



فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة

إعداد

ريهام زغلول عبد السميع بركات

المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية

أ.م.د. / إبراهيم عبد الفتاح الغنيم
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة بنها

أ.د. / إسماعيل إبراهيم بدر
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة بنها

١٤٤٣هـ - ٢٠٢١م

"بحث مشتق من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحثة"

فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة

إعداد

ريهام زغول عبد السميع بركات

المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية

أ.م.د. / إبراهيم عبد الفتاح الغنيمي
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة بنها

أ.د. / إسماعيل إبراهيم بدر
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة بنها

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، واستمرار فعاليته وكذلك التعرف على خطواته وفتياته باعتباره مدخلاً جديداً يثري الدراسات النفسية في هذا المجال، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) طالبات بكلية التربية جامعة بنها، وتراوحت أعمارهن من (١٨-١٩) عامًا، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٥) طالبات، ومجموعة ضابطة قوامها (٥) طالبات. واستخدمت الباحثة قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية (إعداد: إسماعيل بدر)، وبرنامج إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية (إعداد: الباحثة)، وتم استخدام اختبار ويلكوكسون The Wilcoxon Test واختبار مان ويتني Mann-Whitney Test، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات طلاب المجموعة الضابطة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي (مدته شهر ونصف) على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية.

الكلمات المفتاحية: إدارة المزاج - الأعراض الاكتئابية - طلاب الجامعة.

The Effectiveness of mood management intervention in relieving Some depressive symptoms among a sample of University Students

Abstract:

The current research aimed to reveal the effectiveness of mood management intervention in relieving some depressive symptoms among a sample of university students, and its continuity of effectiveness, as well as identifying its steps and techniques as a new approach that enriches Psychological studies in this field. The study sample consisted of (10) female students at the Faculty of Education, Benha University, their ages ranged from (18-19) years, and they were divided into two groups: an experimental group consisting of (5) female students, and a control group consisting of (5) female students. The researcher used the diagnostic interview list for depressive symptoms (**prepared by: Ismail Badr**), and the mood management program to relieve some depressive symptoms (**prepared by the researcher**). The Wilcoxon Test and the Mann-Whitney Test were used, and the results of the study indicated that there were Statistically significant differences between the averages of the mean scores of the students of the experimental group and averages of the mean scores of the students of the control group on the list of the diagnostic interview for depressive symptoms in the post-measurement In favor of the experimental group, and there were statistically significant differences between the mean scores of the experimental group students in the pre and post measurements on the list of the diagnostic interview for depressive symptoms in favor of the post measurement, and there were no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group scores in the post and follow-up measurements (its duration one month and a half) on the list of the diagnostic interview for depressive symptoms.

Keywords: mood management - depressive symptoms- University Students .

مقدمة:

تعد المرحلة الجامعية من أهم المراحل المفصلية الفارقة في حياة الفرد والمجتمع؛ حيث تمثل فئة الشباب مستقبل أي مجتمع وقواه الأساسية؛ وتعتبر المرحلة الجامعية آخر محطات المراهقة والتي تسبق مرحلة الرشد؛ حيث يبدأ الفرد استعداداً لتحمل مسؤوليات وواجبات الرشد، إذ يتوجب عليه في هذه المرحلة أن يكون قد استقر على ما يناسبه - بشكل نهائي تقريباً - في وضع الخطوط الأولى لمستقبله الأكاديمي ومن ثم الوظيفي والمهني، وهذه الأدوار المحيطة بالفرد في تلك المرحلة تجعلها من المراحل الحيوية والتي تؤثر على مستقبل الفرد تأثيراً كبيراً.

وتجدر الإشارة إلى أن انتشار الأعراض الاكتئابية في المرحلة الجامعية، يكون بسبب تعدد وتشابك العوامل المسببة لتلك الأعراض؛ وهذا ما أشارت إليه دراسة ناش وآخرين (Nash et al., 2015) أن العوامل المسببة للأعراض الاكتئابية بين طلاب الجامعة ترتبط بدرجة كبيرة بالمخاوف المرتبطة بالأداء الأكاديمي، والضغط من أجل النجاح والتفوق، وكذلك خطط ما بعد التخرج، وهي مصادر رئيسة لشعور الطلاب بالضغط والاكتئاب في هذه المرحلة. وأسفرت - أيضاً - نتائج دراسة كل من راهل وفيكس (Rahul, & Vikas, 2018)؛ ودراسة ديكسون وكوربيوس (Dixon, & kurpius, 2008) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب والضغط الأكاديمية لدى طلاب الجامعة. ودراسة سييو وجيو (Sibo, & Jie, 2018) عن وجود علاقة ارتباطية طردية بين الاكتئاب والضغط وضغوط التأقلم مع التغييرات الجديدة لدى طلاب الجامعة. وتوصلت نتائج دراسة كاركوس (Karakus, 2018) إلى أن مستوى الاكتئاب والشعور باليأس والعجز يرتفع لدى طلاب الجامعة الذين يتوقعون عدم الحصول على فرص عمل، كما أسفرت نتائج دراسة إنريكي وآخرين (Enrique et al., 2020) عن ارتباط الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة بالقلق والتوتر وانخفاض تقدير الذات.

ومن ثم فالأفراد في المرحلة الجامعية أكثر انفتاحاً على العالم الخارجي وبالتالي هم أكثر عرضة للتأثيرات الخارجية؛ حيث يواجه طلاب المرحلة الجامعية الأحداث الحياتية ولا يوجد لديهم سوى خبراتٍ محدودة، وتتنوع الضغوط كما سبقت الإشارة مثل الضغوط المتعلقة بالمستقبل

المهني، وانشغالهم بخطط ما بعد التخرج، ومخاوفهم المرتبطة بالأداء الأكاديمي، وافتقارهم للمساندة الاجتماعية، بل وإحساسهم بالعجز عن التحكم في مستقبلهم، وما ينتظرهم من مستقبلٍ غامض، مما يجعلهم عرضةً للعديد من الضغوط النفسية والتي تكون بمثابة عائق لأدائهم ودورهم الاجتماعي وتوافقهم النفسي، ومن ثمَّ يمكن للعديد من هذه الأحداث والخبرات الصعبة أن تُبقيهم في مزاج سلبي، وبالتالي يترتب عليها حالة انفعالية دائمة - نسبيًا - من القلق، والحزن، واليأس، والكآبة، ومن ثم فهذه الانفعالات - والتي يكون وقعها شديدًا على النفس - قد تُفضي إلى درجةٍ من درجات الاكتئاب.

وأكدت دراسة كل من سيبو وآخرين (Sibo et al., 2018)؛ ودراسة كيفن وآخرين (Kevin et al., 2018)؛ ودراسة مارسيا وآخرين (Márcia et al., 2018) ودراسة ميتكيو وآخرين (Mitiku et al., 2020) على ارتفاع معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية بين طلاب الجامعة عن غيرهم من فئات المجتمع، والذي يعتبر مؤشراً خطراً على الأفراد في هذه المرحلة التي تمثل مستقبل أي مجتمع. كما أشارت دراسة رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020) ودراسة روبرت ومارتين (Robert & Matin, 2019) ودراسة زايد وآخرين (Zaid et al., 2018) ، ودراسة نير وآخرين (Nur et al., 2020) إلى تزايد معدلات أعراض الاكتئاب والقلق بين طلاب الجامعة.

ويعد الاكتئاب كما أشار ماكفدين وسيديكي (McFadden, & Siediecki, 2020, 1) أحد اضطرابات المزاج التي تتميز بمشاعر مستمرة من الحزن وفقدان الاهتمام والتي تؤثر بشكل دال وملحوظ على الأداء الوظيفي للفرد في الحياة اليومية. ومن بين الأعراض الاكتئابية كما ذكرت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2012) المزاج المكتئب، وفقدان الاهتمام أو المتعة، وانخفاض الطاقة، ومشاعر الذنب، وانخفاض قيمة الذات، واضطراب النوم أو الشهية، وانخفاض التركيز، علاوةً على ذلك كثيرًا ما يصاحب الاكتئاب أعراض القلق، وهذه المشاكل قد تصبح مزمنة أو متكررة، وتؤدي إلى ضعف قدرة الفرد على القيام بمسئوليته اليومية، وفي أسوأ حالاته قد يؤدي الاكتئاب إلى الانتحار.

وهناك نقطة اتصال قوية بين الطبيعة المزاجية للفرد والتي تُسهم في قدرته على القيام بمسؤولياته اليومية وبين كون المزاج السلبي أحد الأعراض الاكتئابية، وهذا يجعل من المزاج نقطة التقاء محورية بين الأعراض الاكتئابية والأحداث الضاغطة، وما تخلفه تلك الأحداث من تأثير مباشر وسريع على الحالة المزاجية تجعل من المزاج العتبة والخطوة الأولى والتي بها إما أن يقع الفرد فريسة للأعراض الاكتئابية أو تكون لديه الطاقة التي تجعله في مأمن من ذلك.

ويقوم المزاج بدور حيوي في كونه يمثل قوة دافعة لمواجهة الاكتئاب؛ حيث اعتبر هيس وآخرون (Hess et al., 2006) أنّ المزاج مراقب مستمر للعلاقة بين المصادر المتاحة داخل الفرد وبين الحاجات التي يود إشباعها، فعند حدوث أي تناقض بين تلك المصادر والحاجات يُفعل النظام المزاجي دوره؛ فيؤثر على الأنظمة النفسية الأخرى، ومن ثم يدعوها جميعاً للمحافظة على التوازن بين المصادر والحاجات. وبمعنى آخر لا يقتصر دور المزاج على كونه رد فعل انفعالي وإنما هو مراقب يدفع الفرد من خلال عملية مستمرة لإحداث توافق أو تكيف بين البيئة الداخلية والخلل في النظام الخارجي من أجل تحقيق التوازن، فالإنسان لديه رغبة لتفادي الأمزجة السلبية، أي لديه طبيعة تدفعه إلى إدارة مزاجه بما يحقق الإحساس بالراحة والأمان.

وبنظرة أكثر استجلاء وفهم لتلك العلاقة بين المزاج والاكتئاب، نجد أنّ الأعراض الاكتئابية على اختلاف مصادرها ومسبباتها ودرجاتها يعد الوجدان السلبي الذي يتبدى في صورة المزاج السلبي عاملاً مشتركاً فيها، وهذا ما أكدت عليه دراسة ليما (Lemma , 1996) (77) أنّ الأعراض الاكتئابية في حد ذاتها تشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبه بأي تغير في حياتنا سواء كان هذا التأثير بسيطاً أو شديداً.

وأكد سالوفي وآخرون (Salovey et al., 1993) أنّ إدارة المزاج كأحد الاستجابات الانفعالية تقوم بدور تكيفي في المواقف المعقدة، وبالتالي تيسر من عمليات التفكير المنطقي وعمليات اتخاذ القرار على أساس منطقي. ومن ثم فإدارة المزاج بفعالية تسهم في تخفيف الأعراض الاكتئابية استناداً إلى دور التفكير المنطقي.

فلا يمكن أن يشعر الفرد بأحد الأعراض الاكتئابية ولديه مزاج إيجابي، ومن ثم وطبقاً للعلاقة القوية بين الحالة المزاجية والأعراض الاكتئابية التي يعاني منها طلاب الجامعة، فإن الباحثة ترى أن التدخل بإدارة المزاج أحد أكثر المداخل فعّالية، وذلك طبقاً لنتائج الدراسات السابقة والتي تؤكد على العلاقة المتداخلة والتي ترجح فعّالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية؛ وقد خلصت نتائج تلك الدراسات إلى التأكيد على فعّالية إدارة المزاج في التخفيف من الأعراض الاكتئابية؛ حيث اتفقت دراسة كل من مونوز وآخرين (Munoz et al., 1997)، ودراسة سكولر وآخرين (Schueller et al., 2013)، ودراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) على أن التدخل بإدارة المزاج له أثر مباشر وفعّال في تخفيف الأعراض الاكتئابية. فمن خلال إدارة المزاج تقوى المشاعر التي تحفز على الوجدان الإيجابي، والتي تُحدث تأثير مباشر في الاختيار من بين المعارف والبدائل الفكرية والسلوكية التي تسهم في إيجاد مخرج وحل تكيفي إيجابي مع الأعراض الاكتئابية، وعليه فإن إدارة المزاج تساعد الفرد في إتقان الحلول التعايشية الإيجابية. ومن ثم فإن التدريب على إدارة المزاج وبما تحمله من مقومات بمثابة طوق نجاه للتعافي من الأعراض الاكتئابية.

مشكلة البحث:

إن المرحلة الجامعية باختلاف تخصصاتها ومستوياتها تحظى بأهمية خاصة؛ حيث تعد مرحلة فارقة ونقلة نوعية كبيرة بما تحمله من تغيرات نفسية وفكرية في الشخصية، فحياة الفرد في هذه المرحلة لا تمضي على وتيرة واحدة، إنما هي مليئة بالخبرات والتجارب المتنوعة؛ حيث يمر فيها بالكثير من المؤثرات والضغوط النفسية ومحاولات تحديد مستقبله، ولإمكانية الاستفادة من الشباب بصفة عامة والشباب الجامعي بصفة خاصة لا بد من تحفيز طاقاتهم في بناء مجتمع الغد، بل وتجنيبهم ما من شأنه أن يهدر طاقاتهم ويضيع فرصهم ويحرمهم من حياتهم الاجتماعية، بل ويقوض صحتهم النفسية ويؤثر على تحصيلهم الدراسي. وتعد الأعراض الاكتئابية من أكثر الاضطرابات انتشاراً بين طلاب المرحلة الجامعية بل وأكثرها خطورةً على هذه الفئة؛ حيث تؤثر بطريقة جوهرية على أداء الفرد ونشاطه وعلى مسار حياته بشكل عام، وذلك لما تخلفه من آثار نفسية وجسمية والتي بالتأكيد تترك آثارها على شخصيته وعلى سلوكه.

ومن خلال ما لمستته الباحثة في ضوء عملها واحتكاكها المباشر وغير المباشر مع طلاب وطالبات المرحلة الجامعية، لاحظت الباحثة انتشار العديد من مظاهر الأعراض الاكتئابية مثل: سوء استغلال أوقات الفراغ، وعدم ممارسة الأنشطة المفيدة، وإدمان الإنترنت، والنظرة التشاؤمية للمستقبل، وانخفاض التحصيل الدراسي، وسوء العلاقات الأسرية، وانخفاض الثقة بالنفس، والتقلب المزاجي، وفتور الطاقة، الأمر الذي دفع الباحثة إلى استجلاء تلك المشكلة، وفهم أبعادها وطبيعتها، بل والعمل على تقديم حلول فعّالة للتخفيف من تلك الأعراض لدى هذه الفئة المهمة من فئات المجتمع.

وفى ضوء العلاقة التآثرية التبادلية بين مفهومي المزاج والاكتئاب، فإن المزاج الإيجابي له دور كبير في تخفيف الأعراض الاكتئابية؛ حيث أكدت دراسة برانستروم وآخرين (Bränström et al., 2010) أنّ الوجدان الإيجابي يعد أحد الميكانزمات التي تُحدث تأثير إيجابي في السلوك، فعن طريق إدارة المزاج يستمد العقل المعلومات الخاصة بالصحة النفسية ومعالجاتها حيث يقوم الوجدان الإيجابي في تقديم مختلف البدائل الفكرية والسلوكية للفرد، وأوضحت دراسة هيس وآخرين (Hess et al., 2006) أنّ إدارة المزاج تمد الفرد بالمهارات التي تساعده على تحقيق السعادة والاسترخاء وتنظيم الحياة الانفعالية، والتي تُسهم في تخفيف الأعراض الاكتئابية.

وجاء ذلك طبقاً لنتائج العديد من الدراسات مثل دراسة كل من سكولر وآخرين (Schueller et al., 2013) ودراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) التي توصلت نتائج دراستهما إلى أنّه يمكن تخفيف الأعراض الاكتئابية عن طريق إدارة المزاج، وأيضاً توصلت دراسة فاندر مير وآخرين (Van der Meer et al., 2010) إلى التأكيد من فعّالية إدارة المزاج في عدم تكرار الأعراض الاكتئابية. كما توصلت نتائج دراسة فرانسيسكا وآخرين (Francesca et al., 2008) إلى أنّ إدارة المزاج لدى المراهقين المكتئبين يحسن من الحالات المزاجية الإيجابية ويقلل من الحالات المزاجية السلبية.

وقد اتجهت معظم الدراسات لاستخدام مدخل إدارة المزاج للتخفيف من الأعراض الاكتئابية، حيث أسفرت نتائج دراسة ليفينسال (Leventhal, 2014) إلى أن المشاركين ذوي الاكتئاب في الوقت الحالي والسابق قد تحسّنوا بفعل التدخل بإدارة المزاج، وأشارت أيضًا إلى مدى فعالية إدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية، كما توصلت دراسة جاسكيولين وآخرين (Jacqueline et al., 2008) إلى فعالية إدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى الراشدين ذوي الاكتئاب من البسيط إلى المعتدل .

وانطلاقًا مما سبق، وبغية الوصول إلى حلولٍ فعّالة لتلك المشكلة، فتري الباحثة أنّ الأفراد الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية لديهم الفرصة للتخفيف من حدة تلك الأعراض والتعافي منها، وذلك بتعليمهم المهارات والأساليب التي تعينهم على ذلك، واستنادًا إلى ماتم الإشارة إليه من كون إدارة المزاج مدخلًا حيويًا ثبتت فعّاليته طبقًا لنتائج العديد من الدراسات والتي دفعت الباحثة إلى الاعتماد على إدارة المزاج في التخفيف من الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة عينة الدراسة. وفي حدود علم الباحثة فإنه لا توجد دراسةً عربيّة تناولت إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، مما دفعها لإجراء تلك الدراسة، محاولةً منها لطرق بابٍ جديد يسهم في إثراء المكتبة العربية ومد يد العون لطلاب هذه المرحلة لتخفيف الأعراض الاكتئابية التي تتناهم.

وعلى ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي:

ما فعّالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة ؟ وتتفرع عنه عدة أسئلة فرعية على النحو الآتي:

- ١) هل يوجد اختلاف في الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ؟
- ٢) هل يوجد اختلاف في الأعراض الاكتئابية لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج ؟
- ٣) هل يوجد اختلاف في الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة ؟

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، واستمرار فعاليته، وكذلك التعرف على خطواته وفتياته باعتباره مدخلاً جديداً يثري الدراسات النفسية في هذا المجال.

أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في خطورة مشكلة الدراسة وما يمكن أن تمثله الأعراض الاكتئابية من عقبة كبيرة في مسيرة طلاب المرحلة الجامعية التي تهدد أمنهم واستقرارهم النفسي، وينطوي هذا على أهمية كبيرة من الناحية النظرية والتطبيقية.

أولاً: الأهمية النظرية:

- ١- في حدود علم الباحثة لا توجد دراسة عربية تناولت التدخل بإدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة؛ مما يؤكد أهمية إجراء هذه الدراسة.
- ٢- إثراء المكتبة العربية السيكولوجية بإطار نظري عن فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة.
- ٣- إلقاء الضوء على دور إدارة المزاج وما تمثله من استثمار للوجدان الإيجابي في التخفيف من الأعراض الاكتئابية، نظراً لقلّة الدراسات الخاصة في هذا الإطار.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية في إعداد برنامج للكشف عن فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة. مما يسهم في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية التي يواجهونها، وبالتالي تحسن مستوى العلاقات البينشخصية وصولاً إلى التوافق النفسي والاجتماعي المأمول لهم.

مصطلحات البحث:

١- إدارة المزاج Mood Management:

عرّفها فورجاس (Forgas,1995a) بأنها عبارة عن تلك النتيجة الكلية التي يصل إليها الفرد من خلال استخدامه لمجموعة من الاستراتيجيات التي تمده بالمهارات التي تساعده على تحقيق الاسترخاء وتنظيم الحالة الانفعالية والتعامل مع الحالات الوجدانية التي يواجهها حتى يتمكن الفرد من الوصول إلى تحقيق المزاج الإيجابي الذي يريجه.

ويُقصد به في هذه الدراسة أنه برنامج إرشادي قائم على مجموعة من الإجراءات والخطوات المنظمة، معتمداً على عدد من الاستراتيجيات والفنيات التي تحقق إدارة فعّالة للمزاج استناداً على ماورد من أطر نظرية في هذا المضمار، بمجموع اثنتين وثلاثين جلسة، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وتتراوح مدة الجلسة بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة، ويتضمن البرنامج مجموعة من الفنيات والأساليب هي: الاسترخاء، ووضع الأهداف الرئيسية والشخصية لإدارة المزاج، وتحدي العقل العاطفي، وتغيير الوضع، والوعي باللحظة الحالية، واستدعاء الذكريات الإيجابية، والدعم الاجتماعي. حديث الذات الإيجابي، والتركيز على الأحداث السارة، والنمذجة، والتدعيم/العزيم الإيجابي، بالإضافة إلى استخدام أسلوب التغذية الراجعة، المحاضرة/الحوار والمناقشة، والواجب المنزلي، وذلك بهدف إكساب المشاركين من طلاب الجامعة الذين يعانون من بعض الأعراض الاكتئابية القدرة على إدارة المزاج مما يسهم في تخفيف الأعراض الاكتئابية لديهم.

٢- الأعراض الاكتئابية Depressive Symptoms:

عرفها إسماعيل بدر (٢٠٠١) بأنها تُحدد وفقاً للأبعاد الآتية:

- الاضطرابات الوجدانية: ويشمل اليأس والحزن وفقدان المتعة بالأشياء.
- الاضطرابات السيكوسوماتية: ويشمل فقد الشهية للطعام، اضطراب الوزن (زيادة/ نقص)، اضطراب في النوم، صعوبة الحركة وخاصة في الأطراف.
- الاضطرابات السلوكية: ويشمل سرعة الغضب، صعوبة الإنتباه والتركيز، مشكلة إتخاذ القرار، بطء في التفكير، مشاكل دراسية.

▪ اضطراب التفكير: ويشمل الشعور بالسأم واليأس، التفكير في الموت، التفكير في الانتحار، محاولات الانتحار، سوء استخدام العقاقير.

وتتحدد الأعراض الاكتئابية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية (إعداد اسماعيل بدر، ٢٠٠١).

طلاب الجامعة: مجموعة من طلاب وطالبات المرحلة الجامعية، ويتراوح أعمارهم من (١٨-٢٢).

الإطار النظري:

أولاً: طلاب الجامعة:

أصبح التطور والتقدم السريع في مختلف مناحي الحياة سمة من سمات هذا العصر الذي فرض على الفرد ضرورة مواكبة هذا التطور المتزايد، وهذه المواكبة ألقت كماً كبيراً من المتطلبات المختلفة، مما شكل عبئاً كبيراً حدّ من قدرة الفرد على استيعاب كل هذه المتطلبات المختلفة والمتنوعة، وبالتالي نتجت لدى الفرد العديد من المشكلات والاضطرابات كل حسب مرحلته العمرية وطور حياته، ولعل المرحلة الجامعية من أهم مراحل الحياة وأخطرها حيث يعد الطلاب في المرحلة الجامعية من أكثر الفئات عرضةً للأعراض الاكتئابية، وذلك لقلة خبرة هذه الفئة في الحياة وعدم قدرتهم على مواجهة المشكلات التي تعترضهم بما يهدد استقرارهم النفسي وتوافقهم الاجتماعي.

حيث أكد كل من بريام وبيجل (Bayram, & Bilgel, 2008) و ستيتوي وآخرون (Steptoe et al., 2007) إبراهيم وآخرون (Ibrahim et al., 2013) وأنّ المرحلة الجامعية هي فترة التغيير؛ حيث يطور الشباب مهارات وخبرات جديدة ويوسعون شبكات التواصل الاجتماعي ويكتسبون المعرفة. ويمثل الذهاب إلى الجامعة بالنسبة للعديد من الطلاب يمكن أن يكون حدثاً مرهقاً في حياتهم أثناء التفاوض على تغييرات في نمط الحياة والمجتمع والعلاقات. وأضاف لينيز (Lenz, 2001) أنّ الانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة البلوغ يجلب تحديات كبيرة مثل منح المرء فرصة لإدارة حياته والتعامل مع أدوار استقلال أكبر،

وخلال هذا الانتقال يكون الشباب قادرين على استكشاف وتجربة من هم ومن يريدون أن يكونوا في المستقبل.

وخلص فيتساري وآخرون (Vitasari et al., 2010) أن الاكتئاب يعمل على إعاقة النمو الانفعالي والاجتماعي السوي لدى طلاب الجامعة، ويُنظر له على أنه السبب الرئيسي للشعور بالعجز؛ حيث يؤدي إلى الحزن الشديد، وفقدان الاهتمام بالأنشطة، وانخفاض تقدير الذات، والوحدة، وضعف التواصل مع الآخرين، مما يؤدي إلى انخفاض معدل التوافق الاجتماعي وبالتالي فقدان الشعور بالأمن النفسي لدى طلاب الجامعة.

كما كشفت دراسة كل من سعيد وآخرون (Saeed et al., 2018)، ودراسة جيمس وآخرين (James et al., 2018)، ودراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020)، ودراسة محمد وآخرين (Muhammad et al., 2021) عن ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة.

ومن العرض السابق يتضح أن طلاب المرحلة الجامعية عرضةً -بدرجة كبيرة- للأعراض الاكتئابية نظراً لحساسية المرحلة الجامعية وما يرتبط بهذه المرحلة من ضغوط وصعوبات؛ حيث تمثل محطة تغيرات اجتماعية واضطرابات انفعالية ومتطلبات أكاديمية ومادية، كل هذه المتغيرات تحيط بطلاب المرحلة الجامعية دون أن يكون لديه ما يملكه من إمكانيات مادية أو خبرات حياتية، إضافة إلى كونه لم يترك مرحلة المراهقة بعد، كل هذا يؤكد على أهمية دراسة الأعراض الاكتئابية لدى طلاب المرحلة الجامعية، وعلى أهمية مساعدتهم في إتقان بعضاً من الطرق الفعّالة التي تخفف من حدة الأعراض الاكتئابية لديهم.

ثانياً: الأعراض الاكتئابية Depressive symptoms:

(١) تعريف الاكتئاب:

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم الاكتئاب وذلك لانتساع مجالات البحث فيه، ولتوضيح مفهوم الاكتئاب فلا بد من الوقوف على فرقٍ مهم في تناول هذا المفهوم، وهو الفرق بين الاكتئاب وبين الأعراض الاكتئابية؛ حيث يتضمن فروقاً في الدرجة بين الاكتئاب الشديد وهو ما يمكن أن نطلق عليه اضطراب الاكتئاب، وبين الاكتئاب البسيط أو ما يطلق عليه

الأعراض الاكتئابية، وتعددت التعريفات في علم النفس في كل جانب من الجانبين، وعليه قامت الباحثة بتصنيف تلك التعريفات كالآتي:

أ- الاكتئاب كاضطراب:

عرّفه بيك (Beck , 1974) بأنه يعد شكلاً من أشكال الاضطرابات الانفعالية التي تتميز بتغير مزاج الفرد، وظهور مشاعر الحزن، والوحدة، والقنوط، وتبدل المشاعر والعواطف، وخيبة الأمل، وصعوبة التفكير والتركيز، وأفكار تتعلق بالموت والانتحار، بالإضافة إلى ظهور أعراض وأمراض جسمية كالصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات النوم، وآلام العضلات، واضطراب المعدة.

والاكتئاب النفسي وفقاً للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000, 349) يعرف بأنه اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة اليومية، ويُحدث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار.

وذكر محمد السيد عبد الرحمن، إيمان الطائي (٢٠١٧، ٥-٦) في تعريفهما للاكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية الأكثر انتشاراً؛ حيث أوضحاً بأنه الأكثر تأثيراً على الوظائف الانفعالية والاجتماعية والبيولوجية للفرد، ويسود لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب التفكير السلبي، والنظرة السلبية للماضي والحاضر والمستقبل، وانعدام الاهتمام واللذة وفقد الرغبة في الإنخراط في الأنشطة الممتعة، ويرافق هذه الأعراض النفسية اضطراب في عدد من الجوانب الجسمية مثل الشعور بالتعب وصعوبة التركيز، وضعف القدرة على التعامل بفعالية مع تحديات الحياة اليومية، ويلاحظ هؤلاء الأفراد وجود تدني واضح في مستواهم المعتاد أو المطلوب من الأداء، وغالباً ما يستمر المزاج المكتئب بسبب الردود التي تولده أو تثيره مثل محاولات المواجهة التي غالباً ما تبقى سلبية والميل إلى الانخراط في أي من التجنب أو اجترار الأفكار المتكرر، الأمر الذي يزيد احتمالات تدهور الحالة المزاجية، ويؤدي اليأس المرتبط بهذه الظروف في عدد كبير من الحالات إلى التفكير في الانتحار أو الانتحار فعلياً.

ب- الاكتئاب كحالة:

عرّف أولاري و ويلسون (O'Leary, & Wilson , 1978) أنّ الاكتئاب بالنسبة للغالبية العظمى من الناس يعبر عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في الدراسة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غالٍ، وهذا النوع من الاكتئاب يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره، وما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب أنّه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد على أسبوعين، كما أنّه عادةً ما يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره.

واتفق كل من عبد الحميد شانلي (٢٠٠١ : ١٣٣) و حامد زهران (٢٠٠٣ : ١٥١) في تعريفهم للاكتئاب بأنّه حالة من الحزن الشديد المستمر والتي تنتج عن ظروف أليمة، وتعبّر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه، ويصاحبه أعراض نفسية وجسدية.

وأورد فيليفا وآخرون (Veleva et al., 2018) تعريفًا للأعراض الاكتئابية على أنّها مجموعة من الأعراض التي ترتبط بشعور الفرد بالعجز وقصور في الأداء الوظيفي لديه، والتي من شأنها أن تقلل جودة الحياة لدى الفرد، وعادة ما ترتبط تلك الأعراض بحدوث تغيرات معرفية في كثير من الأحيان.

ومن العرض السابق خلّصت الباحثة إلى أنّ التعريفات التي ذُكرت سابقاً انقسمت ما بين التعريفات التي تعرض الاكتئاب كحالة، والآخرى التي تعرض الاكتئاب كاضطراب نفسي، وعلى كل حال فإنّ تلك الاختلافات القائمة بين التعريفات هي اختلافات في الدرجة وليست في النوع، ويعتمد تشخيص الفرد على حسب الدرجة بين كونه مريضاً بالاكتئاب أو يعاني من بعض الأعراض الاكتئابية كحالة عابرة.

وترى الباحثة أنّ الأعراض الاكتئابية التي هي موضوع البحث الحالي يمكن تعريفها على أنّها استجابة نفسية حيال الأحداث الحياتية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد كفقدان عزيز أو خسارة مادية، والتي تجعل الفرد يشعر بالعجز، والإحباط، واليأس، والحزن، والقلق، وفقدان الثقة بالذات، ويصاحب الفرد في هذه الحالة عدد من الأعراض الجسمية والسلوكية والتي تؤثر على أدائه في العديد من جوانب حياته.

(٢) تصنيف الاكتئاب:

تعددت وجهات النظر حول تصنيفات الاكتئاب، وربما في تحديد الأسباب الأهم والأكثر إسهامًا في حدوث الاكتئاب، وذلك حسب ما يراه العلماء والباحثون من تصورات تختلف فيما بينها، بل وحسب المحكات التشخيصية التي تحكم تلك التصورات.

أشار آرون بيك (مترجم، ٢٠٠١) أن الاكتئاب ينقسم إلى صنفين أساسيين هما:

- الاكتئاب الداخلي المنشأ Endogenous : وهو اضطراب تلعب فيه العوامل الوراثية البيولوجية دورًا مهمًا، وهذا النوع من الاكتئاب يكون شديدًا، ويحدث دون وجود عامل بيئي هام مسبب، ويميل إلى الانتكاس والحدوث بشكل متكرر، وغالبًا ماتوجد خلفية عائلية لاضطراب عقلي مماثل لدى الأسرة .
- الاكتئاب الخارجي Exogenous أو الاكتئاب العصابي : وهذا النوع يكون ناتجًا عن ضغوط الحياة وتكون أعراضه أقل شدة، وأسبابه معروفة (ضغوطات نفسية ، أو ضغوطات خارجية أو مرض عضوي) .

وقدم أحمد عكاشة (٢٠٠٣ : ٣٤٥-٣٤٦) تصنيفًا آخر قائمًا على أساس درجات

الاكتئاب أو حدة الاكتئاب (خفيفة ، متوسطة ، شديدة) حيث صنف نوبات الاكتئاب إلى:

- نوبة اكتئابية خفيفة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية.
- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية.
- نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية.
- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية.
- اضطراب اكتئابي متكرر .
- اضطرابات وجدانية مستمرة.

وللتعرف على أعراض كل نوع من أنواع الاكتئاب، فإنه يجب اللجوء في هذه الحالة إلى التشخيص الفارق الذي يميز أعراض كل نوع من أنواع الاضطرابات الوجدانية، وهذا يظهر بوضوح في أعراض الاكتئاب كما أوضحها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV,1994) الذي أصدرته رابطة الطب النفسي الأمريكية الذي حدد ثلاث فئات لأعراض الاكتئاب هي كالآتي:

- اضطراب الاكتئاب الرئيسي (Major Depressive Disorder (MDD) : وهو الأكثر حدة بالنسبة للفئتين الأتيتين من حيث شدة ظهور الأعراض، وكثرة عددها ومن حيث التلف الوظيفي، الذي يلحق بالمصاب.
- اضطراب الاكتئاب العصابي (Dysthymic Disorder) : وهو أقل حدة من حيث مرات حدوث النوبة وشدة الإصابة بها، ولكنها تستمر لفترة أطول من فترة اضطراب الاكتئاب الرئيسي.
- اضطراب الاكتئاب غير المحدد بصفة تصنيفية معينة: ويستخدم في تشخيص الأطفال أو المراهقين الذين لا تنطبق عليهم شروط التشخيص الخاصة بالفئتين السابقتين، ويتمثل في اضطراب عسر المزاج قبل الطمث عند الفتيات Premenstrual Dysthymic Disorder أو اضطراب الاكتئاب البسيط Minor Depressive Disorder.

(٣) الأعراض الاكتئابية:

تجدر الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين الاكتئاب بوصفه زملة مرضية محددة، وبين الأعراض الاكتئابية التي يعترى واحد أو أكثر منها كل إنسان تقريباً في فترة ما من فترات حياته، وفي هذا الصدد أكد هشام الخولي (٢٠١٠: ٣١٣) أن هناك فارقاً كبيراً بين الاكتئاب كمرض والأعراض الاكتئابية، فغالباً ما تحدث الأعراض الاكتئابية والتي لا تضع بصاحبها ضمن مرض الاكتئاب، كنتيجة طبيعية لانفعالات ربما تكون قاسية أو خبرة سيئة في أي مرحلة من مراحل حياته، كفقدان عزيز أو خسارة مادية؛ فحينما تكون الانفعالات المصاحبة لتلك المواقف متناسبة معها، فإنها تكون بمنأى عن الاكتئاب كمرض.

وأوضح عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨: ١٦) أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس، ويظهر عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوى جسمانية، وأمراض بدنية بصورة قد لا تُعرف الحدود بينهما، ويبدو عند البعض الآخر في شكل مشاعر اليأس، والتشاؤم، والملل السريع من الحياة والناس... وهكذا، وربما تجتمع كل هذه الأعراض معاً في شخص واحد.

وذكر إنجرام (Ingram , 1994) أنّ هناك إتفاق بين الباحثين على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالإكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة؛ حيث يُطلق عليها مفهوم الزملة الاكتئابية Depressive syndrome وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات أساسية هي:

- أعراض المزاج : وتعد تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم، تقريبًا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل.
- الأعراض الدافعية : وتمثل الأشكال السلوكية، التي تشير إلى التوجه نحو الهدف؛ فالأفراد المكتئبون غالبًا ما يعلنون قصورًا في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.
- الأعراض البدنية : وتشير إلى التغيرات الجسمية التي تصاحب الاكتئاب وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي.
- الأعراض المعرفية : وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائمًا، وإتخاذ القرار، وكيفية تقويمهم لأنفسهم.

وقد أضاف سترونجمان (Strongman, 1996) إلى تلك الفئات الأربع الأساسية لأعراض الاكتئاب جانب الأعراض المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية، متمثلة في الرغبة في تجنب الأشخاص الآخرين، وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أنّ أعراض الاكتئاب قد تختلف من شخص إلى آخر.

ومن العرض السابق يتضح أنّ هناك الكثير من الأعراض الاكتئابية، والتي قد يعاني الفرد جميعها أو بعضًا منها، أو تأتي مختلفة في شدتها من عرض لآخر ومن فرد لآخر، وقد قدّم الباحثون بعض الأعراض عن غيرها كل حسب وجهة نظره، وقد عرض بعض الباحثين الأعراض في صورة فئات من الأعراض الجسمية، والانفعالية، والسلوكية والمعرفية، وعرض البعض الآخر أعراض مختلفة وبشكل مباشر دون تقسيمها إلى فئات.

(٤) النظريات المفسرة للاكتئاب:**أ- الاكتئاب من منظور التحليل النفسي:**

لقد أوضح أوتوفينخل (مترجم ، ١٩٦٩ : ٧٥٧) أنّ فرويد كان أول من كتب عن الاكتئاب في التحليل النفسي، حيث أرجعه إلى الخبرات المبكرة التي تمثل إما فقداناً لتقدير الذات، وإما فقداناً لإمدادات كان المريض يأمل أن تحفظ عليه تقديره لذاته أو حتى تزيد منه، وهذه الخبرات تنطوي على فقدان تقدير الذات، من قبيل الفشل وفقدان المكانة وفقدان المال، وإما أن تكون خبرات تنطوي على فقدان بعض الإمدادات الخارجية من قبيل خيبة الأمل أو موت رفيق الحب، ومن شأن هذه الخبرات أن تجعل المريض موضوعياً أو ذاتياً وأكثر وعياً بدونيته وبحاجاته النرجسية.

ويرى أصحاب هذه النظرية كما أوضح كلٌّ من عويد المشعان (١٩٩٥ : ١٣٤) ؛ أحمد عكاشة (٢٠٠٣ : ٤٢٦) أنّ الاكتئاب هو عملية نكوص للمرحلة الغمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأنّ الفرد المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد لديه إحساس بالحب والكراهية والحرمان والنبذ، وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه فإنه ينكص لحاجته الأولية، وبعمليات دفاعية لاشعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص، ولتناقض عواطفه إزاء موضوع الحب المفقود يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته أي نحو (الأنا).

وهذا التناقض العاطفي كما ذكر حامد زهران (٢٠٠٥ : ٥٥١) هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب، وأنّ مرضى الاكتئاب عاجزون عن الحب، حيث إنّ فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب، وتحدد نظرية التحليل النفسي عاملين أساسيين مثيرين للاكتئاب هما: تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان، وتغير في علاقة المريض بموضوع الحب.

ب- الاكتئاب من المنظور المعرفي:

قدم المنظرون المعرفيون رواد هذا التيار أمثال بيك وإيليس وسيلجمان نظرة خاصة وواضحة حول الاكتئاب؛ حيث قدموا فرضيات تعزو الاكتئاب من حيث أسبابه إلى مدركات الشخص؛ فعزا بيك (Beck, 1976) الدور السببي الأولي في الاكتئاب إلى المدركات السلبية والمشوهة، والتي تؤدي إلى ردود أفعال انفعالية مضطربة وسلوكيات أخرى مرتبطة بالاكتئاب، كما أكد إيليس (Eills) على دور المعتقدات غير العقلانية في نشوء الاكتئاب، وافترض أنّ الاكتئاب ينشأ عندما يدرك الفرد حدثاً أو موقف معين بطريقة خاطئة أو غير عقلانية، ويترتب على هذا الإدراك الخاطئ ردّة فعل انفعالية سلبية تجاه الموقف كالاكتئاب، والقلق، ومشاعر الرفض أو عدم الأهمية، ونظر سيلجمان (Seligman) إلى الاكتئاب على أنّه نتيجة للإحساس بالعجز الناشئ عن الاعتقاد بفقدان السيطرة على الموقف، وينشأ الإحساس بالعجز عندما يشعر الفرد بعدم القدرة على تجنب حدث غير ملائم، أو فشل في تحقيق نتيجة مرغوب فيها بجهوده أو بجهود الآخرين؛ فيعتقد الفرد بأن كل أفعاله وأفكاره غير مجدية.

وفي هذ الصدد أوضحت زينب شقير (١٩٩٥ : ٣٦) أنّ أصحاب هذه النظرية قدموا نموذجاً للتشوه المعرفي الذي درسه "كوفاكس" و"بيك" وذهبوا إلى أنّ اضطرابات الوجدان والدافعية لدى المكتئب تعان بمثابة نتيجة للمفاهيم السلبية لديه، حيث تعلم التشوهات المعرفية، وينتج ذلك بشكل زائد مع الأحداث بطريقة تزيد من النواحي السلبية في الحياة وقد ظهر هذا واضحاً في - اختبار "بيك" للاكتئاب - حيث ركز فيه على انخفاض تقدير الذات ونقص صورة الجسم عند الأفراد الذين يعيشون الحزن، ومرجعه في ذلك إلى نموذج التشوه المعرفي لديهم.

واتفق كلٌّ من لويس مليكة (١٩٩٠) ؛ و آرون بيك (مترجم، ٢٠٠٠) أنّ الاكتئاب يُنظر إليه بوصفه تنشيطاً لثلاثة أنماط معرفية رئيسة تؤدي إلى تصور سلبي للذات، وتفسير سلبي لخبرات الحياة، ونظرة عدمية للمستقبل، ويسمي بيك هذه الأنماط الثلاث المعرفي للاكتئاب (The Cognitive Traid) وهي كالاتي:

- **المكون الأول:** هو نظرة الفرد لنفسه بكونه ناقص الكفاءة، يعاني من القصور والنبذ؛ حيث ينزع إلى أن يُنسب خبراته غير السارة إلى النقائص المفترضة، كما أنّه ينزع إلى رفض نفسه بسببها، وفضلاً عن ذلك فهو يعتقد في نفسه

نقص في الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة والقناعة، ويوجد هذا المكون في تصور بيك لدى غالبية المكتئبين.

- **المكون الثاني:** يغلب عليه التفسير السلبي للخبرة؛ حيث ينزع الفرد إلى أن يرى عالمه الشخصي يتطلب منه أمور غير معقولة، ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة، أو أنه محروم من الشعور باللذة والإشباع.
- **المكون الثالث:** ويتمثل في النظرة للمستقبل بصورة سلبية، ويتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية، وهو لا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط ويتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال.

ج- الاكتئاب من المنظور السلوكي:

أوضح بندورا (Bandura, 1977) أنّ النظريات السلوكية البارزة كلها تقع ضمن المجال المعروف بنظرية التعلم الاجتماعي، وترى نظرية التعلم الاجتماعي أنه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة Continuous Reciprocal Interactions للعوامل الشخصية Personal Factors مثل العمليات المعرفية والتوقعات والعوامل السلوكية، والعوامل البيئية، والتي تعمل بشكل مستقل وتدعم كل منها الأخرى، وتفترض هذه النظرية أنّ الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم من خلال التفاعل المستمر بين الأفراد وبيئتهم وقدرتهم على تطوير وتعديل أنماط سلوكهم ، ولا يقومون - فقط - بالاستجابة للتأثيرات الخارجية، بل عوضاً عن ذلك ينظر لهم على أنهم يقومون بعمليات الإختيار، والتنظيم للمثيرات التي يتعرضون لها، وهنا ينظر للأفراد وبيئاتهم على أنهم محددات تبادلية.

وأشارت زينب شقير (١٩٩٥: ٣٦) إلى أنّ النظرية السلوكية قدمت فهمًا واضحًا لسلوك المكتئب حيث قدم "ليوفنش" نموذجًا للتدعيم السلوكي للاكتئاب، حينما افترض أنّ السلوكيات والمشاعر الاكتئابية تتم إثارتها بسبب انخفاض معدل تدعيم الاستجابة، ووجد أنّ الأفراد المكتئبين يقومون بسلوكيات أقل ويستقبلون تدعيمًا إيجابيًا للذات أقل، ويمارسون مهارات اجتماعية أقل، وتقل أنشطتهم بالمقارنة بغير الاكتئابيين، ويؤكد أنّ الاكتئاب ينتج من فقدان القدرة على الضبط الفعّال لبيئة الفرد البيئشخصية مثل اضطرابات الاتصال وصورة التفاعل اللفظي.

والنظرية السلوكية كما أشار جيرالد (Gerald , 2006) ترى أن الفرد يولد ولديه استعدادات عامة تتشكل حسب المثيرات التي يتعرض لها الفرد في بيئته، ومن نتائج تشكيل الاستعدادات العامة بالتعلم التنظيمات السلوكية، وقد ينشأ الصراع بين هذه التنظيمات مما يؤدي إلى انخفاض في مستوى نشاط الفرد، وتعزى النظرية السلوكية الاكتئاب إلى انخفاض مستوى النشاط عند انخفاض التعزيز.

د- المنظور الظاهرياتي:

يعد الاكتئاب من وجهة النظر الظاهرياتيية كما أشار عبد الله عسكر (١٩٨٨) إلى أنه يظهر في أعراضه المادية (الجسمية) والمعنوية كل عناصر العالم، وترجم الأعراض طبيعة الحوار المتقبل بين الذات والعالم بوصف الذات انعكاساً كيفياً للعالم، وبالتالي فإن الذات صورة مصغرة من العالم، وإذا اضطربت الوحدة الوجودية بين الذات والآخر وبقي للذات نرجسيتها وللآخر ابتعاده حل الاغتراب والعدم، وتفقّد الحياة معناها، ويصبح الطريق إلى الخلاص من الجحيم سهلاً بالانتحار إنتقاماً من الذات ومن الآخر ولينتهي الوجود. والاكتئاب تعبير عن اضطراب شرعية الوجود وآلام (الآخر) هي المانحة لشرعية الوجود، وبالتالي فإن فقدانها من أهم دواعي الاكتئاب سواء أكان الفقد خارجياً أم داخلياً، هذا الفقدان يُدرك على أنه فقدان في كل شيء، وفقدان في المعنى، واضطراب للحياة، وقد تتوقف وتختلط المدركات ويحدث النكوص أو الانسحاب رغبةً في إعادة إصلاح ما أتلّفه الفقدان، وإذا نجحت المحاولة الترميمية يكون الإنكار والتحرر من الماضي بغية الوصول إلى وضع أفضل في الحاضر انطلاقاً إلى المستقبل، وإذا فشلت المناورات أو الدفاعات الإنكارية تزايدت حدة الانسحاب البيولوجي للطاقة الحيوية أيضاً.

ويعزو فرانكل (مترجم، ١٩٨٢ : ١٤٢-١٤٣) الاكتئاب في ضوء النظرية الظاهرياتيية إلى الفراغ الوجودي وغياب الهدف والمعنى في حياة الفرد.

مما سبق من عرض للنظريات النفسية المفسرة للاكتئاب يلاحظ أن كل نظرية قد فسرت الاكتئاب من زاوية معينة، وذلك وفقاً للأسباب الذي اعتمدت عليها في بناء فكرتها، حيث ركزت كل واحدة منها على جانب من جوانب حياة الإنسان وربطت بينه وبين الاكتئاب، وقدمت كل نظرية فهمها الخاص لهذا الاضطراب، فنظرية التحليل النفسي ركزت على دور الصراعات الداخلية ومكونات الشخصية وتأثيرها على حياة الإنسان، والدوافع الداخلية التي لم يتم إشباعها

في المراحل السابقة، أمّا النظرية السلوكية ركّزت على دور المثيرات والاستجابات التي تصدر من الفرد والسلوكيات المكتسبة والمتعلمة، ودور التعزيز والعقاب في تعميم وتعلم الاستجابات، والنظرية المعرفية التي ركّزت على الأفكار التي يتبنّاها الفرد والمعتقدات التي يؤمن بها، وكيفية تعديل هذه الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية، وتناولت النظرية الظاهريّة الفجوة التي بين فكرة الإنسان عن نفسه وبين الواقع، وقيامه بأوجه نشاط وعدة محاولات ليثبت لنفسه أنه أفضل مما يشعر، ومن هنا نستطيع القول أنه لا يمكن الاعتماد على مدرسة معينة لفهم الاكتئاب، وبالتالي فإن من الضروري لمعرفة الاكتئاب وأسبابه وعلاجه يجب علينا الاهتمام بكل وجهات النظر المفسرة له من أجل الوصول لفهم واضح ومتجانس للمساعدة في تقديم أفضل الخدمات للأفراد.

ثالثاً: إدارة المزاج Mood Management

(١) الفرق بين الانفعالات والأمزجة:

إنّ العديد من الدراسات التي تناولت مفهوم المزاج لم تعطي له أهمية بقدر كبير في التراث البحثي، فالكثير من الكتابات خاصّة العربية منها اعتبرته ضمن الحقل الانفعالي، بل واعتبرته مرادفاً لمفهوم الانفعال أو أحد الكلمات الداله عليه والتي تعبر عن حالة انفعالية وليس أحد مفاهيم النظام النفسي المستقلة، وهناك عدد قليل من الدراسات التي حاولت تقديم فهم أوضح وأعمق عن المزاج فلم تخرجه عن كونه انفعال، ولكنه انفعال يحظى بطبيعة خاصة، ولتوضيح خصوصية ذلك المفهوم لابد من توضيح الفرق بين الانفعالات والأمزجة.

أوضح هيس وآخرون (Hess et al., 2006) أنّ مفهوم المزاج أحد أهم مفاهيم النظام النفسي، والذي يتضح من خلاله العلاقة القوية والمعقدة بين الشخصية والأحداث الحياتية وجودة الحياة الذاتية، حيث يعتبر المزاج ميكانزم تكيفي بين هذه الأبعاد.

والمزاج كما أشار محمد الريماوي (٢٠٠٣) عبارة عن خاصية تحدد دينامية الأداء؛ حيث لا نستطيع ملاحظته مباشرة ولكن تظهر آثاره في السلوكيات الانفعالية والاجتماعية، ويُستدل كذلك على المزاج من خلال نشاط الفرد واندفاعه وانفعاله حيث يلاحظ اختلاف الأفراد في درجة أدائهم وانفعالهم في الموقف الواحد.

وذكر هيوم (Hume , 2013) أنّ الانفعالات تختلف عن الأمزجة في أنّ الانفعالات تكون سريعة الزوال على خلاف المزاج، فعلى سبيل المثال عندما يتعدى عليك أحد الأفراد تشعر بالغضب، كثافة هذا الغضب تزداد وتزول بسرعة في غضون ثوان، ولكن عندما تمر بحالة مزاجية سلبية فإنّ إحساسك بتلك الحالة يستمر لعدة ساعات وهذه أحد الفروق الأساسية بين المزاج والانفعال، ومن الفروق الجوهرية أيضًا بين الانفعالات والأمزجة، هي أنّ الانفعالات لا تكون محايدة؛ فعندما يشعر الفرد بالغضب وينتهي هذا الغضب فإنّنا لا نستطيع أن نسمي حالة إنتهاء الغضب باللاغضب وهذا يؤكد على أنّ الانفعالات ليست محايدة، والمزاج على العكس من ذلك؛ فمن الممكن أن يعيش الفرد درجة محايدة بين المزاج الإيجابي والسلبي فعلى سبيل المثال قد لا يشعر الفرد بالحزن ولا يشعر بالسعادة وإنّما قد يشعر بحالة متوسطة بين الإتجاهين.

ومن ثم يوجد خيط واصل بين الانفعالات والأمزجة، والذي يظهر من خلال العلاقة التأثرية التبادلية بينهما، فالانفعالات إذا كانت قوية وعميقة فإنّها تتحول إلى مزاج، فمثلاً لحظات السعادة القوية التي يشعر بها الفرد عند تحقيقه للعمل الذي يحلم به تجعله في حالة مزاجية جيدة لعدة أيام، وهذا يعكس تأثير الانفعالات في المزاج، ومن ناحية أخرى نجد أنّ الفرد يتفاعل بل ويفرط في الانفعال مع أحداث بعينها دون الأخرى متأثرًا بحالته المزاجية إيجابية كانت أو سلبية، وهذا يوضح دور الأمزجة في الانفعالات وما يمكن أن ترسمه في مصيرها ومقدارها، أي أنّ للانفعالات والأمزجة دور يلعبه كل منهما في طبيعة المفهوم الآخر.

(٢) الخلفية النظرية لإدارة المزاج:

تعتبر إدارة المزاج عملية ذات تناول نظري مختلف، فهي تعتمد بشكل كبير على مفهوم المزاج والتي تندر الكتابات حوله، ومن جانب آخر تعتمد على تلك الإجراءات المتخذة التي تسهم في ضبط وإدارة المزاج لاستثمار طبيعة هذا المفهوم وتوظيفه في التأثير على سلوكنا بشكل فعّال، وهذا هو الجانب الإداري في مفهوم إدارة المزاج، فإدارة المزاج تعتبر عملية ونتيجة أيضًا للعديد من المهارات التي تساعد الفرد في تجنب الآثار السلبية للمزاج السلبي بل واستغلال تلك العلاقة الوطيدة بين مزاج الفرد وسلوكه لتحقيق مسالك أكثر فعالية، فإدارة المزاج مفهوم

يعتمد على الدمج بين فهم الطبيعة المزاجية للفرد وبين تلك الاستراتيجيات والمهارات التي تسهم في التعامل مع تلك الطبيعة بل واستثمارها لصالح الفرد.

ولتوضيح أكثر عن مفهوم إدارة المزاج كما أشار زيلمان (Zillmann,1988a) يمكن الرجوع لنظرية التعريض الانتقائي لفستنجر عام ١٩٥٧، حيث تقوم على افتراض مؤداه أنّ المزاج السلبي يُستخدم كأحد وسائل التنفير في عملية التعليم والتدريب والتحكم في السلوك؛ حيث إنّ التعرض لمثيرات منفرة عكس الإتجاه المألوف أو المعروف للفرد تسبب خبرة مثيرة للقلق، وتشكل مشاعر سلبية تجعل الأفراد يبتعدون عن تلك الرسائل وتلك الخبرة، فعلى سبيل المثال فإنّ الحالة المزاجية الإيجابية المصاحبة للطفل في حالة الرضاعة هي خبرة جيدة بلا شك، فإذا رغبت الأم في فطام الرضيع تضع مادة شديدة المرارة على صدرها وبالتالي فإنّ هذه المادة تسبب تنافر وخبرة جديدة مثيرة للقلق على عكس ما اعتاد عليه الطفل، والتي اسهمت في تكوين مزاج سلبي لمعايشة حالة جديدة أثناء عملية الرضاعة، وهذا يوضح دور المزاج في التحكم في السلوك، وفي هذه الحالة تم استبدال المزاج الإيجابي بمزاج سلبي أدى إلى حدوث التنافر عن طريق التعرض الانتقائي وهذا يوضح بشكل كبير عملية تعلم الأفراد لإدارة مزاجهم أو ترتيب بينتهم بما يسمح بالمحافظة على المزاج الإيجابي لأطول فترة ممكنة.

وفي هذا السياق أوضح أوليفر (Oliver, 1993) أنّ أحد أهم الافتراضات الأساسية التي توضح مفهوم إدارة المزاج، هي أنّ الأمزجة السلبية والانفعالات المرتبطة بها ليست بالضرورة يتم إدراكها على أنها حالات غير سارة، وتحتاج إلى الانتهاء منها وتجنبها (حالة ما تحت الوعي) ولكن هذه الانفعالات يكون لها قيم إيجابية والتي تخلق تفضيل معرفي يؤثر بدوره على الاختيارات والخطط السلوكية مثل تنشيط الأفكار التي تحث على التعاطف نحو الآخرين في الحالات المزاجية الإيجابية، وبالتالي تؤثر على الخطة السلوكية حيال المواقف الاجتماعية المرتبطة في الفترة أو الموقف.

وأكد زيلمان (Zillmann,1988a) أيضاً أنّ مفهوم إدارة المزاج يقوم على مبدأ هام وهو مبدأ الشعور باللذة، فالأفراد يكون لديهم دوافع قوية في المحافظة على الشعور باللذة وتجنب الألم وعادةً تؤثر هذه الفكرة على السلوك ؛ حيث يجاهد الفرد ليخلص ذاته من المزاجات السلبية أو على الأقل ليخفف من كثافة تلك المزاجات، وتقوم أيضاً على مجاهدة الفرد لغرس

المزاجات الإيجابية داخله أو المحافظة على تلك المزاجات، كما تعنى إدارة المزاج أيضًا أن الفرد ينظم مثيراته الداخلية والخارجية لكي يقلل من المزاجات السلبية، ويحقق أقصى استفادة ممكنة من المزاجات الإيجابية.

ومن ثم فإنّ للمزاج تأثيرًا دالًا وملحوظًا على تفكيرنا وسلوكنا؛ حيث أشار كلٌّ من باور (Bower, 1981) فورجاس (Forgas, 1995a)؛ سكوارز وكلور (Schwarz & Clore, 1988) إلى أنّ الخبرات الوجدانية الإيجابية والسلبية التي تصاحبنا في حياتنا اليومية تجعل هناك حالات مزاجية أساسية حتى ولو كانت غير مكثفة أو بارزة بما فيه الكفاية لانتباهنا الواعي، غير أنّ الشواهد البحثية تؤكد أنّ هذه الحالات المزاجية يكون لها تأثير ملحوظ ودال على محتوى المعرفة (ما يفكر فيه الناس) وكذلك عمليات المعرفة (كيف يفكر الناس).

(٣) المعرفة والوجدان في إدارة المزاج:

تتبع هذه العلاقة في الأساس من طبيعة العلاقة المزدوجة بين مجموعة الخصائص العقلية والانفعالية لطبيعة العقل البشري، ومثلت هذه العلاقة المزدوجة والمتداخلة مصدر جاذبية للعديد من الفلاسفة منذ زمن بعيد، ولقد ورد مفهوم المزاج ضمن التساؤلات حول طبيعة هذه العلاقة، حيث ورد في التساؤل الذي وضعه هيليجارد (Hilgard, 1980) بعنوان كيف يؤثر الوجدان على العمليات المعرفية؟ ويأتي ذكر مفهوم إدارة المزاج في صلب الإجابات التي وردت حول هذا التساؤل.

وفي هذا الصدد فقد أولى العديد من الباحثين اهتمامهم نحو التركيز على العوامل المحددة التي تمكن من فهم العلاقة بين الجانب الوجداني والجانب العقلي للعقل البشري، وهذا ما أشار إليه فورجاس (Forgas, 1995a) في محاولة فهم هذه العوامل المحددة لكيفية عمل هذين الجانبين (العقلي والوجداني معًا) وأنّ هناك العديد من التساؤلات التي حاولت أن تلقي الضوء على جوانب عديدة من تلك العلاقة في الإتجاهين، مثل ماهو دور الوجدان في التأثير على أفكارنا وسلوكياتنا؟ وماهى الظروف التي تؤدي إلى تعظيم أو إضعاف الحالة المزاجية السائدة؟ وكيف ومتى يؤثر الوجدان في الاستراتيجيات المعرفية الخاصة بالحالات الوجدانية لدينا؟ ومتى يتم تنظيم النشاط المعرفي المستهدف من أجل ضبط أو تغيير الوجدان؟.

وبالرغم من أنّ العلاقة بين الوجدان والمعرفة من القضايا المفاهيمية والتي طُرح حولها الكثير من التساؤلات، فإنّ ما يعنينا هنا هو فهم طبيعة تلك العلاقة في ضوء مفهوم المزاج، وبمعنى أدق هو فهم العوامل المحددة للعلاقة بين الوجدان والمعرفة وذلك للاستثمار والاستفادة من تلك العلاقة في تحقيق إدارة المزاج بفعالية.

وأوضح باور (Bower, 1981) أنّ التعامل مع الوجدان والمعرفة كأجزاء من نظام متكامل نتج عنه استبصارات جديدة وجيدة عن كيفية تفاعل الانفعالات مع أفكارنا وأحكامنا، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فقد أشار كل من ويرى و مارش ومكورميك (Weary, Marsh & McCormick, 1994) إلى أنّ التفكير وسيلة لضبط الوجدان وإدارة المزاج، وهذا الطرح يؤكد على إمكانية توظيف العلاقة من ذات الاتجاهين في إدارة المزاج، وأيضاً من الأمثلة التي تقدم تفسيراً مقبولاً وقويّاً لتأثير الحالة المزاجية على النشاط المعرفي والخطة السلوكية، هو المثال الذي طرحه مارييس وكانثور (Mares, & Cantor, 1992) هو أنّ الأشخاص المسنين الذين يعانون من الوحدة النفسية قد أظهروا أنماطاً سلوكية تتسم بتفضيل العزلة وتعظيم الوجدان السلبي، ويستمررون في حالة إجترارية تجعلهم يحافظون على المشاعر الوجدانية السالبة وذلك مقارنة بغيرهم ممن لا يعانون من شعور الوحدة النفسية، بما يؤكد تأثير الحالة المزاجية على النشاط المعرفي والخطة السلوكية.

دراسات وبحوث سابقة:-

سيتم عرض الدراسات السابقة في محورين على النحو التالي:

المحور الأول: الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.

هدفت دراسة دراسة كيفن وآخرين (Kevin, 2018) إلى تحديد مدى انتشار الاكتئاب والقلق والعوامل المرتبطة بالأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعات في هونغ كونغ. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠٠) طالب جامعي من ثماني جامعات تمويلها لجنة المنح الجامعية، واشتملت أدوات الدراسة على استخدام استبيان مقطعي مكون من ثلاث مجموعات من الاستبيانات، الأول استبيان صحة المريض لفحص أعراض الاكتئاب، وثانياً مقياس اضطراب القلق العام لفحص أعراض القلق ، وأخيراً استبيان ديموغرافي اجتماعي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنّ (٦٨.٥%) من المستجيبين لديهم أعراض اكتئاب خفيفة إلى شديدة ، والتي ارتبطت

بأعراض قلق خفيفة إلى شديدة، وأنَّ العديد من المتغيرات المتعلقة بنمط الحياة والمتغيرات النفسية وهى التمارين المنتظمة، والثقة بالنفس، والرضا عن الأداء الأكاديمي، والتفأول تجاه المستقبل كانت مرتبطة عكسياً بأعراض الاكتئاب الخفيفة إلى الشديدة. توصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى أنَّ (٥٤.٤%) من المستجيبين لديهم أعراض قلق خفيفة إلى شديدة، والتي ارتبطت بمستوى الصعوبة الأكاديمية، وارتبط الرضا عن الصداقة أيضاً ونوعية النوم والثقة بالنفس بشكل عكسي مع أعراض القلق الخفيفة والشديدة.

كما هدفت دراسة رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020) إلى تحديد مدى انتشار أعراض الاكتئاب والقلق بين طلاب كلية الطب الفلسطينيين والتحقق من الارتباط بين العوامل الاجتماعية والديموغرافية لدى الطلاب الذين يعانون من أعراض الاكتئاب والقلق. وتكونت عينة الدراسة من ٤٢٥ من طلاب الطب ، وتم تقييم أعراض الاكتئاب باستخدام قائمة الأعراض الاكتئابية BDI وتم تقييم أعراض القلق باستخدام (BAI)، وتم جمع استبيان أيضاً للخصائص الاجتماعية والديموغرافية للطلاب. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنَّ (٥٦.٦%) لديهم حد أدنى من الاكتئاب ، ٢٠.٣% لديهم اكتئاب خفيف ، ١٤.٠% لديهم اكتئاب متوسط ، ٩.١% اكتئاب حاد ، ٢٣.٤% ليس لديهم قلق ، ٢٩.٧% لديهم قلق خفيف إلى متوسط ، ٢٥.٥% لديهم متوسط القلق الشديد و ٢١.٣% لديهم قلق شديد وأظهر تحليل الانحدار الخطي المتعدد أنَّ المرحلة الأكاديمية ، وحالة الصحة العقلية، ومحاولة الانتحار على الإطلاق ، والالتزام الديني كانت تنبئ بنتائج درجات الاكتئاب BDI ، وأظهر تحليل الانحدار الخطي المتعدد أنَّ المرحلة الأكاديمية، وحالة الصحة العقلية كانت تنبئ بدرجات القلق BAI.

كما هدفت دراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020) إلى تقييم مدى انتشار الاكتئاب بين طلاب الجامعات الحكومية في بنغلاديش ، وتم جمع البيانات حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ، وعوامل نمط الحياة، وتاريخ الاكتئاب ، وأعراض الاكتئاب (٩ عناصر استبيان صحة المريض). وتكونت عينة الدراسة من ٤٠٠ طالب. وكشفت نتائج الدراسة عن انتشار الاكتئاب بنسبة ٤٧.٣% وكان أعلى بين الإناث من الطلاب الذكور (٥٠.٧% مقابل ٤٣.٦%). كما أظهرت نتائج التحليل متعدد المتغيرات أن الاحتمالات كانت أعلى بنحو ٤.٦ مرة للطلاب الذين أمضوا أكثر من ٦ ساعات يوميًا على وسائل التواصل

الاجتماعي أكثر من مرتين بين الطلاب الذين لديهم تاريخ شخصي مع الاكتئاب. وكان الأداء الأكاديمي الضعيف واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي وتاريخ الاكتئاب من العوامل الرئيسية المرتبطة بأعراض الاكتئاب نظرًا لارتفاع معدل انتشار الاكتئاب بين هؤلاء الطلاب. وهدف دراسة ميتيكو وآخرين (Mitiku et al., 2020) إلى تحديد مدى انتشار الأعراض الاكتئابية والعوامل المصاحبة لها بين طلاب جامعة هاراميا بإثيوبيا. وتكونت عينة الدراسة من ١٠٤٠ طالبًا جامعيًا كما تم استخدام قائمة الاكتئاب ل بيك (BDI) المكون من ٢١ عنصرًا ويستخدم لتقييم وجود أعراض الاكتئاب. وأشارت نتائج الدراسة أن معدل انتشار أعراض الاكتئاب بين طلاب المرحلة الجامعية ٢٦.٨٪. من بين أولئك الذين أبلغوا عن أعراض الاكتئاب: وأفاد ١٠٪ و ١٢٪ و ٤٪ و ١٪ من الطلاب بأعراض اكتئاب طفيفة وخفيفة ومتوسطة وشديدة على التوالي.

المحور الثاني: فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة .

هدفت دراسة مونوز وآخرين (Munoz et al., 1997) إلى تقديم برنامج تدخل بإدارة المزاج للتوقف عن التدخين عن طريق الإيميل وذلك لدى المدخنين ذوي الأعراض الاكتئابية ، وتكونت عينة الدراسة من ١٣٦ مشارك تم اختيارهم بشكل عشوائي من اللاتينيين متحدثي اللغة الأسبانية بواقع (٥٤ ذكور و ٥٢ إناث ، وتم استبعاد الباقي). وتم تطبيق برنامج الدراسة على مجموعتين: المجموعة الأولى تم التدخل لديها ببرنامج قائم على إدارة المزاج، المجموعة الثانية تم تطبيق البرنامج عليها بدون إدارة المزاج. وتم تطبيق مقاييس الدراسة بعد ٣ أشهر، وتوصلت نتائج الدراسة أن ١٦ من بين ٧١ مشارك تم التدخل لديهم بإدارة المزاج قد توقفوا عن التدخين تمامًا مقارنةً ب ٧ من بين ٦٥ بدون إدارة المزاج، كما وجدت الدراسة أنَّ ذوي الأعراض الاكتئابية في السابق وليسوا مكتئبين في الوقت الحالي قد ارتفعت لديهم معدلات التوقف عن التدخين وذلك لدى ٣٧ مشارك، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنَّ التدخل بإدارة المزاج يساعد في تخفيف الأعراض الاكتئابية مما يساهم في زيادة معدلات التوقف عن التدخين لدى عينة الدراسة.

وهدفت دراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) إلى خفض التدخين والتوقف عنه لدى طلاب الجامعة المدخنين متزايدى الأعراض الاكتئابية، والذين شاركوا في أحد البرامج الإرشادية الاجتماعية بإدارة المزاج والتدخل بتحسين الدافعية. وتكونت عينة الدراسة من ٥٨ من المدخنين (منتظمي التدخين ٦ مرات يوميًا على الأقل قبل التدخل بالبرنامج)، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ٢٩ مشارك ومجموعة ضابطة ٢٩ مشارك. وقد خلُصت نتائج الدراسة إلى أنّ المشاركين من المجموعة التجريبية كانوا أقل في كثافة التدخين بما يعادل ٥٠% ، كما وجدت الدراسة أيضًا أنه كلما انخفضت معدلات الأعراض الاكتئابية انخفض التدخين، وأشارت أيضًا إلى فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية والتي ساهمت في التوقف عن التدخين .

كما هدفت دراسة ميكلوويتز وآخرين (Miklowitz et al., 2012) إلى التعرف على فعالية أحد العلاجات التربوية النفسية ذات الخمس جلسات باستخدام إدارة المزاج المتكامل الميسر FIMM كعامل مساعد مع العلاج الدوائي في علاج الاضطراب ثنائي القطب، وتم استخدام إدارة المزاج المتكامل الميسر برنامجًا جديدًا لمراقبة الحالة المزاجية قائم على تكنولوجيا الموبايل أو الهاتف الذكي، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول ومن النوع الثاني بلغ عددهم ١٩ مشارك شاركوا في ٦ جلسات ومجموعة استطلاعية قوامها ١٤ شاركوا في ٥ جلسات من العلاج بإدارة المزاج بالإضافة إلى العلاج الدوائي، وتم تدريب المرشدين النفسيين في ورش عمل لمدة ثلاثة أيام على استخدام الجلسات بإدارة المزاج والتركيز على معرفة الأعراض الأولية للاضطراب ثنائي القطب وتكرار حدوثه واستمراره بشكل منتظم في الروتين اليومي، واستدعاء استراتيجيات إدارة المزاج والمحافظة على مواعيد تناول العلاج ، وقام المشاركون بإرسال ٦ رسائل نصية يوميًا أو من خلال الإيميل على معدلات الحالة المزاجية لديهم ورسائل أسبوعية تشتمل على تقديرات ذاتية عن الأعراض الاكتئابية، وتوصلت نتائج الدراسة الحالية أنّ مرضى الاضطراب ثنائي القطب يمكنهم المشاركة في برامج قصيرة المدى من خلال إدارة المزاج الميسر، وأنّ التدخل بإدارة المزاج عامل مساعد جيد مع العلاج الدوائي في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب.

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة:

أولاً: بعد استعراض البحوث والدراسات السابقة وفقاً للمحور الأول: الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، خلّصت الباحثة إلى ما يأتي:

من حيث الأهداف:

لاحظت الباحثة من خلال عرضها للدراسات والبحوث السابقة أنّ معظم الدراسات هدفت إلى دراسة الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى، بل والكشف عن أهم المتغيرات التي ترتبط به والتي تؤثر بشكل كبير في مستوى الاكتئاب، وهذا ما اتفقت عليه دراسة كل كیفن وآخرين (Kevin , 2018)، ودراسة رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020)، ودراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020). كما لاحظت الباحثة أن من بين أهداف الدراسات التي وردت في هذا المحور هو الكشف عن معدل انتشار الاكتئاب بين طلاب المرحلة الجامعية، وهذا ما اتفقت عليه دراسة كیفن وآخرين (Kevin , 2018)، ودراسة رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020)، ودراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020)، ودراسة ميتيكو وآخرين (Mitiku et al., 2020).

من حيث العينات:

تناولت جُلّ الدراسات السابقة عينة من طلاب الجامعة المكتئبين؛ وذلك كما ورد في دراسة كیفن وآخرين (Kevin , 2018)، ودراسة رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020)، ودراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020)، ودراسة ميتيكو وآخرين (Mitiku et al., 2020).

من حيث الأدوات:

استخدمت معظم الدراسات السابقة مقاييس متنوعة لقياس الاكتئاب باعتباره المتغير الرئيسي في غالبية الدراسات، وبعض المقاييس الأخرى التي أستخدمت للكشف عن الاكتئاب أو العوامل المسببة له. كما لاحظت الباحثة أيضاً أن عدد كبير من دراسات هذا المحور اعتمدت في قياس الاكتئاب على عدد من المقاييس المشهورة والتي لها مصداقية علمية وذلك لضمان دقة القياس، ويرجع أيضاً لتشابه وانتشار الأعراض الاكتئابية بين الأفراد على الرغم من اختلاف الثقافات حيث استخدمت رمزي وآخرين (Ramzi et al., 2020)، ودراسة ميتيكو وآخرين (Mitiku et al., 2020)، قائمة بيك لقياس الأعراض الاكتئابية، كما استخدمت دراسة كیفن

وآخرين (Kevin , 2018)، ودراسة كامرين وآخرين (Kamrun et al., 2020) مقياس صحة المريض BHQ9 لقياس الأعراض الاكتئابية .

من حيث النتائج:

من خلال العرض السابق لدراسات هذا المحور أظهرت النتائج الآتي:

- انتشار الأعراض الاكتئابية ولو بدرجة خفيفة بين طلاب المرحلة الجامعية.
- وجود علاقة طردية بين الضغوط الأكاديمية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة.
- توقعات المستقبل تؤثر بشكل كبير في مستوى الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الجامعية.
- المستوى الاقتصادي يؤثر في مستوى الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الجامعية.

ثانياً : التعليق على المحور الثاني والذي تناول التدخل بإدارة المزاج فى تخفيف بعض

الأعراض الاكتئابية :

من حيث الأهداف:

لاحظت الباحثة من خلال عرضها للدراسات والبحوث السابقة أنّ معظم الدراسات هدفت إلى التعرف على فعالية التدخل بإدارة المزاج فى تخفيف الأعراض الاكتئابية، واعتمدت معظم الدراسات على إدارة المزاج كمدخلًا منفردًا في تخفيف الأعراض الاكتئابية وهذا ما اتفقت فيه دراسة مونوز وآخرين (Munoz et al., 1997) ، ودراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) . وهناك بعض الدراسات استخدمت إدارة المزاج بشكل تكاملي كعامل مساعد مع بعض المتغيرات الأخرى ، وهذا لا ينقص من إختبار فعالية التدخل بإدارة المزاج فى تخفيف الأعراض الاكتئابية ، مثل دراسة ميكلوويتز وآخرين (Miklowitz et al.,2012).

من حيث العينات:

تناولت بعض الدراسات السابقة عينة من طلاب الجامعة المكتئبين؛ مثل دراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012)، بينما تناولت دراسة ميكلوويتز وآخرين (Miklowitz et al.,2012) عينة من الراشدين والذين هم في مستوى عمري متقارب مع طلاب المرحلة الجامعية، ولاحظت الباحثة أنّ عدد من الدراسات مثل دراسة مونوز وآخرين (Munoz et al., 1997) ، ودراسة سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) قد ركزت على فئة المكتئبين المدخنين وذلك لكون التدخين مؤشر مهم في ارتفاع مستوى الاكتئاب وأنه يمكننا التعرف على فعالية تلك البرامج القائمة على إدارة المزاج عن طريق توقف التدخين

من حيث الأدوات:

استخدمت الدراسات السابقة عدة مقاييس للتعرف على فعالية البرامج القائمة في تخفيف الأعراض الاكتئابية مثل مقياس المهارات السلوكية والنشاط البدني ومقاييس الأعراض الاكتئابية ومقاييس التوقف عن التدخين، كما استخدمت غالبية الدراسات في هذا المحور قوائم إدارة المزاج لاستخدامها في التدريب على إدارة المزاج باعتباره أن التدريب عليها هدفًا رئيسًا لتلك الدراسات.

من حيث النتائج:

من خلال العرض السابق لدراسات هذا المحور، أظهرت النتائج ما يأتي:

- فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية.
- فعالية التدخل بالتكامل مع إدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية.
- مساهمة التدخل بإدارة المزاج في تحسين دافعية الأفراد للتوقف عن التدخين .

وأفادت الباحثة من نتائج الدراسات السابق الإشارة إليها في وضع فروض البحث الحالي، فضلاً عن مقارنة نتائج البحث الحالي بالنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات والبحوث السابقة.

فروض البحث:

استنادًا إلى نتائج البحوث والدراسات السيكولوجية السابقة، وفي ضوء الإطار النظري يتسنى للباحثة أن تضع فروض البحث الحالي على النحو الآتي:

- ١- يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات طلاب المجموعة الضابطة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية لصالح القياس البعدي.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية.

الإجراءات المنهجية للبحث:**أولاً: منهج البحث:**

يعتبر المنهج التجريبي ملائم لطبيعة البحث الحالي من حيث محاولته التحقق من فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة، ولذا استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ذي التصميم بين المجموعات (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة)، وداخل المجموعات (القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية).

ثانياً: عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) طالبات من كلية التربية جامعة بينها، وتتراوح أعمارهن من (١٨ - ١٩) عاماً، بمتوسط عمري (١٨,٥١) عاماً، وانحراف معياري (٠,٣٢)، وتم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٥) طالبات، ومجموعة ضابطة قوامها (٥) طالبات.

ثالثاً: أدوات البحث:

استخدمت الباحثة في البحث الحالي الأدوات الآتية:

- ١- قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية (إعداد: إسماعيل إبراهيم بدر).
 - ٢- برنامج إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية (إعداد: الباحثة).
- وفيما يلي وصف لكل أداة استخدمتها الباحثة:

الأداة الأولى: قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية (إعداد: إسماعيل بدر، ٢٠٠١)**أ) وصف قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية:**

تتكون قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية المستخدمة في الدراسة الحالية من أربعة أبعاد تمثل محكات تشخيص الاكتئاب وهي كما يلي:

- الاضطرابات الوجدانية: ويشمل الاكتئاب الأساسي والذي يتمثل في اليأس والسأم والحزن والأرق والإحساس بالفشل وفقدان المتعة بالأشياء والإحساس بالذنب والإحباط.
- الاضطرابات السيكوسوماتية: ويشمل الاضطرابات التي ترجع إلى أسباب نفسية ومنها فقدان الشهية للطعام، الاضطراب في النوم، نقص الوزن، الإحساس بالتعب والإجهاد، عدم القدرة على التحكم في الأطراف (الأقدام - الأيدي).

- الاضطرابات السلوكية: ويشمل النماذج السلوكية السيئة ومنها العدوانية، صعوبة الانتباه، سرعة الغضب، العزلة الاجتماعية، صعوبة التفكير، النشاط الزائد، التردد في إتخاذ القرار.
- اضطراب التفكير: ويشمل اليأس من الحياة، التفكير في الموت، التفكير في الانتحار، محاولات الانتحار، سوء استخدام العقاقير، الإدمان.

ويحتوي كل بعد على عدة عبارات تقيس درجة مستوى الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة، ويتراوح عدد العبارات في كل بعد ما بين ١٨ - ٣٠ عبارة (مجموع العبارات ١٠٦ عبارة). ويتم تقدير الدرجات كما يلي: يختار المفحوص إجابة واحدة لكل عبارة من عبارات القائمة، ويتم تقدير الدرجات كما يلي: الإجابة (نعم) توضح وجود العرض بشدة وتعطى الدرجة (٢) ، الإجابة (أحياناً) توضح احتمال وجود العرض وتعطى الدرجة (١)، الإجابة (لا) توضح عدم وجود العرض إطلاقاً وتعطى الدرجة (صفر)، ويتم تحديد درجات المفحوصين من خلال جمع الدرجات لكل بعد من أبعاد القائمة.

(ب) صدق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية:

قام معد القائمة بحساب الصدق التلازمي (صدق القائمة بطريقة صدق المحك) على عينة من المراهقين بلغت قوامها (٤٠) طالباً وطالبة وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة على القائمة ودرجاتهم على مقياس بيك للاكتئاب إعداد غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) وكان معامل الارتباط (٠,٧٣) وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

(ج) ثبات قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية:

قام معد القائمة بحساب ثبات القائمة باستخدام طريقة إعادة الاختبار، وذلك بإعادة تطبيق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية بفواصل زمني قدره ثلاثة أسابيع ، وكان معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني حوالي (٠,٨٥) وهو دال عند مستوى (٠,٠١).

وقد قامت الباحثة بإعادة تقنين قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وذلك بتطبيقها على عينة من طلاب كلية التربية جامعة بنها الفرقة الأولى شعبة العلوم قوامها (٤٠) طالباً وطالبة وكانت النتائج كالتالي:

أ) صدق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية :

لحساب صدق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية تم استخدام الصدق الظاهري، صدق الاتساق الداخلي، والصدق العاملي، والصدق المرتبط بالمحك. وفيما يأتي توضيح ذلك:

▪ الصدق الظاهري:

قامت الباحثة بتطبيق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية على عينة التحقق من الخصائص السيكومترية، والتي بلغ قوامها (٤٠) طالباً وطالبة، من طلاب كلية التربية - جامعة بنها - واتضح للباحثة من خلال الإجابات أن التعليمات الخاصة بقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية ملائمة وواضحة ومحددة، وأن العبارات تتسم أيضاً بالوضوح وسهولة الفهم؛ مما يؤكد أن قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية تتمتع بالصدق الظاهري.

▪ الاتساق الداخلي لقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية:

تم التحقق من من الاتساق الداخلي لقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (٤٠) طالباً وطالبة، وتم حساب قيم معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين درجة كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه المفردة وبالدرجة الكلية للقائمة، كما تم حساب معاملات ارتباط درجات كل بعد من أبعاد القائمة بالدرجة الكلية للقائمة، وكانت النتائج كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول (١)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات البعد الأول (الاضطرابات الوجدانية) وبين درجة البعد الذي

تنتمي إليه المفردة والدرجة الكلية للقائمة

رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة	رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة
١	**٠.٨٤	**٠.٧٩	١٦	**٠.٦٤	**٠.٦٨
٢	**٠.٨٨	**٠.٨٣	١٧	**٠.٥٧	**٠.٥٩
٣	**٠.٧٤	**٠.٨٨	١٨	**٠.٦١	**٠.٦٤

**٠.٧٣	**٠.٧٠	١٩	**٠.٧٣	**٠.٦٨	٤
**٠.٩٠	**٠.٨٨	٢٠	**٠.٥١	**٠.٥٩	٥
**٠.٨٥	**٠.٨٣	٢١	**٠.٧٥	**٠.٧٢	٦
**٠.٨٣	**٠.٨٧	٢٢	**٠.٦٦	**٠.٦٩	٧
**٠.٧١	**٠.٦٨	٢٣	**٠.٧٢	**٠.٧٥	٨
**٠.٩٠	**٠.٨٨	٢٤	**٠.٨١	**٠.٧٧	٩
**٠.٨٤	**٠.٨٢	٢٥	**٠.٨٤	**٠.٨٠	١٠
**٠.٧٦	**٠.٧٥	٢٦	**٠.٥١	**٠.٥٤	١١
**٠.٧٥	**٠.٦٨	٢٧	**٠.٥٩	**٠.٦٢	١٢
**٠.٧٤	**٠.٦٩	٢٨	**٠.٦٨	**٠.٦٦	١٣
**٠.٦٨	**٠.٧٣	٢٩	**٠.٧٧	**٠.٧٤	١٤
**٠.٨٣	**٠.٨٢	٣٠	**٠.٨٣	**٠.٧٩	١٥

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (١) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الأول (الاضطرابات الوجدانية) وبين الدرجة الكلية لهذا البعد تراوحت بين (٠,٥٤) إلى (٠,٨٨)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما يتضح من الجدول (٤) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الأول (الاضطرابات الوجدانية) وبين الدرجة الكلية للقائمة تراوحت بين (٠,٥١) إلى (٠,٩٠)، وجميعها أيضاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يُعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للقائمة.

جدول (٢)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات البعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية) وبين درجة

البعد الذي تنتمي إليه المفردة والدرجة الكلية للقائمة

معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	رقم المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	رقم المفردة
**٠.٧٤	**٠.٧١	١٦	**٠.٧٩	**٠.٧٧	١
**٠.٨١	**٠.٨٤	١٧	**٠.٧٥	**٠.٨٠	٢

**٠.٦١	**٠.٥٩	١٨	**٠.٦٨	**٠.٦٢	٣
**٠.٧٩	**٠.٧٦	١٩	**٠.٧١	**٠.٦٦	٤
**٠.٧٢	**٠.٦٨	٢٠	**٠.٥٧	**٠.٥٩	٥
**٠.٨٠	**٠.٧٧	٢١	**٠.٧٥	**٠.٧٣	٦
**٠.٥٨	**٠.٥٩	٢٢	**٠.٨٧	**٠.٨٤	٧
**٠.٦٥	**٠.٦٣	٢٣	**٠.٨٦	**٠.٨٣	٨
**٠.٨٧	**٠.٩٢	٢٤	**٠.٧٥	**٠.٧١	٩
**٠.٧٦	**٠.٨٤	٢٥	**٠.٦٩	**٠.٦٦	١٠
**٠.٨١	**٠.٧٧	٢٦	**٠.٨١	**٠.٧٨	١١
**٠.٦٢	**٠.٦٥	٢٧	**٠.٨٧	**٠.٨٥	١٢
**٠.٧٢	**٠.٧٨	٢٨	**٠.٨٧	**٠.٩٢	١٣
**٠.٧٦	**٠.٨٢	٢٩	**٠.٨٠	**٠.٧٨	١٤
			**٠.٧٣	**٠.٦٩	١٥

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (٢) أنّ قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية) وبين الدرجة الكلية لهذا البعد تراوحت بين (٠,٥٩) إلى (٠,٩٢)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما يتضح من الجدول (٥) أنّ قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية) وبين الدرجة الكلية للقائمة تراوحت بين (٠,٥٧) إلى (٠,٨٧)، وجميعها أيضاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للقائمة.

جدول (٣)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات البعد الثالث (الاضطرابات السلوكية) وبين درجة البعد الذي تنتمي إليه المفردة والدرجة الكلية للقائمة

رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة	رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة
١	**٠.٦٠	**٠.٦٨	١٦	**٠.٧٣	**٠.٧٥
٢	**٠.٨٢	**٠.٨٨	١٧	**٠.٨٠	**٠.٧٣
٣	**٠.٧١	**٠.٦٦	١٨	**٠.٥٨	**٠.٥٥
٤	**٠.٦٦	**٠.٥٩	١٩	**٠.٨٥	**٠.٨٨
٥	**٠.٦١	**٠.٦٣	٢٠	**٠.٨٧	**٠.٨٥
٦	**٠.٦٨	**٠.٦٧	٢١	**٠.٦٧	**٠.٧١
٧	**٠.٥٨	**٠.٥٥	٢٢	**٠.٥٩	**٠.٦٣
٨	**٠.٧٢	**٠.٧٥	٢٣	**٠.٧٣	**٠.٧٠
٩	**٠.٧٤	**٠.٨١	٢٤	**٠.٧٨	**٠.٧٥
١٠	**٠.٦٥	**٠.٧٣	٢٥	**٠.٨٠	**٠.٧٦
١١	**٠.٨٩	**٠.٨٦	٢٦	**٠.٧٣	**٠.٧٠
١٢	**٠.٧٨	**٠.٨٠	٢٧	**٠.٩٠	**٠.٨٨
١٣	**٠.٩٠	**٠.٨٣	٢٨	**٠.٨٢	**٠.٨٥
١٤	**٠.٦٤	**٠.٧١	٢٩	**٠.٧١	**٠.٦٧
١٥	**٠.٦٨	**٠.٧٣	٣٠	**٠.٦٨	**٠.٦٢

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (٣) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الثالث (الاضطرابات السلوكية) وبين الدرجة الكلية لهذا البعد تراوحت بين (٠,٥٨) إلى (٠,٩٠)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما يتضح من الجدول (٦) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الثالث (الاضطرابات السلوكية) وبين الدرجة الكلية للقائمة

تراوحت بين (٠,٥٥) إلى (٠,٨٨)، وجميعها أيضاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للقائمة.

جدول (٤)

قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات البعد الرابع (اضطراب التفكير) وبين درجة البعد

الذي تنتمي إليه المفردة والدرجة الكلية للقائمة

رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة	رقم المفردة	معاملات الارتباط بالبعد الذي تنتمي إليه المفردة	معاملات الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة
١	**٠.٥٥	**٠.٤٨	١٠	**٠.٦٠	**٠.٦٦
٢	**٠.٦٠	**٠.٦٣	١١	**٠.٧٥	**٠.٨٠
٣	**٠.٤٩	**٠.٥١	١٢	**٠.٦٧	**٠.٧٣
٤	**٠.٧٢	**٠.٨٠	١٣	**٠.٤٩	**٠.٥٥
٥	**٠.٦٨	**٠.٧٣	١٤	**٠.٧٣	**٠.٧٠
٦	**٠.٧٥	**٠.٦٩	١٥	**٠.٧٧	**٠.٧٥
٧	**٠.٨٤	**٠.٧٨	١٦	**٠.٨٤	**٠.٨١
٨	**٠.٨٠	**٠.٧٥	١٧	**٠.٦٨	**٠.٧١
٩	**٠.٦٣	**٠.٧٢			

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (٤) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الرابع (اضطراب التفكير) وبين الدرجة الكلية لهذا البعد تراوحت بين (٠,٤٩) إلى (٠,٨٤)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، كما يتضح من الجدول (٧) أن قيم معاملات الارتباط بين مفردات البعد الرابع (اضطراب التفكير) وبين الدرجة الكلية للقائمة تراوحت بين (٠,٤٨) إلى (٠,٨٠)، وجميعها أيضاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للقائمة.

جدول (٥)

قيمه معاملات الارتباط بين أبعاد قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وبين الدرجة الكلية للقائمة

م	البعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للقائمة
١	الاضطرابات الوجدانية	**٠.٨١
٢	الاضطرابات السيكوسوماتية	**٠.٧٩
٣	الاضطرابات السلوكية	**٠.٨٦
٤	اضطراب التفكير	**٠.٨٣

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)

* دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)

يتضح من الجدول (٥) أن قيمة معامل الارتباط بين البعد الأول (الاضطرابات الوجدانية) وبين الدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٨١)، وأن قيمة معامل الارتباط بين البعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية) وبين الدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٧٩)، وأن قيمة معامل الارتباط بين البعد الثالث (الاضطرابات السلوكية) وبين الدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٨٦)، وأن قيمة معامل الارتباط بين البعد الرابع (اضطراب التفكير) وبين الدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٨٣)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهو ما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للقائمة.

(ب) ثبات قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية:

للتحقق من ثبات قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية تم استخدام طريقة إعادة التطبيق، وطريقة ألفا كرونباخ. وفيما يأتي توضيح ذلك:

▪ طريقة إعادة التطبيق:

وتقوم هذه الطريقة على أساس تطبيق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية على عينة التقنين مرتين متتاليتين، ويكون الفاصل بينهما فترة كافية لا تساعد الفرد على تذكر مفردات القائمة، ويدل الارتباط بين درجات التطبيق الأول ودرجات التطبيق الثاني على معامل استقرار (ثبات) الاختبار، وعليه تم التحقق من ثبات قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية من خلال تطبيقها على أفراد عينة التقنين البالغ عددها (٤٠) طالباً وطالبة، ثم تم إعادة تطبيق القائمة على نفس العينة مرة أخرى بعد مرور (١٥) يوماً، وتم حساب قيم معاملات

الارتباط بين درجات أفراد العينة في مرتي التطبيق بالنسبة لكل من أبعاد القائمة والدرجة الكلية للقائمة، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٦)

معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق لقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق
١	الاضطرابات الوجدانية	٠.٧٥
٢	الاضطرابات السيكوسوماتية	٠.٧٧
٣	الاضطرابات السلوكية	٠.٨٠
٤	اضطراب التفكير	٠.٧٣
	الدرجة الكلية للقائمة	٠.٨٢

يتضح من الجدول (٦) أن قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق لأبعاد قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية تراوحت بين (٠,٧٣) إلى (٠,٨٠)، وبالنسبة للدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٨٢)، وجميعها قيم مرتفعة، وهو ما يعد مؤشراً على ثبات القائمة.

▪ طريقة ألفا كرونباخ:

تم التحقق من ثبات قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية من خلال تطبيقها على أفراد عينة التحقق من الخصائص السيكومترية والبالغ عددها (٤٠) طالباً وطالبة، وتم حساب قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك بالنسبة لكل من أبعاد القائمة والدرجة الكلية للقائمة، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (٧)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ
١	الاضطرابات الوجدانية	٠.٧٨
٢	الاضطرابات السيكوسوماتية	٠.٧٩
٣	الاضطرابات السلوكية	٠.٨٣
٤	اضطراب التفكير	٠.٧٧
	الدرجة الكلية للقائمة	٠.٨٦

يتضح من الجدول (٧) أن قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأبعاد قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية تراوحت بين (٠,٧٨) إلى (٠,٨٣)، وبالنسبة للدرجة الكلية للقائمة بلغت (٠,٨٦)، وجميعها قيم مرتفعة، وهو ما يعد مؤشراً على ثبات القائمة.

الأداة الثانية: برنامج إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية (إعداد: الباحثة).

قامت الباحثة بإعداد برنامج إدارة المزاج، والذي يتضمن فنيات وأساليب متعددة، تلقتي جميعها عند هدف واحد هو تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.

مقدمة:

انطلاقاً مما أكدته العديد من الدراسات حول فعالية إدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية، وما تملكه إدارة المزاج من إمكانيات وإجراءات يمكن توظيفها بشكل فعال في التأثير على سلوك الفرد، وإرتكازاً على العلاقة الوطيدة بين مفهوم المزاج والاكتئاب، قامت الباحثة بإعداد برنامج الدراسة الحالية باستخدام إدارة المزاج للتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب المرحلة الجامعية.

وتتضمن برنامج الدراسة (٣٢) اثنتين وثلاثين جلسة، مقسمة إلى أربعة محاور كالتالي:

- المحور الأول: الجلسات التمهيديّة.
- المحور الثاني: حث دافعية المشاركين نحو إدارة المزاج وتوعيتهم بأهميته.

- المحور الثالث: تدريب المشاركين على الفنيات والأساليب التي تساهم مساهمة مباشرة في إدارة المزاج.
- المحور الرابع: جلسات الإنهاء والمتابعة.

أ) أهداف البرنامج:

يتضمن الهدف الرئيس للبرنامج إكساب المشاركين العديد من المهارات والأساليب التي تمكنهم من إدارة أمزجتهم بفعالية، والتي تساهم في التخفيف من الأعراض الاكتئابية وما يرتبط بها من مشاعر مثل القلق والحزن والعزلة وقلة النشاط وعدم الدافعية، وانخفاض تقدير الذات، وعدم الثقة بالنفس كوسيلة للوصول إلى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة (أفراد العينة التجريبية)، ويتفرع من هذا الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف النظرية والعملية وهي كالآتي:

- أهداف نظرية: تتمثل في بناء إطار نظري لبرنامج إدارة المزاج، والذي تمثل في جمع الكتابات والإسهامات السيكلوجية في هذا الصدد للوقوف على الإطار النظري لبرنامج الدراسة الحالية.
- الأهداف العملية (التطبيقية): تتمثل في:
 - تعليم المشاركين التعاون والعمل بروح الفريق والمشاركة الإيجابية الفعالة مع المجموعة الإرشادية والتي تجعل منهم فريقاً واحداً، مع الإلتزام بالاتفاقات الرئيسة التي ترتبط بالتواجد في مجموعة إرشادية.
 - إكساب المشاركين معارف حول الأهداف الرئيسة التي يجب تبنيها كخطوة أساسية تمكنهم من المضي قدماً في إدارة المزاج بفعالية. ومساعدتهم في وضع عدد من الأهداف الشخصية التي تساعدهم على تحقيق إدارة المزاج في الواقع الذي يعيشونه.
 - تعليم المشاركين التمييز بين الأفكار وما ينتج عنها من مشاعر مختلفة، وأن لكل أفكار نوع من المشاعر التي ترتبط بها.
 - تدريب المشاركين على التحكم في الأفكار التي تؤثر على الحالة المزاجية وتعليمهم كيفية مراقبة وتحديد تلك الأفكار ومصدرها وفهم الأحداث في سياق تلك الأفكار مما يقلل من التوترات المزاجية.

- تعليم المشاركين التفاعل السريع مع المواقف مثل تغيير الوضع ومن ثم تساعدهم على التحكم في العديد من المواقف لتفادي النواتج السلبية التي قد تسبب بعض التوترات المزاجية.
- تعليم المشاركين التمييز بين أفكار العقل العاطفي وما ينتج عنها من مشاعر وسلوكيات تلقائية تشتت جهود الفرد في السيطرة على حالته المزاجية وبين الأفكار العقلانية التي تولد مشاعر إيجابية والتي تجعله قادرًا على توليد أفكار تساعده على تغيير سلوكه ومن ثم التحكم وإدارة حالته المزاجية بفعالية.
- تعليم المشاركين كيفية التعظيم من دورهم باستخدام الوعي باللحظة الحالية والتي تساعدهم على عدم الانغماس في المواقف التي تزيد من حالة الإحباط والتوترات المزاجية لديهم.
- تعليم المشاركين كيفية التعامل مع الذكريات السلبية وإيقاف نشاط تلك الذكريات في تفعيل المزاج السلبي لديهم. مع استثمار ذكرياتهم الإيجابية وتوعيتهم بدور تلك الذكريات في صناعة مزاج إيجابي لأطول فترة ممكنة.

(ب) مصادر بناء البرنامج:

- اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج الإرشادي ومادته العلميّة وفنياته على مجموعة من المصادر هي:
- ١- الإطار النظري للدراسة الحالية والذي تناول إدارة المزاج ومدى إسهامها في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.
 - ٢- بعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.
 - ٣- بعض الأطر والإسهامات النظرية التي وردت في التراث النفسي والتي قدمت مفهوم إدارة المزاج بشكل مختلف وعلى رأسها كتابات زيلمان Zillmann وما قدمه فورجاس Forgas من نماذج أولية حول مفهوم إدارة المزاج، وكذلك التي توضح العديد من الفنيات التي تسهم في تحقيق إدارة مزاج فعّالة ومن ثم تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة.

(Zillmann,2000; Zillmann&Bryant,1985; Veleva et al., 2018; Schleicher,2012; Forgas,1995a; Forgas,1995b; Carol,2001)

ج (الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج:

تضمن برنامج الدراسة الحالي مجموعةً متنوعةً من الفنيات والأساليب التي تستخدمها الباحثة في توجيه المشاركين (أفراد العينة التجريبية) إلى كيفية إدارة مزاجهم بفعالية كوسيلة لتخفيف الأعراض الاكتئابية التي يعانون منها، ولتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم، وفيما يلي عرض موجز لهذه الفنيات والأساليب:

١- المحاضرة / الحوار والمناقشة Dialogue and discussion:

أشار حامد زهران (٢٠٠٣ : ٣٣٠) إلى أن المحاضرات والمناقشات الجماعية أسلوب من أساليب العلاج الجماعي التعليمي، ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دوراً رئيسياً، وتعتمد على إلقاء محاضرات سهلة على العينة (المسترشدين) ويتخللها وليها مناقشات، وتهدف إلى تغيير الاتجاهات لدى المسترشدين.

٢- الاسترخاء Relaxation:

يرجع الفضل في استخدام أسلوب التدريب على الاسترخاء كما أشار طه عبد العظيم (٢٠٠٤ : ٨٣) إلى العالم جاكبسون Jacobson ويهدف إلى الوصول بالمسترشد إلى حالة استرخاء مضادة لحالة القلق والانفعالات لديه، وقد استنتج جاكبسون أن الاسترخاء العضلي يكون مضاداً لحالة القلق، وبمعنى آخر هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد.

٣- وضع الأهداف Setting Gools:

أ- لأهداف الرئيسة لإدارة المزاج:

أوضح كارول (Carol, 2001) أن هذه الفنية تعتبر بمثابة اللبنة الأولى في الممارسة العملية لتعلم إدارة المزاج؛ حيث تقوم على ثلاثة تساؤلات رئيسة تعتبر هذه التساؤلات بمثابة خطوة أولى لإدارة المزاج، فيتعلم الفرد من خلال هذه الفنية أنه لا بد أن تكون الإجابة على تلك التساؤلات الرئيسة ب نعم أو ما يعرف بإسم (قاعدة ٣ نعم 3Yes Rule) حتى يتمكن الفرد من السير قدماً نحو إدارة المزاج، وهذه التساؤلات كالاتي:

- هل تشمل أهدافي تغيير نفسي بدلاً من توقع تغيير الآخرين؟
- هل تشمل أهدافي تغيير الأمور التي اسيطر عليها؟

▪ هل أهدافي واقعية ؟

ب-الأهداف الشخصية لإدارة المزاج:

تقع هذه الفنية كما أوضح كارول (Carol, 2001) على متصل مع فنية الأهداف الرئيسية ولكنها مرتبطة بواقع الفرد سواء مواقف أو أشخاص ويقع الجزء الأكبر من نجاح هذه الفنية على العميل حيث تعتمد على قدرته على تحديد المواقف والأشخاص والمشاعر الإيجابية والسلبية بشكل واضح وصريح. فهي بمثابة تفكير بصوت عالٍ أثناء الجلسة الإرشادية ولكن ما يضمن جدوى إتقان وضع الأهداف الشخصية لإدارة المزاج هو صدق البناء التخيلي عن رد الفعل في المرة القادمة ومدى إلتزام المشارك بأداء ذلك في الواجب المنزلي، فالبناء التخيلي الصادق في الجلسة الإرشادية يعمل كمرشد لإعطاء المشارك طرف الخيط الذي يصل به إلى خطة واقعية تمكنه من ضبط الأحداث وبالتالي من إدارة المزاج بفعالية.

٤- تحدي العقل العاطفي Challenge The Emotional Mind

تعتمد هذه الفنية كما أوضح كارول (Carol, 2001) على وصول المشاركين إلى فهم أفضل حول كيفية عمل العقل العاطفي ودوره في تحريك المشاعر والأفكار التي تعمل بمثابة محفزات في إنتاج السلوك. وتعتمد على فهم الطبيعة التلقائية التي يتميز بها العقل العاطفي والتي تؤثر تأثيراً مباشراً على الحالة المزاجية، حيث تؤثر على رؤية الفرد لذاته والأحداث من حوله على منحى إيجابي أو سلبي بما يؤثر على مسار الحدث. وإن الثمرة التي يجنيها الفرد من تعلم كيفية عمل العقل العاطفي في أنها توضح العلاقة المتشابكة بين الأحداث كمحفزات والمشاعر والأفكار التي تدفع لسلوك إيجابي أو سلبي مما يؤثر على فعالية استخدام العديد من المهارات الأخرى التي تساعد على إدارة المزاج .

٥- تغيير الوضع: Sitting Change

يعتبر تغيير الوضع كما أوضح ماثيو (Matthew, 2012) من التكنيكات الحيوية والتي تحتاج إلى تدريبات مكثفة؛ حيث أنّ تغيير الوضع يعني رد الفعل السريع تجاه الموقف أو الحدث والذي يشتمل على فكرة آلية تتضمن قراءة سريعة للموقف بدلاً من الانغماس في الانفعال السلبي الناتج عن الموقف، ويعتبر تغيير الوضع بمثابة تكتيك فعّال يفيد الفرد في تقادي تقاوم الموقف ولكن لا تضمن إنتقال الفرد إلى حالة وجدان إيجابي، ولكنها تعتبر أهم حلقات إدارة المزاج

حيث تعطي الفرد فرصة لتنظيم ذاته بما يسهم في إيجاد حلول بديلة للموقف أو تبني ردود أفعال إيجابية على نحو مختلف بدلاً من الإنغماس في الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف، ومن ثم فهي تعتبر أحد وسائل تحسين الإدراك وتوظيف العناصر المعرفية المخزنة لدى الفرد خاصة المتعلمة عن إدارة المزاج.

٦- الوعي باللحظة الحالية Momentary awareness

يعتبر الوعي باللحظة الحالية كما أوضح كارول (Carol, 2001) بمثابة مصباح يكشف ويضيئ ذلك الوضع الحالي ويعطي تصور متوقع عن الموقف، فهو بمثابة صحو جديدة في ساحة الشعور، حيث ينقش هذا الوعي باللحظة الحالية على جدار الذاكرة والأنا الواعية إدراك جديد ويساعد في رصد التغيرات وإدراك وصياغة النتائج بشكل متتالي ومترابط معتمداً في ذلك على خصائص الذاكرة من التخزين والاسترجاع مما يحقق أعلى فائدة من هذا الوعي مما يساعد في إعطاء تفسير جديد عن الموقف، فهو يمثل خبرة في اللحظة الحالية واللحظة التي تليها، فهو عبارة عن تحول قائمة المثيرات الحسية والنشاطات العقلية إلى مشهد له صورة متكاملة يستغرق بقاؤها فترة زمنية كافية لأخذ تصور كامل عن الموقف.

٧- استدعاء الذكريات الإيجابية Positive memories Recalling:

يعتبر استدعاء ذكريات الأشخاص الإيجابية أو التحول نحو تذكر أحداث أو ذكريات إيجابية من أجل تقليل الوجدان السلبي كما أوضح كوفاكس (Kovacs et al., 2015) تمثل أحد العوامل المهمة المؤثرة في إدارة المزاج، وتقوم هذه الفنية على أحد أهم الاستخلاصات التي تشير إلى دور المزاج الإيجابي على القدرة المعرفية ومدى تأثيرها على تحسين الإدراك ومن ثم إدارة المزاج.

٨- الدعم الاجتماعي: Social Support

أوضح ثيار وآخرون (Thayer et al., 1994) أن فنية الدعم الاجتماعي تتيح للأفراد الانخراط في شكل من أشكال الدعم والتوجيه التي تركز على الآخرين، ويحدث الدعم الاجتماعي بعدة طرق: الترويح أو التهوية يعتبر شكلاً من أشكال الدعم الاجتماعي حيث يمكن للمشارك أن يروح عن نفسه أسباب المزاج الحالي غير المرغوب فيه، وهذا يسمح للعاطفة أن تتخلص من أي شكل من أشكال التوتر نتيجة لتأمل الفرد في القضية وفتح المجال لإعادة التفسير من قبل

المستمع، أمّا الإشباع فهو رد فعل ممتع استجابةً للتواصل مع سبب المزاج غير المرغوب فيه. ويمكن أن يكون هذا النوع من الإشباع مكافأةً للمشارك في إطلاق التوتر الذي يسببه المزاج السلبي وبالتالي الشعور بالارتياح، وتتيح أشكال الدعم الاجتماعي هذه للفرد أن يصرف انتباهه عن سبب المشكلة ويسمح بمرور الوقت والسماح بعملية تغيير المزاج.

٩- حديث الذات الإيجابي Positive Self Talk:

وتعني كل ما يقوله الفرد لنفسه أو يؤكد بأشياء إيجابية عن ذاته، فكل ما يصدر عن الفرد من أقوال هو في حقيقته ترجمة ذهنية من قناعات وأفكار عن ذاته والآخرين وعن الحياة بكل مناحيها ومجالاتها، وتتشكل تلك القناعات والأفكار من جراء ما يتعرض له عقل الفرد من تأثيرات ومصادر الداخلية والخارجية لبرمجة هذه الأفكار والانفعالات والسلوكيات. ويشمل حديث الذات الإيجابي على كل ما يقوله الأفراد لأنفسهم من ألفاظ أو أفكار إيجابية تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم على نحو إيجابي وتساعدهم في التعامل مع المواقف المختلفة.

١٠- التركيز على الأحداث السارة Pleasure events focusing

يعتبر التركيز على الأحداث السارة من أهم مسارات إدارة المزاج، ويُنظر إليها كما نكر فاندر مير وآخرون (Van der Meer et al. , 2010) كخطوة أولية لإدارة المزاج وكنتيجة أيضاً، وتساهم في إدارة المزاج على نحو فعّال لما لها من دور في خلق حالة من المزاج الإيجابي والذي يحفز بدوره الفرد على الاستخدام الفعّال لمهارات إدارة المزاج، ولما لها من دور في صرف انتباه الفرد عن أفكاره ومشاعره ومواقفه المؤلمة ربما لساعات قليلة، مما يزيد من كفاءة المعالجة المعرفية التي تجعله يتبنى أفكاراً إيجابية تؤثر على أداءه في المواقف اللاحقة، وتعتبر ممارسة الأنشطة أحد أهم مسارات صناعة السعادة حيث أنّ الأنخراط في أنشطة مثل مساعدة الآخرين أو تجربة أشياء ممتعة مثل ممارسة التمارين الرياضية يساعد الأفراد على التخفيف من الحالة المزاجية غير المرغوبة ويخفف من حدة المزاج السلبي فمثلاً يمكن أن تساعد التمارين الرياضية في تشتيت انتباه الأفراد عن مزاجهم السلبي من خلال تركيزهم على القيام بمهمة محددة، مثل التركيز على رفع الأثقال، أو عبور خط النهاية، مما يتيح مساحة أقل للتأمل في الأفكار السلبية.

١١-التدعيم/التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement:

يشير إلى عملية تدعيم السلوك الإيجابي والمناسب مما يؤدي إلى زيادة احتمالات تكراره في المستقبل بإضافة مثيرات إيجابية أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه، ومن ثم فهو ذو أثر إيجابي من الناحية الانفعالية أيضاً حيث يؤدي إلى تحسين مفهوم الذات وزيادة الثقة بالنفس، ومن ثم فهو يعرف بأنه التدعيم المقدم للفرد في شكل حافز بعد إصدار السلوك المرغوب مما يجعل هذا السلوك أكثر احتمالاً وتكراراً في المستقبل .

١٢- النمذجة Modeling:

هي عملية تغيير سلوك الفرد نتيجة ملاحظة سلوك الآخرين (مشاهدة لنموذج معين)، ومن ثم فهي عملية موجهة تهدف إلى تعليم الفرد كيف يسلك وذلك من خلال الإيضاح بالأنموذج المقدم، ومن ثم فهي تساهم في المحافظة على استمرارية أداء الفرد للاستجابات المتعلمة وتنظيمها وضبطها من خلال السلوكيات التي تصدر عن النماذج المؤثرة ويكون ذلك من خلال الفيديو أو الصور أو التسجيلات.

١٣- التغذية الراجعة Feedback:

تكون بمثابة إجراء تصحيحي أو توجيه فوري قائم على إمداد الفرد بالمعلومات عن مستوى أدائه، وتهدف إلى تعزيز الاستجابات الإيجابية وتعديل الاستجابات السلبية نحو تحقيق الهدف.

١٤- الواجبات المنزلية Homeworks:

وهو أسلوب يتمثل في مجموعة من المهارات والأنشطة التي يُطلب من المشاركون أفراد العناية أدائها في إطار التفاعل مع البرنامج الإرشادي، والتي سبق أن تدربوا عليها داخل الجلسات، وعادةً يتم تحديد الواجب المنزلي في نهاية الجلسة الإرشادية من أجل عمل التقويم الأدائي في الجلسة اللاحقة. وبالتالي يساهم في انتقال أثر التدريب لدى المشارك.

هـ) المحددات الإجرائية للبرنامج:**المحدد البشري:**

تمّ تطبيق البرنامج على عينة الدراسة التجريبية (وقومها ٥ طالبات) من طلاب الجامعة، تتراوح أعمارهن من (١٨ - ١٩) عامًا، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي ذي التصميم بين المجموعات (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة)، وداخل المجموعات (القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية).

المحدد المكاني:

تم تطبيق البرنامج في إحدى قاعات كلية التربية ببها.

المحدد الزمني:

تم تطبيق البرنامج في العام الدراسي (٢٠٢٠ / ٢٠٢١ م) بمجموع اثنتين وثلاثين جلسة، بواقع ٣ جلسات أسبوعياً، ومدة الجلسة تتراوح بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة.

و) خطة الجلسات:

تقدم الباحثة فيما يلي تصوراً موجزاً لجلسات البرنامج متضمناً عنوان كل جلسة ، ونوعها، ومدتها الزمنية، وأهدافها، والفنيات والأساليب المستخدمة فيها، وبيان ذلك في الجدول الآتي:

جدول (٨)**ملخص الجلسات التنفيذية للبرنامج**

محاوور البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
المحاور الأول: الجلسات التمهيديّة	التمهيد للجلسات	جلستان	الأولى	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التعارف والتمهيد	١- التعرف على أفراد العينة المشاركين في البرنامج، وإتمام التعارف فيما بينهم. ٢- إضفاء روح المودة والألفة والانسجام بين الباحثة وأفراد العينة.	الحوار والمناقشة - الواجب المنزلي.

الفيئات والأساليب المستخدمة	الهدف من الجلسة	عنوان الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	رقم الجلسة	عدد الجلسات	مضمون المحور	محاوور البرنامج
	<p>٣- توعية المشاركين في البرنامج بضرورة التفاعل والمبادأة.</p> <p>٤- مساعدة أفراد العينة على التخلص من الخجل بالحديث بحرية أمام زملائهم وإزالة الرهبة بينهم.</p> <p>٥- وضع بعض الضوابط والقواعد الخاصة بالجلسات وخطوات السير بها.</p> <p>٦- التنبيه على وجود نشاط منزلي (واجب منزلي)، وأنه جزء من البرنامج وسوف يُناقش في بداية كل جلسة جديدة حتى تتضح آثار البرنامج الإيجابية أولاً بأول على المشاركين أفراد العينة.</p> <p>٧- التوعية بضرورة إتمام البرنامج مع التأكيد على الإلتزام بما تم الإتفاق عليه.</p> <p>٨- الإتفاق على مكان عمل الجلسات وموعدها مع الأفراد المشاركين في البرنامج.</p>						

مباحث البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
			الثانية	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	التعريف العام بالبرنامج ومدى أهميته في تخفيف الأعراض الاكتئابية .	١- خلق مزيد من الألفة والثقة بين أفراد العينة والباحثة، وكذلك بينهم وبين بعضهم البعض. ٢- التعرف على أهداف البرنامج وفائدته المأمولة، الإيجابية، وجلساته، وخطواته الرئيسية التي تساعد المشاركين على إدارة مزاجهم بفعالية. ٣- التعرف على أهمية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية. ٤- تدعيم العلاقة الإيجابية بين الباحثة والمشاركين في البرنامج. ٥- زيادة ثقة المشاركين بالبرنامج من خلال إشعارهم بجدية الباحثة في تقديم المساعدة لهم، عن طريق تحقيق أهداف البرنامج.	المحاضرة / الحوار والمناقشة، والنمذجة، والتعزيز الإيجابي، والواجب المنزلي.
المحور الثاني: الجلسات التي تسبب	حث دافعية المشاركين نحو إدارة المزاج وتوعيتهم	٩ جلسات	الثالثة والرابعة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	ماذا خسرنا بتوتراتنا المزاجية؟	١- تدعيم علاقة الود والمحبة بين الباحثة وأفراد العينة. ٢- وضع المشاركين في حالة استرخاء للوصول لحالة من الهدوء وتخفيف التوتر والتركيز	المحاضرة / الحوار والمناقشة، الاسترخاء، والنمذجة،

محتاور البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
دافعية المشاركين لإدارة المزاج	بأهميته.					للاستفادة من محتوى الجلسة، والتعزيز مع عرض فيديو لشرح طريقة الإيجابي، والتغذية الراجعة. ممارسة الاسترخاء. ٣- إكساب أفراد العينة مهارة الراجعة، استخدام فنية الاسترخاء في الواجب مواجهة بعض المواقف المنزلي. المحببة. ٤- التعرف على بعض المواقف والأحداث التي كان لها آثار سلبية. ٥- مساعدة المشاركين على إدراك وإعادة تقييم المواقف والأحداث السلبية، ومن ثم تخفيف الشعور بالتهديد من جراء التعرض لمواقف مشابهة والتي تكون سبباً في ظهور الأعراض الاكتئابية.	والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
		الخامسة	فردية (٤٥ - ٦٠ دقيقة).	ذاتنا.. صورة عن قرب.	١- تدعيم علاقة الود والألفة بين الباحثة والحالة. ٢- التعرف على الصعوبات التي تواجهها الحالة وما تعانیه من أعراض اكتئابية. ٣- مساعدة الحالة على التأقلم مع ذاتها وكسب مزيد من الثقة بالنفس وتقبل الذات.	الحوار والمناقشة، والتعزيز الإيجابي، والواجب المنزلي.	

محاوَر البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
						٤- مساعدة الحالة على الحديث دون تحفظ بكل ما تشعر به وما يعترضها من مشكلات.	
			السادسة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	المزاج والانفعالات: الفروق والأهمية.	١- تعريف المشاركين بالفرق بين المزاج وغيره من المشاعر. ٢- حث المشاركين على إدراك أهمية إدارة المزاج ومدى تأثيره على حياتنا.	المحاضرة / الحوار والمناقشة، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			من السابعة إلى التاسعة	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	تتبع مزاجك	١- تنمية معارف المشاركين حول أهمية التقدير اليومي للحالة المزاجية. ٢- تدريب المشاركين على كيفية التقدير اليومي للحالة المزاجية. ٣- تدريب المشاركين على الاستفادة من تطبيق برنامج Daylio للمساعدة في التقدير اليومي للحالة المزاجية.	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			العاشرة	جماعية (٤٥ - ٤٥)	كن إيجابياً	١- تنمية معارف المشاركين حول أهمية أحاديث الذات	الحوار والمناقشة،

مباحث البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الغيات والأساليب المستخدمة
				٦٠ دقيقة.		الإيجابية وتأثيرها على مزاجهم.	والاسترخاء، حديث الذات
						٢- تدريب المشاركين على التمييز بين الحديث الذاتي السليبي والإيجابي.	الإيجابي، والتعزيز الإيجابي،
						٣- تدريب المشاركين على حديث الذات الإيجابي وممارسته عبر المواقف المختلفة.	والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			الحادية عشر	جماعية (٤٥ - ٦٠ دقيقة).	الدعم الاجتماعي	١- توجيه المشاركين إلى أهمية الدعم الاجتماعي في تحقيق مزاج إيجابي.	الحوار والمناقشة، والتعزيز الإيجابي،
						٢- إكساب المشاركين القدرة على تحديد مصادر الدعم الاجتماعي.	والتغذية الراجعة، والدعم الاجتماعي،
						٣- تدريب المشاركين على المبادرة في طلب الدعم من المحيطين.	وحديث الذات الإيجابي، والواجب المنزلي.
المحور الثالث:	تدريب المشاركين على الفنيات والأساليب	١٩ جلسة	من الثانية عشر إلى الرابعة عشر	جماعية (٤٥ - ٦٠ دقيقة).	نحو رسم الأهداف الرئيسية لإدارة المزاج.	١- تعليم المشاركين الثلاثة أهداف الرئيسية لإدارة المزاج.	الحوار والمناقشة،
الجلسات التي يتم فيها						٢- تدوين إجابات المشاركين عن الأهداف الرئيسية.	وضع الأهداف، والتعزيز الإيجابي،
						٣- تدريب المشاركين على	الإيجابي،

محاوَر البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
إكساب المشاركين على الخطوات الأساسية لإدارة المزاج.	التي تساهم مساهمة مباشرة في إدارة المزاج					التمييز بين الأهداف الرئيسية لإدارة المزاج.	والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			من الخامسة عشر إلى السابعة عشر	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	نحو تحديد الأهداف الشخصية لإدارة المزاج.	١- إكساب المشاركين القدرة على تحديد الأهداف الشخصية لإدارة المزاج. ٢- توجيه نظر المشاركين نحو المواقف المتكررة وكيفية ربط تلك المواقف بالأهداف الرئيسية لإدارة المزاج.	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، وضع الأهداف والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			من الثامنة عشر إلى العشرين	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	بين العقل العاطفي والتفكير العقلاني.	١- توضيح مفهوم العقل العاطفي في مقابل التفكير العقلاني. ٢- فهم الارتباطات بين العقل العاطفي والأفكار السلبية. ٣- تنمية معارف المشاركين حول كيفية عمل العقل العاطفي. ٤- تدريب المشاركين على فض زحام العقل العاطفي وقيادة العقل نحو التفكير	الحوار والمناقشة، والتعزيز الإيجابي، العقل العاطفي والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.

مباحث البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
						العقلاني. ٥- التمييز بين مجالات عمل العقل الخمسة. ٦- فهم التأثيرات الإيجابية والسلبية لعمل العقل العاطفي في مقابل التفكير العقلاني.	
			الحادية والعشرون والثانية والعشرون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	الإبحار السلس في الأفكار والذكريات والمشاعر	١- مساعدة المشاركين على إعادة إدراك الأحداث السلبية ومعالجتها معالجة إيجابية. ٢- تدريب المشاركين على السيطرة على المشاعر السلبية وتمكنهم من الإبحار السلس.	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، تحدي العقل العاطفي، أحاديث الذات الإيجابية، والواجب المنزلي.
			الثالثة والعشرون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	كيف نرى أنفسنا الآن	١- توضيح أهمية ومفهوم الوعي باللحظة الحالية . ٢- تنمية معارف المشاركين حول إمكانية استثمار الوعي باللحظة الحالية في إدارة المزاج عبر المواقف المختلفة.	المحاضرة / الحوار والمناقشة، والنمذجة، والتعزيز الإيجابي،

محاوـر البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
							والاسترخاء، والوعي باللحظة الحالية، وحديث الذات الإيجابي، والواجب المنزلي.
			من الرابعة والعشرين إلى السادسة والعشرين	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة. للتحكم.	تغيير الوضع: طريقنا للتحكم.	١- توضيح تأثير تغيير الوضع على إدارة المواقف. ٢- توضيح أهمية التدريب على فنية تغيير الوضع في إدارة المزاج. ٣- استكشاف كيفية تغيير الوضع عبر تمارين متنوعة.	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، حديث الذات الإيجابي، وتغيير الوضع، والتعزيز الإيجابي، والنمذجة، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
			السابعة والعشرون والثامنة والعشرون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	بين جنبات ذكرياتنا الإيجابية	١- تنمية معارف المشاركين حول أهمية الذكريات الإيجابية وما تحمله من مزاج إيجابي. ٢- تدريب المشاركين	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، والتعزيز

مباحث البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
						ومساعدتهم على استدعاء ذكرياتهم الإيجابية بشكل محدد ومتكرر. الراجع، واستدعاء الذكريات الإيجابية، أحاديث الذات الإيجابية، والواجب المنزلي.	
		التاسعة و العشرون و الثلاثون	جماعية (٤٥ - ٦٠) دقيقة. السعادة	الأنشطة: السعي وراء السعادة	١- توضيح العلاقة بين إدارة المزاج ودور التركيز على الأحداث السارة كخطوة في تحدي الأعراض الاكتئابية. ٢- تنمية معارف المشاركين ببعض الأنشطة التي تساهم في تحقيق حالة مزاجية إيجابية الراجعة، الدعم لديهم. ٣- ممارسة تمرين عد الأنشطة. الأحداث السارة، والواجب المنزلي.	الحوار والمناقشة، والاسترخاء، والتعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة، الدعم الاجتماعي التركيز على الأحداث السارة، والواجب المنزلي.	
المحور الرابع: جلسات	ختم الجلسات، والمتابعة.	جلستان والثلاثون	الحادية والثلاثون (٤٥ - ٦٠)	جماعية (٤٥ - ٦٠) الختامية.	١- مراجعة ما تم التدريب عليه في الجلسات السابقة. ٢- إجراء التطبيق البعدي	الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي.	

محاوَر البرنامج	مضمون المحور	عدد الجلسات	رقم الجلسة	نوع الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفيئات والأساليب المستخدمة
الإنهاء والمتابعة.				دقيقة.		لتقييم فعالية البرنامج الحالي.	
				الثانية والثلاثون (٤٥ - ٦٠) دقيقة.	جلسة المتابعة.	التعرف على مدى استمرارية ما تعلمه أفراد العينة في البرنامج ، وذلك من خلال تطبيق مابعد المتابعة بعد مضي شهر ونصف.	الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي.

رابعًا: الخطوات الإجرائية للبحث:

- في إطار القيام بالجانب التطبيقي للدراسة اتبعت الباحثة مجموعة من الخطوات التي يمكن إيجازها على النحو التالي:
- ١- قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكومترية لقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية من حيث الصدق والثبات.
 - ٢- قامت الباحثة بتطبيق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية على عينة عشوائية من طلاب كلية التربية جامعة بنها، قوامها (٣٠٠) طالب وطالبة ؛ لاختيار عينة الدراسة.
 - ٣- بعد القيام بتصحيح قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية ، استنتجت الباحثة (٤٨) نظرًا لتداخل درجاتهم وعدم استكمال إجابتهم بشكل مكتمل.
 - ٤- بعد فحص (٢٥٢) مشارك، اختارت الباحثة ممن حصلوا على أعلى درجات في الإبراع الأعلى للقائمة. وبعد التحقق من درجات الإبراع الأعلى للقائمة تم اختيار (١٠) ممن حصلوا على أعلى الدرجات على الأبعاد الرئيسية للقائمة ليكونوا عينة الدراسة.
 - ٥- تم تطبيق مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق مجد عماد الدين، ولويس مليكة، ١٩٩٦) على مجموعتي الدراسة (التجريبية - الضابطة)، للتحقق من التكافؤ بين طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الذكاء

- ٦- راعت الباحثة التجانس بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج: السن، ومستوى الذكاء، ودرجاتهم على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية.
- ٧- تم تطبيق البرنامج على أفراد العينة التجريبية.
- ٨- تم إعادة تطبيق قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية بعد تطبيق البرنامج مباشرة (القياس البعدي) على مجموعتي الدراسة: التجريبية، والضابطة.
- ١٠- تم إعادة تطبيق بقائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية بعد مرور ثلاثة أشهر على تطبيق البرنامج (فترة المتابعة) على أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- ١١- تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للوصول إلى نتائج الدراسة، ثم تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- ١٢- على ضوء نتائج الدراسة والإطار النظري والدراسات السابقة تم الخروج ببعض التوصيات والبحوث المقترحة.

خامساً: أساليب المعالجة الإحصائية:

استخدمت الباحثة في دراستها الحالية الأساليب الإحصائية الآتية:

- ١- اختبار مان ويتني Mann – Whitney Test .
- ٢- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test .

سادساً: نتائج البحث:

(١) نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه: "يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب طلاب المجموعة الضابطة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بالكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية، ورتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية بعد تطبيق البرنامج، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney Test، والجدول التالي يوضح

الفرق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب طلاب المجموعة الضابطة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية بعد تطبيق البرنامج:

جدول (٩)

نتائج اختبار مان ويتني للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها

الفرعية

المتغير	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الاضطرابات الوجدانية	التجريبية	٥	٣	١٥	صفر	٢.٦٢	٠.٠١ (دالة)
	الضابطة	٥	٨	٤٠			
الاضطرابات السيكوسوماتية	التجريبية	٥	٣	١٥	صفر	٢.٦٢	٠.٠١ (دالة)
	الضابطة	٥	٨	٤٠			
اضطرابات السلوكية	التجريبية	٥	٣	١٥	صفر	٢.٦٦	٠.٠١ (دالة)
	الضابطة	٥	٨	٤٠			
اضطراب التفكير	التجريبية	٥	٣	١٥	صفر	٢.٧٩	٠.٠١ (دالة)
	الضابطة	٥	٨	٤٠			
الدرجة الكلية للقائمة	التجريبية	٥	٣	١٥	صفر	٢.٦٣	٠.٠١ (دالة)
	الضابطة	٥	٨	٤٠			

يتضح من الجدول (٩) ما يلي:

- بالنسبة للبعد الأول (الاضطرابات الوجدانية): بلغت قيمة متوسط الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (٣) ولطالبات المجموعة الضابطة (٨)، كما بلغ مجموع الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (١٥) ولطالبات المجموعة الضابطة (٤٠)، وبلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد الاضطرابات الوجدانية (٢.٦٢)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على هذا البعد لصالح المجموع التجريبية.

- بالنسبة للبعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية): بلغت قيمة متوسط الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (٣) ولطالبات المجموعة الضابطة (٨)، كما بلغ مجموع الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (١٥) ولطالبات المجموعة الضابطة (٤٠)، وبلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد الاضطرابات السيكوسوماتية (٢.٦٢)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على هذا البعد لصالح المجموع التجريبية.
- بالنسبة للبعد الثالث (الاضطرابات السلوكية): بلغت قيمة متوسط الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (٣) ولطالبات المجموعة الضابطة (٨)، كما بلغ مجموع الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (١٥) ولطالبات المجموعة الضابطة (٤٠)، وبلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد الاضطرابات السلوكية (٢.٦٦)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على هذا البعد لصالح المجموع التجريبية.
- بالنسبة للبعد الرابع (اضطراب التفكير): بلغت قيمة متوسط الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (٣) ولطالبات المجموعة الضابطة (٨)، كما بلغ مجموع الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (١٥) ولطالبات المجموعة الضابطة (٤٠)، وبلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد اضطراب التفكير (٢.٧٩)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على هذا البعد لصالح المجموع التجريبية.
- بالنسبة للدرجة الكلية للقائمة: بلغت قيمة متوسط الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (٣) ولطالبات المجموعة الضابطة (٨)، كما بلغ مجموع الرتب لطالبات المجموعة التجريبية (١٥) ولطالبات المجموعة الضابطة (٤٠)، وبلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق

بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للقائمة (٢.٦٣)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على هذا البعد لصالح المجموع التجريبية.

٢) نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على: " يوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المقابلة التشخيصية لأعراض الاكتئابية لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon Test اللابارامتري للمقارنة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المقابلة التشخيصية لأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية، والجدول الآتي يوضح الفرق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على قائمة المقابلة التشخيصية لأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية:

جدول (١٠)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على قائمة المقابلة التشخيصية لأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية

البعدي	نوع القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الاضطرابات الوجدانية	قبلي - بعدي	السالبة	٥	٣	١٥	٢.٦٠	٠.٠١ (دالة)
		الموجبة	صفر	صفر	صفر		
		المتعادلة	صفر	صفر	صفر		
الاضطرابات السيكوسوماتية	قبلي - بعدي	السالبة	٥	٣	١٥	٢.٣١	٠.٠١ (دالة)
		الموجبة	صفر	صفر	صفر		
		المتعادلة	صفر	صفر	صفر		
اضطرابات السلوكية	قبلي - بعدي	السالبة	٥	٣	١٥	٢.٦٠	٠.٠١ (دالة)
		الموجبة	صفر	صفر	صفر		
		المتعادلة	صفر	صفر	صفر		

٠.٠١ (دالة)	٢.٤٠	١٥ صفر	٣ صفر	٥	السالبة	قبلي - بعدي	اضطراب التفكير
				صفر	الموجبة		
				صفر	المتعادلة		
٠.٠١ (دالة)	٢.٢٢	١٥ صفر	٣ صفر	٥	السالبة	قبلي - بعدي	الدرجة الكلية للقائمة
				صفر	الموجبة		
				صفر	المتعادلة		

يتضح من الجدول (١٠) ما يلي:

- بالنسبة للبعد الأول (الاضطرابات الوجدانية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (صفر)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (١٥) ومجموع الرتب الموجبة (صفر)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على بعد الاضطرابات الوجدانية (٢.٦٠) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على هذا البعد لصالح القياس البعدي.
- بالنسبة للبعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (صفر)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (١٥) ومجموع الرتب الموجبة (صفر)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على بعد الاضطرابات السيكوسوماتية (٢.٣١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على هذا البعد لصالح القياس البعدي.
- بالنسبة للبعد الثالث (الاضطرابات السلوكية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (صفر)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (١٥) ومجموع الرتب الموجبة (صفر)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على بعد الاضطرابات السلوكية (٢.٦٠) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١). وتشير هذه

النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على هذا البعد لصالح القياس البعدي.

■ بالنسبة للبعد الرابع (اضطراب التفكير): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (صفر)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (١٥) ومجموع الرتب الموجبة (صفر)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على بعد اضطراب التفكير (٢.٤٠) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على هذا البعد لصالح القياس البعدي.

■ بالنسبة للدرجة الكلية للقائمة: بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (صفر)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (١٥) ومجموع الرتب الموجبة (صفر)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية للقائمة (٢.٣٢) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١). وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على هذا البعد لصالح القياس البعدي.

٣) نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث للدراسة على: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارامتري للمقارنة بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١١)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية وأبعادها الفرعية

البعـد	نوع القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الاضطرابات الوجدانية	بعدي - تتبعي	السالبة	١	٢	٢	٠.٥٨	٠.٥٦ (غير دالة)
		الموجبة	٢	٢	٤		
		المتعادلة	٢				
الاضطرابات السيكوسوماتية	بعدي - تتبعي	السالبة	١	٢	٢	٠.٥٨	٠.٥٦ (غير دالة)
		الموجبة	٢	٢	٤		
		المتعادلة	٢				
اضطرابات السلوكية	بعدي - تتبعي	السالبة	٢	٣	٦	٠.٣٨	٠.٧١ (غير دالة)
		الموجبة	٢	٢	٤		
		المتعادلة	١				
اضطراب التفكير	بعدي - تتبعي	السالبة	صفر	صفر	صفر	٠.٩٩	٠.٣٢ (غير دالة)
		الموجبة	١	١	١		
		المتعادلة	٤				
الدرجة الكلية للقائمة	بعدي - تتبعي	السالبة	٢	٣	٦	٠.٤١	٠.٦٨ (غير دالة)
		الموجبة	٣	٣	٩		
		المتعادلة	صفر				

يتضح من الجدول (١١) ما يلي:

- بالنسبة للبعـد الأول (الاضطرابات الوجدانية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٢) ومتوسط الرتب الموجبة (٢)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (٢) ومجموع الرتب الموجبة (٤)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على بعد الاضطرابات الوجدانية (٠.٥٨) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على هذا البعد.

- بالنسبة للبعد الثاني (الاضطرابات السيكوسوماتية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٢) ومتوسط الرتب الموجبة (٢)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (٢) ومجموع الرتب الموجبة (٤)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على بعد الاضطرابات السيكوسوماتية (٠.٥٨) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على هذا البعد.
- بالنسبة للبعد الثالث (الاضطرابات السلوكية): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (٢)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (٦) ومجموع الرتب الموجبة (٤)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على بعد الاضطرابات السلوكية (٠.٣٨) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على هذا البعد.
- بالنسبة للبعد الرابع (اضطراب التفكير): بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (صفر) ومتوسط الرتب الموجبة (١)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (صفر) ومجموع الرتب الموجبة (١)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على بعد اضطراب التفكير (٠.٩٩) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على هذا البعد.
- بالنسبة للدرجة الكلية للقائمة: بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (٣) ومتوسط الرتب الموجبة (٣)، وبلغت قيمة مجموع الرتب السالبة (٦) ومجموع الرتب الموجبة (٩)، كما بلغت قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية للقائمة (٠.٤١) وهي قيمة غير دالة إحصائياً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب

درجات طالبات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية للقائمة.

تفسير نتائج البحث:

أكدت النتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال التحليل الإحصائي فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة. فقد اتضحت فعالية البرنامج من خلال وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب طلاب المجموعة الضابطة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية (مما يشير إلى تحقق الفرض الأول). وكذلك اتضحت فعالية البرنامج من خلال وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية لصالح القياس البعدي (مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني). كما أكدت النتائج استمرارية فعالية البرنامج المعد في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة إلى ما بعد فترة المتابعة؛ حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لأفراد عينة الدراسة على قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية (مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث).

وبناءً على ماسبق أكدت نتائج الدراسة الحالية فعالية برنامج إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، وذلك بأساليبه وفنياته والتي جاءت نتائجه تتفق مع نتائج دراسة كل من سكولر وآخرين (Schueller et al., 2013)؛ مونوز وآخرين (Munoz et al., 1997)؛ سكليتشر وآخرين (Schleicher et al., 2012) والتي توصلت إلى أنه يمكن تخفيف الأعراض الاكتئابية عن طريق إدارة المزاج، وأيضاً توصلت دراسة فاندر مير وآخرين (Van der Meer et al., 2010) إلى التأكد من فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية، ومن الجدير بالذكر أن هذه النتائج اتفقت أيضاً مع نتائج الدراسات التي استخدمت التدخل بإدارة المزاج بشكل تكاملي مع بعض العلاجات أو المداخل الأخرى، فكان من بين نتائج دراسة كل من جاسكيولين وآخرين

(Copeland et al. , 2009) وآخرين (Jacqueline et al., 2008)؛ كوبيلاند وآخرين (Miklowitz et al., 2012)؛ وليفينسال (Leventhal , 2014) أن استخدام إدارة المزاج كعامل مساعد مع بعض المتغيرات الأخرى له دور كبير أيضًا في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية مما يؤكد على فعالية هذا المدخل المهم سواء تم الاعتماد عليه منفردًا أو تكامليًا.

وقد اعتمدت هذه الدراسات على عدد من الفنيات والأساليب لإكساب المشاركين العديد من المهارات التي تمكنهم من إدارة أمزجتهم بفعالية، وكان من بين هذه الفنيات: فنية وضع الأهداف، تحدي العقل العاطفي، تغيير الوضع، الوعي باللحظة الحالية، التركيز على الأحداث السارة، استدعاء الذكريات الإيجابية، حديث الذات الإيجابي، التعزيز الإيجابي، النمذجة، الاسترخاء، التدعيم والتعزيز الإيجابي، الدعم الاجتماعي، وكذلك الحوار والمناقشة، والواجب المنزلي.

وقد استخدمت الباحثة هذه الفنيات والأساليب أثناء تطبيق جلسات البرنامج الحالي مما أعطى ثراءً وفعالية وساهم في تحقيق أهداف البرنامج، والذي أسهم بشكل كبير في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، واتبعت الباحثة استعراض الأعراض الاكتئابية طبقًا لما ورد من أبعاد قائمة المقابلة التشخيصية للأعراض الاكتئابية.

وترجع الباحثة نجاح البرنامج إلى رغبة أفراد العينة الملحة في تحسين حالاتهم، وهذا ما لمستته الباحثة من خلال انتظامهم في الجلسات وأداء الواجبات المنزلية ومن خلال تفاعلهم معها ومناقشتهم معها أثناء جلسات البرنامج مع تنفيذ ما يتم في الجلسة في مواقفهم الحياتية. هذا وتلخص نجاح إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة إلى عدة أسباب منها مايلي:

- مراعاة الجانب الأخلاقي في إعداد البرنامج من حيث الحفاظ على سرية بيانات المشاركين وإحترام حرمتهم في التعبير عن آرائهم بكل صراحة ووضوح.
- مراعاة خصائص طلاب الجامعة (النفسية، العقلية، الاجتماعية، الجسمية).
- حرص الباحثة على تهيئة جو من الثقة والألفة والاحترام المتبادل بينها وبين أفراد العينة.

▪ تنوع الأساليب والفنيات المستخدمة أثناء الجلسات مما ساهم في زيادة كفاءة البرنامج.

وفيما يخص استمرارية فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، أكدت الباحثة على أهمية فترة المتابعة وذلك للتأكد من فعالية البرنامج، وهذا ما تم بعد إنتهاء البرنامج ، وما اتضح للباحثة من استمرارية فعالية إدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من طلاب الجامعة، ويرجع ذلك إلى أنّ البرنامج ساهم بشكل فعّال في توعية المشاركين بأهمية إدارة المزاج، بل وأكد على أنه من الممكن للفرد إدارة مزاجه على نحو فعّال وأنّ هناك بعضًا من الخطوات التي من الممكن أن تساهم في المحافظة على المزاج الإيجابي، كما أكسب البرنامج للمشاركين عددًا من الخطوات الأساسية التي كانوا يفتقدونها والتي تمكنهم من إدارة أمزجتهم بشكل فعال، وأنّ استمرار أثر المزاج الإيجابي ساهم في تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية التي يعانون منها مثل الشعور بالحزن المستمر، واليأس وعدم الإرتياح، وعدم الشعور بالسعادة لفترات طويلة، مروراً بشعورهن باضطرابات الأكل، والشعور بالوحدة والعزلة، والاعتقاد بأن الحياة ميؤس منها بالإضافة إلى التفكير في الموت.

والسبب في ذلك يرجع إلى استمرار المشاركين في تطبيق الأساليب والفنيات المتنوعة التي تدربوا عليها من خلال البرنامج بشكلٍ دوريٍّ إلى ما بعد فترة المتابعة، كأسلوب حياة لا غنى عنه، إضافةً إلى ذلك فإن البرنامج ساهم بدورٍ كبير في وضع المشاركين أفراد العينة في حالة استرخاء لتخفيف التوتر والتخلص من الانفعالات السلبية، كما ساعدهم في التعرف على المواقف والأحداث والتي كان لها آثار سلبية ومساعدتهم على إدراك مثل هذه المواقف والأحداث بشكل مختلف وإعادة تقييمها مرة أخرى، ومن ثم تخفيف الشعور بالتهديد من جراء التعرض لمواقف مشابهة في المستقبل، كما ساهم أيضًا في زيادة تقدير أفراد العينة لذواتهم، وزيادة ثقتهم بأنفسهم.

كما ساهم البرنامج أيضًا في تدريبهم على كيفية التقدير اليومي للحالة المزاجية، والاستفادة من تطبيق برنامج Daylio لمساعدتهم في التقدير اليومي لحالتهم المزاجية. كما تم تنمية معارفهم حول أهمية أحاديث الذات الإيجابية وتأثيرها على مزاجهم. وساهم البرنامج في

توجيه المشاركين إلى أهمية الدعم الاجتماعي في تحقيق مزاج إيجابي وتدريبهم على المبادأة في طلب الدعم من المحيطين. كما ساهم في تعليم المشاركين الأهداف الرئيسية والشخصية لإدارة المزاج، وساعدهم أيضاً في فهم الارتباطات بين العقل العاطفي والأفكار السلبية ومساعدتهم في فهم التأثيرات الإيجابية والسلبية لعمل العقل العاطفي في مقابل التفكير العقلاني. كما ساهم البرنامج أيضاً في استثمار الوعي بال اللحظة الحالية في إدارة المزاج عبر المواقف المختلفة الأمر الذي جعلهم يتقنون التدريب على تغيير الوضع، كما ساهم البرنامج بشكل كبير في مساعدتهم على استدعاء ذكرياتهم الإيجابية بشكل محدد ومتكرر، الأمر الذي ساعدهم في التركيز على الأحداث السارة والتي تساهم بشكل كبير في تخفيف الأعراض الاكتئابية، كما نمى لديهم القدرة على حل أي صعوبة قد تواجههم في حياتهم، الأمر الذي منع حدوث أي انتكاسة لديهم. إضافة إلى ما سبق ترى الباحثة أنّ حرص أفراد العينة على التواصل معها بشكل دائم ومستمر إلى ما بعد فترة المتابعة ساهم بشكل كبير في استمرار فعالية البرنامج لديهم.

أ) توصيات الدراسة:

- الاهتمام بالبرامج الإرشاد والعلاج النفسي التي تساهم في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة وذلك حتى يستطيعوا التكيف مع واقعهم التعليمي والاجتماعي.
- ضرورة التوعية بمخاطر الأعراض الاكتئابية حيث تمثل تلك التوعية خطوة مهمة نحو العلاج.
- أهمية الاعتماد على إدارة المزاج كمدخل فعال في علاج الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة.
- ضرورة عقد دورات تدريبية بالجامعات لإكساب طلاب المرحلة الجامعية ثقافة نفسية تمكنهم من فهم ذواتهم وكيفية اللجوء وطلب المساعدة من غيرهم.
- درورة عمل دورات تدريبية للأباء لإرشادهم في كيفية تعاملهم مع أبنائهم حتى لا يقعوا في براثن الأعراض الاكتئابية.

ب) بحث مقترح:

- فعالية التدخل بإدارة المزاج في تخفيف بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المراهقين.

- فعالية التدخل القائم على إدارة المزاج في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المدخنين من طلاب الجامعة.
- فعالية إدارة المزاج في تخفيف حدة اضطرابات النوم لدى عينة من طلاب الجامعة المكتئبين.

مراجع البحث:

- أحمد محمود عكاشة. (٢٠٠٣). الطب النفسي المعاصر . ط٢. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أوتوفينخل. (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسي في العصاب. (ترجمة صلاح مخيمر، وعبد رزق). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إسماعيل إبراهيم بدر. (٢٠٠١). مدى فاعلية المقابلة التشخيصية في تشخيص الاكتئاب لدى عينة من المراهقين، دراسة عبر ثقافية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٠ (٢٧)، ٦٣-٨٦.
- آرون بيك. (٢٠٠١). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة عادل مصطفى مراجعة غسان يعقوب). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- آرون بيك. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة عادل مصطفى). القاهرة: دار الآفاق العربية للطباعة.
- حامد عبد السلام زهران. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط ٤). القاهرة : عالم الكتب.
- حامد عبد السلام زهران. (٢٠٠٣). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي. القاهرة : عالم الكتب.
- زينب محمود شقير. (١٩٩٥): مفهوم الذات ومظاهر الصحة النفسية لدى المكتئبين من طلاب جامعة طنطا. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٣٣، ٣٤ - ٥١.
- عبد الله السيد عسكر. (١٩٨٨). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد الحميد شاذلي. (٢٠٠١). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط٢، الأسكندرية: المكتبة الجامعية.
- عبد الستار إبراهيم. (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه، وأساليب علاجه. مجلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- فيكتور فرانكل (١٩٨٢). الإنسان يبحث عن معنى. (ترجمة طلعت منصور). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- لويس كامل مليكة. (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت : دار القلم للطباعة .
- محمد السيد عبد الرحمن ، وإيمان محمد الطائي. (٢٠١٧). اليقظة العقلية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في كل من مصر والعراق : دراسة عبر ثقافية مقارنة، دراسات تربوية ونفسية: مجلة كلية التربية بالزقازيق، (٩٧)، ٥-٤٠.
- محمد عودة الريمراوي. (٢٠٠٣). علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). عمان، الأردن: المسيرة للنشر والتوزيع.
- هشام عبد الرحمن الخولي. (٢٠١٠). الصحة النفسية ومشكلات من الحياة. ط ٢. بنها : دار المصطفى للطباعة.
- عويد سلطان المشعان. (١٩٩٥). دراسة الفروق في الإكتئاب بين المراهقين والشباب الكويتي. المجلة التربوية. (١٠) ٣٧. جامعة الكويت.
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, text revision (Fourth Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition). Washington: Library of Congress.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* . Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders* .New York : International university press .

- Beck, A. (1974). *Coping with depression* . New York : Institute for rational living .
- Bayram,N & Bilgel,N(2008).The prevalence and socio - dty andemographic correlations of depression, anxie Stress among a group of university students, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Bränström, R., Penilla, C., Pérez-Stable, E. J., & Muñoz, R. F. (2010). Positive affect and mood management in successful smoking cessation. *American Journal Of Health Behavior*, 34(5), 553-562.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Dixon, S. k., & Kurpius, S. E. (2008). Depression and college stress among university undergraduates: Do mattering and self esteem make differences?.,*Journal of College Student Development*, 3 (2), 12-
- Enrique, R; Vicente,G; Joes,M; Raul,J;Bogona,P& Isabel,A.(2020). The prevalence of depression, Anxiety and stress and their associated factors in college student, *Int J Environ Res Public Health*, 17(19).
- Francesca, R,C; Jane D,B.; Michele,B.; Jennifer,S,S.; Erika,E,F.& Ronald, E,D,.(2008). Sad kids , sad media ? Applying mood management theory to depressed adolescents use of media, *Media psychology*, 11(1), 143-166.
- Forgas, J. P. (1995a). Mood and judgment: The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Forgas, J. P. (1995b). Strange couples: Mood effects on judgments and memory about prototypical and atypical targets. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 747-765.

- Gerald ,C .D.(2006). A guide for understanding the relation between behavioral theory and depression, *Journal of the British association of psychotherapies* , 244,1,101-134.
- Hess,J.D.,Kacen,J.J.,&Kim,J.(2006).Mood-management dynamics : the interrelationship between moods and behaviours. *The British Journal Of Mathematical And Statistical Psychology*, 59(Pt 2), 347-378.
- Hume,D. (2013). *Emotions and Moods* . In.P.Robbins , A.Timothy (eds) ,England: Pearson.
- Hilgard, E. R. (1980). The trilogy of mind Cognition. affection. and conation. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 16, 107-117.
- Ibrahim,A.K.;Kelly,S.J.;Adams,C.E.&Glazebrook,C.(2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students , *Journal of psychiatric Research*, 47,391-400.
- Ingram , R.(1994) . Depression . In V. Ramchndran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 2, 113-122. New York : Academic Press.
- Jacqueline, K., Karen, J. C., Susan, C., Murray B. S., William S., Liana B. A., Gregory J. N& Kevin, P.(2008) . A pilot study to assess the feasibility and acceptability of a community based physical activity intervention (involving internet, telephone, and pedometer support), integrated with medication and mood management for depressed patients. *Mental Health and Physical Activity*, 1(1),40-45.
- James, J ; Munyaradzi,M ; Shalote,C; Sunanda,R; Alfred,C,& Melanie,A.(2018). Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol, *Systematic Reviews*, 7(1).

- Kamrun, N; Sharmin, S; Adiba, I; Julia, A; Grace,R,& Ariful,B. (2020). Prevalence of depression and its correlates among public university students in Bangladesh, *Journal of Affective Disorders*, 282(2), 689-694. DOI:10.1016/j.jad.2020.12.137.
- Karakus,O.(2018). Depression and Hopelessness Levels of University Students According to Their Opinions on Finding Employment or Falling out of Labor Force in Turkey, *Universal Journal of Educational Research*, 6 (1), 190-194.
- Kevin W ; Chan CK ; Patricia KY & Samantha YK (2018). Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal* 24(5),466-472.
- Lemma , A (1996). *Introduction to Psychopathology* . London : Cromwell Press .
- Leventhal, A. (2014). Review: psychosocial mood management improves smoking cessation in people with current and past depression. *Evidence-Based Mental Health*, 17(2), e3. doi:10.1136/eb-2013-101573.
- Lenz,B.(2001). The transition from adolescence to young adulthood: theoretical perspective, *The Journal of School Nursing*,17(6),300-306.
- Mares, M. L., & Cantor, J. (1992). Elderly viewers' responses to televised portrayals of old age: Empathy and mood management versus social comparison. *Communication Research*, 19,459–478.
- Márcia, A; Francisca,E; Joyce,S Fernanda,V & Joes,D. (2018). Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution .*Rev .Bras . Enferm* .71(5).
- Mitiku,T; Andualem,D&Tilahun,A.(2020). Depressive Symptoms among Haramaya University Students in Ethiopia: A Cross-Sectional Study, *Depression Research Treatment*, (3), 1-9.
- Muhammad, N; Parveen,A; Saira,L;Ahmed,W. (2021). Prevalence of Depressive Symptoms Among University Students in Pakistan:

- A Systematic Review and Meta-Analysis, *Frontiers in Public Health*, 8, 1-12.
- McFadden, E., & Siedlecki, K. L. (2020). Do depressive symptoms and subjective well-being influence the valence or visual perspective of autobiographical memories in young adults? *Memory*, 28(4), 506-515.
 - Munoz, R.F., Marin, B.V., Posner, S.F., & Perez-Stable, E.J. (1997). Mood Management Mail Intervention Increases Abstinence Rates for Spanish-Speaking Latino Smokers. *American Journal of Community Psychology*, 25 (3), 325-343.
 - Miklowitz, D.J., Price, J., Holmes, E.A., Rendell, J., Bell, S., Budge, K., Christensen, J., Wallace, J., Simon, J., Armstrong, N.M., McPeake, L., Goodwin, G.M., & Geddes, J.R. (2012). Facilitated integrated mood management for adults with bipolar disorder, *Bipolar disorder*, 14(2), 185-197.
 - Nash, B.R.; McCrady, M.; Rhoades, D.; Linscomb, M.; Clarahan, M.; & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students, *Journal of affective Disorders*, 173, 90-96.
 - Nur, Z.; Shamsinar, I. & Hasyimah, R. (2020). Prevalence of depression among university students: across-sectional study.
 - Oliver, M. B. (1993). Exploring the paradox of the enjoyment of sad films. *Human Communication Research*, 19(3), 315-342.
 - O'Leary, K. & Willson, G. (1978). *Behavior therapy: Applications and outcome*. Englewood Cliffs, N. Prentice. Hall.
 - Ramzi, S.; Suhaib, H.; Rami, A. & Mahmoud, T. (2020). Prevalence and factors associated with depressive and anxiety symptoms among Palestinian medical students, *BMC Psychiatry*, 20, 1-13.
 - Rahul, G., & Vikas S. M. (2018). Academic Stress and depression among college Students, *Journal of Current Research*, 10(12), 76429-76433.

- Robert, W & Matin,S. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety, . J Adolesc,73,1-13.
- Schueller, S. M., Pérez-Stable, E. J., & Muñoz, R. F. (2013). A mood management intervention in an internet stop smoking randomized controlled trial does not prevent depression: A cautionary tale. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 401-412.
- Schleicher, H. E., Harris, K. J., Campbell, D. G., & Harrar, S. W. (2012). Mood Management Intervention for College Smokers With Elevated Depressive Symptoms: A Pilot Study. *Journal Of American College Health*, 60(1), 37-45.
- Sibó, Z & Jie ,Z. (2018).The Association Between Depression, Suicidal Ideation and Psychological Strains in College Students: A Cross-National Study,Cult Med Psychiatry, 42(4),914-928.
- Steptoe,A.;Tanaka,A.;Tanaka,Y.&Wardle,J.(2007).Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries, International Journal Behavioral Medicine, 14(2),97-107.
- Saeed, H., Saleem, Z., Ashraf, M., Akhtar, K., Maryam, A., Abbas, N., Akhtar, A., Fatima, N., Khan, K.,& Rasool, F.(2018). Determinants of Anxiety and Depression Among University Students of Lahore, International Journal of Mental Health & Addiction. Oct2018, 16 (5), 1283-1298.
- Salovey, P., Hsee, C. K., & Mayer, J. D. (1993). *Emotional intelligence and the self-regulation of affect*. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (258-277). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Strongman, K. (1996). *The psychology of emotion : Theory of emotion in perspective*, fourth edition . New York : John Wiley & Sons.

- Schwarz, N. & Clore, G. 1. (1988). How do I feel about it? The informative function of affective states. In K. Fiedler & J. P. Forgas (Eds.), *Affect, cognition and social behavior* (pp. 44-62). Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Vitasari, P., Wahab, M. N., Othman, A., Awang, M. G. (2010). A research for identifying Study anxiety sources among university students. *International Education Studies*, 3, (2), 189-196.
- Veleva, B. I., Van Bezooijen, R. L., Chel, V. G. M., Numans, M. E., & Caljouw, M. A. A. (2018). Effects of ultraviolet light on mood, depressive disorder and well-being. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, 34 (5), 288-297.
- Van der Meer, R. M., Willemsen, M. C., Smit, F., Cuijpers, P., & Schippers, G. M. (2010). Effectiveness of a mood management component as an adjunct to a telephone counselling smoking cessation intervention for smokers with a past major depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Addiction*, 105(11), 1991-1999.
- Weary, G., Marsh, K. L., & McCormick, I. (1994). Depression and social comparison motives. *European Journal of Social Psychology*, 24, 117-130.
- World Health Organization, WHO. (2012). World suicide prevention day. Geneva: WHO.
- Zaid, A ; Saif, M; Charlotte, K ; Wendy, M ; Maeve, R & Claire, D. (2018). Factors Associated with Depression and Anxiety Symptoms Among Medical Students in Bahrain, *Acad Psychiatry*, 42(1), 31-40.
- Zillmann, D. (1988 a). Mood management through communication choices. *American Behavioral scientist*, 31(3), 327-340.