



مجلة كلية التربية . جامعة طنطا
ISSN (Print):- 1110-1237
ISSN (Online):- 2735-3761
<https://mkmgt.journals.ekb.eg>
المجلد (٩٠) أبريل ٢٠٢٣ م



الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالاكْتئاب لدى المصابين
بمرض السكر (النوع الثاني) بمدينة الرياض

إعداد

أ/ أروى بنت عبد الله بن صالح القنيصي

باحثة ماجستير تخصص الإرشاد النفسى قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

المجلد (٩٠) أبريل ٢٠٢٣ م

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال والاكنتاب لدى المصابين بمرض السكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، وتكوّنت عيّنة الدراسة من (١٥٥) مريضاً ومريضةً مصابين بالسكر (النوع الثاني)، وقد اختيرت بالطريقة القصدية، واستخدمت الباحثة استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال إعداد: كارنيفسكي وكريج وسبينهوفين (Garnefski, Kraaij, and Spinhoven, 2001)، وترجمة (الباحثة)، وقائمة بيك للاكنتاب، إعداد بيك (Beck, 1996)، وترجمة: غريب (٢٠٠٠م).

ومن أهمّ النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي:

- ١- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً - عند مستوى (٠,٠٠١) - بين الاكنتاب والدرجة الكلية للإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال وإستراتيجية (لوم الذات، والاجترار، والتصور الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين) لدى المصابين بالسكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض.
- ٢- وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً- عند مستوى (٠,٠٠١) - بين الاكنتاب والدرجة الكلية للإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال وإستراتيجية (التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، وإعادة التقويم الإيجابي) لدى المصابين بالسكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض.
- ٣- وجود فروق دالة إحصائياً - عند مستوى (٠,٠٥) - في متوسط رتب إستراتيجية الاجترار بين الذكور والإناث، لصالح الإناث .
- ٤- وجود فروق دالة إحصائياً - عند مستوى (٠,٠١) - في متوسط رتب لوم الذات، كأحد الإستراتيجيات السلبية لاستبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، بين المرضى المصابين بالمرض لمدة (٦- ١٠ أعوام)، وكل من المصابين بالمرض (١١- ١٥ عاماً)، و(١٦- ٢٠ عاماً فأكثر).
- ٥- وجود فروق دالة إحصائياً - عند مستوى (٠,٠٠١) - في متوسط رتب الاكنتاب، بين المرضى الذكور والإناث في مدينة الرياض، وكانت الفروق لصالح الإناث.

- ٦- عدم وجود فروق دالّة إحصائيّاً في متوسّط رُتَب الاكتئاب لدى مرضى السكّر (النوع الثاني)، وُفق متغيّر مُدّة الإصابة بالمرض.
- ٧- إمكانية التنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى السكّر (النوع الثاني)، من خلال درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال التالية: (الاجترار، ولؤم الذات، ولؤم الآخرين، والتصور الكارثي للأحداث).

Abstract

The current study aimed to reveal the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression in diabetics (type 2) in Riyadh city. The study method was descriptive (both associative and comparative) to achieve the goal of research. The sample of this study consisted of (155) male and female diabetics (type 2) and selected through a purposive sampling technique. The researcher used the cognitive emotion regulation strategies questionnaire by Garnefski, Kraaij, and Spinhove (2001), researcher's translation, and Beck's depression scale (1996), Ghareeb's translation (2000).

Results:

- 1- There is a positive statistical relationship at level (0.001) between depression and the overall degree of negative cognitive emotion regulation strategies and strategy of (self-blame, rumination, catastrophizing and blaming others) in diabetics (type 2) in Riyadh city.
- 2- There is a negative statistical relationship at level (0.001) between depression and the overall degree of positive cognitive emotion regulation strategies and strategy of (acceptance, positive refocusing, planning, and positive reappraisal) in diabetics (type 2) in Riyadh city.
- 3- There are statistically significant differences at level (0.05) in the average ranks of the rumination strategy between males and females, in favor of females.
- 4- There are statistically significant differences at level (0.01) in the average ranks of self-blame, as one of the negative strategies for questioning cognitive emotion regulation strategies between diabetics with period of (6-10 years), and each of those with (11-15 years) and (16-20 years and over).
- 5- There are statistically significant differences at level (0.001) in the average ranks of depression between males and females diabetics in Riyadh city, in favor of females.
- 6- There are no statistically significant differences in the average ranks of depression between males and females diabetics (type 2) according to the variable of disease duration.
- 7- Depression can be predicted in diabetics (type 2) through the degrees of cognitive emotion regulation strategies to regulate these emotions: (rumination, self-blame, blaming others, and catastrophizing).

المقدمة

يُعدُّ داءُ السكَّر في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض انتشارًا في العالم أجمع؛ المتقدِّم منه والثَّامي، وهو مرض يصيب الأغنياء والفقراء، والصِّغار والكبار، والرجال والنساء (الحميد، ٢٠٠٧م).

ففي بيان لمنظمة الصحة العالمية (WHO) ذكرت المنظمة تزايد عدد المتعايشين مع داء السكَّر في جميع أنحاء العالم؛ إذ بلغ عدد المصابين بداء السكَّر في عام ٢٠١٤م (٤٢٢) مليونًا من البالغين، بالغًا ما نسبته (٨,٥%) من سكَّان العالم، وأكثر أنواع السكَّر انتشارًا (النوع الثاني) إذ يشكِّل (٩٠%) من حالات داء السكَّر المسجَّلة حول العالم (World Health Organization, 2016).

إنَّ مشكلة داء السكَّري (النوع الثاني) ليست في مجرد ارتفاع نسبة السكَّر في الدم؛ فقد أثبتت كثيرٌ من الدراسات أن خطورة الوفاة نتيجة مضاعفات مرض السكَّر تعادل الضَّعف مقارنةً بغيرهم من الأصحاء ممَّن هم في مثل عمرهم وجنسهم؛ فنجد (٧٥%) من وفيات مرضى السكَّر بسبب أمراض شرايين القلب، وهم عُرضةٌ للإصابة بجلطات الدِّماغ بنسبة تتجاوز الثلاثة أضعاف، بالإضافة إلى أنه يُعدُّ السبب الأول لحالات فقدان البصر لدى من هم فوق سنِّ العشرين، وهو السبب في حدوث (٤٤%) من حالات الفشل الكلويِّ التام، وأن حوالي (٣٠%) من المرضى يعانون من الاكتئاب (الحميد، ٢٠٠٧م).

وأظهرت نتائج الدراسات أنَّ الأشخاص الذين يعانون من داء السكَّري (النوع الثاني) خطرُ الإصابة بالاكتئاب لديهم أكبر منه لدى غير المصابين به (American Diabetes Association, 2013).

وهو ما أكَّدته دراسةُ غيل (Gale, 2009) التي توصَّلت إلى أن المصابين بمرض السكَّر (النوع الثاني) أكثر عُرضةً للاكتئاب، حتى في الذين لا يدركون إصابتهم بمرض السكَّر. (Arehart-Treichel, 2010).

وتقول نظريات تنظيم الانفعال إن القلق والاكتئاب يمكن أن يُنظر إليهما على أنهما نتيجة لمشاكل في تنظيم الانفعال، كما يذكر كلارك وبيك (Clark & Beck) أنه كثيرًا ما

ارتبطت إستراتيجيات تنظيم الانفعال غير القادرة على التكيف بالاكتئاب واضطرابات القلق، وشكّلت أساساً للبحث في النموذج المعرفي للاكتئاب (Bruggink, Huisman, Vuijk, Kraaij & Garnefski, 2016).

إن التنظيم المعرفي للانفعال تركيب يُعتقد أن له تأثيراً كبيراً على الصحة الجسدية والعقلية؛ فقد اخْتِبرَ التنظيم المعرفي للانفعال باستمرارٍ مع نظرياتٍ مختلفة لمعرفة تأثيره على الأبنية الصحيّة والعقلية المتنوّعة (غانم ونوري، ٢٠١٣م).

عرّف ماير وسالوفي (Mayer and Salovey, 1990) الانفعال بأنه: "حالة داخلية تتّصف بجوانب معرفية خاصّة، وإحساساتٍ ورُدودٍ أفعالٍ فسيولوجية، وسلوكٍ تعبيريٍّ مُعيّن" (في وردة بلحسيني، ٢٠١٧م، ص ١٨٦).

كما عرّفه صالح (٢٠١٤م) بأنه: "استجابةٌ وجَدانية فسيولوجية جسدية حادّة ومفاجئة تحدث نتيجةً لمثيراتٍ خارجية (كالمواقف والظروف المحيطة)، ومثيراتٍ داخلية (كالتفكير، والتمثيلات المعرفية، والخبرات الانفعالية المخزّنة، والمثيرات الفسيولوجية الداخلية)، ويسعى الفردٌ لتحقيق هدفه حتى يتخلّص منها بسرعة" (ص ٢٦٥).

ويرى بحر (٢٠١٧م) أيضاً أن الانفعال : "اضطرابٌ غيرٌ منتظم، يشمل الفردَ كلّهُ، ويؤثّر في سلوكه، وخبرته الشعورية، ووظائفه الفسيولوجية، وفي جميع أنشطته التي يقوم بها، سواءً كانت أوجه نشاطٍ نفسيةٍ أو اجتماعيةٍ، بمعنى أنها في حالة عدم اتزانٍ نفسي وفسولوجي، وهو ينشأ في الأصل عن مصدرٍ نفسي" (ص ٧).

وذكرت عائشة عيد (٢٠١٨م) أن الانفعالات: "استجابةٌ متكاملة يُصدرها الفرد، تعتمد على إدراكه لأبعاد المثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرّض لها ومعانيها، وتشتمل هذه الاستجابة على عددٍ من التغييرات الوجدانية المركّبة، وتتضمّن أيضاً حدوث تغييرات في نشاطاتٍ مختلفٍ أجهزة الجسم الداخلية" (ص ٤٣).

مفهوم التنظيم المعرفي للانفعال : Cognitive Emotion Regulation

تؤكد بعض مفاهيم التنظيم الانفعالي على قدرة التنظيم على التحكم في التجارب الانفعالية، وفي طريقة التعبير عنها (خصوصاً السلبية منها)، والمساعدة في تقليل الإثارة العاطفية. فقد اقترح ثمبسون وكالكينز (Thompson and Calkins, 1996) أن تنظيم

الانفعال التكيّفي يتضمّن مراقبة التجارب الانفعالية وتقويمها بالإضافة إلى تعديلها، مع إبراز أهمية فهمها والوعي بها، لكنّ في المقابل يؤكّد آخرون على الطبيعة الوظيفية للانفعالات، مشيرين إلى أن تنظيم الانفعال ليس مرادفًا للتحكّم الانفعالي، ومن ثمّ لا ينطوي بالضرورة على تقليل التأثير السلبي على الفرد (In Gratz and Roemer, 2004, p. 42).

والتنظيم المعرفي للانفعال من العمليات الجوهرية الداخلية والخارجية المرتبطة بتفعيل دور الانفعالات وإدارتها مع مرور الوقت؛ فهو يؤدّي دورًا محوريًا في تحديد سلوكيات الأفراد، وهو يشير إلى عملية ما بعد التشخيص، وهو نهج لفهم النفسية وبنيّة المفاهيم الذي يقدمه مفهوم التشخيص؛ وذلك لأن الكثير من الاضطرابات النفسية لها علاقة بالانفعالات التي يتعرّض لها الفرد وطريقة تنظيمه لهذه الانفعالات (Martins, Freire, and Santos, 2016).

وقد عرّف غروس ومونوز (Gross & Munoz, 1995) التنظيم الانفعالي بأنه: "العمليات التي يستطيع الفرد من خلالها التأثير في انفعالاته وكيف يُخبر بها ويعبّر عنها" (في علام، ٢٠١٦م، ص ١٠٤).

وترى سارني (Sarni) أن تنظيم الانفعال يتمثّل في قدرة الفرد على إدارة الخبرة الذاتية للانفعالات، خصوصًا ما يتعلّق منها بشدّة هذه الانفعالات واستمراريتها، والتحكّم في التعبير الانفعالي في مواقف التفاعل الاجتماعية، ويعرّف سالوفي وسلويتير (Salovey and Sluyter, 1997) تنظيم الانفعال بأنه: "عملية إدارة الاستجابات الناتجة عن أفكار الفرد ووعيّه بالحالة الانفعالية، والتعبيرات السلوكية، والتغيّرات الفسيولوجية النيوكيميائية" (في عبد الهادي وأبوجدي، ٢٠١٢م، ص ٣٠٩).

مكوّنات التنظيم المعرفي للانفعال:

هناك عدّة مكوّنات للتنظيم الانفعالي، وهي:

- ١- الخبرة (ويتمثّل في مشاعر الفرد تجاه خبرات حياته).
- ٢- الاستجابات السلوكية.
- ٣- الاستجابات الفسيولوجية؛ مثل ضربات القلب، والتعرق، واحمرار الوجه.

(يعقوب، ٢٠١١م، ص ٤٥٤).

ويتضمن التنظيم الانفعالي الفعّال عدّة نقاط، وهي:

- الوعي والوضوح الانفعالي.
 - تقبّل الاستجابات الانفعالية.
 - القدرة على التحكم بالدوافع لتحقيق الهدف المنشود.
 - القدرة على استخدام إستراتيجيات التنظيم الانفعالي في جميع المواقف بشكلٍ مرِن وملائم؛ وذلك لتعديل الاستجابات الانفعالية لتحقيق الغايات المحددة
- (عفانة، ٢٠١٨م، ص ١٥).

مفهوم الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال:

تشير إستراتيجيات تنظيم الانفعال إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد للتعبير عن الخبرات الانفعالية التي يتعرّض لها خلال حياته، سواءً كانت هذه الانفعالات إيجابية أو سلبية (سلوم، ٢٠١٥م، ص ١٥).

ويعرفها سليمان (٢٠١٤) بأنها: "مجموعة من الخطط المعرفية التي تشير إلى ضبط الانفعالات وتنظيمها في المواقف المختلفة، وهي بمنزلة مجموعة من العمليات الداخلية والخارجية التي تتضمن آليات معرفية، وتراقب الانفعالات وتقومها وتنظمها عند حدوث ردود الأفعال للمواقف المختلفة" (ص ٨٤).

فالإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال طريقة معرفية للتعامل مع الانفعالات التي تثيرها أحداث الحياة الضاغطة؛ وذلك من أجل تخفيف حدة الآثار السلبية لهذه الانفعالات، والتي تتضمن إستراتيجيات تكيفية وغير تكيفية (الضبع، ٢٠١٥م، ص ١٨).

ويمكن تمييز إستراتيجيات تنظيم الانفعال حين يكون لها تأثيرٌ أساسيٌّ على عملية توليد الانفعالات (John and Gross, 2004, P. 1303).

النشأة التاريخية للإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال:

يرى غروس ومونوز (Gross and Munoz, 1995) أنّه في البدايات أولي اهتمامٌ متزايد بالتنظيم الانفعالي محدّدًا لأعراض الأمراض والسلوكيات غير القادرة على التكيف

(In Gratz and Roemer, 2004,)

ويرى سولومن (Solomon) أن التنظيم الانفعالي أحد الحقل المعرفية الجديدة نسبياً، والتي ظهرت خلال العقود الثلاثة الماضية، لكن على الرغم من الحداثة النسبية لهذا المفهوم نجد أن الفلاسفة القدماء - أمثال سقراط - ذكروا أهمية دور الانفعالات في حياة الأفراد، أما في علم النفس الحديث فقد ظهر مفهوم التنظيم الانفعالي في بداية التسعينات، وكان لظهور هذا المفهوم أثر واضح في فهم الاضطرابات النفسية؛ إذ عدّ أحد أهمّ محدّدات السلوك لدى الأفراد (في نسرين البراهمة، ٢٠١٧م، ص ص ٨-٩).

الفرق بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وإستراتيجيات مواجهة الضغوط:

بالنظر إلى الاختلاف بينها وبين إستراتيجيات مواجهة الضغوط بيّنت كارنفسكي وكريج (Garnefski and Kraaij, 2007) أنّ أحد الاختلافات المهمة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وإستراتيجيات مواجهة الضغوط هو أنّ الأخيرة تقبل التركيز بشكل واسع على المشكلة، وتتعامل معها بخليطٍ من الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية؛ إذ عرفها كلٌّ من لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman, 1984) بأنها: "الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، والتي قدّرت من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقّة، وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته" (في حسيبة بروزان، ٢٠١٦م، ص ١٠٥).

بينما تستند النظرية المعرفية لتنظيم الانفعال إلى افتراض أن التفكير وردّة الفعل يشيران إلى عمليات مختلفة، ومن ثمّ تُعدّ الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال نقيّة من ناحية المفاهيم، وهي منفصلة عن إستراتيجيات المواجهة السلوكية

(Garnefski and Kraaij, 2007)

النماذج المعرفية الانفعالية متعدّدة المستويات

Multi-Level Cognitive Models of Emotion:

ركّزت النماذج المعرفية الانفعالية على السؤال المركزي: كيف يرجع المعنى الانفعالي لهذه الحالة؟ وحددت هذه البحوث سلسلة من الأبعاد: كالحداثة، والتكافؤ، وانسجام الهدف، والقدرة، والتي تختلف من فرد إلى آخر بحسب تقويم الأفراد للوضع، والذي يُسفر عن معنى انفعالي تتشكّل منه طبيعة المشاعر والرودود الانفعالية، وهذه النماذج مبنية على

إمكانية معالجة المعلومات الانفعالية على اثنين - على الأقل - من مستوياتٍ مستقلة، ومُخرجاتُ هذه المستويات تُؤدِّي إلى نتائجٍ انفعاليةٍ مختلفة، كما أن نوعَ الذاكرة الانفعالية وتفعيلها ونوعَ العمليات المعرفية تُؤدِّي دورًا رئيسيًا في النماذج متعدّدة المستويات، وهذه النماذج تتسق مؤخرًا - بشكلٍ ملحوظ - مع الأدلة العصبية، وتساعد خصائص النماذج متعدّدة المستويات في فهم كيفية التنظيم المعرفي للانفعالات Roseman, Antoniou (and Jose, 1996).

الاكتئاب: (Depression)

مفهوم الاكتئاب:

من الممكن أن يؤدي المرور بالخبرات السلبية بالشخص إلى الشعور بالحزن والوحدة والخوف والعصبية أو القلق، والاكتئاب اضطرابٌ نفسيٌّ شائع يرتبط مع المزاج المكتئب، وفقدان المتعة، وانخفاض الطاقة، والشعور بالذنب، وانخفاض القيمة الذاتية، واضطراب النوم أو الشهية، وضعف التركيز، وهذه المشاكل يمكن أن تصبح مزمنة أو متكررة، وتؤدي إلى ضعف في قدرة الفرد على القيام بمسؤولياته اليومية (WHO, 2012). والاكتئاب يزيد من خطر الأمراض الجسدية والعجز والوفاة المبكرة؛ فمتلازمة التعب المزمن وأمراض الجهاز المناعي والعجز الجنسي غالبًا ما يصاحبها الاكتئاب والقلق، وغالبًا ما تُجاهل أعراض الاكتئاب أو يرفضها المريض أو أسرته؛ لأنهم يفترضون أن الاكتئاب رد فعل طبيعي للأمراض الجسدية ولا تحتاج إلى اهتمام (Missouri Department of Mental Health, 2011).

وقد عرّف الكثير من الباحثين في ميدان علم النفس والصحة النفسية الاكتئاب بعدة تعريفات.

فعرّفه الملك (١٩٩٧م) بأنه: "شعورٌ بالإحباط والحزن، وهو عاطفةٌ طبيعية يشعُر بها كلُّ الناس في أوقات الشدة، وأمام ضغوط الحياة المختلفة؛ كالإخفاق الدراسي أو العملي، أو فقدان شخصٍ عزيز، وأحيانًا في فتراتٍ مختلفة كالمراهقة وكبر السن، ويزول الاكتئاب بتجاوز هذه الفترات من حياة الإنسان، ويُعدُّ الاكتئاب مرضًا في حد ذاته إذا كانت الأعراض شديدةً وتجاوزت وقتها الطبيعي الذي يُتوقع أن تزول فيه" (ص ٦٦).

وذكر زهران (٢٠٠٥م) أن الاكتئاب: "حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتُعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه" (ص ٥١٤).

ويرى الصيخان (٢٠١٠م) أن الاكتئاب اضطراب في الحالة المزاجية، وعرفه بأنه: "حالة متواصلة من الخلل الذي يحدث في المشاعر الطبيعية لأي شخص، وهو حالة اعتلال جسدي كامل، اعتلال يؤثر على الصحة العامة للشخص المريض، وعلى السلوك الذي يسلكه تجاه الآخرين (ص ٧٤).

أسباب الاكتئاب:

يختلف الاكتئاب من شخص لآخر، ويمكن أن يحدث لسبب واحد أو أكثر، ومن هذه الأسباب ما يلي:

التغيرات الكيميائية:

حين يصاب الناس بالاكتئاب تحدث تغيرات في كيمياء الدماغ أو في النشاط الكهربائي؛ كنقص بعض المواد؛ مثل السيروتونين (Serotonin)، والنورابنفرين (Norepinephrine)، وهذه التغيرات تكون أشد وضوحاً لدى الأشخاص الذين يعانون الكثير من الأعراض الجسدية للاكتئاب (على سبيل المثال: صعوبة النوم، واضطراب الشهية، والخمول)، وحين يتعافى هؤلاء الأشخاص من الاكتئاب تختفي هذه التغيرات ويعود نشاط الدماغ إلى طبيعته، لكن من غير المعروف ما إذا كانت تغيرات الدماغ هي التي تسبب الاكتئاب أو أنها من الآثار الجانبية له، ولكن من المؤكد أن الانفعالات تؤثر على كيمياء المخ وعلى حالة الاتزان النفسي.

(Cambridge University Health Partners, 2017).

الأسباب الوراثية:

لوحظ أن بعض الأسر تختص بوجود حالات متعددة للإصابة بالاكتئاب، ويؤكد ذلك عدد من الدراسات النفسية التي تبين زيادة نسبة الاكتئاب في أسرة المريض ثلاثة أضعاف الأسر العادية، وهذا ما يؤكد العامل الوراثي؛ إذ تشير دراسات التوائم إلى أن التركيب

الوراثي يؤدي دورًا مهمًا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطب (غنيم، ٢٠١٥م، ص ٤٣٧).

وتشير الدراسات أيضًا إلى أن خطر الإصابة بالاكتئاب يزيد من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف بين أقارب الدرجة الأولى للمصاب، مشيرةً إلى أن المتغيرات الجينية يمكن استخدامها علاماتٍ تشخيصيةً (Benton and Wiltshir, 2011, p. 223). مما سبق نجد أن الأفراد يرثون الميلَ إلى الاكتئاب فقط، والذي يساعد على ظهوره وتفاقمه الأحداث التي يمرُّ بها الفرد وطريقة تعامله معها.

العوامل الاجتماعية ونمط الحياة:

حين يتعرض الفرد لكربٍ ومشقةٍ مستمرة تُشعره باليأس والعجز وعدم الحيلة، الأمر الذي يؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ثم ينبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى (عكاشة وعكاشة، ٢٠١٦م).

كما أن تعرض الفرد لحادثٍ صادم في مرحلة الطفولة، أو إساءة المعاملة جسديًا أو عاطفيًا، من الممكن أن يؤثر سلبًا في قدرته على التعامل مع الصعوبات عندما يكبر. (Darton, 2014)

الحالة الطبية:

قد تؤدي الأمراض العضوية إلى الاكتئاب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ويمثل الاكتئاب معها عرضًا أساسيًا أو ثانويًا لتلك الحالة؛ كبعض أمراض الغُدِّ الصَّمِّ كمرض السكر واضطرابات الغُدَّة الدرقيَّة، وبعض الأمراض الروماتزمية، والأمراض السرطانية، وبعض أمراض الجهاز العصبي، إضافةً إلى التهاب الكبد وأمراض الدَّم، وقد يكون الاكتئاب أيضًا من الآثار الجانبية لتناول بعض الأدوية؛ كحبوب منع الحمل، والأدوية المحتوية على الكورتيزون، وبعض مُضادَّات ارتفاع ضغط الدم، وبعض الأدوية المنومة (مصطفى وسند، ٢٠١٥م، ص ص ٤٦٧-٤٦٨).

أعراض الاكتئاب:

أ- الأعراض العاطفية:

يُعدُّ الاكتئابُ من الاضطرابات المزاجية، والتي لها تأثيرٌ غيرٌ طبيعي على العاطفة أو المزاج؛ ومن ذلك: الحُزنُ، والمشاعر المنخفضة، وتهيجُ المزاج، وليس كلُّ الناس يكون الاكتئابُ لديهم على هذا النحو، فقد نجدهم - بدلاً من ذلك - يشعرون بفقدان المتعة في الحياة، واللامبالاة.

ب- الأعراض المعرفية:

وصف البعضُ الاكتئابَ بأنه - بقدرٍ ما هو اضطراب في المزاج - اضطرابٌ في التفكير؛ فعادةً ما يكون لدى الأشخاص المكتئبين أفكارٌ سلبية حول ذواتهم والعالم من حولهم، بالإضافة إلى مستقبلهم؛ فهم يرونُ أنفسهم بلا قيمةٍ، وينتقدون صفاتهم وأفعالهم، وغالبًا ما يشعرون بالذنب لأنهم يُسهبون في التفكير في نقصهم، لذلك نجد أنّ تدني تقدير الذات سمةٌ مشتركة عند المكتئبين، وقد يشعُرُ المكتئبُ أيضًا بالعجز عن إدارة حياته وحلِّ مشكلاته، ويرى أنه لا فائدة من التغيير، بل قد يرى أن هذه التغييرات غيرُ قابلةٍ للتحقيق (Hammen and Watkins, 2018, pp. 2-4).

ويشير مكنزي (٢٠١٣م) إلى أن بعض المشكلات في التركيز والذاكرة قد تكون من أعراض الاكتئاب أيضًا، كما أنه في حالات الاكتئاب المتوسطة والشديدة يسوء المزاجُ ويتعكَّر في فترة الصباح، ويتحسن قليلًا في النهار من دون أن يزول نهائيًا، وهذا ما يُسمَّى بالاختلاف النهاري للأعراض (ص ٩).

ج- الأعراض السلوكية:

يؤثرُ الاكتئابُ على النواحي المختلفة من حياة الفرد، وينعكس ذلك على تصرفاته وسلوكه؛ فتضعف قدرته على العمل، وقد يرفض الذهابَ إليه، وتبدو على وجهه علاماتُ الحُزن والكآبة، ويتَّصف أيضًا مريضُ الاكتئاب بالهبوط الحركي، والكسل العام، وقد تتدهور حالته فتصِل إلى التوقُّف عن الحركة والكلام والطعام والشراب. وأحيانًا يصاب مريضُ الاكتئاب بعكس ذلك؛ فتزيد حركته، ولا يستطيع الجلوس، وترتجف أطرافه، ويعبِّر عن مشاعر الضيق بالصراخ، ولا تُغفل أيضًا الانتحار وهو من الأعراض الأشدَّ خطورةً؛ إذ

يذكر عكاشة وعكاشة (٢٠١٦م) أن ما بين ٥٠-٧٠% من الانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب (ص ٤٢٩).

د- الأعراض الجسدية والآلام العضوية:

تُعدُّ الأعراض الجسدية والآلام العضوية من أكثر الأعراض شيوعًا؛ فيكون الاكتئاب مستترًا خلف الشكاوى الجسدية والآلام، دون أن يكون هناك أسباب عضوية مقبولة؛ كالصداع، وآلام المعدة، والقولون العصبي، واضطرابات الشهية، واضطرابات النوم، وفقد الرغبة الجنسية والعزوف عنها (مختار، ٢٠١٧م، ص ٤٤).

معايير تشخيص الاكتئاب:

ذكرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) عددًا من المعايير التشخيصية للاكتئاب، وهي:

- أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين:
 - ١- مزاج مكتئب أكثر اليوم، وكلّ يوم تقريبًا.
 - ٢- تضاؤل ملحوظ للاهتمام والمتعة في أكثر النشاطات أو جميعها، أكثر الأيام.
 - ٣- فقدان كبير للوزن مع عدم اتباع نظام غذائي، أو زيادة في الوزن، أو نقص الشهية.
 - ٤- الأرق أو فرط النوم كلّ يوم تقريبًا.
 - ٥- التهيُّج أو التباطؤ الحركي كلّ يوم تقريبًا.
 - ٦- التعب وفقدان الطاقة كلّ يوم تقريبًا.
 - ٧- مشاعر تافهة أو متطرّفة أو غير لائقة للشعور بالذنب. (American Psychiatric Association, 2013).

بعض النظريات المفسّرة للاكتئاب:

النظرية المعرفية cognitive theory:

تركّز النظرية المعرفية على معتقدات الناس بدلًا من سلوكهم؛ إذ يؤدّي الاكتئاب إلى التحيز السلبي المنهجي في عمليات التفكير، ويُعدُّ بيك (Beck) أحد أهمّ رُواد هذه النظرية، وقد حدّد ثلاثة عناصر أساسية للاكتئاب سمّاها "الثالوث المعرفي"، وهي:

١- النظرة السلبية للذات.

٢- النظرة السلبية للعالم.

٣- النظرة السلبية للمستقبل.

ويرى أن هناك مبدأً أساسياً من النموذج المعرفي؛ وهو أن المخطوطة المعرفية دائماً ما تتوسط بين التجربة والاستجابة الانفعالية السلبية، كما يرى أنها أفكار تلقائية؛ فالشخص ليس واعياً بالعملية التفسيرية، وقد لا يكون على دراية بهذه الأفكار، ولكنه يكون واعياً بالعواقب الانفعالية لهذه الأفكار السلبية (Rehm, 2015).

هذا وتفسر النظرية المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج، هذه أهمها:

أ- نموذج التشويه المعرفي: إذ يرى بيك أن التشويه المعرفي يحدث نتيجة الأفكار التلقائية، والتي يتقبلها مريض الاكتئاب من دون تمحيص، ومن هذه الأفكار التلقائية المشوهة ما يلي:

ب- الاستدلال الخاطئ: بناء تعميمات أو استنتاجات على عناصر معينة في الموقف، على الرغم من عدم وجود دلالات منطقية أو أدلة مدعّمة.

ج- التجريد الانتقائي: يبني الفرد استنتاجه على العناصر السلبية في الموقف، ويتجاهل العناصر والأدلة الإيجابية الأشدّ دقّة.

د- المبالغة في التعميم: حين يُطلق الفرد أحكاماً سلبية عامةً عن ذاته أو عن قدراته؛ بناءً على حدث واحد قد يكون تافهاً أو عديم القيمة.

هـ- التّفخيم والتّهويل/ مقابل التّحقير والتّهوين: ويعني المبالغة في أهمية الأحداث السلبية، وفي الوقت نفسه التّحقير من الأحداث الإيجابية التي يتعرّض لها الفرد.

و- لوم الذات وانتقادها: إذ يفسّر الفرد الأحداث بشكلٍ تبرز فيه عيوبه، ويجعله ذلك يحقر من شأن ذاته ويُلقِي باللائمة عليها.

ز- الكل أو لا شيء: إذ يميل الفرد إلى التفكير بصورةٍ مُطلّقة.

ح- نماذج العزو Attributional Models:

تمثّل نماذج العزو ثاني أهمّ التفسيرات المعرفية للاكتئاب، وتشتمل على ثلاثة نماذج:

نموذج العجز المكتسب أو المتعلم **Learned Helplessness**:

افترض النموذج سليجمان (Seligman, 1957)، وركّز فيه على ثلاثة أبعاد حول العزو، وهي:

أولاً: إدراك أن أحداث الحياة المهمة خارجة عن سيطرته وإرادته.
ثانياً: عزو هذه الأحداث إلى أسباب داخلية في ذاته وليست في الموقف.
ثالثاً: افتراض أن هذه الأحداث مستمرة وليست مؤقتة (ارتباطات بمشاعر التشاؤم واليأس).
رابعاً: تعميم هذه الخبرة السيئة على جميع مجالات حياته، وعدم حصرها ضمن هذا الموقف.

نموذج أسلوب العزو **Attributional Model**:

ركّز أبرمسون وزملاؤه (١٩٧٨) على الطريقة التي يفسر بها المكتتب أسباب الأحداث التي يتعرّض لها، وافترضوا أن المصاب بالاكنتاب لديه ثلاثة أنواع من أساليب العزو، وهي:

أولاً: أسلوب العزو الداخلي: الميل إلى عزو الأحداث السلبية إلى مشاعر الفرد الداخلية وعدم كفايته.
ثانياً: أسلوب العزو الثابت: الاعتقاد بأن أسباب الأحداث السلبية ثابتة عبر الزمن لا تتغير.

ثالثاً: أسلوب العزو الشامل: الاعتقاد بأن أسباب الأحداث السلبية لها آثار عامة وغير محدودة على حياة الفرد، ومن ثمّ تؤثر على جميع نواحي حياته.

نموذج الاستهداف للضغط **Diathesis-Stress**:

نظراً للانتقادات التي وُجّهت للنموذجين السابقين صاغ أبرمسون وزملاؤه (١٩٨٩م) هذا النموذج، مفترضين أن العجز أو اليأس سببٌ يعجل بظهور الاكنتاب؛ فاليأس يتطور حين يتعرّض الفرد المصاب بالحساسية المعرفية (الاستهداف) لأحداثٍ ضاغطة أو سلبية، وينتج عن ذلك أساليب عزو سلبية تتسم بالثبات والشمول (في عبد الرحمن، ٢٠١٤م، ص ٣٥٠-٣٥٣).

نظرية التحليل النفسي Psychodynamic Theory:

حذّر فرويد (Freud) من أن الكثير من حالات الاكتئاب تُرجع إلى عوامل بيولوجية، ومع ذلك جادل بأن بعض حالات الاكتئاب يمكن أن تكون مرتبطة بفقدان أحد الوالدين أو رفضهما، ورأى أن الاكتئاب مثل الحزن، وغالبًا ما يحدث رد فعل على فقدان علاقة مهمة؛ فالفرد الذي يعاني من الاكتئاب يرى نفسه عديم القيمة، فيؤجبه غضبه من الشخص المفقود إلى الداخل نحو الذات، وهذا من شأنه أن يقلل من تقدير الفرد لذاته، ويُعرضه لخطر الاكتئاب في المستقبل، ووفقًا لذلك يمكن أن تتعارض الأجزاء الواعية واللاواعية من العقل بعضها مع البعض الآخر، وينتج من خلالها القمع، وبصفة عامة تشير نظريات التحليل النفسي إلى أنه يجب على الشخص أن يحلّ بنجاح النزاعات الداخلية من أجل التغلب على القمع وتحقيق الصحة النفسية، وعلى الجانب الآخر يكون المرض العقلي هو الإخفاق في حلّ هذه الصراعات (Armstrong, 2011).

إن فرضية التحليل النفسي تبين أن الأشخاص الذين تعلموا كبت مشاعرهم العدائية - خشية ابتعاد من يساندتهم - هم الأشخاص الأكثر عرضة للاكتئاب، ودائمًا ما يُلقون باللائمة على أنفسهم، ونظرية التحليل النفسي - في تفسيرها للاكتئاب - تؤكد على الخسارة والإتكالية والاعتماد الزائد على الآخرين، إضافة إلى الأسباب الداخلية للغضب (حسين، ٢٠١٣م، ص ٤٣-٤٤).

علاج الاكتئاب:

العلاج النفسي:

العلاج بالتحليل النفسي:

يهدف هذا العلاج إلى البحث عن جذور المشكلة التي يعاني منها المريض، ويحدث ذلك عن طريق عقد جلسات استماعٍ مُطوّلة مع المريض، وتحليل كلامه بدقة، وتعتمد هذه الجلسات على براعة المعالج وقدرته على جعل المريض ينقل إليه مشاعره (مختار، ٢٠١٧م، ص ١٨٠-١٨١).

وهو أيضا يساعد المريض على تقبل الحقائق والتكيف معها للوصول إلى شخصية ناضجة، وهو علاج فردي لمختلف الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب (لازاروس، ٢٠٠٢م).

أ- العلاج المعرفي:

يعتمد العلاج المعرفي على أن تفكير الفرد هو المسؤول عن انفعالاته وسلوكياته، وهو بذلك يهدف إلى تغيير الانفعالات والسلوكيات عن طريق تغيير طريقة التفكير، وينطلق العلاج المعرفي - من المبادئ الأساسية لعلم النفس المعرفي - لتعديل الأفكار، ومن ثم تعديل انفعالات الأفراد وسلوكهم، وتتلخص تقنيات العلاج المعرفي في تحريك الوظائف المعرفية لدى مريض الاكتئاب إلى اتجاه إيجابي يهدف إلى تصحيح أسس التفكير، وفي هذا النوع من العلاج يساعد المعالج مريضه عن طريق تخفيف أهوال الأحداث والعواقب، واقتراح أسباب بديلة تقوده إلى أفكار إيجابية. لكن هناك مأخذ على هذا العلاج تكمن في كون فهم الحياة ليس عقليا دائما؛ فهناك أمور يصعب فهمها باستخدام التفكير والمنطق (شكشك، ٢٠٠٩م، صص ١٨٠-١٨١).

مرض السكر من النوع الثاني (Type 2 Diabetes):

مفهوم مرض السكر:

يحدث مرض السكر حين يعجز الجسم عن الاستخدام السليم للجلوكوز، والذي يعد مصدر الطاقة الرئيسي، ونتيجة لذلك يرتفع مستوى الجلوكوز في الدم. ويُعرف داء السكر بأنه: "اختلال في عملية أيض السكر، يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة؛ قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب عوامل وراثية" (الحميد، ٢٠٠٧، ص ٦).

ويعد من الأمراض المزمنة المعقدة، وينتطلب رعاية طبية مستمرة، وقد اتخذت الجمعية الأمريكية للسكري (ADA) موقفاً جديداً من الرعاية النفسية والاجتماعية في علاج داء السكري، فحدت معايير الرعاية لمعالجة المسائل النفسية والقضايا الاجتماعية في جميع جوانب الرعاية، ومن ذلك الإدارة الذاتية، والصحة النفسية، والاتصالات، والمضاعفات، والأمراض المصاحبة (American Diabetes Association, 2017).

أعراض مرض السكر:

العَرَضُ الرئيسي هو ارتفاعُ مستوى السكر في الدَّم، ويمكن الاستدلالُ عليه من خلال الأعراض التالية:

- شرب الماء بكثرة.
- زيادة عدد مرَّات التبوُّل اليومي، وخصوصاً في الليل.
- فقدان الوزن السَّريع.
- جفاف الفم.
- كثرة النوم.
- بطء عملية التئام الجروح.
- الالتهابات الجلدية المستمرة (عبد الواحد، ٢٠١٣م، ص ١١).

أنواع مرض السكر:

هناك عدَّة أنواع لمرض السكر:

١- السكر النُّوع الأوَّل:

يحدث بسبب مناعةٍ ذاتيةٍ تَهْجُم على خلايا بيتا المنتجة للأنسولين، ويمكن لهذا النوع أن يصيب الأطفال أو البالغين، ولكنه معروفٌ تقليدياً بسُكَّرِي الأطفال؛ لأن أكثر المصابين به من الأطفال (جابر، ٢٠١٦م).

٢- السكر النُّوع الثاني:

وفيه لا يُستخدم الجسمُ الأنسولين بشكلٍ صحيح، وهذا ما يُسمَّى بمقاومة الأنسولين؛ ففي البداية يُفرز البنكرياسُ المزيدَ من الأنسولين لتعويض ما حصل، لكن مع مرور الوقت يَعَجَز البنكرياسُ عن مُواكبة ذلك، فلا يستطيع إفرازَ ما يكفي من الأنسولين للحفاظ على مستويات الجلوكوز الطبيعية في الدَّم، وداءُ السُكَّرِي الثانوي يحدث نتيجةً لوجود عِلَّةٍ مَرَضِيَّةٍ تُؤثِّر على الخلايا المُفرزة للأنسولين في البنكرياس (ADA, 2017).

٣- سكر الحمل:

وهو الأقل انتشارًا، ويظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يُصَبْنَ بمرض السكر في السابق، وغالبًا يعود سكر الجلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة (الحميد، ٢٠٠٧م).

أسباب داء السكري النوع الثاني:

يحدث داء السكري من النوع الثاني نتيجة لعدم كفاية إنتاج الأنسولين، أو بسبب مقاومة الجسم للأنسولين، ومُسببات داء السكري النوع الثاني تبدو غير متجانسة، حتى التفاعل المعقد من علم الوراثة، والبيئة، وعوامل الخطر في نمط الحياة (السمنة، وانخفاض النشاط البدني)، إضافة إلى تشوهات الأنسولين.

ويرتبط هذا الداء مع مقاومة الأنسولين الأولية وفرط الأنسولين مع فشل خلية بيتا الثانوية. وهناك حوالي (٨٠%) من المرضى المصابين بداء السكري النوع الثاني مصابون بالسمنة، ولذلك يرى الأطباء أن لها دورًا مهمًا في زيادة الإصابة به، كما أن المرضى الذين عانوا في فترة من فترات حياتهم من ضعف تحمل الجلوكوز معرضون للإصابة به (Johnson and Carlson, 2003).

وقد تكون الضغوط الانفعالية المستمرة من مسببات مرض السكر؛ وذلك بسبب الزيادة المستمرة في إنتاج هرمونات الضغط الذي يحول البروتينات والدهون إلى جلوكوز لكي يعوّض الاستخدام السريع له أثناء الانفعال، وهي عملية حيوية تحدث عند استجابة الفرد لموقف ضاغط، ولكن فور انتهاء هذا الموقف يتوقف إنتاج هرمون الضغط، وتعود عمليات الأيض إلى مستواها الطبيعي (عبد العزيز، ٢٠١٠م، ص ٣٣٣).

مرض السكر (النوع الثاني) والاكنتاب:

يقوم التكيف مع مرض السكري على العاملين الجسدي والنفسي؛ إذ يتطلب تعديل نمط حياة الفرد لتطبيق النظام العلاجي والسيطرة على المرض، فينشأ الضغط من جراء تطبيق نمط حياة صحي جديد، والمواظبة على زيارة الطبيب في مواعيد محددة، وأخذ حقن الأنسولين، أو تناول أدوية السكر، والتي من الممكن أن تكون أحد أسباب الضغوط

النفسية الشديدة التي تؤثر على حياة الفرد بدرجةٍ قد تؤدي إلى إصابته بالاكنتاب (خضر، ٢٠١٦م، ص ١٣٠).

وقد ركزت البحوث الحديثة على الاعتلال المشترك بين المرض النفسي وداء السكرى النوع الثاني، وهناك أدلةٌ مُقنعة على أن الاكنتاب هو الأشد شيوعاً في المرضى الذين يعانون من داء السكرى النوع الثاني، وهناك عددٌ قليل من الدراسات أشارت إلى أن العقاقير الدوائية قد تخفف أعراض الاكنتاب، وقد تحسّن عملية السيطرة على نسبة السكر في الدم، ولكن مضادات الاكنتاب التقليدية لها آثارها الجانبية (زيادة الوزن، والخلل الجنسي، والآثار الجانبية للكولين)، والتي تستدعي تقليص المرضى المصابين بالسكر من النوع الثاني استخدامها.. (Johnson and Carlson, 2003)

وهناك تحليلات إحصائية نُشرت في عام (٢٠٠١م) ذكرت أن (١١٪) من المرضى المصابين بمرض السكر يعانون من اضطراب الاكنتاب الرئيسي، و(٣١٪) منهم يعانون من أعراض اكتئابية كبيرة، وأفاد تحليل إحصائي آخر نُشر في عام (٢٠٠٦م) بانتشار الاكنتاب بشكلٍ ملحوظ بين مرضى السكرى، بنسبة (١٧.٦٪) مقارنةً بغير المصابين به (٩,٨%)

(Hasan, Clavarino, Al Mamun, Doi, and Kairuz, 2016).

وهناك مجموعة من العوامل تسهم في زيادة انتشار الاكنتاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة، ومنها مرض السكر؛ إذ يؤثر هذا المرض على الأنشطة البدنية للمرضى، وعلاقاتهم الاجتماعية، والوظائف الحيوية، ويسبب انخفاضاً في رفاهيتهم النفسية، ومن ثمّ تحدث صعوبات في التكيف مع المرض؛ فانعكاسات الأمراض المزمنة على نوعية الحياة لها دورٌ مهمٌ في تنظيم المرض والتكيف معه (في هدى حسن، ٢٠٠٦م، ص ٥٧-٥٨).

الدراسات السابقة:

المحور الاول : دراسات تناولت الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال:

أجرى كلٌّ من كارنيفسكي وكومبان وكراج وكيث (Garnefski, Koopman, Kraaij, and Cate, 2009) دراسةً هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الإستراتيجيات المعرفية

لتنظيم الانفعال، وبين التوافق النفسي لدى عيّنة من المراهقين المصابين بمرض التهاب المفاصل (الرُّوماتويد)، وطُبّق استبيانُ الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال من إعداد كارنيفسكي وآخرين (Garnefski, et al., 2001)، وأظهرت النتائجُ أن إستراتيجيَّتي الاجترار والتصور الكارثي للأحداث هُما أهمُّ الإستراتيجيات التي تُتَّبى بانخفاض التوافق النفسي لدى المراهقين المصابين بالتهاب المفاصل، واستنتجت الدراسةُ أن الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال تؤدي دورًا مهمًّا في إستراتيجيات التدخل العلاجي والوقائي لرفع مستوى التوافق النفسي عند من يعاني من مرضٍ مزمن .

وفي دراسةٍ هدفتُ إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وصلتها بالقلق، أجراها كلُّ من زلومكي وهان (Zlomke and Hahn, 2010) على عيّنة تكوّنت من ١٠٨٠ فردًا (٢٩١ من الذكور، ٧٨٩ من الإناث)، تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٨ سنةً، وتكوّنت الأدواتُ من استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال من إعداد كارنيفسكي وآخرين (Garnefski, et al., 2001)، واستبيان أحداث الحياة لنوربيك (Norbeck, 1984)، ومقياس الاكتئاب والقلق والتوتر (DASS)، توصّلت نتائجُ الدراسةُ إلى ارتباط إستراتيجية التخطيط بانخفاض مستويات القلق والتوتر لدى كلِّ من الذكور والإناث، كما أن استراتيجية لوم الذات والتهويل ارتبطتُ بازدياد مستوى القلق وزيادة الأعراض الفسيولوجية الناجمة عنه، كما ارتبطتُ إستراتيجيًا إعادة التقييم الإيجابي والقبول بانخفاض القلق لدى النساء.

وهدفتُ دراسةُ أجراها كلُّ من (عبد الهادي وأبوجدي، ٢٠١٢) إلى معرفة الإستراتيجيات المعرفية الشائعة لتنظيم الانفعال لدى عيّنة من طلبة الجامعات الأردنية، في ضوء متغيّرات النوع والجامعة والتخصّص، وتكوّنت عيّنة الدراسة من طلبة الجامعات الأردنية، وتألّفت من (٣٨٣) طالبًا وطالبةً من تخصّصاتٍ متنوّعة، وطُبِّقتُ عليهم الصورةُ المعرّبة والمقنّنة على البيئة الأردنية لمقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعالات، من إعداد كمهولز وهايز وكارفر وجوليفر وبييرلمان (Kamholz, Hayes, Crver, Gulliver and Perlman, 2006)، وبيّنتُ نتائجُ الدراسةُ أن إستراتيجية الأفكار الدينية احتلّت المرتبة الأولى لكونها أكثر الإستراتيجيات استخدامًا من قِبَل طلبة الجامعات، تليها

إستراتيجية تحليل الانفعالات والمواقف، فالنمو وإعادة التشكيل، وكانت أقل الإستراتيجيات استخداماً هي إستراتيجية التقليل من أهمية الموضوع، بالإضافة إلى وجود فروق بين الطلبة في الإستراتيجيات تُعزى إلى النوع والمستوى الدراسي والجامعة؛ فكانت الإناث أكثر استخداماً لإستراتيجيتي الأفكار الدينية والمقارنة مع أحداثٍ سابقة واختبار الواقع، بينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة بين الطلبة تُعزى إلى التخصص.

كما هدفت دراسة غانم ونوري (٢٠١٣م) إلى التعرف على إستراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعال، وصعوبات تنظيم الانفعال، وقد بلغ عدد العينة (٢٧٥) من طلاب الجامعة وطالباتها، وطبق الباحثان استبيان التنظيم المعرفي للانفعال لكارنيفسكي وآخرين (Garnefski, et al. 2001) بعد أن ترجماه، وأظهرت النتائج أن طلبة الجامعة يميلون إلى استخدام إستراتيجيات معرفية لتنظيم انفعالاتهم، وأشارت إلى عدم وجود صعوبات لدى الطلاب في التنظيم المعرفي للانفعال، باستثناء المشاركة في السلوك الموجّه نحو الهدف.

المحور الثاني :- دراسات تناولت الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني:

أجرى العنزي (٢٠٠٩) دراسة هدفت إلى الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السكري والأصحاء من الراشدين، وتكوّنت العينة من (٣١٣) فرداً، وكان عدد مرضى السكري (١٤٩) فرداً، وعينة الأصحاء (١٦٤) فرداً، واستُخدم في هذه الدراسة مقياس بيك للاكتئاب، وأظهرت النتائج وجود فروق في درجة الاكتئاب لدى كل من مرضى السكري والأصحاء في محافظة القُريّات، لصالح مرضى السكري، وفيما يتعلّق بالاكتئاب لدى مرضى السكري أظهرت النتائج عدم وجود فروق تُعزى لأثر كل من: الجنس، والفئة العمرية، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي.

وأجرى نووين وآخرون (Nouwen, et al . 2010) دراسة تناولت ارتباط مرض السكري النوع الثاني ببداية الاكتئاب من خلال استعراض الأدب وإجراء التحليل التلوي للدراسات الطولية حول هذا الموضوع؛ إذ بُحث في (EMBASE و MEDLINE و PsycInfo) عن المقالات المنشورة حتى سبتمبر ٢٠٠٩، وضُمّن البحث جميع الدراسات التي بحثت العلاقة بين مرض السكر النوع الثاني وبين بداية الاكتئاب، وجاءت المراجعة المنهجية والتحليل التلوي لإحدى عشر دراسة شملت (١٧٢,٥٢١) مشاركاً، منهم

(٤٨,٨٠٨) شخصًا يعانون من داء السكرى النوع الثاني، وأظهرت نتائج هذه المراجعة أن الأشخاص المصابين بداء السكرى النوع الثاني لديهم خطرٌ أعلى للإصابة بالاكنتاب بنسبة ٢٤%، مقارنةً بالأشخاص الذين لا يعانون من مرض السكرى، إلا أن الآليات الكامنة وراء هذه العلاقة لا تزال غير واضحة، وتستدعي المزيد من البحوث.

وأجرى كلٌّ من جمعي، وسلّمى معوض، ومنصور، ونجاة إبراهيم، وموسى، ووفاء نادرة (Gemeay, Moawed, Mansour, Ebrahiem, Moussa, and Nadrah, 2015)

دراسةً هدفت إلى تقييم تواتر الاكنتاب بين المرضى السعوديين المصابين بالسكر، والارتباط بين الاكنتاب ونوع مرض السكرى، وتكوّنت عيّنة الدراسة من ١٠٠ مريض ومريضة (٢٧ مريضًا بالنوع الأول، و٢٩ مريضًا بالنوع الثاني، و٤٤ امرأة مصابةً بسكر الحمل)، في مركز السليمانية للرعاية الطبية في مدينة الرياض، تراوحت أعمارهم بين ٤٥-٤٩، وكان أكثر من ٧٦% من الإناث، وأكثر من نصف المجموعة مصابون بمرض السكر منذ سنةٍ إلى أربعة سنوات، وتوصّلت نتائج الدراسة إلى وجود الاكنتاب بنسبة ٣٧% لدى مرضى السكر النوع الأول، وبنسبة ٣٧,٩% لدى مرضى السكر من النوع الثاني، بينما بلغت نسبة الاكنتاب لدى المصابات بسكرى الحمل ١٣,٦%.

المحور الثالث :- دراسات تناولت الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال والاكنتاب:

أجرى كلٌّ من راين وإريك (Ryan and Eric, 2005) دراسةً هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وبين كلٍّ من: الاكنتاب، والقلق، والتوتر، والغضب، وتكوّنت العيّنة من ٣٦٢ (٢٨٦ من الإناث، و٧٦ من الذكور) تراوحت أعمارهم بين ١٨-٥٥ سنةً، وطُبّق استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال من إعداد كارنيفسكي وكرج وسفيهوفن (Kraaija, Garnefski, and Spinhoven, 2001)، وقائمة الغضب حالة-سمة والتعبير عنه، النسخة الثانية (STAX-2)، ومقياس الاكنتاب، والقلق، والتوتر (DASS)، وأثبتت النتائج وجود علاقةٍ إيجابية بين إستراتيجيات لوم الذات والاجترار والتهويل وبين كلٍّ من الاكنتاب والقلق والتوتر والغضب، وكذلك وجود علاقةٍ سلبية بين إستراتيجيات إعادة التركيز الإيجابي

والتخطيط وإعادة التقويم وبين الاكتئاب، بالإضافة إلى الارتباط الإيجابي بين إستراتيجية القبول والاكتئاب، وتوصّلت النتائجُ أيضاً إلى وجود اختلافٍ بسيطٍ في استخدام الإستراتيجيات بين الذكور والإناث؛ إذ سجّلت الإناثُ نسبةً أعلى في استخدام إستراتيجية الاجترار، والتصور الكارثي، وإعادة التركيز والتقويم الإيجابي، والتخطيط، بينما سجّل الذكورُ نسبةً أعلى في استخدام إستراتيجية إلقاء اللوم على الآخرين.

وأجرى كلٌّ من كرانيفسكي وكريج (Garnefski and Kraaij, 2006) دراسةً هدفتُ إلى معرفة العلاقة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وبين أعراض الاكتئاب لدى خمس عيّناتٍ محدّدة، هي: مرحلة المراهقة المبكرة وتتراوح أعمارهم بين (١٢-١٥) سنةً، ومرحلة المراهقة المتأخّرة وتتراوح أعمارهم بين (١٦-١٨) سنةً، وبالغون من عامّة الناس وتتراوح أعمارهم بين (١٨-٦٥) سنةً، وكبار السنّ الذين تتراوح أعمارهم بين (٦٦-٩٧) سنةً، وأخيراً عيّنة المرضى النفسيين وتتراوح أعمارهم بين (١٨-٦٥) سنةً، وطُبّق استبيانُ الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لكرانيفسكي وآخرين (Garnefski, et. al., 2001)، وقيسَ الاكتئابُ عن طريق مقياس أعراض الاكتئاب (SCL)، باستثناء عيّنة المسنّين الذين قيست أعراضُ الاكتئاب لديهم بمقياس الاكتئاب للمسنّين (GDS)، وأظهرت النتائجُ أن إستراتيجية اللوم الذاتي، ولوم الآخرين، والاجترار، والتصور الكارثي للأحداث، يستخدمها بشكلٍ كبيرٍ المرضى النفسيون، أمّا الإستراتيجيات الأخرى - كإعادة التركيز الإيجابي، والتقبّل، إضافةً إلى تقليل أهمية الأحداث السلبية - فكانت أكثر استخداماً لدى كبار السنّ.

كما أثبتت الدراسة أن استخدام إستراتيجيتي التخطيط وإعادة التقويم الإيجابي كانت أكثر استخداماً من قبل عيّنة البالغين، وأظهرت الدراسةُ ارتباطاً إيجابياً بين إستراتيجيتي التصوّر الكارثي للأحداث والاجترار وبين أعراض الاكتئاب لدى جميع العيّنات، واستنتجت الدراسةُ إمكانيةً التنبؤ بأعراض الاكتئاب عن طريق استخدام هذه الإستراتيجيات.

وأجرى كلٌّ من بينيا وباتشيكو (Pena and Pacheco, 2012) دراسةً هدفتُ إلى الكشف عن دور الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال في العدوان اللفظي والجسدي والاكتئاب لدى المراهقين، وتكوّنت العيّنة من (٢٤٨) طالباً وطالبةً من المدارس العامّة في

مدنية مَلَقا الإسبانية، تتراوح أعمارهم بين (١١-١٨) سنة، وطُبِّق استبيانُ الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لكارنيسكي وآخرين (Garnefski, et al., 2001)، والنسخةُ المختصرةُ من قائمة اكتئاب الأطفال (CDI:S)، ومقياسُ العدوان الجسدي واللَّفْظي (AFV) (Caprara and Pastorelli, 1993)، وأظهرت النتائجُ أن إستراتيجية القبول والاجترار والتهويل تُنبئُ بالاكْتئاب، وإستراتيجية اللُّوم الذاتي والاجترار تُتنبأُ بمستوى عالٍ من العدوان لدى الذكور فقط، وكانت إستراتيجية التقييم الإيجابي هي الأكثرُ استخدامًا لدى العينة، وإستراتيجية إلقاء اللُّوم على الآخرين الأقلُّ استخدامًا، كما أشارت النتائجُ إلى ارتفاع الاكْتئاب لدى الإناث، بينما حَقَّق العدوان ارتفاعًا أعلى لدى الذكور.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وبين الاكْتئاب لدى المصابين بمرض السكر من النوع الثاني في مدينة الرياض، لذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي؛ وهو استقصاءً يركِّز على ظاهرة قائمة في الحاضر؛ بقصد تشخيصها والكشف عن أبعادها، وتحديد العلاقات بين عناصرها، أو بينها وبين ظواهر أخرى. (العزاوي، ٢٠٠٨م، ص ٩٧).

مجتمع الدراسة:

يتكوَّن مجتمعُ الدراسة من المصابين والمصابات بمرض السكر (النوع الثاني)، المتردِّدين على عيادات الغُدِّد الصُّمِّ والسكر في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في مدينة الرياض، وهي: (مدينة الملك فهد الطبية، ومدينة الملك سعود الطبية، ومستشفى الملك سلمان بن عبد العزيز)؛ وإذ لم تتوفر إحصاءات دقيقة لمرضى السكر (النوع الثاني) في المستشفيات السابقة، تكتفي الباحثة بذكر عدد مرضى السكر من النوع الثاني في منطقة الرياض؛ وهو (٧٨٣٠٧) مريضًا (وزارة الصحة، ١٤٣٨هـ).

عينة الدراسة:

تكوّنت عينة الدراسة من (١٥٥) مريضاً ومريضةً يعانون من مرض السكر (النوع الثاني) ممّن يتردّدون على مركز السكري والغُدّد الصّمّ بمدينة الملك فهد الطبية في مدينة الرياض، اختيروا بالطريقة المقصودة، وهي طريقة مناسبة لطبيعة مجتمع الدراسة، وتعدّ مدينة الملك فهد الطبية في الرياض من أكبر المدن الطبيّة المستقلّة في الشرق الأوسط، ويوجد بها أربعة مراكز منها المركز التخصصي للسكري والغُدّد الصّمّ.

وفيما يلي وصف لبعض خصائص عينة الدراسة:

خصائص عينة الدراسة:

تتمثّل المتغيّرات الديموغرافية التي يتّصف بها أفراد العينة في: النوع، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، وذلك على النحو التالي:

من حيث النوع:

جدول (٣-١): توزيع أفراد العينة وُقّف متغيّر النوع (ن = ١٥٥)

النوع	التكرارات	النسب المئوية
ذكور	٦٧	٤٣,٢%
إناث	٨٨	٥٦,٨%
المجموع	١٥٥	١٠٠%

تشير نتائج الجدول (٣-١) إلى توزيع أفراد العينة وُقّف متغيّر النوع، وقد تقارب عدّد الذكور والإناث من أفراد العينة؛ فبلغت نسبة الذكور (٤٣,٢%)، وبلغت نسبة الإناث (٥٦,٨%).

- من حيث عدد سنوات الإصابة بالمرض:

جدول (٣-٢): توزيع أفراد العينة وُقّف مدّة الإصابة بمرض السكري (ن = ١٥٥)

مدّة الإصابة بمرض السكري	التكرارات	النسب المئوية
٥ سنوات فأقلّ	٤٠	٢٥,٨%
٦-١٠ عاماً	٢٩	١٨,٧%
١١-١٥ عاماً	٣٩	٢٥,٢%
١٦ فما فوق	٤٧	٣٠,٣%
المجموع	١٥٥	١٠٠%

تشير نتائج الجدول (٣-٢) إلى تباين نسب توزيع المرضى المصابين بالسكر من النوع الثاني، وقد بلغت نسبة المرضى المصابين لمدّة ٥ سنوات فأقلّ (٢٥,٨%)، وبلغت

النسبة (١٨,٧%)، لمن يعانون من السكر لمدة (٦-١٠) أعوام، وبلغت النسبة (٢,٢٥%) لمن يعانون من السكر لمدة (١١-١٥) عامًا، ونسبة المرضى الذين يعانون من السكر من النوع الثاني لمدة (١٦) عامًا فما فوق (٣,٣٠%).
أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة عددًا من الأدوات لجمع المعلومات من عينة الدراسة، وتحليلها إحصائيًا لاختبار صحة الفروض، وشملت ما يلي:

١- صفحة البيانات الأساسية، من إعداد الباحثة، الملحق (١).
٢- استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، من إعداد: كارنيفسكي وكريج وسينيهوفين (Garnefski, Kraaij, and Spinhoven, 2001)، تعريب الباحثة وتقنيها.

٣- قائمة بيك للاكتئاب، ترجمة: غريب (٢٠٠٠م)، الملحق (٢).
وفيما يلي تعرض الباحثة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على عينة استطلاعية اختيرت بالطريقة العشوائية، من المصابين بمرض السكر من النوع الثاني بمدينة الرياض.
استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال:

ترجمت الباحثة استبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، وهو من إعداد كارنيفسكي وآخرين (Garnefski, et al.)، ويعتمد على أسلوب التقدير الذاتي لقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال للراشدين والمراهقين الذين يبلغون أكثر من (١٣) عامًا، ويتكوّن من (٣٦) بندًا موجب الاتجاه، ويشير كلُّ بندٍ إلى ما يفكر فيه الفرد بعد حدوث أحد مواقف الحياة الضاغطة.

والاستبيان يقيس تسع إستراتيجيات معرفية مختلفة لتنظيم الانفعال، وكلُّ إستراتيجية تتكوّن من أربع جُمَلٍ تقريرية، وتشير إلى ما يفكر فيه الفرد، لا إلى ما يفعله بعد تجربة أحداث الحياة السلبية أو المجهدة، وهي على النحو التالي:

١- لوم الذات. ٢- لوم الآخرين. ٣- الاجترار. ٤- التصوّر الكارثي للأحداث السلبية. ٥- التقليل من أهمية الأحداث السلبية. ٦- إعادة التركيز الإيجابي. ٧- إعادة التقييم الإيجابي. ٨- التقليل. ٩- التخطيط.

الصلاحية السيكمترية للاستبيان من قِبَل مُعِدِّ الاستبيان:

يتمتع الاستبيانُ بدرجة عالية من الثبات والصدق، أكّدتها سلسلة من الدراسات أجرتها كارنفسكي وآخرون في الفترة ما بين (٢٠٠١-٢٠٠٧).

الصدق: أسفرت نتائج التحليل العاملي عن تشبّع البنود على تسعة عوامل، تراوحت تشبّعاتها بين (٠,٥٥-٠,٨٥)، أمّا الاتساق الداخلي فقد تراوحت معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية التسعة بين (٠,٠٨-٠,٦٩) (السيد، ٢٠١٢م).

الثبات: تراوحت معاملات ألفا للمقاييس الفرعية التسعة بين (٠,٧٥-٠,٨٦)، بينما تراوحت معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار بين (٠,٤٨-٠,٦٥).

خطوات تعريب الاستبيان وتقنيته من قِبَل الباحثة:

١- تمت ترجمة الاستبيان من اللّغة الإنجليزية إلى اللّغة العربية.

٢- تم عرضه على متخصص في الترجمة.

٣- تم عرضه على متخصص في اللغة العربية.

٤- تم عرضه على متخصصين في علم النفس

٥- تم حساب الصدق.

٦- تم حساب الثبات.

الصلاحية السيكمترية للاستبيان في الدراسة الحالية:

الصدق

استخدمت الباحثة الطُرقَ التالية لحساب الصدق:

- صدق المحكّمين:

بعد أن ترجمت الباحثة الاستبيان من اللّغة الإنجليزية إلى اللّغة العربية، وعرضته على متخصص في الترجمة للتأكد من صحّة ترجمة الباحثة لعبارات الاستبيان، ثم عرضه على متخصص في اللّغة العربية للتأكد من سلامة الصياغة، عُرض الاستبيان في صورته الأولى في الملحق (٣) على (١٢) من المحكّمين الأكاديميين ذوي الخبرة والاختصاص، من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية، وفي الملحق (٤) أسماء المحكّمين، وجهات عملهم، وقد طُلب منهم إبداء رأيهم في الأداة: من حيث وضوح العبارة، وسلامة

صياغتها، وأي ملاحظات على الاستبيان. وقد استفادت الباحثة من ملاحظات المحكمين في إعادة صياغة بعض العبارات، وتوصلت إلى الصورة النهائية للاستبيان، في الملحق (٥).

صدق الاتساق الداخلي:

حسبت الباحثة معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد، بعد حذف درجة المفردة، وشملت الإستراتيجيات (لوم الذات، والتقبل، والاجترار، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، وإعادة التقويم الإيجابي، والتقليل من أهمية الأحداث السلبية، والتصور الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين)، وذلك على العينة الاستطلاعية المكونة من (٦٥) مريضاً ومريضة؛ بغية التحقق من صدق المقياس، والجدول التالي يوضح قيم معاملات الارتباط.

جدول (٣- ٣) معاملات ارتباط درجات البنود بالدرجة الكلية للبعد، بعد حذف بند مقياس

الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال (ن = ٦٥)

الإستراتيجيات	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط
لوم الذات	١	٠,٦٤٦	١٠	٠,٧٤٧	١٩	٠,٥٢٤	٢٨	٠,٥١٩
التقبل	٢	٠,٥٩٣	١١	٠,٥٧١	٢٠	٠,٣٢٦	٢٩	٠,٦٢٤
الاجترار	٣	٠,٦٢٤	١٢	٠,٥٧١	٢١	٠,٦٧١	٣٠	٠,٥٤٨
إعادة التركيز الإيجابي	٤	٠,٦٤٧	١٣	٠,٦٥٦	٢٢	٠,٥٨٨	٣١	٠,٦٩٥
التخطيط	٥	٠,٥٣٤	١٤	٠,٧٢٧	٢٣	٠,٦٦٣	٣٢	٠,٥٨٠
إعادة التقويم الإيجابي	٦	٠,٥٣١	١٥	٠,٦٤٦	٢٤	٠,٦٤٣	٣٣	٠,٧٠٢
التقليل من أهمية الأحداث السلبية	٧	٠,٣٠٢	١٦	٠,٥٦٦	٢٥	٠,٥٠٦	٣٤	٠,٥٣٢
التصور الكارثي للأحداث السلبية	٨	٠,٦٣٥	١٧	٠,٦٦١	٢٦	٠,٥٠٩	٣٥	٠,٤١٨
لوم الآخرين	٩	٠,٨٣٢	١٨	٠,٧٥٦	٢٧	٠,٥٠٩	٣٦	٠,٨٢١

تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع قيم معاملات الارتباط، وهو مؤشر على صدق المقياس والفقرات المتضمنة في أبعاد المقياس. لذلك يُحتفظ بكل الفقرات عند إجراء التحليلات الإحصائية للتحقق من صحة الفروض.

الصدق العاملي:

للتحقُّق من الصدق العاملي للمقياس أجرت الباحثة التحليل العاملي بالطريقة الاستكشافية للمكونات الأساسية، وتدوير المحاور باستخدام طريقة الفارماكس للإستراتيجيات المكوَّنة للاستبيان؛ وذلك لاستخراج العوامل التي يتكوَّن منها الاستبيان، وتحديد نسبة التباين الارتباطي الكلي للعوامل المستخلصة من المصفوفة الارتباطية، والجدول التالي يوضِّح تشبُّعات الأبعاد في كلِّ عامل، والجذور الكامنة للعوامل، ونسب التباين الارتباطي للعوامل، وقيم الشُّيوع.

جدول (٣-٤) التشبُّعات، والجذور الكامنة، ونسب التباين الارتباطي، لعوامل مقياس

الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال

الشُّيوع	التشبُّعات		الأبعاد
	العامل الثاني	العامل الأول	
٠,٤٣٩	٠,٦٦١		لوم الذات
٠,٣٦٠		٠,٥٤٦	التقبُّل
٠,٧٤٢	٠,٨٥٨		الاجترار
٠,٥٣٦		٠,٧٣١	إعادة التركيز الإيجابي
٠,٦٦٩		٠,٨١١	التخطيط
٠,٧٨٩		٠,٨٨٨	إعادة التقويم الإيجابي
٠,٢٩٠		٠,٥٣٨	التقليل من أهمية الأحداث السلبية
٠,٥٧١	٠,٧٥٥		التصوُّر الكارثي للأحداث السلبية
٠,٤٠٥	٠,٤٣٠		لوم الآخرين
٤,٧٠٠	٢,٠٠٤	٢,٧٩٦	الجذر الكامن
٥٣,٣٣٦	٢٢,٢٦٦	٣١,٠٧	نسبة التباين الارتباطي

توضِّح نتائج الجدول (٣-٤) تحقُّق الصدق العاملي للمقياس، وقد تكوَّنت بُنيةً عامليَّةً من عاملين، وبلغ التباين الكلي للعوامل (٥٣,٣٤%)، وتشبَّعت أبعاد المقياس التسعة على عاملين، استقطب العامل الأول خمس إستراتيجيات، أطلقت عليها الباحثة اسم الإستراتيجيات الإيجابية: (التقبُّل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، وإعادة التقويم الإيجابي والتقليل من أهمية الأحداث السلبية)، وبلغت نسبة التباين الارتباطي للعامل (٣١,٠٧%)، وللجذر الكامن (٢,٧٩٦) درجةً، أمَّا العامل الثاني فقد تشبَّع عليه أربع

إستراتيجيات أُطلقت عليها الباحثة اسمَ الإستراتيجيات السلبية: (لوم الذات، والاجترار، والتصور الكارثي للأحداث، ولوم الآخرين)، وبلغت نسبة التباين الارتباطي للعامل (٢٢,٢٧%)، وقيمة الجذر الكامن (٢,٠٠٤) درجة.

وتوضّح النتائج السابقة تحقّق الصّدق العملي لاستبيان الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، الأمر الذي يؤكّد صلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية، وصدقه في قياس الخاصة في البيئة السعودية، وفي ضوء خصائص عينة الدراسة من المصابين بالسكر من النوع الثاني المستخدمة، وبناءً على ذلك تُقسّم الإستراتيجيات المعرفية إلى إستراتيجيات إيجابية لتنظيم الانفعال وأخرى سلبية.

النتائج:

للتحقّق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة كلاً من التجزئة النصفية، وتصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، ومعامل ألفا كرونباخ، على عينة حساب الصّدق نفسها، والبالغ عدّها (٦٥)، والجدول التالي يوضّح معاملات الثبات بالطريقتين.

جدول (٣-٥) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لثبات مقياس الإستراتيجيات المعرفية

لتنظيم الانفعال

المتغيرات	عدد الفقرات	التجزئة النصفية بعد معادلة سبيرمان براون	معامل ألفا كرونباخ
لوم الذات	٤	٠,٦٨٩	٠,٦٧٦
التقبّل	٤	٠,٤٨٢	٠,٥٤١
الاجترار	٤	٠,٦٣١	٠,٧٨٢
إعادة التركيز الإيجابي	٤	٠,٧٢٣	٠,٧٢٤
التخطيط	٤	٠,٥٩٦	٠,٦٩٧
إعادة التقويم الإيجابي	٤	٠,٦٠٨	٠,٧٩٠
التقليل من أهمية الأحداث السلبية	٤	٠,٣٠٨	٠,٤٦٠
التصور الكارثي للأحداث السلبية	٤	٠,٦٥٠	٠,٦٠٢
لوم الآخرين	٤	٠,٨٢٧	٠,٧٩٤
الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	٢٠	٠,٨١١	٠,٨٣٣
الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	١٦	٠,٨٠٨	٠,٧٩٠

تشير نتائج الجدول السابق إلى قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية، بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون، وقد تراوحت قيم معاملات ثبات الأبعاد بين (٠,٣٠٨ - ٠,٨٢٧)، وارتفعت قيم معامل ثبات التجزئة لبُعدي المقياس متمثلاً في الإستراتيجيات الإيجابية والسلبية، وكانت على التوالي (٠,٨١١ ، ٠,٨٠٨)، وهي قيم مقبولة تشير إلى تحقق ثبات المقياس، كما تحقق الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ لمقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، وقد تراوحت قيم معاملات ثبات الأبعاد بين (٠,٤٦٠ - ٠,٧٩٤)، وارتفعت قيم معامل ثبات التجزئة لبُعدي المقياس متمثلاً في الإستراتيجيات الإيجابية والسلبية، وكانت على التوالي (٠,٨٣٣ ، ٠,٧٩٠)، وهي قيم مقبولة تشير إلى تحقق ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ.

قائمة بيك للاكتئاب (د-٢) BDI-II إعداد Beck (١٩٩٦م)، وأعدّها للعربية غريب (٢٠٠٠م):

ترجم القائمة وتعليماتها إلى اللغة العربية غريب (٢٠٠٠م)، ويُعدُّ مقياس بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II) أحدث صورة مطوّرة من المقياس، ويتكوّن من (٢١) بنداً، مستخدماً أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين، بدءاً من عُمر (١٣) سنة، وتتميّز الصورة الحالية للمقياس ببنائها وتصميمها بغرض تقويم الأعراض المتضمنة في محكّ تشخيص الاضطرابات الاكتئابية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وفيما يلي الأعراض الـ ٢١ التي يقيسها مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II:

- ١- الحزن. ٢- التشاؤم. ٣- الفشل السابق. ٤- فقدان الاستمتاع. ٥- مشاعر الآثم.
- ٦- مشاعر العقاب. ٧- عدم حُبّ الذات. ٨- نقد الذات. ٩- الأفكار أو الرغبات الانتحارية. ١٠- البكاء. ١١- التهيج والاستثارة. ١٢- فقدان الاهتمام. ١٣- التردد.
- ١٤- انعدام القيمة. ١٥- فقدان الطاقة. ١٦- تغييرات في نمط النوم. ١٧- القابلية للغضب أو الانزعاج. ١٨- تغييرات في الشهية. ١٩- صعوبة التركيز. ٢٠- الإرهاق أو الإجهاد. ٢١- فقدان الاهتمام بالجنس.

الصلاحية السيكومترية للصورة العربية للقائمة:

الصدق: أجرى غريب (٢٠٠٠م) دراسةً صدق المفهوم لمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II، بتقدير الصدق التقاربي Convergent Validity والصدق التمييزي Differential Validity، وأجريت دراسةً الصدق التقاربي بتطبيق كلٍّ من الصورة الأولى المعدلة لمقياس بك للاكتئاب "الصورة المختصرة"، ومقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II، وعُكس تقدير المقياسين للمفحوصين، كما استُخدم مقياسان آخران بين تطبيق صورتي مقياس الاكتئاب، (مقياس القلق (A)، ومقياس توكيد الذات)، وكان معامل الارتباط بين قائمتي الاكتئاب لمجموعة الدراسة الكلية (ن=١١٤) ٠,٧٦، وهو معامل دالٌّ عند مستوى ٠,٠٠١.

وقد استُخدم الارتباط بين الدرجات على مقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II وبين الدرجات على مقياسين آخرين في دراسة صدق المفهوم للمقياس؛ وذلك لإثبات الصدق التقاربي أو الصدق التمييزي، ووُجد أن الدرجات على مقياس BDI-II قد ارتبطت بالدرجات على مقياس القلق (A) بشكلٍ يوضِّح نوعي الصدق: التقاربي والتمييزي. وكانت معاملات الارتباط بين الاكتئاب المقاس بمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II ومقياس القلق (A) بالنسبة لمجموعة الأفراد الكلية (ن = ١١٤) ٠,٤٢.

أمَّا الصدق التمييزي فإنه يُستدلُّ عليه بانخفاض معاملات الارتباط بين الدرجات عليه وبين الدرجات على مقياس القلق، مقارنةً بمعاملات الارتباط بينه وبين مقياس بك الأول المعدل للاكتئاب BDI-IA، وكانت العلاقة بين نتائج BDI-II و BDI-IA، لمجموعة المفحوصين الكلية (ن=١١٤) ٠,٧٦.

الثبات:

حَسَبَ غريب (٢٠٠٠م) ثبات القائمة بطريقتين؛ الأولى: طريقة إعادة التطبيق؛ إذ بلغ عدد العينة (٥٥) من الذكور والإناث، وحصل على معامل ثبات (٠,٧٤)، والثانية: طريقة حساب معامل ألفا كرونباخ؛ إذ بلغ عدد العينة ١١٤ من الذكور والإناث، وحصل على معامل ثبات (٠,٨٣).

الصلاحية السيكومترية لقائمة بيك في الدراسة الحالية:

الصدق

- صدق الاتساق الداخلي:

حسبت الباحثة معامل الارتباط المصحح بين درجة كل مفردة وبين الدرجة الكلية، بعد حذف درجة المفردة لمقياس الاكتئاب، وذلك على العينة الاستطلاعية المكوّنة من (٦٥) مريضاً بالسكر من النوع الثاني؛ وذلك للتحقق من صدق المقياس، والجدول التالي يوضّح قيم معاملات الارتباط.

جدول (٣- ٦) معاملات الارتباط لدرجات البنود بالدرجة الكلية، بعد حذف البند لمقياس

الاكتئاب (ن = ٦٥)

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
١	٠,٥٨٠	٨	٠,٥٠٢	١٥	٠,٤٩٥
٢	٠,٥٧٦	٩	٠,٤٧٣	١٦	٠,٣٤١
٣	٠,٥٥٤	١٠	٠,٤١٠	١٧	٠,٦١٠
٤	٠,٧٤٤	١١	٠,٤٠٣	١٨	٠,٤٤٣
٥	٠,٥٩٧	١٢	٠,٥٣٨	١٩	٠,٥٩٥
٦	٠,٣٩٥	١٣	٠,٥٧٦	٢٠	٠,٥٢٧
٧	٠,٥٧٦	١٤	٠,٤٩٤	٢١	٠,٣٦٨

تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع قيم معاملات الارتباط، وهو مؤشر على صدق الفقرات المتضمنة في المقياس. لذلك يُحتفظ بكل الفقرات عند إجراء التحليلات الإحصائية للتحقق من صحة الفروض.

الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة كلاً من التجزئة النصفية وتصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون ومعامل ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضّح معاملات الثبات بالطريقتين.

جدول (٣-٧) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لثبات مقياس الاكتئاب (ن= ٦٥)

المتغيرات	عدد الفقرات	التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ
الاكتئاب	٢١	٠,٨٧٥	٠,٨٥٤

تشير نتائج الجدول إلى ارتفاع قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس بيك للاكتئاب لدى المصابين بالسكر من النوع الثاني، وهي قيم مقبولة، الأمر الذي يؤكد تحقق ثبات المقياس.

إجراءات الدراسة:

- أ- حصلت الباحثة على خطاب تسهيل مهمّة باحث من وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي، الملحق (٦).
- ب- الحصول على موافقة لجنة المراجعة الأخلاقية (IRB) من مدينة الملك فهد الطبيّة، والتابعة لوزارة الصحة، الملحق (٧).
- ج- اجتياز الباحثة لِدورة أخلاقيات البحوث الحيوية من اللجنة الوطنية للأخلاقيات الحيوية، في مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الملحق (٨).
- د- تطبيق الباحثة لأدوات الدراسة على عينة الدراسة من المتردّدين على عيادات السكر والغُدّد الصّمَاء من المصابين بمرض السكر النوع (الثاني).
- هـ- تحليل النتائج ومناقشتها.
- و- التوصيات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

- ١- التكرارات والنسب المئوية لوصف العينة.
- ٢- معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية ومعادلة سبيرمان براون لتصحيح طول التجزئة النصفية لحساب ثبات أدوات الدراسة.
- ٣- معامل ارتباط سبيرمان للتحقق من الفرض الأول.
- ٤- معادلة كروسكال واليس لتحديد الفروق بين المجموعات للتحقق من الفروض.
- ٥- اختبار مان ويتني لتحديد الفروق بين المجموعات للتحقق من الفروض .
- ٦- تحليل الانحدار المتعدّد بالطريقة المتدرّجة للتنبؤ للتحقق من الفرض الرابع.

نتائج الدراسة وتفسيرها

الفرض الأول ينصُ على ما يلي:

"توجد علاقة دالة إحصائياً بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال والاكتئاب، لدى مرضى السكر (النوع الثاني) بمدينة الرياض".

للتحقُّق من صحَّة الفرض المتعلِّق بالعلاقة بين درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال والاكتئاب، لدى مرضى السكر (النوع الثاني) بمدينة الرياض، حُسب معامل ارتباط سبيرمان Spearman بين المتغيرين، ويوضح الجدول (٤- ١) نتائج التحقق من صحة الفرض.

جدول (٤- ١) يوضح معامل ارتباط بيرسون بين الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال والاكتئاب (ن = ١٥٥)

معاملات الارتباط ومستوى الدلالة	الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال
الاكتئاب	لوم الذات
**٠.٤١١	التقبل
**٠.٢٢٤-	الاجترار
**٠.٥٠٩	إعادة التركيز الإيجابي
**٠.٢٣٩-	التخطيط
**٠.٢١٢-	إعادة التقييم الإيجابي
**٠.٣٢٥-	التقليل من أهمية الأحداث السلبية
٠.٠٩٦-	التصور الكارثي للأحداث السلبية
**٠.٤٣٦	لوم الآخرين
**٠.٣٢٠-	الاستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال
**٠.٥٦٧	الاستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال

* دالة عند ٠.٠٥ *
** عند ٠.٠٠١ و اقل

تشير نتائج الجدول السابق الى:

- وجود علاقة إحصائية دالة موجبة عند مستوى ٠.٠٠١ بين الاكتئاب والدرجة الكلية للاستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال وأبعاد (لوم الذات، الاجترار، التصور الكارثي للأحداث السلبية ولوم الآخرين) لدى المصابين بالسكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض.
- وجود علاقة إحصائية دالة سالبة عند مستوى ٠.٠٠١ بين الاكتئاب والدرجة الكلية للاستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال وأبعاد (التقبل، إعادة التركيز الإيجابي، التخطيط وإعادة التقييم الإيجابي) لدى المصابين بالسكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض.
- لا توجد علاقة إحصائية دالة بين الاكتئاب وبعد التقليل من أهمية الأحداث السلبية كأحد أبعاد الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى المصابين بالسكر (النوع الثاني) في مدينة الرياض.
- ممّا سبق أكّدت نتائج الفرض الأول وجود علاقة موجبة بين إستراتيجية لوم الذات، والاجترار، والتصوّر الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين وبين الاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين إستراتيجية التقبّل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط وإعادة التقييم الإيجابي وبين الاكتئاب، بينما لا توجد علاقة دالّة بين إستراتيجية التقليل من أهمية الأحداث السلبية وبين الاكتئاب.
- ويعني ذلك أنه كلما زاد استخدام الإستراتيجيات السلبية المذكورة سابقًا زادت نسبة الإصابة بالاكتئاب؛ إذ يزيد إلقاء اللوم على الذات من شعوره بالذنب، بينما يتكرّر إلقاء اللوم على الآخرين نتيجة عجز الفرد عن التحكم بأمور حياته، وقد ذكر ذلك سليجمان, Seligman (1957) في تفسيره للاكتئاب حين وضع نماذج العجز المتعلّم؛ إذ يعزو الأفراد الأحداث السلبية إلى أسباب داخل الفرد، أو أسباب خارجية لا يستطيع السيطرة عليها؛ كما نجد هنا في إلقاء اللوم على الآخرين، بينما يدخل الاجترار الفرد في دوامة حزن لا يستطيع الخروج منها، وقد يتبعها تهويل الفرد وتعظيمه لكل الأحداث السلبية التي تمرّ به؛ كما فسرت ذلك النظرية المعرفية في نموذج التفخيم والتهويل

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على وجود علاقة دالة بين الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وبين الاكتئاب؛ إذ اتفقت نتائج دراسة السيد (٢٠١٢م) مع وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب وكل من الإستراتيجيات السلبية التالية: (لوم الذات، والاجترار، والتصوّر الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين).

كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كل من راين وإريك Ryan and Eric (٢٠٠٥م)، ونتيجة دراسة ستيكبيروك وآخرين Stikkelbroek, etl (٢٠١٦م) في وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب وكل من إستراتيجية: (لوم الذات، والاجترار، والتصوّر الكارثي للأحداث السلبية). واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كرانفيسكي وكريج (٢٠٠٦م) Garnefski and Kraaij، ونتيجة دراسة بينا وباتشيكو Pena and Pacheco (٢٠١٢م) في وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب وإستراتيجيّي التصوّر الكارثي للأحداث السلبية والاجترار.

وأخيراً اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة فان لوي وآخرين Van Loey، etl (٢٠١٤م)، في وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب وإستراتيجية الاجترار. وتعزو الباحثة ذلك لكون مرض السكر يحتاج إلى إدارة ذاتية من المريض، الأمر الذي يشكل ضغطاً أكبر لما قد يواجهه من صعوبات في اتباع نظام علاجي شامل، ومراقبة مستويات السكر في الدم، والمضاعفات التي قد يتعرض لها نتيجة لذلك، الأمر الذي يجعل مريض السكر دائم التفكير في وضعه وفيما قد يتعرض له.

واتفقت نتائج الفرض الأول للدراسة الحالية مع نتائج دراسة راين وإيريك Ryan and Eric (٢٠٠٥م)، ونتائج دراسة السيد (٢٠١٢م)، في وجود علاقة سلبية بين الاكتئاب والإستراتيجيات الإيجابية التالية: (إعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، وإعادة التقويم الإيجابي).

وترى الباحثة أن إعادة التركيز الإيجابي تتفق مع نموذج الذاكرة المزدوجة في طريقة تنظيم الانفعال من خلال إعادة توجيه الانتباه؛ إذ إن إعادة توجيه الانتباه إلى أحداث إيجابية يؤدي إلى تكوّن ردود فعل إيجابية، كما أن التخطيط وإعادة التقويم يتفقان مع طريقة تفصيل المعلومات الانفعالية بديلاً لإعادة التركيز الإيجابي؛ إذ يركّز في إعادة

التقويم عمداً على الخبرة الانفعالية، لكن بطريقة مختلفة؛ وذلك للنظر بإيجابية إلى تفاصيل الأحداث، وقد تتجاوزها إلى إعداد خطة للتعامل معها للوصول إلى إستراتيجية التخطيط، وهذا ما ذكره غروس في النموذج المشروط للانفعال.

ولم تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة في وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين إستراتيجية التقبل وبين الاكتئاب.

وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة المجتمع الحالي؛ إذ قد يرجع هذا الارتباط إلى التمسك بالدين الإسلامي، والتأثر بالقيم الإسلامية العالية، والرّضا بالقضاء والقدر، والإيمان بأن كل ما يحدث للفرد من تدبير الله عز وجل، وفيه الخير ورفعة الدرجات.

الفرض الثاني ينص على ما يلي:

"توجد فروق دالة إحصائياً في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال - تُعزى الى (النوع وعدد سنوات الإصابة) - لدى مرضى السكر (النوع الثاني) بمدينة الرياض".

للتحقّق من الفرض المتعلّق بوجود فروق في متوسط درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر (النوع الثاني)، تعزى الى (النوع وعدد سنوات الإصابة)، أجرت الباحثة اختبار كولوموجروف- سميرانوف One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات في متغير الدراسة، وقد أشارت النتائج الى عدم اعتدالية جميع أبعاد الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، بالإضافة الى تباين أعداد المرضى حسب عدد سنوات الإصابة، ولذلك تستخدم الباحثة المعالجات اللابارامترية في التحقق من الفرض الحالي.

الفروق في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر وفق متغير النوع للتحقق من وجود فروق في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر وفق متغير النوع، أجرى اختبار مان وبيتني Mann-Whitney Test، والجدول التالي يوضّح نتائج هذا الإجراء.

جدول (٤-٢) قيم مان ويتني ودلالات الفروق في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر، وفق متغير النوع (ن = ١٥٥)

المتغيرات	النوع	ن	متوسط الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة																																																																																																									
لوم الذات	ذكور	٦٧	٧١,٤٣	٢٥٠٨,٠٠	٤٧٨٦,٠٠	١,٥٩٧-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨٣,٠٠					التقبل	ذكور	٦٧	٨٥,٠٦	٢٤٧٥,٠٠	٦٣٩١,٠٠	١,٧٢٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٢,٦٣	الاجترار	ذكور	٦٧	٦٧,٧٠	٢٢٥٨,٠٠	٤٥٣٦,٠٠	٢,٥٠٥-	٠,٠٥	إناث	٨٨	٨٥,٨٤	إعادة التركيز الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٤,٨٦	٢٧٣٧,٥٠	٥٠١٥,٥٠	٠,٧٦٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٣٩	التخطيط	ذكور	٦٧	٨٤,٤٢	٢٥١٨,٠٠	٦٤٣٤,٠٠	١,٥٦٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٣,١١	إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٨,٤٦	التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠
التقبل	ذكور	٦٧	٨٥,٠٦	٢٤٧٥,٠٠	٦٣٩١,٠٠	١,٧٢٣-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٧٢,٦٣					الاجترار	ذكور	٦٧	٦٧,٧٠	٢٢٥٨,٠٠	٤٥٣٦,٠٠	٢,٥٠٥-	٠,٠٥	إناث	٨٨	٨٥,٨٤	إعادة التركيز الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٤,٨٦	٢٧٣٧,٥٠	٥٠١٥,٥٠	٠,٧٦٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٣٩	التخطيط	ذكور	٦٧	٨٤,٤٢	٢٥١٨,٠٠	٦٤٣٤,٠٠	١,٥٦٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٣,١١	إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٨,٤٦	التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠						
الاجترار	ذكور	٦٧	٦٧,٧٠	٢٢٥٨,٠٠	٤٥٣٦,٠٠	٢,٥٠٥-	٠,٠٥																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨٥,٨٤					إعادة التركيز الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٤,٨٦	٢٧٣٧,٥٠	٥٠١٥,٥٠	٠,٧٦٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٣٩	التخطيط	ذكور	٦٧	٨٤,٤٢	٢٥١٨,٠٠	٦٤٣٤,٠٠	١,٥٦٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٣,١١	إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٨,٤٦	التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																	
إعادة التركيز الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٤,٨٦	٢٧٣٧,٥٠	٥٠١٥,٥٠	٠,٧٦٥-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨٠,٣٩					التخطيط	ذكور	٦٧	٨٤,٤٢	٢٥١٨,٠٠	٦٤٣٤,٠٠	١,٥٦٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٣,١١	إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٨,٤٦	التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																												
التخطيط	ذكور	٦٧	٨٤,٤٢	٢٥١٨,٠٠	٦٤٣٤,٠٠	١,٥٦٣-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٧٣,١١					إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٨,٤٦	التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																							
إعادة التقويم الإيجابي	ذكور	٦٧	٧٧,٤٠	٢٩٠٧,٥٠	٥١٨٥,٥٠	٠,١٤٧-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٧٨,٤٦					التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٠٣	التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																		
التقليل من أهمية الأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٠١	٢٦٨١,٠٠	٤٩٥٩,٠٠	٠,٩٧٣-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨١,٠٣					التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٠,٥٧	لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																													
التصور الكارثي للأحداث السلبية	ذكور	٦٧	٧٤,٦٢	٢٧٢١,٥٠	٤٩٩٩,٥٠	٠,٨٢٤-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨٠,٥٧					لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة	إناث	٨٨	٨١,٩٧	الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																																								
لوم الآخرين	ذكور	٦٧	٧٢,٧٨	٢٥٩٨,٥٠	٤٨٧٦,٥٠	١,٢٨١-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨١,٩٧					الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة	إناث	٨٨	٧٦,١٦	الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																																																			
الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٨٠,٤٢	٢٧٨٦,٠٠	٦٧٠٢,٠٠	٠,٥٨٦-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٧٦,١٦					الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																																																														
الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	ذكور	٦٧	٧٠,٥١	٢٤٤٦,٠٠	٤٧٢٤,٠٠	١,٨١٥-	غير دالة																																																																																																									
	إناث	٨٨	٨٣,٧٠																																																																																																													

تشير نتائج الجدول (٤-٢) إلى ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في متوسط رتب ما بعد الاجترار أحد أبعاد الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال بين المرضى الذكور والإناث والفروق، في اتجاه الإناث في مدينة الرياض.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط رتب مكونات مقياس الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية والسلبية لتنظيم الانفعال، و(أبعاد لوم الذات، والتصور الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين، وأهمية الأحداث السلبية) أبعاداً للإستراتيجيات السلبية وأبعاد التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط وإعادة التقويم الإيجابي، أبعاداً للإستراتيجيات الإيجابية بين المرضى من الذكور والإناث.

وبعني ذلك عدم وجود فروقٍ بين عيّنة الدراسة ذكوراً وإناثاً في استخدام الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، باستثناء إستراتيجية الاجترار؛ وهي من الإستراتيجيات السلبية التي تستخدمها الإناثُ بشكلٍ أكبر من الذكور. وتعزو الباحثة ذلك إلى طبيعة الإناث البيولوجية والانفعالية، وحساسيتها تجاه الأحداث، كما أن الإناث يملن إلى التعبير عن مشاعرهن، والإسهاب فيما تعرّضن له، أكثر من الذكور.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة راين وإريك Ryan and Eric (٢٠٠٥م)، في وجود فروقٍ بين الذكور والإناث في استخدام إستراتيجية الاجترار لصالح الإناث.

الفروق في مقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر وفق متغير مدة الإصابة بالمرض

للتحقق من وجود فروقٍ دالة إحصائياً في متوسطات درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر، وفق متغير مدة الإصابة بالمرض، استخدمت الباحثة اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis معالجةً لابارامترية لتحديد الفروق في متوسط رتب المتغيرات، ويوضح الجدول (٤-٣) نتائج التحقق من صحة الفرض.

جدول (٤-٣) نتائج كروسكال واليس لتحديد الفروق في الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم

الانفعال، وفق متغير مدة الإصابة بالمرض (ن = ١٥٥)

المتغيرات	مدة الإصابة بالمرض	متوسط الرتب	د.ح	قيمة الفروق	مستوى الدلالة
لوم الذات	٥ سنوات فأقل	٧٧,٧٣	٣	٩,١٤١	٠,٠٥
	٦-١٠ عام	٥٦,٥٥			
	١١-١٥ عام	٨٧,١٧			
	١٦-٢٠ عام فأكثر	٨٣,٨٦			
التقبل	٥ سنوات فأقل	٨٣,٣٠	٣	٥,٧٥٠	غير دالة
	٦-١٠ عام	٨٩,٨٣			
	١١-١٥ عام	٦٥,٤٧			
	١٦-٢٠ عام فأكثر	٧٦,٥٩			
الاجترار	٥ سنوات فأقل	٧٩,٩٤	٣	٣,٩٦٢	غير دالة
	٦-١٠ عام	٦٣,٣٨			
	١١-١٥ عام	٨٠,٥٤			
	١٦-٢٠ عام فأكثر	٨٣,٢٧			

إعادة التركيز الإيجابي	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٨٠,٤٦ ٧٥,١٠ ٨١,٨٨ ٧٤,٤٧	٣	٠,٨٣٤	غير دالة
التخطيط	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٧٨,٩٨ ٨٥,٢١ ٧٣,١٧ ٧٦,٧٣	٣	١,٢٧٢	غير دالة
إعادة التقويم الإيجابي	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٧٥,٢٩ ٨٦,٩١ ٧٦,٨٣ ٧٥,٧٨	٣	١,٤٥٠	غير دالة
التقليل من أهمية الأحداث السلبية	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٨٩,١٨ ٦٩,٤٧ ٧٦,٢٨ ٧٥,١٨	٣	٣,٨٣٩	غير دالة
التصور الكارثي للأحداث السلبية	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٧٧,٥١ ٦٣,٩٨ ٧٧,٥٤ ٨٧,٤٥	٣	٤,٩٨٧	غير دالة
لوم الآخرين	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٦٦,٦٤ ٧٥,٤٠ ٨٢,٣٢ ٨٥,٦٩	٣	٤,٥٣٥	غير دالة
الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٧٤,٦٤ ٦٠,٥٣ ٨١,٩٦ ٨٨,٣٥	٣	١,٥٣٤	غير دالة
الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال	٥ سنوات فاقل ١٠-٦ عام ١٥-١١ عام ٢٠-١٦ عام فأكثر	٧٣,٦١ ٦٩,٣٦ ٧٨,٧٣ ٨٦,٤٦	٣	٧,٤٣٠	غير دالة

وتشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية في متوسط رتب ما بعد لوم الذات أحد أبعاد مقياس إستراتيجيات معرفية لتنظيم الانفعال لدى مرضى السكر (النوع الثاني)، وفق متغير مدة الإصابة بالمرض.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسط رتب الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية وأبعادها (التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، وإعادة التقويم الإيجابي، والتقليل

من أهمية الأحداث السلبية) لدى مرضى السكر (النوع الثاني)، ووفق متغير مدة الإصابة بالمرض.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسط رتب الإستراتيجيات المعرفية السلبية وأبعادها (الاجترار، والتصور الكارثي للأحداث السلبية، ولوم الآخرين) لدى مرضى السكر (النوع الثاني)، ووفق متغير مدة الإصابة بالمرض.

وللتحقق من اتجاه الفروق في متوسط رتب ما بعد لوم الذات، ووفق متغير مدة الإصابة بالمرض، أجريت المعالجات الثنائية لتحديد الفروق واتجاهها بين كل مجموعتين، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإجراء.

جدول (٤-٤) قيم الفروق الثنائية، ودلالات الفروق في متوسط درجات لوم الذات، ووفق

متغير مدة الإصابة بالمرض

قيم الفروق ومستوى الدلالة			مدة الإصابة بالمرض	المتغيرات
١٠-٦ أعوام	١١-١٥ عاماً	١٦-٢٠ عاماً فأكثر		
٢١,١٧	٩,٤٤-	٦,١٤-	٥ سنوات فأقل	لوم الذات
	**٣٠,٦١-	**٢٧,٣١-	١٠-٦ أعوام	
		٣,٣٠	١١-١٥ عاماً	
			١٦-٢٠ عاماً فأكثر	

وتشير نتائج الجدول (٤-٤) إلى ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في متوسط رتب لوم الذات أحد الأبعاد السلبية لمقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، بين المرضى المصابين بالمرض لمدة (٦-١٠ أعوام) وكل من المصابين بالمرض لمدة (١١-١٥ عاماً)، والمصابين بالمرض لمدة (١٦-٢٠ عاماً فأكثر)، وكانت الفروق في اتجاه المصابين بالمرض لمدة أطول (١١-١٥ عاماً)، و(١٦-٢٠ عاماً فأكثر)، لدى المرضى في مدينة الرياض.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسط رتب لوم الذات أحد الأبعاد السلبية لمقياس الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، بين المرضى المصابين بالمرض لمدة (٥ سنوات فأقل)، وكل من المصابين بالمرض لمدة (٦-١٠ أعوام)، والمصابين بالمرض لمدة (١١-١٥ عاماً)، والمصابين بالمرض لمدة (١٦-٢٠ عاماً فأكثر)، وبين المصابين

بالمرض لمدة (١١-١٥ عامًا)، والمصابين بالمرض لمدة (١٦-٢٠ عامًا فأكثر)، لدى المرضى في مدينة الرياض.

ومما سبق نجد أنه كلما طالت معاناة الأفراد مع مرض السكري زاد استخدامهم للإستراتيجية السلبية لوم الذات، بينما غابت الفروق عن بقية الإستراتيجيات.

وتعزو الباحثة هذه الفروق إلى معاناة المرضى المصابين لمدة أطول من مضاعفات المرض نتيجة عدم المحافظة على مستويات السكر بالدم، والوعي الأكبر بمخاطر المرض، والمعاناة الطويلة التي يرى فيها المريض أنه السبب في عدم تجنبها.

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع نموذج العملية لغروس (Gross, 1998) إذ يرى أن إستراتيجيات تنظيم الانفعال تكون أكثر نجاحاً وبمجهود بأقل عند تطبيقها في وقت مبكر عند تعرض الفرد للأحداث السلبية.

الفرض الثالث ينص على ما يلي:

"توجد فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب - تعزى إلى (النوع وعدد سنوات الإصابة) - لدى مرضى السكر (النوع الثاني) بمدينة الرياض".

وللتحقق من الفرض المتعلق بوجود فروق - تعزى إلى (النوع وعدد سنوات الإصابة) - في متوسط درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، لدى مرضى السكر (النوع الثاني) أجرت الباحثة اختبار كلوموجروف- سميرانوف One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test للتحقق من اعتدالية توزيع البيانات في متغير الدراسة، وأشارت النتائج الى عدم اعتدالية درجات مقياس الاكتئاب، بالإضافة الى تباين أعداد المرضى حسب عدد سنوات الإصابة، ولذلك تستخدم الباحثة المعالجات اللابارامترية في التحقق من الفرض الحالي.

الفروق في الاكتئاب لدى مرضى السكر وفق متغير النوع

للتحقق من وجود فروق في الاكتئاب لدى مرضى السكر وفق متغير النوع، أُجري اختبار مان ويتي Mann-Whitney Test، والجدول التالي يوضح نتائج هذا الإجراء.

جدول (٤-٥) قيم مان ويتي، ودلالات الفروق في الاكتئاب لدى مرضى السكر، وفق متغير النوع (ن = ١٥٥)

المتغير	النوع	متوسط الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	ذكور	٦٤,٠٥١	٢٠١٢,٥٠	٤٢٩٠,٥٠	٣,٣٨٢-	٠,٠٠١
	إناث	٨٨,٦٣				

تشير نتائج الجدول (٤-٥) إلى ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١ في متوسط رتب الاكتئاب بين المرضى الذكور والإناث في مدينة الرياض، والفروق في اتجاه الإناث.

تشير نتائج الفرض السابق إلى حصول الإناث على نسبة أعلى في الإصابة بالاكتئاب مقارنة بالذكور، وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة سايمون وآخرين etl, Simona (٢٠١٦م)، ونتائج دراسة معروف (٢٠١٧م)، ونتائج دراسة كل من بينا وبانتشيكو Pena and Pacheco (٢٠١٢م).

وتفسر الباحثة هذا الاختلاف بأن أسباب الاكتئاب لدى الإناث تمتد لتشمل التغيرات الهرمونية التي تتعرض لها أوقات الدورة الشهرية، أو أوقات الحمل والولادة، أو الوصول إلى سن اليأس، بالإضافة إلى الأدوار المتعددة التي يجب عليها أن تؤديها، وتعد المهام المطلوبة منها، والمسؤولية العظيمة الملقاة على عاتقها؛ من طاعة الزوج، والاهتمام بالأبناء، ومساعدة الأهل، وقد تكون امرأة عاملة أيضاً.

الفروق في مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكر، وفق متغير مدة الإصابة بالمرض للتحقق من وجود فروق دالة إحصائية - في متوسطات درجات الاكتئاب - لدى مرضى السكر، وفق متغير مدة الإصابة بالمرض، استخدمت الباحثة اختبار كروسكال واليس Kruskal Wallis معالجة لبارامترية لتحديد الفروق في متوسط رتب المتغيرات، ويوضح الجدول (٤-٦) نتائج التحقق من صحة الفرض.

جدول (٤- ٦) نتائج كروسكال واليس لتحديد الفروق في الاكتئاب، وُقِفَ متغيّر مُدَّة الإصابة بالمرض (ن = ١٥٥)

المتغيّر	مدة الإصابة بالمرض	متوسّط الرتب	د، ح	قيمة الفروق	مستوى الدلالة
الاكتئاب	٥ سنوات فأقلّ ٦-١٠ أعوام ١١-١٥ عامًا ١٦-٢٠ عامًا فأكثر	٧٣,٦١ ٦٩,٣٦ ٧٨,٧٣ ٨٦,٤٦	٣	٣,١٤٠	غير دالة

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:

- عدم وجود فروقٍ دالّةٍ إحصائيًا في متوسّط رُتَب الاكتئاب لدى مرضى السكر (النوع الثاني)، وُقِفَ متغيّر مُدَّة الإصابة بالمرض.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة هاشم وأريارتنام (Hashim, Ariaratnam, Salleh, Said and Sulaiman, 2016)، ودراسة كيلسي وكوباسي وكليك وإيديمير (Kelleci, Golbasi, Celik and Aydemir, 2016)، ودراسة معروف (٢٠١٧م).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن تعامل مريض السكر مع هذا المرض المزمن والمعاناة من قلق الإصابة بالمضاعفات لا يختلف حسب مدة المرض، وخصوصًا في ظل التوعية بهذا المرض ومضاعفاته في العصر الحالي، فالضغوط الدائمة لهذا المرض التي يعانيها المصاب به قد تتسبب في انعدام الفروق بين المرضى في درجات الاكتئاب لدى جميع أفراد العينة باختلاف عدد سنوات الإصابة بالمرض.

الفرض الرابع ينصُّ على ما يلي:

"يمكن التنبُّؤ بالاكتئاب من خلال درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال، لدى المرضى المصابين بمرض السكر (النوع الثاني)".

وللتحقُّق من صحّة الفرض المتعلِّق بالتنبُّؤ بدرجات الاكتئاب متغيّرًا تابعًا من خلال درجات الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال ومُكوّناتها الفرعية متغيّراتٍ مستقلّة، لدى المرضى المصابين بمرض السكر (النوع الثاني) بالرياض، حُسب تحليل الانحدار المتعدّد

بالطريقة المتدرّجة (Regression stepwise) على عدّة مستويات تُعرضها الباحثة فيما يلي.

الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية المنبئة بالاكتئاب لدى مرضى السكر (النوع الثاني).
جدول (٤- ٧) معاملات الارتباط والانحدار المتدرّج لدرجات الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال منبئة بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر (ن= ١٥٥)

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	الارتباط المتعدد	مربع الارتباط المتعدد	قيمة (ف) ومستوى الدلالة	قيمة (ت) ومستوى الدلالة	الانحدار	الثابت
الاكتئاب	إعادة التقييم الإيجابي	٠,٣٥٩	٠,١٢٩	**٢٢,٥٦٨	**٤,٧٦٠	١,٣٦٠-	٢٩,٤٧١

*مستوى دلالة ٠,٠٥ **مستوى دلالة ٠,٠٠١ فأقل

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:

- أسهمت درجات ما بعد إعادة التقييم الإيجابي - وهي أحد أبعاد الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال - في التنبؤ بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وبلغت نسبة الإسهام ١٢,٩% من التباين الكلي، وكانت قيم ف، ت لتباين الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١.
- استُبعدت بعض الإستراتيجيات المعرفية الإيجابية لتنظيم الانفعال؛ وهي أبعاد (التقبل، وإعادة التركيز الإيجابي، والتخطيط، والتقليل من أهمية الأحداث السلبية) من معادلة الانحدار للتنبؤ بالاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني.

الإستراتيجيات المعرفية السلبية المنبئة بالاكتئاب لدى مرضى السكر (النوع الثاني).
جدول (٤- ٨) معاملات الارتباط والانحدار المترجج لدرجات الإستراتيجيات المعرفية
السلبية لتنظيم الانفعال، منبئةً بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر (ن = ١٥٥)

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	الارتباط المتعدد	مربع الارتباط المتعدد	قيمة (ف) ومستوى الدلالة	قيمة (ت) ومستوى الدلالة	الانحدار	الثابت
الاكتئاب	الاجترار	٠,٤٩٧	٠,٢٤٧	**٥٠,٢٧٧	**٧,٠٩١	١,٥٣٠	١,٨٣٦-
	الاجترار لوم الآخرين	٠,٥٣٧	٠,٢٨٨	**٣٠,٧٢٣	**٥,٩١٢ *٢,٩٤٢	١,٣١٦ ٠,٧٣٨	٤,٧٢٧-
	الاجترار لوم الآخرين لوم الذات	٠,٥٥٤	٠,٣٠٧	**٢٢,٢٩٧	**٣,٩٨٧ **٣,٠٧٣ *٢,٠٤١	١,٠٣٦ ٠,٧٦٤ ٠,٥٥٥	٧,٥٠٥-
	الاجترار لوم الآخرين لوم الذات التصور الكارثي للأحداث السلبية	٠,٥٧٠	٠,٣٢٥	**١٨,٠٦٦	**٢,٧٢٠ *٢,٣٨٢ *٢,٠٨٧ *٢,٠٠٧	٠,٧٨٠ ٠,٦١٣ ٠,٥٦٢ ٠,٥٩٩	٩,٣٣٥-

* مستوى دلالة ٠,٠٥ ** مستوى دلالة ٠,٠٠١ فأقل

تشير نتائج الجدول السابق إلى ما يلي:

- إسهام درجات ما بعد الاجترار - وهي أحد أبعاد الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال - في التنبؤ بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وبلغت نسبة الإسهام ٢٤,٧% من التباين الكلي، وكانت قيم ف، ت لتباين الانحدار دالة إحصائياً.
- إسهام درجات ما بعد لوم الآخرين مع الاجترار - وهما بُعدان من أبعاد للإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال - في التنبؤ بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وبلغت نسبة الإسهام ٢٨,٨% من التباين الكلي، وكانت قيم ف، ت لتباين الانحدار دالة إحصائياً.
- إسهام درجات بُعدي لوم الآخرين ولوم الذات مع الاجترار - وهي من أبعاد الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال - في التنبؤ بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وبلغت نسبة الإسهام ٣٠,٧% من التباين الكلي، وكانت قيم ف، ت لتباين الانحدار دالة إحصائياً.

- إسهام درجات أبعاد لوم الآخرين، ولوم الذات، والتصور الكارثي للأحداث السلبية، مع الاجترار - وهي من أبعاد الإستراتيجيات المعرفية السلبية لتنظيم الانفعال - في التنبؤ بدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني، وبلغت نسبة الإسهام ٣٢,٥% من التباين الكلي، وكانت قيم ف، ت لتباين الانحدار دالة إحصائياً. ومما سبق نجد أن النتائج تشير إلى أن بعض الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال تُنبئ بالاكتئاب لدى مرضى السكر من النوع الثاني؛ وهي: الاجترار، ولوم الآخرين، ولوم الذات، والتصور الكارثي للأحداث. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة السيد (٢٠١٢م)، ونتائج دراسة كل من كرانيفسكي وكريج Garnefski and Kraaij (٢٠٠٦م)، ودراسة بينيا وباتشيكو Pena and Pacheco (٢٠١٢م)، في إسهام إستراتيجية التصور الكارثي للأحداث السلبية والاجترار في التنبؤ بارتفاع درجات الاكتئاب. وتفسر الباحثة ذلك بأن الفرد قد يصل إلى الاكتئاب حين يواجه صعوبة في تنظيم انفعالاته، ويعد اختيار إستراتيجيات سلبية لمحاولة تنظيم الانفعالات، وهي إحدى الطرق التي تنبئ بالاكتئاب.

توصيات الدراسة:

- ١- التوعية بالآثار النفسية المترتبة على الإصابة بمرض السكر لدى المرضى وأسرتهم.
- ٢- ضرورة توفير الرعاية النفسية لمرضى السكر.
- ٣- عقد برامج ودورات تدريبية عن الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال.
- ٤- التوعية بأهمية الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال

مقترحات الدراسة:

- ١- إجراء الدراسات التي تتناول الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها ببعض المتغيرات؛ مثل: (القلق، والتوافق النفسي، وجودة الحياة، والمرونة النفسية)، لدى مرضى السكر بأنواعه.
- ٢- إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة.



-
- ٣- إجراء دراسات تتناول الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال لدى الأطفال والمراهقين.
- ٤- إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية، ومقارنة نتائجها بنتائج الدراسة الحالية.
- ٥- دراسة أثر الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال على الاكتئاب.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (٢٠٠٨م). الاكتئاب والكدر النفسي، فهمه وأساليب علاجه، منظور معرفي- نفسي. ط٢، الإسكندرية: دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع.
- إبراهيم، محمد عثمان. (٢٠٠٢م). الانفعالات والسلوك الديني لدى طلاب المعاهد العلمية والدارس الثانوية الأكاديمية بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (٢٠١٦م). الاكتئاب، دراسة في السيكيوايثوميتري. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- إسماعيل، عبد السلام عمارة. (٢٠١٥). الاكتئاب النفسي: الأسباب - الأعراض - أساليب العلاج. مجلة التربوي، ٧، ٧٢-٨٢.
- الأشول، عادل أحمد. (٢٠١٥م). برنامج مقترح باستخدام بعض فنيات العلاج النفسي الإيجابي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المراهقات. مجلة الإرشاد النفسي، ٤١، ٤٩٣-٥٢٧.
- بحر، فريد خضر. (٢٠١٧م). وهم الأطراف وعلاقته بالانفعالات النفسية لحالات البتر: دراسة وصفية تحليلية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- بدران، عمرو حسن. (٢٠٠٠م). كيف تتخلص من الاكتئاب. القاهرة: الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع.
- البراهمة، نسرین خالد. (٢٠١٧م). التنظيم الانفعالي وعلاقته بقلق الاختبار لدى طلبة جامعة اليرموك. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
- برزوان، حسبية. (٢٠١٦م). فعالية إستراتيجيات المواجهة في تسبير الضغط النفسي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة قاصدي مرباح - ورقلة - الجزائر، ٢٤، ١٠١-١١٠.
- بلحسيني، وردة رشيد. (٢٠١٧م). إستراتيجيات تنظيم الانفعالات. رابطة الأدب الحديث، ١١١، ١٨٣-٢٠٨.
- جابر، رامي عطا. (٢٠١٦م). الدليل الشامل لمرضى السكرى. عمان: دار أمجد للنشر والتوزيع.
- حسن، هدى جعفر. (٢٠٠٦م). مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٤(١)، ٤٧-٩٣.
- حسين، فالح حسين. (٢٠١٣م). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- الحميد، محمد بن سعد. (٢٠٠٧م). داء السكرى أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.

- خضر، خالد. (٢٠١٦م). الدليل الشامل للرعاية الصحية والنفسية لمرضى السكر. القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- الخولي، عبد الله محمد. (٢٠١٥م). إستراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية ومعتقدات دمج الفكر والكمالية كمنبئات باضطراب التشوه الجسدي لدى عينة من المراهقين. مجلة كلية التربية بأسبوط - مصر، ٤(٣١)، ٨٧-١.
- زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٤، القاهرة: عالم الكتب.
- السعيد، ريش. (٢٠١٣م). الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي. المجلة العربية للعلوم الاجتماعية، ٣(٣)، ٢١٥-٢٣٢.
- سلوم، هناء عباس. (٢٠١٥م). إستراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بحلّ المشكلات: دراسة مقارنة على عينة من طلاب المرحلة الثانوية وطلاب المرحلة الجامعية بمدينة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.
- سليمان، عبد ربه مغازي. (٢٠١٤م). الهاتف الجوّال وسلوك قيادة السيارات: دور إستراتيجيات التنظيم المعرفي للانفعالات كمتغيّرات وسيطة. مجلة العلوم الاجتماعية، ٤٢(٤)، ٧٥-١١٣.
- سيد، الحسين حسن. (٢٠١٩م). الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالبناء الذاتي الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. المجلة العربية للتربية والعلوم والآداب، ١١، ٧١-١١٥.
- السيد، عبد المنعم عبد الله. (٢٠١٢م). الإستراتيجيات المعرفية في تنظيم الانفعال وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب لدى المراهقين والراشدين: رؤية نقدية. التربية (جامعة الأزهر) - مصر، ٣(١٥١)، ٦٥٩-٦٩٣.
- الشربيني، لطفي. (٢٠١٠م). الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب. الإسكندرية: منشأة المعارف.
- الشربيني، لطفي. (٢٠١٥م). أسألوني أنا الطبيب النفساني. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- الشربيني، لطفي. (٢٠١٨م). الوصمة ومعاونة المريض النفسي. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- شكشك، أنس. (٢٠٠٩م). الأمراض النفسية والعلاج النفسي. عمّان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الشيمي، نجلاء فتحي. (٢٠١٩م). تنظيم الانفعال وعلاقته بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة. المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، ٤(٢٣)، ٢٤١-٢٦٥.
- صالح، أحمد محمد. (٢٠١٤م). الأفكار الإيجابية والسلبية وعلاقتها بالانفعالات والسلوكيات الإيجابية والسلبية لدى المراهقين من الجنسين. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢(٢)، ٢٦١-٢٨٧.
- الصيخان، إبراهيم سالم. (٢٠١٠م). الاضطرابات النفسية والعقلية. عمّان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

- الضبع، فتحي عبد الرحمن. (٢٠١٥م). الإستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال كمتغير وسيط بين الكف المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية (جامعة الإسكندرية) - مصر، ٢٥(٣)، ٣٠٥-٢٣١.
- عبد الحميد، هبة جابر. (٢٠١٨م). اليقظة العقلية وعلاقتها بالتنظيم الانفعالي الأكاديمي لدى طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، ٥٦، ٣٢٥-٣٩٦.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (٢٠١٤م). موسوعة الصحة النفسية، الجزء الأول- علم الأمراض النفسية والعقلية/الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج. ط٣، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد العزيز، مفتاح محمد. (٢٠١٠م). مقدمة في علم نفس الصحة. عمّان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبد الهادي، سامر وأبوجدي، أمجد. (٢٠١٢م). الإستراتيجيات المعرفية الشائعة لتنظيم الانفعالات لدى عينة من طلبة الجامعات الأردنية في ضوء متغيرات النوع والجامعة والتخصّص. المجلة التربوية - الكويت، ٢٦(١٠٣)، ٣٥٥-٣٥٥.
- عبد الواحد، أيمن. (٢٠١٣م). مرض السكر كيف تروضه ليصبح صديقاً لك. القاهرة: الحرية للنشر والتوزيع
- آل عبد الله، جهاد محمد. (٢٠١١م). علاج الاكتئاب الجسيم بطرق التعديل العصبي. المجلة العربية للطب النفسي، ٢٢(٢)، ١٧٠-١٨٠.
- العبوني، ميساء شحادة. (٢٠١٢م). الاكتئاب، القلق لدى البالغين المرضى بحساسية القمح وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عرعار، سامية. (٢٠١٤م). الاكتئاب: المفهوم والأنواع والأعراض. مجلة التربية. ٢(١٦١)، ٦٣٣-٦٦٤.
- العزاوي، رحيم بن يونس. (٢٠٠٨م). مقدمة في منهج البحث العلمي. عمّان: دار دجلة.
- عفانة، محمد جاسر. (٢٠١٨م). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عفيفي، ريوان شكري. (٢٠١٦م). إستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي المنبئة بالتذكّر طويل الأمد. مجلة الإرشاد النفسي، ٤٧، ٥٣٥-٥٦٩.
- عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق. (٢٠١٦م). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- علام، سحر فاروق. (٢٠١٦م). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين التمتع والتنظيم الانفعالي والتراحم بالذات لدى طلاب الجامعة. دراسات نفسية - مصر، ١(٢٦)، ٨٥-١٥٨.
- العنزي، محمد حران. (٢٠٠٩م). الكشف عن الاكتئاب لدى مرضى السكري والأصحاء بمحافظة القريّات في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

- عيد، عائشة عثمان عمر. (٢٠١٨م). الانفعالات الإنسانية في ضوء القرآن الكريم. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- غانم، ستار ونوري، خديجة. (٢٠١٣م). التنظيم المعرفي للانفعال: إستراتيجياته وصعوباته. العلوم التربوية والنفسية، ١٠٣، ٣٣٣-٣٥٥.
- غريب، غريب عبد الفتاح. (٢٠٠٠م). البناء العاملي لمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رأثم)، ١٠ (٣)، ٣٨٢-٣٩٧.
- غنيم، لمى صلاح. (٢٠١٥م). اضطراب الوجدان "الاكتئاب". مجلة الإرشاد النفسي- مصر، ٤٢، ٤٢٩-٤٤٨.
- فايد، حسين. (٢٠٠٦م). العلاج النفسي أصوله-تطبيقاته-أخلاقياته. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
- فرحان، أحمد حسن. (٢٠١٢م). الاكتئاب وطرق علاجه. الرياض، دار الزهراء.
- كرينج، آن وجونسون، شيري وديفيسون، جيرالد ونيلي، جون (٢٠١٦م). علم النفس المرضي (ترجمة أمثال الحويلة، وفاطمة عياد، وهناء الشويخ، وملك الرشيد، ونادية الحمدان). ط٢، القاهرة: مكتبة الأنجلو. (نشر العمل الأصلي عام ٢٠١٤م).
- لازاروس، آرولد. (٢٠٠٢م). العلاج النفسي الشامل الحديث (ترجمة محمد الحجار). بيروت: مؤسسة الرسالة للنشر، (نشر العمل الأصلي عام ١٩٨١م).
- المالكي، سعيد علي. (٢٠١٩م). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة والاكتئاب لدى عينة من المرضى. مجلة القراءة والمعرفة، ٢٠٩، ١٦٣-١٨٩.
- محمد، عادل عبد الله. (٢٠٠٠م). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. الرياض: دار الرشد للنشر.
- مختار، وفيق صفوت. (٢٠١٧م). الاكتئاب مرض العصر. القاهرة: دار طيبة للنشر والتوزيع.
- مصطفى، علي أحمد وسند، فتحي حسن. (٢٠١٥م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الرياض: دار الزهراء.
- معروف، ميرفت. (٢٠١٧م). تقويم معدل انتشار الاكتئاب وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى السكري في مدينة اللاذقية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تشرين، اللاذقية.
- مكنزي، كوام. (٢٠١٣م). الاكتئاب (ترجمة زينب منع). الرياض: المجلة العربية. (نشر العمل الأصلي عام ٢٠١٠م).
- الملك، تاج الدين سليمان. (١٩٩٧م). الاكتئاب. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ١٦ (١٧٩). ٦٦-٦٨.

- موسى، صدام أحمد. (٢٠١٨م). فاعلية العلاج القلاني الانفعالي في تخفيف الاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب بمستشفى التجاني الماحي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم.
- الميلادي، عبد المنعم. (٢٠١٠م). الأمراض والاضطرابات النفسية. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية. (١٤٣٨هـ). أكثر من ١٠٠ ألف مريض سكري بمنطقة الرياض مسجلين بعيادات الأمراض المزمنة. مسترجع من:
<https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/News/Pages/News-2017-08-20-002.aspx>
- ويلبرت، لويس. (٢٠١٤م). الحزن الخبيث: تشريح الاكتئاب (ترجمة عبلة عودة). أبو ظبي: هيئة أبو ظبي للثقافة والسياحة، (نشر العمل الأصلي عام ٢٠٠٦م).
- يعقوب، حيدر مزهر. (٢٠١١م). التنظيم الانفعالي للطلبة المتميزين في محافظة ديالى. المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين، ٢، ٤٤٩-٤٦٧.
- يونس، مرعي سلامة. (٢٠١٦م). علم النفس الإيجابي: مفهومه، تطوره، مجالاته التطبيقية، ورؤية مستقبلية بالوطن العربي. مجلة علم النفس الإيجابي، ١(١)، ٤٥-٥٩.
ثانياً- المراجع الأجنبية:
 - Alagiakrishnan. K.، Sankaralingam. S.، Ghosh. M.، Mereu. L.، & Senior، P. (2013). Antidiabetic Drugs and their Potential Role in Treating Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Discovery Medicine*، 16(90)، 277-268.
 - American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetesd. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education* 40(1)، s4-s5.Doi: 10.2337/dc17-S003.
 - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Arlington: VA، American Psychiatric Association.
 - American Psychiatric Association. (2017). *What is Depression*. Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.
 - Arehart-Treichel، J. (2010). Depression Risk Increases in Patients With Diabetes. *Biological Psychiatry Journal*، 197 (4)، 272-277.
 - Armstrong، A. (2011). What can psychoanalysis tell us about depression. *Student Psychology Journal*، 1، 113-122.
 - Benton، C.، Wiltshir، T. (2011). *Biologica Alterations in Depression*. In: Toru Uehara، *Psychiatric Disorders- Trends and Developments*، (223-266). Retrieved from:<http://www.intechopen.com/books/psychiatric-disorders-trends-and-developments/biological-alterations-indepression>.

- Brugginka, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2016). Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Science Direct*, 22, 34-44.
- Cambridge University Health Partners. (2017). *Coping with depression*. Cambridge: Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust.
- Carvalho, P., Hopko, D. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154-162.
- Compare, A., Zabro, C., Shonin, E., Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology Journal*, 2014, ID324374, 1-10. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/324374>.
- Darton, K. (2014). *Understanding depression* (3rd ed). New York: National Association for Mental Health.
- Falquez, R., Dinu-Biringer, R., Stopsack, M., Arens, E., Wick, W., & Barnow, S. (2015). Examining cognitive emotion regulation in frontal lobe patients: The mediating role of response inhibition. *Neuro Rehabilitation*, 37, 89-98.
- Fisher, L., Hessler, D., Polonsky, W., Strycker, L., Bowyer, V., and Masharani, U. (2019). Toward effective interventions to reduce diabetes distress among adults with type 1 diabetes: Enhancing Emotion regulation and cognitive skills. *Patient Education and Counseling*, 102, 1499-1505.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Gemeay, E., Moawed, S., Mansour, Ebrahiem, N., Moussa, I., & Nadrah, W. (2015). The association between diabetes and depression. *Saudi Medical Journal*, 36(10), 1210-1215. doi: [10.15537/smj.2015.10.11944](https://doi.org/10.15537/smj.2015.10.11944)

- Gillespie, S., Beech, A. (2016). **Theories of Emotion Regulation**. In Boer, D., Ward, T., Beech, A(ED), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment and Treatment of Sexual Offending*(pp.245-265).DOI:10.1002/9781118574003.wattso012
- Gratz, K., Roemer, L.(2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*,26,(1),pp.41-54.
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Interative Review. **Educational Publishing Foundation**,2 (3), 271-299.
- Hammen, C. & Watkins, E. (2018). *Depression*(3rd ed). Milton :Routledge
- Hasan, S., Clavarino, A., Al Mamun, A., Doi, S., & Kairuz, T. (2016). The global distribution of comorbid depression and anxiety in people with diabetes mellitus: Risk-adjusted estimates. *Archives of Pharmacy Practice*,7(2), 80-86.
- Hashim, N., Ariaratnam, S., Salleh, S., Said, M., & Sulaiman, A. (2016). Depression and Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *East Asian Arch Psychiatry*, 26,77-82.
- Heidari, Sara., Aliloo, M. (2015). Comparative Evaluation of Cognitive Emotion Regulation between 'B' Personality Disorders and Normal Persons. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 185, 54-60.
- Igna, R., Stefan, S. (2015). Comparing Cognitiv Strategies In The Process of Emotional Regulation. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 251-266.
- Iyer, K., & Khan, Z. (2012). Depression. *Research Journal of Recent Sciences*, 1(4), 79-87.
- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, S., & Carlson, D. (2003). *Diabetes Mellitus*. In Llewelyn, S& Kennedy, P. (eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*, (pp. 204-218), New York: John Wiley & Sons.
- Kelleci, M., GOLba, Z., Celik, S., & Aydemir, E. (2016). Correlates and depression among married women outpatients with Type II diabetes. *Cumhuriyet Medical Journal*, 38(2), 98-109.
- Khan, Z., Lutale J.,& Moledina, S. (2019). Prevalence of depression and associated factors among diabetic patients in an outpatient diabetes clinic. *Psychiatry Journal*. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2019/2083196>.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4_41. DOI: 10.1080/02699930802619031



- Koole, S., Van Dillen, L., & Sheppes, G. (2011). *The Self-Regulation of Emotion*. In Vohs, K., & Baumeister, R(eds), *Handbook of Self-Regulation(2ed)*, (pp.22-40), New York: The Guilford Press.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J., & Barrett, L. (2008). *Handbook of Emotions(3rd ed)*. New York: The Gulf Ord Press.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13-51.
- Martin, R., & Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249–1260.
- Martins, E., Freire, M., & Santos, F. (2016). Examination Of Adaptive And Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Studia Psychologica*, 1, 59-73.
- Maslow, A. (1962). *Towards a psychology of being*. Princeton: D.Van Nostrand Company.
- Min, J., Yu, J., Lee, C., Chae, J. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to patient with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1190-1197.
- Mishara, S., Sharma, A., Bhandari, P., Bhochhibhoya, S., & Thapa, K. (2015). Depression and Health-Related Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional study in Nepal. *PLOS ONE*, 10(11) DOI:[10.1371/journal.pone.0141385](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141385)
- Missouri Department of Mental Health. (2011). *Understanding Mental Illness*. Jefferson City: Division of Comprehensive Psychiatric Services.
- Myruski, S., Denefrio, S., & Dennis-Tiway, T. (2018). *Stress and Emotion Regulation: The Dynamic Fit Model*. In Harkness, K., & Hayden, E(ED), *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health*,(pp.1-38), Online Publication: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190681777.013.19
- Nemade, R., Reiss, N. S. & Dombeck, M.(2007). Psychology of Depression Behavioral Theories. Retrieved from: <https://www.mentalhelp.net/depression/psychology-behavioral-theories/>
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C., Peyrot, M., Ismail, K., & Pouwer, F. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480-2486. DOI:10.1007/s00125-010-1874-x
- Pena, L., & Pacheco, N. (2012). Physical-Verbal Aggression and Depression in Adolescent: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1245-1254.



- Philippot, P., Baeyens, C., Douilliez, C., & Francart, B. (2002). *Cognitive regulation of emotion: Application to clinical disorders*. New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Rehm, L. (2015). *Cognitive and Behavioral Theories of Depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Roseman, J., Antoniou, A., & Jose, E. (1996). Appraisal determinants of emotions: constructing a more accurate and comprehensive theory. *Cognition and Emotion*, 10, 241-277.
- Ryan, C., Eric, R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Simona, C., Cristian, Z., Daniela, B., & Floredana-Laura, S. (2016). Prevalence Depression, Anxiety and Cognitive Impairment in Patients with Type 2 Diabetes from the Central Part of Romania. *Acta Medica Marisiensis*, 62(2), 209-216.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Baar, A. (2016). Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLOS ONE*, 11(8). DOI: 10.1371/journal.pone.0161062
- Thompson, R. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307.
- Van Loey, N., Oggel, A., Goemanne, A., Braem, L., Vanbrabant, L., & Geenen, R. (2014). Cognitive emotion regulation strategies and neuroticism in relation to depressive symptoms following burn injury: a longitudinal study with a 2-year follow-up. *J Behav Med*, 37, 839-848.
- World Health Organization. (2015). *Fact sheet on Diabetes*. W.H.O sage Publications.
- World Health Organization. (2016). *Fact sheet on Depression*. W.H.O Sage Publications.
- World Health Organization. (2016). *Global report on Diabetes*. W.H.O Sage Publication.
- World Health Organization. (2017). *Fact sheet on Depression*. W.H.O Sage Publications.
- World Health Organization. (2012). World suicide prevention day. Retrieved from: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ Accessed 16.6.2012
- Zhang, P., Lou, P., Chang, G., Chen, P., Zhang, L., Li, T et al. (2016). Combined effects of sleep quality and depression on quality of life in patients with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 17, 40-48.



مجلة كلية التربية . جامعة طنطا
ISSN (Print):- 1110-1237
ISSN (Online):- 2735-3761
<https://mkmgjournals.ekb.eg>
المجلد (٩٠) أبريل ٢٠٢٣ م



-
- Zlomke, K., & Hahn, K. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48, 408–413