

دور كل من العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في تفاقم أعراض مرض قرافز بازدو  
 Social isolation, cognitive and emotional regulation strategies and exacerbation of Graves-  
 Basedow's disease's symptoms

سعاد عزيزو شرناعي  
 أستاذة التعليم العالي، جامعة تيزي وزو  
 Souad Azirou-Chernai

Professor, Mouloud Mammeri University of  
 Tizi Ouzou  
 souad.azirou@ummto.dz

أمينة دينة حسايم\*  
 طالبة دكتوراه، جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد  
 الله

Amina Dina HASSAIM  
 PhD student, University of Algiers-2, Abou Al  
 Kacem Saâdallah  
 aminadina.hassaim@univ-alger2.dz

تاريخ النشر: 2024/12/08

تاريخ القبول: 2024/10/15

تاريخ الاستلام: 2024/09/09

- الملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور كل من العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في تفاقم أعراض مرض قرافز بازدو، الذي ينتمي إلى مجموعة الأمراض المناعة الذاتية التي أجمعت الكثير من الأبحاث عن تأثيرها بالعوامل النفسية الاجتماعية. ولتحقيق أهداف الدراسة أجريت الدراسة الميدانية على عينة متكونة من 92 مريض مصاب مرض قرافز بازدو، يتابعون العلاج على مستوى عيادات طبية مختصة في أمراض الغدد الصماء. طبق عليهم استبيان العزلة الاجتماعية، ومقياس إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي. أظهرت النتائج أن 59.8% من المرضى يعانون من مستوى مرتفع من العزلة الاجتماعية، وأن 92.4% منهم يستعملون إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية. أظهرت النتائج أيضا وجود علاقة ارتباطية دالة بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية وغير التوافقية. كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة في العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالية التوافقية حسب تفاقم المرض. وأشارت النتائج أيضا إلى أن إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية تساهم في استقرار أعراض مرض قرافز بازدو. وفي الأخير تم الوصول إلى نتيجة أخرى مهمة وهي أن العزلة الاجتماعية تلعب دوراً وسيطاً بين إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية والتوافقية. تكمن أهمية الدراسة الحالية في تسليط الضوء على الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في تفاقم أعراض مرض قرافز بازدو، ولفت انتباه العاملين في مجال الصحة إلى أهمية ادراج التكفل النفسي إلى جانب العلاج الطبي، ووضع تدابير وقائية من شأنها أن تسمح للمريض بإدارة مرضه بشكل أفضل مثل برامج التنظيم الانفعالي المعرفي، وبرامج المساندة النفسية الاجتماعية. الكلمات المفتاحية: العزلة الاجتماعية - إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية - إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية - مرض قرافز بازدو.

**Abstract:** The current study aimed to investigate the role of both social isolation and cognitive emotion regulation strategies in exacerbating the symptoms of Grave's-Basedow, which is an autoimmune diseases, in which many studies have agreed on the importance of the role played by psychosocial factors. To achieve the objectives of the study, a sample of 92

\*- المؤلف المرسل

patients with Graves' disease, who were receiving treatment medical office specializing in endocrinology have recruited. Two questionnaire was used, the social isolation questionnaire, the questionnaire of emotional and cognitive regulation strategies. Results showed that 59.8% of the sample suffer from a high level of social isolation, and 92.4% of them use non adaptative cognitive emotion regulation strategies. There is a significant correlation between social isolation, adaptative and non-adaptative cognitive emotion strategies. The results also revealed significant differences in social isolation and adaptive cognitive-emotional regulation strategies according to the severity of the disease. Adaptive cognitive emotion regulation strategies contribute to the stability of the symptoms of Grave's- disease. Finally result shows that social isolation has a mediator role between adaptative and non-adaptative cognitive emotion regulation strategies. The present study indicates the importance of psychological and social factors in the exacerbation of Graves-Basedow disease, and draws the attention of health professionals to the importance of including psychological care alongside medical care, and developing preventive measures helping patients to better manage disease, such as cognitive emotion regulation, and psychosocial support programs.

**Key words:** Social Isolation - Adaptative Cognitive Emotion regulation strategies - Non Adaptative Cognitive Emotion regulation strategies - Graves' Basedow disease.

#### مقدمة:

تري منظمة الصحة العالمية (2008)، أن الأمراض غير المعدية ستحتل المركز الأول في فئة الأمراض الوظيفية في السنوات القادمة. وبالفعل فإن الاتجاه الحالي يشهد انتشاراً كبيراً لفئة جديدة من الأمراض وهي أمراض المناعة الذاتية، حيث تمثل ما يقارب 5% من الأمراض العضوية، وأنها السبب الثالث للوفيات في العالم، مما أثار تساؤلات عديدة حول مسبباتها وتطورها وتفاقم أعراضها. وما يميز هذه الحالات المرضية أن سببها هو مهاجمة أعضاء الجسم من قبل الخلايا الليمفاوية (A و B) من خلال إنتاج الأجسام المضادة المهاجمة لخلايا الجسم، مع العلم أن وظيفة الجهاز المناعي هي ضمان الحماية والصيانة للتوازن الخلوي ضد أي خطر محتمل، وذلك لقدرته على التعرف على هوية الخلايا الأصلية للجسم وتمييزها عن الخلايا الغريبة لتحديدتها والقضاء عليها (Olive, 2020). تميل المقاربات الحالية إلى الاهتمام بالدور الذي تلعبه العوامل النفسية الاجتماعية في السيرورات الفيزيوباتولوجية الخاصة بهذه الأمراض.

#### 1- إشكالية الدراسة:

هناك نوعان من أمراض المناعة الذاتية وهي: أمراض المناعة الذاتية العامة التي تؤثر على جميع الأجهزة أو أعضاء الجسم، وأمراض المناعة الذاتية المحددة التي تؤثر على عضو معين

فتعطي مثلاً مرض قراقرز- بازدو، الذي يصيب النساء بشكل أكبر من الرجال، حسب ما تشير إليه الإحصائيات بمعدل 1/5، وهي أكثر حدة لديهن (Menconi et al., 2014).

يتميز هذا المرض بخلل في وظيفة الغدة الدرقية والتهاب خلوي في مستواها نتيجة مهاجمة الخلايا الليمفاوية، فينتج عنه فرطاً لنشاط الغدة الدرقية الذي يسبب زيادة في معدل هرمونات الغدة الدرقية في الدم، وهذا ما يسبب فرطاً بدوره للنشاط الأيضي (عدم انتظام دقات القلب، عدم تحمل الحرارة، شهية كبيرة وفقدان الوزن)، مع زيادة حجم الغدة الدرقية، وينتج عن هذا المرض أيضاً أعراض نفسية وعقلية، مثل مشاكل التركيز والانتباه والذاكرة والتهيج والعصبية وردود الفعل العدوانية والقلق وحتى الاكتئاب، والتي يمكن أن تصل إلى حد إعاقة الأنشطة اليومية لأنها تؤثر سلباً على نوعية حياة المصابين (Girgis et al., 2011; Miulescu et al., 2011; Fukao et al., 2020).

لقد اهتم العديد من الباحثين بمسألة العلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وأمراض المناعة الذاتية منهم Wang (2006) التي استنتجت وجود عدة عوامل مسببة لتفاقم هذا النوع من المرض منها الوراثية والهرمونية، ومؤخراً تم اضافة العوامل النفسية الاجتماعية. من بينها غالباً ما نجد العزلة الاجتماعية، وهي حالة يحددها حجم الشبكة الاجتماعية ومكوناتها: عدد الأصدقاء، الانتماء الى الجمعيات والاندماج في المجتمع) حيث تم تعريف هذا المفهوم من قبل Nickolson (2012) على أنه الوضع الذي يتميز بانتماء اجتماعي منخفض، وكذلك انخفاض المشاركة في العلاقات مع الآخرين وجودة التفاعلات غالباً ما تكون غير مرضية. يتلخص مفهوم العزلة الاجتماعية في جانبين مهمين هما: ضعف الشبكة الاجتماعية وإدراك وضعية العزلة (جودة التفاعلات الاجتماعية). الأول مرتبط بالجانب الموضوعي، أي انخفاض عدد العلاقات والتفاعلات الاجتماعية، وانخفاض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية المشتركة. أما الجانب الثاني فهو ذاتي لأنه يمثل تجربة ذاتية لإدراك الفرد لقدرته أو عدمه لانتماء إلى مجموعة، وإقامة علاقات حميمة ودائمة، والذي يرتبط أيضاً بالشعور بالوحدة. أما عن العلاقة بين العزلة الاجتماعية ومخلفاتها على الصحة فقام Pai et Vella (2022) بمسح أدبيات الموضوع وتوصلوا من خلال ذلك الى وجود صلة بين العزلة الاجتماعية ومشاكل الصحة الجسدية والعقلية. كما أظهرت دراسة أجراها Cornwell et Waite (2009) تدهوراً واضحاً في الصحة وزيادة في معدل الوفيات بين الأشخاص الذين يعانون من العزلة الاجتماعية. علاوة على ذلك نجد في العديد من الدراسات أن الشخص الذي يعاني من العزلة الاجتماعية يكون أكثر عرضة للإصابة بالمرض وهذا يرجع إلى أن التواجد في حالة من العزلة الاجتماعية يؤدي إلى تبني سلوكيات ضارة بالصحة مثل ما أظهر Yuan et

Golpelwar (2013) الذين استخلصوا أن الأسرة والأصدقاء من شأنهم أن يعززوا السلوكيات الصحية لأن التفاعل مع الآخرين من شأنه أن يشجع الفرد على تبني سلوكيات صحية إيجابية مثل اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة الأنشطة الرياضية، والحرص على صحة الفرد، مما يقلل من السلوكيات الصحية السلبية: كالتدخين، وتعاطي المواد المخدرة، والكحوليات، وغيرها.

ومن هذا المنظور نفسه يؤكد كل من Fischer et al (2020) على أن العلاقات الاجتماعية تلعب دورًا وقائيًا لصحة الفرد. وأظهر Stepoe et al (2013) أن العزلة الاجتماعية والوحدة ترتبط بزيادة معدل الوفيات. كما توصل Leigh-Hunt (2017) الى وجود علاقة ارتباطية بين العزلة الاجتماعية، الشعور بالوحدة مع زيادة نسبة الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب بين العزلة الاجتماعية وأمراض القلب والأوعية الدموية. فعندما يواجه الفرد موقفًا مهددًا، كما في الحالة التي يجد فيها هذا الفرد نفسه في حالة من العزلة الاجتماعية، فإن رد الفعل الناتج يكون على ثلاثة مستويات: سلوكية، معرفية وانفعالية. تم تركيز الاهتمام في هذه الدراسة على المستويين الأخيرين، وهما ردود الأفعال الانفعالية والمعرفية وارتباطهما بحالة العزلة الاجتماعية التي قد يتعرض لها الشخص المصاب بمرض قرافز بازودو، والتي تندرج تحت مفهوم استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي. في أي موقف أو وضعية يمر به، يعبر الفرد عن مشاعره من خلال العواطف، سواء كانت سلبية أو إيجابية.

يعتبر Fischer et al (2004) ان الناس يسيرون عواطفهم بناء على النتائج الإيجابية أو السلبية لها وعلاقتهم بالآخرين، فالعواطف يتم التحكم فيها وتعديلها ولا يتم التعبير عنها بشكل عفوي ومباشر، وهناك عدة عوامل تؤثر على التعبير الانفعالي كالعوامل الاجتماعية والعاطفية، والقواعد الثقافية. ويضيف هؤلاء الباحثين أن التعبير الانفعالي يرتبط أيضًا بالجنس لأن المرأة لديها سهولة أكبر في التعبير عن عواطفها مقارنة بالرجال، وعواطفها تكون أكثر إيجابية، أكثر ليونة وأكثر احتواءً ويسمح لها بالتعبير عن نفسها وعن ألمها وحزنها، في حين أن الرجل لديه عواطف ذات ميول أكثر عدوانية وأي عاطفة تعبر عن الضعف يقوم بتجنبها. (Tamir, 2016)

عرّف Gross (2014) التنظيم الانفعالي المعرفي على أنه مجموعة من العمليات التي تسمح بالتعبير عن المشاعر المحسوسة ومتى يتم الشعور بها وطريقة التعبير عنها. واقترح تصنيفًا آخرًا يعتمد على نوعين من الاستراتيجيات: إعادة التقييم المعرفي وقمع التعبير العاطفي.

هناك اتجاه آخر أقدم ينظر إلى التنظيم الانفعالي من منظور معرفي. وفي الواقع، يرى Thompson (1994) أن الإدراك مرتبط بالعواطف لأن الإدراك والعمليات المعرفية تساعد الفرد على إدارة وتنظيم عواطفه وانفعالاته لتجنب فقدان السيطرة وحتى لا تطغى عليه العواطف عند

مواجهة وضعية ضاغطة. تهديد أو حدث في الحياة. يُعرّف التنظيم الانفعالي والمعرفي بأنه عملية يتحكم من خلالها الفرد في عواطفه ويعبر عنها وكذلك الطريقة التي يقيم بها ما يعيشه يوميا في محيطه.

يُميز Garnefski et al (2001) تسعة أنواع من الاستراتيجيات الانفعالية والمعرفية؛ استراتيجيات توافقية أو إيجابية: إعادة التقييم الإيجابي، وإعادة التركيز الإيجابي، الرؤية من منظور آخر، التخطيط والقبول، وإلى استراتيجيات غير توافقية أو سلبية: الاجترار، الكارثية ولوم الذات ولوم الآخر.

يلعب التنظيم الانفعالي المعرفي دورًا أساسيًا في علاقاتنا الاجتماعية وأدائنا المهني وكذلك صحتنا الجسدية والنفسية، فالأفراد الذين يسرون عواطفهم بشكل سيئ لديهم عدد أقل من الأصدقاء ولديهم علاقات اجتماعية وزوجية أقل رضا. بينما الأشخاص الذين يحسنون تسيير عواطفهم ينجحون بشكل أفضل في المهام التي يتعين عليهم القيام بها أيضًا، الأشخاص الذين يفشلون في إدارة عواطفهم بشكل مناسب أفادوا بأنهم أقل سعادة وأن نوعية حياتهم أقل من الآخرين. كما أن صعوبة تنظيم العواطف لها مضاعفات على الصحة البدنية. وبالتالي يزداد تطور أو تفاقم الأمراض المختلفة (الربو، السكري، وأمراض الجهاز الهضمي، والقلب، والأوعية الدموية، والسرطان). وبالتالي فإن قمع التعبير عن المشاعر غير المرغوب فيها اجتماعيًا له وظيفة مهمة في إدارة العلاقات الاجتماعية. على سبيل المثال، أظهرت الأبحاث أن الرضا الزوجي كان أعلى لدى الأزواج الذين يعبرون عن مشاعر إيجابية أكثر من المشاعر السلبية (Carstensen et al. 1995). وفقا لـ Christophe et al (2009) فإن المشاعر الإيجابية تقوي جهاز المناعة و الأشخاص السعداء يتمتعون بصحة أفضل ويعيشون لفترة أطول!

وجد Janofski et al (2014) صلة بين المشاعر السلبية والجهاز العصبي المناعي. ويفسرون هذه العلاقة من خلال التأكيد على أن بعض السياقات الاجتماعية مثل البطالة والتمرد والطلاق والصراعات الزوجية وانخفاض الدعم الاجتماعي وغيرها عندما تستمر مع مرور الوقت تثير مشاعر سلبية تؤثر بدورها على الحياة الاجتماعية للفرد خاصة إذا كانت الاستراتيجيات المستخدمة غير مناسبة وغير فعالة.

يظهر Goss et John (2003) وجود علاقة إيجابية بين الاستراتيجيات غير التوافقية والحياة الاجتماعية الفقيرة وغير المرضية وبين الاستراتيجيات التوافقية والحياة الاجتماعية المرضية. وتوصلوا أيضًا إلى استنتاج مفاده أن سوء نوعية التفاعلات الاجتماعية المرتبطة باستخدام الاستراتيجيات السلبية يرتبط ارتباطًا وثيقًا بسوء الحالة الصحية وارتفاع معدل

الإصابة بالأمراض، وخاصة أمراض المناعة الذاتية. من هنا جاءت هذه الدراسة للبحث عن العلاقة بين العزلة الاجتماعية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في تفاقم أعراض مرض قرافز بازدو. ومن خلال كل ذلك تم طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو؟
  - 2- ما مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو)؟
  - 3- هل توجد علاقة بين العزلة الاجتماعية وكل من استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو؟
  - 4- هل توجد فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو في العزلة الاجتماعية تعزى لمتغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة)؟
  - 5- هل توجد فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو في استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية تعزى لمتغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة)؟
  - 6- هل تلعب العزلة الاجتماعية دور وسيط بين إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية؟
- 2- فرضيات الدراسة:

- 1- مستوى العزلة الاجتماعية مرتفع لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو.
- 2- مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية مرتفع لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو).
- 3- توجد علاقة بين العزلة الاجتماعية وكل من استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو.
- 4- توجد فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو في العزلة الاجتماعية وفق متغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة).
- 5- توجد فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو في استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وفق متغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة)
- 6- تلعب العزلة الاجتماعية دور وسيط بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية.

### 3- أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى العزلة الاجتماعية، ومستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو.
- البحث عن العلاقة بين العزلة الاجتماعية وكل من استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو).
- التعرف على الفروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو في كل من العزلة الاجتماعية، واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية تعزى لمتغير تقاوم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة).

### 4- أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية في فهم العلاقة بين المتغيرات النفسية الاجتماعية ومرض قرافز بازدو (مرض فرط النشاط للغدة الدرقية)، حيث يؤمل أن تساهم في إثراء فهم كل من المتغيرات المدروسة ونوع العلاقة والطريقة التي بها تؤثر المتغيرات على أعراض المرض، وكذلك إثارة اهتمام الباحثين في مختلف المجالات بالعوامل النفسية الاجتماعية المحيطة بمرضى قرافز بازدو. ويمكن أن تساهم في لفت انتباه المختصين في مجال الصحة على أهمية إدراج التكفل النفسي في العلاجات الى جانب العلاج الطبي والأخذ بالاعتبار الحالة والعوامل النفسية للمرضى ووضع برامج علاجية تشمل تكفل ادماجي لتحسين من جودة حياة مرضى قرافز بازدو لتكفل أحسن.

### 5- تحديد المفاهيم :

**العزلة الاجتماعية:** هي حالة يحددها حجم الشبكة الاجتماعية ومكوناتها؛ عدد الأصدقاء، والانتماء إلى الجمعيات والاندماج في المجتمع. ويقصد بها إجراءات بالدرجة المتحصّل عليها في استبيان العزلة الاجتماعية.

**إستراتيجية التنظيم الانفعالي المعرفي:** آلية إدراكية في إدارة المعلومات المثيرة للانفعالات من خلال المعرفة التي تساعد الفرد على إدارة خبرات الأحداث التي يواجهها. ويشير إلى كيفية تفكير الفرد واستجابته السلوكية تجاه المثيرات الانفعالية الناتجة عن الأحداث الضاغطة. ويقصد بإستراتيجية التنظيم الانفعالي المعرفي إجراءات بالدرجة المتحصّل عليها في مقياس التنظيم الانفعالي المعرفي ل Jermann et al (2006)

مرض قرافز بازدو: هو من أمراض المناعة الذاتية يتميز بخلل في وظيفة الغدة الدرقية والتهاب خلوي في مستواها نتيجة مهاجمة الخلايا الليمفاوية، فينتج عنه فرطاً لنشاط الغدة الدرقية الذي يسبب زيادة في معدل هرمونات الغدة الدرقية في الدم، وهذا ما يسبب فرطاً بدوره للنشاط الأيضي

(عدم انتظام دقات القلب، عدم تحمل الحرارة، شهية كبيرة وفقدان الوزن)، مع زيادة حجم الغدة الدرقية.

## 6- الدراسات السابقة

نظرا لقلة الدراسات العربية حول موضوع الدراسة سنقوم بعرض بعض الدراسات الأجنبية التي تناولت جانبا من جوانبه، قصد الاستعانة بها في مناقشة نتائج الدراسة ولقد جاءت على النحو الآتي:

دراسة (Ciubotaru (2022، التي أجريت على 333 شخصا في رومانيا، 258 يعانون من مرض الغدة الدرقية و75 كمجموعة ضابطة، طبق عليهم مقياس الميكانيزمات الدفاعية ومقياس الصعوبات في تنظيم العواطف. وجدت أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الغدة الدرقية لديهم مستويات أعلى من الاكتئاب وصعوبة أكبر في تنظيم وتسيير العواطف مقارنة بالمجموعة الضابطة. يستخدم هؤلاء المرضى بشكل متكرر آليات دفاع غير تكيفية.

دراسة (Grondin (2019 التي أجريت في فرنسا على مجموعة من المرضى، 47 مصابين بمرض المناعة الذاتية (التهاب المفاصل المزمن) و 12 كمجموعة ضابطة طبق عليهم مقياس الالكسيتيميا و مقياس شدة القمع العاطفي، أظهرت النتائج أن المصابين بمرض المناعة الذاتية يعانون من القمع العاطفي، وصعوبات توافقية أكثر من المجموعة الضابطة.

دراسة (Lacroix et al (2016 التي أجريت في كندا، على مجموعة من 90 مريض يعانون من أمراض المناعة الذاتية، طبق عليهم مقياس نمط الحياة لقياس جودة المشاركة الاجتماعية، توصلت إلى أن المرضى الذين يعانون من أمراض المناعة الذاتية يعانون من انخفاض في التواصل والاحتواء الأسري والاجتماعي.

دراسة Esterling (1990) التي أجريت في أمريكا، واستهدفت إلى معرفة العلاقة بين استخدام الكبت العاطفي كاستراتيجية تنظيم عاطفي ومعرفي واضطرابات المناعة، لدى عينة مكونة من 93 شخص طبق عليهم مقياس الشخصية، كما طلب منهم التحدث عن حدث ضاغط تعرضوا له. أظهرت النتائج ارتباط بين الميل إلى الكبت العاطفي، وانخفاض نشاط T السام للخلايا الليمفاوية، ما يدل على التأثير السلبي للقمع العاطفي على جهاز المناعة.

دراسة (Gardner et al., (2013 التي أجريت في إيطاليا واستهدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في تنظيم الانفعال لدى عينة مكونة من 82 رجلاً بمتوسط عمري و82 امرأة وطبق عليهم مقياس مهام التنظيم الانفعالي لموسرو وآخرين، واستبيان المتغيرات الديموغرافية، وتوصلت



النتائج إلى أن الإناث لديهن استجابة انفعالية عالية للمثيرات السلبية مقارنة بالذكور مما يشير إلى قابلية الإناث للإصابة باضطرابات القلق.

دراسة (Zimmermann et Iwanski (2014 التي أجريت في ألمانيا واستهدفت إلى فحص الفروق بين الجنسين في استراتيجيات تنظيم الانفعال لثلاثة انفعالات هي الحزن والخوف والغضب من المراهقة المبكرة حتى مرحلة الرشد ، وبلغت عينة الدراسة 42 امرأة و42 رجلاً وطبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي السلبي، وأظهرت النتائج وجود تغيرات نمائية في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي للانفعالات الثلاثة حيث أشارت إلى وجود اتجاه عام لزيادة التنظيم التكيفي، ففي المراهقة المبكرة تتسم بقدر قليل من استراتيجيات تنظيم الانفعال لدي الجنسين، وأن القدرة على تنظيم الانفعال تتمايز في المراهقة الوسطى في استراتيجيات تنظيم الانفعال، مع وجود فروق بين الجنسين في استخدام تلك الاستراتيجيات، حيث أن الإناث يستخدمن استراتيجيات المساندة الاجتماعية والتأمل والتحكم بشكل متكرر في حين أن الذكور يستخدمون التجنب بشكل سلبي ومع تزايد العمر ،وفيما يتعلق باستخدام إعادة التقييم والقمع لم توجد هناك أدلة على وجود اختلاف بين الجنسين.

دراسة (Carlson et al, (2015 التي أجريت في فنلندا واستهدفت التعرف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي المعرفي لدي عينة تكونت من 284 مشاركاً طبق عليهم مقياس مونتهجومي للاكتئاب، ومقياس القلق، ومقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، ومقياس التنظيم الانفعالي لساريكالو. وتبين من النتائج أن الذكور أكثر استخداماً لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي التوافقية مقارنة بالإناث.

#### 7- إجراءات الدراسة الميدانية

1-7 منهج الدراسة: يتم تحديد نوع المنهج وفقاً لطبيعة المشكلة المراد دراستها، حيث تم تبني المنهج الوصفي لأنه يلائم طبيعة موضوعنا الذي يهدف إلى وصف الدور الذي تلعبه كل من العزلة الاجتماعية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في تقاوم أعراض مرض قرافز بازدو.

2-7 حدود الدراسة: تقتصر الدراسة الحالية على عينة من المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو، و يتابعون العلاج على مستوى 05 عيادات ومصحات طبية مختصة في أمراض الغدد والطب الداخلي على مستوى 4 ولايات وهي: ولاية تيزي وزو، ولاية بومرداس، ولاية الجزائر، ولاية البويرة. أجريت الدراسة عليهم خلال الفترة الممتدة من بداية سنة 2019 إلى نهاية سنة 2020.

3-7 عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة بناء معايير محددة تتعلق بأن يكون العمر بين 20 و60 سنة، والإصابة بمرض قرافز بازدو، ومعايير الاستبعاد تتعلق بوجود مرض مصاحب جسدي

أو عقلي، والخضوع لعلاج جراحي أو علاج باليود المشع. وقد تم الاتصال بـ 125 مريضاً الذين أجاب 92 منهم على الاستبيان بنسبة 74%، وتم استبعاد 30 لأنهم لم يستوفوا معايير الانتقاء أو بياناتهم مفقودة. تكونت العينة الأساسية من 92 مريضاً يعانون من مرض قرافز بازدو (70 امرأة و22 رجلاً)، تتراوح أعمارهم بين 20 و60 عامًا.

الجدول 01. توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

| المتغير     | الفئة           | العدد | %    | المتغير         | الفئة       | العدد | %    |
|-------------|-----------------|-------|------|-----------------|-------------|-------|------|
| الجنس       | ذكر             | 19    | 20,7 | نوع العائلة     | عائلة نووية | 51    | 55,4 |
|             | أنثى            | 73    | 79,3 |                 | عائلة ممتدة | 41    | 44,6 |
|             | المجموع         | 92    | 100  |                 | المجموع     | 92    | 100  |
| السن        | 20-30 سنة       | 11    | 12,0 | الحالة العائلية | أعزب        | 21    | 22,8 |
|             | 31-40 سنة       | 27    | 29,3 |                 | متزوج       | 55    | 59,8 |
|             | 41-50 سنة       | 17    | 18,5 |                 | منفصل       | 2     | 2,2  |
|             | 51-60 سنة       | 37    | 40,2 |                 | مطلق        | 2     | 2,2  |
|             | المجموع         | 92    | 100  |                 | أرمل        | 12    | 13,0 |
|             | حالة مستقرة     | 36    | 39,1 |                 | المجموع     | 92    | 100  |
| تفاقم المرض | حالة غير مستقرة | 56    | 60,9 | عدد الأولاد     | بدون أولاد  | 35    | 38,0 |
|             | المجموع         | 92    | 100  |                 | من 1-2      | 20    | 21,7 |
|             | أقل من سنتين    | 13    | 14,1 |                 | أكثر من 3   | 37    | 40,2 |
| تاريخ المرض | أكثر من سنتين   | 79    | 85,9 |                 | المجموع     | 92    | 100  |
|             | المجموع         | 92    | 100  |                 |             |       |      |

#### 4-7- الدراسة الاستطلاعية

قمنا بإجراء دراسة استطلاعية للتأكد من مدى صلاحية الأدوات المستعملة للدراسة الأساسية، حيث قامت باختيار عينة عشوائية استطلاعية (من غير عينة البحث الأساسية) قوامها 50 فرداً. منهم 10 أطباء من مختلف التخصصات والذين يشرفون على علاج أمراض المناعة الذاتية، حيث تم الاستعانة بهم للتعرف على وجهات نظرهم فيما يخص الصعوبات التي يجدونها في استقرار أعراض أمراض المناعة الذاتية لدى مرضاهم، وكذلك مدى انتشار هذه الأمراض والعوامل التي قد تفسر صعوبة استقرار المرض وكذا مخلفاته. كما شملت العينة 40 فرداً مصابين بأمراض المناعة الذاتية، تراوحت أعمارهم ما بين 20 و65 سنة.

أكدت النتائج على توقّر عدد لا بأس به من مرضى قرافز-بازدو مداومون على الفحص والعلاج، وساعدتنا هذه الدراسة على تحديد خصائص العينة النهائية، بحيث تبين لنا أن ندمج كلّ

المستويات التعليمية، المستويات الاقتصادية والوضعيات الاجتماعية لما لهذه المتغيرات من تأثيرات على أعراض قرافز-بازدو، إضافة الى حساب الخصائص السيكمومترية للمقاييس.

#### 5-7- أدوات الدراسة:

5-7-1- استبيان العزلة الاجتماعية: تم بناء الاستبيان بناءً على أدبيات العزلة الاجتماعية مع مراعاة انخفاض الانتماء الاجتماعي (انخفاض الشبكة الاجتماعية)، وجودة العلاقات (مرضية أم لا)، والاستناد إلى ثلاثة استبيانات: استبيان العزلة الاجتماعية للمهاجرين (الفتلاوي، 2010)، ومقياس الصداقة ل Jung-Gierfield (2008)، ومقياس الوحدة النفسية ل Russell (1996)، وتم إضافة فقرات للحصول على نسخة من 36 فقرة، موزعة على 6 أبعاد (الثقة في قبول الآخرين التواصل والتماسك الأسري، التفاعلات الاجتماعية، المهارات العاطفية والاجتماعية، الانسحاب الاجتماعي، الفراغ العاطفي والوجداني).

تتم الإجابة على الاستبيان وفق مقياس ليكرت الرباعي، والذي يتراوح من 4 أوافق بشدة إلى 0 لا أوافق تمامًا. عند التقييم يتم عكس مقياس الاستجابة للبنود السلبية التالية (10، 13، 28، 31، 35، 33). ويتم الحصول على الدرجة الإجمالية عن طريق إضافة نتائج العناصر التابعة لكل بعد، وتتراوح الدرجات من 0 إلى 144، والدرجة الأكبر من أو التي تساوي 72 تعادل مستوى مرتفع من العزلة الاجتماعية.

#### 5-7-1-1- صدق المقياس

تم التحقق من الصدق الداخلي للاستبيان من خلال معاملات الارتباط بين الفقرات والأبعاد التي تنتمي إليها، حيث جاءت من مقبولة إلى مرتفعة تتراوح بين (0.34-0.91)، وتراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد بين (0.24-0.74)، ودالة عند مستوى 0.05. ما يؤكد أن الاستبيان يتمتع بالصدق الداخلي.

5-7-1-2- ثبات المقياس تم التحقق من الثبات باستخدام معامل "ألفا" للاستبيان الكلي الذي بلغ 0.92، وتراوحت معاملات الثبات بين فقرات الأبعاد بين (0.64-0.79)، مما يدل على أن استبيان العزلة الاجتماعية مقياساً موثوقاً به.

#### 5-7-2- مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي (CERQ, Jermann et al., 2006)

وهو عبارة عن استبيان تم تعديله من الإنجليزية إلى الفرنسية من قبل Jermann et al (2006)، يتكون من 36 فقرة موزعة على 9 أبعاد هي: (لوم الذات، القبول، الاجترار، إعادة التمرکز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي، التركيز على الفعل، ووضع المنظور، وإلقاء اللوم على الآخر). تكون الإجابة وفق مقياس ليكرت من 1 = نادرًا إلى 4 = في كثير من الأحيان. تتم إضافة الدرجات

للحصول على الدرجة الإجمالية للبعد، وتتوافق الدرجات العالية مع الاستراتيجيات الأكثر استخدامًا، حيث يتم الحصول على الاستراتيجيات السائدة بطريقتين:

في الأول، نضيف الدرجات المقابلة للعناصر التي تنتمي إلى أبعاد مختلفة: لوم الذات، والقبول، واجترار الأفكار، وإعادة التركيز الإيجابي، وإعادة التقييم الإيجابي، الرؤية من منظور آخر، الكارثية، إلقاء اللوم على الآخر. أما الطريقة الثانية التي اعتمدناها في هذه الدراسة فهي تتمثل في جمع الأبعاد الإيجابية من جهة والأبعاد السلبية من جهة أخرى لتحديد بعدين آخرين متميزين: استراتيجيات التنظيم الانفعالي والمعرفي التوافقية (القبول، التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي، التركيز على الفعل، وتبني وجهة النظر)، واستراتيجيات التنظيم الانفعالي والمعرفي غير التوافقية (لوم الذات، اجترار الأفكار، التمثيل الدرامي، إلقاء اللوم على الآخر).

1-2-5-7- صدق المقياس:

تم التحقق من الصدق الداخلي للاستبيان بتقدير معاملات الارتباط بين الفقرات والأبعاد التي تنتمي إليها، حيث جاءت عالية تتراوح بين (0.31- 0.96) ودالة عند 0.01، ومعاملات الارتباط بين أبعاد الاستراتيجيات التوافقية التي تراوحت بين (0.27- 0.78)، وهي من مقبولة إلى عالية ودالة عند 0.05. كما جاءت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية عالية تتراوح بين (0.56 - 0.87)، ودالة عند 0.01. ومعاملات الارتباط بين الاستراتيجيات غير التوافقية فتتراوح بين (0.23 - 0.49)، وهي مقبولة عند مستوى 0.05. أما معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية عالية، تتراوح بين (0.46 - 0.73) ودالة عند 0.01. ولذلك فإن الاستبيان صادق.

2-2-5-7- ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات المقياس، تم استخدام معامل "ألفا" التي جاءت مرتفعة بالنسبة للدرجة الكلية لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي والمعرفي (0.80)، والاستراتيجيات التكيفية (0.91)، والاستراتيجيات غير التكيفية (0.83)، تتراوح معاملات "ألفا" للأبعاد بين (0.62- 0.92)، مما يؤكد ثبات درجات المقياس.

## 8- عرض النتائج وتفسيرها:

1-8- عرض نتائج الفرضية الأولى : تنص الفرضية على أن : "مستوى العزلة الاجتماعية مرتفع لدى المرضى المصابين بمرض قزافز بازدو".

الجدول 2. مستويات العزلة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بمرض قزافز بازدو

| المستويات | عدد الأفراد | النسبة % |
|-----------|-------------|----------|
| منخفض     | 37          | 40,2     |
| مرتفع     | 55          | 59,8     |

|         |    |     |
|---------|----|-----|
| المجموع | 92 | 100 |
|---------|----|-----|

يتضح من الجدول رقم (02) أن غالبية المصابين بمرض قرافز بازدو يعانون من مستويات عزلة اجتماعية مرتفعة (59,8%)، وأن الذين يعانون من مستويات منخفضة بلغت (40,2%). وبالتالي فإن معظم المصابين بمرض قرافز- بازدو يعانون من مستوى عزلة مرتفع.

8-2- عرض نتائج الفرضية الثانية: تنص الفرضية على أن: "مستوى كل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية مرتفع لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو)".

الجدول 3. مستوى كل من الإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو.

| الإستراتيجيات التنظيم الانفعالية التوافقية وغير التوافقية | المستويات | عدد الأفراد | النسبة % |
|---|-----------|-------------|----------|
| الإستراتيجيات التوافقية                                   | منخفض     | 20          | 21,7     |
|   | مرتفع     | 72          | 78,3     |
|   | المجموع   | 92          | 100      |
| الإستراتيجيات غير التوافقية                               | منخفض     | 7           | 7,6      |
|   | مرتفع     | 85          | 92,4     |
|   | المجموع   | 92          | 100      |

يبين الجدول رقم (03) بأن معظم مرضى قرافز- بازدو يستخدمون إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية بمستوى مرتفع بنسبة (78,3%)، ونسبة (21,7%) يستخدمونها بمستوى منخفض. كما يستخدمون إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية بمستوى مرتفع بنسبة كبيرة (92,4%)، بينما يستخدمون إستراتيجيات غير توافقية بمستوى منخفض بنسبة (7,6%). وبالتالي يستخدم المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية بمستويات مرتفعة.

8-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة: تنص الفرضية على: "توجد علاقة بين العزلة الاجتماعية وكل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو". وللتحقق من الفرضية تم الاعتماد على معامل الارتباط الخطي "بيرسون".

الجدول 4. معاملات الارتباط بين العزلة الاجتماعية وكل من إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية وغير التوافقية

| المتغيرات   | العزلة الاجتماعية |                |                     |
|---|-------------------|----------------|---------------------|
|   | عدد الأفراد       | معامل الارتباط | القيمة الاحتمالية p |
| استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية     | 92                | -0.42          | 0.000               |
| إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية | 92                | 0.33           | 0.000               |

يُلاحظ من الجدول رقم (04) أولاً أن معامل الارتباط بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازو سالب يقدر بـ (0.42)، ودال احصائياً لأن القيمة الاحتمالية (0.000) أصغر من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ). وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة عند مستوى 0.01 بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازو). بمعنى أنه كلما زادت العزلة الاجتماعية كلما قل استخدام إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية من طرف المرضى المصابين بمرض قرافز بازو.

ثانياً يقدر معامل الارتباط بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازو بـ (0.33)، ودالة إحصائياً لأن القيمة الاحتمالية (0.000) أصغر من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ). وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة عند 0.01 بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية لدى المرضى المصابين بمرض (قرافز بازو). وتعني أنه كلما زادت العزلة الاجتماعية كلما زاد استخدام إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية من طرف المرضى المصابين بمرض قرافز بازو.

4-8- عرض نتائج الفرضية الرابعة: تنص الفرضية على: "توجد فروق في العزلة الاجتماعية تعزى لمتغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة) لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازو"، ولاختبار الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

الجدول 5. نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في العزلة الاجتماعية حسب تقاوم المرض

| المتغير           | تقاوم المرض     | عدد الأفراد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الفرق بين المتوسطين | قيمة "ت" | القيمة الاحتمالية p |
|-------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------------|---------------------|----------|---------------------|
| العزلة الاجتماعية | حالة مستقرة     | 36          | 71,61           | 22,82             | -8.34               | -1,93    | 0,028               |
|                   | حالة غير مستقرة | 56          | 79,95           | 18,33             |                     |          |                     |

يتبين من الجدول رقم (05) أنه توجد فروق دالة احصائياً عند 0,05 بين المرضى المصابين بمرض قرافز بازو ذوي الحالة المستقرة وذوي الحالة غير مستقرة في العزلة الاجتماعية تعزى لمتغير تقاوم المرض، حيث أن قيمة "ت" (-1,93) دالة عند مستوى 005 لأن القيمة الاحتمالية (0,028) أصغر من 0,05. وجاءت الفروق لصالح المرض ذوي الحالة غير المستقرة بمتوسط (79,95) أكبر من متوسط ذوي الحالة المستقرة (71,61)، وبانحرافين معياريين يقدران بـ (18,33) و (22,82) على التوالي. وبالتالي توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العزلة الاجتماعية تعزى لمتغير تقاوم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة) لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازو، لصالح المرضى ذوي الحالة غير المستقرة.

5-8- عرض نتائج الفرضية الخامسة: تنص الفرضية على: "توجد فروق في استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية تعزى لمتغير تقاوم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة) لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازو. حيث تم استخدام إستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين. الجدول 6. نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية حسب تقاوم المرض

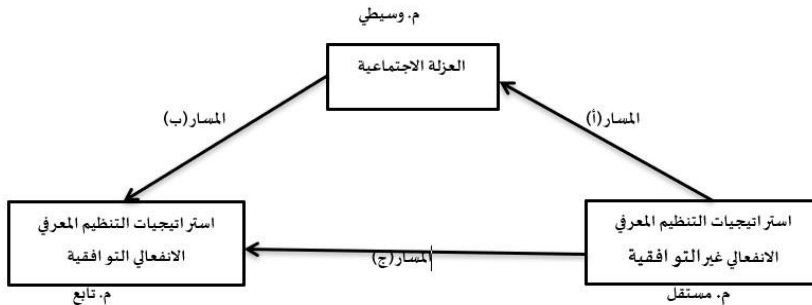
| المتغير  | تقاوم المرض     | عدد الأفراد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الفرق بين المتوسطين | قيمة "ت" | القيمة الاحتمالية p |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------------|---------------------|----------|---------------------|
| إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالية التوافقية | حالة مستقرة     | 36          | 49,58           | 11,37             | 4,67                | 2,13     | 0,019               |
|  | حالة غير مستقرة | 56          | 44,91           | 8,33              |                     |          |                     |

يتضح من الجدول رقم (6) أنه توجد فروق دالة احصائياً عند 0,05 بين المرضى المصابين بمرض قرافز بازو ذوي الحالة المستقرة وذوي الحالة غير مستقرة في استراتيجيات التنظيم

المعرفي الانفعالية التوافقية تعزى لمتغير تفاقم المرض. فقد جاءت قيمة "ت" (4,67) دالة عند مستوى 005 باعتبار أن القيمة الاحتمالية (0,019) أصغر من 0,05. وكانت الفروق لصالح المرض ذوي الحالة المستقرة بمتوسط (49,58) أكبر من متوسط ذوي الحالة غير المستقرة (44,91)، وبانحرافين معياريين يقدران على التوالي بـ (11,37) و (8,33). وبناء عليه فإنه توجد فروق دالة احصائية عند مستوى 0,05 في استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالية التوافقية تعزى لمتغير تفاقم المرض (حالة مستقرة، حالة غير مستقرة) لدى المرضى المصابين بمرض قرافز بازدو، لصالح المرضى ذوي الحالة المستقرة.

6-8- عرض نتائج الفرضية السادسة: تنص الفرضية على: "تؤثر العزلة الاجتماعية كعامل وسيط بين استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقي واستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية لدى المصابين بمرض قرافز بازدو".

لاختبار الفرضية تم استخدام تحليل المسار Path analysis بالاعتماد على Macro PROCESS for SPSS and SAS Version 3.4 الذي قدمه Andrew Hayes لنمذجة العلاقة بين المتغير المستقل (استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية) والمتغير التابع (استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية) والمتغير الوسيط (العزلة الاجتماعية).



الشكل 1. النموذج النظري للدراسة لاختبار الدور الوسيط الذي تلعبه العزلة الاجتماعية بين

استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية

يتضح من الجدول (7) أن المسارات (أ) و (ب) و (ج) في النموذج دالة عند مستوى 0,01، حيث أن تأثير استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على العزلة الاجتماعية دال عند مستوى 0,01 ( $p < 0,01$ ;  $p = 0,0015$ ;  $t = 3,281$ ) بمعامل تأثير يقدر بـ (0,983). وهذا يعكس تأثير (ايجابي مرتفع) لاستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على العزلة الاجتماعية لدى المصابين بمرض قرافز بازدو.



الجدول 7. نتائج تحليل المسارات (أ)، (ب)، (ج) للتأثيرات المباشرة

| المتغيرات                   | معامل التأثير | الخطأ المعياري | قيمة "ت" | قيمة p | الحد الأدنى لمساحة الثقة | الحد الأقصى لمساحة الثقة |
|-----------------------------|---------------|----------------|----------|--------|--------------------------|--------------------------|
| الاستراتيجيات غير التوافقية | 0,983         | 0,300          | 3,281    | 0,0015 | 0,388                    | 1,578                    |
| الاستراتيجيات غير التوافقية | -0,497        | 0,138          | -3,617   | 0,0005 | -0,771                   | -0,224                   |
| العزلة الاجتماعية           | -0,146        | 0,046          | -3,188   | 0,002  | -0,237                   | -0,055                   |
| الاستراتيجيات غير التوافقية | -0,641        | -0,136         | -4,687   | 0,0000 | -0,912                   | -0,370                   |

كما أن التأثير الثنائي لاستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية والعزلة الاجتماعية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية دال عند مستوى 0,01، حيث أن تأثير استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية دال ( $t = -3,617$ ;  $p = 0,0005$ ;  $p < 0,001$ )، بمقدار (-0,497)، مما يشير إلى تأثير (سلبي) دال لاستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية المصابين بمرض قرافز بازدو. كما أن تأثير العزلة الاجتماعية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية دال ( $t = -3,188$ ;  $p = 0,002$ ;  $p < 0,01$ )، بمعامل تأثير يقدر ب (-0,146)، وهو تأثير (سلبي) دال للعزلة الاجتماعية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية لدى المصابين بمرض قرافز بازدو. بالإضافة إلى أن تأثير استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية دال، حيث أن ( $t = -4,687$ ;  $p < 0,001$ )، بمعامل تأثير يقدر ب (-0,641)، وهذا تأثير سلبي لاستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية لدى المصابين بمرض قرافز بازدو.

الجدول 8. نتائج تحليل التأثير غير المباشر للعزلة الاجتماعية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي

#### التوافقية

| المتغيرات            | معامل التأثير | الخطأ المعياري | قيمة "ت" | قيمة p | الحد الأدنى لمساحة الثقة | الحد الأقصى لمساحة الثقة |
|----------------------|---------------|----------------|----------|--------|--------------------------|--------------------------|
| التأثير الكلي        | -0,641        | 0,136          | -4,697   | 0,0000 | -0,912                   | -0,370                   |
| التأثير المباشر      | -0,497        | 0,138          | -3,617   | 0,0005 | -0,771                   | -0,224                   |
| التأثير غير المباشر: | -0,143        | 0,075          | ---      | ---    | -0,304                   | -0,011                   |

|  |  |  |  |  |  |              |
|--|--|--|--|--|--|--------------|
|  |  |  |  |  |  | الدور الوسيط |
|--|--|--|--|--|--|--------------|

يتضح من الجدول (08) أن العزلة الاجتماعية تتوسط العلاقة بشكل دال بين استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية لدى المصابين بمرض قرافز بازود. حيث أن التأثير غير المباشر للعزلة الاجتماعية في علاقة استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية بلغ (-0,143). وقد ساهمت (العزلة الاجتماعية) في تأثير استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية على استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية بمقدار جدير بالاهتمام من (-0,497) إلى (-0,631)، كما أن قيمة "t" التي جاءت دالة ارتفعت من (-3,617) إلى (-4,697)، وتحول قيمة p من (0,0005) إلى (0,0000)، وأن الحد الأدنى (-0,304) والحد الأقصى (-0,011) لمساحة الثقة بعيدة عن الصفر، مما يدل على دلالة الدور الوسيط لمتغير العزلة الاجتماعية. وبالتالي فإن العزلة الاجتماعية تتوسط بشكل دال العلاقة بين استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية لدى المصابين بمرض قرافز بازود.

#### 9- مناقشة النتائج:

**1-9- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:** توصلت نتائج الفرضية الأولى إلى أن معظم المصابين بمرض قرافز- بازود يعانون من مستوى عزلة مرتفع، فقد أظهرت النتائج فيما يتعلق بالعزلة الاجتماعية أن 59.8% من المرضى يشعرون بها سواء كانوا نساء أو رجالاً، وأن زيادة العزلة الاجتماعية تساهم في تفاقم أعراض المرض، كما أن زيادة العزلة الاجتماعية تساهم في تفاقم أعراض المرض بشكل خاص بالنسبة لبعدي الثقة. في قبول الآخرين والفراغ العاطفي والعاطفي. تتوافق هذه النتائج مع دراسة Leigh-Hunt et al (2017) الذين قاما بمراجعة أدبيات حول الموضوع أشارت إلى وجود علاقة قوية بين العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة والحالة الصحية الضارة ودراسة Steppoe et al (2013)، الذين وجدوا صلة بين زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ودرجة عالية من العزلة الاجتماعية.

**2-9- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:** أشارت نتائج الفرضية الثانية إلى أن معظم المرضى المصابين بمرض قرافز بازود يستخدمون استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية وغير التوافقية، بمستويات مرتفعة. وبهذا الخصوص تبين أن معظم المرضى المصابين بمرض قرافز بازود يستخدمون استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية بمستويات مرتفعة بنسبة (78,3%)، وأن نسبة (21,7%) يستخدمون هذه الإستراتيجيات بمستوى منخفض. كما

يستخدمون استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي غير التوافقية بمستوى مرتفع بنسبة كبيرة (92,4%)، في حين يستخدمون إستراتيجيات غير توافقي بمستوى منخفض بنسبة (7,6%).

وهذا يعني أنّ ليس هناك فروق في استعمال استراتيجيات التنظيم الانفعالي التوافقية وغير توافقية لدى مرضى قرافز بازدو. في حين ان دراسة Grondin (2019) التي أجريت في فرنسا على مجموعة من المرضى، 47 مصابين مرض المناعة الذاتية (التهاب المفاصل المزمن) أظهرت أن المصابين بمرض المناعة الذاتية يعانون من القمع العاطفي، وصعوبات توافقية أكثر من المرضى المصابين بأمراض غير امراض المناعة الذاتية.

### 3-9- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

أولاً: بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين العزلة الاجتماعية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية، فإنها عكسية، بمعنى أنه كلما زادت العزلة الاجتماعية كلما قل استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية من طرف المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو). ثانياً: بالنسبة للعلاقة الارتباطية بين العزلة الاجتماعية وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية، وهذه العلاقة طردية تدل على أنه كلما زادت العزلة الاجتماعية كلما زاد استخدام إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية من طرف المرضى المصابين بمرض (قرافز بازدو). تتوافق هذه النتائج مع Cai et al., (2017) الذين توصلوا الى وجود علاقة موجبة بين السند الاجتماعي واستراتيجيات التوافق الانفعالية التوافقية وعلى العكس وجود علاقة سالبة بين السند الاجتماعي واستراتيجيات التوافق الانفعالية الغير توافقية.

4-9- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: لقد توصلت نتائج الفرضية إلى وجود فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو ذوي الحالة المستقرة وذوي الحالة غير مستقرة في العزلة الاجتماعية تعزى لمتغير تفاقم المرض، بمعنى أن المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو الذين تفاقم أعراض المرض لديهم (حالة غير مستقرة) يعانون من العزلة الاجتماعية أكثر من المرضى المصابين بمرض قرافز- بازدو الذين لم تتفاقم أعراض المرض لديهم (حالة مستقرة). تتوافق هذه النتائج مع الدراسات التي اهتمت بالعزلة الاجتماعية وتأثيرها على أمراض المناعة الذاتية مثل دراسة Ros et al (2005) Lewiss التي توصلت الى أنّ بالعزلة الاجتماعية تؤثر على تفاقم أعراض الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات. وهذا ما أكدته أيضاً دراسة Wung et al (2017) الذين اعتمدوا على دراسات سابقة تصنّف العزلة الاجتماعية كعامل من العوامل النفسية الاجتماعية التي لها آثار على الأعراض المرضية. و Grondin (2019) التي أجرت دراسة على مجموعة من 47 مرضى مصابين بالتهاب المفاصل المزمن و أظهرت انهم يعانون من العزلة الاجتماعية، و دراسة La croix

et al (2016) الذين توصلوا الى أن المرضى الذين يعانون من يعانون من أمراض المناعة الذاتية) مرض التصلب اللويحي المتعدد)، يعانون من انخفاض في التواصل و الاحتواء الأسري والاجتماعي.

5-9- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: لقد توصلت نتائج الفرضية إلى وجود فروق بين المرضى المصابين بمرض قرافز- بازو ذوي الحالة المستقرة وذوي الحالة غير مستقرة في استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالية التوافقية تعزى لمتغير تفاقم المرض بمعنى أن المرضى المصابين بمرض قرافز- بازو الذين لم تتفاقم أعراض المرض لديهم (حالة مستقرة) يستخدمون إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي التوافقية أكثر من المرضى المصابين بمرض قرافز- بازو الذين تتفاقم أعراض المرض لديهم (حالة غير مستقرة). وهذا ما أكدته Minier (2022) في دراستها التي توصلت الى أن المرضى الذين يستعملون إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية لديهم استجابة فعالة اذ تساهم في التكفل بحالتهم وزيادة اهتمامهم بأنفسهم وبالتالي وزيادة التزامهم الصحي.

6-9- مناقشة الفرضية السادسة: لقد توصلت نتائج الفرضية إلى أن العزلة الاجتماعية تلعب دورًا وسيطاً بين استراتيجيات التنظيم العاطفي والمعرفي غير التوافقية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التوافقية. تتفق هذه النتيجة مع نتائج البحث الذي أجراه Gross et Johne (2003) و Lopes et al (2010) الذين وجدوا أن الطريقة التي ننظم بها عواطفنا لها تأثير على أدائنا الاجتماعي وتفاعلاتنا الاجتماعية. في الواقع، تم العثور على علاقة سلبية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي غير التوافقية والمكونات المختلفة للأداء الاجتماعي الجيد، وهي التكامل الاجتماعي الجيد، والشبكة الاجتماعية الجيدة والمشاركة الاجتماعية الجيدة، وخاصة بالنسبة لأساليب المبالغة ولوم الذات. كما أن الشعور بتأثيرات إيجابية من شأنه أن يقاوم العمليات السلبية التي تنطوي عليها الاضطرابات مثل الاكتئاب أو القلق (Garland et al., 2010) ويعزز السلوكيات الاجتماعية، مما يزيد من الميل للانخراط في أنشطة جديدة ومتنوعة، للحصول على المزيد من العلاقات المرضية. وهذا بدوره يسمح بقدرة أفضل على التوافق وبالتالي تحقيق نجاح مهني أفضل الأمر الذي يولد انفعالات ايجابية (Le vigoureux, 2016).

- خاتمة :

قد سلط هذا البحث الضوء على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في تفاقم اعراض مرض قرافز- بازو. على الرغم من الأدبيات العديدة المحيطة بالعلاقة بين البيئة والصحة والمرضى، فقد ركز القليل جدًا من الأبحاث على الروابط بين العزلة الاجتماعية واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي لدى الأشخاص المصابين بمرض قرافز- بازو. نأمل أن تشكل هذه الدراسة نقطة انطلاق لأبحاث أخرى تشمل عوامل أخرى مثل الضغط النفسي والاجتماعي لفهم

أفضل للآليات الكامنة وراء اضطرابات المناعة الذاتية ولكن أيضاً لرفع مستوى الوعي بين العاملين في مجال الصحة والرعاية الطبية وتشجيعهم على مراعاة الحالة النفسية للمريض ووضع تدابير وقائية من شأنها أن تسمح للمريض بإدارة مرضه بشكل أفضل وبالتالي تحسين نوعية حياته مثل برامج إدارة وتنظيم الانفعالات، وبرامج المساندة النفسية الاجتماعية.

## - قائمة المراجع:

الفتلاوي. علي شاكر عبد الأئمة. (2009)، العزلة الاجتماعية لدى المهاجرين العراقيين. مجلة كلية الآداب، العدد 91.

Bonnotte, B. (2004). Physiopathologie des maladies auto-immunes. La revue de médecine interne, 25(9), 648-658.  
<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.revmed.2004.02.003>

Blumstein, D. T., Ebens Perger, L., Hayes, L., Vásquez, R. A., Ahern, T. H., Burger, J. R., ... & Young, L. J. (2010). Towards an integrative understanding of social behavior: new models and new opportunities. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 4, 1850.  
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00034>

Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Lépine, G., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées en milieux rural et urbain. Rapport de recherche, Québec, FADOQ—Régions de Québec et Chaudière-Appalaches.

Carlson, E., Saari Kallio, S., Toiviainen, P., Bogert, B., Kliuchko, M., & Brattico, E. (2015). Maladaptive and adaptive emotion regulation through music: a behavioral and neuroimaging study of males and females. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 466. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00466>

Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140-149.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.10.1.140>

Cai, W. P., Pan, Y., Zhang, S. M., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. H. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry research*, 256, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.018>

Christophe, P., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Assessment of two emotional regulation processes: expressive suppression and cognitive reevaluation. *European*

- Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 59, 59-67. <https://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Ciubotaru, M. A. L. (2022). Relationship between thyroid disease and depression, defense mechanisms and difficulties in emotion regulation. *Journal of Communication and Behavioural Sciences*, 3(2), 5-29.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 38-46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>
- Eisenberger, N.I (2012). Les bases neuronales de la douleur sociale : preuves de représentations partagées de la douleur physique. *Médecine psychosomatique*, 74 (2), 126-135.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Kumar, M., & Schneider man, N. (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-Barr viral capsid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*, 52(4), 397-410. <https://doi.org/10.1097/00006842-199007000-00002>
- Fukao, A., Takamatsu, J., Arishima, T., Tanaka, M., Kawai, T., Okamoto, Y., ... & Imagawa, A. (2020). Graves' disease and mental disorders. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 19, 100207-100207. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2019.100207>
- Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., Evers, C., Timmers, M., & Valk, G. (2004). Motives and norms underlying emotion regulation. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 187–210). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Fischer, G., Tarquinio, C. & Dodeler, V. (2020). Chapitre 6. Soutien social, santé et maladie. Dans : G. Fischer, C. Tarquinio & V. Dodeler (Dir), *Les bases de la psychologie de la santé : Concepts, applications et perspectives* (pp. 173-200). Paris: Dunod.

- Gardener, E. K. T., Carr, A. R., MacGregor, A., & Felmingham, K. L. (2013). Sex differences and emotion regulation: An event-related potential study. *PLoS ONE*, 8(10), Article e73475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073475>
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-864. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Grondin, K. (2019). La régulation émotionnelle chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique : étude observationnelle prospective unicentrique. *Rhumatologie et système ostéo-articulaire*. &#x27E8 ; dumas-02432867&#x27E9
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Girgis, C. M., Champion, B. L., & Wall, J. R. (2011). Current concepts in Graves' disease. *Therapeutic advances in endocrinology and metabolism*, 2(3), 135-144. <https://doi.org/10.1177/2042018811408488>



- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2014). Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30(1), 34-42. <https://doi.org/10.1002/smi.2493>
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126–131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of psychosomatic research*, 107, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Lacroix, N., Boucher, N., & Villeneuve, P. (2016). Participation sociale et sclérose en plaques : Réalité particulière 1. *Service social*, 62(2), 94-113. <https://doi.org/10.7202/1038579ar>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lopes, P. N., Nezlek, J. B., Extremera, N., Hertel, J., Fernández-Berrocal, P., Schütz, A., & Salovey, P. (2011). Emotion regulation and the quality of social interaction: Does the ability to evaluate emotional situations and identify effective responses matter? *Journal of personality*, 79(2), 429-467. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00689.x>
- Menconi, F., Marcocci, C., & Marinò, M. (2014). Diagnosis and classification of Graves' disease. *Autoimmunity reviews*, 13(4-5), 398-402. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2014.01.013>

- Minier, L. (2019). Evaluation de la personnalité, du coping et de la régulation émotionnelle de patients atteints de Dystrophie Myotonique de type 1 (DM1) (Doctoral dissertation, Université de Nanterre-Paris X).
- Miulescu, R. D., Calarasu, M. E., Rosca, R. I., & Danoiu, S. (2011). P01-146-The hamilton anxiety scale in patients with graves basedow disease. *European Psychiatry*, 26, 146. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)71857-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)71857-0)
- Nagano, J., Sudo, N., Nagaoka, S., Yukioka, M., & Kondo, M. (2015). Life events, emotional responsiveness, and the functional prognosis of patients with rheumatoid arthritis. *Bio Psycho Social Medicine*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13030-015-0043-3>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 137–152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Olive, D. (2020). L'immunologie : les bases pour comprendre les traitements actuels et à venir : Immunology: The basis for understanding current and future treatments. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 12(2), 2S31-2S35. [https://doi.org/10.1016/s1877-1203\(20\)30081-1](https://doi.org/10.1016/s1877-1203(20)30081-1)
- Pai, N., & Vella, S. L. (2022). The physical and mental health consequences of social isolation and loneliness in the context of COVID-19. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(5), 305-310. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/YCO.0000000000000806>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)

- Silva Moura, D. (2013). Manifestations psychologiques de la mastocytose : identification, description, rôle des mécanismes de régulation émotionnelle et des facteurs biologiques (Doctoral dissertation, Paris 5).
- Smith, K. J., Gavey, S., Riddell, N. E., Kontari, P., & Victor, C. (2020). The association between loneliness, social isolation and inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 519-541. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.002>
- Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209-213. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2007.11.007>
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Simone, M., Loth, K., Peterson, C. B., Berge, J. M., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2022). Social isolation in a population-based sample of emerging adults: who is on their own? *Emerging adulthood*, 10(5), 1247-1255. <http://dx.doi.org/10.1177/21676968211021677>
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 199–222. <https://doi.org/10.1177/1088868315586325>
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., & Johnsen, B. H. (2003). Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 349–364. <https://doi.org/10.1023/A:1023922618287>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 250–283.

- Wang, S. (2006). Traumatic stress and thyroid function. *Child abuse & neglect*, 30(6), 585-588. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2005.11.012>
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization.
- Yuan, H. et Golpelwar, M. (2013). Test du bien-être subjectif du point de vue de la qualité sociale : données de régression quantile de Shanghai, Chine. *Social Indicators Research*, 113 (1), 257–276. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0091-z>
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*, 38(2), 182-194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>