



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي الأغواط
أطروحة مقدمة



بكلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا
لنيل شهادة الدكتوراه - علوم-
في علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي
من إعداد الطالبة أمال العايش
الموضوع

علاقة الذكاء الوجداني بكل من الإكتئاب والتفكير السلبي لدى عينة
من مرضى الضغط الدموي
دراسة ميدانية - بولاية الأغواط-

بتاريخ 2021/05/30

أمام اللجنة المناقشة المكونة من:

إسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د. سامية عرعار	أستاذ التعليم العالي	جامعة عمار ثليجي الأغواط	رئيسا
د.علي قويدري	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الأغواط	مشرفا ومقررا
د.نور الدين زعتر	أستاذ محاضر أ	جامعة زيان عاشور الجلفة	عضوا مناقشا
د.مريم سعداوي	أستاذ محاضر أ	المركز الجامعي آفلو	عضوا مناقشا
د.هاجر سيرين زعابطة	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الأغواط	عضوا مناقشا
د.فتيحة جخدم	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الأغواط	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2020 - 2021

الإهداء

● أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدي الكريمين حفظهما الله.

● إلى كل عائلة العايش داخل الوطن وخارجه .

● كما أهدي هذا العمل لكل من ساهم في تكويني، إلى أساتذتي بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة 9 أفريل تونس تخصص علم النفس العيادي، وأساتذتي بجامعة عمار ثليجي الأغواط.

شكر وتقدير

بداية أحمد الله سبحانه وتعالى و أشكره على توفيقه إياي وتسديده خطاي لإتمام هذا العمل بحوله وقوته .

يحييني أن أوجه شكري لكل من نصحني أو أرشدني أو وجهني أو ساهم معي في إعداد هذا البحث بإيصالي للمراجع والمصادر المطلوبة في أي مرحلة من مراحله، وأشكر على وجه الخصوص أستاذي الفاضل المشرف على هذا العمل الدكتور علي قويدري على مساندته وإرشادي بالنصح والتصحيح وعلى اختيار العنوان والموضوع .

كما أوجه شكري الخاص إلى البروفيسور عادل الصالحي من جامعة سيقموند فرويد بفيينا - النمسا- على ما بذله من مجهودات وما قدمه من دعم ومساندة.

ولا أنسى في الأخير أن أشكر جزيل الشكر الأساتذة الأفاضل المناقشين الذين تفضلوا بقبول مناقشة هذه الرسالة.

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة الذكاء الوجداني بكل من التفكير السلبي والإكتئاب لدى عينة من المصابين بمرض الضغط الدموي بولاية بالاغواط. كما سعت الدراسة أيضا إلى الكشف عن الفروق في مستوى الذكاء الوجداني والتفكير السلبي والإكتئاب تعزى إلى متغيري الجنس ومدة الإصابة بالمرض.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استعمال مقياس الذكاء الوجداني ومقياس التفكير السلبي من إعداد الباحثة ومقياس الإكتئاب من إعداد أرون بيك، حيث تم تطبيقهم على عينة استطلاعية من مرضى الضغط الدموي، وقد أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن ملائمة المقاييس لأغراض الدراسة، وتمتعهم بثبات وصدق مقبول. وفي الدراسة الأساسية المستندة إلى المنهج الوصفي تم التطبيق على عينة قصدية من مرضى الضغط الدموي بلغت 89 حالة. وقد تم جمع البيانات وتحليلها إحصائيا اعتمادا على نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية spss. وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- يوجد مستوى منخفض في الذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الضغط الدموي.
 - توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السلبي لدى عينة الدراسة.
 - توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين الإكتئاب لدى عينة الدراسة.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السلبي تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السلبي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
 - لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.
- الكلمات المفتاحية:** الذكاء الوجداني، الإكتئاب، التفكير السلبي، مرضى الضغط الدموي.

Abstract

The present study aimed to reveal a relationship between emotional intelligence and both negative thinking and depression in a sample of people with blood pressure disease in the state of Laghouat. The study also sought to uncover differences in the level of emotional intelligence, negative thinking and depression attributed to the sex variables and the duration of the disease.

To achieve the objectives of the study, the emotional intelligence scale and the negative thinking scale prepared by the researcher and the depression scale prepared by Aaron Beek were used, as they were applied to an exploratory sample of blood pressure patients, and the exploratory study resulted in the suitability of the measures for the purposes of the study, and their enjoyment of reliability and acceptable validity. In the basic study based on the descriptive approach, 89 cases were applied to an intended sample of blood pressure patients. The data were collected and statistically analyzed, depending on the statistical package system for social sciences, spss.

The study yielded the following results:

- There is a low level of emotional intelligence in a sample of patients with blood pressure.

- There is a statistically significant relationship between emotional intelligence and negative thinking in the study sample.

- There is a statistically significant relationship between emotional intelligence and depression in the study sample.

- There are no statistically significant differences in the level of emotional intelligence due to the gender variable (male / female) in the total sample.

- There are no statistically significant differences in the level of emotional intelligence due to the variable of the duration of the disease (less than 10 years / more than 10 years) in the total sample.

- There are no statistically significant differences in the level of negative thinking due to the gender variable (male / female) in the total sample.

- There are no statistically significant differences in the level of negative thinking due to the variable of the duration of the disease (less than 10 years / more than 10 years) in the total sample.

- There are no statistically significant differences in the level of depression due to the gender variable (male / female) in the total sample.

- There are no statistically significant differences in the level of depression due to the variable of the duration of the disease (less than 10 years / more than 10 years) in the total sample.

Key words : emotional intelligence, depression, negative thinking, blood pressure disease.

الجانب النظري

05	أولاً: مشكلة الدراسة.....
10	ثانياً: فرضيات الدراسة.....
11	ثالثاً: الدراسات السابقة.....
18	رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة.....
21	خامساً: أهداف الدراسة.....
21	سادساً: دواعي اختيار الموضوع.....
22	سابعاً: أهمية البحث.....
23	ثامناً: الحدود الزمانية والمكانية للدراسة.....

23 تاسعا: أدوات الدراسة

24 عاشرا: التعريف بمتغيرات الدراسة

الفصل الثاني: الذكاء الوجداني

27 تمهيد

28 1- التطور التاريخي للذكاء الوجداني

31 2- مفهوم الذكاء الوجداني

32 1.2- تعريف الذكاء لغة

32 - تعريف الذكاء اصطلاحا

32 2.2- تعريف الوجدان لغة

33 -تعريف الوجدان اصطلاحا

33 3.2- تعريفات الذكاء الوجداني

33 2-3-1- المفاهيم التي تشير أنه
قدرة:.....

34 2-3-2 المفاهيم التي تشير أنه مهارات وسمات شخصية:.....

34 3: الأسس الفيزيولوجية للذكاء الوجداني

38 4: أهمية الذكاء الوجداني :

43 5:النماذج النظرية المفسرة للذكاء الوجداني

44 1-5 نموذج "ماير وسالوفي" للذكاء الوجداني

45	2-5 نموذج "بار-أون" للذكاء الوجداني.....
47	3-5 نموذج دانيال جولمان للذكاء الوجداني
48	1-3-5. الوعي بالذات (الكفايات الشخصية).....
49	2-3-5. إدارة الإنفعالات.....
50	3-3-5. حفز الذات (الدافعية)
50	4-3-5. التعاطف.....
51	5-3-5. المهارات الإجتماعية
52	6: قياس الذكاء الوجداني.....
57	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الإكتئاب

59	تمهيد.....
60	1: مفهوم الإكتئاب.....
60	1-1- مفهوم الإكتئاب لغة.....
60	1-2- مفهوم الإكتئاب اصطلاحا.....
61	2: أسباب الإكتئاب
62	1-2 عوامل بيولوجية.....
63	2-2- عوامل نفسية.....

63	2-3- عوامل بيئية إجتماعية
63	2-4 أسباب ذاتية شخصية
64	3- تصنيف الإكتئاب
69	4- أعراض الإكتئاب
72	5- تشخيص الإكتئاب
73	5-1 الشخصية الإكتئابية
74	5-2 خطر الانتحار
74	5-3 التشخيص الفارقي للإكتئاب
75	6- النظريات المفسرة للإكتئاب
75	6-1- النظرية البيولوجية
76	6-2 الاتجاه التحليلي لتفسير الإكتئاب
78	6-3- النظرية السلوكية
79	6-4- النظرية المعرفية
82	7- علاج الإكتئاب
82	7-1- العلاج الدوائي
83	7-1-1- العلاج بالصدمات الكهربائية
83	7-2-2- المداخلة الجراحية النفسية

83	2-7 العلاج النفسي
84	7-2-1- العلاج التحليلي
84	7-2-2- العلاج السلوكي
85	7-2-4- العلاج السلوكي المعرفي
87	7-2-5- العلاج الإنساني
87	7-2-6- العلاج البيئي
87	7-2-7- العلاج الأسري (المقاربة النسقية)
89	خلاصة الفصل

الفصل الرابع : التفكير السلبي

91	تمهيد
92	1: مفهوم التفكير السلبي
92	1-1- مفهوم التفكير لغة
92	1-2- مفهوم التفكير اصطلاحا
92	2- أنماط التفكير
92	3- تعريفات التفكير السلبي
96	4- أعراض التفكير السلبي
96	5- سمات التفكير السلبي مقارنة بالتفكير الإيجابي
98	6- العوامل التي تؤثر على التفكير الإيجابي والتفكير السلبي
98	6-1 - التنشئة الاجتماعية والتحديات التي تواجهها

الموضوع	الصفحة
6-2-الحروب.....	99
6-3- المناخ الأسري.....	100
6-4- المدرسة.....	100
6-5- شعور الفرد بالنقص والدونية.....	100
6-6- وسائل الإعلام المختلفة.....	101
7-علاقة التفكير السلبي بالصحة النفسية والجسمية.....	101
7-1-كيف يؤثر التفكير السلبي على الدماغ؟.....	104
7-2-كيف يرى المهاد الأفكار السلبية؟.....	104
7-3-التفكير السلبي والتشوهات الدماغية.....	104
8-نظريات التفكير السلبي.....	105
8-1وجهة نظر وليام جيمس:	105
8-2-نظرية سيقموند فرويد:	106
8-3-نظرية ألبرت اليس:	106
8-4-نظرية أرون نبيك	107
8-5-نظرية سليجمان وآخرون	109
8-6 نموذج كيركجارد (2005) Kirkgaard	111
9-إستراتيجيات التفكير الإيجابي:	112
خلاصة الفصل.....	113

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : إجراءات الدراسة الميدانية

116	تمهيد
117	أولاً : منهج الدراسة
117	ثانياً: الدراسة الإستطلاعية
117	ثالثاً: أدوات الدراسة
118	كيفية بناء أدوات البحث
119	I- مقياس الذكاء الوجداني:
122	ثانياً: تصميم الصورة المبدئية للمقياس:
122	ثالثاً: كفاءة وتقنين مقياس الذكاء الوجداني
122	1-صدق مقياس الذكاء الوجداني
122	1-1-صدق المحكمين
126	1-2-الصدق التمييزي لمقياس الذكاء الوجداني
127	1-3الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي
128	2- ثبات مقياس الذكاء الوجداني
128	2-1 طريقة ألفا كروباخ

129	2-2 طريقة التجزئة النصفية Spilt-half
129	3-2 الإتساق الداخلي:
132	3- التحليل العاملي للذكاء الوجداني.....
135	رابعا-الصورة النهائية لمقياس الذكاء الوجداني لمرضى الضغط الدموي:
136	II- مقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي.....
137	ثانيا: تصميم الصورة المبدئية للمقياس.....
137	ثالثا: كفاءة وتقنين مقياس التفكير السلبي.....
137	1-1- صدق المحكمين.....
140	1-2- الصدق التمييزي لمقياس التفكير السلبي.....
141	1-3 الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي.....
142	2- ثبات مقياس التفكير السلبي.....
142	2-1 طريقة ألفا كروباخ.....
143	2-2 طريقة التجزئة النصفية Spilt-half
146	ثالثا -التحليل العاملي لمقياس التفكير السلبي.....
148	رابعا-الصورة النهائية لمقياس التفكير السلبي لمرضى الضغط الدموي:.....
149	III-الخصائص السيكمومترية لمقياس الإكتئاب
150	1-ثبات مقياس الإكتئاب.....

150	1-1- طريقة ألفا كروباخ
150	2-1- طريقة التجزئة النصفية Spilt-half
151	2-الصدق التمييزي لمقياس الإكتئاب.....
152	4- الدراسة الأساسية.....
152	1-4 مجتمع الدراسة
152	2-4 عينة الدراسة الأساسية
152	3-4 إجراءات التطبيق
153	4-4 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

155	أولا : عرض ومناقشة النتائج
155	1-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
157	2-عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
159	3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
161	4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
163	5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
165	6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....
167	7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....

الموضوع	الصفحة
8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....	169
9- عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....	170
ثانيا: الإستنتاج العام للدراسة.....	172
-مقترحات الدراسة.....	173
خاتمة.....	175
المراجع.....	177
الملاحق.....	ا

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	جدول يبين أبعاد الذكاء للوجداني لـ"ماير وسالوفي"	45
2	جدول يبين كفاءات الذكاء الوجداني خاصة بنموذج بار-أون	47
3	جدول يبين سمات التفكير السلي مقارنة بالتفكير الإيجابي	97
4	جدول يبين مقارنة العقلية والسوية من منظور وليام جيمس	105
5	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الأول الوعي بالذات)	123
6	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الثاني إدارة الإنفعالات)	124
7	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الثالث الدافعية للإنجاز)	124
8	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الرابع التعاطف)	125
9	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدي انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الخامس التواصل الاجتماعي)	125
10	جدول يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس الذكاء الوجداني	126
11	جدول يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني	127
12	جدول يبين معامل ثبات مقياس الذكاء الوجداني بطريقة ألفا كرونباخ	128
13	جدول يبين معامل ثبات مقياس الذكاء الوجداني وأبعاده طريقة ألفا كرونباخ	128
14	جدول يوضح معاملات ثبات مقياس الذكاء الوجداني لمرضى الضغط الدموي بطريقة التجزئة	129
15	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات الوعي بالذات والدرجة الكلية للبعد	130

16	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات إدارة الإنفعالات والدرجة الكلية للبعد	130
17	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد	131
18	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات التعاطف والدرجة الكلية للبعد	131
19	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية للبعد	132
20	جدول يبين مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض الخاص بالعينة الكلية	133
21	جدول يبين الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليها.	135
22	جدول يبين الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس الذكاء الوجداني.	136
23	جدول يبين توزيع العبارات لمقياس الذكاء الوجداني الخاص بمرضى الضغط الدموي	136
24	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي (البعد الأول الوعي بالذات)	138
25	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي (البعد الثاني الضبط الإنفعالي)	138
26	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي (البعد الثالث التفكير السلبي تجاه الصحة)	139
27	جدول يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي (البعد الرابع الشعور العام بالرضا)	139
28	جدول يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس التفكير السلبي	140
29	جدول يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني	141
30	جدول يبين معامل ثبات مقياس التفكير السلبي بطريقة ألفا كرونباخ	142
31	جدول يبين معامل ثبات مقياس التفكير السلبي وأبعاده طريقة ألفا كرونباخ	142
32	جدول يبين معاملات ثبات مقياس التفكير السلبي لمرضى الضغط الدموي	143
33	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات التوقعات المستقبلية السلبية والدرجة الكلية للبعد	143
34	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات الضبط الإنفعالي والدرجة الكلية للبعد	144

35	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد	144
36	جدول يبين معامل الارتباط بين مفردات الشعور العام بالرضا والدرجة الكلية للبعد	145
37	الجدول يبين مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض الخاص بالعينة الكلية	146
38	جدول يبين الصورة النهائية لتوزيع أبعاد مقياس التفكير السلبي وعدد البنود التي تنتمي إليها	148
39	جدول يبين الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس التفكير السلبي.	149
40	جدول يبين توزيع العبارات لمقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي	149
41	جدول يبين معامل ثبات مقياس الإكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ	150
42	جدول يبين معامل ثبات مقياس الإكتئاب بطريقة التجزئة النصفية	151
43	جدول يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا	151
44	جدول يبين عدد المصابين بالضغط الدموي والمؤمنين بوكالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لسنة 2017	152
45	جدول يبين خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس و مدة الإصابة بالمرض	152
46	جدول يبين اختبار (ت) لمجموعة واحدة لمعرفة مستوى الذكاء الوجداني لأفراد عينة الدراسة	155
47	جدول يبين معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من مقياس الذكاء الوجداني والدرجات المتحصل عليها من مقياس التفكير السلبي.	157
48	جدول يبين معاملات الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين أبعاد التفكير السلبي	157
49	جدول يبين معامل الارتباط الثنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من الذكاء الوجداني والدرجات المتحصل عليها من مقياس الإكتئاب.	159
50	جدول يبين معاملات الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين متغير الإكتئاب	159
51	جدول يبين الفروق في متوسط درجة الذكاء الوجداني حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)	161
52	جدول يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الذكاء الوجداني حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)	162
53	جدول يبين الفروق في متوسط درجة الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).	163

164	54	جدول يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).
165	55	جدول يبين الفروق في متوسط درجة التفكير السلبي حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)
166	56	جدول يبين الفروق في متوسط أبعاد درجة التفكير السلبي حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)
167	57	جدول يبين الفروق في متوسط درجة التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).
168	58	جدول يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).
169	59	جدول يبين الفروق في متوسط درجة الإكتئاب حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)
170	60	جدول يبين الفروق في متوسط درجة الإكتئاب حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	شكل يبين النموذج المفترض للذكاء الوجداني للعينة الكلية	134
2	شكل يبين النموذج المفترض للتفكير السلبي للعينة الكلية	147

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	مقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي من إعداد الباحثة	II
2	مقياس التفكير السلبي خاص بمرضى الضغط الدموي من إعداد الباحثة	V
3	مقياس الإكتئاب من إعداد "أرون بيك"	VIII
4	أسماء المحكمين	IX
8	نتائج الدراسة من برنامج SPSS	

مقدمة

لقد حظي مفهوم الذكاء الوجداني في العقدين الآخرين بأهمية بالغة، فقد تناولته كثير من الدراسات والأبحاث التربوية والنفسية والاجتماعية، ويعتبر الكتاب الذي نشره Mayer & Salovey سنة 1990 بعنوان "الخيال والمعرفة والشخصية" أولى المحاولات الفعلية للاهتمام بهذا المفهوم، وأصدر دانيال جولمان Golman سنة 1995 كتابه الشهير "الذكاء الوجداني"، الذي أسهم في بلورة هذا المفهوم وانتشاره. ولقد جذب مفهوم الذكاء الوجداني اهتمام العديد من الأوساط العالمية في نهاية القرن العشرين، عندما مرت المجتمعات بمشكلات ثقافية وعرقية وعنصرية، ونتيجة لذلك فقد تم عرضه في بعض المؤلفات وعلى شبكة الاتصال العالمية Internet لمعرفة كيف يتعامل الباحثون معه وكيفية ربطه ببعض المتغيرات. ومن ناحية أخرى نجد بعض العلماء يؤكدون على أهمية الأفكار مثل "مانتاك شيا" الذي يؤكد في كتابه "الابتسامة الداخلية": إن الفكرة تؤثر على الحواس الخمس ثم تؤثر على جميع الأعضاء الداخلية وذلك بسبب عدم اتزان طاقة الإنسان مما يؤدي إلى الأمراض بكافة أنواعها، وهذا يؤكد أن الفكر يسبب الأمراض وأنه حتى لو تمارض الإنسان واستمر في تكرار هذا التمارض ستصبح حقيقة ويسبب لنفسه الأمراض. (أمل السالمي، 2014)

كما أثبتت الدراسات أن 90% من الأمراض العضوية أسبابها نفسية، وما أكثر ما يثير الأعصاب مع بداية اليوم إلى آخره، فكل ما يفكر فيه العقل يؤثر على أعضاء الجسم الخارجية ابتداء من عبوس الوجه مروراً بالعصبية نهاية بالاكتهاب، وبالتالي تتأثر الأعضاء الخارجية، هذا ما أكدته "هربرت سبنسر" من جامعة هارفارد في كتابه "العلاج بالطاقة". وقد يبدأ الإيحاء السلبي إثر تجربة مر بها الإنسان، كأن يكون قد فشل في عمل قام به أو امتحان فشل فيه فبدلاً من أن يستفيد منها نراه يعممها على حياته كلها، وبدلاً من أن ينسى ألمها فإنه يحياها في كل تجربة يقبل عليها.

ومن ناحية أخرى يعتبر الاكتهاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضي الاكتهاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتهاب تصل إلى 7% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال أعوام قليلة، وتشير إحصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 2014 إلى أن نسبة حالات الاكتهاب تصل إلى 22% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتهاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم، وتم تصنيف 4.6% منهم كحالات اكتهاب شديدة، 7.7% كحالات اكتهاب متوسطة، 5.7% كحالات اكتهاب بسيطة.

وبالنسبة للضغط الدموي فقد وضع متدخلون في افتتاح الطبعة الخامسة عشر من مؤتمر المؤسسة الجزائرية للضغط الشرياني (صحة) في سنة 2017 أن مرض الضغط الدموي الذي يوصف "باللصامت" ينتشر أكثر فأكثر ويمس مجموع مكونات السكان الجزائريين بما فيهم المراهقين والشباب. وذكر البروفيسور سليم بن خدة الأخصائي

في أمراض القلب وعضو المؤسسة في هذا الصدد أن الدراسة التي أنجزتها المؤسسة قد بينت أن 35 في المائة من الجزائريين (أكثر من 18 سنة) مصابون بمرض ضغط الدم الشرياني ، مضيفا بأن هذا الداء قد انتشر بفعل تغير العادات الغذائية ومشاكل التلوث ، وقلة الأنشطة البدنية لدى السكان الجزائريين . وقد لاحظوا حسب التحقيقات التي أجروها في أوساط سكان من البدو الرحل أن هذا المرض يرتفع، حينما يعتمدون نمط حياة ثابت.

من هنا يتبين أن المرض السيكوسوماتي يحدث نتيجة تراكم الانفعالات غير السارة على الفرد والتي لا تستطيع أن يعبر عنها، وبالتالي تتراكم هذه المشاعر، وتختزن في الجسد، لأن الفرد لم يستطع التكيف معها أو التعبير عنها، وهكذا تستمر التوترات دون أن يعبر الفرد عن مشاعره، حتى يتوقف الانفعال عن التعبير النفسي، وغالبا لا يشكو المريض من الناحية النفسية، بل إنه يشكو من الناحية الجسمية، حيث يتوجه للعلاج الطبي الذي لا يستطيع أن يساعده بسبب أن اضطرابه الأساسي يعود إلى أسباب نفسية، وليست جسمية، وهو ما يعبر عنه بالاضطرابات السيكوسوماتية . (الطحان، 2008، ص99).

وانطلاقا من هذه المقدمة التمهيدية، ونظرا لأن الموضوع ذو أهمية بالغة، حيث أن هذا الموضوع لم يتم التطرق إليه في البيئة المحلية والعربية في -حدود علم الباحثة-، وخاصة أن متغيرات الدراسة (الذكاء الوجداني والتفكير السلبي والإكتئاب) لم يتم دراستها في بيئتنا العربية والمحلية على عينة من مرضى الضغط الدموي، حيث يعتبر هذا المرض المزمن من أكثر الأمراض انتشارا في الجزائر، وبالتالي فهذه الشريحة بحاجة إلى مثل هذه الدراسات والأبحاث لتسلط الضوء على معاناتهم و تقديم المقترحات والحلول للتكفل بهم نفسيا .

سيتم تناول هذا الموضوع في الدراسة الحالية من خلال ستة فصول (أربعة فصول في الجانب النظري، وفصلين في الجانب التطبيقي) ، في الفصل الأول سيتم عرض مشكلة البحث وفرضياته، والدراسات السابقة، أهداف البحث ، ودواعي اختياره وأهميته، حدود البحث ، مصطلحات البحث الأساسية مع المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة . أما الفصل الثاني فخصص للذكاء الوجداني في إطار التصورات النظرية المختلفة وقد تم استعراض الخلفية التاريخية له وتعريفه، أبعاده وأهميته، النماذج النظرية المفسرة له، وطرق قياسه . أما الفصل الثالث فقد خصص لمفهوم الإكتئاب وأسبابه وتصنيفاته وأعراضه والنظريات المفسرة له، وطرق علاجه، في الفصل الرابع تم التطرق إلى مفهوم التفكير السلبي وأنواعه وأسبابه والمقارنة بينه وبين التفكير الإيجابي ، أما الفصل الخامس فقد كان خاصا بإجراءات البحث والمنهجية التي تقوم عليها الدراسة من خلال عرض مفصل عن منهج الدراسة المستخدم في هذه الرسالة، وطبيعة العينة المبحوثة، وأدوات الدراسة المستخدمة وخصائصها السيكومترية وكيفية بنائها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة. بينما خصص الفصل السادس والأخير لعرض نتائج البحث ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة المتاحة، وختم البحث بمناقشة عامة للنتائج ، مع اقتراحات من طرف الباحثة للاستفادة من نتائج الدراسة وتعميمها على فئات و شرائح أخرى.



الجانب النظري



مشكلة الدراسة واعتباراتها

- مشكلة الدراسة
- فرضيات الدراسة
- الدراسات السابقة
- أهداف الدراسة
- دواعي اختيار الموضوع
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث

أولاً: مشكلة البحث

تلعب العواطف دوراً كبيراً في صحة الإنسان، سواء الصحة الجسدية أو النفسية. ففي الجانب النفسي هناك العديد من الأمراض النفسية التي تتعلق باضطراب العواطف والوجدان، فنجد مثلاً أمراض الاكتئاب والهوس وهو ما يعاكس الاكتئاب والقلق والرهاب أو الخوف، ولا يخفى ما لهذه الأمراض والمشكلات النفسية من علاقة وثيقة بالعواطف والمشاعر. (مبيض، 2008 ص 167)

كما يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة، التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداثاً قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات حياته، وهذا من شأنه أن يجعل أحداث الحياة المثيرة للضغط تلعب دوراً في نشأة الأعراض السيكوباتولوجية عامة والأعراض الاكتئابية خاصة، ومن ثم فأحداث الحياة المثيرة للضغط وهي بمثابة متغيرات نفسية إجتماعية تسهم في اختلال الصحة النفسية لدى الفرد. (حسين فايد، 2001، ص 33).

ومع ازدياد سرعة نمط الحياة الحديثة وتعقدتها وزيادة حدة المنافسة والصراع تزداد الأمراض السيكوسوماتية حدة وانتشاراً بحيث أصبحت أمراض العصر، تلك الأمراض التي ترجع لأسباب نفسية أو أزمات إجتماعية وتوترات وصراعات وانفعالات وحرمان وقسوة بينما تتخذ أعراضها شكلاً جسيماً. وتأتي هذه المجموعة من الأمراض كدليل قاطع على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدوث التأثير المتبادل بينهما، وتعتبر الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها هي حجر الزاوية في كل الإضطرابات السيكوسوماتية. (عايدة حسن، 2001، ص 3)

من هنا تبين للباحثة مدى العلاقة بين الجسد والنفس، ومدى تأثير كل منهما في الآخر، أي أن العلاقة بينهما علاقة تبادلية، حيث يؤثر كل منهما في الآخر. وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً إيجابياً. وإن الحالة الانفعالية لها تأثيرها على الجسد، فحالة الانفعال يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، وعندما ينتج توتر في الجهاز العصبي تتغير وظيفة العضو، أو يتغير بناء العضو، محدك الأمراض النفسية الجسمية، أو ما يعرف بالأمراض السيكوسوماتية. (خالد الطحان وموسى نجيب، 2008، ص 197).

ولقد أظهرت الدراسات وعلى مدى عقود من الزمن الصلة الوثيقة بين العواطف ووظائف جسم الإنسان، وقد يكون سبب هذه العلاقة أن القلق والإضطراب ربما يرفع مستوى ضغط الدم مما يزيد نسبة الإصابة ببعض الإختلالات.

كما أدرك الطب الحديث ما للعمليات الإنفعالية من أهمية في الصحة الجسمية ولذلك فقد تطور في السنوات الأخيرة فرع متخصص من الطب هو الطب السيکوسوماتي، ويختص بتشخيص الأمراض الجسمية الناجمة عن استمرار الضغط الإنفعالي.

وقد حظي مفهوم الذكاء الوجداني في العقدين الآخرين بأهمية بالغة، فقد تناولته كثير من الدراسات والأبحاث التربوية والنفسية والاجتماعية بالدراسة والبحث، ويعتبر الكتاب الذي نشره Mayer & Salovey سنة 1990 بعنوان "الخيال والمعرفة والشخصية" أولى المحاولات الفعلية للاهتمام بهذا المفهوم، وأصدر دانيال جولمان Danial Golman 1995 كتابه الشهير "الذكاء العاطفي" الذي أسهم في بلورة هذا المفهوم وانتشاره.

ومن المؤكد أن الذكاء الوجداني يرتبط ارتباطاً موجباً ومرتفعاً بالصحة النفسية للفرد وبدافعيته للقيام بأدواره الاجتماعية والتعليمية المختلفة. ويقدر ما يتوفر للفرد من عوامل الذكاء الوجداني ومكوناته بقدر ما يتمتع بالإنبساط والإتزان الإنفعالي ويتعد عن الإنطواء والعصابية حيث تتسع دائرة علاقاته الناجحة المتناغمة وتزداد تفاعلاته الإيجابية وتنوع مهارته الاجتماعية والحياتية. (زيدان والإمام، 2003، ص 14).

ومن جهة أخرى هناك بعض البحوث والدراسات التي اهتمت بدراسة علاقة الذكاء الوجداني ببعض السمات الشخصية، منها (دراسة "روبرتس وآخرون" 2002) حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الذكاء الوجداني بسمات الشخصية الكبرى، وأثر النوع على الذكاء الوجداني، وطبقت الدراسة قائمة سمات الشخصية الخمس (TSDS) (العصابية، الإنبساطية، المقبولية، يقظة الضمير، الإنفتاح على الخبرة)، وأكدت الدراسة على وجود علاقة سالبة دالة بين الذكاء الوجداني مع سمة العصابية. (الرددير، 2004، ص 15).

ودراسة (ليندلي Lindley 2001) التي توصلت إلى وجود علاقة دالة بين الذكاء الوجداني وسمات الشخصية : الانبساطية، العصابية، كفاية الذات، تقدير الذات، التفاؤل، وجهة الضبط، والقدرة على التكيف. (عبد العظيم المصدر، 2008، ص 591).

كما يعد التفكير ال سلبي أخطر مما يتصور أي إنسان فهو يجعل الحياة سلسلة من المتاعب والأحاسيس والسلوكيات السلبية وكذلك النتائج السلبية كالأعراض النفسية والعضوية والشعور بالضيق والوحدة والخوف، إذ إن الفكرة السلبية هي في حد ذاتها مجرد كلمات داخلية يستخدمها الإنسان ولكن ما يجعلها خطرة هو تكرارها وتخزينها حتى تصبح عادة يستخدمها الإنسان في حياته فتسبب له متاعب ليس لها نهاية.

والتفكير السلبي يبحث ويفكر في السلبيات التي حدثت في الماضي ويقلق ويخاف من المستقبل ويعيش الحاضر بأحاسيس واعتقادات سلبية تجعل حياته سلسلة من التحديات والمشاكل، والعجيب أن الشخص الذي يفكر بطريقة سلبية عنده قدرة خيالية على العثور على السلبيات في أي شيء حتى ولو كان إيجابياً، فضلاً عن أن التفكير السلبي يضع كل الأعضاء في حالة تأهب، إذ قام بعض الباحثين في جامعة ستانفورد بعمل بحث عن قوة التفكير السلبي وأثره على الأعضاء فوجدوا أن التفكير السلبي يجعل المعدة تفرز أحماضاً شديدة القوة، وقاموا بأخذ

عينة من هذا الحامض ووضعوها في طعام فأر من فئران التجارب وكانت النتيجة مفاجأة للجميع، مات الف أر ملئاً من شدة الحامض وقد قاموا بتكرار التجربة على فئران أخرى وكانت النتيجة واحدة هي الموت، كما وجد باحثون في كلية الطب في جامعة سان فرانسيسكو في عام 1985 أن التفكير السلبي يسبب أكثر من 75 % من الأمراض العضوية مثل أمراض القلب وأمراض ارتفاع ضغط الدم والصداع وحتى السرطان (عفرء عبيدي، 2013، ص ص 126-127).

وكلما كان هذا التفكير إيجابيا كلما أدى إلى حل فاعل وناجع لهذه المشكلة، و كلما كان هذا التفكير سلبيا كلما أدى إلى التعامل مع هذه المشكلات بأساليب سطحية وخاطئة، سواء كان ذلك بتضخيم هذه المشكلات والمبالغة في التعامل معها وبالتالي عدم الوصول إلى حل مقنع لها، أو تبسيطها واختزالها واستسهالها واتباع أساليب سلبية في التعامل معها ، وبالتالي عدم الوصول إلى حل مناسب لها، وعلى وجه الإجمال، فإن التفكير السلبي يرتبط بتدهور المستوى الصحي وازدياد الحالات المرضية كالآبة والإضطراب النفسي وغير ذلك، حيث تشير الدراسات والبحوث النفسية والتربوية إلى أن الإضطراب النفسي والعقلي ليس ناشئا من المواقف الصعبة التي تحيط بالفرد بقدر ما هو ناجم عن حالة اليأس الذي تنتابه تجاه تلك المواقف، والذي يوحى إليه بالعجز والفشل اتجاهها، وهذا ما يعبر عنه بالتفكير السلبي للحياة، والذي يجعل الفرد ينظر إلى حياته وإلى الحياة من حوله بمنظار مظلم قاتم، وتشاؤم يجعله أكثر تعاسة. (زياد بركات، 2006، ص 05)

كما أن موضوع التفكير الإيجابي موضوع هام في حياة كل فرد، لما له من آثار ملموسة وبناءة في شخصية الفرد وفي صحته الجسدية والعقلية ومستويات طاقاته وإبداعه، ذلك أن سلوك الفرد هو نتيجة ما يحمله من أفكار عن نفسه وعن حوله فإن كان تفكيره إيجابيا فإن ذلك سينعكس على سلوكه وستكون عاداته وقيمه إيجابية أيضا، فالفرد عندما يعدل أسلوبه في التفكير فإن ذلك يصحبه تغيرات إيجابية أيضا. (إيمان دندي، 2013، ص 04)

وقد كتب جاك كانفليد ومارك فينسون هانسون وهو إن الإنسان يستقبل أكثر من 60000 فكرة يوميا كل ما تحتاجه هذه الكمية الهائلة من الأفكار هو اتجاه، فلو كان الاتجاه سلبيا أخذ معه ملفات وأفكارا من مخازن الذاكرة تعادل 60000 فكرة من نفس نوعها ولو كان إيجابيا أخذ معه نفس العدد من الملفات وأفكار إيجابية من مخازن الذاكرة من نفس نوعها. (الفقي، 2007، ص 05)

كما أشار بحث لكلية طب سان فرانسكو عام 1986 إلى أن أكثر من 75% من الأمراض العضوية أساسها التحدث مع الذات بشكل سلبي، وهو ما يسميه علماء النفس "التمثيل الداخلي" ومعناها هو الطريقة التي يمثل بها الإنسان حياته داخليا بما في ذلك الأفكار وترتيبها في العقل، وأن ذلك يسبب أمراضا متعددة منها أمراض القلب والصداع والقرحة والجلطة وضغط الدم، ويضعف الجهاز العصبي وجهاز المناعة وقد يصل أيضا إلى السرطان.

فقد أشارت دراسة (Coodhart، 1985) إلى وجود ارتباط موجب ودال بين الصحة النفسية وتقييم ضغوط الحياة عن طريق الأفكار الإيجابية، مثل التفاؤل والرضا. كما توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً لتقييم الضغوط الحياتية بالأفكار السلبية والإجهاد النفسي. (قاسم ، 2009، ص.ص 697-698)

وفي إحصائية أخرى علي المرضى المترددين علي عيادات الأطباء من التخصصات المختلفة تبين أن نسبة 15% منهم يعانون من حالات الاكتئاب النفسي، ومن هذه الأرقام فقط يتبين أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض انتشاراً بصفة عامة، وهناك حالات يطلق عليها حالات الاكتئاب "المقنع" Masked Depression، وتعني أن المريض لا تبدو عليه مظاهر الاكتئاب لكنه يشكو من أعراض أخرى مثل الصداع وألم الظهر وضيق الصدر وعسر الهضم، ويتردد على الأطباء من التخصصات المختلفة دون أن يعلم أحد أن هذه الأعراض هي مجرد مظاهر جسدية تدل على إصابته بالاكتئاب، وهذه الحالات لا يتم تشخيصها في معظم الأحيان، ويظل المريض يعاني لسنوات طويلة دون أن يتم تشخيص حالته بواسطة الأطباء، وبالطبع فإن هذه الحالات لا يمكن أن تحيط بها الأرقام والإحصائيات .

كما تم تصنيف الاكتئاب في المرتبة الرابعة من بين الأمراض التي تسبب العجز ، وبحلول عام 2020، يتوقع أن يكون تصنيف الاكتئاب في المرتبة الثانية ، يقدر أن هناك 121 مليون شخص في كل أنحاء العالم يعانون من الاكتئاب وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ، إضافة إلى ذلك واحدة من كل أربع عائلات سيصاب على الأقل فرد واحد فيها باضطراب عقلي في أي وقت كان في كل أنحاء العالم خلال فترة ما من حياتهم .

إن سبب الاكتئاب غير معروف حتى الآن وأحياناً قد لا يكون هناك في الواقع سبب ظاهر ويعتقد الخبراء أن بعض الأشخاص قد ولدوا وهم يمتلكون استعداد لأن يصبحوا مكتئبين بسهولة ، إنهم يعتقدون أيضاً أن الحزن والأمراض والعوامل الأخرى يمكن أن تؤدي إلى عدم توازن في بعض كيمياء الدماغ وتسبب الاكتئاب ، بعض الناس يصبحون مكتئبين بعد حدوث تغير كبير في حياتهم - وفاة شخص يحبونه أو طلاق أو فقدان العمل أو تبديل محل الإقامة ، حتى الأحداث السعيدة مثل أن يصبح المرء الوالد أو الوالدة أو أن يتزوج أو حتى تغيرات أصغر من ذلك في الحياة يمكن أحياناً أن تسبب الاكتئاب ، مهما كان التغير صغيراً أو كبيراً في الحياة ، التغيرات يمكن أن تصبح مجهدة ويمكن أن تؤثر على نفسية شخص ما بشكل كبير .

كما كشف المسح الجزائري حول صحة الأسرة (2002) عدد أفراد الأسر التي شملها المسح 121152 فرداً، أن مرض ضغط الدم من أكثر الأمراض انتشاراً وترتفع نسب الإصابة به بصفة عامة بين الإناث عنها عند الذكور، حيث قدرت نسبته عند الإناث بـ 2.4 % أما الذكور 8.1 %، بالإضافة إلى ارتفاع معدله كلما تقدم عمر الشخص وخاصة بعد العمر 40 سنة، وتستمر هذه الزيادة حتى تبلغ حوالي 26 % بين الأشخاص الذين سنهم 70 سنة فأكثر، ومن ناحية توزيع ضغط الدم حسب وسط الإقامة فسكان المناطق الحضرية هم أكثر عرضة للإصابة (قوارح، صالي، 2017، ص 51).

واستنادا إلى الدراسة التي أنجزتها وزارة الصحة والسكان بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء (MICS4) أوضحت أن الإصابة بالضغط الدموي يأتي في مقدمة الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري بـ 221178 شخصا مصاب بالمرض والبالغين من العمر 15 سنة فما فوق سنة 2015، وبناء على التوقعات التي تم إجرائها من المتوقع أن يرتفع إلى 326300 كقيمة دنيا وإلى 361712 كقيمة عليا، وتزداد الإصابة به بعد العمر 50 سنة وخاصة في الفئتين (60-69 و 70) سنة فما فوق، حيث بلغ عدد الأشخاص المصابين بالمرض في الفئة الأولى 45735 سنة 2015 ومن المتوقع أن تصبح 143218 كقيمة دنيا و 147949 كقيمة عليا سنة 2045، أما الفئة الثانية فقدرت سنة 2015 بـ 49528 مريضا ومن المتوقع أن تبلغ 137012 كقيمة دنيا و 162165 كقيمة عليا سنة 2045، كما سيستمر انتشاره عند الإناث أكثر من الذكور، حيث من المتوقع أن يبلغ 214891 امرأة مصابة بالضغط الدموي كقيمة دنيا و 237893 كقيمة عليا سنة 2045 و 109578 كقيمة دنيا 121628 كقيمة عليا عند الذكور خلال نفس السنة. (قوارح، صالي، 2017، ص 63)

ووصف من جهته أوضح البروفيسور محمد تمار أخصائي في أمراض القلب وعضو ذات المؤسسة أن انتشار ضغط الدم الشرياني في جنوب البلاد ويبلغ ما نسبته 44 في المائة لدى الأشخاص البالغين أكثر من 40 سنة من القاطنين في هذه المناطق. (www.radioalgerie.dz)

وفي ضوء ما سبق، وفي حدود علم الباحثة فإننا لم نجد دراسة في البيئة المحلية والعربية درست موضوع الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من التفكير السلبي والإكتئاب لدى عينة من مرضى الضغط الدموي، لذا جاءت هذه الدراسة لتكشف العلاقة بين الذكاء الوجداني وكل من التفكير السلبي والإكتئاب لدى شريحة مهمة تعيش في المجتمع الجزائري تعاني من مرض مزمن ألا وهي عينة مرضى الضغط الدموي. وعليه تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- 1- ما مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من المرضى المصابين بالضغط الدموي؟
- 2- هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السلبي لدى عينة الدراسة؟
- 3- هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين الإكتئاب لدى عينة الدراسة؟
- 4- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية؟
- 5- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية؟
- 6- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السلبي تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية؟

- 7- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السليبي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية؟
- 8- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية؟
- 9- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية؟

ثانيا: فرضيات الدراسة

- 1-الفرضية الأولى: يوجد مستوى منخفض من الذكاء الوجداني لدى العينة الكلية.
- 2-الفرضية الثانية: توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السليبي لدى عينة الدراسة.
- 3- الفرضية الثالثة: توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني وبين الإكتئاب لدى عينة الدراسة.
- 4- الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
- 5- الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.
- 6- الفرضية السادسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السليبي تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
- 7- الفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السليبي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.
- 8- الفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية.
- 9- الفرضية التاسعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات /أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية.

ثالثاً: الدراسات السابقة:

أ-دراسات خاصة بمتغير الذكاء الوجداني:

1-دراسة فرنانديز وآخرون (2006):

تناولت هذه الدراسة علاقة الذكاء الوجداني بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني والاكتئاب والقلق، وطبقت هذه الدراسة على عينة من المراهقين من الطلاب الثانويين في مدينة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية بلغت 250 طالب، طبقت في هذه الدراسة مقاييس خاصة بالذكاء الوجداني والقلق والاكتئاب، أظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى منخفض في درجة الذكاء الوجداني لدى الطلبة الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاكتئاب والقلق . (Pablo, Fernandez .et al. 2006)

2-دراسة دوناي وآخرون (2008)

وكان عنوانها الذكاء الوجداني وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من البالغين الأستراليين :

على الرغم من أن الاكتئاب يحدث بشكل شائع إلا أن البحوث المتعلقة باستراتيجيات الكشف المبكر والوقاية من الاكتئاب ما زالت في بدايتها للاستفادة من الذكاء الوجداني (EI) كعامل تنبؤي محتمل. حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني ن EI والتشخيص السريري للاكتئاب على مجموعة من البالغين الأستراليين بلغت 62 مريضاً يعانون من اضطراب عاطفي (59.70٪ من الإناث)، مع تشخيص DSM-IV-TR .

وأظهرت النتائج وجود ارتباطات عكسية كبيرة بين شدة الاكتئاب وأبعاد الذكاء الوجداني خاصة بُعد إدارة الإنفعالات بلغت ($r = -0.56$) ، وبُعد والتحكم العاطفي بلغت ($r = -0.62$). يستنتج من هذه الدراسة أن قياس درجة الذكاء الوجداني له قيمة تنبؤية من حيث التحديد المبكر من هم في خطر تطوير الاكتئاب. (Downey,Luke et al. 2008)

3-دراسة كريستياني و كاترينا (2013)

بعنوان دراسة الذكاء الوجداني وعلاقته بأمراض القلب التاجية :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأبعاد المختلفة للذكاء الوجداني ومرض القلب التاجي ، أجريت هذه دراسة على عينة مكونة من 300 شخص يعانون من أمراض الشرايين التاجية باليونان لمدة 3 سنوات. أكمل جميع المشاركون استبيان التقرير الذاتي ومقياس من الذكاء الوجداني. أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقة بين تنظيم العواطف وحدوث أمراض القلب التاجية. مما يستنتج أن مرض الشريان التاجي (CHD) يرتبط بالعواطف، خاصة السلبية منها مثل القلق والاكتئاب. وأن الذكاء الوجداني (EI) له دور إيجابي في الوقاية من هذه الأمراض. (Chrisanthy, Katerina 2013)

4-دراسة مكلتوي وحسنزاده (2014)

دراسة بعنوان : تأثير مكونات الذكاء الوجداني على مؤشرات الصحة البدنية لمرضى القلب بمستشفى إيران

كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة آثار مكونات الذكاء الوجداني على الدم ومستوى الضغط ومعدل النبض للمرضى الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية. أجريت هذه الدراسة شبه التجريبية على 30 امرأة مريضة بمرض القلب التاجي في مستشفى "مدارس" بطهران. تم تقسيم المرضى عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة والتجريبية. حيث كانت المجموعتين متكافئتين في مستوى الذكاء الوجداني ومستوى ضغط الدم ومعدل النبض. تم تقديم برنامج خاص بالذكاء الوجداني للمجموعة التجريبية في سبع جلسات في كل جلسة 90 دقيقة. بعد انتهاء البرنامج بعد قياس ضغط الدم ومعدل النبض لكلا المجموعتين، وتم تحليل البيانات باستخدام اختبار T. أظهرت النتائج وجود انخفاض كبير في مستوى ضغط الدم لدى النساء المصابات بأمراض القلب التاجية في المجموعة التجريبية ولكن لم يكن لديه تأثير كبير على معدل ضربات القلب. وبالتالي يمكن استخدام البرنامج الخاص بمكونات الذكاء الوجداني وتعميمه في التخطيط الوقائي والتدخلات العلاجية، مثل برامج التدريب للمرضى الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية. (Mokhtari, HasanzadehPashang S, 2014)

5-دراسة بوشلاق نادية 2015 :

بعنوان الذكاء الوجداني وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان-بسكرة-و مستشفى محمد بوضياف -بريكة .

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الذكاء الوجداني والاكتئاب تبعاً لبعض المتغيرات وهي الجنس وشدة المرض (قصور مزمن، حاد)، إضافة إلى ذلك معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني والاكتئاب. وقد اختارت الباحثة المنهج الوصفي مستخدمة مقياس الذكاء الوجداني المعدل من طرف نبيل زايد، ومقياس الاكتئاب المختصر لغريب عبد الفتاح، أجريت الدراسة على عينة تقدر ب 100 مريض بالقصور الكلوي (الحاد والمزمن)، ومن أجل التحقق من فرضيات الدراسة استخدمت الباحثة المعادلات التالية: معامل الارتباط بيرسون - اختبار ت، وكانت نتائج الدراسة على النحو التالي:

- توجد علاقة سالبة ذات دلالة احصائية بين الذكاء الوجداني ومستوى الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في مستوى الذكاء الوجداني.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضى القصور الكلوي المزمن والحاد وهذه الفروق لصالح مجموعة مرضى القصور الكلوي المزمن.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الذكاء الوجداني بين مرضى القصور الكلوي المزمن والحاد وهذه الفروق لصالح مجموعة مرضى القصور المزمن. (نادية بوشاللق ، 2015).

6-دراسة أقروال وسميت (2016)

الذكاء الوجداني وعلاقته بمرض ارتفاع ضغط الدم وتأثيره على الجهاز العصبي الذاتي لدى عينة من الذكور البالغين.

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من مكونة من 60 شخصا من البالغين تتراوح أعمارهم من 25 إلى 50 سنة، مقسمة إلى مجموعتين مجموعة مكونة من 30 شخصا يعانون من ارتفاع ضغط الدم، ومجموعة أخرى مكونة أيضا من 30 شخصا لا يعانون من مرض ارتفاع ضغط الدم لهدف لمقارنة درجة الذكاء الوجداني مع تقلب معدل ضربات القلب .

تم قياس مستوى الذكاء الوجداني للمجموعتين باستعمال مقياس خاص بالذكاء الوجداني من إعداد Schutte. وأظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى منخفض في درجة الذكاء الوجداني لدى المجموعة الذين يعانون من مرض ارتفاع ضغط الدم، مقارنة بالمجموعة الأخرى من الأشخاص العاديين.

استنتجت هذه الدراسة أن الأشخاص الذين لديهم مستوى منخفض في درجة الذكاء الوجداني أكثر تعرضا للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم . (Agarwal , Sumit , 2016)

7-دراسة بانتالا و أنيل (2017)

دراسة بعنوان الفروق في مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من الراشدين المصابين بمرض الضغط الدموي وعينة الراشدين الأصحاء.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من الراشدين المصابين بمرض الضغط الدموي وعينة الراشدين الأصحاء. تكونت العينة من 50 شخصا، 25 شخصا مصاب بمرض الضغط الدموي، و 25 شخصا غير مصاب بهذا المرض حيث اختيرت العينة بطريقة عشوائية.

استخدم في هذه الدراسة مقياس الذكاء الوجداني من إعداد " ثينقيسوم ورام " سنة 2000.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فرق كبير في مستوى الذكاء الوجداني، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم لديهم ذكاء وجداني منخفض بكثير من الأشخاص الذين لا يعانون من مرض الضغط الدموي. (Vandana, et Anil, 2017)

8-دراسة لوردا س وآخرون (2019)

الذكاء الوجداني والإكتئاب لدى عينة من المراهقين ضحايا العنف في إسبانيا.

تسهم هذه الدراسة في المعرفة الحالية حول الدور الوقائي للذكاء الوجداني من حالات خطر الانتحار (وهي أعراض الاكتئاب والتفكير في الانتحار) على عينة من المراهقين ضحايا العنف في إسبانيا. طبقت هذه الدراسة على عينة بلغت 494 من المراهقين تعرضوا للعنف (61.3 % من الإناث) ، وطبق مقياس الذكاء الوجداني ومقياس الاكتئاب، وأظهرت الدراسة وجود علاقة بين انخفاض مستوى الذكاء الوجداني وزيادة مستوى التفكير في الانتحار. هذا يشير إلى الدور الوقائي الذي يلعبه الذكاء الوجداني في التنبؤ بمستوى الاكتئاب وأيضا الأفكار الإنتحارية لدى عينة المراهقين ضحايا العنف. (Lourdes Rey . et al. 2019)

ب-دراسات خاصة بمتغير الاكتئاب:

09-دراسة أندريا زفالوني وآخرون (2005)

بعنوان: الاكتئاب وعلاقته بمرض الضغط الدموي

أجريت هذه الدراسة من 1980 إلى 2004 بالبرازيل . وجدت هذه الدراسة زيادة انتشار ارتفاع ضغط الدم لدى الأفراد المصابون بالاكتئاب، وزيادة انتشار الاكتئاب لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، والارتباط بين أعراض الاكتئاب وانخفاض ضغط الدم، وتغيير التباين اليومي لضغط الدم في المرضى الذين يعانون من الاكتئاب. هناك أدلة كثيرة تشير إلى أن فرط نشاط الجهاز العصبي الودي والتأثيرات الوراثية هي الآليات الأساسية في العلاقة بين الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم. الاكتئاب يمكن أن يؤثر سلبا على مسار مرض ارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يتداخل استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب مع التحكم في ضغط الدم للمرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم عن طريق إحداث تغييرات في ضغط الدم . (Andréia ,Zavaloni . et al. 2005)

10-دراسة جراهام وآخرون (2007):

دراسة بعنوان الاكتئاب والقلق وتأثيرهما على جودة الحياة لدى عينة مرضى القلب.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار واستمرار الاكتئاب والقلق في المرضى الذين يعانون من الرجفان الأذيني (AF) وتأثيرهما على جودة الحياة في المستقبل، طبقت هذه الدراسة على عينة بلغت 101 من المرضى المصابين بمرض القلب (الرجفان الأذيني) 62 رجلا والباقي إناث، أقيمت هذه الدراسة بأمريكا. تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ومقياس قلق السمعة .

أظهرت النتائج وجود أعراض الاكتئاب، وقلق الحالة، والقلق سمة في العينة بنسبة 38 % ، و 28 % ، و 38 % على التوالي وكانت البيانات المماثلة لمرضى ارتفاع ضغط الدم بنسبة 30 % ، و 23 % ، و 22 % . أظهر مرضى التصلب العصبي المتعدد مستويات أعلى من القلق في الصفات ($P < 0.05$) ، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب الأساسي وقلق الحالة وجودة الحياة QoL بين المرضى الذين يعانون من الإرتجاف الأذيني AF .

استمرت أعراض الاكتئاب والقلق (الحالة والسمة) في 6 أشهر في 36.8 % و 33.3 % ، على التوالي. ارتبطت أعراض الاكتئاب ($P < 0.001$) والقلق ($P < 0.001$) في الأساس، ونوع الإناء ($P = 0.01$)، والعرق ($p = 0.01$) ، وحالة التوظيف ($p = 0.03$) بشكل كبير مع جودة الحياة QoL عند 6 أشهر في المرضى الذين يعانون من الإرتخاف الأذيني AF. كشف تحليل الانحدار المتعدد أن درجة الاكتئاب الأساسية قدمت أفضل تنبؤ مستقل لجودة الحياة QoL لمدة 6 أشهر ($R^2 = 0.20$) ، على الرغم من أن الجنس والحالة الوظيفية قد دخلت أيضاً في النموذج.

خلاصة الدراسة ما يقرب من ثلث مرضى القلب المتعدد لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق، والتي تستمر في 6 أشهر. وكانت أعراض الاكتئاب أقوى تنبؤ مستقل لجودة الحياة QoL في المستقبل لهؤلاء المرضى. (Graham ,Thral. Et Al. 2007)

11-دراسة كراتشي ايرين (2014) :

دراسة بعنوان الصحة العقلية في ارتفاع ضغط الدم: تقييم أعراض القلق والاكتئاب والضغط على الالتزام بالأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم.

قد يعاني المرضى الذين يعانون من حالات مزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم من العديد من المشاعر السلبية التي تزيد من خطر تطور اضطرابات الصحة العقلية وخاصة القلق والاكتئاب. بالنسبة للمرضى الغانيين المصابين بارتفاع ضغط الدم، فإن التفاعل بين ارتفاع ضغط الدم وأعراض القلق والاكتئاب والإجهاد لا يزال غير مستكشف إلى حد كبير. لسد هذه الفجوة المعرفية، سعت الدراسة للتأكد من انتشار ودور هذه المشاعر السلبية على الالتزام بالأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم مع مراعاة أنظمة الاعتقاد لدى المرضى.

أجريت هذه الدراسة على عينة شملت 400 مريض يعانون من ارتفاع ضغط الدم في مستشفيات من الدرجة الثالثة بدولة غانا. تم جمع البيانات عن الخصائص الاجتماعية والديمقراطية للمريض، والقلق، والاكتئاب وأعراض التوتر والمعتقدات الروحية، والالتزام بالدواء.

أظهرت النتائج أن مرضى الضغط الدموي لديهم أعراض القلق بنسبة (56 %) ، والضغط النفسي (20 %) والاكتئاب بنسبة (4 %). كما لوحظ وجود علاقة معنوية بين المعتقدات الروحية والقلق ($x^2 = 13.352$ ، $p = 0.010$) ، الاكتئاب ($x^2 = 6.205$ ، $p = 0.045$) والضغط النفسي ($x^2 = 14.833$ ، $p = 0.001$). وزاد الضغط النفسي بين المرضى من احتمالية عدم الالتزام بالدواء .

وقد أظهرت الدراسة حاجة الأطباء إلى الانتباه إلى المشاعر السلبية ودورهم في عدم الالتزام بالعلاج. كما أوصت الدراسة إلى أهمية التركيز على الجانب الروحي كآلية محتملة يمكن من خلالها إدارة العواطف السلبية بين مرضى ارتفاع ضغط الدم. (Kretchy ,Irene A , 2014)

12-دراسة نوبيل فالتين (2015)

بعنوان: اضطرابات النوم ، وأعراض الاكتئاب ومخاطر القلب والأوعية الدموية في ارتفاع ضغط الدم لدى الأسود الأفريقي (بوركينا فاسو)

من أجل تحديد وتيرة اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب، وللتحقق من وجود علاقة بين هذه الاضطرابات ومخاطر القلب والأوعية الدموية بشكل عام في ارتفاع ضغط الدم عند الأسود الأفريقي، تمت هذه دراسة من ماي 2010 إلى مارس 2011 في قسم أمراض القلب في Chu-Yalgado Ouédraogo Ouagadougou، والتي شملت 414 مريض يعانون من ارتفاع ضغط الدم . منهم 248 امرأة (59.9 ٪)، كان متوسط العمر 54.6 سنة.

تم تطبيق استبيان المركز الأوروبي للنوم لأبحاث اضطرابات النوم ومقياس القلق والاكتئاب بمستشفى زيموند. كان تشخيص متلازمة توقف التنفس أثناء النوم سريريا واعتمادا على وجود الأعراض الأربعة الرئيسية: فرط النوم أثناء النهار، والاستيقاظ الليلي المتكرر، والوهن الصباحي مع أو بدون صداع وشخير شديد. تم حساب خطر القلب والأوعية الدموية عموما باستخدام معادلة أندرسون من دراسة فرامنغهام. تم إجراء تحليل البيانات بواسطة إصدار برنامج SPSS 17. وتمت مقارنة المتغيرات باستخدام اختبار Chi-square للمتغيرات النوعية واختبار الطالب "t" للمتغيرات الكمية. تم تحديد عتبة المادية بنسبة 5 ٪. أسفرت الدراسة عن نتائج التالية: نسبة الأرق (49.2 ٪) ، ومتلازمة توقف التنفس أثناء النوم (33.5 ٪) ومتلازمة تململ الساقين (25.8 ٪)، مستوى القلق في 37.1 ٪ والاكتئاب في 16.6 ٪ من الحالات. كان إجمالي خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية منخفضاً في 21.0 ٪، معتدلاً في 33.6 ٪، مرتفعاً عند 24.4 ٪، مرتفع للغاية في 21.0 ٪ من الحالات. أكدت هذه الدراسة أن اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب شائعة عند مرضى ضغط الدم المرتفع لدى الأسود الأفريقي. (Nobila ,Valentinn, 2015)

ج-دراسات خاصة بمتغير التفكير السلبي:

13-دراسة بادن آن وآخرون (2000)

دراسة بعنوان : التفكير السلبي وتأثيره على تقدير الذات وعلى أعراض الاكتئاب لدى النساء في كلية كنتيكي بالولايات المتحدة الأمريكية.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفكير السلبي وتقدير الذات وأعراض الاكتئاب، ومدى انتشار الأعراض الاكتئابية المرتفعة لدى عينة من الطالبات الجامعيات يتراوح سنهن من 18 إلى 24 سنة.

تم اختيار عينة مكونة من 246 طالبة جامعية في الولايات المتحدة الأمريكية. طبقت على العينة مقياس الاكتئاب لبيك، ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات، ومقياس كراندل للإدراك، واستبيان الأفكار التلقائية. أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة 35٪ من الطالبات لديهم أعراض الاكتئاب عالية، كما أسفرت الدراسة عن وجود علاقة بين التفكير السلبي وتقدير الذات وأعراض الاكتئاب. وبينت الدراسة وجود تقدير ذات ضعيف لدى الطالبات اللاتي يعانين من أعراض اكتئابية مرتفعة.

خلاصة هذه الدراسة أن التفكير السلبي قد يلعب دورا مهما في تطور أعراض الاكتئاب لدى طالبات الكلية.

(Peden, Ann, 2000)

14-دراسة مونرو (2004)

بعنوان: العلاقة بين التفكير السلبي والتفكير الإيجابي وسمتي الشخصية المتفائلة والمتشائمة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفكير السلبي والتفكير الإيجابي وسمتي الشخصية المتفائلة والمتشائمة، طبقت هذه الدراسة على عينة بلغت 420 طالبا وطالبة ممن يدرسون في إحدى الجامعات الأمريكية.

وقد انتهت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية في مستوى التفكير السلبي والإيجابي تعزى إلى سمتي الشخصية المتفائلة والمتشائمة لدى طلبة الجامعة، إذ أظهر الطلبة المتفائلون مستوى أكبر من التفكير الإيجابي، بينما أظهر الطلبة المتشائمون مستوى أكبر من التفكير السلبي، كما أظهرت النتائج عدم وجود أثر لمتغير الجنس والتخصص في مستوى التفكير السلبي أو الإيجابي، كما أنه قد أظهر الطلاب بشكل إجمالي ميل نحو التفكير الإيجابي. (عفراء العبيدي، 2013)

15-دراسة ليزا شوارتز وآخرون (2007)

بعنوان : التفكير السلبي كوسيط لاستراتيجية المواجهة للألم واستيعاب أعراض القلق والأجتناب لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الخلايا المنجلية بالولايات المتحدة الأمريكية

هدفت هذه الدراسة للكشف عن دور استراتيجيات المواجهة، وخاصة التفكير السلبي، في التوسط في ربط الألم بأعراض القلق والاكتئاب لدى المراهقين المصابين بمرض الخلايا المنجلية بالولايات المتحدة الأمريكية على عينة بلغت 52 مراهقا مريضا تتراوح أعمارهم بين 12 و 18 عاما يعانون من مرض فقر الدم المنجلي . استخدمت في الدراسة مذكرات لتسجيل مستوى الألم يوميا، كما طبقت مقاييس خاصة بأعراض الاكتئاب والقلق.

أشارت التحليلات الأولية إلى أن انخفاض دخل الأسرة له ارتباط وثيق بمستوى الألم والتفكير السلبي. كما أشارت الدراسة أن التفكير السلبي يلعب وسيطا مهما بين شدة الألم والاكتئاب حيث أن التفكير السلبي يعتبر كعامل يعرقل تكيف المراهقين مع آلام الخلايا المنجلية ؛ ومع ذلك هناك حاجة إلى مزيد من التحقيق لتحديد التأثير الوسيط للتأقلم مع الألم النتائج عن المرض لدى المراهقين . (Lisa A. Schwartz, 2007)

16-دراسة ريد لو (2010)

بعنوان أبعاد التفكير السلبي وعلاقته مع أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين الهولنديين
سعت الدراسة الحالية إلى دراسة ثلاثة أشكال من التفكير السلبي المتكرر لدى الأطفال والمراهقين الهولنديين
غير الإكلينيكيين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و 18 عاما. وبشكل أكثر تحديدا معرفة العلاقات بين مختلف
مؤشرات التفكير السلبي وأعراض القلق والاكتئاب.
تم تطبيق مجموعة من الاستبيانات على عينة الدراسة خاصة بالتفكير السلبي وأعراض الاكتئاب وأعراض
القلق.

أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط قوي بين التفكير السلبي وكل من أعراض الاكتئاب وأعراض القلق، كما
بينت الدراسة عند السيطرة على بعض الأفكار السلبية لدى عينة الدراسة اختفت بعض أعراض القلق
والإكتئاب. (Lead, rood. 2010)

رابعا: التعقيب على الدراسات السابقة

1-من حيث الأهداف:

بالنسبة للدراسات الخاصة بمتغير الذكاء الوجداني تنوعت أهداف بحثها، حيث وجدنا دراسات تهتم بمستوى
الذكاء الوجداني لدى عينة من المرضى كالمصابين بارتفاع ضغط الدم والمصابين بأمراض القلب،
ودراسات اهتمت بالذكاء الوجداني وعلاقته بالصحة النفسية والبدنية، أيضا علاقة الذكاء الوجداني بالإكتئاب
والقلق، وبعض الدراسات استهدفت الفروق في مستوى الذكاء الوجداني بين الذكور والإناث، وبعضها الفروق في
مستوى الذكاء الوجداني بين المرضى والأصحاء.

أما الدراسات الخاصة بمتغير الإكتئاب فبعضها ركزت على العلاقة بين الإكتئاب والقلق وجودة الحياة، وأخرى
عن تأثير الإكتئاب على الصحة العقلية والصحة الجسمية كالإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم. كما تنوعت
الأهداف الخاصة بمتغير التفكير السلبي فمنها من استهدفت تأثير التفكير السلبي على الإصابة بأعراض الإكتئاب
وتأثيره على تقدير الذات، وبعض الدراسات كان موضوعها التفكير السلبي وعلاقته بالقلق وتقدير الذات،
وأخرى علاقة التفكير السلبي بسمتي الشخصية المتفائلة والمتشائمة.

2-من حيث العينة:

- تباينت مجتمعات ونوع عينة الدراسات السابقة ونستطيع أن نقسمها إلى الأنواع التالية:
- المرحلة العمرية : شملت الدراسات السابقة عينات من الأطفال والمراهقين والراشدين.
 - من حيث الجنس: تنوعت الدراسات السابقة حيث شملت الذكور والإناث.
 - المستوى التعليمي: بعض الدراسات السابقة استهدفت الطلبة الجامعيين، وبعضها أفراد عاديين.

- المستوى الصحي: بعض الدراسات استهدفت الأصحاء وبعضها استهدفت عينات من المرضى كمرض ارتفاع ضغط الدم، القصور الكلوي، مرضى القلب، مرض الخلايا المنجلية.
- مكان الدراسة: لاحظنا في الدراسات السابقة تنوع في البيئة التي أجريت فيها الدراسة توزعت على القارات الخمس وهذه الدول التي أجريت فيها الدراسات هي: الجزائر - إيران - هولندا - الهند - استراليا - اسبانيا - البرازيل - الولايات المتحدة الأمريكية - غانا - بوركينا فاسو.

3- من حيث الأدوات:

لقد تعددت الأدوات المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات الخاصة بالذكاء الوجداني والإكتئاب والتفكير السلبي في الدراسات السابقة التي تم عرضها، فالبعض من إعداد وتصميم الباحثين، والبعض تم تبنيها وتقنينها بما يتناسب مع عينة البحث، كما استخدمت في بعض الدراسات الإستبيانات، والبعض الآخر استخدم الاختبارات والمقاييس. كما لاحظنا في بعض الدراسات استخدام أجهزة طبية لقياس دقات القلب وارتفاع ضغط الدم. ويرجع هذا التعدد والتنوع في أدوات جمع البيانات إلى الاتجاهات التي بنيت على أساسها هذه الأدوات، والخلفيات النظرية والفلسفية التي يتبناها الباحثون، وانعكس هذا التعدد في هذه الأدوات على تعدد النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

4- من حيث النتائج :

- من خلال استعراض الدراسات السابقة التي بحثت موضوع الذكاء الوجداني يتضح أن الذكاء الوجداني له علاقة كبيرة بالصحة الجسمية والنفسية للإنسان، فأظهرت هذه الدراسات أنه كلما كان مستوى الذكاء الوجداني مرتفعاً كلما كانت أعراض الإكتئاب والقلق منخفضة وجودة الحياة مرتفعة.
- أظهرت بعض الدراسات دور الذكاء الوجداني وتأثيره على مرضى ضغط الدم من خلال برامج تدريبية معتمدة على أبعاد الذكاء الوجداني حيث أظهرت النتائج وجود انخفاض كبير في مستوى ضغط الدم لدى النساء المصابات بأمراض القلب التاجية في المجموعة التجريبية كما في دراسة دراسة مكثوي وحسنزاده (2014).
- اختلفت نتائج الدراسات السابقة في تحديد الفروق بين الجنسين في مستوى الذكاء الوجداني والإكتئاب والتفكير السلبي، ويمكن إرجاع هذا الاختلاف إلى الأسباب التالية:

- 1- اختلاف الاتجاهات والخلفية النظرية والفلسفية والعلمية التي أنطلق منها الباحثون في دراستهم للذكاء الوجداني والإكتئاب والتفكير السلبي.
- 2- اختلاف الأدوات التي تم استخدامها في جمع المعلومات والبيانات.
- 3- تعدد المجتمعات والبيئات الحضارية والثقافية التي طبقت فيها الدراسات السابقة.
- 4- اختلاف حجم العينات وطبيعة المجتمع الذي سحبت منه هذه العينات.

-مدى علاقة الدراسات السابقة بالبحث الحالي :

يمكن تلخيص أهم الفوائد التي حصلت عليها الباحثة من الدراسات السابقة والتي اهتمت بدراسة متغيري البحث الحالي كل على حدى وهي كالآتي:

- 1- التعرف على النماذج المتعددة لمهارات الذكاء الوجداني، ومصادر الإكتئاب والتفكير السلبي معرفة معمقة وشاملة لموضوع البحث من جوانب مختلفة.
- 2- الاستفادة من المنهجية التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة.
- 3- الاستفادة من الدراسات السابقة في تحديد أدوات البحث الحالي، حيث أن الباحثة في هذه الدراسة إختارت أن تبني مقاييسين مقياس خاص بالذكاء الوجداني ومقياس خاص بالتفكير السلبي يستهدف فئة مرضى الضغط الدموي .
- 4- الإطلاع على علاقة الذكاء الوجداني ببعض المتغيرات الأخرى، على الرغم من عدم ارتباطها مباشرة بموضوع البحث الحالي، وإنما وفرت للباحثة قاعدة واسعة من المعلومات عن موضوع البحث.
- 5- مقارنة ما ستسفر عنه نتائج البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة في بعض الجوانب التي تناولتها.

-مكانة البحث الحالي بين الدراسات السابقة:**يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في:**

- أهمية الذكاء الوجداني وتأثيره الإيجابي على الصحة النفسية والجسمية للأفراد.
- يتفق مع بعض الدراسات في الكشف عن علاقة الذكاء الوجداني بالإكتئاب.
- يبحث في الفروق بين الجنسين في مستوى الذكاء الوجداني ومستوى الإكتئاب والتفكير السلبي.
- بالنسبة لمقياس الإكتئاب فإن أغلب الدراسات طبقت مقياس بيك حيث يكتسب هذا المقياس شهرة عالمية، لذلك فضلت الباحثة في هذه الدراسة استخدام مقياس بيك للإكتئاب على عينة مرضى الضغط الدموي.

-تختلف الدراسة الحالية عن الدراسة السابقة في الآتي:

- 1-الدراسة الحالية تحاول الكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجداني وكل من الإكتئاب والتفكير السلبي لدى عينة مرضى الضغط الدموي، حيث لم تجد الباحثة - في حدود علمها- دراسات شملت متغيرات وعينة الدراسة، حيث تعتبر هذه الدراسة الأولى محليا وعربيا التي تطرقت إلى الكشف عن علاقة بين الذكاء الوجداني والإكتئاب والتفكير السلبي لدى عينة من مرضى الضغط الدموي، حيث أن الدراسات السابقة اختارت عينات من الطلبة ومرضى القلب والقصور الكلوي، أو استهدفت عينة مرضى الضغط الدموي ولكن بمتغيرات أخرى.

- 2- كما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أدوات الدراسة، حيث فضلت الباحثة أن تبني مقاييسين يستهدف عينة مرضى الضغط الدموي، مقياس الذكاء الوجداني ومقياس التفكير السلبي، حيث أن المقاييس الموجودة مقاييس عامة نستطيع أن نطبقها على عينات مختلفة، وارتأت الباحثة أن تكون المقاييس المستخدمة في الدراسة مركزة ومحددة حتى تكون النتائج أكثر دقة.
- 3- اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في بعض أهداف الدراسة، حيث أن الدراسة الحالية من بين أهدافها الكشف عن الفروق في مستوى الذكاء الوجداني والإكتئاب والتفكير السلبي تعزى إلى متغير إلى مدة الإصابة بالمرض، حيث أن الباحثة في حدود علمها لم تجد دراسة محلية أو عالمية درست هذه الفروق.

خامسا: أهداف الدراسة

- من منطلق أي عمل لابد أن يستند إلى هدف يحدد مساره فالهدف من هذه الدراسة هو الوصول إلى:
- 1- معرفة مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الضغط الدموي؛
 - 2- معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني والإكتئاب لدى عينة من مرضى الضغط الدموي؛
 - 3- معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني والتفكير السلبي لدى عينة من مرضى الضغط الدموي؛
 - 4- الكشف عن الفروق في مستوى الذكاء الوجداني ومستوى الإكتئاب والتفكير السلبي تعزى إلى متغير الجنس (ذكور/إناث) لدى العينة الكلية؛
 - 5- الكشف عن الفروق في مستوى الذكاء الوجداني ومستوى الإكتئاب والتفكير السلبي تعزى إلى متغير مدة الإصابة (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات) لدى العينة الكلية .

سادسا: دواعي اختيار الموضوع

- الدافع الأساسي لإنجاز هذه الدراسة هو حب المعرفة، والرغبة في التحكم في مفاهيم الذكاء الوجداني ومفهومي الإكتئاب والتفكير السلبي، وهناك دواعي أخرى تحفز على البحث في هذا الموضوع بالذات يمكن إجمالها في النقاط التالية:
- كونه موضوع حساس وشائع في المجتمع ويمس شريحة هامة من المجتمع ألا وهي شريحة المصابين بمرض الضغط الدموي؛
 - إبراز أهمية الذكاء الوجداني على الصحة النفسية والجسمية للفرد وخاصة مرضى الضغط الدموي؛
 - قلة البحوث المرتبطة بهذا المجال في بيئتنا المحلية، مما يجعل الخوض فيها أمرا ضروريا لإثراء الساحة العلمية؛
 - التقرب من فئة المرضى المصابين بالضغط الدموي ومحاولة مساعدتهم على تجاوز المرض و التكيف معه والتخلص من الأفكار السلبية المصاحبة لهذا المرض.

سابعاً: أهمية البحث

يمكن تقسيم أهمية الدراسة إلى أهمية نظرية، وأهمية تطبيقية.

1: الأهمية النظرية:

سعت هذه الدراسة إلى تقديم إضافة علمية جديدة من خلال تناولها موضوع الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من الإكتئاب والتفكير السلبي لدى عينة من مرضى الضغط الدموي. كما سعت هذه الدراسة إلى إبراز دور الذكاء الوجداني وأبعاده في خفض أعراض الإكتئاب والتفكير السلبي لدى عينة من المرضى بدأت بالانتشار في المجتمع الجزائري وهم مرضى الضغط الدموي. كما تسعى هذه الدراسة إلى توعية المرضى بمشاعرهم واكتساب مهارات التحكم في الذات وإدارة الإنفعالات، مما يساهم في تحقيق التوافق النفسي وبناء منظور إيجابي عن الذات. كما تلفت هذه الدراسة الانتباه إلى أهمية الذكاء الوجداني من حيث الاهتمام بدور المشاعر وتنظيم المزاج وتقدير الاستجابات الانفعالية بما يؤدي إلى تكوين سلوكيات متوافقة اجتماعياً وإقامة علاقات، تؤدي إلى تنمية شخصية الأفراد من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والأخلاقية. كما تنبع أهمية الدراسة الإهتمام بالجانب النفسي والإنفعالي لدى مرضى الضغط الدموي، حيث يعتبر مرض الضغط الدموي من الإضطرابات السيكوسوماتية أي الأمراض الجسمية التي سببها نفسي، وبالتالي فإن العلاج الدوائي وحده لا يكفي للتخفيف من معاناة هاته الشريحة، ولذا لا بد أن يرافق العلاج الدوائي علاج نفسي مناسب، حيث تتضح أهمية الذكاء الوجداني ودوره الإيجابي في السيطرة على الإنفعالات والتغلب على الإحباط والشلل، الأمر الذي يتطلب معه توعية المرضى وتدريبهم على ضبط انفعالاتهم لتحقيق الاتزان الوجداني، حيث أن تنظيم الفرد الجيد لانفعالاته يؤدي إلى سعادته ونجاحه في الحياة.

2- الأهمية التطبيقية:

- 1- تصميم مقياس يقيس مستوى الذكاء الوجداني خاص بشريحة مرضى الضغط الدموي؛
- 2- تصميم مقياس يقيس مستوى التفكير السلبي خاص بشريحة مرضى الضغط الدموي؛
- 3- فتح المجال لدراسات أخرى بمتغيرات البحث الحالية على عينة أخرى من المرضى مثل مرض السكري أو القصور الكلوي أو أمراض القلب المختلفة... الخ.

ثامناً: الحدود الزمانية والمكانية للدراسة:

يتحدد مجال الدراسة الحالية بالأبعاد التالية:

- البعد البشري (عينة الدراسة):

تم تطبيق الدراسة على عينة بلغت 89 (تسعة وثمانون) حالة من المرضى المصابين بمرض الضغط الدموي.

- البعد الجغرافي:

أجريت هذه الدراسة في مدينة الأغواط، حيث طبقت هذه العملية في بعض العيادات المتخصصة في علاج مرض الضغط الدموي، وأيضا في مستشفى بن عجيبة بالأغواط وأيضا الإتصال ببعض الحالات في بيوتهم، كما اختيرت هذه العينة بطريقة قصدية.

- البعد الزمني:

استغرقت عملية الإتصال بالحالات من شهر أكتوبر 2017 إلى غاية شهر ماي 2019 .

- البعد المنهجي:

من أجل تحليل ودراسة الإشكالية المطروحة واستجابة لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وذلك باستخدام كلا من الطريقتين الارتباطية والفارقية حيث أنه أكثر ملائمة لأهداف الدراسة الحالية. ويتمثل هذا المنهج في تحديد ظواهر معينة واكتشاف كل من العلاقات والفروق بين تلك الظواهر لدى أفراد العينة، كما أن الأسلوب الارتباطي يوضح إلى أي حد يرتبط متغيران، وإلى أي حد تتفق التغيرات في أحد العوامل مع التغيرات في عامل آخر، أي أن الأسلوب الارتباطي تظهر أهميته كأسلوب تمهيدي للكشف عن الظاهرة موضوع الدراسة. (الدردير، 2004، ص 59).

تاسعا: أدوات الدراسة:

تم استخدام الأدوات التالية في الدراسة الحالية:

- 1 - مقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي (إعداد الباحثة)
- 2 - مقياس التفكير السلبي خاص بمرضى الضغط الدموي (إعداد الباحثة)
- 3 - مقياس الإكتئاب (إعداد أرون بيك)

- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

- معامل الارتباط الثنائي (بيرسون) (correlation bivariate) لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- اختبار "ت" للعينات المستقلة (independent samples test) لحساب الفروق.
- معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Cronbach) لحساب ثبات المقاييس المستعملة في الدراسة.
- المتوسط الحسابي (arithmetic mean).
- الانحراف المعياري (standard deviation).

عاشرا: التعريف بمتغيرات الدراسة:

1- الذكاء الوجداني

تبنت الباحثة في هذه الدراسة مفهوم "جولمان" للذكاء الوجداني عام 1998 حيث يعرفه بأنه: "قدرة الفرد على معرفة انفعالاته وأسبابها وقدرته على التعبير عنها وقدرته على ربط مشاعره بما يفكر فيه، وقدرته على تقدير ذاته باكتشاف جوانب القوة والضعف فيها، وتقديره الدقيق لانفعالاته وعواطفه، والثقة في ذاته وإمكاناتها، وقدرته على ضبط انفعالاته والتحكم فيها، وقدرته على تحمل الضغوط والإحباط لإنجاز الأعمال والتفاؤل والرغبة في التفوق وحساسيته في معرفة واكتشاف انفعالات ومشاعر الآخرين والإستماع إلى مشاكلهم والسعي إلى حلها، وقدرته على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين وفهمهم والإتصال بهم، والتأثير فيهم بتطوير بعض سلوكياتهم وتدعيم قدراتهم وحل الخلافات والمنازعات بينهم، وقدرته على أداء الأدوار القيادية بنجاح، والعمل بصورة فاعلة مع فريق عمل متميز". (الدردير، 2004، ص.ص 30-31).

في ضوء ذلك يمكن تحديد الذكاء الوجداني في الدراسة الحالية في الأبعاد التالية: الوعي بالذات، إدارة الإنفعالات، الدافعية، التعاطف، المهارات الإجتماعية.

-**التعريف الإجرائي للذكاء الوجداني في الدراسة الحالية:** هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المصاب بمرض الضغط الدموي على بنود مقياس الذكاء الوجداني من إعداد الباحثة.

2- التفكير السلبي

مفهوم التفكير السلبي: التفكير السلبي هو التشاؤم في رؤية الأشياء، والمبالغة في تقييم الظروف والمواقف، فهو الوهم الذي يحول الاشياء إلى حقيقة ماثلة لا شك فيها. والأفكار السلبية تحتاح الفرد نتيجة مواقف تحدث له في البيت والأسرة والمدرسة والعمل، وتزيد قوتها عندما لا يكون الفرد على ثقة تامة بنفسه وحين يكون مترددا ومهيباً للركض خلف كل انفعال عاطفي، وجاهز للانسياق خلف كل موقف.

في ضوء ذلك يمكن تحديد التفكير السلبي في الدراسة الحالية في الأبعاد التالية: التوقعات المستقبلية السلبية، الضبط الإنفعالي، التفكير السلبي تجاه الصحة.

-**التعريف الإجرائي للتفكير السلبي في الدراسة الحالية:** هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المصاب بمرض الضغط الدموي على بنود مقياس التفكير السلبي من إعداد الباحثة.

3- الإكتئاب النفسي

مفهوم الإكتئاب: يعرف بأنه اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، ويحدث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار.

التعريف الإجرائي للإكتئاب النفسي في الدراسة الحالية : هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المصاب بمرض الضغط الدموي على بنود مقياس الاكتئاب النفسي من إعداد آرون بيك.

4- مفهوم مرض إرتفاع الضغط الدموي:

يعرف ارتفاع ضغط الدم على أنه ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين الذي يؤدي غالبا لأمراض متعددة كالجلطة الدماغية . (Iarousse, 2004, p 673)

ويعرفه ما رشنا (Marchina) بأنه أرقام مرتفعة حسب السن للضغط الدموي للشرايين، محسوبة بالسنتيمتر أو المليمتر الزئبقي.

ما يمكن ملاحظته في هذا التعريف أنه تم إضافة عامل السن، أي أن شدة الضغط الدموي تحدد حسب السن، فمثلا الضغط الدموي التالي (120/80) هو ضغط مثالي بالنسبة لشخص راشد ، لكنه في المقابل يعتبر ضغطا عاليا بالنسبة لرضيع أو طفل صغير. (قارة، عزوز، 2018، ص 422)

ويعرف مرض الضغط الدموي في هذه الدراسة بأنه ارتفاع دائم لحجم الدم ويتجاوز القياس المرجعي المعمول به طبيا والذي حده الأقصى يتراوح بين 95/140 مم في سن 40 سنة و 95/160 .

الذكاء الوجداني

- تمهيد
- جذور الذكاء الوجداني
- تعريف الذكاء الوجداني
- أهمية الذكاء الوجداني
- نماذج وأبعاد الذكاء الوجداني
- الذكاء الوجداني وتطبيقاته في مجال الحياة
- قياس الذكاء الوجداني
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تناول علماء النفس منذ زمن بعيد دراسة العلاقة بين الإنفعالات والتفكير، إذ وجد علماء النفس أهمية الجانب الوجداني للإنسان نظرا لزيادة تأثير المشاعر والعواطف في حياة الإنسان. ومما لا شك فيه إن الإنسان يتضمن جوانب عديدة من الأنظمة المعرفية (العقلية) والوجدانية والسيولوجية، والاجتماعية، والتي طبقا لمفهوم الدينامية في علم النفس تعمل وفق نظام كلي متكامل يتمخض عنه السلوكيات المتعددة والمتنوعة.

كما أكد جولمان (Goleman) 1995 أن العصر الحالي يتسم بتزايد جرائم العنف والقتل والاغتصاب، وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب، وتسرب الطلبة من المدارس، ويعود السبب في ذلك إلى تدني مهارات الذكاء الوجداني لهؤلاء الأفراد.

كما أن الذكاء الوجداني يعتبره بعض العلماء مفتاحا للنجاح ليس فقط على المستوى المهني أو الأكاديمي وإنما في جميع مناحي الحياة المهنية والأسرية والدراسية والعلاقات الاجتماعية، لأن الأفراد ذوو الذكاء الوجداني المرتفع يكتسبون مهارات أهم من المهارات المعرفية والأكاديمية والمعلوماتية ألا وهي مهارات الحياة وكيفية مواجهة المواقف الضاغطة والتكيف والانسجام معها

ومن ثم تبدو أهمية الذكاء الوجداني خصوصا ونحن في بداية الألفية الثالثة حيث نجد المجتمع يواجه العديد من المشكلات المتعلقة بالجمال السياسي والاجتماعي والثقافي والاقتصادي. وليس هناك ثمة شك في أن الحلول لمعظم هذه المشكلات التي تسبب الضيق والقلق للمجتمع هو أن يمتلك الفرد ليس فقط للقدرة الفكرية المطورة بطريقة جيدة، بل عليهم أيضا أن يمتلكوا مهارات اجتماعية ووجدانية تتكامل مع المهارات الفكرية لحل هذه المشكلات الراهنة ومن هنا يتضح أهمية المهارات بين الأشخاص والقدرة على الانسجام بينهم بفاعلية وقد ساهم كل هذا في الاهتمام بالذكاء الوجداني. (Pfeiffer, Steven I, 2001, p.p138-142)

كما يزيد الذكاء الوجداني من قدرة الفرد على تقديم حلول إبداعية في المواقف المختلفة، وأن هذه المواقف التي تتطلب حلولاً إبداعية تعتمد على مدى مذهب من الخصائص العاطفية والإنفعالية، ويعتقد جولمان (1995) أن الذكاء الوجداني قادر على التنبؤ بالنجاح الأكاديمي والمهني بنسبة 80 بالمئة، في حين أن الذكاء العقلي قادر على التنبؤ بهذا النجاح بنسبة 20 بالمئة فقط.

إن الفصل الحالي يحاول عرض مجموعة من المفاهيم التي تناولت الذكاء الوجداني وتاريخ نشأته ومكوناته، وأهم نماذجه وطرق قياسه.

1 - التطور التاريخي للذكاء الوجداني:

إن مفهوم الذكاء العام ليس من المفاهيم الحديثة، حيث ركز العلماء قديماً على دراسة الذكاء العام من خلال العمليات المعرفية متجاهلين الجوانب الأخرى من الذكاء، لكن في أواخر التسعينيات ظهرت العديد من المفاهيم الجديد والمربطة بالذكاءات المتعددة والتي اشتملت على الذكاء الوجداني، ومن هنا تتضح الجذور التاريخية للذكاء الوجداني. (الدوسري، 2013).

لقد وردت إشارات ضمنية إلى المفهوم الذكاء الاجتماعي في الكتابات السيكلوجية السابقة ضمن الكتابة عن الذكاء المعرفي أو ضمن أنواع أخرى من الذكاء وخاصة الذكاء الاجتماعي.

كان تشارلز داروين Charles Darwin أول من تعرض لموضوع التعبير الوجداني منذ عام 1837، والذي يلعب دوراً هاماً في السلوك التوافقي الذي يعتبر من أهم بديهيات الذكاء العاطفي. (السمادوني، 2007، ص 37)

حيث أشار السيكلوجي الأمريكي وليام جيمس W. James عام 1890 إلى أن الشعور بالذات هو في جوهره خبرة اجتماعية. والشعور بالذات حالة وجدانية تعني انتباه الفرد إلى مشاعره وتحليلها وفهمها وتوظيفها في سلوكه أثناء تفاعله مع الآخرين.

وعن فؤاد أبو حطب انتبه تشارلز سيرمان عام 1923 إلى ما أطلق عليه " قانون إدراك الخبرة " ويقصد به أن كل خبرة تمارس تميل إلى أن تستدعي معرفة مباشرة بخصائص صاحبها، ويجمع عملياته المعرفية وحالاته الذاتية الوجدانية والنزوعية. (عقباني ربيعة، 2016، ص 43).

وقد بدأت دراسة الذكاء المرتبط بالجانب المعرفي أولاً، والذي يشمل العمليات المعرفية كالإنتباه والذاكرة والتفكير وحل المشكلات، وتم إهمال الجوانب غير المعرفية، ومع مرور الوقت أدرك الباحثون أهمية الجوانب غير المعرفية، فقد اهتم العالم ثورنديك Thorndike بمفهوم العلاقات الإنسانية وفهم آخرين عن طريق التكيف معهم، مما يجعله أول من بدأ بمفهوم الذكاء الاجتماعي في عام 1920 .

بينما في عام 1927 قام سيرمان Spearman باستخدام التحليل العاملي وإيجاد سبع قدرات عقلية أو العلاقات السيكلوجية والتي تمكن الفرد من إدراك أفكار ومشاعر الآخرين. (علا محمد، 2009)

في سنة 1937 قدم " ثورنديك و ستاين " Thorndike and Stein " تعريفاً للذكاء العاطفي كجزء من الذكاء الاجتماعي بأنه القدرة على فهم المشاعر والإحساسات الداخلية أو الحالات العاطفية أو الوجدانية للأشخاص الآخرين، ويتحقق هذا من خلال تعبيرات الوجه أو نبرات الصوت أو السلوك التعبيري. يلاحظ أن هذا التعريف على قدمه فإنه يتقاطع مع التعريفات التي جاءت بعد ذلك بكثير. (علي خرف الله، 2014، ص 94).

وفي مطلع الأربعينات أشار ويكسلر Weshler. D (1940) إلى أهمية العوامل اللامعرفية للذكاء بالنسبة للتكيف والنجاح في الحياة، وأكد أن هذه العوامل لها دخل كبير في تحديد السلوك الذكي إلى جانب العوامل المعرفية. (سالي حسن، 2007، ص 187)

وفي عام 1948 جاء "ليپر" (Leeper) واقترح أن الذكاء الوجداني يعد جزءا من التفكير المنطقي والذكاء العام. (محمود الخولي، 2010، ص 37).

وفي عام 1949 قدم "ثورونديك" نظرية عن الذكاء والتي ميز فيها بين ثلاثة أنواع من الذكاء المجرد "المهارات اللغوية الرياضية"، والذكاء العملي "التعامل مع الأشياء"، "الذكاء الاجتماعي" مهارات التعامل مع الآخرين.

وقد عرف "ثورونديك" الذكاء الاجتماعي على أنه القدرة على فهم الفرد للحالات الداخلية والدوافع والسلوكيات لديه ولدى الآخرين وعلى التصرف تجاهها في أفضل صوره على أساس تلك المعلومات (بن غوبال، 2015، ص 54)

وفي عام 1959 تم التلميح إلى مفهوم الذكاء الوجداني من خلال ما اقترحه جيلفورد "Guilford" في نمودجه بنية العقل، وبرغم عدم كتابة جيلفورد عن الذكاء الوجداني فإنه افترض وجود نوع جديد من الذكاء، وهو القدرة على التجهيز الانفعالي للمعلومات في جوهرها غير لفظية، التي تشتمل على التفاعل الاجتماعي، الذي يتطلب الوعي بمدرجات، أفكار، مشاعر، انفعالات وأفعال الأشخاص الآخرين، أي يدرس السلوك الفردي وسلوك الآخرين، ومن الواضح هنا أن المحتوى السلوكي يشمل الجانب الوجداني أيضا. (علاء عبد الرحمن، 2009، ص 21)

أما سنة 1973 فقد عرض أبو حطب لأول مرة نمودجه المعرفي للمعلوماتي للقدرات العقلية والذي أشار فيه إلى تصنيف أنواع الذكاء في ثلاث فئات هي: الذكاء المعرفي، الذكاء الاجتماعي، و الذكاء الوجداني . (سالي حسن، 2007، ص 187)، في نمودجه للذكاء الشخصي Personal Intelligence ذكر أن هناك ثلاثة أنواع من الذكاء هي: 1- الذكاء الموضوعي المرتبط بالمجالات الأكاديمية والدراسية كالعلوم والرياضيات وغيرها، 2- الذكاء الاجتماعي المرتبط بالتفاعل مع الآخرين، 3- الذكاء الشخصي المرتبط بالمجالات ذات الصلة بالوجدان. (معمرية، 2005، ص 42).

ثم قام أبو حطب بتصنيف الذكاء مرة أخرى إلى سبعة أنواع هي: الذكاء الحسي والذكاء الحركي، والذكاء الإدراكي والذكاء الرمزي، والذكاء السيماني والذكاء الاجتماعي، والذكاء الشخصي. (حسين وحسين، 2006، ص 21).

وفي سنة 1980 قدم "بيزان" Bezane نمودجه الذي يوضح العلاقة بين الجانب المعرفي والجانب الانفعالي بالتفاعل مع وظائف أخرى، والتي ساهمت في ظهور الذكاء الوجداني. (كوثر غالي، 2018، ص 74) ثم قدم جاردنر (Gardner) في كتابه "أطر العقل" الذي أصدره عام 1983 نمودج الذكاءات المتعددة Multiple Intelligences والذي يتضمن نوعين من الذكاء يمثلان الذكاء الوجداني هما: الذكاء الاجتماعي Interpersonal Intelligence والذكاء الشخصي Intrapersonal Intelligence . (Bar-on, 2005, p 2)

وقد أشار هوارد جاردنر (Gardner) في عام 1984 إلى أن الذكاء الذي لدينا هو القدرة على الوصول إلى حياة الفرد الخاصة بمشاعره، والقدرة على التمييز بين هذه المشاعر، والذكاء حسب نظرية جاردنر هو القدرة على قراءة الرغبات، ونوايا الكثير من الأفراد، والتصرف بناء على هذه المعرفة. (Bernet , 1996, 04)

ويذكر بعض الباحثين أن أول من استعمل مصطلح الذكاء العاطفي هو " باين " B. Bayane " طالب جامعي في عنوان رسالته للدكتوراه عام 1985 في كلية أمريكية حيث قدم في أطروحته إطارا نظريا وفلسفيا لإلقاء الضوء على طبيعة الذكاء العاطفي وخصائص وكيفية تطويره في أنفسنا وفي الآخرين عن طريق التربية (السمادوني، 2007، ص 40)

وتعود المحاولة الأولى لقياس الذكاء الوجداني إلى بار-أون (Bar-on) عام 1988، حيث حاول تقدير الوجدان من خلال قياس الرفاهية الذاتية Well-being واستخدم مصطلح نسبة الإنفعال Emotional Eqotien قبل أن يستخدم المصطلح المعروف بالذكاء الوجداني أول مرة من قبل ماير وسالوفي في عام 1990 (آمال جودة، 2007، ص.ص 702-703).

ويعدّ الباحثان ماير وسالوفي (Mayer and Salovey) ، 1990 أول من استخدم مصطلح الذكاء الانفعالي عام (1990) حيث اعتبروا الذكاء الانفعالي نوعا من أنواع الذكاء الاجتماعي الذي يتضمن القدرة على مراقبة الانفعالات والمشاعر الخاصة بالفرد والآخرين، والتمييز بين المشاعر والانفعالات المختلفة، واستخدام هذه القدرات لتوجيه طريقة التفكير والأفعال الخاصة؛ وذلك أثناء محاولتهما تطوير طريقة علمية لقياس الفروق بين الأفراد في مجال الانفعالات، وتوصلا إلى أن الأفراد الذين لديهم مهارات ذكاء انفعالي يعبرون عن انفعالاتهم. (أحمد علوان، 2011، ص 125).

كما يرى ماير وسالوفي (Mayer and Salovey, 1990) أن أصول الذكاء الوجداني وجذوره ترجع إلى القرن الثامن عشر حيث قسم علماء النفس العقل إلى ثلاثة أقسام هي: المعرفة Cognition - العاطفة أو الوجدان Affect - الدافعية Motivation (أحمد العلوان، 2011، ص 126).

-القسم الأول: المعرفة Cognition: ويشمل العديد من الوظائف مثل الذاكرة والتفكير واتخاذ القرار ومختلف العمليات المعرفية وما ينبثق منها.

-القسم الثاني: العاطفة أو الوجدان Affect: ويشمل الانفعالات والنواحي المزاجية والتقويم ومختلف المشاعر مثل الفرح والسرور والغضب والإحباط والخوف والقلق والتبرم وعدم التحمل، وأبسط شكل للانفعالات ما يسمى باللون الانفعالي للأحاسيس.

- القسم الثالث الدافعية Motivation: ويشتمل على الدوافع البيولوجية أو المتعلمة أو الأهداف التي يسعى الفرد لتحقيقها. ومن المفاهيم المقترحة في هذا المجال " الذكاء الدافعي Motivational intelligence (سهاد مللي، 2010، ص 137)

وفي عام 1995 قدم "دانيال جولمان" كتابه "الذكاء الإنفعالي" والذي تناول ما أسماه "العقل الإنفعالي" وطبيعة الذكاء الإنفعالي ودوره. (مدثر سليم، 2003، ص 55).

وفي نفس السنة أي سنة 1995 قام "جاك بلوك" Jack Blok من جامعة كاليفورنيا بدراسة بعض المتغيرات الشخصية المرتبطة بالذكاء مستقلا عن الذكاء الوجداني والذكاء الوجداني مستقلا عن الذكاء. (الأعسر والكفافي، 2000، ص 77).

وصاغ بار-أون Bar-on (1997) نظريته، وصمم مقياسه للذكاء الوجداني (عادل هريدي، 2003، ص 58)، وفي عام 1998 قام بتطوير مفهومه عن الذكاء الوجداني في مجال الصحة النفسية والسمات الشخصية. (حسين وحسين، 2006، ص 23).

ووضع "جيرابك" Jerabec سنة 1998 مقياسا للذكاء الوجداني، كما ألف "روبيتر وسكوت" (1998) كتابا بعنوان "الذكاء الوجداني". (هريدي، 2003، ص 58).

يلاحظ من خلال ما تم عرضه لتطور نشأة الذكاء الوجداني وتسلسله التاريخي أن هذا المصطلح الجديد لم يتبلور مفهومه إلا أواخر الثمانينات وبداية التسعينيات على يد كل من ماير وسالوفي، وبار-ون، ودانيال جولمان، وهذا بفضل أبحاث ودراسات لعلماء النفس السابقين الذين بذلوا جهودا جبارة من خلال محاولتهم الفصل بين الذكاء العام والعمليات العقلية المختلفة والمشاعر والإنفعالات للإنسان، حيث أشاروا إلى مفهوم الذكاء الوجداني ولكن بمصطلحات مختلفة، حيث سماه "ثورندايك" بالذكاء الاجتماعي، وسماه "جاردنر" بالذكاءات المتعددة، وبعضهم سماه بذكاء المشاعر، حتى أصبح لهذا المصطلح الجديد مفهومه الخاص وله مدارس ونظريات متعددة ونماذج مختلفة نستعرض بعضها لاحقا في هذا الفصل.

2- مفهوم الذكاء الوجداني:

الذكاء الوجداني من المفاهيم النفسية الحديثة نسبيا، لذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي Emotional Intelligence تحت مسمى الذكاء الوجداني، وهناك من يطلقون عليه إسم الذكاء الإنفعالي أو الذكاء العاطفي، أو ذكاء المشاعر. وكثيرا ما يستخدم الباحثون كلمتي انفعال ووجدان كمرادفتين، فعندما يعرف الإنفعال يشار إلى الخبرة الوجدانية، وفي تعريف الوجدان يشار إلى الخبرة الوجدانية. (قويدري علي، 2016، ص 30)

ويرى فريق من الباحثين أنه عندما يقال الذكاء الإنفعالي فإن ذلك يشير إلى جوانب غير السارة أو السلبية من الإنفعالات كالخوف، والحزن والغضب، وفريق ثان يسميه ذكاء العواطف من منطلق أن هذا يشير إلى الإنفعالات السارة كالسرور، والحب والإعجاب، وفريق ثالث يطلق عليه الذكاء الوجداني، وهذا يعد أكثر شمولية حيث يضم الخبرات الإنفعالية السارة وغير السارة (الإيجابية والسلبية). (حسين وحسين، 2006، ص.ص 13-14).

والباحثة تتبنى في هذه الدراسة مصطلح "الذكاء الوجداني" كمقابل لمصطلح Emotional Intelligence حيث أن المشاعر تركز على إدراك المرء لذاته، والعاطفة تركز على الاستعداد للشعور بالانفعال والقيام بسلوك ما والانفعال يركز على اضطراب حاد يشمل الفرد كله وقد يكون سلبيا أو إيجابيا، ولكن إذا نظرنا للوجدان نجد أنه يشمل كلا من العاطفة والانفعال حيث إنه يمثل جملة الظواهر الانفعالية لدى الإنسان، كذلك فإنه يعد مظهرا من مظاهر المشاعر وعلى ذلك نجد أن استخدام مفهوم الذكاء الوجداني لترجمة المصطلح Emotional Intelligence هو أكثر المفاهيم المناسبة، لذا قد يكون استخدام مصطلح "الذكاء الوجداني" أكثر شمولية لجوانب المفهوم السارة وغير السارة، وأكثر تقبلا لدى أوساط العامة. (محمود الخولي، 2010، ص 42).

وقبل أن نستعرض أقوال العلماء في مفهوم الذكاء الوجداني، نتطرق إلى مفهوم كلمتي الذكاء والوجدان من الناحية اللغوية والإصطلاحية.

2-1 تعريف الذكاء:

- **الذكاء لغة:** قد جاء في المعجم الوجيز أن كلمة الذكاء مأخوذة من : (ذكت) النار ذكوا وذكا، وذكاء، ويقال ذكت الشمس اشتدت حرارتها وفلان ذكاء: سرع فهمه وتوقد ويقال ذكا عقله (المعجم الوجيز، 1994، ص 245).

- **الذكاء إصطلاحا:** وقد عرف الذكاء عند العرب بأنه الاستعداد التام لإدراك العلم والمعارف، هو حدة الفؤاد وسرعة الفطنة (حباب عثمان، 2009 ، ص 46)

وفي اللغة اللاتينية ظهرت الكلمة اللاتينية intelligentia أول مرة على يد الفيلسوف الروماني شيشرون وشاعت هذه الكلمة في الانكليزية والفرنسية intelligence، وتعني لغويا الذهن intellect والفهم understanding والحكمة sagacity ، وقد ترجم العرب هذه الكلمة بمصطلح الذكاء . (إيمان علي، 2009، ص 09)

2-2 تعريف الوجدان:

- **الوجدان لغة:** كلمة (وجد) فلان- (يجد) وجدا: حزن، وعليه موجدة: غضب، وبه وجدا: أحبه. والوجدان (في علم النفس): جملة الظواهر الإنفعالية لدى الإنسان كالحب والبغض واللذة والألم، ويقابل الفكر والنزوع. إلى هذه الظواهر ترجع الظواهر النفسية كلها. (المعجم الوجيز، 1994، ص 660)

- **الوجدان أو الإنفعال إصطلاحا:**

يعرف قاموس أكسفورد العاطفة Emotion وترجمتها الأعسر والكفافي لمفهوم (الوجدان) الذي يشير إلى مشاعر معينة تصاحبها أفكار محددة، حالة بيولوجية ونفسية واستعدادات متفاوتة للسلوك . (قدوري وذبيحي، 2016، ص 98)

ويعرف قاموس أكسفورد العاطفة Emotion بأنها أي اضطراب أو تهيج في العقل أو المشاعر أو العواطف بمعنى آخر إستشارة في الحالة العقلية. ويستخدم "جولمان" مفهوم Emotion وترجمتها الوجدان ليشير إلى مشاعر

معينة تصاحبها أفكار محددة، حالة نفسية وبيولوجية واستعدادات متفاوتة للسلوك. (بام روبنس، جين سكوت ، 2000، ص 72).

3-2- تعريفات الذكاء الوجداني

لقد ظهر رأيان في تفسير الذكاء الوجداني، حيث يرى الرأي الأول الذي يتزعمه كلا من بار-أون وجولمان أن الذكاء الوجداني يتضمن كل شيء يتعلق بالنجاح في الحياة، والذي لا يتم قياسه باستخدام نسبة الذكاء، بينما الرأي الثاني فهو بزعامة ماير وسالوفي وآخرون، حيث يرى هؤلاء أن الذكاء الوجداني هو القدرة على فهم وإدراك وإدارة المعلومات الوجدانية المتعلقة بالذات وبالآخرين. (عابد سامية، 2019، ص 18)

3-2-1 المفاهيم التي تشير أنه قدرة:

عرف "ماير وسالوفي" الذكاء الوجداني بأنه المقدرة على ضبط انفعالاتنا وتوظيفها من أجل تعظيم قدرتنا وفاعليتنا الشخصية على اتخاذ القرار المناسب، كردة فعل لهذه الانفعالات (Mayer & Salovey, 1995, p 125) كما عرفه "ماير" في كتابه "التطور الوجداني والذكاء الوجداني" عام 1999 على أنه القدرة على التفكير باستخدام المشاعر في أربعة مجالات هي: إدراك الوجدان، تكامل الوجدان مع التفكير، فهم الوجدان، إدارة الوجدان. (Maulding, 2002, p 05)

ويرى جورج، 2000 أن الذكاء الوجداني هو القدرة على إدراك المشاعر من خلال التفكير وفهم المعرفة الإنفعالية وتنظيم المشاعر بحيث يستطيع الفرد أن يؤثر في مشاعر الآخرين. (عصام زيدان وكمال الإمام، 2003، ص.ص 13-15).

وعرف مولدينج (2002) الذكاء الوجداني بأنه القدرة على كيفية توظيف انفعالاتنا بطريقة صحيحة ويشمل معرفة الفرد بعاطفته ووجدانه والتحكم في العاطفة وتحفيز الفرد لذاته لإيجاد الدافعية وملاحظة انفعالات الآخرين وإقامة العلاقات مع الآخرين. (أنس رايح، 2011، ص 26) وكما عرفه كوبر وسواف (Cooper & Sawaf) القدرة على الإحساس أو الشعور والفهم والتطبيق الفعال لقوة وفطنة الانفعالات بوصفها مصدرا للطاقة والمعرفة والتأثير في الروابط الإنسانية.

(Cooper, & Sawaf, 1997)

ويعرفه كيميس وآخرون (Chemiss et al, 2000) بأنه القدرة على تحديد ردود الفعل العاطفية للفرد وردود أفعال الآخرين وفهمها على تنظيم انفعالات الفرد وضبطها وتعديلها واستخدامها في اتخاذ قرارات صائبة، والتصرف بصورة فعالة ومؤثرة، وليس جينيا ولا يثبت ولا يتوقف نموه في مرحلة ما. (سلامي دلال، 2016، ص 166).

يعرفه أبو النصر أنه القدرة على ضبط النفس والحماس والمثابرة والقدرة على تحفيز الناس والتحكم في الرغبات ومقاومة الإندفاع، والقدرة على التعاطف وتضامن الإنسانية، وهذه المهارات يمكن أن نعلمها لأطفالنا لنوفر لهم فرصا أفضل في الحياة. (غانم وبن الصغير، 2018، ص 07)

أما ريد وكلارك Read et Klark فيعرفان الذكاء الوجداني بأنه القدرة على إدراك وفهم وتناول الإنفعالات ببطنة واستخدامها كمصدر للطاقة الإنسانية والتزود بالمعلومات والعلاقات مع الآخرين. (عصام زيدان وكمال الإمام، 2003، ص.ص 22-23).

2-2-3 المفاهيم التي تشير أنه مهارات وسمات شخصية:

عرف دانيال جولمان Goleman (1995) الذكاء الوجداني بأنه مجموعة من المهارات الوجدانية التي يتمتع بها الفرد واللازمة للنجاح في التفاعلات المهنية وفي مواقف الحياة المختلفة، بالإضافة إلى قدرتنا على معرفة مشاعرنا ومشاعر الآخرين وعلى تحفيز ذواتنا وإدارة انفعالاتنا وعلاقتنا مع الآخر بشكل فعال. (محمود الخولي، 2010، ص 42).

وفي تعريف آخر يقول جولمان أن الذكاء الوجداني هو القدرة على الإدراك والانتباه الجيد للمشاعر الذاتية، والإنفعالات، وفهمها وتنظيمها وإدراك دقيق لمشاعر الغير، للدخول معهم في علاقات إجتماعية إيجابية وفعالة. (Golman, 1999, p 232) كما يعرفه أيضا بأنه القدرة على ضبط النفس، والحماس، والمثابرة، وتحفيز النفس. (أحمد غنيم، 2018، ص 199)

وفي موضع آخر يعطي جولمان مفهوما إضافيا للذكاء الوجداني بأنه مجموعة من المهارات الانفعالية التي يتمتع بها الفرد، واللازمة في التفاعلات المهنية، وفي مواقف الحياة المختلفة. (الزحيلي، 2011، ص.ص 238-239).

وقد اتفق جولمان مع ما توصل إليه بار-أون Bar-on عام 1996 بأن الذكاء الوجداني يتكون من مجموعة من الكفاءات الشخصية والإجتماعية (الوجدانية)". (عبد المنعم دردير، 2004، ص 24). وقد عرفه بار-أون بأنه " منظومة من القدرات الانفعالية الشخصية والاجتماعية، تلك التي تمنح الفرد القدرة على التكيف مع الصعوبات المحيطة والضاغطة" (Bar-on, 2001, p33).

واستمر جولمان في دراسة الذكاء الوجداني فأصدر كتابا ثانيا بعنوان "العمل مع الذكاء الوجداني" Working With Emotional Intelligence عام 1998 عرف الذكاء الوجداني في هذا الكتاب بأنه القدرة على معرفة مشاعرنا ومشاعر الآخرين، وحفز دافعتنا ومعالجة انفعالاتنا جيدا داخل أنفسنا وفي علاقتنا مع الآخرين. (عبد المنعم دردير، 2004، ص 25).

ويعرف بار-أون الذكاء الوجداني بأنه قدرة الفرد على فهم مشاعره والتعبير عنها، وامتلاك تعبير إيجابي للذات، وتحقيق واسع لقدراته ليعيش حياة هنيئة سعيدة، إنها القدرة على فهم الطريقة التي يشعر بها الآخرون، والقدرة على إقامة علاقات بشخصية ناضجة ومسؤولة، دون أن تتحول على اعتمادية على الآخرين، هؤلاء دائما متفائلون، مرنون، واقعيون، وناجحون في حل المشكلات والتعامل مع الضغوط دون فقد التحكم. (Bar-On, 1997, p.p 155-156)

وفي تعريف آخر لبار-أون عام (2006) بأنه عبارة عن هجين من تفاعلات مجموعة من المهارات والكفاءات والميسرات الوجدانية والإجتماعية التي تؤثر في قدرة الفرد على فهم نفسه، والتعبير عنها، وفهم الآخرين والإرتباط بهم، والتعامل مع متطلبات الحياة اليومية ومواجهة التحديات والضغوط. (Bar-on , 2006, p3)

أما موراي (1998) (Murray) فقد عرف الذكاء الوجداني بأنه قدرة الفرد في السيطرة على كبح المشاعر السلبية كالغضب والشك والتركيز على المشاعر الايجابية كالثقة والهدوء. (أحمد علوان، 2011، ص 126) وقدم ابراهام (2000) تعريفا للذكاء الوجداني بأنه مجموعة من المهارات التي تعزى إليها الدقة في تقدير وتصحيح مشاعر الذات واكتشاف الملامح الإنفعالية للآخرين واستخدامها لأجل الدافعية والإنجاز في حياة الفرد. (Abraham , 2000, 169)

أما ايليسو كوستو فيعرف الذكاء الوجداني تعريفا مختصرا بأنه القدرة على التعبير عن مشاعرك ومشاعر الآخرين وفهمها. (Ilios Kotsou, 2019, p65)

التعقيب على التعريفات السابقة:

من خلال العرض السابق للعديد من تعريفات الذكاء الوجداني نجد أنه مفهوم يقع على متصل بين الذكاء المعرفي العام ونظامات من الإنفعالات والمشاعر العامة للفرد، ممزوجة ومركبة من مجموعة من المهارات النفسية والإجتماعية والقدرات العقلية والكفاءات الفردية والسمات الشخصية.

وقد لاحظت الباحثة من خلال التعريفات السابقة إدراج التعريفات في ثلاث اتجاهات وهي:

-الاتجاه الأول: اعتبر الذكاء الوجداني مجموعة من القدرات (Abilities) وهذا الاتجاه تبناه ماير وسالوفي في تعريفهما للذكاء الوجداني.

-الاتجاه الثاني : وهذا الاتجاه اعتبر الذكاء الوجداني مجموعة من المهارات (Skills) تبناه بار-أون إذ اعتبر أن الذكاء الوجداني مجموعة من المهارات في جوانب خاصة.

- الاتجاه الثالث: فقد اعتبر أن الذكاء الوجداني مجموعة من الكفايات (Competencies) التي يمكن أن تتطور من خلال التدريب وهذا الاتجاه تبناه جولمان في تعريفه للذكاء الوجداني. (عابدين ودوبا، 2016، ص.ص 47-48)

وقد تبنت الباحثة في هذه الدراسة مفهوم "جولمان" للذكاء الوجداني عام 1998 بأنه: "قدرة الفرد على معرفة انفعالاته وأسبابها وقدرته على التعبير عنها وقدرته على ربط مشاعره بما يفكر فيه، وقدرته على تقدير ذاته، وتقديره الدقيق لانفعالاته وعواطفه، والثقة في ذاته وإمكاناتها، وقدرته على ضبط انفعالاته والتحكم فيها، وقدرته على تحمل الضغوط والإحباط لإنجاز الأعمال والتفاؤل والرغبة في التفوق وحساسيته في معرفة واكتشاف انفعالات ومشاعر الآخرين وقدرته على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين وفهمهم والإتصال بهم، وقدرته على

أداء الأدوار القيادية بنجاح، والعمل بصورة فاعلة مع فريق عمل متميز". (الدردير، 2004، ص.ص 30-31).

3: الأسس الفزيولوجية للدكاء الوجداني

إن الذكاء الوجداني ليس مجرد مفهوم نظري يعتمد على تطبيق اختبارات أو وضع نظريات ولكنه قدرة يتحكم فيها جزء معين في المخ، و ذلك مثل العديد من القدرات العقلية كالذاكرة أو الانتباه. فقد أشارت الدراسات الحديثة إلى الارتباط بين الجوانب البيولوجية والسيكولوجية للوجدان وما لها من تطبيقات تربوية هامة لذلك فعلى التربويين أن يطوروا معرفتهم بالجوانب البيولوجية والسيكولوجية للوجدان (الانفعال) حتى يتمكنوا من تطبيقها في التربية.(قويدري علي، 2016، ص 35)

وقد افترض جولمان أن كل مكون من مكونات الذكاء الوجداني تم اشتقاقه من ميكانيزمات عصبية معينة. وهذا يوضح أن هذه المكونات مشتقة من مجالات معرفية صرفة.

إن فهم الأساس النيورولوجي للذكاء الوجداني له أهمية كبيرة، حيث أنه يساعد الأفراد على فهم كيف يتعلمون الذكاء الوجداني جيدا وينمون مواطن القوة لديهم ويزيدون من معدل ذكائهم الوجداني. (جولمان، 2000، ص.ص 21-22).

وقد نشأ في السنوات الأخيرة علم يتناول المخ الانفعالي الذي يوضح لنا كيف أن الكثير مما نقوم به تسيره الانفعالات حيث ثبت علميا من خلال تقنية فحص المخ حقيقة أن انفعالاتنا تلعب دورا رئيسيا في صياغة التفكير والمنطق. (بني يونس، 2007، ص 28)

ويلعب العقل العاطفي دورا حاسما في التركيب العصبي ولأن التركيب العصبي هو الأصل الذي نما فيه المخ والإحداث نجد أن المناطق الشعورية تتشابك منذ الأزل حيث تربط مجموعة الدوائر العصبية لكل أجزاء القشرة المخية الجديدة وهذا ما يمنع مراكز الانفعال إلى مرتبة القوة الهائلة التي تؤثر في أداء بقية المخ لها فيها مراكز التفكير. (جولمان، 2000، ص 29).

يقوم الجهاز المناعي والغدد الصماء بدور أساسي في تنظيم الانفعال ويشترك معها في هذه الوظيفة جذع المخ Brain Stem وهو يقع في قاعدة المخ وهو المسؤول عن ردود الأفعال الانفعالية، الجهاز اللمبي الطرفي Limbic System المحيط به إذ يقومان بالوظائف الداخلية التي تحافظ على حياة الإنسان وتنظيم التنفس وتنظيم الانفعال.

أما القشرة المخية Cortex التي تنظم الوظائف الأعلى فهي مسؤولة عن الوظائف الخارجية أي التفاعل مع العالم الخارجي. (محمود الخولي، 2010، ص71)

ويتكون الجهاز العصبي الطرفي الذي يعالج وينظم المشاعر من اللوزة Amygdale ، قرن آمون Hippocampus، المهاد Thalamus ، ما تحت المهاد Hypothalamus (عثمان حباب، 2009، ص

وفي ما يلي عرض مفصل لهذه الأجزاء:

- اللوزة Amygdala : إن النتوء اللوزي أو الأميجدالا Amygdala في مخ الإنسان (وهي كلمة مأخوذة من الكلمة اليونانية almond) تبدو على شكل لوزة تتكون من تراكيب متداخلة تقع أعلى جذع المخ بالقرب من قاعدة الدائرة الحوفية. وفي المخ (أميجدالتان) كامتتان، واحدة في كل جانب من جانبي المخ في اتجاه طرفي الجمجمة وتصل بين الجهاز الحسي الحركي والجهاز العصبي الذاتي الذي ينظم الوظائف الحيوية (كالجهاز التنفسي والجهاز الدوري) كما تتصل اللوزة اتصالاً قوياً بمعظم مناطق المخ. (عبد الهادي مصباح، 2006، ص18).

تعد الأميجدالا Amygdala مركز التحكم العاطفي ومخزن للإنفعالات والطاقة المحركة للسلوك الإنساني، ويعتبر عمل اللوزة وتفاعلها، مع القشرة الجديدة لب الذكاء لوجداني، وهي المسؤولة عن معالجة الجانب الوجداني من السلوك وكذا الذاكرة، وتتصل بمعظم مناطق المخ، والذي يقوم بفحص المثيرات التي تتعرض لها ومقارنتها بالخبرات الماضية، فإذا كانت مؤلمة فإنها تثير انفعال الغضب، وتندق ناقوس الخطر وتحرك السلوك للمواجهة (صادق علي، 2016، ص 31)

- قرن آمون : Hippocampus : كما يعتبر قرن آمون (فرس البحر) Hippocampus هو المكان المخصص في المخ للاحتفاظ بالمعلومات والأرقام. (محمد الريماوي، 2003، ص222).

تتصل اللوزة بقرن آمون ووظيفته تحويل الخبرات الهامة من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى حتى يتم تخزينها في القشرة المخية (اللحاء) حيث يقوم بمعالجة موضوعية لخبرة ما، ومنه يمكن القول أن اللوزة وقرن آمون يشكلان معا قوة الذاكرة من الناحيتين الذاتية والموضوعية .

إن القدر الكبير من المعلومات الحسية لا يذهب من المهاد والذاكرة إلى اللوزة ولكن إلى القشرة ومراكزها العدة لاستيعابها وفهم مغزاها وبهذا يعتبر قرن آمون هو المكان المخصص للاحتفاظ بالمعلومات والأرقام (الأعسر، الكفافي، 2000 ، ص197)

كما يعتبر قرن آمون (فرس البحر) Hippocampus هو المكان المخصص في المخ للاحتفاظ بالمعلومات والأرقام، فهو يقوم بتحويل الخبرات الهامة من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى حتى يتم تخزينها في القشرة المخية اللحاء (Cortex)، ويمكن أن نتصور أن وظيفة اللوزة هي معالجة المعلومات الذاتية الوجدانية لخبرة ما، كما أنه يقوم بمعالجة المعلومات الموضوعية لذات الخبرة أو الحدث مثل زمن حدوثه وعلى ذلك فإن اللوزة Amygdala وقرن آمون Hippocampus معا يشكلان قوة الذاكرة من الناحيتين الذاتية والموضوعية . (محمد الريماوي، 2003، ص222).

-المهاد أو التلاموس Thalamus: يحتل "التلاموس" مركز المخ ويقع فوق الهيبوثلاموس Hypothalamus ، وينقسم كل جانب من جانبي التلاموس إلى جزئين يفصل بينهما شريط من الألياف العصبية، ويتكون الجزء الأمامي من التلاموس من ثلاث نوى تتلقى إشارات من الأجسام البينية عبر المسار اللبني التلاموي، ويرسل

أكسوناته إلى السطح الأوسط لقشرة المخ، أما الجزء الخلفي من الثلاموس فترسل أكسوناتها إلى الفص الجداري بقشرة المخ وهي محطات لإستقبال الإشارات الحسية الحركية. (زيغور محمد، 2006، ص 112)

أما العنصر الأكثر أهمية والذي يرتبط بالذكاء الوجداني حيث يتم بواسطته توصيل أو نقل العواطف بطريقة كيميائية حيوية إلى مختلف أجزاء الجسم حيث تمكن العلماء في الأعوام الخمسة عشر الماضية وهي Neuro - Peptides من تعيين أو تحديد خيوط الحامض الأميني المسماة بالببتيدات العصبية كما يعتقد هؤلاء العلماء مرتبطة بالعواطف ويتم تخزينها في الجزء العاطفي للمخ ثم يتم إرسالها إلى كافة أجزاء الجسم عند الإحساس بأية عاطفة وتوجيه الجسم لإحداث رد الفعل المناسب. (شابيرو ولورانس، 2005، ص 02)

ولكي نفهم المنظومة الوجدانية في المخ الإنساني لابد من فهم الجانبين الأساسيين في المنظومة:

* الببتيدات: وهي الجزيئات التي تنقل المعلومات الانفعالية.

* منظمات الانفعال: وهي أجزاء الجسم والمخ التي تستثير وتنظم الانفعالات.

ويعتبر جوزيف لودو Joseph Le doux عالم الأعصاب بمركز علوم الأعصاب بجامعة نيويورك، أول من اكتشف الدور الرئيسي للوزة في المخ الوجداني. وقد فسرت أبحاث جوزيف لودو كيف تتحكم اللوزة في أفعالنا حتى قبل أن يتخذ كل من العقل المفكر والقشرة المخية قرارا ما. إن بؤرة الذكاء الوجداني تتمثل في المهام التي تقوم بها اللوزة ودورها المتداخل مع القشرة المخية. (دانييل جولمان، 2000، ص.ص 53-54).

4- أهمية الذكاء الوجداني

أوضحت أهمية الذكاء الوجداني في حياة الفرد في كون الذكاء الوجداني هو الطريق إلى النجاح في الحياة بشكل عام؛ وفي العلاقات مع الآخرين بشكل خاص، فقد أشارت دراسات كل من (الدوسري، 2013؛ محمد، 2009، خريه، 2008؛ الأسطل، 2010؛ الفراء والنواجحة 2012) إلى دور الذكاء الوجداني وأهميته، حيث أن الأفراد الذين لديهم ذكاء وجداني مرتفع يمتازون بالصفات التالية :

يكون لديهم مهارات عالية في تكوين علاقات اجتماعية؛ القدرة على التوافق الإيجابي؛ القدرة على تهدئة النفس والتخلص من التوتر؛ القدرة على مواجهة تحديات الحياة بصورة أكثر فاعلية؛ الشعور بالكفاءة والرضا عن النفس والحياة؛ القدرة على مواجهة الضغوط؛ القدرة على تقبل الآخرين رغم الاختلافات؛ رضا الفرد عن ذاته؛ القدرة على اتخاذ القرارات؛ القدرة على التأثير في الآخرين؛ القدرة على تحفيز الذات نحو النجاح؛ الدقة في التعبير عن الانفعالات؛ القدرة على تحويل الأفكار السلبية أو السلوكيات السلبية إلى أفكار أو سلوكيات إيجابية؛ النجاح في التوافق النفسي والاجتماعي والزواحي؛ أقل عرضة للإصابة بالاكتئاب. (الرشيدي، 2018، ص.ص

(14-13)

4-1 أهمية الذكاء الوجداني في الإنجاز الأكاديمي:

تتمثل هذه العوامل بمهارات الذكاء الوجداني الذي يساعد الطلبة على أن يكونوا أكثر استقلالية، وتوافق

إجتماعي، وأكثر ثقة وتحكم في الذات، مما يمكنهم من النجاح الأكاديمي (Kelly et Chang, 2007, p 3)

وحسب دانيال جولمان الذكاء الوجداني هو منبئ هام بالإيجاز الأكاديمي أو النجاح المدرسي، فالأطفال الأذكاء وجدانيا يؤدون بطريقة واضحة في المهام الأكاديمية مقارنة بمنخفضي الذكاء الوجداني، كما أن النجاح المدرسي لا يعتمد كثيرا على الذكاء التقليدي، فذوو الكفاءات العالية قد يصلون إلى مواقع قيادية ويفشلون بسبب وجود أو غياب عناصر وجدانية معينة، مثل القدرة على قراءة مشاعر الآخرين، والتعاطف معهم، فالمكونات الوجدانية تسبب عادة فشل مرتفعي ومتوسطي الذكاء العام في النجاح بعكس توقعات الجميع .

(McDowell & Bell, 1997, p 4-5)

وقد ظهرت في الآونة الأخيرة طروحات تنادي بتدريس الذكاء الوجداني في المدارس. ويرى كل من "ماير وسالوفي" أن تدريس الذكاء الوجداني صار مهمة ضرورية في الميدان الدراسي، ومعظم الآباء والمدرسين تعتبر التحكم في هذه المهارات أولوية في النمو العاطفي الاجتماعي والشخصي لأولادهم وتلاميذهم، ومن المهم تدريس الأطفال والمراهقين طرق عديدة باستخدام الذكاء الوجداني والتي تتضمن بوضوح المهارات العاطفية المبنية على أساس القدرة على إدراك وفهم وتنظيم العواطف. (Pablo et Desire, 2008, p 431).

4-2 أهمية الذكاء الوجداني في مجال الأسرة:

أشارت كثير من الدراسات أن نمو العاطفي والاجتماعي خلال السنوات الأولى يتأثر إلى حد كبير بالجو الأسري العام، وكذلك بالعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، كما يتأثر أيضا باتجاهات الوالدين نحو الطفل، وشخصية الأم وعمرها ومستوى تعليمها وخلفيتها الاجتماعية، كل ذلك يؤثر على جانب وشخصية الطفل العقلية والاجتماعية والعاطفية، كما يؤثر طبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين وخصوصا الأم وعلى المعايير والمعتقدات التي تقدمها الأم لطفلها. (السماذوني، 2007، ص 166)

كما تؤكد بعض الدراسات إلى أن الآباء الذين يتسمون بالذكاء الوجداني ينمو أطفالهم بطريقة صحية مقارنة بالآخرين الذين يعجزون عن التعامل مع المشاعر، وهؤلاء الأطفال يكونون أكثر توافقا مع والديهم كما يكونون أكثر قدرة على تهدئة النفس عند الغضب والضيق.

ولكي يستطيع الآباء الوصول إلى مشاعر أبنائهم بكفاءة ونجاح يجب أن يكونوا أولا على قدر معقول من الذكاء الوجداني، وبالرغم من أن بعض المهارات الوجدانية تنتقل من الأصدقاء، إلا أن الآباء ذوى الذكاء الوجداني لهم التأثير الأكبر على تعليم آباءهم مبادئ الذكاء الوجداني، أي تعليمهم كيف يميزون مشاعر الآخرين وتكوين علاقات قوية معهم. (Goleman, 1995, p 133)

وتشير كثير من الدراسات إلى أن معاملة الآباء لأبنائهم سواء أكان ذلك بأسلوب قاس أم بأسلوب دافئ فإن ذلك له عواقب مؤثرة على حياة الطفل الوجدانية. ذكر علام (2001) أن بعض الدراسات قد أكدت أن الآباء الذين يتسمون بالذكاء الوجداني ينمو أطفالهم بطريقة صحية مقارنة بالآخرين الذين يعجزون عن التعامل مع المشاعر، وهؤلاء الأطفال يكونون أكثر توافقا مع والديهم وأكثر حبا لهم وأقل توترا في تعاملهم معهم. (أنس رابع، 2011، ص 63)

3-4 أهمية الذكاء الوجداني في المجال الطبي:

يمكن استخدام مقياس الذكاء الوجداني، لتقدير درجة الذكاء الوجداني لدى الأفراد الذين يعانون من مشكلات طبية شديدة، مثل: أمراض القلب، السرطان، والإيدز. والتي تعتمد على بروفيل مقياس الذكاء الوجداني للمريض، حيث إن الفريق الطبي يمكن أن يحصل على فكرة جيدة حول قدرة الشخص على التعامل مع الضغوط الناتجة عن المرض الشديد والاحتياجات الحالية نظرا للصعوبة المستمرة للإجراءات الطبية المتوقعة. كما يمكن استخدامه في التنبؤ بتأثير نتائج العلاج. كذلك فإن النتائج التي يتم الحصول عليها من مقياس الذكاء الوجداني تساعد أعضاء فريق الصحة العقلية في التعرف على المهارات الوجدانية التي يمكن أن تكون مساعدا هاما في برامج علاج المرضى، كما يمكن استخدام نتائج المقياس في شرح مظاهر الضغوط التالية للمعاناة الناتجة عن المرض وذلك لمرضى القلب ضمن البرامج التي تطبق عليهم (الخولي، 2010، ص 78) لذلك فإن التنظيم الملائم للإنفعالات هو متبنا هام للصحة الجيدة، ويمكن للأفراد أن يتعلموا تنظيم انفعالاتهم من خلال استراتيجيات ضبط المزاج أو الإفصاح الإنفعالي عن الصدمات التي قد تحسن من صحتهم البدنية والعقلية اللاحقة. (سعد الشهري، 2010، ص 47).

وقد أشار سالوفي (Salovey, 2001) إلى المشكلات الصحية الناتجة عن التعبير الإنفعالي الشديد والقمع الإنفعالي، حيث ذكر أن الميل للإستجابة إلى المواقف الاجتماعية بعداء يرتبط بمرض بشريان التاجي للقلب، إذ يرتبط التصاعد الإنفعالي الذي يحدث غالبا لأشخاص يتصفون بعداوة لاذعة بمركبات عضوية ذهنية تتحول إلى مجرى الدم وتؤدي إلى زيادة كلستور الدم وتتجه الأوعية الدموية المغذية لعضلة القلب للإنقباض بينما تزيد سرعة ضربات القلب، مما يجهد المنظومة الناتجة وقد يؤدي إلى سد شرايين المؤدية لعضلة القلب وإلى نوبة قلبية.

(قويدري، 2016، ص 41)

4-4 أهمية الذكاء الوجداني في العلاقات الاجتماعية:

توصل " جاك بلوك " Jack Blok " " في دراسته إلى أن الأشخاص ذوي الذكاء الوجداني المرتفع كانوا أكثر تميزا في الجوانب الاجتماعية ولديهم اتجاهات إيجابية نحو أنفسهم ونحو الآخرين. (الأعسر، الكفاي، 2000، ص 7)

وتشير دراسات إلى وجود علاقة واضحة بين التوافق الانفعالي والاجتماعي وبين الذكاء الوجداني، وكذا بين الذكاء الوجداني والتوافق الزواجي، ذلك إذا علمنا أن الذكاء الوجداني يشمل القدرة على التحكم، وضبط النفس والمهارات الاجتماعية وكلها عوامل تساعد على تحقيق التوافق الزواجي. (أمل حسونة، منى أبو ناشي، 2006، ص 56)

والتوافق الاجتماعي الإيجابي يشير إلى قدرة الفرد على إقامة علاقات ملائمة مع الآخرين، كمسايرة أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها، ويحظى بتقدير واحترام الجماعة لإتجاهاته وآرائه. (صادق علي، 2016، ص 36) كما يتوقف نجاح تفاعلنا وتواصلنا الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين، على مدى فهمنا لذاتنا من خلال معرفة

سلبيا كما وإيجابيا كما . (Smith, 2004, p 44)

إن فن إدارة العلاقات بين الأفراد يؤدي إلى الذكاء الاجتماعي والذي حدده جاردنر في نظريته بأربع قدرات منفصلة وهي:

-تنظيم المجموعات : وتمثل في القدرة على الأخذ بزماء المبادرة والتعاون مع الغير لتوحيد جهود مجموعة من الأفراد نحو هدف معين.

-الحلول التفاوضية : الموهبة تتمثل في القدرة على الإقناع واستنباط ما يوجد في فكر الآخرين وتقديم الحلول والبدائل ومحاولة تقريب وجهات النظر وفصل النزاعات بين الأفراد.

-الاتصال الشخصي : يتمثل في الود والتعاطف مع الآخرين والتعرف على مشاعرهم واهتماماتهم بصورة مناسبة، إنه فن العلاقات بين الأفراد.

-التحليل الاجتماعي : ويتمثل في القدرة على اكتشاف مشاعر الآخرين ببصيرة نافذة، معرفة اهتماماتهم ودوافعهم وكيف يشعرون حيث تؤدي تلك القدرة إلى سهولة إقامة العلاقات والإحساس بالوثام والقدرة على التحليل الاجتماعي على أفضل وجه.

إذا اجتمعت تلك المهارات أو القدرات معا فإنها تصبح قوة لمن يمتلكها لصقل وتهذيب العلاقات بين الأفراد، وهي مكونات ضرورية للجاذبية والنجاح الاجتماعي. (سعد العبدلي، 2010، ص.ص 36-40)

4-5 أهمية الذكاء الوجداني في مجال العمل:

يبدو أن هناك اتفاقا بين أوساط المهتمين بموضوع الذكاء والانفعالات إلى وجود علاقة بين الذكاء الوجداني ونجاح الأفراد في الحياة العملية، ومن الثابت أن الذكاء العام بمفرده لا يضمن تحقيق النجاح وإنما يحتاج الفرد إلى توفر مزيج من التعقل والمشاعر بحيث يؤدي هذا المزيج إلى إحداث تناغم بين الانفعالات والتفكير والتي يتحقق من خلالها نجاح الفرد في مجالات الحياة المختلفة.

إن الكفاءة المهنية التي يتصف بها بعض العاملين لا يمكن إرجاعها فقط إلى الذكاء المجرد بالمعنى التقليدي للذكاء بل أن هناك صفات ومهارات تتعلق بالمشاعر والانفعالات ثبت توفرها لديهم. (المغربي، 2009، ص 21).

لقد كشفت نتائج الدراسات المتعددة في مجال تطبيقات الذكاء العاطفي في العمل (جولمان 1998، تشين وبوك 2003، سيرز و روبرش 2005، نيكولا و تساويشيش 2002، فان دين بيرج 2006، عثمان 2007) أن أبرز تلك النتائج التطبيقية تمثلت في الذكاء الوجداني وقدراته على وحدة المؤسسة كما تكمن مقدرات الذكاء العاطفي في حل المشكلات، وبناء فرق عمل وتفعيلها. (عثمان، 2009، ص 171) ويشير كارسو (Carusou, 2001) إلى استخدامات الذكاء الوجداني في مكان العمل:

1-التطور المهني: يؤدي الذكاء الوجداني دورا هاما في مجالات عديدة في حياتنا، إلا أنه ليس حاسما

لنجاح في كل المهن والأعمال، فبعض الأعمال لا تتطلب ذكاء وجدانيا عاليا، في حين هناك أعمال تتطلب

الكثير من الذكاء الوجداني للأعمال التي تتطلب التعاطف والاتصال بالناس وفهم الآخرين، وتتضمن العمل ضمن فريق.

2-تطوير الإدارة: إن الذكاء الوجداني هو مجموعة من القدرات التي قد تساعد المديرين بطرائق عديدة على أن يكونوا أكثر مرونة في التخطيط وتحفيز الذات والآخرين، واتخاذ قرارات هامة. والمديرون الأذكاء وجدانيا لديهم القدرة على فهم انفعالاتهم وانفعالات الآخرين كي تساعدتهم على تحفيز الموظفين وتحفيز أنفسهم، وعلى مساعدة الأفراد على الإستمرار في العمل، كما أن لديهم القدرة على اتخاذ قرارات هامة وذلك من خلال استخدام انفعالاتهم لتسيير تفكيرهم ورؤية الأشياء بوضوح عندما تكون المشاعر قوية.

3-فعالية الفريق : تعد مهارات الذكاء الوجداني أحد الأسس للعمل بفعالية وكفاءة مع الآخرين، إذ يساعد الذكاء الوجداني الفرد في التفكير بشكل مبدع، إذ يساعد الذكاء الوجداني الأفراد على العمل مع الآخرين من خلال التأثير بالناس أو بناء اتفاق والثقة بالآخرين والتعاطف، وقد أشارت دراسة ريك (Rice) إلى العلاقة بين الذكاء الوجداني وفعالية الفريق، حيث يساعد الذكاء الوجداني قادة الفريق وفريق العمل في أن يكونوا أفضل، في إرضاء العملاء، إلا أنه ليس من الضروري أن يزيد الكفاءة التي يؤدون بها هذه السلوكيات. (Caruso, 2001).

4-6 أهمية الذكاء الوجداني في مجال الصحة النفسية:

أظهرت العديد من الدراسات ارتباط الذكاء الوجداني بصحة الفرد النفسية، حيث يرتبط بتحقيق التكيف الإيجابي مع الظروف المختلفة، في دراسة ماير (Mayer, 2001)، وبالسعادة في دراسة (الخضر والفضلي، 2007)، وله علاقة بالصحة الإيجابية المتمثلة بالسعادة والتفاؤل كما أكدته دراسة (هودا وآخرون، 2008) (Hooda, et al.) (صادق علي، 2016، ص 37)

وللذكاء الوجداني دور مهم في مواجهة الضغوط اليومية التي يمر بها الأفراد في حياتهم، إذ يلعب دوراً أساسياً في زيادة القدرة على التكيف مع الآخرين، والوقاية من الإحترق النفسي الذي يمكن أن يواجههم، فالأفراد الأذكاء وجدانيا يظهرون مستويات منخفضة من المشكلات السلوكية، ويتعاملون مع المشكلات السلوكية بحكمة وروية، ويعالجون المواقف الحياتية دون تسرع. (نافر بقيعي، 2011، ص 52)

وبالمقابل فإن إنخفاض مستوى الذكاء الوجداني لدى الأفراد سيؤدي إلى عدم القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة بصورة إيجابية؛ وصعوبة في التواصل الجيد مع الآخرين، مما ينعكس على حياة الفرد بالسلب وشعوره بالإحباط؛ والذي يؤدي إلى ضعف الثقة بالذات، وبالتالي يصبح الفرد أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وهذا ما أكدته دراسة (دريسي وبوشاللق، 2015) فكلما قلت درجة الذكاء الوجداني زاد مستوى الاكتئاب، والعكس صحيح. وأكدت أيضاً دراسة (قويدري علي، 2016) كلما زاد مستوى الذكاء الوجداني لدى الأفراد قل مستوى الضغوط النفسية ومستوى العصائية لديهم. كما قام جولمان وآخرون (Goleman et al, 1996) بدراسة استطلاعية على الطلبة ثلاث مرات خلال الفصل الدراسي، وفي أثناء الإمتحانات النهائية وجدوا أن الطلبة

القادرين على تنظيم حالاتهم المزاجية عندما كان الضغط مرتفعاً قد زاروا المركز الصحي بمعدل أقل من الطلبة الذين شعروا بأنهم لا يستطيعون تنظيم مشاعرهم في أوقات الضغط المنخفض. (Salovey, et al, 2000)

4-7 أهمية الذكاء الوجداني في مجال الإدارة والقيادة:

تلعب المهارات الفنية والذكاء المعرفي دوراً بارزاً في نجاح القائد في العمل، فالذكاء العاطفي الوجداني يمثل أهمية قصوى أيضاً في تحقيق ذلك حيث أنه يساعد المدير على بلوغ أرقى مستويات الأداء الوظيفي في كافة أوجه العمل داخل المؤسسة، وبالتالي ينبغي التأكيد على أهمية الذكاء الوجداني. كما أن الذكاء الوجداني يزود القائد بمزيد من المرونة والقابلية للتغيرات التي تحدث داخل البيئة المحيطة. كذلك المدى الذي يتمتع به الفرد من السلوك المعاكس أو المجابهة كالعنف في محيط العمل ينشأ من افتقار الفرد إلى الضبط الانفعالي أو التحكم بالانفعالات، والنتائج ذات العلاقة بالإجهاد تنشأ من فقر في التفاعل الاجتماعي عند الفرد في تحمل الفرد المتسبب بالإجهاد.

وعليه فإن الذكاء الوجداني ينبغي أن يساعد الأفراد في إدارة انفعالاتهم الذاتية، وخلق بيئة إيجابية، وبالتالي تقليل السلوكيات العكسية والمجابهة، هذا ويرتبط الذكاء الوجداني بشكل وثيق بالدافعية والتحفيز الذي له علاقة بالنوع الثالث من أنواع الأداء وهو السلوك التحفيزي، فالأفراد الذين يحافظون على نظرة تفاؤلية يستطيعون تجاوز الأثر السلبي للانحياز والإحباط والإجهاد. (غنيم، نور، 2018، ص.ص 200-201)

4-5 النماذج النظرية المفسرة للذكاء الوجداني

لقد تعددت النماذج النظرية المفسرة لمفهوم الذكاء الوجداني ومكوناته، ونظراً لحداثة المفهوم فما زال بحاجة إلى المزيد من الدراسة المعمقة لكشف بعض جوانب الغموض وخاصة فيما يرتبط بمدى علاقته بالذكاء العقلي وسمات الشخصية. (صادق علي، 2016، ص 22)

ويمكن تصنيف نماذج الذكاء الوجداني في اتجاهين مختلفين يتبنى كلا منهما منهجية بحث ووجهة نظر مختلفة للذكاء الوجداني ومفهومه، وهما نماذج القدرات العقلية Mental Abilities Models والتي تركز على المشاعر وتفاعلاتها مع الفكر ويمثلها (جون ماير John Mayer، بيتر سالوفي Peter Salovey، لندا ألدريد Linda Ider) ونماذج السمات أو كما تعرف بالنماذج المختلطة Mixed Models والتي تتعامل مع القدرات العقلية ومجموعة من السمات المتنوعة مثل: الدافع، وحالات الإدراك (مثل: حالة التدفق، والنشاط الاجتماعي) ويمثله دانيال جولمان Daniel Golmen، ديولكس وهيكس Dulewicz, Higgs، بار-أون Bar-on، كوبر وسواف (Cooper, Sawaf) . (قويدري، 2016، ص 38)

ويجب معرفة أنه لا يوجد أفضلية بين الاتجاهين، لكن يكمن الاختلاف في أن النماذج المختلطة تعتمد على سمات الشخصية أكثر من جانب الذكاء الأكاديمي، بينما نماذج القدرات تركز على الذكاء الأكاديمي أكثر من سمات الشخصية. (الرشيدي، 2018، ص 16)

5-1 نموذج "ماير وسالوفي" للذكاء الوجداني:

بدأ اهتمام الباحثان بهذا الموضوع منذ عام 1990 وكان الهدف هو تطوير النظرة له وتحليل مكونات وإعداد أدوات قياس تقيس الذكاء الوجداني كقدرة عقلية وليس كسمة شخصية، حيث أتت تلك النظرة على قياس الفروق الفردية التي يرى العالم أن المقاييس التقليدية للذكاء فشلت في دراسة الفروق من حيث الوعي والإدارة الفعالة للعواطف والمعلومات العاطفية. (سلامي دلال، 2016، ص 168)

تم تطوير النموذج النظري الأول للذكاء الوجداني بواسطة جون ماير John Mayer وبيتر سالوفي Salovey Peter في عام 1990 ومراجعتة في عام 1997. وبهذا المعنى قدموا، كجزء من العمل أدلة من دراسات الدماغ والذكاء الاصطناعي وعلم النفس السريري لنمذجة وقياس الذكاء الوجداني.

وهكذا، في مفهومهم، يتم تعريف الذكاء الوجداني على أنه القدرة على تحديد المشاعر والعواطف الخاصة ومشاعر الآخرين، وتمييزها ولاستخدام هذه المعلومات لتوجيه تفكيره وأفعاله. (Adnan, chader, 2020, p179) لقد قدم "ماير وسالوفي" نموذجهما عن الذكاء الوجداني في كتابهما "الذكاء" الإنفعالي الخيال، المعرفة والشخصية "ويريان في نموذجهما أن الوجدان يمنح الفرد معلومات هامة يتفاوت الأفراد فيما بينهم في القدرة على توليدها والوعي بها وتفسيرها والاستفادة منها والاستجابة لها من أجل التوافق بشكل أكثر ذكاء.

ويطلق "ماير سالوفي" على نموذجهما في الذكاء العاطفي "نموذج القدرة". Ability Model " ويقدمان تعريفاً يجمع بين: فكرة أن الوجدان يجعل تفكيرنا أكثر ذكاء، وفكرة التفكير بشكل ذكي نحو حالتنا الوجدانية. ومضمون تعريفهما للذكاء الوجداني كما يلي: القدرة على الإدراك الدقيق والتقدير الجيد والصياغة الواضحة للانفعالات الشخصية، وترقية وتطوير المشاعر لتسيير عمليات التفكير، وفهم الانفعالات وتنظيمها والسيطرة عليها، والمعرفة الانفعالية لزيادة النمو الانفعالي المعرفي. (بن غربال، 2015، ص.ص 67-68)

إن نظرة ماير وسالوفي للذكاء الانفعالي تكمن في اعتباره شكلاً من أشكال الذكاء، فهما قد سعيا إلى تعريف الذكاء الانفعالي في الحدود والمواصفات العادية لتعريف نوع جديد للذكاء، وحسب نظريتهما فإن الذكاء الانفعالي يتضمن مجموعة من المهارات والقدرات النفسية تتدرج من القدرات البسيطة الأساسية إلى القدرات المعقدة التي تندمج فيها الانفعالات مع العمليات العقلية. (بن جامع، 2009، ص 51)

ويتكون الذكاء الوجداني بهذا النموذج المبني على المقدرة من أربع أنواع تتضمن كل مقدرة منها التعرف الخاص بها وهي مرتبة كما يلي:

أولاً : إدراك العواطف: وهي عبارة عن المقدرة على كشف وفك رموز العواطف إلى أوجه صور، أصوات وإبداعات الإنسان الثقافية والتي تتضمن القدرة على الاهتمام إلى العواطف الخاصة بهذا الشخص، إن إدراك العواطف يمثل المظهر الأساسي للذكاء العاطفي والتي تجعل من معالجة باقي المعلومات العاطفية ممكن.

ثانياً : استخدام العواطف: وهي القدرة على تسخير العواطف لتسهيل القيام بأنشطة إدراكية متنوعة مثل التغير

وحل المشاكل، إن الإنسان الذكي عاطفياً بإمكانه الانتفاع كلياً للسيطرة على تغيير أزمجته في سبيل الوصول لأفضل قدر من التلاؤم مع وظيفته أو مهنته الحالية.

ثالثاً : فهم العواطف: وهي القدرة على فهم لغة العواطف وتقدير العلاقات المعقدة بين العواطف نفسها فعلى سبيل المثال : إن فهم العواطف يشمل القدرة على أن تكون مرهف الحس من أجل تخفيف حدة الاختلافات والاحتياجات بين العواطف وكذلك القدرة على إدراك ووصف كيفية تطور العواطف مع مرور الزمن.

رابعاً : إدارة العواطف: وهي القدرة على تنظيم كلا من العواطف الخاصة بأنفسنا من جهة وبالأخرين من الجهة المقابلة ولذلك فإن الشخص الذكي عاطفياً بإمكانه تسخير عواطفه وحتى السلبية منها وإدارتها بغرض تحقيق أهدافه المطلوبة. (الأسطل ، 2010، ص.ص 35-36)

ويرى " ماير وسالوفي " أن قدرات الذكاء الوجداني الرئيسية مرتبة جميعاً بشكل تصاعدي من العمليات النفسية البسيطة (إدراك الانفعالات) إلى المعقدة (تنظيم الانفعالات)، كما أن كل قدرة رئيسية تنفرع إلى أربعة قدرات فرعية مرتبة ترتيباً تصاعدياً من القدرات البسيطة التي يمكن ملاحظتها بسهولة إلى العمليات النفسية الأكثر تعقيداً والأقل وضوحاً. (عبد الرحمن الرفاعي، 2012، ص 43)

ولخص كل من حسين وحسين أبعاد الذكاء الوجداني حسب نموذج ماير وسالوفي في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يبين أبعاد الذكاء الوجداني لـ"ماير وسالوفي":

الإدراك الوجداني	الاستيعاب الوجداني	الفهم الوجداني	الإدارة الوجدانية
- يتم إدراك المشاعر والتعبير عنها في تلك المرحلة . - ثم يبدأ الفرد في الإحساس بتلك المشاعر وتبدأ في التأثير على الإدراك.	- تدخل المشاعر النظام الذهني والإدراكي للفرد كمؤشر على تأثيرهما على قدراته الذهنية والإدراكية. - ثم بعد ذلك يقوم الفرد بادراك المشاعر الوجدانية والمعلومات المتصلة بها .	- تتم الإشارة إلى الفرد قد استوعب الإشارات الوجدانية المتعلقة بفهم العلاقات بين المشاعر وتطبيقاتها. - ثم بعد ذلك ينتقل إلى مرحلة تطبيق المشاعر الوجدانية .	- ثم تتبلور الأفكار والقدرات التي تؤدي إلى نموذج تطوير القدرة الوجدانية والذهنية والفكرية للفرد مما يؤدي إلى نمو ذلك الفرد الشخصي . - ثم يأتي دور تشجيع الإدارة الوجدانية ذلك الفرد على أن يكون متفتحاً ومستوعباً لكل المشاعر .

(حسين وحسين، 2006، ص52)

5-1 نموذج بار-أون للذكاء الوجداني

تعتبر نظريته أولى النظريات التي فسرت الذكاء الوجداني عند ظهورها عام 1988، عندما صاغ مصطلح النسبة الانفعالية كنظير لمصطلح نسبة الذكاء العقلي (IQ) وفي وقت نشر بار-أون رسالته في نهاية الثمانينات كانت هناك زيادة في اهتمام الباحثين بدور الانفعال في الأداء الاجتماعي، وجودة الحياة (السعادة).

وقبل أن يتمنع الذكاء الوجداني بالاهتمام في عدة مجالات وشهرته اليوم، حدد بار- أون (2000) نموذجاً عن طريق مجموعة من السمات والقدرات المرتبطة بالمعرفة الانفعالية والاجتماعية التي تؤثر في القدرة الكلية على المعالجة للمتطلبات البيئية. (سلامي دلال، 2016، ص 167)

ويعد بار-أون Bar-On أشهر من عمل وفق الأنموذج المختلط . والذكاء الوجداني وفق هذا كما أن الأنموذج هو توسيع لمفهوم الذكاء الوجداني كما قدمته نماذج القدرات حيث أنه يرتبط بالمكونات الانفعالية والشخصية للفرد ففيه تكامل محاور فهم الذات والآخر وبناء العلاقات مع الآخرين والتكيف مع التغيرات البيئية والاجتماعية المحيطة وإدارة العواطف. (جراد، 2013، ص 33)

وانطلق بار-أون من الإجابة على سؤال مؤداه "لماذا ينجح بعض الناس في الحياة أكثر من غيرهم؟"، وقام بار-أون بتوسيع معنى الذكاء الوجداني وذلك بدمجه السمات التي لا تتعلق بالقدرة من خلال مراجعته للكتابات النفسية عن الصفات الشخصية المتصلة بالنجاح في الحياة، وحدد خمسة مجالات كبرى لها صلة بالنجاح.

يعتبر النموذج النظري لبار-أون (1997) كنموذج مختلط للذكاء الوجداني. في هذا النموذج يعرفه بأنه مجموعة من القدرات والمهارات والقدرات غير المعرفية التي تؤثر على قدرة الشخص على التعامل مع متطلبات وضغوط البيئة . (Adnan, chader, 2020, p179)، ويعرفه أيضاً بأنه مجموعة من الإمكانيات غير المعرفية والكفاءات والمهارات التي تؤثر قدرة الفرد على النجاح ومواجهة متطلبات وضغوط البيئة (عابدين، دوبا، 2016، ص 47).

ويضم نموذج بار-أون النظري ما يمكن أن يوصف بالقدرات العقلية (كالإدراك الذاتي الإنفعالي) مع سمات شخصية أخرى تعد مستقلة عن القدرة العقلية (كالاستقلال الشخصي وتقدير الذات والمزاج). (سعد الشهري، 2010، ص 41)

وقد عرض بار-أون (Bar-on) خمس كفاءات للذكاء الوجداني، تتكون بدورها من مكونات خاصة (Livingstone et al, 2002: 15). وهي :

- 1 -الذكاء الشخصي Intrapersonal؛
- 2 -الذكاء البينشخصي Intrrpersonal؛
- 3 -القدرة على التكيف Adaptability؛
- 4 -إدارة الضغوط Stress mangement؛
- 5 -الحالة المزاجية العامة General mood. (محمد أنور فراج، 2005، ص 55).

وقد بين بار-أون في نموذج أن الذكاء الوجداني يتكون من (15) مهارة ، وكفاية موزعة على خمسة مكونات في الجوانب الشخصية والاجتماعية والانفعالية تتعلق بنجاح الأفراد، وهذه المكونات في مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (02) يوضح كفاءات الذكاء الوجداني خاصة بنموذج بار-أون

مكونات الذكاء الوجداني	التعريف
1 المكونات الشخصية الداخلية (Intrapersonal Components)	ويضم هذا المكون خمس قدرات هي: الوعي الذاتي الانفعالي، والتوكيد، واعتبار الذات (Self-Regard) وتحقيق الذات، Self-actualization ، والاستقلالية
2 مكونات العلاقات بين الأشخاص (Interpersonal Components)	والذي يفسر علاقة الفرد مع الأفراد الآخرين. ويضم هذا المكون ثلاث قدرات هي: العلاقات الشخصية، والمسؤولية الاجتماعية، والتقمص العاطفي (التعاطف) .
3-المكونات التكيفية (Adaptability Components)	ويضم هذا المكون ثلاث قدرات هي: مهارات حل المشكلات، والمرونة، واختبار الواقعية (Reality Testing).
4-إدارة الضغوط والتوتر (Stress management)	ويضم هذا المكون قدرتين هما: تحمل الضغوط ومقاومة الاندفاع.
5-المزاج العام (General Mood)	ويضم هذا المكون قدرتين هما: التفاؤلية (Optimism) أي القدرة على النظر إلى الجانب المضيء في الحياة، والسعادة (Happiness) أي الشعور بالرضا في الحياة .

(أحمد علوان، 2011، ص 127)

ويفترض بار-أون أن الذكاء الوجداني مهارة يتم تنميتها وتطويرها بمضي الوقت من خلال خضوع الفرد لبرامج تدريبية هدفها الأول تنمية المهارات الوجدانية والاجتماعية. ويفترض بار-أون أن الأفراد الذين ترتفع نسبة الذكاء العام لديهم هم أكثر الأفراد تحقيقا للنجاح وتلبية للمتطلبات والضغوط البيئية والاجتماعية، وذكر أيضا أن نقصان مهارة الذكاء الوجداني لدى الفرد يقلل من فرص نجاحه في الحياة ويزيد من نسبة حدوث المشكلات الوجدانية والاجتماعية عنده. (حسين وحسين، 2006، ص.ص 55-65).

يتضح من خلال الإطلاع على التراث السيكولوجي أن بار-اون تأثر بنظرية الذكاءات المتعددة لجاردنر وافترض أن الذكاء الوجداني يتطور ويتحسن عن طريق التدريب والبرمجة والعلاج .

كما ركز بار-اون في نموذجيه على الكفاءات والمهارات والمسيرات للذكاء الوجداني، لأنها من وجهة نظره وثيقة الصلة ببعضها البعض.

إضافة إلى ذلك اعتبر بار-اون أن الذكاء الوجداني والذكاء الإدراكي يشكلان للفرد نجاحا كبيرا في الحياة. (الأسطى، 2010، ص 40)

5 3 نموذج دانيال جولمان للذكاء الوجداني:

يعد عالم النفس الأمريكي دانيال جولمان من رواد علماء النفس الذين اهتموا بمفهوم الذكاء الوجداني، ومن لفتوا أنظار الباحثين وأرباب العمل إلى أهمية هذا المفهوم سواء على المستوى الشخصي للفرد أم على مستوى المجتمع. هذا ما دفع علماء النفس إلى البحث في العلاقة بين الذكاء الوجداني ومتغيرات النجاح في مناحي الحياة المختلفة في ظل بروز نظرية الذكاءات المتعددة، إذ يعتقد البعض أن الذكاء الوجداني يتنبأ بالنجاح بشكل أفضل مما يتنبأ به الذكاء العام للفرد (عبد الحافظ الشايب، 2010، ص 53).

يشير (جولمان، 2000) أن الذكاء الوجداني هو الأساس الذي يبنى عليه أي نوع آخر من الذكاءات وهو القدرة الفعلية التي يحتاجها الفرد أكثر من غيرها للنجاح والسعادة في الحياة، وإن المهارات الوجدانية قابلة للتعلم من خلال التدريبات الوجدانية المتلقاة، ومدخل جولمان للذكاء الوجداني يبدأ بملاحظة الوعي بالمزاج العام والأفكار تجاه هذا المزاج والملاحظة المحايدة للحالة الداخلية التي تنطوي على معرفة متى نستجيب للمشاعر الداخلية، وإذا لم ندرك مشاعرنا لم نستطيع إدراك مشاعر الآخرين. (أنس رابح، 2011، ص 63)

أشار جولمان 1995 Goleman إلى أن الذكاء الوجداني أكثر أهمية لنجاح الفرد في الحياة قياسا بالذكاء المعرفي، إذ إنه يلعب دورا هاما في النجاح في العمل والدراسة والحياة الاجتماعية.

إن قدرة الفرد على التكيف ومواجهة الحياة بنجاح تعتمد على التوظيف المتكامل لقدراته العقلية والانفعالية، وأن النجاح في العلاقات الشخصية يعتمد على قدرة الفرد على التفكير في خبراته الانفعالية والمعلومات الانفعالية، والاستجابة بوسائل متوافقة انفعاليا. (سهاد مللي، 2010، ص 138)

ويشير عثمان حمود الخضر (2002) إلى فضل نظرية جولمان في لفت انتباه العلماء والعامه لمفهوم الذكاء الوجداني حيث قدم وصفا جميلا وثرى للمفهوم ومحتوياته بما عزز من أهميته وحيويته، وأوضح أن القدرات العقلية وحدها ليست كافية لنجاح الفرد في مختلف الجوانب الحياتية، بل هناك جانب إنساني آخر مكمل للذكاء العقلي لا بد من تفعيله وهو الذكاء الوجداني. (علي خرف الله، 2014، ص 126)

إنتشر مفهوم جولمان للذكاء الوجداني في عام 1995 بإصدار كتابه في الموضوع بعد مراجعة نموذجيه الأول، قدم نموذجا في أربعة المكونات: الوعي الذاتي، والإدارة الذاتية، والوعي بالآخرين وإدارة العلاقات (Rachel Provost, 2014 , p23)

وأوضح "جولمان" في نموذج هالذي قدمه عام (1995) أن الذكاء الوجداني في بعدين رئيسيين للكفايات العاطفية على النحو الآتي :

– **الكفايات الشخصية (الوعي بالذات):** ويعني به مستوى وعي الفرد بحالاته المزاجية وتمييزه بين عواطفه ونوعية استجاباته عند تعرضه لمواقف مختلفة. ويوضح الأعرس والكفاي أن الأفراد الذين يتميزون بالوعي بذاتهم لدى هم سمات شخصية تؤهلهم إلى النجاح في حياتهم العاطفية، وأنهم يتمتعون بصحة نفسية جيدة، ورؤية إيجابية للحياة، وأن تقديرهم للأمور يساعدهم على معالجة مشاعرهم ووجدانهم. (الأعرس والكفاي، 2000، ص 44) .

وفي مراجعة لهذا البعد حدد جولمان (1995) مكوناته كالآتي :

- معرفة الفرد لعواطفه الذاتية وتأثيراتها .
- اكتشاف الفرد لعواطفه .
- قدرة الفرد على التعبير عن عواطفه .
- قدرة الفرد على تقدير ذاته وعواطفه .
- قدرة الفرد على ربط مشاعره بما يفكر فيه والثقة في ذاته. (السعيد نصرات، 2016، ص 48)

وعند التفكير في توضيح الوعي بالذات يمكنك اعتبار القوى التالية المحددة لتقييمك لذاتك:

- العمل بفاعلية عند اختبار الطباع المتغيرة؛
- فهم الأسباب التي تجعلك تشعر بالإرتباك؛
- فهم أسباب ردات فعلك العاطفية ومن ثم التعامل معها؛
- إنشاء تصميم مبني على هذه القوى يمكن أن يكون طريقة فعالة لتعزيز قدرتك في إدراك الذات.

(Jan Sempel, 2007, p4)

– **إدارة الذات Self Management:**

أو إدارة الإنفعالات Emotion Management أو تنظيم الذات Self Regulating أو ضبط الإنفعالات Emotion Managing (معمرية، 2005، ص 46)، ويعني هذا القسم قدرة الفرد على تحمل الإنفعالات العاصفة وألا يكون عبدا لها، أي يشعر بأنه سيد نفسه، وهذا يمثل دالة على الكفاءة في تناول أمور الحياة (تنظيم الذات). (عبد العظيم المصدر، 2008، ص 597).

وتشير إلى كيف يتعامل الفرد مع المشاعر والإنفعالات السلبية التي تؤذيه وتزعجه، أي التخلص من الإنفعالات السلبية وتحويلها من انفعالات إيجابية وسماها فيما بعد تنظيم الذات وهذا لا يعني كبت الإنفعالات ولكن ترشيدها بصورة تساعد على التوافق مع الموقف. (حسين وحسين، 2006، ص 60).

إن التعامل مع المشاعر لتكون مشاعر ملائمة القدرة تبني على الوعي بالذات هي القدرة على تهدئة النفس والتخلص من القلق الجامح، والتهجم، وسرعة الإستشارة ونتائج الفشل مع هذه المهارات الإنفعالية الأساسية، إن

من يفتقرون إلى هذه المقدرة يظلون في حالة عراك مستمر مع الشعور بالكآبة، أما من يتمتعون بها فهم ينهضون من كبوات الحياة وتقلباتها بسرعة أكبر. (محمود خوالدة، 2006، ص 32).

ويشمل هذا البعد على الكفاءات التالية:

- ضبط الذات self-control: أي قدرة الفرد على الاحتفاظ بانفعالاته ومشاعره، وكبت جماح الإندفاعات.

- جدارة الثقة Trust worthiness: أي الحفاظ على الصدق والأمانة.

- يقظة الضمير Conscientousness: أي تحمل المسؤولية في الأداء الشخصي.

- التكيف Adaptability: أي المرونة في التعامل ومعالجة التغيير

- الابتكار Inoovation : أي قدرة الفرد على تأليف أفكار وطرق ومعلومات جديدة مبتكرة. (صفية مبارك،

2011، ص 20).

- الدافعية Motivation :

وتعني أن يكون لدينا هدف ومعرفة خطواتنا خطوة بخطوة لتحقيق ذلك الهدف، وأن يكون لدينا أمل وتوجه هـ

العواطف في خدمة هدف ما. (عبد العظيم حسين، 2006، ص 60)

والدافعية يوضح الميول العاطفية التي توجه أو تسهل الوصول للأهداف ومن مؤشرات: الدافع للإنجاز، المبادرة،

الالتزام، التفاؤل. (Ishak & et.al, 2010, p 606)

وتعرف أيضا بأنها سلسلة العمليات، التي تعمل على إثارة السلوك الموج هـ نحو هدف معين وصيانتهم والمحافظة

عليه، وإيقافه في نهاية المطاف. (الريماوي وآخرون، 2006، ص 201)

ويتكون بعد الدافعية أو تحفيز الذات على مجموعة من الخصائص هي :

- الأمل.

- التفاؤل.

- التركيز.

- تحمل الضغوط.

- العمل المتوصل.

- الدافع للإنجاز. (Goleman, 1995, p 117)

- الكفاءات الإجتماعية Social Competences: هي تلك الكفاءات التي تحدد للفرد كيفية

تعامله مع علاقاته الإجتماعية. (صفية مبارك، 2011، ص 21).

- التعاطف (التفهم) Empathy

هو بُعد آخر من أبعاد الذكاء الوجداني ويقصد بها الحساسية تجاه مشاعر الآخرين والاهتمام بهم

وتفهمهم ووضعهم في الاعتبار وتقدير الاختلاف بين الناس في التعبير عن مشاعرهم تجاه الأشياء، والتي بدورها

تسهم في عمل التوازن بين المشاعر السلبية والإيجابية، وتخفف الغضب وعواقبه الضارة بالشخص وبالآخرين. (عمر المغربي، 2009، ص 34)

ويعني القدرة على التعرف وقراءة مشاعر الآخرين والاستجابة لها، ويبني التعاطف أو التفهم على أساس الوعي بالذات، فكلما كان الفرد قادراً على تقبل مشاعره وإتاحة الفرصة لها بالظهور كلما ازدادت مهارته في قراءة مشاعر الآخرين والتفاعل معها.

كما أن المفتقد للقدرة على التعبير عن مشاعره يكون أيضاً غير قادر على التعرف والتعامل مع مشاعر الآخرين أولئك هم الصم والبكم انفعالياً، فالنغمات والأوتار الانفعالية التي تعزفها كلمات الناس وأفعالهم، نغمة الصوت المؤثرة، الإيماءات، الانتقال من حالة انفعالية إلى أخرى، الصمت البليغ أو الرعشة ورغم كل تلك الانفعالات نجدهم غير قادرين على فك رموزها أو الغوص في أعماقها ولا يحركون تجاهها ساكناً. (سعد العبدلي، 2010، ص 37)

ويشمل هذا البعد على الكفاءات التالية:

- فهم الآخرين Understanding others: أي الإحساس بمشاعر الآخرين، وتفهم وجهة نظرهم، والقيام بفعل في حدود اهتماماتهم.

- تنمية الآخرين Developing others: أي الإحساس بحاجة الآخرين للتطوير والتنمية ودعم قدراتهم.

- توجيه الخدمة Service orientation: أي قدرة الفرد على توقع، وإدراك، ومقابلة احتياجات العملاء.

- تنوع الفعالية Leveragin diversity: أي قدرة الفرد على إيجاد وابتكار فرص متنوعة أثناء تعامله مع أنماط مختلفة من البشر.

- الوعي السياسي Political awarness: أي قدرة الفرد على قراءة الاتجاهات الوجدانية للجماعة وقوة

علاقتها. (صفية مبارك، 2011، ص 21).

- المهارات الاجتماعية Social Skills :

وتعني مقدرة ومهارة الفرد على تهدئة نفسه والتغلب على حالته المزاجية السيئة، والقدرة على التزامن في المزاج مع الآخرين وحدوث تفاعل بين الفرد والآخرين والذي يعكس عمق الاندماج والارتباط بين الأفراد. (غنييم، أبو شعيرة، 2018، ص 201)

وهي تتمثل في قدرة الفرد على التواصل والتعامل مع الآخرين، وكسب حبهم وتقديرهم . (عمران، 2006، ص 37)

ويقصد بها التفاعل الجيد والفعال مع الآخرين بناء على فهم ومعرفة مشاعرهم. (عبد العظيم المصدر، 2008، ص 597).

إن فن العلاقة بين البشر هو في معظمه مهارة في تطوير عواطف الآخرين، فالكفاءة الاجتماعية أو عدمها، والمهارات المتميزة تلزمها هذه الكفاءة، وهي من القدرات التي تكمن وراء التمتع بالشعبية والقيادة والفاعلية في

بناء الصلات مع الآخرين، ومن الطبيعي أن يختل الناس في قدراتهم في هذه المجالات، فقد يكون البعض ذكيا في معالجة مثلا حالات القلق التي تنتابه، ولكنه لا يستطيع أن يخفف شعور شخص آخر بالملل أو الضجر.
(خوالدة، 2006، ص 33).

ويتفرع من المهارات الاجتماعية ثمان كفاءات فرعية حددها جولمان كما يلي :

-التأثير في الآخرين.

-التواصل.

-إدارة الخلافات.

-القيادة.

-تغيير أساليب التحفيز.

-بناء الروابط.

-التعاون.

-العمل الجماعي. (سالم الغرايبة، 2011، ص 571)

إن الأبعاد السابقة ضرورية في تحديد دراسة الذكاء الوجداني ومعرفة مكوناته، ورغم نقاط الاختلاف إلا أنها جديرة بالبحث والدراسة، وتتفق فيما بينها على نقاط مشتركة وهامة.

وبعد نظرة متفحصة في هذا المجال للنماذج نقول إن الذكاء الوجداني ذو طبيعة معقدة، تتكون من مجموعة من القدرات والمهارات الوجدانية، وتسهم في نجاح الشخص في الحياة العملية بصفة خاصة، والحياة بصفة عاماً. (غسان الزحيلي، 2011، ص 242)

وفي هذه الدراسة اختارت الباحثة نموذج جولمان للذكاء الوجداني، باعتبار أن الذكاء الوجداني مهارة وجدانية وكفاءة نفسية يمكن تعليمها وتنميتها والتدريب عليها.

وبالتالي فإن أبعاد الذكاء الوجداني في هذه الدراسة حسب نموذج جولمان خمسة أبعاد هي:

1-الوعي بالذات Self Awareness؛

2-إدارة الإنفعالات Self Management؛

3-الدافعية للإنجاز أو تحفيز الذات Motivating on self؛

4-التعاطف أو التفهم Empaty؛

5-المهارات الاجتماعية أو التواصل مع الآخرين Social skills.

6-قياس الذكاء الوجداني

مازال قياس الذكاء الوجداني في مهده محاولا أن يبدأ خطواته الأولى حثيثا، فالدراسات التي أجريت في هذا المجال تكاد تكون نادرة في الوطن العربي بصورة عامة وفي الجزائر بصورة خاصة وأيضاً عالمياً، وربما يرجع ذلك

أجمع إلى حداثة الموضوع نسبياً، رغم أنه أصبح تحت التركيز بين العامة والممارسين والباحثين المتخصصين. (عبد العظيم، 2088 ، 599) .

وفي السنوات العشر الأخيرة نشطت حركة الاهتمام بقياس الذكاء الوجداني بعد أن ثبت من خلال محدودة مقاييس الذكاء التقليدية في التنبؤ بشكل كاف بنجاح الفرد في مختلف نواحي الحياة مثل المجال الاجتماعي والمهني. (جراد، 2013، ص 43)

اتخذت عملية قياس الذكاء الوجداني مناح ثلاث وهي : منحنى القدرة، ومنحنى الكفاءة، و منحى السمات، ولكل منحى من هذه المناحي أسلوبه الخاص في قياس الذكاء الوجداني، كما تشير علي حسن (2007)، فمدخل السمات يقاس بأسلوب التقرير الذاتي، بينما يعتمد مدخل الكفاءة على أسلوب تقديرات الآخرين، في حين يعتمد منحى القدرة على قياس القدرة العقلية. (جميع، هامل، 2015، ص 154)

أدى تنوع النماذج النظرية للذكاء الوجداني إلى ظهور العديد من المقاييس التي تهدف إلى قياس الذكاء الوجداني، ويذكر كل من " إمرلينغ وجولمان " Emmerling & Goleman " 2003 أن هناك على الأقل ثلاثة مداخل متباينة للذكاء الوجداني وهي:

- مدخل السمات (ويقاس بأسلوب التقدير الذاتي)،

-مدخل الكفاءة (ويقاس بأسلوب تقدير الآخرين)،

-مدخل القدرة (ويقاس كقدرة عقلية).

وهذا ما يتفق مع تصنيف " ماير وسالوفي " 2000 لمقاييس الذكاء الوجداني حيث صنفته إلى ثلاث أنواع هي:

-مقاييس القدرة Mental Measures

-مقاييس التقدير الذاتي Self-report Measures

-مقاييس تقدير الملاحظ Observer-rating Measures .(بن غريال، 2015، ص83)

فهناك ثلاثة أنواع من أساليب قياس الذكاء الوجداني يشير كل من " ماير"، "كاروزو" و"سالوفي" أنها كالاتي:

- الاتجاه الأول يقيس الذكاء الوجداني من خلال اختبارات الأداء الأقصى Ability Measures ،

ومفهوم الذكاء الوجداني بناء على ذلك يتعلق بالقدرة المعرفية الحقيقية ذات العواطف ويعتمد على نموذج الذكاء الوجداني كقدرة لماير وسالوفي (EI).

وكان (ماير وسالوفي وكاروزو) أول من بدأ بقياسه، فقد اتخذوا مهمات أو مواقف محددة ليتم فيها مطالبة الأفراد بالحكم على المحتوى العاطفي الذي يعبر عنه عمل فني أو موسيقى ضمن أشياء أخرى.

- الاتجاه الثاني وقيس الذكاء الوجداني من خلال استبيانات التقرير الذاتي (Self report tests)

ومفهوم الذكاء الوجداني بناء على ذلك يعنى بالقدرة المعرفية المرتبطة، بالمشاعر كما يدركها الفرد ذاتياً ويعتمد على نماذج السمات أو النماذج المختلطة لبار-أون وجولمان وغيرهم.

-الاتجاه الثالث يسمى اختبارات تقدير المحيطين Informant test observers scales وهي طريقة مشابهة لطريقة التقرير الذاتي ولكن تكمن نقطة الاختلاف أنه في هذه الطريقة يتم التقييم من قبل شخص آخر وليس الفرد نفسه من يجيب على أداة القياس، ويعتمد هذا الأسلوب أيضا على نماذج السمات أو النماذج المختلطة لبارأون وجولمان وغيرهم. (سعيد نصرات، 2016، ص 67)

6-1 المقاييس المستخدمة في نموذج ماير وسالوفي للذكاء الوجداني:

بدأ ماير وسالوفي في قياس النموذج من خلال استخدام مقياس الذكاء الوجداني (M S C E I T) (Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test) والذي يتكون من 12 مقياسا للذكاء الوجداني تقع في نطاق القدرات الأربع التي يتضمنها النموذج (الإدراك الوجداني، الاستيعاب الوجداني، الفهم الوجداني، الإدارة الوجدانية)، وتشير عمليات التقييم باستخدام نموذج الذكاء الوجداني إلى أن الذكاء الوجداني يعتبر مختلفا من ثلاثة زوايا مختلفة، وهي الإدراك الوجداني والفهم الوجداني والإدارة الوجدانية للمشاعر. ولقد أكد كل من ماير وسالوفي نجاح هذا المقياس في قياس هيكल الذكاء الوجداني، وأشار أيضا إلى أنه يتم قياس وتقييم الذكاء الوجداني من خلال نموذج القدرة للذكاء الوجداني، ويؤدي ذلك النموذج إلى تلبية العديد من الحاجات والمطالب الضرورية لبعض المقاييس الحديثة للذكاء العام، وذلك لأنه يعمل من خلال وحدة متكاملة من القدرات والمهارات، ويتميز بالحيادية والموضوعية في نتائج اختبارات ونسب التقييم، ويشير كلا منهما إلى أن تلك النسب والنتائج قابلة للتطور والنمو خلال تقدم الفرد في المرحلة العمرية وخلال تمتعه بقدرات ذكاء أكثر. (حسين وحسين، 2006، ص ص 53-55)

ويتكون اختبار MSCEIT من 141 بندا انفعالاته وانفعالات الآخرين من ولكل مجال أو مقياس فرعي من مقاييسه الفرعية الأربعة اختبارين فرعيين:

المجال الأول: (المقياس الفرعي الأول) و يقيس القدرة على الإدراك الدقيق للانفعالات (الإدراك الوجداني)، ويتضمن إدراك الانفعالات في الوجوه والتصاميم.

المجال الثاني: (المقياس الفرعي الثاني) و يقيس القدرة على استخدام الانفعالات لتسيير التفكير وحل المشكلات والإبداع، إنه يقيس الإحساسات (من خلال ربط علاقات بين الذوق مثلا وانفعالات معينة)، والتسيير (تحديد الكيفية التي تؤثر فيها الحالات المزاجية في العمليات المعرفية كأسلوب حل المشكلات، والإبداع، والاستدلال .. وغير ذلك).

المجال الثالث: (المقياس الفرعي الثالث) و يقيس القدرة على فهم الانفعالات (الفهم الوجداني) وذلك بقياس التوليفات، والتبدلات.

المجال الرابع: (المقياس الفرعي الرابع) القدرة على إدارة الانفعالات (الإدارة الوجدانية)، وقياس إدارة الانفعالات لدى الشخص ولدى الآخرين (إدارة العلاقات). (علي خرف الله، 2014، ص.ص 142-143)

2-6 نموذج بار-أون (E Q - I) Emotional quotient inventory :

وهو إختبار من تأليف الباحث ريفن بار-أون (Reuven Bar-on) منذ عقد من الزمن. وهو اختبار ذاتي أي أن الإنسان يقوم بنفسه بالإجابة على الأسئلة المقدمة وقد وضع هذا الاختبار من أجل التطبيقات السريرية في معرفة الصحة العاطفية للأشخاص. وقد استعمل حتى الآن مع آلاف من الأفراد حيث وجد أنه قياس دقيق ومحدد وأن كنا لا نعرف حتى الآن قدرته على توقع مدى نجاح الفرد.

ويتألف الاختبار من 133 عنصرا ويجرى في خلال نصف ساعة وهو يعطى قياسا عاما للذكاء

الوجداني بالإضافة إلى القياس المتعلق بخمسة جوانب تفصيلية تتضمن ما يلي : العلاقة الذاتية للشخص - العلاقة مع الآخرين - القدرة على التكيف - التعامل مع الصعوبات - العواطف العامة. (المبيض، 2003، ص ص 36 - 37)

ولقد ترجمت تلك القائمة إلى لغات مختلفة وتم تعميم نتائجها وتدريبها في حوالي خمس عشرة دولة وذلك لأنها مختصرة وذات معايير جيدة، ومن السهل إدارتها وتطبيقها، ويمكن الاعتماد على الكمبيوتر في استخلاص النتائج، ثم يتم تحويلها إلى نصوص داخل تقارير نهائية توضح نسب الذكاء الوجداني للمشاركين في القائمة. (جراد، 2013، ص 44)

وتطبق هذه القائمة على الأفراد من بين ستة عشر عاما أو أكثر، وتم تصميمها لقياس الكفاءات والمهارات الوجدانية والاجتماعية التي تعطي انطبعا وصورة واضحة للذكاء الوجداني والاجتماعي لدى الفرد، وليس هدف هذه القائمة هو تقييم السمات الشخصية أو القدرات الإدراكية للفرد ولكن الهدف منها تقييم قدرة الفرد على النجاح في التعامل مع متطلبات والضغوط البيئية والتكيف معها، ويتم الإجابة على الأسئلة أو المفردات من خلال مقياس متدرج من خمسة نقاط تتراوح ما بين (نادرا جدا / ليس صحيحا / صحيحا غالبا / يحدث ذلك الأمر أحيانا/ مطلقا)، ويتم تحويل الإجابات إلى نتائج ونسب. (بن غريبال، 2015، ص 86)

3-6 المقاييس المستخدمة في نموذج دانيال جولمان للذكاء الوجداني :

قام جولمان بتصميم مقياس جرد المهارات الانفعالية (ECI) على عينة قدرها 6000 فرد من شمال الولايات المتحدة الأمريكي وبريطانيا أغلبهم ذكور يحتلون مناصب من متوسطة العليا في الإدارة، تم توجيه هذا المقياس لقياس المهارات الانفعالية لدى المسيرين، الإطارات، والمديرين. وقياس 20 مهارة انفعالية تدرج ضمن الأبعاد الرئيسية لنموذج جولمان . حيث يطلب من الفرد أن يقوم بالوصف الذاتي أو وصف الغير و إدراج تقييمه على سلم يحتوي على سبع درجات. (بن جامع، 2009، ص 72)

كما نشأت العديد من المقاييس اعتماداً على نموذج دانيال جولمان للذكاء الوجداني والكفاءات الاجتماعية والوجدانية المترتبة عليه، ومن أهم تلك المقاييس :

6-3-1 مقياس الكفاءة الوجدانية (بوياتزير جولمان 1994) :

لقد قام جولمان بتصميم وتطوير مقياس الكفاءة الوجدانية لقياس وتقييم الذكاء الوجداني اعتماداً على الكفاءات المتعلقة بالذكاء العام، والذي كان يستخدم لتقييم أداء المديرين والقادة حيث كان يسمى باستفتاء التقييم الشخصي للمؤلف ريتشارد بوياتزير Boyatzis 1994 ، ويعتبر ذلك المقياس مقياساً متعدد الآليات حيث يهتم بتقديم تصنيفات سلوكية ومؤشرات للذكاء الوجداني، ويقوم ذلك المقياس بتقييم حوالي عشرين كفاءة ثم تصنيفها إلى الأبعاد الخمسة التي قدمها جولمان، ويطلب من كل مشترك أن يقدم تقريراً شخصياً عن نفسه وعن سلوكيات الآخرين ويتم تصنيفهم .

6-3-2 مقياس تقييم الذكاء العاطفي لبراد بيرري وزملائه (Brad Berry et al)

ويتكون المقياس من ثمانية وعشرين عبارة (28 بنداً) لتقييم المكونات الرئيسية التي يتضمنها نموذج دانيال جولمان Goleman للذكاء الوجداني وهي: الوعي بالذات، تنظيم الذات (إدارة الانفعالات)، إدراك الذات، (الدفاعية)، الوعي الاجتماعي. (علي خرف الله، 2014، ص 150) .

ويأخذ فقط حوالي سبع دقائق لتكاملته، ويكمن الهدف من تلك الأسئلة في تحديد وجود المهارات التي تعكس تلك الكفاءات الخمسة من عدمه.

6-3-3 استفتاء تقييم الأداء - نسخة الذكاء الوجداني :

تم تصميم مقياس الذكاء الوجداني التابع لاستفتاء تقييم الأداء كمقياس يعتمد على التقرير الذاتي، ويقاس سبع كفاءات يشتمل عليها نموذج جولمان للذكاء الوجداني، ويقاس ذلك المقياس الكفاءات الضرورية لتحسين مستوى الأداء الوظيفي حيث يشتمل على 84 سؤالاً موزعة على سبعة كفاءات مختلفة منها الإبداع والاختراع والوعي بالذات والتحفيز والتعاطف والمهارات الاجتماعية. (حسين وحسين، 2006، ص ص 64-65) .

-مقاييس الذكاء الوجداني صممت في البيئة العربية:

- هناك مجموعة من المقاييس التي أعدت لقياس الذكاء الوجداني قدمها علماء وباحثون عرب ومن هذه المقاييس:
- مقياس الذكاء الوجداني لفاروق عثمان ومحمد رزق 2001.
- مقياس الذكاء الوجداني عزت كواسة 2002.
- مقياس الذكاء الوجداني سليمان حمود ومطر 2002.
- مقياس الذكاء الوجداني السيد السمدوني 2006.

- مقياس الذكاء الوجداني عبد المنعم الدردير 2003.
- الذكاء الوجداني سامية الأنصاري 2009.
- حلمي الفيل الذكاء الوجداني 2009.
- مقياس الذكاء الوجداني علي قويدري 2016 صمم في البيئة الجزائرية.

خلاصة الفصل

من خلال ما تم عرضه في فصل الذكاء الوجداني حاولنا إعطاء نظرة شاملة على هذا المتغير الهام الذي هو ضمن متغيرات علم النفس الإيجابي، حيث تعرضنا في هذا الفصل إلى عدة محاور من عدة زوايا محاولين أن نربط بينها ربطا منهجيا، بداية تطرقنا إلى نشأة هذا المصطلح وجذوره التاريخية بداية من "تورندايك" و"وكسلر" و"جاردنر" ومرورا بـ "بار-أون" و"ماير" و"سالوفي" وكذلك "دانيال جولمان"،

ثم استعرضنا المفاهيم النظرية لمصطلح الذكاء الوجداني وعرض مختلف النماذج النظرية المفسرة للذكاء الوجداني، نموذج القدرة وقد تبنى هذا التعريف كل من "ماير" و"سالوفي"، ونموذج الكفاءات والمهارات والسمات الذي يتباه كل من بار-أون وجولمان.

وفي المحور الثالث أشرنا إلى أهمية الذكاء الوجداني في مناحي الحياة المختلفة في المجال الأكاديمي والمهني والطبي والنفسي والأسري ، ومساهمة كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع في تكوين الذكاء الوجداني. ثم تطرقنا إلى النماذج النظرية المفسرة للذكاء الوجداني وأبعاد كل نموذج حيث قسمنا هذه النماذج إلى نموذج القدرة لماير وسالوفي ونموذج الكفاءات والسمات الذي تبناه من بار-أون وجولمان.

وفي الأخير ختمنا هذا الفصل بالإشارة إلى الطرق المختلفة لقياس الذكاء الوجداني سواء المقاييس الأدائية أو اختبارات التقرير الذاتي، وتم عرض نتائج لتلك الأدوات.

الإكتئاب

- تمهيد
- مفهوم الإكتئاب
- أسباب الإكتئاب
- أنواع الإكتئاب
- أعراض الإكتئاب
- النظريات المفسرة للإكتئاب
- علاج الإكتئاب
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعد الاكتئاب النفسي من أكثر الأمراض النفسية إنتشارا في الوقت الحالي التي تصيب الأفراد على مختلف أعمارهم، بحكم عصر السرعة الذي نعيش فيه وكثرة المتطلبات والأحداث، والشخص الذي يعاني من اضطراب الاكتئاب يصبح أسيرا لمشاعر نفسية سلبية وتصنف أعراضه ضمن جدول عيادي خاص، يكون من الصعب عليه التأقلم والانخراط في المجتمع الذي يقيم فيه وربما تجعله فردا ضارا لنفسه ولأسرته والمجتمع. وقد أشارت الدراسات والبحوث التي أجريت على عينة من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب النفسي إلى أن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الآخذة بالانتشار بشكل كبير ، بين الأفراد المصابين بمرض الضغط الدموي، سواء المرتفع أو المنخفض المستعملين للعلاج الدوائي للضغط الدموي، وعلى الرغم مما يشكله الاكتئاب من مخاطر على الصحة النفسية للأفراد فإنه يؤثر أيضا على الصحة الجسدية . وتؤكد الدراسات العلمية إرتفاع نسبة حدوثه مستقبلا حيث أن الكل معرض له على إختلاف أعمارهم وظروفهم، وفي هذا الفصل سيتم التطرق إلى تعريف الإكتئاب النفسي وأسبابه وتصنيفاته وأعراضه والنظريات المفسرة له وكيفية تشخيصه وعلاجه .

1- مفهوم الاكتئاب:

1-1 تعريف الاكتئاب لغة:

يقول ابن منظور (كَأَب) : الكآبةُ : سوء الحال، والانكسار من الحزن. كَثِبَ: يَكْأَبُ كَأْبًا وكَأْبَةً وكَأْبَةً، كَنْشَاءً ونشَاءةً، ورَأْفَةً ورَأْفَةً، واكْتَأَبَ اكْتِئَابًا : حَزَنَ واغْتَمَّ وانكسر، فهو كَثِيبٌ وكَثِيبٌ، وفي الحديث " أعوذ بك من كآبة المُنْقَلَبِ. "

الكآبةُ : تغير النفس بالانكسار، من شدة الهم والحزن، وهو كَثِيبٌ ومَكْتُئِبٌ، المعنى أنه يرجع من سفره بأمر يجزئُه، الكآبة: الحزن لأن الخائف محزون. ورماد مَكْتُئِبٌ اللَّوْنُ إذا ضرب إلى السواد كما يكون وجه الكَثِيبِ. (ابن منظور، 1990، 694 – 659)

الاكتئاب Depression لفظة مشتقة من اللاتينية Deprimo وتعني "كبت" أو "قمع". كما أن لكلمة اكتئاب مرادفات كثيرة منها الإنقباض والمالنخوليا، والإنقباض مأخوذ من انقبض يعني تجمع وانطوى الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل وانقبض عن القوم فهجرهم. (عبد الحميد بن بريك، 2014، ص 89).

2-1 تعريف الاكتئاب اصطلاحاً :

إنه من الصعب وضع تعريف واحد معمّم للاكتئاب، لأن له معاني كثيرة وجملة من الأعراض الإكلينيكية المختلفة تتجمع معاً، و تعدد الأسباب وسأحاول ذكر بعض هذه التعاريف:

يعرف بيك (Beck) الاكتئاب بأنه ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة .

(Beck et al ,1980, P84)

وعرفه أيضاً "برونز" و "بيك" (Beck & Burns) بأنه: "مجموعة من السلوكيات تتسم بالهبوط الحركي واللفظي، والبكاء، والحزن، وفقدان الاستجابة المرحلية، وفقدان الاهتمام بالأشياء، وفقدان الثقة بالنفس، والأرق، وفقدان الشهية". (المسحر، 2007، ص 20)

ويعرف أيضاً بأنه اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، ويحدث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار. (نايف الحمد، حازم المومني، 2014، ص 17)

وتعرفه منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر (ICD-10) بأنه انخراط في المريض وفقر في اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين، وتتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في كل نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب، وتتلخص هذه

الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه، ومعاناته من الإحساس وعدم أهميته، التشاؤم، سرعة الإحباط، أو انعدام القوة، والتفكير في إيذاء نفسه، بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع، ثم انعدام الشهية. (نوفل ناصر، 2016، ص 121)

ويعرف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي يصاحبه مجموعة من الأعراض الإكلينيكية التي توضح الحالة النفسية والمزاجية للفرد التي تتمثل في الحزن الشديد، والإحباط وفقدان الاهتمام، وعدم الاستمتاع بأي شيء والشعور بالتعب والإرهاق عند القيام بأي عمل، وضعف القدرة على التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والشعور بالذنب والإحساس بالتفاهة، وعدم القيمة، وعدم القدرة على النوم، وانعدام الثقة بالنفس. (دانيا الشبؤون، 2011، ص 770)

ويعرف الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس بأنه حالة نفسية مرضية تتميز بوجود اضطراب يصيب المزاج، فينتج عنه الإحساس بالحزن والتشاؤم والميل إلى التنقيص من قيمة الذات بكيفية مستمرة خلال فترة لا تقل عن أسبوعين. والذي هو ناتج عن ظروف وأحداث الحياة ويعتبر تفاعليا أو أنه لا يرتبط بأي مشاكل خارجية وبهذا يعتبر داخليا ويصنف إلى أكثر من نوع. (DSM-5, 2015).

كما يتميز الاكتئاب بالحزن أو فقدان الاهتمام والسرور المرتبط بالمشاعر من الشعور بالذنب أو تقدير الذات، النوم أو شهية مضطربة، مشاكل في التركيز أو أفكار انتحارية. هذه الأعراض مكثفة وطويلة الأمد ولها تأثير كبير على الأنشطة والأداء الأفراد. وهكذا تكون الاضطرابات الاكتئابية مسؤولة عن 35 إلى 45٪ من حالات التوقف عن العمل ويمكن العثور عليها في أكثر من نصف الحالات الموت بالانتحار. (Christophe Léon, 2018, 638)

2- أسباب الاكتئاب:

إن سبب الاكتئاب غير معروف حتى الآن ، وأحيانا قد لا يكون هناك في الواقع سبب ظاهر ، ويعتقد الخبراء أن بعض الأشخاص قد ولدوا وهم يمتلكون استعدادا لأن يصبحوا مكتئبين بسهولة، إنهم يعتقدون أيضا أن الحزن والأمراض والعوامل الأخرى يمكن أن تؤدي إلى عدم توازن في بعض كيمياء الدماغ وتسبب الاكتئاب، بعض الناس يصبحون مكتئبين بعد حدوث تغير كبير في حياتهم ، وفاة شخص يحبونه أو طلاق أو فقدان العمل أو تبديل محل الإقامة، حتى الأحداث السعيدة مثل أن يصبح المرء الوالد أو الوالدة ، أو أن يتزوج أو حتى تغيرات أصغر من ذلك في الحياة يمكن أحيانا أن تسبب الاكتئاب، مهما كان التغير صغيرا أو كبيرا في الحياة، التغيرات يمكن أن تصبح مجهدة ويمكن أن تؤثر على نفسية شخص ما بشكل كبير . ويرجع الباحثون أسباب الاكتئاب إلى عدة عوامل أساسية نذكر منها مايلي:

2-1-عوامل بيولوجية:

2-1-1 النواقل العصبية: في السنوات الأولى من أبحاث الاكتئاب جرى الاعتقاد أن الناقل العصبي "التورفين" هو الناقل الأبرز المسؤول عن الاكتئاب فهو يؤدي دورا أساسيا في الاستجابات العاطفية وتقع في المساحات التي يتضاءل فيها نشاط الدماغ أثناء فترات الاكتئاب، واستنتج العلماء أن الاكتئاب ينجم عن تضائل مستويات "التورفين" ، وباشرت شركات العقاقير بتطوير أدوية مضادة للاكتئاب تعمل أساسا على زيادة نشاط "التورفين" في خلايا الدماغ. (Keith Kramlinger, 2002, p 51)

أما الطبيب الدكتور شيلدر ديبراه روزمان ذكر أن المنطقة المسؤولة عن العواطف السلبية والاكتئاب في الدماغ هي منطقة الفص الجبهي ، ويرتبط ارتباطا وثيقا بالطريقة التي يستجيب بها الأشخاص لأي توتر وقلق خارجي. (Childer Deborah Rozman, 2017, p 21)

2-1-2 الهرمونات:

بسبب الخلل في وظيفة الجهاز الغدي اضطرابات في المزاج ، وأيضا الاضطراب الاكتئابي في أعقاب الولادة والذي يحدث نتيجة الهبوط الشديد في مستويات "البروجستيرون" المصنع في المشيمة ، كما يجمع معظم الباحثين على وجود فرط في النشاط القشري للغدة الكظرية عند مجموعة من مرضى الاكتئاب وارتفاع مستويات "الكورتيزول" لديهم.

2-1-3 الشوارد:

من المعروف أن كمون العمل والراحة للخلايا العصبية والعضلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرهما من الشوارد أيضا تأثير على استقلال مواد النقل العصبية. وقد أثبت كل من كوبن coppen وجماعته 1966 وجود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم في الاكتئاب النهائي يؤدي إلى زيادة الصوديوم داخل الخلايا. (محمد الحجار، 1989، ص 86).

2-1-4 العوامل الوراثية:

تؤكد الدراسات أن عدد الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب في أسرة المريض يزداد بمقدار 3 أضعاف عن الأسرة العادية، وهذا ما يؤكد العامل الوراثي في مرض الاكتئاب ويلاحظ ارتباط الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الشخصية الإكتئابية التي لديها استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب. وفي دراسات أجريت على التوائم تبين أن الاستعداد الوراثي للاكتئاب يوجد لدى التوائم بغض النظر عن الظروف المحيطة بهم مما يؤكد وجود عامل وراثي قوي يؤدي إلى انتقال الاكتئاب بالوراثة. (لطفي الشريني، 2004، ص ص 55-56)

2-1-5 أسباب جسمية وفيزيولوجية:

- الأمراض المزمنة مثل: الكبد والكلية وقرحة المعدة والسرطان والغدد والسكر وأمراض الدم، وضعف جهاز المناعة والوهن الجسدي والضعف العام.

- الآثار الجانبية لاستعمال بعض الأدوية الكيميائية لمدة طويلة .
- تعاطي المخدرات بأنواعها لاستعمال بعض الأدوية الكيميائية لمدة طويلة .

2-2 عوامل نفسية:

هناك عدة أسباب تتدخل لنشوء هذا الاضطراب ، من بينها الأسباب النفسية كالإنفعالات المكبوتة والقلق والصراع والإحباط، ويمكن أن نذكر الصراع الموجود داخل النفس الذي يحدث نتيجة لتعارض رغبتين لدى الإنسان أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد، وفي داخل كل واحد منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة وبين الطموحات والتطلعات وبين الواقع والقدرات، ذلك بالإضافة إلى جوانب أخرى للصراع مثل: إشباع الدوافع الجنسية، ومن العوامل النفسية أيضا ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من خبرات مؤلمة والمحصلة النهائية في الغالب تكون حالة مرض. (لطفى الشريني، 2001، ص ص 43-44)

كما يرى أنصار النظرية المعرفية أن المعرفة تلعب دورا أساسيا في حدوث وإستمرار وعلاج الإكتئاب الإكلينيكي، ويعتبر (آرون بيك) A. Beck أن الإكتئاب حدث ينتج عن الإعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة لذاته وللعالم وللمستقبل وهذه المعارف السلبية ينتجها الإكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة التي تتسم بالواقعية، فالشخص المكتئب يجد نفسه ضائعا ودائم اللوم لذاته . ويرى ألبرت أليس (Albert Ellis) أن الاكتئاب اضطراب وجداني (Disorder Affective)، يرجع إلى التشوهات المعرفية والتفكير اللامنطقي التي تحدد الاستجابة الوجدانية للفرد المكتئب، حيث يرتبط التعميم بكثير من الأنماط المرضية خاصة الاكتئاب والفصام، فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا، فتوجه نقد غير مقصود له قد يعني عنده أنه فاشل لا يحسن التفكير، وفشله في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني أنه إنسان عاجز عن تحقيق آماله في الحياة. (نايف المومني، 2014، ص 11)

2-3 عوامل بيئية اجتماعية:

ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم، الخصائص المزاجية الإكتئابية للوالدين أو أحدهما ، التفكك الأسري والإنفصال المبكر للوالدين أو عنهما، الخلافات الوالدية الشديدة أو اضطراب المناخ الأسري. (لويس ألبرت، 2018)

2-4 أسباب ذاتية شخصية:

أجرى الباحثون دراسات عديدة لتحديد الأسباب النفسية والشخصية الذاتية للاكتئاب والتي تجعل بعض الناس أكثر عرضة للإصابة به من غيرهم. وأشارت النتائج إلى أن هناك صفات مشتركة بين العصائيين (أكثرهم مصابون بالاكتئاب العصابي) وهي:

-قلة احترامهم للذات.

-أنهم يميلون نحو الحد الأدنى عند تقديرهم لذواتهم.

- أنهم يشعرون بقلّة الكفاءة أو عدمها.
- أنهم غير راضين عن أنفسهم ولا عن انجازاتهم وقد ينكرونها وكم أظهرت نتائج الدراسات أن بعض سمات الشخصية السلبية مثل: النظرة السلبية للحياة وللذات، تعتبر عوامل مساعدة للإصابة بالاكتئاب فضلا عن استمرار المعاناة منه، حيث يظل المكتئب ي عو أسباب النجاح لعوامل خارجية، وأما أسباب الفشل فيعزوها لعوامل داخلية ذاتية دون أن يعلم الأسباب الحقيقية لفشله، فيكره ذاته ويحقرها ما يزيد من اكتابه .
- سوء التوافق مع أقرب الناس، ووجود كره أو عدوان مكبوت لا يسمح له الأنا الأعلى يتوجه للخارج، فيتجه نحو الذات، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.
- النقص في اكتساب المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على حل المشكلات وتكرار التعرض لخبرات منفرة.
- المهجرة أو السفر الطويل والابتعاد التام عن الأهل والأقارب والأصدقاء.
- الفقر الشديد والاعتماد على الآخرين في تلبية المتطلبات الأساسية للحياة.
- فقد الأحبة بالموت أو المرض.
- الإغراق في الماديات وإشباع المتطلبات الجسدية فقط وإهمال مطالب الروح.
- قد يتعلم الأطفال من الوالدين أو أحدهما بعض الأنماط الفكرية السلبية مثل: التشاؤم وإساءة الظن والحساسية المفرطة، وبعض السلوكيات غير السوية مثل: الانطواء والعزلة والعصبية، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للاكتئاب من غيرهم.
- التقاعد من العمل وعدم التخطيط للحياة والانشغال بالتفكير السلبي، وسيطرة الأفكار السوداوية وفراغ حياة الإنسان من أي أعمال إيجابية، والإحساس بالعجز والكسل وعدم الإنجاز وعدم الفاعلية.
- المشكلات الحادة في الأسرة والعمل، وخاصة إذا كانت شخصية الفرد الذي يتعرض لتلك المشكلات تتسم بالتشدد وعدم المرونة.
- اضطراب الشخصية مثل: عدم توازن الانفعالات، تضخيم الأمور، وتقلبات المزاج والوجدان، والوساوس، كل هذه السمات غير السوية تجعل الفرد أكثر تعرضا للإصابة بالاكتئاب من غيره من الشخصيات السوية .(علا عبد الباقي، 2009، ص 80)

3- تصنيف الاكتئاب:

توجد العديد من التصنيفات المختلفة للاكتئاب، ويرجع هذا الإحتلاف والتباين إلى تباين النظريات والتوجيهات الخلفية للعلماء، فهناك من ينظر إلى ثلاثة مستويات هي: إكتئاب بسيط (Mild)، وإكتئاب متوسط (Moderate)، وإكتئاب شديد (Severe)، وهناك من يصنف الإكتئاب إلى في ضوء النظرة التعددية (Pluramistic)، أو في ضوء النظرة المزدوجة (Dualistic)، الذي يفترض أن يوجد نمطان للاكتئاب أحدهما عكس الآخر، أو في ضوء النظرة المزدوجة أو التعددية التي تصنف الإكتئاب إلى أنواع كثيرة . (حامد زهران، 1997، ص 115)

فمن حيث الأسباب هناك نوعين رئيسيين للاكتئاب وهما:

- **الاكتئاب الأولي**: ليست له أسباب محددة ، ولا يمكن إرجاعه لعوامل أو ظروف واضحة.

- **الاكتئاب الثانوي**: يحدث نتيجة لأسباب محددة وعوامل وظروف واضحة ومعروفة، وهذا النوع قد ينتج عن الإصابة بأمراض عضوية مزمنة مثل: أمراض القلب، والسكر والسرطان والكبد والروماتيزم وأمراض نقص المناعة وبعض أمراض الدم . (Shinn EH, Poston, 2001)

ومن حيث المنشأ: يوجد نوعين أساسيين أيضا كما يلي:

- **الاكتئاب الذهاني أو العقلي**: وهو داخلي المنشأ وراثي الجذور وله أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها: الجمود الإنفعالي والبطء الحركي، والكآبة الدائمة.

إن هذا الصنف من اضطراب الاكتئاب يمكن اعتباره حاد الشدة يحتوي على أعراض ذهانية وبيولوجية واضحة ومن أبرز أعراضه الإكلينيكية هي: العزلة التامة عن الآخرين، شعور دائم بالقلق دون أسباب واضحة، الضجر والسآمة واليأس، اضطرابات النوم مع كوابيس، الخطيئة والشعور بالذنب، تحقير الذات الصداق الشديد الإمساك المزمن، أفكار انتحارية.

والمريض بالاكتئاب الذهاني نجده لا يستطيع أن يواصل حياته المهنية الاجتماعية كذلك نجده حقيقة يشعر بأنه شخص تافه وذو سلوك قدر، ويرى أن كل ما يحدث له بسببه وليس بسبب الآخرين، كما نجد عند المريض إكتئاب ذهاني حيث تظهر عليه توهمات وهلاوس وهواجس، وأعراض اكتئابية بدنية، وإن أعراض هذا الاكتئاب لدى المرضى لا تتأخر بتغير البيئة. (محمد الأديب الخالدي، 2009 ، ص 383) .

- **الاكتئاب العصبي أو الإنفعالي**: ويطلق عليه أيضا الاكتئاب النفسي وهو واسع الانتشار، ويرجع إلى عوامل خارجية مثل: ظروف البيئة المحيطة بالفرد إلى عوامل نفسية وإنفعالية خاصة بالفرد ذاته.

وهو حالة من الحزن الشديد المستمر يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي لاكتتابه، وهو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العيادي، والذي قد يكون له مبرر في الخارج والشخص الذي يعاني من الاكتئاب العصبي فقد يصل في تشاؤمه وفي إحساسه في الشفاء وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار. (محمد جاسم، 2004 ، ص 386)

أما تصنيف الاكتئاب من حيث درجاته فينقسم إلى ثلاثة أنواع كما يلي:

- **الاكتئاب البسيط (Simple Dépression)**: وهو أخف صور الاكتئاب وأعراضه متوسطة ومحتملة وتأثيراته البدنية قليلة، وأسبابه أغلبها خارجية من البيئة المحيطة بالفرد، وبعضها نفسي و إنفعالي ذاتي وكلها واضحة يمكن التعرف عليها بسهولة، وعلاجه سريع وحاسم ونادرا ما تحدث حالا ت نكوص بعد العلاج. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009 ، ص 23)

ويكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة، ولكن لا يوجد اختلال في الوظائف العقلية. (علاء الهور، 2016، ص 35)

الاكتئاب الشديد (Sévère Dépression): وهو حالة حادة من حالات الاكتئاب تمتد لفترة طويلة وتؤدي إلى خلل في أداء الوظائف الطبيعية للإنسان فضلا عن اضطراب الأعمال الحياتية اليومية وقد يصل الأمر إلى ظهور بعض الذهانية مثل: سماع أصوات ليس لها وجود أو تشوش التفكير بأفكار اضطهادية ومحاولات إنتحار. (علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص 26)

الاكتئاب الجسيم Major Dépression: وأعراضه نفس أعراض الاكتئاب الشديد ويضاف عليها أعراض أخرى ذهانية وتكثر فيه محاولات إنتحار.

ويطلق عليها أيضا إكتئاب ذهاني، وذهان إكتيبي تفاعلي، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطوارا حادة، وذهانية وضلالات، وهلاوس، وبطئ نفسي حركي، قد يتطور إلى حالة من السبات، وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض، ومن بينها الإضراب عن الطعام، وهياج يصعب السيطرة عليه، أو أعمال إندفاعية انتحارية، وهو ما يطلق عليه بالسوداوية الفجائية. (نوفل ناصر، 2016، ص 138)

ويدخل تشخيص هذا النوع من الاكتئاب مع بعض الأمراض العقلية مثل: الذهان والهوس، يفقد الشخص قدرته على العمل وبصاف باضطراب شديد في النوم والشهية ويمتنع عن الإستمتاع بأي شيء في الحياة ويلاحظ عليه إنكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، وقد تمتد نوبة الاكتئاب الجسيم لعدة أسابيع وتزداد أعراضه في فترة الصباح وتقل تدريجيا في المساء وقد تعاود نوباته للظهور مرة أخرى بعد العلاج وهو ما يطلق عليه النكوص. ويصنف الاكتئاب من حيث أعراضه إلى أنواعه الآتية:

إكتئاب التعب، الإكتئاب المزمن، الإكتئاب ثنائي القطبية ، إكتئاب أحادي القطب، الإكتئاب الموسمي، إكتئاب الولادة أو النفاس، الإكتئاب التفاعلي أو الموقف، الإكتئاب الشرطي، إكتئاب سن القعود.

إكتئاب التعب Naging Déprissions:

وهي من النوع الأول أي ليس له أسباب محددة ، وترجع تسميته (بالتعب) إلى كثرة شكوى المريض وتدمره الدائم، والميل إلى الإزعاج وجلب النكد لمن حوله وهذا هو التفسير اللغوي لكلمة (تعب).

المكتئب من هذا النوع يشكو من نفس الأعراض المعروفة للإكتئاب بصفة عامة ويزيد عليها: القلق الزائد والخوف من المجهول، والتعلق المرضي بمن حوله بطريقة مزعجة بحيث يريد لهم حوله طول الوقت، كأنه طفل يخشى أن يتركه أبواه، ويشتكى المريض من أعراض جسمية ونفسية ليلا ونهارا. ويرغم شكواه المستمرة إلا أنه لا ينتظم في العلاج الموصوف له متذعرا بأنه غير مجد ولا فائدة منه، ويدعى بأنه لا يوجد أي تحسن في هذا العلاج. وقد يشكو من كثرة المتاعب والآلام التي ألمت به بعد تناول العلاج ، ويردد المريض باستمرار عبارات يائسة مثل: "أنا أسوء مما كنت" ويبدو عليه التشاؤم دائما.

وقد يطلق البعض على هذا النوع من الاكتئاب تسمية أخرى هي "الإكتئاب الطفيلي الإعتماذي". ويتميز بأعراض الآتية: القلق، التوتر، التوجس، توقع الحوادث، الشعور بالتهديد المستمر، الأرق، الشعور بالإختناق أو قصر النفس، سرعة ضربات القلب وكثرة التعرق، وبرودة الأطراف وقلة الشهية للطعام ، ولا يشعر بالاستقرار في أي مكان ويلوم كل من حوله على معاناته وأنهم بإهمالهم له تسببوا في مأساته، ويلقى عليهم دائما مسؤولية إيجاد حل له ويعلن ذلك طول الوقت بشكل مباشر وغير مباشر. (علا عبد الباقي ، 2009، ص 27-28)

-الإضطراب الاكتئابي المزمن:

وهو اضطراب الوجدان المزمن، ويتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وعلى مدى معظم الأيام وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل، كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين. أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الانفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل. وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية:

1-ضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الأكل.

2-الأرق أو الإفراط في النوم.

3-انخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب.

4-انخفاض تقدير الذات.

5-ضعف القدرة على التركيز و وجود صعوبة في اتخاذ القرارات.

6-الشعور باليأس.

كذلك فإِنَّ هذه الأعراض يجب أن تؤدي إلى حدوث الضيق النفسي، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح في الأداء الوظيفي للفرد اجتماعيا أو مهنيا أو في أي مجال هام آخر، ويعرف هذا الإضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادي والعشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بداية متأخرة. (واکلي بديعة، 2013، ص65)

١-إكتئاب ثنائي القطب:

هناك صعوبة كبيرة في تشخيص المرض منذ المقابلة الأولى ، تتراوح المدة الزمنية من أول مقابلة أو حصة من 5 إلى 10 حصص.

وأطلقت عليه هذه التسمية لأن أعراض هتجمع بين أعراض الإكتئاب وأعراض الهوس ، وتحدث بطريقة دورية ويكون التغير من خلال التقلب الحاد في الانفعالات والوجدان، وقد يحدث التقلب سريعا، وقد يكون متدرجا في بعض الحالات ، وأحيانا تكون الأعراض واضحة وفي طور آخر تكون غير واضحة ، حيث تتأرجح الحالة بين الهوس والاكتئاب. (Baldessarini,2017)

١- اكتئاب أحادي القطب:

ويطلق على الإضطراب الإكتيبي أحادي القطب (Depression Unipolar)، نوبة إكتئاب عظمى (Major Depression)، بشرط ألا يتضمن أعراضه أعراض أخرى مثل الهوس والهلاوس.

يتسم بوجود نوبة إكتئاب جسيمة واحدة، ولا وجود لنوبات الهوس إطلاقاً، أو نوبات مختلطة، أو هوس خفيف، وليس سببها فصام وجداني، وليس حالة تالية لفصام، أو اضطراب فصامي الشكل، أو اضطراب ذهاني غير مصنف في مكان آخر. (نوفل ناصر، 2016، ص 142).

٢- إكتئاب النفاس: ويطلق عليه الاكتئاب ما بعد الولادة ، وسمي بهذا الإسم لأنه يحدث للمرأة بعد الولادة مباشرة وقد يحدث قبيل الولادة ويستمر بعدها، ويصاب بهذا النوع 10% من النساء اللاتي ينجبن طفلاً جديداً. يكون مصحوباً بالقلق أو هجوم من مشاعر الخوف. (Miller et al, 2006).

وأحيانا يكون مصحوب بهلاوس وهذات كأفكار إيذاء طفلها أو نفسها ، يصيب 1/500 ويزيد احتمال خطورة الإصابة عندما يكون واحد مصاب في العائلة، أي توجد إصابة سابقة في تاريخ العائلة، وتتراوح نسبة الإصابة من 30 إلى 50 % . (Munk Olsen et al, 2009).

٣- الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي (Reactive Depression)

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل: رسوب طالب، أو خسارة، أو فقد عزيز، وهو قصير المدى.

٤- الاكتئاب الشرطي (Cop Depression)

وهو اكتئاب مصدره الأصلي يعود إلى خبرة جارحة تعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه، أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة .

٥- اكتئاب سن القعود : (Involutional Depression Reaction)

ويحدث عند النساء في الأربعينيات ،وعند الرجال في الخمسينيات، أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد .ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء، وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة، وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحيانا سوداء سن القعود (Involutional Melancholia). (علاء الهور، 2016، ص 35)

٦- الاكتئاب الموسمي:

ويرتبط حدوثه ببعض فصول السنة دون غيرها ، وتكون نوباته بصورة دورية في نفس الفصل الذي حدث فيه، ويأتي بكثرة في فصل الشتاء وقد يحدث للبعض في فصل الصيف، يكون مصحوباً بأعراض تميزه عن غيره من أنواع الاكتئاب الأخرى مثل: وجود نقص في الحيوية، وزيادة شديدة في النوم، ونهم شديد للأكل .

وتتحسن معظم الحالات هذا الاكتئاب بالتعرض المنتظم للضوء الساطع في فترات الصباح الباكر ، بالإضافة إلى تناول بعض مضادات الاكتئاب البسيط حسب ما يقرر الطبيب المعالج. (علا عبد الباقي، 2009، ص.ص 30-32) .

4- أعراض الاكتئاب:

من بين أعراض الاكتئاب نجد : مزاج مكتئب، فقدان الاهتمام أو المتعة، فقدان الوزن أو زيادته، أو انخفاض أو زيادة الشهية، الأرق أو فرط نوم، تملل أو تباطؤ حركي نفسي، إرهاق أو فقدان للطاقة، الشعور بانخفاض قيمة الذات أو الشعور بالذنب المفرط، وانخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات، أو التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار.

هذه الأعراض تقدم بشكل مستمر تقريبا، أي عمليا طوال اليوم وكل مرة تقريبا. يجب أن يكونوا حاضرين لمدة أسبوعين متتاليين ويمثلون تغييرا في حالة وعمل الشخص. (Dominique Noel, 2015, p7) كما أن هناك العديد من العلامات المتفاوتة للاكتئاب النفسي ، نجد أعراضا جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الإنفعالي والمعرفي، الجانب الفسيولوجي، الجانب السلوكي، الجانب الاجتماعي وهي كالآتي:

1- الجانب المعرفي:

- تشتت الانتباه.

- صعوبة في التركيز.

- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.

- فقر في القدرة على التجريد.

- فقدان الاستبصار.

- ضلالة في الحكم على الأمور.

- الأفكار الانتحارية.

- اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس ، ومشاعر دونية ، والشعور بالذنب ، وكذلك وجود فقرة وضحالة في محتوى التفكير. (محمد حسن غانم، 2006، ص.ص 108-109)

2- الجانب الفيزيولوجي :

- اضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان، ونقص الوزن أو زيادته.

- اضطراب في النوم ، حيث نجد صعوبة في الدخول إلى النوم مع الأرق ، أو زيادة النوم إلى حد الإفراط في

انحصار الطاقة الجنسية. (عبد الستار عسكر، 1999، ص 79)

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء.
- اضطرابات هضمية.
- اضطرابات معدل ضغط الدم.
- تأخر موعد الطمث.
- انتشار الألم في الرقبة والأطراف والمفاصل و الرأس .
- ضيق التنفس .
- نقص الطاقة .
- اضطرابات في الهضم كالإسهال أو الإمساك. (مدحت أبو زيد، 2009، ص 43)

3- الجانب النفسي:

- تدني احترام الذات.
- استمرار مشاعر الحزن.
- التهيج.
- مشاعر اليأس.
- الدمع.
- التردد.
- الشعور بالذنب.
- عدم وجود الدافع.
- القلق والتوتر.
- فقدان الدافع الجنسي.

4- الجانب الاجتماعي:

- صعوبات في الحياة المنزلية والعائلية.
- ضعف الأداء في العمل.
- تجنب الأنشطة الاجتماعية.
- انخفاض الاهتمام بالهوايات المعتادة / التسلية.

ويرى بيك أن الأعراض الإكتئابية تكمن في واحد وعشرين 21 عرضا وهي كالتالي:

- الحزن (Sadness)، التشاؤم (Pessimism)، الشعور بالفشل (Feeling of Failure)، نقص الرضا (Lack of Satisfaction)، الذنب (Guilt)، الإحساس بالعقاب (Sense of punishment)، كراهية الذات (Self dislike)، اتهام الذات (Self accusation)، رغبات انتحارية (Suicidal wishes)، نوبات البكاء (Crying)

spells ، التهيج (irritability) ، الانسحاب الاجتماعي (social withdrawal) ، تغيير صورة الجسم (Body Distortion) ، صعوبة العمل (Work inhibition) ، الأرق (insomnia) ، سرعة التعب (Fatigability) ، فقد الشهية (Loss of appetite) ، فقد الوزن (Loss of weight) ، الانشغال الجسدي (Somatic_n) ، فقد الليبدو (Loss Of Libido). (Beck , 1997, p40)

وأورد بلاكبورن وكوترو (2004) تحديدا دقيقا لأعراض هذا الإضطراب وهو التعريف الجامع له، والذي يتمثل فيما يلي:

الاكتئاب هو تناذر يطغى عليه المزاج السوداوي الذي يتجسد في التعبير اللفظي وغير اللفظي للانفعالات الحزينة و /أو الحصرية . كما تحتوي على العديد من الإضطرابات التي تؤثر على الكثير من الوظائف: *إضرابات الوظائف الإعاشية : الأرق زيادة أو انخفاض، التغذية زيادة أو انخفاض، فقدان الليبدو، انخفاض الطاقة.

*إضطرابات الوظائف المعرفية : فقدان تقدير الذات، التردد، التشاؤم، اليأس غير الواقعي، وظهور الأحلام المزعجة، مواقف سيكولوجية سلبية في العموم.

*إضطرابات الوظائف الإرادية الحافزية : عجز في النشاط، الاهتمام والاستمتاع، والرغبة في الهروب بواسطة الانتحار.

*إضرابات سلوكية : إثباط نفسي حركي أو تهيج، انخفاض السلوكيات النشطة المنتجة، وازدياد السلوكيات السلبية والغير منتجة. (Blackburn & Cottraux, 2006, p2)

في حالة الأفراد الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب كاضطراب نفسي، فإن مظاهر الحالة المزاجية المنخفضة تكون أكثر حدة وتميل إلى الاستمرار. الاكتئاب يحدث في كثير من الأحيان في النساء أكثر من الرجال. بعض الاختلافات في الطريقة التي تم بها العثور على مظاهر الاكتئاب على أساس الجنس والعمر.

في الرجال يظهر في كثير من الأحيان مثل التعب، والتهيج والغضب. قد تظهر المزيد من السلوك المتهور وإدمان المخدرات والكحول. كما أنهم لا يميلون إلى إدراك أنهم مكتئبون ويفشلون في طلب المساعدة. في النساء الاكتئاب يميل إلى الظاهر على أنه حزن، وعدم القيمة، والشعور بالذنب. في الأطفال الأصغر سنا من المرجح أن يظهر الاكتئاب على أنه رفض المدرسة، والقلق عند الانفصال عن الوالدين، والقلق بشأن وفاة الوالدين. المراهقون المكتئبون يميلون إلى أن يكونوا متهيجين، عنيدين ، ويواجهون مشاكل في المدرسة.

كما أنهم في كثير من الأحيان يعانون من سوء التغذية، أو اضطرابات الأكل، أو تعاطي المخدرات. في كبار السن قد يظهر الاكتئاب بشكل أكثر براعة لأنهم يميلون إلى أن يكونوا أقل احتمالا للاعتراف بمشاعر الحزن ، والأمراض الطبية التي هي أكثر شيوعا في هذا المجتمع يساهم أيضا أو يسبب الاكتئاب .

(Charles B. &2000)

- وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5,2015) فقد ميز الاكتئاب النفسي الجسيم بوجود معايير له يمكن وصفها بـ:
- A- تواجد خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما:
- (1) مزاج منخفض أو فقد الاهتمام أو المتعة.
 - ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.
 - (2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها ، ذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.
 - (3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام ، أو كسب وزن مثل (التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.
 - ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع عند الأطفال.
 - (4) أرق أو فرط في النوم كل يوم تقريبا.
 - (5) هياج نفسي حركي ، أو خمول كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
 - (6) تعب أو فقد كل يوم تقريبا.
 - (7) أحاسيس بانعدام القيمة ، أو الشعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توها) ، كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.
 - (8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
 - (9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) ، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- (B) تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- (C) لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار تناول دواء)، أو عن حالة طبية أخرى
- ملاحظة: المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة. نوبة الاكتئاب الجسيم شائعة في اضطراب ثنائي القطب I، ولكنها غير مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب . (DSM-5,2015).

5- تشخيص الاكتئاب:

إن عملية التشخيص بالنسبة لأي مرض نفسي أو عضوي هامة للغاية ، حيث تترتب عليها طريقة العلاج في الوقت المناسب لكل حالة وكما يقولون "التشخيص نصف العلاج".

وتشخيص الإكتئاب بصفة خاصة صعبة ومعقدة، وذلك لتعدد أنواعه ودرجاته وأن لكل منها أسلوب للعلاج بالإضافة إلى وجود بعض الاضطرابات النفسية التي قد تكون مصاحبة للإكتئاب مثل الهوس المصاحب للإكتئاب وهو ما يطلق عليه الإكتئاب في بعض الأعراض مثل القلق وبعض أنواع الهستيريا، وهناك أيضا بعض الأمراض العضوية التي تكون مصحوبة باستجابات وأعراض إكتئابية مثل: أمراض الجهاز العصبي وتصلب الشرايين وأمراض القلب والجهاز الدوري، لذلك كله لا يكفي لتشخيص الإكتئاب مجرد ظهور بعض أعراضه العامة، أو معظمها على الشخص للحكم بأنه مصاب بالإكتئاب، بل ينبغي دراسة كل حالة والتعرف على ظروفها وملابساتها والأحداث التي وقعت لها والأمراض الأخرى التي أصيب بها في القريب والبعيد.

كما يجب معرفة الأدوية التي يتعاطاها المريض، فقد تكون الأعراض الإكتئابية في بعض الأحيان، أعراضا جانبية لبعض الأدوية يمكن أن تزول بمجرد التوقف عنها. فظهور أعراض الإكتئاب لا يعني بالضرورة الإصابة به وعلى سبيل المثال:

-الصداع وآلام العضلات والتعرق والدوار والضعف العام والشعور بالإرهاق، قد تمر على إنسان العادي في كثير من الأحيان لأسباب أخرى غير الإكتئاب، وتزول بزوال تلك الأسباب دون تدخل علاجي، كما أن الشعور بالعجز واليأس، أو الإحساس بالخوف والإحساس بالخوف لا يعني أن الشخص مصاب بالإكتئاب، فقد تكون هذه المشاعر والأحاسيس مؤقتة وعابرة بسبب مرور ذلك الشخص بموقف محبط سريعا ما يتخطاه فتزول عنه تلك الأعراض.

● والتشخيص السليم يجب ظهور جملة من الأعراض اتفق عليها معظم المتخصصين في العلاج النفسي، وأن تستمر لفترة أكثر من أسبوعين، ثم بعد ذلك تلاحظ ملابسات كل حالة والظروف الخاصة بالحالة.

(علا عبد الباقي إبراهيم، 2009، ص ص 103-104)

5-1- الشخصية الاكتئابية:

تتسم الشخصية الاكتئابية أو شبه اكتئابية قبل أن تتحلل إلى مرض الاكتئاب بالصفات التالية:

-قلب العاطفة: حيث تنتقل الشخصية من انفعال إلى آخر دون مقدمات، فمن الفرح إلى الحزن، ومن التوتر الشديد إلى الهدوء النسي.

- الكآبة: تقيم الكآبة في نفس المكتئب وهي تدل باستمرار على وجود الحزن لديه، وكثيرا ما قد تشكل الكآبة أحد دوافع الشخص المكتئب إلى الانتحار.

-الغيرة: إن صفة الغيرة البارزة والنابعة من الداخل لدى الشخصية تشير بشكل أو بآخر على استعداد قوي لديها لتكوين شخصية اكتئابية.

-الضجر و السأم: إن شعور الفرد بالضجر وعدم رغبته في العمل ستؤدي به إلى الشعور باليأس وعدم القدرة على تحقيق رغباته، فيكون الفراغ هو المسيطر خلال حياته اليومية. (عبد اللطيف عباس أذار، 2002،

ص. ص 26)

- و هنا نتحدث عن عنصر مهم وهو خطر الانتحار .

5-2 خطر الانتحار:

عندما يرتفع خطر الانتحار يجب مراقبة درجات المرور للفعل الماضية حضور وتواجد تخطيط إنتحاري وتحذيري، هناك عوامل أخرى ترفع من خطر المرور إلى الفعل وجود أمراض عصبية في العائلة أو قلق حاد، ونجده بكثرة عند مدمني الكحول، أو الذين يملكون إضطرابات في الشخصية، أو لدى الذين يعانون من الأرق المزمن. بما أن خطر الانتحار مرتفع، فإنه يتم تقييمه بعناية أيضا من خلال استكشاف وجود أفكار انتحارية. يجب أن نتحقق من نية العمل، ووجود خطة وتحذيرات انتحارية، والوسائل المتاحة ومدى قدرتها على الفتك. هناك عوامل أخرى تزيد أيضا من خطر التصرف مثل وجود الذهان أو القلق الشديد، أو تعاطي الكحول أو المواد، أو محاولات الانتحار السابقة، أو تاريخ العائلة في الانتحار. اضطراب الشخصية، والإثارة، والأرق الكبير والمستمر أو الاندفاع. (Megan Smith et al, 2011)

5-3-التشخيص الفارقي للإكتئاب:

عند تشخيص الإكتئاب يجب مراعاة التفرقة بينه وبين بعض الاضطرابات الأخرى المشابهة معه في الأعراض. ومن أمثلة تلك الاضطرابات مما يلي:

-ذهان الشيخوخة: أو ما يطلق عليه أحيانا الشيخوخة حيث تشترك أعراض بعضهما أو معظمها مع إكتئاب من القعود عن العمل.

- عودة نوبات اكتئاب عند أم أصيبت به قبل الولادة: وذلك بعد وضعها للطفل بأسابيع أو شهور قليلة. لأن تلك النوبات تتشابه مع اكتئاب ما بعد الولادة الذي يصيب بعض النساء لأول مرة عقب الولادة.

- اضطراب الإنفعالية المبكرة للفصام: لأنه تشبه أعراض نوبات الاكتئاب النفسي أو العصبي.

- الهوس الإكتئابي: أعراضه تشبه نوبات الإكتئاب الحاد ولكن التفرقة بينها غاية في الأهمية، لأن في حالة الهوس يكون المريض خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بينما في حالة الاكتئاب الشديد أو الحاد يكون فيها المريض خطرا على نفسه فقط. حيث نجده يائسا قانطا يسيطر عليه شعور بعدم القيمة لحياته على الإطلاق ، وإحساس بعدم نفعه في هذه الحياة فتسيطر على أفكاره فكرة التخلص من حياته ويقدم على الإنتحار لتنفيذ تلك الفكرة.

- أعراض بعض الأمراض العقلية: أحيانا تكون الأعراض الظاهرة على المريض أعراضا اكتئابية في ظاهرها لكنها في الواقع بعد الفحص الدقيق نكشف أنها جزء من الأعراض بعض الأمراض العقلية وليست اكتئابا خالصا فقط من الأمراض العقلية التي تحدث أعراضا اكتئابية.

-التهاب الدماغ - وتصلب الشرايين الدماغية.

- حالة الغم الشديد التي تظهر عادة بفقد شخص عزيز ومحبوب: حيث يظهر على الإنسان في هذه الحالة أعراض مشابهة لأعراض الإكتئاب منها: الحزن الشديد والبكاء وقلة الشهية، والضيق والأرق والعزوف عن مباحج

الدنيا وعد الاستماع بها وقلة النشاط. وقد يشعر ببعض الآلام الجسمية دون وجود أسباب عضوية لكن تلك الأعراض تبدأ بالتلاشي تدريجياً بمرور الوقت بدون أي تدخل علاجي .

-الأعراض الإكتئابية الشريطية: وهي ظهور بعض الأعراض الإكتئاب على شخص بسبب تعرضه لموقف صادم أو خبرة خارجة، وكلما مر بموقف مشابه أو خبر مشابهة حتى لو وقعت لغيره تظهر عليه نفس الأعراض الاكتئابية ويطلق على بعض هذه الأعراض "الإكتئاب الشريطي" وهو من النوع البسيط ويحتاج إلى علاج نفسي سلوكي لفك الارتباط الشريطي على مستوى الوعي وتنتهي الحالة تماماً ولا تعاود الظهور.

- اضطراب التكيف: وهو اضطراب انفعالي يحدث نتيجة حدث غير سار يعترى حياة الإنسان أو أزمة محيرة ومربكة يمر بها ، ولا يستطيع التصرف حيالها فتضطرب حياته الطبيعية، ويصعب عليه ممارسة أعماله اليومية العادية، وقد تمتد الأعراض أسابيع ثم تتلاشى تدريجياً، لكن إذا استمرت طويلاً فالفرد حينئذ يحتاج للتدخل العلاجي التنفسي والطبي. (علا عبد الباقي، 2009، ص ص 105-107)

6- النظريات المفسرة للإكتئاب:

هناك العديد من النظريات التي تفسر حدوث الإكتئاب وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات:

1-6- النظرية البيولوجية:

ظهر التفسير البيولوجي الدقيق للإكتئاب في بداية الخمسينات والستينات، وإن كان هيروقرات قد أشار إليه عام 400 ق.م، وذكر أن الزيادة في المادة السوداء تسبب الملائخوليا، ويعد الباحثون في النظرية البيولوجية أن الخبرات الإنفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ، وبالتالي فالمشاعر، والأفكار والسلوك، قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، وإذ أن بلايين الخلايا العصبية أو نقص المقدار المنقول أو المحسوب من المادة الكيميائية، أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالإكتئاب.

ويذكر "ينتس"، و"فرانك"، و"كيفر"، مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الإكتئاب هي:

1-دورة المرض الرأسية التي تتصف بفترات تحسن تبادلياً مع نوبات الإكتئاب والهوس، وهذه النوبات دليل الإضطراب المرضي ذو الأساس البيولوجي.

2-وجود مجموعة من الأعراض التي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية، كاضطراب النوم، والشهية وتباين يومي في المزاج، واضطرابات في النشاطات النفسية-الحركية.

3-استجابات جسمية للأدوية العلاجية لدى الأفراد المكتئبين. (نجية كنز، 2014، ص 174)

كما أشار "كارنيز" Krains في كتاباته إلى إمكانية وجود تفسير بيولوجي للاكتئاب، واستند من ذلك على الدراسات المتعلقة بالتوائم المتطابقة وعلى وجود تفسيرات هرمونية لظهور الاكتئاب. (مصطفى القمش، خليل المعاطية، 2009، ص 27)

وتشير بعض الدراسات أن هناك اضطراب في توازن العناصر الأمينية أو اضطراب في نسبة المعادن أو اضطراب هرموني في إفرازات بعض الغدد الصماء وبذلك فإن المدخل البيولوجي في تفسير الاكتئاب يرجع أسباب الاكتئاب إما إلى أسباب وراثية أو أسباب عضوية. (واكلي بديعة، 2013، ص 74)

كما توضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية، لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب.

وقد وجد حوالي (50 %) من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه. فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة (25-30 %). أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه، فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى (40%). (علاء الهور، 2016 ص. 39-40)

كما يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفراداً معينين يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة، فقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية، وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب إلا أن البحث في مجال الاضطراب الثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح معايير الشخصية، وأرادوا أن التركيب الوراثي يلعب دوراً هاماً في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية. (حسين فايد، 2001، ص 76).

أما بالنسبة لدراسات التوائم، فقد تبين أنه بين التوائم المتطابقة لو أن أحدهما أصيب بالاكتئاب ثنائي القطب فإن احتمال إصابة الآخر يتراوح بين 15% و 20% أما بين التوائم غير المتطابقة فإن النسبة تتراوح بين 15% و 25%.

أما بالنسبة لدراسات التبني، فقد كشفت هذه الدراسات على أن الأطفال لأبوين مصابين، لا يزالون معرضين لخطر الإصابة بشكل متزايد حتى لو كان تبنيهم داخل أسر سوية ولا يوجد بها إصابة بالمرض.

(Halgin And Whilbourn, 1994, P 198)

6-2- الاتجاه التحليلي لتفسير الاكتئاب

يرى فرويد Freud أن أعراض الاكتئاب والفقدان للحياة النفسية والمراقبة بجانب الأنا نتيجة لصراع نفسي، أي نوع من الصدام الداخلي حيث تمارس نزوة الموت هيمنة على نزوة الحياة، و دون الدخول في تعقيدات المفاهيم الفرويدية، يستمر الفرد أو المكتئب في السيطرة تحت مثالية حسب درجة هشاشته الذاتية، ويمكن أن يصبح الموضوع لا كحب الذات ومصدر للسرور بالحياة ولكن كمركز للرقابة السادية نحو أي ضعف

وجودي. أيضا، في مقالته الحداد والميلانخولية، مقتطفات من كتابه " علم ما بعد النفس " الذي نشر في عام 1915، يشير إلى عاطفة الحداد التي تؤثر في وضعها الطبيعي على سير العمل النفسي المؤلم بعد فقدان شخص أو شيء ما، كالحرية والمثالية.

عمل الحداد هي عملية نفسية داخلية طبيعية، تسمح بالبيدو الانفصال تدريجيا، ثم التحرر كليا عن موضوع الحب المفقود، وهذه العملية من سحب الإستثمارات من الموضوع النزوي الخارجي تضمن التقمص والتماهي للأنا التي كان قد تم تحديدها. في بعض الأحيان، يأخذ الحداد الشكل المرضي؛ صراع التناقض يمر ويأتي في المقدمة، الأنا يظهر غير قادر على اتخاذ الخيار: لمشاركة في مصير الموضوع المفقود أو قطع الصلة معه. (جبار شهيدة، 2016، ص.ص 46-47).

كما تشير ميلاني كلايني (1934-1940) عن افتراض تنشيط للوضع الإكتئابية الطفولية عند شخص في السنوات الأولى من طفولته، وتصرح على أن حالة الإكتئاب هي عبارة عن عودة إلى الوضعية الازدواجية اتجاه موضوع واحد معاش في نفس الوقت كمجنون ومكروه، جيد وسيء في آن واحد. وفي هذا الصدد قدم Jahobsom الإكتئاب كظاهرة خاصة بالأنا تنشئ عن علاقة الفرد ومحيطه الاجتماعي وليس عن الصراع الداخلي وأن كل أنواع الإكتئاب هي نتيجة انخفاض المستوى تقدير الذات، وبذلك فإن الاكتئاب هو تعبير الأنا عن الضعف والعجز، ويظهر عندما يعجز الفرد عن التوفيق بين المثل التي يفرضها على نفسه وإمكاناته الضئيلة.

وقد ربط فرويد بين الحزن والاكتئاب، وقال أن كلتا الحالتين تتناولوا فقدا ما، ففي الاكتئاب يكون هذا الفقد أقل وضوحا، حيث يكون مفهوما مجردا، مثل فقد قيمة أو فقد نموذج أو فكرة عالقة بالذهن. كما أكد فرويد أيضا على أهمية اللاشعور وميكانيزمات الدفاع التي تقوم بمنع الأفكار المؤلمة أو غير المقبولة من الدخول في الشعور، وهنا لا يكون الشخص واعيا بهذا الفقد؛ ولكنه على وعى بشعور اليأس والإحباط. أما الفرق الكبير بين الحزن والاكتئاب يكمن في أن الاكتئاب يتضمن انخفاضا في تقدير الذات، ويمكن أن يستدل عليه من خلال مهاجمة الفرد لذاته. أما في الحزن فإنه العالم الذي أصبح فقيرا وفارغا. (ريم أبو فايد، 2010، ص 39).

وقد وضع فرويد عدة افتراضات تشرح تطور الاكتئاب لدى الفرد وهي:

1. أن يخبر الفرد مواقف محبطة، أو فقدا ما، على سبيل المثال: فقد الحبيب.
2. أن يؤدي فشل الفرد في حل هذا الفقدان أو استبداله إلى عمليه تعرف مع الموضوع أو الشخص المفقود بحيث يتوحد معه ويصير بالإستدخال Introjection هو- بصورة نفسية -ذلك الشخص المفقود.
3. أن تصبح ذات الفرد موضوع غضبه ويقوم الفرد بمهاجمة ذاته بسبب ذلك الفقد، ويظهر هذا إضافة إلى الإحساس بالفقدان في شكل الاكتئاب ، retroflected anger الغضب المعكوس.(Champion, 1992:36)

ترى كلاين بأن المكتئب يعيش بفكرة فقدان الموضوع المحبوب، إذ أن الطفل الذي لن يستطيع أن يكون موضوع الحب الأول للأم حين اجتيازه الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن، فإن كل الخبرات الاكتئابية والانفصالية في الحياة تشكل تبعاً للمرحلة الاكتئابية للشهر الثامن. فإذا لم يتوصل الطفل إلى إعادة استثمار علاقته بأمه بطريقة في المرحلة الثانية ستكون لديه بنية اكتئابية مما يجعله يعتمد أساساً على محيطه. أما في مواجهة الصعوبات والإحباط في المراحل العمرية الأخرى يعمل الفرد كما تذهب إلى ذلك كلاين، إلى استدعاء خبرة الشعور بالألم في الوضع الاكتئابي وهذا ما يحدث الإكتئاب. فهذا الاضطراب هو معاشة متجددة خلال بعض الأحداث للمشكلات العاطفية المعاشة إبان فترة الوضع الاكتئابي. ويتشكل الوضع الاكتئابي في حدود الشهر الثامن في كون الطفل لا يتعرف على الأشخاص والأشياء في كليتها، وهكذا فإن الثدي الذي يغذيه، واليد التي تحمله إلى مهده لا تدمج كعناصر لوحدة واحدة وهي الأم، لهذا تسمى هذه المرحلة بالموضوع الجزئي، بعد ذلك يستطيع الطفل التعرف على الموضوعات الخارجية في وحدتها، وبالتالي يدرك أن الثدي واليد تنتمي لشخص واحد، ومن هنا يكتئب الطفل لأنه يعي التنافر الوجداني لمشاعره فهو يحب الثدي الذي يغذيه ويكره اليد التي تبعده عنه. (واكلي بديعة، 2018، ص 13).

أكد باولبي داخل نظريته الحديثة في التعلق (L'attachement) وفي إطار تحليل التحريفات أو التشوهات المعرفية عند المكتئبين (Les déformation cognitive)، حيث قام بتحديد الشروط اللازمة للمرور من حالة الحزن الطبيعي المتميز بالمزاج الاكتئابي العادي إلى الإكتئاب المرضي الإكلينيكي، واعتبر أن الحزن انعكاس طبيعي لكل وضعيات فقدان (شخص عزيز، مكان مفضل..)، فانعكاس أو استجابات الحزن شكل دفاعي طبيعي ضد مشاعر الحزن والإستياء، أما الإكتئاب المرضي الإكلينيكي فيظهر في وضعيات الإنعزال والوحدة، في الوقت الذي تكون فيه إمكانيات التفاعل والتبادل مع الواقع الخارجي (المحيط) غير متوفرة. وبالتالي فالإكتئاب يمتاز بمظاهر فقدان الأمل، وضعف الثقة بالذات. (ناصر نوفل، 2016، ص 155)

6-3- النظرية السلوكية:

إهتم السلوكيون بدراسة هذا المرض من خلال وجهة نظرهم، حيث تنبت البذرة للإكتئاب عندهم، وكما يعتقدون حيث يرى يونجرن (Youngren) أن الحماية الزائدة من قبل الأم تساعد على غرس البذرة الأولى لويلات الإكتئاب، ويشير يونجرن أن الإكتئاب يظهر كاستجابة لمثير بغض أو نقص في التدعيم الاجتماعي تعتمد على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الإيجابي خلال العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بين الأشخاص.

ودرس يونجرن (Youngren) العلاقة بين الإكتئاب وبعض المشكلات السلوكية حيث قارن عينة من المكتئبين بأخرى سوية من حيث السلوك اللفظي الثنائي، وكانت الملامح الأساسية للمكتئبين أنهم الأضعف من حيث المهارات الاجتماعية، وكان تقدير المكتئبين لأنفسهم سلبياً. (ناصر نوفل، 2016، ص 162)

وتعتمد أيضا المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم (التعزيز) وبخاصة خفض التعزيز الإيجابي، مما من شأنه أن يترك الأثر السلبي نتيجة لعدم وجود أو خفض للمعزز الإيجابي، والذي يكون من نتائجه الأعراض التي حددها ليونسون (Lewinsetm, 2001, 81).

ويرى لوينسون (Lewinson) أن التعزيز والإكتئاب مفهومان متعلقان ببعضهما ويشير إلى أن السلوك والمشاعر الوجدانية للمكتئب تعكس دلالة على تدني مستوى الإستجابة المتوقعة على التعزيز الإيجابي الذي يكمن في وجود تفاعل الفرد مع البيئة، ويرى عبد الخالق والصبوة (1994) أن البيئة الخارجية لها تأثير سلبي وإيجابي على الفرد، وعليه فالأنشطة السارة التي يقوم بها الفرد، أو يوفر لها الآخرون تمنحه الفرح والسعادة، وبالمقابل فالأحداث الأليمة تؤدي إلى التوتر والقلق وبالتالي إلى الإكتئاب. (نجية كنز، 2014، ص 176)

كما يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصبي يتم تعلمه تبعاً للمبادئ العامة ذاتها والتي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه، ألا وهي مبادئ التشريط سواء لدى بافلوف في صورتها الكلاسيكية أم لدى سكنر في صورتها الإجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكودينامية العصابية، ومن قبيل مفاهيم الصراع العصبي، والأسباب الكامنة للمرض، ودور الكبت في نشأة الكبت... إلى غير ذلك من المفاهيم. (أسماء الحسين، 2002، ص 320)

يرى "باندورا" أن السلوك المرضى هو تعلم استجابات غير توافقية من خلال الملاحظة، أي أن المنظور الاجتماعي في التعلم يلاحظ - عند التعامل مع الأمراض النفسية- التفاعل بين الخصائص السلوكية وأحداث المؤثر، وهو ما يساعد في تفسير واكتساب واستمرار الاستجابات اللاسوية ويساعد في علاجها أيضا، وقد طرح باندورا مفهوما جديدا وهو الفعالية الذاتية Self efficacy وجعله أساسيا في نظريته. ويقصد به مدى توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين.

وقد دلت دراسة باندورا وآخرين (1999) وجود علاقة بين الفعالية الذاتية والاكتئاب عند الأطفال، فالفعالية الذاتية المنخفضة تؤدي إلى نشوء الاكتئاب. (واكلي بديعة، 2018، ص 15).

ويرى "موليناري" وكاهان "أنه بالنسبة لدوي الاعتقاد في الضبط الخارجي الحقيقي والذين يرون أن التدعيمات لا تتوقف أو لا تعتمد على سلوكهم، ويتصرفون بناء على ذلك، يكونون أكثر ميلا للإكتئاب، وتقرح الدلائل وجود علاقة بين هذا النوع من الضبط الخارجي والإكتئاب الذي جاء من أعمال "سليجمان" (Seligman)، والذي أبدع مصطلح تعلم العجز learned helplessness ليشير إلى إدراك الإستقلال بين سلوك الفرد وبين التدعيم. ويرى كلا من موليناري "وكاهان" أنه من الصعب التفرقة بين مفهوم تعلم العجز وبين الاعتقاد في الضبط الخارجي. (Matti Mintz & al., 2020, p230).

6-4- النظرية المعرفية:

نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي لأليس درايدن Ellis et Drayden، 2007، يذهب إلى أن الاختلالات أو الإنحرافات التي تطرأ على التفكير تتسبب في وجود الإضطراب النفسي. (شايع مجلي، 2011)

الصياغات المعرفية للاكتئاب تختلف عن النظريات السلوكية في جانبين مهمين:
 الأول: أنه في حين تركز النماذج السلوكية لتفسير الاكتئاب على السلوكيات الظاهرة، تؤكد الصياغات المعرفية على أهمية السلوك الضمني، مثال ذلك : الاتجاهات والعبارات الذاتية والصور والذكريات والمعتقدات .
 الجانب الثاني : هو أن المناحي المعرفية لتفسير الاكتئاب تعتبر المعارف اللا تكيفية واللاعقلانية، والتشويهات المعرفية على أنها هي السبب في الإضطراب أي أن المشاعر السلبية، ونقص الدافعية والأعراض البدنية والسلوكية الاكتئابية الأخرى ينظر لها على أنها مظاهر ثانوية تنتج عن المعارف اللا تكيفية.

(Gotlib,1992, P 74)

يرى أنصار النظرية المعرفية أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في حدوث واستمرار وعلاج الاكتئاب الإكلينيكي، ويعتبر نموذج "بيك 1967" أكثر النماذج المعرفية أصالة تأثيراً حيث تمثل الصبغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك .

وجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم والاحتفاظ بمعلومات هامة، أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون كذلك صيغاً ذاتية معرفية سلبية تستبعد على دخول إنتقائي للمعلومات الايجابية عن الذات تبقى على المعلومات السلبية ، ويقترح "بيك" أنه عند نقطة معينة في طفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما شدة أحداث الحياة السلبية، حينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد فإن الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية.

ويتصف النموذج المعرفي لبيك بـ:

- استدلال تعسفي أو خاطئ أي الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
- تجريد إنتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
- المبالغة في الهموم، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة.
- التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الآراء.
- لوم الذات، وهو إساءة تفسير الوقائع وفقاً لأفكار سلبية وإستنتاجات غير منطقية كما لاحظ "بيك" أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة قد يرجع إلى أن الأشخاص المكتئبين يعتقدون "ثالثاً سلبياً" من الاعتقادات تشمل على:
- رأي عن الذات باعتبارها غير ذات قيمة وقاصرة.
- رأي عن العالم باعتباره متوحشاً وكرهاً.
- رأي يائس عن المستقبل.
- إذن الانحرافات المعرفية في الحالات الاكتئابية حسب النموذج المعرفي هي :

- 1- التداخل العشوائي (L'inférence arbitraire): و يتمثل في استنتاج خلاصات بدون أدلة، خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.
 - 2 التجريد الانتقائي (L'abstraction sélective) : . و يتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون وعدم إدراك الشكل والمعنى العام للموقف.
 - 3 .. المبالغة في التعميم (Sur généralisation) : بحيث يعمم الشخص تجربته الحزينة على كل المواقف الممكنة. مثلا إخفاق مهني محدود يصبح في المستقبل إخفاق معمم على كل المواقف اللاحقة.
 - 4 . بنس الإيجابيات و الانتقاء السلبي (La magnification et la minimisation) : يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية ونقص من قيمة النجاحات والمواقف المفرحة.
 - 5- العزو الشخصي (La personnalisation) : يفكر الشخص بصفة أوتوماتيكية بأنه المسؤول الوحيد على كل ما يمكن أن يحدث من أحداث سلبية، وينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الاكتيبي.
 - 6- التفكير الاكتيبي (La pensée dépressive) : مجموع هذه التشويهات خاصة التداخل العشوائي تترجم عياديا بأحداث معرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي ، أي ينظر الشخص إلى الأحداث أو الناس طبقا لمبدأ الكل أو لا شيء، ليس لديه أي قيمة، ليس لديه ما ينبغي أن يكون لديه، الشخص ينغلق في عدم النشاط و عدم الإنتاج. (بزوان حسية، 2012، ص 04)
- ومن النظريات التي وجدت انتشارا واسعا ودعما في نتائج البحوث النظرية العجز المتعلم لـ"سيليجمان" والتي تفترض أن طريقة العزو الخاطئة لدى الفرد لمصادر النجاح أو الفشل في حياته لأسباب الخبرات السارة وغير السارة في الحياة هي المسؤولة عن مشاعره الإكتيابية، حيث يعتقد "سيليجمان" أن الإكتئاب يحدث عادة بعد تكون قناعة لدى الفرد لا يستطيع التكيف مع مشكلات الحياة اليومية والشعور المستمر بالعجز واليأس والذي قد يؤدي إلى أفكار انتحارية كطريقة الهروب من موقف أمر لا أمل فيه. (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة، 2009، ص 274)
- يرى سليجمان أن الإكتئاب لدى الإنسان مشابه للسلوك السلبي الذي تظهره حيوانات التجارب، حيث بينت هذه التجارب أن الإكتئاب يمكن أن يكون نتيجة مباشرة للعجز عن إيقاف الآلام أو ضبطه مما أدى عجزه عن التخلص من هذه البيئة المؤلمة حتى بعد، أن توفرت له الفرصة لتحقيق ذلك. (يوسف جمعة سيد، 2001، ص 10).

7- علاج الإكتئاب:

قد اختلفت النظريات في كيفية علاجها لاضطراب الإكتئاب وذلك لإختلاف الأسس النظرية التي تستند إليها كل نظرية، كما أن علاج الإكتئاب يتم بعدة طرق ووسائل وتقنيات متعددة يمكن استخدام بعضها معاً، أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات.

-التشخيص الطبي:

أول خطوة في العلاج هي إجراء تشخيص طبي شامل للمريض ومعرفة التاريخ المرضي وحدة علامات الاكتئاب، وما إذا كانت حالة الاكتئاب ناتجة عن مرض نفسي أو جسدي آخر، مع إجراء تحليل دم واختبارات الغدة الدرقية للتأكد من أن وظائفها تعمل بشكل صحيح.

7-1- العلاج الدوائي:

وهو الأنجع والأكثر شيوعاً في الممارسات العلاجية السيكاوتريّة، ونميز في زمريّن دوائيتين رئيسيتين: - زمرة مثبطات أحادي أمين أكسيداز MAOI: وتوصف ضمن نطاق محدود وهذا نظراً لتعرضها مع بعض الأطعمة كمشتقات الحليب ومع زمرة مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائي وتعد من هذه الزمرة مجموعة هيدرازينات Isocar Doscizd و Nailamid.

- زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائياً: وهي الزمرة الأكثر شيوعاً واستخداماً في علاج مختلف الاضطرابات الاكتئابية ونعد منها.

مجموعة Iminodibenzil مثل: الأسبرامين وديزيرمين ومجموعة Dibenzocycloheptants مثل "أميتريتين" ومجموعة dibenzoxepin مثل: دوكسي أو هناك مجموعة حديثة لا تنتمي إلى أدوية ثلاثية الحلقة تتميز بطيفها العلاج الواسع للإكتئاب المتأخر والهبائي معاً نعد منها الدواء "مايروتلين". (محمد الحجار، 1989، ص ص 92-93)

هناك العديد من أشكال مضادات الاكتئاب المتوفرة والمتوافقة مع شخص واحد. قد تؤدي أيضاً إلى تأثيرات جانبية خفيفة إلى معتدلة.

تأخذ مضادات الاكتئاب من 2 إلى 4 أسابيع من بداية أخذها لبدء التأثير في البداية ، يجب أن تكون على يقين من أن كل شيء على ما يرام مع الدواء. يمكنهم بعد ذلك إدارة أي تغييرات في الدواء أو الجرعة. ثم ينبغي أن يؤخذ الدواء باستمرار بعد أن تختفي الأعراض. في الحالات المستعصية للاكتئاب، قد يبقى المريض على العلاج إلى أجل غير مسمى.

الشكل الأكثر شيوعاً من مضادات الاكتئاب هو SSRI (مثبط امتصاص السيروتونين الانتقائي). وتستخدم هذه في البداية في معظم حالات الاكتئاب معتدلة إلى شديدة. إنهم يعملون عن طريق زيادة مستوى السيروتونين وغيرها من الناقلات العصبية في الدماغ. يمكن أن تشمل الآثار الجانبية الصداع، واضطرابات النوم، والغثيان، والقلق، والتي عادة ما تتحسن في الوقت المناسب.

7-1-1- العلاج بالصدمات الكهربائية:

ويتم اللجوء إليها بعد مرحلة المعالجة الدوائية، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور التيار الكهربائي بمحدود الشدة من خلال وضع قطبين كهربائيين على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشنج يتبعها تحسن الحالة النفسية للمكتئب، والمدى التي يستغرقها مرور التيار الكهربائي هي ثواني معدودة ويتم ذلك حالياً تحت تخدير كلي، ومع استخدام أدوية باسطة للعضلات ويتراوح عدد الجلسات بأيام متتالية أو بفصل زمني بمعدل مرتين في الأسبوع، إن العلاج الكهربائي إذا تم تطبيقه وفقاً لقواعد طبية فإنه يعد وسيلة علاجية فعالة وآمنة. نلجأ إلى العلاج بالصدمات الكهربائية إذا جرت العديد من الأدوية، أو إذا كانت هناك حالات طبية أو حمل يمنع المريض من شرب للأدوية، أو إذا كان المريض مصاباً بالذهان (مثل الهلوسة والهذيان). يستعمل العلاج بالصدمات الكهربائية والمريض تحت التخدير. يشمل العلاج المعتاد 6 إلى 12 جلسة موزعة على عدة أسابيع. (Von Känel R, Bégé S, 2010)

ويذكر الحفني (1992، ص 121) فوائد العلاج بالصدمة الكهربائية ECT وبالعقاقير المضادة للاكتئاب antidepressants حيث يرى أن العلاج بالصدمة تفيد في علاج نحو 80 أو 90% من الحالات، ويقلل من احتمالات لجوء المريض للانتحار ومن فترة بقائه بالمستشفى ويمنع فيما يبدو من معاودة الاكتئاب له.

7-2-2- المداخلة الجراحية النفسية:

يلجأ العمل الجراحي على الفص الجبهي في الحالات الشديدة المستعصية لبعض أنواع الذهانات منها الفصام، وطبقة هذه الجراحة لمعالجة الإكتئاب المستعصي من قبل هيبوس 1969، وعادة لا تكون نسبة نتائج هذه المداخلة مشجعة لا سيما وأن الأدوية الحديثة المضادة للإكتئاب أضعفت كثيراً الحاجة إليها. (Von Känel R, Bégé S, 2010)

7-2- العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء، والمساندة والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي، العلاج السلوكي ولكل هذه الأساليب فنيات يقوم بها المعالجون النفسيون. (لطفني الشريني، 2001، ص 238)

7-2-1- العلاج التحليلي:

يهدف العلاج التحليلي إلى كشف محتويات اللا شعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية وتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبيناً على الواقع بشكل أكبر، وتركيز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة وفهمها ومناقشتها، وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات ومن ثم إحداث التغير اللازم في بناء الشخصية فالعلاج موجه هنا نحو التبصير الحقيقي وليس التبصير العقلي.

أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفس المكتئب عما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلال هذا التداعي، الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوتة، ويسعى المعالج إلى تشجيع الفرد على التداعي الحر بالتعاطف مع خبراته ومشاعره وتفسير المقاومة للعلاج له إن حدثت وذلك بمساعدة العميل على التعامل الفعال والتداعي الحر والأساليب مثل: تحليل الأحلام وزلات اللسان، والاختبارات الإسقاطية والعلاقة العلاجية نفسها، يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والإنفعال

والصراع الذي يتركز عليه ومن خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء. (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2007، ص 281)

فهنا تكون الفرصة للمريض في إتاحة فرص التنفس والتفريغ الانفعالي وإشاعة روح التفاؤل والأمل لديه، حيث قدم " واتكنز " طريقة أسماها قلم السم وفيها يكتب المريض خطايا صاحبة يعرضها على المعالج . (عبد الحميد الشاذلي، 2001 ، ص 138)

7-2-2- العلاج السلوكي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب فهناك أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي Systematic Desensitization لينخفض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب والتدريب التوكيدي السلوكي Behavioral assertion training من خلال ملاحظة العميل لسلوكه المضطرب، وهناك أسلوب تعديل السلوك الاكتثابي عن طريق اتباع فنية النمذجة Modeling ، والذي يقوم علي أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي سيقوم به النموذج. (مكاوي، 1997، ص 52)

كما يهدف العلاج السلوكي إلى محاولة تفسير السلوكات غير المرغوبة أو المظطربة إلى سلوك سوي باستخدام التقنيات السلوكية المختلفة ووفقا لخطة علاجية، ويقوم هذا العلاج على التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، والتغيير في نوعية وتكرار أو نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه، التدريب الميداني وتعليمه مواجهة المثيرات الخارجية المحدثة للإضطراب الإكتثابي والسيطرة عليها. (محمد

الحجار، 1989، ص 93)

7-2-3- العلاج المعرفي:

يستخدم هذا النوع من العلاج تغيير مفاهيم مريض الإكتئاب نحو حالته والطريقة التي يرى بها العالم من حوله ويفيد ذلك التخلص من أعراض الإكتئاب وتحقيق نوع من الشفاء ثابت من المرض، حيث يتغير أسلوب تفكير المريض الذي يولد في نفسه العزيمة والإحباط وتوقع الفشل إلى أسلوب آخر ايجابي نحو نفسه ونحو الحياة من حوله. (Thomas Druyen, 2020, p22)

ويؤكد "آرون بيك" و"سيلجمان" على الدور الهام الذي يلعبه الإدراك الواعي والنشاط المعرفي لدى الفرد في نشأة الإكتئاب، فالمكتئبون غالبا ما يفكرون بطريقة غير منطقية ويقللون من شأن الإنجازات التي يقومون بها ويميلون إلى تجسيم الفشل ونواحي العجز ويشعرون بعدم الكفاءة واليأس ولهذا نلجأ إلى تعديل هذا التفكير

السليبي باستخدام العلاج المعرفي. (عبد المطلب أمين القريطي، 1998، ص 394)

ويوصف العلاج المعرفي عند بيك بأنه اتجاه فردي مع وجود قرارات فردية، وخيارات علاجية، وفتيات أو استخدام الأشكال التقليدية للعلاج النفسي. وبالرغم من ذلك فإن هناك العديد من الخطوات العلاجية التي تتكون من جلسات منظمة يتم التخطيط لها بعناية وفق خطوات تتمثل في جدولة النشاط، أما الأفراد غير النشطين والمكتئبين بحدّة تستخدم معهم الأنشطة الصفية وتسجل المعلومات بواسطة فنية العمود الثلاثي والتي تختلف عن فنيات مراقبة الذات الشائع إستخدامها في العديد من العلاجات المعرفية السلوكية، وفي الجلسات التالية يتم مناقشة ما يجب أن يكون، وكذلك مناقشة متطلبات الخطة العلاجية والتعامل مع نقد الذات.

هذه العملية يمكن أن تعتبر تقدما من النشاط إلى الأفكار الآلية إلى الافتراضات الأساسية، أما النوع الثاني من العلاج الأساسي، فهو عملية تفترض أن يكون هناك تحريب تعاوني؛ وهو أسلوب يتم من خلال علاقه بين المريض والمعالج، وتتكون الجلسات من جلسات علاجية تتضمن تغذية راجعة للمريض وذلك من خلال وضع جدول آخر، وهذه الخطوات السابقة هامة في العلاج المعرفي . (Rehm, 2003, p 189)

7-2-4- العلاج السلوكي المعرفي

تستخدم النماذج المعرفية استعارة الإنسان كنظام معلومات، وهو مماثل للكمبيوتر. يعالج الرجل المعلومات من البيئة قبل إصدار رد، ويصنف ويقيم ويعين المعنى للتحفيز الذي يتلقاه بناء على مجموعة تجاربه التي خزنها في ذاكرته، قادمًا من تجاربه السابقة في التفاعل مع البيئة ومعتقداته، الافتراضات والمواقف وآراء العالم والتقييمات الذاتية.

ينص العلاج المعرفي على أن الاضطرابات العاطفية تنشأ من الأفكار غير العقلانية. إذا تم تحليل الأفكار التي تقف وراء السلوك وتصبح منطقية وعقلانية، فسيتم حل المشكلة النفسية. هناك تشوه منظم في معالجة المعلومات، وبهذه الطريقة يعتمد الاضطراب العاطفي على قدرة الأفراد على إدراك البيئة والأحداث المحيطة بهم بشكل سليبي.

أهداف يجب تحقيقها خلال العلاج السلوكي المعرفي هي:

1. تعلم لتقييم المواقف ذات الصلة منطقيا وواقعا.
2. يجعلنا الاكتئاب يقيد اهتمامنا وليس لدينا سوى الجوانب السلبية للوضع. هذا هو السبب في أن العلاج السلوكي المعرفي يقترح تغييرا يأخذ في الاعتبار جميع البيانات ذات الصلة في تلك الحالات.

3. تعلم صياغة تفسيرات بديلة منطقية وعقلانية من أجل الحصول على نتيجة تكميلية في التفاعلات الاجتماعية.

4. تغيير الأفكار، بحيث عندما يتم الكشف عن فكرة تلقائية غير عقلانية يتم تغييرها عن طريق التفكير العقلاني والمنطقي الذي تم تفصيله. هذا الجزء من العلاج السلوكي المعرفي الكلاسيكي لا يشاركه علاج القبول والالتزام، والذي يحاول تغيير وظيفة الفكر، أي رد الفعل عند التفكير به ولا يحاول تعديل المحتوى، أي إذا كان منطقية وعقلانية أو إذا كانت تعكس الواقع أم لا.

5. وأخيراً، والأهم من ذلك، يقترح اختبار الأفكار العقلانية من خلال إجراء التجارب السلوكية التي توفر الفرص لإثبات أنها تؤدي إلى سلوك أكثر تكيفاً في التفاعل مع الأشخاص الآخرين وفي حل المشكلات.

هذه الخطوات تشمل التفكير المعرفي وتقنيات تغيير محتوى السلوك، والتي تغير سلوكيات المريض. في المراحل المبكرة من العلاج، تستخدم عادة الأساليب السلوكية من أجل الاقتراب من مستوى الأداء الذي كان يعاني منه المريض قبل الاكتئاب. يتحقق ذلك سوف تستخدم تقنيات أكثر معرفية التي تتطلب التفكير المجرد، وسيكون بمثابة الوصول إلى تنظيم المعرفة للمريض، للبحث على أساس التشوهات المعرفية والأفكار التلقائية السلبية.

من بين التقنيات السلوكية التي يمكن تسليط الضوء عليها: برمجة الأنشطة وتعيين المهام التدريجية والممارسة المعرفية والتدريب المؤكد. في التقنيات المعرفية، نؤكد في التدريب على ملاحظة وتسجيل الإدراك، لإثبات للمريض العلاقة بين الإدراك والتأثير والسلوك، إلخ... (Farabaugh, Amy . & al , 2010)

ومن أهم المفاهيم الأساسية المكونة لنموذج بيك "الأفكار التلقائية" " والأخطاء المنطقية " " والمخططات " " والثلاثي المعرفي "، وتعتبر هذه المفاهيم مكونات معرفية أي أنها تتعلق بأحداث داخلية قد يكون الفرد على وعى بها ولكن لا يلاحظها بشكل مباشر مثل الآخرين . ووفقاً لنموذج بيك فإن المعارف ذات الأساس السلبي تعد العملية البؤرية في الاكتئاب.

والقائمة التالية تشمل المكونات الرئيسية التي يجب أن يطرحها النموذج المعرفي للعميل وهو ليس ترتيباً معيناً يقدم للعميل:

- الحدث.

- الأفكار والمعتقدات.

- المترتبات: الانفعالات emotions، والمشاعر feelings، والسلوكيات، الجوانب الفسيولوجية.

- المعتقدات والأفكار البديلة.

- التغيير .

- أخطاء التفكير . errors Thinking (هبة محمد، 2013، ص. 608-608)

7-2-5- العلاج الإنساني

تعتبر المدرسة الانسانية الاكتئاب هو جوهر وجود الإنسان، وهو خاصية وجودية كامنة ومتأصلة في وجوده، من حيث أنه في علاقة دائمة مع الآخر، وهذه العلاقة قد تتسم بالتواصل من خلال الحب والعمل وقد تتعطل هذه العلاقة بدرجات متباينة فتكون زملة الأعراض المصاحبة لاضطراب التفاعل بين الأنا والآخر أو بين الذات والواقع العياني والتي من أهمها الشعور بالاكتئاب.

ويمكن تلخيص هدف العلاج الوجودي أو الإنساني للاكتئاب، في ضوء ما يسميه الإنسانيون بالشرط الإنساني "الذي يتمحور في عنصرين أساسيين يتميز بهما الإنسان عن سائر المخلوقات أولهما حرية الإرادة، وهي تلك التي تكمن في قدرة الفرد على الاختيار، وثانيهما المسؤولية تلك التي تأتي من الحرية، فالإنسان حر الإرادة هو الذي لديه القدرة على تحمل ما يقوم به من أعمال. ويرى الإنسانيون أن القلق والإحباط والاكتئاب إنما هم خصائص وجودية لدى الإنسان، وأن المرض النفسي يتأتى من عدم قدرة الفرد على استغلال قدراته وإمكاناته الكامنة وبالتالي يستشعر الإحباط الوجودي. (ريم أبو فايد، 2010، ص.ص 53-54)

7-2-6- العلاج البيئي :

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب في المرض ويتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء.

وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى. (لطفى الشريبي، 2001، ص.249).

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل، والعلاج الترفيهي إشاعة جو التفاؤل وروح المريض و الرقابة في حالات محاولة الانتحار . (محمد الحجار، 1989، ص 93)

أيضا من خلال مساعدة المريض اجتماعيا، وحل مشاكله الاجتماعية، وإحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته. يقوم على افتراض أن الاكتئاب ينتج عن خلل في العديد من المهارات البين شخصية، وهذه البرامج والتدريبات تتداخل مع البرامج السلوكية في بعض أهدافها، كزيادة التعزيز الذي يشبه إلى حد كبير ويتداخل مع زيادة المهارات، ومن ناحية أخرى فقد ركزت على القدرة على التمكن من المهارات النوعية، مثل المهارات التوكيدية، ومهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل مع الآخرين والزواج. (Rehm, 2003, 194).

7-2-7- العلاج الأسري (المقاربة النسقية)

تعرف المقاربة النسقية على أنها العلاج النفسي الذي يسعى لدراسة الإتصالات، وأشكال التفاعل داخل الأسرة حيث يمكن تحسين شبكة العلاقات باستخدام المقاربة الجماعية، وهو تيار نتج عن تبني فكرة ذات أصل بيولوجي، وهي نظرية النظم العامة، ومفادها أن الكل يشكل وحدة خاضعة لقوانين تختلف عن القوانين التي تحكم كل جزء على حدى . (ليلي سليمان، بدره ميموني، 2019، ص 21)

يتركز العلاج الأسري كما يدل اسمه على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض. بمعنى أن المعالج أو المرشد يتعامل مع الأسرة ككل. والتصور الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من العلاج هو أنه أكثر منطقية وأكثر نجاحا واقتصادية من أن نتعامل مع كل الأفراد المشتركين في الأسرة النووية. يهتم هذا النوع من العلاج بالنظر إلى المريض كعضو في شبكة من العلاقات الاجتماعية في نطاق الأسرة، فالمريض لا يعالج في عزلة وإنما في وسط أسرته. إن فهم الأسرة بشكل جيد يمكن أن يكشف عن عدد من الانقسامات في داخل الأسرة، وتأثير ذلك على حاله، ويقوم الطبيب بتعيين أفراد الأسرة الذين يود مشاركتهم في جلسات المعالجة، والذين يعتقد أن لهم دور في علاج المريض ومنع الانتكاسة. (ناصر نوفل، 2016، 176).

خلاصة الفصل

تعرضنا في فصل الإكتئاب إلى مجموعة من المحاور للإلمام بمفهوم الإكتئاب النفسي من عدة زوايا ، ففي المحور الأول تم التمهيد فيه إلى مفهوم الإكتئاب من خلال التطرق إلى تعريف الإكتئاب لغة واصطلاحا.

أما المحور الثاني فقد تناولنا فيه مصادر ومسببات الإكتئاب النفسي، حيث اختلفت آراء العلماء والباحثين في معرفة الأسباب الحقيقية للإصابة بالإكتئاب النفسي حيث تعددت هذه الأسباب إلى أسباب بيولوجية ووراثية، وبعضهم يرى أنها ناشئة عن أسباب اجتماعية وبيئية ونفسية .

ثم تناولنا تصنيف الإكتئاب النفسي، حيث أن هذا الإضطراب قسم إلى مجموعة من التصنيفات المختلفة ويرجع هذا الإختلاف والتباين إلى تباين النظريات والتوجهات الخلفية للعلماء ، فصنف من حيث المنشأ ومن حيث درجته وشدته، وصنف أيضا باختلاف أعراضه.

وتطرقنا في المحور الثالث إلى بعض النماذج والنظريات النفسية التي فسرت الإكتئاب النفسي، بعض النظريات التي تناولت هذا المفهوم كالنظرية البيولوجية ونظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والاتجاه المعرفي.

ثم في المحور الأخير تطرقنا إلى علاج الإكتئاب وأيضا تعددت نظرياته وأساليبه تبعا لإختلاف النظريات النفسية والطبية، حيث تناولنا العلاج الطبي الذي يعتمد على الأدوية وأيضا العلاج بالصددمات الكهربائية، ثم استعرضنا النظريات النفسية التي مارس أخصائيوها في علاج الإكتئاب، كمدرسة التحليل النفسي، والمدرسة السلوكية، والمدرسة المعرفية، والمدرسة السلوكية المعرفية، والمدرسة الإنسانية، إضافة إلى علاجات أخرى أثبتت الدراسات والبحوث نجاحاتها لكثير من مرضى الإكتئاب النفسي كالعلاج البيئي والعلاج الأسري.

التفكير السلبي

- تمهيد
- مفهوم التفكير السلبي
- أعراض التفكير السلبي
- العوامل التي تؤثر على التفكير السلبي
- نظريات التفكير السلبي
- إستراتيجيات التفكير الإيجابي
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعد التفكير والإبداع أعلى مراتب الإدراك للعقل وقد ميز الله سبحانه وتعالى الإنسان بالعقل المدرك والمميز والواعي والمبدع والمفكر الخلاق، والتفكير هو الأداة الأساسية التي يستخدمها الإنسان في حل مشكلاته على المستوى اليومي البسيط وعلى المستوى المجتمعي العام، فإن كان لهذه أهمية بالغة فإنه من الحكمة أن يعمل المرء على فهمها وبحث وسائل تطويرها.

إن القلق يعوق التفكير والعمليات الذهنية الطبيعية ويمنعنا من التصرف بحكمة في الظروف الطارئة، فعندما يشلنا الخوف فلا نستطيع التفكير بوضوح، وعندما يتمكن القلق منا تثبط همومنا وملؤنا الخوف من احتمال الإخفاق فنقع فيما نحاول تفاديه، لكن إذا احتفظنا بموقف متفائل وأمل بالتطلع نحو الازدهار والنجاح وإرادة قوية بدلا من الاستسلام للخوف فإننا نبعد عنا احتمال القلق، في حين إن نضبت هممتنا وفقدنا شجاعتنا وسيطر علينا الارتباك سنصبح عاجزين عن بذل الجهود اللازم . إن التفكير الإيجابي يعلمنا السيطرة على أفكارنا والتخلص من الأفكار السلبية ونطرد من أذهاننا كل ما يثير المخاوف ويثبط العزيمة ونتوقع الأفضل من أنفسنا، ونبدأ كل يوم جديد بتفاؤل، وتحول ما يثير قلقنا إلى تحد وتوسط للقدرات الكامنة في داخلنا، فالأفكار السلبية مثيرة للقلق والإنطواء. وهذا ما أثبتته الدراسات والبحوث في ربط الإعتق ادات الخاطئة والتفكير السلبي في التأثير على الصحة الجسمية للإنسان سلبا وإيجابا .

إن الفصل الحالي يهدف إلى استعراض مفهوم التفكير السلبي وأعراضه وأسبابه ومكوناته بشيء من التفصيل وذلك من خلال مجموعة من المحاور مترابطة بشكل منهجي.

1- مفهوم التفكير السلبي :

1-1 تعريف التفكير لغة :

من حيث اللغة : " فكر في الأمر، يفكر، فكرا : أعمل عقله فيه، ورتب بعض ما يعلم ليصل به إلى المجهول، وفكر مبالغة في فكر، والتفكير : إعمال العقل في مشكلة للتوصل إلى حلها" . (المعجم الوسيط، 1994، ص702) ، وهذا قصر للتفكير على نوع من أنواعه، وهو حل المشكلات.

1-2 تعريف التفكير اصطلاحا :

في الاصطلاح يقول إدوارد ديونو أحد أشهر الخبراء في علم التفكير : "لا يوجد هناك تعريف واحد مرضٍ للتفكير، لأن معظم التعريفات مُرضية عند أحد مستويات التفكير، أو عند مستوى آخر . وتعريف التفكير الذي اعتمده في كتابه : هو "التقصي المدروس للخبرة من أجل غرض ما" . (إدوارد ديونو، 2001، ص 41).

ويعرف التفكير بوصفه مهارة بأنه : "المهارة الفعالة التي تدفع بالذكاء الفطري إلى العمل" . (إدوارد ديونو، 2001، ص 56).

وعرف بربرا بريشن التفكير بأنه عملية معرفية متعددة بعد اكتساب معرفة ما، أو أنه عملية منظمة تهدف إلى إكساب معرفة. (صالح صالح معمار، 2006، ص 19)

أما مجدي حبيب فيرى في تعريفه للتفكير بأنه عملية معرفية عليا تبنى وتؤسس على محصلة العمليات النفسية الأخرى كالإدراك والإحساس والتخيل وكذلك العمليات العقلية كالذكر والتمييز والمقارنة والاستدلال ، وكلما اتجهنا من المحسوس إلى المجرد كلما كان التفكير أكثر تعقيدا. (مؤيد أسعد، 2008، ص 15).

2- أنماط التفكير:

يعرف نمط التفكير بأنه مجموعة من الأداءات التي تميز الفرد. والتي تعتبر دليلا على كيفية استقباها للخبرات التي يمر بها في مخزونه المعرفي، ويستعملها للتكيف مع البيئة المحيطة.

أقام "ماير" Mayer أنواعا من أنماط التفكير مرتكزا على العمليات العقلية الموصلة إلى النتيجة، وهذه الأنماط هي:

- التفكير بالمحاولة والخطأ - السلوك الترابطي .
- التفكير بإعادة الموقف (سلوك حل المشكلات).
- التفكير الإستقرائي.
- التفكير الإستنباطي.
- كما افترض أنماطا أخرى للتفكير إستنادا إلى العمليات الذهنية المستخدمة تارة وإلى النتائج تارة أخرى منها:
- التفكير الخرافي.
- التفكير بعقول الغير.

- التفكير العلمي.

أما حبيب فقد اعتمد في تصنيفه لأنماط التفكير على أساسين هما:

- الأزواج المتناظرة، والموضوعية العقلانية.

فأنماط التفكير على أساس الأزواج المتناظرة هي:

- التفكير التباعدي، والتفكير التقاربي.

- التفكير الإستقرائي، والتفكير الإستنباطي.

- التفكير القائم على الجانب الأيسر من الدماغ، والتفكير القائم على الجانب الأيمن من الدماغ.

- التفكير الإبداعي، والتفكير الناقد.

- التفكير من خلال تكوين الفروض، والتفكير من خلال اختبار الفروض.

- التفكير الشكلي، والتفكير غير الشكلي.

- التفكير الإستكشافي، والتفكير التحليلي.

- التفكير ذو النظام المفتوح، والتفكير ذو النظام المغلق.

- التفكير الإستراتيجي، والتفكير التكتيكي.

- التفكير الواقعي، والتفكير التحليلي.

- التفكير السليم، والتفكير المنطقي.

- التفكير المحسوس، والتفكير المجرد.

في حين أن أنماط التفكير على أساس الموضوعية والعقلانية فهي:

- الأسلوب غير العلمي لحل المشكلات: ويتضمن التفكير الخرافي والتفكير الميتافيزيقي.

- الأسلوب العلمي الذي يعتمد على الموضوعية ومبدأ العلمية النسبية: ويتضمن التفكير التأملي، والتفكير

الحدسي، والتفكير الإستدلالي، والتفكير الإبداعي. (قطامي، 2005، ص.ص 16-18)

3- تعريفات التفكير السلبي:

التفكير السلبي هو التشاؤم في رؤية الأشياء، والمبالغة في تقييم الظروف والمواقف، فهو الوهم الذي يحول

اللاشيء إلى حقيقة ماثلة لا شك فيها. والأفكار السلبية تحتاج الفرد نتيجة مواقف تحدث له في البيت والأسرة

والمدرسة والعمل، وتتزايد قوتها عندما لا يكون الفرد على ثقة تامة بنفسه وحين يكون مترددا ومهياً للركض خلف

كل انفعال عاطفي، وجاهز للانسحاق خلف كل موقف. (ناصر حسين ناصر، 2018، ص 251).

ويعرفه توفيق الرقب أنه التفكير الذي يجد فيه الإنسان نفسه يفكر في العجز وينسى قدراته ويركز على

الضعف لديه، ويتوقع الفشل ولا يخطر بباله النجاح، وهو بذلك يفكر بطريقة سلبية فيرى الجانب المظلم من

الأشياء ويعجز عن رؤية الجانب المشرق منها، والتفكير السلبي نوعان:

- تفكير سلبي موجه نحو الذات: ويتمثل في القلق والإكتئاب واليأس.

-تفكير سلبي موجه نحو الآخرين: ويتمثل في الانتقاد والشكوى والغضب، ويسود في أوقات الأزمات، فهو بمثابة رد فعل نفسية نحو الشعور بالخوف والغضب. (توفيق الرقب، 2006، ص 38)

وعرفه رياض (2007) بتلك الرسالة الرفضية والإنجاز والعمل بسبب اعتقادها بعدم أحقيتها وأهليتها للتنفيذ، وفي هذه الحالة إن التفكير السلبي يمنح مستقبلا سلبيا ويعطي صاحبه مشاعر سلبية. (إنعام عبيد، 2019، ص 399)

ولكن قد يلجأ بعض الأفراد إلى نمط من التفكير الخاطئ في التفكير السلبي، ومن بعض الأخطاء التي توصل الفرد إلى التفكير السلبي :

- 1- النظرة الجزئية : وهي نظرة سطحية ضيقة للأشياء، وتعد أساسا قاصرا للتفكير، وهو خطأ في الإدراك أو الفهم، وهو يقوم على تقويم الكل على أساس الجزء الذي أدركه أو فكّر فيه من الموقف الكلي.
- 2- السّلم الزماني : إذ يتم التركيز على فترة زمنية محددة، وغالبا ما تكون قريبة وحاضرة فيبقى هذا النمط من التفكير تفكيراً آنياً ولاسيما أنه لا يحسب أي حساب للمستقبل.
- 3- التمرکز حول الذات: وهنا ينصب التفكير فقط على ما يحققه للفرد من مصلحة، بمعنى أن الإدراك والتفكير لدى الفرد في هذه الحالة يتخفف بالتفكير الذاتي، مع غياب مفهوم الكل الاجتماعي والسير وراء المؤثرات والانفعالات الوجدانية، وتضخيم هذه المواقف العاطفية دون رؤية عميقة للموقف مع انعدام الثقة بالنفس.
- 4- الغرور والعجرفة: وهو شعور الفرد بالغرور والتعالي في نمط تفكيره، ويعد هذا الشعور من الأخطاء الشائعة في تفكير الأشخاص ويصل بأصحابه إلى البحث في أمور لا تحتاج إلى تفسير منطقي، لأنها تتسم بالوضوح فهو يضخمها بشكل مبالغ فيه، حتى يعطي لنفسه العذر لمناقشتها ومتابعتها. (ناصر حسين ناصر، 2018، ص 259)

- 5- الانطباع الأولي: ويعد ذلك أحد مظاهر الجمود في التفكير، يقوم على الفهم الخاطئ ويتسم هذا النمط من التفكير بالتسرع والاندفاع في اتخاذ القرارات حول مشكلة ما دون الإمعان والتعمق فيها، لذا لا بد للفرد من أن يكون قادرا على تعديل تصورات الناتجة عن الانطباع الأولي للأشياء والظواهر وتغييرها إذا ما ثبت له خطأ هذه الانطباعات.
- 6- التطرف: وهو رغبة الفرد بإطلاق تعابير معمة وحدية سلبا أو إيجابا، ويعد ذلك من معوقات التفكير الإيجابي إذ يقوم تفكير الفرد هنا على تعميم تقويم الأشياء من خلال تقويم جزء أو عنصر أو خاصية واحدة، وباستخدام تعابير لغوية حاسمة وقاطعة غير قابلة للتغيير أو التعديل، ويقود ذلك إلى سلوكيات تؤثر بشكل كبير على العلاقة مع الآخرين.
- 7- الفراغ وانعدام وجود الأهداف: أي عدم وجود أهداف مثالية وعظيمة في حياة الفرد وعدم وجود طموحات عالية لديه تشغل تفكيره، مما يؤدي إلى وجود فراغ فكري لديه.

8- اتجاهات الحكم والتقدير: ويعني ذلك عدم امتلاك الفرد للمعايير الموضوعية والسليمة التي تحدد له الانطباع الصحيح أو الخطأ للأشياء فتصبح قراراته ناتجة عن التصورات الأولية السطحية النابعة من المشاعر والأحاسيس والميول والاتجاهات النفسية والاجتماعية غير المقنعة وغير العقلانية، مما يؤدي إلى الخطأ والفشل في التفكير والإدراك.

9- تأثير الحال العام: أي قد يتأثر حكم الفرد الحالي للظاهرة السلوكية أو الأشياء نتيجة لمعرفته السابقة لهذه الظاهرة أو الشيء، فإن كانت فكرته ومعرفته السابقة إيجابية سوف تؤثر على تقويمه لها حتى وإن كانت سلبية والعكس صحيح، إذ تؤثر فكرته السلبية السابقة لها على تقويمه السلبي للظاهرة حتى وإن كانت إيجابية في الوقت الراهن.

10- القوالب أو الأنماط المسبقة: أي استخدام الفرد في حكمه وتقويمه للأشياء على أساس وضعها على شكل قوالب جاهزة، متأثراً في حكمه على هذه الأشياء بالخصائص العامة الإيجابية أو السلبية عن هذه القوالب المعدة مسبقاً. والإشكالية هنا هي أن التفكير بهذه الحالة يقوم على التعميم، وقد يكون هذا التعميم خاطئاً لأن هناك فروقاً فردية واضحة بين الأفراد، لا يمكن تعميم أحكامنا وتجاهل هذه الاختلافات الفردية. (بركات، 2006، ص 08)

وقد أورد ألبرت إليس في كتاباته إحدى عشرة فكرة غير عقلانية والتي قد تكون مسؤولة عن الإضطراب النفسي وهي:

الفكرة الأولى: من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به.
 الفكرة الثانية: أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية.
 الفكرة الثالثة: بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب.
 الفكرة الرابعة: إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده المرء لها.
 الفكرة الخامسة: إن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.
 الفكرة السادسة: إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سبباً للإنشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.
 الفكرة السابعة: إنه لمن السهل أن تتفادى الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن مواجهتها.
 الفكرة الثامنة: ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه.
 الفكرة التاسعة: إن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وإن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.

الفكرة العاشرة: ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.
 الفكرة الحادية عشر: هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة. (حسين طبوزادة، 2017، ص 148)

4- أعراض التفكير السلبي:

وتظهر في الجوانب التشخيصية الآتية:

- **سياق التفكير (Context thinking)**: حيث يكون الانتقال من فكرة إلى أخرى دون أن يستكمل الفكرة الأولى، أو الدوران حول نفس الفكرة مرات ومرات، أو الكف عن الحديث عن فكرة قبل الانتهاء منها، أو الدخول في ذكر تفاصيل كثيرة حول الفكرة لا لزوم لها في سياق الحديث. (Sharma, 2003)

- **محتوى التفكير (Content thinking)**: ويكون على شكل أفكار غير مترابطة منطقياً أو على شكل أوهاام وأفكار غير ثابتة، ويدور التفكير هنا حول أحداث تشبه الأحلام، ويظهر هذا الإضطراب على شكل عدم قدرة الفرد على التفكير في المفاهيم المجردة التصورية، أو اللجوء إلى التفكير المبهم البعيد عن الأفكار الحقيقية للأشياء. (Whyte, 2004)

- **اضطراب الشعور (Neuropathy)**: أي ظهور حالة من الفتور والخمول في التفكير أو ما تسمى بحالة السبات في التفكير (Cama)، كما قد يظهر ذلك على شكل هذيان فكري (Delerium) بحيث يكون ذهن الفرد في هذه الحالة ما بين اليقظة والنعاس، ويصل أحيانا إلى حالة الإغماء التام. (Johnson, 2002)

- **اضطراب الذاكرة (Memory disorder)**: ويظهر ذلك على شكل زيادة القدرة على تذكر تفاصيل دقيقة جدا لبعض الخبرات التي مر بها الفرد، والتي يؤدي تذكره لها إلى حالة من الضيق والكدر والقلق، وبخاصة في حالة الخبرات غير السارة، أو أن يظهر ذلك على شكل فقدان الفرد لجزء من ذكرياته أو لذكرياته كاملة. (Tincher, 2003)

- **الإضطراب الانفعالي (Emotional disorder)** : بمعنى أن يظهر الفرد المضطرب نمطا من التفكير غير المناسب مع الموقف كما ونوعا، بحيث يظهر الفرد بعض المفردات اللغوية غير المعبرة بشكل دقيق عما يجول في خاطره من أفكار، فيقع نتيجة لذلك ببعض الأخطاء والأوهاام. (غانم، 1995)

- **اضطراب السلوك الحركي**: ويظهر ذلك على شكل تكرار لبعض الحركات العصبية أو بعض التعابير والمفردات دون أن يكون لها حاجة أو ضرورة، كما تظهر لدى الفرد في هذه الحالة بعض الحركات المقلوبة أو المصطنعة على شكل أنماط من السلوك الآلية غير المقنعة للموقف. (الحمادي، 2003 ؛ بركات، 2006).

5- سمات التفكير السلبي مقارنة بالتفكير الإيجابي

بعد تحليل العديد من الدراسات التي عنيت ببحث نمطي التفكير السلبي والإيجابي، أمكن إظهار السمات والخصائص الأساسية للتفكير السلبي من خلال مقارنته بالتفكير الإيجابي، وذلك كما هو مبين في الجدول رقم (03). (بركات، 2006، ص 09)

جدول رقم (03) يبين سمات التفكير السلبي مقارنة بالتفكير الإيجابي

سمات التفكير السلبي	سمات التفكير الإيجابي
الفرد صاحب التفكير السلبي ذو فكر متصلب شديد الجمود (Dogmatism) غير قادر على التخلص من آرائه حتى لو بدا له خطأها .	بينما صاحب التفكير المرن الإيجابي (thinking Flexible) فإنه يذعن للحق ويتوق إلى معرفة الجديد من المعلومات سواء أكان موافقا أو مخالفا لها.
اللغة التي يستخدمها صاحب التفكير السلبي تميل إلى المغالاة والحدية والقطعية والتعميم، ومفرداته التي يستخدمها قوية وصارمة، ورموزه مغلقة وحاسمة غير قابلة للتعاطي مع الرأي الآخر.	صاحب التفكير الإيجابي فإن لغته ومفرداته تتمتع بالمرونة قابلة لأخذ والعطاء، قادرا على الحوار والمناقشة العلمية، قادرا على الدخول في مناقشات وحوارات مثمرة ومفيدة بالنسبة له للآخرين.
يتميز بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم لديه بسبب قناعاته المتصلبة والجامدة.	مداخلاته وطروحاته تمتاز بالسمو والراقي حيث مفاهيمه ومقولاته منطقية وقابلة للتعديل والتغيير إذا اقتضت الحاجة لذلك.
يتصف الفرد ذو التفكير السلبي بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين فلا يهتم أن يلقي بالكلام الخشن والجرح نحوهم دون أن يأبه بما يسببه لهم من أذى لإحساساتهم.	بينما أصحاب التفكير الإيجابي فيتصف بقدرته الفائقة على اختيار كلامه بحيث لا يجرح الآخرين ولا يستهزئ بهم، ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين على شكل نقد بناء ومفيد .
يتصف صاحب التفكير السلبي بالثرثرة وإعطاء انطباع للآخرين بأنه مثقف وأن لديه إجابات لكل سؤال مهما كان نوعه وفي كل المواقف، فهو يستخدم عدد ١ معين من المفاهيم والمصطلحات والمبادئ الجاهزة والمحددة، والتي يستخدمها في كل موقف سواء كانت مناسبة أو غير مناسبة وبالتالي يكون حديثه لا جدوى منه مليء بالمغالطات العلمية والمنطقية .	أما صاحب التفكير الإيجابي الذي يتصف بفكر مستنير وقادر على إبداء الرأي مع احترام الرأي الآخر ، ويستخدم ما يناسب من مفاهيم ومصطلحات للموقف أو موضوع النقاش دون زيادة أو نقصان، وبالتالي يكون حديثه مناسب للموقف ومقنع للطرف الآخر.
يتمتع صاحب التفكير السلبي بضعف المعالجة وافتقاره للأساليب والحلول الفعالة للمشكلات بسبب استخدامه للأسلوب التقليدي في البحث والتفكير ، والذي لا يتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة.	بينما يتمتع صاحب التفكير الإيجابي بامتلاكه لأساليب مبتكرة وجديدة تناسب التطور الحاصل، فهو بذلك يعتبر من الأفراد المبدعين القادر على إعطاء حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره

(زياد بركات، 2006، ص.ص 09-10)

كما تناول علماء النفس تأثير الصحة النفسية على الإنسان ، وذكروا أن أول الخطوات التي تؤدي إلى الأمراض النفسية هي الشعور بالتوتر والقلق والخوف من المستقبل والإحباط أو الوحدة الأمر الذي أدى ببعض إلى الانتحار.

وفي ما يلي تحليل بعض الأسباب التي تؤثر على نفسية الإنسان وتم تقسيمها إلى عدة نقاط منها:

-**التقدم والنمو السريع** : كل شيء حولنا أصبح سريع الحركة، منها آلات وطائرات وحتى الأكلات أصبحت سريعة، وبعيدة كل البعد عن الصحة وخالية من أي قيمة غذائية، وهذا لا يعني أن السرعة غير مفيدة ولكنها سبب من أسباب القلق والتوتر التي تؤثر بشكل كبير على الحالة النفسية .

-**التغيير** : كل شيء حولنا يتغير بنفس السرعة التي يجري بها العالم، ومن الناحية المهنية كمثال تتغير في الاحتياجات الأمر الذي يؤدي أحيانا إلى فصل بعض الموظفين الذين لا يتقنون استخدام المعدات الالكترونية الجديدة، مما يسبب لهم تهديدا في البقاء والاستمرارية فيؤدي ذلك إلى الشعور بالقلق والخوف وفي أحيان كثيرة الاكتئاب.

-**المنافسة** : تسببت كل من السرعة والتغير في إيجاد منافسة قوية وعلى الصعيد الشخصي ستؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية مثل الاكتئاب الحاد وأيضاً الأمراض العضوية مثل ارتفاع ضغط الدم والسكر والجلطة وأمراض القلب.

-**المزاج المنخفض** : تأثر المزاج حالة نفسية تحدث لنا جميعاً بسبب فقدان الحماس لفعل أي شيء. (دانية كابلي، 2014)

كما تؤدي القناعات الخاطئة والتفكير الخاطئ إلى مشكلات في التكيف وفي الصحة النفسية، وفيما يلي توضيح لبعض النماذج من هذه القناعات الخاطئة في التفكير:

1- **التعميم الزائد** : بمعنى أن يحكم الفرد على مجموعة من الأشياء أو الأفراد بناء على جزء أو مظهر واحد من هذه الأشياء .

2 - **كل شيء أو لا شيء** : أي إعطاء أهمية مبالغ فيها لموضوع معين ، إذ يصبح هذا الموضوع محور تفكير الفرد ولا يجد بديلاً له، ويسعى إلى تحقيقه دون غيره وقد يصل إليه وقد لا يصل كأن يقول لنفسه إما أن أدرس الطب مثلاً أو لا أدرس إطلاقاً .

3- **الجمال المطلقة** : استخدام عبارات تقدم أحكام مطلقة قاطعة لا تأخذ بالإحتمالات المختلفة بعين الاعتبار ، واستخدام مفردات لغوية في غير موضعها.

4- **استمرار الوضع القائم زمانياً** : أي عدم الثقة بالمستقبل واستخدام الأفكار المتشائمة من الحياة على افتراض أن ما كان موجوداً في الماضي سيبقى كما هو في الحاضر والمستقبل .

وتؤدي هذه القناعات الخاطئة إلى أخطاء وجمود في التفكير، والمشكلة في هذه القناعات الخاطئة مقاومتها المستمرة لأي محاولة للتعديل والتغيير إلى درجة كبيرة، حتى أن بعض الناس الذين يحملون مثل هذه القناعات على استعداد للتضحية بكل شيء دفاعاً عنها. (البيدي، 2013، ص 132)

6-العوامل التي تؤثر على التفكير الايجابي والتفكير السلبي:

6-1 -التنشئة الاجتماعية والتحديات التي تواجهها:

تواجه التنشئة الاجتماعية في عالمنا العربي والإسلامي اليوم نوعين من التحديات: إحداهما داخلي بمعنى أنه نابع من المجتمع ذاته وأنظمتها ومعاييرها ونسقها المختلفة، والآخر خارجي، بمعنى أن مصدره خارج حدود المجتمع المتمثل بالمتغيرات التي تدخل على ثقافة المجتمع من الثقافات الأخرى نتيجة للتفاعل السلبي أو الايجابي.

لقد كانت التنشئة الاجتماعية في المجتمعات التقليدية محصورة في عدد قليل ومحدود من المؤسسات التربوية والاجتماعية، كالأسرة والمدرسة والجماعة والمسجد والخير، بحيث تساند هذه المؤسسات بعضها البعض لتحقيق تنشئة متوازنة سليمة، بعيدا عن التناقض والتصارع والمنافسة فيما بين أهدافها، ولكن مع تطور المجتمعات وهجرة الأسر أو بعض أفرادها من الريف إلى المدن الكبيرة تعددت وسائط التنشئة الاجتماعية، لتشتمل إضافة إلى ما هو موجود، الفيديو والتلفزيون والإذاعة والسينما والمسرح والصحافة والكمبيوتر والانترنت والقنوات الفضائية، والتي تتعارض فيما بينها من حيث الأهداف والأساليب والوسائط، وينعكس هذا التناقض والتصارع بين هذه المؤسسات على عملية التنشئة الاجتماعية فتصبح مشوشة، فينعكس كل ذلك على شخصية الفرد ونفسيته فيصاب بالاضطرابات النفسية المختلفة. (حبيب، 1996، ص 36).

كما أن تعقد الحياة العصرية ومتطلباتها الأساسية والكمالية التي أصبحت الأخيرة منها نتيجة لهذا التطور أساسية في كثير من الحالات، مما أدى إلى اضطراب العلاقات الأسرية وتفككها، وهذا انعكس أيضا سلبا على عملية التنشئة الاجتماعية وتجسد ذلك في اضطراب العلاقة بين الزوجين، والانفصال أو الطلاق، أو الخلافات الزوجية، أو تعدد الزوجات، كل ذلك يؤدي إلى نتائج وخيمة على الأطفال بسبب غياب الوالد عن البيت، وغياب الأم العاملة وفقدان الأولاد مصدر العطف والحنان والتوجيه والتدبير، فهذا الواقع الجديد للحياة الأسرية إضافة إلى تدني دخل الأسرة المادي وانحراف معايير الأسرة الاجتماعية وعدم الاستقرار، كل ذلك أسهم في تقليص دور الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية. (وائل مبارك، مروان بطاينة، 2019، ص 79)

6-2-الحروب:

لعل القول المشهور في هذا المجال بأن الحروب يصنعها الكبار ويقع ضحيتها الصغار هو أكبر تعبير عن مدى التأثير المعنوي والنفسي لهذه الحروب على الأطفال، حيث تؤكد كثير من الدراسات والبحوث النفسية على أن أخطر آثار الحروب هي التي تظهر على الأطفال من حيث فقدان التوازن النفسي لديهم، وظهور الكثير من المشكلات النفسية كالقلق الشديد والفرع والتعاسة والعدوانية والعصاب النفسي وغير ذلك، وتقول أخصائية الطب النفسي والعقلي نعمة البدراوي في هذا المجال " أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل بفعل الإنسان أفسى وأشد مما قد يتعرض له من جراء الكوارث الطبيعية وأكثر رسوخا في الذاكرة " .

ويزداد الأمر صعوبة إذا تكررت هذه الصدمات والخبرات غير السارة في فترات متقاربة، فتتراكم هذه الخبرات لدى الطفل والشباب على شكل مشكلات نفسية واجتماعية عميقة بخاصة إذا لم يتمكن الأهل أو المجتمع

احتواء هذه الحالات من خلال مساعدة الطفل على تجاوز هذه المشكلات، ومن أهم الحالات النفسية والاجتماعية التي يتعرض له الطفل والشباب خلال الحرب : سوء التغذية، المرض، التشرد، اليتيم، الفواجع بسبب المشاهدة العنيفة، ارتكاب أعمال العنف، العجز والانتكالية. (بركات، 2006، ص 13)

3-6- المناخ الأسري:

لا يوجد هناك من المؤسسات أو الهيئات التي تستطيع أن تلعب الدور الذي تلعبه الأسرة في حياة الأفراد، ومن أهم السمات المميزة لهذا المناخ الأسري :

أ . تشجيع الأبناء على الاستقلالية في التفكير واتباع أسلوب الحوار والنقاش والتفاهم، وليس أسلوب إلقاء الأوامر وأسلوب الطاعة العمياء، وذلك من خلال ما تقدمه من شعور بالأمن والاطمئنان للطفل.

ب . التخلص ما أمكن من أساليب التربية غير السوية كالقسوة والتهديد والتوبيخ، والسخرية والعقاب البدني والمعنوي، أو التدليل الزائد، والنبذ والإهمال، أو التذبذب وعدم الثبات في أسلوب معاملة الأبناء.

ج . توفير مثيرات متنوعة ومختلفة وعديدة أمام الأبناء لإتاحة الفرص لديهم للاختيار من بينها ما يناسب قدراتهم وميولهم واتجاهاتهم.

د . تنمية حب الاستطلاع عند الأبناء وتعزيزه لديهم من أجل تطوير قدراتهم العقلية والإبداعية. (وائل مبارك، مروان بطاينة، 2019، ص 80)

4-6- المدرسة:

المدرسة مؤسسة اجتماعية وتربوية تقوم بعمليات التعليم والتربية معاً، وهي تقوم بوظيفتين تكادان تكونان متناقضتين هما: الأولى تتعلق بنقل التراث والمحافظة عليه، والثانية تتعلق بالتغير ومواكبة التطور، والنظام التعليمي الجيد هو الذي يستطيع التوفيق بين هذين الجانبين، ولقد نشأت المدرسة عندما تطورت المجتمعات وتعقدت المعارف وتعددت وأصبحت الأسرة غير قادرة على تحمل أعباء هذه الوظائف بمفردها، وتمشياً مع سياسة ديمقراطية التعلم والتعليم عمدت معظم المجتمعات المتقدمة منها والنامية إلى توفير مؤسسات تعليمية رسمية يتلقى فيها أبنائها العلوم والمعارف المختلفة والمتطورة، وبالرغم من أن قيام المدرسة قد سلب المؤسسات التربوية التقليدية كثيراً من مهامها، لكنها لا يمكن أن تحل محلها بأي حال من الأحوال، وبقيت تلك المؤسسات وبخاصة الأسرة تعمل في خط متواز مع المدرسة. (غانم محمود، 1995)

5-6- شعور الفرد بالنقص والدونية:

ويعتبر هذا العامل من العوامل المهمة التي تؤثر في نمط وأسلوب التفكير لدى الفرد فتجعله تفكيراً إيجابياً أو سلبياً، وهناك عدة أسباب تؤدي إلى إحساس الفرد بالنقص والدونية أهمها:

أ . التربية غير السوية: يؤكد معظم علماء النفس على أن التربية والتنشئة الخاطئة لها تأثير خطير في تكوين الفرد النفسي والاجتماعي وتوجيه سلوكه توجيهاً سلبياً، فإن قامت التربية والتنشئة على الخوف والتوتر والانفعال والصراع الدائم والمتكرر، فإنها تؤدي إلى بلورة شخصية مضطربة لدى الأفراد وهذا ينعكس في سلوكه وفي

استعداده للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية، لذا فإنه لا بد من توفير أساليب تربية يسودها التعاطف والحنان بين أفراد الأسرة، وتوفير تربية تحترم الفرد وتتقبل مشاعره واتجاهاته .

ب . الحرمان والقيود الاجتماعية: ينشأ الفرد في مجتمعاتنا ومنذ الطفولة المبكرة على نظم اجتماعية قمعية تقوم على الحرمان والسيطرة، وتتعدد أشكال هذا الحرمان فقد يكون حرمانا ماديا، أو يكون حرمانا من المكانة والمركز الاجتماعي، أو حرمانا من إبداء الرأي بحرية، كل ذلك يحد من قدرة الفرد على ممارسة التفكير الإيجابي المثمر، ويجعله عرضة للاضطراب الفكري والتطرف فيه.

ج . هيمنة النظم السياسي المتخلفة: إن الأنظمة السياسية الرجعية المتخلفة تسعى دائما إلى إشعار مواطنيها بالعجز والضعف والنقص، حتى يبقى هؤلاء المواطنون مسلوبو الإرادة وبحاجة إلى هذه الأنظمة، ولا يفكرون بغير إشباع حاجاتهم الأساسية في الحياة ولا يطالبون بحقوقهم، وبذلك فإن هذه الأنظمة الحاكمة المتخلفة تصبح حجر عثرة أمام ممارسة الفرد لحريته الفكرية، ويبقى تفكيره سلبي وفي حدود ما تقبله هذه الأنظمة وما تسمح به.

(بركات، 2006، ص 15)

6-6- وسائل الإعلام المختلفة:

إن حجم الإقبال على وسائل الإعلام المتطورة بأشكالها المختلفة يتضاعف تقريبا كل عام وكل شهر وبشكل متسارع، فقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك تأثيرا مباشرا وملحوظا للتلفاز والبرق الفضائي على سلوك وتفكير المشاهدين، كما وجد تأثير ملحوظ للمشاهدة التلفازية في مبادئ الأفراد ومدى تقبلهم وقدرتهم على التكيف مع

المعايير الاجتماعية . (جيسون، 1990).

إن سهولة الوصول إلى المعلومات الغزيرة جدا باستخدام تقنيات في متناول الجميع كشبكة الانترنت العالمية، تؤدي إلى ركون الأفراد إلى الوسائل والتقنيات دون أن يستخدم تفكيره، وهنا يجب أن لا يفهم محاربة هذه التقنيات ومقاطعتها، وإنما يجب استخدامها بالقدر الذي يؤدي الغرض والهدف، وأن يعتمد الفرد على أساليبه وسماته في التفكير والبحث وأن لا يركن إلى ما هو سهل.

7- علاقة التفكير السلبي بالصحة النفسية والجسمية

يعد التفكير السلبي أخطر مما يتصور أي إنسان فهو يجعل الحياة سلسلة من المتاعب والأحاسيس السلبية والسلوكيات السلبية وكذلك النتائج السلبية كالأعراض النفسية والعضوية والشعور بالضيق والوحدة والخوف، إذ أن الفكرة السلبية هي في حد ذاتها مجرد كلمات داخلية يستخدمها الإنسان ولكن ما يجعلها خطرة هو تكرارها وتخزينها حتى تصبح عادة يستخدمها الإنسان في حياته فتسبب له متاعب ليس لها نهاية.

والتفكير السلبي يبحث ويفكر في السلبيات التي حدثت في الماضي ، ويقلق ويخاف من المستقبل ويعيش الحاضر بأحاسيس سلبية واعتقادات سلبية تجعل حياته سلسلة من التحديات والمشاكل، والعجيب أن الشخص

الذي يفكر بطريقة سلبية عنده قدرة خيالية على العثور على السلبيات في أي شيء حتى ولو كان إيجابيا، فضلا عن أن التفكير السلبي يضع كل الأعضاء في حالة تأهب، إذ قام بعض الباحثين في جامعة ستانفورد بعمل بحث عن قوة التفكير السلبي وأثره على الأعضاء فوجدوا أن التفكير السلبي يجعل المعدة تفرز أحماضا شديدة القوة، وقاموا بأخذ عينة من هذا الحامض ووضعوها في طعام فأر من فئران التجارب وكانت النتيجة مفاجأة للجميع، مات الفأر متأثرا من شدة الحامض وقد قاموا بتكرار التجربة على فئران أخرى وكانت النتيجة واحدة هي الموت، كما وجد باحثون في كلية الطب في جامعة سان فرانسيسكو في عام 1985 أن التفكير السلبي يسبب أكثر من 75 % من الأمراض العضوية مثل أمراض القلب وأمراض ارتفاع ضغط الدم والصداع وحتى السرطان. (عفرء عبيدي، 2013، ص ص 126-127)

كما أن التفكير السلبي يرتبط بتدهور المستوى الصحي وازدياد الحالات المرضية كالكآبة والاضطراب النفسي وغير ذلك، حيث تشير الدراسات والبحوث النفسية والتربوية إلى أن الاضطراب النفسي والعقلي ليس ناشئا من المواقف الصعبة التي تحيط بالفرد بقدر ما هو ناجم عن حالة اليأس الذي ينتجابه تجاه تلك المواقف، والذي يوحى إليه بالعجز والفشل اتجاهها، وهذا ما يعبر عنه بالتفكير السلبي للحياة، والذي يجعل الفرد ينظر إلى حياته وإلى الحياة من حوله بمنظار مظلم قاتم، وتشاؤم يجعله أكثر تعاسة. (زياد بركات، 2006، ص 05)

إن معرفتنا لتفاعل العقل الواعي والعقل الباطن سوف تجعل الإنسان قادرا على تحويل حياته كلها، فعندما يفكر العقل بطريقة صحيحة، وعندما يفهم الحقيقة، وتكون الأفكار المودعة في بنك العقل الباطن أفكارا بناءة وبينها انسجام وخالية من الاضطراب فإن القوى الفاعلة العجيبة سوف تستجيب وتجلب أوضاعا وظروفا ملائمة والأفضل في كل شيء، ولكي يغير الإنسان الظروف الخارجية فإنه يتعين عليه أن يغير السبب، والسبب هو الطريقة التي يستخدم بها الإنسان عقله وهو الوسيلة التي يفكر بها الإنسان ويتصورها في عقله. كما أن موضوع التفكير الإيجابي موضوع هام في حياة كل فرد، لما له من آثار ملموسة وبناءة في شخصية الفرد وفي صحته الجسدية والعقلية ومستويات طاقاته وإبداعه، ذلك أن سلوك الفرد هو نتيجة ما يحمله من أفكار عن نفسه وعن حوله فإن كان تفكيره إيجابيا فإن ذلك سينعكس على سلوكه وستكون عاداته وقيمه إيجابية أيضا، فالفرد عندما يعدل أسلوبه في التفكير فإن ذلك يصحبه تغيرات إيجابية أيضا. (إيمان دندي، 2013، ص 04)

يعد التفكير عملية مستقلة عن المثيرات الحاضرة أو الموجودة في الموقف بينما العمليات العقلية الأخرى جميعها تعمل عن طريق الإثارة الحسية المرتبطة بالمثيرات الخارجية، والتفكير سلسلة متتابعة محددة لمفاهيم رمزية تثيرها مشكلة معينة تحتاج إلى حل من نوع محدد، و أن سعي الفرد لحل هذه المشكلة هو مؤشر ودلالة على وجود التفكير وأهميته لمواجهة هذه المشكلة، فالتفكير يتضمن معالجة داخلية لعناصر الموقف من جهة ومن جهة أخرى يقوم على تجهيز الفرد للمثيرات الداخلية لديه، إذ لا تتوفر في الموقف الإدراكي الراهن، وبذلك فإن التفكير

يعتمد على عمليتين ذهنتين هما: الاستقراء والاستنباط أو الاستنتاج، والتي يتميز بها الإنسان عن غيره من الكائنات الحية، على أنه لا تتميز عملية التفكير بأنها إنسانية فحسب وإنما هي عملية تتطلب تنميتها واكتسابها جهوداً متميزة من أطراف عدة. (غانم، 1995)

حيث أثبتت الدراسات أن 90% من الأمراض العضوية أسبابها نفسية، وما أكثر ما يثير الأعصاب مع بداية اليوم إلى آخره، فكل ما يفكر فيه العقل يؤثر على أعضاء الجسم الخارجية ابتداءً من التكشيرة مروراً بالعصبية نهايةً بالاكتئاب، وبالتالي تتأثر الأعضاء الخارجية، هذا ما أكدته هيربرت سبنسر من جامعة هارفارد في كتابه "العلاج بالطاقة".

كما أشار بحث لكلية طب سان فرانسيسكو عام 1986 إلى أن أكثر من 75% من الأمراض العضوية أساسها التحدث مع الذات بشكل سلبي، وهو ما يسميه علماء النفس "التمثيل الداخلي" ومعناها هو الطريقة التي يمثل بها الإنسان حياته داخلياً بما في ذلك الأفكار وترتيبها في العقل، وأن ذلك يسبب أمراضاً متعددة منها أمراض القلب والصداع والقرحة والجلطة وضغط الدم، ويضعف الجهاز العصبي وجهاز المناعة وقد يصل أيضاً إلى السرطان.

ومن ناحية أخرى نجد علماء العلاج بالطاقة البشرية يؤكدون على أهمية الأفكار مثل "مانتاك شيا" الذي يؤكد في كتابه "الابتسامة الداخلية": إن الفكرة تؤثر على الحواس الخمس ثم تؤثر على جميع الأعضاء الداخلية وذلك بسبب عدم اتزان طاقة الإنسان مما يؤدي إلى الأمراض بكافة أنواعها، وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "لا تمارضوا فتمرضوا"، وهذا يؤكد أن الفكر يسبب الأمراض وأنه حتى لو تمارض الإنسان واستمر في تكرار هذا التمارض ستصبح حقيقة ويسبب لنفسه الأمراض. (أمل السالمي، 2014)

وقد يبدأ الإيحاء السلبي إثر تجربة مر بها الإنسان، كأن يكون قد فشل في عمل قام به أو امتحان فشل فيه فبدلاً من أن يستفيد منها نراه يعممها على حياته كلها، و بدلاً من أن ينسى ألمها فانه يحييها في كل تجربة يقبل عليها.

فحقيقة التفكير السلبي أنه أخطر من أن يتصور أي إنسان، فهو يجعل الحياة سلسلة من المتاعب والأحاسيس والسلوكات السلبية، مما يؤدي إلى النتائج السلبية مثل الأمراض النفسية والعضوية والشعور بالضيق والوحدة والخوف. (الفقي، 2007)

7-1- كيف يؤثر التفكير السلبي على الدماغ؟

خلال دراسة في مجلة علم النفس العيادي تم دراسة آثار القلق على أداء مهمة فرز بعض الأشياء، وكانت نتيجة الدراسة أن الأشخاص الذين أبدوا قلقهم تعرضت قدراتهم لحادث خلل كبير عند فرز الأشياء كلما زادت المهمة صعوبة وتعقيداً. في دراسة متابعة، وجد الباحثون أنهم قادرون على إظهار أن هذا الاضطراب كان نتيجة لزيادة مستويات الأفكار السلبية، فعند مواجهة مهام معقدة، يؤدي التفكير السلبي قدرة الدماغ على معالجة

المعلومات والتفكير بوضوح. فإن التفكير السلبي أثناء المشكلة ليس فقط لا يساعد في حل أي شيء فحسب، بل إنه يجعل من الصعب التفكير في حل مفيد. (نيرة شريف، 2019)

إذا كان لدى الفرد صاحب المشكلة ميل إلى الإفراط في إظهار التعب والإرهاق كرد فعل على الإجهاد، فقد يكون ذلك بسبب التغييرات في عقله الناجمة عن التفكير السلبي، يتم تخزين التجارب السلبية في الدماغ من قبل اللوزة الدماغية، وهي مسؤولة أيضا عن تأهب الدماغ للقتال، والاستجابة للمخاوف. على النقيض من ذلك، فإن الشخص الذي تعرض من قبل لتجربة سلبية كانت تُهدد حياته أو يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، قد يرى أن ازدحام المرور يُشكل تهديدا لسلامته، ويبدأ جسمه في الرد كما لو كان يتعرض للهجوم، فهو يفتقر إلى القدرة على التمييز بين التهديد الحقيقي والتهديد المتصور ويؤدي هذا إلى الإفراط في رد الفعل.

7-2- كيف يرى المهاد الأفكار السلبية؟

المهاد عبارة عن بنية صغيرة داخل الدماغ تقع مباشرة فوق جذع الدماغ بين القشرة المخية والدماغ الأوسط، وهو مسؤول عن إرسال الإشارات الحسية والحركية إلى بقية الجسم، لكنه لا يفهم أن الأفكار السلبية لا تُشبه الخطر الحقيقي، فعندما تفكر في الأفكار السلبية، فإن المهاد يفترض أنه يحتاج إلى إعداد الجسم للهروب، نتيجة لذلك، فإن أجسامنا تعاني من أعراض الخطر الحقيقي، مثل نبض القلب السريع وضغط الدم المرتفع وحالة الإثارة الشديدة التي تحدث لنا أثناء التفكير في الأفكار السلبية حتى وإن لم تكن واقعية.

7-3- التفكير السلبي والتشوهات الدماغية

يؤدي الإجهاد الناتج عن التفكير السلبي إلى حدوث تغييرات في الدماغ قد تؤثر على احتمال حدوث اضطرابات عقلية مثل القلق والاكتئاب واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وفصام الشخصية واضطرابات المزاج. ولقد تبين أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) لديهم تشوهات في أدمغتهم، والمتمثلة في مقدار المادة الرمادية مقابل المادة البيضاء، الفرق هو أن المادة الرمادية هي المكان الذي تتم فيه معالجة المعلومات بواسطة الخلايا العصبية، في حين أن المادة البيضاء هي شبكة ليفية تربط الخلايا العصبية، والإجهاد المزمن يُنتج المزيد من روابط المادة البيضاء، ولكن عددا أقل من الخلايا العصبية، التوازن بين المادة الرمادية والمادة البيضاء في المخ مهم للاتصال الفعال في الدماغ، ومن المعتقد أن انقطاع الاتصالات في الدماغ يؤثر على الحالة المزاجية وذاكرات الفرد.

المشكلة هي أن أدمغتنا جيدة في التعلم من التجارب السيئة ولكنها سيئة في التعلم من التجارب الجيدة، ووفقا للدكتور ريك هانسون، مؤلف كتاب The Take in The Good Course، وهو برنامج تدريب عقلي يستخدم عقلك لتحسين حياتك وسعادتك، فإن الأشخاص الذين أتموا برنامجا لتدريب أنفسهم على استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية، واجهوا خبرة أقل بكثير مع القلق والاكتئاب، وكان لديهم تحكم في الذات بدرجة

أكبر، وكانوا يتمتعون أيضا بالرحمة، والحب، والرضا، والفرح، والامتنان، واحترام الذات، والتعاطف الذاتي، والرضا عن الحياة، وتحقيق السعادة. (نيرة شريف، 2019).

كما يرى "سليجمان" Sligman أن من أولى منافع التفكير الإيجابي أنه يرتبط بدرجة عالية مع طول العمر كالصحة الجسمية النفسية، ففي دراسة تضمنت مجموعة من الراشدين وكبار السن، وجد أن سبب صحته وطول أعمارهم يرجع إلى نوعية تفكيرهم، إذ كانوا يتمتعون برؤى وأفكار إيجابية حول أنفسهم وطريقة عيشهم. (Sligman, 1991)

8-نظريات التفكير السلبي:

8-1 وجهة نظر وليام جيمس:

أفاد الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي وليام جيمس في كتابه "تنوعات الخبرة الدينية" دراسة في الطبيعة الإنسانية، أن السعادة الغاية النهائية للحياة الإنسانية، وأن من يسعون للوصول إليها والإقتراب منها وتحقيقها هم الأجدر بأن يطلق عليهم ذو العقلية السوية (Healthy minded)، ويمكن فهم ما يقصده جيمس بمفهوم العقلية السوية من خلال مقارنته بمفهوم آخر ركز عليه جيمس في كتابه المشار إليه وهو مفهوم الروح المريضة (The sick soul) كنمطين رئيسين لما يسميه بالصحة الروحية (Spirtual health)، (علي القرشي، 2012، ص 256) كما يتضح من الجدول التالي:

جدول رقم (04) يبين مقارنة العقلية والسوية من منظور وليام جيمس

العقلية السوية	الروح المريضة
الشخص ذو العقلية السوية هو ذلك الشخص المتفائل الذي يمتلك نظرة طبيعية إيجابية للحياة. وقد تأثر جيمس في تحديد ملامح مثل هذا الشخص بمبادئ شفاء حركة شفاء النفس التي كانت بمثابة جماعة ضغط دفعت باتجاه التركيز على تنمية التفكير الإيجابي كوسيلة لعلاج المرض والإكتئاب.	توجد لدى من يمتلكون روحا مريضة وتسيطر عليهم الكآبة ولا يرون إلا الشر والقبح في العالم من حولهم، والطريقة الوحيدة لعلاج الروح المريضة فيما يرى جيمس تحرر الإنسان من ربكة التشاؤم والشر والإعتقاد في الإيمان والروحانية، وفي حالة حدوث مثل هذا التحرر يحدث للإنسان ما يسميه جيمس بالولادة الثانية للروح مما يدفع ذلك الإنسان باتجاه السواء، وبالتالي رؤية الحياة من منظور إيجابي

(أبوحلاوة، 2011، ص 03)

8-2-نظرية سيقموند فرويد:

يرى أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة، وإن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية، والعقدة النفسية إرتباط وجداني سلبي شديد التعقد والتماسك حيال موضوع ما من الموضوعات الداخلية أو الخارجية، فالفرد متفائل إذا لم تقع في حياته حوادث تجعل نشوء العقدة النفسية لديه أمرا ممكنا، أي الذي

يشبع بشكل مفرط في طفولته سيكون عرضة للتفاؤل المفرط والإعتماد على الآخرين، أما إذا أحبطت اللذة الفمية فإن الشخصية الفمية تتسم بالسلوك الذي يميل إلى إثارة الجدل والتناقض الوجداني. (سماح شلال، 2019، ص 234).

أي الشعور بمزيج من الحب والكراهة، والذي يتوقف في هذه المرحلة يكون عرضة للإفراط في هذا التشاؤم. إن التشاؤم الفمي orealpessimism يرجع للخبرات القاسية في هذه المرحلة، والطفل المصاب بتثبيت المرحلة الفمية تكون إحدى خصائص شخصيته التفاؤل. (علي القريشي، 2012، ص 257)

8-3- نظرية ألبرت اليس:

تركز النظرية العقلية الانفعالية على الجانب السلوكي والعقلي، وتقوم فلسفتها على أن التفكير والانفعال والسلوك تتداخل فيما بينها في علاقات السبب والنتيجة المتبادلة.

وتفترض هذه النظرية أن التفكير يقرر السلوك، أي أن المشكلات التي يمر بها الأفراد تُعزى إلى الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف. كما تفترض هذه النظرية أن الناس يولدون ولديهم أفكار عقلانية وأخرى غير عقلانية، وأن الأفكار الغير عقلانية هي الأكثر تأثيراً في سلوكنا. وإذا أردنا التفصيل أكثر في الافتراضات والمسلمات التي تقوم عليها النظرية العقلية الانفعالية وكيف تنظر إلى الإنسان فهي ما يلي:

- 1- أن التفكير والانفعال يمثلان وجهان لشيء واحد، فلا يمكن النظر إلى أحدهما بمعزل عن الآخر، ويضيف ليس أن هناك بعض الأساليب التي تثير الانفعال، كما أن هناك بعض الأساليب التي تساعد على التحكم فيه، ويعتبر التفكير واحد من تلك الأساليب، وأن ما نسميه بالانفعال ما هو إلا نوع بعينه من الفكر الذي يتسم بالتحيز والتطرف.
- 2- أن الإنسان لديه ميل للتفكير بشكل عقلائي وغير عقلائي، فعندما يسلك ويفكر بطريقة عقلانية يكون فعالاً ومنتجاً، وعندما يفكر بطريقة غير عقلانية يشعر بالخوف والقلق وعلى الفرد أن يعمل على تنمية طرق تفكيره العقلانية.
- 3- أن الاضطرابات النفسية التي يعانيها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه.
- 4- أن التفكير الغير عقلائي يرجع إلى مرحلة الطفولة وإلى عوامل التنشئة الاجتماعية في الطفولة، وأن للآباء دور في اكتساب الأبناء لهذه الأفكار اللاعقلانية.
- 5- يجب مهاجمة ومحاربة الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد من خلال المناقشة والإقناع وتزويده بالأفكار العقلانية والمنطقية.
- 6- يسلك الناس وفقاً لتوقعاتهم عن استجابات الآخرين، وهذا التوقع كعملية معرفية له تأثيره على الاضطراب الانفعالي، حيث أن الأفراد في بعض الأحيان يميلون إلى إعطاء أحكام كاذبة لنيل رضا الآخرين واستحسانهم.

7- يعزو الأفراد مشكلاتهم واضطراباتهم الانفعالية إلى الآخرين وإلى الأحداث الخارجية ومن ثم تكون الاضطرابات الانفعالية لديهم قائمة على إعزاءات خاطئة.

8- يميل الأفراد إلى استخدام بعض الميكانيزمات الدفاعية ضد أفكارهم وسلوكهم وذلك حفاظاً على ذواتهم، بمعنى أنهم يميلون إلى عدم الاعتراف لأنفسهم أو للآخرين بأن سلوكهم وتفكيرهم خاطئ وأكثر سلبية.

- النظرية العقلية الانفعالية وتفسيرها للاضطرابات الانفعالية:

1- ترى النظرية أننا نتعلم المعتقدات السلبية من الأشخاص الهامين في حياتنا خلال مرحلة الطفولة، وأن تكرارنا لهذه الأفكار يجعلنا نتصرف إزاءها وكأنها مفيدة.

2- ترى النظرية أن لوم النفس هو محور الاضطرابات الانفعالية، ومن هنا فإننا إذا أردنا أن نتغلب على العصاب أو اضطرابات الشخصية فإن علينا أن نوقف اللوم لأنفسنا وللآخرين، ومن المهم أن نتعلم كيف نتقبل أنفسنا كما نحن ولا ندعي الكمال.

3- يرى إليس أننا نبالغ في تفضيلاتنا عندما نخاطب أنفسنا بكلمات مثل " يجب علي .. " أو " علي أن أفعل كذا وكذا .. "، أو غير ذلك من التعابير الشبيهة، لأن هذه الأوامر والطلبات الكبيرة تخلق شعوراً بالانزعاج لدى الفرد وكذلك سلوكاً غير مقبول. (صالح الغامدي، 2012)

4-8- نظرية أرون بيك Aaron Beck

اعتبر (بيك) أن الفرد المضطرب نفسياً لديه أخطاء في طريقة التفكير تؤدي به إلى نتائج غير منطقية، وتظهر أخطاء التفكير على شكل تشويهات معرفية أساسية تتمثل في تفكير الفرد بطريقة جامدة تعتمد على :

1- الكل أو اللاشيء.

2- التعميم الزائد.

3- التصفية العقلية : أي قيام الشخص بالتقاء جانب سلبي من الموقف وجعله الموضوع الوحيد لاهتمامه ، وبذلك يدرك الموقف بأكمله بطريقة سلبية.

4- التقليل من شأن الأحداث الإيجابية: أي ميل الشخص إلى خفض الأحداث الإيجابية التي يمر بها ، أو تحويلها إلى أحداث سلبية.

5- الاستنتاج العشوائي: ويعني القفز إلى النتائج دون وجود بيانات أو أدلة واقعية في الموقف .

6- التضخيم والتقليل: أي المبالغة في إعطاء الأهمية للأحداث الصغيرة ، والمبالغة في التقليل من أهمية الأحداث الهامة.

7- الاستدلال المعرفي : هو أخذ الفرد الحالة الانفعالية كدليل على الواقع.

- 8- عبارات الوجوب: أي عدم المرونة في المعايير المفروضة من قبل الفرد على نفسه والآخرين .
- 9- الشخصية: يري الفرد بأنه السبب في الأحداث الخارجية السلبية دون وجود مبرر لذلك، وللشخصانية وجه آخر وهو الاعتقاد بأن جميع الناس ينظرون إليك. (خالد الجهني، 2011).
- يمكن النظر إلى الشعور بالاكتئاب أو الحزن المرضي على أنه ناتج عن بعض الأفكار السلبية ، التي يرتبط بها مجموعة من التصورات السلبية أيضا تجاه كل من الذات والعالم والمستقبل (المثلث المعرفي للاكتئاب) ، هذه الأفكار والتصورات ينتج عنها تفسيرات خاطئة للمواقف المختلفة التي يمر بها الفرد، مما تجعله يعيش في دائرة سوداوية مغلقة تساهم في تأصيل مجموعة من التشويهات المعرفية يمكن أن نحملها فيما يلي :
- 1- التفكير المأساوي: وهو اعتقاد الفرد أن ما حدث أو سوف يحدث سيكون شيئا لا يمكن تحمله، ولن يستطيع إيقافه، ولا يمكن السيطرة عليه. و أنه يتخطى حدود قدرة الفرد لمواجهته بنجاح ، في حين أنه حدث عادي وليس له معنى مأساوي. مثال ذلك أن يعتقد الفرد أن الفشل من أسوأ الأمور .
- 2- المبالغة في التعميم : وهو اعتقاد الفرد أن الأحداث السلبية العامة قد تحدث له بشكل فردي خاص به (هذا يحدث لي دائما، يبدو أنني فاشل في أشياء كثيرة). وكذلك المبالغة الشديدة في تضخيم الأمور بشكل غير عقلائي حول أحداث لا يمكن تصديق احتمالات حدوثها. والمبالغة في تقدير الآثار المترتبة على الأحداث ضرورة وقوع حوادث مروية إذا أعلنت الأرصاد سوء الأحوال الجوية .
- 3- التفكير وفقا لمبدأ (الكل أو لا شيء) : وهو أن ينظر الشخص للأشياء على أنها إما سوداء أو بيضاء ، دون أن يفترض أن شيئا ما يمكن أن يشتمل على جوانب سيئة وأخرى حسنة ، أو جوانب سلبية وأخرى ايجابية ، أو أن هذا الشيء السلبي قد يكون له نتائج ايجابية في المستقبل (أنا مرفوض من كل الناس) .
- 4- قراءة الأفكار : وهو اعتقاد الفرد أنه يعرف ما يفكر فيه الناس دون أن يكون لديه دليل كاف على أفكارهم، كأن يفترض أن الآخر يعتقد أنه سلبي.
- 5- قراءة الغيب: تنبؤ الفرد بالمستقبل أي أن الأشياء سوف تكون أسوأ أو أن هناك خطرا قادم (سوف أفشل في الاختبار وأخسر الوظيفة) .
- 6- الإقلال الشديد من قيمة الإيجابيات : أن يقلل الفرد من قيمة الإيجابيات التي يحققها أو يحققها الآخرون ، مثال (إن ما تفعله الزوجات أمر طبيعي ولن يكون له قيمة تذكر).
- 7- الانتقاء السلبي: أن يركز الفرد دائما على السلبيات ونادرا ما يلاحظ الإيجابيات .
- 8- التفكير المثالي : تفسير الفرد للأشياء والأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه ، بدلا من التركيز على طبيعتها (سوف يكون أدائي أفضل، فإن لم يحدث ذلك فإنني إنسان فاشل) .
- 9- العزو الشخصي: إرجاع جميع الأسباب إلى الفرد نفسه ، وارتفاع معدل تأنيب الضمير للفرد ذاته ، لأنه مسئول على الأحداث السلبية، والفشل في إدراك الأحداث على أنها قد يسببها الآخرون (انتهى الزواج بسبب فشلي) .

10- المقارنات المجحفة : أن يلجأ الفرد إلى تفسير الأحداث في ضوء معايير غير واقعية ، تركز بشكل أساسي على الآخرين الذين يؤدون أفضل منه، ويجد نفسه أقل في المقارنة (إنها أكثر نجاحا مني ، أو أن الآخرين يؤدون أفضل مني في الاختبار). (زهرة حياة، 2019).

وأشار بيك (Beck, 1985) إلى أن التفكير الإيجابي يساعد على صياغة المشكلة، فالمشكلة إذا لم يعمل الفرد على حلها تبقى داخل نفسه حتى ينطلق هو إلى الآخرين لحلها، وإن معرفة الخبرات والأفكار السلبية التي تواجه الفرد قد تساعد على اختيار البدائل المناسبة مما يتيح الفرصة لتعديل الأفكار واستبدالها وتقديم الأسلوب الأنسب لتصحيح نمط التفكير بشكل أكثر واقعية وإيجابية. (الغريز وآخرون، 2009، ص 07)

ومثالا لتفسير الإضطرابات النفسية وليكن الإكتئاب، يرى "بيك" أن المريض يحس أنه قد خسر شيئا يراه ضروريا لسعادته، ويتوقع من أي مشروع مهم نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقدا للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات الشأن، وبالإمكان صياغة هذه الفكرة فيما يسمى الثلاثي المعرفي (The cognitive third) تصور سلبي للذات، تصور سلبي لخبرات الحياة، نظرة سلبية للمستقبل.

والشخص المكتئب ربما لديه زيادة تعميم عن الحوادث الثانوية والتفكير بأنه عدم الأهمية (لا قيمة له)، كما أن الناس المكتئبين يلومون أنفسهم أكثر مما ينبغي أو أكثر مما هو مبرر.

وإذا أمكن دفع انتباه الفرد لما يفكر فيه عنهما بخبر (بمر) أو يشعر بأي عاطفة فإن الفرد سوف يرى بأن أفكاره تكون مرتبطة بما يشعر به، إذ أن الأفكار السلبية تكون مرتبطة بالمشاعر السلبية مثل الحزن، خيبة الأمل، القلق، تماما كالأفكار الإيجابية التي تكون مرتبطة بالمشاعر الإيجابية مثل الفرح والابتهاج . (إنعام عبيد، 2019، ص 378).

8-5- نظرية سليجمان وآخرون:

يرى صاحب هذه النظرية أن كلا من التفاؤل والتشاؤم هما أسلوبان في التفكير، وفي تفسير الوقائع والأحداث، طريقة تفسيرنا للوقائع لا تقتصر مجاهدة حالة خاصة من نجاح أو فشل، بل هي القيمة العامة التي نعطيها لأنفسنا ولإمكاناتنا في الحياة.

ويمكن أن نتعلم التفاؤل والتشاؤم بناء على خبراتنا ونمط تنشأتنا، بما يتصف به من رعاية وحب وتشجيع وتعزيز ومكانة، أو زجر وإهمال وحط من القدر. وحيث أن هذا الأسلوب التفاؤلي والتشاؤمي في التفكير متعلم، فإنه يمكن إعادة تعلمه وأشير له من خلال أساليب تدريبية علاجية. (حجازي، 2012، ص 120)

كما أشار سليجمان إلى موقف كل من المتفائل والمتشاؤم في تفسير الوقائع وأسبابها :

1-الديمومة: التي يكونها الشخص معرفيا عن الأشياء والأحداث والوضعيات والحن وعن نفسه وذاتها، وإن وقع في محنة فإن المتشاؤم يرى أنها تدوم ولا مجال للخروج منها وأنها قدر مفروض، أما المتفائل فيراها أنها أزمة عابرة، ومن ثم فالأمل موجود للخروج من المحنة مستقبلا.

2- التعميم: حيث الأسلوب التفسيري متشائماً، يميل الشخص إلى تعميم المحنة من الوضعية الأصلية على مختلف وضعيات الحياة، ويطلق أحكاماً عامة وقطعية على العالم والناس، وفي المقابل فإن أسلوب التفسير المتفائل يجعل الشخص يدرك أن الخسارة والشدة على أنها محدودة ضمن حيز ما وتشكل بدائل أو تعويضات معقولة أو حتى ملائمة. كما يدرك الأسلوب التفسيري المتفائل المحنة أو الخسارة على أنها انتكاسة مؤقتة ومن ثم فإن إمكانية الإنطلاقة من جديد متاحة.

وعلى المستوى الذاتي يحافظ أسلوب التفسير المتفائل على إيجابية النظرة إلى الذات وقدرتها وإمكاناتها وتقديرها، مما يبقى الطاقات متوفرة لجولات جديدة. (حجازي، 2005، ص 336)

3- الموقع: يضع المتشائم اللوم على ذاته بكونه المتسبب بالأزمة، أما المتفائل فإنه على العكس من ذلك يحمي ذاته ويرى في العثرة نتيجة تدخل عوامل خارجية غير مواتية لا تؤدي صورة الذات أو الحكم على قيمتها، ويختلف كلاهما على صغير الموقع فيما أن المتشائم يرد أسباب النجاح الذي يلقاه إلى أسباب خارجية (النجاح بالصدفة)، أما المتفائل فإنه يرد أسباب النجاح إلى قواه الذاتية (هو صانع نجاحه). (حجازي، 2012، ص 125).

لذا فقد أشار كل من سليجمان وآخرون 1998 إلى أن التفاؤل يعد بُعداً رئيسياً في الشخصية التي تفكر بإيجابية، فالتفاؤل يرتبط بالتوقعات الإيجابية التي تتعلق بموقف معين فهو يحدد للناس الطريق لتحديد أهدافهم (Carr, 2004, p83).

تبعاً لذلك فقد أعد (سليجمان وآخرون) قائمة تضم أربعة وعشرين عنصراً موزعة على ستة فئات تشكل إستراتيجيات التفكير الإيجابي في الشخصية نذكر منها: الحكمة والمعرفة والشجاعة والنزعة الإنسانية والإعتدال المزاجي والعدالة والسمو. وإن توظيف الإنسان هذه الصفات يجعله يحقق السعادة الحقيقية. (Seligman, 2002, p 08)

وقد أشار سليجمان إلى أبعاد التفكير الإيجابي التي تتضمن التوقعات الإيجابية نحو المستقبل، تلك التوقعات البناءة التي تهدف إلى تحقيق مكاسب في مختلف جوانب حياة الشخص الاجتماعية والمهنية في المستقبل، والمشاعر الإيجابية من حيث تمتع الشخص بالإنفعالات التي تتمحور حول التعاطف والسعادة والطمأنينة في العلاقات الشخصية والاجتماعية مع الآخرين ومفهوم الذات الإيجابي، نظرة الفرد الإيجابية نحو ما يمتلكه من أفكار وقوى ومعتقدات وقدرات متنوعة والرضا عن الحياة، أي تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لأفكاره ومعتقداته وقيمه، والتي من خلالها يقارن الفرد ظروف حياته بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه

المرونة الإيجابية. (Seligman and Pawelski, 2003, p161)

لذا فقد لاحظ سليجمان أن ارتباط التفاؤل بالأسلوب التفسيري وهي الطريقة التي يفسر بها الأشخاص كيفية الأحداث بالطريقة التي يريدونها، ففي هذا النموذج التفسيري تؤثر التفسيرات السلبية للأشخاص المتعلقة بأحداث الماضي على توقعاتهم الخاصة في السيطرة على الأحداث المستقبلية وبالتالي تؤثر التغيرات على المشاعر والسلوك. (البرزنجي، 2010، ص 45).

8-6 نموذج كيركجارد (2005) Kirkgaard

قسم كيركجارد التفكير الإيجابي إلى ثلاث مجموعات متشابهة هي: المعرفة الداخلية (Internal cognition)، والإيمان (Faith)، والعلاقات الشخصية المؤثرة (Influential personal relationships).
 أ- المكون الأول المعرفة الداخلية (Internal cognition): إن عملية الفكر المعرفية الداخلية للتفكير الإيجابي مستندة إلى الغرض، غرض الفرد، أو أعظم سبب للحياة، هو الذي يقود معرفة الفرد الداخلية عبر هذه العملية. إن معرفته الداخلية تبقيه مركزا على الهدف، ومع الهدف يجيء الغرض، وبهذا ينشغل المفكرون الإيجابيون بغرضهم وينشغلون بالأشياء في بيئتهم الخارجية والداخلية التي تغذي غرضهم، على العكس من السلبيين الذين يغذون هزيمة غرضهم. (Kirkgaard, 2005, p8)

ب- المكون الثاني - الإيمان (Faith)

المفكرون الإيجابيون لهم إيمان بأن كل شيء في الحياة يحدث له سبب، ويعرفون بأن لهم غرض ومعنى على الأرض، الإيمان هو إيمان ديني ويعرف بأنه امتلاك ثقة واعتقاد في ظاهرة بدون دليل تجريبي. وتشجع وجهات النظر الدينية في أغلب الأحيان انعكاس أكثر تفاؤلا من أحداث الحياة عبر إكمالها الأجوبة للعديد من الأسئلة العمق في الحياة. ويشفق الناس في أغلب الأحيان الإحساس بالغرض والمعنى من إيمانهم، وتزودهم الروحانية بالإيمان والشجاعة والأمل، وذلك يسهل اتخاذ القرارات والأعمال الحكيمة. (علي قريشي، 2012، ص 260)

ج- المكون الثالث - العلاقات Relationships

العلاقات الشخصية المؤثرة يمكن أن تكون منقسمة إلى ثلاث مجموعات، التي تتضمن علاقة الفرد مع نفسه، ومع الله، ومع عائلته، وهذه العلاقات تعزز شعور الفرد بأن لديه أناس آخرون تساعدوه خلال الحياة، وترتبط المعرفة والغرض الداخلي بتممين الذات (self esteem)، وأن يكون الفرد بسلام مع نفسه، أما العلاقة الحيوية الثانية فهي مع الله، فإن العديد من الناس يعتقدون بأنهم يعملون كل شيء لوحدهم، والناس بدون العلاقة مع الله يبحثون عن الأجوبة فقط للأسئلة عن الحياة ضمن أنفسهم، لكن في أغلب الأحيان لا يستطيعون إيجاد أجوبة. وبدون الإيمان ليس هناك غرض.

والسمة الثالثة هي العلاقة المهمة مع العائلة والعائلة يمكن أن تتضمن روابط الدم، وتعني أيضا الأصدقاء، وهؤلاء جميعا يساعدون الفرد على العثور على الغرض والسعادة في الحياة.

فالتفكير الإيجابي مدعوم عبر علاقة الفرد بنفسه وبالله وبالمقربين سواء كانوا أقرباء أو أصدقاء.

(Kirkgaard, 2005, pp 13-14)

9- إستراتيجيات التفكير الإيجابي:

لإكتساب التفكير الإيجابي ولتحويل التفكير السلبي إلى التفكير الإيجابي، نستخدم في ذلك استراتيجيات عديدة منها :

- إستراتيجية تغيير الماضي: لا نستطيع أن نغير الماضي لأنه ماضى، ولكن يمكننا أن نغير وجهة نظرنا في تجارب الماضي، فنتعلم منها ثم تحدث فيها التغييرات التي نريدها، وبذلك نكون غيرنا الواقع من تحد إلى مهارات وخبرات.

- إستراتيجية المثل الأعلى : تتعلق بتبني وجهة نظر ومعتقدات وقيم شخص نعتبره مثلاً أعلى لنا . (محمد دريب، 2013، ص 111).

- إستراتيجية الشخص الآخر : استراتيجية الشخص الآخر تساعدنا على رؤية الأمور من وجهة نظر الشخص الآخر، بذلك يصبح عندنا مرونة أكبر في التعامل مع التحديات وتحويلها من سلبية إلى إيجابية، فيجب أن تكون صادقا وأنت تتقمص شخصية الشخص الآخر، وكأنك فعلا هو، وذلك يساعدك على تقييم الموقف من وجهة نظره وأيضا وجهة نظرك فتصبح عندك مرونة أكبر في التعامل معه. (علا محمد، 2013).

- إستراتيجية التنقيص والتصعيد: يوميا يجب العمل على تنقيص ما لا نريد، وعلى تصعيد ما نريد، حتى ينتهي تماما ما لا نريد وينمو ويزدهر ما نريد.

- إستراتيجية إعادة التعريف : الشخص الذي يفكر في نفسه إنه خجول يكون تعريفه لنفسه بأنه أقل من الآخرين مما سبب له اعتقاد بأنه ضعيف، أما عندما يغير التعريف لشيء إيجابي يشعر بالرضا عن نفسه فتزيد ثقته في نفسه، وبذلك تحول التعريف من الضعف إلى القوة.

- إستراتيجية التجزئة: يمكن تحقيق أي هدف أو أي مشكلة لو جزئت إلى أجزاء صغيرة، ثم تم التعامل مع كل جزء على حدى حتى يتحقق الهدف.

- إستراتيجية البدائل: الشخص الذي عنده أكثر من بديل لكي يحل مشكلة واحدة، عرف الطريق إلى القمة. (أسماء أبو عاذرة، 2017، ص 26).

خلاصة الفصل

تعرضنا في فصل التفكير السلبي إلى عدة محاور محاولين أن نربط بينها ربطاً منهجياً، بداية استعرضنا في هذا الفصل مفهوم التفكير السلبي من الناحية اللغوية والإصطلاحية، كما تطرقنا إلى أهم أعراض التفكير السلبي من خلال اضطراب في الشعور وفي الذاكرة وفي الإنفعالات، أيضاً أعراض سلبية على المستوى السلوكي والحركي.

وفي محور آخر حاولنا أن نجري مقارنة بين التفكير السلبي والتفكير الإيجابي ورصد أهم الاختلافات بينهما، كما تطرقنا أيضاً إلى أهم العوامل المؤثرة في التفكير السلبي حيث تعتبر (التنشئة الاجتماعية والمناخ الأسري والحروب، والمدرسة ومختلف وسائل الإعلام والشعور بالنقص والدونية) أهم العوامل التي تؤثر على تفكير الفرد سلباً وإيجاباً.

وفي محور مكمل للمحور الذي قبله تطرقنا إلى علاقة التفكير السلبي والصحة النفسية والجسمية فقد بات واضحاً ما للتفكير السلبي من آثار جانبية على المستوى النفسي والجسمي وأيضاً على المستوى العاطفي والمستوى السلوكي للأفراد.

كما استعرضنا في هذا الفصل أهم النظريات المفسرة للتفكير السلبي كنظرية ألبرت أليس ونظرية أرون بيك ونظرية سليجمان وآخرون.

وختمنا هذا الفصل ببعض استراتيجيات التفكير الإيجابي، التي تفيد الأفراد في اكتساب مهارات التفكير الإيجابي والتخلص من الأفكار السلبية كإستراتيجية تغيير الماضي، إستراتيجية الشخص الآخر، إستراتيجية إعادة التعريف، إستراتيجية التجزئة، إستراتيجية البدائل.

الجانب التطبيقي

منهج الدراسة

- تمهيد
- منهج الدراسة
- كيفية بناء أدوات البحث
- الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة
- الدراسة الأساسية لعينة الدراسة
- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

تمهيد

بعد دراسة الموضوع من الجانب النظري ستتم محاولة الإلمام بالموضوع في هذا الجزء ودراسته دراسة تطبيقية حتى تعطى له الصبغة المنهجية والعلمية، وذلك بتطبيق مقاييس الدراسة وهي مقياس الذكاء الوجداني والتفكير السلبي من إعداد الباحثة ومقياس الإكتئاب من إعداد أرون بيك .

وفي هذا الفصل سيتم عرض إجراءات الدراسة التطبيقية بداية بالمنهج المعتمد في الدراسة الحالية ثم التعريف بأدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية، ثم الدراسة الأساسية وذلك بتعريف مجتمع الدراسة وتحديد العينة المختارة منه وخصائصها، ومحددات اختيارها، تليها إجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات، وفي الأخير فصل لعرض النتائج المتوصل إليها مع مناقشتها وتفسيرها.

أولاً : منهج الدراسة

من أجل تحليل ودراسة الإشكالية المطروحة واستجابة لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وذلك باستخدام كلا من الطريقتين الارتباطية والفارقية حيث أنهما أكثر ملائمة لأهداف الدراسة الحالية. ويتمثل هذا المنهج في تحديد ظواهر معينة واكتشاف كل من العلاقات والفروق بين تلك الظواهر لدى أفراد العينة، كما أن الأسلوب الارتباطي يوضح إلى أي حد يرتبط متغيران، وإلى أي حد تتفق التغيرات في أحد العوامل مع التغيرات في عامل آخر، أي أن الأسلوب الارتباطي تظهر أهميته كأسلوب تمهيدي للكشف عن الظاهرة موضوع الدراسة. (الدردير، 2004، ص 59).

ثانياً : الدراسة الاستطلاعية

إن الدراسة الإستطلاعية تهدف إلى الوقوف على الثغرات والنقائص المتعلقة خاصة بصياغة فقرات المقاييس المستعملة، وهذا قصد صياغتها وتنقيحها، كما تمكنت الباحثة من استطلاع الميدان للوقوف على الصعوبات التي تحول دون تطبيقها على الوجه الصحيح، كما تهدف أيضا إلى اختبار صدق وثبات المقاييس المعتمدة فيها، وقد تم تطبيق هذه الأخيرة على عينة إستطلاعية بلغ قوامها (60) شخصا من المصابين بالضغط الدموي من عينة الدراسة، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية عن ملائمة المقاييس وتمتعها بصدق وثبات مقبولين.

ثالثاً : أدوات الدراسة

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويطوعها للمنهج الذي يستخدمه ويحاول اللجوء إلى الأدوات التي توصله إلى الحقائق المرجوة. وللحصول على القدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيد في موضوع الدراسة الحالية تم الاعتماد على 03 مقاييس :

- مقياس الذكاء الوجداني (إعداد : الباحثة)
- مقياس التفكير السليبي (إعداد : الباحثة).
- مقياس الإكتئاب (إعداد : أرون بيك).

كون أن أداة المقياس تعتبر أكثر عملية، فهي تسمح بجمع معلومات جديدة ومستمدة من المصدر وبصورة سريعة، كما تعتبر وسيلة اتصال بين الباحث والمبحوث ويتضمن سلسلة متعلقة بالمشاكل التي ترجو الباحثة جمع المعلومات حولها.

وسوف يتم شرح الأدوات السابقة على النحو التالي :

قامت الباحثة في هذه الدراسة بتصميم مقياسين مقياس الذكاء الوجداني ومقياس التفكير السلبي للمصابين بمرض الضغط الدموي المزمن، وبالرغم من وجود بعض المقاييس التي تناولت الذكاء الوجداني، والتفكير السلبي إلا أن الباحثة ارتأت أن تقوم بإعداد هذين المقياسين وذلك للمبررات التالية:

- التدريب على كيفية إعداد المقاييس، والاستفادة من الخطوات التي يتم القيام بها عند الإعداد للمقياس من إطلاع وقراءة جيدة للدراسات النظرية والبحوث السابقة، والمقاييس التي تناولت الذكاء الوجداني والتفكير السلبي وتحديد أبعاد المقياس، وصياغة عباراته، وعرض المقياس على المحكمين من أساتذة ومختصين في هذا المجال، وكذلك التدريب على استخدام الطرق الإحصائية المختلفة المناسبة لحساب الصدق والثبات للمقياس.

فمعرفة أي الباحث بخطوات إعداد المقاييس والتدريب عليها شيء ضروري وهام له، ليكون له المقدرة على القيام بإعداد مقاييس واختبارات في دراسات وبحوث مستقبلية.

- عدم مناسبة أغلبية المقاييس للدراسة الحالية، وقد يرجع ذلك لعدة أسباب:

- أنها قد تكون أعدت لعينات مختلفة عن عينة الدراسة .

- أو صممت في بيئة تختلف عن البيئة الجزائرية، وبالتالي فقد حاولت الباحثة إعداد المقاييس بما يتناسب مع العينة المراد دراستها وهم المرضى المصابون بالضغط الدموي في ولاية الأغواط، وأيضا صياغتها من حيث العبارات والثقافة والأفكار بما يتلائم مع هذه بيئة العينة.

- كيفية بناء أدوات البحث:

توصلت الطالبة الباحثة إلى بناء أدوات البحث الحالية والمتمثلة في أداتين الأولى مقياس يقيس الذكاء الوجداني، والأداة الثانية مقياس التفكير السلبي وذلك بعد اتباع الخطوات العامة التالية:

- اطلعت الطالبة الباحثة على ما توفر لديها من تراث سيكولوجي وإطار نظري متصل بصفة مباشرة، أو غير مباشرة بأهداف الدراسة الحالية.

- استفادت الطالبة الباحثة من الإطلاع على بعض المقاييس والاختبارات المستخدمة -الأجنبية والعربية- الخاصة بالذكاء الوجداني والتفكير السلبي.

- اجتهدت الباحثة في الإطلاع على المصادر الحديثة في كيفية بناء المقاييس والاختبارات النفسية.

صممت الباحثة مقياسين وكانت المراحل على النحو التالي:

1- إعداد مقياسين أوليين (الذكاء الوجداني والتفكير السلبي) من أجل استخدامهما في جمع البيانات والمعلومات.

2- عرض المقياسين على الأستاذ المشرف من أجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات.

3- تعديل المقياسين بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.

4- تم عرض المقياسين على مجموعة من المحكمين (08 محكمين) من جامعات داخل الوطن وخارجه، كما هو مبين في الملحق رقم (04)، والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والتوجيه وتعديل وحذف ما يلزم، بعد موافقة المشرف.

5- إجراء دراسة اختباريه ميدانية أولية للمقياسين من خلال توزيعهما على عينة استطلاعية بلغ عددها 60 حالة من ولاية الأغواط.

6- توزيع المقياسين على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.

I- مقياس الذكاء الوجداني الخاص بمرضى الضغط الدموي: من إعداد الباحثة

قامت الباحثة بإعداد وتصميم هذا المقياس من خلال الخطوات التالية:

أولاً: الدراسة النظرية: حيث اطلعت الباحثة على بعض الدراسات والمقاييس ذات الصلة بموضوع البحث
ثانياً: تصميم الصورة المبدئية للمقياس.

ثالثاً: عرض المقياس على مجموعة من المحكمين والمتخصصين في هذا المجال.

رابعاً: تصحيح وتعديل المقياس على ضوء ملاحظات الأستاذ المشرف والمحكمين.

خامساً: تقنين المقياس من خلال دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس.

سادساً: الصورة النهائية للمقياس.

وفيما يلي عرض موجز للخطوات السابقة:

أولاً: الدراسة النظرية الإطلاع على بعض الدراسات والمقاييس ذات الصلة بموضوع البحث.

حيث قامت الباحثة بالخطوات التالية:

الإطلاع على المراجع والدراسات النظرية التي تناولت مقاييس الذكاء الوجداني، والعوامل والأبعاد المرتبطة بالذكاء الوجداني، والاستفادة من محتوى الدراسات السابقة التي تتضمنها.

وفيما يلي عرضاً لبعض المقاييس التي استعانت بها الباحثة:

1-مقياس عثمان ورزق النسخة المعدلة للبلوي (2004):

يتكوّن المقياس من (58) فقرة، موزعة على خمسة عوامل للمقياس، تمثل كل منها عبارة تقريرية يستجيب عليها المفحوص باختيار أحد خمسة احتمالات، وتُقدّر بعدها درجة المفحوص بإعطائه درجة، (فعند الإجابة بـ"دائمًا" تُعطى خمس درجات، و"غالبًا" تُعطى أربع درجات، و"أحيانًا" تُعطى ثلاث درجات، و"نادرًا" تُعطى درجتان، و"أبدًا" تُعطى درجة واحدة)، والعكس في الفقرات السلبية، وهي الفقرة رقم (12)، ثم تُجمع درجة المفحوص على المكونات الخمسة للمقياس (المعرفة الانفعالية، وإدارة الانفعالات، وتنظيم الانفعالات، والتعاطف، والتواصل)، لتشكّل الدرجة الكلية النهائية للمفحوص، فإذ الدرجة الكلية للمقياس تصبح (290) درجة.

2- مقياس الذكاء الوجداني لأحمد علوان:

يتكون المقياس الذي طوره الباحث أحمد علوان من 41 فقرة لقياس مستوى الذكاء الوجداني على عينة من طلبة البكالوريوس في البيئة الأردنية، وقد قسمه إلى أربعة أبعاد وهي: المعرفة الإنفعالية-تنظيم الإنفعالات-التعاطف-التواصل الاجتماعي، ولكل فقرة من فقرات المقياس سلم إجابات يتكون من خمسة تدريجات، وهي: دائما وتعطى (5) درجات، وعادة وتعطى (4) درجات، وأحيانا وتعطى (3) درجات، ونادرا وتعطى (2) درجة، وأبدا وتعطى درجة واحدة.

تم التحقق من صدق المحتوى بعرض المقياس على سبعة محكمين من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين في علم النفس التربوي والقياس والتقويم في الجامعات الأردنية؛ وتم التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على (55 طالبا وطالبة من خارج عينة الدراسة، وحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا-كرونباخ لفقرات كل بعد من أبعاد المقياس وقد بلغت قيم معاملات الثبات لأبعاد المقياس 0.70، 0.79، 0.82، 0.74 (المعرفة الانفعالية، وتنظيم الانفعالات، والتعاطف، والتواصل الاجتماعي) على التوالي.

3- مقياس نسبة الذكاء الوجداني لبار-أون (1980): ترجمة صفاء الأعسر وسحر علام (2001):

تم ترجمة المقياس ومراجعته بما يتفق مع البيئة المصرية، حيث تم تقنين المقياس بتطبيقه على عينة مكونة من (500) فرد منهم (249) من الذكور، و(249) من الإناث في أعمار مختلفة تتراوح من (20) إلى (49) عاما ومن شرائح مختلفة فقد اشتملت على (طلبة - أطباء - مهندسين - مدرسين - موظفين)، ويتكون هذا المقياس من (133) عبارة، تم تصميمه بهدف قياس نسبة الذكاء الوجداني، ويتكون المقياس من خمسة أبعاد هي: الذكاء الشخصي، القدرة على التكيف، الذكاء الاجتماعي، التحكم في الضغوط، الحالة المزاجية العامة، وتراوحت قيم معاملات ارتباط صدق الاختبار ما بين (0.512) إلى (0.782) وبلغت القيمة الكلية لمعامل ثبات المقياس (0.93) بطريقة ألفا - كرونباخ.

4- مقياس الذكاء الوجداني من إعداد إيناس شحطة أبو عفش

تم إعداد إستبانة حول "أثر الذكاء العاطفي على مقدرة مدراء مكتب الأونروا بغزة على اتخاذ القرار وحل المشكلات." ويتكون من 37 فقرة وهو منقسم إلى 5 مجالات فرعية هي: الوعي الذاتي ويتكون من (8) فقرات، تنظيم الذات ويتكون من (8) فقرات، الدافعية ويتكون من (8) فقرات، التعاطف ويتكون من (6) فقرات، المهارة الاجتماعية ويتكون من (7) فقرات.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت لقياس استجابات المبحوثين لفقرات الاستبيان على النحو التالي: (لا أوافق تماما، لا أوافق، غير متأكد، أوافق، أوافق تماما).

وبلغت القيمة الكلية لمعامل ثبات المقياس (0.91) بطريقة ألفا - كرونباخ. وتراوحت قيم معاملات ارتباط صدق الاختبار ما بين (0.48) إلى (0.77).

5- مقياس الذكاء الوجداني من إعداد مقياس فاروق عثمان ومحمد عبد السميع

قام الباحثان فاروق عثمان ومحمد عبد السميع (1998) ببناء مقياس الذكاء الوجداني، ويعتبر المقياس الأول الذي تم تناوله في البيئة العربية لقياس الذكاء الوجداني، ويتكون المقياس من خمسة أبعاد، الهدف منها هو قياس الذكاء الوجداني لدى طلبة الجامعة، وهذه الأبعاد هي: المعرفة الانفعالية، إدارة الانفعالات، تنظيم الانفعالات، التعاطف، التواصل الاجتماعي، ويتكون المقياس في صورته النهائية من (58) عبارة موزعة على خمسة أبعاد فرعية، وقد جرى بناء الأداة بالاستعانة بالدراسات السابقة والمقاييس الأجنبية، كما جرى التحقق من صدق المقياس من خلال استخدام أسلوب التحليل العاملي، والاتساق الداخلي.

6- مقياس الذكاء الوجداني من إعداد عبد المنعم الدردير

يتكون المقياس الذي أعده عبد المنعم الدردير من 83 مفردة وتم تكرار خمس مفردات لقياس مدى صدق الفرد في إجاباته عن المقياس، وبالتالي أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من 88 مفردة بمقياس استجابة خماسي موزعة على خمسة عوامل هي: الوعي بالذات، تنظيم الإنفعالات، الدافعية، التعاطف، المهارات الاجتماعية. يتم تقدير الدرجات على المقياس بإعطاء الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) المقابلة للاستجابات (تنطبق علي تماماً، تنطبق علي كثيراً، تنطبق علي أحياناً، تنطبق علي قليلاً، لا تنطبق علي إطلاقاً) . وتتراوح درجة الفرد على المقياس فيما بين 83 درجة كحد أدنى، 415 درجة كحد أقصى، ولا تحسب درجات المفردات المكررة أرقام: 45، 84، 81، 86، 88 .

7- مقياس الذكاء الوجداني من إعداد هشام عبد الله وعصام العقاد

يتكون المقياس في صورته الأولية في ضوء نموذج جولمان Golman من (72) عبارة موزعة على خمسة أبعاد هي: الوعي بالذات، إدارة الإنفعالات، الدافعية الذاتية (التحفيز)، التعاطف (التفهم)، التعامل مع العلاقات، وتم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق المنطقي، والصدق التمييزي للمفردات والصدق العاملي، وتم التأكد من ثبات المقياس باستخدام بعض مؤشرات الثبات ومنها: - الإتساق الداخلي للمقياس، وتم التحقق من ذلك بحساب: -معامل الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه . وكانت جميع قيم معاملات ارتباط الأبعاد مرتبطة ببعضها، وكذلك بالدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. كذلك فقد تم حساب معامل ثبات المقياس التجزئة النصفية باستخدام معامل ثبات ألفا- كرونباخ، وانحصرت معاملات الثبات بين (0.915 و 0.963) للمقياس ككل.

8- مقياس الخاص بالذكاء الوجداني من إعداد علي قويدري (2016)

يتكون المقياس من 45 بنداً، وتم تحديد خمسة محاور رئيسية لمقياس الذكاء الوجداني وفقاً لنموذج "جولمان" لطلبة السنة الثالثة ثانوي المقبلين على شهادة البكالوريا بولاية الأغواط هي: الوعي بالذات، إدارة الانفعالات، الدافعية للإنجاز، التعاطف، التواصل الاجتماعي، ويتضمن كل محور مجموعة من العبارات روعي في

صياغتها سهولة العبارة ووضوحها بما يتناسب مع مستوى الطلبة، وتم التحقق من صدق المقياس وثباته في البيئة المحلية، وكانت جميع قيم معاملات ارتباط الأبعاد مرتبطة ببعضها، وكذلك بالدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني دالة إحصائياً. كذلك فقد تم حساب معامل ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ.

ثانياً: تصميم الصورة المبدئية للمقياس :

بعد إطلاع الباحثة على عدد كبير من الدراسات النظرية والبحوث السابقة والمقاييس التي تناولت الذكاء الوجداني ، بالإضافة إلى زيارات التي قامت بها الباحثة لبعض العيادات وإجراء محادثات ومناقشات حول ذات الموضوع مع بعض مرضى الضغط الدموي، وأيضاً مع بعض الأطباء المتخصصين في هذا الميدان، حيث استفادت الباحثة من مطالعة بعض المقاييس الأخرى عند بناء هذا المقياس، وذلك من خلال الإطلاع على محتوى تلك الاختبارات وما تتضمنه من أبعاد و عبارات كل بعد من أبعاده.

وفي ضوء ما سبق تم تحديد خمسة محاور رئيسية لمقياس الذكاء الوجداني وفقاً لنموذج "جولمان" لمرضى الضغط الدموي هي: الوعي بالذات، إدارة الانفعالات، الدافعية للإنجاز، التعاطف، التواصل الاجتماعي، ويتضمن كل محور مجموعة من العبارات روعي في صياغتها سهولة العبارة ووضوحها بما يتناسب مع مستوى مرضى الضغط الدموي، وقد بلغ عددها (58) مفردة في الصورة المبدئية.

ثالثاً: كفاءة وتقنين مقياس الذكاء الوجداني

1: صدق المقياس Validity

هناك عدة مفاهيم أساسية تتعلق بصحة الاختبار أو صدقه، بمعنى أنه لا يكون الاختبار صادقاً إلا إذا توافر ما يلي:

- أن يكون الاختبار قادراً على قياس ما وضع لقياسه. بمعنى أن يكون الاختبار ذا صلة وثيقة بالقدرة التي يقيسه، فالاختبار الذي صمم من أجل قياس قدرة ما يجب أن يكون واضحاً أنه يقيس هذه القدرة، وذلك عن طريق مدى صلته بمكونات هذه القدرة وعناصرها.

- أن يكون الاختبار قادراً على قياس ما وضع لقياسه فقط، بمعنى أن يكون هذا الاختبار قادراً على أن يميز بين القدرة التي يقيسها والقدرات الأخرى التي يحتمل أن تختلط بها أو تتداخل معها.

- أن يكون الاختبار قادراً على التمييز بين طرفي القدرة التي يقيسها، بمعنى أن يميز بين الأداء القوي والأداء المتوسط والأداء الضعيف. فإذا كانت درجات الاختبار جميعها تتقارب دل ذلك على صدق ضعيف للاختبار، لأنه في حقيقة الأمر لم يتم بالمهمة في عملية القياس، وهي عملية إظهار الفروق الفردية بين أعضاء العينة. (سعد

عبد الرحمن، 1998 ، ص 183)

1-1- صدق المحكمين

قامت الباحثة بعرض المقياس على السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة عمار ثليجي بالأغواط، وبعض الأساتذة من خارج الوطن ، والملحق رقم (04) يوضح أسماء المحكمين.

وقد كان الهدف من العرض على المحكمين عدة أمور:

- تحديد المفردات الغامضة والتي لا توضح السلوك المراد قياسه،
- تحديد مدى مناسبة الفقرات للبعد التي تنتمي إليه،
- تحديد مدى وضوح صياغة كل عبارة من عبارات المقياس، وإضافة أي عبارات يراها المحكم ضرورة إدراجها داخل المقياس.

وعقب الانتهاء من تحكيم الصورة المبدئية للمقياس قامت الباحثة بإجراء كافة التعديلات التي اتفق عليها معظم المحكمين، كما تم حذف العبارات التي أجمع أغلبية المحكمين على حذفها.

والجداول التالية توضح نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني.

جدول رقم (05) يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني
(البعد الأول الوعي بالذات)

البعد	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الإتفاق
الوعي بالذات	1	%88	9	%69
	2	%90	10	%100
	3	%95	11	%100
	4	%91	12	%100
	5	%100	13	%65
	6	%100	14	%98
	7	%98		
	8	%100		

يتعلق الجدول رقم (05) بالبعد الأول (الوعي بالذات) لمقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 87% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (9-13) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها من 65% إلى 78% وحيث أن الباحثة قد اعتمدت على نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت علي نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البعد بعد تحكيمه يتكون من 12 مفردة.

جدول رقم (06) يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الثاني إدارة الإنفعالات)

البعد	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق
إدارة الإنفعالات	1	%90	7	%100
	2	%100	8	%70
	3	%100	9	%91
	4	%65	10	%73
	5	%100	11	%95
	6	%98	12	%100

يتعلق الجدول رقم (06) بالبعد الثاني (إدارة الإنفعالات) لمقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي ، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 90% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (4-8) فقد تراوحت نسبة الاتفاق عليها من 65% إلى 70%، حيث أن الباحثة قد اعتمدت علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت علي نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البُعد بعد تحكيمه يتكون من 10 مفردات.

جدول رقم (07) يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني (البعد الثالث الدافعية للإنجاز)

البعد	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق
الدافعية للإنجاز	1	%88	6	%95
	2	%100	7	%100
	3	%99	8	%100
	4	%100	9	%95
	5	%89	10	%81

يتعلق الجدول رقم (07) بالبعد الثالث (الدافعية للإنجاز) لمقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 88% إلى 100% لكل المفردات، وحيث أن الباحثة قد اعتمدت علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم قبول جميع وأصبح البُعد بعد تحكيمه يتكون من 10 مفردات.

الوجداني

جدول رقم (08) يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء

(البعد الرابع التعاطف)

البعد	رقم المفردة	نسبة الإتفاق	رقم المفردة	نسبة الإتفاق
التعاطف	1	%100	6	%61
	2	%100	7	%88
	3	%100	8	%72
	4	%87	9	%93
	5	%88	10	%85

يتعلق الجدول رقم (08) بالبعد الرابع (التعاطف) لمقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 81% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (06-08) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها من 61% إلى 72%، وحيث أن الباحثة قد اعتمدت علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت على نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البعد بعد تحكيمه يتكون من 08 مفردات.

جدول رقم (09) نسب اتفاق المحكمين علي مدي انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني

(البعد الخامس التواصل الاجتماعي)

البعد	رقم المفردة	نسبة الإتفاق	رقم المفردة	نسبة الإتفاق
التواصل الاجتماعي	1	%86	6	%70
	2	%100	7	%91
	3	%68	8	%100
	4	%88	9	%94
	5	%100	10	%100

يتعلق الجدول رقم (09) بالبعد الخامس (التواصل الاجتماعي) لمقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي ، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 91% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (03-06) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها من 68% إلى 70%، وحيث أن الباحثة قد

اعتمدت علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت على نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البعد بعد تحكيمه يتكون من 08 مفردات.

يتضح مما سبق أن الصورة المبدئية لمقياس الذكاء الوجداني كانت تتكون من (58) مفردة قبل عرضها على السادة المحكمين، المشار إليهم في الملحق رقم (06) وقد توزعت تلك المفردات على الأبعاد كما يلي:

1-الوعي بالذات :12 عبارة.

2-إدارة الانفعالات :09 عبارات

3-الدافعية للإنجاز :10 عبارات.

4- التعاطف :08 عبارات.

5 -التواصل الاجتماعي:08 عبارات.

ثم أصبحت تلك الصورة المبدئية مكونة من (47) مفردة بعد العرض على المحكمين، حيث تم حذف 11 عبارة من الأبعاد الخمسة، كما أجرى بعض التعديلات على بعض العبارات.

1-2-الصدق التمييزي لمقياس الذكاء الوجداني:

تم التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال تطبيقه على عينة عشوائية من مرضى الضغط الدموي بلغ عددها 60 مريضاً ومريضة.

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 27 فرداً، بعد ذلك تم حساب إختبار (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (10) نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا

في مقياس الذكاء الوجداني

العدد	المتوسط	إ.معياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
21	63,2381	4,62498	58	-21,698	المجموعة الدنيا
21	91,4286	3,74929			المجموعة العليا

يلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة ت دالة أقل بكثير من 0,01، حيث توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، وبالتالي مقياس الذكاء الوجداني يتمتع بدرجة عالية من الصدق التمييزي.

1-3 الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي

تم تقدير الصدق أيضا باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (11) يوضح النتيجة .

جدول رقم (11) يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية

لمقياس الذكاء الوجداني

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.24	0.004	25	0.522	0.000
02	0.269	0.016	26	0.468	0.000
03	0.453	0.001	27	0.448	0.000
04	0.523	0.000	28	0.249	0.027
05	0.514	0.000	29	0.505	0.000
06	0.621	0.000	30	0.604	0.000
07	0.377	0.001	31	0.525	0.000
08	0.341	0.002	32	0.647	0.000
09	0.393	0.000	33	0.545	0.000
10	0.276	0.014	34	0.572	0.000
11	0.551	0.000	35	0.384	0.000
12	0.499	0.000	36	0.441	0.000
13	0.606	0.000	37	0.467	0.000
14	0.592	0.000	38	0.627	0.000
15	0.349	0.002	39	0.433	0.000
16	0.345	0.002	40	0.577	0.000
17	0.401	0.000	41	0.556	0.000
18	0.548	0.000	42	0.623	0.000
19	0.445	0.000	43	0.563	0.000
20	0.493	0.000	44	0.277	0.001
21	0.546	0.000	45	0.358	0.001
22	0.475	0.000	46	0.479	0.000
23	0.345	0.000	47	0.592	0.000
24	0.471	0.000			

يتضح من الجدول رقم (11) أن فقرات مقياس الذكاء الوجداني دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) ومستوى (0,01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق التكويني باستعمال الإتساق الداخلي.

2- ثبات مقياس الذكاء الوجداني:

2-1 طريقة ألفا كرونباخ :

نظراً لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) إصدار 19. والنتائج يلخصها الجدول التالي:

جدول رقم (12) يبين معامل ثبات مقياس الذكاء الوجداني بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
الذكاء الوجداني	47	60	0.72

يتبين من الجدول رقم (12) أن معامل ثبات الذكاء الوجداني بطريقة ألفا كرونباخ (0.72) وهو معامل مرتفع مما يتيح استعمال هذا المقياس في الدراسة الحالية أما بالنسبة لثبات المقياس وأبعاده الخمسة فالجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (13): يبين معامل ثبات مقياس الذكاء الوجداني وأبعاده طريقة ألفا كرونباخ (ن=60)

المقياس وأبعاده	معامل الثبات	العينة
مقياس الذكاء الوجداني	0.72	60
الوعي بالذات	0.72	
إدارة الإنفعالات	0.69	
الدافعية للإنجاز	0.73	
التعاطف	0.66	
المهارات الاجتماعية (التواصل الاجتماعي)	0.75	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل يساوي 0.72، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، كذلك فإن كل أبعاد المقياس الخمسة معامل ثباتها أكبر من 0.66 ، هذه النتيجة تتيح استعمال المقياس في هذه الدراسة.

2-2 طريقة التجزئة النصفية Spilt-half

استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، ومعادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية، حيث توصلت النتائج بأن معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل من أبعاده بطريقة سبيرمان - براون، متقاربة مع مثيلتها بطريقة جتمان، وكلها قيم مناسبة مما يدل على ثبات المقياس، كما أن معامل الثبات الكلي للمقياس مرتفع مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات، والجدول رقم (14) يوضح معاملات الثبات لمقياس الذكاء الوجداني لطلاب سنة الثالثة ثانوي

جدول رقم (14) يبين معاملات ثبات مقياس الذكاء الوجداني لمرضى الضغط الدموي
بطريقة التجزئة النصفية ن=60

الرقم	الأبعاد	التجزئة النصفية	
		جوتمان	سبيرمان - براون
1	الوعي بالذات	0.64	0.65
2	إدارة الإنفعالات	0.78	0.74
3	الدافعية للإنجاز	0.67	0.70
4	التعاطف	0.64	0.66
5	المهارات الاجتماعية (التواصل الاجتماعي)	0.61	0.67
	الدرجة الكلية للإبعاد	0.78	0.78

3-2 الإتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة على الاتساق الداخلي للتأكد من صلاحية المقياس وثباته، حيث قامت بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة، والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه المفردة. وفيما يلي جدول رقم (15) يوضح الاتساق الداخلي للمقياس ومعامل الارتباط لكل عبارة من عبارات المقياس ومستوى دلالتها.

2 3 4 معامل الارتباط بين مفردات الوعي بالذات والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (15) يبين معامل الارتباط بين مفردات الوعي بالذات والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الوعي بالذات	01	0.502**	دالة
	02	0.402**	دالة
	03	0.482**	دالة
	04	0.441**	دالة
	05	0.441**	دالة
	06	0.538**	دالة
	07	0.564**	دالة
	08	0.682**	دالة
	09	0.782**	دالة
	10	0.446**	دالة
	11	0.574**	دالة
	12	0.659**	دالة

يتضح من الجدول رقم (15) أن المفردات كلها دالة إحصائياً مما يتيح إستعمال بُعد الوعي بالذات في هذه الدراسة.

2 3 2 معامل الارتباط بين مفردات إدارة الإنفعالات والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (16) يبين معامل الارتباط بين مفردات إدارة الإنفعالات والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إدارة الإنفعالات	01	0.394**	دالة
	02	0.572**	دالة
	03	0.432**	دالة
	04	0.681**	دالة
	05	0.521**	دالة

دالة	0.442**	06	
دالة	0.514**	07	
دالة	0.445**	08	
دالة	0.481**	09	

يتضح من الجدول رقم (16) أن المفردات كلها دالة إحصائيا مما يتيح إستعمال بُعد إدارة الإنفعالات في هذه الدراسة.

3-3-2 معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (17) يبين معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الدافعية للإنجاز	01	0.658**	دالة
	02	0.448**	دالة
	03	0.690**	دالة
	04	0.493**	دالة
	05	0.528**	دالة
	06	0.574**	دالة
	07	0.694**	دالة
	08	0.624**	دالة
	09	0.327**	دالة
	10	0.527**	دالة

يتضح من الجدول رقم (17) أن المفردات كلها دالة إحصائيا مما يتيح إستعمال بُعد الدافعية للإنجاز في هذه الدراسة.

2 3 4 معامل الارتباط بين مفردات التعاطف والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (18) يبين معامل الارتباط بين مفردات التعاطف والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التعاطف	01	0.337**	دالة
	02	0.594**	دالة
	03	0.656**	دالة
	04	0.634**	دالة

دالة	0.657**	05	
دالة	0.488**	06	
دالة	0.449**	07	
دالة	0.533**	08	

يتضح من الجدول رقم (18) أن المفردات كلها دالة عند مستوى أقل من 0.01 . مما يتيح إستعمال بُعد التعاطف في هذه الدراسة.

2-3-5 معامل الارتباط بين مفردات التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (19) يبين معامل الارتباط بين مفردات التواصل الاجتماعي والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التواصل الاجتماعي	01	0.628**	دالة
	02	0.526**	دالة
	03	0.479**	دالة
	04	0.343**	دالة
	05	0.432**	دالة
	06	0.537**	دالة
	07	0.673**	دالة
	08	0.575**	دالة

يتضح من الجدول رقم (19) أن المفردات كلها دالة إحصائياً مما يتيح إستعمال بُعد التواصل الاجتماعي في هذه الدراسة.

3- التحليل العاملي للذكاء الوجداني

تم إختيار طريقة التحليل العاملي التوكيدي كطريقة ثالثة للتحقق من صدق المقياس ، أو بعبارة أخرى الصدق الواقعي أو العملي للعلاقات المفترضة بين المتغيرات، ويتم تقويم جودة المطابقة عن طريق مجموعة من المؤشرات التي يتم بناء عليها قبول النموذج أو رفضه، وفي هذه الخطوة تم إفتراض متغير كامن واحد هو الذكاء الوجداني تتشعب عليه خمسة متغيرات صريحة أو مقاسة هي أبعاد الذكاء الوجداني ، وتم إخضاع النموذج إلى التحليل العاملي بإستخدام طريقة (ML) ، وكانت مؤشرات جودة المطابقة كما هي موضحة في الجدول رقم (20).

3-1- التحليل العاملي التوكيدي بطريقة الاحتمال الأقصى للعينة الكلية:

تمثل أهمية التحليل العاملي التوكيدي في : " إختبار صحة الفروض حول العلاقات بين المتغيرات الكامنة والمتغيرات المقاسة، بحيث يتم التعبير عن كل متغير كامن من خلال مجموعة من المتغيرات المقاسة (التابعة) المرتبطة به، فيقوم على عكس التحليل العاملي الإستكشافي باختبار صحة نموذج معين للتحقق من درجة جودته على العينة نفسها أو عينات مختلفة، ومن هنا يمكننا أن نحدد السؤال الأساسي الذي يهتم بالتحليل العاملي التوكيدي بالإجابة عنه وهو : ما درجة جودة النموذج المفترض الذي يتكون من المتغيرات الكامنة والمتغيرات المقاسة ؟" (خالد غادة، 2009، ص 130)

وبإستخدام التحليل العاملي التوكيدي بطريقة الاحتمال الأقصى برنامج ليزرل 8.8 ، أظهرت النتائج صدق النموذج المفترض، وذلك بالتحقق من إستيفائه للمعايير المثلى الخاصة بمجموعة المؤشرات الإحصائية مجتمعة، تلك المؤشرات التي لها دلالتها الخاصة في الحكم على مدى مطابقة النموذج لمعايير الجودة.

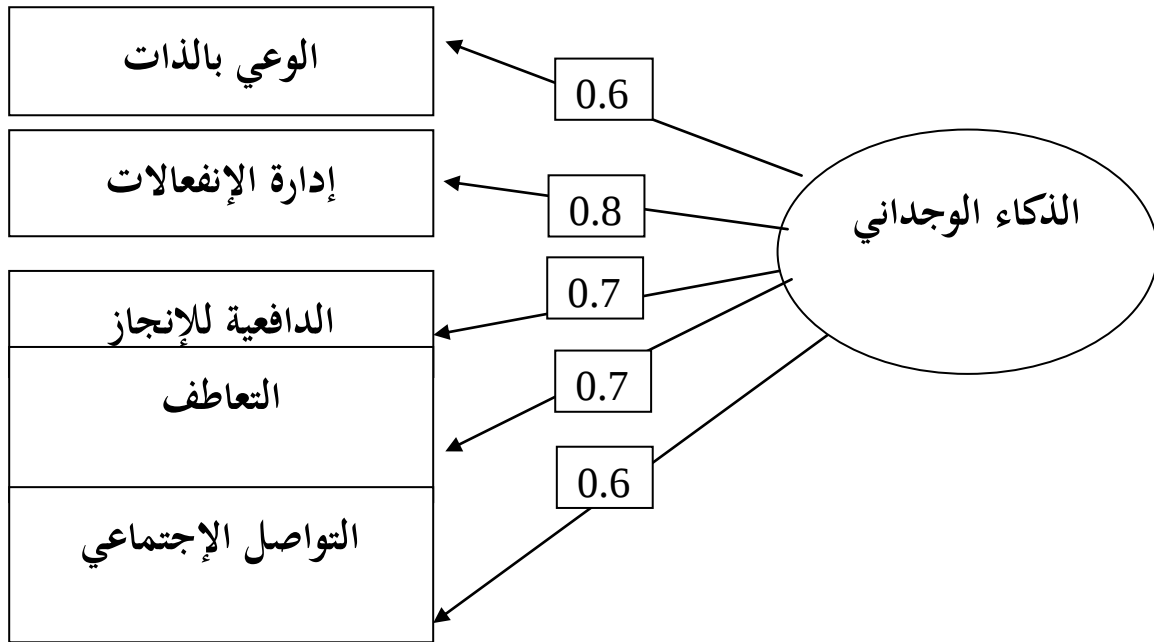
الجدول رقم (20): مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض الخاص بالعينة الكلية

المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر
ك2 نسبة كاي مربع على درجة الحرية 2/5.28	3-0 الأفضل أو من 5-0	0.37
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RSMEA	0.10-0 ومن الأفضل 0.05-0	0.05
مؤشر المطابقة المعياري NFI	1-0	0.98
مؤشر حسن المطابقة GFI	1-0	0.97
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	1-0	0.84
مؤشر توكر لويس NNFI	1-0	0.94
مؤشر المطابقة المقارن CFI	1-0	0.99
مؤشر المطابقة التزايدى IFI	1-0	0.99

0.90	1-0	مؤشر المطابقة النسبي RFI
0.02	لا بد أن تكون أقل من 0.10	مؤشر متوسط جذر مربعات البواقي المعيارية RMR

يتضح من هذا الجدول رقم (20) أن النموذج المفترض يطابق تماما بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبع المتغيرات الخمسة على عامل كامن واحد هو الذكاء الوجداني، حيث كانت قيمة كاي مربع غير دالة، وجميع قيم مؤشرات كانت ضمن المدى المثالي، وأغلبها كان مرتفعاً حيث بلغ الحد الأقصى 0.99 ، وأدنى قيمة 0.02 وتعتبر مؤشراً على المطابقة لأنها ضمن المدى المثالي وكما تمت الإشارة سابقاً فإن أسهل طريقة لشرح النموذج هو التمثيل البياني بحيث أن:

- الدائرة أو الشكل البيضاوي: يعتبر متغيراً كامناً بمعنى بناء فرضي لا يقاس مباشرة.
 - المربع أو المستطيل: وهو المتغير الملاحظ التي يتم أخذ القياس عليه.
 - الخط المستقيم يسهم في أحد طرفيه يمثل ارتباط المتغير الكامن بالمتغيرات المقاسة.
- الشكل التالي: يوضح النموذج المفترض وتشعبات متغيراته.



الشكل رقم (01): النموذج المفترض للذكاء الوجداني للعينة الكلية

يتضح من الشكل رقم (01) أن المتغيرات الخمسة المقاسة لها قيم تشبعات مقبولة حيث تتراوح ما بين 0.61 لأصغر قيمة في حالة بعد إدارة الإنفعالات ، و 0.82 لأكبر قيمة في حالة بعد الدافعية للإنجاز وهي مقبولة (أكبر من 0.30) حسب ما يشير إليه الأستاذ محمد تيغزة (2012).

رابعاً-الصورة النهائية لمقياس الذكاء الوجداني لمرضى الضغط الدموي:

بعد التأكد من كفاءة المقياس أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (47) مفردة موزعة على خمسة أبعاد فرعية هي الأبعاد التي يتكون منها المقياس، والجدول رقم (21) يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليها.

جدول رقم (21) يبين الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليها.

الرقم	أبعاد المقياس	عدد البنود
01	الوعي بالذات	12
02	إدارة الإنفعالات	09
03	الدافعية للإنجاز	10
04	التعاطف	08
05	التواصل الاجتماعي	08
	المجموع الكلي للبنود	47

3-1 طريقة تقدير الدرجات:

يتم تقدير الدرجات في هذا المقياس على النحو التالي:
-وضع علامة (√) أمام العبارة وفقاً لثلاثة اختيارات وهي على النحو التالي (تنطبق دائماً- تنطبق أحياناً- لا تنطبق)، بحيث تعطى الدرجات (3-2-1) على التوالي.

3-2 دلالة الدرجة:

تعتبر الدرجة المرتفعة عن مستوى مرتفع للذكاء الوجداني، في حين تعتبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض للذكاء الوجداني، والدرجة الكلية للمقياس هي نواتج عمليات الضرب السابقة، والجدول رقم (22) يوضح الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس الذكاء الوجداني.

جدول رقم (22) يبين الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس الذكاء الوجداني.

الدرجة الكبرى التي يمكن الحصول عليها	الدرجة الصغرى التي يمكن الحصول عليها	عدد البنود	البعد
36	12	12	الوعي بالذات
27	09	09	إدارة الإنفعالات
30	10	10	الدافعية للإنجاز
24	08	08	التعاطف
24	08	08	التواصل الاجتماعي
141	47	47	درجة المقياس الكلية

3-3 توزيع العبارات لمقياس الذكاء الوجداني

جدول رقم (23) يبين توزيع العبارات لمقياس الذكاء الوجداني الخاص بمرضى الضغط الدموي

الرقم	البعد	أرقام العبارات
01	الوعي بالذات	47-46-44-41-36-31-26-21-16-11-6-1
02	إدارة الإنفعالات	42-37-32-27-22-17-12-7-2
03	الدافعية للإنجاز	45-43-38-33-28-23-18-13-8-3
04	التعاطف	39-34-29-24-19-14-9-4
05	التواصل الاجتماعي	40-35-30-25-20-15-10-5

II- مقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي: من إعداد الباحثة

قامت الباحثة بإعداد وتصميم هذا المقياس متبعة الخطوات التالية:

أولاً: الدراسة النظرية حيث اطلعت الباحثة على بعض الدراسات والمقاييس ذات الصلة بموضوع البحث.

ثانياً: بناء الصورة المبدئية للمقياس.

ثالثاً: عرض المقياس على مجموعة من المحكمين.

رابعاً: تصحيح وتعديل المقياس على ضوء ملاحظات الأستاذ المشرف وبعض الأساتذة المحكمين.

خامساً: تقنين المقياس.

سادساً: الصورة النهائية للمقياس.

وفيما يلي عرض موجز للخطوات السابقة:

أولاً: الدراسة النظرية الإطلاع على بعض الدراسات والمقاييس ذات الصلة بموضوع البحث. حيث قامت الباحثة بالآتي:

الإطلاع على المراجع والدراسات النظرية التي تناولت مقاييس التفكير السلبي، والعوامل والأبعاد المرتبطة بالتفكير السلبي، والاستفادة من محتوى الدراسات السابقة التي تتضمنها. وفيما يلي عرضاً لبعض المقاييس التي استعانت بها الباحثة:

ثانياً: تصميم الصورة المبدئية للمقياس :

بعد إطلاع الباحثة على عدد من الدراسات النظرية والبحوث السابقة والمقاييس التي تناولت التفكير السلبي ، تم تحديد أربعة (04) محاور رئيسية لمقياس التفكير السلبي وفقاً لمرضى الضغط الدموي هي :التوقعات السلبية، بُعد الضبط الإنفعالي، بُعد التفكير السلبي تجاه الصحة، بُعد الشعور العام بالرضا، ويتضمن كل محور مجموعة من العبارات روعي في صياغتها سهولة العبارة ووضوحها بما يتناسب مع مستوى المرضى، وقد بلغ عددها (45) مفردة في الصورة المبدئية.

ثالثاً: كفاءة وتقنين مقياس التفكير السلبي :

1: صدق المقياس Validity

1-1- صدق المحكمين

قامت الباحثة بعرض المقياس على السادة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة عمار ثليجي بالأغواط، وبعض الأساتذة من خارج الوطن ، والملحق رقم (04) يوضح أسماء المحكمين.

وقد كان الهدف من العرض على المحكمين عدة أمور:

-تحديد المفردات الغامضة والتي لا توضح السلوك المراد قياسه.

-تحديد مدى مناسبة الفقرات للبعد التي تنتمي إليه.

-تحديد مدى وضوح صياغة كل عبارة من عبارات المقياس، وإضافة أي عبارات يراها المحكم ضرورة

إدراجها داخل المقياس.

وعقب الانتهاء من تحكيم الصورة المبدئية للمقياس قامت الباحثة بإجراء كافة التعديلات التي اتفق عليها

معظم المحكمين، كما تم حذف العبارات التي أجمع أغلبية المحكمين على حذفها.

والجداول التالية توضح نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس الذكاء الوجداني.

جدول رقم (24) يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي
(البعد الأول الوعي بالذات)

البعد	رقم المفردة	نسبة الإتفاق	رقم المفردة	نسبة الإتفاق
التوقعات المستقبلية السلبية	1	%68	9	%69
	2	%60	10	%100
	3	%95	11	%100
	4	%91	12	%100
	5	%100		
	6	%100		
	7	%98		
	8	%100		

يتعلق الجدول رقم (24) بالبعد الأول (التوقعات السلبيه) لمقياس التفكير السلبي خاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 87% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (1-2-9) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها أقل من 70%، وحيث أن الباحثة قد اعتمدت على نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردات التي حصلت علي نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البُعد بعد تحكيمه يتكون من 09 مفردات.

جدول رقم (25) يبين نسب اتفاق المحكمين علي مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي
(البعد الثاني الضبط الإنفعالي)

البعد	رقم المفردة	نسبة الإتفاق	رقم المفردة	نسبة الإتفاق
الضبط الإنفعالي	1	%90	7	%100
	2	%100	8	%63
	3	%100	9	%91
	4	%63	10	%73
	5	%100	11	%95
	6	%98	12	%100

يتعلق الجدول رقم (25) بالبُعد الثاني (الضبط الإنفعالي) لمقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 90% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردات رقم (4-8) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها من 63% إلى 74%، حيث أن الباحثة قد اعتمدت

علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت على نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البعد بعد تحكيمه يتكون من 12 مفردة.

جدول رقم (26) يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي
(البعد الثالث التفكير السلبي تجاه الصحة)

البعد	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق
التفكير السلبي تجاه الصحة	1	88%	6	95%
	2	100%	7	100%
	3	99%	8	100%
	4	100%	9	95%
	5	70%	10	70%

يتعلق الجدول رقم (26) بالبعد الثالث (التفكير السلبي تجاه الصحة) لمقياس التفكير السلبي خاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 88% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا المفردة رقم (5-10) فقد تراوحت نسبة الاتفاق عليها 70%، وحيث أن الباحثة قد اعتمدت على نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردة التي حصلت على نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البعد بعد تحكيمه يتكون من 08 مفردات.

جدول رقم (27) يبين نسب اتفاق المحكمين على مدى انتماء بنود أبعاد مقياس التفكير السلبي
(البعد الرابع الشعور العام بالرضا)

البعد	رقم المفردة	نسبة الاتفاق	رقم المفردة	نسبة الاتفاق
الشعور العام بالرضا	1	100%	6	89%
	2	100%	7	88%
	3	100%	8	77%
	4	88%	9	91%
	5	81%	10	85%
	11	81%	12	61%

يتعلق الجدول رقم (27) بالبعد الرابع (الشعور العام بالرضا) لمقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي، فقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بين المفردات من 81% إلى 100% لمعظم المفردات، فيما عدا

المفردات رقم (08-12) فقد تراوحت نسبة الإتفاق عليها من 61% إلى 77%، وحيث أن الباحثة قد اعتمدت علي نسب اتفاق 80% فأكثر لقبول المفردة فقد تم استبعاد المفردتين التي حصلت على نسب اتفاق أقل من 80% وأصبح البُعد بعد تحكيمه يتكون من 08 مفردات.

يتضح مما سبق أن الصورة المبدئية لمقياس التفكير السلبي كانت تتكون من (46) مفردة قبل عرضها على السادة المحكمين، المشار إليهم في الملحق رقم (04) وقد توزعت تلك المفردات على الأبعاد كما يلي:

1- التوقعات المستقبلية السلبية: 12 عبارة.

2- الضبط الإنفعالي: 12 عبارات

3- التفكير السلبي تجاه الصحة: 10 عبارات.

4- الشعور العام بالرضا: 12 عبارات.

ثم أصبحت تلك الصورة المبدئية مكونة من (37) مفردة بعد العرض على المحكمين، حيث تم حذف 09 عبارات من الأبعاد الأربعة، كما أجريت بعض التعديلات على بعض العبارات.

1-2- الصدق التمييزي لمقياس التفكير السلبي:

تم التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال تطبيقه على عينة عشوائية من مرضى الضغط الدموي بلغ عددها 60 مريضا ومريضة.

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 27 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (28) نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا

في مقياس التفكير السلبي

العدد	المتوسط الحسابي	إ. معياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
21	77,0476	4,62498	58	-16,843	0.000
21	101,1429	3,74929			
المجموعة الدنيا					
المجموعة العليا					

يلاحظ من خلال الجدول رقم (28) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01، حيث توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، وبالتالي مقياس التفكير السلبي يتمتع بدرجة عالية من الصدق التمييزي.

3-1 الصدق التكويني باستعمال الاتساق الداخلي

تم تقدير الصدق أيضا باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (29) يوضح النتيجة .

جدول رقم (29) يبين قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية

لمقياس الذكاء الوجداني

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.342	0.001	20	0.481	0.000
02	0.461	0.000	21	0.646	0.000
03	0.355	0.001	22	0.466	0.000
04	0.433	0.001	23	0.525	0.000
05	0.616	0.000	24	0.401	0.000
06	0.524	0.000	25	0.512	0.000
07	0.387	0.000	26	0.438	0.000
08	0.651	0.000	27	0.548	0.000
09	0.443	0.000	28	0.341	0.001
10	0.376	0.000	29	0.525	0.000
11	0.521	0.000	30	0.304	0.000
12	0.409	0.000	31	0.424	0.000
13	0.506	0.000	32	0.647	0.000
14	0.500	0.000	33	0.335	0.000
15	0.369	0.001	34	0.562	0.000
16	0.445	0.000	35	0.704	0.000
17	0.521	0.001	36	0.641	0.000
18	0.343	0.000	37	0.457	0.000
19	0.641	0.000			

يتضح من الجدول رقم (29) أن الفقرات مقياس التفكير السلبي دالة إحصائية عند مستوى (0.05) ومستوى (0,01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق التكويني باستعمال الإتساق الداخلي.

2- ثبات مقياس التفكير السلبي:

2-1 طريقة ألفا كرونباخ :

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) إصدار 19. والنتائج يلخصها الجدول التالي:

جدول رقم (30) يبين معامل ثبات مقياس التفكير السلبي بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
التفكير السلبي	37	60	0.72

يتبين من الجدول رقم (30) أن معامل ثبات التفكير السلبي بطريقة ألفا كرونباخ (0.72) وهو معامل مرتفع مما يتيح استعمال هذا المقياس في الدراسة الحالية أما بالنسبة لثبات المقياس وأبعاده الأربعة فالجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (31): يبين معامل ثبات مقياس التفكير السلبي وأبعاده طريقة ألفا كرونباخ (ن=60)

المقياس وأبعاده	معامل الثبات	العينة
مقياس التفكير السلبي	0.72	60
التوقعات المستقبلية السلبية	0.83	
الضبط الإنفعالي	0.79	
التفكير السلبي تجاه الصحة	0.75	
الشعور العام بالرضا	0.85	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أن معامل الثبات كرونباخ للمقياس ككل يساوي 0.72، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، كذلك فإن كل أبعاد المقياس الأربعة معامل ثباتها أكبر من 0.75، هذه النتيجة تتيح استعمال المقياس في هذه الدراسة.

2-2 طريقة التجزئة النصفية Spilt-half

استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، ومعادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية، حيث توصلت النتائج بأن معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل من أبعاده بطريقة سبيرمان - براون، متقاربة مع مثيلتها بطريقة جتمان، وكلها قيم مناسبة مما يدل على ثبات المقياس، كما أن معامل الثبات الكلي للمقياس مرتفع مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات، والجدول رقم (32) يوضح معاملات الثبات مقياس التفكير السلبي لمرضى الضغط الدموي.

جدول رقم (32) يبين معاملات ثبات مقياس التفكير السلبي لمرضى الضغط الدموي
بطريقة التجزئة النصفية ن = 60

الرقم	الأبعاد	التجزئة النصفية	
		جوتمان	سبيرمان - براون
1	التوقعات المستقبلية السلبية	0.66	0.64
2	الضبط الإنفعالي	0.68	0.66
3	التفكير السلبي تجاه الصحة	0.72	0.73
4	الشعور العام بالرضا	0.74	0.76
	الدرجة الكلية للأبعاد	0.74	0.72

3-2 الإتساق الداخلي:

اعتمدت الباحثة على الاتساق الداخلي للتأكد من صلاحية المقياس وثباته، حيث قامت بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة، والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه المفردة. وفيما يلي جدول رقم (33) يوضح الاتساق الداخلي للمقياس ومعامل الارتباط لكل عبارة من عبارات المقياس ومستوى دلالتها.

2 3 5 معامل الارتباط بين مفردات التوقعات المستقبلية السلبية والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (33) يبين معامل الارتباط بين مفردات التوقعات المستقبلية السلبية والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التوقعات المستقبلية السلبية	01	0.301**	دالة
	02	0.204**	دالة
	03	0.685**	دالة
	04	0.545**	دالة
	05	0.352**	دالة
	06	0.348**	دالة
	07	0.654**	دالة
	08	0.702**	دالة
	09	0.580**	دالة

يتضح من الجدول رقم (33) أن المفردات كلها دالة إحصائياً مما يتيح إستعمال بعد التوقعات المستقبلية السلبية في هذه الدراسة.

2 3 6 معامل الارتباط بين مفردات الضبط الإنفعالي والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (34) يبين معامل الارتباط بين مفردات الضبط الإنفعالي والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضبط الإنفعالي	01	0.320**	دالة
	02	0.342**	دالة
	03	0.502**	دالة
	04	0.411**	دالة
	05	0.631**	دالة
	06	0.541**	دالة
	07	0.324**	دالة
	08	0.642**	دالة
	09	0.583**	دالة
	10	0.304**	دالة

يتضح من الجدول (34) أن المفردات كلها دالة إحصائياً مما يتيح إستعمال بعد الضبط الإنفعالي في هذه الدراسة.

معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد

جدول رقم (35) يبين معامل الارتباط بين مفردات الدافعية للإنجاز والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التفكير السلبي تجاه الصحة	01	0.454**	دالة
	02	0.401**	دالة
	03	0.512**	دالة
	04	0.424**	دالة
	05	0.510**	دالة
	06	0.754**	دالة
	07	0.401**	دالة
	08	0.305**	دالة

يتضح من الجدول (35) أن المفردات كلها دالة إحصائياً مما يتيح إستعمال بعد التفكير السلبي تجاه الصحة في هذه الدراسة.

معامل الارتباط بين مفردات الشعور العام بالرضا والدرجة الكلية للبعد 7 3 2

جدول رقم (36) يبين معامل الارتباط بين مفردات الشعور العام بالرضا والدرجة الكلية للبعد

البعد	رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الشعور العام بالرضا	01	0.342**	دالة
	02	0.474**	دالة
	03	0.671**	دالة
	04	0.441**	دالة
	05	0.707**	دالة
	06	0.325**	دالة
	07	0.508**	دالة
	08	0.632**	دالة

يتضح من الجدول (36) أن المفردات كلها دالة عند مستوى أقل من 0.01 ، مما يتيح إستعمال بعد الشعور العام بالرضا في هذه الدراسة.

ثالثاً- التحليل العاملي لمقياس التفكير السلبي

تم إختيار طريقة التحليل العاملي التوكيدي كطريقة ثالثة للتحقق من صدق المقياس ، أو بعبارة أخرى الصدق الواقعي أو العملي للعلاقات المفترضة بين المتغيرات، ويتم تقويم جودة المطابقة عن طريق مجموعة من المؤشرات التي يتم بناء عليها قبول النموذج أو رفضه، وفي هذه الخطوة تم إفتراض متغير كامن واحد هو التفكير السلبي تشبع عليه أربعة متغيرات صريحة أو مقاسة هي أبعاد التفكير السلبي، وتم إخضاع النموذج إلى التحليل العاملي بإستخدام طريقة (ML) كانت مؤشرات جودة المطابقة كما هي موضحة في الجدول رقم (37).

- التحليل العاملي التوكيدي بطريقة الإحتمال الأقصى للعينة الكلية:

تتمثل أهمية التحليل العاملي التوكيدي في : " إختبار صحة الفروض حول العلاقات بين المتغيرات الكامنة والمتغيرات المقاسة، بحيث يتم التعبير عن كل متغير كامن من خلال مجموعة من المتغيرات المقاسة (التابعة) المرتبطة به، فيقوم على عكس التحليل العاملي الإستكشافي باختبار صحة نموذج معين للتحقق من درجة جودته على العينة نفسها أو عينات مختلفة ومن هنا يمكننا أن نحدد السؤال الأساسي الذي يهتم التحليل العاملي التوكيدي بالإجابة عنه وهو : ما درجة جودة النموذج المفترض الذي يتكون من المتغيرات الكامنة والمتغيرات المقاسة ؟"

(خالد غادة، 2009، ص 130)

وبإستخدام التحليل العاملي التوكيدي بطريقة الإحتمال الأقصى ببرنامج ليزرل 8.8 ، أظهرت النتائج صدق النموذج المفترض، وذلك بالتحقق من إستيفائه للمعايير المثلى الخاصة بمجموعة المؤشرات الإحصائية مجتمعة، تلك المؤشرات التي لها دلالتها الخاصة في الحكم على مدى مطابقة النموذج لمعايير الجودة.

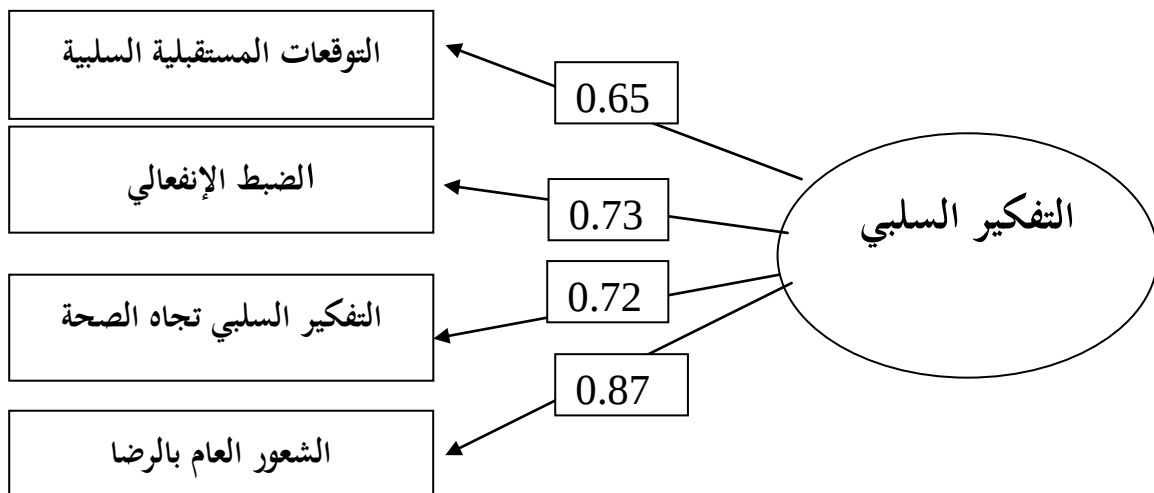
الجدول رقم (37): مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض الخاص بالعينة الكلية

المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر
ك2 نسبة كاي مربع على درجة الحرية 2/5.28	3-0 الأفضل أو من 5-0	0.37
جذر متوسط مربعات الخطأ التقريبي RSMEA	0.10-0 ومن الأفضل 0.05-0	0.06
مؤشر المطابقة المعياري NFI	1-0	0.97
مؤشر حسن المطابقة GFI	1-0	0.97

0.85	1-0	مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI
0.99	1-0	مؤشر توكر لويس NNFI
0.99	1-0	مؤشر المطابقة المقارن CFI
0.99	1-0	مؤشر المطابقة التزايدى IFI
0.99	1-0	مؤشر المطابقة النسبي RFI
0.03	لا بد أن تكون أقل من 0.10	مؤشر متوسط جذر مربعات البواقي المعيارية RMR

يتضح من هذا الجدول رقم (37) أن النموذج المفترض يطابق تماما بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبع المتغيرات الأربعة على عامل كامن واحد هو التفكير السلبي، حيث كانت قيمة كاي مربع غير دالة، وجميع قيم مؤشرات كانت ضمن المدى المثالي، وأغلبها كان مرتفعاً حيث بلغ الحد الأقصى 0.99 ، وأدنى قيمة 0.02 وتعتبر مؤشراً على المطابقة لأنها ضمن المدى المثالي وكما تمت الإشارة سابقاً فإن أسهل طريقة لشرح النموذج هو التمثيل البياني بحيث أن:

- الدائرة أو الشكل البيضاوي: يعتبر متغير كامناً بمعنى بناء فرضي لا يقاس مباشرة.
- المربع أو المستطيل: وهو المتغير الملاحظ التي يتم أخذ القياس عليه.
- الخط المستقيم يسهم في أحد طرفيه يمثل ارتباط المتغير الكامن بالمتغيرات المقاسة.
- الشكل التالي: يوضح النموذج المفترض وتشعبات متغيراته.



الشكل رقم (02): النموذج المفترض للتفكير السلبي للعينة الكلية

يتضح من الشكل رقم (02) أن المتغيرات الأربعة المقاسة لها قيم تشبعات مقبولة حيث تتراوح ما بين 0.62 لأصغر قيمة في حالة بعد التوقعات المستقبلية السلبية، و 0.87 لأكبر قيمة في حالة بعد الشعور العام بالرضا وهي مقبولة (أكبر من 0.30) حسب ما يشير إليه الأستاذ محمد تيغزة (2012).

رابعا- الصورة النهائية لمقياس التفكير السلبي لمرضى الضغط الدموي:

بعد التأكد من كفاءة المقياس أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (37) مفردة موزعة على أربعة أبعاد فرعية هي الأبعاد التي يتكون منها المقياس، والجدول رقم (38) يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليها.

جدول رقم (38) يبين الصورة النهائية لتوزيع أبعاد مقياس التفكير السلبي وعدد البنود التي تنتمي إليها.

الرقم	أبعاد المقياس	عدد البنود
01	بعد التوقعات المستقبلية السلبية	09
02	بعد الضبط الإنفعالي	10
03	بعد التفكير السلبي تجاه الصحة	08
04	بعد الشعور العام بالرضا	10
	المجموع الكلي للبنود	37

3-1 طريقة تقدير الدرجات:

يتم تقدير الدرجات في هذا المقياس على النحو التالي:
-وضع علامة (√) أمام العبارة وفقا لثلاثة اختيارات وهي على النحو التالي (موافق - أحيانا - غير موافق)
بحيث تعطى الدرجات (3-2-1) على التوالي.

3-2 دلالة الدرجة:

تعبر الدرجة المرتفعة عن مستوى مرتفع للتفكير السلبي، في حين تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض للتفكير السلبي، والدرجة الكلية للمقياس هي نواتج عمليات الضرب السابقة، والجدول رقم (39) يوضح الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس التفكير السلبي.

جدول رقم (39) يبين الدرجة الكلية الكبرى والصغرى التي يمكن الحصول عليها على أبعاد مقياس التفكير السلبي.

الدرجة الكلية الكبرى التي يمكن الحصول عليها	الدرجة الصغرى التي يمكن الحصول عليها	عدد البنود	البعد
27	09	09	بعد التوقعات المستقبلية السلبية
30	10	10	بعد الضبط الإنفعالي
24	08	08	بعد التفكير السلبي تجاه الصحة
30	10	10	بعد الشعور العام بالرضا
111	37	37	درجة المقياس الكلية

3-3 توزيع العبارات لمقياس التفكير السلبي

جدول رقم (40) يبين توزيع العبارات لمقياس التفكير السلبي الخاص بمرضى الضغط الدموي

الرقم	البعد	أرقام العبارات
01	بعد التوقعات المستقبلية السلبية	33-29-25-21-17-13-9-5-1
02	بعد الضبط الإنفعالي	36-34-30-26-22-18-14-10-6-2
03	بعد التفكير السلبي تجاه الصحة	31-27-23-19-15-11-7-3
04	بعد الشعور العام بالرضا	37-35-32-28-24-20-16-12-8-4

III- الخصائص السيكمومترية لمقياس الإكتئاب:

أعد هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الأميركي المعروف آرون بيك (Aaron Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية.

المقياس هو وسيلة لتقدير الاكتئاب وتحديد نوعه وشدته، ويمثل مقياس بيك محاولة مبكرة وناجحة لقياس درجة الاكتئاب في الشخصية ونوعية هذا الاكتئاب ، وقام الدكتور عبد الستار إبراهيم الأستاذ بكلية الطب في جامعة الملك فيصل بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ونشره.

يتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص الذي يريد معرفة مدى اكتئابه أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره ثم وضع دائرة حول رقم العبارة.

رمز لمقياس بيك للاكتئاب بالأحرف الإنكليزية الثلاثة الأولى له (BDI)، هناك ثلاثة إصدارات ل . BDI: BDI الأصلي، نشر لأول مرة في عام 1961 والمنقحة نشرت في وقت لاحق في عام 1978، ويرمز لها BDI-1A، ثم BDI-II الذي نشر في عام 1996.

ويستخدم BDI على نطاق واسع كأداة تقييم من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية والباحثين النفسيين. تم استخدام BDI كنموذج لتطوير مقياس الاكتئاب عند الاطفال (CDI) ، نشرت لأول مرة في عام 1979 من قبل عالم النفس العيادي ماريا كوفاكس. (kovac, 1992)

1-ثبات مقياس الاكتئاب:

1-1-طريقة ألفا كرونباخ :

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) إصدار 19. والنتائج يلخصها الجدول التالي:

جدول رقم (41) يبين معامل ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
الاكتئاب	21	60	0.60

يتبين من الجدول رقم (41) أن معامل ثبات الاكتئاب في البيئة المحلية بطريقة ألفا كرونباخ (0.60) وهو معامل مقبول مما يتيح استعمال هذا المقياس في الدراسة الحالية.

1-2-طريقة التجزئة النصفية Spilt-half

استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، ومعادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية، حيث أن معامل الثبات الكلي للمقياس مرتفع مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات، والجدول رقم (42) يوضح معامل الثبات لمقياس الاكتئاب.

جدول رقم (42) يوضح معامل ثبات مقياس الإكتئاب بطريقة التجزئة النصفية ن = 60

الرقم	المقياس	التجزئة النصفية	
		جوتمان	سبيرمان - براون
	الإكتئاب	0.714	0.703

2-الصدق التمييزي لمقياس الإكتئاب:

تم التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال تطبيقه على عينة عشوائية من مرضى الضغط الدموي بلغ عددها 60 مريضا ومريضة.

تم حساب صدق المقياس الحالي بطريقة الصدق التمييزي حيث تم ترتيب درجات الأفراد من الأدنى إلى الأعلى ثم تم أخذ 27% من الدرجات أعلى التوزيع و 27% من الدرجات أدنى التوزيع وكان عدد الأفراد في كل منهما 27 فردا، بعد ذلك تم حساب (ت) لمعرفة الفروق بين المجموعتين وهو متاح على النظام الإحصائي (SPSS) والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول رقم (43) نتائج اختبار (ت) للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا

في مقياس الإكتئاب

العدد	المتوسط الحسابي	إ.معياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
21	11,57	0,926	58	-28,653	0.007
21	43,71	1,707			
المجموعة الدنيا					
المجموعة العليا					

يلاحظ من خلال الجدول رقم (43) أن قيمة ت دالة عند أقل بكثير من 0,01، حيث توجد فروق

دالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، وبالتالي مقياس الإكتئاب يتمتع بدرجة عالية من الصدق التمييزي.

طريقة التطبيق والتصحيح:

-يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فأكثر.

-يختار المفحوص أحد البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.

-درجة كل سؤال هي رقم العبارة التي اختارها المفحوص، فمثلا إذا اختار المفحوص البديل رقم (03) فإن درجة لهذا السؤال هي 3 وهكذا

-يتم احتساب الدرجة الكلية على المقياس من خلال جمع جميع العلامات والدرجات التي حصل عليها المفحوص على جميع أبعاد وفقرات الاختبار أو القائمة .

وتعتبر الدرجات التالية ذات المدلولات الاكلينيكية:

- من (0-21) إكتئاب منخفض الحدة.

- من (22-46) إكتئاب متوسط الحدة.

- (47 فما فوق) إكتئاب شديد يحتاج إلى تدخلات طبية ونفسية عاجلة .

4- الدراسة الأساسية

4-1 مجتمع الدراسة

شمل مجتمع الدراسة جميع مرضى الضغط الدموي الذين يستعملون الأدوية في ولاية الأغواط، والجدول التالي يوضح خصائص مجتمع الدراسة

جدول رقم (44) يبين عدد المصابين بالضغط الدموي والمؤمنين بوكالة الصندوق الوطني

للمضمان الإجتماعي لسنة 2017

عدد المصابين	الذكور	الإناث
2035	649	1386

المصدر: الصندوق الوطني للمضمان الإجتماعي لولاية الأغواط

وهذه الإحصائيات الخاصة بمرضى الضغط الدموي بولاية الأغواط ليست دقيقة حيث أنه ليس كل المصابين بهذا المرض لديهم تأمين لدى الصندوق الوطني للمضمان الإجتماعي.

4-2 عينة الدراسة الأساسية

تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية بعد تطبيق جميع أدوات الدراسة من 89 حالة من المصابين بمرض الضغط الدموي، والجدول التالي يوضح خصائص العينة من الجنس ومدة الإصابة بالمرض.

جدول (45) : خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس و مدة الإصابة بالمرض

المتغير	الخاصية	العدد	النسبة المئوية	المجموع
الجنس	ذكور	41	46.06%	89
	إناث	48	53.93%	
مدة الإصابة بالمرض	أقل من 10 سنوات	40	44.94%	89
	أكثر من 10 سنوات	49	55.05%	

3-4 : إجراءات التطبيق

أجريت هذه الدراسة في ولاية الأغواط وشملت 110 حالة من المصابين بمرض الضغط الدموي، حيث طبقت هذه العملية في بعض العيادات المتخصصة في علاج مرض الضغط الدموي، وأيضاً في مستشفى بن عجيبة بالأغواط وأيضاً الإتصال بالحالات في بيوتهم، كما اختيرت هذه العينة بطريقة قصدية. وقد استغرقت عملية الإتصال بالحالات من شهر أكتوبر 2017 إلى غاية شهر ماي 2019 ، وبعد جمع الإستمارات تم قبول 89 حالة بعد استبعاد الإستمارات غير الكاملة، كما أن بعض المرضى لم يرجعوا الإستمارات المطلوبة.

4-4 : الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

استعانت الباحثة في هذه الدراسة بنظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (spss) وهو أكثر الأنظمة الإحصائية استخداماً لإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية المختلفة في شتى أنواع البحوث. وقد تم استخدام نسخة الإصدار (19.0) نظراً لما تتوفر عليه من مميزات غير متاحة في الإصدارات السابقة. أما الأساليب الإحصائية الموظفة من خلال هذا البرنامج فقد تمثلت أساساً فيما يلي :

- معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين المتغيرات .
- اختبار "ت" للعينات المستقلة (independent samples test) لحساب الفروق بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا لحساب الصدق التمييزي، وحساب الفروق التي تعزى إلى متغير الجنس ومدة الإصابة.
- معامل ألفا كرونباخ (Alpha-Cronbach) لحساب معامل الثبات.
- معامل جوتمان: لحساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- سبيرمان - براون: لحساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- المتوسطات الحسابية.
- الانحرافات المعيارية.
- النسب المئوية .

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

- عرض ومناقشة الفرضية الاولى
- عرض ومناقشة الفرضية الثانية
- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة
- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة
- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة
- عرض ومناقشة الفرضية السادسة
- عرض ومناقشة الفرضية السابعة
- عرض ومناقشة الفرضية الثامنة
- عرض ومناقشة الفرضية التاسعة
- الإستنتاج العام للدراسة
- مقترحات الدراسة
- الخاتمة

أولا : عرض ومناقشة النتائج

1-الفرضية الأولى: يوجد مستوى منخفض من الذكاء الوجداني لدى عينة من مرضى الضغط الدموي.

بما أن بدائل مقياس الذكاء الوجداني في هذه الدراسة هو كالتالي:

تنطبق دائما = 3 تنطبق أحيانا = 2 لا تنطبق = 1

$$\text{الوسط الفرضي} = \frac{(\text{أدنى قيمة} \times \text{عدد البنود}) + (\text{أعلى قيمة} \times \text{عدد البنود})}{2}$$

$$94 = \frac{141 + 47}{2} = \frac{(47 \times 3) + (47 \times 1)}{2} = \text{الوسط الفرضي}$$

الوسط الفرضي لمقياس الذكاء الوجداني الخاص بمرضى الضغط الدموي يساوي 94

وقد تم وضع معيار لتقدير مستوى الذكاء الوجداني لعينة مرضى الضغط الدموي، أقل من 47 درجة مستوى منخفض، أكثر من 47 إلى 94 درجة مستوى متوسط، أكثر من 94 درجة مستوى مرتفع.

وللإجابة على السؤال قامت الباحثة بإجراء اختبار (ت) لمجموعة واحدة لمعرفة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي.

جدول رقم (46) يبين اختبار (ت) لمجموعة واحدة لمعرفة مستوى الذكاء الوجداني لأفراد عينة الدراسة

العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة
89	77.73	94	10.644	88	-14.440	0.000	0.01 (دالة)

من خلال الجدول رقم (46) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة مرضى الضغط الدموي بلغت (77.73) وهي أقل من المتوسط الفرضي الذي يساوي 94 ، وقيمة (ت) بلغت (-14.440) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من (0.01)، ومنه فإن مستوى الذكاء الوجداني منخفض مقارنة بالوسط الفرضي، وهو بالنسبة للمعيار الذي وضعت الباحثة فهو مستوى متوسط لدى العينة الكلية من مرضى الضغط الدموي.

ويمكن تفسير النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء تعريف "جولمان" عام 1998، والذي يرى أن الذكاء الوجداني هو "قدرة الفرد على معرفة انفعالاته وأسبابها وقدرته على التعبير عنها وقدرته على ربط مشاعره بما يفكر فيه، وقدرته على تقدير ذاته باكتشاف جوانب القوة والضعف فيها، وتقديره الدقيق لانفعالاته وعواطفه، والثقة في ذاته وإمكاناتها، وقدرته على ضبط انفعالاته والتحكم فيها، وقدرته على تغيير انفعالاته بسرعة وسهولة عندما تتغير الظروف (مرونة الذات) وقدرته على تنظيم حالته المزاجية وقدرته على التكيف والتجديد والإبتكار لمواجهة

متطلبات الحياة، وقدرته على تحمل الضغوط والإحباط لإنجاز الأعمال" (الدردير، 2004، ص.ص 30-31).

وبالتالي كلما ارتفعت درجة الذكاء الوجداني لدى الفرد ارتفعت قدرته على ضبط انفعالاته وقدرته على تنظيم حالته المزاجية، وقلت درجة قلقه وانفعالاته السلبية مما ينعكس إيجاباً على صحته النفسية والجسدية. فعينة الدراسة من مرضى الضغط الدموي لا يتمتعون بمستوى ذكاء وجداني مرتفع، ويمكن تفسير ذلك إلى أن من بين أهم أبعاد الذكاء الوجداني الوعي بالذات حيث أن الأفراد الذين يتميزون بوعي ذاتي مرتفع يتمتعون بصحة نفسية جيدة، ورؤية إيجابية للحياة، وأن تقديرهم للأمور يساعدهم على معالجة مشاعرهم وإدارة الانفعالات وضبطها، وقد يكون للإصابة بمرض الضغط الدموي دور كبير في رؤية أفراد العينة للحياة بنظرة سلبية باعتبار أن هذا المرض مرضاً مزمناً ينتج عنه الإلتزام الدائم بالأدوية وقد يتطور المرض إلى مضاعفات جسمية خطيرة، مما أثر سلباً على انفعالاتهم وانخفاض مستوى وعي الذات لديهم. حيث أن الإنسان الذكي إنفعالياً يستطيع أن يتجاوز أزماته ومشاكله وعنده القدرة على تسخير العواطف لتسهيل القيام بأنشطة إدراكية متنوعة مثل التغيير وحل المشاكل، وبإمكانه الانتفاع كلياً للسيطرة على تغيير أمزجته في سبيل الوصول لأفضل قدر من التلاؤم مع مرضه. لأن الأفراد ذوو الذكاء الوجداني المرتفع يكتسبون مهارات أهم من المهارات المعرفية والأكاديمية والمعلوماتية ألا وهي مهارات الحياة وكيفية مواجهة المواقف الضاغطة والتكيف والإنسجام معها، كما يزيد الذكاء الوجداني من قدرة الفرد على تقديم حلول إبداعية في المواقف المختلفة، وأن هذه المواقف التي تتطلب حلولاً إبداعية تعتمد على مدى مذهب من الخصائص العاطفية والإنفعالية.

كما بين سالوبي وآخرون 1993 أن الذكاء الوجداني يميز الأفراد الذين يحاولون التحكم في مشاعرهم، ومراقبة الآخرين، وتنظيم انفعالاتهم وفهمها، ويمكنهم ذلك من استخدام استراتيجيات سلوكية للتحكم الذاتي في المشاعر والانفعالات. أيضاً بين سالوبي وآخرون 1995 أن مرتفعي الذكاء الوجداني يحتمل أن تكون لديهم القدرة على مراقبة انفعالاتهم ومشاعرهم، والتحكم فيها والحساسية لها، وتنظيم تلك الانفعالات وفق انفعالات ومشاعر الآخرين. (معمرية، 2005، ص 43).

إن التعامل مع المشاعر لتكون مشاعر ملائمة القدرة تبني على الوعي بالذات هي القدرة على تهدئة النفس والتخلص من القلق الجامح، والتهجم، وسرعة الإستثارة ونتائج الفشل مع هذه المهارات الإنفعالية الأساسية، إن من يفتقرون إلى هذه المقدرة يظلون في حالة عراك مستمر مع الشعور بالكآبة، أما من يتمتعون بها فهم ينهضون من كبوات الحياة وتقلباتها بسرعة أكبر. (محمود خوالدة، 2006، ص 32).

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة فرنانديز وآخرون (2006)، حيث تناولت هذه الدراسة علاقة الذكاء الوجداني بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين، وأظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى منخفض في درجة الذكاء الوجداني لدى الطلبة الذين يعانون من مستوى مرتفع من الاكتئاب والقلق. واتفقت أيضاً مع دراسة

أقروال وسميت (2016) التي عنوانها الذكاء الوجداني وعلاقته بمرض ارتفاع ضغط الدم وتأثيره على الجهاز العصبي الذاتي لدى عينة من الذكور البالغين، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود مستوى منخفض في درجة الذكاء الوجداني لدى المجموعة الذين يعانون من مرض ارتفاع ضغط الدم، مقارنة بالمجموعة الأخرى من الأشخاص العاديين.

واتفقت أيضا مع دراسة بانتالا وآنيل (2017) التي اهتمت بدراسة الفروق في مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة من الراشدين المصابين بمرض الضغط الدموي وعينة الراشدين الأصحاء، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود فرق كبير في مستوى الذكاء الوجداني، حيث أن الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم لديهم ذكاء وجداني منخفض مقارنة مع الأشخاص الذين لا يعانون من مرض الضغط الدموي.

2-الفرضية الثانية: توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني والتفكير السلبي لدى العينة الكلية.

جدول رقم (47): يبين معامل الارتباط الشئائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من مقياس الذكاء الوجداني والدرجات المتحصل عليها من مقياس التفكير السلبي.

قيمة معامل الارتباط	العينة	مستوى الدلالة Sig. (2-tailed)
-0.61(**)	89	0.000

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

يتبين من خلال الجدول رقم (47) أن معامل الارتباط بيرسون بين مقياس الذكاء الوجداني وبين مقياس التفكير السلبي سالب ودال إحصائيا عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، وقد بلغ معامل القيمة (-0.61). وبالتالي قد تحققت فرضية الدراسة بوجود علاقة بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السلبي لدى عينة من مرضى الضغط الدموي.

أما العلاقة بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين أبعاد التفكير السلبي فيبينها الجدول التالي

جدول (48): يبين معاملات الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين أبعاد التفكير السلبي

الدلالة	التفكير السلبي				الذكاء الوجداني
	الشعور العام بالرضا	التفكير السلبي تجاه الصحة	الضبط الانفعالي	التوقعات السلبية	
(**) دال عند أقل من 0.01	-0,239(*)	-0,150	-0,214(*)	-0,323(**)	الوعي بالذات
(*) دال عند أقل من 0.05	-.0,208(*)	-0,297(*)	-0,372(*)	-0,124(*)	إدارة الإنفعالات
	-,085	-0,297*	-0,277(**)	-0,221(*)	الدافعية للإنجاز

	-0,207(*)	0,86	-0,470(**)	-0,337(**)	التعاطف
	-0,512(**)	-0,283(*)	-0,341(**)	-0,214(*)	التواصل مع الآخرين

يتبين من خلال الجدول (48) أن معامل الارتباط بين الذكاء الوجداني والتفكير السلبي سالب ودال إحصائياً عند عينة الدراسة الكلية وذلك عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، أما إذا فحصنا الارتباطات التفصيلية بين أبعاد المتغيرين المدروسين (الذكاء الوجداني والتفكير السلبي) كما هو مبين في الجدول رقم (48) سنجد أن هناك:

- ارتباط سالب دال إحصائياً بين الوعي بالذات وجميع أبعاد التفكير السلبي ما عدا بُعد التفكير السلبي تجاه الصحة.

- ارتباط سالب دال إحصائياً بين بُعد إدارة انفعالات وجميع أبعاد التفكير السلبي .

- ارتباط سالب ودال إحصائياً بين بُعد الدافعية للإنجاز وجميع أبعاد التفكير السلبي ما عدا بُعد الشعور العام بالرضا.

- ارتباط سالب دال إحصائياً بين بُعد التعاطف وجميع أبعاد التفكير السلبي ما عدا بُعد التفكير السلبي تجاه الصحة.

- ارتباط سالب دال إحصائياً بين بُعد التواصل مع الآخرين وجميع أبعاد التفكير السلبي .

ويمكن تفسير النتائج التي تم التوصل إليها من أن هناك علاقة دالة عكسية بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السلبي أي كلما ارتفع مستوى الذكاء الوجداني لدى الفرد انخفض لديه مستوى التفكير السلبي . وهذه نتيجة مهمة حينما أن نعلم أن أي فرد لديه مهارات الذكاء الوجداني يستطيع التخلص والتغلب على الكثير من الأفكار السلبية، فحينما يمتلك الفرد مهارة الوعي بالذات ومهارة إدارة الانفعالات مثلاً يستطيع أن يكون لديه وعي كامل بأفكاره السلبية وأفكاره الإيجابية ومن خلال إدارة الانفعالات تكون لديه القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية والمشاعر المتوترة والقدرة على توجيهها الوجهة الصحيحة، وبالتالي تنخفض لديه الأفكار السلبية نحو نفسه ومستقبله.

وحينما يكتسب الفرد مهارة الدافعية للإنجاز أي عدم الإستسلام للفشل واليأس مهما تعترض طريقه العراقيل والإخفاقات فإن لديه القدرة على القيام من كبوته واستعادة الثقة بنفسه، فينخفض عنده تفكير التوقع السلبي نحو المستقبل ونحو نفسه، مما يجعل منه فرداً قادراً على تخطي الصعوبات الحالية والمستقبلية.

وعموماً فإن إمتلاك الفرد لمهارات الذكاء الوجداني فهو مؤشر قوي على قدرة الفرد التحكم في أفكاره وتوجيهها نحو الأفكار الإيجابية التي تزيد ثقة الفرد بنفسه وبقدراته على تخطي الصعاب والتحديات التي تعترض

طريقه، وامتلاك قدرة التواصل مع الآخرين وتفهمهم والتعاطف معهم وبالتالي تكوين علاقات طيبة مع محيطه تجعل أفكاره إيجابية نحوهم.

وبالمقابل فإن افتقاد الفرد لمهارات الذكاء الوجداني فهو أيضا مؤشر قوي على سيطرة الأفكار السلبية على نفسه وواقعه ومستقبله ومحيطه، مما تفقده الثقة في نفسه وفي قدراته الكامنة واستسلامه للفشل في أول تحد له، وخاصة إذا كان مصابا بمرض مزمن كمرض الضغط الدموي، فنتيجة لانخفاض ذكائه الوجداني وسيطرة الأفكار السلبية على تفكيره يرى في هذا المرض عائقا لاستكمال حياته بشكل طبيعي مما يفقده الثقة في نفسه وفي نجاعة الأدوية التي يتناولها، قد يؤدي إلى تدهور حالته الصحية الجسمية والنفسية.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة لوردا س وآخرون (2019) بعنوان الذكاء الوجداني والإكتئاب لدى عينة من المراهقين ضحايا العنف في اسبانيا، حيث أظهرت الدراسة وجود علاقة بين انخفاض مستوى الذكاء الوجداني وزيادة مستوى التفكير في الإنتحار، وأشارت هذه الدراسة إلى الدور الوقائي الذي يلعبه الذكاء الوجداني في التنبؤ بمستوى الإكتئاب وأيضا الأفكار الإنتحارية لدى عينة المراهقين ضحايا العنف.

3-الفرضية الثالثة: توجد علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الوجداني والإكتئاب لدى العينة الكلية.

جدول رقم (49): يبين معامل الارتباط الشنائي لبيرسون بين الدرجات المتحصل عليها من الذكاء الوجداني والدرجات المتحصل عليها من مقياس الإكتئاب.

قيمة معامل الارتباط	العينة	مستوى الدلالة Sig. (2-tailed)
-0.260(*)	89	0.000

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

أما العلاقة بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين الإكتئاب فيبينها الجدول التالي

جدول (50): معاملات الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين متغير الإكتئاب

الدلالة	الإكتئاب		
(**) دال عند أقل من 0.01	-0,382(*)	الوعي بالذات	الذكاء الوجداني
	-.0,243(*)	إدارة الإنفعالات	
(*) دال عند أقل من 0.05	-0,225(*)	الدافعية للإنجاز	
	-0,391(*)	التعاطف	
	-0,283(*)	التواصل مع الآخرين	

يتبين من خلال الجدول (49) أن معامل الارتباط بين الذكاء الوجداني ومستوى الإكتئاب سالب ودال إحصائياً عند عينة الدراسة الكلية وذلك عند مستوى دلالة يقل عن (0.01)، وقد بلغ معامل القيمة (-0.260). وبالتالي قد تحققت فرضية الدراسة.

أما إذا فحصنا الارتباطات التفصيلية بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين الإكتئاب كما هو مبين في الجدول رقم (50) سنجد أن كل أبعاد الذكاء الوجداني دالة وسالبة مع درجة الإكتئاب عند مستوى دلالة أقل من 0.05.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما نعرفه عن الإكتئاب بأنه اعتلال عقلي يعاني فيه الشخص من الحزن والمشاعر السلبية لفترات طويلة، وفقدان الحماس وعدم الاكتراث، وتصادفه مشاعر القلق والحزن والتشاؤم والذنب وضيق في الصدر مع انعدام وجود هدف للحياة، مما يجعل الفرد يفتقد الواقع والهدف في الحياة، وأيضاً من أن لدى المكتئب نظرة تشاؤمية نحو نفسه ونحو محيطه ونحو مستقبله، أو ما يسمى بالثالوث المظلم، حيث أن الشخص المكتئب يحمل أفكاراً سلبية عن نفسه وعن الآخرين، وحيث أن التفكير السلبي هو جزء وعرض مهم من أعراض الإكتئاب، فقد وجدنا في الفرضية الأولى العلاقة السلبية الدالة بين الذكاء الوجداني وبين مستوى التفكير السلبي، وهذا ما أكدته هاته النتيجة من وجود علاقة عكسية بين الذكاء الوجداني والإكتئاب. فالذكاء الوجداني له دور كبير في الوقاية من الإصابة بمرض الإكتئاب، فمن خلال أبعاد الذكاء الوجداني (الوعي بالذات، إدارة الإنفعالات، الدافعية للإنجاز، التعاطف، والتواصل مع الآخرين) حيث أن امتلاك الفرد لهاته المهارات فهي بمثابة حصن ووقاية، فمهاراة الوعي بالذات وإدارة الإنفعالات تجنب الفرد النظرة التشاؤمية نحو نفسه وإمكانياته، فيستطيع أن يرى في نفسه مواهب كامنة وقدرات هائلة يمكن أن يستغلها ويستثمرها في حياته، ومهاراة الدافعية للإنجاز تجنب الفرد النظرة التشاؤمية نحو المستقبل وتعلمه تحدي الصعاب والوقوف من جديد وإعادة المحاولة تلو المحاولة لبلوغ أهدافه وتحقيق طموحاته، وعدم الإستسلام للفشل، أما مهاراتي التعاطف مع الآخرين والتواصل معهم فيتعلم الفرد من خلال هاتين المهارتين بناء علاقات إيجابية مع الآخرين تجنبه النظرة التشاؤمية نحو محيطه وواقعه.

إن مريض الضغط الدموي بحاجة ماسة إلى تعلم هذه المهارات والكفاءات النفسية لأبعاد الذكاء الوجداني، حتى لا يقع فريسة للأفكار السلبية الهدامة من خلال رؤية الإصابة بهذا المرض نهاية لأماله وطموحاته واقترب أجله مما ينتج عنه نظرة تشاؤمية نحو نفسه ومحيطه ومستقبله وهذا هو الثالوث المظلم لأعراض الإكتئاب، وقد تتفاقم الحالة إلى التفكير في الإنتحار ثم المرور إلى الفعل وهو تنفيذ هذه الأفكار الإنتحارية.

إن اكتساب مريض الضغط الدموي لمهارات الذكاء الوجداني وتعلمها والتدريب عليها يستطيع أن يتعايش مع مرضه ويتكيف معه ولا يراه عائقاً أبداً في مواصلة حياته بشكل طبيعي وتحقيق أهدافه، وقد يكون عاملاً مهماً على الشفاء من مرضه بشكل تدريجي، فمهارات الذكاء الوجداني تجعل الفرد أكثر تفاؤلاً اتجاه حاضره

ومستقبله، وهذا ما أكدته الكثير من الدراسات الأجنبية أن الأشخاص المتفائلين لديهم نتائج مرضية أفضل، ووسيلة مثالية لتحسين الصحة النفسية والجسمية.

وهذا ما أكدته "روزانسكي" أن هناك دراسات وجدت باستمرار أن المتفائلين يميلون إلى النجاة من النوبات القلبية بشكل أفضل وأسرع، وأكد أنه يمكن أن يكون التفاؤل أحد الأدوات المهمة للتغلب على المشاكل الطبية. وبالمقابل أكد رئيس قسم الأعصاب بجامعة ميامي "رالف ساكو" أن هناك الكثير من الدراسات أشارت أن الاكتئاب يرتبط بالانتعاش من السكتة الدماغية.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة نادية بوشاللق ودريسي توفيق (2015) من وجود علاقة سلبية بين الذكاء الوجداني بمستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى القصور الكلوي . وأكدت أيضا دراسة لورداس وآخرون (2019) حيث درس الذكاء الوجداني والاكتئاب لدى عينة من المراهقين ضحايا العنف في اسبانيا، حيث أظهرت علاقة عكسية بين الذكاء الوجداني والاكتئاب لدى عينة الدراسة.

واتفقت أيضا مع دراسة دوناي وآخرون (2008) بعنوان الذكاء الوجداني وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من البالغين الأستراليين، وأظهرت النتائج وجود ارتباطات عكسية كبيرة بين شدة الاكتئاب وأبعاد الذكاء الوجداني خاصة بُعد إدارة الإنفعالات بلغ ($r = -0.56$) ، وبُعد التحكم العاطفي بلغ ($r = -0.62$).

4-الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني حسب متغير الجنس (ذكور/إناث).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم (51) : يبين الفروق في متوسط درجة الذكاء الوجداني حسب الجنس

(مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة
41	78.33	10.584	87	-0.576	0.566	(غير دالة)
48	77.02	10.769				
الذكور						
الإناث						

يتبين من خلال الجدول رقم (51) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى الذكاء الوجداني، حيث كان متوسط درجات الذكاء الوجداني عند مرضى الضغط الدموي الذكور (78.33) بينما بلغ متوسط درجات الذكاء الوجداني عند مرضى الضغط الدموي الإناث (77.02) وقد كانت قيمة (ت) (-0.576) عند مستوى دلالة (0.566) وهو أكبر بكثير من 0.05.

وبالتالي تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى الذكاء الوجداني.

جدول رقم (52): يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الذكاء الوجداني حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
الوعي بالذات	ذكور	41	18,9268	3,35701	87	-1,085	0,799	غير دال
	إناث	48	19,7083	3,41435				
إدارة الإنفعالات	ذكور	41	15,3415	2,77137		-0,689	0,335	غير دال
	إناث	48	14,7708	3,06136				
الدافعية للإنجاز	ذكور	41	16,5610	3,27909		-0,196	0,301	غير دال
	إناث	48	16,6875	2,79936				
التعاطف	ذكور	41	13,0488	2,33400		-0,654	0,205	غير دال
	إناث	48	13,4167	2,88675				
التواصل مع الآخرين	ذكور	41	14,1463	3,11096		0,629	0,481	غير دال
	إناث	48	13,7500	2,83219				

ويمكن تفسير عدم وجود فروق في درجة مستوى الذكاء الوجداني بين عينة الذكور والإناث، حيث نعلم أن مرض الضغط الدموي يعتبر من الأمراض السيكوسوماتية أي الأمراض الجسمية التي منشأها نفسي نتيجة للضغوط والإنفعالات الزائدة والصراعات، وحينما يفشل الفرد في إدارة انفعالاته وليست له مهارة الوعي بالذات والتواصل مع الآخرين أو القدرة على استرجاع قوته وطاقته حينما يتعرض لفشل دراسي أو أسري أو مهني وهذه هي أهم مهارات الذكاء الوجداني فإن ذلك ينعكس سلباً على صحة الفرد، مما يعرضه لأمراض عضوية كالسكري أو الضغط الدموي أو الصداع .

والمرأة في هذا العصر تعيش حياة مشابهة مثل حياة الرجل تقريباً، نتيجة لخروجها لميدان الدراسة والعمل فأصبحت لها نفس الواجبات ونفس الحقوق، وأن الضغوط الحياتية بصفة عامة يتعرض لها كلا الجنسين سواء ضغوط نفسية أو أسرية أو مهنية أو تعليمية فهم يتعرضون لنفس الإنفعالات ونفس أحاسيس القلق والتوتر.

وبالتالي ففي هذه الدراسة لا توجد فروق مستوى الذكاء الوجداني بين الجنسين، وإن كنا نلاحظ في الجدول رقم (51) أن المتوسط الحسابي لعينة الذكور بلغ (78.33) وهو مرتفع ارتفاعاً طفيفاً على عينة الإناث الذي بلغ (77.02)، ربما هذا راجع لبعض مهارات الذكاء الوجداني التي يتمتع بها الذكور كمهارة إدارة الإنفعالات ومهارة التواصل مع الآخرين، كما هو موضح في الجدول رقم (52) حيث بلغ المتوسط الحسابي لبُعد إدارة الإنفعالات لمجموعة الذكور (15.34) بينما بلغ عند مجموعة الإناث (14.77)، أما بُعد التواصل مع الآخرين فقد بلغ عند الذكور (14.14) بينما بلغ عند الإناث (13.75).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة نادية بوشاللق ودريسي توفيق (2015) في معرفة الفروق في مستوى الذكاء الوجداني على عينة من مرضى القصور الكلوي بمستشفى الحكيم سعدان-بسكرة-و مستشفى محمد بوضياف -بريكة، حيث بينت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الذكاء الوجداني.

5-الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

جدول رقم (53) يبين الفروق في متوسط درجة الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
أقل من 10 سنوات	79,86	10,632	87	1,185	0.240	(غير دالة)
أكثر من 10 سنوات	77,16	10,184				

يتبين من خلال الجدول رقم (53) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى الذكاء الوجداني بين مجموعة المرضى الذين مدة مرضهم أقل من 10 سنوات وبين مجموعة المرضى الأكثر من 10 سنوات، حيث كان متوسط درجات الذكاء الوجداني عند مرضى الضغط الدموي الأقل من 10 سنوات (79.86) بينما بلغ متوسط درجات الذكاء الوجداني عند مرضى الضغط الدموي الأكثر من 10 سنوات (77.16)، وقد كانت قيمة (ت) (1.185) عند مستوى دلالة (0.240) وهو أكبر بكثير من 0.05.

وبالتالي تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق في مستوى الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

جدول رقم (54): يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

البعد	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
الوعي بالذات	أقل من 10	40	19,9167	3,84243	87	0.895	0.373	غير دال
	أكثر من 10	49	19,2653	2,87065				
إدارة الإنفعالات	أقل من 10	40	14,8889	3,22293		0.615	0.540	غير دال
	أكثر من 10	49	14,4898	2,74714				
الدافعية للإنجاز	أقل من 10	40	16,8056	3,00304		0.169	0.866	غير دال
	أكثر من 10	49	16,6939	3,01527				
التعاطف	أقل من 10	40	13,5556	3,05609		0.674	0.502	غير دال
	أكثر من 10	49	13,1633	2,31253				
التواصل مع الآخرين	أقل من 10	40	14,6944	3,29345		1.779	0.079	غير دال
	أكثر من 10	49	13,5510	2,63044				

نلاحظ من خلال جدول رقم (54) عدم وجود فروق في متوسط درجة أبعاد الذكاء الوجداني حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات). حيث جميع المتوسطات الحسابية متساوية تقريبا ما عدا بُعد التواصل مع الآخرين نجد مجموعة الأقل من 10 سنوات من الإصابة بمرض الضغط الدموي متوسط حسابها بلغ (14.69)، ومجموعة الأكثر من 10 سنوات متوسط حسابها (13.55).

ويمكن تفسير نتائج عدم الفروق في درجة الذكاء الوجداني بين عينة مرضى الضغط الدموي حسب مدة الإصابة (الأقل من 10 سنوات والأكثر من 10 سنوات)، حيث يعتبر مرض الضغط الدموي من الأمراض الشائعة والمنتشرة في أوساط المجتمع، فهو يأتي في مقدمة الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري، فنستطيع القول أن الكثير من المصابين بمرض الضغط اكتسبوا معارف مسبقة عنه مما مكنت التأقلم والتكيف معه بصورة طبيعية.

فالذكاء الوجداني يعني توظيف المشاعر والعواطف والانفعالات بذكاء، ويتضمن فكرتين هما : أن يجعل الوجدان تفكيرنا أكثر ذكاء، وأن يكون تفكيرنا ذكيا نحو حالاتنا الوجدانية، فالمرضى المصاب حديثا بمرض

الضغط الدموي بحكم الإتصال المستمر بينه وبين غيره من المرضى الذين سبقوه وبحكم الإستشارات الطبية التي يتلقاها من الطبيب أو من أقاربه أو من وسائل الإعلام المختلفة يكتسب مهارات وفن التعامل ويستطيع أن يتحكم ويدير انفعالاته بشيء من الذكاء سواء كانت مدة مرضه أقل من 10 سنوات أو أكثر من 10 سنوات، حيث أن الذكاء الوجداني يتكون من مكونين أحدهما الذكاء الشخصي والآخر الذكاء بين الأشخاص فالذكاء الشخصي يجعلنا أكثر وعياً بذواتنا وأكثر قدرة على إدارة انفعالاتنا، بينما الذكاء بين الأشخاص يجعلنا نتعامل مع الآخرين ونتواصل معهم بسهولة ويسر.

من خلال نتيجة هذه الدراسة نستنتج أن مدة الإصابة بمرض الضغط الدموي ليست مؤشراً قوياً على وجود فروق في مستوى الذكاء الوجداني لدى المصابين بهذا المرض عينة الدراسة، فالمصاب الجديد أو المصاب الذي له أقدمية في هذا المرض لهما نفس المتوسطات الحسابية تقريبا في أبعاد الذكاء الوجداني، مما يدل أن التوعية المقدمة للمرضى من طرف الأطباء أو وسائل الإعلام أو الثقافة المجتمعية تساعد المصابين الجدد بمرض الضغط الدموي بعدم التعرض للصدمات النفسية المصاحبة لسماعهم أول مرة أنهم اكتسبوا مرضاً جسيماً مزمناً، حيث أن المناعة النفسية مهمة جداً في هذه المرحلة لتجاوز هذه الأزمة.

كما أن المصابين بهذا المرض المزمن لأكثر من 10 عشر سنوات تعايشوا مع مرضهم وتكيفوا معه بشكل طبيعي، ومدة الإصابة أكسبتهم معارف جديدة وثقافة صحية جعلتهم يواصلوا حياتهم ويمارسوا أنشطتهم المعتادة بشكل طبيعي.

6-الفرضية السادسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السلبي حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة التفكير السلبي تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم (55): يبين الفروق في متوسط درجة التفكير السلبي حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
الذكور	41	90,44	10,057	87	0,463	0.644 (غير دالة)
الإناث	48	89,52	8,649			

يتبين من خلال الجدول (55) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى التفكير السلبي بين مجموعة المرضى الذين مدة مرضهم أقل من 10 سنوات وبين مجموعة المرضى الأكثر من 10 سنوات، حيث كان متوسط درجات التفكير السلبي عند مرضى الضغط الدموي مجموعة الذكور (90.44) بينما بلغ متوسط التفكير السلبي عند مرضى الضغط الدموي مجموعة الذكور (89.52)، وقد كانت قيمة (ت) (0.4633) عند مستوى دلالة (0.644) وهو أكبر بكثير من 0.05.

وقد تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث المصابين بمرض الضغط الدموي في مستوى التفكير السلبي.

جدول رقم (56): يبين الفروق في متوسط أبعاد درجة التفكير السلبي حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
التوقعات المستقبلية السلبية	ذكور	41	22,6098	2,76476	87	0,447	0,656	غير دال
	إناث	48	22,3333	3,02706				
الضبط الإنفعالي	ذكور	41	21,9024	2,82670		0,074	0,941	غير دال
	إناث	48	21,8542	3,24194				
التفكير السلبي تجاه الصحة	ذكور	41	20,2195	2,78848		0,494	0,622	غير دال
	إناث	48	19,9583	2,19243				
الشعور العام بالرضا	ذكور	41	23,0000	2,91548		0,108	0,914	غير دال
	إناث	48	22,9375	2,53827				

يلاحظ من خلال الجدولين (55) و(56) أنه لا توجد فروق في مستوى التفكير السلبي بين مجموعة الذكور والإناث، كما نلاحظ أيضا أن أبعاد التفكير السلبي بين الذكور والإناث متقاربة أيضا، حيث أن بُعد التوقعات السلبية عند مجموعة الإناث بلغ (22.33) وعند الذكور (22.30)، وبُعد الضبط الإنفعالي أيضا متقارب بين الجنسين، حيث نجد عند مجموعة الذكور (21.90)، وبالنسبة لمجموعة الإناث (21.85)، أما بالنسبة لبُعد التفكير السلبي تجاه الصحة فنجد ارتفاع طفيف لصالح مجموعة الذكور حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم (20.21)، بينما بلغ عند الإناث المصابين بالضغط الدموي (19.95)، ونفس الملاحظة بالنسبة لبُعد

الشعور العام بالرضا حيث نجد المتوسط الحسابي لمجموعة الذكور المصابين بالضغط الدموي بلغ (23.00) بينما نجده عند الإناث (22.93).

ويمكن تفسير هذه النتائج المتقاربة بين الذكور والإناث المصابين بالضغط الدموي في مستوى التفكير السلبي، حيث أن الإصابة بالمرض وخاصة إذا كان مرضاً مزمناً تنتاب الفرد مجموعة من الأفكار السلبية وبعض الإعتقادات الخاطئة وتحدث المقارنة حينما يقارن الشخص ذاته ما بين الحاضر والماضي ، حينما كان في صحة جيدة ولا يتعاطى أي نوع من الأدوية أو يقارن نفسه مع الآخرين الذين في سنه كيف يعيشون حياة طبيعية، وفي الحالتين المقارنة لها تأثير سلبي على نفسية الشخص، وهذه المقارنات يتساوى فيها الذكور والإناث. وهذا ما لاحظناه أثناء المقابلة مع بعض الحالات المدروسة من مجموعة الذكور والإناث، حيث وجدنا تقارب كبير بين الجنسين في نوعية التفكير وفي طريقة الكلام عن مرضهم وعن ماضيهم ومستقبلهم، من بين هذه الأفكار السلبية المتقاربة لاحظنا كثرة التذمر من الإلتزام الدائم بالأدوية في موعده المحدد وخاصة أثناء العزومات، أو أثناء السفر، والتذمر من الإلتزام الدائم بحمية غذائية أثناء تناول وجبات الأكل، مما يسبب لهم الضيق والتوتر، أيضاً لاحظنا كثرة الشكوى من بعض الأمور التافهة، والتوقع بالفشل في أي مشروع مستقبلي نتيجة للإعتقادات الخاطئة عن أنفسهم وعن مستقبلهم.

7-الفرضية السابعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

جدول رقم (57) يبين الفروق في متوسط درجة التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
أقل من 10 سنوات	87,61	8,999	87	-1,648	0,103	(غير دالة)
أكثر من 10 سنوات	90,90	9,145				

يتبين من خلال الجدول (57) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى التفكير السلبي بين مجموعة المرضى الذين مدة مرضهم أقل من 10 سنوات وبين مجموعة المرضى الأكثر من 10 سنوات، حيث كان متوسط درجات التفكير السلبي عند مرضى الضغط الدموي الأقل من 10 سنوات (87.61) بينما بلغ متوسط

درجات التفكير السلبي عند مرضى الضغط الدموي الأكثر من 10 سنوات (90.90) وقد كانت قيمة (ت) (-1.948) عند مستوى دلالة (0.103) وهو أكبر بكثير من 0.05.

وبالتالي تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق في متوسط درجة التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

جدول رقم (58): يبين الفروق في متوسط درجة أبعاد التفكير السلبي حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

البعد	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة
التوقعات المستقبلية السلبية	أقل من 10	40	21,9444	3,04203	87	0,447	0,656	غير دال
	أكثر من 10	49	22,7143	2,76134				
الضبط الإنفعالي	أقل من 10	40	20,8333	2,97129		0,494	0,622	غير دال
	أكثر من 10	49	22,3878	2,75995				
التفكير السلبي تجاه الصحة	أقل من 10	40	19,5278	2,44349		0,108	0,914	غير دال
	أكثر من 10	49	20,2245	2,39152				
الشعور العام بالرضا	أقل من 10	40	22,7500	2,37096		0,108	0,914	غير دال
	أكثر من 10	49	22,9592	2,90803				

نلاحظ من خلال الجدول رقم 58 تقارب المتوسطات الحسابية في أبعاد التفكير السلبي بين مجموعة المصابين بمرض الضغط الدموي الأقل من 10 سنوات، ومجموعة المصابين الأكثر من 10 سنوات، غير أنه في بعض الأبعاد اختلاف طفيف في المتوسط الحسابي كما في بعد التوقعات المستقبلية نجد عند مجموعة الأقل من 10 سنوات بلغ متوسط حسابها (21.94)، بينما عند مجموعة المصابين أكثر من 10 سنوات بلغ (22.71)، وهذا راجع ربما أن مرضى الضغط الذين تراوحت مدة إصابتهم أكثر من 10 سنوات توقعات مستقبلية سلبية نحو مآل مرضهم وتعافيتهم للشفاء، حيث أن المدة الطويلة لإصابتهم بهذا المرض وتناولهم للدواء قد تراوهم أفكار سلبية تجاه مستقبلهم الصحي.

وهذا ما لوحظ أيضا في بُعد التفكير السلبي تجاه الصحة حيث نجد أن متوسط حساب مجموعة المصابين الأكثر من 10 سنوات بلغ (22.22)، بينما بلغ عند مجموعة المصابين بمرض الضغط الدموي الأقل من 10

سنوات (19.52)، فطول مدة المرض وعدم الشعور بتحسن الحالة الصحية للفرد يزيد من قلقه وتوتره مما يؤثر على أفكاره تجاه مستقبله وصحته بالسلب، وينعكس ذلك على جانبه النفسي وهو بدوره يزيد من تدهور الجانب الصحي، فتصبح الأدوية التي يتناولها لا تؤدي دورها في علاج المرض. حيث أن الصحة النفسية تؤثر بالسلب أو بالإيجاب على الجانب الجسمي، وهذا ما يسمى بالإضطرابات السيكوسوماتية وهي أمراض تؤثر فيها العوامل الذهنية والنفسية للمريض تأثيرا كبيرا في نشوئها وتطورها.

8-الفرضية الثامنة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجة الإكتئاب حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة، وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة الإكتئاب تعزى إلى متغير الجنس.

جدول رقم (59): يبين الفروق في متوسط درجة الإكتئاب حسب الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة
الذكور	26,93	4,524	87	0,429	0,669	(غير دالة)
الإناث	26,50	4,816				

من خلال نتائج الجدول رقم (59) نلاحظ أن فرضية الدراسة قد تحققت بعدم وجود فروق في متوسط درجة الإكتئاب حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور / مجموعة الإناث).

يتبين من خلال الجدول (59) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى الإكتئاب بين مجموعة الذكور والإناث، حيث كان متوسط درجات الإكتئاب عند مرضى الضغط الدموي بمجموعة الذكور (26.93) بينما بلغ متوسط درجات الإكتئاب عند مرضى الضغط الدموي بمجموعة الإناث (26.50)، وقد كانت قيمة (ت) (0.429) عند مستوى دلالة (0.669)، وهو أكبر بكثير من 0.05.

وهذا ما لاحظناه أيضا في الفرضية السادسة حيث أنه لا توجد فروق في مستوى التفكير السلبي بين الجنسين، وكما نعلم أن هناك علاقة متبادلة بين التفكير السلبي والإكتئاب حيث بينت كثير من الدراسات التأثير الكبير للتفكير السلبي على الإصابة بالإكتئاب، فقد أجرى تيسدال Teasdale (1993) دراسة بهدف التعرف على تأثير التفكير السلبي في السلوك الاكتئابي ومدى العلاقة المتبادلة بينهما لدى طلبة الجامعة، طبقت

الدراسة على عينة بلغت (522) طالبا وطالبة، لفحص سؤال أساسي يوضح العلاقة بين الكتابة والتفكير السليبي، وقد خلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن التفكير السليبي يؤدي إلى الاكتئاب، وأن مزاج المكتئب يحدد نوعية التفكير إيجابي أو سليبي، بمعنى أن هناك علاقة طردية بين التفكير السليبي والاكتئاب.(زياد بركات، 2006).

وبما أن مرضى الضغط الدموي سواء كانوا ذكور وإناثا يعانون من حالات مزاجية إكتئابية نتيجة لمرضهم المزمن وارتباطهم الدائم بالدواء، مما يولد لديهم أفكارا سلبية حول مرضهم وحول مستقبلهم، وليس لنوع جنس دور كبير في إحداث فروق كبيرة، فحينما خرجت المرأة للحياة العملية أصبحت تعاني مما يعانيه الرجل من ضغوط مهنية ونفسية.

حيث هناك بعض الإناث يكن أكثر جلدا وتحملا في مواجهة الضغوط والإنفعالات التي يتعرض لها عن الذكور، والعكس صحيح، فبالتالي يرجع ذلك إلى طبيعة الشخصية نفسها ومدى شعور الذكر أو الأنثى بقوة الضغوط التي تواجههم، وما تمثله هذه الضغوط بالنسبة لهم وحرصهم على ظهور هذه الإنفعالات أو اختفاءها، فكل ذلك يكون له التأثير الأكبر في الإصابة بالاكتئاب وليس نوع الفرد ذكرا كان أم أنثى. واتفقت هذه الدراسة مع دراسة عادل مصطفى سلطان (2017) بعنوان مستوى الاكتئاب النفسي لدى عينة من مرضى السرطان المترددين على مركز مصراتة للأورام، حيث توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق في مستوى الاكتئاب بين الجنسين ذكورا وإناثا.

9-الفرضية التاسعة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى درجة الاكتئاب حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

جدول رقم (60) يبين الفروق في متوسط درجة الاكتئاب حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة
أقل من 10 سنوات	27,39	4,170	87	-0,515	0,608	(غير دالة)
أكثر من 10 سنوات	27,92	5,024				

يتبين من خلال الجدول رقم (60) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطين في مستوى الإكتئاب بين مجموعة المرضى الذين مدة مرضهم أقل من 10 سنوات وبين مجموعة المرضى الأكثر من 10 سنوات، حيث كان متوسط درجات الإكتئاب عند مرضى الضغط الدموي الأقل من 10 سنوات (27.39) بينما بلغ متوسط درجات الإكتئاب عند مرضى الضغط الدموي الأكثر من 10 سنوات (27.92) وقد كانت قيمة (ت) (-0.515) عند مستوى دلالة (0.608) وهو أكبر بكثير من 0.05.

وبالتالي تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق في متوسط درجة الإكتئاب حسب متغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/أكثر من 10 سنوات).

يمكن تفسير هذه النتيجة أن مدة الإصابة بمرض الضغط الدموي ليس له تأثير كبير في إحداث الفروق في مستوى الإكتئاب لدى عينة الدراسة الحالية، فخلال ما لاحظته على بعض الحالات المدروسة حالة مدة إصابتها بالمرض منذ 05 سنوات، السن 41 سنة، وحالة أخرى مدة الإصابة بالمرض 13 سنة، العمر 44 سنة، يتشابها في كثير من الأفكار والمشاعر، مثلاً يتذمران كثيراً بالإرتباط الدائم بالدواء، والإحساس بالملل، وعدم إلزامهما بحمية الطعام دائماً، وأحياناً يشعران بالقلق من المستقبل، وأحياناً أخرى يشعران أنهما متأقلمان مع مرضهما حيث لا يشكل لهما عائقاً في حياتهما المهنية أو العائلية. وتتناهيم بعض الأفكار السوداوية نحو مستقبلهم الصحي والمعيشي.

فمن خلال العينة المدروسة فالإصابة بالمرض له دور كبير في عدم وجود فروق كبيرة بين المجموعتين (مجموعة الأقل من 10 سنوات، ومجموعة الأكثر من 10 سنوات)، وليست مدة الإصابة بالمرض دور كبير في إحداث فروق جوهرية بين المجموعتين.

مما يجعل المختص النفسي يولي أهمية كبيرة للتكفل النفسي الأمثل بجميع الحالات سواء المصابة حديثاً بالمرض أو المصابة منذ مدة فكلهما يحتاج إلى رعاية نفسية وتدخل مبكر للوقاية من أعراض الإكتئاب كالشعور بالحزن وفقدان الاهتمام بالأنشطة. فهي تؤثر في طريقة تفكير المصاب بالمرض وشعوره وسلوكه، ويمكن أن تسبب مشكلات عاطفية ووظيفية وجسدية.

على الأخصائي النفسي الإهتمام بتنمية مهارات الذكاء الوجداني للمرضى المصابين بالضغط الدموي وخاصة الأبعاد الشخصية كبعد الوعي بالذات وبعد إدارة الإنفعالات، فهما بُعدان هامين للتخلص من كثير من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب والتفكير السلبي والضغط والقلق.

فالدواء الطبي العلاجي وحده لا يكفي للشفاء من المرض أو الحد من تفاقمه فلا بد من تدخل نفسي فعال ومبكر يسير جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي، وهذا ما أثبتته الكثير من الدراسات العلمية الحديثة في أهمية مرافقة الأخصائيين النفسيين للأطباء.

الإستنتاج العام للدراسة

انتهت الدراسة الحالية بمجموعة من النتائج، تم عرضها وتفسيرها في ضوء التراث النظري المتاح، والدراسات السابقة المتوفرة، ويمكن إجمال ما انتهت إليه الدراسة فيما يلي:

- بينت الفرضية الأولى للدراسة مستوى الذكاء الوجداني لدى العينة الكلية من المرضى الضغط الدموي البالغ عددهم 89 حالة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود مستوى منخفض في مستوى الذكاء الوجداني.
- كما بينت الفرضية الثانية في الدراسة الحالية عن طبيعة الارتباط بين الذكاء الوجداني وبين التفكير السلبي لدى عينة من مرضى الضغط الدموي . وقد جاءت النتيجة مؤيدة لهذا الفرض حيث تبين أن هناك ارتباطا دالا عكسيا بين الذكاء الوجداني والتفكير السلبي، أي كلما ارتفع مستوى الذكاء الوجداني انخفض مستوى التفكير السلبي لدى عينة الدراسة.
- أما الفرضية الثالثة فقد بينت طبيعة الارتباط بين الذكاء الوجداني وبين مستوى الإكتئاب لدى عينة من مرضى الضغط الدموي . حيث تبين أن هناك ارتباطا دالا عكسيا أيضا بين مستوى الذكاء الوجداني ومستوى الإكتئاب النفسي، فكلما ارتفع مستوى الذكاء الوجداني انخفض مستوى الإكتئاب، وكلما انخفض مستوى الإكتئاب ارتفع مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة الدراسة.
- أما الفرضية الرابعة، فقد استهدفت اختبار الفروق في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)، كما جاءت النتيجة مؤيدة كذلك لهذا الفرض، حيث تبين عدم وجود فروق في المستوى الذكاء الوجداني بين الذكور والإناث المصابين بمرض الضغط الدموي.
- أما الفرضية الخامسة فقد كان هدفها اختبار الفروق في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (الأقل من 10 سنوات/ الأكثر من 10 سنوات)، حيث تحققت فرضية الدراسة بعدم وجود فروق في المستوى الذكاء الوجداني بين المجموعتين المصابين بمرض الضغط الدموي.
- في الفرضية السادسة قد حاولنا الكشف عن الفروق في درجة التفكير السلبي حسب متغير الجنس مجموعة الذكور ومجموعة الإناث ، وقد أسفرت نتائج الدراسة بعدم وجود فروق في مستوى التفكير السلبي لدى مجموعة الذكور ومجموعة الإناث المصابين بمرض الضغط الدموي.
- الفرضية السابعة جاءت لمعرفة الفروق في مستوى التفكير السلبي تعزى إلى متغير مدة الإصابة بالمرض (الأقل من 10 سنوات/ الأكثر من 10 سنوات) ، وأظهرت هذه النتائج بعدم وجود فروق بين المجموعتين في مستوى التفكير السلبي، وأيضا عدم وجود فروق في المتوسطات الحسابية لأبعاد التفكير السلبي المتمثلة في (التوقعات المستقبلية السلبية، الضبط الإنفعالي، التفكير السلبي تجاه الصحة الشعور، العام بالرضا).

- كما استهدفت الفرضية الثامنة، اختبار الفروق في درجة الاكتئاب حسب متغير الجنس (مجموعة الذكور ومجموعة الإناث)، وقد أسفرت نتائج الدراسة بعدم وجود اختلاف بين المصابين والمصابات بمرض الضغط الدموي في الاكتئاب.
- أما الفرضية التاسعة والأخيرة فقد كان هدفها اختبار فروق في مستوى الاكتئاب حسب متغير مدة الإصابة بمرض الضغط الدموي (الأقل من 10 سنوات/ الأكثر من 10 سنوات)، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين المجموعتين في مستوى الاكتئاب .

مقترحات الدراسة:

- تعتبر الدراسة الحالية محدودة، ومقيدة بمنهجها الوصفي، وعينتها الصغيرة من مجموع العينة الكلية، ولذلك يمكن اعتبارها دراسة استكشافية غير كافية. وبناء على هذا تبرز الحاجة إلى المزيد من الدراسات، لذلك نقترح ما يلي :
- العمل على تصميم برنامج تدريبي يعتمد على مهارات الذكاء الوجداني موجه للأفراد المصابين بالأمراض المزمنة كمرض الضغط الدموي .
- ضرورة توجيه برامج الذكاء الوجداني لدى الأخصائي النفسي بالمستشفيات والعيادات الطبية، لأنه عنصر أساسي من خلال تنمية مهارات المرضى الوجدانية والاجتماعية والتي لها دور هام في علاج بعض الاضطرابات النفسية كالتفكير السلبي والاكتئاب.
- الاهتمام ببرامج الذكاء الوجداني، وذلك من خلال إدماجها بحيث تصبح جزءاً أساسياً من المناهج الدراسية في المراحل المختلفة، حتى تحقق أهداف التربية النفسية.
- ضرورة اكتساب الطبيب والممرض لمهارات الذكاء الوجداني لمساعدة المرضى على كيفية فهم ذواتهم واكتساب مهارات إدارة الإنفعالات والدافعية والتعاطف والتواصل مع الآخرين .
- العمل على تثقيف العناصر العاملة في القطاع الصحي بأهمية الذكاء الوجداني من خلال تضمين مناهج الإعداد التربوي ودورات تدريب الأطباء والممرضين والأخصائيين النفسيين والإداريين أثناء الخدمة على برنامج الذكاء الوجداني .
- تكوين أخصائيين نفسيين في تخصص علم النفس العيادي وعلم النفس الصحي للتكفل النفسي بالأفراد المصابين بالأمراض المزمنة.
- تنظيم ملتقيات وورشات عمل مشتركة بين القطاع الصحي والجامعة لتبادل الخبرات في مجال التكفل النفسي بالأفراد المصابين بالأمراض المزمنة.
- ضرورة التحسيس بأهمية تنمية مهارات الذكاء الوجداني في حياة الفرد والمجتمعات من خلال وسائل الإعلام المختلفة.

- يمكن تناول متغيرات الدراسة الحالية مع عينات أخرى من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة كمرض السكري.
- القيام بدراسة تجريبية على عينة من مرضى الضغط الدموي من خلال تصميم برنامج تدريبي يعتمد على مهارات الذكاء الوجداني ودوره في خفض مستوى الإكتئاب والتفكير السلبي.
- الاستفادة بأدوات البحث الحالي سواء ما تعلق منها بمقياس الذكاء الوجداني أو مقياس التفكير السلبي الذين أعدتهما الباحثة وتطبيقه ما على عينات من مرضى الضغط الدموي في مناطق أخرى من مناطق الوطن، مما يقدم دعماً للنتائج التي تم التوصل إليها وتعميم الفائدة منه.

خاتمة

من خلال ما تم عرضه في الدراسة الحالية، فقد حاولنا الإلمام بالموضوع من جميع جوانبه النظرية والتطبيقية، حيث أن دراسة هذا الموضوع مستجد في البيئة المحلية والعربية، بحيث أن الباحثة في حدود علمها لم تجد دراسات عربية أو أجنبية تناولت متغيرات الدراسة على عينة من مرضى الضغط الدموي.

ففي الجانب النظري للدراسة استعرضنا متغيرات الدراسة حيث أن الفصل الثاني في الجانب النظري خصصناه لمتغير الذكاء الوجداني وتعرفنا على مفهومه وجذوره التاريخية، وأهم نماذجه النظرية المفسرة له، وطرق قياسه، وفي الفصل الثالث ركزنا فيه على متغير التفكير السلبي واستعرضنا فيه تعريفه والفروق بينه وبين التفكير الإيجابي، وخصصنا الفصل الرابع لمتغير الإكتئاب وتعرفنا فيه على مفهومه وأنواعه وأعراضه والنظريات المفسرة، وطرق علاجه.

أما الجانب الميداني فقد قسمناه إلى فصلين فصل منهجي وفصل استعرضنا فيه نتائج فرضيات الدراسات وتحليلها، ففي منهج الدراسة تكلمنا عن المنهج المستعمل، واستعرضنا عينة الدراسة والأدوات المستخدمة في هذه المذكرة إضافة إلى الأساليب الإحصائية المطبقة في هذه الدراسة.

أما الفصل السادس والأخير فقد خصصناه إلى تحليل نتائج الدراسة ومقارنتها بالدراسة السابقة التي درست متغيرات أو متغير مشابه للدراسة الحالية.

وختتمت الدراسة بمجموعة من المقترحات للإستفادة من نتائجها وخاصة دور الذكاء الوجداني في التقليل من الإصابة بالإضطرابات النفسية وخاصة التفكير السلبي والإكتئاب، حيث أن تنمية هذا المتغير وتدريب الفرد عليه يكسبه توازنا نفسيا وانفعاليا ينعكس إيجابا على حياته الاجتماعية والنفسية والصحية.

ولعل هذه الدراسة تفتح الباب لمزيد من البحوث في هذا المجال للتعمق أكثر في هذا الموضوع، حيث أن المصابين بهذه الأمراض المزمنة بحاجة ملحة إلى من يتعمق في معاشهم النفسي، ويتعرف على جوانب الضعف والقوة لديهم، لتنمية الجوانب الإيجابية لديهم والمحافظة عليها، وللتكفل النفسي الأمثل بمشاكلهم واضطراباتهم النفسية الكامنة.

قائمة المراجع

1. ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين محمد مكرم. (1990). لسان العرب. المجلد الأول. بيروت: دار صادر .
2. أبو فايد، ريم. (2010). برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة بعض الإضطرابات النفسية لدى عينة من السجينات في قطاع غزة . رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. قسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي. غزة. فلسطين.
3. آذار، عباس عبد اللطيف. (2002). الإكتئاب مرض العصر. دمشق: دار الخطوات للنشر والتوزيع.
4. الأعسر، صفاء . الكفافي، علاء الدين. (2000). الذكاء وجداني. مصر: دار قباء للنشر والتوزيع.
5. إيمان، علي عباس. (2009). الذكاء العاطفي . بغداد: مكتبة الدار العربية للعلوم .
6. بام روبنس، جين سكوت. (2000). الذكاء الوجداني. ترجمة : صفاء الأعسر وآخرون. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
7. البرزنجي، ذكريات. (2010). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بمفهوم الذات وموقع الضبط . ط1. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.
8. بركات، زياد. (2006). التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة . دراسة ميدانية في ضوء بعض المتغيرات. جامعة القدس المفتوحة.
9. بزوان، حسبية. (2012). دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي. دراسات نفسية وتربوية. مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية عدد 8 جوان. ص.ص.1-13.
10. بن بريك، عبد الحميد. (2014). الإكتئاب وأعراضه لدى عينة من نساء ساحل حضرموت . مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والإجتماعية. العدد2. المجلد 7. مارس. اليمن. ص.ص 84-139.
11. بن غربال، سعيدة. (2015). الذكاء العاطفي وعلاقته بالتوافق المهني دراسة ميدانية على عينة من أساتذة جامعة محمد خيضر - بسكرة-. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية. قسم العلوم الإجتماعية. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
12. بني يونس، محمد محمود. (2007). سيكولوجيا الدافعية والانفعالات . عمان: دار المسيرة .
13. تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام بريك. فوزي داود. ط1. عمان: دار الحامد.
14. توفل، ناصر. (2016). صورة الجسد والاغتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصريا. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. قسم علم النفس. غزة. فلسطين.
15. جبار، شهيدة. (2015). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري، إسهامات اختبار الرورشاخ و الTAT مقارنة سيكو -ديناميكية . مجلة دراسات وأبحاث. العدد 7. (19). ص.ص 142-151.

16. جبسون، جون.(1990). كيف تفكر . بيروت: دار العلم للملايين.
17. جودة، آمال.(2007). الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالسعادة والثقة والنفس لدى طلبة جامعة الأقصى . مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية). المجلد 21(3). جامعة الأقصى. غزة. فلسطين. ص.ص 698-738.
18. حباب عبد الحي . (2009). الذكاء الوجداني العاطفي -الإنفعالي-الفعال مفاهيم وتطبيقات .الأردن :ديونو للنشر والتوزيع.
19. حبيب، مجدي عبد الكريم .(1996). التفكير : الأسس النظرية والاستراتيجية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
20. الحجار، محمد. (1989) . الطب السلوكي المعاصر . بيروت: دار العلم للملايين.
21. حجازي، مصطفى.(2005). الإنسان المهدور. ط1. بيروت: المركز الثقافي العربي.
22. حجازي، مصطفى.(2012). إطلاق طاقات الحياة (قراءة في علم النفس الإيجابي) . بيروت: التنوير للطباعة والنشر.
23. حسين ،سلامة عبد العظيم . حسين، طه عبد العظيم.(2006) . الذكاء الوجداني للقيادة التربوية . ط2. الإسكندرية : دار الوفاء للطباعة والنشر.
24. الحسين، أسماء عبدالعزيز. (2002). المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط1. الرياض :دار عالم الكتب.
25. الخالدي، محمد أديب.(2009). الصحة النفسية نظرية جديدة.(ط1).بغداد: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
26. خرف الله، علي. (2014). نوعية العلاقة الزوجية وعلاقتها بمهارات الذكاء العاطفي . رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
27. الخولي، محمود.(2010). فعالية برنامج إرشادي في تنمية الذكاء الوجداني لخفض حدة السلوك العدواني لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة الزقازيق. مصر.
28. الدردير، عبد المنعم أحمد.(2004). دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي . القاهرة: عالم الكتب.
29. دندي، إيمان.(2013). التفكير الإيجابي وعلاقاته بمهارات التواصل المدركة لدى المرشدين في مدارس دمشق.رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. كلية التربية. جامعة دمشق.
30. الدوسري، فيصل (2013). الذكاء الوجداني إصنع نفسك وغير حياتك . الكويت :دار المسيلة للنشر.
31. ديونو، إدوارد. (2001). تعليم التفكير. الطبعة الأولى. دمشق: دار الرضا.
32. رابح، أنس. (2011). الذكاء الوجداني للعاملين ببعض الجامعات في ولاية الخرطوم السودانية . المجلة العربية لتطوير التفوق.العدد(3). المجلد الثاني. ص.ص 58-72.

33. الرفاعي، عبد الرحمن رجب. (2012). الذكاء الإنفعالي النظرية والتطبيق في علم النفس الرياضي. الأردن: دار المأمون للنشر والتوزيع.
34. زحيلي، غسان. (2011). دراسة الفروق في الذكاء الوجداني لدى طلبة التعليم المفتوح في جامعة دمشق وفقاً لبعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق- المجلد - 27 العدد الثالث + الرابع. ص.ص 233-278.
35. زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
36. زيدان، عصام محمد . الإمام ، كمال أحمد. (2003). الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض أساليب التعلم وأبعاد الشخصية. دراسات عربية في علم النفس. دار غريب للطباعة والنشر. المجلد 2. العدد 1. يناير. القاهرة. ص.ص 62-11.
37. زيغور، محمد . (2006). حقول علم النفس الفيزيولوجي، أعلامه، أبحاثه. بيروت: دار الفكر للنشر والتوزيع.
38. سالى، على حسن.(2007). الذكاء الوجداني لمعلمات رياض الاطفال. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
39. سلامي، دلال. (2016). الذكاء العاطفي-مدخل نظري-. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. العدد 15. مارس. جامعة الشهيد حمة لخضر. الوادي . ص.ص 164-179.
40. سليمان مسعود، ليلي . بدره، معتصم ميموني. (2019). العلاج الأسري في الجزائر و العوامل المؤثرة في تطبيقه دراسة ميدانية في ثلاث ولايات نموذجية، وهران، مستغانم وعين تموشنت . مجلة العلوم النفسية والتربوية. 5(04). ص.ص 180-197.
41. السملوني، السيد إبراهيم. (2007). الذكاء الوجداني . عمان :دار الفكر ناشرون وموزعون.
42. شايبرو، ولورانس. (2005). كيف تنشأ طفلاً يتمتع بذكاء عاطفي - دليل الآباء للذكاء العاطفي . المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.
43. الشبؤن، دانيا. (2011). القلق وعلاقته بالإكتئاب لدى المراهقين . مجلة جامعة دمشق. المجلد 27. العدد الثالث+الرابع. ص.ص 759-797.
44. الشربيني، لطفي. (2004). الإكتئاب المرض والعلاج. القاهرة: المركز العربي للنشر والتوزيع .
45. شكري، عايدة. (2001). ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالإضطرابات السيکوسوماتية والسويات دراسة مقارنة . رسالة ماجستير (غير منشورة) . جامعة عين شمس . كلية الآداب. قسم علم النفس. مصر.
46. شلال، سماح. (2019). التفكير الإيجابي عند طلبة المرحلة الإعدادية . مركز البحوث النفسية. وقائع المؤتمر العلمي الدولي الذكاء والقدرات العقلية. بغداد. ص.ص 229-254.

47. صادق، علي. (2016). تنمية الذكاء الوجداني وأثره على جودة الحياة النفسية لدى المراهقين الأيتام المقيمين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية في الجمهورية اليمنية . رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية . جامعة وهران2.
48. طبوزادة، حسين.(2017). تنمية التفكير الإيجابي لدى طلاب الجامعة كمدخل لخفض بعض الإضطرابات النفسية. مجلة البحث العلمي في التربية. العدد 18. جامعة عين شمس. مصر. ص.ص 143-176.
49. عابد، سامية. (2019). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الذكاء الوجداني في خفض مستوى السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس. جامعة محمد لمين دباغين. سطيف2.
50. عابدين، رغد. دوبا، زين. (2016). الذكاء الوجداني وعلاقته بالتوافق الزواجي. مجلة جامعة البعث . المجلد 83 . العدد8 . ص.ص 41-71.
51. عبد العزيز، حنان.(2012).نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات . مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان. الجزائر.
52. عبد الله، محمد قاسم. (2004). مدخل إلى الصحة النفسية. ط2. عمان: دار الفكر. الأردن.
53. عبد المطلب، أمين القريطي. (1998) . في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.
54. العبدلي، سعد. (2010). الذكاء الإنفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجي لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. قسم علم النفس. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.
55. عبيد، إنعام. (2019). التفكير السلبي والإيجابي لدى طلبة الجامعة . مركز البحوث النفسية. المجلد 30. العدد3. ص.ص 363-408.
56. عبيدي، عفراء.(2013). التفكير الإيجابي والسلبي وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى طلبة جامعة بغداد . المجلة العربية لتطوير التفوق. المجلد 4. العدد7. ص ص 123-152.
57. عثمان، حباب عبد الحي. (2009). الذكاء الوجداني العاطفي -الإنفعالي-الفعال مفاهيم وتطبيقات . الأردن: ديون وللنشر والتوزيع.
58. عسكر، رأفت السيد. (2004). علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والتنبؤ. القاهرة: الرزاق.
59. عسكر، عبد الستار ابراهيم. (1999) .علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

60. عقباتي، ربيعة. (2016). علاقة السمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالذكاء الإنفعالي لدى الممرضين بولاية وهران . رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الاجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة وهران.
61. علاء، عبد الباقي. (2009). الاكتئاب أنواعه، أعراضه، وأسبابه، وطرق علاجه والوقاية منه . القاهرة : عالم الكتب للنشر والتوزيع.
62. علاء، عبد الرحمن. (2009). الذكاء الوجداني والتفكير الابتكاري. عمان: دار الفكر.
63. العلوان، أحمد. (2011). الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية ومهارات التعلق لدى طلبة الجامعة في ضوء متغير التخصص والنوع الاجتماعي للطالب . المجلة الأردنية في العلوم التربوية. مجلد 7. عدد 2. ص.ص 125-144.
64. العمران، جيهان عيسى أبو راشد. (2006) . الذكاء الوجداني لدى عينة من الطلبة البحرنيين تبعاً لاختلاف مستوى التحصيل الأكاديمي والنوع والمرحلة الدراسية. مجلة جامعة دمشق. المجلد 22. العدد (2) . ص. ص 131-168.
65. غالي، كوثر. (2018). مهارات الذكاء وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ الطور النهائي . رسالة دكتوراه في العلوم. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعية. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
66. غانم ، محمود. (1995). التفكير عند الأطفال : تطوره وطرق تعليمه . ط 1 . عمان : دار الفكر.
67. غانم، ابتسام. بن الصغير، كريمة. (2018). الذكاء الوجداني لدى الطالب الجامعي .مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية. المجلد 09. العدد 03 خاص. الجزء 2. نوفمبر. ص.ص 3-24.
68. غانم، محمد حسن. (2006). الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
69. الغرير، أحمد نايل. وآخرون. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. ط1. عمان: دار الشروق للنشر.
70. غنيم، أحمد. (2018). مستوى الذكاء العاطفي وعلاقته بتحسين أداء مديري المدارس في المرحلة الأساسية الدنيا. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. المجلد 3. العدد 02. فلسطين. ص.ص 198-214.
71. فايد. حسين. (2001). العدوان والإكتئاب في العصر الحديث . مصر : المكتب العلمي للكومي وتر للنشر والتوزيع.
72. الفقي إبراهيم. (2007). قوة التفكير. مصر: شركات إبراهيم الفقي للتنمية البشرية.
73. قارة، سعيد. عزوز، اسمهان. (2018). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى مرضى الضغط الدموي الأساسي ومرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لحصص التصفية الكلوية. حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية. العدد 23. الجزء الثاني. ماي . ص.ص 415-433.
74. قاسم، عبد المريد. (2009). أبعاد التفكير الإيجابي في مصر . مجلة دراسات نفسية. مجلد 19. العدد 4. القاهرة.

- ص.ص 691-723.
75. قدوري، رابح. ذبيحي، لحسن. (2016). الذكاء الوجداني وعلاقته بالقدرة على حل المشكلات لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. مجلة العلوم النفسية والتربوية. 2(1). مارس. ص.ص 94-117.
76. قريشي، علي. (2012). التفكير الإيجابي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة. مجلة القادسية للعلوم الإنسانية. المجلد 15. العدد 2. ص.ص 249-292.
77. قطامي، نايفة. (2005). تعليم التفكير للأطفال. ط2. عمان: دار النشر والتوزيع.
78. القمش، مصطفى. الخليل معاينة. (2009). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
79. قوارح، يمينه. صالي، محمد. (2017). الأمراض المزمنة في الجزائر. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. العدد 28. مارس. ص.ص 49-63.
80. قويدري، علي. (2016). تصميم برنامج تدريبي مقترح يعتمد على مهارات الذكاء الوجداني لخفض مستوى الضغوط النفسية ومستوى العصائية لدى عينة من الطلبة المقبلين على شهادة البكالوريا. رسالة دكتوراه. كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2.
81. كنز، نجية. (2014). الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة كليات التربية. العدد الأول. ديسمبر. ص.ص 166-185.
82. لويس، ألبرت. (2018). الحزن الخبيث. ترجمة عبلة عودة. أبوظبي: دار مشروع كلمة للترجمة.
83. مبارك، وائل. مطاينة، مروان. (2019). القدرة التنبؤية للتفكير السلبي بالقلق الإحصائي لدى طلبة الدراسات العليا. المجلة الدولية التربوية المتخصصة. المجلد (8). العدد (1). ديسمبر. الأردن. ص.ص 76-85.
84. مجلي، شايع. (2011). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعده، جامعة عمران. مجلة جامعة دمشق. المجلد 27. ص.ص 193-247.
85. محمد، جاسم محمد. (2004). مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
86. محمد، علا. (2009). الذكاء الوجداني والتفكير الابتكاري. عمان: دائرة المكتبة الوطنية.
87. مدثر، أحمد سليم. (2003). الوضع الراهن في بحوث الذكاء. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
88. مدحت، عبد الحميد أبو زيد. (2000). الاكتئاب دراسة في السيکوباتومتري. الأزراطية: دار المعرفة الجامعية.
89. المسحر، ماجدة أحمد حسن. (2007). إساءة المعاملة في مرحلة الطفولة كما تدركها طالبات الجامعة وعلاقتها بأعراض الاكتئاب. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك سعود، السعودية.
90. معاليم، صالح. (2008). محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

91. المعجم الوجيز. (1994). مجمع اللغة العربية. طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم.
92. المعجم الوسيط 2. (1994). المعجم الوسيط . مجمع اللغة العربية . الطبعة الثالثة . القاهرة.
93. معمار، صالح صالح. (2006). علم التفكير. ط1. الأردن: ديونو للنشر والتوزيع.
94. المغربي، عمر. (2009). الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالكفاءة المهنية لدى عينة من معلمي المرحلة الثانوية في مديقة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. قسم علم النفس. جامعة أم القرى. مكة المكرمة.
95. مكاي، صلاح فؤاد محمد. (1997). فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي. رسالة دكتوراه. كلية التربية، جامعة عين شمس. مصر.
96. مللي، سهاد. (2010). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من المتفوقين والعاديين. مجلة جامعة دمشق. المجلد 26. العدد الثالث. ص.ص 135-191.
97. مؤيد، أسعد. (2008). تطوير مهارات التفكير الإبداعي. الأردن: عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع.
98. ميرفي، جوزيف. (2000). قوة عقلك الباطن. الطبعة الأولى. الرياض: مكتبة جرير.
99. ناصر، حسين ناصر. (2018). محددات التفكير (الإيجابي-السلبى) وعلاقتها بسمتي الشخصية (المتفائلة والمتشائمة). كلية التربية. مجلة أورو. العدد 1. المجلد 18. جامعة المثنى. بغداد. ص.ص 250-290.
100. نايف، الحمد. المومني، حازم. (2014). دور الإرشاد والعلاج بالواقع في خفض الشعور بالاكتئاب النفسي لدى المراهقين. مجلة المنارة. المجلد 20، العدد 1. جامعة إربد: الأردن.
101. نصرات سعيد. (2016). الخصائص السيكومترية للصورة المعربة لمقياس الذكاء العاطفي لسكوت لدى مرحلة الطلبة الثانوية. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا. جامعة وهران.
102. نوفل، ناصر. (2016). صورة الجسد والإغتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب لدى المعاقين بصريا. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. قسم علم النفس. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين.
103. هبة، محمد كمال. (2013). فعالية برنامج إرشادي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية. مجلة كلية التربية. بور سعيد. عدد 14. الجزء 2. يونيو. ص.ص 432-444.
104. هريدي، عادل محمد. (2003). الفروق الفردية في الذكاء الوجداني في ضوء المتغيرات الحيوية الاجتماعية. دراسات عربية في علم النفس. المجلد 2. العدد 2. أبريل. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر. ص. ص 57-108.
105. الهور، علاء. (2016). فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. قسم علم النفس. غزة. فلسطين.
106. واكلي، بديعة. (2013). استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة سطيف 2.

الجزائر.

107. يوسف، جمعة سيد. (2001). **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية**. القاهرة : دار الغرب للطباعة

والنشر والتوزيع.

مراجع باللغة الأجنبية

108. Abraham, R. (2000). **The Role of Job Controls as Moderator of Emotional Dissonance and Emotional Intelligence - outcome relationships**. Journal of psychology, Vol. 134. No 2. PP 169-186.
109. Agarwal, Jawahar, Garg, Sumit . (2016). **Relationship of emotional intelligence with pre hypertension and its impact on autonomic nervous system as assessed by heart rate variability in adult males**. Journal of Hypertension . Volume 34. September. P p 1-13.
110. American Psychiatric Association DSM-5 . (2015). **Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Traduction (Marc-Antoin Crocq et Julien Daniel Guelfi). 5em edition. Elsevier masson.
111. Andréia ,Zavaloni , et al. (2005). **Hypertension and depression**. clinics .vol 60 .no 3. São Paulo .June .
112. Baldessarini , Ross. And al. (2017). **Morbidity in Depressive Disorders**. 86(2). Feb 10. Pp 65-72.
113. Bar-On ,R. (1997). **Emotional Quotient Inventory**. Technical manual .Toronto.
114. Bar-On, R. (2006). **The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)**. Psicothema, vol. 18, sup l. pp.13-25.
115. Bar-on, R.(2001).**Emotional intelligence and self- Actualization**. In j Ciarrochi. psychology press. Philadelphia.
116. Beck, Aron, et al. (1980). **Cognitive Therapy of Depression**. New York : Guilford Clinical Psychology and Psychotherapy Series .
117. Beck,A.(1997). **Cognitive Therapies**. Essentialpapers psychoanalysis. Newyork: university press .
118. Bernet ,M.(1996). **Emotional Intelligence : components and corelates at the annual meeting of the american psychological association**. Toronto. Canada.August.pp.9-13.
119. Blackburn, Marie. Cottraux,jean.(2006). **Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité**. Français :Editeur . MASSON .
120. Carr, A. (2004). **Positive Psychology: the science of happiness and Human strengths**. Hove and New York :Brunner-Rutledge.
121. Caruso , D . R (2001) . **Emotional Intelligence In the workplace** . In . J .
122. Chader, Adnan.(2020). **Le leadership émotionnel : les compétences émotionnelles au service du leadership**. Gestion et management. Université Paul Valéry - Montpellier III.Français
123. Charles B. & al. (2000). **Are platelets the link between depression and ischemic heart disease?**. Volume 140. Issue 4. Supplement. October . pp 557-562.
124. Childer, Derborah Rosman. (2017). **Donusum Depresyom**.Solo yayinlari : Istanbul.Turque.
125. Chrisanthy ,Vlachaki .Katerina ,Kassotaki.(2013). **Coronary Heart Disease and Emotional Intelligence**. Glob J Health Sci .Sep 23;5(6).156-65.
126. Christophe Léon. (2018). **LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS** . le groupe Baromètre santé . La. Bull Epidémiol Hebd.pp.637-44.
127. Cooper, R. K., & Sawaf, A. (1997). **Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organizations**. New York: Crossett/ Putnam

128. Dominique, Noël.(2015). efficacité de la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet sur le trouble dépressif majeur accompagné d'une pathologie de la personnalité. se présentée dans le cadre de l'activité psy 934 programme de doctorat en psychologie. département de psychologie. université de Sherbrooke
129. Downey, Luke . et al. (2008). **The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample**. Eur. J. Psychiat. Vol. 22, N.° 2. P p 93-98 .
130. Farabaugh, Amy . & al.(2010). **Anxious Depression and early changes in the HAM-D-17 anxiety-somatization factor items and antidepressant treatment outcome**. Int Clin Psychopharmacol. Jul. 25(4). Pp 214–217.
131. Goleman , Daniel . (1999). **L'intelligence émotionnelle ,comment transforme ses émotions en intelligence** . France :édition de France loisirs .boulevard de Grenelle .
132. Goleman, D. (1995). **Working with emotional intelligence**. New York: Bantam books.
133. Graham ,Thal. Et Al. (2007). **Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation**. CHEST. Volume 132. Issue 4. October. P p 1259-1264.
134. Halgin.R,p, Whilbourn, H.K. (1994).**Abnormal psychology The Human Experience of psychiatric Disorders**.London. New York. Harcourt brace College.publishers.
135. Ishack ,N & Others .(2010).**Emotional intelligence of Malaysian an Teachers :Acomparative study on Teachers indaily and residential schools**. procedia social and Behavioral sciences .p.p 604-612.
136. Jan, Sempel.(2007). **Emotional Intelligence**. London: Published by A.
137. Jeffrey, Roelofs. Susan, M.(2010). **Dimensions of Negative Thinking and the Relations with Symptoms of Depression and Anxiety in Children and Adolescents**. August. Volume 34. Issue 4. pp 333–342.
138. Johnson , Ferry (2002) . **Negative thinking the opposite of positive thinking:Which are you more likely to identify with ?**. Leading Facts . Inc ., Vol 12 . No.14.
139. Keith ,Kramlinger.(2002). **La Dépression . Mayo Clinique**. France :Lavoie Broquet .
140. Kelly, B. & Chang. (2007). **Effective strategies for teaching Emotional Intelligence in higher education**. ABR & TLC conference proceedings. USA:Hawaii.
141. Kotsou ,Ilios . (2019). **Intelligence émotionnelle et management : Comprendre et utiliser la force des émotions** . Broché : Français .
142. Kirkegaard ,Erin . (2005). **Positive Thinking: Toward a Conceptual Model and Organizational Implications**. Pace University Digital Commons@Pace. Honors College Theses Pforzheimer Honors College.PDF
143. Kovac, M. (1992). **Children's Depression Inventory**. North Tonawanda. NY: Multi-Health Systems, Inc.
144. Kretchy ,Irene A . (2014). **Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence**. International Journal of Mental Health Systems volume 8. Article number: 25 . p p 14-44.
145. Larousse (2004). **Larousse de la santé**. Paris: Editions Larousse.
146. Lead, rood. (2010). **Dimensions of Negative Thinking and the Relations with Symptoms of Depression and Anxiety in Children and Adolescents**. Cognitive Therapy and Research. August. Volume 34. Issue 4, p p 333–342
147. Lewinsetm, S. (2001). **A search for meaning: Making sense of depression**.Journal of Mental Health . Vol.4.n 4. pp 369-382.
148. Lisa A. Schwartz. (2007). **Negative Thinking as a Coping Strategy Mediator of Pain and Internalizing Symptoms in Adolescents with Sickle Cell Disease** . Journal of Behavioral Medicine. June. Volume 30. Issue 3. pp 199–208.

149. Louise, Champion .Marcos, Economides .Chris, Chandler.(2018). **The efficacy of a brief app-based mindfulness intervention on psychosocial outcomes in healthy adults: A pilot randomised controlled trial**. journal.pone. December 31.pp 12-22.
150. Lourdes Rey . et al. (2019). **When and How Do Emotional Intelligence and Flourishing Protect against Suicide Risk in Adolescent Bullying Victims?**. Public Health. 16. 2114. P p 1-14.
151. Matti Mintz, & al. (2000) . **Selective Procedural Memory Impairment but Preserved Declarative Memory in Spinocerebellar Ataxia Type 3**. The Cerebellum volume 19. PP 226–234.
152. Maulding, W. (2002). **Increazing organizational productivity throug heightened emotional intelligence**. Ed 473 590. CE 084 533.
153. Mayer J.Salovev.p,&Caruso,D. (1995). **Models of Emotional Intelligence** .Sternberg(ed) Cambrdge :U.K
154. Mayer, J. D .Salovey, P. (1995). **Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale**. In J. W. Pennebaker (Ed.), Emotion, disclosure, & health American Psychological Association.pp. 125–154.
155. McDowell,J. & Bell , E. (1997). **Emotional Intelligence and Educational leadership at East Carolina University**. Paper presented at the annual meeting of the National Council for professor of Educational Administration. (51st, August).
156. Megan V. Smith, & al. (2011). **Perinatal Depression and Birth Outcomes in a Healthy Start Project**. **Maternal and Child Health Journal**. Volime 15 .pp 401-409
157. Miller ,Renée . Julie, F Pallant. Lisa, M Negri .(2006). **Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression?**. Mar 24. Pp 6-12.
158. Mokhtari Z, .Hasan, zadehPashang.(2014). **The Effect of Components of Emotional Intelligence on Physical Health Indicators of Hospitalized Cardiac Patients**. Journal of Medical Sciences, Vol. 12, No. 1, Summer. P p 9-16.
159. Munk,Olsen. & al. (2009). **Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period**. Arch Gen Psychiatry.66(2). February . pp 189-195.
160. Nobila ,Valentin. (2015). **.troubles du sommeil, symptômes anxio-dépressifs et risque cardio-vasculaire chez les hypertendus noirs africains**. The pan africain medical journal. juin 12.115 French. P p 2- 9.
161. Pablo, Fernandez .et al. (2006). **The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression among Adolescents**. IDR Publishing Ltd. Co. 4(1). P p 16-27.
162. Peden, Ann. (2000). **Negative Thinking Mediates the Effect of Self-Esteem on Depressive Symptoms in College Women** . Nursing Research. July-August. Volume 49 . Issue 4 . p p 201-207.
163. Pfeiffer, StevenI. (2001) . **Emotional intelligence : popular but elusive contrust**. Roeper Review.Vol.23. ISSUE 3 . pP 138-142.
164. Provost, Rachel. (2014). **Intelligence émotionnelle et prédisposition à résister aux changements organisationnels**. Mémoire présenté en vue de l’obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.). Sciences de la gestion (Management).Hec Montral.
165. Rehm, L. P. (2003). **Self-management therapy for depression**. Personal Improvement Computer Systems (PICS). Inc. NIMH project.
166. Salovey, P ., Bedell , B. T ., Detweiler , J.B., & Mayer , J.D (2000) : **Current Directions in Emoyional Intelligence Research** . In M . Lewis ., J.M Haviland- Jones (Eds) , Handbook of Emotions . New York : Guilford Press .PP.504-520.
167. Seligman ,M,(1991). **Learned optimism the skill to counter life obstacles , large and small** .New York : Ranbom House.

168. Seligman, M, (2003) . **positive Psychology , positive prevention and positive therapy**. In C.R. Snyder and S.J. Lopez (Eds.). The Handbook of positive psychology. New York : Oxford University press. pp.3-9.
169. Seligman,M,Paweiski,J.O. (2003).**Positive Psychology :FAQs**. Psychologica Inquiry .14. p.p 159-163.
170. Shinn EH, Poston WSC, and al. (2001). **pressure and symptoms of depression and anxiety: A prospective study**. Am J Hypertens .
171. Smith, B. (2004). **Relationship between emotional intelligence and some person-ality variables among secondary school students**. Journal of Educational psychology. 2 (2). pp 20-35.
172. Thomas, Druyan. (2020). **Radical Change in Every Day Life**. Privat universitat **Sigmund Freud** . Autruche .Vienna .
173. Vandana, Patel, Anil, Jain.(2017). **assessment of emotional intelligent in hypertensive adults and normal adults: a comparative study**. Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research .Vol. 5.Issue 7. July. p p 9-12.
174. Von Känel R, & al.(2010). **Inflammatory biomarkers in patients with posttraumatic stress disorder caused by myocardial infarction and the role of depressive symptoms**. Neuro immuno modulation. Epub .17(1).pp 39-46.

-مراجع إلكترونية من الأنترنت:

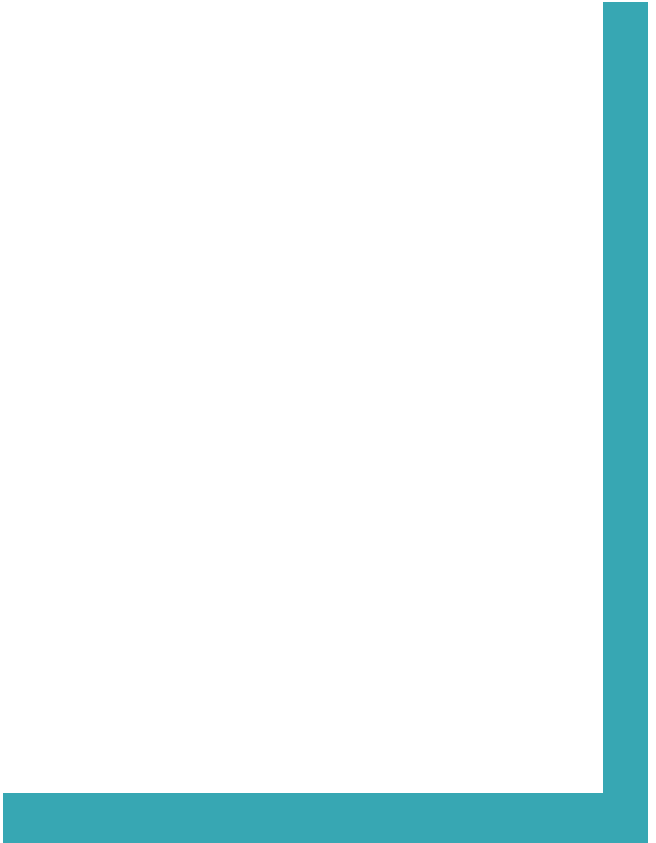
175. <http://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/9067>ISSN: saaCollection(s) :Département de psychologie et sciences de l'éducation - Magister.
نادية بوشالوق.(2015). الذكاء الوجداني وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي
دراسة ميدانية بمستشفى الحكيم سعدان-بسكرة-و مستشفى محمد بوضياف -بريكة .
تاريخ الزيارة 2019/04/11.
176. <https://www.manhal.net/art/s/19800> .
خالد الجهني.(2011). أخطاء التفكير المعرفي السلوكي. تاريخ الزيارة يوم 2019/09/13.
177. <http://sgda.ahlamontada.net/t12805-topic>.
صالح الغادي. (2012). تلخيص نظرية ألبرت أليس. تاريخ الزيارة يوم 2019/10/13
178. <https://arabicpost.net.live style>.
نيرة الشريف.(2016). التفكير-السلي-أضراره-فوائد-التفكير. تاريخ الزيارة 2018/07/03.
179. <https://acofps.com/vb/140758.html>
زهرة حياة.(2019).العلاج المعرفي السلوكي. تاريخ الزيارة 2020/08/12.
180. <http://www.alayam.com/Article/alayam-article/371118>
دانية، كابلي.(2014). أثر التفكير السلبي على الأمراض النفسية.تاريخ الزيارة 2020/03/04.
181. <http://www.gulfkids.com/ar/book14-1833.htm>
أبو حلاوة. محمد السعيد. (2011). علم النفس الإيجابي، مجالاته، تعريفاته، أطفال الخليج ذوي

الإحتياجات الخاصة .تاريخ الزيارة 2020/10/10.

182. [http://www Aljalsa.com/view-article.php?aid=63&typ=710](http://www.Aljalsa.com/view-article.php?aid=63&typ=710)
الحمادي ، علي . (2003) . اتجاهات الحكم والتقدير . عن الشبكة العالمية للمعلومات . تاريخ الزيارة 2020/02/09.
183. <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=23750>
السالمي ، أمل .(2014). الأمراض النفسية سببها التفكير السلبي . تاريخ الزيارة 2020/07/01.
184. <http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article./20171014/123519.html>
الضغط الدموي في الجزائر .تاريخ الزيارة 2017/11/11
185. Gotlib.Ian H.(1992) . **Interpersonal and Cognitive Aspects of Depression** .
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11510319>. October. 2019/11/02 تاريخ الزيارة
186. Sharma , V (2003) . **Optimism carries many positive qualities** . <http://www.mindpub.com/art236.htm>.202/08/08 تاريخ الزيارة
187. Tincher , Jan (2003) . **Subscribe here to “ Tame Your Brain Now** . <http://www.tameYourbrain.com/sabscrib.php>.2019/05/17 تاريخ الزيارة
188. Whyte , R (2004) . **Negative thinking – prose and drawings** . <http://www.toadshow.com.au/rob/stories-negative.htm>.2020/04/12 تاريخ الزيارة



الملاحق



الملحق رقم (1)

مقياس الذكاء الوجداني خاص بمرضى الضغط الدموي

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ العمر: مدة الإصابة بالمرض : من سنة إلى 10 سنوات أكثر من 10 سنوات

التعليمة:

في إطار البحث العلمي أقدم بين يديك ثلاثة مقاييس 1 و 2 و 3 اقرأ كلا منهم باهتمام وأجب عنهم باختيار إجابة واحدة من الإجابات الموضحة أمام كل مفردة وذلك بوضع الإشارة (x) تحت الإجابة التي تناسبك، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك.

إن إجاباتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها سوى الباحثة لاستخدامها في البحث العلمي.

نشكركم على حسن تعاونكم معنا

الباحثة

الرقم	البنـد	تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
01	أشعر بالثقة في نفسي	☐	☐	☐
02	أستطيع التحول من مشاعري السلبية إلى الإيجابية بسهولة	☐	☐	☐
03	أستطيع التحكم في رغباتي النفسية	☐	☐	☐
04	لديّ القدرة على اكتشاف مشاعر الآخرين	☐	☐	☐

05	أستطيع أن أقيم علاقات ممتازة مع الآخرين		
06	أستطيع أن أتحدث بسهولة عن مشكلتي الصحية المتعلقة بمرض الضغط الدموي		
07	أتجاهل ما مر بي في الماضي من إخفاقات في الحياة وأستطيع أن أتجاوزها		
08	مرضتي بالضغط الدموي لا يعيقني عن أدائي مهامتي		
09	أتعاطف مع معاناة الآخرين وأحزأنهم بشكل فعال		
10	أستطيع إقناع الآخرين بعدم الاستسلام للمرض		
11	لدي القدرة على معرفة صفاتي الإيجابية		
12	أسيطر على نفسي عندما أواجه أمراً مزعجاً		
13	أستطيع تحقيق النجاح رغم المرض		
14	أستمع باهتمام لمشاكل معارفي		
15	عندي قدرة على التأثير في الآخرين حول تقبل المرض		
16	لدي القدرة على تحديد جوانب القوة والضعف في نفسي		
17	أكون هادئاً عند تعرضي لأي ضغوط نفسية		
18	أستطيع إنجاز أعمالي بنشاط وتركيز عالين		
19	أشارك الآخرين أفراحهم وأحزأنهم		
20	أتبادل مع زملائي الأفكار والمهارات والخبرات		
21	لدي الوعي بما أقوم به من أعمال		
22	لدي القدرة على التكيف مع مرض الضغط الدموي		
23	أسعى باستمرار إلى تنمية إمكاناتي وقدراتي		
24	أقوم بتشجيع الآخرين عند شعورهم بالإحباط نتيجة المرض		
25	أستطيع أن أكون الصداقات بسهولة		
26	عند الفشل في أي عمل من الأعمال كشرب الدواء في وقته المحدد فإنني ألقي اللوم على نفسي		
27	لدي القدرة على التحكم في انفعالاتي تجاه أي موقف		
28	أبذل أقصى جهدي لإنجاز المهام التي أكلف بها كقياس ضغطي بشكل يومي		
29	أظهر احترامي وتقديري للآخرين		
30	أسعى لمساعدة الآخرين لحل مشاكلهم		

31	عندما أشعر بالضيق فإنني أعرف سببه		
32	أبحث عن حلول للمشكلات التي تواجهني بدلا من لوم الآخرين		
33	أثق في نجاحي عند القيام بأي مهمة		
34	أبادر بتقديم المساعدة لأي شخص يتعرض للأذى أو الضرر		
35	أشعر بأنني كفء في إدارة المناقشات الاجتماعية .		
36	أنا واضح في أهدافي ومبادئ		
37	أعترف بأخطائي وأسعى لمعالجتها		
38	لدي طموح كبير في إكمال مشواري العلاجي		
39	أبتسم عند مقابلة الآخرين		
40	أستطيع أن أنسجم بسهولة وبسرعة مع أي موقف اجتماعي		
41	أقدر أسوء العقبات الممكنة قبل الشروع في أي عمل		
42	لا أحس بالخلج نتيجة إصابتي بمرض الضغط الدموي		
43	أستطيع أداء أي عمل لفترة طويلة دون شعور بالملل أو الإجهاد		
44	أقبل النقد البناء		
45	يبقى لدي الأمل والتفاؤل للتمائل للشفاء من مرضي		
46	أتعلم من خبرات الماضي		
47	أعرف قدراتي وأوجهها لتحقيق أهدافي		

أبعاد مقياس الذكاء الوجداني

الأبعاد	رقم العبارات
بعد الوعي بالذات	1-6-11-16-21-26-31-36-41-44-47-46
بعد إدارة الإنفعالات	2-7-12-17-22-27-32-37-42
بعد الدافعية للإنجاز (حفر الذات)	3-8-13-18-23-28-33-38-43-45
بعد التعاطف	4-9-14-19-24-29-34-39
بعد التواصل مع الآخرين أو المهارات الاجتماعية	5-10-15-20-25-30-35-40

ملحق رقم (02)

مقياس التفكير السلبي خاص بمرضى الضغط الدموي

الرقم	البنـد	موافق	أحيانا	غير موافق
1 -	لا أرى في المستقبل ما يدعو للتفاؤل			
2 -	أشعر أنني شخص عصبي			
3 -	لا أهتم بصحتي كثيرا			
4 -	أنا غير راض عن نفسي			
5 -	لا أعقد آمالا كثيرة على المستقبل			
6 -	لا أستطيع أن أوقف نفسي إذا غضبت من أحد			
7 -	لا أحب أن يسألني الناس عن صحتي			
8 -	كل ما حولي يدعوني للسخط والغضب			
9 -	أعتقد أنني سيء الحظ			
10 -	أشعر فجأة بالقلق			
11 -	أنزعج حينما أتذكر مواعيد الدواء			
12 -	أشعر بالإنزعاج من مظهري الخارجي			
13 -	أعتقد أنني أميل للتشاؤم			
14 -	أفقد صبري بسهولة			
15 -	ليست لدي ثقة في العلاج الدوائي المقدم من طرف الأطباء			
16 -	مهما قدمت للآخرين فلن يذكروني أحد بخير			
17 -	أشعر بالخوف الشديد من المستقبل			
18 -	الكثير من الناس ينظر إلي نظرة شفقة بسبب مرضي			
19 -	أشعر أن تناولي للأدوية ليس له نتيجة			
20 -	مرضي يسبب لي الحزن والقلق			
21 -	أعتقد أن مرضي غير قابل للشفاء			
22 -	أشعر أنني غير محبوب من طرف الآخرين.			

الرقم	البيان	موافق	أحيانا	غير موافق
23-	أتجنب الكثير من المناسبات والزيارات بسبب مرضي لأنه يحتم عليا اصطحاب الأدوية معي			
24-	أشعر أن الحياة ليس لها قيمة بسبب مرضي			
25-	أموري تسير من سيئ إلى أسوأ			
26-	الآخرون يصفونني بالاندفاع في التعامل مع الناس			
27-	أصبحت لا أطيق تناول الأدوية			
28-	أشعر أن الأقدار ضدي			
29-	مهما عاجلت فإن صحي ستزداد سوءا			
30-	أصبحت لا أثق في الآخرين			
31-	لا أستمتع بالحياة بسبب مرضي			
32-	أشعر بالضعف إذا طلبت المساعدة من أحد			
33-	حينما أريد القيام بأي عمل أشعر أنني سأفشل فيه			
34-	أغضب دائما لأسباب تافهة			
35-	أشعر بحرج شديد عندما يكتشف شخص أنني مريض بالضغط الدموي			
36-	لا أحب مخالطة الناس			
37-	أشعر بالانزعاج الشديد من انتقاد الناس لي			

أبعاد التفكير السلبي

الأبعاد	رقم العبارات
بعد التوقعات المستقبلية السلبية	33-29-25-21-17-13-9-5-1
بعد الضبط الإنفعالي	36-34-30-26-22-18-14-10-6-2
بعد التفكير السلبي تجاه الصحة	31-27-23-19-15-11-7-3
بعد الشعور العام بالرضا	37-35-32-28-24-20-16-12-8-4

ملحق رقم (03)

مقياس بيك للإكتئاب

تعليمات

في هذه الورقة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها .

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد أنك أجبت على كل مجموعة

(1) . إنني لا أشعر بالحزن

• إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات.

• اشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع التخلص من هذا الشعور.

• إنني اشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتماها.

(2) . إنني لست متشائماً بشأن المستقبل

• أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.

• أشعر انه لا يوجد لدى ما أطمح للوصول إليه.

• أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وان هذا الوضع من غير الممكن تغييره.

(3) . لا أشعر بأنني فاشل بشكل عام

• أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجه الإنسان العادي.

• عندما انظر إلى حياتي الماضية، فلن كل ما أراه الكثير من الفشل.

• اشعر بأنني إنسان فاشل فشلاً تاماً.

(4) . ما زالت الأشياء تعطيني شعوراً بالرضى كما كانت عادة

• لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة.

- لم أعد اشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق.
- لدي شعور بعدم الرضى والملل من كل الأشياء.
- (5). لا يوجد أي شعور بالذنب
- أشعر بالذنب في بعض الأوقات.
- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.
- أشعر بالذنب في كافة الأوقات.
- (6). لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع
- أشعر بأنني أستحق العقاب أحياناً.
- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب.
- أحس بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأني استحق ذلك.
- (7). لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي
- أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- أشعر أحياناً بأنني أكره نفسي.
- إنني أكره نفسي في كل الأوقات.
- (8). لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين
- إنني انتقد نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.
- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب أخطائي.
- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.
- (9). لا يوجد لدي أية أفكار انتحارية
- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها.
- أرغب في قتل نفسي.
- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السامع لذلك.
- (10). لا أبكي أكثر من المعتاد
- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد.
- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام.
- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك.
- (11). لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد
- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.
- أشعر بسرعة الإستشارة طيلة الوقت في هذه الأيام.

- أشعر بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيئا يغضبني.
- (12). لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين
- أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه
- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.
- (13). أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به
- أميل إلى تأجيل القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة.
- أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل.
- لم تعد لدي أية قدرة على اتخاذ قرارات في هذه الأيام.
- (14). أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة
- يزعجني الشعور بأنني أبدو كهلا أو غير جذاب.
- أشعر أن هنالك تغيرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.
- اعتقد بأنني أبدو قبيحا.
- (15). أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة
- احتاج إلى جهد إضافي كي ابدأ العمل في أي شيء.
- علي أن أحث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيء.
- لا أستطيع عمل أو انجاز أي شيء على الإطلاق.
- (16). أستطيع النوم جيدا كالمعتاد
- لا أنام جيدا كالمعتاد.
- أستيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.
- استيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم.
- (17). لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد .
- أصبحت أتعب أكثر من المعتاد.
- أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريبا.
- أنا متعب جدا لدرجة لا أستطيع عمل أي شيء.
- (18). شهيتي للطعام هي كالمعتاد
- شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي بالعادة.
- شهيتي للطعام سيئة جدا هذه الأيام.
- ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام.

(19). لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا أو بقي وزني كما هو

• فقدت من وزني حوالي 2 كلغ.

• فقدت من وزني حوالي 4 كلغ. *إنني أتعمد محاولة إنقاص وزني نعم-لا

• فقدت من وزني أكثر من 6 كلغ.

(20). ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد

• إنني مزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك، أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.

• إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.

• إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.

(21). لم ألاحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية

• أصرحت أقل اهتماما بالأمور الجنسية مما كنت على من قبل.

• اهتمامي قليل جدا بالأمور الجنسية في هذه الأيام.

• فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسية تماما

ملحق رقم (04)

يبين أسماء السادة المحكمين الذين قاموا بتحكيم
مقياس الذكاء الوجداني ومقياس التفكير السلبي

إسم الأستاذ	التخصص	المكان
البروفيسور عادل الصالحي	علم النفس العصبي وعلم النفس العيادي	جامعة سيقموند فرويد-النمسا-
البروفيسور شهاب بن شاوشة	علم النفس السريري	جامعة الرياض السعودية
البروفيسور عدنان نعمة سلمان	علم النفس وعلوم التربية	جامعة بغداد العراق
البروفيسور علي عون	علم النفس وعلوم التربية	جامعة الأغواط
الدكتور العربي قويدري	علم النفس التربوي	جامعة قطر
الدكتور خميسي كروم	علم النفس الاجتماعي	جامعة الأغواط
الدكتور لخضر شالي	علوم التربية	المركز الجامعي أفلو
الدكتور لمين عياط	علم التدريس	جامعة الأغواط
الدكتور علي قويدري	علم النفس العيادي	جامعة الأغواط

ملحق خاص
بنتائج الدراسة
SPSS

نتائج spss

معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الذكاء الوجداني

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	60	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,726	47

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,787
		N of Items	13 ^a
	Part 2	Value	,766
		N of Items	12 ^b
		Total N of Items	25
		Correlation Between Forms	,467
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,637
	Unequal Length		,637
	Guttman Split-Half Coefficient		,632

- a. The items are: VAR00062, VAR00063, VAR00064, VAR00065, VAR00066, VAR00067, VAR00068, VAR00069, VAR00070, VAR00071, VAR00072, VAR00073, VAR00074.
- b. The items are: VAR00074, VAR00075, VAR00076, VAR00077, VAR00078, VAR00079, VAR00080, VAR00081, VAR00082, VAR00083, VAR00084, VAR00085, VAR00086.

معامل الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني والدرجة الكلية للمقياس

Correlations

		dhakaa	waiibidhat	idarat	dafiaa	Taatof	Tawasol
Dhakaa	Pearson Correlation	1	,721**	,692**	,730**	,660**	,756**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	89	89	89	89	89	89
Waiibidhat	Pearson Correlation	,721**	1	,293**	,395**	,446**	,360**
	Sig. (2-tailed)	,000		,005	,000	,000	,001
	N	89	89	89	89	89	89
Idarat	Pearson Correlation	,692**	,293**	1	,377**	,236*	,575**
	Sig. (2-tailed)	,000	,005		,000	,026	,000
	N	89	89	89	89	89	89
Dafiaa	Pearson Correlation	,730**	,395**	,377**	1	,393**	,433**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	89	89	89	89	89	89
Taatof	Pearson Correlation	,660**	,446**	,236*	,393**	1	,338**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,026	,000		,001
	N	89	89	89	89	89	89

Tawasol	Pearson Correlation	,756**	,360**	,575**	,433**	,338**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,001	
	N	89	89	89	89	89	89

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

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

الصدق التمييزي لمقياس الذكاء الوجداني

Group Statistics

	daka	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dhakah	bas	21	63,2381	4,62498	1,00925
	haut	21	91,4286	3,74929	,81816

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	
dhakah	Equal variances assumed	2,643	,112	-21,698	58	,000	-28,19048	1,29922	-30,81630 -25,56465
	Equal variances not assumed			-21,698	38,358	,000	-28,19048	1,29922	-30,81981 -25,56114

معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس التفكير السلبي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	60	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	89	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,720	37

معامل الارتباط بين أبعاد التفكير السلبي والدرجة الكلية للمقياس

Correlations

		tafkirselbi	tawakoaatselbia	thabtinfiaali	tagkirseha	Thoorbiredha
Tafkirselsbi	Pearson Correlation	1	,832**	,796**	,753**	,856**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	89	89	89	89	89
Tawakoaatselbia	Pearson Correlation	,832**	1	,519**	,526**	,613**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	89	89	89	89	89
Thabtinfiaali	Pearson Correlation	,796**	,519**	1	,433**	,673**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	89	89	89	89	89

Tagkirseha	Pearson Correlation	,753**	,526**	,433**	1	,604**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	89	89	89	89	89
Thoorbiredha	Pearson Correlation	,856**	,613**	,673**	,604**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	89	89	89	89	89

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

الصدق التمييزي لمقياس التفكير السلبي

Group Statistics

	Taf	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tafkirsrselbi	Bas	21	77,0476	5,58101	1,21788
	Haut	21	101,1429	3,43927	,75051

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
Tafkirsrselbi	Equal variances assumed	5,901	,020	-16,843	58	,000	-24,09524	1,43055	-26,98650	-21,20398
	Equal variances not assumed			-16,843	33,276	,000	-24,09524	1,43055	-27,00481	-21,18567

معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الإكتئاب

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,605	21

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	89	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	89	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

الصدق التمييزي لمقياس الإكتئاب

Group Statistics

VAR00001		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Deresion	bas	21	11,57	,926	,202
	haut	21	23,71	1,707	,373

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
Deresion	Equal variances assumed	8,101	,007	-28,653	58	,000	-12,143	,424	-12,999	-11,286
	Equal variances not assumed			-28,653	30,828	,000	-12,143	,424	-13,007	-11,278

مستوى الذكاء الوجداني لدى العينة الكلية

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
dhakaa	89	77,73	10,644	1,128

One-Sample Test

	Test Value = 94					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
dhakaa	-14,420	88	,000	-16,270	-18,51	-14,03

العلاقة بين الذكاء الوجداني والتفكير السلبي لدى عينة مرضى الضغط الدموي

Correlations

		Dhaka	tafkirselbi
dhaka	Pearson Correlation	1	-,611**
	Sig. (2-tailed)		,061
	N	89	89
tafkirselbi	Pearson Correlation	-,199	1
	Sig. (2-tailed)	,061	
	N	89	89

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

معاملات الارتباط بين أبعاد الذكاء الوجداني وبين أبعاد التفكير السلبي

Correlations

		waiibidhat	idarat	dafiaa	Taatof	tawasol	tawakoaatselbia	thabtinfiaali	tagkirseha	thoorbiredha
waiibidhat	Pearson Correlation	1	,293**	,395**	,446**	,360**	-,323**	-,214*	-,150	-,239*
	Sig. (2-tailed)		,005	,000	,000	,001	,002	,044	,162	,024
	N	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Idarat	Pearson Correlation	,293**	1	,377**	,236*	,575**	*124,-	-,372*	-,297*	-,208*
	Sig. (2-tailed)	,005		,000	,026	,000	,117	-,510	,364*	,939
	N	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Dafiaa	Pearson Correlation	,395**	,377**	1	,393**	,433**	-,221*	**277-0,	-,297*	-,085
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,037	,790	,064	,427
	N	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Taatof	Pearson Correlation	,446**	,236*	,393**	1	,338**	-,337**	-,470**	,086	-,207*

		Sig. (2-tailed)	,000	,026	,000		,001	,728	,512	,424	,950
		N	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Tawasol	Pearson Correlation		,360**	,575**	,433**	,338**	1	-,214*	-,341**	-,283*	-,512**
	Sig. (2-tailed)		,001	,000	,000	,001		,044	,700	,438	,987
	N		89	89	89	89	89	89	89	89	89

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

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

العلاقة بين الذكاء الوجداني والإكتئاب لدى عينة مرضى الضغط الدموي

Correlations

		Dhaka	Depression
Dhaka	Pearson Correlation	1	-,260*
	Sig. (2-tailed)		,014
	N	89	89
depression	Pearson Correlation	-,260*	1
	Sig. (2-tailed)	,014	
	N	89	89

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

Correlations

		waiibidhat	idarat	dafiaa	taatof	tawasol	Depresion
waiibidhat	Pearson Correlation	1	,293**	,395**	,446**	,360**	**823-,
	Sig. (2-tailed)		,005	,000	,000	,001	,089
	N	89	89	89	89	89	89
idarat	Pearson Correlation	,293**	1	,377**	,236*	,575**	*492-,
	Sig. (2-tailed)	,005		,000	,026	,000	,164
	N	89	89	89	89	89	89
dafiaa	Pearson Correlation	,395**	,377**	1	,393**	,433**	-,225*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,034
	N	89	89	89	89	89	89
taatof	Pearson Correlation	,446**	,236*	,393**	1	,338**	*913-,
	Sig. (2-tailed)	,000	,026	,000		,001	,074
	N	89	89	89	89	89	89
tawasol	Pearson Correlation	,360**	,575**	,433**	,338**	1	*832-,
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,001		,086
	N	89	89	89	89	89	89
depression	Pearson Correlation	-,182	-,149	-,225*	-,191	-,183	1
	Sig. (2-tailed)	,089	,164	,034	,074	,086	
	N	89	89	89	89	89	89

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

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

Group Statistics

sex		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
dhakaa	mal	41	78,33	10,584	1,653
	femal	48	77,02	10,769	1,554

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
dhakaa	Equal variances assumed	,134	,715	-,576	87	,566	-1,309	2,272	-5,825	3,207
	Equal variances not assumed			-,577	85,272	,566	-1,309	2,269	-5,820	3,202

الفروق في أبعاد الذكاء الوجداني تعزى لمتغير الجنس

Group Statistics

sex		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
waiibidhat	mal	41	18,9268	3,35701	,52428
	femal	48	19,7083	3,41435	,49282
idarat	mal	41	,341551	2,77137	,43282
	femal	48	14,7708	3,06136	,44187
dafiaa	mal	41	16,5610	3,27909	,51211

	femal	48	16,6875	2,79936	,40405
taatof	mal	41	13,0488	2,33400	,36451
	femal	48	13,4167	2,88675	,41667
tawasol	mal	41	14,1463	3,11096	,48585
	femal	48	13,7500	2,83219	,40879

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
waiibidhat	Equal variances assumed	,065	,799	-1,085	87	,281	-,78150	,72051	-2,21359	,65059
	Equal variances not assumed			-1,086	85,263	,280	-,78150	,71954	-2,21208	,64907
idarat	Equal variances assumed	,939	,335	-,689	87	,493	-,42937	,62343	-1,66850	,80976
	Equal variances not assumed			-,694	86,688	,489	-,42937	,61853	-1,65882	,80008
dafiaa	Equal variances assumed	1,084	,301	-,196	87	,845	-,12652	,64422	-1,40699	1,15394
	Equal variances not assumed			-,194	79,186	,847	-,12652	,65231	-1,42488	1,17183
taatof	Equal variances assumed	1,632	,205	-,654	87	,515	-,36789	,56290	-1,48672	,75095
	Equal variances not assumed			-,665	86,759	,508	-,36789	,55360	-1,46828	,73251
tawasol	Equal variances assumed	,501	,481	,629	87	,531	,39634	,63024	-,85632	1,64901

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
waiibidhat	Equal variances assumed	,065	,799	-1,085	87	,281	-,78150	,72051	-2,21359	,65059
	Equal variances not assumed			-1,086	85,263	,280	-,78150	,71954	-2,21208	,64907
idarat	Equal variances assumed	,939	,335	-,689	87	,493	-,42937	,62343	-1,66850	,80976
	Equal variances not assumed			-,694	86,688	,489	-,42937	,61853	-1,65882	,80008
dafiaa	Equal variances assumed	1,084	,301	-,196	87	,845	-,12652	,64422	-1,40699	1,15394
	Equal variances not assumed			-,194	79,186	,847	-,12652	,65231	-1,42488	1,17183
taatof	Equal variances assumed	1,632	,205	-,654	87	,515	-,36789	,56290	-1,48672	,75095
	Equal variances not assumed			-,665	86,759	,508	-,36789	,55360	-1,46828	,73251
tawasol	Equal variances assumed	,501	,481	,629	87	,531	,39634	,63024	-,85632	1,64901
	Equal variances not assumed			,624	81,794	,534	,39634	,63495	-,86682	1,65950

الفروق في الذكاء الوجداني تعزى لمتغير بمدة الإصابة بالمرض (أقل من 10 سنوات/ أكثر من 10 سنوات)

Group Statistics

	dure	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
dhakaa	<10	40	79,86	10,632	1,772
	>10	49	77,16	10,184	1,455

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
dhakaa	Equal variances assumed	,251	,617	1,185	87	,240	2,698	2,278	-1,832	7,228
	Equal variances not assumed			1,177	73,680	,243	2,698	2,293	-1,871	7,267

الفروق في أبعاد الذكاء الوجداني تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض

Group Statistics

	dure	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
waiibidhat	<10	40	19,9167	3,84243	,64041
	>10	49	19,2653	2,87065	,41009
idarat	<10	40	14,8889	3,22293	,53716
	>10	49	14,4898	2,74714	,39245
dafiaa	<10	40	16,8056	3,00304	,50051
	>10	49	16,6939	3,01527	,43075

taatof	<10	40	13,5556	3,05609	,50935
	>10	49	13,1633	2,31253	,33036
tawasol	<10	40	14,6944	3,29345	,54891
	>10	49	13,5510	2,63044	,37578

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
waiibidhat	Equal variances assumed	3,031	,085	,895	87	,373	,65136	,72776	-,79613	2,09885
	Equal variances not assumed			,857	61,989	,395	,65136	,76046	-,86878	2,17150
idarat	Equal variances assumed	1,287	,260	,615	87	,540	,39909	,64913	-,89199	1,69018
	Equal variances not assumed			,600	68,174	,551	,39909	,66525	-,92832	1,72651
dafiaa	Equal variances assumed	,026	,872	,169	87	,866	,11168	,66076	-1,20255	1,42590
	Equal variances not assumed			,169	75,748	,866	,11168	,66034	-1,20358	1,42694
taatof	Equal variances assumed	3,964	,050	,674	87	,502	,39229	,58207	-,76542	1,55000
	Equal variances not assumed			,646	62,568	,521	,39229	,60710	-,82107	1,60565
tawasol	Equal variances assumed	1,975	,164	1,779	87	,079	1,14342	,64282	-,13512	2,42196
	Equal variances not assumed			1,719	65,072	,090	1,14342	,66521	-,18507	2,47192

Group Statistics

sex		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tafkirselbi	mal	41	90,44	10,057	1,571
	femal	48	89,52	8,649	1,248

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
tafkirselbi	Equal variances assumed	1,154	,286	,463	87	,644	,918	1,983	-3,023	4,859
	Equal variances not assumed			,458	79,499	,648	,918	2,006	-3,075	4,911

Group Statistics

sex		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tawakoaatselbia	mal	41	22,6098	2,76476	,43178
	femal	48	22,3333	3,02706	,43692
thabtinfaali	mal	41	21,9024	2,82670	,44146
	femal	48	21,8542	3,24194	,46793
tagkirseha	mal	41	20,2195	2,78848	,43549
	femal	48	19,9583	2,19243	,31645
thoorbiredha	mal	41	23,0000	2,91548	,45532

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tawakoaatselbia	mal	41	22,6098	2,76476	,43178
	femal	48	22,3333	3,02706	,43692
thabtinfiaali	mal	41	21,9024	2,82670	,44146
	femal	48	21,8542	3,24194	,46793
tagkirseha	mal	41	20,2195	2,78848	,43549
	femal	48	19,9583	2,19243	,31645
thoorbiredha	mal	41	23,0000	2,91548	,45532
	femal	48	22,9375	2,53827	,36637

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
tawakoaatselbia	Equal variances assumed	,537	,465	,447	87	,656	,27642	,61871	-,95333	1,50617
	Equal variances not assumed			,450	86,589	,654	,27642	,61428	-,94460	1,49744
thabtinfiaali	Equal variances assumed	1,221	,272	,074	87	,941	,04827	,65032	-1,24430	1,34085
	Equal variances not assumed			,075	86,957	,940	,04827	,64331	-1,23038	1,32693
tagkirseha	Equal variances assumed	2,790	,098	,494	87	,622	,26118	,52831	-,78889	1,31125

	Equal variances not assumed			,485	75,484	,629	,26118	,53832	-,81110	1,33346
thoorbiredha	Equal variances assumed	,694	,407	,108	87	,914	,06250	,57805	-1,08644	1,21144
	Equal variances not assumed			,107	80,017	,915	,06250	,58442	-1,10052	1,22552

الفروق في مستوى التفكير السلبي تعزى لمتغير مدة الإصابة

Group Statistics

	dure	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tafkirselbi	<10	40	87,61	8,999	1,500
	>10	49	90,90	9,145	1,306

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
tafkirselbi	Equal variances assumed	,022	,883	-1,648	87	,103	-3,287	1,994	-7,253	,679
	Equal variances not assumed			-1,652	76,252	,103	-3,287	1,989	-7,248	,675

Group Statistics

	dure	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tawakoaatselbia	<10	40	21,9444	3,04203	,50701
	>10	49	22,7143	2,76134	,39448
thabtinfiaali	<10	40	20,8333	2,97129	,49522
	>10	49	22,3878	2,75995	,39428
tagkirseha	<10	40	19,5278	2,44349	,40725
	>10	49	20,2245	2,39152	,34165
thoorbiredha	<10	40	22,7500	2,37096	,39516
	>10	49	22,9592	2,90803	,41543

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
tawakoaatselbia	Equal variances assumed	,537	,465	,447	87	,656	,27642	,61871	-,95333	1,50617
	Equal variances not assumed			,450	86,589	,654	,27642	,61428	-,94460	1,49744
thabtinfiaali	Equal variances assumed	1,221	,272	,074	87	,941	,04827	,65032	-1,24430	1,34085
	Equal variances not assumed			,075	86,957	,940	,04827	,64331	-1,23038	1,32693

tagkirseha	Equal variances assumed	2,790	,098	,494	87	,622	,26118	,52831	-,78889	1,31125
	Equal variances not assumed			,485	75,484	,629	,26118	,53832	-,81110	1,33346
thoorbiredha	Equal variances assumed	,694	,407	,108	87	,914	,06250	,57805	-1,08644	1,21144
	Equal variances not assumed			,107	80,017	,915	,06250	,58442	-1,10052	1,22552

الفروق في مستوى الإكتئاب تعزى لمتغير الجنس

Group Statistics

		sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depression	mal		41	26,93	4,524	,707
	femal		48	26,50	4,816	,695

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
depression	Equal variances assumed	,678	,413	,429	87	,669	,427	,996	-1,553	2,407
	Equal variances not assumed			,431	86,186	,668	,427	,991	-1,543	2,397

Group Statistics

	dure	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
depression	<10	40	27,39	4,170	,695
	>10	49	27,92	5,024	,718

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
depression	Equal variances assumed	2,520	,116	-,515	87	,608	-,529	1,028	-2,574	1,515
	Equal variances not assumed			-,530	81,704	,598	-,529	,999	-2,517	1,458