

المرونة النفسية وعلاقتها بالقلق الاجتماعي: دراسة على عينة من الطلبة

الجامعيين

Psychological Flexibility and Its Relationship with Social Anxiety: A Study on a Sample of University Students

ياسمين عثمانى¹، سميرة مرداس²

¹ مخبر البحوث النفسية والاجتماعية، جامعة يحي فارس المدية (الجزائر). athmani.yasmine@univ-medea.dz

² مخبر البحوث النفسية والاجتماعية، جامعة يحي فارس المدية (الجزائر). merdas.samira@univ-medea.dz

تاريخ القبول: 2025/11/26

تاريخ الإرسال: 2025/02/28

ملخص:

يهدف هذا المقال الى فحص العلاقة القائمة بين المرونة النفسية حسب تصور العلاج بالتقبل والالتزام والقلق الاجتماعي وكذا مدى اسهام مستوى المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي، وذلك باستخدام المنهج الوصفي. حيث تمت الاستعانة بالأدوات التالية: مقياس التقبل والفعل (AAQ-II) لمقياس المرونة النفسية ومقياس القلق الاجتماعي (SPIN) بتطبيقها على عينة قدرها 148 طالبا من طلبة جامعة بسكرة. وقد تم التوصل الى النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية بين مستوى المرونة النفسية والقلق الاجتماعي حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.51, p < 0.01$). وحسب معامل الانحدار الخطي البسيط تم التوصل الى أن مستوى المرونة النفسية يمكنه أن يفسر (26%) من التغيرات الحاصلة في القلق الاجتماعي. وفي ضوء هذه النتائج تقترح الدراسة تشجيع التدخلات والبرامج التوعوية القائمة على المرونة النفسية للوقاية والتخفيف من اضطراب القلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين، وكذا تشجيع البحوث لتعرف على المتغيرات الأخرى ذات العلاقة بالقلق الاجتماعي.

كلمات مفتاحية: المرونة النفسية؛ العلاج بالتقبل والالتزام؛ القلق الاجتماعي.

Abstract

This article aims to examine the relationship between psychological flexibility as conceptualized by acceptance and commitment therapy (ACT) and social anxiety, as well as the extent to which the level of psychological flexibility contributes in predicting social anxiety, by using the descriptive method. Utilizing the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) and the Social Phobia Inventory (SPIN), on a sample of 148 students from the University of Biskra., the findings reveal a significant correlation between psychological flexibility and social anxiety ($r = 0.51$), $p < 0.01$, and according to the simple linear regression coefficient, it was concluded that the level of psychological flexibility can explain (26%) Changes in social anxiety. In light of these results, the study suggests encouraging interventions and awareness programs based on psychological flexibility to prevent and alleviate social anxiety disorder among university students, as well as encouraging research to identify other variables related to social anxiety.

Keywords: Psychological flexibility; Acceptance and commitment therapy; Social anxiety.

1- مقدمة

يشهد الطلبة الجامعيون في عصرنا هذا تحديات نفسية متزايدة، حيث تشير الإحصاءات العالمية إلى ارتفاع معدلات اضطرابات القلق لدى هذه الفئة، إذ بلغت نسبة الإصابة متوسطاً عالمياً قدره 32% لدى الطلبة الجامعيين (Tan et al., 2023)، الأمر الذي يعني أن واحداً من كل ثلاثة طلاب قد يواجه تحديات القلق خلال مسيرته الجامعية. ومن بين هذه الاضطرابات، يبرز اضطراب القلق الاجتماعي كأحد أكثر اضطرابات القلق انتشاراً وتأثيراً على الحياة الأكاديمية والاجتماعية للطلاب، حيث يصيب 4.0% من الأفراد طوال حياتهم وفقاً للمسح العالمي للصحة النفسية (WHO World Mental Health Survey Collaborators et al., 2017).

إن طبيعة القلق الاجتماعي تتجاوز الخجل العابر أو التوتر الطبيعي، فهو يمثل نظاماً معرفياً-انفعالياً معقداً يتسم بالخوف المستمر والمبالغ فيه من التقييم السلبي للآخرين (Henderson & Zimbardo, 2010) يتمثل هذا القلق في الخوف الشديد من المواقف الاجتماعية التي قد ينطوي عليها احتمال الإحراج أو التعرض للتقييم السلبي من الآخرين (VandenBos, 2015). حيث يختبر الأفراد المصابون مجموعة من الأعراض الجسدية المميزة مثل احمرار الوجه، والتعرق المفرط، والارتعاش، وخفقان القلب عند مواجهة المواقف الاجتماعية المثيرة للقلق (Hofmann & Otto, 2008). هذه الاستجابة الفسيولوجية المكثفة تعمل بدورها على تعزيز سلوكيات التجنب التجريبي، مما يخلق حلقة مفرغة تحد من قدرة الفرد على المشاركة الفعالة في الحياة الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.

تشير الدراسات إلى أن الأفراد المصابين بالقلق الاجتماعي يعتمدون بشكل كبير على حالتهم الداخلية لتحديد ما إذا كان تفاعلهم الاجتماعي يسير بشكل جيد، فهم يفترضون أن الشعور بالقلق هو دليل على الأداء السيئ، في حين أن الأفراد غير القلقين يميلون إلى تقييم تفاعلاتهم الاجتماعية من خلال الإشارات الخارجية، مثل ردود أفعال الآخرين. ونتيجة لذلك يقوم الأفراد القلقون اجتماعياً بإنشاء صور ذاتية سلبية تساهم في القلق التوقعي قبل التفاعل الاجتماعي، وكذلك في اجترار الأفكار بعد الحدث (Purdon et al., 2001)، هذه الآلية تؤدي إلى ما يُسمى بالانتباه المركز على الذات، حيث يصبح الفرد محاصراً في دوامة من مراقبة أعراضه الجسدية وتقييم أدائه بدلاً من الانخراط الطبيعي في التفاعل الاجتماعي. النتيجة هي تشويه في معالجة المعلومات الاجتماعية وتضخيم للتهديدات المدركة، مما يؤدي إلى استجابات تجنبية تعزز الاضطراب وتديمه.

يرجع نموذج العلاج بالتقبل والالتزام ذلك إلى أن التحكم الصارم في السلوك من خلال التجارب الداخلية مثل الأفكار والمشاعر، يؤدي إلى آليات غير تكيفية مثل التجنب التجريبي، الاندماج المعرفي، عدم الاتصال بالقيم (Klimczak & Levin, 2023)، فهو يشير إلى أن السعي المستمر لتجنب مشاعر القلق يؤدي إلى زيادة أهميتها الوظيفية حيث يعزز التجنب العمليات

اللفظية التي تجعل الحدث منفرا (Eifert & Forsyth, 2005, p. 17)، حيث تتمثل السمة السلوكية الأساسية للقلق الاجتماعي حسب النموذج في التجنب التجريبي، والذي يظهر عبر مسارين: الهروب السلوكي من المواقف الاجتماعية المنقّرة، والقمع المعرفي للمشاعر والأفكار المقلقة (Christodoulou et al., 2021)، وعلى الرغم من أن هذا التجنب قد يوفر راحة قصيرة المدى، إلا أنه يعزز على المدى الطويل الحلقة المفرغة للقلق؛ حيث يؤدي تجنب المواقف الاجتماعية إلى حرمان الفرد من فرصة دحض معتقداته المخيفة، مما يزيد من حساسيته تجاه القلق في المستقبل ويحدّ من فرصه في تطوير مهارات التأقلم الفعالة، وكنتيجة لذلك، يصبح الشخص مقيدا بشكل متزايد، حيث تُحدّد خياراته السلوكية ليس من خلال قيمه وأهدافه، بل من خلال محاولته المستميتة لتجنب الانزعاج الداخلي، مما يؤدي إلى عدم فعالية سلوكية وتفاقم للمعاناة النفسية.

على النقيض من ذلك، تهدف عملية تعزيز المرونة النفسية في إطار العلاج بالتقبل والالتزام إلى كسر هذه الحلقة من خلال تطوير قدرة الفرد على البقاء على اتصال كامل بالتجارب الداخلية الصعبة، دون أن يتم السيطرة عليها، وأن يتصرف بطريقة تتسق مع قيمه الشخصية (Hayes et al., 2016). حيث تتجسد المرونة النفسية من ثلاثة أبعاد رئيسية: الانفتاح على التجارب الداخلية، والوعي بالسياق الحالي (داخليا وخارجيا)، والمشاركة الفعالة في السلوكيات القائمة على القيم. وتتشكل هذه الأبعاد من خلال ست عمليات فرعية، تشمل التقبل، وفك الاندماج المعرفي، والاتصال باللحظة الحالية، والذات كسياق، والاتصال بالقيم، والالتزام السلوكي. (Klimczak & Levin, 2023)

ولقد أكدت الدراسات السابقة في المجال على الدور الذي تلعبه المرونة النفسية في القلق الاجتماعي، حيث كشفت عدة أبحاث (Figueiredo et al., 2024; Tillfors et al., 2015) عن ارتباط وثيق بين ضعف المرونة النفسية وارتفاع مستويات القلق الاجتماعي في عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية. كما أظهرت دراسات أخرى (Gallego et al., 2020; Gorinelli et al., 2022) أن انخفاض المرونة النفسية يرتبط بزيادة قلق التفاعل الاجتماعي وقلق التحدث أمام الجمهور. وأكدت نتائج دراسة (Erkul, 2023) أن المرونة النفسية تعد منبئا قويا بالقلق الاجتماعي مقارنة بمتغيرات أخرى مثل الاتجاهات الوالدية المدركة وتنظيم الانفعالات. ورغم توفر بعض الدراسات التي تطرقت لمتغير المرونة النفسية حسب منظور العلاج بالتقبل والالتزام وعلاقته بالقلق الاجتماعي، إلا أنها لا تزال قليلة وتحتاج إلى تراكم الأبحاث من أجل تأكيدها، كذلك فمعظم الدراسات هي دراسات أجنبية والبيئات العربية تعاني نقصا كبيرا لمثل هذه الدراسات، ومن خلال هذه الورقة سنحاول البحث عن مدى ملائمة هذه المفاهيم على بيئتنا المحلية وذلك بطرح التساؤلات التالية:

ما مستوى المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة البحث؟

هل توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي؟

هل يسهم مستوى المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي؟

فرضيات الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

- يسهم مستوى المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي.

أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى أفراد العينة على متغيرات الدراسة.

- الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

- الكشف عن مدى اسهام المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية دراستنا الحالية في أهمية متغيراتها، فدراسة المرونة النفسية ومساهمتها في التنبؤ بالقلق الاجتماعي أمر بالغ الأهمية لأنه يوفر نظرة حول كيفية تأثير قدرة الأفراد على التكيف مع التجارب الداخلية مثل القلق والخوف والتصورات السلبية للذات على تفاعلاتهم الاجتماعية. ونظرا لانتشار القلق الاجتماعي بين طلبة الجامعة واعاقته للأداء الشخصي والأكاديمي ومختلف جوانب حياتهم، فإن فهم الدور التنبؤي للمرونة النفسية يمكن أن يقدم أثارا قيمة لاستراتيجيات التدخل. من خلال تحديد ما إذا كانت المرونة النفسية العالية تخفف من القلق الاجتماعي، يمكن لهذا البحث أن يزودنا بمعلومات حول تطوير مناهج علاجية مستهدفة، مثل العلاج بالتقبل والالتزام، لتعزيز آليات التكيف لدى الطلبة وتحسين جودة حياتهم.

التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة:

- المرونة النفسية:

يقصد بالمرونة النفسية في هذه الدراسة الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطالب في مقياس التقبل والفعل (AAQ-II) الذي أعده بوند وزملائه (Bond et al., 2011)، والمكوّن من (7) بنود تقيس مدى قدرة الفرد على تقبل الخبرات الداخلية غير المرغوبة (أفكار، مشاعر، أحاسيس جسدية) دون تجنّب أو دفاع زائد، والانخراط في السلوكيات المتوافقة مع القيم والأهداف الشخصية. وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى مستوى عالٍ من الجمود أو عدم المرونة النفسية، بينما تعكس الدرجات المنخفضة مستوى أعلى من المرونة النفسية.

- القلق الاجتماعي:

يقصد بالقلق الاجتماعي في هذه الدراسة الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطالب على مقياس القلق الاجتماعي (SPIN) الذي أعده كونور وزملائه (Connor et al., 2000)، والمكوّن من (17) بنداً تقيس أبعاد الخوف من المواقف الاجتماعية، وتجنّبها، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة لها، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى مستوى عالٍ من القلق الاجتماعي، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى مستوى أقل من القلق الاجتماعي.

2- الإطار النظري للدراسة

2-1- المرونة النفسية حسب تصور العلاج بالتقبل والالتزام:

يعد العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment therapy (ACT) شكلاً من أشكال العلاج النفسي الذي يجمع بين تقنيات اليقظة الذهنية والعلاج السلوكي، تم تطويره بواسطة ستيفن هايز وزملائه في أواخر الثمانينيات (Larmer et al., 2014)، يركز العلاج على الاعتقاد بأن المعاناة النفسية ناتجة عن التفاعل بين العمليات المعرفية واللغة والأنماط السلوكية، ويكمن الهدف الأساسي للعلاج هو مساعدة الأفراد على تطوير المرونة النفسية من خلال قبول تجاربهم والالتزام بالإجراءات التي تتوافق مع قيمهم. (Luoma et al., 2017)

يعتبر مفهوم المرونة النفسية من المفاهيم القاعدية في العلاج بالتقبل والالتزام فهو الهدف الأساسي الذي يهدف إليه العلاج، يعبر مفهوم المرونة هنا عن القدرة على تجربة اللحظة الحالية بشكل كامل واختيار السلوكيات المتوافقة مع القيم بوعي، بغض النظر عن التجارب الداخلية التي تحدث. (Klimczak & Levin, 2023)

يُطلق على القطب المعاكس للمرونة النفسية عدم المرونة النفسية أو الجمود النفسي، وتتميز بنمط سلوكي من التحكم المفرط في أفكار الشخص ومشاعره وعواطفه، مع الميل إلى تجنب التجارب الداخلية غير السارة على حساب أفعال أكثر فعالية وقيمة، ويتم اعتبار المرونة وعدم المرونة كنهائيتين متعارضتين لسلسلة نفسية متصلة. (Tyndall et al., 2020)

ترتكز المرونة النفسية على ستة عمليات أساسية وهي:

1- **التقبل في مقابل التجنب التجريبي:** ويدل التقبل على القدرة على الانفتاح على الأفكار والمشاعر والأحاسيس الصعبة والسماح بها دون محاولة السيطرة عليها أو قمعها. (Hayes et al., 2016)

2- **فك الاندماج المعرفي في مقابل الاندماج المعرفي:** ويدل فك الاندماج على ملاحظة الأفكار كأحداث عقلية وليست حقائق حرفية، وفصل الذات عن محتوى الأفكار. (Harris, 2009)

3- **الاتصال باللحظة الحالية في مقابل هيمنة الماضي أو المستقبل:** الحضور الواعي للحظة، بدلاً من الانشغال بأفكار حول الماضي أو المستقبل. (Hayes et al., 2006)

- 4- الذات كسياق في مقابل الذات كمحتوى: تجربة ذواتنا كمراقب للأفكار والعواطف والأحداث، بدلا من تعريف ذواتنا بها. (Hayes et al., 2016)
 - 5- وضوح القيم في مقابل عدم وضوح القيم: تحديد وتوضيح القيم الشخصية التي توجه اتجاهات الحياة ذات المعنى. (Harris, 2009)
 - 6- الفعل الملتزم في مقابل التفاعس والاندفاع: اتخاذ إجراءات فعالة مسترشدة بقيم الفرد، حتى في ظل وجود أفكار ومشاعر وتجارب صعبة. (Hayes et al., 2006)
- 2-2- القلق الاجتماعي

القلق الاجتماعي، المعروف أيضا باسم الرهاب الاجتماعي أو الفوبيا الاجتماعية، وهو من أكثر اضطرابات القلق انتشارا، تظهر بيانات المسح العالمي للصحة النفسية (WMH) أن معدلات انتشار اضطراب القلق الاجتماعي (SAD) على مدار 30 يوما، و12 شهرا، وطوال الحياة هي 1.3%، 2.4%، و4.0% على التوالي. (WHO World Mental Health Survey Collaborators et al., 2017) يتمظهر الاضطراب في شكل خوف مستمر وشديد من المراقبة والحكم من قبل الآخرين، مما يؤدي إلى القلق وتجنب المواقف الاجتماعية (Antony et al., 2009)، يعاني الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي من أعراض جسدية مثل احمرار الوجه والتعرق والارتعاش وخفقان القلب عند مواجهة المواقف الاجتماعية (Hofmann & Otto, 2008)، غالبا ما يبدأ اضطراب القلق الاجتماعي في مرحلة الطفولة أو المراهقة ويمكن أن يضعف بشكل كبير قدرة الفرد على العمل في مجالات مختلفة من الحياة، بما في ذلك العمل والمدرسة والعلاقات الشخصية (Antony et al., 2009).

وجاءت معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب القلق الاجتماعي كالتالي:

- *خوف أو انزعاج ملحوظ من التعرض لفحص اجتماعي.
 - *التعرض إلى مسببات القلق يؤدي إلى التقييم السلبي.
 - *تجنب المواقف المزعجة أو تحملها بقلق شديد.
 - *تستمر الأعراض على الأقل لمدة 6 أشهر. (Kring, 2016, p. 351)
- 3-2- لماذا المرونة النفسية مع القلق الاجتماعي:

تقليديا كان العلاج السلوكي المعرفي (CBT) فعالا في تفسير اضطراب القلق الاجتماعي العام وعلاجه، إلا أن الأبحاث أشارت إلى أن بعض الأفراد الذين خضعوا لهذا العلاج حققوا تحسنا طفيفا ويستمررون في الشعور بعدم الرضا عن حياتهم، واستجابة لهذه التحديات ازدادت الاهتمامات البحثية حول فعالية النهج القائم على القبول، لا سيما في سياق اضطراب القلق الاجتماعي. (Eng et al., 2005; Hofmann & Otto, 2008)

وفقاً لنموذج المرونة النفسية يعتقد أن القلق الاجتماعي يستمر نتيجة التجنب التجريبي، حيث يسعى الأفراد إلى تفادي المشاعر والأفكار غير المرغوب فيها على حساب الانخراط في أنشطة تتماشى مع قيمهم الأساسية، على سبيل المثال، قد يرغب الشخص في بناء علاقات اجتماعية ولكنه يتجنب المواعيد بسبب مخاوفه المرتبطة بالقلق الاجتماعي، مما يؤدي إلى إبعاده عن أهدافه الشخصية.

في دراسات مثل تلك التي أجراها كاشدان وزملاؤه (Kashdan et al., 2014)، دعمت دور التجنب التجريبي في اضطراب القلق الاجتماعي. إذ أظهرت إحدى الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يميلون إلى تجنب المواقف الاجتماعية أكثر من غيرهم، مما يزيد من حدة اضطرابهم. كما وجدت دراسة أخرى أن الأشخاص الذين مارسوا التجنب التجريبي في سياقات اجتماعية حميمة كانوا أكثر عرضة لاستمرار القلق الاجتماعي طوال التفاعل، يركز العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) على معالجة التجنب التجريبي من خلال تعزيز المرونة النفسية، مما يساعد الأفراد على التعامل مع أفكارهم ومشاعرهم بمرونة أكبر، بدلاً من تركها تسيطر على سلوكهم. (Hooper & Larsson, 2015)

3 - الطريقة والأدوات

3-1- منهج الدراسة

تم اعتماد المنهج الوصفي في هذه الدراسة لأنه الأنسب لطبيعة موضوعها وأهدافها. فالمنهج الوصفي يهدف إلى دراسة الظواهر النفسية كما توجد في الواقع الميداني، دون أي تدخل أو تلاعب من الباحث، مع التركيز على وصفها وتحليلها. وبما أن البحث يرمي إلى فحص العلاقة بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى الطلبة الجامعيين، إضافة إلى تحديد مدى إسهام مستوى المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي، فإن المنهج الوصفي الارتباطي يتيح وصف مستويات المتغيرات المرونة النفسية والقلق الاجتماعي بدقة لدى أفراد العينة، اختبار العلاقات الارتباطية بين المتغيرات باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة، مثل معامل ارتباط بيرسون، فحص القدرة التنبؤية لمستوى المرونة النفسية فيما يخص القلق الاجتماعي، من خلال نماذج الانحدار.

وهذا ينسجم اختيار هذا المنهج مع أهداف الدراسة، حيث يسمح بجمع بيانات كمية موضوعية من عينة الطلبة، وتحليلها إحصائياً للكشف عن العلاقات القائمة بينها، وتفسير النتائج في ضوء الأدبيات النظرية والدراسات السابقة.

3-2- عينة الدراسة

تمثلت عينة دراستنا الأساسية في 148 طالباً من طلاب سنة ثانية علم النفس بجامعة محمد خيضر بسكرة، حيث تم إجراء مسح شامل للدفعة.

3-3- أدوات الدراسة

■ مقياس التقبل والفعل النسخة الثانية (AAQ-II):

والذي تم اعداده من قبل بوند وزملائه (Bond et al, 2011) ترجمة وتقنين ايمان بوقفة ونور الدين جبالي، يعتبر من اكثر المقاييس استخداما لقياس المرونة النفسية، يتكون من 7 بنود لقياس التقبل والتجنب التجريبي وعدم المرونة النفسية، تتضمن البنود بيانات عن التقييمات السلبية للمشاعر وعدم الرغبة في تجربة الأفكار والمشاعر، والقدرة على الاتصال باللحظة الحالية، يقيم المفحوص على مقياس ليكرت المكون من 7 بدائل تتراوح بين ليس صحيحا (1) الى دائما صحيح (7)، تشير الدرجات العليا الى انخفاض المرونة النفسية مع تجنب أكبر، مع حد أقصى يتمثل في 49، يتمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة حيث تشير النتائج التي تم الحصول عليها من عينة قدرها 2816 مشاركا عبر ست عينات على سبيل المثال، متوسط معامل ألفا هو 0.84 (0.78-0.88)، وموثوقية الاختبار وإعادة الاختبار لمدة 3 و 12 شهرا هي 0.81 و 0.79 على التوالي. تشير النتائج إلى أن نتائج AAQ-II يتنبأ بشكل متزامن وطولي وتدرجي بمجموعة من النتائج، بدءا من الصحة العقلية وحتى معدلات الغياب عن العمل، والتي تتوافق مع نظريتها الأساسية. يوضح AAQ-II أيضا الصلاحية التمييزية المناسبة. يبدو أن AAQ-II يقيس نفس مفهوم AAQ-I ($r = 0.97$) ولكن مع خصائص سيكومترية أفضل. (Bond et al., 2011)

■ حساب الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية:

من أجل حساب الخصائص السيكومترية تم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قدرها 39 طالب من طلاب جامعة بسكرة قبل التطبيق الأساسي.

■ المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)

تم تطبيق هذا الاجراء للكشف عن مدى قدرة الفقرات على التمييز بين أفراد العينة ذوي الدرجات الدنيا وذوي الدرجات العليا في مقياس المرونة النفسية، وذلك بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين العليا والدنيا معتمدين في تحديد المجموعتين على نسبة الثلث من الدرجات بعدما يتم ترتيبها تنازليا، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (1): الإحصاءات الوصفية للدرجات الدنيا والدرجات العليا للمقياس

المبحوثين	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الدرجات الدنيا	12	9.3333	4,81160	1,38899
الدرجات العليا	12	39.5833	5,55073	1.60236

المصدر: اعداد المؤلف

جدول (2): الفروق بين الدرجات العليا والدنيا حسب اختبار 'ت' للفروق

قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	القرار
-15,302	24	,000	-23,23077	2,12058	توجد فروق
-15,302	20,479	,000	-23,23077	2,12058	

المصدر: من اعداد المؤلف

يلاحظ من بيانات الجدول وجود فروق دالة احصائيا بين الأفراد ذوي الدرجات الأعلى والادنى، حيث كان متوسط المجموعة الدنيا 11,54 بينما بلغ في المجموعة العليا 34,77. أظهر اختبارات للمجموعات المستقلة فرقا معنويا بين المتوسطين حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة -15,302 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,01، مما يدل على وجود فروق دالة احصائيا بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات على مقياس المرونة النفسية مما يدل على أن المقياس صادق.

■ الاتساق الداخلي:

حيث تم حساب الارتباطات بين بنود المقياس ودرجات الكلية للمقياس باستخدام معامل الارتباط بيرسون، وقد استخدم هذا الاجراء للدلالة على صدق المقياس وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (3): معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

ن	مستوى الدلالة	معامل بيرسون	
39		1	الدرجة الكلية للمقياس
39	0.001	0.515**	البند 1
39	0.000	0.736*	البند 2
39	0.000	0.843**	البند 3
39	0.000	0.654**	البند 4
39	0.000	0.829**	البند 5
39	0.000	0.707**	البند 6
39	0.000	0.791*	البند 7

المصدر: من اعداد المؤلف

يلاحظ من بيانات الجدول ان معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين 0,51 وهي قيمة متوسطة الى 0,84 وهي قيمة قوية، وكل القيم دالة عند مستوى الدلالة 0,01، مما يشير الى اتساق البنود مع المقياس الذي تنتهي اليه.

■ حساب الثبات حسب معادلة الفا كرونباخ:

الجدول (4): نتائج معامل الفا كرونباخ

العينة	عدد العبارات	الفا كرونباخ
39	7	0,854

المصدر: من اعداد المؤلف

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الفا كرونباخ الكلي يساوي 0,854، وهي درجة مرتفعة مما يدل على ثبات الأداة.

والخلاصة فيما يتعلق بالخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية، ان النتائج المتحصل عليها وفق الإجراءات المعتمدة، تفيد بتوفر الشروط السيكومترية التي تسمح بصلاحية الأداة للتطبيق.

■ مقياس القلق الاجتماعي: (Social Phobia Inventory (SPIN

اعداد كاترين كونور ترجمة أماني عبد المقصود، وهو عبارة عن مقياس تقييم ذاتي مكون من 17 بندا لاضطراب القلق الاجتماعي، ويتضمن عناصر تقييم كل مجال من مجالات أعراض اضطراب القلق الاجتماعي (الخوف والتجنب والإثارة الفسيولوجية). تم تطوير SPIN في البداية لأن مقاييس الرهاب الاجتماعي ذات التصنيف الذاتي المتاحة لم تقيم نطاق الخوف والتجنب والأعراض الفسيولوجية، وكلها مهمة سريريا. يوضح SPIN خصائص سيكومترية قوية ويظهر واعداء كمقياس لفحص واستجابة العلاج للرهاب الاجتماعي.

لقد أظهرت الأبحاث أن SPIN يميز بين الأفراد الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي والذين لا يعانون منه، ويقاس بشكل صحيح شدة المرض، ويكون حساسا لانخفاض الأعراض بمرور الوقت، ويميز بين العلاجات المختلفة. يتميز بمعامل ارتباط 0.78، واتساق داخلي الفا كرونباخ الكلي 0.94، كان SPIN مستجيبا للتغير في الأعراض بمرور الوقت وعكس استجابات مختلفة للأدوية الفعالة مقابل العلاج الوهمي. (Connor et al., 2000)

يصحح المقياس بخمسة بدائل (لا أبدا، نادرا، نوعا ما، كثيرا، غالبا) وتصحح من 0 الى 4 على التوالي، وتصنف الدرجات ضمن خمسة مجالات:

- 0-20: لا يوجد قلق (None)
- 21-30: قلق خفيف (Mild)
- 31-40: قلق معتدل (Moderate)
- 41-50: قلق شديد (Severe)
- 51-68: قلق شديد جدا (Very Severe)

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي:

■ المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)

تم تطبيق هذا الاجراء للكشف عن مدى قدرة الفقرات على التمييز بين أفراد العينة ذوي الدرجات الدنيا وذوي الدرجات العليا في القلق الاجتماعي، وذلك بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين العليا والدنيا معتمدين في تحديد المجموعتين على نسبة 27% من الدرجات بعدما يتم ترتيبها تنازلياً، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (5): الإحصاءات الوصفية للدرجات الدنيا والدرجات العليا للمقياس

المبحوثين	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الدرجات الدنيا	12	9.3333	4,81160	1,38899
الدرجات العليا	12	39.5833	5,55073	1.60236

المصدر: من اعداد المؤلف

الجدول (6): الفروق بين الدرجات العليا والدنيا حسب اختبار 'ت' للفروق

قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	القرار
-14,265	22	,000	-30,25000	2,12058	توجد فروق
-14,265	21,566	,000	-30,25000	2,12058	

المصدر: من اعداد المؤلف

يلاحظ من بيانات الجدول ان قيمة (ت) المحسوبة قد بلغت 14,46- وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,01، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات على مقياس القلق الاجتماعي مما يدل على أن المقياس صادق.

■ الاتساق الداخلي:

حيث تم حساب الارتباطات بين بنود المقياس ودرجات الأبعاد، وكذلك الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل الارتباط بيرسون، وقد استخدم هذا الاجراء للدلالة على صدق المقياس وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (7): معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

ن	مستوى الدلالة	معامل بيرسون	
39		1	الدرجة الكلية للمقياس
39	0.012	0.399*	البند 1
39	0.016	0.383*	البند 2
39	0.000	0.606**	البند 3
39	0.000	0.575**	البند 4
39	0.000	0.754**	البند 5
39	0.000	0.779**	البند 6
39	0.014	0.392*	البند 7
39	0.014	0.414**	البند 8
39	0.000	0.672**	البند 9
39	0.000	0.690**	البند 10
39	0.000	0.545**	البند 11
39	0.000	0.744**	البند 12
39	0.000	0.632**	البند 13
39	0.000	0.632**	البند 14
39	0.000	0.654**	البند 15
39	0.000	0.587**	البند 16
39	0.000	0.681**	البند 17

المصدر: من اعداد المؤلف

يلاحظ من بيانات الجدول ان معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين 0.39 وهي قيمة قريبة من المتوسط الى 0.77 وهي قيمة قوية، وكل القيم دالة عند مستويات الدلالة المعتمدة، مما يشير الى اتساق البنود مع المقياس الذي تنتهي اليه.

■ حساب الثبات حسب معادلة الفا كرونباخ:

الجدول (8): معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

العينة	عدد العبارات	الفا كرونباخ
39	17	0,886

المصدر: من اعداد المؤلف

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان معامل الفا كرونباخ الكلي يساوي 0,886، وهي درجة مرتفعة مما يدل على ثبات الأداة.

والخلاصة فيما يتعلق بالخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي، ان النتائج المتحصل عليها وفق الإجراءات المعتمدة، تفيد بتوفر الشروط السيكومترية التي تسمح بصلاحية الأداة للتطبيق.

3-3- حدود الدراسة:

الزمانية: تم اجراء الدراسة خلال الموسم الجامعي 2023 / 2024، وتم اجراء الشق الميداني في شهر نوفمبر 2024.

المكانية: جامعة محمد خيضر بسكرة - الجزائر-

4- النتائج

1.4 التساؤل الأول:

وكان نصه كالتالي: ما مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة؟ ولغرض الإجابة عن هذا التساؤل تم تقييم افراد العينة على مقياس المرونة النفسية من خلال بدائل (ليس صحيحا =1، نادرا جدا ما يكون صحيحا=2، نادرا ما يكون صحيحا =3، صحيح في بعض الاحيان=4، صحيح عادة =5، صحيح في معظم الأحيان=6، دائما صحيح =7) حيث تشير الدرجات العليا الى انخفاض المرونة النفسية وقد تم تقدير مستويات أفراد العينة وتوزيعهم من خلال المجال التالي:

الجدول (9): تصنيف درجات مقياس المرونة النفسية

المستوى	مجال الدرجات
مرتفع	21-7
متوسط	35-22
منخفض	49-36

المصدر: من اعداد المؤلف

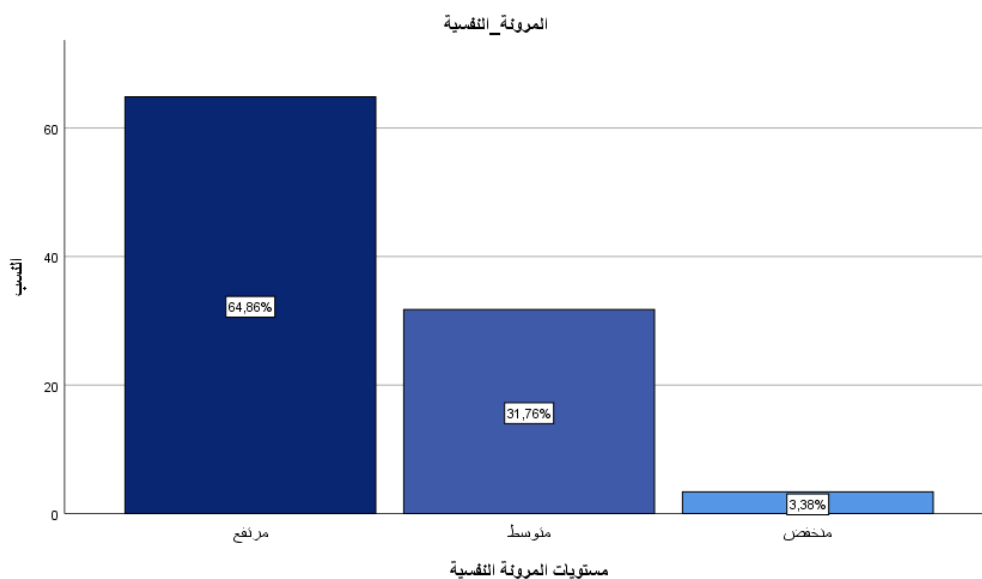
وبتطبيق ذلك على نتائج أفراد العينة تحصلنا على النتائج التالية الموضحة في الجدول والتمثيل البياني اللاحق:

الجدول (10): مستويات المرونة النفسية

المتغير	المستويات	التكرارات	النسبة المئوية
المرونة النفسية	مرتفع	96	% 64.9
	متوسط	47	% 31.8
	منخفض	5	%3.4

المصدر: من اعداد المؤلف

الشكل (01): مستويات المرونة النفسية



المصدر: من مخرجات برنامج spss

استنادا إلى نتائج الجدول والرسم البياني، يتبين أن الغالبية من أفراد العينة يتميزون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية، حيث بلغ عددهم (96 فردا) أي ما يعادل (64.86%) من إجمالي العينة. في المقابل، أظهرت النتائج أن (47 فردا) أي بنسبة (31.76%) يتمتعون بمستوى متوسط من المرونة النفسية، بينما سجل المستوى المنخفض أدنى نسبة، إذ اقتصر على (5 أفراد) فقط بما يمثل (3.4%) من مجموع العينة. وعليه يمكن الاستنتاج أن المستوى السائد لدى عينة الدراسة هو المستوى المرتفع من المرونة النفسية.

وهذا ما يتوافق مع دراسة (بوقفة & جبال، 2020) التي درست المرونة و القلق لدى طلبة الجامعة وتوصلت الى وجود مستوى منخفض على مقياس المرونة النفسية مما يعكس ارتفاع مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة البحث. وقد يرجع تمتع أفراد العينة بمستويات مرتفعة من المرونة النفسية الى عدة عوامل منها: التكيف الجيد مع متطلبات الحياة الجامعية، مستوى الصحة النفسية الجيد، النجاح الأكاديمي، ومستويات جيدة من الرفاه النفسي والاجتماعي. (Mursalzade et al., 2025)

وحسب نموذج العلاج بالتقبل والالتزام فان ارتفاع مستوى المرونة النفسية مرتبط بوجود قدر جيد من الالتزام بالعمليات النفسية للنموذج من مثل (التقبل، وفك الاندماج المعرفي، والاتصال بالحظة الحالية، والذات كسياق، والاتصال بالقيم، والالتزام السلوكي) الأمر الذي قد يبنى بمستوى صحة نفسية جيد ومستوى منخفض من القلق الاجتماعي.

2.4 التساؤل الثاني:

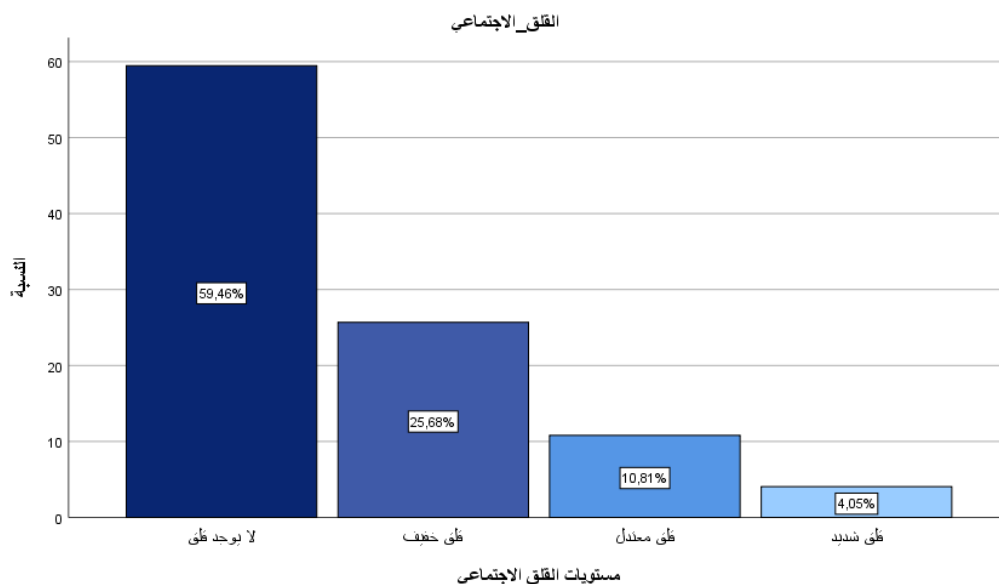
ما مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة؟
وبالرجوع الى معايير تفسير النتائج الخاصة بمقياس القلق الاجتماعي تحصلنا على البيانات التالية:

الجدول (11): مستويات القلق الاجتماعي

المتغير	المستويات	التكرارات	النسبة المئوية
القلق الاجتماعي	لا يوجد	88	59.5 %
	ضعيف	38	25.7 %
	متوسط	16	10.8 %
	شديد	6	4.1 %
	شديد جدا	0	0 %

المصدر: من اعداد المؤلف

الشكل (02): مستويات القلق الاجتماعي



المصدر: من مخرجات برنامج Spss

تشير نتائج الجدول والرسم البياني إلى أن غالبية أفراد العينة لا يعانون من مستويات دالة على القلق الاجتماعي، إذ بلغ عددهم (88 فرداً) بنسبة (59.46%) من إجمالي العينة. يلي ذلك الأفراد الذين أظهروا مستوى ضعيفاً من القلق الاجتماعي، حيث بلغ عددهم (38 فرداً) أي ما يعادل (25.68%). أما المستوى المعتدل فقد سجل لدى (16 فرداً) بنسبة (10.81%)، في حين ظهر المستوى الشديد لدى (6 أفراد) فقط بنسبة (4.1%). وتجدر الإشارة إلى أنه لم يسجل أي فرد ضمن فئة المستوى الشديد جداً. وبناءً على ذلك، يتضح أن المستوى غير الدال على القلق الاجتماعي يمثل السمة الغالبة لدى عينة الدراسة، ومع ذلك، فإن نسبة (40.54%) من الطلبة الذين أظهرت نتائجهم مستويات متفاوتة من القلق الاجتماعي تُعد نسبة معتبرة، والتي هي نسبة أكبر حتى مما توصلت إليه دراسة كريش أحمد (2018) حول انتشار الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة في الوسط الجزائري، حيث وجدت أن (17.76%) من أفراد العينة يعانون من القلق الاجتماعي، في حين يعاني (4.86%) منهم من رهاب اجتماعي حاد يتطلب تدخلاً علاجياً، الأمر الذي يستدعي الانتباه إلى هذه الفئة والعمل على توجيه تدخلات وقائية وعلاجية تهدف إلى الحد من القلق الاجتماعي وتعزيز الصحة النفسية داخل الوسط الجامعي. (كريش، 2018)

قد تعود النسب المعتبرة للقلق الاجتماعي لدى الطلبة إلى عوامل متداخلة. فقد أوضحت بعض الأبحاث أن إدراك صورة الجسم وتصور ملامح الوجه، إلى جانب مستوى الرضا عن الأداء

الأكاديمي، يمكن أن يسهم في ارتفاع مستويات القلق الاجتماعي (Al- & Das, 2019). كذلك بينت دراسة (Vitasari et al., 2011) أن بعض الظروف المحيطة بالطالب داخل البيئة الجامعية مثل المشكلات مع الأقران، أو الصعوبات في التكيف مع زملاء السكن، أو الشعور بعدم الارتياح في السكن الجامعي، بالإضافة إلى كثرة عدد الزملاء بما يجعل الدراسة أكثر صعوبة، فضلاً عن بيئة الحرم الجامعي الغير مريحة للتعليم، قد تشكل بدورها عوامل أساسية في تعزيز مظاهر القلق الاجتماعي. كما أظهرت نتائج أخرى أن وجود تاريخ من الإساءة الجسدية في مرحلة الطفولة قد يترك آثاراً ممتدة على الصحة النفسية لاحقاً، بما في ذلك القابلية للإصابة بالقلق الاجتماعي. (Al-Naggar, 2012)

كذلك فحسب نموذج المرونة النفسية فإن الخلل في بعض عمليات النموذج وبالخصوص التجنب التجريبي قد يزيد من احتمالية الإصابة بالقلق الاجتماعي، حيث يعزى القلق الاجتماعي إلى هيمنة أنماط غير فعالة في التعامل مع الخبرات الداخلية. إذ يُظهر الأفراد ميلاً إلى مقاومة الأفكار والانفعالات المرتبطة بالمواقف الاجتماعية ومحاولة التخلص منها، عوضاً عن تقبلها. ويؤدي هذا النمط إلى إعاقه الانخراط في السلوكيات الموجّهة بالقيم الشخصية، مما يسهم في ترسيخ الأعراض القلقة وتعزيز محدودية القدرة على التكيف مع المواقف الاجتماعية. (Hooper & Larsson, 2015)

3.4 الفرضية الأولى:

والتي نصها: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية ما بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة"

ولأجل التحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل بيرسون لحساب العلاقة بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي وتظهر نتيجة ذلك في الجدول التالي:

الجدول (11): معامل الارتباط بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي

المتغيرات	المؤشرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	العينة
المرونة النفسية	0,513	0,00	148	
القلق الاجتماعي				

المصدر: من اعداد المؤلف

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون يقدر ب0,513 وهي قيمة دالة احصائياً عند مستوى 0,00 وهي قيمة اتجاهاً موجب وقوة ارتباطها متوسطة، وبما أن تصحيح

المقياس يدل بشكل عكسي على أن ارتفاع درجة المقياس يدل على انخفاض المرونة النفسية فان النتيجة تدل على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي.

وعليه فان الفرضية القائلة بأنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية ما بين المرونة النفسية والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة البحث صحيحة.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء الخلفية النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام فالنموذج يفترض أنه كلما ارتفع مستوى الجمود النفسي أو عدم المرونة النفسية بمكوناته الست (التجنب التجريبي، الاندماج المعرفي، الذات كمحتوى، التقاعس أو الاندفاع، عدم وضوح القيم، هيمنة الماضي أو المستقبل) كلما زادت المعاناة بمختلف أشكالها، ففي المواقف الاجتماعية قد ينخرط ذوو المرونة النفسية المنخفضة في استراتيجيات التجنب للتعامل مع القلق مما قد يؤدي بشكل معاكس الى الحفاظ على القلق الاجتماعي أو تفاقمه بمرور الوقت (Christodoulou et al., 2021)، كذلك فان الافراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يتسمون بأفكار ومعتقدات سلبية ذات تقييم ذاتي، ويمكن أن يؤدي الاندماج المعرفي مع هذه الأفكار إلى تضخيم القلق في المواقف الاجتماعية (Ossman et al., 2006)، أيضا قد يواجه الأفراد ذوو المرونة النفسية المنخفضة صعوبة في الانخراط في أنشطة ذات قيمة أو مواقف اجتماعية بسبب وجود القلق الاجتماعي، مما يؤدي إلى تعزيز التجنب والضييق. (Hooper & Larsson, 2015)

كما تتفق نتائج دراستنا مع ما أظهرته العديد من الدراسات السابقة، فعلى سبيل المثال، توصلت دراسة (Fergus et al., 2012) الى أن الجمود النفسي (Psychological Inflexibility) يرتبط بشكل دال بارتفاع أعراض الاكتئاب والقلق الاجتماعي ومقاييس القلق الأخرى، مما يدل على أن محدودية القدرة على التقبل والانغماس في التجارب الداخلية السلبية يسهم في تفاقم الأعراض. وفي السياق ذاته، وجدت دراسة (Flynn et al., 2019) على عينة جامعية أن التقبل للأفكار والمشاعر الاجتماعية القلقة يرتبط سلبا بمخاوف التدقيق وقلق التفاعل الاجتماعي، وهو ما يعزز فكرة أن التقبل، كأحد مكونات المرونة النفسية، يسهم في تخفيف حدة القلق الاجتماعي. كذلك، أظهرت دراسة (Gallego et al., 2020)، التي تناولت العلاقة بين قلق التحدث أمام الجمهور، وتحمل الضيق، والمرونة النفسية، وجود ارتباط دال بين القلق المبلغ عنه ذاتيا اتجاه التحدث أمام الجمهور وعدة جوانب من المرونة النفسية، مثل الانفتاح على التجارب، ومهارات المراقبة الذاتية، والاندماج المعرفي.

كذلك تتسق مع ما توصلت إليه دراسة (Tyndall et al., 2018) التي بحثت دور مكونات الجمود النفسي، حيث أوضحت أن التجنب التجريبي يمثل العامل الأكثر تأثيرا على المدى الطويل، مقارنة بالاندماج المعرفي الذي يفسر أثره في النهاية من خلال التجنب. ويشير ذلك إلى أن الأفراد ذوي المرونة النفسية المنخفضة يلجؤون بشكل أكبر إلى استراتيجيات تجنبية أو إلى الاجترار كوسيلة

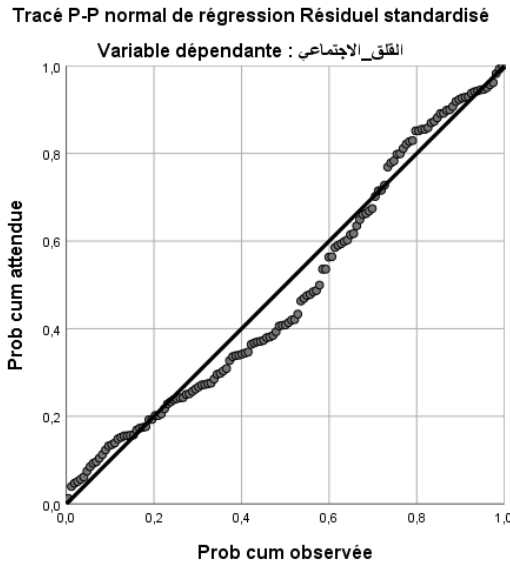
للتعامل مع الخبرات الداخلية السلبية، وهو ما يؤدي إلى تفاقم القلق بدلا من الحد منه. وبالمقابل، فإن تعزيز التقبل والفعل الملزم – بوصفهما عمليتين مركبتين في المرونة النفسية – يمكن أن يسهم في تقليل الاعتماد على التجنب، وبالتالي في خفض القلق الاجتماعي على المدى الطويل. بناء على ما سبق، يمكن تفسير العلاقة التي توصلت إليها الدراسة الحالية بأن الطلبة ذوي المرونة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على مواجهة الأفكار والمشاعر المرتبطة بالقلق الاجتماعي دون الانغماس فيها أو تجنبها، الأمر الذي يقلل من مستويات القلق الاجتماعي لديهم. أما من يعانون من انخفاض المرونة النفسية أو الجمود النفسي، فهم أكثر عرضة للتجارب الداخلية السلبية وللتفكير المفرط أو التجنب الاجتماعي، مما يزيد من شدة القلق الاجتماعي.

4.4 الفرضية الثانية:

والتي نصها: يسهم مستوى المرونة النفسية في التنبؤ بالقلق الاجتماعي. وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على معامل الانحدار الخطي البسيط وحسابه عن طريق برنامج spss26، وقبل ذلك لابد من التأكد من توفر فرضيات النموذج الخطي البسيط تبعا للخطوات التالية:

■ التوزيع الطبيعي للأخطاء:

وللتأكد تم الاعتماد على مخطط Normal Probability
شكل (3): مخطط التوزيع الطبيعي للأخطاء



المصدر: مخرجات برنامج SPSS

تبعاً للشكل نلاحظ أن كل النقاط تقريباً تتجمع قرب الخط المستقيم، مما يدل على التوزيع الطبيعي للأخطاء العشوائية.

■ إحصاءات وصفية عامة

الجدول (12): إحصاءات وصفية

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة
القلق الاجتماعي	18,31	10,49	148
المرونة النفسية	18,88	8,24	148

المصدر: من اعداد المؤلف

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة الدراسة في متغير القلق الاجتماعي يساوي 18.31 الأمر الذي يشير إلى أن المشاركين في الدراسة في المتوسط يقعون ضمن الفئة التي لا تعاني من القلق الاجتماعي وفقاً لمقياس التقدير المعتمد، حيث إن الدرجات بين 0-20 تصنف ضمن فئة "عدم وجود قلق اجتماعي"، كذلك نلاحظ أن الانحراف المعياري للقلق الاجتماعي هو (10.494) وهي نسبة مرتفعة نسبياً مقارنة بمتوسطه (18.31)، مما يدل على وجود تفاوت كبير بين الأفراد في مستوى القلق الاجتماعي، حيث يوجد من يعاني من مستويات مرتفعة ومن لديه مستويات منخفضة جداً. أما بالنسبة للمتوسط الحسابي لمتغير المرونة النفسية والذي يقدر بـ 18.88 فهو يشير إلى أن المشاركين يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية، وذلك نظراً لطريقة تصحيح المقياس، حيث تعكس الدرجات المنخفضة مستوى أعلى من المرونة. وبما أن المقياس يتراوح بين 7 و 49، وتصنف الدرجات بين 7-21 (مرتفعة)، 22-35 (متوسطة)، و 36-49 (منخفضة)، فإن متوسط العينة يقع ضمن الفئة المرتفعة، مما يدل على مستوى مرونة عالٍ. كذلك فكانت نسبة الانحراف المعياري للمرونة النفسية هي (8.249) وهو أقل نسبياً من نظيره في القلق الاجتماعي، مما يشير إلى أن استجابات المشاركين أكثر تقارباً حول المتوسط، أي أن معظمهم لديهم مستويات متقاربة من المرونة النفسية مقارنة بتفاوتهم في القلق الاجتماعي.

■ جدول الارتباط

ويتم ذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون وفيما يلي نتيجة تطبيق ذلك:

الجدول (13): معامل الارتباط بين القلق الاجتماعي والمرونة النفسية

المتغيرات	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
القلق الاجتماعي المرونة النفسية	0,513	0,000

المصدر: من اعداد المؤلف

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متغيري القلق الاجتماعي والمرونة لنفسية قد بلغ 0,513، وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة أقل من 0,01.

■ جدول تحليل التباين

الجدول (14): جدول تحليل التباين

النموذج	مجموع الانحرافات	درجة الحرية	مربع المتوسطات	القيمة الفانية (ف)	مستوى الدلالة
1	الانحدار	1	4256,716	52,090	,000 ^b
	البواقي	146	81,719		
	المجموع	147	16187,703		
a المتغير التابع : القلق الاجتماعي					
b. المنبآت (الثابت) : المرونة النفسية					

توضح بيانات الجدول نتائج تحليل التباين من أجل اختبار معنوية الانحدار، ويلاحظ منه ان قيمة (ف) تساوي 52,090 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.000 وعليه فالانحدار معنوي (أي: وجود علاقة بين المتغير التابع والمتغير المستقل وان التغير في المتغير المستقل يتبعه تغير في المتغير التابع).

■ ملخص نموذج الانحدار الخطي:

بعد التأكد من وجود مساهمة لمستوى المرونة النفسية في القلق الاجتماعي، تم حساب حجم الأثر من خلال معامل التحديد ومعامل الارتباط المصحح.

الجدول (15): ملخص نموذج الانحدار الخطي

النموذج	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الارتباط	الخطأ المعياري في التقدير
1	0,513 ^a	0,263	0,258	9,040

المصدر: من اعداد المؤلف

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يساوي (0,513) وهي قيمة دالة عند 0.01 كما تم ذكر ذلك مسبقا، اما معامل التحديد فهو (0.26) ويدل ذلك على أن متغير المرونة النفسية يفسر 26% من التباين والتغير (الانحرافات الكلية في قيم القلق الاجتماعي) تفسرها العلاقة الخطية أي نموذج الانحدار، وأن 74% من التباينات تعود الى عوامل عشوائية أو متغيرات أخرى لم تضمن في النموذج.

المرونة النفسية وعلاقتها بالقلق الاجتماعي: دراسة على عينة من الطلبة الجامعيين

الجدول (16): قيم المعاملات في نموذج الانحدار

النموذج	B	الخطأ المعياري	Beta	(ت)	مستوى الدلالة
1	5,996	1,861		3,222	0,002
	0,652	0,090	0,513	7,217	0,000
a. المتغير التابع: القلق الاجتماعي					

المصدر: من اعداد المؤلف

من خلال الجدول يمكننا استخراج معادلة الانحدار التالية:

$$Y = 5,996 + 0,652 (X)$$

توضح معادلة الانحدار الخطي العلاقة بين المرونة النفسية (X) والقلق الاجتماعي (Y) ، يشير الثابت 5.996 الى مستوى القلق الاجتماعي المتوقع عندما تكون المرونة النفسية عند الحد الأدنى. أما معامل الانحدار 0.652 فيعني أن كل زيادة بوحدة واحدة في درجة المرونة النفسية (والتي تعكس في المقياس انخفاض المرونة الفعلية) تؤدي إلى زيادة القلق الاجتماعي بمقدار 0.652. وبذلك، كلما زادت درجة الفرد في مقياس المرونة النفسية، زاد القلق الاجتماعي، مما يعكس أن انخفاض المرونة الحقيقية يرتبط بارتفاع القلق الاجتماعي.

بمعنى أنه كلما تغير متغير المرونة النفسية (X) بوحدة واحدة يتبعه تغير في المتغير التابع القلق الاجتماعي (Y) بقيمة بيتا Beta، أي كلما زادت درجات المرونة النفسية بمقدار 8,249 انحراف معياري تبعه زيادة في القلق الاجتماعي بمقدار 5,38 أي ما يعادل 0,513 من انحرافه المعياري 10,494.

ومن هنا فان الفرضية التي مفادها أن مستوى المرونة النفسية يمكنه أن ينبيء بالقلق الاجتماعي صحيحة.

5. مناقشة:

تشير النتائج والتي أظهرت وجود دور منبئ للمرونة النفسية في القلق الاجتماعي لدى الطلبة، وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال على سبيل المثال، وجدت دراسة (Figueiredo et al., 2024) أن عمليات التقبل والفعل الملتزم تنبؤ سلباً بالجمود النفسي (Psychological Inflexibility) لدى المراهقين المصابين باضطراب القلق الاجتماعي، بينما كان الاندماج المعرفي مرتبطاً بشكل إيجابي بالقلق الاجتماعي، مما يوضح أن انخفاض المرونة النفسية يسهم في زيادة شدة القلق الاجتماعي عبر زيادة الجمود النفسي وعمليات التحكم غير المجدية بالتجارب الداخلية. كما تدعم دراسة (Tillfors et al., 2015) هذا التفسير حيث أكدت على الدور التأثيري القوي بين القلق الاجتماعي/التجنب الاجتماعي والجمود النفسي، مع ارتباطه أيضاً

بأعراض الاكتئاب والاجترار. وأكدت الدراسة أن استراتيجيات السيطرة على التجارب الداخلية غير السارة، مثل التجنب والاجترار، تسهم في استمرار القلق الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، أكدت دراسة (Gorinelli et al., 2022) أن مستويات القلق الاجتماعي وقلق التواصل المرتفعة لدى طلاب الجامعة ارتبطت بانخفاض مستويات المرونة النفسية، في حين أظهرت دراسة (ERKUL, 2023) حيث توصلت إلى أن المرونة النفسية تنبأ سلباً بالقلق الاجتماعي بدرجة أعلى من المتغيرات الأخرى، ما يعكس دورها المحوري في مواجهة صعوبات التفاعل الاجتماعي وتنظيم الانفعالات، كما أظهرت نتائج (Asher et al., 2021) أن التغيرات في التجنب التجريبي والقلق الاجتماعي كانت متبادلة التأثير، حيث فسّر التجنب التجريبي ما يقارب 89% من التغيرات في القلق الاجتماعي، مما يعكس دور عملية التجنب التجريبي في استمرار الأعراض. ومما سبق تؤكد نتائج الدراسة الحالية دور المرونة النفسية كعامل وقائي ضد تطور القلق الاجتماعي لدى الطلبة، وتنسجم مع ما أشارت إليه الأدبيات الحديثة حول أهمية استهداف المرونة النفسية في التدخلات العلاجية القائمة على العلاج بالتقبل والالتزام، كما تدعم هذه النتيجة الفائدة المحتملة للتدخلات القائمة على العلاج بالتقبل والالتزام في علاج اضطراب القلق الاجتماعي، حيث أن زيادة المرونة النفسية قد تساهم في تقليل أعراض القلق الاجتماعي. كذلك يتضح من خلال هذا العرض أن المرونة النفسية تسهم في 26% من التغير الحاصل في القلق الاجتماعي، وبالتالي هناك عوامل أخرى مثلاً (جينية، نمائية، بيئية) تسهم في هذا التغير والتباين لدى أفراد عينة البحث مما يستدعي مزيداً من البحث والتحقيق في العوامل الأخرى المرتبطة بالقلق الاجتماعي، كذلك فهناك حاجة إلى دراسات أكبر وأكثر تمثيلاً من أجل دراسة هاته العلاقة بشكل أكثر موضوعية وإمكانية تعميم النتائج.

6. خاتمة

تدعم النتائج التي تم التوصل إليها الإطار النظري والبحثي الذي يؤكد على دور المرونة النفسية كمكون أساسي في الصحة النفسية. إذ تبرز الدراسة كيف يمكن للخلل في أي من العمليات الست المرتبطة بالمرونة النفسية أن يساهم في تفسير الاضطرابات النفسية، وبالأخص اضطراب القلق الاجتماعي كونه يشكل عائقاً أمام الأفراد في تحقيق حياة ذات معنى وقيمة. ومن هذا المنطلق تؤكد الدراسة أهمية التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية والتقبل، لما لها من دور في تحسين التعامل المرن مع الأفكار والمشاعر.

تفتح هذه النتائج المجال لإجراء دراسات أوسع وأكثر تعمقاً لاستكشاف العوامل الأخرى المساهمة في القلق الاجتماعي، مما يساهم في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية. كما تدعو الدراسة إلى تعزيز البرامج التوعوية والإرشادية التي تستند إلى مبادئ التقبل والالتزام، بهدف الحد من العوامل التي تساهم في نشوء القلق الاجتماعي وتعزيز العوامل العلاجية التي تساعد في مواجهته.

إن نشر الوعي حول أهمية المرونة النفسية ودورها في تحسين جودة الحياة النفسية يعد خطوة ضرورية نحو الحد من انتشار اضطراب القلق الاجتماعي وتوفير بيئة داعمة للصحة النفسية.

قائمة المراجع:

اولا المراجع باللغة العربية:

1. بوقفة، ايمان، جبالي، نور الدين. (2020). المرونة النفسية والقلق. *مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية*، 21(01)، 488-465.
2. كريش، أحمد. (2018). الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعة وعلاقته بتقدير الذات. *مجلة دراسات نفسية واجتماعية*، 8(1)، 159-145.

ثانيا المراجع باللغة الاجنبية

1. . P., & Das, P. (2019). Prevalence of social anxiety disorder and its determinants among undergraduate medical students of East Delhi. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(3), 1335. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20190636>
2. Al-Naggar, R. A. (2012). Prevalence and associated factors of phobia and social anxiety among university students. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 13(2), 12-121.
3. Antony, M. M., Federici, A., & Stein, M. B. (2009). Overview and introduction to anxiety disorders. In *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. (pp. 3-15). Oxford University Press.
4. Asher, M., Hofmann, S. G., & Aderka, I. M. (2021). I'm Not Feeling It: Momentary Experiential Avoidance and Social Anxiety Among Individuals With Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 52(1), 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.001>
5. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
6. Christodoulou, V., Flaxman, P. E., & Lloyd, J. (2021). Acceptance and Commitment Therapy in Group Format for College Students. *Journal of College Counseling*, 24(3), 210-223. <https://doi.org/10.1002/jocc.12192>
7. Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
8. Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Publications.
9. Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to

- cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(2), 143–156. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.007>
10. ERKUL, B. M. (2023). *THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL ANXIETY, PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY, PERCEIVED PARENTING ATTITUDES, AND EMOTION REGULATION*. Izmir University of Economics.
11. Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Gillen, M. J., Hiraoka, R., Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., & McGrath, P. B. (2012). Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth in two adult samples. *Psychological Assessment*, 24(2), 402–408. <https://doi.org/10.1037/a0025776>
12. Figueiredo, D. V., Alves, F., & Vagos, P. (2024). Psychological inflexibility explains social anxiety over time: A mediation analyses with a clinical adolescent sample. *Current Psychology*, 43(5), 4404–4415. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04650-w>
13. Flynn, M. K., Bordieri, M. J., & Berkout, O. V. (2019). Symptoms of social anxiety and depression: Acceptance of socially anxious thoughts and feelings as a moderator. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.12.002>
14. Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
15. Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2022). Psychological Processes in the Social Interaction and Communication Anxiety of University Students: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 22, 5–19.
16. Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
17. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
18. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (Second edition, paperback edition). The Guilford Press.
19. Henderson, L., & Zimbardo, P. (2010). Shyness, Social Anxiety, and Social Anxiety Disorder. In *Social Anxiety* (pp. 65–92). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00003-1>
20. Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203927526>
21. Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The Research Journey of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9781137440174>
22. Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Machell, K. A., Kleiman, E. M., Monfort, S. S., Ciarrochi, J., & Nezlek, J. B. (2014). A contextual approach to experiential avoidance and social anxiety: Evidence from an experimental interaction and daily

- interactions of people with social anxiety disorder. *Emotion*, 14(4), 769–781. <https://doi.org/10.1037/a0035935>
23. Klimczak, K. S., & Levin, M. E. (2023). Acceptance and commitment therapy. In *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 1–9). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00121-1>
24. Kring, A. M. (with Johnson, S. L., & Davison, G. C.). (2016). *علم النفس المرضي* (2nd ed). مكتبة الأنجلو المصرية.
25. Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 07(03), 216–221. <https://doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
26. Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists* (Second edition). Context Press.
27. Mursalzade, G., Escriche-Martínez, S., Valdivia-Salas, S., Jiménez, T. I., & López-Crespo, G. (2025). Factors Associated with Psychological Flexibility in Higher Education Students: A Systematic Review. *Sustainability*, 17(12), 5557. <https://doi.org/10.3390/su17125557>
28. Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 6(3), 397–416.
29. Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S., & Swinson, R. P. (2001). Social anxiety in college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 203–215. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00059-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00059-7)
30. Tan, G. X. D., Soh, X. C., Hartanto, A., Goh, A. Y. H., & Majeed, N. M. (2023). Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100658. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100658>
31. Tillfors, M., Toll, C., Branting, M., Boersma, K., & Jansson-Fröjmark, M. (2015). Allowing or fighting social anxiety: The role of psychological inflexibility in a non-clinical population. *Journal for Person-Oriented Research*, 1(3), 151–161. <https://doi.org/10.17505/jpor.2015.16>
32. Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Pereira, A. (2020). Profiles of Psychological Flexibility: A Latent Class Analysis of the Acceptance and Commitment Therapy Model. *Behavior Modification*, 44(3), 365–393. <https://doi.org/10.1177/0145445518820036>
33. Tyndall, I., Waldeck, D., Riva, P., Wessellmann, E. D., & Pancani, L. (2018). Psychological flexibility and ostracism: Experiential avoidance rather than cognitive fusion moderates distress from perceived ostracism over time. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.001>
34. VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14646-000>

35. Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Herawan, T., & Sinnadurai, S. K. (2011). Representation of social anxiety among engineering students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 620–624. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.120>
36. WHO World Mental Health Survey Collaborators, Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>