي. أما هاينال آندري (Haynal A) فيرى أنهم يكبتون إنفعالاتهم فهم غير قادرين عن التعبير عنها. (رشيد, موهاب زينة ، بلخير، 2019، ص 98)

و بيّنت الدراسات أن السمات الشخصية لحالات المصابين بضغط الدم أنهم يعانون من الخجل في علاقاتهم وأنشطتهم ، الإستسلام والشعور بعد الإرتياح عند وجود الآخرين، إنهم

متخوفون ويشعرون بالعجز، وضعف الثقة بالنفس، صراعات نفسية ترافقها مخاوف وكراهية (قاسم، 2004، ص 342)

كذلك التحكم الزائد في الإنفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد على الجهاز العصبي مما يؤثر على إفراز بعض الهرمونات مثل الأدرنالين و الرينين والتي تؤدي بدورها إلى إزدياد ضغط الدم وعادة ما يكون مرضى الضغط المرتفع من ذوي الشخصيات الوسواسية الذين يميلون للإتقان والنظام مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعباً ومجهداً . (عسكر، 2004، ص 233)

خلاصة الفصل :

من خلال العرض السابق للفصل نستخلص أن تعدد أدوار المرأة كخروجها للعمل وقيامها بدور الأم والزوجة وربة البيت جعلها تواجه عدة مشاكل وصعوبات في حياتها وأصبحت تعاني من إضطرابات نفسية ناجمة عن إلزامية قيامها بعدّة أدوار داخل البيت وخارجه كالضغط النفسي والتكتم الإنفعالي بحيث تواجه صعوبة في التعبير عن مشاعرها و إنفعالاتها وصراعاتها الداخلية وهذا الأخير من بين الأسباب والعوامل التي تجعلها معرضة للإصابة بأمراض مزمنة كإرتفاع ضغط الدم ذلك لما لها من تأثير على الجهاز العصبي الذي يفرز بدوره هرمونات تساهم في هذه الزيادة .

القسم الثاني :الإطار الميداني للدراسة

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

-تمهيد

1. المنهج المتبع.
2. الحدود الزمانية والمكانية.
3. الدراسة الإستطلاعية.
4. الدراسة الأساسية .
5. أدوات الدراسة.
6. طريقة وظروف الإجراء .

-خلاصة الفصل.

تمهيد :

في هذا الفصل سنحاول عرض أهم الإجراءات المنهجية المتبعة ، بدءاً بالمنهج المتبع ثم الحدود الزمانية والمكانية لدراسة ، ثم الدراسة الإستطلاعية و الدراسة الأساسية ،وبعد ذلك نعرض أدوات الدراسة ، ثم في الأخير نخص بالذكر طريقة و ظروف إجراء الدراسة .

1. المنهج المتبع:

إعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي ، الذي يمكننا من معرفة مستوى التكتم الإنفعالي لدى مجموعة بحثنا و المتمثلة في النساء المصابات بضغط الدم المرتفع .

والمنهج الوصفي منهج يستند إلى وصف الظّاهرة الطبيعّة والاجتماعية كما هي، والباحث في استخدامه لهذا المنهج يقوم بوصف الواقع كما هو، ويقوم بوصفه بطريقة انتقائيّة واختياريّة، فهو يختار من الواقع الماثل أمامه، وينتقي ما يخدم غرضه في الدّراسة. (عنانة، 1994، ص 18)

ولا يقتصر البحث الوصفي على جمع البيانات والحقائق وتصنيفها وتبويبها، بالإضافة إلى تحليلها التّحليل الكافي الدّقيق المتعمّق، بل يتضمّن أيضا قدرا من التّفسير لهذه النّتائج، لذلك كثيرا ما يقترن الوصف بالمقارنة، بالإضافة إلى استخدام أساليب القياس والتّصنيف والتّفسير بهدف استخراج الإستنتاجات ذات الدّلالة، ثمّ الوصول إلى تعميمات بشأن الظّاهرة موضوع الدّراسة. (فاطمة عوض صابر وآخرون، 2002، ص 87)

2. الحدود الزمانية والمكانية :

تم إجراء الدراسة على مستوى عيادة خاصة لدكتورة كسير آمال ولبروفسور لعساكر المتخصصة بأمراض القلب أمّا زمن التطبيق فكان من تاريخ 2022/04/10 إلى غاية 2022/04/20.

3. الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي ، لأن الإحتكاك بالميدان يساعدنا بوفير إمكانية الحصول على مجموعة الدراسة و على جمع معلومات أكثر حولها و معرفة مدى ملاءمة أدوات البحث لها .

- **أولاً**: عملنا على الإستطلاع بالميدان للتعرف على مدى إمكانية إجراء الدراسة ، من خلال التأكد من وفرة مجموعة البحث أو من عدمها .
- **ثانياً**: قمنا بتطبيق مقياس التكتم الإنفعالي على 5 حالات من النساء المصابات بضغط الدم المرتفع المتواجدات في العيادة مبدئياً ، وذلك بهدف معرفة مدى فهم الحالات للتعليمة المقدمة وعبارات المقياس .

4. الدراسة الأساسية :

تم إنتقاء مجموعة الدراسة بطريقة قصدية ل30 حالة ، نساء مصابات بضغط الدم المرتفع يتابعن العلاج الطّبي بالمؤسسة ، وذلك بمراعاة شروط العينة .

4-1العينة:

شروطها :

-أن تكون المرأة مصابة بضغط الدم المرتفع ، بشكل دائم أي مزمن .

- أن يكون سنها يتراوح ما بين 25-45 سنة .

- أن تكون لها القدرة على قراءة وفهم محتوى مقياس التكتم الإنفعالي.

- أن تكون متمتعة بصحة نفسية وعقلية ولا تعاني من أي إعاقة جسدية أو عصبية مشخصة طبياً.

5. أدوات الدراسة:

5-1مقياس تورنتو للتكتم (ضعف التعبير الإنفعالي) TORENTO ALEXITHYMIA SCAL:

منذ ظهور التكتم Alexithymia على يد سيفنيوس في بداية السبعينات ، والباحثون يسعون لإنشاء مقاييس تحتوي العوامل الرئيسية المكونة له ،وأن أغلب المقاييس التي كانت موجودة مع بداية الثمانينات .

ومضطربة في صدقها وثباتها لذلك لجأ تايلور وصحبه سنة 1985 إلى إنشاء مقياس التكتم التي تضمن ستة وعشرون بندا في صياغته الأصلية وتشمل العوامل الأربع التالية :

- **العامل الأول** : عدم القدرة على التمييز بين الإحساسات الجسدية والعواطف .
- **العامل الثاني** : عدم القدرة على التعبير عن الإنفعالات و وصفها .
- **العامل الثالث** : فقر في أحلام اليقظة (عدم القدرة على التخيل).
- **العامل الرابع** : التفكير العملياتي المحدود بالأحداث اليومية .

وفي دراسات عديدة أكدت أن العامل الثالث المتمثل في أحلام اليقظة يؤثر على صدق المقياس ، وعليه أعاد TAYLOR وزملائه (1992) دراسة خصائص المقياس بعد حذف البنود المتعلقة بهذا العامل ، وأصبح المقياس بعشرين بنداً TAS20 ، يجيب المفحوص عليها ويعتبر كل من تحصل على ستين درجة أو أكثر متكتماً .

تمت ترجمة الإختبار إلى العربية من أصله الإنجليزي إضافة للترجمة الفرنسية ، ولوحظ تطابقا يكاد يكون تاما بين الترجمات ، وعليه إخترنا الصيغة الحالية المستعملة في الدراسة كما هو مبين في الملحق .

5-2الخصائص السيكومترية للمقياس :

صدق وثبات مقياس تورنتو :

إستعملنا في الدراسة المقياس المترجم للغة العربية للأستاذ زعطوط رمضان (2003) في دراسة حول "الإكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدنين " والذي تأكد من صدق وثبات المقياس عبر تطبيقه على عينة إستطلاعية شملت خمس وستون (65) طالبا وطالبة من جامعة ورقلة حيث طبق المقياس ، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعيين وكان الفرق بين المتوسطين في المقارنة الطرفية دال (ت=15.23) عند مستوى 0.01 ، أما العامل الارتباط بين التطبيق الاول والثاني فكان ر=0.58 وهو مقبول بمقارنته بمعامل الإرتباط الجدولي . (رمضان، 2002، ص57)

و لتأكد من صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية نقوم ب :

1) صدق الإختبار :

يعرف كل من " ألن وين" (Allen and Yen 1979) الصدق بأنه "قدرة الاختبار على أن يقيس ما وضع لقياسه. (الطريري، 1997، صفحة 218) ، ولقد تم تقدير الصدق بإستخدام الصدق التمييزي ، ويقوم على ترتيب درجات الأفراد تصاعديا أو تنازليا ثم أخذ نسبة 27% من الطرف الأعلى و27% من الطرف الأدنى ثم يقارن بينهما بإستخدام إختبار "ت" للفرق بين المتوسطين حسابيين والنتائج مبنية في الجدول التالي :

جدول (02) يبين نتائج صدق المقارنة الطرفية

	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
العينة العليا ن=10	51.80	5.45	18	0.327	0.00
العينة الدنيا ن=10	43.80	2.74			

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "ت" بلغت 0.327 وهي دالة عند 0.00 وعليه فإن هناك فروق بين العينتين ، أي أن للإختبار قدرة التمييز بين طرفي الخاصية ومنه نستنتج أن الإستبيان صادق فيما يقيس .

2) ثبات الإختبار:

إن الثبات في القياس النفسي هو بإختصار: "ضمان الحصول على نفس النتائج "تقريباً" إذا أعيد تطبيق الإختبار على نفس الفرد أو نفس المجموعة من الأفراد". (معمرية، 2007، ص 167)

تم تقدير الثبات عن طريق معامل ألفا كرومباخ والذي بلغت قيمته 0.57 وهي قيمة دالة إحصائية عند 0.05 مما يدل على أن الإستبيان ثابت .

5-3طريقة تصحيح وتطبيق المقياس :

تجيب المفحوصة على فقرات المقياس بطريقة التقرير الذاتي في سلم خماسي يتراوح بين "غير موافق تماما" إلى "موافق تماما".

5-4مفتاح تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من عشرين بندا حيث يتكون من بنود إيجابية وأخرى سلبية .

عدد البنود الإيجابية عشرة وهي :

20-19-18-16-15-13-10-8-4

ويكون تصحيحها كالآتي :

غير موافق تماما : 1

غير موافق أحيانا :2

لست أدري أوافق أو لا أوافق :3

موافق إلى حد ما :4

موافق تماما :5

- أما عدد البنود السلبية عشرة وهي :

17-14-12-11-9-7-6-3-2-1

ويكون تصحيحها كالآتي :

غير موافق تماما : 5

غير موافق أحيانا :4

لست أدري أوفق أو لا أوافق : 3

موافق إلى حد ما : 2

موافق تماما : 1

ملاحظة :

البنود رقم 4- 5- 6-10- 18-19 تنقط بطريقة عكسية لأجل التحايل على الآليات الدفاعية للمفحوص ، بحيث تنقص قيمتها من رقم 6.

6. طريقة وظروف الإجراء :

تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة بين 2022/04/10 إلى 2022/04/20 ، وتم تطبيق مقياس التكتم الإنفعالي في صورة مطبوعة على النساء المصابات بضغط الدم المرتفع ، المتواجدات بالعيادة الخاصة بأمراض القلب لدكتورة كسير آمال و لعساكر المتواجدة بولاية غرادية ، وذلك بعد أن تم أخذ الموافقة على ذلك من طرف الأخصائية المكلفة بالإستقبال و كذلك الحرص على أخذ موافقة النساء المصابات بضغط الدم المرتفع قبل أن يتم التطبيق عليهن أدوات البحث ، كما تم الحرص على إتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات لضمان سير تطبيق الدراسة الميدانية ومن هذه الإجراءات :

-تقديم الباحثة نفسها ، مع تحديد الغرض العلمي للبحث

-التأكيد لمجموعة البحث بأن ما يتم التحصل عليه من معلومات سيكون تحت سرية تامة وفي إطار البحث العلمي فقط .

-التأكد من فهم الحالات لفقرات الإستبيان.

-التأكد من فهم الحالات لطريقة الإجابة .

- تقديم الشكر للمفحوصات على موافقتهم ومشاركتهم الفعالة في إعداد الدراسة .

خلاصة الفصل :

بعد تخصيص هذا الفصل للإجراءات المنهجية لدراسة قمنا بعرض المنهج المتبع و الحدود الزمانية والمكانية ثم الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية ،ثم العينة وشروطها بعد ذلك قمنا بعرض الأداة المعتمدة في الدراسة و في الأخير عرضنا طريقة وظروف الإجراء .

الفصل الخامس :عرض ومناقشة نتائج الدراسة

-تمهيد

1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.

2. عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.

3. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية .

-خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعدما تناولنا في الفصل السابق الإجراءات المنهجية للدراسة ، سنحاول من خلال هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها ، من خلال تطبيق مقياس التكتم الإنفعالي TAS20 في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة .

1. عرض ومناقشة الفرضية العامة :

تنص الفرضية العامة على :

تعاني المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع من مستوى مرتفع من التكتم الإنفعالي .

وللتأكد من صحة الفرضية تم تحديد مستوى التكتم الإنفعالي (مرتفع، متوسط، منخفض) مع حساب كا2 لحسن المطابقة و بناءاً على ذلك كانت النتائج ملخصة كما في الجدول التالي :

جدول رقم (03) يوضح مستوى التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع

مستوى التكتم الإنفعالي	التكرار	النسبة المئوية	درجة الحرية	كا2	مستوى الدلالة
مرتفع (73-100)	00	00%	1	22.533	0.000 دالة
متوسط (28-48-72)	28	93.3%			
منخفض (02-20-47)	2	6.7%			
المجموع	30	100%			

من خلال الجدول يتضح لنا أن مستوى التكتم الإنفعالي المرتفع يمثل (00) من أفراد العينة ، وبلغ نسبة مئوية منعدمة اي قدرت ب00% ،بينما كان مستوى التكتم الانفعالي المتوسط يمثل28 من أفراد

العينة بنسبة 93.3%، بينما كان مستوى التكتم الانفعالي المنخفض يمثل 2 من أفراد العينة وبنسبة 6.7%، كما تبين لنا أن قيمة كا2 بلغت 22.533 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.000 وهذا يدل على ان هناك فروق بين المستويات الثلاث و ذلك لصالح المتوسط ومنه يتضح لنا ان مستوى التكتم الإنفعالي متوسط أي معتدل وهذا يؤكد أنّ الفرضية العامة لم تتحقق.

و يمكن تفسير عدم تحقق الفرضية العامة و أن مستوى التكتم الإنفعالي عند المرأة المصابة بضغط الدم متوسط، راجع إلى إختلاف الظروف التي تعيشها، و التي تواجهها و إختلاف ردود أفعالها و إستجاباتها إتجاه ضغوط الحياة و إتجاه الأمراض التي تصيبها أو المصابة بها كتقبلها لها او رفضها، ولا ننسى أن حتى نمط الشخصية المرأة له دور في ذلك فنجد من يظهر لديها نوع من الإتزان نتيجة تحكمها بذاتها و وعيها بإنفعالاتها و تمتعها بالقدرة على التعبير عن مشارعها أو معاناتها.

إنّ كيفية أو طرق تعامل الفرد مع الضغوط لا تقل أهمية حيث تعّد أساليب التعامل مع الضغوط ، مؤشرا على ما يتمتع به الفرد من كفاءة وفعالية الذات ، بما يحقق التوازن النفسي والجسمي ، ويقلل من التأثير السلبي للضغوط .

إذن إنّ هذه الأساليب قد تكون غير فعالة وتعّد آنذاك على التوافق السيء، ومنه ثم فإن إستراتجيات الفرد في التعامل مع الضغط تعّد هي الأخرى من المؤشرات التنبؤية للصحة النفسية والجسدية أو بإختلالها. (كريمة، 2013، ص 99)

بحيث نجد دراسة **داود 2016** التي إتفقت مع الدراسة الحالية في النتيجة والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين التكتم الإنفعالي وأنماط التنئشة الوالدية والوضع الإقتصادي و الإجتماعي وحجم الأسرة والجنس لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوبة في الجامعة الأردنية بلغ عددهم 260 طالباً منهم 28 من الذكور و232 من الإناث تم اختيارهم بطريقة عشوائية و إستخدمت الباحثة مقياس تورونتو (TAS20)لقياس التكتم الإنفعالي بحيث كانت النتيجة هي إنتشار الألكسيثميا بدرجة متوسطة تمثلت بنسبة (33%) و (9%) بدرجة مرتفعة .

كما نجد أن نتيجة الدراسة الحالية إتفقت مع نتيجة دراسة **أ. نور دين جبالي و أ.سامية شرفة** والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين المعالجة المعرفية للإنفعالات والتي حددت في التنظيم المعرفي

للإنفعالات والتكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسدية ولتحقيق أهداف الدراسة تم إستخدام مقياس تورنتو للتكتم إضافة إلى مقايس التنظيم المعرفي للإنفعالاتِ (CERQ) تكونت العينة من 60مريضا تم إختيارهم بالطريقة القصدية ، شملت عدّة أمراض : القرحة المعدية ، الضغط الدموي ، الروماتيزم ، القولون العصبي بحيث كانت النتيجة أن مستوى التكتم متوسط قريب من المنخفض لدى عينة الدراسة ككل .

كما إختلفت الدراسة الحالية مع الدراسة **دراسة فاسي آمال** (**2016**) في النتيجة التي كانت على الألكسثيميا (التكتم) لدى المريض السرطان كنشاط عقلي مميز هدفت من خلالها إلى الكشف عن الفروق إن وجدت في درجات التكتم لدى الأفراد الذين يظهر لديهم الإكتئاب الأساسي والذين يظهر لديهم إكتئاب واضح، والكشف عن الفروق إن وجدت في متوسطات درجات التكتم لدى مرضى السرطان الذين لديهم فترة قصيرة من معرفة المرض تقل عن 6 أشهر وبين الأشخاص الذين لديهم المرض اكثر من 6أشهر واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي واستخدمت الأدوات التالية : مقياس التاس للتكتم ومقياس الهادس للإكتئاب .

وطبقت الباحثة المقياسيين على عينة قدرت بحوالي 255 حالة مصابة بالسرطان ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى ان مستوى التكتم العالية قدرت ب 202 حالة من مجموع الدراسة بنسبة 79,2% والتكتم المتوسط بنسبة 17,6% وعدد الأفراد 45 حالة أما التكتم المنخفض فتوصلت النتائج إلى 8 حالات بنسبة 3,1% .

2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

تنص الفرضية الجزئية الأولى على :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير السّن.

و لتأكد من صحة الفرضية تم حساب إختبار ت للفرق بين المتوسطين حسابيين فكانت النتائج كالآتي :

جدول رقم(04) يوضح الفروق في مستوى التكتم الإنفعالي بإختلاف السّن

السّن	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
من25-35	14	53.07	4.66	28	3.01	0.005 دالة
من36-45	16	59.62	6.86			

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا فئة النساء المصابات بضغط الدم المرتفع اللواتي تراوحت أعمارهن من 25 إلى 35 سنة بلغ متوسطهم الحسابي (53.07) بإنحراف معياري قدر ب (4.66) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة النساء اللواتي تراوحت أعمارهن من 36 إلى 45 سنة (59.62) بإنحراف معياري قدر ب (6.86)، بينما قدرت قيمة "ت" ب (3.01) بمستوى الدلالة 0.005، وهي دالة إحصائية ومنه يمكننا القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكتم الإنفعالي تعزى بمتغير السّن ومنه تبيّن لنا أن فئة النساء المصابات بضغط الدم المرتفع اللواتي تراوحت أعمارهن من 36 إلى 45 سنة هم الأكثر تكتماً عن فئة النساء المصابات بضغط الدم المرتفع اللواتي تراوحت أعمارهن من 25-35 .

ونظرا لتناول الدّراسة متغيّر المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع ، فلم نجد أيّ اتّفاق أو اختلاف بين هذه النتيجة وبين الدراسات السابقة نظرا لعدم وجود أي دراسة منها تناولت نفس المتغير وهو الفروق في مستوى التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير السّنّ ،فحسب إعتقادنا لهذه النتيجة ، فإننا نرجع الفرق الواضح بين الفئتين العمريتين للنساء المصابات بضغط الدم المرتفع في درجة التكتم الإنفعالي إلى أن المرأة تواجه مجموعة من المواقف وتتحمل مجموعة من مسؤوليات في مراحل حياتها وتزداد شدّة هذه المواقف وتعدد مسؤولياتها مع تقدمها بالعمر كخروجها للعمل لتحقيق ذاتها وإبراز دورها الفعّال في المجتمع ،و الزواج و تأسيس أسرة و إنجاب أطفال و

الحرص على تربيتهم ورعايتهم ، ولعلى تعدد هذه الأدوار يجعلها تدخل في صراع نفسي بين تأدية دورها على أحسن وجه من جهة، ولضمان سلامة إتخاذ قراراتها في الحياة وفق رغباتها من جهة أخرى، وهذا يجعلها عرضة للإصابة بإضطرابات نفسية و سيكوسوماتية ناتجة عن صراعاتها الداخلية، حيث تعتبر المرأة الماكثة بالبيت الأسرة هي ميدان إستثمارها، ونجاح عائلتها هو نجاحها، وصلاحهم صلاحها، وهي تجد نفسها مسؤولة عن نجاحهم وفشلهم في حياتهم الدراسية، الأسريّة وحتى العاطفية، فتحاول الحفاظ على استقرارها، والتفكير في مصير الأولاد ومستقبلهم ،ومنه فان المرأة تتعدد ادوارها وتتزايد المسؤوليات على عاتقها كلما تقدمت في السّن .

كما يختلف ضغط الدم بإختلاف العمر فمن الطبيعي ان ترتفع قيمة ضغط الدم بدرجة بسيطة مع التقدم في العمر لأنّ الشرايين تفقد بعض المرونة أو تتصلب (لكحل، 2010، ص35)،

كذلك يقدر الباحثون أن 50%من النساء اللواتي يستعلمن حبوب منع الحمل لفترة طويلة يصبن بإرتفاع ضغط الدم إلى ما يزيد عن 90/140 ملم زئبقي ، ويزداد حدوث إرتفاع الضغط عند النساء فوق سن الخامسة والثلاثين . (شمسي، 2007، ص44) .

وهذا الأخير يبرر أن النساء اللواتي تتراوح أعمارهن من 36-45 أكثر تكتماً ، بحيث إرتفاع ضغط الدم لديهن يساهم في تدهور حالتهم النفسية ومنه إن متغير السّن يحدد درجة أو مستوى التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع .

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

تنص الفرضية الجزئية الثانية على :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل من عدمه .

ولتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب إختبار ت للفرق بين المتوسطين حسابيين فكانت النتائج كالآتي :

جدول رقم (05) يوضح الفروق في مستوى التكتم الإنفعالي بإختلاف العمل من عدمه

العمل	التكرار	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
ماكثة بالبيت	15	59.60	6.86	28	2.73	0.011 دالة
عاملة	15	53.53	5.18			

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا أن النساء المصابات بضغط الدم المرتفع الماكثات بالبيت بلغ متوسطهم الحسابي (59.60) بإنحراف معياري قدر ب (6.86) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لنساء العاملات (53.53) بإنحراف معياري قدر ب (5.18)، بينما قدرت قيمة "ت" ب (2.73) بمستوى الدلالة 0.011، وهي دالة إحصائية ومنه يمكننا القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكتم الإنفعالي تعزى بمتغير العمل من عدمه ومنه تبيّن لنا أن النساء المصابات بضغط الدم المرتفع الماكثات بالبيت هم الأكثر تكتماً عن النساء العاملات.

إن سبب وجود فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع بإختلاف متغير العمل من عدمه ، وأن المرأة الماكثة بالبيت هي أكثر تكتماً ،حسب إعتقادنا يرجع ذلك إلى أنه لديها مسؤوليات عديدة و تواجه مواقف مشحونة انفعاليّا راجع للعمل الروتيني، وكثرة الواجبات التي عليها القيام بها كل يوم، من إعداد الوجبات والاهتمام بأمور المنزل، فغالبا ما يشعرن بالتوتّر والضغط النفسي، نتيجة هذا الوضع.

ولا سيما إذا كانت المرأة متزوجة ، بحيث تتضاعف المسؤوليات على حسابها الصحي والجسدي كالحمل والولادة، ومختلف التغيّرات التي تعيشها المرأة في حياتها الزوجيّة والأسريّة كوجود

أطفال ورعايتهم ومحاولة تلبية متطلباتهم و إحتياجاتهم ، فترى نفسها تضحي من أجل نجاحها في تأسيس أسرة سليمة ،وهذه الأدوار المتعددة قد تشغلها عن تحقيق رغباتها وطموحاتها.

وحسب "لويز جويندولين" Gwendolyn (1978) فإن المرأة تقوم بدور ربّة البيت وهو أكثر أدوار المرأة ارتباطا بها وأكثر انتشارا، رغم عدم ظهور حجمه في النّشاط الاقتصادي، حتّى أنّ مجموع السّاعات التي تبذلها المرأة في البيت تفوق ساعات العمل المبذولة في أيّ صناعة من الصّناعات الأخرى. إلا أنّ عدم تثمين العمل المنزلي لا يعكس دونيّته. (شويطر، 2017، ص 252)

كذلك إن المرأة تسعى غالباً إلى إبراز مكانتها وتحقيق ذاتها وتفعيل دورها الإجتماعي ، ولعلّ مكوثها بالبيت وعدم تحقيقها لبعض من رغباتها كالخروج للعمل جعلها أكثر تكتماً ، كذلك كون المرأة العاملة تتميز على المرأة الماكثة بالبيت بعلاقاتها الإجتماعية وذلك يكون خارج او داخل مؤسسة العمل ، وفي إطار العمل يتطلب الإحتكاك والتواصل مع زملاء وزميلات و الإنسجام معهم لضمان السير الحسن له ، ما ينمي لها القدرة على التعبير الإنفعالي وعلى التحكم في ذاتها ،و التمتع بالوعي بإنفعالاتها مقارنة بالمرأة الماكثة بالبيت التي تجد صعوب في ذلك ، لمحدودية علاقاتها الإجتماعية و إنعزالها النسبي عن المجتمع وهذا ما صرحت به بعض المفحوصات خلال تطبيق الدراسة.

وقد تعيش المرأة الماكثة بالبيت وأسرتها وضعاً إقتصادياً متدنياً ، مما يجعلها بحاجة ملحة و شديدة لكسب قوتها لنفسها أو حاجة الأسرة لدخلها و الإعتماد عليه في معيشتها ، ولقد تبين من إستفتاء بينجون 1952 الذي أجري على 8800 سيدة أن 75% من هذا العدد يعملن من أجل مساعدة الأسرة ،كما أن حب الظهور والحاجة إلى الإنتماء وتحقيق الذات قد تكون إحدى الدوافع الأخرى لخروج المرأة للعمل . (عوض، 1980، ص 213)

ومنه عدم تلبيتها لهذه الرغبة يساهم في تدهور حالتها النفسية، و بالتالي تتدهور حالتها الجسدية وما يجعلها تصاب بمختلف الأمراض العضوية ، منها إرتفاع ضغط الدم .

خلاصة الفصل :

إنّ الإجراءات المنهجية للدراسة وخطواتها تمكننا من الوصول للنتائج النهائية ، وذلك بإتباعنا مجموعة من الخطوات من ضمنها : تحديد منهج البحث المعتمد والملائم للدراسة ثم تحديد مجموعة البحث و شروطها ، وتطبيق المقياس المناسب لموضوع الدراسة .

الإستنتاج العام :

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كانت المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع تعاني من التكتم الإنفعالي ، إلى جانب معرفة ما إذا يوجد فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب مغير السّن ، والفروق في درجة التكتم الإنفعالي لدة المراة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير العمل من عدمه .

تناولنا في الجانب النظري ثلاث فصول ، الاول يتضمن الإطار العام للدراسة ، وفيه حددنا إشكالية الدراسة ، وصغنا فرضيات الدراسة ن إضافة إلى أهمية واهداف الدراسة ن غلى جانب الإشارة لتعاريف الإجرائية ، وختمناه بالتطرق للدراسات السابقة ، أما الفصل الثاني ، فقد تضمن التكتم الإنفعالي ، وفيه حددنا تعريف التكتم ثم لمحة تاريخية عن تطور ونشأة المصطلح ،ثم أبعاد التكتم الإنفعالي ومكوناته و أعراضه و إلى جانب ذلك عرفنا الإنفعالات وآلية عملها وعلاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية ، وقمنا بتقديم توضيح للعلاقة بين التكتم الإنفعالي بالصحة والمرض، وختمناه بالنظريات المفسرة له ، أما الفصل الثالث فقد شمل المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع والذي تطرقنا فيه إلى سيكولوجية المرأة ، والمرأة والعمل ، وآثار عمل المرأة ، وصراع الدور لديها ثم أنواع الضغوط التي تواجهها المرأة وأعراضها ، والعلاقة بين الضغط النفسي وضغط الدم المرتفع ،ثم حددنا تعريف لضغط الدم المرتفع و الفرق بين الضغط الطبيعي والضغط المرتفع ، بالإضافة إلى أسبابه و السمات الشخصية لمرضى ضغط الدم المرتفع.

لقد إعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي بصفته يوصف الواقع كما هو ، ويقوم بوصفه بطريقة إنتقائية و إختيارية وينتقي ما يخدم غرضه في الدراسة . ومن بين الأدوات التي يوفرها المنهج الوصفي وفق ما إخترناه وهو تطبيق مقياس التكتم الإنفعالي ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم تحقق الفرضية العامة ، التي تنص على تعاني المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع من مستوى مرتفع من التكتم الإنفعالي ، في المقابل تحققت الفرضية الجزئية الأولى التي نصت على وجود فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير السّن ، وأيضاُ تأكدنا من

صحة الفرضية الجزئية الثانية بتحققها و التي نصت على وجود فروق في درجة التكتم الإنفعالي لدى المرأة المصابة بضغط الدم المرتفع حسب متغير العمل من عدمه .

ومما سبق نخلص إلى أن نتائج الدراسة خاصة فقط بمجموعة البحث ، وفي إطار الحدود الزمانية والمكانية المحددة ، لأن الفرد في تغير دائم سواء في معاملاته او تفكيره وذلك يرجع لتغير ظروف التي يعيش فيها والتي يواجهها ، وبالتالي يتعذر علينا تعميم النتائج المستخلصة على كافة الناس .

الإقتراحات :

على ضوء الدراسات السابقة وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من النتائج المتحصل عليها إرتأينا إلى وضع مجموعة من الإقتراحات وهي كالتالي :

- العمل على إقامة برامج إرشادية وعلاجية لتقديم المساعدة والمساندة والتوجيه للمصابين بضغط الدم المرتفع قصد التكفل و التحسين من صحتهم النفسية.
- وضع برامج إعلامية توضح العلاقة بين سمات الشخصية والضغوط والصحة النفسية والجسدية .
- خلق مجال للشراكة بين القائمين على الرعاية الصحية والباحثين في ميدان علم النفس الصحي للقيام في بحوث ذات أهداف عملية ، والتي تساهم في تحسين نوعية حياة المرضى المزمنين .
- تكفل وسائل الإعلام المختلفة بعملية التوعية للأفراد المجتمع وذلك بعقد الندوات واللقاءات والمناقشات ، وتقييم هذه الخدمات عن طريق المؤسسات التعليمية وكذلك المستشفيات والمراكز الصحية .
- تحسيس القائمين بالرعاية الصحية بأهمية الإلتزام الصحي وتحسينه ، وضرورة تعليم المرضى وتزويدهم بالمعلومات التي ترتبط بالإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع .

و نقترح كدراسة مستقبلية :

- التكتم الإنفعالي وعلاقته بأساليب التنشئة الوالدية لدى المراهقين المصابين بالقرحة المعدية.

قائمة المراجع :

أولاً : المراجع العربية

- إبراهيم لطفي ، عبد الباسط. (1992). **عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين**. العدد(05).
- أحمد عزت راجح. (1999). **أصول علم النفس** . القاهرة ، دار المعارف .
- أحمد نايل الغرير ،وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (2009). **التعامل مع الضغوط النفسية** (ط1). عمان–الأردن، دار الشروق.
- آرثر سنايدد. (1992). **كيف نتعايش مع التوتر العصبي**. (وداد الشيخ، المترجمون) الجزائر، دار الهدى.
- أرلي هوكستشايد. (1994). **الوردية الثانية في عمل المرأة** (ط1). (عزة عبد الفتاح الجوهري، المترجمون) مصر،الدار الدولية .
- ألاء الغويري ، إبراهيم الهاشم . (2018). **الألكسيثيميا وعلاقتها بالسمنة لدى الإناث بالأردن**. مجلة جامعة النجاح للأبحاث، 32(1).
- أمل سليمان تركي العنزي. (2004). **أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالإضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية"**، أطروحة ماجيستر. المملكة العربية السعودية، كلية التربية ،قسم علم النفس ، جامعة الملك سعود.
- إنتصار كمال قاسم ، عفراء حمزة عبد المحسن. (2016). **قصور التعبير عن المشاعر وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى تلامذة الصف السادس إبتدائي**. مجلة كلية التربية للبنات،2 العدد (28).

- أيمن الحسني. (1993). **هل تعاني من إرتفاع ضغط الدم ؟** (ط1). مصر: دار المعرفة.

- باشا حسان شمسي. (2007). **إرتفاع ضغط الدّم الأسباب، الأعراض، العلاج** (ط4). دمشق، دار القلم.

- بشير معمرية. (2007). **القياس النفسي و تصميم أدواته** (ط2). الجزائر،منشورات الحبر.

- ثائر الغباري وآخرون. (2008). **علم النفس العام** (ط1). عمان-الأردن، مكتبة المجتمع العربي.

- جبالي نور الدين ،قارة سعيد. (ب،ت). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند مرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي**. مجلة الحقيقة، العدد(27).

- جميلة شريف ، عبد الحليم خلفي. (31 03, 2021). **علاقة التكتم بالتوافق الزواجي للمصابين بالسكري**. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7(2).

- جهاد أحمد حلمي. (2018). **فعالية برنامج الإرشادي الإنتقائي لخفض الألكسثيميا لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم المرحللة الإعدادية**. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 4(10).

- حسن عبد المعطي. (2003). **الأمراض السيكوسوماتية ، الأسباب التشخيص العلاج** . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

- حسين زيد ، بشير معمرية. (د،ت). **الرضا عن الحياة لدى مرضى ضغط الدم المرتفع**. دراسات نفسية وتربوية، 13(4).

- حسين محمد الظاهر. (1993). **أثر الصدمات النفسية على الأطفال والكبار**. (11).

- خضر عباس بارون. (1999). **علم النفس الصناعي** (د،ط). القاهرة،عالم الكتب.

- خيرة شويطر. (2017). **إستراتجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية**- أطروحة الدكتوراء في علوم التربية . الجزائر : جامعة وهران .

- رأفت السيد عسكر. (2004). **علم النفي الإكلينيكي التشخيص و التنبؤ** (ب،ط). القاهرة: الزقازيق.

- زعطوط رمضان. (2002). **التكتم وعلاقته بالإكتئاب المقنع وقلق الموت لدى المجسدنين** . ورقلة – الجزائر: جامعة قاصدي مرباح .

- سارا بروير. (2015). **التغلب على ارتفاع ضغط الدم** (ط1). الكويت: مكتبة الجرير.

- شيلي تايلور. (2008). **علم النفس الصحي** (ط1). (وسام درويش بريك ، فوزي شاكر طعيمة، المترجمون) عمان-الأردن: دار الحامد.

- طارق كمال. (2005). **الصحة النفسية للأسرة** (د،ط). الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

- طه عبد العظيم. (2007). **إستراتجيات إدراة الغضب والعدوان** (ط1). الأردن: دار الفكر .

- العابدين فارس زين. (ديسمبر, 2016). **صعوبة التعرف على المشاعر (الأكسيثيميا)**. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية ،العدد(3)، ص 35.

- العايش آمال ، علي قويدري. (2020). **علاقة التفكير السلبي بالإكتئاب لدى عينة من مرضى الضغط الدموي**. مجلة الباحق في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 12(04).

- عباس محمود عوض. (1980). في علم النفس الإجتماعي (ب،ط). لبنان: دار النهضة العربية.

- عبد الرحمن بن سليمان الطريري. (1997). **القياس النفسي والتربوي– نظريته، أسسه، تطبيقاته** . الرياض: مكتبة الرشد .

- عبد الستار ابراهيم. (1998). **الإكتئاب اضطراب العصر الحديث** (ط1). الكويت: عالم المعرفة.

- عبد الله محمد قاسم. (2004). **مدخل إلى الصحة النفسية** (ط2). عمان-الأردن: دار الفكر.

- عمرو رمضان معوض أحمد عطايا. (2021). **الدوجماتية والألكسثيميا كعوامل منبئة بلطلاق العاطفي لدى المتزوجين**. مجلة التربية ، 2.

- غازي حسين عنانة. (1994). **مناهج البحث** (ط1). الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

- غنية عبيب. (23 01, 2022). **التأصيل النظري لمفهوم الألكسيثيما**. مجلة الحكمة لدراسات الفلسفية، 10 العدد (01).

- فاتن عيسى السيوف. (09 26, 2020). **فاعلية العلاج بالرسم في خفض من الألكسثيميا لدى الاجئات السوريات**. مجلة العلوم النفسية والتربوية،3(6).

- فاطمة عوض صابر وآخرون. (2002). **أسس ومبادئ البحث العلمي**. الإسكندرية : مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية .

- فتيحة قداش. (1 جوان, 2021). **عجز التعبير الانفعالي عند المراة المصابة بالعقم**. مجلة العلوم الانسانية، 32.

- قريشي عبد الكريم ، زعطوط رمضان. (ديسمبر , 2008). **التكتم : المفهوم وعلاقته بالصحة و المرض. مجلة دراسات نفسية و تربوية** ، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية(1).

- كامل محمد محمد عويضة. (1996). **علم نفس الشخصية** (ط1). بيروت -لبنان، دار الكتب العلمية.

- كامليا إبراهيم عبد الفتاح. (1998). **سيكولوجية المرأة**. دار النهضة العربية.

- لكحل رفيقة. (2011). **تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ضغط الدم** ،مذكرة ماجيستر . الجزائر –باتنة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ،قسم علم النفس : جامعة الحاج لخضر.

- محمد علي كمال. (2004). **الضغوط النفسية ومواجهتها** (ب،ط). القاهرة: مكتبة ابن سينا.

- محمود إسماعيل محمد ريان. (2006). **الإتزان الإنفعالي وعلاقته بالسرعة الإدراكية والتفكير الإبتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة**. غزة، كلية التربية – قسم علم النفس ، جامعة الأزهر غزة.

- مصطفى علي رمضان مظلوم. (فبراير , 2017). **تنظيم الإنفعال وعلاقته بالالكسثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة (دراسة سيكومترية – كلينيكية)**. (82).

- المهدي محمد عبد الفتاح. (2007). **الصحة النفسية للمرأة** (ب،ط). مصر: دار اليقين.

- موهاب زينة ، بلخير رشيد. (15 02, 2019). **المعاناة النفسية لدى الراشد المصاب بالاضطرابات السيكوسوماتية (داء السكري ، إرتفاع ضغط الدم،مرض القلب**. Route Social Science Journal & Educational، 6(3).

- نايت عبد السلام كريمة. (11 ديسمبر, 2013). **سمة القلق وطرق التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري–**. دراسات نفسية تربوية.

- نايف محمد عايد المرواني. (2009). **التوافق النفسي والمسؤولية الإجتماعية لدى المجرمين** . القاهرة : دار الفكر العربي .

- نجية دايلي. (2012). **الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق**. سطيف –الجزائر، مذكرة ماجيستر ،كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية ، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا ، جامعة فرحات عباس.

- نسيمة علي دواد. (29 09, 2016). **العلاقة بين الألكسثيميا (Alexithymia)وأنماط التنشئة الوالدية والوضع الإقتصادي والإجتماعي وحجم الأسرة والجنس**. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 12(4).

- نور الدين جبالي ، سامية شرفة. (22 سبتمبر, 2019). **المعالجة المعرفية للانفعالات والتكتم لدى المصابين بإضطراب الأعراض الجسمية**. مجلة الإحياء، العدد19، ص ص 777-781.

ثانياً : المراجع بالأجنبية

-Messina, J.N. Beadle, S. Paradiso. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic.

- Bekendam, C. (1997). Dimensions of emotional intelligence : attachment, affectregulation, alexithymia, and empathy Unpublished Doctoral Dissertation،. faculty of the fielding institute: Retrieved from proquest dissertation & theses.

- Burca, J. (1995). Alexithymia and dissociation ،Master thesis،. Dept of Special education and rehabilitation: Univ of Oregon.

- Carlo Marchesi .(2015) .Haw Useful is the construct of alexithymia .Acta psychopathol.1

- Carpenter, K. (2000). Alexithymia gender and responses to depressive symptoms. 43(9).

- Colin, W. & Alexandra, B. (2003). Machiavellianism: An alexithymic perspective. 22(6).

- Corcos, M. (2011). Qu est-ce que l'alexithymie ? dunond.

- Grabe , C & Hans, J. (2004). Alexithymia and personality in Relation to Dimensions of Psychopathy. 161(7).

- J & ,Bagby, M & .Parker, D Taylor .(1997) .Disorders of affect regulation:Alexithymia in midical and psychiatric illness .Cambridg UK: cambridg universiry press.

- Jacque Thomas .(1990) .Les maladies Psychosomatiques de la tete an corps les chamins de la guérissions .Les guides santé Hachette.

- Max Karukivi .(2011) .Association between alexithymia and Mental Well-bieng in Adollescents . Turku.
- Max, K. (2011). Association between alexithymia and Mental Well- bieng in Adollescents. Turku.
- Muller, R. (2000). When a Patient has no story to tell : Alexithymia. 7(2).
- Olivier Luminet , R. Michael Bagby ,Graeme J. Taylor. :www.bookdepository.com ،2022 , 03 25 .Alexithymia : Advances in Research, Theory, and Clinical Practice: https://www.bookdepository.com/Alexithymia-Olivier-Luminet/9781108416641?ref=pd_gw_1_pd_gateway_1_1.
- Parker, Taylor, & Bagby. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. 30(1).
- Sifneos,P .(1973). The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients Psychotherapy and Psychosoma-tics ،(Vol. 22).
- Taylor, &Bagby. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observerrated measures. In Parker J. & Bar-On R. (Eds.): The handbook of emotional.
- Taylor, J. &. (1997). Disorders of affect regulation:Alexithymia in midical and psychiatric illness. Cambridg UK: cambridg universiry press.

الملحق (01)

مقياس تورنتو للتكتم TAS20

التعليمة :

من فضلكم الرجاء منك قراءة كل عبارة مع وضع الإشارة × أمام ما يناسب حالتك لا تتركي أي عبارة دون الإجابة عليها ولا تضعي أكثر من علامتين في الفقرة الواحدة ، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وستكون هذه المعلومات سرية و لغرض البحث العلمي فقط.

الرقم	العبارات	غير موافق تماما	غير موافق أحيانا	لست أدري أوافق أو لا أوافق	موافق إلى حد ما	موافق تماما
1	غالبا لا تتضح لي الانفعالات التي اشعر بها					
2	يصعب علي التعبير عن مشاعري بدقة					
3	لدي احساسات جسدية حتى الأطباء لا يفهمونها					
4	أستطيع وصف مشاعري بسهولة					
5	أفضل تحليل مشاكلي بدل وصفها					
6	عندما أكون مضطربا لا أعرف ان كنت حزينا أم خائفا أو غاضب					
7	ان احساساتي الجسدية غالبا ما تحيرني					
8	أفضل ترك الأمور تسير هكذا على ان افهم لماذا تحدث بهذه الطريقة					
9	لدي مشاعر لا أستطيع تحديدها بالفعل					
10	أن أكون على وعي بإنفعالاتي أمر أساسي					
11	يصعب علي وصف ما أشعر به نحو الناس					
12	يطلب مني الناس أن اصف مشاعري بتفصيل أكثر					
13	لست أدري ماذا يحدث بداخلي					

14	غالبا ما أجهل سبب غضبي					
15	أفضل الحديث مع الناس عن نشاطهم اليومي بدل الحديث عن مشاعرهم					
16	أفضل مشاهدة برامج التلفزة الخفيفة المسلية بدل البرامج المثيرة أو الحزينة					
17	أشعر بقربي من شخص ما وفهم أحاسيسه في حالات الصمت					
18	يصعب علي إظهار مشاعري الحميمية حتى لأصدقائي المقربين					
19	أعتقد ان تحليل مشاعري يفيدني في حل مشاكلي الخاصة					
20	البحث عن المعنى العميق والخفي في الأفلام يشوش الإستمتاع بها .					

الملحق (02)

تدوير البيانات بالبرنامج الإحصائي SPSS

الفرضية الأولى Frequencies
Frequency Table

المستوى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
التكتم	متوسط	28	93.3	93.3	93.3
	منخفض	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

NPar Tests
Chi-Square Test
Frequencies

المستوى

	Observed N	Expected N	Residual
متوسط	28	15.0	13.0
منخفض	2	15.0	-13.0-
Total	30		

Test Statistics

	المستوى	التكتم
Chi-Square	22.533[a]	22.533[a]
Df	1	1
Asymp. Sig.	.000	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 15.0.

Group Statistics

العمل		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الإنفعالي التكتم	تعمل	15	53.5333	5.18055	1.33761
	لا تعمل	15	59.6000	6.86398	1.77227

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
التكتم	Equal variances assumed	1.301	.264	-2.732-	28	.011	-6.06667-	2.22040	-10.61494-	-1.51839-
	Equal variances not assumed			-2.732-	26.042	.011	-6.06667-	2.22040	-10.63040-	-1.50294-

Group Statistics

	السن	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التكتم	3.00	14	53.0714	4.66516	1.24682
	4.00	16	59.6250	6.86901	1.71725

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
التكتم	Equal variances assumed	2.299	.141	-3.011	28	.005	-6.55357-	2.17683	-11.01260-	-2.09454-
	Equal variances not assumed			-3.088-	26.489	.005	-6.55357-	2.12215	-10.91179-	-2.19535-

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.570	20

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	العليا	10	61.8000	5.45283	1.72434
	2.00	10	43.8000	2.74064	.86667

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
VAR00001	Equal variances assumed	16.256	.001	9.327	18	.000	18.00000	1.92988	13.94547	22.05453
	Equal variances not assumed			9.327	13.274	.000	18.00000	1.92988	13.83948	22.16052