اليقظة العقلية كمتغيروسيط المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي

Mindfulness as a Mediator between Social Support and Health-Related Quality of Life among Rheumatoid Arthritis Patients

وسام حميدة سعيد عبد الله
باحثة ماجستيرفي كلية الآداب- جامعة الفيوم
Wissam Hamida Saeed Abdullah
Master's Researcher, Faculty of Arts, Fayoum University
wesam.hmeda@gmail.com

هناء أحمد محمد شويخ*
أستاذ علم النفس الإكلينيكي، كلية الآداب- جامعة الفيوم
Hanaa Ahmed Mohamed Shwaikh
Professor of Clinical Psychology, Faculty of Arts - Fayoum University,
has11@fayoum.edu.eg

حاتم حمدي إبراهيم العيشي
أستاذ الروماتيزم، كلية الطب- جامعة القاهرة
Hatem Hamdy Ibrahim El-Ayishi
Professor of Rheumatology, Faculty of Medicine - Cairo University (Kasr Al-Ainy)
Emailhatemeleishi@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2026/03/27 تاريخ القبول: 2026/05/13 تاريخ النشر: 2026/06/02

- **الملخص:** هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الدور الوسيط لليقظة العقلية في العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويدي، مع فحص طبيعة العلاقات الارتباطية بين هذه المتغيرات، طُبقت على عينة قوامها (31) مريضاً تراوحت أعمارهم ما بين 25 إلى 60 عاماً. اشتملت أدوات الدراسة مقياس على استبانة البيانات الاولية اعداد الباحثة، ومقياس اليقظة العقلية (إعداد رضوان وسويد، 2021)، ومقياس المساندة الاجتماعية (إعداد شويخ، 2004)، ومقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (إعداد شويخ والغباشي، 2009). وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين اليقظة العقلية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة. كما أكدت نتائج تحليل الانحدار وفقاً لطريقة "بارون وكيني" (Baron-Kenny) تحقق الدور الوسيط لمتغير اليقظة العقلية في العلاقة بين المساندة الاجتماعية (كمتغير مستقل) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة (كمتغير تابع)؛ مما يشير إلى أن توفر المساندة الاجتماعية يسهم في تعزيز اليقظة العقلية، والتي بدورها تؤدي إلى تحسين نوعية الحياة الصحية لدى مرضى الروماتويدي.

- **الكلمات المفتاحية:** اليقظة العقلية، المساندة الاجتماعية، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، مرضى الروماتويدي.

- **Abstract:** The current study aimed to explore the mediating role of mindfulness in the relationship between social support and health-related quality of life (HRQOL) among patients with rheumatoid arthritis, while examining the correlational nature of these variables. The study was conducted on a

*- المؤلف المرسل

sample of (31) patients, aged between 25 and 60 years. The research tools included a primary data questionnaire (prepared by the researcher), the Mindfulness Scale (Radwan & Suwaid, 2021), the Social Support Scale (Shwaikh, 2004), and the health-Related Quality of Life Scale (Shwaikh & Al-Ghabashi, 2009). The results revealed a statistically significant positive correlation between mindfulness and health-related quality of life, as well as a significant positive correlation between social support and quality of life. Furthermore, regression analysis results using the Baron and Kenny method confirmed the mediating role of mindfulness in the relationship between social support (as an independent variable) and health-related quality of life (as a dependent variable). These findings suggest that providing social support contributes to enhancing mindfulness, which in turn leads to improving the health-related quality of life for patients with rheumatoid arthritis.

- Keywords: Mindfulness, Social Support, Health-Related Quality of Life (HRQOL), Rheumatoid Arthritis, Mediating Variable.

1- مقدمة :

تمثل الأمراض المزمنة إحدى السمات البارزة للعصر الحديث، حيث تُصنَّف ضمن الاضطرابات المعقدة متعددة الأسباب، والتي تتطلب علاجًا طويل الأمد وإشرافًا طبيًا مستمرًا، وغالبًا ما تستمر آثارها مدى الحياة. ويترتب على ذلك ضرورة إعادة تشكيل حياة المرضى بما يتوافق مع متطلبات الحالة الصحية، وهو ما يفرض عليهم تعديل أنماط حياتهم اليومية وأدوارهم الاجتماعية والوظيفية. وفي هذا الإطار، يصبح امتلاك مهارات فعالة في تنظيم الانفعالات وإدارة الضغوط النفسية أمرًا حتميًا، خاصة في مواجهة مشاعر القلق والخوف، إلى جانب التحديات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي والضغوط الاقتصادية، فضلًا عن القيود التي تفرضها طبيعة المرض من حيث الالتزام الدوائي والنظام الغذائي وأنماط النشاط المختلفة (السلمي، 2022، ص. 1). وتؤكد تقارير منظمة الصحة العالمية على التزايد المطرد لعبء الأمراض المزمنة، لا سيما في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، الأمر الذي يستدعي تبني رؤى متكاملة وأساليب مبتكرة للوقاية منها والتعامل معها بفعالية (بن سعود، 2016، ص. 466).

وعلى الرغم من التطور الملحوظ في العلاجات الدوائية، فإن الاتجاهات الحديثة في الطب تميل إلى تبني نماذج علاجية تكاملية تجمع بين العلاج الدوائي والتدخلات النفسية والسلوكية، ويرجع ذلك إلى محدودية فاعلية العلاج الدوائي وحده في التعامل مع بعض الأمراض المزمنة غير معروفة السبب، ومن أبرزها التهاب المفاصل الروماتويدي. ويهدف هذا التوجه التكاملي إلى الحد من شدة الألم، وتقليل الآثار الجانبية، وإبطاء التدهور الوظيفي للمفاصل، ومن ثم الحد من التشوهات التي قد تنشأ في المراحل المتقدمة من المرض. ويُعد التهاب المفاصل الروماتويدي من أكثر أمراض

المفاصل الالتهابية شيوعًا وخطورة، حيث ينشأ نتيجة خلل في الجهاز المناعي يؤدي إلى مهاجمة أنسجة الجسم السليمة، بدءًا من الغشاء الزلالي للمفصل، ثم امتداد الالتهاب إلى بقية مكوناته (الشافعي، 2007، ص. 1).

وفي هذا السياق، يُنظر إلى التهاب المفاصل الروماتويدي بوصفه اضطرابًا التهابيًا مزمنًا يتسم بتلف متعدد في المفاصل، وقد يمتد تأثيره ليشمل أجهزة أخرى في الجسم (Yamada et al., 2006: 249). كما يُصنف كأحد الأمراض المناعية الذاتية المزمنة التي تؤدي إلى الألم المستمر، وتدهور البنية المفصلية، وفقدان القدرة الوظيفية، مما ينعكس سلبًا على قدرة المريض على أداء أنشطته اليومية المعتادة (Berkes et al., 2020, p. 754). ومن ثم، لا يقتصر تأثير المرض على الجانب الجسدي فحسب، بل يمتد ليشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية، الأمر الذي يبرز أهمية دراسة العوامل النفسية المصاحبة له.

وانطلاقًا من ذلك، تبرز الاستجابات النفسية لمرضى الروماتويد كعامل حاسم في عملية التكيف مع المرض، حيث تلعب أنماط التفكير والمعتقدات المرتبطة بالألم دورًا جوهريًا في تشكيل خبرة المريض مع المرض. فقد أشار "ويليم" و"ثورن" إلى أن تصورات المرضى حول الألم المزمن تتمحور حول ثلاثة أنماط أساسية: الاعتقاد بثبات الألم وعدم قابليته للتغيير، وغموض المرض وصعوبة فهمه، وتحميل الذات مسؤولية الألم واستمراره، وهي معتقدات من شأنها أن تزيد من حدة المعاناة النفسية وتُضعف القدرة على التكيف (حسانين، 2013، ص. 145).

وفي ضوء ذلك، برزت اليقظة العقلية كأحد المتغيرات النفسية الحديثة ذات الأثر الفعّال في تحسين التكيف النفسي والجسدي لدى المرضى، حيث تشير الأدلة البحثية إلى دورها في تعزيز الوعي اللحظي غير التقييمي، بما يساعد المرضى على إعادة تنظيم استجاباتهم الانفعالية والمعرفية تجاه الألم. وقد أكدت دراسة (Azarnik, 2019) فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT)في تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وتعزيز الكفاءة الذاتية لدى مرضى الروماتويد، حيث أظهرت النتائج تحسنًا مستمرًا لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة، بما يعكس الدور المحوري لليقظة العقلية في دعم التكيف الإيجابي.

ولم يقتصر تأثير اليقظة العقلية على الجوانب النفسية، بل امتد ليشمل المؤشرات الجسدية للمرض، حيث أوضحت الدراسة التلوية التي أجراها (Zhou et al., 2020) أن تدخلات اليقظة العقلية ترتبط بانخفاض دال إحصائيًا في شدة الألم ومستوى نشاط المرض، فضلًا عن خفض معدلات الاكتئاب مقارنة بالعلاجات التقليدية، وهو ما يعزز من مكانتها كمتغير وسيط قادر على الربط بين العوامل النفسية والنتائج الصحية.

وبالتوازي مع ذلك، تُعد المساندة الاجتماعية من العوامل البيئية الحاسمة التي تسهم في تخفيف الأعباء النفسية والجسدية المصاحبة للأمراض المزمنة، حيث تعزز من شعور المريض بالأمان والانتماء، وتوفر له موارد نفسية تساعده على مواجهة الضغوط والتحديات. ويؤدي إدراك الفرد لتوافر شبكة داعمة من العلاقات الموثوقة إلى تحسين حالته النفسية والتخفيف من حدة الألم والمعاناة (عبد اللطيف، 2018، ص. 104).

ومن منظور سوسيولوجي، تمثل المساندة الاجتماعية بنية العلاقات التي تربط الفرد بمحيطه الاجتماعي، سواء من حيث الكم أو الكيف، حيث تلعب جودة هذه العلاقات دورًا أكثر أهمية من حجمها في التأثير على الصحة النفسية والجسمية. فالعلاقات القائمة على الحب والثقة والتقدير تعمل كحاجز واقٍ ضد التأثيرات السلبية للضغوط الحياتية، وتسهم في تعزيز استراتيجيات التكيف الإيجابي (دسوقي، 1996، ص. 44؛ الشهراني، 2012، ص. 4). كما أن التفاعلات الإيجابية داخل البيئة الأسرية تُعد عنصرًا داعمًا في تخفيف التهديدات الخارجية، وتدعيم القدرة على إدارة الضغوط بفعالية (محمد، 2017، ص. 486).

وقد أكدت الدراسات التطبيقية هذا الدور المحوري للمساندة الاجتماعية، حيث توصلت دراسة (Ethgen et al., 2004) إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين مكونات الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، خاصة فيما يتعلق بالدعم العاطفي والتفاعل الاجتماعي، في حين أوضحت دراسة (Pitsilka et al., 2015) أن جودة المساندة الاجتماعية تمثل المتنبئ الأقوى بنوعية الحياة مقارنة بالجوانب الهيكلية كحجم الشبكة الاجتماعية، وهو ما يعزز من أهمية التركيز على الكيف وليس الكم في تقديم الدعم.

أما متغير نوعية الحياة، فيُعد من المفاهيم الحديثة التي تتجاوز الإطار التقليدي للصحة، حيث يشمل تقييم الفرد لمدى رضاه عن حياته في أبعادها المختلفة: النفسية، والجسمية، والاجتماعية، والوظيفية. ويتسق ذلك مع تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة بوصفها حالة من التكامل الجسمي والنفسي والاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض (مؤمن، 2022، ص. 270). ومن ثم، فإن تحسين نوعية الحياة يمثل هدفًا رئيسيًا في التعامل مع الأمراض المزمنة.

وفي هذا الإطار، تشير الأدلة إلى أن المؤشرات السريرية مثل شدة الألم، والعجز الوظيفي، ونشاط المرض تُعد من أبرز العوامل المؤثرة سلبًا في نوعية الحياة، وهو ما أكدته دراسة (Carip et al., 2011) التي أظهرت وجود ارتباطات قوية بين هذه المتغيرات وتدهور جودة الحياة الصحية. ويعكس هذا التداخل بين العوامل الجسدية والنفسية الحاجة إلى تبني نماذج تفسيرية وعلاجية شاملة.

وبناءً على ما سبق، تتبلور أهمية المتغيرات محل الدراسة الحالية؛ حيث تمثل اليقظة العقلية آلية نفسية تنظيمية تسهم في تعديل الاستجابات الانفعالية والمعرفية للألم، بما يعزز من التكيف الإيجابي ويحد من تأثيره السلبي، في حين تمثل المساندة الاجتماعية موردًا بيئيًا داعمًا يعمل على تخفيف الضغوط وتعزيز الشعور بالأمان والانتماء. ومن ثم، يُفترض أن تلعب اليقظة العقلية دورًا وسيطًا في العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي، بما يسهم في إحداث تحسن شامل ومتكامل في جودة حياة المريض على المستويين النفسي والجسدي.

2- مشكلة الدراسة:

تُصنف الإحصاءات العالمية التهاب المفاصل الروماتويدي كأحد الأسباب الرئيسية للمعاناة من الألم والعجز؛ ففي الولايات المتحدة يُقدر عدد المصابين بنحو (6) ملايين شخص، وفي كندا نحو (6) ملايين، بينما يصل العدد في أوروبا إلى حوالي (103) ملايين مصاب (حسنين، 2013، ص. 430). وفي السياق ذاته، توضح تقارير الجمعية الأمريكية لعلوم التهاب المفاصل أن المرض يهاجم أكثر من (21) مليون شخص حول العالم، حيث تمنعهم الأعراض الالتهابية من ممارسة نشاطاتهم الجسدية المعتادة. هذا القصور الوظيفي ينعكس بشكل مباشر وسلبي على نوعية حياتهم المتعلقة بالصحة، ويجعلهم أكثر عرضة لتحديات نفسية جسيمة، مما يبرز الحاجة الماسة لتعزيز اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية كآليات لحمايتهم من التدهور النفسي والارتقاء بجودة حياتهم (إسلام، 2025، ص. 7). ويتسبب مرض الروماتويد وآلامه الشديدة في قلة حركة المريض وعجزه عن رعاية نفسه، مما يجعله يعتاد على نمط حياة سلبي ويغرق في أفكار تشاؤمية عن نفسه ومستقبله.

في ضوء التوجهات الحديثة في علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية، برزت اليقظة العقلية بوصفها أحد المتغيرات النفسية الواعدة التي تسهم في تحسين التكيف مع الأمراض المزمنة، وعلى رأسها التهاب المفاصل الروماتويدي، الذي يُعد من الاضطرابات المعقدة ذات التأثيرات الجسدية والنفسية الممتدة. وتشير الأدبيات إلى أن اليقظة العقلية – بوصفها حالة من الوعي بالخبرة اللحظية مع تقبلها دون إصدار أحكام – تلعب دورًا محوريًا في تنظيم الانفعالات وتقليل التفاعل السلبي مع الألم المزمن، بما ينعكس إيجابيًا على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Kabat-Zinn, 1990; Brown & Ryan, 2003). وفي هذا السياق، يُفترض أن تمارس اليقظة العقلية دورًا وسيطًا في العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، حيث تسهم المساندة الاجتماعية – بما توفره من دعم عاطفي ومعرفي وسلوكي – في تعزيز الموارد النفسية لدى المريض، ومن بينها تنمية الوعي اليقظ، الأمر الذي يساعد بدوره في إعادة تفسير الخبرات المؤلمة والتعامل معها بمرونة أكبر

.(Cohen & Wills, 1985) كما أن إدراك الفرد لتوافر شبكة داعمة من العلاقات الاجتماعية يرتبط بارتفاع مستويات الطمأنينة النفسية، وهو ما يهيئ بيئة نفسية مواتية لتفعيل مهارات اليقظة العقلية، بما يؤدي إلى تقليل الضغوط المدركة وتحسين مؤشرات الصحة النفسية والجسدية (Thoits, 2011).

ومن ناحية أخرى، تشير نتائج الدراسات التجريبية إلى أن التدخلات القائمة على اليقظة العقلية، مثل برنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT)، تسهم في خفض شدة الألم والاكتئاب وتحسين الأداء الوظيفي لدى مرضى الروماتويد، وهو ما يؤكد دورها كآلية تنظيمية وسيطة بين العوامل البيئية (كالمساندة الاجتماعية) والنتائج الصحية (نوعية الحياة المرتبطة بالصحة) (Azarnik, 2019; Zhou et al., 2020). كما أوضحت بعض الدراسات أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من اليقظة العقلية يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من الدعم الاجتماعي، حيث يُعيدون توظيفه بصورة إيجابية في مواجهة الضغوط، بدلاً من الانغماس في أنماط التفكير السلبي أو العجز المتعلم (Garland et al., 2015). ومن ثم، يمكن النظر إلى اليقظة العقلية بوصفها آلية نفسية ديناميكية تعزز من فاعلية المساندة الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة، من خلال تأثيرها في العمليات المعرفية والانفعالية المرتبطة بإدراك الألم والتكيف معه.

وعليه، فإن تناول اليقظة العقلية كمتغير وسيط في العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد يمثل مدخلًا تكامليًا يجمع بين الأبعاد النفسية والاجتماعية والبيولوجية، ويعكس التوجهات الحديثة نحو تبني نماذج تفسيرية شمولية لفهم التكيف مع المرض المزمن. كما يُسهم هذا الطرح في تقديم إطار نظري وتطبيقي يمكن من خلاله تطوير تدخلات علاجية متعددة الأبعاد تستهدف تحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة من المرضى، عبر تعزيز مصادر الدعم الخارجي وتنمية الموارد النفسية الداخلية في آنٍ واحد.

وهنا تبرز أهمية اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية؛ فاليقظة تساعد المريض على تغيير تفكيره السلبي وتقبل واقعه، بينما توفر له المساندة الدعم اللازم لمواجهة هذا العجز، مما يؤدي في النهاية إلى كسر حلقة السلبية وتحسين نوعية حياته الصحية (إسلام، 2025، ص. 8). كما تؤكد نتائج الأبحاث أن أعراض الروماتويد كالألم المستمر والالتهاب المفاصل لا تتوقف عند حد العجز الجسدي، بل تفرز تبعات نفسية واجتماعية خطيرة؛ حيث تتعطل قدرة المرضى على أداء مهامهم اليومية الأساسية كارتداء الملابس والمشاركة الاجتماعية. وهنا تظهر ضرورة المساندة الاجتماعية لتعويض هذا القصور الوظيفي، وأهمية اليقظة العقلية كإستراتيجية لمواجهة الاستجابات السلبية كالعجز المتعلم، مما يساهم في تقليل الإحساس بالألم والعجز ويرفع من مستوى نوعية الحياة

المتعلقة بالصحة (حسانين، 2013، ص ص. 430-431). بعَدُّ مرض الروماتويد من الأمراض المزمنة التي تؤثر تأثيرًا سلبيًا متعدد الأبعاد على حياة المريض، حيث لا تقتصر آثاره على الجوانب الجسدية المتمثلة في الألم والتصلب وضعف الحركة، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية، مما ينعكس سلبًا على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دورًا محوريًا في قدرة المرضى على التكيف مع المرض المزمن وتحسين جودة حياتهم (عيد، 2025، ص. 3) .وتُعد اليقظة العقلية من المتغيرات النفسية الإيجابية التي تساعد الأفراد على الوعي باللحظة الراهنة دون إصدار أحكام، الأمر الذي يسهم في تقليل التوتر والانفعالات السلبية المرتبطة بالألم المزمن، كما أن المساندة الاجتماعية تمثل مصدرًا مهمًا للدعم النفسي والاجتماعي، وتسهم في تعزيز التوافق النفسي وتحسين الصحة العامة لدى مرضى الأمراض المزمنة (دغنوش، 2022، ص. 6). ورغم تزايد الاهتمام بدراسة كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية بشكل منفصل، إلا أن الدراسات التي تناولت العلاقة المشتركة بين اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد ما تزال محدودة، خاصة في البيئة العربية. كما أن نتائج الدراسات السابقة جاءت متباينة بشأن مدى إسهام هذه المتغيرات في تحسين نوعية الحياة الصحية لدى هذه الفئة من المرضى (دغنوش، 2022، ص. 13) .

ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد، ومعرفة مدى إسهام كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لديهم .ومن خلال ذلك برزت مشكلة الدراسة الحالية لدي الباحثة، **ونتيجة لما سبق عرضه يتم التطرق إلى طرح التساؤلات التالية:**

- هل توجد علاقة ارتباطية بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي؟

- هل اليقظة العقلية متغير وسيط بين كلا من المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي؟

3-أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة الي ما يلي:

- فهم وتفسير العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرض الروماتويدي.

- فهم وتفسير العلاقة بين كل من اليقظة العقلية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضى الروماتويدي.

- التعرف على الفروق في متوسطات درجات الأفراد على مقياس اليقظة العقلية ومقياس المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدي مرضي الروماتويدي تعزي الي (النوع، العمر، نمط العلاج، درجة العجز فترة المرض.

- الإسهام النسبي لكل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بنوعية الحياة لدي مرضي الروماتويدي.

4- أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي

أولاً- الأهمية النظرية:

- تنبع الأهمية النظرية لهذه الدراسة من تناولها لمجموعة من المفاهيم الحديثة والمحورية في علم النفس بصفة عامة، وعلم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، والمتمثلة في: اليقظة العقلية، والمساندة الاجتماعية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، لدى مرضى الروماتويد؛ وهو ما يسهم في إثراء البناء النظري لهذه المتغيرات في سياق الأمراض المزمنة .

- تسهم الدراسة في سد فجوة واضحة في الأدبيات العربية، حيث تندر الدراسات التي تناولت العلاقة التكاملية بين اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد، خاصة مع تباين نتائج الدراسات الأجنبية في هذا المجال .

- تقدم الدراسة إطارًا تفسيريًا متكاملًا يوضح طبيعة العلاقات البينية بين المتغيرات محل الدراسة، وبخاصة اختبار الدور الوسيط لليقظة العقلية، بما يعزز من الفهم العلمي للآليات النفسية التي تسهم في التكيف مع المرض المزمن .

- تضيف الدراسة بعدًا معرفيًا جديدًا من خلال الربط بين المتغيرات النفسية (اليقظة العقلية) والمتغيرات الاجتماعية (المساندة الاجتماعية) في تفسير جودة الحياة الصحية، وهو اتجاه حديث في الدراسات النفسية المعاصرة .

- تمثل الدراسة استجابة علمية لندرة البحوث العربية التي تناولت المشكلات النفسية الجسدية (Psychosomatic)، مما يسهم في توسيع مجالات البحث في هذا الحقل الحيوي .

ثانيًا- الأهمية التطبيقية

- تكتسب الدراسة أهميتها التطبيقية من إمكانية توظيف نتائجها في تصميم برامج إرشادية وعلاجية قائمة على تنمية اليقظة العقلية وتعزيز المساندة الاجتماعية، بما يسهم في تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد .

- قد تسهم نتائج الدراسة في توجيه الممارسين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي إلى أهمية دمج الأساليب النفسية مع العلاج الطبي، خاصة في التعامل مع الأمراض المزمنة ذات الأبعاد النفسية والجسدية .

- توفر الدراسة مؤشرات عملية يمكن أن يستفيد منها القائمون على الرعاية الصحية في تطوير خدمات الدعم النفسي والاجتماعي المقدمة لمرضى الروماتويد، بما يتناسب مع احتياجاتهم الفعلية .

- تساعد نتائج الدراسة في رفع وعي المرضى وأسرهم بأهمية المساندة الاجتماعية ودورها في التخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمرض، وكذلك أهمية تبني مهارات اليقظة العقلية في إدارة الألم والانفعالات .

- قد تفتح الدراسة المجال أمام إعداد برامج تدريبية وورش عمل تستهدف المرضى ومقدمي الرعاية، بهدف تحسين التكيف النفسي والاجتماعي وتقليل الآثار السلبية للمرض .

- تسهم الدراسة في تقديم توصيات عملية يمكن أن تُفيد صانعي القرار في القطاع الصحي عند وضع خطط تدخل شاملة تراعي الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الطبية.

5- مفاهيم الدراسة

أ. اليقظة العقلية: يرجع مفهوم اليقظة العقلية أصوله إلى التأمل البوذي، بينما ظهر في الغرب على يد كابات زين وزملائه في فترة الدراسة (Ivtzan & Hart, 2016: 40). ويُقصد به، وفقاً لـ إلين لانجر (1989)، الاتساق والتفاعل مع المواقف ووجهات النظر وأنماط التواصل، كما يتضمن مجموعة من الخصائص: ملاحظة السلوكيات غير المألوفة وتصنيفها في فئات للتمكن من فهمها، وتبادل وجهات النظر مع الآخرين، وكيفية تعامل الفرد في علاقته وتفاعله بشكل كلي (Toomey, 2015, p. 620).

وتُعرَف اليقظة العقلية إجرائياً في هذه الدراسة بأنها: "تركيز درجة الوعي على اللحظة الحالية، والانتباه إلى المشاعر والأفكار والبيئة والمحيط، بالإفراد. وتُعدّ اليقظة العقلية مساعدة للفرد على إرخاء الجسم والعقل، وتقليل التوتر، وحل المشكلات، والحد من ضعف الإدراك."

ب. المساندة الاجتماعية: وعرف (Caplan,1981) المساندة الاجتماعية باعتبارها النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطفي، كما أنها تتضمن نمطًا مستديمًا من العلاقات المتصلة أو المتقطعة، التي تلعب دورًا هامًا في المحافظة على وحدة الجسم للفرد، كما أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوّده بالإمدادات النفسية للمحافظة على صحته النفسية (عمرو سمير، 2022، ص. 76).

تعرف المساندة الاجتماعية إجرائياً في هذه الدراسة بأنها: "درجة المقدار الذي يطلبه الفرد من دعم من خلال علاقته بالآخرين. وتؤثر هذه المساندة في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة والظروف الخاصة التي يواجه فيها ضغوطاً معينة".

ج. نوعية الحياة: وتعرف نوعية الحياة على أنها مفهوم وصفي يركز على الكيفية التي تؤثر بها المتغيرات والعوامل البيئية المحيطة على تحقيق الجوانب المتعددة لوجود الفرد. وينطوي هذا المفهوم على تقييم شامل يجمع بين مستويين؛ حيث يشمل ردود فعل الفرد الذاتية تجاه المعايير والظروف الموضوعية المتاحة، بالإضافة إلى تصوره الذاتي لمدى الرضا عن مختلف جوانب الحياة الشخصية، مثل الرضا عن الذات، والعمل، والعلاقات الأسرية. وبذلك، فإن نوعية الحياة تعد مقياساً يدمج بفاعلية بين الجانبين الذاتي والموضوعي في تقييم الفرد لوضعه الوجودي (Theofilou., 2013, p. 151). وتعرَف نوعية الحياة إجرائياً في هذه الدراسة بأنها: "الدرجة الكلية التي يحصل عليها المريض من خلال تطبيق مقياس نوعية الحياة المعتمد في الدراسة."

د. مرضي الروماتويدي: هو مرض مزمن يصيب مفاصل متعددة من الجسم ويؤثر على الأغشية والغضاريف والعظام ويؤدي الي تأكل المفاصل مما يؤدي الي فقدان قدرتها الوظيفية (عبد الحليم مصطفى وآخرون، 2023، 339).

6- الإطار النظري:

6-1 -اليقظة العقلية: وقد ورد في "معجم اللغة العربية المعاصرة" أن كلمة "يقظة" مشتقة من الفعل "يَقِظَ"، ويُقال: "يقِظَ يقَظًا ويقظة"، أي انتبه وصحا وفطِن، ويُطلق على الشخص الذي يتميز بالانتباه والوعي أنه "يقظ" أو "يقظان"، وتشير الكلمة، بصيغتها الاسمية (يقظة)، إلى الانتباه والتيقظ، كما تُستخدم في سياق "حالة يقظة" للدلالة على حالة من الانتباه والتأهب (مختار، 2008: 2515).

وأشار "مارلت وكلستيلر" (Marltte & Kristeller,1999, pp. 68-69) بانها الوعي الكلي للخبرات في اللحظة الحالية، دون إصدار أحكام عليها، وتشمل تقبل جميع التجارب الشخصية كالأفكار والمشاعر والأحداث كما في اللحظة الراهنة.

واتفق معه "والش" (Walsh,2005, p.2) بأنها الوعي الكلي بالخبرات التي نمر بها في الوقت الحاضر دون إصدار حكم، ويتضمن الانطباعات الحسية والانفعالات والأفكار.

لقد فرض مفهوم اليقظة العقلية نفسه بقوة على ساحة علم النفس المعاصر؛ إذ استطاع علماء النفس تطويره ودمجه في علم النفس، وتناوله باعتباره مفهوماً نفسياً يشير إلى التركيز والانتباه. وبعيدًا عن إطلاق أحكام سلبية على الأفكار والمشاعر، يتضمن المفهوم التعايش معها

والتعامل معها بموضوعية من جميع جوانبها المتعددة، بدلاً من حصر النظر إليها في رؤية واحدة، مع الاعتراف بهذه المشاعر مهما كانت سلبية ومؤلمة بالنسبة للفرد (المغربي، 2023، ص. 1).

عرفت جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 2015) اليقظة العقلية على أنها الوعي بالحالات الداخلية والخارجية للفرد. يُستخدم هذا المفهوم في التدخلات العلاجية؛ كـ العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة والتأمل اليقظ، والذي يهدف إلى الحد من التوتر. يساعد هذا الأسلوب الأفراد على تجنب العادات والاستجابات المدمرة التلقائية، عبر تعلم مراقبة الأفكار والانفعالات والخبرات الحالية لديهم دون الحكم عليها.

ويعرف "لانجر"و"مولدوفينو" (Langer & Moldoveanu,2000, p.2) عملية التمييز النشط للفروق، وملاحظة المستجدات في الوقت الحاضر، الأمر الذي يُكسب الفرد وعياً ومرونة عقلية أكبر، ويجعله أكثر حساسية وانفتاحاً على سياق ومنظور أعماله.

ويعرفها (رفاعي شكري، 2021، ص. 349) استحضار الوعي إلى الخبرة الحالية من خلال التنظيم الذاتي للانتباه، دون إصدار أي أحكام، وتقبُّل هذه الخبرة كما هي.

كما عرفها "كاتلر" (Kettle,2013, p.5) بأَّنها تلك الطريقة في التفكير التي تؤكد أهمية الانتباه إلى البيئة التي يعمل فيها الفرد وأحاسيس الداخلية من غير إصدار احكام السلبية أو الايجابية، مع تحقيق استجابة التكيف.

أ. أبعاد اليقظة العقلية: وحدد "بير وآخرون" (Baer et al., 2004, pp. 193- 194) خمسه أبعاد أساسية تكون لليقظة العقلية وهذا اتفق مع (Rosini et al., 2017) هي:

الملاحظة: تشير الي الانتباه الواعي للمحفزات الداخلية، مثل الاحاسيس الجسدية، والادراك، والانفعالات، بالإضافة الي المحفزات الخارجية كالأصوات، والروائح، والصور.

الوصف: ويقصد بها القدرة على التعبير اللفظي عن الخبرات الذاتية المختلفة، مثل مشاعر الحزن، والغضب، والتوتر، وغيرها

التصرف بوعي: ويعني هنا الانخراط الكامل والوعي في أداء نشاط معين مع توجيه الانتباه له دون تشتت نحو أنشطة او افكار اخري.

عدم إصدار أحكام: ويقصد به الامتناع عن تقييم او تصنيف التجربة الراهنة بوصفها جيدة او سيئة بل تقبلها كما هي.

التقبل: ويعني هنا قبل التجربة الحالية او المواقف الرهن دون مقاومة أو رغبة في تغيره والتعامل معه بدرجة من الانفتاح والحياد.

ب. النظريات المفسرة لليقظة العقلية:

نظرية الين لانجر في اليقظة العقلية من المنظور المعرفي الاجتماعي: تُعد "إلين لانجر" (Langer) من أحد الرواد الأوائل الذين أسسوا لمفهوم اليقظة العقلية من منظور معرفي-اجتماعي، حيث تفترض نظريتها أن محدودية القدرات المعرفية لدى الأفراد لا تنبع من نقص في القدرة، بل من تبنيهم غير الواعي لبنى معرفية جامدة وسابقة لأوانها لم يتم تحديثها لتلائم السياق الحالي. وتشير "لانجر" إلى أن التفاعل النشط والواعي مع المعلومات يُمكن الأفراد من تعزيز ذاكرتهم قصيرة وطويلة المدى. وعلى العكس، فإن انخفاض مستوى اليقظة العقلية يؤدي إلى تأثيرات سلبية واسعة، خاصة على الأداء المعرفي، كما يعزز من التفسيرات السلبية للتكوينات المعرفية السابقة، مما يحد من قدرة الفرد على التكيّف والإبداع (سعيدان، 2019، ص. 20). ولتجاوز هذه الحالة من اليقظة، تقترح لانجر أن اليقظة العقلية هي عملية نشطة تتألف من عدة مكونات مترابطة تهدف إلى تعزيز الوعي والمرونة. وقد تم تحديد هذه المكونات في: البحث عن الجديد، والاندماج، وإنتاج الجديد، والمرونة (الفضالي، 2020، ص. 5).

يشير تريدواي وليزار (Treadway & Lazar, 2009 :45) إلى أن الهدف الجوهري من أبحاث علم الأعصاب في هذا السياق هو فهم الأسس العصبية التي تكمن وراء حالة التأمل، بالإضافة إلى استكشاف التأثيرات الناتجة عن الممارسة المنتظمة لليقظة العقلية على بنية الدماغ ووظائفه. ويفترض الباحثان أن هذه التأثيرات تنشأ من تغييرات طويلة الأمد في نشاط الدماغ، واستقرار في أنماط عمله العصبي، الأمر الذي يُسهم في تفسير الفوائد العلاجية لممارسات اليقظة الذهنية، ولا سيما في التعامل مع الذكريات الصادمة، والضغوط الانفعالية، والاضطرابات المزمنة مثل الاكتئاب واضطرابات القلق العام.

وقد كشفت دراسات التقييم الكهربائي للدماغ عن زيادة ملحوظة في مستويات اليقظة العقلية لدى الأفراد أثناء ممارستهم لها، إلى جانب انخفاض في شدة الاستجابات الانفعالية عند التعرض لمنبهات مثيرة للمشاعر. ويُعزى ذلك إلى تنشيط عدد من المناطق الدماغية المرتبطة بتنظيم الانفعال، مثل القشرة المعزولة، والمنطقة اليسرى من الحُصين، وتلافيف الفص الجبهي السفلي أن الأفراد الذين يمارسون اليقظة العقلية يشاركون بفعالية في عمليات تنظيم الانفعال، من خلال الاعتماد على البُنى العصبية المسؤولة عن تلك الوظائف، مما يعزز من قدرتهم على التكيف مع الضغوط النفسية والانفعالية (Guendelman et al., 2017, p. 7).

2-6-المساندة الاجتماعية:

المساندة لغويا: مشتقة من الفعل (سند)، ما ارتفع من الأرض في قبل الجبل أو الوادي والجمع إسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئاً فهو سند، وما يسند إليه يسمى مسندا وسندا وجمعه المساند، وساندت الرجل مساندة؛ أي عاضدته وكانفته، وعرف قاموس علم الاجتماع الطبي المساندة الاجتماعية بأنها المشاعر الشخصية بالانتماء والحب والقبول والاهتمام والاحتياج من قبل أفراد الأسرة والأصدقاء (محمد، 2023، ص. 35).

فعرفتها هناء شويخ (2012) المساندة الاجتماعية بأنها إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين يثق بهم ويشعر بأنهم يهتمون به، خاصة في أوقات الأزمات. وتظهر هذه المساندة من خلال أنماط متعددة، مثل الحب والعطف، أو التقدير والاحترام، أو الدعم المالي، أو العلاقات الحميمة مع الآخرين، أو مزيج من كل هذه الأشكال معا (شويخ وآخرون، 2012، ص. 668).

أما "سارسون" Sarason وزملاؤه، فيعرفون المساندة الاجتماعية بأنها إدراك الفرد لوجود شبكة من العلاقات المحيطة به، والتي توفر له شعورًا بالدعم والاهتمام، حيث يكون هناك أشخاص مقربون يثق بهم، يهتمون لأمره، ويساندونه عند الحاجة، مثل الأسرة والجيران (دسوقي، 1996، ص. 45).

ب. النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

نموذج الأثر الواقي: يُركز هذا النموذج على الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية، حيث يُفترض أن أثر المساندة يظهر بوضوح في حالات التعرض للضغوط، إذ تعمل كعامل "عازل" أو "مُخفف" لتأثيراتها السلبية.

وينقسم هذا الأثر الوقائي إلى محورين أساسيين: المحور الأول: تتدخل المساندة الاجتماعية بين الحدث الضاغط واستجابة الفرد له، من خلال تخفيف عملية التقييم المعرفي للحدث، أي تقليل إدراك الفرد للحدث كتهديد، نتيجة لشعوره بوجود مصادر دعم يمكن أن تساعده على التعامل مع الموقف.

المحور الثاني: تعمل المساندة على التخفيف من الأثر المرضي الناتج عن الضغط، سواء من خلال خفض الاستجابة الانفعالية السلبية أو عبر التأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية المرتبطة بالتوتر، مما يُسهم في تقليل احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية والجسدية (نقلا عن إسماعيل، 2019، ص. 243).

نظرية التعلق الوجداني: تعد من المفاهيم الأساسية في علم النفس، حيث تصف الارتباط النفسي الدائم بين الأفراد، وتُعتبر أحد مظاهر النمو النفسي التي تسهم بشكل حيوي في تشكيل شخصية

الفرد مستقبلاً. وقد أوضح "بولبي" (Bowlby) أن الطفل يولد مزوّدًا بحاجته الفطرية إلى التفاعل الاجتماعي، وهي حاجة يتم إشباعها من خلال التعلق والتفاعل مع البالغين، خاصة الأم. فالأم تلعب دورًا محوريًا في تلبية هذه الحاجة من خلال إظهار الحنان والعطف، مثل احتضان طفلها والاستجابة له بعناية، مما يمنح الرضيع شعورًا بالأمان والراحة، ويرى بولبي أن وجود روابط تعلق طبيعية يسهم في تنمية شعور الفرد بالأمن والاستقلالية. أما غياب هذه الروابط، فقد يؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية، ويجعل الفرد أكثر عرضة للمخاطر البيئية والعزلة، تركز هذه النظرية على أهمية المساندة الاجتماعية في الوقاية من الاضطرابات النفسية أو التخفيف من حدتها، من خلال بناء علاقات داعمة وآمنة (علي، 2020، ص. 177).

3-6-نوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

انتشر مفهوم نوعية الحياة بشكل ملحوظ بعد تأسيس علم النفس الإيجابي عام 1998، من خلال ما قدّمه من دراسات تناولت موضوعات مثل السعادة، والإبداع، والتدفق. وقد بدأ الاهتمام بهذا المفهوم في الدراسات الاقتصادية والاجتماعية، قبل أن ينتقل لاحقًا إلى مجالات علم النفس الاجتماعي، والطب، والعلوم الصحية (الصالح، 2023، ص. 103).

عرفتها (شويخ، 2013، ص. 631) بأنها الشعور الذاتي الشامل لدى الفرد بمدى رضاه عن مختلف جوانب حياته الشخصية المرتبطة بالصحة، وذلك من خلال إدراكه لحالته الصحية الحالية وتوقعاته المستقبلية بشأنها، وقدرته على أداء الأنشطة اليومية، إضافة إلى مدى تأثره بالمشكلات الجسدية والنفسية، ومشاركته الاجتماعية، ومستويات الألم والطاقة والحيوية، والحالة المعنوية العامة، والأداء الاجتماعي.

ويري (Fontaine,2021) نوعية الحياة بأنه تقييم مدى تأثير المرض أو الحالة الصحية على رفاهية الفرد ووظائفه الجسدية والنفسية، كما يراها ويعبّر عنها المريض نفسه. وتشمل جودة الحياة الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية، إضافةً إلى الشعور الذاتي بالرفاه، والذي يعكس نظرة المريض الخاصة إلى حالته الصحية وتفاعله معها (Said et al.,2025, p. 534).

ج. الاتجاهات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

الاتجاه النفسي: تُعد الحياة كما يراها الإنسان ناتجة عن إدراكه الشخصي لها، فحتى الأمور الملموسة مثل الدخل، السكن، العمل، والتعليم، لا تُقاس قيمتها فقط بوجودها، بل بكيفية شعور الفرد تجاهها. هذا الإدراك يؤثر بشكل مباشر على شعوره بالسعادة أو التعاسة، وترتبط نوعية الحياة بعدد من المفاهيم النفسية المهمة مثل: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، الطموح، التوقعات، الرضا، التوافق، والصحة النفسية. ويعتقد بعض علماء النفس أن جوهر نوعية الحياة

يكمن في مدى إشباع الحاجات النفسية للفرد، وهو ما أشار إليه "أبراهام ماسلو" في نظريته التي تؤكد أن تلبية الحاجات الأساسية هو الأساس لتحقيق الراحة النفسية والشعور نوعية الحياة (أحمد، 2020، ص. 16).

الاتجاه الطبي: يركز الاتجاه الطبي على فهم نوعية الحياة من خلال العلاقة بين الحالة الصحية وجودة الحياة. ويهتم هذا المدخل بدراسة كيف تؤثر الأمراض الجسدية والنفسية على شعور الإنسان بجودة حياته، في علم النفس، يُمكن فهم هذا المنظور على أنه محاولة لربط المشاعر والسلوكيات والحالة النفسية بالظروف الصحية التي يعيشها الفرد. فمثلاً، عندما يعاني الشخص من مرض مزمن، فإن ذلك لا يؤثر فقط على جسده، بل يمتد أيضًا إلى حالته النفسية مثل الشعور بالقلق أو الاكتئاب، مما ينعكس سلبًا على جودة حياته. ويُركز هذا الاتجاه أيضًا على أهمية البيئة التي يعيش فيها المريض، ودورها في تعزيز أو تدهور حالته النفسية. فبيئة داعمة ومريحة تُسهم في تحسين نوعية الحياة، حتى لو استمر وجود المرض، بالتالي، من منظور نفسي، لا تقتصر نوعية الحياة على غياب المرض، بل تشمل أيضًا التكيف النفسي، الرضا، الدعم الاجتماعي، والقدرة على ممارسة الحياة اليومية (محمد، 2017، ص. 82).

د. النظريات المفسرة لنوعية الحياة الصحية:

نموذج التصوري لنوعية الحياة لأوليسون (1995): يمثل النموذج التصوري لنوعية الحياة الذي قدّمه "ويلسون" Wilson "وكليري" Cleary عام 1995 الركيزة النظرية التي تستند إليها الدراسة الحالية. ويعتمد هذا النموذج على رؤية متعددة المتغيرات لمفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، حيث يدمج بين العوامل البيولوجية والفسيولوجية وخصائص الفرد والبيئة. ووفقًا لهذا النموذج، تتضمن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ثلاث مكونات أساسية:

أ- إدراك الصحة.

ب- مستوى العرض.

ج- المستوى الوظيفي.

ويفترض النموذج أن إدراك الصحة يرتبط ارتباطًا مباشرًا بكل من المستوى الوظيفي ومستوى العرض، بالإضافة إلى المتغيرات البيولوجية والفسيولوجية. وفي ضوء ذلك، يتبلور الافتراض الرئيس للدراسة في بحث العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى الامراض المزمن، وبين مجموعة من المنبئات الإكلينيكية، مثل: تطور المرض، وشدة الأعراض، وحدوث النزيف الدموي، إضافة إلى الإدراك الذاتي للصحة. ومن الجدير بالذكر أن البنية النظرية الأساسية لهذا النموذج تنطلق من المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي يرى أن العوامل البيولوجية

والنفسية والاجتماعية تمثل معًا محددات جوهرية للصحة والمرض. إذ تتفاعل هذه العوامل بصورة ديناميكية لإحداث حالة من الصحة أو المرض، كما أن كلا الحالتين بدورهما ينتجان آثارًا متعددة على الفرد في مختلف جوانب حياته (الغباشي، شويخ، 2009، ص. 226).

نظرية لاوتن (Lawton, 1996): طرح لوتن في عام 1996 مفهوم "الضغط البيئي" لتوضيح العلاقة بين البيئة المحيطة ونوعية الحياة، مشيرًا إلى أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بعاملين أساسيين: الظرف المكاني والظرف الزماني.

الظرف المكاني: يؤكد لوتن أن للبيئة المادية والاجتماعية المحيطة بالفرد تأثيرًا مباشرًا وغير مباشر على نوعية حياته. فالتأثير المباشر قد يتمثل في التأثيرات الصحية الناتجة عن البيئة، بينما يتمثل التأثير غير المباشر في مؤشرات إيجابية مثل شعور الفرد بالرضا عن المكان الذي يعيش فيه، وهو ما ينعكس بدوره على تقييمه العام لنوعية حياته.

الظرف الزماني: يشير لوتن إلى أن تأثير البيئة على نوعية الحياة يصبح أكثر إيجابية مع التقدم في العمر. فمع ازدياد عمر الفرد، يكتسب خبرة ومرونة أكبر في التكيف مع ظروف بيئته، مما يعزز من إحساسه بالتحكم والسيطرة، وبالتالي يزداد شعوره بالرضا ونوعية الحياة (محمد، 2015، ص. 10).

4-6- الالتهاب المفاصل الروماتويدي:

يُعدّ التهاب المفاصل الروماتويدي مرض مناعي ذاتي جهازي ذا طبيعة التهابية مزمنة، يتميز بالتهاب المفاصل الالتهابي وإصابة المفاصل الخارجية، وتنشأ مسبباته في كثير من الحالات نتيجة تفاعل معقد بين الاستعدادات الجينية والعوامل البيئية، ومن أبرزها التدخين/التبغ. يتركز التأثير الأساسي لهذا الاضطراب على المفاصل (Chauhan et al., 2023).

أ. النماذج النظرية المفسرة للألم المزمن

الأفكار القديمة المفسرة للألم: ظهرت الأفكار المفسرة للألم منذ فجر الإنسانية والعصور الوسطى، وقد أدت هذه الفترات إلى ظهور تفسيرات مختلفة تكيفت مع طبيعة الحضارة والثقافة السائدة آنذاك. ففي بعض الحالات، كان الألم يُفسر بأنه ناتج عن الأرواح الشريرة، بينما كان يُرجع في أحيان أخرى إلى أعمال السحر والشعوذة، كما يُرجعه البعض إلى تأثير القوة الإلهية. ظلت هذه الأفكار سائدة حتى ظهور الفيلسوف ديكارت في القرن السابع عشر (حسانين، 2013، ص. 439).

النظرية النفسية العصبية المناعية: تقوم هذه النظرية على الربط بين الحالة النفسية والاستجابة المناعية للجسم من خلال مسارات حيوية متعددة، وتتضح آليتها في النقاط التالية:

اختلال محور (HPA) (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis): يُعد محور (الوطاء-النخامية-الكظرية) أحد أهم المحاور التنظيمية التي تربط بين الجهاز العصبي وغدد الصماء؛ حيث

يتحكم في استجابة الجسم للضغوط النفسية والجسدية عبر إفراز هرمون الكورتيزول. هذا الهرمون يلعب دوراً محورياً في تنظيم العمليات الالتهابية والمزاج، إلا أن التعرض للإجهاد المزمن يؤدي إلى اضطراب إفرازه، مما يحفز إنتاج السيتوكينات التي تزيد من حدة الالتهاب في الجسم (Straub et al., 2020).

نقص النواقل العصبية: تشير النظرية أيضاً إلى أن انخفاض مستويات النواقل العصبية الأساسية، مثل السيروتونين والدوبامين، يؤدي إلى نتيجة مزدوجة؛ تتمثل في زيادة حساسية المريض للألم من جهة، وتدهور حالته المزاجية من جهة أخرى، مما يعمق معاناة مريض الروماتويد (McInnes & Schett, 2017).

النظرية البيولوجية: على الرغم من التقدم المعرفي حول مسببات التهاب المفاصل الروماتويدي (RA)، إلا أن فهم المسارات المناعية للمرض لا يزال قيد الاستكمال؛ حيث تنتج المظاهر السريرية والنتائج المرضية عن تنشيط مسارات مناعية متعددة ومترابطة. وقد ساهمت النماذج الحيوانية والدراسات المختبرية والملاحظات الإكلينيكية في مراجعة وترسيخ المفاهيم الحالية حول نشأة المرض وتطوره.

وتتضح ملامح هذه النظرية في النقاط التالية الآليات المناعية الأولية: ركزت الأطروحات المبكرة على دور الأجسام المضادة الذاتية والمجمعات المناعية في إطلاق شرارة المرض، مع التأكيد على دور الخلايا التائية (T-cells) في الاستجابة الالتهابية، وتفسير استمرارية المرض بوجود خلل في توازن شبكات السيتوكين، التفاعل المناعي المركب: يُدرك الباحثون حالياً أن هذه الآليات تعمل بشكل تكاملي؛ فالخلايا التائية لا تكتفي بالمساعدة في بدء المرض فحسب، بل تساهم بفاعلية في إدامته وتطوره.

نموذج تدمير المفاصل: نظراً لصعوبة صياغة نظرية "موحدة" وشاملة للتسبب في المرض حالياً، يتم الاعتماد على نموذج يفسر كيفية تضافر المسارات المناعية في إحداث تدمير المفاصل، مما يفتح آفاقاً علاجية جديدة مُعدِّلات الاستجابة البيولوجية: تمثل هذه المُعدِّلات فئة متطورة من العوامل العلاجية المشتقة من جزيئات نشطة حيوياً، وهي مصممة خصيصاً لاستهداف وتعديل مسارات مناعية أو التهابية محددة. ورغم القيود التي قد تواجه الأنواع المعتمدة حالياً من هذه العلاجات، إلا أن اختيار الهدف المناسب في مراحل مبكرة من الاستجابة المناعية يُعد استراتيجية حاسمة لتوفير فوائد حقيقية للمرضى (Firestein & Gary, 2005).

7-الدراسات السابقة:

هدفت دراسة "راو وآخرون" (Rao et al., 2018) إلى استكشاف العلاقة بين الإصابة بالتهاب المفاصل ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى البالغين في منتصف العمر، بالإضافة إلى تحديد العوامل الديموغرافية ونمط الحياة التي تؤثر على نوعية الحياة لدى المرضى. أُجري على 1224 بالغاً في الصين، إلى استكشاف العلاقة بين الإصابة بالتهاب المفاصل ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة وتحديد العوامل المؤثرة على جودة الحياة لدى المرضى. واستخدم الباحثون استبيان دراسة النتائج الطبية الموجز المكون من 36 بنداً لقياس نوعية الحياة، وطبقوا نماذج الانحدار الخطي المتعدد وتحليل التباين المشترك للتحليل الإحصائي. وقد أظهرت النتائج بشكل قاطع أن الأفراد المصابين بالتهاب المفاصل يعانون من جودة حياة أسوأ مقارنة بغير المصابين. وداخل فئة المرضى، تبين أن النوع الأنثوي، والبطالة، وانخفاض الدخل الشهري، والمواقف السلبية تجاه الظروف المعيشية، وسوء الشهية، وكذلك التاريخ المرضي المتمثل بعدم الرضاعة الطبيعية في الطفولة، ارتبطت جميعها بشكل واضح بانخفاض في أبعاد نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، خاصةً في مجالات الأداء البدني والاجتماعي والصحة العقلية، مما يؤكد أن العوامل الديموغرافية ونمط الحياة تلعب دوراً حاسماً في تدهور نوعية الحياة لدى مرضى التهاب المفاصل.

في هذا السياق أجريت "بيتسيلكا وآخرون" (Pitsilka et al., 2015) دراسة لفحص الارتباط بين الجوانب الهيكلية والوظيفية للمساندة الاجتماعية ونوعية الحياة لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي في اليونان، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات الثقافية. تكونت العينة من 127 مريضاً يونانياً. شملت الأدوات استبيانات متعددة لقياس نوعية الحياة، ونشاط المريض، وجودة المساندة الاجتماعية، ومؤشر الشبكة الاجتماعية. اعتمد الأسلوب الإحصائي على تحليل الارتباط والتحكم الإحصائي في عوامل نشاط المرض والعوامل الديموغرافية لتحديد المنبئات. أظهرت النتائج أن جودة المساندة الاجتماعية (الجانب الوظيفي) كانت مرتبطة إيجابياً وذات دلالة إحصائية بنوعية الحياة، وظلت كذلك حتى بعد ضبط العوامل الأخرى. في المقابل، لم تكن الجوانب الهيكلية للمساندة الاجتماعية (مثل حجم الشبكة أو عدد الأدوار) منبئات ذات دلالة إحصائية لنوعية الحياة.

فحصت دراسة "مرجان" و"أخرون" (Morgan et al., 2013) العلاقة بين مستويات اليقظة العقلية والألم، والوظيفة الجسدية، والأعراض النفسية، والكفاءة الذاتية، ونوعية الحياة لدى مرضى هشاشة العظام. تكونت عينة الدراسة من 37 مريضاً. شملت الأدوات المستخدمة استبيان اليقظة العقلية ذي الجوانب الخمسة، إلى جانب مقاييس معيارية لتقييم المتغيرات قيد الدراسة

مثل: مؤشر التهاب المفاصل، والنموذج المختصر للنتائج الطبية-36، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الضغط المُدرك، ومقياس الكفاءة الذاتية للألم المزمن. اعتمد الأسلوب الإحصائي على معاملات ارتباط سبيرمان لتحديد العلاقات. أظهرت النتائج أن مستويات اليقظة العقلية ارتبطت عكسياً وبشكل قوي مع الأعراض النفسية (الاكتئاب والضغط المُدرك)، كما كشفت عن ارتباطات إيجابية متوسطة إلى قوية مع نوعية الحياة بمكونيها البدني والعقلي ومع الكفاءة الذاتية للألم المزمن. في المقابل، لم تظهر ارتباطات ذات دلالة بين اليقظة العقلية ومقاييس الألم أو الوظيفة الجسدية كما تم تقييمها موضوعياً.

التعقيب:

وبناءً على ذلك، يمكن استنتاج أن نوعية الحياة لدى مرضى الروماتويد تتشكل من خلال تفاعل معقد بين العوامل الخارجية (كالمساندة الاجتماعية والظروف المعيشية) والعوامل الداخلية (كاليقظة العقلية). كما تشير هذه النتائج إلى وجود فجوة بحثية تتعلق بدراسة الدور الوسيط لليقظة العقلية في تفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، وهو ما يمنح الدراسة الحالية مبررًا علميًا قويًا، حيث تسعى إلى تقديم نموذج تفسيري تكاملي يوضح كيف يمكن لليقظة العقلية أن تعزز من أثر المساندة الاجتماعية في تحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد.

8- فروض الدراسة

1) توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي.
2) اليقظة العقلية كمتغير وسيط المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي.

9- الإجراءات وأدوات البحث:

9-1- منهج الدراسة: المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك لملاءمته لطبيعة المشكلة البحثية التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة، والمتمثلة في: اليقظة العقلية، والمساندة الاجتماعية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد

9-2- الأساليب الإحصائية: تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS، وشملت الأساليب الإحصائية: المتوسطات الحسابية والانحدار المتعدد ارفات المعيارية، معامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار المتعدد لتقدير الإسهام النسبي للمتغيرات في التنبؤ بالمتغير التابع.

3-9- عينة الدراسة: تكونت عينة إجراءات التقنين من (31) مريضًا من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي (ن=31)، تم اختيارهم بطريقة قصدية من المترددين على بعض المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة في علاج أمراض الروماتيزم والمفاصل، إضافة إلى بعض العيادات الخارجية. وتراوحت أعمار أفراد العينة ما بين (25–60) سنة، بمتوسط عمري قدره (47.39) سنة، وانحراف معياري (14.65)، مما يشير إلى تنوع الفئات العمرية داخل العينة بما يعكس شريحة واسعة من المرضى في مرحلة الرشد. كما تراوحت مدة التشخيص بالمرض لدى أفراد العينة ما بين شهر واحد إلى (14) سنة، بمتوسط قدره (7.13) سنة، وانحراف معياري (4.99)، وهو ما يعكس تباينًا في الخبرة المرضية بين الحالات الحديثة والمزمنة، الأمر الذي يُثري من نتائج التقنين ويزيد من دقتها. وقد روعي عند اختيار العينة عدد من الشروط، من أبرزها: أن يكون المشارك مشخصًا طبيًا بمرض الروماتويد، وأن يكون في حالة تسمح له بالإجابة على أدوات الدراسة، مع استبعاد الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية حادة أو إعاقات معرفية قد تؤثر على دقة الاستجابات. كما تم مراعاة التنوع في الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة من حيث النوع، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، بما يعزز من تمثيل العينة لواقع مرضى الروماتويد. وقد تم تطبيق أدوات الدراسة بشكل فردي داخل أماكن تلقي الخدمة الطبية، مع توضيح هدف الدراسة للمشاركين وضمان سرية البيانات واستخدامها لأغراض البحث العلمي فقط، وهو ما ساهم في الحصول على استجابات صادقة وموضوعية. وفيما يلي يوضح جدول (1) خصائص عينة الدراسة.

جدول (1) خصائص عينة الدراسة(ن=31)

النوع		الحالة الاجتماعية		
ذكر	أنثى	أعزب	متزوج	أرمل
6	25	4	24	3
الحالة الوظيفية		مستوى التعليم		
يعمل	لا يعمل	أقل من المتوسط	تعليم جامعي	دراسات عليا
12	19	16	10	5
مستوى الدخل			درجة العجز	
كاف	كاف بصعوبة	غير كاف	لا يوجد	يوجد بدرجة متوسطة	يوجد بدرجة شديدة
15	8	8	14	14	3
تقدير الحالة الصحية			هل تعاني من أمراض أخرى	
ضعيفة	جيدة	ممتازة	نعم	لا
14	16	1	13	18

4-9- أدوات الدراسة:

استمارة البيانات الأولية (إعداد الباحثون): وهي استمارة لجمع البيانات الأولية الخاصة بأفراد العينة، بهدف الحصول على بيانات ديموغرافية ومرضية تساعد في وصف العينة وتفسير النتائج. وقد اشتملت الاستمارة على متغيرات مثل: النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مدة المرض، نمط العلاج، ودرجة العجز الوظيفي.

مقياس اليقظة العقلية (إعداد وترجمة: فوقية حسن رضوان، نسرين السيد سويد، 2021): يهدف المقياس إلى قياس مستوى اليقظة العقلية لدى الأفراد، من خلال أبعاد تشمل: الملاحظة، الوصف، التصرف بوعي، عدم الحكم على الخبرات، وعدم التفاعل التلقائي معها. ويعتمد المقياس على تدريج ليكرت، حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى مستوى أعلى من اليقظة العقلية. وتم التحقق من صدق المحتوى من خلال التحكيم العلمي، إضافة إلى الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي الذي دعم البناء النظري للمقياس . وبلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس (0.89)، مما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي، كما تم دعم ذلك بثبات إعادة الاختبار الذي أظهر استقرارًا جيدًا عبر الزمن.

مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد: هناء أحمد شويخ، 2004): ويهدف المقياس إلى قياس مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى الأفراد من خلال أبعاد تشمل: الدعم العاطفي، الدعم المعلوماتي، الدعم المادي، والدعم التقديري. ويتم تقدير الاستجابات وفق مقياس ليكرت، حيث تعكس الدرجات المرتفعة مستوى أعلى من المساندة الاجتماعية. وتم التحقق من صدق المقياس من خلال صدق المحكمين والاتساق الداخلي بين البنود والدرجة الكلية . وبلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس (0.91)، وهو ما يدل على ارتفاع مستوى الاتساق الداخلي، كما تم التحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية وأظهرت نتائج جيدة.

مقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (إعداد وترجمة: هناء أحمد شويخ، سهير فهيم الغباشي، 2009): ويهدف المقياس إلى قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من خلال أبعاد تشمل: الصحة البدنية، الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الحيوية، الألم، والتصور العام للصحة. وتُحسب الدرجات وفق نظام ليكرت، حيث تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أفضل من نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وتم التحقق من الصدق من خلال التحكيم العلمي والصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي الذي أكد صلاحية الأبعاد . وبلغ معامل ألفا كرونباخ للمقياس (0.93)، مما يعكس درجة عالية جدًا من الاتساق الداخلي، كما تم دعم ذلك بثبات إعادة الاختبار الذي أظهر استقرارًا مرتفعًا عبر الزمن .

وتشير النتائج السيكومترية إلى أن جميع أدوات الدراسة تتمتع بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات، مما يعزز من صلاحيتها للاستخدام في البيئة العربية، ويزيد من موثوقية النتائج التي سيتم التوصل إليها في الدراسة الحالية.

10- نتائج الدراسة ومناقشتها

الفرض الأول: ينص الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي من ناحية أخرى": وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام دلالة معامل ارتباط بيرسون بين درجات عينة الدراسة على كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية أخرى لدي مرضي الروماتويدي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (2) نتائج معامل ارتباط بيرسون بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية أخرى لدي مرضي الروماتويدي (ن=31)

المتغيرات		الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة
(أ)	الدرجة الكلية لليقظة العقلية	**0.307
(ب)	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	**0.417

(**) تشير إلى مستوى دلالة عند مستوى 0.01

يتّضح من الجدول السابق تحقق الفرض بشكل كلي الذي ينص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية أخرى لدي مرضي الروماتويدي، فقد كشفت النتائج عن:

تشير نتائج معاملات الارتباط إلى وجود علاقات ارتباطية متفاوتة الدلالة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية وكلٍ من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية أخرى لدى مرضي الروماتويدي.

أولًا: تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين اليقظة العقلية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويدي، بما يعني أن زيادة اليقظة العقلية لدى مرضى الروماتويدي ترتبط بزيادة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويدي.

ثانيًا: أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباط موجبة دالة إحصائيًا بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويدي، حيث يرتبط ارتفاع مستويات المساندة الاجتماعية بزيادة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

كما أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية من ناحية، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد من ناحية أخرى، وهو ما يعكس أن تحسن خبرة المريض النفسية والاجتماعية يرتبط مباشرة بتحسن إدراكه لجودة حياته الصحية. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن اليقظة العقلية تمثل آلية معرفية–انفعالية تساعد الفرد على إعادة تنظيم انتباهه تجاه الخبرات المؤلمة، بحيث تقل حدة التفاعل السلبي مع الألم المزمن، ويزداد القبول الواعي للخبرة المرضية بدلًا من مقاومتها أو تضخيمها، وهو ما ينعكس في صورة تحسن في الأبعاد النفسية لنوعية الحياة.

كما أن وجود علاقة موجبة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة يشير إلى أن الدعم الاجتماعي لا يعمل فقط كعامل خارجي، بل كمنظومة حماية نفسية تقلل من تأثير الضغوط المرتبطة بالمرض. فالمريض الذي يدرك وجود شبكة داعمة من الأسرة أو المحيطين به يكون أكثر قدرة على التكيف مع القيود الوظيفية الناتجة عن الروماتويد، وأكثر قابلية لتبني استجابات نفسية إيجابية بدلًا من العجز أو الانسحاب الاجتماعي. وهو ما يتسق مع نماذج "التأثير الواقي" للمساندة الاجتماعية التي ترى أن الدعم يعمل كعامل مخفف (Buffer) لتأثير الضغوط المزمنة على الصحة النفسية والجسمية.

ومن ثم، فإن هذه النتائج تؤكد أن نوعية الحياة لدى مرضى الروماتويد لا تتحدد فقط بشدة الأعراض الجسدية، وإنما تتشكل بدرجة كبيرة من خلال التفاعل بين العوامل النفسية (اليقظة العقلية) والعوامل الاجتماعية (المساندة الاجتماعية)، بما يعكس الطبيعة التفاعلية متعددة الأبعاد للتكيف مع المرض المزمن.

وبوجه عام، تؤكد هذه النتائج أن كلًا من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية يُعدان من العوامل النفسية المرتبطة بزيادة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، مع اختلاف قوة تأثير كل منهما.

الفرض الثاني: وينص على أن اليقظة العقلية كمتغير وسيط المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي مرضي الروماتويدي: وللتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم استخدم طريقة بارون-وكيني القائمة أساسا على تحليل الانحدار، والتي تشترط وجود الشروط الثلاثة التالية:

1) ارتباط المتغير المستقل بالمتغير التابع (الأثر الكلي أو العلاقة الأصلية) يجب أن تكون دالة.
2) الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير الوسيط يجب أن يكون دالا.
3) علاقة المتغير الوسيط بالمتغير التابع يجب أن تكون دالة عند تثبيت علاقة المتغير المستقل بالمتغير التابع باستعمال تحليل الانحدار.

وفيما يلي يبين جداول (3)، (4)، (5) نتائج تحليل الانحدار لمتغيرات الدراسة.

جدول (3) نتائج تحليل الانحدار المتغيرات المستقل: الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية، المتغير التابع: الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة

	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
-1	الثابت	الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة	36.194	-	6.453	0.000
-2	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية		1.788	0.377	3.308	0.002

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 10.94 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.37

جدول (4) نتائج تحليل الانحدار المتغيرات المستقل: الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية؛ المتغير الوسيط: الدرجة الكلية لليقظة العقلية

	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
-1	الثابت	الدرجة الكلية لليقظة العقلية	57.361	-	11.920	0.000
-2	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية		1.469	0.363	3.167	0.002

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 10.03 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.36

جدول (5) نتائج تحليل الانحدار المتعدد؛ المتغيرات المنبئة: الدرجة الكلية لكل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية؛ المتغير التابع: الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة

م	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
(1)	الثابت	الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة	29.978	-	3.000	0.004
(2)	الدرجة الكلية لليقظة العقلية		1.629	0.344	2.798	0.007
(3)	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية		1081.	0.392	0.7532	0.005

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 5.719 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.38

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدال (3)، (4)، (5) تحقق الشروط الثلاثة لطريقة بارون-وكيني، حيث جاء الارتباط بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية المساندة الاجتماعية) والمتغير الوسيط (الدرجة الكلية لليقظة العقلية) دال، وكذلك جاءت علاقة المتغير الوسيط (الدرجة الكلية لليقظة العقلية) بالمتغير التابع (الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة) دالة عند تثبيت

علاقة المتغير المستقل (الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية) بالمتغير التابع (الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة) باستعمال تحليل الانحدار. ومن ثم تشير النتائج إلى تحقق وساطة متغير الدرجة الكلية لليقظة العقلية كمتغير وسيط بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية المساندة الاجتماعية) والمتغير التابع (الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة) لدى عينة من مرضى الروماتويدي، ومن ثم قبول الفرض الثاني.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين كل من اليقظة العقلية والمساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الروماتويد؛ حيث تشير هذه النتيجة إلى أن ارتفاع مستويات الدعم والمساندة الاجتماعية والقدرة على اليقظة العقلية والواعي وهما يسهمان بشكل مباشر في تحسين إدراك المريض لنوعية حياته المرضية رغم تحديات المرض. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Rao et al., 2018) التي أكدت أن عوامل المساندة الاجتماعية والصحة العقلية تعد من المحددات الجوهرية لأبعاد نوعية الحياة لدى مرضى التهاب المفاصل، كما تتسق مع دراسة (Pitsilka et al., 2015) التي أبرزت أن جودة المساندة الاجتماعية المقدمة للمريض ترتبط طردياً بتحسن الجوانب الوظيفية والنفسية في حياته اليومية.

واما عن اليقظة كوسيط، فقد كشفت النتائج عن أن اليقظة العقلية تعمل كمتغير وسيط بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة، وهو ما يفسر كيف يمكن للدعم الخارجي أن يتحول إلى قوة دفع داخلية؛ فالمساندة الاجتماعية توفر للمريض بيئة آمنة تعزز من قدرته على ممارسة اليقظة والتقبل الواعي لأعراض المرض، مما يؤدي بدوره إلى خفض وطأة الضغوط وتحسين نوعية الحياة. وتتفق هذه الرؤية مع نتائج دراسة (Morgan et al., 2013) التي وجدت ارتباطات قوية بين اليقظة العقلية والوظيفة النفسية والبدنية، مشيرةً إلى أن المستويات المرتفعة من اليقظة ترتبط بانخفاض حدة الاكتئاب والضغط النفسي المدرك.

وكشفت نتائج تحليل الانحدار وفق نموذج بارون وكيني عن تحقق شروط الوساطة، بما يشير إلى أن اليقظة العقلية تمثل متغيرًا وسيطًا في العلاقة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. ويمكن تفسير ذلك من منظور نفسي تكاملي، حيث لا تعمل المساندة الاجتماعية بشكل مباشر فقط على تحسين نوعية الحياة، بل تمر تأثيراتها عبر تعزيز العمليات الداخلية لدى المريض، وعلى رأسها اليقظة العقلية.

فالمساندة الاجتماعية توفر للمريض بيئة نفسية آمنة وداعمة تقلل من التهديد المدرك للمرض، مما يتيح له مساحة أكبر للانتباه الواعي للحظة الراهنة دون انشغال مفرط بالتوقعات السلبية أو الاجترار المعرفي المرتبط بالألم. ومع تزايد هذا الوعي، يصبح المريض أكثر قدرة على إعادة

تفسير الخبرة المرضية بطريقة أقل تهديدًا وأكثر قبولًا، وهو ما يخفف من الاستجابات الانفعالية السلبية مثل القلق والاكتئاب والشعور بالعجز.

وبذلك، فإن اليقظة العقلية تعمل كآلية تحويل (Transformational Mechanism)، تنقل أثر المساندة الاجتماعية من كونه دعمًا خارجيًا إلى كونه تنظيمًا داخليًا للخبرة النفسية. وهذا يفسر لماذا لا يكفي الدعم الاجتماعي وحده لتحسين نوعية الحياة، ما لم يُترجم داخليًا عبر عمليات نفسية مثل الوعي، والقبول، وتنظيم الانتباه.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه الأدبيات الحديثة التي ترى أن التدخلات القائمة على اليقظة العقلية لا تعمل فقط على تخفيف الأعراض النفسية، بل تعزز من قدرة الفرد على الاستفادة الفعالة من مصادر الدعم الاجتماعي، وتحويلها إلى موارد نفسية داخلية أكثر استدامة (Garland et al., 2015؛ Morgan et al., 2013). كما تتسق مع نماذج التكيف الإيجابي مع الألم المزمن التي تؤكد أن تحسين جودة الحياة لا يتحقق عبر تقليل الألم فقط، بل عبر تغيير العلاقة النفسية بين الفرد وخبرته مع الألم.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن الدراسة الحالية قد عززت ما ذهبت إليه الدراسات السابقة، بل وأضافت فهماً أعمق لطبيعة العلاقة بين هذه المتغيرات، مؤكدةً أن تحسين نوعية حياة مريض الروماتويد يتطلب دمجاً بين المساندة الاجتماعية وتنمية مهارات اليقظة العقلية كآلية تكيف داخلية فعالة.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات التطبيقية على النحو الآتي:

1. ضرورة إدماج برامج تدريبية قائمة على اليقظة العقلية ضمن برامج الرعاية النفسية لمرضى الروماتويد، لما لها من دور في تحسين التكيف مع الألم المزمن .
2. تعزيز دور المساندة الاجتماعية من خلال إشراك الأسرة ومقدمي الرعاية في خطة العلاج، وتوعيتهم بكيفية تقديم دعم فعّال وليس شكلي فقط .
3. إدخال خدمات الإرشاد النفسي ضمن وحدات علاج أمراض الروماتيزم، بحيث يتم التعامل مع الجوانب النفسية للمرض بشكل متكامل .
4. تصميم برامج تدخل نفسي–اجتماعي مشتركة تستهدف تحسين نوعية الحياة من خلال الجمع بين الدعم الاجتماعي وتنمية اليقظة العقلية .
5. رفع وعي المرضى بأهمية تقبل المرض وإدارة الانفعالات السلبية المرتبطة به، بما يسهم في تحسين جودة حياتهم اليومية .

مقترحات البحوث المستقبلية

1. إجراء دراسات مقارنة بين مرضى الروماتويد وأمراض مزمنة أخرى (مثل السكري أو الفشل الكلوي) في متغيرات اليقظة العقلية ونوعية الحياة .
2. دراسة فاعلية برامج إرشادية قائمة على اليقظة العقلية في خفض الألم وتحسين التكيف النفسي لدى مرضى الروماتويد .
3. التوسع في دراسة متغيرات وسيطة أو معدِّلة أخرى مثل الصلابة النفسية، وتنظيم الانفعال، والتفاؤل .
4. إجراء دراسات طولية (Longitudinal Studies) لرصد التغير في نوعية الحياة عبر مراحل المرض المختلفة .
5. اختبار النموذج الحالي باستخدام نمذجة المعادلات البنائية (SEM) على عينات أكبر للتحقق من قوة العلاقات السببية بين المتغيرات.

- قائمة المراجع:

- أحمد، فاتن. (2020). قياس مدى الحياة. ***مجلة آفاق العلوم، 6***(1)، 10-26.

- إسلام، الشيماء. (2025). ***فاعلية برنامج علاجي تكاملي لتحسين جودة الحياة وخفض أعراض الاكتئاب لدى مريضات التهاب المفاصل الروماتويدي (رسالة دكتوراه غير منشورة)***. كلية الآداب، جامعة الفيوم.

- إسماعيل، صفاء مرسي. (2019). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من القلق والوحدة النفسية لدى المسنين من النوعين. ***المجلة المصرية للدراسات النفسية، 29***(102)، 231-288.

- بن سعود، خالد. (2016). أسلوب الحياة الصحي والوقاية من الأمراض غير السارية من منظور الممارسة المبنية على الأدلة في الخدمة الاجتماعية الطبية. ***مجلة كلية الآداب - جامعة المنصورة***، (58)، 465.

- حسانين، أحمد. (2013). العلاج المعرفي السلوكي لتحسين القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن المتعلق بالروماتويد المفصلي. المجلة العلمية لكلية الآداب - جامعة أسيوط، 16.

- دسوقي، راوية. (1996). النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. ***مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب، 10***(39)، 44-59.

- دغنوش، نورة. (2022). ***اليقظة العقلية والضغوط النفسية والانجاز الاكاديمية لدى طلبة الجامعة***. رسالة الدكتوراه. جامعة محمد خضير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، سكره.

- رضوان، فوقية حسن، وسويد، نسرين السيد. (2017). **مقياس اليقظة العقلية**. كلية التربية، جامعة الزقازيق.

- سعيدان، فاطمة الزهراء. (2019). ***اليقظة العقلية لدى أعوان الأمن بالمؤسسة الوطنية الكبرى للأشغال العمومية*** [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

- السلمي، عطية بن روبيح. (2022). الوعي الاجتماعي ودوره في مواجهة بعض الأمراض المزمنة. ***المجلة العلمية بكلية الآداب - جامعة الملك عبد العزيز***، (46).

- شافعي، ياسر سعيد. (2007). تأثير برنامج تأهيل حركي لمفصل رسغ القدم لمرضى التهاب الروماتويدي المفصلي. ***مجلة أسيوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، 24***(3)، 1-24.

- الشهراني، عائشة شائع علي. (2012). ***المساندة الاجتماعية وتوكيد الذات لدى الطالبات الموهوبات وغير الموهوبات في مرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية وعلاقتهما ببعض المتغيرات الديموغرافية*** [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الخليج العربي.

- شويخ، هناء. (2014). علاج الانترفيرون وعلاقته بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبدي الفيروسي C المزمن. ***المجلة المصرية للدراسات النفسية، 24***(83)، 463-492.

- شويخ، هناء. (2013). شدة الإصابة بداء الثعلبة وعلاقته بكل من الاكتئاب والقلق والصحة العامة. ***مجلة دراسات عربية، 12*** (4)، 627-670.

- شويخ، هناء، وسعود، ناصر، وهادي، أمثال. (2012). استراتيجيات المواجهة وأنماط المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأورام السرطانية: دراسة مقارنة بين عينة مصرية وأخرى كويتية. ***مجلة التربية، 150*** (1)، 655-690.

- الصالح، الطاهر علي. (2023). نوعية الحياة لدى المرأة العاملة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية: دراسة على عينة من المرأة العاملة بجامعة الإمام المهدي. ***المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية والإنسانية المعاصرة، 1*** (2).

- عبد اللطيف، عماد. (2018). تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان. ***مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية***، (46)، 103-122.

- علي، حكيمة رجب. (2020). برنامج توجيهي للخدمة الاجتماعية باستخدام نظرية التعلق لتدعيم الأمن الأسري للأطفال بالأسر البديلة. ***مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية - جامعة الفيوم***، (19).

- عيد، ريمان. (2025). الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين جودة الحياة بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي، ***قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة دمياط***، مج 14.

- الفضالي، إيناس محمد السيد. (2020). اليقظة العقلية في ضوء نظرية لانغر وعلاقاتها بكل من الاتجاه نحو التخصص وأسلوب التعلم ونوع الاختبار التحريري المفضل لدى طلبة جامعة الزقازيق. ***المجلة التربوية لكلية التربية بسوهاج***، (69)، 2-45.

- فهيم، سهير، وشويخ، هناء. (2009). بعض منبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي C المزمن من المصريين. ***دراسات نفسية، 19*** (2)، 217-260.

- محمد، أسماء عبد الفتاح. (2017). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي الأطفال ذوي الإعاقة. ***مجلة كلية التربية - جامعة الفيوم، 11*** (1)، 457-542.

- محمد، علي عبد الله. (2017). استخدام نموذج الحياة من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحسين جودة الحياة للأطفال المعاقين ذهنياً فئة قابلة للتعلم. ***مجلة الخدمة الاجتماعية، 57***(2)، 49-116.

- محمد، فواطيمة. (2015). التوجهات النظرية لجودة الحياة. ***مجلة الحوار الثقافي، 4***(2)، 309-317.

- محمد، هشام. (2023). ***المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالالتزام الطبي لدى المعلمين من مرضى السكر*** [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الفيوم.

- مختار، أحمد. (2008). ***معجم اللغة العربية المعاصرة***. عالم الكتب.

- مرازقة، وليدة. (2019). ***نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء المفاصل الرثيائي: دراسة ميدانية بمصلحة أمراض العظام بمستشفى بن عكنون بالجزائر العاصمة*** [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الجزائر.

- مصطفى، وائل، ونصر الله، زياد. (2014). الآثار الصحية المتعلقة بنوعية حياة مرضى آلام الظهر المزمنة بعد الحجامة: دراسة إكلينيكية استكشافية. ***مجلة الجامعة العربية الأمريكية للبحوث***، 1-1.

- مغربي، أسماء. (2023). ***اليقظة العقلية وعلاقتها بجودة الحياة: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ السنة الثانية ثانوي بثانوية علي بن أبي طالب بإن صالح*** [رسالة ماستر غير منشورة]. جامعة غرداية.

- مؤمن، نهى محمد. (2022). مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري. ***مجلة جامعة الفيوم للعلوم النفسية والتربوية، 16***(10).

- American Psychological Association. (2015). ***APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)***. American Psychological Association.

- Azarnik, M. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on health-related quality of life and self-efficacy in patients with rheumatoid arthritis. ***Journal of Health Psychology***, 24(8), 1023–1034.

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. ***Assessment, 11***(3), 191-206. https://doi.org/10.1177/1073191104268029

- Berkes, E. A., et al. (2020). Rheumatoid arthritis: Pathophysiology and clinical implications. ***Journal of Clinical Rheumatology***, 26(7), 754–760.

- Berkes, J., Rosenberger, I., Cañovas, C., Maceijova, A., Zeilina, Z., Makelka, B., ... & Lencse-Jankovics, L. (2020). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. ***Clinical Rheumatology, 39***(4), 1195–1203. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04832-0

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 84(4), 822–848.

- Chauhan, K., Jandu, J. S., Brent, L. H., Al-Dhahir, M. A., & Litwiller, D. (2023). Rheumatoid Arthritis. In StatPearls. ***StatPearls Publishing***. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441999/

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. ***Psychological Bulletin***, 98(2), 310–357.

- Ethgen, O., Vanparijs, P., Gosset, C., & Reginster, J. Y. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. ***Quality of Life Research, 13***(2), 321–330. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018494.30154.27

- Firestein, G. S. (2005). Immunologic mechanisms in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. ***JCR: Journal of Clinical Rheumatology, 11***(3), S3–S9. https://doi.org/10.1097/01.rhu.0000166675.25301.93

- Garip, Y., Eser, F., & Bodur, H. (2011). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. ***Rheumatology International, 31***, 769-772. https://doi.org/10.1007/s00296-010-1365-5

- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. ***Psychological Inquiry,*** 26(4), 293–314.

- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. ***Frontiers in Psychology, 8***, 220. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220

- Ivtzan, I., & Hart, R. (2016). Mindfulness scholarship and interventions: A review. ***In Mindfulness and Performance*** (pp. 3–28). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139871310.002

- Kabat-Zinn, J. (1990). ***Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness***. New York: Dell Publishing.

- Kettler, K. M. (2013). ***Mindfulness and cardiovascular risk in college students***. [Honors Thesis, University of North Texas]. http://web3.unt.edu/honors/eaglefeather/wp-content/201008/kettler-kristen-072910-Final

- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). ***Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*** (pp. 67–84). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10327-004

- McInnes, I. B., & Schett, G. (2017). Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. ***The Lancet, 389***(10086), 2328–2337. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31472-1

- Morgan, N. L., Ransford, G. L., Morgan, L. P., Driban, J. B., & Wang, C. (2013). Mindfulness is associated with psychological symptoms, self-efficacy, and quality of life

among patients with symptomatic knee osteoarthritis. ***Osteoarthritis and Cartilage, 21***, S257-S258. https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.02.535

- Pitsilka, D. A., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2015). Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. ***Clinical and Experimental Rheumatology, 33***(1), 27–33.

- Rao, Y., Xu, X., Liu, D., Reis, C., Newman, I. M., Qin, L., Sharma, M., Shen, J., & Zhao, Y. (2018). Health-related quality of life in patients with arthritis: A cross-sectional survey among middle-aged adults in Chongqing, China. ***International Journal of Environmental Research and Public Health, 15***(4), 768. https://doi.org/10.3390/ijerph15040768

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. ***Journal of Health and Social Behavior***, 52(2), 145–161.

- Yamada, T., et al. (2006). Rheumatoid arthritis: Clinical features and treatment approaches. ***The Lancet***, 368(9531), 249–262.

- Zhou, B., et al. (2020). Effectiveness of mindfulness-based interventions on pain, disease activity, and depression in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. ***Clinical Rheumatology,*** 39(9), 2611–2621.