

فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستوى الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين

علي عبد الله أمبارك السويهي

الجامعة الإسلامية

أُسْتُلِم بتاريخ 2025/6/22 وقُبِل للنشر بتاريخ 2025/8/26

المستخلص: هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين. جرى تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 100 مشارك، تم اختيارهم من مراجعي جمعية كفى للإقلاع عن التدخين، وقد قُسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (50 مشاركًا) خضعت لتطبيق البرنامج، ومجموعة ضابطة (50 مشاركًا) لم تتلق أي تدخل. استخدم الباحث مقياس الهشاشة النفسية الذي تم إعداده بما يتناسب مع خصائص العينة، ويتكون من (25 عبارة)، تغطي أربعة أبعاد رئيسية: الاعتمادية، انخفاض تقدير الذات، ضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية (مثل القلق والاكتئاب). أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهشاشة النفسية؛ إذ انخفض متوسط الدرجات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. كما وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث انخفض متوسط الدرجات في التطبيق البعدي، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض مستويات الهشاشة النفسية. وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين البعدي والتبقي، مما يؤكد استدامة أثر البرنامج. واستنادًا إلى هذه النتائج، قدّم البحث مجموعة من التوصيات، من أبرزها: ضرورة تعزيز استمرارية الدعم الإرشادي عبر برامج متابعة طويلة المدى بعد انتهاء البرامج الأساسية؛ لضمان تثبيت التحسن وتقليل احتمالات الانتكاس، وتصميم تدخلات إرشادية ذكية وفردية، تعتمد على تقييم نفسي دقيق، مع استثمار التقنيات الحديثة مثل التطبيقات الذكية والدكاء الاصطناعي؛ لتقديم دعم نفسي مستمر ومخصص.

الكلمات المفتاحية: العلاج الجدلي السلوكي، الهشاشة النفسية، الاعتمادية، ضعف المواجهة، مراجعي مركز الإقلاع عن التدخين.

The Effectiveness of A Counseling Program Based on Dialectical Behavioral Therapy in Reducing The Level Of Psychological Fragility Among Patients Of Smoking Cessation Centers

Ali Abdullah E Alswihri

Islamic University

Received on 22/6/2025 prior to publication on 26/8/2025

Abstract: The study aimed to verify the effectiveness of a counseling program based on dialectical behavioral therapy in reducing psychological fragility among patients at a smoking cessation center. The study was applied to a sample of (100) participants selected from patients at the KAFA Association for Smoking Cessation. They were divided into two groups: an experimental group (50 participants) who underwent the program, and a control group (50 participants) who did not receive any intervention. The researcher used a psychological fragility scale, which was prepared to suit the characteristics of the sample. It consists of 25 statements covering four main dimensions: dependency, low self-esteem, weak coping, and psychological disorders (such as anxiety and depression). The results of the study showed statistically significant differences between the average scores of the experimental group and the control group on the psychological fragility scale; the average scores of the experimental group decreased compared to the control group. Statistically significant differences were also found between the average scores of the pre-application

and post-application of the experimental group; the average scores decreased in the post-application, indicating the effectiveness of the program in reducing levels of psychological fragility. The results also showed no statistically significant differences between the post-test and follow-up test averages, confirming the sustainability of the program's impact. Based on these findings, the study presented a set of recommendations, most notably: the need to enhance the continuity of counseling support through long-term follow-up programs after the end of the primary programs to ensure sustained improvement and reduce the likelihood of relapse; the need to design smart, individualized counseling interventions based on accurate psychological assessment; and the use of modern technologies such as smart applications and artificial intelligence to provide ongoing, personalized psychological support.

Keywords: Dialectical behavior therapy, psychological fragility, dependency, poor coping, smoking cessation center clients.

مقدمة وخلفية نظرية

تشهد المجتمعات المعاصرة تزايداً مضطرباً في حدة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهها الأفراد؛ وذلك نتيجة التعقيدات المتسارعة في أنماط الحياة، وتنامي التحولات المرتبطة بالتغيرات الاقتصادية، والثقافية، والتقنية. وقد أدى هذا الواقع إلى ظهور مظاهر متعددة من سوء التكيف مع الحياة، من أبرزها ما يُعرف بـ"الهشاشة النفسية" Psychological Fragility.

يعدّ مفهوم الهشاشة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبياً في علم النفس، وقد بدأ في الظهور والانتشار في العقدين الأخيرين من القرن الحادي والعشرين، خاصة مع ازدياد الاهتمام بالاضطرابات النفسية الخفية وغير المشخصة، مثل: القلق الاجتماعي، والتوتر المزمن، والاحتراق النفسي، وحساسية النفس للعوامل البيئية والاجتماعية (جماطي، 2021؛ Atiya, 2024).

تُعرّف الهشاشة النفسية بأنها: حالة الضعف أو الوهن النفسي التي تنتاب الفرد، فتجعله أكثر اعتماداً على المصادر الخارجية لإحساسه بقيمته، وأقل تقديرًا لذاته، كما تضعف قدرته على المواجهة، وتجعله أقل مقاومة لعوامل الخطر أو الأحداث الضاغطة، وأكثر عرضة للاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب، وتتضمن أربعة أبعاد، هي: الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية (Evans et al., 2024).

تشير الهشاشة النفسية إلى حالة يكون فيها الشخص شديد الحساسية وضعيف التحمل أمام الضغوط، فيضخم المشكلات، ويرى نفسه أقل قدرة على المواجهة، ويستسلم بسرعة للأفكار والمشاعر السلبية حتى لو لم تكن الأزمة كبيرة بالفعل. أما الضعف النفسي فهو مفهوم أوسع، يشير عموماً إلى محدودية قدرة الشخص على التكيف مع المتاعب والصعوبات بشكل عام، وقد يكون مرتبطاً بوجود اضطراب نفسي دائم أو فقدان الثقة بالنفس أو قلة المهارات النفسية، لكنه لا يصل بالضرورة لمرحلة الانهيار والانكسار، والانكسار النفسي هو الحالة التي يصل فيها الشخص لـ"كسر داخلي" واضح بعد التعرض لصدمة شديدة أو تكرار الأزمات، ويشعر بعدها بعجز تام أو فقدان الأمل والدافع، وغالباً يصعب فيها

العودة للاتزان دون تدخل ودعم متخصص، وبالتالي فإن الهشاشة بداية مرحلة الضعف العميق، والضعف النفسي أكثر عمومية وشمولية، والانكسار هو النهاية أو أخطر مرحلة من فقدان الصمود (الشهري، 2023؛ وأحمد، 2020؛ جماطي، 2021).

وتشير الأدبيات النفسية إلى أن الهشاشة النفسية ترتبط بضعف الصلابة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، وسوء التنظيم الانفعالي (Atiya, 2024؛ الشهري، 2023). كما تؤثر في بنية الشخصية، فيزيد الاعتماد على الآخرين وتعزز أنماط التفكير السلبي، فالأفراد الضعفاء نفسياً أكثر عرضة للمشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية والمعاناة، كما يميلون إلى ردود الفعل المبالغ فيها بالأحداث الضاغطة البسيطة، والتفسير السلبي للأحداث، مما يعرضهم لخطر الإصابة بالاكتئاب وغيره من النتائج السلبية (Abdrasulovna, 2024; Keramidas, 2021; Qona'ah et al., 2020).

تؤدي الهشاشة المتزايدة إلى ضعف الصحة النفسية، ونقص الدعم الاجتماعي، كما تؤثر في السلوك والعلاقات الشخصية (Selim et al., 2022). كما أن العلاقة السلبية بين الهشاشة والكفاءة الذاتية لها تأثير سلبي على الدافع السلوكي للفرد (Tawfiq, 2023). كما ترتبط سلبياً بالكفاءة الذاتية وإيجابياً بالتسويق، حيث إن كلاً من الكفاءة الذاتية والتسويق يفسران (40%) من تباين الهشاشة النفسية لدى طلاب الجامعة (Araújo et al., 2025).

وأشارت أرسلان (Arslan et al., 2024) إلى وجود مستوى متوسط من الهشاشة النفسية لدى المراهقين غير المتوافقين دراسياً، وهناك علاقة بين مستوى الهشاشة النفسية والتوافق الدراسي؛ إذ إن المراهقين غير المتوافقين دراسياً أكثر هشاشة نفسية مقارنة بالطلاب المتوافقين دراسياً.

وتوصلت دراسة وارث وتوفيق (Wareth & Tawfiq, 2024) إلى أن البناء النفسي للطلاب ذوي الهشاشة النفسية المرتفعة اتسم بالتصدع والخلل والاضطراب، حيث صورة الذات السلبية، وانخفاض تقدير الذات وعدم الرضا عنها، وظهور نقص في إشباع الاحتياجات العاطفية الأساسية، ومعاناة الصراعات، وضعف الأنا، واللجوء إلى ميكانزمات دفاعية غير ناضجة؛ لمحاولة التكيف، وإدراك البيئة بأنها عدوانية ومحبطة وغير متعاطفة، كما اتسم النسق الأسري بالتسلط والقسوة والعنف وإحباط إشباع الحاجات الأساسية من الحب والتقبل والاهتمام.

تتبدى الهشاشة النفسية في صورة قلق دائم، وشعور مستمر بعدم الأمان، وتذبذب في تقدير الذات، وسرعة في الانفعال، وهي عوامل تزيد من احتمالية الخراط الفرد في سلوكيات غير سوية؛ كالهروب من الواقع، أو اللجوء إلى عادات ضارة، مثل التدخين، الذي يلجأ إليه الأفراد؛ بغية تخفيف التوتر أو استعادة الإحساس بالسيطرة (Awaad et al., 2023).

ويشير كل من هايدت وليوكيانوف (Haidt & Lukianoff, 2018) إلى أن التنشئة القائمة على الحماية الزائدة وانخفاض المواجهة يمكن أن تؤدي إلى إنتاج جيل يعاني من هشاشة نفسية مزمنة، يستخدم التدخين أو سلوكيات أخرى؛ للهروب من التحديات بدلاً من التعامل معها.

ويعُدُّ التدخين أحد أكثر السلوكيات انتشاراً في المجتمعات المعاصرة، وغالباً ما يُمثِّل مظهرًا من مظاهر الهروب النفسي، والضعف في آليات التكيف مع الضغوط الحياتية، لا سيَّما لدى الأفراد الذين يعانون من درجات مرتفعة من الهشاشة النفسية. وتمثِّل الهشاشة النفسية نمطاً من القابلية المرتفعة للتأثر بالضغوط والانفعالات، وتظهر في صورة قلق مزمن، وتدني في تقدير الذات، وصعوبات في تنظيم المشاعر، مما يجعل الفرد عرضة للسلوكيات الإدمانية والانعزالية (Chhatwani & Mishra, 2021).

أظهرت نتائج المسح الوطني في المملكة العربية السعودية لعام 2024 أن نسبة البالغين (15 سنة فأكثر) المدخنين لأي نوع من أنواع التبغ بلغت (12.4%). كما بيَّنت النتائج أن أغلبية المدخنين يستهلكون ما بين سيجارتين إلى خمس سجائر يوميًا (29.9%)، بينما يدخن (22.7%) ما بين (6) إلى (10) سجائر، و(20.2%) يدخنون ما بين (11) إلى (20) سيجارة يوميًا، في حين يدخن (10.4%) أكثر من 20 سيجارة في اليوم. تعكس هذه الأرقام تحديًا صحيًا لا يزال قائمًا، وتؤكد على أهمية استمرار جهود التوعية، وتفعيل التشريعات الهادفة إلى مكافحة التدخين والتقليل من آثاره داخل المجتمع السعودي (الهيئة العامة للإحصاء، 2024).

وقد أكَّد عدد من الدراسات النفسية أن التدخين لا يُعد مجرد سلوك صحي ضار، بل يحمل في طياته دلالات نفسية واجتماعية عميقة، من أبرزها ضعف الصلابة النفسية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي (Beigi et al., 2022; Büyükbasmacı et al., 2024).

ففي مراجعة منهجية، أشار فلوهارتي وآخرون (Fluharty et al., 2017) إلى وجود ارتباط وثيق بين التدخين وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى الأفراد، وقد أوضحت الدراسة أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من أعراض نفسية يميلون إلى التدخين كوسيلة لتخفيف حدة الانفعالات السلبية، إلا أن هذا السلوك ينعكس سلبًا على صحتهم النفسية على المدى الطويل، ويزيد من معاناتهم، مما يؤدي إلى ضعف التكيف مع المواقف الحياتية المختلفة.

وفي السياق ذاته، توصلت دراسة تايلور وآخرين (Taylor et al., 2014) إلى نتائج مشابهة من خلال مراجعة وتحليل عدد من الدراسات التي تناولت تأثير الإقلاع عن التدخين على الصحة النفسية، حيث كشفت أن المدخنين الذين توقفوا عن التدخين شهدوا تحسنًا واضحًا في مستويات الصحة النفسية العامة،

وانخفاضاً في أعراض التوتر والاكتئاب.

كما رصدت دراسة أخرى أجراها وينبرغر وآخرون (Weinberger et al., 2017) وجود علاقة بين التدخين وخلل في تنظيم الانفعالات، إلى جانب صعوبات في التكيف الاجتماعي والنفسي، وقد أوضحت الدراسة أن المدخنين يظهرون مستويات أعلى من التوتر والاضطراب مقارنة بغير المدخنين، لا سيما في أوقات الأزمات والضغوط اليومية.

أما دراسة ليفنثال وآخرين (Leventhal et al., 2010)؛ فقد تناولت العلاقة بين التدخين وبعض السمات النفسية، مثل: الاندفاعية، ضعف ضبط الذات، والانخفاض في الصلابة النفسية، وهي جميعها سمات ترتبط بالهشاشة النفسية، وقد أشار الباحثون إلى أن الأفراد الذين يعانون مما يُعرف بـ "فقدان التلذذ anhedonia" أو صعوبة في الاستمتاع بالحياة، يكونون أكثر عرضة للتدخين، في محاولة منهم للحصول على قدر من التحفيز المؤقت.

تؤثر الهشاشة النفسية سلباً في قدرة الأفراد على التكيف مع ضغوط الحياة ومواجهة التحديات اليومية، حيث تتجلى في صورة تدني القدرة على تحمل الإحباط، وسرعة الانهيار النفسي أمام المواقف الصادمة، وتضخم الاستجابة الانفعالية. وتزداد خطورة هذه الحالة لدى الأفراد المقبلين على التغيير السلوكي أو التعافي من الإدمان، مثل مراجعي جمعيات الإقلاع عن التدخين؛ لما يواجهونه من صراعات داخلية وضغوط اجتماعية وشعور بالذنب والانسحاب (Chellali et al., 2025). وقد تكون أحد العوامل المؤثرة في العودة إلى السلوك الإدماني، خاصة في المراحل الأولى من الإقلاع (West, 2017).

وأشارت دراسة باشمان وآخرين (Bachmann et al., 2018) إلى أن المستويات المرتفعة من القوى الشخصية (الحكمة والشجاعة والتفاؤل) قد يؤدي إلى انخفاض مستوى الهشاشة النفسية، كما أن تلك القوى تزيد من المرونة النفسية، والتي بدورها تقلل من الهشاشة النفسية؛ أي: أن القوى الشخصية تتوسط العلاقة بين المرونة النفسية والهشاشة النفسية، التي أُجريت على عينة من طلبة المرحلة الثانوية.

ومن هذا المنطلق، تبرز الحاجة الماسة إلى تصميم برامج إرشادية فعّالة تستهدف تعزيز التوازن النفسي لدى الأفراد المعرضين للهشاشة، ومساعدتهم على تطوير أساليب أكثر فاعلية لمواجهة الضغوط، وتشير الدراسات مثل (Atiya, 2024؛ Büyükbasmacı et al., 2024؛ Beigi et al., 2022) إلى أن ضعف التقدير الذاتي، والانخراط في سلوكيات غير صحية كالتدخين قد تكون مخارجاً مباشرة للهشاشة النفسية. لذا؛ فإن التدخل الإرشادي الفعّال، خاصة القائم على الأساليب الجدلية والسلوكية، يُعد ضرورة لتقويم هذه المشكلات، وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد (Al, 2024). ورغم تنوع البرامج العلاجية

المستخدمة في دعم الأفراد المتعافين أو الراغبين في الإقلاع عن التدخين، إلا أن كثيرًا منها يغفل البُعد النفسي العميق المرتبط بسلوك التدخين، وعلى رأسه الهشاشة النفسية.

وفي هذا السياق، يكتسب الإرشاد الجدلي السلوكي (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) أهمية متزايدة في الميدان الإرشادي؛ نظرًا لفاعليته المثبتة في خفض حدة الاضطرابات الانفعالية وتحسين التنظيم الذاتي، خاصة بين الفئات الأكثر هشاشة. ويقوم هذا النوع من الإرشاد على الدمج بين المهارات المعرفية والسلوكية، وتقبل الذات، وتنظيم المشاعر، والقدرة على التحمل، وتحسين مهارات العلاقات الشخصية، وهو ما يجعله نموذجًا متكاملًا في التعامل مع مشكلات، مثل: القلق، والتوتر، والإدمان، والانفجارات الانفعالية (Chellali et al., 2025).

وقد أظهر العلاج الجدلي السلوكي فعاليته في خفض العديد من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالانفعالات الحادة، وفقدان السيطرة، وضعف التقدير الذاتي، وجميعها مكونات أساسية للهشاشة النفسية (Chhatwani & Mishra, 2021)، وفي تحسين مهارات التنظيم الانفعالي، وتعزيز الصمود النفسي، وخفض معدلات الاندفاعية، لا سيما لدى الأفراد ذوي النزعات الإدمانية (أحمد، 2020؛ Evans et al., 2024).

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات (الشهري، 2023؛ أحمد، 2020؛ Chhatwani & Mishra, 2021) أن DBT يحقق نتائج إيجابية في علاج السلوكيات الإدمانية، بما فيها تعاطي المخدرات والتدخين، حيث تفوق بشكل واضح على برامج التثقيف النفسي وغيرها في تقليل معدلات الانتكاس وتحسين نسب الامتناع عن التعاطي لفترات أطول، وتنظيم الانفعالات، حيث يركز DBT بشكل أساسي على تنظيم الانفعالات، والصلابة النفسية، وإدارة الضغوط.

وبعد تطبيق هذا النوع من البرامج على مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين في البيئة العربية بشكل عام، والسعودية بشكل خاص محدودًا، مما يبرز الحاجة إلى دراسات تطبيقية، تسعى إلى اختبار فعالية هذه البرامج في خفض مستوى الهشاشة النفسية، كما أن معظم الأبحاث السابقة ركزت على علاج الإدمان التقليدي أو العلاجات الدوائية، مع إهمال برامج الدعم النفسي والإرشادي المتخصصة، وهناك نقص في الأدلة حول فعالية البرامج الجدلية السلوكية في خفض الهشاشة النفسية؛ بوصفها عامل خطر للانتكاس أو الفشل في الإقلاع، إضافة إلى محدودية الدراسات التي تقيس الأثر طويل المدى واستمرارية النتائج لهذه البرامج مع الفئات السلوكية المعرضة للهشاشة والانتكاس.

وتعدُّ جمعية "كفى" بمكة المكرمة من المؤسسات الرائدة في مجال التوعية بأضرار التدخين، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمقلعين عنه، ومع تزايد أعداد المراجعين الذين يعانون من صعوبات نفسية

مرافقة، تزداد الحاجة إلى تبني برامج تدخُّلية، تعتمد على أسس علمية حديثة، لا تكفي بالتوعية، بل تتجاوزها إلى بناء نماذج تغيير معرفي وسلوكي عميق ومستدام. وتهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد الجدلي السلوكي في خفض الهشاشة النفسية لدى عينة من مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين.

الأسئلة:

1. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
2. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
3. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟

المنهج والإجراءات

المنهج

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج شبه التجريبي؛ بوصفه المنهج الأنسب لتحقيق أهداف البحث، والإجابة عن أسئلته، حيث يُتيح للباحث التحكم في المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي)، وقياس أثره المباشر على المتغير التابع (الهشاشة النفسية)، وقد اعتمدت الدراسة على تصميم شبه تجريبي قائم على القياس القبلي - البعدي لمجموعتين (تجريبية وضابطة)، والقياسات المتكررة للمجموعة التجريبية (قبلي - بعدي - تبعي).

المجتمع

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع مراجعي جمعية كفى للإقلاع عن التدخين في مكة المكرمة، وهم أفراد يلجؤون إلى خدمات الجمعية التطوعية؛ بهدف الإقلاع عن تعاطي التبغ، سواء في صورته التقليدية (السجائر، الشيشة) أو الحديثة (السجائر الإلكترونية)، ويشمل ذلك مَنْ يسعون إلى التغيير السلوكي الطوعي من خلال برامج علاجية وتوعوية متعددة، وقد بلغ عددهم (6579) مراجعًا، وفقًا لسجلات جمعية كفى للإقلاع عن التدخين بمكة المكرمة لعام 2024.

العينة

تم تطبيق الدراسة على عينة أساسية قوامها (100) مشارك من مراجعي جمعية كفى للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات خلال عام 2025، حيث يمثل هؤلاء الأفراد الفئة المستهدفة للبرنامج الإرشادي المقترح لخفض الهشاشة النفسية. وقد تم اختيار العينة باستخدام الطريقة القصدية Purposive Sampling، حيث تم اختيار العينة من مراجعي الجمعية الذين تنطبق عليهم معايير واضحة، وهي:

1. أن يكون المشارك مدخنًا عاديًا منتظمًا منذ سنة على الأقل، ولديه رغبة أو استعداد للإقلاع عن التدخين.
2. أن يكون عمره بين 20 - 45 سنة.
3. أن يكون لديه درجة منخفضة من الهشاشة النفسية على المقياس المستخدم في الدراسة.
4. ألا يكون قد خضع لأي برنامج نفسي/إرشادي سابق في الجمعية خلال الأشهر الستة الأخيرة.
5. أفراد العينة يراجعون المراكز بمحض إرادتهم؛ بحثًا عن الدعم والمساعدة، وغالبًا لديهم محاولات سابقة للإقلاع.
6. يتم تقييم الوضع الصحي والنفسي لكل فرد بدقة، مع إجراء فحوصات أساسية.
7. يشترط توفر الدافعية والالتزام بحضور الجلسات والاستفادة من البرنامج الإرشادي.

تم توزيع أفراد العينة على مجموعتين متكافئتين باستخدام طريقة التعيين العشوائي البسيط، بعد التأكد من حصولهم على درجة مرتفعة في مقياس الهشاشة النفسية. تكونت المجموعة التجريبية من (50) مشاركًا تلقوا البرنامج الإرشادي، بينما تكونت المجموعة الضابطة من (50) مشاركًا لم يتلقوا أي تدخل خلال فترة الدراسة.

وقد تم التحقق من تكافؤ أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الهشاشة النفسية والدرجة الكلية قبل تطبيق البرنامج باستخدام معادلة (ت) لمجموعتين غير مرتبطتين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 1 قيم (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) لأبعاد مقياس الهشاشة النفسية والدرجة الكلية قبلًا

الأبعاد	مجموعتا الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	اختبار ت	الدلالة
الاعتمادية	التجريبية	50	16.14	1.27	98	0.31	غير دالة
	الضابطة	50	15.91	1.19			
انخفاض تقدير الذات	التجريبية	50	18.32	1.06	98	0.72	غير دالة
	الضابطة	50	18.19	0.94			
ضعف المواجهة	التجريبية	50	14.62	1.02	98	0.49	غير دالة
	الضابطة	50	14.25	0.89			

الأبعاد	مجموعتنا الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	اختبار ت	الدلالة
الاضطرابات النفسية	التجريبية	50	13.96	0.93	98	0.37	غير دالة
	الضابطة	50	13.79	0.86			
الدرجة الكلية	التجريبية	50	63.04	2.68	98	0.82	غير دالة
	الضابطة	50	62.14	2.17			

يوضح الجدول (1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في أبعاد مقياس الهشاشة النفسية، وهي: الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية، والدرجة الكلية للمقياس، حيث جاءت جميع قيم (ت) المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، والتي تبلغ (1.98) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (98)، مما يدل على تكافؤ المجموعتين في مقياس الهشاشة النفسية.

الأدوات

مقياس الهشاشة النفسية، إعداد: الباحث

أعدَّ الباحث مقياس الهشاشة النفسية؛ ليتناسب مع خصائص عينة البحث الحالية من مراجعي جمعية كفى، حيث لاحظ أن معظم المقاييس المتوفرة أعدت لطلاب الجامعة، وقد تم استقراء التراث السيكولوجي، والاطلاع على الأدبيات والبحوث النفسية المتاحة التي تناولت الهشاشة النفسية، إضافة لبعض المقاييس التي أعدت لقياس الهشاشة النفسية، مثل: مقياس الهشاشة الانفعالية (Yamaguchi et al, 2022)، ومقياس (Sinclair & Wallston, 2004) للهشاشة النفسية، ومقاييس الهشاشة النفسية التي أعدها كل من جماطي (2021) ودنقل (2022)، إضافة إلى مقياس الانكسار النفسي (العبيدي، 2020).

وفي ضوء الإطار النظري والاستفادة من المقاييس السابقة وخصائص مراجعي جمعية كفى؛ تم تحديد أبعاد المقياس، وهي:

- الاعتمادية: حيث اعتماد الفرد على الآخرين؛ للتأكيد على إحساسه بقيمته الذاتية، ويتكون من ست فقرات.
- انخفاض تقدير الذات: حيث الميل إلى التقييم السلبي للذات، ويتكون من سبع فقرات.
- ضعف المواجهة: حيث ضعف إمكانات المواجهة والحساسية للضغوط والانسحاب من المواقف الصعبة، ويتكون من ست فقرات.

■ الاضطرابات النفسية: حيث تشير إلى مجموعة من الأعراض التي تظهر على المراهق، وتؤثر سلباً في شخصيته وتفاعله مع الآخرين وقدرته على التوافق مع المحيطين به، ومن أهمها القلق والاكتئاب، ويتكون من ست فقرات.

اشتمل المقياس في صورته الأولية على (25) مفردة، وتم تحديد بدائل الاستجابة وهي من نوع التقرير الذاتي، حيث يجب عنها المدخن في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (تنطبق تماماً، تنطبق أحياناً، لا تنطبق).

كما تم تحكيم المقياس؛ إذ عُرض على عشرة من أساتذة علم النفس؛ لبيان مدى صلاحية المفردات لقياس المكون الذي تنتمي إليه، ومناسبتها لعينة الدراسة، فضلاً عن وضوح التعليمات، ومناسبة بدائل الاستجابة، وكان من نتائج التحكيم الإبقاء على المفردات التي حازت على نسبة اتفاق (80٪) فأكثر، مع تعديل صياغة بعض المفردات، ونتج عن ذلك الإبقاء على جميع المفردات.

تم إعداد المقياس في صورته الأولية؛ ليتم تطبيقه على العينة السيكومترية. كما تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث طُبّق على عينة استطلاعية مكونة من 120 من مراجعي جمعية كفى، روعي في اختيارهم أن لهم نفس خصائص الأفراد عينة الدراسة، والذين استطاع الباحث الوصول إليهم؛ بسبب ضعف التجاوب من المراجعين.

وتم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي لفقرات المقياس بطريقة المكونات الأساسية (Principal Component) لهوتلينج (Hotelling)، والاعتماد على محك كايزر (Kaiser Normalization)، حيث اعتمد الباحث على التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis - EFA)؛ بهدف التأكد من صدق البنية العاملية لأداة قياس الهشاشة النفسية خاصة أن الأداة جديدة.

وأُسفرت نتائج التحليل العاملي لعبارات المقياس عن وجود أربعة عوامل، جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح، وقد فسرت هذه العوامل (58.797٪) من التباين الكلي. بلغ الجذر الكامن للعامل الأول (8.53) بنسبة تباين (24.4٪)، وتم تسميته بعامل الاعتمادية. أما العامل الثاني فبلغ الجذر الكامن له (5.94) بنسبة تباين (16.9٪)، وُسّمي عامل انخفاض تقدير الذات. وبلغ الجذر الكامن للعامل الثالث (4.34) بنسبة تباين (12.4٪)، وُسّمي عامل ضعف المواجهة، في حين بلغ الجذر الكامن للعامل الرابع (1.77) بنسبة تباين (5٪)، وُسّمي عامل الاضطرابات النفسية.

كما تم حساب الاتساق الداخلي، حيث حسبت معاملات الارتباط بين درجات المفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.44) و (0.75). أظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة

دال إحصائياً عند مستوى (0.01) أو عند مستوى (0.05)، مما يدل على صدق جميع مفردات مقياس الهشاشة النفسية.

كما تم حساب ثبات المقياس معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لكل بُعد على حدة، وذلك بعدد مفردات كل بُعد، حيث كان معامل الثبات للبُعد الأول الاعتمادية = (0.644)، وثبات البُعد الثاني انخفاض تقدير الذات = (0.701)، وثبات البُعد الثالث ضعف المواجهة = (0.671)، وثبات البُعد الرابع الاضطرابات النفسية = (0.695)، وفي كل مرة يتم حذف درجة إحدى المفردات من الدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه المفردة، وقد بلغ معامل الثبات الكلي (0.74).

وتكوّن مقياس الهشاشة النفسية في صورته النهائية من (25) مفردة، موزعة كالآتي: الاعتمادية (6)، وانخفاض تقدير الذات (7)، وضعف المواجهة (6)، والاضطرابات النفسية (6). يتم الإجابة عنه بالاختيار من البدائل (تنطبق تماماً، تنطبق أحياناً، لا تنطبق)، وعند التصحيح يأخذ البديل تنطبق تماماً الدرجة (3)، ويشير إلى درجة مرتفعة من الهشاشة النفسية، والبديل (تنطبق أحياناً) الدرجة (2)، ويشير إلى درجة متوسطة من الهشاشة النفسية، والبديل (لا تنطبق) الدرجة (2)، ويشير إلى درجة منخفضة من الهشاشة النفسية، ويعكس التصحيح في حالة المفردات السلبية وهي: (1-2-3)، وبالتالي تكون أقل درجة يحصل عليها المراجع على المقياس الدرجة (25)، وأعلى درجة هي الدرجة (75).

البرنامج الإرشادي، إعداد: الباحث

يُعرّف البرنامج الإرشادي بأنه: مجموعة جلسات إرشادية منظمة وقائمة على أسس علمية، تُقدّم للمسترشد ضمن إطار من علاقة متبادلة متفهمة مع المرشد؛ بهدف مساعدته على فهم مشكلاته والتوصل إلى حلول لها، وتنمية مهاراته وقدراته؛ لتحقيق النمو السوي، ويتألف البرنامج من (15) جلسة، تتضمن عددًا من المهارات والفنيات؛ بهدف خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي جمعية كفى.

الهدف العام

يتمثل في التدريب على عدد من المهارات التي من شأنها خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي جمعية كفى، وينبثق عن هذا الهدف العام الأهداف الفرعية الآتية:

- أهداف معرفية: وتمثل في المعلومات والمعارف التي تُقدّم للجماعة الإرشادية عن المفاهيم والمهارات المرتبطة بالهشاشة النفسية والتوافق الدراسي.

- أهداف سلوكية: وتتمثل في التدريب على المهارات المتضمنة في البرنامج وتطبيقها في أنشطة الحياة اليومية.
- أهداف وجدانية: وتتمثل في استثارة دافعية الجماعة الإرشادية؛ للمشاركة الفعالة في أنشطة وتكليفات البرنامج بدافع الرغبة في تطوير الذات.

مصادر بناء البرنامج

اعتمد الباحث في بناء البرنامج على عدد من المصادر على النحو الآتي:

- الأدب النظري الخاص بالهشاشة النفسية والتوافق النفسي، مثل مقياس (Wallston & Sinclair, 1999؛ دنقل، 2022)؛ لبناء تصور عام عن المفاهيم المرتبطة بكل منهما، وتكوين أساس معرفي لبناء أنشطة البرنامج.
- بعض البرامج الإرشادية مثل (الشهري، 2023؛ أحمد، 2020) المقدمة لدى مراجعي جمعية كفى؛ من أجل الاستفادة منها في تحديد الإطار العام للبرنامج، وعدد جلساته، والأنشطة والفنيات المناسبة.
- الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الهشاشة النفسية والتوافق النفسي؛ للوصول إلى فهم أعمق لكليهما؛ من أجل اختيار الفنيات والأساليب المناسبة لتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج

تم الاعتماد على مجموعة من الفنيات الإرشادية والتدريبية التي تتناسب مع طبيعة موضوعات الجلسات؛ وذلك بهدف تحقيق أهداف البرنامج. وقد شملت هذه الفنيات: المحاضرة، والمناقشة والحوار، والحوار الإيجابي مع الذات، والنمذجة، والتعزيز، والتغذية الراجعة، ولعب الأدوار، واستخدام لغة الجسد التوكيدية، وحل المشكلات، إضافة إلى التكليفات المنزلية. كما تم استخدام الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، وهي:

- سجل المشاعر والسلوك (Emotion Diary Card): يُستخدم لتتبع المشاعر اليومية، المحفزات، السلوكيات التلقائية، والاستجابات المهارية.
- فنية STOP وهي اختصار لـ:
 - S قف (Stop).
 - T تنفّس بعمق (Take a step back).
 - O راقب الموقف (Observe).

- P تابع باستجابة فعالة (Proceed mindfully).
- **التقبل الجذري (Radical Acceptance):** يتم من خلاله تعليم المشارك تقبل الواقع كما هو، دون مقاومة داخلية أو إنكار، مما يساهم في تقليل التوتر وتعزيز المرونة النفسية.
- **فنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز:** وهي من تمارين اليقظة الذهنية، تساعد على تهدئة الجهاز العصبي والتقليل من تشتت الذهني والهشاشة.
- **تمارين حل المشكلات المركبة:** ويتم فيها تفكيك المشكلة إلى عناصرها الأساسية، وتوليد عدة حلول، واختيار الحل الأكثر مهارة.
- **لعاب الأدوار (Role Playing):** تُستخدم بشكل خاص في مهارات العلاقات، مثل كيفية قول "لا"، أو التعبير عن الرفض، أو طلب الدعم.
- **تدريب على "الحديث الداخلي الداعم":** لمواجهة الصوت الداخلي الناقد واستبداله بصوت تعاطفي عقلائي.
- **بطاقات المهارات (Skills Cards):** بطاقات صغيرة تحمل مهارات DBT الأساسية؛ لتذكير المشاركين بها عند الحاجة.

الملاحح الرئيسة للبرنامج

اشتمل البرنامج على (15) جلسة إرشادية بواقع جلستين أسبوعياً، حيث تمت الجلسات الإرشادية بحجرة الأخصائي النفسي بجمعية كفى، وذلك خلال الفترة من 2 فبراير 2025 إلى 24 مارس 2025. تبع ذلك التطبيق التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، وقد تراوحت المدة الزمنية للجلسة من 60 إلى 90 دقيقة، حسب أهداف كل جلسة وإجراءاتها، ويتضمن الجدول الآتي ملخصاً للجلسات.

جدول 2 ملخص جلسات البرنامج

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
تمهيد وتعارف	- التعارف بين الباحث والمراجعين. - إقامة علاقة مودة وألفة وتحييتهم نفسياً. - تعريف المراجعين بأهداف البرنامج وأهميته.	- المحاضرة، المناقشة والحوار. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في سجل	٧٠ دقيقة
تقدير الذات	- التعرف على المشاشة النفسية وفهم العلاقة بين الأفكار والانفعالات. - التعرف على مفهوم تقدير الذات. - تمييز سمات التقدير المرتفع والمنخفض. - تشخيص مستوى التقدير الذاتي. - التعرف على إجراءات رفع تقدير الذات. - مقدمة في مهارات اليقظة الذهنية؛ لتعزيز الحضور الواعي.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، الحوار الإيجابي مع الذات، التعزيز، التغذية الراجعة. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في فنية STOP والتقبل الجذري، وفنية الذهن الواعي للتنفس والتركيز.	٦٠ دقيقة

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
الأفكار الالاعقلانية	- التعرف على الأفكار غير العقلانية وتأثيرها. - تحديد الأفكار غير المنطقية الشخصية. - تبني أفكار عقلانية بديلة. - بناء وعي ذاتي متوازن؛ لتقليل المبالغة في تقييم الضغوط.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في التقبل الجذري.	٩٠ دقيقة
كيف أتخلص من القلق؟	- التعرف على القلق وتأثيره السلبي. - التدرب على طرق التخلص من القلق والتوتر. - تبني اتجاه إيجابي نحو الممارسة. - استراتيجيات تحمل الضيق والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة. - التعرف على مفهوم توكيد الذات والتمييز بينه وبين العدوان.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في التدريب على "الحديث الداخلي الداعم"، وفنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز.	٩٠ دقيقة
توكيد الذات	- المقارنة بين السلوك التوكيدي وغير التوكيدي. - تعزيز الاتجاه نحو التوكيد الذاتي. - إعادة بناء الأفكار السلبية المرتبطة بالضعف النفسي.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار وبطاقات المهارات.	٦٠ دقيقة
مهارات توكيد الذات	- التعرف والتدريب على مهارات التوكيد. - تعزيز الاتجاه نحو ممارستها عملياً. - التدريب على قبول الذات والتسامح مع الفشل.	- المحاضرة، لعب الدور، التغذية الراجعة، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في بطاقات المهارات.	٩٠ دقيقة
مهارات التعامل مع الآخر	- التعرف والتدريب على مهارات التعامل مع الآخر. - تعزيز الاتجاه نحو ممارستها. - مواجهة التناقضات الداخلية ومهارة التفكير الجدلي.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، لغة الجسد التوكيدية، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في التقبل الجذري.	٩٠ دقيقة
التفاوض	- التعرف على مفهوم التفاوض وأهميته. - التعرف على طرق تعزيز التفاوض. - تبني الاتجاهات الإيجابية. - تنمية مهارات ضبط الانفعالات والتحكم العاطفي.	- المناقشة والحوار، التعزيز، النمذجة، التغذية الراجعة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار وتمارين حل المشكلات المركبة.	٦٠ دقيقة
كن مثابراً	- التعرف على مفهوم المثابرة. - التدريب على إجراءات تعززها. - تبني الاتجاه نحو المثابرة. - دعم الصمود النفسي وبناء الثقة أثناء المحن. - التعرف على خطوات حل المشكلات. - التدريب على استخدامها.	- المناقشة والحوار، التعزيز، النمذجة، التغذية الراجعة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في سجل المشاعر والسلوك وفنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز.	٦٠ دقيقة
حل المشكلات	- التعرف على مفهوم إدارة الذات وأهميته. - تعزيز الاتجاه نحو تطبيقها. - التعامل مع الانتكاسة وتجنب العودة إلى العادات الضارة.	- المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، حل المشكلات، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في تمارين حل المشكلات المركبة وتدريب على "الحديث الداخلي الداعم".	60 دقيقة
إدارة الذات	- التعرف على مفهوم إدارة الذات وأهميته. - اكتساب مبادئ إدارة الذات وتطبيقها. - تعزيز العلاقات والدعم الاجتماعي الفعال.	- المحاضرة، المناقشة، النمذجة، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار والتقبل الجذري.	60 دقيقة

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
إدارة الوقت	- التعرف على مفهوم إدارة الوقت ومهاراته. - تبني الرغبة في التطبيق الواقعي. - أساليب التعبير الصحي عن المشاعر والضغوط.	- المحاضرة، المناقشة، النمذجة، التعزيز، التكاليفات المنزلية - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في فنية 60 دقيقة - STOP.	
مراجعة عامة	- بناء خطط مواجهة للمواقف الصعبة بعد الإقلاع. - مراجعة مفاهيم ومهارات الجلسات السابقة. - تعزيز الاستيعاب والتطبيق. - تعزيز الاتجاه الإيجابي نحو البرنامج وتطبيقه بالحياة اليومية.	- المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في سجل 90 دقيقة - المشاعر والسلوك وبطاقات المهارات.	
الجلسة الختامية	- استطلاع آراء المراجعين. - إجراء القياسات البعدية. - المراجعة، التقييم، واستخلاص الدروس والتخطيط للحياة بعد التدخين.	- المناقشة والحوار، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في فنية 70 دقيقة - STOP.	

تحليل البيانات

استخدم الباحث برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 25 لحساب قيمة اختبار (ت) للمجموعات المستقلة والمتراكبة.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
للإجابة عن السؤال الأول: تم استخدام اختبار (ت) للمجموعات المستقلة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 3/ اختبار (ت) للمجموعات المستقلة للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الهشاشة النفسية (ن=100)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	ضابطة	50	15.22	2.41	7.03	0.000**	0.64
	تجريبية	50	8.46	2.35			
انخفاض تقدير الذات	ضابطة	50	17.89	2.97	6.88	0.000**	0.43
	تجريبية	50	9.42	2.88			
ضعف المواجهة	ضابطة	50	14.63	2.11	6.70	0.000**	0.42
	تجريبية	50	8.28	2.04			
الاضطرابات النفسية	ضابطة	50	13.11	1.93	5.92	0.000**	0.56
	تجريبية	50	6.84	1.87			
الدرجة الكلية	ضابطة	50	60.85	6.30	8.91	0.000*	0.47
	تجريبية	50	29.30	5.90			

يتضح من الجدول (3) نتائج اختبار (ت) للمجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الهشاشة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، وذلك على النحو الآتي:

- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.47)، بين جميع أبعاد مقياس الهشاشة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) (8.91)، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض الهشاشة النفسية، حيث بلغ متوسط الدرجة الكلية للهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية بعد التطبيق (29.30)، بينما بلغ متوسط الدرجة الكلية للهشاشة النفسية للمجموعة الضابطة (60.85).
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.64)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد الاعتمادية، حيث بلغت قيمة (ت) (7.03) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض الاعتمادية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة في هذا البعد (15.22) مقابل (8.46) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.43)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد انخفاض تقدير الذات، حيث بلغت قيمة (ت) (6.88) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض انخفاض تقدير الذات، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (17.89) مقابل (9.42) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.42)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد ضعف المواجهة، حيث بلغت قيمة (ت) (6.70) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض ضعف المواجهة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (14.63) مقابل (8.28) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (5.92)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب)، حيث بلغت قيمة (ت) (5.92) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض المواجهة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (13.11) مقابل (6.84) للمجموعة التجريبية.

نتيجة السؤال الثاني: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟

للإجابة عن السؤال الثاني: تم استخدام اختبار أسلوب (ت) للمجموعات المترابطة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 4 اختبار (ت) للمجموعات المترابطة في مقياس الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية (ن=50)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	قبلي	50	15.38	2.65	14.88	0.001**	0.82
	بعدي	50	8.46	2.35			
انخفاض تقدير الذات	قبلي	50	17.95	3.11	13.11	0.001**	0.78
	بعدي	50	9.42	2.88			
ضعف المواجهة	قبلي	50	14.91	2.36	12.77	0.001**	0.76
	بعدي	50	8.28	2.04			
الاضطرابات النفسية	قبلي	50	13.85	2.25	12.22	0.001**	0.75
	بعدي	50	6.84	1.87			
الدرجة الكلية	قبلي	50	61.20	6.80	24.10	0.001	0.92
	بعدي	50	29.30	5.90			

يتضح من الجدول (4) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي في الدرجة الكلية لمقياس الهشاشة النفسية، لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (ت) (24.10)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، كما بلغت قيمة إيتا $\eta^2 = 0.92$ ، وهي قيمة مرتفعة جداً، وهي نسبة تؤكد فعالية البرنامج الإرشادي بدرجة عالية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للتطبيق البعدي للمجموعة التجريبية (61.20)، في حين كان المتوسط الحسابي للتطبيق القبلي للمجموعة التجريبية (29.30). كما يظهر الجدول (4) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي في جميع أبعاد الهشاشة النفسية، لصالح القياس البعدي، حيث كانت قيم (ت) لجميع الأبعاد دالة عند مستوى دلالة (0.01)، كما تراوحت قيمة إيتا للأبعاد بين (0.75-0.82)، وهي قيم مرتفعة جداً، حيث يلاحظ انخفاض واضح للمتوسطات الحسابية لجميع الأبعاد في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

نتيجة السؤال الثالث: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟ للإجابة عن السؤال الثالث: تم استخدام اختبار (ت) للمجموعات المترابطة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 5 اختبار (ت) للمجموعات المترابطة للمقارنة بين التطبيقين البعدي والتبقي لمقياس الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية (ن=50)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	بعدي	50	8.46	2.35	0.38	0.705	0.003
	تبقي	50	8.58	2.44			
انخفاض تقدير الذات	بعدي	50	9.42	2.88	0.44	0.663	0.004
	تبقي	50	9.50	2.91			
ضعف المواجهة	بعدي	50	8.28	2.04	0.31	0.756	0.002
	تبقي	50	8.36	2.10			

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاضطرابات النفسية	بعدي	50	6.84	1.87	0.61	0.543	0.007
	تبعي	50	6.98	1.89			
الدرجة الكلية	بعدي	50	29.30	5.90	0.15	0.885	0.01
	تبعي	50	29.90	6.10			

يتضح من الجدول (5) نتائج اختبار (ت) للمجموعات المترابطة بين القياسين البعدي والتبعي، والذي تم بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، حيث يشير الاختبار إلى عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات الهشاشة النفسية على مستوى الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية بعد انتهاء البرنامج الإرشادي (29.30)، ومتوسط درجات الهشاشة النفسية في فترة المتابعة (29.90)، وكانت قيمة $t = 0.15$ وقيمة الدلالة ($p = 0.885$)، وهي أعلى بكثير من مستوى الدلالة التقليدي (0.05).

هذا يعني أن تأثير البرنامج الإرشادي في خفض الهشاشة النفسية لا يزال مستمراً في فترة المتابعة، ولا توجد تغيرات ذات دلالة إحصائية في درجات الهشاشة النفسية بين القياسين، مما يدل على استقرار النتائج وتأثير البرنامج طويل الأمد، كما أن قيمة إيتا الصغيرة (0.01) تؤكد على أن الفرق بين القياسين غير ذي تأثير عملي يُذكر.

المناقشة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي جدلي سلوكي لخفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين، وتوصّلت النتائج إلى فعالية البرنامج، من خلال وجود فروق دالة إحصائية في التطبيق البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي، والتطبيق البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية.

تدل هذه النتيجة على أن مراجعي جمعية كفى المشاركين في البرنامج قد حققوا تحسناً جوهرياً في الجوانب المرتبطة بالهشاشة النفسية (الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية)، حيث تراجع متوسط الدرجات بشكل واضح من مستوى مرتفع (يميل إلى الهشاشة النفسية الشديدة) إلى مستوى منخفض يعكس اتزاناً نفسياً أفضل. كما أنه يمكن القول: إن البرنامج الإرشادي الحالي قد نجح ليس فقط في خفض الهشاشة النفسية لدى المشاركين، بل حافظ أيضاً على هذا التحسن لفترة متباعدة بعد انتهاء التطبيق، مما يعزز من أهميته كأداة وقائية وعلاجية.

من ناحية أخرى، لم تُظهر المجموعة الضابطة أي تغير ملحوظ، مما يعزز قوة الدليل على أن التغيرات الإيجابية كانت نتيجة مباشرة لتطبيق البرنامج وليس نتيجة عوامل أخرى، وبالتالي يمكن التأكيد على أن

البرنامج الإرشادي الحالي يمثل أداة فعالة وقابلة للتطبيق؛ لمساعدة الأفراد على تقليل الهشاشة النفسية وتحسين جودة حياتهم النفسية.

تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Barros et al., 2020) التي أكدت فاعلية البرامج المعرفية السلوكية في خفض مؤشرات الضعف النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية، كما تدعمها نتائج دراسة (Bechard et al., 2017) التي توصلت إلى أن التدريب على مهارات توكيد الذات والتفأول والمثابة يسهم في تحسين التوازن النفسي وتقليل الاعتمادية والانفعالات السلبية، كذلك تتوافق النتائج مع ما أشار إليه (Benincasa et al., 2022) بأن التدخلات الإرشادية القائمة على المهارات الحياتية تعزز من قدرة الفرد على التعامل الإيجابي مع ضغوط الحياة، وتقلل من مشاعر القلق والانسحاب والانفعالية، وهي مؤشرات أساسية للهشاشة النفسية.

كما تتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية البرامج الإرشادية والتدريبية في تقليل مظاهر الهشاشة النفسية، خصوصاً من خلال استهداف أبعاد مثل الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية؛ فقد أوضح عدد من الباحثين (Bertelli et al., 2022; Bidstrup et al., 2023) أن التدخلات النفسية المنظمة التي تستخدم التقنيات الإرشادية المتنوعة تعزز من مرونة الفرد النفسية وقدرته على مواجهة الضغوط، مما يؤدي إلى انخفاض واضح في معدلات الهشاشة.

وتتفق هذه النتائج كذلك مع الدراسات السابقة التي أكدت على أهمية البرامج الإرشادية في تحقيق تحسن نفسي مستدام، كما أشار إليها (أحمد، 2020؛ Boudoukha et al., 2016; Charbonnier et al., 2021) الذين أكدوا أن البرامج الإرشادية التي تعتمد على تقنيات التعزيز الإيجابي والحوار الذاتي تظهر نتائج مستقرة لفترات طويلة بعد انتهاء البرنامج.

ويُعزى التحسن الملحوظ في خفض مستوى الهشاشة النفسية إلى طبيعة البرنامج الجدلي السلوكي الذي جمع بين القبول والتغيير، وهو ما يُميز DBT عن البرامج المعرفية التقليدية، حيث سعى إلى تعزيز مهارات المشاركين في مواجهة الذات والانفعالات دون حكم، بالتزامن مع تعديل أنماط التفكير والسلوك غير الفعالة. وإلى استخدام البرنامج على عدد من الفنيات الإرشادية المتنوعة المستمدة من العلاج الجدلي السلوكي، مثل: الحوار الإيجابي مع الذات، وتحمل الضيق، وتنظيم الانفعالات، والنمذجة، ولعب الأدوار، والتكليفات المنزلية. وقد أظهرت النتائج أن هذه الأساليب تُمكن الفرد من تحقيق توازن جدلي بين تقبل الذات والعمل على تغييرها، وهو ما يُعد جوهر العلاج الجدلي السلوكي، مما ساعد المشاركين على خفض حساسيتهم النفسية وتعزيز قدرتهم على المواجهة النفسية والتكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة.

تُظهر نتائج الدراسة أن الانخفاض الكبير في درجات الهشاشة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية يعكس فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج الجدلي السلوكي، ليس فقط في خفض المستوى العام للهشاشة، بل في التأثير النوعي على كل بُعد من أبعادها، حيث انخفضت مستويات الاعتمادية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد البرنامج، ويعود ذلك إلى فنيات، مثل: الحوار الإيجابي مع الذات، الذي شجّع المشاركين على إعادة بناء إحساسهم بالقيمة الذاتية دون الحاجة إلى تأكيد خارجي، وكذلك استخدام مهارات اليقظة الذهنية، والتي درّبت المشاركين على ملاحظة أفكارهم ومشاعرهم دون الخضوع لها أو طلب ضمانات دائمة من الآخرين. هذا التحسن يعكس انتقال المشاركين من الاعتمادية المفرطة إلى الاستقلال العاطفي والقدرة على ضبط الذات داخليًا، وهو تحول مهم خصوصًا لفئة المدخنين الذين اعتادوا البحث عن الإشباع أو التهدئة من الخارج.

أما عن بُعد انخفاض تقدير الذات، فيُعزى التحسن في هذا البعد إلى استخدام التعزيز الإيجابي في الجلسات لتسليط الضوء على التقدم الفردي، وكذلك استخدام النمذجة، حيث عرض البرنامج شخصيات إيجابية واجهت التحديات بنجاح، مما أتاح للمشاركين تكوين تصورات بديلة لأنفسهم.

ويُعزى التحسن في بُعد المواجهة إلى استخدام تدريبات تحمل الضيق، التي هدفت إلى تدريب المشاركين على البقاء في الموقف الصعب دون أن ينهاروا أو يعودوا لسلوكيات تجنبية كالتدخين. كما ساهمت فنية حلّ المشكلات؛ باعتبارها أحد المكونات السلوكية في تعزيز المهارات العملية في التعامل مع الضغوط، ويعدّ هذا التحسن ذا أهمية خاصة لفئة المدخنين؛ لكون الكثير منهم يلجؤون للتدخين كردّ فعل على الضيق أو التوتر، وبالتالي فإن تقوية آليات المواجهة تُمكنهم من إدارة المواقف الضاغطة دون انهيار.

ويمكن تفسير التحسن في بعد الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) باستخدام فنية التنظيم الانفعالي كعنصر أساسي في DBT، حيث تعلّم المشاركون كيفية التعرف على مشاعرهم وتقبّلها دون أن تغمرهم أو تدفعهم نحو سلوكيات هروبية، وكذلك استخدام فنية الوعي بالذات من خلال التمارين الذهنية التي ساعدتهم على قطع دوائر التفكير السلبي والتشاؤمي. وفي ضوء طبيعة العينة؛ فإن المشاركين الراغبين في الإقلاع عن التدخين كثيرًا ما يعانون من أعراض اكتئاب خفي وشعور بالعجز أو الذنب؛ لذا فإن التخفيف من هذه الأعراض يُعد إنجازًا نفسيًا يمهد لتعافٍ حقيقي ومستدام.

كما أن نتائج الدراسة تدعم نظرية التعلم الاجتماعي التي تؤكد أهمية النمذجة والتعزيز الإيجابي في تعديل السلوكيات النفسية السلبية، حيث يظهر تأثير البرنامج جليًا في انخفاض درجات الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية. هذا الانخفاض يعكس تطورًا إيجابيًا في مكونات المقياس المختلفة، خصوصًا تقدير الذات الذي يعدّ من أهم المؤشرات النفسية المرتبطة بالصحة النفسية والاستقرار الذاتي.

كما يمكن تفسير الانخفاض العام في الهشاشة النفسية لدى أفراد العينة بطبيعة الفئة المستهدفة وهم مراجعو مراكز الإقلاع عن التدخين، إذ يُعدّ التدخين سلوكًا إدمانيًا، يرتبط غالبًا بضعف القدرة على التحمل والتعامل مع الضغوط؛ لذا فإن توجيه البرنامج نحو المهارات النفسية الأساسية، مثل: (تنظيم الانفعالات، والقدرة على المواجهة، وتقدير الذات)، وليس فقط نحو وقف التدخين؛ جعل التحسن أكثر جذرية وشمولاً. كما أن وجود دافعية ذاتية لدى العينة (الرغبة في التغيير) ساهم في تعزيز استجابة المشاركين للبرنامج، وزاد من فعاليته.

المحددات

رغم النتائج الإيجابية التي أسفرت عنها الدراسة، إلا أن تعميم هذه النتائج يتحدد بعدد من المحددات، هي:

- اقتصرَت الدراسة على أفراد راغبين في الإقلاع عن التدخين من مراجعي مراكز متخصصة، وهي فئة تتميز بوجود أعراض نفسية ولديها الدافعية للعلاج، وهو ما قد لا يتوفر لدى المدخنين غير الراغبين في الإقلاع أو الذين لا يترددون على مراكز الدعم، مما قد يؤثر على مدى قابلية النتائج للتعميم على فئات أخرى من المدخنين.

- اقتصرَت العينة على فئة عمرية معينة وجنس محدد (الذكور)، مما لا يسمح بالتعميم على الفئات العمرية الأصغر أو الأكبر سنًا، أو على الإناث.

- اقتصرَت الدراسة على التقييم البعدي والتتبعي على مدى زمني محدود، دون تتبع التغيرات لفترات أطول (مثل ستة أشهر أو عام كامل)، مما يجعل من الصعب الجزم بمدى استدامة أثر البرنامج على المدى البعيد في ظل ضغوط الحياة المستمرة.

- طبقت الدراسة في سياق ثقافي واجتماعي محدد، قد لا تنطبق نتائجه على مجتمعات أخرى تختلف في أنماط التنشئة، والدعم الأسري، ومستوى الوصمة المرتبط بالإدمان أو المشكلات النفسية.

التوصيات

- إدماج العلاج الجدلي السلوكي في برامج الإقلاع عن التدخين؛ لما له من فعالية في خفض أبعاد الهشاشة النفسية المختلفة.

- تطوير برامج إرشادية فردية تستند إلى تقييم نفسي دقيق، وتستثمر في إمكانيات التقنيات الحديثة، مثل: التطبيقات الذكية والمنصات الرقمية والذكاء الاصطناعي؛ بهدف تقديم دعم نفسي مخصص، ومتجدد، وتفاعلي يلئم احتياجات كل مستفيد.

- إنشاء برامج متابعة نفسية طويلة المدى بعد انتهاء البرامج الإرشادية الأساسية؛ وذلك لضمان استمرارية الأثر العلاجي، وتقليل احتمالات الانتكاس لدى المستفيدين، خصوصاً في فئة المدخنين الذين يعانون من هشاشة نفسية مرتفعة.
- بناء شبكة دعم بيئية متكاملة من خلال إشراك الأسرة والمجتمع المحلي في العملية الإرشادية؛ للتقليل من العوامل البيئية المسببة للهشاشة النفسية والعودة إلى سلوك التدخين.
- تصميم برامج وقائية موجهة للفئات المعرضة للسلوكيات الإدمانية، تستهدف تعزيز مهارات الصلابة النفسية والتكيف الإيجابي وتقدير الذات، قبل الدخول في دوائر الاعتماد النفسي أو التدخين.
- تشجيع البحث العلمي في مجال الهشاشة النفسية بتوسيع نطاق البحوث في مجال الهشاشة النفسية لدى الفئات المختلفة، واستكشاف فاعلية نماذج علاجية متعددة، مع التركيز على الدراسات الطولية التي تقيّم أثر التدخلات على المدى البعيد.

المراجع

المراجع العربية

- أحمد، معتز محمد. (2020). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض حدة اجترار الذات لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس*، 4(44)، 113-188.
- جماطي، أحمد. (2021). *الهشاشة النفسية: المفهوم والتطبيقات العلاجية*. دار الفكر العربي.
- دنقل، منى علي. (2022). تأثير البرامج الإرشادية على تقليل الهشاشة النفسية لدى المدخنين. *مجلة العلوم النفسية التطبيقية*، 12(3)، 112-130.
- الشهري، يزيد بن محمد. (2023). فاعلية برنامج إرشادي نفسي جمعي قائم على تنمية العلاج السلوكي الجدلي في تعزيز الأمن الفكري لدى طلاب الجامعة. *مجلة العصر للعلوم الإنسانية والاجتماع*، (10)، 154-198.
- العبيدي، ريم أحمد. (2020). مقاييس الهشاشة النفسية: مراجعة نظرية وتحليل تقني. *مجلة البحوث النفسية*، 9(1)، 45-68.
- الهيئة العامة للإحصاء. (2024). *نشرة إحصاءات المحددات الصحية لعام 2024*.

المراجع الأجنبية

- Abdrasulovna, I. N. (2024). Psychological vulnerability of students in general education school as a risk factor for personal psychological health. *London Journal of Research in Humanities & Social Science*, 24(11), Compilation 1.0 <https://journalspress.uk/index.php/LJRHSS/article/view/939>

- Ahmad, Mu'tazz Muhammad. (2020) fā'ilīyat Barnāmaj Arshadī sulūkī jadalī fī khafḍ ḥiddat ajtrār al-dhāt ladā 'ayyinaḥ min ṭullāb al-Jāmi'ah, Majallat Kullīyat al-Tarbiyah bi-Jāmi'at 'Ayn Shams, 4 (44), 113-188.
- Al, L. (2024). *Building and applying a psychological fragility scale to female students of the College of Physical Education and Sports Sciences at the University of Babylon University* (Unpublished manuscript or article – publisher/source not provided)
- Al-Hay'ah al-Āmmah lil-Iḥṣā'. (2024). nashrah Iḥṣā'āt al-Muḥaddidāt al-ṣiḥḥīyah li-'ām 2024.
- Al-Shahrī, Yazīd ibn Muḥammad. (2023). fā'ilīyat Barnāmaj Arshadī nafsī Jam'ī qā'im 'alā Tanmiyat al-'ilāj al-sulūkī al-jadalī fī ta'zīz al-amn al-fikrī ladā ṭullāb al-Jāmi'ah, Majallat al-'aṣr lil-'Ulūm al-Insāniyah wa-al-ijtimā', (10), 154-198.
- Al-'Ubaydī, Rīm Ahmad. (2020). Maqāyīs al-hshāshh al-nafsīyah : murāja'at Naẓariyat wa-taḥlīl tqny. Majallat al-Buḥūth al-nafsīyah, 9 (1), 45-68.
- Araújo, O., Freitas, O., Sousa, G., Ribeiro, I., Carvalho, J., & Martins, S. (2025). Psychometric proprieties analyses of psychological vulnerability scale for secondary school students. *Frontiers in Psychology*, (15), 1462830. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1462830>
- Arslan, G., Türk, N., & Kaya, A. (2024). Psychological vulnerability, emotional problems, and quality-of-life: Validation of the brief suicide cognitions scale for Turkish college students. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05913-w>
- Atiya, M. (2024). *Psychological fragility among a sample of journalists and photographers while covering hot events (mixed methods)*. *Al-Balqa Journal for Research and Studies*. <https://ajrs.ammanu.edu.jo/ojs/index.php/albalqajournal/article/view/482>
- Awaad, F., Alfay, S. E., & Saleh, A. (2023). The relationship between parental efficiency and psychological fragility among university students. *Educational Research and Innovation Journal*, 3(8), 161–191. https://journals.ekb.eg/article_268620.html
- Bachmann, A., Zaunbauer, A., & Tolke, A. (2018). Well-being and quality of life among oral cancer patients – Psychological vulnerability and coping responses upon entering initial treatment. *Journal of the Formosan Medical Association*, 46(9), 1637–1644. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S101051821830310X>
- Barros, J., Morales, S., García, A., Echávarri, O., & Fischman, R. (2020). Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: A Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. *BMC Psychiatry*, (20), Article 535. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02535-x>
- Bechard, M., VanderLaan, D., & Wood, H. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A “proof of principle” study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7). <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1232325>
- Beigi, D. M. R., Pellegrino, G., Cadar, M., & Bisconti, L. (2022, July). Psychological fragility in an Italian cohort of systemic sclerosis patients during COVID-19 pandemic. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*, (14), 133–139. <https://doi.org/10.2147/oarr.S367424>
- Benincasa, V., Passannante, M., Perrini, F., Carpinelli, L., Moccia, G., Marinaci, T., Capunzo, M., Pironti, C., Genovese, A., Savarese, G., & De, F. (2022). Burnout and psychological vulnerability in first responders: Monitoring depersonalization and phobic anxiety during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2794. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/2794>
- Bertelli, M. O., Fletcher, R., Weber, G., Schuengel, C., Scuticchio, D., Bianco, A., Rondini, E., Perera, B., & Courtenay, K. (2022). Psychological distress and physical vulnerability. In

- M. O. Bertelli, S. (S.) Deb, K. Munir, A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla (Eds.), *Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder* (pp. 71–94). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3_3
- Bidstrup, P. E., Johansen, C., Kroman, N., Belmonte, F., Duriand, H., Dalton, S. O., Andersen, K. G., & Mertz, B. (2023). Effect of a nurse navigation intervention on mental symptoms in patients with psychological vulnerability and breast cancer: The REBECCA randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(6), e2319591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.19591>
- Boudoukha, A. H., Przygodzki-Lionet, N., & Hautekeete, M. (2016). Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology*, 66(4), 181–187. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1162908811000247>
- Büyükbasmacı, Y. E., Erdoğan, M., & Öz, E. B. (2024). Effect of psychological fragility on motivation in sports. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.15314/tsed.1401666>
- Charbonnier, E., Le Vigouroux, S., & Goncalves, A. (2021). Psychological vulnerability of French university students during the COVID-19 pandemic: A four-wave longitudinal survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9699. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189699>
- Chellali, L., Safi, M., & Ammara, C. (2024). Psychological Fragility And Its Relationship To The Family Upbringing Methods Among The Adolescent Student -A Field Study At Mohamed Boudiaf Secondary School In Aflou, *Journal of Positive School Psychology*, 8(1), 274–288, http://journalppw.com_
- Chhatwani, M., & Mishra, S. (2021). Does financial literacy reduce financial fragility during COVID-19? The moderation effect of psychological, economic and social factors. *International Journal of Bank Marketing*. <https://doi.org/10.1108/ijbm-11-2020-0536>
- Dunqul, Munā ‘Alī. (2022). Ta’thīr al-barāmij al-irshādīyah ‘alā Taqlīl al-hshāshh al-nafsīyah ladā almdkhny. *Majallat al-‘Ulūm al-nafsīyah al-taṭbīqīyah*, 12 (3), 112–130.
- Evans, I., Sharpley, C., Bitsika, V., & Vessey, K. (2024). Functional network connectivity for components of depression-related psychological fragility. *MDPI*. <https://www.mdpi.com/845/8/14/3425-2076>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Haidt, J., & Lukianoff, G. (2018). *The coddling of the American mind: How good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure*. Penguin Press.
- Jmāty, Aḥmad. (2021). al-hshāshh al-nafsīyah : al-mafhūm wa-al-taṭbīqāt al-‘ilājīyah. al-Qāhirah : Dār al-Fikr al-‘Arabī.
- Keramidas, A. (2021). Protecting the self, protecting White supremacy: Exploring the relationship between psychological defense, gender, and white fragility. *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://search.proquest.com/openview/c0075505992b8cbfd715d89323b16691/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Kahler, C. W., Ray, L. A., & Sussman, S. (2010). Associations between anhedonia and smoking behavior in adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(3), 246–254. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq001>

- Qona'ah, A., Rachmawati, S., & Chan, C. (2020). Families' psychological fragility during an emergency. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/341508724_Families'_Psychological_Fragility_during_an_Emergency
- Sinclair, Vaughn & Wallston, Kenneth. (2004). Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11, 94-101. *Assessment*. 11. 94-101. 10.1177/1073191103258144.
- Selim, Y., Lena, É. D., Abu-Omar, N., Baig, Z., & Verhoeff, K. (2022). ... Canada: a public health crisis. Attitudes of Canadian general surgery staff and residents toward point-of-care ultrasound. *Canadian Journal of Surgery*, 65(6_Suppl_2), S33.https://www.canjsurg.ca/content/65/6_Suppl_2/S33.abstract
- Tawfiq, L. (2023). The impact of guidance programme with mindfulness style to reduce psychological fragility among students at preparatory stage. *Nasaq*, 38(1), 554–581.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, (348), g1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>
- Wareth, I., & Tawfiq, M. (2024). Self-defeat and psychological fragility as predictors of psychosomatic disorders: In light of climate changes among university students in Egypt and the Emirates. In *Global perspectives on climate change*. IGI Global. <https://www.igi-global.com/chapter/self-defeat-and-psychological-fragility-as-predictors-of-omatic-psychosdisorders/336302>
- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2017). The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: Longitudinal evaluation in the U.S. population. *Addiction*, 112(8), 1397–1406. <https://doi.org/10.1111/add.13805>
- Yamaguchi S, Kawata Y, Murofushi Y and Ota T .(2022). The development and validation of an emotional vulnerability scale for university students. *Front. Psychol.* 13:941250. <https://doi:10.3389/fpsyg.2022.941250>.