الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

عيسى أحمد الشهري

باحث الماجستير في كلية الآداب–جامعة الفيوم

تخصص علم النفس الاكلينيكي

أ. م.د/ محمد فتحي سليمان

أستاذ علم النفس الاكلينيكي المساعد

كلية الآداب – جامعة الفيوم

د.هناء كارم توفيق

مدرس علم النفس الاكلينيكي

كلية الآداب – جامعة الفيوم

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية. شملت عينة الدراسة ١٠٦ مشاركين من مترددي عيادات مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة بالمملكة العربية السعودية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وجُمعت البيانات باستخدام استبانة مكونة من مقاييس تقيس الدعم الاجتماعي، أساليب اليقظة الذهنية، وأعراض القلق والاكتئاب.

أظهرت النتائج قبول جميع الفرضيات السبعة، حيث وُجدت علاقات ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية، والقلق، والاكتئاب. كما أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً معدلاً في العلاقة بين اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب.

تشير الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي يعد عاملاً وقائياً ومعدلاً للعلاقة بين اليقظة الذهنية والصحة النفسية، وأن تعزيز الدعم الاجتماعي قد يقلل من أعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى. وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل دور الأسرة ومقدّمي الرعاية في توفير دعم اجتماعي مستمر، وإشراكهم في الخطط العلاجية بما ينعكس إيجابًا على فعالية التدخلات النفسية

الكلمات المفتاحية:الدعم الاجتماعي، اليقظة الذهنية، القلق، الاكتئاب، مرضى العيادات النفسية، المتغير المعدل، الصحة النفسية.

المقدمة:

زاد اهتمام الدراسات الحديثة في السنوات الأخيرة بالانفعالات وتأثيرها على مختلف جوانب الشخصية. فبينما كان علماء النفس الأوائل يعتقدون أن النشاط العقلي والمعرفي مستقل تمامًا عن الانفعالات والمشاعر الإنسانية، وظل هذا الاعتقاد سائدًا لفترة طويلة، أدرك علماء النفس المعاصرون أن الانفعالات والعواطف تلعب دورًا مهمًا في فهم السلوكين المعرفي والاجتماعي (Leible& Snell,2004) .

تُعدّ اليقظة الذهنية من المفاهيم النفسية الحديثة نسبيًا في مجال البحث العلمي في علم النفس المعاصر، وهي شكل من أشكال الانتباه الإرادي، يمكن توجيهه بحسب إرادتنا نحو كل من المحيط الخارجي والعمليات الداخلية للفرد. وتساعد اليقظة العقلية على تركيز الفرد على اللحظة الحالية مع الوعي الكامل بتجاربنا الداخلية والخارجية، بطريقة غير تقييمية، دون رفض أي شيء أو التعلق بأي تجربة بشكل مفرط(León,2008) .

يُعدّ الدعم الاجتماعي متغيرًا مهمًا في الوقاية وتنمية الصحة النفسية والعضوية، إذ يساهم في تعزيز الرضا عن الحياة والعلاقات مع الآخرين، ودعم المشاعر الإيجابية والمعاني القيمية. كما يلعب دورًا في تعديل استراتيجيات المواجهة وإدارة الضغوط، ويُعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والجسدية. وقد أثبتت الدراسات العلمية والطبية والوبائية الحديثة الفوائد الصحية والوقائية والتنموية للدعم الاجتماعي، حيث يسهم في الحفاظ على سلامة العقل والجسم (يخلف،٢٠٠١).

تُعتبر اضطرابات الحالة المزاجية من الموضوعات الهامة في علم النفس بسبب تأثيرها الكبير على الحالة النفسية والسلوكية للأفراد، وتشمل تقلبات مزاجية متنوعة من الحزن إلى الهوس. تتسم هذه الاضطرابات بعدم تناسق الانفعالات مع المواقف، وتشمل أنواعًا مختلفة مثل الاكتئاب والهوس واضطراب ثنائي القطب العلاج المعرفي السلوكي يُعَدُّ فعالًا في تحسين التقلبات المزاجية للمصابين بهذا الاضطراب (غانم،٢٠٠٦).

يُعتبر القلق من الانفعالات الإنسانية الأساسية وجزءًا طبيعيًا من آليات السلوك الإنساني، كما يمثل أحد الاضطرابات النفسية المؤثرة على صحة الفرد ومستقبله، إضافة إلى تأثيره السلبي على مختلف مجالات الحياة (مصباح،٢٠٢٣).

يسعى الباحث في الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى تأثير الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

مشكلة الدراسة:

يُعتبر القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وانتشارًا بين الأفراد، إذ يلعب دورًا مهمًا في اضطراب وظائف الجسم .غالبًا ما يكون القلق عرضًا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن في بعض الحالات قد يغلب القلق على الفرد بحيث يصبح اضطرابًا نفسيًا أساسيًا بحد ذاته (الشاذلي،٢٠٠١).

يُعدّ الاكتئاب من أقدم الاضطرابات النفسية، إذ تم التعرف عليه منذ العصور القديمة، ويصاب به حوالي ٥% من السكان، كما ترتبط حالاته ارتباطًا وثيقًا بخطر الانتحار، ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا في العصر الحالي، حيث لوحظ في الآونة الأخيرة تزايد حالات الإصابة به بين مختلف فئات المجتمع، بغض النظر عن المستويات الثقافية والمادية والاجتماعية، وكذلك على اختلاف الفئات العمرية (فايد، ٢٠٠٥).

أكدت العديد من الدراسات على الارتباط الوثيق بين الجانب النفسي والجانب البيولوجي للفرد .فقد وجد بعض الباحثين، نورمان كوزنس (Causins, Norman, 1990)، أن هناك علاقة قوية بين الجانب الانفعالي والجانب البيولوجي، حيث لاحظ أنه أثناء حالات الفرح ينشط الجهاز المناعي لدى الفرد ويرتفع معدل الخلايا المناعية، على عكس حالات الحزن والاكتئاب التي يصاحبها تثبيط في نشاط الجهاز المناعي وانخفاض في معدل الخلايا المناعية (الخالدي،٢٠٠٩).

يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مهمًا في التخفيف من الضغوط النفسية والعوامل السلبية المؤثرة على صحة الفرد، مثل الاكتئاب واليأس والحزن. وفي هذا الإطار، أجرى عبد الله (١٩٩٥) دراسة حول الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاكتئاب واليأس على عينتين، إحداهما من الطلاب وشملت ٢٤٢ طالبًا، والأخرى من العاملين وبلغ عدد المشاركين فيها ٨٦ مبحوثًا. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب،

سواء فيما يتعلق بحجم الدعم أو درجة الرضا عنه أو الدرجة الكلية له (رضوان و محمد،٢٠٠١).

يُعتبر الدعم الاجتماعي أحد العوامل النفسية الحيوية المؤثرة في صحة الأفراد العقلية والجسدية، ويكتسب أهمية خاصة لدى المرضى المصابين بالاضطرابات النفسية. أشارت الدراسات إلى وجود شبكة دعم قوية تشمل العائلة، الأصدقاء، والمجتمع يعزز قدرة المرضى على مواجهة الضغوط النفسية اليومية، ويحد من حدة الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والقلق والتفكير الاجتراري. كما يسهم الدعم الاجتماعي في تحسين جودة الحياة والرضا الذاتي، وزيادة الالتزام بالعلاج، وتقليل احتمالية الانتكاسات المرضية (Lakey& Orehek,2011).

تُعدّ اليقظة العقلية من المتغيرات النفسية المهمة التي تسهم في غرس المهارات العقلية الإيجابية، والتي تلعب دورًا فعالًا في تعزيز الصحة النفسية للفرد .فهي تمكّن الفرد من توجيه حياته بطريقة متزنة وواعية، حيث يلاحظ الأفكار والانفعالات بشكل كامل وواضح، ويتيح له التمييز بين التجارب الإيجابية والسلبية، والتعامل مع الأخيرة بوعي دون الانجراف وراءها أو الانغماس فيها (Lau,2006).

استطاع الباحثون والمعالجون النفسيون توظيف مفهوم اليقظة العقلية في علاج عدد واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية، بهدف الوصول بالفرد إلى حالة من السعادة النفسية والرضا عن الحياة. وقد جرى تناول هذا المفهوم من زاويتين رئيسيتين؛ الأولى ترى أنه مفهوم نفسي يرتبط بالتوجه الإيجابي في علم النفس، والثانية تؤكد الاعتماد عليه في العديد من التدخلات العلاجية مثل خفض الضغوط النفسية، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (عبد الرقيب و آخرون، ٢٠١٤).

و قد اتفقت بعض الدراسات الأجنبية في نتائجها على وجود ارتباط موجب بين اليقظة العقلية وجودة الحياة، وارتباط سالب بينها و بين القلق الاجتماعي (West,2008, Bluth, 2012; Mandal, et al., 2012; Tan Yang& Ma,2016)

و مما سبق وجد الباحث أنه على الرغم من تعدد الدراسات التي تناولت أسباب اضطرابات القلق والاكتئاب وأساليب مواجهتها إلا أن هناك فجوة بحثية تتمثل في نقص الدراسات التي تهتم بالعلاقة بين اليقظة الذهنية و أعراض القلق والاكتئاب، حيث إن هذه

المتغيرات مع بعضها البعض لم تحظَ بدراسة كافية، خاصة لدى المرضى النفسيين، و أنه على الرغم من تزايد الاهتمام البحثي بعلاقة ممارسات اليقظة الذهنية بصحة المريض النفسية، لا تزال الصورة العملية لتأثير هذه الممارسات على أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية غير متكاملة. و كذلك، ثمة قلة في الدراسات التي تفحص دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى عيادات الصحة النفسية المحلية، لا سيما في السياقات الثقافية العربية.

بناءً على ذلك، تنشأ مشكلة هذه الدراسة من الحاجة إلى توضيح ما إذا كان وجود مستويات مختلفة من الدعم الاجتماعي يعدل من فعالية ممارسات اليقظة الذهنية في تقليل أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، وإلى تحديد اتجاه وطبيعة هذا التعديل . حيث إن غياب مثل هذه الأدلة يحدّ من قدرة الممارسين على تصميم تدخلات علاجية تراعي الفروق الفردية والاجتماعية للمرضى، ويجعل التوصيات العامة أقل ملاءمة للاستخدام السريري الفعّال.

لذا تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف مدى تأثير الدعم الاجتماعي كعامل معدل في العلاقة بين اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية .

يكمن تحديد مشكلة الدراسة وتساؤلاتها في السعي إلى فهم دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، وفيما يلي عرض **تساؤلات الدراسة:**

١- هل توجد علاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و أعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية؟

٢- هل توجد علاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و أعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية؟

٣- هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي و أساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية؟

٤- هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي و القلق لدى مرضى العيادات النفسية؟

٥- هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي و الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية؟

٦- هل يوجد دور للدعم الاجتماعي في تعديل العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و أعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية؟

٧- هل يوجد دور للدعم الاجتماعي في تعديل العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و أعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية؟

أهداف الدراسة:

١- التعرف على طبيعة العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و أعراض القلق و الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

٢- التعرف على طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي و أساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية.

٣- التعرف على دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق و الاكتئاب.

٤- تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي يمكن أن تسهم في تطوير الممارسات النفسية وتعزيز فعالية التدخلات العلاجية، وذلك في ضوء نتائج البحث المتعلقة بالعلاقة بين اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

أولًا-الأهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في كونها تسهم في توسيع الإطار المعرفي المتعلق بالعلاقة بين اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

كما تعزز الفهم العلمي للدور الذي يؤديه الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في التأثير على الصحة النفسية، وذلك من خلال تقديم تفسير أعمق للآليات النفسية المفسِّرة لهذه العلاقات. وتضيف الدراسة إلى الأدبيات النفسية عبر تطوير نموذج تفسيري يربط بين المتغيرات الثلاثة، مما يسهم في سد فجوة بحثية قائمة حول التفاعل بين اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي وتأثيرهما المشترك على الاضطرابات النفسية الشائعة.

ثانياً-الأهمية التطبيقية:

تظهر الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في إمكانية الاستفادة من نتائجها في تطوير البرامج العلاجية الموجهة لمرضى العيادات النفسية، من خلال تعزيز استخدام أساليب اليقظة الذهنية إلى جانب دعم الشبكات الاجتماعية المحيطة بهم.

كما يمكن أن تسهم في تصميم تدخلات نفسية أكثر فاعلية تستند إلى فهم دور الدعم الاجتماعي كعامل معدل يخفف من شدة أعراض القلق والاكتئاب.

وتوفر الدراسة إطارًا عمليًا يمكن أن تستفيد منه المؤسسات الصحية والأخصائيون النفسيون في تحسين جودة الرعاية النفسية وتطوير استراتيجيات وقائية تهدف إلى رفع مستوى الصحة النفسية لدى المرضى وتقليل الانتكاسات.

تتيح الدراسة أيضًا إمكانية دمج استراتيجيات اليقظة الذهنية في خدمات الرعاية النفسية الأولية وبرامج الصحة المجتمعية، بما يسهم في تحسين جودة الرعاية وتقليل معدل الانتكاس لدى المرضى.

كما يمكن لصنّاع القرار الصحي الاستناد إلى نتائجها في وضع سياسات تعزز التكامل بين الدعم الاجتماعي والتدخلات النفسية الحديثة.

مصطلحات الدراسة:

- **اليقظة الذهنية(Mindfulness):** تُعرّف اليقظة الذهنية بأنها تركيز الانتباه على اللحظة الحاضرة مع قبول التجارب والتعايش معها، دون إصدار أحكام تقييمية عليها (الوليدي علي، ٢٠١٧).
- **لتعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد (المترددين على العيادات النفسية) عند تطبيق مقياس اليقظة الذهنية، ويُقصد بها مستوى قدرة الفرد على التركيز الواعي على اللحظة الحالية، وملاحظة الأفكار والمشاعر والانفعالات دون إصدار أحكام تقييمية عليها أو الانجراف وراءها. ويُقاس هذا المتغير من خلال تطبيق مقياس اليقظة الذهنية المعد خصيصًا لهذه الدراسة على مرضى العيادات النفسية، وتسجيل الدرجات التي يحصل عليها كل مبحوث.

- **الدعم الاجتماعي(Social Support):** : يُعْرَفُ بأنه توافر الموارد النفسية والمادية الفعلية من خلال العلاقات الاجتماعية، فهو ذلك الدعم المقدم من أفراد يرتبط بهم بشبكة من العلاقات الاجتماعية(Zhang et al.,2023)
- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد (المترددين على العيادات النفسية) عند تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي المعد لهذه الدراسة، ويدل على مستوى الموارد النفسية والمادية، والدعم العاطفي والمعلوماتي الذي يتلقاه الفرد من شبكة علاقاته الاجتماعية. ويُقاس هذا المتغير من خلال تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي المعد خصيصًا لهذه الدراسة على مرضى العيادات النفسية، حيث يتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها كل مبحوث لتحديد مستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه.
- **القلق(Anxiety)** : يُعْرَفُ بأنه انفعال غير سار يصاحبه شعور بالتهديد وعدم الراحة والاستقرار، ويتميز أيضًا بإحساس مستمر بالتوتر والحزن لا مبرر له من الناحية الموضوعية (زقارة،٢٠١٣).
- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد (المترددين على العيادات النفسية) عند تطبيق مقياس القلق المعد لهذه الدراسة، ويُقصد بها مستوى الانفعال النفسي غير السار الذي يتضمن شعورًا بالتهديد، وعدم الراحة، والتوتر المستمر، والحزن غير المبرر من الناحية الموضوعية. ويُقاس هذا المتغير من خلال تطبيق مقياس القلق على المشاركين في العيادات النفسية وتسجيل الدرجات التي يحصلون عليها.
- **الاكتئاب(Depression):** : يُعْرَفُ الاكتئاب بأنه اضطراب في الأداء العاطفي والاجتماعي، يتميز باستجابة ضعيفة للمكافأة، واستجابة مفرطة للتهديد (خاصة التهديد الاجتماعي)، مع تركيز مفرط على الجوانب السلبية للذات، ومشاركة غير فعالة مع الآخرين(Forbes et al.,2021) .
- **التعريف الإجرائي:** هو الدرجة التي يحصل عليها المبحوث عند تطبيق مقياس الاكتئاب المعد لهذه الدراسة، ويُقصد بها مستوى الاضطراب في الأداء العاطفي والاجتماعي، بما في ذلك الاستجابة الضعيفة للمكافأة، والاستجابة المفرطة للتهديد، والتركيز على الجوانب السلبية للذات، والمشاركة غير الفعالة مع الآخرين. ويُقاس هذا المتغير من

خلال تطبيق مقياس الاكتئاب على المشاركين في العيادات النفسية وتسجيل الدرجات التي يحصلون عليها.

الإطار النظري للدراسة:

أولاً اليقظة الذهنية:

تُعدُّ اليقظة الذهنية من المتغيرات المهمة التي تساهم في ترسيخ المهارات العقلية الإيجابية، والتي لها دور فعّال في تعزيز الصحة النفسية للفرد.

مفهوم اليقظة الذهنية:

يُقصد بمفهوم اليقظة الذهنية الاهتمام بطريقة منهجية لتعزيز الانتباه المقصود في اللحظة الحالية، مما يسهم في زيادة الوعي والوضوح الذهني وقبول اللحظة الراهنة كما هي. وتوصف اليقظة الذهنية أيضًا بأنها عملية اختيارية للتعلم تساعد الفرد على التحكم في تركيزه والانتباه الواعي لتجاربه الداخلية والخارجية.(Kabat–Zinn,1990)

تُعرّف اليقظة الذهنية بأنها الوعي بالخبرة الآنية في إطار اليقظة الذهنية بأنه ملاحظة التجارب الحاضرة مع مصاحبتها بالقبول والحيوية، دون محاولة الحكم عليها أو تقييدها أو تحديد، فهي مهارة نفسية تنطوي على وعي متكامل يركز على الخبرات الأساسية والأفكار والمشاعر والانفعالات التي يختبرها الفرد في اللحظة الراهنة، دون الانشغال بالماضي أو التفكير في المستقبل أو الانغماس في ما يخطر على ذهنه. فهي تمكّن الفرد من مراقبة خبراته الداخلية، بما في ذلك الأفكار والمشاعر والانفعالات، بوعي كامل دون إصدار أحكام عليها، مع القدرة على الانتباه إلى الذات والآخرين(Vavrichek, J.2012) .

تُعدُّ اليقظة العقلية حالة ذهنية مرنة يشارك فيها الفرد بنشاط في الوقت الحاضر، حيث يلاحظ أشياء جديدة ويصبح أكثر حساسية لتجاربه(Langer, E.2000) .

بأنها الإدراك الكامل لما يحدث وما يجري في المحيط، بما يعزز قدرة الفرد الفطرية على الانتباه والإدراك لما يدور حوله(Brien et al.,2008) .

تُعدُّ اليقظة العقلية كمصطلح نفسي المراقبة المستمرة للخبرات وتركيز الانتباه عن قصد في اللحظة الحاضرة، بدلاً من الانشغال بالخبرات الماضية أو التفكير في الأحداث المستقبلية. وتشمل اليقظة العقلية قبول الخبرات والتسامح معها، ومواجهة الأحداث كما هي في الواقع، دون إصدار أحكام على الخبرات والانفعالات والأفكار .كما أنها تعكس الوعي

بالطريقة التي يوجه بها الفرد انتباهه، مما يجعله يتحرر من مركزية الأفكار ويدركها على أنها أحداث عقلية مؤقتة وليست تمثيلاً للواقع، وهذا يؤدي إلى استبصاره بالموقف الحالي وفهمه بوضوح أكبر(Cardaciotto et al., 2008).

تعرف اليقظة الذهنية بأنها البقاء عن قصد في الحاضر، وتتضمن مفهومين رئيسيين هما: الوعي والانتباه .فالوعي يتيح المسح العام والرصد المستمر للتجربة، بينما يزيد الانتباه من الإحساس بالخبرة ويعمق التركيز عليها، مما يعزز فهم الفرد لما يمر به في اللحظة الحالية(Neal & Griffin,2006).

عرفها كيتلر بأنها طريقة في التفكير تركز على الانتباه إلى بيئة الفرد ومشاعره الداخلية، دون إصدار أحكام، مما يمكّنه من رؤيتها بشكل واقعي(Kettler,2010) .

كما تم تعريف اليقظة العقلية هي مدى إتقان الفرد للتعامل مع الخبرة الداخلية والخارجية بما تتضمنه من ملاحظة ووصف ووعي بالفعل، دون إصدار أحكام أو إطلاق أقوال تقييمية(علي،٢٠٢٠).

مكونات اليقظة الذهنية:

تعددت وجهات نظر الباحثين حول مكونات اليقظة العقلية، وذلك وفقًا لتوجهاتهم النظرية المختلفة، حيث ركّز كل باحث على الجوانب التي تتوافق مع إطاره المفاهيمي والفلسفي الخاص.

أشار (Hasker,2010) أن لليقظة العقلية مكونين رئيسيين، هما :التنظيم الذاتي للانتباه في اللحظة الحالية، والانفتاح والاستعداد والوعي بالتجارب في اللحظة الحالية

حدد (Browen,2011) مكونين أساسيين أيضًا لليقظة العقلية: المكون الأول لليقظة العقلية هو حالة الوعي في اللحظة الحالية، مصحوبة بالشعور الهادف والمركز والواعي.

ويشير مصطلح "هادف" إلى التركيز الموجه، حيث يكون الانتباه موجهًا دون الانغماس أو الاندماج الكامل مع مثيرات محددة مثل التفكير أو المشاعر أو الإدراك البصري.

أما المكون الثاني لليقظة العقلية يتمثل في الملاحظة الفضولية والمحايدة للتجارب، دون إصدار أحكام تقييمية على المثيرات كما هي في اللحظة الحاضرة.

أشار(Kang & Oh,2012) أن مكونات اليقظة العقلية :تشمل الانتباه، والوعي، والتركيز على الخبرة في اللحظة الحاضرة، والتعايش مع الخبرات والأفكار دون إصدار أحكام.

أهمية اليقظة الذهنية:

أشارت دراسة مايس (Mace) إلى أنّ التدخّلات المبنية على اليقظة الذهنية يمكن استخدامها في طيف واسع من المجالات، من بينها إدارة القلق والضغوط وتنمية الاتجاهات الإيجابية والتعاطف. كما يمكن توظيفها لمعالجة مشكلات تتعلق بالذات مثل الوعي بالذات وتقبّلها. وقد تبيّن أن اليقظة الذهنية تؤدي دورًا مهمًا في التخفيف من أعراض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة، إضافةً إلى إسهامها في تعديل الحالة المزاجية لدى الأفراد في سياقات علاجية مختلفة، وخصوصًا لدى المصابين بالأمراض المزمنة أو الاضطرابات النفسية مثل اضطراب القلق حيث إنها تسهم اليقظة الذهنية في تعزيز قدرة الفرد على التركيز؛ إذ يؤدي توجيه الانتباه بوعي إلى اكتساب قدر أكبر من القوة والثقة والسيطرة على مختلف جوانب الحياة، مما ينعكس إيجابًا على مستويات الأداء في العمل. كما تعمل اليقظة الذهنية على رفع إحساس الفرد بقدرته على إدارة بيئته المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات الملائمة لمواجهة الضغوط.وتُسهم اليقظة الذهنية كذلك في تنمية الشعور بالتماسك الداخلي، لأن الوعي المتواصل بالخبرة لحظة بلحظة يساعد الفرد على الانفتاح على التجارب وإدراكها بعمقإضافة إلى ذلك، تعزّز اليقظة الذهنية إحساس الفرد بمعنى الحياة وتدفعه إلى استكشاف دلالاتها(أسامة،٢٠٢٠).

تسهم اليقظة الذهنية في انفتاح الذات على البعد الروحي؛ فارتفاع مستوى الوعي الداخلي يمنح الفرد إحساسًا متزايدًا بالحرية الداخلية، ويقوده إلى شعور أوضح بالغاية التي تتجاوز المستوى المادي، مما يفتح المجال لتجربة الحياة بعمق أكبر واتساع أشمل (الهسلمون ،٢٠١٩).

أشار دوير إلى أن اليقظة الذهنية تُحقق مجموعة من الفوائد الفسيولوجية والنفسية؛ إذ تشمل الفوائد الفسيولوجية التغيّرات التي تطرأ على وظائف الجسم، مثل خفض مستويات الألم المزمن، وتحسين كفاءة الجهاز المناعي، وتعزيز جودة النوم. أمّا الفوائد النفسية فتتمثّل في خفض مستويات الضغوط النفسية، وتخفيف أعراض الاكتئاب والقلق، والحد من التفكير الاجتراري والمخاوف المرضية(Duerr,2008) .

ترتبط أهميةُ اليقظةِ العقلية بعددٍ من المبادئ الأساسية التي حددها ماستين وريد (Masten & Reed, 2006)، والتي تشكّل إطارًا لفهم آثارها الإيجابية على الفرد، وتتمثل هذه المبادئ فيما يأتي:

١. الثقة بالنفس وبالمشاعر باعتبارها منطلقًا للتفاعل الواعي مع الخبرة.
٢. تنمية الصبر لدى الفرد وفي تعامله مع الآخرين.
٣. التخلي عن المسلّمات المسبقة وتحرير النفس من التوقعات الجاهزة.
٤. تجنب التسرّع في إصدار الأحكام على الذات أو الآخرين أو الأحداث عند حدوثها.
٥. التعبير عن الأمور كما هي بدلًا من الانشغال بتصيد الأخطاء أو البحث عن النواقص.

تتميّز اليقظة العقلية بعدد من الخصائص الجوهرية التي أشار إليها براون وآخرون (Brown et al., 2007)، من أبرزها ما يلي:

١. **الحاضرية والتواجد الذهني** :تقوم اليقظة العقلية على القدرة على العيش في اللحظة الراهنة والاندماج الكامل في الوقت الحاضر، بما يمكّن الفرد من الاستمتاع بالتجربة الحسية والانفعالية بصورة أعمق، ويعزّز وعيه الذهني والروحي.
٢. **الاستجابة المرنة والسريعة** :تسهم اليقظة العقلية في تطوير القدرة على التكيّف السريع مع المواقف المتغيرة، والاستجابة بمرونة للتحديات البيئية المختلفة، مما يدعم اتخاذ قرارات مناسبة والتعامل بسلاسة مع الظروف المتنوعة.
٣. **الوعي بالأفكار والمشاعر** :تتضمن اليقظة العقلية إدراك المشاعر والأفكار كما هي في اللحظة الحالية، وفهمها والتعامل معها بوعي واتزان، وذلك من خلال مراقبة العمليات العقلية الداخلية دون اندماج أو تقييم.
٤. **الانتباه للتفاصيل** :تمكّن اليقظة العقلية الفرد من ملاحظة التفاصيل الدقيقة والإشارات الصغيرة في البيئة المحيطة، مما يتيح له فهماً أعمق للسياق واتخاذ قرارات تستند إلى معطيات دقيقة.

النظريات المفسرة لليقظة الذهنية:

نظرية لانجر لليقظة الذهنية (Langer Theory of Mindfulness)

تُعدّ إلين لانجر(Ellen Langer) ، أستاذة علم النفس بجامعة هارفارد، من أوائل الباحثين الذين تناولوا اليقظة الذهنية من منظور معرفي. فقد قدمت في كتابها "Mindfulness" تصورًا جديدًا يوضح كيف يمكن للإنسان أن يطوّر ذاته من خلال تبنّي حالة ذهنية نشطة وواعية، تقوم على العيش في اللحظة الراهنة والانخراط التام في الحاضر دون السماح للمؤثرات الخارجية بإرباك الانتباه أو تشويهه.

أشارت لانجر (Langer, 1989) إلى أن اليقظة الذهنية مصطلح مشتق من اللغة البالية ويعني "التذكّر"، ولكنه يُستخدم كأداة للوعي إذ يدل على إدراك العقل المستمر. وترى لانجر أنّ اليقظة الذهنية تعكس القدرة على خلق فئات معرفية جديدة، واستقبال المعلومات الحديثة، والانفتاح على وجهات نظر مختلفة، والتحكم في السياق، والتأكيد على النتائج العملية.

وترى لانجر أنّ اليقظة الذهنية تتجسد في القدرة على خلق فئات معرفية جديدة، واستقبال معلومات جديدة، والانفتاح على وجهات نظر متعددة، والتحكم في السياق، والوعي بالنتائج المتوقعة .وبذلك فإن اليقظة الذهنية تمثل قدرة الفرد على النظر إلى الأشياء بطرق مبتكرة ومدروسة، مما يساعده على اتخاذ قرارات أكثر وعيًا ومهارة.

وتفترض نظرية لانجر أنّ الكثير من محدوديات الإنسان تعود إلى القبول غير الواعي للإيداعات المعرفية المبكرة (Mindless cognitive commitments)، أي المُعتقدات أو التصورات التي يكتسبها الفرد في وقت مبكر دون فحص أو وعي لاحق، والتي تستمر في تقييد تفكيره وسلوكه. وقد أظهرت نتائج دراسة لانجر وبيك (١٩٧٩) أنّ الذاكرة قصيرة وطويلة المدى يمكن تحسينها من خلال تعديل المتغيرات السياقية وزيادة الوعي الشعوري بالمعلومات.

كما تؤكد لانجر أنّ الفصل بين العقل والجسد هو في حد ذاته أحد الإيداعات المعرفية المبكرة التي تحدّ من إمكانات الفرد، إذ يُقيد الإنسان نفسه بصورة لاشعورية من خلال الإيمان بحدود "طبيعية" مختلقة للذهن والجسم. وتشير إلى أنّ غياب اليقظة الذهنية يؤثر بعمق في مختلف جوانب الحياة، بما في ذلك الأداء المعرفي، والمرونة النفسية، وجودة

الصحة، بل وحتى طول العمر. وفي المقابل، فإن الأشخاص الذين يطورون اليقظة الذهنية يصبحون أكثر قدرة على كسر هذه الإيداعات المعرفية القديمة التي تعيق إمكاناتهم الحقيقية(Otay, H.2013) .

نظرية اليقظة الذهنية للمعنى(Meaning Mindfulness Theory – MMT):

نموذج يهدف إلى تنظيم المشاعر الإيجابية الواعية لسد الثغرات الموجودة في النظريات التقليدية المتعلقة باليقظة وصحة الإنسان. وأشار فريدريك سونوجارالند وفاربوغولدين (٢٠١٥) إلى أن اليقظة الذهنية ترتبط بمستويات عالية من الرفاهية النفسية، إذ تتيح تنظيم العمليات العاطفية بشكل أكثر تفصيلًا، بما في ذلك التفكير والاستجابات العاطفية واستراتيجيات التحكم في العواطف.

ويؤكد مؤسسو النظرية أن ممارسة التحكم في الانتباه أثناء مواجهة الضغوط يمكن أن يؤدي إلى انتقال تقييم الإجهاد إلى مستوى أعمق من التأمل، مما يوسع نطاق الوعي ليشمل المعلومات الحسية والخارجية. وتتم معالجة هذه المعلومات ودمجها في عمليات إعادة تقييم تساعد على التكيّف العاطفي وتوليد أنماط جديدة من التفاعل مع الذات والعالم، وينتج عن ذلك تجربة دائمة للإيجابية والشعور بالمعنى في الحياة (سعد إبراهيم، ٢٠٢٢)

نموذج باير و آخرونBear et al :

قدّم باير وآخرون (Baer et al., 2006) نموذجًا مكوّنًا من خمسة جوانب لقياس اليقظة الذهنية، يشمل: عدم التفاعل مع التجربة الداخلية، ومراقبة الخبرة، والوعي بالإجراءات، ووصف وتجسيد التجربة بالكلمات، وعدم إصدار حكم على التجربة .وأظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي مهم بين جميع هذه الجوانب والتعاطف مع الذات، ولاحظ الباحثون أن التعاطف مع الذات كان مرتبطًا بشكل قوي بعدم التفاعل مع التجربة الداخلية، مما يشير إلى أن التعاطف مع الذات يُعد عنصرًا أساسيًا في نتائج اليقظة الذهنية.

ويُقدّم هذا النموذج دليلًا إضافيًا على أهمية تفاعل الأفراد مع تجاربهم الداخلية؛ إذ قد يكون الانخفاض في التفاعل مع التجربة الداخلية مرتبطًا بالتغيرات في الهوية الذاتية التي تحدث أثناء ممارسة اليقظة الذهنية. وبناءً على هذه النتائج، يبدو أن التعاطف مع الذات يلعب دورًا مهمًا في تعزيز الفوائد المرتبطة باليقظة الذهنية (البشيري و الصبان، ٢٠٢٣).

نظرية التحديد الذاتي(Self-Determination Theory):

يُعدّ الباحثان إدوارد ديسي (Edward Deci) وريتشارد راين (Richard Ryan) من أوائل من اهتموا بهذه النظرية، التي تركز على أهمية الدوافع الداخلية مقابل الدوافع الخارجية . وفقًا لهذه النظرية، تقوم اليقظة العقلية بتفعيل وتنظيم الذاكرة من خلال النشاط الذاتي واتباع الحاجات النفسية الأساسية.

وتشير النظرية إلى أن الأشخاص الذين يمارسون اليقظة العقلية تجاه خبراتهم الحسية لديهم ذاكرة أكثر فعالية مقارنةً بالأشخاص الذين يكونون مشغولين ذهنياً بأنشطة متشتتة.

ويعمل الوعي الذاتي على تسهيل الوصول إلى حالة اليقظة العقلية، مما يمكّن الفرد من تنظيم سلوكه بطريقة تساعده على إشباع حاجاته الأساسية .وتعد هذه النظرية من بين أكثر النظريات انتشارًا، إذ تساهم في تطوير وتحسين الوظائف والمهام الشخصية في الأبعاد الاجتماعية، مع التركيز على السلوكيات التي يختارها الفرد بحرية ويوافق عليها. كما تشير النظرية إلى أن الاختلافات الفردية في القدرات والأفكار والخصائص الشخصية تؤدي إلى مجموعة متنوعة من السلوكيات التي تتميز غالبًا بارتفاع مستوى الانتباه والوعي الذاتي دون تدخل الآخرين (يونس،٢٠١٩).

النموذج الخماسيThe Five-Aggregate Model:

يُعد النموذج الخماسي لليقظة الذهنية إطارًا نظريًا متكاملًا يصف التجربة الذاتية الواعية من منظور الفرد، ويتيح فهم كيفية تفاعل الشخص مع خبراته الحسية والعاطفية والمعرفية. يتكون النموذج من خمس مجموعات رئيسية: المكون المادي، الذي يشمل الجسد والمواد الخارجية، ويعكس التفاعل الملموس مع البيئة؛ والمشاعر، التي تمثل التأثيرات العاطفية الفردية الناتجة عن الخبرات اللحظية؛ والإدراك، المرتبط بالوعي بسمات الأشياء والبيئة المحيطة؛ والإرادة، التي تعكس القدرة على توجيه الانتباه والسيطرة على الاستجابات الذهنية والسلوكية؛ وأخيرًا الوعي الحسي، وهو القدرة على إدراك المحفزات الحسية والتفاعل معها، ويعتبر أساسًا يمكن من خلاله توليد المكونات الثلاثة الأخرى. يوفر هذا النموذج أساسًا نظريًا قويًا لفهم اليقظة الذهنية وتطبيقاتها العملية في التدخلات التأملية والعلاجية، حيث يسهم في تعزيز الوعي الذاتي، وتحسين جودة التفاعل مع البيئة، وتقوية قدرة الفرد على مواجهة الضغوط النفسية بكفاءة وفعالية (الهاشم أماني،٢٠١٧).

نموذج اليقظة العقلية لشابيرو وزملاؤه الذي تكون من أربع مكونات، هي: تنظيم الذات، وإدارة الذات، وتوضيح القيم، والتعرض. وهذه المكونات الأربعة متسقة تماماً مع حقائق اليقظة العقلية الثلاث (القصد – الاتجاه – الانتباه)(Shapiro,et al.,2006).

نموذج هاسكر الثنائي لليقظة العقلية: قدم نموذجه في اليقظة العقلية من خلال مكونين رئيسين هما: التنظيم الذاتي للانتباه في اللحظة الحالية، والانفتاح والاستعداد والوعي بالتجارب في اللحظة الحالية(Hasker, 2010)

ثانياً الدعم الاجتماعي:

يُعرَّف الدعم الاجتماعي لغةً و اصطلاحاً من خلال العديد من الأدباء والعلماء على النحو التالي:

الدعم الاجتماعي لغةً:

يُشتق مصطلح "الدعم الاجتماعي" من الفعل (دَعَمَ) ، حيث يُقال: دعم الشيء يدعمه دعْمًا، أي مال فأقامه. وتشير كلمة الدعمة إلى ما يدعم به الشيء، بينما يُقصد بـ الدعام والدعامة الشيء الذي يقوم بدعم الشيء الآخر، كما يُستخدم الدعم للدلالة على ميل الشيء فتدعمه الدعامات (ابن منظور، ١٩٩٣).

الدعم الاجتماعي اصطلاحاً: وتعني "الدعم الاجتماعي" المعرفة المتبادلة بين الفرد وآخرين يشكلون شبكته الاجتماعية المؤيدة والمشجعة، والتي يُدركها الفرد على أنها متاحة لتقديم المساندة عند الحاجة، بما يساهم في التخفيف من الضغوط النفسية وتعزيز القدرة على التعامل معها وتقليل حدتها (بخش،٢٠٠٢).

يُعرَّف الدعم الاجتماعي بأنه ما يحصل عليه الفرد من دعم عاطفي ومعلوماتي ومادي من الآخرين في بيئته الاجتماعية، مثل الأسرة والأصدقاء والجيران، لا سيما عند مواجهة أحداث أو مواقف قد تسبب له مشقة أو صعوبات. ويساعد هذا الدعم الفرد على التكيف مع الأزمات و الشدائد (أبو غالي،٢٠١٤).

يُعرَّف الدعم الاجتماعي بأنه مجموعة من السلوكيات الداعمة والمساندة الموجهة للفرد المستهدف، والتي تجعله يشعر بالحب والقبول والاهتمام من قبل الآخرين، مثل الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وتقديرهم له. ويمنحه هذا الشعور القدرة على مواجهة مشاكله وتلبية احتياجاته المختلفة، سواء كانت مادية أو نفسية، كما يعزز شعوره بالأمان والطمأنينة

والاستقرار، ويؤكد أنه جزء متكامل وعضو فاعل في شبكة علاقات اجتماعية آمنة ومقبولة (أبو هدروس،٢٠١٣).

يُعرَّف الدعم الاجتماعي أيضاً بأنه إدراك الفرد لوجود عدد من الأشخاص في حياته يمكنه اللجوء إليهم عند الحاجة، مع شعوره بالرضا عن مستوى الدعم المتاح له (حسين،٢٠٠١).

يُعرَّف الدعم الاجتماعي بأنه مجموعة أساليب المساعدة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، وتشمل تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في مختلف مواقف الحياة، بما يلبي حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والأمان، ويعزز ثقته بنفسه ويزيد من كفاءته الاجتماعية (حنفي،٢٠٠٧).

أنواع الدعم الاجتماعي:

الدعم الاجتماعي الوجداني: هو إظهار مشاعر الثقة والمحبة والحنان تجاه الآخرين، كما يُعرف على أنه الدعم والسند النفسي الذي يقدمه الآخرون للفرد من خلال وقوفهم معه، ومشاركته أفراحه وأحزانه، وتعاطفهم معه، واهتمامهم بشؤونه، مما يعزز شعوره بالثقة في نفسه وفي الآخرين، ويزيد من فرحه في الأوقات السعيدة، وصبره وتحمله في الأوقات الصعبة (مرسي،٢٠٠٠).

١-**الدعم المعنوي (الإدراكي):** هو نوع من الدعم النفسي الذي يقدمه الآخرون للفرد من خلال كلمات التهنئة والثناء عليه في الأوقات السعيدة، وعبر عبارات المواساة والتعاطف في الأوقات الصعبة. يمنح هذا الدعم الفرد شعورًا بالاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويساعده على التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والغضب والجزع، كما يشجعه على التفكير في ما أصابه بطريقة متفائلة، مع الشعور بالرضا.(Line,1996)

٢-**الدعم المعلوماتي:** يشمل تزويد الفرد بالمعلومات، ووجهات النظر، والآراء، والنصائح، بحيث تساعده هذه المعطيات على زيادة وعيه بعوامل النجاح والفشل، ما يعزز قدرته على مواصلة النجاح وتحمل الفشل والإحباط عند مواجهة حدث ضاغط أو موقف صعب. كما يمكن أن يجد الفرد في هذه النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح، مما يسهم في تحسين استجاباته الانفعالية والسلوكية تجاه المواقف الضاغطة (مرسي إبراهيم، ٢٠٠٠).

٣-الدعم السلوكي: يشير إلى مشاركة الفرد في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني أو العملي، حيث يقوم الآخرون بمساندته عمليًا لمواجهة المتطلبات اليومية أو المواقف الضاغطة، مما يسهم في تخفيف العبء عليه وتحقيق التكيف مع الظروف المحيطة (رضوان ومحمد،٢٠٠١).

٤-دعم التقدير: يتمثل في تزويد الفرد برسائل أو معلومات تؤكد أنه شخص ذو قيمة ومحل احترام وقبول من الآخرين، الأمر الذي يعزز تقديره لذاته ويشعره بأن مكانته وخبراته معتبرة مهما واجه من أخطاء أو تحديات شخصية. ويُطلق على هذا النوع من الدعم مسميات متعددة، مثل :الدعم النفسي، الدعم التعبيري، دعم تقدير الذات، دعم التنفيس، والدعم الوثيق (الشناوي وعبد الرحمن ،١٩٩٤).

٥-الصحبة الاجتماعية: تشير إلى قضاء الفرد وقتاً مع الآخرين في أنشطة ترفيهية أو ممارسات للفراغ، وهو شكل من أشكال الدعم الذي يسهم في تخفيف الضغوط من خلال إشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل الاجتماعي. كما يساعد هذا النوع من الدعم على إبعاد الفرد عن الانشغال المفرط بالمشكلات، ويعزز الجوانب الوجدانية الإيجابية (الشناوي وعبد الرحمن،١٩٩٤).

مصادر الدعم الاجتماعي:

يحصل الفرد على الدعم الاجتماعي إما بشكل رسمي أو غير رسمي:

١-الدعم الاجتماعي الرسمي:

يشير الدعم الاجتماعي الرسمي إلى ذلك النوع من المساندة التي يقدمها مختصون مؤهلون في المجالات النفسية والاجتماعية لمساعدة الأفراد خلال الأزمات والشدائد. ويتم هذا الدعم عبر مؤسسات حكومية متخصصة أو منظمات أهلية تطوعية، حيث يتولى الأخصائيون تقديم العون للمتضررين للتخفيف من آلامهم ومعاناتهم في المواقف الحرجة. ويتضمن هذا النوع من الدعم الإرشاد النفسي والاجتماعي لحل المشكلات، إضافة إلى تقديم المساعدات المادية سواء كانت مالية أو عينية، بهدف مساندة المتضررين وتمكينهم من تجاوز الظروف الصعبة. وتولي المجتمعات المختلفة اهتماماً كبيراً بتوفير هذا الدعم عبر مراكز الإسعاف والطوارئ، والخطوط الهاتفية المخصصة للمساعدة، وإدارات الأزمات، وخدمات الشرطة والدفاع المدني وغيرها من الجهات المعنية (مرسي،٢٠٠٠).

٢-الدعم الاجتماعي غير الرسمي:

يُقصد بالدعم الاجتماعي غير الرسمي ذلك النوع من المساعدة التي يتلقّاها الفرد من أسرته وأصدقائه وزملائه وجيرانه، مدفوعة بروابط المودة والمحبة والمصالح المشتركة، إضافة إلى الالتزامات الأسرية والاجتماعية، والأخلاقية، والإنسانية، والدينية. ويأخذ هذا الدعم شكل مساندة متبادلة؛ إذ يساند القريب قريبه، والصديق صديقه، والزميل زميله، والجار جاره. ويتجسّد هذا الدعم بطرق متعددة من أبرزها تبادل الزيارات، والاتصالات الهاتفية، والمراسلات، إضافة إلى اللقاءات في المناسبات والأعياد، وتقديم الهدايا والمساعدات المادية والعينية خلال الأزمات والشدائد (مرسي،٢٠٠٠).

أكد مخيمر (١٩٩٧) أن مصادر الدعم الاجتماعي تتباين تبعًا للمراحل العمرية التي يمر بها الفرد. ففي مرحلة الطفولة، يُعدّ الدعم الأسري — من الأم والأب والإخوة — المصدر الرئيس للدعم. أما خلال مرحلة المراهقة، فيمتد الدعم ليشمل الأسرة وجماعة الرفاق.

وفي مرحلة الرشد، يصبح الدعم الاجتماعي أكثر تنوعًا، حيث يأتي من الشريك أو الزوج، وكذلك من علاقات العمل، بالإضافة إلى الأبناء الذين يشكلون مصدرًا مهمًا للدعم في هذه المرحلة.

وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:

يُعدّ الدعم الاجتماعي عنصرًا بالغ الأهمية في حياة الفرد، إذ يؤثر كلٌّ من حجم الدعم المتاح ومستوى الرضا عنه في طريقة إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وفي أساليب مواجهته لها. كما ينعكس ذلك على قدرته في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة بكفاءة ومرونة. ويمكن تلخيص أبرز وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته فيما يأتي:

١-حماية الذات:

إن الدعم الاجتماعي يؤدي دورًا أساسيًا في حماية الذات وزيادة الإحساس بالكفاءة والفعالية الشخصية. إذ تقل احتمالات تعرض الفرد للاضطرابات النفسية والعقلية عندما يدرك أنه يتلقى دعماً اجتماعياً من شبكة علاقاته المحيطة. كما يساهم هذا الدعم بشكل فعال في تمكين الشخص من تجاوز الأزمات والمواقف الصعبة التي قد يواجهها (الهنداوي،٢٠١١).

يشير (أرجايل،١٩٩٣) إلى أن للدعم الاجتماعي تأثيرًا مباشرًا وفوريًا على نظام الذات، إذ يساهم في زيادة تقدير الذات والشعور بالثقة والكفاءة، ويعزز إحساس الفرد بالسيطرة على

المواقف المختلفة. كما يؤدي إلى توليد مشاعر إيجابية تجعل مواجهة الأحداث الخارجية أقل صعوبة وألمًا، مما يخفف من الضغوط النفسية ويعزز الاستقرار العاطفي للفرد.

يلعب الدعم الاجتماعي دورًا إيجابيًا في الحد من التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتعرض لها الفرد، حيث يساهم انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل في التأثير سلبًا على التوافق النفسي والاجتماعي للفرد. كما أن للدعم الاجتماعي تأثيرًا قويًا في مواجهة الإحباط، ويعد عاملاً مهمًا في الوقاية من الانعزال الاجتماعي، مع الإشارة إلى أن له أهمية خاصة للإناث مقارنة بالذكور (بطرس، ٢٠٠٥).

٢-الوقاية من الاضطرابات والأمراض:

إن للدعم الاجتماعي دورين أساسيين في حياة الفرد: دور إنمائي ودور وقائي، حيث إنه في الدور الإنمائي، يتمتع الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة بتبادل الخبرات والتواصل مع الآخرين، مما يعزز صحتهم النفسية مقارنة بمن يفتقدون هذه العلاقات.

أما في الدور الوقائي، فيساهم الدعم الاجتماعي في التخفيف من آثار الأحداث الضاغطة والمؤلمة مثل القلق والاكتئاب، حيث تختلف استجابة الأفراد لهذه الأحداث تبعًا لمدى توافر العلاقات الودودة والدعم الاجتماعي. ويزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي أو نوعه، وهو ما يعرف بنموذج الأثر الملطف للدعم الاجتماعي (الشناوي و عبد الرحمن،١٩٩٤).

أشارت الدراسات أن المشاركة في الأنشطة الاجتماعية تسهم بشكل فعال في تخفيف الضغوط النفسية، كما أن للدعم المقدم من الأسرة والأصدقاء أثرٌ كبير في تعزيز التوافق النفسي للفرد. فالأشخاص الذين يحصلون على مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي يكونون أقل عرضة للاضطرابات النفسية والمشكلات النفسية والضغوط مقارنة بمن يفتقدون هذا الدعم (بطرس، ٢٠٠٥).

٣-مواجهة ضغوط الحياة:

إن إدراك الشخص لوجود من يدعمه عند الحاجة يُعدّ عاملاً ذا تأثيرٍ مُلطّف لضغوط أحداث الحياة، ويسهم في تعديل وتحسين أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها بصورة أكثر فاعلية، كما يرى أن الضغوط النفسية تتفاقم لدى الأفراد الذين يفتقرون إلى علاقات اجتماعية ودودة تُوفّر لهم المساندة، إذ إن الأشخاص الذين يعانون من القلق

والاكتئاب والتوتر يكونون في حاجة أكبر إلى الدعم الاجتماعي. ويزداد احتمال ظهور اضطرابات نفسية كلما انخفض مقدار الدعم الاجتماعي كمًّا ونوعًا. ومن ثمّ، فإن مواجهة الفرد لضغوط الحياة بمفرده، دون مساندة من الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران، يؤدي إلى تضخيم الإحساس بالضغط ويعزز مشاعر الوحدة، مما يُسهِم في نشوء واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس (عبد الرحمن،٢٠٠٠).

٤-مصدر للتوافق و التكيف الانفعالي:

يسهم الدعم الاجتماعي في إمداد الفرد بالاستقرار الوجداني، ويعزز إحساسه بقيمة ذاته وأهميتها في مختلف مواقف الحياة. كما الدعم الاجتماعي يؤدي دورًا مهمًا في تقوية شعور الفرد بقيمته وكفايته الذاتية(الشناوي محمد، عبد الرحمن محمد،١٩٩٤).

يعمل الدعم الاجتماعي على تعزيز الموارد الوجدانية المرتبطة بتثبيت الإحساس بالقيمة الذاتية، وذلك من خلال أشكال متعددة من التأييد، كالاستحسان، والتقدير، والمدح، وتعبيرات الاحترام التي يتلقاها الفرد من الآخرين(Kennedy et al., 1990).

أساليب الدعم الاجتماعي للمرضى:

١-الطمأنة على الحالة الصحية للمريض:

يمثّل التطمين الذي يقدمه الطبيب للمريض عنصرًا أساسيًا في مساعدته على تقبّل حالته المرضية، حيث يُسهم في تعزيز شعوره بالأمان والاستقرار. ويتعزّز هذا الأثر من خلال مواقف المحيطين بالمريض، الذين يعملون على إشعاره بأنه بخير وبأن حالته في تحسّن مستمر، وأنه أفضل من العديد من الحالات الأخرى، وهو ما ينعكس إيجابًا على حالته النفسية ودافعيته للتكيف مع المرض.

٢- العيادة (زيارة المريضِ وعيادته):

تُعَدُّ من أهمِّ أساليب الدعمِ المقدَّم لمرضى المستشفيات، فهي تُشعر المريضَ بالاهتمامِ والمساندةِ من محيطه الاجتماعي. كما تُسهم الزيارة في رفع معنوياته وتقليل شعوره بالوحدة والعزلة داخل المستشفى. وتعمل العيادة كذلك على تعزيز الأمل والطمأنينة لدى المريض، مما ينعكس إيجاباً على حالته النفسية واستجابته للعلاج. وتُعدّ الزيارات المنتظمة عاملاً مهماً في دعم المريض وتخفيف الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض.

٣-تقوية أمل المريض في الحياة:

يتعرض المريض في كثير من الأحيان لمشاعر القلق المرتبط بالمرض والخوف من الموت، مما قد يدفعه إلى رفض الحياة والشعور باليأس والاكتئاب، فيتولد لديه إحساس بأن نهايته باتت قريبة. ورغم إدراكه أن الموت حقيقة حتمية، إلا أنه خلال فترات الصحة والنشاط غالبًا ما يغفل عن هذه الحقيقة، لتعود وتفرض نفسها بقوة عند المرض، فتُثقله بالمخاوف وتشعره بانقطاع الأمل في المستقبل.

وعلى ذلك، تبرز أهمية العمل على تعزيز أمل المريض في الحياة، وتوضيح أن الموت ليس مرتبطًا بالمرض مباشرة، وأن الكثير من الأمراض يمكن التعايش معها والشفاء منها، الأمر الذي يسهم في رفع معنوياته وتحسين حالته النفسية (خليل،١٩٩٦).

النماذج الرئيسية المفسرة لدور الدعم الاجتماعي:

هناك عدة نماذج لتفسير الدعم الاجتماعي و تشمل ما يلي:

١-نموذج الأثر الرئيسي للدعم:

يفسَّر هذا النموذج من منظور علم الاجتماع بوصفه تفاعلاً اجتماعياً منظماً أو انغماساً في الأدوار الاجتماعية،

ينظر إليه علم النفس على أنه شكل من أشكال التفاعل والاندماج الاجتماعي الذي يوفر مكافأة للعلاقات ومساندة للحالة الانفعالية للفرد. ويُعدّ هذا النوع من الدعم المرتبط بالشبكة الاجتماعية مؤثِّراً في الصحة البدنية من خلال آثاره الانفعالية على الهرمونات العصبية ووظائف الجهاز المناعي، أو من خلال تأثيره في أنماط السلوك المرتبطة بالصحة مثل التدخين، وتعاطي المواد، أو اللجوء إلى الخدمات الطبية. وفي صورته القصوى، يفترض نموذج الأثر الرئيس أن زيادة مستوى المساندة الاجتماعية تؤدي إلى تحسن نوعية الحياة وازدياد الشعور بالرفاه (الشناوي محمد، عبد الرحمن محمد،١٩٩٤).

٢-نموذج الأثر الواقي من الضغط:

ينشأ الضغط النفسي عندما يقدّر الفرد موقفًا معينًا على أنه مهدد أو ملح، بينما لا يمتلك الاستجابة المناسبة للتعامل معه. ومن وجهة نظر سيلز(Sells) ، فإن هذه المواقف هي تلك التي يدرك فيها الشخص ضرورة الاستجابة للموقف، إلا أن الاستجابة الملائمة غير متاحة له بشكل مباشر. وتشمل الآثار المباشرة لتقدير الفرد للموقف الضاغط الجوانب

العاطفية السلبية، وزيادة الاستجابات الفسيولوجية، والتكيفات السلوكية. وعلى الرغم من أن حدثًا ضاغطًا واحدًا قد لا يفرض مطالب كبيرة على قدرة معظم الأفراد على التعامل مع الموقف، فإن تراكم المشكلات المستمرة والمجهدة لقدرة الفرد على حلها قد يؤدي إلى حدوث اضطرابات خطيرة(Lazarus,.1996)

يشير (الشناوي وعبد الرحمن،1994) فإن الدور الذي يقوم به الدعم الاجتماعي في هذه السلسلة يمكن تحديده في موضعين أساسيين:

أَوَّلًا: يُمْكِنُ للدعم الاجتماعي أن يتدخل بين الحادث الضاغط أو توقع هذا الحدث، وبين استجابة الفرد للضغط، من خلال تخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط. بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين قادرون على تقديم الموارد والإمكانات اللازمة له قد يدفعه لإعادة تقييم احتمال الضرر الناتج عن الموقف، أو يعزز قدرته على التعامل مع المتطلبات التي يفرضها الموقف، وبالتالي يقلل من شعوره بأن الموقف شديد الضغط.

ثانيًا :قد يتدخل الدعم المناسب بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية، وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط للتأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية. وقد يزيل الدعم الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة، حيث يحدث كبح للهرمونات العصبية بحيث يصبح الشخص أقل استجابة للضغط المدرك، أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحيحة.

ثالثًا القلق:

يُعَتَبَر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية. ويظل موضوع القلق من أهم القضايا التي تستأثر باهتمام الباحثين في العلوم النفسية، نظرًا لأهميته وعمقه وارتباطه الوثيق بالعديد من المشكلات النفسية (فاروق،٢٠٠٨).

القلق لغةً:

القلق لغةً، كما ورد في لسان العرب، يُنظر إليه على أنه شعور بالانزعاج، كما يُشير إلى حالة عدم الاستقرار النفسي، وعدم الثبات على حالة واحدة لفترة مستمرة (سهيل المطيري،٢٠٠٥).

يُعرَّف القلق في المعجم الوسيط بأنه الهم، والأرق، والاضطراب، والانزعاج، وعدم الاستقرار في مكان واحد على حال واحد. وتشير المعاجم العربية إلى أن مصطلح القلق يدل على حالة الانزعاج والحركة المضطربة(ابن منظور،١٩٨٨).

القلق اصطلاحاً:

يُعرَّف القلق بأنه شعور عام ومبهم بالخوف والتوجس والتوتر، دون وعي مصدر هذا الخوف، ويصاحبه أحاسيس جسدية متكررة بين الحين والآخر، مثل ضيق الصدر أو صعوبة التنفس أو تسارع نبضات القلب(نور الدين ،٢٠٠٩).

يُعرَّف القلق بأنه حالة نفسية يولد شعورًا بوجود خطر يهدد الفرد، ويصاحبها توتر انفعالي يؤدي إلى اضطرابات فسيولوجية متنوعة (عكاشة،٢٠١٥).

يُعرَّف القلق على أنه خبرة ذاتية تتسم بمشاعر الخوف من شر محتمل، والشك، والشعور بالعجز، دون أن يكون هناك خطر حقيقي، ويرافق ذلك تغيّرات فسيولوجية واضحة(Spence,& Foss, 1998).

يُعرَّف القلق بأنه حالة توتر شاملة ومستمرة تنتج عن توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي محتمل، ويصاحبها شعور بالخوف الغامض بالإضافة إلى أعراض نفسية وجسدية (الشاذلي،٢٠٠١).

يُعرَّف القلق بأنه شعور بالتوتر وعدم الارتياح نتيجة توقع حدوث تهديد محتمل، يتميز هذا التهديد بالغموض أو بالشعور العام بعدم الراحة(Panayiotou et al.,2014) .

يُعرَّف القلق على أنه انفعال مكتسب واستجابة انفعالية غير سارة، يتمثل في حالة توتر شاملة ومستمرّة نتيجة توقع تهديد خطر انفعالي أو رمزي محتمل. ويصاحب هذا الشعور خوف غامض وأعراض نفسية وجسدية، ويُعد القلق انفعال المجهول، ويتميز بكونه مركبًا من الخوف وتوقع التهديد والخطر (زهران،٢٠٠٠).

أعراض القلق:

تعددت أعراض القلق و تتمثل فيما يلي:

١-الأعراض الفسيولوجية (الجسدية) للقلق:

تظهر بعض الأعراض الفسيولوجية لدى الأفراد ذوي القلق الاجتماعي عند مواجهتهم لمواقف اجتماعية معينة، أو حتى عند مجرد التفكير في هذه المواقف. وتتجلى هذه

الأعراض في ردود فعل فسيولوجية شديدة في المواقف المثيرة للخوف، وتشمل احمرار الوجه، ارتعاش اليدين، الغثيان، التعرق، سرعة نبضات القلب، ضيق التنفس، ومغص المعدة.

ويمكن القول إن هذه الأعراض قد تظهر أيضًا لدى بعض الأفراد العاديين عند مواجهة المواقف الاجتماعية، إلا أن الفرق الرئيس بين المصابين باضطراب القلق الاجتماعي والأشخاص العاديين يكمن في درجة شدة هذه الأعراض(العماني،٢٠٠٠).

٢- الأعراض النفسية:

يشعر الأفراد المصابون بالقلق الاجتماعي بمجموعة من الأعراض النفسية، والتي تتجلى في التوتر والخوف، وترقب حدوث مكروه محتمل، والشعور بعدم الارتياح. وينتج عن ذلك تشتت الانتباه، الأرق، وصعوبة التركيز، ما يجعل الفرد حساسًا بشكل كبير لأي ضوضاء. كما قد يرافق هذه الحالة أحلام وكوابيس مزعجة تعكس مستوى القلق النفسي الذي يعاني منه الفرد(عثمان،٢٠٠٠).

٣-الأعراض النفس-جسدية للقلق:

تُعرف الأعراض النفس-جسدية، أو ما يُطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية، بأنها المشكلات الجسدية التي تنشأ نتيجة التوتر النفسي والقلق المستمر. ومن أبرز هذه الأعراض والمشكلات الصحية و منها؛الذبحة الصدرية والربو الشعبي،جلطة الشرايين التاجية،روماتيزم المفاصل،قرحة المعدة والقولون العصبي،فقدان الشهية العصبي والصداع النصفي،وتوضح هذه الأعراض الترابط الوثيق بين الحالة النفسية للفرد وصحته الجسدية، حيث يمكن للقلق المزمن أن يؤدي إلى تفاقم المشكلات الصحية الجسدية المختلفة(سرحان و آخرون،٢٠٠٨).

تصنيفات القلق:

صَّنفت الجمعَّية الأمريكية للطب النَّفسي (٢٠١٣)أشكال القلق و منها ما يلي:

١-نوبات الهلع (Panic attacks):

يتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، تتمثل في اندفاع مفاجئ للخوف أو الانزعاج الشديد، قد تصل شدتها إلى الذروة خلال عدة دقائق. يصاحب هذه النوبات مجموعة من الأعراض، ويجب أن يحدث منها أربعة أعراض أو أكثر لتشخيص

النوبة، وتشمل: التعرق، الارتعاش أو الاهتزاز، ضيق النفس أو الاختناق، الشعور بالانغلاق في مجرى الهواء، ألم أو انزعاج في الصدر، الغثيان أو اضطراب المعدة، الدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء، القشعريرة أو الحرارة، التنميل أو الوخز، والشعور بالانفصال عن الواقع (إحساس بعدم الواقعية) أو تبدد الشخصية (الشعور بالانفصال عن الذات)، بالإضافة إلى الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون، والخوف من الموت.

٢- المخاوف المحدَّدة(Specific Phobias):

يصاب الأفراد في هذا النوع من اضطرابات القلق بخوف أو قلق شديد وغير مبرّر عند التعرّض لشيء محدد أو موقف معين. ويقرّ المصاب بالرهاب النوعي بأن مستوى الخوف الذي يشعر به مفرط وغير منطقي مقارنة بالخطر الفعلي للموقف وسياقه الاجتماعي والثقافي. وغالباً ما يسعى الشخص إلى تجنب المواقف أو الأشياء التي تثير خوفه، أو يتحمله على مضض مع شعور مرتفع بالقلق. وتتضمّن أمثلة المثيرات التي يمكن أن تسبّب هذا النوع من الرهاب: الخوف من المرتفعات، الطيران، الحيوانات، الحقن، أو رؤية الدم. ويشترط لاستمرار التشخيص أن تبقى هذه الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر.

٣-اضطراب القلق المعمَّم (Generalized Anxiety Disorder):

يتميز هذا الاضطراب بشعور الفرد بقلق مفرط وانشغال مستمر حيال عدد من الأحداث أو الأنشطة معظم ساعات اليوم، مع صعوبة واضحة في السيطرة على هذا الانشغال، وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر. ويصاحب هذا القلق ثلاثة أعراض جسدية على الأقل، مثل: التململ أو الشعور بالتوتر، توتر العضلات،

سهولة الإحساس بالتعب، ضعف التركيز أو الشعور بفراغ الذهن، الاستثارة، واضطرابات النوم. وتؤدي هذه الأعراض إلى حدوث تدهور سريري واضح في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات الأداء الأخرى لدى الفرد.

٤- اضطراب قلق محدَّد آخر (Other Specified Anxiety Disorder) :

يُوصَف هذا الاضطراب بوجود أعراض واضحة ومميزة للقلق تُسبِّب قدراً ملحوظاً من الضيق أو انخفاضاً في مستوى الأداء الاجتماعي أو المهني أو في غيرهما من مجالات الحياة، إلا أن هذه الأعراض لا تستوفي المعايير التشخيصية الكاملة لأي من اضطرابات القلق المعروفة. ومن أمثلة هذه الحالات: نوبات الهلع محدودة الأعراض، أو أعراض تشبه

اضطراب القلق المعمّم ولكنها لا تحدث بصورة مستمرة، أو ما يُعرف بهجمات الريح، أو الهجمات العصبية.ويُقدِّم المختص التشخيص بهذا الاضطراب عندما توجد أعراض مرتبطة بسبب معيّن، ولكن المظاهر السريرية لا تلبي الشروط الكاملة لتشخيص أي من فئات اضطرابات القلق المحددة الأخرى(American Psychiatric Association, 2013).

النظريات المفسِّرة للقلق:

تعدّد فهم القلق واختلفت طرق تفسيره باختلاف المدارس والنظريات النفسية، إذ لا يرجع هذا الاختلاف إلى المفهوم نفسه، بل إلى زاوية النظر التي تتبناها كل نظرية في تفسير نشأة القلق وطبيعته وآلياته. وانطلاقاً من ذلك، يستعرض الباحث فيما يأتي أبرز التفسيرات النظرية للقلق كما قدمتها المدارس النفسية المختلفة:

أولًا- نظرية التحليل النفسي للقلق:

١-تفسير سيجموند فرويد(Frued) :

يفترض فرويد أن القلق ينشأ نتيجة الإحباطات والرغبات الغريزية، ولا سيما الرغبات الجنسية الكامنة في الهو، والتي تتعرض للكبت بفعل الضبط الوالدي والمعايير الاجتماعية.

ويرى فرويد أن مصادر القلق تختلف باختلاف المراحل النمائية؛ ففي مرحلة الرضاعة يرتبط القلق بالعجز النفسي وعدم القدرة على ضبط المنبهات الشديدة التي يتعرض لها الطفل، مثل الخوف من فقدان الأم أو فقدان حبها. أمّا في المرحلة القضيبية فيرتبط القلق بالخوف من الخصاء،

بينما يصبح القلق في مرحلة الكمون ناتجاً عن ضغط الأنا العليا، ممثلاً في الخوف من عدم موافقة المجتمع أو التعرض للرفض الاجتماعي (جاسم محمد،٢٠٠٤).

٢-تفسير أوتو رانك(Otto Rank):

يرى أوتو رانك أن الطفل قبل ولادته يعيش داخل رحم أمه في حالة من الهدوء والراحة تشبه "الجنة" بما توفره من لذة وأمان. ومع ولادته، يتعرض لأول صدمة في حياته تتمثل في الانفصال عن هذا العالم الآمن، وهو ما يعدّه رانك المصدر الحقيقي الأول للقلق.

ووفقاً لهذا التصور، فإن صدمة الميلاد تشكّل الجذر الأساسي للخبرات القلقة اللاحقة؛ إذ يعيد الفرد اختبار مشاعر القلق كلما مرّ بخبرة انفصال أو فقد، باعتبارها امتداداً لتلك الصدمة الأولى التي تظل آثارها النفسية مرافقة له عبر مراحل حياته (الدسوقي،١٩٩٥).

٣-تفسير كارين هورني(Karen Horney):

تتفق كارين هورني مع فرويد في أن القلق والخوف يمثلان استجابة انفعالية للخطر، وأن القلق يؤدي إلى كبت بعض الدوافع. تشير هورني إلى أن سلوك الفرد السوي يرتكز على شعور داخلي بالطمأنينة والأمان، وأن القلق ينشأ عندما يعجز الفرد عن الوصول إلى هذا الشعور.

وترجع هورني هذا العجز إلى طبيعة العلاقة المبكرة بين الطفل ووالديه؛ فغياب الحب والاحترام في الطفولة المبكرة يولّد لدى الطفل مشاعر عدائية كامنة تجاه والديه والآخرين، ويدفعه إلى توقّع الأذى والضرر منهم. ومع مرور الوقت تتشكل لديه رؤية عدائية للعالم المحيط، ينظر إليه باعتباره مصدراً للتهديد، مما يرسّخ حالة القلق وعدم الأمان الداخلي (الشناوي،٢٠٠٠).

ثانياً -النظرية السلوكية في تفسير القلق:

يرى السلوكيون أن القلق استجابة متعلمة تُكتسب من خلال الخبرة، أكثر من كونه نتاجاً لعوامل فطرية أو بيولوجية داخلية، وذلك بخلاف ما تذهب إليه المدرسة التحليلية.

ومع ذلك، يتفق السلوكيون مع التحليليين في أن القلق العصابي يُعدّ عرضاً أساسياً شائعاً في معظم الاضطرابات النفسية والذهنية والانحرافات السلوكية. وتنظر المدرسة السلوكية إلى القلق بوصفه نتاجاً لعمليات التعلم الشرطي بأنواعه؛ حيث يمكن أن يكتسب الفرد استجابات القلق من خلال الاقتران بين مثيرات محايدة وأحداث سلبية، أو من خلال التعزيز الذي يبقي على السلوكيات التجنبية ويزيد من حدّة القلق مع الوقت(كفافي،١٩٩٠).

١-تفسير بافلوف – (Pavlov) الإشراط الكلاسيكي:

يرى بافلوف أن القلق ينشأ من خلال عملية الإشراط الكلاسيكي؛ إذ يستجيب الفرد للمنبّه الشرطي كما لو كان يواجه خطراً حقيقياً. فحين يقترن منبّه محايد في البداية بصدمة أو خبرة مؤلمة (المنبّه الطبيعي)، يكتسب هذا المنبّه بعد ذلك القدرة على إثارة مشاعر القلق حتى في غياب الخطر الفعلي. ويؤكد بافلوف أن هذه العملية تنشأ عبر "الميكانيكية التعويضية"، حيث يتولى المنبّه الشرطي لاحقاً إحداث الاستجابة الانفعالية نفسها التي كان يثيرها المنبّه الطبيعي (كيال،١٩٩٠).

٢- تفسير ميلر ودولارد – (Miller & Dollard) التعلم الاجتماعي:

يرى ميلر ودولارد أن القلق يعود في أساسه إلى أنماط سلوكية خاطئة يتعلمها الفرد من بيئته الاجتماعية. فالسلوكيات المرتبطة بالقلق لا تنشأ تلقائياً، بل تُكتسب من خلال الملاحظة والتقليد والتعزيز الاجتماعي، حيث تسهم الظروف المحيطة بالفرد—خاصة البيئة الأسرية والاجتماعية—في تدعيم هذه السلوكيات والمحافظة عليها. ووفقاً لهذا المنظور، فإن القلق يصبح نتيجة مباشرة لتعلم استجابات غير تكيفية تستمر بفعل التعزيز الذي يبقيها قائمة ويجعلها أكثر ترسخاً(Rachman, S.1988).

ثالثاً- النظرية الفسيولوجية للقلق:

يفترض الباحثون في الإطار الفسيولوجي أن القلق اضطراب انفعالي يرتبط بفرط نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض الجسدية المصاحبة. ويتجلى القلق في شعور داخلي مستمر بالتوتر والخوف، ينعكس على أجهزة الجسم المختلفة، ولا سيما الجهاز القلبي الدوري، حيث قد يُصاب الفرد بتسارع نبضات القلب، وألم في منطقة الصدر، وارتفاع ضغط الدم، مع الإحساس بالخفقان في مناطق متعددة من الجسم. كما تظهر اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل صعوبة البلع، الانتفاخ، عسر الهضم، الغثيان، التجشؤ، والإسهال أو الإمساك.

وتشمل الأعراض التنفسية سرعة التنفس، والنهجان، وزيادة احتمالية الإصابة بالربو الشعبي، في حين تظهر اضطرابات على الجهاز البولي والتناسلي مثل كثرة التبول. أما على المستوى النفسي،

فيعاني الفرد من سرعة الاستثارة، وضعف التركيز، وكثرة النسيان، ومخاوف مرضية غير مبررة من أمراض خطيرة، إضافة إلى فقدان الشهية، والأرق.

ويشير المتخصصون إلى أن القلق يسهم في تطور العديد من الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية)، مثل: قرحة المعدة والاثني عشر، القولون العصبي، الذبحة الصدرية، داء السكّري، الربو الشعبي، والإكزيما، وغيرها من الأمراض التي تتداخل فيها العوامل النفسية مع الأعراض الجسدية.

ويذهب المنظور الفسيولوجي إلى أن الاستجابة الجسدية تسبق الخبرة الانفعالية؛ إذ يُنظر إلى أن التغيرات الفسيولوجية هي التي تُولِّد الشعور بالانفعال، وليس العكس. فحين يتعرض

الفرد لموقف ما، تحدث أولاً استجابات الجهاز العصبي اللاإرادي، ثم يدرك الفرد هذه التغيرات الجسدية فيفسر الموقف على أنه مثير انفعالي يبعث على القلق(عكاشة،١٩٩٨).

رابعًا–النظرية الإنسانية للقلق:

تفترض النظرية الإنسانية، التي يمثلها كل من ماسلو وروجرز(Maslow & Rogers) ، أن القلق ينشأ نتيجة الخوف من المستقبل وما قد يترتب عليه من أحداث تهدد وجود الفرد. كما يُفسّر القلق بحسب هذه النظرية بأنه يظهر عندما يواجه الفرد تعارضاً بين الذات الواقعية والذات المثالية، أي بين إمكانياته وطموحاته وبين ما يعيشه فعلياً وما يتصوّره عن ذاته (عبد الرحيم ،٢٠١٦).

رابِعًا الاكتئاب:

تم تعريف الاكتئاب لغةً واصطلاحاً من قبل العديد من الأدباء والعلماء، ويختلف التعريف باختلاف السياق اللغوي أو الطبي أو النفسي:

الاكتئاب لغةً:

مصطلح "كآبة" مشتق من الفعل (كأب)، ويشير إلى معنى سوء الحال والانكسار الناتج عن الحزن (ابن منظور،١٩٨٨).

الاكتئاب اصطلاحاً:

يشير جابر وكفافي (١٩٩٠) في معجم علم النفس والطب النفسي إلى أن اليأس والقنوط يمثلان مشاعر سائدة في حالات الاكتئاب، وغالباً ما تكون مصحوبة بفقدان المبادرة، وفتور الهمة، والأرق، وفقدان الشهية، وصعوبة التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

يعرفه إيمري (١٩٨٨) بأنه خبرة وجدانية ذاتية تتضمن أعراضاً مثل الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء النفس، فضلاً عن التردد وصعوبة اتخاذ القرارات، والإرهاق، وفقدان الشهية، واستحقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي مجهود(حسن،٢٠٠٢).

وفقاً لما ورد في منظمة الصحة العالمية ضمن التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD–10)، يُعرَّف الاكتئاب بأنه حالة من الانحطاط النفسي وفقر الاهتمامات، وعدم القدرة على الاستمتاع بالأنشطة التي تبعث البهجة لدى الآخرين .وتختلف شدة هذه

الأعراض من نوبة إلى أخرى، فقد تكون بسيطة أو متوسطة أو شديدة، الأمر الذي ينعكس على درجة التشخيص خلال النوبة الاكتئابية(بركات،٢٠٠٠).

يُعْرَف الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج عن ظروف مؤلمة، وتعبر عن شعور بفقدان شيء ما، حتى وإن لم يدرك المريض المصدر الحقيقي لحزنه. ويصف شاذلي الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني يمكن أن يصيب كلا الجنسين على حد سواء، ويظهر لدى الكبار والأطفال بغض النظر عن مستوياتهم الاقتصادية أو الاجتماعية (عبد الحميد الشاذلي،٢٠٠١).

أعراض الاكتئاب:

تعددت أعراض الاكتئاب و تتمثل فيما يلي:

١-الأعراض الفسيولوجية للاكتئاب:

من أبرز الأعراض الفسيولوجية ما يلي:

أ-اضطراب النوم:يُعد صعوبة الدخول في النوم والحفاظ عليه من المشكلات الرئيسية التي يواجهها معظم مرضى الاكتئاب. فبعد الدخول في النوم، يصحو المرضى عادةً في النصف الثاني من الليل مبكرًا مقارنةً بالآخرين، ويواجهون صعوبة في العودة للنوم مرة أخرى (رضوان،٢٠٠٠).

ب- آلام جسدية:يعاني العديد من المصابين بالاكتئاب من آلام جسدية رغم عدم وجود سبب عضوي واضح لها. وتشمل هذه الشكاوى :ضغط في الرأس، شعور بضغط شديد على القلب، غصة في الحلق، وأوجاع عامة في مختلف الأعضاء .كما قد تظهر لدى بعض المرضى اضطرابات في الجهاز الهضمي .وغالباً ما تكون هذه الأعراض خادعة، مما يصعّب تشخيص الاكتئاب في بداياته(أحمد،١٩٩٩).

ج-فقدان الشهية واضطرابات التغذية: يتسم العديد من مرضى الاكتئاب بفقدان الشهية ورفض تناول الطعام، وقد يرتبط ذلك أحياناً بمشاعر عدم الاستحقاق أو بتمنّي الموت، مما يُعدّ أحد الأشكال غير المباشرة للسلوك الانتحاري. وينتج عن ذلك انخفاض ملحوظ في الوزن، فضلاً عن الإصابة بالإمساك نتيجة قلة تناول الغذاء واضطراب وظائف الجهاز الهضمي(زهران،١٩٩٧).

٢-الأعراض النفسية للاكتئاب:

من أبرز الأعراض النفسية ما يلي:

أ- الخبرات الأليمة: تُعدّ الخبرات الأليمة والظروف المحزنة من أبرز العوامل المرتبطة بحدوث الاكتئاب، الهزائم الشخصية أو المهنية، وغيرها من الكوارث القاسية. ويؤدي التعرض لهذه الشدائد والشعور بالانهزام أمامها إلى تفاقم المشاعر السلبية وانخفاض القدرة على التكيف (زهران، ١٩٩٧).

ب-الإحباط: الذي يُعرف بأنه الحالة النفسية التي يعانيها الفرد نتيجة إدراكه وجود عائق يحول دون تحقيق رغباته أو مصالحه، مما يثير شعوراً بالتوتر وعدم الرضا (الشربيني،٢٠٠٣).

تصنيف الاكتئاب:

قام وليم خولي (١٩٧٦) بتصنيف الاكتئاب إلي :

١-الاكتئاب التفاعلي:(Depression Reactive)

يُعدّ الاكتئاب التفاعلي رد فعل لظروف خارجية، أي أنه **اكتئاب خارجي المنشأ** ينجم عن العوامل البيئية والضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

٢-الاكتئاب العصابي:(Depression Neurotic)

يتسم الاكتئاب العصابي بحالات من الحزن والانقباض النفسي الناتجة عن عوامل نفسية فردية لاشعورية. يشعر الفرد خلالها بالحزن والأسى دون أن يدرك المصدر الحقيقي لهذا الإحساس.

٣-الاكتئاب الذهاني:(Depression Psychotic)

ينشأ الاكتئاب الذهاني نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، وهو اكتئاب داخلي المنشأ ووراثي الجذور .يتميز بالكآبة، والبطء النفسي الحركي، ويميل إلى التكرار الدوري.

ويُقسم الاكتئاب الذهاني إلى نوعين:

أ. الاكتئاب البسيط:(Depression Mild)

يظهر عادةً في سن الأربعينات والخمسينات، حيث تكون شخصية الفرد ناضجة

ويسعى لتحقيق أهدافه .ويكون الشخص في قمة نشاطه، ونادراً ما يظهر عليه الحزن الواضح بشكل ظاهر للآخرين.

ب. الاكتئاب الحاد:(Depression Acute)

يتسم الاكتئاب الحاد بـ جمود في التفكير والحركة والكلام، وارتفاع درجة اليأس والحزن . كما يعاني المصاب من صعوبة في إدراك البيئة المحيطة، بما في ذلك تحديد الزمان والمكان والأشخاص، إلى جانب زيادة الشكاوى الجسدية والميل إلى السلوك الانتحاري (حمودة،٢٠٢٠).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات التي تفسر الاكتئاب لعل أبرزها ما يلي:

أولًا–المنظور السيكوديناميي:

أ–تفسير سيجموند فرويد للاكتئاب:

يرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة صدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، ويعود أساسه إلى الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر .ويعبر العصاب عن الصراع العميق بين مكونات الشخصية، وهي :الهو والأنا الأعلى.

يفترض فرويد أن الاكتئاب يشبه الحزن العادي، لكنه يختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات؛ ففي حالات الاكتئاب يتحول العدوان عادة نحو الآخرين، بينما في السوداوية يتجه العدوان نحو الذات. ويرجع فرويد ظهور السوداوية إلى النكوص إلى المرحلة الفمية، حيث يعود المريض إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي لم يكن فيها قادراً على التمييز بين ذاته وبيئته. وبسبب التناقص الوجداني، تتحرر طاقة الليبيدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات. وأشار فرويد إلى مظاهر الاكتئاب، والتي تتضمن: فقدان الاهتمام بالعالم، انخفاض القدرة على الحب، الميل إلى الألم النفسي للذات، ووجود توقعات ذهانية بالعقاب. واعتبر أن إيذاء الذات من السمات الخاصة بالسوداوية فقط، بينما في حالة الحزن يكون الفقد على المستوى الشعوري. لذلك، يرى فرويد أن معالجة الحزن تتطلب استعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفتقد شعورياً لدى الفرد(بركات،٢٠٠٠).

ب-تفسير أبراهام للاكتئاب:

يتفق أبراهام مع فرويد في رؤية الاكتئاب على أنه غضب موجه نحو الذات، لكنه يختلف معه في تحديد الدوافع المحيطة والمثيرة لهذا الغضب. إذ يرى أبراهام أن هذه الدوافع مرتبطة بحاجة الفرد للإرضاء الجنسي والحصول على الحب .كما يعرف حالة الاكتئاب بأنها عملية ترجيع لخبرة مشابهة عاشها الشخص في طفولته، حيث تعود المشاعر والاحتياجات المكبوتة إلى الوعي وتتحول إلى شعور بالحزن واللوم الذاتي(دربين،٢٠١٢).

ثانياً-المنظور السلوكي للاكتئاب:

يشير لوينسو إلى أن النظرية السلوكية ترى أن الاكتئاب ينشأ نتيجة تدنّي مستوى الدعم الاجتماعي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير المرغوبة .ويحدث الاكتئاب عندما تتعرض تفاعلات الفرد مع البيئة إلى انخفاض في النتائج الإيجابية، بينما تزداد معدلات الخبرات السيئة التي تُعتبر عقاباً بالنسبة له.

وترتبط مفهومات التعزيز والاكتئاب ارتباطاً وثيقاً، حيث تعكس سلوكيات ومشاعر الفرد المكتئب تدني مستوى الاستجابة المتوقفة على التعزيز الإيجابي الناتج عن تفاعله مع البيئة.

كما يشير هذا المنظور إلى أن البيئة الخارجية المحيطة بالفرد يمكن أن يكون لها تأثيران: إيجابي وسلبي. فالنشاطات السارة، سواء قام بها الفرد أو وفرها له الآخرون، تمنحه الفرح والسرور والسعادة، في حين أن الأحداث المؤلمة تولّد التوتر والقلق، مما قد يؤدي إلى ظهور الاكتئاب (حميدة و آخرون ،٢٠٢٢).

ثالثاً-النظرية المعرفية للاكتئاب:

يرى بيك (١٩٦٧) أن الاكتئاب يُعد اضطراباً عاطفياً ناتجاً عن إدراكات معرفية مختلة . فالأفراد المكتئبون تكون إدراكاتهم خاضعة لعمليات مفرطة في الحساسية، وهي التي تحدد طريقة استجابتهم للأحداث. ويعتقد بيك أن طريقة تفكيرهم مشوشة وغير واقعية، كما أن لديهم فهم خاطئ للأحداث نتيجة خلل في تنظيم أفكارهم. وينتج عن ذلك تكوّن آراء ومعتقدات سلبية عن الذات والعالم والمستقبل، بحيث يرى الفرد نفسه بلا قيمة، ويعتبر العالم غير عادل، ويصف المستقبل بأنه مظلم ولا أمل فيه(بوقري،٢٠٠٩).

رابعًا–النظرية الطبية النفسية للاكتئاب:

تركز النظرية الطبية النفسية على الأعراض الطبية الناتجة عن الاكتئاب، ومدى ارتباطها بالاضطرابات الوظيفية الجسمية، وأي خلل يصيب النظام العصبي أو الهرموني أو الكيميائي، دون التركيز على الأسباب النفسية أو الاجتماعية لهذه الأعراض. وتعتمد هذه النظرية على وسائل علاجية طبية، مثل العلاج الكيميائي بالأدوية والعلاج بالصدمات الكهربائية (حسين،٢٠٠١).

يرى الباحث أن الدعم الاجتماعي يلعب دور المتغير المعدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، ويهدف في الجزء الميداني من الدراسة إلى تحديد مدى تأثير هذا الدعم الاجتماعي على العلاقة بين ممارسات اليقظة الذهنية ومستوى الأعراض النفسية لدى المرضى.

خامسًا –الأطر النظرية التي تجمع بين متغيرات الدراسة:

يرتبط ظهور الأعراض المرضية لدى الأفراد بمواجهتهم لمواقف أو مشكلات معينة في حياتهم اليومية. فعندما يتعرض الفرد للصعوبات أو الإحباطات التي تعيق قدرته على الإنجاز، قد تتولد لديه مشاعر العجز والصدمة، مما يشكل بدوره حاجزًا نفسياً يساهم في نشوء العديد من الاضطرابات النفسية (Zeng et al.2025).

يُلاحَظ أن أعراض الاكتئاب والقلق ترتبط ارتباطًا وثيقًا ببعضها البعض، كما أن استراتيجيات اليقظة الذهنية تترابط عند التعامل مع كلٍّ من هذين الاضطرابين. ومن الناحية العملية، فإن معظم الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب تظهر لديهم أيضًا أعراض القلق كاضطراب مصاحب، والعكس صحيح. وبالمثل، فإن استراتيجيات اليقظة الذهنية تكون مرتبطة بالمحتوى المعرفي الخاص بالاكتئاب أو القلق وفقًا لطبيعة الحالة. وتشير البيانات ذات الصلة بدراسة اليقظة العقلية إلى وجود ارتباط عكسي بين أساليب اليقظة العقلية و مستويات القلق و الاكتئاب (Tran,2014).

تُعَدُّ الحياة المليئة بالضغوط ذات دورًا مؤثرًا في نشأة بعض الاضطرابات النفسية، ولا سيما أعراض القلق والاكتئاب، مما يجعلها متغيرات نفسية اجتماعية تؤثر سلبًا على الصحة النفسية للأفراد. غير أن السياق النفسي والاجتماعي للفرد يتضمن مجموعة من العوامل التي يمكن أن تؤدي دورًا وقائيًا يحمي من التأثيرات السلبية لتلك الضغوط، بل وقد تسهم

في التخفيف من حدتها والمساعدة في العلاج من خلال تقليل آثار الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية.

يُعَدُّ الدعم الاجتماعي من بين أبرز هذه المتغيرات التي نالت اهتمامًا واسعًا في البحوث العلمية، استنادًا إلى فرضية مفادها أن ما يتلقاه الفرد من مساندة من الجماعات التي ينتمي إليها (الأسرة، والأصدقاء، وزملاء الدراسة أو العمل، أو محيط الأندية الاجتماعية) يسهم بدرجة كبيرة في تخفيف الآثار السلبية للمواقف والأحداث الضاغطة التي يمر بها(رضوان،٢٠٠١١).

يعمل الدعم الاجتماعي وتوفر علاقات اجتماعية مُرضية التي تتسم بالمحبة والمودة والثقة كحواجز تحمي الفرد من الآثار السلبية لضغوط الحياة على صحته الجسدية والنفسية، حيث إن الدعم الاجتماعي هو متغير هام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية(فايد،٢٠٠١).

الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة العربية و الأجنبية متغيرات الدراسة الحالية:

أولاً- دراسات تشير إلى العلاقة بين اليقظة الذهنية و الدعم الاجتماعي:

هدفت دراسة (Sanchez et al.2019) للتعرف ما إذا كانت مستويات اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي المرتفعة مرتبطة بانخفاض مستويات تفاعل الإجهاد لدى النساء ذوات الدخل المنخفض أثناء الحمل، للتعرف ما إذا كانت مستويات اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي المرتفعة مرتبطة بانخفاض استجابة الكورتيزول عند الاستيقاظ لدى هذه الفئة من النساء.تكوّنت عيّنة الدراسة من ١٥٢ امرأة خلال الثلث الأول من الحمل. تمثلت أساليب جمع بيانات الدراسة في مقاييس التقرير الذاتي، مقياس الانتباه والوعي الذهني، مقياس الدعم الاجتماعي لنتائج الرعاية الطبية، مقياس تفاعل الإجهاد المدرك و قياس استجابة الكورتيزول عند الاستيقاظ. أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن النساء اللواتي امتلكن مستويات أعلى من اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي المدرك سجلن انخفاضًا ملحوظًا في قابلية التأثر بالضغط النفسي، لكن لم يظهر لديهن انخفاض مماثل في استجابة الكورتيزول عند الاستيقاظ.

هدفت دراسة (Newton et al.2020) للتعرف على_فحص الطبيعة التنبؤية لثلاثة جوانب من جوانب العافية (اليقظة الذهنية، تنظيم الانفعالات، والدعم الاجتماعي المتصور) على الاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة. كما تناولت تحديد مدى مساهمة كل من هذه الجوانب في التنبؤ بالاحتراق النفسي، مع التركيز بشكل خاص على دور إعادة التقييم المعرفي كأحد مكونات تنظيم الانفعالات.

تكوّنت عيّنة الدراسة من١٣٦طالبًا وطالبة من طلاب الماجستير في برامج الإرشاد النفسي، وذلك عبر ثمانية برامج إرشادية معتمدة من قبل مجلس اعتماد برامج الإرشاد والتخصصات ذات الصلة وتم اختيار المشاركين لكونهم في مرحلة الإعداد المهني للعمل في مجالات الإرشاد، مما يجعلهم فئة مناسبة لدراسة مستويات اليقظة الذهنية وتنظيم الانفعالات والدعم الاجتماعي وعلاقتها بالاحتراق النفسي. أهم النتائج التي توصلت إليها وجود علاقة سالبة دالة إحصائيًا بين اليقظة الذهنية ومستويات الاحتراق النفسي، مما يشير إلى أن ارتفاع مستوى اليقظة الذهنية لدى الطلاب يرتبط بانخفاض شعورهم بالإجهاد العاطفي والتعب المهني. كما كشفت النتائج أن تنظيم الانفعالات يُسهم بصورة جوهرية في خفض مستويات الاحتراق النفسي. وفيما يتعلق بالدعم الاجتماعي المدرك، فقد أظهرت النتائج أن الطلاب الذين يتمتعون بمستويات أعلى من الدعم الاجتماعي (سواء من الأسرة أو زملاء الدراسة أو المشرفين)،كانوا أقل عرضة لتجربة مستويات مرتفعة من الاحتراق. وتشير النتائج الكلية إلى أن المتغيرات الثلاثة (اليقظة الذهنية، تنظيم الانفعالات، الدعم الاجتماعي) تتنبأ بشكل ملحوظ بالاحتراق النفسي، وتُعدّ عوامل حماية مهمة يمكن تعزيزها في برامج إعداد المرشدين للحد من مستويات الاحتراق لديهم.

هدفت دراسة (AlDbyani.,2021) للتعرف على العلاقة بين اليقظة الذهنية، والرضا عن الحياة، والشعور بالوحدة، والدور الوسيط المحتمل للدعم الاجتماعي بين الطلاب الأجانب في الصين. تناولت الدراسة المتغيرات اليقظة الذهنية كمتغير مُحسّن للرضا عن الحياة ومُقلل للشعور بالوحدة. الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة كمؤشر مهم للصحة العقلية. الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط. تكوّنت عيّنة الدراسة من الطلاب اليمنيون في الجامعات الصينية متمثلين في ٥٠٩ طالب يمني في الجامعات الصينية خلال العام الدراسي ٢٠٢٠. تمثلت أساليب جمع بيانات الدراسة في الاستبيان لتحديد مستويات اليقظة

الذهنية، والدعم الاجتماعي، والرضا عن الحياة، والشعور بالوحدة لدى أفراد العينة.وجدت الدراسة أن جميع أبعاد اليقظة الذهنية الخمسة تتنبأ بشكل إيجابي بالأبعاد الثالثة للدعم الاجتماعي، وأن الدعم المتصور من الأصدقاء فقط هو الذي يمكن للمرء أن يشعر بالرضا عن الحياة، وفقط الدعم المتصور للآخرين المهمين يمكن أن يقلل من الشعور بالوحدة النفسية.

هدفت دراسة (AlGhabeesh.,2022) لتحديد دور استراتيجيات التكيف والدعم الاجتماعي واليقظة الذهنية في تحسين الرفاهية النفسية للناجين من الحروق. تكوّنت عيّنة الدراسة من٢٢٤ ناجيًا من الحروق في مستشفى حكومي كبير في عمان، الأردن. أسلوب جمع البيانات استبيانات حول البيانات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية، القلق والاكتئاب، الدعم الاجتماعي، اليقظة الذهنية، التكيف (استراتيجيات التكيف).

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام استراتيجيات المواجهة التكيّفية (مثل حل المشكلات وإعادة التقييم المعرفي) وبين مستوى الرفاه النفسي

لدى الناجين من الحروق.الدعم الاجتماعي كان من أقوى المتنبئات بالرفاه النفسي؛ إذ تبين أن الأفراد الذين يحصلون على دعم من الأسرة أو الأصدقاء أو مقدمي الرعاية الصحية يسجلون مستويات أقل من الاكتئاب والقلق اليقظة الذهنية ارتبطت أيضاً بشكل إيجابي بالرفاه النفسي، حيث ساعدت المشاركين على تقليل الضغوط النفسية وتحسين تنظيم الانفعالات.

ثانياً–دراسات تشير إلى العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأعراض القلق و الاكتئاب:

هدفت دراسة (خميسة،٢٠٠٧) إلى التعرف على العلاقة بين المتغيرات النفس اجتماعية من خلال الدعم الاجتماعي كعامل إيجابي على الصحة الجسمية والاكتئاب النفسي كعامل سلبي على الصحة الجسمية، معرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب النفسي وبعض مكونات الجهاز المناعي لدى عينة مرضية (المصابين بالتهاب الكبد .C ،و جاءت عينة الدراسة متمثلة في الأفراد المصابون بمرض التهاب الكبد الفيروسي .C وتضمن ٦٠ مريضاً (٣٢ ذكور و ٢٨ إناث) بالمستشفى الجامعي لولاية باتنة،و تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي واستخدام أداة الدراسة و جاءت أدوات الدراسة

متمثلة في اختبارات نفسية لقياس المتغيرات النفس اجتماعية المتمثلة في الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب، واختبارات خاصـ ة بالجانب المناعي لدى المرضى وتمثلت في اختبار الـ FNS لقياس معدل الخلايا المناعية واختبار الغلوبيلينات المناعية،أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي"c" ، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس في متغيري الدعم الاجتماعي والاكتئاب.

هدفت دراسة (Yang et al.2010) للتعرف على الدور المعدل للدعم الاجتماعي للعلاقة بين الضغوط النفسية و أعراض الاكتئاب لدى عينة من المراهقين الصينين المصابين بالاكتئاب.و أشارت النتائج إلى أن المستويات المنخفضة من الدعم الاجتماعي ارتبطت بزيادة أكبلا من أعراض الاكتئاب و ذلك بعد حدوث الضغوط النفسية،مما أدى إلى أن الدعم الاجتماعي عدلت العلاقة بين الضغوط النفسية و أعراض الاكتئاب.

هدفت دراسة (Roohafza et al.2014) للتعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأساليب التكيّف مع مستويات الاكتئاب والقلق. و جاءت الدراسة مقطعية شملت ٤٦٥٨ فردًا تتراوح أعمارهم ٢٠ عامًا فما فوق. تم اختيار العينة عن طريق العينة العشوائية العنقودية، و تم جمع بيانات الدراسة عن طريق استبيانات جاهزة لجمع البيانات حول الدعم الاجتماعي، وأساليب التكيّف، والاكتئاب، والقلق .أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ان العوامل الوقائية مثل أساليب التكيّف الإيجابية والدعم الاجتماعي المُتصوَّر كانت عوامل وقائية ضد الاكتئاب والقلق، المشاركة في حل المشكلات، والتقبّل، والدعم الاجتماعي من الأسرة والآخرين يوثر بشكل إجابي فيما مقاومة القلق والاكتئاب.

هدفت دراسة (Wang et al.2014) هدفت إلى فحص الدور المعدل للدعم الاجتماعي بين الضغوط النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة. شملت عينة الدراسة (632) الطلبة الجامعيين، وتم استخدام مقاييس متخصصة لقياس كل من الدعم الاجتماعي والضغوط النفسية ومستويات الاكتئاب،و أوضحت النتائج أن الدعم الاجتماعي أضعف الارتباط بين الضغوط النفسية و الاكتئاب،حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الجامعيين الذين يعانون من ضغوط نفسية عالية كانت درجاتهم على قائمة الاكتئاب أعلى من الذين يعانون من ضغوط نفسية منخفضة مع مستوى الدعم الاجتماعي منخفض،و أن تأثير الإجهاد و

الضغوط على الاكتئاب أقل في مجموعة الدعم الاجتماعي المرتفع مقارنة بمجموعة الدعم الاجتماعي المنخفض.

هدفت دراسة (علاء الدين و الخطيب،٢٠١٧) لاستكشاف أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي بين عينة غرضية من مريضات بالنوع الثاني من السكري وبضغط الدم المرتفع من المترددات على مركز المفرق الصحي الشامل في الأردن. وقسمت المشاركات عشوائياً، إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية (ن=١٥)، التي تلقت برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي والمجموعة الضابطة (ن=١٥)، التي لم تتلق أي برنامج إرشادي. وأشارت نتائج التحليلات الإحصائية للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة في الاختبار البعدي إلى أن مجموعة المعالجة مقارنة بالمجموعة الضابطة، سجلت وبدرجة دالة مستويات أدنى من أعراض القلق والاكتئاب وأعلى من تصورات الدعم الاجتماعي.

كما كشفت نتائج مقارنات القياسات القبلية والبعدية والمتابعة لكل من المتغيرات التابعة لدى المجموعة التجريبية، بأنه في حين أصبحت الدرجات على مقياسي القلق والاكتئاب أدنى بدرجة دالة في الاختبار البعدي مقارنة بالقبلي، واستمرت في التحسن وبدرجة دالة، لتصبح أدنى في الاختبار التتبعي،

فإن الدرجات على مقياس الدعم الاجتماعي التي تحسنت بدرجة دالة في الاختبار البعدي، تراجعت لتصبح أدنى في القياس التتبعي مقارنة بالبعدي، لكن الفروق لم تكن دالة إحصائيا.

هدفت دراسة (Jacobson et al.2017) إلى فحص الدور الوسيط للدعم الاجتماعي العاطفي في العلاقة بين أعراض القلق وأعراض الاكتئاب اللاحقة، وكذلك فحص تأثير أعراض الاكتئاب على أعراض القلق اللاحقة، لدى عينة من كبار السن. و جاءت عينة الدراسة متمثلة في ٢٥٠ من كبار السن. و تم جمع بيانات الدراسة، بالاعتماد على قياسات متتابعة زمنية: المرة الأولى؛ مباشرة بعد الفقد: قياس أعراض القلق والاكتئاب، المرة الثانية؛ بعد ١٨ شهرًا من الفقد: قياس الدعم الاجتماعي العاطفي،المرة الثالثة؛ بعد ٤٨ شهرًا من الفقد: قياس أعراض القلق والاكتئاب. أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة،

باستخدام نماذج المعادلات البنائية البايزية، وعند التحكم في الاكتئاب الأساسي، تبين أن أعراض القلق تنبأت بشكل إيجابي وبشكل معنوي بأعراض الاكتئاب بعد ٤٨ شهرًا .علاوة على ذلك، لعب الدعم الاجتماعي العاطفي المدرك دورًا معنويًا كمتغير وسيط في العلاقة بين أعراض القلق وأعراض الاكتئاب اللاحقة، بحيث تنبأت أعراض القلق بشكل سلبي معنوي بالدعم الاجتماعي العاطفي اللاحق، وتنبأ الدعم الاجتماعي العاطفي بشكل سلبي معنوي بأعراض الاكتئاب اللاحقة. كما أنه عند التحكم في القلق الأساسي، تنبأت أعراض الاكتئاب بشكل إيجابي بأعراض القلق بعد ٤٨ شهرًا .ومع ذلك، فشل انخفاض الدعم الاجتماعي العاطفي في أن يكون متغيرًا وسيطًا في هذه العلاقة.

هدفت دراسة (Viseu et al.2021) إلى التعرف على الدور المعدل للدعم الاجتماعي للعلاقة بين الضغوط النفسية و الاقتصادية و القلق و الاكتئاب و ذلك في البلاد المتأثرة اقتصاديا و خاصة البرتغال، جاء عدد المشاركين (٧٢٩) فردًا منقسمين إلى (٣٣.٩ ذكور، و 66.1 إناث)،و جاء المتوسط (٣٦.٩) عامًا،و استخدم الباحثون نمذجة المعادلات البنائية بهدف فحص متغيرات الدراسة،و أظهرت النتائج وجود فروق ذات دالة إحصائية في العلاقة بين التهديد الاقتصادي و الضغوط النفسية و الاكتئاب، كما أن مستوى الضغوط النفسية جاء منخفضًا في وجود الدعم الاجتماعي، بالتالي عدل الدعم الاجتماعي العلاقة بين الضغوط النفسية و الاكتئاب.

هدفت دراسة (Johnson et al.2021) إلى التعرف على دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين الضغط النفسي المدرك وأعراض الاكتئاب والقلق، وكذلك إلى تحديد ما إذا كان هذا الدور يختلف بين الطلاب اللاتينيين (n = 265) والطلاب غير اللاتينيين (n = 216)، اعتمدت الدراسة على استبيانات تقيس كلًا من الدعم الاجتماعي، والضغط النفسي المدرك، وأعراض الاكتئاب والقلق، وتم تحليل البيانات باستخدام نماذج الانحدار لفحص التأثيرات المعدلة والفروق بين المجموعات.

أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي عدل العلاقة بين الضغط النفسي وأعراض الاكتئاب لكل من الطلاب اللاتينيين وغير اللاتينيين، في حين قلل تأثير الضغط النفسي على أعراض القلق فقط لدى الطلاب اللاتينيين .وتشير هذه النتائج إلى أن تأثير الدعم الاجتماعي ليس موحدًا بين المجموعات العرقية أو الإثنية، ولا ينسحب بشكل متماثل على

جميع جوانب الصحة النفسية، مما يؤكد أهمية توفير دعم اجتماعي فعّال للطلاب اللاتينيين كوسيلة للحد من آثار الضغط النفسي على أعراض القلق لديهم.

هدفت دراسة (Zeng et al.2025) إلى التعرف على الدور المعدَّل للدعم الاجتماعي على العلاقة بين القلق والاكتئاب خلال الفترة المحيطة بالولادة وبين الحزن وأعراض ما بعد الصدمة لدى النساء اللاتي تعرضن لفقدان سابق للجنين. أجريت هذه الدراسة باستخدام تصميم مقطعي متعدد المراكز خلال الفترة من ديسمبر ٢٠٢١ إلى أكتوبر ٢٠٢٢، وشارك فيها ٣٤٦ امرأة ممن تعرضن لفقدان الجنين أثناء وجودهن بالمستشفى في اثنين من المستشفيات العامة في الصين. استخدمت استبيانات ذاتية لقياس مستويات الاكتئاب والقلق والحزن وأعراض ما بعد الصدمة والدعم الاجتماعي.أظهرت النتائج أن التأثير الإيجابي للحزن على أعراض ما بعد الصدمة كان يتم بوساطة الاكتئاب والقلق خلال الفترة المحيطة بالولادة، كما أن هذا التأثير الوسيط كان خاضعًا لتأثير مستوى الدعم الاجتماعي؛ حيث كلما ارتفع الدعم الاجتماعي، ضعُف الدور الوسيط للاكتئاب والقلق بين الحزن وأعراض ما بعد الصدمة. وقد وُجد أن تأثير الاكتئاب والقلق على أعراض ما بعد الصدمة كان الأقل لدى النساء ذوات مستويات الدعم الاجتماعي المرتفع.

هدفت دراسة (مشالي،٢٠٢٥) إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين المهارات الاجتماعية والضغوط النفسية لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات، كما هدفت إلى فحص العلاقات الارتباطية بين المهارات الاجتماعية بمختلف مكوناتها ومختلف أنواع الضغوط النفسية والاكتئاب، واستكشاف الفروق بين مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في المساندة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والضغوط النفسية. وقد تكونت عينة الدراسة من (٤١) مريضة من ذوات اضطراب الاكتئاب الأساسي، و (٤١) مشاركة من السويات، وقد تراوحت أعمارهن من ٢٠ إلى ٤٥ سنة، وتم الاعتماد على ثلاث استخبارات، هي: استخبار المساندة الاجتماعية، واستخبار المهارات الاجتماعية، واستخبار الضغوط النفسية، بالإضافة إلى قائمة بيك للاكتئاب والمقابلة المبدئية. وأشارت النتائج إلى وجود عديد من العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة وبعضها بعضاً. وأسفرت تحليلات المتغير المعدل عن تعديل متغير المساندة الاجتماعية العلاقة الارتباطية بين المهارات الاجتماعية والضغوط النفسية لدى كل من مريضات الاكتئاب الأساسي

والسويات. وكشفت معادلات الانحدار المتعدد التدريجي العكسي عن القدرة التنبؤية لمتغير المساندة الاجتماعية لمتغير الضغوط النفسية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين كل من عينة مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في المساندة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية في اتجاه السويات وفروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية بين كل من مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات في اتجاه المرضى.

ثالثًا–دراسات تشير إلى العلاقة بين اليقظة الذهنية وأعراض القلق و الاكتئاب:

هدفت دراسة (Strohmaier.2020) للتعرف على ما إذا كانت الجرعات المختلفة المتعلقة بالبرامج القائمة على اليقظة الذهنية تتنبأ بشكل كبير بالنتائج العلاجية لمستويات الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، واليقظة الذهنية، والممارسة الفعلية للبرنامج. المتغيرات التابعة: الاكتئاب، اليقظة الذهنية، والقلق، والضغط النفسي. تم تحديد ٢٠٣ دراسات شملت ما مجموعه ١٥,٩٧١ مشاركًا. جاءت أساليب جمع بيانات الدراسة عن طريق البحث المنهجي في قواعد البيانات الإلكترونية ومواقع تسجيل التجارب لتحديد جميع التجارب السريرية العشوائية ذات الصلة ببرامج اليقظة الذهنية. توصلت الدراسة إلى نتائج متباينة بين النتائج النفسية ومستوى اليقظة الذهنية، أظهرت التحليلات الوصفية الأولية فروقًا ذات دلالة إحصائية تُفضّل برامج اليقظة الذهنية، مقارنة بالمجموعات الضابطة لجميع النتائج. لم تكن غالبية النتائج ذات دلالة إحصائية وهذا يدل على عدم وجود دليل على أن الجرعات الأكبر من البرامج هي أكثر فائدة من الجرعات الأصغر للتنبؤ بالنتائج النفسية. أشارت نتائج التحليل التراجعي الوصفي إلى وجود علاقات جرعة استجابة ذات دلالة إحصائية لنتائج اليقظة الذهنية المتعلقة بالجرعات الخاصة بالتواصل وجهًا لوجه.

هدفت دراسة (الخولي و قنصوه،٢٠٢١) إلى التعرف على مدي فاعلية اليقظة العامة (العقلية، وللذات) في خفض كل من الاكتئاب النفسي، والقلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين ذوي اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. واشتملت الدراسة على عينة قوامها (٣٠) مشاركاً من المراهقين المصابين بفرط النشاط ونقص الانتباه ،تراوحت أعمارهم من (١٤: ١٨)عاماً، وكان متوسط أعمارهم (١٦.٦٥)، وبانحراف معياري (١.٥٦)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين (مجموعة تجريبية ،ومجموعة ضابطة)،وطبقت على العينة مقياس اليقظة العقلية ،ومقياس اليقظة للذات ،وقائمة بيك الثانية للاكتئاب ،ومقياس

القلق الاجتماعي ،وقد تم تطبيق برنامج التدريب على اليقظة العامة (اليقظة العقلية، واليقظة للذات) على المجموعة التجريبية على مدار شهرين،
بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً . وقد أشارت النتائج إلى تحسن دال إحصائياً في مهارات اليقظة العقلية واليقظة للذات، وانخفاضاً واضحاً في أعراض الاكتئاب النفسي، وخفض القلق الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة.

هدفت دراسة (Sharma&Kumra,2022) إلى التعرف على العلاقة بين اليقظة الذهنية والفعالية الذاتية، والقلق،والاكتئاب،والضغط النفسي، وتحديداً دراسة الدور الوسيط للفعالية الذاتية في هذه العلاقة. تكوّنت عيّنة الدراسة من ٣٨٢ مشاركًا من المهنيين الهنود في مجال تكنولوجيا المعلومات.

جاءت أساليب الدراسة متمثلة في استخدام مقاييس التقرير الذاتي، مقياس اليقظة الذهنية، مقياس الفعالية الذاتية العام الجديد، مقاييس الاكتئاب والقلق والضغط النفسي، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سلبية قوية بين مستويات اليقظة الذهنية وبين أعراض الاكتئاب والقلق والتوتر، مما يشير إلى أن الأفراد الأكثر ممارسة لليقظة الذهنية لديهم مستويات أقل من هذه الأعراض. تبين أن الكفاءة الذاتية تلعب دورًا وسيطًا مهمًا بين اليقظة الذهنية والأعراض النفسية. فالأشخاص الذين يمتلكون وعيًا ذاتيًا أعلى يميلون إلى امتلاك شعور أكبر بالكفاءة الذاتية، مما يقلل من مستويات الاكتئاب والقلق والتوتر لديهم، أظهرت التحليلات أن اليقظة الذهنية تؤثر بشكل مباشر على خفض أعراض الاكتئاب والقلق والتوتر، وكذلك بشكل غير مباشر من خلال تعزيز الكفاءة الذاتية.

هدفت دراسة (Xu F &et al.,2023) إلى تقييم العلاقة الارتباطية بين اليقظة الذهنية وكل من القلق والاكتئاب خلال فترة جائحة كوفيد-١٩. أهم ما تناولته الدراسة تناولت الدراسة العلاقة بين اليقظة الذهنية والاضطرابات النفسية مثل القلق و الاكتئاب، في سياق الظروف المسببة لضعف الصحة النفسية التي فرضتها جائحة كوفيد-١٩. المتغيرات هي المنطقة الجغرافية للدراسة و طريقة عمل اليقظة الذهنية. مجتمع الدراسة الجمهور العام خلال جائحة كوفيد-١٩. عينة الدراسة شملت ١٢ مقالة، بإجمالي عدد مشاركين ١٠,٩٤٠ شخصًا. أساليب جمع بيانات الدراسة المراجعة المنهجية والتحليل(Meta-analysis). أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى ان العلاقة بين اليقظة الذهنية والقلق سلبيا وهو ذا

دلالة إحصائية .($p < 0.01$) العلاقة بين اليقظة الذهنية والاكتئاب ترتبط ارتباطا سلبيا ($r = -0.353$) وهو ذا دلالة إحصائية .($p < 0.001$) تدعم هذه النتائج تأثير اليقظة الذهنية في تقليل مستويات القلق والاكتئاب .

هدفت دراسة (محمود،٢٠٢٣) للتعرف على العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT)ودوره في الوقاية من الانتكاسات لدى مرضى الاكتئاب. ويُعد الانتكاس أحد أهم المشكلات الصحية التي تؤثر على الأداء الوظيفي والحياة اليومية للأفراد بمختلف الأعمار.

يستخدم برنامجMBCT ، الذي طوره (2002) Teasdale, Williams, & Segal، أساليب اليقظة الذهنية إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي(CBT) ، ويُقدَّم عادةً في جلسات جماعية تفاعلية تهدف إلى تعليم المشاركين كيفية الانتباه إلى مشاعرهم وأفكارهم وتجاربهم الحسية دون الحكم عليها،

مما يساعدهم على التعامل مع الأفكار السلبية والحد من العودة إلى نوبات الاكتئاب الشديدة. أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة المساعدة في الوقاية من الاكتئاب المتكرر والمزمن وعلاجه.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة والتي تم عرضها أنها جميعها تدور حول الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

و هناك أوجه تشابه و أوجه اختلاف مع الدراسة الحالية متمثلة فيما يلي:

تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة كل من (Sanchez et al.2019)، (Newton et al.2020)، (AlDbyani.,2021)، (AlGhabeesh.,2022) في دراسة العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية و الدعم الاجتماعي.

كما تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة كل من (خميسة،٢٠٠٧)، Roohafza et al.2014)، (علاء الدين و الخطيب،٢٠١٧)، (Jacobson et al.2017)، Johnson et al.2017) في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأعراض القلق والاكتئاب.

كما تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة كل من (Yang et al.,2010)، (Wang et al.,2014)، (Viseu 2018) ، (Zeng et al.2025)، (مشالي آية،٢٠٢٥) في دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي كمتغير معدل وأعراض القلق و الاكتئاب.

كما تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة كل من (Strohmaier.2020)، (الخولي و قنصوه،٢٠٢١)، (Sharma&Kumra,2022)،(Xu et al.,2023)، (محمود،٢٠٢٣) في دراسة العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب.

و تشابهت مع دراسة من (Zeng et al.2025)، (مشالي،٢٠٢٥) في عينة من المرضى المصابين بالقلق و الاكتئاب.

و تمثلت أوجه الاختلاف في أن شملت عينة الدراسة الحالية على المترددين على العيادات النفسية بمستشفى النور بمكة المكرمة في المملكة العربية السعودية بينما تمثلت دراسة (خميسة،٢٠٠٧) في عينة من مرضى فيروس سي، و جاءت عينة دراسة Yang et al.2010) متمثلة في المراهقين الصينين المصابين بالاكتئاب،

و جاءت عينة دراسة (Roohafza et al.2014) متمثلة في متطوعين أعمارهم ٢٠ عامًا فما فوق، وجاءت دراسة (علاء الدين و الخطيب،٢٠١٧) متمثلة في عينة من مريضات بالنوع الثاني من السكري وبضغط الدم المرتفع، و جاءت عينة دراسة(Jacobson et al.2017) في كبار السن،و تكوّنت عيّنة الدراسة (Sanchez et al.2019) من مجموعة من السيدات الحوامل،

بينما جاءت دراسة كل من(Wang et al.2014) (Johnso et al.2017) (Newton et al.2020) (Al-Dbyani.,2021) متمثلة في مجموعة من الطلاب، بينما جاءت عيّنة دراسة (AlGhabeesh.,2022) من مجموعة من الناجين من الحروق، و جاءت عينة دراسة (Sharma&Kumra,2022) من المهنين، و دراسة (الخولي و قنصوه،٢٠٢١) تمثلت العينة في مجموعة من المراهقين المصابين بفرط النشاط ونقص الانتباه. و جاءت دراسة (Strohmaier.2020)،(Xu et al.,2023) معتمدة على البحث المنهجي في الدراسات السابقة.

فرضيات الدراسة:

١- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

٢- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

٣- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية.

٤- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية.

٥- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

٦- يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

٧- يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

حدود الدراسة:

تمثلت الحدود للدراسة فيما يلي:

١. **الحدود الموضوعية:** الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

٢. **الحدود البشرية:** تتمثل في عينة من المترددين على العيادات النفسية.

٣. **الحدود المكانية:** تم تطبيقها في العيادات النفسية في مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة في المملكة العربية السعودية.

٤. **الحدود الزمانية:** تم إجراء الدراسة في العام الدراسي ٢٠٢٥/٢٠٢٦.

المنهج والإجراءات:

المنهج: تم استخدام المنهج الارتباطي التفسيري، نظرًا لملاءمته لطبيعة أهداف البحث التي تسعى إلى التعرف على دور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية،

وفيما يلي شرح مكونات المنهج:

أولاً التصميم البحثي: اعتمدت الدراسة الحالية على التصميم الارتباطي التفسيري الذي يتيح الفرصة في الكشف عن الدور المعدل للدعم الاجتماعي في العلاقة بين أساليب اليقظة وأعراض القلق والاكتئاب، حيث تم جمع البيانات باستخدام استبانة شاملة تتضمن مقاييس لليقظة الذهنية، الدعم الاجتماعي، وأعراض القلق والاكتئاب، وذلك بهدف التعرف على مستويات كل من اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي والاضطرابات النفسية لدى أفراد العينة، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين هذه المتغيرات ودور الدعم الاجتماعي كمتغير معدل تأثير اليقظة الذهنية على القلق والاكتئاب.

ثانياً وصف العينات:

١. **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تكونت العينة الاستطلاعية من ٣٠ شخص من المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة من ذوي الأعمار والمستويات المكافئة لعينة الدراسة الأساسية، حيث تم استخدامها بغرض التحقق من الكفاءة النفسية والقياسية لأدوات الدراسة وتراوحت الأعمار بين أقل من ٢٠ سنة وحتى أكثر من ٦٠ سنة، بمتوسط عمري قدره ٣٦.٤٣ سنة، وانحراف معياري قدره ١.٢١٢.

- **محكات الضم:** أن يكون المشارك بالغًا، وقادرًا على فهم أدوات الدراسة، وموافقًا على المشاركة، وسبق تشخيص المريض من قَبل الطبيب بأنه يعاني من أعراض القلق والاكتئاب.
- **محكات الاستبعاد:** تم استبعاد الحالات التي تعاني من اضطرابات عقلية حادة أو إعاقات معرفية تعيق الاستجابة، وأيضاً تم استبعاد المرضي الذين وجد أن تاريخ الحالة لهم سبب المرض إصابات عضوية، أو تعاطي مخدرات، أو إدمان الأدوية النفسية، أو الإدمان السلوكي.

٢. **عينة الدراسة الأساسية:** تكونت عينة الدراسة الأساسية من عينة قوامها ١٠٥ من المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة متمثلين في ٦٤ ذكر، و ٤١ أنثى، كما أن الاعمار تراوحت بين أقل من ٢٠ سنة وحتى أكثر من ٦٠ سنة، بمتوسط ٤٨.٣٢ سنة، وانحراف معياري ١.٩٥. والجدول التالي يوضح الخصائص الديموغرافية (الجنس، العمر) لعينة الدراسة:

جدول (١) يوضح توزيع أفراد العينة تبعاً للبيانات الديموغرافية (ن=١٠٥)

	التصنيف	العدد	النسبة%
الجنس	ذكر	٦٤	٦١
	أنثى	٤١	٣٩
	الإجمالي	١٠٥	١٠٠
السن	أقل من ٢٠	١٠	٩.٥
	٢٠ – ٣٠ سنة	١٧	١٦.٢
	٣١– ٤٠ سنة	٢٤	٢٢.٩
	٤١– ٥٠ سنة	١٧	١٦.٢
	٥١– ٦٠ سنة	٢٥	٢٣.٨
	أكثر من ٦٠ سنة	١٢	١١.٤
	الإجمالي	١٠٥	١٠٠

الجدول السابق يوضح توزيع عينة الدراسة التي بلغت (١٠٥) فردًا من المرضى المترددين على العيادات النفسية، تبعاً للبيانات الديموغرافية والتي جاءت كالتالي:

- بالنسبة لمتغير الجنس: يتضح من الجدول أن عدد الذكور بلغ ٦٤ فردًا بنسبة (٦١%) من إجمالي العينة، في حين بلغ عدد الإناث ٤١ فردًا بنسبة (٣٩%)، مما يشير إلى أن الذكور يشكلون النسبة الأكبر من أفراد العينة.
- بالنسبة لمتغير العمر: تُظهر البيانات أن الفئة العمرية (٥١–٦٠ سنة) تمثل النسبة الأعلى بين أفراد العينة، حيث بلغ عددهم ٢٥ فردًا بنسبة (٢٣.٨%)، تليها فئة (٣١–٤٠ سنة) بعدد ٢٤ فردًا بنسبة (٢٢.٩%)، ثم فئة (٢٠–٣٠ سنة) و (٤١–٥٠ سنة) بنسبة متساوية بلغت (١٦.٢%) لكل منهما، في حين بلغت نسبة المشاركين دون ٢٠ سنة (٩.٥%)، ومن هم أكثر من ٦٠ سنة (١١.٤%).

ويمكن ملاحظة أن غالبية أفراد العينة ينتمون إلى الفئات العمرية المتوسطة (من ٣١ إلى ٦٠ سنة)، مما يعكس أن أغلب المشاركين من الفئات الناضجة والمنتجة في المجتمع.

أدوات الدراسة:

قام الباحث بالاعتماد على مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية من إعداد (Bear et al,٢٠٠٦) ترجمة: البحيري وآخرون (٢٠١٤).

قام الباحث بالاطلاع على التراث البحثي على بعض مقاييس أبعاد الدعم الاجتماعي ومنها:

مقاييس إعداد كل من (محمد الهنداوي،٢٠١١)، (المطالقة ونصار،٢٠١٠) Hyewon et al.,2024)، (محمود،٢٠٢٥).

قام الباحث بالاطلاع على التراث البحثي على بعض مقاييس أبعاد القلق ومنها:

مقياس اضطراب القلق المعمم (GAD)، Spitzer et al.,2006 ترجمة (البهنساوي وعبد الخالق، ٢٠٢١).

مقياس القلق المعمم لدى المراهقين (حسين علي،٢٠٢٤).

قام الباحث بالاطلاع على التراث البحثي على بعض مقاييس أبعاد الاكتئاب ومنها:

مقاييس إعداد كل من (عبد الخالق سالم،٢٠١٩)، (الجابر هدى،٢٠٢١)، مقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب (HRSD)، و مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory).

و قام الباحث بإعداد:

١. استمارة البيانات الأولية للمترددين على العيادات النفسية.
٢. استبانة اليقظة الذهنية للمترددين على العيادات النفسية. بالاعتماد على مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية من إعداد (Bear et al,٢٠٠٦)
٣. استبانة الدعم الاجتماعي للمترددين على العيادات النفسية (من إعداد الباحث).
٤. استبانة لمقياس للمترددين على العيادات النفسية (من إعداد الباحث).
٥. استبانة لمقياس الاكتئاب للمترددين على العيادات النفسية (من إعداد الباحث).

تتمثل أداة الدراسة في الاستبانة المتكونة من:

المحور الأول (أساليب اليقظة الذهنية): يتكون من ٣٠ عبارة موزعة على ٥ أبعاد (الملاحظة، الوصف، التصرف بوعي، عدم التفاعل مع التجربة الداخلية، عدم إصدار الأحكام) لكل بُعد ٦ عبارات.

اتبع الباحث سلم تدرج خماسي الترتيب في تصميم مقياس اليقظة الذهنية للمترددين على العيادات النفسية

وتم اعتماد السلم الخماسي لمناسبته لطبيعة البحث الحالي، وبناءً على مشورة مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والصحة النفسية، تمت مراجعة المقياس وتحكيمه، ثم إجراء التعديلات اللازمة وفقًا لملاحظاتهم العلمية.

التصحيح: تعكس تلك التقديرات: موافق تماماً (٥ درجات)، موافق (٤ درجات)، محايد (٣ درجات)، غير موافق (درجتين)، غير موافق تماماً (درجة واحدة) .

المحور الثاني (الدعم الاجتماعي): يتكون من ١٤ عبارة موزعة على ٣ أبعاد (دعم الأسرة، دعم مقدمي الرعاية، دعم الأقران).

اتبع الباحث سلم تدرج خماسي الترتيب في تصميم مقياس الدعم الاجتماعي للمترددين على العيادات النفسية

و تم اعتماد السلم الخماسي لمناسبته لطبيعة البحث الحالي، وبناءً على مشورة مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والصحة النفسية، تمت مراجعة المقياس وتحكيمه، ثم إجراء التعديلات اللازمة وفقًا لملاحظاتهم العلمية.

التصحيح: تعكس تلك التقديرات: موافق تماماً (٥ درجات)، موافق (٤ درجات)، محايد (٣ درجات)، غير موافق (درجتين)، غير موافق تماماً (درجة واحدة) .

المحور الثالث (القلق): يتكون من ٢٠ عبارة موزعة على ٤ أبعاد (الاعراض الانفعالية، الأعراض الجسمية، الأعراض الاجتماعية، الأعراض المعرفية).

اتبع الباحث سلم تدرج خماسي الترتيب في تصميم مقياس القلق للمترددين على العيادات النفسية

و تم اعتماد السلم الخماسي لمناسبته لطبيعة البحث الحالي، وبناءً على مشورة مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والصحة النفسية، تمت مراجعة المقياس وتحكيمه، ثم إجراء التعديلات اللازمة وفقًا لملاحظاتهم العلمية.

التصحيح: تعكس تلك التقديرات: موافق تماماً (٥ درجات)، موافق (٤ درجات)، محايد (٣ درجات)، غير موافق (درجتين)، غير موافق تماماً (درجة واحدة) .

المحور الثالث (الاكتئاب): يتكون من ١٨ عبارة موزعة على ٣ أبعاد (الأعراض الاجتماعية، الأعراض الانفعالية، الأعراض الجسمية) لكل بُعد ٦ عبارات.

اتبع الباحث سلم تدرج خماسي الترتيب في تصميم مقياس الاكتئاب للمترددين على العيادات النفسية

تم اعتماد السلم الخماسي لمناسبته لطبيعة البحث الحالي، وبناءً على مشورة مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والصحة النفسية، تمت مراجعة المقياس وتحكيمه، ثم إجراء التعديلات اللازمة وفقًا لملاحظاتهم العلمية.

التصحيح: تعكس تلك التقديرات: موافق تماماً (٥ درجات)، موافق (٤ درجات)، محايد (٣ درجات)، غير موافق (درجتين)، غير موافق تماماً (درجة واحدة) .

صدق المقياس:

صدق المحكمين: تم التأكد من صدق المقياس بالنسبة للمحكمين وذلك من خلال عرض المقياس على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الاكلينيكي، والصحة النفسية، تمت مراجعة المقياس وتحكيمه، ثم إجراء التعديلات اللازمة وفقًا لملاحظاتهم العلمية، حيث تم الإشارة إليها في مرحلة تكوين المقياس التي تم عرضها في الفقرات السابقة.

صدق البناء والتكوين: يتمثل في معرفة مدي تمثيل المقياس الذي تم اعداده للظاهرة المراد قياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق تم صياغة بنود المقياس في ضوء دراسة المقاييس التي تم اعدادها سابقاً ترتبط بموضوع الدراسة، وكذلك من خلال توصيف الأطر النظرية والكتابات السيكولوجية التي ترتبط بموضوع الدراسة، ومن هنا يصبح المقياس صادقاً في التكوين والبناء.

<u>الدراسة الاستطلاعية:</u>

جاءت الدراسة الاستطلاعية كخطوة تمهيدية للتحقق من ملاءمة أدوات القياس (الاستبيان) المستخدمة في البحث، والذي يتناول الدور المُعدِّل للدعم الاجتماعي في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب لدى المترددين على العيادات النفسية، حيث تم تطبيق الدراسة على عينة استطلاعية مكوّنة من ٣٠ مشاركًا بهدف التأكد من

وضوح البنود، وملاءمتها للبيئة العربية، بالإضافة إلى فحص الاتساق الداخلي للمقاييس قبل البدء في الدراسة الأساسية، حيث أسهمت هذه الخطوة في ضمان صلاحية الأدوات ودقة النتائج المتوقعة، وفيما يلي عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أولاً الصدق:

تم التحقق من صدق الاستبانة من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من ٣٠ مفردة، وحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المحاور الأربعة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي عليه الفقرة، وذلك باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS V.26 والجداول التالية توضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المحور والدرجة الكلية للمحور.

أولاً أساليب اليقظة الذهنية:

١- صدق البعد الأول (الملاحظة).

جدول (٢) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الأول (الملاحظة).

البعد الأول (الملاحظة)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الملاحظة) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
١-أستمتع بأصوات الطيور في الصباح.	٠.٦٢٠**	٠.٠٠٠
٢-أستطيع أن ألاحظ انفعالاتي وأتحكم بها.	٠.٦٩٧**	٠.٠٠٠
٣-ألاحظ أي تغير يطرأ على الأشياء المحيطة.	٠.٥٥١**	٠.٠٠٠
٤-ألاحظ تغير الحالة النفسية لزملائي أثناء جلسات العلاج الجماعي.	٠.٤٨٩**	٠.٠٠٠
٥-ألاحظ أية تغيرات قد تطرأ على حالتي النفسية أو الجسمية.	٠.٥٩٢**	٠.٠٠٠
٦-أجد صعوبة في ملاحظة التفاصيل وفهمها.	٠.٤٧٦**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الأول (الملاحظة) والدرجة الكلية للبعد الأول معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٤٧٦، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٦٩٧.

٢- صدق البعد الثاني (الوصف).

جدول (٣) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثاني (الوصف).

البعد الثاني (الوصف)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الوصف) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٧-أستطيع التعبير عن خبراتي بالعبارات المناسبة.	٠.٨١٨**	٠.٠٠٠
٨-أستطيع التعبير عن أفكاري بصورة جيدة.	٠.٨٠٥**	٠.٠٠٠
٩-أستطيع وصف أفكاري بالتفصيل.	٠.٩١٢**	٠.٠٠٠
١٠-أجد الكلمات المناسبة التي تعبر عما يدور بخاطري.	٠.٨٦١**	٠.٠٠٠
١١-أجد الكلمات المناسبة التي تصف مشاعري بسهولة.	٠.٨٤٦**	٠.٠٠٠
١٢-أستطيع أن أعبر عن شعور بالكلمات عندما أشعر بالضّيق الشّديد.	٠.٤٩١**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثاني (الوصف) والدرجة الكلية للبعد الثاني معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٤٩١، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩١٢

٣- صدق البعد الثالث (التصرف بوعي).

جدول (٤) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثالث (التصرف بوعي).

البعد الثالث (التصرف بوعي)	معامل ارتباط عبارات بُعد (التصرف بوعي) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
١٣-أتفاعل مع كافة الأحداث التي أتواجد بها.	٠.٢٩٧**	٠.٠٠٠
١٤-أوجه انتباهي إلى كل ما يدور حولي من مثيرات في البيئة.	٠.٦٦٦**	٠.٠٠٠
١٥-أركز تماما في العمل الذي أنجزه دون التفكير في أي شيء أخر.	٠.٨٥٦**	٠.٠٠٠
١٦-أفقد تركيزي بسرعة على النشاط الذي أمارسه.	٠.٧٦٩**	٠.٠٠٠
١٧-أفضل انجاز عمل واحد حتى أكمله على أن أقوم بعدة أعمال في نفس الوقت دون إتمامها.	٠.٨٢٨**	٠.٠٠٠
١٨-أركز عندما أنجز عدة مهام في وقت واحد.	٠.٨٧٧**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثالث (التصرف بوعي) والدرجة الكلية للبعد الثالث معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية

٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٢٩٧، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٨٧٧

٤- صدق البعد الرابع (عدم التفاعل مع التجربة الداخلية).

جدول (٥) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الرابع (عدم التفاعل مع التجربة الداخلية).

البعد الرابع (عدم التفاعل مع التجربة الداخلية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (عدم التفاعل مع التجربة الداخلية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
١٩-في المواقف الصعبة، يمكنني أن أتوقف قليلًا قبل التفاعل دون اتخاذ رد فعل فوري.	٠.٦٢٠**	٠.٠٠٠
٢٠-عندما تراودني أفكار أو صور مؤلمة، أستعيد هدوئي بعد وقت قصير.	٠.٦٩٧**	٠.٠٠٠
٢١-ألاحظ الأفكار المؤلمة وأدعها تمر دون أن تؤثّر عليّ.	٠.٥٥١**	٠.٠٠٠
٢٢-أراقب أحاسيسي دون أن أندمج فيها.	٠.٤٨٩**	٠.٠٠٠
٢٣-عندما تراودني أفكار أو صور مؤلمة، ألاحظها فقط وأدعها تمضي.	٠.٥٩٢**	٠.٠٠٠
٢٤-أدرك مشاعري وأحاسيسي دون أن أتخذ أي رد فعل تجاهها.	٠.٤٧٦**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الرابع (عدم التفاعل مع التجربة الداخلية) والدرجة الكلية للبعد الرابع معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٤٧٦، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٦٩٧

٥- صدق البعد الخامس (عدم اصدار الأحكام).

جدول (٦) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الخامس (عدم اصدار الأحكام).

البعد الخامس (عدم اصدار الأحكام)	معامل ارتباط عبارات بُعد (عدم اصدار الأحكام) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٢٥-أقيّم نفسي اعتمادًا على الأفكار السلبية التي تراودني.	٠.٢٩٧**	٠.٠٠٠
٢٦- أرى أن بعض أفكاري غير سليمة أو سلبية، ولا ينبغي لي التفكير	٠.٦٦٦**	٠.٠٠٠

بهذه الطريقة.		
٢٧-أعتقد أن بعض مشاعري غير مناسبة، ويجب ألّا تكون كذلك.	٠.٨٥٦**	٠.٠٠٠
٢٨-أقول لنفسي أحيانا إنه لا ينبغي أن أشعر بالطريقة التي أشعر بها الآن.	٠.٧٦٩**	٠.٠٠٠
٢٩-أشعر بعدم الرضا عن نفسي عندما تراودني أفكار غير منطقية.	٠.٨٢٨**	٠.٠٠٠
٣٠-أنتقد ذاتي لوجود مشاعر غير مناسبة لدي.	٠.٨٧٧**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الخامس (عدم اصدار الأحكام) والدرجة الكلية للبعد الخامس معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٢٩٧، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٨٧٧

ثانياً الدعم الاجتماعي:

١- صدق البعد الأول (دعم الأسرة).

جدول (٧) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الأول (دعم الأسرة).

البعد الأول (دعم الأسرة)	معامل ارتباط عبارات بُعد (دعم الأسرة) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٣١-تقدم لي أسرتي الدعم المادي الذي أحتاجه لتلقي العلاج.	٠.٧٣٢**	٠.٠٠٠
٣٢-يذهب معي أفراد أسرتي لتلقي العلاج.	٠.٦٠٣**	٠.٠٠٠
٣٣-يتجنب أحد أفراد أسرتي الحديث معي.	٠.٨٠٧**	٠.٠٠٠
٣٤-يساعدني أفراد أسرتي في التغلب على مشكلاتي النفسية.	٠.٧٢٣**	٠.٠٠٠
٣٥-يصعب على التحدث عن أسراري مع أحد أفراد أسرتي.	٠.٦٢٢**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الأول (دعم الأسرة) والدرجة الكلية للبعد الأول معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٦٠٣، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٨٠٧

٢- صدق البعد الثاني (دعم مقدمي الرعاية).

جدول (٨) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثاني (دعم مقدمي الرعاية).

البعد الثاني (دعم مقدمي الرعاية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (دعم مقدمي الرعاية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٣٦-يدعمني طبيبي النفسي عندما احتاج اليه.	٠.٧٥٢**	٠.٠٠٠
٣٧-يحرص طبيبي النفسي على مقابلة أسرتي وتوعيتهم بمرضي بطريقة إيجابية.	٠.٧٩٥**	٠.٠٠٠
٣٨-يهتم بي فريق التمريض أثناء تلقي العلاج.	٠.٧٧٠**	٠.٠٠٠
٣٩-يقيم الفريق الطبي ندوات وأنشطة للتوعية بالمرض النفسي وآثاره على المجتمع.	٠.٧٥٢**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثاني (دعم مقدمي الرعاية) والدرجة الكلية للبعد الثاني معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٧٥٢، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٧٩٥

٣- صدق البعد الثالث (دعم الأقران).

جدول (٩) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثالث (دعم الأقران).

البعد الثالث (دعم الأقران)	معامل ارتباط عبارات بُعد (دعم الأقران) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٤٠-يتقبلني أصدقائي كما أنا.	٠.٧٥٤**	٠.٠٠٠
٤١-أتحدث عن مشكلاتي مع أصدقائي دون حرج.	٠.٧٨٣**	٠.٠٠٠
٤٢-يستمع لي أقراني عندما أتحدث عن مشكلاتي.	٠.٧٨٠**	٠.٠٠٠
٤٣-يساعدني زملائي في العمل في حل مشكلاتي.	٠.٨٠٣**	٠.٠٠٠
٤٤-أرفض نقد زملائي عندما أتعرض لمشكلة في العمل.	٠.٧٨٠**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثالث (دعم الأقران) والدرجة الكلية للبعد الثالث معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٧٥٤، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٨٠٣

ثالثاً القلق:

١- صدق البعد الأول (الأعراض الانفعالية).

جدول (١٠) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الأول (الأعراض الانفعالية).

البعد الأول (الأعراض الانفعالية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الانفعالية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٤٥-تنتابني المخاوف من دون أي سبب ظاهر.	٠.٨٢٣**	٠.٠٠٠
٤٦-أغضب بشكل مبالغ فيه عندما تواجهني مشكلة ما.	٠.٨١٧**	٠.٠٠٠
٤٧-أتوتر عند وجودي في تجمع من الناس.	٠.٨٣٨**	٠.٠٠٠
٤٨-أخاف أن يعرف الناس أني مريض نفسي.	٠.٨٣٨**	٠.٠٠٠
٤٩-أشعر أن الآخرين يراقبون تصرفاتي.	٠.٨٣٤**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الأول (الأعراض الانفعالية) والدرجة الكلية للبعد الأول معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٨١٧، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٨٣٨

٢- صدق البعد الثاني (الأعراض الجسمية).

جدول (١١) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثاني (الأعراض الجسمية).

البعد الثاني (الأعراض الجسمية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الجسمية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٥٠-أشعر بالتعب بسرعة.	٠.٩٢٢**	٠.٠٠٠
٥١-أتعرق عندما يطلب منى التحدث أمام الآخرين.	٠.٩٥٧**	٠.٠٠٠
٥٢-أتلجلج عندما أتحدث مع شخص لا اعرفه.	٠.٩٥٠**	٠.٠٠٠
٥٣-أعاني من الصداع عندما أكون في مكان مزدحم.	٠.٩٧٦**	٠.٠٠٠
٥٤-أعاني من اضطرابات في المعدة.	٠.٩١٨**	٠.٠٠٠
٥٥-أعاني من صعوبة في النوم.	٠.٩٥٨**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثاني (الأعراض الجسمية) والدرجة الكلية للبعد الثاني معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية

٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٩١٨، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٧٦

٣- صدق البعد الثالث (الأعراض الاجتماعية).

جدول (١٢) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثالث (الأعراض الاجتماعية).

البعد الثالث (الأعراض الاجتماعية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الاجتماعية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٥٦-أتجنب مشاركة الآخرين في مناسباتهم الاجتماعية.	٠.٩٤٠**	٠.٠٠٠
٥٧-أجد صعوبة في التعبير عن رأيي أمام الآخرين.	٠.٩٦٣**	٠.٠٠٠
٥٨-يصعب على تكوين صداقات جديدة.	٠.٩٦٦**	٠.٠٠٠
٥٩-أتجنب المواقف التي أكون فيها مركز انتباه الآخرين.	٠.٩٣٦**	٠.٠٠٠
٦٠-أتوتر عندما يطلب مني إلقاء كلمة أمام الآخرين.	٠.٩٦٤**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثالث (الأعراض الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد الثالث معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٩٣٦، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٦٦

٤- صدق البعد الرابع (الأعراض المعرفية).

جدول (١٣) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الرابع (الأعراض المعرفية).

البعد الرابع (الأعراض المعرفية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض المعرفية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٦١-تراودني أفكار بأن أمور سيئة ستحدث لي.	٠.٧٠٤**	٠.٠٠٠
٦٢-أشعر بأن مستقبلي مجهول.	٠.٨٨٢**	٠.٠٠٠
٦٣-أعاني من صعوبة في اتخاذ قراراتي.	٠.٩٠٧**	٠.٠٠٠
٦٤-أخاف من تقييم الآخرين لي.	٠.٨٩١**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الرابع (الأعراض المعرفية) والدرجة الكلية للبعد الرابع معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية

٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٧٠٤، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٠٧

رابعاً الاكتئاب:

٥- صدق البعد الأول (الأعراض الاجتماعية).

جدول (١٤) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الأول (الأعراض الاجتماعية).

البعد الأول (الأعراض الاجتماعية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الاجتماعية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٦٥-لا أرغب في التحدث مع أصدقائي عن مشكلاتي.	٠.٩٥٢**	٠.٠٠٠
٦٦-أفضل العزلة عندما أكون في المنزل.	٠.٩٥٠**	٠.٠٠٠
٦٧-أهمل المشاركة في مناسبات الآخرين الاجتماعية.	٠.٩٣١**	٠.٠٠٠
٦٨-توقفت عن ممارسة هواياتي المفضلة.	٠.٩٤٨**	٠.٠٠٠
٦٩-أشعر بالوحدة.	٠.٩٦٦**	
٧٠-أشعر بأن الآخرين يبتعدون عني.	٠.٨٩٣**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول السابق نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الأول (الأعراض الاجتماعية) والدرجة الكلية للبعد الأول معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١ حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٨٩٣، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٦٦

٦- صدق البعد الثاني (الأعراض الانفعالية).

جدول (١٥) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثاني (الأعراض الانفعالية).

البعد الثاني (الأعراض الانفعالية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الانفعالية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٧١-أبكي كثيراً لأتفه الأسباب.	٠.٩٦٢**	٠.٠٠٠
٧٢-أغضب لأتفه الأسباب.	٠.٩٥٤**	٠.٠٠٠
٧٣-تراودني أحلاماً مزعجة.	٠.٩٧١**	٠.٠٠٠
٧٤-أشعر أن حياتي ليس لها قيمة.	٠.٩٧١**	٠.٠٠٠
٧٥-أشعر بالعجز عندما تواجهني مشكلة ما.	٠.٩٥٣**	٠.٠٠٠
٧٦-أفكر في الأشياء المزعجة.	٠.٩٦٢**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثاني (الأعراض الانفعالية) والدرجة الكلية للبعد الثاني معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١، الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٩٥٣، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٧١

٧- صدق البعد الثالث (الأعراض الجسمية).

جدول (١٦) حساب معاملات الارتباط للتحقق من صدق البعد الثالث (الأعراض الجسمية).

البعد الثالث (الأعراض الجسمية)	معامل ارتباط عبارات بُعد (الأعراض الجسمية) بالدرجة الكلية للبعد	الدلالة
٧٧-أشعر بالخمول والكسل.	٠.٩٣٢**	٠.٠٠٠
٧٨-فقدت شهيتي للطعام.	٠.٩٤٣**	٠.٠٠٠
٧٩-أعاني من الأرق.	٠.٩٦١**	٠.٠٠٠
٨٠-أنام كثيراً عندما أتعرض لمواقف ضاغطة.	٠.٩٤١**	٠.٠٠٠
٨١-أعاني من الصداع.	٠.٩٥٧**	٠.٠٠٠
٨٢-أتعب بعد قيامي بأي عمل بسيط.	٠.٦٨٨**	٠.٠٠٠
**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

من خلال الجدول نجد أن جميع معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات البعد الثالث (الأعراض الجسمية) والدرجة الكلية للبعد الثالث معنوية ودالة، وذلك عند مستوى معنوية ٠.٠١، الحد الأدنى لمعاملات الارتباط ٠.٦٨٨، بينما كان الحد الأعلى هو ٠.٩٦١

ثانياً ثبات الاستبيان ككل ومحاوره:

تم التحقق من ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) من خلال (معاملات ألفا كرونباخ) و ذلك على عينة استطلاعية مكونة من ٣٠ مفردة (وقد تم استبعادها من العينة الكلية)، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

جدول (١٧) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمحاور الدراسة

المحور	معامل الثبات	عدد العبارات
أساليب اليقظة الذهنية	٠.٨٦٠	٣٠
الدعم الاجتماعي	٠.٨٤٥	١٤
القلق	٠.٩٨١	٢٠
الاكتئاب	٠.٩٨٩	١٨
الاستبيان ككل	٠.٩٧٠	٨٢

يوضح الجدول السابق قيم معاملات الثبات (ألفا كرونباخ) للاستبيان ومحاوره، والتي تراوحت بين (٠.٨٤٥– ٠.٩٨٩)، وهي تشير على مستويات عالية من الثبات، حيث تجاوزت جميع القيم الحد المقبول إحصائيا (٠.٧)، وهذا يعكس صلاحية الأداة في الاستخدام لعينة البحث الحالي.

عرض نتائج الدراسة

فيما يلي يتم عرض النتائج التي توصلت لها الدراسة من خلال إيجاد الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة المتمثلة في (أساليب اليقظة، الدعم الاجتماعي، القلق، الاكتئاب) مثل المتوسط والوسيط والانحراف المعياري، ثم عرض نتائج اختبارات فروض الدراسة التي تم مناقشتها، وتوضيح أهم النتائج التي تم التوصل غليها، ثم تقديم مجموعة من التوصيات التي يمكن الاستفادة منها، وفيما يلي بيان ذلك:

أولاً الإحصاءات الوصفية لعينة الدراسة:

تم وصف متغيرات الدراسة من حيث عرض قيم المتوسط والوسيط والانحراف المعياري للمتغيرات المعدلة والمستقلة والتابعة.

وهذا ما يعرضه الجدول التالي:

جدول (١٨) الإحصاء الوصفي لبيانات عينة الدراسة (ن=١٠٥)

المتغير	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري
أساليب اليقظة الذهنية	٤.٦٨	٤.٦٣١	٠.٢٥١
الدعم الاجتماعي	٤.٨٠	٤.٨٦٦	٠.١٧٩
القلق	١.٤٤	١.٣٦٢	٠.٧٢٧
الاكتئاب	١.٣٠	١.١١١	٠.٧٦٣

يوضح الجدول السابق القيم الإحصائية الوصفية لمتغيرات الدراسة (أساليب اليقظة الذهنية، الدعم الاجتماعي، القلق، الاكتئاب) لعينة الدراسة وعددها (١٠٥)، التي جاءت كالتالي:

- المتوسط الحسابي لأساليب اليقظة الذهنية بلغ (٤.٦٨) وهو مرتفع نسبياً، مما يعكس إدراك المشاركين لوجود مستوى جيد من الدعم الاجتماعي، كما أن قيمة الوسيط (٤.٦٣١) متقاربة مع المتوسط مما يشير إلى تجانس البيانات.
- المتوسط الحسابي لمستوى الدعم الاجتماعي بلغ (٤.٨٠٣) وهو مرتفع نسبياً، مما يعكس إدراك المشاركين لوجود مستوى جيد من الدعم الاجتماعي، كما أن قيمة الوسيط (٤.٨٦٦) متقاربة مع المتوسط مما يشير إلى تجانس البيانات.
- أما متوسط القلق فبلغ (١.٤٤٥) وهو متوسط يميل للانخفاض، وقيمة الوسيط (١.٣٦٢) قريبة من المتوسط، مما يدل على انخفاض مستوى القلق لديهم، كما أن تقارب المتوسط مع الوسيط يشير إلى تجانس البيانات.
- في حين أن متوسط الاكتئاب بلغ (١.٣٠٤) وهو منخفض، حيث جاءت قيمة الوسيط (١.١١١) قريبة من المتوسط، مما يدل على أن على انخفاض مستوى الاكتئاب لدي الأفراد.

بوجه عام تشير النتائج إلى أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى مرتفع من أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي يقابله انخفاض في مستويات القلق والاكتئاب لدي مرضى العيادات النفسية وذلك بعد ترددهم بصفة مستمرة على تلك العيادات النفسية.

ثانياً نتائج فروض الدراسة وتفسيرها:

١. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

جدول (١٩) معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.		
معامل الارتباط	مستوى المعنوية	حجم العينة
-٠.٢٠٢**	٠.٠٠٠	١٠٥
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

الجدول السابق يوضح العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدي مرضى العيادات النفسية، والذي من خلاله نستنتج وجود علاقة ارتباط معنوية سالبة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٢٠٢) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١

وهذا يشير على أنه كلما زادت أساليب اليقظة لدى مرضى العيادات النفسية، كلما انخفضت أعراض القلق لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة ضعيفة في الاتجاه السالب، وهذا يعكس الدور الإيجابي لأساليب اليقظة في تقليل أعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

وبالتالي نقبل فرضية الدراسة التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

٢. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

جدول (٢٠) معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.		
معامل الارتباط	مستوى المعنوية	حجم العينة
-٠.٢٢١**	٠.٠٠٠	١٠٥
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

الجدول السابق يوضح العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدي مرضى العيادات النفسية، والذي من خلاله نستنتج وجود علاقة ارتباط معنوية سالبة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٢٢١) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١،

وهذا يشير على أنه كلما زادت أساليب اليقظة لدى مرضى العيادات النفسية، كلما انخفضت أعراض الاكتئاب لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة ضعيفة في الاتجاه السالب، وهذا يعكس الدور الإيجابي لأساليب اليقظة في تقليل أعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

وبالتالي نقبل فرضية الدراسة التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية

٣. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية.

جدول (٢١) معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية.

العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية		
معامل الارتباط	مستوى المعنوية	حجم العينة
**٠.٥٧٨	0.000	١٠٥
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

الجدول السابق يوضح العلاقة بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية، والذي من خلاله نستنتج وجود علاقة ارتباط معنوية موجبة بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدي مرضى العيادات النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٥٧٨) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما ارتفعت أساليب اليقظة الذهنية لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه الموجب.

وبالتالي نقبل فرضية الدراسة التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية.

٤. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية.

جدول (٢٢) معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية.

العلاقة بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية		
معامل الارتباط	مستوى المعنوية	حجم العينة
-٠.٤٣٦**	0.000	١٠٥
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

الجدول السابق يوضح العلاقة بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية، والذي من خلاله نستنتج وجود علاقة ارتباط معنوية سالبة بين الدعم الاجتماعي والقلق لدي مرضى العيادات النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٤٣٦) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما انخفض مستوى القلق لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه السالب. **وبالتالي نقبل فرضية الدراسة** التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية

٥. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

جدول (٢٣) معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية		
معامل الارتباط	مستوى المعنوية	حجم العينة
-٠.٤٥٢**	0.000	١٠٥
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

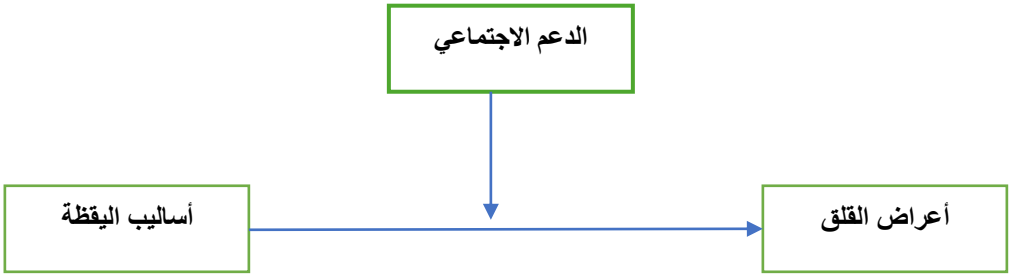
الجدول السابق يوضح العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، والذي من خلاله نستنتج وجود علاقة ارتباط معنوية سالبة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدي مرضى العيادات النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٤٥٢) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه

كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما انخفض مستوى الاكتئاب لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه السالب.

وبالتالي نقبل فرضية الدراسة التي تنص على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية

٦. يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدِّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

ويتم التحقق من صحة هذا الفرض عن طريق إيجاد العلاقة بين أساليب اليقظة وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية من خلال الدعم الاجتماعي كمتغير معدل، والذي جاءت خطواته كالتالي:



وذلك حيث إن:

- أساليب اليقظة (المتغير المستقل)
- الدعم الاجتماعي (المتغير المعدل)
- أعراض القلق (المتغير التابع)

جدول (٢٤): نتائج اختبار تباين الانحدار البسيط (multiple linear Regression) للفرضية السادسة

معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الإحصاءة (ف)	مستوى المعنوية
٠.٩٤٤	٠.٨٩٢	٠.٨٨٨	١١.١٨٣	٣	٣.٧٢٨	٢٧٦.٦٧٢	٠.٠٠٠
			١.٣٦١	١٠١	٠.٠١٣		
			١٢.٥٤٣	١٠٤			

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن إدخال متغير التفاعل بين أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي أدى إلى تحسين كبير في النموذج التنبؤي للقلق، حيث بلغت قيمة معامل التحديد ٨٩.٢%

مما يؤكد أن العلاقة بين أساليب اليقظة وأعراض القلق ليست علاقة مباشرة فقط، بل تتغير قوتها تبعًا لمستويات الدعم الاجتماعي، ويدل ذلك على وجود أثر تعديل واضح يقوم من خلاله الدعم الاجتماعي بتعزيز تأثير أساليب اليقظة الذهنية على أعراض القلق، وهذا يدل على أن العلاقة بين أساليب اليقظة والقلق ليست علاقة مباشرة فقط، بل تُعدَّل بقوة عن طريق مستوى الدعم الاجتماعي.

جدول (٢٥): نتائج معادلة الانحدار (multiple linear Regression) للفرضية السادسة

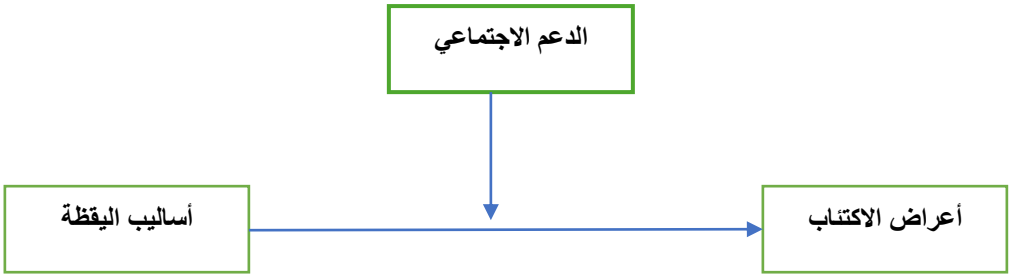
المعاملات[a]						
النموذج		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	قيمة (ت)	مستوى المعنوية
		معامل الانحدار	الخطأ المعياري	(بيتا)		معامل الانحدار
1	(ثابت الانحدار)	-2.299	.656		-3.506	.001
	أساليب اليقظة الذهنية	1.580	.063	1.053	25.247	.000
	الدعم الاجتماعي	-.079	.129	-.041	-.613	.541
	التفاعل	.014	.006	.160	2.321	.022
a المتغير التابع :أعراض القلق						

أظهرت نتائج الانحدار وجود تأثير تفاعلي دال إحصائياً بين أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي في التنبؤ بأعراض القلق(B = 0.014, Sig = .022) ، مما يشير إلى أن الدعم الاجتماعي يُعدّل من قوة واتجاه العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق، وهذا يعني أن تأثير أساليب اليقظة في أعراض القلق يختلف باختلاف مستوى الدعم الاجتماعي. بينما لم يظهر للدعم الاجتماعي أثر مباشر دال إحصائياً، إلا أن دوره التعديلي كان واضحاً من خلال دلالة متغير التفاعل.

وبشكل عام نقبل الفرضية السادسة التي تنص على أنه " يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية".

٧. يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية.

ويتم التحقق من صحة هذا الفرض عن طريق إيجاد العلاقة بين أساليب اليقظة وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية من خلال الدعم الاجتماعي كمتغير معدل، والذي جاءت خطواته كالتالي:



وذلك حيث إن:

- أساليب اليقظة (المتغير المستقل)
- الدعم الاجتماعي (المتغير المعدل)
- أعراض الاكتئاب (المتغير التابع)

جدول (٢٦): نتائج اختبار تباين الانحدار البسيط (multiple linear Regression) للفرضية السابعة

معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الإحصاءة (ف)	مستوى المعنوية
٠.٧٤٩	٠.٥٦٢	٠.٥٩٤	١.١٧٩	٣	٠.٣٩٣	٤٣.١٢٨	٠.٠٠٠
			٠.٩٢٠	١٠١	٠.٠٠٩		
			٢.٠٩٩	١٠٤			

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد وجود أثر دال إحصائياً للنموذج الذي يضم أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي ومتغير التفاعل بينهما في التنبؤ بأعراض الاكتئاب، حيث بلغ معامل الارتباط ٠.٧٤٩، وفسّر النموذج ٥٦.٢% من التباين في

أعـراض الاكتئـاب. كمـا بيّنـت قيمـة F (٤٣.١٢٨) ومسـتوى المعنويـة (٠.٠٠٠) أن النموذج ككل معنوي،

وتشير هذه النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي يؤدي دورًا مُعدِّلًا للعلاقة بين أساليب اليقظة الذهنيـة وأعـراض الاكتئـاب، ممـا يعنـي أن تـأثير أسـاليب اليقظـة الذهنيـة علـى أعـراض الاكتئاب يتغير تبعًا لمستوى الدعم الاجتماعي.

جدول (٢٧): نتائج معادلة الانحدار (multiple linear Regression) للفرضية السابعة

المعاملات[a]						
النموذج		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	قيمة (ت)	مستوى المعنوية
		معامل الانحدار	الخطأ المعياري	(بيتا)		
1	(ثابت الانحدار)	4.421	.539		8.200	.000
	أساليب اليقظة الذهنية	.012	.051	.019	.231	.818
	الدعم الاجتماعي	.034	.106	.043	.320	.749
	التفاعل	-.025	.005	-.700	-5.061	.000
a المتغير التابع :أعراض الاكتئاب						

أظهرت نتائج الانحدار وجود أثر تفاعلي دال إحصائياً بين أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي في التنبؤ بأعراض الاكتئاب ($B = -0.025, t = -5.061, Sig = .000$)، مما يدل على أن الدعم الاجتماعي يقوم بدور مُعدِّل للعلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب. وتوضح هذه النتيجة أن تأثير أساليب اليقظة الذهنية على أعراض الاكتئاب يختلف باختلاف مستوى الدعم الاجتماعي، بحيث يظهر تأثير خافض لأعراض الاكتئاب عند ارتفاع مستويات الدعم الاجتماعي، بينما لم يظهر لكل من أساليب اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي أثر مباشر دالّ، إلا أن الدور التعديلي كان واضحًا من خلال دلالة متغير التفاعل.

وبشكل عام نقبل الفرضية السابعة التي تنص على أنه " يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية".

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:

- بلغ حجم العينة ١٠٥ شخص من المرضى المترددين على العيادات، وكانت النسبة الأكثر مشاركة في العينة هي الذكور بنسبة ٦١% من إجمالي حجم العينة.

وكانت غالبية أفراد العينة ينتمون إلى الفئات العمرية المتوسطة (من ٣١ إلى ٦٠ سنة)، مما يعكس أن أغلب المشاركين من الفئات الناضجة والمنتجة في المجتمع.

- وجد أن متوسط أساليب اليقظة الذهنية (٤.٥٨) وهو مرتفع وهذا يدل على ارتفاع مستوى اليقظة لدى المرضي بعد ترددهم على العيادات النفسية، وجاء متوسط الدعم الاجتماعي (٤.٨٠) وهو مرتفع، وهذا يدل على مدى أهمية الدعم الاجتماعي لدى المرضى النفسيين المترددين على المستشفيات النفسية، أما بالنسبة للقلق فقد جاء بمتوسط (١.٤٤) وهو يشير إلى أن المرضى لا يعانون بدرجة كبيرة من القلق وذلك بعد ترددهم على العيادات النفسية، وبالنسبة للاكتئاب فقد حصل على متوسط (١.٣٠) وهذا يدل على تحسن نفسية المرضى من الاكتئاب بعد ترددهم على العيادات النفسية.

- بالنسبة للصدق والثبات نجد أن معاملات ألفا كرونباخ تراوحت بين (٠.٨٤٥-٠.٩٨٩)، وهي قيم مرتفعة تدل على ثبات عالي للأداة، وتراوحت معاملات الارتباط تراوحت بين (٠.٢٩٧ – ٠.٩٧٦) عند دلالة (٠.٠١)، مما يؤكد صدق الاتساق الداخلي.

- تم قبول الفرض الأول الذي ينص على أنه "توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى العاملين علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية."، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٢٠٢) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه كلما زادت أساليب اليقظة لدى مرضى العيادات النفسية، كلما انخفضت أعراض القلق لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة ضعيفة في الاتجاه السالب، وهذا يعكس الدور الإيجابي لأساليب اليقظة في تقليل أعراض القلق لدى مرضى العيادات النفسية.

- تم قبول الفرض الثاني الذي ينص على أنه " علاقة ذات دلالة إحصائية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية."، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب (-٠.٢٢١) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١،

- وهذا يشير على أنه كلما زادت أساليب اليقظة لدى مرضى العيادات النفسية، كلما انخفضت أعراض الاكتئاب لديهم، والعكس صحيح.
- تم قبول الفرض الثالث الذي ينص على أنه "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وأساليب اليقظة الذهنية لدى مرضى العيادات النفسية"،

حيث بلغ معامل الارتباط (٠.٥٧٨) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما ارتفعت أساليب اليقظة الذهنية لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه الموجب.

- تم قبول الفرض الرابع الذي ينص على أنه " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والقلق لدى مرضى العيادات النفسية"، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٤٣٦) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١، وهذا يشير على أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما انخفض مستوى القلق لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه السالب.
- تم قبول الفرض الخامس الذي ينص على أنه " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية"، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠.٤٣٦) عند مستوى معنوية (Sig. = 0.000) وهو أقل من مستوى الدلالة ٠.٠١،

وهذا يشير على أنه كلما ارتفع مستوى الدعم الاجتماعي الذي يحصل عليه مرضى العيادات النفسية، كلما انخفض مستوى القلق لديهم، والعكس صحيح، ويمثل هذا الارتباط قوة متوسطة في الاتجاه السالب.

- تم قبول الفرض السادس الذي ينص على أنه " يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، تم قبول الفرض السابع الذي ينص على أنه " يؤدي الدعم الاجتماعي دورًا مُعَدّلًا للعلاقة الانحدارية بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، وبالتالي نستنتج أن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً معدلاً في العلاقة بين أساليب اليقظة الذهنية وأعراض القلق والاكتئاب. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (الصبوة، ٢٠٢٥)

التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية تؤدى دوراً معدلاً في العلاقة بين المهارات الاجتماعية والضغوط النفسية، واتفقت أيضاً مع دراسة (wang et al., 2014) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية تؤدي دورا معدلاً الضغوط النفسية والاكتئاب، واتفقت أيضاً مع دراسة (veseu at al., 2018) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية تؤدى دوراً معدلاً في العلاقة بين الضغوط النفسية والاقتصادية والقلق والاكتئاب، واتفقت أيضاً مع دراسة (yang et al., 2010) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية عدلت العلاقة بين الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب.

في ضوء نتائج الدراسة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات العملية والعلمية لتعزيز الدعم الاجتماعي وفوائد اليقظة الذهنية في الحد من أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى العيادات النفسية، ومنها:

ضرورة تبنّي العيادات النفسية لبرامج علاجية قائمة على تنمية أساليب اليقظة الذهنية لدى المرضى، لا سيما لما أثبتته نتائج الدراسة من دورها الفعّال في خفض مستويات القلق والاكتئاب، مع تعزيز الدعم الاجتماعي بوصفه عاملاً مُعدِّلاً يقوّي أثر هذه الأساليب العلاجية.

تفعيل دور الأسرة ومقدّمي الرعاية في توفير دعم اجتماعي مستمر، وإشراكهم في الخطط العلاجية بما ينعكس إيجابًا على فعالية التدخلات النفسية.

تصميم تدخلات علاجية تراعي الفروق الفردية في مستوى الدعم الاجتماعي، والتركيز على دمجه كعنصر أساسي في برامج العلاج باليقظة الذهنية.

إدماج تقنيات تعزيز العلاقات الاجتماعية في البرامج العلاجية للمرضى ذوي الدعم المحدود. وتحثّ الإدارات الصحية على توفير بيئة داعمة داخل العيادات من خلال تدريب الطاقم العلاجي على استخدام اليقظة الذهنية كمنهجية علاجية معتمدة، وتوفير مصادر معلومات وإرشادات مكتوبة للمرضى لممارسة التقنيات بين الجلسات.

تشجيع المرضى على تنشيط دوائرهم الاجتماعية والاستفادة من مصادر الدعم المتاحة، بما يرفع من قدرتهم على التكيف مع الضغوط النفسية ويعزز أثر اليقظة الذهنية في تخفيف الأعراض

تدريب الكوادر النفسية :تزويد الأخصائيين النفسيين والممارسين في العيادات النفسية بمهارات دمج اليقظة الذهنية وأساليب تعزيز الدعم الاجتماعي في التدخلات العلاجية.

التوعية المجتمعية :رفع وعي المرضى وعائلاتهم بأهمية الدعم الاجتماعي وأثره على الصحة النفسية، وتشجيع المشاركة المجتمعية في دعم المرضى.

ويقترح الباحث في شأن البحوث المستقبلية :أن تأتي دراسات لاحقة لاستكشاف دور الدعم الاجتماعي في حالات أخرى من الاضطرابات النفسية، واختبار برامج تدخلية تجمع بين اليقظة الذهنية والدعم الاجتماعي، فحص متغيرات وسيطة أو معدّلة إضافية مثل الرضا عن الحياة أو المرونة النفسية.

المراجع:

- ابن منظور. (١٩٨٨). كتب لسان العرب.
- أبو غالي،عطاف محمود (٢٠١٤). المساندة الاجتماعية و علاقتها بمعنى الحياة لدى حالات البتر في محافظات غزة. جامعة الزرقاء–عمادة البحث العلمي و الدراسات العليا.١٤(٢)،١٥–٣٤.
- أبو هدروس، ياسرة محمد أيوب. (٢٠١٣). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض و التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة. جامعة الملك فيصل، العلوم الإنسانية.14(2)،179–237.
- أحمد عابد زقارة (٢٠١٣). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة التكوين المهني . مجلة الدراسات التربوية والنفسية، جامعة السلطان قابوس٧(٢)،١٨٦–١٩٩.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر – القاهرة، مكتبة الإنجلو المصرية.
- أحمد كامل سهير. الصحة النفسية والتوافق. الطبعة الثانية. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب الأزاريطة.
- أرجايل مايكل (١٩٩٣)، سيكولوجية السعادة، العدد ١٧٥، علم المعرفة، الكويت.
- بخش، أميرة طه. (٢٠٠٢). وعلاقتها بالاحتياجات والدعم لضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا الاجتماعي، دراسات العلوم التربوية، ٢٩(٢)،٢١٥–٢٣٦.
- بركات آسيا علي راجح. (٢٠٠٠)، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف،رسالة لنيل شهادة الماجيستر،جامعة أم القرى، مكة مكرمة.
- البشيري، منى، والصبان، عبير.(2023) . اليقظة الذهنية وعلاقتها بالجهد الانفعالي لدى العاملين في مجال الصحة النفسية بجدة. مجلة كلية التربية ببنها، ٣ (133) ٥٧٤ – ٦٢٠.
- بطرس حافظ. (٢٠٠٥)، المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض عدة ضغوط نفسية للأطفال المتفوقين عقليا ذوي صعوبات القراءة– المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي، الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات ديسمبر، جامعة عين الشمس. العدد الأول،٢٥.
- البهنساوي، أحمد كمال عبد الوهاب، عبد الخالق، زيد حسانين زيد. (٢٠٢١). اضطراب القلق العام والأعراض الإكتئابية وعلاقتهما بخبرة الكوابيس لدى طالب الجامعة: دراسة سيكومترية ارتباطية. مجلة البحوث والدراسات التربوية– مركز العطاء للاستشارات التربوية، ١(٣) ،١–٤١.

- بوقري، مي كامل محمد (٢٠٠٩). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية (١١-١٢) بمدينة مكة المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، السعودية.
- بيدي، أسامة. (٢٠٢٠). اليقظة الذهنية التنظيمية و علاقتها بالتوجه الإبداعي لدى عينة من أساتذة العلوم الاجتماعية بجامعة المسيلة. مذكرة الليسانس في علم النفس تخصص علم النفس عمل و تنظيم. جامعة محمد بوضياف. المسيلة. الجزائر.
- دريبين أمينة.(٢٠١٢). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين،رسالة دكتوراه،جامعة العقيد أكلي محند اولحاج،بويرة.
- الدسوقي، راوية حسين. (١٩٩٥). فاعلية الذات وعلاقته بأحداث الحياة الضاغطة و بعض الاضطرابات النفسية لدى المراهقات. مجلة كلية التربية. جامعة الزقازيق، ٢٤(٢)،٢٦٩-٢٩١.
- الزغبي، محمد أحمد. (٢٠٠١). علم نفس النمو. المكتبة الوطنية.
- زهران حامد عبد السلام. (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. عالم الكتب .
- زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي المصغ.عالم الكتب. ط ،١ القاهرة.
- حسن عديلة طاهر تونسي. (٢٠٠٢). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مكة مكرمة،دراسة لنيل شهادة الماجيستر ،جامعة أم القرى،مكة مكرمة.
- حمودة بسمة علي. (٢٠٢٠). الاكتئاب لدى الأطفال،المجلة العلمية لكلية التربية الطفولة المبكرة،جامعة المنصورة،٧(٢)،١-٢٤.
- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي (١٩٩٠): معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء (٣)، دار النهضة العربية: القاهرة.
- جاسم، محمد. (٢٠٠٤). مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعالجها. مكتب دار الثقافة للنشر و التوزيع، ط،١، الأردن.
- حميدة شيماء،زوايمية منال،مخلوف اية،مقنعي ميسة.(٢٠٢٢). الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، (مذكرة لنيل شهادة ليسانس)، جامعة 8ماي،١٩٤٥قالمة.
- الخالدي، أديب. (٢٠٠٩). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث –الكويت، دار المعرفة.
- خليل،محمد بيومي (١٩٩٦) المساندة النفسية والاجتماعية وادارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت. مجلة علم النفس. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- خميسة قنون.(٢٠٠٧).الدعم الإجتماعي المدرك وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي" c" بالمستشفى الجامعي لولاية – باتنة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر – بسكرة.
- الخولي إيمان، قنصوه فاتن. (٢٠٢١). فاعلية برنامج قائم على اليقظة العامة في خفض كل من الاكتئاب النفسي والقلق الاجتماعي لدى عينة من المراهقين ذوي اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ..مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية،٢٥(١)،٤٧٠-٥٠٢.
- رضوان جاب الله شعبان، محمد هريدي محمد. (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضى عن الحياة. مجلة علم النفس .مصر.
- رضوان جميل سامر. (٢٠٠٠).الصحة النفسية. الطبعة الأولى. الأردن عمان: دار المسير للنشر والتوزيع .
- عبد الحميد محمد الشاذلي. (٢٠٠١). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية.الاسكندرية،المكتبة الجامعية،ط.الثانية.
- عثمان محفوظ.(٢٠٠٠). يوم دراسي بعنوان الصدمة النفسية وآثارها، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
- سرحان، وليد والتكريتي، عدنان وحباشنة، محمد. (٢٠٠٨). القلق. دار المجدلاوي للنشر والتوزيع. ط ،٢ عمان، الأردن.
- سعد، إبراهيم. (٢٠٢٢). مستوى اليقظة الذهنية لدى لطلبة جامعة المسيلة بالجزائر. مجلة الراصد للعلوم الاجتماعية. ٢(٢). جامعة المسيلة. الجزائر.
- سهيل المطيري. (٢٠٠٥). الصحة النفسية (مفهومها واضطراباتها)، مكتبة الفالح، عمان، ط،١.
- الشربيني لطفي. (٢٠٠٣). الاكتئاب (الأسباب والمرض والعلاج). الطبعة الأولى. لبنان :دار النهضة العربية بيروت.
- الشناوي محروس محمد، عبد الرحمن السيد محمد. (١٩٩٤). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. الطبعة الأولى. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشناوي، محروس محمد. (٢٠٠٠). نظريات الإرشاد والعالج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- عبد الخالق سالم رجب. (٢٠١٩). مقياس الأعراض الإكتئابية لطلاب المرحلة الثانوية.مجلة بحوث التربية النوعية ،٢(٥٥)،١٦١-١٧٠.

- عبد الرحمن السيد. (٢٠٠٠)، موسوعة الصحة النفسية، علم الأمراض النفسية العقلية، الأسباب والأمراض والتشخيص والعلاج، دار قباء، القاهرة.
- عبد الرحيم، ولاء رجب (٢٠١٦). الضغوط النفسية للمتفوقين وكيفية مواجهتها. دار العلوم للنشر والتوزيع.
- عبد الرقيب البحيري، وفتحي عبد الرحمن الضبع، وأحمد علي طلب، وعائدة أحمد العواملة. (٢٠١٤). الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية: دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة في ضوء أثر متغيري الثقافة والنوع، مجلة الإرشاد النفسي، مصر، عدد (٣٩)، ص ١١٩-١٦٦.
- عكاشة، أحمد. (٢٠١٥). الطب النفسي المعاصر. مكتبة أنجلو المصرية. ط ،١٧ القاهرة.
- علاء الدين، جهاد محمود، و الخطيب، أمل غالب محمد علي. (٢٠١٧). أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على خفض القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات النوع الثاني من السكري وضغط الدم المرتفع .المجلة التربوية، ٣٢(١٢)، ١٩٣-٢٣٨.
- علي، فدوى(2020) . اليقظة العقلية وعلاقتها بالضغوط المهنية لدى أعضاء هيئة التدريس الجامعي. جامعة عين شمس كلية البنات للآداب والعلوم التربوية. مجلة البحث العلمي في التربية، ٢١ (٥) ١٣٣ – ١٨٣.
- علي، حسين محمد. (٢٠٢٤). الخصائص السيكومترية لمقياس القلق المعمم لدى عينة من المراهقين في مملكة البحرين. مجلة كلية التربية- جامعة عين شمس،2(٤٨)،١٣٣-١٥٦.
- العناني، حنان عبد الحميد (٢٠٠٠). الصحة النفسية، الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر.
- فاروق السيد عثمان. (٢٠٠٨). القلق و إدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي،القاهرة.
- فايد علي حسين (٢٠٠١). دراسات في الصحة النفسية، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث.
- فايد علي حسين. (٢٠٠٥). المشكلات النفسية الاجتماعية "رؤية تفسيرية " مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع: القاهرة.
- كفافي، علاء الدين (١٩٩٠). الصحة النفسية. هجر للطباعة والنشر، قطر.
- كيال. دحام (١٩٩٠) علاقة القلق بالترتيب الذهني. دارلا الكتاب للنشر والطباعة والتوزيع، ط ،١ القاهرة.
- محمد حسن غانم .(2006) .الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية الوبائيات، التعريف، محكات التشخيص، الأسباب، العلاج، المال والمسار، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- محمود، ريمان عيد. (٢٠٢٥). الدعم الاجتماعي المُدَرك وتحسين جودة الحياة "بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي" ، المجلة العلمية لكلية الآداب–جامعة دمياط،١٤(٢)،٣٣–١٠١.
- محمود سعاد علي محمد. (٢٠٢٣). فعالية مكونات اليقظة العقلية في التخفيف من الانتكاسة لدى مرضى الاكتئاب من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية .مجلة بحوث في الخدمة الاجتماعية التنموية – جامعة بني سويف،٥(٢)،٧٢–٨٦.
- محمود هويدة حنفي. (٢٠٠٧). المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لاديهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٧(٥٥)،٣١١–٣٦٦.
- مرسي إبراهيم كمال. (٢٠٠٠). السعادة وتنمية الصحة النفسية. الطبعة الأولى. مصر: دار النشر للجامعات.
- مصباح فتحية. (٢٠٢٣). القلق لدى أبناء المعلمات المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة،جامعة المنصورة،٨(٤)،١–٢٧.
- مشالي آية. (٢٠٢٥). الدور المعدّل للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين المهارات الاجتماعية والضغوط النفسية لدى مريضات الاكتئاب الأساسي والسويات .المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي،١٣(١).١٦٧–٢٠٣.
- المطالقة فيصل إبراهيم، و نصار هاجر تركي. (٢٠١٥). مصادر الدعم الاجتماعي لدى طلبة كليات الشمال التابعة لجامعة البلقاء التطبيقية: دراسة اجتماعية ميدانية .مجلة التربية، ١٦٥(٢)،٥٩٩–٦٤٦.
- الهسلمون رانيه، عز الدين. (٢٠١٩). اليقظة الذهنية وعلاقتها بجودة الأداء لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في محافظة الخليل. (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا، جامعة الخليل.
- الهاشم أماني. (٢٠١٧). درجة توافر اليقظة العقلية لدى مديري المدارس الحكومية في محافظة عمان وعلاقتها بدرجة ممارسة سلوك المواطنة التنظيمية للمعلمين من وجهة نظرهم. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم التربوية، جامعة الشرق الأوسط.
- محمد حامد ابراهيم الهنداوي.(٢٠١١) .الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بغزة. (رسالة مكملة لنيل درجة ماجستير) في علم النفس.

- مخيمر عماد. (١٩٩٧). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العالقة بين ضغوط الحياة واعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية ٧،(١٧).
- مرتضي هدى محمد الجابر. (٢٠٢١). الاعراض الاكتئابيه لدى الوالدين في ظل جائحه كورونا وعلاقتها بالأعراض الاكتئابيه ودافعية الانجاز لدى ابنائهم. المجلة المصرية للدراسات النفسية ١١،(١١٠)، ٤٤١-٤٩٦.
- نورالدين زعتر. (٢٠٠٩) فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مُقترح في تخفيض القلق (قلق ما قبل العملية الجراحية أنموذجاً) دراسة تجريبية على عينة من لمرضى المقبلين على عملية جراحية بالمؤسسة الاستشفائية العقيد بوقرة بولاية الجلفة،(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد خيضر بسكرة.
- الوليدي علي. (٢٠١٧). اليقظة العقلية وعلاقتها بالسعادة النفسية لدى طلبة جامعة الملك خالد. مجلة جامعة الملك خالد للعلوم التربوية، ٢(٢٨)،٤١-٨٦.
- يحياوي محمد.(٢٠٠٣). دراسات في علم النفس. الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع وهران.
- يخلف عثمان. (٢٠٠١). علم نفس الصحة- الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة :دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- يونس غادة. (٢٠١٩). الإطار النظر لاستراتيجيات توظيف التصميم في عملية الاستشفاء الذاتي للأفراد. مجلة جامعة بابل،٢٧(١)،١٠-٥٥.

References:

- AlDbyani, A. M. (2021). Social support mediates the relationship between mindfulness, life satisfaction, and loneliness among foreign students. Journal of Educational and Psychological Sciences, 5(13), 217–232.
- AlGhabeesh, S. H. (2022). Coping strategies, social support, and mindfulness improve the psychological well-being of Jordanian burn survivors: A descriptive correlational study. Burns, 48(1), 236–243.
- American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM5. American Psychiatric Association.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13(1), 27-45.
- Bluth, K. L. (2012). Exploring pathways to adolescent emotional well-being. Unpublished doctoral dissertation, University of Tennessee, Knoxville.
- Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Psychological inquiry, 18(4),211-237.
- Brown, P.(2011). Teaching mindfulness to individual schizophrenia, unpublished doctoral dissertation, the university of Montana, Missoula, MT.
- Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment, 15(2),204-223.
- Cousins, N. (1990). Head first: The biology of hope and the healing power of the human spirit. Penguin Books.
- Davis,D., & Hayes, J.(2011). what are the benefits of mindfulness? a practice review of psychotherapy – related rresearch.psychotherapy , 48 (6),198- 208.
- Emmons, R& Coldy, P.(1995). Emotional conflict and welbing. Relation to perceived Availablty, Daily utilization, and odseer Reports of social support.
- Forbes, E. E., Eckstrand, K. L., Rofey, D. L., & Silk, J. S. (2021). A social affective neuroscience model of risk and resilience in adolescent depression: Preliminary evidence and application to sexual and gender minority adolescents. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 6(2),188-199.
- Hasker, S. M.(2010).Evaluation of the mind fulness-acceptance commitment (mac)approach for enhancing athletic performance. Un published doctoral dissertation, Indiana university of Pennsylvania.
- Hyewon, Lim, et al (2024), Stigma and quality of life in lung cancer patients: The mediating effect of distress and the moderated mediating effect of social support, Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing,11(1),30-37.

- Jacobson, N. C., Lord, K. A., & Newman, M. G. (2017). Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. Journal of Affective Disorders, 211(1), 83–91.
- Johnson-Esparza, Y., Espinosa, P. R., Verney, S. P., Boursaw, B., & Smith, B. W. (2021). Social Support Protects Against Symptoms of Anxiety and Depression: Key Variations in Latinx and Non-Latinx White College Students. Journal of Latina/o psychology, 9(2), 161–178.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York, NY: Delacorte.
- Kang, G., & Oh, S. (2012). Effects of Mindfulness Meditation program on perceived stress, ways of coping, and stress response in breast cancer patients,Journal of Korean Academy of Nursing, 42(2), 161–170.
- Kennedy, S., Kiecolt. Glaser, J. K, &Glaser, R. (1990): social support, stress,and immune system, in B. R. sarson, I.G. sarson G.R. pierce (EDS), social support: an Intractional view. New York: john Wiley.
- Kettler, K. (2010). Mindfulness and cardiovascular risk in college students. Paper describes the results of a study. University of North Texas Libraries, UNT Digital Library.
- L. Zhang, et al, (2023). The effectiveness of e-health on reducing stigma, improving social support and quality of life among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, International Journal of Nursing Studies, 1(48),1-10.
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. Psychological Review, 118(3), 482–495.
- Langer, E. (2000).Mindfulness learning current directions in psychological, 9(6): 220-223.
- Lau, MA,. (2006).The Toronto mindfulness Scales: Development and validation.Journalof clinical Psychology,62(12),1445-1467.
- Lazarus, R.S. (1996) Cognition and Motivation in Emotion. American Psychologist, 46, 352.
- Leible, T., & Snell, W. (2004). Borderline Personality Disorder and Multiple Aspects of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences, 37(2), 393-404.
- León, B. (2008). Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. European journal of education and psychology,2(3), 17–26.
- Line Beaur gard.(1996).La mesure de soutien social. centre de recherche sur les services communautaire. université Lavel.

- Maia Duerr (2008). The Use of Meditation and Mindfulness Practices to Support Military Care Providers: A Prospectus. Center for Contemplative Mind in Society.
- Mandal, S. P.; Arya, Y. K. and Pandey, R. (2012). Mental health and mindfulness: Mediational role of positive and negative affect. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health, 19(2), 150-159.
- Masten, A. and Reed, M. (2006) Reilience in development, In Snyder, Hand book of positive psychology, Newyork, Wiley.
- Neal, A. & Griffin, M.A. (2006).A study of the lagged relationships among climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. Journal of Applied psychology. 91(4),946-953.
- Newton, T. L., Ohrt, J. H., Guest, J. D., & Wymer, B. (2020). Influence of mindfulness, emotion regulation, and perceived social support on burnout. Counselor Education and Supervision, 59(4), 252–266.
- O'Brien, K. M., Larson, C. M., & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide, 15-35.
- Otay, H. (2013). Mindfulness for Interaction core concept.
- Panayiotou G, Karekla M, Panayiotou M.(2014).Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-consciousness. Comprehensive Psychiatry 55(8),1875–1882.
- Rachman, S. (1988). Panics and their consequences: A review and prospect. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), Panic: Psychological perspectives ,259–303,Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety?. Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19(10), 944–949.
- Sanchez Hernandez, H., Urizar, G. G., Jr, & Yim, I. S. (2019). The influence of mindfulness and social support on stress reactivity during pregnancy. Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress, 35(3), 330–340.
- Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. Personality and Individual Differences, 186(Part B), 111363.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B.(2006).Mechanisms of mindfulness. Journal Of Clinical Psychology, 62(3), 373-386.

- Spence, J. T. Dorley, J. M & Foss, D.J (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders, Annual Review of Psychology, 49(1), 377 -412.
- Strohmaier, S..(2020).The Relationship Between Doses of Mindfulness-Based Programs and Depression, Anxiety, Stress, and Mindfulness: a Dose-Response Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. Mindfulness 11(1), 1315–1335
- Tan, J., Yang, W., Ma, H., & Yu, Y. (2016). Adolescents' core self-evaluations as mediators of the effect of mindfulness on life satisfaction. Social Behavior and Personality: An International Journal, 44(7), 1115–1122.
- Tran, U. S., Cebolla, A., Glück, T. M., Soler, J., Garcia-Campayo, J., & von Moy, T. (2014). The serenity of the meditating mind: a cross-cultural psychometric study on a two-factor higher order structure of mindfulness, its effects, and mechanisms related to mental health among experienced meditators. PloS one, 9(10),11-25.
- Vavrichek,J.(2012). The guige to compassion at assertiveness: how to express your needs and deal with conflict while keeping a kind heart . USA, New Harbinger Publications, Inc.
- Viseu, J.; Leal, R.; Jesus, S.; Pinto, P.; Pechorro, P. & Greenglass, E. (2018). Relationship between economic stress factors and stress, anxiety, and depression: Moderating role of social support. National Library of Medicine. 26(8),102-107.
- Wang, X.; Cial, L.; Qian, J. & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. International Journal of Mental Health Systems. 8(41),1-10.
- West, A. M. (2008).Mindfulness and well- being in adolescence: An exploreation of four mindfulness measures with an adolescent sample. Unpublished doctoral dissertation, Central Michigan University, Mount Pleasant, Michigan.
- Xu F, Zhu W, Chen Q and Tang Y.(2023).The relationship between mindfulness, anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of correlational studies. Front. Psychol,14(1),1-8.
- Yang, J., Yao, S., Zhu, X., Zhang, C., Ling, Y., Abela, J. R., Esseling, P. G., & McWhinnie, C. (2010). The impact of stress on depressive symptoms is moderated by social support in Chinese adolescents with subthreshold depression: a multi-wave longitudinal study. Journal of affective disorders, 127(1), 113–121.
- Zeng, J., Guo, SB., Zheng, QX. et al. Perinatal depression and anxiety symptoms as mediators between grief and PTSD: the moderated effect of social support. Ann Gen Psychiatry 24(60),1-10.

Social support as a moderate variable in the relationship between mindfulness techniques and symptoms of anxiety and depression in psychiatric clinic patients.

Abstract

This study aimed to examine the role of social support as a moderating variable in the relationship between mindfulness practices and symptoms of anxiety and depression among psychiatric outpatients. The study sample consisted of 106 participants attending Al-Noor Specialized Hospital clinics in Makkah, Saudi Arabia. A descriptive correlational design was employed, and data were collected using a questionnaire comprising scales measuring social support, mindfulness practices, and anxiety and depression symptoms.

The results indicated that all seven hypotheses were supported, as statistically significant relationships were found between social support and mindfulness strategies, anxiety, and depression. The results also showed that social support plays a moderating role in the relationship between mindfulness and symptoms of anxiety and depression.

The study indicates that social support serves as a protective and moderating factor in the relationship between mindfulness and mental health, and that enhancing social support may reduce symptoms of anxiety and depression among patients. The study recommended activating the role of families and caregivers in providing continuous social support and involving them in treatment plans, as this positively contributes to the effectiveness of psychological interventions.

Keywords: Social support, mindfulness, anxiety, depression, psychiatric outpatients, moderating variable, mental health.