

استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي عند مرضى مصابين بالسرطان The cognitive emotion regulation strategies in patients with cancer

بوسكين سليمة

¹ جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله، bouskines@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2025/11/15 تاريخ القبول: 2026/01/11 تاريخ النشر: 2026/01/23

ملخص:

يهدف هذا المقال إلى دراسة نوعية التنظيم المعرفي للانفعالات لدى المرضى المصابين بمرض السرطان (أنواع مختلفة من أمراض السرطان)، وذلك على عينة تتكون من 44 مصاب بالسرطان: 20 منهم نساء و 24 منهم ذكور وذلك على مستوى عيادة " زيغوت يوسف " التابعة للمستشفى الجامعي بني مسوس " و الذي يستقبل مرضى السرطان بمختلف أنواعه. وأظهرت نتائج تطبيق استبيان التنظيم المعرفي للانفعالات (CERQ) لـ 'نادية جارنفسكي' و'فيفيان كرايجي'، على أفراد مجموعة الدراسة وجود تباين في استعمال أنواع استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي؛ حيث كان هناك لجوء تفضيلي للاستراتيجيات غير المتكيفة من النوع الوضع في المنظور و التفكير الكارثي وكلا من القبول و التركيز الإيجابي بشكل جد منخفض و هذا يدل على تسيير الذي يصاحب هيمنة الانفعالات السلبية . بينما لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي يعزى لمتغير الجنس . كلمات مفتاحية: استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي؛ الانفعالات السلبية؛ الانفعالات الإيجابية؛ مرض السرطان

Abstract:

This article aims to study the quality of the cognitive regulation of emotions in patients with cancer (different types of cancer diseases), on a sample consisting of 44 cancer patients; (20 females, and 24 males, at "Zygot Yosef" clinic, attached of the University Hospital of Beni Messous, which receives different cancer patients. The results of the application of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) by Nadia Garnefski and Vivian Kraadji; showed this population should have a variation in using of types of strategies of emotional regulation, where there was a preferential resort to non-adaptive strategies of the types putting into perspective, and catastrophizing thinking, and using acceptance and positive refocusing in a very low manner, and this indicates negative emotions dominante .While there were no statistically significant differences in the dimensions of the cognitive emotional regulation attributed to the gender variable.

Keywords: : The cognitive emotion regulation strategies; negative emotions; positive

*المؤلف المرسل: سليمة بوسكين

1. مقدمة

تمثل الانفعالات جانباً من الجوانب المهمة لحياة الفرد؛ ذلك أنها تمثل همزة الوصل بين ما هو فكري معرفي وبين ما هو سلوكي، وهذا الأخير هو بمثابة النتيجة أو الاستجابة التي سيسلكها الفرد لوضعية سارة أو ضاغطة. والأصل أن أي انفعال هو مرتبط بارتباط وثيق بالجانب العضوي والفيزيولوجي، ذلك أنه يضع العضوية في حالة التأهب والاستعداد للرد من خلال تحريك للوظائف الحيوية بفضل الجهاز العصبي، من أجل التكيف مع المواقف الطارئة والمفاجئة، و من ثم توجيه السلوك و تنظيمه، سواء من خلال تنشيطه، أو كبحه، ذلك أن الاتجاه الحديث يرى سلوك الفرد كاستجابة بيو-نفسية-اجتماعية، و ذلك بتدخل الجانب المعرفي والإدراكي أيضاً الذي سيعمل على ترجمة الأحاسيس التي تكون وراء ظهور الانفعالات و إدراكها و فهمها و من ثم تنظيمها و تعديلها، كل ذلك من أجل تحقيق التكيف و استعادة التوازن الانفعالي- البيوكيميائي عند الفرد و حمايته من فائض الانفعالات الناجمة عن الموقف الضاغط؛ وبالتالي التقليل من شدة التوتر و الضغط الذي قد يؤدي إلى حدوث أضرار من الناحية العضوية، من خلال وجود فيض من الانفعالات السلبية الشديدة، كما هو في حال الإصابة بمرض السرطان؛ الذي سيثير عند الشخص المريض به ظهور انفعالات سلبية قد تؤدي إلى تعقد حالته المرضية، خاصة وأنه لم يكن محضر لذلك، مما قد يجعله يركز و يختبر فقط المشاعر السلبية المرتبطة بفكرة الموت و الخوف والخطر المحقق به و الحياة الكارثية التي تنتظره كما يتصورها في ذهنه.

2. الإشكالية

تلعب الانفعالات دوراً مهماً في عملية تكيف الفرد مع مختلف المواقف و الطوارئ، و يتعلق الأمر بالأخص بتكيف العضوية سواء من أجل الدفاع أو من أجل التفكير وكذلك في كيفية التفاعل مع الآخرين. و يرى المختصين في علم النفس الايجابي أمثال 'باربرا فريدريكسون' (Fredrickson, B) أن هناك فرق في دور الانفعالات الايجابية والانفعالات السلبية، فهذه الأخيرة تبقي الفرد مركزاً على عناصر و ستحد من السلوك المتكيف، فمثلاً الانفعال المرتبط بالخوف فسيجعل الفرد يركز فقط على الموضوع المهدد و المخيف و نوع السلوك الذي يجب اتخاذه. (Le compte. J, 2009)

أما الانفعال الايجابي فهو يوسع من مجال التفكير و لا يحده على عناصر معينة، و يكون هناك مجال واسع لأنواع السلوك التي يمكن للفرد القيام به و هي النظرية التي أسماها بـ "نظرية التوسيع و البناء" (la théorie d'élargissement et de la construction)، و هي ترى أن الانفعالات تؤثر على الأفكار و على السلوك، و حتى على العلاقات الاجتماعية و على الصحة أيضاً.

و على هذا الأساس يعتبر الشخص المصاب بالسرطان هدفاً لبروز انفعالات سلبية، ذلك أن السرطان لطالما اقترن مفهومه في أذهان الناس بفكرة الموت و تولد حالة من الذعر و الفزع، خاصة عندما يتعلق الأمر بوجود ورم خبيث الذي يتميز عن باقي الأمراض الأخرى بتطوره السريع و استهدافه للأنسجة الداخلية و تدميرها حيث يعرفه المعجم الفرنسي على أنه "مجموع خلايا غير متميزة و التي تفلت من قانون العضوية و تتكاثر بطريقة لا متناهية،

وتهاجم الأنسجة المجاورة وتدمرها و تنتشر بسرعة في كل أنحاء العضوية مشكلة ما يسمى بالأورام الثانوية " (Jeuge-Maynard.I, 2014, p 198) ، لذلك يتطلب من الشخص المريض التحلي بالشجاعة و الصلابة لمواجهة هذا المرض، ويتعلق الأمر بطريقة التنظيم المعرفي والإدراك لكيفية ضبط الانفعالات؛ خاصة السلبية منها، وتعديلها وتسييرها حتى تسمح بتقبل المريض أكثر للمرض، و التعامل معه، و بالأخص التجاوب مع أنواع العلاج الذي يقدم له و الذي يكون مجهداً في أغلب الحالات.

وحسب دراسات قام بها مختصين على شخصية المريض بالسرطان، أمثال ' باهامسن ورينكرو كذلك دراسات 'ويمبوش' و آخرون وجدوا أنها تنتمي إلى النمط 'C' ، حيث تتميز بالانطواء و بكف و قمع العواطف و الألم في صمت، مما يؤدي إلى ضعف الجهاز المناعي، و تكون أكثر عرضة للإصابة بمرض السرطان، و هذا يمثل عجز عن التعبير الانفعالي و عدم القدرة على تنظيمه و تعديله، مما يوجه هذا القمع للانفعالات نحو الجسد و الذي قد ينجم عن ذلك أمراض عضوية خطيرة. ة بالتالي فالمرضى بالسرطان سيستجيب للتوتر و الضغوط بظهور الانفعالات السلبية؛ كعدم التقبل، و التفكير الكارثي و عدم القدرة على التقدم و التخطيط للمستقبل، و هذا يترجم حالة اليأس و الاكتئاب و الصدمة أمام هذه الإصابة، و هذا بوجود تنظيم معرفي من نوع الاستراتيجيات السلبية التي يستعملها المريض في تعديل و ضبط الانفعالات، مما تزيد من إحساسه بالخطر و عدم الأمان، و أنه مهدد بالموت في أي لحظة (Bruchon-Schweitzer.M.,Dntzer.R,2003)

و يشير مفهوم التنظيم المعرفي للانفعالات حسب جروس و تومبسون إلى الطريقة الواعية في تفسير الاستجابة الانفعالية، و قد يتعلق الأمر بكل العمليات الداخلية و الخارجية و المسئولة عن ضبط و تقييم و تعديل الاستجابة الانفعالية خاصة من حيث الشدة و خصائصها الظرفية (Gross.1999., et thompson,1994). و بعد سنوات من الأبحاث التي قامت بها جارنفسكي و آخرون (199)؛ تقدموا بطرح أن تنظيم الانفعالات بواسطة الإدراك المعرفي أو التفكير هو أمر غير منفصل عن نمط حياة الإنسان، و أن هذه السياق يساعد الأشخاص في الإبقاء على الضبط والتحكم في انفعالاتهم خلال أو بعد المرور بتجربة مؤلمة أو مهددة، أو في مواجهة لحدث أو أحداث ضاغطة (Grnefski, N., Karaaij, V, 2007) .

حيث تختلف طريقة التفكير عند شخصين مرا بتجربة سيئة كتجربة الإصابة بمرض السرطان، فقد يتجه تفكير أحدهما إلى عوز ذلك إلى ذاته فيقوم بلومها (self blame) ، و الآخر قد يتجه إلى التفكير بأن السبب يكمن في الآخرين (blaming others)، و قد يستعمل الأفراد كذلك استراتيجية مرتبطة بالتركيز على المشاعر من خلال اجترارها، أو من ناحية أخرى قد يتقبل ما حدث و يحاول أن يعيد تقييم ما حدث له بصفة إيجابية (ruminating or positive reappraising). هذه القدرة على التفكير و تعديل العواطف من خلال التنظيم الانفعالي المعرفي هو سياق عالمي مع وجود فروق كبيرة بين الأفراد في طريقة استعمال هذه الاستراتيجيات المعرفية في تنظيم الانفعالات و في كيفية تنظيم استجاباتهم الانفعالية و العاطفية في تجاربهم الحياتية و في مواجهة الضغوطات. و لعل الإصابة بورم خبيث سيجعل الشخص المريض في مواجهة حقيقية لخطر يهدد حياته، و الذي سيتطلب منه استعمال لميكانيزمات

تكيفية تستدعي تدخل الجهاز البيوفيزيولوجي من خلال تنشيط للجهاز السمبتاوي (système sympathique) وهو يمثل الجهاز العصبي المستقل (SNA) الذي ينشط في حالة مواجهة ضغط كبير والذي سيؤدي إلى إفرازات هرمونية من النوع الكورتيزول والذي بدوره سينشط الأجهزة الاعاشية وبالأخص الجهاز الدوراني لتكون الاستجابة فعالة للموقف الضاغط ولاسترجاع حالة الاستقرار والتوازن الداخلي للعضوية (l'homéostasie)، كما شرحها هانز سيللي عام 1956 (Selye,H) في نظريته حول الضغط حيث اعتبر مفهوم الضغط على أنه الاستجابة العضوية أمام موقف مهدد للاندماجية الجسمية والتي تستدعي التكيف والتي أطلق عليها أيضاً مفهوم التناذر العام التكيفي؛ والذي يمر على ثلاثة مراحل؛ أولاً مرحلة الإنذار، ثم تليها مرحلة المواجهة والمقاومة، وفي الأخير تأتي مرحلة الإرهاق أين يكون هناك عودة تدريجية للعضوية إلى حالة التوازن وذلك في حالة تجاوز الضغط، أو يكون هناك حدوث اختلال عضوي نتيجة لفشل سياق التكيف للعضوية أمام الحدث الضاغط، وهذا ما يفسر ظهور الأمراض المزمنة بعد التعرض لحدث ضاغط أو صادم (De Clerq,M.V, Lebigot,F, 2001) . وفي حالة فشل سياق التكيف أمام الحدث الضاغط فهذا من شأنه أن يؤدي إلى اضطرابات جسمية خطيرة والتي ستأخذ طابع الإزمان وهي بذلك تمس الجهاز المناعي ككل. وما يعزز ذلك هو تنشيط واستعمال لاستراتيجيات انفعالية سلبية تحركها سياقات معرفية هي نتاج لخبرات وتفاعل المريض مع بيئته الاجتماعية، لذلك تتجه الدراسات الحديثة إلى اعتبار سلوك الفرد كناتج لتفاعل معقد كامل يشمل العامل العضوي والعامل النفسي والعامل الاجتماعي بصفة شاملة وبمنظرة إدماجية لجهاز بيو- نفسي-اجتماعي.

ولقد أظهرت الكثير من الدراسات على دور الانفعالات في عملية التكيف والتخفيف من شدة الضغوط وذلك إذا كان هنا استعمال لاستراتيجيات تنظيمية للانفعالات من خلال التعديل المعرفي والإدراكي لها، ومن بينها نجد الدراسة التنبؤية التي قامت بها كامرون، أ و تويلمان، ر وزملائهم (2000) حول أثر التعبير الانفعالي كإستراتيجية تعامل للتنبؤ بالسير النفسي والجسمي على عينة من نساء مصابات بسرطان الثدي، فوجدوا أن هناك ارتباط إستراتيجية التعبير بتحسّن الحياة بالنسبة للواتي يدركن سياقاتهن الاجتماعية على أنها عالية التقبل، وهي التي تقلل من التعبير الانفعالي السلبي؛ كالحزن واليأس، وتؤدي أيضاً إلى خفض عدد الزيارات إلى الطبيب لمعاينة تطور الحالة المرضية لهن.

وهذه الدراسة تتوافق مع نتائج الدراسة التي قامت بها كل من جارنفسكي وكراج (حول العلاقة الموجودة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي واحتمال ظهور أعراض الاكتئاب والقلق وذلك عند عينة قوامها 430 بالغاً تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 65 ، وأظهرت نتائج تطبيق مقياس التنظيم المعرفي للانفعالات (CERQ) والسلم الذي يقيس أعراض الاكتئاب والقلق (SCL) ، وجود اختلال عاطفي وذلك لاستعمال استراتيجيات من النوع غير المتكيف مثل لوم الذات والتفكير الكارثي وإعادة التقييم الإيجابي والتي أدت إلى ظهور أعراض الاكتئاب والقلق عند أفراد عينة الدراسة، وهذا يشير إلى أنه يمكن التنبؤ بظهور أعراض باثولوجية عند الفرد في وضعية الضغط والكشف عن ذلك من خلال دراسة نوعية التنظيم الانفعالي المعرفي لديه (Grnefski, N., Karaaij, V, 2007) .

لذا يمكن القول أن التعبير الانفعالي هو تحرير للصدمات والضغوط وهذا بدوره يحمي العضوية من احتمال تطوير أمراض جسمية ستصبح بدورها مؤشراً على وجود انخفاض في مناعة الجسم ككل، وهذا يدل على أهمية التدخل بالعلاج النفسي المركز على الانفعالات للتخفيف من وطأة الانفعالات السلبية وتعزيز ظهور الانفعالات الايجابية من أجل تحقيق التوازن البيو- نفسي -اجتماعي وذلك من المنظور الإدماجي الذي يرى الفرد ككائن بيولوجي نفسي وفي تفاعل مستمر مع بيئته الاجتماعية والتي تتطلب تحسين نوعية الحياة لديه من كل جوانبها.

وتأتي دراسة جبالي، ن و شرفة، س (2019) لتدعم نتائج الدراسات السابقة، وذلك من خلال دراسة المعالجة المعرفية للانفعالات و للتكتم لدى المصابين بأعراض جسمية وهذا بتطبيق مقياس التنظيم الانفعالي المعرفي (CERQ) و مقياس توتنتو (tas20) للتكتم على عينة مكونة من 60 مريض شملت عدة أمراض (القرحة المعدية، القولون العصبي، الضغط الدموي و الروماتيزم)، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد التنظيم المعرفي للانفعالات و التكتم لدى هؤلاء المرضى.

هذه الدراسة تؤكد وجود ارتباط وثيق بين عجز الاستجابة الانفعالية و تكتمها و ظهور الاضطرابات الجسمية ، وهو الطرح الذي تقدم به سفنوس (sifneos) عام 1973 من خلال المفهوم الذي وضعه 'الألكستيميا' (Alexithémie) و الذي استعمله بيارمارتي (Marty,P) في شرح نظريته حول سياق التخريب الجسدي الذي يسبقه غياب التعبير الانفعالي مصحوب بفقر في الحياة الهوائية مما يمهّد لظهور التفكير العملي (pensée opératoire) والذي يفتح المجال لظهور الاكتئاب الأساسي (dépression essentielle) و هنا يحدث سياق الجسدنة من خلال التخريب التدريجي للعضوية و ظهور الأمراض السوماتية (Marty,P, 1980) .

ويمكن القول أن الانفعالات تلعب دور وظيفة التواصل الاجتماعي بين الفرد و بيئته، و هي قد تكون خطيرة على الصحة إذا كانت انفعالات سلبية، و العكس إذا كانت الانفعالات هي ايجابية، فهي ستقلل و تخفض من احتمال الإصابة بأمراض جسدية، بينما يكون عدم التعبير عن الانفعالات و الصدمات بمثابة مصدر حقيقي للضغوط النفسية و ستشكل خطراً حقيقياً على الصحة الجسمية.

وفي نفس اتجاه الطرح الذي تقدم به ، نقوم بطرح التساؤلات التالية:

2. التساؤل العام

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بين المصابين والمصابات بالسرطان ؟

3. التساؤلات الفرعية:

1- هل هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان؟

2- هل هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي لدى المصابات بمرض السرطان؟

4. الفرض العام:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بين المصابين و المصابات بمرض السرطان.

5. الفروض الجزئية:

1- هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان.

2- هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي لدى المصابات بمرض السرطان.

6. تحديد مصطلحات الدراسة

المريض بالسرطان: و هو الشخص الذي يصاب بالسرطان، و يعرف المعجم الفرنسي (Jeuge- Maynard, 2014, p 198) مرض السرطان على أنه " مجموع خلايا غير متميزة و التي تفلت من قانون العضوية وتتكاثر بطريقة لا متناهية، و تهاجم الأنسجة المجاورة و تدمرها و تنتشر بسرعة في كل أنحاء العضوية مشكلة ما يسمى بالأورام الثانوية "

أما إجرائياً: فيتمثل في أفراد عينة البحث من المصابين بمرض السرطان بمختلف أنواعه .

استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي: و تعرفه كل جارنفسكي. ن و كراج. ف (garnefski, N., Kraaij, V, 2007, p 1) على أنه " كإشارة إلى الطريقة الواعية في تسيير الاستجابة الانفعالية،

و قد يتعلق الأمر بكل العمليات الداخلية و الخارجية و المسئولة عن ضبط و تقييم و تعديل الاستجابة الانفعالية خاصة من حيث الشدة، و خصائصها الظرفية " .

أما إجرائياً: فهي تمثل الأبعاد التسعة لمقياس التنظيم الانفعالي المعرفي (CERQ) لـ جارنفسكي. ن و كراج. ف (garnefski, N., Kraaij, V, 2007, p 1)

الانفعالات السلبية: تعرفه باربارا فريديكسن (Fredrickson, B) : " الانفعالات السلبية هي تلك الانفعالات التي تجعل انتباهنا يركز على عناصر خاصة بوضعية معينة و تحصر سلوكنا يلك المرتبطة فقط ببقاءنا على الحياة؛ فالخوف مثلاً يجعلنا نركز انتباهنا على العنصر المهدد و يؤهبنا من أجل الفرار " (Le Compte, J, p 21-22) .

أما إجرائياً: فهي تمثل استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي السلبية في استبيان (Le CERQ) و هي: لوم الذات؛ التركيز على التفكير و؛ الكارثية؛ لوم الآخرين.

الانفعالات الإيجابية: تعرفه باربارا فريديكسن (Fredrickson, B) : " الانفعالات الإيجابية هي الانفعالات التي توسع طريقة تفكيرنا و مجال سلوكنا،... و تدفع الأفراد إلى إيجاد روابط جديدة بين الأفكار، و إلى إدماج و تنظيم المعلومات، و الإبداع في خلق الحلول عند مواجهة المشاكل " (Le Compte, J, p 22)

أما إجرائياً: فهي تمثل استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي الإيجابية في استبيان (Le CERQ) وهي: القبول؛ التركيز الإيجابي؛ إعادة التركيز على التخطيط؛ الوضع في المنظور.

7. منهجية الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي و هو جد ملائم في هذه الدراسة علي عينة ذات حجم متوسط وباستعمال الأساليب الإحصائية و هي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري. و معامل Friedman لحساب الفروق في الرتب بين أبعاد مقياس (CERQ) عند المرضى المصابين بالسرطان.

8. عينة الدراسة

تتكون مجموعة الدراسة من 44 مريض بالسرطان : 20 إناث و 24 ذكور، تم اختيارهم بطريقة قصدية ، تتراوح أعمارهم ما بين سنة و 20 سنة و 80 سنة، مصابون بمختلف أنواع السرطان (سرطان الثدي، سرطان الرحم، سرطان القولون، سرطان المعدة، سرطان الرئة، سرطان الحنجرة، سرطان العظام، سرطان الدماغ، سرطان البروستات، سرطان الجلد)

9. أدوات الدراسة:

تمثلت أداة الدراسة في استعمال استبيان التنظيم الانفعالي المعرفي لـ جارنفسكي. ن و كراج. ف (Garnefski, N., Kraaij, V, 2007, p 2-3) و هو يتكون في النسخة الأصلية من 36 بند موزعة على تسعة أبعاد التسعة، بينما النسخة المطبقة تتكون من 31 بند و هذا بعد استبعاد 5 بنود لعدم ارتباطها بالبعد الأساسي لها. تتمثل أبعاد الاستبيان في:

لوم الذات (self blame) وهي تشير إلى الأفكار التي يكونها الفرد للوم ذاته حول التجربة السلبية التي عاشها؛
التقبل (acceptance) يتعلق الأمر بمدى تقبل الشخص لما خبره و التسليم به؛ التركيز على التفكير (focus on thoughts) وهي مرتبطة بالأفكار التي يركز عليها الفرد و يجترها حول التجربة السيئة التي مر بها؛ إعادة التركيز الإيجابي (positive refocusing) و يتعلق الأمر بالتفكير بالجانب الإيجابي الذي حصل له بعد المرور بالخبرة السلبية؛
إعادة التركيز على التخطيط (refocusing on planning) يتعلق الأمر بالقدرة على التفكير و التخطيط لما هو آت وكذلك في كيف يمكن التعامل مع هذه التجربة؛ إعادة التقييم الإيجابي (positive reappraisal) و يتعلق الأمر بالتفكير بطريقة ايجابية في كيفية الاستفادة من هذه التجربة السلبية من أجل التقدم و التطور؛ الوضع في المنظور (putting into the perspective) و يتعلق الأمر بتقييم ما خبره الفرد في التجربة السلبية بالمقارنة مع ما خبره من قبل من تجارب أخرى؛ التفكير الكارثي (catastrophizing) وهي مرتبطة بالأفكار التي يكونها الفرد و التي تقيم مدى الرعب و الهلع الذي خبره في التجربة السلبية التي مر بها؛ لوم الآخرين (other blame) و هي إلى الأفكار التي يكونها الفرد للوم الآخرين أو المحيط حول التجربة السلبية التي مر بها.

و لقد قامت الباحثة بترجمة الإستبيان إلى العربية و عرضته على أساتذة جامعين في علم النفس و في اللغة الإنجليزية، بعد ذلك تم التحقق من خصائص السيكمومترية للاستبيان حسب الخطوات التالية:

10.الخصائص السيكمومترية لاستبيان التنظيم المعرفي للانفعالات (CERQ) :

تم التحقق من صدق وثبات الاستبيان على عينة مكونة من 50 مصاب بالسرطان وذلك بحساب:

أ- ثبات الإستبيان

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، استخدمت الباحثة معادلة ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha (α) وتم تصحيحه عن طريق التجزئة النصفية بمعامل Guttman للتأكد من ثبات الدراسة على عينة استطلاعية مكونة من خمسون مصاب بمرض السرطان (50). والجدول رقم (1) يوضح معاملات الثبات لألفا كرونباخ ومعامل جتمان.

جدول رقم (1) يوضح معامل ألفا كرونباخ ومعامل جتمان لقياس ثبات أداة الدراسة

الأبعاد	عدد العبارات	ثبات البعد Cronbach's Alpha	معامل جتمان Guttman
1	3	0.69	0.73
2	2	0.41	0.41
3	3	0.68	0.64
4	3	0.73	0.49
5	4	0.75	0.75
6	4	0.74	0.72
7	4	0.55	0.62
8	4	0.86	0.86
9	4	0.78	0.80
الثبات العام	31	0.88	/

يتضح من الجدول أعلاه أن معامل الثبات العام لمحاور الدراسة مرتفع حيث بلغ (0.88) لإجمالي فقرات الاستبيان وهذا بعد ما استبعدت بنود من البعد الأول لوم الذات، و من البعد الثاني القبول، و من البعد الثالث التركيز على التفكير، و البعد الرابع التركيز الإيجابي لعدم ارتباطهم بالبعد الأساسي لهم والمتمثلة في البند 1 من البعد الأول، و البند 2 و البند 20 من البعد الثاني، و البند 3 من البعد الثالث، و البند 4 من البعد الرابع. و بذلك أصبحت النسخة الجديدة بعد استبعاد البنود تتكون من 31 بند.

وفيما تراوح قيمة ثبات الأبعاد ما بين 0.41 كحد أدنى وبين 0.86 كحد أعلى، وفيما يخص طريقة تصحيحه عن طريق التجزئة النصفية بمعامل جتمان تراوح ما بين 0.41 كحد أدنى و0.80 أعلى. وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة .

ب- صدق الإستبيان

قد جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات الأبعاد التسعة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه الفقرة وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS-21 ، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

جدول رقم (2) يوضح معامل الارتباط لبيرسون للتحقق من صدق أداة الدراسة

المحاور	رقم البنود	معامل الارتباط بيرسون	المحاور	البنود	معامل الارتباط
لوم الذات	10	**0.76	إعادة التقييم الإيجابي	6	**0.71
	19	**0.74		15	**0.79
	28	**0.85		24	**0.78
القبول	11	**0.87		33	**0.71
	29	**0.71	الوضع في المنظور	7	**0.67
التركيز على التفكير	12	**0.77		16	**0.69
	21	**0.77		25	**0.59
	30	**0.80		34	**0.62
إعادة التركيز الإيجابي	13	**0.85	التفكير الكارثي	8	**0.78
	22	**0.85		17	**0.83
	31	**0.70		26	**0.88
إعادة التركيز على التخطيط	5	**0.77		35	**0.86
	14	**0.78	لوم الآخرين	9	**0.78
	23	**0.75		18	**0.76
	32	**0.75		27	**0.66
				36	**0.89

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral)

من نتائج الجدول أعلاه نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين البنود الأبعاد التسعة الأساسية للاستبيان دالة إحصائية عند مستوى ألفا، 0.01، مما يتبين صدق الاتساق الداخلي لفقرات الأبعاد.

11. عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمحورت إشكالية الدراسة حول نوعية استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات عند المرضى المصابين بالسرطان بمختلف أنواعه، وبعد تطبيق استبيان Le CERQ تم الاعتماد على معامل فريدمان (Freidman) للترتيب لمعرفة نوعية استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي عند كل أفراد عينة البحث من المصابين بالسرطان.

1- حيث نص الفرض العام على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استراتيجيات تنظيم انفعالي معرفي بين المصابين والمصابات بمرض السرطان؛

و كانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (3) يبين الفروق في مستوى التنظيم الانفعالي المعرفي لعينة مكون من 44 مصاب بالسرطان

الدلالة	كا ²	المصابات		المصابين		مستوى التنظيم الانفعالي
		النسبة	F	النسبة	F	
غير دالة	0.299	% 15.0	3	% 12.5	3	تنظيم انفعالي مرتفع
		% 80.0	16	% 79.2	19	تنظيم انفعالي متوسط
		% 5.0	1	% 8.3	2	تنظيم انفعالي منخفض
		% 45.5	20	% 54.5	24	

يبين الجدول رقم (3) أعلاه الفروق في مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي المستعملة عند لمصابين بالسرطان لعينة مكونة من 44 مصاب مابين 24 مصاب من الذكور و 20 مصاب من الإناث، حيث بعد حساب معامل كاف مربع (كا²) و الذي قدر بـ : 0.229 و هو أكبر من 0.05 و هي غير دالة و بالتالي ليس هناك فروق في مستوى استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بين المصابين و المصابات بمرض السرطان و بالتالي نقبل بالفرض البديل بدل الفرضية الصفرية.

هذه النتائج تشير إلى أن المستوى السائد لدى أفراد عينة الدراسة هي المستوى المتوسط بنسبة 79.2 % عند المصابين الذكور، و 80.0 % عند المصابين الإناث.

2. نص الفرض الثاني على أن هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي لدى المصابين بمرض السرطان، حيث كانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (4) يبين الفروق بين متوسطي الرتب لأبعاد استبيان التنظيم الانفعالي المعرفي عند المصابين بالسرطان المذكور

أبعاد Le CERQ	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل فريدمان	الترتبة
لوم الذات	10,75	2,09	2,98	8
القبول	7,41	1,17	1,29	9
التركيز على التفكير	11,37	1,88	3,75	6
إعادة التركيز الإيجابي	11,16	2,01	3,50	7
إعادة التركيز على التخطيط	14,83	3,04	6,63	4
إعادة التقييم الإيجابي	14,91	3,10	6,81	3
الوضع في المنظور	14,75	2,99	6,98	1
التفكير الكارثي	14,70	2,94	6,88	2
لوم الآخرين	14,12	3,06	6,19	5

يظهر الجدول أعلاه أن أعلى مرتبة تتعلق ببنود استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي عند المصابين المذكور هو الوضع في المنظور، حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.98 و متوسط الحساب 14.75 و قدر الانحراف المعياري بـ 2.99 والاستعمال الأفضل لهذه الإستراتيجية يدل على إهمال و تجاهل لتأثير التجربة السلبية و ابتذالها بالمقارنة مع تجارب سابقة، و يمكن أن تصنف ضمن الاستراتيجيات المعدلة للانفعالات السلبية إذا لم تكن تهدف إلى تجنب الموقف المؤلم فقط دون إيجاد الحلول.

و هذا ما قد يؤكد الرتبة الثانية لاستراتيجية التفكير الكارثي حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.88، و متوسط حسابي 14.70 و قدر الانحراف المعياري بـ 2.94 و هذا يدل على التهويل و على الخوف و التأثير الكبير بالتجربة السلبية التي مر بها المصاب بالسرطان و هذا انفلات كبير للانفعالات السلبية التي لم يتم تعديلها و تنظيمها لتصبح أكثر تكيفاً. و نلاحظ أيضاً تسييراً لإستراتيجية غير متكيفة و هي لوم الآخرين حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.19 و متوسط الحساب بـ 14.12 و قدر الانحراف المعياري بـ 3.06 و هذا إشارة إلى استعمال كبير لاستراتيجيات سلبية. وبالتوازي كان هناك استعمال لاستراتيجيات لتنظيم انفعالي معرفي إيجابية، و هي إستراتيجية إعادة التركيز الإيجابي التي أتت في المرتبة الثالثة، حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.81، و متوسط حساب 14.91 و قدر الانحراف المعياري بـ 3.10 و هي تشير إلى إستراتيجية متكيفة، حيث تدعم باستعمال إستراتيجية ايجابية للتنظيم الانفعالي المعرفي و هو إعادة التركيز على التخطيط حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.63 و متوسط الحساب 14.83 و قدر الانحراف المعياري بـ 3.04. بينما تلاحظ أن استراتيجيات التقبل و الذي يعتبر كإستراتيجية لتنظيم انفعال إيجابي جاءت في المرتبة الأخيرة أي المرتبة التاسعة حيث قدر معامل فريدمان بـ 1.29 و متوسط الحساب 10.75 أما الانحراف المعياري فقدر بـ 2.09 و هذا إشارة إلى عدم تقبل مرض السرطان و قد تكون هذه الإستراتيجية تشير إلى انفعالات سلبية شديدة

مرتبطة بالفرع و الصدمة و هي التي تدعم ظهور استراتيجيات سلبية كالتفكير الكارثي و لوم الآخرين، و هذا التعبير عن انفعالات سلبية قد تكون خطيرة على الصحة و قد تزيد من تعقد مرض السرطان، حيث أشارت فريجة (Fridja) أن الانفعالات الإيجابية هي تقلل و تخفض من احتمال الإصابة بأمراض جسدية بينما عدم التعبير عن الانفعالات و الصدمات و كذلك عدم التقبل لها سيكون بمثابة مصدر حقيقي للضغط النفسية و هي تهدد الصحة الجسمية و تهاجم الجهاز المناعي و تضعف قدرته على حماية الجسم و الدفاع عنه.

و في هذا السياق ترى بونيوال.ي أن الانفعالات الإيجابية تدافع ضد الانفعالات السلبية و يمكن لفرح بسيط أن يزيل الضغط الذي يعاش على المستوى الفيزيولوجي، و هو بذلك فالانفعالات تزيد من قدرة الفرد على تحمل و تجاوز و إعادة تقييم الصعوبات و الضغوط التي يمر بها الفرد و استخلاص الجانب الإيجابي منها و بالتالي فهي تزيد من الارجاعية عنده، و هي تفتح الآفاق من خلال التركيز على إيجاد الحلول بدل التركيز على الانفعالات السلبية (Boniwell, I, 2021).

3- نص الفرض الجزئي الثاني أن هناك فروق بين متوسطي رتب أبعاد التنظيم الانفعالي المعرفي عند المصابات بالسرطان من الإناث، و كانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (5) يبين الفروق بين متوسطي الرتب لأبعاد استبيان التنظيم الانفعالي المعرفي عند المصابات بالسرطان الإناث

أبعاد Le CERQ	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل فريدمان	متوسط ط الرتبة
لوم الذات	10,00	3,38	2,60	8
القبول	7,70	1,38	1,55	9
التركيز على التفكير	11,25	2,31	3,43	6
إعادة التركيز الإيجابي	11,05	2,18	3,38	7
إعادة التركيز على التخطيط	15,25	2,57	7,18	2
إعادة التقييم الإيجابي	15,15	2,58	6,98	3
الوضع في المنظور	15,95	2,32	7,45	1
التفكير الكارثي	14,80	3,17	6,58	4
لوم الآخرين	13,50	4,17	5,88	5

يظهر الجدول أعلاه أن المرتبة الأولى حسب الرتب لفريدمان تتعلق ببند استراتيجيات التنظيم لانفعالي المعرفي عند المصابات الإناث هو الوضع في المنظور، حيث قدر معامل فريدمان بـ 7.45 و متوسط الحساب 15.95 و قدر الانحراف المعياري بـ 2.32 و الاستعمال الأفضل لهذه الإستراتيجية يدل على التقليل من تأثير التجربة السلبية وابتدالها بالمقارنة مع تجارب سابقة، و هي نفس الأفضلية التي أتت أولاً حسب معامل فريدمان للرتب عند المصابين

الذكور. وهناك بروز لاستراتيجية إعادة التركيز على التخطيط كإستراتيجية في مرتبة ثانية، حيث قدر معامل فريدمان بـ 7.18 ومتوسط الحساب بـ 15.25، أما الانحراف المعياري فقدر بـ 2.75. ضف إلى ذلك بروز لاستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي حيث قدر معامل فريدمان للرتب بـ 6.98 ومتوسط الحساب 15.15 أما الانحراف المعياري فقدر بـ 2.58 وهذه الاستراتيجيات تدل على ظهور استراتيجيات انفعالية إيجابية وهي تبعث على التفاؤل والتطلع نحو المستقبل. وبالمقابل نلاحظ أيضاً تسييراً لاستراتيجيات انفعالية من النوع السلبي بالتوازي مع الاستراتيجيات الإيجابية وهي استراتيجية التفكير الكارثي حيث قدر معامل فريدمان بـ 6.58 ومتوسط حساب 14.80 بينما قدر الانحراف المعياري بـ 3.017، ويعقبه استراتيجية لوم الآخرين حيث قدر معامل فريدمان بـ 5.88 ومتوسط الحساب 13.50 بينما قدر الانحراف المعياري بـ 4.17 وهذه الاستراتيجيات تمثل استراتيجيات انفعالية سلبية والتي تدعم بظهور استراتيجية القبول بشكل عكسي حيث قدر معامل فريدمان بـ 1.55 وهو يقع في المرتبة الأخيرة، واستعمال الاستراتيجيات الإيجابية بالدرجة الأولى هي تأتي كدفاع ضد الاستراتيجيات السلبية التي بقيت غير مسيطرة عند المصابات بالسرطان، حيث تساعد الانفعالات الإيجابية كما تصفها (Bonewell, I, 2012) على ترسيخ مصادر مهمة على المستوى العضوي والعقلي والنفسي الاجتماعي وهي ستعمل في اتجاه معاكس للانفعالات السلبية، فهذه الأخيرة يمكن أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب والذي سيكون وراء التخریب الجسدي، بينما الانفعالات الإيجابية ستعمل على مقاومة هذا السياق السلبي وتؤدي إلى تنشيط ميكانيزم لتطوير الذات والتحصين التدريجي لمعاشه الانفعالي. وهذه الانفعالات الإيجابية لها القدرة على منح خاصة المرضى بالسرطان رؤية واسعة ومتفائلة حول ذواتهم، ولكن ليس فقط بالتركيز عليها بل ستلعب دوراً ريادياً في تطوير حياة الأفراد.

الخاتمة

تلعب المشاعر والعواطف دوراً كبيراً في حياة الأفراد، فهي تؤثر على سلوكهم واستجاباتهم في المحيط الذي يعيشون فيه، والاستجابات الانفعالية هي مرتبطة إلى حد كبير بطريقة تفكير الفرد، أكثر من ذلك فالتنظيم المعرفي والإدراكي هو الذي يكون وراء تحديد نوعية الاستجابة الانفعالية أو نوعية العواطف التي يظهرها الفرد، وقد تجعله يسلك سلوك غير متكيف، وهنا قد تعقد من حالته، وقد تبعث به إلى السقوط في أمراض بـسيكوسوماتية متفاوتة الخطورة كما هو في حالة الإصابة بمرض السرطان. وهنا تظهر أهمية استراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات وذلك بتعديلها وتخفيض الضغط والتوتر الفيزيولوجي من خلال ضبط وتعديل الاستجابات الانفعالية السلبية، ذلك أن الانفعالات هي مرتبطة مباشرة بالاستجابة الفيزيولوجية والعضوية، وهنا تكون الخطورة إذا لم تكن هذه الاستراتيجيات التنظيمية فعالة، لأن التنظيم الانفعالي المعرفي يقتضي استثارة استجابة انفعالية جديدة، أو تعديل الاستجابة الحالية، وتهدف إلى زيادة أو الإبقاء أو التخفيض لعنصر أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية، كل ذلك لحماية العضوية من الاستثارة الزائدة التي قد تؤدي إلى اختلال التوازن البيو-حيوي عند الفرد، لذلك فالرقابة المعرفية تلعب دور المعدل للاستجابات الانفعالية حتى لا يؤدي انفلاتها إلى إضعاف الجهاز المناعي عند الفرد، ولا تتعقد حالة المرضى بالسرطان أكثر ويقتضي ذلك التكفل بهم من الناحية النفسية والحث على تحفيزهم على التعبير الانفعالي وإبراز تلك الإيجابية منها حتى لا يكون هناك التركيز فقط على الانفعالات السلبية التي تشكل خطراً حقيقياً على الصحة الجسدية والنفسية معاً وتمهد للسقوط في الأمراض البـسيكوسوماتية.

قائمة المراجع

- جبالي. ن؛ شرفة. س. (2019). *المعالجة المعرفية للانفعالات وللتكتم لدى المصابين بأعراض جسمية*. (جامعة باتنة 1 الحاج لخضر، المحرر) تم الاسترداد من مجلة الإحياء: <https://www.asjp.cerust.dz/en/article>
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). *The cognitive emotion regulation questionnaire : psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults*. european journal of psychological assessment. mercredi 11, 2018. <http://www.researchgate.net/publication/38306184>
- Jeuge-Maynard, I. (2014). *Le petit Larousse illustré*. Paris, France : Larousse
- Bruchon-schweitzer, M., Dantzer, R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*. France : PUF
- Le compte, J. (2009). *Introduction à la psychologie positive*. Paris, France : Dunod
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort/2 désorganisation et repression*. Paris, France : Payot.
- De Clerq, M.V., Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris, France : Masson
- Boniwell, I. (2012). *Introduction à la psychologie clinique, science de l'expérience optimale*. Paris, France : Payot et Rivages